

平成30年版

厚生労働白書

(平成29年度厚生労働行政年次報告)

— 障害や病気などとの向き合い、全ての人が活躍できる社会に —

厚生労働省

本白書は再生紙を使用しております。

はじめに

少子高齢化と人口減少という、これまでに経験したことのない危機に対処するため、政府は、「ニッポン一億総活躍プラン」（2016（平成28）年6月閣議決定）において、女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが包摂され活躍できる「一億総活躍社会」を目指すこととした。一億総活躍社会、すなわち、全ての人が包摂される社会が実現できれば、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げ、投資の拡大にもつながる。また、多様な個人の能力の発揮による労働参加率向上やイノベーションの創出が図られることを通じて、経済成長が加速することが期待される。

この一億総活躍社会を実現するためには、障害者、難病患者、がん患者等が、希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要である。病気や障害などを有していても、自己の能力を最大限に発揮し、個性を活かして生きていけるようにすることは、本人の人生の充実という観点から大切である。そして、働くことを始めとする社会参加の意欲のある人誰もが、その能力を発揮できるような環境づくりを行うことは、社会保障の支え手を増やす観点からも、我が国の経済活力の維持にとっても重要である。人生において病気や障害などを有する可能性は誰にでもある中で、様々な選択肢が用意され、それを支える仕組みがあることが、多様な人々が「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合い、多様性を尊重し包摂する社会、誰もが安心して暮らせる社会の実現につながる。

このような認識をもとに、平成30年版厚生労働白書では、その第1部のテーマとして、障害や病気などを有する方々の社会参加や就労の推進を取り上げることとした。

第1部においては、まず、第1章として、障害や病気などを有する者及び社会活動を行うのに困難を有する者の現状と取組みを整理した。

この中で、障害者雇用率制度に関して、国の行政機関の多くで、障害者である職員の不適切な計上があり、法定雇用率を達成していない状況が長年にわたって継続していた事実と対応について詳述している。

本来、公務部門は民間企業に対し率先して障害者を雇用すべき立場にある。その責務が果たされていなかったことは、障害者やそのご家族の方々はもとより、障害者の雇用と活躍の場の拡大に尽力してきた民間企業の関係者、そして各地域で支援に取り組んできた民間企業・団体の関係者などを中心として、政府や関連施策に対する国民の信頼を、大きく損なった。

厚生労働省として、障害者雇用施策を推進する立場から、事態を真摯に重く受け止めるとともに、障害者である職員の不適切な計上があったことを深く反省し、再発防止はもとより、法定雇用率の速やかな達成と障害者の活躍の場の拡大に向け、障害者雇用促進法の改正法案を提出するなど、具体的な取組みを進めている。各府省とともに、障害者雇用の理念に立ち返り、今般明らかとなったような事態を二度と引き起こさず、公務部門における障害者雇用の取組みが、名実ともに民間の事業主に率先するものとするができるよう、強い決意をもって取り組んでいく考えである。

第2章では、自立支援について、地域での支え合いや就労などに関する国民の意識を整理した。その中では、地域や職場で障害や病気などを抱え困っている者を助けたいと思いつつも、実際にそうした経験がない者が多くいること、また、障害や病気などを有する者が職場にいて良い影響があったとする者が比較的多くいることなどがわかった。

第3章では、障害者雇用・就労支援、治療と仕事の両立支援、健康づくり、社会活動を行うのに困難を有する者などの支援などについての様々な企業・支援団体の取組みについて、紹介するとともに、取組みのポイントを整理した。

第4章では、職場や地域などのあらゆる場で、全ての人が活躍できる社会を実現するために必要となる取組みについて、①障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者など（本人）、②そのような者が身近にいる者（家族や同僚）、③その他の者（①・②以外の者）、という三類型に対してどのような取組みが求められるのかを整理した。

第2部では、年次行政報告書として現下の政策課題への対応状況について記載している。なお、第2部第11章「行政体制の整備・情報政策の推進」において、毎月勤労統計について、本来とるべき統計調査の変更の手続きを行わず全数調査すべきところ一部抽出調査を行い、かつ抽出調査を行う際にとるべき統計的処理を行わなかった等の、厚生労働省が所管する統計調査における不適切な取扱いが長年にわたり続けられてきた事案について記載している。政策立案や学術研究、経営判断の礎として、常に正確性が求められる政府統計に対する信頼が損なわれ、国民の皆様に御迷惑をおかけし、さらに、雇用保険や労災保険等の受給者の方に追加給付が必要な事態を招いたこと等について、深くお詫び申し上げます。

厚生労働行政の推進には、国民の皆様の御理解、御協力が不可欠である。障害者雇用、統計調査等において、相次いで問題が生じている状況は、これを失いかねないものであるとの危機感をもち、省を挙げて、再発の防止、事態の改善、組織の改革など、厚生労働行政に対する信頼の回復に取り組んでいく考えである。

今回の厚生労働白書の刊行により、厚生労働行政に対する国民の皆様の御理解が深まるとともに、地域住民の誰もが可能な範囲で役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる社会の実現に向けた議論が広がる一助になれば、幸いである。

なお、今回の厚生労働白書は、国の行政機関等における障害者雇用に関する今般の事案の重要性に鑑み、事案への対応の経過や、その対応策を盛り込んだ障害者雇用促進法の改正法案の内容等の記載を行うため例年より公表を遅らせたところであるが、本来は平成29年度年次行政報告という位置づけにあるため、おおむね2018（平成30）年3月末までの動きを中心に記述している。直近の施策や動向については次回以降の厚生労働白書において反映させていくこととしている。

はじめに

第1部 障害や病気などに向き合い、全ての人が活躍できる社会に

第1章 障害や病気を有する者などの現状と取組み…………… 2

第1節 障害者などの現状と取組み…………… 2

- 1 障害者の現状…………… 2
- 2 障害者などの社会参加や自立への支援の取組み…………… 22
- 3 就労・雇用の状況…………… 48

第2節 病気を有する者などの現状と取組み…………… 69

- 1 病気の現状と取組み…………… 69
- 2 就労・雇用の状況…………… 90
- 3 治療と仕事の両立支援の取組み…………… 105

第3節 社会活動を行うのに困難を有する者の現状と取組み…………… 122

- 1 社会活動を行うのに困難を有する者の現状…………… 122
- 2 社会活動を行うのに困難を有する者の自立支援の取組み…………… 132

第2章 自立支援に関する国民の意識調査…………… 142

第1節 概要…………… 142

- 1 「自立支援に関する意識調査」の概要…………… 142
- 2 「自立支援に関する意識調査」における回答者の特性…………… 143

第2節 地域での支え合いに関する意識…………… 147

- 1 地域や職場で障害や病気で困っている者がいたら助けたいと思うか…………… 147
- 2 実施したいと思う支援活動と支え合い機能向上に有効だと思う施策…………… 151

第3節 就労などに関する意識…………… 152

- 1 治療と仕事を両立することや障害を有しながら働くことは可能か…………… 153
- 2 相談しやすい環境づくり…………… 156
- 3 多様性のある包摂的な職場環境とは…………… 160

第3章 障害や病気を有する者などを支える現場の取組み事例…………… 163

第1節 取組み事例の紹介…………… 163

- 1 障害者雇用・障害者就労支援などの取組み事例…………… 163
- 2 治療と仕事の両立支援・健康づくりの取組み事例…………… 178
- 3 社会活動を行うのに困難を有する者などへの支援の取組み事例…………… 194

第2節 取組み事例の分析…………… 202

- 1 理解・意識改革 ……取組みを基本方針に明示し理解促進・意識改革…………… 202
- 2 体制整備・働き方の見直し ……勤務制度・休暇制度や職場環境の整備…………… 204
- 3 連携 ……関係機関との連携、取組主体同士の連携、地域社会との連携…………… 205
- 4 相談体制 ……就業上、生活上の不安軽減…………… 206

第4章 包摂と多様性がもたらす持続的な社会の発展に向けて……………	207
第1節 一億総活躍社会の実現……………	207
1 ニッポン一億総活躍プラン……………	207
2 働き方改革……………	207
第2節 障害や病気などとの向き合い、全ての人が活躍できる社会の実現に向けた方向性 ……	210
1 「全ての人が活躍できる社会」とはどのような社会か……………	210
2 障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などの本人からの視点 ……	212
3 障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などが身近にいる者からの視点 ……	216
4 その他の者からの視点……………	218
参考文献……………	223
障害者などの支援マーク……………	226

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…………… 228

第1節 少子社会の現状…………… 228

第2節 総合的な子育て支援の推進…………… 230

1 子ども・子育て支援新制度…………… 230

2 全ての子育て家庭への支援…………… 232

第3節 待機児童の解消などに向けた取組み…………… 233

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…………… 233

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…………… 234

1 児童虐待防止対策の取組みの推進…………… 234

2 社会的養護の充実…………… 238

3 女性保護施策の推進…………… 241

第5節 子どもの貧困対策…………… 242

第6節 ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進…………… 243

1 ひとり親家庭を取り巻く状況…………… 243

2 ひとり親家庭の自立支援の取組み…………… 243

第7節 母子保健医療対策の推進…………… 246

1 地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化…………… 246

2 不妊に悩む夫婦への支援…………… 246

3 子どもの心の健康支援等…………… 246

4 妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減…………… 247

5 「健やか親子21」の推進…………… 247

第8節 仕事と育児の両立支援策の推進…………… 248

1 現状…………… 248

2 育児・介護休業法…………… 249

3 企業における次世代育成支援の取組み…………… 249

4 仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…………… 251

第2章 働き方改革の推進などを通じた労働環境の整備など…………… 253

第1節 非正規雇用労働者の待遇改善、長時間労働の是正等…………… 253

1 非正規雇用の現状と対策…………… 253

2 有期労働契約に関するルール…………… 254

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…………… 256

4 労働者派遣制度、職業紹介等に関する制度の見直し…………… 256

5 仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現に向けた基本的方向…………… 257

6 労働時間法制の見直し…………… 257

7 過重労働解消に向けた取組みの促進…………… 258

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…………… 259

9 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…………… 259

10	治療と職業生活の両立支援の推進	261
11	柔軟な働き方がしやすい環境整備	261
12	多様な正社員等の普及促進	262
第2節 人材確保対策の推進や労働生産性の向上等による労働環境の整備		262
1	労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し	262
2	労働移動支援施策の推進	263
3	雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進	263
4	最低賃金・賃金の引上げ等の支援の強化	264
5	成長分野などでの人材育成の推進	264
6	職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進	269
7	国と地方自治体が連携した雇用対策の推進	272
8	生産性向上に資する人材育成の強化	273
第3節 地方創生の推進		273
1	地方創生に向けた地域雇用対策の推進	273
2	地方拠点強化税制における雇用促進税制	274
第4節 良質な労働環境の確保等		274
1	労働条件の確保改善	274
2	最低賃金制度について	278
3	未払賃金立替払事業について	278
4	「労災かくし」対策の推進	279
5	労災補償の現状	279
6	労働保険適用徴収制度	281
7	障害者虐待防止について	282
8	パワーハラスメント対策の推進	282
9	個別労働紛争対策の総合的な推進	284
10	透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築	284
11	雇用労働相談センターの設置・運営	284
第5節 労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり		285
1	労働災害の状況と取組み	285
2	労働災害を防止するための対策の充実	286
3	企業による労働者の安全と健康に対する取組みの推進	288
4	化学物質、石綿による健康障害の防止	289
5	労働者の健康確保対策の充実	290
第6節 震災復興のための労働安全衛生対策等		293
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	293
2	除染等業務における安全衛生と労働条件の確保	294
3	復旧・復興工事における災害防止対策	294
4	本格的な震災復興に向けた取組み	294
第7節 豊かで充実した勤労者生活の実現		297
1	中小企業退職金共済制度について	297
2	勤労者財産形成促進制度について	297

第8節 安定した労使関係の形成など	297
1 2017年度の労使関係	297
2 労働委員会に関する動き	299
第3章 女性、若者、高齢者等の多様な働き手の参画	300
第1節 女性・若者・高齢者等の活躍促進等	300
1 女性の雇用の現状	300
2 女性の活躍促進等	300
3 高年齢者雇用の現状	304
4 「生涯現役社会」の実現	304
5 若年者雇用の現状	305
6 総合的かつ体系的な若者雇用対策の充実に向けた法的整備	305
7 就職活動から職場で活躍するまでの総合的なサポート	305
8 若者と中小企業とのマッチングの強化	306
9 キャリア教育の推進	306
10 フリーターなどの正社員就職の促進	307
11 若年無業者等の若者の職業的自立支援の強化	307
12 キャリアコンサルティングの活用促進	307
13 ジョブ・カード制度の推進	308
第2節 障害者、難病・がん患者の活躍促進	309
1 障害者雇用の現状	309
2 雇用率達成指導と地域の就労支援の強化	310
3 障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化	311
4 雇用分野における障害者差別禁止と合理的配慮の提供義務化に係る取組み	312
5 障害者の職業能力開発支援の充実	313
6 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進	313
7 障害者優先調達推進法	315
8 がんや肝炎などの長期にわたる治療が必要な疾病を抱えた求職者に対する就職支援	316
第3節 外国人材の活用・国際協力	316
1 日系人を含む定住外国人に関する就労環境の改善及び離職した場合の支援	316
2 専門的・技術的分野の外国人の就業促進	317
3 緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ	317
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	318
第4節 重層的なセーフティネットの構築	318
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	318
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
第4章 自立した生活の実現と暮らしの安心確保	321
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	321
1 生活保護制度の概要	321
2 生活保護の現状	321
3 生活困窮者自立支援制度について	323

4	生活困窮者自立支援法・生活保護法の一部改正について	324
5	生活保護基準の見直し	324
第2節	地域共生社会の実現の推進	325
1	地域共生社会の実現について	325
2	消費生活協同組合について	325
3	地域生活定着促進事業の実施について	326
4	成年後見制度の利用促進について	327
第3節	社会福祉法人制度改革について	328
第4節	自殺対策の推進	328
第5節	戦没者の遺骨収集、戦傷病者・戦没者遺族等への援護など	330
1	国主催の戦没者追悼式、次世代への継承	330
2	戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進	330
3	戦傷病者、戦没者遺族等への援護	332
4	中国残留邦人等への支援	333
第5章	若者も高齢者も安心できる年金制度の確立	335
第1節	持続可能で安心できる年金制度の運営	336
1	公的年金制度の最近の動向について	336
2	私的年金制度の最近の動向について	341
3	国際化への対応	342
第2節	公的年金の正確な業務運営	344
1	日本年金機構と年金業務運営	344
2	年金記録問題への取り組み	349
第6章	医療関連イノベーションの推進	353
第1節	データヘルス改革の推進	353
第2節	医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備	354
1	健康・医療戦略について	354
2	研究開発の振興について	355
3	次世代医療基盤法	356
4	研究者等が守るべき倫理指針について	356
第3節	医療関連産業の活性化	357
1	革新的な医薬品・医療機器等の創出	357
第4節	医療の国際展開等	362
1	医療の国際展開の推進	362
2	国内における国際化への対応	364

第7章 国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現	365
第1節 地域における医療・介護の総合的な確保の推進	365
1 医療及び介護の総合的な確保の意義	365
2 プログラム法と医療介護総合確保推進法	365
3 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金	366
4 平成30年度診療報酬・介護報酬改定と薬価制度抜本改革	367
第2節 安心で質の高い医療提供体制の構築	370
1 質が高く効率的な医療提供体制の構築	370
2 医療人材の確保及び質の向上の推進	382
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	386
4 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進	386
第3節 安定的で持続可能な医療保険制度の実現	388
1 国保改革の施行	388
2 予防・健康づくりと医療費適正化	389
3 負担能力に応じた負担の見直し	390
4 審査支払機関の改革	392
第4節 地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度	392
1 介護保険制度の現状と目指す姿	392
2 地域包括ケアシステムの構築	393
3 介護人材の確保	396
第5節 福祉・介護人材の確保対策	397
第8章 健康で安全な生活の確保	399
第1節 健康危機管理・災害対策の推進	399
1 健康危機管理の取組みについて	399
2 災害対策の取組みについて	399
第2節 ゲノム医療の推進	400
1 ゲノム医療の推進体制について	400
2 ゲノム医療推進のための取組みについて	400
第3節 感染症対策、予防接種の推進	401
1 国際的に脅威とされる感染症対策について	401
2 麻しん・風しん対策について	403
3 結核対策について	404
4 エイズ(AIDS/後天性免疫不全症候群)対策について	405
5 性感染症対策について	407
6 薬剤耐性(Antimicrobial Resistance : AMR)対策について	408
7 インフルエンザ対策について	409
8 動物や蚊、ダニが媒介する感染症対策について	412
9 HTLV-1対策について	413
10 予防接種施策について	414

第4節	がん等の生活習慣病(NCDs(非感染性疾患))、アレルギー疾患等対策の総合的かつ計画的な推進…	416
1	がん対策の総合的かつ計画的な推進…	416
2	国民健康づくり運動の展開…	421
3	リウマチ・アレルギー疾患対策について…	428
第5節	肝炎対策…	429
1	肝炎対策について…	429
2	過去の集団予防接種などによりB型肝炎ウイルスに感染した方への対応について…	431
第6節	難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進…	433
1	難病対策について…	433
2	小児慢性特定疾病対策について…	434
3	臓器移植の適切な実施…	435
第7節	医薬品・医療機器の安全対策の推進等…	437
1	医薬品等の安全対策…	437
2	医薬品の販売制度に係る最近の動向…	440
3	偽造医薬品対策…	441
4	薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等…	442
5	化学物質の安全対策…	444
第8節	薬物乱用対策の推進…	445
1	薬物乱用防止対策…	445
2	危険ドラッグ対策…	446
第9節	血液製剤対策の推進…	447
1	献血の推進について…	447
2	輸血用血液製剤の安全対策について…	451
第10節	医薬品・医療機器による健康被害への対応…	452
1	医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度…	452
2	薬害被害者への恒久対策…	452
3	「C型肝炎救済特別措置法」に基づくC型肝炎ウイルス感染被害者の救済…	453
4	薬害を学ぶための教材…	454
第11節	食の安全の確保…	454
1	厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策…	454
2	最近の食品安全行政の主な動き…	455
3	食品安全行政の概要…	459
4	国民への正確でわかりやすい情報提供等…	465
5	食品の安全性確保のための国際的な取組み…	466
第12節	水道事業の基盤強化…	467
1	新水道ビジョン…	467
2	水道事業基盤強化等に向けた水道法の改正…	467
3	全ての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給…	467
4	危機管理への取組み…	468
5	東日本大震災からの復興に関する取組み…	468

6 水道産業の国際展開に向けた取組み	468
第13節 生活衛生関係営業の振興など	468
1 生活衛生関係営業の振興	468
2 理容業及び美容業の規制緩和に向けた取組み	469
3 「民泊サービス」の規制改革に向けた取組み	470
4 建築物における衛生対策の推進	470
第14節 原爆被爆者の援護	470
第15節 ハンセン病対策の推進	471
1 ハンセン病問題の経緯について	471
2 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について	472
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	472
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	473
第9章 障害者支援の総合的な推進	475
第1節 障害福祉施策の推進について	475
1 障害者総合支援法等に基づく支援	475
2 障害者の虐待防止	478
3 発達障害者の支援	479
4 障害者扶養共済制度(しょうがい共済)	483
5 高次脳機能障害者の支援	483
第2節 障害者の社会参加支援について	485
第3節 精神保健医療福祉について	485
1 精神保健医療福祉の現状と課題について	485
2 精神保健医療福祉の取組状況について	486
3 こころの健康対策	487
4 依存症対策	488
第10章 国際社会への貢献	490
第1節 国際社会における課題設定及び合意形成への積極的参加・協力	490
1 保健医療分野	490
2 労働分野	492
3 社会保障・福祉分野	494
第2節 開発途上国等への国際協力	495
1 保健医療分野	495
2 労働分野	495
3 社会保障・福祉分野	496

第3節 各国政府等との政策対話の推進	497
第4節 経済連携協定(EPA)等への対応	497
第11章 行政体制の整備・情報政策の推進	498
第1節 毎月勤労統計調査などを巡る不適切な取扱いについて	498
第2節 独立行政法人等に関する取組み	500
1 無駄削減に向けた取組みの実施	500
2 独立行政法人に関する取組み	500
第3節 広報体制の充実	501
1 新しい情報発信手段の活用	501
第4節 情報化の推進	502
1 情報化の推進	502
2 情報化の推進に向けた主な取組み	502
3 個人情報保護	503
第5節 行政機関における情報公開・個人情報保護等の推進	503
1 行政機関情報公開法の施行	503
2 行政機関個人情報保護法の施行	504
3 公益通報者保護法の施行	504
4 「国民の皆様の声」の集計報告	505
5 厚生労働行政モニターについて	505
第6節 政策評価などの取組み	505
1 政策評価の取組み	505
2 独立行政法人評価の取組み	506
3 アフターサービスの推進	506

コラム

障害者雇用促進法の歴史	24
障害者権利条約と雇用の分野における障害者差別禁止及び合理的配慮提供義務	27
就労支援機関の連携による障害者の就労・定着支援の事例	33
難病と障害の違い	43
難病相談支援センターと連携した就労支援	45
海外の障害者雇用政策	67
主ながん治療(3大治療)	73
新潟県栄養士会における県民の健康づくりと訪問栄養食事指導	89
独立行政法人労働者健康安全機構と東京労災病院における「治療と仕事の両立支援」の取り組み...	112
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院	116
4疾病(がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルス)に関する「治療と就労の両立支援マニュアル」...	119
不妊の悩みを受けとめる「不妊専門相談センター」の取り組み	121
よこはま若者サポートステーション	135
企業経営に与える障害者雇用の効果	162

第1部

**障害や病気などに向き合い、
全ての人が活躍できる社会に**

第1章 障害や病気を有する者などの現状と取組み

本章では、第1節で障害者などの現状を、第2節では病気を有する者などの現状を、第3節では社会活動を行うのに困難を有する者の現状を整理する。

第1節 障害者などの現状と取組み

ここでは、障害者などの現状、自立支援のための各種施策を整理するとともに、社会参加や自立のための重要な柱となる雇用・就業の状況を取り上げる。障害者などが、障害などで分け隔てられることなく、日常生活や社会生活を営むための支援がなされることが必要である。さらには、障害の特性などに応じて活躍することが普通の社会、障害者などが共に働くことが当たり前の社会を目指していくことが求められている。このような背景を踏まえ、現状や各種施策を整理する中で、前述のような社会の実現のため、今後に向けた課題にも目を向ける。

1 障害者の現状

(障害者の定義)

障害者の定義については、個々の法律などによって規定されている。障害者基本法（昭和45年法律第84号）における「障害者」とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」と定義されている。

(国民のおよそ7.6%が何らかの障害を有している)

図表 1-1-1 障害者の数

	総数	在宅者/外来患者	施設入所者/入院患者
身体障害者（児）〔資料1〕	436.0万人	428.7万人（98.3%）	7.3万人（1.7%）
知的障害者（児）〔資料2〕	108.2万人	96.2万人（88.9%）	12.0万人（11.1%）
精神障害者〔資料3〕	419.3万人	389.1万人（92.8%）	30.2万人（7.2%）

資料1：在宅者：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）
施設入所者：厚生労働省政策統括官付社会統計室「社会福祉施設等調査」（2015年）などより厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

資料2：在宅者：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）
施設入所者：厚生労働省政策統括官付社会統計室「社会福祉施設等調査」（2015年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

資料3：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」（2017年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

（注）1. 在宅身体障害者（児）及び在宅知的障害者（児）は、障害者手帳所持者数の推計。
2. 精神障害者の数は、ICD-10の「V 精神及び行動の障害」から知的障害（精神遅滞）を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応している。
3. 身体障害者（児）の施設入所者数には、高齢者関係施設入所者数は含まれていない。

障害者数については、身体障害者^{*1}が436.0万人、知的障害者^{*2}が108.2万人、精神障害者^{*3}が419.3万人で障害者の総数は963.5万人と推計されている。

総人口1,000人当たりの人数で見ると、身体障害者は34人、知的障害者は9人、精神障害者は33人となり、複数の障害を併せ持つ者もいるため、単純な合計にはならないものの、国民のおよそ7.6%が何らかの障害を有していることになる（図表1-1-1）。

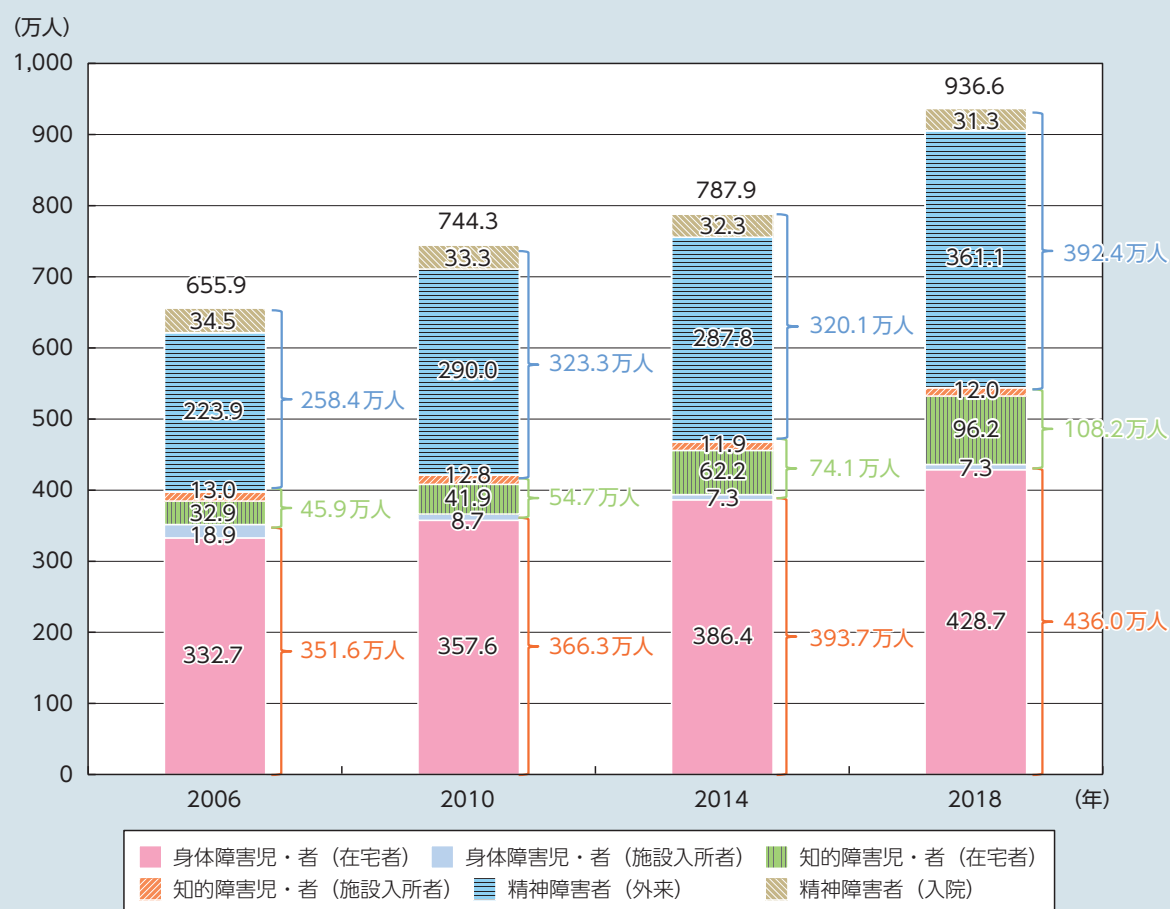
*1 数は、施設入所者と在宅の身体障害者手帳所持者（推計値）を足したものである。

*2 数は、施設入所者と在宅の療育手帳所持者（推計値）を足したものである。

*3 数は、世界保健機関（World Health Organization：WHO）が作成した国際的な疾病分類である「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：ICD）」の第10回改訂版であるICD-10の「V 精神及び行動の障害」から知的障害（精神遅滞）を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数である。

(障害者数は増加傾向にある)

図表 1-1-2 障害者数の推移



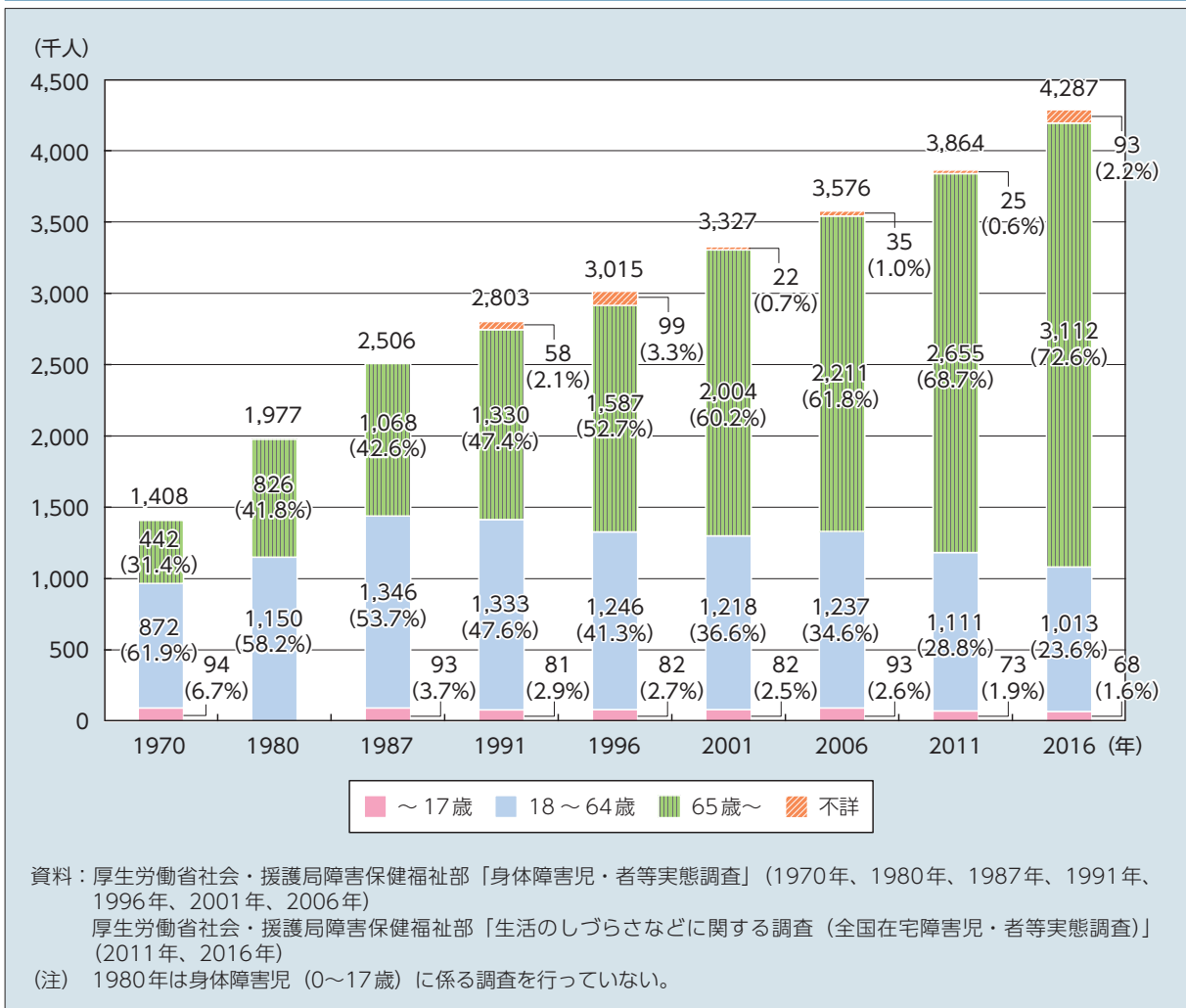
障害者数の推移^{*4}を見ると、障害者数は増加傾向にあり、2006（平成18）年では655.9万人であったのが、2018（平成30）年には936.6万人と約10年間で1.4倍になっていることがわかる。この内訳について、2006年と比べ2018年では、身体障害者数が1.2倍（2006年：351.6万人、2018年：436.0万人）、知的障害者数が2.4倍（2006年：45.9万人、2018年：108.2万人）、精神障害者数が1.5倍（2006年：258.4万人、2018年：392.4万人）となっている（図表1-1-2）。

また、図表1-1-1にあるとおり、身体障害者・知的障害者・精神障害者のいずれの区分についても、在宅で生活している者が大半（身体障害者：98.3%、知的障害者：88.9%、精神障害者：92.8%）である。そこで、以下では在宅の障害者に着目していく。

*4 障害者数は、各年6月時点における直近のデータによるもの。

(在宅の身体障害者については、65歳以上が約7割を占める)

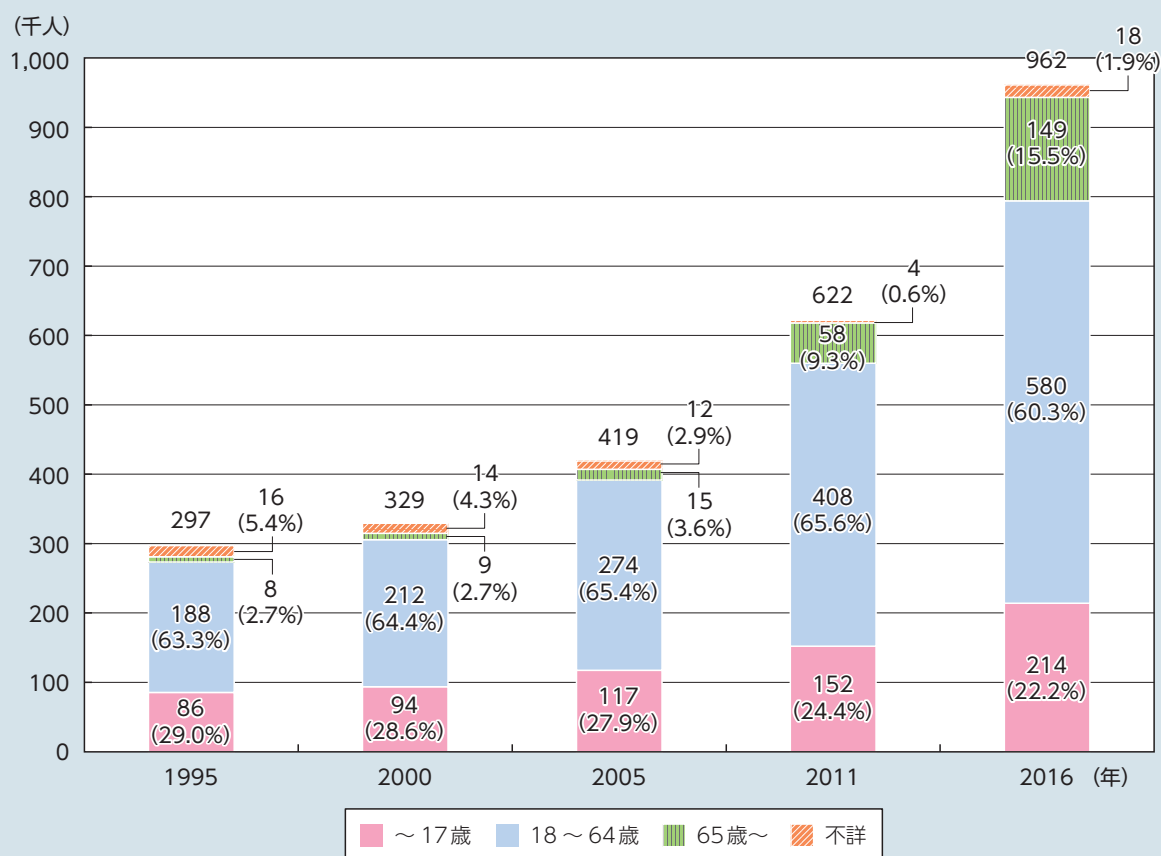
図表 1-1-3 年齢階層別障害者数（身体障害児・者（在宅））



在宅の身体障害者428.7万人の年齢階層別の内訳を見ると、18歳未満6.8万人（1.6%）、18歳以上65歳未満101.3万人（23.6%）、65歳以上311.2万人（72.6%）であり、在宅の身体障害者に占める65歳以上の者の割合は増加傾向にある（図表1-1-3）。

(在宅の知的障害者については、65歳以上の割合が増加)

図表 1-1-4 年齢階層別障害者数（知的障害児・者（在宅））

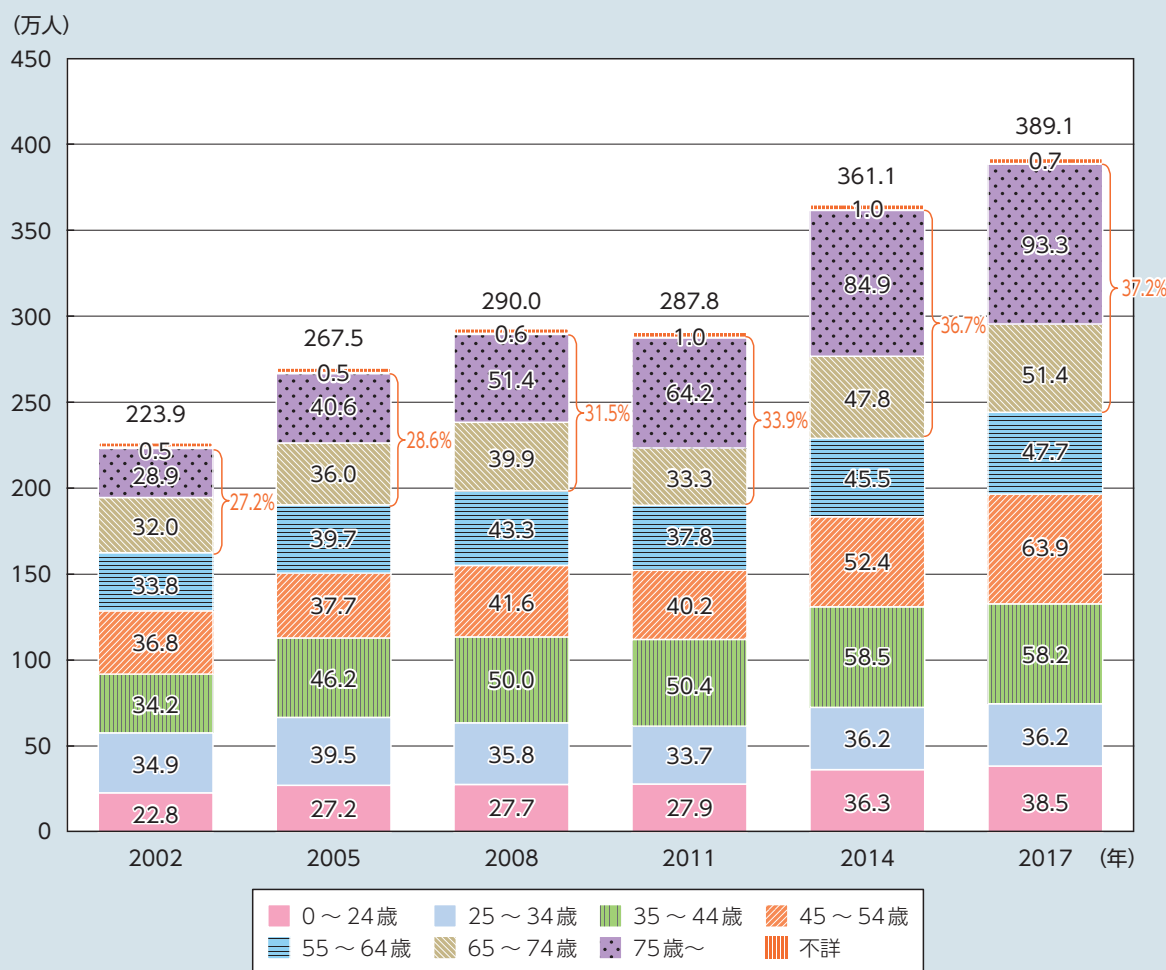


資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「知的障害児（者）基礎調査」（1995年、2000年、2005年）
 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」
 （2011年、2016年）

在宅の知的障害者96.2万人の年齢階層別の内訳を見ると、18歳未満21.4万人（22.2%）、18歳以上65歳未満58.0万人（60.3%）、65歳以上14.9万人（15.5%）となっており、年次推移では65歳以上の者の割合が増加傾向にある。直近のデータである2016（平成28）年における在宅の知的障害者総数（96.2万人）は、2011（平成23）年における在宅の知的障害者総数（62.2万人）と比較して34万人増加している（図表1-1-4）。

(外来の精神障害者については、65歳以上が3割強を占める)

図表 1-1-5 年齢階層別障害者数（精神障害者・外来）



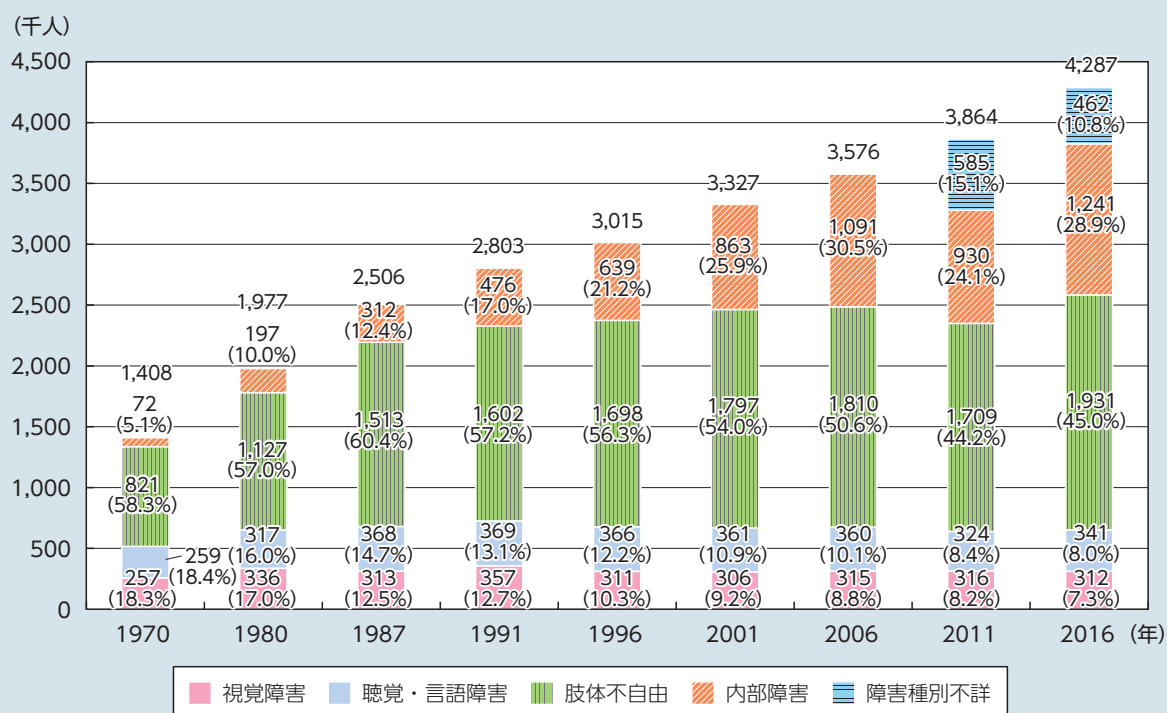
資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」（2002年、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

（注）2011年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

外来の精神障害者389.1万人の年齢階層別の内訳を見ると、75歳以上の者が93.3万人と最も多い。65歳以上の者の占める割合は増加傾向にあり、2002（平成14）年に27.2%であったのが、2017（平成29）年には37.2%まで拡大した（図表1-1-5）。

(在宅の身体障害者の障害種類については、肢体不自由が193.1万人で最も多い)

図表 1-1-6 種類別障害者数（身体障害児・者（在宅））



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「身体障害児・者等実態調査」（1970年、1980年、1987年、1991年、1996年、2001年、2006年）

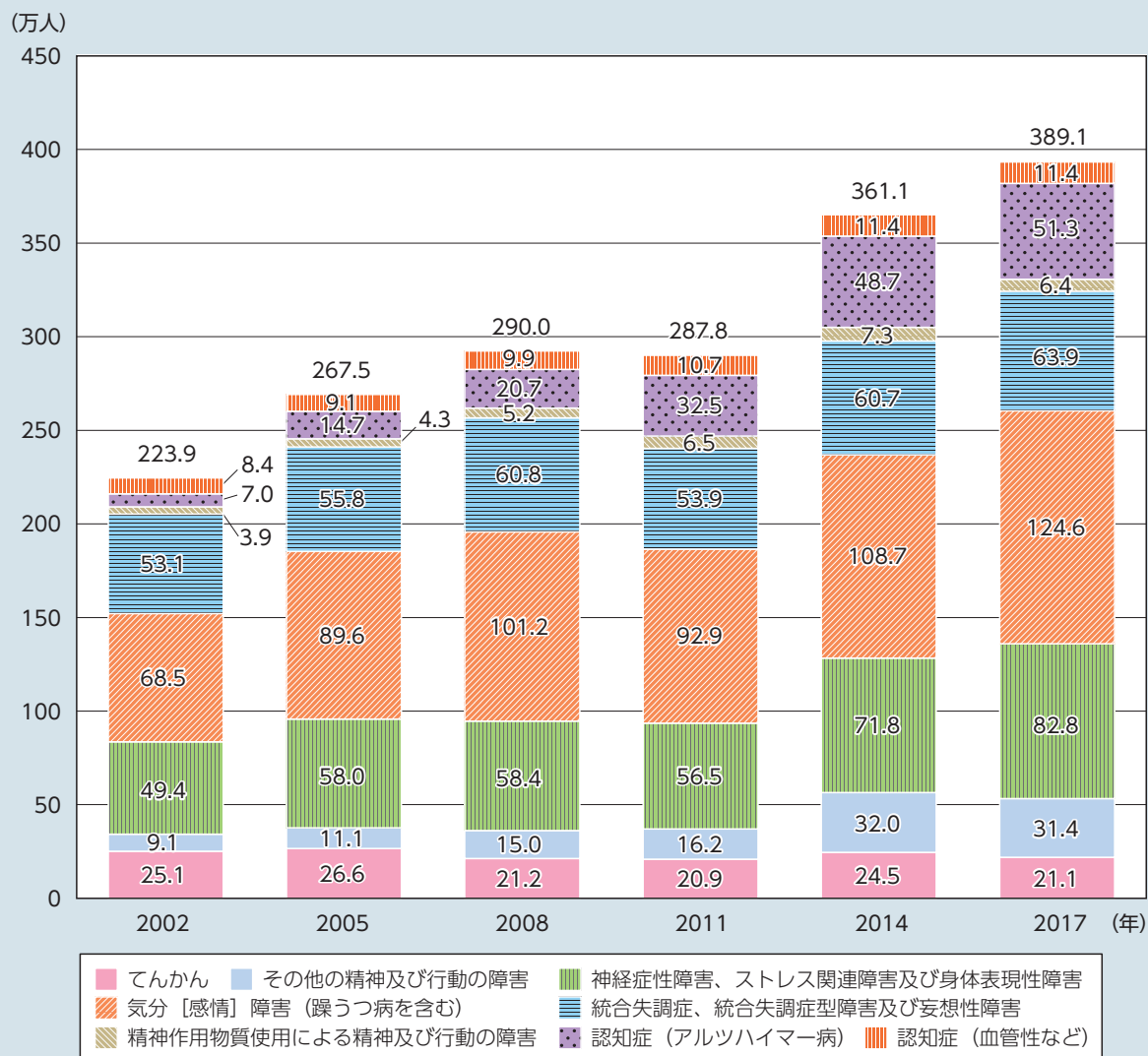
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2011年、2016年）

（注）1980年は身体障害児（0～17歳）に係る調査を行っていない。

在宅の身体障害者428.7万人の障害種類別の内訳を見ると、視覚障害31.2万人（7.3%）、聴覚・言語障害34.1万人（8.0%）、肢体不自由193.1万人（45.0%）、内部障害124.1万人（28.9%）となっている（図表1-1-6）。

(外来の精神障害者の障害種類については、気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）が124.6万人で最も多い)

図表 1-1-7 種類別障害者数（精神障害者・外来）



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」（2002年、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

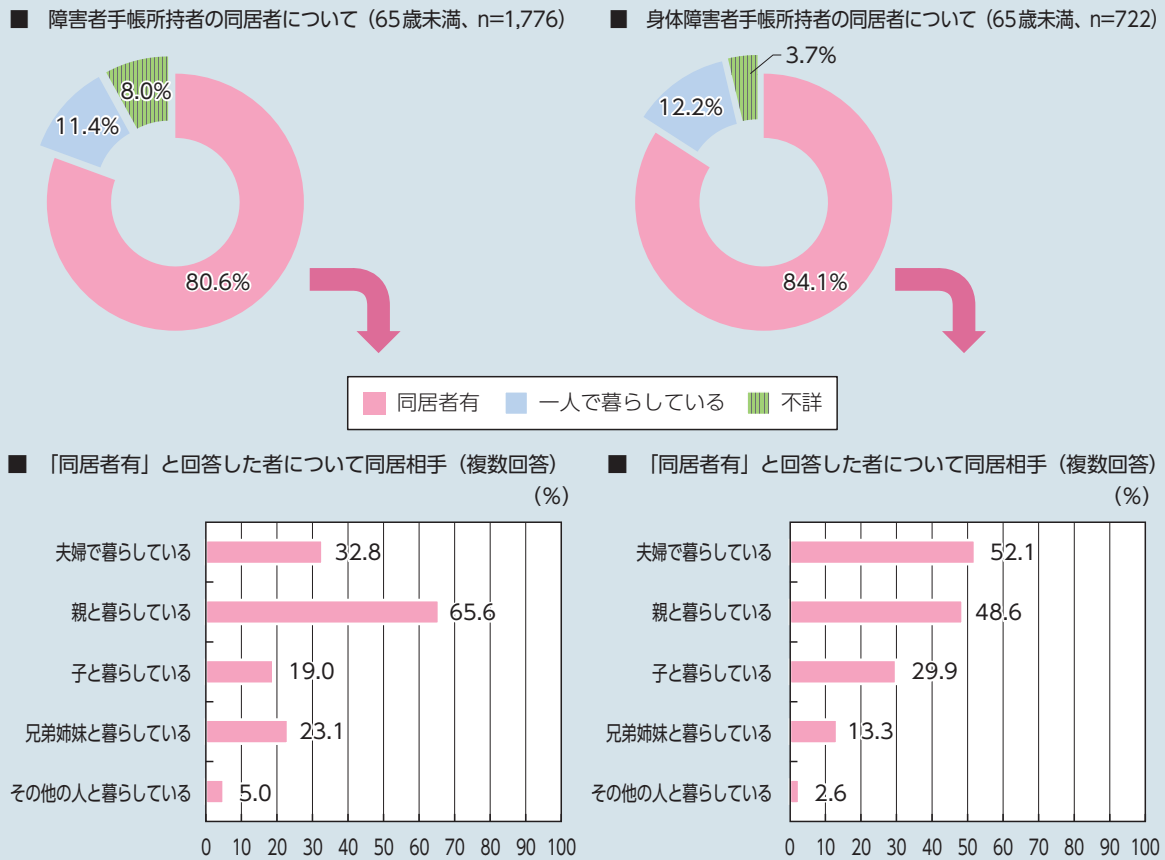
(注) 2011年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

外来の精神障害者の疾病別の内訳を見ると、「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」が124.6万人と全体の約3割を占め最も多い。2002年からの2017年までの推移で見ると、認知症^{*5}（アルツハイマー病）が7.0万人から51.3万人へ増加し、この約15年間で約7倍の伸びを示している（図表1-1-7）。

*5 精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患（機能障害）の状態と能力障害（活動制限）の状態の両面から総合的に判断され交付されるものであり、認知症についてもこれらの要件に照らし精神障害者保健福祉手帳の交付が認定される場合もある。

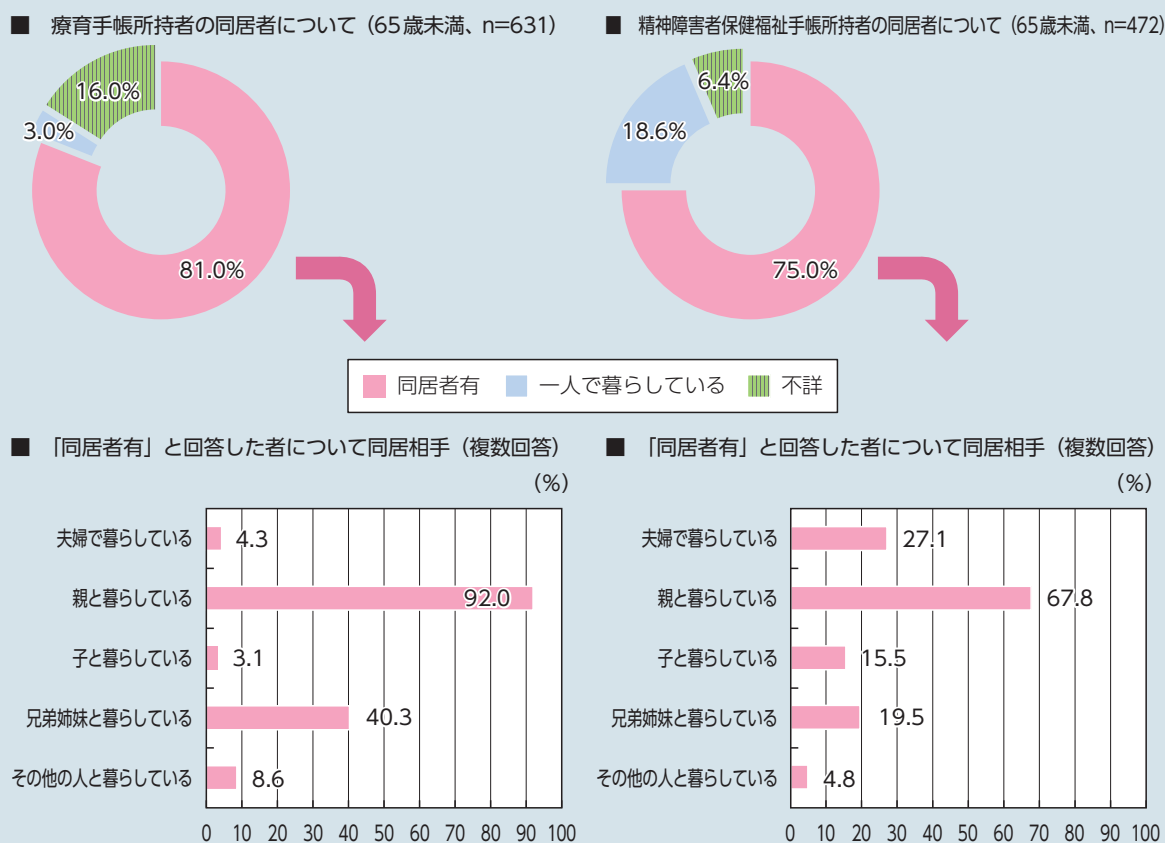
(65歳未満の在宅の身体障害者、知的障害者、精神障害者は同居者とともに生活する者が大半であり、知的障害者と精神障害者は親と暮らしている者の割合が身体障害者に比べて高い)

図表 1-1-8 65歳未満の障害者の同居者の状況①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-9 65歳未満の障害者の同居者の状況②



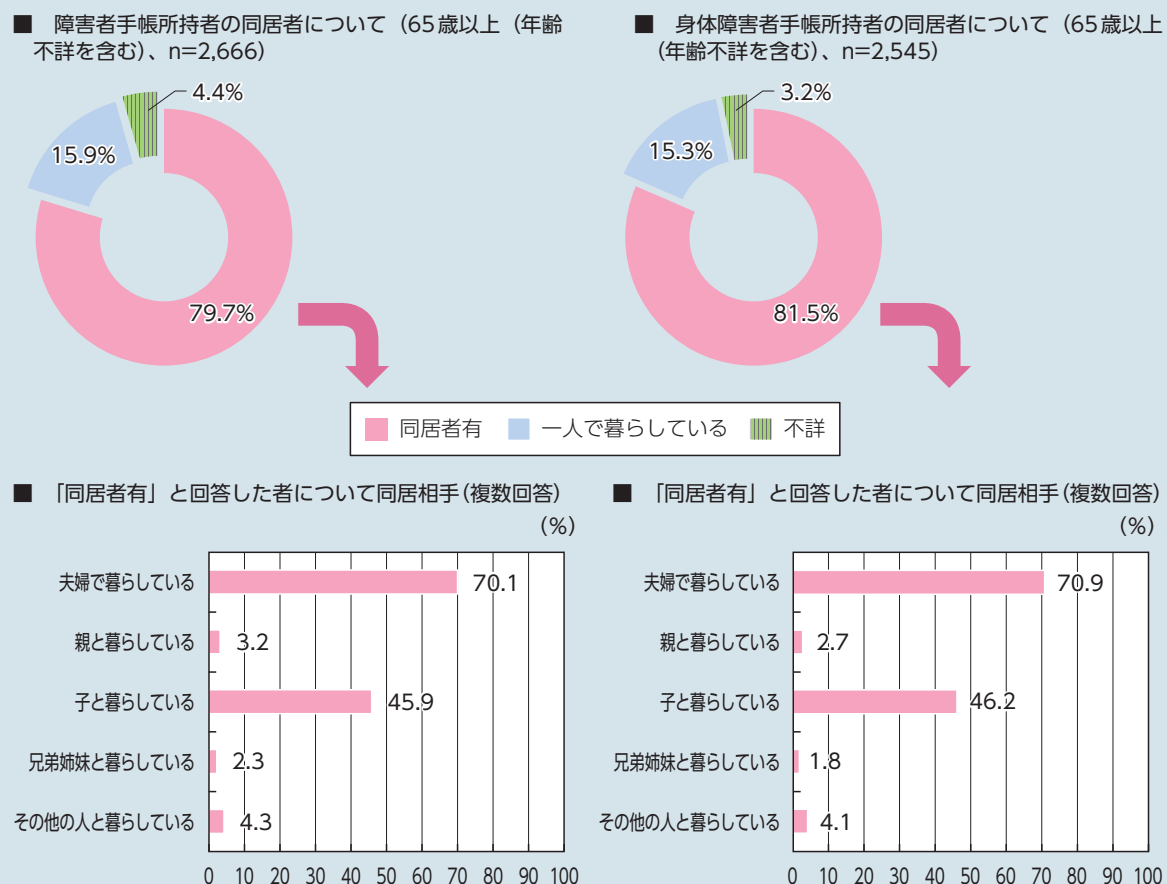
資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

身体障害者・知的障害者・精神障害者の生活の場については、図表1-1-2に示したように、いずれの区分においても在宅で生活している者が大半である。これらの在宅の障害者について、同居者の状況を見ると、65歳未満の障害者手帳所持者のうちで「同居者有」の者の割合は80.6%となっており、「一人で暮らしている」者の割合は11.4%となっている。さらに、「同居者有」の者の内訳を見ると、「親と暮らしている」者の割合が最も高く65.6%、次いで「夫婦で暮らしている」者の割合が32.8%となっている。とりわけ、療育手帳^{*6}所持者については「同居者有」の者のうち92.0%が、精神障害者保健福祉手帳所持者については「同居者有」の者のうち67.8%が親と暮らしており、身体障害者手帳所持者の同回答（48.6%）と比較して、相対的に高くなっている（図表1-1-8、図表1-1-9）。

*6 児童相談所又は知的障害児更生相談所において知的障害と判定された者などに対して、都道府県知事又は指定都市市長が交付するもの。

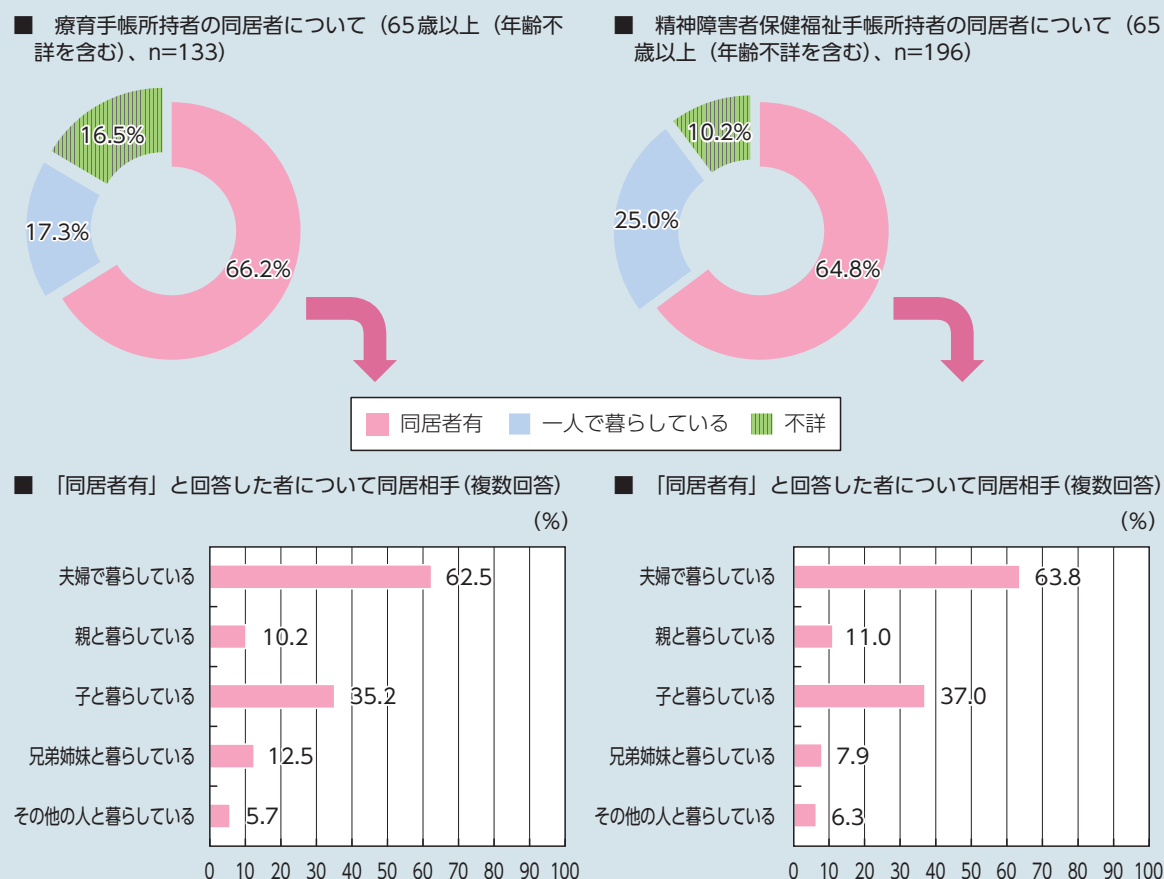
(65歳以上の在宅の身体障害者、知的障害者、精神障害者は同居者とともに生活する者が大半であり、いずれの区分でも夫婦で暮らしている者や子と暮らしている者が多い)

図表 1-1-10 65歳以上の障害者の同居者の状況①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-11 65歳以上の障害者の同居者の状況②

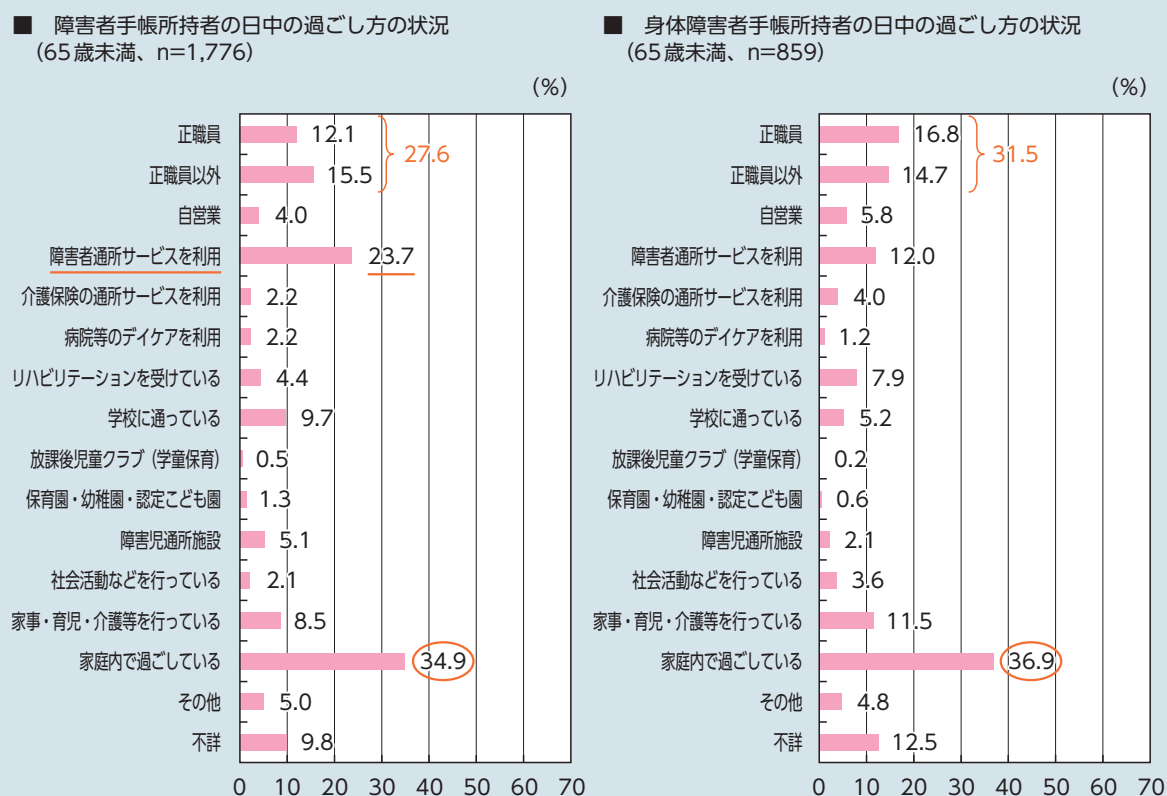


資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

65歳以上の障害者手帳所持者については、「同居者有」の者の割合は79.7%となっており、「一人で暮らしている」者の割合は15.9%となっている。「同居者有」の者のうちでは、「夫婦で暮らしている」者の割合が70.1%で最も高く、次いで「子と暮らしている」者の割合が45.9%となっている。障害区分別でもこの傾向は同様であるが、療育手帳所持者と精神障害者保健福祉手帳所持者については、「兄弟姉妹と暮らしている」者の割合（療育手帳所持者：12.5%、精神障害者保健福祉手帳所持者：7.9%）と「親と暮らしている」者の割合（療育手帳所持者：10.2%、精神障害者保健福祉手帳所持者：11.0%）が身体障害者手帳所持者の同回答（「兄弟姉妹と暮らしている」者の割合：1.8%、「親と暮らしている」者の割合：2.7%）と比較して、相対的に高くなっている（図表1-1-10、図表1-1-11）。

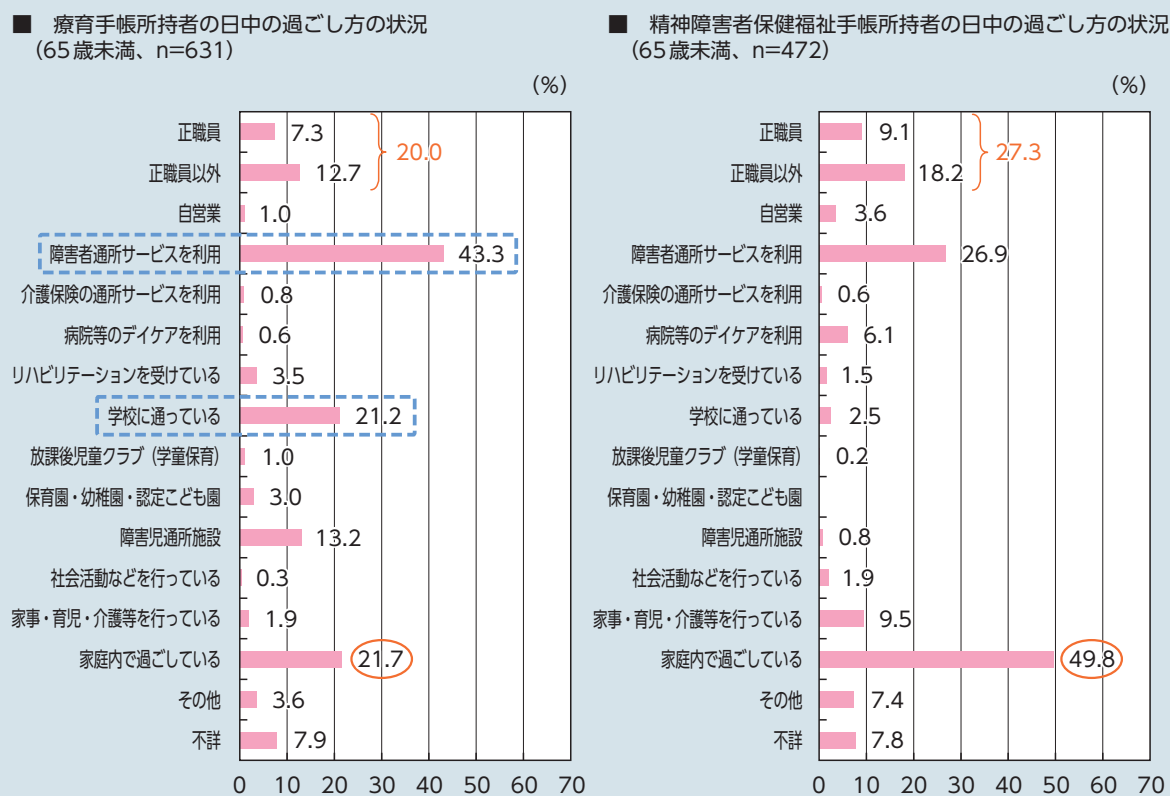
(65歳未満の障害者の日中の過ごし方は、家庭内で過ごす者や障害者通所サービスを利用する者が多い)

図表 1-1-12 65歳未満の障害者の日中の活動状況（複数回答）①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-13 65歳未満の障害者の日中の活動状況（複数回答）②



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

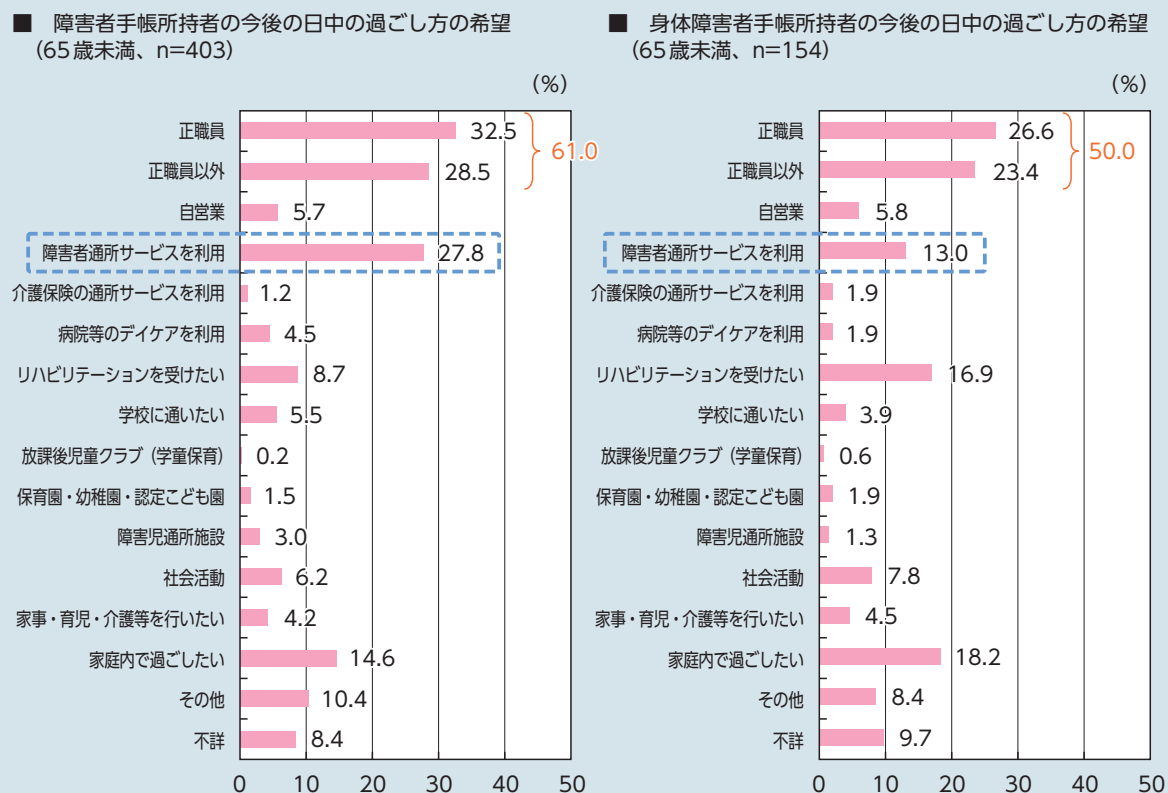
身体障害者・知的障害者・精神障害者の日中活動の状況と希望についても65歳未満と65歳以上に分けて見てみる。65歳未満の障害者手帳所持者のうち、日中の過ごし方の状況について「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合は34.9%を占めている。次いで「障害者通所サービス^{*7}を利用している」者の割合が23.7%となっている。「正職員として働いている」者又は「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働いている」者の割合は合計で27.6%（正職員：12.1%、正職員以外：15.5%）であり、約2割強の者は雇用され働いている。

身体障害者手帳所持者と精神障害者保健福祉手帳所持者では、「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合がそれぞれ36.9%、49.8%と障害者手帳所持者全体に占める同回答の割合（34.9%）と比較すると、身体障害者手帳所持者はほぼ同程度、精神障害者保健福祉手帳所持者は高い割合となっている。一方で、療育手帳所持者については、身体障害者手帳所持者や精神障害者保健福祉手帳所持者に比べて、「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合が21.7%と低く、「障害者通所サービスを利用している」者の割合（43.3%）や「学校に通っている」者の割合（21.2%）が高くなっている（図表1-1-12、図表1-1-13）。

*7 障害者通所サービスとは、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、地域活動支援センター、作業所などのことである。

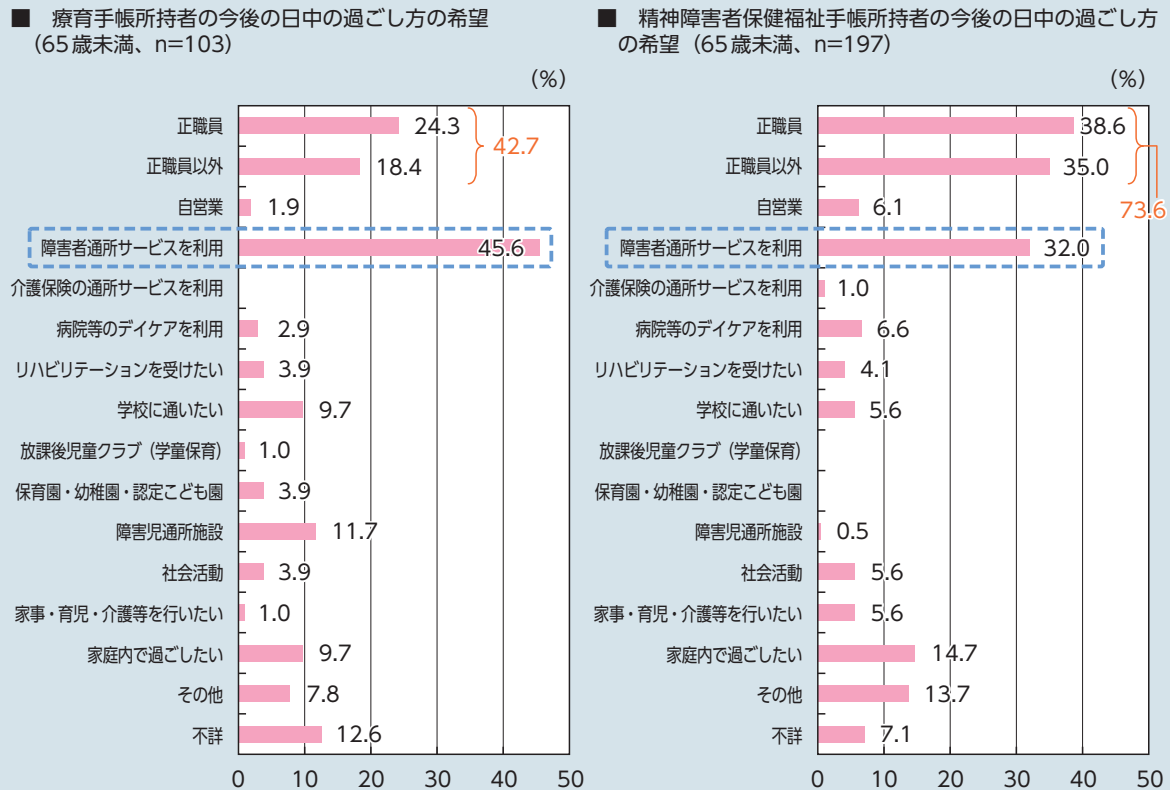
(65歳未満の障害者の希望する日中の過ごし方としては、正職員や正職員以外で働くことを希望する者が多い)

図表 1-1-14 65歳未満の障害者の今後希望する日中の活動（複数回答）①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-15 65歳未満の障害者の今後希望する日中の活動（複数回答）②

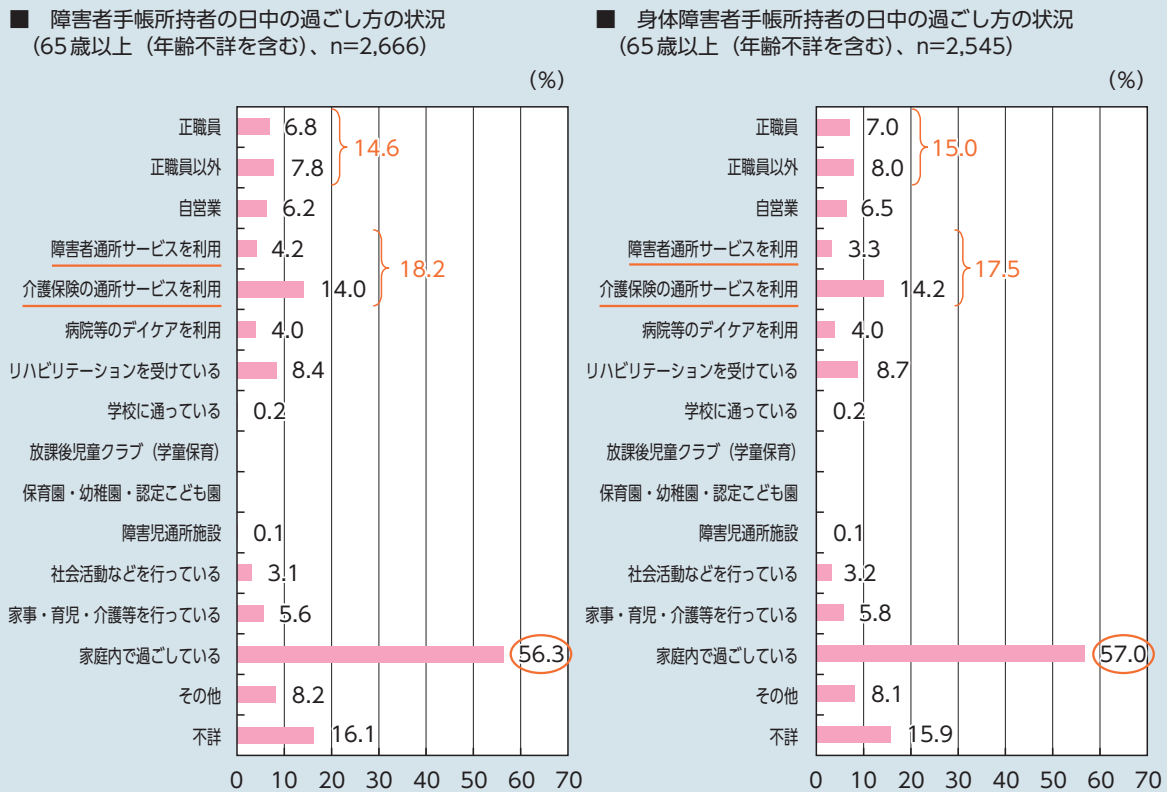


資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

一方で、65歳未満の障害者手帳所持者に、今後の日中の過ごし方の希望を問うたところ、「今までとは違う日中の過ごし方をしたい」と回答した者が22.7%であった。そのうち、今後の過ごし方の希望については、「正職員として働きたい」者が32.5%、「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働きたい」者が28.5%と、両者合計で61.0%の者が何らかの雇用形態で雇用され働きたいという希望を持っていることがわかる。特に精神障害者保健福祉手帳所持者では同回答が73.6%と、身体障害者手帳所持者や療育手帳所持者（身体障害者手帳所持者：50.0%、療育手帳所持者：42.7%）よりも相対的に高くなっている。次いで、「障害者通所サービスを利用したい」者が27.8%となっており、特に療育手帳所持者では同回答が45.6%と全ての選択肢の中で最も多かった（図表 1-1-14、図表 1-1-15）。

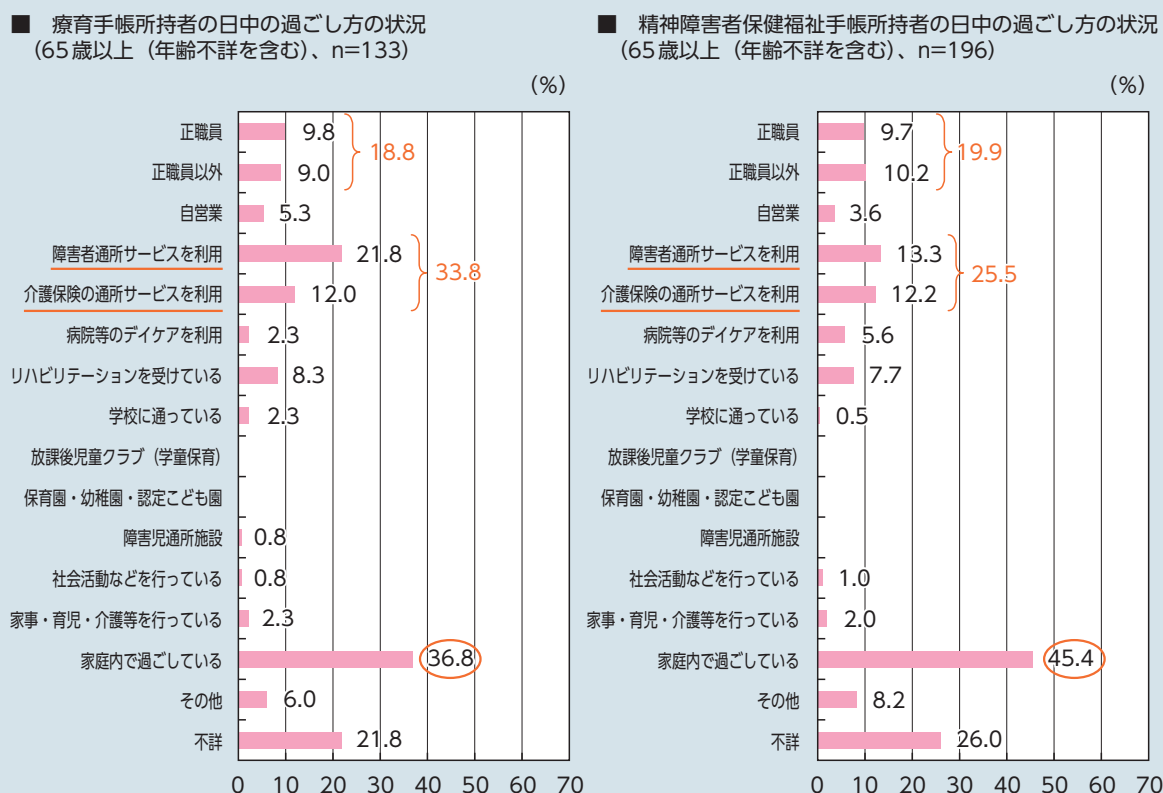
(65歳以上の障害者の日中の過ごし方は、家庭内で過ごす者や障害者通所サービス又は介護保険の通所サービスを利用する者が多い)

図表 1-1-16 65歳以上の障害者の日中の活動状況（複数回答）①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-17 65歳以上の障害者の日中の活動状況（複数回答）②



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

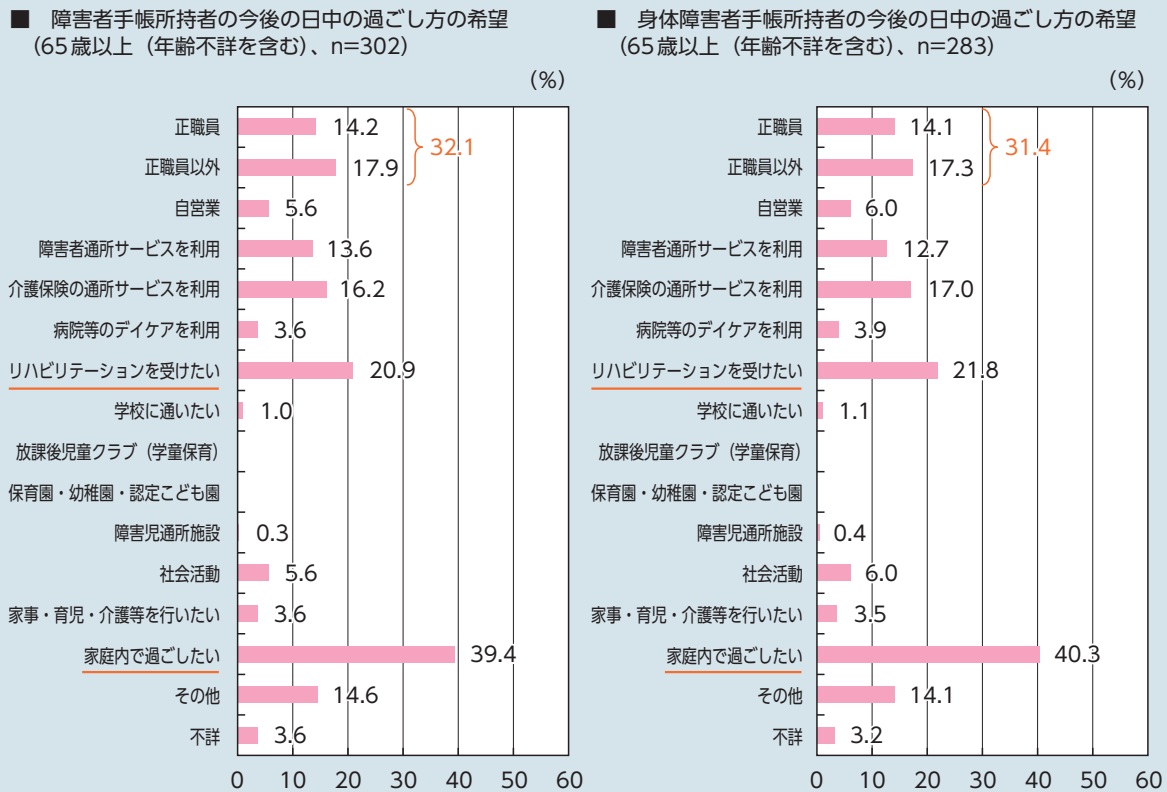
65歳以上の障害者の日中活動の状況と希望する日中活動についても見てみる。65歳以上の障害者手帳所持者のうち、日中の過ごし方の状況について「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合は56.3%であり、65歳未満の障害者手帳所持者の同回答が34.9%（図表1-1-12参照）だったことと比較すると、その割合が高くなっている。ただし、精神障害者保健福祉手帳所持者では、「家庭内で過ごしている」者の割合が、65歳未満では49.8%（図表1-1-13参照）であるのに対して65歳以上では45.4%と若干低下している。

65歳以上の障害者手帳所持者について、「家庭内で過ごしている」と回答した者に次いで多かったのは、「介護保険の通所サービスを利用している」者（14.0%）であり、「障害者通所サービスを利用している」者の割合（4.2%）と合わせると18.2%となり、65歳未満の障害者手帳所持者の「障害者通所サービスを利用している」者の割合（23.7%）（図表1-1-12参照）よりやや低くなっている。特に、療育手帳所持者と精神障害者保健福祉手帳所持者では、「障害者通所サービスを利用している」者と「介護保険の通所サービスを利用している」者の合計が、それぞれ33.8%、25.5%と相対的に高くなっている。

「正職員として働いている」又は「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働いている」と回答した者の割合は合計でも14.6%（正職員：6.8%、正職員以外：7.8%）である（図表1-1-16、図表1-1-17）。

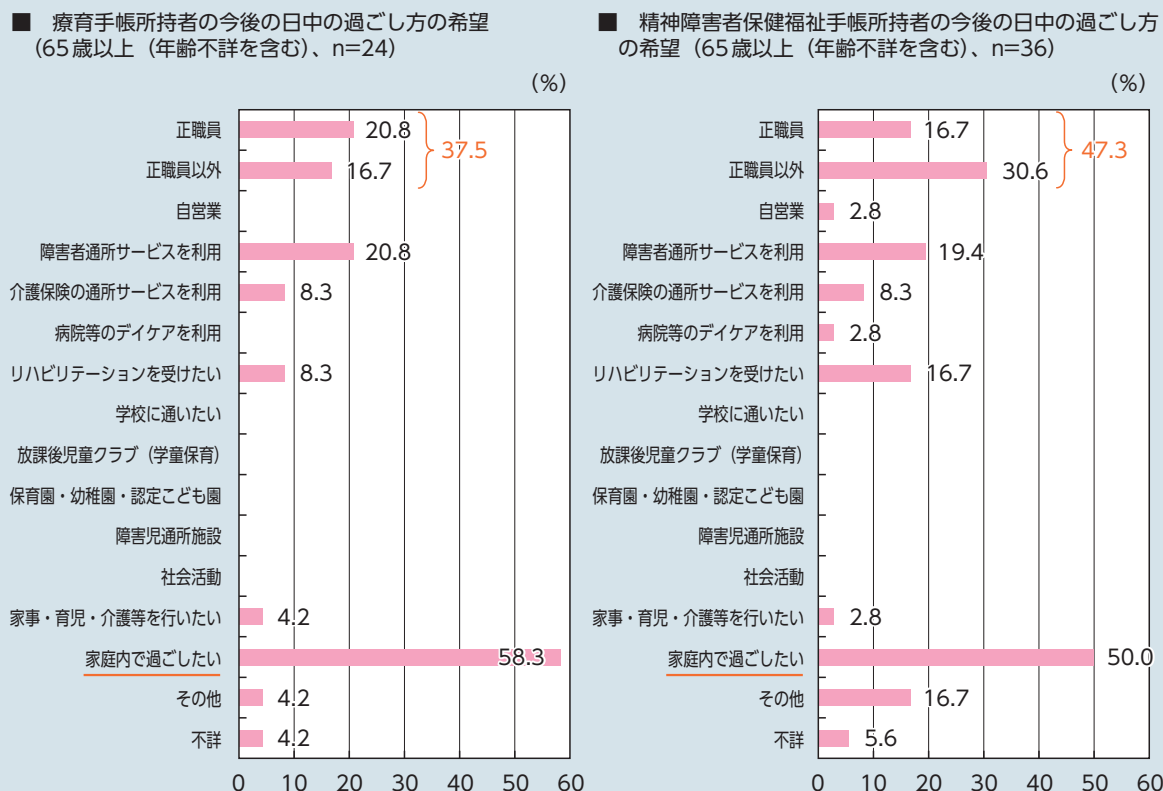
(65歳以上の障害者の希望する日中の過ごし方としては、家庭内で過ごしたいと回答する者が最も多いが、正職員や正職員以外で働くことを希望する者も多い)

図表 1-1-18 65歳以上の障害者の今後希望する日中の活動（複数回答）①



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

図表 1-1-19 65歳以上の障害者の今後希望する日中の活動（複数回答）②



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（2016年）

一方で、65歳以上の障害者手帳所持者に、今後の日中の過ごし方の希望を問うたところ、「今までとは違う日中の過ごし方をしたい」と回答した者が11.3%であった。そのうち、今後の過ごし方の希望については、「家庭内で過ごしたい」と回答した者が39.4%、「リハビリテーションを受けたい」と回答した者が20.9%となっている。また、「正職員として働きたい」者が14.2%、「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働きたい」者が17.9%と、両者合計で32.1%の者が何らかの雇用形態で雇用され働きたいという希望を持っていることがわかる。

身体障害者手帳所持者は65歳以上の障害者手帳所持者の傾向と合致するが、療育手帳所持者と精神障害者保健福祉手帳所持者では、「家庭内で過ごしたい」と回答した者（療育手帳所持者：58.3%、精神障害者保健福祉手帳所持者：50.0%）や「正職員として働きたい」又は「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働きたい」者の割合（療育手帳所持者：37.5%、精神障害者保健福祉手帳所持者：47.3%）が相対的に高い（図表 1-1-18、図表 1-1-19）。

2 障害者などの社会参加や自立への支援の取組み

障害者にとって、雇用・就業は社会参加や自立のための重要な柱となるものであり、一人一人の障害者が、適性に応じて能力を十分に発揮して働くことができるようにすることが求められる。「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）においても、「障害者等が希望や能力、適性を十分に活かし、障害の特性等に応じて活躍することが普通の社会、障害者と共に働くことが当たり前の社会を目指していく必要がある」とされている。

また、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17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）の理念にあるとおり、社会参加の機会の確保、地域社会における共生、社会的障壁の除去を通して、障害の有無によって分け隔てられることなく共生する社会を実現するため、可能な限り身近な場所で必要な日常生活や社会生活を営むための支援がなされることも重要である。

（1）障害者雇用促進法に基づく取組みなど

1 障害者雇用率制度

（事業主などに対し雇用する常用労働者の数に応じて障害者の雇用義務を課している）

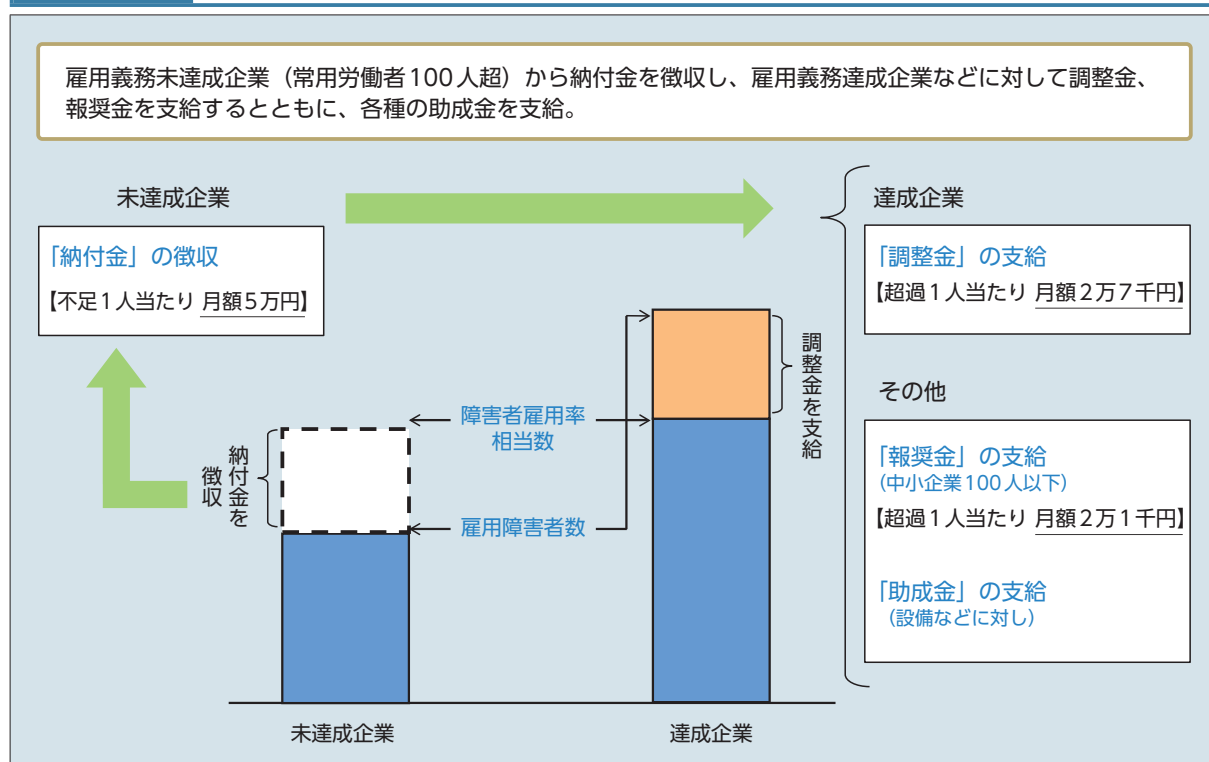
障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」という。）では、障害者に一般労働者と同じ水準において常用労働者となり得る機会を与えることとし、常用労働者の数に対する割合（障害者雇用率）を設定し、事業主などに対し障害者雇用率以上の障害者の雇用義務を課している。2018（平成30）年4月からは、新たに精神障害者の雇用が義務化され、障害者雇用率の算定基礎に加わることに伴い、民間企業の障害者雇用率は2.0%から2.2%に引き上げられた（国・地方公共団体など：2.3%→2.5%、都道府県などの教育委員会：2.2%→2.4%）^{*8}。また、対象となる民間企業の事業主の範囲も従業員50人以上から従業員45.5人以上に拡大された。

^{*8} 2018年4月から3年を経過する日より前（2021年4月まで）に、障害者雇用率は更に0.1%引き上げられる予定。その際には、対象となる事業主の範囲は、従業員43.5人以上に拡大される。具体的な引き上げ時期は、今後、労働政策審議会において議論がなされる。

2 障害者雇用納付金制度

(雇用義務未達成企業から納付金を徴収し、雇用義務達成企業などに調整金、報奨金を支給するとともに、各種助成金を支給)

図表 1-1-20 障害者雇用納付金制度



障害者雇用納付金制度とは、障害者の雇用に伴う事業主の経済的負担の調整を図るとともに、こうした取組みにより、障害者の雇用水準を引き上げることを目的とするものであり、雇用義務未達成企業（常用労働者100人超）から納付金を徴収し、雇用義務達成企業などに対して調整金、報奨金を支給するとともに、障害者の雇用の促進などを図るための各種の助成金を支給するものである（図表1-1-20）。

3 障害者雇用率制度の特例措置**(特例子会社制度などによる雇用率算定の特例措置)**

障害者の雇用義務は事業主（企業）ごとに義務づけられている一方で、障害者の雇用の促進及び安定を図るため、事業主が障害者の雇用に特別の配慮をした子会社を設立し、一定の要件を満たす場合には、特例としてその子会社に雇用されている労働者を親会社に雇用されているものとみなして、実雇用率を算定できることとしている。また、特例子会社を持つ親会社については、関係する子会社も含め、企業グループによる実雇用率算定を可能としている。

コラム

障害者雇用促進法の歴史

雇用・就業は、障害者の自立・社会参加のための重要な柱である。我が国において、障害者雇用促進法は、障害者の就業を通じた自立のために大きな役割を果たしてきた。

障害者雇用の着実な進展を目指し、障害者のニーズや雇用状況を踏まえ、障害者雇用促進法の改正が行われてきた。このコラムでは、障害者雇用促進法の主な改正内容について触れることとする。

身体障害者雇用促進法の制定（1960年）

諸外国において障害者の雇用法が制定されており、ILO（国際労働機関）において職業更生勧告が採択されていることなどを踏まえ、1960（昭和35）年、「身体障害者雇用促進法」（昭和35年法律第123号）が制定された。職業紹介、適応訓練、雇用率制度がその主な内容であり、その中で雇用率制度については、公的機関は義務、民間企業は努力義務とされた。

法定雇用率の義務化（1976年）

身体障害者雇用促進法の制定以後、きめ細かな施策が展開されてきたものの、企業における身体障害者の雇用がいまだ十分でないなどの問題があった。このため、1976（昭和51）年、全ての企業に法定雇用率を義務づけるとともに、雇用納付金制度を創設するなどの法改正を行った。当初の法定雇用率は1.5%であった。

障害者の雇用の促進等に関する法律に改正（1987年）

1981年（昭和56）年の国際障害者年を契機として、法律の制定から課題となっていた知的障害者に対する雇用率の適用の実現を求める動きが高まり、知的障害者を含め障害者全般に施策の対象を拡大することが重要になってきた。また、離職する障害者が増加していることへの対策を強化する必要性が生じてきた。このため、1987（昭和62）年、法律の題名を「障害者の雇用の促進等に関する法律」とし、法の対象となる範囲を身体障害

者から知的障害者や精神障害者を含む全ての障害者に拡大し、職業指導、職業訓練、職業紹介などの職業リハビリテーションを推進するための整備を行うこととするなどの改正を行った。加えて、雇用されている知的障害者については、身体障害者とみなして、実雇用率のカウントに算定することができることとする改正を行った。

知的障害者の雇用の義務化（1998年）

雇用率制度における知的障害者の実雇用率への算定特例によって、知的障害者の雇用は進展し、身体障害者の雇用の促進に対して影響を及ぼすようになっていたことから、1997（平成9）年、知的障害者を雇用義務の対象とし、障害者雇用率の算定基礎に加えるなどの改正を行った。

精神障害者の雇用対策の強化（2006年）

精神障害者の就職者や在宅就業障害者の数が増加してきたことに伴い、2005（平成17）年、精神障害者（手帳所持者）を実雇用率に算定できるようにし、自宅などにおいて就業する障害者に仕事を発注する事業主に特例調整金などを支給するなどの改正を行った。

短時間労働者への適用拡大（2010年）

中小企業において障害者の雇用状況が低下傾向にあることや、短時間労働に対する障害者のニーズの高まりなどに対応するため、2008（平成20）年、障害者雇用納付金制度が適用される対象範囲を中小企業（常用雇用労働者が300人以下の企業）に拡大し、障害者の雇用義務の基礎となる労働者と雇用障害者に、週所定労働時間が20時間以上30時間未満の短時間労働者を追加するなどの改正を行った。

雇用分野における障害者に対する差別の禁止と合理的配慮の提供義務（2016年）、精神障害者の雇用義務化（2018年）

「障害者の権利に関する条約」が2006（平

成18)年に国連総会で採択され、これに対応して法整備を進める必要があったこと、精神障害者の雇用環境が改善され、雇用義務化に向けた環境整備が進展したことから、2013(平成25)年、事業主に対して、雇用の分野における障害者に対する差別の禁止と合理的配慮の提供義務(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を講ずる義務)を課すこととともに、精神障害者を雇用義務の対象とし、障害者雇用率の算定基礎に加えるなどの改正を行った。

法定雇用率・納付金額・調整金額等の推移について

施行年	法定雇用率	納付金額	調整金額	補正金額
昭和51年	1.6%	3万円	1.4万円	0.8万円
昭和57年	↓	4万円	2万円	1万円
昭和63年	1.6%	↓	↓	↓
平成4年	↓	5万円	2.5万円	1.7万円
平成10年	1.8%	↓	↓	↓
平成15年	↓	↓	2.7万円	2.1万円
平成20年	↓	↓	↓	↓
平成25年	2.0%	↓	↓	↓
平成30年～	2.2%(※)	5万円	2.7万円	2.1万円

(※)平成30年4月から3年を経過する日より前から、2.3%

4 障害者雇用に関する助成措置、税制上の支援制度

(障害者雇用に取り組む事業主の経済的負担軽減のための各種の助成措置や税制上の支援措置)

図表 1-1-21 障害者雇用に関する助成措置

障害者雇用に関する助成措置について、雇入れ段階への支援や、継続的に安定して働くことのできるような職場環境の配慮に対する支援を実施している。

雇入れ

特定求職者雇用開発助成金 (特定就職困難者コース)	障害者などの就職困難者を継続して雇用する労働者として雇い入れる。
特定求職者雇用開発助成金 (障害者初回雇用コース)	障害者雇用の経験のない中小企業が初めて障害者を雇い入れ、法定雇用率を達成する。
特定求職者雇用開発助成金 (発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)	手帳を所持していない、発達障害者や難治性疾患患者を継続して雇用する労働者として雇い入れる。
トライアル雇用助成金 (障害者トライアルコース、 障害者短時間トライアルコース)	障害者を試行的・段階的に雇い入れる(トライアル期間は、原則3か月。精神障害者の場合は最大12か月)
障害者雇用安定助成金 (中小企業障害者多数雇用 施設設置等コース)	施設整備をしつつ、新たに障害者を5人以上雇い入れる。

施設整備

障害者作業施設設置等助成金	障害者の障害特性による就労上の課題を克服する作業施設等を設置・整備する。(納付金助成金)
重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金	重度障害者を多数雇用する事業施設等の整備等を実施する。(納付金助成金)
障害者福祉施設設置等助成金	障害者の福祉の増進を図るための福祉施設等を設置・整備する。(納付金助成金)

環境整備

障害者雇用安定助成金	障害者が継続的に安定して働くことができるよう、ジョブコーチによる支援を実施する。また、労働条件などに係る職場環境の配慮や、正規・無期雇用転換、勤務時間の延長など、職場復帰支援などを実施する。
障害者介助等助成金	障害者の雇用管理のために必要な介助等を配置または委嘱する。(納付金助成金)
重度障害者等通勤対策助成金	障害者の通勤を容易にするための措置を実施する。(納付金助成金)

能力開発

人材開発支援助成金 (障害者職業能力開発コース)	求職中の障害者に対して職業能力開発訓練事業を行う。
-----------------------------	---------------------------

事業主が障害者を新たに雇い入れる場合や、障害者の安定した雇用を維持するために、作業施設や設備の改善する場合、職場環境への適応に向けたきめ細かい指導を行う場合には、経済的負担がかかるため、国では、その負担の軽減を図るために各種の助成措置を講じており、障害者の雇入れや継続雇用の支援をしている(図表1-1-21)。

このほか、障害者を多数雇用するなど、障害者の雇用に積極的な企業に対して、法人税(個人事業主の場合は所得税)や事業所税、不動産取得税、固定資産税の税制上の支援制

度を設けている。具体的には、①機械などの割増償却（法人税・所得税）、②事業所税の軽減、③不動産取得税の軽減、④固定資産税の軽減といった支援措置がある。

コラム

障害者権利条約と雇用の分野における障害者差別禁止及び合理的配慮提供義務

障害者権利条約と障害者雇用促進法

2006（平成18）年、国連総会で「障害者の権利に関する条約」（以下「障害者権利条約」という。）が採択された。これに伴い、2013（平成25）年、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（以下「障害者雇用促進法」という。）について、障害者権利条約の批准に向けた対応を行うための法改正が行われた。具体的には、①障害者に対する差別の禁止（雇用の分野における障害を理由とする差別取扱いを禁止）、②合理的配慮の提供義務（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を講ずることを義務付け。ただし、過重な負担を及ぼすこととなる場合を除く）、③苦情処理・紛争解決援助（事業主に、障害者からの苦情の自主的な解決を努力義務化するなど）を定めた。関連する国内法の法整備を経て、2014（平成26）年、我が国は障害者権利条約に批准した。

差別禁止と合理的配慮に関しては、障害者雇用促進法において厚生労働大臣が指針を作成することとされ、2015（平成27）年、差別禁止指針及び合理的配慮指針が定められた。

障害者差別禁止指針

障害者差別禁止指針は、正式名称を「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」（平成27年厚生労働省告示第116号）という。本指針は、すべての事業主に対して禁止される、障害者であることを理由とする差別について、その具体的内容を示したものである。

具体的には、募集・採用、賃金、配置、昇進、降格、教育訓練などの各項目において、障害者であることを理由に障害者を排除することや、障害者に対してのみ不利な条件とすることなどが、差別に該当すると整理される。例えば、障害者であることを理由として、障害者を募集又は採用の対象から排除することは差別に該当する。ただし、積極的差別是正措置として、障害者を有利に取り扱うことなどは、障害者であることを理由とする差別に該当しない。



（障害のある方向け）周知用パンフレット

合理的配慮指針

合理的配慮指針は、正式名称を「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」（平成27年厚生労働省告示第117号）といい、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事業主の措置（合理的配慮）に関して、その実施を図るために必要な事項を定めたものである。

合理的配慮の事例としては、例えば、視覚障害者の募集及び採用時に、募集内容について音声などで提供することや、肢体不自由者の採用後、机の高さを調節することなど作業を可能にする工夫を行うこと、知的障害者に対し、本人の習熟度に応じて業務量を徐々に増やしていくことなどがあげられている。なお、合理的配慮の提供の義務は、事業主に対して「過重な負担」を及ぼすこととなる場合を除くこととされ、その判断に当たり勘案すべき要素も記述されている。

5 在宅就業障害者支援制度

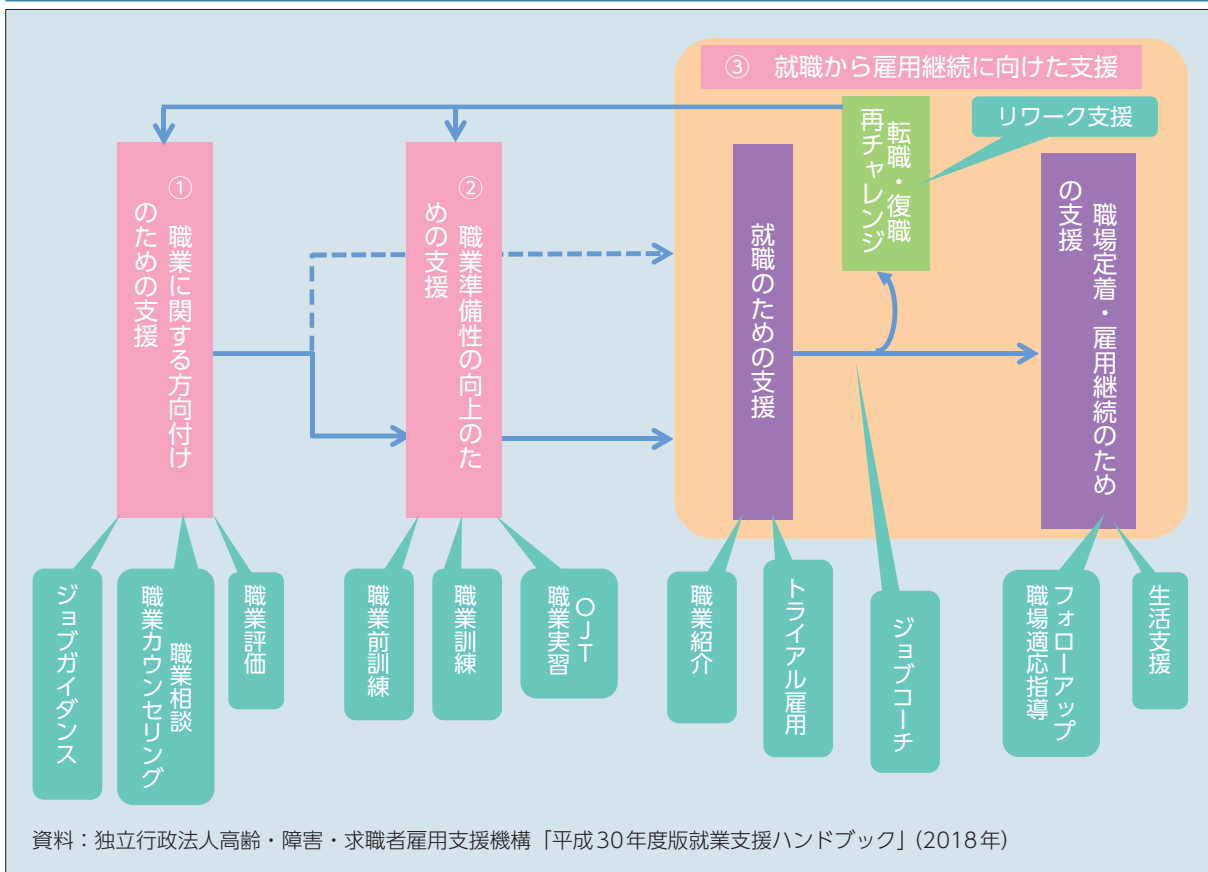
(自宅などで就業する障害者に仕事を発注する企業に特例調整金・特例報奨金を支給する制度)

自宅などで就業する障害者（在宅就業障害者）の就業機会の確保などを支援するため、これらの障害者に直接又は在宅就業障害者に対する支援を行う団体として厚生労働大臣の登録を受けた法人（在宅就業支援団体（2017（平成29）年6月時点で22団体））を介して業務を発注した事業主に対して、障害者に対して業務の対価として支払われた金額に応じて、障害者雇用納付金制度の中で、在宅就業障害者特例調整金（常用雇用労働者数100人以下の事業主については、在宅就業障害者特例報奨金）を支給している。

6 職業リハビリテーションの実施体制

(関係機関が連携して障害者一人一人の特性に配慮した職業指導、職業紹介などの職業リハビリテーションを実施している)

図表 1-1-22 障害者の就業支援のプロセスと各プロセスにおける支援メニュー



職業リハビリテーションとは何か。国際労働機関（International Labour Organization:ILO）総会で1983（昭和58）年6月に採択された「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する条約（第159号）」^{*9}では、職業リハビリテーションの目的を「障害者が適当な職業に就き、これを継続し及びその職業において向上することを可能にし、それにより障害者の社会における統合又は再統合の促進を図ること」としている。

*9 我が国は1992（平成4）年6月に批准。

障害者を対象とした就業支援のプロセスは、一般的には、①職業に関する方向付けのための支援、②職業準備性の向上のための支援、③就職から雇用継続に向けた支援に大別できる。このうち③については、支援内容の違いなどから、「就職のための支援」と「職場定着・雇用継続（職場適応）のための支援」とに分けることができる。①～③の各プロセスにおける主な支援メニューも含めて示したものが図表1-1-22である。以下では、それぞれの支援メニューに携わる地域の就労支援機関について整理する。

①地域の就労支援機関

（地域の就労支援機関が障害者の就労支援に当たってそれぞれ果たすべき機能を有している）

公共職業安定所（以下「ハローワーク」という。）では、障害者などに対する専門の窓口を設置し、ケースワーク方式により、障害の特性に配慮しつつ、適性、希望職種などに応じて、職業相談、職業紹介から職場定着まで一貫した支援を実施している。障害者を雇用している事業主や雇い入れようとしている事業主に対しては、雇用管理上の配慮などについての助言を行うとともに、必要に応じて、地域障害者職業センターなどの専門機関の紹介や、各種助成金の案内を行っている。

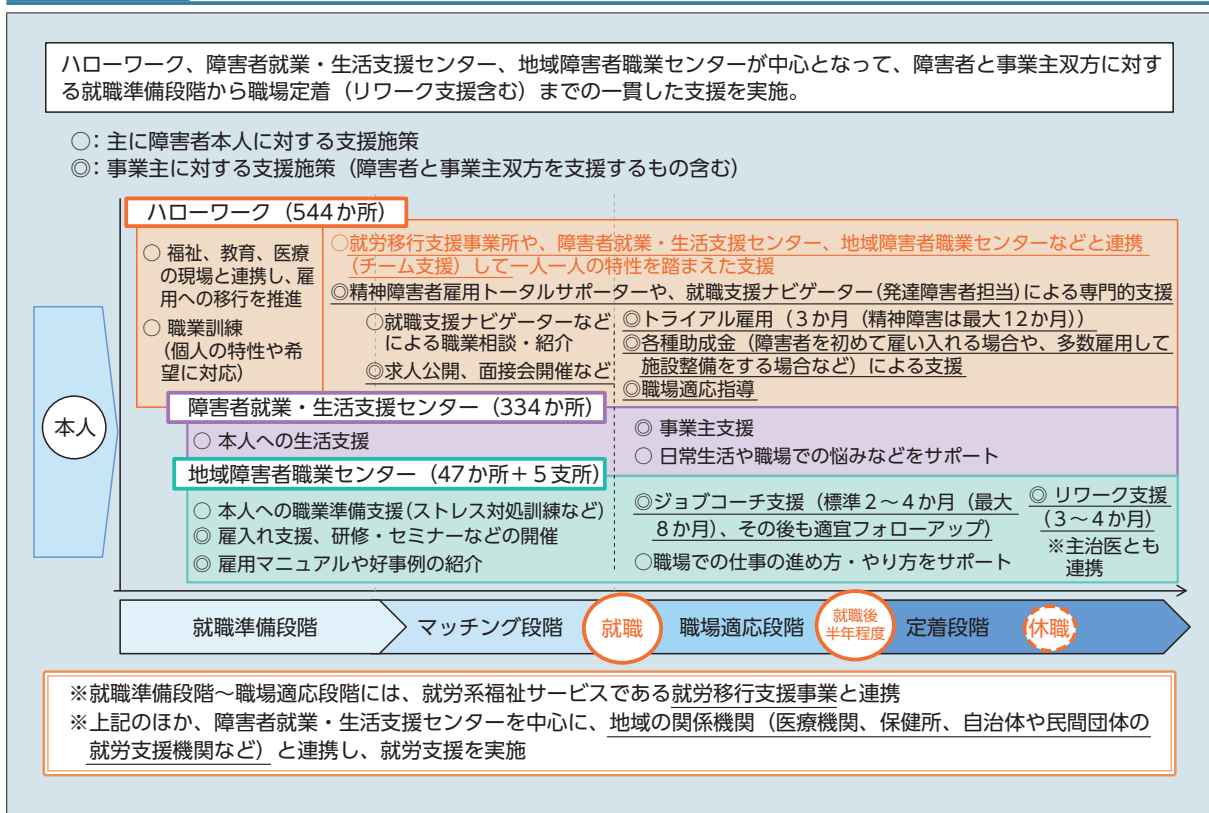
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する地域障害者職業センターでは、障害者に対して、職業評価、職業指導、職業準備訓練及び職場適応援助などの専門的な職業リハビリテーションを実施するほか、事業主に対して、障害者の雇入れ計画や、職場配置・職務設計、職場での配慮や業務の指導方法についての助言、従業員への研修を行っている。また、就職した障害者が円滑に職場に適応できるよう、事業所に職場適応援助者（ジョブコーチ）を派遣し、事業主と障害者双方に対して支援を行っている。

都道府県知事が指定した社会福祉法人、NPO法人などが運営する障害者就業・生活支援センターでは、障害者の身近な地域において、雇用、保健福祉、教育などの関係機関の連携拠点として、就業面・生活面の一体的な相談支援を実施している。また、事業主からの雇用管理についての相談も受け付けており、企業訪問による支援も行っている。

②地域の就労支援機関の連携による支援の流れ

(地域の就労支援機関が連携して、障害者と事業主双方に対する就職準備段階から職場定着までの一貫した支援を実施)

図表 1-1-23 地域の主な就労支援機関による支援の流れ



(i) 障害者に対する就労・職場定着に向けた支援

ハローワークでは、①で示した地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターなどの関係機関により、障害者就労支援チームを結成し、障害者一人一人の特性や希望を踏まえて、次のように、就職から職場定着までの一貫した支援を実施している（図表 1-1-23）。

(就労準備段階)

ハローワークで求職登録を行う際に、個々の障害内容や就労に当たって配慮すべき事項、希望する求人条件などを把握しており、これらを踏まえたきめ細かな職業相談を実施している。この中で、より個別的・専門的な支援が必要な場合や生活面と一体となった支援が必要な場合には、地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターと連携し、それぞれの状況に応じて、就労に向けた準備支援を実施している。

地域障害者職業センターでは、就職の希望などを把握した上で、個別相談や職業能力などの評価、職業上の課題の把握・改善を図るための作業支援、職業準備講習カリキュラムなどを実施している。また、事業主向けに雇入れ支援として、雇用管理に関する研修・セミナーの開催、マニュアル・好事例の紹介などを実施している。

障害者就業・生活支援センターでは、ニーズや課題に応じて、職業準備訓練や職場実習

のあっせん、求職活動への同行、生活面の支援などの様々な相談に応じている。

(マッチング段階)

障害者の職業紹介においては、求職者に対して求人内容について説明するとともに、求人者に対して求職者本人の障害特性や就労に当たっての配慮事項などを説明することが採用後の職場定着につながると考えられる。このため、ハローワークでは、職業紹介の際に、求職者本人の了解を得た上で、障害の状況や配慮が必要な事項、職業経験などについて求人者に説明している。また、必要に応じて、求職者が事業所訪問する機会を設け、ハローワークの職員や支援機関の職員が同行し、求人者に直接紹介するなどの柔軟な対応を実施している。

地域障害者職業センターと障害者就業・生活支援センターでは、それぞれ引き続き、専門的な助言・支援、本人への生活支援を行っている。

(職場適応段階・定着段階)

採用後の職場定着に当たっては、ハローワークの事業所訪問などによる支援のほか、ハローワークでは、就職した障害者が職場に適応し定着することができるよう職場適応の相談、各種助成金による支援を行っている。

地域障害者職業センターでは、事業所にジョブコーチを派遣して「作業手順を覚える」「作業のミスを防ぐ」などの仕事に適応するための支援、「質問や報告を適切に行う」など仕事をする上で円滑にコミュニケーションをとるための支援、「障害を理解し、適切な配慮をするための事業主への助言」や「仕事内容や指導方法に対する事業主への助言」など、障害者や事業主に対して専門的な支援を行っている。

障害者就業・生活支援センターでは、職場での様々な悩みや職場での生活だけでなく日常生活面についての相談・支援を行っているほか、事業主に対する雇用管理の助言などを行っている。

7 障害特性や事業主の状況に対応した就労支援の取組み

(多様化、複雑化する職業リハビリテーションに対する需要に関係機関と連携して対応する必要)

障害者の就労意欲が高まってきている中、障害者や事業主の職業リハビリテーションに対する需要は多様化、複雑化している。このような中で、福祉、教育、医療などの関係機関と連携しながら、障害の種類及び程度に応じた職業リハビリテーションの措置を総合的かつ効果的に実施し、障害者の職業的自立を進めていくことが重要である。

①職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業

職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業では、障害者の職場適応・定着を図るため、地域障害者職業センターや社会福祉法人などに所属するジョブコーチを職場に派遣している。障害者が、その仕事を遂行し、職場に適応できるようにするため、具体的な目標を定めた支援計画に基づき、業務遂行能力やコミュニケーション能力の向上支援などを実施している。また、障害者本人だけでなく、事業所も支援の対象としている。

②精神障害者雇用トータルサポーターの配置

ハローワークに、精神保健福祉士などの資格を有する「精神障害者雇用トータルサポーター」を配置し、求職者へのカウンセリング業務に加え、事業主に対する精神障害者などの雇用に係る課題解決のための相談援助や職場実習の開拓、就職後のフォローアップなど総合的な支援を行っている。

③精神・発達障害者しごとサポーターの養成

各都道府県労働局において、広く一般労働者を対象として、精神・発達障害者の特性を正しく理解し、職場で精神・発達障害者を温かく見守り、支援する応援者となる「精神・発達障害者しごとサポーター」を養成していくことで、これら障害者を支援する環境づくりを推進している。

④精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業

就労支援プログラムなどを実施する精神科医療機関とハローワークが協定を締結し、両者が連携して、当該医療機関を利用する精神障害者の効果的かつ効率的な就職の実現を目指す就労支援を全国的に実施している。

⑤面接会の実施

ハローワークにおいては、障害者に対して、より多くの事業主との情報交換の場を提供するとともに、障害者雇用率未達成の企業などに、障害者雇用への理解を促進し、採用を促すために、障害者及び企業などが一堂に会する就職面接会を実施している。

また、職場実習の機会の確保を図るために、職場実習を受け入れる予定の事業所と特別支援学校の生徒・保護者、就労支援機関、医療機関などの利用者などが一堂に会する面接会を開催している。

⑥障害者雇用ゼロ企業を主な対象とした合同説明会とバスツアーの実施

障害者を雇用した経験がなく、雇用するノウハウがない企業や、雇用することに不安を抱える企業に対しては、障害者雇用の開始に向けた方策の一つとして、当該企業における障害者の職場実習の受入れを推進している。都道府県労働局では、障害者雇用ゼロ企業などに対して、職場実習に関する合同説明会と、職場実習の受入れを行っている企業や障害者雇用に先進的に取り組む企業、特別支援学校などの見学会をセットにしたバスツアーを実施している。

コラム

就労支援機関の連携による障害者の就労・定着支援の事例

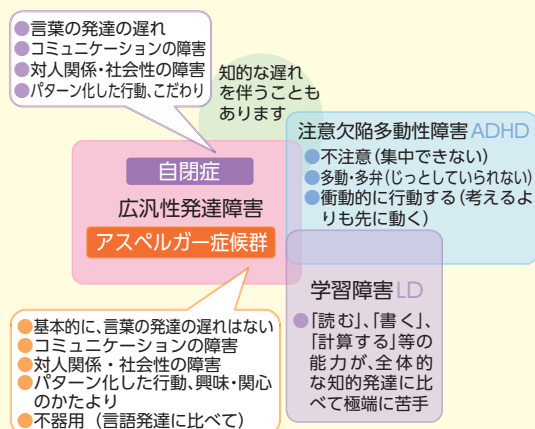
障害者の就労支援機関には、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターなどの様々な機関がある。ケースに応じて複数の就労支援機関が連携して支援に当たることもあるが、それぞれの役割分担はどのようになっているのか。ここでは、発達障害を持つAさんの就労支援に関わった3機関の事例を通して、各就労支援機関の役割分担を示すとともに、連携が効果的に機能するための要因や今後の課題を考えていく。

就職準備支援から定着支援までの流れ

1) ハローワークでの支援

発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害のことである。どのような能力に障害があるのかは人によって様々であり、周りから見てアンバランスな様子が理解されにくい障害である。そのため、本人や家族も障害に気づかないまま大人になってから診断を受けるケースもある。「生きづらさ」の原因が分からず、周囲からも理解されずに否定的な扱いを受けることで、「周囲に受け入れられていない」という感覚を抱く場合も少なくない。

発達障害のそれぞれの障害の特性



Aさんも求職活動のためハローワークを訪問した当初は、障害診断を受けていなかった。周囲とのコミュニケーションが苦手で、職場への適応が難しく、離職を繰り返す状況が続いた。

そこで、ハローワークでは、就業に向けた支援だけでなく、生活面における支援も必要と判断し、就職に向けた準備支援を求める観点から障害者就業・生活支援センターに誘導した。

医療機関受診後、発達障害の診断を受けたが、本人や家族にとって、障害の受容は容易ではない。ハローワークでは、本人の希望に寄り添いながら、精神障害者保健福祉手帳(以下「手帳」という。)を取得することのメリットを丁寧に説明し、手帳取得に結びついた。

2) 障害者就業・生活支援センターでの支援

障害者就業・生活支援センターでは、就労だけでなく生活環境全般の相談に応じる。障害者の就労支援をする際に、本人の特性や能力は重要な要素となるが、本人が置かれている生活環境(家族との関係、経済的状況など)もまた大きな影響を与えるため、その生活環境を含めて本人を捉える視点が必要となる。

支援は、支援内容の説明や本人の希望を確認する面談から始まる。どのような相談内容を抱えていて、その主訴の背景にある問題は何かを明らかにするために、面談に当たる担当者は、積極的・能動的に働きかけることで、より正確な本人の状況把握に努めている。支援に当たっては本人との信頼関係の構築が重要となるが、Aさんはこれまで周囲からも理解されず差別的な扱いを受けた経験があり、そのことが自己肯定感を持つことや他者を信頼することを難しくしていた。それでも、本人の話を傾聴し、時には家族への働きかけも行った。支援の過程で就職が決まることもあったが、一か所で長続きしない状況が続いたことから、就業・生活支援センターでは、コミュニケーションや対人関係での障害の背景には、腹が立つなどの負の感情との付き合い方や周囲への伝え方が課題となっていると考えた。そして、これらの課題解決のため、発達障害の障害特性に応じた職業評価や職業準備支援を行っている地域障害者職業センターの職業準備支援の受講を勧めた。しかし本人には「早く就職したい」という強い希望があったため、受講に躊躇しており、利用を決めるまでに時

間を要することになったが、短期的な就職・離職を繰り返す状況を変えることが本人の希望にもつながると考え、見学の同行や相談を通して、受講への理解を促した。

3) 地域障害者職業センターでの支援

地域障害者職業センターの職業準備支援では、個々の目標に応じて受講時期と期間（最長12週間）が設定される。また、発達障害者などの特性に応じた専門的なカリキュラムが用意されている。



初回面談では、地域障害者職業センターの役割や支援カリキュラム内容の説明、本人の希望の確認などを行う。その後、これまでの経過や特徴を整理し、働く上での課題や本人の強みを検討する「職業評価」と職業準備支援の体験を行い、目標とそれに応じた個別カリキュラムを設定する。支援カリキュラム開始後は、担当者と振り返りをする時間も設けられる。

支援カリキュラムの一例としては、アンガーコントロール講習がある。例えば他者に対する期待が高すぎる場合などのイライラや不安といった気持ちが生じる背景や仕組みを分析する。個別の振り返りの時間の中で、その人に合った対処法を一緒に考え、気持ちの切り替え方を模索する。

この他にも、認知行動療法の講座もある。「認知」とは、ものの受け取り方や考え方とい

う意味である。私たちは、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し続けているが、強いストレスを受けている時などに、認知にゆがみが生じ、その結果、悲観的に考えがちになる、といったことから、問題を解決できない心の状態に自分自身を追い込んでしまうことがある。認知行動療法では、そうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態をつくっていく¹。このような一連の取組みの中で、Aさんは、発達障害の特性でもあった、「白か黒か」で極端に物事を評価してしまう考え方から徐々にグレーゾーンを受け入れる考え方ができるようになっていったとのことである。

このように自分自身の課題に向き合うことは、本人にとってストレスを感じるものであるため、支援に当たる担当者は、本人の悩みに寄り添いながらも、前向きになれるような言葉がけを続けた。また、本人自身もストレスと向き合いつつ、自分なりの対処方法を模索しながら、3か月の職業準備支援を終えることができた。

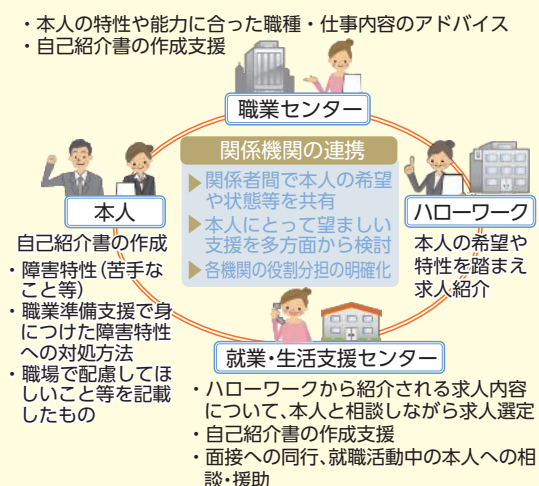
この間、地域障害者職業センターと障害者就業・生活支援センターは情報共有のため、ケース会議²を定期的開催するとともに、日頃から連絡を取り合い、本人の状況や変化について共有を図った。

4) 就職活動支援～関係機関が役割分担

職業準備支援終了後に就職活動支援を開始するに当たって、これまで支援に関わってきたハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターの3機関と本人が参加したケース会議を開催した。この目的としては、関係機関の間で本人の希望・状況の共有を図るとともに、各機関の役割を明確にすることである。

1 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターホームページ
(<http://cvt.ncnp.go.jp/guidance/about>)

2 この場には利用者本人も参加して、3者間で状況の確認などを行った。



(注) イラストはイメージであり、本人や支援に携わった担当者の属性とは無関係である。

このように3機関連携しながら就職活動の支援を行い、本人の希望条件をすべて満たすものではないが、最終的には本人が納得して、現在の職場への就職が実現した。

5) 職場定着支援

これまでもAさんにとって職場定着が課題となっていたことから、就職後は地域障害者職業センターの専門の支援員（ジョブコーチ）が行う職場定着支援を実施することとした。ジョブコーチは支援計画の策定前に、事業所（店舗）の担当者と打ち合わせを行い、職務内容、障害特性、配慮が必要な事項、想定される支援課題などを確認した。なお、ジョブコーチによる支援終了後³は、必要に応じ障害者就業・生活支援センターやハローワークによる定着支援が想定されたことから、打ち合わせには、障害者就業・生活支援センターの担当者も同席し、ジョブコーチ支援実施中も、月1回定着支援のため事業所訪問を行っている。

ジョブコーチは2週間に1回事業所を訪問し、事業所の担当者と本人のそれぞれから職場での状況を聞き取った。就職後1か月経過後から、本人からジョブコーチや障害者就業・生活支援センターの担当者に対して、職場での不安・不満についての訴えが頻回となった。

「仕事を辞めたい」という発言もあり、訪問回数を1週間に1回に増やした。発言の背景には、事業所側がどのような作業を任せられるか戸惑いがあり、結果として清掃作業をしている時間が長くなっており、「仕事を与えられない」という思いから、不安感や疎外感を募らせていることが原因となっていると考えた。そこで、ジョブコーチが事業所担当者と日中の作業内容をスケジュール表形式で確認し、ルーティン作業の隙間時間に別作業を行えるよう、事業所担当者とともに作業の切り出しを行った。一方で、本人に対しては「仕事を与えられない」と、不安や疎外感を感じるような認知の偏りを修正するとともに、自分ができることをアピールしてみてもどうかと提案した。事業所は、必要な配慮は行うが、他の従業員も時にプレッシャーと戦いながら働いており、Aさんだけを特別扱いはいできない。障害者就業・生活支援センターの担当者は本人の気持ちに寄り添いながらも、就労する上での「当たり前の苦勞」を引き受けることの大切さを本人に説明した。

こうした支援もあり、Aさんは手が空いた時間に特技のイラストをいかして、店舗を訪れるお客様の似顔絵を描くことを始めた。お客様からの評判も上々とのことである。イラストが得意なことは、面接に同行していた障害者就業・生活支援センターの担当者が、実際に描いたイラストを見せてアピールしており、面接官も本人の特技として関心を示していた。清掃作業でも、トイレの使い方やゴミの捨て方が悪い時にはイライラする気持ちが生じ、その感情のコントロールに苦勞していたが、ユーモアを交えた標語をイラストで伝える張り紙を作成するなどの対処方法・感情の表現方法を見つけた。このことは、職場での新たな作業を本人自身が創り出すことにもつながった。得意のイラストをいかしながら仕事に取り組むようになってからは、徐々に本人からの不安・不満の訴えは減り、今では笑顔いっぱい働いている。

3 支援期間は1～8か月で個別に設定される。標準的な支援期間は2～4か月程度である。なお、支援期間終了後（原則、最大1年間）は、必要に応じてフォローアップを行うこともある。新たに課題が発生した際には、再支援も可能である。

多機関連携による障害者の就労・定着支援のポイント

1) 適切なアセスメントと他の就労支援機関の機能への理解

障害者が就労支援を求めて最初に訪れる機関は定まっていない。そのため、最初に関わる就労支援機関がどこであっても、当該機関が、本人の状態・環境等の状況把握を行い、医療・生活・就労などの問題状況が錯綜している場合には、問題の整理を適正に行い、単独での支援が難しい場合には、適切な機関と連携して支援する必要がある。そのためには、地域の他の就労支援機関でどのような支援が提供されるのかを理解しておく必要もある。

2) 就労支援機関の間の意思疎通と役割分担

就労支援機関が複数になった場合には、支援対象者のアセスメントやその結果に基づく支援方針を共有し、ケース会議や日常的な連絡によって、本人の状況を共有することが重要となる。本人にとって必要な支援は何か、それぞれの就労支援機関はどのような支援を行うのかについて、就労支援機関の間で共通認識を持ち、役割分担を明確にしておくことで、効果的・効率的な支援の実施が期待される。

(2) 障害者総合支援法に基づく取組みなど

1 障害者手帳制度

(一定程度の心身の障害の状態にあることを認定するもの)

障害者手帳は、一定程度の心身の障害の状態にあることを認定するものであり、障害の内容により、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の3種類があり、それぞれに障害の程度に応じた等級がある。種別や等級によって受けられる支援策は異なるが、公共施設・公共交通利用料金の割引、税控除、事業主による雇用義務などの対象となる。

(身体障害者手帳)

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づき、一定程度の身体上の障害の状態にあると認められる者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付する手帳である。交付対象となる身体上の障害とは、①視覚障害、②聴覚又は平衡機能の障害、③音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害、⑥ぼうこう又は直腸の機能の障害、⑦小腸の機能の障害、⑧ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害、⑨肝臓の機能の障害であって、いずれも一定以上で持続することが要件とされている。障害の程度については、障害の種類別に重度の側から1級から6級の等級が定められている。

(療育手帳)

療育手帳は、一定程度の知的障害の状態にあると認められる者に対して、都道府県知事又は指定都市市長が交付する手帳である。療育手帳制度は法律に基づく制度ではなく、「療育手帳制度について（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）」という国の技術的助言（ガイドライン）を踏まえ、各都道府県知事などがそれぞれの判断に基づいて療育手帳制度の実施要件などを定めている制度である。障害の程度や判定基準

は、都道府県などごとに設定されている。

(精神障害者保健福祉手帳)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づき、一定程度の精神障害の状態にあると認められる者に対して、都道府県知事又は指定都市市長が交付する手帳である。精神疾患の状態と能力障害の状態の両面から総合的に判断し、障害の程度については、重度の側から1級から3級の等級が定められている。

2 障害者総合支援法による障害保健福祉施策の概要

(制度の対象となる「障害者」には難病等も含まれる)

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「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」（平成24年法律第51号）による改正により、障害者自立支援法は障害者総合支援法となった。障害者総合支援法では、制度の谷間のない支援を提供する観点から、障害者の定義に新たに難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）を追加し、障害者手帳の所持の有無に関わらず難病患者なども障害福祉サービスなどの対象とした。市町村においてその人に必要なサービスの度合い（障害支援区分）を判定して、その度合いに応じたサービスが利用できることになっている。

(支援サービスは自立支援給付と地域生活支援事業に大別される)

障害者総合支援法による障害者への福祉サービスは、障害のある者の障害の程度や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住などの状況）を踏まえ、利用者に個別に給付される自立支援給付と、対象となる方に利用してもらうために自治体が行う地域生活支援事業がある。自立支援給付は、全国一律の基準により実施されるサービスであるのに対し、地域生活支援事業は、市町村や都道府県が、地域で生活する障害者などのニーズを踏まえ、地域の実情に応じた柔軟な事業形態で実施するものであり、自治体の創意工夫により事業の詳細が決定される。

(自立支援給付)

図表 1-1-24 自立支援給付の種類

事業名	事業内容
介護給付	居宅介護（ホームヘルプサービス）や施設入所支援などの、日常生活上必要な介護を受けるサービス。
訓練等給付	障害者が地域で生活を行うために、適性に応じて一定の訓練が提供されるサービス。機能訓練、生活訓練、就労に関する支援など。
計画相談支援	【サービス利用支援】 障害福祉サービスなどの申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス事業者などとの連絡調整などを行うとともにサービス等利用計画の作成を行う。 【継続サービス利用支援】 支給決定されたサービスなどの利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者などとの連絡調整などを行う。
地域相談支援	【地域移行支援】 障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設などを退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者などを対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整などを行う。 【地域定着支援】 居宅において単身で生活している障害者などを対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。
自立支援医療	心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度。
補装具	障害の状態によって義肢や車椅子等の補装具の購入や修理が必要と認められた際に費用が補装具費として支給される。

自立支援給付は上記の6種類に分類される（図表 1-1-24）。

(地域生活支援事業)

図表 1-1-25 地域生活支援事業（市町村事業）

事業名	事業内容
理解促進研修・啓発	障害者に対する理解を深めるための研修や啓発事業を行う。
自発的活動支援事業	障害者やその家族、地域住民などが自発的に行う活動を支援する。
相談支援事業	【相談支援】 障害のある人、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報提供などの支援を行うとともに、虐待の防止や権利擁護のために必要な援助を行う。また、（自立支援）協議会を設置し、地域の相談支援体制やネットワークの構築を行う。 【市町村に基幹相談支援センターの設置】 地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談体制の強化の取組みなどを行う。
成年後見制度利用支援事業	補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難である人を対象に費用を助成する。
成年後見制度法人後見支援事業	市民後見人を活用した法人後見を支援するための研修などを行う。
意思疎通支援事業	聴覚、言語機能、音声機能、視覚などの障害のため、意思疎通を図ることに支障がある人とその他の人との意思疎通を仲介するため手話通訳や要約筆記、点訳などを行う者の派遣などを行う。
日常生活用具給付等事業	障害のある人などに対し、自立生活支援用具など日常生活用具の給付又は貸与を行う。
手話奉仕員養成研修事業	手話で意思疎通支援を行う者を養成する。
移動支援事業	屋外での移動が困難な障害のある人について、外出のための支援を行う。
地域活動支援センター機能強化事業	障害がある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進などの便宜を図る。
その他	市町村の判断により実施するもの。福祉ホームの運営、訪問入浴サービス、生活訓練など、日中一時支援などがある。

図表 1-1-26 地域生活支援事業（都道府県事業）

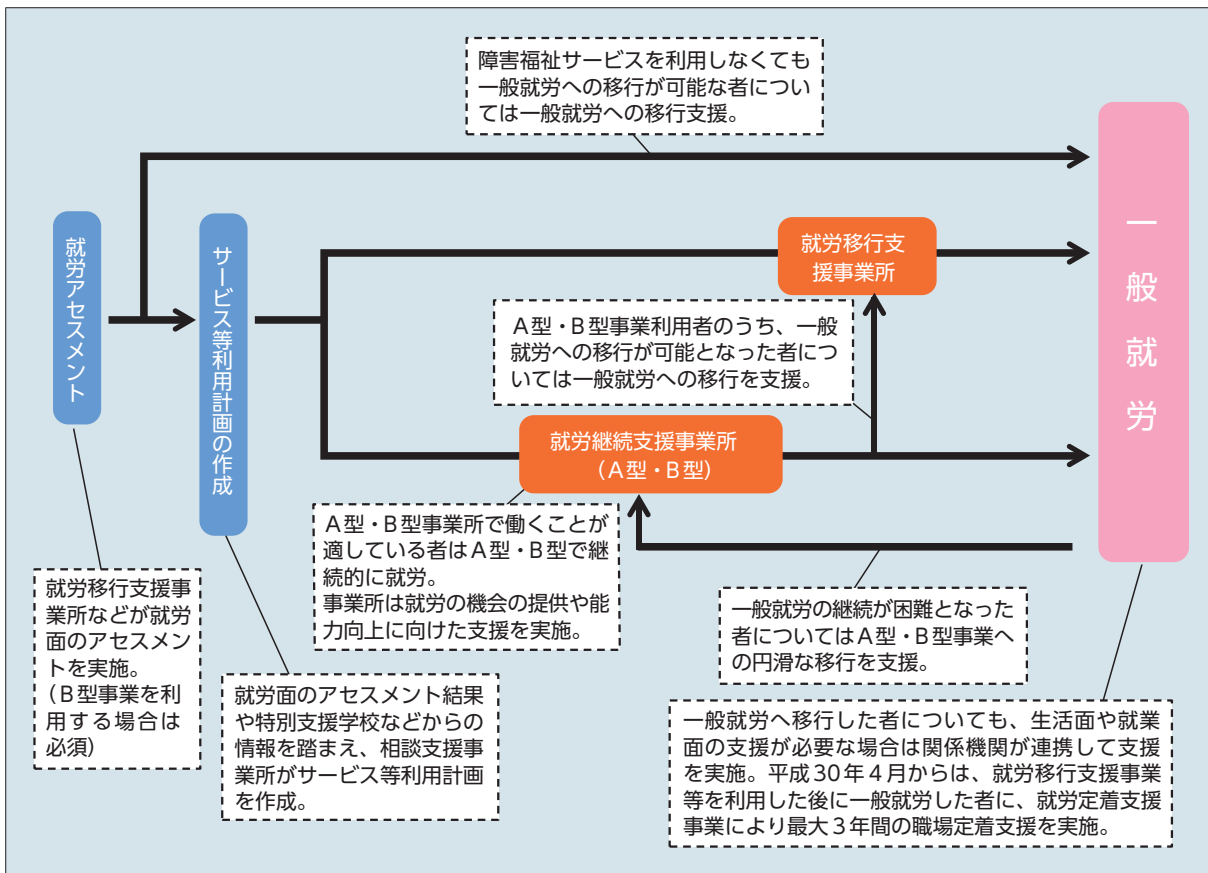
事業名	事業内容
専門性の高い相談支援事業	発達障害、高次脳機能障害など専門性の高い障害について、相談に応じ、必要な情報提供などを行う。
専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成研修事業	意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者を養成する事業を行う。（手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指点字を行う者の養成を想定）
専門性の高い意思疎通支援を行う者の派遣事業	意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者を派遣する事業を行う。（手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指点字を行う者の派遣を想定）
意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整事業	手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指点字を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整を行う。
広域的な支援事業	都道府県相談支援体制整備事業や精神障害者地域生活支援広域調整等事業など、市町村域を超える広域的な支援が必要な事業を行う。
その他	都道府県の判断により実施するもの。オストメイト（人工肛門、人工膀胱増設者）社会適応訓練、音声機能障害者発声訓練、発達障害者支援体制整備などがある。また、サービス・相談支援者、指導者などへの研修事業などを行う。

地域生活支援事業は、障害者が自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう、地域の特性（地理的条件や社会資源の状況）や利用者の状況に応じて柔軟に実施することにより、効率的・効果的な事業実施が可能である事業を、市町村又は都道府県が実施主体となり行うものである。市町村又は都道府県が必ず実施しなければならない必須事業と実施が任意の事業があり、図表 1-1-25 及び図表 1-1-26 の「その他」以外の事業はそれぞれ、市町村、都道府県における必須事業である。

3 就労系障害福祉サービス

(障害者総合支援法における就労支援の仕組み－就労移行支援事業と就労継続支援事業)

図表 1-1-27 障害者の特性や能力を最大限いかせる「働く場」への移行支援



障害者総合支援法に基づく自立支援給付の中の訓練等給付として、就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型・B型）及び就労定着支援事業がある。一般就労のほか、これらの事業により、通常の事業所で雇用されることが困難である者の就労に向けた支援や一般就労に向けた支援が行われている。

就労移行支援事業とは、就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、①生産活動、職場体験などの活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談などの支援を行うものである。

就労継続支援A型事業とは、通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結などによる就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練などの支援を行うものである。本事業の利用者は、雇用契約を締結する点で、労働者でもある。

就労継続支援B型事業とは、通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行うものである。

就労定着支援事業とは、就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型・B型）などの利用を経て一般就労した障害者に対して、就労に伴う環境変化により生じた日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言その他の必要な支援を行うものである。

このように、障害者の就労形態としては、一般就労以外にも、自営や障害福祉サービスでの就労があり、各支援機関は連携して、障害者自身の将来的な成長の可能性も含めてアセスメントを行い、本人の特性や能力を最大限いかせる最も適した「働く場」に円滑に移行できるような体制を構築するとともに、一般就労した障害者の職場定着を推進することが目標とされている（図表1-1-27）。

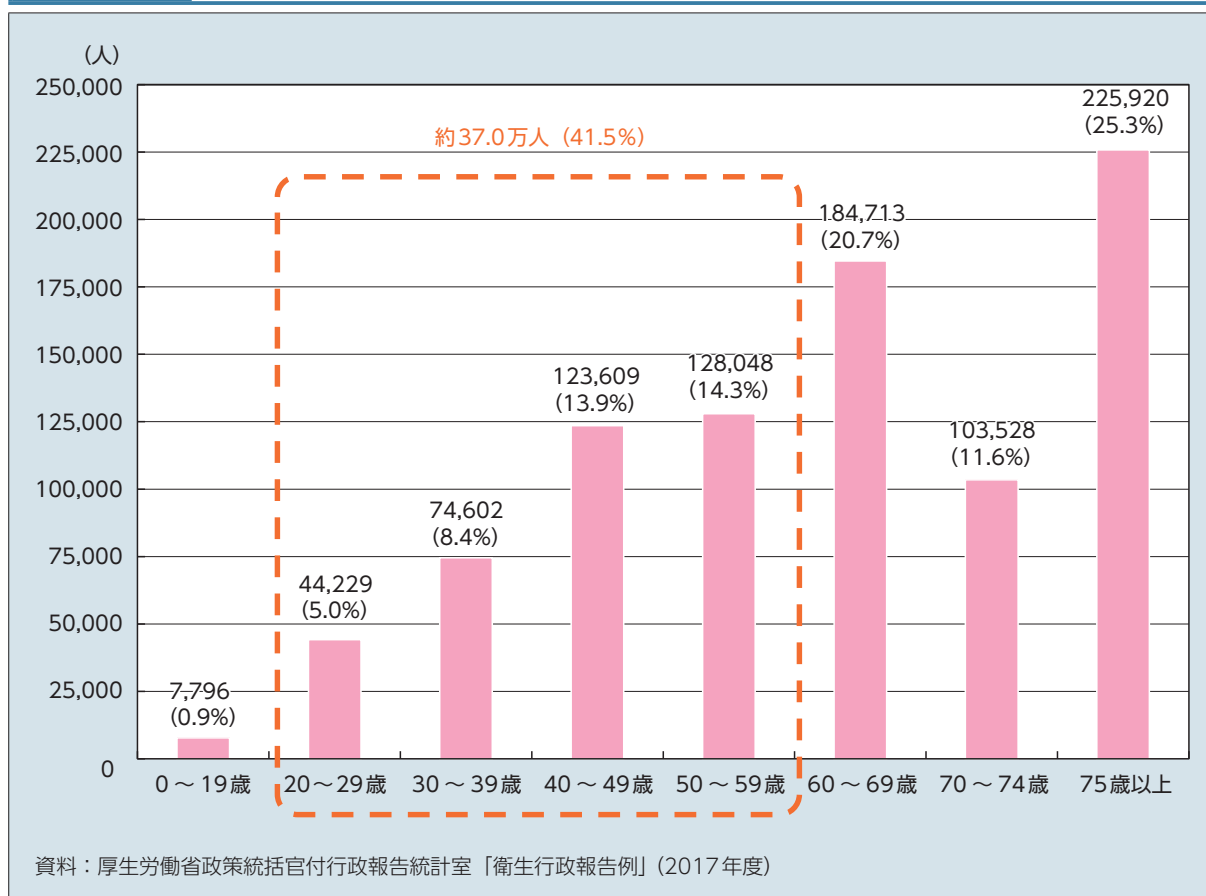
（3）難病患者への支援

（難病等も障害者総合支援法に定める「障害者」として障害福祉サービスなどの利用が可能）

前述のとおり、障害者総合支援法では、障害福祉サービスなどの対象となる障害者の定義に「難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）」を追加し、障害福祉サービスなどの対象としている。これにより、難病患者などで、症状の変化などにより障害者手帳を取得できないが一定の障害がある者も、障害者総合支援法に定める障害福祉サービスなどを利用できるようになっている。2018（平成30）年4月1日時点における対象疾病は359疾病である。

(難病患者数－指定難病の受給者証所持者数は約89.2万人であり、年齢階層別では75歳以上が25.3%と最も多いが、20～50歳代までの受給者証所持者数合計も全体の41.5%を占めている)

図表 1-1-28 年齢層別にみた指定難病受給者証所持者数（2017（平成29）年度末時点）



難病は一定の割合で発症することが避けられず、その確率は低いものの、国民の誰もが発症する可能性があるものである。近年では、難病医療の進歩は著しく、難病の慢性疾患化が急速に進んでおり、多様な症状のある疾病の治療を続けながら、職業生活を含む普通の日常生活を送ることのできる人も増えている。

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）における難病の定義は、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疾病であって、長期の療養を必要とするものとされている。このうち、難病法に基づき指定される指定難病については、治療方法の確立などに資するため、難病患者データの収集を効率的に行い治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期の療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援するため、2015（平成27）年より医療費助成制度が設けられている。指定難病は、医療費助成制度開始以降も拡充されており、2017（平成29）年4月1日に306疾病から330疾病に、2018年4月1日に330疾病から331疾病に拡充された。2017（平成29）年度末時点の指定難病（330疾病）の受給者証所持者数は、約89.2万人であり、年齢階層別では75歳以上が25.3%と最も多いが、60歳代が20.7%、50歳代が14.3%、40歳代が13.9%と続いている。20歳代から50歳代までの合計では約37.0万人と全体の41.5%を占めており、高齢世代以外にも指定難病受給者証所持者が比較的多く分布していることがわかる（図表1-1-28）。

コラム

難病と障害の違い

第1章第1節では、「障害」と「難病」という言葉を並べて記述しているが、これらの内容は異なっている。「難病」と「障害」の違いについて、「難病」の定義を中心に紹介しよう。

難病とは

「難病」とは、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）に基づき、治療研究を推進するとともに医療費負担が大きい患者が支援の対象となる疾病である。難病法では、難病を「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」としている。難病法に基づき医療費助成の対象となる指定難病は、330疾病定められている（2017（平成29）年4月現在）。

また、「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17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）及び同法施行令（平成18年政令第10号）では、難病等を「治療方法が確立しておらず、その診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっており、かつ、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」としている。障害者支援法に基づくサービスの対象となる難病等は、359疾病定められている（2018年4月現在）。

障害者手帳制度との関係

障害者手帳制度との関係については、網膜色素変性症やベーチェット病などによる視覚障害、神経難病（脊髄小脳変性症、パーキンソン病、多発性硬化症／視神経脊髄炎など）や、自己免疫性疾患の関節炎の進行による肢体不自由、クローン病や潰瘍性大腸炎による小腸や直腸の機能障害などにより、身体障害者手帳が交付される場合がある。このほか、もやもや病では、脳血管の出血の後遺症として高次脳機能障害（記憶、集中力などの個別

の脳機能の障害）が見られ、精神障害者保健福祉手帳が交付される場合がある。

さらに、障害者手帳制度の対象とならない場合でも、障害者総合支援法のサービスや「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）に基づく差別禁止や合理的配慮提供義務などの対象となることがある。

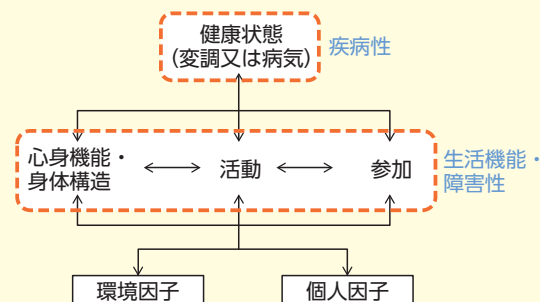
疾病と障害の関係

世界保健機関（WHO）は、2001（平成13）年に、「国際生活機能分類（ICF）」として、生活機能と障害の分類を定めた。生活機能は、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つを包括する概念であり、ICFは、これらを「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」との間の相互関係において捉えることで、人が生きている状態そのものを記述・表現しようとする。

生活機能に問題・困難が生じた状態が「障害」で、これも3つのレベル（機能障害、活動制限、参加制約）からなる。

難病は、定義上医学的診断の対象であり継続的な治療を必要とする「疾病」の側面と、疾病により長期的に生活機能の支障を有する「障害」の側面を併せ持ち、双方に関係すると言える。

国際生活機能分類（ICF）の図式による、難病の「疾病性」と「障害性」の関係



出典：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の就労支援のために」（2016年6月）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

(難病患者が疾病の治療をしながら社会参加することが課題となっている)

「難病」といっても、疾病により症状は様々であるが、医療の進歩により、多くの難病については、通院や服薬などで普通の生活ができるようになり、疾病の治療をしながら社会参加することが新たな課題となっている。難病の多くは慢性疾患であり、「慢性疾患を持ちながら働く」ことは、企業による取組みだけでなく、保健・医療、労働などの専門家などを含めて支援していくことが必要である。その際、障害者への就労支援や雇用管理のノウハウが難病患者にも対応できることも多い。以下では、特に難病患者の就労支援に焦点を当てて紹介する。

1 難病患者就職サポーター**(ハローワークの障害者の専門援助窓口配置され、難病患者の就職や雇用継続などを総合的に支援)**

難病患者就職サポーターとは、ハローワークに配置され、就職を希望する難病患者のきめ細やかな就労支援や、在職中に中途発症した難病患者の雇用継続などの支援を行う専門職員である。難病患者就職サポーターの支援対象は、難病法の指定を受けた難病であるかを問わないが、特に対象としているのは、症状が不安定であることや仕事と治療の両立に課題を抱えている者、就職に当たって難病ゆえに課題が多く、専門的な支援を必要とする者である。また、難病患者就職サポーターは、支援対象者の症状の悪化などにより就労が困難と判断される場合には医療機関や難病相談支援センターなどの利用を促したり、就労する上で難病以外に課題がある場合には地域障害者職業センターに誘導するなど様々な支援機関と連携しながら難病患者の就労支援を行っている。

2 難病相談支援センター**(地域で生活する難病患者の日常生活上における相談支援、地域交流活動の促進、就労支援などを行う拠点施設)**

難病相談支援センター（2017年度末時点で47都道府県に67か所）は、保健・医療・福祉の充実のため、地域で生活する難病患者の日常生活上における相談支援、地域交流活動の促進、就労支援などを行う拠点施設である。難病患者や家族などの療養上、日常生活上の悩みや不安などの解消を図るとともに、患者などが持つ様々なニーズに対応して必要な相談支援や情報提供を行ったり、地域の適切な支援者につなぐことがその役割である。就労支援について具体的には、難病患者就職サポーターと連携した支援をしており、難病患者就職サポーターから紹介があった難病患者に対して、①受診時に同席する等して病状・治療状況、就労上配慮することの確認、診断書作成依頼のための支援といった主治医との連携、②職業評価の結果の検討、支援方針・内容の検討、経過報告のため支援会議への参加、③就職時や就職後に事業主や他の支援者へ病気や治療、療養生活上の注意点の説明、などというように「療養相談」としての就労相談の役割を果たしている。

コラム

難病相談支援センターと連携した就労支援

滋賀県は、「日本の知的障害者福祉の父」と呼ばれる糸賀一雄氏¹などが活躍した地であり、地域福祉のパイオニアとして様々な先進的な取組みを実践している。その1つとして滋賀県難病相談支援センターにおける支援があげられる。

滋賀県難病相談支援センターの取組み

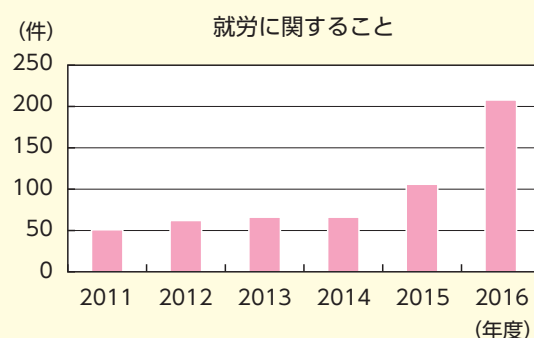
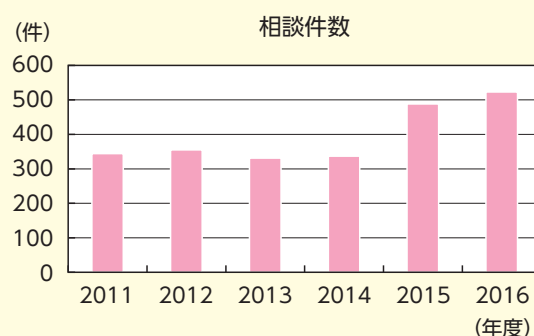
滋賀県では、指定難病の患者数²は10,854人で、県人口の0.8%を占めている。高齢化や指定難病の拡充などにより、この10年間で患者数は1.7倍に増加した。そうした状況の中、滋賀県難病相談支援センター（以下この項では「センター」という）では「難病患者であっても、就労しながらゆたかに生活できることを支援する」ことを使命として、①療養や日常生活などに関する相談支援、②患者交流会や難病支援ボランティア養成などの支援、③就労支援、④医療講演会などの開催、⑤ピア・サポートなどを実施している。

センターは、2006（平成18）年度から滋賀県からNPO法人滋賀県難病連絡協議会（以下「難病連」という）が受託し、事業を開始した。難病連は患者会を中心に構成されていることから、センターでは「患者目線で相談が受けられること」が強みとなっている。また、患者会の意向を反映した運営や、委託元である滋賀県とも情報共有を行うことで、難病対策の推進に取り組んでいる。

地域の社会資源と連携した支援を展開

センターにおける相談件数は、2014（平成26）年度までは年間300件代で推移していたが、2015（平成27）年度以降増加し、2015年度は488件、2016（平成28）年は523件となっている。また、相談の中でも就労に関するものについては、2014年度までは年間60件前後で推移していたが、2015年度は106件、2016年度は208件と急増し

ている。これは、センターが地域の社会資源と円滑に連携を行っていることによる。



1) 保健師のネットワークなどを活用した各機関との有機的な連携

①「難病患者の方への支援は『治療』だけでなく『生活を守ること』も大切」と保健師や医療関係者に周知

センターでは、経験豊かな保健師を難病相談支援員として登用している。豊富な相談経験から、相手の立場に立って傾聴・共感する、相談内容を確認し整理するなど丁寧な面談を行い、思いを安心してはき出せる場となるよう努めている。

また、県庁主管課主催の難病担当者会議などを通じて、保健師や医療関係者に対し、「難病患者の方への支援は『治療』だけでなく『生活を守ること』も大切である」と周知したところ、難病患者の方が保健所に来所した際に「おたずね票³」で「相談希望の有無」を確認するようになったり、医療機関において難病患者の方に就労や生活に関して困っていないか質問し、場合によっては各支援機関を紹介

1 糸賀氏は、池田太郎氏、田村一二氏らとともに知的障害者が入所する公的福祉施設「近江学園」を昭和21（1946）年に創設。知的障害児・者の療育に力をそそいだ。

2 滋賀県における指定難病医療受給者証所持者数（2017年4月1日時点）。

3 保健所来所者に対し、暮らしの中で困りごとがないかを尋ねる質問票。

するといった取組みが行われ、センターでの相談件数の増加につながった。



センターで実施する就労支援セミナー

②他支援機関の支援内容や担当者の連絡先を共有し、適切な支援につなげる

他にも、相談に来た難病患者の方を適切な支援につなげられるよう、難病対策地域協議会⁴や就労支援セミナーにおいて、県内各地の保健所の難病担当者、ハローワークの障害者担当、障害者働き・暮らし応援センター⁵などのそれぞれの支援内容や、担当者の連絡先を共有し、互いに他の支援機関を迅速に紹介できるような仕組みを滋賀県主導で構築している。紹介先の機関へは、相談者の同意を得た上で対応状況のフィードバックを行い、円滑に連携できるよう工夫している。

2) 就労支援では難病患者就職サポーターと緊密に連携

①センターでの「就職相談日」は毎週金曜日とPR

センターにおいても、設立当時から就労支援は行っていたが、直近の雇用状況や求人の情報がなく、個別支援への限界を感じていたという。そこに、2015年7月より滋賀県でもハローワークに「難病患者就職サポーター」が設置され、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就労支援を実施することとなった。

就労相談にあたって、難病患者就職サポーターがセンターに出張相談を行う「就職相談日」を毎週金曜日に設定し、保健所、市や町、医療機関等にポスターを掲示してPRしたところ、センターにおける就労相談件数は急増した。就労支援を専門とする公的機関が介入することへの期待や信頼が背景にあるという。

②ストレスコントロールなど相談者の体調に寄り添う丁寧なサポート

就労支援にあたっては、「就労に結びつけることは重要だが、まずは難病患者の方の『豊かに生きたい』という気持ちのサポートを大事にしている」と難病患者就職サポーターは話す。就職相談に訪れる難病患者の方は、これまでできていたことができなくなり離職を経験するなど、自信を喪失している方が多いという。そこで、まずは就職相談者の訴えを傾聴し、できることや頑張っていることを引き出し、本人の強みとして自信につながるよう努めている。

また、難病患者の方が治療と仕事を両立させるには、体調を悪化させずに維持することが重要となる。そのため、体調管理やストレスコントロールなどのセルフケアについての助言と継続就労のための相談を継続的に実施している。前者については、残業や休日出勤を頼まれた場合の返答やストレス発散の方法、勤務時間中の服薬管理などを相談者と一緒に考える。後者については、就職後も月1回程度の電話や来所相談を通して体調や困りごとの有無を確認し、仕事を続けるための環境やモチベーション作りに取り組んでいる。



電話相談の様子

4 「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号）第32条において、「都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、単独で又は共同して、難病の患者への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに難病の患者及びその家族並びに難病の患者に対する医療又は難病の患者の福祉、教育若しくは雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者により構成される難病対策地域協議会を置くように努めるものとする。」と規定されている。

5 「障害者就業・生活支援センター」に県独自事業を加えた事業。障害のある人の「働く」こと「暮らす」ことを一体的にサポートする専門機関として、本人・家族・企業からの相談に無料で応じている。「雇用支援ワーカー」「生活支援ワーカー」「職場開拓員」「就労サポーター」などが配置され、仕事に関する相談、仕事をする上で基本となる生活に関する相談も受け付け、自立した生活をするための支援をしている。

若い世代に向けてSNSを活用した活動の周知を検討

センターでは、患者交流会への参加者数が減少傾向にあり、特に若い難病患者の方の参加が減ってきていることが課題となっている。これは、インターネットの普及により、患者会を通さずとも同じ難病や症状をもつ者と匿名で情報交換や気持ちを吐き出せる場が得られたことによる影響と推測される。そのため、センターでの支援を若い世代にもつなげるため、今後、FacebookやTwitterなどのSNS

を活用した周知や、男性や若い人向けのプログラムの企画、カフェでの患者交流会の開催などを検討していきたいと考えている。

また、センターでは難病支援ボランティアの養成講座を毎年開催しているが、セミナーやイベント開催の際の会場設営などの手伝いを中心となっており、各難病患者の個別支援までは実現していない。大学のボランティアサークルと連携して、個別支援を実現している他自治体の例もあり、地域の現役世代に向けた更なる周知が必要と考えている。

3 就労・雇用の状況

(1) 障害者の就労形態

(障害者の就労形態では一般就労が最も多いが、平均月額賃金は障害種別によって差が見られる)

図表 1-1-29 障害者の就労形態

	一般就労	就労継続支援A型	就労継続支援B型
障害者の位置づけ	労働者	労働者かつ利用者	利用者
就労者（利用者数）	約63.1万人 （内訳） 身体：43.3万人 知的：15.0万人 精神：4.8万人	約6.9万人 （内訳） 身体：約1.3万人 知的：約2.4万人 精神：約3.1万人	約23.6万人 （内訳） 身体：約2.9万人 知的：約12.6万人 精神：約8.1万人
平均月額賃金（工賃）	身体：約22.3万円 知的：約10.8万円 精神：約15.9万円	約7.4万円	約1.6万円
労働関係法令の適用	あり	あり	なし

資料：厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課地域就労支援室「障害者雇用実態調査」（2013年度）、国保連データ等

（注） 1. 「一般就労」の就労者数及び平均月額賃金は、常用労働者5人以上を雇用する民営事業所の状況。
2. 就労継続支援A型・B型について、就労者（利用者）数は2017年（平成29年）12月時点（国保連データ）、平均賃金・工賃は2017年（平成29年）時点（厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課調べ）。

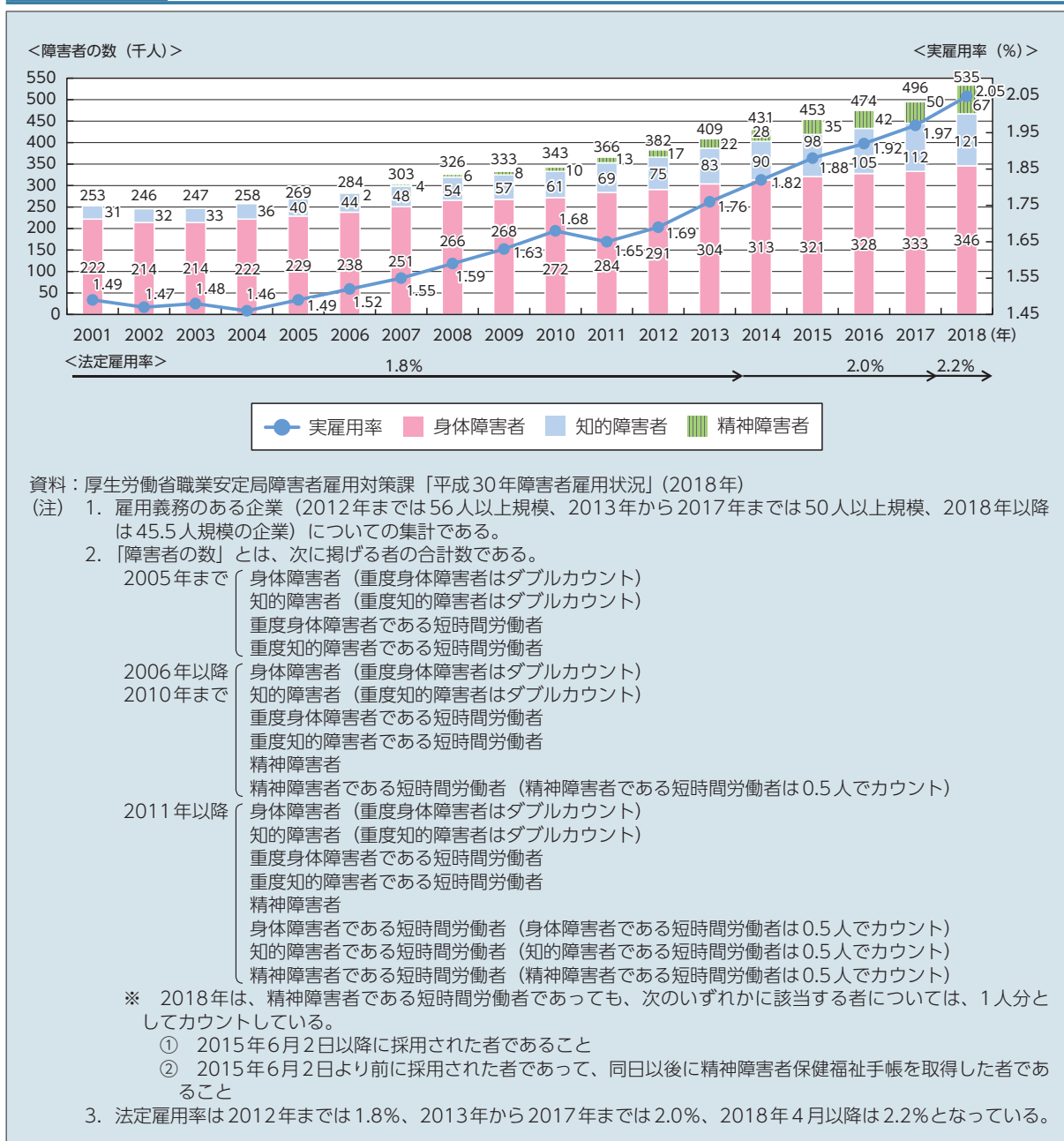
障害者の就労形態としては、一般就労以外にも、障害福祉サービスでの就労などがあるが、雇用契約の有無などにより障害者の位置づけについて差が生じる。このうち、最も多い就労形態としては一般就労である。一般就労の中でも、平均月額賃金は障害種別によって差が見られる（図表1-1-29）。

(2) 民間企業における障害者などの雇用状況

1 民間企業における障害者の雇用状況

(雇用障害者数、実雇用率ともに過去最高を更新)

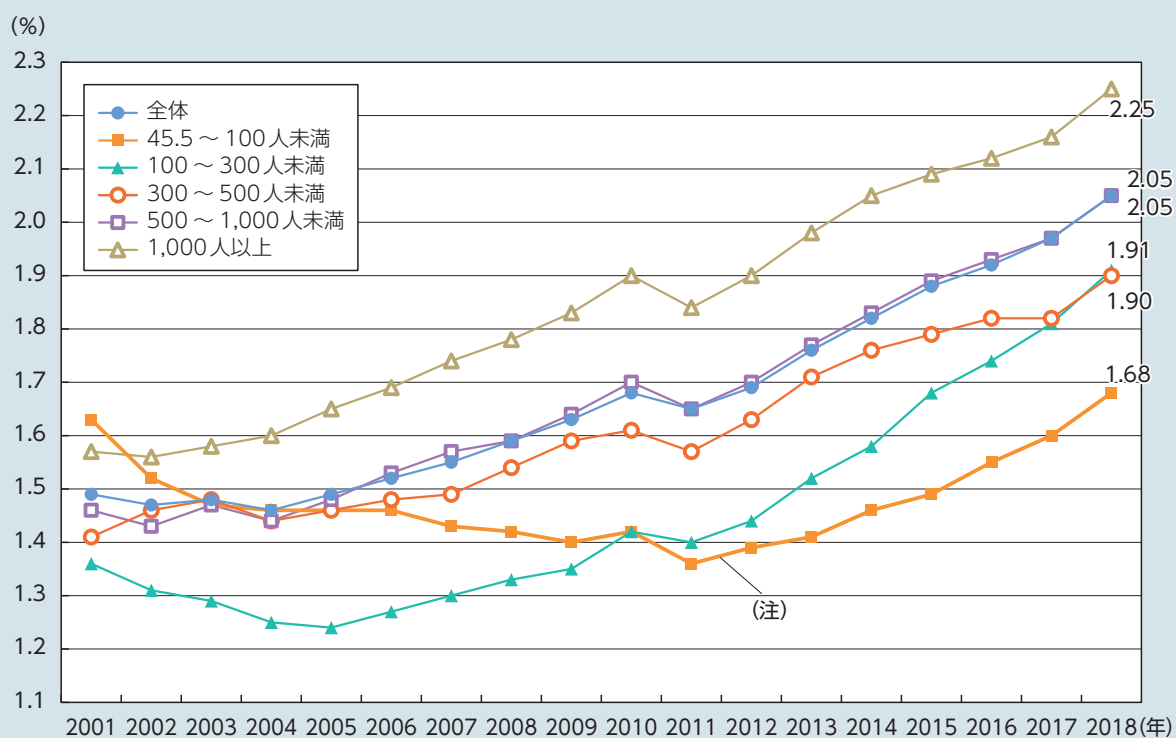
図表 1-1-30 実雇用率と雇用されている障害者の数



障害者雇用促進法では、毎年6月1日現在の身体障害者、知的障害者、精神障害者の雇用状況について、障害者の雇用義務のある事業主などに報告を求めている。2018（平成30）年の集計結果では、民間企業（45.5人以上規模の企業：法定雇用率2.2%）に雇用されている障害者の数は53.5万人と前年より7.9%増加し、15年連続で過去最高となった。雇用者のうち、身体障害者は34.6万人（対前年比3.8%増）、知的障害者は12.1万人（同7.9%増）、精神障害者は6.7万人（同34.7%増）といずれも前年より増加し、特に精神障害者の伸び率が大きかった。実雇用率は、7年連続で増加し2.05%（前年は1.97%）、法定雇用率達成企業の割合は45.9%（同50.0%）であった（図表1-1-30）。

(企業規模別実雇用率でみると大企業では障害者雇用が進んでいる)

図表 1-1-31 企業規模別実雇用率



資料：厚生労働省職業安定局障害者雇用対策課「平成30年障害者雇用状況」(2018年)

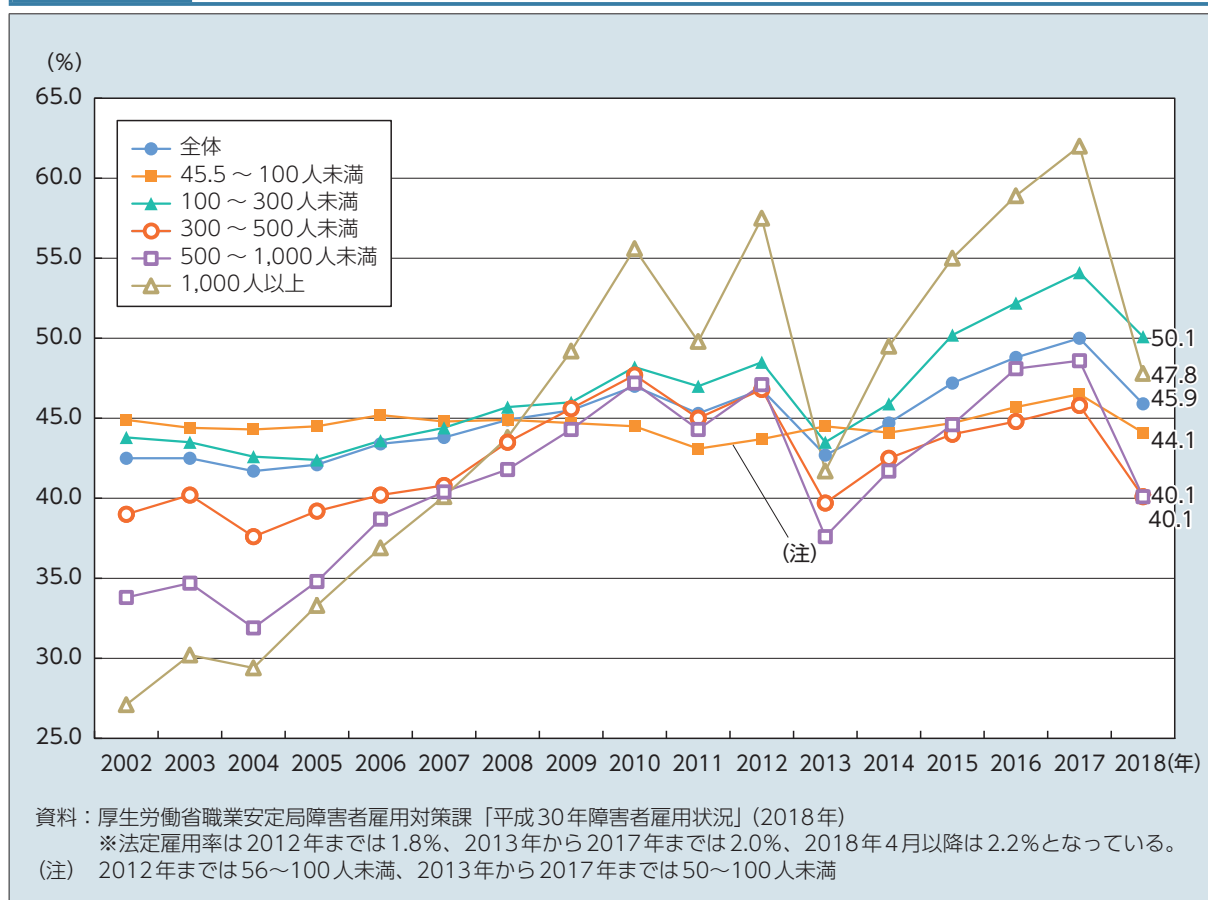
※法定雇用率は2012年までは1.8%、2013年から2017年までは2.0%、2018年4月以降は2.2%となっている。

(注) 2012年までは56～100人未満、2013年から2017年までは50～100人未満

民間企業全体における障害者の実雇用率は上昇傾向にあり、障害者雇用の着実な進展が見られる。企業規模別の実雇用率は45.5～100人未満で1.68%、100～300人未満で1.91%、300～500人未満で1.90%となっている（図表1-1-31）。また、障害者の雇用義務のある企業のうち、1人も障害者を雇用していない企業（いわゆる「障害者雇用ゼロ企業」）は31,439社であり、障害者の雇用義務のある企業の31.3%となっている。このうち企業規模別では45.5～100人未満の企業が占める割合が82.1%、100～300人未満の企業が占める割合が17.7%と、その大半を占めている。

(法定雇用率達成企業の割合は近年は上昇傾向が続いている)

図表 1-1-32 企業規模別達成企業割合

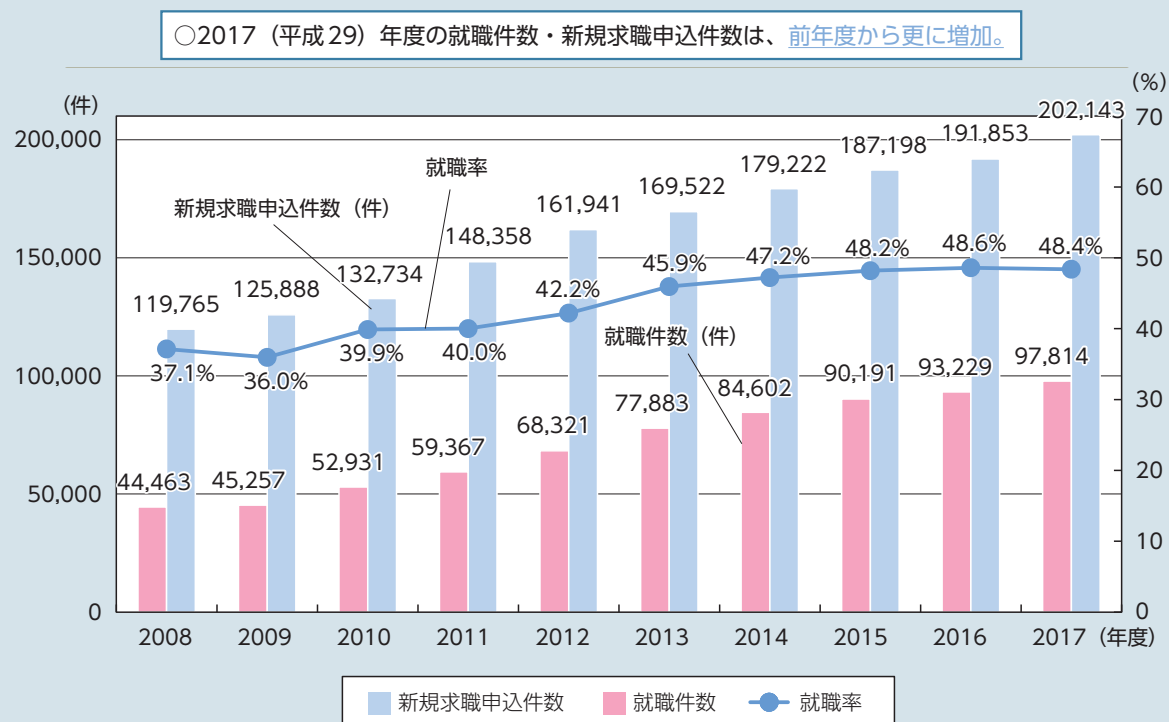


民間企業全体における法定雇用率達成企業の割合は2014（平成26）年以降は上昇傾向が続いていたが、主に法定雇用率が引き上げられたことにより、2018年では45.5～100人未満が44.1%、100～300人未満が50.1%、300～500人未満が40.1%、500～1,000人未満が40.1%、1,000人以上が47.8%となり、全ての区分において前年より減少している（図表1-1-32）。

2 ハローワークにおける障害者の職業紹介状況

(ハローワークを通じた障害者の就職件数は9年連続で増加している)

図表 1-1-33 ハローワークにおける障害者の職業紹介状況



資料：厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課「平成29年度障害者の職業紹介状況等」（2018年）
 (注) 「公務・その他」の就職件数を含む。

ハローワークでは障害者の希望や適性などに応じた職業紹介を実施しているが、2017（平成29）年度の新規求職申込件数は202,143件（前年度比5.4%増）、就職件数は97,814件（前年度比4.9%増）とそれぞれ前年度から更に増加した。特に就職件数は9年連続での増加となった。（図表 1-1-33）。

3 障害者の職場定着状況

I 障害者の平均勤続年数

(障害者の平均勤続年数は横ばい傾向。特に精神障害者は短い傾向にあり、就職だけでなく職場への定着支援も必要)

図表 1-1-34 障害者の平均勤続年数

	身体障害者	知的障害者	精神障害者
1998（平成10）年	12年0か月	6年10か月	—
2003（平成15）年	10年0か月	9年3か月	3年9か月
2008（平成20）年	9年2か月	9年2か月	6年4か月
2013（平成25）年	10年0か月	7年9か月	4年3か月

資料：厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課「障害者雇用実態調査結果報告書」（1998、2003、2008、2013年度）

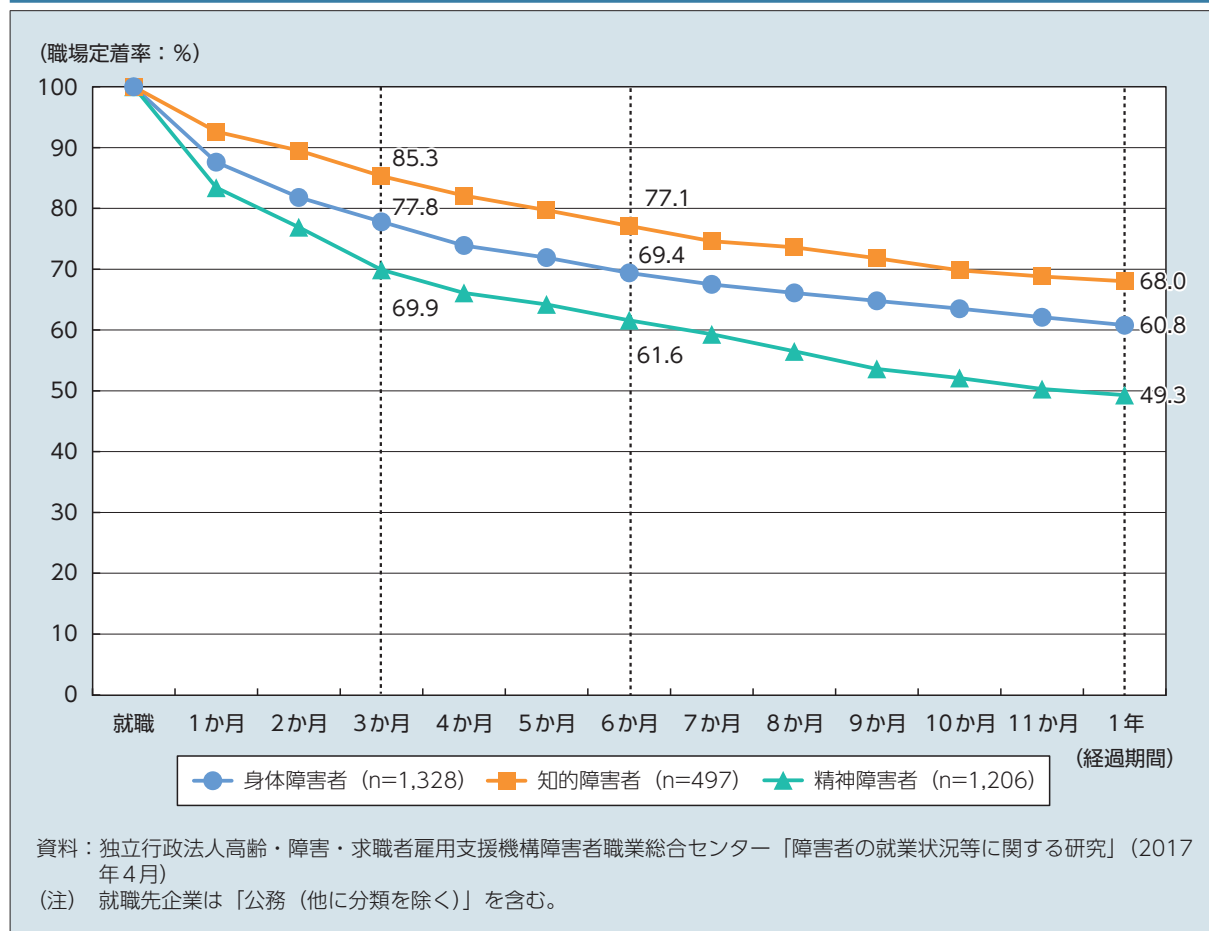
(注) 採用後に身体障害者となった者についても、まずは事業所が承知した日を起点としており、それが不明の場合は手帳の交付日としている（内部障害などの場合、外見で分からないため、手帳の交付日と企業の確認日は一致しない場合がある。）。また、精神障害者についても、事業所が承知した日が明らかでない場合は、手帳の交付日を起点としている。

障害者の平均勤続年数については、精神障害者の場合には短い傾向が見られる。また、経年変化を見ると、身体障害者、知的障害者、精神障害者のいずれについても、平均勤続年数が伸張傾向にあるとはいえない。近年、新たに雇い入れられる者が増加していることもあるが、就職だけでなく職場への定着支援も一層取り組んでいく必要がある（図表1-1-34）。

Ⅱ 一般企業への就職後の職場定着状況

（精神障害者は身体障害者、知的障害者に比べ定着率が低くなる傾向がある）

図表 1-1-35 障害種別ごとの一般企業への就職後の職場定着状況



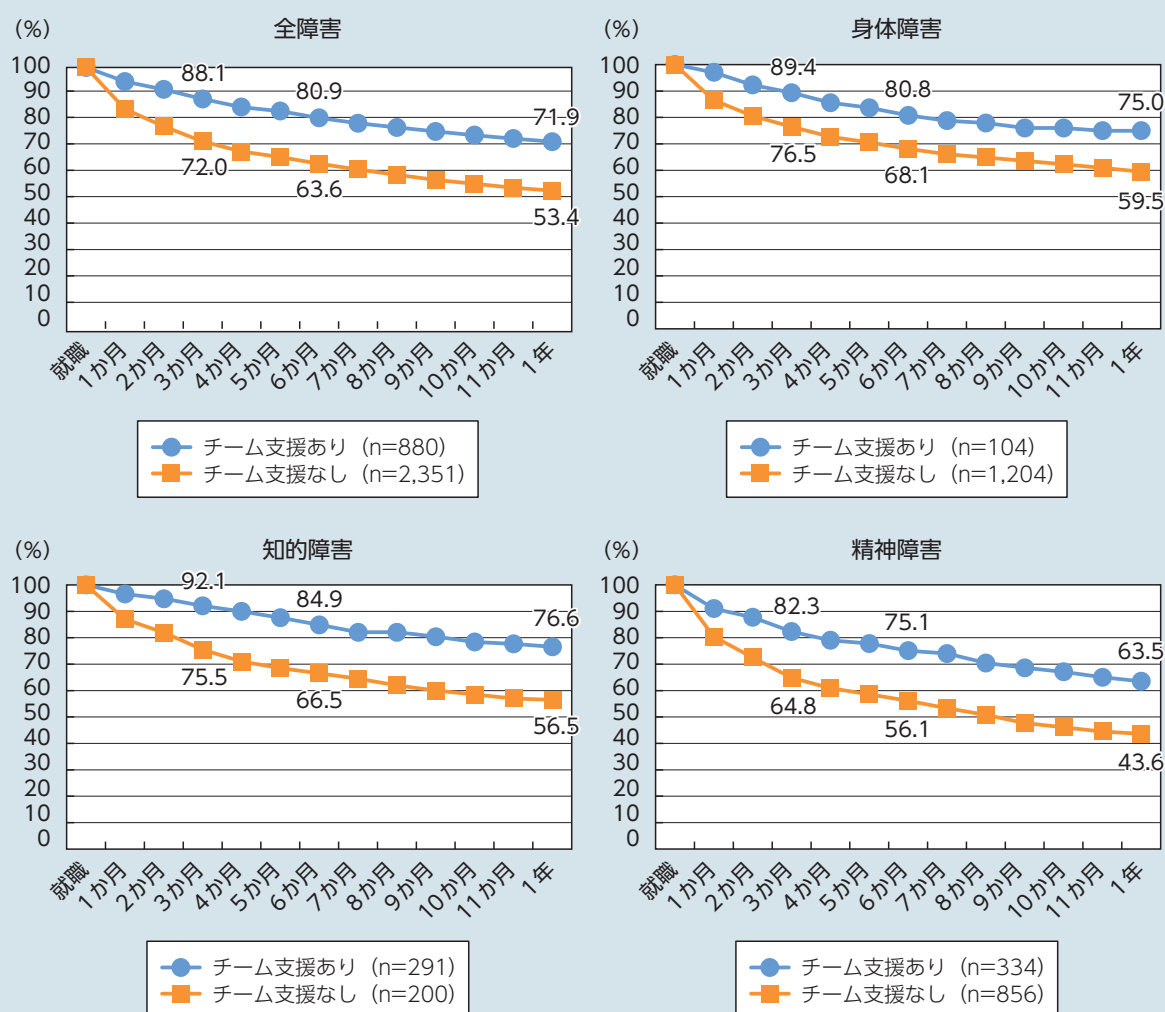
障害種別の職場定着状況を、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「障害者の就業状況等に関する研究」（2017年4月）^{*10}で見ると、就職後3か月時点の定着率は、身体障害者：77.8%、知的障害者：85.3%、精神障害者：69.9%、就職後1年時点の定着率は、身体障害者：60.8%、知的障害者：68.0%、精神障害者：49.3%となっている。この結果によると、精神障害者については、相対的に定着が困難な者が多い状況となっている（図表1-1-35）。

^{*10} ハローワークにおける障害者の紹介就職・職場定着の実態調査であり、2015（平成27）年7月1日から8月31日の2か月の間に、全国で134所のハローワークの専門援助部門（障害者窓口）の紹介により就職した者であって、主たる障害として身体障害、知的障害、精神障害、発達障害のある者を対象としたもの。なお、調査項目についてハローワークが調査票に入力することにより回答を得た。

Ⅲ 支援機関の支援の有無の定着率の関係

(ハローワークのチーム支援がある場合は、チーム支援がない場合に比べて、いずれの障害種別においても定着率が向上する)

図表 1-1-36 ハローワークのチーム支援の有無×障害種別の職場定着状況



資料：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「障害者の就業状況等に関する研究」（2017年4月）

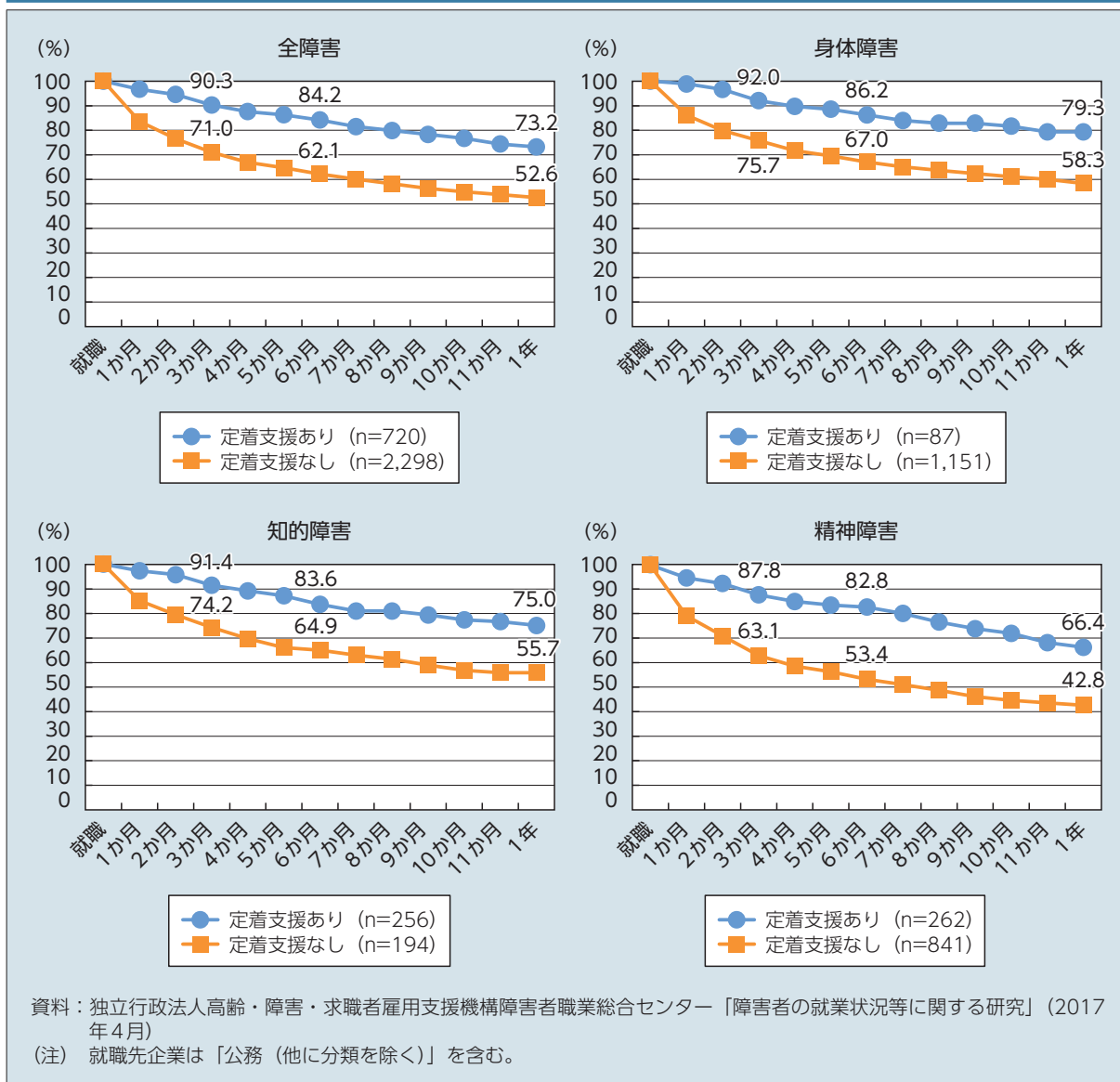
（注）就職先企業は「公務（他に分類を除く）」を含む。

ハローワークのチーム支援^{*11}により定着状況にはどのような影響があるだろうか。「障害者の就業状況等に関する研究」によれば、身体障害者、知的障害者、精神障害者いずれにおいても、チーム支援があることで、定着率が高くなる結果となっている。特に前述のとおり身体障害者、知的障害者に比べて定着率が低い傾向にあった精神障害者についても、チーム支援がある場合には、チーム支援がない場合に比べて、就職後1年時点の定着率は約20%高くなっている（図表 1-1-36）。

* 11 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こと。

(就職後にハローワーク以外の支援機関により定着支援を実施する場合も、支援機関による定着支援がない場合に比べて、いずれの障害種別においても定着率が向上する)

図表 1-1-37 就職後の支援機関の定着支援の有無×障害種別の職場定着状況



就職後にハローワーク以外の支援機関^{*12}の定着支援による定着状況への影響についても、「障害者の就業状況等に関する研究」によれば、チーム支援の場合と同様に、身体障害者、知的障害者、精神障害者いずれにおいても、支援機関による定着支援がある場合に定着率が高くなる傾向が見られた(図表 1-1-37)。

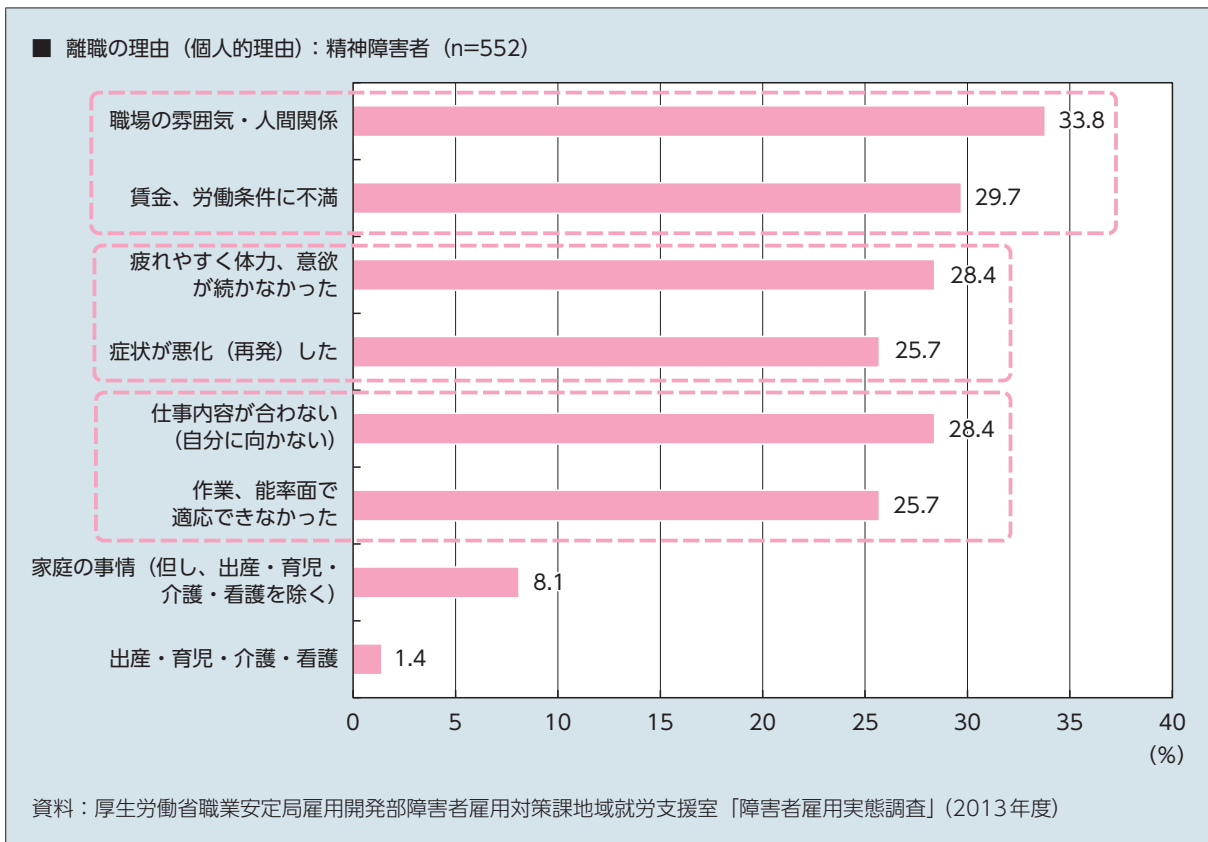
以上を踏まえると、障害者が就職後に職場に適応し定着する上で、個々の障害特性に応じたハローワークなどの支援機関による支援は、障害者が安定して働き続けることにつながると考えられる。

*12 障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、地域障害者職業センター、自治体設置の就労支援機関など。

4 精神障害者の離職理由と職場での改善が必要と考える事項

(精神障害者の離職理由は、職場環境や労働条件面の課題、仕事内容とのミスマッチ、体力面の課題等に大別される)

図表 1-1-38 精神障害者の離職の理由（個人的理由）（複数回答）

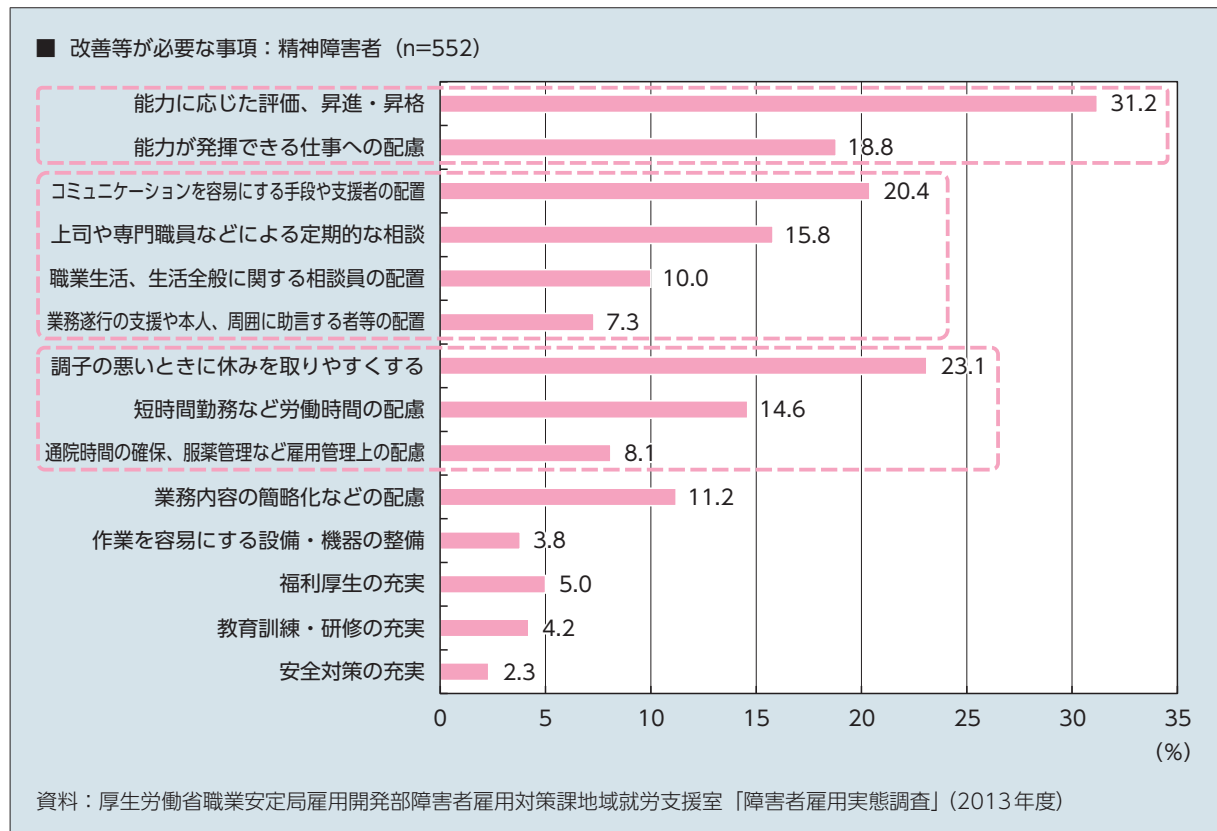


上記のとおり、精神障害者について相対的に定着が困難な状況がある。そこで、離職の理由と仕事を続ける上で改善などが必要な事項を問う調査から、精神障害者の継続雇用の課題となり得る要因を見てみる。

まず、今の会社に就職する前に精神疾患であると診断を受けた人で、今の会社に就職する前に「今と別の会社で働いたことがある」人のうち、「個人的理由」により離職した精神障害者にその具体的内容を問うたところ、「職場の雰囲気・人間関係」（33.8%）や「賃金、労働条件に不満」（29.7%）といった職場環境や労働条件面の課題、「仕事内容が合わない（自分に向かない）」（28.4%）や「作業、能率面で適応できなかった」（25.7%）といったミスマッチ、「疲れやすく体力、意欲が続かなかった」（28.4%）、「症状が悪化（再発）した」（25.7%）といった体力との関係での課題があげられた（図表1-1-38）。

(自己の能力の発揮と適正な評価、職場での相談体制、体調面への配慮を職場における改善などが必要な事項として挙げる精神障害者が多い)

図表 1-1-39 職場における改善などが必要な事項 (複数回答、2つまで)



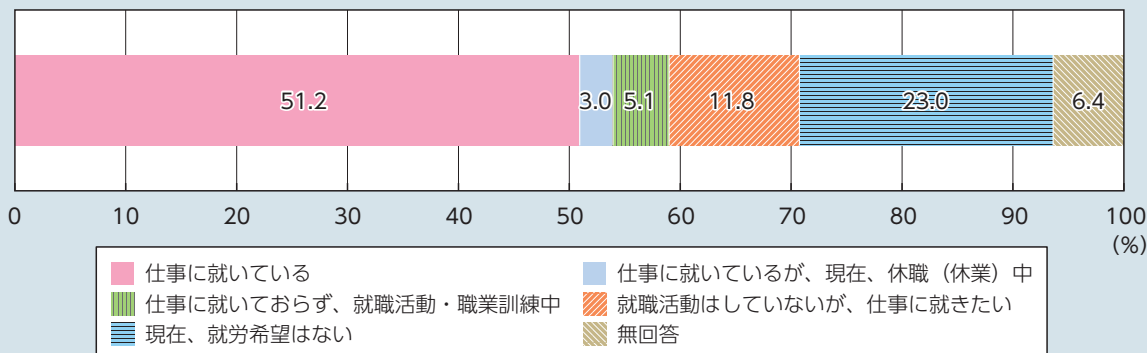
次に、職場における改善などが必要な事項があると考えている精神障害者のうち、その具体的事項を問うたところ、「能力に応じた評価、昇進・昇格」(31.2%)、「能力が発揮できる仕事への配慮」(18.8%)といった自己の能力の発揮と適正な評価を求めるものや、「コミュニケーションを容易にする手段や支援者の配置」(20.4%)、「上司や専門職員などによる定期的な相談」(15.8%)、「職業生活、生活全般に関する相談員の配置」(10.0%)、「業務遂行の支援や本人、周囲に助言する者等の配置」(7.3%)といった職場での相談体制を求めるもの、「調子の悪いときに休みを取りやすくする」(23.1%)、「短時間勤務など労働時間の配慮」(14.6%)、「通院時間の確保、服薬管理など雇用管理上の配慮」(8.1%)といった体調面への配慮を求めるものが多くあげられた(図表 1-1-39)。

5 難病患者の就労状況

(難病患者のうち、就職活動経験者の約8割は就職に成功しているが、就職経験者の半数弱は難病に関連して離職している)

図表 1-1-40 難病患者の就業状況

■ 現在の就業状況 (18～65歳、n=2,117)



■ 最近10年間の就業・離職の状況 (18～74歳、n=2,323)

最近10年間での経験				回答数
難病をもつての就業	難病に関連した離職	難病をもつての就職活動	難病をもつての新規・再就職成功	
70.9%	31.6%	55.2%	45.3%	2,323

$$44.6\% = \frac{31.6\% (\text{最近10年間の難病に関連した離職経験者})}{70.9\% (\text{最近10年間の難病をもつての就業経験者})}$$

→ 就業経験者の半数近くが難病に関連して離職している

$$82.1\% = \frac{45.3\% (\text{最近10年間の就職活動成功経験者})}{55.2\% (\text{最近10年間の就職活動経験者})}$$

→ 難病をもつ就職活動経験者の約80%が就職に成功

資料：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病の症状の程度に応じた就労困難性の実態及び就労支援のあり方に関する研究」(2015年4月)

(注) 官公庁等での就業を含む。

難病患者を対象にした調査結果^{*13}によると、生産年齢の難病のある人の約半数が何らかの形で働いている。

最近10年間に難病をもつての就職活動経験者は全体の約55%であり、就職・再就職に成功した経験があるのは全体の約45%と、就職活動経験者のうち約8割は就職に成功している。しかしながら、同期間に難病をもつての就業経験がある者は全体の約7割であるにもかかわらず、難病に関連した離職が全体の約3割あり、就業経験者の半数弱が難病に関連して離職しているという状況がある(図表1-1-40)。

難病の原因や発症年齢などは様々であり、誰がいつ発症してもおかしくないものであり、ある程度疾患がコントロールできる状態になった難病を有する者については、職業生活と疾患管理の両立を図り、その人本来の能力を最大限発揮できるよう支援を行っていくことが必要となる。このようなことは、難病に限らず慢性疾患を持つ人が多くなっている我が国においては今後一層求められることである。具体的には、通院への配慮、差別のな

^{*13} 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病の症状の程度に応じた就労困難性の実態及び就労支援のあり方に関する研究」(2015年4月)。患者団体などに所属している患者を対象として、幅広い疾患を網羅する難病関係団体(26団体)を通して各患者に調査票を郵送・配布した。18歳から65歳までの都市及び地方に居住する患者を無作為に選定することを依頼したが、各団体などで年齢などの特定が困難な場合はできる範囲でよいとし、回答によって選別を行った。

い人事方針、自己管理や休憩への配慮、柔軟な勤務態勢、病名の情報管理などであり、難病だけでなく多くの疾患に共通して求められる配慮といえよう。

(3) 国の行政機関等における障害者雇用について

障害者雇用促進法に基づく障害者雇用義務制度の下、国及び地方公共団体（公務部門）も事業主として、一定の割合（法定雇用率）に相当する数以上の障害者を雇用しなければならないことは、民間企業と同様である^{*14}。また、公務部門は、障害のある方の雇用や活躍の場の拡大を、民間に率先して進めていくべき立場にある。

こうした状況にありながら、国の行政機関の多くで、障害者である職員の不適切な計上があり、法定雇用率が達成されていない状況が長年にわたって継続していた事案について、その概要、原因の究明と政府の取組、厚生労働省としての認識と今後に向けた姿勢を、ここに総括的にお示しすることとしたい。

1 事案の概要

国の機関は、障害者雇用促進法に基づき、毎年、障害者である職員の任免に関する状況を、障害者任免状況通報書により厚生労働大臣に対して通報しなければならないこととされている。

この通報に基づいて集計された、2017（平成29）年6月1日現在の障害者である職員の任免に関する状況については、民間企業における障害者の雇用の状況と併せ、「平成29年 障害者雇用状況の集計結果」として、2017年12月12日に公表していたところである。これに関して、2018（平成30）年6月以降、通報の対象となる障害者の範囲について再点検を行ったところ、障害者雇用義務制度の対象となる障害者の範囲に誤りが見られ、国の行政機関の多くで法定雇用率を達成していないという結果となった。

2017年に厚生労働省が各機関から通報を受け、同年12月までに集計し公表した際には、国の行政機関においては、全体で、障害者である職員の数6,867.5人、実雇用率は2.49%に達し、機関ごとにみても、33機関中1機関を除いて法定雇用率を達成しているものとされていた^{*15}。

2018年5月以降、各機関からの通報について、障害者の範囲の確認が適切に実施されていない疑いが生じたことから、同年6月20日に、厚生労働省から各機関に対し、2017年6月1日現在の状況の通報内容について、通報の対象となる障害者の範囲について再点検を行うよう依頼し、改めて提出された通報について取りまとめ、同年8月28日に公表した（9月21日及び10月22日当該再点検結果の訂正を公表）。

再点検の結果、2017年12月に公表された数値と比較すると、国の行政機関全体として、障害者である職員の数3,445.5人減少して3,422.0人となり、2.49%であった実雇用率が1.18%となった。また、各機関の、法定雇用率を達成するために必要な障害者で

^{*14} 国及び地方公共団体の雇用義務の具体的な内容として、各機関は、障害者である職員の数法定雇用率に相当する数未満である場合には、その状態を解消するための障害者の採用に関する計画を作成しなければならない。また、厚生労働大臣は、特に必要があれば、計画の適正な実施に関し勧告をすることができるとされている。

^{*15} さらに、未達成であった1機関についても2017年度末までに達成に至ったことが報告されていた。

ある職員の不足数の合計は、2.0人から3,478.5人に拡大した（図表1-1-41）。法定雇用率を達成していない機関は、1機関から28機関となった。

図表1-1-41 国の行政機関における平成29年6月1日現在の障害者の任命状況の再点検結果について

■ 平成29年6月1日時点 国の行政機関の状況（法定雇用率2.3%）

【再点検後】 ※平成30年10月22日訂正後

	①法定雇用障害者数の算定の基礎となる職員数	②障害者の数	③実雇用率	④不足数
行政機関合計	289,910.5	3,422.0	1.18	3,478.5

【再点検前】

	①法定雇用障害者数の算定の基礎となる職員数	②障害者の数	③実雇用率	④不足数
行政機関合計	275,449.0	6,867.5	2.49	2.0

資料：厚生労働省「国の行政機関における平成29年6月1日現在の障害者の任免状況の再点検結果について」（一部訂正：平成30年9月21日、平成30年10月22日）

- （注） 1. ①欄の「法定雇用障害者数の算定の基礎となる職員数」とは、職員総数から除外職員数及び除外率相当職員数（旧除外職員が職員総数に占める割合を元に設定した除外率を乗じて得た数）を除いた職員数である。
2. ②欄の「障害者の数」とは、身体障害者数、知的障害者数及び精神障害者数の計であり、短時間勤務職員以外の重度身体障害者及び重度知的障害者については、法律上、1人を2人に相当するものとしてダブルカウントを行い、重度以外の身体障害者及び知的障害者並びに精神障害者である短時間勤務職員については、法律上、1人を0.5人に相当するものとして0.5カウントしている。
3. ④欄の「不足数」とは、①欄の職員数に法定雇用率を乗じて得た数（1未満の端数切り捨て）から②欄の障害者数の数を減じて得た数であり、これが0.0となることをもって法定雇用率達成となる。したがって、実雇用率が法定雇用率を下回っていても、不足数が0.0となることがあり、この場合、法定雇用率達成となる。

厚生労働省自体の再点検結果については、精神障害者保健福祉手帳の期限切れ等の事例があり、障害者である職員の数が1,442.0人から1,438.5人へと3.5人の減少となった一方で、実雇用率は2.76%で変動がなく、当時の法定雇用率（2.3%）を上回っていた。

なお、立法機関及び司法機関、地方公共団体、さらには独立行政法人等においても、2017年6月1日現在の障害者である職員の任免に関する状況の通報内容について再点検が行われ、それぞれ、結果を厚生労働省が公表している。

【障害者の範囲及び確認方法】

障害者の雇用義務の対象となる障害者は、障害者雇用促進法において、身体障害者、知的障害者又は精神障害者（精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているものに限る）とされている。

身体障害者については、障害者雇用促進法において、「身体障害がある者であって別表に掲げる障害があるものをいう。」とされ、別表においては、①視覚障害、②聴覚又は平衡機能の障害、③音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害について、具体的な程度が定められている。その確認方法については、身体障害者手帳によることが原則となるが、身体障害者手帳を所持していない者について、当分の間、身体障害者福祉法による指定医や産業医による診断書・意見書によることも差し支えないものとしている。

知的障害者については、障害者雇用促進法及び同法に基づく厚生労働省令において、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターにより知的障害があると判定された者とされている。その確認

方法については、都道府県知事又は政令指定都市市長が交付する手帳又は前記の各機関・指定医による判定書によるものとしている。

精神障害者については、障害者雇用促進法において、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者に限るとされている。

2 原因の究明と取組方針の決定

(政府における体制の構築)

このように、多数の国の機関と地方公共団体で法定雇用率を達成していない状況であったことが明らかになったことから、政府においては、政府一体として今般の事態に対応するため、2018年8月28日、「公務部門における障害者雇用に関する関係閣僚会議」（議長：内閣官房長官）（以下「閣僚会議」という。）を設置することとした。

閣僚会議の下に「公務部門における障害者雇用に関する関係府省連絡会議」（議長：厚生労働大臣）（以下「関係府省連絡会議」という。）を設置し、以下の事項について検討を進めてきた。

- ・今般の事態の検証とチェック機能の強化
- ・法定雇用率の速やかな達成に向けた計画的な取組
- ・国・地方公共団体における障害者の活躍の場の拡大
- ・公務員の任用面での対応

また、今般の事案の実態や原因を明らかにするため、2018年9月7日、連絡会議の下に、弁護士や行政監察、障害者施策に関する有識者等の第三者によって構成される「国の行政機関における障害者雇用に係る事案に関する検証委員会」（以下「検証委員会」という。）を設置し、検証を行った。

(今般の事案の原因)

検証委員会は、2017年6月1日現在の障害者任免状況通報において不適切に障害者として計上された3,700人全てについて、国の行政機関を対象として書面（調査票）による調査を行うとともに、障害者雇用促進制度を所管する厚生労働省（職業安定局）及び33の国の行政機関の人事担当課に対してヒアリング調査を行い、2018年10月22日に報告書に関係府省連絡会議に報告した。

検証委員会の報告書^{*16}においては、厚生労働省（職業安定局）の問題と各行政機関側の問題とがあいまって、大規模な不適切計上が長年にわたって継続するに至ったものと言わざるを得ないと指摘されている。

厚生労働省（職業安定局）の問題としては、国の行政機関における障害者雇用の実態に対する関心の低さが根本的な問題であり、民間企業に対する指導に重点が置かれ、国の行政機関で適切に対象障害者が雇用されているかの実態把握の努力をしなかったこと、制度改正等を踏まえた障害者の範囲や確認方法等についての周知等に不手際があったことなどが指摘されている。

^{*16} 国の行政機関における障害者雇用に係る事案に関する検証委員会報告書
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-soumu_278574_00001.html)

他方、各行政機関側の問題としては、今般の事案の基本的な構図として、組織として障害者雇用に対する意識が低く、ガバナンスが著しく欠如している中で、担当者が法定雇用率を達成させようとするあまり、恣意的に解釈された基準により、例えば既存職員の中から対象障害者を選定する等の不適切な実務慣行を継続させてきたことがあるとの心証を強く形成するに至った旨が明記されている。

(政府の取組の基本方針の策定・公表)

検証委員会における検証を行う一方で、関係府省連絡会議においては、公務部門における障害者の活躍の場の拡大に向けた御意見を当事者等から伺うため、障害者団体等からのヒアリングを行い、また、障害者代表や労働者代表・使用者代表も参画する労働政策審議会障害者雇用分科会においても、今般の事態について御審議いただいた。それらの議論や検証委員会における検証も踏まえ、閣僚会議として、2018年10月23日、「公務部門における障害者雇用に関する基本方針」*¹⁷を策定し、公表した。

この基本方針においては、政府としての今後の取組について、以下の通りとされている。また、その取組状況について、閣僚会議等政府一体となって推進する体制の下でフォローアップを行うこととされている。

(1) 今般の事態の検証とチェック機能の強化

○今般の事態の検証

検証委員会による検証結果について、真摯に受け止め、今般の事態について深く反省し、再発防止に向けて必要な対策を講じていく。

○再発防止のための対策

・厚生労働省における取組として、

- ①各府省向けに手引きを作成し、障害者の任用状況に関する通報等の実務や再発防止のための取組に係る留意事項を示す
- ②各府省に対する説明会を毎年実施する
- ③通報に関する「チェックシート」を各府省に配布し、各府省によるチェック状況を確認する

などを実施していく。

・また、各府省においては

- ①府省全体で障害者雇用を推進していくための体制を構築し、取組状況のフォローアップを実施
- ②厚生労働省の示す手引きに従って、通報対象となる障害者の名簿を作成し、関係書類を保存
- ③実地確認・ヒアリングによる内部点検の実施や、複数の職員によるチェック等の体制強化

* 17 公務部門における障害者雇用に関する基本方針
(<https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000375741.pdf>)

などを実施していく。

(2) 法定雇用率の速やかな達成に向けた計画的な取組

○法定雇用率を達成していない府省においては、2019（令和元）年末までの障害者採用計画を策定^{*18}するとともに、障害者雇用を推進していくために必要な府省内の体制整備、採用活動及び職場定着等に関する具体的な計画を策定する。

○厚生労働省においても、

- ・障害者雇用精通アドバイザーを選任し、各府省が専門的な助言を受けることができる体制の整備
- ・ハローワークにおける積極的な職業紹介等により各府省の取組を最大限支援していく。

(3) 国・地方公共団体における障害者の活躍の場の拡大

障害者が活躍しやすい職場づくりの推進として、

- ・障害者雇用の推進に関する実務責任者の配置
- ・働く障害者向けの相談窓口の配置
- ・個々の障害者のサポートをする支援者の配置
- ・障害者の作業環境を整えるための機器の導入・設備改善
- ・早出遅出勤務の特例の設定、フレックスタイム制の柔軟化、休憩時間の弾力的な設定

などにより、必要な職場環境の整備を行う。

(4) 公務員の任用面での対応等

障害者が希望や能力に応じて公務部門で働くことができるよう、任用面での対応として、

- ・障害者を対象とした新たな常勤採用の枠組みの導入
- ・非常勤職員として勤務した後、選考を経て常勤職員となることを可能とするステップアップの枠組みの導入
- ・非常勤職員の雇用の安定確保等に関する運用指針の策定などの対応を講じる。

(5) 今後に向けて

基本方針に基づく取組状況については、閣僚会議等政府一体となって推進する体制の下においてフォローアップを行い、今般の事態の再発防止及び障害者の活躍の場の拡大に向けた取組を着実に推進していく。

^{*18} 採用予定数の合計は、障害者である職員の不足数（2018年6月1日現在（法定雇用率2.5%））3,875.0人に対し、2018年度末までは1,491.5人、2019年度末～計画の終期は2,581.0人で、合わせて4,072.5人となっている。

3 基本方針策定後の取組

基本方針に基づき、再発防止はもとより、法定雇用率の速やかな達成と、障害者の活躍の場の拡大に向け、以下のとおり、政府一体となって取り組みを進めている。

(公務員の任用面での対応等)

公務員の任用面での対応等のうち、基本方針に記載されている、障害者を対象とした新たな常勤採用の枠組みの導入については、人事院が基礎能力試験及び作文試験を第一次選考として統一的に実施し、その通過者の中から各府省が第二次選考として採用面接を行って合格者を決定する形で障害者選考試験を実施した。並行して、各府省が個別の選考採用を実施した。

これらの取組等の結果、各府省（2018年6月1日現在で法定雇用率を達成している6府省は含まない。）における、2018年10月23日から2019（平成31）年4月1日までの採用数の合計は、2,755.5人となっている（図表1-1-42）。

図表 1-1-42 公務部門における障害者採用に係る状況

	①不足数 (平成30年6月1日現在)	②採用予定者数 ^{*2} (平成31年1月1日～ 令和元年12月31日)	③採用者数合計 (平成30年10月23日～平成31年4月1日)	
			うち常勤	うち非常勤
行政機関合計 ^{*1}	3,875.0	4,075.5	2,755.5	764.0
				1,991.5

資料：厚生労働省職業安定局障害者雇用対策課調べ

- (注) 1. 平成30年6月1日現在で法定雇用率を達成している6府省（内閣法制局、警察庁、個人情報保護委員会、厚生労働省、海上保安庁、原子力規制委員会）は含まない。この6府省を含める場合、③採用者数合計は3,074.0人、うち常勤985.0人・非常勤2,089.0人となる。
2. 採用予定者数（行政機関合計）は、平成30年10月23日の基本方針決定後に、復興庁において、障害者である職員の不足が判明し、採用計画を作成したことに伴い、基本方針における採用予定者数（行政機関合計）の4,072.5人に、復興庁における採用予定者数3.0人を加えたものとなっている。

(障害者雇用促進法の改正法案の提出)

基本方針において、国の行政機関等における障害のある人の任免状況に関する、厚生労働大臣によるチェック機能の強化について、法的整備を視野に入れた検討を行うこととされた。このため、厚生労働省では、障害者団体も参画する労働政策審議会障害者雇用分科会において、今後の障害者雇用対策の在り方について検討を進め、2019年2月に民間企業における障害者雇用の一層の促進に関する措置も含めた意見書を取りまとめた。そして、意見書を踏まえて、2019年3月19日に、障害者の活躍の場の拡大に関する措置や国及び地方公共団体における障害者の雇用状況についての的確な把握等に関する措置を講ずることを内容とする障害者雇用促進法の改正法案を第198回国会に提出した。

具体的な内容は、以下のとおりである。

○障害者の活躍の場の拡大に関する措置

- ・国及び地方公共団体に対し、厚生労働大臣が定める障害者活躍推進計画作成指針に即した障害者活躍推進計画の作成や、障害者雇用の促進等の業務を担当する障害者雇用推進者等の選任を義務付ける
- ・民間企業について、短時間労働者のうち週所定労働時間が一定の範囲内にある者を雇用する民間企業に対する特例給付金や、障害者雇用の促進等に関する取組の実施状況

が優良な中小事業主の認定制度を新設する

- 国及び地方公共団体における障害者の雇用状況についての的確な把握等に関する措置
- ・厚生労働大臣による報告徴収の規定や、障害者の確認に関する書類を保存する義務を新たに設ける
- ・障害者の確認方法の明確化を図る
- ・厚生労働大臣が障害者の確認について適正な実施に関し勧告することができる権限を新設する

(基本方針に基づく対策の更なる充実・強化)

公務部門における障害者雇用の取組が、名実ともに民間企業に率先するものとなるよう、改正法案の国会への提出と併せて、2019年3月19日の閣僚会議において、基本方針に基づく対策の更なる充実・強化について政府としての取組をとりまとめた。その内容は、以下のとおりである。

①障害者の採用・定着支援等

- ・個々の障害者の特性と希望を十分に把握し、それを踏まえて採用段階及び採用後において具体的にどのような合理的な配慮を行うことができるかを検討することが重要であることを認識し、採用を行うこと
- ・人事院の統一選考試験に限ることなく、それぞれの障害特性も考慮した各府省等の個別選考や非常勤職員の採用を行う中で、知的障害者・精神障害者・重度障害者についても積極的な採用に努めること
- ・障害者がその能力を発揮して活躍でき、その特性や状況に応じて、長期かつ安定的に勤務できるようにするための支援体制や職場環境の整備に積極的に取り組むこと 等

②対象障害者の不適切計上に対する是正のための勧告

- ・改正法案において整備することとしている厚生労働大臣による勧告などの規定の適切な運用に努めること

③各府省等の障害者雇用に係る責任体制の明確化

- ・改正法案において公務部門に設置が義務づけられる障害者雇用推進者には、各府省等の官房長等を選任することとし、障害者活躍推進計画作成指針にその旨を明記すること 等

④各府省等の法定雇用率未達成の場合の予算面での対応

- ・法定雇用率の達成を前提に障害者雇用の促進のために措置された予算について、当該目的以外に使用することは厳に控えるとともに、法定雇用率が未達成の場合には、その未達相当額を適切に活用することにより、各年度の予算編成において、必要な障害者雇用の促進策の充実を図ること
- ・障害者採用計画が未達成の場合には、その状況に応じて、各府省等の翌年度の庁費の算定上減額する仕組みを導入することにより、各府省等の障害者採用計画の達成を促すこととすること 等

4 厚生労働省としての本事案に対する認識と今後に向けた姿勢

厚生労働省としては、障害者雇用施策を推進する立場から、国の行政機関の多くで障害者の不適切な計上が行われ、実際には法定雇用率を達成していない状況にあったという今般の事態について、大変重く受け止めている。

その原因に関し、検証委員会の報告書においては、厚生労働省（職業安定局）の対応についても、国の行政機関における障害者雇用の実態に対する関心が低かったという根本的な問題があり、このことが、国の行政機関に対する制度や運用方法等に関する周知・指導等についての周到さを欠いたことの背景になったと指摘されている。

こうした指摘を真摯に受け止めるとともに、厚生労働省自身の任免状況の通報においても実雇用率に影響しなかったとはいえ誤りがあったことも含め、これまでの対応を深く反省し、障害者雇用を推進する立場であることを自覚した上で、国の行政機関における障害者雇用の促進に向け、基本方針に基づき、再発防止のための取組及び各府省の取組の支援を強化していきたい。

基本方針に示した取組を進め、再発防止に関しては、通報等の実務に関する理解等について各機関への働きかけを積極的に行い、各機関における体制の強化等とあいまって、通報の適正を担保し、障害者雇用の促進の前提となる正確な実態の把握に万全を期すこととしたい。

各行政機関による法定雇用率の速やかな達成、公務部門における障害のある方の活躍の場の拡大に向けては、政府一体となった取組の一環として、先頭に立って牽引する姿勢で、各機関に対し、積極的に支援を行っていく考えである。

以上に加えて、厚生労働省自ら、省全体で障害者雇用を更に推進するため、大臣をトップとする障害者雇用推進本部を2018年11月に新たに設置し、部局等ごとに「障害者雇用推進支援員」を新たに指名し、職員（障害者）と上司となる職員に対する相談支援を実施するなど、障害者がより活躍できる職場への改善を進めることとしている。厚生労働省における障害者の採用では、2019年1月から3月にかけて、統一的な障害者選考試験及び厚生労働省の独自の選考採用により、全国の職場において公募を行い、202名の合格（採用内定）を決定した。

また、基礎的な労働習慣が身についておらず民間就職が直ちに難しい層についても、非常勤職員として引き続き積極的に採用・育成を行っている。

障害者雇用は社会連帯の理念、障害者が、適性に応じて、その能力を十分に発揮できる社会を皆で築いていこうという考え方に基づくものであり、これにより障害者雇用率制度の仕組みを設けている。今般の事態の最大の原因は、国の行政機関のこの理念への意識が低かったことにあると考えている。この反省に立ち、改正法案を提出したことを始め、障害者の雇用促進や定着支援などに全力で取り組む。

官民ともに、障害者がいきいきと活躍できる社会を実現していきたい。

コラム

海外の障害者雇用政策

障害者の就業の機会を向上させる政策としては、障害者の雇用に関する平等な取り扱いを定める差別禁止法の導入、雇用割当制（雇用率制度）、障害者のための特別な条件の下での雇用、雇用助成金などがある。海外でどのような政策が実施されているか見てみよう。

アメリカ

「1973年リハビリテーション法」に基づき、各州は、州政府内に職業リハビリテーション局を設置している。州により方法は異なるが、通常、職業センターを訪れた求職者で、リハビリテーションサービスの利用条件に当てはまる場合は、各州の職業リハビリテーション局に紹介される。

「1990年障害を持つ米国人法」では、事業者が、障害を持つ資格要件を満たす者に対し、障害を理由とする雇用上の差別を行うこと一切を禁止している。一方、障害者の雇用の義務づけはないが、1973年リハビリテーション法第503条関係規則において、連邦政府契約業者について、労働者の職種ごとに障害者が7%を占めることを目標とすることが定められている。

2014（平成26）年に成立した「労働力革新・機会法」は、各州の職業リハビリテーション局に対し、「就職前移行サービス」を障害のある全ての学生に提供することを求めている。各州は1973年リハビリテーション法に基づく連邦政府からの財政支援の15%以上を同サービスに割り当てることとされている。同サービスでは全ての障害のある若者に対し、職業開拓カウンセリングや非障害者と同じ職場経験の機会が提供されている。

英国

「1995年障害者差別禁止法」と同法が統合された「2010年平等法」において、障害を理由とする差別の禁止が規定されている。具体的に、平等法の違法とする差別には、①直接差別（障害に基づく差別）、②間接差別

（障害を持たない他の者と同等の規定等の適用を受けることで不利益を被る場合）、③障害に関する雇用主・従業員もしくは第三者（顧客等）からの嫌がらせなど、④事業主の合理的な調整義務の不履行などが含まれる。

就労支援制度としては、「ワーク・チョイス」という、仕事探しの支援や就職・仕事の継続に関する支援、職業訓練等を実施する任意参加のプログラムや、「アクセス・トゥ・ワーク」という、就業に必要な装備や交通手段などの費用を補助する制度、「専門家雇用支援」という、ジョブセンター・プラス¹や障害者支援団体が支援を行う仕組みがある。また、ジョブセンター・プラスに障害者雇用アドバイザーが配置されており、求職や職業訓練を支援している。

ドイツ

1974（昭和49）年に施行された「重度障害者法」は、重度障害者の雇用を使用者に義務付けるものであった。2001（平成13）年には、「社会法典」第9編に、重度障害者法が統合されるとともに、雇用の場における障害を理由とする不利益取扱いを禁止する規定が置かれた。さらに、2006（平成18）年には「一般平等取扱法」が制定された。

この社会法典第9編に基づき、法定雇用率制度が実施されている。制度の対象者は、重度障害者及び重度障害者とみなされる者、障害が重度でない青年及び若年成人である。法定雇用率は、民間部門・公的部門ともに5%である。雇用率の対象事業所は、従業員20名以上の企業及び公的な部門である。法定雇用率未達成の場合企業は納付金を納付する。なお、中小企業については従業員規模に応じて納付金額を軽減する規定が置かれている。

障害者の働く場としては、通常の民間企業・公的部門のほか、障害者作業所と統合プロジェクトがある。障害者作業所とは、障害者の労働生活への参加のための施設であり、

1 英国の公的職業紹介機関。

障害を理由として一般労働市場において就労ができない障害者に、職業訓練及び就労の提供を行い、一般労働市場への移行を支援する場所である。統合プロジェクトとは、一般労働市場での就労が特に困難と見込まれる重度障害者の一般雇用を可能にするための企業（統合企業）等であり、一般労働市場と作業所の中間段階に位置づけられている。

フランス

1990（平成2）年の「障害及び健康状態を理由とする差別の禁止に関する法律」により障害を理由とする雇用差別禁止原則が導入された。2005（平成17）年の「障害者の権利と機会の平等、参加及び市民権に関する法律」により、差別禁止原則に「適切な措置」（合理的配慮）概念が導入された。

雇用率制度としては、従業員20人以上の事業所では従業員数の6%以上の障害者の雇用が義務付けられている。達成できない場合は追加負担金が課せられ、障害者職業参入基金管理運営機関に徴収される。追加負担金の額は達成できなかった障害者雇用数に基準額を掛け合わせた額となる（企業の規模により基準額が異なる）。ただし、障害者雇用促進に関する労使協定を締結した場合は、雇用率が未達成でも雇用義務を果たしているとみなされる。また、雇用主は障害者を直接雇用する代わりに障害者の就労施設や在宅労働供給センターに対して一定の基準額以上の労務提供契約等を締結し仕事を発注することで追加

負担金の一部（最大50%）を免除されるなどの代替措置が認められている。

障害者の働く場としては、通常の民間企業・公的部門のほか、適応企業・在宅労働供給センターと就労支援機関・サービスがある。適応企業・在宅労働供給センターは、一般労働市場に属し、障害者を多く雇用する企業であることから、国から様々な助成が行われる。就労支援機関・サービスは、「社会福祉・家族法典」の規定に服する医療・社会福祉機関であり、障害者に対して、様々な職業活動を提供すると同時に、医療福祉的、教育的支援を提供している。

出典：

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構「諸外国における障害者雇用施策の現状と課題」（2008年）

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構「欧米の障害者雇用法制及び施策の現状」（2011年）

OECD編著、岡部史信・田中香織訳「図表でみるメンタルヘルスと仕事」（2012年）

独立行政法人労働政策研究・研修機構「国別基礎情報」（2013年）

永野仁美「障害者の雇用と所得保障」（2013年）

厚生労働省「2016年海外情勢報告」

小西啓文「法定雇用率制度の比較法的考察ードイツ法を参考として」（2017年）

第2節 病気を有する者などの現状と取組み

次に、がんや脳卒中などの広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる病気（5疾病）を中心に、病気を有する者の現状について整理する。加えて、罹患者数が少ない病気を有する者や、通院や投薬の必要があるが検査しても原因がわからない（病気との診断がつかない）者でも、日常生活や就労に困難を有している場合があることを踏まえ、本節では若年性認知症発症者と不妊治療を受ける者を取りあげる。また、現在病気を有していなくても、日頃から各人が健康の大切さを認識し、病気の予防・健康づくりに自ら責任を持って取り組むことは重要であることから、病気の予防・健康づくりの取組みについても紹介する。

病気を有しながらも、治療の状況や症状などに応じて就業を継続することは、企業にとって継続的な人材の確保や生産性の向上につながるものであり、さらには我が国の経済活力の維持、社会保障の支え手となるという観点からも重要である。ここでは、病気を有する者の治療と仕事の両立支援について紹介する。

なお、病気の症状や進行は多様であり、生じる困難や必要とする支援もまた個々人によって異なることに留意が必要である。

1 病気の現状と取組み

（1）広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる「5疾病」とは

病気は、①病原体や有害物質などの外部環境因子、②遺伝子異常などの遺伝要因、③食生活や運動、睡眠、喫煙などの生活習慣を要因に発症する。近年、食生活の欧米化などに伴い、生活習慣病の増加が懸念されている。

その一方で、医療技術の進歩などにより、かつては「不治の病」とされていた病気でも生存率が向上し、また病気によっては治癒後の経過（予後）が良くなってきており、病気を有しながらも体調や症状などに応じて自立した日常生活や社会生活を営むことが可能となっている。

(広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる「5疾病」とは)

図表 1-2-1 五疾病の考え方

五疾病の考え方

広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

医療法（昭和23年法律第205号）

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第三十条の二十八 法第三十条の四第二項第四号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患とする。

広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる病気として、「悪性新生物（がん）」、「脳卒中」、「心筋梗塞等の心血管疾患」、「糖尿病」及び「うつ病やその他のこころの病気（精神疾患）」の5つの病気（5疾病）があげられる（図表1-2-1）^{*19}。人口100人当たりの患者数^{*20}は、悪性新生物（がん）1.4人、脳卒中^{*21}0.9人、心筋梗塞等の心血管疾患^{*22}1.4人、糖尿病2.6人、うつ病やその他のこころの病気（精神疾患）^{*23}2.7人となっている。

(2) 各病気の状況

次に、日常生活や就労に支障を生じうる主な病気（5疾病）について、病気ごとの患者数の推移などを見ていく。

^{*19} 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第4号で定める「生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病」として、医療法施行規則（昭和23年法律第205号）において「がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患」と規定されている。

^{*20} 各病気の患者数を総人口の男女計で除し、100を乗じた。患者数は厚生労働省政策統括官付保健統計室「平成29年患者調査」、総人口は総務省統計局「人口推計」の2017（平成29）年10月1日現在人口より。

^{*21} 「脳卒中」は「平成29年患者調査」における「脳血管疾患」の値。

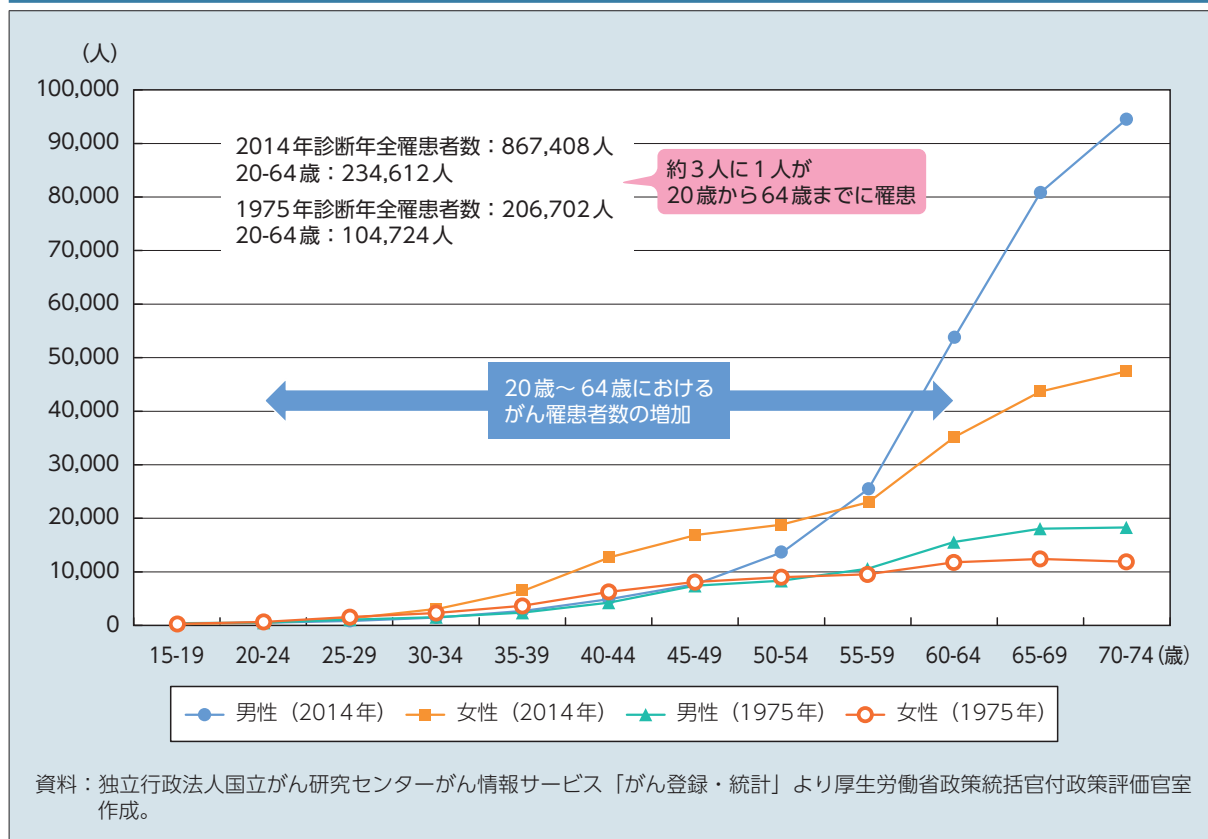
^{*22} 「心筋梗塞等の心血管疾患」は「平成29年患者調査」における「心疾患（高血圧性のものを除く）」の値。

^{*23} 「うつ病やその他のこころの病気（精神疾患）」は「平成29年患者調査」における「精神及び行動の障害」の値。

1 悪性新生物（がん）

(がん患者の約3人に1人は20歳から64歳でがん罹患している)

図表 1-2-2 性別・年齢階級別がん罹患患者数（1975年、2014年）



がんとは、増殖が非可逆的かつ速やかで、周囲組織への浸潤や遠隔部への転移により病巣を拡大し、生体の消耗を来す腫瘍の総称である^{*24}。

がんの治療や経過観察などで通院・入院している患者数は、2017（平成29）年では178万人と推計されており、うち約27%（49万人）が20～64歳である^{*25}。

また、1年間にがんと診断された症例の推計数（がん罹患数）は、1975（昭和50）年の20.7万人から2014（平成26）年の86.7万人へ、20～64歳においては1975年の10.5万人から2014年には23.5万人へ増加している^{*26}（図表1-2-2）。

がん患者は増加傾向にあり、がん罹患患者の約3人に1人は20～64歳で罹患している実態が見えてくる。

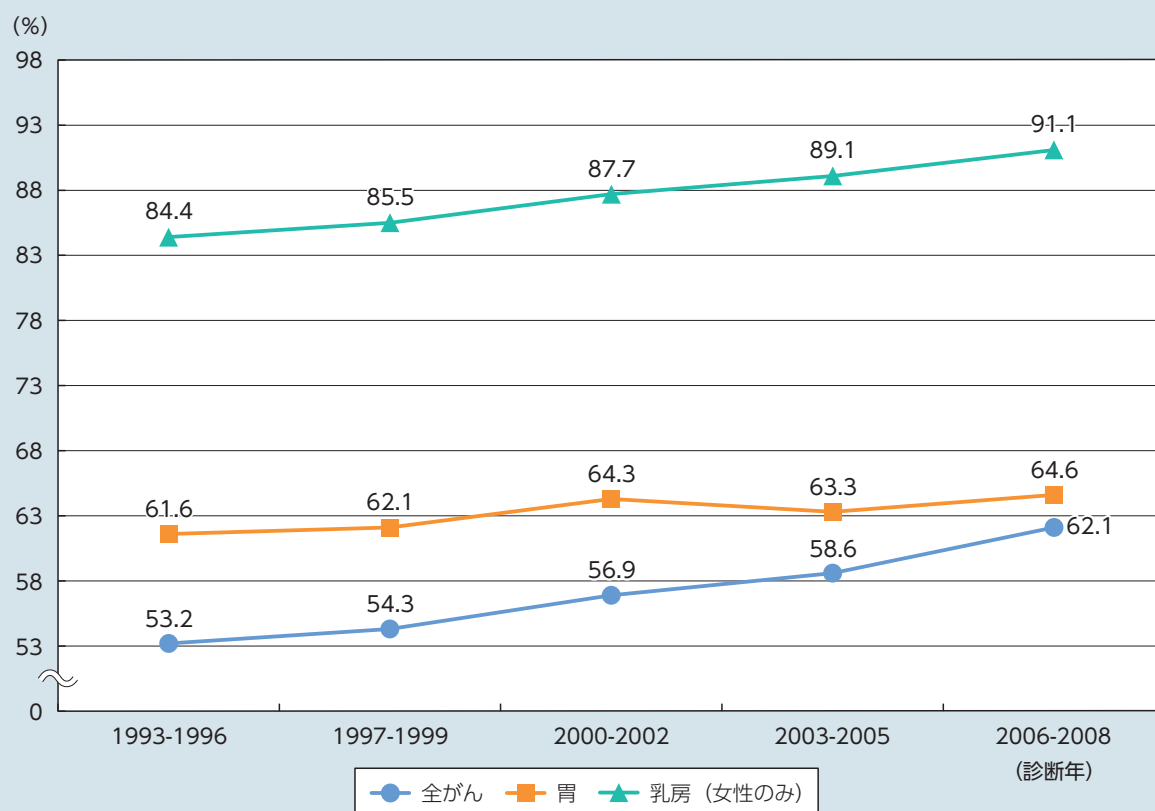
*24 新村出「広辞苑」第7版、岩波書店、2018参考。

*25 厚生労働省政策統括官付保健統計室「平成29年患者調査」

*26 年によって推計方法や含まれる地域が異なるため年次推移の検討には注意が必要。（独立行政法人国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」の（注）より引用）（最終閲覧日：2018年5月31日）

(がんの生存率は年々上昇している)

図表 1-2-3 がんの5年相対生存率



(引用文献) 全国がん罹患モニタリング集計 2006-2008年生存率報告 (国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター、2016)
 独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書
 資料：独立行政法人国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

がん患者が年々増加する一方で、がん医療の進歩により、全がんの5年相対生存率^{*27}は年々上昇し(2006(平成18)年から2008(平成20)年までにがんと診断された人の5年相対生存率は62.1%となっている(図表1-2-3))、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらかん治療を受けられる可能性が高まっている。

^{*27} がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体*で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。100%に近いほど治療で生命を救えるがん、0%に近いほど治療で生命を救い難いがんであることを意味する。

* 正確には、性別、生まれた年、および年齢の分布を同じくする日本人集団。

(独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス「用語集」を参考)(最終閲覧日：2018年6月11日)

コラム

主ながん治療（3大治療）

がん治療においては、手術療法、薬物療法（抗がん剤治療等）、放射線療法等の治療法があり、単独で行うこともあれば、様々な治療を組み合わせる「集学的治療」を行うこともある。ここでは、がん治療として代表的な3大治療を紹介する。

手術療法

がん組織や周りのリンパ節を取り除き、取り除いた臓器や器官の再建（臓器などを取り除くことによって、損なわれた体の機能や外観を元の状態に近づけるための手術）などの処置が行われ、創（きず）が縫い合わされることをいう。

薬物療法（抗がん剤治療等）

抗がん剤やホルモン剤等を用いた治療法で、がんが増えるのを抑えたり、成長を遅らせたり、転移や再発を防いだり、小さながんが転移しているかもしれないところを治療するためなどを目的としている。

手術療法や放射線療法が、がんに対しての局所的な治療であるのに対し、薬物療法は、より広い範囲に治療の効果が及ぶことを期待できる。

薬物療法には主に、錠剤やカプセルなどの「のみ薬」による方法と、「点滴や注射などで血管（静脈）に直接抗がん剤等を注入する方法」がある。

実際の治療の方法は、がんの種類、広がり、病期、ほかに行う治療や、患者の病状などを考慮して検討される。特に注射や点滴による抗がん剤治療の場合、“治療の日”と“治療を行わない日”を組み合わせた1～2週間程度の周期を設定して治療を行う。この周期になる期間を「1コース」「1クール」などの単位で数え、一連の治療として数回繰り返して行われるのが一般的である。途中で効果や副作用の様子を見ながら継続する。

近年では、抗がん剤の進歩や、副作用として起こる症状を緩和したり、副作用に対する治療（支持療法）が進歩してきたことから、1コース目だけ入院して、2コース目以降は外来で抗がん剤治療を行ったり、はじめから入院しないで外来で抗がん剤治療を行うことが多くなっている。

放射線療法

放射線は、細胞が分裂して増えるときに必要な遺伝子に作用して、細胞が増えないようにしたり、細胞が新しい細胞に置き換わるときに脱落する仕組みを促すことで、がん細胞を消滅させたり、少なくしたりする。放射線療法はこのような作用を利用してがんを治療する。放射線療法に用いられる放射線の種類には、X線、 γ （ガンマ）線、電子線などがある。

放射線療法は、がんを治すことを目的として単独で行われることもあるが、薬物療法（抗がん剤治療等）や手術療法などのほかの治療と併用して行われることもある。

放射線療法は、体の外から放射線を当てる「外部照射」と、体の内側から、がんやその周辺に放射線を当てる「内部照射」に分けられる。外部照射と内部照射を組み合わせで行うこともある。

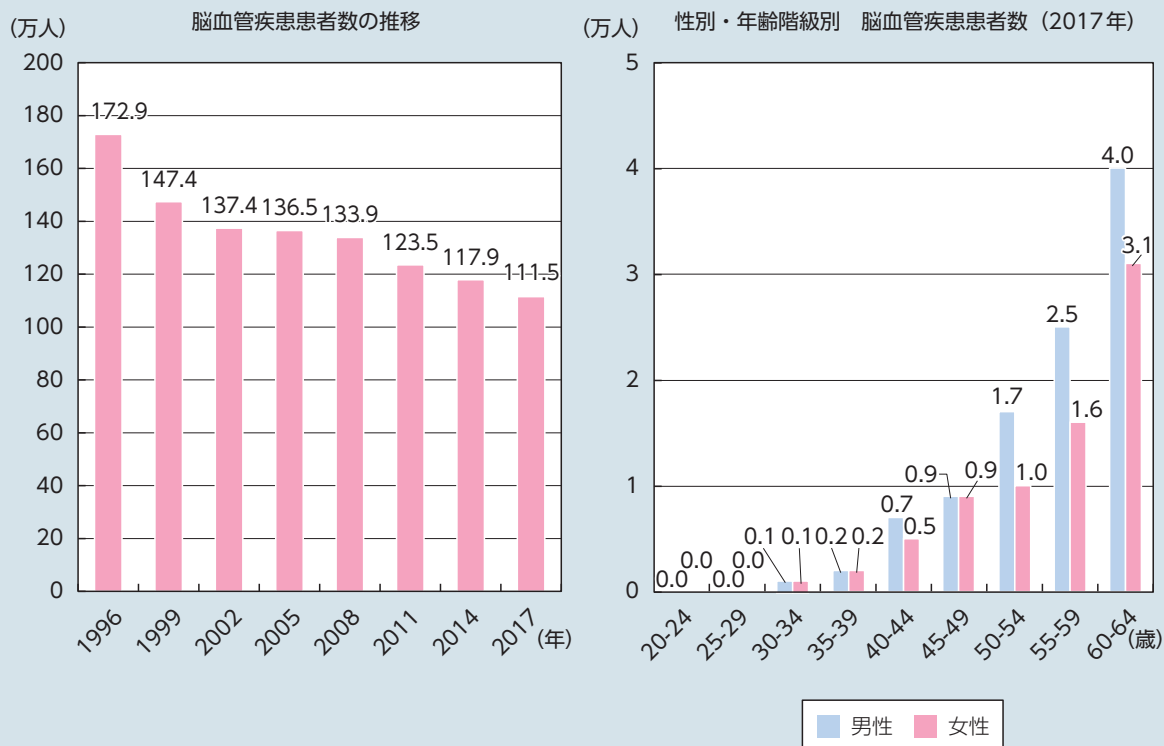
外部照射を通院で実施する場合、全体の予定は治療計画により異なるが、多くの場合、1週間に5日の治療を数週間にわたって行う。一般的な治療に要する時間は、治療室に入ってから出てくるまで10～20分程度で、実際に放射線が照射されている時間は数分である。

資料：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター「患者必携がんになったら手にとるガイド」「がん情報サービス」

2 脳卒中

(脳卒中などの脳血管疾患は、患者数は減少しているが、後遺症を残す可能性がある疾患)

図表 1-2-4 脳血管疾患患者数の状況



脳卒中とは、脳の血管に急激な障害がおきることで生じる病気の総称であり、脳の血管が詰まる「脳梗塞」、脳内の細い血管が破れて出血する「脳内出血」、脳の表面の血管にできたこぶ（脳動脈瘤）が破れる「くも膜下出血」などが含まれる^{*28}。

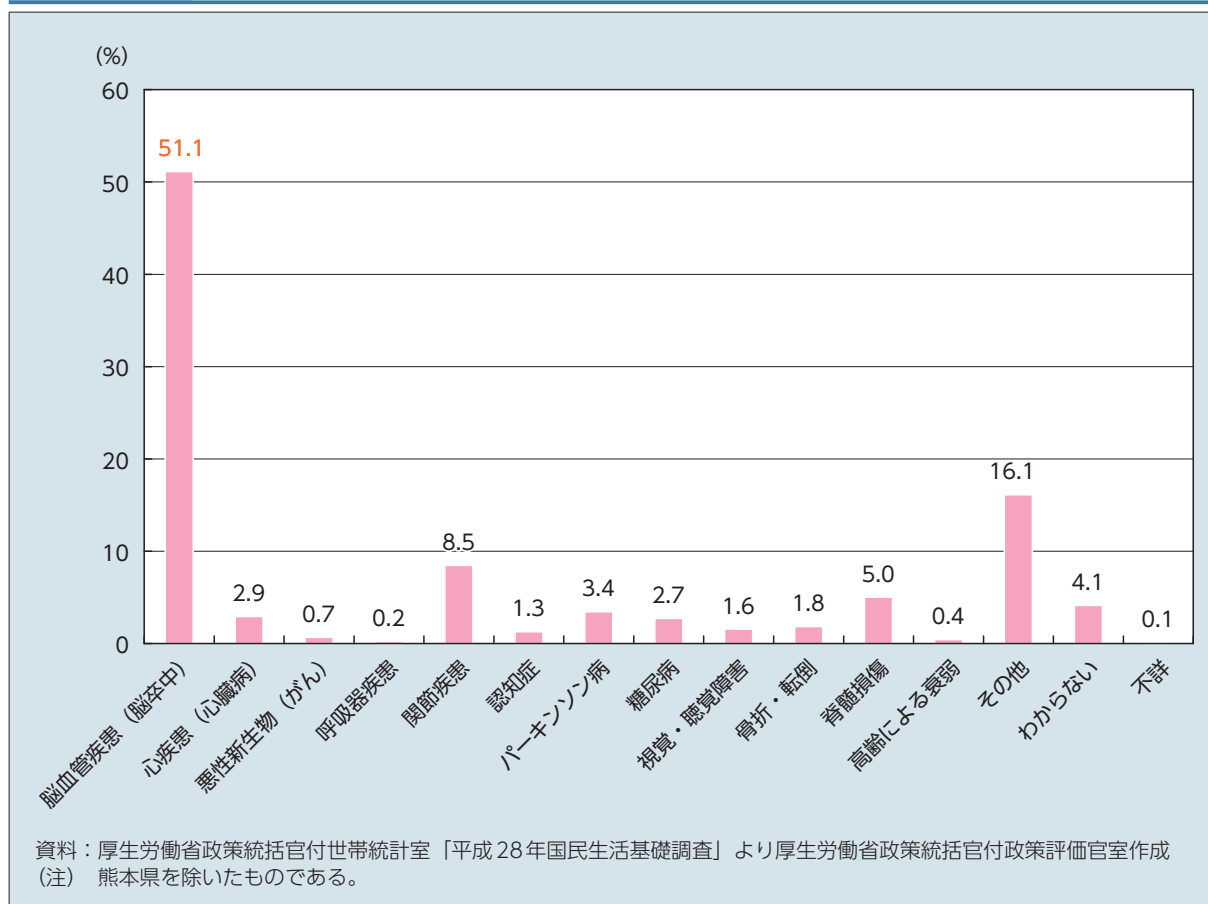
脳卒中などの脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者数は、2017年では約112万人と推計されている。そのうち約16%（約18万人）は20～64歳であり、加齢とともに罹患する者が増えていく傾向にある（図表1-2-4）。

脳卒中などの脳血管疾患の患者数は年々減少傾向にあるが（図表1-2-4）、脳卒中は発症すると手足の麻痺や言語の障害^{*29}などの後遺症が残る可能性の高い病気である。図表1-2-5は、40～64歳で介護を必要とする者のうち介護が必要となった主な原因を示したもので、「脳血管疾患（脳卒中）」が51.1%と最も割合が高い。

*28 厚生労働省「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 脳卒中に関する留意事項」を参考。

*29 脳卒中の発症後、手足の麻痺や言語の障害等が残る場合がある。運動機能等の低下が認められた場合には医療機関等においてリハビリテーションが実施されるが、一般的に運動機能はおよそ3～6ヶ月までに顕著に回復し、それ以降はあまり変化が見られなくなる。ただし、言語機能等は1年を経過して徐々に改善する傾向がある。結果的に残存した機能低下を「障害」という。（厚生労働省「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 脳卒中に関する留意事項」より引用）

図表 1-2-5 介護を必要とする40～64歳における介護が必要となった主な原因

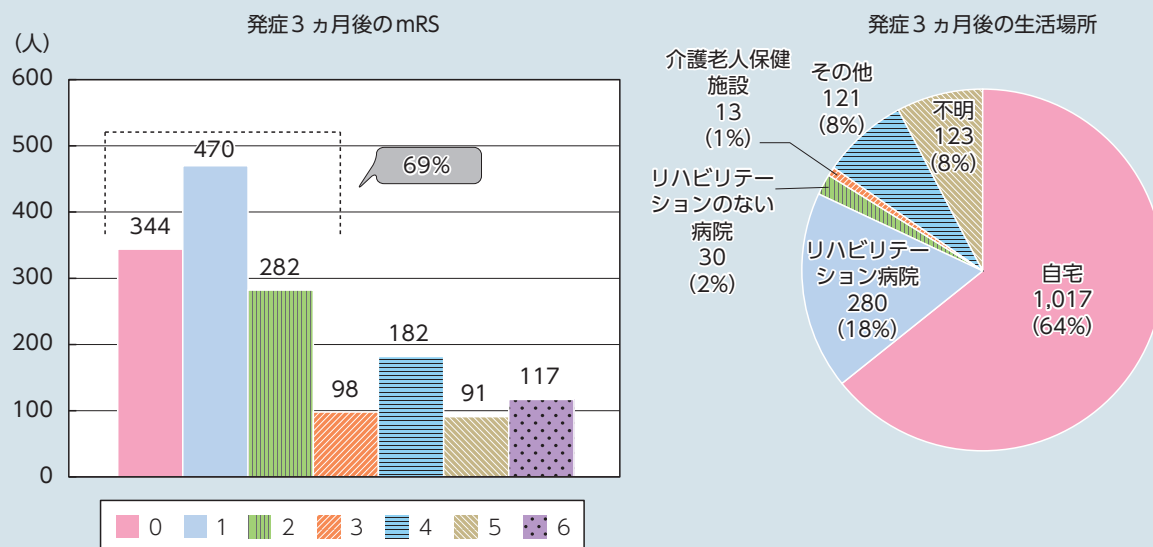


(しかし、18歳から65歳で罹患した脳卒中は予後が比較的良く、発症3ヵ月後の時点で約69%が、自分の身の回りのことは介助なしに行えるまでに機能回復している)

脳卒中は後遺症が残る可能性の高い病気であるが、一方で18～65歳で脳卒中を発症した場合は、予後が比較的良いことが分かってきている。独立行政法人労働者健康安全機構の分析^{*30}によると、発症前に日常生活が自立していた18～65歳の脳卒中患者（くも膜下出血を除く。）については、発症3ヶ月の時点で約69%が自分の身の回りのことは介助なしに行えるまでに機能回復しており、約64%が入院でのリハビリテーションなどを終えて自宅で生活を送っている（図表1-2-6）。

^{*30} 平成16-17年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「わが国におけるstroke unitの有効性に関する他施設共同前向き研究」（主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫）（SUMO study）のデータを独立行政法人労働者健康安全機構において抽出・集計し再分析をしたもの。SUMO studyには全国117施設が参加し、2004年12月から2005年12月までの1年間で、発症から3日以内に入院した完成型脳卒中症例7,658例が登録された。このうち、発症前自立群（mRS0-2）4,879例のうち、18歳から65歳までを対象に1,584例（男性1,185例、女性399例）を抽出し分析。

図表1-2-6 脳卒中患者（18-65歳）の予後



資料：平成16-17年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「わが国におけるstroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」（主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫）のデータを独立行政法人労働者健康安全機構において抽出・集計し再分析したもの。

（注）脳卒中患者（18-65歳）1,584例（男性1,185例、女性399例）の分析。

日本版modified Rankin Scale（mRS）判定基準書

modified Rankin Scale	参考にするべき点
0 まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1 症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2 軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3 中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行 [†] 、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である
4 中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行 [†] 、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5 重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助*を必要とする状態である
6 死亡	

* 介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。

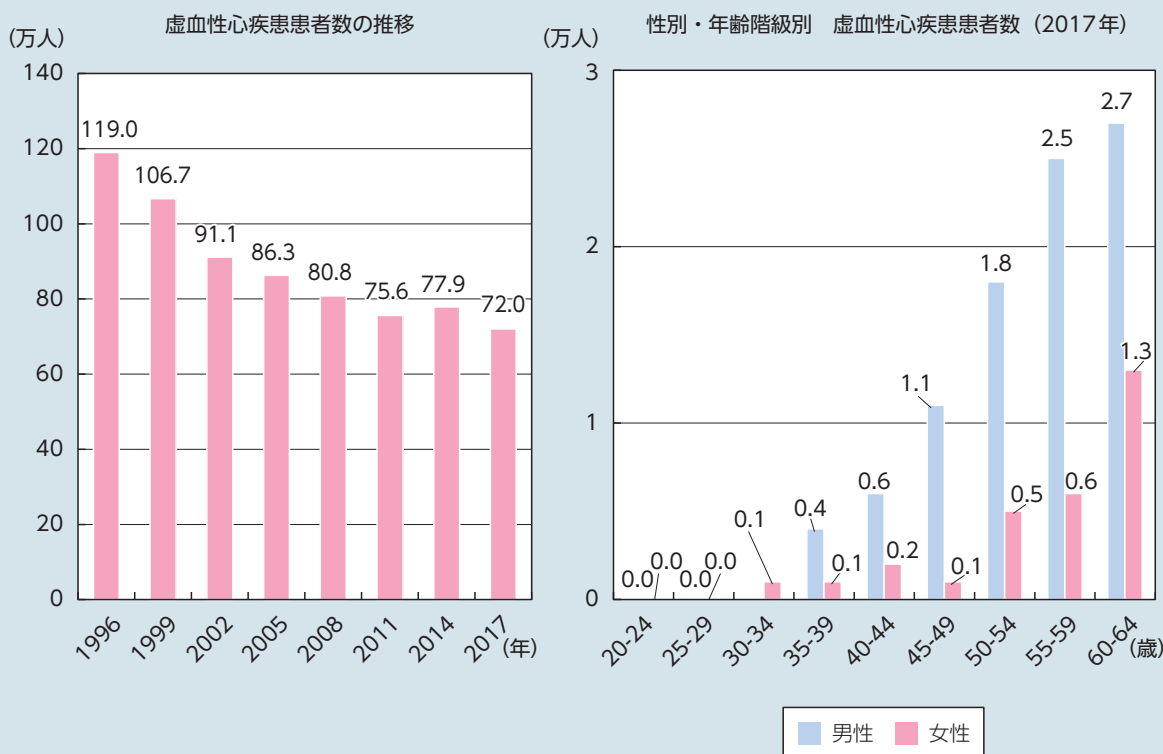
† 歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具（杖、歩行器）の使用は介助には含まない。

資料：一般社団法人日本脳卒中学会「脳卒中治療ガイドライン2015」

3 心筋梗塞等の心血管疾患

(心筋梗塞の発症の引き金として、ストレスや抑うつなどが影響を及ぼす)

図表 1-2-7 虚血性心疾患患者数の状況



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」

(注) 1. 患者数（総患者数）は、調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者を含む。）の数を次の算式により推計したものである。

総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋（再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7））

2. 2011年の数値は、宮城県の下巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

心血管疾患のうち、心筋梗塞などの虚血性心疾患は、急に激しい運動をしたり、強いストレスがかかることなどにより、心臓の筋肉が血液（酸素、栄養）不足となり、胸や背中などに痛み、圧迫感といった症状が生じる病気である。動脈硬化や血栓などで心臓の血管が狭くなり、血液の流れが悪くなるため、心臓の筋肉に必要な酸素や栄養がいきわたりにくくなることによるものである^{*31}。

虚血性心疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者数は、2017年では約72万人と推計されている。そのうち約17%（約12万人）は20～64歳であり、加齢とともに罹患する者が増えていく傾向にある（図表1-2-7）。

心筋梗塞の発症の引き金として、ストレスや抑うつなどが影響を及ぼすことが知られている。心筋梗塞の発症頻度は、午前中と夜間にピークを持つ二峰性を示すとされている^{*32}が、65歳未満の男性労働者で喫煙と飲酒の習慣のある者では夜の遅い時間に発症が

*31 国立研究開発法人国立循環器病研究センター「循環器病情報サービス」を参考（最終閲覧日：2018年5月30日）。

*32 時刻別の発症頻度は起床後時間の8:00～12:00および夜間の20:00～22:00にピークを持つ二峰性を示し、労作時発症では午前中のピークが顕著で、安静時発症では夜間のピークのみを認めることも報告されている（一般社団法人日本循環器学会「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン（2012年改訂版）」より引用）。

多いなど、社会的・経済的要因との関わりも疑われている^{*33}。また、男性労働者はブルーマンデー（憂鬱な月曜日）の発症が多いが、女性では土曜日の発症が多く、文化的背景から女性が家事を担い、週末には家事負担が増加することが女性へのストレスとなっている可能性があり、発症要因として注目されている^{*34}。心筋梗塞の発症後は、うつ症状や不安感が生じやすく、軽度以上のうつ状態は40～65%に見られるとの報告もある^{*35}。

^{* 33} Kinjo K, Sato H, Sato H, Shiotani I, Kurotobi T, Ohnishi Y, Hishida E, Nakatani D, Ito H, Koretsune Y, Hirayama A, Tanouchi J, Mishima M, Kuzuya T, Takeda H, Hori M, The Osaka Acute Coronary Insufficiency Study (OACIS) Group. "Circadian variation of the onset of acute myocardial infarction in the Osaka area, 1998-1999 - Characterization of Morning and nighttime peaks." *Jpn Circ J* 65 (7) : 617-620, 2001.

大阪大学病態情報内科学を中心とした関連病院によって急性冠症候群研究会（OACIS）を構築し、各病院において入院加療がなされた急性心筋梗塞症前例の臨床的背景、治療内容を登録。急性冠症候群研究会（OACIS）データにおいて、1998年4月から2000年1月の間に、心筋梗塞発症から1週間以内に入院した患者1,609人のうち、発症日時が明確に分かる1,252人を研究の対象としている。そのうち、65歳未満の有職の男性で、喫煙と飲酒の習慣のある者は196人である。

^{* 34} Kinjo K, Sato H, Sato H, Shiotani I, Kurotobi T, Ohnishi Y, Hishida E, Nakatani D, Mizuno H, Yamada Y, Fukui S, Fukunami M, Nanto S, Matsu-ura Y, Takeda H, Hori M. , "Variation during the week in incidence of acute myocardial infarction: Increased risk for Japanese women on Saturday.", *Heart* 89 (4) : 398-403, 2003.

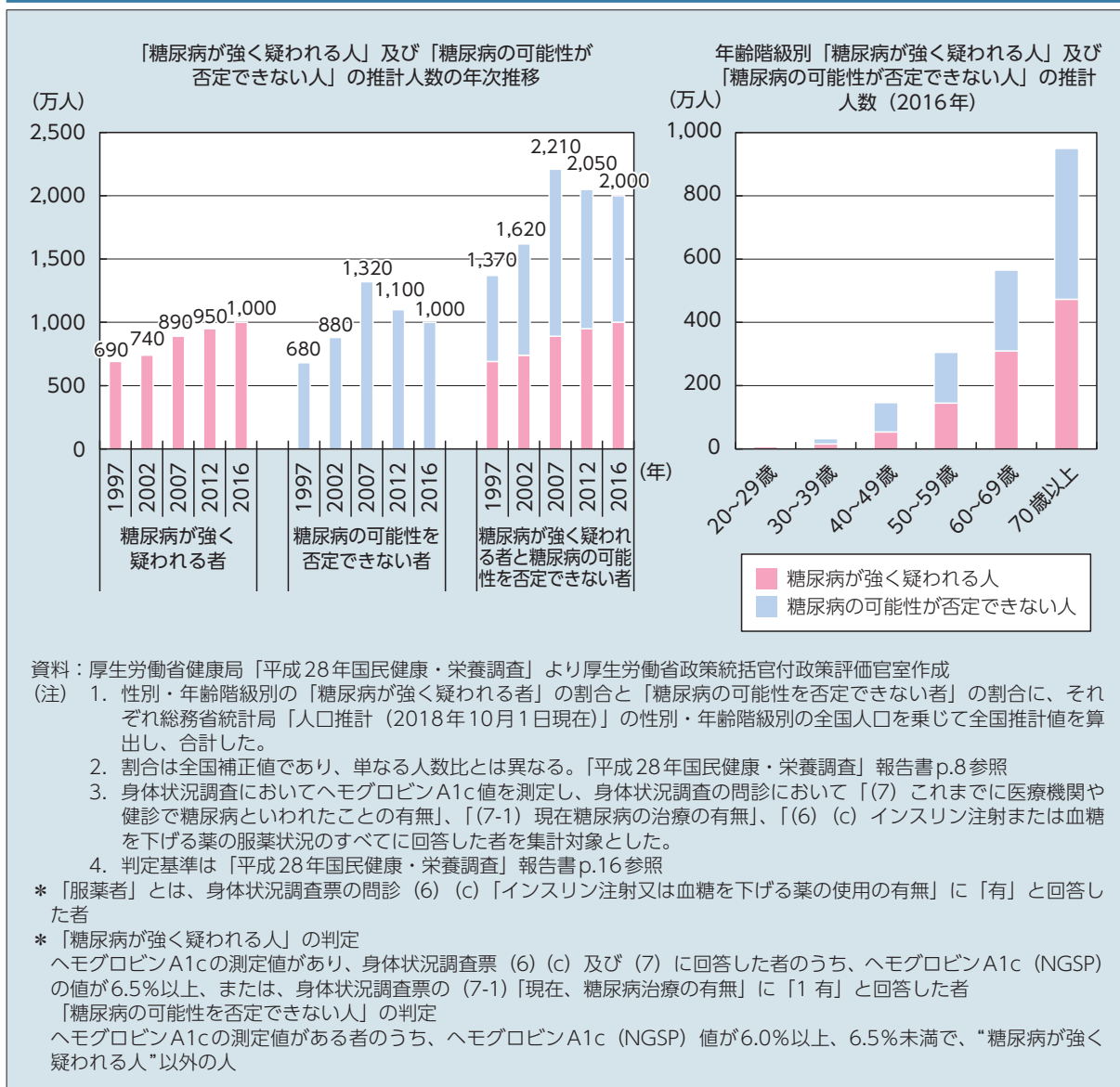
急性冠症候群研究会（OACIS）データにおいて、1998年4月から2001年3月の間に登録された心筋梗塞の治療中の患者2,511人のうち、心筋梗塞の発症日時が明確に分からない者などを除いた2,400人を研究の対象としている。2,400人のうち、男性が1,796人、女性が604人。

^{* 35} 一般社団法人日本循環器学会「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン（2011年改訂版）」を参考。

4 糖尿病

(糖尿病有病者あるいは糖尿病予備軍はいずれも約1,000万人と推計)

図表 1-2-8 糖尿病患者数の状況



糖尿病とは、インスリンというホルモンの作用低下が原因で、血糖値の上昇を抑える働きが低下してしまうため、高血糖が慢性的に続く病気である^{*36・*37}。

ひとたび発症すると治癒することはなく、放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、末期には失明したり透析治療が必要となることがある。さらに、糖尿病は脳卒中や心筋梗塞などのリスクを増大させることも知られている。

厚生労働省健康局「平成28年国民健康・栄養調査」によると、糖尿病が強く疑われる者（糖尿病有病者）と、糖尿病の可能性を否定できない者（糖尿病予備群）は、いずれも約1,000万人と推計されている（図表1-2-8）。両者を合わせると約2,000万人となり、そのうち、20～64歳は約720万人と、人口^{*38}に占める割合を仮に計算すると、現

* 36 厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」を参考。（最終閲覧日：2018年5月31日）

* 37 糖尿病には、1型糖尿病、2型糖尿病、その他の特定の機序、疾患によるもの、妊娠糖尿病がある。1型は自己免疫疾患などが原因でインスリン分泌細胞が破壊されるもので、インスリンの自己注射が必要となる。一方で2型は、遺伝的要因に過食や運動不足などの生活習慣が重なって発症する。我が国の糖尿病患者の多くは2型糖尿病である。

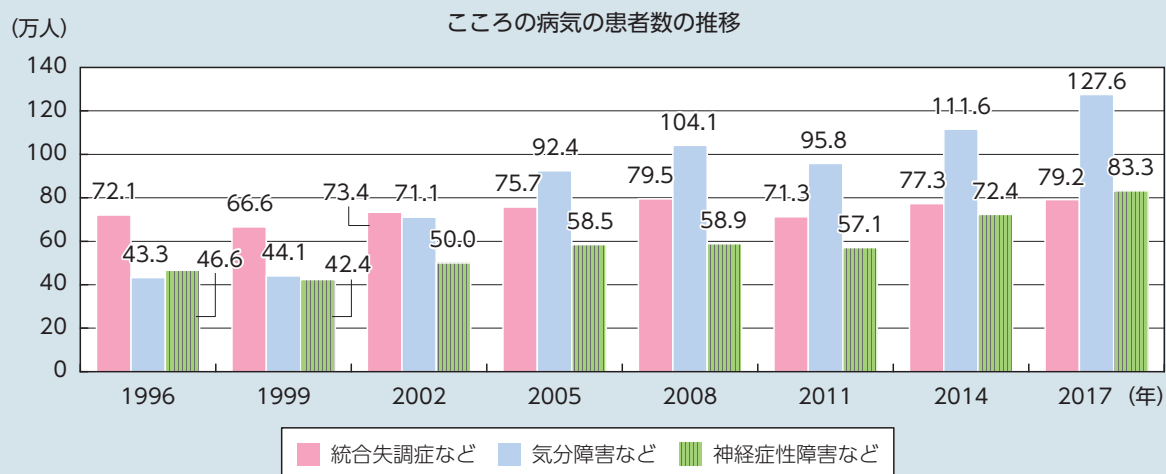
* 38 総務省統計局「人口推計 (2016年10月1日現在人口)」において、20～64歳の人口は7052.2万人となっている。

役世代の約10人に1人は糖尿病あるいはその予備群であると推計される。

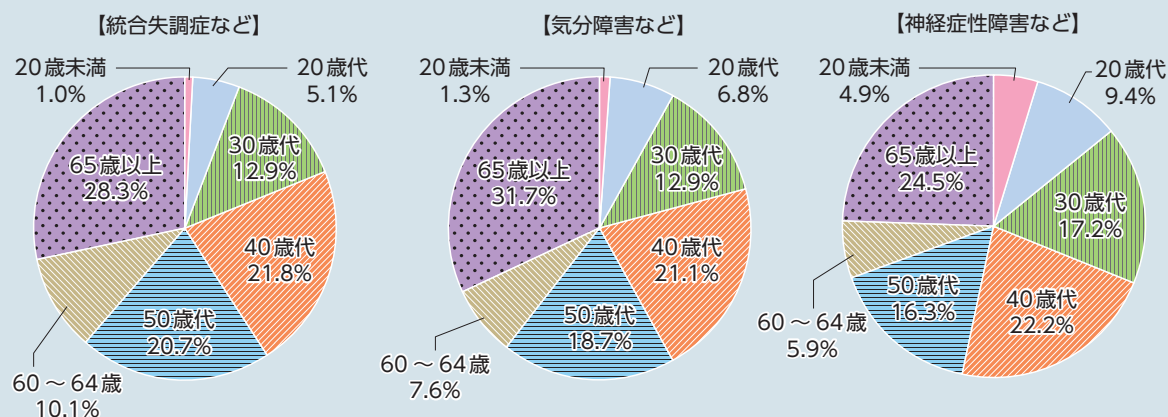
なお、「健康日本21（第二次）」^{*39}では、糖尿病対策の1つとして治療継続者の割合の増加を目標に掲げており、糖尿病有病者のうち医療機関を受診している糖尿病患者数は増加傾向にある。

5 うつ病やその他のこころの病気（精神疾患） （こころの病気の患者のうち、約7割は20歳から64歳）

図表 1-2-9 こころの病気の患者数の状況



疾病別・年齢階級別 こころの病気の患者数割合（2017年）



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」

(注) 1. 患者数（総患者数）は、調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者を含む。）の数を次の算式により推計したものである。

総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋（再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7））

2. 2011年の数値は、宮城県、石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

近年、うつ病やその他のこころの病気に罹患する患者は増加傾向にあり、特にうつ病や躁うつ病などの気分障害で治療中の患者は2008年には100万人を超え、1996（平成8）年と比較すると2倍以上に増えている。また、こころの病気で通院・入院している患者のうち、約7割が20～64歳となっている^{*40}（図表1-2-9）。

^{*39} (3) 4 参照。

^{*40} ここでは、主なこころの病気として「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」を対象としている（厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」）。

6 その他

ここまで、がんや脳卒中などの罹患者数の多い病気を中心に患者数などの状況について見てきたが、他にも罹患者数が少ない病気を有している者や、通院などが必要であるが検査しても原因がわからない（病気との診断がつかない）者が存在する。ここでは、世間での認知が進み関心が集まる若年性認知症の発症者と、近年の晩婚化などを背景に増加傾向にある不妊治療を受ける者を取りあげる。

（若年性認知症の発症者は推計約3.8万人^{*37}。発症から診断がつくまでに時間がかかることが多い）

認知症は高齢者の病気と思われがちだが、65歳未満でも発症することがある。若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症であり、若年性認知症に関する調査^{*41}によると発症者は約3.8万人と推計されている。高齢者の認知症では女性が多いのに対し、若年性認知症は男性に多いことが特徴である。平均発症年齢は平均51.3歳で、50歳未満で発症した人の割合は約3割となっている。

若年性認知症は発症から診断がつくまでに時間がかかることが多いといわれている。仕事でミスが重なったり、家事が億劫となっても、それが認知症のせいとは思えないことがある。疲れや更年期障害、うつ病など他の病気と思い、医療機関を受診し、誤った診断のまま時間が過ぎ、認知症の症状が目立つようになってからようやく診断された例も少なくない。

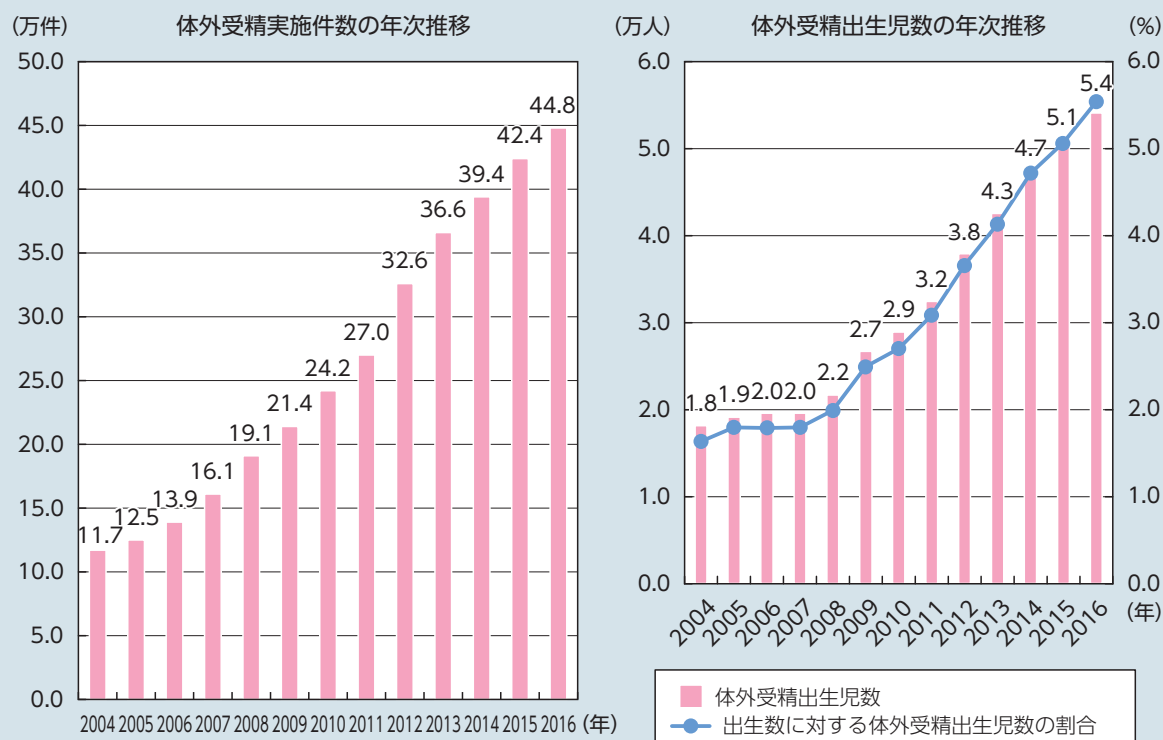
（近年の晩婚化などを背景に不妊治療を受ける者が増加している）

近年の晩婚化や初産年齢の上昇などを背景に不妊治療を受ける者が増加している。2016（平成28）年には、体外受精は44万7,790件行われ、同年の体外受精により生まれた子どもの数は5万4,110人にのぼる。2016年の出生数は97万6,978人で、体外受精で生まれた子どもの割合は約18人に1人となっている（図表1-2-10）。

不妊の原因はさまざまであり、検査しても原因がわからないこともある。また、不妊治療を始めてすぐに妊娠する者もいれば、何年も治療を続けている者もいる。

^{*41} 平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備」（主任研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科朝田隆）（実施年：2006年度～2008年度）の有病率に関する推計結果より引用。熊本県、愛媛県、富山県、群馬県、茨城県の全域における認知症の者が利用する可能性がある全ての保健・医療・福祉関係施設・機関に対し2段階で若年性認知症（発症年齢と調査時点の年齢がいずれも65歳未満の者と定義）アンケート調査を実施。また横浜市港北区と徳島市においても類似の方法で調査を実施。1次調査では回収率は89.0%（配布数2,475部のうち2,202部を回収）、2次調査では回収率は86.0%（配布数285部のうち245部を回収）。

図表 1-2-10 体外受精実施件数と体外受精による出生児数



資料：体外受精実施件数及び体外受精出生児数 公益社団法人日本産科婦人科学会ホームページ。

出生数 厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

出生数に対する体外受精出生児の割合は、上記資料より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(注) 体外受精の実施件数及び体外受精出生児数は、IVF（体外受精）を用いた治療数、ICSI（顕微授精）を用いた治療数、凍結胚（卵）を用いた治療数の合計。公益社団法人日本産科婦人科学会の集計による。

(3) 予防・健康づくりの取組み

(取組みの位置づけ)

これまでみてきたように個人の日常生活や就労に支障を生じうる病気としては、がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣病の占める割合が多い。健康寿命延伸の観点からは、これらの生活習慣病の発症・重症化予防を図ることが重要である。

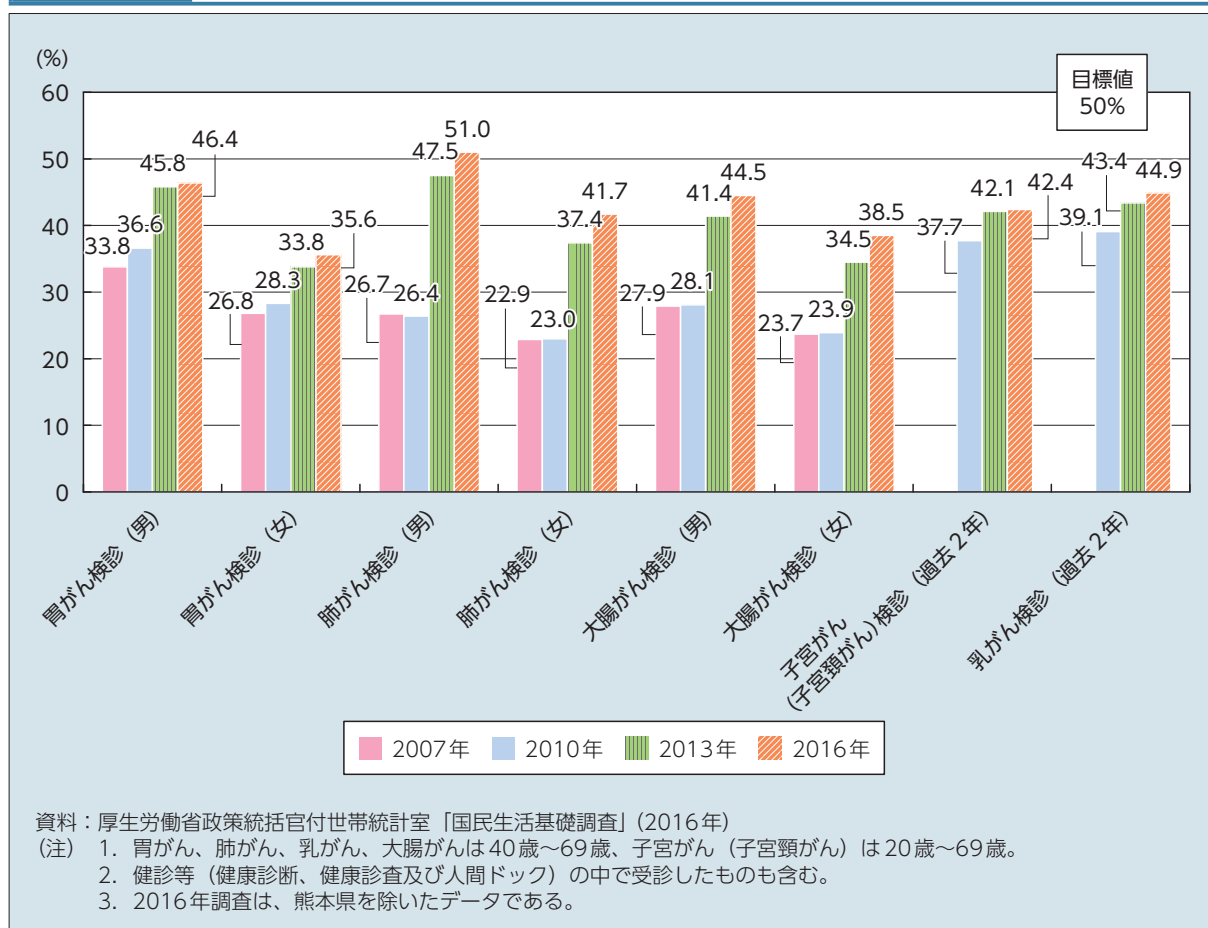
生活習慣病は、遺伝的要因も関与するが、飲酒、喫煙、食生活などの積み重ねが原因の一つとして言われており、生活習慣を見直すことで、ある程度予防することが可能である。したがって、日頃から各人が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任を持って取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者なども、それをサポートすることが重要である。そこで国は、運動、食生活、禁煙などの個人の生活習慣の改善を促す国民運動を展開するなど、国民全体について生活習慣病のリスクを下げる取組みを行うとともに、検診・健診（健康診査、健康診断）の受診の促進といった、より高いリスクを有する者に対して、そのリスクを削減することで生活習慣病を予防する取組みを行っている。また、保険者は加入者の予防・健康づくりに向けた取組みを行っており、データ分析に基づく保健事業（「データヘルス」）や、データヘルスと企業の「健康経営」とを協働させる「コラボヘルス」などの取組みを進めている。国は、このような保険者の予防・健康づくりがより推進されるよう、取組みに対してインセンティブを付与している。

今後、健康格差解消により2040年までに健康寿命を3年以上延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指している。重点取組分野^{*42}を設定し、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進と地域間の格差の解消の2つのアプローチで、健康格差の解消を進めている。

1 がん対策

(がん検診の早期発見・早期治療による、がんの死亡率減少)

図表 1-2-11 がん検診の受診率



悪性新生物(がん)は日本において長年死因の第1位であり、2017(平成29)年には年間約37万人が亡くなっている^{*43}。

がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものであるから、がん検診の受診率を向上させることが重要である。がん検診は市町村(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検診として、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんのがん検診を推進している。現在、我が国のがん検診の受診率は30～40%台と低い状況にあることから、受診率を50%以上とすることをがん対策推進基本計画(平成30年3月9日決定)の個別

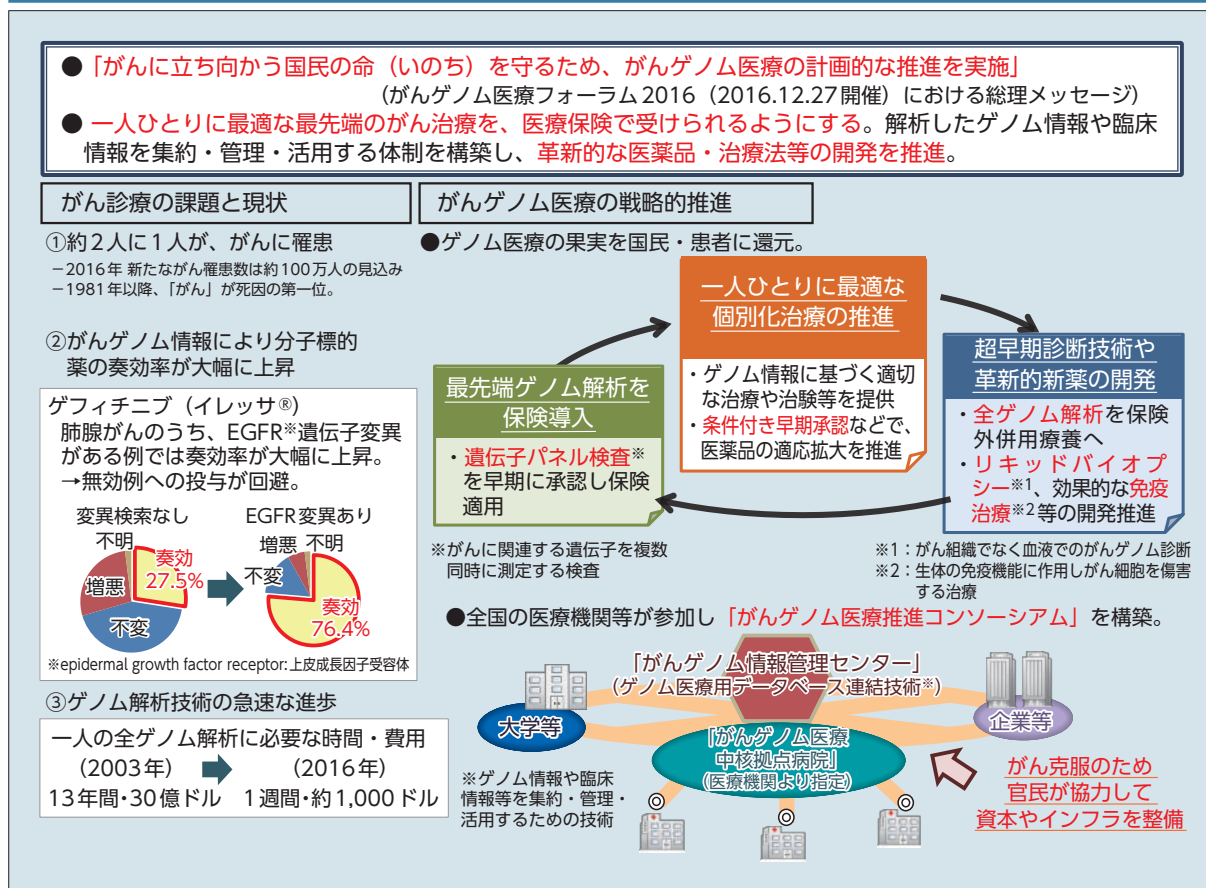
^{*42} 育成(健やか親子施策)、疾病予防・重症化予防(がん対策・生活習慣病対策等)、介護・フレイル予防(介護予防と保健事業の一体的実施)を、重点取組分野として設定している。

^{*43} 厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」(2017年概数)。1981(昭和56)年より死因の第1位となっている。

目標としている（図表1-2-11）。がん検診の受診率向上のためには、がん検診についての正しい認識を持ち、正しい行動を取ってもらうよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮などの対策が必要である。市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように、また、特定健康診査の同時実施など、受診者の立場に立った利便性の向上などに努めている。

（ゲノム医療の開発・推進）

図表1-2-12 最先端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、2018（平成30）年3月に閣議決定した第3期「がん対策推進基本計画」に基づき、「がんゲノム医療」を推進している。がんのゲノム情報や臨床情報などを集約し、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などの開発を行うため取組みを進めている（図表1-2-12）。

2 保険者及び個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの推進など

「特定健康診査」や「特定保健指導」などの保険者が行う予防・健康づくりの取組みをさらに加速化させるため、国は、保険者の行う予防・健康づくりの取組みに対するインセンティブを強化している。また、個人の予防・健康づくりの取組みを進めるため、一部の

国から自治体に財政支援を行っている。

評価指標については、保険者の取組みを幅広く評価するため、特定健康診査や特定保健指導の実施率に加え、がん検診などの他の検診の実施の有無や、糖尿病などの重症化予防の取組みの実施状況など、6つの保険者種別共通の項目^{*46}を設定した。また、各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別ごとに設定している。

インセンティブの評価指標には特定健康診査と特定保健指導の実施率が位置づけられているが、特定健康診査とは、生活習慣病の予防のために、40歳から74歳までの人を対象に行う、メタボリックシンドローム^{*47}に着目した健康診査である。特定健康診査の実施率は、2015（平成27）年度50.1%であるが、目標の実施率70%達成を目指し、2017年度実績から全保険者の特定健康診査・特定保健指導の実施率を公表するなど、受診率向上に向けた取組みを進めている。また、特定保健指導は、特定健康診査の結果により生活習慣病の発症リスクが高い者に対して、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう、医師、保健師、管理栄養士などの専門職が、個別に生活習慣改善に向けた支援を行うものである。特定保健指導では、内臓脂肪蓄積の程度やリスクの要因の数、年齢に応じて指導が行われる。特定保健指導の実施率は2015年度17.5%であったが、目標の実施率45%達成を目指し、2018年度からは特定保健指導の運用を弾力化するなど、実施率向上に向けた取組みを実施している。

（介護予防と保健事業の一体的実施）

高齢者は、慢性疾患の有病率が高く、早期発見・早期対応に加え、重症化の予防が重要であるとともに、生活機能が急速に低下することから、高齢者の参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めた高齢者支援のプログラムの充実が求められる。

また、介護予防や国民健康保険の保健事業は市町村、後期高齢者の生活習慣病対策・フレイル対策は後期高齢者医療広域連合が実施主体であり制度ごとに実施主体が異なることから、高齢者本人を中心とした支援が提供されるよう、関係機関が連携して取り組む体制を構築することが必要である。

このため、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養など）や生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を市町村が一体的に実施する仕組みの構築を検討していく。

（個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進）

国民が予防・健康づくりに取り組むきっかけの提供や取組み継続の支援として、一部の保険者は加入者に対し、ヘルスケアポイント（個人の健康づくりの取組みに応じて、物品などと交換できるポイント）を提供するなど、個人の予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組みを行っている。これらのインセンティブ付与の取組みは、2015年の法改正により、健康保険法などに保険者の努力義務とされ、国でも2016（平成28）年にガ

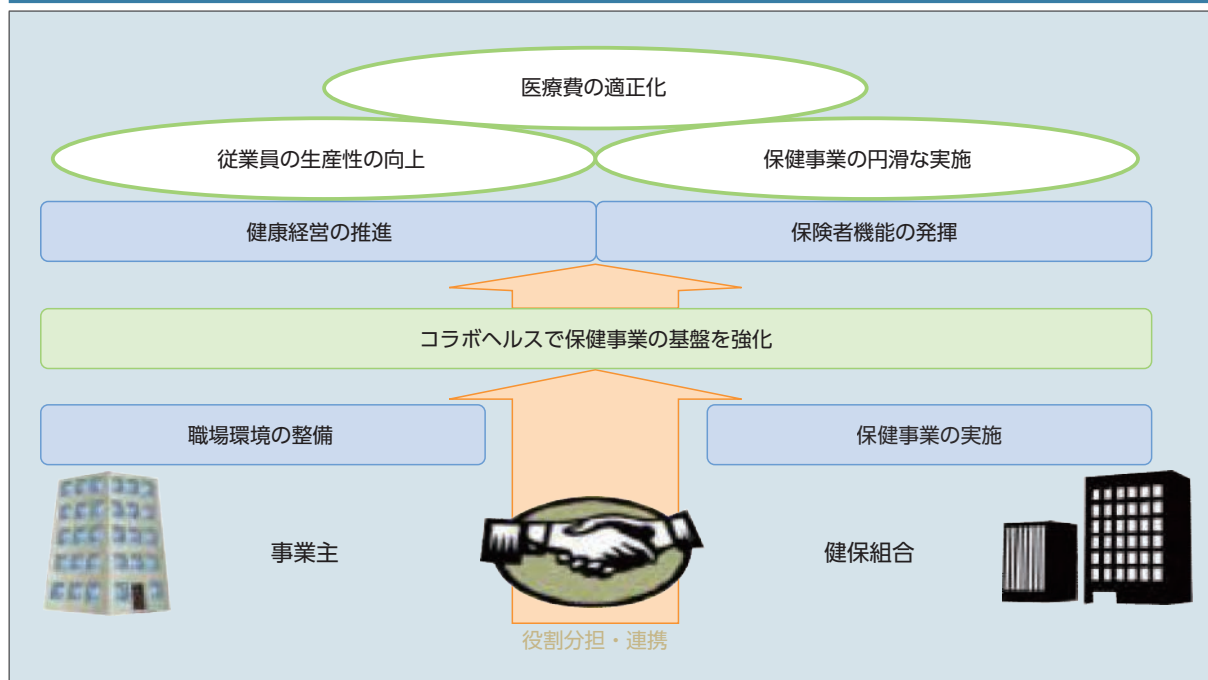
^{* 46} ①特定健康診査・特定保健指導、②特定健康診査以外の健康診査（がん検診・歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投薬等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進の6項目。

^{* 47} 内臓脂肪蓄積に加えて、血糖、脂質、血圧が一定以上の値を示しているものをいう。

イドラインを策定・公表するとともに、保険者インセンティブの評価指標にも位置づけるなど、取組みを支援している。

3 保険者と事業主のコラボヘルスの推進

図表 1-2-14 コラボヘルスの意義



「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）では、「保険者のデータヘルスを強化し、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進する」とされている。

保険者が推進する「データヘルス」は、健診・レセプトデータの電子化によって得られた加入者の健康データを分析し、個人の状況に応じた保健指導や効果的な予防・健康づくりを行うものである。また、「健康経営」は、従業員の健康保持・増進の取組みが将来的に収益性などを高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践することである^{*48}。

データヘルスの主体である保険者と、健康経営の主体である事業主が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境の下、加入者の予防、健康づくりを効果的、効率的に実行することをコラボヘルスという（図表 1-2-14）。保険者と事業主がそれぞれの立場・役割で協働を推進していくことで、従業員の健康維持・増進と医療費適正化に加え、企業の生産性や社会的評価の向上、さらには我が国の社会的・経済的の向上にも及ぶものとなり得る。

4 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進 （健康日本21を策定し国民の健康づくりを推進）

健康日本21は、国民、企業などに健康づくりの取組みを浸透させ、一定程度の時間をかけて、健康増進の観点から、理想とする社会に近づけることを目指す運動である。2013（平成25）年度から開始した健康日本21（第2次）では、健康寿命の延伸と健康格

*48 経済産業省「企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススめ～（改訂第1版）」（2016年）

差の縮小、主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底などの基本方針が示された。健康日本21の事業の一つとして、厚生労働省は2011（平成23）年2月から「スマート・ライフ・プロジェクト」を実施し、企業、団体、自治体と厚生労働省が連携し、生活習慣病予防に直接つながる「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」について、企業などが従業員・職員へ呼びかけたり、地域でのイベントの実施や協力などを行うことで、更なる健康寿命の延伸を推進している。「スマート・ライフ・プロジェクト」に取り組む企業・団体・自治体数は420団体（2012（平成24）年）から4200団体（2018年5月）に増加しており、引き続き参加団体の増加に向けた取組みを行っていく。

（民間主導で先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げる）

健康寿命延伸に向けた予防・健康づくりを推進していくにあたり、予防・健康づくりに関心があり積極的に取り組む人だけではなく、健康に関心のない人たちも自然に健康になれるような社会づくりを行う必要がある。そのためには、多様な主体の連携により、健康無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する必要がある。

多様な主体が連携し予防・健康づくりを推進する取組みの一つに、「日本健康会議」がある。2015年に民間主導で発足した「日本健康会議」は、経済団体、医療団体、自治体、保険者団体が連携し、保険者先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げるための活動を行っている。具体的には、保険者などの予防・健康づくりに関する取組目標である「健康なまち・職場づくり宣言2020」に沿って、職場や地域で予防・健康づくりの取組みを進めるとともに、取組みの進捗状況については、ポータルサイトで見える化をし、取組みの加速化を図っている。



日本健康会議 2017の様子

コラム

新潟県栄養士会における県民の健康づくりと訪問栄養食事指導

県や市との協働による県民の健康づくり

公益社団法人新潟県栄養士会では、「にいがた減塩ルネサンス運動」等を展開する新潟県などと協働して、県民の食習慣改善のための活動に取り組んでいる。ここでは、県や長岡市と協働して健康づくりを目指す2事業を紹介する。

同会「スマート・ダイエット・キャンペーン事業」の一環として、新潟県から受託した「高校生向け啓発事業」では、会員が県内の高校を訪問し、減塩を切り口とした望ましい食習慣や、若年女性にみられる「やせ」を予防する食事等の出前授業を行っている。食育事業を通じて、高校生に食と栄養への関心を持ってもらう等、将来及び次世代にわたる健康づくりに取り組んでいる。

また、「長岡市CKD¹栄養指導事業」では、長岡市と協働して腎臓病の市民の重症化予防のため「腎臓にやさしい料理教室」や個別栄養相談を開催する。腎臓病は、症状が進むと最終的には人工透析が必要となって生活の質(QOL)の低下を招く疾病で、食塩やたんぱく質等の摂取量を制限する食事療法が課題とされる。



計量器で計って調理



現在の病態に合った食事を

料理教室には、腎臓病患者とその家族が参加する。管理栄養士から昆布等の出汁や酢・レモン等の酸味、わさび等の香辛料を活用し、減塩しながら美味しく食べる調理法等が紹介され、調理実習を行う。「食材や調味料をきちんと正確に計って使用することの重要性が良く分かった」といった声に参加者からは聞かれる。

在宅の要介護高齢者や療養者への訪問指導

同会では、在宅における栄養ケア活動も推進している。在宅での療養生活が長くなれば、病態や体調等の変化に対応した献立・食材の修正が必要となり、また、要介護高齢者等には低栄養の予防を考慮する必要があることから、訪問栄養食事指導を実施する。

管理栄養士は、在宅の療養者等との会話を通して身体や摂食の状況を確認し、介護家族へ献立指導等を行う。訪問栄養食事指導は、現在の生活環境と介護者の負担等を配慮した上で、療養者の生きる力が湧き出るような、介護者も一緒になって取り組める食のあり方を提案するものであるという。



療養者と会話をしながら身体や摂食の状況を確認

高齢化が進み「老老介護」²の高齢療養者が増え、さらに加齢に伴い認知症の発症した「認知介護」³も増加している。こうした背景から、家庭での介護食づくりが負担となっており、訪問栄養食事指導の必要性が増しているという。このため、家族を含めた支援として、栄養補助食品や手軽で簡単な調理法の紹介とともに、家族への調理指導にも取り組んでいる。



在宅での調理指導

1 「Chronic Kidney Disease」(慢性腎臓病)の略。

2 高齢者の介護を高齢者が行うこと。主に65歳以上の高齢の夫婦、親子、兄弟などがそれぞれ介護者・被介護者となるケースを指す。

3 認知症の被介護者を認知症の介護者が介護していること。

2 就労・雇用の状況

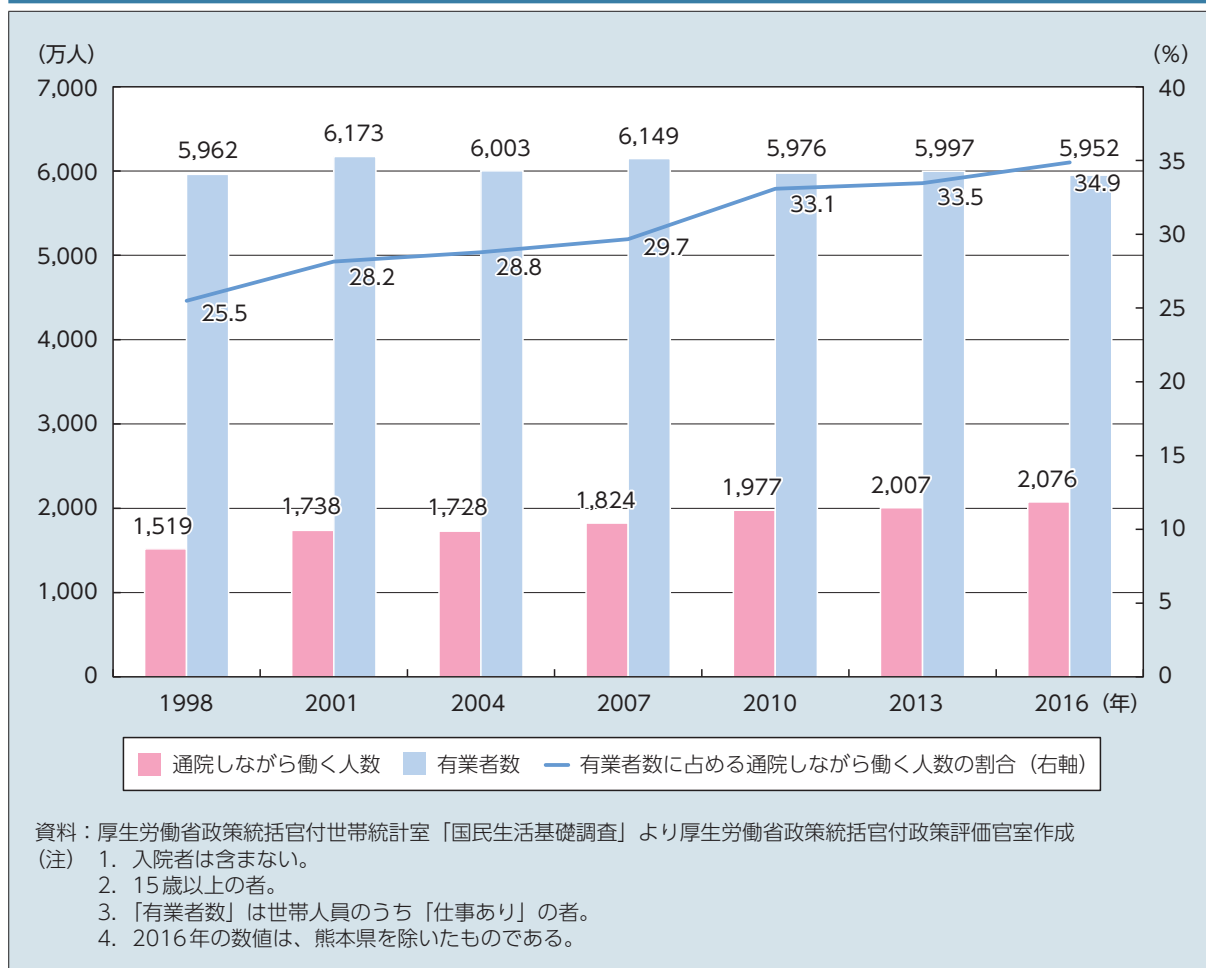
(1) 就労・雇用の状況

生活習慣病などの病気の有病率は年齢が上がるほど高くなる状況にあり、高齢化の進行に伴い、職場においても労働力の高齢化が進むことが見込まれる中、企業において病気を有した労働者への対応が必要となる場面はさらに増えることが予想される。このため、病気を有しながらも仕事を続けることを希望する労働者をサポートする環境整備が重要となる。

しかし、病気を有する者に働く意欲や能力があっても、職場の理解・支援体制不足などにより、就業を継続したり、休職後に復職することが困難な場合がある。また、職場と医療機関の連携が十分でない場合でも就労継続が困難なことがある。

(有業者の約3割が通院しながら働いている。その人数は年々増加している)

図表 1-2-15 有業者数に占める通院しながら働く人数の割合

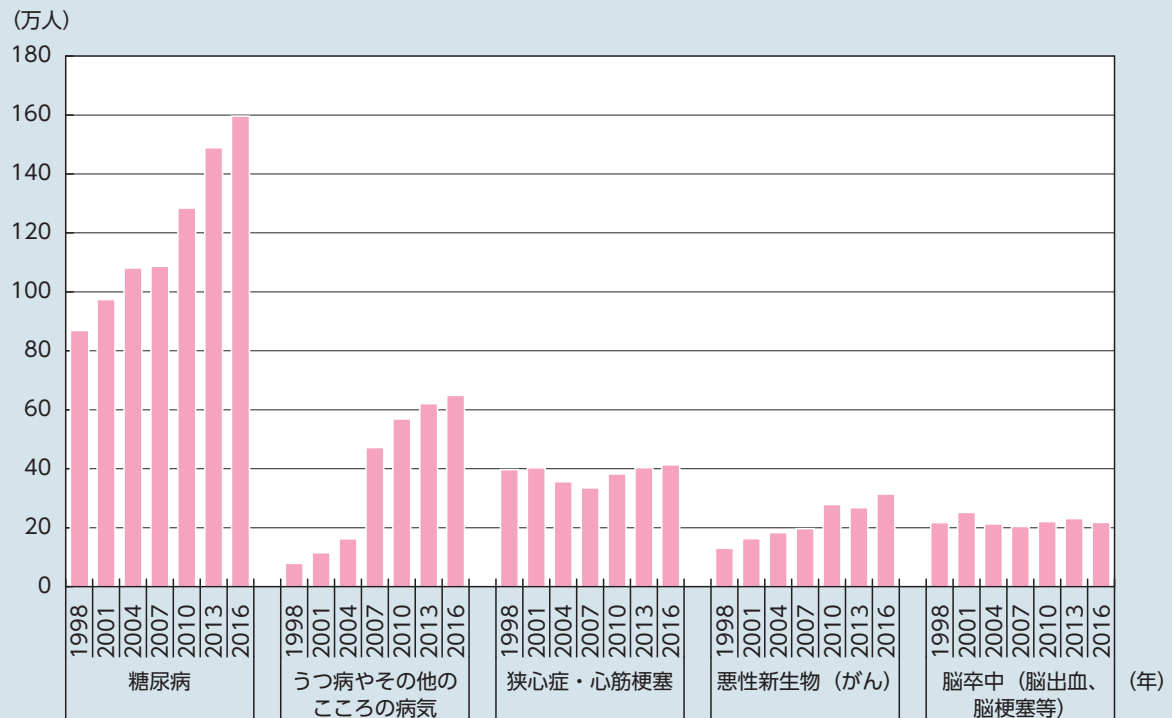


けがや病気で病院などに通院しながら働いている人数^{*49}は、1998（平成10）年の1,519万人から年々増加し、2016（平成28）年には2,076万人と有業者^{*50}の約3割を占めるにいたっている（図表1-2-15）。

* 49 日常生活や就労において支障が生じない程度の疾患の者が含まれていることに留意する必要がある。

* 50 ここでは厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」における世帯人員のうち、「仕事有り」の者とする。

図表1-2-16 通院しながら働く人数（主な病気）



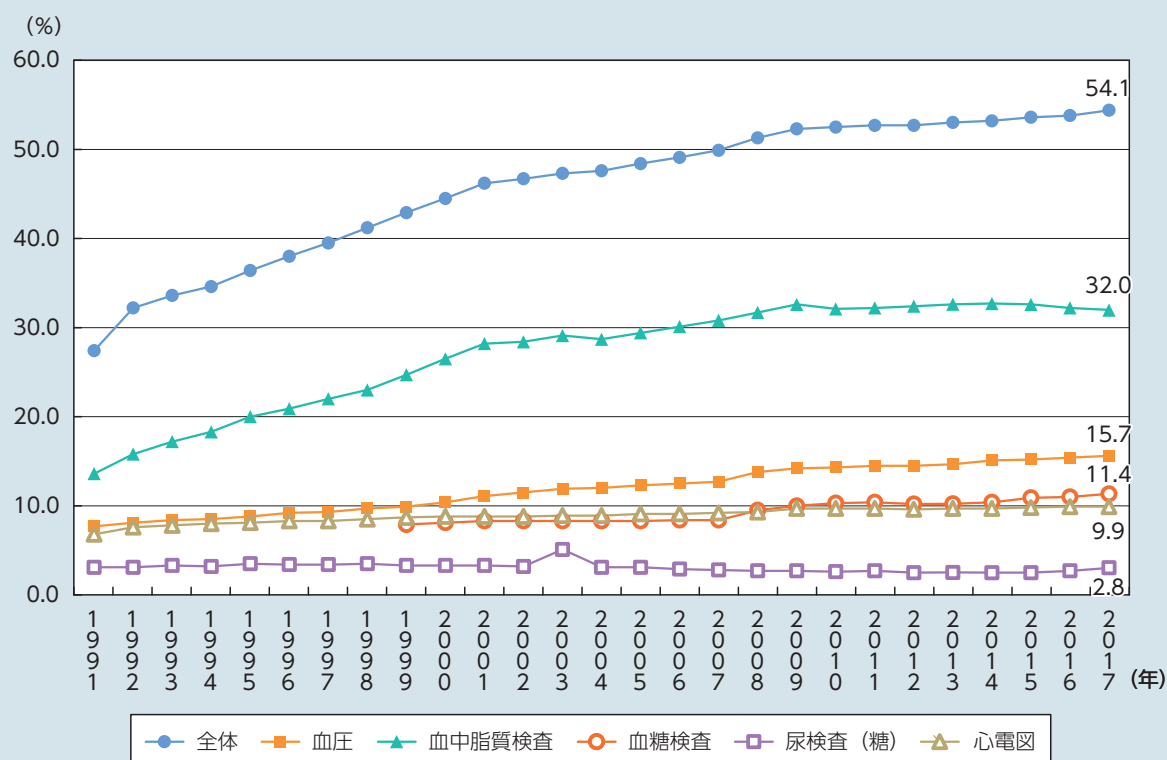
資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」

- (注) 1. 入院者は含まない。
 2. 15歳以上の者。
 3. 「うつ病やその他のこころの病気」について、2004年及び2001年の数値は「精神病(躁うつ病・統合失調症等)」
 1998年は「精神病」の項目の数値。
 4. 2016年の数値は、熊本県を除いたものである。

また、図表1-2-16は主な病気に関して通院しながら働いている人数の推移を示したものである。「糖尿病」、「うつ病やその他のこころの病気」、「悪性新生物（がん）」を罹患しながら働く人数は、増加傾向にあることが分かる。一方で、「狭心症・心筋梗塞」や「脳卒中（脳出血、脳梗塞等）」で通院しながら働く人数は、ほぼ横ばいで推移している。

(定期健康診断^{*51}で有所見率は5割を超え、病気のリスクを有する労働者は増加傾向)

図表 1-2-17 定期健康診断における有所見率



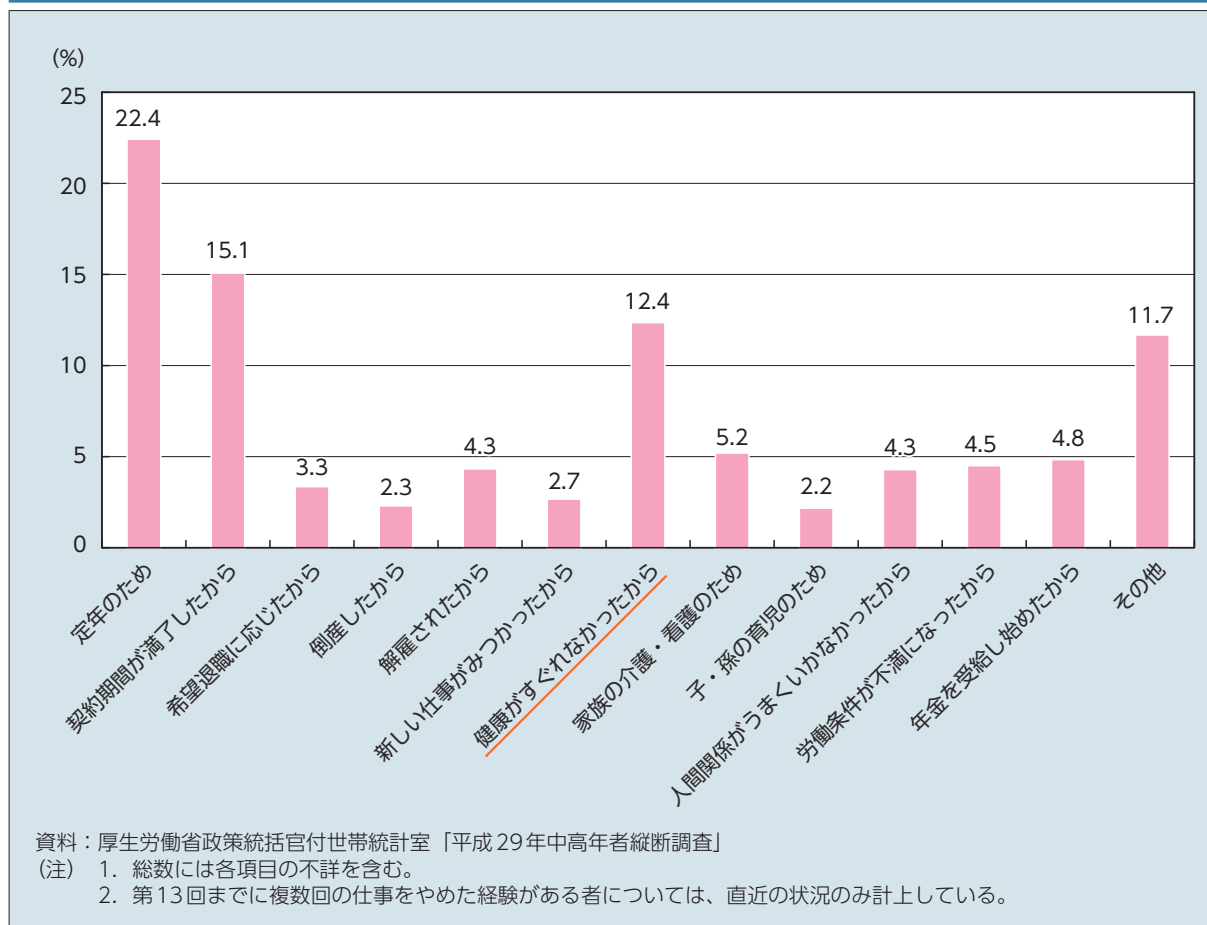
資料：厚生労働省労働基準局「定期健康診断結果報告」

定期健康診断における有所見率の年次推移を見る（図表1-2-17）。定期健康診断を受診した労働者のうち異常の所見（有所見）のある者の占める割合（有所見率）の過去20年間の推移を見ると、1996（平成8）年の38.0%から年々増加し、2017年の54.1%と5割を超えている。有所見率の上昇は、検査項目の基準値の変更や検査・診断技術の進歩などによる影響も考えられるが、病気のリスクを有する労働者が増加傾向にあることがうかがわれる。

* 51 この節では、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条に基づく定期健康診断を指す。

(健康がすぐれないことを理由に仕事を辞める人は1割)

図表 1-2-18 最後にやめた仕事の離職理由



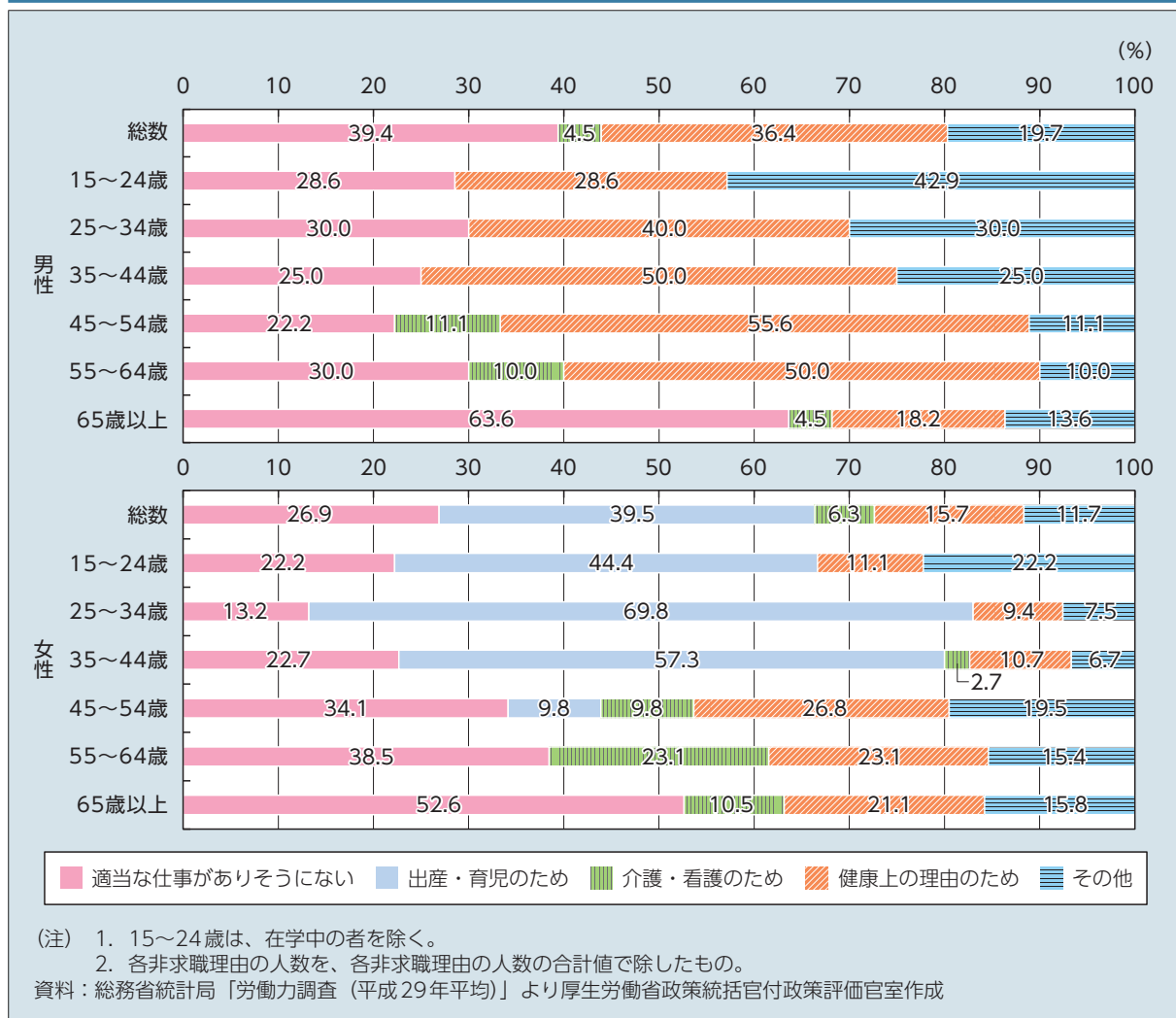
厚生労働省政策統括官付世帯統計室「平成29年中高年者縦断調査」^{*52}によると、仕事を辞める理由は「健康がすぐれないこと」が約1割となっている^{*53} (図表1-2-18)。

^{*52} 「中高年者縦断調査」は、団塊の世代を含む全国の中高年者世代の男女を追跡して、その健康・就業・社会活動について、意識面・事実面の変化の過程を継続的に調査し、行動の変化や事象間の関連性などを把握し、高齢者対策等厚生労働行政施策の企画立案、実施などのための基礎資料を得ることを目的として、2005（平成17）年度を初年として実施しているものである。2005年10月末現在で50～59歳であった全国の男女を対象とし、そのうち、前回調査又は前々回調査において協力を得られた者を客体としている。「平成29年中高年者縦断調査」では、調査対象者は62～71歳となっている。

^{*53} 「平成18年中高年者縦断調査」（調査対象者は51～60歳）においても、「健康がすぐれなかったから」を離職理由とした者の割合は、9.4%となっており、調査開始以降約1割程度で推移している。

(就業希望者のうち、健康上の理由のため求職活動をしていない者は男性では約4割、女性では約2割となっている)

図表 1-2-19 就業を希望していながら求職していない理由



総務省統計局「労働力調査」によると、2017年の在学中の者を除く非労働力人口3,756万人のうち、就業希望者は299万人（男性68万人、女性231万人）と、非労働力人口の約8%を占めている^{*54}。

就業を希望していながら求職していない理由としては（図表1-2-19）、男性は「適当な仕事がありそうにない」が39.4%、「健康上の理由のため」が36.4%と多く、女性は「出産・育児のため」が39.5%と最も多く、「健康上の理由のため」は15.7%となっている。

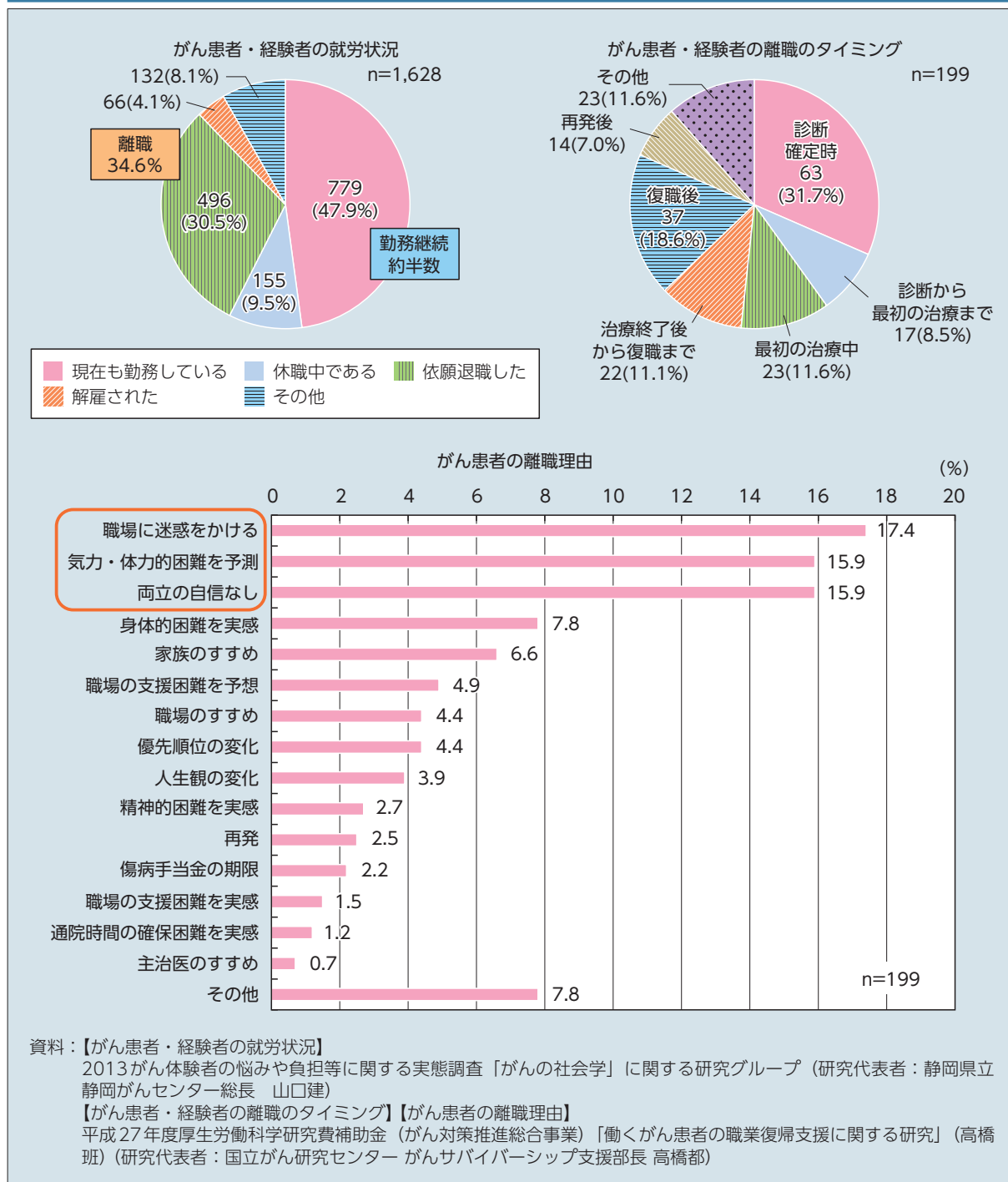
また、家族の誰かががんや脳卒中などを有した場合、病気を有した者の身のまわりの世話や通院の付き添いなどのため、家族が離職する場合がある。就職を希望していながらも求職していない理由として、「介護や看護のため」が男性は4.5%、女性は6.3%となっていることにも留意したい。病気は精神面だけではなく、経済面などでも家族全体に大きな変化を与える。

* 54 15～64歳に限った場合は、23.8%。

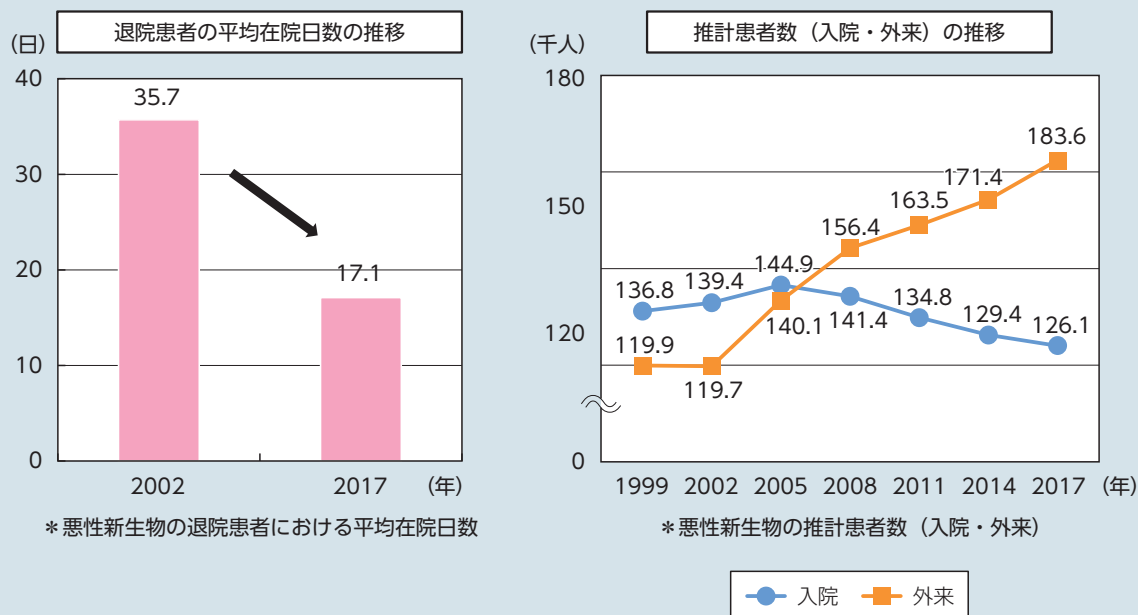
1 悪性新生物（がん）

(がん患者の約35%が離職する。離職のタイミングは治療開始前が約40%)

図表 1-2-20 がん患者の離職等の状況



在院日数の短縮化と通院治療へのシフト



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」

(注) 1. 「退院患者の平均在院日数」は、各年9月1日～30日に病院、一般診療所を退院した患者の在院日数の平均である。
2. 「推計患者数」は、調査日当日に医療施設で受療した患者の推計数である。
3. 2011年の「推計患者数」は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

がん患者・経験者へのアンケート調査結果^{*55}によると、がん患者・経験者の就労状況は、「被雇用者」^{*56}のうち、勤務を継続している者は約50%、がんと診断後に依願退職、もしくは解雇された者は約35%となっている。また、別の調査^{*57}によると、離職のタイミングは「診断確定時」が31.7%、「診断から最初の治療まで」が8.5%となっており、治療開始前に約40%の人が離職している実態がある。仕事を継続できなかった理由は、「職場に迷惑をかける」(17.4%)が一番多く、「気力・体力的困難を予測」が(15.9%)、「両立の自信なし」(15.9%)と続く。「がんの社会学」研究グループでは、がん治療などによる「体力の低下」や、「症状や後遺症の問題」、また「通院や治療のための勤務調整や時間休の確保の困難」などが影響している^{*58}と推察している(図表1-2-20)。1 (2) ①でも述べたように、がん患者・経験者が長期生存し、また、がん治療は入院治療から通院治療へシフトしており(図表1-2-20)、働きながら受けられる可能性が高まっている。

こうしたことから、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けるなど、がん患者の離職防止を支援していくことが重要である。

*55 「がん患者・経験者の就労状況」は、「2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」(「がんの社会学」研究グループ 研究代表者 静岡県立静岡がんセンター総長 山口建)から引用。同調査では、がん診療連携拠点病院など全国の医療機関で外来通院中のがん患者とがん関連患者団体(患者支援団体)会員を対象としたアンケート調査を2013年12月～2015年3月に実施。回収率は49.5%(配布数8,185部のうち4,054部を回収)。

*56 「2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」では、「自営業、単独事業者、家族従業者」以外の「お勤めの方」を「被雇用者」として扱っている。

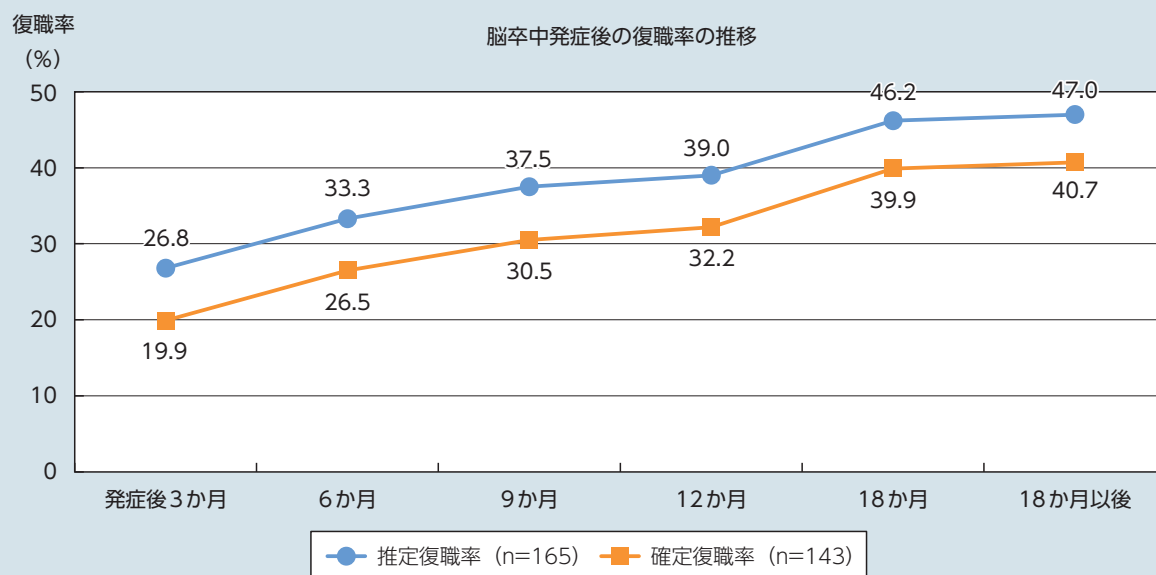
*57 「がん患者・経験者の離職のタイミング」及び「がん患者の離職理由」は、平成27年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合事業)「働くがん患者の職業復帰支援に関する研究」(高橋班)(研究代表者：国立がん研究センターがんサバイバーシップ支援部長 高橋都)から引用。同調査では、では、2015年10月～2015年12月の間に、国立がん研究センター中央病院、愛知県がんセンター中央病院、四国がんセンターの3施設で、がん患者に対してアンケート調査を実施。回収率は91.7%(配布数1,618部のうち1,483部を回収)。

*58 診断時から現在まで仕事に関する悩みでは、「体力低下」や「病気の症状や治療による副作用や後遺症による症状」等が上位に上がっており、半数近くの人を選択している。また、3番目には「通院や治療のための勤務調整や時間休の確保」があがっている。(「2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」(「がんの社会学」研究グループ 研究代表者 静岡県立静岡がんセンター総長 山口建)より引用)

2 脳卒中

(脳卒中患者の復職率は50～60%。障害が残る者への就労支援が重要)

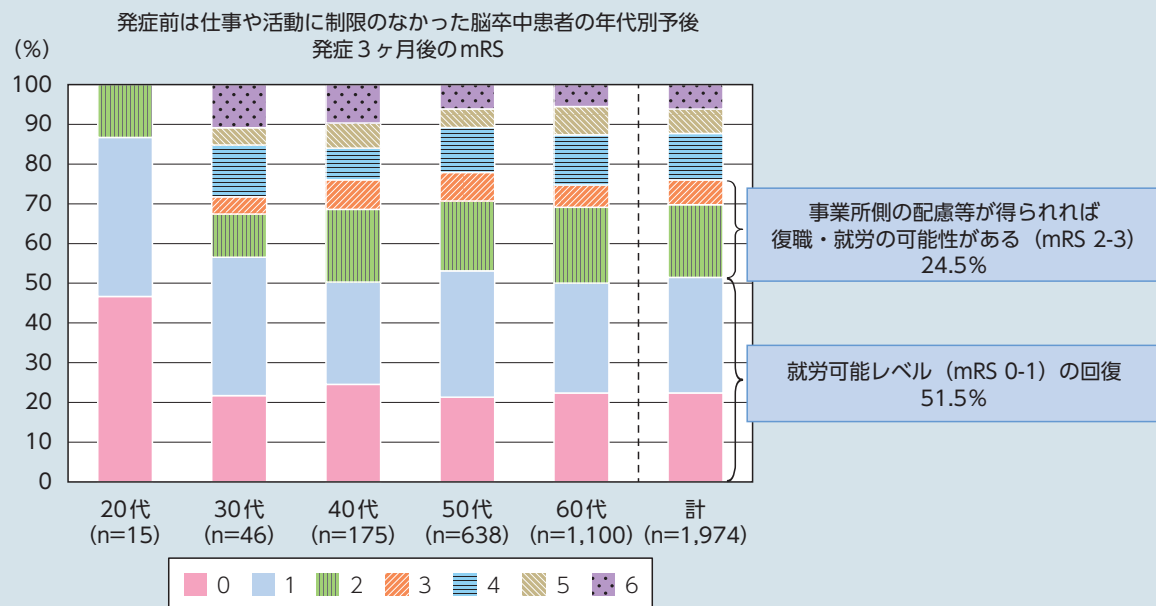
図表 1-2-21 脳卒中患者の復職等の状況



資料：独立行政法人労働者健康安全機構「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及」研究報告書（平成20年4月）

(注) 確定復職率：アンケート未記入および住所変更などの不明を除く、復職日の記入例143例より算出。

推定復職率：退院時に復職が決定しているものでアンケート未記入例や不明例であった22例について、退院時を復職日として追加し推定復職率として算出。



資料：平成16-17年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「わが国におけるstroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」（主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫）のデータを独立行政法人労働者健康安全機構において抽出・集計し再分析したもの。

(注) 脳卒中患者（20-69歳）1,974例の分析。

脳卒中を発症した労働者のうち、職場復帰する者の割合（復職率）は時間の経過とともに徐々に増えていくが、一般に、発症から3か月～6か月ごろと、発症から1年～1年6

か月ごろのタイミングで復職する人が多い^{*59}。脳卒中の重症度や、職場環境、適切な配慮などによって異なるが、脳卒中発症後の最終的な復職率は50～60%と報告されている^{*60}。

独立行政法人労働者健康安全機構の分析^{*61}によると、発症前に仕事や活動に制限がなかった20～69歳の脳卒中患者（くも膜下出血を除く。）における発症3ヶ月後の予後は、約50%が就労可能レベル（mRS0-1）まで回復している。一方、軽度の障害はあるが日常生活は自立して行えるレベル（mRS2）が約20%、中等度の障害はあるが歩行は介助なしに行えるレベル（mRS3）が約6%となっており、これらの者はその後のリハビリテーション（機能回復訓練）の成果や事業所側の配慮などによって復職や就労に期待がもてることから、治療と仕事の両立支援へのニーズが高い層と考えられる（図表1-2-21）。

^{* 59} 発症後に障害の回復が安定する発症後3～6か月と、傷病手当が終了する発症後一年半の二つの時期に復職率のピークが見られた（独立行政法人労働者健康安全機構「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及」研究報告書（平成25年12月）より引用）

独立行政法人労働者健康安全機構「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及」研究報告書（平成20年4月）において、研究対象となった脳血管障害は、15歳から64歳までの労働生産年齢であり、2005年2月1日から2006年7月31日までに、再発や一過性脳虚血発作を除き新規に発症した症例。全国21労災病院における症例からデータベースに登録袖手した標本を集計し統計処理している。Phase3（発症後年半後調査）では、復職しているか離職したかなどの職業状況、あるいは復職に関する医療機関や職業リハビリ関連の支援の有無について、アンケートによる調査を実施。回収率は84.3%（351例のうち296例を回収）。

^{* 60} Saeki T & Toyonaga T: Determinants of early return to work after stroke in Japan. J of Rehabil Med 42: 254-258, 2010では、労災疾病13分野研究で収集されたデータを用い、初期コホート325例のうち253例を追跡。復職率は55%（138例）。

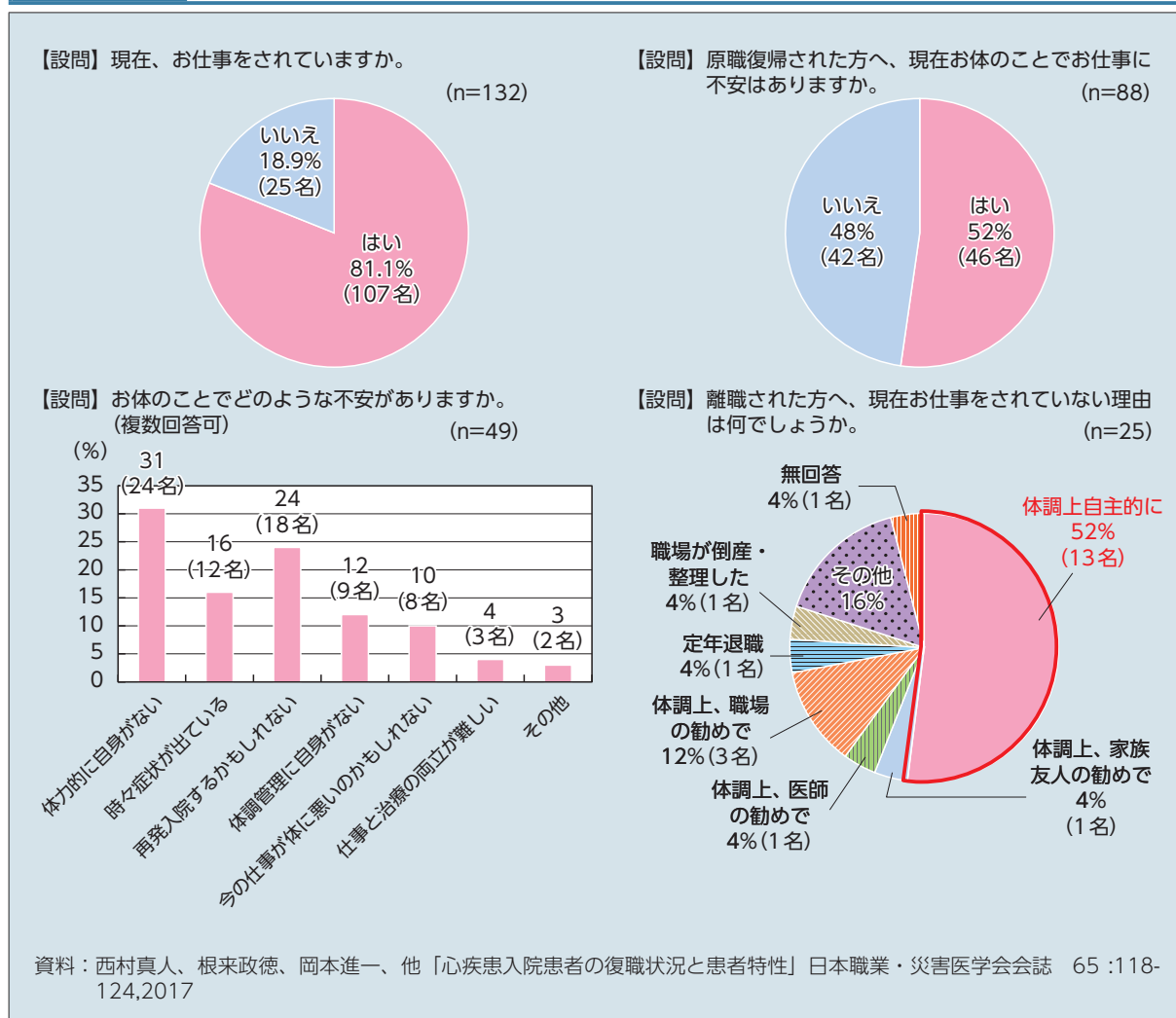
平成28年度労災疾病臨床研究事業費補助金「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」（研究代表者 横山和仁）の「病休と復職支援に関する調査と分析」（研究分担者 遠藤源樹）では、2000年1月から2011年12月までの12年間に、新規で脳卒中と診断された大企業の正社員の労働者を対象に、傷病手当診断書を基に380例を分析。復職率は62.4%（283例）。

^{* 61} 平成16-17年度厚生労働科学研究費補助金「わが国におけるstroke unitの有効性に関する他施設共同前向き研究」（主任研究者：国立循環器病センター 峰松一夫）（SUMO study）のデータを独立行政法人労働者健康安全機構において抽出・集計し再分析をしたもの。発症前に就労可能であった状態（mRSが0-1）であったのは5,440例このうち、発症3ヵ月後のmRSが確認できた4,340例を抽出し分析。このうち、20歳から69歳までの1,974例を本白書では抜粋している。

3 心筋梗塞等の心血管疾患

(心筋梗塞などの復職率は約7～8割。健康に関する不安感の高さが離職を招いている可能性)

図表 1-2-22 心疾患患者の復職状況



心筋梗塞などの心疾患患者の復職率は約7～8割と報告されているが^{*62}、日常生活や就労継続への支援は他の病気と同様に重要である。

心疾患患者へのアンケート^{*63}によると(図表1-2-22)、復職した者のうち体のことで仕事に不安を抱えている者は52%となっており、その具体的な内容としては「体力的に自信がない」が31%と最も多く、次いで「再発再入院するかもしれない」が24%、「時々症状が出ている」が16%となっており、「仕事と治療の両立が難しい」は4%にとどまっている。また、離職した者の半数程度が、医師や職場の勧めによるものではなく自己判断(体調上自主的に退職)によるものであった。こうしたことから、心疾患患者の場

^{*62} 南都伸介、永田正毅、山田義夫、他「勤労者の心疾患臨床特徴—急性冠症候群研究会(OACIS)データから急性心筋梗塞における解析—」日本職業・災害医学会会誌 49 (1) :57-60,2001では、罹患後の復職状況を検討するため、急性冠症候群研究会(OACIS)データにおいて、1998年4月より1999年8月までに登録された症例のうち生存者を対象に復職に関するアンケート調査を実施。復職率は66.1%(復職者数341人)(n=516)

西村真人、根来政徳、岡本進一、他「心疾患入院患者の復職状況と患者特性」日本職業・災害医学会会誌 65 (3) :118-124,2017では、2013年1月から12月に大阪労災病院循環器内科及び心臓血管外科に入院した20歳から60歳までの心疾患患者で死亡退院を除く249名にアンケート調査を実施。復職率は81.1%(復職者数107人)(n=132)。

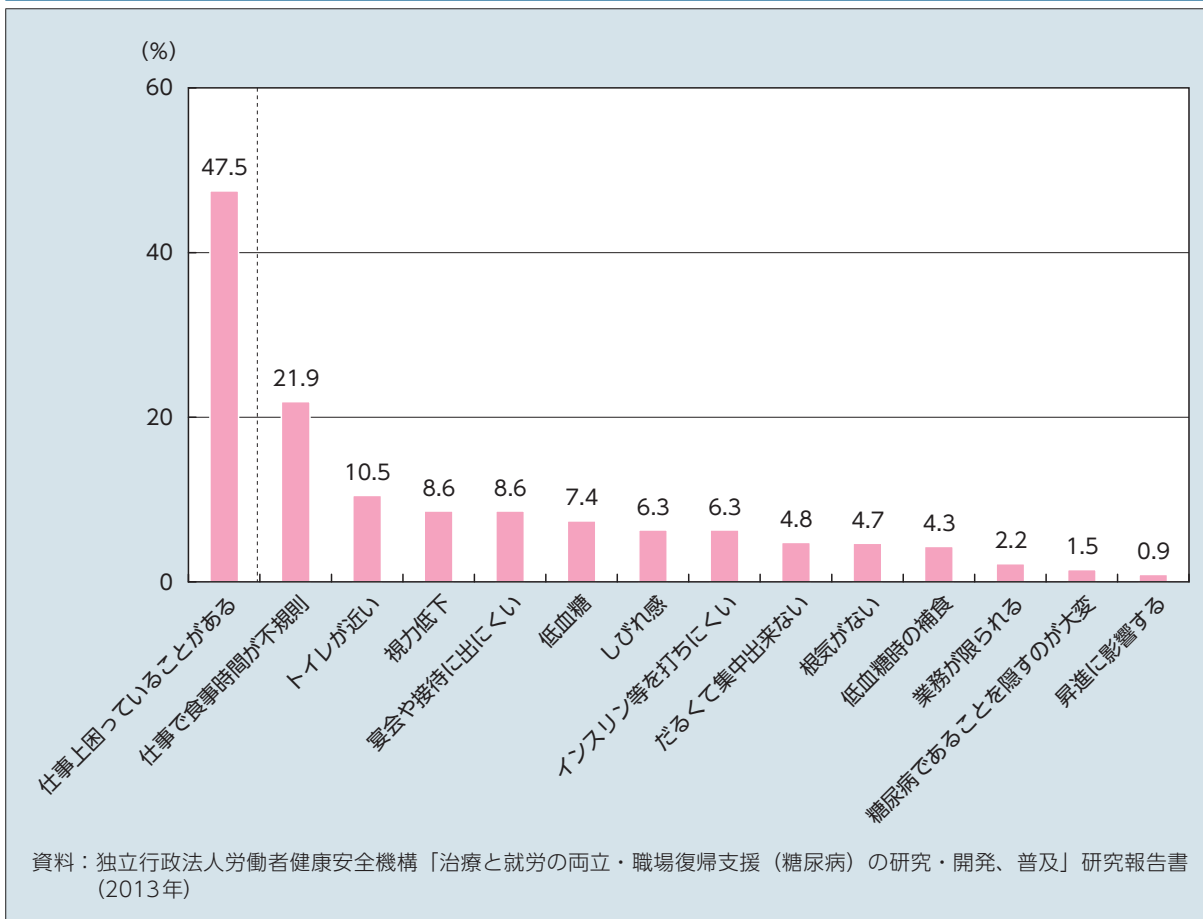
^{*63} 西村真人、根来政徳、岡本進一、他「心疾患入院患者の復職状況と患者特性」日本職業・災害医学会会誌 65 (3) :118-124,2017;

合、健康に関する不安感の高さが離職を招いている可能性があげられる。

4 糖尿病

(糖尿病患者の約8%が通院を中断。就労支援では「治療継続」が鍵となる)

図表 1-2-23 糖尿病であることで仕事上困っていること



通常、糖尿病による高血糖自体は、多くの場合業務遂行能力に影響を及ぼすことはない。また、糖尿病は他の病気とは異なり自覚症状はほとんどなく、検査をしなければ分からない病気である。

一方で、1 (2) 3 で述べたとおり、糖尿病が引き起こす合併症の進行により、視力障害や人工透析などが必要となり、就業場所や労働時間への制限などが生じることがある。また、インスリンの自己注射などの薬物療法により低血糖発作が生じるリスクがある場合には、運転や危険な業務からの転換などの必要が出てくる。

「平成28年国民健康・栄養調査」によると、糖尿病を指摘されたことがある者のうち、「現在治療を受けていない」者は35.7%となっている。また、糖尿病患者の約8%が通院

を中断しており^{*64}、その理由としては「仕事（学業）のため、忙しいから」が最も多くなっている^{*65}。

こうしたことから、脳卒中、精神疾患などの他の病気では「休業からの復職」が就労支援の中心となるのに対し、糖尿病患者の就労支援では「治療継続」が重要となる。

就労している糖尿病患者へのアンケート調査結果^{*66}によると（図表1-2-23）、糖尿病であることで約半数の方が就労上困っていることがあると回答している。具体的な内容としては、「仕事で食事時間が不規則」になるとの訴えが22%と最も多く、「宴会や接待に出にくい」との意見も8.6%となっている。また、意識障害などを起こす可能性のある「低血糖」の問題は7.4%、「インスリン等を打ちにくい」が6.3%となっている。その他、糖尿病の症状である「トイレが近い」が10.5%、合併症の影響による「視力低下」が8.5%となっている。

^{* 64} 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等総合研究事業）「糖尿病予防のための戦略研究」の研究課題2（J-DOIT2）「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関する研究」（研究リーダー 小林正、野田光彦）における「パイロット研究」（実施年：2006年～2007年）では、かかりつけ医に通院する20-65歳の2型糖尿病患者を対象に、受診勧奨などを行う診療支援群と通常診療群に割り付け、受診状況を分析。通常診療群825例のうち、観察期間中に中断したのは81.6/1000人年（65例）。また、同調査における「大規模研究」（実施年：2009年～2010年）では、かかりつけ医に通院する40-64歳の2型糖尿病患者を対象に、受診勧奨などを行う診療支援群と通常診療群に割り付け、受診状況を分析。通常診療群1,272例のうち、観察期間中に中断したのは82.5/1000人年（105例）。

横田友紀、菅野咲子、多田純子他「糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査」糖尿病 50:12 883-886,2007では、2004年10月末までにクリニックを受診し、定期通院を開始したなかで、2005年1月から3月に再診した糖尿病患者882人の追跡調査（通院状況調査及びアンケート調査）を2006年5月～7月に実施。転居などによる転院などを除いた857人を調査対象とした。受診中断率は8.1%（69人）。

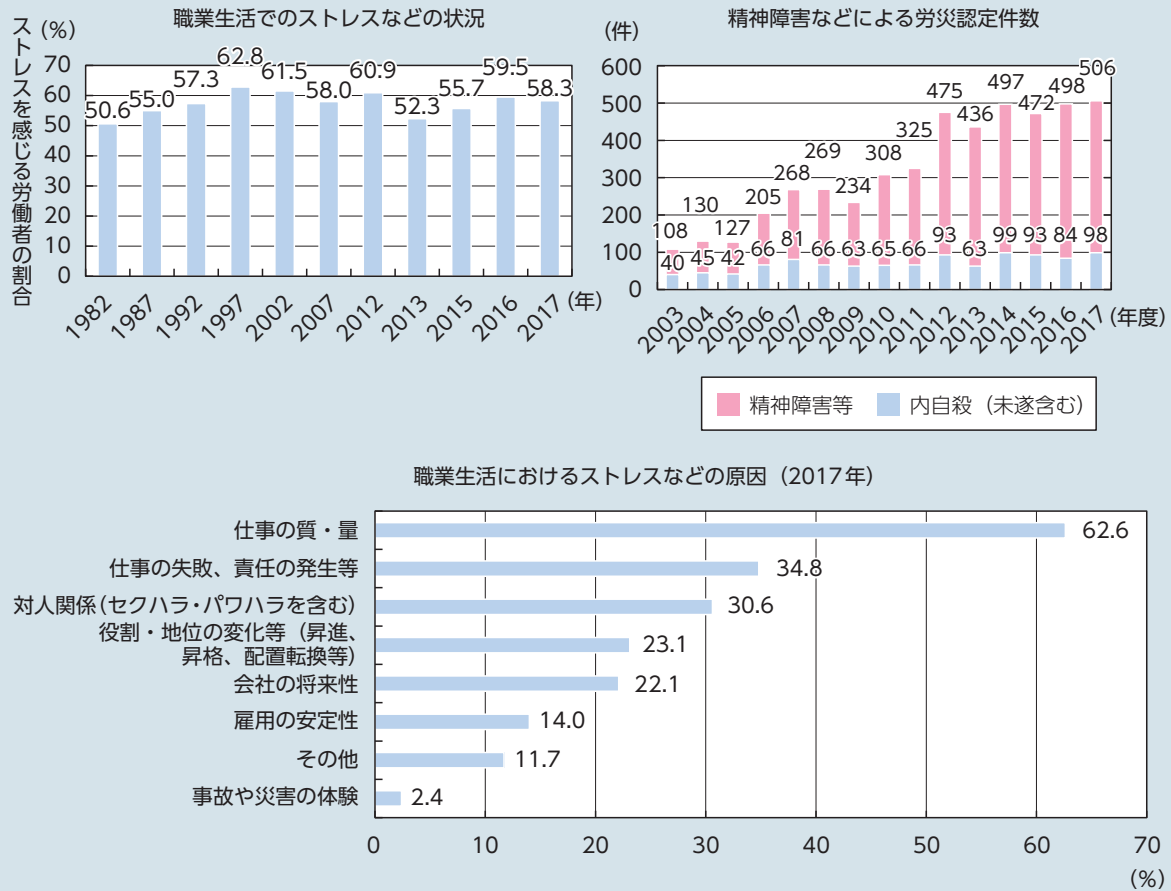
^{* 65} 平成25年厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑制の視点から」（研究代表者：埼玉医科大学病院 野田光彦）において作成された「糖尿病受診中断対策包括ガイド」（作成：「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループ）では、注31のJ-DOIT2で実施した「パイロット研究」と「大規模研究」のアンケート調査結果を統合集計。回答率は38.7%（225部のうち87部）。通常診療群の受診中断理由では「仕事（学業）のため、忙しい」が23.7%と最も多く、次いで「体調がよいから」が15.1%となっている。

^{* 66} 独立行政法人労働者健康安全機構「治療と就労の両立・職場復帰支援（糖尿病）の研究・開発、普及」研究報告書（2013年）の患者アンケート調査において、第1次調査（2010年12月～2011年5月）では、中部ろうさい病院糖尿病センター受診中の糖尿病患者、及び近隣実地医家受診中の糖尿病患者を対象に447人が回答。第2次調査（2012年7月～2013年7月）では横浜労災病院など受診中の糖尿病患者、及び中部など近隣実地医家受診中の糖尿病患者を対象に1,301人が回答。

5 うつ病やその他のこころの病気（精神疾患）

(仕事や職業生活に関するストレスなどを感じている労働者は約6割)

図表 1-2-24 職業生活でのストレスなどの状況



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「労働者健康状況調査」及び「労働安全衛生調査（実態調査）」
 厚生労働省労働基準局「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況」及び「過労死等の労災補償状況」
 （注）「精神障害等による労災認定件数」では、当該年度以前に請求されたものを含む。

厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「労働者健康状況調査」及び「労働安全衛生調査（実態調査）」によると（図表 1-2-24）、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は、1982（昭和57）年の50.6%から1997（平成9）年には62.8%となり、近年は6割程度の水準でほぼ横ばいで推移している。その原因をみると、2017年では「仕事の質・量」が62.6%と最も多く、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」が34.8%、「対人関係（セクハラ・パワハラを含む）」が30.6%となっている。

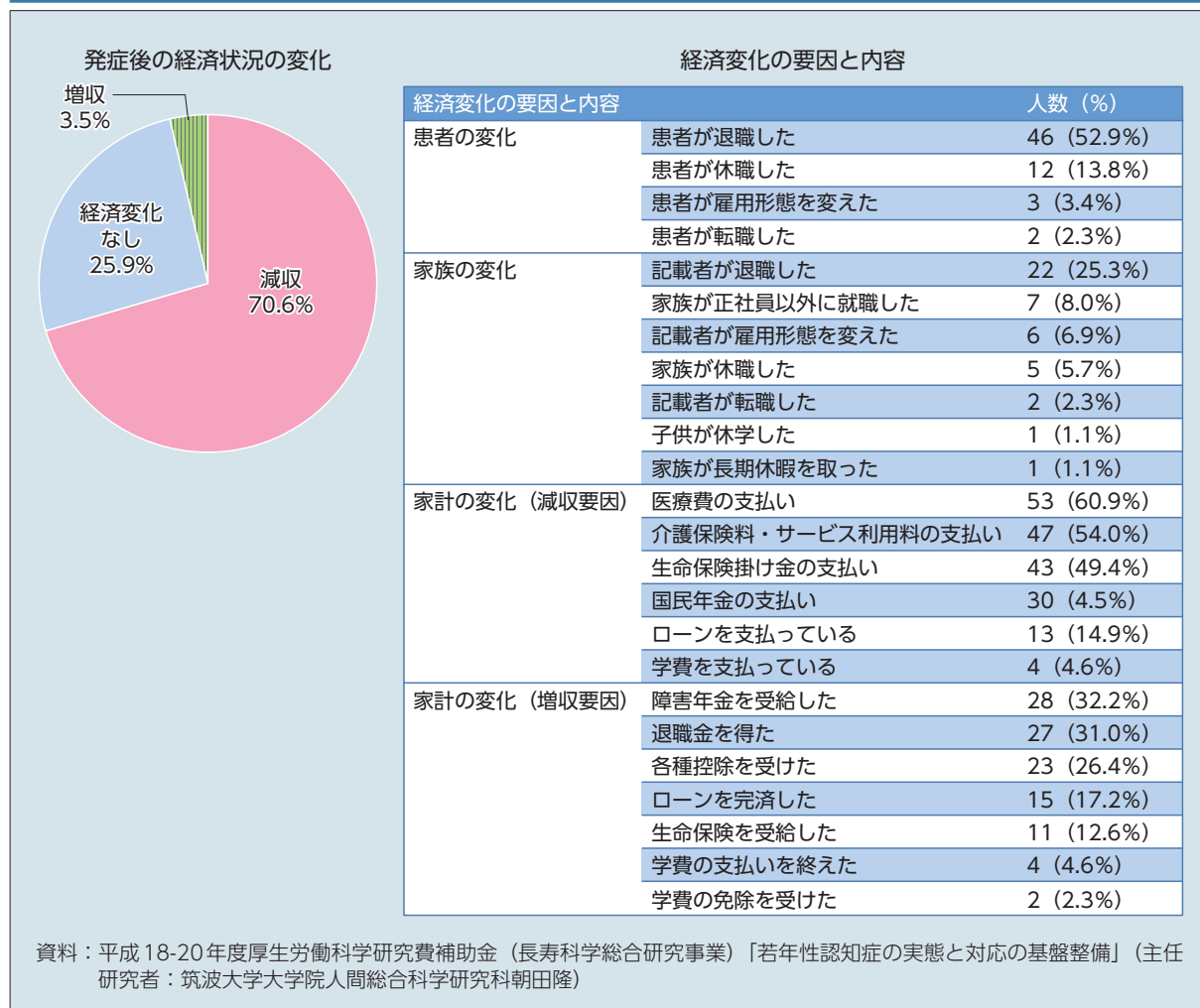
また、仕事によるストレスを原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとして労災認定が行われる事案が近年増加している。2017年度における精神障害などによる労災の認定件数は506件で、うち未遂を含む自殺の件数は98件となっている（図表 1-2-24）。このため、事業所において、より積極的に心の健康の保持増進を図ることが重要な課題となっている。

6 その他

罹患者数の多い主な病気以外でも、心身の事情から就労や雇用において様々な配慮や支援を必要とする者がいる。1 (2) 5 で述べた若年性認知症の患者は、認知機能の低下により仕事でのミスが重なり退職に至る場合が多く見られる。また、不妊治療を受ける者は、通院回数の多さや精神面での負担が大きい点などから、不妊治療と仕事の両立ができず退職などする場合がある。

(若年性認知症患者やその家族の退職などにより、約7割で世帯収入が減少)

図表 1-2-25 若年性認知症患者の経済状況など



若年性認知症の患者及びその家族へのアンケート調査結果^{*67}によると、若年性認知症の発症後、世帯収入が減ったと答えた人は約7割にのぼる。また、経済面での変化について尋ねると、「患者が退職した」が52.9%となっており、また「記載者（患者の家族）が退職した」が25.3%となっている（図表1-2-25）。

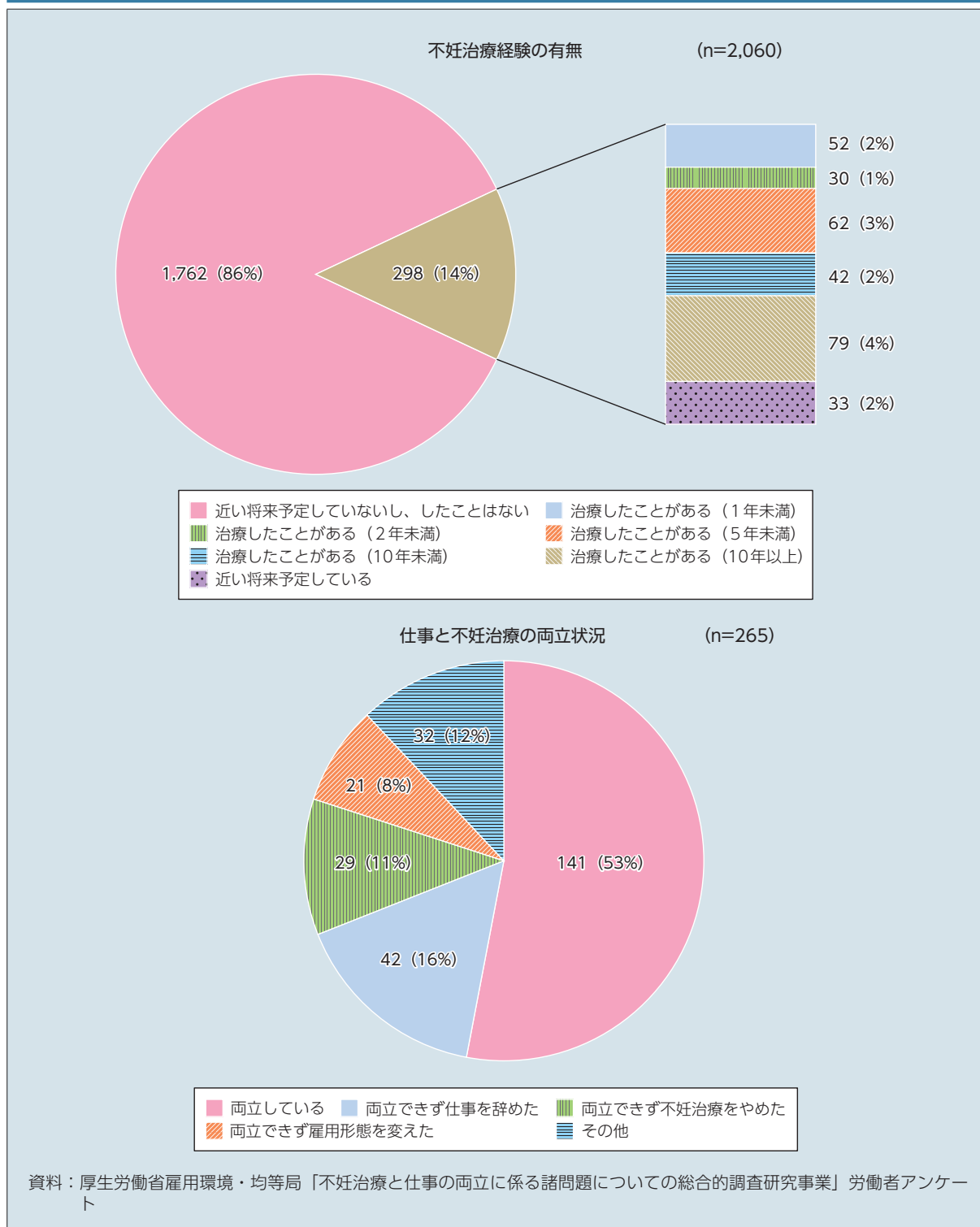
若年性認知症は人によってその症状、進行はさまざまである。発症と同時に就労が困難になるわけではないため、支援機関や支援制度を活用したり、症状に応じた職務内容の変

* 67 平成18-20年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備」（主任研究者：筑波大学大学院人間総合科学研究科朝田隆）では、全国の若年性認知症の家族会会員などに対し、患者の症状、介護者の抑うつ及び介護負担度、経済負担、雇用などに関する質問票により、アンケート調査を実施。105部配布のうち91部を回収。解析対象に該当しない4部を除き、87部を解析対象とした。

更や配置転換を行うなどの取組みにより、雇用継続の可能性があるとの認識が普及することが望まれる。

(不妊治療の経験がある労働者は13%、そのうち不妊治療と仕事の両立ができずに退職した者は16%)

図表 1-2-26 不妊治療と仕事の両立に関する状況



不妊治療と仕事の両立支援に係る労働者アンケート^{*68}によると (図表 1-2-26)、不妊

* 68 厚生労働省雇用環境・均等局「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業」(実施年：2017年度)

治療をしたことがある者の割合は13%となっている。そのうち、半数以上が不妊治療と仕事の両立をしているが、16%は両立できず退職し、8%が両立できず雇用形態を変更している。

また、上記アンケートによると、不妊治療を受けたことがある夫婦の割合、生殖補助医療による出生数、不妊治療の副作用や不妊治療に要する通院日数の目安などの不妊治療に係る様々な実態について、77%が「全く知らない」又は「ほとんど知らない」と回答しており、不妊治療の実態についての周知・啓発が重要である。

3 治療と仕事の両立支援の取組み

企業では、健康診断に基づく健康管理やメンタルヘルス対策をはじめとして、労働者の健康確保に向けた様々な取組みが行われてきたが、近年では、労働者の健康確保や障害や病気を有する労働者の活用に関する取組みが、健康経営やワーク・ライフ・バランス、ダイバーシティ推進、といった観点からも推進されている。

一方で、治療と仕事の両立支援の取組状況は企業や医療機関によって様々であり、支援方法や産業保健スタッフ・医療機関との連携について悩む企業や各機関の担当者も少なくない。

こうしたことから、労働者の治療と仕事の両立支援に取り組む企業に対する支援や医療機関などにおける両立支援対策の強化が必要な状況にある。

ここでは、治療と仕事の両立支援の取組みについて紹介する。

(1) 治療と仕事の両立支援の取組み

1 企業における治療と仕事の両立支援の状況

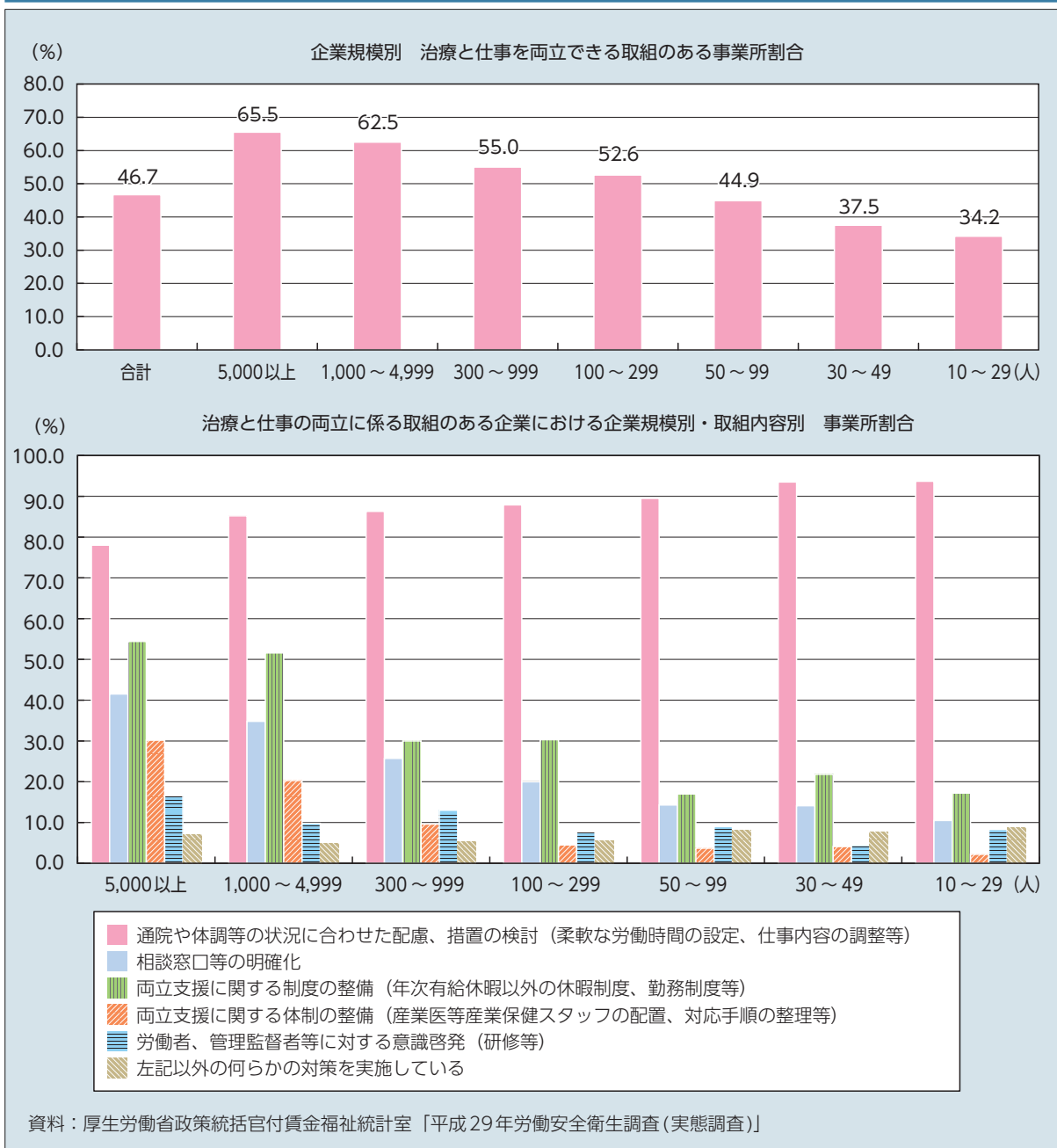
(企業による治療と仕事の両立支援の取組みの位置づけ)

労働安全衛生法では、健康診断及びその結果に基づく就業上の措置を事業者を求める規定や、特に配慮を必要とする労働者の心身の条件に応じた適正配置の規定など、事業者による労働者の健康確保対策に関する規定が定められている。

したがって、事業者が、治療が必要な疾病を有する労働者を就労させると判断した場合は、その疾病が私傷病であっても、業務によって疾病が増悪することがないように就業上の措置や治療に対する配慮などを行うことが求められている。

(治療と仕事の両立に係る取組のある事業所は約5割)

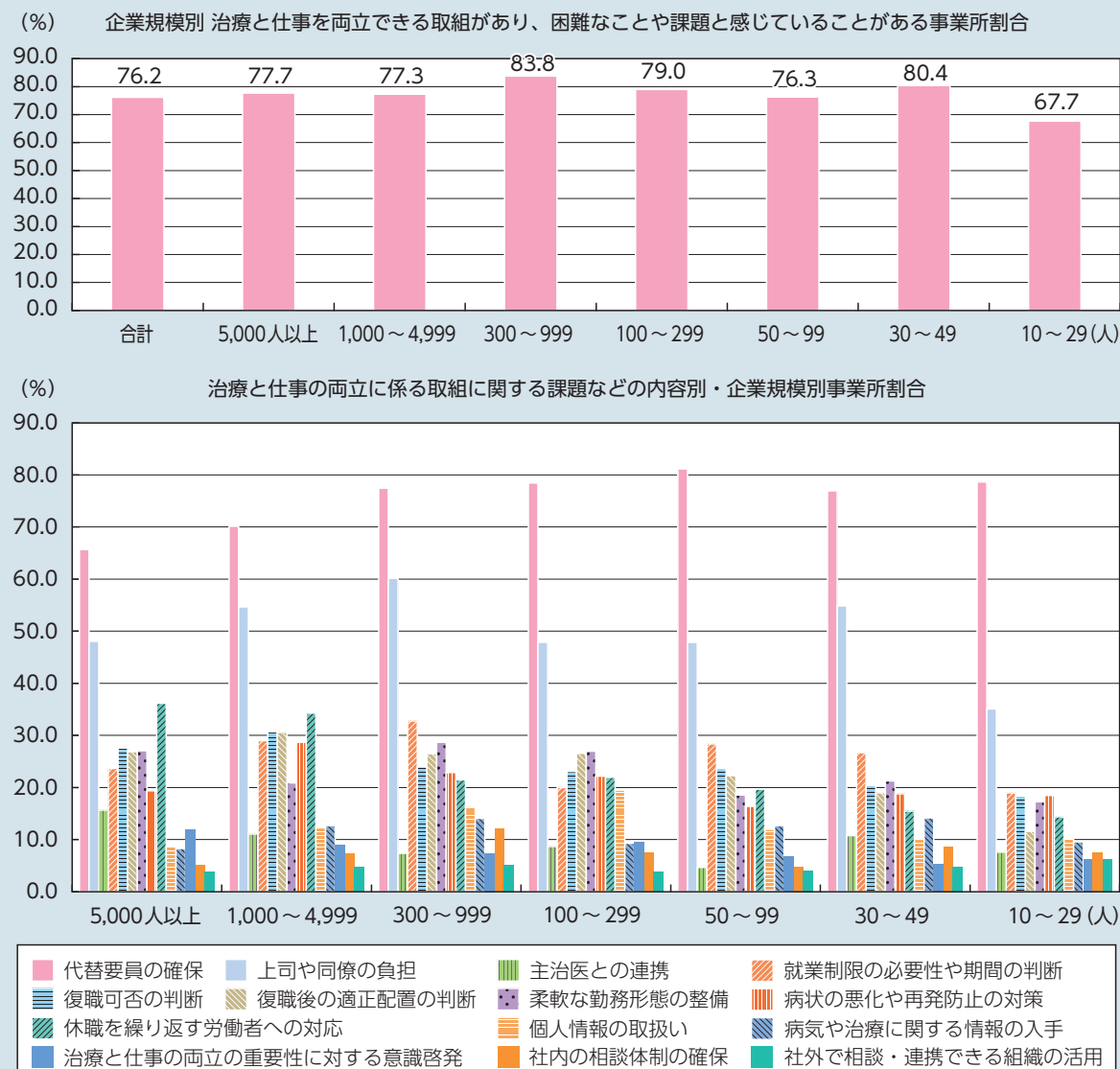
図表 1-2-27 企業における治療と仕事の両立に係る取組の状況



厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「平成29年労働安全衛生調査(実態調査)」によると(図表1-2-27)、傷病(がん、糖尿病などの私傷病)の治療と仕事の両立に係る取組のある事業所は、企業規模計で約5割(46.7%)となっている。その取組内容を企業規模別にみると、「両立支援に関する制度の整備(年次有給休暇以外の休暇制度、勤務制度等)」を導入している事業所割合は、企業規模が大きいほど多い。一方、「通院や体調等の状況に合わせた配慮、措置の検討(柔軟な労働時間の設定、仕事内容の調整等)」を導入している事業所割合は、企業規模の小さい事業所と企業規模が大きい事業所とでさほど変わらない。

(治療と仕事の両立に係る取組に困難や課題がある事業所は約8割。「代替要員の確保」や「上司や同僚の負担」が課題に)

図表 1-2-28 企業における治療と仕事の両立に係る取組に関する課題



「平成29年労働安全衛生調査(実態調査)」によると(図表1-2-28)、治療と仕事の両立に係る取組がある事業所において、「困難なことや課題と感じていることがある」と答えた事業所は、約8割となっている。その課題などの内訳をみると、「代替要員の確保」と「上司や同僚の負担」が企業規模の大小にかかわらず多くを占めている。

2 治療と仕事の両立支援の推進

I 治療と仕事の両立支援

i) 「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」

厚生労働省では、2016(平成28)年2月に、がんなどの疾病を有する労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、事業場において適切な就業上の措置を行いつつ治療に対する配慮が行われるようにするため、関係者の役割、事業場における環境整

備、個別の労働者への支援の進め方を含めた事業場における取組みをまとめた「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」を策定した（図表1-2-29）。

また、「働き方改革実行計画」（2017（平成29）年3月28日働き方改革実現会議決定）（以下「実行計画」という。）を踏まえ、企業と医療機関の連携した両立支援の取組みを促進するためのマニュアルを作成しており、企業や医療機関などに対して普及を図っている（図表1-2-30）。

図表1-2-29 治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

ガイドラインの概要

1 両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）

- 事業者による基本方針等の表明と労働者への周知
- 研修等による両立支援に関する意識啓発
- 相談窓口の明確化等
労働者が安心して相談・申出できる相談窓口及び情報の取扱い等を明確化
- 休暇・勤務制度の整備
両立支援のために利用できる休暇・勤務制度を検討・導入
【休暇制度】時間単位の年次有給休暇、傷病休暇・病気休暇
【勤務制度】短時間勤務制度、テレワーク、時差出勤制度、試し出勤制度



2 個別の両立支援の進め方

両立支援を必要とする労働者からの申出



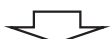
両立支援のための情報のやりとり

※以下、ガイドラインの様式例を活用できる

- ① 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供



- ② 主治医から、就業継続の可否や就業上の措置、治療への配慮等について意見書を作成

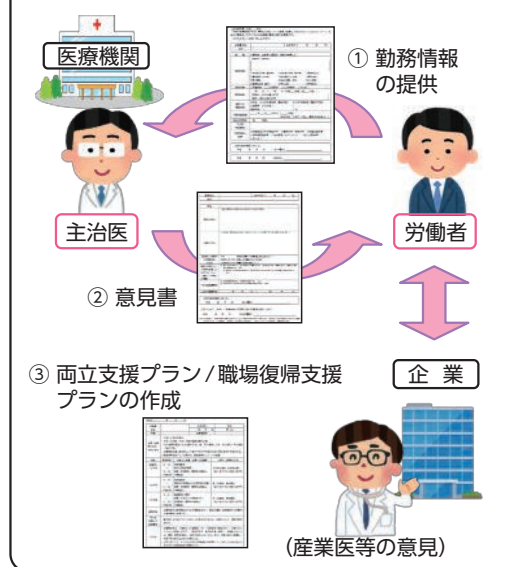


- ③ 職場における両立支援の検討と実施

事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者本人と十分に話合った上で、就業継続の可否、具体的な措置（作業転換等）や配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※「両立支援プラン」の作成が望ましい

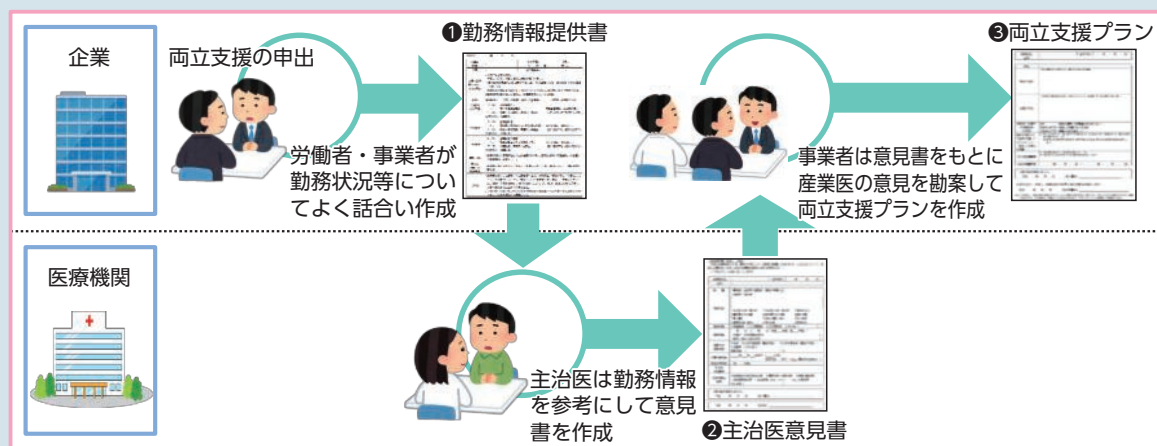
※両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる



図表 1-2-30 企業・医療機関連携マニュアル

企業・医療機関連携マニュアルは、企業と医療機関が情報のやりとりを行う際の参考となるよう、ガイドライン掲載の様式例に沿って、その作成のポイントを示すもの。
※具体的な事例を通じた記載例（事例編）として、がんの事例（4例）を作成。

企業・医療機関における両立支援のための情報のやりとり

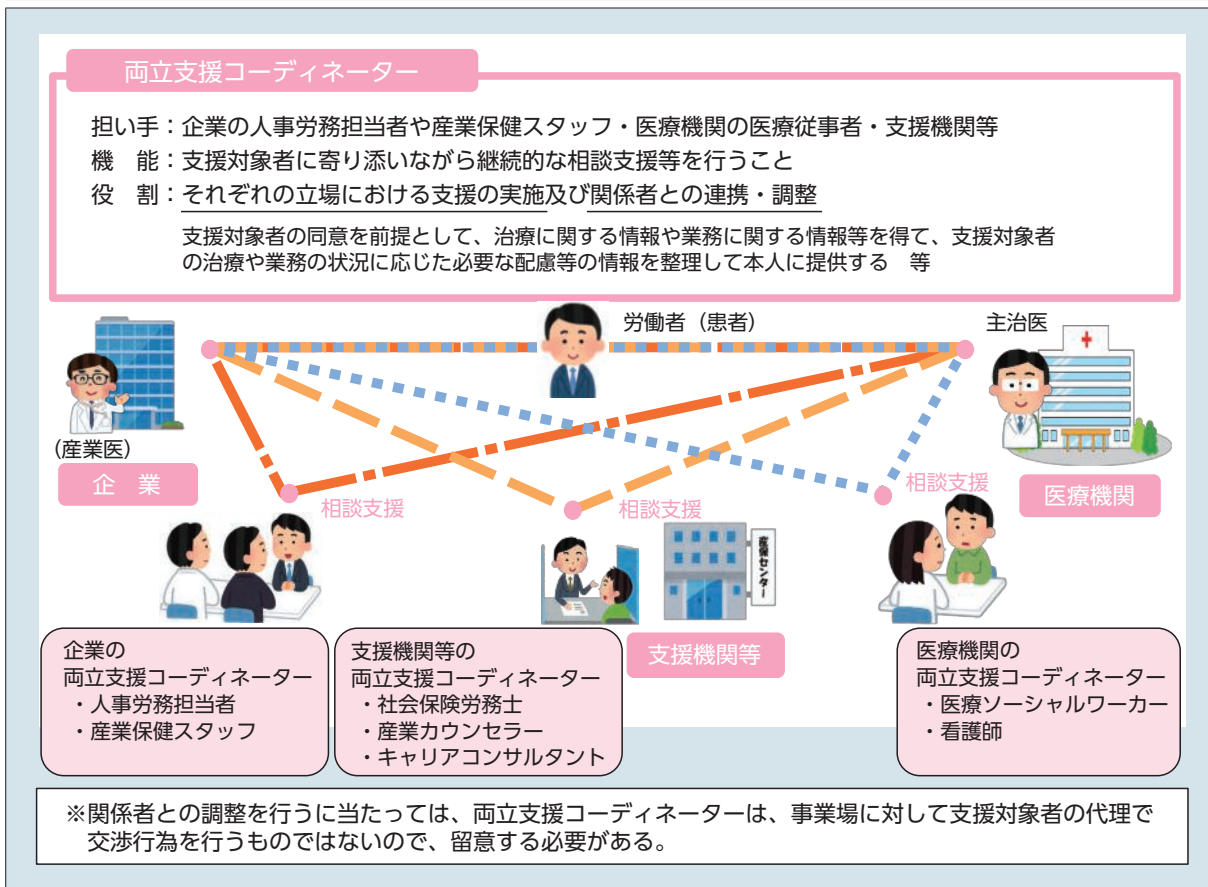


ii) 病気の治療と仕事の両立に向けたトライアングル型の支援

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、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^{*69}の育成・配置を進め、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1-2-31）。

* 69 両立支援コーディネーターとは、医療や心理学、労働関係法令や労務管理に関する知識を身に付けた人のことを指す。

図表 1-2-31 「両立支援コーディネーター」の養成



iii) 事業場における両立支援の取組みに対する助成金

障害者雇用安定助成金「障害や傷病治療と仕事の両立支援コース」は、労働者の障害や傷病の特性に応じた治療と仕事を両立させるための制度を導入する事業主に対して助成するものであり、労働者の雇用維持を図ることを目的としている。支給対象措置は、環境整備助成と制度活用助成の2つに区分されている。

環境整備助成は、労働者の障害や傷病の特性に応じた治療と仕事を両立させるための柔軟な勤務制度や休暇制度を導入し、かつ、両立支援に関する専門人材（企業在籍型職場適応援助者又は両立支援コーディネーター）を配置した事業主に対する助成である。支給額は、企業在籍型職場適応援助者を配置した場合30万円、両立支援コーディネーターを配置した場合20万円である。

制度活用助成は、がん、肝炎などの反復・継続して治療が必要となる傷病を有する労働者のために、両立支援コーディネーターを活用して社内制度を運用し、就業上の措置を行った事業主に対する助成である。支給額は、有期契約労働者、無期契約労働者ともに20万円である。

iv) 治療と仕事の両立支援に関する普及啓発の取組み

治療と仕事の両立を可能とするためには、企業や医療機関をはじめとした社会の理解と支援が大切になる。

治療と仕事の両立支援の認知度を高め、社会の機運を盛り上げることを目的に、誰でも

自由に使用できるイメージキャラクター「ちりょうさ」を2017年9月に作成したほか、企業向けシンポジウムの開催、治療と仕事の両立支援ポータルサイトの開設などによる普及啓発を進めると同時に、両立支援に取り組む企業や医療機関などでの活用を促している。



ちりょうさ
(治療と仕事の両立支援
キャラクター)

v) 地域両立支援推進チームによる取組み

i) ～iv) に記載した実行計画を踏まえた取組みと、すでに民間団体や自治体などで取り組まれている両立支援の取組みを効果的に連携させ、その推進を図ることを目的として、2017年度より都道府県労働局に地域両立支援推進チーム（以下「地域チーム」という。）を設置している。

地域チームは、都道府県労働局、自治体のほか、地域の企業関係者、医療機関関係者などで構成され、各機関の両立支援に関する取組みの共有、各地域におけるパンフレットの作成やイベントの企画・開催による両立支援の普及啓発活動などを実施している。

vi) 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^{*70}は、中小企業などにおける産業保健活動の取組みを支援しており、両立支援に関しては、専門スタッフ（両立支援促進員）を配置し、事業者、人事労務担当者、産業医などの産業保健スタッフを対象とするセミナー・研修の開催や、両立支援促進員による企業への訪問指導や相談対応、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。

vii) ハローワークによるがん患者などの疾病の就職支援

ハローワークでは、がん患者などの就職支援をするために、がん診療連携拠点病院などと連携し、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などを開催している。

viii) 診療報酬の新設（療養・就労両立支援指導料）

2018（平成30）年度診療報酬改定において、がん患者の治療と仕事の両立の推進などの観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行うなどの医学管理を行った場合の評価を新設した。

^{*70} 独立行政法人労働者健康安全機構が全国47の都道府県に設置・運営。産業医、産業看護職、衛生管理者などの産業保健関係者を支援するとともに、事業主などに対し職場の健康管理への啓発を行うことを目的とする。

コラム

独立行政法人労働者健康安全機構と東京労災病院における「治療と仕事の両立支援」の取組み

独立行政法人労働者健康安全機構（以下このコラムでは「労働者健康安全機構」という。）は、「勤労者医療の充実」「勤労者の安全向上」「産業保健の強化」を理念とする独立行政法人であるが、中でも、勤労者の職業生活を脅かす病気などに関して、被災労働者などが早期に職場復帰し、病気の治療と仕事の両立が可能となるような政策医療を行っている。また、東京労災病院は地域の中核病院であるとともに、同機構の実施する治療就労両立支援モデル事業のがん分野及びメンタルヘルス分野における中核的施設として、早い時期から両立支援に取り組んできた。

ここでは、両者の取組みを紹介しよう。

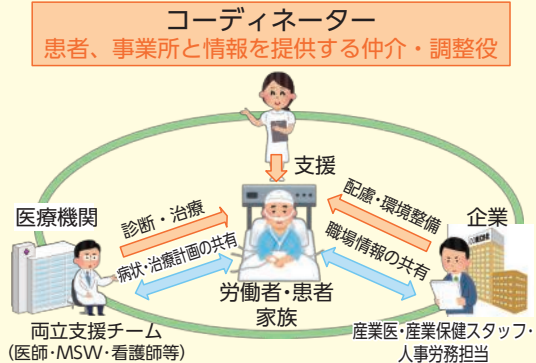
独立行政法人労働者健康安全機構の取組み

労働者健康安全機構における治療と仕事の両立支援の取組みは、まず、両立支援に関する研究から始まった。この研究は、2009（平成21）年から2013（平成25）年まで実施された。具体的には、実態調査として、アンケート調査を産業医、主治医、企業、患者を対象に行い、多くの勤労者が離職する理由とその解決策が検討された。

がん罹患者に対するアンケートで、一時離職を含め離職した理由を聞いたところ、約6割ががんが直接の原因であると回答した。また、主治医に対するアンケートでは、がん罹患勤労者に関して、産業医から主治医への就労相談があったのは37%、主治医から産業医への情報提供があったのは4.7%と、両者の情報共有は乏しいことが明らかとなった。

研究の結果、①職場と医療機関の情報共有は、患者自身が行うことが理想だが、複雑な医療情報を的確に職場に伝えることは困難であり、主治医・看護師・MSW（メディカルソーシャルワーカー）などの知識を持ったコーディネーター、または、それに類するチームが医療側に必要、②企業では病気罹患者の採用や雇用に消極的で、その原因は上司や周囲の病気への理解不足が考えられることから、

病気に関する正しい理解の普及のために医療現場と企業との橋渡しとなる人材の確保と育成が課題、ということが明らかになった。すなわち、医療機関と職場との間で情報を提供し、仲介・調整の役割をする「コーディネーター」の重要性と必要性が見出された。



この研究の知見を生かし、2014（平成26）年から、労働者健康安全機構の労災病院において、治療就労両立支援モデル事業が実施されている。

治療就労両立支援モデル事業としては、①研修会などの開催、②支援事例の収集、③医療機関向けマニュアルの作成及び普及が行われている。

両立支援コーディネーター研修は、当初は労災病院の職員が対象であったが、2017（平成29）年からは、一般の医療機関従事者等も対象として実施している。受講後に満足度を問うアンケートを実施したところ、おおむね9割が役立てたいという回答であった。

支援事例については、がん、糖尿病、脳卒中、精神疾患の罹患者に対し、両立支援コーディネーターを中心とした支援チームにより職場復帰や両立支援を行った事例を収集している（2016（平成28）年度で532件の介入症例を収集）。

さらに、これらの支援事例の分析・評価を行って医療機関向けのマニュアルを作成し、労災指定医療機関¹などへの普及が行われている。

¹ 労働者災害補償保険法に基づく療養の給付を行うものとして、都道府県労働局長の指定を受けている診療所・病院。



東京労災病院における両立支援業務

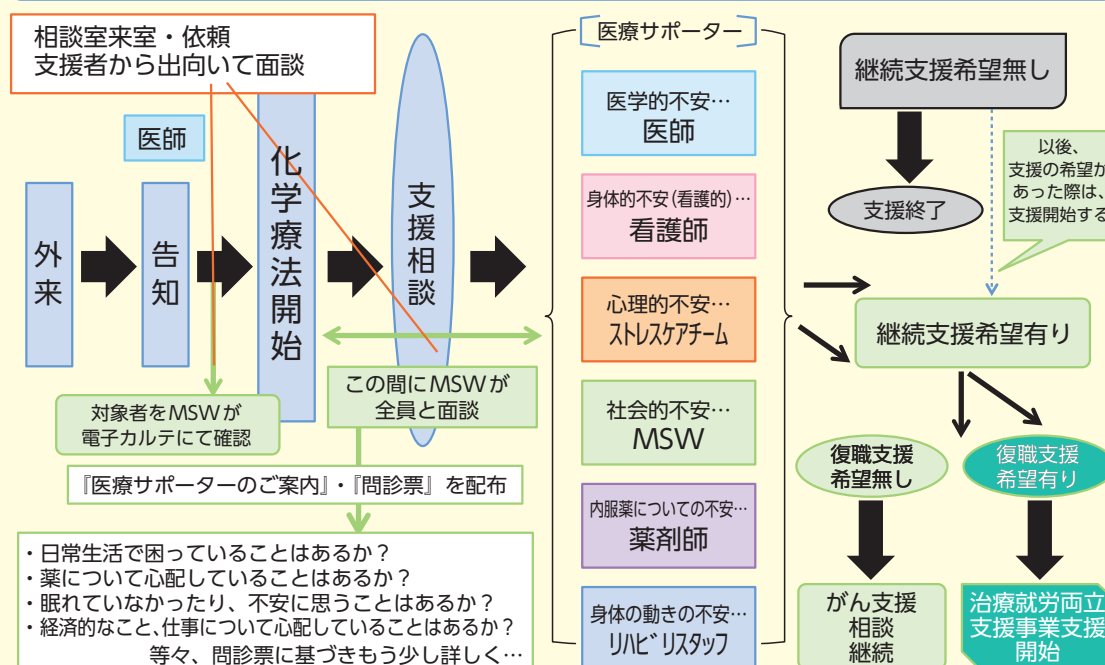
東京労災病院（大田区）は、全国に34ある労災病院²の1つであり、1949（昭和24）年に設立された歴史ある病院である。東京都から地域医療支援病院³の承認を受けており、地域の中核病院としての役割を果たしている。

同病院での両立支援の取組みの経緯については、2014年10月に、治療就労両立支援モデル事業のがん分野及びメンタルヘルス分野の中核的施設として事業を開始した。2015（平成27）年4月には、「医療相談室」を「医

療サポートセンター」に名称変更し、MSW2名が医療サポーター（両立支援コーディネーター）として両立支援業務を担当する体制とした。同年9月には、リーフレットと問診票（後述）を作成し、これらを用いて、がん化学療法患者への支援を開始した。現在では、化学療法患者だけでなく、手術療法患者等へも支援対象を拡大し、外科だけでなく、内科、泌尿器科でも入院時にスクリーニングを行い、支援へとつなげている。

具体的な支援の流れは下図のとおりであり、治療開始前にカルテで確認をするなどにより、相談来室や依頼を待つだけでなく、出向いて面談を行う。また、主治医や看護師からも、支援内容の周知や利用の働きかけを行う。初会面談の際、相談窓口や対応する専門職などの情報を掲載した「医療サポーター案内」リーフレットを配布している。また、就労支援の希望があった者には、患者の不安・心配の具体的内容を把握するための「問診票」を配布し、そこで得られた情報を踏まえ、支援を開始する。

がん分野両立支援のフロー図 東京労災病院 Ver.



- 2 労働者健康安全機構が設置・運営。勤労者医療の中核的役割を担うため、働く人々の職業生活を医療の面から支えるという理念の下、①予防から治療、リハビリテーション、職場復帰に至る一貫した高度・専門的医療の提供、及び②職場における健康確保のための活動への支援を行う。勤労者の早期職場復帰及び健康確保という労働政策の推進に寄与するとともに、地域の中核病院としての役割も果たす。
- 3 紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などの実施を通じて、地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医などを支援する医療機関。

次は、支援の結果、復職に至った事例を紹介する。警備業務を職業としていた60歳の男性は、胃がんのステージⅡa⁴であった。本人が検査入院した際に面談を行い、復職・就労意思を確認の上、支援を開始した。支援開始から5ヶ月経過した時点で、主治医からは復職可（夜勤も可）と言われたが、企業の産業医からは6か月間は休むよう指示があり、主治医と産業医の間で意見の相違が生じた。また、本人が心疾患を別途発症し入院したこともあり、最初の希望日に復職ができなかった。

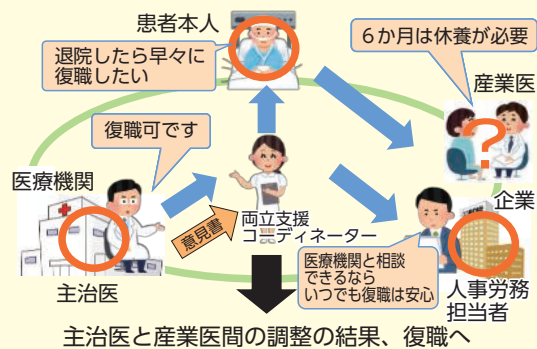
本人は引き続き復職を希望していたことから、企業で三者面談（本人、企業、産業医）を行うこととなった。話す内容を事前に両立支援コーディネーターに確認してもらい、三者面談には一人で出向いた。主治医の意見書や両立支援に関する資料を提示し、医療サポーターから支援を受けていることを説明することで、企業の人事労務担当者からは、「医療機関と相談できるならいつでも復職は安心」と言われ、希望どおり復職となった。

東京労災病院の両立支援コーディネーターは、支援を行う上での留意点として、次のような事項をあげている。

①病気に関する正しい知識の発信・共有

4 国際対がん連合（UICC）によって定められた「TNM分類」では、病期（がんの進行の程度）を大きく0～Ⅳ期の5段階に分類。0期に近いほどがんが小さくとどまっている状態、Ⅳ期に近いほどがんが広がっている状態（進行がん）。

主治医と産業医に意見の相違があり、両者間の間接調整を実施し、ようやく復職が実現した事例



がんになると何もできなくなると誤解している企業もあり、本人が復職できるかどうかについては、企業の考え方によることが多い。医療機関からがんなどの病気に対する正しい知識を情報発信し、本人や企業と共有することが重要である。

②早期介入・早期支援／相談窓口の周知

本人が仕事を辞めると決断する前に、医療機関で早期に支援を開始する必要がある。その意味では、相談窓口の存在を労働者にいかに周知していくかが課題である。

③院内チームでの支援

両立支援コーディネーターが患者ごとの状況を把握し、院内の両立支援チーム（主治医や看護師等）に逐次相談し、チームで連携して支援していくことが大切である。

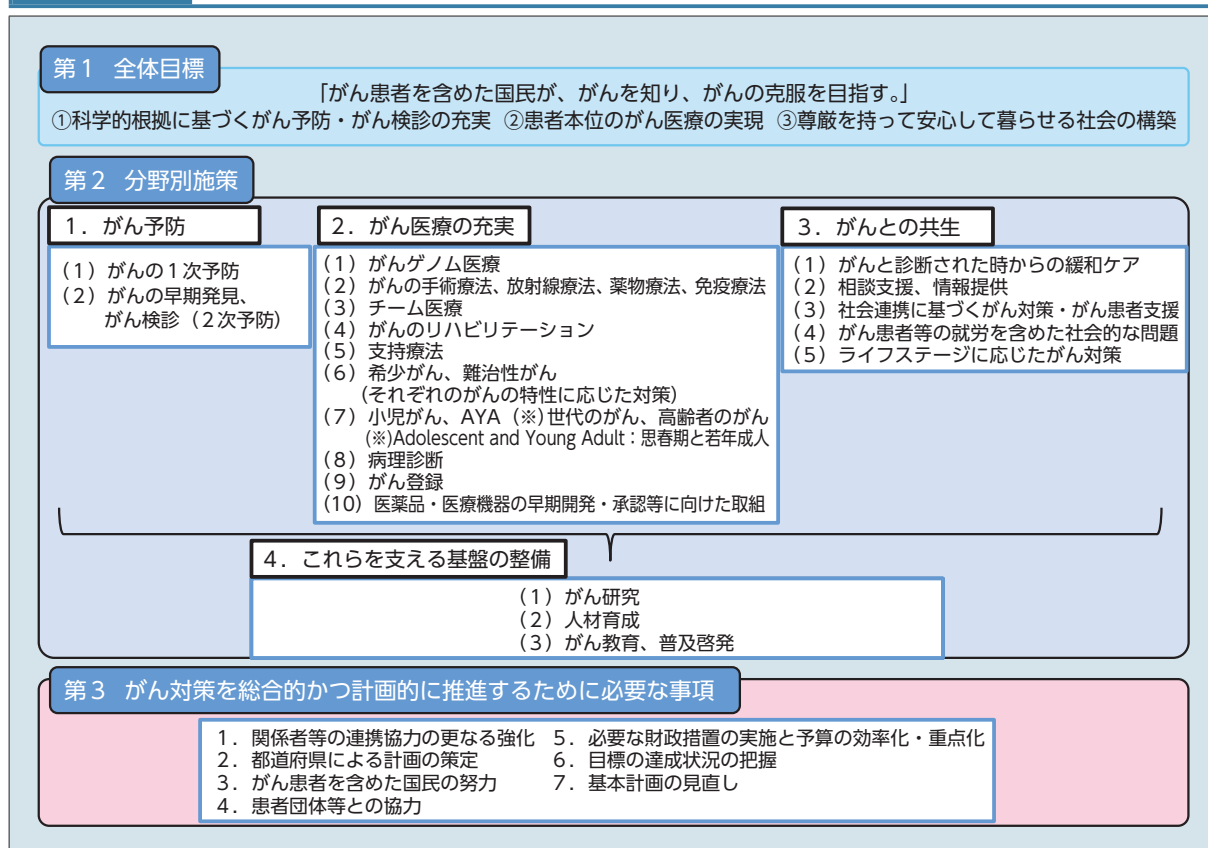
今後、このような両立支援の取組みが、全国に広まっていくことを期待したい。

Ⅱ) 治療と仕事の両立支援に係る病気や治療ごとの支援策

i) がん対策推進基本計画

第3期がん対策推進基本計画^{*71}（平成30年3月9日閣議決定）では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標としている。本基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体などの関係団体、マスメディアなどが一体なって、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないなどの諸課題の解決に向けて、取組みを進めていく（図表1-2-32）。

図表1-2-32 第3期がん対策推進基本計画（概要）



ii) がん相談支援センター、地域統括相談支援センターによる就労支援

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401か所（2018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（がん患者の就労に関する総合支援事業）を行っており（2017年度は全国129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。

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など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。

^{*71} がん対策推進基本計画は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき策定するものであり、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。

コラム

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院

サポーターケアセンター／がん相談支援センターとは

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院は、千葉県柏市にあるがん専門病院である。同病院は、サポーターケアセンター／がん相談支援センター（以下「相談支援センター」という。）を設置し、がん患者とその家族が、入院、外来、地域などどこでも安心して過ごせるよう、病気だけでなく生活に関することも含めた様々な困りごとの解決に向けた支援を行っている。

がん患者の抱えるあらゆる困りごとに対しチームで支援する

「先生から病気のことを説明されたが、難しくてよくわからない」「仕事を辞めようか迷っている」「治療や手術にかかる費用が心配」など、相談支援センターに寄せられる相談内容は多岐にわたる。こうした悩みに対し、相談支援センターではがんに関する正しい情報の提供、患者同士の会話の場づくりの支援などを行っている。

相談支援センターでは、様々な困りごとに対応できるよう、ソーシャルワーカー・医師・看護師・薬剤師・リハビリスタッフなどの幅広い専門職からなる連携体制（チーム）を構築している。最近では、働く世代のがん患者のために、社会保険労務士やハローワーク職員といった医療職以外の専門職とも協働し、就労支援を展開している。

相談支援センターのチームのメンバーは、院内の各部門の職員から構成される。チームでは、各部門で開催される患者教室¹の情報共有を行ったり、患者の支援方針を話し合う機会を定期的に設けるなどしている。相談支援センターでは、患者の多岐にわたる悩みを受け止め、早期介入・早期支援を行うため、部門をまたいだ病院全体での支援を進めている。

¹ がん治療の副作用や手術による外見変化に対応するための外見ケアや、抗がん剤治療中の食事の工夫等に関する講習会や体験会を実施。

調査によって的確に課題やニーズを把握し、支援の効果を検証する

相談支援センターでは、がん患者などに対する実態調査などを実施し、がん患者のニーズの把握や、就労支援の効果の検証などを行っている。

1) 医療機関と事業所が連携するため、相談窓口を周知

2015年には、千葉県内の事業所を対象として「がん患者の就労支援に関する実態調査」を実施した。その中で、従業員が私傷病になった際、専門家（社会保険労務士や産業医、医療機関など）に相談をしたか尋ねたところ、相談した事業所は18.4%に限られた。一方、相談しなかった事業所（46.3%）に相談しなかった理由を確認したところ、「相談する先がわからなかった」との回答が18.9%存在し、そのうち従業員50人未満の事業所が82.0%を占めた。

また、従業員ががんになった場合に事業主が知りたい内容を尋ねたところ（複数回答）、「従業員が相談できる相談窓口」が27.0%、「従業員の受診医療機関との連携方法」が20.4%、「がんそのものや治療方法等の基本的な情報」が17.1%であり、その具体的内容としては、「医療機関の相談窓口を利用する場合の手続」や「相談に係る費用」といった手続に関する事項が多くあげられた。

このように、事業主や従業員の相談窓口や利用の手続、疾患に対する治療内容などの情報が事業所などに求められていることが明らかとなったことを踏まえ、相談支援センター



では、千葉県内のがん相談支援センターの連絡先などを掲載したリーフレットを作成・配布したり、がんの部位別の診断と治療に関する資料を配布用に相談支援センターに備え付けたりしている。



2) 初診患者に声掛けを行い早期相談につなげる

働くがん患者に対してどの時期にどのような支援を展開することが望ましいかを明らかにするため、2014（平成26）年、「がん患者の仕事と治療の両立に関する調査研究（厚生労働科学研究費補助金、がん対策推進総合研究事業）」を開始した。この研究では、①初診時、②初診から6か月後、③初診から2年後の3時点で、同一の患者に対する追跡調査を行っている。同調査で、がん患者がいつ退職を検討するのか調査したところ、がん専門病院の初診前に退職した者は6.0%、治療開始前後に退職した者は16.7%となっており、がんの疑いがあると言われた又はがんを診断されたすぐの早い段階で、離職している者が多いことが判明した。

そこで、相談支援センターでは、離職予防を目的とした患者への働きかけとして、「が

んと診断されても、すぐに仕事を辞めないで！」というメッセージの入ったリーフレットを初診時に配布し、声掛けを行うようにした。その結果、患者の初診から相談開始までの期間が2012（平成24）年度では1年5か月だったものが、2015（平成27）年度には6.2か月にまで短縮した。また、相談開始時の就労状況が「就労継続中」である患者割合が2013（平成25）年度の11.1%から2015年度の57.5%にまで増加した。

人生の優先順位は人それぞれであり、仕事を続ける、続けないといういずれの選択肢も尊重されるべきものである。しかし、がんを診断された直後の患者は極度の不安を抱え、強いストレスにさらされ混乱していることが少なくない。そうした混乱の中で退職を選択した後、自分の人生における仕事の重要性に改めて気づき後悔してほしくない、そうした思いが、リーフレットのメッセージにはこめられている。

治療と仕事の両立に向けて

1) 周囲には理解してもらいにくい副作用への理解

抗がん剤の副作用などにより様々な症状が現れることがある。脱毛や皮膚障害など、外見上の変化に現れるものもあれば、倦怠感（体のだるさ）や精神的疲労感（集中力の低下）といった、周囲には分かりにくい症状もある。目に見えづらい副作用は、周囲には理解してもらいにくいいため、周りの人への伝え方を工夫する必要がある。治療と仕事の両立のためには、社会全体で副作用に対する理解を進めることが望まれる。

2) 自営業のがん患者の就労継続について

がん患者は、体力の低下や症状、後遺症などの問題から、就労の継続に困難を抱える。雇用労働者であれば、社内での配置転換や上司や同僚のサポートによってそうした問題に対応できる場合があるが、自営業者は個人で事業を行っていることから、体力の低下などの程度によっては廃業せざるを得ない場合がある。例えば、建築の施工図を作成する技術者が依頼の納期に間に合わせるのが難しく

なったり、農業・畜産業者が農作物や家畜の世話が十分にできなくなった例があったという。そうした場合でも、同業の知り合いの事業所で、これまでの経験やスキルを活かし、パートとして働くことが可能となった例もあり、

り、自営業者が就労を継続することは不可能ではないという。相談支援センターでは、こうした好事例を収集し、自営業者が就労を継続する方法を周知していくこととしている。

iii) 各種支援ツール

厚生労働省や独立行政法人労働者健康安全機構、国立がん研究センターなどでは、治療を行う当事者や事業所、医療従事者などに向けて、治療と仕事の両立支援にあたって各病気や治療に関する情報や留意すべき事項などをまとめたリーフレットやガイドブックなどを公表している。また、従業員などが企業側に自身の病気などを伝える際などに活用する連絡カードや、企業における復職や就業継続を支援するためのマニュアルなどを展開している。



コラム

4疾病（がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルス）に関する「治療と就労の両立支援マニュアル」

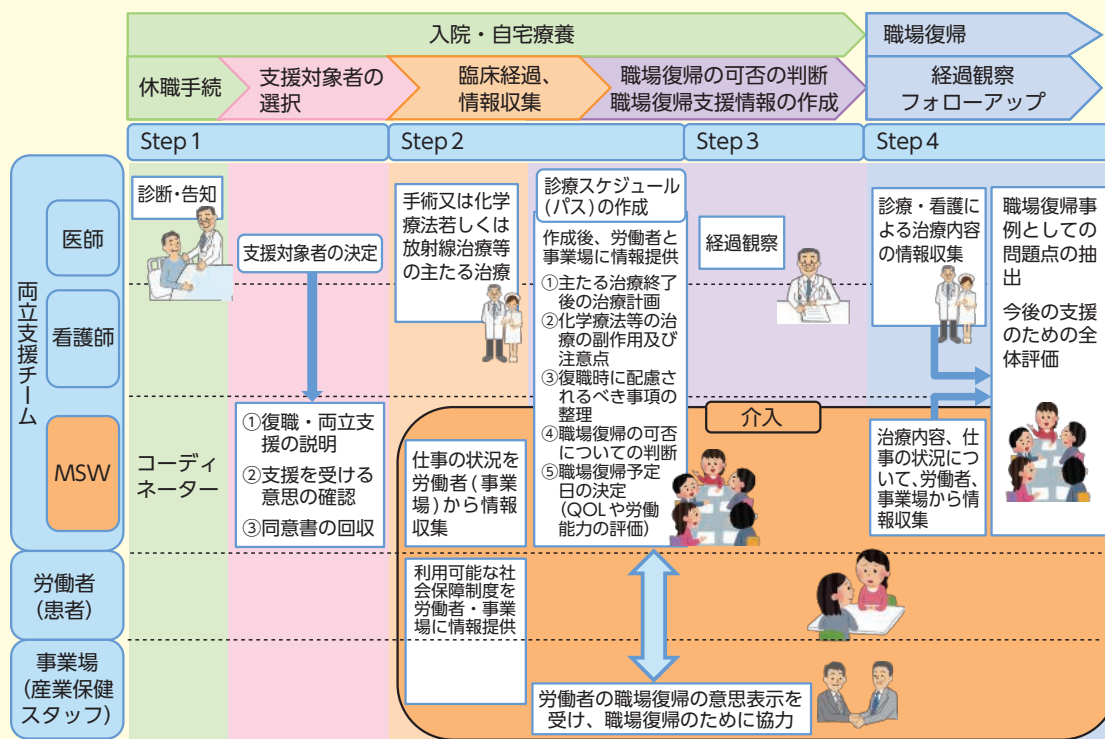
独立行政法人労働者健康安全機構では、4疾病（がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルス）に関する「治療と就労の両立支援マニュアル」を作成し、ホームページで公表している。医療機関において両立支援業務を行うに当たっての基本スキルや知識に加え、両立支援の事例紹介等、実際に両立支援を実施する上で医療スタッフ・従事者（医師・看護師・MSW等）が留意すべき事項等を掲載している。

各マニュアルの概要は以下のとおりである。

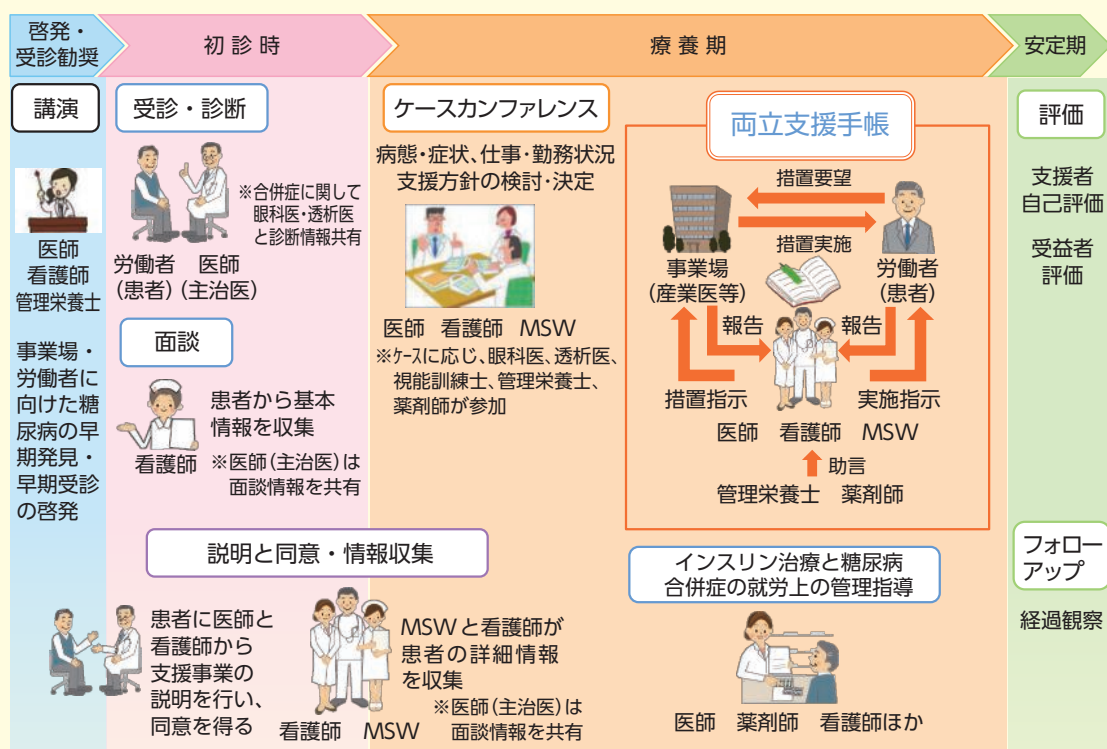
がん

診断・治療のための休暇や業務負担の軽減等、職場復帰までのおおよその支援体制を築くため、診断名、治療内容、方針、回復状態、今後の見通し等が必要となる。また、各種休暇制度と、家庭経済のための傷病手当金支給や高額療養費、障害年金などについても確認する。復職に際しては、最終診断名、合併症（後遺障害）、今後の治療方針とその内容、さらに基礎体力や日常生活、通勤の配慮等について連携を図る。復職後は月1回程度の面談を行い、体調、回復状況、勤務状況、業務遂行状況等を確認する。

(がん分野) 両立支援の流れ



(糖尿病分野) 両立支援の流れ



糖尿病

糖尿病は生活習慣に大きく関わって発症、進展する疾患のため生活習慣病に区分され、生活習慣は患者自身の問題であって企業が何かすることではないとの見方が一般的になっている。しかし、自己免疫疾患に分類される1型糖尿病の発症は生活習慣とは全く無関係であり、また2型糖尿病であっても遺伝的な体質が発症に大きく関わっていることは、多くの研究により明らかにされており、生活習慣による影響は一部である。糖尿病の両立支援の目的は、疾病入院による休業からの復職支援ではなく、定期的な外来通院を促し業務多忙等による治療の自己中断を予防する治療継続支援とより良い血糖管理が主な目的となる。

脳卒中

病床の機能分化により、脳卒中患者は急性期・回復期・維持期とそれぞれ異なった医療機関で治療を受けることが多くなった。そのため「復職」という目的を持ったリハビリテーションを継続するためには、復職に必要な評価や訓練内容の検討を行い、情報を共有していく必要がある。なるべく早い時期から

の介入が有効であり、復職に向けた準備がスムーズに進められるように、あらかじめ連携医療機関との支援体制を構築しておくことが重要となる。

メンタルヘルス

メンタルヘルス不調を有した労働者が仕事を続ける際や休業からの職場復帰にあたり、事業場側が抱く不安の多くは、

- ・他の身体疾患とは異なり、回復の程度が明確に把握できない
- ・症状が治まり安定した状態が持続しない場合がある
- ・職場での人間関係や作業環境などから再発する可能性があるのではないか
- ・主治医による就労可能の判断（診断書など）は、そのまま職場で求められる業務を遂行する能力の判断ではないのではないかなどが挙げられる。医学的見解（不眠、抑うつ気分等）のみならず、個人生活状況（睡眠・食生活等）や、勤務状況（段階的復帰やリハビリ出勤に関する理解と同意等）、事業所側の懸念（接し方・人間関係等）の4軸で評価しながら支援を進める。

コラム

不妊の悩みを受けとめる「不妊専門相談センター」の取組み

不妊のこと、一人で悩まないで

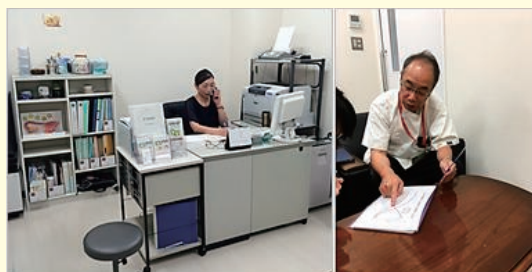
「あれこれ悩むことや不妊治療を続けることにもう疲れた」と考える不妊に悩む人は多い。このような不妊や不育（反復・習慣流産¹）に関する様々な悩みを持つ者が無料で利用できる相談窓口「不妊専門相談センター」が全国に設置されている。センターでは、医師や看護師、カウンセラーなどが相談員となり不安や辛さを受けとめている。また、悩みを持つ人同士の交流会やセミナーを開催しているセンターもあり、苦悩を軽減し、解決につながる選択肢を提示する活動を行っている。

不妊に関する心と体の悩みに専門職が対応

大分県不妊専門相談センターhopeful（由布市）（以下「hopeful」という。）では、不妊を専門とするカウンセラー、生殖医療の専門医、生殖にまつわる心理を専門とする臨床心理士が、電話や面接、メールで、寄せられた相談に回答している。

不妊治療中の心理的な辛さや検査の流れなどの一般的な相談には、カウンセラーが対応している。例えば、「妊娠の兆しがなく、不妊かどうかわからない」という相談には、相談者の状況を聞きつつ、不妊の検査や治療の過程について説明している。

治療方法やセカンドオピニオンなどの主に医療面に関わる相談には、専門医が面接で相談を受けている。hopefulでは、相談者の疑問や悩みへの回答だけでなく、治療による母体への影響、流産や染色体異常についても丁寧に説明している。



カウンセラーや専門医による相談対応

眠れない、食欲が無いといったストレス症状があったり、治療の経過で生じる喪失感などの精神的な苦痛がある場合には、臨床心理士がカウンセリングによる心理的な支援を行っている。

hopefulでは、一人での相談はもちろん、夫婦での相談も歓迎している。不妊治療の治療方針や継続、休止などに関して、夫婦間の話し合いだけでは結論を導くことが難しい内容でも、相談員を交えて三者で話すことで、夫婦が互いの思いや考えを伝えやすくなるという。

ネガティブな気持ちも共有して前向きに

大阪府不妊専門相談センター（大阪市）では、不妊治療の当事者や経験者が集まる交流会「サポート・グループ」を開催して



ファシリテーターとして助産師が参加

いる。テーマごとに一定期間集まり、ネガティブな気持ちを含めた各自の状況や気持ちを話す場となっている。これまで、「子どものいない人生について」、「夫の不妊について」などのテーマで開催された。参加者からは「治療のやめ時を本当に悩んでいたので、参加して治療をやめた後の考え方がわかった」などの声があった。

正確な情報を知ることができる場として

近年は、妊娠・出産に効果的とされる治療などに関する情報が氾濫しており、不妊治療を進めるうちに深く悩んでしまう人が多い。

札幌市不妊専門相談センターでは、正確な情報を不妊治療の参考にしてほしいという思いから、「不育症について」、「不妊治療の実際とやめどき」などをテーマとするセミナーを実施し、指定医療機関の医師や不妊カウンセラーが、不妊と不育についての基本的な知識や症状に応じた治療法を紹介している。

一人で悩み、考えることに疲れてしまったら、是非相談してほしい。

1 流産を3回以上繰り返した場合を「習慣流産」、流産を2回以上繰り返した場合を「反復流産」という。

第3節 社会活動を行うのに困難を有する者の現状と取組み

ここまで障害や病気を有する者について整理してきたが、ここでは、障害や病気といった要因以外で社会活動を行うのに困難を有する者について特に取り上げたい。

自立のあり方は多面的であるが、一つの考え方として、健康や日常生活をよりよく保持する「日常生活自立」、社会的つながりを回復・維持する「社会生活自立」、経済状況をよりよく安定させる「経済的自立」がある。ひきこもり状態にある者などの中には、生活習慣の改善が必要な者や、何年もの間社会との接触を行っていない者が多いことから、まずは日常生活自立や社会生活自立に向けての支援が重要である。目指す自立の形や目標は一人一人異なっているが、自立を段階的に進めていくためには、医療、福祉、教育、家庭における状況を十分に踏まえた、包括的支援を展開することが必要である。

1 社会活動を行うのに困難を有する者の現状

(1) ひきこもり状態にある者の現状

〔「広義のひきこもり」状態にある者は54.1万人〕

「ひきこもり」とは、様々な要因の結果として、社会的参加を回避し、原則的には6か月以上にわたっておおむね家庭内にとどまり続けている状態を指す現象概念^{*72}であり、そのうち、子供・若者の状態像を見ると、不登校や就労の失敗などをきっかけに、長期間にわたり自宅に閉じこもり続ける状況が示されている。内閣府「若者の生活に関する調査報告書^{*73}」(2016年)によると、満15歳から満39歳の者のうち、「ふだんは家にいるが、近所のコンビニなどには出かける」「自室からは出るが、家からは出ない」「自室からほとんど出ない」とする「狭義のひきこもり」状態にある者は17.6万人、狭義のひきこもりに「ふだんは家にいるが、自分の趣味に関する用事のときだけ外出する」を加えた「広義のひきこもり」状態にある者は54.1万人いるとされる^{*74}。また、内閣府「若者の意識に関する調査報告書」(2010年)と比較すると、ひきこもり状態となって7年以上経つ者の割合^{*75}が増加するなど、長期化傾向がうかがわれる。

また、特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会の調査^{*76}によると、40歳代以上のひきこもりの状態にある者が一定程度存在しており(図表1-3-1)、ひきこもり状態にある者の高齢化も課題であるとの指摘もある。

ただし、この調査は特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会が、同連合

^{*72} 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学事業)「思春期のひきこもりをもたらし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」(主任研究者:齋藤万比古)では、ひきこもりとは「様々な要因の結果として、社会的参加を回避し、原則的には6か月以上にわたっておおむね家庭内にとどまりつづけている状態を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病的な現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いことに留意すべきである」としている。

^{*73} 内閣府「若者の生活に関する調査報告書」(2016年)は、全国の市区町村に居住する満15歳から満39歳の者(本人)5,000人と同居する成人家族に対し、調査員による訪問留置・訪問回収の方法により調査を行った。本人の有効回収数は3,115人である。

なお、内閣府「若者の意識に関する調査報告書」(2010年)では、狭義のひきこもりは23.6万人、広義のひきこもりは69.6万人であった。

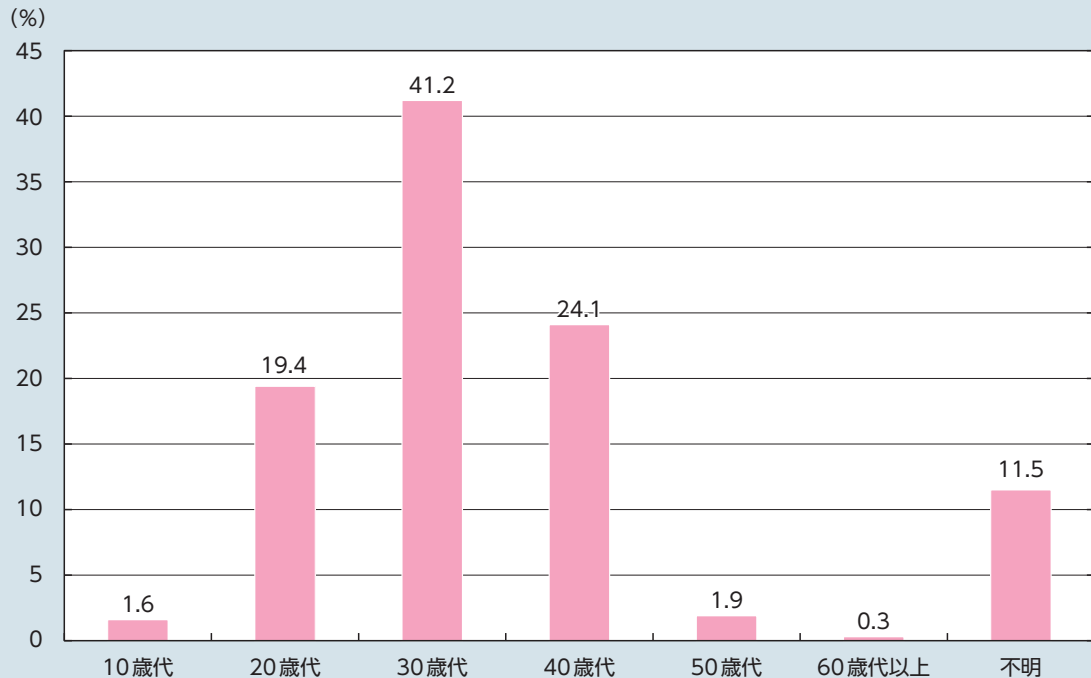
^{*74} ただし、「現在の状態となってどのくらい経ちますか」との問いに対し、6か月以上と回答した者であって、「現在の状態になったきっかけ」として「病気(病名:)」を選択し、病名に統合失調症又は身体的な病気を記入した者、「妊娠した」を選択した者、「その他()」を選択し、()に自宅で仕事をしている旨や出産・育児をしている旨を記入した者、「現在働いておられますか」で「専業主婦・主夫又は家事手伝い」と回答した者、「ふだん自宅にいるときによくしていること」で「家事・育児をする」と回答した者を除く。

^{*75} ひきこもりの状態となって7年以上が経つ者の割合が、内閣府「若者の意識に関する調査報告書」(2010年)では16.9%、内閣府「若者の生活に関する調査報告書」(2016年)では34.7%となっている。

^{*76} 特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会「厚生労働省平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「潜在化する社会的孤立問題(長期化したひきこもり・ニート等)へのフォーマル・インフォーマル支援を通じた『発見・介入・見守り』に関する調査・研究事業報告書」(2018年)

会支部に対して行ったものであり、会員の家族（ひきこもり状態の者本人）の年齢構成を示すものである。したがって、全国的に実態を把握したものではないことに留意が必要である。

図表 1-3-1 ひきこもり状態の者の年齢構成（家族会連合会の会員に対する調査）

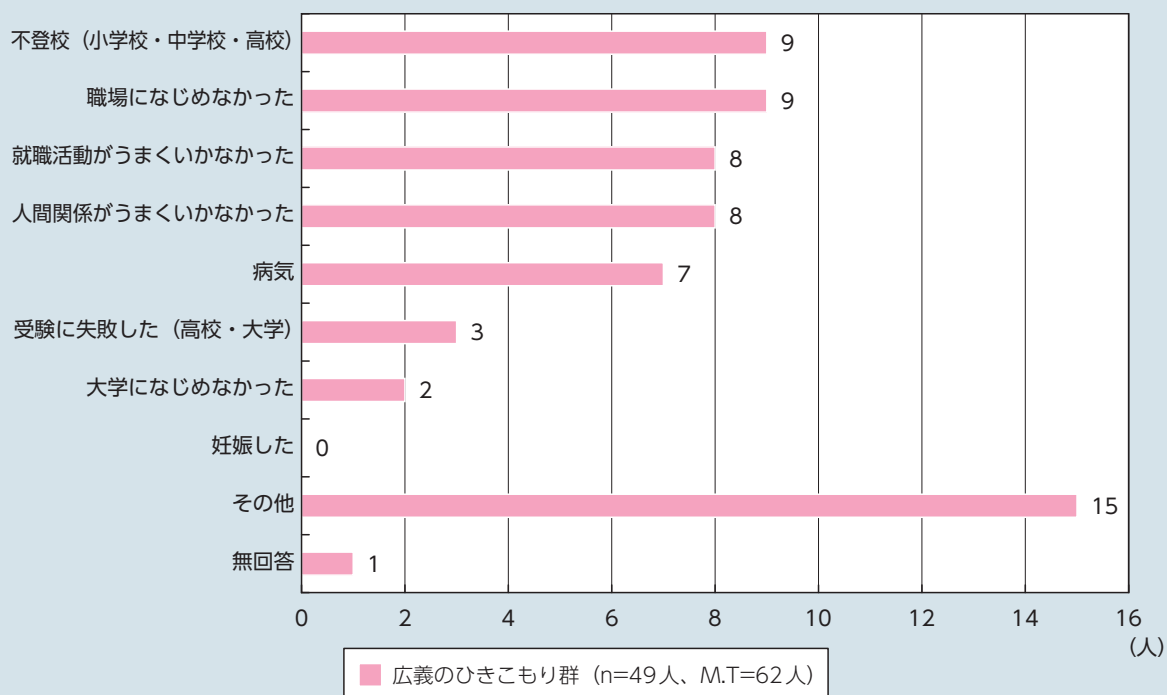


資料：特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会 厚生労働省平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業「潜在化する社会的孤立問題（長期化したひきこもり・ニート等）へのフォーマル・インフォーマル支援を通じた『発見・介入・見守り』に関する調査・研究事業」報告書（2018年）

（注）特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会が、全国の家族会支部にアンケート調査を実施（2018年1～2月）。家族構成に関する設問では、57支部のうち24支部からひきこもり状態にある者本人の年齢分布について回答があり、年齢分布における人数の合計は1,092人。

(ひきこもりの状態になったきっかけは「不登校」「職場になじめなかった」が多い)

図表 1-3-2 ひきこもりになったきっかけ



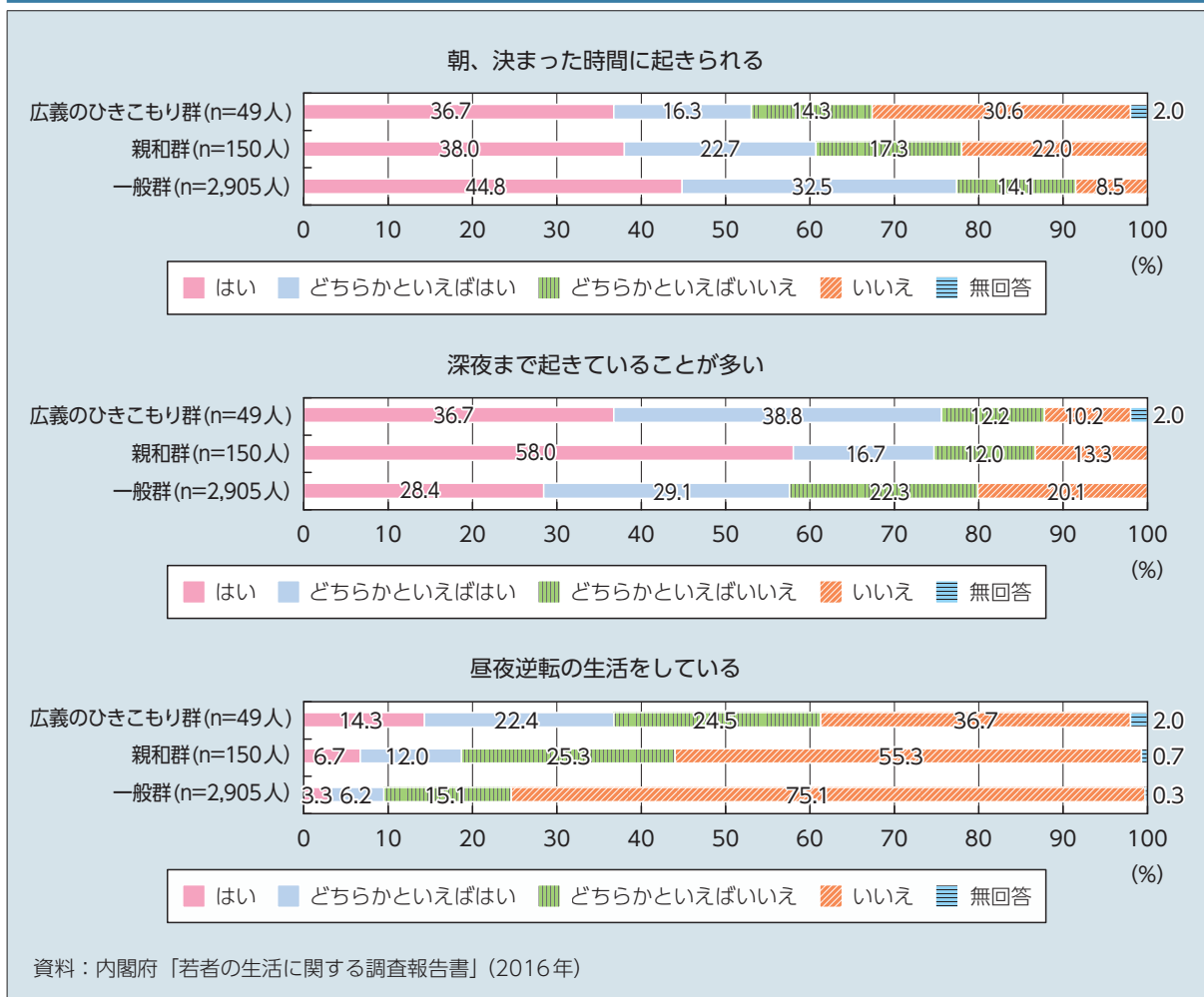
資料：内閣府「若者の生活に関する調査報告書」(2016年)

「若者の生活に関する調査報告書」(2016)によると、ひきこもり状態に至るきっかけは、「その他」(15人)を除けば「不登校(小学校、中学校、高校)」(9人)、「職場になじめなかった」(9人)が最も多くなっている。次に、「就職活動がうまくいかなかった」(8人)、「人間関係がうまくいかなかった」(8人)となっている(図表1-3-2)。

ここから、人間関係に係る問題を契機に、ひきこもり状態になる者が多い傾向が見てとれる。

(日常生活や社会参加において困難を有する者や、学生時代に学校や家庭で困難な経験をした者が、一般群と比べて多い)

図表 1-3-3 規則正しい生活ができているか



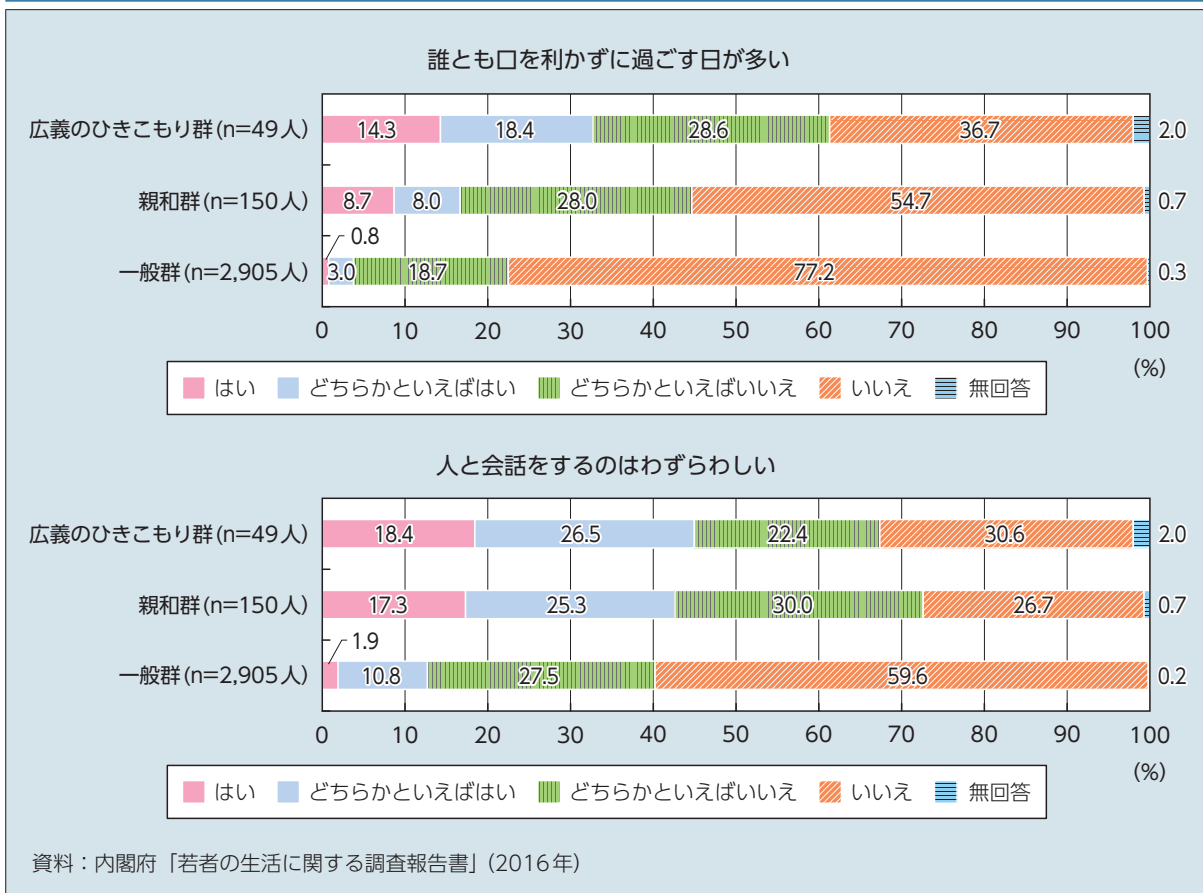
同調査報告書では、広義のひきこもり群、親和群^{*77}、一般群^{*78}に対し、生活習慣についての質問を行っている。これら三群の回答を比較すると、「朝、決まった時間に起きられる」との問いに対し、「いいえ」または「どちらかといえはいいえ」と答えた者が、広義のひきこもり群（44.9%）で最も多かった。また、「深夜まで起きていることが多い」との問いに対し、「はい」または「どちらかといえはい」と答えた者が、広義のひきこもり群（75.5%）で最も多く、さらに「昼夜逆転の生活をしている」との問いに対し、「はい」または「どちらかといえはい」と答えた者も、広義のひきこもり群（36.7%）で最も多かった（図表 1-3-3）。

ここから、生活習慣の形成・改善に向けた支援を行うことが必要な者の割合は、ひきこもり群が一般群と比べて高いことがうかがわれる。

^{*77} ひきこもりを共感・理解し、とすると閉じこもりたと思うことがある人たち。①家や自室に閉じこもっていて外に出ない人たちの気持ちがわかる、②自分も、家や自室に閉じこもりたと思うことがある、③嫌な出来事があると、外に出たくなくなる、④理由があるなら家や自室に閉じこもるのも仕方ないと思う、のうち、①から④全てに「はい」と答えた者又は1項目のみ「どちらかといえはい」と答えた者から、「広義のひきこもり群」を除いた者。

^{*78} 「若者の生活に関する調査報告書」（2016年）の調査回答者全体から「広義のひきこもり群」「親和群」を除いた者で、^{*73}における①～④の項目に全て回答している者。

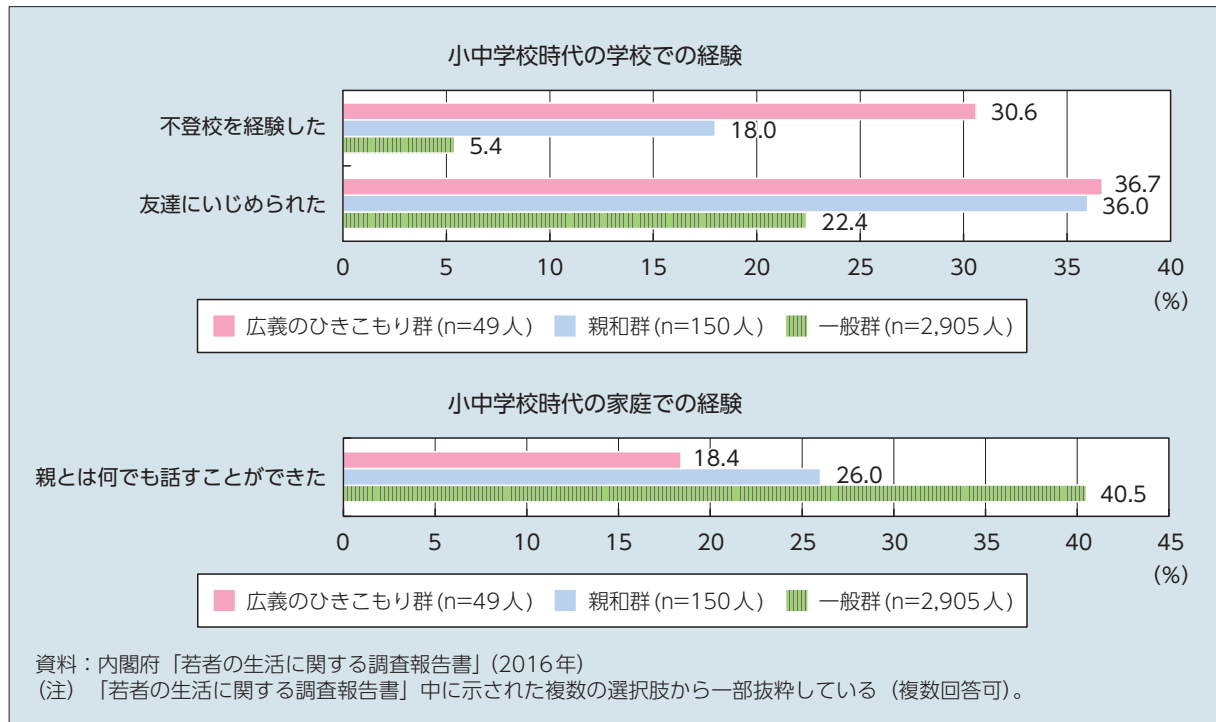
図表 1-3-4 人と会話する頻度と意識



同調査報告書では、他者とのコミュニケーションについても質問している。「誰とも口を利かずに過ごす日が多い」との問いに対し、「はい」または「どちらかというとはい」と答えた者は、広義のひきこもり群（32.7%）で最も多く、「人と会話をするのはわずらわしい」との問いに対し、「はい」または「どちらかといえばはい」と答えた者も広義のひきこもり群（44.9%）で最も多かった（図表1-3-4）。

ここから、他者とのコミュニケーションに積極的でない者の割合が一般群と比べひきこもり群の方が高く、社会参加に向けた支援も重要であることが見てとれる。

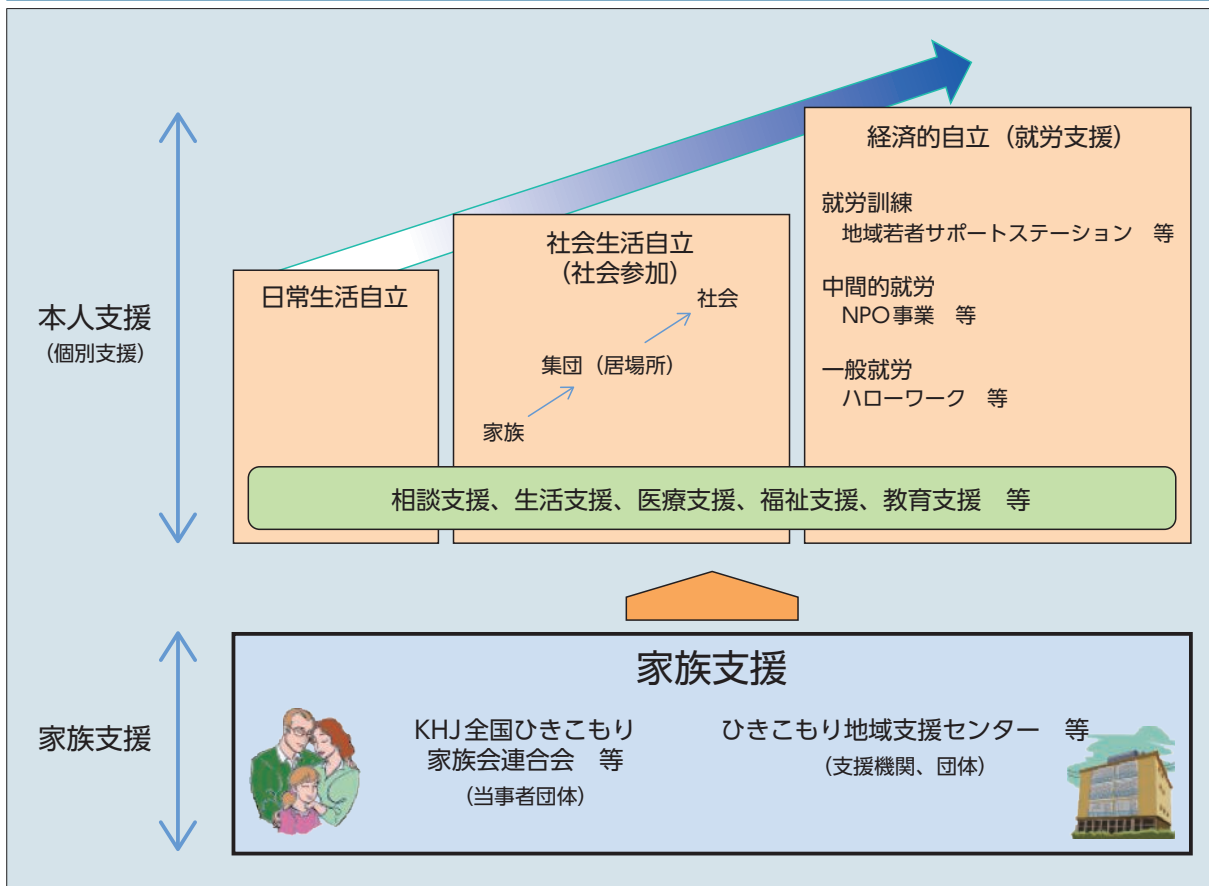
図表 1-3-5 小中学校時代の学校や家庭での経験



同調査報告書では「あなたは小学校や中学校の頃に、学校で次のようなことを経験したことがありますか」との問いに対し、「友達にいじめられた」を選択した者は広義のひきこもり群（36.7%）が最も多く、「不登校を経験した」を選択した者も広義のひきこもり群（30.6%）が最も多かった。また、「あなたは小学校や中学校の頃に、家庭で次のようなことを経験したことがありますか」との問いに対し、「親とは何でも話すことができた」を選択した者は、一般群（40.5%）が最も多く、次いで親和群（26.0%）、広義のひきこもり群（18.4%）となっている（図表1-3-5）。

(自立に向けた段階的な支援が必要)

図表 1-3-6 自立の段階



このように、ひきこもり状態にある者は、規則正しい生活習慣や社会参加に課題を抱えていることが多く、まずは生活習慣を形成・改善し（日常生活自立）、それから社会参加を促し（社会生活自立）、最終的に就労につなげる（経済的自立）といったように、状態に応じて段階的に自立に向けた取組みを進める必要がある（図表1-3-6）。また、各段階における自立を達成するために、生活支援、福祉支援、医療支援など、一人一人の状況や有する困難に応じたきめ細かな支援を行うことが重要である。なお、各段階に要する時間は、本人の意向や状態像によって異なることも心得ておかなければならない。

(2) 若年無業者などの現状

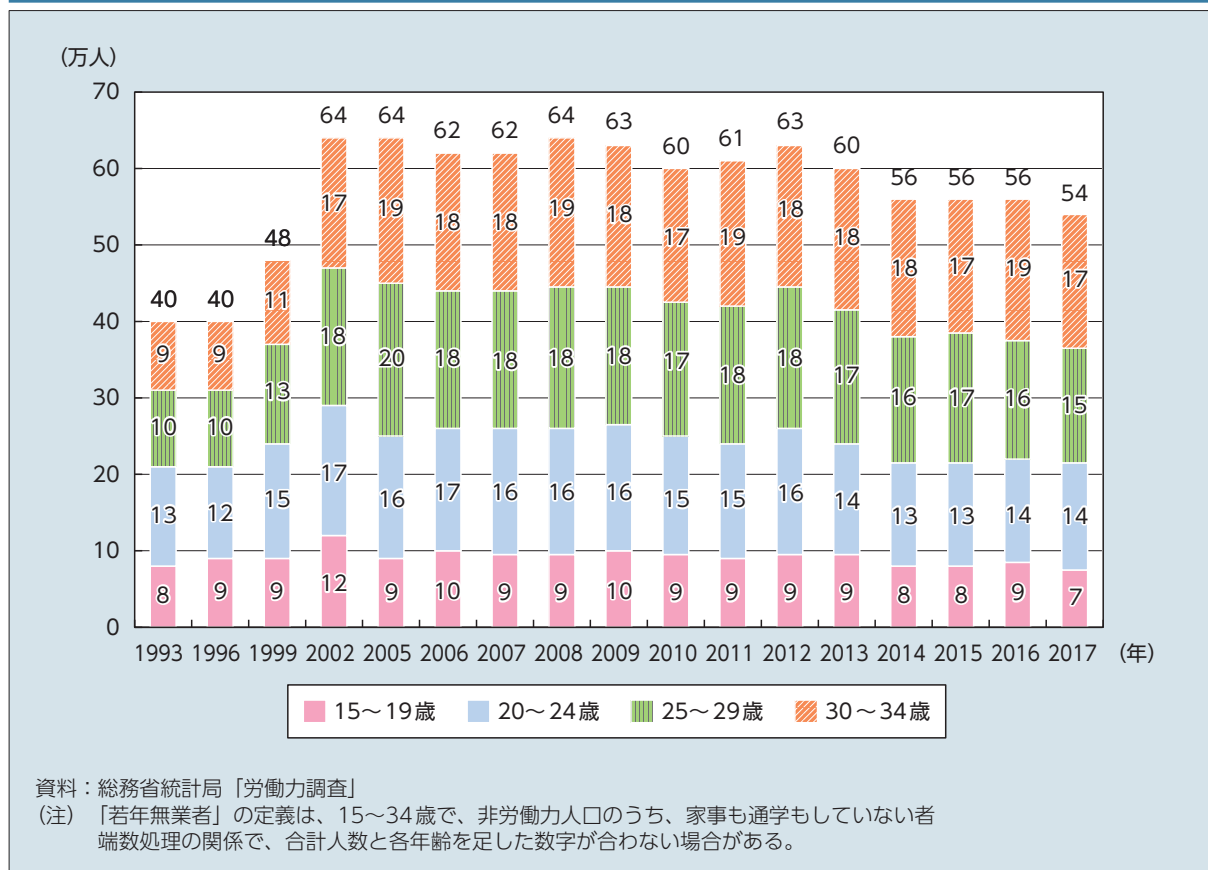
ひきこもりではない者の中にも、日常生活や社会参加、就労に向けて困難を有する者は多数存在し、これらの者の多くは「無業者^{*79}」にあてはまる。15～39歳の若年無業者などについては、「働くこと」に悩みを有する若者の職業的自立の実現を図るため、「地域若者サポートステーション^{*80}（以下「サポステ」という）」が専門的支援を行っている。

^{*79} 本白書では、総務省「労働力調査」の「非労働力人口」に当たる者で、そのうち家事や通学をしていない者（非労働力人口中「その他」にあたる者）を「無業者」とし、そのうち15～34歳の者を「若年無業者」とする。「非労働力人口」とは、15歳以上の人口のうち、「就業者」と「完全失業者」以外の者。「就業者」とは「従業者」と「休業者」を合わせた者。「完全失業者」とは以下の3つの条件を全て満たすもの。①仕事がなく調査週間に少しも仕事をしなかった（就業者ではない。）。②仕事があればすぐ就くことができる。③労働力調査週間に、仕事を探す活動や事業を始める準備をしていた（過去の求職活動の結果を待っている場合を含む）。

^{*80} 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、協力企業への就労体験などにより、就労に向けた支援を行う施設。

(若年無業者数は全体的に減少傾向にある)

図表 1-3-7 若年無業者数 (15～34歳)

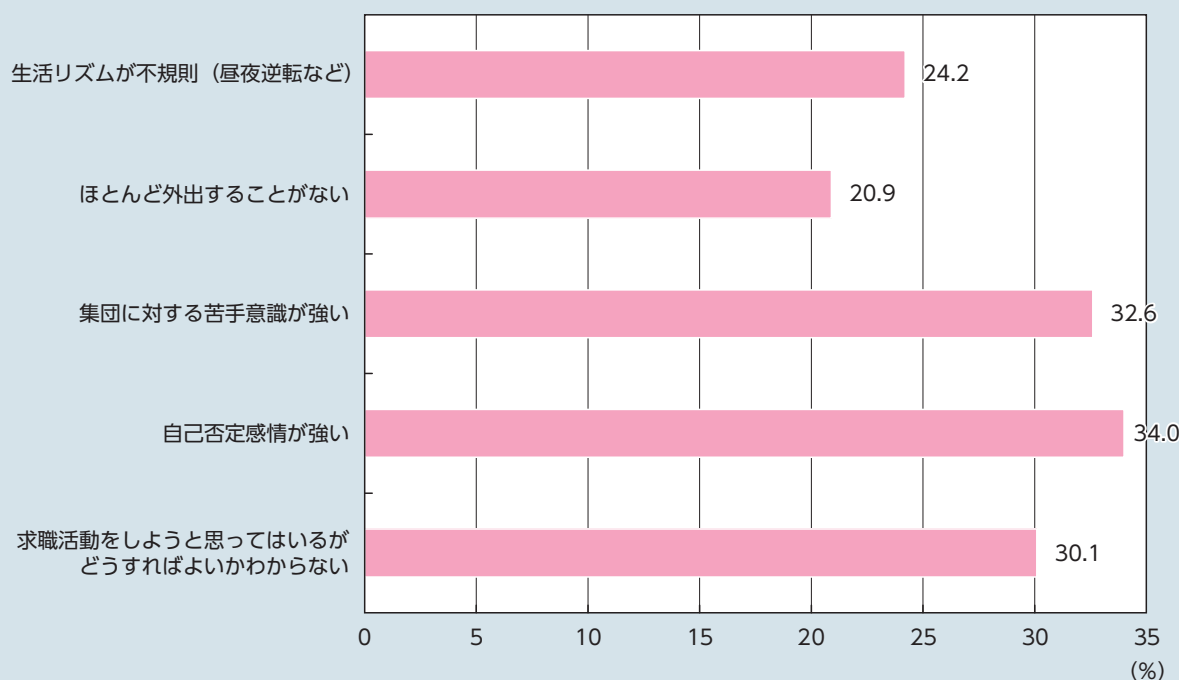


若年無業者数の推移を見てみると、2012（平成24）年に増加したが、景気の好転などにより2017（平成29）年は2012年から9万人減少している（図表1-3-7）。

（サポステ利用者には、いじめや不登校などの困難な学校体験をした者や、心身の状態や家族関係に課題を持つ者が存在）

ハローワークなどの職業紹介機関に行くことができない、求職活動を開始できないなど、「働くこと」に悩みを有する若者については、主にサポステで支援を行っている。ここでは、日常生活や社会参加、就労に向けて困難を有する者の一例として、サポステを利用する者の現状について整理したい。

図表 1-3-8 新規登録時の本人の状況



資料：労働政策研究・研修機構「大学等中退者の就労と意識に関する研究」（2015年）

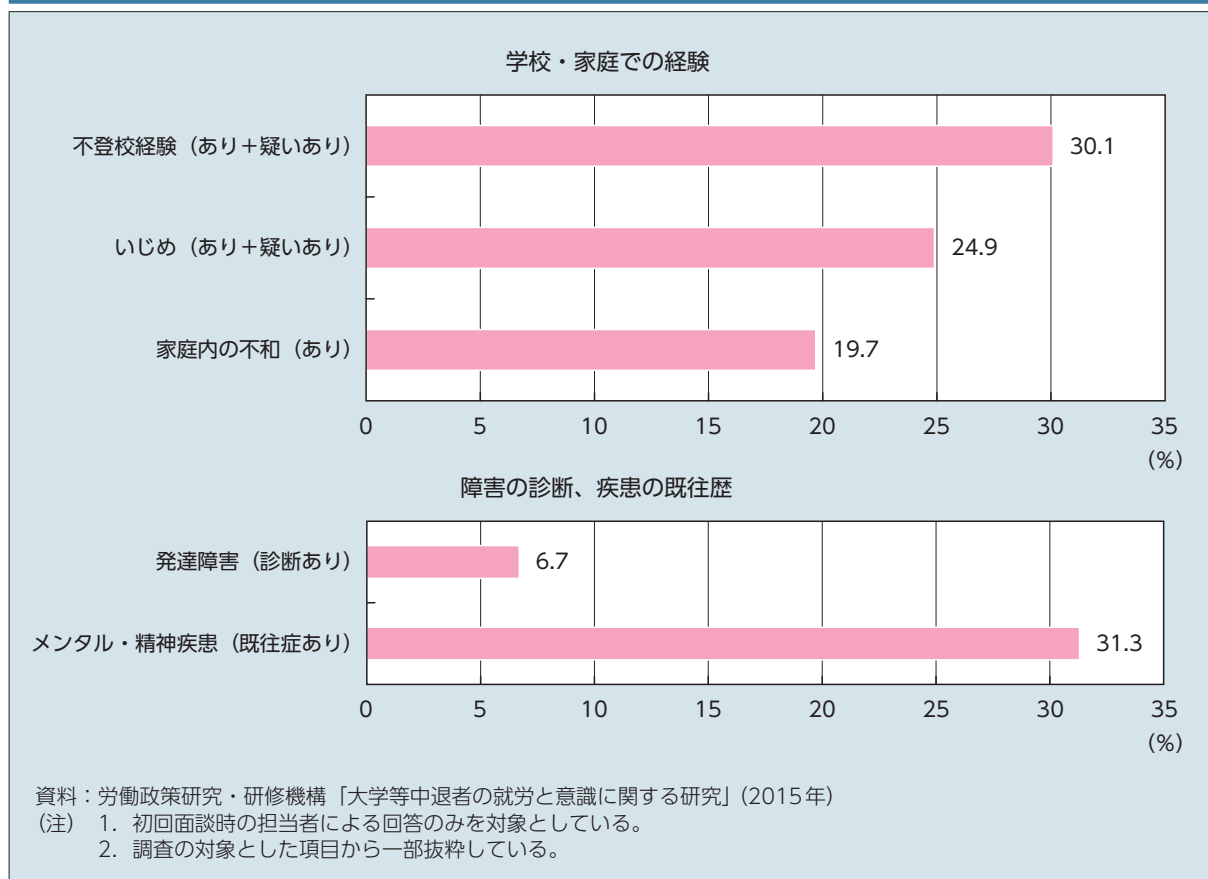
（注） 1. 初回面談時の担当者による回答のみを対象としている。

2. 調査の対象とした項目から一部抜粋している。

労働政策研究・研修機構「大学等中退者の就労と意識に関する研究^{*81}」（2015年）は、全国のサポステに新規登録した者の初回面談時の担当者にアンケートを行った。同研究によると、本人の状況について、「生活リズムが不規則（昼夜逆転など）」に該当する者が全体の中の24.2%、「ほとんど外出することはない」が20.9%であり、「集団に対する苦手意識が強い」が32.6%であった。また、「自己否定的感情が強い（自分に何かができるとは思えないなど）」が34.0%、「求職活動をしようと思っはいるがどうすればよいかわからない」が30.1%であった（図表1-3-8）。ここから、サポステ利用者の中には、自信を持たせるための心理的支援や、生活習慣の改善、社会参加に向けた支援が必要な者が存在することが見てとれる。

^{*81} 全国のサポステにおける支援者に調査票を配布し、2012年10月～12月に新規登録をした全てのサポステ利用者について回答を得た（回収票数6,625人）。同研究では、中学・高校在学中の者などを除き、サポステ利用対象者である15～39歳の若年者（5,625人）を分析の主対象としている。

図表 1-3-9 学校・家庭での経験や障害・疾患の既往歴



同研究によると、「不登校を経験した又はその疑いがある」が30.1%、「いじめを体験したことがある又はその疑いがある」が24.9%であり、サポステ利用者の中には、在学中に困難な体験をした者が含まれていることがわかる。また、「家庭内の不和がある」が19.7%であり、家族関係に課題を抱えている者もいる。他にも、「発達障害の診断を受けている」が6.7%、「メンタル・精神疾患の既往症がある」が31.3%となっており、発達障害や精神疾患などの困難を有する者もいる（図表1-3-9）。

（サポステの利用者の抱えている困難は多様）

以上のように、「働くこと」に悩みを有するサポステ利用者の中には、いじめなどの負の学校経験を持つ者や、家族関係や心身の状態が不調である者がおり、これらの者は背景として多様な就労障害要因を有している。ここでは一例としてサポステ利用者の状況について整理したが、無業者一般についても、同様に多様な就労障害要因を有していると推測される。

（3）多様な課題を有する者の現状

前出のひきこもり状態にある者や無業者のほか、ホームレス^{*82}や刑務所出所者に加え、住まいの不安定、家庭の問題、メンタルヘルス、家計管理の課題、就労定着困難、債務など様々な、かつ課題を複数有する者が存在している。このような多様な状態像の者に対し

* 82 「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」（平成14年法律第105号）第2条において、「ホームレス」とは、都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者をいう。厚生労働省が2017（平成29）年1月に実施した「ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）」では、全国のホームレス数は約0.6万人。

て、「生活困窮者自立支援制度」により、包括的な支援を行っている。

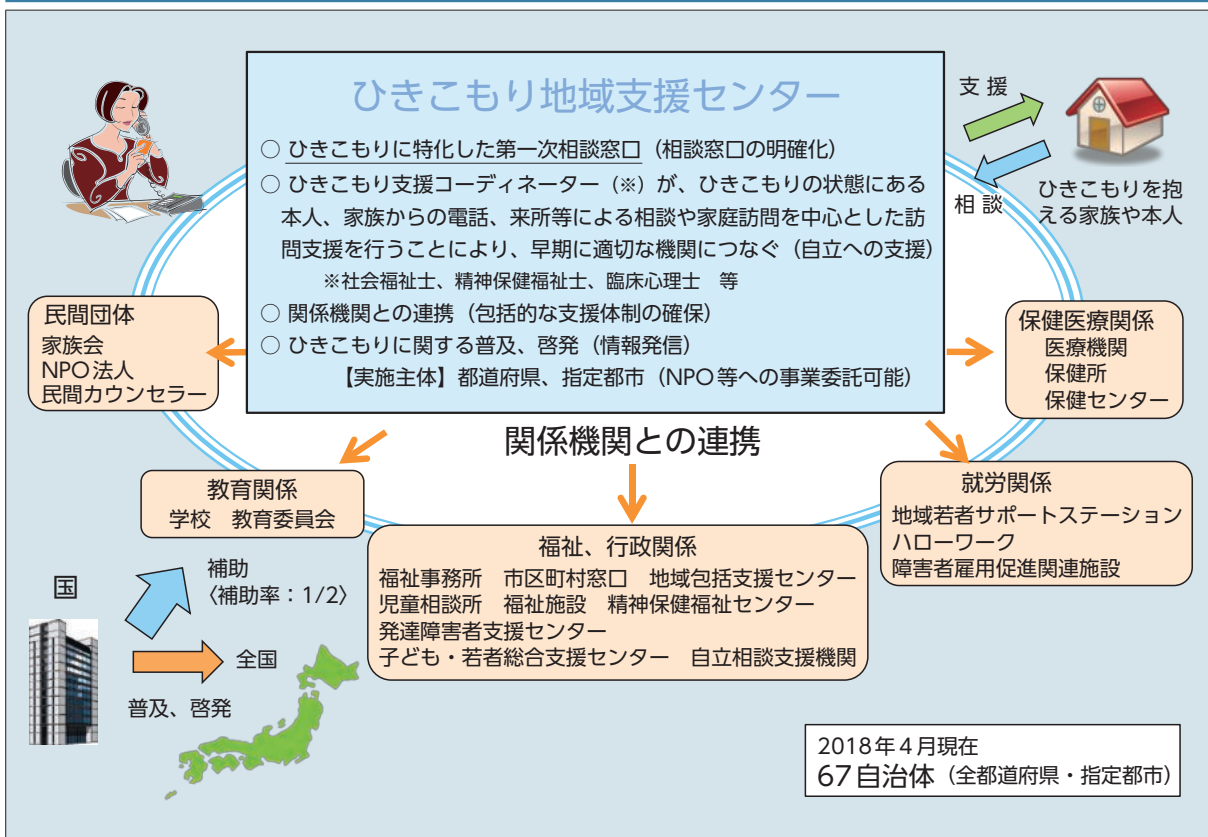
2 社会活動を行うのに困難を有する者の自立支援の取組み

ひきこもり状態にある者など、社会活動を行うのに困難を有する者は、生活歴や心身の状態、家族関係など多くの背景事情や課題が複雑に絡み合い、様々な困難を抱えている。状況に応じて目指す自立の形や目標も一人一人異なっており、社会活動を行うのに複合的な課題を有する者の有する背景事情や困難を一つ一つ紐解きながら、その者の目指す自立に向けて個別的・継続的支援を実施する必要がある。

(1) ひきこもり状態にある者に対する支援

1 ひきこもり地域支援センター

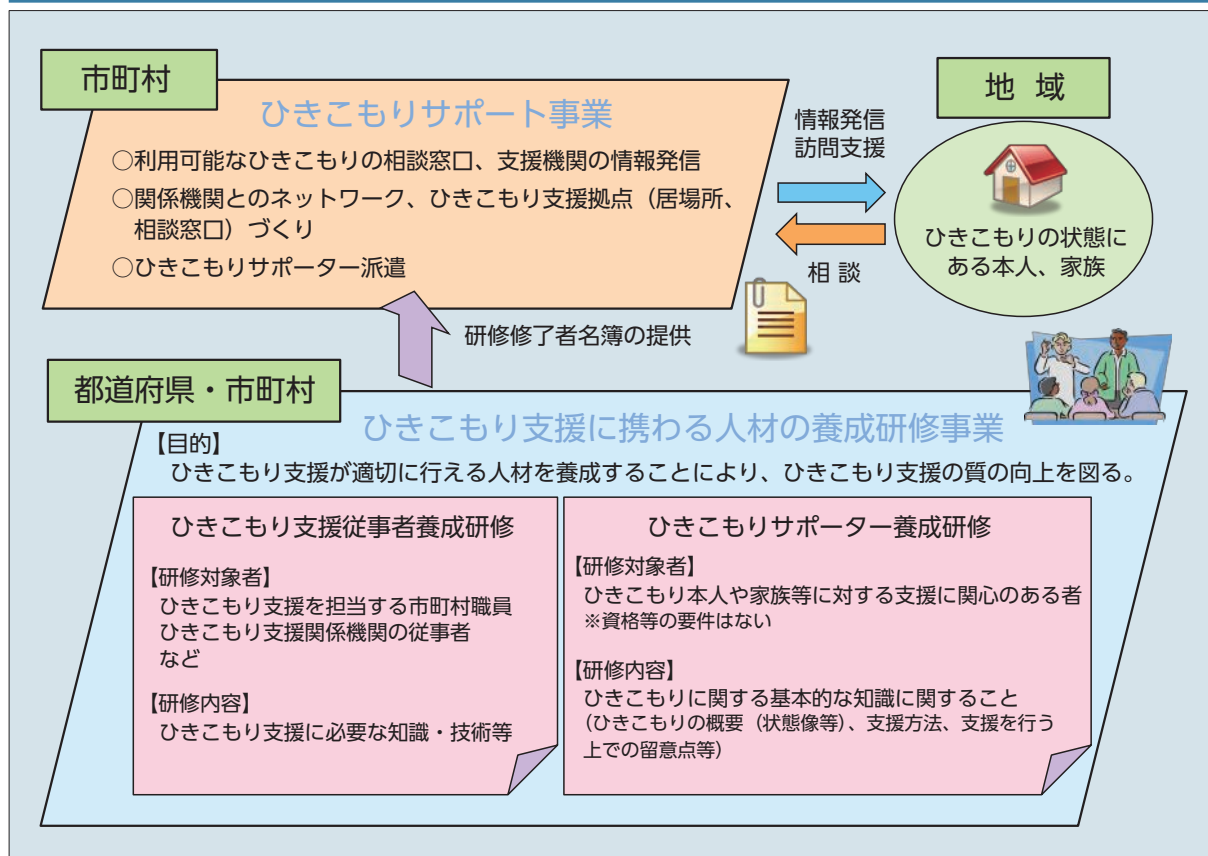
図表 1-3-10 ひきこもり地域支援センター設置運営事業



ひきこもり地域支援センターは、都道府県・政令指定都市が設置する、ひきこもり支援に特化した第一次的相談窓口である。社会福祉士や精神保健福祉士などのひきこもり支援コーディネーターが、ひきこもりの状態にある本人、家族からの電話、来所などによる相談や、家庭訪問を中心とした訪問支援を行うことにより、早期に適切な機関につなぐことを目的とする。また、保健医療、就労、福祉・行政、教育などの関係機関との連携による包括的支援体制の確保や、ひきこもりに関する普及、啓発といった情報発信もその役割とする（図表1-3-10）。2018（平成30）年4月1日現在、全ての都道府県・政令指定都市（67自治体）に設置されている。

2 ひきこもりサポーター

図表1-3-11 ひきこもり支援に携わる人材の養成研修・ひきこもりサポート事業



地域に潜在するひきこもり状態にある者を早期に発見し、ひきこもりを抱える家族や本人に対するきめ細かな支援が可能となるよう、都道府県と市区町村は継続的な訪問支援などを行うひきこもりサポーターを養成する事業を、市区町村はそのサポーターを派遣する事業を行っている（図表1-3-11）。2018年度からは、市区町村などのひきこもり支援を担当する職員の研修も併せて行うこととし、ひきこもり支援に携わる人材の育成や資質向上を図ることとしている。

(2) 無業者などに対する支援

1 わかもの応援ハローワーク、わかもの支援コーナー、わかもの支援窓口

求職活動を行う者については、ハローワークで職業相談・職業紹介を行っている。特に正規雇用を目指す若年者（おおむね45歳未満）に対しては、全国に「わかものハローワーク」（28か所）、「わかもの支援コーナー」（29か所）、「わかもの支援窓口」（177か所）^{*83}を設置し、担当者制の個別支援により、正規雇用に向けた就職プランの作成、職業相談・職業紹介、各種セミナーを実施している。

2 地域若者サポートステーション

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の構築を進めている。その拠点として「地域若者サポートステーション」（以下「サポ

* 83 「わかものハローワーク」、「わかもの支援コーナー」、「わかもの支援窓口」の設置数は2018（平成30）年4月1日現在。

ステ」という。)を運営し、若者の就労に向けた幅広い支援を行っている。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、協力企業への就労体験などの、就労に向けた支援が行われている。

サポステは、2017（平成29）年度全国で173か所設置されている。2016（平成28年）度の総利用数^{*84}は526,481件である。新規登録者数は22,885人で、そのうち就職した者の数は14,157人であり、2016年度のサポステ新規登録者のうち、6割以上が就職を決めている。



* 84 相談件数及びセミナーなどの参加者数の合計。

コラム

よこはま若者サポートステーション

よこはま若者サポートステーションとは

よこはま若者サポートステーション（以下「よこはまサポステ」という。）は、NPO法人ユースポート横浜が運営する、神奈川県横浜市にある地域若者サポートステーションである。相談希望者数は年々増加しており、2018（平成30）年3月現在、初回相談までに1か月を要するほどの人気を集めている¹。よこはまサポステは、なぜこれほど支援を求める若者から支持されるのか。

困り事を抱える若者たちを見逃さない

1) よこはまサポステへの入口を広く設定。どのような相談であっても一度受け止める



担当者制の個別相談

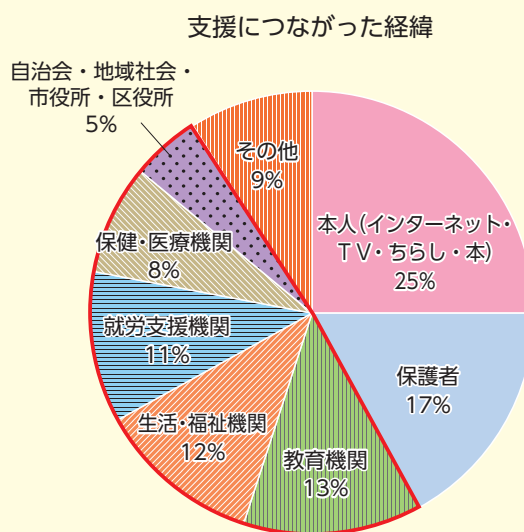
よこはまサポステの特徴として、「働くことに困っている人は誰でも利用できる支援機関」として初回相談の入口を広く設定し、相談内容を限定しないことで、困り事を抱える若者たちを見逃さないようにしていることが挙げられる。支援期間が長くなりそうなケース、すぐには就労には結びつかないようなケース、専門機関のサポートが必要になりそうなケース等、どのようなケースであっても、相談があればよこはまサポステで一度受け止めるようにしている。「働かないといけないと思っている人は、福祉や医療の支援が必要な状態でもあっても、福祉に関する行政の窓口や医療機関ではなく、まず就労相談窓口であるサポステにアクセスする。自分に福祉的支援などが必要であると気づいていない人も多い。」とよ

¹ 緊急な支援が必要な相談者に対しては、他の機関を紹介するなど必要に応じた対応が行われている。

こはまサポステの職員は言う。入口を広く設定し積極的に相談を受けることで、相談者の背景にある様々な困り事に気づくことが可能となる。それが就労よりも福祉的支援などが必要な場合であれば、関係機関につなぐことで困り事に対応することができる。

このように、福祉的支援が必要な人や複合的な問題を抱えている人へも、丁寧な支援を行うことができるのは、よこはまサポステが厚生労働省の地域若者サポートステーション事業の他に、横浜市子ども青少年局協働事業を受託していることが理由の一つとして挙げられる。国よりも支援の対象が広い横浜市独自の施策の枠組みを利用することで、よこはまサポステは幅広く手厚い支援を実現している。

2) よこはまサポステにつながった経緯の半数以上が他機関からの紹介



よこはまサポステにつながった経緯を見ると、本人（25%）、保護者（13%）、教育機関や生活・福祉機関等の他機関（49%）、その他（9%）となっており、支援開始段階から他機関との連携が円滑に行われていることが分かる。

特に、よこはまサポステに過去に支援対象者を紹介した機関の担当者や、相談・訪問活動の際に顔見知りとなった他機関の担当者から連絡が入る傾向にある。これは、他機関の担当者がよこはまサポステの具体的な支援内

容や雰囲気などを知っていたことから、連絡したものと考えられる。そのため、2016（平成28）年度は、より多くの若者がよこはまサポステにつながるように、他機関の担当者や支援者向けの見学会を開催した。さらに、関係機関を積極的に訪問したり、利用者から申し出があれば専門機関と共同で対応するなど、関係機関との連携を図っている。

利用者が「自身のありたい姿」に近づけるように支援する

1) 個別相談を主軸に支援を展開



相談時に利用するフリースペース

よこはまサポステでは、支援の主軸として個別相談に力を注いでいる。個別相談では利用者の利益を最優先に、利用者本人が自身のありたい姿に近づけるよう、自己決定を尊重し、社会につないでいくことを大切に考え支援を行っている。そのため、相談員は初回相談の段階から主訴を丁寧に聴き取り、その中で本人の抱えている問題を見立て、それを踏まえた実現可能な支援プランについて本人と共有するように心がけている。

個別相談以外では、利用者は、「学び直し」²「SST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング）」³等のプログラム（集団支援）やジョブトレーニング（10～30回の職業体験）などへ参加する場合があります。これらに参加した後、必ず相談員とともに時間をかけて振り返りを行う。プログラムやジョブトレーニングで得られた気づ

きや課題が、個別相談の際の重要な情報となっている。

2) 個別相談は一貫して同じ相談員が担当する

個別相談は担当者制で行っており、基本的に支援の入口から出口まで、一貫して同じ相談員が対応する。「担当者制にすることで、相談員と利用者の信頼関係を深めることができる。また、就労に関する悩み、家族に関する悩み等、あらゆる悩みは複雑に絡み合っており個別に切り分けることが難しい。担当の相談員が、利用者の抱える様々な困り事を丸ごと理解しサポートすることで、徹底的に利用者に伴走するようにしている」と職員は言う。

相談員育成のための仕組み

相談員の中には社会福祉士や精神保健福祉士、臨床心理士、キャリアコンサルタントなどの資格を持つ者が多いが、担当者制にすることで、自身の専門分野以外の困り事についても対応する必要が生じる。そこで、相談員が幅広い知識と経験を得られるよう、新規利用者の担当者を決めるにあたり、相談員の専門分野によらずあえて様々なケースを担当するように配置している。経験の少ない、不慣れた分野の支援に関しては、相談員の精神的な負担軽減や個別相談の質を担保するため、「コンサルテーション」⁴という仕組みを用意している。「コンサルテーション」とは、各相談員が「困った」と感じたときに経験豊富な相談員と一緒に考える、助言を受ける機会を設ける仕組みである。よこはまサポステでは、2016（平成28）年度は延べ682回コンサルテーションが活用された。また、「振り返り面談」と呼んでいるスーパービジョン的な仕組みも、相談員育成には大きな役割を果たしている。ここでは相談員は、ベテラン相談員でもある管理職と定期的に面談をして、すべてのケースについてかわりや方針の見直し

2 英語、国語、数学（算数）を個別指導形式で学び直すプログラム。

3 「ソーシャルスキル」とは、対人関係や集団行動を上手に行う技能（スキル）のことであり、相手に適切に反応するための言語的・非言語的な対人行動をいう。SSTでは、ロールプレイ等を通じてこの対人行動について学ぶ。

4 本来コンサルテーションとは、専門性の異なる者から助言を受けることを言う。よこはまサポステでも、元々は心理職から専門的な助言を受ける仕組みとして始まったが、「指導」ではなく「気軽な助言」というスタイルを踏襲するため、現在は同職種同士で助言を行う場合にも「コンサルテーション」と呼んでいる。

を行い、指導を受ける。相談員ごとに経験豊富な分野、経験の浅い分野がある中、コンサルテーションや振り返り面談で支援スキルやノウハウを補い合いながら、よこはまサポステ全体で相談員の育成、個別相談の質の向上に取り組んでいる。

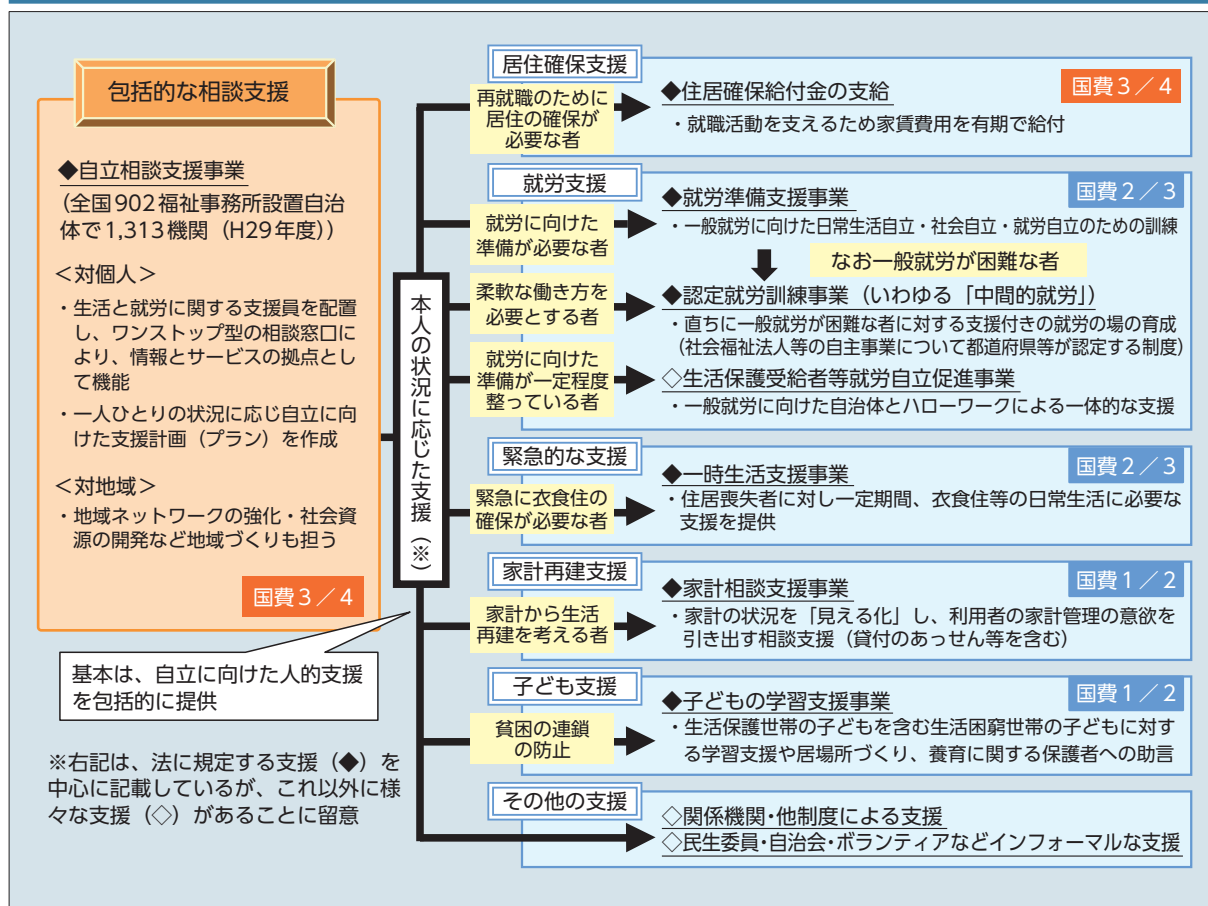
今後も「利用してよかったと思ってもらえる支援機関」を目指す

一人一人の若者を支援するのは時間がかかる。実際、試行錯誤を繰り返しながら、利用

者が納得の行く働き方で就労先を見つけるまでには数年にわたる支援が必要な場合もある。また、人材育成の観点からも、相談員が質の高い支援を担うことができるようになるまでは一定の時間が必要である。よこはまサポステは、若者支援や人材育成について中長期的な展望を持って、今後とも『働くことに困っている人は誰でも利用できる支援機関』『利用してよかったと思ってもらえる支援機関』を目指し取り組むこととしている。

(3) 生活困窮者に対する支援（生活困窮者自立支援制度）

図表 1-3-12 生活困窮者自立支援制度の概要



生活困窮者自立支援制度^{*85}とは、「生活困窮者自立支援法」(平成25年法律第105号)に基づき、「断らない支援」の目標の下、福祉事務所を設置する地方公共団体において、様々な課題を有する生活困窮者に対して、以下の各種支援を実施するほか、地域のネット

* 85 生活困窮者自立支援法における「生活困窮者」とは、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者をいう。

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1-3-12）。

①自立相談支援事業

生活困窮者から就労その他自立に関する相談を受け、生活困窮者の抱えている課題を適切に評価・分析（アセスメント）した上で、その課題を踏まえた「自立支援計画」を作成し、伴走型の支援を行う。

②住居確保給付金の支給

離職などにより住居を失った者、または失うおそれの高い者に、求職活動などを条件に、一定期間家賃相当額を支給する。

③就労準備支援事業

就労に向け準備が必要な者を対象として、一般就労の準備としての基礎能力の形成に向けて、最長1年間の集中的な支援を実施する。

④一時生活支援事業

住居がなく所得が一定水準以下の者に対して、宿泊場所や衣食の提供を一定期間行う。

⑤家計相談支援事業

家計表などを活用し、本人を含む世帯全体の家計収支などに関する課題を評価・分析した上で、状況に応じた家計再生プランを作成し、家計管理や債務整理などに関する支援を行う。

⑥子どもの学習支援事業

生活保護受給世帯を含む生活困窮世帯の子どもに対し、学習支援や居場所づくり、親への養育支援などを通じて、子どもの将来の自立に向けたきめ細かな支援を行う。

⑦認定就労訓練事業

民間事業者の自主的な取組みとして、雇用による就業を継続して行うことが困難な生活困窮者を対象に、その状況に応じた就労の機会を提供するとともに、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練などを行う。

1 基本理念の明確化と「生活困窮者」の定義などの見直し

2015（平成27）年4月に施行された生活困窮者自立支援法は、施行3年後を目途とした見直しが法定されており、この見直しに向けて、社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会（以下「部会」という。）において検討が重ねられた（2017（平成29）年5月～同年12月計11回）。

部会の報告書においては、新規相談者の有する課題に関し、ひきこもり状態にある者や若年無業者の状態像にも重なるものも含まれているが、経済的困窮をはじめとして、就労活動困難、病気、住まいの不安定、家庭の問題、メンタルヘルス、家計管理の課題、就労定着困難、債務など多岐にわたり、かつ課題を複数有する人が半数を超えているなど、生活困窮者の有する課題が複雑かつ多様化している旨、言及されている。

さらに、生活困窮者に対する支援は、生活困窮者自立支援制度に位置づけられている支援だけで完結するものではなく、前出のひきこもり地域支援センターやサポステなどの様々な関係機関、NPOなどの民間団体、地域住民などとの緊密な連携の下で展開するこ

とを前提としていることから、生活困窮者の定義や基本理念について、法令における明確化のうえ、共有を行うべき、との言及もなされている。

これらの観点を踏まえて、第196回通常国会において成立した生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（平成30年法律第44号。以下「改正法」という。）では、

- ・「生活困窮者の尊厳の保持」、「就労の状況、心身の状況、地域社会からの孤立といった生活困窮者の状況に応じた包括的早期的な支援」、「地域における関係機関、民間団体との緊密な連携等支援体制の整備」を内容とした基本理念を新たに規定し、
- ・生活困窮者の定義について、経済的困窮に至る背景事情として、「就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情」を明示する改正を行い、関係者間で、生活困窮に至る背景事情を踏まえた適切かつ効果的な支援の展開を目指すこととしている。

2 支援のアウトリーチ機能の強化

生活困窮者の中には、失敗体験の積み重なりによる気力の減退、自尊感情や自己肯定感の低下、地域社会から孤立し自発的な情報へのアクセスに係る困難性、行政機関への心理的な抵抗感などにより、自ら自治体の窓口に出向き、相談や申請を行うことが困難な者も多いため、支援を必要とする者の来所を待っているのではなく、支援を個人に「届ける」観点が重要である。

改正法においては、

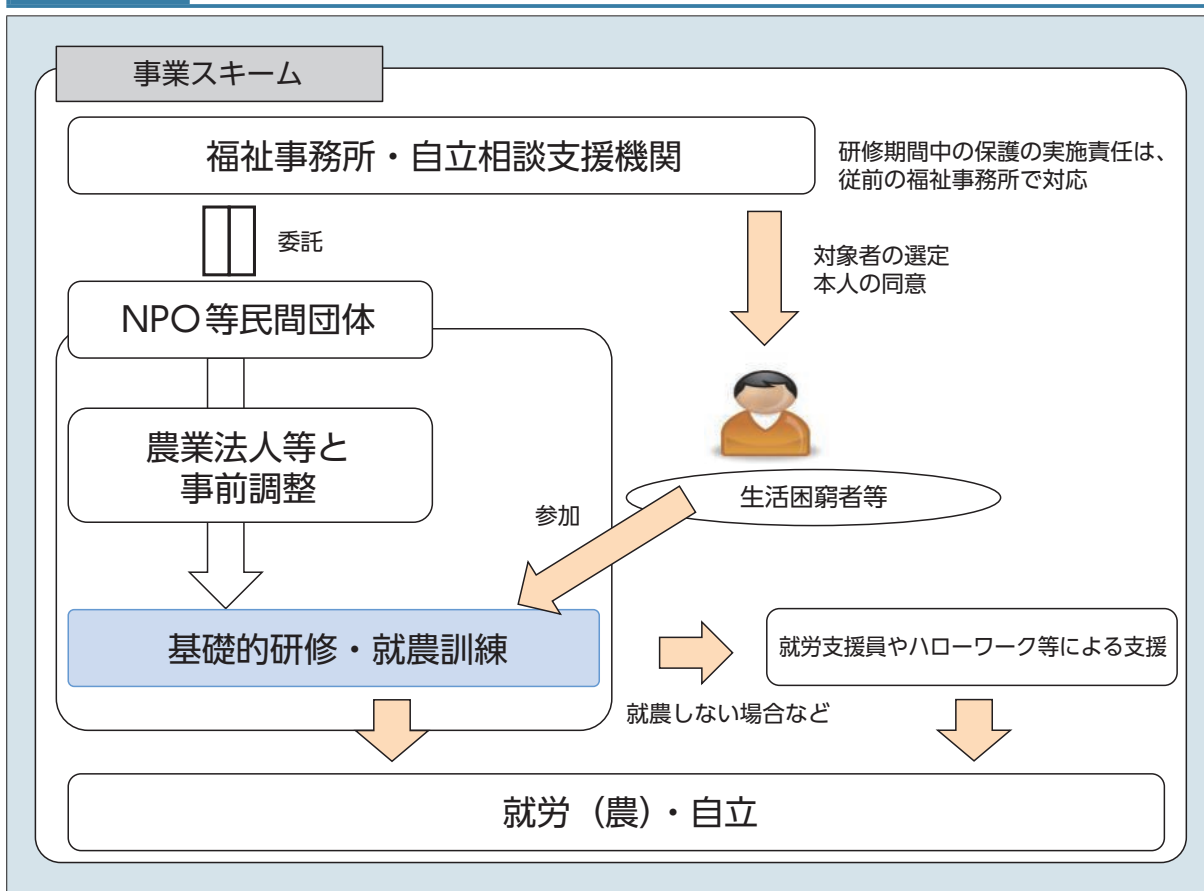
- ・生活困窮者自立支援制度が、国民の生活にとってより身近な仕組みとなるよう、制度の広報や周知を行う努力義務の創設（改正後の生活困窮者自立支援法第4条第4項）
- ・自治体の福祉、就労、教育、税務、住宅の関係部局において、生活困窮の端緒を把握した場合に、生活困窮者自立支援制度の利用勧奨を行う努力義務の創設（改正後の生活困窮者自立支援法第8条）
- ・生活困窮者に対する支援に携わる関係者間で、支援を必要とする者について適切に情報共有を行うための「支援会議」の設置（改正後の生活困窮者自立支援法第9条）

といったアウトリーチ機能の強化を行っている。

特にひきこもり状態にある者に対しては、その社会参加を忌避している状態像からも、このアウトリーチの観点が重要であり、さらに若年である場合には、他の福祉サービスにおいても接点が少ないケースが考えられるため、留意が必要である。

3 ひきこもり状態にある者などの生活困窮者に対する就農訓練事業

図表 1-3-13 生活困窮者などの就農訓練事業



ひきこもり状態にある者などの生活困窮者については、労働市場や地域社会への参加から長期間離れていることも少なくない。これらの者に対し就労支援を行う際には、研修や就労体験などによる段階的な支援内容を提供することが重要である。

また、ひきこもり状態にある者については、生活習慣の乱れ（図表1-3-3）や、学校や職場での人間関係や家庭などで困難を抱えている傾向（図表1-3-2、図表1-3-5）も見られるため、具体的な支援としては、生活習慣の形成・改善に向けた支援や、自己有用感の醸成や就労意欲の喚起のための支援などが求められている。

これらの生活困窮者に対する支援ニーズと、人口減少や高齢化に伴い農林水産分野では担い手不足の現状にあることを踏まえ、2016（平成28）年度より、生活困窮者自立支援制度の就労準備支援事業の一類型として、農業体験や研修を行う「就農訓練事業」を設けており、現在9か所^{*86}の地方公共団体で実施されている。この取組みを通じて、生活困窮者本人については、農業活動による心身のリハビリ効果や生活リズムの改善、その先の就農や社会参加といった効果が、そして就農体験の受け入れ先については、後継者・担い手の確保や農林水産分野の認知度向上といった効果が期待されている（図表1-3-13）。

この就農訓練事業の効果について、利用者からは、

- ・農作業を通じて、周囲とコミュニケーションが取れるようになった
- ・農業への参加で自信が付き、他の訓練プログラムに参加する意欲が出てきた

* 86 2017年度実施団体（9団体）

神奈川県、神奈川県相模原市、三重県伊勢市、京都府、京都府福知山市、京都府京丹後市、香川県丸亀市、愛媛県松山市、福岡県糸島市

- ・農業や物づくりへの興味が出てきた

といった声があり、自己有用感の高まりや就労意欲の向上などが現れている。

受け入れる側の事業者からも、

- ・農業は他の訓練より働くことによる達成感を得られる場面が多くあるため、就労意欲の維持に有効
- ・農業に関心を持ってもらうためには実際に体験してもらうことが重要であり、その手段としても意義がある

といったような好意的な受け止めがなされている。

第2章 自立支援に関する国民の意識調査

第1節 概要

第1章では、障害や病気を有する者などの現状や就労・雇用の状況、各種支援の取り組みを見てきた。このように、心身に何らかの困難を有する者などの社会的自立・経済的自立にあたっては、様々な配慮や支援が求められる中、国民は自立支援や地域での支え合いのあり方についてどのように考えているだろうか。2018（平成30）年2月に行った「自立支援に関する意識調査」の結果を見ながら分析していきたい。

1 「自立支援に関する意識調査」の概要

「自立支援に関する意識調査」の概要

(1) 調査目的

障害や病気などを有する者の自立支援について、今後の課題を整理するため、地域での支え合いや就労についての意識を調査した。

(2) 調査方法

みずほ情報総研株式会社に委託し、楽天リサーチ株式会社に登録しているモニターから、20歳以上65歳未満のモニターを対象として、性別・年齢階級別の人口構成比に基づいてサンプル割付を行い、調査を実施した。スクリーニング設問により回答者を以下の3類型に分類し、類型ごとに回答者が1,000人に達した時点で回答を締め切った。

類型1 障害や病気を有する者

類型2 身近に障害や病気を有する者がいる者（類型1の該当者を除く）

類型3 類型1・類型2以外の者（かつて障害や病気を有していた者を含む）

(3) 調査期間

平成30年2月20日（火）～2月21日（水）

(4) 回答数

各類型1,000件、合計3,000件

	全体	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳
類型1 障害や病気を有する者	1,000	136	155	272	279	158
類型2 身近に障害や病気を有する者がいる者	1,000	127	194	240	275	164
類型3 類型1・類型2以外の者	1,000	140	162	261	254	183

(5) 調査項目

●属性情報

- | | | |
|---------|------------|-------------|
| 1) 性別 | 5) 現在の就業状況 | 9) 育児・介護の経験 |
| 2) 年齢 | 6) 就業形態 | 10) 世帯年収 |
| 3) 居住地域 | 7) 支障の程度 | |
| 4) 家族構成 | 8) 心身の状態 | |

●主な意識調査項目

- 1) 地域や職場で障害や病気で困っている者がいたら助けたいか・理由
- 2) 過去に地域や職場で障害や病気で困っている者を助けた経験・理由
- 3) 地域で実施したい支援活動
- 4) 地域で受けたい支援活動
- 5) 地域における支え合い活動の展開状況
- 6) 地域における支え合い機能向上において有効な施策
- 7) 生活援助などのサービスの負担のあり方
- 8) 就業希望・就業継続希望
- 9) 治療と仕事を両立すること、または障害を有しながら仕事をすることは困難か
- 10) 仕事をしたくない・続けたくない理由
- 11) 相談機関への相談希望・どのような相談機関に相談したいか・相談したくない理由
- 12) 職場への影響

2 「自立支援に関する意識調査」における回答者の特性

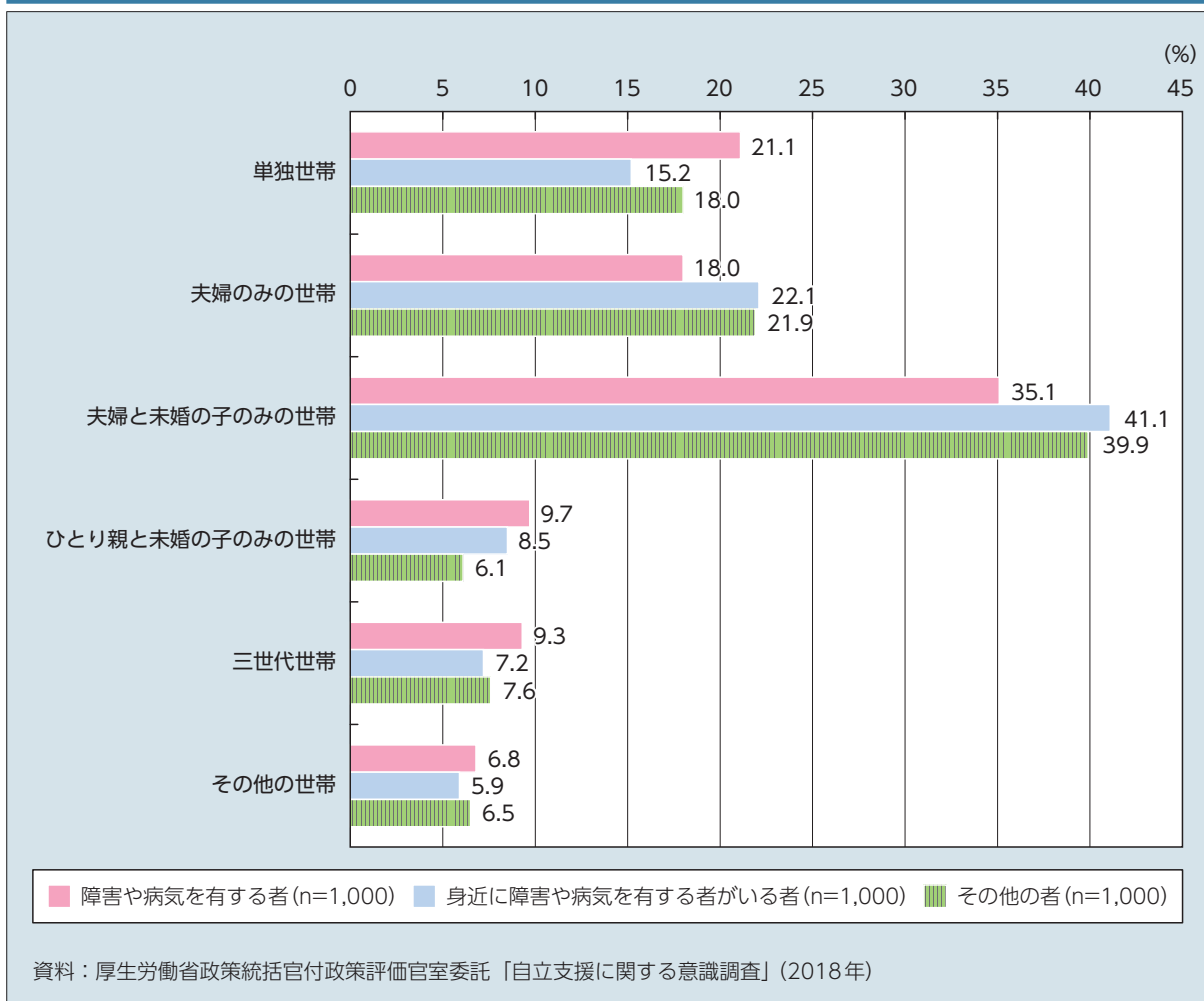
「自立支援に関する意識調査」は、調査回答モニターとして楽天リサーチ株式会社に登録した者を対象として、インターネット調査により実施した。このため、回答者はインターネットを利用できる者に限られる。また、統計学的に裏付けられた従来型の調査（確率抽出法などによって対象者を選んだ調査）と比較すると、本調査は統計としての精度を推定できず、結果の解釈に当たっては留意が必要である。

本調査では、属性による意識の差を分析するため、①障害や病気を有する者（以下「障害・有病者」という）、②身近に障害や病気を有する者がいる者（以下「身近にいる者」という）、③その他の者（①・②以外の者）の3類型に分類した^{*1}。なお、①障害・有病者の障害や病気は日常生活や就労において支障が生じる程度としており、風邪や一時的な怪我などは含まれない。各類型の特性は以下の通りである。

^{*1} 分類にあたり、各類型の出現率を調査するためスクリーニング調査を実施した。楽天リサーチ株式会社に登録しているモニターのうち、20歳以上65歳未満のモニターを対象とした（30万人に配信し回答数20,000人でスクリーニング調査を締め切った）。スクリーニング設問は、(1) 自身の心身の状態、(2) 身近に心身の事情によって日常生活や仕事において配慮が必要と思われる人（65歳未満）がいるかの2問。

各類型の出現率は、①障害・有病者が13.5%、②身近にいる者が22.8%、③その他の者が63.7%であった。また、身近に障害や病気によって日常生活や仕事において支援や配慮が必要と思われる者がいるか聞いたところ、「職場にいる」が10.3%、「家族や親戚にいる」が17.5%、「友人や知人にいる」が8.8%、「身近にいない」が68.7%であった。

図表 2-1-1 各類型の家族構成

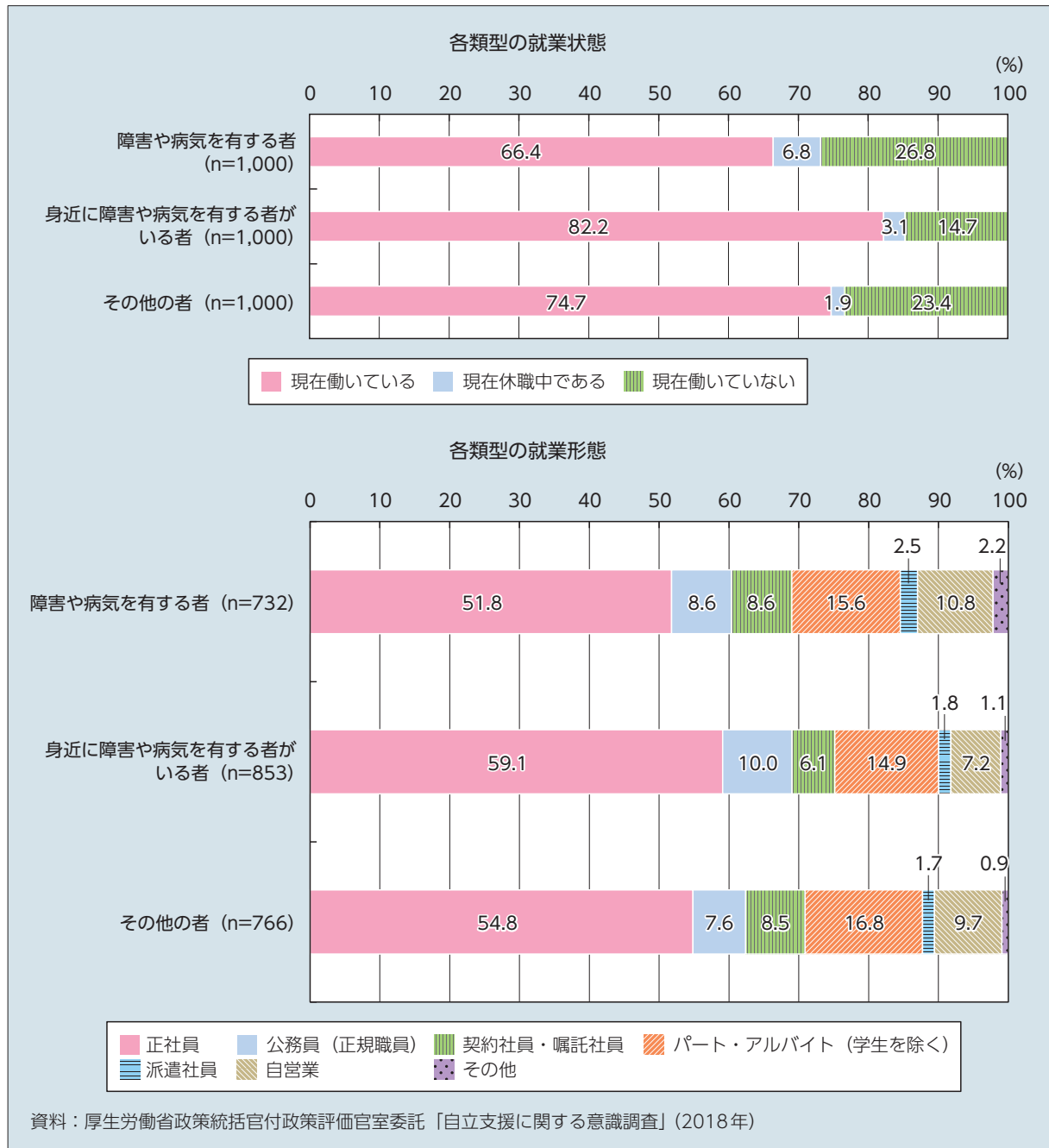


家族構成を見ると（図表2-1-1）、単独世帯は、①障害・有病者が21.1%、②身近にいる者が15.2%、③その他の者が18.0%となっており、①障害・有病者が他類型と比較するとやや高い傾向にあることがわかる。一方、夫婦のみ世帯及び夫婦と未婚の子のみ世帯の合計をみると、①障害・有病者が53.1%、②身近にいる者が63.2%、③その他の者が61.8%となっている^{*2}。

^{*2} 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「身体障害児・者実態調査」(2006年)、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「知的障害児(者)基礎調査」(2005年)、厚生労働省「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」(2003年)によると、有配偶者率は、在宅の身体障害者(18歳以上)は60.2%、在宅の知的障害者は2.3%、外来の精神障害者は34.6%(統合失調症の者は18.7%、統合失調症以外の者は46.0%)となっている。なお、総務省統計局「平成27年国勢調査」によると、全国の有配偶者率は男性で60.9%、女性で56.3%となっている。

また、国立社会保障・人口問題研究所「第15回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」によると、結婚意思のある未婚者に、一年以内に結婚するとしたら何か障害となることがあるかを尋ねたところ、「健康上のこと」をあげた人が男性で2.2%、女性で2.8%となっている。

図表 2-1-2 各類型の就業状態と就業形態



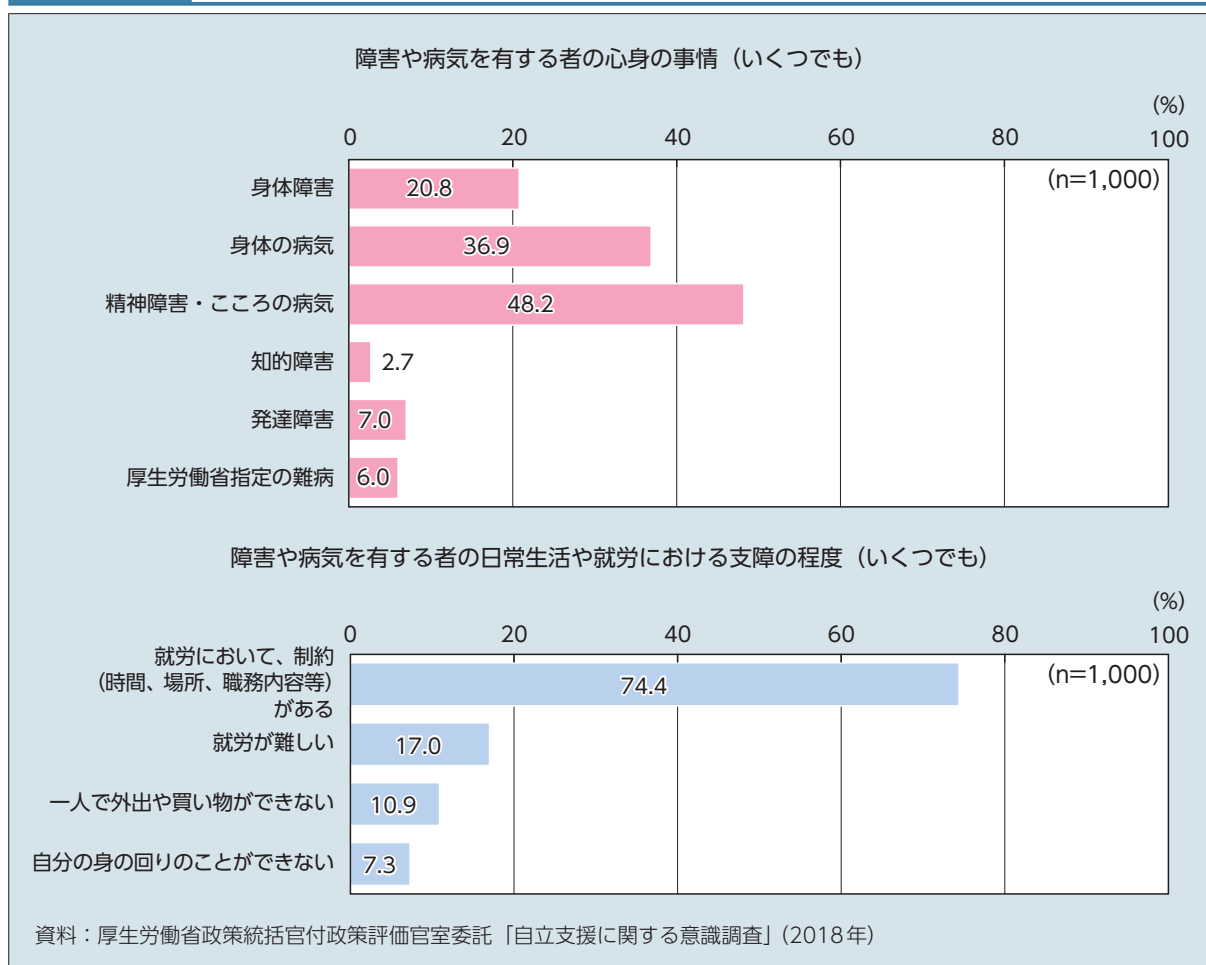
各類型の就業状態を見ると、「現在働いている」者は、①障害・有病者のうち66.4%、②身近にいる者のうち82.2%、③その他の者のうち74.7%となっており、①障害・有病者は他類型と比較すると、就業が難しい状況にあることがわかる（図表2-1-2）。

また、「現在働いている」及び「現在休職中である」者に就業形態を聞いたところ、正規雇用^{*3}は①障害・有病者のうち60.4%、②身近にいる者のうち69.1%、③その他の者のうち62.4%となっている。一方で、非正規雇用^{*4}は、①障害・有病者のうち26.6%、②身近にいる者のうち22.7%、③その他の者のうち27.0%となっている。

*3 ここでは、「正社員」と「公務員（正規職員）」を「正規雇用」と分類している。

*4 ここでは、「契約社員・嘱託社員」、「パート・アルバイト（学生を除く）」、「派遣社員」を「非正規雇用」と分類している。

図表 2-1-3 障害や病気を有する者の心身の事情と支障の程度



①の者に障害や病気の種別について聞いたところ、「精神障害・こころの病気」が48.2%、「身体の病気」が36.9%、「身体障害」が20.8%となっている（図表2-1-3）。なお、「知的障害」が2.7%と、障害者数に関する統計データ（第1章1（1）参照）と比較すると割合が低い^{*5}。

①障害・有病者の支障の程度について見てみると（図表2-1-3）、「就労において制約（時間、場所、職務内容等）がある」が74.4%、次いで「就労が難しい」が17.0%、「一人で外出や買い物ができない」が10.9%、「自分の身の回りのことができない」が7.3%となっている。

なお、支障の程度は必ずしも段階的なものではなく、例えば一人での外出は出来なくとも在宅での仕事は可能であるなど多様であり、個々人の有する障害や病気の特徴によって異なることに留意が必要である。

^{*5} 公表統計データでは身体障害者数は知的障害者数の約2.7倍となっているが、同調査回答者の類型1では身体障害者数は知的障害者数の約7.7倍となっている。

総務省情報通信政策研究所「障がいのある方々のインターネット等の利用に関する調査研究」（2012年）によれば、パソコン利用率について障害種別にみると、視覚障害86.2%、聴覚障害88.7%、肢体不自由74.7%、知的障害28.3%となっている。また、インターネット利用率について障害種別にみると、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由では「利用している」がそれぞれ91.7%、93.4%、82.7%であるのに対し、知的障害では、「利用している」が46.9%となっている。今回の調査回答者に占める知的障害者の割合が低めになっている要因として、このような障害種別のパソコン利用率、インターネット利用率の違いが影響している可能性がある。

第2節 地域での支え合いに関する意識

第2節では、地域での支え合いに関する意識について見ていく。

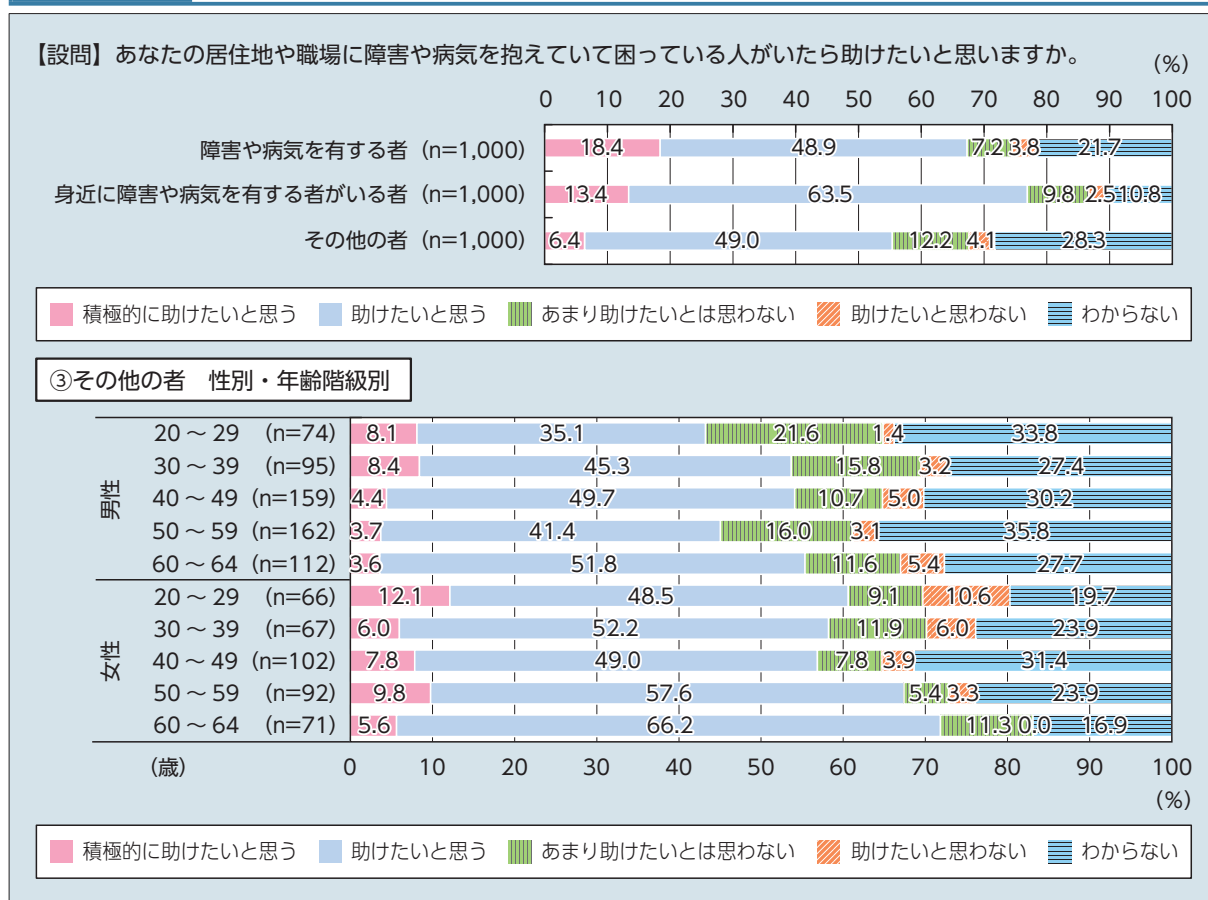
1 地域や職場で障害や病気で困っている者がいたら助けたいと思うか

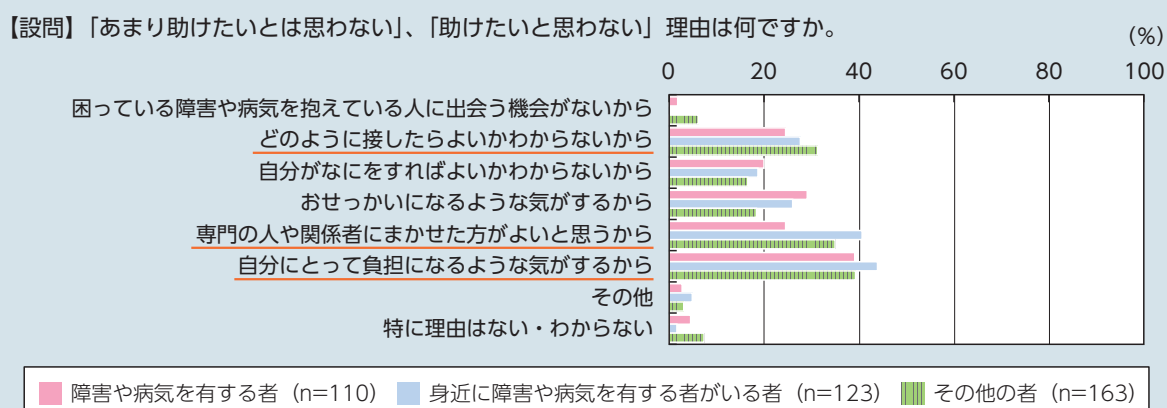
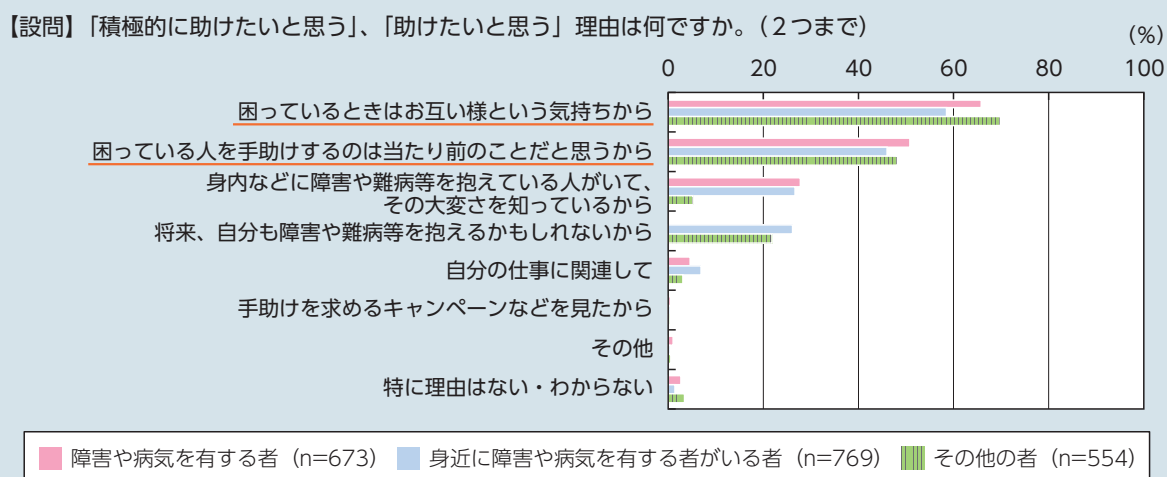
(身近に障害や病気を有する者がいる者は助け合いの意識が高い傾向。障害や病気に関わりのない者は「わからない」が約3割)

地域や職場で障害や病気を有して困っている者がいたら助けたいかを聞いたところ(図表2-2-1)、「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と答えた者の合計は②身近にいる者では76.9%と最も多く、次いで①障害・有病者では67.3%、③その他の者では55.4%となっている。③その他の者では、「あまり助けたいとは思わない」及び「助けたいとは思わない」の合計は16.3%にとどまるが、「わからない」と答えた者が約3割を占める。

③その他の者の助け合いの意識について、性別・年齢階級別にクロス集計すると、いずれの年齢階級においても男性よりも女性の方が「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と答えた者の合計が多い。また、性別にかかわらず、「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と答えた者の合計は60～64歳において最も多くなっている。

図表2-2-1 地域や職場で障害や病気で困っている者がいたら助けたいか・理由





資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」（2018年）

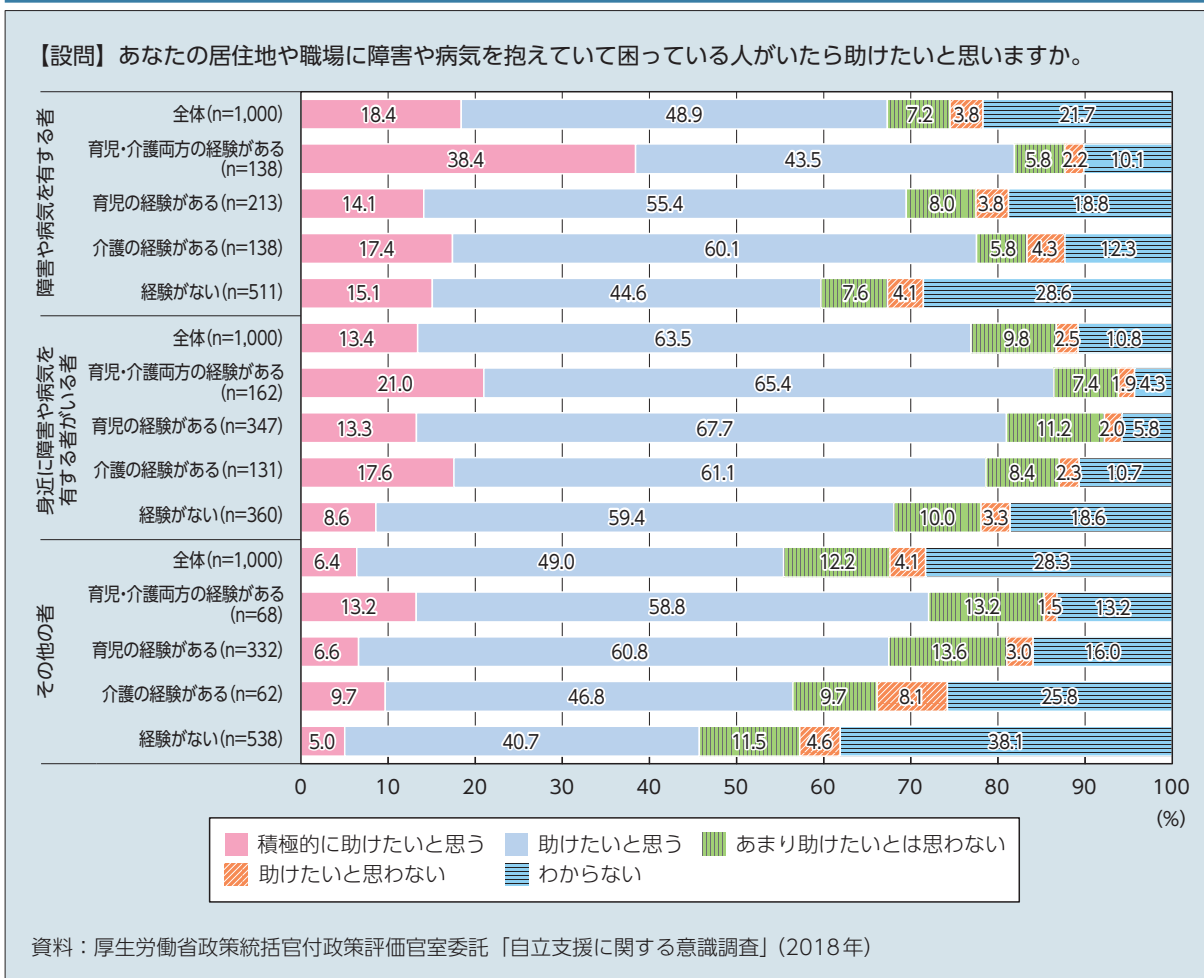
（助けたいと思う理由は「困っているときはお互い様という気持ちから」、助けようと思わない理由は「自分にとって負担になるような気がするから」が最多）

「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」理由は、類型によって違いはなく、「困っているときはお互い様という気持ちから」が最も多く、次いで「困っている人を手助けするのは当たり前のことだと思うから」となっている（図表2-2-1）。また、②身近にいる者と③その他の者では、「将来、自分も障害や難病等を抱えるかもしれないから」が20%を超している。

一方、「あまり助けたいと思わない」及び「助けたいと思わない」理由は、どの類型においても「自分にとって負担になるような気がするから」が最多となっている。また、②身近にいる者と③その他の者では、前述の理由に次いで「専門の人や関係者にまかせた方がよいと思うから」、「どのように接したらよいかわからないから」が多い（図表2-2-1）。これらの結果を踏まえると、手助けへの負担感や障害や病気を有する者に対してどのように手助けをすればよいかわからないという思いが、助け合いに対する消極的な姿勢につながっていると考えられる。

(育児や介護の経験がある者は、それらの経験がない者よりも助けようと思う割合が高い)

図表 2-2-2 育児・介護の経験別 障害や病気で困っている人を助けることについての意識

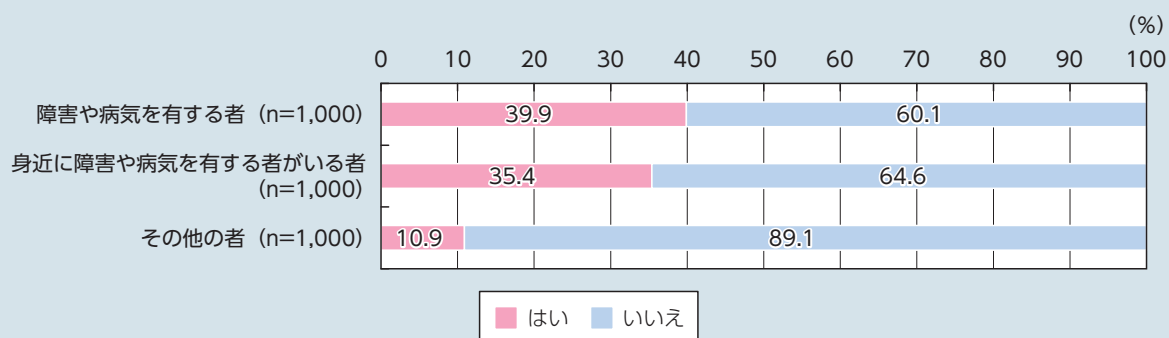


育児・介護の経験別に、障害や病気で困っている者を助けることについての意識をクロス集計すると（図表2-2-2）、どの類型においても育児や介護の経験があると答えた者の「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」の割合は、「経験がない」者より高くなっている。これは、育児や介護を行う中で、地域における支援や親切を受けた経験が、助け合いの意識の醸成につながっているものと推測される。

(助けたいと思いつつも、実際に助けた経験がない者が多い)

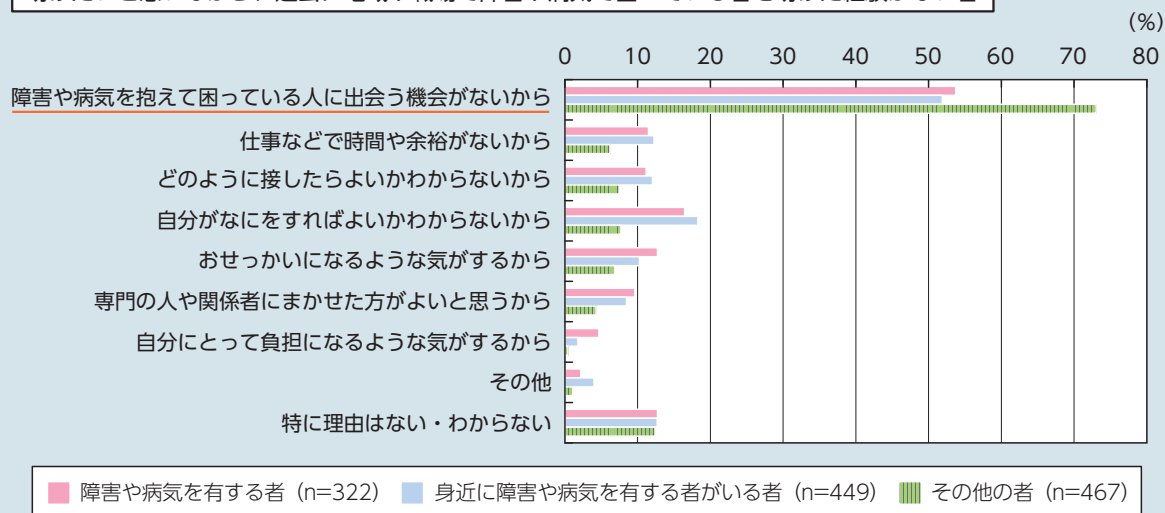
図表 2-2-3 過去に地域や職場で障害や病気で困っている者を助けた経験・理由

【設問】過去1年以内に居住地や職場において、家族以外で障害や病気で困っている人を助けた経験がありますか。



【設問】居住地や職場において、家族以外で障害や病気を抱えていて困っている人を助けた経験がない理由は何ですか。(2つまで)

助けたいと思いつつも、過去に地域や職場で障害や病気で困っている者を助けた経験がない者



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

過去1年以内に居住地や職場において、家族以外で障害や病気で困っている者を助けた経験があるかを尋ねたところ(図表2-2-3)、助けた経験があると答えた者は①障害・有病者が39.9%、②身近にいる者が35.4%、③その他の者が10.9%となっており、前述の助けたいと思いを抱く者の割合に対し実際に助けた経験がない者の割合が多いことがわかる^{*6}。

地域や職場で障害や病気を有して困っている人がいたら「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と回答した者のうち、過去1年以内に困っている者を助けた経験がないと回答した者に対して、その理由を尋ねたところ、いずれの類型においても「障害や病気を抱えて困っている人に出会う機会がないから」が最多となっている。助けたいという思いを地域での支援につなげていくためには、支援を受けたい者とのマッチングや障害

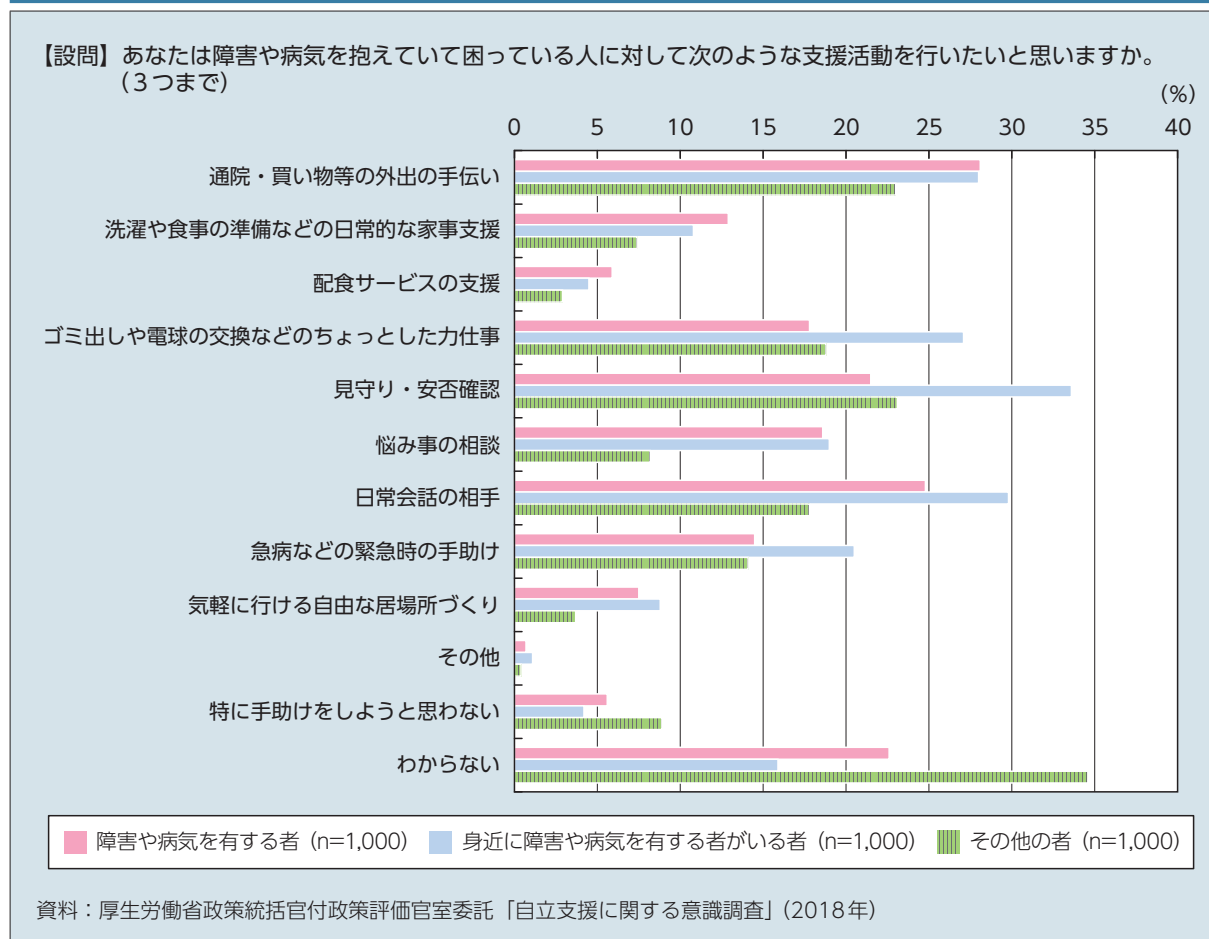
*6 全体のうち、助け合いの意識で「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」を選択し、実際に助けた経験は「ない」と答えた者の割合は、①障害・有病者が32.2%、②身近にいる者が44.9%、③その他の者が46.7%となっている。

者などの支援マーク^{*7}の普及・認知度の向上などが必要となる。

2 実施したいと思う支援活動と支え合い機能向上に有効だと思う施策

(身近に障害や病気を有する者がいる者は、助け合いや支援活動に積極的な傾向)

図表 2-2-4 実施したいと思う支援活動



自分が実施したいと思う支援活動について尋ねたところ(図表2-2-4)、実施したいと思う支援活動^{*8}の内容では、②身近にいる者の「見守り・安否確認」が33.6%と最も多く、次いで②身近にいる者の「日常会話の相手」が29.8%、①障害・有病者の「通院・買い物等の外出の手伝い」が28.1%となっている。「配食サービスの支援」及び「気軽に行ける自由な居場所づくり」といった個人で実施することが難しい支援活動は、どの類型においても選択した回答者が少なく、組織や団体による支援が必要とされることがうかがえる。一方、「わからない」と答えた者は、③その他の者において3割を超えており、他類型と比較しても突出している。

②身近にいる者は、地域や職場で障害や病気を有して困っている者がいたら助けたいと思う者の割合も最も高い(前述1)。これは、身近に障害や病気を有する者がいるこ

^{*7} 障害者団体などにおいて、障害者などが街中や公共機関など様々な場所で周囲からの配慮を得られるよう、様々なマークを作成し、周知に努めている。障害者のための国際シンボルマーク(車いすマーク)、身体障害者標識(身体障害者マーク)、聴覚障害者標識(聴覚障害者マーク)、盲人のための国際シンボルマーク、耳マーク、ほじょ犬マーク、オストメイト用設備/オストメイト、ハート・プラスマーク、障害者雇用支援マーク、「白杖SOSシグナル」普及啓発シンボルマーク、ヘルプマークなどがある。

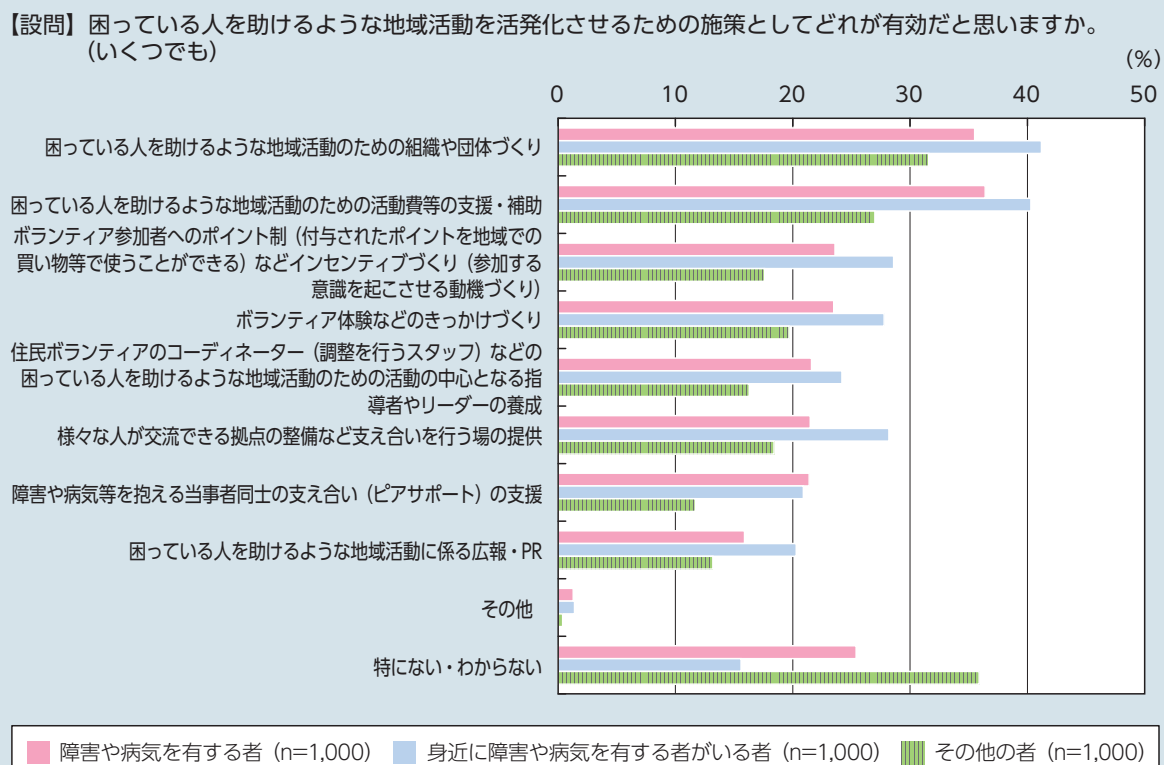


^{*8} 「その他」「特に手助けをしようと思わない」「わからない」以外の選択肢。

とで、普段からサポートを行っていたり、逆に家族が他者から支援を受ける場面を見る機会があり、助け合いや支援活動への積極的な傾向につながっていると推測される。

(支え合い機能向上のためには「困っている人を助けるような地域活動のための組織や団体づくり」などが求められる)

図表 2-2-5 支え合い機能向上のため有効と思う施策



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

地域での支え合い機能向上のため有効だと思う施策を尋ねたところ(図表2-2-5)、「困っている人を助けるような地域活動のための組織や団体づくり」、「困っている人を助けるような地域活動のための活動費等の支援・補助」との回答が相対的に多かったが、ボランティア活動を推進する施策(インセンティブづくりなど)、交流拠点づくり、ピアサポート支援を有効だと考える回答もそれぞれ2割程度あった。様々な角度からの施策が求められていると考えられる。また、助けたいという思いや実施したいと思う活動を実際の支援につなげるため、組織や団体の構築や、既存の組織や団体の周知なども求められる。

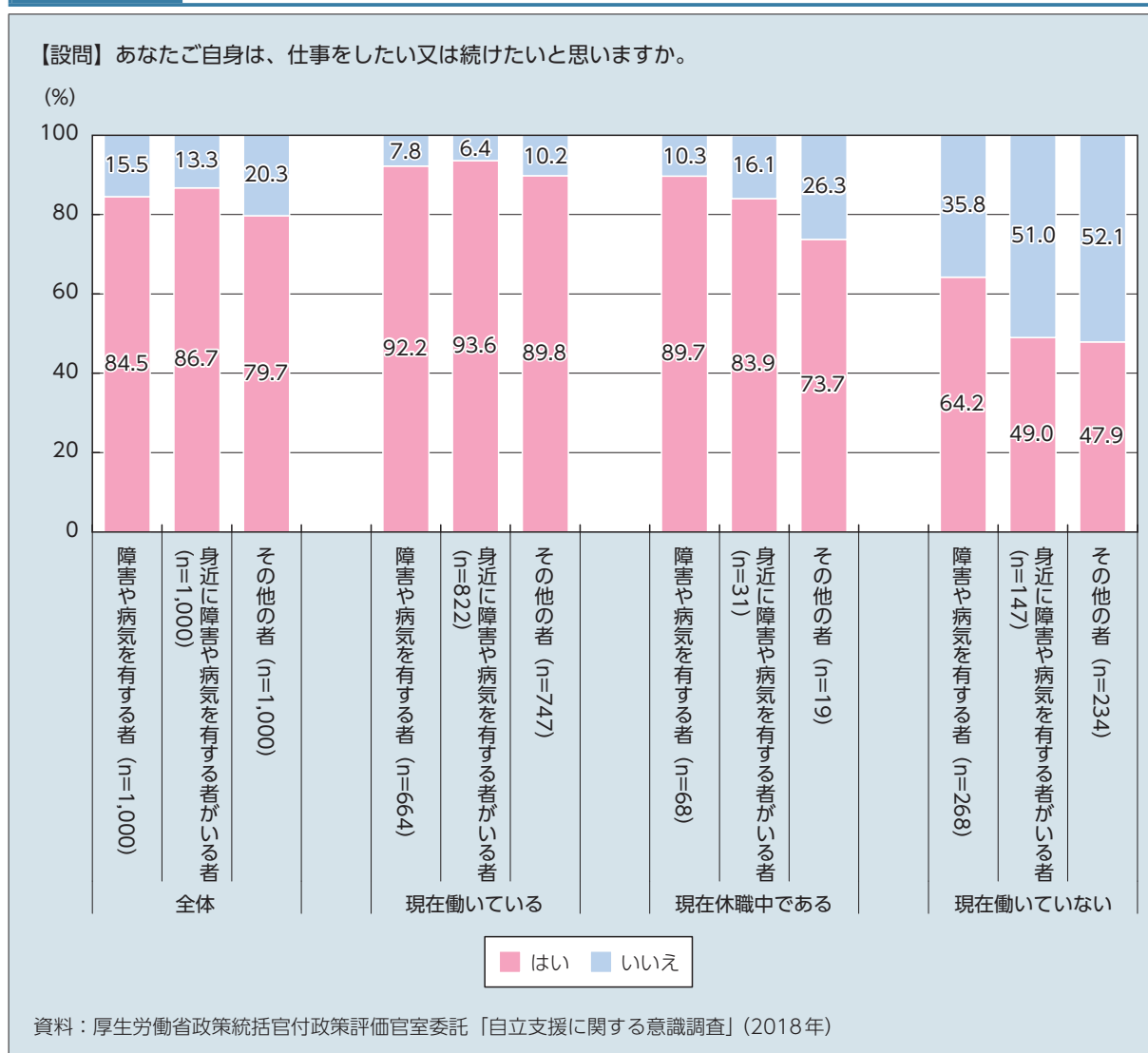
第3節 就労などに関する意識

第3節では、就労などに関する意識について見ていく。

1 治療と仕事を両立することや障害を有しながら働くことは可能か

(障害や病気を有する者はその他の者よりも就業・就業継続の意向が強い傾向)

図表 2-3-1 就業状態別 就業・就業継続の意向

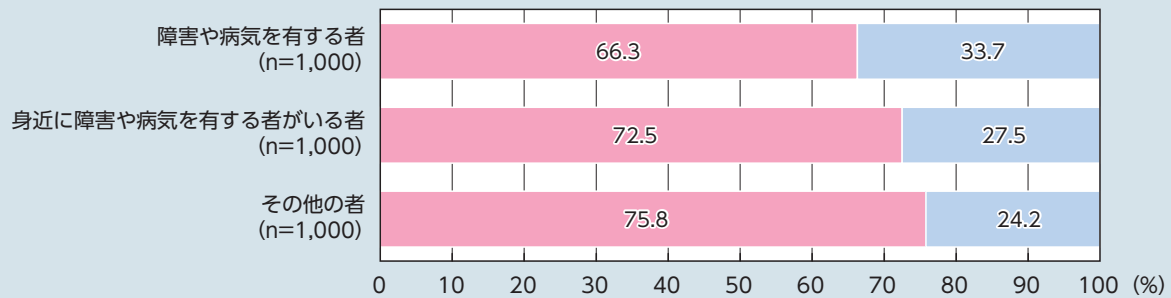


就業状態別の就業・就業継続の意向を見ると（図表2-3-1）、現在の就業状態にかかわらず、①障害・有病者は③その他の者よりも就業・就業継続の意向が強い傾向にある。特に、「現在働いていない」と回答した群では、「仕事をしたい又は続けたい」とする者の割合について①障害・有病者が64.2%と最も高くなっており、②身近にいる者よりも15.2%ポイント、③その他の者よりも16.3%ポイント高くなっており、障害・病気のために仕事をしたいと思いながらも就業していない者が存在するのではないかと考えられる。

(障害や病気を有していない者の方が、治療と仕事の両立や障害を有しながら働くことは困難と思う傾向)

図表 2-3-2 治療と仕事を両立すること、または障害を有しながら仕事をすることは困難か

【設問】 治療と仕事を両立すること、または障害を抱えながら仕事をすることは困難だと思いますか。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

治療と仕事を両立すること、または障害を有しながら仕事をすることは困難かを尋ねたところ（図表 2-3-2）、困難であると考える者の割合が、①障害・有病者の66.3%、②身近にいる者の72.5%に対し、③その他の者の75.8%が最も高くなっている。これは、「障害や病気を抱えたら働けない」といった先入観や、両立支援策や就労支援策の存在を知らないなどの理由から、障害や病気を有しておらず、身近にもいない者の方が困難と思う傾向があるものと推測される。

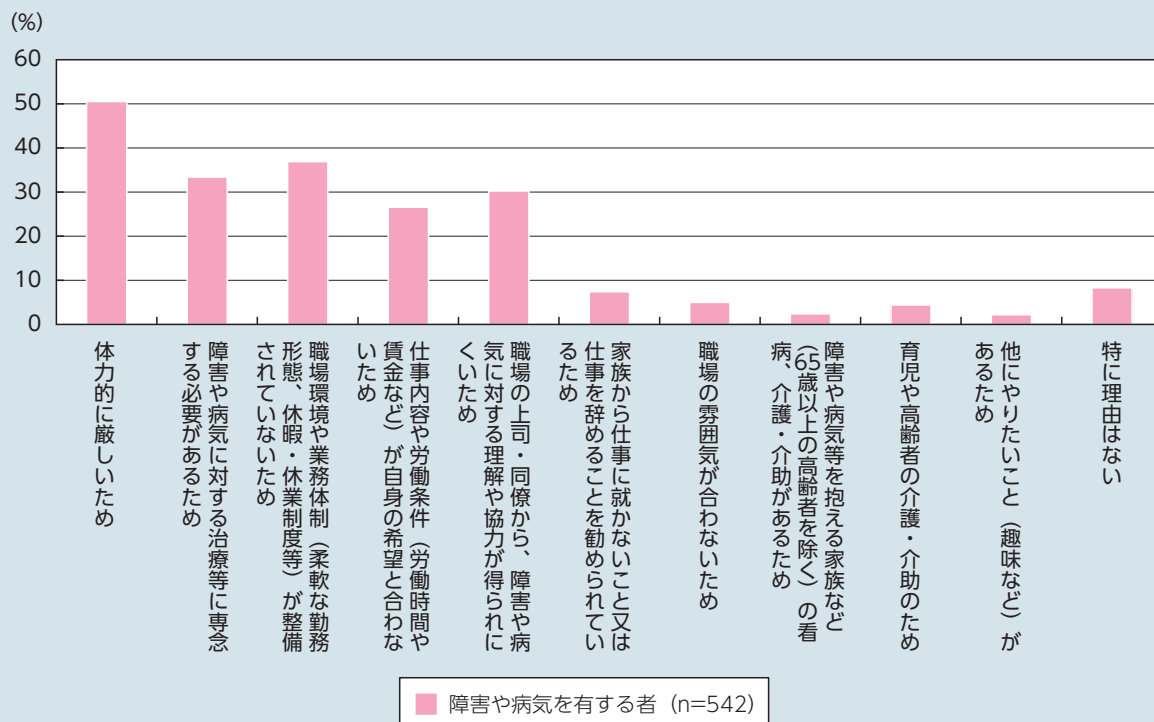
(障害・有病者のうち就業・就業継続の意向があるが仕事をすることは困難だと思う理由は、「体力的に厳しいため」が最多)

図表 2-3-3 今後仕事ができない・続けられないと思う理由

【設問】 仕事をしたくない又は続けたいと思わない理由、今後仕事ができない又は続けられないと思う理由は何ですか。(3つまで)

(障害や病気を有する者のみ)

就業・就業継続の意思があるが、障害や病気を有しながら仕事をすることは困難だと思う者



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

①障害・有病者で「仕事をしたい」及び「仕事を続けたい」と回答した者のうち、治療と仕事を両立すること、または障害を有しながら仕事をすることは「困難である」と回答した者に対して、その理由を尋ねたところ(図表2-3-3)、「体力的に厳しいため」が50.6%と最も多く、次いで「職場環境や業務体制(柔軟な勤務形態、休暇・休業制度等)が整備されていないため」が36.9%、「障害や病気に対する治療等に専念する必要があるため」が33.4%となっている。障害や病気を有しながらも就労意欲を持つ者が活躍するためには、個々人の状況に応じ、働きやすい職場作りに取り組まれることが望まれる。

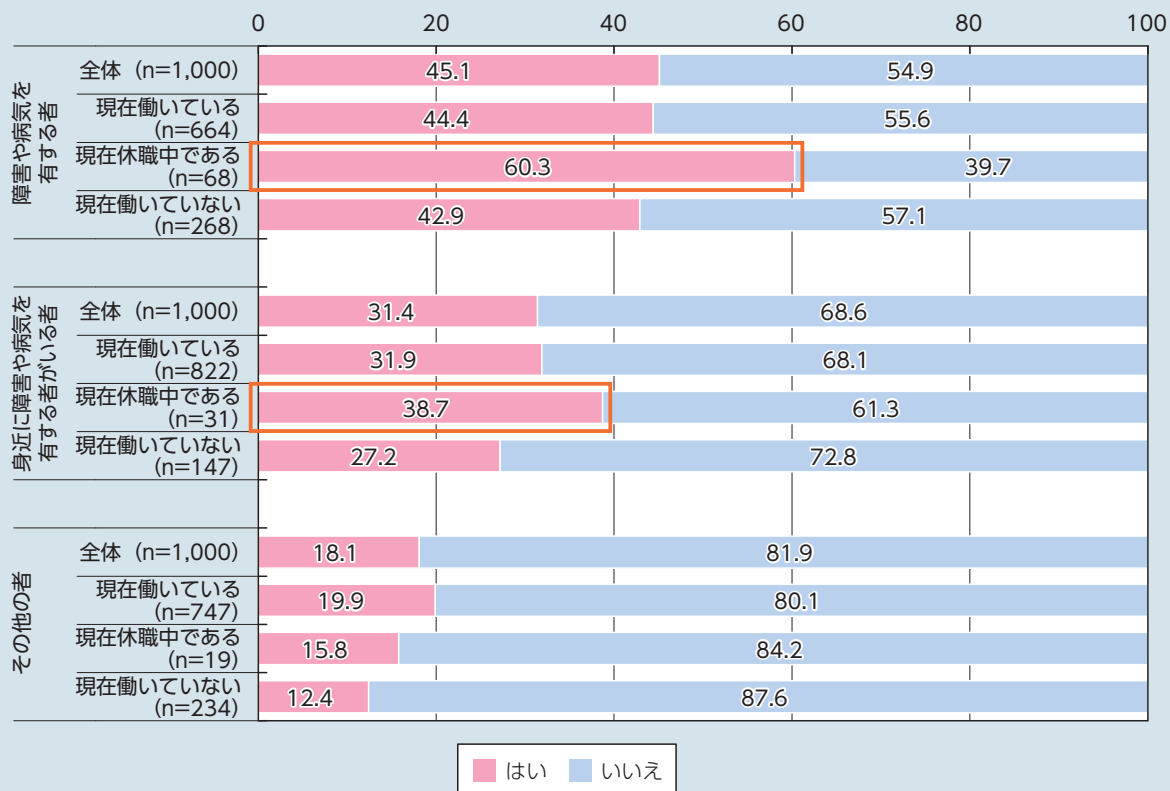
2 相談しやすい環境づくり

(相談機関への相談は、休職中の障害や病気を有する者のニーズが最も多い)

図表 2-3-4 就業状態別 相談機関への相談希望

【設問】現在の状況について相談機関※に相談したいと思いますか。

※「相談機関」とは、市町村窓口、ハローワーク、障害者や難病患者の相談支援事業者、かかりつけ医療機関、保健所・保健センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、NPO法人等が運営する電話相談窓口などを指します。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

現在の状況について相談機関^{*9}に相談したいかを尋ねると(図表2-3-4)、①障害・有病者において相談したいと思う者の割合が45.1%と最も多く、②身近にいる者よりも13.7%ポイント、③その他の者よりも27.0%ポイント高くなっている。

さらに、就業状況別とクロス集計すると、①障害・有病者及び②身近にいる者では「現在休職中である」と回答した群において、他の就業状況よりも相談機関へ相談したいと思う者の割合が高くなっている。

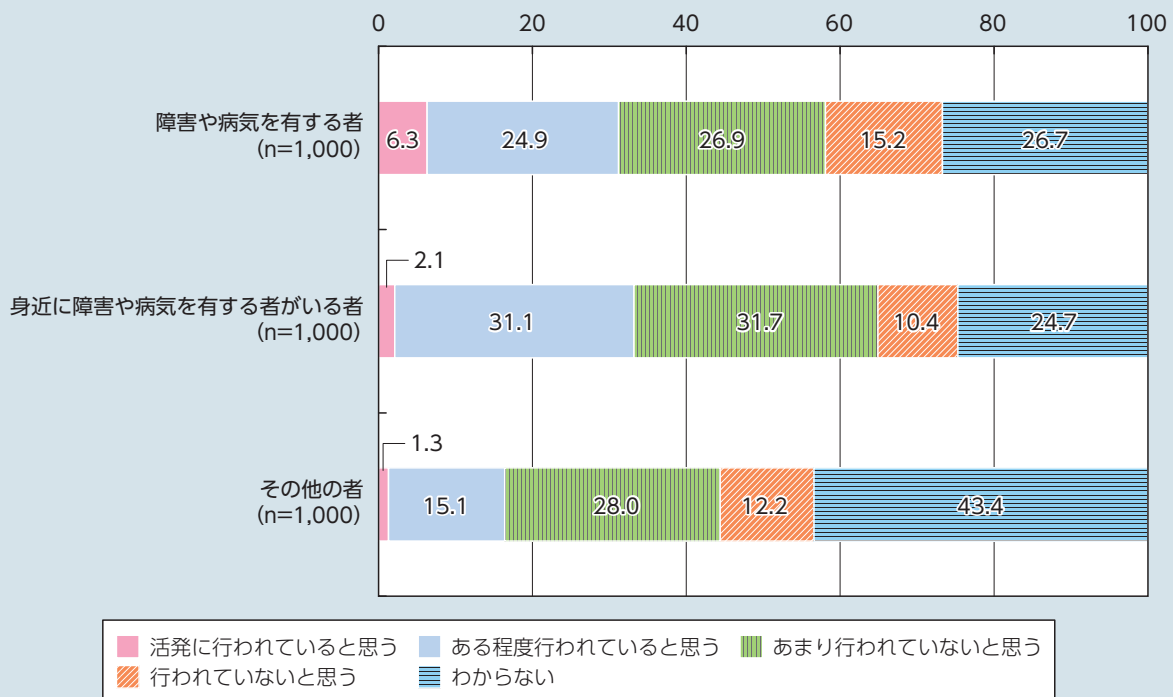
自身が有する障害や病気、又は障害や病気を有した家族のサポートなどのため、休職状態となっている者は、将来の復職可能性や生活手段の確保などに不安を抱えていることが推測される。

*9 設問では、相談機関として、市町村窓口、ハローワーク、障害者や難病患者の相談支援事業者、かかりつけ医療機関、保健所・保健センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、NPO法人などが運営する電話相談窓口などを例示している。

(地域活動の活発化が相談しやすい環境と関係する可能性)

図表 2-3-5 地域活動の展開状況への所感

【設問】 あなたの居住地において、困っている人を助けるような地域活動（NPO、ボランティア活動、社会福祉協議会などの取組、民生委員の活動、近所の支え合い等）が展開されていると思いますか。（%）



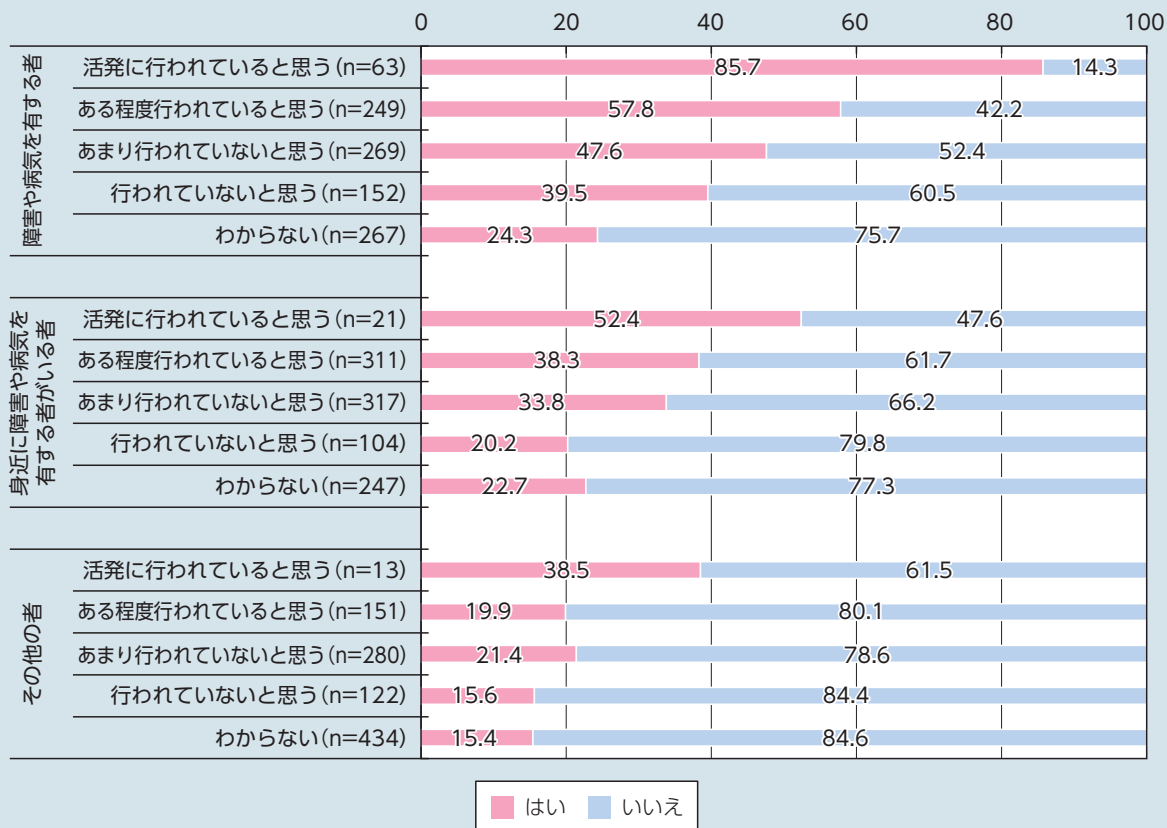
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」（2018年）

地域活動の状況について尋ねたところ（図表2-3-5）、「活発に行われていると思う」及び「ある程度行われていると思う」と回答した者の割合が、①障害・有病者と②身近にいる者では30%を超えているのに対し、③その他の者では約半数の16.4%にとどまっている。一方、「わからない」と回答した者は①障害・有病者と②身近にいる者では約4分の1、③その他の者では43.4%を占める。困難に直面していない者はもとより、当事者やその周辺の者であっても、地域での支え合いの活動についての意識が希薄であることがうかがえる。

図表 2-3-6 地域活動の展開状況への所感と相談機関への相談希望

【設問】現在の状況について相談機関※に相談したいと思いますか。

※「相談機関」とは、市町村窓口、ハローワーク、障害者や難病患者の相談支援事業者、かかりつけ医療機関、保健所・保健センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、NPO法人等が運営する電話相談窓口などを指します。(%)



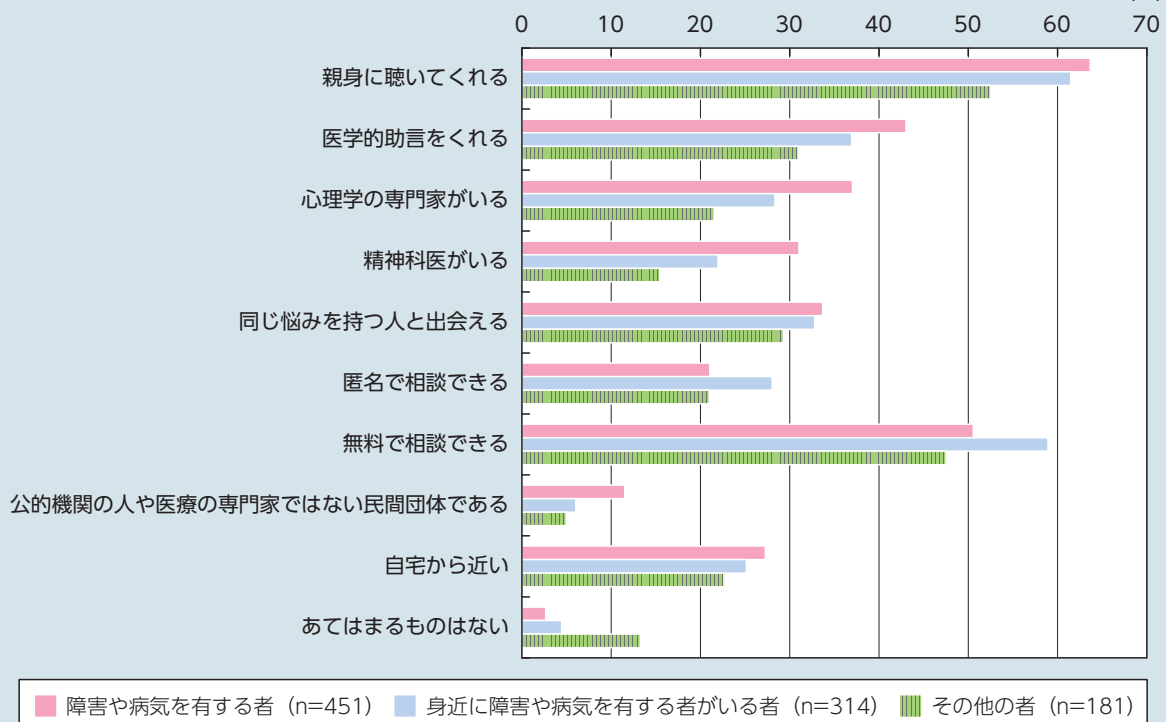
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」(2018年)

また、相談機関への相談希望とクロス集計をすると、いずれの類型においても、地域活動が「活発に行われていると思う」と回答した群において、「相談したいと思う」と回答した者の割合が最も高くなっている（図表2-3-6）。地域活動が活発であることや支援団体の存在の周知が、相談の希望の多さや、相談しやすい環境と関係していると考えられる。また逆に、相談先を検討する過程で地域活動を知り、このような関係につながったとも考えられる。

(相談機関へ最も望まれるのは「親身に聴いてくれる」こと)

図表 2-3-7 どのような相談機関に相談したいか

【設問】（「相談機関に相談したい」とお答えの方）現在の状況を相談機関に相談するとすれば、どのような機関なら相談したいと思いますか。（いくつでも） (%)



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」（2018年）

現在の状況について「相談機関に相談したい」と回答した者に対し、どのような相談機関に相談したいかを尋ねたところ（図表2-3-7）、どの類型においても「親身に聴いてくれる」が最も多く、次いで「無料で相談できる」、「医学的助言をくれる」となっている。

実際に、本白書のコラムで好事例として取り上げたよこはま若者サポートステーションや滋賀県難病相談支援センターなどの支援機関では、支援対象者との相談において「相手の立場に立つ」ことや「相手の自己決定を尊重する」ことを重視しており、上記のようなニーズに対応するためには、支援機関・団体の専門性や相談員の相談技術の向上が必要であることがうかがえる。

3 多様性のある包摂的な職場環境とは

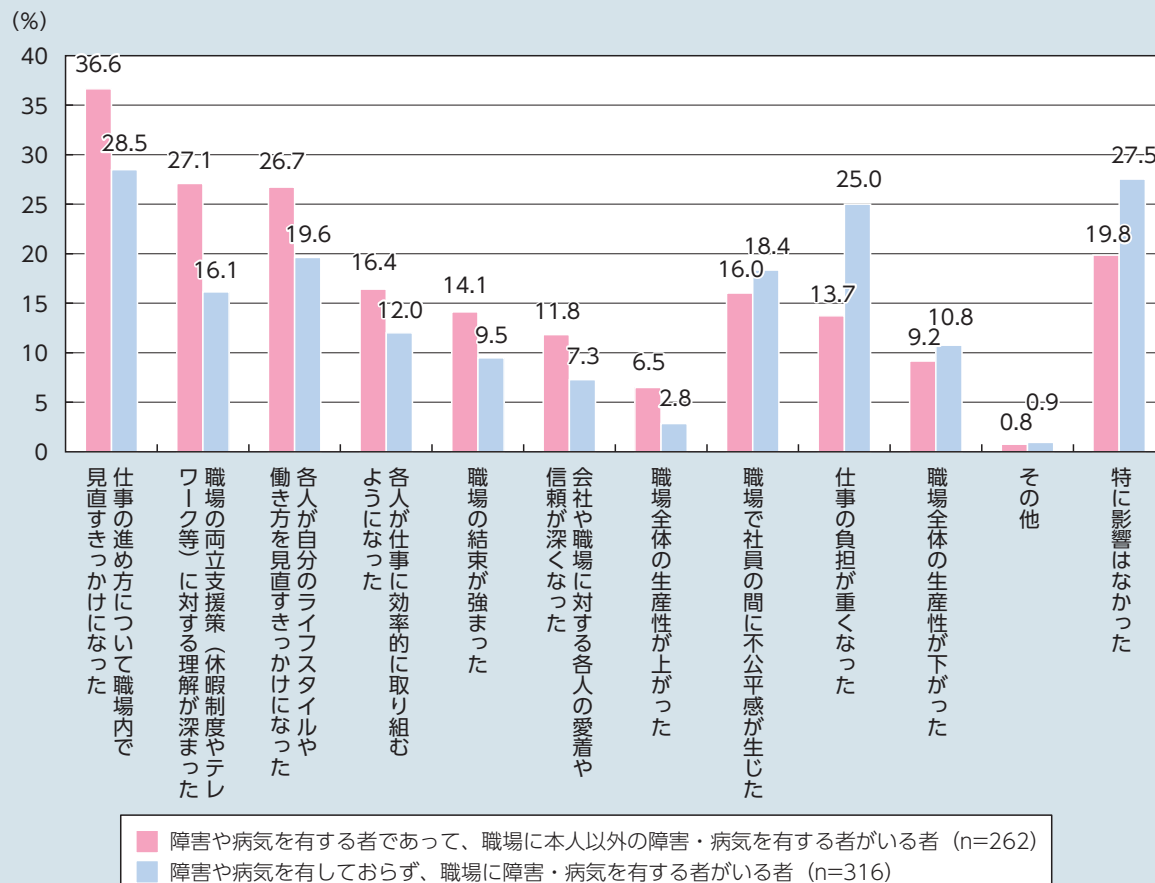
(障害や病気を有する者が職場にいて「仕事の進め方について職場内で見直すきっかけになった」が最多)

第2章

自立支援に関する国民の意識調査

図表 2-3-8 障害や病気を有する者が職場にいる場合の影響

【設問】 心身の事情（障害や難病、がん・糖尿病・精神疾患・脳卒中の後遺症・若年性認知症などの病気）を抱えた方が職場にいる場合、職場にどのような影響があったと思いますか。（いくつでも）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」（2018年）

「職場に障害や病気を有する者（類型1の本人は含めない）がいる」と回答した者に対し、職場への影響を尋ねたところ（図表2-3-8）、どの類型においても「仕事の進め方について職場内で見直すきっかけになった」が最多となっている。次いで、①障害・有病者では「職場の両立支援策（休暇制度やテレワーク等）に対する理解が深まった」が27.1%、②身近にいる者では「特に影響はなかった」が多くなっており、障害や病気を有する者が職場にいたことがマイナスに作用せず、逆に仕事の進め方などについて職場内で見直されることで好影響を及ぼす可能性が推測される。

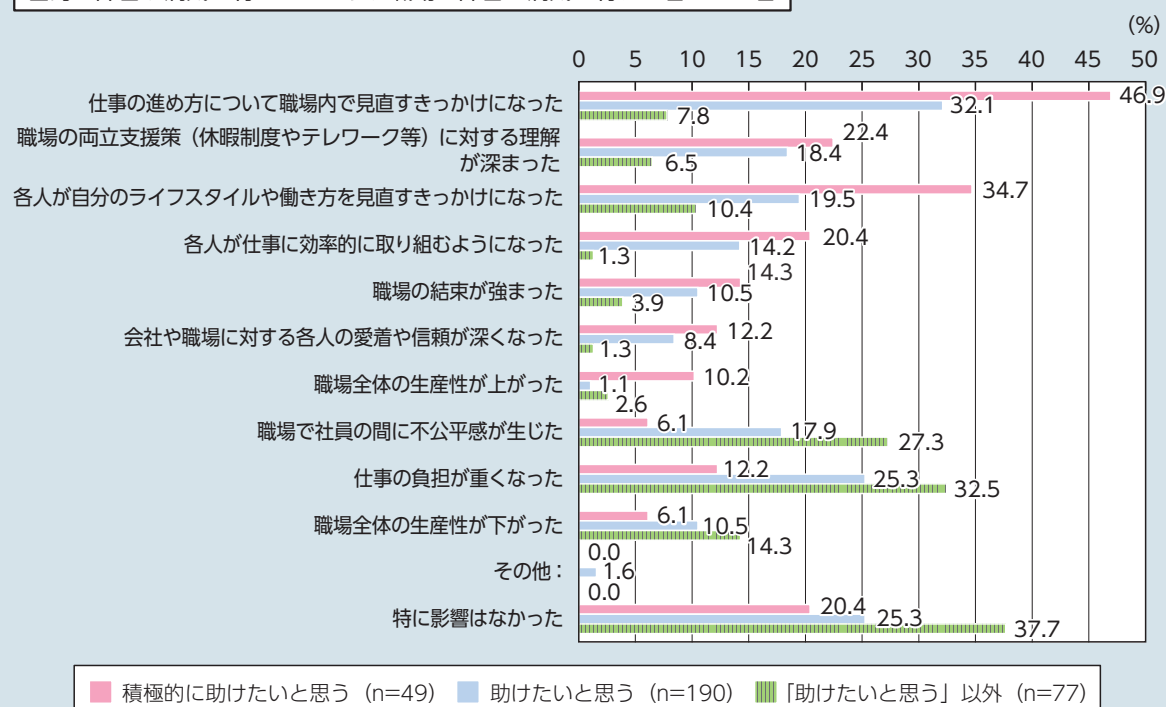
一方、②身近にいる者では「仕事の負担が重くなった」が25.0%と3番目に多くっており、障害や難病などを有する者の仕事の補助や、体調面への配慮、代替要員の確保の難しさなどから、周囲の負担が重くなっている現状が推し量られる。多様性のある包摂的な職場環境を作るためには、仕事の分担の見直しや負担を集中させないなどの工夫が必要となる。

(障害や病気を有する者が職場にいることについて、助け合いの意識が強い者は職場への影響をプラスに、助け合いの意識が弱い者は職場への影響をマイナスに評価する傾向)

図表 2-3-9 助け合いの意識別 障害や病気を有する者が職場にいる場合の影響

【設問】 心身の事情（障害や難病、がん・糖尿病・精神疾患・脳卒中の後遺症・若年性認知症などの病気）を抱えた方が職場にいる場合、職場にどのような影響があったと思いますか。（いくつでも）

自身は障害や病気を有しておらず、職場に障害・病気を有する者がいる者



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「自立支援に関する意識調査」（2018年）

さらに、障害や病気を有していない者において、障害や病気で困っている者を助けることについての意識別に職場への影響をクロス集計したところ（図表2-3-9）、「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と回答した者は、「仕事の進め方について職場内で見直す結果になった」が最多となり、肯定的な選択肢を選択する傾向がある。一方、「あまり助けたいとは思わない」「助けたいとは思わない」「わからない」と回答した助け合いの意識が弱い者は、「特に影響はなかった」が37.7%と最も多く、次いで「仕事の負担が重くなった」が32.5%、「職場で社員の間に不公平感が生じた」が27.3%となっており、否定的な選択肢を選択する傾向が見える。助け合いの意識が職場への影響の評価と関係していることがうかがえる。

第2節において、身近に障害や病気を有する者がいる者は、助け合いや支援活動に積極的な傾向がみられたことから、地域活動への参画や就労支援などを通じて、障害や病気を有する者が地域や職場において身近な存在となることが、また仕事の進め方を見直すなど改善を図り、障害や病気を有する者の特性や事情に理解を持ち、必要な配慮・支援が行われる多様性のある包摂的な職場づくりが、ひいては助け合いの意識の醸成や、障害や病気などに向き合い全ての人が活躍できる社会につながっていくものと考ええる。

コラム

企業経営に与える障害者雇用の効果

企業が障害者を雇用する場合、企業経営にどのような影響があるのだろうか。ここでは、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の「企業経営に与える障害者雇用の効果等に関する研究」（2010年）を紹介しよう。

調査研究の目的と方法

本研究は、企業経営との関連を意識しつつ企業の障害者雇用の現状と背景を把握・分析し、今後の促進に向けての方策につき示唆を得ることを目的として行われた。

研究の方法としては、企業の障害者雇用の実態や意識を把握するため、常用労働者101人以上の企業5000社にアンケートの調査票を郵送し、1063社（回収率21.3%）から回答を得た。さらに、回答企業のうち30社に対し、聴き取り調査を行った。

調査研究の結果①～障害者雇用に関する考え方

障害者雇用の促進に向けた法制度に関して、必要性への理解は浸透しており、障害者を雇用する理由としては社会的責任を果たすこと、法令遵守をあげる回答が多かった。このように必要性を認めつつも、その実現には克服を要する点を抱えている実態が確認される。

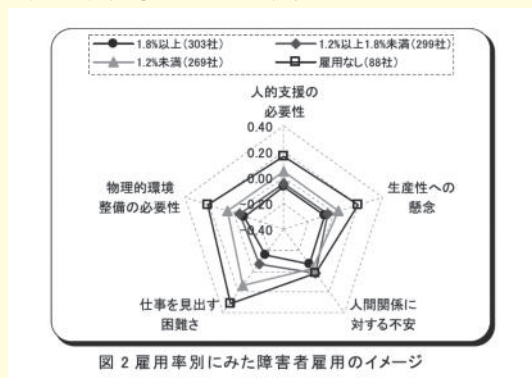


図2 雇用率別にみた障害者雇用のイメージ

このような障害者雇用の実現に向けた課題は、人的支援の必要性、生産性への懸念、人間関係に対する不安、仕事を見出す困難さ、物理的環境整備の必要性へと大別される。障害者雇用が進展していない企業においてこれらの項目は増大する傾向が認められ、これは実際

に雇用し活躍に向けての方策を講じていく過程で、不安や懸念が軽減されていくことを示唆している。障害者が持つ実際の能力をその業務の実情と経験を通して理解すること、業種や規模が類似している企業における事例が効果的に提供されることが、懸念や不安を和らげ、雇用の進展にも資するものと期待される。

調査研究の結果②～障害者雇用の効果

企業内への理解促進は障害者雇用に向かうステップとして重要であり、経営者が経営上の重要方針として推進することが障害者雇用に向けての種々の課題克服への原動力となる。さらに、現場の理解を得ることは、雇用した障害者の活躍を図る上でも重要な要件となる。

計画・採用・戦力化への段階においても種々の課題があるが、障害者が担当する仕事を適切に見出すことは戦力化にとって重要なポイントである。この点では、職務の再編成などの方法によって、担当業務を定めている事例もある。採用に際しての設備などの環境整備や人的支援のための必要性を感じている企業は少なくないが、環境整備については経済的負担感が強い一方で、できる範囲の措置や工夫で一定の効果を上げる事例もある。また、人的支援については作業を熟知した現場の従業員の関与が戦力化に効果を果たしている事例もある。

こうした雇用・戦力化の取組みについて直接的なものにとどまらず、これらの取組みの効果が職場や企業全体に間接的に良い影響を及ぼすことを指摘する回答もある。これらを「障害者が活躍できる職場」を目指す取組みと位置づければ、その職場を全ての従業員にとり働きやすく、能力を発揮できるところへと導いていくこととなる。

出典：独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター「企業経営に与える障害者雇用の効果等に関する研究」（2010年）を厚生労働省政策統括官付政策評価官室にて要約・編集

第3章 障害や病気を有する者などを支える現場の取組み事例

第3章

障害や病気を有する者などを支える現場の取組み事例

第3章では、障害者雇用・障害者就労支援など、治療と仕事の両立支援・健康づくり、社会活動を行うのに困難を有する者などへの支援について、様々な取組みを行っている企業・支援団体を紹介する。同様の取組みを行おうとしている企業・支援団体が、これらの取組みを参考にして、新たな取組みを行うことが期待される。

本章第1節で紹介する企業・支援団体のリストは、以下のとおりである。

○障害者雇用・障害者就労支援など

イオンスーパーセンター株式会社
ソニー・太陽株式会社
社会福祉法人進和学園しんわルネッサンス
社会福祉法人武蔵野千川福祉会チャレンジャー
社会福祉法人プロップステーション
社会福祉法人訪問の家

○治療と仕事の両立支援・健康づくり

大鵬薬品株式会社
ティーベック株式会社
株式会社松下産業
SCSK 株式会社／SCSK 健康保険組合
花王株式会社／花王健康保険組合
大分県

○社会活動を行うのに困難を有する者などへの支援

一般社団法人鉤路社会的企業創造協議会
滋賀県働き・暮らし応援センター Tekito-（テキトー）
一般社団法人よりそいネットワークぎふ
特定非営利活動法人町田市つながりの開 DAYS BLG！

第1節 取組み事例の紹介

1 障害者雇用・障害者就労支援などの取組み事例

(1) 精神障害者・発達障害者の在宅勤務（テレワーク）の取組み（イオンスーパーセンター株式会社）

【ポイント】

- 支援機関との連携により、障害者の特性と仕事のマッチング精度を向上させる。
- 業務を見直し、「テレワークの利用が全社的な生産性向上につながる作業」を切り出す。

1 企業の概要

イオンスーパーセンター株式会社（以下「イオンスーパーセンター」という。）は2005（平成17）年にイオン株式会社より分社化して設立され、総合小売事業を主な事業内容としている。岩手県盛岡市に本社を有し、山形県以外の東北5県に22店舗展開している。

2 テレワーク制度導入の背景

イオンスーパーセンターでは2014（平成26）年度から、「ひとりひとりが常に能力を最大限に発揮できる機会を提供し、多様な人材から生み出される新たな商品やサービスを通じて革新的な経営につとめ、健全に成長し続けること」を目的としてダイバーシティの推進を会社方針として掲げている。このような視点から障害者雇用を推進することで、すべての人にとって働きやすい会社の実現を目指している。また、障害者の雇用を進めることは、人手不足の解消にも資すると考えており、店舗での障害者雇用にも積極的に取り組んできたが、他人とのコミュニケーションを負担に感じるなどの理由から、店舗勤務が難しい障害特性を有する者も雇用できないかと考えた結果、2015（平成27）年からテレワークでの在宅勤務制度を導入するに至った。

3 テレワーク制度の導入・運用の状況**① 在宅業務の切り出し**

テレワーク制度の導入に当たっては、

- ・各店舗での業務のうち、店舗でなくても行うことができ複数店舗分の作業を集約することで一定の業務量を確保できるもの
- ・精神障害や発達障害を有する者が苦手な場合も想定し、「判断が必要となる要素」をできる限り排除することができるもの
- ・単に在宅でできる作業ということではなく、テレワークで行うことが全社的に見て生産性が上がり効率的であるもの

という視点から店舗業務を見直した結果、イエローレシート（キャンペーン用レシート）の集計、売価変更後のデータ処理、勤務計画の入力、安否確認システムデータの整理などの集計・入力業務を対象とすることとした。

〈切り出された業務の例～イエローレシートの集計作業～〉

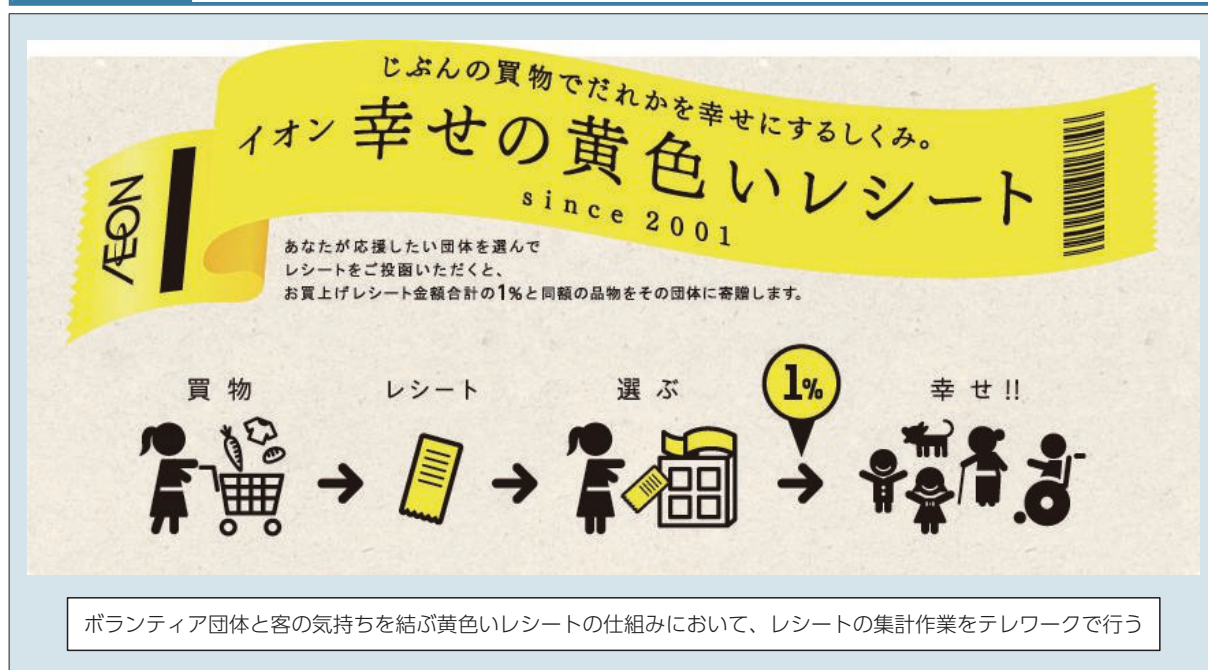
毎月11日の「イオン・デー」に実施している「イオン 幸せの黄色いレシートキャンペーン」は、購入者が精算時に受け取った黄色のレシートを地域のボランティア団体名が書かれた店内備え付けのボックスに投函することで、レシート合計の1%分相当を寄付することができる仕組みだ。以前は、団体ごとに投函されたレシートを集計する作業に1店

舗当たり2.5時間を要していた。

そこで、作業量確保の観点も踏まえ、22店舗分のイエローレシートの集計作業をテレワークの対象業務として切り出した。店舗からは、「これまで集計作業に使っていた時間を別作業に充てることができるようになった」という声が聞かれているようだ。

サポートを必要としているボランティア団体とお客様の「応援したい」という気持ちを結ぶ取組みに、精神障害や発達障害を有する社員もテレワークを通じて貢献している。

図表 3-1-1 「イオン 幸せの黄色いレシートキャンペーン」における取組み



② 人材確保・定着支援を外部の支援機関に委託

テレワーク制度を始めるに当たり、必要となる技術的能力や生活面を含めた自己管理ができる人材をどのようにして採用するか、という課題もあった。イオンスーパーセンターでは、グループ会社で障害者の就労支援訓練や就職活動のサポートを行っている、アビリティーズジャスコ株式会社（以下「AJ社」という。）と委託契約を締結し、AJ社に人材紹介や採用後の定着支援を委託している。

これによるメリットとして、障害特性を十分に考慮しつつ、必要なスキルを有した人材を選出し実習段階で適性の判断を行えるようになった。精神障害や発達障害の障害特性といっても、その態様は一人一人異なっているのが現状だ。どのような時に不安を感じるのか、作業の中でどのような点が得意・苦手なのか、といった細かな部分の情報を得られるからこそ、本人の希望・能力・特性と切り出した仕事とのマッチングをより正確に行うことができる。そして、採用前の実習段階（2週間から1か月）においても、AJ社の専門的知識を有するトレーナーが対応し、本人の特性と仕事とのマッチングの見極めがより精緻に行われるからこそ、採用後にミスマッチが起こる可能性も少ないのだ。また、採用後も週1回、AJ社の担当者が業務に関すること、生活・体調面の問題などを面談で確認し、イオンスーパーセンターに情報としてフィードバックすることで、定着にもつながっている。

③ 本社による雇用管理とサポート

テレワーク制度の利用者には、在宅勤務を実施するためのパソコンと携帯電話が貸与される。勤怠管理は、本社の担当者宛てに、勤務開始時に「出勤の報告メール」、勤務終了時に「退勤の報告メール」をする。また、勤務中に不明な点などがある場合には、電話やメールでいつでも聞くことができる仕組みになっている。本社の担当者は半年毎の契約更新の際に面談を実施するほか、日頃から電話・メールを使って状況を確認している。

4 イオンスーパーセンターのテレワーク制度の特色

① 障害の特性と仕事のマッチング

本社の担当者は、本人の障害特性と仕事とのマッチングが何よりも重要になるという点を強調する。そのために、採用前の段階から定期的に支援機関との意思疎通があることで、前述のとおり、より良いマッチングができています。障害特性と仕事がうまく適合することで、障害者はより活躍できる。障害者雇用を敬遠することは貴重な人材の採用機会を逃すことになる、と考えているようだ。

② 生産性を意識した業務の切り出し

店舗から業務を切り出す際に、生産性向上という視点を入れたことで、「障害者を雇用するための業務」ではなく「店舗の効率性も上がる業務」の切り出しに成功した点も大きい。「障害者を雇用すること」が目的なのではなく、「全社的な効率性を上げること」が目的である。その手段として、店舗業務を見直しテレワークを活用することで精神障害や発達障害を有する者が働く場が生まれている。

5 今後に向けて

イオンスーパーセンターでは、全社的な効率性を踏まえながら、支援機関や本社の担当者によるサポートが届く範囲で、今後もテレワーク制度を拡大していきたいとのことである。イオンスーパーセンターの担当者は、「私たちも、職場で相手がどういう人か、いわば相手の「特性」を踏まえて自然と対応を変えますよね。相手が精神障害や発達障害を有する方であっても、それと同じことですよ」と話していた。

(2) 一人一人の障がいにあわせた作業環境の工夫により、障がい者が持てる力を発揮しながら働くことを実現（ソニー・太陽株式会社）

【ポイント】

- ソニー・太陽は、「障がいを感じない、感じさせない、働きやすいだけでなく働き甲斐のある」環境作りを推進してきた。
- 事業として行っているマイクロホン、ヘッドホンの製造では、生産モデルの工程に作業者が合わせるのではなく、一人ひとりの障がいに合わせて必要な台や工具が配置されるような工夫を行っている。聴覚障がい者、視覚障がい者に対しても、要約筆記や、パソコン作業での音声読み上げソフトの活用など、社員の声に基づいたコミュニケーション支援を行う。
- ものづくりだけでなくソニーグループの技術情報管理など、グループになくてはならな

い会社として活動。また、これまで培った障がい者雇用ノウハウを、ソニーグループへ展開する活動も行っている。

1 企業概要

ソニー・太陽株式会社（以下「ソニー・太陽」という。）は、大分県速見郡日出町にある、ソニー株式会社の特例子会社である。「ダイバーシティ&インクルージョン（多様性を尊重し活かすことで新たな価値を創造する）」という、ソニーグループ共通の価値観の下、ソニー・太陽は、誰もが同じように力を発揮し成長していけるように「障がいを感じない、感じさせない、働きやすいだけでなく働き甲斐のある」環境を作る努力をしてきた。同社は、ソニーグループにおけるマイクロホン基幹工場として、合理的配慮と効率改善を追求した独自の生産方式でものづくりを行っている。

設立経緯としては、社会福祉法人 太陽の家創設者の活動に賛同したソニー株式会社創業者 井深大氏が、特例子会社制度が定まる前の1978（昭和53）年に株式会社サン・インダストリーを設立。1981（昭和56）年にソニー・太陽と社名変更し、ソニー株式会社の特例子会社となった。

企業理念として、「世に心身障害者はあっても、仕事に障害はありえない、身障者に保護より働く機会を」、「障害者だからという特権無しの厳しさで健丈者の仕事よりも優れたものを、という信念を持って」という言葉を脈々と受け継いでいる。

ソニー・太陽の2018（平成30）年3月現在の従業員は170名で、障がい者が107名（63%）である。障がいの種類は、肢体障がい67名、聴覚・言語障がい18名、内部障がい9名、精神障がい3名、視覚障がい2名、他8名である。管理・事務系、技術系、マニファクチャリング（ものづくり）系、ソリューション（情報管理など）系など、個人の適性と能力にあわせてどの部署にも、障がい者が所属している。

ソニー・太陽の事業は、マイクロホン、ヘッドホン製造などの「マニファクチャリング」業務とソニーグループの技術情報管理や障がい者雇用推進サポートなどの「ソリューション」業務がある。

2 取組み

① ものづくりの工夫

創業者の理念の下、ものづくりの場面で障がい者が働きやすくなるような様々な工夫が行われている。製造品目については、障がい者にとって体の負担が少なく、かつ付加価値の高い製品ということで本社と調整し選定された。当初はトランジスタラジオやウォークマンなどの製造から始まり現在はマイクロホンなどを製造している。ソニー・太陽の社屋が1988（昭和63）年に移転する際は、車いす利用者が一人で入っても検査が可能な無響室をつくるなど、障がい者が製造の障壁にならないだけでなく、自律して業務に取り組める環境を整えた。

1999（平成11）年からソニーグループ同様に作業効率の改善・ムダ取りを徹底的に行う生産革新活動を開始し、ソニー・太陽らしい改善を追求した結果、ベルトコンベアーを廃止しセル生産方式にシフトした。その後一人で全工程を製造するワンマン生産方式が導

入され、生産性が飛躍的に向上した。さらに、各人が作業を行うセルの機能を個人に最適化することも行われている。例えば、生産モデルの工程に作業者が合わせるのではなく、一人一人の障がいに合わせて必要な受け台^{*1}や治工具^{*2}が配置されるような工夫を行い、生産性や品質の向上だけでなく、疾病予防や健康維持にもつながっている。ソニー・太陽の経営トップは、「ソニー・太陽の業務用マイクは、何十年とテレビ業界や音楽業界で使われてきました。高音質のマイクを製造するための技術は非常に高度で繊細であり、一つひとつを手作りで作っています。そこは「匠社員」と呼ばれるソニー・太陽の職人たちのプロの技と努力に支えられています。障がいの有無にかかわらず、長年会社で活躍し熟練した技能を持つ社員が、会社を支えています。」と述べる。



一人一人の障がいにあわせて必要な受け台や治工具が配置される工夫

このほか、製造現場をパソコン上で仮想化したバーチャル工程によって、製造現場や試作品がなくても、ものづくりプロセスの検証を可能とする仕組みを導入。車いす作業者の工程をシミュレーションするなど、一人ひとり異なる障がいによる作業範囲や動線をも加味した、最適なものづくりの工程の実現を可能としている。

② ソフト面、ハード面でのサポート

聴覚に障がいのある社員と業務上のコミュニケーションを円滑に行うため、パソコンを使用した要約筆記や、全体会合での手話通訳など情報保障^{*3}を行っている。また、視覚に障がいのある社員がパソコンを使用して業務が行えるように、音声読み上げソフトや画面の拡大ソフトを使用している。これらはすべて本人と確認や調整をした上で行っており、合理的配慮という言葉が出てくる以前から、同じ考え方を持って実践してきている。さらに、社員の健康面をCHM（Career & Health Management）推進室がサポートしており、運動の習慣化や疾病の先手管理による予防、健康増進の取組みを進めていることに加え、障がいがキャリアの障壁にならないようにアドバイスしている。

③ 障がい者雇用のノウハウ展開と推進活動

ソニー・太陽では、障がいの有無に関わらず、誰もが生き生きと能力を発揮し働きがい

*1 製品を製造する作業工程において、組み立て中の製品を置くための台。

*2 部品を正確・迅速に加工するための治具と工具のこと。

*3 代替手段を用いた情報の提供のこと。

を持てるような環境をソニーグループに根付かせるため、本社人事センターと連携しグループからの障がい者雇用に関する相談や問い合わせに対し、ニーズに応じた支援や協力、情報提供などを行っている。具体的には、①ソニーグループへの知識習得と意識啓発を目的とした、ソニー・太陽での障がい者雇用研修の開催、②障がいのある方が職場に配属される前に受入職場セミナーを実施し意識のバリアを払拭、③ソニーグループの総合力を集結した障がい者向けのグループ合同採用企画などを実施している。さらにソニー・太陽は、ソニーグループ各社の障がい者雇用推進に関する合理的配慮の相談窓口にもなっており、グループ各社の人事担当者や障がいのある社員から直接寄せられた相談に対し、アドバイスや対応も行っている。



ソニーグループへの知識習得と意識啓発を目的とした障がい者雇用研修の様子

3 今後の課題など

ソニー・太陽は付加価値の高い製品のものづくりを行ってきたが、海外との競争もあり、ものづくりを補完する事業をどのように確保していくかが今後の課題となっている。ソニー・太陽としては、社員が働き続けることのできる雇用の維持と会社としての自律を共存させることが創業者の理念を追求することと考えており、ソリューション系の業務など、新たな業務を積極的に取り組みたいとのことであった。

障がい者雇用を考えている他社へのアドバイスとしては、経営トップが障がい者雇用の方針を掲げ、その考え方をいかに組織全体に浸透させるかがポイントであるという。さらに採用・雇用においては、採りたい人物像を明確にし、育成プランを立て、その人の特性をよく把握し、将来性も考え、会社の戦力として育て上げるという強い意思を持つことが重要とのことであった。

(3) 企業との連携、地域社会との農福商工連携などによる障害者就労支援の取り組み（社会福祉法人進和学園しんわルネッサンス）

【ポイント】

- 地域社会、本人、職員、ボランティア、家族、法人役員及び行政の「七つの輪のチームワークこそ福祉の原点」を理念として、就労継続支援A型・B型・就労移行支援事業に取り組む。

- 企業と連携した自動車部品組立事業では、高い品質の製品の生産を行い、ISO9001を知覚的障害者部門では日本で初めて取得。
- どんぐり苗育成、トマトジュース製造、地元スーパーでの施設外就労など地域に根ざした取組みを通じて、障害者の就労の場の拡大を目指す。

1 理念は「七つの輪のチームワークこそ福祉の原点」

しんわルネッサンスは、神奈川県平塚市に位置する、社会福祉法人進和学園（以下「進和学園」という。）の運営する就労継続支援A型・B型・就労移行支援事業を行う施設である。しんわルネッサンスは2006（平成18）年に開設され、自動車部品組立を中心としながら、どんぐり苗育成、食品加工、施設外就労などに取り組んでいる。法人全体では、2018（平成30）年3月末、障害部門で12施設、利用者約500名、職員290名の規模となり、保育園部門で4施設、園児約320名、職員80名の規模となっている。

進和学園は、前理事長が平塚盲学校で教師として知的障害を持つ女性と接した経験から、障害児を支えていきたいとの強い思いの下で、1958（昭和33）年に障害児のための児童福祉施設として設立され、さらに、利用者の成長に合わせて、1974（昭和49）年に就労支援のための職業センターが開設された。

進和学園の理念は、「地域はじめ社会の支援、本人の勇気、職員の努力、ボランティアの協力、家族の団結、法人役員の熱意、行政の応援、この七つの輪のチームワークこそ福祉の原点」ということであり、「一人には一人のひかり」、「本人中心」、「ひとりはみんなのために、みんなはひとりのために」といった標語を掲げている。

2 取組み内容－本田技研と連携した自動車部品組立事業

しんわルネッサンス（前身の職業センター）では、1974年、かつて本田技研工業株式会社（以下「本田技研」という。）の社員であった進和学園の理事の尽力と同社の本田宗一郎氏などの協力の下、自動車部品組立をスタートさせた。現在では、就労継続支援A型事業（以下「A型」という。）の利用者は、自動車部品の受入れや部品の投入準備・検査などの管理部門の業務を主に行い、就労継続支援B型事業（以下「B型」という。）及び就労移行支援事業（以下「就労移行」という。）の利用者は、ライン形式での自動車部品組立作業を行っている。

特徴的なのが製造ラインの組み方であり、取得している力量に応じて「一人一工程」を受け持ち、検査員としてA型の利用者を主に配置している。それぞれがチームワークを発揮して、一つの製品が生産される。このことは、A型の利用者が責任感を持って管理業務を行うことにより、B型の利用者が身近なA型の利用者を目標としたりするなど、お互いに刺激を受けて意欲を高める効果を生んでいる。

また、自動車産業の高い品質水準確保の要求に応じるため、施設内で障害の特性に応じたオリジナルの治工具（組み立て作業や検査、数量確認などを行うために用いる道具）を製造している。自動車部品の仕様は車のモデルチェンジに合わせて変わることから、ほぼ毎年新しい部品に合わせた作業方法が決まる。そのたびに、約40年の経験及びノウハウを元に、これに応じた治工具をゼロから開発することにより、高い品質水準を維持してい

る。

品質向上への取り組みをさらに徹底させるため、2007（平成19）年には、利用者及び職員全員で品質マネジメントシステムISO9001^{*4}を取得した。これは、知的障害者部門では日本で初めてのことであった。



チームワークを発揮したライン形式での自動車部品組立作業

進和学園と本田技研の取引の仲介をする営業窓口会社として、株式会社研進（以下「研進」という。）が職業センター創設時から設けられ、大きな役割を果たしている。研進は、本田技研とその部品メーカー約60社と包括的な売買契約を結んでおり、本田技研から発注された仕事に関して、部品メーカーから部品を購入し、進和学園に組立・加工を委託し、製品を本田技研に買い取ってもらうという業務を行っている。また、売買契約に基づく資金繰りや本田技研との加工賃交渉、各種コスト負担などについても研進で行っており、在庫・仕掛・輸送中のリスク負担を行っている。

3 事業の多角化—どんぐり苗育成、トマトピューレ製造など

2008（平成20）年秋のリーマンショック以降、自動車部品関係の業務が減少傾向となったため、しんわルネッサンスは事業の多角化を図ることとした。当初、事業の新規開拓について苦労を重ねたが、地域での農作業や地元スーパーでの手伝いに関する依頼に丁寧に対応し、地域社会との信頼関係を築いたことで、新規又は継続して依頼を受けることが増えた。

現在では、①マルチタスク業務（育樹・除草作業や清掃、ワックスがけなどの業務）、②どんぐり苗育成（環境保全のための植樹に利用される）、③地元スーパーしまむらストアでの施設外就労（商品の陳列や野菜の袋詰めなど）、④食品加工事業（トマトピューレ・トマトジュースの製造・販売など）、⑤給食事業を行っている。

しんわルネッサンスは、今後とも、地域に根ざした取り組みを通じて、このような企業や

^{*4} ISO 9001とは、企業などが、顧客や社会などが求めている品質を備えた製品やサービスを常に届けるための仕組みについて「国際標準化機構（ISO）」が定めた、世界共通の規格である。その仕組みを更に良くしながら顧客の満足度の一層の向上を目指すためには、どのような組織にしたらよいのか、責任分担をどうしたらよいのか、どのような方法で仕事をすればよいのかについて定めている。（公益社団法人日本適合性認定協会ホームページ「マネジメントシステム認証」を参考）（最終閲覧日：2018年9月26日）

地域との好循環を作り、さらに障害者の就労の場を拡大していくこととしている。

(4) 生産性を向上させて高工賃を実現（社会福祉法人武蔵野千川福祉会チャレンジャー）

【ポイント】

- 生産性を向上させることで高工賃を実現している。
- 生産性向上のために、①事業所に適した仕事選び、②作業工程の分析と見直し、③利用者の意識改革に取り組んでいる。
- 高工賃は、利用者の働くことへのモチベーション向上に大きく寄与している。

1 高工賃を実現する就労継続支援B型事業所

チャレンジャーは、東京都武蔵野市にある就労継続支援B型事業所である。利用者は31名おり、全員が知的障害を抱えている。運営する社会福祉法人武蔵野千川福祉会は、4か所の就労事業所と2か所の生活介護事業所を運営しているが、チャレンジャーは其中で最も「働くこと」を重視した事業所である。

チャレンジャーでは、働く意欲の向上に成果の評価が重要という考え方から高工賃を目指しており、そのために生産性向上に取り組んでいる。

① その事業所に適した仕事を選ぶ

まず、事業所に適した仕事を選ぶことが重要である。チャレンジャーの主な事業内容は、カタログなどの封入封緘作業である。これまでシャッターの部品製造、箱の組み立てなど様々な事業を経験して、この封入封緘作業にたどり着いた。

「仕事を決めるときは、社会で役立っていることが実感できるもの、自分が何を作っているのかわかるものが良い」とチャレンジャーの所長は言う。カタログを袋に入れ封をして、ラベルを貼り、納品・発送する。一連の作業で一つの物が仕上がっていく過程がわかりやすく見えるため、利用者は自分の仕事がどのように活かされるかがわかり、達成感や仕事への意欲につながっている。

また、封入封緘作業は、発注元が変わったとしても作業方法がほとんど変わらないので、新しい作業に対応することが得意ではない知的障害を持つ利用者にとって、利点となっている。

② 作業工程を分析し見直す

まず、作業工程の中の加工、検査、運搬、停滞などの各要素について分析し、どう組み合わせれば効率の良い工程になるか検討を加え、作業工程の見直しを行った。

そして、送付状とチラシを封入する場合に、片手で順番に1枚ずつ取るのではなく両手で2枚同時に取るようにする、封緘作業がしやすいように封筒の向きをそろえて置くなど、「正しい作業の手順」を決めて、それに沿って作業を行うことで、無駄の発生を意識的に防止した。

さらに、作業で使う器具の名称を統一する、場所ごとに番号を付けるなど、「そこ」「ここ」といった、ミスを招きやすい曖昧な指示がなくなるように工夫をした。

利用者にとって作業手順や指示がわかりやすい仕組みを構築することで、利用者の作業ミスが減るだけでなく、作業がわかりやすくなることで仕事に興味と関心を持てるようになり、仕事への意欲が高まる効果もあった。

③ 利用者の意識を改革する

生産性を向上させるため、利用者の「働く」意識への改革にも取り組んだ。事業所においては仕事を中心であることを意識し、理解することがまず重要であると考え、就業時間を以前より1時間延ばし、8時45分から17時までと、一般就労と同じ就業時間にした。月1回行っていたレクリエーションは廃止し、立ち作業を導入した。

こうした就業時間や就業スタイルの変化により、「事業所は仕事をする場である」ということを理解し働く意識が定着すると、自然と遅刻などがなくなった。



(カタログなどの封入封緘作業を、立ち作業で効率的に行う)

2 「機能分化」により自分に適した事業所ではたらく

武蔵野千川福祉会が有する6事業所のうち、チャレンジャーでは最も高いレベルの働く意欲と能力が求められる。しかし、例えば体調の変化や高齢化などにより、チャレンジャーで働くことが厳しくなった場合はどうするのか。

武蔵野千川福祉会では、利用者の力に合わせて6事業所間で事業所を移れるように工夫している。ここではそれを「機能分化」と呼ぶ。6事業所それぞれで求められる働く意欲と能力のレベルは異なっており、自分に適した事業所を選ぶことができる。そして、6事業所すべて同じ作業工程の封入封緘作業を行っていることから、それまでの業務経験を他の事業所に移ったとしてもそのまま活かすことができるようになっている。機能分化を行うことで、利用者にとって安定した就労基盤が提供されている。

(5) ICTを活用した障害者の在宅就労の支援の取組み（社会福祉法人プロップ・ステーション）

【ポイント】

- プロップ・ステーションは、ICT（情報通信技術）を活用した障害者の在宅就労の支援を実施。
- 障害者に対するパソコン・セミナーの開催、しごとサポートICT（ICTを活用した就労支援に特化した障害者就労推進センター）の運営、神戸スイーツ・コンソーシアム（障害者に対するお菓子作りの講習会）の開催などを行う。
- 全ての人が持てる力を発揮し支え合う「ユニバーサル社会」の実現を目指す。

1 概要

社会福祉法人プロップ・ステーション（以下「プロップ・ステーション」という。）は、「チャレンジド（障害を持つ人）を納税者にできる日本に」をキャッチフレーズとする、

神戸市に本部を置く団体である。同法人は、4半世紀前からICT（情報通信技術）を活用した障害者の在宅就労の支援を行ってきた。

理事長は、障害者を「チャレンジド」（試練に挑戦する使命を与えられた者）と呼ぶ。そのチャレンジドの就労を可能とする武器が、ICTである。「パソコンやインターネットを使えば、ベッドで介護を受けている人でも働けます。働きたい人が得たいのは、お金でなく、誇りなのです。このような人に対しては、どんな形でもサポートすべきです。」と理事長は言う。

2 経緯など

ボランティア活動で知り合った車椅子の若者が就労を通じた自立を模索しているのを知り、「チャレンジドであっても、働ける人は働くことで給料をもらって税金を支払うほうが、本人のためにも社会のためにも良いのではないか」と考え始め、その時に、ケネディ大統領が言った「障害者を納税者にする」という言葉と出会い強く共感した。

チャレンジドが健常者の世界に飛び込んで働くための活動を開始するに当たり、全国の重度障害者にアンケートを取った。すると、8割の人が、「働きたい」「武器はコンピュータ」と回答した。そして、ある障害者に「自分が働けないのは、障害が重いからではなく、仕事場に通勤することができないから。コンピュータで情報のやりとりをすることができれば、仕事のほうから自分のところにやってくるはず。」と言われたという。

その翌年の1993（平成5）年から、企業やボランティアの協力を得て、就労を目的としたパソコンのセミナーを開始した。

それから4半世紀、パソコン・セミナーは現在も神戸、東京などで行われており、受講生は数万人に及ぶ。また、「若いうちにコンピュータ・スキルを身につけた方が良い」という考え方から、中高生のチャレンジド向けの講座も開設されている。



パソコン・セミナーの開催により障害者のICTを活用した在宅就労の支援

3 しごとサポートICTと障害者の在宅ワーク推進モデル事業

プロップ・ステーションでは、2017（平成29）年10月から、神戸市から委託を受け、障害者就労推進センター「しごとサポートICT」の運営を行っている。しごとサポートICTでは、ICTを活用した就労に向けての相談・支援から、就労後の職場定着支援に至

る一連の流れをトータルサポートしている。具体的には、就労支援関係機関と連携しながら、障害者の就労や就労継続に関して指導・助言を行ったり、企業からの業務発注や雇用の場の拡大のための企業開拓を行ったりしている。

さらに、2017年度より、兵庫県の「障害者の在宅ワーク推進モデル事業」を受託している。この事業は、企業などへ通勤することが難しい在宅障害者と企業が円滑に業務の受発注を行えるシステムの開発や、在宅障害者へのスキルアップ研修などの実施により、障害者の在宅就労を促進することを目的としたものである。

「2017年は、国の働き方改革実行計画に、障害者の在宅就業を促進するためICTの活用を進めると書かれ、大きな節目の年だったと思います。ICTを活用したチャレンジドの多様な働き方を拡充するためには『チャレンジドへの仕事の発注量が増えること』が重要であり、そのためには『企業への、発注量に応じたインセンティブを与える使いやすい制度』などが求められています」と理事長は述べる。

4 神戸スイーツ・コンソーシアム

精神・知的障害を持つ者が一流の職人からお菓子作りを学ぶ講習会「神戸スイーツ・コンソーシアム」（以下「KSC」という。）も毎年、大手製粉会社と共催している。KSCは、洋菓子発祥の町と言われる神戸からチャレンジドの菓子職人を育てようという企図で2008（平成20）年に始まった。講習会では、お菓子の世界で就労したいといった人たちに、有名パティシエが、そのレシピと技を直接指導している。講習会の修了生で、KSCで学んだお菓子を製品化・販売している人もいるとのことである。

5 ユニバーサル社会に向けて

理事長によれば、少子高齢化が進む中、チャレンジドでも、女性でも、高齢者でも、一人でも多くの人が働くことで支え手となっていくことが必要だという。「そのためには、これまで働くことが不可能とされていた人も働くことができるような、多様な働き方を実現していかなければなりません。それこそが、全ての人が持てる力を発揮し支え合う『ユニバーサル社会』です。」と語る。

(6) 様々な活動を通じて重症心身障害者の地域での生活を支援（社会福祉法人 訪問の家）

【ポイント】

- 訪問の家は、重症心身障害者通所施設朋から始まり、朋診療所や障害者地域活動ホームサポートセンター径など、さまざまなニーズに沿った事業を展開。
- 朋では、クッキーやハーブソルトなどの制作販売を行い、サポートセンター径では、パンの制作販売、アルミ缶のリサイクル活動を行うなど、地域社会に根ざした活動を実施している。
- 訪問の家では、事業活動として対面販売等行うことを、地域交流の手段としており、地域住民の障害者に対する理解にも貢献している。
- 利用者が、個人で直接地域社会とつながりを持ち、地域で生活できるようにすることを目指している。

1 訪問の家は重症心身障害者通所施設朋から始まり、さまざまなニーズに沿った事業を展開

社会福祉法人訪問の家（以下「訪問の家」という。）の朋（とも）は、「重度の心身障害者が集まってくることのできる場所を作りたい」との思いから、1986（昭和61）年に日本で初めての重症心身障害者の通所施設として、横浜市栄区桂台に開所された。

朋の設立に当たり、一部の地域住民から反対があったが、活動を続けていくうちに、次第に理解が得られるようになってきたという。設立当初に、受入れに賛成する住民の中から朋を応援するボランティアグループが作られ、利用者の食事の介助や車の送迎などの支援を通じた関わりが現在も続いている。このように地域社会との良好な関係を維持していることが、訪問の家が長く桂台の地で活動できている一因となっている。

訪問の家は、朋の開設後も、社会のニーズに沿う形で事業を展開している。朋に通所する重症心身障害者の診療や地域の障害者医療を行う朋診療所、地域包括支援センターや通所介護事業等を行う地域ケアプラザ、障害者地域活動ホームとして日中活動支援等を行うサポートセンター径（みち）、居宅介護事業を行うヘルパーステーションさくら草、重い障害のある人が暮らすグループホームなど、さまざまな形態の事業を展開している。

2 朋の活動－クッキーやハーブソルトの制作販売

朋では、15歳以上の重度障害を複数以上有する者が、クッキーやハーブソルトの制作販売、和紙染め製品の制作販売、アルミ缶のリサイクルなどを行っている。他にも、地元のコーラス、楽器演奏等のグループやプロの演奏家を招いてミニコンサートを開催するなど、普段家庭ではなかなか体験できないことを行っている。

3 サポートセンター径の活動－パン作り、アルミ缶のリサイクル活動

サポートセンター径は、1999（平成11）年、横浜市で初めての法人型障害者地域活動ホームとして開所された。「障害者が住み慣れた地域の中でライフステージを送る」という考え方が徐々に広がる中、障害のある本人やその家族が、身近な地域で安心して生活を送ることができるよう、創設されたもので重症心身障害児・者が利用する。パンの製作販売や、竹炭の作成、近隣の施設のシーツ交換作業など、様々な活動を行っている。

（パン工房ゆめ）

パン工房ゆめは、桂台で唯一のパン屋として、パンの製造・販売を行っている。パン作りは、朝早くから数人の利用ユーザーで役割を決めて作業を分担し、1日に100個ほど作る。パンは、サポートセンター径で平日午後販売するほか、近隣にある中学校に毎月1回出張して販売している。販売する際の交流をきっかけに、今では中学校の体育祭に「径のパン食い競争」という種目があり、利用ユーザーも競争に使われる紐にパンを付ける役割として参加したり、中学校の文化祭で学生と一緒にパンを販売したりしている。



パンの対面販売により地域住民との交流を行う

(アルミ缶のリサイクル活動)

リサイクル活動として、アルミ缶を回収しプレス作業を行い、業者へ納品する活動を行っている。回収先は、個人宅、テニスコート、ゲートボール場、バス停、小学校など様々であり、地域住民との幅広い交流につながっている。



アルミ缶のリサイクル活動などの地域社会に根ざした活動を実施

4 事業活動を地域交流のきっかけに

こうした様々な事業活動は、地域住民と交流する手段にもなっている。訪問の家の利用者と交流したことがきっかけで、障害者への理解につながった地域住民も多いという。サポートセンター径によると、「障害者を理解する上で、一緒に居る時間を持つことが大事であり、一緒に居る時間を通じて、障害者が身近な存在となるため、今後とも地域の方からお声が掛ければ、積極的に交流していく。」とのことである。

5 利用者が個人で直接地域社会とつながることを目指す

訪問の家では、利用者本来の良さが発揮できる環境が整っており、地域社会とも良好な関係を築いている。そのため、受入れ可能人数を超えた利用希望者がおり、待機者がいることが課題となっている。

訪問の家は、次の段階として、施設を通してではなく、個人で直接、利用者が地域社会とつながりを持つようになることを目指している。地域社会とつながり、一人一人が地域で生活をしていく環境が整えば、本人にとって、生きる上での選択肢が増えることとなる。「障害のある人が安心して暮らせる地域・社会」を実現するために、今後とも活動を進めていくこととしている。

2 治療と仕事の両立支援・健康づくりの取組み事例

(1) 社内制度の充実や相談体制の整備（大鵬薬品工業株式会社）

【ポイント】

- 「社員は大切な人財」という理念の下、治療と仕事の両立支援の様々な取組みを行う。
- 積み立て有給休暇制度や欠勤時の給与支給、異動への配慮などの両立支援の取組みを充実させているほか、きめ細やかな相談体制を整備している。
- 2017年に健康宣言を発表し、取組みを更に充実していく。

1 理念は「社員は大切な人財」

大鵬薬品工業株式会社（以下「大鵬薬品」という。）は、東京都千代田区に本社のある従業員数2,410人（2017（平成29）年12月31日現在）の会社である。同社は、経口抗がん剤のパイオニアとして、世界のがん患者に高品質な医薬品を提供してきた。

大鵬薬品では、「社員は大切な人財」という理念の下、「育薬は人を育てるところから」という基本方針を掲げている。そのような理念や方針に基づき、抗がん剤を扱う企業として、社員ががんやその他の病気にかかっても、治療しながら働き続けられる職場を目指して、社内制度の充実、相談体制の整備、啓発活動を行っている。

2 社内制度の充実 ―治療と仕事の両立支援制度

がんにかかった社員が治療と仕事を両立することを支援するため、これまで人事部と各職場で個別に対応してきたが、それらを制度化すべく2013（平成25）年に就業規則を改正した。現在では、①積み立て有給休暇及び半日単位の有給休暇制度、②欠勤時などの給与支給、③がん罹患者の休業期間の延長・取得回数の制限をなくす、④異動への配慮（転居地域の限定）、⑤在宅勤務制度、⑥復職のためのカムバックパス制度といった様々な制度を設けており、がん治療に専念しつつ状況に応じた働き方ができるようにサポートしている（図表3-1-2）。

図表 3-1-2 大鵬薬品の社内制度

①	積み立て有給休暇及び半日単位の有給休暇制度	積み立て有給休暇制度では、消滅する有給休暇のうち失効日を迎える度10日分繰越せ、最大50日まで積み立て可能で、業務外の私傷病（がんを含む）のために連続5日以上の上の休業を必要とするときに請求できるとしている。 また、半日単位の有給休暇制度では、年間12日につき、半日休暇24回を取得できるとしている。
②	欠勤時などの給与支給	がんの治療を目的として有給休暇及び積み立て（保存）有給休暇を使い切った場合、2ヶ月の欠勤に限り基本給与を保障している。 また、傷病手当金を1年6ヶ月支給した後、基本給与と住宅費の6割を会社負担で支給している。
③	がん罹患者の休業期間の延長・取得回数の制限をなくす	就業規則では、原則として休職中の社員が復職し引き続き6ヶ月実出勤せずに同一事由で休職する場合の休職期間は復職前の休職期間の残期間としているが、がんにより復職した社員が6ヶ月経たないで再度がん及び国が指定する難治性疾患を理由として再び休職する場合の休職期間はリセットされる。なお休職期間は勤続年数によって異なり、20年以上の場合、2年6ヶ月としている。
④	異動への配慮	全国的な転居を伴う異動のある「総合職」から転居地域を限定した「エリア総合職」へのコース変更を可能としている。
⑤	在宅勤務制度	2015（平成27）年10月から自宅でICT（情報通信技術）を用いて働けるようにトライアルを実施し、2016（平成28）年11月から本格的に在宅勤務制度を実施している。
⑥	復職のためのカムバックパス制度	がんや国が指定する難治性疾患の罹患など、やむを得ない理由で退職した社員が3年以内に再雇用で復職することを可能とする制度。
⑦	人間ドック受診費用の補助	5ヶ月の期間限定で6万円までの人間ドックを健保組合・会社の補助によって無料で受けられる。また人間ドック受診の際、半日分までは勤務時間として扱うこととしている。

3 相談体制の整備

大鵬薬品人事部は、がんの診断時、休職開始時及び復職後に、がんにより罹患した社員からヒアリングや自己申告制度（随時提出可能）を通じて仕事の悩みや治療中の働き方などについて直接聴取し、丁寧に対応している。特に、産業医や主治医の意見を踏まえつつ、がんにより罹患した社員が仕事に復帰しても意欲的に働けるよう配慮するとともに、周囲の社員の負担が過重にならないように留意している。

また、産業看護職は、産業医との面談及び主治医との三者面談における情報を集約するとともに、がんにより罹患した社員の体力に応じた職場環境づくりを主導し、社員の上司に必要な事項をアドバイスしている。本人の復職後のフォローアップも実施している。

2014（平成26）年には人事部にキャリア相談室を設置した。同室では、社内常駐のキャリアコンサルタントや産業カウンセラーが、今後の働き方や心理的な悩みなどについて希望する社員にカウンセリングを実施している。

2016（平成28）年には、人事部の保健師・看護師、キャリアコンサルタント、博士（薬学）、社会保険労務士など高度の専門性を有する有志で、がん患者就労支援チームを立ち上げた。同チームは、がんにより罹患した場合の就労支援に関する情報を「がんにより罹患した社員の就労支援ガイド」としてとりまとめ、イントラネットを利用して社内に周知している。

4 社内外への啓発活動

がんなどに罹患した場合の支援体制等について、身近な問題として社員に関心を持って

もらい、相談しやすい環境づくりを行うため、普及啓発活動を実施している。具体的には、社内のイントラネット健康支援情報に、両立支援に関するコンテンツとして、関係する社内制度や、部下や同僚ががん罹患した場合の留意点などの説明を掲載している。

大鵬薬品は、治療と仕事の両立支援に以上のように積極的に取り組んだ結果、2016年2月に、東京都の「がん患者の治療と仕事の両立への優良な取組を行う企業表彰」で優良賞を受賞した。このような社内での取組みについて、ハローワーク飯田橋主催の「がん患者の社員の雇用管理セミナー」や徳島県がん相談員研修会（いずれも2016年開催）などの機会において、他社が両立支援を進めるにあたり少しでも参考になることを願って、積極的に社外へ発信している。



社外への積極的な発信

5 「いつも」の暮らしが「いつまでも」続くことを目指して

大鵬薬品は、2017年に健康宣言として、「社員一人一人が心身ともに健康で生き生きと自由闊達に働ける職場環境の整備に、組織全体で取り組むこと」を宣言した。具体的な取組みは、①定期健康診断（定期健康診断を100%実施）、②メンタルヘルスケア（メンタルヘルスケアの重要性を全社員に普及）、③がん関連（人間ドックの積極的な受診推進、治療と仕事の両立支援）、④働きやすい職場環境整備（長時間労働是正・有休取得促進・育児介護両立）である。

今後とも、社員自らが健康について理解し、疾病の予防や健康維持・増進に積極的に取り組めるよう、多様な活動を行っていくとしている。

(2) がんの治療休暇制度の整備や治療方法の情報提供（ティーペック株式会社） 【ポイント】

- 会社が、健康で安心して働くことが出来る環境づくりを社員に約束。
- がんと仕事の両立支援策として治療休暇制度や治療方法に関する情報提供等を実施。

1 社員が健康で安心して働くことが出来る環境を会社として約束

ティーペック株式会社（以下「ティーペック」という。）は、東京都台東区に本社を置く、看護師や医療スタッフなどによる健康相談から医師手配紹介まで、全国ネットワークによる24時間電話相談を中心としたサービスを提供している企業である（2018（平成

30) 年8月時点の従業員数は458名)。ティーペックは、顧客の健康を預かる事業を行っていることから、まず自らの社員が健康であるべきと考え、社員が健康で生き生きと働ける環境を目指している。

このため、社員が健康で安心して働くことが出来る環境を整えるため、さまざまな健康増進や就労支援策を打ち出している。

その一つに、がんと仕事の両立支援があげられる (図表3-1-3)。

図表3-1-3 ティーペック がんと仕事の両立 6つの支援策

- ①治療休暇制度
- ②時差出勤、職場の配置転換
- ③治療方法に関する情報提供
- ④病気の予防、早期発見、重症化予防の推進
- ⑤メンタルヘルス対策
- ⑥就労相談窓口の設置



2 社員のがん治療のため治療休暇制度や治療方法に関する情報提供などを実施

がんの治療休暇制度策定のきっかけは、同社の女性社員が乳がん罹患したことである。同社員は、当初は治療のため、年次有給休暇を使っていたが、年次有給休暇がなくなると治療のため欠勤となり給与の減額が見込まれる状況だった。そこで急遽策定したのが「がんの治療休暇制度」である。がん治療で通院する場合は、本人の希望により月2日まで治療休暇を取得することができ、治療の状況に合わせて半日単位でも取得することも可能となった。治療休暇は特別休暇として有給休暇扱いのため、給与が減額されることなく、治療に専念できる環境が整うものである。この制度が設けられた結果、この女性社員は現在でも離職せずに働くことができています。

また、治療方法に関する情報提供として、自社サービスであるセカンドオピニオンサービス、受診手配・紹介サービス、二次健診機関の手配・紹介サービスを社員に無料で提供している。

その他にも、疾病予防、早期発見、重症化予防の推進のため、法定の定期健康診断に肺がん、胃がん、大腸がんの「がん検診」を付加して実施している（女性は乳がん、子宮頸がんも可能）。がん検診の受診は任意だが、会社が費用を全額負担をしている。その結果、がん検診の受診率は、胃がんが61.4%、肺がんが96.7%、大腸がんが73.6%、子宮頸がんが78.1%、乳がんが86.1%と高い水準^{*5}となっている。

^{*5} 厚生労働省が推進している「がん対策推進企業アクション」では、職域におけるがん検診の受診率の目標は50%とされている。

こうした支援を行う背景には、ティーベックが、社員に対して、「がんでも働ける」ことを示し、「働くという選択肢をつくる」会社の姿勢こそが大切という考えがある。

3 今後の支援策

ティーベックでは、今後も事業拡大に伴いさらに社員が増えていく中で、さらなる支援策を検討している。治療休暇制度では、治療にあてる時間に柔軟に対応するため、時間単位（現在は半日単位）での休暇制度を実施する予定となっている。また、現在罹患者はいないが、がん以外の三大疾病である脳梗塞や心筋梗塞といった疾病に対する支援策も導入を検討している。

(3) 社内に設けたヒューマンリソースセンターを中心に専門家とも連携して治療と仕事の両立をサポート（株式会社松下産業）

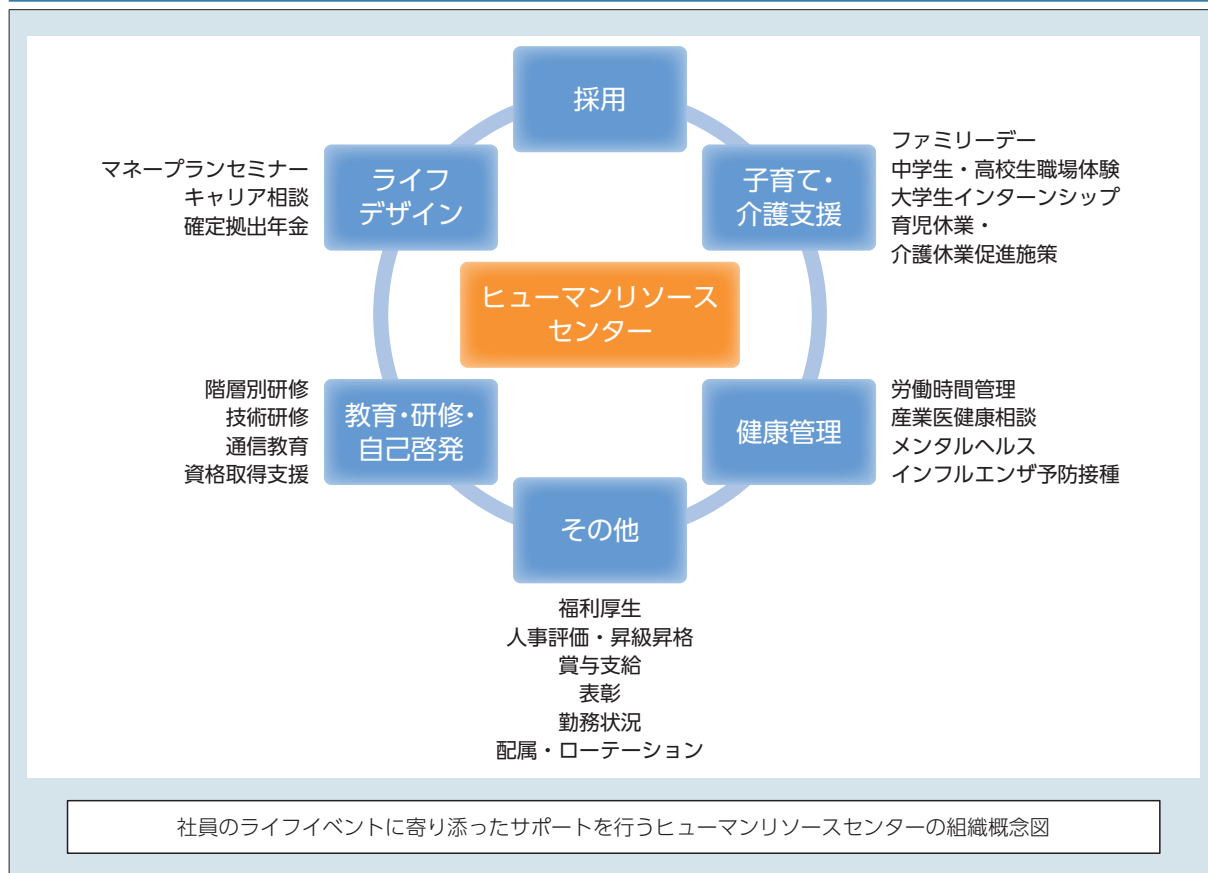
【ポイント】

- 社内の「人」に関するあらゆる事柄にワンストップで対応する「ヒューマンリソースセンター」を設置。
- 「相談窓口」として、病気を有した社員本人やその家族の相談に乗るだけでなく、医療機関や各種専門家と連携する等、多方面からサポートを実施。
- 35歳以上の全社員に対して人間ドック・がん検査を実施し、二次検査費用も含めて費用を会社が負担。GLTD（団体長期傷害所得補償保険）を導入し、休職中やリハビリ中の所得を補償する。

1 社員のライフイベントに寄り添ったサポート「ヒューマンリソースセンター」

近江商人が大切にしていた「売り手よし、買い手よし、世間よし」という「三方よし」の商精神を独自の考えで進化させ「顧客よし、会社・社員よし、世間（地域・環境）よし、協力会社よし」の「四方よし」を経営理念に掲げる株式会社松下産業（以下「松下産業」という。）。従業員約230人を抱える総合建設業で、東京都文京区に本社を有する。同社では、がんとなったことを理由に離職した社員はおらず、がんと診断された経験を持ちながら就業継続している社員が7名いる。

図表3-1-4 松下産業 HRCのワンストップソリューション



中小企業で人手不足が深刻化する中、「継続雇用につなげるためには、安心して働けるようにすること、社員を大切にすることは当然のことです」と経営トップ。2013年に社員を支援するための専門組織として、人事部と総務部、技術教育部門が合体したような組織である「ヒューマンリソースセンター」（以下「HRC」という。）を設置した。社員の健康管理だけでなく、採用、子育て・介護支援、ライフデザイン、教育・研修・自己啓発、福利厚生・資格取得支援など、社内の「人」に関するあらゆる事柄にワンストップで対応できるようになっている（図表3-1-4）。当初はワーク・ライフ・バランスの実現を目的に設置したが、時代の潮流を踏まえ、現在では「がんになっても可能な範囲で働き続けてもらう」ことを前提とした治療と仕事の両立支援も併せて展開している。

2 「相談窓口」と「所得補償による安心感」－職場でできる6つの配慮－

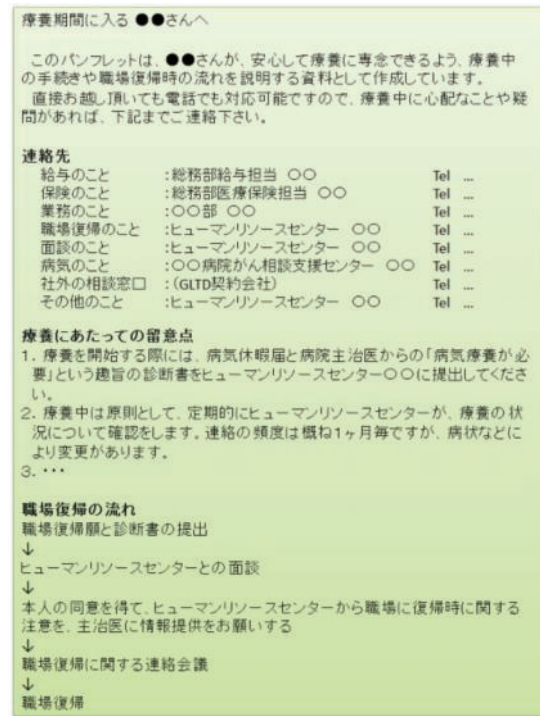
松下産業では、治療と仕事の両立支援にあたり、以下の6つの事項に取り組んでいる。

① まず直接、本人や家族と話す

「病気になった」「入院することになった」と社員から連絡があった場合、まずはHRCのスタッフが、本人及び家族から、病院の担当医から受けた病状の説明や今後の見通しなどを聞き取る。HRCのスタッフは社員に対して、会社の福利厚生などの利用できる制度を説明した上で、本人の希望や家族の思いをヒアリングし、今後の業務体制などの対応策を社内で検討する。がんと告知されて仕事を諦めようとする社員の自宅に、経営トップ自らが駆けつけたこともあるそうだ。

② 主治医・産業医・専門家との連携

主治医と病気になった社員が現在の状況や今後の職場復帰にあたっての面談をする際に、会社が契約している産業医も同席するようにしている。主治医から「建設業は危険な現場が多い」というイメージから復職に難色を示されたところ、会社の業務内容に詳しい産業医が「実際には施工管理はデスクワークが中心である」など、会社や病気になった社員、主治医の間に立ってやりとりし、病気になった社員の勤務形態を考えていく。その他にも、産業保健師の活用や、がん相談支援センター等の各種専門家と連携し、社員を多方面からサポートする。



社員が療養に入る際に渡される案内文書

③ 治療を支える家族もサポート

社員の家族の職場訪問を受け入れるファミリーデーを開催し、治療を支える家族とも交流を実施することで「顔が見える関係」を築いている。また、社員の家族が使える自治体の健診情報を共有するなど、「家族の健康」も重要であると考えている。

④ 社内制度・公的支援の周知、病気の理解促進

病気となった社員本人の同意を得た上で、社内イントラネットや社内報に闘病記を掲載している。本人は復帰へのモチベーションになり、また他の社員の「ゆくゆくは自分も同じ立場になるかもしれない」という感覚や、中小企業ならではの顔が見える関係性から、全社的な協力体制につながっている。また、治療と仕事の両立が可能であることが周知されることで、病気と診断されても離職につながらない。

松下産業では、経済的な面でもサポートを展開している。35歳以上の全社員に対して人間ドックを実施し、がんに関するオプション検査も会社で費用を負担している。また、GLTD（団体長期傷害所得補償保険）を導入し、休職中やリハビリ中の所得補償にも取り組んでいる。

⑤ 日ごろの情報収集とニーズの把握

現場に配属されている社員の調子について、日ごろから情報収集を欠かさない。また、年2回の幹部との個人面談で、直属の上司を挟まない形で個別ニーズを把握し、各社員にあった働き方を模索しながら制度に盛り込んでいく。

⑥ 会社とのつながりやりがいを感じてもらう

復帰する社員からの「あの時はもう社会生活ができるなんて思えなかった」「あたりまえの普通の生活ができることに感謝」といった手紙を共有することで、会社とのつながりや、仕事へのやりがいを他の社員にも共有できるよう取り組んでいる。病気と診断されて

も、社会とのつながりを保つことは重要であることを伝えている。

3 社外リソースとして「コーディネーター制度」の活用を提案

前述のように、社員一人一人が担っている責任が大きい中小企業であるからこそ、松下産業では社員の個別事情を尊重し、社員やその家族に寄り添った多様なサポートを展開している。しかし、こうした先進的な取組みは、社員のサポートに意欲的に取り組む経営トップや、治療と仕事の両立に理解のある産業医や産業保健師といった社内外リソースが充実しているからこそ実現できる。

松下産業では、社内リソースが足りない中小企業などに対し、社外リソースとして病気の治療と両立に向けた「両立支援コーディネーター制度」の活用を提案している。労働者健康安全機構が医療関係者を対象にコーディネーター育成研修を実施しているが、罹患社員とその病院だけではなく、複数の医療機関、社会保険労務士など幅広く専門家とも連携し、正しい情報や豊富な経験を蓄積するコーディネーターを利用することで、中小企業であっても治療と仕事の両立支援が可能となると考えている。

(4) 働き方改革や健康増進対策を企業と健康保険組合が一体となって推進 (SCSK株式会社／SCSK健康保険組合)

【ポイント】

- 経営トップの強力なリーダーシップのもと、「社員の健康こそが全ての礎」と考え、働き方改革とともに健康増進対策に取り組む。
- 働き方改革の取組み（スマートワーク・チャレンジ20など）により、残業時間が減少し、有給休暇の取得日数が増加するとともに、営業利益も増加。
- 健康増進対策（健康わくわくマイレージなど）により、健康に良い行動習慣の定着化を図り、社員の行動変容や健康意識の向上を促す。
- 中長期的には医療費の削減にもつなげていくことを目指す。

1 経営トップのリーダーシップのもと、働き方改革とともに社員の健康増進対策に取り組む

本社を東京都江東区に置くSCSK株式会社は、ITに関するサービスを展開する会社である（2018（平成30）年3月末時点での従業員数は12,054人）。

SCSK株式会社は、住商情報システム株式会社と株式会社CSKが2011（平成23）年に経営統合したことを機に（合併後、SCSK株式会社に会社名を変更）、経営トップのリーダーシップのもと、働き方改革や社員の健康増進対策に取り組んでいる。「夢ある未来を、共に創る」を経営理念に掲げ、約束のひとつに「人を大切にします。」と明記している。社員は財産であり、「社員の健康こそが全ての礎」という考えがこれらの取り組みのベースになっている。

SCSK株式会社は、SCSK健康保険組合と一体となって、コラボヘルスを推進している。具体的には、主要な健康増進施策を連携して進めるとともに、健康保険組合の施策については、会社が全面的にバックアップするという体制をとっている。

2 働き方改革の取組み

SCSK株式会社は、社内の働き方を変えるため、スマートワーク・チャレンジ20（以下「スマチャレ」という。）などさまざまな施策を進めてきた（図表3-1-5）。

図表3-1-5 SCSK 働き方改革の取組み

時期	施策	内容
2012年度	4月	フレックスタイム制の全社適用
	7月	裁量労働制の導入
	7～9月	残業半減運動
	11月	有給休暇の取得推進
	12月	新しい休暇制度の導入
2013年度	4月	スマートワーク・チャレンジ20
	10月	在宅勤務制度の拡充
	1月	タブレット端末の配布
2014年度	4月	・所定就業時間の短縮 ・休暇制度の拡充
2015年度	7月	働き方の推進・定着に向けての人事制度改定
	10月	『どこでもWORK』トライアル開始
2016年度	7月	『どこでもWORK』対象部門拡大
2017年度	4月	スーパーフレックスタイム制の導入

（スマチャレで残業時間の削減、有給休暇の取得上昇）

2013（平成25）年4月に開始したスマチャレは、年次有給休暇取得日数20日（有給休暇取得率100%）や、月当たりの平均残業時間20時間以下を目指し、部署ごとに目標達成を目指す取組みである。はじめは「売上も利益も減るのではないか」といった心配する意見もあった。しかし、社員の健康を優先するという経営トップの考えのもと、粘り強く取組みを進めたことにより、社員も働き方を変えようと自ら意識するようになり、各部署の長を中心に業務の特性に応じた業務改善が行われた。また、各部署単位で目標の達成度合いに応じ、インセンティブとして特別ボーナスを支給するなどの仕組みを整えた。

その結果、月当たりの平均残業時間は大幅に削減され20時間を下回り、年次有給休暇も平均約19日取得するまでに至っている。また、残業時間が減少し、有給休暇の取得が増えたにも関わらず、営業利益は年々右肩あがりとなっている。

3 健康づくりの取組み

社員が60歳以降も健康的に働き続けられるよう、良い行動習慣の定着化、健康診断結果の良化を図る目的で、2015年より、健康わくわくマイレージ（以下「わくわくマイレージ」という。）の取組みを開始した。

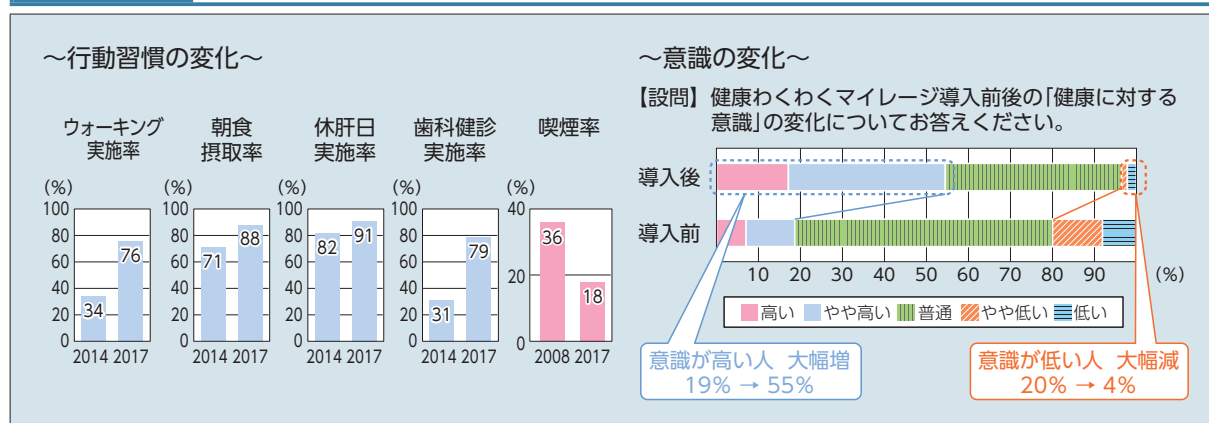
わくわくマイレージは、健康に資する5つの行動習慣（①朝食、②ウォーキング、③歯磨き、④休肝日、⑤禁煙）のチェックを日々行ってもらい、毎年の健康診断結果に応じて、個人、組織それぞれの単位でインセンティブとしてマイルを付与し、マイルに応じて

社員に特別ボーナスを支給している。

また、健康リテラシー^{*6}の向上を目的として、部課長を対象者として集合研修を、全職員に対してはe-learning^{*7}を実施している。その他、家族にも生活習慣の改善を後押ししてもらうため、経営トップから直接社員の家族に手紙を送付し、健康づくりの取組みの意図を伝えるなど、社員の心に訴えることもしている。

このような取組みの結果、ウォーキング実施率が3年で34%から74%になるなど行動習慣が改善し、健康に対する意識も、意識が高い人の割合が19%から55%に大幅に増加するなどの変化が見られている（図表3-1-6）。

図表3-1-6 SCSK 健康わくわくマイレージ



4 今後の課題等

わくわくマイレージ開始から3年経過して、行動習慣や健康意識に変化がある一方で、施策としての刺激の低下や、一部社員の参加が進まない状況から、社員が自発的に参加していけるよう、個々の健康状態や環境に合わせられる仕組みを作ることが課題となっている。

また、今後も取組みを継続し、中長期的には医療費の削減にもつなげていくこととしている。

(5) 健康白書の発行や健康マイレージ制度などの活動を企業と健康保険組合が一体となって推進（花王健康保険組合／花王株式会社）

【ポイント】

- 「花王グループ健康宣言」を下に、健康保険組合と企業で一体的に社員と家族の健康づくりに取り組み、コラボヘルスを実現。
- 健康白書の発行により健康づくり施策の「見える化」を行い、PDCAサイクルを推進している。
- 健康マイレージ制度や社内技術を活用した健康づくり活動により、一定の成果をあげている。

^{*6} 健康面での適切な意思決定に必要な、基本的健康情報やサービスを調べ、得、理解し、効果的に利用する個人的能力の程度を意味する。

^{*7} オンライン学習。パソコンを利用して研修を行う。

1 背景－花王グループ健康宣言

花王株式会社（以下「花王」という。）は、東京都中央区に本社のある化粧品・洗顔料・シャンプー・衣料用洗剤などの製造や化学事業を行う会社である。花王グループの社員を被保険者とする花王健康保険組合（以下「健康保険組合」という。）は、被保険者数26,974人、被扶養者数17,133人（2018（平成30）年2月末現在）の規模であり、花王と連携して社員の健康づくり活動を展開してきた。

2008（平成20）年には、健康づくりを積極的に推進することを目的に、「花王グループ健康宣言」を経営トップからのメッセージとして発行した。健康宣言は、「私たちは、日々いきいきと健康づくりに取り組み、すこやかで心豊かな生活の実現をはかるとともに元気で活力ある職場を通し、お客様とともに感動する会社を目指します。」を方針に、社員が自ら健康を維持する5つの健康の取組み（生活習慣病、メンタルヘルス、禁煙、がん、女性の健康）を中心に明示した。その根底にある理念は、①「健康」は個人生活の基盤であるだけでなく社会の財産であること、②健康づくりの主体は本人自身であること、③健康経営を標榜する企業として社員を支援することにある。経営トップからの健康づくりを推進する姿勢が明らかにされたことで、社員の健康づくりに対する意識付けが促進された。

2 健康づくりの推進体制（コラボヘルス）

健康づくりの推進において、コラボヘルス（健康保険組合と花王の連携）による健康経営の実現を図るための体制を構築している。

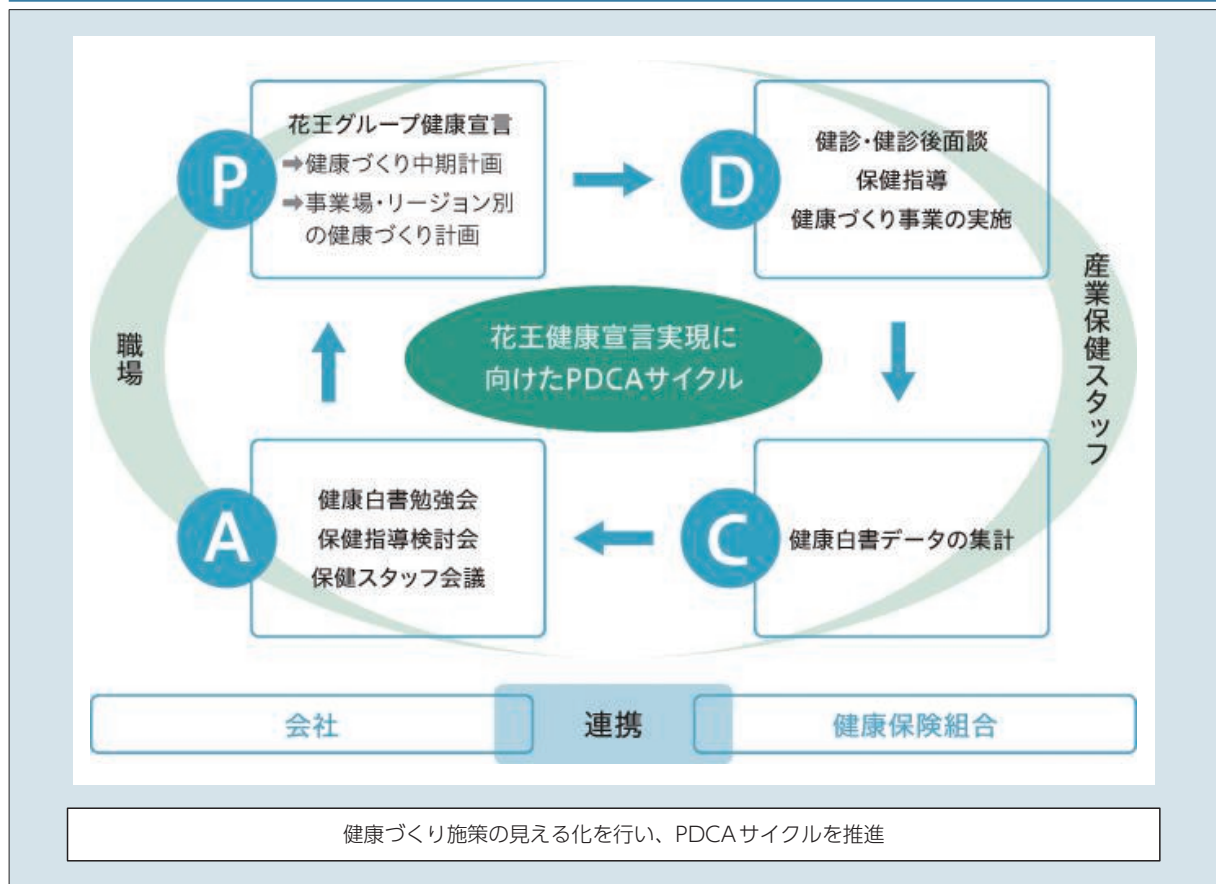
具体的には、健康づくり施策の立案は、健康保険組合と花王が一体となり、毎月1回、定期的なミーティングで議論している。また主要施策については、社員代表も含む健保組合会議員等やワーキンググループで検討し、健保組合会や全社の健康づくり推進会議で決定する。具体的な運営推進のため、各事業場・支社に健康実務責任者や健康実務担当者を配置し、産業医や看護職とともに各事業場の実情に応じた健康づくりを進めている。

なお、健康保険組合と花王との役割を明確にしながらも施策決定及び実行後の評価は協働で行い、施策の改善につなげている。

3 花王グループ健康白書－健康づくり施策の「見える化」

2009（平成21）年には、花王が中心となって社員の健康状態を「見える化」するため、健康データの集約分析を開始した。具体的には、社員の健康データ（健診データなど）を職種別、年代別、男女別、事業場別などさまざまな切り口で突合し、経年変化を追うとともに、必要に応じて疾病や医療費等のデータと照らし合わせながら、「花王グループ健康白書」として取りまとめた。健康白書は毎年発行し、健康づくり担当者は、職場における健康課題や次年度にむけての健康づくり施策を計画実践し、PDCAサイクルを推進している（図表3-1-7）。

図表3-1-7 花王健康宣言実現に向けたPDCAサイクル



4 健康づくりの取組みと効果 健康マイレージ

図表3-1-8 健康マイレージ

◆QUPiOポイントの参加率が高い事業場ほど生活習慣や疾病所見の改善が見られる。

2009年 → 2014年の改善・悪化状況（男性）

改善：青字 悪化：赤字

	QUPiOポイント参加率 高			QUPiOポイント参加率 低	
	A事業場 160名	B事業場 140名	C事業場 346名	D事業場 250名	E事業場 511名
QUPiOポイント参加率（2014）	99%	81%	90%	42%	47%
タバコを吸わない	-4.6%	-10.9%	-10.9%	-6.5%	-1.1%
1日60分以上歩く	20.5%	-12.2%	5.4%	-2.1%	-5.7%
運動不足と思う	-6.9%	-3.3%	-1.2%	2.0%	0.6%
欠食（週7以上）	-0.7%	2.6%	-1.6%	2.1%	0.0%
朝食抜き（週3以上）	10.4%	-2.1%	-4.9%	2.0%	0.3%
寝る2時間以内食事（週3以上）	-2.4%	-0.8%	-0.2%	3.2%	3.2%
食事バランスを考える	-10.3%	5.8%	9.9%	-1.1%	11.4%
毎日飲酒	-6.1%	-2.0%	4.2%	-3.6%	-4.7%
腹囲所見あり	-1.7%	-4.6%	-3.4%	1.8%	3.6%
メタボ該当者・予備軍	-2.6%	-2.6%	-5.0%	8.5%	1.3%
血圧所見あり	-5.6%	-2.8%	0.9%	16.2%	0.0%
血糖所見あり	-9.9%	-8.8%	0.2%	2.2%	-3.7%
脂質所見あり	-12.0%	1.3%	-10.1%	1.8%	2.9%
2014健康づくり事業実施数（※）	10回	12回	14回	4回	2回
主な取り組み	運動教室、体力測定等	体力測定、食育セミナー等	体力測定、食育セミナー等	体力測定、身体バランス測定等	禁煙・乳がんセミナー

（※）各事業場の産業看護職、健康づくり担当が、事業場の特性に合わせたイベント、セミナー等を企画・実施。

社員や家族の健康づくりへの意欲を高めるために、2007（平成19）年度から、健康マイレージ制度（現QUPiOポイント）を導入している（図表3-1-8）。これは、健診結果が正常判定であることや健康づくりイベントなどへ参加したこと等を通じてポイントを取得し、ポイントに応じた健康グッズと交換できる仕組みである。

健康マイレージ制度の成果については、健康データベースによると、本制度への参加率が高い事業場では、2009年と比較して2014（平成26）年で生活習慣病や疾病所見の改善が見られることが明らかになった。

その他にも、花王の伝統である「よきモノづくり」を通じて蓄積された社内技術を活用し、生活習慣&内臓脂肪測定会（花王などにより開発された内臓脂肪計を用いて内臓脂肪を測定し、生活習慣の改善を推進）等の独自の取組みを実施している。

5 今後の方向性

2017（平成29）年度にスタートした花王グループ中期経営計画「K20」では、「社員と家族の健康維持（GENKIプロジェクト）」を旗揚げした。同プロジェクトでは、生活習慣病、メンタルヘルス、禁煙、がん、女性の健康を取組みの柱とし、ポピュレーションアプローチ^{*8}と個別のアプローチを組み合わせ、さらなるヘルスリテラシー^{*9}の高い社員

^{*8} 病気のリスクの低い者を含む全体の社員に対して、生活習慣病予防の考え方などを普及啓発し、健康づくりを推進する手法のこと。

^{*9} 花王の考えるヘルスリテラシーの高い社員とは、①健康診断結果を見て、自分の生活習慣を見直し改善することができる。②産業医以外にも必要に応じて自分の健康データを見てアドバイスする医師を確保する。③自分の心の状況を確認し、必要に応じて相談できる窓口を確保する、である。（出典「花王サステナビリティデータブック2017」）

を増やしていきたいとしている。

(6) 多様な主体と協働した様々なプロジェクトにより健康寿命延伸を目指す (大分県)

【ポイント】

- 「健康寿命日本一」の目標達成に向け、健康寿命日本一おおいた創造会議を組織。
- 「おうえん企業」など、多様な主体との協働、うま塩（減塩）プロジェクト、健康経営事業所の認定制度、健康アプリ「おおいた歩得（あるとっく）」など、官民一体で健康寿命延伸に向けた取組みを推進。

大分県は、人口約115万人（2018（平成30）年2月1日現在）、高齢化率31.2%（2016（平成28）年10月1日現在）であり、「健康寿命日本一」をスローガンに、ヘルスプロモーションの取組みを展開している。

1 取組みの背景

取組みの背景としては、大分県の2010（平成22）年の平均寿命が全国で男女とも10位以内だったにも関わらず、2010年の健康寿命が男性39位（69.85歳）、女性34位（73.19歳）だったことが挙げられる。この結果、「健康に影響がある状態」といえる平均寿命と健康寿命の差は、2010年、男性47位、女性44位という状況であった。この数字に危機感を持った大分県が、県民の健康意識や行動の調査を行ったところ、①食塩摂取量が多い、②野菜・果物摂取量が少ない、③運動習慣がある人が少ない、という特徴が明らかになった。このことから、大分県は、地域ごとに優先課題を定め、市町村と共に取り組むこととした。

2 健康寿命日本一おおいた創造会議

健康寿命日本一を目指す取組みの推進主体として、2016（平成28）年6月、「健康寿命日本一おおいた創造会議」が設立された。創造会議は、経済団体、保健・医療・福祉関係団体、報道機関、健康づくり関係団体、大学法人、行政機関など39団体と大分県から構成され、後述する健康寿命日本一おうえん企業もオブザーバー参加している。創造会議では、取組みの情報共有や各団体それぞれにおける健康づくり活動の推進などが行われている。2017（平成29）年度の「みんなで延ばそう健康寿命」推進月間では、スポーツ、ウォーキングやうま塩・食育講演会などの健康づくりイベントが521回開催され、13万人が参加した。



10月の「みんなで延ばそう健康寿命」推進月間では多くの健康づくりイベントを開催

3 健康寿命日本一おうえん企業

健康寿命日本一おうえん企業（以下「おうえん企業」という。）とは、「健康という価値を企業と地域社会が共有する」という、CSV（Creating Shared Value）の理念に基づき、「お」おいた県民の「う」んど、「え」いよう、か「ん」きょうの改善を応援する企業などである。おうえん企業には、県内68社・団体が登録されている。参加企業にとっては企業イメージの向上や新たな企業価値の創造を図ることができ、県民にとっては健康寿命の延伸が推進されるもので、いわば「win-winの関係」が目指されている。

具体的な取組みとして、ある金融機関は、健診・検診を受診したら0.2%の金利が上乘せされる「健康応援定期」を発売した。そこで集まった資金については、「健康寿命日本一おうえん融資ファンド」として、健診機関などの健康寿命延伸に資する設備投資の費用に対して融資することとした。2016年度、約4,500人がこの「健康応援定期」を利用するなど、好評を博しているとのことである。

また、県内に23店舗を構えるあるスーパーでは、管理栄養士がうま塩（減塩）弁当を開発・販売したり、減塩コーナーを設けて消費者が減塩商品に触れやすい工夫をしたり、「野菜を食べよう」といったプロモーションを行ったりしている。

これらの取組みは、健康寿命日本一おおい創造会議にも逐次報告され、官民一体となった取組の広がりが実感されるようになってきている。

4 うま塩プロジェクト

うま塩プロジェクトとは、産学官連携で、美味しい減塩（＝うま塩）の手法を開発・普及するプロジェクトである。うま塩メニューの開発については、大学、専門学校や食品メーカーと連携し、メニューコンテスト及びうま塩の手法検討会を実施している。コンテストでの優秀作品はうま塩弁当として商品化され、量販店で販売される。また、優秀作品は「レシピ集」にとりまとめられ、県庁のホームページにも掲載される。うま塩レシピでは、だしを活用する、味噌や醤油の半分をケチャップで置き換える（約30%減塩）、カボスなどの酸味と香りを利用する、といった工夫がなされている。また、大分県は、1食あたり食塩3g未満の食事を提供する外食・中食事業者を「うま塩メニュー提供店」として認定している（2018年3月現在、94店舗）。

5 健康経営の推進

大分県の取組みで最も特徴的なのが、事業所での従業員の健康づくりを大分県（保健所）が大規模に支援していることである。具体的には、大分県内の全ての事業所を対象として、全国健康保険協会大分支部（協会けんぽ）と協力し、「健康経営事業所」の認定制度を行っている。同制度では、県独自に定めた5つの要件（①健診受診率及び健診の結果把握100%、②社内での呼び掛けや事業所全体のリスク把握、③事業所建物内禁煙又は敷地内禁煙の実施、④最低月1回の健康情報の社員への提供、⑤社内健康イベントの開催又は社外健康イベントへの参加）を満たす事業所を「健康経営事業所」として認定し、特に優れた5事業所に対しては、知事顕彰を行っている。大分県では、顕彰事例の冊子の作成などによる健康経営の取組の「見える化」、事業所における健康づくりイベント（県主催の「歩いて健康No.1決定戦」など）の実施、健康経営セミナーの開催も実施している。

さらに、県保健師などが事業所を訪問し、健康づくりの課題を聞いたり、健康づくりのアドバイスを行ったりもしている。大分県福祉保健部健康づくり支援課によると、「事業所訪問は目に見えて成果が挙がるので手応えを感じる。それぞれの職場の課題を分析し、解決に結びつけていくので、保健師にとっても勉強になる。」とのことである。これらの取り組みの結果、2017年度末には、健康経営事業所の登録は1200社、認定事業所は309社となっている。

6 健康アプリ「おおいた歩得（あるとつく）」

大分県では、2017年12月、日常のウォーキングや健診などによって健康ポイントが付与され、ポイントが貯まると大分県内の協力店で特典が受けられるアプリ「おおいた歩得（あるとつく）」の配信を実施した。2017年度は試験運用で、2018年度は本格運用を行い、県民が無理せず楽しみながら生活習慣の改善を行う環境づくりを進めている。



健康アプリ「おおいた歩得」で、県民が無理せず楽しみながら生活習慣の改善を行う環境づくりを進める

7 今後の課題

大分県では、20～40歳代の若い世代で「健康上の理由で日常生活に影響がある」と回答する者の割合が全国平均より高く、特に若い男性の喫煙率が全国平均より高く、食塩摂取量が多く、野菜摂取は少ない傾向がある。このため、若い世代に対して健康寿命延伸の取り組みをどのように浸透させていくかが課題となっている。大分県福祉保健部健康づくり支援課によると、「うま塩プロジェクトを更に広げ、若い世代がうま塩弁当・惣菜を手に入る機会が増えるようにしたり、企業とコラボして『まず野菜、もっと野菜プロジェクト』を進めたい。事業所への支援も若い就労世代へのアプローチとして重要と考えている。おおいた歩得についても、若い人にとって魅力のある特典が受けられるよう企業に協力要請するなど工夫したい。」とのことであった。

3 社会活動を行うのに困難を有する者などへの支援の取り組み事例

(1) 生活困窮者などに対する社会的な居場所づくりと中間的就労の場の創出 (一般社団法人釧路社会的企業創造協議会)

【ポイント】

- 生活困窮者などに対して社会的な居場所と中間的就労の場をつくる自立支援プログラムは、釧路市（釧路社会的企業創造協議会）において全国に先駆けて創設された。
- 中間的就労自立・就労自立の取り組みとして、漁網の整網作業、健康づくり運動「ふまねっと」に使用するネットの製作、介護施設での作業などを行っている。

1 「釧路モデル」創設の経緯

生活困窮者などに対する社会的な居場所づくりと中間的就労^{*10}の場を創出することを目的とする自立支援プログラムは、釧路市において全国に先駆けて創設された。この支援の方法は、福祉分野の関係者に「釧路モデル」と呼ばれている。

「釧路モデル」の創設の経緯は、釧路市の生活保護の保護率が全国平均0.9%と比べて3%と高い水準であったことである（2001（平成13）年度時点）。中でも、全保護世帯に占める母子世帯の割合が、全国平均約8%と比べて17%と高かった。そのような状況から、釧路市は、2004（平成16）年度から2年間、被保護母子世帯に対する厚生労働省の自立支援モデル事業（厚生労働省セーフティネット補助事業）の指定を受けて自立支援プログラムの策定及び運用を行うとともに、外部有識者を委員とするワーキングチームで検討を行った。

この被保護母子世帯を対象とする自立支援プログラムでは、母子世帯の母に「介護ヘルパーと同行して介護利用者宅に伺い、利用者の話し相手をする」という就業体験的なボランティア活動を実施してもらった。プログラムに参加する前は、不規則な日常生活を過ごし社会的に孤立している者も多かった。ところが、プログラムに参加して、会話を通じて利用者から頼りにされたことで自信につながったり、規則正しい日常生活に復帰し、人間関係や社会との絆を回復した者が増加した。プログラムによって、概ね参加者の社会参加及び就労への意欲を上げているという成果が確認された。なお、プログラム終了後には、参加者の中で介護の資格を取り就職する者が12名いた。

この成果を踏まえ、釧路市は、被保護母子世帯以外の生活保護受給者や生活困窮者についても、「自尊感情及び社会的なつながりの回復」という理念の下、それぞれの者の状況に応じた自立を目指して、社会参加と就労の支援を行うこととした。

現在、日常生活自立^{*11}、社会的自立^{*12}、就労自立^{*13}と、参加者の段階に応じたステップアップを図るべく、多様な自立支援プログラム（就労支援プログラム・就業体験プログラム等）が実施されている。

^{*10} 直ちに一般就労を目指すことが困難な人に対する自立支援の仕組みを組み込んだペイドワーク（賃金労働）のこと。

^{*11} 自分自身の身体や精神の健康を回復及び維持し、自分で健康及び生活管理を行うなど日常生活における自立

^{*12} 社会とのつながりを回復及び維持するなどの社会生活における自立

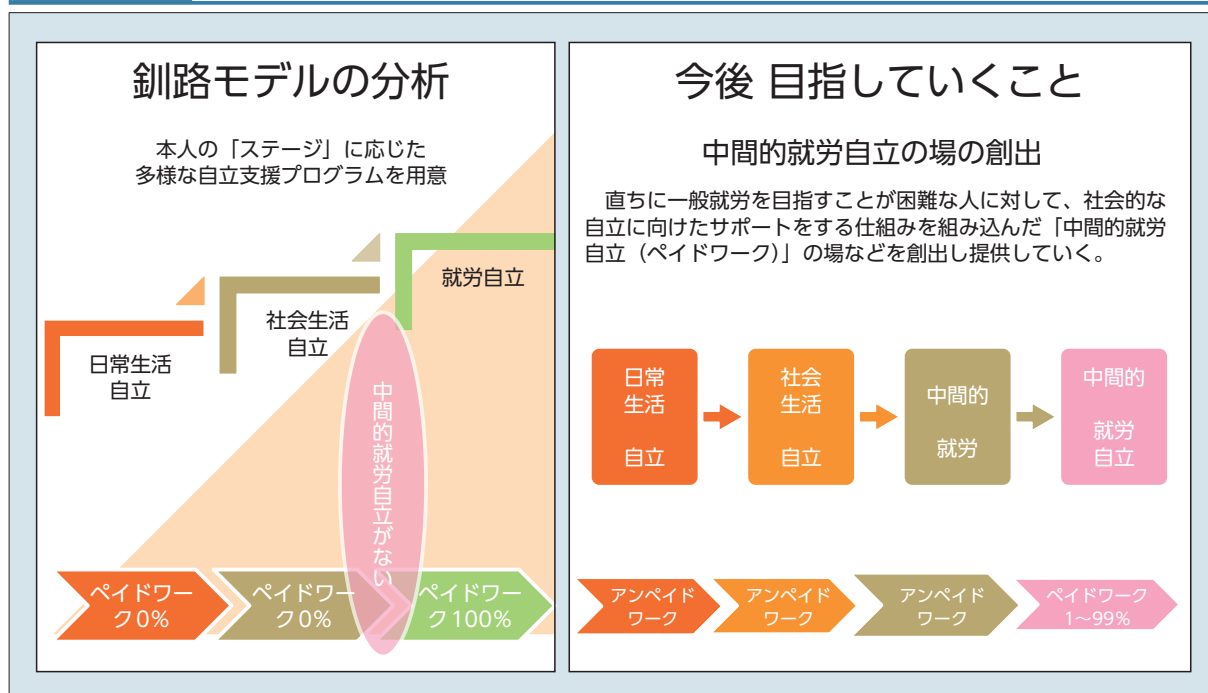
^{*13} 就労による経済的な自立

2 中間的就労自立の考え方

釧路社会的企業創造協議会（以下「協議会」という。）は、北海道釧路総合振興局と釧路市から委託を受けて自立相談支援事業や就労準備支援事業などを実施する一般社団法人である。協議会は、生活保護受給者だけでなく生活困窮者を含む雇用創出を目的として、2012（平成24）年に設立された。

協議会は、発足時に、これまでの「釧路モデル」の検証を行った。検証では、地場産業の停滞により地域の求人情報が少なく、生活保護受給者や生活困窮者の一般就労が困難である状況を踏まえ、賃金の多寡だけで見ず、地域社会のニーズを掘り起こしていくことが重要とされた。そして、自立支援プログラムにより、「社会生活自立（0%のペイドワーク）」から「就労自立（100%のペイドワーク）」にすぐ移行するのは難しいことから、「就労自立」に向けた「中間的就労自立（1～99%のペイドワーク）」の場を、地域のニーズに沿いながら提供することが必要とされた（図表3-1-9）。

図表 3-1-9 中間的就労自立の場の創出



3 中間的就労自立の取り組み

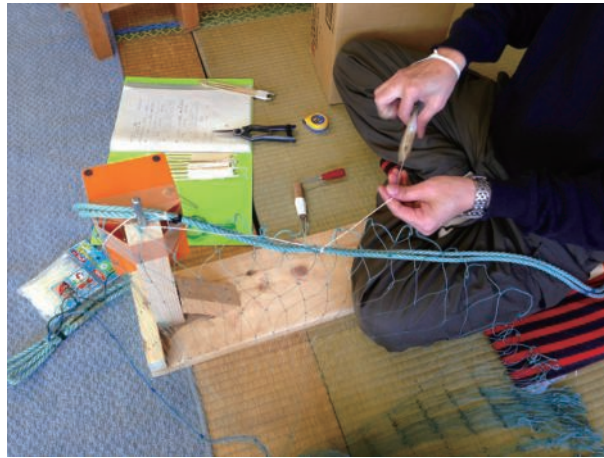
中間的就労自立の取り組みとしては、漁網の整網作業や、健康づくり運動「ふまねっと」に使用するネットの製作などがある。

漁網の整網は、釧路管内の基幹産業たる水産業からの需要があり、漁網業界が高齢化による担い手不足であったことから、生活困窮者と漁網業界双方が抱える課題を同時に解決するために行うこととした。

作業内容については、指示書に則り、網にアバ棚（浮き付ロープ）と下棚（重りとなる鉛入りのロープ）をアバリという専用の道具を使用して括り付ける仕立て作業が中心である。新規の参加者は、まずは参加者の中でリーダー的な役目を果たす「ボランティアリーダー」や、作業に慣れている参加者から作業工程を教わり、練習用の網で訓練する。そし

て、1.5か月程度基礎的な技術を習得してから、本番の作業に入る。

事業開始当初は、参加者が作業を間違いなく出来るかという心配があったが、参加者がノウハウを蓄積し、品質に関し漁網事業者から信頼を得るまでに至っている。



中間的就労自立の取り組みとして行われている漁網の整網作業

ふまねっと製造は、健康づくり運動「ふまねっと」で使用される50センチ四方のマスマ目でできた網（もともとはサケ漁の定置網の保護に使用される網）を製造するものである。これは、全国の医療機関や福祉・介護施設で「ふまねっと運動」*14が展開されていることを協議会が知り、また、北海道教育大学釧路校の教授が協力を申し出たことから開始された。北海道を中心にふまねっと運動が普及していることから、一定の需要が見込まれている。

4 就労自立の取り組み

就労自立の取り組みとして、介護施設での作業がある。

介護施設での作業については、介護業界から人材確保の要望があったことから、開始された。事業者が介護ヘルパーの資格が必要ではない作業を抽出し、これに対して協議会が人とのコミュニケーションに困難を感じるなどの参加者の事情を考慮しつつ、作業の切り分けや勤務スケジュールの作成を行っている。作業としては、食堂内の清掃や手すり・ドアノブ・ソファなどの消毒がある。

5 生活困窮者支援を起点とした地域づくり

このような漁網の整網作業や介護施設での作業など地域社会でニーズがある仕事を、利用者が行うことで、地域で「支えられる側」であった者が「支える側」に転換し、地域住民として地域づくりに関わることにつながった。

今後、協議会では、地域社会でのニーズと参加者の能力のマッチングを工夫するなどして取り組みを更に広げるとともに、これまでに得られたノウハウを生かして地域食堂などの地域住民の自主的な活動*15を支援し、地域づくりを推進していきたいとしている。

*14 ふまねっとを踏まないように注意深くゆっくり慎重に歩く運動。認定NPO法人ふまねっとによると歩行機能や認知症の改善及びうつや閉じこもりの予防に効果が期待されている。

*15 具体的には、コミュニティセンターで開催される地域食堂や、地元の特産である落づくりなどの活動が行われている。

(2) 担い手のいない地域の困り事を「働く場」として活用する自立支援の取組み（働き・暮らし応援センター“Tekito-（テキトー）”）

【ポイント】

- その人がその人らしく働き・暮らせる「適当」を大切にする。
- 支援対象者を貴重な地域の担い手として発掘。
- 担い手のいない地域の困り事を、支援対象者の就労前の「働く場」として活用。

1 働き・暮らし応援センター“Tekito-（テキトー）”の取組み

滋賀県では障害のある方の就労支援と生活支援を一体的にサポートする専門機関として「働き・暮らし応援センター」を設置している。その中でも、画期的な支援の取組を行っているのが滋賀県近江八幡市にある働き・暮らし応援センター“Tekito-（テキトー）”（以下「Tekito-」という。）である。

Tekito-は、障害のある方だけでなく、ひきこもり状態の者などの障害はなくとも「働くことに工夫や少しの応援が必要」なすべての者を対象とした支援を行っている。また、Tekito-の取組みで特徴的なのは、図書館の草刈りなど担い手のいない地域の困り事を、Tekito-の支援対象者の就労前の「働く場」として活用し、就労支援と結びつけているところである。支援対象者を貴重な地域の担い手として掘り起こし、地域課題の解決に向けた活動の場へ導くことにより、地域を支える人材へと育成し、地域の人々などとも連携する——こうした将来の地域づくりまで見据えた支援活動を行っている。

① その人にとっての「適当」を大切にする

センター長がこの活動を始めた原点には、精神障害者のある方との出会いがある。その男性は、一般企業で働いていたが過労からうつ病を発症して退職し、精神障害者の作業所で働いていた。「自分に適している『適当』な仕事に就いて、帰宅後にお酒を一杯飲めるぐらいのゆとりがある暮らしが大事だが、実際には難しい」とセンター長に話したという。ライフスタイルは様々あり、その人にとっての「適当」（その人がその人らしく働き・暮らせること）を大切にできる社会にしたいという思いから、働き・暮らし応援センターの名前は「適当」を由来とする Tekito- となっている。

② 就職前の「働く場」を設ける

Tekito-では担い手のいない地域の困り事を、支援対象者の就労前の「働く場」として活用し、就労支援と結びつけている。いきなり企業の就職面接に行くのではなく、就労までの準備期間を設けているのがポイントとなる。こうした取組みは、いわゆる中間的就労^{*16}として現在注目されている。

ここでは、Tekito-が提案する「働く場」の一つである薪割り作業を中心に紹介する。

薪を加工販売する「薪遊庭」では、里山保全という「地域の困り事」の解決を目的に2011（平成23）年から始めた薪割り事業を Tekito-の利用者に依頼している。

・「失敗」がない職場

^{*16} 生活困窮者自立支援法（平成25年法律第105号）において、就労訓練事業（いわゆる「中間的就労」）は、一般就労と福祉的就労との間の就労形態として位置づけられ、雇用による就業を継続して行うことが困難な生活困窮者の一般就労を目的に、民間事業者が自主事業として実施するものとしている。

形が不揃いであっても商品になる薪割りには「失敗」がない。支援対象者の中には、一般企業に就職したものの、周囲とうまく馴染めなかったり仕事の失敗などの挫折から、長い間仕事に就けなかった者もあり、薪割りを通して自分が働けることを知ることで自信につながっている。

- ・「仕事」は地域経済の中にあることを理解する

Tekito-では、利用者が「仕事」とは何かを理解することを大切にしている。例えば、薪割り作業では、原木を加工して薪にした後、その薪を買いに来る購入者の存在を知ること、自分の「作業」が地域経済の中にある「仕事」であることを理解する。

この過程は継続就労にあたって非常に重要であり、利用者の仕事へのモチベーションや成果物を意識した労働の姿勢につながる。そのため、Tekito-利用者が一般企業に就職した際には、企業側にも「～の製品の～の部分を作る作業であり、この製品は～に向けて出荷される」など、全体の工程や成果物を意識した作業指示を行うように求めている。

2 包括的支援の成果の数値化や支援対象者の特性の見える化が課題

多様で複合的な課題を有する生活困窮者は、生活保護制度や障害保健福祉施策など包括的な支援が必要な場合も多い。Tekito-では、一般企業への就労者数だけでなく、Tekito-への相談をきっかけに他支援機関での支援に繋がったなど、地域資源を活用した包括的な支援の成果の数値化を検討している。

また、包括的な支援を行うに当たり、支援対象者の抱える特性をチャートなどで見える化し、支援対象者の苦手な分野や抱える困難を明確にすることで、必要な支援を迅速に行えないか模索しているという。

(3) ひきこもりの子どもや若者に対する支援（一般社団法人よりそいネットワークぎふ（NPO 法人仕事工房ポポロ））

【ポイント】

- よりそいネットワークぎふは、加盟団体で連携・協働して、ひきこもりの子どもや若者に対する支援、生活困窮者に対する社会的居場所づくり支援事業、就労準備支援事業、生活支援などの活動を行っている。
- よりそいネットワークぎふの活動目的は、利用者が自分の価値に気づく場を提供することであり、誰もがふつうに暮らし、生きていける社会の構築を目指している。

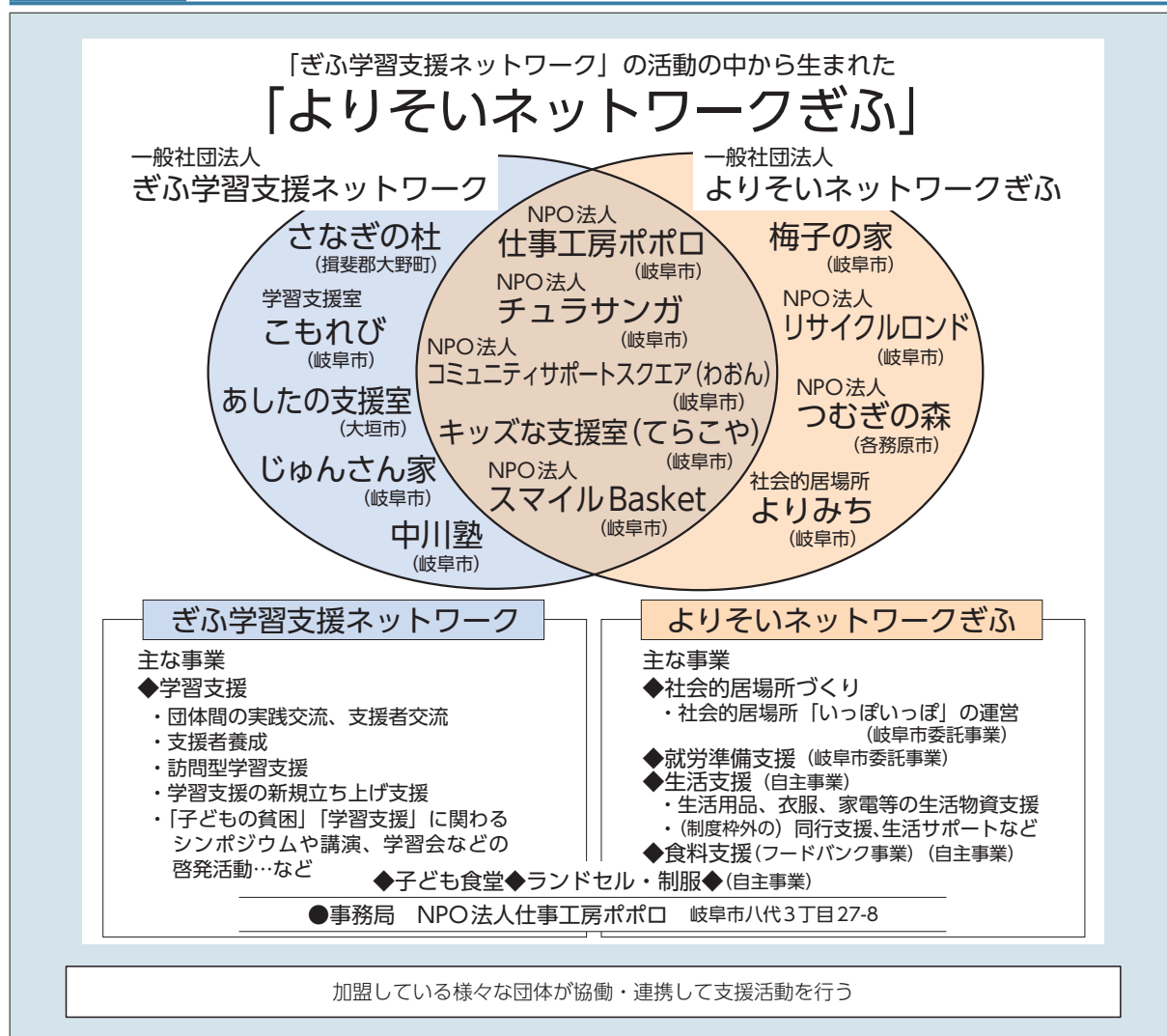
1 よりそいネットワークの設立の経緯について

NPO 法人仕事工房ポポロは、ひきこもりの状態にある子どもや若者などに対する学習支援を、2010（平成22）年に岐阜市でスタートさせた。その後、岐阜県内各地において、子ども・若者支援は広がりを見せ、2015（平成27）年には県内の任意の支援団体が集まり一般社団法人ぎふ学習支援ネットワークが設立された。

一方で、学習支援活動の対象となる子どもの家庭は、生活が困窮していることが多く、子どもや若者にとどまらず、家族へも支援を行う必要性が高まり、一定の世帯年収以下の

家族の就労支援や社会的居場所づくり支援^{*17}などを行うことを目的として、一般社団法人よりそいネットワークぎふ（以下「よりそいネットワーク」という。）が2016（平成28）年に設立された（図表3-1-10）。

図表3-1-10 よりそいネットワークぎふ



2 よりそいネットワークのつながりにより、利用者に幅広い支援を展開

NPO法人は、活動する内容が法人ごとに異なり、必ずしも利用者のニーズに沿った支援が十分できていないという課題があった。しかし、よりそいネットワークで他の法人とのつながりを持ったことにより、単独では実施できない活動が、他の法人の活動と連携・協力すれば実施可能となるといった相互補完関係を築き、活動の幅に広がりを見せている。現在は下記のような様々な活動を行っている。

①社会的居場所づくり支援事業

就労準備支援事業へつなぐ場所として、「何もしなくてもいい安心できる場所」を提供。スポーツや料理を作るイベントを開催し、利用者に参加してもらうことで少しずつ社会

* 17 就労準備支援事業へとつなげる常設の居場所を提供する支援。人と関わりを持ち、自己肯定感を醸成することを目的とする。

に参加するきっかけを作るようにしている。

②就労準備支援事業

農作業、パソコン作業、カフェ勤務などの職業体験を行い、就労に必要な知識や技能を身につけられるよう就労に向けた支援を行っている。

その他に、生活の援助・支援等を行っている。

3 誰もがふつうに暮らして、生きていける社会をめざす

生活困窮者であって、ひきこもり状態にある人などは、就労支援を行ってもなかなか就職に結びつかず、就職出来てもすぐ離職するなど、就労に困難を抱えているケースが多く、まずは就労支援の前に社会へつなぐことが必要になる。

よりよいネットワークの活動の狙いは、利用者が様々な活動を通じて、単に社会に適応するのではなく、「自分の価値に気づいて生きていくこと」、「できないことがあったら周りに助けを求め、本人ができることの価値を高めていくこと」を学んでいく点にある。

こうした様々な活動は、孤立しがちな人々を多様なつながりの中に迎え入れていく活動である。よりよいネットワークは、子ども世代から高齢世代まで連なる貧困という社会課題に挑戦し、「誰もがふつうに暮らし、生きていける社会」の構築を目指している。

(4) 認知症の方に有償ボランティアの機会を提供（特定非営利活動法人町田市つながりの開 通所介護事業所（デイサービス）DAYS BLG！）

【ポイント】

- 認知症の方の「社会の役に立ちたい」という想いが取組みの原点。
- 自動車の洗車、情報誌のポスティングなど、地域で必要とされる仕事を、有償ボランティアとして行う。
- 認知症をテーマとした紙芝居の読み聞かせを行うなど、認知症を他人ごととせず助け合えるような地域社会を醸成するための活動も実施。

1 通所介護事業所DAYS BLG！とは

DAYS BLG！（以下「BLG」という。）は、東京都町田市にある通所介護事業所である。「DAYS BLG！」のBはBarriers（障害）、LはLife（生活）、GはGathering（集う場）を意味する。定員は10名で、平均1日あたり7～8人程度利用する。2018（平成30）年3月現在登録しているメンバー^{*18}は25人で、その多くが認知症の方である。

BLGは通所介護事業所でありながら、社会とのつながり、地域での役割、一般大手企業との提携といった活動を主な内容として、メンバーと社会・地域・企業とをつなぐ「ハブ^{*19}機能」を担っている。「利用者から生活者へ」というコンセプトの下、自動車販売店の展示車の洗車のような有償ボランティアや、紙芝居の読み聞かせのような無償ボランティアなどの活動を通して、メンバーと社会・地域・企業とをつなぎ、メンバーが介護されるだけの存在ではなく、自らが主役となって再び生活者となれるよう、サポートしてい

^{*18} BLGでは、利用者もスタッフも対等であるということから、利用者を「メンバー」と呼んでいる。

^{*19} ハブとは、活動などの中心、中枢、中核を意味する。

る。

2 “働く”ことで社会とつながる

① メンバーにとっての「第三の居場所」

BLGの支援で特徴的なのは、“働く”ことが一日の活動の選択肢にあることだ。「一人の人間として社会とつながってほしい」「社会の役に立ちたい」というメンバーの想いを実現するため、BLGでは様々な“働く”機会を用意している。

BLGのメンバーのうち9割以上が男性であり、認知症と診断される前は会社と自宅の往復しかせず、地域コミュニティとの関わりがないという人が多い。認知症と診断されたことがきっかけで、会社という居場所がなくなり閉じこもってしまう人もいた。特に男性にとって、“働く”場所は重要なコミュニティの一つである場合が多い。BLGは、メンバーの働きたいという想いや、生活を楽しみたいという願いを叶える、会社でも家やその周りの地域コミュニティでもない「第三の居場所」となっている。

② なぜデイサービスに“働く”ことを取り入れたのか

BLGの代表は、以前勤めていた施設において、若年性認知症の利用者に「何かしたいことはある？」と尋ねたところ、「働きたい」との答えが返ってきたという。「“働く”ことによって社会とつながり、地域での役割を果たしたい。役に立ちたい。」という想いは、認知症の有無に関わらず、みんな持っているものなのではないか。代表はこうした認知症などを抱える方の想いを叶えるため、デイサービスの活動に“働く”ことを取り入れ始めた。

③ 必要とされる仕事が「有償ボランティア」に

BLGで言う“働く”とは、謝礼の発生する有償ボランティア、地域社会や人の役に立つ無償ボランティア、BLG内の掃除など施設内の生活に関わる作業など、幅広い活動を意味している。中でも珍しいのは、謝礼の発生する有償ボランティアが選択肢に含まれていることだ。

BLGのメンバーは、地域の企業などから仕事の依頼を受け「働いて」いる。どの仕事を行うかはメンバー本人が選択する。メンバーの中には体調に波のある人もいるため仕事にノルマはなく、自分にできることをできる範囲で行う。仕事の内容は、自動車販売店の展示車の洗車、地域情報紙のポスティング、野菜の委託販売、大手電機メーカーが開発した集音器のテスターなど多岐にわたるが、いずれもボランティアのために切り出された仕事ではなく、実際に「必要とされ」依頼されている仕事であることから、謝礼のある有償ボランティアとなっている。



利用者が地元の自動車販売店で有償ボランティアとして洗車を行う

3 DAYS BLG！の地域での役割

BLGでは、地域の成長につながる無償ボランティアも行っている。例えば、地域の学童クラブで、認知症をテーマとした紙芝居の読み聞かせを行っている。読み聞かせを行うのは、認知症のメンバーだ。認知症とは何か、認知症でもできることなど、自身の経験も踏まえて語る。そして、最後に自らも認知症であることを明かし、「顔だけでも覚えて。見かけたら声をかけてね」と伝える。他にも、BLGでは併設で駄菓子屋を開いている。地域の子どもたちが気軽に立ち寄ることができ、多世代交流の拠点となっている。

「人が変わるきっかけは、往々にして人との出会いによるものだ」とBLGの代表は言う。BLGをハブにしてメンバーと地域がつながることによって、そこにたくさんの出会いが生まれる。その出会いは、地域の人の持つ認知症のイメージや認知症の方に対する意識を変えるきっかけになる。BLGの活動は、メンバーが社会とつながる機会になるだけでなく、認知症を他人ごととせず誰もが地域の一員として助け合う社会を醸成し、地域を成長させる活動にもなっている。

4 先進的な取組みを広げるための課題

若年性認知症への先入観や、若年性認知症の方が“働く”ことで発生するリスクへの懸念から、自治体などから積極的な賛同を得にくいことが、この取組みを他の地域に展開するにあたり課題の一つとなっている。

認知症などを持つ人が“働く”活動を続けるにあたり大切なことは、「何があってもぶれずに続けること、進めること」だとBLGの代表は言う。先進的な取組みを進めて行く過程では、様々な困難や壁にぶつかることもあるが、これからも信念を持って絶え間なく取組みを続けていくとのことである。

第2節 取組み事例の分析

第1節では、障害者雇用・就労支援など、治療と仕事の両立支援、健康づくり、社会活動に困難を有する者などへの支援について、企業、支援団体における先進的な取組みを見た。本節では、これらの取組みについて、なぜ効果的に行われているのかを分析し、他の組織において同様の取組みを実施する上でポイントとなる事項について整理したい。

全体を通して共通する取組みのポイントは、「理解・意識改革」、「体制整備・働き方の見直し」、「連携」、「相談体制」の4点である。

1 理解・意識改革 …取組みを基本方針に明示し理解促進・意識改革

「理解・意識改革」としては、まず、組織として、障害者雇用や治療と仕事の両立支援、健康づくりなどの取組みを進めることや、多様性の尊重について、基本方針として明示することがある。組織のトップ自らが号令を掛けることが有効である。そして、具体的な対応方法（例えば障害者雇用で発達障害者との接し方など）や関係する制度（例えば治療と仕事の両立支援における病気休暇制度など）について、研修を行ったり、意識啓発を行うことも挙げられる。障害者雇用や社会活動を行うのに困難を有する者への支援に関して

は、当事者の特性や能力について、関係する周りの者だけでなく、本人も可能な範囲で理解していくことも必要である。また、治療と仕事の両立支援では、まず労働者本人が自分の病気や治療について十分に理解することが必要である。さらに、本人の自尊心を尊重しつつ、社会参加や就労の意欲を高めるための工夫を行っていくことが重要である。

（障害者雇用・障害者就労支援など：多様性の受け入れの理解の促進と意識改革）

障害者雇用・障害者就労支援などの取組みにおける「理解・意識改革」とは、障害者雇用や多様な人材を受け入れることについて、組織内で理解を深め、メンバーの意識改革を行うことである。企業などが障害者雇用を始めるに当たり、経営方針に盛り込み、社内に周知することは欠かせない。障害者を雇用した経験がなく、雇用するノウハウがない企業や、雇用することに不安を抱える企業に対しては、障害者雇用の開始に向けた方策の一つとして、当該企業における障害者の職場実習の受け入れを推進しており、都道府県労働局において職場実習の受け入れを行っている企業や先進的な障害者雇用を実施している企業、特別支援学校などを見学するバスツアーを実施している。また、社内で戦力として働いてもらうためには、それぞれの障害の特性を知っておく必要がある。インターンシップ（職場実習）やトライアル雇用を実施することも有効である。障害者就労支援についても、就労系障害福祉サービス事業所が、支援の開始に当たり、支援対象者の就労面や生活面に関する情報を把握しておく必要がある。

さらに、障害者本人が企業で働き始めたり、就労系障害福祉サービス事業所の利用を開始した後も、本人が自分の能力や特性を理解することや「働く」意識を高めていくことに対して必要な支援を行い、定着につなげていくことが重要である。

（治療と仕事の両立支援：基本方針の表明と研修などを通じた意識啓発）

治療と仕事の両立支援の取組みにおける「理解・意識改革」としては、経営トップなどから、事業者としての基本方針や具体的な対応方法などのルールを表明し、労働者に周知することや、当事者やその同僚となりうる全ての労働者などに対して研修などを通じて意識啓発を行うことが挙げられる。

（健康づくり：基本方針の表明と研修などを通じた意識啓発）

健康づくりの取組みにおける「理解・意識改革」としては、「健康宣言」を発出して社内の意識改革を行ったり、健康保険の保険者が加入者の健康情報をICTなどを活用して分かりやすく伝えることにより、健康に対する問題意識を喚起するといったことがある。

（社会活動に困難を有する者などへの支援：多様な状態像の者の理解と自立意欲の喚起）

社会活動に困難を有する者などへの支援の取組みにおける「理解・意識改革」とは、様々な状態像の利用者を受け入れ理解するとともに、これらの利用者の自立に向けた意欲を喚起することである。社会活動を行うのに困難を有する者としては、様々な状態像の者が存在する。例えば、決まった時間に起床できないなど生活習慣の形成・改善が必要な者、コミュニケーション能力などの社会参加能力の形成・改善が必要な者、自尊感情や自己有用感を喪失している者、就労の意思が希薄・就労に関する能力が低い者などである。

これらの者の状態をきちんと理解し、支援メニューに結びつけていくとともに、自立意欲を喚起する必要がある。

2 体制整備・働き方の見直し …勤務制度・休暇制度や職場環境の整備

「体制整備・働き方の見直し」としては、組織内の制度を整備することがある。具体的には、在宅勤務制度、短時間勤務制度、時間有給休暇制度や傷病休暇・病気休暇制度の整備、ワーク・ライフ・バランスの取組みを可能な範囲で進めることや、障害者雇用について障害者の職務を切り出したり、施設・設備の整備・改修をおこなうこと、治療と仕事の両立支援の対応手順を組織内でルール化することなどがある。また、健康づくりについては、参加する者に取組みの意欲を起こさせるようなインセンティブを付与する仕組みを導入することが重要である。さらに、社会活動を行うのに困難を有する者に対しては、本人の自立の程度に応じた多様な支援メニューを用意し、着実にステップアップを図ることができる仕組みを構築することが必要である。

(障害者雇用・障害者就労支援など：職務の切り出し、受入態勢の整備、職場定着や在宅勤務)

障害者雇用・障害者就労支援などの取組みにおける「体制整備・働き方の見直し」は、障害者雇用については、障害者の担当する職務の選定、受入態勢の整備、採用後の職場定着など、幅広い内容を指す。企業で障害者の担当する職務を選定するに当たり、既存の職務から選ぶこともあれば、全社的に工程を洗い出し、新たな職務を創出することもあるだろう。障害者の受入に当たり、施設・設備（スロープ、トイレ、手すりなど）を改善したり、視覚障害者のための読み上げソフトを導入することもある。知的障害者に対し挨拶や時間厳守などの生活習慣を身につけてもらうといった支援も必要となる。職場定着の支援のため、様々な業務を経験させキャリアアップを促したり、能力開発の仕組みを整えることも考えられる。雇用条件を見直して在宅勤務制度、短時間勤務制度、時間単位年休制度を設けたり、精神障害者に対して勤務時間や勤務日数を調整したりすることもある。障害者就労支援においても、例えば、利用者の一般就労などへ移行に向け、企業実習などの支援を行う体制を整えたり、利用者の適性を踏まえた企業とマッチングする体制を整備するといったことが挙げられる。

(治療と仕事の両立支援：両立支援のルール作りや休暇・勤務制度の検討)

治療と仕事の両立支援の取組みにおける「体制整備・働き方の見直し」としては、両立支援の対応手順の整理、関係者間の情報共有のための仕組みの構築や、休暇・勤務制度を検討・導入すること等があげられる。休暇制度とは、時間単位の年次有給休暇や傷病休暇・病気休暇であり、勤務制度とは、短時間勤務制度や在宅勤務（テレワーク）、時差出勤制度や試し出勤制度である。反復継続して治療が行われる場合などに対応できるように、これらの制度を可能な範囲で整備していくことが必要である。

(健康づくり：インセンティブの活用)

健康づくりの取組みにおける「体制整備・働き方の見直し」としては、参加するきっか

け作り（幅広いインセンティブの活用）、継続支援（本人の努力の評価）、取組みが習慣化した後の対応（モチベーションの維持）、という3つの場面に対応した仕組みを構築することが挙げられる。これらの取組みの効果を検証し、改善していくことも必要である。また、ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の調和）の実現に向けた取組みを行うことも挙げられる。現役世代の労働者の健康は働き方に大きな影響を受けることから、長時間労働の削減や年次有給休暇の取得促進などの取組みを行うことが望ましい。

（社会活動に困難を有する者などへの支援：自立の程度に応じた多様で柔軟なメニューの提供）

社会活動に困難を有する者などへの支援の取組みにおける「体制整備・働き方改革」とは、利用者の自立の程度に応じた多様な支援メニューを用意し、柔軟かつ多様な働き方を可能とすることである。多様な状態の利用者に合わせて、日常生活自立、社会生活自立、就労自立の各段階を想定した自立支援のメニューや、非雇用型、雇用型など、柔軟な働き方が可能な就労訓練事業を実施し、一般就労に向けて着実にステップアップを図ることが必要である。

3 連携 …関係機関との連携、取組主体同士の連携、地域社会との連携

「連携」としては、関係機関との連携、取組主体同士の連携、地域社会との連携などがある。障害者雇用などについては、採用や定着支援を行う際、ハローワークや就労支援機関と連携し、これらの機関の支援を活用することが必要である。治療と仕事の両立支援でも、労働者本人の病気への理解と両立支援への同意の上で、主治医や産業医と事業者が適切に情報共有し、本人の復職などの支援を行うことが重要である。健康づくりでは、連携とは「コラボヘルス」のことを意味しており、保険者と事業主が積極的に連携し、従業員・家族の予防・健康づくりを実行することが大切である。これらのいずれの取組みでも必要となるのが、地域社会との連携である。地域の人材不足の解消など、地域づくりを意識した取組みとしていくことが望ましい。

（障害者雇用・障害者就労支援など：支援機関との連携、地域との連携）

障害者雇用・障害者就労支援などの取組みにおける「連携」は、障害者雇用については、障害者を採用する際、及び職場定着を図る際に欠かせないだろう。ハローワークでは、企業が採用活動を始めるに当たって相談を実施している。職場定着についても、地域障害者職業センターのジョブコーチ支援を活用するなど、連携・協力して障害者の課題解決が図られるケースも多い。障害者就労支援においても、障害者が就労移行支援事業所、就労継続支援事業所（A・B型）や就労定着支援事業所を利用する際には、各支援機関（障害者就業・生活支援センター、相談支援事業所など）との連携は不可欠である。

また、障害者雇用・就労支援においては、支援機関などとの連携だけでなく、障害者自らが地域社会の一員として生活できるようにするため、地域社会と連携を取っていくことも重要である。

(治療と仕事の両立支援：情報共有の仕組み作りと役割分担)

治療と仕事の両立支援は、労働者（患者）の申し出を原則として、企業（産業医）、主治医等が「連携」して就業上の措置などを決定していくことが重要である。

(健康づくり：情報共有の仕組み作りと役割分担)

健康づくりの取組みにおいて、健保組合などの保険者と事業主の「連携」は、いわゆる「コラボヘルス」のことであり、保険者と事業主が積極的に連携し、加入者（従業員・家族）の予防・健康づくりを実行することである。保険者は保健事業を実施し、事業主は職場環境を整備するというように役割分担することが重要である。

(社会活動に困難を有する者などへの支援：地域社会と連携した地域づくり)

社会活動に困難を有する者などへの支援の取組みにおける「連携」としては、地域社会との連携として、地域の特定産業での人材不足の解消や地域活性化への貢献など、地域づくりを意識した取組みとしていくことが望ましい。

4 相談体制 …就業上、生活上の不安軽減

「相談体制」としては、障害者雇用において、就業上の不安のみならず、生活上の不安についても、相談を随時受け付ける体制を整え、質問に対してフォローしていくことが、当事者の職場定着や職場復帰が円滑に進む鍵となる。

治療と仕事の両立支援においては、労働者（患者）が安心して相談できるよう、相談窓口を明示することが望ましい。

(障害者雇用・障害者就労支援など：不安の軽減とサポート)

障害者雇用・障害者就労支援などの取組みにおける「相談体制」については、障害者本人の不安を軽減したり、わからないことについての質問に対しサポートする体制を整備することが、本人の職場定着と戦力化には欠かせない。

(治療と仕事の両立支援：不安の軽減)

治療と仕事の両立支援の取組みにおける「相談体制」は、労働者（患者）が安心して相談できる窓口を明示し、情報の取扱いについてのルールを整備することである。それぞれの疾病の状況も、各人によって異なることから、相談に合わせて柔軟に対応できる体制を整えることが望ましい。

第4章 包摂と多様性がもたらす持続的な社会の発展に向けて

第1節 一億総活躍社会の実現

1 ニッポン一億総活躍プラン

(あらゆる場で誰もが活躍できる、全員参加型の社会の実現)

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

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

一億総活躍社会とは、「成長と分配の好循環」を生み出していく新たな経済社会システムの提案である。すなわち、全ての人が包摂される社会、一億総活躍社会が実現できれば、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げ、投資の拡大にもつながる。さらに、一人一人の多様な能力が十分に発揮され、多様性が認められる社会を実現できれば、新たな着想によるイノベーションの創出を通じて、生産性が向上し、経済成長を加速することが期待される。このように、「ニッポン一億総活躍プラン」では、アベノミクス（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）による成長の果実を活用して、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くするという新たな経済社会システム作りに挑戦するという「成長と分配の好循環」メカニズムを提示している（図表4-1-1）。

誰もが活躍できる一億総活躍社会を創っていくため、「ニッポン一億総活躍プラン」では、「希望を生み出す強い経済」、「夢をつむぐ子育て支援」、「安心につながる社会保障」という新たな3本の矢を掲げているが、その中で特に本白書のテーマと関わりが深いのは「安心につながる社会保障」に向けた取組みの「健康寿命の延伸」、「障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援」及び「地域共生社会の実現」である（図表4-1-2）。

2 働き方改革

(働く方の置かれた個々の事情に応じ、多様な働き方を選択できる社会を目指して)

一億総活躍社会実現に向けた最大のチャレンジが、働き方改革である。政府は、2017（平成29）年3月28日に「働き方改革実行計画」を働き方改革実現会議において決定した。

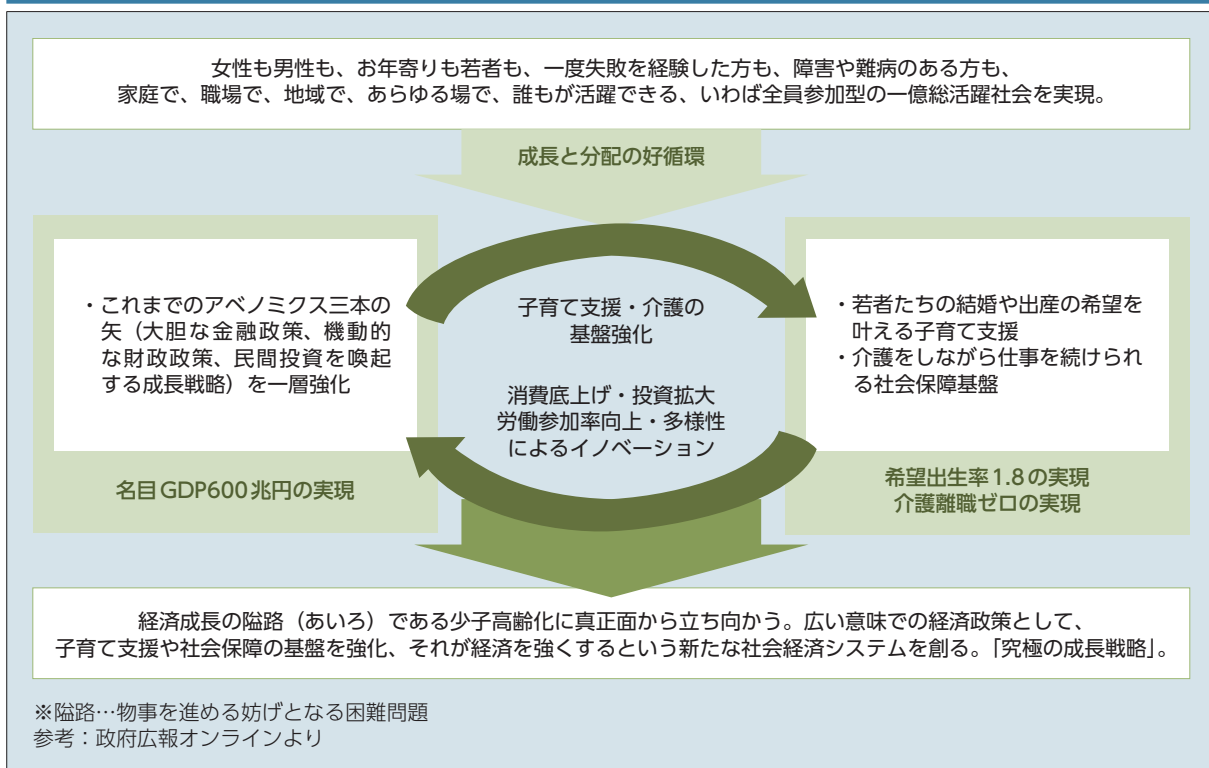
我が国の経済成長の隘路の根本には、少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少という構造的な問題に加え、イノベーションの欠如による生産性向上の低迷、革新的技術への投資不足がある。日本経済の再生を実現するためには、投資やイノベーションの促進を通じた付

加価値生産性の向上と、労働参加率の向上を図ることが重要な課題となっている。働き方改革は、この課題の解決のため、働く方の置かれた個々の事情に応じ、多様な働き方を選択できる社会を実現し、働く方一人ひとりがより良い将来の展望を持てるようにすることを目指している。

「働き方改革実行計画」では、働き方改革の実現にむけた9つの検討テーマを掲げているが、その中で特に本白書のテーマと関わりが深いのは「3.長時間労働の是正」と「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」である（図表4-1-3）。「3.長時間労働の是正」では、労働者が健康に働くための職場環境の整備のため、労働時間管理の厳格化だけでなく、メンタルヘルス・パワーハラスメント防止対策の取組強化や労働者の健康確保のための取組強化等を図ることとしている。また、「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」では、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や障害者などの希望や能力を活かした就労支援の推進を図ることとしている。

「働き方改革実行計画」では、多様かつ柔軟な働き方が選択可能となるよう、制度の改革と同時に、日本の企業文化、日本人のライフスタイル、日本の働くということに対する考え方そのものの転換の必要性を述べている。本白書においても、病気や障害などと向き合い、誰もが活躍できる社会の実現のため、それぞれの立場から必要となる視点を次節で整理する。

図表4-1-1 成長と分配の好循環メカニズムの提示



図表4-1-2 ニッポン一億総活躍プラン ロードマップ（抜粋）

【安心につながる社会保障】

介護離職ゼロの実現

⑥元気で豊かな老後を送れる健康寿命の延伸に向けた取組

【今後の対応の方向性】

健康寿命の延伸は、個人の努力を基本としつつ、自治体や医療保険者、雇用する事業主等が、意識付けを含め、個人が努力しやすい環境を整える。また、老後になってからの予防・健康増進の取組だけでなく、現役時代からの取組も重要であり必要な対応を行う。

⑧障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援

【今後の対応の方向性】

障害者、難病患者、がん患者等も、それぞれの希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる社会を目指し、就労支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援等を進め、社会参加や自立を促進していく。あわせて、こうした支援を担う専門人材の養成を進める。

⑨地域共生社会の実現

【今後の対応の方向性】

支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す。あわせて、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る。また、支援の対象者ごとに縦割りとなっている福祉サービスの相互利用等を進めるとともに、一人の人材が複数の専門資格を取得しやすいようにする。

図表4-1-3 働き方改革実行計画（行程表）（抜粋）

3. 長時間労働の是正

⑥健康で働きやすい職場環境の整備

【今後の対応の方向性】

労働者が健康に働くための職場環境の整備に必要なことは、労働時間管理の厳格化だけではない。上司や同僚との良好な人間関係づくりを併せて推進する。産業医・産業保健機能の強化等を図る。また、新たな規制に対応した監督指導体制を強化する。

【具体的な施策】

- ・長時間労働の是正等に関する政府の数値目標の見直し
- ・メンタルヘルス・パワーハラスメント防止対策の取組強化
- ・監督指導の徹底
- ・労働者の健康確保のための取組強化

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

⑩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

【今後の対応の方向性】

がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

【具体的な施策】

- ・トライアングル型サポート体制の構築
- ・不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実
- ・企業文化の抜本改革
- ・労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

⑫障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進

【今後の対応の方向性】

障害者等が希望や能力、適性を十分に活かし、障害の特性等に応じて最大限活躍できることが普通になる社会を目指す。このため、長期的寄り添い型支援の重点化等により、障害者雇用ゼロ企業を減らしていくとともに、福祉就労の場を障害者がやりがいを感じられる環境に変えていく。また、特別な支援を必要とする子供について、初等中等・高等教育機関と福祉・保健・医療・労働等の関係行政機関が連携して、就学前から卒業後にわたる切れ目ない支援体制を整備する。

【具体的な施策】

- ・長期的な寄り添い型支援の重点化
- ・障害者の一般就労に向けた在学中から一貫した支援
- ・在宅就業支援制度の活用促進
- ・農業と福祉の連携強化

第2節 障害や病気などに向き合い、全ての人が活躍できる社会の実現に向けた方向性

1 「全ての人が活躍できる社会」とはどのような社会か

第1章では、障害や病気を有する者などの現状と取組みを整理し、第2章では、自立支援に関する国民の意識調査の結果やそこからうかがえる課題を示した。第3章では、障害や病気を有する者などの就労や社会活動をサポートしている事例を様々な角度から取り上げ、どのような点がポイントとなるかを分析した。

人生には必ず変化がある。今、健康で仕事に就き、悩みなく生活している人であっても、その生活が今後も続いていく保証はない。誰しも障害を有したり、病気になったり、何かのきっかけで仕事を失ったりする可能性がある。また、家族がそのような状況に置か

れる可能性もある。個人がどのような状況に置かれても、自分らしく活躍できる社会が実現していれば、そのような変化は決して恐れるものではないだろう。

では、「全ての人が活躍できる社会」とはどのような社会なのか。望ましい社会像の実現のための第一歩として、どのような社会を望ましいと考えるのかを整理しておこう。

（近現代の社会は「自立した個人」を基本としている一方で、同時に人間は社会的な存在でもあり、家族や共同体の中でお互いに助け合いながら生きている）

歴史的に見ると、我が国では、家族同士の助け合いや地域の相互扶助により人々の暮らしが支えられてきた。人生における様々な変化・困難に直面した場合でも、家族・地域を基盤とするコミュニティに属する他者とのつながりにおいて共に支え合うという土壌があり、個人の努力やコミュニティの支え合いでは十分でないときに、政府などの公的な部門が代替・補完することで社会は成り立ってきた。このコミュニティは、いざという時に頼れる場所というだけでなく、そこに参加することで、他者とつながり、他者から必要とされることにより自己肯定感を感じることができる場所でもある。

このことについて、「自立した個人を、連帯して支える」という社会保障の理念との関係からも考えてみよう。近現代の社会は、人々の自由や個人の尊重に対する願望を叶え、自分の生活は自助努力で成り立たせる「自立した個人」を目指すべきものとしてきた。一方で、人間は自らの力だけでは生活を支えることが難しい状況も経験する。病気などで通院が必要になったり、高齢になり介護を必要としたり、仕事に就けなかったり、失業したり、これらの原因などから経済的に生活が苦しくなったりなど、状況によっては助けを必要とすることもある^{*1}。そのような個人の人生のリスクに対応し、国民生活の安定を実現させるために、「連帯」の考え方を基礎に置く社会保障制度が導入された。社会保障制度は、個人の自助努力と同時に、個人の身近に家族や地域を基盤とするコミュニティが支え合いの基盤として成り立っていることを前提としてきた。ところが、近年の核家族化の進展、単身世帯の増加など世帯の小規模化の進行などにより、家族や親族内での支え合いの機能（血縁の機能）が希薄化するとともに、都市化に伴う生活様式の変化などにより、生まれ育った土地などの共同体内での支え合いの機能（地縁の機能）も更に薄くなっている。このような支え合いの機能の希薄化について、1995（平成7）年の社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築に関する勧告」は、「個人化が進展すればするだけ、他方で社会的連関が問われ連帯関係が同時に形成されないと、社会は解体する。社会保障は、個々人を基底とすると同時に、個々人の社会連帯によって成立するものであり、今後その役割はますます重要になるといわねばならない」と述べる。つまり、日本の社会保障が前提としている「自立した個人」とは、他者と一切関わらない「孤立した個人」ではなく、逆に、個人が社会の中で自立的に生きるためには共同体の中で他者と支え合う「社会連帯」が不可欠である、という考え方である。個人の自立が進めば進むほど、共に支え合う連帯・共助（共生）の考え方が重要になる。また、人間は社会の中で生きる存在であり、誰もが家族や友人、地域や職場の人々との関わり合いの中で、お互いに助け合い、その過程で社会における自分の居場所と役割を見出すことで、豊かな社会生活を送ることを目指

^{*1} 人口100人当たりに対して、病気やけがなどで通院している人は39.0人（熊本県を除く）、介護サービスを受けているのは4.4人、フリーターは1.2人、失業者は1.5人、生活保護受給者は1.7人である（巻末の「人口100人でみた日本」を参照）。

す力を得ることができる。

(個人の状況に応じた「活躍できる場所」が用意され、どのような状況にある者も包摂される社会を目指すことは「全ての人が活躍できる社会」の実現を目指すことに他ならない)

このような考え方に基づく、血縁・地縁の機能の希薄化により「自立・自助」を実現するための環境が損なわれつつある中において、個人の「自立・自助」を国民相互の「連帯・共助」の仕組みを通じて支援しつつ、国民の一人一人が社会に参加し能力や適性に応じた役割を見出すことで生活の質を高め、そしてそれが社会・経済を支えていく、これを実現できる社会が望ましい社会像と言えるだろう。

地域は、高齢者、障害者、子どもなど世代や背景の異なる全ての人々の生活の本拠であるが、身近な地域に、そこに住むどのような状況にある者も参加でき、困った時には助けられ、それと同時に自分の能力や個性を発揮でき、他者から承認される場があれば、地域に暮らす全ての人、身近な地域コミュニティに包摂されていると言える。このような地域住民が参加し共に支え合い、地域で誰もが役割と居場所を持ち、活躍できる場を創出というのが「地域共生社会」というコンセプトに込められたねらいである。

就労も社会参加の一形態である。社会とつながり役割を持つという視点でとらえれば、地域のコミュニティでの活動も一般企業への就労も独立したものではない。個人の状況や意欲・希望などに応じて、社会参加から一般就労までの多様な形態の中から選択ができるという環境が整備されていることも重要である。

つまり、活躍できる場所は、家庭、地域、職場といったように様々であり、どのような状況にあっても、本人が社会とのつながりや社会での役割を持つ中で包摂される社会の実現を目指すことこそ「全ての人が活躍できる社会」の実現を目指すことに他ならない。

(全ての人が活躍できる社会の実現を3つの視点から考える)

上記のような考え方に基づき、以下では、本白書のまとめとして、誰もが活躍できる全員参加型社会の実現のための今後の方向性を示していく。第1章で取り上げた障害、病気、ひきこもり状態などの状況は誰しも直面する可能性があり、さらには自分の身近な者がそのような状況になる可能性もある。そこで、第2章の意識調査での属性区分にならない、①障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などの本人、②そのような者が身近にいる者、③その他の者という3つの視点から、どのような取組みが求められるのかを整理したい。誰もが①～③のいずれかの状況には当てはまり、またその状況は人生の中でも変化しうるものであるため、それぞれが置かれている状況に応じて、どのような支援や取組みがあるのかを知り、場合によっては自らも実践する際の参考としていただければ幸いである。

なお、②の「身近にいる者」とは第2章の意識調査と同様、障害や病気を有する者が、職場、家族や親戚、友人・知人のいずれかにいる者のことを言うものとする。

2 障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などの本人からの視点

まず、障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などの本人の視点か

ら見た必要な取組みである。

(アウトリーチの方法により支援を必要とする者を早期に把握し、地域や社会から孤立させない取組み)

第1章で見たとおり、障害者数は人口の7.4%に相当し、総数としても増加傾向にある(図表1-1-2)。また、5疾病の人口100人当たりの患者数は、悪性新生物(がん):1.3人、脳卒中:0.9人、心筋梗塞などの心血管疾患:1.4人、糖尿病:2.5人、うつ病やその他のこころの病気(精神疾患):2.5人であり、誰もが障害や病気を有する可能性はある。しかしながら、ある日突然にして自分自身が障害や病気を有することとなった場合には、そのような状況を理解し、受け入れることは容易ではないと考えられる。「がんになったらずっと入院しなければならない」「認知症になると何も出来なくなる」といった病気へのイメージ(先入観)や「周囲に迷惑をかけられない」といった遠慮から、治療開始前に退職してしまったり、周囲の目を気にして地域や社会とのコミュニケーションを絶ってしまう場合などもあるだろう。

そのため、障害や病気などを有することとなりどう対応したらよいかかわらず、自ら相談に行くことができずに地域や社会から孤立する状況に至ることを防ぐことが必要となる。地域の様々な相談支援機関は、支援を必要とする者からの相談を待つだけでなく、関係者間の情報共有により支援を必要としている者を早期・積極的に把握し、必要な相談支援を届けるようなアウトリーチの方法によるアプローチが求められる。このような支援は、ひきこもり状態にある方などについても同様である。何年もの間社会との関わりがなく、行政機関や相談支援機関に相談すること自体に抵抗感を持つ方もいる。まずは支援のきっかけとなる間口を広げ、その後の支援へとつなげる取組みが必要となる。

このような取組みの実現のため、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号)による改正後の社会福祉法(昭和26年法律第45号。以下「改正後の社会福祉法」という。)*²では、相談支援を担う機関に対し、何らかのきっかけで相談を受けた場合には、その相談内容だけでなく世帯が抱える生活課題を把握するよう努め、把握した場合には必要に応じて適切な機関につないでいくことを努力義務としている。

(障害者などの希望や能力に応じた就労支援の推進)

第2章の意識調査の結果から、障害や病気を有する者は、現在の就業状態にかかわらず、就業・就業継続の意向が高いことがわかった(図表2-3-1)。障害者などが希望や能力、適性を十分にいかし、障害の特性などに応じて活躍できることが普通の社会、障害者などと共に働くことが当たり前の社会を目指すためにはどのようなことが求められるだろうか。

第1章第1節で見たとおり、ハローワークのチーム支援や就職後にハローワーク以外の支援機関による定着支援があることにより、身体障害者、知的障害者、精神障害者いずれにおいても定着率が高くなる傾向があり(図表1-1-36、図表1-1-37)、ハローワークが中心となって地域の関係機関が密接に連携して、就労前の準備支援から就職後の職場定着

*² 2018(平成30)年4月施行。

支援まで一貫した支援を行うことが重要である。さらに、そのような連携が単なる好事例に終わることなく、全国的に行われるよう、国による事例の収集・分析・展開といった横断的な視点からの取組みも必要となる。

また、身体障害者や知的障害者と比べ相対的に職場定着が困難な状況が見られる精神障害者が職場における改善などが必要と考える事項としては、自己の能力の発揮と適正な評価、職場での相談体制、体調面への配慮を求めるものが多くあげられた（図表1-1-39）。障害者を雇用する事業所への助言などをはじめとして、働く意欲のある障害者などがその適性に応じて能力を発揮するための支援を一層進めていくためには、就労支援の担い手の育成などを図ることも重要である。精神障害者に対しては、特に個別性の高い支援が必要であることなどを踏まえ、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構によるジョブコーチ養成数を倍増させるなど、障害者が働く環境を支援する体制も充実させていくこととしている。

このほか、第2章の意識調査の結果から、障害や病気を有する者で、就業・就業継続意向はあるものの、今後仕事をしたり、仕事を続けることが困難であると考えている者に、その理由を問うた結果では、「体力的に厳しいため」、「職場環境や業務体制（柔軟な勤務形態、休暇・休業制度等）が整備されていないため」、「障害や病気に対する治療等に専念する必要があるため」といった回答が多かったことから（図表2-3-3）、障害者の特性に配慮するための柔軟な勤務体系や社内制度の整備も求められる。

（治療と仕事の両立支援の推進）

第1章第2節で見たとおり、有業者の3人に1人が病気の治療を行いながら仕事をしており（図表1-2-15）、今後も労働力人口の高齢化とともに、病気を有しながら働く者が増えていくことが予想される。その一方で病気を理由に仕事を辞めてしまう者や、仕事を続けていても職場の理解や支援が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な状況に直面している者も多い現状もある。上記のとおり第2章の意識調査からも、就業継続意向はあるものの、体力面の不安や職場環境などを理由に、今後仕事を続けることを難しいと考える者も少なくなかった（図表2-3-3）。このことから、病気を有しながらも、働く意欲を持って治療と仕事を両立しようとする労働者に対して、企業・医療機関を含めた社会全体でこれを支援するための仕組みづくりを行う必要がある。

そのため、引き続き、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に基づき、企業の意識改革と受入れ体制の整備を進めていくとともに、「地域両立支援推進チーム」による地域の企業や医療機関など、関係機関の連携した取組みの促進や、「両立支援コーディネーター」の養成・配置などにより、患者に寄り添いながら、総合的な相談支援を担う社会的なサポート体制の構築などを進めていくこととしている。

また、障害者の職場定着と同様に、柔軟な勤務体系や社内制度の整備により、働く意欲のある労働者が病気になっても、治療と仕事を両立し無理なく働き続けることができるような環境作りも求められる。

（社会活動を行うのに困難を有する者の支援）

第1章第3節で見たとおり、ひきこもり状態にある方などの中には、「朝、決まった時

間に起きられる」者が相対的に少ない、「深夜まで起きていることが多い」者や「昼夜逆転の生活をしている」者が相対的に多く、生活習慣の形成・改善に対する支援が必要となる方もいる（図表1-3-2）。

また、「誰とも口を利かずに過ごす日が多い」者や「人と会話をするのはわずらわしい」と感じる者が相対的に多く、人間関係を形成することに対する支援を必要とする方もいる（図表1-3-3）。

さらに、いじめなどの負の学校経験を持っていたり、家族関係、心身の状態に複合的な課題を抱える者も見られる（図表1-3-4）。

このように、個々人の背景や状態像は様々であり、自立の形や目標も自ずと一人一人異なる。生活習慣の形成・改善（日常生活自立）、社会参加（社会生活自立）、就労（経済的自立）といったように、個々人の状態に応じてその人にふさわしい自立の形を実現するための支援を行うことが重要である。一人一人の状況や有する困難に応じ、生活支援、福祉支援、医療支援など様々な関係機関が関わることが想定されるが、本人を中心にこれらの機関をつなぎ連携した支援が行われるように、本人に寄り添いながら、きめ細かに支援を継続していく伴走型の支援が重要となる。

（地域において一人一人が居場所や自分にできる役割を見出すことで、地域での包摂が進む）

第2章の意識調査の結果から、地域活動の活発化が相談しやすい環境と関係する可能性があることがわかった（図表2-3-6）。地域で、その人らしい役割を持ち、時に支えられながら暮らすことはすなわち「地域に居場所がある」ということである。誰もが参加し、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを再構築し、世代や背景にかかわらず包摂される場を創ることで、地域で安心して暮らすことができると同時に、一人一人が生きがいを見出し、生活の豊かさを高めることもできるだろう。また、地域は社会・経済活動の基盤であり、多様な社会資源が存在している。地域において、社会保障などの分野を超えて、人と資源がつながることで、地域の様々な可能性を拓くことができる。

第3章では、地域社会との連携を行う現場の取り組みを紹介した。例えば、社会福祉法人進和学園しんわルネッサンスでは、障害者就労支援の活動の中で、地元の農作物を加工し市場で販売する「農福商工連携」を実現している。社会福祉法人訪問の家では、パンやクッキーの制作販売などの事業活動を通して、障害者が直接地域社会とつながりを持ち、地域で生活できるようにすることを目指している。一般社団法人釧路社会的企業創造協議会では、漁網の整網作業や介護施設での作業など地域社会でニーズのある仕事を利用者が行うことで、地域で「支えられる側」であった者の「支える側」への転換が可能となった。滋賀県働き・暮らし応援センター“Tekito-”は、担い手のいない地域の困り事（図書館の草刈りなど）を、支援対象者の就労前の「働く場」として活用し、就労支援と結びつけている。このように、ともすれば、これまでは「支えられる側」として一面的に捉えられがちだった人も、個々人の状況に合わせて、ボランティアや自らの得意分野での就労などを通して地域社会の支え手となることができる。

このような地域共生社会の実現には様々な取り組みが必要となるが、障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などの個性や能力を引き出し、地域のニーズと結

びつける役割を担う存在が必要となる。また、すぐにはこうした活動に参加することが難しい、障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者に対しては、本人に寄り添う形での伴走型の支援が必要となる。

このような伴走型の支援は、必ずしも専門機関がすべて担うということではない。むしろ、地域共生社会を実現していくためには、生活に身近な地域において、お互いに気かけながら緩やかに寄り添う「伴走者」が多く存在することが重要となる。そして、他者を気にかけることは他者を知ることから始まることを踏まえると、住民による多様な自発的活動が、地域において広がっていくことが重要となる。これを実現するための環境を整備する観点から、改正後の社会福祉法では、地域住民などが相互に交流を図ることができる拠点の整備や地域住民などに対する研修の実施などを市町村の努力義務としている。

3 障害や病気を有する者や社会活動を行うのに困難を有する者などが身近にいる者からの視点

次に、障害や病気を有する者などが身近にいる者の視点から見た必要な取組みである。

(共に働く障害者などへの正しい理解を深めるための取組み)

障害者雇用が進み、病気で通院しながら働く者も増えていることから、障害や病気を有する者と職場で共に働く人も今後増えていくことが予想される。第2章の意識調査の結果を見ると、地域や職場で障害や病気で困っている者がいたら助けたいかをその理由とともに問う設問では、身近に障害や病気を有する者は、障害や病気を有する本人やその他の者と比べても、助けたいと思う割合が高かった^{*3}。しかし、「あまり助けたいと思わない」、「助けたいと思わない」理由としては、「どのように接したらよいかわからないから」、「自分がなにをすればよいかわからないから」といった回答や、「自分にとって負担となるような気がするから」といった回答が少なくなかった(図表2-2-1)。これを踏まえると、身近に障害や病気を有する者がいる場合であっても、これまでそうした者に直接、接したことがなかったケースなどは、接し方や具体的な支援の方法が分からないことで、支援の行動を躊躇してしまう可能性が考えられる。また、支援策を知らないことで手助けを負担に感じるようなこともあるだろう。そのため、障害や病気を有する者への理解を深めるような研修や支援策の周知などにより、共に働く一人一人の不安を解消し、必要な配慮は何かを具体的にイメージし、自分自身ができることを考える機会を持つことが重要だろう。

また、第3章では、障害者雇用や多様な人材を受け入れることについて、組織内で理解を深め、メンバーの意識改革を行った取組みを紹介した。例えば、イオンスーパーセンター株式会社では、「多様な人材から生み出される新たな商品やサービスを通じて革新的な経営につとめる」ことを理念として多様な個性が力を発揮できるよう取り組んでいる。社会福祉法人進和学園しんわルネッサンスでは、自動車部品の製造ラインで、それぞれの役割に応じて能力を発揮することのできる環境を整えることで、各人の意欲を高める工夫がされている。大鵬薬品工業株式会社では、「社員は大切な人財」という理念の下、社員が病気にかかっても、治療しながら働き続けられる職場を目指して、社内制度や相談体制を整備している。ティーパック株式会社では、経営トップのイニシアティブで、社員が健康で安心して働くことができる環境づくりを会社として約束している。このように、障害

^{*3} 「積極的に助けたいと思う」(13.4%)と「助けたいと思う」(63.5%)の合計で76.9%。

者雇用や治療と仕事の両立支援などの取組みを実施する上で、組織のトップによる意識改革の実行で組織内の機運を醸成することも有効である。

企業における意識改革や受け入れ体制の整備などを進めるため、国では、2で記載した事例の収集・分析・展開などの各支援施策に取り組んでいくこととしている。

（複雑化・多様化するニーズに対応した包括的な支援）

昨今では、様々な分野の問題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況が見られる。高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯（いわゆる「8050問題」^{*4}）、介護と育児に同時に直面する世帯（いわゆる「ダブルケア」）、障害のある子の親が高齢化し介護を要する世帯などの複合的な支援を必要とする人や世帯が見られる。このほか、障害や病気を有する家族やひきこもり状態にある家族を支える家族自身も、高齢化などにより課題を抱えているといった状況も見られる。

このような個人や世帯が抱える問題の複雑化・多様化に対しては、住民にとって最も身近な行政主体である市町村において、多機関の協働による包括的・総合的な相談体制の構築を進めている。改正後の社会福祉法では、地域子育て支援拠点、母子健康包括支援センター、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）に基づく利用者支援事業の実施事業所などの福祉の各分野における相談支援事業者が、利用者からの相談を通じて、利用者自身とその利用者の属する世帯が抱える生活課題を把握した場合に、必要に応じて適切な機関につないでいくことを努力義務としている。また、相談支援機関が協働して、課題を解決するネットワークの整備などを通じて、包括的な支援体制を整備していくことが市町村の努力義務とされ、これに加えて、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める包括的な相談支援体制づくりに取り組む自治体を支援する事業を実施している。

また、このような地域包括支援体制を確保していく上で、専門職の役割が重要となる。これまで保健医療福祉の対人支援を担う専門職は、それぞれの専門的資質を高める観点から専門分化された養成課程により養成されてきた。しかし、住民とともに地域のコミュニティをつくっていく、本人に寄り添いながら伴走型の支援を提供する、世帯単位で複合化・複雑化した課題に対応する、といった機能を果たしていくためには、これまでの専門分化された養成の仕組みだけでは十分とは言えない。また、保健医療福祉の中での人材移動を円滑にし、汎用性の高い多様な人材の育成を行うという視点も重要である。このため、専門性の確保に配慮しつつ、保健医療福祉の各資格に共通する基礎的な知識や素養を身につけ地域包括支援体制を担うことのできる専門人材を育成するため、保健医療福祉の共通基礎課程の創設に向けた検討を進めている。共通基礎課程創設までの間の当面の措置として、2018（平成30）年度から福祉系国家資格を持つ者への保育士養成課程・保育士試験科目の一部免除の措置を講じている^{*5}。

^{*4} 平成28年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活困窮者自立相談支援事業における中高年ひきこもり者とその家族への効果的な支援に関する研究報告書」（平成29年3月31日 一般社団法人インクルージョンネットかながわ）によると、80歳代の親と50歳代の無業のひきこもり者が同一世帯で生活していることを「8050問題」と呼んでいる。

^{*5} 福祉系国家資格所有者（介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士）が保育士試験を受験する際に、全9科目のうち3科目（社会福祉、児童家庭福祉、社会的養護）の受験を免除する、介護福祉養成施設の卒業者が指定保育士養成施設で学ぶ場合に、必修科目のうち6科目（10単位）の履修免除を行うなどの措置を講じている。

4 その他の者からの視点

最後に、障害や病気を有しておらず、身近にもいない者の視点から見た必要な取組みである。

(様々な状況の者への理解・配慮)

障害、病気、ひきこもり状態などの状況は、決して他人事ではなく、本人をはじめ、その家族や友人、職場の同僚など誰しもが直面する可能性のあるものである。しかしながら、第2章の意識調査の結果から、自身は障害や病気を有していない者に対して、職場に障害・病気を有する者がいる場合の影響を問う設問では、助け合いの意識が弱い者が、「仕事の負担が重くなった」や「職場で社員の間に不公平感が生じた」といった否定的な選択肢を選択する傾向がある一方で、助け合いの意識が強い者は「仕事の進め方について職場内で見直すきっかけになった」といった肯定的な選択肢を選択する傾向があり、助け合いの意識が職場への影響の評価と関係している可能性が示されている(図表2-3-9)。

また、3で述べたように、身近に障害や病気を有する者がいる場合は、支え合いの意識が相対的に高かったが、その理由としては、「困っているときはお互い様という気持ちから」、「困っている人を手助けするのは当たり前だと思うから」、「身内などに障害や難病などを抱えている人がいて、その大変さを知っているから」、「将来、自分も障害や難病などを抱えるかもしれないから」といった回答が多かった(図表2-2-1)。この結果から、障害や病気を有する者の状況を知ること、他人事ではなく、お互い様や困っている人を助けるのを当たり前と思う意識が生まれていると推測される。相手の状況を知り、理解することが、自然な形で配慮の第一歩となるのだろう。

それぞれの人が持つ潜在的な能力をできる限り発揮できるようにするため、誰も排除せず、一人一人を社会の構成員として取り込む「社会的包摂」*6とは、一人一人が、身近にいる多様な他者を受入れる行動によって形成されていくものである。自分や家族などの身近な人が、いつ障害を負ったり病気になるか分からないと考えれば、それは私たちの誰にとっても無関係ではなく、「自分事」として考えていくべき課題である。これが、地域で、職場で、家庭で、あらゆる場で、誰もが包摂され活躍できる社会を実現していくことが必要な所以である*7。

(地域づくりへの参画)

第2章の意識調査結果から、地域や職場での支え合いについて、障害や病気を有する者や身近に障害や病気を有する者がいる者以外の、その他の者については、地域や職場で障害や病気で困っている人がいたら助けたいという回答*8が5割強あった(図表2-2-1)。一方で、過去1年以内に地域や職場で障害や病気で困っている人を助けた経験やその理由を

*6 社会的包摂(Social Inclusion)とは、1980年代から1990年代にかけてヨーロッパで普及した概念である。第二次世界大戦後、人々の生活保障は福祉国家の拡大によって追求されてきたが、1970年代以降の低成長期において、失業と不安定雇用の拡大に伴って、若年者や移民などが福祉国家の基本的な諸制度(失業保険、健康保険など)から漏れ落ち、様々な不利な条件が重なって生活の基礎的なニーズが欠如するとともに社会的な参加やつながりも絶たれるという「新たな貧困」が拡大した。このように、問題が複合的に重なり合い、社会の諸活動への参加が阻まれ社会の周縁部に押しやられている状態あるいはその動態を社会的排除(Social Exclusion)と規定し、これに対応して、社会参加を促し、保障する諸政策を貫く理念として用いられるようになった。

*7 ただし、必要な配慮を行うに当たり、それが周囲の者にとって過重な負担とならないような工夫も重要である。

*8 「積極的に助けたいと思う」及び「助けたいと思う」と答えた者の合計。

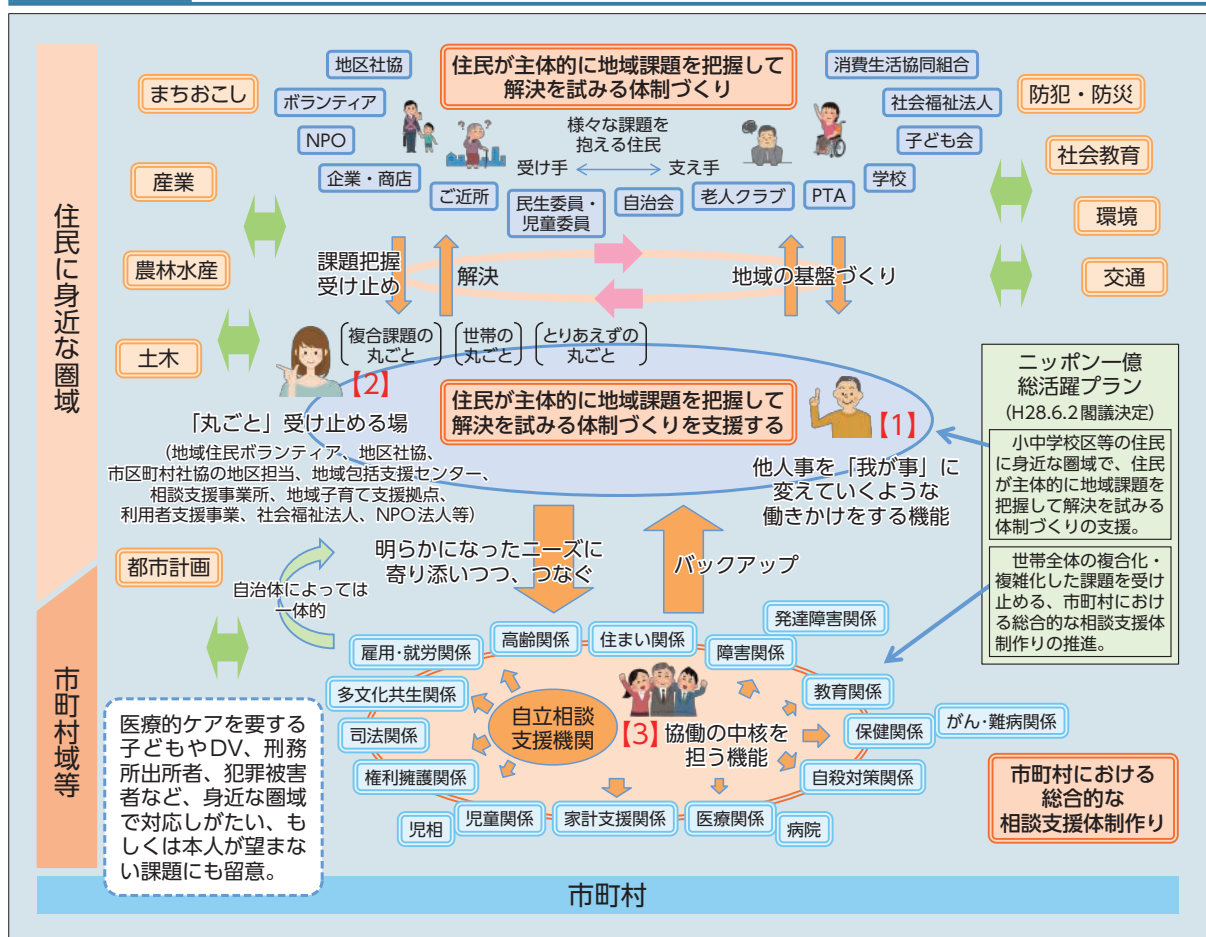
問うた設問では、その他の者では、実際に助けた経験がある者は1割程度にとどまり、その理由としては、障害や病気を抱えて困っている人に出会う機会がないから、との回答が最も多かった（図表2-2-3）。このことから、困っている人を助けたいという意識はあるものの、日常生活の中ではそうした機会がないために、実際の行動に結びついていない現状がわかった。また、自分が実施したいと思う支援活動についても、「わからない」と回答した者も少なくない（図表2-2-4）。

自立のあり方は多面的であるが、自立は個人で完結するものではなく、社会への参加を通して自立が促されるものである。本節冒頭でも述べたとおり、私たちが自立して生きるためには、地域をはじめとしたコミュニティに参加し、共に支え合いながら社会的な役割を果たすことが重要となる。そのため、「他者を助けたい」という思いを実際の行動に結びつけるための取組みが必要であり、そのような行動によって、それぞれの人が可能な範囲で自分にできることを見つけ、本人にとっても新たな自分の居場所を見つけることにつながるだろう。

地域の課題に対して「自分とは関係がない」と感じる人もいるかもしれない。しかし、地域の課題を地域住民などで把握し、地域で受け止め・相談できる場所があり、地域住民などの自主的な活動によって課題を解決したり、適切な関係機関や公的な福祉サービスにつないでいく一連のプロセスによって、自分の住む地域社会がより豊かになっていく。困り事やちょっとした悩みを抱えても気軽に相談できる環境があること、そして時には誰かを助ける役割を持てる地域は、障害や病気などを有する者だけでなく、誰にとっても住みやすい地域となる。

2・3でも記載した取組みともあわせて、こうした地域共生社会の実現に向けた地域づくりの強化のための取組みを示したものが図表4-2-1である。

図表4-2-1 地域における住民主体の課題解決力強化・包括的な相談体制のイメージ



①住民に身近な圏域において、地域住民などが主体的に地域生活課題を把握して解決を試みることができる環境の整備、②住民に身近な圏域において、地域生活課題に関する相談を包括的に受け止める体制の整備、③多機関の協働による包括的な相談支援体制の構築、④単独の市町村では解決が難しい課題を抱える者などへの支援体制を市町村と連携した構築や市町村間の情報共有の場づくりなど、市町村における包括的な支援体制の整備に対する都道府県の支援といった4つの要素が存在する。これに加えて、3で記載した、専門人材の機能強化・最大活用といった要素も含めて、「地域共生社会」の実現に向けた取り組みを進めている。

こうした取組みを通じて、地域づくりに誰もが可能な範囲で参画し、「他人事」ではなく、自分の暮らす地域をより良くしたいという地域住民の主体性に基づいて行われてこそ、取組みが持続していく。地域に暮らす一人一人の地域づくりへの参画が期待される。しかし、地域で展開される活動の多くは、「もっと住みやすい地域にしたい」、「地域にこういうものがあつたらいい」といった住民の自然な感情から生まれている。これを踏まえると、地域共生社会の実現に向けた地域づくりの推進において、行政には、住民が「これをやりたい」と思い立ったときに利用できるリソース（財政支援やノウハウの提供などの人的支援）をできる限り使い勝手の良い形で準備しておくこと、住民の自発性や創意工夫を最大限尊重し、ボトムアップの視点でそれを応援していくこと、そして、住民だけでは対応が難しい生活課題や社会的孤立などの課題に対応するセーフティネットの機能をしっ

かりと果たしていくことなどが求められている。

(障害や病気などを有しながら働くための支援施策の周知と誰もが働きやすい環境の実現)

第2章の意識調査結果から、障害を有しながら働くことや治療と仕事の両立については、障害や病気を有する者やそうした者が身近にいる者よりも、その他の者の方が、より困難であると感じている傾向にあった。これは、障害や病気を有しながら働くための様々な支援施策を十分に知らないことも背景にあると考えられる。そのため、これらの支援施策の周知を図り、現時点では障害や病気などを有していない者も、自身が障害や病気を有することとなった時に、どのようなサポートを受けられるのかを知り、気軽に相談できる体制を整備しておくことで、より安心して働くことができる。

さらには、本章第1節の2で述べたとおり、長時間労働の是正、非正規雇用の処遇改善、柔軟な働き方がしやすい環境整備などの働き方改革は、働く方一人一人がより良い将来の展望を持ち得るようにすることを目指しているが、多様な働き方が可能になることによって、障害や病気などを有する人にとっても働きやすい環境が実現することになるだろう。

(包摂と多様性がもたらす持続的な社会の発展に向けて)

第4章のまとめを、**図表4-2-1**に即して説明する。本人をはじめ、その家族や友人、職場の同僚など、誰しも障害を有したり、病気になったり、ひきこもり状態となり社会活動を行うのが困難になったりする可能性はある。

障害や病気などを有していない者は、障害などを有する者の状況を知ることで、他人事ではなくお互い様という意識が生まれ、自然な形で配慮につながっていく。また、障害や病気などを有することとなった場合の各種支援施策や相談窓口を知っておくことで、より安心して生活を送ることができるようになる。障害や病気などを有する者が職場にいる場合は、組織全体の意識改革や研修などにより、障害などを有する者への理解を深め、自らが無理なく支援を実践できるようになっていく。このような形で、他人事が「我が事」に変わり、地域・職場での課題解決とは無関係だった者が、地域や職場で支援する側（支え手）としての役割を持つようになっていく。

また、障害や病気などを有する者本人は、地域での包摂や職場での働きやすい環境整備が進むことで、一人一人が居場所や社会的な役割を見出すことができるようになる。中には、地域社会でニーズのある仕事に取り組むことなどで、「支えられる側」から「支える側」になる者もいるだろう。このようにそれぞれの状況に応じて、可能な形で地域において居場所や役割を持つことで、誰もが支え・支えられる仕組みが構築されていく。

そして、障害や病気などを有する者に対して、行政・関係機関は、連携・協働して、総合的に支援していく。具体的には、障害者が一つの職場で長く勤めようとする場合の支援や、労働者が病気を有しながら仕事を続けることができるようになるためのサポート、ひきこもり状態にある者など社会活動を行うのに困難を有する者一人一人の自立の程度に応じた包括的な支援などを行う。このように、障害や病気を有していても社会参加や就労の継続ができたり、社会活動を行うのが困難な者が自らの状態に応じた自立を達成できたりするような、様々な選択肢を社会として用意し、それを支える仕組みを構築していくことが重要である。

地域住民が「支え手」「受け手」という関係を超えてお互い支え合い、また行政・関係機関などと連携・共働することで、多様性が尊重され包摂される地域共生社会、ひいては全ての人が安心して暮らせる社会が実現されるものである。

第4章

包摂と多様性がもたらす持続的な社会の発展に向けて

参考文献

- 内閣府「子供・若者白書」(平成29年版)
- 内閣府「障害者白書」(各年版)
- 内閣府「ひきこもり支援者読本」(2011年)
- 内閣府「若者の生活に関する調査報告書」(2016年)
- 総務省情報通信政策研究所「障がいのある方々のインターネット等の利用に関する調査研究」(2012年)
- 厚生労働白書(各年版)
- 厚生労働省「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」
- 厚生労働省「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 脳卒中に関する留意事項」
- 厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 経済産業省「企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～(改訂第1版)」(2016年)
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の雇用管理・就業支援ガイドライン」(2007年)
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の雇用管理マニュアル」(2018年)
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の就労支援のために」(2016年)
- 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」
<https://ganjoho.jp/public/index.html>
- 独立行政法人労働者健康安全機構「がんに罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル」
- 独立行政法人労働者健康安全機構「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」
- 独立行政法人労働者健康安全機構「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及」研究報告書(平成20年4月)
- 独立行政法人労働者健康安全機構「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及」研究報告書(平成25年12月)
- 独立行政法人労働者健康安全機構「治療と就労の両立・職場復帰支援(糖尿病)の研究・開発、普及」研究報告書
- 独立行政法人労働者健康安全機構「糖尿病に罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル」
- 独立行政法人労働者健康安全機構「脳卒中に罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル」

- 独立行政法人労働者健康安全機構「メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル」
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構「大学等中退者の就労と意識に関する研究」(2015年)
- 一般社団法人日本循環器学会「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版)」
- 一般社団法人日本循環器学会「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2011年改訂版)」
- 一般社団法人日本脳卒中学会「脳卒中治療ガイドライン2015」
- 国立研究開発法人国立循環器病研究センター「循環器病情報サービス」
<http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/>
- 静岡県立静岡がんセンター「2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」(「がんの社会学」研究グループ)(研究代表者:静岡県立静岡がんセンター総長 山口建)
- 社会福祉法人仁至会編「若年性認知症支援ガイドブック～相談を受ける人が知っておきたいこと～」(改訂版)(平成27年度老人保健健康増進等事業による改訂)
- 全国社会福祉協議会「障害福祉サービスの利用について」(平成27年4月版)
- 平成16－17年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「わが国におけるstroke unitの有効性に関する多施設共同前向き研究」(主任研究者:国立循環器病センター 峰松一夫)
- 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「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」(主任研究者:齋藤万比古)
- 平成18－20年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「若年性認知症の実態と対応の基盤整備」(主任研究者:筑波大学大学院人間総合科学研究科 朝田隆)
- 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」(研究代表者:埼玉医科大学病院 野田光彦)
- 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)「働くがん患者の職業復帰支援に関する研究」(高橋班)(研究代表者:国立がん研究センター がんサバイバーシップ支援部長 高橋都)
- 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等総合研究事業)「糖尿病予防のための戦略研究」の研究課題2(J-DOIT2)「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関する研究」(研究リーダー:小林正、野田光彦)
- 平成28年度労災疾病臨床研究事業費補助金「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」(研究代表者:横山和仁)の「病休と復職支援に関する調査と分析」(研究分担者:遠藤源樹)
- 平成29年度厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金(社会福祉推進事業)「潜在化する社会的孤立問題(長期化したひきこもり・ニート等)へのフォーマル・インフォーマル支援を通じた『発見・介入・見守り』に関する調査・研究事業報告書」

(2018年) (特定非営利活動法人KHJ全国ひきこもり家族会連合会)

- 河合雅司「未来の年表 人口減少日本でこれから起きること」(株式会社講談社、2017年)
- 坂本はと恵、松本かおり、西田俊明「がん患者の就労支援に関して事業所が医療機関に望むことー千葉県「がん患者の就労支援に関する事業所調査」からー」日本職業・災害医学会会誌 65:39-46,2017
- 南都伸介、永田正毅、山田義夫、他「勤労者の心疾患臨床特徴ー急性冠症候群研究会(OACIS) データから急性心筋梗塞における解析ー」日本職業・災害医学会会誌 49(1):57-60,2001
- 西村真人、根来政徳、岡本進一、他「心疾患入院患者の復職状況と患者特性」日本職業・災害医学会会誌65(3):118-124, 2017
- 山崎史郎「人口減少と社会保障 孤立と縮小を乗り越える」(中央公論新社、2017年)
- 横田友紀、菅野咲子、多田純子他「糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査」糖尿病50:12 883-886,2007;
- 「悪性腫瘍」 新村出「広辞苑」第7版.岩波書店,2018,P33
- 「がん」 新村出「広辞苑」第7版.岩波書店,2018,P647
- Kinjo K, Sato H, Sato H, Shiotani I, Kurotobi T, Ohnishi Y, Hishida E, Nakatani D, Ito H, Koretsune Y, Hirayama A, Tanouchi J, Mishima M, Kuzuya T, Takeda H, Hori M, The Osaka Acute Coronary Insufficiency Study (OACIS) Group. "Circadian variation of the onset of acute myocardial infarction in the Osaka area, 1998-1999 - Characterization of Morning and nighttime peaks." Jpn Circ J 65 (7) : 617-620, 2001.
- Kinjo K, Sato H, Sato H, Shiotani I, Kurotobi T, Ohnishi Y, Hishida E, Nakatani D, Mizuno H, Yamada Y, Fukui S, Fukunami M, Nanto S, Matsu-ura Y, Takeda H, Hori M., "Variation during the week in incidence of acute myocardial infarction: Increased risk for Japanese women on Saturday.", Heart 89 (4) ; 398-403, 2003.
- Saeki T & Toyonaga T: Determinants of early return to work after stroke in Japan. J of Rehabil Med 42: 254-258,2010

障害者などの支援マーク

本白書の第1部第2章で紹介した障害者などの各支援マークは、以下に記載する各省庁・自治体・団体が作成・所管しています。

	障害者のための国際シンボルマーク (車いすマーク)	公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会
	身体障害者標識 (身体障害者マーク)	警察庁交通局、都道府県警察本部交通部、警察署交通課 警察庁
	聴覚障害者標識 (聴覚障害者マーク)	警察庁交通局、都道府県警察本部交通部、警察署交通課 警察庁
	盲人のための国際シンボルマーク	社会福祉法人日本盲人福祉委員会
	耳マーク	一般社団法人全日本難聴者・中途失聴者団体連合会
	ほじょ犬マーク	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室
	オストメイト用設備／オストメイト	公益財団法人交通エコロジー・モビリティ財団
	ハート・プラスマーク	特定非営利活動法人ハート・プラスの会
	障害者雇用支援マーク	公益財団法人ソーシャルサービス協会ITセンター
	「白杖SOSシグナル」 普及啓発シンボルマーク	岐阜市福祉部福祉事務所障がい福祉課
	ヘルプマーク	東京都福祉保健局障害者施策推進部計画課社会参加推進担当

第2部

現下の政策課題への 対応

※第2部は、おおむね2018（平成30）年3月末までの動きについて記述している。

第1章 子どもを産み育てやすい環境づくり

第1節 少子社会の現状

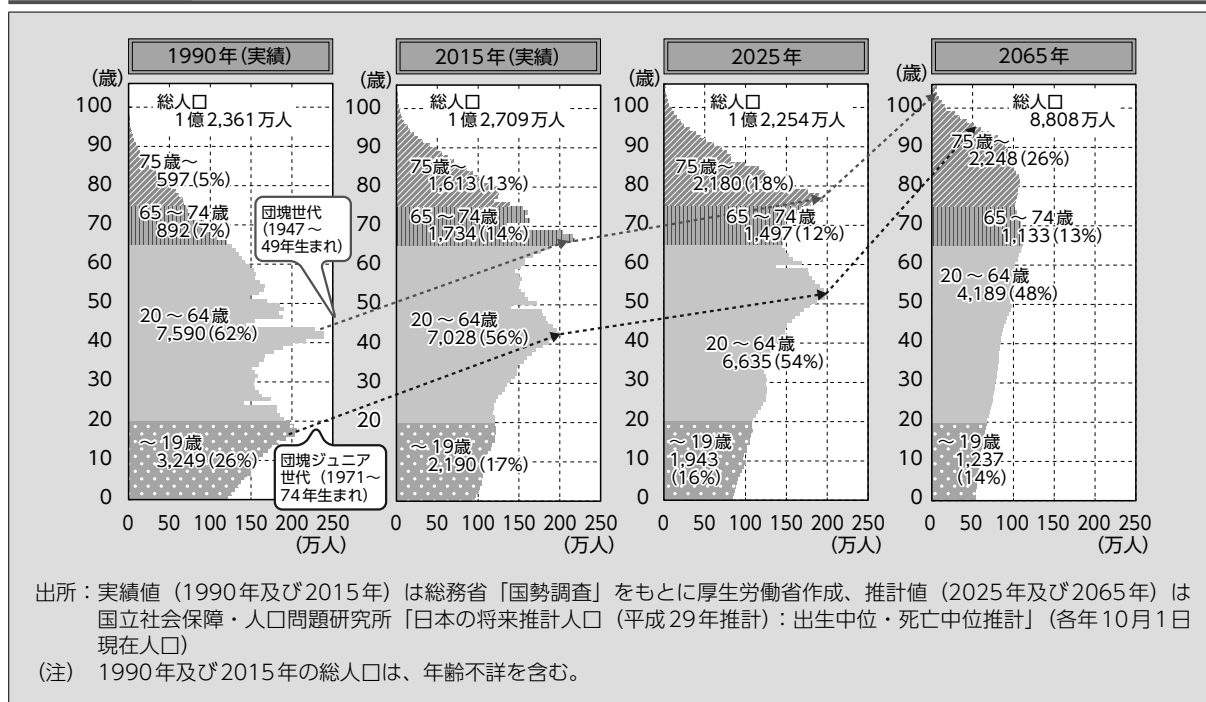
我が国の合計特殊出生率は、2005（平成17）年に1.26となり、その後、横ばいもしくは微増傾向となっているが、2017（平成29）年（概数）も1.43と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。

また、2017年に発表された国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」によると、現在の傾向が続けば、2065年には、我が国の人口は8,808万人となり、1年間に生まれる子どもの数が現在の半分程度の約56万人となり、高齢化率は約38%に達するという厳しい見通しが示されている（図表1-1-1）。

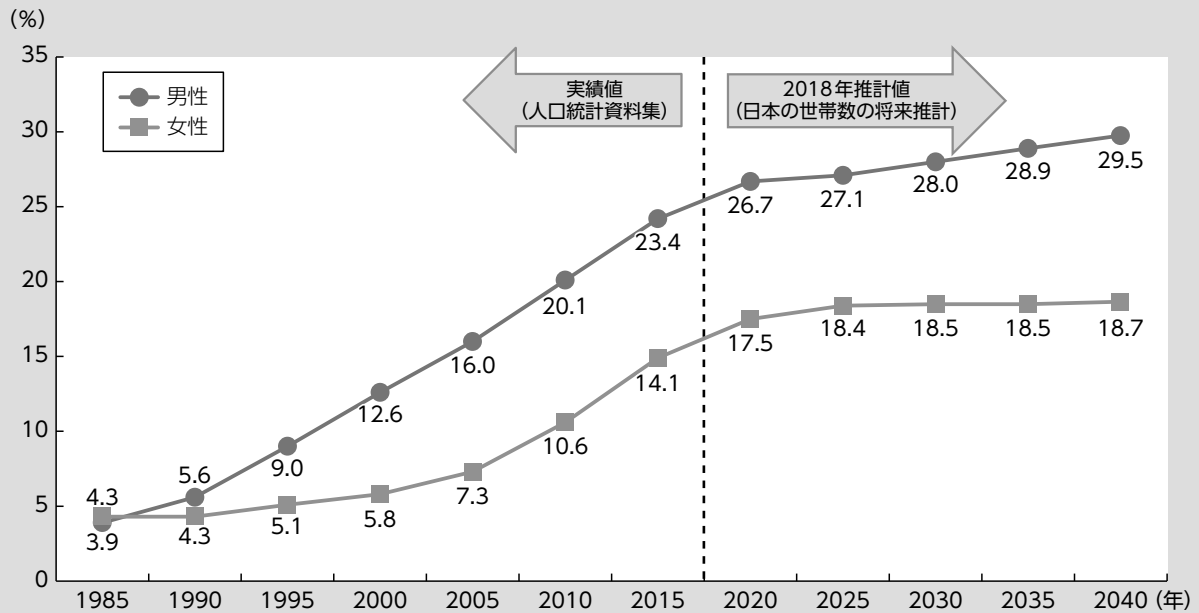
さらに、ライフスタイルが従来とは異なるものになってきている。例えば、2040年には50歳時の未婚割合が男性で約29%、女性では約19%になるものと見込まれている（図表1-1-2）ほか、共働き世帯と専業主婦世帯（男性雇用者と無業の妻からなる世帯）とを比べると、1997（平成9）年には既に前者の数が後者の数を上回っている状況にも配慮する必要がある（図表1-1-3）。

こうした状況に加え、多くの国民が結婚したい、子どもを生み育てたい、結婚した後も子どもを育てながら働きたいと希望しているにもかかわらず、その希望がかなえられず、結果として少子化が進んでしまっているものと考えられることなどから、国民が希望する結婚や出産を実現できる環境を整備することが重要となる。

図表1-1-1 人口ピラミッドの変化（1990、2015、2025、2065）－平成29年中位推計－



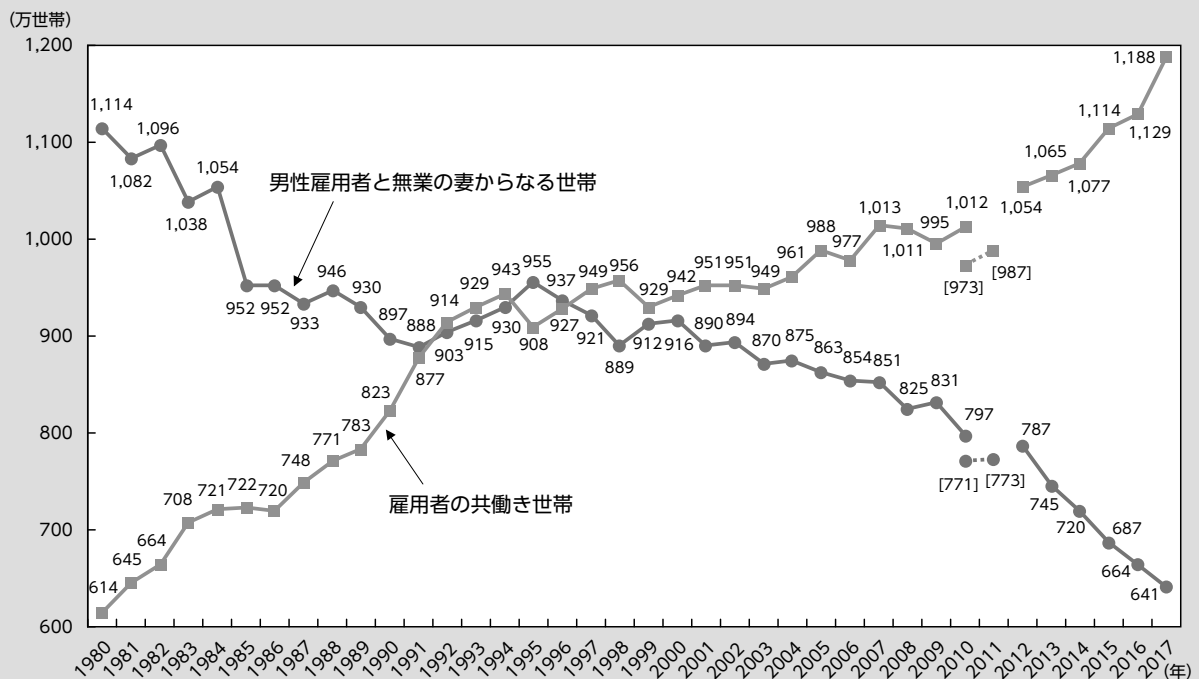
図表 1-1-2 50歳時の未婚割合の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年1月推計）」、「人口統計資料集（2018年版）」

（注）50歳時の未婚割合は、50歳時点で一度も結婚をしたことのない人の割合であり、2015年までは「人口統計資料集（2018年版）」、2020年以降は「日本の世帯数の将来推計」より、45～49歳の未婚率と50～54歳の未婚率の平均。

図表 1-1-3 共働き等世帯数の年次推移



資料：1980～2001年は総務省統計局「労働力調査特別調査」、2002年以降は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）（年平均）」

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

第2節 総合的な子育て支援の推進

1 子ども・子育て支援新制度

2012（平成24）年8月に成立した子ども・子育て関連三法（「子ども・子育て支援法」、
「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正
する法律」、「子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な
提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法
律」）に基づく子ども・子育て支援新制度（以下「新制度」という。）は、社会保障・税一
体改革の一項目として、消費税率の引上げによる財源の一部を得て実施されるものであ
り、2015（平成27）年4月から施行された。

新制度では、「保護者が子育てについての第一義的責任を有する」という基本的な認識
の下に、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進することと
している。具体的には、①認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型
給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設、②認定こども園制度の
改善、③地域の実情に応じた子ども・子育て支援の充実を図ることとしている（図表
1-2-1）。実施主体は基礎自治体である市町村であり、地域の実情等に応じて幼児期の学
校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に必要な給付・事業を計画的に実施していくこ
ととしている。

2015年4月の新制度の施行と併せ、内閣府に子ども・子育て本部が発足した。子ど
も・子育て本部は、内閣府特命担当大臣を本部長とし、行政各部の施策の統一を図る観点
から少子化対策や子育て支援施策の企画立案・総合調整を行うとともに、子ども・子育て
支援法に基づく給付等や児童手当など子育て支援に係る財政支援の一元的な実施等を担う
ほか、認定こども園制度を文部科学省、厚生労働省と共管している。

図表 1-2-1 子ども・子育て支援の新制度について

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の体制を整備）

○子ども・子育て会議の設置

・有識者、地方公共団体、事業主代表・労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与（子ども・子育て会議）

・市町村等の合議制機関の設置努力義務

II 給付・事業

○子ども・子育て支援給付

・施設型給付＝認定こども園、幼稚園、保育所

・地域型保育給付＝小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育等

・児童手当

○地域子ども・子育て支援事業

・利用者支援、地域子育て支援拠点、一時預かり等

・延長保育、病児・病後児保育事業

・放課後児童クラブ・妊婦健診等

III 認可制度の改善

○大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入

・社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める

・その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする

○小規模保育等の地域型保育についても、同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とする



出典：内閣府資料

新制度では、消費税率の引上げによる社会保障の充実の財源のうち、0.7兆円程度を子ども・子育て支援に充てることとされており、また、これを含め1兆円超程度の財源を確保し、子ども・子育て支援新制度に基づく幼児教育・保育・地域の子育て支援の更なる充実を図ることとしている（図表1-2-2）。

2017（平成29）年度においても、子ども・子育て支援は、社会保障の充実において優先的に取り組む施策と位置付けられ、市町村の事業計画等を踏まえた「量的拡充」に対応するとともに、0.7兆円程度の範囲で実施する「質の向上」に係る事項を引き続き全て実施するために必要な予算が計上されたところである。

さらに、2018（平成30）年度においても、引き続き、消費税財源以外の財源で実施する「質の向上」項目のうち、保育士の2%の処遇改善等の実施に必要な予算が計上されている。

図表1-2-2 子ども・子育て支援の「量的拡充」と「質の向上」項目（案）

○消費税の引き上げにより確保する0.7兆円の範囲で実施する事項と0.3兆円超の追加の恒久財源が確保された場合に1兆円超の範囲で実施する事項の案。

	量的拡充	質の向上*
所要額	0.4兆円程度	0.3兆円程度～0.6兆円超程度
主な内容	●認定こども園、幼稚園、保育所、地域型保育の量的拡充（待機児童解消加速化プランの推進等）	◎3歳児の職員配置を改善（20：1→15：1） △1歳児の職員配置を改善（6：1→5：1） △4・5歳児の職員配置を改善（30：1→25：1） ○私立幼稚園・保育所等・認定こども園の職員給与の改善（3%～5%） ◎小規模保育の体制強化 ◎減価償却費、賃借料等への対応 など
	●地域子ども・子育て支援事業の量的拡充（地域子育て支援拠点、一時預かり、放課後児童クラブ等）	○放課後児童クラブの充実 ○一時預かり事業の充実 ○利用者支援事業の推進 など
	●社会的養護の量的拡充	◎児童養護施設等の職員配置基準の改善 ○児童養護施設等での家庭的な養育環境の推進 ○民間児童養護施設の職員給与等の改善 など

量的拡充・質の向上 合計 0.7兆円程度～1兆円超程度

※「質の向上」の事項のうち、◎は0.7兆円の範囲ですべて実施する事項。○は一部を実施する事項、△はその他の事項

2 全ての子育て家庭への支援

子ども・子育て支援新制度においては、教育・保育施設を利用する子どもの家庭だけでなく、全ての子育て家庭を対象に地域のニーズに応じた多様な子育て支援を充実させることとしている。このことから、①子育て家庭や妊産婦が、教育・保育施設や地域子ども・子育て支援事業、保健・医療・福祉等の関係機関を円滑に利用できるよう、身近な場所での相談や情報提供、助言等必要な支援をするとともに、関係機関との連絡調整、連携・協働の体制づくり等を行う「利用者支援事業」や、②子育て家庭等の負担感・不安感を軽減するため、子育て親子が気軽に集い、交流することができ、子育てに関する相談・援助を行う場の提供や、地域の子育て関連情報の提供、子育て及び子育て支援に関する講習を行う「地域子育て支援拠点事業」、③家庭において保育を受けることが一時的に困難となった乳幼児について、主として昼間において、認定こども園、幼稚園、保育所、地域子育て支援拠点その他の場所において、一時的に預かり、必要な保護を行う「一時預かり事業」、④乳幼児や小学生等の児童を有する子育て中の保護者を会員として、児童の預かり等の援助を受けることを希望する者と当該援助を行うことを希望する者との相互援助活動に関する連絡、調整を行う「ファミリー・サポート・センター事業」、⑤保護者の疾病等の理由により家庭において養育を受けることが一時的に困難となった児童について、児童養護施設等に入所させ、必要な保護を行う「子育て短期支援事業」等を「地域子ども・子育て支援事業」として子ども・子育て支援法に位置付け、財政支援を強化して、その拡充を図ることとしている。

第3節 待機児童の解消などに向けた取組み

第1章

子どもを産み育てやすい環境づくり

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

2017（平成29）年4月1日時点の待機児童数は、26,081人で前年度と比較して増加しており、待機児童の解消は喫緊の課題となっている。厚生労働省では、2013（平成25）年度より待機児童の解消を目指し、「待機児童解消加速化プラン」に基づき取組みを進めており、「子育て安心プラン」の前倒し分6万人分を含め、2017年度末までの5年間で60万人分近い保育の受け皿が確保できる見通しとなっている。一方、女性就業率は年々上昇し、それに伴い、保育の利用申込者数も急激に増加していることから、2017年6月に「子育て安心プラン」を策定し、2020年度末までに32万人分の保育の受け皿を確保し、待機児童を解消することとしている。

2016（平成28）年度から実施している企業主導型保育事業については、2016・2017年度で約6万人の受け皿を確保し、2018（平成30）年度は新たに2万人分程度の受け皿拡大に取り組むこととしている。また、預かり保育への補助の充実等により、幼稚園における待機児童の受入れを推進している。

保育の受け皿拡大と合わせて重要な課題である保育人材の確保については、処遇改善や新規の資格取得、就業継続、離職者の再就職といった支援に総合的に取り組むこととしている。特に、民間の保育士等の処遇改善については、従来の取組みに加え、2017年度においては、全ての職員を対象とした2%（月額6千円程度）の改善を行うことにより、2013年度から2017年度までの5年間で合計10%の改善を実現させるとともに、技能・経験に応じたキャリアアップの仕組みを構築し、経験年数がおおむね7年以上の中堅職員に対して月額4万円、経験年数がおおむね3年以上の職員に対して月額5千円の処遇改善を実施した。また、2017年度補正予算及び2018年度予算により、保育士に1.1%の処遇改善を行った。

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。2017年5月1日時点では、放課後児童クラブ数は全国で2万4,573か所、登録児童数は117万1,162人になっている一方で、利用できなかった児童（待機児童）数は1万7,170人となっている。2014（平成26）年7月31日には、文部科学省と厚生労働省が共同で、「小1の壁」を打破するとともに、次代を担う人材を育成するため、「放課後子ども総合プラン」を策定した。

「放課後子ども総合プラン」では、国全体の目標として、2019年度末までに、放課後児童クラブについて、約30万人分の追加的な受け皿整備を行い、合計で約122万人分の受け皿を確保することで、利用できない児童の解消を目指すとともに、全小学校区（約2万か所）で、放課後児童クラブと放課後子供教室を一体的に又は連携して実施し、うち一体型の放課後児童クラブ及び放課後子供教室について、1万か所以上で実施することを目指している。また、「新しい経済政策パッケージ」を踏まえ、「放課後子ども総合プラン」に基づく2019年度末までの約30万人分の新たな受け皿の確保を2018年度までに前倒し

することとしている。さらに、2018年9月に文部科学省と共同で「新・放課後子ども総合プラン」を策定した。

「新・放課後子ども総合プラン」では、2021年度末までに約25万人分を整備し、待機児童解消を目指し、その後も女性就業率の上昇を踏まえ2023年度末までに計約30万人分の受け皿を整備する。また、全ての小学校区で、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、うち小学校内で一体型として1万箇所以上で実施することを目指している。

そして、放課後児童クラブの役割として、基本的な生活習慣づけや異年齢児童等との関わりを通して、自主性、社会性を身につけられる場として位置づけ、今後、放課後児童クラブでこうした役割が実行されるよう支援していく。

2017年度予算では、「放課後子ども総合プラン」の目標達成に向けて、施設整備費の補助率のかさ上げの継続や、放課後児童支援員の経験等に応じた新たな処遇改善事業などを実施し、放課後児童クラブの「量的拡充」と「質の向上」を図った。

さらに、2018年度においても、施設整備費の補助率かさ上げ等を継続し、放課後児童クラブの受入児童数の拡大を図ることとしている。

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、これまで、「児童虐待の防止等に関する法律」（以下「児童虐待防止法」という。）及び児童福祉法の累次の改正や、民法などの改正により、制度的な充実が図られてきた。一方で、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、2016（平成28）年度には児童虐待防止法制定直前の約10.5倍に当たる12万2,575件となっている。子どもの生命が奪われるなど重大な児童虐待事件も後を絶たず、児童虐待の防止は社会全体で取り組むべき重要な課題である。

(2) 児童虐待防止対策の取組み状況

①児童福祉法等の改正について

児童虐待に関する課題に対処するため、児童福祉法等の改正が2年連続で行われ、児童虐待について、発生予防から自立支援までの一連の対策の更なる強化を図っている。2016（平成28）年5月に成立し、2017（平成29）年4月に全面施行された「児童福祉法等の一部を改正する法律」（以下「平成28年児童福祉法等改正法」という。）（図表1-4-1）では、初めて子どもを権利の主体として法律に位置付けるなど児童福祉法の理念を明確化するとともに、子育て世代包括支援センター（母子保健法上の名称は「母子健康包括支援センター」。）の設置、市町村及び児童相談所の体制の強化、里親委託の推進等の所要の措置を講ずることとされた。さらに、同年5月に成立した「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律」（図表1-4-2）では、虐待を

受けている子ども等の保護を図るため、家庭裁判所が都道府県等に対して保護者への指導を勧告することができることとする等、司法関与を強化する等の措置を講ずることとされた。

②市町村及び児童相談所の体制強化等について

平成28年児童福祉法等改正法において、市町村は、子どもの最も身近な場所における子ども及び妊産婦の福祉に関する支援業務を適切に行わなければならないことが明確化され、また、子どもとその家庭及び妊産婦等を対象に、実情の把握、子ども等に関する相談全般から通所・在宅支援を中心としたより専門的な相談対応や必要な調査、訪問等による継続的なソーシャルワーク業務までを行う機能を担う拠点（市区町村子ども家庭総合支援拠点）の整備に努めなければならないとされたことを踏まえ、当該支援拠点の設置を推進している。

また、児童相談所の体制強化として、平成28年児童福祉法等改正法において、弁護士や児童心理司等の専門職を配置することや、児童福祉司は、国が定める基準に適合する研修を受けなければならないことが規定された。本改正及び2016年4月に策定した「児童相談所強化プラン」に基づき、児童福祉司等の専門職の増員や資質の向上、関係機関との連携強化等を図っている。

③児童虐待防止対策の強化について

児童虐待については、児童相談所の児童虐待相談対応件数（2016年度）が12万2,575件と5年前と比べて倍増している。

このような状況や、目黒区で発生した児童虐待事案等を受けて、2018（平成30）年6月15日に「児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議」を開催し、安倍総理から、子どもの命を守ることを何より第一に据え、全ての行政機関が、あらゆる手段を尽くすよう、緊急に対策を講じることについて指示があった。

この指示を受け、対応策を検討し、同年7月20日に同関係閣僚会議において、「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」が決定された。

同対策においては、「緊急に実施する重点対策」と「児童虐待防止のための総合対策」を決定しており、「緊急に実施する重点対策」として、転居した場合の児童相談所間における引継ぎルールを見直し・徹底すること等としているほか、児童相談所の体制強化について、現行の「児童相談所強化プラン」を前倒して見直し、来年度から2022年度までを期間とする新たな体制強化プランを策定し、その中で、児童相談所の児童福祉司の配置について、児童虐待相談への対応件数のみならず、非行等の相談件数も加味した配置標準へ見直し、現行約3,200人に加え、約2,000人程度の増加を図るとともに、市町村の体制強化などに取り組むこととしている。また、「児童虐待防止のための総合対策」として、相談窓口の周知、より効果的・効率的な役割分担・情報共有、適切な一時保護、保護された子どもの受け皿確保などを講じることとしている。

今後、本対策に基づき、財政的な措置が必要なものについては、引き続き地方交付税措置を含め予算編成過程において検討をするとともに、制度的な対応が必要な事項についても検討し、所要の措置を講じていくこととしている。

また、東京都及び香川県において検証が行われているが、厚生労働省としても、国の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、東京都・香川県と連携を取りながら、両都県の検証結果を待たずに並行して専門家による検証を行う。

図表 1-4-1 児童福祉法等の一部を改正する法律（平成 28 年法律第 63 号）の概要

改正の趣旨

全ての児童が健全に育成されるよう、児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策の更なる強化等を図るため、児童福祉法の理念を明確化するとともに、母子健康包括支援センターの全国展開、市町村及び児童相談所の体制の強化、里親委託の推進等の所要の措置を講ずる。

改正の概要

1. 児童福祉法の理念の明確化等

- (1) 児童は、適切な養育を受け、健やかな成長・発達や自立等を保障されること等の権利を有することを明確化する。
- (2) 国・地方公共団体は、保護者を支援するとともに、家庭と同様の環境における児童の養育を推進するものとする。
- (3) 国・都道府県・市町村それぞれの役割・責務を明確化する。
- (4) 親権者は、児童のしつけに際して、監護・教育に必要な範囲を超えて児童を懲戒してはならない旨を明記。

2. 児童虐待の発生予防

- (1) 市町村は、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援を行う母子健康包括支援センターの設置に努めるものとする。
- (2) 支援を要する妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供しよう努めるものとする。
- (3) 国・地方公共団体は、母子保健施策が児童虐待の発生予防・早期発見に資することに留意すべきことを明確化する。

3. 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

- (1) 市町村は、児童等に対する必要な支援を行うための拠点の整備に努めるものとする。
- (2) 市町村が設置する要保護児童対策地域協議会の調整機関について、専門職を配置するものとする。
- (3) 政令で定める特別区は、児童相談所を設置するものとする。
- (4) 都道府県は、児童相談所に①児童心理司、②医師又は保健師、③指導・教育担当の児童福祉司を置くとともに、弁護士配置又はこれに準ずる措置を行うものとする。
- (5) 児童相談所等から求められた場合に、医療機関や学校等は、被虐待児童等に関する資料等を提供できるものとする。

4. 被虐待児童への自立支援

- (1) 親子関係再構築支援について、施設、里親、市町村、児童相談所などの関係機関等が連携して行うべき旨を明確化する。
- (2) 都道府県（児童相談所）の業務として、里親の開拓から児童の自立支援までの一貫した里親支援を位置付ける。
- (3) 養子縁組里親を法定化するとともに、都道府県（児童相談所）の業務として、養子縁組に関する相談・支援を位置付ける。
- (4) 自立援助ホームについて、22歳の年度末までの間にある大学等就学中の者を対象に追加する。

(検討規定等)

- 施行後速やかに、要保護児童の保護措置に係る手続における裁判所の関与の在り方、特別養子縁組制度の利用促進の在り方を検討する。
- 施行後2年以内に、児童相談所の業務の在り方、要保護児童の通告の在り方、児童福祉業務の従事者の資質向上の方策を検討する。
- 施行後5年を目途として、中核市・特別区が児童相談所を設置できるよう、その設置に係る支援等の必要な措置を講ずる。

施行期日

平成 29 年 4 月 1 日（1、2（3）については公布日、2（2）、3（4）（5）、4（1）については平成 28 年 10 月 1 日）

図表 1-4-2

児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律（平成29年法律第69号）の概要

改正の趣旨

虐待を受けている児童等の保護を図るため、里親委託・施設入所の措置の承認の申立てがあった場合に、家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとする等、児童等の保護についての司法関与を強化する等の措置を講ずる。

改正の概要

※平成28年の「児童福祉法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第63号）の附則において、施行後速やかに裁判所の関与の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとしてされている。

1. 虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法関与（児童福祉法）

- ① 里親委託・施設入所の措置の承認（児童福祉法第28条）の申立てがあった場合に、家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとし、都道府県は、当該保護者指導の結果を家庭裁判所に報告することとする。
- ② ①の勧告を行い、却下の審判をする場合（在宅での養育）においても、家庭裁判所が都道府県に対して当該保護者指導を勧告することができることとする。
- ③ ①及び②の場合において、家庭裁判所は、勧告した旨を保護者に通知することとする。

2. 家庭裁判所による一時保護の審査の導入（児童福祉法）

- 児童相談所長等が行う一時保護について、親権者等の意に反して2ヶ月を超えて行う場合には、家庭裁判所の承認を得なければならないこととする。

3. 接近禁止命令を行うことができる場合の拡大（児童虐待の防止等に関する法律）

- 接近禁止命令について、現行では、親権者等の意に反して施設入所等の措置が採られている場合にのみ行うことができるが、一時保護や同意のもとでの施設入所等の措置の場合にも行うことができることとする。

4. その他所要の規定の整備

施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日（平成30年4月2日）

④児童相談所全国共通ダイヤルについて

児童虐待を受けたと思われる子どもを見つけた時などに、ためらわずに児童相談所に通告・相談ができるように、2015（平成27）年7月1日から、児童相談所全国共通ダイヤルについて、これまでの10桁番号から3桁番号「189（いちはやく）」を運用している。さらに、児童相談所につながるまでの時間短縮を進めるため、2016年4月に音声ガイダンスの短縮や、2018（平成30）年2月に携帯電話等からの入電についてコールセンター方式を導入するなどの改善を進めている。

⑤児童虐待による死亡事例等の検証について

児童虐待による死亡事例等について、2004（平成16）年度より、社会保障審議会児童部会の下に設置されている「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、児童虐待による死亡事例等について分析・検証し、事例から明らかとなった問題点、課題に対する具体的な対応策を提言として取りまとめており、2017年8月には、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第13次報告）」を取りまとめた。

第13次報告においては、心中以外の虐待死（48例・52人）では、0歳児死亡が最も多く（約6割）、うち月齢0か月が約4割を占めること、実母が抱える問題として「予期しない妊娠／計画していない妊娠」、「妊婦健診未受診」が高い割合を占めること等が特徴として挙げられた。

(3) 児童虐待防止に向けた広報啓発の取組み

2004（平成16）年から、毎年11月を「児童虐待防止推進月間」と位置付け、児童虐

待に対する社会的関心の喚起を図っている。厚生労働省では、月間中、関係府省庁や、地方公共団体、関係団体等と連携した集中的な広報・啓発活動を実施している。2017（平成29）年度においては、「いちはやく 知らせる勇気 つなぐ声」を月間標語として決定するとともに、児童虐待防止対策協議会の開催（11月22日）、広報用ポスター、リーフレット等の作成・配布、政府広報の活用等により、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、児童虐待防止の啓発を図ることを目的に民間団体（認定NPO法人児童虐待防止全国ネットワーク）が中心となって実施している「オレンジリボン運動」を後援している。



2 社会的養育の充実

(1) 社会的養育の基本的方向

平成28年通常国会において成立した改正児童福祉法において、

- ・国及び地方公共団体は、児童が家庭において心身ともに健やかに養育されるよう、児童の保護者を支援しなければならない。
- ・ただし、児童及びその保護者の心身の状況、これらの者の置かれている環境その他の状況を勘案し、児童を家庭において養育することが困難であり、又は適当でない場合にあっては、児童が家庭における養育環境と同様の養育環境において継続的に養育されるよう、必要な措置を講じなければならない。
- ・児童を家庭及び家庭における養育環境と同様の養育環境において養育することが適当でない場合にあっては、児童ができる限り良好な家庭的環境において養育されるよう、必要な措置を講じなければならない。

と規定されたことを踏まえ、養子縁組や里親・ファミリーホームによる家庭養育の推進等を図るとともに、児童養護施設等の施設についても小規模化や地域分散化を図ることとしている。

(2) 家庭養育の推進

社会的養護が必要な子どもは、温かく安定した環境で養育されることが望ましく、特に乳幼児期は、安定した養育環境の中で愛着関係の基礎が作られるべき大切な時期であり、子どもの最善の利益を考えれば、できる限り家庭における養育環境と同様の環境で育つということが、子どもの心身の健やかな成長、発達が図られる上で非常に重要である。

このため、改正児童福祉法においては、都道府県（児童相談所）の業務として、里親の開拓から児童の自立支援までの一貫した里親支援や、養子縁組に関する相談・支援が位置づけられた。また、養子縁組里親を法定化するとともに、養育の質について全国的に一定の水準を確保するため、研修の義務化や欠格要件、都道府県知事による名簿の作成についても、新たに法律に規定された。

これを踏まえ、2017（平成29）年度より、里親制度の普及促進による新規里親の開拓、

里親と児童とのマッチング、委託児童に係る自立支援計画策定、委託後の相談支援等及び養子縁組に関する相談・支援を行う「里親支援事業」を実施しているほか、フォスターリング機関（里親養育包括支援機関）の普及などによる里親支援体制の構築に取り組んでいる。

また、里親・ファミリーホームへの委託を推進するため、毎年10月を「里親月間」と位置付け、広報用ポスター、リーフレットの作成・配布や政府広報（新聞、インターネット）などにより、地方公共団体や関係団体などと連携した集中的な広報・啓発活動を実施している^{*1}。

併せて、特別養子縁組制度についても広報用ポスター、リーフレットを作成し、産科医療機関への掲示を行うなど、地方公共団体や関係団体などと連携し、制度の普及啓発に取り組んでいる^{*2}。

第192回国会においては、議員立法として提出された民間あっせん機関による養子縁組あっせんに係る児童の保護等に関する法律（平成28年法律第110号）が、2016（平成28）年12月9日に成立した。同法は、養子縁組あっせん事業について許可制度とし、その業務の適正な運営を確保するための措置を講じようとするものであり、2018（平成30）年4月1日に施行されたところである。

一方、施設では、ケア形態の小規模化を図るため、児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設及び児童自立支援施設を対象とした小規模グループケアの実施や、地域小規模児童養護施設の設置を進めてきている。2016年度から、地域小規模児童養護施設等を賃貸物件を活用して運営する場合に、賃借料の実費を措置費に算定できるようにするなどしている。

（3）施設を退所した子どもの自立支援策の拡充

社会的養護の下で育った子どもは、施設等を退所し自立するに当たり、保護者等から支援を受けられない場合が多く、その結果様々な困難に突き当たることが多いことから、個々の児童の状況に応じた支援を実施し、将来の自立に結びつけることが重要である。

2015（平成27）年度には、養育環境等により十分な学習機会が確保されていない児童養護施設入所児童等に対し



（里親制度広報啓発ポスター）



（特別養子縁組制度広報啓発ポスター）

*1 厚生労働省ホームページ「里親制度等について」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/02.html

*2 厚生労働省ホームページ「特別養子縁組制度について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000169158.html>

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った。

また、2015年より、児童養護施設等を退所し、就職や進学する者等の安定した生活基盤を築き、円滑な自立を実現するため、家賃相当額や生活費の貸付及び児童養護施設等に入所中の子ども等を対象に、就職に必要な各種資格を取得するための経費について貸付を行い、就業継続等の条件により返還を免除する「児童養護施設退所者等に対する自立支援資金貸付事業」を実施している。

さらに、改正児童福祉法において、自立援助ホームについて、22歳の年度末までの間にある大学等就学中の者が対象に追加されたことを受け、2017（平成29）年度より、20歳到達後から22歳の年度末までの間における支援に要する費用の補助として「就学者自立生活援助事業」を実施するとともに、大学等に就学していない自立援助ホームの入所者や里親等への委託、児童養護施設等への入所措置を受けていた者についても同様に、18歳（措置延長の場合は20歳）到達後も原則22歳に達する日の属する年度の末日まで引き続き必要な支援を受けることができるよう「社会的養護自立支援事業」を実施している。

（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、施設種別ごとの運営指針を策定するとともに、第三者評価及び施設長研修を義務付けている。

なお、第三者評価については、2012（平成24）年度から3か年度毎に1回以上の受審をすることとしており、2017（平成29）年度には、評価効果を上げるために評価基準の見直しを行い、2018（平成30）年度から適用することとした。

また、2015（平成27）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、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。2017年度には、民間児童養護施設等の業務の困難さに応え、人材確保と育成を図るため、民間の児童養護施設職員等について2%の処遇改善を行うとともに、虐待や障害等のある子どもへの夜間を含む業務内容を評価した処遇改善に加え、職務分野別のリーダー的業務内容や支援部門を統括する業務内容を評価した処遇改善を実施した。

さらに、2017年度補正予算及び2018年度予算においても、児童養護施設職員等の処遇改善を盛り込んでいる。

（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。

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

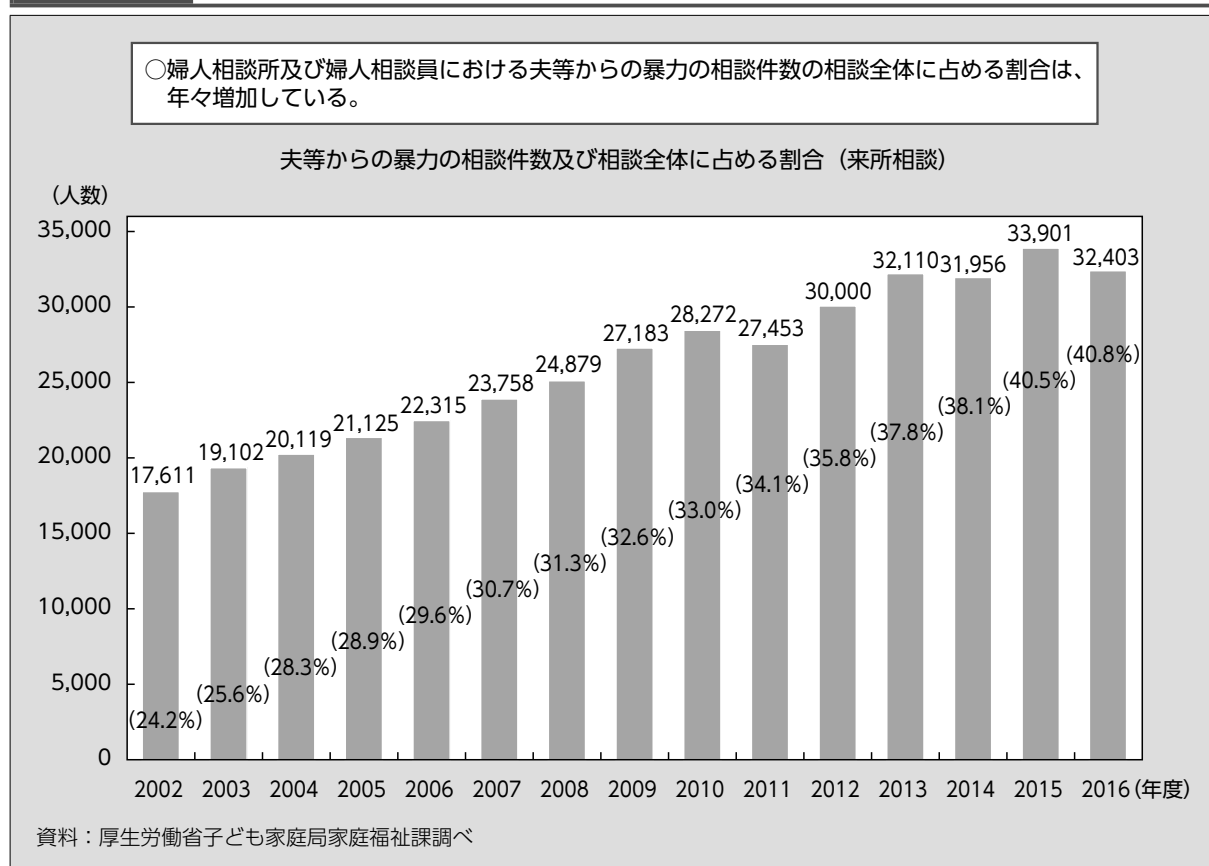
等が規定された。これを受けて厚生労働省では「被措置児童等虐待対応ガイドライン」を作成し、被措置児童等虐待の防止に取り組んでいる。

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。2016（平成28）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、79,423人（2015（平成27）年度83,718人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とする者が32,403人（2015年度33,901人）であり、相談理由の40.8%（2015年度40.5%）を占めるなど、配偶者からの暴力被害者の割合が増加しており（図表1-4-3）、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1-4-3 婦人相談所及び婦人相談員による相談



(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」）。

2013年には、「ストーカー行為等の規制等に関する法律」が一部改正され、「婦人相談所その他適切な施設」においてストーカー行為等の相手方（婦人相談所においては被害女性）に対する支援に努めることが明記された（2013年10月3日施行）。

また、2017（平成29）年度より、婦人相談所等で行う相談、保護、自立支援等の取組みを強化するため、福祉事務所等に配置されている婦人相談員の手当を勤務実態に応じた手当額となるよう見直すとともに、都道府県において、婦人相談員等の経験年数等に応じた研修が実施できるよう、研修実施回数の増加を図っている。また、婦人保護施設等における同伴児童対応職員の配置を拡充することにより、同伴児童に対する支援体制の強化を図るとともに、婦人保護施設入所者の就職活動のための旅費を支給することにより、自立のための就労支援の充実を図っている。

（3）人身取引被害女性の保護

人身取引被害女性の保護については、婦人相談所においては、431名（2001（平成13）年4月1日～2017（平成29）年3月31日）の保護が行われてきたところである。

なお、「人身取引対策行動計画2014」に基づき、人身取引被害女性の保護・支援を図っているところであり、婦人相談所等においても、警察、入国管理局、大使館、IOM（国際移住機関）等の関係機関と連携を図りながら、被害女性の立場に立った保護・支援を実施している。

第5節 子どもの貧困対策

2014（平成26）年8月に策定した「子供の貧困対策に関する大綱」に基づき、ひとり親家庭の子どもへの学習支援の充実や生活困窮者自立支援法による生活困窮世帯の子どもに対する学習支援事業の恒久的な実施、児童養護施設の職員配置の改善など社会的養護の体制整備、ひとり親家庭の親の学び直し支援などによる就業支援などを進めた。また、こうした取組みを含む子供の貧困対策については官公民の連携等によって国民運動として展開する必要があるため「子供の未来応援国民運動」を立ち上げ、各種支援情報の総合的なポータルサイトの整備などを行った。

また、2015（平成27）年12月に開催された「子どもの貧困対策会議」において「すくすくサポート・プロジェクト」（すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクト）を

決定し、施策の更なる充実を図ることとした。

これらの取組みにより、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

母子世帯の推計世帯数（父のいない児童（満20歳未満の子どもであって、未婚のもの）がその母によって養育されている世帯）は、2016（平成28）年で123.2万世帯となっており、父子世帯の推計世帯数（母のいない児童がその父によって養育されている世帯）は、同年で18.7万世帯になっている^{*3}。

母子世帯になった理由別にみると、死別世帯が8.0%、生別世帯が91.1%になっている^{*4}。

就業の状況については、2016年には、母子家庭の母は81.8%が就業している。このうち、正規の職員・従業員が44.2%、パート・アルバイトが43.8%になっている。一方、父子家庭の父は85.4%が就業しており、このうち正規の職員・従業員が68.2%、自営業が18.2%、パート・アルバイトが6.4%になっている^{*5}。

母子世帯の母自身の平均年間収入は243万円であり、児童のいる世帯の1世帯当たり平均所得金額739.8万円と比べて低い水準となっている。一方、父子世帯の父自身の平均年間収入は420万円であり、母子世帯より高い水準にあるが、300万円未満の世帯も35.2%になっている^{*6}。

2 ひとり親家庭の自立支援の取組み

ひとり親家庭等に対する支援については、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」等に基づき、①保育所の優先入所、日常生活支援事業等の子育て・生活支援策、②母子家庭等就業・自立支援センター事業、母子家庭等自立支援給付金等の就業支援策、③養育費相談支援センターの設置等の養育費の確保策、④児童扶養手当の支給、母子父子寡婦福祉資金の貸付けによる経済的支援策といった総合的な自立支援策を展開してきた。

しかしながら依然として、経済的に厳しい状況に置かれたひとり親家庭や多子世帯が増加傾向にあり、これらの方の自立のためには、

- ・支援が必要な方に行政のサービスを十分に届けられること
- ・複数の困難な事情を抱えている方が多いため一人一人に寄り添った支援の実施
- ・ひとりで過ごす時間が多い子ども達に対し、学習支援も含めた温かい支援の実施
- ・安定した就労による自立の実現

が必要である。

*3 厚生労働省「全国ひとり親世帯等調査」（2016年）

*4 厚生労働省「全国ひとり親世帯等調査」（2016年）

*5 厚生労働省「全国ひとり親世帯等調査」（2016年）

*6 厚生労働省「全国ひとり親世帯等調査」（2016年）、児童のいる世帯については厚生労働省「平成29年国民生活基礎調査」

このため、2015（平成27）年12月に「すくすくサポート・プロジェクト」を策定し、就業による自立に向けた就業支援を基本としつつ、子育て・生活支援、学習支援などの総合的な支援を充実している（図表1-6-1）。

具体的には、①支援につながる、②生活を応援、③学びを応援、④仕事を応援、⑤住まいを応援、⑥社会全体で応援という6つの柱に沿って、

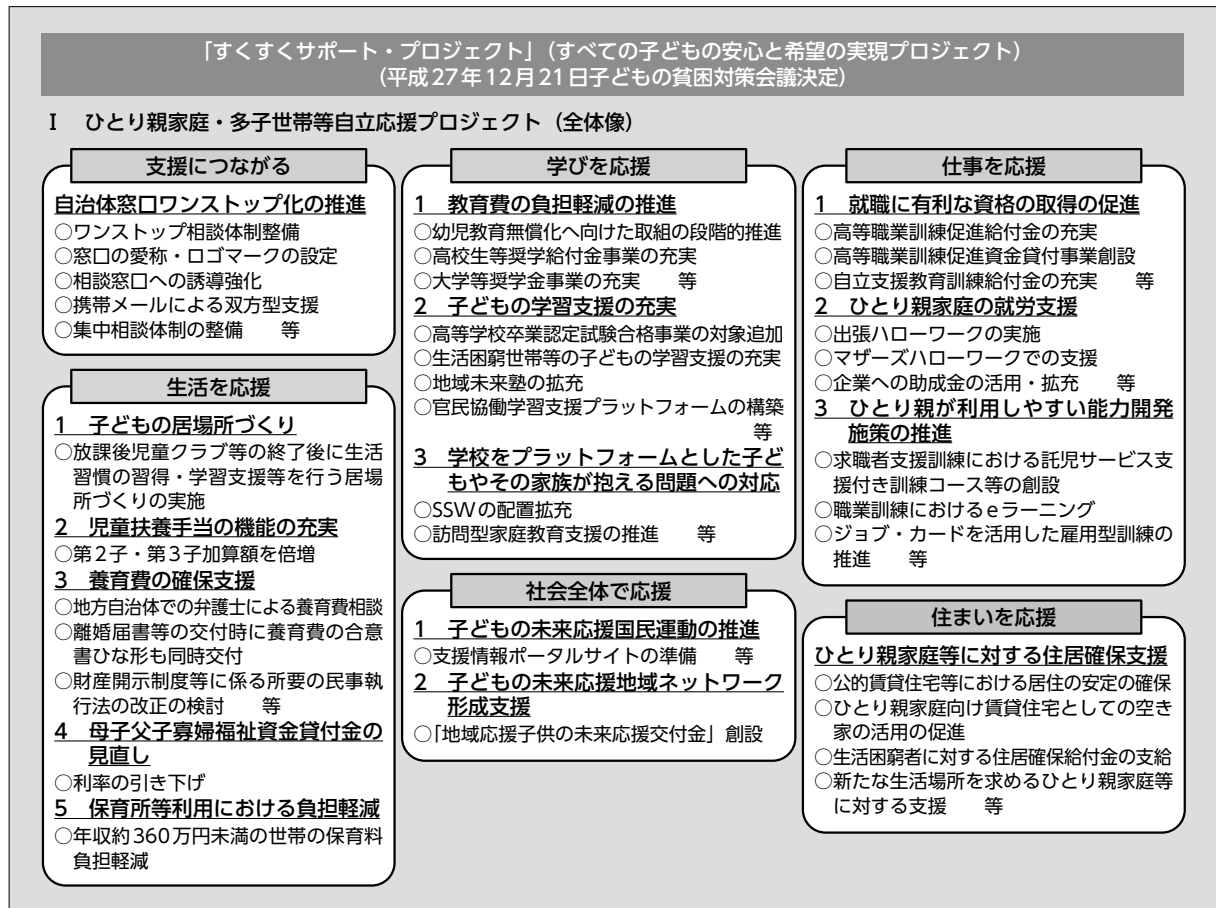
- ・自治体の相談窓口のワンストップ化の推進
- ・放課後児童クラブ等の終了後に、ひとり親家庭の子どもたちの生活習慣の習得・学習支援や食事の提供等を行うことが可能な居場所づくりの実施
- ・児童扶養手当の機能の充実
- ・教育費負担軽減など、子どもたちの学習支援の充実
- ・高等職業訓練促進給付金の充実など、就職に有利な資格の取得の促進
- ・ひとり親家庭等に対する住居確保の支援
- ・「子供の未来応援国民運動」の推進

などを推進している。

児童扶養手当の機能の充実については、第2子・第3子以降の加算額を最大で倍増させる「児童扶養手当法等の一部を改正する法律」が第190回通常国会で成立し、2016（平成28）年8月1日から施行されている。

また、児童扶養手当の支払回数について、現行の年3回（4月、8月、12月）から年6回（1月、3月、5月、7月、9月、11月）に見直すこと等を内容とする関連法案が第196回通常国会において成立した（第4章第1節4を参照）。

図表 1-6-1 ひとり親家庭等の自立支援策の体系



第7節 母子保健医療対策の推進

1 地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化

地域のつながりの希薄化等から、地域において妊産婦の方やその家族を支える力が弱くなっているとの指摘がある。より身近な場で妊産婦等を支える仕組みが必要であることから、妊娠・出産を経て子育て期にわたるまでの切れ目のない支援の強化を図っていくことが重要である。このため、2015（平成27）年度から、妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して総合的相談支援を提供する子育て世代包括支援センターを立ち上げ、保健師等の専門職が全ての妊産婦等の状況を継続的に把握し、必要に応じて支援プランを作成するとともに、関係機関と連携することにより、妊産婦等に対し切れ目のない支援を提供する体制の構築に向けて取り組んでいるところである。ニッポン一億総活躍プラン等において、今後、2020年度末までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指すこととしており、同センターを法定化する改正母子保健法が2017（平成29）年4月から施行された。さらに、特に支援が必要とされる産前・産後の時期において助産師等による相談支援を行う「産前・産後サポート事業」や、退院直後の母子の心身のケアを行う「産後ケア事業」の推進を図っている。

2 不妊に悩む夫婦への支援

経済的な負担が大きい体外受精と顕微授精については、2004（平成16）年度から、費用の一部の助成を行っている。この助成事業については、2009（平成21）年度から助成額の治療1回当たり上限額を15万円まで、2011（平成23）年度から、1年度目の助成対象回数を年3回まで拡大するとともに、2013（平成25）年度には、一部助成単価の適正化を図っている。

2013年度には助成事業の今後のあり方についての検討会を開催し、不妊治療に係る医学的知見を踏まえ、より安心・安全な妊娠・出産に資するよう、助成対象範囲の見直しを行い、2014年度から見直しの一部実施、2016（平成28）年度から見直しを全面実施し、対象年齢を43歳未満、通算助成回数を6回（助成開始年齢が40歳以上の場合は3回）とし、年間助成回数の制限を撤廃した。さらに、2016年1月から、早期の受診を促すため、出産に至る割合が多い初回治療の助成額を15万円から30万円に拡充するとともに、不妊の原因が男性にある場合に精子回収を目的とした手術療法を実施した場合、更に15万円を上限に上乗せして助成している（2017年度支給実績：139,752件）。

さらに、不妊に関する医学的な相談や、不妊による心の悩みの相談などを行う「不妊専門相談センター事業」を実施している。

3 子どもの心の健康支援等

様々な子どもの心の問題等に対応するため、都道府県及び指定都市における拠点病院を中核とし、各医療機関や保健福祉教育関係機関等と連携した支援体制の構築を図る「子どもの心の診療ネットワーク事業」を実施している。

また、入院を必要とする未熟児に対しては、その養育に必要な医療の給付等を行っており、2013（平成25）年度からは事務の実施権限が都道府県、政令市及び特別区から市区町村に移譲された。

これらのほか、新生児スクリーニングとして、先天性代謝異常等の早期発見・早期治療を図るための都道府県及び指定都市における先天性代謝異常等検査や、聴覚障害の早期発見・早期療育を図るための市区町村における新生児聴覚検査の確実な実施に向け取組みを促している。

4 妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減

妊婦健康診査については、2013（平成25）年度以降、実施に必要な回数及び項目につき地方財源を確保し、地方交付税措置を講じている。また、妊婦健康診査が、子ども・子育て支援法の地域子ども・子育て支援事業の一つに位置づけられたことに伴い、妊婦に対する健康診査の望ましい基準（平成27年厚生労働省告示第226号）を定め、妊婦健康診査における望ましい検査項目や内容等について定めている。

加えて、出産育児一時金制度については2011（平成23）年4月以降、支給額を原則42万円にしている。

5 「健やか親子21」の推進

「健やか親子21（第2次）」（2015（平成27）年度～2024年度）は、21世紀の母子保健の取組みの方向性と目標を示し、関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動である。「健やか親子21（第2次）」では、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、生命が守られるよう地域間での健康格差を解消すること、また、疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、などの多様性を認識した母子保健サービスを展開することが重要であるとしている。そういった認識のもと、10年後に目指す姿を「すべての子どもが健やかに育つ社会」とし、3つの基盤課題と2つの重点課題^{*7}を設定して、取組みを行っている。

国民運動の取組みの充実に向けて、ウェブサイト等を活用して幅広い対象者に向けた普及啓発を実施している。また、毎年、全国から母子保健事業及び家族計画事業関係者を集めて「健やか親子21全国大会」を開催しており、2018（平成30）年度に、三重県で開催された大会には延べ約1,700名が参加した。さらに、「健康寿命をのばそう！アワード（母子保健分野）」を実施し、母子の健康増進を目的とする優れた取組みを行う企業・団体・自治体を表彰している。

こうした取組みを通じて、妊娠中から子育て中の親子とその家族が、自らの健康に関心を持ち、学校や企業等も含めた地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守るとともに、子育て世代の親を孤立させないよう温かく見守り支える地域づくりを推進している。

^{*7} 「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

第8節 仕事と育児の両立支援策の推進

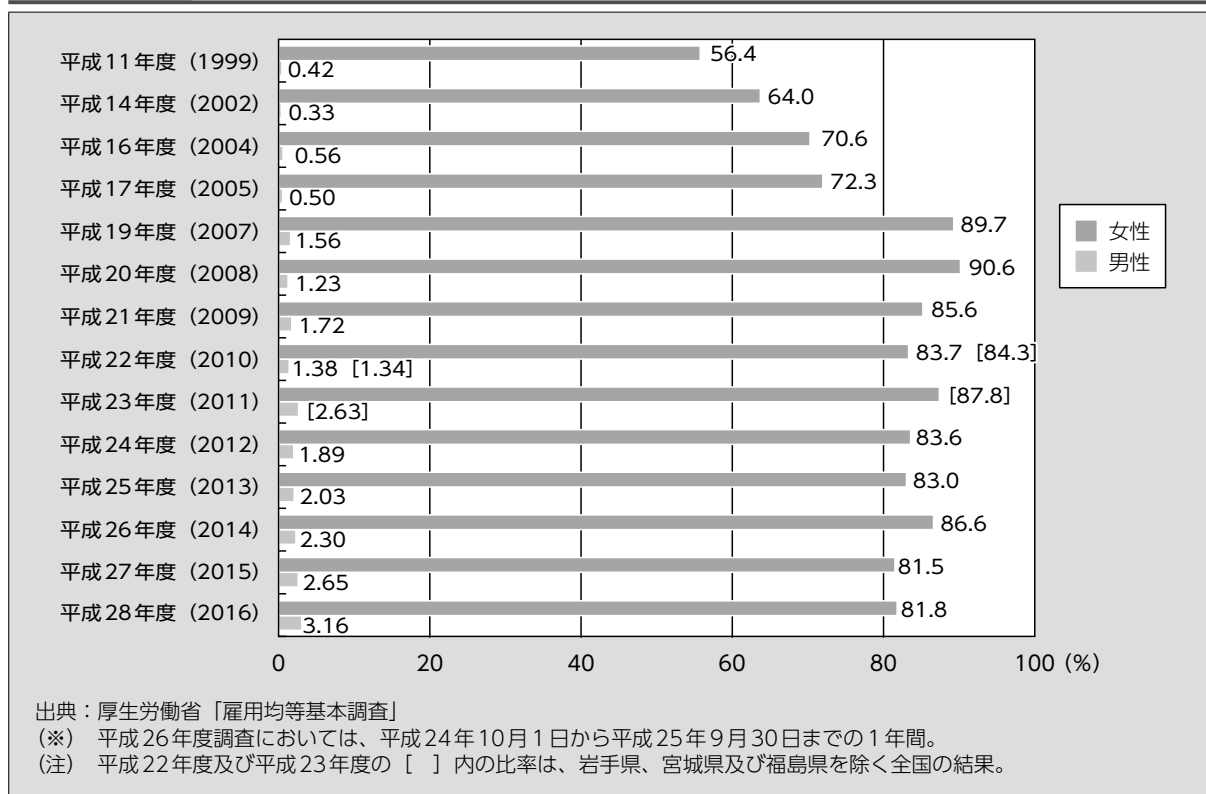
1 現状

育児・介護期は特に仕事と家庭の両立が困難であることから、労働者の継続就業を図るため、仕事と家庭の両立支援策を重点的に推進する必要がある。

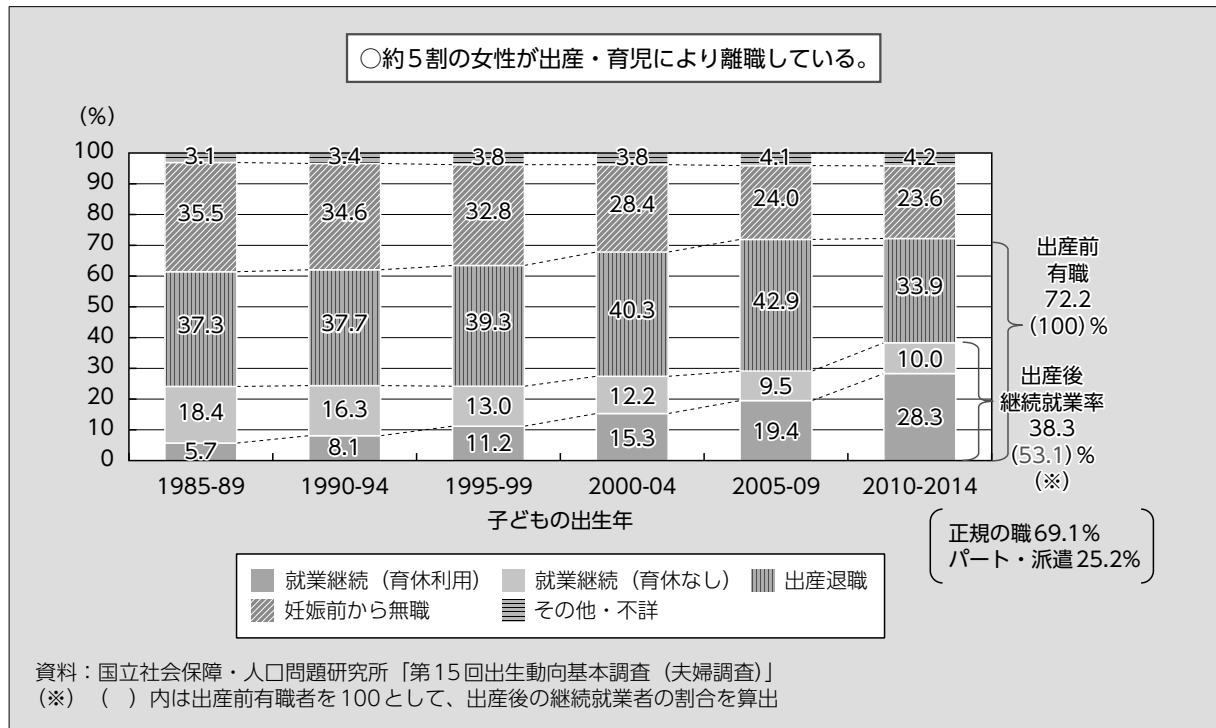
直近の調査では、女性の育児休業取得率は81.8%（2016（平成28）年度）と、育児休業制度の着実な定着が図られている（図表1-8-1）。しかし、第1子出産後の女性の継続就業割合をみると、53.1%（2015（平成27）年度）となっており、いまだに半数近くの女性が出産を機に離職している（図表1-8-2）。

また、男性の約3割が育児休業を取得したいと考えているとのデータもある中、実際の取得率は3.16%（2016年度）にとどまっている。さらに、男性の子育てや家事に費やす時間も先進国中最低の水準である。こうした男女とも仕事と生活の調和をとることが難しい状況が女性の継続就業を困難にし、少子化の原因の一つになっていると考えられる。

図表1-8-1 育児休業取得率の推移



図表 1-8-2 第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化



2 育児・介護休業法

こうした状況の中、男女ともに子育て等をしながら働き続けることができる環境を整備するため、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（以下、「育児・介護休業法」という。）において、短時間勤務制度や所定外労働の制限の義務のほか、父母がともに育児休業を取得する場合の育児休業取得可能期間の延長（パパ・ママ育休プラス）、父親が配偶者の出産後8週間以内に育児休業を取得した場合に再度の育児休業の取得を可能とする等、父親の育児休業取得を促進するための制度が規定されている。

また、2017（平成29）年1月から、有期契約労働者の育児休業の取得要件緩和や、子の看護休暇の半日単位での取得などを可能とする改正育児・介護休業法が施行されたことに加え、保育所に入れなかった場合等に最長で子が2歳に達するまで育児休業を延長できるようにすること、事業主に育児休業制度等の対象者への個別周知や育児目的休暇の設置に努めることを義務づけることを内容とする改正法が同年10月1日から施行されている。

3 企業における次世代育成支援の取組み

次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ育つ環境をつくるために、「次世代育成支援対策推進法」（以下「次世代法」という。）に基づき、国、地方公共団体、事業主、国民がそれぞれの立場で次世代育成支援を進めている（図表1-8-3、図表1-8-4）。

地域や企業の子育て支援に関する取組みを促進するため、常時雇用する従業員数が101人以上の企業に対し、一般事業主行動計画（以下「行動計画」という。）の策定・届出等を義務づけ、次世代育成支援対策推進センター（行動計画の策定・実施を支援するため指定された事業主団体等）、労使団体及び地方公共団体等と連携し、行動計画の策定・届出等の促進を図っている。

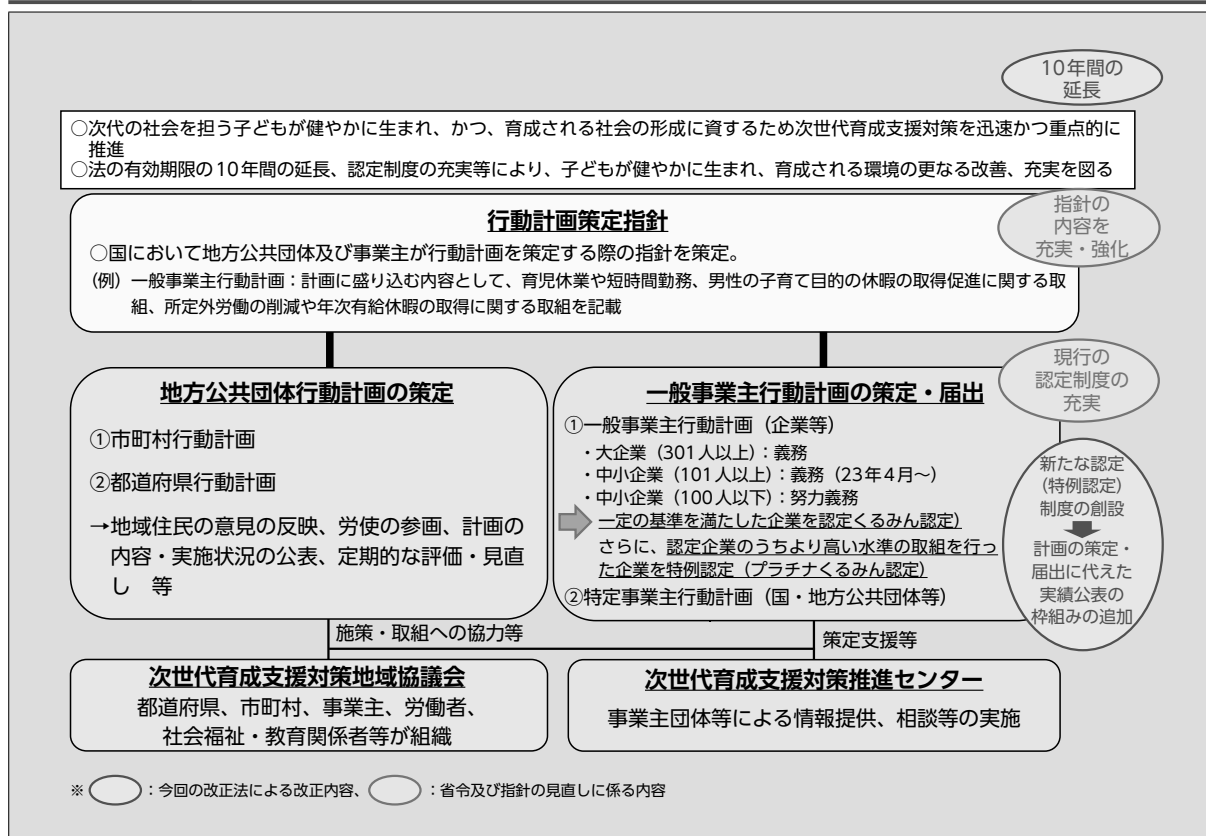
また、適切な行動計画を策定・実施し、その目標を達成するなど一定の要件を満たした企業は「子育てサポート企業」として厚生労働大臣の認定（くるみん認定）を受け、認定マーク（愛称：くるみん）を使用することができる。

2015（平成27）年4月1からはくるみん認定を受けた企業のうち、より高い水準の両立支援の取組みを行い、一定の要件を満たした場合に認定を受けられる特例認定（プラチナくるみん認定）制度が施行されており、特例認定を受けた企業は認定マーク（愛称：プラチナくるみん）を使用することができる。

図表 1-8-3

次世代育成支援対策推進法の概要と改正のポイント

（平成17年4月から平成27年3月までの10年間の時限立法を、10年間延長）



この認定制度及び認定マークの認知度を高めるため、認定企業の取組み事例や認定を受けるメリット等を積極的に紹介するとともに、認定企業に対する公共調達における加点評価について、幅広く周知し、認定の取得促進を図っていく。

また、2017（平成29）年4月には、多方面から子育てサポートに取り組む企業を認定するため、労働時間に関する基準の追加、男性の育児休業取得に関する基準の厳格化、関係法令に違反する重大な事実の範囲の拡大など、認定基準等の見直しを行った。

図表 1-8-4 企業における次世代育成対策推進の取組み状況



4 仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援

育児や介護を行う労働者が働き続けやすい雇用環境の整備を行う事業主を支援するため、両立支援等助成金を支給している。

①事業所内保育施設コース

労働者のための事業所内保育施設を設置・運営等したとき

②出生時両立支援コース

男性労働者が育児休業や育児目的休暇を取得しやすい職場風土作りに取り組み、実際に育児休業等を取得した男性労働者が生じたとき

③介護離職防止支援コース

仕事と介護の両立のための職場環境整備に関する取組みを行うとともに、介護休業の取得・職場復帰や仕事と介護の両立のための勤務制限制度を利用させたとき

④育児休業等支援コース

・育休取得時、職場復帰時

育休復帰支援プランを作成し、プランに基づき労働者の円滑な育休取得・職場復帰に取り組んだとき

・代替要員確保時

育児休業取得者の代替要員を確保し、同育児休業取得者を原職等に復帰させたとき

・職場復帰後支援

育児休業取得者の職場復帰後、仕事と育児の両立が特に困難な時期の労働者を支援するため、法を上回る子の看護休暇制度や保育サービス費用補助制度を導入、運用したとき

⑤再雇用者評価処遇コース

妊娠、出産、育児又は介護を理由として退職した者が、就業が可能になったときに復職できる再雇用制度を導入し、希望する者を採用したとき

また、インターネットで設問に答えると自社の「仕事と家庭の両立のしやすさ」を点

検・評価することができる両立指標や両立支援を積極的に行って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 両立支援のひろば」*⁸による効果的・効率的な情報提供等により、仕事と家庭の両立に向けた企業の自主的な取組みを促進している。

さらに、事業主が労働者の育児休業の取得及び育児休業後の円滑な職場復帰による継続就労を支援するために策定する「育休復帰支援プラン」や介護離職を防止するために策定する「介護支援プラン」の普及や策定支援を行っている。また、労働者が育児休業を取得しやすくし、職業生活の円滑な継続を援助、促進するために、育児休業給付金を支給している。

加えて、仕事と育児・介護等との両立支援のための取組みを積極的に行って成果を上げている企業に対し、公募で「均等・両立推進企業表彰」を実施し、その取組みを広く周知することにより、労働者が仕事と家庭を両立しやすい職場環境の整備を促進している。2017（平成29）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株式会社東邦銀行、伊藤忠商事株式会社、小田急電鉄株式会社、日本ガイシ株式会社が受賞した。

このほか、育児を積極的に行う男性「イクメン」を応援し、男性の育児休業取得を促進する「イクメンプロジェクト」を実施している。男性の仕事と育児の両立を積極的に促進する企業を対象とした「イクメン企業アワード」、管理職を対象とした「イクボスアワード」等表彰の実施のほか、人事労務担当者向けセミナーの実施や啓発用動画の作成、企業の事例集等広報資料の作成・配布、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。

* 8 「女性の活躍・両立支援総合サイト 両立支援のひろば」 ホームページ <http://ryouritsu.mhlw.go.jp/>

第2章 働き方改革の推進などを通じた労働環境の整備など

第1節 非正規雇用労働者の待遇改善、長時間労働の是正等

1 非正規雇用の現状と対策

(1) 非正規雇用の現状と課題

近年、有期契約労働者やパートタイム労働者、派遣労働者といった非正規雇用労働者は全体として増加傾向にあり、2017（平成29）年には2,036万人と、雇用者の約4割を占める状況にある。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14.3%（2017年）存在し、特に25～34歳の若年層で22.4%（2017年）と高くなっている。非正規雇用労働者は、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、雇用の安定や待遇の改善に取り組んでいくことが重要である。

(2) 非正規雇用の労働者への総合的な対策の推進

① 正社員転換・待遇改善の推進

正社員を希望する方の正社員転換や非正規雇用を選択する方の待遇改善を推進するため、「正社員転換・待遇改善実現プラン」（平成28年1月正社員転換・待遇改善実現本部決定）や「地域プラン」（2016（平成28）年3月までに都道府県労働局本部にて決定）に基づき、非正規雇用労働者の正社員転換・待遇改善を強力に推進している。これらの施策のうちの1つであるキャリアアップ助成金は、非正規雇用労働者の正社員化、処遇改善の取組みを図る事業主に対して助成を行っており、2018（平成30）年4月からは、非正規雇用労働者と正規雇用労働者の賃金規定や諸手当制度の共通化を図った際に、その人数等に応じて助成額を加算するなどの拡充を行っている。

また、どの働き方を選択してもしっかりと処遇を受けられるようにし、人々が自分のライフスタイルに合わせて多様な働き方を自由に選べるようにすべく、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保に取り組むことが重要である。このため、2016年12月に「同一労働同一賃金ガイドライン案」が公表された。これは、いわゆる正規雇用労働者と非正規雇用労働者との間で、待遇差が存在する場合に、いかなる待遇差が不合理なものであり、いかなる待遇差は不合理なものでないかが示されたものである。

さらに、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）や「同一労働同一賃金に関する法整備について」（平成29年6月16日労働政策審議会建議）等を踏まえ、①不合理な待遇差を解消するための規定の整備、②労働者に対する待遇に関する説明義務の強化、③行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続（行政ADR）の

整備等を内容とする「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案」を2018年4月6日に第196回国会に提出し、同国会において成立し、2018年7月6日に公布された。「同一労働同一賃金ガイドライン案」についても、労働政策審議会での議論を経て、「短時間・有期雇用労働者及び派遣労働者に対する不合理な待遇差の禁止に関する指針」（平成30年厚生労働省告示第430号）として、2018年12月28日に告示された。

加えて、企業における非正規雇用労働者の待遇改善等を支援するため、2018年度より全都道府県に「働き方改革推進支援センター」を設置し、労務管理の専門家による個別相談援助や電話相談等を実施している。

フリーターなどの就職支援のため、「わかものハローワーク」（2018年4月1日現在28か所）等を拠点に、担当者制による個別支援、正社員就職に向けたセミナーやグループワーク等各種支援、就職後の定着支援を実施しており、2017（平成29）年度は約28.9万人が就職した。

また、ニート、フリーターなどの職業経験、技能、知識の不足等から安定的な就職が困難な求職者について、正規雇用化等の早期実現を図るため、これらの者を公共職業安定所等の紹介を通じて一定期間試行雇用する事業主に対して助成措置（トライアル雇用助成金）を講じている。

2 能力開発機会の確保

ハローワークの求職者のうち、就職のために職業訓練が必要な者に対して無料のハロートレーニング（公的職業訓練）を実施し、安定した就職に向けて能力開発機会を提供している。具体的には、主に雇用保険受給者を対象として、おおむね3か月から1年の公共職業訓練を実施しているほか、雇用保険を受給できない者を対象として2か月から6か月の求職者支援訓練を実施している。また、2017年度より、非正規雇用労働者等を対象として、国家資格の取得等を目指す長期の訓練コースを拡充し、高い可能性で正社員就職に導くことができる訓練を推進している。

また、非正規雇用労働者等に対して、キャリアコンサルティングや実践的な職業訓練の機会の提供及びその職務経歴等や訓練修了後の能力評価結果を取りまとめたジョブ・カードの就職活動における活用を通じて、求職者と求人企業とのマッチングやその実践的な職業能力の習得を促進し、安定的な雇用への移行等を目指すため、ジョブ・カード制度の活用促進を図っている。さらに、雇用保険の被保険者等が自ら費用を負担して一定の教育訓練を受けた場合に、その費用の一部を支給する教育訓練給付制度について、労働者の中長期的なキャリア形成を図るため、雇用保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第14号）により、2018年1月から専門実践教育訓練給付の給付率の引上げ等を行った。

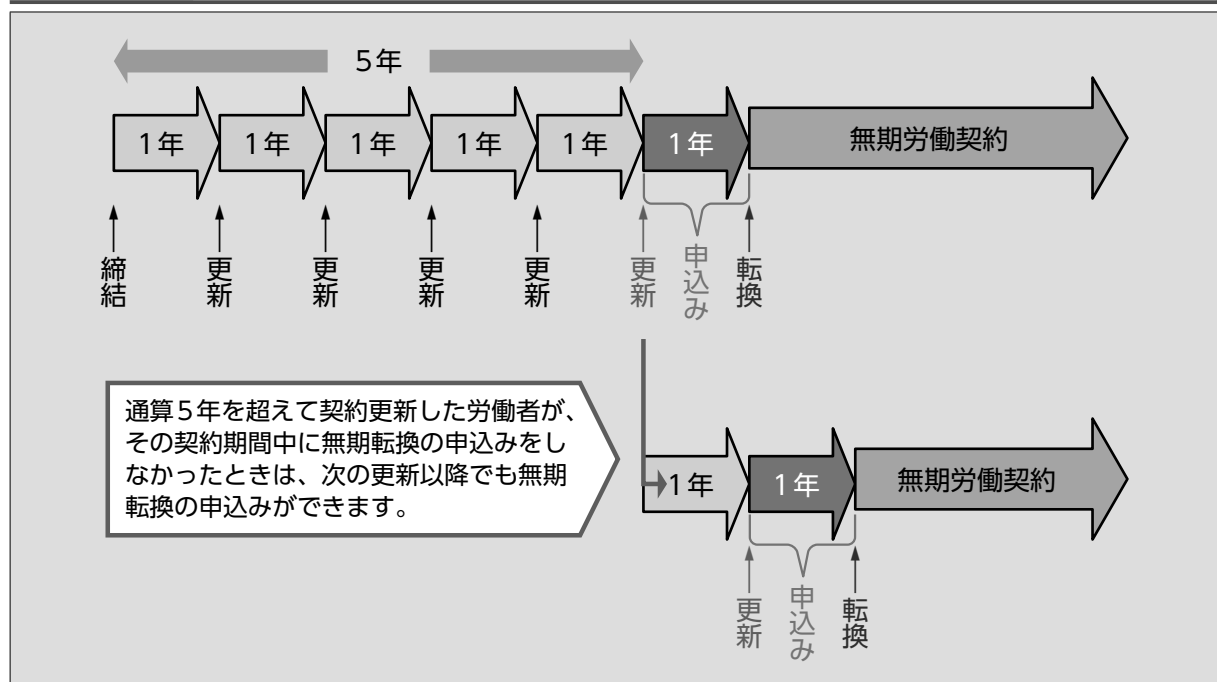
2 有期労働契約に関するルール

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1,560万人（2017（平成29）年平均）となっている。有期労働契約の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（以下、「無期転換ルール」という。）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、2017年度は、9月、10月に「無期転換ルール取組促進キャンペーン」を行うなど、労使双方に対して集中的な周知啓発を行ったほか、相談へ適切に対応するために、都道府県労働局へ「無期転換ルール特別相談窓口」を設置した。また、2018（平成30）年2月に全国統一の電話番号である「無期転換ルール緊急相談ダイヤル」を設置し、相談窓口の明確化を図った。2018年度は、多くの有期契約労働者に無期転換申込権が発生していることから、引き続き制度の円滑な導入を図られるよう、周知啓発を徹底するとともに、適切な相談対応を行っていく。

図表 2-1-1 無期労働契約への転換制度の概要



なお、大学等及び研究開発法人の研究者、教員等については、「研究開発システムの改革の推進等による研究開発能力の強化及び研究開発等の効率的推進等に関する法律及び大学の教員等の任期に関する法律の一部を改正する法律」（2014（平成26）年4月1日施行）において、5年を超える一定の期間に完了することが予定されている業務に就く高度専門的知識を有する有期雇用労働者及び定年後引き続いて雇用される有期雇用労働者については、「専門的知識等を有する有期雇用労働者等に関する特別措置法」（2015（平成27）年4月1日施行）において、それぞれ無期転換ルールの特例が設けられている。

*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。

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

パートタイム労働者は、2017（平成29）年には1,607万人^{*2}と雇用者の3割を占め、従来のような補助的な業務ではなく、役職に就くなど職場で基幹的役割を果たす者も存在している。一方で、パートタイム労働者の待遇がその働きや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差を解消し、働き・貢献に見合った公正な待遇をより一層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」^{*3}（平成5年法律第76号）に基づく是正指導等により、同法の着実な履行確保を図っている。

また、専門家による相談や援助、事業主に対する職務分析や職務評価の導入支援及び助成金の活用などにより、パートタイム労働者と正社員との均等・均衡待遇の確保や正社員への転換の実現のための取組みを推進している。

さらに、事業主がパートタイム労働者の雇用管理の現状と課題を自主的に分析する「パートタイム労働者均等・均衡待遇指標（パート指標）」やパートタイム労働者の活躍に向けて取り組む事業主として発信する「パート労働者活躍企業宣言」の活用、パートタイム労働者の均等・均衡待遇の実現等に積極的に取り組む事業主を対象とした「パートタイム労働者活躍推進企業表彰」の実施や、これらの情報を総合的に提供する「パート労働ポータルサイト^{*4}」の活用等により、パートタイム労働者の雇用管理改善に向けた事業主の取組みを支援している。

4 労働者派遣制度、職業紹介等に関する制度の見直し

労働者派遣制度については、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改正労働者派遣法が2015（平成27）年9月30日に施行されており、2018（平成30）年9月末で改正労働者派遣法の施行から3年が経過する。

これに伴い、新たな派遣期間制限である派遣先事業所単位の期間制限及び派遣労働者個人単位の期間制限が2018年9月30日以降に順次到来するため、派遣労働者の雇用が不安定とならないようにするための雇用安定措置の確実な履行等が必要となる。

また、改正前から届出により特定労働者派遣事業を行っていた事業主は、2018年9月30日以降、原則として、労働者派遣事業を行うことができなくなることから、同日以降も引き続き労働者派遣事業を行うことを希望する事業主については、許可制への円滑な移行が必要となる。

改正労働者派遣法が施行から3年を迎えるに当たっては、こうした事項に留意しつつ、労働者派遣制度が法違反なく適正に運営されることが必要であるため、2018年度は、派遣元事業主、派遣先及び派遣労働者に対して、パンフレットや説明会、厚生労働省ホームページ等による周知をより一層強化する。

^{*2} 総務省「労働力調査（基本集計）」（年平均）非農林業の雇用者（休業者を除く。）のうち、月末1週間の就業時間35時間未満の者。

^{*3} 「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、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000046152.html>を参照。

^{*4} 「パート労働ポータルサイト」については、<https://part-tanjakan.mhlw.go.jp/>を参照。

また、職業紹介等に関する制度については、社会経済の変化に伴い、職業紹介事業や募集情報等提供事業等、求職者や求人者が利用する事業の多様化が進む中、求職者等が不利益を被るなどの不適切な事案に対して的確に対応していくことはもとより、求職と求人により適切かつ円滑なマッチングを進めていくことが求められている。このため、2017（平成29）年3月に成立した「雇用保険法等の一部を改正する法律案」により職業安定法が改正され、同法に基づく省令及び指針等の改正と併せ、労働条件明示義務に関する制度等の改正が行われた（一部未施行）。

5 仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現に向けた基本的方向

「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」（平成19年12月18日仕事と生活の調和推進官民トップ会議策定・平成22年6月29日一部改正）及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」（平成19年12月18日仕事と生活の調和推進官民トップ会議策定・平成28年3月7日一部改正）^{*5}に基づき、厚生労働省は、フリーター等を対象とした正社員就職支援、長時間労働の削減や年次有給休暇の取得促進等に向けた企業の取組みの促進、育児・介護休業法の周知徹底や男性の育児休業の取得促進などの、仕事と家庭の両立支援等に取り組んでいる。

6 労働時間法制の見直し

年間総実労働時間は、減少傾向にあり、近年では1,700時間台半ばの水準となっているが、いわゆる正社員等については2,000時間前後で推移している。また、週の労働時間が60時間以上の労働者割合も、特に30歳代男性で15.0%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、仕事と子育てや介護を無理なく両立させるためにも、多様なニーズに対応した新たな働き方の選択肢を設けることが求められている。

このような状況の中で、長時間労働の是正については、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）、「時間外労働の上限規制等について」（平成29年6月5日労働政策審議会建議）等を踏まえ、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案」を2018（平成30）年4月6日に第196回国会に提出し、同国会において成立し、2018年7月6日に公布された。この法律では、労働基準法を改正し、週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を科す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設けている。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例

*5 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://www.cao.go.jp/wlb/government/index.html>）を参照

の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

さらに、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことにかんがみ、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、労働基準法に根拠規定を設け、新たな指針を定めている。

また、法律には、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、②一定日数の年次有給休暇の確実な取得、③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、④高度プロフェッショナル制度の創設等の内容も盛り込まれている。

7 過重労働解消に向けた取組みの促進

厚生労働省では、厚生労働大臣を本部長とする「長時間労働削減推進本部」を設置し、長時間労働削減の徹底に向けた重点監督の実施、省内幹部による企業への訪問等、企業等における長時間労働が是正されるよう取り組んでいる。また、2016（平成28）年12月26日に、違法な長時間労働の是正に向けた取組みの強化やメンタルヘルス対策及びパワーハラスメント防止対策のための取組みの強化などを内容とする「『過労死等ゼロ』緊急対策」を決定し、2017（平成29）年1月から順次実施している。

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などの、労働時間等の設定の改善^{*6}に向けた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
- ・時間外労働の上限規制等に円滑に対応するため、生産性を高めながら労働時間の縮減等に取り組む中小企業等に対する「時間外労働等改善助成金」の支給
- ・都道府県労働局に配置する「働き方・休み方改善コンサルタント」等による個々の企業に対する支援の実施
- ・企業における取組み事例を広く普及させるために「働き方・休み方改善ポータルサイト」を活用した情報発信を実施
- ・10月の年次有給休暇取得促進期間に加え、連続休暇を取得しやすい夏季、年末年始及びゴールデンウィークに周知・啓発を実施
- ・地域のイベント等に合わせた計画的な年次有給休暇の取得等を企業、住民等に働きかけ、地域の休暇取得促進の気運を醸成する「地域の特性を活かした休暇取得促進のための環境整備」を実施

などの取組みを行っている。

過労死等の防止のための対策については、「過労死等防止対策推進法」（平成26年法律第100号）に基づき平成27年7月策定した「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を平成30年7月に変更し、労働行政機関等が重点的に取り組む対策や数値目標を新たに項立てする等の充実を図っており、当該大綱に基づき、労働行政機関等における対策、調査研究、啓発、相談体制の整備、民間団体の活動に対する支援等の対策に取り組んでいる。

^{*6} 「労働時間等の設定の改善」とは、労働時間、年次有給休暇等に関する事項について、労働者の生活と健康に配慮するとともに、多様な働き方に対して労働時間等をより良いものにしていくことをいう。

8 バス、トラック、タクシーの自動車運転者の長時間労働の抑制

バス、トラック、タクシーの自動車運転者は、他業種の労働者に比べて長時間労働の実態にあり、労働基準関係法令や自動車運転者の労働時間等の改善のための基準（平成元年労働省告示第7号。以下「改善基準告示」という。）の違反が高水準で推移している状況にある。

このため、労働基準関係法令のみならず改善基準告示の遵守徹底を図るため、重点的な監督指導を実施している。また、運輸事業の新規参入者に対して、国土交通省と連携して労働基準関係法令等を教示するための講習等を行っているほか、労働時間管理適正化指導員が、使用者等に対して、適正な労働時間管理等に関する指導・助言を行っている。

また、自動車運転者に係る賃金制度のうち、累進歩合制度については、長時間労働やスピード違反を極端に誘発するおそれがあり、交通事故の発生も懸念されることから、その廃止に係る指導等について、引き続き徹底を図っている。

また、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」において、自動車の運転業務についても罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けている。5年後の施行に向けて、関係省庁とも連携して環境整備を行うこととしており、2017（平成29）年6月に設置した「自動車運送事業の働き方改革に関する関係省庁連絡会議」において、ITの活用等による生産性の向上、多様な人材の確保・育成等の長時間労働を是正するための環境を整備するための関連制度の見直しや支援措置について検討を行い、2017年8月に「直ちに取る施策」を取りまとめ、2018（平成30）年5月には「自動車運送事業の働き方改革の実現に向けた政府行動計画」を策定・公表した。さらに、荷主、事業者、学識経験者等からなる協議会では、2016（平成28）・2017年度の2年に渡りトラック運転手の労働時間の短縮のための実証実験を実施し、その結果を踏まえ2018年11月に「荷主と運送事業者の協力による取引環境と長時間労働の改善に向けたガイドライン」を策定した。

9 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進

国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働や当直、夜間・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医療従事者が健康で安心して働ける環境の整備が喫緊の課題である。

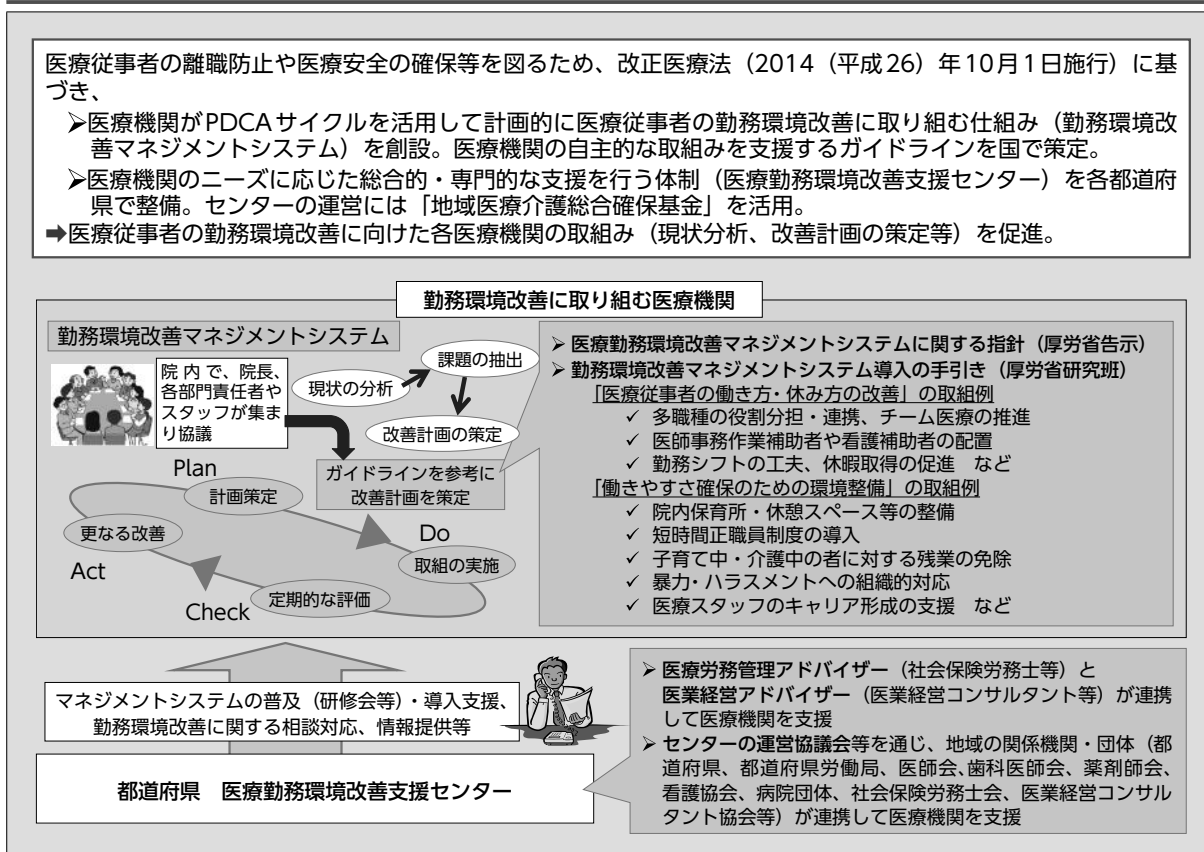
このような中で、2014（平成26）年10月の改正医療法の施行により、各医療機関はPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を導入すること、各都道府県は医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能（医療勤務環境改善支援センター）を確保すること等とされ、2017（平成29）年3月までに全ての都道府県において医療勤務環境改善支援センターが設置された。

また、同法の規定に基づき、「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」（平成26年厚生労働省告示第376号）を定めるとともに、この指針に規定する手引書を「医療分野の『雇用の質』向上のための勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き

(改訂版)」(2015(平成27)年3月厚生労働省「医療分野の『雇用の質』向上マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究委員会」とし、医療機関が医療従事者の勤務環境の改善のための具体的な措置を講じるに当たっての参考とすることとした。

これらの指針及び手引書を活用して、医療勤務環境改善マネジメントシステムの各医療機関への普及促進を図っているところである。また、各都道府県においては、医療勤務環境改善支援センターの運営等の取組みが進められている^{*7}。

図表 2-1-2 医療従事者の勤務環境改善について



また、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、医師については、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされたことに伴い、2017年8月より「医師の働き方改革に関する検討会」を開催し、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について、2018（平成30）年度末を目途に最終報告をとりまとめるべく検討を進めており、同検討会では2018年2月27日に、「中間的な論点整理」及び医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をとりまとめた。

*7 医療従事者の勤務環境改善については、ウェブサイト「いきいき働く医療機関サポートWeb」（いきサポ）で詳細を紹介している。
<http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>

10 治療と職業生活の両立支援の推進

病気の治療を行いながら仕事をしている労働者は、労働人口の3人に1人と多数を占める。また、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。）に基づく一般健康診断における有所見率は5割を超え、年々増加を続けている。労働力の高齢化が進む中で、職場において、病気を抱えた労働者の治療と仕事の両立への対応が必要となる場面は更に増えることが予想される。

このため、2016（平成28）年2月に、事業場が、がん、脳卒中などの疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組みなどをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を作成しており、その普及や企業等に対する各種支援を行っている。

また、2017（平成29）年3月に決定された「働き方改革実行計画」に基づき、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによる治療と仕事の両立に向けたトライアングル型のサポート体制の構築などを推進することとしており、両立支援コーディネーターの育成・配置や、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルなどの作成・普及などに取り組んでいる。さらに、使用者団体、労働組合、都道府県医師会、都道府県衛生主管部局、地域の中核の医療機関、都道府県産業保健総合支援センター、労災病院などで構成される「地域両立支援推進チーム」を各都道府県労働局に設置し、地域の実情に応じた両立支援の促進に取り組んでいる。

加えて、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った。

11 柔軟な働き方がしやすい環境整備

(1) 雇用型テレワークの普及促進

企業等に雇用される労働者が行う、いわゆる雇用型テレワークについては、2018（平成30）年2月、長時間労働を招かないよう、労働時間管理の仕方を整理する等の観点から「情報通信技術を利用した事業場外勤務の適切な導入及び実施のためのガイドライン」として、対象が在宅勤務に限定されていた従来のガイドラインを改定し、周知を図っている。そのほか、テレワーク相談センターや国家戦略特別区域制度に基づいて設立した東京テレワーク推進センターを通じた相談対応、企業等に対する労務管理に関する専門家の派遣、事業主・労働者等を対象としたセミナーの開催、テレワークに先進的に取り組む企業等に対する表彰の実施、テレワーク導入経費に係る支援、企業によるテレワーク宣言を通じての取組みの紹介等により適正な労働条件下における良質なテレワークの普及を図っている。

(2) 自営型テレワークの就業環境整備

請負等により自宅等で働く、いわゆる自営型テレワークについては、2018（平成30）年2月、クラウドソーシングの普及に伴うトラブルなどの実態を把握した上で、「自営型テレワークの適正な実施のためのガイドライン」として、従来のガイドラインを改定し、

周知徹底を図っている。そのほか、自営型テレ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」による情報提供や自営型テレワーカー、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。

(3) 副業・兼業の促進

副業・兼業は、新たな技術の開発、オープンイノベーションや起業の手段、そして第2の人生の準備として有効であり、2018（平成30）年1月に策定された「副業・兼業の促進に関するガイドライン」、改定版モデル就業規則について、業種や職種によって仕事の内容や収入等に様々な実情があることを踏まえつつ、周知を行っている。

また、労働時間管理の在り方や労災補償の在り方等について、労働者の健康確保や企業の予見可能性にも配慮しつつ、検討を進めている。

12 多様な正社員等の普及促進

「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）を受けて、職務、勤務地、労働時間に着目した「多様な正社員」モデルの普及・促進を図るため、2013（平成25）年9月から開催した「「多様な正社員」の普及・拡大のための有識者懇談会」において取りまとめられた、多様な正社員の「雇用管理上の留意事項」について、周知を行った。また、導入を促進するための取組みとして、周知徹底（シンポジウムやセミナーの開催）、導入支援（モデル就業規則の作成等）、相談支援（コンサルティング）を実施した。

また、多様な正社員の一類型である短時間正社員は、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、パート労働ポータルサイトでの周知、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み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。

併せて、キャリアアップ助成金において、勤務地限定正社員制度や職務限定正社員制度を新たに導入し、対象労働者を転換した企業に対し、助成額の加算を行い、一層の制度普及の促進を図ることとしている。

第2節 人材確保対策の推進や労働生産性の向上等による労働環境の整備

1 労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し

(1) 雇用関係助成金の整理統合

雇用保険二事業に係る保険料を原資として事業主に支給される雇用関係助成金について、事業主が行う雇用安定や能力開発を支援、促進するものとなるよう、政策的に類似のものを統合するとともに、利用率が低いものを廃止するなどした。

(2) 労働関係助成金における生産性要件の設定等

雇用環境の改善や、職業能力開発の向上等に取り組む企業を支援するための労働関係助成金に設けられた生産性要件について、生産性向上の取組結果を重視した助成となるよう一部の助成金で見直しを行った。また、生産性要件を設定している多くの助成金について、その要件の判定に当たっては、金融機関と連携し、「事業性評価」の結果も参考とすることとしている。労働生産性が向上することで、更に企業が働く方の処遇の改善や人材育成への投資を図ることが期待される。

なお、経済上の理由により事業を縮小等せざるを得ない企業への助成金や、就職が困難な方々の就労支援のための助成金等の一部の助成金については、生産性要件の対象外としている。

2 労働移動支援施策の推進

(1) 労働移動支援助成金を活用した企業の再就職支援の実施

「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、雇用吸収力・付加価値の高い産業への転職・再就職を支援することは、国全体の労働参加率や生産性の向上につながることから、転職・再就職者の採用機会を広げる方策に取り組むこととしている。

2017（平成29）年度は、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を早期に雇い入れた事業主に対して助成する「労働移動支援助成金早期雇入れ支援コース」等において、成長企業が転職者を受け入れて行う能力開発や賃金アップに対する助成を拡充するとともに、中途採用者の雇用管理制度を整備した上でその採用を拡大させた成長企業への新たな助成として「労働移動支援助成金中途採用拡大コース」を実施した。

また、2018（平成30）年度は、「労働移動支援助成金中途採用拡大コース」について、生産性向上を図った企業への助成を拡充し、成長企業への労働移動の更なる促進に取り組んだ。

3 雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進

全国的な雇用情勢の改善や景気の好転に伴い、雇用創出の中核的な担い手である中小企業等では採用意欲がありながら人材が確保できない等の雇用管理上の課題を抱えており、人材不足が顕著となっている。この解消のためには、現在就業している従業員の職場定着を高めるなど、雇用管理改善の取組みを通じた、「魅力ある職場づくり」を推進する必要がある。

このため、事業主が就業規則や労働協約の変更による雇用管理制度の導入を通じて従業員の離職率を低下させた場合や、事業主が生産性向上に資する人事評価制度等を整備して生産性の向上、賃金アップ及び離職率低下を実現した場合等について労働関係助成金により支援している。

なお、こうした助成は、2018（平成30）年度から、雇用管理改善に資する助成金を整理統合して、「人材確保等支援助成金」として実施している。

また、2016（平成28）年度から「働きやすく生産性の高い企業・職場表彰」を実施している。労働生産性の向上と雇用確保・雇用環境の改善を両立させる取組みについて応

募・収集された事例に対して、広く産業界の意見を踏まえながら審査等を行い、特に優良な取組みについては、厚生労働大臣表彰を行うとともに、ポータルサイトによる周知等を図ることにより、企業の生産性向上と雇用管理改善の両立を促進している。

建設業に関しては、2016年度からの5か年計画である「第九次建設雇用改善計画」を策定している。若者が展望をもって安心して生き活きと働ける魅力ある職場づくりを推し進めることを課題とし、若年技能労働者等の確保・育成、魅力ある労働環境づくりに向けた基盤整備、職業能力開発の促進、技能継承を最重点事項として、施策を推進している。

4 最低賃金・賃金の引上げ等の支援の強化

厚生労働省では、最低賃金・賃金引上げに向けた生産性向上支援として、以下の支援策^{*8}を講じている。

- ①事業場内で最も低い時間給の労働者の賃金を一定額以上引き上げ、生産性向上に資する設備投資などを行った中小企業・小規模事業者に対し、その設備投資などに要した費用の一部を助成。

【好事例：飲食業】

レジ作業や集計業務及び顧客情報を確認する時間を短縮するため、多機能付きレジスターを導入するとともに従業員のIT研修を実施することにより、業務効率化を図り、従業員の賃上げを行った。

- ②傘下企業の労働時間短縮や賃上げに向けて生産性向上に資する取組みを行った中小企業団体に対し、その取組みに要した費用の一部を助成。
- ③労務相談や経営管理に関する相談にワンストップで対応する「働き方改革推進支援センター」を設置し、無料相談や専門家派遣を実施。
- ④非正規雇用で働く方の処遇改善を行った場合に助成。
- ⑤生産性向上に資する人事評価制度と賃金制度を整備し、生産性向上、賃金アップ及び離職率低下を実現した場合に助成。
- ⑥生産性向上に資する設備等を導入し、雇用管理改善（賃金アップ等）と生産性向上を実現した場合に助成。
- ⑦最低賃金引上げの影響が大きい業種の収益力向上等を目的として、最低賃金制度や最低賃金引上げに向けた各種助成金の紹介、経営に関する専門家による無料個別相談等を行う「稼ぐ力」応援チームセミナーを全国で実施。

5 成長分野などでの人材育成の推進

(1) 成長分野・ものづくり分野での離職者訓練や在職者訓練の推進

離職者を対象としたハロートレーニング（公的職業訓練）として、①（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構と都道府県の運営する公共職業能力開発施設を実施主体として、主に雇用保険受給者を対象に職業に必要な知識や技能を習得させることによって再就職を容易にするための「公共職業訓練」のほか、②民間教育訓練機関を実施主体として、雇用保険を受給できない求職者の早期就職を支援するため、厚生労働大臣が認定する「求職者

^{*8} 最低賃金引上げに向けた中小企業・小規模事業者支援事業：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/shienjigyou/index.html

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を習得させるための在職者訓練を実施している。

2017（平成29）年度においては、離職者訓練については、公共職業訓練で約11.2万人、求職者支援訓練で約2.7万人に対して訓練を実施したところである（2018（平成30）年3月末時点）。2018年度は、公共職業訓練で約17.6万人、求職者支援訓練で約3.6万人が訓練を受講できるように措置している。

なお、2016（平成28）年11月に公的職業訓練の愛称・キャッチフレーズを公募により「ハロートレーニング ～急がば学べ～」に決定し、2017年10月にハロートレーニングのロゴマークを決定した。決定した愛称・キャッチフレーズ等の定着や、制度の更なる活用の促進に取り組むこととしている。

図表 2-2-1 ハロートレーニング（公共職業訓練・求職者支援訓練）について

公共職業訓練 （離職者向け）	(1) 対象：ハローワークの求職者 主に雇用保険受給者 (2) 訓練期間：概ね3月～2年 (3) 実施機関 ○国（ポリテクセンター） 主にものづくり分野の高度な訓練を実施（金属加工科、住環境計画科等） ○都道府県（職業能力開発校） 地域の実情に応じた多様な訓練を実施（木工科、自動車整備科等） ○民間教育訓練機関等（都道府県からの委託） 事務系、介護系、情報系等モデルカリキュラムなどによる簡易な訓練を実施
求職者支援訓練	(1) 対象：ハローワークの求職者 主に雇用保険を受給できない方 (2) 訓練期間：2～6か月 (3) 実施機関 ○民間教育訓練機関等（訓練コースごとに厚生労働大臣が認定） 主な訓練コース ・介護系（介護福祉サービス科等） ・情報系（Webクリエイター養成科等） ・医療事務系（医療・調剤事務科等）等

(2) ものづくり立国の推進

1 熟練技能者を活用した技能継承、技能尊重気運の醸成等

若者のものづくり離れ・技能離れが見られる中、業界団体等を活用した技能継承に取り組んできたところであるが、2013（平成25）年度から若年技能者人材育成支援等事業を創設し、若年技能者が技能を向上させる、あるいは、若者が進んで技能者を目指す環境の整備等に取り組んでいる。

若年技能者人材育成支援等事業においては、ものづくりに関して優れた技能・経験を有する「ものづくりマイスター」*9が企業、業界団体、教育訓練機関において、若年技能者

*9 「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/>

への実技指導を行い、効果的な技能向上及び後継者の育成を行っている。

また、技能者を活用した技能習得機会の提供等を行うとともに、地域における技能尊重気運の醸成を図るため、地域関係者の創意工夫による取組みを推進している。

さらに、2015（平成27）年度から、各中小企業・学校等の実技指導ニーズに応じた「ものづくりマイスター」のより広域的な活動を促すとともに、ものづくりに適性のあるフリーター等の若者向け実技指導方法等の開発・活用を進めるなど、若年技能者の人材育成の取組みを一層強化している。

図表 2-2-2 ものづくりマイスターの企業派遣による実技指導の具体事例

製造系職種の実技指導	建設系職種の実技指導
実施職種：電子機器組立て 実施期間：2016年1月22日～2月1日のうち4日間 実施場所：桐山電気株式会社（長野県） 指導対象：4名 〈実技指導テーマ〉 ・電子機器組立てに重要な、はんだ技能のフォローアップ。 〈指導内容〉 ・はんだとフラックス、温度関係の座学 ・はんだ付けの原理について座学 ・クリンチ実装、端子部品のはんだ付け 〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・指導法については、経験が重要。受講者により分からないところが違うので試行錯誤を繰り返すことで自分自身を高め、指導者として信頼されるようになっていくと思う。 〈受入担当者の感想〉 ・社内教育という、緊張感がなくなる。ものづくりマイスターに来ていただいて緊張感があり画期的な教育ができたと思います。 〈受講者の感想〉 ・一人一人が作業をしているところを見ながら適切に指導してくれた。ものづくりマイスターの指導により技能や技術を教わって力がつき、より仕事ができるというのは、会社への貢献でもあり自分の幸せでもあります。	実施職種：建築大工 実施期間：2015年6月17日～11月18日のうち20日間 実施場所：本田建築（熊本県） 指導対象：10名 〈実技指導テーマ〉 ・若い人たちの技能の底上げ 〈指導内容〉 ・勾配、三角関数、振れ隅木の計算 ・平面図、側面図、展開図の作成 ・木ごしらえ 〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・受講者の能力を見極め、順序よく説明する場合と途中をとばしながらもどんどん上に進める場合もあるということを知った。自分自身も勉強になった。 〈受入担当者の感想〉 ・言葉で表現できないことを数値化してくれ、短時間で理解できるように合理的に教えてくれました。これからマイスターを受け入れようとする会社は、受講する体制と環境を整備する必要があります。 〈受講者の感想〉 ・今まであいまいに理解していたところを、きちんと数字と言葉で、途中の計算まで出し惜しみすることなく丁寧に教えてくれた。



「厚生労働省ものづくりマイスター」シンボルマーク（2014年2月決定）

2 各種技能競技大会等の推進^{*10}

技能者に技能向上の目標を与えることにより、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気運の醸成を図るため、以下の技能競技大会について、実施及び参加を行っている。

①若年者ものづくり競技大会

職業能力開発施設、工業高等学校等において技能を習得中の若年者（原則20歳以下）であり、企業等に就職していない者を対象に、技能競技を通じ、これら若年者に目標を付与し、技能を向上させることにより就業促進を図り、併せて若年技能者の裾野の拡大を図ることを目的として実施する大会である。

2017（平成29）年8月に愛知県の吹上ホールを主会場として第12回若年者ものづくり競技大会を開催し、全15職種の競技に全国から443名の選手が参加した。

②技能五輪全国大会

国内の青年技能者（原則23歳以下）を対象に技能競技を通じ、青年技能者に努力目標を与えると同時に、技能に身近に触れる機会を提供するなど、広く国民一般に対して技能の重要性、必要性をアピールし、技能尊重気運の醸成を図ることを目的として実施する大会である。1963（昭和38）年から毎年実施している。

2017年11月に栃木県のマロニエプラザを主会場として第55回技能五輪全国大会を開催し、全42職種の競技に全国から1,337人の選手が参加した。

③技能五輪国際大会

青年技能者（原則22歳以下）対象に、技能競技を通じ、参加国・地域の職業訓練の振興及び技能水準の向上を図るとともに、国際交流と親善を目的として開催される大会である。1950（昭和25）年に第1回が開催され、1973（昭和48）年から2年に1回開催されており、我が国は1962（昭和37）年の第11回大会から参加している。

直近では、2017年10月にアラブ首長国連邦・アブダビで第44回技能五輪国際大会が開催された。日本選手は、40職種の競技に参加した結果、「情報ネットワーク施工」、「製造チームチャレンジ」、「メカトロニクス」の3職種で金メダルを獲得したほか、銀メダル2個、銅メダル4個、敢闘賞17個の成績を収めた。金メダル獲得数の国・地域別順位は、第9位であった（第1位中国（15個）、第2位スイス（11個）、第3位韓国（8個））。

次回は2019年8月にロシア・カザンでの開催を予定している。

④技能グランプリ

特に優れた技能を有する1級技能士等を対象に、技能競技を通じ、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

^{*10} 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/jigyoku/gino/zenkoku/index.html>

③技能五輪国際大会 <http://www.javada.or.jp/jigyoku/gino/kokusai/index.html>

④技能グランプリ <http://www.javada.or.jp/jigyoku/gino/ginogpx/index.html>

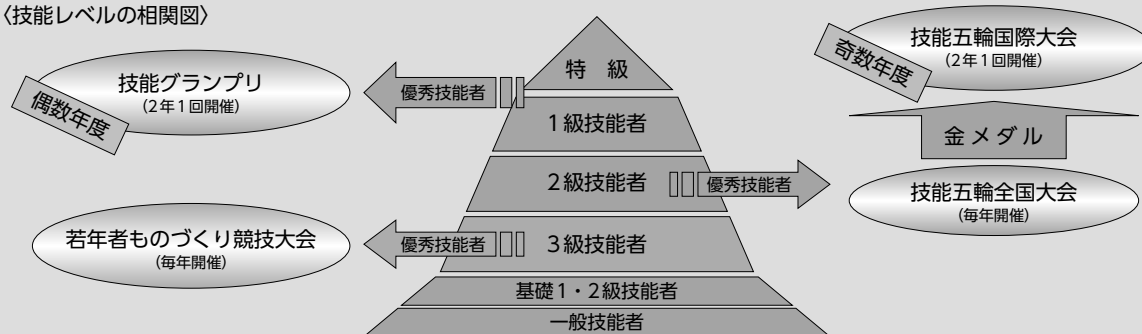
能の振興を図ることを目的として実施する大会である。1981（昭和56）年度から実施しており、2002（平成14）年度からは2年に1度開催している。2017年2月に静岡県を主会場として第29回技能グランプリを開催し、全30職種の競技に全国から514人の選手が参加した。

図表 2-2-3 各種技能競技大会の概要

○若者の就業意欲の喚起や円滑な技能継承に資するため、技能五輪全国大会をはじめとする各種技能競技大会を推進している。

項目	技能グランプリ	技能五輪全国大会	若年者ものづくり競技大会
目的	技能士の技能の一層の向上を図るとともに、その熟練した技能を広く国民に披露することにより、その地位の向上と技能の振興を図る。	青年技能者がその技能レベルの日本一を競うことにより、国内の青年技能者の水準向上を図り、併せて技能尊重気運の醸成を図る。 (西暦偶数年は、技能五輪国際大会の予選を兼ねる)	技能を習得中の若年者に目標を付与し、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級相当以上の技能を有する原則23歳以下の青年技能者	職業能力開発施設、認定職業訓練施設、工業高校、工業高等専門学校等において技能を習得中の原則20歳以下の者で、企業等に就職していない者
競技レベル	上級レベル	上級から中級レベル（技能検定2級相当以上）	初級レベル（技能検定3級程度）
競技職種 参加者数	建築大工、和裁等の職種 平成24年度実績：28職種482名 平成26年度実績：28職種444名 平成28年度実績：30職種514名	技能五輪国際大会で実施されている職種、国内の青年技能者の技能水準の向上と技能尊重気運の醸成に資するものと認められる職種 平成27年度実績：41職種1,183名 平成28年度実績：41職種1,318名 平成29年度実績：42職種1,337名	旋盤、電子機器組立て、建築大工等の工業高校等の学校等において技能習得中の者が多い職種 平成27年度実績：14職種352名 平成28年度実績：14職種358名 平成29年度実績：15職種443名
開催地	静岡県（平成28年度）	栃木県（平成29年度）	愛知県（平成29年度）

〈技能レベルの相關図〉



【第55回技能五輪全国大会の競技風景】



メカトロニクス職種の競技風景



レストランサービス職種の競技風景

6 職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進

(1) 企業に対する職業能力開発への支援

人材開発支援助成金^{*11}については、企業内における労働者のキャリア形成を効果的に促進するため、事業主や事業主団体が、雇用する労働者等に対して、職務に関連した専門的な知識及び技能を習得させるための職業訓練を計画に沿って実施した場合や有給教育訓練休暇制度を導入し、導入した制度を労働者に適用した場合に、訓練経費や訓練期間中の賃金の一部等を助成している。

2018（平成30）年4月においては、助成メニューを目的別に集約することにより人材育成を効果的に推進し事業主の申請等の利便性を高め、助成金の活用促進を図るため、必要な見直しを行った。

具体的には、

- ① キャリアアップ助成金の人材育成コース、建設労働者確保育成助成金の認定訓練コース及び技能実習コース、障害者職業能力開発助成金を統合する
- ② 教育訓練休暇付与コースを新設する
- ③ 特定訓練コースについて、訓練終了後に労働生産性が向上した場合に割増助成金を支給する

こととしている。

(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^{*12}」の策定に、2002（平成14）年から取り組んでいる。この職業能力評価基準は、業種横断的な経理・人事等の事務系職種のほか、電気機械器具製造業やホテル業など業種別に策定している。さらに、主に人材育成に活用できるツールとして、職業能力評価基準を基にキャリア形成の過程をモデル化した「キャリアマップ」及び職業能力を簡易にチェックできる「職業能力評価シート」については、スーパーマーケット業やビルメンテナンス業など業種別に作成している。

* 11 人材開発支援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

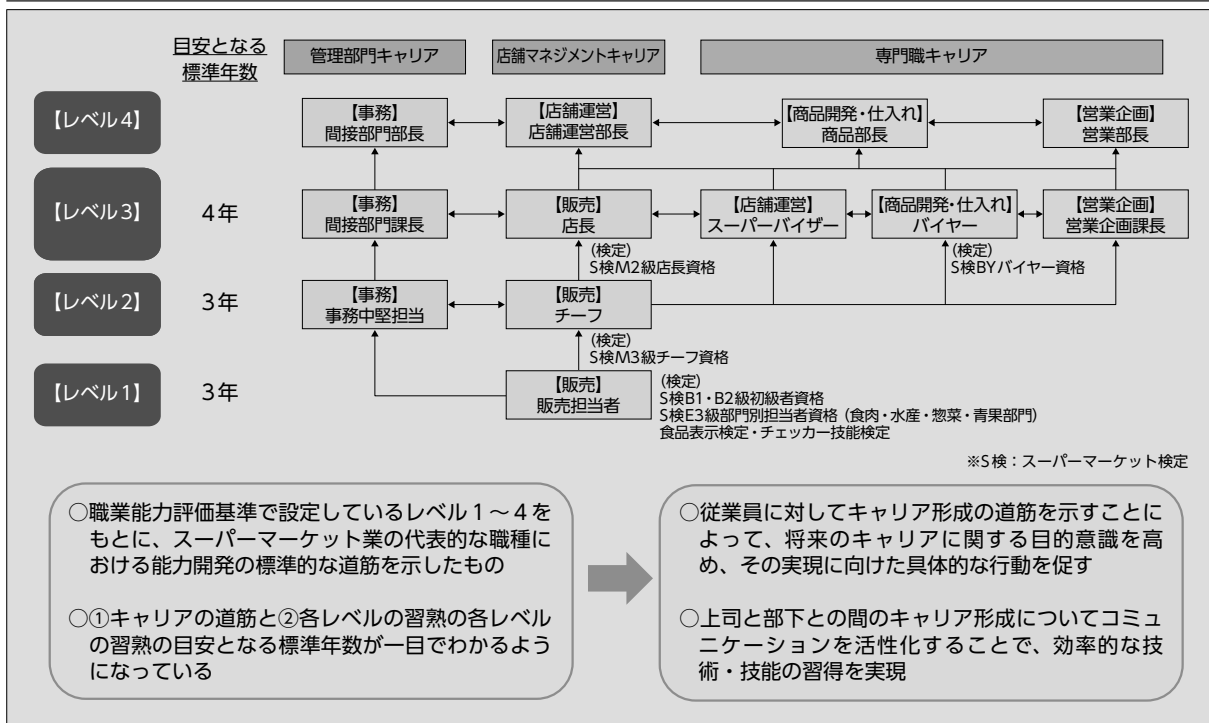
お問い合わせ先（事業所の所在地を管轄する都道府県労働局）

<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/josei/kyufukin/madoguchi.html>

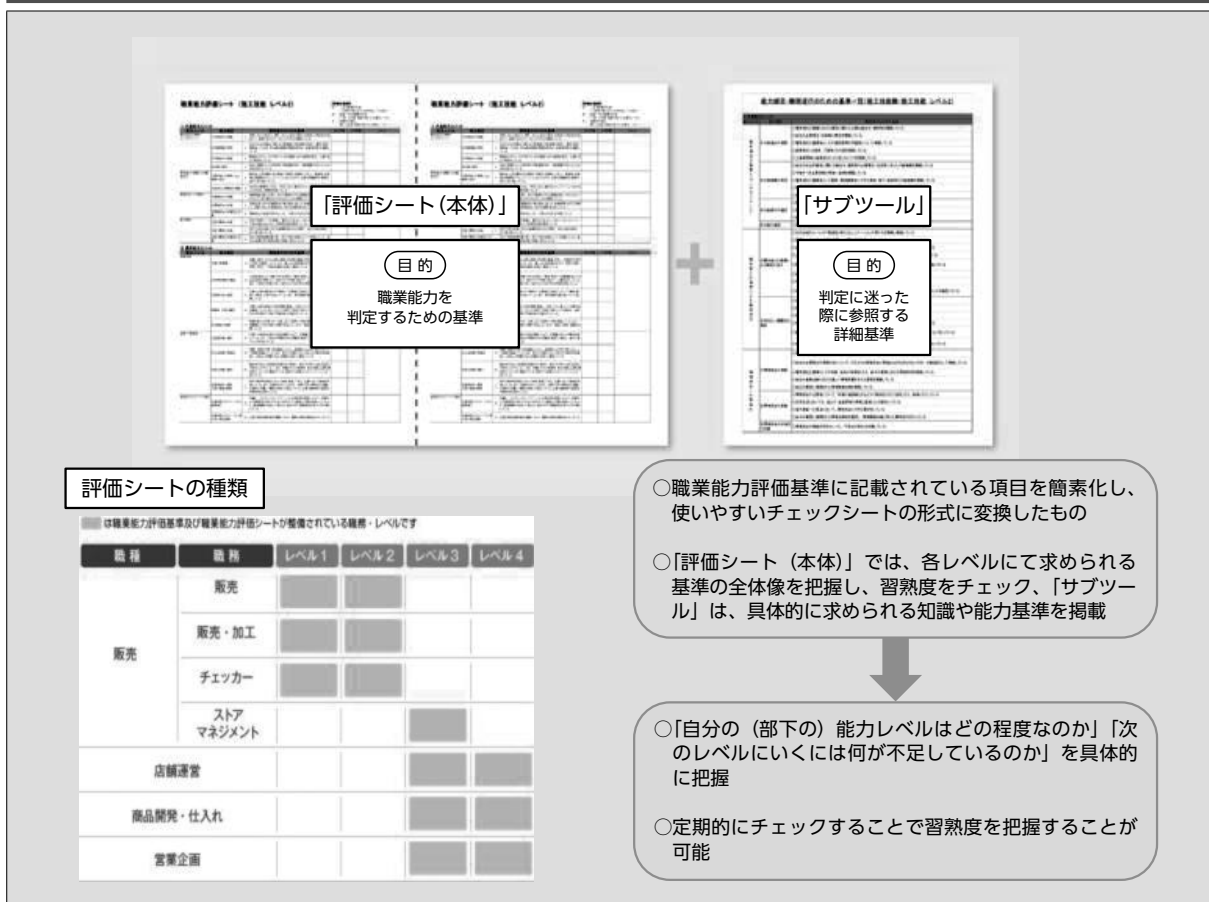
* 12 職業能力評価基準、キャリアマップ、職業能力評価シートの詳細を紹介したホームページ

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/nouryoku/syokunou/index.html>

図表 2-2-4 キャリアマップ ～スーパーマーケット業～



図表 2-2-5 職業能力評価シート ～スーパーマーケット業～



(3) 技能検定制度の整備

「技能検定制度^{*13}」は、労働者の有する技能の程度を検定し、これを公証する国家検定制度であり、技能検定に合格した者は、「技能士」と称することができる。職業能力開発促進法に基づき1959（昭和34）年から実施され、ものづくり労働者を始めとする労働者の技能習得意欲を増進させるとともに、労働者の社会的地位の向上に重要な役割を果たしている。

技能検定は、2018（平成30）年4月1日現在で、128職種について実施しており、2016（平成28）年度には全国で約76万人の受検申請があり、約30万人が合格し、技能検定制度開始からの累計で延べ約632万人が技能士となっている。

また、対人サービス分野を重点とした成長分野の検定制度の整備を図るため、2016年度までに、8業種の検定制度のモデル事例を開発した。今後は、検定の枠組みが完成した業界に対して円滑な技能検定への移行に向けた技術的指導を実施していく。

なお、若者が技能検定を受検しやすい環境を整備するため、2級と3級の実技試験を受検する35歳未満の者に対して、最大9,000円を支援する措置を実施している。

図表 2-2-6 試験実施内容の詳細

●実施体制

- 1) 都道府県方式（機械加工職種など111職種）
厚生労働省、中央職業能力開発協会、都道府県及び都道府県職業能力開発協会が事務を分担。
- 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。

* 13 検定制度の詳細を紹介したホームページ

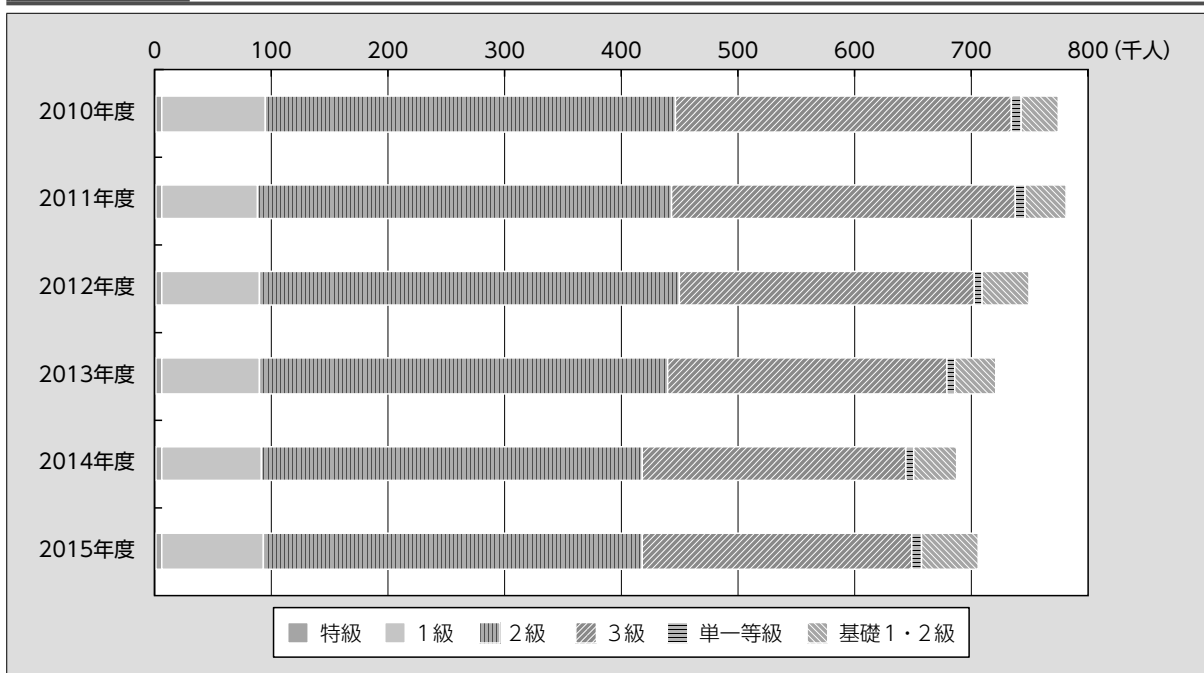
厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyouounouryoku/ability_skill/ginoukentei/index.html

図表 2-2-7 試験実施内容の一例

機械加工職種	とび職種
■実技試験 普通旋盤を使用し、材料を内外径削りなどで切削加工を行い、はめ合わせのできる部品を製作する。 試験時間 2時間30分 ■学科試験 工作機械加工一般、機械要素、機械工作法、材料、材料力学、製図、電気、安全衛生、旋盤加工法  普通旋盤作業の作品	■実技試験 桝組、単管及び木製足場板を使用して、桝組応用登り栈橋の組立てを行う。 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  とび作業の作品

図表 2-2-8 受検申請者数の推移（過去6年）



（4）社内検定認定制度

社内検定認定制度は、職業能力の開発及び向上と労働者の経済的社会的地位の向上に資するため、事業主等が、その事業に関連する職種について雇用する労働者の有する職業能力の程度を検定する制度であって、技能振興上奨励すべき一定の基準を満たすものを厚生労働大臣が認定する制度である。

2018（平成30）年4月1日現在、49事業主等130職種が認定されており、認定を受けた社内検定については、「厚生労働省認定」と表示することができる。



（社内検定認定制度ロゴマーク）

7 国と地方自治体が連携した雇用対策の推進

セーフティネットとしての雇用対策を実施する国と、地域の実情を踏まえた雇用対策を

実施する地方自治体が、それぞれの役割を果たし、それぞれの強みを活かしながら一体となって雇用対策を行うことが効果的である。そのため、ハローワークが行っている無料職業紹介等と、地方自治体が行っている福祉に関する相談等を、共同運営施設においてワンストップで実施する取組み（「一体的実施事業」）を進めている（2018（平成30）年3月末日現在、33道府県140市区町）。

また、国と地方自治体が一体となって地域の雇用問題に取り組むため、国と地方自治体による「雇用対策協定」の締結が進んでいる。2017（平成29）年度には、新たに4県26市町村と締結し、2018年3月末現在、154自治体となった。

さらに、2014（平成26）年9月より、ハローワークが保有する求人情報を、地方自治体や民間人材ビジネス等にオンラインで提供する取組みを開始するとともに、2016（平成28）年3月22日からハローワーク求職情報の提供サービスを開始した。

このような国と地方自治体の連携を今後とも強化していくため、「平成27年の地方からの提案等に関する対応方針」（平成27年12月22日閣議決定）において、ハローワーク利用者の利便性を高めることを第一義として、国と地方自治体の連携を抜本的に拡充した新たな制度を構築することとなった。これを受け、①地方自治体が民間とは明確に異なる公的な立場で無料職業紹介を実施（「地方版ハローワーク」の創設）できるよう、届出要件その他各種規制を廃止すること等（職業安定法の改正）、②国と地方自治体の連携を強化するため、雇用対策協定や一体的実施事業の法定化及び雇用対策に関する地方自治体の国に対する要請を可能とすること（雇用対策法の改正）を内容とする「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」が内閣府取りまとめのもと、第190回国会に提出され、同国会において成立し、2016年5月20日に公布された。

8 生産性向上に資する人材育成の強化

人手不足の深刻化や技術革新の進展の中で、中小企業等が事業展開を図るためには、従業員を育成するとともに、企業が生み出す付加価値（労働生産性）を高めていくことが必要となっている。このため、中小企業等の人材育成を支援する取組みとして、2017（平成29）年度から、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する公共職業能力開発施設内に「生産性向上人材育成支援センター」を設置し、中小企業等の人材育成に関する相談支援から、課題に合わせた「人材育成プラン」の提案、職業訓練の実施までを一貫して行っている。

第3節 地方創生の推進

1 地方創生に向けた地域雇用対策の推進

全国の雇用情勢は改善が進んでいるものの、ミスマッチの問題や地方特有の課題など、地域ごとに産業構造、人口構成、社会情勢等は異なっていることから、地域の実情に応じた雇用対策に取り組む必要がある。

また、政府が人口減少や地域経済の縮小といった課題を克服するために取り組む地方創生の観点から、地域に魅力のある仕事をつくとともに、そこに必要な人材の育成や大都市圏からの人材還流等を推進することが重要となる。

厚生労働省では、上記の状況を踏まえ、地域における魅力ある雇用の創出に向けた取り組みを推進するため、産業政策と一体となって良質で安定的な正社員雇用の創出・確保に取り組む都道府県を支援する「地域活性化雇用創造プロジェクト」を実施している。

加えて、雇用機会が不足している市町村単位の地域において、産業振興施策や各府省の地域再生関連施策との連携に基づき、地域の協議会が提案する雇用拡大、人材育成、就職促進及び地域の産業興し（地域ブランド商品の開発、販路開拓など）を通じたしごと作りにつながる事業を支援する「実践型地域雇用創造事業」を実施している。

このほか、地方への正社員就職を促進するため、「地方就職希望者活性化事業」を2009（平成21）年度から実施している。東京圏・大阪圏で、地方就職に関するセミナー、イベント、個別相談などを実施するとともに、地方自治体が実施する就労体験事業などへの参加を勧奨することにより、地方への移住・就職をより明確にイメージさせ、地方就職の準備が整った者をハローワークへ誘導し、全国ネットワークを活用したマッチングにより就職へ結びつけている。

なお、地域活性化雇用創造プロジェクトについては、2018（平成30）年度より、中小企業の働き方改革に資する取り組みを支援するため、当該取り組みを実施する都道府県に対して、補助額の上限を引き上げる等の特例を設けた。

2 地方拠点強化税制における雇用促進税制

2015（平成27）年8月10日より、地方創生の一環として、「地域再生法」（平成17年法律第24号）等に基づき、事業者が、移転先の施設や拡充した施設で、雇用者増加数や法人総給与額に関する要件等を満たしながら雇用者を増やせば、その増加人数に応じて法人税等の税額控除を受けることができる制度（地方拠点強化税制における雇用促進税制）の創設が行われた。

本税制は、2018（平成30）年度税制改正により、適用期限が2年間延長されるとともに、要件の緩和等が見直しが行われることとなった。

なお、雇用促進税制のうち同意雇用開発促進地域に係る措置は、その適用期限（2018年3月31日）の到来をもって廃止された。

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の的確な対応を行っている。

(1) 労働時間に関する法定基準等の遵守

豊かでゆとりある国民生活を実現するためには、長時間労働の削減等を図っていくことが必要である。

このため、労働基準監督署では、「時間外労働・休日労働に関する労使協定」（以下「36協定」という。）について、「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（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も、実際の時間外労働については月45時間以下とするよう指導を行っている。

また、2017（平成29）年においては、「過労死等防止啓発月間」である11月に「過重労働解消キャンペーン」を実施し、重点監督や全国一斉の無料電話相談などの取組みを行った。

特に、重点監督では、長時間の過重な労働による過労死などに関する労災請求のあった事業場など、7,635事業場に対して重点的な監督指導を行い、その結果、5,029事業場（65.9%）において労働基準関係法令違反が認められ、そのうち2,848事業場（37.3%）で違法な時間外労働が認められたため、是正・改善に向けた指導を行った。

さらに、法規制の執行強化を図るため、

①2016（平成28）年4月からは、

○月100時間超の残業を把握したすべての事業場等に対する監督指導の徹底（2015（平成27）年1月から実施）について、月80時間超の残業を把握したすべての事業場等に対象を拡大

○東京労働局及び大阪労働局に設置していた複数の労働局にまたがる過重労働に係る事案等に対応する特別チーム（通称「かとか」、2015年4月に設置）に加え、厚生労働省本省に過重労働に関する広域捜査の指導調整を行う対策班（通称「本省かとか」）を設けるとともに、全ての労働局に長時間労働に関する監督指導等を専門とする担当官を新たに任命

②2017年4月からは、上記本省かとかを再編し、省令組織として「過重労働特別対策室」を新設

などの取組みを行っている。

これらの執行強化策に加え、2016年12月に決定された『「過労死等ゼロ」緊急対策』に基づき、

①使用者向けの新たな「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」による労働時間の適正把握の徹底

②長時間労働等に係る企業本社に対する指導

③是正指導段階での企業名公表の強化

などの取組みを2017年1月から順次実施している。

また、賃金不払残業の解消を図るためには、各企業において労働時間を適正に把握する必要があることから、同ガイドラインを幅広く周知・徹底するとともに的確な監督指導等を実施している。

全国の労働基準監督署で、時間外労働に対する割増賃金が支払われないとして労働基準法第37条違反の是正を指導したもののうち、1企業当たり合計100万円以上の割増賃金が支払われた企業数は1,349社であり、対象労働者数は97,978人、支払われた割増賃金の合計額は約130億円となっている（2016年4月から2017年3月までの1年間）。

また、法令に関する知識や労務管理体制が必ずしも十分でないと考えられる事業場に対して、きめ細やかな相談・支援を行っていくことも必要であることから、2018（平成30）年4月から、全ての労働基準監督署に、労働時間に関する法制度の周知及び指導を集中的に行うための特別チーム「労働時間改善指導・援助チーム」を編成するとともに、「労働時間相談・支援コーナー」を設置した。

（2）経済情勢を踏まえた労働基準行政等の対応

昨今の我が国の経済は改善の動きをみせており、雇用情勢についても改善傾向が続くことが見込まれる中で、依然として、賃金不払や解雇等の申告が労働基準監督署へ数多く寄せられている状況にある。いかなる経済情勢の下においても、全ての労働者が安心して働くことができるように、労働基準法等で定める法定労働条件は確保されなければならない。

このため、都道府県労働局と労働基準監督署では、各種情報から法定労働条件に問題があると考えられる事業場に対して監督指導を実施し、労働基準関係法令を遵守するよう指導するとともに、企業倒産に伴い賃金の支払を受けられないまま退職した労働者の救済を図るため、未払賃金立替払制度により迅速かつ適正な立替払を実施している。

また、解雇や雇止め、労働条件の引下げ等については、労働契約法や裁判例等に照らして、適切な取扱いが行われることが重要である。

（3）若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策

政府においては、若者の活躍推進の観点から、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）等の中で、若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策の充実強化を図ることとしている。

それを受け、厚生労働省では、若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策の強化として、次のような取組みを行った。

- ①2017（平成29）年11月の「過重労働解消キャンペーン」において、若者の「使い捨て」が疑われる企業等に対しても重点的な監督指導を行った。
- ②常設のフリーダイヤル「労働条件相談ほっとライン」を設置（2014（平成26）年9月）し、労働基準監督署が閉庁している平日夜間・土日における相談対応を行うことにより、相談体制の充実を図った。
- ③労働条件ポータルサイト「確かめよう 労働条件」の設置（2014年11月）や、大学・高等学校等でのセミナーの開催（2014年10月から2017年2月）により、働く

際に知っておきたい労働基準法などに関する基礎知識の周知を行い、情報発信の強化を図った。

④新卒応援ハローワーク、わかものハローワークに、職場における悩み等に関する相談に対応する「在職者相談窓口」を設置した。

今後とも、過重労働や賃金不払残業などが疑われる企業等に対して、監督指導を行うとともに、こうした相談体制の強化や情報発信の取組みを進めていく。

(4) 学生アルバイトの労働条件確保

2015（平成27）年の夏に実施した「大学生等に対するアルバイトに関する意識等調査」に引き続き、2015年12月～2016（平成28）年2月にかけて「高校生に対するアルバイトに関する意識調査」を実施した。高校生に対する調査においても、労働条件の明示が適切になされなかったものや、中には満18歳未満に禁止されている深夜業をさせられたなど、労働基準関係法令違反のおそれがある回答があったほか、採用時に合意した以上のシフトを入れられたなど、学業とアルバイトの適切な両立への影響が疑われる回答もあった。

このような状況を踏まえ、厚生労働省では、文部科学省と連携し、事業主団体や高校生アルバイトが多い業界団体に対し労働基準関係法令の遵守のほか、シフト設定等の課題への配慮について要請を行った。これと併せ、引き続き、4月から7月にかけて学生等へのアルバイトの労働条件の確認を促すことを目的としたキャンペーンを実施する等の取組みを進めていく。

また、高校生などのより早い段階から労働法の理解を深めてもらうために、2016年度の高等学校等での労働法教育のための指導者用資料等の作成に引き続き、2017（平成29）年度においては、大学等向けの指導者用資料を作成し、学校等における労働法に関する知識のさらなる周知・啓発に取り組んでいる。

(5) 特定分野における労働条件の確保・改善対策

技能実習生、自動車運転者等、労働条件の確保上問題が認められる特定分野については、重点的な監督指導を実施している。

技能実習生については、違法な時間外労働や賃金不払残業など、法定労働条件に問題があると考えられる実習実施機関に対して、重点的に監督指導を実施した。監督指導において確認した法違反については、未払いの賃金を支払わせるなど是正を指導し、技能実習生の適正な労働条件や安全衛生を確保するとともに、重大又は悪質な事案については司法処分を含め厳正に対処している。また、2017（平成29）年11月1日から施行された「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」（平成28年法律第89号。）に基づき、新たに設立された外国人技能実習機構と連携し、技能実習生の適正な労働条件確保に努めている。

自動車運転者については、依然として長時間労働の実態が認められるところであり、労働基準関係法令のみならず改善基準告示の遵守徹底を図るための監督指導を行っている。

自動車運転者に係る賃金制度のうち、累進歩合制度については、長時間労働やスピード違反を極端に誘発するおそれがあり、交通事故の発生も懸念されることから、その廃止に

係る指導等について、引き続き徹底を図っている。

(6) 司法処分について

労働基準監督機関が行った監督指導の結果、重大又は悪質な法違反が認められた場合には、司法処分を含め厳正に対処しており、2017（平成29）年における送検件数は896件となっている。

2 最低賃金制度について

日本では労働者の生活の安定や労働力の質的向上、事業の公正な競争の確保に資することなどを目的として最低賃金制度を設けている。すなわち、国が法的強制力をもって賃金の最低額を定めており、使用者はその金額以上の賃金を労働者に支払わなければならない。

最低賃金には、各都道府県内のすべての使用者及び労働者に適用される地域別最低賃金（2018（平成30）年4月1日現在、適用労働者数約5,133万人）と、特定の産業の使用者及び労働者に適用される特定最低賃金（2018年4月1日現在、233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、厚生労働大臣の諮問を受け、その年の改定額の目安の答申を行う。この目安を参考に各都道府県労働局に設置された地方最低賃金審議会からの答申を受け、各都道府県労働局長が改正決定をする。

2017（平成29）年度の地域別最低賃金額の改定は、働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）に配慮した審議が行われた結果、全国加重平均で対前年度25円引上げの848円となり、最低賃金が時給のみで示されるようになった2002（平成14）年以降前年度同様最大の引上げとなった（全国の地域別最低賃金の一覧は最低賃金特設サイト^{*14}を参照）。また、特定最低賃金の全国加重平均額は868円（2018年4月1日現在）となった。このような最低賃金の引上げに向けて、中小企業、小規模事業者の生産性向上等のための支援や取引条件の改善を図る。（詳細は第2章第2節4を参照）

また、改定された最低賃金については、リーフレット等の配布に加え、インターネットや広報媒体を活用した周知広報を行うほか、説明会の実施などにより労使を始め広く国民に周知徹底を図っている。

3 未払賃金立替払事業について

賃金は労働者の生活の原資であり、最も重要な労働条件の一つである。しかしながら、企業が倒産して事業主に賃金支払能力がない場合には、実質的に労働者は賃金の支払を受けることができない実情にある。

このため、「賃金の支払の確保等に関する法律」に基づき、企業倒産に伴い、賃金が支



雇う上でも、働く上でも、最低限のルール。
使用者も、労働者も、必ず確認、最低賃金。

厚生労働省

* 14 最低賃金特設サイト <http://pc.saiteichingin.info/>

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、2017（平成29）年度には、1,979企業の22,458人に対して約87億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は2016（平成28）年度から減少したものの、支給者数及び金額は、いずれも2016年度より増加した。

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るので、今後とも、事業の適切な運営に努めていく。

4 「労災かくし」対策の推進

労働基準行政として、災害発生原因を把握し、当該事業場に対し同種災害の再発防止対策を確立させるため、労働災害が発生した場合には、事業主は災害発生状況やその原因などを記載した労働者死傷病報告を労働基準監督署に提出しなければならない。

「労災かくし」とは、「故意に労働者死傷病報告を提出しないこと」、「虚偽の内容を記載した労働者死傷病報告を提出すること」をいう。

「労災かくし」の排除のための対策については、労災かくしにより、必要な労災保険の申請がなされない事案について、全国健康保険協会各都道府県支部から健康保険の不支給決定者の情報を入手するといった連携等の方策により、「労災かくし」の疑いのある事案の把握及び調査を行い、その存在が明らかとなった場合には、司法処分を含め厳正に対処することとしている。

5 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。

2016（平成28）年度の労災保険給付の新規受給者数は62万6,526人であり、前年度に比べ8,377人の増加（1.36%増）となっている。そのうち業務災害による受給者が55万1,275人、通勤災害による受給者が7万5,251人となっている。

(2) 過労死等の労災認定

2017（平成29）年度の過労死等の労災補償状況については、脳・心臓疾患の請求件数は840件であり、支給決定件数は253件となっており、精神障害の請求件数は1,732件であり、支給決定件数は506件となっている。前年度と比べ、脳・心臓疾患の請求件数は15件の増加、支給決定件数は7件の減少となっており、精神障害の請求件数は146件の増加、支給決定件数は8件の増加となっている（図表2-4-1）。

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、迅速かつ公正な労災補償に努めている。

図表 2-4-1 過労死等の労災補償状況（2013（平成25）～2017（平成29）年度）

		2013（平成25） 年度	2014（平成26） 年度	2015（平成27） 年度	2016（平成28） 年度	2017（平成29） 年度
脳・心臓疾患	請求件数	784 (81)	763 (92)	795 (83)	825 (91)	840 (120)
	支給決定件数	306 (8)	277 (15)	251 (11)	260 (12)	253 (17)
精神障害	請求件数	1,409 (532)	1,456 (551)	1,515 (574)	1,586 (627)	1,732 (689)
	支給決定件数	436 (147)	497 (150)	472 (146)	498 (168)	506 (160)

資料：厚生労働省労働基準局調べ。

- （注） 1. 脳・心臓疾患とは、業務により脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）を発症した事案（死亡を含む。）をいう。
 2. 精神障害とは、業務により精神障害を発病した事案（自殺を含む。）をいう。
 3. 請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に「業務上」と認定した件数であり、当該年度以前に請求されたものも含む。
 4. （ ）内は女性の件数で内数である。

（3）石綿による健康被害の補償・救済

石綿を取り扱う作業に従事したことにより中皮腫や肺がんなどを発症した労働者などやその遺族は、労災保険給付を受けることができる。また、2006（平成18）年2月には、「石綿による健康被害の救済に関する法律」が成立し、同年3月には、時効によって労災保険法に基づく遺族補償給付を受ける権利が消滅した者に対し「特別遺族給付金」が支給されるなどの措置が講じられた。

なお、特別遺族給付金については、2011（平成23）年8月の「石綿による健康被害の救済に関する法律の一部を改正する法律」により、請求期限が2022年3月27日まで延長されるとともに、支給対象が2016（平成28）年3月26日までに死亡した労働者などの遺族であって時効によって遺族補償給付を受ける権利が消滅した者へ拡大されている^{*15}。

石綿による健康被害の補償・救済については、石綿による疾病の労災認定基準に基づき、迅速かつ公正に行うように努めている。

* 15 「特別遺族給付金」に関する大切なお知らせ（厚生労働省ホームページ）
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/izoku/dl/231011.pdf>

図表 2-4-2 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

		2013 (平成 25) 年度	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度	2017 (平成 29) 年度
肺がん	請求件数	420	465	414	427	443
	支給決定件数	382	391	363	387	335
中皮腫	請求件数	593	561	578	595	571
	支給決定件数	529	529	539	540	564
良性 石綿胸水	請求件数	40	26	26	30	25
	支給決定件数	44	32	20	20	39
びまん性 胸膜肥厚	請求件数	62	44	45	57	46
	支給決定件数	53	50	47	35	49
計	請求件数	1,115	1,096	1,063	1,109	1,085
	支給決定件数	1,008	1,002	969	982	987

石綿肺	支給決定件数	2013 (平成 25) 年度	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度	2017 (平成 29) 年度
		77	78	64	76	52

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以前に請求があったものを含む。

2. 「石綿肺」はじん肺の一種であり、石綿肺又はじん肺として労災請求されたもののうち、石綿肺として労災認定されたものを抽出し、集計している。

図表 2-4-3 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

	2013 (平成 25) 年度	2014 (平成 26) 年度	2015 (平成 27) 年度	2016 (平成 28) 年度	2017 (平成 29) 年度
請求件数	40	36	30	36	48
支給決定件数	24	20	20	13	15

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以前に請求があったものを含む。

6 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。

7 障害者虐待防止について

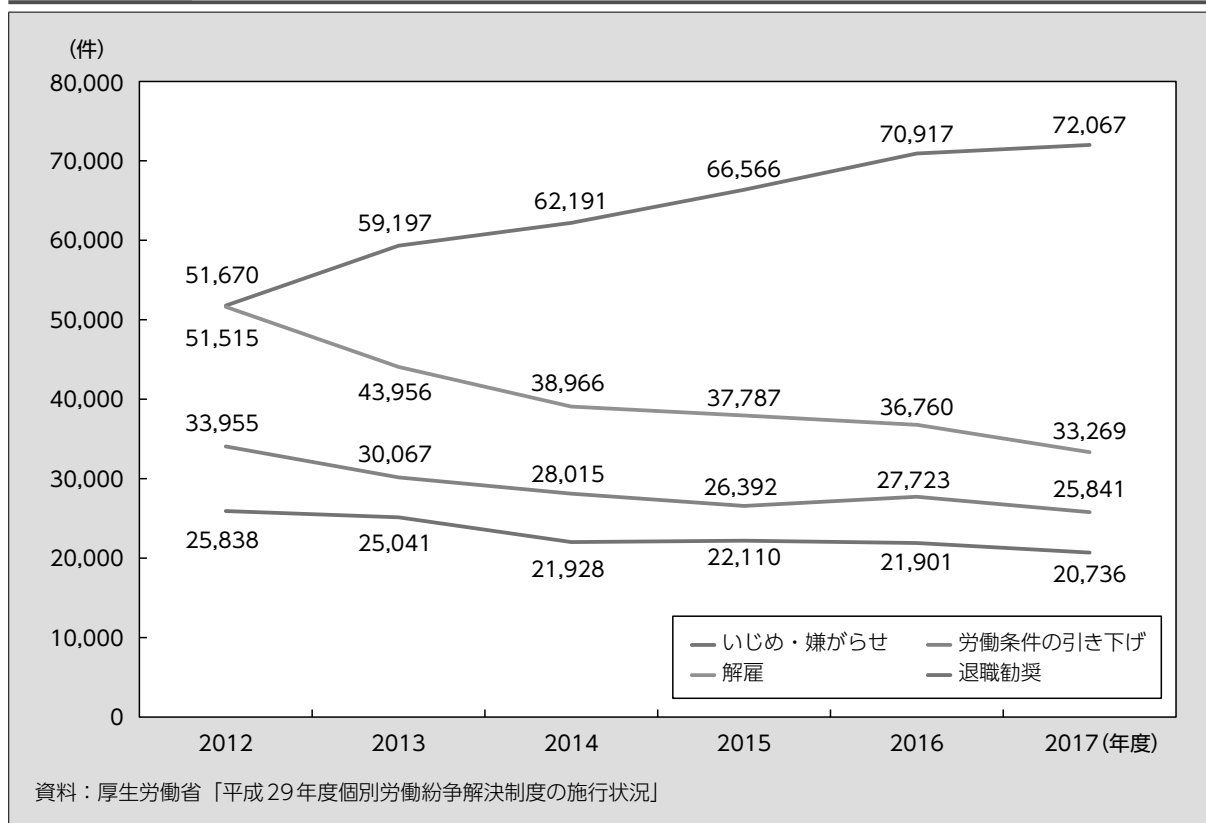
賃金不払等の使用者による障害者虐待の発生防止及び早期是正のため、関係機関との連携を深め、積極的な情報の共有を図り、障害者を使用する事業主に対する啓発・指導を行うとともに、そのような事案を把握した場合には、迅速かつ確実に監督指導等を行っている。

8 パワーハラスメント対策の推進

近年、都道府県労働局や労働基準監督署等に設けた総合労働相談コーナーに寄せられた職場のいじめ・嫌がらせに関する相談が増加を続ける（図表2-4-4）等、職場のパワーハラスメント（以下、「パワハラ」という。）は社会問題として顕在化している。

パワハラの防止・解決を促進するため、厚生労働省では、企業等に対して、パワハラ対策の取組みの周知啓発を行うとともに、上記の総合労働相談コーナーで相談に対応し、情報提供を行うほか、都道府県労働局長による助言・指導や紛争調整委員会によるあっせんを行っている（第2章4節9を参照）。

図表2-4-4 民事上の個別労働紛争の主な相談内容の件数の推移



(1) パワハラ概念・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」の概念として、「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪

化させる行為」とするよう提案するとともに、パワハラに当たりうる行為類型（図表2-4-5）を整理した。パワハラは企業によっても何がパワハラかの判断が異なったり具体的な状況や態様で判断が左右されたりするため、こうした具体例を活用し、各職場で何がパワハラか認識をそろえ、解決することが望ましい。

図表 2-4-5 円卓会議におけるパワハラの行為類型とその具体例

行為類型	具体例
1. 身体的な攻撃	暴行・傷害
2. 精神的な攻撃	脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言
3. 人間関係からの切り離し	隔離・仲間外し・無視
4. 過大な要求	業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害
5. 過小な要求	業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと
6. 個の侵害	私的なことに過度に立ち入ること

(2) 各職場でのパワハラの予防・解決を支援する取組み

パワハラの予防・解決に取り組む社会的な気運を醸成するためのリーフレット等を都道府県労働局等を通じて配布しているほか、啓発用 Web サイト「あかるい職場応援団」を開設し、対策に取り組んでいる企業の紹介、社内アンケートや就業規則のひな形、研修資料、パワーハラスメントに関する動画や裁判事例の掲載等、様々な情報を提供している。また、企業がパワーハラスメント対策の基本的な枠組みを構築する際に参考となる「パワーハラスメント対策導入マニュアル」やパワーハラスメント防止対策に積極的に取り組んでいる企業の事例を掲載した好事例集を作成し、これを活用したパワーハラスメント対策支援セミナーを全都道府県で開催している。さらに、職場におけるパワーハラスメント対策をより一層推進させるために、2017（平成29）年度より、企業に対してパワーハラスメント対策の導入を継続的に支援できる人材を養成することを目的とした専門的な研修を実施している。

また、「過労死等ゼロ」緊急対策に基づき、メンタルヘルス対策に係る企業や事業場への個別指導等の際に、「パワーハラスメント対策導入マニュアル」等を活用し、パワーハラスメント対策の必要性や予防・解決のために必要な取組み等も含め指導を行うことや、精神障害の労災認定が複数あった企業の本社へのパワーハラスメント防止も含めたメンタルヘルス対策の指導を実施している。

さらに、2017年3月に取りまとめられた「働き方改革実行計画」を踏まえ、同年5月より、有識者と労使関係者からなる「職場のパワーハラスメント防止対策についての検討会」を開催し、実効性のある職場のパワーハラスメント防止対策について議論を行い、報告書を取りまとめた。

その後、労働政策審議会雇用環境・均等分科会において議論を行い、その結果を踏まえ、事業主に対して、パワーハラスメントを防止するための雇用管理上の措置を義務付けることなどを盛り込んだ法案を、第198回通常国会に提出した。

9 個別労働紛争対策の総合的な推進

社会経済情勢の変化に伴う企業組織の再編や人事労務管理の個別化の進展等を背景として、解雇、職場におけるいじめ・嫌がらせ等について個々の労働者と事業主との間の紛争が増加傾向にある。

これらの個別労働紛争について、「個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律」に基づき、2001（平成13）年10月1日から、次のような個別労働紛争解決制度が運用されている。

- ①全国の労働局や労働基準監督署等に総合労働相談コーナー^{*16}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（2017（平成29）年4月～2018（平成30）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1,104,758件、民事上の個別労働紛争に係る相談件数が253,005件、都道府県労働局長による助言・指導の申出件数が9,185件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数が5,021件となっている。

このように数多くの労働者、事業主に利用されているところであるが、引き続き制度の周知・広報に努めるほか、個別労働紛争の迅速・適正な解決を図るべく、制度の趣旨に沿った運用に取り組んでいくこととしている。

10 透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築

個別労働紛争解決制度や労働審判制度、民事訴訟等の個別労働紛争解決システムについては、透明かつ公正・客観的でグローバルにも通用する紛争解決システムを構築するため、『『日本再興戦略』改訂2015』（平成27年6月30日閣議決定）等に基づき、2015（平成27）年10月から「透明かつ公正な労働紛争解決システム等の在り方に関する検討会」において、既存の個別労働紛争の解決手段がより有効に活用されるための方策と、解雇無効時における金銭救済制度の在り方とその必要性について検討を進め、2017（平成29）年5月に報告書が取りまとめられた。「未来投資戦略2018」（平成30年6月15日閣議決定）において、今後の方針を定めるとともに、2018年6月から「解雇無効時の金銭救済制度に係る法技術的論点に関する検討会」において、法技術的な論点についての専門的な検討を進めている。

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

^{* 16} 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」（以下「センター」という。）を設置・運営している。2016（平成28）年度までに福岡市・北九州市、関西圏、東京圏、新潟市、愛知県、仙台市、広島県・今治市の合計7か所の国家戦略特区にセンターを設置した。

第5節 労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり

1 労働災害の状況と取組み

(1) 労働災害の発生状況

労働災害は長期的には減少しているが、2017（平成29）年の労働災害については、死亡災害は978人（前年比50人（5.4%）増）となり、休業4日以上之死傷災害は120,460人（前年比2,550人（2.2%）増）といずれも前年より増加した。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、2017年には54.1%と半数を超えており、特に脳・心臓疾患につながる血中脂質、血圧等に係る有所見率が増加傾向にある。また、精神障害による労災支給決定件数は、2016（平成28）年度には498件と前年度と比較して増加しているものの、概ね横ばい傾向となっている。自殺者数については、2016年は、約2万2千人と5年連続で3万人を下回っているが、このうち約2,000人について勤務問題が理由の1つとされているなど、働く人々の職場環境は引き続き厳しい状況にある。

(2) 第12次労働災害防止計画の推進と第13次労働災害防止計画の策定

労働安全衛生法では、労働災害の防止のための主要な対策等に関する事項を定めた「労働災害防止計画」を策定することになっている。2013（平成25）年4月からの5年間で計画期間とする「第12次労働災害防止計画」が終了したところである。2012（平成24）年と比較して、2017（平成29）年までに「死亡災害の撲滅を目指して、労働災害による死亡者数を15%以上減少させる」こと、「労働災害による休業4日以上之死傷者の数を15%以上減少させる」ことを目標として、同計画に基づき各種取組みを進めてきたが、2017年の労働災害は、死亡者数は2012年比で10.5%の減少、死傷者数は0.7%の増加となっており、高齢化等に伴い「転倒」や腰痛などの「動作の反動・無理な動作」による死傷災害が大幅に増加している。

2018（平成30）年4月からの「第13次労働災害防止計画」では、就業構造の変化及び労働者の働き方の多様化を踏まえ、目標等を改定し、2022年までに2017年比で「死亡者数を15%以上、休業4日以上之死傷者数を5%以上減少させること」とし、建設業や製造業における死亡災害等の労働災害防止対策、化学物質による健康障害防止のための対策に引き続き取り組むほか、働き方改革と呼応して過労死等の防止等の労働者の健康確保対策の推進等に重点的に取り組むこととしている。

2 労働災害を防止するための対策の充実

(1) 業種横断的な対策の推進

休業4日以上労働災害の2割を占める転倒災害を防止するため、2015（平成27）年から「STOP！転倒災害プロジェクト」を実施し、労働災害防止団体と連携の上、周知啓発を行うなどの取組みを実施している。

また、死亡災害の約2割を占める交通事故の減少を図るため、関係業界団体が開催する集会等事業者が参集する機会や事業者と接する機会を捉え、「交通労働災害防止のためのガイドライン」に基づく対策の実施について、周知を実施している。

(2) 第三次産業（小売業、社会福祉施設等）の労働災害防止対策

第三次産業については、小売業、社会福祉施設での転倒、腰痛等の労働災害の増加が著しいことから、これらの業種を重点として対策を実施している。小売業については、多店舗展開をしている企業の本社や中核的な支店を中心として4S（整理・整頓・清潔・清掃）活動の推進などについて、指導を行っている。また、社会福祉施設については、都道府県等と連携し、新設された施設を中心に4S活動や腰痛対策の推進などについて指導を行っている。

さらに、安全管理者や安全衛生推進者の選任義務がない業種における労働災害が全体の3分の1を上回っていること、そのほとんどが第三次産業であること等を踏まえ、2014（平成26）年3月に「労働安全衛生法施行令第2条第3号に掲げる業種における安全推進者の配置等に係るガイドライン」を策定しており、2014年度より、小売業、社会福祉施設、飲食店を対象として、本ガイドラインを踏まえて安全推進者の配置等について指導を行うとともに、危険に対する「気づき」を促し、安全意識を高めるため、各職場における安全活動の活性化の促進を行っている。併せて、2017（平成29）年は、1月から小売業、社会福祉施設、飲食店での労働災害の減少を図るため、「働く人に安全で安心な店舗・施設づくり推進運動」を実施し、周知啓発や指導に取り組むほか、社会福祉施設等における腰痛予防のための講習会等を行っている。

(3) 陸上貨物運送事業での労働災害防止対策

陸上貨物運送事業においては、休業4日以上死傷災害のうち約7割が荷役作業時の災害であり、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、2013（平成25）年に策定した「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」、2017（平成29）年に策定した「荷役5大災害防止対策チェックリスト」に基づき、安全な荷役作業を行うための設備の設置、荷役作業時の保護帽の着用等について指導等を行っている。

(4) 建設業等での労働災害防止対策

建設業における労働災害は、墜落・転落災害によるものが最も多く、死亡災害の約4割を占めている。このような状況を踏まえ、2015（平成27）年に施行された改正労働安全衛生規則に基づく足場からの墜落防止措置の徹底を図るとともに、同年5月に改正した足

場からの墜落・転落防止対策推進要綱に基づき、手すり先行工法等の「より安全な措置」の一層の促進に取り組んでいる。

また、「墜落防止用の個人用保護具に関する規制のあり方に関する検討会」においては、2017（平成29）年6月に報告書が取りまとめられ、高所作業時において使用する墜落制止用保護具については、原則としてフルハーネス型とすること等について提言された。報告書を踏まえ、労働安全衛生規則等の改正を行った。

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の大会施設工事における労働災害防止の徹底を図ること等を目的として、関係省庁、発注機関及び建設業団体を構成員として設立した「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会 大会施設工事安全衛生対策協議会」においては、2016（平成28）年6月に、大会施設工事を今後の快適で安全な建設工事のモデルとすること等を内容とする安全衛生対策の基本方針を取りまとめている。2018（平成30）年からは、同協議会での議論を踏まえ、発注者・元請事業者による健康確保対策についても併せて推進している。

2017年3月に施行された「建設工事従事者の安全及び健康の確保の推進に関する法律」及び2017年6月に閣議決定された「建設工事従事者の安全及び健康の確保に関する基本的な計画」に基づき、墜落・転落災害の防止対策の充実強化、一人親方等に対する安全衛生に関する知識習得等のための教育等について計画的に推進している。

（5）製造業の労働災害防止対策

機械災害は労働災害の約4分の1を占めており、死亡災害や後遺障害が残る重篤な災害も多いため、労働安全衛生規則による規制のほか、危険性の高い機械の種類ごとに構造規格や労働災害防止対策ガイドラインを作成するなどの個別対策を行っている。一方で、産業現場では新たな機械設備が導入されていることから、機械一般について、メーカー、ユーザーの両者が製造段階及び使用段階で機械のリスクの低減を図ることを目的とした「機械の包括的な安全基準に関する指針」の普及・定着を図っている。

また、電気・電子技術やコンピュータ技術の進歩に伴い、これら技術を活用することにより、機械、器具その他の設備（以下「機械等」という。）に対して高度かつ信頼性の高い制御が可能となってきた。このため、従来の機械式の安全装置等に加え、新たに制御の機能を付加することによって、機械等の安全を確保する方策（機能安全）の要求事項を定めた「機能安全による機械等に係る安全確保に関する技術上の指針」の普及・定着を図るとともに、テキスト等の作成を行っている。併せて、同指針に適合する自動制御装置を備えたボイラーの認定を行っている。

さらに、小型の移動式クレーンの転倒事故災害の防止を強化するため、つり上げ荷重3t未満の移動式クレーン等に定格荷重制限装置を備えることを義務づけること等を内容とする移動式クレーン構造規格（平成7年労働省告示第135号）の改正を行ったほか、いわゆる装置産業における高経年設備の劣化状況を調査した結果をまとめたリーフレットを作成して、計画的な設備の更新・補修を指導している。

（6）製造業安全対策官民協議会

厚生労働省と経済産業省が連携し、主要な製造業の団体を対象に設置された「製造業安

全対策官民協議会」において実施されたりスクアセスメント等の有効性等に関する分析結果を活用し、事業者の自主的な改善や新たな取組みを促進している。

(7) 伐木等作業における労働災害防止対策

林業における労働災害による死亡者数は、チェーンソーによる伐木等作業に関するものが約6割を占めており、伐木等作業の安全を確保することが急務となっている。このため、2018（平成30）年3月に取りまとめられた「伐木等作業における安全対策のあり方に関する検討会」報告書を踏まえ、伐倒時の立入禁止、かかり木処理の禁止事項の設定等の労働安全衛生規則等の改正を行った。

(8) 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、2018（平成30）年度から開始した「第9次粉じん障害防止総合対策」により、新たな重点事項として「呼吸用保護具の使用の徹底及び適正な使用の推進」及び「じん肺健康診断の着実な実施」等を位置付け、計画的な指導を実施するなど、対策の推進を図っている。

熱中症の予防対策については、WBGT値（暑さ指数）の活用や熱への順化、水分・塩分の自覚症状によらない定期的な摂取、健康診断結果に基づく対応等について指導等を行うとともに、2017（平成29）年は、新たに「STOP！熱中症 クールワークキャンペーン」を実施し、関係省庁や労働災害防止団体などとの連携の上、横断的な熱中症予防対策の推進を図った。本キャンペーンについては2018年についても引き続き実施した。

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（平成25）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。

電離放射線による障害防止対策については、眼の水晶体の等価線量限度が引き下げられる国際的な動向を踏まえ、2017年4月に関係団体等に対し被ばく低減対策の取組み等について要請を行った。

3 企業による労働者の安全と健康に対する取組みの推進

(1) 安全衛生優良企業公表制度

労働安全衛生に関して積極的な取組みを行っている企業を認定、企業名を公表し、社会的な認知を高め、より多くの企業に安全衛生の積極的な取組みを促進するための「安全衛生優良企業公表制度」の運用を2015（平成27）年6月から開始している。過去3年間労働安全衛生関連の重大な法違反がないなどの基本事項に加え、労働者の健康保持増進対策、メンタルヘルス対策、過重労働防止対策、安全



管理など、幅広い分野で積極的な取り組みを行っている企業を「安全衛生優良企業」として認定することとしている。また、2017（平成29）年6月に長時間労働が常態化している企業は認定しないこととする認定基準の見直しなどを行い、同年7月から新たな認定基準に基づき認定しており、2018（平成30）年4月1日現在、36社の企業が認定を受けている。

（2）あんぜんプロジェクト

事業場等における安全運動を活性化させるため、安全な職場づくりに熱心に取り組んでいる事業場等が国民や取引先に注目されるための運動「あんぜんプロジェクト^{*17}」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（2017（平成29）年度は64事例を選定）など、現場の安全力の維持・向上を図るための様々な取り組みを推進している。

4 化学物質、石綿による健康障害の防止

（1）職場における化学物質管理

化学物質は、工場や建設現場等で使用されるほか、サービス業等においても広く使用されるなど、産業や日常生活において不可欠な存在である。他方、化学物質を不適切に取り扱うと働く人の安全や健康を損なうこととなる。このため労働安全衛生法令では、化学物質のうち特に危険有害な約120物質を対象に、局所排気装置等の換気対策、作業環境中の有害な物質の気中濃度の測定、健康診断、保護具の使用等の規制対象とし、また、約670の化学物質について、容器等へのラベル表示、安全データシートによる危険有害性情報の伝達を事業者にとともに、その使用に際してリスクアセスメントの実施等を求めている。

近年、胆管がんや膀胱がんといった化学物質による健康障害が発生し社会的に注目を集めたところであるが、2016（平成28）年には、化学工場で働く複数の労働者が肺疾患を発症している事案が判明した。厚生労働省では、管轄する労働局・労働基準監督署や、（独）労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所の協力を得て原因物質を推定し、2017（平成29）年4月、同製品および同種製品の製造業者を通じて流通先事業場での健康障害防止対策に係る要請を行った。また、化学物質の種類を問わず、高濃度の粉じんなどを吸入することは肺疾患などの健康障害を生じるおそれがあることについて業界団体を通じて注意喚起した。

（2）リスク評価に基づく化学物質管理の一層の推進

産業現場で使用される化学物質は約70,000種類に及び、毎年1,000物質程度の化学物質が新たに開発又は輸入され、厚生労働省に届けられている。これらのうち危険有害性情報を有することが国の内外で確認された化学物質については、厚生労働省による化学物質のリスク評価制度の下、事業場における使用実態を調査し、必要が認められた場合には労働安全衛生法令の対象とすることにより事業者にはばく露防止措置を求めている。2015

* 17 あんぜんプロジェクトホームページ <http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzenproject/>

(平成27)年12月に判明したオルト-トルイジンなどを取り扱う事業場で複数の労働者が膀胱がんを発症した事案では、オルト-トルイジンが皮膚からも吸収されていたことも踏まえ、化学物質の経皮吸収についてより厳密に調査することとし、従前よりも充実した内容のリスク評価を実施しているところである。

このリスク評価制度が創設された2006(平成18)年以降、これまでに28物質が特定化学物質障害予防規則の対象となった。また、ラベル表示等による危険有害性情報の伝達とリスクアセスメントの対象物質については、新たな知見を踏まえ、適宜物質の追加等の見直しを行っている。

(3) 石綿(アスベスト)対策の適切な実施

石綿^{*18}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。

石綿製品は既に国内での製造等を禁止している一方で、石綿の禁止前に建てられた建築物に今も多くの石綿建材が残っている。こうした石綿使用建築物の多くは今後解体時期を迎えることから、建築物の解体等の作業に従事する労働者の石綿ばく露の防止は、今後、一層重要な課題となっている。このようなことから、石綿障害予防規則や「建築物等の解体等の作業及び労働者が石綿にばく露するおそれがある建築物等における業務での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針」に基づく指導を徹底するとともに、さらなる対策の強化のため、2018(平成30)年3月には同指針に基づくマニュアルを刷新したところである。

また、大阪泉南アスベスト訴訟において、2014(平成26)年10月に、石綿工場の元労働者の健康被害について国の損害賠償責任を一部認める最高裁判決が言い渡されたことを受け、厚生労働大臣談話を発表し、国の損害賠償責任が認められた方々と同様の状況にあった方々について、同判決に照らして訴訟上の和解の途を探ることとしており、その周知を図っている。

(4) 石油コンビナート等における災害防止対策

石油コンビナート等の事業所において多数の死傷者を出す爆発火災等の重大事故が頻発したことを受け、2014(平成26)年5月に、消防庁、厚生労働省及び経済産業省の3省により「石油コンビナート等災害防止3省連絡会議」が設置された。同会議では、関係業界団体に対し、石油コンビナート等の災害防止対策について行動計画の策定等を要請し、適宜、フォローアップを行うとともに、3省連絡会議において継続的に情報の共有や連携を図り、3省共同運営サイトにより、事故情報や再発防止策等の発信に努めている。

5 労働者の健康確保対策の充実

(1) ストレスチェック制度の創設

労働者の心理的な負担の程度を把握し、セルフケアや職場環境の改善につなげ、メンタ

^{*18} 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。

ルヘルス不調の未然防止の取組みを強化することを目的として2014（平成26）年に労働安全衛生法が改正され、新たにストレスチェック制度が創設された（2015（平成27）年12月施行）。

制度の概要は以下のとおりである。

- 1年に1回、医師、保健師等による労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）の実施を事業者には義務付ける。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は通知してはならないこととする。
- ストレスチェックの結果、一定の要件に該当する労働者から申出があった場合は、医師による面接指導を実施することを事業者の義務とする。また、申出を理由とする不利益な取扱いをしてはならないこととする。
- 事業者は、その結果に基づき、医師の意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならないこととする。

また、労働安全衛生規則において、事業者は、ストレスチェックの結果を当該事業場の当該部署の労働者の集団その他一定規模の集団ごとに集計・分析し、さらに、分析の結果に基づき、職場環境の改善の措置を講ずるよう努めなければならないこととしている。

運用に当たっての重要な事項（ストレスチェックの具体的な実施方法、実施体制、不利益な取扱いの防止等）については、「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」等で示しており、制度の周知などを進めている。

さらに、ストレスチェック制度の適切な運用のため、実際に事業場においてストレスチェックの導入に携わる人事労務担当者や産業保健スタッフ向けに、より具体的な運用方法等を解説した「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」や「ストレスチェック制度簡単導入マニュアル」を作成し周知するほか、全国の産業保健総合支援センターにおいて、事業者、人事労務担当者や産業医、保健師等の産業保健スタッフに対して研修を実施している。

このほか、ストレスチェック制度の実施が努力義務となっている労働者50人未満の小規模事業場においても取組みが進むよう、一定の要件を満たした場合にその費用を助成する事業を実施している。また、ITを利用してオンラインでストレスチェックを実施する場合に活用していただけるよう、「ストレスチェック実施プログラム」を作成し、厚生労働省のWebサイトで無料配布している。

企業向けの相談対応としては、2015年5月に独立行政法人労働者健康安全機構による「ストレスチェック制度サポートダイヤル」を開設している。

これらの取組みを通じて、ストレスチェック制度の周知・啓発等を進めている。

（2）その他メンタルヘルス対策

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^{*19}」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、メンタルヘルスに関する最新情報や、事業場のメンタルヘルス対策の取組み事例等やセルフケアの方法等の様々な情報を提供しているほか、労働者からの電話・メール相談を実施している。

(3) 過重労働による健康障害防止のための面接指導等

過重労働による健康障害防止対策については、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（2002（平成14）年2月策定、2016（平成28）年改正）により、事業者が講ずべき措置について指導等を行っている。その中で、労働者の健康管理に関する措置として、労働安全衛生法第66条の8及び第66条の9の規定等に基づき、長時間労働を行った労働者への医師による面接指導等及び面接指導の結果に基づく就業上の措置等の実施の徹底を図っている。

さらに、2017（平成29）年施行の改正労働安全衛生規則により、長時間労働者に対する面接指導について、産業医による労働者に対する面接指導の申出の勧奨を促進する等の目的のため、事業者は、長時間労働を行った労働者に関する情報を、産業医に提供しなければならないこととした。

また、2016年12月に決定された「『過労死等ゼロ』緊急対策」に基づき、精神障害に関する労災支給決定が行われた事業場に対して、メンタルヘルス対策を主眼とする個別指導を実施するとともに、企業が、傘下事業場において、概ね3年程度の期間に、精神障害に関する労災支給決定が2件以上行われた場合には、当該企業の本社事業場に対して、メンタルヘルス対策を主眼とする個別指導を実施し、全社的なメンタルヘルス対策の取組みについて指導を行っている。

(4) 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

* 19 こころの耳ホームページ <http://kokoro.mhlw.go.jp/>

不調者への相談指導、長時間労働者に対する面接指導等を実施している。

さらに、独立行政法人労働者健康安全機構にて、小規模事業場におけるストレスチェックの実施などに対して費用を助成しているほか、ストレスチェック実施後の集団分析を踏まえた職場環境改善計画の実施、心の健康づくり計画の作成・実施、小規模事業場における産業医の要件を備えた医師の選任に対する助成を行っている。

(5) 受動喫煙防止対策の推進

職場における受動喫煙防止対策については、労働安全衛生法により、2015（平成27）年6月から労働者の健康の保持増進のための措置という位置づけで、事業者及び事業場の実情に応じた適切な受動喫煙防止措置の実施が事業者の努力義務とされ、職場における一層の取組みが求められている。

こうした事業者の受動喫煙防止の取組みへの支援として、中小企業事業主を対象にした喫煙室の設置の費用の助成をはじめとして、専門家による電話相談や説明会、空気環境把握のための測定機器の無料貸出などを実施している。

第6節 震災復興のための労働安全衛生対策等

1 原発事故を受けた労働者の安全衛生と労働条件の確保

東京電力福島第一原子力発電所（以下「東電福島第一原発」という。）においては、30年から40年後の廃炉措置終了を見据え、使用済み燃料プール内の燃料や燃料デブリの取り出しに向けた作業等、高線量下における作業が見込まれることから、2015（平成27）年8月に策定した「東京電力福島第一原子力発電所における安全衛生管理対策のためのガイドライン」に沿った安全衛生確保措置等の指導等を行っている。また、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っている。

2011（平成23）年3月11日の東電福島第一原発事故発生時においては、原子力災害の拡大防止を図るため応急の対策を実施する必要性があり、緊急作業時の被ばく限度をやむを得ず引き上げた（同年3月14日から同年12月16日まで）。このような経緯を踏まえ、今後、仮に、緊急作業を実施する必要性が生じた場合に備え、あらかじめ特例的な緊急被ばく限度等に関する基準を定めるため、2015年8月に電離放射線障害防止規則の一部改正を行った。事故当時の緊急作業従事者（約2万人）については、「原子力施設等における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針」に基づき、被ばく線量や健康診断等の情報を蓄積するデータベースを構築している。これを活用し、健康相談、被ばく線量に応じたがん検診等を実施する体制の整備等により、緊急作業従事者の長期的な健康管理に努めている。

また、緊急作業従事者の放射線による健康影響を調査するため、2014（平成26）年度から、公益財団法人放射線影響研究所を統括研究機関として、緊急作業従事者を対象とした疫学研究を実施している。

さらに、2016（平成28）年7月より廃炉等作業員の健康支援相談窓口を独立行政法人

労働者健康安全機構と連携して設置し、労働者からの健康や放射線に関する不安に関する相談や、事業者からの労働者の健康支援に関する相談を受け付けている。なお、2017（平成29）年度からは、健康支援相談窓口の機能を強化し、国の事業として行っている。

2 除染等業務における安全衛生と労働条件の確保

東電福島第一原発事故により放出された放射性物質の除染等作業、廃棄物の処理等における被ばく線量管理等を図るため、2012（平成24）年1月に、新たな規則である「東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則」（以下「除染電離則」という。）を施行するとともに、ガイドラインを策定した。

その後、原発周辺の地域における様々な復旧・復興作業に従事する労働者の放射線障害防止対策を整備するため、同年7月に改正除染電離則を施行し、除染電離則が適用される業務を拡大した。

また、事故由来廃棄物等の処分業務が本格的に実施されることを受けて、電離放射線障害防止規則の一部改正を行い、2013（平成25）年7月に施行した。

このように除染等業務における放射線障害防止対策の枠組みを順次整備するとともに、除染等業務を行う事業者に対して重点的な監督指導を実施している。

2014（平成26）年12月からは、これらの業務に従事する者の被ばく線量を管理する民間の取組みとして、除染等作業従事者等被ばく線量登録管理制度が本格的に稼働し、当該制度への参加を促進している。2015（平成27）年4月からは、当該制度に登録された除染作業等者の被ばく線量分布が公表されている。

3 復旧・復興工事における災害防止対策

東日本大震災、熊本地震の被災地においては、復旧・復興に向けた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、熊本の4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・熊本地震復旧・復興工事安全推進本部」において、個別の企業の枠組みにとらわれない安全対策について、工事の進捗に合わせた検討を実施した。

また、被災地のがれき処理等の作業に従事する労働者の石綿ばく露の防止については、これらの作業の石綿気中濃度モニタリングを継続的に実施した。

さらに、平成28年（2016年）熊本地震の被災地においても、同様に、石綿気中濃度モニタリングを実施した。

4 本格的な震災復興に向けた取組み

現在の被災3県（岩手県、宮城県、福島県）の雇用情勢は、復興需要等による有効求人数の増加、人口減少、就職決定などによる有効求職者の減少により、有効求人倍率が3県ともに1倍以上となっており、雇用者数は震災前の水準まで回復している。しかし、沿岸部では、有効求人倍率は高いものの、人口流出等により、雇用者数は震災前の水準まで回

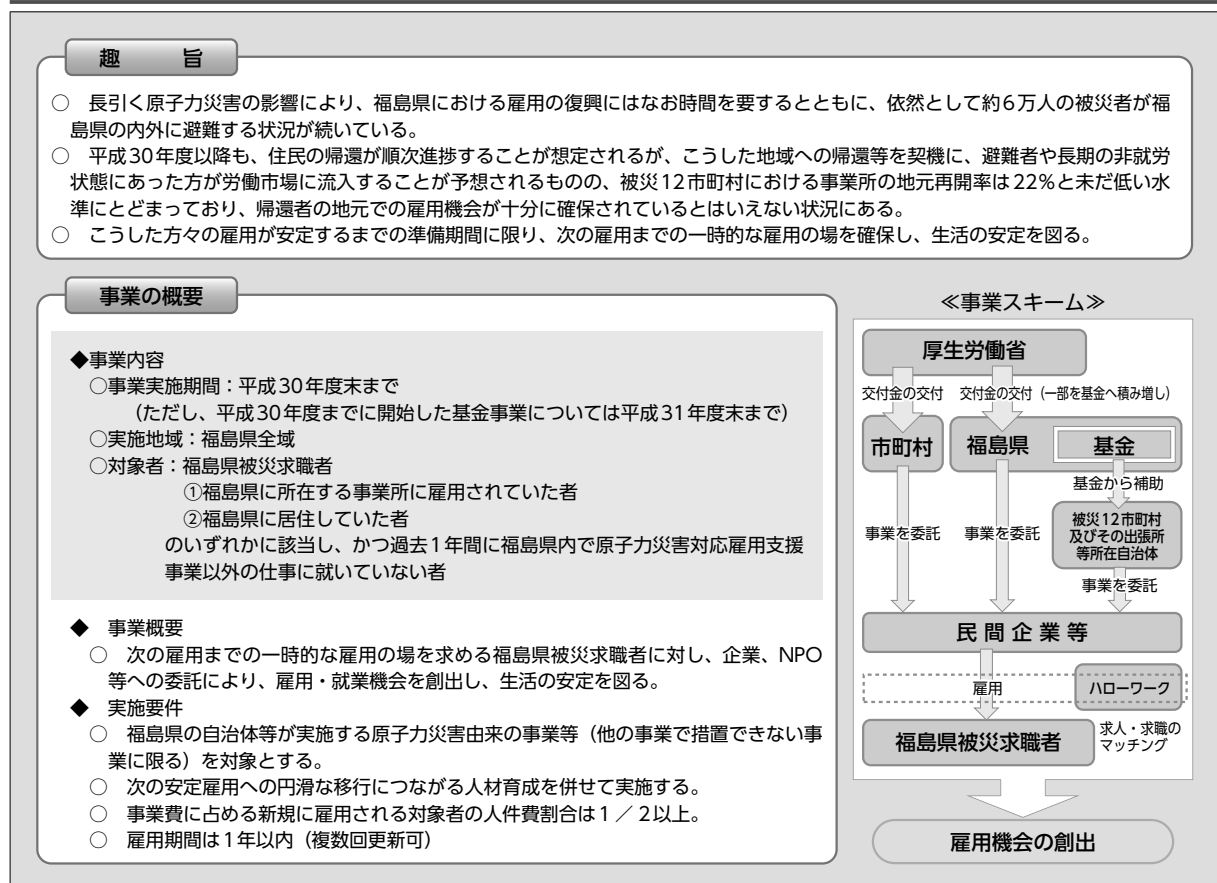
復していない地域もある。また、職種や条件によって求人と求職とのギャップが生じ、雇用のミスマッチが課題となっている。

そのため、厚生労働省は、被災地の雇用対策として、ミスマッチの解消などのために、被災地の雇用創出やハローワークによる就職支援などを行っている。

(1) 被災地の雇用創出

被災地の雇用の創出については、「緊急雇用創出事業」により、被災により仕事を失われた方々の当面の雇用の確保や、被災地域の本格的な雇用の創出に努めてきた。具体的には、原子力災害の影響を受けた福島県の被災求職者の一時的な雇用の確保、生活の安定を図る「原子力災害対応雇用支援事業」を実施している。また、被災地における深刻な人手不足などの雇用のミスマッチに対応するため、産業政策と一体となって雇用面での支援をする「事業復興型雇用確保事業」により、中小企業に対して被災求職者の雇入れ費用に係る助成及び住宅の借り上げや住宅手当の導入・拡充の費用に係る助成を行っている。

図表 2-6-1 原子力災害対応雇用支援事業の概要



図表 2-6-2 事業復興型雇用確保事業の概要

趣 旨

- 被災地では、沿岸地域を中心に雇用のミスマッチによる人手不足が深刻化しており、さらに事業所用地の整備に時間を要していることなどが重なり、本格的な雇用復興にはなお時間を要する状況にある。
- こうした被災地特有の現状に対応するため、中小企業が雇用のミスマッチ分野等において被災求職者等を雇用する場合に、産業政策と一体となって雇用面から支援を行うことで、その解消を図るものである。

事業概要

【事業実施期間】

平成30年度までに事業を開始した場合に3年間支援（平成30年度～平成33年度）

【実施地域】

岩手県（沿岸部）、宮城県（沿岸部）、福島県（全域）

【対象事業所】

中小企業基本法第2条第1項に規定する中小企業者に該当する事業所等（福島県の被災15市町村を除く）であって以下のいずれかに該当する事業を実施する事業所（①の事業を優先的に採用）

- ① 国や自治体の補助金・融資（新しい事業や地域の産業の中核となる事業を対象にするもの。）又は雇用のミスマッチに対応するための産業政策の対象となっている事業
- ② ①以外で、「産業政策と一体となった雇用支援」と認められる事業

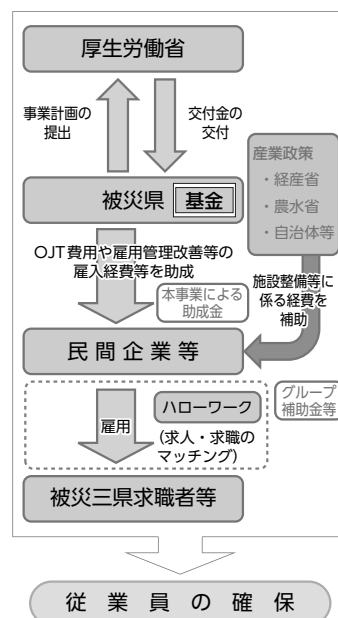
【内容・要件】

○雇用費助成

- ・被災三県求職者の雇入れ1人当たり120万円（短時間労働者は60万円）を助成。
- ・1事業所につき2,000万円（3年）を上限とする。
- ※期間の定めのない雇用等に限る。
- ※福島県の被災15市町村の事業所については、1人当たり225万円（短時間労働者は110万円）とする。
- ※助成額は3年間の合計とし、1年ごとに支給する。
- ※1年ごとの支給額は段階的に減らす仕組みとし、各自治体が独自に設定する。

○住宅支援費助成

- ・求職者（一般求職者を含む）の雇入れのために、住宅支援の導入等による職場環境の改善を図り、かつ雇用の確保・維持を達成している場合に、要した経費の3／4を助成。
- ・1事業所につき240万円（年額）を上限とする。
- ※宿舍の新規借り上げ、追加借り上げ、住宅手当の新規導入、手当拡充を行った場合に限る。
- ※定着状況を確認し、1年ごとに最大3回支給する。



(2) ハローワークでの就職支援等

産業政策や復旧・復興事業で生じる求人をハローワークで開拓・確保するとともに、求職者に対しては、担当者制による個別支援や、職業訓練への誘導を行うなどきめ細かな就職支援を実施している。また、ハローワークの全国ネットワークを活用し、被災3県も含めた広域的な求人情報提供、マッチング等の支援を実施している。その結果、2011（平成23）年4月から2018（平成30）年3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、88万人以上にのぼっている。

(3) 福島県内外への避難者に対する支援

原子力災害の影響により、現在もなお避難を余儀なくされている方々がいる。そうした方々の就職支援は極めて重要な課題である。

こうしたことから、前記の対策を講ずるほか、避難指示区域等からの避難者の就職支援体制の整備を図る「福島避難者帰還等就職支援事業」を2013（平成25）年度より実施している。

具体的には、市町村や経済団体から構成される協議会に対し、就職支援セミナーなど避難解除区域等への帰還者の雇用促進に資する事業を委託して実施している。また、福島労働局に専門のコーディネーターを配置し、福島県及び県内の市町村に対して、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、自治体や福島相双復興推進機構等関

係機関と連携して被災事業主の人材確保支援を行っている。さらに、山形、埼玉、東京、新潟、大阪労働局管内のハローワークに「福島就職支援コーナー」を設置し、福島県へ帰還して就職することを希望している避難者に対して、きめ細かな支援を実施している。

第7節 豊かで充実した勤労者生活の実現

1 中小企業退職金共済制度について

中小企業退職金共済制度は、独力では退職金制度を設けることが困難な中小企業について、事業主の相互共済の仕組みと国の援助によって退職金制度を確立し、中小企業の従業員の福祉の増進を図るとともに、中小企業の振興に寄与することを目的とした制度である。主に常用労働者を対象とする「一般の中小企業退職金共済制度」と、厚生労働大臣が指定した特定の業種に期間を定めて雇用される労働者（期間雇用者）を対象とする「特定業種退職金共済制度」とがあり、現在、特定業種として、建設業、清酒製造業及び林業が指定されている。2018（平成30）年3月末現在、加入労働者は約566万人であり、2017（平成29）年度の退職金支給件数は約32万件、退職金支給金額は約4,026億円となっている。

なお、2018年5月から、会社合併等に伴う中退共制度と企業年金制度との間の資産移換が可能となった。

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。

2018（平成30）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約781万件、貯蓄残高は約16兆円、財形融資貸付件数は約8万件、貸付残高は約7千億円となっている。

第8節 安定した労使関係の形成など

1 2017年度の労使関係

(1) 我が国の労働組合

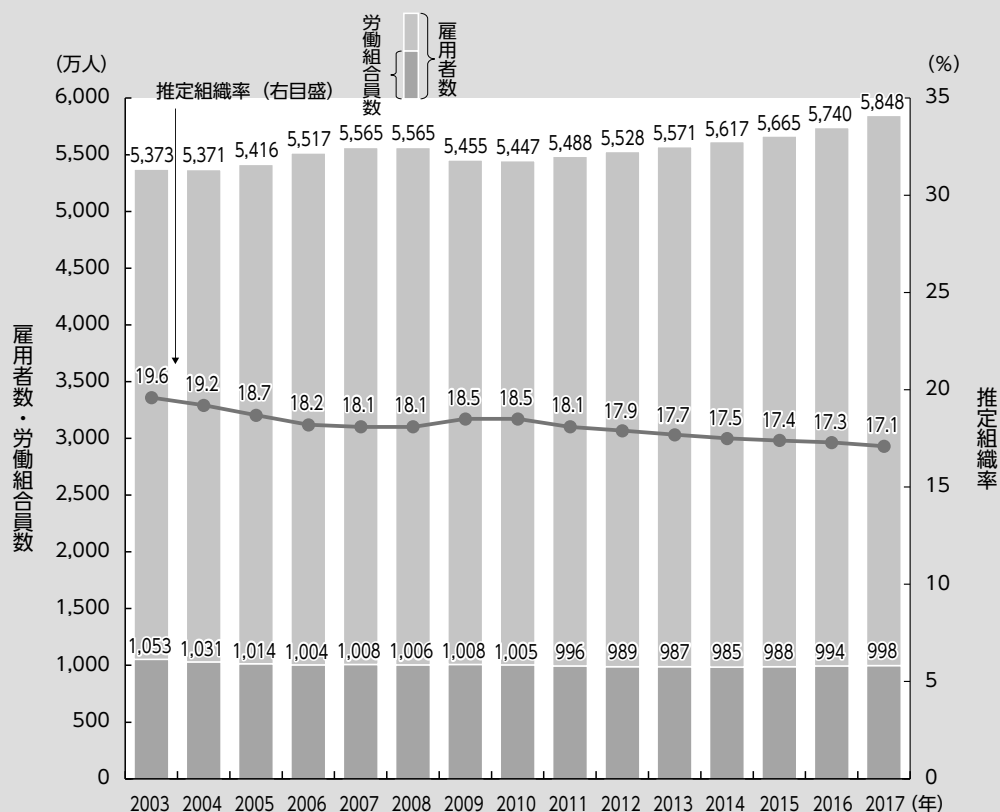
我が国の労働組合は、企業別労働組合を基本に組織されているが、政策・制度面を始め、企業別組織では対応できない課題に取り組むため、これらが集まって産業別組織を形成し、さらに、これらの産業別組織が集まって全国的中央組織を形成している。

2017（平成29）年6月現在、我が国の労働組合員数は998万1千人（前年994万人）で4万1千人増加した（図表2-8-1）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は120万8千人で（前年113万1千人）、7

万7千人増加し、これらを調査事項に加えた1990（平成2）年以降、過去最高を更新している。

図表 2-8-1 雇用者数、労働組合員数及び推定組織率の推移（単一労働組合）



資料：厚生労働省政策統括官付雇用・賃金福祉統計室「労働組合基礎調査」、総務省統計局「労働力調査」

(注) 1. 「雇用者数」は、労働力調査の各年6月分の原数値である。

2. 「推定組織率」は、労働組合数を雇用者数で除して得られた数値である。

3. 2011年の雇用者数及び推定組織率は、2012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2011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

2017（平成29）年10月26日の「平成29年第14回経済財政諮問会議」において、安倍総理から経済界に対して、「賃上げはもはや企業に対する社会的要請だといえます。来春の労使交渉においては、生産性革命をしっかりと進める中で3%の賃上げが実現するよう期待したい。経済界におかれては前向きな取組みを是非ともお願いしたいと思います」と賃上げの取組みについて要請した。

日本労働組合総連合会（連合）は2017年12月5日に、「賃上げ要求水準は、2%程度を基準とし、定期昇給相当分（賃金カーブ維持相当分）を含め4%程度とする」等を内容とする「2018春季生活闘争方針」を決定し公表した。

また、日本経済団体連合会（経団連）は、2018（平成30）年1月16日、「経済界は、企業規模にかかわらず、賃金引上げのモメンタムの一層の強化に努め、デフレからの完全な脱却と経済の好循環のさらなる拡大に貢献していく」「個人消費活性化に向けた『3%の賃金引上げ』との社会的期待を意識しながら、自社の収益に見合った前向きな検討が望ま

れる」等を内容とする「2018年版経営労働政策特別委員会報告（経労委報告）」を公表した。

同年3月14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、多くの企業で前年を上回る回答が行われた。

また、非正規雇用労働者についても、全体として時給、月給いずれも引上げの回答が多く、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

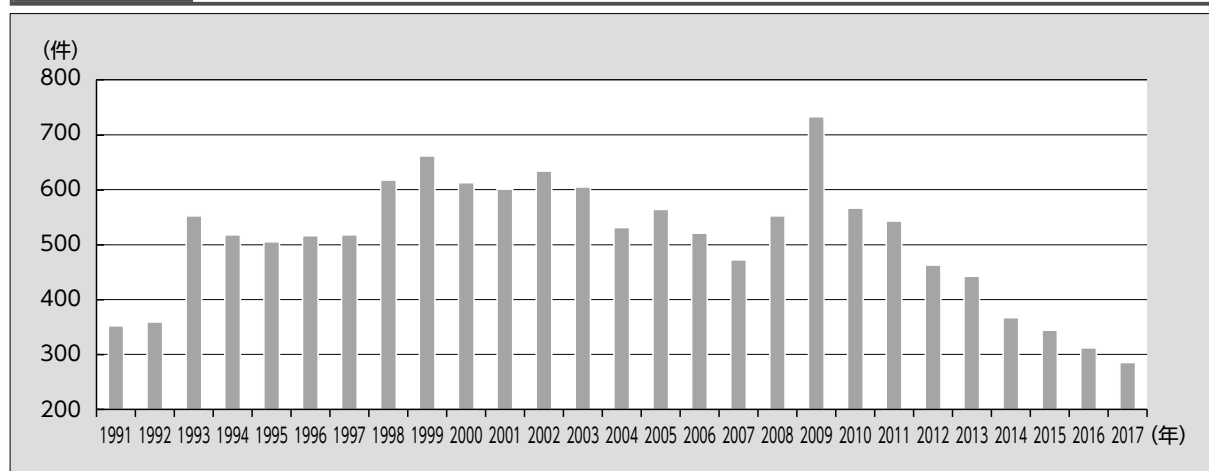
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

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、2017（平成29）年が300件であり、同年の平均処理日数は413日であった。再審査及び行政執行法人関係事件審査の新規申立件数は、2017年が62件であり、同年の平均処理日数は522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2017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、285件であった（図表2-8-2）。

さらに、個別労働紛争のあっせん新規係属件数は、271件であった。

図表2-8-2 労働争議調整事件の新規係属件数



第3章 女性、若者、高齢者等の多様な働き手の参画

第1節 女性・若者・高齢者等の活躍促進等

1 女性の雇用の現状

総務省「労働力調査（基本集計）」によると、2017（平成29）年の女性の労働力人口は2,937万人（前年比45万人増）で、女性の労働力人口比率は51.1%（前年比0.8ポイント上昇）である。生産年齢（15～64歳）の女性の労働力人口比率は、69.4%（前年比1.3ポイント上昇）である。また、総務省「労働力調査（基本集計）」によると、女性の雇用者数は2,590万人（前年比51万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は44.5%（前年比0.3ポイント上昇）となっている。

2 女性の活躍促進等

(1) 男女雇用機会均等対策の推進

労働者が性別により差別されることなく、また、働く女性が母性を尊重されつつ、その能力を十分に発揮できる雇用環境を整備するため、男女雇用機会均等法に沿った男女均等取扱いがされるよう周知徹底するとともに、法違反が認められる企業に対しては、都道府県労働局雇用環境・均等部（室）において、迅速かつ厳正な指導を行っている。

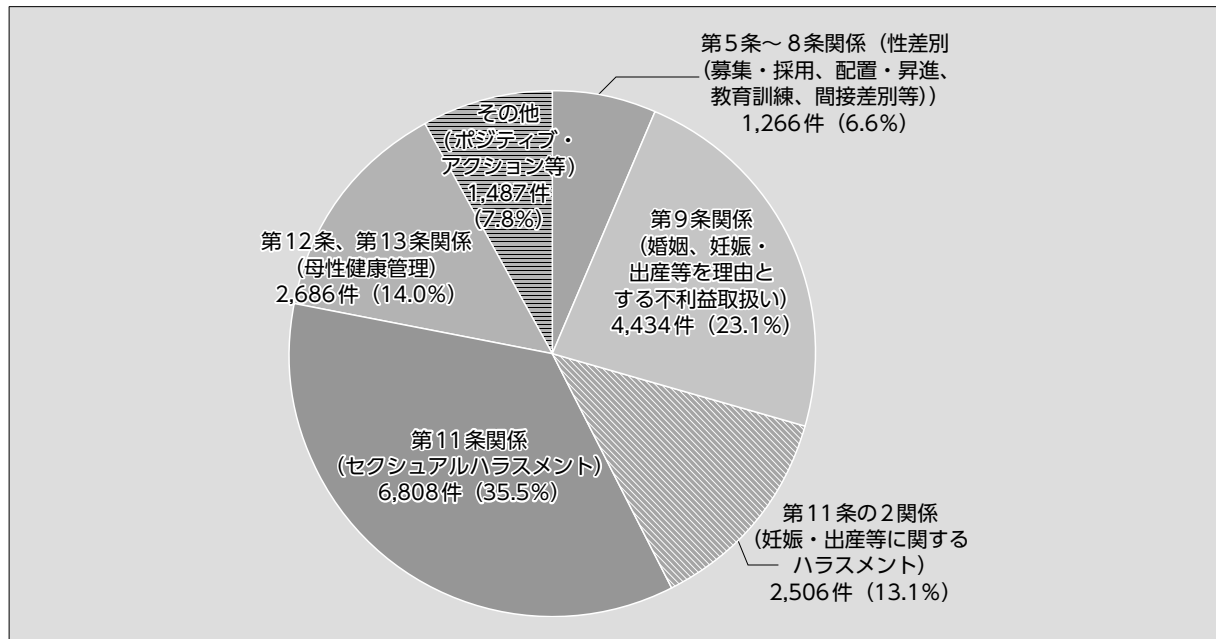
また、労働者と事業主の間の紛争については、都道府県労働局長による紛争解決の援助及び機会均等調停会議による調停で円滑かつ迅速な解決に取り組んでいる。

2017（平成29）年度に雇用環境・均等部（室）に寄せられた男女雇用機会均等法に関する相談件数は19,187件である。その内容を見ると、職場におけるセクシュアルハラスメントや妊娠・出産等を理由とする解雇その他不利益取扱いに関する相談が多くなっている（図表3-1-1）。また、是正指導件数は14,595件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は208件、機会均等調停会議による調停件数は46件となっている。

妊娠・出産等に関するハラスメントやセクシュアルハラスメントに関する相談については、適切に対応するとともに、男女雇用機会均等法に沿った対策が講じられていない企業については、指導を行い、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、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、法違反が認められる場合には、厳正な指導により、法の履行確保を図っている。

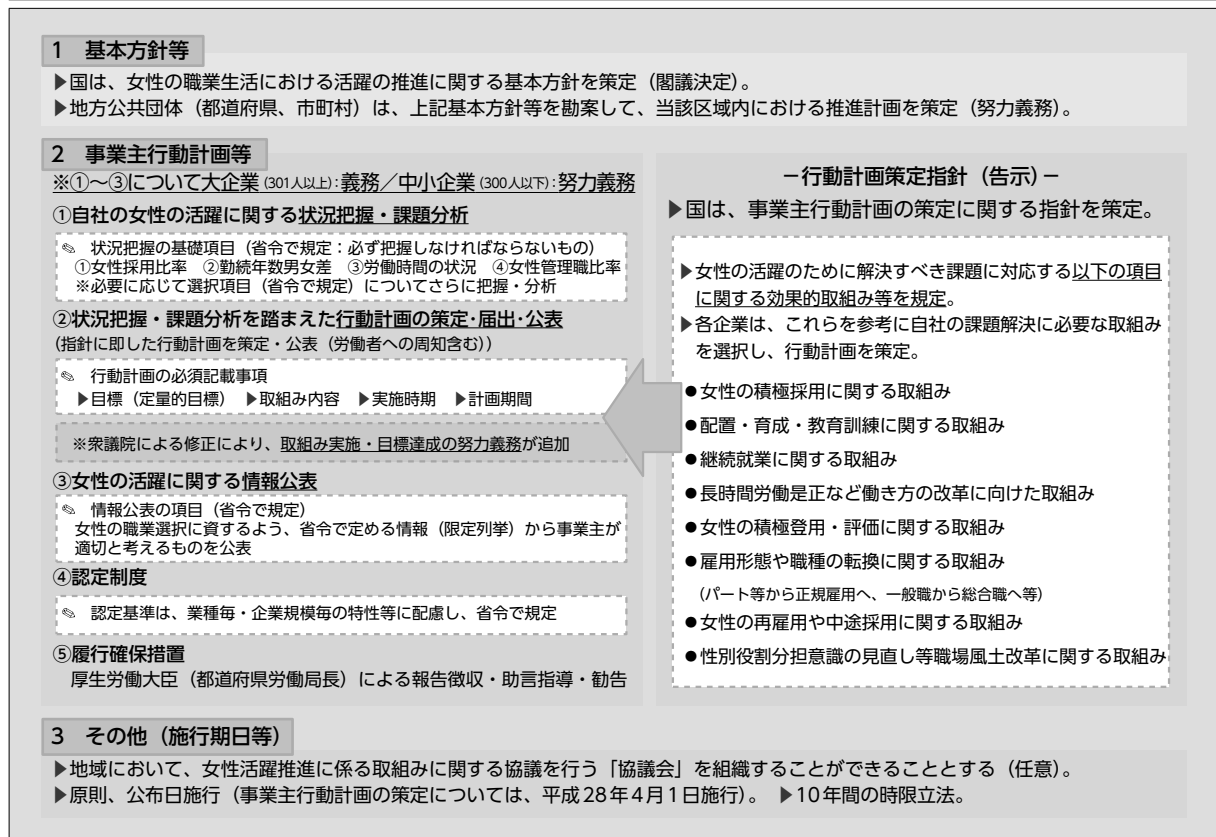
また、職場における母性健康管理を推進するため、企業や女性労働者に対して母性健康管理に関する情報を提供する支援サイト「妊娠・出産をサポートする 女性にやさしい職場づくりナビ」の運営等を行っている。

図表 3-1-1 男女雇用機会均等法に関する相談内容の内訳



(2) 女性の活躍推進に向けた企業の取組み支援

図表 3-1-2 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律の概要（民間事業主関係部分）



女性の職業生活における活躍を一層推進するため、2016（平成28）年4月より全面施行されている「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」（以下「女性活躍推進法」という。）に基づき、一般事業主行動計画の策定等が義務付けられている301人以上の企業について、必要な助言を行うこと等により、法に基づく取組みの実効性確保を図っている。

また、多くの企業が同法に基づく「えるぼし」認定を目指すよう認定のメリットも含め広く周知し、認定申請に向けた取組み促進を図っている。

さらに、同法に基づく取組みが努力義務とされている300人以下の中小企業について、より多くの企業が女性活躍に向けた取組みを行うよう、あらゆる機会を通じて周知・啓発に努めている。併せて「両立支援等助成金（女性活躍加速化コース）」及び「中小企業のための女性活躍推進事業」等の活用を促すことにより、中小企業の取組み支援を行っている。

なお、一般事業主行動計画の策定・届出が義務付けられている301人以上の企業の届出率は、2018（平成30）年3月末日時点で99.6%となっている。さらに、女性活躍の状況が優良な企業に対して行う「えるぼし」認定については、同じく3月末日時点で579社になっている。

加えて、女性活躍推進法の附則に基づく施行後3年の見直しについて、労働政策審議会雇用環境・均等分科会における議論の結果を踏まえ、一般事業主行動計画の策定等の義務を101人以上の企業に拡大することなどを盛り込んだ法案を、第198回通常国会に提出した。

■認定マーク「えるぼし」

（認定段階1） （認定段階2） （認定段階3（最高位））



また、個別の企業の女性の活躍に関する状況や取組みを検索、閲覧できる「女性の活躍推進企業データベース」(<http://positive-ryouritsu.mhlw.go.jp/positivedb/>)を運用し女性活躍推進法における女性の活躍に関する状況の情報公表や一般事業主行動計画の掲載先として利用促進を図っている。2017（平成29）年12月には、学生をはじめとした求職者が簡単に利用できるよう、当データベースのスマートフォン版の運用を開始した。

また、ポジティブ・アクション（男女労働者間に事実上生じている格差の解消を目指した企業の自主的かつ積極的な取組み）に積極的に取り組む企業を表彰する「均等・両立推進企業表彰」を実施している。



このほか、男女労働者の間に事実上生じている格差の実態把握とポジティブ・アクションの取組みの必要性について気づきを促す「男女間賃金格差解消に向けた労使の取組支援のためのガイドライン」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/seisaku09/>)の普及を行っている。

(3) 女性の就業希望の実現

全国194か所（2018（平成30）年3月末現在）のマザーズハローワーク・マザーズコーナーにおいて、子育てをしながら就職を希望する女性等に対して、子ども連れで来所しやすい環境を整備するとともに、担当者制によるきめ細かな就職支援、求人情報や地方公共団体との連携による保育サービス関連情報等の提供など、再就職に向けた総合的かつ一貫した支援を行っている。

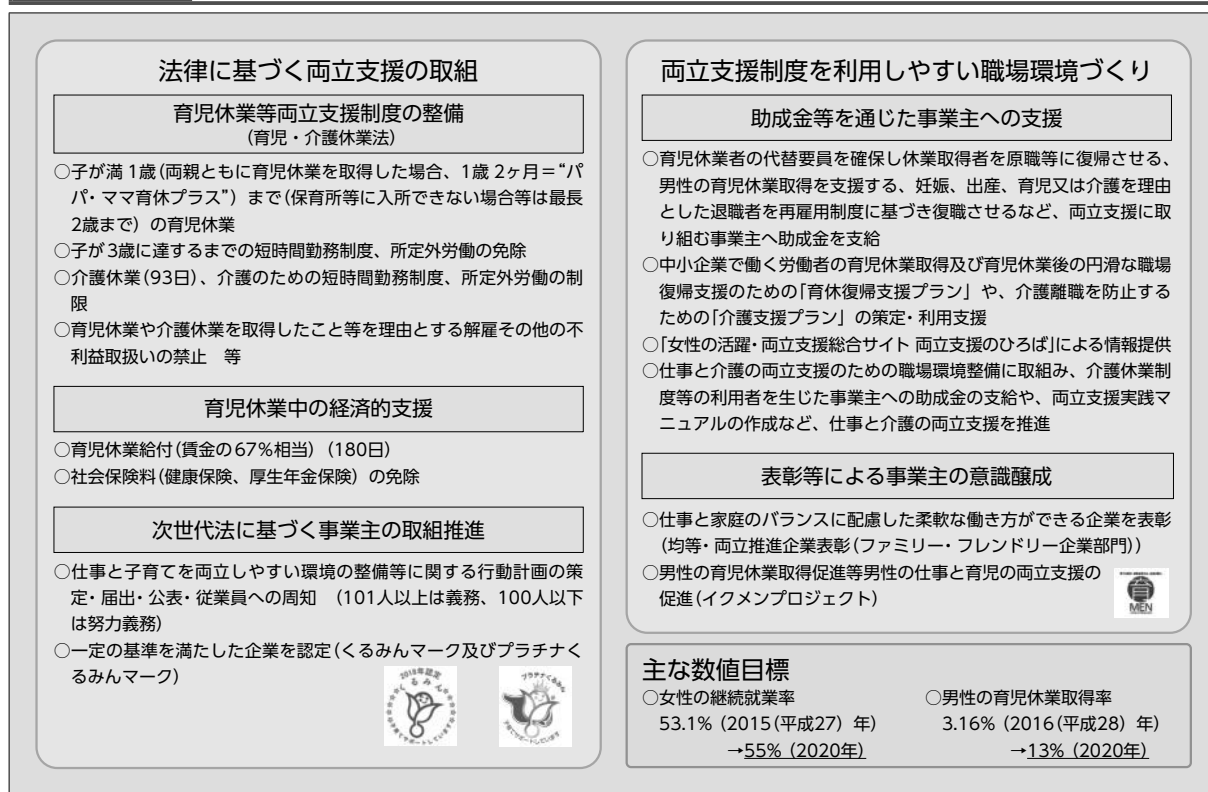
また、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、「仕事と育児カムバック支援サイト」により情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

(4) 仕事と育児・介護等の両立支援策の推進

仕事と育児・介護等の両立支援に向けた取組みは、少子化対策や子育て支援策だけでなく、女性の活躍促進に資するとともに、日本経済の活力の維持の観点からも重要となっている。

このため、育児・介護休業法の周知徹底、次世代育成支援対策推進法に基づく事業主の取組み促進、助成金の支給を通じた事業主への支援、両立支援に関する情報を一元化した「女性の活躍・両立支援総合サイト 両立支援のひろば」の運用、均等・両立推進企業表彰やイクメンプロジェクトの実施など、仕事と育児・介護等の両立を図ることができる雇用環境の整備に取り組んでいる（第1章第8節参照）。

図表 3-1-3 仕事と家庭の両立支援対策の概要



3 高齢者雇用の現状

「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」（昭和46年法律第68号。以下「高齢者雇用安定法」という。）では、希望者全員が65歳まで働ける制度の導入が企業に義務づけられている。

2017（平成29）年6月1日現在、31人以上規模企業の99.7%で、①65歳までの定年の引上げ、②継続雇用制度の導入、又は③定年の定め廃止のうちいずれかの措置（以下「高齢者雇用確保措置」という。）を実施済みである。引き続き、高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、意欲ある高齢者が年齢に関わりなく、生涯現役で働き続けることができる社会の実現に向けた取組みを推進していくこととしている。

4 「生涯現役社会」の実現

(1) 企業における高齢者の就労促進

生涯現役社会の実現に向けた環境を整備するため、65歳以降の定年延長や継続雇用制度の導入、高齢者の雇用環境の整備や高齢の有期契約労働者の無期雇用への転換を行う事業主に対して、「65歳超雇用推進助成金」を支給している。また、（公財）産業雇用安定センターにおいて高齢退職予定者の情報を登録して、その能力の活用を希望する事業者に対してこれを紹介する高齢退職予定者キャリア人材バンク事業を実施している。

一方、働きたい高齢求職者の再就職支援のため、全国の主要なハローワークに「生涯現役支援窓口」を設置し、特に65歳以上の高齢求職者に対して職業生活の再設計に係る支援や支援チームによる就労支援を重点的に行っている。ハローワーク等の紹介により60歳以上の高齢者等を雇い入れた事業主に対しては、特定求職者雇用開発助成金を支給し、高齢者の再就職を促進している。

さらに、高齢者が経験のない分野等でも円滑に再就職できるよう、必要な能力を習得するための技能講習と、就職先企業の開拓、就職が見込まれる分野の企業における職場体験、就職面接会、就職後のフォローアップ等の就職支援を一体的に行う、高齢者スキルアップ・就職促進事業を実施している。

既存の企業による雇用の拡大だけでなく、起業によって中高年齢者等の雇用を創出していくことも重要である。そのため、中高年齢者等（40歳以上）が起業を行う際に、従業員の募集・採用や教育訓練経費の一部を助成する「生涯現役起業支援助成金」を創設し、2016（平成28）年度から実施している。

(2) 高齢者が地域で働ける場や社会を支える活動ができる場の拡大

2016（平成28）年に改正した高齢者雇用安定法に基づき、地方自治体が中心となって設置された協議会等からの提案による高齢者の就労促進に向けた事業（生涯現役促進地域連携事業）を開始し、高齢者の雇用・就業促進に向けた地域の取組みを支援している（2018（平成30）年4月現在29地域にて実施）。

また、定年退職後等に、地域社会に根ざした臨時的かつ短期的又は軽易な就業を通じた

社会参加を希望する高齢者に対して、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（2017（平成29）年3月末現在、シルバー人材センターの団体数は1,291団体、会員数は約72万人）。さらに、2016年の高齢者雇用安定法の改正により、シルバー人材センターにおける業務について、都道府県知事が市町村ごとに指定する業種等においては、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業が可能となった（2018年4月現在246地域にて実施）。引き続き本制度の積極的な活用に向け、都道府県と連携して対応していく。

5 若年者雇用の現状

若者の雇用情勢については、15～24歳の完全失業率が、2017（平成29）年には4.6%（前年比0.5ポイント低下）、25～34歳については、3.7%（前年比0.6ポイント低下）と、前年より回復している。

また、2018（平成30）年3月卒業者の就職率を見ると、大学については98.0%（2018年4月1日現在）、高校については98.1%（2018年3月末現在）と、いずれも前年同期に比べ上昇（大学0.4ポイント、高校0.1ポイント）したものの、支援を要する新卒者等に対しては、きめ細かい就職支援に引き続き取り組む必要がある。

このため、学校等と密に連携しながら、新卒者等の求人確保や採用意欲のある企業と学生とのマッチングなどにより、新卒者等の就職支援を更に強化する必要がある。あわせて、既卒者及び中途退学者についても、新卒卒での応募機会の拡大及び採用・定着の促進に向けて取り組む必要がある。

フリーター数は、2017年には152万人となり、前年（2016（平成28）年154万人）と比べて2万人減少となっている。また、若年無業者数については2017年には54万人となり、前年（2016年56万人）と比べて2万人減少となっている。

我が国の将来を担う若者が安心・納得して働き、その意欲や能力を充分に発揮できるよう、若者の正社員就職の推進など、包括的な支援を行っている。

6 総合的かつ体系的な若者雇用対策の充実に向けた法的整備

青少年の雇用の促進等を図り、その能力を有効に発揮できる環境を整備するため、青少年の適職の選択並びに職業能力の開発及び向上に関する措置等を総合的に講ずる「若者雇用促進法」が、2015（平成27）年9月18日に公布された。

同法においては、①若者の適職選択に資するよう、職場情報を提供する仕組みの創設、②一定の労働関係法令違反の求人者について、ハローワークでの新卒求人の不受理、③若者の雇用管理が優良な中小企業についての認定制度の創設などの内容が盛り込まれ、その取組みに係る周知等を実施している（③については2015年10月1日、①、②については2016（平成28）年3月1日施行）。

7 就職活動から職場で活躍するまでの総合的なサポート

新卒者・既卒者専門の「新卒応援ハローワーク」（2018（平成30）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。2017（平成29）年度は延べ約44.9万人が利用し、約10.3万人が就職決定した。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。2017年度は約19.7万人のジョブサポーター支援対象者の就職が決定した。

また、就職後の職場定着支援等の相談窓口を設置しており、就職活動から、職場で定着するまでの総合的なサポートを実施している。

さらに、事業主に対して新卒者採用にあたって卒業後3年以内の者を新卒者として取り扱うよう求めた若者雇用促進法に基づく「青少年の雇用機会の確保及び職場への定着に関して事業主、特定地方公共団体、職業紹介事業者等その他の関係者が適切に対処するための指針」（平成27年厚生労働省告示第406号）の事業主への周知による既卒者の就職促進や、地域の経済団体や教育機関等を構成員とする「新卒者等就職・採用応援本部」の開催を通じた関係機関の連携体制の強化を行っている。

加えて、既卒者及び中途退学者の新卒枠での応募機会の拡大及び採用・定着の促進を図るため、2017年5月より「三年以内既卒者等採用定着奨励金」を「特定求職者雇用開発助成金（三年以内既卒者等採用定着コース）」に拡充し、当該助成金を活用した既卒者及び中途退学者の応募機会の拡大等を図っている。

8 若者と中小企業とのマッチングの強化

若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用管理の状況などが優良な中小企業について、若者雇用促進法に基づき厚生労働大臣が「ユースエール認定企業」として認定する制度を2015（平成27）年10月に創設した。認定企業の情報発信を後押しすること等により、若者の雇用管理が優良な中小企業と若者のマッチングを強化し、若者の適職選択と企業が求める人材の円滑な採用を支援している。



〈認定マーク〉

9 キャリア^{*1}教育の推進

若者が、学校から社会・職業に円滑に移行できないなどの課題に直面している。この問題は、社会全体を通じた構造的な問題があることが指摘されているが、学校教育は若者の社会的・職業的自立や、生涯にわたるキャリア形成を支援するための重要な役割を果たすものであり、キャリア教育の重要性が増している。2011（平成23）年1月31日には中央教育審議会において「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について（答申）」が取りまとめられた。答申では幼児期の教育から高等教育までの体系的なキャリア教育の推進や職業教育の充実が提示されたが、その中で、キャリア・カウンセリングを行う専門人材の学校への配置、教職員のカウンセリングに関する知識やスキルの習得の重要性、学校・産業界・関係府省間の連携等についても指摘されている。

また、大学設置基準及び短期大学設置基準の改正（2010（平成22）年2月公布、2011年4月施行）により全ての大学等において、社会的・職業的自立に関する指導（キャ

^{*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

リアガイダンス）に取り組むための体制を整備することとされている。

そのため、今後のキャリア教育を効果的に推進する上で、キャリア教育に関する先進事例を広く共有し、全国への普及・啓発を図るための「キャリア教育推進連携シンポジウム」を文部科学省、経済産業省と合同で開催した。

2018（平成30）年度も引き続きシンポジウムの開催等を通じて、キャリア教育の推進を図ることとしている。

10 フリーターなどの正社員就職の促進

「わかものハローワーク」（2018（平成30）年4月1日現在、28か所）等で、担当者制による個別相談支援、正社員就職に向けたセミナーやグループワーク等各種支援、就職後の定着支援を実施し、2017（平成29）年度は約28.9万人が就職した。また、フリーターから正社員に転換した者の体験談や、正社員就職を目指す若者が利用できる支援機関を紹介する動画及びパンフレットを作成し、若者への周知を実施している。さらに、地域若者サポートステーション（以下「サポステ」という。）との連携により、就労意欲のある若年無業者等の支援を行っている。

11 若年無業者等の若者の職業的自立支援の強化

若年無業者等の職業的自立を支援するためには、基本的な能力の開発にとどまらず、職業意識の啓発や社会適応支援を含む包括的な支援が必要であり、こうした支援は各人の置かれた状況に応じて個別的行うことや、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、地方公共団体との協働により、地域の若者支援機関からなるネットワークを構築・維持するとともに、その拠点となるサポステを設置し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談や各種プログラムの実施など、多様な就労支援メニューを提供する「地域若者サポートステーション事業」を2006（平成18）年度から実施している。

2017（平成29）年度においては、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）により、高校・高等専修学校とサポステ等との連携による中退者等へのアウトリーチ型等の就労支援を実施することとされたことを踏まえ、学校等関係機関との連携を一層強化し、高校中退者等の希望に応じて、サポステ職員が学校や自宅等へ訪問するアウトリーチ型の切れ目ない就労支援を実施している。

12 キャリアコンサルティングの活用促進

(1) キャリアコンサルティング^{*2}の概要

キャリアコンサルティングとは「労働者の職業の選択、職業生活設計又は職業能力の開発及び向上に関する相談に応じ、助言及び指導を行うこと」（職業能力開発促進法第2条第5項）をいい、ハローワークなどの需給調整機関や、企業、学校などの多くの現場で実

*2 キャリアコンサルティングの詳細を紹介したホームページ

厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyouounouryoku/career_formation/career_consulting/index.html

施されている。

高齢化の進展に伴う職業人生の長期化や、サービス経済化・グローバル化の進展、企業における人材処遇の在り方の変化などを背景として、働く方自らが職業生活設計を行う傾向が強まり、キャリア形成支援の重要性が一層高まる中で、キャリアコンサルティングは「労働市場のインフラ（基盤）」としての役割も担っている。

(2) キャリアコンサルタント国家資格の創設、キャリア形成支援の更なる推進

キャリアコンサルティングを担うキャリアコンサルタントについては、その資質向上を図るため、2002（平成14）年11月から民間機関が実施するキャリア・コンサルタント能力評価試験をキャリア形成促進助成金の支給対象として指定してきたが、職業生活設計に関する専門的な相談・助言をこれまで以上に安心して受けることのできる環境を整備するため、2016（平成28）年4月1日、職業選択や職業能力開発に関する相談・助言を行う専門家としてキャリアコンサルタント登録制度を法定化し、キャリアコンサルタントを登録制の名称独占資格として位置づけるとともに、守秘義務、信用失墜行為の禁止義務を課した。また、5年ごとの更新に当たって講習の受講を義務づけるなどにより資質の確保を図ることとしている。なお、キャリア・コンサルタント能力評価試験を2016年3月末までに合格した者等については、キャリアコンサルタント国家資格に移行できるよう経過措置を設けている。

また、企業におけるキャリアコンサルティングの実施を推進するため、「セルフ・キャリアドック」の導入促進や、グッドキャリア企業アワードの実施などを行っている。

この他、キャリアコンサルティングの有用性を広め、キャリアコンサルタントの質量両面での充実を図るため、2008（平成20）年12月よりキャリアコンサルティング職種技能検定試験を実施している。当該検定試験に合格したキャリアコンサルティング技能士（1級・2級）は、その能力の水準がキャリアコンサルタントより上位の資格として位置づけられている。

これらの取組みにより、2017（平成29）年度末で約6万5千人のキャリアコンサルタント有資格者（延べ）が養成されている。

13 ジョブ・カード制度の推進

2008（平成20）年度から職業訓練受講者を中心に活用されてきたジョブ・カードについて、2015（平成27）年10月以降、個人のキャリアアップや、多様な人材の円滑な就職等を促進するために、「生涯を通じたキャリア・プランニング」及び「職業能力証明」の機能を担うツールであることを明確にし、労働市場のインフラとして、キャリアコンサルティング等の個人への相談支援のもと、求職活動、職業能力開発などの各場面において一層活用されるよう、活用方法、様式等の見直しを行ったことを踏まえ、ジョブ・カードの普及促進方策を取りまとめた「新ジョブ・カード制度推進基本計画」に基づき、「ジョブ・カード制度総合サイト」の機能拡充等により、ジョブ・カードの更なる普及促進を行っている。

また、雇用型訓練、ハロートレーニング（公的職業訓練）においても、引き続き、ジョブ・カードを活用したキャリアコンサルティングや能力評価を実施している。

図表3-1-4 新ジョブ・カード制度（平成27年10月～）

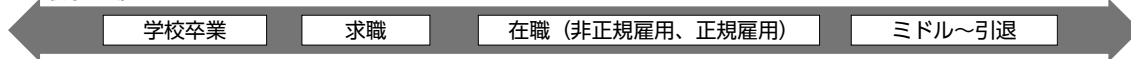
—ジョブ・カードを、個人が生涯活用するキャリア・プランニング及び職業能力証明のツールとして普及を促進—

目的

- 個人の状況に応じた職業能力開発、多様な人材に必要な分野への円滑な就職の支援等のため、下記のツールとして、生涯を通して活用

◆ 生涯を通じたキャリア・プランニングのツール

- 個人が履歴、職業経験の棚卸し、職業生活設計等の情報を蓄積の上、キャリアコンサルティングを受けつつジョブ・カードを作成し、訓練の受講、キャリア選択等で活用



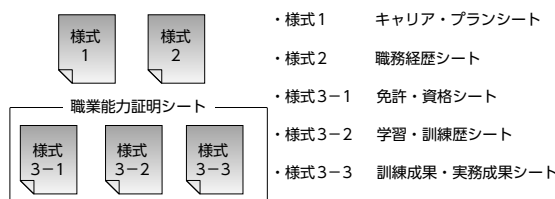
◆ 円滑な就職等のための職業能力証明のツール

対象情報を拡大し、職業能力の見える化

- 免許・資格、学習・訓練歴、雇用型訓練、公的職業訓練をはじめとする訓練の評価、職務経験、仕事ぶりの評価の情報を蓄積し、応募書類等としても活用

活用の形態・様式

- 職業能力開発促進法第15条の4第1項の規定に基づき、厚生労働大臣が「職務経歴等記録書」（ジョブ・カード）の様式を定めている。
- 職業人生を通じて、個人が、各情報を項目別に各様式に記入（必要に応じてキャリアコンサルティング等の支援を受けて記入）。
原則、電子化（個人自らのパソコン等に入力）し継続的に蓄積、場面に応じて抽出・編集して活用。様式の一部に所要の調整等を加えることも可能。



周知・広報

- ジョブ・カード制度総合サイト
- ・ ジョブ・カードの各様式やその記入例、スキルチェック機能、メール相談サービス、免許・資格や労働関係の統計情報等の関係情報を提供。
- ・ ジョブ・カード作成支援、履歴書・職務経歴書の作成ができる「ジョブ・カード作成支援ソフトウェア（WEB版含む）」や「スマートフォン版アプリ」等を提供。
- パンフレット・リーフレット・ポスター・動画
- ・ 求職者・在職者、事業主、学生など幅広い層への周知広報のためパンフレット・リーフレット等を配布。
- ・ ジョブ・カード制度の説明や活用好事例をまとめた動画を配信。



第2節 障害者、難病・がん患者の活躍促進

1 障害者雇用の現状

最近の障害者雇用の状況は、民間企業での障害者の雇用者数（2018（平成30）年6月1日現在53万5千人（前年比7.9%増））が15年連続で過去最高を更新し、実雇用率も2.05%（前年は1.97%）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、2017年度は過去最高の97,814件（前年度比4.9%増）であった。特に、精神障害者の就職件数が45,064件と前年度から増加し、身体障害者の就職件数を大きく上回った。このような障害者雇用の進展の背景には、企業における障害者雇用への理解が進んでいること、就職を希望する障害者が増加していることなどが要因として考えられるほか、ハローワークと福祉、教育、医療などの地域の関係機関との連携による就職支援の推進や障害特性に応じた支援施策の充実などが、障害者雇用の進展を後押ししている。

一方で、民間企業の実雇用率は法定雇用率を下回っており、障害者雇用を率先垂範すべき立場の公的機関についても、未達成機関が存在することから、一層の指導・支援が必要である。さらに、精神障害、発達障害、難病に起因する障害など多様な障害特性を有する者に対しても、その障害特性に応じた支援策の充実を図り、更なる雇用促進を図る必要がある。

また、2013（平成25）年6月に、障害者の権利に関する条約等に対応するため「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」と

いう。)が改正された。この改正においては、①雇用分野における障害者に対する差別の禁止及び合理的配慮の提供義務、②障害者に対する差別等に係る苦情処理・紛争解決援助、③精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加えること等を規定している。①、②については2016(平成28)年4月に施行され、③については2018(平成30)年4月に施行された。

③の施行に伴い、法定雇用率の見直しが行われ、民間企業については2.2%、国及び地方公共団体については2.5%、都道府県等の教育委員会については2.4%、独立行政法人を含む一定の特殊法人については2.5%となった(2021年4月までにそれぞれさらに0.1%引上げ)。

併せて、精神障害者の希望に添った働き方を実現し、より一層の職場定着を実現するために、2018年4月から5年間の措置として、精神障害者である短時間労働者であって、雇入れから3年以内の者である等の要件を満たす場合には、1人をもって1人とみなすこととした。

2 雇用率達成指導と地域の就労支援の強化

(1) 雇用率制度の推進等による雇用機会の拡大

1 障害者雇用率制度と厳正な雇用率達成指導

現在、障害者雇用促進法の定めるところにより、事業主は法定雇用率に相当する人数の障害者を雇用しなければならない。障害者雇用率制度は、障害者の雇用促進の柱であり、1976(昭和51)年の障害者雇用促進法改正により、障害者雇用を義務化して以降、本制度を確実に履行させるために、ハローワークが事業主に対する指導を実施している。

具体的には、雇用率が低い事業主に対して2年間の障害者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、2017(平成29)年3月においては公表企業数が2社、2018(平成30)年3月における公表企業数は0社であった。2018年6月1日現在、法定雇用率を達成している機関は、国の機関では8の機関、都道府県の知事部局では24の機関、都道府県の教育委員会では5の機関にとどまっている。

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、労働局及びハローワークが福祉施設、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や、事業所見学会の開催をしている。また、就職から職場定着までハローワークと関係機関が連携して一貫した支援を行う「チーム支援」により、「福祉、教育、医療から雇用」への円滑な移行を促進している。

さらに、障害者の身近な地域において就業・生活両面にわたる一体的な支援を実施する

「障害者就業・生活支援センター」については、センターが就業・生活両面の支援の連携拠点として機能するよう、その実施体制の拡充を図るとともに、職場定着に関する高度な知識と経験を有する主任職場定着支援担当者や精神障害者の支援に特化した担当者及び企業からの雇用管理等の相談に対応する企業支援担当者を配置すること等により、精神障害者・発達障害者等の職場定着支援や企業に対する支援を強化している（2018年4月現在で全国334か所）。

3 障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化

(1) 精神障害者に対する就労支援の推進

精神障害者の就労支援については、ハローワークに「精神障害者雇用トータルサポーター」を配置し、求職者へのカウンセリング業務に加え、事業主に対する精神障害者等の雇用に係る課題解決のための相談援助や職場実習の開拓、就職後のフォローアップ等総合的な支援を行っている。

また、2016（平成28）年度からは、就労支援プログラム等を実施する精神科医療機関とハローワークが協定を締結し、両者が連携して当該医療機関を利用する精神障害者の就労支援を実施し、支援対象者の効果的かつ効率的な就職の実現を目指す事業を行っている。

このほか、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の地域障害者職業センターにおいて、主治医等との連携の下、精神障害者の新規雇入れ、職場復帰、雇用継続に係る様々な支援ニーズに対して、総合的な支援を実施しており、特に職場復帰支援（リワーク支援）では、うつ病等による休職者に対し、生活リズムの立て直しや、ストレス対処等の適応力の向上の支援を行うとともに、事業主に対して職場の受入体制の整備に関する助言等を行っている。

また、精神障害者を雇用している企業担当者等から雇用管理ノウハウを伝えるための説明会を開催し、精神障害者の雇用の促進を図っている。

(2) 発達障害者・難病患者に対する就労支援の推進

発達障害者の就労支援については、ハローワークの一般窓口を利用する発達障害等によりコミュニケーションに困難を抱える者に対し、その希望や特性に応じ専門支援機関に誘導するとともに、障害者向け支援を希望しない場合は、一般窓口で個別相談、支援を行う「若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラム」を全国47の都道府県労働局で実施している。2018（平成30）年度からは、ハローワークに発達障害者雇用トータルサポーターを新たに配置し、求職者へのカウンセリング業務に加え、事業主に対して発達障害者の雇用に係る課題解決のための個別相談等を実施している。

また、難病患者の就労支援については、2013（平成25）年度から、ハローワークに難病に関する専門的な知識を持つ「難病患者就職サポーター」を配置し、難病相談支援センターと連携しながら、就職を希望する難病患者に対して、その症状の特性を踏まえたきめ細かな就労支援等を行っている。

さらに、「特定求職者雇用開発助成金（発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース）」により、発達障害者や難病患者の就労を支援するとともに、その職業生活上の課題等の把

握を行っている。

(3) 障害者の職場適応・定着等に取り組む事業主への支援の拡充

障害者の雇用者数が増加している中で、雇入れ支援のみならず、雇用された障害者の定着支援が求められている。このため、障害特性に応じた雇用管理・雇用形態の見直しが柔軟な働き方の工夫等の措置の実施や、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「障害者雇用安定助成金」により、障害者の職場適応・定着等に取り組む事業主への支援を行っている。2018（平成30）年度からは当該助成金を拡充し、中高年齢障害者を職場で継続的に雇用するための職務内容や職場環境の整備を行う事業主に対しても支援していくことや、ジョブコーチによる精神障害者への支援に対する助成の増額等を行っている。

また、2017（平成29）年度からは全国47の都道府県労働局において、広く一般労働者を対象に、職場において精神・発達障害者を支援する応援者となる「精神・発達障害者しごとサポーター」を養成するための講座を実施し、2017年度中に約34,000人の方に本サポーターになっていただいた。引き続き、本講座の推進を図ることで精神・発達障害者が働きやすい環境づくりを進めることとしている。

(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

各府省庁・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、各府省庁に先駆けて2007（平成19）年度から実施し、受入人数を拡大している。

また、障害者の多様な働き方を確保するための支援策として、在宅就業障害者（自宅等において就業する障害者）に仕事を発注する企業に対して、障害者雇用納付金制度において、特例調整金・特例報奨金を支給することにより、障害者の在宅就業を後押しする取り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。

(5) 在宅での就労移行支援の推進

就労移行支援事業所について、在宅での就労に向けた支援を行うことができるようにするため、2015（平成27）年4月から、在宅で就労移行支援を提供する場合にも障害福祉サービス等の報酬の対象となるよう見直しを行ったところである。

4 雇用分野における障害者差別禁止と合理的配慮の提供義務化に係る取り組み

雇用分野において、障害があることを理由とした差別を禁止し、過重な負担とならない限り合理的な配慮を提供することを、事業主に義務付けている。

このため、リーフレットや合理的配慮に係る事例集等を作成・配布して周知・啓発に努めるとともに、全国の都道府県労働局・ハローワークにおいて、事業主・障害者からの相談に応じ、必要な場合は事業主に助言・指導等を行っているほか、都道府県労働局長や障害者雇用調停会議における紛争解決の援助を行っている。

5 障害者の職業能力開発支援の充実

(1) 障害者の職業能力開発校における職業訓練の推進

一般の公共職業能力開発施設において職業訓練を受けることが困難な、重度の障害のある方に対しては、障害者職業能力開発校を全国18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) 障害者の多様なニーズに対応した委託訓練（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

障害のある方が日ごろ培った技能を互いに競い合うことにより、その職業能力の向上を図るとともに、企業や社会一般の人々が、障害のある方に対する理解と認識を深め、そ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。

2017（平成29）年度の全国大会（第37回）は2017年11月に栃木県及び（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で宇都宮市において、全国技能五輪大会と同時期に開催された。

また、第9回国際アビリンピックがフランス共和国ボルドー市において2016年3月に開催され、日本から、第35回全国大会での成績優秀者31名の選手が参加した。

6 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進

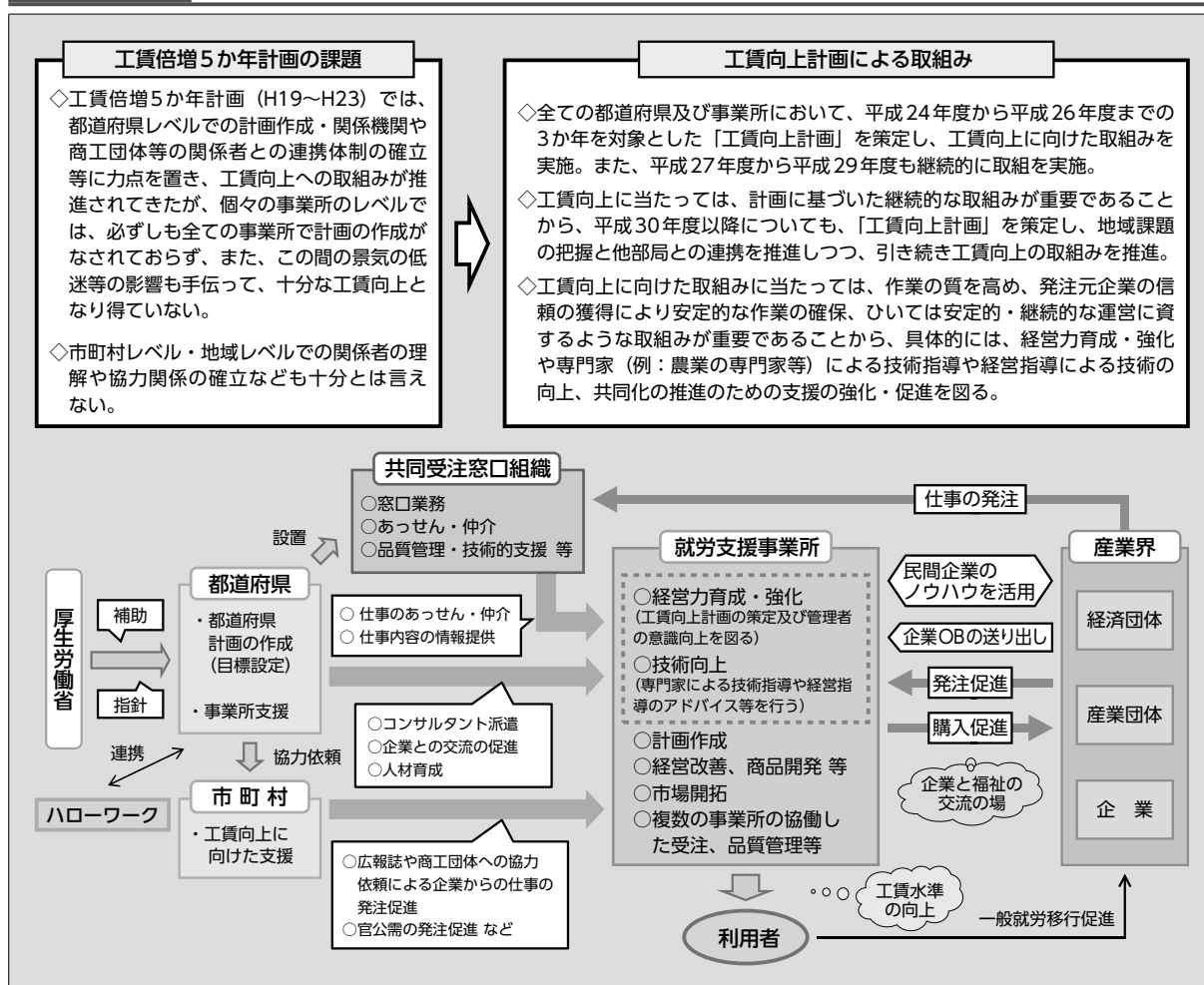
障害者が地域で自立した生活を送るための基盤として就労支援は重要であり、働く意欲のある障害者がその適性に応じて能力を十分に発揮することができるよう、一般就労を希望する方にはできる限り一般就労できるように、一般就労が困難である方には就労継続支援B型事業所等での工賃の水準が向上するように、総合的な支援を推進していくことが必要である。就労継続支援B型事業所等での工賃向上にあたっては、2007（平成19）年度から2011（平成23）年度にかけて、「工賃倍増5か年計画」のもと、各地方自治体や産業界等の協力を得ながら官民一体となり取組みを進めたほか、2012（平成24）年度以降

は、個々の事業所において各年度の目標工賃や具体的方策を定めた「工賃向上計画」を作成することを求めることにより、事業所責任者の意識向上や積極的な取組みを促すこととしている。また、市町村においても、工賃向上への事業所の取組みを積極的に支援していただくよう協力を依頼している。

工賃の向上を図るためには、製品の質を高めるとともに、就労継続支援B型事業所等で提供する製品・役務の情報発信、共同で仕事を受注できる仕組みの整備が必要であることから、経営コンサルタントや各分野の専門家の派遣、情報提供体制の構築、共同化の推進のための支援を行っているところである（図表3-2-1）。

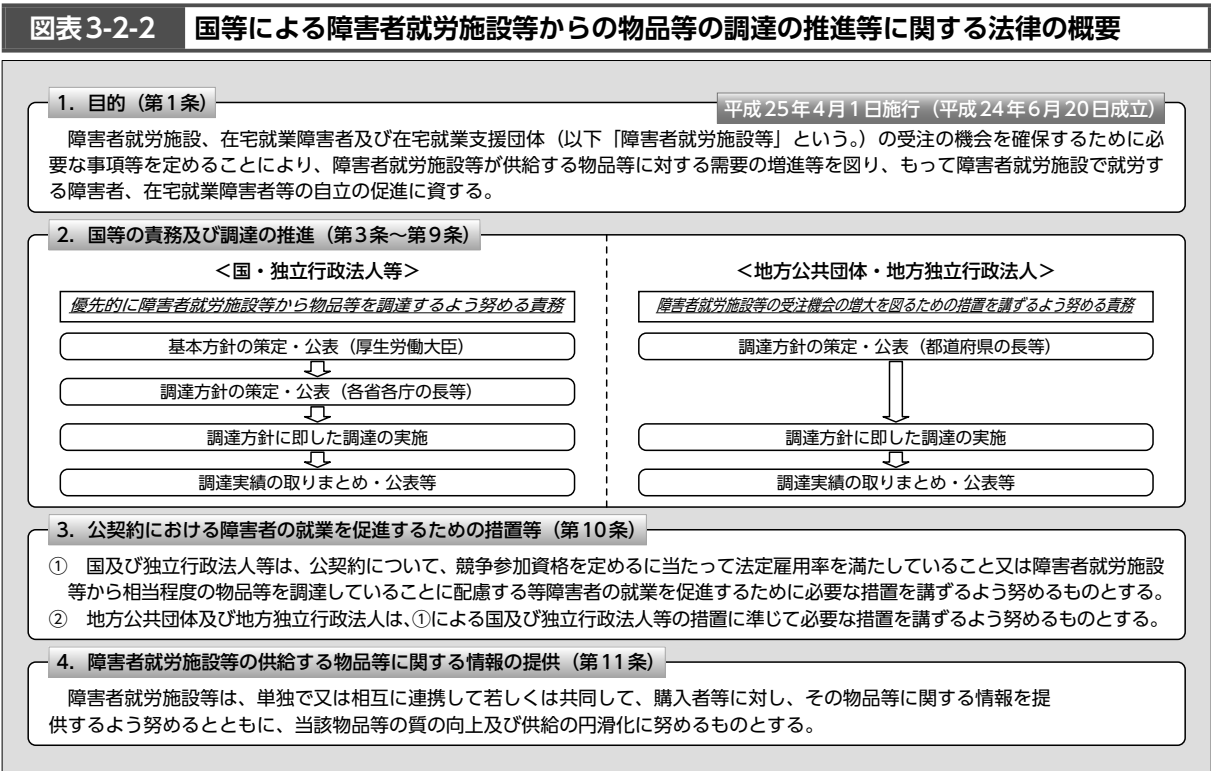
また、農業分野において、高齢化に伴う労働力不足や耕作放棄地の増加という課題がある中で、農業分野での障害者の就労を支援する「農福連携」を進めることは、障害者にとって工賃向上や働く場の拡がりにつながるだけでなく、農業分野の課題の解消にも資するものであり、双方にメリットがあるものである。このため、農業分野に取り組もうとする就労継続支援B型事業所等に対して、農業分野の専門家を派遣し、農業に関する知識・技術の習得や6次産業化の推進に向けた助言・指導を行うとともに、農業に取り組む就労継続支援B型事業所等が参加する農福連携マルシェ（市場）の開催等を支援している。

図表3-2-1 「工賃倍増5か年計画」と「工賃向上計画」について



7 障害者優先調達推進法

2013（平成25）年4月から、「国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律」（障害者優先調達推進法）が施行され、障害者就労施設で就労する障害者や在宅で就労する障害者の自立の促進に資するため、国や地方公共団体などの公的機関が物品やサービスを調達する際、障害者就労施設等から優先的に購入することを進めるために、必要な措置を講じることとなった。2016（平成28）年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約19億円、都道府県の調達実績は約25億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約127億円となり、合計で約171億円の調達実績であり、施行初年度である2013年度と比較し、48億円の増額となった（法律の概要については、図表3-2-2、2016年度の調達実績は図表3-2-3）。



図表3-2-3 平成28年度 国等における障害者就労施設等からの調達実績

	物品		役務		合計	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
各府省庁	3,614	3.15億円	2,155	5.02億円	5,769	8.17億円
独立行政法人等	2,005	1.68億円	3,814	8.73億円	5,819	10.41億円
都道府県	6,979	5.46億円	16,661	19.71億円	23,640	25.16億円
市町村	49,941	22.73億円	29,920	101.11億円	79,861	123.85億円
地方独立行政法人	640	0.29億円	1,361	3.28億円	2,001	3.57億円
合計	63,179	33.32億円	53,911	137.84億円	117,090	171.16億円

（※）四捨五入の関係で、合計が合っていないところがある。

8 がんや肝炎などの長期にわたる治療が必要な疾病を抱えた求職者に対する就職支援

近年、医療技術の進歩や医療提供体制の整備等により、がん患者の5年後の生存率が60%を超える状況などの中、がん、肝炎、糖尿病等の疾病により、長期にわたる治療を受けながら、生きがいや生活の安定のために就職を希望する者に対する就職支援を推進することが社会的課題となっている。

このため、ハローワークに専門の就職支援ナビゲーターを配置し、がん等の診療連携拠点病院等との連携の下に、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等の個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援を行っており、2016（平成28）年度からは、全国で実施している。

第3節 外国人材の活用・国際協力

1 日系人を含む定住外国人に関する就労環境の改善及び離職した場合の支援

従来、日系人を始めとする定住外国人労働者の多くは、製造業の生産過程に従事し、「派遣・請負」のいわゆる非正規雇用として不安定な雇用形態で就労していた。これらの定住外国人労働者は、日本語能力の不足や我が国の雇用慣行の不案内に加え、スキルの蓄積も十分ではないことから、離職した場合には再就職が極めて難しく、リーマンショック後の雇用失業情勢悪化の影響も深刻であった。このため、日系人集住地域のハローワークを中心に、日本語能力の不足により職業相談等が困難な求職者がハローワークを拠点に求職活動ができるよう、ポルトガル語等の通訳を配置する等の支援を行ってきた^{*3}。また、再就職を希望する日系人に対し、日本語能力も含めたスキルアップを行う日系人就労準備研修を実施した。

その後、通訳を配置しているハローワークにおける職業相談件数は、経済情勢の改善等により減少傾向で推移しているものの、依然として相談を繰り返しても就職に至らない求職者が存在していることから、引き続き通訳を活用したきめ細かな職業相談、職業紹介を実施していくこととしている。

また、日系人就労準備研修については、2015（平成27）年度より、日系人を含む定住外国人全般に対象を拡充し、外国人就労・定着支援研修に名称を改めた上で、日本語能力の向上等による円滑な求職活動や職場への定着の促進を図っている。さらに、2017（平成29）年3月より、10か国語の電話通訳が可能な多言語コンタクトセンターを設置し、全国いずれのハローワーク窓口からも多言語通訳が利用可能な体制を整備し、定住外国人等への支援を行っている。なお、ハローワークにおいては、労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律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

*3 通訳を配置している公共職業安定所等一覧

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/300525.pdf>

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、高度な技術や専門的知識を有する外国人材（以下、高度外国人材という。）の活用が重要な課題である。厚生労働省においても、外国人雇用サービスセンター^{*4}を中心に全国ネットワークを活用して、その能力発揮及び定着促進を念頭に置いた、企業における高度外国人材の活用促進のための取組みを支援している。

また、留学生の在籍者が多い大学等が多数所在する地域を管轄する新卒応援ハローワークに留学生コーナー^{*5}を設置し、外国人雇用サービスセンターと密接に連携のうえ、留学生に対する就職支援の取組みを推進している。

さらに、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）等を踏まえ、外国人雇用サービスセンターや留学生コーナーを拠点として、企業の雇用管理に関する相談支援や、インターンシップ、留学生向けセミナーの実施等を通じて外国人留学生の就職促進に取り組んでいる。

高度外国人材にとって魅力的な就労環境等を整備するため、企業における高度外国人材の雇用管理改善に関する取組みを支援することを目的として、2017（平成29）年度に「外国人雇用対策に関する実態調査事業」を実施し、高度外国人材に対するアンケート調査結果に基づき、高度外国人材が雇用管理改善を望む事項とそれに対する取組み事例を「高度外国人材にとって魅力ある就労環境を整備するために～雇用管理改善に役立つ好事例集～」として取りまとめ、東京、名古屋及び大阪で「高度外国人材活用促進セミナー」を開催し、同好事例集を配布した。

また、質の高い介護に対するニーズが高まる中、我が国の介護福祉士の国家資格を取得した者には一定の専門性・技術性が認められると評価するに至り、介護福祉士国家資格を取得した外国人留学生が介護福祉士養成施設を卒業後も引き続き日本国内で活躍できるよう制度設計が行われ、2017年9月には、在留資格「介護」が創設された。これを踏まえ、2017年度補正予算において介護福祉士修学資金等貸付事業の充実を図るなど、介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生の受入環境の整備に取り組むこととしている。

3 緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ

2014（平成26）年4月4日の関係閣僚会議において、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関連の建設需要に的確に対応するための緊急かつ時限的措置として、建設分野における外国人の受入れの実施が決定され、2015（平成27）年度初頭から受入れを開始している。また、『日本再興戦略』改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）において、建設業との人材の相互流動が高い造船分野についても外国人の受入れに関して同様の措置が講じられており、2015年度初頭から受入れを開始している。

また、2017（平成29）年から国家戦略特別区域法に基づき国家戦略特別区域内におい

^{*4} 2018（平成30）年度現在、東京、愛知、大阪の3か所に設置

^{*5} 2018年度現在、北海道、宮城、埼玉、千葉、東京、神奈川、石川、静岡、愛知、三重、京都、大阪、兵庫、岡山、広島、福岡、長崎の17都道府県18か所に設置

て女性の活躍推進等に資することを目的として家事支援サービスを行う外国人を受け入れている。

さらに、「強い農業」を実現し農業の国際競争力の強化を図るため、2017年に国家戦略特別区域法が改正され、外国人農業支援人材の受入れが特例措置として盛り込まれたことから、事業計画の認定を受けた国家戦略特別区域内において農業支援活動を行う外国人の受入れが2018年10月に開始された。

厚生労働省としては、これらの分野における外国人の受入れについて、関係省庁と連携のもと、外国人労働者の適切な雇用管理の観点から対応を行うこととしている。

4 二国間の協定等に基づく外国人看護師候補者及び介護福祉士候補者の受入れ

経済連携協定（EPA）等に基づく外国人看護師候補者及び介護福祉士候補者の受入れは、経済活動の連携強化の観点から、公的な枠組みで特例的に行われているものである。

本枠組みにより入国した看護師候補者及び介護福祉士候補者は、協定等で定められた滞在期間（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、法務省及び経済産業省と緊密に連携しその運営を行っている。

また、2010（平成22）年度から、看護師国家試験及び介護福祉士国家試験における用語等を見直し、2012（平成24）年度からは、試験時間の延長などの配慮も実施している。

さらに、2016（平成28）年4月からEPA介護福祉士候補者等の受入対象施設の範囲の拡大を行い、2017（平成29）年4月から介護福祉士国家試験に合格したEPA介護福祉士の就労範囲に訪問系サービスを含めた。

第4節 重層的なセーフティネットの構築

1 生活保護受給者などの生活困窮者に対する就労支援の推進

2013（平成25）年度から生活保護受給者を含め生活困窮者を広く対象として、地方自治体（福祉事務所）にハローワークの相談窓口（常設窓口や巡回相談）を設置するなど、ワンストップ型の就労支援体制を全国的に整備し、ハローワークと地方自治体の協定に基づき、両者によるチーム支援方式により、就労支援を行う「生活保護受給者等就労自立促

^{*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

進事業」を実施している。2017（平成29）年度における実績は支援対象者数約11.6万人、就職者数約7.8万人となっている。

2 求職者支援制度

求職者支援制度は、雇用保険を受給できない方々に対して公的な職業訓練の受講機会を提供するとともに、収入、資産など一定の要件を満たす場合に、訓練を受けることを容易にするための職業訓練受講給付金を支給している。なお、求職者支援訓練には、多くの職種に共通する基本的能力を習得するための「基礎コース」と、基本的能力と特定の職種の職務に必要な実践的能力を一括して習得するための「実践コース」がある。

また、ハローワークは求職者に対してキャリアコンサルティングを実施し、適切な訓練へ誘導するとともに、個々の求職者の状況を踏まえて作成した就職支援計画に基づき、訓練期間中から訓練修了後まで、一貫して就職支援を行い、求職者の早期の就職に向け取り組んでいる。

2017（平成29）年度においては、約2.7万人が訓練を受講したところである。（2018（平成30）年3月末時点）また、2017年度中に終了したコースのうち2017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58.0%、実践コース65.0%となっている。また、労働政策審議会職業安定分科会雇用保険部会及び職業能力開発分科会において、訓練カリキュラムの在り方等の論点について議論が行われ、2015（平成27）年11月に職業能力開発分科会で、同年12月に雇用保険部会で報告書が取りまとめられ、同報告書に基づき、2016（平成28）年度から訓練の認定基準等について見直しを行い、新たな運用を開始した。

3 雇用保険制度

雇用保険制度の見直し

急速な少子高齢化が進展する中で、就業促進や雇用継続を通じた職業の安定を図り、誰もが安心して活躍できる環境の整備を進めることが我が国における重要な課題となっている。また、雇用保険制度については、基本手当の給付日数を延長する等の暫定措置の期限が2017（平成29）年度末までとされており、2018（平成30）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。これらの課題を踏まえ、第193回通常国会において雇用保険法等の一部を改正する法律案を提出し、2017年3月31日に成立した。その内容は次の通りである。①雇用情勢が悪い地域に居住する者や災害による離職者の給付日数を60日間延長する措置の実施、②雇止めによる離職者の所定給付日数を倒産・解雇等並みにする暫定措置の延長、③倒産・解雇等により離職した30歳以上45歳未満の者の所定給付日数の引上げ、④賃金日額の上限額等の引上げ、⑤専門実践教育訓練給付の給付率の引上げ（最大60%を70%に）、⑥失業等給付に係る雇用保険料率の時限的な引下げ（原則の保険料率1.2%を1.0%に）、⑦育児休業給付の支給期間の延長（保育所に入れない等の場合における支給期間を、最長1歳6ヶ月に達するまでから最長2歳に達するまでに延長）等の措置を講じた（①②③⑥については2017年4月1日、④については同年8月1日、⑦については同年10月1日、⑤については2018年1月1日に施行。）。

4 雇用調整助成金

雇用調整助成金を活用した企業の雇用維持努力への支援の実施

雇用調整助成金は、景気の変動、産業構造の変化等の経済上の理由によって事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、一時的に休業、教育訓練又は出向を行って労働者の雇用の維持を図る場合に、休業手当、賃金などの一部を助成するものである

雇用調整助成金の支給決定件数については、リーマン・ショック後に大幅に増加したが、2009（平成21）年度をピークに減少傾向が続いている^{*7}。このため、2013（平成25）年度に、リーマン・ショックを受けて大幅に拡充してきた助成内容について、おおむねリーマン・ショック前の水準に戻す見直しを行った。

^{*7} 雇用調整助成金における支給決定件数の推移（事業所延件数）

平成20年度 4,889件、平成21年度 794,113件、平成22年度 755,989件、平成23年度 520,072件、
平成24年度 329,683件、平成25年度 175,739件、平成26年度 26,476件、平成27年度 14,547件
平成28年度 16,160件

第4章 自立した生活の実現と暮らしの安心確保

第1節 生活保護の適正化及び生活困窮者の自立・就労支援等の推進

1 生活保護制度の概要

生活保護制度^{*1}は、その利用し得る資産や能力その他あらゆるものを活用してもなお生活に困窮する方に対して、その困窮の程度に応じた必要な保護を行うことにより、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長する制度であり、社会保障の最後のセーフティネットと言われている。

保護の種類には、生活扶助、住宅扶助、医療扶助等の8種類があり、それぞれ日常生活を送る上で必要となる食費や住居費、病気の治療費などについて、必要な限度で支給されている。

2 生活保護の現状

被保護者数は1995（平成7）年を底に増加し、2015（平成27）年3月に過去最高を記録したが、以降減少に転じ、2018（平成30）年4月には約210.4万人となり、ピーク時から約7万人減少している（図表4-1-1）。

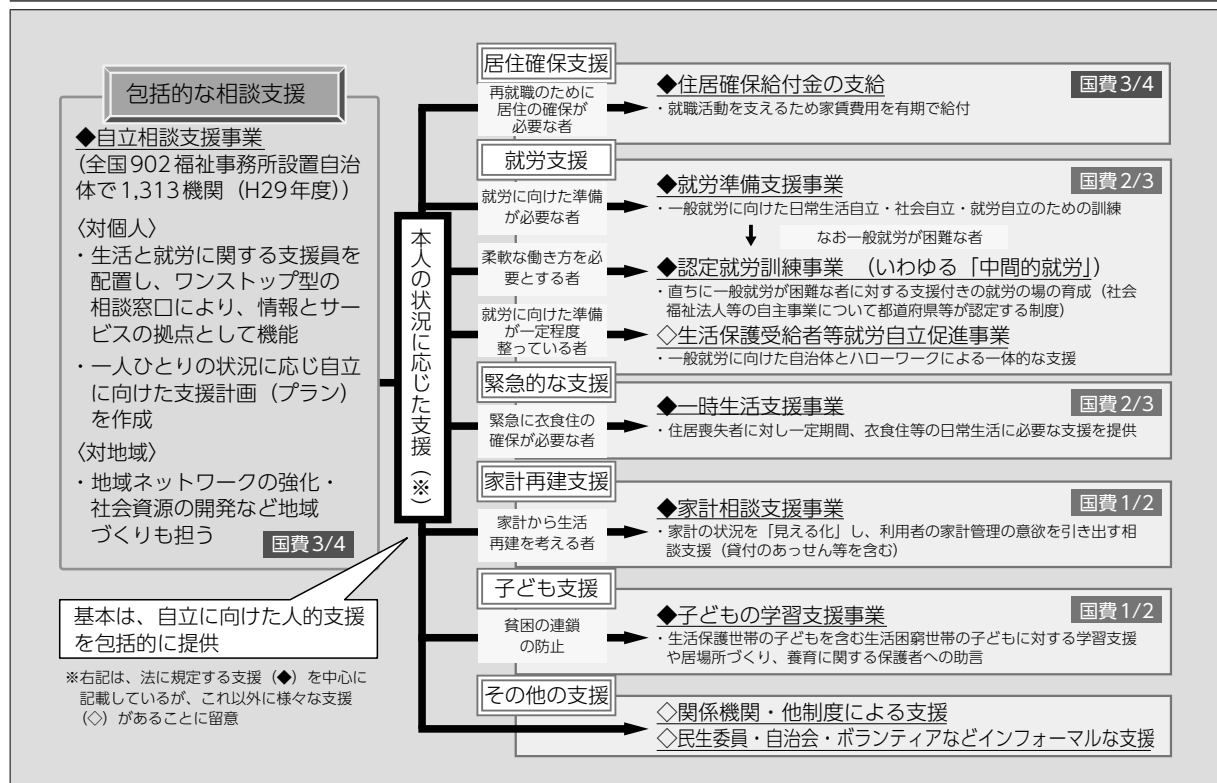
世帯類型別の被保護世帯数の動向を見ると、高齢者世帯は社会全体の高齢化の進展と単身高齢世帯の増加を背景に増加傾向にあるが、高齢者世帯を除く世帯の数は最近では減少傾向が続いている（図表4-1-2）。

*1 生活保護制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/seikatsuhogo.html>

3 生活困窮者自立支援制度について

「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、複雑かつ多様な課題を背景とする生活困窮者に対し、以下の各種支援等を実施するほか、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 4-1-3 生活困窮者自立支援制度の概要



生活困窮者自立支援法が2015(平成27)年4月1日に施行されてから3年間で、新規相談者は約68万人、自立支援計画の作成による継続的な支援を行った人は約19万人となっている。継続的な支援を行った人のうち、約9万人が就労・増収しており、支援期間1年間で意欲や社会参加等、家計の状況、就労の状況いずれかでステップアップした人も6割にのぼっているなど、生活困窮状態の深刻化を予防する効果が着実に現れている。

また、複雑かつ多様な課題を背景とする生活困窮者を包括的な支援につなげていくためには、生活困窮者の自立の支援を行う地域の福祉、就労、教育、住宅などの関係機関等と緊密な連携を図る必要がある。特に2016(平成28)年からは、生活や住宅に配慮を要する方々の住まいの確保や生活の安定、自立の促進に係るセーフティネット機能の強化に向けて、厚生労働省と国土交通省の間で情報共有や協議を行うための「福祉・住宅行政の連携強化のための連絡協議会」を開催しており、新たな住宅セーフティネット制度や生活困窮者自立支援法の見直しに関する情報共有や議論を行い、福祉行政と住宅行政のより一層の緊密な連携を図った。

2018(平成30)年は新たな取組みとして、子どもの学習支援事業の更なる充実に向け、高校生世代に対する進路選択に関する情報提供・助言や、小学生等がいる世帯への巡回訪

問等を通じた家庭全体への支援を実施した。また、就労準備支援事業において、ひきこもりの状態にある方等を対象に、アウトリーチ等による早期からの継続的な個別支援を実施するとともに、ひきこもりに特化した一次相談窓口として都道府県・指定都市に設置されている「ひきこもり地域支援センター」において、市町村のバックアップ機能を強化し、ひきこもり支援の充実を図った。

4 生活困窮者自立支援法・生活保護法の一部改正について

近年、単身世帯の増加や高齢化の進展、地域社会との関係性の希薄化等の中で、生活保護受給者数は減少傾向にあるものの、生活保護受給世帯数や高齢の生活保護受給者は増加傾向にあるなど、生活に困窮する方への多様な支援の必要性が高まることが予想される。

また、生活困窮者自立支援法は施行から3年を経て、生活困窮者の自立と尊厳の保持を図りながら、個人に寄り添った「断らない相談支援」をめざした包括的な支援が展開され、着実に効果をあげてきたが、地域や自治体間では自立に向けた取組みに差があることから、全国的な事業実施を推進していくことが求められている。さらに、生活困窮自立支援制度がより多くの生活困窮者を支援対象とし、地域参加や就労支援につなげ、その自立を一層促進していくためには、生活困窮者の支援に関わる様々な制度や、関係機関、地域経済を担う産業などとの連携が求められている。

こうした状況や、社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会での議論等を踏まえ、第196回通常国会に「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」を提出し、2018（平成30）年6月1日に成立した（平成30年法律第44号）。同改正法に基づき、生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化、生活保護世帯の子どもの大学等への進学支援、医療扶助における後発医薬品の原則化等の措置を講じた。

5 生活保護基準の見直し

生活保護基準については、定期的に検証を行っており、2017（平成29）年12月に取りまとめられた社会保障審議会生活保護基準部会の報告書を踏まえ、食費や光熱費などの日常的に必要な費用に対応する生活扶助基準について、低所得世帯の消費実態を勘案して見直すとともに、子どものいる世帯に対する加算（児童養育加算及び母子加算）や教育に関する扶助（教育扶助及び高等学校等就学費）についても、必要な見直しを行うこととした。

これらの見直しは2018（平成30）年10月から行うこととしているが、生活保護受給世帯への影響に配慮するため、激変緩和の観点から3回にわけて段階的に見直しを行うとともに、減額となる世帯の減額幅を5%以内に留めることとした。

なお、今回の生活扶助基準の見直しに伴う他制度への影響については、それぞれの制度の趣旨や目的・実態を十分考慮しながら、できる限りその影響が及ばないよう、政府全体として対応していくこととしている。

第2節 地域共生社会の実現の推進

1 地域共生社会の実現について

少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていくことのできる「地域共生社会」の実現が求められている。

そのため、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成29年法律第52号）により社会福祉法の一部を改正し、

- ・地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- ・住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制の整備
- ・主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制の整備

などを通じた、包括的な支援体制づくりが市町村の努力義務とされた。

また、地域福祉計画について、策定が任意から努力義務にされるとともに、福祉各分野の共通事項を記載した上位計画として位置づけられた。

2018（平成30）年の改正社会福祉法の施行に先立ち、市町村が包括的な支援体制を整備する上での指針を策定するとともに、地域福祉計画の策定ガイドラインを改定した。

「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりを推進するため、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりや、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める包括的な相談支援体制づくりに取り組む市町村を支援するモデル事業を実施しており、2018年度においても、引き続き、実施することとしている。

なお、第196回通常国会に提出した生活困窮者自立支援法の改正においては、地域共生社会の中核的な役割を担うことを期待されている生活困窮者自立支援制度について、自立相談、就労準備そして家計改善に向けた支援を一体的に実施する自治体への支援を強化するなど、その課題解決機能の強化を図ることとしている。

このほか、東日本大震災や平成28年（2016年）熊本地震の影響により、仮設住宅等での避難生活を余儀なくされている被災者に対して、孤立防止のための見守りや日常生活上の相談支援など、その安定的な日常生活を確保するための支援を行う「被災者見守り・相談支援事業」を行うほか、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。

2 消費生活協同組合について

消費生活協同組合（生協）については、1948（昭和23）年に「消費生活協同組合法」として法制化され、主に組合員に対して、食料品や雑貨などの販売、食堂などの施設の運

営、生命共済などの各種共済、医療事業や福祉事業などを行っている。制度の発足以降、生協数や組合員数は大きく増加し、2017（平成29）年3月31日現在で生協数は938組合、組合員数は延べ6,636万人に達している*2。

2007（平成19）年に、生協を取り巻く環境や国民の要請の変化に対応するべく、共済事業における契約者保護、経営・責任体制の強化等を内容とした法の改正が行われ、2008（平成20）年から施行されている。

また、災害時に、生協が避難者に対して物品供給を行うことを可能とする要件を拡大すること等とする「消費生活協同組合法施行規則」の改正が行われ、2013（平成25）年から施行されている。

3 地域生活定着促進事業の実施について

刑又は保護処分の執行のため矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所及び少年院）に収容されている人のうち、高齢又は障害のため釈放後直ちに福祉サービス（例えば、障害者手帳の発給や施設への入所等）を受ける必要があるものの釈放後の行き場のない人等は、釈放後に必要な福祉サービスを受けることが困難である。

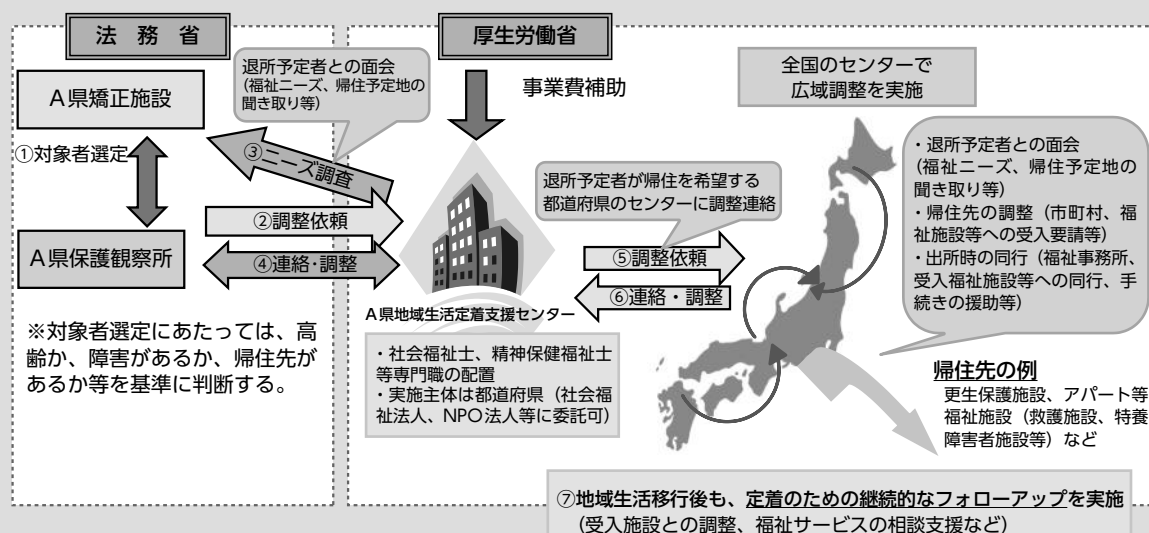
そのため、厚生労働省では、2009（平成21）年度から「地域生活定着支援事業（現在は地域生活定着促進事業）」を開始した。

本事業では、各都道府県の地域生活定着支援センター（全国48か所）が、矯正施設収容中から、矯正施設や保護観察所、既存の福祉の関係者と連携して、支援の対象となる人が釈放後から福祉サービスを受けられるよう取り組んでいる（図表4-2-1）。

*2 組合数・組合員数は、平成29年度消費生活協同組合（連合会）実態調査に対する回答に基づく。

図表 4-2-1 地域生活定着促進事業の概要

- 2009（平成 21）年度から、高齢又は障害により支援を必要とする矯正施設退所者に対して、保護観察所と協働し退所後直ちに福祉サービス等につなげる「地域生活定着支援センター」の整備を実施。
- 2011（平成 23）年度末に全国 47 都道府県への整備が完了し、2012（平成 24）年度からは全国での広域調整が可能に。
- 地域生活定着支援センターでは、①入所中から帰住地調整を行うコーディネート業務②福祉施設等へ入所した後も継続的に支援するフォローアップ業務③地域に暮らす矯正施設退所者に対して福祉サービスの利用等に関する相談支援業務を実施。



4 成年後見制度の利用促進について

成年後見制度は、認知症、知的障害その他の精神上の障害があることにより、財産の管理又は日常生活等に支障がある者を支える重要な手段である。成年後見利用制度の利用促進に関する施策を総合的・計画的に推進するため、2016（平成 28）年 4 月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）」（以下「成年後見制度利用促進法」という。）が成立し、本法律に基づき、2017（平成 29）年 3 月に「成年後見制度利用促進基本計画」を閣議決定した。基本計画には、利用者がメリットを実感できる制度、運用の改善、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、不正防止の徹底と利用しやすさとの調和などの観点からの施策目標を盛り込んでいる。また、成年後見制度利用促進法において、市町村は国の基本計画を勘案して、市町村計画の策定に努めることとされている。

2018（平成 30）年 4 月、利用促進とりまとめ等の業務が内閣府から厚生労働省に移管されるにあたり、厚生労働省は、社会・援護局に成年後見制度利用促進室を設置した。今後は、基本計画に基づき、都道府県の支援の下、各地域における制度利用のニーズや専門職等の地域の資源を把握した上で、市町村計画の策定を促進するとともに、地域連携ネットワークの中核機関の設置推進等の施策に総合的・計画的に取り組むこととしている。

第3節 社会福祉法人制度改革について

社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことを目的とする法人として、長年、福祉サービスの供給確保の中心的な役割を果たしてきたが、その公益性・非営利性の徹底、国民に対する説明責任の履行及び地域社会への貢献という観点から、「社会福祉法等の一部を改正する法律」（2017（平成29）年4月本格施行）により、社会福祉法人制度改革が実施された。改革では、経営組織のガバナンスの強化（評議員会の必置化、一定規模を超える法人に対する会計監査人の導入等）、事業運営の透明性の向上（現況報告書、計算書類、役員報酬基準等の公表等）、財務規律の強化（社会福祉充実財産の明確化及び社会福祉充実財産がある法人の社会福祉充実計画の作成の義務付け、役員報酬基準の作成等）、地域における公益的な取組みの実施に係る責務規定の創設等が行われた。2017年度は、①財務諸表等電子開示システムを整備し、全国の法人の現況報告書や計算書類等の公表を実施したほか、②403法人で会計監査人を設置し（うち、会計監査人の設置が義務付けられた収益30億円又は負債60億円を超える法人は323法人）、③2,084法人で社会福祉充実計画を作成するなど、着実に取組みを進めている。また、地域における公益的な取組みに関する運用の見直しを行う等、社会福祉法人が地域共生社会の実現に向け、その特徴や専門性を活かした地域貢献を積極的に行えるよう、更なる制度の改善を図っている。

第4節 自殺対策の推進

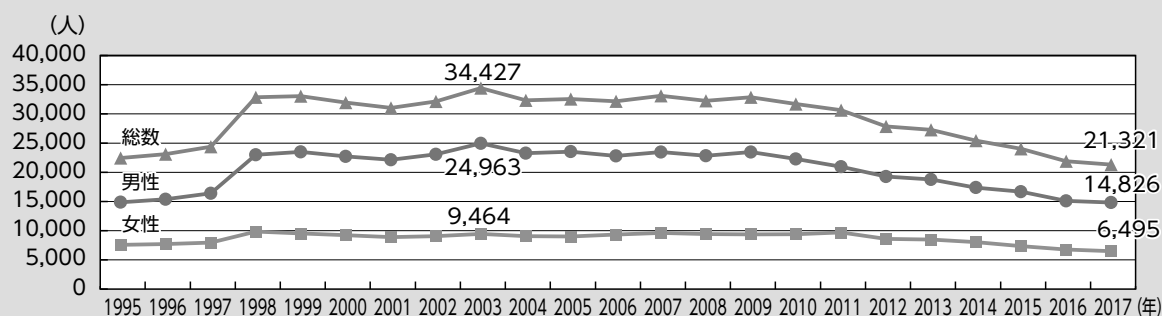
我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、14年連続で年間3万人を超える水準で推移してきた。自殺者数は、警察庁の自殺統計原票を集計した結果（以下「自殺統計」という。）によると、2017（平成29）年においては、2016（平成28）年を下回る21,321人（確定値）で、前年に比べ576人（2.6%）減少となっている。

また、自殺者数の推移としては、6年連続で3万人を下回り、年間自殺者数は8年連続の減少となっている（図表4-4-1）。

自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きている。2017年中の原因・動機特定者は1万5,930人であり、そのうち原因・動機が「健康問題」にあるものが1万778人で最も多く、次いで「経済・生活問題」（3,464人）、「家庭問題」（3,179人）、「勤務問題」（1,991人）の順となっている。

図表 4-4-1 自殺者数の年次推移

○自殺者数は6年連続で年間3万人を下回ったものの、依然として深刻な状況にある。



自殺の原因・動機 原因・動機は3つまで計上

	自殺者	原因・動機特定者	原因・動機別								不詳
			健康問題	経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他		
2017年	21,321	15,930	10,778	3,464	3,179	1,991	768	329	1,172	5,391	

原因・動機特定者とは自殺者数から不詳を引いたもの15,930人

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

こうした中、2006（平成18）年に成立した自殺対策基本法が2016年3月に一部改正され、政府が推進すべき自殺対策の指針である、「自殺総合対策大綱」（以下「大綱」という。）もまた、2017年7月に改定（閣議決定）された。改正後の自殺対策基本法においては、自殺対策を地域レベルの実践的な取組みを中心とするものへと転換を図るため、都道府県及び市町村に対して、地域の自殺実態、特性に応じた自殺対策計画の策定が義務付けられるとともに、新たな大綱に基づき、2026年までに、自殺死亡数を2015（平成27）年と比べて30%以上減少させることを目標として総合的に自殺対策を推進することになっている。

厚生労働省及び自殺総合対策推進センターでは、自殺対策計画策定の手引きや地域の自殺実態のデータ、政策パッケージの提供等を行ったところであり、地域の実情に合った自殺対策が推進されるよう引き続き支援していく。

2017年10月に神奈川県座間市で発覚した、SNSを利用して自殺願望を投稿するなどした被害者を誘い出し殺害した事件を受けて、政府は同年12月に「座間市における事件の再発防止に関する関係閣僚会議」を開催し、関係省庁における従来の取組みを検証したうえで、再発防止策を取りまとめた。

厚生労働省では、インターネットを通じて自殺願望を発信する若者の心のケアに関する対策として、SNS等を活用した相談・支援体制の強化や、悩みを気軽に話し、孤立を防ぐことができる若者の居場所づくり支援を進めていく。

第5節 戦没者の遺骨収集、戦傷病者・戦没者遺族等への援護など

厚生労働省では、戦後、一般邦人の海外からの引揚げを支援するとともに、軍人の復員、未帰還者の調査、戦傷病者や戦没者遺族等の援護を行ってきた。

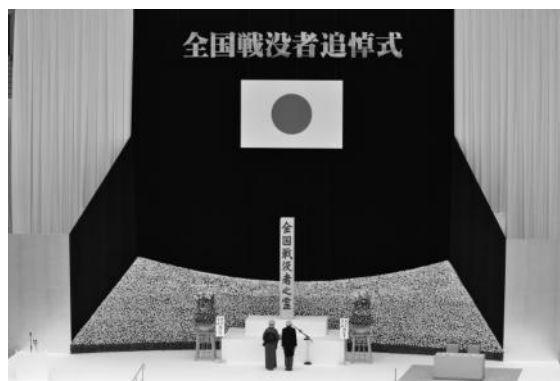
現在はこうした援護のほか、先の大戦による戦没者の追悼、各戦域での戦没者遺骨収集事業や戦没者遺族による慰霊巡拝を実施しており、また、先の大戦による混乱の中で中国や樺太で残留を余儀なくされた中国残留邦人等への支援などを行っている。

1 国主催の戦没者追悼式、次世代への継承

(1) 戦没者追悼式の開催

国は毎年、先の大戦での戦没者を追悼するため、全国戦没者追悼式と千鳥ヶ淵戦没者墓苑拝礼式を開催している。

国が主催する全国戦没者追悼式は、先の大戦で多くの尊い犠牲があったことに思いを馳せ、戦没者を追悼するとともにその尊い犠牲を永く後世に伝え、恒久平和への誓いを新たにしようとするものである。毎年8月15日に、天皇皇后両陛下の御臨席を仰ぎ、日本武道館で実施している。なお、先の大戦の記憶を風化させることなく次世代へ継承していくという観点から、青少年（18歳未満）の遺族にも献花していただくなど、式典に参加していただいている。



全国戦没者追悼式
(天皇皇后両陛下の御臨席を仰いで実施)

厚生労働省主催の千鳥ヶ淵戦没者墓苑拝礼式では、毎年新たに収容した戦没者の遺骨のうち遺族に引き渡すことのできないものについて、毎年度春に、皇族の御臨席の下、国の施設である千鳥ヶ淵戦没者墓苑に納骨し、拝礼している。

(2) 昭和館・しょうけい館

戦中・戦後の生活上の労苦を伝える「昭和館」、戦傷病者とその家族の労苦を伝える「しょうけい館」では、兵士、戦後強制抑留者及び海外からの引揚げの労苦を伝える「平和祈念展示資料館（総務省委託）」と連携し、小・中学生などを対象とした「夏休み3館めぐりスタンプラリー」を実施するとともに、高知県において地方展を開催した。

また、昭和館、しょうけい館においては、戦中・戦後の労苦体験を後世へ着実に継承するため、2016（平成28）年度より、戦後世代の語り部の育成事業を行っているところである。

2 戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進

(1) 遺骨収集事業

先の大戦での戦没者は約310万人に上る。本土以外では約240万人が戦没したが、収容された遺骨は約128万柱である。未収容の遺骨約113万柱のうち、約30万柱が海没の

ため、また、約23万柱が相手国の事情により収容が困難となっており、約60万柱が収容可能な遺骨と考えられる。

厚生労働省では、1952（昭和27）年度以降、相手国政府の理解が得られた地域などから順次遺骨収容を行い、これまでに約34万柱を収容している。2017（平成29）年度は、939柱の遺骨を収容した。

戦没者の遺骨収集については、戦後70年余を経て遺族や戦友が高齢化し、当時の状況を知る方々が少なくなり、遺骨に関する情報が減少してきている。こうした中、2016（平成28）年3月に「戦没者の遺骨収集の推進に関する法律」（平成28年法律第12号）が成立し、遺骨収集が国の責務と位置づけられたほか、2024年度までの期間を遺骨収集の推進に関する施策の集中実施期間とすることや、関係行政機関の間で連携協力を図ること、厚生労働大臣が指定する法人が、戦没者の遺骨に関する情報収集や遺骨収集を行うこと等が定められた。また、集中実施期間における施策を総合的かつ計画的に行うため、同法に基づき、各国の国立公文書館等の文書等の収集や現地調査といった情報収集に集中的に取り組むことや、地域ごとの取組み方針などについて定めた「戦没者の遺骨収集の推進に関する基本的な計画」（平成28年5月31日閣議決定）が策定された。2016年11月からは、同法に基づき指定された一般社団法人日本戦没者遺骨収集推進協会とともに、官民一体となって戦没者の遺骨収集を実施している。

1 硫黄島及び沖縄における遺骨収集事業の実施

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、2017年度は、2013（平成25）年12月に「硫黄島に係る遺骨収集帰還推進に関する関係省庁会議」で決定された「硫黄島の滑走路地区等の遺骨収集帰還に関する基本的方針」に基づき、滑走路地区において、2013年度に防衛省が実施した高性能地中探査レーダによる探査で確認された未探索の壕の調査及び集水区域などで固形物の反応があった箇所掘削調査を実施した。その結果、滑走路下の壕から2柱の遺骨を収容した。また、外周道路外側の面的調査などを実施し、15柱の遺骨を収容した。

また、沖縄県においても、沖縄県や民間団体等と協力して遺骨収集を実施しており、2017年度は7柱の遺骨を収容した。

2 旧ソ連・モンゴル地域における遺骨収集事業の実施

約57万5,000人が強制抑留され、劣悪な環境のもと、長期にわたり過酷な強制労働に従事させられ、約5万5,000人（うちモンゴル約2,000人）が死亡した旧ソ連・モンゴル地域については「戦後強制抑留者に係る問題に関する特別措置法」（平成22年法律第45号）に基づき閣議決定された「強制抑留の実態調査等に関する基本的な方針」を踏まえ、関係省庁と連携



平成29年8月9日（水）
旧ソ連抑留中死亡者遺骨引渡式
（ハバロフスク地方、クラスノヤルスク地方及びザバイカル地方）

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、2018（平成30）年3月末までに40,068名（うちモンゴル1,429名）の死亡者を特定し、20,078柱の遺骨を収容した。2015（平成27）年4月には、ロシア連邦政府等から提供された抑留者に関する資料の全てについて、資料の概要と主な記載事項などを公表した。さらに、同月以降、提供資料のうち、死亡者に関する資料については、名簿形式となっているものについて、北朝鮮や樺太などシベリア・モンゴル地域以外の地域も含めて、身元が特定した者から、カナ氏名、死亡年月日などを公表し、厚生労働省ホームページにも掲載している。

3 情報の収集、南方地域における遺骨収集事業の実施

近年、残存する遺骨の情報が減少しているため、2006（平成18）年度から、情報が少ないビスマーク・ソロモン諸島、パプアニューギニアなどの海外南方地域を中心に、現地の事情に精通した民間団体に協力を求め、幅広く情報を収集しているほか、2009（平成21）年度から、米国や豪州などの公文書館などに保管されている当時の戦闘記録等資料の調査を行うなど、遺骨収集に必要な情報を収集している。

これらにより収集された情報をもとに、2017年度は、海外南方地域においては687柱の遺骨を収容し、日本へ送還したところである。

4 DNA鑑定の実施

収容した戦没者の遺骨については、遺留品等から身元が判明した場合には遺族に伝達しており、2003（平成15）年度より、遺留品や埋葬記録等から戦没者を推定できる場合などであって遺族が希望するときはDNA鑑定を実施し、2018年3月末までに、1,100件の身元が判明した。

しかし、遺留品や埋葬地記録等の情報がある場合は限られていることから、2017年度より、沖縄県の一部地域において、広報を通じて戦没者の遺族と思われる方からのDNA鑑定の申請を募っており、申請された死亡場所等の情報に基づき、DNA鑑定を実施している。

また、これまでは歯を検体として戦没者のDNA鑑定を実施してきたが、2017年度から、従来の歯に加え、DNA情報を比較的多く含むとされる大腿骨等の四肢骨をDNA鑑定の対象としている。

(2) 慰霊巡拝等

戦没者の遺族の要望に応え、主要戦域や戦没者が眠る海域での慰霊巡拝や、戦没者の遺児と主要戦域などの人々が相互理解のため交流する慰霊友好親善事業を実施している。

また、戦没者の慰霊と平和への思いを込めて、1970（昭和45）年度以降、主要戦域に戦没者慰霊碑を建立（硫黄島と海外14か所）したほか、旧ソ連地域には個別に小規模慰霊碑を建立（15か所）している。

3 戦傷病者、戦没者遺族等への援護

厚生労働省では、先の大戦において、国と雇用関係又はこれに類似する特別の関係に

あった軍人軍属等のうち公務傷病等により障害の状態となった者や、死亡した軍人軍属等の遺族に対して、国家補償の精神に基づき援護を行っている。具体的には、1952（昭和27）年に制定された戦傷病者戦没者遺族等援護法や、1963（昭和38）年に制定された戦傷病者特別援護法に基づき、本人に対しては障害年金の支給、療養の給付などを、遺族に対しては遺族年金や葬祭費の支給などを行っている^{*3}ほか、都道府県ごとに設置される戦傷病者相談員や戦没者遺族相談員による相談・指導を実施している。

また、戦没者等の妻や父母、戦傷病者の妻などに対して、国として精神的痛苦を慰藉するために、各種特別給付金を支給しているほか、戦後何十周年といった特別な機会をとらえ、国として弔慰の意を表するため、戦没者等の遺族に対して特別弔慰金を支給している。

4 中国残留邦人等への支援

1945（昭和20）年8月9日のソ連軍による対日参戦当時、中国の東北地方（旧満州地区）や樺太に居住していた日本人の多くは、混乱の中で現地に残留を余儀なくされ、あるいは肉親と離別し孤児となって現地の養父母に育てられたりした。厚生労働省では、こうした中国残留邦人等の帰国支援や帰国後の自立支援を行っている。

(1) 中国残留孤児の肉親調査

厚生労働省では、1975（昭和50）年より、中国残留孤児の肉親調査を行っており、2000（平成12）年から、日中両国政府が孤児申立者、証言者から聞き取りを行い、報道機関の協力により肉親を探す情報公開調査を行っている。これまで2,818名の孤児のうち、1,284名の身元が判明した。

(2) 中国残留邦人等の帰国支援、自立支援

中国残留邦人等の永住帰国にあたっては、旅費や自立支度金を支給し、親族訪問や墓参等の一時帰国を希望する者には、往復の旅費や滞在費を支給している。

永住帰国後は、中国残留邦人等や同行家族が円滑に社会生活を営むことができるよう、首都圏中国帰国者支援・交流センターにおいて、定着促進のための日本語教育、生活指導などを6か月間実施している^{*4}。地域定着後は中国帰国者支援・交流センター（全国7か所）で日本語学習支援などを行っている。

また、中国残留邦人等は、帰国が遅れ、老後の備えが不十分であるという特別な事情にあることに鑑み、2008（平成20）年4月から、老後生活の安定のため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



中国帰国者支援・交流センターでの日本語教室の風景

^{*3} 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。

^{*4} 国内唯一の宿泊研修施設であった「中国帰国者定着促進センター」は、建物の老朽化や帰国者の減少などを踏まえ、2015年度をもって閉所したが、2016年度からはその機能を「首都圏中国帰国者支援・交流センター」に統合し、同様の支援を継続している。

ない場合には支援給付を支給するほか、2014（平成26）年10月からは、死亡した中国残留邦人等と労苦を共にしてきた永住帰国前からの配偶者に対して配偶者支援金を支給している。

さらに、中国残留邦人等やその家族が地域社会でいきいきと暮らせるよう、地方自治体を中心となって、日本語教室、自立支援通訳の派遣、地域交流などの事業や中国残留邦人等の二世に対する就労支援事業を行っている。また、中国残留邦人等の高齢化に伴い、介護需要が増加していることを踏まえ、中国残留邦人等が安心して介護サービスを受けられるよう、2017（平成29）年度から、中国帰国者支援・交流センターにおいて、中国語等による語りかけボランティアの派遣などを開始した。このほか、2016（平成28）年度から、次世代へ中国残留邦人等の体験と労苦を継承するため、証言映像収集・公開事業及び戦後世代の語り部育成事業を行っているところである。

第5章 若者も高齢者も安心できる年金制度の確立

第5章

若者も高齢者も安心できる年金制度の確立

公的年金制度は、現役世代の保険料負担により、その時々の高齢世代の年金給付をまかなう世代間扶養の仕組みにより運営されている。

直近の公的年金制度の状況を概観すると、適用状況に関しては、被保険者数は全体で6,731万人（2016（平成28）年度末）であり、全人口の約半数にあたる。被保険者の種別ごとに見てみると、いわゆるサラリーマンや公務員等である第2号被保険者が4,266万人（2016年度末）と全体の約6割を占めており、学生や自営業者等である第1号被保険者やいわゆる専業主婦（夫）等である第3号被保険者はそれぞれ1,575万人、889万人（2016年度末）となっている。

被保険者数の増減について見てみると、第2号被保険者は対前年比138万人増で、近年増加傾向にある一方、第1号被保険者や第3号被保険者はそれぞれ対前年比93万人、26万人減で、近年減少傾向にある。これらの要因として、後述する被用者保険の適用拡大や厚生年金の加入促進策の実施、高齢者等の就労促進などが影響を与えたと考えられる。

また、公的年金制度の給付の状況としては、全人口の約3割にあたる約4,010万人（2016年度末）が公的年金の受給権を有している。高齢者世帯に関してみれば、その収入の約7割を公的年金等が占めるとともに、約5割を超える世帯が公的年金による収入だけで生活しており、年金給付が国民の老後生活の柱としての役割を担っていることがわかる。

公的年金制度については、2004（平成16）年の年金制度改革により、中長期的に持続可能な運営を図るための財政フレームワークが導入された。具体的には、基礎年金国庫負担引上げと積立金の活用により保険料の段階的な引上げ幅を極力抑えた上で上限を固定し、その保険料収入の範囲内で年金給付をまかなうことができるよう、給付水準について、前年度よりも年金の名目額を下げずに賃金・物価上昇の範囲内で自動的に調整する仕組み（マクロ経済スライド）が導入された。

保険料の段階的な引上げについては、国民年金の保険料は2017（平成29）年4月に、厚生年金（第1号厚生年金被保険者）の保険料率は2017年9月に、それぞれ完了した。これにより、消費税率の引上げ（5%→8%）による財源を充当した基礎年金国庫負担の2分の1への引上げと合わせ、収入面では、公的年金制度の財政フレームは完成をみた。一方、給付面では、前年度よりも年金の名目額を下げないという措置は維持しつつ、未調整分を翌年度以降に繰り越して調整するように、調整ルールの見直しが行われている^{*1}。

2018（平成30）年度の保険料水準は、厚生年金保険料率が18.3%、国民年金保険料が16,340円となっている。一方、同年度の給付水準は、厚生年金（夫婦2人分の老齢基礎年金を含む標準的な年金額^{*2}）が月額221,277円、国民年金（1人分の老齢基礎年金（満額））が月額64,941円となっており、また、マクロ経済スライドにおける未調整分の累計は▲0.3%となっている。

*1 第1節1（1）②③マクロ経済スライドによる調整ルールの見直しを参照。

*2 厚生年金は、夫が平均的収入（平均標準報酬（賞与含む月額換算）42.8万円）で40年間就業し、妻がその期間全て専業主婦であった世帯が年金を受け取り始める場合の給付水準である。

1 公的年金制度の最近の動向について

(1) 年金2法案の成立

■ 持続可能で安定的な公的年金制度の確立

公的年金制度の持続可能性を高め、将来の世代の給付水準の確保等を図るため、短時間労働者への被用者保険の更なる適用拡大、マクロ経済スライドによる調整ルールの見直し、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の免除、賃金が物価よりも低下する場合に、賃金の低下に合わせて年金額を改定するルールの導入等を内容とする「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第114号。以下「持続可能性向上法」という。）が第192回国会において成立した。

また、無年金者をできる限り救済すると同時に、納付した年金保険料を極力給付に結びつける観点から、老齢基礎年金等の受給資格期間を25年から10年に短縮する措置を消費税率の10%への引上げ時から2017（平成29）年8月1日に改める「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律」（平成28年法律第84号。以下「年金受給資格期間短縮法」という。）が第192回国会において成立した。

■ 近年の制度改正の施行状況について

① 年金受給資格期間の25年から10年への短縮

年金受給資格期間短縮法により、これまで保険料の納付期間や納付を免除された期間等が25年に足りず、年金を受け取ることができなくなった方についても、保険料納付済期間等が10年以上あれば新たに年金の受給対象となり、2017年10月から年金が支給された。これにより年金が支払われた者は、2018（平成30）年3月までで約51.8万人となっている。

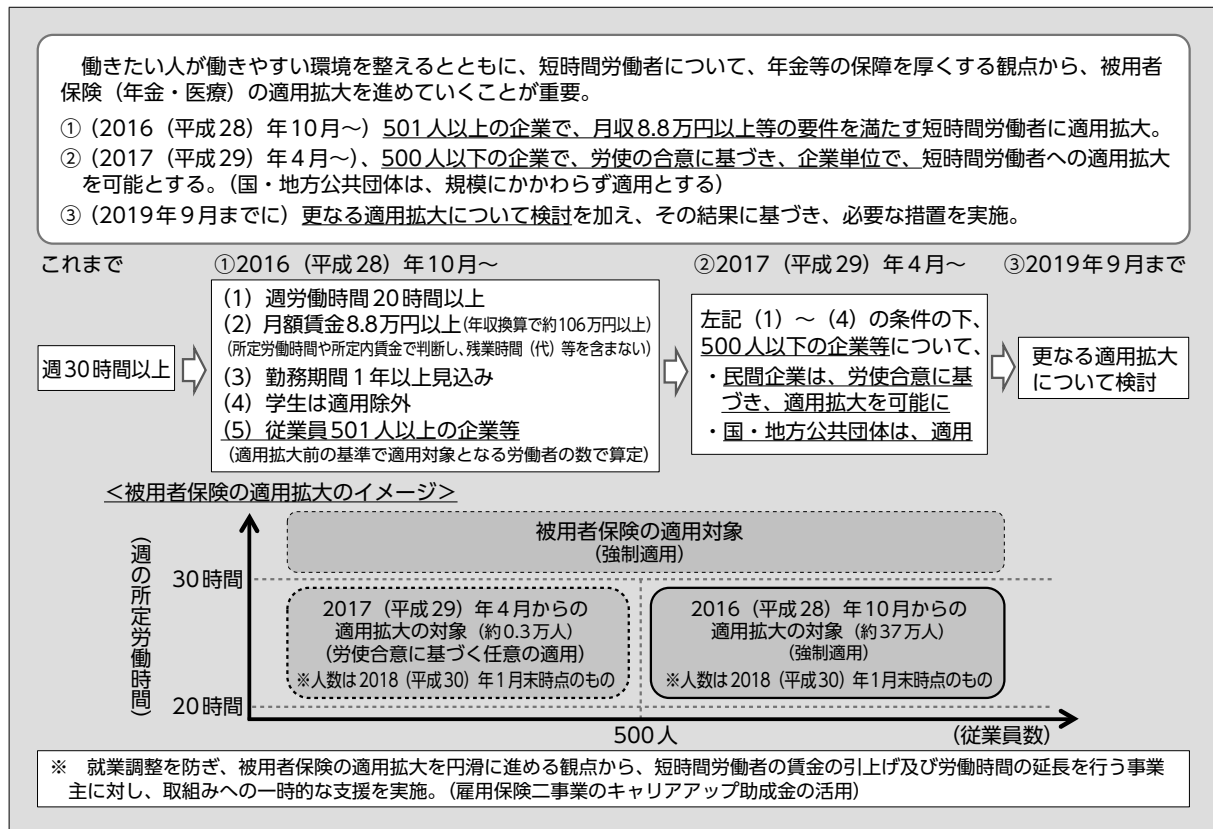
② 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進（2017年4月施行）

2016（平成28）年10月から、従業員数が501人以上の企業において、週に20時間以上働く等の一定の要件を満たす短時間労働者を対象に被用者保険の適用拡大が実施されているが、適用拡大をより一層進める観点から、従業員数が500人以下の中小企業で働く短時間労働者についても、労使間での合意を前提に、企業単位で適用範囲を拡大した。この改正により、2018年1月現在、501人以上の企業において約37万人が、500人以下の企業で約0.3万人が、新たに被用者保険の加入者となっている（図表5-1-1）。

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者に対する年金などの保障を厚くする観点から、被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用拡大を進めていくことは重要である。短時間労働者が被用者保険に加入することにより、将来受け取る年金が増えることに加え、障害がある状態になった場合なども、より多くの年金を受け

取ることができるほか、医療保険においても傷病手当金や出産手当金を受け取ることができるといったメリットもある。これらの内容等について、リーフレット等を活用し、引き続き周知・広報に取り組んでいく。

図表5-1-1 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進



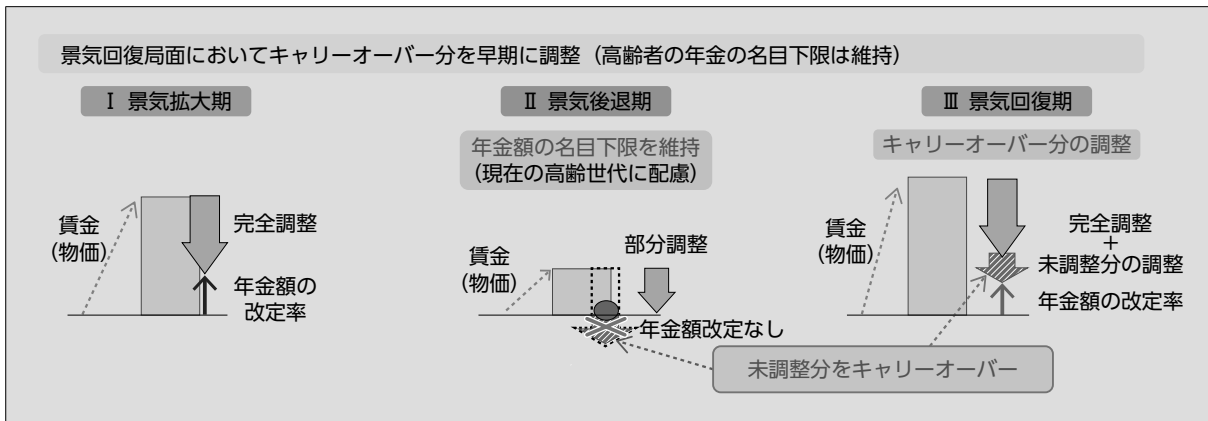
③マクロ経済スライドによる調整ルールの見直し（2018年4月施行）

マクロ経済スライドは、少子高齢化が進む中で、現役世代の負担が過重なものとならないように、保険料の上限を固定し、その限られた財源の範囲内で年金の給付水準を徐々に調整する仕組みとして導入されたものであり、賃金・物価がプラスの場合に限り、その伸びを抑制する形で年金額に反映させるものである。マクロ経済スライドによる調整をより早く終了することができれば、その分、将来年金を受給する世代（将来世代）の給付水準が高い水準で安定することになる。

このため、マクロ経済スライドによる調整をできるだけ早期に実施するために、現在の年金受給者に配慮する観点から年金の名目額が前年度を下回らない措置（名目下限措置）は維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で、前年度までの未調整分（キャリアオーバー分）を含めて調整することとした（図表5-1-2）。

2018年度の年金額改定については、2017年度から据え置きとなり、未調整分の0.3%が翌年度以降に持ち越された。

図表5-1-2 マクロ経済スライドによる調整ルールの見直し（2018年4月施行）



④国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料免除（2019（平成31）年4月施行予定）

次世代育成の観点から、国民年金第1号被保険者の産前産後期間（出産予定月の前月から出産予定月の翌々月までの4か月間）の保険料を免除することとし、免除期間については満額の基礎年金を保障することとしている。年間約20万人の方が対象となる見込みであり、この費用については、国民年金第1号被保険者全体で負担し支え合う観点から、国民年金の保険料が月額100円程度引き上げられる（図表5-1-3）。

図表5-1-3 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料免除（2019年4月施行予定）

○ 次世代育成支援のため、国民年金第1号被保険者の産前産後期間（出産予定日の前月から4か月間）の保険料を免除し、免除期間は満額の基礎年金を保障する。（対象者：年間20万人程度の見込み）【平成31年4月施行】

○ この財源として、国民年金保険料を月額100円程度引き上げ、国民年金の被保険者全体で対応する。

国民年金	【保険料負担】	【年金給付】
全額納付者		国庫負担分1/2 保険料分1/2
【現行の免除制度】 （全額免除の場合）	（免除）	国庫負担分1/2 （なし）
産前産後期間の 保険料免除者	（免除） （世帯所得にかかわらず免除対象）	国庫負担分1/2 保険料分1/2 第1号被保険者全体で負担 （月額100円程度の追加負担）
参考：厚生年金		
【産休免除】	（免除）	国庫負担分1/2 保険料分1/2 厚生年金 全体で負担
【3号被保険者】	（なし）	国庫負担分1/2 保険料分1/2

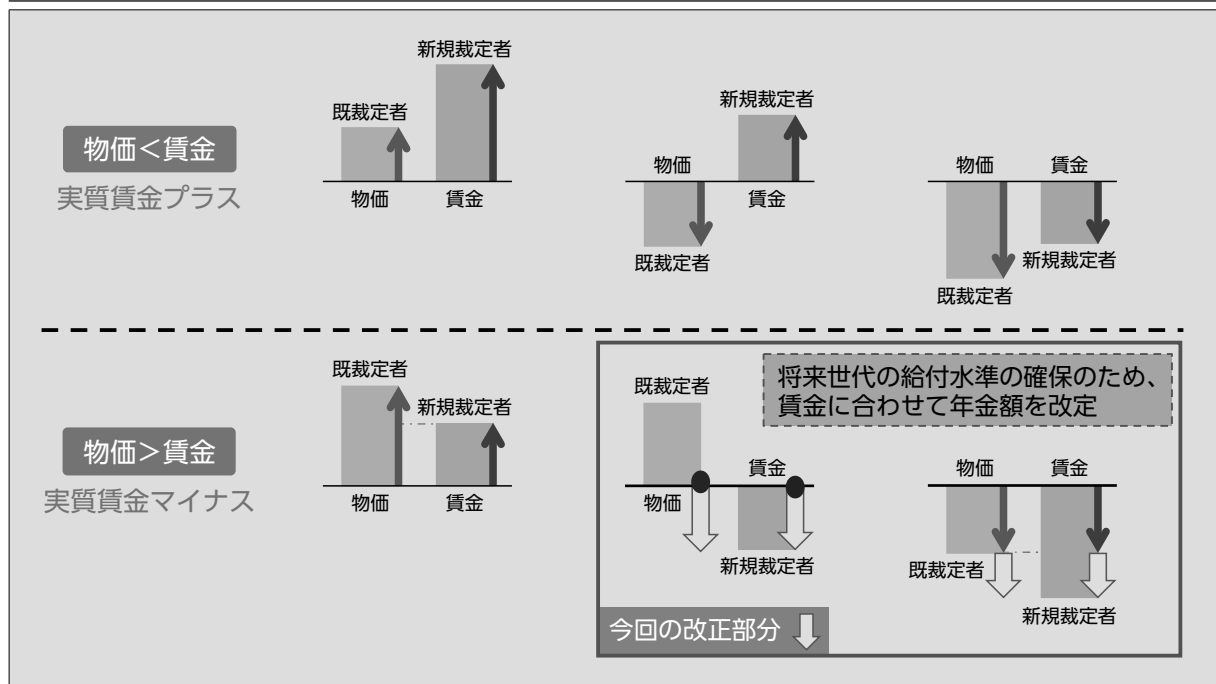
⑤賃金の低下に合わせた年金額の改定ルールの見直し（2021年4月施行予定）

少子高齢化が進む中で、現役世代の負担が過重なものとならないよう、現役世代の負担能力を示す賃金変動する範囲内で年金額を改定するという基本的な考え方に立つ

て、これまでも制度改革に取り組んできており、2004（平成16）年の年金制度改革では、賃金が物価ほどには上昇しない場合には、物価変動ではなく賃金変動に合わせて年金額を改定するルールを導入していた。しかしながら、賃金が低下する場合には、こうした考え方が徹底されていなかったため、過去10年余りのデフレ経済の下で賃金が低下した一方で、年金額はこの賃金の低下に連動しなかった。この結果、現役世代の賃金に対する年金受給者が受け取る年金の比率が従来よりも上昇する一方で、現役世代が将来受け取る年金の比率は従来よりも低下することが、財政検証の結果により明らかとなった。

このため、将来年金を受け取る世代の給付水準を確保する観点から、賃金が物価よりも低下する場合に、賃金の低下に合わせて年金額を改定するようルールを見直すこととした。なお、この見直しについては低所得・低賃金の方に対する最大年6万円の年金生活者支援給付金を2019年10月までに実施した後に施行することとしている（図表5-1-4）。

図表5-1-4 賃金の低下に合わせた年金額の改定ルールの見直し（2021年4月施行予定）



（2）今後の公的年金制度改革について

公的年金制度改革については、持続可能性向上法の検討規定にもあるとおり、「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。）において課題として規定された、マクロ経済スライドの見直し、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、高齢期の就労と年金受給の在り方、高所得者の年金給付の見直しについて検討していく必要がある。

特に、被用者保険の適用拡大については、「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）において、2019年9月末までに検討を行うこととされている。また、高齢期の年金受給の在り

方については、「高齢社会対策大綱」(平成30年2月16日閣議決定)において、65歳より後の受給を選択する繰下げ制度について、積極的に制度の周知に取り組むとともに、70歳以降の受給開始も選択可能とするなど、年金受給者にとってより柔軟で使いやすいものとなるよう制度の改善に向けた検討を行うほか、在職老齢年金については、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する観点から、年金財政に与える影響も考慮しつつ、制度の在り方について検討を行うこととされた。

今後は、2019年までに予定されている財政検証を踏まえ、次期制度改正に向けた検討を社会保障審議会年金部会等で行っていくこととしており、現在、財政検証の前提となる経済前提等について、専門委員会において議論を進めている。

(3) 年金積立金の管理・運用

① 年金積立金の管理・運用の考え方

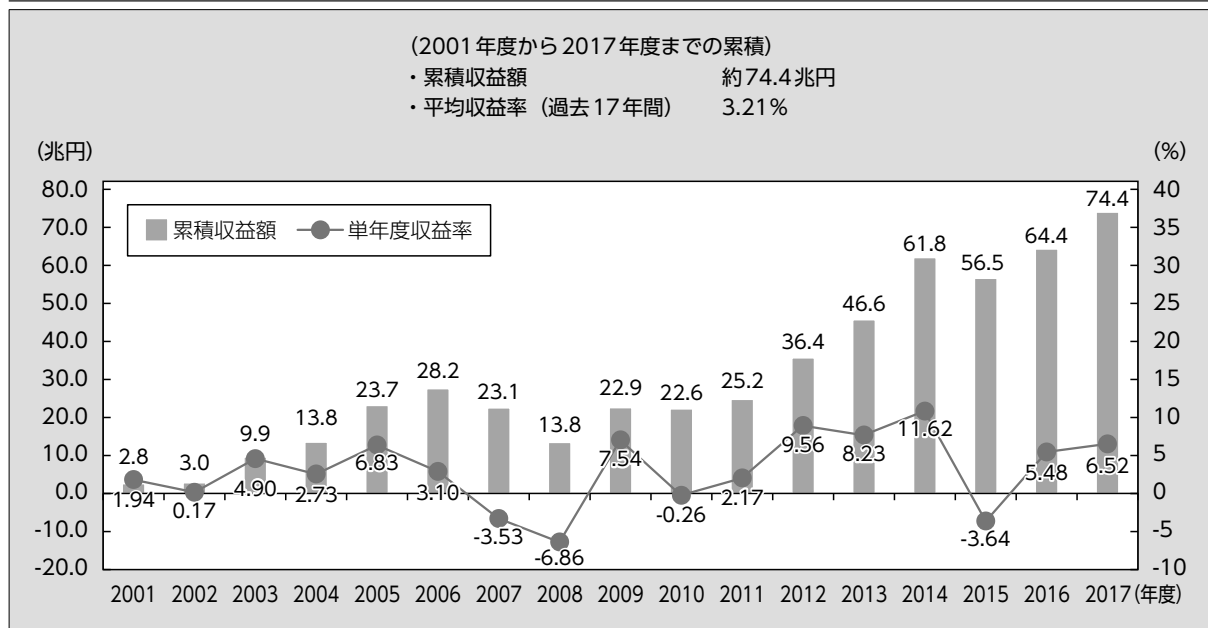
年金積立金は、国民の皆様からお預かりした保険料の一部を積み立て、積立金として長期的な観点から安全かつ効率的に運用し、将来の年金給付に充てることにより、年金財政を安定化させる役割を担っている。年金積立金の運用は、年金給付費が基本的に名目賃金上昇率に連動して増減するため、これに対応した実質的な運用利回り(名目運用利回り－名目賃金上昇率)を最低限のリスクで確保することが重要である。2014(平成26)年財政検証では複数の経済前提が設定され、各ケースに対応できる長期の実質的な運用利回りとして1.7%が示された。この年金積立金は、厚生労働大臣が運用に特化した専門の法人である年金積立金管理運用独立行政法人(以下「GPIF」という。)に寄託することにより管理・運用されている。

GPIFは、厚生労働大臣から示された中期目標を達成するために、基本的な資産の構成割合(基本ポートフォリオ)を含む中期計画や、運用の具体的な方針を策定し、これらに基づき、年金積立金を国内外の資産に分散して投資することにより、管理・運用を行っている。これらの資産運用は、公募により選定された内外の優れた民間の運用受託機関(信託銀行や投資顧問会社)に委託して行うほか、国内債券等の一部の資産については自家運用により行っている。

② 直近の運用状況について

年金積立金の運用状況については、長期的な観点から評価することが必要であるが、透明性を確保する観点から、GPIFは四半期ごとに運用状況を公表している。また、年金積立金の一部は、年金給付等の資金繰り上必要な資金として年金特別会計において管理し、財政融資資金への預託による運用を行っている。これらを合計した年金積立金全体の運用実績は、厚生労働大臣が自主運用を開始した2001(平成13)年度から2017(平成29)年度までの累積で約74.4兆円の収益額となっており、収益率でみると名目賃金上昇率を平均で約3.4%上回り、年金財政に貢献しているといえる(図表5-1-5)。

図表 5-1-5 年金積立金の運用実績（2001年度以降（自主運用開始））



3 最近の年金積立金の運用に係る議論等について

年金積立金の運用に対する国民の信頼を一層高めるため、GPIFのガバナンス体制の強化を図るべく、持続可能性向上法において、2017（平成29）年10月から、GPIFに9名の外部有識者とGPIF理事長からなる経営委員会を設置し、基本ポートフォリオ等の重要な方針に係る意思決定や執行部の業務に対する監督を行うこととする等の見直しを行った。

また、GPIFにおいては、中長期的な収益の確保に資するとの考え方等に基づき、運用受託機関を通じた「建設的な対話」（エンゲージメント）の促進、ESG投資^{*3}を含むスチュワードシップ活動に取り組んでいる。

2 私的年金制度の最近の動向について

(1) 私的年金制度の役割

私的年金制度は、確定給付企業年金、企業型確定拠出年金、個人型確定拠出年金（iDeCo）、国民年金基金等の総称であり、公的年金と相まって高齢期における所得を確保するため、国民の自助努力を支援する制度である。少子高齢化の進展、産業構造の変化、ライフコースの多様化等の社会経済情勢が変化する中で、私的年金はますます重要性を増している。私的年金の加入率の向上を図るため、今まで以上に利用しやすい確定拠出年金制度や確定給付企業年金制度の整備に向けた取組みを進めている。

(2) 確定拠出年金制度及び確定給付企業年金制度の見直しについて

確定拠出年金制度については、柔軟な掛金拠出を可能にする拠出規制の年単位への見直しを2018（平成30）年1月より可能としたほか、中小企業でも実施しやすい簡易型確定拠出年金、企業年金を実施できない事業主でも従業員の高齢期の所得確保を支援できるよ

*3 E（Environment）、S（Social）、G（Governance）の要素を考慮した投資

うにする中小事業主掛金納付制度が2018年5月より開始された。加えて、加入可能範囲が拡大したiDeCoについて更なる普及を図るため、各種広報媒体を活用した周知・広報を引き続き行っている。

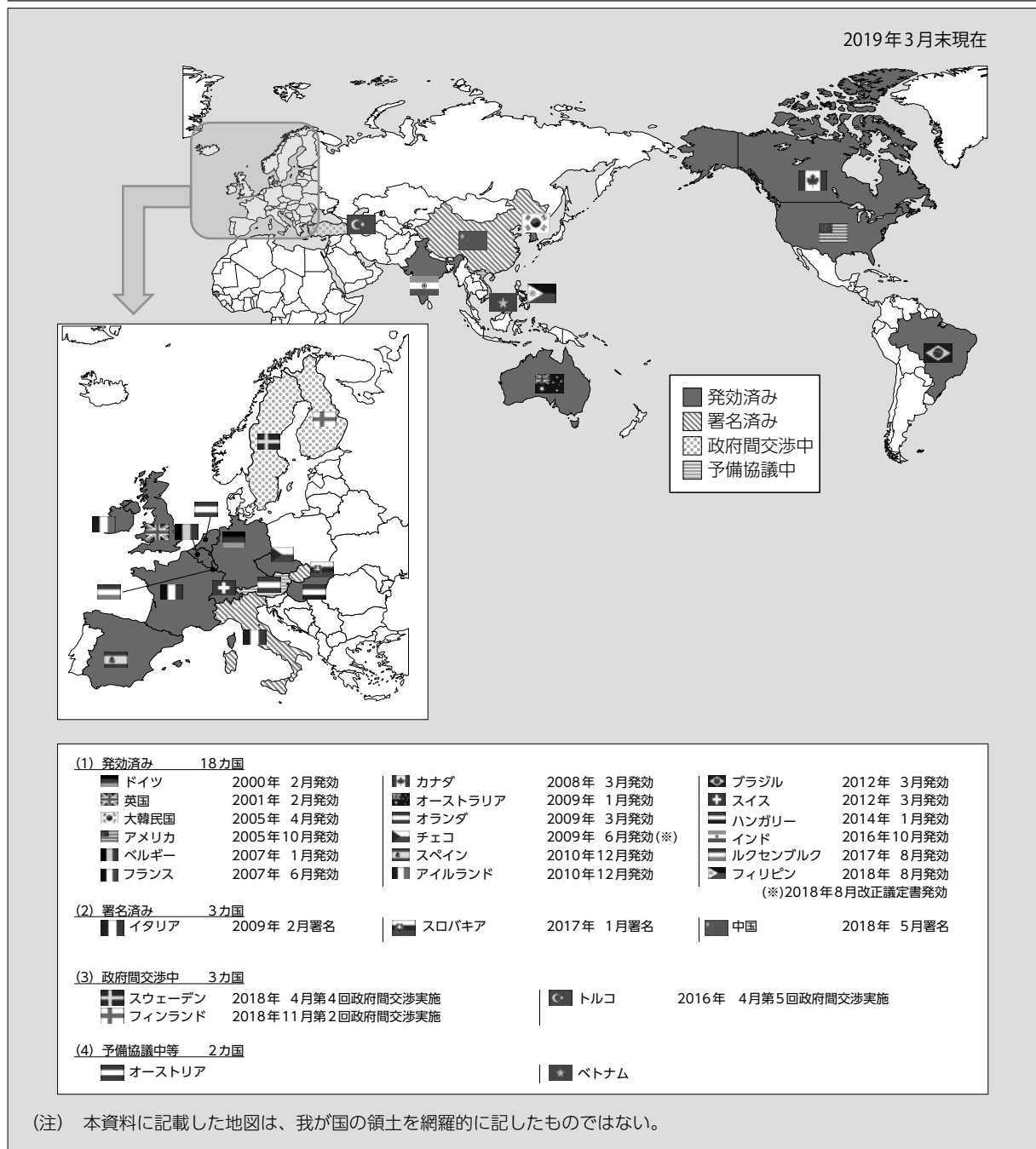
また、確定給付企業年金制度については、ガバナンスの向上を通じて企業年金制度の健全な運営が可能な環境を整備するため、総合型確定給付企業年金のガバナンス強化、運用の基本方針と政策的資産構成割合の策定の義務化、資産運用ガイドラインの見直しを行い、一部を除き2018年4月より施行された。

これらの私的年金制度の見直しにより、私的年金の普及・拡大と制度の適切な運営を図るとともに、高齢期に向けた個人の継続的な自助努力の支援に取り組んでいくこととしている。

3 国際化への対応

海外在留邦人等が日本と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ぎ、また、両国での年金制度の加入期間を通算できるように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、2018（平成30）年8月のフィリピンとの間の協定に至るまで、現在、18か国との間で協定が発効している。また、現在、中国、スロバキア等と協定の発効に向けた準備を進めるとともに、スウェーデン、フィンランド、トルコ等と協定の締結に向けた交渉・協議を行っている。さらに、協定の締結に向けた交渉の可能性を検討するための協議をベトナムと開始したところである（図表5-1-6）。

図表5-1-6 社会保障協定の締結状況



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、その相手国における在留邦人や進出日系企業の具体的な社会保険料の負担額などの状況、我が国の経済界からの具体的要望の有無、我が国とその相手国との二国間関係や社会保障制度の違いなどの様々な点を総合的に考慮した上で、優先度が高いと判断される相手国から順次締結交渉を行うこととしている。今後とも、政府として、社会保障協定の締結に向けた取組みを一層推進していくこととしている。

第2節 公的年金の正確な業務運営

1 日本年金機構と年金業務運営

(1) 日本年金機構について

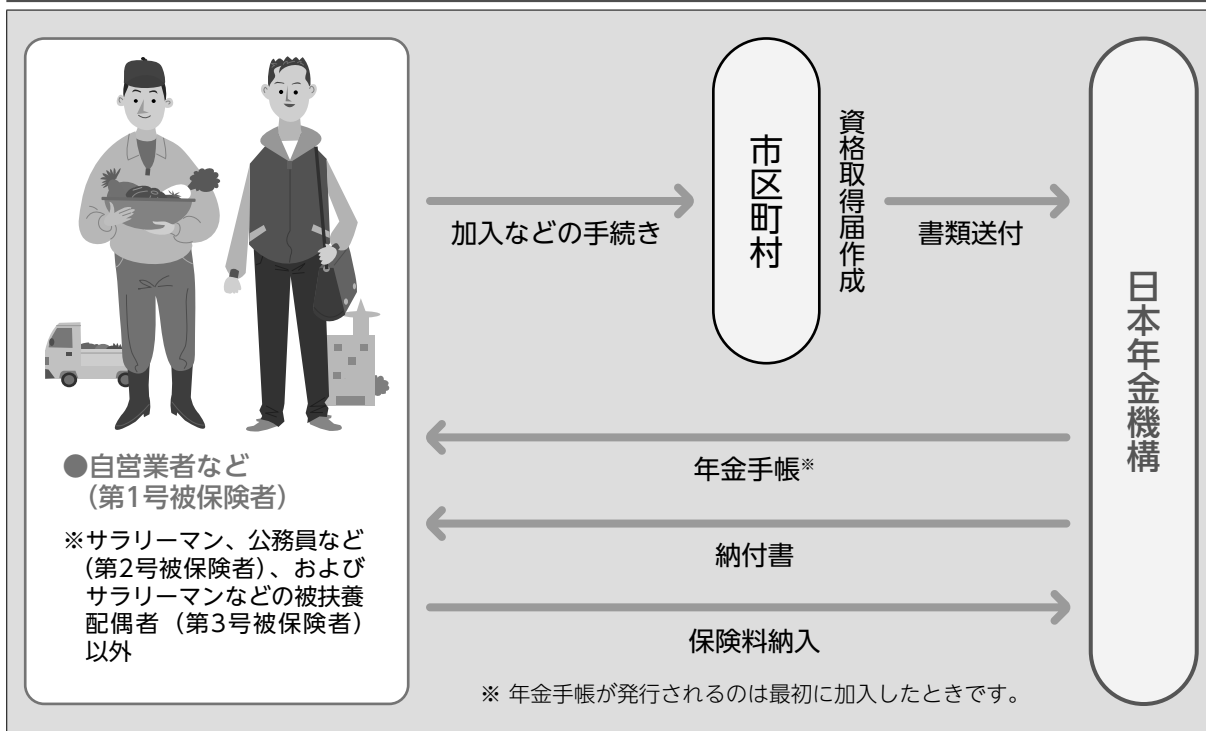
2010（平成22）年1月1日、旧社会保険庁が廃止され、政府が管掌する公的年金事業の運営を担う非公務員型の公法人である日本年金機構が設立された。

日本年金機構は、厚生労働大臣の監督の下、国と密接な連携を図りながら公的年金事業に関する業務運営を行うことにより、公的年金事業及び公的年金制度に対する国民の皆様の信頼を確保し、もって国民生活の安定に寄与することを目的とし、2010年1月に厚生労働省が定めた第1期中期目標（対象期間：2010年1月11日から2014（平成26）年3月31日までの4年3か月間）並びに日本年金機構が策定した中期計画及び各年度の年度計画に基づいて計画的に業務を行ってきた。2014年度からは、第2期中期目標（対象期間：2014年4月1日から2019（平成31）年3月31日までの5年間）及び中期計画に基づいて業務を実施している。

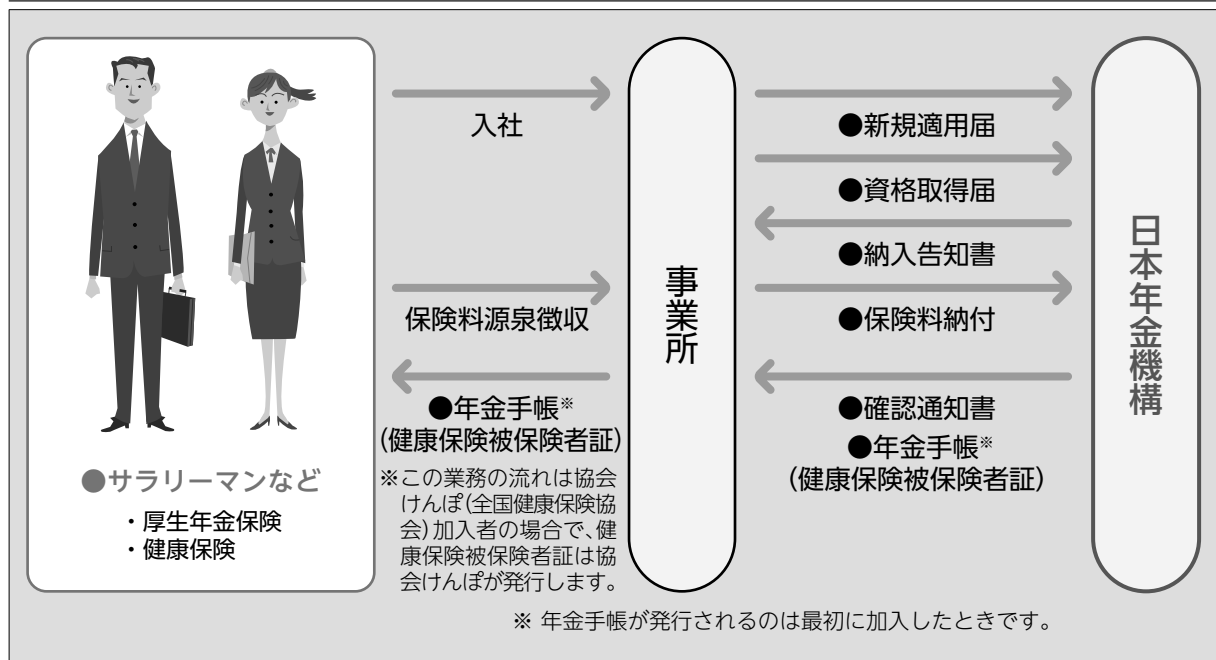
(2) 日本年金機構の取組み

日本年金機構においては、年金の適用、保険料の徴収、年金の給付、年金記録の管理、年金相談という一連の業務を正確かつ確実に遂行するとともに、提供するサービスの質の向上を図ることを基本的な役割としている（図表5-2-1、図表5-2-2）。

図表5-2-1 国民年金の加入・徴収業務の流れ



図表5-2-2 厚生年金保険・健康保険の加入・徴収業務の流れ



1 国民年金の保険料納付率向上と厚生年金の適用促進

国民年金保険料の納付率は、2005（平成17）年度の72.4%^{*4}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促や免除等勧奨業務を受託する事業者との連携強化、口座振替やクレジットカード納付、コンビニでの納付の促進等による保険料を納めやすい環境づくりなど、保険料の収納対策の強化に取り組んできたところである。2011（平成23）年度以降は上昇傾向にあり、2015（平成27）年度の納付率は、対前年同期差+1.0ポイントの73.1%^{*4}となった。

2017（平成29）年度においては、控除後所得300万円以上かつ未納月数13月以上（控除後所得が350万円以上である場合、未納月数は7月以上）の全ての滞納者に対する督促の実施（督促状を送付し、指定期限内の納付を促しても納付がない場合には、財産差押等の手続に入る。）に取り組んだほか、悪質な滞納者に関する厚生労働省から国税庁への強制徴収委任制度の活用など、収納対策の強化を図った。

督促の範囲については、所得などによって一定の基準を設けながら段階的に拡大を図ることとしており、2018（平成30）年度を目途に、免除等に該当する低所得者などを除いた全ての滞納者への督促を目指し、2018年度より、控除後所得300万円以上かつ未納月数7月以上の滞納者を対象に実施することとした。

厚生年金保険の適用促進については、雇用保険情報や法務省からの法人登記簿情報の提供に加え、国税庁から提供されている法人の源泉徴収義務者情報を活用し適用すべき事業所を把握するとともに、把握した事業所へ加入指導を行うことで、適用に結びつけているところである。2017年度からは、事業所の規模に応じて、計画的な適用促進対策を進めるとともに、地方自治体等が行う新規営業許可申請時等に社会保険の加入状況を確認し、仮に本来加入すべき事業所が加入していない場合には、その情報提供に基づき加入勧奨を行うことにより、2017年度においては、約9.9万事業所を適用したところである。

^{*4} 国民年金保険料は過去2年分の納付が可能であり、上記の数値は過年度に納付されたものを加えた納付率（最終納付率）。

2018年度においても、引き続きこれらの取組みを着実に進めている。

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んでいる。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、毎週月曜日の受付時間延長、毎月第2土曜日の開所とともに、全ての年金事務所における予約制の実施、混雑時の相談ブースの増設や年金給付専門職の配置等の対策に取り組んでいる。

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」コーナーの設置、「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。

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・決算などの情報をわ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 システムの改善や「ねんきんネット」の利用促進等

① システムの改善による利便性向上とコスト削減に向けた取組み

公的年金関係の手続きは、紙による申請の他、CD・DVDによる媒体申請、電子政府の総合窓口e-Govによる電子申請が可能となっている。特に電子申請については、年金事務所等へ出向く必要がなく、時間を気にせず24時間いつでもどこからでも手続きが可能となることから、近年、利用が増加傾向にある。このため、日本年金機構では、電子申請の更なる利用促進に務めている。

また、国民年金・厚生年金保険等の被保険者の適用、各種保険料の徴収、年金給付等の各種給付等に使用する社会保険オンラインシステムについては、年金機構への届書の処理に要する期間の短縮・処理遅延の防止、ペーパーレス化、運用コストの削減などを目的として、その刷新に向けた取組みを行っている。

② 「ねんきんネット」の機能改善と利用促進

2011（平成23）年2月から、日本年金機構において、ご自身の年金記録の確認などをパソコンやスマートフォンで24時間いつでも手軽に確認できる「ねんきんネット」のサービスを提供している。

「ねんきんネット」では、お客様サービスの向上を図るため様々な機能を提供しており、現在と今後の職業や収入、期間等について一定の条件を設定した場合における将来受け取る年金の見込額の試算や、電子版の通知書の閲覧、原本が必要な場合における通知書の再交付申請などを行うことができる。

「ねんきんネット」は、パソコンやスマートフォンから日本年金機構のウェブサイト (http://www.nenkin.go.jp/n_net/) にアクセスし、登録を行うことで利用が可能となり、「ねんきんネット」のユーザーID取得者数は、2019年3月末現在、506万人となっている。

4 年金広報の取組み

① 若年者向け年金セミナー等の実施

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、地域、企業、教育の場などにおいて、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。

② 「年金の日」における啓発活動等の推進

厚生労働省では、『国民お一人お一人、「ねんきんネット」等を活用しながら、高齢期の生活設計に思いを巡らしていただく日』として、2014（平成26）年から「11月30日」（「いいみらい」の語呂合わせ）を「年金の日」と定め、その趣旨に賛同いただいた28の金融関係団体等と協働して、イベントの開催等により、

- ・「ねんきんネット」等を利用して年金記録や年金受給見込額を確認していただくこと
- ・高齢期に備え、その生活設計に思いを巡らすこと

を呼びかけている。

また、日本年金機構において11月を「ねんきん月間」と位置づけ、国民の皆さまに公的年金制度に対する理解を深めていただくため、公的年金制度の普及・啓発活動を展開し、全国各地で年金出張相談等を実施しており、この取組みの一環として、公的年金をテーマにエッセイを募集している。

今後も、「年金の日」をはじめとする様々な機会をとらえて、更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。

5 振替加算の総点検とその対応について

振替加算は、配偶者（夫）の老齢厚生年金又は障害厚生年金に受給権者（妻）に係る加給年金が加算される場合に、妻が65歳に達したときに、夫の加給年金を妻に支給する老齢基礎年金に振り替えて加算する制度である。

この振替加算については、正しく加算がなされていない事案が近年増加していたため、日本年金機構において、配偶者の加給年金が終了している一方で振替加算が開始されていない夫婦の事例を総点検し、支給漏れ又はその可能性のあるケースを抽出し、発生要因の分析を行うとともに、対応策を講じることとし、その総点検の結果を2017年9月13日に開催された社会保障審議会年金事業管理部会において公表した。

総点検の結果、約10.6万人の方の振替加算の支給漏れが判明し、支給漏れ分の支払いを2017年11月に行った。また、同様の事例が起こらないよう再発防止策を講じた。

6 年金給付に係る事務処理誤り等の総点検について

日本年金機構では、振替加算の支給漏れに係る公表を契機として、「年金給付適正化プロジェクトチーム」を設置し、総点検を行い、その結果を2017年12月20日に開催された社会保障審議会年金事業管理部会において公表した。

具体的には、①事務処理誤りの総点検（日本年金機構設立以来、公表してきた年金給付に影響する事務処理誤り全件（10,902件）を点検）、②「お客様の声」の総点検（2014年度以降の年金給付に関するお客様の声全件（6,068件）を点検）、③リストの総点検（システムの処理できない場合や確認が必要な場合に年金給付システムから出力されるリストの全種類（1,065種類）を点検）を行った。

①事務処理誤りの総点検では、類似の事務処理誤りを事象ごとにまとめて分類した結果、日本年金機構設立以降の累計件数が10件以上のものが33事象あったが、システム的な再発防止の実施や法令改正により新規に対象者が発生しないものが15事象、システムで事後的に対象者を特定することが可能であり、定期的な点検により再発防止を図ることができるものが9事象あった。この24事象については、事象別に抽出プログラムを作成して、同種の事案の対象者に個別に連絡を行い必要な対応を実施することとしている。お客様の情報が必要でシステム的な対応が困難な9事象については、受給者に対する各種通知の発送時に制度の周知を行うなど適切に対応することとしている。②「お客様の声」については、これまでもサービス改善・業務改善に活用してきたが、総点検後は、事務処理誤りの早期発見と再発防止の観点からも分析をすることとした。③リストの出力件数は年間257万件であったが、総点検後は、リスト総量の削減・効率化を進めるとともに、リスト処理に係るマニュアルの整備を行うこととしている。

7 年金の源泉徴収について

日本年金機構は、所得税法の規定に基づき、所得税等が課税される年金（老齢年金）について、受給者から提出のあった「扶養親族等申告書」の申告内容を基に、例年、所得税等の源泉徴収を行っている。

申告書の提出があったにもかかわらず、日本年金機構の委託事業者における入力漏れ（約7.9万人）、入力誤り（7万人）により、2月支払いにおいて本来支払われるべき年金額が正しく支払われなかった方がいたため、4月支払い等において、お詫び状を送付するとともに、必要な年金額の調整をした。また、再発防止に向けて、外部の専門家による「日本年金機構における業務委託のあり方等に関する調査委員会」において検証し、業務委託のあり方の見直し方針を策定するなど取組みを進めた。

なお、2018年においては、税制改正等に伴い、扶養親族等申告書の記載項目に変更があったことを踏まえ、申告書の様式を変更したところ、年金受給者の方々に御理解いただくことが難しくなった。結果として、申告書が未提出となっている方が多くなったことから、未提出の方に対して4月にお知らせとわかりやすい申告書様式を送る対応を行った。

8 障害年金について

障害基礎年金や障害厚生年金等の障害等級は、「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準」に基づいて認定されているが、精神障害及び知的障害の認定において、地域によって

認定に差が生じていることが確認された。

こうしたことから、精神障害及び知的障害の認定が当該障害認定基準に基づいて適正に行われ、地域差による不公平が生じないように、厚生労働省にて開催した「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」における議論を踏まえ、「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）等を策定し、2016（平成28）年9月より実施している。

ガイドラインを用いた認定の流れとしては、まず、主治医が作成する診断書に記載された日常生活状況等の生活上の困難度合いによって定まる「等級の目安」を認識した上で、等級判定に当たり考慮することが妥当なものとして例示される生活環境等の「考慮すべき要素」を考慮し、さらに、それ以外の事項についても、診断書や本人又は家族等が記載する書類から認識して、総合的に判定することとしている。

なお、施行後3年（2019年）を目途に、ガイドラインに基づく認定状況について検証を行い、必要に応じてガイドラインの見直し等を検討することとしている。

また、日本年金機構本部及び事務センターで行っている障害年金の審査事務については、2016年10月に障害年金センターを設置し、2017年4月より審査を集約し、全国一体的な審査体制を確保している。

9 情報セキュリティ対策の推進

2015（平成27）年6月1日に公表した、日本年金機構における外部からの不正アクセスによる情報流出事案をきっかけとして、厚生労働省及び日本年金機構においては情報セキュリティ対策の強化に取り組んでいる。

具体的には、厚生労働省において、2015年9月18日に取りまとめた「情報セキュリティ強化等に向けた組織・業務改革」に基づく再発防止策に取り組むとともに、日本年金機構においては、2015年12月9日に策定した業務改善計画に基づき、2016年度から3年間を集中取組期間と位置付け、業務改善計画に基づく改革を進めている。この中で、情報セキュリティ対策の強化については、

- ・情報管理対策本部や機構CSIRT（シーサート）などの設置
- ・年金個人情報に対して攻撃が及ばないシステムとするため、独立したインターネット環境を構築し、年金個人情報を管理・運用する領域を基幹システムに限定
- ・情報セキュリティポリシーの整備、情報セキュリティ研修の実施、監査体制の整備などの、組織面、技術面、業務運営面のそれぞれについての対策を講じており、国民の重要な年金個人情報を安全かつ適切に取り扱うための取組みが進められている。

2 年金記録問題への取組み

年金記録問題については、2007（平成19）年7月に年金業務刷新に関する政府・与党連絡協議会で決定した「年金記録に対する信頼の回復と新たな年金記録管理体制の確立について」を踏まえ、日本年金機構と密接に連携しながら、様々な取組みを進めてきた。

その結果、ご本人に記録を確認していただく「ねんきん特別便」等の送付により、約5,095万件の未統合記録について、約3,212万件（2018（平成30）年9月現在）の記録が解明された。

これまでの対応や同報告書の提言を踏まえ、「政府管掌年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律」（平成26年法律第64号。以下、「年金事業運営改善法」という。）において、年金記録が誤っている場合の訂正請求手続の創設、事務処理誤りにより保険料納付ができなかった者についての事後的救済手続の創設等が行われた。

（1）更なる未解明記録の解明のための取組み

更なる未解明記録の解明に向けた取組みとして、「紙台帳とコンピュータ記録の突合せ」等により判明した記録のお知らせに未回答である受給者に対して、2015（平成27）年度末までに文書、電話及び訪問による勧奨（個別アプローチ）を実施し、これに対して回答のあった方の記録確認及び記録訂正を行った。

また、過去に年金事務所に相談に来られた際には記録を発見できなかった方に対するサンプル調査を2015年から2016（平成28）年にかけて実施し、本人のものと確認できた未解明の記録（未統合記録）が判明したケースごとに分類を行った上で、その費用対効果が高いケース等について、2017（平成29）年より再調査を実施している。

さらに、2017年8月から開始された受給資格期間の短縮に係る制度周知と併せて、文書により未統合記録の確認の呼びかけを実施、加えて2018（平成30）年より「ねんきん特別便（名寄せ特別便）」等の未回答者に対する未統合記録のお知らせ通知を送付している。

（2）基礎年金番号の整備

年金記録を正確に管理するためには、一人に対して一つの基礎年金番号を確実に付番し、適切に管理する必要がある。

基礎年金番号の重複付番の発生を防止するため、資格取得届において基礎年金番号の記載がなく、かつ、対象者の氏名、性別及び生年月日と一致する記録に対応する基礎年金番号が既に存在すると考えられる場合は、仮基礎年金番号の付番により別管理し、照会票により本人確認を行った上で、基礎年金番号を付番するという取組みを行っている。

2014（平成26）年10月からは、事業主の協力を得て、資格取得届において住民票住所を記載いただき、本人の住民票コードを確認することで、基礎年金番号の重複付番の新規発生防止を図っている。

（3）ご自身による年金記録確認の推進

年金記録は、国（日本年金機構）において正確な管理を徹底するとともに、ご本人自身にも確認いただき、なるべく早い時点で記録の「もれ」や「誤り」を申し出ていただくことも重要である。

そのため、国民年金・厚生年金保険の全ての現役加入者の方に対し毎年誕生月に「ねんきん定期便」を送付しており、年金加入期間、年金見込額、保険料納付額のほか、最近の月別状況として直近1年間の国民年金の納付状況や厚生年金保険の標準報酬月額等をお知らせしている。また、節目年齢（35歳、45歳、59歳）の方には封書形式で全ての加入記録をお知らせし、ご本人に年金記録をチェックしていただいている。一方、「ねんきんネット」では、ご自身の年金記録の「もれ」や「誤り」を見つけやすいよう、年金に加入

していない期間や標準報酬月額の変動など、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5-2-3）ほか、自身の年金記録の確認だけでなく、持ち主がわからない未統合記録を検索することができる（図表5-2-4）。

図表5-2-3 「ねんきんネット」のイメージ図

1-1 各月の年金記録の情報

各月の年金記録を表示しております。
各月の年金記録を押すとそれぞれ詳細画面を表示することができます。（別ウィンドウで開きます）

[+]各月の年金記録の見方を表示する

年度	年齢	各月の年金記録の情報											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成15年度	20歳	/	/	/	/	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成16年度	21歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成17年度	22歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成18年度	23歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成19年度	24歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成20年度	25歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成21年度	26歳	船保	船保	船保	船保	船保	重複	重複	重複	厚年	厚年	厚年	厚年
平成22年度	27歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年

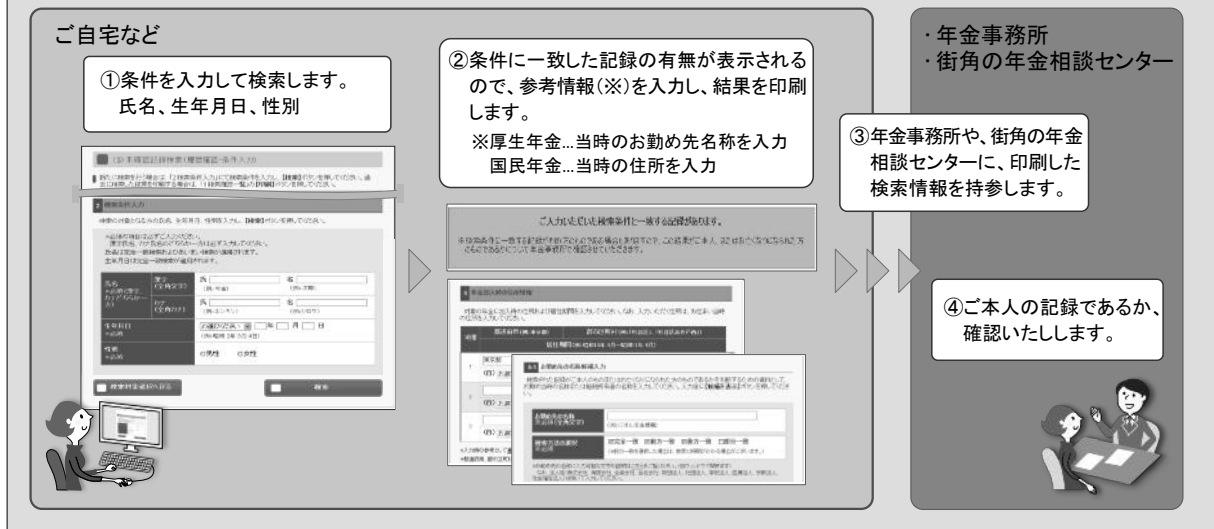
※ 赤色等の強調表示をご確認いただき、問題が無ければ【強調表示しない】ボタンを押すことにより、強調表示を消去して表示させることができます。

図表5-2-4 「ねんきんネット」のイメージ図

「持ち主不明記録検索」の概要

持ち主が分からない年金加入記録について、「ねんきんネット」から、氏名・生年月日・性別による検索を行えるサービスを平成25年1月より開始しています。

※過去に異なる氏名（旧姓等）や生年月日で届出をされた方、氏名に別の読み方がある方は、その情報でも検索可能です。

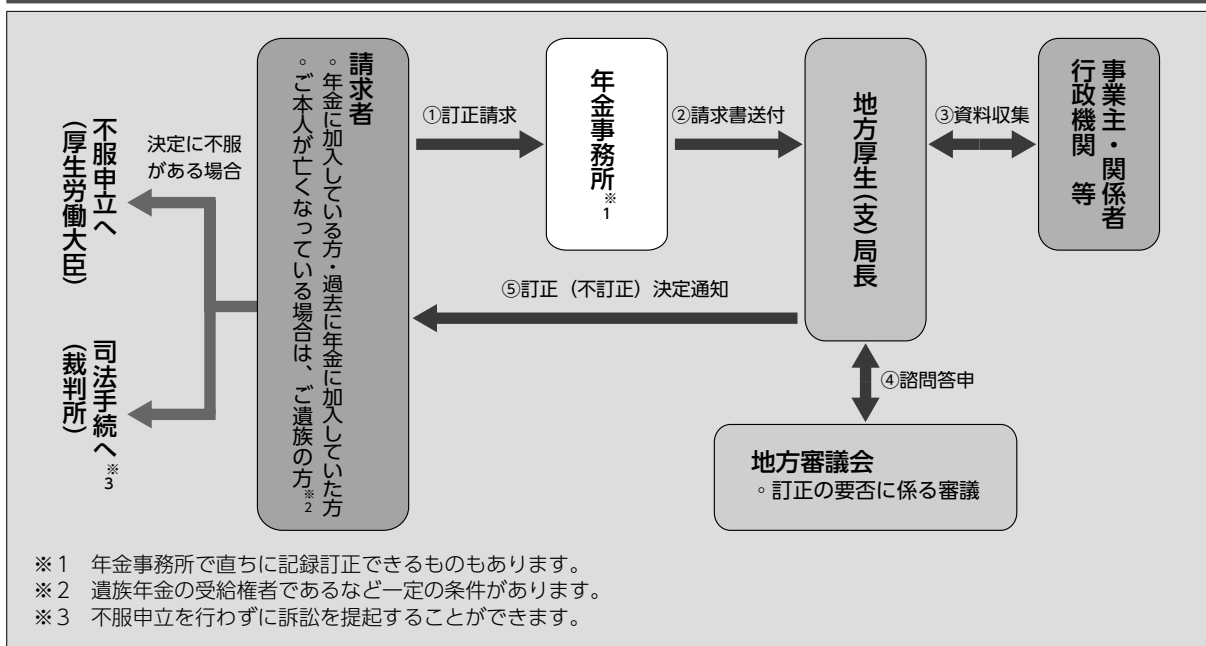


(4) 年金記録の訂正手続

2014（平成26）年6月に年金事業運営改善法が公布されたことにより、総務省に設置された年金記録確認第三者委員会におけるあっせんの仕組みに代わり、年金制度の手続として年金記録の訂正を請求する仕組みが創設された。

具体的には、年金記録の「訂正請求」がされた場合には、厚生労働省（地方厚生（支）局長）は、様々な関連資料や周辺事情を収集・調査し、最終的に、国民の立場に立って、公平・公正な判断を行う地方審議会の審議結果に基づき、訂正、不訂正等の決定を行うこととなった。この「訂正請求」の手続が法律に規定されたことにより、地方厚生（支）局長の決定に不服がある場合は、行政不服審査法に基づく審査請求を行うことや決定の取消を求める訴訟を提起することが可能となった（図表5-2-5）。

図表5-2-5 年金記録の訂正手続の実施



これにより、年金に加入している方（過去に加入していた方を含む。）やご本人が亡くなっている場合のご遺族の方は、国民年金及び厚生年金保険の年金記録に誤りがあると思ったときは、厚生労働大臣に対し訂正を請求することができるようになり、2015（平成27）年3月1日から年金事務所で受付を始め、各地方厚生（支）局において処理を進めている。

2018（平成30）年3月末時点で年金事務所が受け付けた訂正請求の件数は18,429件（国民年金事案1,868件、厚生年金保険事案16,561件）となっている。受け付けた件数のうち、17,470件の処理が完了しており、12,904件（地方厚生（支）局で訂正決定したもの3,516件、日本年金機構で記録訂正したもの9,388件）の年金記録が訂正されている。

第6章 医療関連イノベーションの推進

第1節 データヘルス改革の推進

我が国では、世界に先駆けて超高齢社会に直面しており、健康寿命の延伸や社会保障制度の持続可能性の確保という問題に国を挙げて取り組む必要がある。ICTの活用は、これらの課題の解決につながる可能性がある。

このため、厚生労働省においては、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、健康・医療・介護分野におけるICTの活用について検討を行っている。個人や医療・介護等の現場によるデータの活用や最先端技術の導入により、国民がメリットを感じることができ、必要なコストとのバランスを踏まえたICTインフラの整備などを進めるため、2020年度を目途に、8つのサービスの提供を目指し、実証事業やシステム構成の検討などを行い具体的な取組みにつなげていくこととしている（図表6-1-1）。

まず、医療等分野に最先端技術の導入を目指すこととしている。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、近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療への期待が高まっていることから、ゲノム情報等を集約し質の高いゲノム医療の提供体制を全国的に構築するとともに、創薬等の革新的治療法や診断技術の開発を行うこととしている（がんゲノム）。

また、重点6分野（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）を中心として、保健医療分野のAI開発を加速するとともに、AI開発に向け必要な良質のデータ収集等を推進することとしている（AI）。

さらに、個人、医療、介護等の現場でのデータの活用を進めていく。保健医療情報を全国の医療機関等で確認できるサービスを提供することや、医療的ケア児（者）等が災害・事故などに遭遇しても、安心して確かな医療を受けることができるようにサービスを提供することを目指すこととしている。レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報等の患者の保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを推進する。

健康状況の見える化による保険者と企業が連携した取組みの活性化や、本人による健康状態の把握の促進を通じ、予防・健康づくりを推進することが重要であり、企業・保険者連携での予防・健康づくり「コラボヘルス」を推進していく。このため、加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組み状況等を分析、経営者に通知する取組みを2018年度から順次実施することとしている（健康スコアリング）。

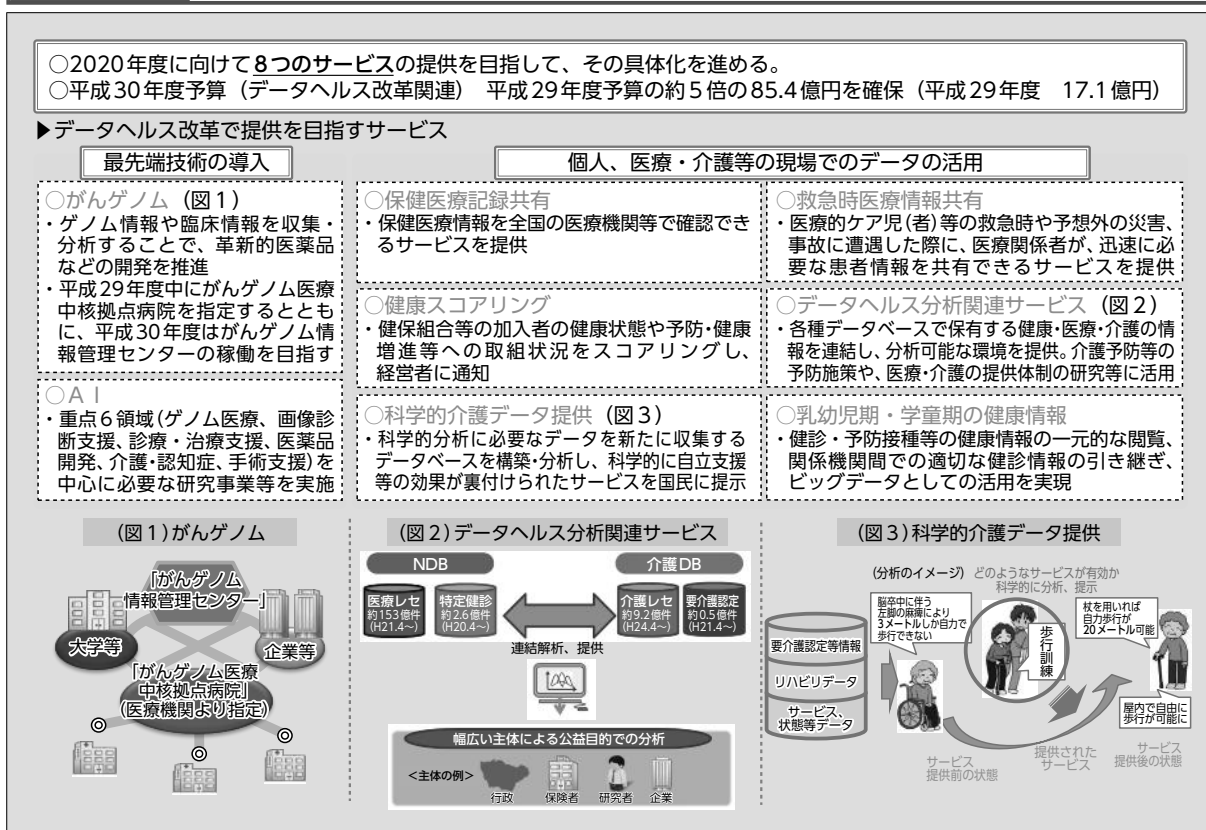
現在、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や介護保険総合データベースといった公的データベースが整備され、情報が蓄積されているが、これらのデータの連結はできず、健康・医療・介護の各分野を通じた分析は困難となっている。このため、行政・保険者・研究者・民間等が、健康・医療・介護のビッグデータを個人のヒストリーとして連結・分析できる解析基盤について、2018年度から詳細なシステム設計に着手し、2020年度から本格稼働することを目指している（データヘルス分析）。

乳幼児期の健診・予防接種等の健康情報については、一元的な確認等が可能となるよう

な仕組みの構築等を目指し、これまでの調査研究の成果も踏まえつつ、乳幼児健診の項目の標準化や電子化を促進する予定である（乳幼児期・学童期の健康情報）。

介護サービスに関しては、その効果やリスクについて科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に収集できているとはいえない状況にある。このため、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、高齢者の状態、ケアの内容などのデータを収集・分析するデータベースの運用を2020年度に本格的に開始し、効果が裏付けられた介護サービスについては、次期以降の介護報酬改定でも評価することを検討することとしている（科学的介護データ提供）。

図表6-1-1 データヘルス改革の取組みについて



第2節 医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備

1 健康・医療戦略について

政府の成長戦略の柱の1つである医薬品・医療機器産業を含む健康・医療関連分野において、革新的な医療技術の実用化を加速するため、2014（平成26）年5月に、「健康・医療戦略推進法」（平成26年法律第48号）及び「独立行政法人日本医療研究開発機構法」（平成26年法律第49号。現在の法律名は「国立研究開発法人日本医療研究開発機構法」。）が成立した。また、各省の医療分野の研究開発関連事業を集約し、一体的に実施するため、同年6月に内閣総理大臣を本部長とし、全閣僚で構成する「健康・医療戦略推進本部」

が設置された。

2014年7月には、医療分野の研究開発及び健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創出・活性化に関し、政府が総合的かつ長期的に講ずべき施策を定めた「健康・医療戦略」が閣議決定された。また、医療分野の研究開発に関する施策について、基本的な方針や政府が集中的かつ計画的に講ずべき施策等を定めた「医療分野研究開発推進計画」が策定され、①医薬品開発、②医療機器開発、③臨床研究中核病院などの革新的な医療技術創出拠点、④再生医療、⑤ゲノム医療、⑥がん、⑦精神・神経疾患、⑧感染症、⑨難病の9分野で重点的に研究支援をしていくこととされた。

これらは、2014年度を初年度とする5か年計画であったが、その中間年度にあたる2017（平成29）年2月に、基本的な構成を維持しつつ、これまでの取組み状況や社会情勢の変化等を踏まえた見直しを行い、対象期間を1年間延長するとともに、例えば、「健康・医療戦略」については、「アジア健康構想に向けた基本方針」（平成28年7月推進本部決定）を踏まえ、日本の事業者等の海外進出の支援を通じ、アジア地域に介護産業等を興すとともに、アジアにおける介護人材の育成及び環流の促進を図ることを新たに盛り込むなどの見直しを行った。

2 研究開発の振興について

各省の医療分野の研究開発関連事業を集約し、基礎段階から実用化まで切れ目のない支援を実現するため、2015（平成27）年4月に、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development：AMED）が設立された。

厚生労働行政に関する研究開発のうち、医療分野の研究開発は、厚生労働省に加え、文部科学省、経済産業省、総務省の4省に計上された医療分野の研究開発関連予算をAMEDに交付し、AMEDにおいて実施している（2018（平成30）年度医療研究開発推進事業費補助金等約475億円）。

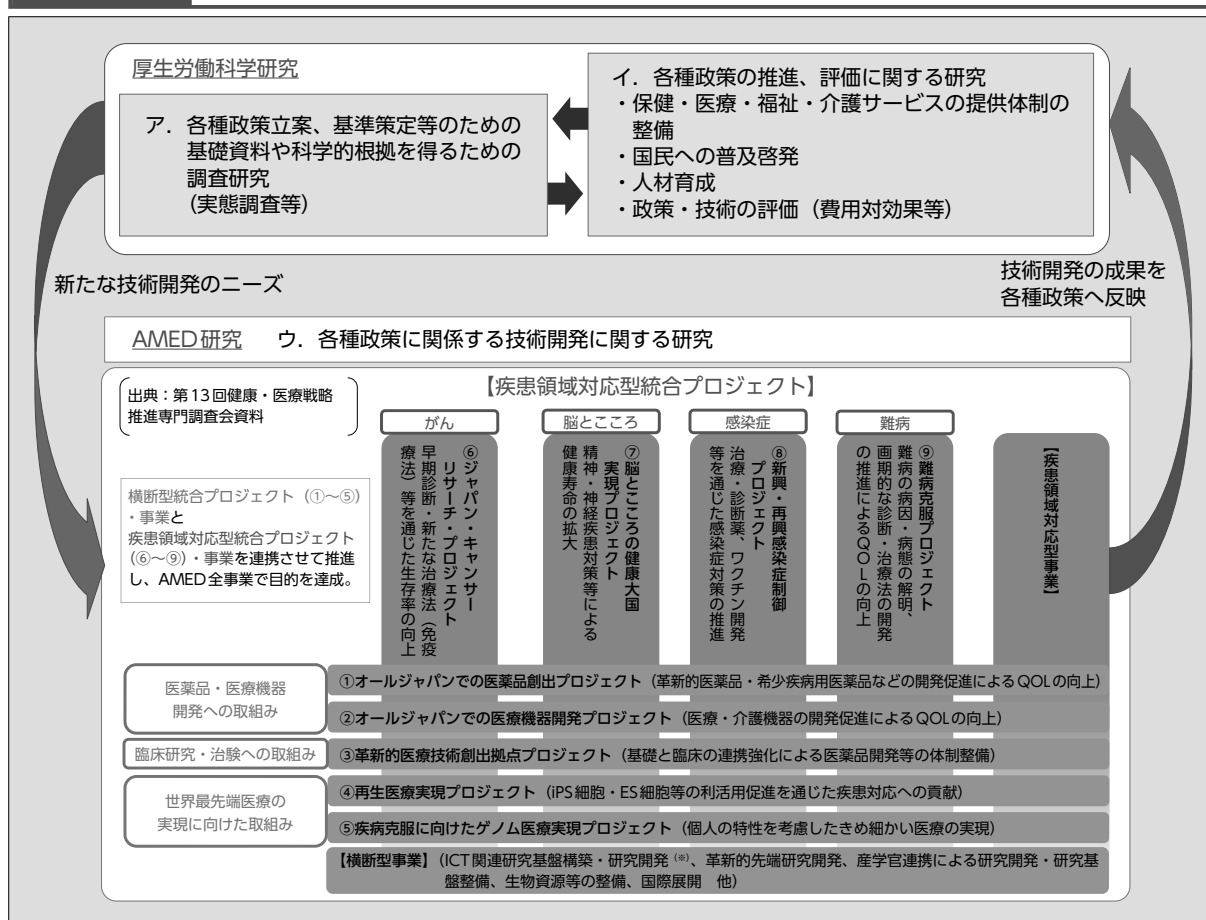
AMEDにおける医療分野の研究開発の取組みとして、例えば、医薬品・医療機器等の開発促進については、国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）や大学等が構築する疾患登録システム等のネットワーク化を行う「クリニカル・イノベーション・ネットワーク」の構築による効率的な臨床開発のための環境整備を進めることとしている。ゲノム医療の実現に関しては、オールジャパンのネットワークを形成・整備し、がんや感染症、希少疾患等のゲノム情報等を集積・解析した情報を医療機関に提供し、個別化医療の推進を図るなどの取組みを実施している。がん研究では、「がん研究10か年戦略」に基づき、基礎研究の有望な成果を厳選し、実用化に向けた医薬品、医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究及び治験へ導出する。また、臨床研究及び治験で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品、医療機器の開発をはじめとするがん医療の実用化を加速する。感染症については、病原体の全ゲノムデータベース等を基に、感染症の病態の解明や病原体の薬剤ターゲット部位の特定に取り組むなど、感染症に関する国内外での研究を推進するとともに、その成果をより効率的・効果的に治療薬・診断薬・ワクチンの開発等につなげることで、感染症対策を強化する。難病については、新しい疾患の病因や病態解明を行う研究、医薬品・医療機器等を用いて画期的な診断法や治療法及び予防法の開発をめざす研究を推進している。また、疾患特異的iPS細胞を用いて疾患の発症機構

の解明、創薬研究や予防・治療法の開発等を推進している。医薬品の評価手法の開発及び標準化については、iPS細胞を用いて医薬品の心臓に対する毒性を評価する試験法の開発研究を実施している。

今後とも、医療分野の研究開発の推進に関係省庁と連携して取り組むこととしている。

なお、医療分野の研究開発以外の厚生労働行政の推進に資する研究については、厚生労働省が実施している（2018年度厚生労働科学研究費補助金等約80億円）。

図表 6-2-1 医療分野の研究における厚生労働科学研究及びAMED研究の関係



3 次世代医療基盤法

匿名加工された医療情報の安全・適正な利活用を通じて、健康・医療に関する先端的研究開発や新産業創出を促進するため、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」（次世代医療基盤法）が2018（平成30）年5月に施行された。今後、本法律に基づき、国民の理解の増進をはじめ、産学官による匿名加工医療情報の医療分野の研究開発への利活用を推進する措置を実施することとしている。

4 研究者等が守るべき倫理指針について

医学研究の分野では、研究を適切に実施する上で、個人情報保護を含む研究対象者保護の観点から研究者等が守るべき倫理指針として、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「遺伝子治療等臨床研究に関する指針」等の各種指針を定めている。これらの指針については、医学研究を取り巻く環

境の変化等に応じ、必要な見直しを行っており、2017（平成29）年度には、ゲノム編集技術の急速な発展等を受け、遺伝子治療等臨床研究の定義見直し等について検討を行った。

第3節 医療関連産業の活性化

1 革新的な医薬品・医療機器等の創出

医療関連産業の活性化に向け、以下の取組みを行うこととしている。

(1) 医薬品産業の競争力強化

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）において、2020年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とすることや、バイオ医薬品・バイオシミラーの研究開発支援方策を拡充することが明記され、併せて、医薬品産業の競争力を強化する観点から「医薬品産業強化総合戦略（2015（平成27）年9月厚生労働省策定）」の見直しを行うこととされ、2017（平成29）年12月、「医薬品産業強化総合戦略」の改訂を行った。この戦略は、AIの開発やがんゲノム医療の進展など、治療や開発アプローチの変化を捉え、低コストで効率的な創薬を実現できる環境整備を進めることで、海外市場にも展開する「創薬大国」の実現を目指している。この戦略を踏まえて、研究開発に対する税制上の支援措置、臨床研究・治験環境の整備、審査の迅速化・質の向上等に取り組み、医薬品の研究から上市に至る過程への一貫した支援を着実に推進し、医薬品産業の競争力強化に向けた取組みを進めていくこととしている。

(2) 創薬支援ネットワークの構築

我が国の優れた基礎研究の成果等を確実に医薬品の実用化につなげるため、オールジャパンでの創薬支援体制として、AMEDを中心に、（国研）理化学研究所や（国研）産業技術総合研究所といった創薬関連研究機関等とともに創薬支援ネットワークを構築している。同ネットワークにおいては、有望なシーズの選定、治験につなげるための戦略の策定・助言、応用研究や非臨床研究を中心とした技術的助言等を行うことを通じて、実用化の支援を行っている。

(3) 臨床研究・治験環境の整備

革新的な医薬品・医療機器の創出のためには、臨床研究・治験の推進が不可欠である。厚生労働省では、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として医療法上に位置付け、2015（平成27）年4月から施行された。臨床研究中核病院の承認を受けることにより、国際水準の臨床研究等の中心的役割を担う病院として一般に認知されることから、被験者が集まること、優れた研究者等の人材が集まること、他の施設からの相談や研究の依頼が集まることなどの効果が期待される。2018

(平成30)年4月現在、12病院が臨床研究中核病院として承認されている。

また、臨床研究中核病院は、質の高い臨床研究・治験を自ら実施するだけでなく、他施設における臨床研究・治験の計画立案や実施について支援するAcademic Research Organization (ARO) 機能を有することから、これを活用し多くのエビデンスを構築することで、我が国における様々な革新的医療技術の創出を推進している。さらに、臨床研究中核病院を中心に、研究者が国際共同臨床研究・治験を円滑に実施するための体制構築や、他施設の臨床研究従事者等の養成を行うことで、国内における臨床研究環境の更なる向上を目指している。なお、これらの事業については、国民の健康寿命の延伸の観点から、医療分野の研究開発を政府として総合的に推進するため、2015年4月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構において、文部科学省で整備している橋渡し研究支援拠点と一体的に整備を進め、革新的な医薬品・医療機器の創出を加速することとしている。

さらに、疾患登録システムを活用して治験対象となる患者を把握すること等で、効率的な治験が実施できる環境を整備することにより、企業等による国内臨床開発を加速し、新薬等の早期開発により国民の健康寿命を延伸するため、国立高度専門医療研究センター(ナショナルセンター)や学会等が構築する疾患登録システムなどのネットワーク化を行う「クリニカル・イノベーション・ネットワーク」の構築を推進している。

(4) 臨床研究に対する信頼性確保への取組み

2013(平成25)年以降、高血圧症治療薬に係る臨床研究をはじめとする臨床研究に係る不適正事案が次々と明らかになった。厚生労働省では、同年8月に開催した「高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会」において事実関係の解明や再発防止策の検討を行い、「臨床研究に関する倫理指針」については、研究の質の確保等の観点も踏まえた見直しを行った上で、「疫学研究に関する倫理指針」と統合し、2015(平成27)年4月に、新たに「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を施行した。なお、2017(平成29)年2月に、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)等の改正に伴い、改正を行った。

また、「健康・医療戦略」(平成26年7月22日閣議決定)においては、「法制度を含めた臨床研究に係る制度の在り方について検討を進め結論を得、我が国の臨床研究の信頼回復を図る」こととされ、2014(平成26)年4月から開催した「臨床研究に係る制度の在り方に関する検討会」において検討を行った。これを踏まえ、臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めた「臨床研究法」(平成29年法律第16号)が2017年4月14日に公布、2018(平成30)年4月1日に施行された。

(5) 医薬品・医療機器・再生医療等製品の承認審査の迅速化等

医薬品等の承認審査の迅速化に向けては、これまでも(独)医薬品医療機器総合機構(Pharmaceuticals and Medical Devices Agency: PMDA)の体制強化を図ってきたところである。2014(平成26)年度からのPMDAの第三期中期目標期間においては、世界に先駆けて革新的医薬品等の実用化を促進すべく、安全対策も図りつつ、審査の迅速

化を目指すとともに、PMDA自らが臨床試験データ等を活用した研究・解析を行い、審査・相談の質の向上等を図ることとしており、そのための更なる体制強化を行っているところである。

なお、2013（平成25）年10月に開設したPMDA関西支部では、レギュラトリーサイエンス総合相談・レギュラトリーサイエンス戦略相談（旧 薬事戦略相談）及び製造所の製造管理・品質管理に係る実地調査を実施しているところであるが、2016（平成28）年6月から高度なテレビ会議システムを導入し、治験デザインなどの全ての相談を実施している。

また、厚生労働省では、世界に先駆けて革新的医薬品等の実用化を促進するため、2014年6月に「先駆けパッケージ戦略」を取りまとめた。この中では、世界に先駆けて日本で開発され、早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる革新的な医薬品等について、優先的に審査を行い、早期の承認を目指す「先駆け審査指定制度」をはじめ、基礎研究から臨床研究・治験、承認審査、保険適用、国際展開までの対策を一貫して取り組むものとされている。2015（平成27）年度から「先駆け審査指定制度」の試行的運用を行い、対象品目を指定している。引き続き試行的な運用を進め、指定された医薬品及び医療機器等の世界に先駆けた早期承認を目指す。

さらに、2017（平成29）年には、有効な治療方法が乏しい重篤な疾患に用いる医薬品・医療機器のうち、患者数が少ない等の理由で検証的な臨床試験の実施や臨床データの収集が困難なものについて、一定の有効性、安全性を確認した上で、製造販売後に有効性、安全性の再確認等に必要な調査等の実施を承認条件として、早期の承認を行うべく「条件付き早期承認制度」を導入した。この制度の、製造販売後の有効性・安全性の確認において、リアルワールドデータを活用することができるとされていることも踏まえ、医薬品の製造販売後の調査に医療情報データベースを利用した際の再審査及び再評価の申請書に添付する資料の信頼性を確保するため、「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等の一部を改正する省令」（平成29年厚生労働省令第116号）を公布した。また、2018（平成30）年4月よりPMDAにおいて医療情報データベース「MID-NET」の本格運用が開始され、全国の大学病院等400万人超のリアルワールドデータを医薬品等の製造販売後調査に活用できるようになった。引き続き、2017年に京都で開催された薬事規制当局サミットでの議論等も踏まえ、国際的な意見交換を推進しつつ、薬事規制における更なるリアルワールドデータの活用について、検討を進める。

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。

2014年11月の「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」（医薬品医療機器等法）の施行により、疾病の診断、治療等に用いられるプログラムの提供が法の対象となり、その製造販売には厚生労働大臣による承認等を要することとなった。2016年3月には「医療機器プログラムの承認申請に関するガイダンス」を公表し、医療機器プログラムの承認申請における要点を明確化し、承認申請資料の作成のための参考として提供することを通じ、医療機器プログラムの開発を推進している。

（6）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の施行

革新的な医薬品・医療機器や再生医療の実用化及び医薬品等の安全対策の強化を図るため「薬事法等の一部を改正する法律」（平成25年法律第84号）が、2013（平成25）年11月27日に公布、2014（平成26）年11月25日に施行された。

具体的には、

- ・短いサイクルで改善・改良が行われる製品が市場に供給される場合が多い等の医療機器の特性を踏まえ、医療機器の製造業の許可制を登録制に移行し要件を簡素化するとともに、医療機器の民間の第三者機関による認証制度を、基準を定めて高度管理医療機器にも拡大しPMDAの審査の重点化・迅速化を図ること
- ・均質でない再生医療等製品について、有効性が推定され、安全性が認められれば、特別に早期に、条件及び期限を付して製造販売承認を与えることを可能とし早期の実用化を図ること

等を内容としており、法律名も「薬事法」から「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に改正された。引き続き、法の厳正な執行に注力していく。

（7）再生医療の実用化の推進

再生医療については、2014（平成26）年9月に、世界で初めてiPS細胞を用いた移植手術が行われるなど、着実に成果を上げているところであるが、再生医療は、これまで有効な治療法がなかった疾患の治療ができるようになるなど、国民の期待が高い一方、新しい医療であることから、安全性を確保しつつ迅速に提供する必要がある。

このため、再生医療等製品については、同年11月に改正施行した「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（第6章第3節1（6）参照）の下、再生医療の特性を踏まえた規制を行うこととしており、法改正前までに承認されていた2製品に加え、新たに2製品が承認された。また、薬事法改正と併せて、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」（平成25年法律第85号）が施行し、再生医療等の安全性の確保に関する手続や細胞培養加工の外部委託のルール等を定めた。

また、関係省庁と連携し、基礎研究から臨床段階まで切れ目なく一貫した研究開発助成を行い、臨床研究やiPS細胞を用いた創薬研究に対する支援など、再生医療の実用化を推進する取組みを実施している。

さらに2016（平成28）年から、再生医療の実用化をさらに推進するため、学会を中心としたナショナルコンソーシアムを構築し、再生医療臨床研究に係る技術支援や人材育

成、臨床研究データベースの整備などを行う再生医療臨床研究促進基盤整備事業を開始した。

(8) 医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画

「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する法律」が2014（平成26）年6月27日に公布・施行され、同法において政府は基本計画を策定するとされていた。

そのため、政府の健康・医療戦略推進本部の下に「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する協議のためのワーキンググループ」を設置して議論し、2016（平成28）年5月31日に、研究開発から薬事承認、国際展開までの各段階に応じた関係各省の施策を網羅し、医療機器政策に特化した政府として初めての計画である「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画」を閣議決定した。

(9) 医療系ベンチャーの育成支援について

我が国において、アカデミア等で発見された優れたシーズの実用化を促進するために、医薬品・医療機器・再生医療等製品の研究開発・実用化を目指すベンチャーを育てる好循環（ベンチャーのエコシステム）の確立を図ることが課題となっている。

このため、厚生労働大臣の私的懇談会として「医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会」を開催し、2016（平成28）年7月29日に、同懇談会より報告書が示された。

報告書においては、厚生労働省が厳格に規制するだけではなくスピードを重視したきめ細かい支援を行うということを原則として、「エコシステムを醸成する制度づくり」、「エコシステムを構成する人材の育成と交流の場づくり」、「『オール厚労省』でのベンチャー支援体制の構築」を「3つの柱」とした取組みを行うことなどが取りまとめられている。

この報告書を踏まえ、2017（平成29）年4月に「ベンチャー等支援戦略室」を厚生労働省医政局に設置し、厚生労働省におけるベンチャー育成支援の旗振り役として機能している。また、2017年10月には、ベンチャーと大手企業やファンド等のキーパーソンとのマッチングイベントである「ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット2017」をパシフィコ横浜にて開催した。さらに2018（平成30）年2月には、ベンチャーやアカデミア等にとって確保が困難となっている知財等の専門人材のデータベースを整備し、ベンチャー企業等が総合的な支援を受けることができる「ベンチャートータルサポート事業」を開始し、WEBサイトの開設及び日本橋にオフィスを構えたところである。今後も長期的視野に立った実行力のある支援策を講じていくこととする。

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。また、医療国際展開タスクフォースの下に設けられた「国際医薬パートナーシップ推進会議」を通じて、アジアとの共生を視野に入れた新しい将来像、医薬品産業の在り方を明確にしつつ、具体的な取組みに着手する。

(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、本格的に取り組みを開始した^{*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、アジア、中東、北中南米、欧州の25か国^{*2}と、医療・保健分野における協力関係を構築した。

協力テーマとしては、各国のニーズに合わせて、①日本の経験や知見をいかした相手国の医療・保健分野の政策形成支援や、②医療技術、医薬品・医療機器に関連する人材育成を柱としている。

中でも、ロシアにおける医療協力については、2016（平成28）年5月、ロシア・ソチでの日露首脳会談において、安倍総理から医療・保健分野における協力を柱の一つとする8項目の「協力プラン」を提示し、プーチン大統領から高い評価と賛意が表明され、互恵

*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

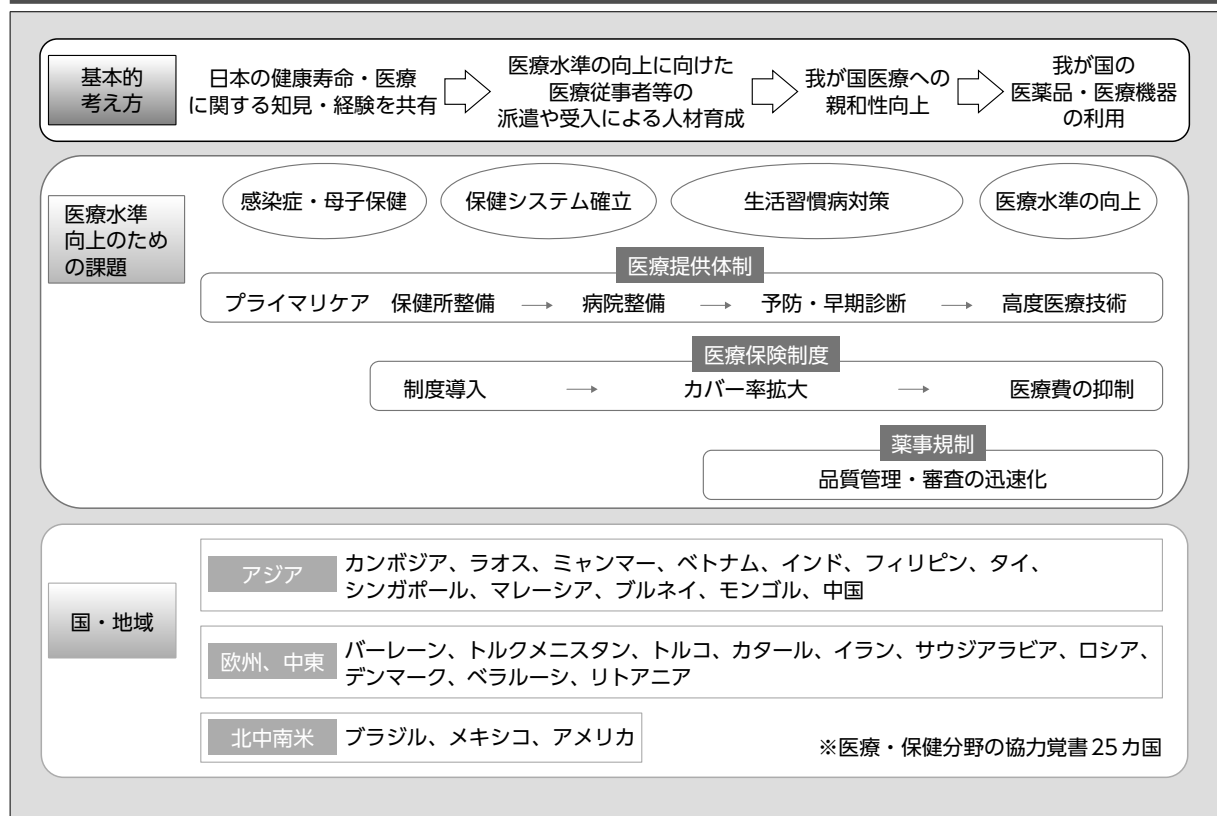
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/index.html

*2 医療・保健分野の協力覚書に署名した国：25か国（2019（平成31）年3月末時点※署名を行った順に表記）

バーレーン、トルクメニスタン、カンボジア、ラオス、ミャンマー、トルコ、ベトナム、メキシコ、ブラジル、インド、カタール、イラン、フィリピン、ロシア、サウジアラビア、アメリカ、タイ、シンガポール、マレーシア、デンマーク、ブルネイ、モンゴル、ベラルーシ、中国、リトアニア

的な協力の実現に向けて取り組んでいる。また、2017（平成29）年3月、安倍総理とサウジアラビア国王との首脳会談において「日・サウジ・ビジョン2030」が合意され、医療・保健分野における協力として2018（平成30）年度以降にプロジェクトを実施することになっている。本年は内視鏡分野でサウジアラビアの医師の受入れ・研修の実施や、救急・災害医療分野で保健省高官に日本の医療現場を視察する機会を提供するなどの協力を行うとともに、日・サウジ・ビジョン2030閣僚級会合を予定している。

図表 6-4-1 医療の国際展開の考え方



(2) 各国との協力関係の実現に向けた取組み

医師等の人材育成や公的医療保険制度整備の支援等といった国際展開に資する協力の具体化に向け、国立研究開発法人国立国際医療研究センター（National Center for Global Health and Medicine：NCGM）を拠点として、2015（平成27）年度から、①日本の医療政策等に係る有識者等の諸外国への派遣、②諸外国からの研修生の受入れ、を実施している。

(3) 国際薬事規制調和戦略に基づく国際規制調和・国際協力の推進

医薬品・医療機器等分野における国際規制調和や国際協力を戦略的かつ強力に推進していくことを目指し、中長期的なビジョンや施策のプライオリティを明確化した「国際薬事規制調和戦略～レギュラトリーサイエンスイニシアティブ～」を2015（平成27）年6月に策定した。

同戦略に基づき、2016（平成28）年4月に、厚生労働省医薬・生活衛生局内に「国際薬事規制室」を設置して国際戦略の司令塔機能を担うとともに、PMDAに「アジア医薬

品・医療機器トレーニングセンター」を設置して、アジアを中心とする海外の規制当局担当者に医薬品・医療機器の審査や安全対策等に関する研修を実施している（2017（平成29）年度は27か国235人が参加）。2017年10月には京都で、日、米、欧など29か国・地域の薬事規制当局の責任者が集まり、医薬品・医療機器制度の在り方等の課題について意見交換する「薬事規制当局サミット」（ICMRA（薬事規制当局国際連携組織）と同時開催）を初めて我が国主催で開催した。同サミットでは、再生医療等製品に関する国際的な規制調和や、リアルワールドデータの活用に関する国際的な意見交換の推進等が合意されたことから、厚生労働省及びPMDAはこれらの活動に取り組んでいく。

今後も引き続き、同戦略に基づき、日本の強みを活かした開発環境の整備やレギュラトリーサイエンスの更なる推進等により世界に先駆けて革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品が承認される環境を整備するとともに、薬事規制に関する我が国の知見、レギュラトリーサイエンスを、アジアをはじめとする世界に発信して国際規制調和・国際協力を積極的に進め、世界のドラッグ／デバイスラグの解決、国際社会の保健衛生の向上に一層貢献していく。また、こうした取り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び込み、優れた製品の輸出拡大にもつながり、医薬品・医療機器等産業の活性化が図られることが期待される。

2 国内における国際化への対応

国内の医療機関において、外国人が安全・安心に日本の医療サービスを受けられるよう、外国人患者の受入れに関する環境整備を行うこととしている。特に、「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会」までの期間を体制整備の集中期間とし、医療通訳人材育成カリキュラム・外国人患者向け多言語説明資料の作成や、医療機関における医療コーディネーターや医療通訳の配置支援等、外国人患者が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる環境整備を行うこととしている。

また、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）において示された、医療通訳等の配置支援等を通じて、受付対応等も含めた「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関」を2017（平成29）年度中に前倒して100か所で整備する目標は達成された。これらの基幹となる医療機関に加え、地域の実情を踏まえながら外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、受入れ環境の更なる充実を目指す。今後、外国人観光客への医療の提供に際しての様々な課題に政府一体となって対応するため、内閣官房健康・医療戦略室の下に設置された「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」において総合対策がとりまとめられた。本対策に基づき、厚生労働省も関係省庁と連携しながら積極的に対応していく。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7章 国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

第1節 地域における医療・介護の総合的な確保の推進

1 医療及び介護の総合的な確保の意義

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025年までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢社会を迎える。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から19年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきた。しかし、高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている。一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきている。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められている。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

こうした中で、医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかどうかという観点から再点検していく必要がある。また、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地等といったそれぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との統合も必要である。

このように、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

2 プログラム法と医療介護総合確保推進法

社会保障・税一体改革の中において、「社会保障制度改革推進法」（平成24年法律第64号）の規定に基づく「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）が取りまとめられた。また、医療・介護を含む社会保障制度改革の全体像及び進め方は、2013年の第185回臨時国会で成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号。以下「プログラム法」という。）に規定された。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サー

ビスを一体的・総合的に確保するため、2014（平成26）年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立し、医療法、介護保険法等の関係法律の改正が行われた。

3 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金

2014（平成26）年に一部改正された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、医療・介護の関係者等により構成される「医療介護総合確保促進会議」による議論を踏まえ、同年9月12日、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（総合確保方針）が策定された。総合確保方針では、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義や基本的な方向性、医療計画基本方針や介護保険事業計画基本指針の基本となるべき事項等を規定しているが、2018（平成30）年度からの次期医療計画と介護保険事業（支援）計画の同時開始を見据え、両計画の整合性や都道府県による市町村支援等について医療介護総合確保促進会議で議論を行い、2016（平成28）年12月26日に、総合確保方針の一部を改正した。

また、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づき、消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）が創設され、各都道府県に設置された。

都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（都道府県計画）を作成し、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、当該計画に基づく事業を実施することとしている。

地域医療介護総合確保基金は、2014年度においては、医療分（病床の機能分化・連携に関する事業、在宅医療の推進に関する事業、医療従事者の確保・養成に関する事業）に充てるため、都道府県負担額を含め、904億円が計上された。

2015（平成27）年度においては、都道府県負担額を含めた医療分904億円に加え、介護分（地域密着型サービス等の介護施設等の整備に関する事業、介護従事者の確保に関する事業）に充てるため、724億円が計上された。また、2015年度の補正予算として、一億総活躍社会の実現に向け、介護離職ゼロに向けた取組みを推進するため、都道府県負担額を含め、介護分1,561億円が計上された。

2016年度及び2017（平成29）年度においては、都道府県負担額を含め、2015年度と同額の医療分904億円、介護分724億円が計上された。

2018年度においては、都道府県負担額を含め、医療分は対前年度30億円増額の934億円、介護分は前年度と同額の724億円が計上された。

なお、地域医療介護総合確保基金については、毎年度、都道府県において事業の評価を行うとともに、医療介護総合確保促進会議においても議論いただくこととされており、基金が有効に活用されるように取り組んでいくこととしている。

4 平成30年度診療報酬・介護報酬改定と薬価制度抜本改革

(1) 診療報酬改定

平成30年度診療報酬改定では、いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年以降を見据え、質が高く効率的な医療提供体制を整備するため、診療報酬本体を0.55%のプラス改定とした。

改定に当たっては、「平成30年度診療報酬改定の基本方針」に示された

- ①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進、
- ②新たな医療ニーズにも対応する安全・安心な医療の充実、
- ③医療従事者の負担軽減と働き方改革、
- ④医療保険制度の持続可能性を高めるための効率化・適正化

の4つの視点を柱とした上で、具体的には次のような見直しを行った。

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

どこに住んでいても適切な医療や介護を安心して受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、介護との連携を着実に推進している。

入院医療については、患者の状態や医療ニーズに応じた医療の提供を可能とするため、職員配置等による基礎的な評価と患者の重症度等に応じた実績評価の組み合わせへと入院料の評価体系の再編・統合を行っている。

外来医療については、大病院の外来は紹介患者中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とすることが必要であるという考え方の下、機能分化を更に推進するため、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能を評価する加算を新設した。

在宅医療については、在宅医療を担う医療機関の「裾野」を広げるため、複数の医療機関による訪問診療の評価や在宅支援診療所以外の診療所による訪問診療を充実するとともに、患者の状態に応じたきめ細かな在宅医療の評価を推進している。

2 新たな医療ニーズにも対応する安全・安心な医療の充実

医療技術の進歩や疾病構造の変化等も踏まえ、アウトカム評価も進めながら、新しいニーズにも対応する医療の充実を求めている。

ICTの活用を含め、新たな医療ニーズへの対応として、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いた遠隔診療を適切に推進するため、「オンライン診療料」を新設している。

歯科については、院内感染防止対策を推進するための初・再診料の見直し、口腔機能管理の推進等の対応を行い、調剤については、多剤・重複投薬の防止など、かかりつけ薬剤師による対人業務を充実している。

3 医療従事者の負担軽減と働き方改革

医療従事者の負担軽減や働き方改革を推進するため、医師事務作業補助者や看護補助者に係る評価の充実、医師等の常勤要件や専従要件の緩和を行うとともに、柔軟な働き方が

可能となるよう、情報通信機器を活用した画像診断や病理診断について、一定の要件の下に医師が自宅で行うことを可能とするほか、対面でのカンファレンスを求めている評価について、情報通信機器を用いて参加した場合でも算定可能としている。

■4 医療保険制度の持続可能性を高めるための効率化・適正化

厳しい財政状況の中、制度の持続性・安定性を高めるため、医療の適正化・効率化を図っている。

調剤については、いわゆる大型門前薬局や同一敷地内薬局の評価を適正化している。

さらに、医薬品・医療機器の費用対効果評価に関しては、試行導入の対象の13品目について、評価結果に基づき価格調整を行う一方、試行導入の過程において明らかになった技術的課題への対応策を今後整理しつつ、本格実施に向けて2018（平成30）年度中に検討し、結論を得ることとしている。

（2）薬価制度抜本改革

薬価制度については、昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場し、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。このため、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、効能追加等に伴う市場拡大への速やかな対応、毎年薬価調査・毎年薬価改定、新薬創出等加算の抜本的見直し、イノベーションの評価、長期収載品の薬価の見直しなどを盛り込んだ薬価制度の抜本改革を実施している。

（3）介護報酬改定

平成30年度の介護報酬改定については、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切な介護を受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進するため、0.54%のプラス改定とした。

改定に当たっては、「平成30年度介護報酬改定に向けた基本的な視点」に示された

- ①地域包括ケアシステムの推進、
- ②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、
- ③多様な人材の確保と生産性の向上、
- ④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

の4つの視点を踏まえ、具体的には次のような見直しを行った。

■1 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備し、地域包括ケアシステムの更なる推進を後押しすることとしている。

このため、中重度の在宅要介護者や居住系サービス利用者、特別養護老人ホームの入所者の医療ニーズに対応するため、ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所や、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、一定の医療提供体制を整えた特別養護老人ホームで利用者を看取った場合の評価を充実した。

また、今後増加する慢性期の医療と介護の複合的ニーズに対応するべく創設した介護医

療院について、床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、介護療養型医療施設からの各種転換支援・促進策を設けた。

地域共生社会の実現に向けた取組みの推進として、障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設けた。

2 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現することとしている。

このため、リハビリテーションに関する医師の関与の強化として、リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価した。

また、訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、外部のリハビリテーション専門職等と連携した場合の評価を設けることにより、訪問介護等における外部のリハビリテーション専門職等との連携を推進し、訪問介護事業所等における自立支援・重度化防止を推進する。

リハビリテーションにおけるアウトカム評価を拡充するとともに、通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価するアウトカム評価を創設した。

3 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進することとしている。

具体的には、訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担うとともに、生活援助については、新たな研修を創設し、質を担保しつつ、人材確保の裾野を拡大する。特別養護老人ホーム等の夜勤については、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合を評価する加算を新設した。

また、ICTを活用する観点等から、リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととした。

地域密着型サービスの運営推進会議の効率化等の観点から、個人情報・プライバシーの保護等を条件に、複数の事業所での合同開催を認めることや、介護・医療連携推進会議の開催頻度を年4回から2回とした。

4 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、介護保険制度の安定性・持続可能性を確保することとしている。

集合住宅居住者に対する訪問介護等については、減算の対象となる集合住宅に有料老人ホーム等以外の建物を追加することや、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者が一定以上の場合の減算幅について見直しを行った。また、訪問

系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算に関して、同一建物等居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとした。

福祉用具貸与については、適正価格での貸与を確保するため、2018（平成30）年10月から、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行うこととした。

(4) 診療報酬・介護報酬同時改定

今回の改定は6年に1度の診療報酬と介護報酬との同時改定であり、医療と介護の連携についても積極的な評価を行っている。

具体的には、看取りにおいて、特別養護老人ホームに入所するがん末期の患者に適切な医療を提供できるよう、在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定を見直すなど、診療報酬と介護報酬の双方で対応を行っている。また、リハビリテーションにおいては、医療から介護への切れ目ないリハビリテーションを推進するため、共通の計画書の作成、人員配置や面積基準等の緩和を行っている。

第2節 安心で質の高い医療提供体制の構築

1 質が高く効率的な医療提供体制の構築

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

しかし、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化する中で、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するかという中長期的な課題にも取り組む必要がある。また、現在、産科・小児科等の診療科やへき地等における深刻な医師不足問題や、救急患者の受入れの問題等に直面しており、これらの問題に対する緊急の対策を講じる必要がある。

このような状況の中で、「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）やプログラム法の規定を踏まえ、2014（平成26）年2月に国会に医療介護総合確保推進法案を提出し、同年6月に成立した。

(1) 地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

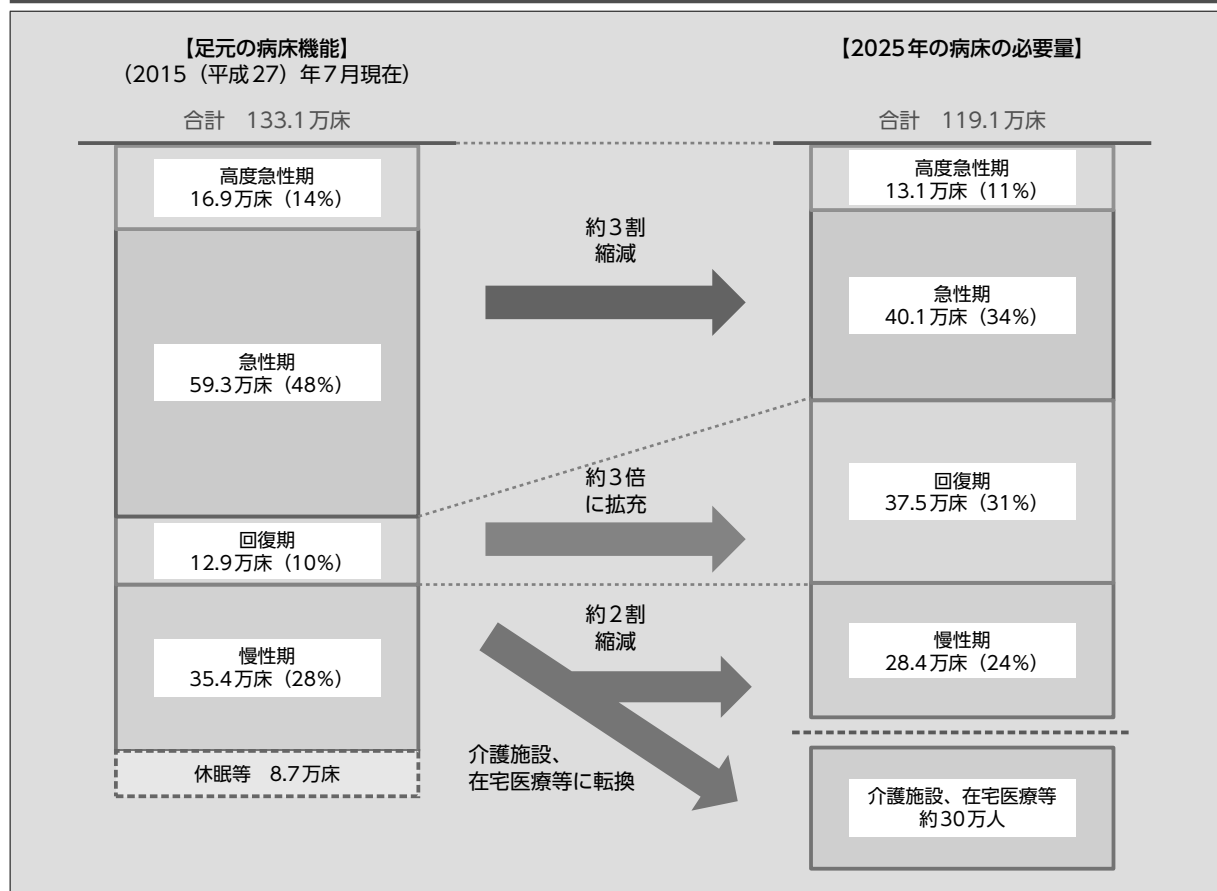
医療・介護サービスの需要の増大・多様化に対応していくためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。このため、医療介護総合確保推進法では、病床の機能の分化・連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する在宅医療・介護サービスの充実を図るための制度改正を行った。

具体的には、①病床機能報告制度を創設し、医療機関における病床の機能の現状と今後の方向性等について、都道府県は医療機関に報告を求め、提供されている医療の内容を把握した上で、②都道府県において、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により

報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を地域医療構想として策定し、医療計画に新たに盛り込むことにより、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとしている。

2016（平成28）年度末までに、全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了しており、現在、地域医療構想調整会議において、医療関係者、医療保険者等、幅広い関係者が協議を行いながら、その達成に向けた対策の具体化を進めている。今後、協議の結果を踏まえ、医療機関間の役割分担を明確化しつつ、地域医療介護総合確保基金等を活用し、不足している医療機能の充実を図ること等により、将来のあるべき医療提供体制の構築を目指していく。

図表7-2-1 地域医療構想による2025年の病床の必要量



(2) 都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進

都道府県の医療計画においては、2013（平成25）年度から精神疾患及び在宅医療を新たに加えた、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞^{*1}、糖尿病、精神疾患）・五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。))及び在宅医療のそれぞれについて、必要となる医療機能を定めるとともに、各医療機能を担う医療機関を明示することとしている。

各都道府県は、医療計画に記載された、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させることにより、医療提供体制の整備を進めている。

*1 第7次医療計画では、「心筋梗塞等の心血管疾患」という表現に変更

2018（平成30）年度から、地域医療構想を内容に含んだ医療計画が開始することや、医療計画と介護保険事業計画のサイクルの一致が図られることを踏まえ、「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催し、その検討結果を踏まえて、2017（平成29）年3月に新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示した。

（3）地域医療連携推進法人制度の創設と医療法人制度の見直し（改正医療法について）

『日本再興戦略』改訂2014（平成26年6月24日閣議決定）や「規制改革実施計画」（同日閣議決定）等を受けて、「医療法人の事業展開等に関する検討会」（2013（平成25）年11月～2015（平成27）年2月）において、「地域医療連携推進法人制度の創設」と「医療法人制度の見直し」について当該検討会で議論され、2015年2月に取りまとめが行われた。これらの議論を踏まえて、「医療法の一部を改正する法律案」が同年4月に国会に提出され、同年9月に成立・公布された。

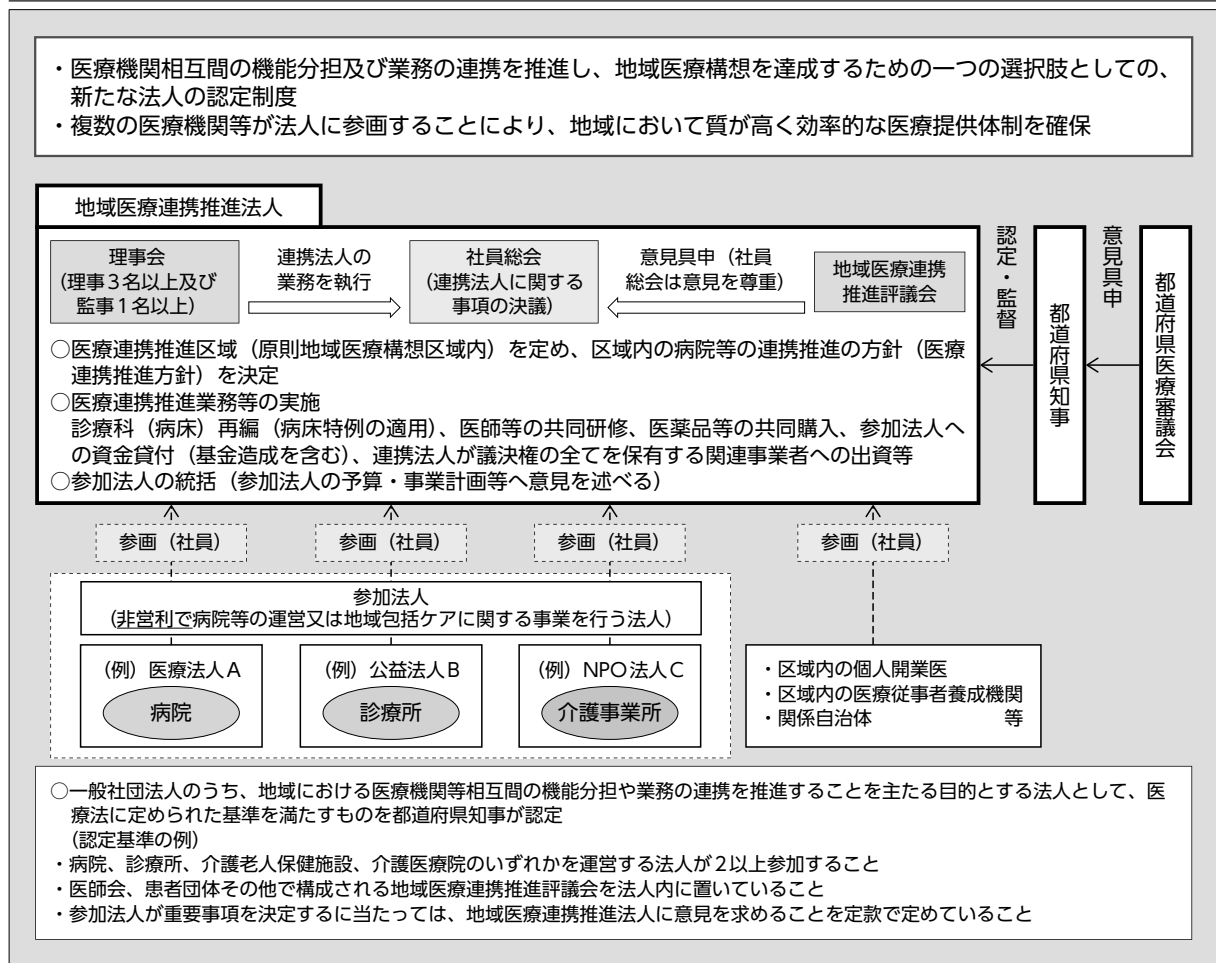
地域医療連携推進法人制度の創設は、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的としており、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設したものであり、統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定するものである。

2017（平成29）年4月から制度が施行され、2018（平成30）年4月現在、全国で6法人が認定を受けている。6法人の内訳は、愛知県にある藤田保健衛生大学病院を中心に多数の医療法人や社会福祉法人等が集まった「尾三会」、兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広島病院の将来の統合再編成に向けて設立した「はりま姫路総合医療センター整備推進機構」、広島県三次市と庄原市にある4医療機関で構成する「備北メディカルネットワーク」、鹿児島県奄美大島の南部の町村と医療法人等で構成する「アンマ」、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が開設する日本海総合病院を中心に医療法人・介護施設・酒田地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会を含めた連携のために設立された山形県の「日本海ヘルスケアネット」、福島県いわき市の医療法人及び社会福祉法人で構成する「医療戦略研究所」である。

また医療法人制度の見直しでは、医療法人について、貸借対照表等に係る公認会計士等による外部監査、公告等に係る規定及び分割に係る規定が整備された。また、二以上の都道府県にまたがる場合の社会医療法人の認定要件を一部追加するとともに、社会医療法人の認定を取り消された医療法人について、救急医療等確保事業に係る業務の実施等、一定の要件に該当する場合に関する経過的措置が講じられた。

これらのうち、地域医療連携推進法人と外部監査に係る事項については2017年4月に施行され、その他の規定は2016（平成28）年9月に施行されている。

図表7-2-2 地域医療連携推進法人制度の概要



(4) 地域医療体制の整備

1 救急医療

救急医療は、国民が安心して暮らしていく上で欠かすことのできないものである。このため、1977（昭和52）年度から、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）の救急医療体制を体系的に整備してきた。

しかし、救急利用の増加に救急医療体制が十分に対応できず、救急患者が円滑に受け入れられない事案が発生している。このような状況を改善するため、2018（平成30）年度予算において、①重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する支援、②地域に設置されているメディカルコントロール協議会に医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる二次救急医療機関の確保に対する支援、③急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するためのコーディネーターの配置に対する支援等を行っている。

また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅



速かつ適切に実施するための基準を策定し、これに基づいて救急患者の搬送・受入れ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、2018年3月末現在、42道府県で52機のドクターヘリが運用されている。

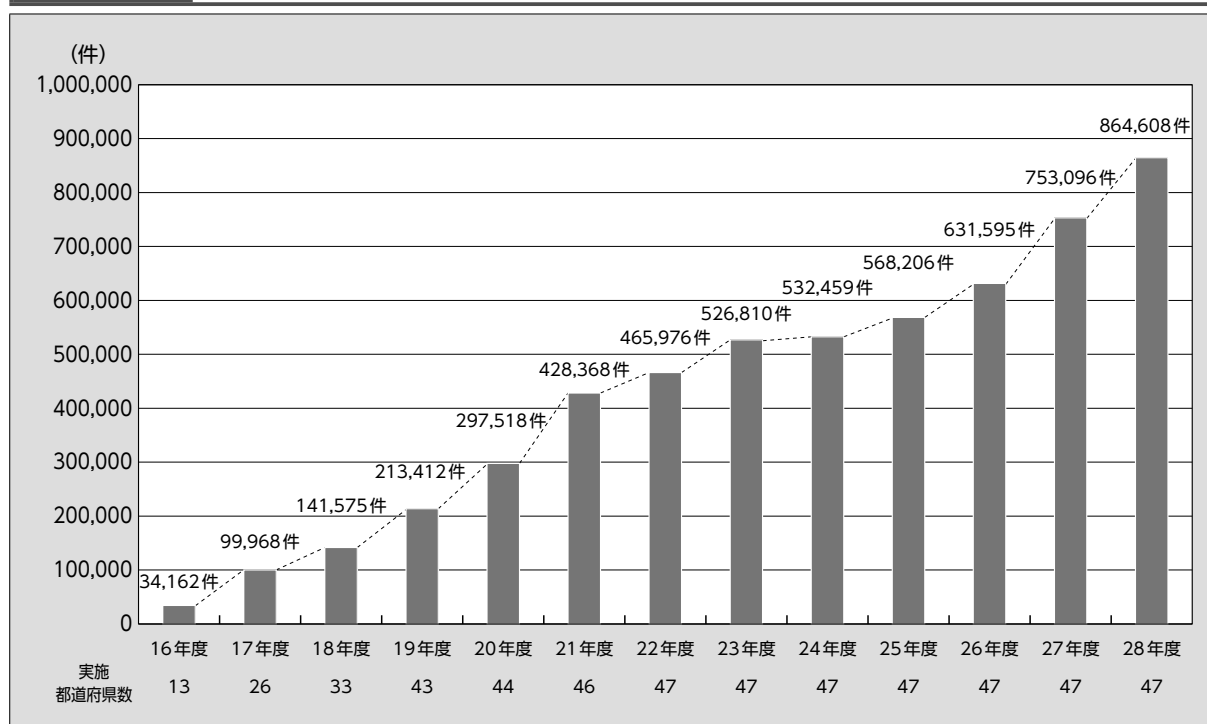
2 小児医療

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、休日・夜間における小児の症状等に関する保護者等の不安解消等のため、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、小児の保護者等に対し小児科医等が電話で助言等を行う「#8000事業」を実施している。本事業は、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。

また、小児の救急医療を担う医療機関等の体制の整備は重要であり、小児初期救急センター、小児救急医療拠点病院、小児救命救急センターに対する支援等を行っている。

図表7-2-3 #8000相談実績（平成16年度～平成28年度比較）



3 周産期医療

周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実現に向け、各都道府県において、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^{*2}。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

^{*2} これまで医療計画と周産期医療体制整備計画をそれぞれ策定してきたが、2018（平成30）年度からは、両計画の整合性をはかるため一体化することとしている。

いる。これに対し、厚生労働省においては、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU^{*3}）、新生児集中治療室（NICU^{*4}）に対する支援、②NICU等の長期入院児の在宅移行へのトレーニング等を行う地域療育支援施設を設置する医療機関に対する支援、③在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援を行っているほか、④2016（平成28）年度から「災害時小児周産期リエゾン」の養成を行うことを目的とした研修会を実施している。また、2016年度から、分娩取扱施設が少ない地域において、新規に分娩取扱施設を開設する場合等への施設整備費用支援事業、2017（平成29）年度から、設備整備費用支援事業及び、地域の医療機関に産科医を派遣する病院等への支援事業を開始している。

4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備（2018年4月1日現在731か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT^{*5}）の養成等を進めてきた（2018年4月1日現在1,630チームが研修修了）。これらについては、東日本大震災の経験を踏まえ、2011（平成23）年10月に取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」に基づき、都道府県における救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うための派遣調整本部の設置やコーディネート機能の確保を都道府県に依頼するとともに、診療機能を有する施設の耐震化、衛星（携帯）電話の保有、食料、医薬品等の3日分の備蓄やDMATの保有など災害拠点病院の指定要件の改正を行った。また、2012（平成24）年3月に改正した「日本DMAT活動要領」に基づき、2014（平成26）年度より、統括DMATをサポートする要員を確保する観点から、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等に入るロジスティック担当者や、病院支援、情報収集等を担う後方支援を専門とするロジスティック担当者からなる専属チームの養成を行っている。



平成28年（2016年）熊本地震においては、DMATが熊本県外から466チーム（最大時には216チーム）、2,071名派遣され、被災者に迅速な医療提供を行うとともに、建物の倒壊リスクなどにより他病院への搬送が必要となった10病院で計1,500名の大規模転院を実施した。また、ロジスティックチームが19チーム、84名派遣され、後方支援等を行った。

東日本大震災時に多数の心のケアチームが被災地に派遣された経験を踏まえ、集団災害発生時における精神保健医療への需要拡大に対応するため、災害派遣精神医療チーム

*3 MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。

*4 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

*5 DMAT：「Disaster Medical Assistance Team」の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、国立病院機構災害医療センター及び国立病院機構大阪医療センター内に設置されたDMAT事務局が、DMAT派遣の要請等について厚生労働省の本部機能を果たし、活動全般についての取組みを行うとともに、被災地域の各都道府県下に、DMAT都道府県調整本部が設置され、管内等で活動する全てのDMATの指揮及び調整、消防等関連機関との連携及び調整等を行う。その際、一定の研修を修了したDMAT隊員である統括DMATが、責任者としてDMATの指揮、調整等を行う。

(DPAT^{*6})の養成を進めてきた。2018年3月に一部改正された「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領」に基づき、効率的な派遣システムの構築・運用のため、DPAT事務局機能や災害時精神保健医療情報支援システムの整備、専門的な研修・訓練によるDPATチームの全国における養成等を行っている。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震診断・耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2016年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を追加計上し、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関等の耐震整備を支援している。

平成28年(2016年)熊本地震では、病院が被災し、ライフラインが途絶し、水の配給が必要となるなどしたため、業務継続計画(BCP)の考え方に基づいた災害対策マニュアルの策定の重要性が改めて認識された。被災後早期に診療機能を回復できるよう、BCPの整備を行うことを災害拠点病院の指定要件に加えるとともに、2017年度からBCP策定の促進を目的とした研修を計6回実施し、約300名が受講した。

災害時に様々な救護班の派遣調整業務等を行う地域の医師等(災害医療コーディネーター)の養成については、災害時に地域単位の細やかな医療ニーズ等に対応するため、現状の都道府県単位に加えて、2017年度からは地域単位に実施する研修を支援している。

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、2017年度まで「へき地保健医療計画」に基づき対策を実施していたが、2018年度から実施する第7次医療計画と一体的に検討を行い、対策を実施することとなった。このため、へき地の医療体制については、都道府県において他事業も含めた総合的な企画・調整を行いつつ、へき地医療支援機構と地域医療支援センターの統合を視野に入れた連携や一本化を進め、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等の対策を充実させることでへき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

(5) 在宅医療の推進

多くの国民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるように支援する在宅医療・介護の環境整備が望まれている。また、急速に少子高齢化が進む中で、高齢者の増加による医療・介護ニーズの急増に対応できる医療・介護提供体制の整備は喫緊の課題であり、病床機能の分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実を図ることが重要である。2013(平成25)年度から、医療計画に在宅医療に関する達成すべき目標や連携体制を盛り込むこととした。2014(平成26)年度には、都道府県に地域医療介護総合確保基金を設置し、これを活用し、在宅医療の提供体制の構築に必要な事業に対し支援を実施している。また、地域の取組みを財政面以外でも支えていくため、2015(平成27)年度から、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域の人材育成事業を推進することができる講師人材の育成研修を実施している。さらに、2014年の介護保険法改正により、在宅医療・介護連携の

*6 DPAT:「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援活動を行うために、都道府県及び政令指定都市(以下「都道府県等」という。)によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがDPATである。

推進に係る事業を介護保険法の地域支援事業に位置づけ、2015年度以降、住民により身近な基礎自治体である市町村が主体となり、住民に対する普及啓発等の取組みを進めている。

(6) 東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築

東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築を図るため、2011（平成23）年度第三次補正予算、2012（平成24）年度予備費及び2015（平成27）年度予算において、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）及び茨城県を対象に基金の積み増しを行い、被災3県が2015年度までの5年間で計画期間として策定した医療の復興計画及び茨城県が策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援している。

なお、地域医療再生計画については建物の完成まで、医療の復興計画については、被災地の医療の復興状況に応じて計画期間を延長して実施することが可能となっている。

また、福島県の避難指示解除区域等における医療提供体制の再構築を図るため、2017（平成29）年度予算において236億円を計上し、医療機関の復興に向けた取組みを支援している。（予算総額1,509億円）

(7) 医療安全の確保

① 医療の安全の確保

① 医療安全支援センターにおける医療安全の確保

2003（平成15）年より、患者・家族等の苦情・相談などへの迅速な対応や、医療機関への情報提供を行う体制を構築するため、都道府県、保健所設置市等における医療安全支援センター（以下「センター」という。）の設置を推進しており、現在全ての都道府県で382か所（2016（平成28）年12月1日現在）設置されている。センターの業務の質の向上のため、職員を対象とする研修や、相談事例を収集、分析するなどの取組みを支援している^{*7}。

② 医療機関における安全確保の体制整備

一方で、医療事故を未然に防ぎ、安全に医療が提供される体制を確保するため、病院などに対して、医療に関する安全管理のための指針の整備や職員研修の実施などを義務づけている。また、院内感染対策のための体制の確保や医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため体制の確保についても実施すべきものとし、個々の病院などにおける医療の安全を確保するための取組みを推進している。

③ 医療事故情報収集等事業^{*8}

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004（平成16）年10月から医療事故情報収集等事業を実施している。医療機関からの報告を基に、定量的、定性的な分析を行い、その結果を3か月ごとに報告書として公表している。また、同事業では、個別の医療行為のリスク低減を目的とした医療安全情報を作成し、事業参加医療機関等に対し、情

^{*7} 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/>

^{*8} 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/>

報提供を行っている。2010（平成22）年からは、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報を増やすため、Web上に報告事例のデータベースを構築し、運用を開始している。登録分析機関は、公益財団法人日本医療機能評価機構である。

④ 特定機能病院のガバナンス改革

大学附属病院等において医療安全に関する重大事案が相次いで発生したことから、2015（平成27）年4月に厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置し、医療安全確保のための改善策を中心に、同年11月に「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」として報告を取りまとめた。これを踏まえ、2016年6月10日に医療法施行規則を改正し、特定機能病院の承認要件に医療安全管理責任者の配置、専従の医師・薬剤師・看護師の医療安全管理部門への配置、医療安全に関する監査委員会による外部監査等の項目を加えた。

さらに、特定機能病院のガバナンス改革に関して、2016年2月に「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」を開催し、当該検討会等での議論を踏まえ、特定機能病院の医療安全管理体制の確保及びガバナンス体制の強化を図るため、以下の内容を含む「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年6月に成立し、2018（平成30）年6月に施行された。

- ①特定機能病院は、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有しており、患者がそうした医療を安全に受けられるよう、より一層高度な医療安全管理体制の確保が必要であることを法的に位置付け
- ②特定機能病院の管理者は、病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行うことを義務付け
- ③特定機能病院の開設者は、管理者が病院の管理運営業務を適切に遂行できるよう、管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け

2 医療事故調査制度の施行

医療の安全の向上のため、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てていくことを目的とした医療事故調査制度は、2014（平成26）年に公布された第6次改正医療法に基づいて2015年10月に開始した。

この制度は、医療事故の再発防止に繋げ、医療の安全を確保することを目的とし、

- ①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所）が、医療事故調査・支援センターへの報告、医療事故調査の実施、医療事故調査結果の遺族への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告を行うこと
- ②その上で、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療機関からも患者側からも中立的な立場である医療事故調査・支援センターにおいて調査を行うこと
- ③さらに、こうした調査結果を、医療事故調査・支援センターが整理・分析し、再発防止に係る普及啓発を行うこと

とされている。

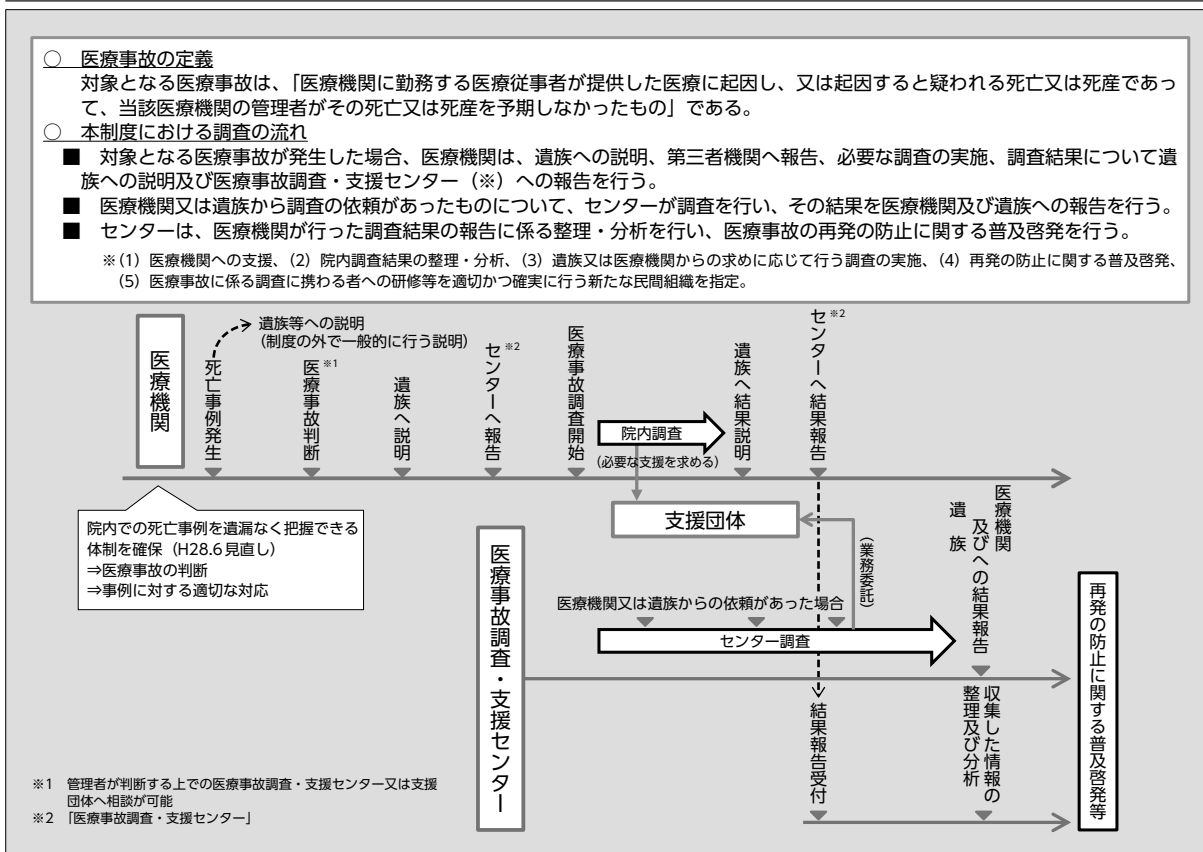
その後、法附則に基づいて制度見直しのための検討が行われ、2016年6月24日付けで、医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出を行った。具体的には、

- ①病院等の管理者は、医療事故の報告を適切に行うため、当該病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保すること
- ②支援団体は、支援を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織することができること、また、協議会において、支援団体が行う支援等の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行い、その結果に基づき、支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施や病院等の管理者に対する支援団体の紹介を行うこと
- ③遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達する
- ④院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行う
- ⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行う

ことなどを示している。

2018年3月末現在までに、医療事故報告件数945件、院内調査結果報告件数633件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数65件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は4件終了している。また、これまでに「中心静脈穿刺合併症」「急性肺血栓塞栓症」「注射剤によるアナフィラキシー」について、医療事故再発防止策の提言をとりまとめ、公表をした。

図表7-2-4 医療事故調査制度の仕組み



3 産科医療補償制度^{*9}

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2009（平成21）年1月から、産科医療補償制度が開始されている。産科医療補償制度は、お産に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。なお、この制度の補償の対象は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児であり、その申請期限は、満5歳の誕生日までとなっている。

また、制度創設時、遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行うこととされ、その後、社会保障審議会医療保険部会等で議論のうえ、2015年1月以降に出生した児については、一律該当の補償対象基準を、

- ①在胎週数の基準を33週から32週にすること
 - ②出生体重の基準を2,000g以上から1,400g以上にすること
- とする見直しが行われた。

4 閣僚級世界患者安全サミット

閣僚級世界患者安全サミットは英国とドイツのイニシアチブにより医療安全の世界的な推進を目的に2016年に創設された。2016年英国のロンドン、2017年ドイツのボンに続き、第3回を2018年4月13日（金）、14日（土）に東京で開催した。

^{*9} 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>

44か国の政府代表団（内18か国は閣僚級が出席）や国際機関、専門家など、約500名が参加し、2日間にわたり、専門家会合と閣僚級会合を行った。専門家会合で得られた政策提言、閣僚級会合での各国代表等の発言を基に、サミットの最後に地域レベル、世界レベルのリーダーシップに期待を込め、2030年までに世界中の医療に関する避けられるすべての有害事象やリスクを低減するため、患者安全の向上に向けた関与の必要性を再確認することを主旨とする『東京宣言』を発表し、25か国、10団体によって賛同を得た（2018年5月末現在）。

（8）医療に関する適切な情報提供の推進

医療に関する十分な情報をもとに、患者・国民が適切な医療を選択できるよう支援するため、①都道府県が医療機関に関する情報を集約し、わかりやすく住民に情報提供する制度（医療機能情報提供制度^{*10}）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和を行った。2013（平成25）年度においては、医療広告ガイドラインにおいて、バナー広告等にリンクした医療機関のウェブサイトに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。また、2016（平成28）年3月より「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」を開催し、同年9月に取りまとめがなされた。この取りまとめを踏まえ、医療機関のウェブサイト等についても、虚偽・誇大等の不適切な表示を禁止し、中止・是正命令及び罰則を課すことができるよう措置する内容を含めた医療法等の一部を改正する法律が第193回通常国会において成立した。2018（平成30）年5月に関係する省令・告示を公布し、新たな医療広告ガイドラインの発出を行い、同年6月に施行された。

（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^{*11}の体制整備

人生の最終段階における医療のあり方については、患者・家族に十分に情報が提供された上で、これに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要である。そのため、医療機関や在宅医療の場では、本人の意思を踏まえた治療方針について、家族や医療関係者とで十分な意思疎通が図れるよう、2007（平成19）年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、2014（平成26）年度から、ガイドラインに沿って患者の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を開始した。また、2017（平成29）年度からは、健康

* 10 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>

* 11 「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。

な時から人生の最期に備えられるよう住民向けの普及啓発の強化を図るとともに、患者の意思に反した救急搬送や医療処置が行われないよう、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定を支援する取組みを進めた。これに加え、2017年度より「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」を開催し、国民、医療福祉従事者への意識調査を実施の上、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方について報告書を取りまとめるとともに、「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、繰り返し話し合う重要性や在宅医療・介護の現場において活用する観点等から改訂した。こうした取組みを通じて、人生の最終段階における医療に関する本人意思が尊重される環境づくりを進めている。

2 医療人材の確保及び質の向上の推進

(1) 医療を担う人材の確保の推進

1 医師養成数の増加

我が国では、地域の医師確保等に対応するため、2008（平成20）年度より医学部入学定員を増員している。また、2010（平成22）年度からは、卒業後に特定の地域や診療科で従事することを条件として奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用した医学部入学定員の増員を行っており、2018（平成30）年度は合計で9,419名となっている。

2 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、都市部に比べ山間部・へき地の医師数が極めて少ないといった医師の地域的な偏在、産科・小児科等の診療科を中心に医師不足が深刻であるなど医師の診療科間の偏在の問題が生じている。

このため、2011（平成23）年度から、こうした医師の偏在を解消するため、大学との緊密な連携を図りつつ、医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域枠の医師などを活用して、地域の医師不足病院の医師確保の支援等を行う「地域医療支援センター」の各都道府県への設置を推進し、2016（平成28）年度には全ての都道府県に設置されている。

また、2014（平成26）年には「地域医療支援センター」の取組みを更に進めるため、その機能を医療法に位置付けたところである。

2018年度の予算においては、病院勤務医の負担軽減等の対策を引き続き行っていくほか、地域医療介護総合確保基金における「地域医療支援センター」の運営に対する財政支援等を通して、各都道府県の医師確保対策の取組みを支援した。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た。

臨床研修制度では、地域医療の安定的確保のため、2010年度の研修から、地域医療の研修を一定期間（1か月）以上行うことを要件とするとともに、都道府県ごとに、人口や医師養成数、地理的条件などを勘案して研修医の募集定員の上限を設けるなどの措置を行っている。さらに、2015（平成27）年度の研修から、医学部卒業生の増加を踏まえた形で全国の研修医総数や研修希望者数を推計して全国の研修医の募集定員を設定している。また、地域枠の活用状況等も踏まえつつ、都道府県が都道府県ごとの募集定員の上限

の範囲内で、一定の柔軟性をもって定員を調整できる仕組みを創設するなど、研修医の地域的な適正配置を更に誘導していくための見直しを行っている。2018年3月の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、必修科目の見直しや臨床研修病院の指定権限等の都道府県への移管、募集定員倍率の一層の圧縮等の見直しを盛り込んだ報告書を取りまとめたところであり、今後、厚生労働省としては、この報告書の内容を踏まえ、2020年度の研修開始に向け、更なる検討を進めていく。

2015年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催し、2016年6月には医師需給分科会において、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項について中間取りまとめがなされた。その中で、医師の働き方・勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要とされた。これを受けて、2016年10月より開催された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」では、勤務医の勤務実態・働き方の意向について大規模な調査を行うとともに、それも踏まえた議論がなされ、その中で、医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間で行うタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）の推進などの具体策が提言されている。

2017（平成29）年12月には、医師需給分科会において第2次中間とりまとめを公表し、2018年3月に以下の内容を柱とする医療法及び医師法の一部を改正する法律案が国会に提出され、同年7月に成立した。

- ①医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設
- ②都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化等
- ③都道府県知事から大学に対する、地域医療対策協議会の協議を経たうえで、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加の要請や、専門医制度に対する地域医療等への配慮の観点からの厚生労働大臣の意見提出等の医師養成過程を通じた対策
- ④外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、医療ニーズの増大・高度化などにより大きく変化している。こうした中、看護職員の確保対策として、看護職員の資質向上、養成促進、再就業支援等を推進してきたことにより、その就業者数は毎年着実に増加（2016年には約166万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すると、看護職員の確保対策の強化が求められている。

このため、看護師等の人材確保の促進に関する法律が改正され、2015年10月から、①保健師・助産師・看護師・准看護師の免許保持者が離職する場合等には、その連絡先等

を都道府県ナースセンターに届け出ることを努力義務とするとともに、②無料職業紹介や復職研修など、都道府県ナースセンターが提供するサービスの充実・改善を行うことにより、看護職員の復職支援の強化を図ることとしている。また、厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じた看護職員の定着・離職防止を図るため、医療法が改正され、2014年10月から、医療機関がPDCAサイクルにより看護職員を含む医療従事者の勤務環境の改善に計画的に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）が導入されている。

また、地域の実情に応じた看護職員の確保対策をより一層推進するため、2014年度から各都道府県に設置されている地域医療介護総合確保基金を通じて、①看護師等養成所の施設整備・運営、②新人看護職員研修の支援、③ナースセンターの機能強化、④病院内保育所の整備を含む医療機関の勤務環境改善等に関する都道府県の取組みを支援している。

4 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師等の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、

- ①病院内保育所の運営等に対する財政支援
- ②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務形態に応じた研修の実施
- ③ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、女性医師バンクで就業斡旋等の再就業支援

などの取組みを行ってきた。

なお、①・②については、2014年度から地域医療介護総合確保基金の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続している。

また、2014年度には、医療や医学の分野の様々な現場において活躍されている女性医師等から構成される「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催した。同検討会では、女性医師がライフステージに応じて活躍することができる環境整備の在り方について検討を行い、その検討結果を報告書として取りまとめた。報告書については、医療現場等で活用していただけるよう、都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。さらに、2015年度からは、復職から離職防止までをパッケージとして女性医師支援の先進的取組みを行う医療機関をモデルとして選定し、モデルの普及啓発を図る事業（女性医師キャリア支援モデル普及推進事業）を実施している。こうした取組みを病院勤務医等の勤務環境の改善対策と併せて実施することで、女性医師等の方々が安心して就業の継続や復職ができ、さらに活躍していただくための環境の整備を行うこととしている。

(2) 医療を担う人材の質の向上

1 チーム医療の推進

患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフの専門性を高めるとともに、それぞれの業務・役割を拡大し、かつ、各スタッフが互いに連携すること

で、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが重要である。こうした観点から、2010（平成22）年3月に「チーム医療の推進に関する検討会」において取りまとめられた報告書を受け、同年5月より、様々な立場の有識者から構成される「チーム医療推進会議」を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行った。

チーム医療推進会議等において結論が得られた事項のうち、

- ①診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合に、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものを特定行為として位置づけ、手順書により特定行為を行う看護師に対して研修の受講を義務付けること
- ②CT検査等のために必要となる造影剤の血管内投与等の行為を新たに診療放射線技師の業務範囲に追加すること
- ③診療放射線技師が、病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影のみを行う場合に、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととすること
- ④インフルエンザ検査のために必要となる鼻腔拭い液の採取等の行為を新たに臨床検査技師の業務範囲に追加すること
- ⑤歯科衛生士がフッ化物塗布などの予防処置を行う際、歯科医師の直接の指導を要しないこととすること

については、医療介護総合確保推進法により関係法律の改正を行うことで対応している。

厚生労働省としては、医療現場の実態等も踏まえ、より良い医療サービスの提供を実現すべく、引き続きチーム医療の推進に取り組んでいくこととしている。

2 新たな専門医の養成の仕組み

厚生労働省では、医師の質の一層の向上等を目的として、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年4月に報告書を取りまとめた。報告書では、新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるべきであり、また、医療を受ける患者の視点に立って、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであるとされている。

これを受けて、2017（平成29）年度の養成開始に向け、日本専門医機構及び学会において準備が進められてきたところであるが、新たな仕組みの導入により、医師及び研修医の地域偏在が更に拡大するのではないかと懸念が地域医療関係者から示されたため、養成開始を1年延期し、2018（平成30）年度から養成が開始されている。

また、厚生労働省においても、2017年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を立ち上げ、地域医療関係者の参画のもと、地域医療に求められる専門医制度の在り方について検討を進め、日本専門医機構に対して地域医療への配慮を求めた。その結果、日本専門医機構においては、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の導入や、地域の中核病院等であっても基幹病院となれる基準の設定など専門医制度新整備指針の見直しが行われた。

さらに、今後、高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増えることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、「総合診療専門医」として新たに位置付け、他の領域分野とともに2018年度から養成が開始されている。

3 看護職員の資質向上

少子高齢化が急速に進展し医療提供の在り方が大きく変化している状況の中、患者の多様なニーズに応え、医療現場の安全・安心を支える看護職員の役割は、ますます重要になると見込まれている。

こうした背景の下、看護職員の資質のより一層の向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、病院等が行う新人看護職員研修や都道府県が行う看護職員の実務研修等に対して支援を行っている。

3 国立病院機構や国立高度専門医療研究センター等の取組み

歴史的・社会的な経緯等により他の設置主体での対応が困難な医療や、国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療については、国の医療政策として、国立病院機構や国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）などが着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、災害や新型インフルエンザ発生時など国の危機管理や積極的貢献が求められる医療、重症心身障害、筋ジストロフィーをはじめとする神経・筋疾患、結核、心神喪失者等医療観察法に基づく精神科医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある分野の医療、地域のニーズを踏まえた5疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供している。

国立高度専門医療研究センターでは、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患（がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患、感染症等国際的な調査研究が必要な疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患）等について高度先駆的な研究開発、これらの業務に密接に関連する医療の提供や人材育成等を行っている。現在、医療分野の研究開発をめぐる制度的環境の変化等を踏まえ、「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会」を開催し、その役割、センター間での連携や組織の在り方等について検討を行っている。

地域医療機能推進機構^{*12}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。

^{* 12} 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。

後発医薬品を普及させることは、医療の質を保ちつつ患者負担の軽減や医療費の効率化を図ることができ、医療保険財政の改善に資することから、2007（平成19）年に作成した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」において、2012（平成24）年度までに全医療用医薬品をベースとした後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、後発医薬品の使用を推進してきた。

その後、2013（平成25）年に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成し、後発医薬品と後発医薬品のある先発医薬品をベースとした数量シェアを2018（平成30）年3月末までに60%以上にする目標を定め、後発医薬品の使用を進めてきた。2015（平成27）年には、「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、後発医薬品の数量シェアを「2017（平成29）年央に70%以上とする」とともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という目標が定められ、さらに2017年には、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、「2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」という新たな目標を定めたところであり、この目標の達成に向けて、引き続き後発医薬品の使用促進を行っていく。

2018年度は、引き続き後発医薬品の品質確保対策の強化、後発医薬品に関する情報提供の充実、ロードマップの取組み状況のモニタリングを実施した。また、平成30年度診療報酬改定においては、後発医薬品に係る新たな目標達成のため、①医療機関、薬局の後発医薬品使用（調剤）体制に関する評価の基準の引き上げ、②一般名処方加算の評価の引き上げ等を行ったところである。

また、各都道府県においても、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」を設置する等、地方の実情に応じた普及・啓発をはじめとした環境整備を行っている。

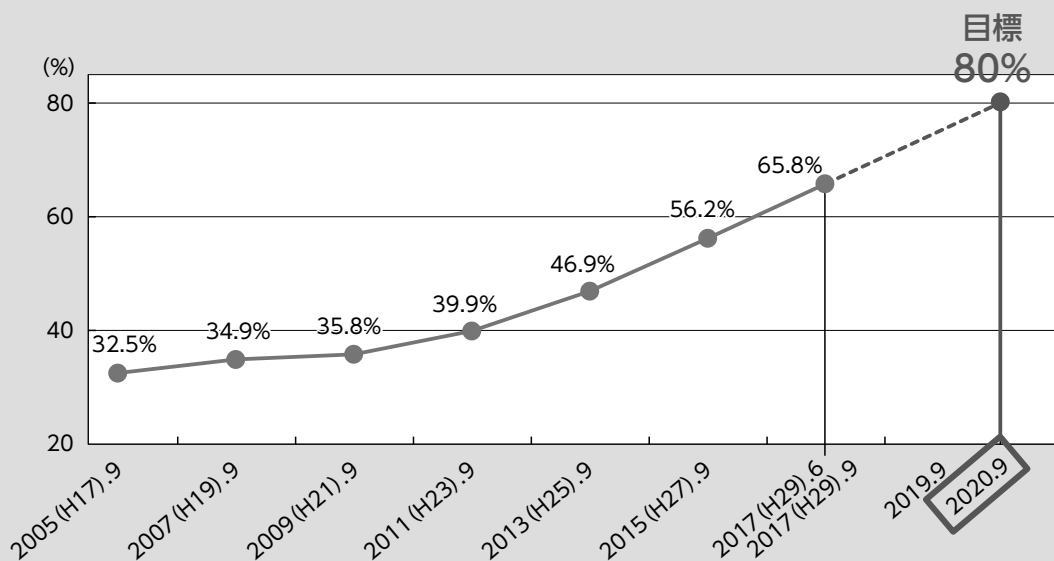


ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

図表7-2-5 後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア
目標
(骨太方針2017)

○2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、
できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「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」の数量シェアをいう
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 国保改革の施行

国民健康保険制度は、近年、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しているといった構造的な問題を抱えており、制度の持続性を確保するための対応が必要とされていた。こうした背景を踏まえ、国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定化を図るため、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律が2015（平成27）年に成立した。同法に基づく国保改革では、財政支援の拡充により財政基盤を強化することと、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うことの2つが大きな柱となる。

一つ目の柱は、財政支援の拡充等により、財政基盤を強化することである。具体的には、既に2015年度から低所得者対策の強化のため、保険者支援制度を拡充していることに加え、2018（平成30）年度以降は、予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む自治体への財政支援を行う保険者努力支援制度や、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応等の財政調整機能の強化等、更に約1,700億円の財政支援を行っている。

もう一つの柱は、2018年度から、都道府県が財政運営の責任主体となることである。具体的には、都道府県が、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

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している。また、都道府県は、都道府県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定め、医療保険と医療提供体制の両面をみながら、地域の医療の充実を図り、効率的かつ質の高い医療を提供できるように取り組む。一方で、市町村は、資格管理、保険料の賦課徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととしている。

2 予防・健康づくりと医療費適正化

(1) 予防・健康づくり

保険者は、予防・健康づくりに向けた取り組みを行っており、レセプト・健診情報等のデータを活用したデータヘルスなどを進めている。2018（平成30）年度からは、各保険者が策定する第2期データヘルス計画（2018年度から2023年度までの6年間の計画）が開始するため、国としてもデータヘルスポータルサイトの活用等による支援を行っている。

さらに、保険者の予防・健康づくりの取り組みを横展開し、その取組状況の「見える化」をすることで、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、2015（平成27）年7月に、民間主導の日本健康会議が発足し、2020年までの予防・健康づくりに関する数値目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択した。その進捗状況については毎年度調査を行い、日本健康会議や「日本健康会議データポータルサイト」で達成状況を公表している。また、2016（平成28）年3月には、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省は糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年4月には国レベルでプログラムを策定するなど、全国展開に向けた糖尿病性腎症の重症化予防の対策の在り方を示すとともに、協力体制の基盤整備を進めている。

加えて、慢性疾患を複数保有し、加齢に伴い心身機能が低下する等の高齢者の特性を踏まえた取組みの手法を検討するため、2016年度及び2017（平成29）年度において生活習慣病等の重症化予防や、栄養・口腔・服薬に関する相談・指導等のフレイル（虚弱）対策に関するモデル事業を実施した。「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において、モデル事業で得られた成果や優良事例等を踏まえた検討を行い、2018年4月に「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を策定した。2018年度からは、高齢者の特性を踏まえた保健事業を全国的に横展開すべく、ガイドラインの周知に努め、事業の支援を更に推進していくとともに、事業の継続的な効果検証を行う。また、高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養等）や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を市町村が一体的に実施する仕組みの構築を検討していく。

こうした予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブを強化するため、2018年度から健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率の法定上限10%までの段階的引上げや、保険者の取り組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行うこととしている。また、国民健康保険の保険者努力支援制度については、2016年度・2017年度の前倒し実施の状況を踏まえ、2018年度から本格実施された。

(2) 医療費適正化

国及び都道府県は、高齢期における適切な医療の確保を図るため、特定健診・保健指導の実施率等の数値目標や目標達成に向けた取組内容を定めた医療費適正化計画を策定している。2018（平成30）年度からの第3期医療費適正化基本方針には、適正化の取組目標として、特定健診・保健指導の実施率の向上に加え、新たに糖尿病の重症化予防の取組み、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）を盛り込んだ。これに即して、都道府県は2017（平成29）年度中に第3期都道府県医療費適正化計画（2018年度から2023年度までの6年間の計画）を策定した。第3期においても第2期に引き続き、計画の進捗状況の把握を進めながら、新たな取組目標の達成に向け、保険者協議会等とも連携しながら、取組みを進めていく。なお、2018年度から、都道府県が国保の保険者となり保険者協議会の構成員になることから、都道府県は従来からの住民の健康増進や、医療費適正化計画の策定主体としての役割に加え、保険者協議会の事務局を担う、又は国民健康保険団体連合会と共同で事務局を担うなど、保険者協議会において中核的な役割を発揮することが求められている。

3 負担能力に応じた負担の見直し

(1) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

75歳以上の方々の医療給付費は、約5割を公費、約1割を保険料、残る約4割を現役世代からの後期高齢者支援金によって賄っている。この後期高齢者支援金については、国民健康保険及び被用者保険の各保険者の加入者数に応じて按分（加入者割）した上で、被用者保険者間の按分は、2017（平成29）年度から被保険者の給与や賞与などのすべての所得に応じて按分する全面総報酬割を実施している。これに伴い、高齢者医療への拠出金負担の重い被用者保険者への追加的な財政支援を行っている。

(2) 70歳以上の高額療養費制度の見直し

70歳以上の高額療養費制度について、制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、2017（平成29）年8月から段階的な見直しを実施している。2018（平成30）年8月には、「一般」区分の外来上限額の見直し、負担能力のある「現役並み所得」区分については69歳以下と同様の上限額にする等の見直しを行った。なお、これらの見直しを行うに当たっては、低所得者に配慮して、住民税非課税区分の上限額を据え置くことや、長期療養をされている「一般」区分の方の外来の自己負担が増えないよう1年間の上限額（外来年間合算）を創設して負担額を抑える等の配慮を行っている（図表7-3-1）。

図表7-3-1 高額療養費制度の見直しについて

平成30年7月までの上限額（70歳以上）				平成30年8月からの上限額（70歳以上）			
現役並み 一般 住民税非課税	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	
	課税所得 145万円以上の方	57,600円	80,100円 + (医療費－ 267,000円) × 1% 〈多数回44,400円 (※2)〉	Ⅲ 課税所得 690万円以上の方	252,600円 + (医療費－842,000円) × 1% 〈多数回140,100円 (※2)〉		
	課税所得 145万円未満の方 (※1)	14,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 〈多数回44,400円 (※2)〉	Ⅱ 課税所得 380万円以上の方	167,400円 + (医療費－558,000円) × 1% 〈多数回93,000円 (※2)〉		
	Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円	Ⅰ 課税所得 145万円以上の方	80,100円 + (医療費－267,000円) × 1% 〈多数回44,400円 (※2)〉		
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円 以下など) (※3)		15,000円	課税所得 145万円未満の方 (※1)	18,000円 (年間の上限 144,000円)	57,600円 〈多数回44,400円 (※2)〉	
				Ⅱ 住民税非課税世帯 (※3)	8,000円	24,600円	
				Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円 以下など) (※3)		15,000円	

※1 世帯収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含みます。

※2 過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

※3 住民税非課税世帯の方については、従来どおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付します。

(3) 保険料軽減特例の見直し

75歳以上の保険料軽減特例については、2008（平成20）年度の後期高齢者医療制度発足時における激変緩和措置として、政令で定めた軽減割合を超えて、予算措置により軽減を行っていたが、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、段階的に見直しを実施し、保険料の所得割を5割軽減する特例について、2018（平成30）年度から政令で定めた本則に戻し、元被扶養者の保険料の均等割を9割軽減する等の特例について、2019年度から政令で定めた本則の軽減割合に戻すといった見直しを行っている。なお、均等割9割・8.5割軽減は、低所得者に配慮して今回は据え置きとし、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直すこととしている。

(4) 入院時の食費・光熱水費の見直し

入院時の食費については、入院と在宅療養の公平を図る観点から、1食あたりの自己負担額を段階的に引き上げ、2018（平成30）年度に460円とした（ただし、低所得者区分に該当する方や、難病又は小児慢性特定疾病の方等については負担額を据え置く）。

また、入院時の光熱水費については、医療と介護、入院と在宅療養を通じた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方について、医療の必要性の低い方は、2017（平成29）年10月に370円に引き上げ、医療の必要性の高い方は、2017年10月から段階的に引き上げ、2018年4月に370円とした（ただし、指定難病の方等に

については負担を据え置く。)

4 審査支払機関の改革

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）をはじめとする審査支払機関については、2017（平成29）年1月に「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書」（以下「報告書」という）が取りまとめられ、規制改革推進会議の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与する役割を担うことについて記載された。

厚生労働省と支払基金は、当該報告書の内容を踏まえ、2017年7月に「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」（以下「計画・工程表」という。）を公表し、支払基金は、2017年6月の規制改革実施計画（閣議決定）における支払基金改革に係る指摘も踏まえ、①審査プロセスの効率化・高度化の推進、②より公平な審査の実現に向けた審査基準の統一化、③支部組織の集約化など、支払基金の組織の在り方の見直し等の3つの観点から具体的な取組みを進めることとしている。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組みを進めていくこととしている。

第4節 地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度

1 介護保険制度の現状と目指す姿

2000（平成12）年4月に社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は今年で19年目を迎えた。

介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加し、2000年4月には149万人であったサービス利用者数は、2018（平成30）年4月には474万人と、約3.3倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

高齢化がさらに進展し、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。

そこで、このような社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために「地域包括ケアシステム」の実現を目指している。「地域包括ケアシステム」とは、地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいう。高齢化の進展のスピードや地域資源の状況などは地域によって異なるため、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を可能とすることが重要である。

また、介護保険制度が定着し、サービス利用の大幅な伸びに伴い、介護費用が急速に増大している。介護保険制度開始当時の2000年度は3.6兆円だった介護費用は、2018年度には11.1兆円となっており、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^{*13}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5,900円になっており、2025年には約8,200円になると見込まれている。

このような介護保険制度の状況や、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017年5月26日に成立した（平成29年法律第52号。以下、「地域包括ケア強化法」という）。この法律は、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を柱としている。

具体的には、地域包括ケアシステムの深化・推進を進める観点から、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組みの推進等を行うとともに、介護保険制度の持続可能性の確保の観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層への3割負担の導入、介護納付金への総報酬割の導入を盛り込み、2018（平成30）年から順次施行している。

2 地域包括ケアシステムの構築

(1) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者である市町村の保険者機能を強化し、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組みを推進することが重要である。

このため、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組むよう、

①データに基づく課題分析と対応

②適切な指標による実績評価

③取組み実績に応じた市町村・都道府県に対する財政的インセンティブの付与という仕組みを地域包括ケア強化法により制度化することとした。

また、市町村の人員体制やノウハウの蓄積等の状況は地域によって様々であるため、厚生労働省や都道府県が積極的かつ丁寧に支援していくことが必要である。具体的には、都道府県が市町村を支援することを法律上に明記し、都道府県による市町村職員に対する研修の実施、医療職等の派遣に関する関係団体との調整等を行うこととした。また厚生労働省は、市町村が多角的に地域課題を分析することを支援するとともに、都道府県職員に対して研修等を行い、市町村の取組みを支援していくこととした。

さらに、財政的インセンティブの付与については、地域包括ケア強化法により保険者機能強化推進交付金を創設した。交付金は、保険者等の様々な取組みを評価できるよう、客観的な指標を設定した上、交付を行うこととした。各保険者等には、当該交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組みを進めていくことが期待される。

* 13 「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。

○認知症施策の推進

我が国では、高齢者の4人に1人が認知症又はその予備群と言われており、認知症は、今や誰もが関わる可能性のある身近な病気となっている。世界各国でも認知症の方は増加しており、その対応は世界共通の課題である。

厚生労働省では、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、2015（平成27）年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（以下「新オレンジプラン」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。

新オレンジプランは、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、7つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

に沿って、認知症施策を総合的に推進していくこととしている。

また、新オレンジプランでは、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たところであり、これまでの施策の進捗状況は概ね順調であったことから、2017年7月に認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議を開催し、数値目標について2020年度末までの目標に更新するとともに、施策を効果的に実行できるよう内容を充実させるなどの改定を行った。

新オレンジプランを契機として認知症の人とその家族を支援する地域資源は着実に増加しており、引き続き認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを構築するために認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等の取組みを支援していくとともに、今後は先進的な取組み事例を全国に紹介することなどを通じて、地域の実情に応じた効果的な取組みを推進していくこととしている。

さらに、認知症に関する施策の総合的な推進等の新オレンジプランの基本的な考え方については、地域包括ケア強化法により、介護保険法上に位置づけ、取組みを強化している。

(2) 医療・介護の連携の推進

今後、要介護認定率や認知症の発生率等が高い75歳以上の高齢者の増加に伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築とその連携がますます必要となる。

このため、在宅医療・介護連携推進事業を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市区町村が主体となって、以下のア～クの8つの事業項目を実施している。さらに、地域包括ケア強化法により、都道府県による市町村支援を明記し、取組みを強化している。

- ア 地域の医療・介護の資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

また、地域包括ケアシステムを推進する観点から、医療処置等が必要であるものの、入院する程ではないが自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応可能な受け皿を確保することは重要である。

このため、地域包括ケア強化法において、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設を「介護医療院」として創設した。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

我が国は少子高齢化に伴う人口減少という大きな課題を抱えており、こうした中で、既存の縦割りの制度では効果的で適切な解決策を講じることが難しい課題や、既存の制度の狭間にあって、制度による解決が困難な課題などが出てきている。

こうした課題を解決するため、地域の力を強化するとともに、公的な支援体制が様々な分野で縦割りに対応するのではなく、連携・協働しながら包括的に支援を行っていくことが必要となっており、地域包括ケア強化法においては、市町村が包括的な支援体制を構築する役割を担うことを明確にするとともに、地域福祉計画を福祉各分野の共通事項を記載した上位計画として位置づけるために、社会福祉法を改正した。

また、地域包括ケア強化法では、障害児も含め障害のある方と高齢者が同一の事業所でサービスを受けやすくするために、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づけた。

これにより、障害者が介護保険の被保険者となった際に、使い慣れた障害福祉サービス事業所を引き続き利用しやすくなり、また、福祉に携わる人材に限りがある中で、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うことが可能にした。

(4) 高齢者の虐待防止

2006（平成18）年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」等に基づき、高齢者虐待の未然防止、早期発見、迅速かつ適切な対応を図るため、自治体等と連携して、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者への支援等に係る措置を講じている。

2017（平成29）年度における対応状況は、養介護施設従事者等による虐待の相談・通報件数が1,898件、虐待判断件数が510件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が30,040件、虐待判断件数が17,078件である。

高齢者虐待の件数は増加傾向にあり、より一層の対策が求められる中で、とりわけ市町村等の体制整備の強化が喫緊の課題であることから、市町村等職員向けの高齢者虐待対応マニュアルである「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」について、養護者や施設等職員の「怒りの感情のコントロール」などを含むストレスマネジメントに関する内容を盛り込むなどの改訂を2018（平成30）年3月に行った。

3 介護人材の確保

(1) 介護ロボット

要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズがますます増大する一方、核家族化の進行や、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している中、介護分野においても、日本の高度な水準のロボット技術を活用し、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減を図ることが求められている。「未来投資戦略2017」（平成29年6月9



日閣議決定）においては、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減を図る観点から、「ロボット・センサー等の技術を活用した介護の質・生産性の向上」を掲げている。

厚生労働省においては、経済産業省と連携し、移乗介助や見守りなど重点的に開発等の支援を行う分野を定め、介護ロボットの実用化や普及の促進に取り組んでおり、2017（平成29）年10月には、この重点分野の再検証を行い、転倒を予防する装着型の移動支援機器や排泄を予測してトイレへ誘導する機器などを新たな支援対象として追加した。

また、「介護ロボット開発等加速化事業」を実施し、介護現場のニーズを介護ロボットの開発内容に反映させることに併せ、効果的な介護技術を構築するなど、各段階で必要な支援を行っている。

さらに、2018（平成30）年度介護報酬改定においては、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、夜勤職員配置加算の見直しを行った。

(2) ICT・生産性向上ガイドライン

介護事業所におけるICT化の普及促進のため、2017（平成29）年度まで介護事業所におけるモデル事業を実施してきた。

2018（平成30）年度からは、介護事業所におけるICT化を全国的に普及促進するには標準化が重要であることから、有識者等による既存ソフトの機能やセキュリティ等の分析を行い、今後求められるソフトのあり方を検討するなど、標準仕様の作成に向けた取組みを進めていく予定である。

さらに、介護事業所における生産性向上については、「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）において「実際に生産性向上に取り組む地域の中小

企業、サービス業に対する支援を図る」こととされていることから、介護サービスにおける生産性向上のガイドラインの作成等を行い、事業者団体等の横展開を支援することを予定している。

生産性向上（介護労働の価値を高める）の取組みとしては、ICT化・介護ロボットの活用・業務プロセス構築・作成文書の見直し・職員配置の見直し等が考えられるが、具体的には、介護保険サービスの生産性を向上させるため、以下の取組みにより、介護分野における生産性向上の取組みを醸成するとともに、事業者団体等の横展開を推進する。

- ア 調査研究の実施（経営の専門家による訪問等）
- イ 調査結果の公表（生産性向上への意識の醸成）
- ウ 試行的ガイドラインの作成
- エ 事業者団体等による横展開モデルの創出に関する調査研究
- オ ガイドラインの作成と横展開の普及
- カ 介護分野の生産性向上協議会の開催（好事例の発表・表彰）

第5節 福祉・介護人材の確保対策

政府においては、一億総活躍社会の実現を目指し、その重要な政策の柱として、「介護離職ゼロ」を掲げ、介護施設等の整備と併せ、必要な介護人材の確保についても、就業促進や離職の防止、生産性の向上などに総合的に取り組んでいくこととしている。

このため、2017（平成29）年度から、技能や経験に応じて昇給する仕組みを構築し、月額平均1万円相当の処遇改善を行うとともに、

- ①介護分野へのアクティブシニア等の参入を促すための「入門的研修」の普及や、介護福祉士資格の取得を目指す留学生など外国人材の受入環境の整備等による多様な人材の活用
- ②ICTや介護ロボットを活用した生産性向上の推進による業務負担の軽減や職場環境の改善などによる働きやすい環境の整備
- ③介護に関する魅力の発信

など介護人材確保に総合的に取り組んでいる。

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等の関係団体が連携し、求職者・求人者を対象に、関係団体のノウハウや情報を活用した合同説明会や合同就職面接会等を開催している。

さらに、各都道府県に設置されている「福祉人材センター」において、離職した介護福祉士等からの届出情報をもとに、求職者になる前の段階からニーズに沿った求人情報の提供等の支援を推進するとともに、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、職業相談、職業紹介等を推進している。

ハロートレーニング（公的職業訓練）においては、人材確保に課題を抱える建設分野、保育分野等に加え介護分野において必要とされる人材の確保に重点を置いて訓練を実施している。

一方、介護労働者は、賃金、労働時間、身体的な負担、精神的な負担に対する不安や不満に端的に示されるように厳しい労働環境にある。2017（平成29）年度介護労働実態調査によると、労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等（複数回答）として、「人手が足りない」が53.0%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が39.6%、「有給休暇が取りにくい」が34.2%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が29.9%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理の面で解決すべき課題が多い。そのため、介護労働者の身体的負担軽減に資する介護福祉機器（移動用リフト等）を導入・運用した事業主に対する助成措置や、賃金制度の整備を通じて介護労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成措置、また、介護労働安定センターによる事業所の雇用管理改善に関する相談援助等により、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。

第8章 健康で安全な生活の確保

第1節 健康危機管理・災害対策の推進

1 健康危機管理の取組みについて

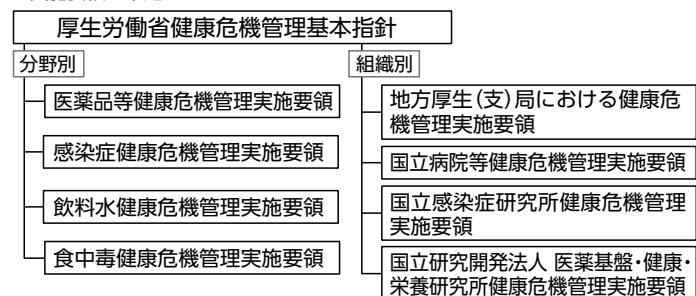
厚生労働省においては、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して、「厚生労働省健康危機管理基本指針」に基づき必要な体制を整備して、健康危機管理に取り組んでいる。

具体的には、平素から、関係部局や国立試験研究機関を通じて内外からの情報を収集し、部局横断組織である「健康危機管理調整会議」において、毎月2回情報交換を行っている。有事の際には緊急の調整会議を開催し、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。

厚生労働省における健康危機管理の枠組み

- 厚生労働省における健康危機管理の基本的な枠組みとして「厚生労働省健康危機管理基本指針」が策定されている。
- 感染症など各分野別の責任体制、権限行使等については各分野別に実施要領を策定。
- 厚生労働省所管の研究所等についても、健康危機情報の収集・分析等に関する実施要領を策定。



2 災害対策の取組みについて

厚生労働省においては、「厚生労働省防災業務計画」に基づき、厚生労働省の所掌事務に係る災害予防対策、災害応急対策及び災害復旧・復興に取り組んでいる。

2017（平成29）年には、6月末からの梅雨前線や台風第3号の影響により、九州北部地方を中心に局地的に猛烈な雨が降り大きな被害が生じた（平成29年7月九州北部豪雨）。

この災害の発生に対し、被災自治体、関係省庁、関係団体と連携し、以下のような災害医療分野、福祉分野等の幅広い分野において様々な取組みを行った。

- ・「災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）や災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）」を被災地に派遣し、迅速に被災地のニーズに応じた医療活動を実施
- ・現地に厚生労働省職員を派遣し、水道施設の被害状況や応急給水等の情報収集を行うとともに、水道施設の早期復旧のための関係者との調整及び技術的助言を実施
- ・災害ボランティアセンターの設置、運営を支援し、多数のボランティアが被災地で活動できるよう体制を整備

また、内閣官房副長官（事務）を座長とする、平成28年（2016年）熊本地震に係る初動対応検証チームが取りまとめた「初動対応検証レポート」（2016年7月20日）を受けて、2017年7月5日付で都道府県に対して、被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等の活動の総合調整を行う保健医療調整本部の設置に関する通知（技術的助言）を行った。

さらに、被災地方公共団体に設置された、保健医療調整本部及び保健所の総合調整等の円滑な実施を応援するための災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team：DHEAT）の体制整備及び支援活動について、2018（平成30）年3月20日付で都道府県、保健所設置市及び特別区に対して通知（技術的助言）を行った。

第2節 ゲノム医療の推進

1 ゲノム医療の推進体制について

近年、個人のゲノム情報に基づき、体質や病状に適した、より効果的・効率的な疾患の診断、治療、予防が可能となる「ゲノム医療」への期待が急速に高まっており、特に、がんや難病の分野では既に実用化が始まっている。このような背景を踏まえ、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）、「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定、平成29年2月17日一部変更）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成26年7月健康・医療戦略推進本部決定、平成29年2月一部変更）では、信頼性の確保されたゲノム医療の実現等に向けた取組みを推進することや、ゲノム情報の取扱いについて、倫理面での具体的対応や法的規制の必要性も含め、検討を進めることとされている。

2015（平成27）年1月に、健康・医療戦略推進会議の下に、ゲノム医療を実現するための取組みを関係府省・関係機関が連携して推進するための、「ゲノム医療実現推進協議会」が設置され、同年7月に「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」、2017（平成29）年7月に「平成28年度報告」が公表された。また、2015年11月から、同協議会の下に「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」（以下「ゲノムタスクフォース」という。）が開催され、上記の「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」において特に重点的かつ早急に検討を要するものとされた課題について、実務的観点から検討を進め、2016（平成28）年10月に「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」が公表された。厚生労働省においては、この意見とりまとめを同協議会に報告するとともに、とりまとめ事項について、ゲノム医療推進のための必要な取組みを進めている。

2 ゲノム医療推進のための取組みについて

ゲノム医療を推進するためには、ゲノム情報等を用いた診断や治療等について、検査の精度や患者のアクセスを確保する必要がある。検査の精度の確保については、上記の「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」も踏まえ、遺

伝子関連検査を含めた検体検査の精度の確保を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出した。2017（平成29）年6月に成立した後、検体検査の精度の確保について具体的な基準を策定するため「検体検査の精度管理等に関する検討会」を開催し、その結果を踏まえ、医療機関、衛生検査所等における検体検査の精度の確保に係る基準について整備し、平成30年12月1日より施行した。

また、遺伝子関連検査に用いられるもののうち、特にDNAシーケンサーを用いた遺伝子解析システムについて、2016（平成28）年4月に「遺伝子検査システムに用いるDNAシーケンサー等を製造販売する際の取扱いについて」を公表し、DNAシーケンサー等を用いた遺伝子解析システムの「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。改正前の題名は「薬事法」。以下「医薬品医療機器法」という。）上の取扱いを明確化することで、開発を推進している。

他方、患者のアクセスの確保については、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号）の施行を踏まえ、診療報酬において、関係学会の作成する指針に基づいて行われた場合に限り、診断に遺伝子関連検査が必須とされている51の指定難病に対する遺伝子関連検査を保険適用としている。

さらに、がん、難病等の分野では遺伝子関連検査の医療への実利用が始まっているが、ゲノム医療をさらに推進するためにはゲノム情報等を集積し、効果的・効率的な診断、治療や新たな医薬品などの開発に利活用する仕組みを構築する必要があるため、2017年3月より「がんゲノム医療実現推進コンソーシアム懇談会」を開催、最新のがんゲノム医療を提供する仕組みを構築するために必要な機能や役割について検討し同年6月に報告書を取りまとめられた。がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会報告書や第3期のがん対策推進基本計画に基づき、2018（平成30）年2月には、がんゲノム医療中核拠点病院を全国に11か所指定し、がんゲノム医療連携病院を2019（平成31）年4月までに156か所公表してきた。また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018年6月にはがんゲノム情報管理センターを国立がん研究センター内に設置した。

また、ゲノム医療に関わる人材について、医師の臨床研修等におけるゲノム医療の取扱いについて到達目標、方策及び評価の中に盛り込むとともに、2017年より、がんゲノム医療従事者研修事業を実施している。

第3節 感染症対策、予防接種の推進

1 国際的に脅威とされる感染症対策について

(1) エボラ出血熱対策について

2014（平成26）年3月に、ギニアが世界保健機関（World Health Organization：WHO）に対しエボラ出血熱の大規模発生を報告して以来、2016（平成28）年2月末までに、西アフリカ3か国（ギニア、シエラレオネ、リベリア）において、約2万9千人の患者（疑い例を含む。）が報告され、このうち約1万1千人が死亡した。その感染の拡大は3か国にとどまらず、ナイジェリア、マリ、セネガルといった周辺国にも広がった。ま

た、スペインやアメリカ合衆国においても、海外で感染した患者が帰国、入国する例（以下「輸入症例」という。）や、輸入症例から医療従事者に二次感染する症例が報告された。

西アフリカでのエボラ出血熱のアウトブレイクについては、2016年6月1日にギニア、6月9日にリベリアについて終息が宣言され、以後は患者の発生はない。

しかしながら、その後も2017（平成29）年5月にはコンゴ民主共和国においてエボラ出血熱の発生が報告された。同年7月2日の終息までに患者8名、死者4名が報告されるなど、エボラウイルスは中央アフリカの自然界で維持されていると考えられ、引き続き十分な注意が必要である。

エボラ出血熱等のウイルス性出血熱の患者が将来国内で発生した際に、行政検査、患者搬送、入院措置、積極的疫学調査等の対応を迅速に行えるよう、2016年6月、「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」を作成し、都道府県、保健所を設置する市、特別区（以下「都道府県等」という。）に周知を行った。

（2）肺ペストについて

2017（平成29）年8月より、マダガスカル共和国において肺ペストの流行が発生した。マダガスカル共和国はペストの流行地域であり、例年9月から翌年4月までペストの発生がみられるが、通常はノミが媒介する腺ペストが大部分である。今回は、流行の初期にヒトからヒトに感染する肺ペストが発生したこと、人口が多い首都アンタナナリボや港町トアマシナで発生したことから大規模な流行となった。2017年11月27日に都市部における肺ペストの終息宣言までに2,417人の患者（うち209人が死亡）が報告された。

感染症については、発生後速やかに患者を治療し、まん延を防止することが重要であるため、国や都道府県では、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上のエボラ出血熱やペストを含む一類感染症の患者の入院を担当する特定感染症指定医療機関や第一種感染症指定医療機関の整備を進めており、2018（平成30）年5月現在で全ての都道府県（56医療機関111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のほか、全ての第一種感染症指定医療機関を対象として個人防護具などの整備に関する補助を行った。

加えて、エボラ出血熱やペストを始めとした、国内でほとんど経験することのない感染症について海外で医療研修を行う「一類感染症等予防・診断・治療研修事業」を実施しており、さらに、国際的に脅威となる感染症の危機管理対応で中心的な役割を担う将来のリーダーを育成するため、2015（平成27）年度から「感染症危機管理専門家（Infectious Disease Emergency Specialist：IDES）養成プログラム」を開設し、国立感染症研究所やWHO等の国内外の関係機関と連携して、人材育成に努めている。

（3）中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory 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、2018（平成30）年1月26日現在、2,143人の患者（うち、少なくとも750人が死亡）が確認されている。

また、世界各国においても輸入症例が報告されており、2018年は、マレーシアで報告された。

ヒトコブラクダが感染源の動物であると言われており、高齢者や糖尿病などの基礎疾患のある者で重症化しやすく、患者から医療機関受診者や医療従事者などへの感染といった限定的な人から人への感染も確認されている。

MERSは、「検疫法」(昭和26年法律第201号)に基づく検疫感染症に位置づけられており、水際対策として中東地域からの渡航者や帰国者に対して必要に応じ健康監視を実施しているほか、ポスターやリーフレットで注意喚起を実施している。また、MERSは感染症法上の二類感染症に位置づけられており、国内でMERSの患者が発生した際は入院勧告など適切な措置が取られることとなっている。

依然として、サウジアラビア等で発生が起きていることから、引き続き、中東地域への渡航に関する注意喚起や感染が疑われる患者に対する迅速な行政対応等を適切に行っている。

2 麻しん・風しん対策について

麻しんについては、2015(平成27)年3月27日にWHO西太平洋事務局により日本が排除状態にあることが認定された。

一方で、海外渡航歴のある者や海外からの入国者を発端とする、麻しんの集団発生が散発しており、厚生労働省では、麻しんの発生を意識した診療や、診断した場合の速やかな届出、院内感染対策の実施について、自治体や医療機関に対して注意喚起を行っている。さらに「劇場版 マジンガーZ/INFINITY」とコラボレーションし、麻しんの啓発活動を継続している。

2018(平成30)年3月以降、海外からの入国者を発端として、沖縄県を中心に麻しん患者の増加が報告された際は、国立感染症研究所から専門家を派遣し、積極的疫学調査を実施するとともに、予防・感染拡大防止策の更なる徹底について自治体や医療機関へ注意喚起を行い、海外渡航者に向けたリーフレットを作成し、自治体や関係省庁等を通じた周知を行った。

風しんについては、「風しんに関する特定感染症予防指針」(平成26年厚生労働省告示第122号)において、2020年度までに風しんの排除を達成することを目標に掲げている。厚生労働省では、風しん対策のため、定期の予防接種を推進する普及啓発や、先天性風しん症候群の予防の観点から妊娠を希望する女性を主な対象とした抗体検査の費用の助成といった取組みを行って



©永井豪/ダイナミック企画・MZ製作委員会

いる。2018年からは、取組みを一層加速するために、2018年より、風しんの患者を診断した際には、医師は直ちに報告をすることとし、また、全例について遺伝子検査を行うこととした。

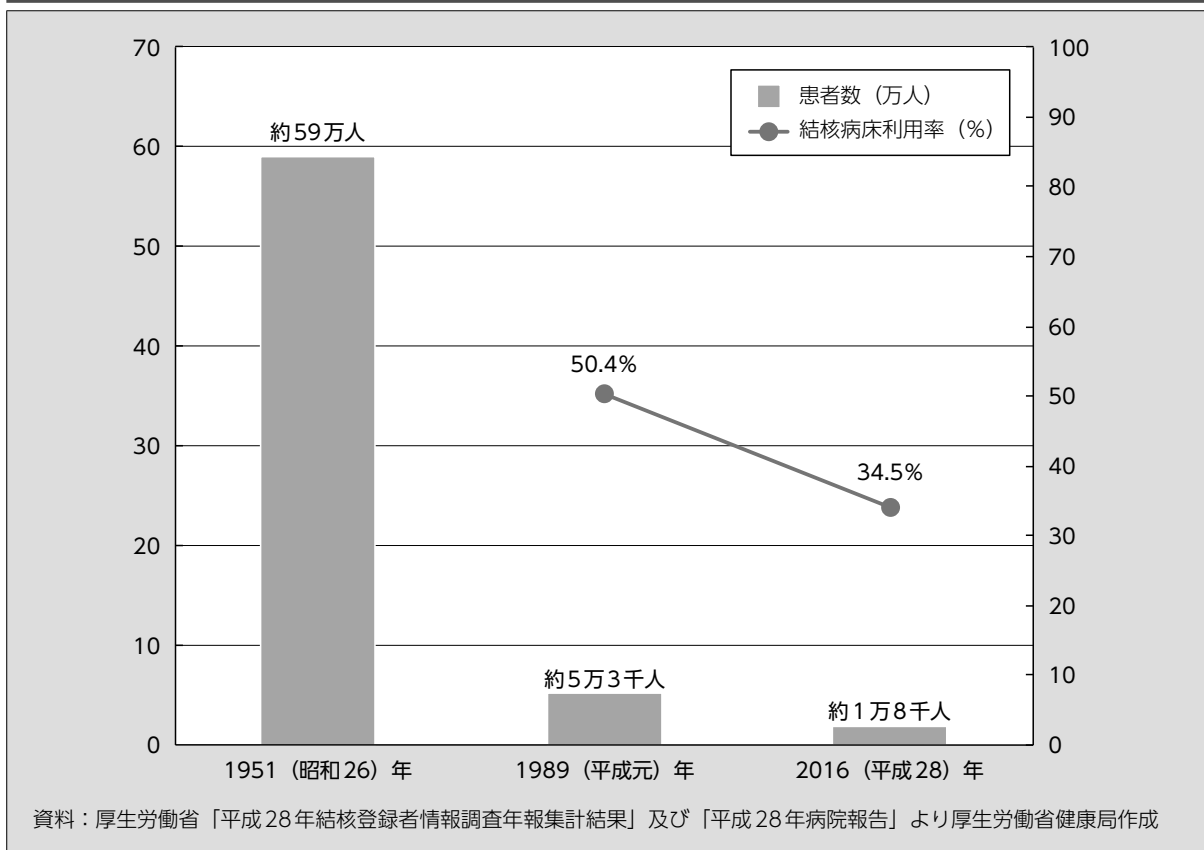
さらに、2018年7月以降の風しんの患者数増加を受け、厚生科学審議会感染症部会の審議を踏まえ、「風しんに関する追加的対策」を取りまとめ、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性を対象に3年間、全国で抗体検査及び予防接種法に基づく定期接種を原則無料で実施することとした。

3 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、保健所や医療機関・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。

近年では、患者数の減少に伴い、国民の間で「過去の病気」とされ、認識が薄れてきているが、年間約1万8千人の患者が新たに発生（図表8-3-1）するなど、結核は依然として我が国の主要な感染症である。

図表8-3-1 結核患者の発生数の推移



特に、結核患者の高齢化が進み、結核だけでなく他の疾患を同時に加療する必要がある

など、患者の背景が複雑化しているほか、若年層における新たな結核患者に占める外国人の割合が増加するなどの課題も生じてきており、引き続き対策を講ずる必要がある。このほか、患者の減少に伴う結核病床の利用率の低下などにより、結核病棟を閉鎖する医療機関が相次ぐなど、地域によっては結核医療へのアクセスの悪化が懸念されている。

こうした状況を踏まえ、2016（平成28）年11月、「結核に関する特定感染症予防指針」を改正し、直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment, short-course：DOTS）を、地域の関係機関が連携し、患者の生活環境に合わせて実施することや、患者数に見合った結核医療提供体制を確保すること等について盛り込んだ。

さらには、第9回厚生科学審議会結核部会（2018（平成30）年2月26日）において、国内の新規登録患者の40％を占める80歳以上の高齢者への対策強化や結核高まん延国からの長期滞在者を対象とした入国前スクリーニングを推進していく方針を固めた。

厚生労働省としては、健康診断、公費負担医療、予防接種、DOTSによる対策、地域医療連携体制の強化、入国前スクリーニングなど、総合的な結核対策を推進していく。

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。

4 エイズ（AIDS/後天性免疫不全症候群）対策について

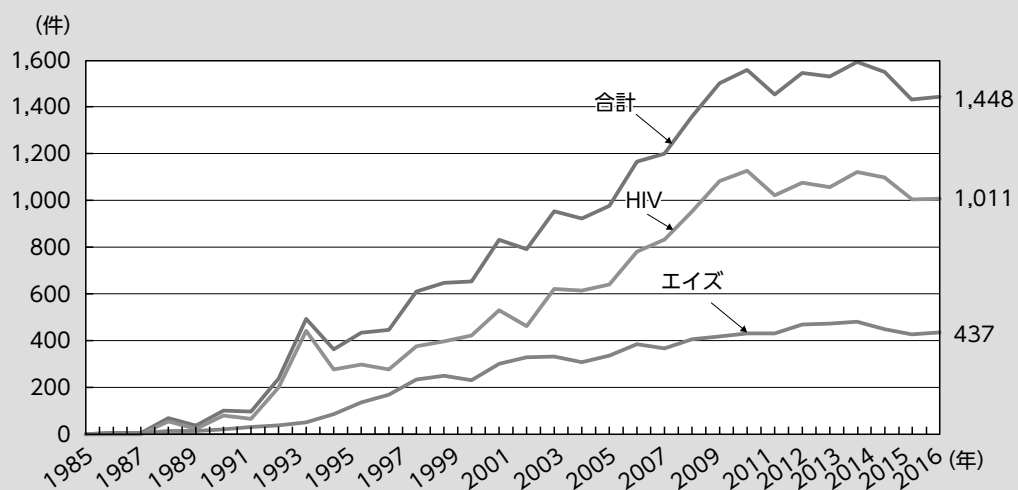
国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）感染者は、2016（平成28）年末で3,670万人に上ると推計されている。

我が国の状況を見ると、2016年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,448件となり、累積HIV感染者報告数は18,920件、累積エイズ患者報告数は8,523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／エイズ患者報告数は、2008（平成20）年以降、横ばいであり、年間1,500件程度の報告が続いている。そのうち、エイズを発症した状態でHIVに感染していると診断される者が約3割を占めており、これは多くの人がHIVに感染していることを早期に発見するための検査の受診機会を逸していることによるものであると考えられる。こうした状況を踏まえ、引き続きエイズ対策の充実・強化が必要である。

我が国のエイズ対策は、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（平成24年厚生労働省告示第21号）に沿って講じられてきた。

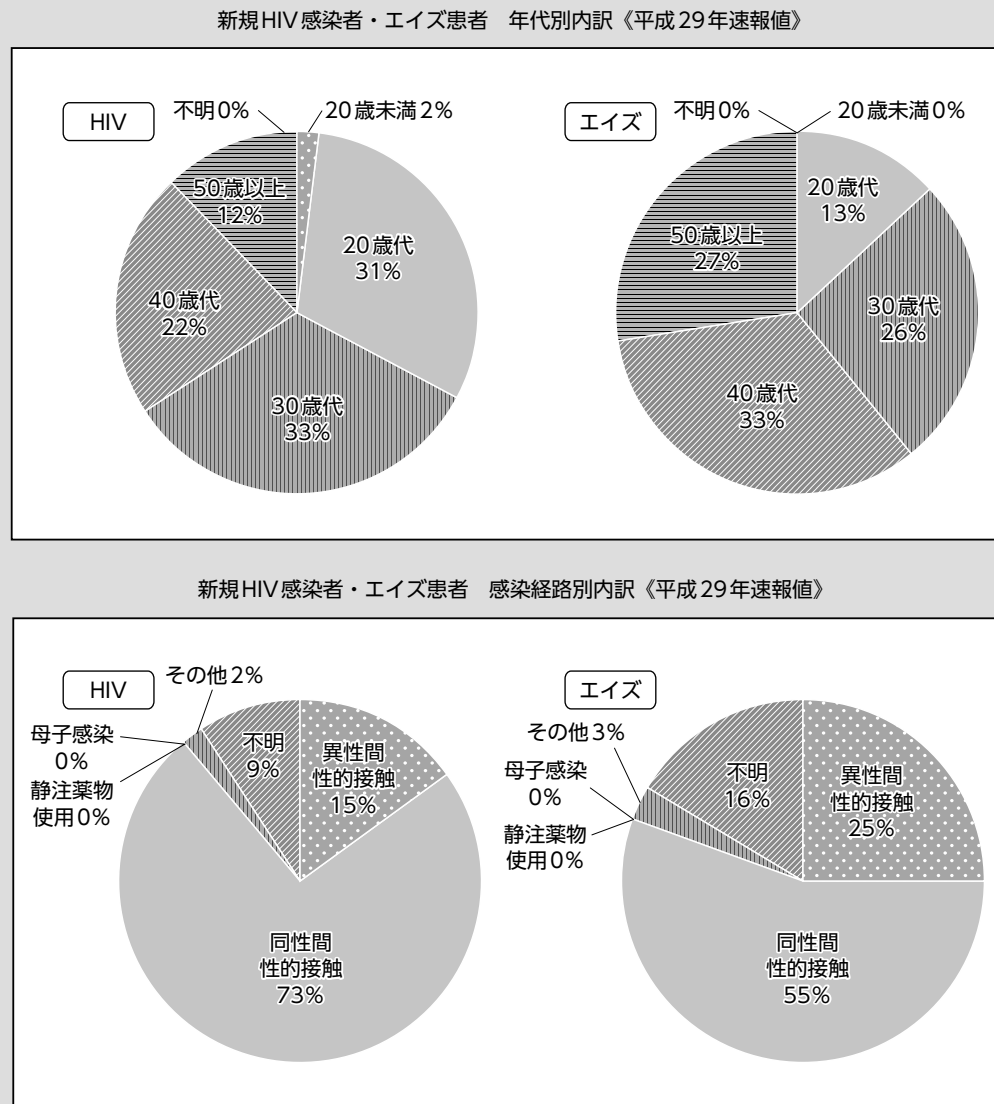
直近の改正では、保健所で行う無料匿名のHIV検査等について夜間・休日検査回数の増加などの検査機会拡大のための取組みの強化、長期療養者に対応するための介護・福祉サービスとの連携強化等を盛り込み、2018（平成30）年1月から施行した。国と地方の役割分担の下、人権を尊重しつつ、普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実、医療の提供などの施策を進める。

図表 8-3-2 新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表8-3-3 新規HIV感染者・エイズ患者の状況



※小数点第1位を四捨五入しているため、合計は100%とならない
資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

5 性感染症対策について

性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒、淋菌感染症（以下「性感染症」という。）は、性的接触を介して誰もが感染する可能性があり、生殖年齢にある男女を中心とした大きな健康問題である。特に梅毒については、2011（平成23）年以降報告数が増加しており、2017（平成29）年には、1973（昭和48）年以来、44年ぶりに報告者数が5,000件を超えた。

性感染症は、感染しても無症状であるか症状が軽く、感染者が治療を怠りやすいという特性があることから、本人に自覚がないまま、感染が拡大する可能性や、感染者本人にとって不妊などの後遺障害、生殖器がんの要因となる場合があること等も問題である。

性感染症のまん延を防止するための具体的な対策としては、保健所での性感染症検査や性感染症に関する相談・普及啓発事業について、都道府県等に対して補助を実施し、毎年11月25日から12月1日の間を「性の健康週間」と位置付け、性感染症予防のための普

及啓発活動を特に集中的に行うなどの取組みを行っている。

また、2012（平成24）年6月に厚生労働省ホームページに開設した、性感染症に関する専用ページにおいて、性感染症に関する情報発信に努めている。加えて、発生動向に関する疫学調査や検査・治療等に関する研究開発を関係機関と連携して取り組んでいる。

なお、性感染症対策については、「性感染症に関する特定感染症予防指針」（平成12年厚生省告示第15号）を踏まえ、コンドームなどによる性感染症の予防効果などに関する情報提供を進め、性器クラミジア感染症、淋菌感染症についてはより精度の高い病原体検査を推進していくこと、学会などと連携して医療の質を向上させること、性感染症検査の奨励など、更に対策を推進していく。



©Naoko Takeuchi
キャラクターを起用した啓発ポスター
（平成28年11月～）

6 薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について

1980年代以降、ヒトに対する抗微生物薬の不適切な使用等を背景として、病院内を中心に、抗微生物薬が効かない新たな薬剤耐性菌が増加した。こうした抗微生物薬が効かなくなる薬剤耐性（AMR）の問題については、2011（平成23）年、WHOが世界保健デーで取り上げ、ワンヘルス・アプローチ（ヒト、動物といった垣根を超えた世界規模での取組み）に基づく世界的な取組みを推進する必要性を国際社会に訴え、2015（平成27）年5月の世界保健総会では、AMRに関するグローバル・アクション・プランが採択された。翌月のドイツG7エルマウサミット、2016（平成28）年のG7伊勢志摩サミット、G7神戸保健大臣会合においても、AMRが主要課題の一つとして扱われ、ワンヘルス・アプローチの強化や新薬等の研究開発の必要性等について議論された。

我が国では、これまでも、主要な薬剤耐性感染症を感染症法上の五類感染症に位置づけたほか、医療法、診療報酬等に院内感染対策を位置づけ、院内感染対策サーベイランス事業を実施する等の取組みを推進してきたが、2015年、我が国の国家行動計画である薬剤耐性（AMR）対策アクションプランを取りまとめるべく、厚生労働省に薬剤耐性（AMR）タスクフォースを設置し、有識者等による検討を重ね、また、「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」（以下「関係閣僚会議」という。）の枠組みの下に、「薬剤耐性（AMR）に関する検討調整会議」を設置し、政府一体で検討を行った。このような経緯を踏まえ、2016年4月の関係閣僚会議において、我が国でAMR対策を推進するに当たって今後5年間で実施すべき事項をまとめたものとして、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」*1が取りまとめられた。

本アクションプランでは、2020年までに実施すべき事項を、普及啓発・教育、動向調査・監視、感染予防・管理、抗微生物薬の適正使用、研究開発、国際協力の6つの分野に分けてまとめ、同時に、ヒト・医療分野、動物・畜産分野において、抗微生物薬使用量の

*1 「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf>

削減や薬剤耐性率の低下等の成果指標を示しており、これらの目標を達成するため具体的な施策を進めている。特に、ヒトに関しては、2020年の人口1,000人当たりの一日の抗菌薬使用量を、2013（平成25）年の水準の三分の二に減少させることを目標としている。

このような状況を踏まえて、厚生労働省では2017（平成29）年、「抗微生物薬適正使用の手引き第一版」*2を作成し、自治体、関係団体に配布するとともに、AMR臨床リファレンスセンターを設置し、AMRに関する情報収集及び教育啓発に係る業務を開始した。また、日本における、ヒト、動物、環境各分野の微生物の薬剤耐性率や抗微生物薬の使用量等の状況等のデータを統合した「薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書」*3を発表した。さらに、国際協力の一環としては、2017年11月にAMRワンヘルス東京会議を開催し、アジア諸国や国際機関の担当者と、各国のアクションプランの進捗状況の確認や、抗菌薬適正使用の推進及びワンヘルス・サーベイランス体制の構築に関する支援のあり方について議論を行った。

7 インフルエンザ対策について

(1) 2017/2018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と、日本国内では毎年約1,500万人前後が、つまり、国民の約10人に1人の割合で、インフルエンザに罹患している。

2009（平成21）年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1亜型）についても、2011（平成23）年3月31日に、感染症法に定める「新型インフルエンザ等感染症」として認められなくなった旨の公表を行い、その後は季節性インフルエンザ対策の一環として対応している。

2017/2018シーズンのインフルエンザの流行状況については、2017（平成29）年第47週（11月20日の週）に、全国の定点当たりの患者数*4が、流行入りの基準となる1を超え1.47となっており、流行入りし、2018（平成30）年第5週（1月29日の週）に、当該患者数が54.33まで上昇し、流行のピークを迎えた。今シーズンは、2009年4月の調査開始以来では、最大の流行となった（図表8-3-4）。

厚生労働省では、インフルエンザの流行に備えて、2017年11月に「今冬のインフルエンザ総合対策」を取りまとめ、厚生労働省のホームページにインフルエンザに関する情報を掲載した専用のページを開設*5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。



© 諫山創・講談社 / 「進撃の巨人」製作委員会
咳エチケット啓発ポスター

*2 「抗微生物薬適正使用の手引き 第一版」

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000166612.pdf>

*3 「薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書 2017」

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000180888.pdf>

*4 全国約5,000か所のインフルエンザ定点医療機関から報告された1医療機関あたりの外来患者数

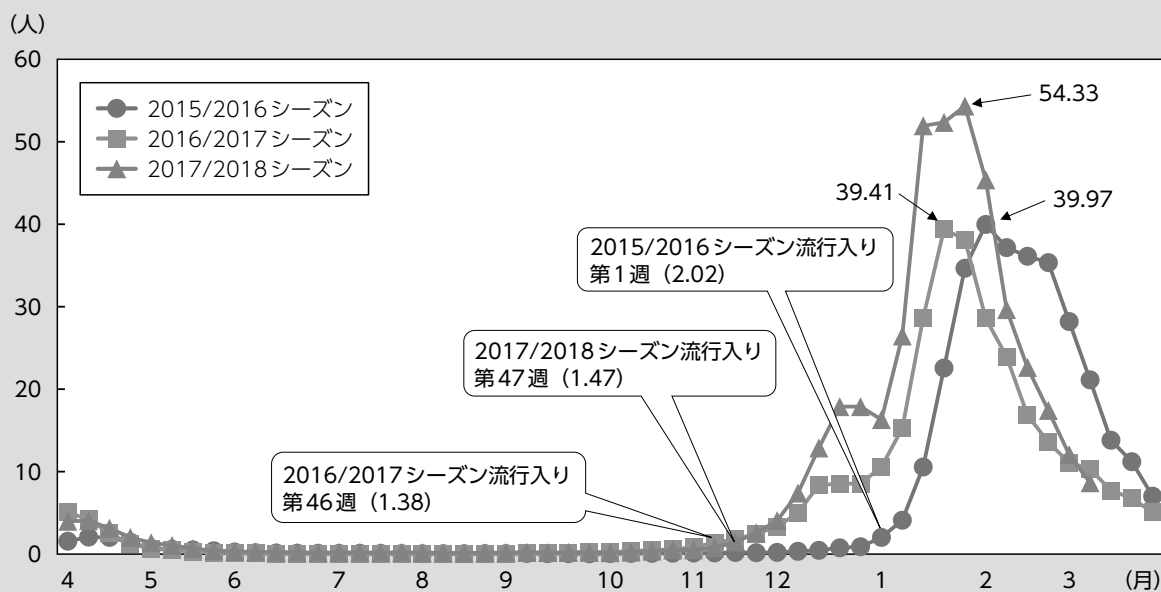
*5 平成29年度今冬のインフルエンザ総合対策について

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html>

また、季節性インフルエンザワクチンについて、有効なものが安定的に供給できるよう、ワクチン製造株の選定に関する技術的な検討を行うため、新たに「厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会季節性インフルエンザワクチンの製造株について検討する小委員会」を2018年2月19日に設置し、同年4月11日、第1回同小委員会を開催した。同小委員会では、期待される有効性及びワクチンの供給可能量の観点から、2018/19シーズン向けインフルエンザワクチンの製造候補株に関する議論が行われ、同小委員会の意見を踏まえ、2018年4月19日付で、同ワクチンの製造株の決定に関する通知を都道府県等に対して発出した。

図表 8-3-4 インフルエンザの流行状況

2017/2018シーズンは、第47週（11月20日の週）に流行入り（1.47）（※）し、2018年第5週（1月29日の週）に流行のピーク（54.33）を迎えた。
 2016/2017シーズンは、第46週（11月14日の週）に流行入り（1.38）（※）し、2017年第4週（1月23日の週）に流行のピーク（39.41）を迎えた。
 2015/2016シーズンは、第1週（1月4日の週）に流行入り（2.02）（※）し、2016年第6週（2月8日の週）に流行のピーク（39.97）を迎えた。
 ※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。）^{*6}が2013（平成25）年4月13日に施行された。

特措法は、病原性が高い新型インフルエンザや同様の危険性がある新感染症に対して、国民の生命・健康を保護し、国民生活・国民経済に及ぼす影響が最小となるようにするこ

*6 「新型インフルエンザ等対策特別措置法」
 内閣官房 <http://www.cas.go.jp/jp/influenza/120511houritu.html>

とを目的とし、政府対策本部の設置や新型インフルエンザ等緊急事態における不要不急の外出の自粛要請など新型インフルエンザ等の発生時における措置の法的根拠の整備を図ったものである。

また、新型インフルエンザ等対策の円滑な推進のため、新型インフルエンザ等対策閣僚会議の下に設置された新型インフルエンザ等対策有識者会議における検討を踏まえ、2013年に関係政令が公布、施行され、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」(平成25年6月7日閣議決定。以下「行動計画」という。)*⁷とガイドライン*⁸が策定された。

本年はスペインインフルエンザ流行から100年目にあたるが、新型インフルエンザ等の発生に備えるべく、地方公共団体や指定公共機関との連携の下、新型インフルエンザ等対策訓練が政府全体で実施されている。

(3) 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄とワクチン供給体制について

抗インフルエンザウイルス薬については、新型インフルエンザの発生に備え、行動計画に基づき国民の全り患者数(被害想定において全人口の25%が罹患すると想定)の治療その他の医療対応に必要な量を備蓄目標とし、国と都道府県などにおいて備蓄を行っている。なお、2017(平成29)年には、最新の科学的な知見に基づき、これまで備蓄対象としていた重症患者への倍量倍期間の抗インフルエンザウイルス薬投与は効果が薄いことが明らかになったことから備蓄対象としないこととし、備蓄目標量に反映させた。

また、ワクチンについては、現在の鶏卵培養法では1年半～2年を要する全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間を約半年に短縮することを目的として、2009(平成21)年度補正予算で「新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備臨時特例交付金」を措置し、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整備を図っている。

これにより、2018(平成30)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整備が行われるよう取り組んでいる。

さらに、高病原性の鳥インフルエンザに由来する新型インフルエンザの流行に備え、鳥インフルエンザに感染した患者や鳥から分離されたウイルスを基に製造されるプレパンデミックワクチンの原液の製造・備蓄を進めている。新型インフルエンザ発生初期に医療従事者や国民生活・国民経済の安定に寄与する業務に従事する者に特定接種(特措法第28条で規定する「特定接種」をいう。以下同じ。)が行えるよう、現在は、A/H5N1亜型を用いて、ウイルス株の種類を変更しながら製造・備蓄を進めるとともに、有効性や安全性に関する研究を行っている。

また、2013(平成25)年12月に医療従事者に関して特定接種の登録申請を開始しており、国民生活・国民経済の安定に寄与する業務に従事者に関する登録申請についても、2016(平成28)年度に特定接種管理システムによる受付が開始され、2018年3月に約13万事業所(登録者数約568万人)を特定接種の対象として登録した。

*⁷ 「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>

*⁸ 「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>

(4) 鳥インフルエンザ対策について

鳥インフルエンザは、一般的に鳥類がかかる病気であるが、感染した鳥やその臓器に触れるなどの濃厚接触をした場合、稀に人に感染することがある。

その中で、鳥インフルエンザ（H5N1亜型）については、東南アジアを中心に、中東、アフリカなどにおいて、2003（平成15）年から2017（平成29）年9月27日までの間に、860人の感染者（うち死亡者454人）が報告されている。また、2013（平成25）年3月以降、中国を中心に鳥インフルエンザ（H7N9亜型）の患者が発生しており、2017年12月7日現在、1,566人の感染者（うち死亡者613人）が確認されている。鳥インフルエンザ（H5N1亜型、H7N9亜型）は感染症法上の二類感染症に位置付けられており、国内で患者が確認された場合には、入院勧告などの適切な措置を講ずることとされている。また、極めて稀ではあるが、H5N1亜型又はH7N9亜型以外の亜型の鳥インフルエンザの人への感染が報告されている。

厚生労働省では、海外における鳥インフルエンザの発生状況についてWHOなどから情報を収集し、適時、ホームページなどで情報を公表するとともに、検疫所のポスターなどを通じて、渡航者や帰国者に対して注意喚起を行っている。

8 動物や蚊、ダニが媒介する感染症対策について

(1) 動物由来感染症

動物から人へ感染する動物由来感染症については、野生動物からだけでなく身近なペットからも感染するものや重篤な症状を呈すものもあり、注意が必要である。厚生労働省では、人に感染するおそれの高い動物由来感染症を感染症法上の第四類感染症に位置づけ、発生動向を把握するため、獣医師に対し、特定の感染症に感染している動物を診断した場合に都道府県知事に届出を行うよう義務づけている。また、都道府県知事等が感染症法に基づく積極的疫学調査や人への感染防止等必要な措置を速やかに実施できるようガイドライン等を整備し、ポスターやハンドブックなどによる周知啓発、調査研究を推進している。

動物由来感染症の一つであるエキノコックス症は、キツネや犬の糞を介して寄生虫に感染し、死に至ることもある感染症である。これまで北海道においてのみ定着していると考えられていたが、2018（平成30）年に愛知県知多半島の一部の地域において、複数の野犬のエキノコックス感染事例について獣医師から感染症法に基づく届出があった。厚生労働省としては、管轄する自治体に対し、野犬等の調査を強化し感染状況を把握するなどの指示を行うとともに、全自治体、医療関係者及び関係団体に情報提供を行っている。

(2) 蚊媒介感染症

ジカウイルス感染症、チクングニア熱、デング熱などの蚊が媒介する感染症（以下「蚊媒介感染症」という。）については、海外で流行している感染症であるが、日本国内に広く生息するヒトスジシマカがその病原体を媒介することがあるため、海外で感染した者を起点として国内で流行する可能性がある。そのため、厚生労働省は、2015（平成27）年に「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」（平成27年厚生労働省告示第260号）を策定し、蚊媒介感染症の国内発生の予防とまん延の防止のため、国、都道府県等、市町

村、医療関係者、国民などが連携して取り組むべき施策について基本的な方向性を示し、蚊媒介感染症に関する対策を総合的に推進している。

デング熱については、東南アジアなどの流行地からの帰国者の輸入症例が、毎年多数報告されている。2014（平成26）年には、デング熱に国内で感染した事例が約70年ぶりに確認され、東京都内の都市型公園などで感染したと推定される事例が162例報告されたが、2015年以降は国内感染事例の報告はない。

また、ジカウイルス感染症については、2015年5月以降、中南米を中心に多数の患者が報告され、ジカウイルス感染とギラン・バレー症候群や胎児の小頭症との関係性が示された。厚生労働省では、ジカウイルス感染症に関する注意喚起や情報収集を行うとともに、調査研究を推進している。

(3) ダニ媒介感染症

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、ダニ媒介脳炎、日本紅斑熱などのダニが媒介する感染症については、日本国内に広く生息するマダニがその病原体を媒介している。野外作業や農作業、レジャー等で、これらのダニの生息場所に立ち入ると、ダニに咬まれることがある。ダニに咬まれない予防措置を講じるとともに、仮に症状が出た場合には、早期に医療機関を受診し、適切な治療を受けることが重要であることから、厚生労働省では、従前より予防啓発資材を活用した注意喚起を行っている。

SFTSについては、2013（平成25）年1月に国内で初めて感染者が確認されて以降、西日本を中心に、2018（平成30）年2月末現在、23府県で319名の患者（うち60名死亡）が確認されている。マダニの活動が活発な春から秋にかけて患者が多く発生している。患者の多くは、マダニに咬まれて感染すると考えられるが、稀に、発症したネコやイヌの体液等から感染することも否定できないことから、厚生労働省では、体調不良の動物と接する機会のある関係者に、感染予防措置を講じるなどの対策の実施に係る注意喚起を行っている。

ダニ媒介脳炎については、北海道において1993（平成5）年に1例発生した以降23年ぶりに2016（平成28）年に1例、2017（平成29）年に2例発生が報告されている。ダニ媒介脳炎ウイルスは北海道に分布していることが明らかになっており、厚生労働省では、注意喚起や情報収集を行うとともに、調査研究を推進している。

9 HTLV-1 対策について

ヒトT細胞白血病ウイルス-1型（Human T-cell Leukemia Virus type1：HTLV-1）の感染者は、全国に約70万～80万人いるとの推定が報告されており、そのうち一部の患者については、成人T細胞白血病（Adult T-cell Leukemia：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。

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2018（平成30）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12回開催している。

具体的な対策としてHTLV-1抗体検査を妊婦健康診査の標準的な検査項目に追加し、2011（平成23）年度から、HTLV-1母子感染対策事業として、都道府県において「HTLV-1母子感染対策協議会」を開催するとともに、医師、助産師、市町村職員などに対しての研修や妊婦などへの普及啓発を実施している。また、都道府県、政令市、特別区に対して、保健所におけるHTLV-1検査や相談への補助事業を行っている。

加えて、各都道府県、政令市、特別区に相談窓口を設置し、教育資材の作成、医療関係者への研修などを通して相談支援体制の充実を図るとともに、厚生労働省のホームページに専用ページを作成するなど、普及啓発・情報提供を行っている^{*9}。

さらに、2011年度より厚生労働科学研究費補助金や国立研究開発法人日本医療研究開発機構において、治療法などの研究を戦略的に推進している。また、医療体制の整備の観点からは、2018年3月には、日本HTLV-1学会において、HTLV-1関連疾患の診療を行う医療機関として6医療機関が登録された。

10 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、麻しん、風しん、ポリオ、日本脳炎、破傷風、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B型肝炎（以上、A類疾病）やインフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症（以上、B類疾病）の15疾病であり、接種する年齢、接種回数、接種間隔、接種に用いるワクチンの種類などを予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）などの関係政省令に規定している。

予防接種は、感染症の発生とまん延の予防に大きな効果を持つ反面、ワクチンの性質上ごくまれにはあるが重い副反応^{*10}の発生を避けられないため、予防接種の効果、安全性、健康被害が生じたときの救済制度などに関して、接種を受ける者やその保護者の十分な理解と同意の下に実施するべきものである。そのため、厚生労働省や各地方公共団体では、ホームページやリーフレットなどの各種媒体を通じて適切な情報提供に努めている。

(2) 定期接種に追加するワクチンについて

他の先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの種類が少ないとされる、いわゆるワクチン・ギャップの解消や、予防接種施策を総合的かつ継続的に評価・検討する仕組みの構築などのため、2012（平成24）年5月に厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会で「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」が取りまとめられた。この提言や2013（平成25）年3月の予防接種法改正法の衆議院、参議院両院の附帯決議などを踏まえ、「広く接種を促進していくことが望ましい」とされた4つのワクチン（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、2014（平成26）年10月から水痘と高齢者の肺炎球菌感染症のワクチンが、2016（平成28）年10月からB型肝炎のワクチンが定期接種化された。

^{*9} 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/kekaku-kansenshou29/>

^{*10} 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

おたふくかぜのワクチンについては、より副反応の発生頻度が低いワクチンの開発が望ましいとの厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会などにおける結論に基づき、ワクチン製造販売企業に対して開発要請を行い、引き続き定期接種化に向けた課題の整理、検討を行っていくこととしている。

(3) HPVワクチンについて

HPVワクチンについては、広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が接種後に見られたことから、2013（平成25）年6月以来、この症状の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切に情報提供できるまでの間、定期接種の積極的な勧奨を差し控えている。

2015（平成27）年9月の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会及び薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同会議）で、副反応疑い報告がなされた症例の追跡調査の結果が報告され、審議された。その結果、国民へのより適切な情報提供を行うためには、HPVワクチン接種の有無によらない機能性身体症状の頻度等に関する疫学的研究によって得られる知見も含め継続して検討が必要であるとされた。

また、合同会議での検討結果も踏まえ、「寄り添う姿勢」「科学的知見の尊重」を基本方針として、速やかな救済の審査、医療面・生活面での支援等を実施している。

具体的には、全都道府県の協力医療機関（85施設）の医師に対する研修の実施や診療の手引きの周知により診療の質の向上を図ること、協力医療機関等を受診した方のフォローアップ研究を実施すること等により医療的な支援の充実を図っている。さらに、多様な相談に対応するべく、2015年11月には、各都道府県等の衛生部門及び教育部門に相談窓口を設置し、相談者の個別の状況を聴取するとともに、関係機関と連絡をとりながら支援につなげる取組みを実施している。

2015年12月には、「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」により接種された後の症状について、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づき因果関係が否定できないと認定された方の「入院相当」でない通院に係る医療費・医療手当の支援を健康管理支援手当として支給することとなった。

2016（平成28）年12月の合同会議において、研究班から全国疫学調査（子宮頸がんワクチンの有効性と安全性の評価に関する疫学研究）の結果が報告され、「HPVワクチン接種歴のない者においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を呈する者が、一定数存在した」ことなどが報告された。

また、2017（平成29）年4月の合同会議において、研究班から、疫学調査の追加分析の結果が報告され、2016年12月の合同会議と結論は変わらなかった。2017年11月の合同会議において、HPVワクチン接種後に生じた症状について議論が行われ、①2014（平成26）年1月の合同会議における検討以降、HPVワクチン接種後に生じた多様な症状とHPVワクチンとの因果関係を示唆する新しい質の高いエビデンスは報告されていない、②臨床現場では医師の専門性の違い、主たる症状の違い等により同一と思われる状態でも、様々な傷病名で診療が行われている実態があるものの、それらは、当合同会議で整理している「機能性身体症状」と同一のものであると考えられる、と整理された。また、

2017年12月の合同会議において、HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでおられる方に対しては、引き続き寄り添った支援を行っていくとともに、リスク（安全性）とベネフィット（有効性）の両方をよく理解していただくことが必要であり、そのために国民に対する情報提供を充実すべきとされたことから、被接種者・保護者向け及び医療従事者向けのリーフレットを厚生労働省ホームページに掲載している。



第4節 がん等の生活習慣病（NCDs（非感染性疾患））、アレルギー疾患等対策の総合的かつ計画的な推進

1 がん対策の総合的かつ計画的な推進

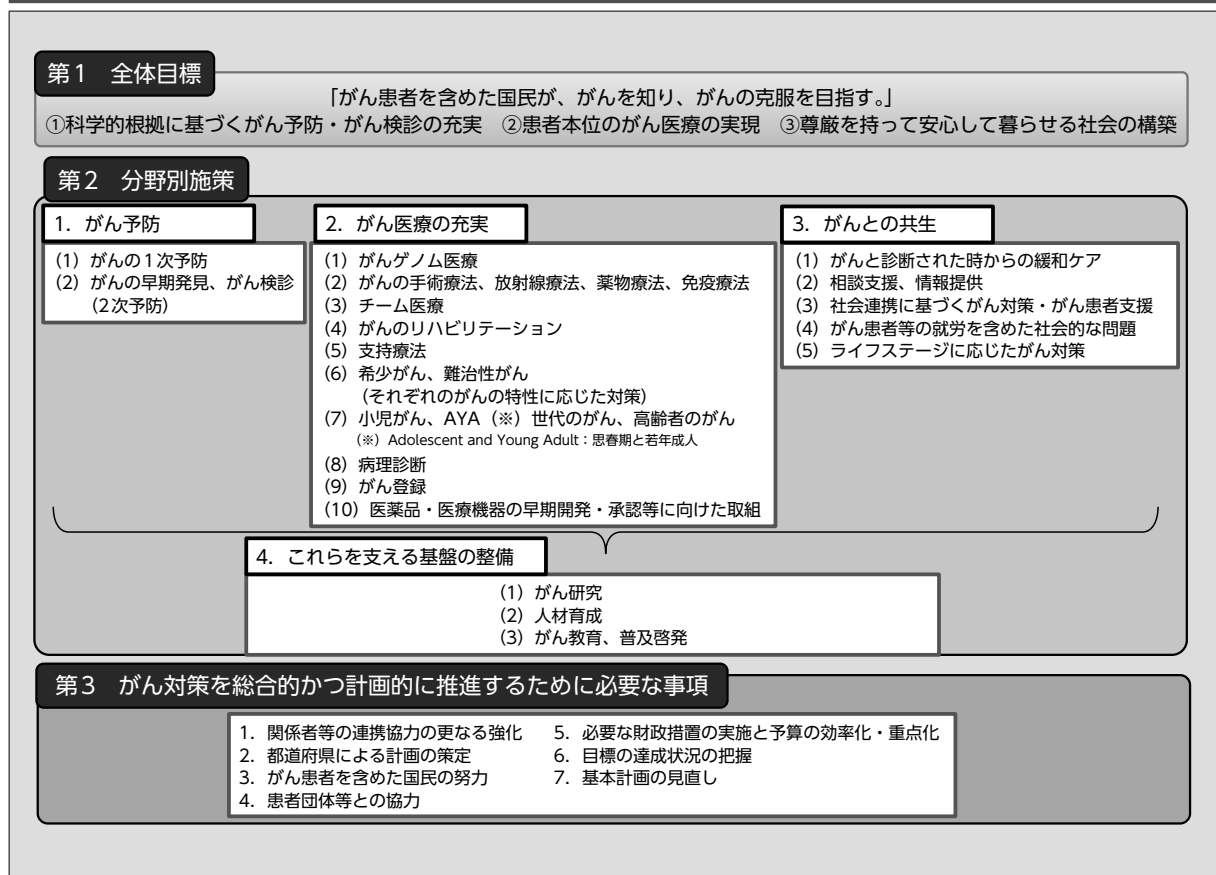
（1）がん対策推進基本計画の策定

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、2017（平成29）年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうち約2人に1人ががんにかかると推計されている。また、人口の高齢化とともに、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加していくものと見込まれている。

このため、政府においては、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度から「がん克服新10カ年戦略」、そして、2004（平成16）年度から「第3次対がん10カ年総合戦略」を策定し、がんの罹患者率と死亡率の減少を目指し、研究、予防、医療などの総合的な推進に取り組んできた。また、2006（平成18）年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき、2007（平成19）年6月に「がんによる死亡者の減少」と「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を目標とした「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を閣議決定した。2016年12月には、がん対策基本法が改正され、基本理念の追加や基本的施策の拡充が行われた。この改正を踏まえ、2018（平成30）年3月には、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」を3つの柱とする第三期の基本計画を策定した。現在の基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標として掲げ、希少がんや難治性がん等の特性に応じたがん対策や、小児・AYA（Adolescent and Young Adult（思春期と若年成人））世代・高齢者といっ

たライフステージに応じたがん対策、がん患者を支える地域共生社会の構築等に取り組むこととしている。

図表 8-4-1 第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）



(2) がん検診の推進

がん検診は健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。）の事業として実施されており、厚生労働省では、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、科学的根拠に基づくがん検診として、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんのがん検診を推進している。

我が国のがん検診の受診率は、国際的にみても低い状況にあることを踏まえ、受診率を50%以上とすることを第一期の基本計画の個別目標とした。目標達成のため、2009（平成21）年7月に厚生労働大臣を本部長とする「がん検診50%推進本部」を設置し、同年より毎年10月を「がん検診受診率50%達成に向けた集中キャンペーン月間」と定め、この期間中に「がん検診50%推進全国大会」を開催するなど、国民一人一人の行動を検診受診につなげるための各種施策を展開している。

また、2009年度より「がん対策推進企業等連携事業」を実施し、職域におけるがん検診受診率の向上などを推進している。

2017（平成29）年に公表された「平成28年国民生活基礎調査」において、がん検診の受診率はいずれも40%程度まで上昇したものの、目標としている50%には達していない。第三期の基本計画においても、がん検診受診率を2022年までに50%以上にするこ

とを目標に掲げたほか、精密検査受診率の目標値を90%とする目標を掲げた。引き続き、受診率向上に向けた取組みなどを進め、がんの早期発見につなげる。

また、更なるがん検診推進のため、がん検診のあり方に関する検討会において、科学的根拠に基づいた新たな検査や手法について検討を続けており、2017年度においては、職域におけるがん検診を推進するため、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を発出するとともに、高濃度乳房の情報の提供のあり方についても検討を行い、自治体に対し、高濃度乳房への対応について周知を行った。

(3) がん医療及び相談支援など

これまで、我が国では、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳腺）を中心に、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。2019（平成31）年4月現在392か所）及び拠点病院のない空白の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（2019年4月現在36か所）を指定し、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及を進めてきた。2018（平成30）年7月には医療安全管理に関する要件の新設や、集約化すべき高度な放射線治療や緩和ケア・相談支援体制が強化された医療機関を地域がん診療連携拠点病院（高度型）として指定することなどを盛り込んだ新たな整備指針を策定した。

また、拠点病院等を中心に、キャンサーボードの実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り組み、全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療や支援が等しく受けられるよう、がん医療の均てん化に取り組んでいる。

近年、ゲノム医療への期待が高まっていることから、がんのゲノム医療について、2016（平成28）年12月27日に「がんゲノム医療フォーラム2016」を開催し、がんとの闘いに終止符を打つことを目指し、がん患者、研究者、医療従事者などによる意見交換を行った。また、最新のがんゲノム医療を提供する仕組みを構築するため、「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を開催し、2017年6月に報告書を取りまとめた。ゲノム医療を必要とする患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、2018年2月に、がんゲノム医療を牽引する高度な医療機関であるがんゲノム医療中核拠点病院を11か所指定し、2019年4月までにがんゲノム医療中核拠点病院と連携してがんゲノム医療を行う医療機関であるがんゲノム医療連携病院を156か所公表した。また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018年6月にがんゲノム情報管理センターを国立がん研究センター内に開設した。今後は、がんゲノム医療の従事者の人材育成や、集約したゲノム情報等を管理・利活用するとともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発にも取り組んでいく。

(4) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策の推進

がんは、小児・AYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推

進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症への対応が必要である。

こうした現状を踏まえ、2012（平成24）年度に、全国に15か所の小児がん拠点病院を指定し、2014（平成26）年2月には小児がん拠点病院を牽引し全国の小児がん医療の質を向上させるため、2か所の小児がん中央機関を指定した。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推進している。2018（平成30）年度には、小児がん医療や支援の質の向上を目指し、小児がん拠点病院の要件を改定し、改めて全国に15か所の小児がん拠点病院を指定した。

AYA世代に発症するがんについては、2018年度には、小児がん拠点病院及びがん診療連携拠点病院等の要件に、AYA世代のがんへの対応を盛り込み、速やかに専門施設で診療できる体制と、継ぎ目なく長期フォローアップを受けられる体制の整備を進めている。

高齢者のがん対策については、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が求められている。第三期の基本計画では、QOLの観点を含め、高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラインを確立するための研究を進めることとしており、こうした取組みにより高齢者のがん対策を推進していく。

（5）がん登録の推進

がん登録は、がんの罹患、診療、転帰等に関する情報を登録する仕組みであり、科学的根拠に基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるために必要なものである。

2013（平成25）年12月に「がん登録等の推進に関する法律」（平成25年法律第111号）（以下「がん登録推進法」という。）が議員立法により成立し、本法律に基づき、「全国がん登録」と「院内がん登録」が実施されている。

全国がん登録は、2016（平成28）年1月から、これまで健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく事業として、全都道府県で実施されてきた「地域がん登録」から移行する形で開始した。がん登録推進法では、全ての病院と指定された診療所にかん患者の情報の届出が義務づけられており、2016年の全国がん罹患数の速報が公表された。

また、院内がん登録は、院内におけるがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な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などを義務づけている。

（6）がんと診断された時からの緩和ケアの実施

がん対策基本法では、緩和ケアについて、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。」と定義された。また、「がん医療に携わる医療従事者の育成を図ること」、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されること」等が規定されている。これらを踏まえて、2017（平成29）年には、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」を発出し、

がん診療に携わる医師等を対象とした基本的な緩和ケアに関する知識や技術を身につけるための緩和ケア研修を行っており、2018（平成30）年9月末時点で約11万4千人がこの研修を修了している。また、がん診療連携拠点病院において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医師や看護師などから構成される緩和ケアチームや緩和ケア外来を整備し、入院・外来問わず、専門的な緩和ケアを提供するための体制が構築されている。

2016（平成28）年度からは、都道府県がん診療連携拠点病院において、2019（平成31）年度からは、これに加えて地域がん診療連携拠点病院（高度型）において、より機能の高い緩和ケアセンターが設置されている。このほか、一般国民を対象とした、緩和ケアや医療用麻薬に関する正しい知識を身につけるための普及啓発にも取り組んでいる。

（7）がん患者の治療と仕事の両立の推進

がん医療の進歩により、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらかん治療が受けられる可能性が高まっている。このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、そこで、2013（平成25）年度より、拠点病院のがん相談支援センターにおける就労に関する情報提供や相談機能を強化するため、がん相談支援センターに社会保険労務士などの就労に関する専門家を配置する事業及びハローワークに専門相談員を配置し、拠点病院と連携した就職支援を行う事業を行ってきた。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。2016（平成28）年2月には、企業における治療と仕事の両立支援の取組みを促進するため、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、さらにガイドラインの参考資料として、企業ががん治療の特徴を踏まえた適切な対応が行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な配慮等をまとめた「がんに関する留意事項」を作成した。2017（平成29）年度には、新たに「企業・医療機関連携マニュアル」を作成した。第三期の基本計画においても、がん患者の就労支援を含む「がんとの共生」を柱の1つとして位置づけ、引き続き、がん患者等の就労を含めた社会的な問題について取り組むこととしている。さらに、2017年度に、患者自身や就労支援に携わる者が、がん患者等のおかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、「治療と仕事両立プラン」を開発し、2018（平成30）年度より、そのプランを活用した就労支援を行う「がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業」を開始した。今後さらに、関係者・機関と有機的な連携の下、がん患者の就労支援を一層推進していく。

（8）がん研究の推進

がん研究は、文部科学大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣の3大臣確認のもと、2014（平成26）年3月に「がん研究10か年戦略」を基軸として、健康・医療戦略に基づく医療分野の研究開発に関する方針を踏まえ、がんの根治を目指した治療法の開発に加え、がん患者とその家族のニーズに応じた苦痛の軽減や、がんの予防と早期発見、がんとの共生といった観点を重視して推進している。また2015（平成27）年度に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）において、関係三省の予算を一元的に管理し、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」として、がん研究10か年戦略に基づ

き、基礎研究の有望な成果を臨床研究などへ導出し、がん医療の実用化を加速している。さらに、第三期の基本計画、2019（平成31）年に行ったがん研究10か年戦略の中間評価を踏まえ、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進していく。

2 国民健康づくり運動の展開

がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの生活習慣病は、日本人の死因の約6割を占めるなど、日本人の健康にとって大きな課題となっている。また、死亡のリスク要因を見てみると、喫煙・高血圧・運動などの個人の生活習慣と関係するものや、ピロリ菌の感染などが上位となっている（図表8-4-2）。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。「スマート・ライフ・プロジェクト」に取り組む企業・団体・自治体数は420団体（2012（平成24）年から4200団体（2018（平成30）年5月）に増加しており、引き続き参加団体の増加に対する取組みを推進していく。2013（平成25）年度からは、「健康日本21」の取組結果などを踏まえて、「健康日本21（第二次）」を開始し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標として掲げた。健康寿命とは「日常生活に制限のない期間の平均」の値を国民生活基礎調査と生命表を用いて推計したものであり、「健康日本21（第二次）」では、今後延伸が予想される平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目標として掲げている。2010（平成22）年の健康寿命は男性70.42歳、女性73.62歳であるが、直近の2016（平成28）年では男性72.14歳、女性74.79歳となっており、男性で1.72年、女性で1.17年延伸している。これは同期間中の平均寿命の伸び（男性で1.43年（79.55年→80.98年）、女性で0.84年（86.30年→87.14年））を上回るものとなっており、引き続き国民の健康づくりに資する取組みを続けていく。

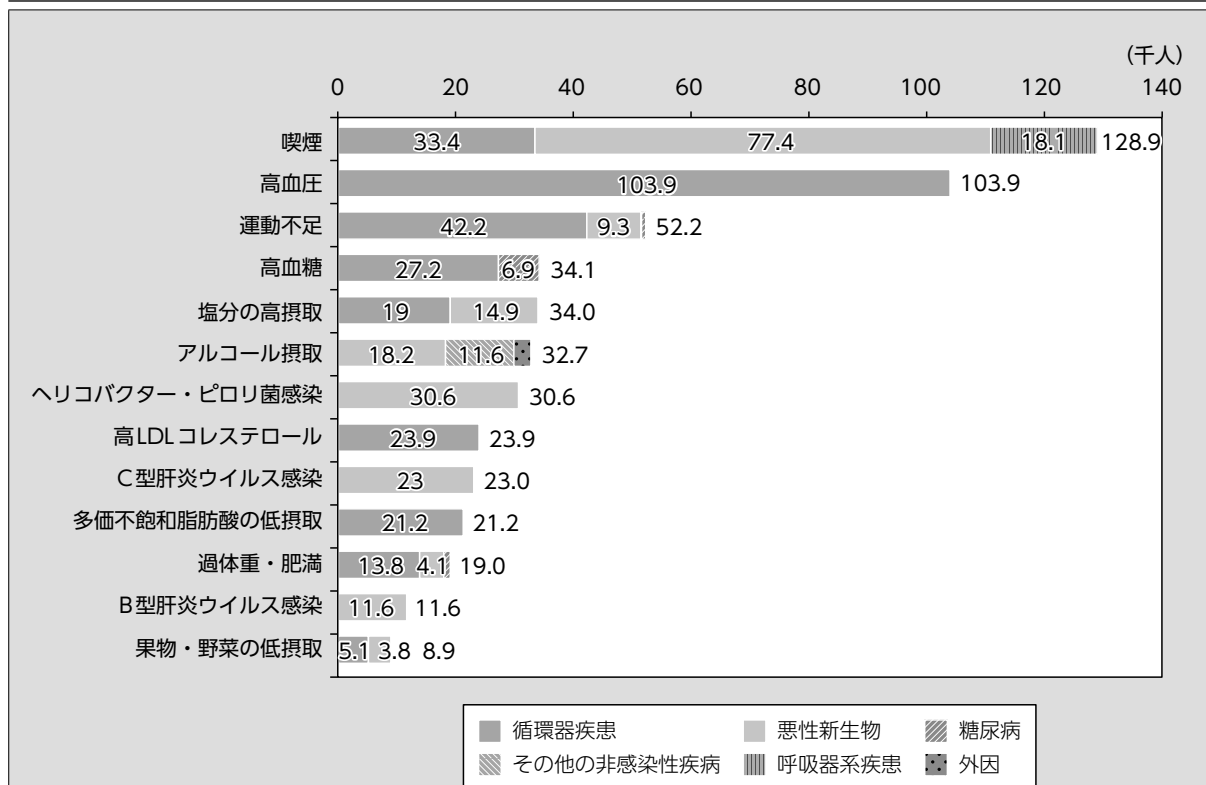
近年、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などを非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）という概念で一括りとらえ、包括的な社会政策として取り組むことが国際的な潮流となっている。これは、NCDsの発症や重症化は、個人の意識や行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、社会政策として包括的に健康対策に取り組む必要があるという考えに基づくものである。「健康日本21（第二次）」の推進に当たっては、こうした視点に立った対応が求められる。

非感染性疾患対策の重要性が増大していることや、近年の地域保健を取り巻く環境が変化していることを踏まえ、2012年に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を改正し、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用して、住民による自助及び共助への支援の推進や地域の特性をいかした健康なまちづくりの推進を図るなど、地域保健対策の推進の基本的な方向性や重要事項を改めて示すとともに、2013年に「地域における保健師の保健活動に関する指針」を改正し、地域保健を担う行政保健師が保健活動を行う上で留意すべき事項を示した。本指針におい

て、各自治体は体系的な人材育成を図ることとされており、2016年3月、「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ」で自治体における保健師の人材育成体制構築に向けた推進策が示された。これらを踏まえて、自治体保健師の更なる資質向上及び人材育成体制の構築を推進している。

熱中症予防については、2013年度から、熱中症関係省庁連絡会議において、熱中症にかかる方が急増する7月を熱中症予防強化月間と定め、予防法や応急処置等に係る普及啓発の取組みを進めている。

図表 8-4-2 リスク要因別の関連死亡者数（2007年）



資料：Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.

(注) 日本における2007年の非感染性疾患と障害による成人死亡（96万件を対象）について、喫煙・高血圧等の予防可能な危険因子別に死亡数を推計したもの。

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会生活機能の維持・向上の観点から重要である。また、健康な社会環境づくりとして、企業等による食環境の改善を促進することも重要である。

国民健康・栄養調査は、国民の健康・栄養状態を把握するために毎年実施しており、2016（平成28）年2月に開催した国民健康・栄養調査企画解析検討会において、2017（平成29）年から2020年までの調査方針や調査テーマを決定している。2016年の国民健康・栄養調査では、健康日本21（第二次）の中間評価にあわせた生活習慣等の地域格差の把握を重点項目として実施し、調査地区数を拡大して、2017年の国民健康・栄養調査では、高齢者の健康・生活習慣に関する実態把握を重点項目として実施した。

2016年の調査結果においては、糖尿病が強く疑われる者と糖尿病の可能性を否定できない者はいずれも1,000万人と推計された。また、体格（BMI）及び生活習慣に関する状況について、上位（上位25%）群と下位（下位25%）群の状況を比較した結果、依然として地域格差が見られ、成人の野菜摂取量の平均値においては、上位群と下位群で男性59g/日、女性60g/日の差が見られた（図表8-4-3～4）。

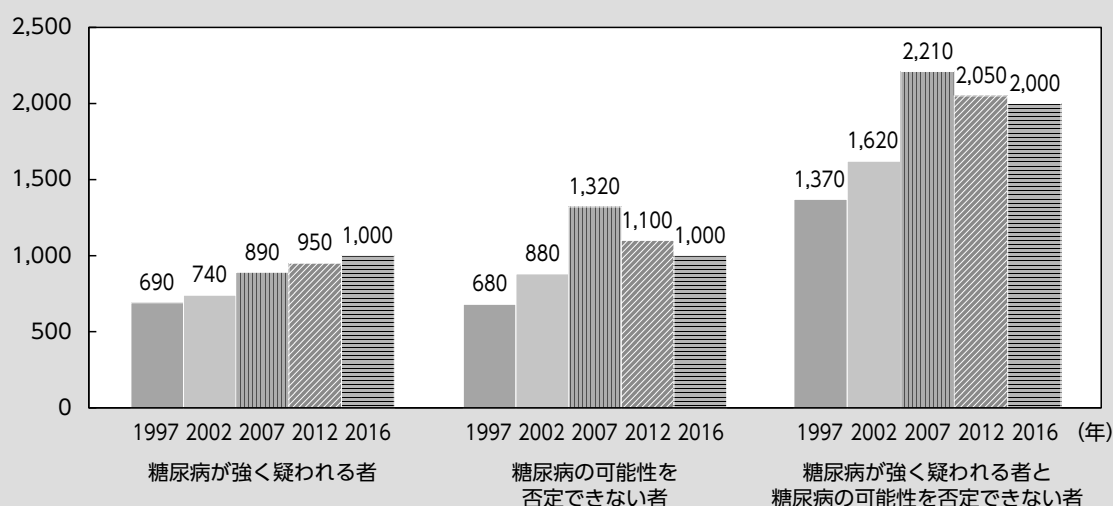
また、地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方について検討を行うため、2016年7月に検討会を立ち上げ、2017年3月に検討会報告書を取りまとめた。また、事業者の自主的取組みによる地域高齢者等の健康支援を推進するため、報告書を基にした配食事業者向けのガイドラインを策定した。2017年度には、ガイドラインを踏まえた配食サービスの普及と利活用の推進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの普及啓発用パンフレットを作成し、公表した。

望ましい食生活を実現するため、2000（平成12）年に文部省（当時）、厚生省（当時）及び農林水産省が連携して策定した「食生活指針」については、「健康日本21（第二次）」の開始や食育基本法に基づく第3次食育推進基本計画の作成等、食生活に関する幅広い分野での動きを踏まえ、2016年6月に改定を行い、その普及・啓発を進めている。

地域における栄養指導の充実を図ることも重要である。このため、2012（平成24）年度より、栄養ケア活動支援整備事業を実施しており、増大する在宅療養者に対する支援を担う管理栄養士等の確保や継続的に人材を供給できる体制の整備を、引き続き進めていく予定である。

また、がん、腎臓病、摂食嚥下、在宅等、特定の領域別に特化した知識・技術を深めた管理栄養士を育成するため、管理栄養士専門分野別人材育成事業を実施している。

図表8-4-3 「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移（20歳以上、男女計）

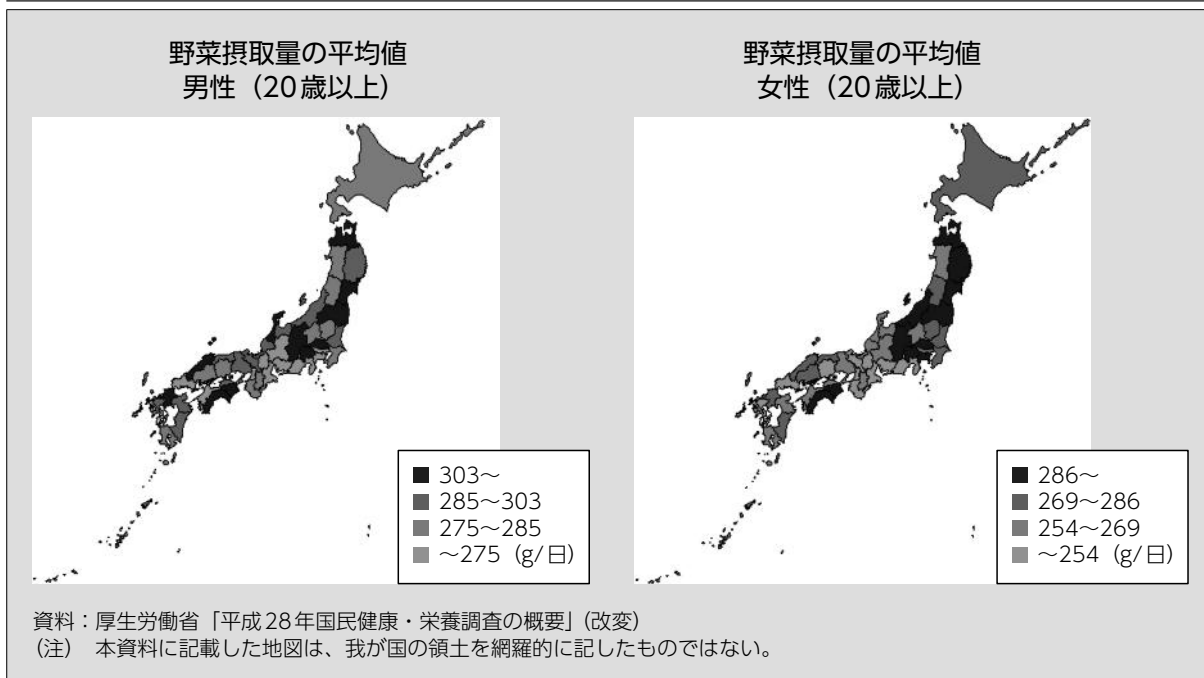


〈参考〉「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の算出方法

性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者」の割合と「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合に、それぞれ総務省統計局「人口推計（当該年の10月1日現在）」の性・年齢階級別の全国人口を乗じて全国推計値を算出し、合計した。

出典：平成28年国民健康・栄養調査

図表8-4-4 野菜摂取量の平均値



(2) 身体活動

身体活動（生活活動・運動）には、生活習慣病に至るリスクを下げる効果があるため、厚生労働省では、2006（平成18）年に「健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～報告書」（以下「旧基準」という）と「健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～〈エクササイズガイド2006〉」を策定し、これらを活用して身体活動・運動に関する普及啓発等に取り組んできた。

2013（平成25）年度から開始した「健康日本21（第二次）」では、①日常生活における歩数の増加、②運動習慣者の割合の増加、③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加、についての具体的な数値目標を設定している。上記の旧基準等の策定から6年以上経過し、身体活動に関する新たな科学的知見が蓄積されてきたこと、国民の歩数の減少等が指摘されており、身体活動の重要性について普及啓発を一層推進する必要があること等を踏まえ、「健康日本21（第二次）」の始期に合わせて旧基準の改定を行い、「健康づくりのための身体活動基準2013」を策定した。

旧基準と異なる主な点は、①身体活動全体に着目することの重要性が国内外で高まっていることから、「運動基準」から「身体活動基準」に名称を改めたこと、②身体活動の増加でリスクを低減できるものとして、従来の糖尿病・循環器疾患等に加え、がん、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）及び認知症が含まれることを明示したこと、③子どもから高齢者までライフステージに応じた基準を検討し、科学的根拠があるものについて基準を定めたこと、④保健指導の現場で生活習慣病予備群の方々にも安全に運動指導を行っていただけるよう、保健指導の一環として運動指導を検討する際の具体的な手順を示したこと、⑤身体活動を推進するための社会環境整備を重視し、まちづくりや職場づくりにおける保健事業の活用例を紹介したことである。

また、新たな基準の内容を、指針として国民にわかりやすく伝えるため、親しみやすいパンフレットを作成し、自治体や団体、個人でカスタマイズして自由に印刷・配布できる

電子媒体で提供することとした（図表8-4-5）。

これらにより、身体活動に関する普及啓発を推進し、「健康日本21（第二次）」の目標達成に向けて取り組んでいくこととしている。

図表8-4-5 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、さらに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、取り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さらに進んだこと、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か条から12か条に拡大するとともに、その視点も「快適な睡眠」から「健康づくりに資する睡眠」へと変更することとした。さらに、世代ごとの睡眠のとり方や睡眠と生活習慣病との関係などについても記載を充実した。この指針により、睡眠について正しい知識を身につけ、定期的に自らの睡眠を見直して、適切な量の睡眠の確保、睡眠の質の改善、睡眠障害への早期からの対応を目指すことで、体と心の健康づくりに取り組んでいる。

(4) たばこ

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの生活習慣病の最大の危険因子である。また、受動喫煙は、虚血性心疾患や脳卒中、肺がんに加え、乳幼児突然死症候群等のリスクを高める。

2005（平成17）年2月には、世界保健機関（WHO）の下で策定された公衆衛生分野

で初めての多数国間条約である「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）」が発効した。我が国は2004（平成16）年にこの条約を批准しており、喫煙や受動喫煙が健康、社会、環境や経済に与える影響から、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。

2013（平成25）年度に開始した「健康日本21（第二次）」では、①成人の喫煙率低下、②未成年者の喫煙をなくす、③妊娠中の喫煙をなくす、④受動喫煙の機会を有する者を減らす、について具体的な数値目標を設定した。また、2015（平成27）年12月に策定した「がん対策加速化プラン」においても、海外のたばこ対策を踏まえた必要な対策の検討、日本人におけるたばこの健康影響の評価及び受動喫煙防止対策の強化が明記された。

2016（平成28）年8月には、たばこを取り巻く社会環境の変化とともに新たに蓄積された科学的知見、たばこの現状と健康影響及び諸外国のたばこ対策等を整理するため、「喫煙の健康影響に関する検討会」を開催し、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」（たばこ白書）を取りまとめた。

成人の喫煙率を低下させる取組みとしては、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。

また、禁煙や受動喫煙防止の普及啓発活動として、WHOが世界禁煙デーとして定める毎年5月31日から1週間を禁煙週間として、厚生労働省主催の各種イベントを実施している。さらに、受動喫煙のない社会を目指すことへの社会的気運を醸成するために、「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークを募集し、2016年11月に発表した。

受動喫煙防止対策については、2003（平成15）年に施行した健康増進法第25条に基づき、努力義務として受動喫煙対策を進めてきた。しかし、同法の施行から15年が経過しても、依然として多くの人が受動喫煙に遭遇していることが明らかとなっている。さらに、たばこ白書においても、日本人における受動喫煙と肺がんや脳卒中等の因果関係が明らかとなったこと、受動喫煙により非喫煙者の肺がんリスクが1.3倍となることなどが報告されている。また、世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）は、たばこのないオリンピックを共同で推進することについて合意しており、「2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」（平成27年11月27日閣議決定）においても、受動喫煙防止対策の強化が明記されたことを踏まえ、2016年1月には、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関係府省庁連絡会議の下に「受動喫煙防止対策強化検討チーム」を立ち上げ、受動喫煙防止対策の強化



策について検討を進めた。

その後、2018（平成30）年の第196回通常国会において、「望まない受動喫煙」をなくすことを目的とし、以下を主な内容とする「健康増進法の一部を改正する法律案」を提出、同年7月に成立した。

- ・多数の者が利用する施設では原則屋内禁煙とすること
- ・さらに学校、病院、児童福祉施設等、行政機関については敷地内禁煙とすること
※屋外で受動喫煙防止のための措置がとられた場所には、喫煙場所を設置できる
- ・喫煙可能な場所には標識を掲示するとともに、20歳未満の立ち入りを禁止すること
- ・既存特定飲食提供施設（既存の飲食店のうち、個人又は資本金5,000万円以下の中小企業であって、客席面積100㎡以下のもの）については、別に法律で定める日までの間の措置として、標識の掲示等により店内での喫煙が可能であること

※施行日

- ①国及び行政機関の責務等：2019年1月24日
- ②学校、病院、児童福祉施設等、行政機関：2019年7月1日
- ③全面施行：2020年4月1日

(5) アルコール

アルコールは、がん、高血圧、脳卒中及び虚血性心疾患等の様々な生活習慣病のリスクを高めることが明らかとなっている。また、近年は未成年者や妊娠中の飲酒の弊害がより強く認識されるようになってきている。国際的にも2010（平成22）年5月のWHO総会において、「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択されるなど、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題と認識されている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、文部科学省を始め関係省庁と連携を図りながら、2013（平成25）年度に開始した「健康日本21（第二次）」において、①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少、②未成年者の飲酒をなくす、③妊娠中の飲酒をなくす、という3つについて具体的な数値目標を中心に立て、アルコールによる健康障害の防止に取り組んでいる。

また、2013年度に、健診・保健指導の現場で活用されている「標準的な健診・保健指導プログラム」を改訂した際、減酒支援のための保健指導（ブリーフインターベンション）を示した。「健康日本21（第二次）」で目指す生活習慣病の発症予防・重症化予防を多角的に推進していくためには、保健・医療の現場における生活習慣の改善支援の一環として、食生活・身体活動・禁煙の支援とともに減酒支援を推進していくことが重要である。

さらに、2013年12月に「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、同法に基づく、「アルコール健康障害対策推進基本計画」が2016（平成28）年5月31日に閣議決定され、この計画をもとにアルコール健康障害対策を総合的に推進している。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、摂食や構音などを良好に保つために重要であり、食事や会話を楽し

むなどの生活の質（QOL）の向上にも大きく寄与する。厚生労働省では、1989（平成元）年から80歳になっても自分の歯を20本以上保つことにより、健やかで楽しい食生活を過ごそうという「8020（ハチマル・ニイマル）運動」を推進しており、8020達成者の割合は1987（昭和62）年の7.0%から2016（平成28）年には51.2%へ増加している。また、6月4日から10日までの一週間を「歯と口の健康週間」として歯と口の健康に関する知識の普及啓発等を行っているほか、2017（平成29）年11月には「全国歯科保健大会」を開催し、2018（平成30）年2月には「食育フェスタ」に出展するなど、歯科口腔保健の一層の推進を図っている。

2011（平成23）年8月に成立した「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、国や地方公共団体が歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進するための基本的事項を、2012（平成24）年7月に制定した。この基本的事項は、高齢化が進む中で将来を見据え、ライフステージごとの特性等を踏まえつつ、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持等により、すべての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会の実現を目的とするものである。2015（平成27）年10月には、省内に「歯科口腔保健推進室」を設置し、口腔の健康を保持するため、関連施策について関係部局と部局横断的な連携を図っている。なお、2016年度には国民の歯の健康状態を把握するため、歯科疾患実態調査を行い、そのデータをもとに、2017年度に基本的事項の中間評価を行った。また、2013（平成25）年度から開始した「健康日本21（第二次）」では、歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善について示している。このように「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」と「健康日本21（第二次）」とはともに、各ライフステージに応じた歯・口腔の健康づくりの基本的な方向性を示している。

各ライフステージの取組みとして、むし歯が発生しやすい時期である乳幼児期では、1歳6か月児歯科健康診査、3歳児歯科健康診査とともに歯科保健指導を行い、「食べる」機能の確立の支援を行っている。成人期では、歯の喪失を予防することを目的とし、市町村を主体として歯周疾患検診、歯周疾患の発症予防、重症化予防のための健康教育や健康相談が実施されている。高齢期では、おいしく、楽しく、安全な食生活を営めるよう、「口腔機能の向上」が介護予防として導入されている。

また、歯の健康の取組みとして、現在、健康増進法に基づく健康増進事業として実施されている歯周疾患検診について、その実施方法を解説する「歯周疾患検診マニュアル」が最終改正後10年以上経過したことから、近年の歯周疾患検診の現状を踏まえ、「歯周病検診マニュアル2015」として、2015年6月に改定した。

3 リウマチ・アレルギー疾患対策について

リウマチ・アレルギー疾患対策については、「医療提供等の確保」、「情報提供・相談体制の確保」、「研究開発等の推進」を三つの柱として、総合的・体系的に推進してきた。このうち、「医療提供等の確保」については、アレルギー疾患の新規患者数の減少などを目的として、「リウマチ・アレルギー特別対策事業」を実施している。また、「情報提供・相談体制の確保」については、2007（平成19）年度からアレルギー相談センター事業を実施し、相談員養成研修会の充実を図るとともに、電話相談やウェブサイトを通じた普及啓発に努めている。「研究開発等の推進」については、厚生労働科学研究において、リウマ

チ・アレルギー医療の均てん化へ向けた研究や疫学調査などを行っている。さらに、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）において、免疫アレルギー疾患の病態の解明と根治的治療法の確立を目的とした実用化研究を行っている。

2014（平成26）年に議員立法により成立した「アレルギー疾患対策基本法」（平成26年法律第98号）に基づき、2017（平成29）年3月に「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」（以下、「基本指針」という。）を策定した。本基本指針は、アレルギー疾患を有する者が安心して生活できる社会の構築を目指し、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図ることを目的として、国、地方公共団体が取り組むべき方向性を示すものである。基本指針において、国民がその居住する地域にかかわらず、等しくそのアレルギーの状態に応じて適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが謳われており、2017年7月に医療提供体制の在り方に関する通知を各都道府県へ発出した。2018（平成30）年10月には、アレルギー疾患に関する情報提供の充実のため、一般社団法人日本アレルギー学会とともにホームページ「アレルギーポータルサイト」を開設した。さらには、基本指針で示された研究の推進を実現するために、2019（平成31）年1月に「免疫アレルギー疾患研究10か年戦略」を策定した。

第5節 肝炎対策

1 肝炎対策について

B型・C型肝炎は、国内最大級の感染症であり、その対策は国民的課題である（国内感染者は、B型・C型合わせて、300万人以上とも推計される）。

肝炎は自覚症状が現れにくいため、肝炎ウイルスに感染していることに気がつかないまま、肝硬変・肝がんなどの重い病気に進行してしまうことも多い。早期に適切な治療を実施すれば、肝炎の治療あるいは肝がんなどへの進行を遅らせることが可能であるため、肝炎ウイルス検査の受検者を増やすこと、また、検査の結果、陽性と分かった方が早期に肝臓専門医へ受診することが重要である。

そのため、厚生労働省では、2002（平成14）年度から、肝炎ウイルス検査を開始するなど各種の取り組みを実施しており、とりわけ、2008（平成20）年からは、都道府県などが委託した医療機関における検査の無料化や、インターフェロン治療に対する医療費助成を行うなど、肝炎総合対策を行っている。肝炎医療費助成については、順次、対象医療を拡充し、2014（平成26）年度に新たに保険適用されたインターフェロンフリー治療薬を助成対象とするなど、肝炎患者が早期に適切な治療を受けられるよう制度の運用が図られている。また、2014年度から、肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨を実施するととも

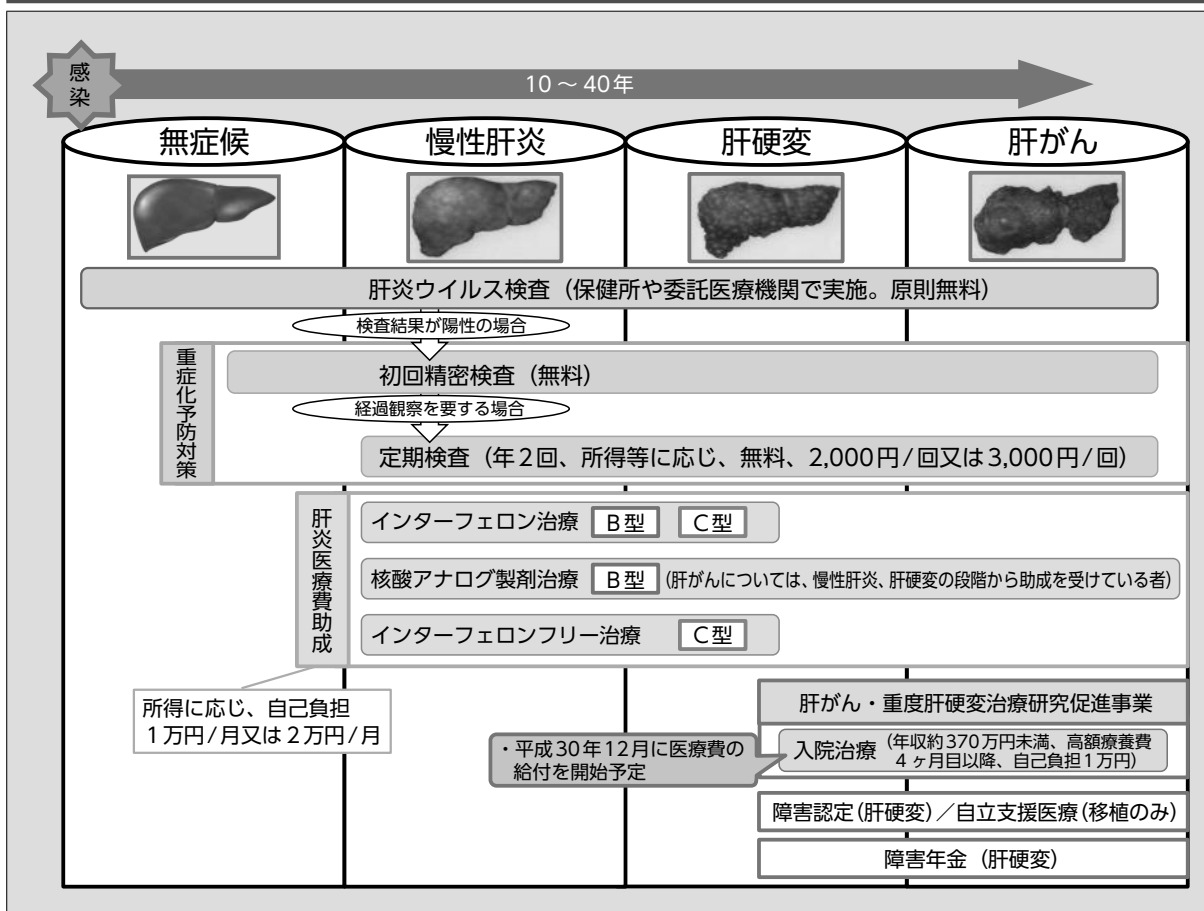


に、初回精密検査費用及び定期検査費用の助成を行っている（図表8-5-1、図表8-5-2）。

更に、2018（平成30）年度から肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の特徴を踏まえ、患者の医療費の負担の軽減を図りつつ、肝がん・重度肝硬変治療にかかるガイドラインの作成など、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための取組みを開始する（図表8-5-3）。

2012（平成24）年度からは、7月28日を日本肝炎デーと定め、この日を中心に国や地方自治体などで様々な普及啓発活動を行っている。今後とも、「肝炎対策基本法」（平成21年法律第97号）及び「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（2011（平成23）年5月策定、2016（平成28）年6月改定）を踏まえ、肝炎総合対策を推進していく。

図表8-5-1 肝炎の進行と対策のイメージ



図表 8-5-2 肝炎対策に係る近年の動き

H14.4	・ C型肝炎等緊急総合対策の開始	肝炎ウイルス検査の開始
H19.1	・ 都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン (全国C型肝炎診療懇談会取りまとめ)	
	・ 肝疾患診療体制の整備開始	
H20.1	<緊急肝炎ウイルス検査事業の開始> 委託医療機関での検査を無料化	
H20.4	<肝炎総合対策の開始> インターフェロン治療に対する医療費助成の開始	
H20.6	・ 肝炎研究7カ年戦略策定	
H22.1	・ 肝炎対策基本法施行	
H23.5	・ 肝炎対策基本指針策定	
H23.12	・ 肝炎研究10カ年戦略策定	
H24.7	・ 第1回日本肝炎デー	
H26.4	・ ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業開始	
	①初回精密検査費用助成	
	②定期検査費用助成	
H26.9	・ 肝炎医療費助成の拡充	
	C型肝炎に対するインターフェロンフリー治療への助成開始	
H28.6	・ 肝炎対策基本指針の改正	
H28.12	・ 肝炎研究10カ年戦略の中間見直し	
H30.12	・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の給付を開始予定	

図表 8-5-3 肝がん・重度肝硬変研究及び肝がん・重度肝硬変患者への支援のための仕組みの構築

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

平成30年度予算 10億円

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の特徴を踏まえ、患者の医療費の負担の軽減を図りつつ、患者からの臨床データを収集し、肝がん・重度肝硬変の予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目指した、肝がん・重度肝硬変治療にかかるガイドラインの作成など、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための仕組みを構築する。

実施主体	都道府県
対象者	B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変に関する医療保険各法又は高齢者の医療確保に関する法律の医療に関する給付を受けている者で、臨床調査個人票及び研究への同意書を提出した者 (所得制限：年収約370万円未満を対象)
対象医療	肝がん・重度肝硬変の入院医療とし、過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上の場合に、4月以降に高額療養費の限度額を超えた月に係る医療費に対し、公費負担を行う。
自己負担月額	1万円
財源負担	国 1/2 地方 1/2

2 過去の集団予防接種などによりB型肝炎ウイルスに感染した方への対応について

過去の集団予防接種など（予防接種及びツベルクリン反応検査）の際の注射器の連続使用により、B型肝炎ウイルスに感染したとして国を提訴した5名の原告について、2006（平成18）年6月の最高裁判決により国の損害賠償責任が認められた。

その後、これらの原告と同様の状況にあるとして、全国の地方裁判所において集団訴訟

が提起され、裁判所の仲介の下、国と全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で協議が進められた結果、2011（平成23）年6月に国と全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で「基本合意書」が締結された。

これらの経緯などを踏まえ、「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法」（平成23年法律第126号）が2012（平成24）年1月に施行された。

また、基本合意書に基づき、2012年5月から、「集団予防接種等によるB型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年6月に報告書^{*11}をまとめた。本報告書においては、予防原則の徹底不十分など、国の体制と体質が大きな問題であったこと、国の予防接種行政における体制や制度の枠組みや具体的運用などにおいて課題があったことから、B型肝炎ウイルスの感染拡大を引き起こしたと考えられるとした上で、

- ・国は、集団予防接種などでの注射針・注射筒の連続使用によるB型肝炎感染拡大の被害者の肉体的・精神的・経済的負担及び社会的差別・偏見の実態を受け止め、早期の被害回復の実現に努力すべきであり、また、原因の如何にかかわらずB型肝炎ウイルスの拡大防止とB型肝炎対策に引き続き取り組んでいく必要があること
- ・国の予防接種を担当する部署の体制充実、国立感染症研究所・地方衛生研究所などの関係機関の体制充実と国の連携強化、予防接種のリスク管理・対応の役割を担う組織として厚生科学審議会の予防接種制度評価、検討組織の充実などに取り組むこと
- ・予防接種が、現在は自治事務になっていることを踏まえつつ、各行政機関の責任と役割分担の下、国は現場への技術的助言の徹底のため、きめ細かな取組みに努めていくこと
- ・医療従事者の予防接種に関する知識・技術レベルの向上を図るための取組みを強化すること

などの再発防止策の提言がなされた。

2015（平成27）年3月に、死亡又は発症後20年を経過した死亡・肝がん・肝硬変の方々との和解について、国と全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で、「基本合意書（その2）」が締結された。

2016（平成28）年8月に、給付金の請求期限の5年間延長、死亡又は発症後20年を経過した死亡・肝がん・肝硬変の患者などに対する給付金額の規定などを内容とする「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の一部を改正する法律」（平成28年法律第46号）が施行され、引き続き特定B型肝炎ウイルス感染者の救済が進められている（2018（平成30）年3月末現在和解者数約35,000人）。

^{* 11} 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>

第6節 難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進

1 難病対策について

難病対策については、1972（昭和47）年10月に策定された「難病対策要綱」に基づき本格的に推進されるようになって40年以上が経過した。その間、各種の事業を推進してきた結果、難病の実態把握や治療方法の開発、難病医療の水準の向上、患者の療養環境の改善及び難病に関する社会的認識の促進に一定の成果をあげてきた。

しかしながら、医療の進歩や患者及びその家族のニーズの多様化、社会・経済状況の変化に伴い、同じような疾病であっても、医療費助成の対象となる疾病とならない疾病があり、疾病間で不公平感があるなど、様々な課題が指摘されるようになった。特に、都道府県における財政的超過負担の問題は制度自体の安定性を揺るがすものとされ、難病対策全般にわたる改革が強く求められるようになった。

このため、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において、2013（平成25）年12月に、「難病対策の改革に向けた取組について（報告書）」が取りまとめられ、報告書の内容に沿って、厚生労働省では更なる検討を進めた。その結果、2014（平成26）年第186回国会において「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）が成立し、2015（平成27）年1月1日に施行された。難病法では、医療費助成の対象となる疾病を指定難病として指定することとしており、2017（平成29）年4月までに、同法の施行前に特定疾患治療研究事業で対象としていた56疾病から330疾病まで指定難病の拡充を順次進めてきた。さらに、2018（平成30）年度の指定難病の追加等の検討においては、倦怠感や貧血などを伴う血液系の疾患である「特発性多中心性キャスルマン病」を追加するとともに、「関節型若年性特発性関節炎」等5疾病について既存の指定難病との統合を行い、当該既存の指定難病の疾病名等の変更を行った。その結果、2018年4月現在における指定難病は331疾病となっている。

また、難病法施行前に実施していた特定疾患治療研究事業において医療費助成の対象であった患者については、患者の急激な負担増を緩和する観点から、難病法施行後も引き続き当該事業における自己負担額により助成を行うこととする経過措置を実施してきたが、この経過措置は、2017年12月末日をもって終了したところである。

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。2014年度からは、これらを再編し、診療ガイドラインの確立や更新、新たな疾患概念の確立、難病患者のQOL向上に資する知見の収集及びこれらの普及啓発といった、主に政策的な研究を行う「難治性疾患政策研究事業」と、病態解明、医薬品・医療機器等の実用化を視野に入れた画期的な診断法や治療法及び予防法の開発を目指す「難治性疾患実用化研究事業」とに分類して実施している。なお、2015年度から、「難治性疾患実用化研究事業」については、医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施や助成等を行う国立研究開発法人日本医療研究開発機構にて実施

している。引き続き、難病法において「難病」と定義されている発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない希少な疾病であって、長期にわたり療養が必要な疾病についての研究の推進を行う方針である。

難病患者の生活支援や保健医療福祉の充実については、これまで難病患者等の療養上、日常生活上の悩みや不安等の解消を図るとともに、難病患者が安心して在宅療養ができるよう、難病相談支援センターや在宅人工呼吸器使用患者支援事業等を予算事業として実施してきた。これらについては、難病法において、難病患者の療養生活の質の維持向上を支援することを目的とした療養生活環境整備事業に位置付けられ、更なる難病患者等の生活支援や保健医療福祉の充実が図られている。

また、難病患者やその家族及び医療関係者が求めている最新の医学・医療情報については、難病情報センター (<http://www.nanbyou.or.jp/>) で提供している。

さらに、難病の医療提供体制の整備については、2016（平成28）年10月に、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において「難病の医療提供体制の在り方について（報告書）」が取りまとめられた。この報告書を踏まえ、「難病の患者に対する医療体制の構築に係るモデルケースについて」（平成29年4月14日付厚生労働省健康局難病対策課長通知）を発出し、2017年度に各都道府県において、医療提供体制の構築に向けた具体的な検討を進めており、順次体制を整備することとしている。

2 小児慢性特定疾病対策について

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたり身体面、精神面及び経済面で困難な状況に置かれている子どもやその家族を支援するため、2015（平成27）年1月の「児童福祉法の一部を改正する法律」（以下「改正法」という。）の施行により、持続可能で公平かつ安定的な医療費助成制度を確立するとともに、2017（平成29）年4月までに、改正法の施行前に対象としていた医療費助成の対象疾病である514疾病（11疾患群）から722疾病（14疾患群）まで対象疾病の拡充を順次進めてきた。さらに、2018（平成30）年度の対象疾病の追加等の検討においては、蛋白尿等の症状を伴う遺伝性の腎炎である「フィブロンネクチン腎症」等合計35疾病^{*12}の追加等を行った。その結果、2018年4月現在における対象疾病は756疾病（16疾患群）となっている。

また、慢性疾患を抱える子どもについては、幼少期から慢性的な疾病にかかっていることにより、学校生活での教育や社会性の涵養に遅れが見られ、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「小児慢性特定疾病児童等自立支援事業」を改正法により2015年1月から児童福祉法に位置付けたところであり、同法に基づき都道府県等において実施されている。

さらに、同年10月に、児童福祉法第21条の5に基づく「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」を定め、この基本方針に基づき、疾病等に関する研究事業の推進や、新たな難病の医療提供体制の一貫として、小児期から成人期への移行期

^{*12} 2018年4月に追加等を行った35疾病の詳細：
<https://www.shouman.jp/disease/H300401add>

にある小児慢性特定疾病児童等への適切な医療の提供に関する課題を解消するため、「都道府県における小児慢性特定疾病の患者に対する移行期医療支援体制の構築について」(平成29年10月25日付厚生労働省健康局難病対策課長通知)を踏まえた移行期医療支援体制整備事業を実施するなど、総合的な対策を推進している。

3 臓器移植の適切な実施

(1) 臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」(以下「臓器移植法」という。)が、1997(平成9)年に施行されたことにより、本人の書面による意思表示があり、かつ家族が拒まない場合に、脳死した方の身体から眼球(角膜)、心臓、肺、肝臓、腎臓などの臓器を摘出し、移植を行うことが制度化された。

また、2010(平成22)年には、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」(以下「改正臓器移植法」という。)が全面施行され、親族へ臓器を優先的に提供する意思表示を行うことが可能となったほか、本人の臓器提供に関する意思が不明な場合であっても、家族の書面による承諾により脳死判定・臓器摘出が可能となり、15歳未満の小児からの臓器提供もできるようになった。

臓器移植の状況を見ると、臓器移植法が施行された1997年から2018(平成30)年3月末までの間に、臓器移植法に基づき518名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2017(平成29)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59名の提供者から59件、肺は46名の提供者から57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64名の提供者から67件、腎臓は96名の提供者から188件、膵臓は41名の提供者から41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35件)、角膜は869名の提供者から1,395件の移植が行われた。臓器を提供した方に対しては、その崇高な心をたたえ、感謝の意を表するため、御家族に対して厚生労働大臣感謝状を贈呈している。

一方、移植希望登録者数は、2018年3月末現在、心臓669名、肺329名、肝臓320名、腎臓12,524名、膵臓209名、小腸3名、眼球1,624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(平成27)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

2017(平成29)年に実施された「移植医療に関する世論調査」(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12.7%となっており、前回調査(「臓器移植に関する世論調査」、2013(平成25)年)の12.6%と比較して横ばいである。また、同調査では、脳死と判定された家族が、脳死又は心停止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」もしくは「たぶん承諾する」と回答した者の割合が38.7%となっ

ているのに対し、書面により脳死又は心停止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」もしくは「たぶん尊重する」と回答した者の割合が87.4%となっており、本人の意思表示の重要性が改めて明らかになっている。

厚生労働省においては、関係府省庁や公益社団法人日本臓器移植ネットワークと連携し、運転免許証や医療保険の被保険者証の裏面等に臓器提供に関する意思の記入欄を設けることを進めているほか、臓器移植に関する知識や意思の記入方法等の説明書と「臓器提供意思表示カード」が一体となったリーフレットの作成・配布など、一人でも多くの方が臓器移植について理解し、臓器提供に関する意思表示を行うことが可能となる環境の整備を図っている。



(3) 造血幹細胞移植について

骨髄移植や、臍帯血移植などの造血幹細胞移植は、重い血液疾患に有効な治療法の一つであり、近年、治療成績（生存率）が向上し、白血病などが半数程度は治るようになってきた。

移植の際には、患者と提供者（ドナー）又は保存されている臍帯血のヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen：HLA）（白血球の型）が適合する必要があるが、HLAは、きょうだい間では4分の1の確率で一致するものの、きょうだいがいてもHLAが一致しない場合やきょうだいがいない場合などには、非血縁者間での移植が必要になる。非血縁者間でHLAが一致する確率は数百分の1から数万分の1といわれており、造血幹細胞移植を必要とする全ての患者に移植の機会を提供するためには、多くのドナーや臍帯血の確保が重要となる。こうした中で、骨髄バンクのドナー登録者数は年々増加し、2018（平成30）年3月末現在483,879人となり、また、臍帯血保存公開数は9,991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2017（平成29）年度末で3,715名となっており、治療成績の向上とあいまって、2017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、2,575

件（骨髄移植1,059件、臍帯血移植1,334件、末梢血幹細胞移植^{*13}182件）となった。

このような状況の下、2012（平成24）年9月には、造血幹細胞の適切な提供の推進に関する基本理念を明らかにするとともに、骨髄バンクや臍帯血バンクに対する必要な規制や助成について定める「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が成立し、2014（平成26）年1月に全面施行された。また、同法に基づき、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進を図るための基本的な方針」が定められており、厚生労働省では、当該基本方針にのっとり、移植を希望する患者の方々にとって、病気の種類や病状に合った最適な移植が行われるとともに生活の質の改善が図られるよう、取り組んでいるところである。

（4）臍帯血を利用した医療の適切な提供について

2017（平成29）年に厚生労働省において、臍帯血プライベートバンク^{*14}の業務実態等に関する調査を実施したところ、品質や安全性に関する情報の管理、契約者の意思に基づかない臍帯血の提供の可能性等の課題が明らかになった。本調査を踏まえ、契約者の意に沿わない臍帯血の提供を防ぐとともに、臍帯血を利用した医療が適切に行われるよう、新たに、臍帯血プライベートバンクに対し、業務内容等の国への届出を求める措置を講じるとともに、これらの措置の実効性が担保されているかについて、有識者からなる「臍帯血を用いた医療の適切な提供に関する検証・検討会議」において、継続的な検証・検討を行っている。

また、各臍帯血プライベートバンクの届出状況等を厚生労働省ホームページにおいて公表するなど、正確で分かりやすい情報をお母さん方に提供することにより、国民の契約を前提としたプライベートバンクにおいても、適切な契約が行われるようにするための取り組みを行っているところである。

さらに、第179回臨時国会において、公的臍帯血バンク（臍帯血供給事業者）以外の事業者による第三者間の造血幹細胞移植に用いる臍帯血の提供を原則禁止することを内容とする「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の一部を改正する法律」（議員立法）が可決・成立し、2019（平成31年）3月14日に施行された。

第7節 医薬品・医療機器の安全対策の推進等

1 医薬品等の安全対策

医薬品等は、基本的にヒトの身体に何らかの影響を及ぼして疾患の治療などを行うものであるため、それが期待通りに治療効果などとして現れる一方で、予期しない副作用が起きることも避けられない。これら有効性と安全性のバランスが重要であるため、治験等の

* 13 末梢血幹細胞移植とは、末梢血幹細胞移植は骨髄やさい帯血からの造血幹細胞移植と同様、白血病等に有効な治療法の一つ。造血幹細胞は、通常でも血液の中に存在するが、極めて少ないために移植に用いることができない。そのため、「顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）」と呼ばれる造血幹細胞を増やす作用のある薬剤を4～6日間連続して皮下注射することにより、血液中の造血幹細胞を増やし、成分献血と同様の手法によって移植に必要な造血幹細胞を採取する。骨髄採取と異なり、全身麻酔による骨髄採取や自己血採血、手術室の確保が不要である。

* 14 臍帯血プライベートバンク（民間さい帯血バンク）：本人や家族の病気の治療のために、また現在はまだ医療技術としては確立されていない再生医療などに将来利用する場合に備えて、委託契約を結び、保管費用の支払いを受けて、臍帯血を保存することを業とする者

データに基づき有効性と安全性の両面についての検討を行い、厚生労働大臣の承認を得てから販売される。しかし、治験等を通じて医薬品の承認までに得られる安全性に関する情報には限界があるため、市販後に副作用情報などを的確に収集し、その情報を適切に分析・評価した上で、必要な安全対策上の措置を迅速に講じていくことが必要である。

また、薬害肝炎事件等を踏まえ、医薬品等による健康被害の発生、拡大防止の観点から、医薬品の適正使用に関する医薬品製造販売会社及び医薬品関係者の責務、国民の役割、医薬品等の添付文書の届出義務化等を内容とする「薬事法等の一部を改正する法律」（平成25年法律第84号）が2013（平成25）年11月27日に公布、2014（平成26）年11月25日に施行された。

（1）副作用等の報告制度

市販後の副作用情報などは、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（旧薬事法。以下「医薬品医療機器法」という。）に基づいて医薬品等の製造販売業者、医薬品関係者から厚生労働大臣に報告することとされている。これら医薬品医療機器法に基づく副作用等の報告件数は、2016（平成28）年度においては、医薬品は年間約6万2千件、医療機器には約4万9千件、再生医療等製品は88件であった。

（2）副作用情報等の評価及び提供

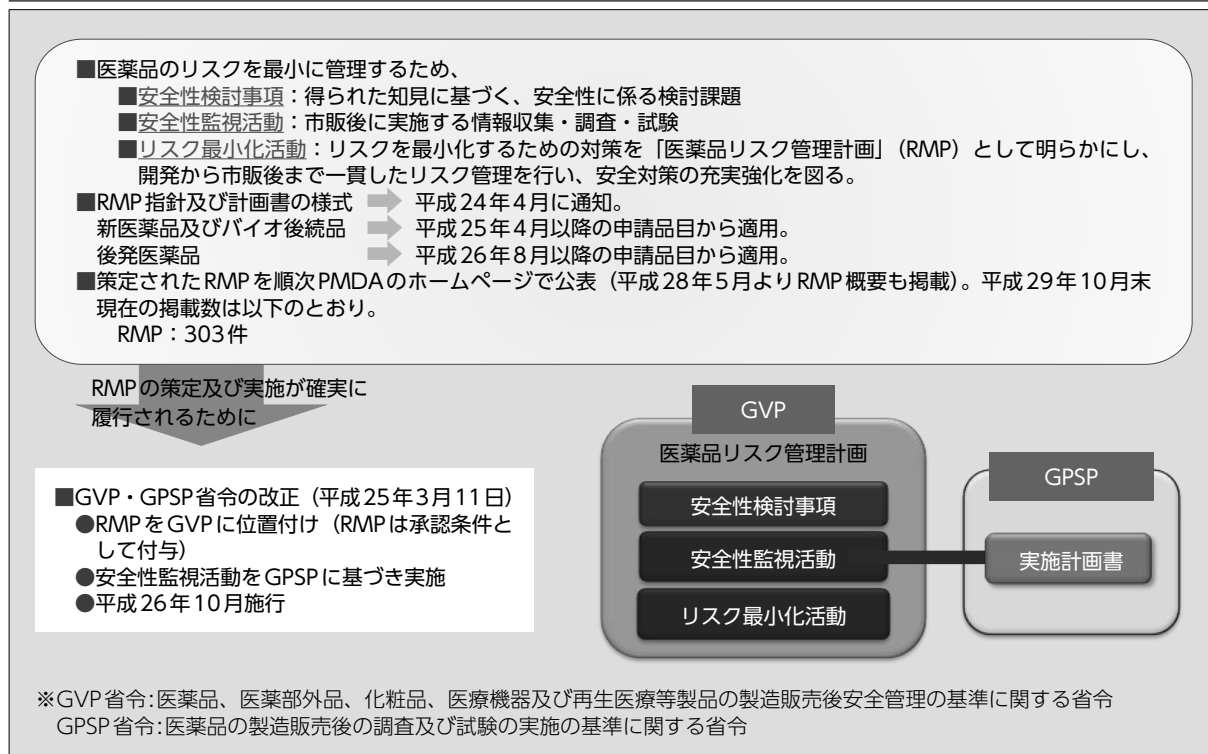
厚生労働省は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）と連携し、企業や医薬品関係者から報告された副作用情報等について、迅速・的確に評価するとともに、その結果に基づいて、必要に応じて添付文書の「使用上の注意」の改訂の指示を行うなどの安全対策上の措置を講じている。また、緊急かつ重要な情報については、企業に対して緊急安全性情報（イエローレター）や安全性速報（ブルーレター）の配布を指示するなどにより、医療機関などへ迅速に情報提供を行っている。

さらにこれらの医薬品などの安全対策情報が迅速に入手できるよう、タイムリーにその情報を配信するメールサービスとして、「医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディアナビ）」の提供を行っている。

（3）医薬品リスク管理計画（RMP）の導入とGVP・GPSP省令

医薬品のリスクを最小にすることを目的に、得られた知見に基づいて、安全性上の検討課題（安全性検討事項）を明らかにし、市販後臨床試験、市販直後調査、使用成績調査等の市販後に実施する調査を計画する（医薬品安全性監視計画）とともに、適正使用に資する資材の作成・配布などの方策（リスク最小化計画）を講じる、「医薬品リスク管理計画」（Risk Management Plan：RMP）を導入した。確実な履行を図るため、GVP省令及びGPSP省令を2013（平成25）年3月に改正、2014（平成26）年10月1日より施行している（図表8-7-1）。

図表8-7-1 医薬品リスク管理計画



(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、企業と連携して以下に示す予測・予防型の安全対策の充実・強化を図っている。

・重篤副作用疾患別対応マニュアル

医療現場において患者の重篤な副作用を早期に発見し対応できるよう、2005（平成17）年度より、関係学会等と連携の上、初期症状、診断法等を取りまとめた「重篤副作用疾患別対応マニュアル」を作成し、情報提供しているが、作成から10年程度経過していることから、最新の知見を踏まえ、より使用しやすいものとなるよう、2016（平成28）年度から5年計画での更新・改定作業に着手している。

・妊娠と薬情報センター

国立研究開発法人国立成育医療研究センター（以下「成育医療研究センター」という。）に設置した「妊娠と薬情報センター」において、服薬の影響を心配する妊婦等からの相談業務を通じ、出生児への薬の影響に関する情報を収集している。2016年度から、これまでに集積した情報などを整理・評価し、医薬品の添付文書への反映が可能な検討を行う取組みに着手している。

・小児と薬情報センター

成育医療センターに設置した「小児と薬情報センター」において、小児患者に医薬品が投与された際の投与量情報、検体検査情報、患者の状態・症状等の情報を収集している。これまでに得られている情報などの整理・評価等を行い、必要な情報提供を行うことで、小児に対する医薬品の適正使用の推進を目指すこととしている。

・高齢者における医薬品安全対策の推進

高齢化の急速な進展により、合併症によるポリファーマシーの増加やそれに伴う副作用

用の増強、薬物相互作用の発現など、高齢者への薬物療法に伴う問題が顕在化していることから、高齢者における薬物療法の適正化や医療の質の向上等を目的とし、「高齢者の医薬品適正使用の指針」の作成等を進めている。

・医療情報データベースシステム（MID-NET）

自発報告を主体とする現在の副作用報告制度の限界に対処するため、拠点医療機関の協力を得て大規模な医療データを集積し、薬剤疫学的手法により医薬品等の安全対策に活用するための医療情報データベースシステム（MID-NET）を構築し、2018（平成30）年4月1日にMID-NETの本格運用を開始した。利活用ルールや利用料の設定を行い、行政に加え、製薬企業や研究者等がMID-NETの利活用を行えるようになった。

2 医薬品の販売制度に係る最近の動向

医薬品は、医師などの処方箋に基づき調剤される医薬品である医療用医薬品と、処方箋なしで薬局・店舗販売業で購入することができる医薬品である一般用医薬品の2つに分類されており、このうち、一般用医薬品については、そのリスクの大きさに応じて第1類医薬品、第2類医薬品及び第3類医薬品の3つに分けられていた。

しかし、2013（平成25）年1月の最高裁判決や「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）などを踏まえて、消費者の安全を確保しながら医薬品のインターネット販売ができるよう、2013年12月に薬事法が改正され、2014（平成26）年6月12日に施行された。

新たな販売制度では、医薬品の区分を見直し、使用に特に注意が必要な一部の医薬品を「要指導医薬品」という新たな区分に位置づけて薬剤師による使用する本人への対面販売に限る一方、国民の安全性の確保のため、以下のとおり一般用医薬品の販売ルールを整備した上で、第1類、第2類、第3類のすべての一般用医薬品は、インターネット等による販売（特定販売）が可能になった。

- ①薬局・店舗販売業の許可を取得した店舗での販売
- ②購入者の状態に応じた情報提供と、購入者側の理解の確認など、専門家の適切な関与
- ③情報提供義務免除の範囲及び判断者の見直し（継続使用者等について、薬剤師が情報提供の可否を判断）
- ④濫用等のおそれのある医薬品の販売個数の制限等
- ⑤使用期限切れの医薬品の販売禁止
- ⑥オークション形式での販売の禁止
- ⑦購入者によるレビューや口コミ、レコメンドの禁止
- ⑧指定第二類について、禁忌の確認を促すための掲示・表示
- ⑨販売サイトの届出など偽販売サイトの監視対策

さらに、厚生労働省のホームページに、一般用医薬品のインターネット販売を行うサイトのリスト^{*15}を掲載し、安心して一般用医薬品を購入できるようにするための措置を行っているほか、一般消費者を調査員とし、全国の薬局・店舗販売業等を対象とした、医薬品の販売ルールを遵守しているかを確認する調査を行っている。

^{*15} 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>

3 偽造医薬品対策

2017（平成29）年1月、C型肝炎治療薬「ハーボニー配合錠」の偽造品が卸売販売業者を通じて流通し、奈良県内の薬局において調剤され、患者の手に渡る事案が発生した。偽造医薬品は国際的に問題となっているが、本邦では近年報告されておらず、日本に偽造医薬品の流通はないという認識が一般的であっただけに、医薬品に対する国民の信頼を揺るがしかねない重大な事案であったといえる。偽造医薬品を使用した場合、期待する治療効果が得られないばかりでなく、成分によっては健康被害をもたらす可能性もあり、偽造医薬品の流通は保健衛生上の大きな問題である。

厚生労働省は、本事案の発生を受け、直ちに、薬局及び卸売販売業者を所管する都道府県等に依頼し、偽造医薬品の流通ルートの解明に向けた調査を開始した。また、医療機関や薬局等に対して注意喚起を行うとともに、流通ルートから発見された偽造医薬品の確保を直ちに行うことにより、偽造医薬品の更なる流通を阻止した。さらに、過去に奈良県内の薬局から調剤を受けた患者の健康状態等を奈良県等が確認し、偽造医薬品を受け取った患者1名も含め、偽造医薬品を服用した患者はいなかったことを確認した。

調査の結果、東京都内の特定の卸売販売業者が、医薬品医療機器法に基づく販売業の許可等を得ていない個人から購入したこと、偽造医薬品は全て外箱から取り出され、裸のボトルの状態で流通していたことなどが判明した。これを受け、2017年2月、厚生労働省は、薬局や医薬品の販売業者に対し、医薬品を譲り受ける際には、譲渡人に身分証明書等の提示を求めて本人確認を行うこと、譲り受ける医薬品が本来の容器包装等に収められているかどうか確認することなどを求める通知を発出するとともに、都道府県等に対して監視指導を徹底することを求めている。

さらに、2017年3月から「医療用医薬品の偽造品流通防止のための施策のあり方に関する検討会」を開催し、偽造医薬品の流通を防止する観点から、製造から販売に至る一貫した施策のあり方の検討を行い、2017年12月に、偽造医薬品流通防止に関連して必要となる更なる対策の方向性を示した「最終とりまとめ」を公表した。

一方、海外から個人輸入により国内に入ってくる医薬品については、その一部に偽造品が存在することが以前から知られている。

このため、2013（平成25）年に「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、個人輸入された医薬品等に関連する健康被害事例、医薬品の違法な販売等の事例の収集、広報啓発ホームページ（<http://www.yakubutsu.mhlw.go.jp/>）などを通じた国民への情報提供、コールセンターにおける国民からの相談対応を実施している。また、厚生労働省のホームページ^{*16}に、医薬品医療機器法違反の疑いがあるインターネットサイトを発見した場合の通報窓口を掲載している。

さらに、2014（平成26）年からインターネットパトロール事業を開始し、医薬品の不正なインターネット販売を能動的に監視し、違反サイトについてはレジストラにドメインの停止を要請するなどの対応を行っている。

* 16 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

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を充実させることにより、薬剤師の資質向上に努める必要がある。

質の高い薬剤師養成に向けて、大学における薬学教育については、臨床に係る実践的な能力を培うことができるよう、2006（平成18）年度から、修業年限を4年から6年に延長し、6年制課程を修めて卒業した者に薬剤師国家試験の受験資格を与えることとした。

また、2013（平成25）年12月に薬学教育モデル・コアカリキュラムが6年制課程に特化した内容に改訂され、2015（平成27）年度入学生から適用されていることから、薬剤師国家試験については、2016（平成28）年11月に新たな薬剤師国家試験出題基準を策定し、2020年度から改訂モデル・コアカリキュラムに対応した試験を実施することとしている。

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) 薬局機能の強化と患者本位の医薬分業の推進

薬局は、2007（平成19）年4月に施行された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成18年法律第84号）により、医療提供施設として位置づけられ、地域医療計画の下、在宅医療や医薬品などの供給を通じて地域医療に貢献することが期待されている。



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。2016（平成28）年度の院外処方箋発行枚数は約8億枚に達し、処方箋受取率は前年度に比べ1.7ポイント増加し、71.7%（公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計」（2016年度））と推計されている。

一方、規制改革会議等で、現状の薬局が本来の医薬分業における役割やコストに見合うサービスを提供できていないとの指摘がなされたことを踏まえ、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、「かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討する」とされた。これを踏まえ、2015（平成27）年10月23日に「患者のための薬局ビジョン」を策定・公表した。

ビジョンの主な内容としては、かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、

- ①服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ②24時間対応・在宅対応
- ③医療機関等との連携

をあげ、また、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能として、

- ①積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート機能
- ②専門的な薬物療法を提供する高度薬学管理機能

を提示し、薬局再編の全体像として、2025年までにすべての薬局をかかりつけ薬剤師が

その役割を発揮することができる薬局に再編することを目指している。

患者本位の医薬分業の取組みに関する政策評価を実施するため、「経済・財政再生アクション・プログラム2016」(平成28年12月21日経済財政諮問会議決定)において、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を目指した指標をKPI(Key Performance Indicator)として設定することとしている。このうち、「[患者のための薬局ビジョン]において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数」に関しては、以下の4つの指標をKPIとして設定し、薬局機能情報提供制度の項目に加えることにより、今後全国的に把握することとしている(項目追加の省令改正は2019(平成31)年1月1日施行)。

- ①患者の服薬情報の一元的・継続的把握のために、
電子版お薬手帳又は電子薬歴システム等、ICTを導入している薬局数
- ②在宅業務を実施した薬局数(過去1年間に平均月1回以上)
- ③健康サポート薬局研修を修了した薬剤師を配置しており、当該薬剤師が地域ケア会議等、地域の医療・介護関係の多職種と連携する会議に出席している薬局数(過去1年間に1回以上)
- ④医師に対して、患者の服薬情報等を示す文書を提供した実績がある薬局数(過去1年間に平均月1回以上)

また、「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)を踏まえ、セルフメディケーションの推進の観点から、薬局・薬剤師を地域の健康情報の拠点として活用する各種取組みを総合的に推進しており、2016年10月からかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた上で、積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート薬局の届出・公表を開始した。また、2016年4月から、健康サポート薬局の用に供する不動産に係る不動産取得税の優遇措置が開始されており(2018(平成30)年3月までの2年間)、2019年度まで適用期限が2年延長された。

引き続き、国民が利点を実感できるような質の高い医薬分業を地域の実情に応じた医療計画等に基づいて推進していく必要があり、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報^{*17}」や「薬と健康の週間」(毎年10月17日から10月23日に開催)での広報活動等を通じて、医薬品の適正使用等の啓発を行っている。

また、薬局における医療安全のため、2009(平成21)年度から調剤時の医薬品の取り扱いの発見や疑義照会による健康被害の防止等のヒヤリ・ハット事例等の情報を収集・分析し、情報提供する事業(薬局医療安全対策推進事業)を実施し、医薬分業の質の向上に努めている。



* 17 おくすりe情報 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html>

5 化学物質の安全対策

(1) 化学物質の安全性情報の取得と評価

「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律」（以下「化審法」という。）に基づき、我が国で初めて製造、我が国に初めて輸入される化学物質については、その安全性等を事前に審査し、製造・輸入などに関して必要な規制を行っている。他方で、化審法制定以前から存在していた既存化学物質については、産業界と連携して実施した「官民連携既存化学物質安全性情報収集・発信プログラム」を通じて、安全性情報の収集を行ったほか、国による安全点検、経済協力開発機構（OECD）における国際的な取組みを通じても安全性情報収集を行っている。それらの情報は、ホームページ^{*18}を通じて広く公表するとともに、化学物質のリスク評価等にも活用し、化学物質の適正管理に貢献している。

また、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。2018（平成30）年3月末までに、227物質を指定した。さらに、優先評価化学物質について順次リスク評価を実施することにより、我が国における厳格な化学物質管理を推進している。

化審法の附則第6条に基づき、化審法の施行状況等について点検・検討した結果を踏まえ、法改正を伴う政策的な事項であり、緊急性の高い項目である①少量新規化学物質確認制度及び低生産量新規化学物質確認制度における全国単位の製造・輸入数量の上限見直し、②毒性が強い新規化学物質の管理等を内容とする「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律の一部を改正する法律案」を2017（平成29）年3月7日に、第193回通常国会に提出し、6月7日に可決・成立した。改正化審法は2018年4月1日に一部施行された。

(2) 家庭用品の安全対策

家庭用品に使用される化学物質による健康被害を防止するため、有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律に基づき、繊維製品、洗浄剤、ガーデニング用木材等について規制基準を定めている。2018（平成30）年3月末までに、21物質群を指定している。

また、家庭用品の使用に伴い生じた重大製品事故のうち、化学物質が原因であることが推定されたものの公表や、医療機関から収集した家庭用品に係る健康被害情報などを活用し、事故防止の指導や啓発に努めている。

(3) 毒物及び劇物の安全対策

毒物及び劇物取締法に基づき、急性毒性作用がある化学物質を毒物又は劇物に指定し、毒物又は劇物の取扱事業者などに対する規制を実施している。なお、2018（平成30）年3月末までに、同法に基づき124項目を毒物に指定し、391項目を劇物に指定している。

* 18 J-CHECK ホームページ http://www.safe.nite.go.jp/jcheck/top.action?request_locale=ja

第8節 薬物乱用対策の推進

1 薬物乱用防止対策

我が国における薬物事犯の検挙人員^{*19}は、2016（平成28）年には13,841人（医薬品医療機器法違反を除く）であり、このうち覚醒剤事犯は薬物事犯で最も多い10,607人であり、検挙人数は前年に比べて減少した。大麻事犯は2,722人と昨年から更に増加し、3年連続の増加となった。この原因は、危険ドラッグからの大麻回帰や、若年層による大麻の濫用が増大していること等があげられる。

このため、政府は引き続き、薬物乱用の根絶を図るため、薬物乱用対策推進会議において、2013（平成25）年8月に策定された「第四次薬物乱用防止五か年戦略」^{*20}に基づき、政府をあげた総合的な対策を推進することとしている。

最近の薬物事犯、特に覚醒剤事犯については、暴力団や外国人密売組織による組織的な密輸・密売が主流を占めており、密輸ルートの分散化や手口の一層の巧妙化が進む一方、検挙者数が減少しないことなどから、覚醒剤の国内への安定した供給が窺われる。2016年の覚醒剤押収量は、1,521.4kgであり、これは過去最大を記録した1999（平成11）年に次ぐ大量の押収量である。押収量のほとんどが、組織的な密輸事件が摘発されたものであり、ますます我が国が外国の薬物密輸組織の標的になっている事実がうかがわれる。

地方厚生局麻薬取締部（全国8部、1支所、3分室）においては、警察、海上保安庁、税関等の関係機関と緊密な連携の下、これら薬物密輸組織、密売組織の壊滅を視野に入れた取締りを行っている。

また、2015（平成27）年には医師による大量の向精神薬不正譲渡事件が発覚し、医療用に出回る向精神薬の横流しが問題となった。厚生労働省は、関係団体に対し適正流通を目的とした通知を発出するとともに、不正流通に対しては厳しく取り締まる方針を打ち出し、各医療機関に対して指導・監督を行っている。

さらに、処方箋医薬品として正規流通しているエチゾラム、ゾピクロンについて、乱用が問題となっていたことから、2016年9月に麻薬及び向精神薬取締法上の向精神薬に指定し、乱用による保健衛生上の危害を防止した。

薬物乱用防止対策は、社会が薬物を受け入れない環境をつくることが非常に重要である。この観点から、地域における啓発として、「麻薬・覚醒剤乱用防止運動」などの国民的啓発運動を展開し、薬物の危険性・有害性^{*21}に関する正しい知識を周知徹底するとともに、近年若年層における薬物乱用が問題となっていることから、青少年や保護者等に向けて、薬物乱用防止普及啓発読本等の啓



* 19 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。

* 20 第四次薬物乱用防止五か年戦略
<http://www8.cao.go.jp/souki/drug/know.html>

* 21 薬物乱用防止に関する情報
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

発資材を作成し、配布している。また、薬物乱用防止啓発訪問事業として、要請のあった教育機関等に講師を派遣して、専門の教材を基に効果的な普及啓発を図るとともに、FacebookやTwitterを活用して情報を発信している。

薬物の再乱用を防止するための取組み^{*22}として、都道府県と連携し、薬物依存症についての正しい知識の普及を行い、また、保健所及び精神保健福祉センターの薬物相談窓口において、薬物依存症者やその家族に対する相談事業、家族教室の実施等により再乱用防止対策の充実を図っている。

2 危険ドラッグ対策

危険ドラッグについては、健康被害や他者を巻き込む重大な交通事故等が社会問題化したことを受け、2014（平成26）年7月に薬物乱用対策推進会議において「危険ドラッグの乱用の根絶のための緊急対策」^{*23}が策定され、政府一丸となって危険ドラッグ対策を推進している。

対策の一つとして、新たに発見された乱用薬物を医薬品医療機器法の指定薬物^{*24}として指定し、その取締りを行っている。指定においては、指定薬物部会の開催頻度の増加、パブリックコメントの省略、指定薬物省令の公布から施行までの期間の短縮等により、迅速な指定を実施している。基本骨格を同一とする2,102物質について包括指定を行った。2017（平成29）年度は19物質を新たに指定し、その結果、2018（平成30）年3月末現在、2,373物質が指定薬物となっており、危険ドラッグ販売業者に対する効果的な取締りが推進された。

2013（平成25）年10月に麻薬取締官及び麻薬取締員への指定薬物の取締権限の付与、2014年4月に指定薬物の所持等の禁止と指定薬物に対する規制の強化を進めてきたが、同年12月の医薬品医療機器法の改正により、検査命令・販売等停止命令の対象となる物品の拡大、広告中止命令の創設、被命令者だけが対象となっていた販売等停止命令の規制の告示による広域化等により、より効率的に指導・取締りが行えることとなった。

危険ドラッグを容易に入手できる機会を減らすため、危険ドラッグ販売店舗やインターネットを利用した危険ドラッグ販売サイトへの対策も進めてきた。危険ドラッグを販売する店舗への対策として、2014年8月に初めて指定薬物である疑いがある物品を販売する店舗に対する検査命令・販売等停止命令を実施し、その後も継続的に検査命令等を実施することにより、2014年3月時点で215店舗存在した危険ドラッグ販売店舗を2015（平成27）年7月に全滅させた。また、医薬品医療機器法の改正に伴い、インターネットによる危険ドラッグ販売に対しても、2014年12月から2016（平成28）年12月までの間で、販売サイト303サイトに削除要請を実施し、247サイトを閉鎖又は販売停止させた。

また、この医薬品医療機器法の改正に伴い、財務省と厚生労働省の間で輸入される危険ドラッグ情報を共有し、指定薬物の疑いがある物品については検査命令を行うなど、危険ドラッグについても水際対策を進めた。

* 22 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_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

* 23 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。

* 24 指定薬物

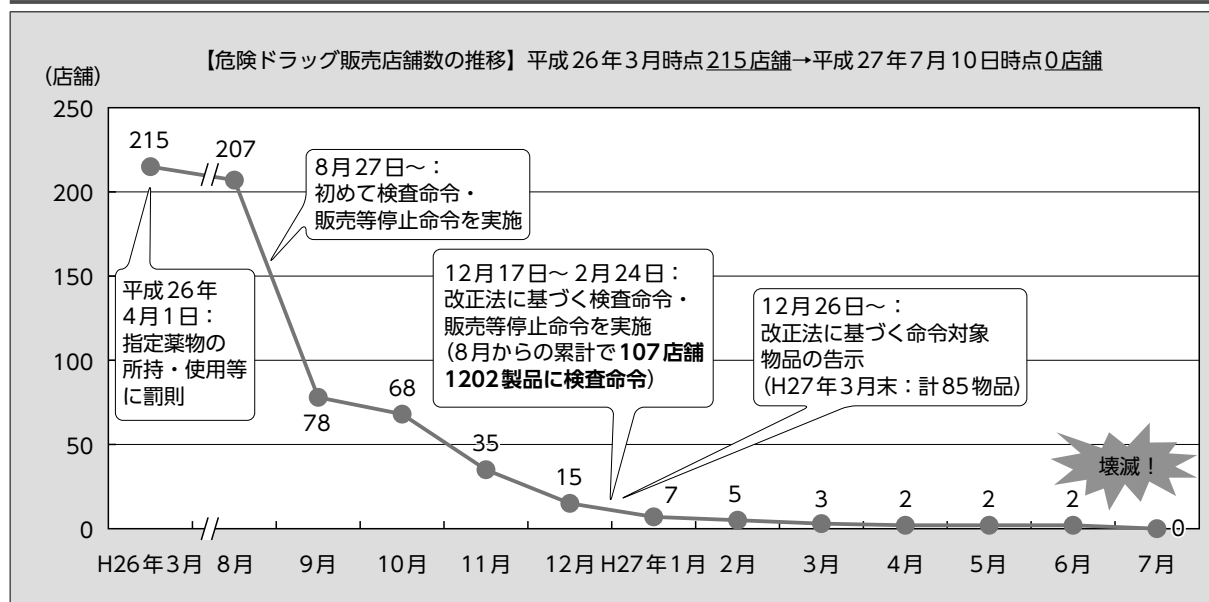
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

2017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726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653人にのぼった。

国民への啓発については、2013年に個人輸入・指定薬物等適正化対策事業による「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、危険ドラッグを含む指定薬物等に関連する健康被害事例等の収集、広報啓発ホームページ（<http://www.yakubutsu.mhlw.go.jp>）等を通じた消費者等への情報提供、及び消費者等からの相談対応（コールセンター）業務を実施している。これにより国民が一元的に危険ドラッグを含む指定薬物などの危険性等に関する情報にアクセスできるようにし、健康被害や乱用を防ぐための正しい情報の広報・啓発を推進している。

これまでの取組みの結果、危険ドラッグの販売店舗は全滅したものの、インターネット販売やデリバリー販売に移行し販売手法が巧妙化、潜在化の一途をたどっていることから、引き続き関係機関と連携し、危険ドラッグの根絶に向けて対策を講じている。

図表 8-8-1 危険ドラッグ販売店舗等の取締状況



第9節 血液製剤対策の推進

1 献血の推進について

2016（平成28）年度の延べ献血者数は約483万人（対前年度比約5万人減、約1.1%減）で、献血により確保した血液の量は約191万リットル（対前年度比約2万リットル減、約1.0%減）であった（図8-9-2）。医療需要に合わせて計画的に採血を行っているため、製剤在庫は日々安定的に確保されている。

しかし、昨今の少子化の進展による献血可能人口の減少を考えると、将来の献血基盤の確保という観点からは、若年層の献血推進が非常に重要であり、厚生労働省では、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、中学生を対象とした献血への理解を促すポスターや高校生への普及啓発のための副読本「けんけつ HOP STEP JUMP」の配布などの広報活動を行っている。

また、2015（平成27）年度から2020年度までの6年間を目標期間とする中期目標「献血推進2020」を策定し、①若年層（10代から30代）の献血者数の増加、②安定的な集団献血の確保、③複数回献血の増加、④献血の周知度の上昇を目標に掲げ、引き続き、献血推進の取組みを強化している。

図表 8-9-1 2020年度までの達成目標（「献血推進2020」より）

項目	目標	2015年(H27年) 度実績値	2016年(H28年) 度実績値	2020年度 目標値
若年層の献血者数の増加	10代（注1）の献血率を増加させる。	5.4%	5.2%	7.0%
	20代の献血率を増加させる。	6.5%	6.2%	8.1%
	30代の献血率を増加させる。	6.0%	5.8%	7.6%
安定的な集団献血の確保	集団献血等に協力いただける企業・団体を増加させる。	53,316社	54,696社	60,000社
複数回献血の増加	複数回献血者（年間）を増加させる。	967,142人	954,067人	1,200,000人
献血の周知度の上昇	献血セミナーの実施回数（年間）を増加させる。	1,211回	1,772回	1,600回

（注1）10代とは献血可能年齢である16～19歳を指す。

具体的には、以下の事項を重点的に取り組んでいる。

（1）献血の普及啓発

広く国民に献血の意義を理解し、献血を行ってもらうため、効果的な普及啓発を促進する。

（2）若年層対策の強化

① 10代への働きかけ

献血への理解を深めてもらうことにより、初めての献血を安心して行ってもらうため、日本赤十字社が実施する「献血セミナー」などの積極的な活用を推進する。

② 20代・30代への働きかけ

20代・30代は、リピータードナーにならずドロップアウトする方が多いため、献血を体験した方が、長期にわたり複数回献血に協力してもらえるように普及啓発、環境整備に取り組む。

また、企業などへの働きかけを一層強化し集団献血を行うことにより、安定的な献血者の確保を図る。

（3）安心・安全で心の充足感が得られる環境の整備

献血は相互扶助と博愛精神による自発的な行為であり、献血者一人一人の心の充足感が活動の大きな柱となっている。

献血に協力いただく方々が、より安心・安全に献血できるとともに、心の充足感を得られ継続して献血いただける環境整備を図る。

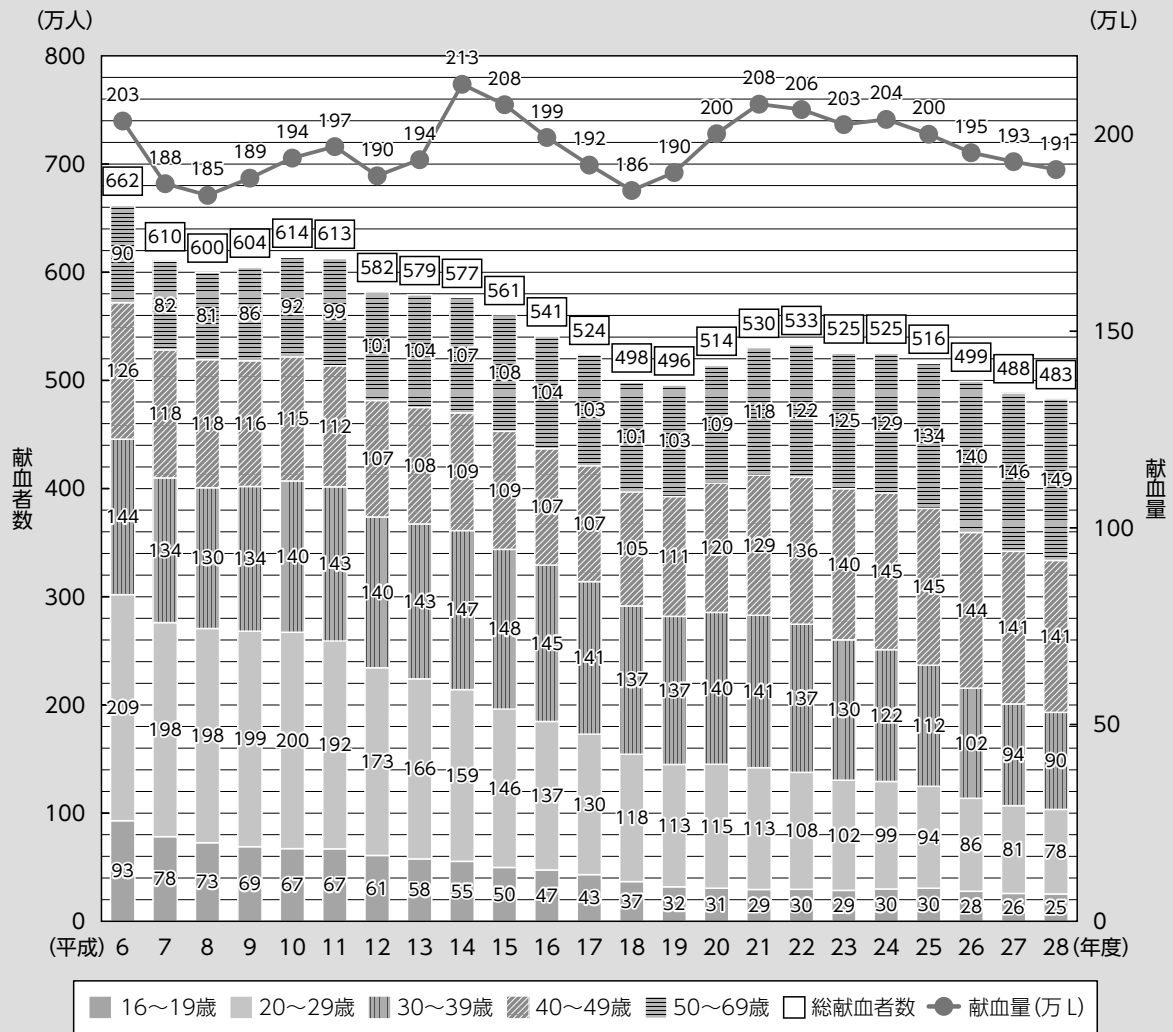
なお、この「献血推進2020」については、2014（平成26）年に日本赤十字社が行った将来の輸血用血液製剤の需要推計シミュレーションにおいて、輸血用血液製剤を多く使用する高齢者が増加することに伴い、2027年に供給量がピークに達し、そのために必要な延べ献血者数は約545万人と試算したのに対し、約85万人の献血者が不足することが示されたことを踏まえ、設定したものである。

しかし、ここ数年、輸血用血液製剤の医療機関への供給量が減少傾向にあることから、日本赤十字社は、2017（平成29）年に輸血用血液製剤の使用量が多い医療機関を対象に輸血用血液製剤の需要予測調査を行い、改めて将来の需要推計を行った。その結果、医療技術の進歩等により、輸血用血液製剤の需要量は、2027年には減少する予測となった。このことを踏まえ、2018（平成30）年に再度、必要延べ献血者数のシミュレーションを行ったところ、2027年度には必要延べ献血者数は約477万人の見込みとなった。

一方、このシミュレーションにおける必要原料血漿量は一定で推移すると見込んでいるが、原料血漿から製造される血漿分画製剤は、適応拡大など免疫グロブリン製剤の需要増大が世界的に見込まれている。

今後、日本赤十字社は5年毎の需要予測調査を実施し、それらを踏まえ、厚生労働省は献血基盤の構築に向けて中期目標の目標値の見直し検討を行っていく予定である。

図表8-9-2 献血者数及び献血量の推移



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬・生活衛生局作成

「はたちの献血」
キャンペーンポスター中学生を対象とした
献血への理解を促すポスター高校生への普及啓発のための副読本
「けんけつ HOP STEP JUMP」

2 輸血用血液製剤の安全対策について

国内の輸血用血液製剤には、これまで献血時の問診、HBV、HCV、HIVなどに対する抗原抗体検査、核酸増幅検査（NAT: Nucleic Acid Amplification Testing）、供血者からの遡及調査の徹底等の対応を講じてきたところである。NATに関しては、2014（平成26）年8月からは、20人分の血液をまとめて検査する20プールNATを変更して、1人分ずつ検査する個別NATを導入し、検査の感度が飛躍的に向上している。また、血清学的検査の精度向上やHBV抗体検査の基準を厳格化するなど、更なる安全性の向上に取り組んでおり、今日、我が国における血液製剤は世界でも有数の安全性を有するものといえる。しかし、血液製剤は、原料である血液に由来する感染症等の副作用の発生を完全には排除できないものであるため、技術の進歩や社会情勢の変化に即応した安全性確保のために関係者の不断の努力が必要である。

輸血用血液製剤は、赤血球製剤、血漿製剤、血小板製剤、全血製剤に大別される。特に血小板製剤においては、その有効性を維持するため、常温で保存する必要があるなどの特性から細菌感染のリスクがある。そのため、問診、消毒、初流血除去、保存前白血球除去、有効期限の制限などの種々の安全対策がとられており、世界でも有数の安全性を有している。それでもなお、輸血用血液製剤からの細菌感染事例の報告はされており、2017（平成29）年に細菌が混入した血小板製剤の使用後、細菌感染により重篤な症状を呈し、死亡した事例が報告された。そのため、「人血小板濃厚液の使用時の安全性確保措置の周知徹底について」（平成29年12月4日薬生安発1204第2号、薬生血発1204第1号）を発出し、輸血用血液製剤の使用時の安全対策の徹底について周知している。

2002（平成14）年に輸血用血液製剤によるE型肝炎ウイルス（HEV）の感染例が報告され、2005（平成17）年からは、北海道において試行的HEV－NATによる実態調査を行っており、2016（平成28）年には東京都においても実態調査が行われた。2017年度の血液事業部会安全技術調査会で議論されて、献血血液へのHEV－NAT試薬についての開発が進められている。また、輸血用血液製剤からHEVに感染し、複合的な要因で劇症肝炎となった事例を受けて、「輸血用血液製剤の使用時の安全確保措置の周知徹底について」（平成30年2月1日薬生安発0201 第1号、薬生血発0201 第1号）を発出している。

輸入感染症については、2014年8月に蚊を介して感染するデング熱の国内感染事例が発生した際、輸血を介して感染するおそれもあることから、献血時の問診などの強化、国内感染発生地域に行かれた方の献血制限、「デング熱国内感染事例発生時の対応・対策の手引き 地方公共団体向け」（国立感染症研究所）の記載に感染者への問診事項として最近の献血の有無の質問の付記など、献血血液の安全対策を講じた。

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関しては、輸血伝播を未然に防止するための措置として、中南米諸国に通算4週間以上滞在歴のある方、中南米諸国出身の方、あるいは母親が中南米諸国出身の方の献血血液は、血漿分画製剤の原料にのみ使用することを決定し、2012（平成24）年10月15日より実施した。その後、保管検体の抗体検査及び疫学研究の結果を踏まえ、2016年8月からは、中南米諸国に連続4週間以上滞在歴のある方、中南米諸国出身の方、あるいは母親が中南米諸国

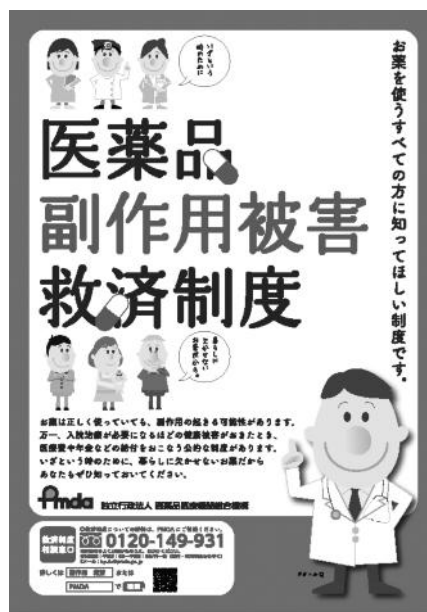
出身の方を対象に抗体検査を行っており、陰性だった方の献血血液については、血漿分画製剤の原料に加え、輸血用血液製剤の原料として使用する措置を実施している。

第10節 医薬品・医療機器による健康被害への対応

1 医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度

国民の健康の保持増進に欠かせない医薬品は、適正に使用しても副作用の発生を完全に防止できず、時に重い健康被害をもたらす場合があることから、迅速かつ簡便な救済を図るため、1980（昭和55）年5月に、医薬品製造販売業者等の拠出金を財源とする医薬品副作用被害救済制度が創設された。2004（平成16）年度には、適正に使用された生物由来製品を介した感染等による健康被害に対して生物由来製品感染等被害救済制度が設けられている。

医薬品副作用被害救済制度では、これまでに15,711名（2017（平成29）年度末時点）の方々に救済給付が行われており、近年給付件数が増加している。最近の取組みとしては、必要な時に制度が適切に活用されるよう、テレビや新聞等を活用した広報や医師、薬剤師などの医療関係者を中心とした広報、医療機関等が開催する研修会への講師派遣などを行っている。



2 薬害被害者への恒久対策

サリドマイド製剤やキノホルム剤、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）が混入した血液製剤など医薬品の使用により生じた健康被害については、訴訟の和解に基づいて手当の支給や相談支援事業などの恒久対策を実施してきている。

(1) サリドマイド訴訟

昭和34年頃から妊娠中の母親がサリドマイド製剤（鎮静催眠剤など）を服用したことにより、四肢、耳などに重篤な障害のある子どもが出生した事件で、1974（昭和49）年10月に和解が成立した。和解に基づいて設立された「サリドマイド福祉センター」（公益財団法人いしずえ）では、和解一時金の一部を長期継続年金として被害者に支給するとともに、国の補助を受けて被害者の生活全般に関する相談・生活支援のための事業を実施している。

(2) スモン訴訟

昭和30年代から発生した腸疾患加療中に神経炎症状や下半身麻痺症状を併発した原因

不明の疾病（スモン＝亜急性脊髄視神経症）は、その後キノホルム剤（整腸剤）が原因であると判明し、1979（昭和54）年9月に和解が成立した。国は介護費用の支給費の一部を負担するとともに、難病対策（特定疾患治療研究事業）の一環としての医療費の公費負担、厚生労働科学研究費補助金による調査研究、はり、きゅう、マッサージの利用料補助などの事業を実施している。2012（平成24）年には、公的支援の内容をまとめた「スモン手帳」をスモン患者に配布した。

(3) HIV訴訟

血友病治療のために血液製剤を使用していた患者が製剤に含まれたヒト免疫不全ウイルス（HIV）に感染した事件で、1996（平成8）年3月に和解が成立した。国では、エイズ発症者健康管理手当・エイズ発症予防のための健康管理費用の支給を行うとともに、国立国際医療研究センターにエイズ治療・研究開発センターを設置し、全国8地域に整備された地方ブロック拠点病院、各都道府県の中核拠点病院及び地域のエイズ治療拠点病院の連携をもとに、必要な医療の確保に努めている。さらに、遺族に対する相談会の開催や医療に関する相談窓口の設置、被害者団体を通じた被害者に向けた医療・福祉・生活面での相談援助事業を実施している。2016（平成28）年3月には、公的支援の内容をまとめた「血友病薬害被害者手帳」を被害者に配布した。

(4) クロイツフェルト・ヤコブ病訴訟

脳外科手術に使用したヒト乾燥硬膜「ライオデュラ」を介してクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）を発症した事件で、2002（平成14）年3月に和解が成立した。国はCJD患者の安定した療養を確保するため、専門医による在宅医療支援チームの派遣体制を整備するとともに、CJD患者と家族・遺族の福祉の向上を図るため、遺族自身による電話相談を中心としたサポート・ネットワーク事業に対する支援を行っている。

(5) 「誓いの碑」

サリドマイド、スモン、HIV感染のような医薬品による悲惨な被害を再び発生させることのないよう医薬品の安全性・有効性の確保に最善の努力を重ねる決意を銘記した「誓いの碑」を厚生労働省前庭に設置している。



3 「C型肝炎救済特別措置法」に基づくC型肝炎ウイルス感染被害者の救済

出産や手術等の際に使用した血液製剤に含まれていたC型肝炎ウイルスに感染した者に対しては、「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感

染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」(2008(平成20)年成立。以下「C型肝炎救済特別措置法」という。)に基づき、製剤投与の事実等について裁判所での確認を経て、給付金の支給を行っている。支給額は、① 慢性C型肝炎の進行による肝硬変・肝がん・死亡で4,000万円、② 慢性C型肝炎で2,000万円、③ ①及び②以外(無症候性キャリア)で1,200万円であり、給付金の支給を受けた後20年以内に症状が進行した場合には、差額が追加給付金として支給される。2018(平成30)年3月末日現在で2,316名と和解等が成立している。

厚生労働省は、フィブリノゲン製剤や血液凝固因子製剤の納入先医療機関名の公表等により、これらの製剤を投与された可能性のある方に対して、肝炎ウイルス検査受検を呼びかけるとともに、同法の内容の周知を図っている。

なお、2017年12月にC型肝炎救済特別措置法が改正され、給付金の請求期限が2023年1月16日までに延長された。

4 薬害を学ぶための教材

若年層が、これまでに発生した薬害を学ぶことで医薬品に対する理解を深めることを目的として、厚生労働省は、2010(平成22)年から「薬害を学び再発を防止するための教育に関する検討会」を開催している。

この研究会での議論に基づき、2011(平成23)年度から、全国の中学3年生を対象とした薬害を学ぶための教材「薬害を学ぼう」を作成し、全国の中学校に配布している。2016(平成28)年からは、「薬害を学ぼう」の視聴覚教材と教員用の「指導の手引き」を作成し、公開している。



第11節 食の安全の確保

1 厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策

我が国では、リスクアナリシスの考え方に基づき、食品に含まれる危害要因により、人の健康へ悪影響を及ぼすリスクについて、科学的に分析し、適切に評価するリスク評価、リスク評価を踏まえて規制等の措置を行うリスク管理、また、消費者を含む関係者がそれぞれの立場から相互に情報や意見交換を行うことなどを通して食品安全行政へ参画するリスクコミュニケーションによって食品の安全を確保する体制を構築している。厚生労働省では、食品などの規格基準の策定やそれに基づく監視指導の業務などを担う食品の衛生に関するリスク管理機関として、関係省庁及び地方公共団体と連携しながら、食品の安全の確保を図っている。

2 最近の食品安全行政の主な動き

(1) 食品衛生規制の見直し

前回の食品衛生法等の改正から約15年が経過し、共働き世帯や高齢者単身世帯の増加を背景に、調理食品、外食・中食への需要の増加や健康食品への関心の高まりなど食のニーズの多様化や輸入食品の増加など食のグローバル化の進展といった我が国の食を取り巻く環境が変化している。

このような変化の中で、都道府県等を越える広域的な食中毒事案の発生や、食中毒の発生数の下げ止まり傾向があり、事業者におけるより一層の衛生管理や、行政による的確な対応が喫緊の課題となっている。さらには、食品の輸出促進等も見据え、国際標準と整合的な食品衛生管理が求められている。

このような状況に鑑み、「食品衛生管理の国際標準化に関する検討会」(2016(平成28)年3月7日～2016年12月14日)や「食品用器具及び容器包装の規制に関する検討会」(2016年8月23日～2017(平成29)年5月25日)、「食品衛生法改正懇談会」(2017年9月14日～2017年11月8日)を開催し、食品衛生規制の見直しの方向性等の検討を行った。

これらでの議論等を踏まえ、食品の安全を確保するため、広域的な食中毒事案への対策強化、HACCP(ハサップ)に沿った衛生管理の制度化、特別の注意を必要とする成分等を含む食品による健康被害情報の収集、安全性を評価した物質のみを器具・容器包装の原材料として使用可能とする仕組みの導入、実態等に応じた営業許可制度の見直し、営業届出制度や食品リコール情報の報告制度の創設等を内容とする「食品衛生法等の一部を改正する法律」が2018(平成30)年6月に成立した。

図表 8-11-1 食品衛生法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

○我が国の食をとりまく環境変化や国際化等に対応し、食品の安全を確保するため、広域的な食中毒事案への対策強化、事業者による衛生管理の向上、食品による健康被害情報等の把握や対応を的確に行うとともに、国際整合的な食品用器具等の衛生規制の整備、実態等に応じた営業許可・届出制度や食品リコール情報の報告制度の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 広域的な食中毒事案への対策強化

国や都道府県等が、広域的な食中毒事案の発生や拡大防止等のため、相互に連携や協力を行うこととするともに、厚生労働大臣が、関係者で構成する広域連携協議会を設置し、緊急を要する場合には、当該協議会を活用し、対応に努めることとする。

2. HACCP（ハザップ）*に沿った衛生管理の制度化

原則として、すべての食品等事業者に、一般衛生管理に加え、HACCPに沿った衛生管理の実施を求める。ただし、規模や業種等を考慮した一定の営業者については、取り扱う食品の特性等に応じた衛生管理とする。

*事業者が食中毒菌汚染等の危害要因を把握した上で、原材料の入荷から製品出荷までの全工程の中で、危害要因を除去低減させるために特に重要な工程を管理し、安全性を確保する衛生管理手法。先進国を中心に義務化が進められている。

3. 特別の注意を必要とする成分等を含む食品による健康被害情報の収集

健康被害の発生を未然に防止する見地から、特別の注意を必要とする成分等を含む食品について、事業者から行政への健康被害情報の届出を求める。

4. 国際整合的な食品用器具・容器包装の衛生規制の整備

食品用器具・容器包装について、安全性を評価した物質のみ使用可能とするポジティブリスト制度の導入等を行う。

5. 営業許可制度の見直し、営業届出制度の創設

実態に応じた営業許可業種への見直しや、現行の営業許可業種（政令で定める34業種）以外の事業者の届出制の創設を行う。

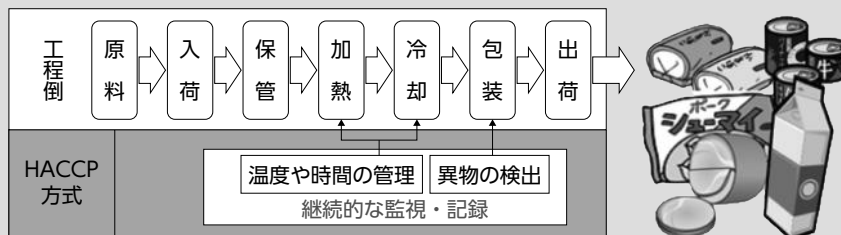
6. 食品リコール情報の報告制度の創設

営業者が自主回収を行う場合に、自治体へ報告する仕組みの構築を行う。

7. その他（乳製品・水産食品の衛生証明書の添付等の輸入要件化、自治体等の食品輸出関係事務に係る規定の創設等）

図表 8-11-2 HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Point）とは

事業者自らが、食中毒菌汚染等の危害要因をあらかじめ把握（Hazard Analysis）した上で、原材料入荷から製品出荷までの全工程の中で、危害要因を除去低減させるために特に重要な工程（Critical Control Point）を管理し、製品の安全性を確保する衛生管理手法。



図表8-11-3 HACCPに沿った衛生管理の制度化

【制度の概要】

全ての食品等事業者(食品の製造・加工、調理、販売等)が衛生管理計画を作成

食品衛生上の危害の発生を防止するために特に重要な工程を管理するための取組 (HACCPに基づく衛生管理)

コーデックスのHACCP7原則に基づき、食品等事業者自らが、使用する原材料や製造方法等に応じ、計画を作成し、管理を行う。

【対象事業者】

- ◆事業者の規模等を考慮
- ◆と畜場〔と畜場設置者、と畜場管理者、と畜業者〕
- ◆食鳥処理場〔食鳥処理業者(認定小規模食鳥処理業者を除く。)]

取り扱う食品の特性等に応じた取組 (HACCPの考え方を取り入れた衛生管理)

各業界団体が作成する手引書を参考に、簡略化されたアプローチによる衛生管理を行う。

【対象事業者】

- ◆小規模事業者(*事業所の従業員数を基準に、関係者の意見を聴き、検討中)
- ◆当該店舗での小売販売のみを目的とした製造・加工・調理事業者(例:菓子の製造販売、食肉の販売、魚介類の販売、豆腐の製造販売等)
- ◆提供する食品の種類が多く、変更頻度が頻繁な業種(例:飲食店、給食施設、そうざいの製造、弁当の製造等)
- ◆一般衛生管理の対応で管理が可能な業種等(例:包装食品の販売、食品の保管、食品の運搬等)

対EU・対米国等輸出対応 (HACCP+α)

HACCPに基づく衛生管理(ソフトの基準)に加え、輸入国が求める施設基準や追加的な要件(微生物検査や残留動物薬モニタリングの実施等)に合致する必要がある。

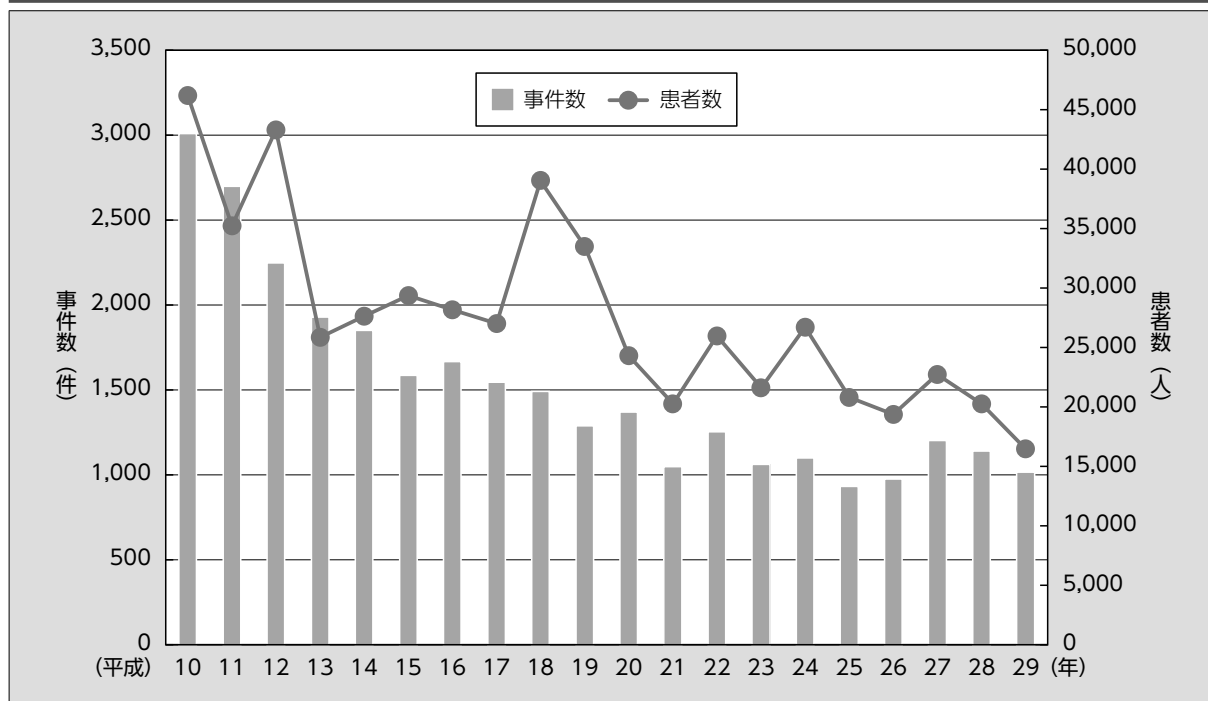
※取り扱う食品の特性等に応じた取組(HACCPの考え方を取り入れた衛生管理)の対象であっても、希望する事業者は、段階的に、食品衛生上の危害の発生を防止するために特に重要な工程を管理するための取組(HACCPに基づく衛生管理)、さらに対EU・対米国輸出等に向けた衛生管理へとステップアップしていくことが可能。

※今回の制度化において認証の取得は不要。

(2) 食中毒対策

食中毒の事件数は1998(平成10)年をピークにおおむね減少傾向を示してきたが、近年では、事件数は1,000件前後、患者数は20,000人前後で推移している(図表8-11-4)。

図表8-11-4 食中毒対策の事件件数の推移



食中毒による死者数は、2015(平成27)年は6人、2016(平成28)年は14人、2017(平成29)年は3人となっている。

1998年当時、食中毒の原因としてサルモネラ属菌や腸炎ビブリオなどが事件数の半分以上を占めていたが、近年ではノロウイルスやカンピロバクター・ジェジュニ/コリなど

の占める割合が高まっており、食中毒予防の観点から重要な課題となっている。特に冬場に多発するノロウイルスによる食中毒は、食中毒患者数全体の5割以上を占めている。ノロウイルスは、感染力が強く、弁当や給食の調理施設で発生し、大規模な食中毒となることがあり、発生原因としては、食品取扱者を介した発生が主要なものとなっている。

厚生労働省では、食中毒予防に関して国民に正しく理解されるよう、ノロウイルスやカンピロバクターなどに関するQ&Aのほか、家庭でできる食中毒予防のポイントをまとめたリーフレットやアニメーションを作成し、厚生労働省ホームページに公開している。また、厚生労働省Twitterにより、有毒植物や毒きのこ、ノロウイルス等の食中毒予防のポイントを周知し、食中毒予防に関する注意喚起を行っている。

(3) 食品中の放射性物質への対応について

食品中の放射性物質については、2011（平成23）年3月に発生した東京電力（株）福島第一原子力発電所の事故後の長期的な状況に対応するため、薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会放射性物質対策部会等において、食品安全委員会の食品健康影響評価や、コーデックス委員会の指標が年間1ミリシーベルトを超えないように設定されていることなどを踏まえて、事故直後に設けた暫定規制値に代わる現行の基準値（一般食品100Bq/kg、牛乳及び乳児用食品50Bq/kg、飲料水10Bq/kg）を2012（平成24）年4月に設定した。この基準値は、子どもを含む全ての世代に配慮されたものになっている。

食品中の放射性物質の状況については、原子力災害対策本部が定めたガイドラインに基づき、地方自治体において、主に出荷前の段階でモニタリング検査を実施しており、検査の結果については厚生労働省で取りまとめ、基準値を超えない場合を含め、全て公表している。

直近約1年間の検査結果では、食品から検出される放射性物質のレベルは全体的に低下し、基準値を超える食品も、一部の水産物、野生のきのこ類、山菜類、野生鳥獣肉などが中心となっている。同ガイドラインについては、これまでも定期的な改正が行われてきたが、2017（平成29）年4月以降の検査結果等を踏まえ、2018（平成30）年3月、同ガイドラインが改正され、検査対象自治体、検査対象品目等の見直しが行われた。こうした中で、福島県を始めとする各地域で実際に流通している食品を購入して調査した結果、食品中の放射性セシウムから受ける線量は、食品から追加で受ける線量の上限（1ミリシーベルト／年）の1パーセント以下であり、極めて小さい値に留まっている。引き続き、食品中の放射性物質から受ける線量の推定調査をしていくこととしている。

また、関係省庁と連携して、基準値の考え方や上記の調査結果などに関する説明会を全国で開催するなど、多様な媒体を活用して周知を行った。今後とも、消費者、生産者、事業者など、様々な立場の方々に、十分に安全な基準値であることが理解されるよう、丁寧に説明していく。

(4) 生食用食肉などの安全対策

2011（平成23）年4月に、飲食チェーン店での腸管出血性大腸菌を原因とする食中毒により、5名が死亡する事件が発生した。従来の衛生基準には法的な強制力がなく、事業者において衛生基準が十分に遵守されていなかったことを受け、食品衛生法に基づく生食

用食肉（牛肉）の規格基準として、加工段階における肉塊の加熱殺菌の規定などを定め、同年10月から適用している。

また、牛肝臓については、2011年秋に厚生労働省が実施した汚染実態調査において肝臓内部から腸管出血性大腸菌及び大腸菌が検出され、また、牛肝臓を安全に生食するための有効な予防対策が見出せなかったため、新たな知見が得られるまでの間、国民の健康保護の観点から食品衛生法に基づく規格基準として、生食用としての牛肝臓の販売を禁止する旨などを定め、2012（平成24）年7月から適用している。

牛肝臓の生食禁止後、豚の肝臓が生食用として提供されている実態が認められたことから、牛の肝臓以外の内臓、豚、鶏を含むその他の食肉などの生食の対応について、2013（平成25）年に薬事・食品衛生審議会において検討を開始した。2014（平成26）年8月に、食肉の種別ごとに食中毒菌やウイルスなどの危害要因などを整理し、公衆衛生上のリスクの大きさに応じた対応方策について検討した結果、豚の食肉及び内臓についてはE型肝炎ウイルスによる健康被害の重篤性などに鑑み、法的に生食用としての提供を禁止することが必要との結論を得た。厚生労働省においては、これを踏まえて、豚の食肉及び内臓を生食用として提供することを禁止する規格基準を策定し、2015（平成27）年6月から適用している。

なお、食肉などの生食や生焼けによる食中毒の防止を図るため、加熱の必要性について、消費者や事業者が正しく理解できるよう、Q&Aやリーフレット、ポスターなど普及啓発資材を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。



3 食品安全行政の概要

(1) 規格基準の設定及び見直し

❶ 既存添加物の使用・流通実態及び安全の確認

1947（昭和22）年の食品衛生法制定時から、化学的合成品である食品添加物については、安全性が確認され、厚生大臣（当時）が指定したものに限り、その製造、使用、販売などを認めてきた。その後、それまで食経験のない動植物から抽出した物質が食品添加物として使用される可能性が出てきたことなどに対応するため、1995（平成7）年の食品衛生法改正において、この指定制度の対象となる添加物の範囲を化学的合成品に限定せず天然添加物（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、2018（平成30）年4月1日現在、365品目となっている（図表8-11-5）。

図表8-11-5 食品添加物の種類

食品添加物の種類			
	定義	例	品目数*
指定添加物	食品衛生法第10条に基づき、厚生労働大臣が定めたもの	ソルビン酸、キシリトールなど	454品目
既存添加物	平成7年の法改正の際に、我が国において既に使用され、長い食経験があるものについて、例外的に指定を受けることなく使用・販売等が認められたもの。既存添加物名簿に収載	クチナシ色素、柿タンニンなど	365品目
天然香料	動植物から得られる天然の物質で、食品に香りを付ける目的で使用されるもの	バニラ香料、カニ香料など	約600品目
一般飲食物添加物	一般に飲食に供されているもので、添加物として使用されるもの	イチゴジュース、寒天など	約100品目

※平成30年4月1日現在の品目数

2 国際的に安全性評価が確立している添加物の指定の検討

2002（平成14）年から、国際的な整合性を図るため、①FAO／WHO 合同食品添加物専門家会議（Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives：JECFA）で一定の範囲内で安全性が確認されており、かつ、②欧米諸国などで使用が広く認められており、国際的に必要性が高いと考えられる添加物については、企業からの要請がなくとも、指定に向け安全性及び必要性の検討を行うとの方針をとっている。2018年4月1日現在、上記要件を満たす食品添加物45品目中41品目と香料全54品目について、薬事・食品衛生審議会における審議を経て指定を行った。

3 食品添加物公定書の改訂

食品添加物の規格基準については、「食品添加物公定書」に収載している。食品添加物公定書は、食品添加物の製造・品質管理技術、試験法の発展などに対応するために改訂を行っており、2018年2月1日に第9版食品添加物公定書が作成された。

4 食品中に残留する農薬などに関する対策

食品中に残留する農薬など（農薬、飼料添加物及び動物用医薬品）の規制について、2006（平成18）年5月からいわゆるポジティブリスト制度（一定の量を超えて農薬などが残留する食品の流通を原則禁止する制度）が施行されている。

本制度の導入に当たり暫定的に残留基準を設定した758品目の農薬などについては、

順次残留基準の見直しを行っており、2017（平成29）年度には82品目の見直しを行い、これまでに426品目の見直しを行った（2018年4月1日現在）。農薬の残留基準の設定に当たっては、健康への悪影響を防ぐため、従来一日摂取許容量（ADI：Acceptable Daily Intake）に照らして基準値を設定してきたが、2014（平成26）年度からは新たに急性影響の指標である急性参照用量（Acute Reference Dose：ARfD）も考慮した残留基準の設定を開始するなど、国際的な動向や最新の科学的知見に基づき、食品安全委員会による評価結果を踏まえて行っている。

5 食品中の汚染物質対策

食品中の汚染物質については、薬事・食品衛生審議会において、規格基準の設定に係る基本的な考え方が示されている。具体的には、国際規格が定められている食品については、我が国でも規格基準の設定を検討し、国際規格を採用すること、また、我が国の食料生産の実態などから国際規格を採用することが困難な場合は、関係者に対し汚染物質の低減対策に係る技術開発の推進などについて要請を行うとともに、必要に応じて関係者と連携し、「合理的に達成可能な範囲でできる限り低く設定する」というALARA（As low as reasonably achievable）の原則に基づく適切な基準値又はガイドライン値などの設定を行うことなどとしている。

この考え方にに基づき、2010（平成22）年4月に米中のカドミウムに係る規格基準の見直しを講じた。また、農林水産省及び環境省に対する農産物中のカドミウム低減対策の推進の要請、食品中のアフラトキシンに係る規制の見直し、妊婦への魚介類の摂食と水銀に関する注意事項の周知等の措置を講じている。

6 乳児用調製液状乳（液体ミルク）に関する規格基準の設定

液体ミルクについては、災害時における有用性、育児負担の軽減等の社会的ニーズ等を踏まえ、安全性確保の観点から規格基準の設定に向けた議論を進めてきた。2017年3月に、薬事・食品衛生審議会乳肉水産食品部会を開催し、常温で流通可能な牛乳に関する規格基準などを参考に、液体ミルクに必要な規格基準の在り方等について具体的な議論を開始した。2018年3月には、薬事・食品衛生審議会器具容器包装・乳肉水産食品合同部会において、事業者団体から提出されたデータ等を基に規格基準の検討が行われ、調製液状乳の規格基準案が了承され、同年8月に省令改正等を行い、調製液状乳の規格基準を設定した。

7 おもちゃの対策

おもちゃについては、乳幼児が接触することによりその健康を損なうおそれのあるものとして厚生労働大臣が指定するもの（以下「指定おもちゃ」という。）に関して、食品衛生法に基づく規格基準を設定し、フタル酸エステルの指定おもちゃへの使用について、国際的な整合性も踏まえ、2010年9月に規制対象となる種類を拡大した。また、器具・容器包装におけるフタル酸エステルの規制の見直しについて、食品安全委員会の食品健康影響評価結果等をもとに検討を進めることとしており、おもちゃに関する追加規制の必要性の有無等についても検討することとしている。

(2) 監視・検査体制の整備

1 計画に基づく監視指導

食品の安全性を確保するためには、厚生労働省や地方公共団体など関係行政機関が連携して、食品衛生法に基づく監視指導を実施することが重要である。これを効率的かつ効果的なものとするため、「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」（平成15年厚生労働省告示第301号）を定め、輸出国対策及び輸入時対策については厚生労働省が、国内流通時対策については都道府県等が地域の実情に応じて、毎年度、監視指導計画を策定し、公表の上、適切な監視指導を実施している。

2 輸入食品の安全性確保

食品流通のグローバル化の進展、消費者ニーズの多様化などを背景に、輸入食品の届出件数は年々増加している。増加する輸入食品の安全性を確保するため、年度ごとに「輸入食品監視指導計画」を策定し、効率的かつ効果的な監視指導に取り組んでいる。この計画では、輸出国、輸入時（水際）、国内流通時の三段階で関係行政機関が対策を講ずることとしている（図表8-11-6）。

輸出国での安全対策として、輸入食品について違反が確認された場合は、輸出国政府などに対して原因の究明及び再発防止対策の確立を要請するとともに、二国間協議を通じて生産段階などでの安全管理の実施、監視体制の強化、輸出前検査の実施などの推進を図っている。また、中国及びカナダの現地日本大使館へ「食の安全担当官」を配置するとともに、他の輸出国に対しては、必要に応じ日本から担当官を派遣し、安全対策の調査や要請などを実施しており、2017（平成29）年度は、オーストリア産、英国産、カナダ産、米国産及びベトナム産食肉、韓国産まぐわうり、台湾産加工食品、ニュージーランド産アスパラガス、ブラジル産鶏肉、ベルギー産加工食品などの食品安全に関する情報収集などを行った。引き続き、二国間協議及び現地調査を通じて輸出国段階の安全対策を検証するほか、計画的に主要な輸出国の安全管理体制に関する情報収集を進めていく。また、日中間における食品の安全性向上のため、「日中食品安全推進イニシアチブ覚書」に基づき、日中両国で輸出入される食品などの安全分野における交流及び協力の促進を目的とした行動計画を策定するとともに、実務者レベル協議及び現地調査を実施している。

輸入時（水際）の対策では、輸入業者に対して、輸入の都度、届出を義務づけ、事業者からの輸入前相談に対応するとともに、多種多様な輸入食品を幅広く監視するため、年間

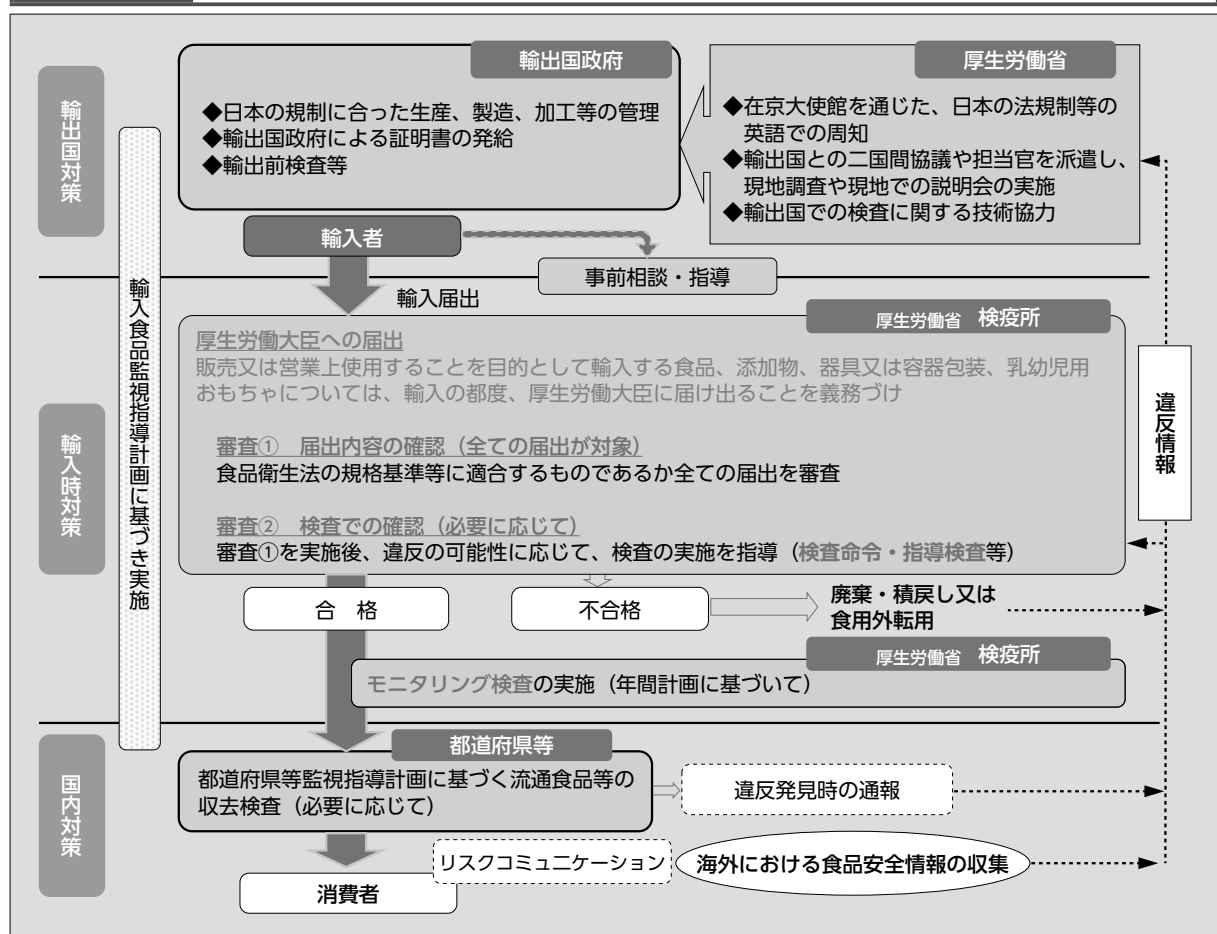


計画に基づくモニタリング検査を実施している。モニタリング検査における違反状況を踏まえ、違反の可能性が高いと見込まれる輸入食品については、輸入の都度、輸入者に対して検査命令を実施している。2016（平成28）年度には、約234万件の輸入届出に対して54,215件のモニタリング検査、56,877件の検査命令及び91,740件の指導検査などを実施しており、そのうち、違反と確認されたものは773件（届出件数の0.03%）である。違反の内容としては、冷凍食品の成分規格違反、添加物の使用基準違反、野菜の残留農薬基準違反など食品の成分規格違反が多く、こうした違反が確認された食品については、廃棄、積戻しなどの措置を講じている。また、今後は、法違反食品の輸入を未然に防ぎ、効率的に輸入食品の安全性を確保するため、輸入前相談の実施をより一層推進し、検疫所間において輸入前相談の情報共有を図ることとしている。

国内流通時の対策では、都道府県等が店舗等から輸入食品を抜き取り、検査や指導を行っている。違反と確認された際は、廃棄等の措置を講ずるとともに、厚生労働省は通報を受け、輸入時監視の強化を図っている。

また、輸入食品の安全性確保について消費者や事業者の理解が深まるよう、リーフレットや動画を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

図表8-11-6 輸入食品の監視体制の概要



3 輸出食品の安全性確保

和食がユネスコ無形文化遺産に登録され、世界的な和食ブームや日本産食品の持つ高品

質で安全であるといったイメージから、日本産食品の需要が拡大していくことが予想されている。そのような中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）、「『日本再興戦略』改訂2016」（平成28年6月2日閣議決定）などにおいて、農林水産物・食品の輸出促進が政府全体の施策として掲げられ、「農林水産業の輸出力強化戦略」（平成28年5月19日農林水産業・地域の活力創造本部とりまとめ）において、輸出促進のための取組みが求められている。

厚生労働省では、相手国から輸出食品の衛生管理について証明することを求められた場合には、農林水産省と連携し、輸出相手国との間で輸出のための衛生要件及びその手続を取り決め、地方公共団体等の協力のもと、衛生証明書の発行などの手続を行っている。さらに、輸出しようとする食品が国内で問題なく流通していることを証明するいわゆる自由販売証明書の発行を行っている。2016年度には、「農林水産業の輸出力強化戦略」を受け、輸出手続の簡素化・迅速化・利便性の向上の観点から、証明書発行申請時の添付書類の簡素化、証明書発行申請手続の電子化等の取組みを行うなど、証明書発行手続の見直しを行った。

また、東京電力（株）福島第一原子力発電所での事故の発生に伴い、一部の輸出相手国で日本産食品の検査強化や輸入禁止などの措置が取られていることから、厚生労働省では、関係省庁と連携し、定期的に国内での食品の放射性物質の検査結果を公表するなど、世界に向けた情報発信を継続して行っている。

4 健康食品の安全性確保

国民の健康に対する関心の高まりなどを背景として、これまで一般に飲食に供されることのなかったものや特殊な形態のものなど、様々な食品が「健康食品」として流通している。こうした中、消費者にとってより安全性の高い製品が供給されることが重要であり、製造段階における方策として、原材料の安全性確保、製造工程管理による安全性の確保及びこれらの実効性の確保として第三者認証制度による認証についての取組みを推進している。また、「健康食品・無承認無許可医薬品健康被害防止対応要領」に基づく健康被害情報の収集・処理体制により、健康食品による健康被害の発生防止等を講じている。さらに、リスクコミュニケーションの実施、パンフレットの作成などにより、消費者に対し、「健康食品」の利用に関する正しい知識の普及啓発に努めている。

5 遺伝子組換え食品などの安全性確保

2001（平成13）年4月から、食品衛生法による安全性審査を経ていない遺伝子組換え食品など（食品及び食品添加物）の輸入、販売などは禁止されている。安全性審査においては、食品安全委員会における食品健康影響評価を踏まえ、安全性に問題がないと判断された食品などを厚生労働省が公表しており、2018（平成30）年4月1日現在、とうもろこし、大豆などの食品8種類（318品目）、食品添加物31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、2018年4月1日現在、1施設（2品目）について製造基準への適合の確認が終了している。

6 牛海綿状脳症（BSE）対策の見直し

2001年10月の国内での対策開始から10年以上が経過し、国内外のBSEの発生リスクが低下していることから、最新の科学的知見に基づき、国内の検査体制、輸入条件といった対策全般の再評価を行うこととし、2011（平成23）年12月に食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼し、2012（平成24）年10月及び2013（平成25）年5月に評価結果が出された。

厚生労働省では、2012年10月の食品安全委員会の評価結果を踏まえ、2013年2月に国内措置として、BSE検査対象月齢を20か月齢超から30か月齢超への引上げ及び特定危険部位（SRM）の範囲の見直しを行った。また、輸入措置として、アメリカ、カナダ、フランス及びオランダなどの主要国について月齢条件を30か月齢以下とし、SRMは国内と同様の見直しを行った。

さらに、2013年5月の評価結果を踏まえ、同年7月にBSE検査対象月齢を48か月齢超とする見直しを行った。

その後もBSE感染牛は発見されておらず、国内のBSEリスクは更に低下していると考えられたことから、2015（平成27）年12月に、食品安全委員会に対して、国内措置について、健康牛のBSE検査の廃止及びSRMの範囲の改正について評価を依頼した。2016年8月、食品安全委員会からの健康牛のBSE検査を廃止しても人への健康リスクは変わらないとする旨の評価結果を踏まえ、2017年4月1日から健康牛のBSE検査を廃止した。また、SRMの範囲については、今後、食品安全委員会の評価結果を踏まえて、必要な管理措置の見直しを行うこととしている。

牛肉の輸入措置に関しては、食品安全委員会の評価結果を踏まえ、2013年12月にアイルランド、2014（平成26）年8月にポーランド、2015年12月にブラジル、2016年2月にはノルウェー、デンマーク及びスウェーデン、2016年5月にイタリア、2016年7月にスイス及びリヒテンシュタイン、2017年9月にオーストリアについて月齢条件を30か月齢以下とし（ブラジルのみ48か月齢以下）、輸入を再開した。今後とも、現地調査の実施や検疫所における検査などにより、各国の対日輸出プログラムの遵守状況の検証を行っていくとともに、国内同様、食品安全委員会の評価結果を踏まえて、必要な管理措置の見直しを行うこととしている。

4 国民への正確でわかりやすい情報提供等

(1) リスクコミュニケーションの取組み

リスクコミュニケーション（リスクに関する情報及び意見の相互交換）については、2003（平成15）年、リスク分析の重要な一要素として、「食品安全基本法」（平成15年法律第48号）にその実施に関する規定が盛り込まれたほか、個別の食品の安全性確保に係る施策（リスク管理措置）について定める食品衛生法などにおいても、より具体的な形で、国民や住民からの意見聴取の規定（いわゆるリスクコミュニケーション規定）が盛り込まれた。

厚生労働省では、食品安全委員会、農林水産省、消費者庁及び地方公共団体などと連携



しつつ、リスクコミュニケーションを進めている。2017（平成29）年度には、食品中の放射性物質対策、食品の安全性全般、輸入食品や健康食品の安全性確保などをテーマとし、意見交換会や子どもを対象とした施設見学などを開催した。また、全国3会場（東京都、宮城県、大阪府）で実施された親子参加型イベントに出展し、小学生とその保護者の方々に食品安全に関する情報提供を行った。このほか、各種パンフレットの作成・配布、動画の配信、ホームページの充実、関係団体・消費者団体との連携の推進などに取り組んでいる。

今後とも、消費者等関係者とのリスクコミュニケーションを積極的に行うとともに、意見交換会の在り方や情報発信の手法について、より良いものを目指して改善を重ねていくこととしている。

（2）食品の安全性確保に関する情報収集及び研究について

食生活の多様化に伴い、飲食に起因するリスクもまた多様化している。このような中、食品の安全性確保のためには、国内外の様々な情報を収集し、関係機関が情報を共有することや、科学に基づいたリスク管理措置を講ず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。2018（平成30）年2月末現在、188か国及び1機関（EU）がコーデックス委員会に加盟しており、我が国は1966（昭和41）年に加盟した。



コーデックス委員会には、総会、執行委員会を始めとして、一般問題部会（10部会）、個別食品部会（12部会）、特別部会（1部会）と地域調整部会（6部会）が置かれている。コーデックス委員会が策定した食品規格は、我が国の食品のリスク管理にも大きな影響を及ぼすものであることから、我が国では、厚生労働省のほか、農林水産省を始めとする関

係行政機関、研究機関などが連携しながらコーデックス委員会の活動に参画している。

第12節 水道事業の基盤強化

1 新水道ビジョン

厚生労働省では、人口減少社会の到来、東日本大震災の経験など、水道を取り巻く環境の変化に対応すべく、2013（平成25）年3月に新水道ビジョンを策定し、「安全」「強靱」「持続」を目指す方向性として位置づけ、各種施策の推進を図っている。

2 水道事業基盤強化等に向けた水道法の改正

水道は、97.9%（2016（平成28）年度末時点）の高い普及率に達し、国民の生活の基盤として必要不可欠なものとなっている。しかしながら、水道施設の老朽化が今後ますます進むと見込まれる一方で、人口減少に伴い、料金収入が減少するとともに、水道事業等を担う人材も不足するなど、水道事業は深刻な課題に直面している。このような状況を踏まえ、将来にわたり安全な水の安定供給を維持していくためには、水道事業の基盤強化を図ることが重要である。

厚生労働省では、これまで、新水道ビジョンの提示及び水道事業におけるアセットマネジメント（資産管理）に関する手引き（2009（平成21）年7月策定）や各種ツールの提供等により、水道事業者等による課題の把握及び対策の実施を支援してきた。

加えて、制度的対応についても検討するため、2015年9月より水道事業基盤強化方策検討会を開催し、同検討会の中間取りまとめを踏まえ、2016（平成28）年3月2日に「水道事業の基盤強化に向けた取組みについて」及び「水道事業の広域連携の推進について」（いずれも厚生労働省水道課長通知）を通知した。さらに、2016年3月からは、厚生科学審議会生活環境水道部会水道事業の維持・向上に関する専門委員会を開催し、同専門委員会において、適切な資産管理や広域連携の推進など水道事業の基盤強化を図るための具体策について議論を重ね、2016年11月22日に報告書「国民生活を支える水道事業の基盤強化等に向けて講ずべき施策について」が取りまとめられた。

この専門委員会報告書の提言を踏まえ、2017（平成29）年3月7日に、水道事業の広域連携や多様な官民連携を進めるとともに、水道事業者等に対し水道施設の適切な管理を求めること等により、水道事業の基盤の強化を図る「水道法の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出したが、同年9月28日の衆議院の解散を受け廃案となった。本法律案について、2018（平成30）年3月9日に、第196回通常国会に再提出し、継続審議の取扱いとなっていたが、同年12月6日に第197回臨時国会において成立した。

3 全ての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給

厚生労働省では、安全で良質な水道水の確保を図るため、最新の科学的知見や浄水における検出状況を踏まえて逐次水質基準等の見直しを行っている。また、水道事業者における水安全計画の策定や、クリプトスポリジウム等の耐塩素性病原生物の対策指針等に基づ

いた対策の徹底を促進するとともに、貯水槽水道の管理水準の向上に向けた取組みを促進している。

水道水質検査の信頼性を確保するための取組みとして、水道事業者や水道事業者の委託を受けて水質検査を行う登録水質検査機関等に対して、水質検査の外部精度管理調査等を実施している。

4 危機管理への取組み

2017（平成29）年度には、2017年7月の九州北部豪雨による福岡県、大分県での断水や2018（平成30）年1月下旬からの寒波等による北陸地方等での断水等への対応を行った。

地震等の自然災害時や水質事故等の非常時においても、利用者への給水を確保するため、水道事業者等には基幹的な水道施設の強靱化や迅速な復旧体制が求められる。このため、厚生労働省では、水道施設の耐震診断等の実施や、その耐震性能の把握、耐震化計画を策定した上での計画的な耐震化を図る取組みを推進している。また、東日本大震災を教訓として、東海地震や南海トラフ地震など、大地震の切迫性が高いと想定される地域を重点対象として水道の耐震化を推進している。

5 東日本大震災からの復興に関する取組み

水道施設については、総断水戸数257万戸に及ぶ大きな被害を受けたが、津波の被災地域や東京電力（株）福島第一原子力発電所の事故による帰還困難区域を除いて復旧はほぼ完了した。復旧完了以外の地域についても、厚生労働省や県、水道事業者、公益社団法人日本水道協会等の関係団体から構成される「東日本大震災水道復興支援連絡協議会」において、現地の課題や支援ニーズの把握に努め、早期復興に向けた取組みを推進している。

6 水道産業の国際展開に向けた取組み

世界では、いまだ約6億6千万人が安全な飲料水の供給を受けられない状況にあり、我が国は、このような状況にある国に対して、政府開発援助等の国際協力を実施している。今後、これらの国々では水需要・インフラ市場の拡大が見込まれることから、厚生労働省では、これまでの国際協力に加え、主に東南アジアの開発途上国を対象として、水道セミナーや案件発掘調査等を実施し、我が国が有する水道の技術・ノウハウ等の国際展開を支援している。

第13節 生活衛生関係営業の振興など

1 生活衛生関係営業の振興

国民生活に密着した営業である理容業、美容業、クリーニング業、旅館業、浴場業、興行場営業、飲食店営業、食肉販売業、食鳥肉販売業、氷雪販売業をあわせて「生活衛生関

係営業」（以下「生衛業」という。）といい、全国で約112万店が営業している^{*25}（図表8-13-1）。これらの衛生水準の維持向上や営業の振興を図り、公衆衛生の向上・増進及び国民生活の安定に寄与する観点から、予算や日本政策金融公庫の政策融資、税制措置等の施策を実施している。

公衆衛生の確保の観点からは、営業者自身の自主的取組み、生活衛生関係営業同業組合等の互助・支援、保健所等を通じた指導・規制の組み合わせにより衛生水準を向上させ、消費者の安全、安心の確保を図っている。

他方、生衛業の大半は中小零細事業者であり、市場が成熟する中で、大規模チェーン店等との競争の激化もあり、厳しい経営環境にある。こうした中で、生衛業の経営者には、消費者のニーズを的確に把握し、専門性や対面販売、地域密着等の経営特質を活かしながら、顧客満足や付加価値を高めていくことが求められる。また、高齢化等の進展により、地域で身近に必要な商品・サービスの提供が得られにくくなる、いわゆる「買物弱者」問題も懸念されている。生衛業の多くは住民に身近な事業者であり、買物弱者対策のほか、地域の健康づくりや地域コミュニティの活性化等に積極的に貢献していくことが期待される。

生衛業の振興については、こうした課題も踏まえ、生活衛生関係営業対策事業費補助金における先進的モデル事業（特別課題）により各営業が抱える課題に対応していくとともに、生活衛生関係事業者の連携促進を通じた地域活性化等の施策を進めている。

図表8-13-1 身近な生活衛生関係営業

地域で身近な業種	生活衛生関係営業の概要	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
事業所数	1,122千店			
1中学校区あたりの数	106.3店	飲食店（喫茶店を除く）	606千店	57.4店
従業者数	6,891千人	美容業	175千店	16.6店
経営特質（強み）	■ 専門性、技術	理容業	104千店	9.9店
	■ 対面販売（顔の見えるサービス）	喫茶店	70千店	6.6店
	■ 独自性、個性	洗濯業	61千店	5.8店
	■ 個別ニーズ対応、小回り	宿泊業	52千店	5.0店
	■ 地域密着、地域性	食肉販売業	19千店	1.8店
	■ 顧客基盤、つながり、温もり	一般公衆浴場	3千店	0.3店
経営課題（弱み）	■ 大規模チェーン店等との競争激化	興行場（映画館を含む）	4千店	0.4店
	■ 小規模零細、経営基盤の脆弱性	（参考）商店街	13千箇所	1.2箇所
	■ 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			

（注） 事業所数及び従業者数は総務省「平成26年経済センサス-基礎調査」を基に厚生労働省で再編加工（「氷雪販売業」は含まない）、「（参考）商店街」は経済産業省「平成26年商業統計表」、「1中学校区あたりの数」は文部科学省「平成26年度学校基本調査」の中学校数を基に算出

2 理容業及び美容業の規制緩和に向けた取組み

理容業・美容業の規制については、現在の消費者ニーズに即したものとすることを目的

* 25 総務省「平成26年経済センサス-基礎調査」を基に厚生労働省で再編加工（「氷雪販売業」の事業所数は含まない）。

として、2015（平成27）年11月に「理容師・美容師の養成のあり方に関する検討会」を立ち上げ、2016（平成28）年12月に報告書を公表した。これを受けて2017（平成29）年3月に理容師・美容師の養成課程等に関する省令等を改正し、2018（平成30）年4月から、新たに修得者課程^{*26}を設けることによって、理容師・美容師のいずれか一方の資格を取得した者が、他方の資格を取得しやすくする等の措置を講じている。

3 「民泊サービス」の規制改革に向けた取組み

ここ数年我が国において、インターネットを通じたマッチングビジネスの展開により、自宅の一部や別荘、マンションの空き室などを活用して宿泊サービスを提供するいわゆる「民泊サービス」が急速に普及している。こうした「民泊サービス」は、観光立国の推進の観点や、地域の人口減少等により急増している空き家の有効活用といった地域活性化の観点から活用を図ることが求められているが、感染症のまん延防止やテロ対策などの安全性の確保、地域住民等とのトラブル防止に留意した早急なルールづくりが必要である。また、「民泊サービス」を反復継続して有償で行う場合には、「旅館業法」の許可が必要であるが、許可を得ない違法な「民泊サービス」が広がっており、対応が必要となっている。

こうした事態に対応するため、民泊サービスの健全な普及が図られるよう、住宅宿泊事業者に係る届出制度並びに住宅宿泊管理業者及び住宅宿泊仲介業者に係る登録制度を設ける等の措置を講ずることとした「住宅宿泊事業法」が2017（平成29）年6月に成立した。また、ホテル営業及び旅館営業の営業種別を統合するとともに、違法な民泊サービスの拡がり等を踏まえた無許可営業等に対する罰則の強化等を図る「旅館業法の一部を改正する法律」が、2017年12月に成立した。両法とも2018（平成30）年6月に施行された。

4 建築物における衛生対策の推進

「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」（昭和45年法律第20号）に基づき、興行場、百貨店、店舗、事務所、学校などの用途に供される建築物で相当の規模^{*27}を有するもの（特定建築物）については、特定建築物の維持管理について権原を有する者（特定建築物維持管理権原者）に対して建築物環境衛生管理基準に従って維持管理するよう義務づけるなど、建築物内の衛生の確保を図っている。

建築物の衛生管理については、空気環境、給排水、清掃、ねずみ等防除と多岐にわたっており、建築物清掃業などの8業種について都道府県知事の登録制度が設けられている。今後も建築物をめぐる状況に適切に対応しながら、建築物の衛生的環境の確保のための取組みを進めていく必要がある。

第14節 原爆被爆者の援護

被爆者援護法^{*28}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、

^{*26} 理容師・美容師のいずれか一方の資格を取得した者が、他方の資格を取得する際に履修できる教科課程で、昼間課程（2年以上）、夜間課程（2年以上）、通信課程（3年以上）の履修期間を、それぞれ昼間課程（1年以上）、夜間課程（1年以上）、通信課程（1.5年以上）に短縮することができる。

^{*27} 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。

^{*28} 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

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。2018（平成30）年3月末までに約16,000件の認定を行っている。

在外被爆者に対しては、被爆者援護法に基づき、国外からの被爆者健康手帳の交付申請を可能としているほか、医療費や各種手当の支給などの援護施策を講じている。

また、原子爆弾の惨禍や被爆体験を次世代へ継承するため、2016年度から広島市・長崎市へ被爆建物の保存工事に対する補助を行うとともに、2018年度から、両市が養成している被爆体験の伝承者等を国内、国外へ派遣する事業を開始している。

第15節 ハンセン病対策の推進

1 ハンセン病問題の経緯について

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が熊本地裁などに提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所で原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日に「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を発表、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（以下「補償法」という。）が公布・施行され、入所者などに対する補償を行うこととした。さらに、2006（平成18）年2月に補償法が改正され、国外療養所の元入所者についても補償金を支給することとした。

その後も、厚生労働省と元患者の代表者等との間で、定期的に「ハンセン病問題対策協議会」を開催し、名誉の回復や福祉の増進の措置などについて協議を行っている。

元患者の方々に対しては、裁判による和解金に加え、2002（平成14）年度から、退所

者の生活基盤の確立を図るための「ハンセン病療養所退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」、2005（平成17）年度から、裁判上の和解が成立した入所歴のない元患者が平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるための「ハンセン病療養所非入所者給与金」の支給を行っている。

2 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について

これらの取組みにより、ハンセン病の元患者の方々が受けた被害の回復については一定の解決が図られていたが、元患者の方々の名誉の回復、福祉の増進等に関し、未解決の問題が残されていた。このような状況を踏まえ、これらの問題の解決の促進に関して、必要な事項を定めた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（以下「促進法」という。）が、2008（平成20）年6月に議員立法により成立し、2009（平成21）年4月1日から施行された。

これにより「らい予防法の廃止に関する法律」は廃止され、促進法の下、①国立ハンセン病療養所等における療養及び生活の保障、②社会復帰の支援並びに日常生活及び社会生活の援助、③名誉の回復及び死没者の追悼、④親族に対する援護などに関する施策が実施されることとなった。

また、2014（平成26）年11月に促進法の一部が議員立法により改正され、ハンセン病療養所退所者給与金受給者の配偶者等の生活の安定等を図るための「特定配偶者等支援金」を2015（平成27）年10月から支給している。

3 ハンセン病の歴史に関する普及啓発の取組みについて

ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する正しい知識の普及啓発として、2002（平成14）年度から中学生向けのパンフレットを作成し、全国の中学校などに配付するとともに、厚生労働省等の主催で「ハンセン病問題に関するシンポジウム」を開催している。また、2009（平成21）年度から、補償法の施行の日である6月22日を「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」とし、厚生労働省主催の追悼、慰霊と名誉回復の行事を実施している。2011（平成23）年度には、厚生労働省玄関前に「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の碑」が建立され、追悼等の行事に併せて除幕式が執り行われた。

国立ハンセン病資料館については、2007（平成19）年の再オープン以来、①普及啓発の拠点、②情報発信の拠点、③交流の拠点として位置づけ、ハンセン病及びハンセン病の対策の歴史に関するより一層の普及啓発に向けた取組みを行っている。

また、ハンセン病に対する偏見・差別の早期かつ抜本的な解消が実現されるよう、普及啓発活動の一環として、ハンセン病隔離政策の歴史において象徴的な施設である重監房（特別病室）の一部を再現し、更なる啓発活動に資するため、群馬県草津町に重監房資料館が整備され、2014（平成26）年にオープンした。

さらに、2016（平成28）年は「らい予防法」が廃止されてから20年という節目の年でもあり、今後の普及啓発の在り方を検討するため「ハンセン病資料館等運営企画検討会」を開催し、2017（平成29）年3月に検討内容を提言として取りまとめた。



国立ハンセン病資料館



重監房資料館

第16節 カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施

カネミ油症事件は、1968（昭和43）年10月、カネミ倉庫株式会社製造のライスオイル（米ぬか油）中に、脱臭工程の熱媒体として用いられたカネクロール（ポリ塩化ビフェニル（PCB）やダイオキシン類の一種など）が混入したことを原因とする大規模な食中毒事件で、被害は、西日本を中心に広域に及んだ。

カネミ油症の患者への支援については、これまで、原因企業であるカネミ倉庫株式会社（以下「カネミ倉庫」という。）が医療費等の支払を行ってきたが、政府としても油症治療研究班による研究・検診・相談事業の推進やカネミ倉庫に対する政府所有米穀の保管委託を通じた支援を行ってきた。

2012（平成24）年8月には、超党派の議員連盟等における新たな総合的な支援策を講ずるべきとの意見を踏まえ、議員立法により「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（平成24年法律第82号）が成立し、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行っていくこととなった（図表8-16-1）。

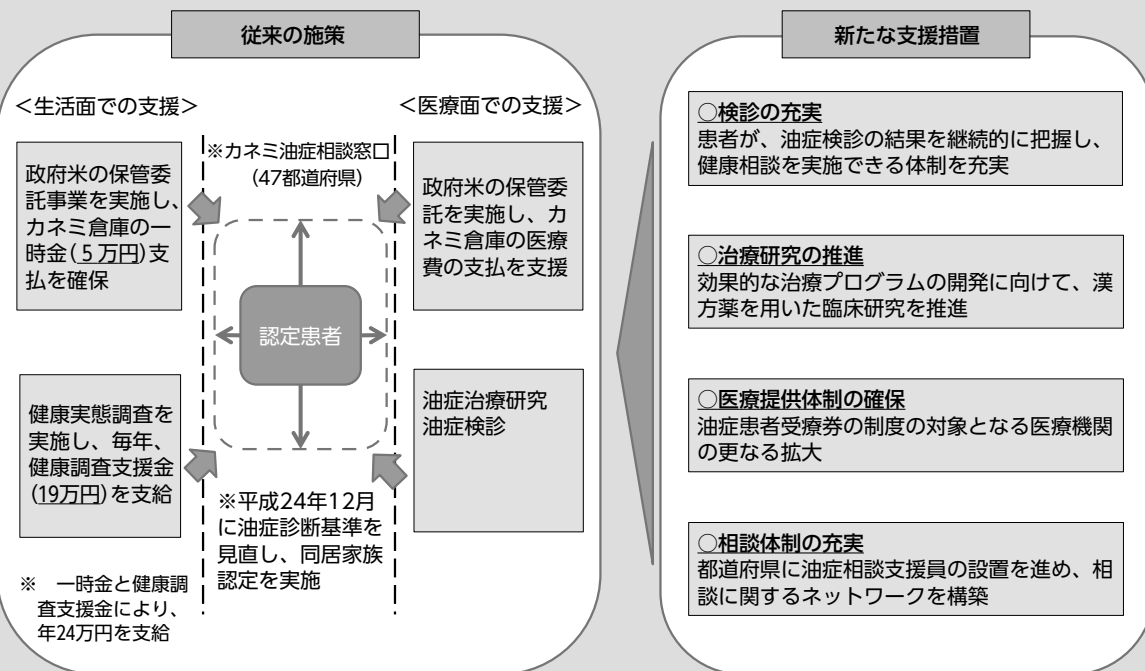
同法やカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針（平成24年厚生労働省・農林水産省告示第2号）に基づき、2012年12月に油症診断基準が改定され、新たな基準に基づき、320名（2018（平成30）年3月31日現在）がカネミ油症患者として認定されている。また、2013（平成25）年度からカネミ油症患者に対する健康実態調査を実施し、毎年度調査に協力いただいた方々に健康調査支援金（19万円）を支給している。

また、同年9月にカネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律施行後3年を迎えたことから、三者協議で意見交換を実施し、法附則第2条の検討規定に基づく必要な措置の一環として、相談体制の充実など4つの支援措置を実施するため、2016（平成28）年4月1日にカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針の一部改正を行った。

2017（平成29）年6月24日に第10回、2018年1月20日に第11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

カネミ油症患者に対する施策については、「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」に基づき、総合的な支援措置を実施している。同法附則の検討規定を踏まえ、今回の基本指針の改正により、次のような支援措置を実施



第9章 障害者支援の総合的な推進

第1節 障害福祉施策の推進について

1 障害者総合支援法等に基づく支援

(1) 障害者総合支援法の施行について

障害保健福祉施策については、「障害者自立支援法」を「障害者総合支援法」とする内容を含む「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が2012（平成24）年6月に成立し、2013（平成25）年4月より施行（一部、2014（平成26）年4月施行）された。

また、2016（平成28）年5月には、同法の附則で規定された施行後3年（2016年4月）を目途とした見直しを行う、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」（平成28年法律第65号。以下「障害者総合支援法等改正法」という。）が成立し、2018（平成30）年4月より施行された（図表9-1-1）。

図表9-1-1

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

趣 旨

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概 要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日（2.（3）については公布の日（平成28年6月3日））

(2) 難病患者等への対象拡大

2013（平成25）年4月から障害者の定義に難病患者等を追加して障害福祉サービス等の対象とし、新たに対象となる難病患者等は、障害者手帳の所持の有無にかかわらず、必要に応じて障害支援区分の認定などの手続きを経た上で、市区町村において必要と認められた障害福祉サービス等（障害児にあっては、「児童福祉法」に基づく障害児支援）を利用できることとなった。

難病等の対象疾病については、当初、難病患者等居宅生活支援事業と同じ範囲である130疾病を対象としていたが、難病医療費助成の対象となる指定難病の検討状況等を踏まえて対象疾病の検討を行い、2015（平成27）年1月1日より151疾病に、同年7月1日より332疾病に、2017（平成29）年4月1日より358疾病に、2018（平成30）年4月1日より359疾病に拡大した。

(3) 障害福祉サービスの充実

「障害者総合支援法等改正法」により、重度訪問介護を利用する障害支援区分6の者については、医療機関への入院中においても、コミュニケーション支援等を受けることが可能となった。さらに、障害者の地域での一人暮らしを支援する自立生活援助や、一般就労に伴う環境変化により生じる生活面・就業面の課題に対応する就労定着支援といったサービスを新設した。

2018（平成30）年度の障害福祉サービス等報酬改定（以下「報酬改定」という。）では、これら新設サービスについて報酬設定するとともに、障害者の重度化・高齢化に対応できる共同生活援助（グループホーム）の新類型を創設したほか、就労継続支援に係る工賃・賃金の向上等に向けた報酬の見直しを行った（図表9-1-2）。

(4) 障害児支援の強化等

「障害者総合支援法等改正法」において、重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対する支援である居宅訪問型児童発達支援の新設や、医療的ケアを要する障害児（以下「医療的ケア児」という。）が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めることなどを規定し、障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応をすることとした。

また、報酬改定では、医療的ケア児への支援を充実するとともに、放課後等デイサービスなどの障害児通所支援を利用する障害児が、障害特性に応じた適切な支援を受け、生活能力の向上を図ることができるよう、適切な評価に基づく報酬体系とすることとした（図表9-1-2）。

なお、「児童福祉法」においても、自治体において保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制整備に努めることなどを規定し、平成29年度より、保育所等で医療的ケア児を受入れるモデル事業を実施することとした。

図表 9-1-2 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

- 障害者の重度化・高齢化への対応、医療的ケア児への支援や就労支援サービスの質の向上などの課題に対応
- 改正障害者総合支援法等（H28.5成立）により創設された新サービスの報酬・基準を設定
- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定の改定率：+0.47%

障害者の重度化・高齢化を踏まえた、地域移行・地域生活の支援 1. 重度の障害者への支援を可能とするグループホームの新たな類型を創設 2. 一人暮らしの障害者の理解力、生活力等を補うための支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、「自立生活援助」の報酬を設定 3. 地域生活支援拠点等の機能強化 4. 共生型サービスの基準・報酬の設定	精神障害者の地域移行の推進 1. 長期に入院する精神障害者の地域移行を進めるため、グループホームでの受入れに係る加算を創設 2. 地域移行支援における地域移行実績等の評価 3. 医療観察法対象者等の受入れの促進
医療的ケア児への対応等 1. 人工呼吸器等の使用や、たん吸引などの医療的ケアが必要な障害児が、必要な支援を受けられるよう、看護職員の配置を評価する加算を創設 2. 障害児の通所サービスについて、利用者の状態や事業所のサービス提供時間に応じた評価を行う 3. 障害児の居宅を訪問して発達支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、「居宅訪問型児童発達支援」の報酬を設定	就労系のサービスにおける工賃・賃金の向上、一般就労への移行促進 1. 一般就労への定着実績等に応じた報酬体系とする 2. 一般就労に移行した障害者に生活面の支援を行う新サービス（前回の法改正に伴うもの）、「就労定着支援」の報酬を設定
	障害福祉サービスの持続可能性の確保 1. 計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価 2. 送迎加算の見直し

(5) 第5期障害福祉計画等に係る基本指針

「障害者総合支援法」及び「児童福祉法」では、障害のある人に必要なサービスが提供されるよう、将来に向けた計画的なサービス提供体制の整備を進める観点から、国の定めた基本的な指針（以下「基本指針」という。）に即して、市町村及び都道府県が、数値目標と必要なサービス量の見込み等を記載した障害福祉計画及び障害児福祉計画を策定することとしている。2017（平成29）年3月には、社会保障審議会障害者部会での議論を経て、2018（平成30）年度から2020年度までの3年間の計画の策定のため、基本指針の改正を行った。都道府県、市町村においては、この基本指針に即して3年間の計画を作成するとともに、計画に盛り込んだ事項について、定量的に調査、分析、評価を行い、障害福祉施策を総合的、計画的に行っていくことが求められる（図表9-1-3）。

図表9-1-3 第5期障害福祉計画等に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- ・「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。2017 (H29) 年3月に告示。
- ・都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間は2018 (H30) ~2020年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・就労定着に向けた支援
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標 (計画期間が終了する 2020 年度末の目標)

①施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数：2016 (H28) 年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数：2016 (H28) 年度末の2%以上削減
※高齢化・重症化を背景とした目標設定

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場 (各圏域、各市町村) の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数：14.6万人~15.7万人に (2014 (H26) 年度末の18.5万人と比べて3.9万人~2.8万人減)
- ・退院率：入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90% (2015 (H27) 年時点の上位10%の都道府県の水準)

③地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数：2016 (H28) 年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者：2016 (H28) 年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所：5割以上
※実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率：80%以上 (新)

⑤障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場 (各都道府県、各圏域、各市町村) の設置 (2018 (H30) 年度末まで)

4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・難病患者への一層の周知
- ・障害者の芸術文化活動支援
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

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 (図表9-1-4)。

厚生労働省においては、障害者虐待の防止に向けた取組みとして、地域生活支援事業において、地域における関係機関等の協力体制の整備・充実に努めるとともに、過去に虐待があった障害のある人の家庭訪問、障害者虐待防止に関する研修、虐待事例の分析を行う都道府県や市町村を支援している。

さらに、障害がある人の虐待防止・権利擁護や強度行動障害のある人に対する支援のあり方に関して、各都道府県で指導的役割を担う者を養成するための研修を実施している。

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つて、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。											
<table><tr><th>養護者による障害者虐待</th><th>障害者福祉施設従事者等による障害者虐待</th><th>使用者による障害者虐待</th></tr><tr><td>[市町村の責務] 相談等、居室確保、連携確保</td><td>[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</td><td>[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</td></tr><tr><td>[スキーム] </td><td>[スキーム] </td><td>[スキーム] </td></tr></table>	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] 	[スキーム] 	[スキーム] 		
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] 	[スキーム] 	[スキーム] 									
3 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。											
その他 1 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。 2 市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。 3 国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。											
※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。											

障害者支援の総合的な推進

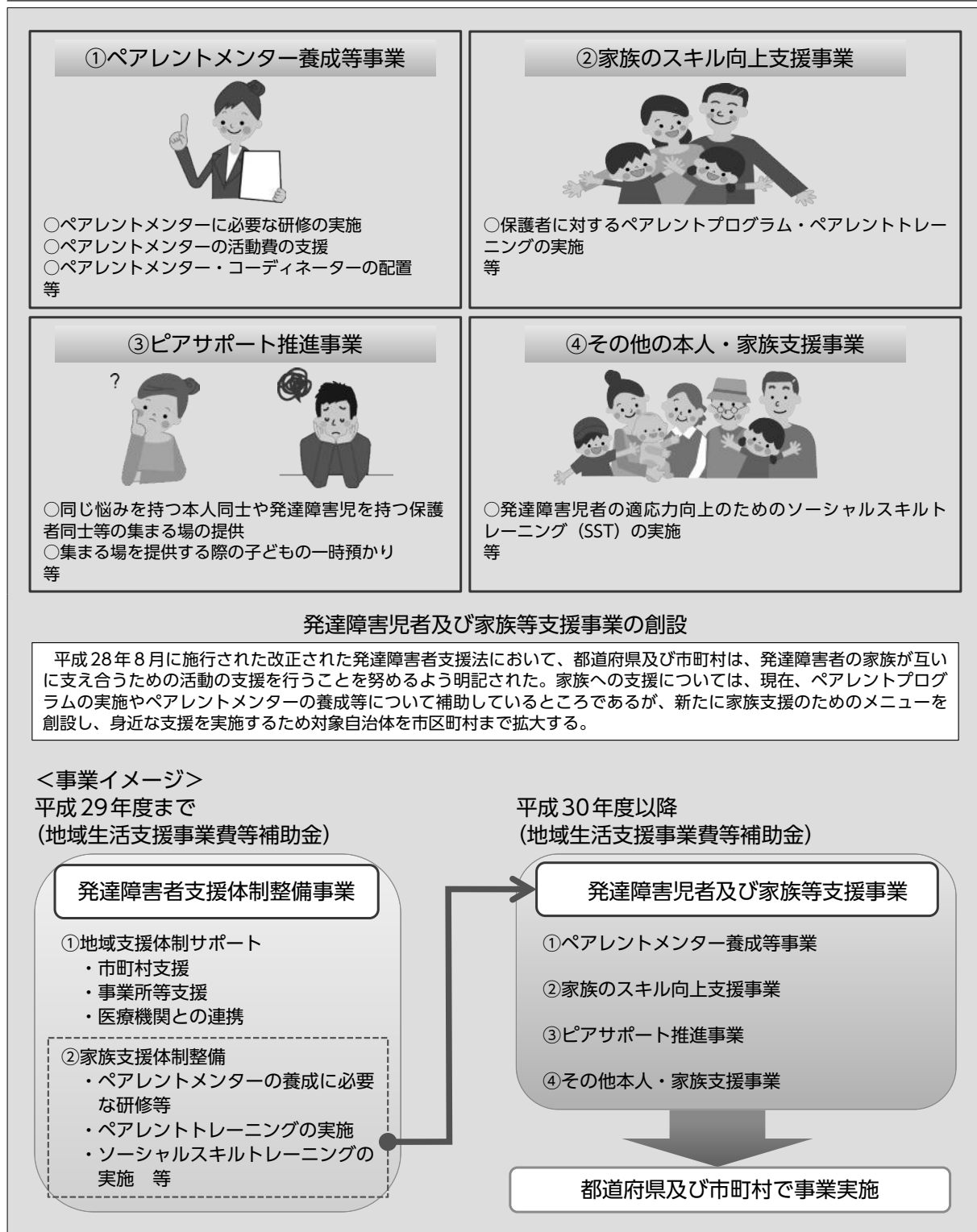
第9章

3 発達障害者の支援

発達障害については、2004（平成16）年12月に「発達障害者支援法」が成立し、発達障害の法的位置づけが確立され（図表 9-1-5）、発達障害の早期発見・早期支援や発達障害児者の生活全般にわたる支援が進められてきた。

また、第190回国会においては、近年の共生社会の実現に向けた新たな取組み等を踏まえ、発達障害児者の支援をより一層充実させるための「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が2016（平成28）年5月に成立し、同年8月より施行された（平成28年法律第64号）。

図表 9-1-6 発達障害児者及び家族等支援事業（新規）



（2）発達障害者への支援手法の開発・早期支援や普及啓発の着実な実施

厚生労働省においては、発達障害児者を支援するための支援手法の開発、関係する分野との協働による支援や切れ目のない支援等を整備するため、「発達障害児者地域生活支援モデル事業」を実施している。2017（平成29）年度は、2016（平成28）年の法改正の趣旨を踏まえ、地域での生活支援のために「地域で暮らす発達障害児者に困り事が生じた時に、発達障害児者の特性を理解した上で地域や関係機関において適切な対応が行われる

ための支援手法の開発」等のテーマを設けた。2018（平成30）年度も引き続き、モデル事業を実施することとしている。

国立障害者リハビリテーションセンターでは、各部門が連携して支援手法の開発や早期支援等に取り組んでいる。また、全国の発達障害者支援センターの中核として、同センター内に発達障害情報・支援センターを設置し、各センターや研究機関等との情報共有を図るとともに、発達障害に関する情報を集約しホームページで発信することにより普及啓発を実施している。2018年度は、「発達障害者地域支援推進事業」を実施し、発達障害者支援センターや発達障害者地域支援マネジャーが抱える困難事例に係る支援や、困難事例への先進的な支援を行う事業所における実地研修の普及支援を行うことにより、より多様化が見込まれる支援ニーズに対して全ての地域で実効性のある取組みが行われるよう支援していくこととしている。

また、2011（平成23）年度から、発達障害などに関して知識を有する専門員が保育所や放課後児童クラブ等を巡回し、施設の職員や親に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言などの支援を行う「巡回支援専門員」の派遣に対して財政支援を行い、地域における発達障害児等の福祉の向上を図っている。

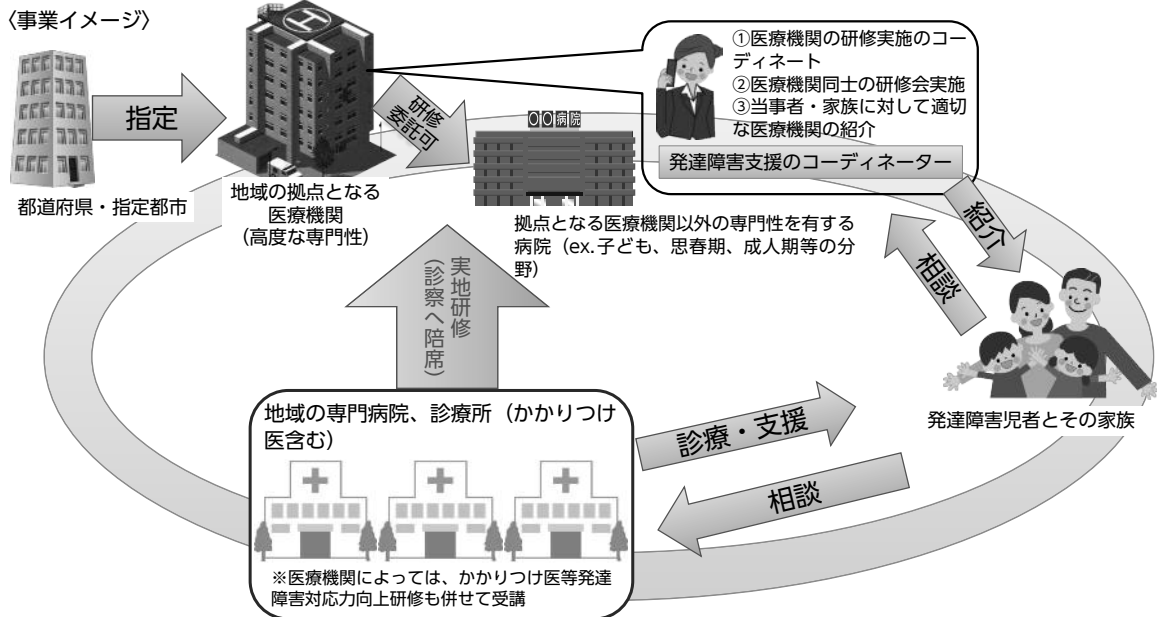
この他、2007（平成19）年12月に、毎年4月2日を「世界自閉症啓発デー」とする決議が国連で採択されたことを受け、厚生労働省と一般社団法人日本自閉症協会の主催により都内でシンポジウムを開催するなど、自閉症をはじめとする発達障害に関する正しい知識の浸透を図っている。全国各地においても、「世界自閉症啓発デー」や4月2日から8日までの「発達障害啓発週間」（関係団体等が提唱）において、様々な啓発活動が実施されている。

（3）人材の育成

厚生労働省においては、2016（平成28）年度より、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえて実施する研修への補助を行い、都道府県・指定都市のどの地域においても一定水準の発達障害の診療・対応が可能となるよう取り組んでいる。さらに、2018（平成30）年度からは「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」において、都道府県・指定都市が、発達障害に関する医療機関のネットワークを構築し、発達障害の診療や支援を行う医師を養成するための実地研修等を実施することを支援している（図表9-1-7）。また、国立障害者リハビリテーションセンターでは、市町村や事業所への支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応などを行う発達障害者地域支援マネジャー等の専門職に対する研修を行っており、発達障害情報・支援センター等、各部門が連携して発達障害者支援に携わる専門的な人材の育成に取り組んでいる。

図表 9-1-7 発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業（新規）

平成29年1月に総務省から「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」がなされたが、発達障害の専門的医療機関が少ないという指摘があり、専門的医療機関の確保が急務となっている。
これを踏まえ、平成30年度予算において発達障害の診療・支援ができる医師の養成を行うための実地研修等を実施し、専門的医療機関の確保を図る。



4 障害者扶養共済制度（しょうがい共済）

障害のある人を育てている保護者が毎月掛金を納めることで、その保護者が亡くなったときなどに、障害のある人に一定額の年金を一生支払う制度として、「障害者扶養共済制度（愛称：しょうがい共済）」が、すべての都道府県・政令指定都市で実施されている。この制度は、独立行政法人福祉医療機構が地方自治体独自の制度を再保険して補完する仕組みとなっている。

また、この制度は、5年に1度、安定的な制度の運営のために財政的な検証を行う仕組みになっており、2017（平成29）年度に開催された心身障害者扶養保険事業に関する検討会では、厚生労働省、地方公共団体及び独立行政法人福祉医療機構による広報の取組みについて一層の充実を図ることとなった。

厚生労働省では、リーフレットや自治体等担当者向けの案内の手引きを作成するとともに、ホームページやSNSでの情報の発信や、母子健康手帳での制度の紹介等、広報啓発活動に取り組んでいる。

5 高次脳機能障害者の支援

高次脳機能障害とは、事故や病気などにより脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、

親あるうちにできること。
お子さんに、生涯の安心を…。

障害者扶養共済制度

（しょうがい共済）

障害のある方を扶養している保護者の皆さまへ
毎月一定の掛金を納めていただくことで、
ご自身に万が一（死亡・重度障害）のことがあったとき、
障害のある方へ、終身年金を支給します。

「障害者扶養共済制度（しょうがい共済）」の4つのメリット

毎月2万円の終身年金	掛金が割安	税制優遇	公約制度だから安心
------------	-------	------	-----------

※加入資格、給付（保険料）、年金受給の条件については、保険者の方が必要資料の地方公共団体（市町村）の「障害者扶養共済制度」の「加入者・受給者の募集」をご覧ください。

※制度の詳細については、（財）福祉医療機構のホームページ「発達障害者支援」の「障害者扶養共済制度」をご覧ください。

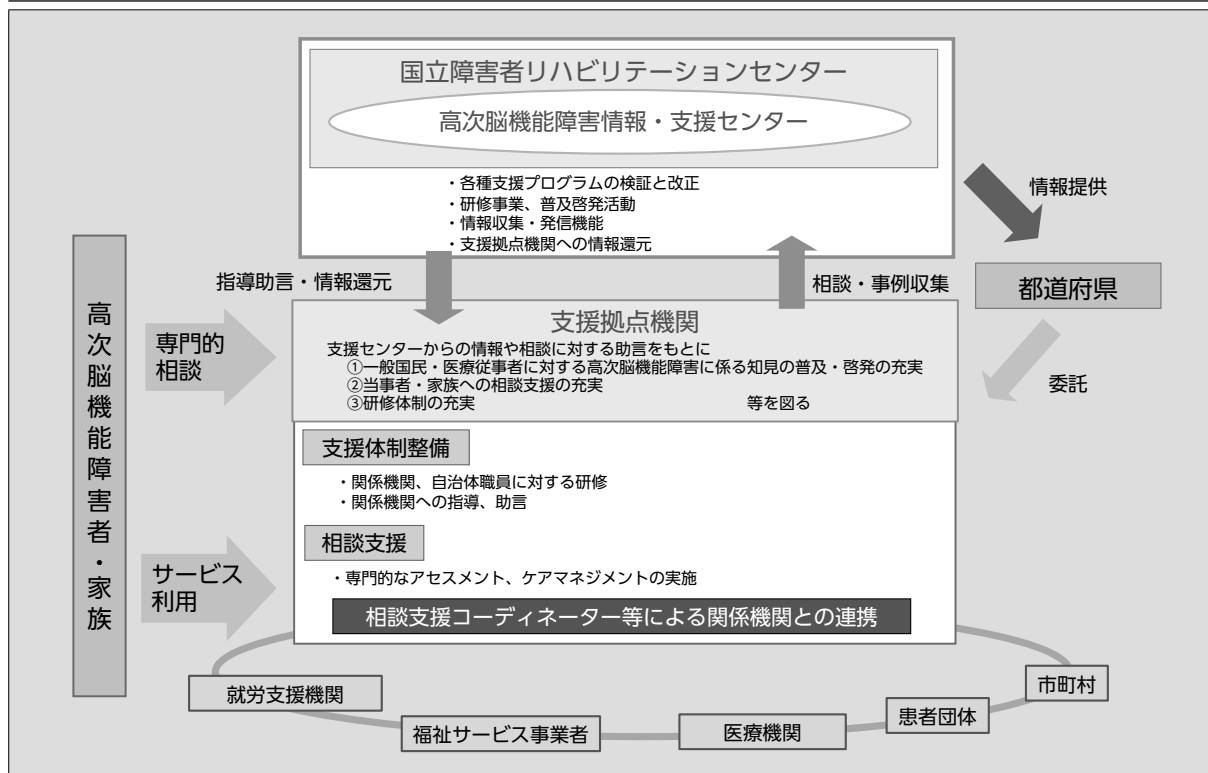
厚生労働省 WAM 独立行政法人福祉医療機構

注意、遂行機能、社会的行動といった認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの、外見からは障害がわかりにくいことが多い。

高次脳機能障害者の支援については、厚生労働省の「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」（図表9-1-8）により、各都道府県において、病院などの支援拠点機関に相談支援コーディネーター（社会福祉士、保健師、作業療法士等）を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携や調整を行うなど、地域での高次脳機能障害者支援の普及を図っている。

国立障害者リハビリテーションセンターでは、各部門が連携して、事例の集積、分析、研究、専門職員への研修等を行っている。また、全国の支援拠点機関の中核として、同センター内に高次脳機能障害情報・支援センターを設置し、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会、支援拠点機関の職員向け研修会等により、各支援拠点機関等との情報共有を図るとともに、高次脳機能障害に関する情報を集約しホームページで発信することにより、普及啓発を実施している。

図表9-1-8 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



第2節 障害者の社会参加支援について

障害者の社会参加を支援するため、地域生活支援事業や身体機能を補完する補装具の購入等に要する費用を支給する事業などを行っている。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、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を行う事業、障害者に対する理解を深めるための研修・啓発を行う事業など様々な事業を行っている。なお、障害者の芸術文化活動については、2017（平成29）年度から、「障害者芸術文化活動普及支援事業」を開始し、障害者の芸術文化活動にかかる相談支援や人材育成等を行う取組みを進めている。また、障害者の芸術文化活動の全国的な発表の場である「全国障害者芸術・文化祭」を2018（平成30）年10月から11月まで、「国民文化祭」と一体的に大分県で開催（2019年は新潟県で開催予定）するなど、芸術文化活動支援を通じて、国民の障害への理解と障害者の社会参加を促進する取組みを行っている。さらに、2018年6月に「障害者による文化芸術活動の推進に関する法律」（平成30年法律第47号）が新たに制定され、障害者による文化芸術活動の推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、文化芸術活動を通じた障害者の個性と能力の発揮及び社会参加の促進を図ることとした。



第17回全国障害者芸術・文化祭なら大会の展示会の様子

第3節 精神保健医療福祉について

1 精神保健医療福祉の現状と課題について

精神疾患患者は、2014（平成26）年は392.4万人となっており、いわゆる4大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっている。

治療薬の発展などにより近年の新規患者の入院期間は短縮化傾向にあり、約9割の新規入院患者が1年以内に退院しており、特に統合失調症の入院患者数が減少している。1年以上の長期入院患者も減少傾向にあるが、2014年は18.7万人となっており、入院患者の多くの部分を占めている。

また、うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化している。さらに、近年は、身体拘束の判断や本人の同意によらない入院の判断等を行う資格を持つ精神保健指定医の診療所開業が増えている一方で、ニーズの高まっている病院での急性期医療に携

わる人材が不足するなどの課題が生じている。

2 精神保健医療福祉の取組状況について

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、省内の関係部局長を本部員として発足した精神保健福祉対策本部において、精神保健福祉施策の改革ビジョン^{*1}を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示した。その後、2009（平成21）年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書^{*2}では、精神保健医療福祉体系の再構築や精神医療の質の向上などに関する様々な提言がなされた。

さらに、1の現状と課題を踏まえ、保護者に関する規定の削除、医療保護入院の見直し等を盛り込んだ「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の一部を改正する法律（平成25年法律第47号。以下「平成25年改正法」という。）が2013（平成25）年6月13日に成立し、同月19日に公布、2014（平成26）年4月に施行した。

また、2014年3月には「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に沿って、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を公布した。

この指針において、長期入院精神障害者の更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。

さらに、この基本理念をより強力に推進する観点から、2016（平成28）年1月から開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（以下「あり方検討会」という。）が取りまとめた報告書の内容及び社会保障審議会障害者部会の議論を踏まえ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が新たな政策理念として掲げられた。

これを受けて、2017（平成29）年度より、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、第5期障害福祉計画（2018（平成30）～2020年度）において、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を成果目標とすることとし、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体等、関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有化した上で、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に資する取組みを推進している（図表9-3-1）。

また、「平成25年改正法」附則の検討事項のほか、措置入院後の継続的支援のあり方や、精神保健指定医の資格の不正取得の防止等の観点から精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、あり方検討会においては、今後の取組みが報告書に盛り込まれた。

本報告書の内容を踏まえ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正す

*1 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>

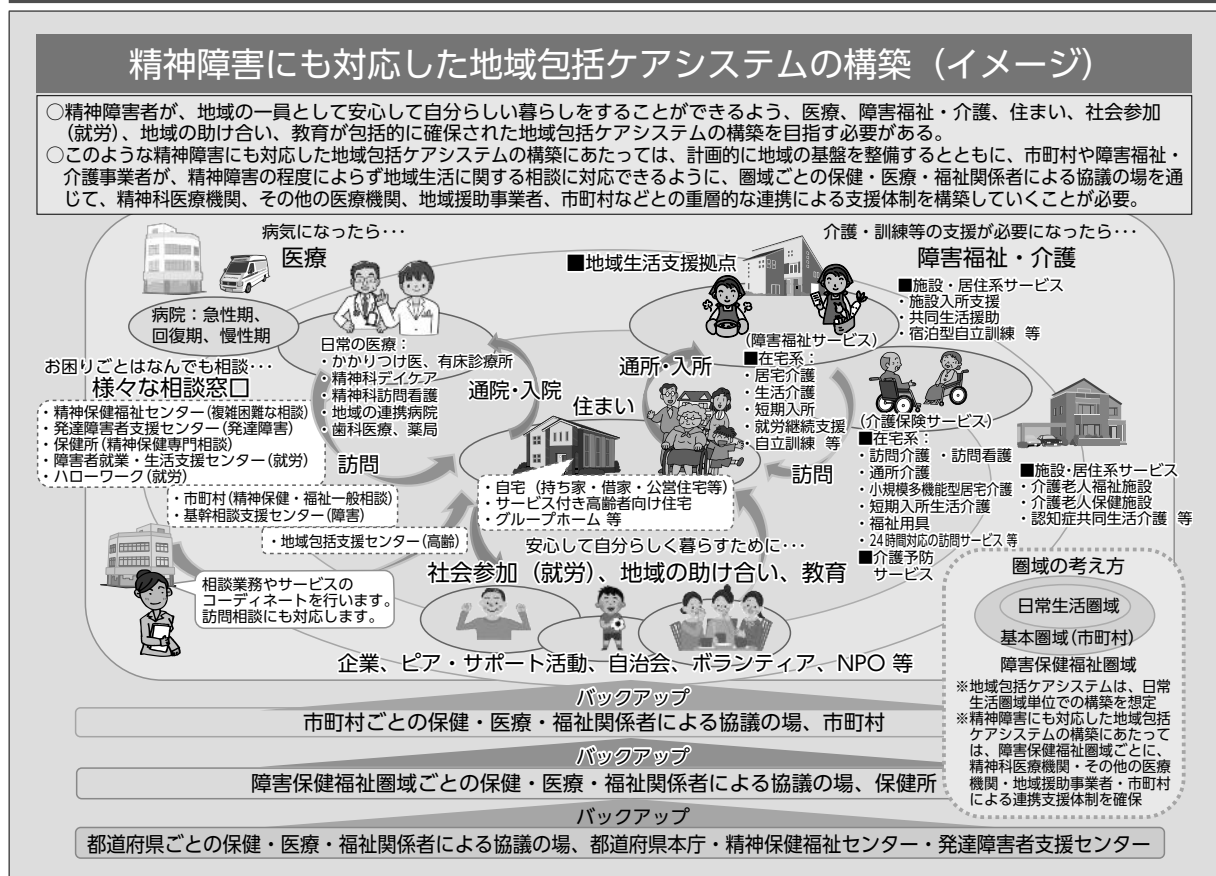
*2 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）について

*3 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」について

る法律案」が2017年2月に閣議決定され、第193回国会に提出された。同法案は参議院先議で参議院で一部修正の上可決され、衆議院に継続審議となったが、2017年9月の衆議院の解散に伴い廃案となった。

2018年3月には、現行法下においても、各地方公共団体が、精神障害者が退院後に円滑に地域生活に移行できるようにするための退院後支援の取組みを進められるよう「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を作成するとともに、全国の地方公共団体で、措置入院の運用が適切に行われるよう、「措置入院の運用に関するガイドライン」を作成し都道府県知事等宛に通知した。

図表 9-3-1 これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)(平成29年2月8日)



3 こころの健康対策

うつ病が重症化する前に早期に治療を行うことができるよう、うつ病等に罹患している者を早期に発見し適切に対応することが重要である。このため、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、精神保健福祉センター等での精神疾患や心の健康に関する相談、相談活動に従事する者の養成と技術の向上、精神保健に関する普及啓発活動などにより、地域の実情に合った取組みを推進している。

一方、医療や福祉サービスにつながっていない段階からアウトリーチ(多職種チームに

による訪問支援）を実施し、精神障害者に対し支援を行うことや、薬剤のみの治療に頼らない治療法である認知行動療法の普及を推進するなど、精神保健医療提供体制の充実と質の向上を図っている。

なお、2015（平成27）年9月に、「公認心理師法」（平成27年法律第68号）が成立し、保健医療、福祉、教育等の分野において、心理学に関する専門的知識や技術をもって、心理に関する相談や助言、指導等を行う国家資格として、公認心理師が創設された。同法のうち、指定試験機関に関する規定が2016（平成28）年3月に施行され、同年4月に、指定試験機関として、一般財団法人日本心理研修センターが指定された。また、同法は2017（平成29）年9月に全面施行され、同年11月に、指定登録機関として、指定試験機関と同様に一般財団法人日本心理研修センターが指定され、2018（平成30）年より国家試験が開始された。

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、事業場におけるメンタルヘルス対策の取組方法を示し、事業者への周知・指導等を行うほか、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取組みの普及を図っている^{*4}。また、労働安全衛生法の改正（平成26年法律第82号）により創設されたストレスチェック制度（2015年12月施行）は、労働者の心理的な負担の程度を把握し、セルフケアや職場環境の改善につなげ、メンタルヘルス不調の未然防止の取組みを強化することを目的としたものであり、当該制度の周知・指導等を進めている。

また、経済・生活問題への対応としては、ハローワークにおいて求職者のための各種相談窓口の設置や、各種生活支援に関する専門家による巡回相談、メール相談事業などの支援策を強化しているところである。

4 依存症対策

アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症対策については、2017（平成29）年度に依存症対策全国拠点機関として（独）国立病院機構久里浜医療センターを指定し、地域における依存症の相談対応・治療の指導者の養成等や依存症回復施設職員への研修、依存症に関する情報ポータルサイトの開設等に取り組んでいる。

また、都道府県及び指定都市においても、①依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関の選定及び相談拠点の設置、②SMARPP等による依存症者に対する治療・回復プログラムや依存症者の家族に対する支援の実施、③依存症を正しく理解するための普及啓発活動、④依存症問題に取り組んでいる自助グループ等民間団体への活動支援等を実施している。

また、厚生労働省でも依存症に対する誤解や偏見をなくし、依存症に関する正しい知識と理解を深めるため、シンポジウムや普及啓発イベント、リーフレットの作成・配布等広く一般国民を対象とした普及啓発事業を行っている。

このうち、アルコール健康障害対策については、「アルコール健康障害対策基本法」（平成



平成30年1月28日に開催された「依存症の理解を深めるための普及啓発シンポジウム」の様子

^{*4} 職場におけるメンタルヘルス対策については、第2章第5節参照。

25年法律第109号)及び「アルコール健康障害対策基本計画」(2016(平成28)年5月策定)に基づき、アルコール依存症や多量飲酒等の健康障害、「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」の策定、11月10日～16日の「アルコール関連問題啓発週間」に合わせた普及啓発など実施している。

また、薬物依存症については、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予制度に基づく薬物事犯者で薬物依存症のある保護観察対象者への地域支援の取組み、「再犯の防止等の推進に関する法律」(平成28年法律第104号)及び2017年12月の「再犯防止推進計画」に基づく薬物依存症治療の専門医療機関の設置等、再犯率の高い薬物事犯者に対する薬物依存症対策の取組みを実施している。

また、ギャンブル等依存症については、2016年12月の「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律(IR推進法)」の成立や依存症に関する一般国民の関心と施策の必要性の高まりから、2017年8月にギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議において取りまとめられた「ギャンブル等依存症対策の強化について」等に基づき、ギャンブル等依存症対策に取り組んでいる。

第1節 国際社会における課題設定及び合意形成への積極的参加・協力

近年、厚生労働行政の多くの分野で、国際社会での動きと国内政策が連動するようになってきている。例えば、エボラ出血熱の流行拡大のように、感染症は国境を越えて世界の社会経済に大きな影響を与えるほか、高齢化の進展や生活習慣病の増加は、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の総会やG7サミット等でも取り上げられる大きな課題となっている。また、世界的なサプライチェーンの拡大が進む中で労働者の権利の保護や雇用の安定にどう取り組んでいくかは、各国共通の課題となっている。日本国民の健康と生活の安定を守るため、厚生労働省は、WHOや国際労働機関（International Labour Organization：ILO）を始めとする国際機関の活動等へ積極的に参画し、国際社会における課題設定や合意形成に努めている。

1 保健医療分野

(1) G7及びG20

2016（平成28）年5月に日本が議長国となって開催したG7伊勢志摩サミットでは、「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」が取りまとめられ、①公衆衛生危機（エボラ出血熱等）に対する国際保健の枠組み強化、②高齢化を焦点とするユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：UHC）の達成と生涯を通じた健康増進、③薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）への対応強化と④研究開発・イノベーションの推進をG7として協調して対応していくことが確認された。

同年9月に開催したG7神戸保健大臣会合では、伊勢志摩サミットでの議論を踏まえ、①危機時に中心的な役割を担うWHOの改革の進捗確認と更なる後押し、②これから高齢化を迎えるG7以外の国々に対する支援の促進③官民連携やイノベーションの促進等を内容とする共同宣言が採択された。

2017（平成29）年5月には、ドイツで初めてのG20ベルリン保健大臣会合が開催され、①健康危機管理、②保健システム強化、③AMRに関する共同宣言が採択された。同年11月にイタリアで開催されたG7ミラノ保健大臣会合では、①気候変動の健康への影響、②医療政策における性の視点と女性と子供の権利、③AMRに関する共同宣言が採択された。

(2) 世界保健機関（WHO）

WHOは、全ての人が可能な最高の健康水準に到達することを目的とし、感染症対策、医薬品・食品安全対策、健康増進対策等を行う国際機関である。日本は、総会や執行理事会における審議や決定等に積極的に関与している。

WHOにおける取組みの一つとして、2005（平成17）年の国際保健規則（International Health Regulations：IHR）の改正があげられる。この改正により、加盟国は「原因を問わず、国際的な公衆衛生上の脅威となりうる、あらゆる事象」を評価後24時間以内に

WHOに通報し、その後も引き続き詳細な公衆衛生上の情報をWHOに通報することとなり、日本は、2009（平成21）年の新型インフルエンザ（A/H1N1）の国内発生や、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。また、各国のIHRの履行状況を評価し健康危機管理体制を強化するための取組みとしてIHR合同外部評価（JEE）が2016（平成28）年からWHOで開始され、我が国は2018（平成30）年2月末に本評価を受けた。

2017（平成29）年5月に開催された第70回WHO総会では、エチオピアのテドロス・アダノム氏が新事務局長として選出された。我が国としては、健康危機や非感染性疾患、がん、認知症、予防接種、敗血症等の議題において、積極的に議論に貢献した。

（3）経済協力開発機構（OECD）

経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development：OECD）は、先進国間の自由な意見交換・情報交換を通じて、経済成長、貿易自由化、途上国支援に貢献することを目的とした先進35か国からなる国際機関であり、国際経済の「スタンダード・セッター」、「世界最大のシンクタンク」とも呼ばれている。

OECDの保健医療分野に関する事業の主な活動として、保健医療分野の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「医療委員会」の開催及びOECD加盟国等の保健関連統計データ（「ヘルスデータ」）の収集・編纂を行っており、こうした客観的な政策分析や国際比較データは、厚生労働省関連の政策を検討する際の一助になっている。

厚生労働省では、医療委員会に参加し、OECDの作業に対して方向性を示すことや日本の事例をOECD加盟国に紹介することで、積極的な貢献を行っている。2017（平成29）年1月にフランスで開催された第3回OECD保健大臣会合では、医療分野での効率化のための日本の取組みを紹介したほか、高額な医療に関して、患者にとっての価値を最大化し、医療保険制度の持続可能性とイノベーションを均衡させるため、率先して取り組む決意を表明した。

（4）東南アジア諸国連合（ASEAN）

東南アジア諸国連合（Association of Southeast Asian Nations：ASEAN）と日本、韓国、中国の3か国との連携強化の流れの中で、厚生労働分野では、保健、労働及び社会福祉の分野ごとにASEAN＋3の担当大臣会合・高級事務レベル会合が行われており、積極的に参加している。保健分野においては、2017（平成29）年9月にASEAN＋3保健大臣会合がブルネイで開催され、「共に健康なASEANに向けて」をテーマとして議論を行い、ASEAN＋3の保健開発に係る協力について、UHC、保健医療のICT、非感染性疾患（NCDs）、伝統医療、アクティブ・エイジング、保健人材等の分野を重点的に実施すること等を盛り込んだ共同宣言が採択された。また、2013（平成25）年から日・ASEANの枠組みで高齢化対策に関する政策対話や二国間協力を推進している。ASEAN諸国における高齢化施策の現状を整理し、アクティブ・エイジング（Active Aging）の達成に向けて必要な人的資源、施策等を検討するため、2014（平成26）年からはASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合を開催している。2017年6月には、フィリピンで第3回ASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合を開催し、①Healthy and

Active Ageingに係る地域戦略、②現在及び今後の取組み、③Healthy and Active Ageingの実現に必要なアクション、④Healthy and Active Ageingに係る政策とアクションの実施に向けた目標・指標のテーマについて議論を行った。同年7月には、UHCと高齢化をテーマに日ASEAN保健大臣会合を初めて開催し、2030年までに各国がUHCを達成するための施策をまとめた「日ASEAN UHCイニシアティブ」を発表した。

(5) 日中韓三国保健大臣会合

2017（平成29）年11月に中国で開催された第10回日中韓三国保健大臣会合では、①新興・再興感染症の予防・対策、②健康な高齢化、③非感染性疾患（NCDs）の予防・対策、④保健分野におけるICT技術の活用、⑤伝統医療の各分野における日中韓三か国の交流や協力の強化等について取りまとめた「第10回日中韓三国保健大臣会合共同声明」が採択された。

(6) その他の国際保健分野への取組み

世界的な健康危機管理の向上及びテロリズムに係る各国の連携強化等を目的とし、G7とメキシコ、欧州委員会（EC）の保健担当閣僚等の会合として、世界健康安全保障イニシアティブ（Global Health Security Initiative：GHSI）が毎年開催されている。2018（平成30）年3月には、英国で閣僚級会合が開催され、新型インフルエンザ対策、特に学校や職場の一時休止、渡航延期といった医薬品使用以外の対応の重要性などを確認する旨の共同声明を採択した。

また、世界各国での感染症対策の能力を向上させることを目的とし、米国主導で50か国以上の国、WHO等の国際機関が参加している保健や財務、動物分野の閣僚等の会合として、世界健康安全保障アジェンダ（Global Health Security Agenda：GHSА）が毎年開催されている。2017（平成29）年10月にはウガンダで開催され、JEEや各アクションパッケージに基づく進捗報告等について協議するとともに、2014（平成26）年から2018年までの取組みを踏まえ、今後の方針について検討を行った。

そのほか、2017年11月には、AMR対策アクションプランに基づく国際協力の取組みとして、「抗微生物薬の適正使用」をテーマに、各国の保健省・農林省のAMR担当者等による国際会議を開催し、各国の取組み状況に関する情報共有等を行った。

さらに、同年12月には、日本政府は、「UHCフォーラム2017」を世界銀行、WHO、国連児童基金（UNICEF）、UHC2030、国際協力機構（JICA）と共催し、グテーレス国連事務総長らを招いた。その中で、UHCの推進について、国際社会におけるモメンタムの強化、各国政府を中心に援助機関の連携強化、UHC達成に向けたモニタリング等を柱とする「UHC東京宣言」を成果として取りまとめた。

2 労働分野

(1) G7及びG20

2017（平成29）年5月にイタリアで開催されたG7タオルミーナサミットでは、労働分野について、より高い生活水準と質の高い雇用を実現するためのG7の対応について議論がなされた。

同年9月に開催されたG7労働雇用大臣会合では、①デジタル化・自動化と仕事の未来、②持続可能で包摂的な変化プロセスを実現する社会基盤の強化、③高齢化と仕事の未来と社会的保護等をテーマに議論が行われ、議論の結果、「大臣宣言～よりよい仕事の未来のために：行動への道筋」が採択された。

また、同年5月にドイツで開催されたG20労働雇用大臣会合では、①労働の未来、②女性雇用の質、③移民及び難民の労働市場への統合、④持続可能なグローバル・サプライチェーンの4つのテーマの下で議論が行われ、議論の結果、「包摂的な未来に向けて：労働の世界の形成」と題する大臣宣言が採択された。

(2) 国際労働機関 (ILO)

ILOは、労働条件の改善を通じて社会正義の実現等に寄与することを目的として、雇用・労働の分野における国際的な取組を行う機関であり、労働組合や使用者団体も交えた政労使三者構成を特徴としている。日本は、政労使ともに総会や理事会における審議に積極的に関与しており、常任理事国となっている。ILOにおける取組みとして、1998（平成10）年第86回総会において「労働における基本的原則及び権利に関するILO宣言」が採択された。この採択により、4つの分野（結社の自由及び団体交渉権の効果的な承認・強制労働の禁止・児童労働の撤廃・雇用及び職業における差別の排除）に関する基本条約について、その批准の有無にかかわらず尊重することが確認された。また、2008（平成20）年第97回総会において「公正なグローバル化のための社会正義に関するILO宣言」が採択された。この採択により、進歩と社会正義を促進、達成するために、加盟国政労使の「ディーセント・ワークの実現に向けた取組み」の4つの戦略目標（雇用の促進・社会的保護の方策の展開及び強化・社会対話の促進・労働における基本的原則及び権利の尊重、促進及び実現）に基づく取組みをILOが実効的に支援することとされた。さらに、ILOは、国際労働基準として、これまで189の条約及び205の勧告を採択しており、日本は、このうち49の条約を批准している。また、毎年6月に開催されるILO総会においては、加盟国の政府、労働者、使用者の各代表によって新たなILO条約及び勧告等について討議が行われている。2017（平成29）年6月に開催された第106回総会では、①労働力移動（移民）に関する議論、②平和・安全及び災害からの回復のためのディーセント・ワーク：第71号勧告の改正に関する議論、③労働における基本的原則と権利に係る周期的議論等が行われた。

(3) 経済協力開発機構 (OECD)

OECDの労働分野に関する事業の主な活動として、雇用労働問題の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「雇用・労働・社会問題委員会」の開催及びOECD加盟国等の労働経済の分析や雇用関連データの提供を行う「雇用アウトLOOK」の作成を行っている。また、経済危機後に最も不利な立場に置かれた15～29歳の若者（ニート）の状況を分析・評価するとともに、彼らの技能を育成し自立へ導くより効果的な政策立案を支援することを目的とした「ニートプロジェクト」を実施している。日本は、2014（平成26）年9月に参加を表明、2017（平成29）年5月に報告書を公表した。

また、2016（平成28）年1月には第8回OECD雇用労働大臣会合が開催され、「より

強靱で包摂的な労働市場の構築」をテーマにして議論を行い、厚生労働省からは日本の女性の活躍促進政策等の取組みについてPRした。会合終了後には、日本政府の「一億総活躍社会の実現」に向けた取組みと軌を一にした内容を盛り込んだ、各国大臣の共同声明を発表した。

(4) 東南アジア諸国連合 (ASEAN)

ASEANと日本、韓国、中国の3か国との連携強化の流れの中で、労働行政分野においても、ASEAN+3の担当大臣会合及び高級事務レベル会合が毎年交互に行われており、積極的に参加している。2017（平成29）年5月にはシンガポールでASEAN+3労働高級事務レベル会合が行われ、日本の労働分野における援助方針等の説明を行うとともに、ASEANに対する協力事業の報告及び今後の協力事業の説明・周知等を図った。なお、2018（平成30）年にはマレーシアで第10回ASEAN+3労働大臣会合が開催された。

(5) アジア欧州会合 (ASEM)

アジア欧州会合（Asia-Europe Meeting：ASEM）は、アジア地域の21か国と1機関、欧州地域の30か国と1機関の合計51か国と2機関によって構成される国際フォーラムで、相互尊重と平等の精神に基づき、アジア・欧州両地域の協力関係を強化することを目的として政治・経済・社会・文化等の様々な分野で活動を行っている。

2015（平成27）年12月には、ブルガリアにおいて、第5回ASEM雇用労働大臣会合が開催され、「アジアと欧州における持続可能な社会開発に向けて：ディーセント・ワークと社会的保護のための共通のビジョン」をテーマに議論が行われ、若年労働者市場の改善やサプライチェーンにおけるディーセント・ワークと労働安全衛生の促進に関する具体的取組みについてまとめた「ソフィア宣言」が採択された。

3 社会保障・福祉分野

ASEAN諸国と隣接する日中韓の相互の依存関係がますます深まる中、社会福祉・開発分野における共通課題や、日本等からの技術協力等について意見交換を行うことを目的として、ASEAN+3社会福祉大臣会合が2004（平成16）年から3年に1回、高級実務レベル会合が毎年開催されている。2017（平成29）年11月にはミャンマーでASEAN+3社会福祉高級事務レベル会合が開催され、「高齢化社会の課題への社会保障の強化」をテーマに議論が行われた。

また、2003（平成15）年から毎年、ASEAN地域の社会保障分野における人材育成の強化並びに日本及びASEAN諸国間の情報・経験の共有と中長期的な協力関係の構築・強化を目的として、ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を開催している。本会合の結果は、ASEAN+3保健大臣会合及び社会福祉大臣会合において報告され、ASEAN諸国から高い評価を得ると同時に、今後の会合への期待も表明されている。2017年11月には、第15回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を福岡で開催し、ASEAN各国の社会福祉、保健医療、雇用政策を担当する行政官及びWHO、ILO、JICA等の協力機関の参加を得た。同会合では、「未来を担う子どもたちの健全な育成」をテーマとし、安心・安全な出産のための基盤整備、妊娠から子育てへの切れ目のない支援、子育て支援を必要とす

る労働者のための取組み、子どもの健全な育成のための行政の役割等について、意見交換・経験の共有を行った。

第2節 開発途上国等への国際協力

厚生労働省では、保健医療、水道、社会福祉、社会保障、雇用環境整備、人材開発の各分野において、日本の知識・経験を活かして、WHO、ILOをはじめとする国際機関、ASEANやアジア太平洋経済協力（Asia-Pacific Economic Cooperation：APEC）等の枠組みを通じた国際協力、また、外務省や国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）、民間団体と連携して、ワークショップ開催、専門家派遣、研修員受入れ、プロジェクト計画作成指導などの技術協力を行い、開発途上国の人材育成、制度づくりに貢献している。

1 保健医療分野

WHOを通じて、鳥・新型インフルエンザやエボラ出血熱などの公衆衛生上の危機への対応強化に努めるとともに、国立感染症研究所や国立国際医療研究センターを中心に開発途上国への専門家の派遣や技術協力を行っているほか、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、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる状態を指すユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関して、疾病負荷が多様化し、健康格差が拡大する現状に鑑み、公平性や経済的リスク保護を重視する意味において、UHCの推進は今後ますます重要になる。

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。

さらに、水道分野については、日本の産学官の専門家の知見を活用しながら、国際協力の方針を検討する委員会の設置、水道プロジェクト計画策定支援のための開発途上国現地指導、JICAを通じた専門家派遣や研修員受入れ等を行っている。

2 労働分野

(1) 国際機関等を通じた取組み

労働分野において、各種専門技術や幅広い人材等を有するILOに任意の資金拠出を行い、ILOを通じて特定国あるいは地域を対象とした技術協力事業（マルチ・バイ事業）等を実施している。現在、ILO国際研修センターにおける研修プログラム開発実施事業、

アジア太平洋地域の社会セーフティネットの基盤整備事業、アジア地域における労働安全衛生活動促進支援事業等を実施している。

人材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人材開発関係施設の設置・運営に対する協力、人材開発関係専門家の派遣、人材開発関係研修員の受入れ等を行っている。

また、開発途上国の職業訓練体制充実のため、開発途上国の現職の職業訓練指導員を対象に、能力向上研修を行っている。このほかにも、2011（平成23）年度から、アジアの貧困地域において、国際的な労使団体の持つネットワークを活用し、公的サポートが行き届かない人々を組織化し、草の根レベルでの社会セーフティネット支援を行っている。

（2）外国人技能実習制度の適正な実施

外国人技能実習制度^{*1}は、技能等の移転を通じた開発途上国等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号（技能実習1年目）で技能検定基礎級相当、技能実習2号（技能実習2・3年目）で技能検定3級相当の技能等の修得等を目標に、日本において技能を修得する。

2010（平成22）年7月より入国1年目から技能実習生として、労働基準法等の労働関係法令が適用されている（入国後講習期間を除く）。

技能実習は、我が国の国際貢献において重要な役割を果たしており、送出国からも積極的な評価を受けている一方で、入管法令・労働関係法令違反等が発生している。こうした状況を受けて、外国人の技能実習における技能等の適正な修得等の確保及び技能実習生の保護を図るため、管理監督体制の強化や制度の拡充などを内容とする「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」が、2017（平成29）年11月1日に施行された。新制度においては、監理団体について許可制、技能実習計画について認定制としているほか、一定の要件を満たした優良な監理団体・実習実施者に限って、技能実習3号（4・5年目）での実習が認められ、技能検定2級相当の技能修得を目標に、最長5年間の実習が可能となっている。

また、新たな技能実習制度の施行と同時に、技能実習の対象職種に介護職種を追加した。職種追加にあたっては、介護のサービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにすることなど介護サービスの特性に基づく要請に対応するため、技能実習生に一定の日本語能力を求めるなど、介護職種に固有の要件を定めた。

3 社会保障・福祉分野

アジア地域の開発途上国における高齢化対策や社会保障制度整備を支援するため、高齢者保健福祉制度の構築に対する専門家派遣や社会福祉・社会保険行政能力向上に関する研修員受入れなどを行っている。

^{*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>

また、社会保険制度の構築と運用に関する日本の知見を生かし、アジア地域の社会保険制度とその実施体制を支援することを目的としたアジア地域における社会保険制度整備支援事業を実施している。

第3節 各国政府等との政策対話の推進

急速に高齢化が進行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、2017（平成29）年11月には、「地域包括ケア、医療と介護の連携」及び「健康な高齢化」をテーマとする日中韓高齢化セミナーが中国で開催された。

第4節 経済連携協定（EPA）等への対応

1990年代以降、世界貿易機関（World Trade Organization：WTO）を中心とした多角的貿易体制における貿易自由化を補完する二国間又は多国間の経済連携協定（Economic Partnership Agreement：EPA）等の締結により、世界各地で経済連携が加速・拡大されてきた。こうした流れを受けて、我が国との間でシンガポール、メキシコ、マレーシア、チリ、タイ、インドネシア、ブルネイ、ASEAN、フィリピン、スイス、ベトナム、インド、ペルー、オーストラリア、モンゴル及びEUとの協定並びに環太平洋パートナーシップ（Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement：TPP）協定の内容を踏まえた環太平洋パートナーシップに関する包括的及び先進的な協定（Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership：CPTPP）が発効している。交渉においては、様々な懸念等を踏まえ、国民の生命や生活の安全・安心が損なわれないよう、厚生労働省として責任をもって対応した。その結果、厚生労働省の所掌分野である、食の安全・安心、公的医療保険制度等の社会保障制度、労働関係制度等については、我が国の制度を堅持する内容となっている。

さらに、日本政府は、現在、東アジア地域包括的経済連携（RCEP）、日中韓FTA等、数か国・地域と交渉を行っている。EPA等の交渉では、物品貿易の自由化促進等を中心に様々な分野の交渉が行われており、厚生労働省は、関連分野である「衛生植物検疫措置」、「貿易の技術的障害」、「サービス貿易」、「自然人の移動」、「知的財産」、「労働」などの分野で積極的な対応を行っている。インドネシア、フィリピン及びベトナムとのEPA等では、看護師候補者及び介護福祉士候補者を一定の条件の下で受け入れ、日本の国家資格を取得するための就労・研修、国家資格取得後の日本国内における看護師及び介護福祉士としての就労を認めている。

第11章 行政体制の整備・情報政策の推進

第1節 毎月勤労統計調査などを巡る不適切な取扱いについて

毎月勤労統計調査をはじめとする厚生労働省が所管する統計調査で、本来とるべき統計調査の変更の手続きを行わず、抽出調査を行う際にとるべき統計的な処理を行わなかった等の不適切な取扱いが、長年にわたり続けられてきた。政策立案や学術研究、経営判断の礎として、常に正確性が求められる政府統計に対する信頼が損なわれ、国民の皆様に多大なご迷惑をおかけしたことを、心よりお詫び申し上げます。

また、毎月勤労統計調査の不適切な取扱いにより、雇用保険、労災保険、船員保険、事業主向け助成金で、多くの方に追加給付が必要な状態となっていることを重ねてお詫び申し上げます。

厚生労働省で実施している毎月勤労統計調査は、統計法（平成19年法律第53号）に基づく基幹統計調査の一つである。毎月勤労統計調査の全国調査において、規模500人以上の事業所は全数調査とされていたにもかかわらず、2004（平成16）年以降、東京都の規模500人以上の事業所は抽出調査とされていた等、公表されていた調査手法と異なる形で調査が行われていたことや統計的処理として復元^{*1}すべきところを復元していなかったという不適切な取扱いが判明した。この結果、毎月勤労統計調査の結果に基づいて算出される「きまって支給する給与」等について、適切な復元処理がされていなかった2004年から2017（平成29）年まで、給与の高い事業所の多い東京都のウェイトが低くなっており、賃金額が低めになっていた。また、同調査の平均給与額の変動を基礎としてスライド率等を算定している雇用保険制度等における給付額に影響が生じることとなった。

こうした状況への対応として、公表値において復元すべきところを復元していなかった2004年から2017年までの期間のうち、復元に必要なデータ等が存在する2012（平成24）年以降については、復元して「再集計値」として2019（平成31）年1月に公表し、復元に必要なデータが不足している2004年から2013（平成25）年3月までの期間については、後述の雇用保険制度等における追加給付のため、「きまって支給する給与」について、毎月勤労統計調査を基礎として算定した「給付のための推計値」を作成^{*2}し、公表した。

また、調査計画どおりに東京都の規模500人以上の事業所を全数調査とするべく、必要な追加事業所分に係る調査を厚生労働省が直轄で実施するため、毎月勤労統計調査規則（昭和32年労働省令第15号）を改正し、6月調査分から実施する。

毎月勤労統計調査の不適切な取扱いに係る事実関係及び責任の所在の解明等については、厚生労働省に統計の専門家や弁護士等の有識者によって構成される「毎月勤労統計調

*1 復元とは、抽出調査を行った際に行うべき統計的処理であって、標本の集計結果を母集団の調査結果として扱うための計算のことをいう。

*2 「給付のための推計値」は、毎月勤労統計調査の結果に基づいて算出される「きまって支給する給与の伸び率」を活用している雇用保険制度等における追加給付を行うに当たり、国民に不利益のないようにすることを目的に作成したもの。なお、「再集計値」が存在する2012年1月から2013年3月の「給付のための推計値」については、「再集計値」と「給付のための推計値」の伸び率が、2011（平成23）年度から2012年度にかけて接続しないことから、当該期間に給付の対象となる方々の不利益とならないようにするために延長して推計している。

査等に関する特別監察委員会」を設置し、中立的、客観的立場から集中的な検証が行われ、2019年1月^{*3}及び2月^{*4}に報告書が厚生労働大臣に手交された。同報告書においては、統計の正確性や調査方法の開示の重要性等についての組織としての認識の甘さ、組織としてのマネジメントの機能不全、ガバナンスの欠如などが強く非難され、調査計画変更の際の担当部署内の手続きルールの明確化や外部チェック機能の強化等の再発防止策が提案された。

また、厚生労働省で実施している統計法に基づく基幹統計調査の一つである賃金構造基本統計調査について、調査員調査により実施すべきところを、ほぼ全ての事業所について郵送調査により実施していた等、総務大臣の承認を得た調査計画と異なる取扱いが行われていた。2019年1月、毎月勤労統計調査における不適切事案を受け、政府の統計全体の信頼性・正確性の確保等を目的に、各府省において基幹統計の点検（以下「一斉点検」という。）を実施し、その結果を「基幹統計の点検及び今後の対応について」^{*5}として総務省が取りまとめ公表したが、賃金構造基本統計調査の点検結果については遅れての公表となった^{*6}。なお、一斉点検においては厚生労働省が所管する基幹統計調査9調査のうち、これらの他3調査において手続き等の問題が確認された。

一斉点検の目的に照らし、また、正確を旨とする政府の公表で、このような事態の発生は異例かつ問題であることから、基幹統計の点検に係る実務上の諸問題を明らかにするため、総務省行政評価局により「賃金構造基本統計問題に関する緊急報告」^{*7}が同年3月にまとめられた。同緊急報告では、厚生労働省の危機管理対応について問題があったことのほか、「遵法意識の欠如」と「事なかれ主義の蔓延」が問題の根底とされ、調査の実施方法・体制について必要な措置をとることなどが必要と指摘されている。

2019（令和元）年調査は、2020（令和2）年からのオンライン調査の実施を見据えた、調査精度の確保・向上及び調査の効率的実施の観点から、「郵送調査」を基本とした調査方法に整理・再編する方針について総務省統計委員会から「おおむね適当」とする答申がとりまとめられたところである。

以上のほか、2019年5月、総務省統計委員会の点検検証部会において、統計法に基づく一般統計調査の点検結果が報告された^{*8}。厚生労働省としては、総務省からの指示の下、全府省統一的な方法に従い、総務大臣が承認した調査計画や対外的な説明と実態との相違や、抽出調査において必要な復元推計が行われているか等について点検を実施した。その結果、厚生労働省が所管する一般統計調査^{*9}において、統計の「利用上で重大な影響は生じないと考えられる数値の誤り」が8調査、数値の誤りは生じていないが、結果精度への影響の観点から確認が必要なものが5調査あるなど、対象72調査のうち62調査に不適切

*3 「毎月勤労統計調査を巡る不適切な取扱いに係る事実関係とその評価等に関する報告書」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03321.html

*4 「毎月勤労統計調査を巡る不適切な取扱いに係る事実関係とその評価等に関する追加報告書」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03758.html

*5 「基幹統計の点検及び今後の対応について」 http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01shingi05_01000025.html

*6 「基幹統計の点検の取りまとめ結果（追加）についての公表」

http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01shingi05_01000026.html

*7 「賃金構造基本統計問題に関する緊急報告」 http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/107317_180521_00003.html

*8 「一般統計調査の点検について」

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/singi/toukei/tenkenkensho/kaigi/02shingi05_02000322.html

*9 他省共管調査を含む。

な取扱いが確認された。これらについて、訂正や公表等の必要な対応を順次行っているところである。

厚生労働省としては、これらの事案を真摯に反省するとともに、これら事案に係る報告書の指摘を重く受け止め、政府統計の社会の基盤としての重要性を十分に認識し信頼回復と再発防止に全力を挙げて取り組んでいくこととしている。具体的には、①統計に関する認識・リテラシーの向上（全職員に対する統計研修の実施や、他府省や民間の統計専門家などとの人事交流等）、②統計業務の改善（統計の調査内容の正確な公開や利用者の視点に立った統計の見直し等）、③組織の改革とガバナンスの強化（統計を外部有識者により審議する仕組みの強化や民間人材の活用、内部組織の強化等）の3点を柱とする再発防止の取組みを進めることとしており、省内の統計調査を担当している課室長を対象とする研修などを2019年5月に実施した。

また、前述のとおり2004年以降の毎月勤労統計調査における賃金額が低めに出ていたことから、同調査の平均給与額の変動を基礎としてスライド率等を算定している雇用保険制度等における給付額に影響が生じることとなった。このため、2004年以降に雇用保険、労災保険、船員保険の給付を受給した方の一部及び雇用調整助成金などの事業主向け助成金を受けた事業主の一部に対し、追加給付が必要となった（現在受給中の方も該当する場合がある）。雇用保険や労災保険等の追加給付については、工程表^{*10}に基づき、できる限り早期に簡便な手続きで進めていくこととしている。^{*11}

第2節 独立行政法人等に関する取組み

1 無駄削減に向けた取組みの実施

厚生労働省では、所管する事業について、無駄削減に向けた取組みを進めてきた。

これまでに実施した行政事業レビュー等により、2010（平成22）年度から2017（平成29）年度までで計約2兆2,700億円の削減を行った。

（内訳：2010年度▲約6,500億円、2011（平成23）年度▲約5,500億円、2012（平成24）年度▲約2,500億円、2013（平成25）年度▲約4,800億円、2014（平成26）年度▲約1,300億円、2015（平成27）年度▲約1,100億円、2016（平成28）年度▲約700億円、2017年度▲約300億円）

今後も、無駄削減に取り組むこととしている。

2 独立行政法人に関する取組み

厚生労働省所管の独立行政法人は、2018（平成30）年4月1日現在19法人（他省との共管法人2法人を含む。）となっている。

^{*10} 「工程表」：給付の種類ごとの現時点でのスケジュールの見直し https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03521.html

^{*11} 追加給付に必要な現在の連絡先を登録する「住所登録フォーム」や、雇用保険の基本手当の追加給付について、大まかな額の目安を簡単に計算できる「簡易計算ツール」等、追加給付に関する情報は、厚生労働省ホームページに随時掲載。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03980.html

(1) 独立行政法人改革の推進

独立行政法人については、行政改革の推進という観点から、これまでも様々な取組みが進められているが、2013（平成25）年12月24日に独立行政法人の制度や組織等を見直すことを内容とする「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」が閣議決定された。

同方針の内容を踏まえた、「独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律」（平成27年法律第17号）が第189回国会において成立し、同法律により、2016（平成28）年4月1日から、独立行政法人労働安全衛生総合研究所と独立行政法人労働者健康福祉機構が統合され、独立行政法人労働者健康安全機構が発足するなど、独立行政法人の組織や事務・事業の見直し等の改革を着実に推進している。

(2) 中期目標期間終了時における業務や組織の全般にわたる見直し

独立行政法人通則法（平成11年法律第103号）の規定により、3年から5年までの定められた期間（中期目標期間）の終了時に、主務大臣（厚生労働大臣）は、独立行政法人の業務や組織の全般にわたる検討等を行うことになっているが、2017（平成29）年度中に中期目標期間が終了した以下の独立行政法人について次のとおり検討を行い2018（平成30）年度からの中期目標の設定に反映することとした。

【(独) 勤労者退職金共済機構】

- ・中小企業退職金共済制度に関して、各退職金共済事業の運営に必要な利回りを確保する資産運用及び中小企業者の業種分布等の分析による加入促進対策の効果的实施等を行う。また、財産形成促進制度に関して、利用促進対策の効果的实施等を行う。

【(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構】

- ・労働市場を取り巻く環境が大きく変化していることを踏まえ、65歳以上への定年引上げ等に取り組む企業に対する支援、障害者への個別対応の強化や就労支援機関と企業の相互連携により障害者雇用に取り組める環境・体制の整備、技術革新に対応できる労働者の輩出や中小企業等の生産性向上に向けた支援などに重点的に取り組む。

【(独) 福祉医療機構】

- ・政策優先度に即した融資（災害復旧支援を含む）、協調融資の普及及び適切な期中管理等を行う。また、国の施策に基づく情報システムについて、着実に整備し、安定的に運営するとともに効率的に管理する。

【(独) 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園】

- ・施設入所利用者の地域移行の推進、知的障害者の支援に関する調査・研究、その成果を踏まえた養成・研修等を引き続き実施するほか、著しい行動障害等を有する者及び矯正施設を退所した知的障害者について、モデル的支援の拡充を図る。

第3節 広報体制の充実

1 新しい情報発信手段の活用

従来の報道発表やホームページ等による情報発信に加え、国民の幅広い層にイベント案

内、季節性を踏まえた注意喚起・啓発及び新制度の情報等をお知らせするため、ツイッター、フェイスブック等の情報発信手段を活用している。

ツイッターについては、2010（平成22）年9月に開始し、約50.9万のフォロワー（閲覧者）を持ち、月平均約310件ツイート（投稿）している。

フェイスブックについては、2016（平成28）年9月に開始し、約4,300のフォロワーを持ち、月平均約20件投稿している。

第4節 情報化の推進

1 情報化の推進

厚生労働分野では、社会保障費の増大や国民の厚生労働行政に対するニーズの多様化、開かれた行政への取組みなど、多くの課題に直面している。こうした課題に対して、発展著しいITを活用して解決を図れないかという問題意識の下、厚生労働省としては、健康・医療・介護・福祉・労働・行政サービスの各分野において、2018（平成30）年6月15日に閣議決定された「世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」なども踏まえつつ、引き続き、情報政策の推進による改革に取り組んでいくこととしている。

2 情報化の推進に向けた主な取組み

(1) 就労・労働分野の情報化

ハローワークインターネットサービスにおいて、全国のハローワークで受理した求人情報のほか、ハローワークの利用方法等、求職者や事業主に役立つ情報を提供している。

また、事業主がハローワークに対して行う雇用保険関係手続についてもオンライン申請を行うことが可能となっており、その活用促進に取り組んでいる。

さらに、ハローワークを利用したことがない方も含めて、新規大学卒業者等に対して、就職活動に役立つ様々なイベントの情報や新規学卒者等を募集する企業の求人情報等をインターネットにより提供する「大卒等就職情報WEB提供サービス」も行っている。

そのほか、「若者雇用促進総合サイト」では、全国のユースエール認定企業や若者応援宣言企業の情報に加え、2016（平成28）年8月より上記以外の企業も職場情報を掲載することが可能となった。個別の企業概要、雇用管理の状況などを掲載することで、企業情報の積極的な発信や企業と若者とのマッチングを促進している。

(2) 行政サービス分野におけるIT利活用の推進

「世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」（平成30年6月15日閣議決定）や「デジタル・ガバメント実行計画」（平成30年1月16日eガバメント閣僚会議決定）等に基づき、行政サービスのデジタル化、行政保有データのオープン化等の推進に取り組んでいる。

特に、社会保険と雇用保険に関する被保険者資格取得届や、労働保険に関する保険関係

成立届などの社会保険・労働保険関連手続については、「規制改革実施計画」（平成29年6月9日閣議決定）を踏まえ、オンライン化を推進している。これらの手続については、「電子政府の総合窓口（e-Gov）」（以下「e-Gov」という。）のホームページから、オンライン申請を行うことができる。また、e-Gov電子申請システムに備える機能を外部のソフトウェアから呼び出し、利用するための外部連携API（Application Programming Interface）については、その機能が2015（平成27）年に公開され、外部連携APIに対応した労務管理等ソフトウェアを利用したオンライン申請も可能となった。これにより、従来のオンライン申請で必要であったe-Govのホームページからの操作は不要となり、事業者等の作業負担の軽減が可能となっている。厚生労働省としては、社会保険・労働保険関連手続をオンライン申請で行うことができることについて、企業への訪問や厚生労働省のホームページ等を通じた周知広報等を行っている。

3 個人情報保護

これまで厚生労働省では、2005（平成17）年に全面施行された「個人情報の保護に関する法律」（個人情報保護法）について、厚生労働省の所管する分野において適正な運用が図られるようにガイドラインの整備を行う等、医療や介護、社会保険、福祉、労働など各分野の実情に応じた対応を行ってきた。

要配慮個人情報や匿名加工情報といった概念を創設し、個人情報保護委員会を新設する等の内容を含む「個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律」（平成27年法律第65号）が成立し、2017（平成29）年5月30日に全面施行された。これにより、従来各主務大臣が有していた所管事業者への監督権限が、個人情報保護委員会に一元化されたことを踏まえ、改正後の個人情報保護法について全ての分野に適用される汎用的なガイドラインを個人情報保護委員会が策定し、個人情報に関する全般的な取扱いが示された。

これらを踏まえ、厚生労働省の所管する分野のガイドラインについても見直しを行った。特に改正後の個人情報保護法により取扱いが大きく変わる医療・介護・医療保険の分野においては、基本的な考え方や取扱いを示した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」や「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等を策定するなど、医療等の現場において混乱が生じないように取組みを進めている。

第5節 行政機関における情報公開・個人情報保護等の推進

1 行政機関情報公開法の施行

「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」（行政機関情報公開法）（2001（平成13）年4月1日施行）は、政府の諸活動に係る説明責任が全うされるようにするとの考え方を基本に、何人も国の行政機関の保有する行政文書の開示を求めることができ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。

2017（平成29）年4月から2018（平成30）年3月までの厚生労働省に対する開示請求件数は12,468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11,598件（取下げが1,353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2,201件、一部を開示する決定がされた件数は8,340件、不開示の決定がされた件数は1,057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。

2017（平成29）年4月から2018（平成30）年3月までの厚生労働行政に対する開示請求件数は9,325件、訂正請求件数は11件、利用停止請求件数は0件であった。開示請求件数は全省庁で上位にあり、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9,123件（取下げが118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2,344件、一部を開示する決定がされた件数は6,408件、不開示の決定がされた件数は371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。

2017（平成29）年4月から2018（平成30）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7,603件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の98.8%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127,825件（2017（平成29）年4月～2018（平成30）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、医療、福祉、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、毎年度募集を行い、地域、性別などのバランスをとった上で400名程度の方々を選定し、厚生労働行政の各種施策についての意見などをインターネットを介したアンケートで報告いただくほか、モニター会議を開催し参加された方と直接意見交換できる機会を設けている。

アンケート調査の結果や施策に関する意見については、省内関係部局に配布し、今後における施策の企画・立案並びに実施のための貴重な参考資料としている。

モニター会議については、2018（平成30）年2月19日に厚生労働省にモニターの方をお招きし、発達障害と依存症の2つについて意見交換を行った。（6名参加）

第6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2017（平成29）年度の政策評価については、2017年度から2021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4期）」に基づき実施した。

基本計画では、PDCAサイクルを通じたマネジメントの向上及び国民に対する説明責任の徹底に資する見地から目標管理型の政策評価を推進するとの政府全体の方針を踏ま

え、政策評価と行政事業レビューとの連携の確保などを盛り込んでいる。

2017年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）10件、②個別研究事業27件、③規制の新設・改廃に係る政策29件、④租税特別措置11件に関して事業評価方式によりそれぞれ実施し、事後評価として①厚生労働行政全般にわたる施策（14の基本目標及び70の施策目標からなる政策体系）のうち14件に関して実績評価方式により、②重要施策1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）15件、④個別研究事業176件、⑤成果重視事業1件に関して事業評価方式によりそれぞれ実施した。

これらの評価結果については、作成後順次公表している^{*12}。

2 独立行政法人評価の取組み

厚生労働省では、総務大臣が定める「独立行政法人の評価に関する指針」を踏まえ、外部有識者の知見を活用するために「独立行政法人評価に関する有識者会議」、「社会保障審議会資金運用部会」及び「厚生労働省国立研究開発法人審議会」を開催し、所管する中期目標管理法人及び国立研究開発法人の業務実績の評価を実施している。

2017（平成29）年度は、共管法人3法人を除く17法人の2016（平成28）年度の業務実績の評価を行うとともに、2016年度に中期目標期間が終了した独立行政法人労働政策研究・研修機構の中期目標期間全体の業務実績の評価を行った。

また、2017年度に中期目標期間が終了する独立行政法人福祉医療機構、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園、勤労者退職金共済機構及び高齢・障害・求職者雇用支援機構の中期目標期間終了時の見直し等が行われた（第11章第1節2（2）参照）。

3 アフターサービスの推進

アフターサービス推進室の活動状況

アフターサービス推進室は、厚生労働省の制度や事業が本来の目的どおりに機能しているかどうか、国民の目線から調査・分析し、改善に結び付けることを目的として2010（平成22）年9月に民間出身者を主たる構成員として設置された。

同室は国民、現場職員、専門家に対するヒアリング、各種資料やデータに基づき調査・分析を行い、これまでに33件の調査を実施した（図表11-5-1）^{*13}。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。

* 12 「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>

* 13 最新の調査報告は、
厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/sanka/koe_boshu/

図表 11-5-1 これまでの活動内容

		(平成30年3月末現在)
	調査案件	調査概要
1	女性医師の復職支援方法に関する調査 (平成23年3月)	女性医師支援センター事業を利用して復職した医師の意見や離職したままの医師の意見を聴取し、事業の更なる効率的・効果的運営を検討し、改善提案を行った。
2	障害者雇用情報HP改善 (平成23年3月)	障害者のための雇用支援のホームページを見やすくすることを内容とする改善提案を行った。
3	「退所児童等アフターケア事業」の推進に向けて－先行事例調査に基づく提案－ (平成23年6月)	児童養護施設を退所した児童の支援事業に関し、事業が果たしている役割や効果及び課題を明らかにし、所管課から各自治体へ調査結果を情報提供するなどを内容とする改善提案を行った。
4	年金フロントサービス改善支援 (平成23年6月)	「日本年金機構の対応が悪い」「マナーが悪い」という国民の皆様の声が多いため、更なる改善策を日本年金機構とともに検討し、年金事務所の待ち時間を短縮するなどを内容とする改善提案を行った。
5	年金支払サービスの向上 (平成23年9月)	国民年金保険還付金等の支払いを早くするなどを内容とする改善提案を行った。
6	労働基準行政の実態調査 (平成23年9月)	労働局・労働基準監督署の案内表示を見やすくするなど利用者の目線での改善提案を行った。
7	仕事、住まい、生活に関するきめ細かな相談支援を実施するために－「本人記録用SOS窓口一覧」活用の提案－ (平成23年12月)	各ハローワークなどで活用してもらうリーフレットの改善提案を行った。
8	健康診査・保健指導による生活習慣病予防対策－先進事例についての調査－ (平成24年4月)	健康診査・保健指導によって生活習慣病予防対策として成果を上げているケースについて調査し、先進事例を紹介した。
9	HIV/エイズ予防・支援活動を担っているNGOの実態調査 (平成24年7月)	HIV/エイズ予防・支援活動では行政とNGOなどとの連携が重要であることから、大都市圏にあるNGOの活動状況等を調査し、行政とNGO間の連携の活動状況を紹介した。
10	厚生労働省の東日本大震災対応調査 (平成24年7月)	東日本大震災後の厚生労働省の初期対応の検証が求められる6分野（①厚生労働省の対応体制、②医師、看護師等の被災地から求められた人材の確保等、③高齢者・病人・障害者の避難所等への移送、避難所等への必要な医薬品、医療機器等の配備、④義援金の早期配分、⑤心のケアを含めた子ども・子育ての復興、⑥雇用の復興）を中心に調査し、今後の緊急事態に速やかに対応できるよう課題・反省点を踏まえた今後の対応について報告書にとりまとめた。
11	子どもを守る地域ネットワーク（「要保護児童対策地域協議会」）の強化の推進に向けた調査 (平成24年12月)	虐待を受けるなど見守りが必要な子どもたちを守るためのネットワーク（子どもを守る地域ネットワーク）が関係機関と連携し、求められている役割をより効果的に果たすことができるよう、事例の収集を通じ、取組促進の提案を行った。
12	お薬手帳の電子化にかかる調査 (平成25年1月)	お薬手帳について、その紙版の普及状況及び電子版の推進状況を調査し、普及促進を図る上での提案を行った。
13	職業訓練事例調査－就職率向上支援に向けた調査－ (平成25年4月)	都道府県から民間に委託している公共職業訓練のうち、より質の高い職業訓練を確保し、就職率の向上支援を目的に、熱心に取り組んでいる職業訓練施設の工夫事例等を取りまとめた。
14	第三者行為による健康保険等の利用状況調査 (平成25年4月)	第三者行為による傷病治療における健康保険の利用状況等を調査し、把握できる課題について関係部局と協働し、改善を行った。
15	日本年金機構年金事務所フロントサービス改善のフォローアップ調査 (平成25年9月)	平成23年6月に改善提案した日本年金機構年金事務所フロント（窓口）サービスについて、フォローアップ調査を行ったもの。改善状況を確認するとともに、取組状況をとりまとめた。
16	シルバー人材センター事例調査－高齢者の就業機会の確保に向けた調査－ (平成25年12月)	高齢者の生きがいの充実と就業機会の確保・地域の活性化に努めているシルバー人材センターを調査し、その取組状況等についてとりまとめた。
17	家庭的保育事業に関する調査 (平成26年3月)	家庭的保育者の確保を効果的に行っている自治体の取組事例を収集し、その結果を取りまとめた。
18	訪問看護ステーションの事業運営に関する調査 (平成26年6月)	訪問看護事業所の事業運営上の課題を調査し、関係部局に改善提案を行った。
19	健康づくりにかかる調査 (平成26年8月)	住民の健康増進・社員の健康づくりに取り組んでいる企業、地方自治体を調査し、特定健診受診率の向上や医療費削減等効果のある取組を収集し、その結果を取りまとめた。
20	保育士・保育所支援センターの取組事例に関わる調査－保育士人材の確保を目指して－ (平成27年2月)	保育士・保育所支援センターにおける保育士の職場復帰支援にかかる取組事例を収集し、その結果を取りまとめ、改善提案も行った。
21	生活困窮者自立支援法の施行に向けて－6自治体の取組－ (平成27年3月)	生活困窮者自立支援モデル事業に取り組んでいる地方自治体と事業関係者を取材し、取組事例を取りまとめた。

22	労働基準行政等の実態調査に係るフォローアップ調査 (平成27年5月)	平成23年9月に改善提案した労働基準行政の窓口サービスについて、フォローアップ調査を行ったもの。改善状況を確認するとともに、取組状況を取りまとめた。
23	薬局における先進的な取組に関する調査－ジェネリック医薬品の販売を通じて－ (平成27年11月)	ジェネリック医薬品の調剤を積極的に行っている7薬局について、①ジェネリック医薬品の評価と採用、②調剤時における患者対応、③服用後のアフターフォローの3段階に分けて取組事例を取りまとめた。
24	自治体におけるひとり親家庭就業支援の取組内容に関する調査－「母子・父子自立支援プログラム策定事業」を中心とした取組について－ (平成27年12月)	母子・父子自立支援プログラム策定事業をはじめとするひとり親家庭就業支援施策に積極的な自治体について、各種事業のメニューを組み合わせた支援を進めるプログラム策定員の取組状況を中心にとりまとめた。
25	ひきこもり地域支援センター設置運営事業に関する調査 (平成28年3月)	ひきこもり地域支援センターにおける相談や支援の状況等を調査し、①窓口誘導のための取組、②相談対応、③家族への支援、④本人への段階的な支援の4つの取組について取りまとめた。
26	シニアワークプログラム地域事業に関する調査 (平成28年5月)	55歳以上の高齢求職者の再就職や雇用の実現に向けた支援策である「シニアワークプログラム地域事業」について調査し、取組事例を取りまとめた。
27	認知症の本人及び家族への地域資源を活用した支援に関する調査－自治体における新オレンジプランの実施状況について－ (平成28年6月)	認知症の人が自分らしく暮らし続けることができる地域づくりについて、自治体が地域資源（地域住民の協力、医療・介護の関係機関の連携等）を活用しながら主体的に進めている取組を調査し、とりまとめた。
28	高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組に関する調査 (平成29年1月)	介護予防事業などにおける高齢者の口腔と摂食嚥下の機能支援について、先進的な取組を行っている5つの自治体を調査し、とりまとめた。
29	発達障害者支援センター運営事業における新たな支援のあり方に関する調査 (平成29年3月)	改正発達障害者支援法に位置づけられた取組を先駆的に実施していた6つの発達障害者支援センターを調査し、とりまとめた。
30	がん患者と家族に対する緩和ケア提供の現況に関する調査－地域がん診療連携拠点病院における取組を中心に－ (平成29年4月)	患者と家族のあらゆる苦痛を和らげ、生活の質を向上させる「緩和ケア」の提供を工夫する5つのがん診療連携拠点病院を調査し、とりまとめた。
31	「外国人患者受入れ医療機関認証制度」の認証取得後の受入れ対応状況に関する調査 (平成29年6月)	外国人患者を受入れるための組織体制づくりや課題の解決に取り組む「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）」で認証を取得した4つの病院を調査し、とりまとめた。
32	あなたの栄養と食生活のアドバイザー 管理栄養士を知っていますか？－都道府県栄養士会の取組を中心とした地域における栄養ケア活動と管理栄養士による訪問栄養食事指導－ (平成30年1月)	管理栄養士・栄養士による栄養相談などの栄養ケア活動や管理栄養士による在宅の要介護高齢者などへの訪問栄養食事指導を先駆的に実施している4つの府県栄養士会を調査し、とりまとめた。
33	不妊のこと、1人で悩まないで－「不妊専門相談センター」の相談対応を中心とした取組に関する調査－ (平成30年1月)	不妊に関する相談支援や情報提供、交流会などを工夫して実施している5つの「不妊専門相談センター」を調査し、とりまとめた。

人口について



性別は？
男性 **48.7** 人
女性 **51.3** 人

学生は？
小学生 **5.1** 人
中学生 **2.6** 人
高校生 **2.6** 人
大学生・大学院生 **2.3** 人



年齢は？
15歳未満 **12.3** 人
65歳以上 **27.7** 人

そのうち75歳以上は？
13.8 人

人口100人でみた日本

日本を100人の国に例えてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成25年～平成29年)

雇われているのは？ **45.9** 人
自営しているのは？ **4.2** 人

仕事についているのは？ **51.5** 人

雇われているのは？ 男性 **25.5** 人
女性 **20.4** 人

雇用形態は？
パート **7.9** 人
アルバイト **3.3** 人
派遣 **1.1** 人
契約社員・嘱託 **3.2** 人

フリーターは？ **1.2** 人

失業者は？ **1.5** 人

雇用について



短時間で働いているのは？
週35時間未満 **15.1** 人

長時間働いているのは？
週60時間以上 **4.1** 人

雇用保険加入者は？ **33.0** 人

雇用保険受給者は？ **0.3** 人

会社の健康診断で「有所見」は？
24.8 人

福祉・年金について

保育所に入所しているのは？ **1.9人**

障害者は？ **7.6人**

生活保護受給者は？ **1.7人**

介護サービスを受けているのは？ **4.4人**



国民年金の被保険者は？
第1号(自営業、学生等) **12.4人**

第2号(サラリーマン、公務員) **32.1人**

第3号(第2号被保険者の配偶者) **7.0人**

老齢年金の受給者は？ **25.9人**

医療について

〇〇病院



健康状態が「よくない」「あまりよくない」と感じているのは？※
6歳以上 **13.0人**

日常生活の悩み・
ストレスを感じているのは？※ stress,
12歳以上 **47.7人**



健診や人間ドックを受けたことがあるのは？※
20歳以上 **67.3人**



病気やけがなどで
通院しているのは？※ **39.0人**

※熊本県を除く。

生活習慣病の患者の方は？
がん **1.4人** 心疾患 **1.4人**
糖尿病 **2.6人** 脳血管疾患 **0.9人**
高血圧性疾患 **7.8人**

タバコを吸うのは？
20歳以上 **18.3人**

生涯でがんになるのは？
男性 **30.2人**
女性 **23.6人**

骨髄移植ドナーに登録しているのは？ **0.38人**

習慣的に運動をしているのは？
20歳以上 **30.6人**

健康保険加入者は？
組合健保・協会けんぽ **52.8人**
国民健康保険 **26.9人**

日本の1日

日本で一日に起こる出来事の数調べてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成26年～平成29年)

人口について



▶ 生まれるのは?
2,592人

人口の減少数は
1日当たりだと
1,080人

▶ 亡くなるのは?
3,672人

- がんでは? **1,022人**
- 心疾患では? **559人**
- 脳血管疾患では? **301人**
- 事故では? **111人**
- 工作中的事故では? **3人**
- 老衰では? **279人**
- 自殺では? **58人**

成人について



▶ 成人の平均野菜摂取量は?
277g

▶ 成人の平均歩数は?
男性 **6,984歩**
女性 **6,029歩**

▶ 歯磨きは?
2回以上みがく
77.0%

結婚について

▶ 結婚するのは?
1,663組

● 離婚するのは?
..... **582組**



雇用について

▶ ハローワークで
新たに仕事を探し始めたのは?
14,138人

▶ ハローワークを通じて
就職するのは?
4,798人

▶ 工作中にけが等
(労働災害)を
したのは?
330人

▶ 労働相談の件数は?
3,027件

(厚生労働省: 総合労働相談コーナーの受理件数)



育児について

- ▶ 6歳未満の子どもをもつ親が
育児、家事に費やす時間は？

夫 **1時間23分***1
妻 **7時間34分**

- ▶ 児童虐待の相談対応件数は？
336件



*1：日本の男性が家事・育児をする時間は先進諸国の中でも最低水準です。

介護について

- ▶ 介護をしている人(15歳以上)が
介護・看護に費やす時間は？

42分

- ▶ デイサービスの利用回数は？
371,376回

- ▶ ホームヘルパーの利用回数は？
738,871回

- ▶ 一人当たりの
介護保険からの給付費は？
4,076円



医療について

- ▶ 入院しているのは？

1,312,600人

- 循環器系では？ **228,600人**
- 統合失調症では？ ... **153,500人**
- がん等では？ **142,200人**

- ▶ 通院しているのは？

7,191,000人

- 循環器系では？ **888,900人**
- がん等では？ **249,500人**
- 糖尿病では？ **224,000人**

- ▶ 国民全体の医療費は？

約 **1,160億6,685万円**

- 一人当たりだと **913.2円**



犯罪について

- ▶ 薬物事犯の検挙者は？

- 麻薬及び向精神薬取締法では？ **1.38人**
- あへん法では？ **0.03人**
- 大麻取締法では？ **8.82人**
- 覚せい剤取締法では？ **28.18人**

