令和4年版

厚生労働白書

（令和３年度厚生労働行政年次報告）

―社会保障を支える人材の確保―

厚 生 労 働 省

令和4年版

厚生労働白書

（令和３年度厚生労働行政年次報告）

―社会保障を支える人材の確保―

厚 生 労 働 省

本白書は再生紙を使用しております。

令和4年版
厚生労働白書

目　次

第１部　社会保障を支える人材の確保

はじめに…… 2

第１章　社会保障を支える人材を取り巻く状況…… 3

第１節　現役世代の急減による担い手不足の加速化と医療・福祉の就業者数の見通し …… 3

第２節　これまでの取組成果…… 8
1　医師…… 9
2　歯科医師…… 18
3　看護師等…… 21
4　薬剤師…… 29
5　理学療法士・作業療法士 …… 32
6　管理栄養士…… 35
7　介護分野の職員…… 36
8　障害保健福祉分野の職員…… 47
9　保育人材、放課後児童クラブ職員 …… 52
10　行政機関の保健福祉担当職員…… 68

第２章　担い手不足の克服に向けて……77

第１節　医療・福祉サービスの提供の在り方及び人材確保に関する今後の方向性 …… 77
1　医療・福祉サービスを必要とする方の増加の抑制 …… 77
2　特に医療・福祉人材を必要とする分野への対応 …… 80
3　ケアの質の確保や職員の負担軽減を実現する取組みの推進…… 90
4　人口減少等の地域の実情に応じた提供の在り方及び人材確保に関する方向性…… 99

第２節　担い手不足の克服に向けて…… 118
1　処遇の改善…… 118
2　医療・福祉現場のサービス提供の効率化と労働環境の改善 …… 119
3　地域や診療科の偏在対策…… 145
4　医療法人・社会福祉法人の多事業経営・法人間連携…… 150
5　地域共生社会の取組み…… 151

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…… 160

第１節　少子社会の現状…… 160

第２節　総合的な子育て支援の推進…… 162
1　子ども・子育て支援新制度 …… 162
2　全ての子育て家庭への支援…… 164
3　幼児教育・保育の無償化 …… 165
4　こども政策の新たな推進体制について…… 165

第３節　待機児童の解消などに向けた取組み…… 165
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…… 165

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、ヤングケアラーの支援…… 166
1　児童虐待防止対策の取組みの推進…… 166
2　社会的養育の充実…… 171
3　女性保護施策の推進…… 174
4　ヤングケアラーの支援…… 175

第５節　子どもの貧困対策…… 176

第６節　ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進…… 176
1　ひとり親家庭を取り巻く状況…… 176
2　ひとり親家庭の自立支援の取組み…… 177

第７節　母子保健医療対策の推進…… 178
1　地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化 …… 178
2　不妊に悩む夫婦への支援…… 179
3　子どもの心の健康支援等…… 180
4　「健やか親子21」の推進 …… 180

第８節　仕事と育児の両立支援策の推進…… 181
1　現状…… 181
2　育児・介護休業法 …… 183
3　企業における次世代育成支援の取組み…… 183
4　仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…… 184

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…… 187

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 …… 187
1　非正規雇用の現状と対策…… 187
2　有期労働契約に関するルール…… 188
3　パートタイム労働者・有期雇用労働者の均等・均衡待遇の確保…… 190
4　労働者派遣制度、職業紹介等の雇用仲介に関する制度の見直し …… 190
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…… 191
6　労働時間法制の見直し…… 191

7　過重労働解消に向けた取組みの促進…… 193
8　トラック、バス、タクシーの自動車運転者の長時間労働の抑制…… 194
9　医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…… 195
10　治療と仕事の両立支援の推進…… 197
11　柔軟な働き方がしやすい環境整備…… 198
12　多様な正社員等の普及促進等…… 199

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…… 199
1　労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し…… 199
2　労働移動支援施策の推進…… 200
3　雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進…… 200
4　最低賃金・賃金の引上げ等に向けた生産性向上支援…… 201
5　成長分野などでの人材育成の推進…… 201
6　職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進…… 206
7　国と地方自治体が連携した雇用対策の推進…… 210
8　生産性向上に資する人材育成の強化…… 210

第3節　地方創生の推進…… 211
1　地方創生に向けた地域雇用対策の推進…… 211
2　地方拠点強化税制における雇用促進税制…… 211

第4節　良質な労働環境の確保等…… 212
1　労働条件の確保改善…… 212
2　最低賃金制度について…… 215
3　未払賃金立替払事業について…… 216
4　「労災かくし」対策の推進…… 216
5　労災補償の現状…… 217
6　労働保険適用徴収制度…… 219
7　障害者虐待防止について…… 220
8　パワーハラスメント対策の推進…… 220
9　個別労働紛争対策の総合的な推進…… 222
10　透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築…… 222
11　雇用労働相談センターの設置・運営…… 222

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…… 223
1　労働災害の状況と防止に向けた取組み…… 223
2　労働災害を防止するための対策の充実…… 223
3　労働者の健康を確保するための対策の充実…… 226
4　化学物質、石綿による健康障害の防止…… 229
5　企業による労働者の安全と健康に対する取組みの推進…… 230

第6節　震災復興のための労働安全衛生対策等…… 231
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…… 231
2　除染等業務等における安全衛生と労働条件の確保…… 232
3　復旧・復興工事における災害防止対策…… 232
4　本格的な震災復興に向けた取組み…… 232

第７節　豊かで充実した勤労者生活の実現…… 235
1　中小企業退職金共済制度について…… 235
2　勤労者財産形成促進制度について…… 235
3　労働者協同組合法について…… 235
4　中小事業主が行う事業に従事する者等の労働災害等に係る共済事業に関する法律について … 235

第８節　安定した労使関係の形成など…… 236
1　2021（令和３）年度の労使関係 …… 236
2　労働委員会に関する動き…… 238

第３章　女性、若者、高齢者等の多様な働き手の参画…… 239

第１節　女性・若者・高齢者・就職氷河期世代等の活躍促進等 …… 239
1　女性の雇用の現状…… 239
2　女性の活躍促進等…… 239
3　高年齢者雇用の現状…… 242
4　「生涯現役社会」の実現…… 243
5　若年者雇用の現状…… 243
6　総合的かつ体系的な若者雇用対策の推進…… 244
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…… 244
8　若者と中小企業とのマッチングの強化…… 244
9　キャリア教育の推進…… 245
10　フリーター等の正社員就職の促進…… 245
11　ニート等の若者の職業的自立支援の強化…… 245
12　キャリアコンサルティングの活用促進…… 246
13　ジョブ・カード制度の推進 …… 247
14　就職氷河期世代に対する集中支援…… 247
15　就職氷河期世代の活躍促進に向けた取組み…… 248

第２節　障害者、難病・がん患者の活躍促進…… 249
1　障害者雇用対策の沿革…… 249
2　障害者雇用の現状…… 250
3　障害者に対する就労支援の推進…… 252
4　障害者の職業能力開発支援の充実…… 256
5　就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進…… 256
6　障害者優先調達推進法…… 258
7　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 … 259

第３節　外国人材の活用・国際協力 …… 260
1　専門的・技術的分野の外国人の就業促進 …… 260
2　外国人労働者の雇用管理改善等に向けた取組み…… 261
3　日系人を含む定住外国人等に対する支援…… 261
4　アフターコロナを見据えた在留外国人への就職支援…… 262
5　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…… 262

第４節　重層的なセーフティネットの構築…… 263
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…… 263
2　求職者支援制度…… 263

3　雇用保険制度…… 264
4　雇用調整助成金…… 265

第4章　自立した生活の実現と暮らしの安心確保…… 266

第1節　地域共生社会の実現の推進…… 266
1　地域共生社会の実現について…… 266
2　消費生活協同組合について…… 267
3　地域生活定着促進事業の実施について…… 267
4　成年後見制度の利用促進について…… 268

第2節　社会福祉法人制度について…… 269

第3節　生活困窮者の自立・就労支援等の推進及び生活保護の適正な実施 …… 269
1　生活困窮者自立支援制度について…… 269
2　生活保護制度の概要…… 271
3　生活保護の現状…… 271
4　改正生活保護法の着実な施行について…… 272
5　新型コロナウイルス感染症に係る対応について…… 273

第4節　自殺対策の推進…… 273

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…… 275
1　国主催の戦没者追悼式、次世代への継承 …… 275
2　戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進 …… 276
3　戦傷病者、戦没者遺族等への援護 …… 279
4　中国残留邦人等への支援…… 279

第6節　旧優生保護法一時金支給法について…… 280

第5章　若者も高齢者も安心できる年金制度の確立…… 282

第1節　持続可能で安心できる年金制度の運営…… 283
1　持続可能で安定的な公的年金制度の確立…… 283
2　企業年金・個人年金制度の最近の動向について …… 293
3　国際化への対応…… 295

第2節　公的年金の正確な業務運営…… 296
1　日本年金機構について…… 296
2　日本年金機構の取組み…… 297
3　年金記録問題への取組みとご自身による年金記録確認の推進…… 301

第3節　年金広報の取組みについて…… 303
1　社会保険適用拡大に関する広報について…… 303
2　個々人の年金の「見える化」について…… 303
3　年金エッセイの募集、年金広報コンテスト …… 304
4　年金教育教材の開発や学生との年金対話集会等の開催…… 304
5　「年金の日」について…… 305

第6章　医療関連イノベーションの推進…… 306
第1節　データヘルス改革の推進…… 306

第2節　医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備 …… 308
1　健康・医療戦略について …… 308
2　研究開発の振興について…… 309
3　次世代医療基盤法…… 310
4　研究者等が守るべき倫理指針について…… 310

第3節　医療関連産業の活性化…… 311
1　革新的な医薬品・医療機器等の創出 …… 311

第4節　医療の国際展開等…… 317
1　医療の国際展開の推進…… 317
2　国内における国際化への対応…… 319

第7章　国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現 …… 320
第1節　地域における医療・介護の総合的な確保の推進 …… 320
1　医療及び介護の総合的な確保の意義…… 320
2　地域医療介護総合確保基金…… 320

第2節　安心で質の高い医療提供体制の構築…… 321
1　質が高く効率的な医療提供体制の構築…… 321
2　医療人材の確保及び質の向上の推進…… 335
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…… 340
4　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進…… 341

第3節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現…… 342
1　医療保険制度改革の推進…… 342
2　予防・健康づくり …… 345
3　医療費適正化…… 346
4　2022（令和4）年度診療報酬改定 …… 346

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…… 348
1　介護保険制度の現状と目指す姿…… 348
2　地域包括ケアシステムの構築…… 349
3　認知症施策の推進…… 351
4　介護現場革新…… 352
5　介護報酬改定…… 354

第5節　福祉・介護人材の確保対策 …… 354

第8章　健康で安全な生活の確保…… 356
第1節　健康危機管理・災害対策の推進 …… 356
1　健康危機管理の取組みについて…… 356
2　災害対策の取組みについて…… 356

第２節　ゲノム医療の推進…… 357
1　ゲノム医療の推進体制について…… 357
2　ゲノム医療推進のための取組みについて…… 357

第３節　感染症対策、予防接種の推進 …… 359
1　国際的に脅威とされる感染症対策について…… 359
2　麻しん・風しん対策について …… 374
3　結核対策について…… 375
4　エイズ（AIDS／後天性免疫不全症候群）対策について …… 377
5　性感染症対策について…… 379
6　薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について …… 379
7　インフルエンザ対策について…… 381
8　動物や蚊、ダニが媒介する感染症対策について …… 384
9　HTLV－１対策について …… 385
10　予防接種施策について…… 386

第４節　がんなどの生活習慣病（NCDs（非感染性疾患））、
アレルギー疾患対策などの総合的かつ計画的な推進…… 388
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進…… 388
2　国民健康づくり運動の展開…… 392
3　循環器病対策について…… 400
4　腎疾患対策について…… 400
5　リウマチ・アレルギー疾患対策について …… 401

第５節　肝炎対策…… 401
1　肝炎対策について…… 401
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… 404

第６節　難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進…… 405
1　難病対策について…… 405
2　小児慢性特定疾病対策について…… 406
3　臓器移植の適切な実施…… 407

第７節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等 …… 410
1　緊急時の薬事承認の在り方等に関して…… 410
2　医薬品等の安全対策…… 410
3　医薬品の販売制度…… 412
4　医療用医薬品の品質確保対策…… 413
5　薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等…… 414
6　化学物質の安全対策…… 415

第８節　薬物乱用対策の推進…… 417
1　薬物乱用防止対策…… 417
2　危険ドラッグ対策…… 418

第９節　血液製剤対策の推進…… 419
1　献血の推進について…… 419
2　輸血用血液製剤の安全対策について…… 423

第10節　医薬品・医療機器による健康被害への対応 …… 425
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 …… 425
2　薬害被害者への恒久対策 …… 425
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 …… 426
4　薬害を学ぶ …… 427

第11節　食の安全の確保 …… 427
1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策 …… 427
2　最近の食品安全行政の主な動き …… 428
3　食品安全行政の概要 …… 433
4　国民への正確でわかりやすい情報提供等 …… 439

第12節　水道の基盤強化 …… 440
1　水道の基盤強化に向けた改正水道法に基づく取組みの実施 …… 440
2　全ての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給 …… 441
3　危機管理への取組み …… 441
4　東日本大震災からの復興に関する取組み …… 441
5　水道産業の国際展開に向けた取組み …… 442
6　新型コロナウイルス感染症に関連した取組み …… 442

第13節　生活衛生関係営業の振興など …… 442
1　生活衛生関係営業の振興 …… 442
2　民泊サービスの健全な普及及び違法民泊対策への取組み …… 443
3　建築物における衛生対策の推進 …… 444
4　新型コロナウイルス感染症に関連した支援 …… 444

第14節　原爆被爆者の援護 …… 444

第15節　ハンセン病対策の推進 …… 445
1　ハンセン病問題の経緯について …… 445
2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について …… 446
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 …… 446

第16節　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の実施 …… 447

第9章　障害者支援の総合的な推進 …… 449

第1節　障害福祉施策の推進について …… 449
1　障害者総合支援法等に基づく支援 …… 449
2　障害者の虐待防止 …… 452
3　発達障害者の支援 …… 453
4　障害者扶養共済制度（しょうがい共済） …… 457
5　高次脳機能障害者の支援 …… 457

第2節　障害者の社会参加支援について …… 458

第3節　精神保健医療福祉について …… 459
1　精神保健医療福祉の現状と課題について …… 459

2　精神保健医療福祉の取組状況について …… 459
3　こころの健康対策 …… 461
4　依存症対策 …… 462

第10章　国際社会への貢献 …… 465

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 …… 465
1　保健医療分野 …… 465
2　労働分野 …… 469
3　社会保障・福祉分野 …… 471

第2節　開発途上国等への国際協力 …… 471
1　保健医療分野 …… 471
2　労働分野 …… 472
3　社会保障・福祉分野 …… 473

第3節　各国政府等との政策交流の推進 …… 474

第4節　経済連携協定（EPA）等への対応 …… 474

第11章　行政体制の整備・情報政策の推進 …… 476

第1節　統計改革等の推進 …… 476

第2節　独立行政法人等に関する取組み …… 477
1　無駄削減に向けた取組みの実施 …… 477
2　独立行政法人に関する取組み …… 477

第3節　広報体制の充実 …… 478
1　新しい情報発信手段の活用 …… 478

第4節　情報化の推進 …… 478
1　情報化の推進 …… 478
2　情報化の推進に向けた主な取組み …… 479
3　個人情報保護 …… 481

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 …… 482
1　行政機関情報公開法の施行 …… 482
2　行政機関個人情報保護法の施行 …… 482
3　公益通報者保護法の施行 …… 483
4　「国民の皆様の声」の集計報告 …… 483
5　厚生労働行政モニターについて …… 483

第6節　政策評価などの取組み …… 484
1　政策評価の取組み …… 484
2　独立行政法人評価の取組み …… 484
3　国民目線に立った制度・事業の改善 …… 485

コラム

主治医チーム制とシフト制による女性小児科医師サポートの取組み
（福岡大学筑紫病院）…… 17
介護職員自らが誇りを持って介護の魅力を伝える
－「KAiGO PRiDE」プロジェクト－（熊本県） …… 40
人口減少下における各地域の保育提供体制の維持に向けた取組み（岩手県花巻市）… 62
欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援 …… 78
地域の交流の場となる「家」で自分らしく、自由に生ききる
（株式会社シルバーウッド　銀木犀）…… 84
オランダ発“ヒューマニタス・ディヴェンター”が目指す“ノーマル”…… 86
介護の未来を創りたい
～テクノロジーの活用事例（社会福祉法人友愛十字会　砧ホーム）～…… 92
介護現場のニーズに応えるテクノロジーの製品開発
（フューチャー・ケア・ラボ・イン・ジャパン）…… 94
働き方改革を考える～オール九州がんセンターでの取組み～
（国立病院機構九州がんセンター）…… 97
薬剤師と多くの職種が連携した在宅療養患者の薬剤管理の取組み
（ファーマシィ薬局引野）……108
人口減少下における各地域の保育提供体制の維持に向けた取組み（愛媛県宇和島市）…112
地域で伴走できる介護を目指して法人をグループ化
（社会福祉法人グループ・リガーレ） ……115
医師のタスク・シフト／シェア推進について（神奈川県横須賀市立うわまち病院） …122
障害福祉分野におけるコミュニケーションロボットと今後の展望
（医療法人社団北水会　北水会記念病院）……125
AI（人工知能）ケアプランが実現するもの ……127
“試しに使って効果を実感！”介護ロボット普及推進事業（岡山県岡山市） ……128
介護人材のキャリアパスの構築に向けて……131
ハローワークにおける福祉人材確保の取組例……134
子育て中医師のキャリア支援～医師が勤務したい病院へ（筑波大学附属病院）……137
地域の介護施設で活躍する高年齢者（山形県酒田市シルバー人材センター）……139
介護分野で広がる外国人職員の活躍（社会福祉法人奉優会）……144
より安心で効率的な訪問看護に向けた取組み（訪問看護ステーションフレンズ）……147
動きだした地域医療連携推進法人……150
地域を「まるごと」受け止め、支える仕組みづくり（福井県坂井市） ……152
オランダの重層的支援体制「ソーシャルヴェイクティーム」が取り組む
“インフォーマル・ファースト” ……153
医食住が強固につながった多世代交流型複合施設「アンダンチ」
（株式会社未来企画）……155
障害者の就労支援における農福連携……157

第1部

社会保障を支える人材の確保

はじめに

2022（令和4）年、日本の年齢別人口において最も層の厚い団塊の世代（1947（昭和22）～1949（昭和24）年生）の方々が75歳を迎え始めた。2025（令和7）年までに毎年約200万人が75歳以上となると見込まれている。健康上の問題で日常生活を制限されることなく生活できる期間である健康寿命は、2019（令和元）年に女性が75.38歳、男性が72.68歳と延びてきているものの、今後、介護や医療を必要とする方が増える可能性がある。

高齢者の高齢化が進む一方で、2020（令和2）年以降5年ごとの人口増減率は、65歳以上の増加率の幅よりも、いわゆる現役世代の減少率の方が大きくなっていくと推計されている。

私達は、現役世代が急減していく時代を迎える準備ができているか。

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネットである。日本は少子高齢化が進む将来を見据え、国民的議論の下、年金、労働、医療、介護、少子化対策など社会保障全般にわたって持続可能な改革を検討し、推進してきた。

新型コロナウイルス感染症から人々の命、健康、生活を守るために長期間にわたって奮闘している多くのエッセンシャルワーカーの方々を目の前にし、今一度、医療・福祉現場を支える人材に焦点を当てたい。

セーフティネットである医療・福祉サービスの提供の要は「人」である。

医療・福祉サービスを持続可能な制度としていくために、このサービス提供の担い手となる人材の確保にどう取り組むべきか。

今回の厚生労働白書第1部は、「社会保障を支える人材の確保」と題し、現役世代が急減していく人口構造を踏まえ、医療・福祉サービスの提供の在り方、人材確保に関する今後の対応の方向性について検討を行ったものである。

第1章では、現役世代の急減による担い手不足の加速化と今後必要となる医療・福祉分野の就業者数の見通しを整理するとともに、医療・福祉分野の人材について、個別具体的にこれまでの取組成果を見ていく。続く第2章では、担い手不足の克服に向けて、医療・福祉サービスの提供の在り方及び人材確保に関する今後の方向性等を論じていく。

我が国の人口構造は、十分な厚みのある若年層が高齢層を支えた“ピラミッド型”からいわゆる“肩車型”へ変化していく。まずはその変化から見ていくこととしたい。

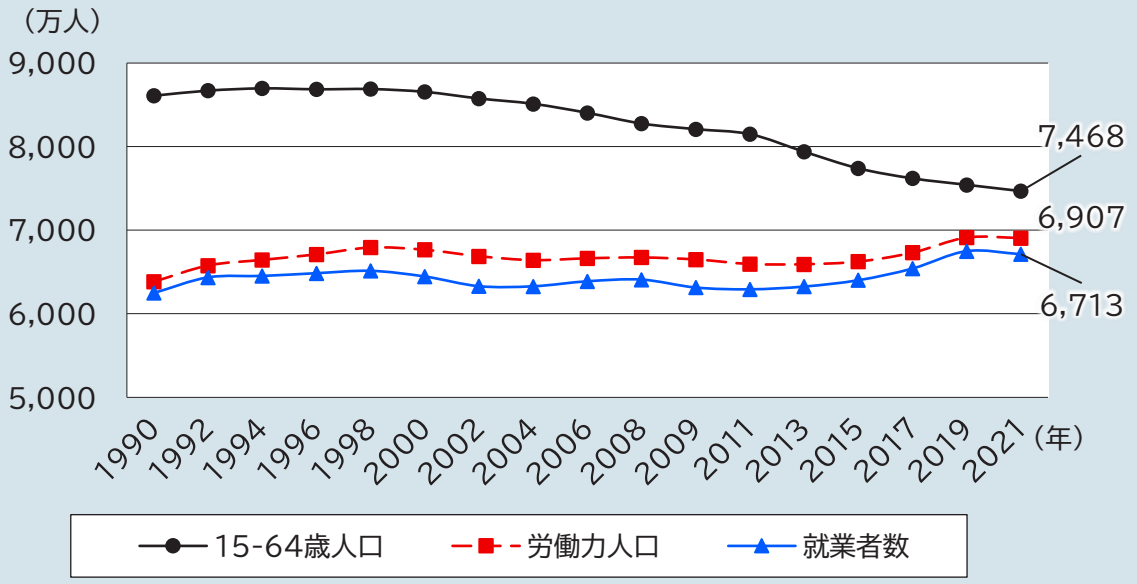
第１章　社会保障を支える人材を取り巻く状況

第１節　現役世代[*1]の急減による担い手不足の加速化と医療・福祉の就業者数の見通し

（労働力人口や就業者数は女性や高齢者の就業率上昇により、1990年代後半の水準を維持）

我が国の人口は、2008（平成20）年をピークに減少に転じた。人口減少が続く中にあっても2021（令和3）年の就業者数は6,713万人と、1990年代後半の水準を維持している（図表1-1-1）。年齢階級別・男女別の就業率の推移をみると、特に女性や60歳以上の方の就業率が上昇しており、女性の活躍推進や高齢者の就労促進等に関する各種施策の推進が、労働力人口や就業者数の底上げに寄与していると考えられる（図表1-1-2）。

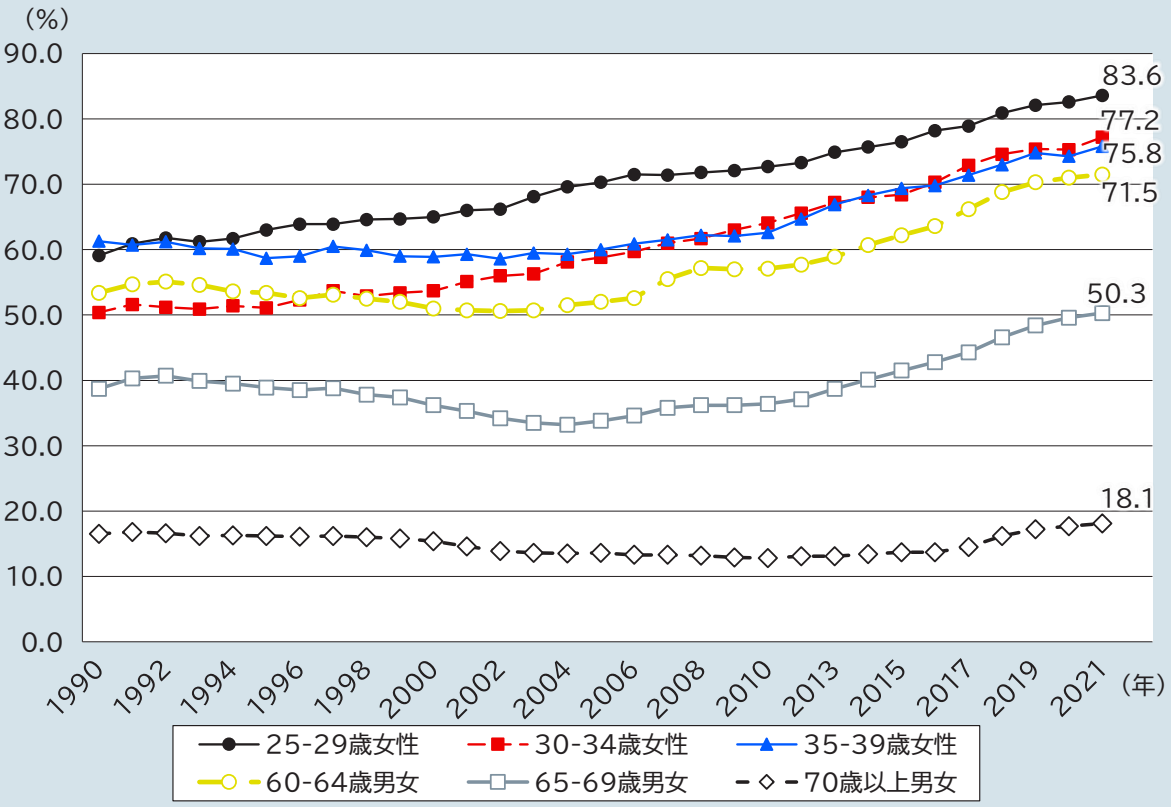
図表1-1-1　労働力人口・就業者数の推移



資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和３年）平均結果」より厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。
（注）　2022年３月４日に公表されたベンチマーク人口の新基準に基づいて遡及集計した数値を用いている。

＊1　第１部では、20～64歳を指すこととしている。

図表1-1-2 就業率の推移

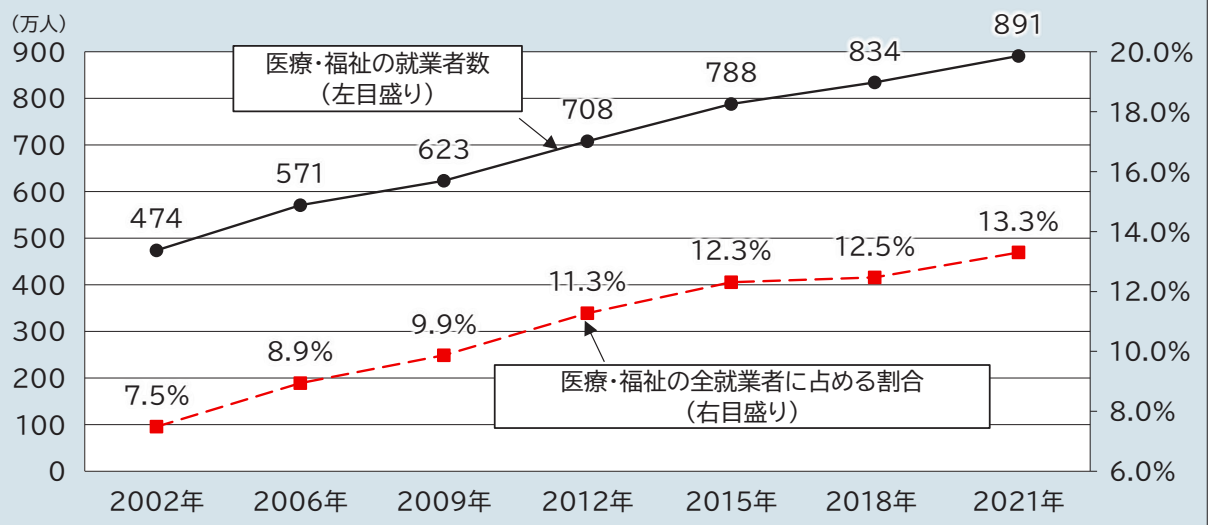


資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和3年）平均結果」より厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。
（注） 2022年3月4日に公表されたベンチマーク人口の新基準に基づいて遡及集計した数値を用いている。

（医療・福祉分野の就業者数は、約20年間で410万人増加し、約8人に1人が医療・福祉分野で就業）

社会保障の担い手である医療・福祉分野の就業者は、保健、医療、社会福祉など国民生活の基礎をなす極めて広い分野にまたがっている。専門的知識・技術を有し公的資格を取得して医療機関や社会福祉施設等でサービス提供を行っている方や、保健所、福祉事務所等の行政機関に保健や福祉の担当者として勤務している方など幅広い層に支えられている。これら医療・福祉分野の就業者数（事務職を含む。）は、2021（令和3）年現在で891万人となっている。総務省統計局「労働力調査」を基に産業大分類で把握できるようになった2002（平成14）年以降についてみると、就業者数は右肩上がりで増加し、2021年は2002年の約1.9倍となっている。全産業に占める医療・福祉の就業者の割合についても、2002年段階では7.5%（約13人に1人）だったものが、2021年には13.3%にまで増え、就業者の約8人に1人が医療・福祉分野で働いている（図表1-1-3）。

図表1-1-3　医療・福祉の就業者数の推移



資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和３年）平均結果」より厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。
（注）　2022年３月４日に公表されたベンチマーク人口の新基準に基づいて遡及集計した数値を用いている。

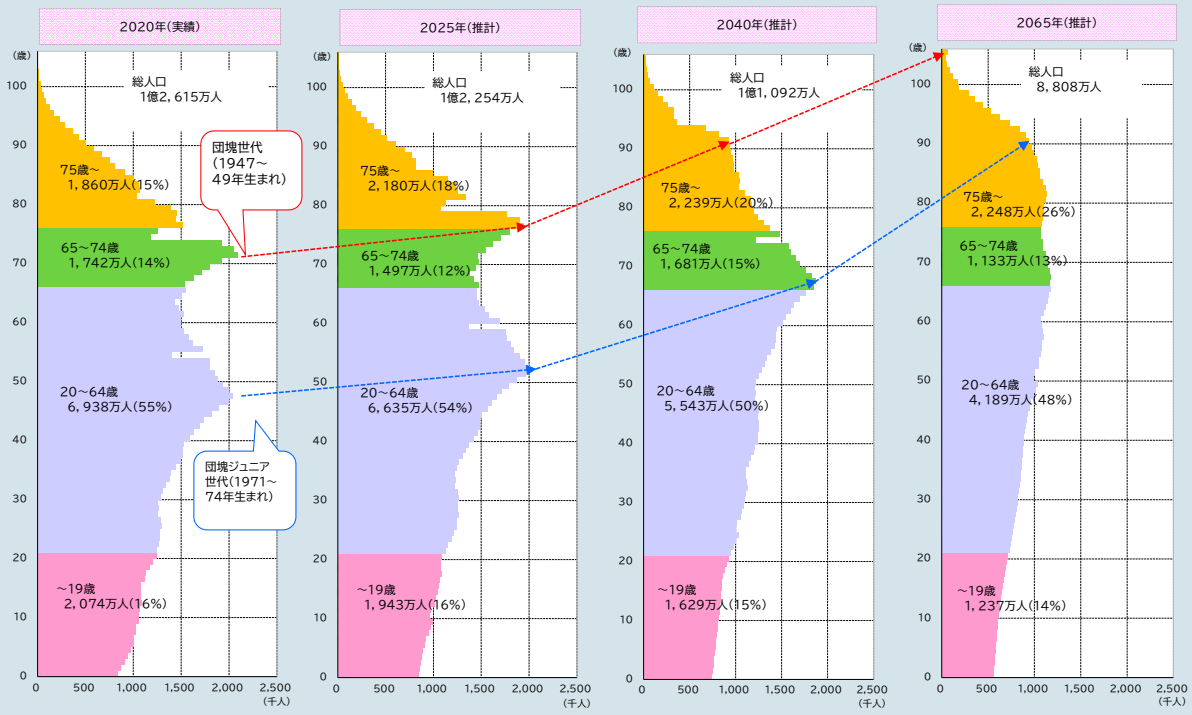
（20～64歳の人口は今後20年間で約1,400万人減少する見込み）

我が国の人口は今後も減少が続くと見込まれる中、現役世代の急減が懸念される。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位）によれば、1971（昭和46）年から1974（昭和49）年生まれの団塊ジュニア世代が65歳超となる2040（令和22）年には、20～64歳人口が5,543万人（50%）となり人口全体のちょうど半分を占めるまでに減少すると推計されている（**図表1-1-4**）。2020（令和2）年と比較すると、2040年の20～64歳人口は約1,400万人減少すると見込まれている。

なお、2021（令和3）年4月1日から、定年年齢を65歳以上70歳未満に定めている事業主又は継続雇用制度（70歳以上まで引き続き雇用する制度を除く。）を導入している事業主は、70歳まで定年年齢を引き上げるなど、70歳までの就業機会の確保に努めることとされた[*2]。今後、働く意欲がある高年齢者がその能力を十分に発揮できるよう、高年齢者が活躍できる環境を整備していくことが重要とされている。2040年における20～69歳の人口をみると、6,450万人（58%）となることが見込まれる（**図表1-1-5**）。

＊2　高年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）

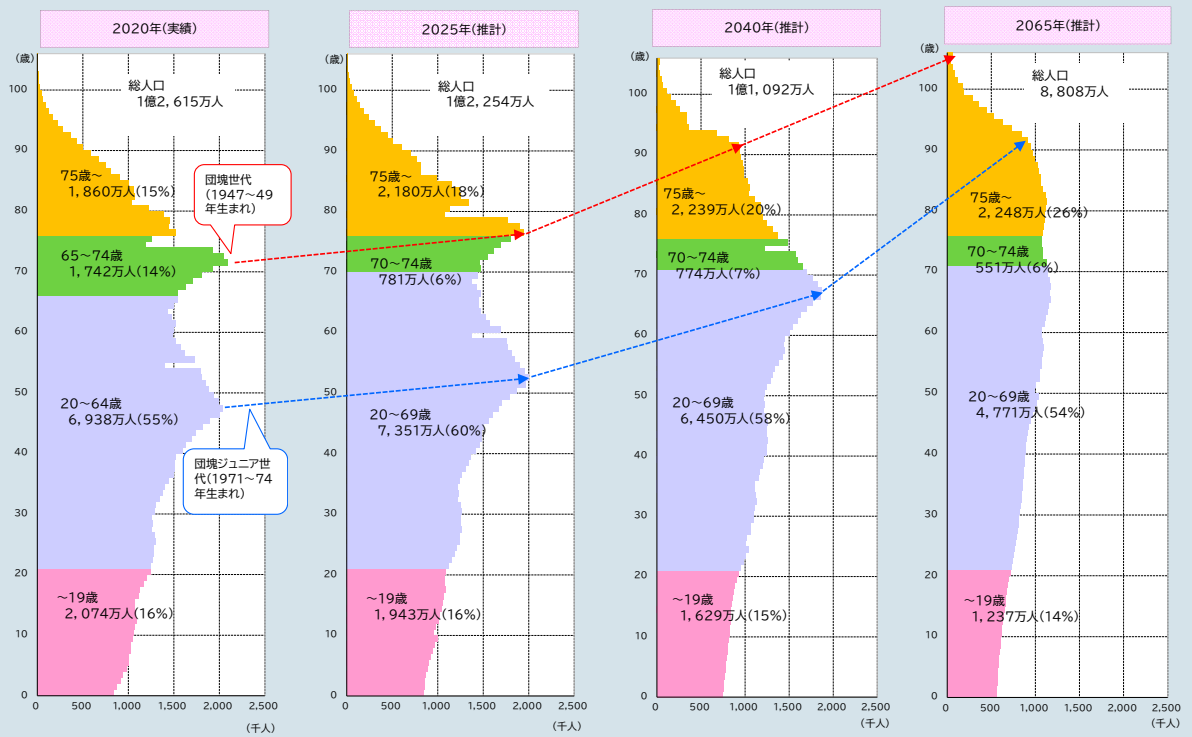
図表1-1-4 人口ピラミッドの変化（20～64歳区分を含む）



資料：実績値（2020年）は総務省統計局「国勢調査」、推計値（2025年、2040年、2065年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）により厚生労働省政策統括官付政策統括室において作成。

（注） 2020年の実績値は、図に掲載している推計値の後に公表されたものであることに留意が必要である。

図表1-1-5 人口ピラミッドの変化（20～69歳区分を含む）



資料：実績値（2020年）は総務省統計局「国勢調査」、推計値（2025年、2040年、2065年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）により厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。

（注） 2020年の実績値は、図に掲載している推計値の後に公表されたものであることに留意が必要である。

（経済成長と労働参加が進むと仮定するケースでも2040（令和22）年には医療・福祉分野の就業者数が96万人不足する見込み）

厚生労働省職業安定局「雇用政策研究会報告書」（2019（令和元）年7月）によれば、今後の就業者数については、経済成長と労働参加が進むと仮定するケース[*3]では、2040（令和22）年に6,024万人となると推計されている。2021年現在の6,713万人から減少するものの、2040年は大幅な人口減少下にあることに鑑みればその減少は相当程度抑えられているといえる。この経済成長と労働参加が進むと仮定するケースでは、医療・福祉分野の就業者数は974万人（総就業者数の16%）と推計されている。他方、医療・介護サービスの2018（平成30）年の年齢別利用実績を基に、人口構造の変化を加味して求めた2040年の医療・介護サービスの需要から推計した医療・福祉分野の就業者数は1,070万人（総就業者数の18～20%）が必要となると推計されており、96万人の差が生じている（**図表1-1-6**）。

図表1-1-6　医療・福祉分野の就業者数の見通し

	2018年	2025年	2040年	
	【実績】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【経済成長と労働参加が進むケース】
医療福祉分野の就業者数（かっこ内は総就業者数に占める割合）	826万人（12%）	940万人（14～15%）	1,070万人（18～20%）	974万人（16%）

資料：「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（2019年5月厚生労働省）を基に作成。

（小括）

急速な少子高齢化の中でも、女性や高齢者の就業率の上昇により、就業者数は人口減少が始まった2008（平成20）年以前の水準を維持している。今後、現役世代の人口が急減する中で、活力ある経済の維持を考えると女性、高齢者等をはじめとした一層の労働参加が不可欠であるといえる。また、社会保障の担い手である医療・福祉分野の就業者数は急速に増加しており、引き続き2040（令和22）年に向けて、更に担い手が必要となることが見込まれている。

第2節では、医療・福祉分野の人材の確保について、個別具体的にこれまでの取組成果を見ていく。

＊3　「未来投資戦略2018」（2018（平成30）年6月15日閣議決定）を踏まえた高成長が実現し、かつ、労働市場への参加が進むケース

第2節 これまでの取組成果

医療・福祉分野の就業者数（事務職を含む。）は2021（令和3）年現在で891万人となっており、就業者の約8人に1人が医療・福祉分野で働いていることとなる。日本の医療・福祉サービスは国家資格制度があるものだけでも以下表のとおり、非常に多くの人材により支えられている（図表1-2-1）。医療・介護現場でのタスク・シフト／シェア*4も含めたチーム医療*5やチームケア*6の推進、地域包括ケアシステム*7及び地域医療構想*8による地域での医療・介護の連携の推進や子どもを産み育てやすい環境づくりに当たっては、こうした国家資格を有する方だけでなく、地方自治体、NPO・NGOなど多くの方々がサービス提供の担い手となっている。また里親、ファミリーホームの養育者の方々など家族として支えている方々や、地域の中では民生委員・児童委員、ボランティアの方、地域貢献・見守り活動に参加する企業など多様な方が多様な方法で、支援を必要とする方を必要なサービスにつなぐ役割を担っている。こうした多様な人材が活躍する中にあって、この節では、医療・福祉サービス提供のニーズの高まりを踏まえ、重要課題として担い手の養成・確保に取り組んできた人材を取り上げ、その取組成果を見ることとしたい。

図表1-2-1 厚生労働省所管国家資格一覧（保健医療・福祉関係）

医療関連					
医師	33万7,625人（就業者数※1）	言語聴覚士	17,905人（就業者数※3）	柔道整復師	75,786人（就業者数※4）
歯科医師	10万6,223人（就業者数※1）	視能訓練士	10,130人（就業者数※3）	健康関連	
薬剤師	31万158人（就業者数※1）	臨床工学技士	30,409人（就業者数※3）	管理栄養士	26万4,181人（登録者総数※6）
保健師	64,819人（就業者数※2）	義肢装具士	128人（就業者数※3）	福祉・介護関連	
助産師	40,632人（就業者数※2）	歯科衛生士	14万2,760人（就業者数※4）	保育士	64万4,518人（就業者数※7）
看護師	127万2,024人（就業者数※2）	歯科技工士	34,826人（就業者数※4）	社会福祉士	25万7,293人（登録者数※8）
診療放射線技師	55,624人（就業者数※3）	救急救命士	66,899人（免許登録者数※5）	介護福祉士	175万4,486人（登録者数※8）
臨床検査技師	67,752人（就業者数※3）	あん摩マッサージ指圧師	11万8,103人（就業者数※4）	精神保健福祉士	97,339人（登録者数※8）
理学療法士	10万965人（就業者数※3）	はり師	12万6,798人（就業者数※4）	公認心理師	54,248人（登録者数※9）
作業療法士	51,056人（就業者数※3）	きゅう師	12万4,956人（就業者数※4）		

※1　厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」
※2　厚生労働省医政局調べ、2019年現在
※3　常勤換算、医療施設（病院・診療所）で勤務する者、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年医療施設調査」
※4　厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年度衛生行政報告例」
※5　厚生労働省医政局調べ、2022年3月現在
※6　厚生労働省健康局調べ、2021年12月現在
※7　常勤及び非常勤の数、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年社会福祉施設等調査」、2020年10月1日現在
※8　（公財）社会福祉振興・試験センター、2022年3月末現在
※9　（一財）日本心理研修センター、2022年3月末現在

資料：厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。
（注）　食品衛生関連、技術・安全衛生関連及び理美容関連の国家資格を除く。

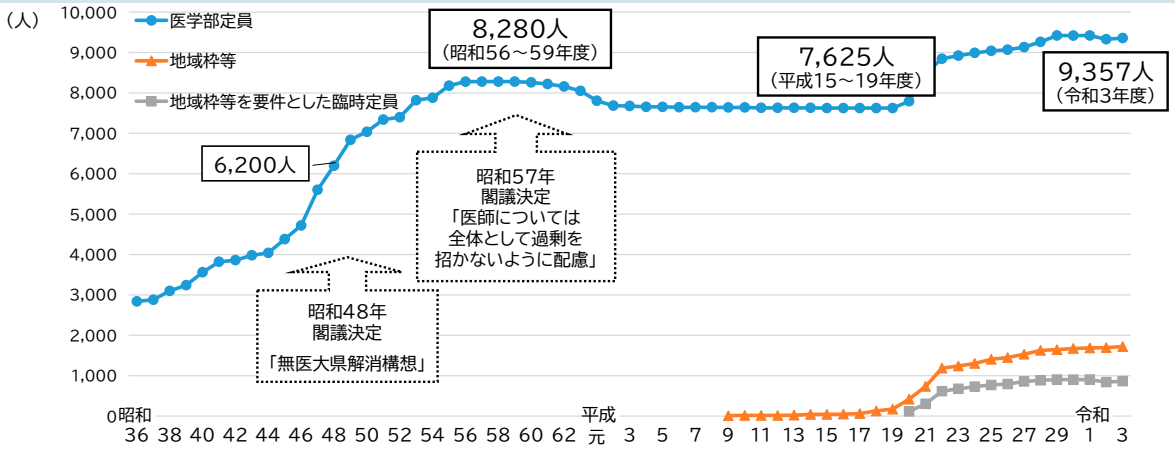
＊4　合意形成のもとでの業務移管や共同化
＊5　一人の患者に複数の医療専門職が連携して治療やケアにあたること。
＊6　医療と介護福祉の専門職が連携して治療や介護にあたること。
＊7　全ての団塊の世代（1947（昭和22）～1949（昭和24）年生まれの方）が75歳以上となる2025（令和7）年に向けて、重度の介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みのこと。
＊8　地域の高齢化等の状況に応じて必要となる将来の医療ニーズを踏まえて、その地域に存在する医療機能の役割の分化や連携を進めるため、地域の関係者の協議によって医療提供体制を整備すること。

1 医師

（医学部臨時定員の増加により、全国レベルでは医師数は過去最大規模に増加）

医師は2020（令和2）年12月現在で、33万9,623人[*9]となっている。主な就業場所別に見ると、病院・診療所（以下「医療施設」という。）は32万3,700人、介護老人保健施設は3,405人、医療施設・介護老人保健施設・介護医療院以外[*10]の従事者は、9,419人となっている。2006（平成18）年度からの医学部臨時定員の増加に係る方針[*11]に基づき、2008（平成20）年度から、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠等[*12]を中心に段階的に医学部定員を増員することにより、全国レベルで医師数は毎年約3,500人から4,000人ずつ増加している。また、医学部定員に占める地域枠等の数・割合も増加している（図表1-2-2）。

図表1-2-2　医学部入学定員と地域枠の年次推移



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330	9357
医学部定員（自治医科大学を除く）	7525	7683	8373	8733	8810	8868	8918	8946	9011	9139	9297	9296	9297	9207	9234
地域枠等	173	418	736	1186	1242	1304	1406	1450	1531	1627	1645	1674	1687	1695	1723
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.4%	18.7%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%

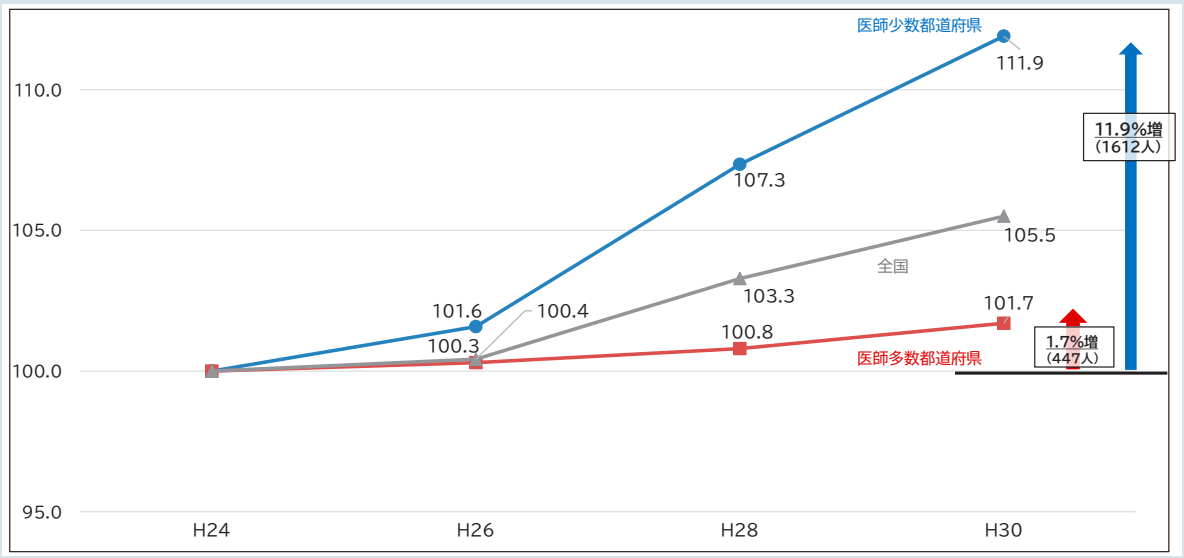
資料：厚生労働省医政局医事課において作成。
（注）「地域枠等」及び「地域枠等を要件とした臨時定員」の人数について、文部科学省調べ。
自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み、「地域枠等」からは除く。

＊9　日本国内に住所があって、医師法（昭和23年法律第201号）第6条第3項により届け出た医師数。厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）
＊10　行政機関・産業医・保健衛生業務の従事者等
＊11　「新医師確保総合対策」（2006年8月31日4大臣合意）、「緊急医師確保対策」（2007（平成19）年5月31日政府・与党決定）、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）及び「新成長戦略」（2010（平成22）年6月18日閣議決定）により、2008（平成20）年度から2019（令和元）年度まで暫定的に定員の増員が講じられた。
＊12　地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。

（地域枠等の臨時定員の増加により、35歳未満の若手医師が医師少数都道府県[*13]で増加）

医療施設に従事する医師を年齢階級別にみると、多い順に「50～59歳」が67,525人（20.9%）、「40～49歳」が67,406人（20.8%）、「30～39歳」が66,210人（20.5%）となっている[*14]。2008（平成20）年度から実施している医学部定員（地域枠等）の臨時定員の増加による地域偏在解消の効果は2014（平成26）年から顕在化しており、2014年前後で比較すると、医師少数都道府県の35歳未満の医師数は、医師多数都道府県と比較し伸びている（**図表1-2-3**）。

図表1-2-3　35歳未満の医療施設従事医師数推移（2012（平成24）年を100とした場合）



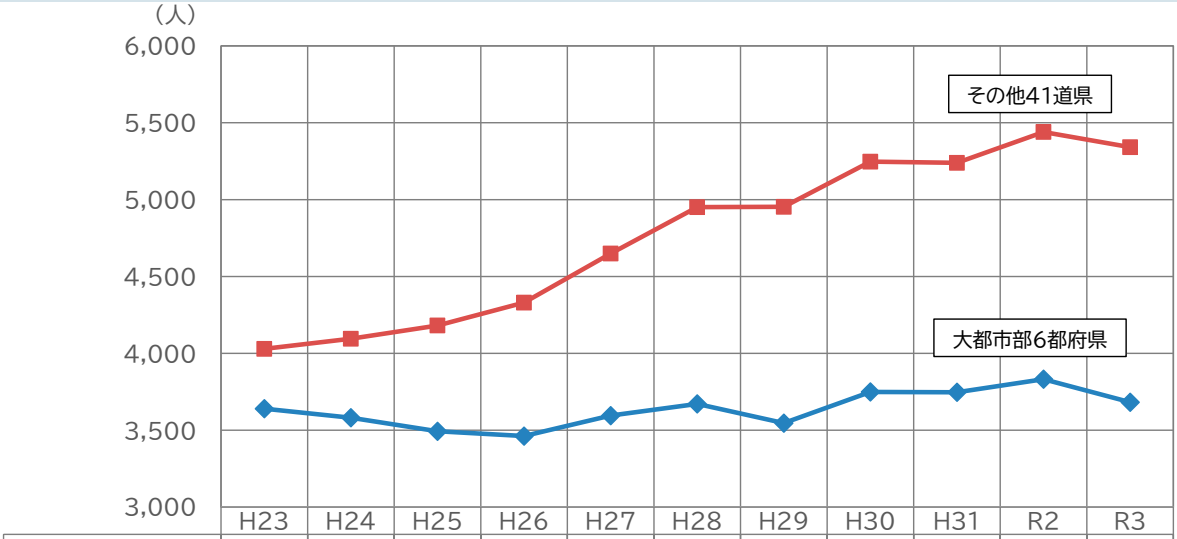
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」より厚生労働省医政局医事課において作成。
（注）医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県

＊13 三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した医師偏在指標に基づく都道府県の順位のうち上位三分の一を医師多数都道府県とし、下位三分の一を医師少数都道府県としている。
＊14 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）

（臨床研修医の採用数は、大都市部以外の41道県で増加傾向）

2004（平成16）年度に医師の基本的な診療能力の習得のため必修化された臨床研修制度では、研修医が都市部に集中する傾向が続いていたものの、2010（平成22）年度の研修から都道府県別の募集定員の上限を設定し、大都市部6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）とその他41道県の採用数を比較すると、後者の採用実績が増加している（**図表1-2-4**）。

図表1-2-4　臨床研修医の採用実績について



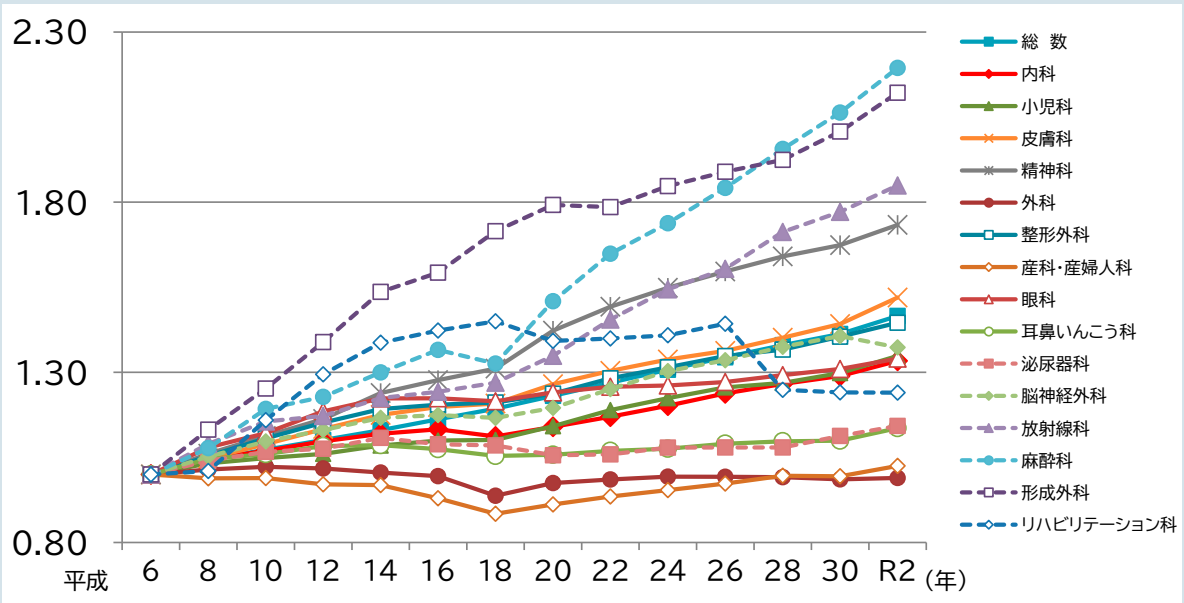
	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3
大都市部6都府県	3,640	3,581	3,493	3,462	3,595	3,671	3,546	3,749	3,747	3,832	3682
その他41道県	4,029	4,095	4,181	4,330	4,649	4,951	4,953	5,247	5,239	5,440	5341

資料：厚生労働省医政局医事課において作成。

（医師の全体数の増加により全診療科の医師数は増加傾向にあるものの、産婦人科・外科の医師数は横ばいの状況）

2020年12月現在の医師数を、従事する主たる診療科別にみると、「内科」が61,514人（19.0%）と最も多く、次いで「整形外科」22,520人（7.0%）、「小児科」17,997人（5.6%）となっている*15。1994（平成6）年以降の診療科別医師数の推移では、長時間労働の常態化*16が指摘されている「産婦人科」及び「外科」の増加幅は小さい一方で、「精神科」や「放射線科」の増加幅は大きくなっている（図表1-2-5）。

図表1-2-5　診療科別医師数の推移（1994年を1.0とした場合）



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」より厚生労働省医政局医事課において作成。

（注）　内科
…（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成20～令和2年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
外科
…（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（平成20～令和2年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
平成18年調査から新設された「研修医」項目は除く。

＊15「臨床研修医」を除く。厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）
＊16 週当たり労働時間について、外科が平均57.44時間、産婦人科が平均55.29時間となっている。独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（2012（平成24）年）

（医師の全体数は増加しているが、医師の地域偏在が残る）

医療施設に従事する人口10万対医師数をベースに、医師の労働時間や受療率等を勘案した医師偏在指標に基づくと、都道府県別医師数では最上位の東京都が332.8人である一方で最下位の岩手県及び新潟県は172.7人と約2倍の開きがある（**図表1-2-6**）。2016（平成28）年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」によれば、医師が地方で勤務する意思がない理由として、全年代を通じて「希望する内容の仕事ができないこと」や「労働環境に不安があること」が高い割合で挙げられており、20歳代では「専門医の取得に不安があること」という意見も多い。

図表1-2-6　都道府県別医師偏在指標

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	239.8
01	北海道	224.7
02	青森県	173.6
03	岩手県	172.7
04	宮城県	234.9
05	秋田県	186.3
06	山形県	191.8
07	福島県	179.5
08	茨城県	180.3
09	栃木県	215.3
10	群馬県	210.9
11	埼玉県	177.1
12	千葉県	197.3
13	東京都	332.8
14	神奈川県	230.9
15	新潟県	172.7
16	富山県	220.9
17	石川県	272.2
18	福井県	233.7
19	山梨県	224.9
20	長野県	202.5
21	岐阜県	206.6
22	静岡県	194.5
23	愛知県	224.9
24	三重県	211.2
25	滋賀県	244.8
26	京都府	314.4
27	大阪府	275.2
28	兵庫県	244.4
29	奈良県	242.3
30	和歌山県	260.3
31	鳥取県	256.0
32	島根県	238.7
33	岡山県	283.2
34	広島県	241.4
35	山口県	216.2
36	徳島県	272.2
37	香川県	251.9
38	愛媛県	233.1
39	高知県	256.4
40	福岡県	300.1
41	佐賀県	259.7
42	長崎県	263.7
43	熊本県	255.5
44	大分県	242.8
45	宮崎県	210.4
46	鹿児島県	234.1
47	沖縄県	276.0

資料：2020年8月31日　第35回医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会
（注）　都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において、その時点の指標に基づき、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を244.8、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を215.3と設定した。そのため、上記の「都道府県の医師確保計画に用いられている医師偏在指標」においては、当該閾値に該当する都道府県数が、必ずしも総数の1/3と一致しない場合がある。

（女性医師の割合は年齢階級が高くなるほど低くなり、就業率は30歳代後半で最低値となるM字カーブを描く）

医療施設に従事する医師を性別にみると、男性が24万9,878人（77.2%）、女性が73,822人（22.8%）となっている*17。男女の構成割合を年齢階級別にみると、全ての年齢階級で男性の占める割合が高く、女性の割合は「29歳以下」では36.3%であるものの、年齢階級が高くなるほど低くなる傾向にある（図表1-2-7）。医籍*18登録後の年数別の就業率をみると、女性医師の就業率はおおむね30代後半で最低値の76%まで下がるM字カーブを描いている（図表1-2-8）。女性医師の休職や離職理由としては「出産」や「子育て」が多く（図表1-2-9）、子育てと勤務を両立するために必要なものに関する調査では、「職場の雰囲気・理解」、「勤務先に託児施設がある」、「子どもの急病等の際に休暇がとりやすい」、「当直や時間外勤務の免除」、「配偶者や家族の支援」の順に多く、特に女性医師からの必要とする声が多い（図表1-2-10）。

図表1-2-7　性、年齢階級別にみた医療施設に従事する医師数

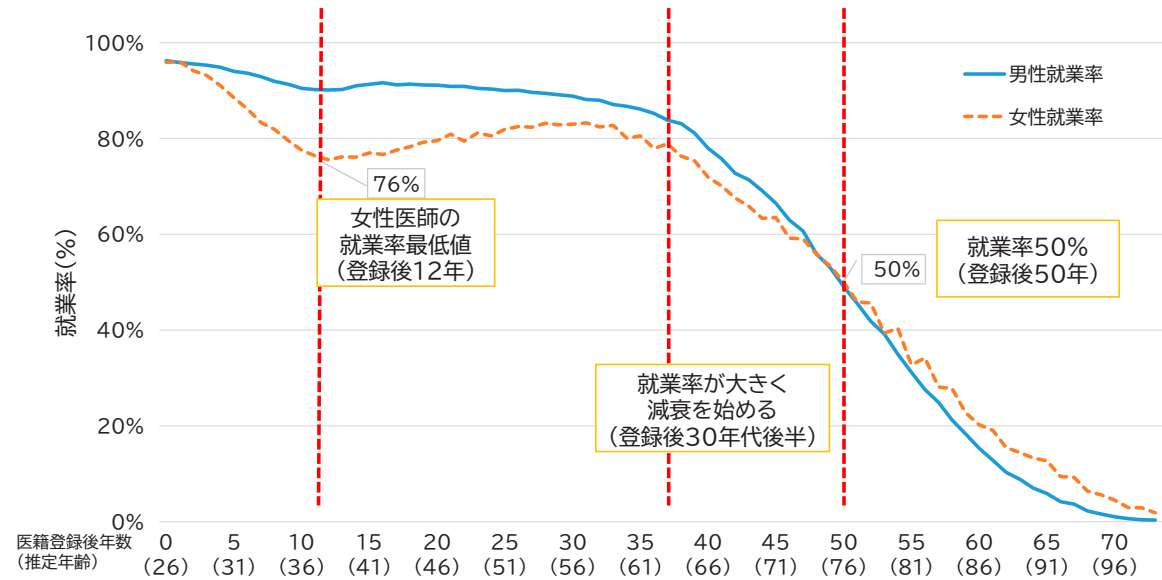
各年12月31日現在

			総数	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
医師数（人）	令和2年（2020）	総数	323 700	31 609	66 210	67 406	67 525	56 951	33 999
		男	249 878	20 136	45 571	48 335	54 844	50 307	30 685
		女	73 822	11 473	20 639	19 071	12 681	6 644	3 314
	平成30年（2018）	総数	311 963	29 378	64 508	67 384	67 274	53 016	30 403
		男	243 667	18 818	44 412	49 656	56 083	47 215	27 483
		女	68 296	10 560	20 096	17 728	11 191	5 801	2 920
対前回	増減数（人）	総数	11 737	2 231	1 702	22	251	3 935	3 596
		男	6 211	1 318	1 159	△ 1 321	△ 1 239	3 092	3 202
		女	5 526	913	543	1 343	1 490	843	394
	増減率（%）	総数	3.8	7.6	2.6	0.0	0.4	7.4	11.8
		男	2.5	7.0	2.6	△ 2.7	△ 2.2	6.5	11.7
		女	8.1	8.6	2.7	7.6	13.3	14.5	13.5
構成割合（%）	性・年齢階級別	総数	100.0	9.8	20.5	20.8	20.9	17.6	10.5
		男	77.2	6.2	14.1	14.9	16.9	15.5	9.5
		女	22.8	3.5	6.4	5.9	3.9	2.1	1.0
	年齢階級別	総数	100.0	9.8	20.5	20.8	20.9	17.6	10.5
		男	100.0	8.1	18.2	19.3	21.9	20.1	12.3
		女	100.0	15.5	28.0	25.8	17.2	9.0	4.5
	性別	総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		男	77.2	63.7	68.8	71.7	81.2	88.3	90.3
		女	22.8	36.3	31.2	28.3	18.8	11.7	9.7

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」

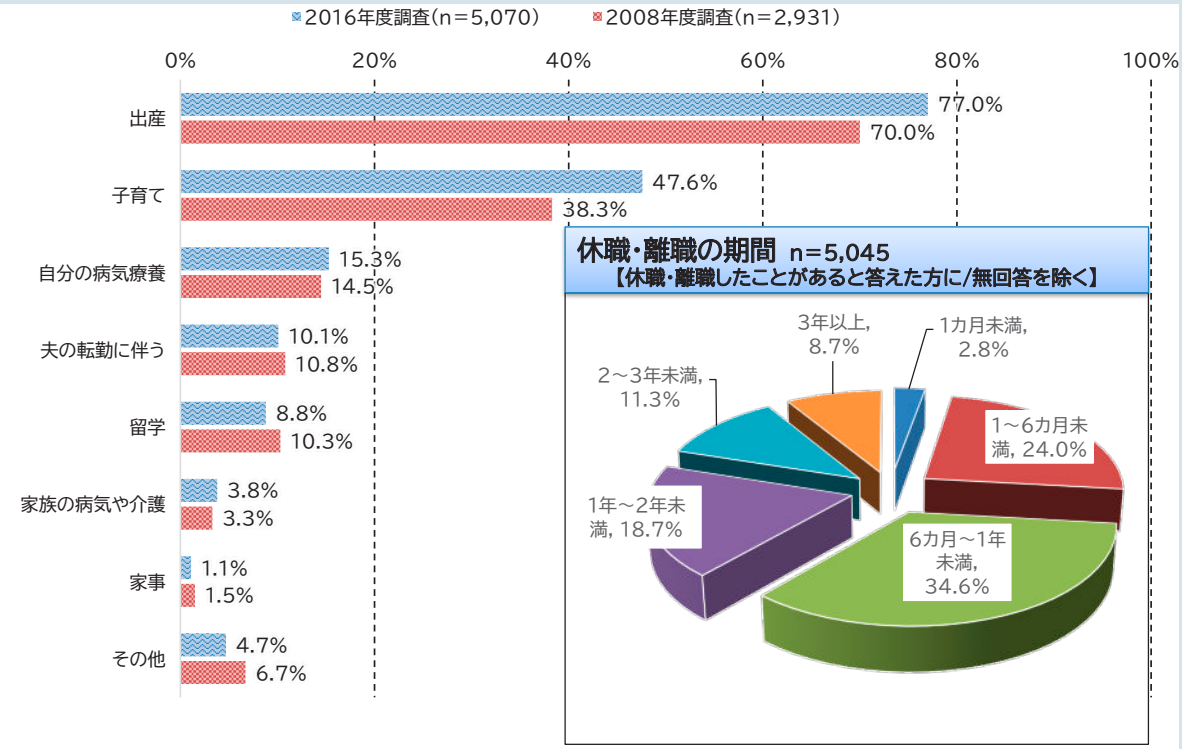
＊17 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）
＊18 医師免許を得た者が氏名等を登録する帳簿。医籍登録がない者は医業をすることができない。

図表 1-2-8　医籍登録後年数別の就業率



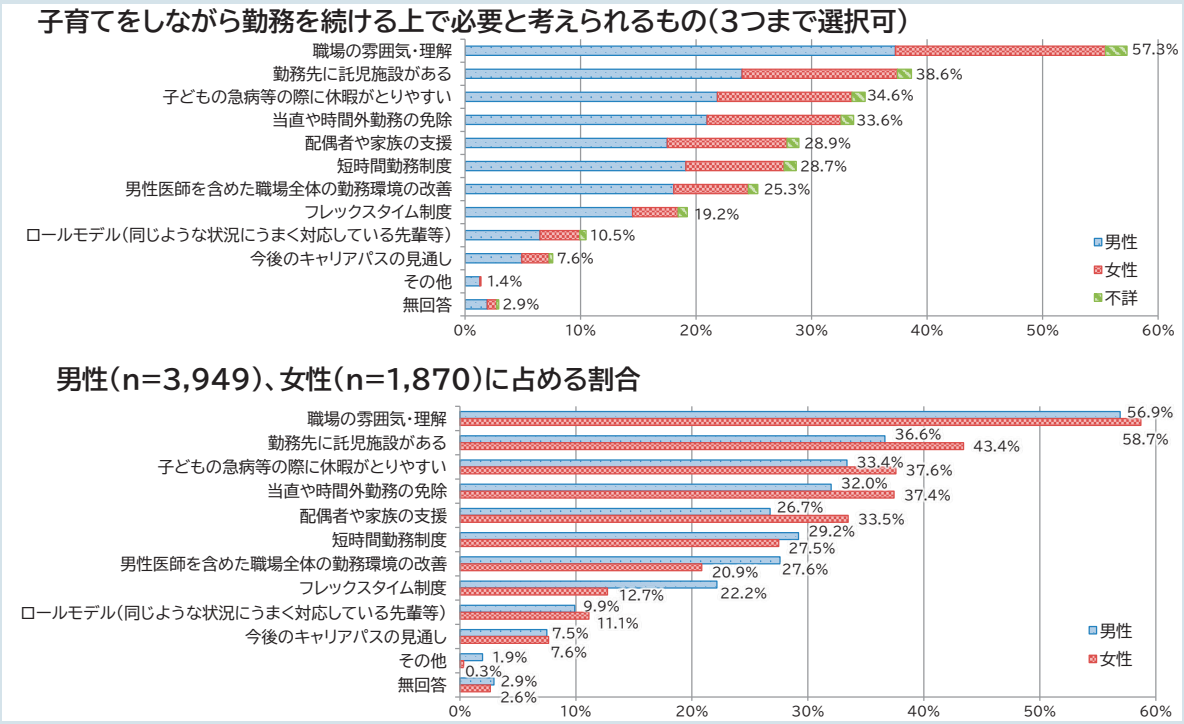
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2008～2018年）及び医籍登録データ（厚生労働省医政局医事課）により厚生労働省医政局医事課において作成。
（注）　推定年齢は医籍登録後年数が０年の届出票の満年齢（12月末時点）の平均値が26.8歳であることを考慮し設定。

図表 1-2-9　女性医師の休職・離職の理由



資料：（公社）日本医師会男女共同参画委員会・（公社）日本医師会女性医師支援センター「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」（平成29年８月）
（注）　同調査は病院に勤務する女性医師を対象に実施、回収率は35.0%

図表1-2-10 子育てと勤務を両立するために必要なもの



資料：厚生労働省医政局「平成28年臨床研修修了者アンケート調査」

コラム　主治医チーム制とシフト制による女性小児科医師サポートの取組み（福岡大学筑紫病院）

福岡大学筑紫病院（河村彰病院長、以下「筑紫病院」という。）は福岡市のベッドタウンである筑紫地区に立地しており、小児救急を含めた小児医療需要が旺盛な地域である。小児科医師の過重労働と小児科医師の志望者不足を改善するため、日本小児科学会が進めた「小児医療提供体制の改革」[1)]による小児医療の集約化プランでは、一次・二次医療圏を担当する「地域小児科センター」を30～50万人に一つ、三次医療圏を担当する小児ICU（集中治療室）・NICU（新生児特定集中治療室）を併設する中核病院を100～300万人に一つ整備するというものだった。筑紫地区は人口およそ43万人であり、条件に合致していたため、筑紫病院では地域小児科センターを目指すこととした。



「当直ができる」、「女性なら独身者」が条件だった取組前の状況

筑紫病院での取組みは2007（平成19）年に端を発するものであるが、取組みを始める前は、小児科に派遣される医師は「当直ができる」、「女性の場合は独身者」が基本であり、当直免除は一人もいないのが既定路線だったという。

日本小児科学会が提言する地域小児科センターになるためには、夜間勤務の翌日の勤務に配慮するといった小児科医師の過重労働への配慮が要件となっていた。こうした内容を実現するためには、当時7人体制（うち女性1人）であった小児科医師を10～12人へ増員し、「主治医チーム制」や「シフト制」を取り入れていく必要があった。

結果として、当直ができる小児科医師だけを集めているだけでは体制を構築することができないため、当直免除等の女性小児科医師が勤務しやすい環境の整備を図ることとなった。

“私達の主治医”から“私の主治医達”への転換を目指す

一部の医師に配慮することに対して不満を抱く医師もいたが、職場長が医師と個別面談や普段からのアナウンスを行い、女性医師に配慮するのは当然であるという組織文化を形成していった。また、入院と外来の業務を分離することで、医師間の役割分担を図った。

こういった取組みを行い人員体制の充足を図りつつ、先輩の教えである「私達の主治医から私の主治医達への転換」を合言葉として、「主治医チーム制」や「シフト制」を採用することで、より女性小児科医師が休みやすくなる環境を整えた。医師数を増やすには周囲の理解が必要であったが、病院長の積極的な理解が取組みの推進に大きく影響を与えている。

「お互い様」・「自分でなくても回る」をコンセプトに職場文化を変革

一例を挙げてみたい。現在、筑紫病院の部長職にある医師が他院の病棟医長在職時に、子どもがいる女性研修医が配属されたため、その研修医の当直を免除していた。その際、周りの小児科医師には、「その研修医の子どもが大きくなったら彼女が働いてくれるのだから、その時にほかのみんなが休めばよい」と言って納得してもらっていた。その後、その医長が筑紫病院に赴任し、当時研修医だった女性小児科医師も来ることになり、その医師が今度は当直を頑張って勤務してくれた。こうした「お互い様」の意識を醸成することで、数年も経つとそれが評判になり、不平を言う医師はいなくなった。

ワーク・ライフ・バランスの要点は子育てのみならず、介護や自身の疾病罹患など「明日は我が身」というものであり、それをみんなが理解することがポイントと考えている。

また、組織文化の醸成を図るに当たって、医師自身の意識改革も進めた。医師は責任感が強く、自分がいないと診療が動かないと思いがちであるが、担当医師しか対応できない業務とならないように職場長から医師に常に話している。男性小児科医師の育児休業取得なども推奨している。

女性小児科医師の当直免除について、当初は不平を言う医師もいたが、例えば「『お子さんが発熱したら側にいてあげてください』と（医師として患児家族に）言うにもかかわらず、自院の医師に対して、それはおかしいというのは間違っているのではないか」、「子どもの運動会があるから休ませてくださいという医師がいたら、みんなで明るくいってらっしゃいというのが健全な職場ではないか」といった話をするなど、他の医師が納得できるよう個別面談や普段からのオープンなコミュニケーションの場で積極的に発信するなどの接し方に配慮した結果、円滑に取組みが進んでいると考えている。

取組みの効果

筑紫病院では、小児科医師数が7人体制から11人体制に増員し、主治医チーム制やシフト制を実現できた。

2007年：男6人、女1人、計7人。女性も当直。

2014（平成26）年：男4人、女7人、計11人。女性のうち、当直なし2人、当直が月2回が2人、産休1人。

2018（平成30）年：男8人、女3人、計11人。女性のうち、当直なし2人、産休0人。

（参考文献）
1）日本小児科学会雑誌 119巻10号 1551～1566（2015年）

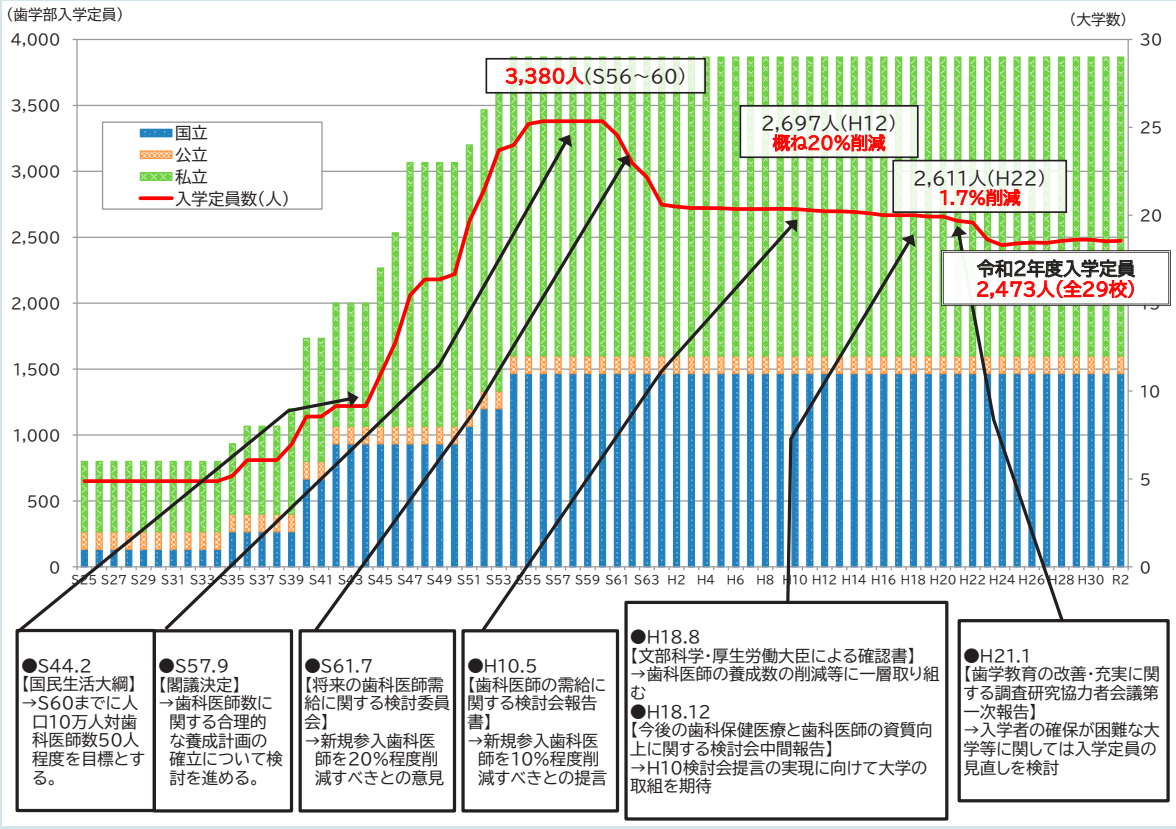
2 歯科医師

（新規参入の制限により歯科医師数の伸びは鈍化傾向であるが、人口10万対歯科医師数は増加傾向）

歯科医師数は2020（令和2）年12月現在で、10万7,443人となっている*19。このうち、歯科診療所の開設者は58,867人（約55%）、勤務者は32,922人（約31%）と全体の約9割が歯科診療所で働いている。歯科医師数の需給バランスを取るため、新規参入歯科医師数を削減する累次の取組みにより、2020（令和2）年度の歯科大学の入学定員は、1985（昭和60）年度比で約27%削減されている（**図表1-2-11**）。歯科診療所の数は横ばいで推移しており、歯科医師数の伸びもやや鈍化傾向となっているが、人口10万対歯科医師数は増加傾向にある（**図表1-2-12**、**図表1-2-13**）。

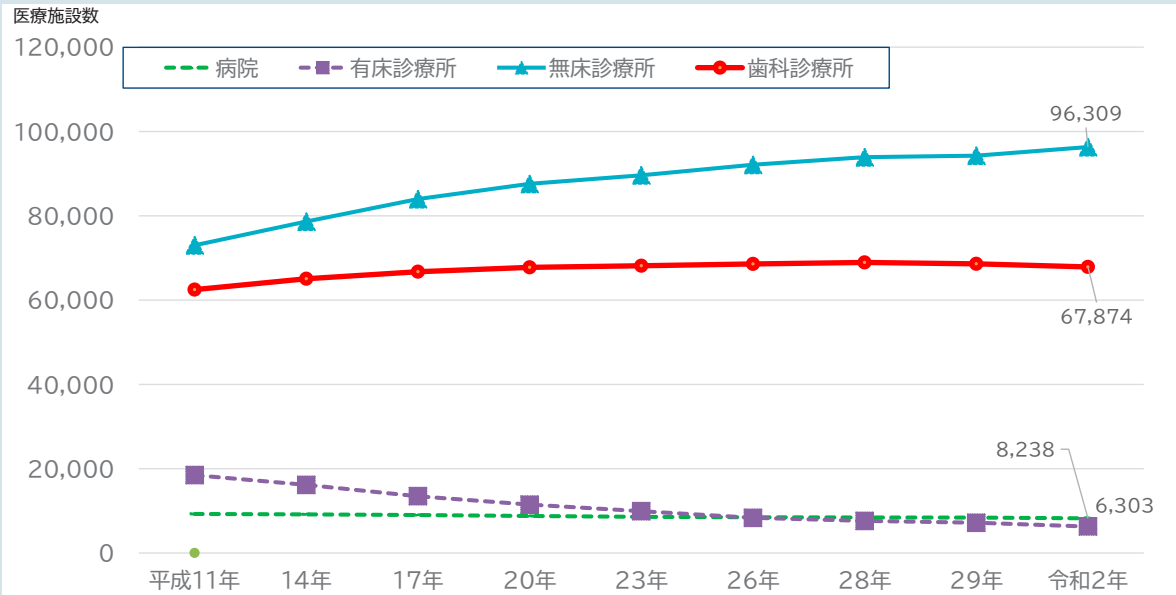
＊19 日本国内に住所があって、歯科医師法（昭和23年法律第202号）第6条第3項により届け出た歯科医師数。厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）

図表1-2-11　歯科大学（歯学部）数及び入学定員の推移



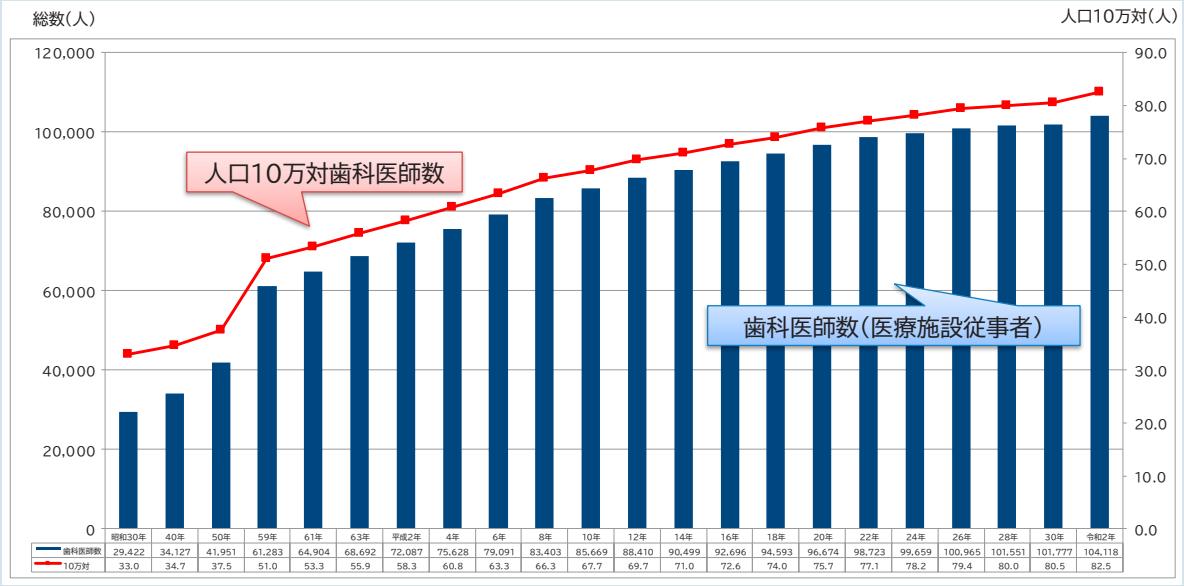
資料：文部科学省「歯学部歯学科の入学定員一覧」より厚生労働省医政局歯科保健課において作成。

図表1-2-12　医療施設数の推移



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医療施設調査」（平成11～令和２年）により厚生労働省医政局歯科保健課において作成。
注）各年10月１日時点。平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

図表1-2-13　歯科医師数（医療従事者数）の年次推移



	昭和30年	40年	50年	59年	61年	63年	平成2年	4年	6年	8年	10年	12年	14年	16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	令和2年
歯科医師数	29,422	34,127	41,951	61,283	64,904	68,692	72,087	75,628	79,091	83,403	85,669	88,410	90,499	92,696	94,593	96,674	98,723	99,659	100,965	101,551	101,777	104,118
10万対	33.0	34.7	37.5	51.0	53.3	55.9	58.3	60.8	63.3	66.3	67.7	69.7	71.0	72.6	74.0	75.7	77.1	78.2	79.4	80.0	80.5	82.5

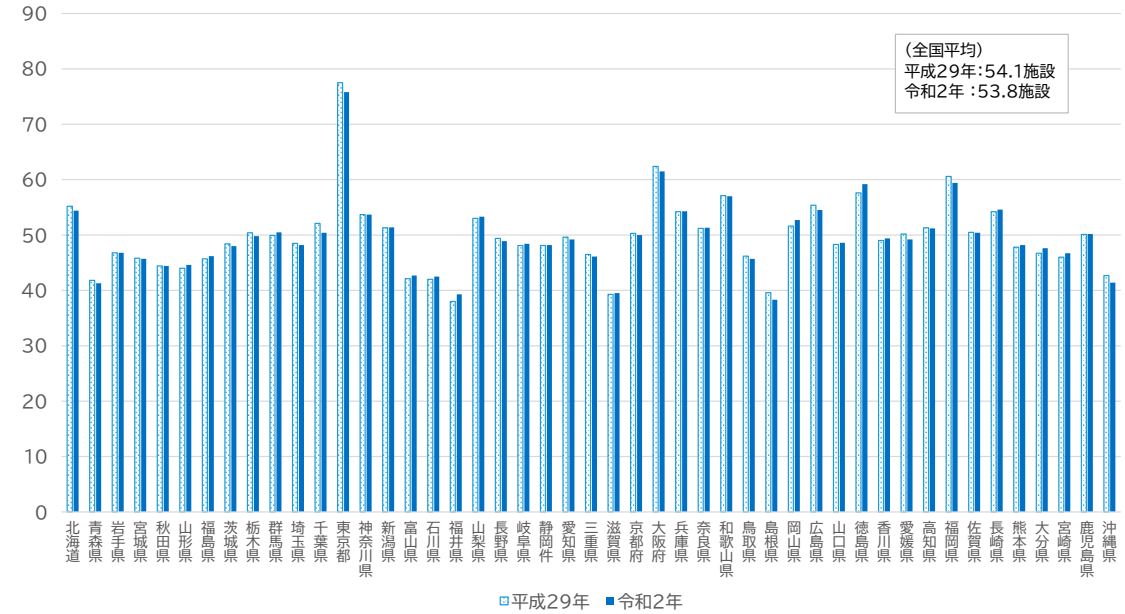
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」より厚生労働省医政局歯科保健課において作成。

（歯科診療所や病院歯科の設置状況には地域差が生じており、無歯科医地区も存在）

都道府県別の人口10万対歯科診療所数は、2020（令和2）年10月時点で、最も多い東京都で約76施設、最も少ない島根県では約38施設と約2倍の差がある（**図表1-2-14**）。歯科系の診療科を標榜する病院[＊20]数は、病院全体の約2割となっている。また2019（令和元）年時点で、無歯科医地区[＊21]数は777地区（人口17万8,463人）となっている（**図表1-2-15**）。

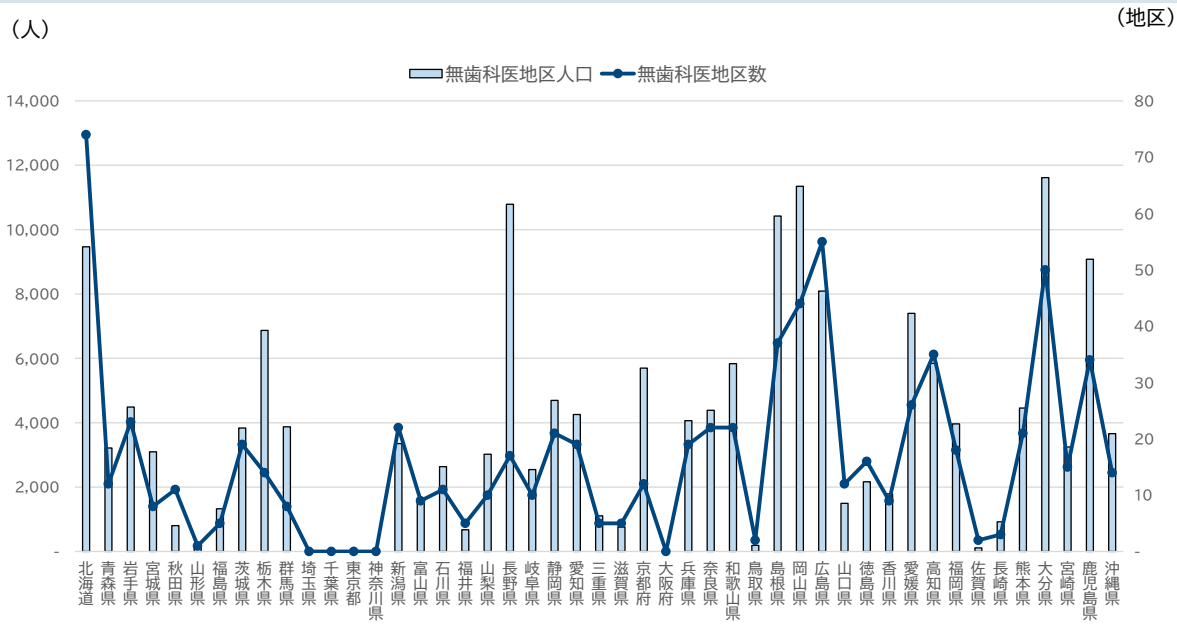
＊20　歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院
＊21　歯科医療施設のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療施設を利用することができない地区をいう。

図表1-2-14　人口10万対歯科診療所数（都道府県別）



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医療施設調査」（平成29年及び令和2年）により厚生労働省医政局歯科保健課において作成。

図表1-2-15　無歯科医地区



資料：厚生労働省医政局「令和元年度無歯科医師地区等調査」

3 看護師等

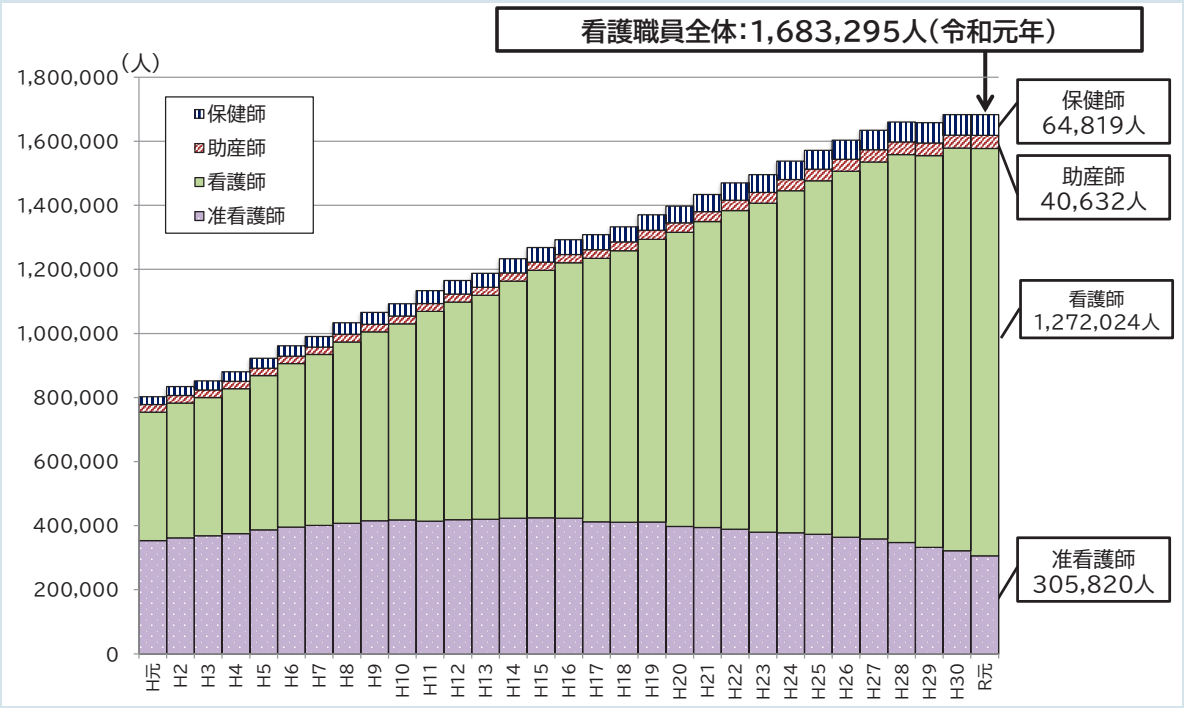
（就業している看護職員数は増加）

就業している保健師、助産師、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数は2019（令和元）年現在で、168万3,295人となっている*22。資格別にみると、看護師

*22 厚生労働省医政局看護課調べ

は127万2,024人、准看護師は30万5,820人、保健師は64,819人、助産師は40,632人となっている*23。就業している保健師、助産師、看護師は増加している一方で、就業している准看護師は減少している（図表1-2-16）。

図表1-2-16　看護職員就業者数の推移



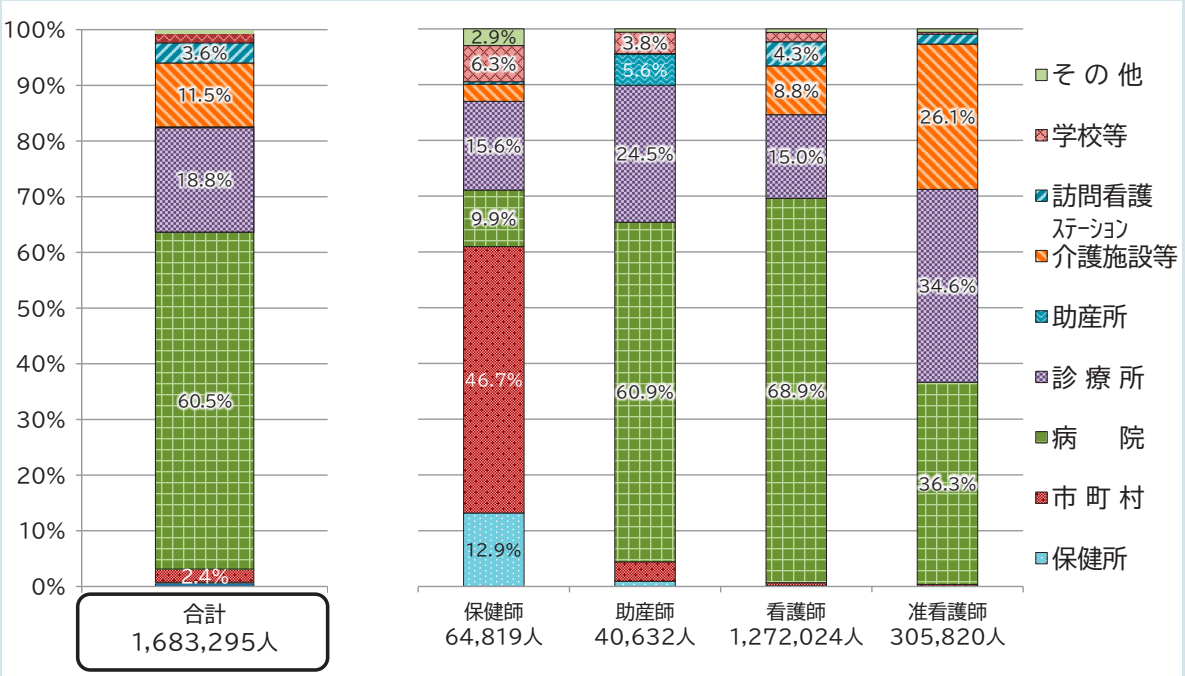
資料：厚生労働省医政局看護課において作成。
（注）　看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師の総称。

（多くの看護師が病院に勤務しているが、年齢が高くなるにつれて介護老人保健施設等に勤務する者の割合が高まる）

看護職員の就業場所は約6割が病院*24、約2割が診療所*25となっており、特に看護師は病院に勤務する割合が高い（図表1-2-17）。看護師の就業場所について年齢階級別でみると、年齢が高くなるにつれて病院に勤務する者の割合が下がり、介護老人保健施設等の割合が高くなっている（図表1-2-18）。

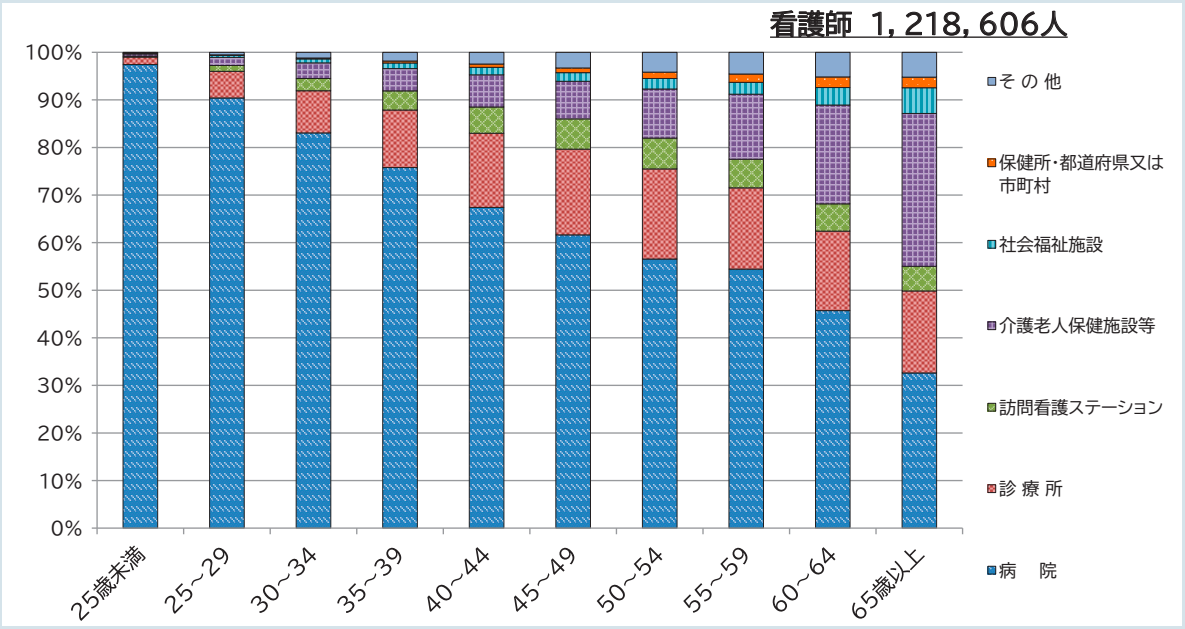
＊23　厚生労働省医政局看護課調べ
＊24　医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するものをいう。
＊25　医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19 人以下の入院施設を有するものをいう。

図表1-2-17　資格別看護職員の就業場所（2019年）



資料：厚生労働省医政局看護課において作成。
（注）　看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師の総称。

図表1-2-18　看護師の年齢階級別就業場所の割合（2018年）



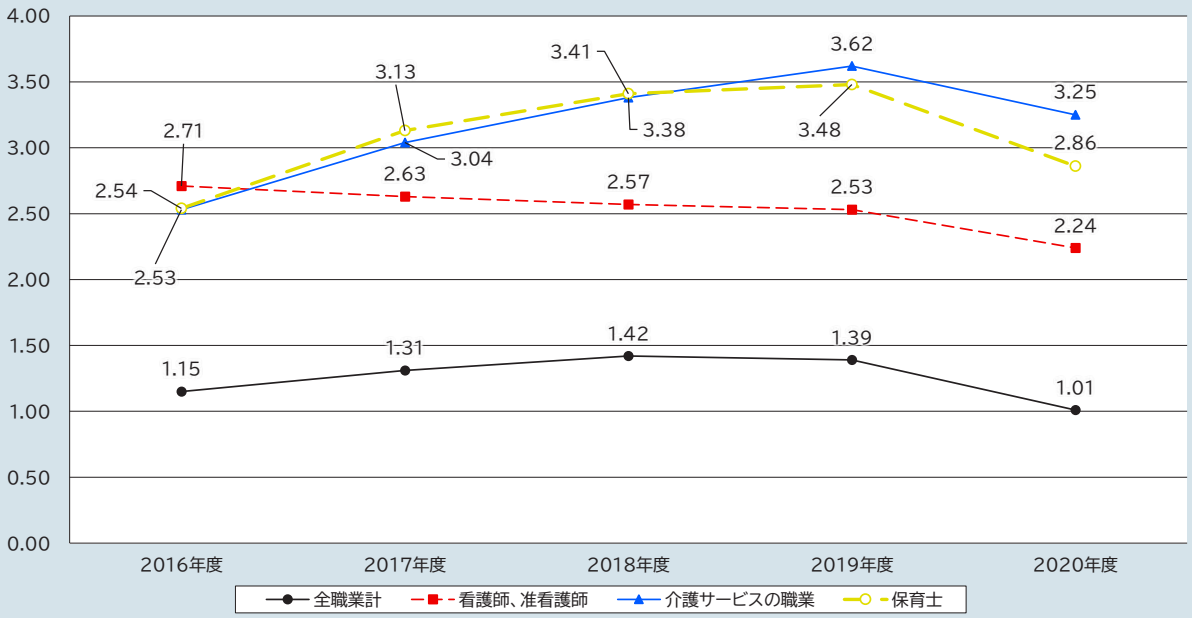
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成30年衛生行政報告例」により厚生労働省医政局看護課において作成。

（看護師等の有効求人倍率は職業計を上回り、都市部の看護師等の人数は全国平均を下回る傾向）

看護師及び准看護師の有効求人倍率は低下傾向にあるものの、全職業計を大幅に上回って推移しており、2020（令和2）年度は2.24倍となっている（**図表1-2-19**）。就業場所

別では、訪問看護事業所の求人倍率は3.26倍と病院（20～199床：1.93倍、200～499床：1.58倍、500床以上：1.06倍）に比して高く、人材確保のニーズが高い状況がうかがえる[*26]。人口に占める看護師及び准看護師数を都道府県別にみると、特に都市部において全国平均を下回る傾向にある（図表1-2-20）。

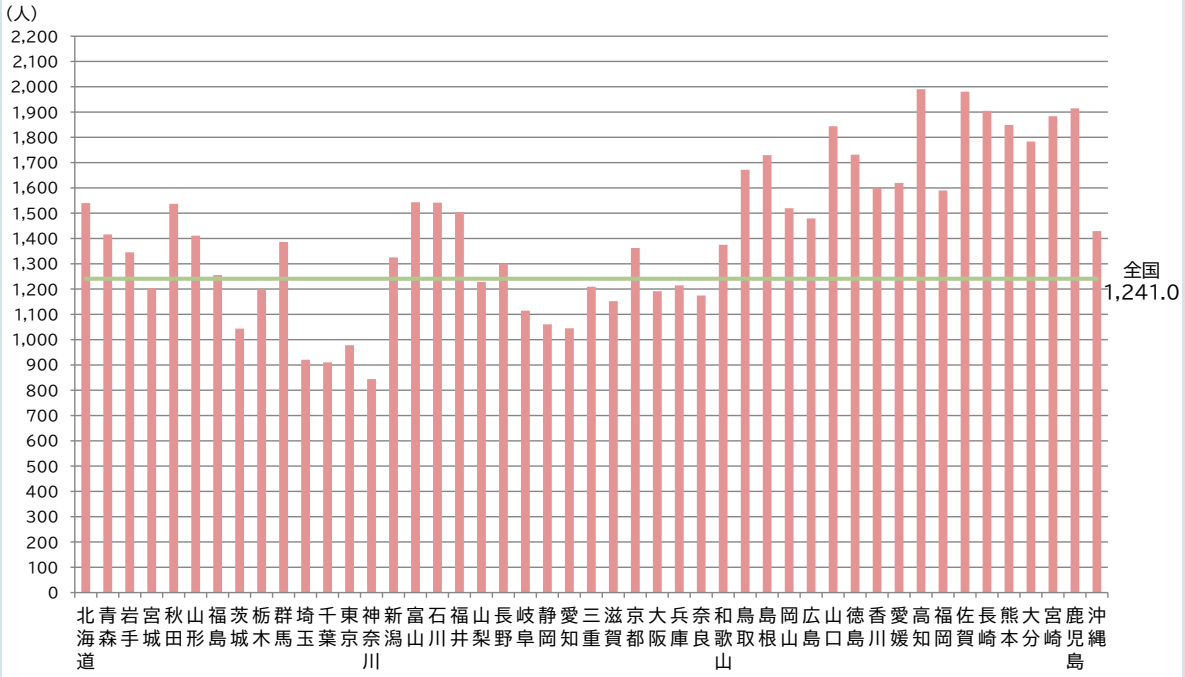
図表1-2-19　職業別有効求人倍率（パートタイムを除く常用労働者）



資料：内閣官房全世代型社会保障構築会議公的価格評価検討委員会第２回資料
（注）　上記はパートタイムを除く常用の数値。
上記の数値は、平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく以下の職業分類区分の数値である。
看護師、准看護師：「133 看護師、准看護師」
保育士：「163 保育士」
介護サービスの職業：「36 介護サービスの職業」
常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は４か月以上の雇用期間が定められているものをいう。
パートタイムとは、１週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の１週間の所定労働時間に比し短いものをいう。
上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

＊26 公益社団法人日本看護協会「2020（令和2）年度 ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析報告書」

図表1-2-20　都道府県別人口10万対看護師・准看護師数（2019年）

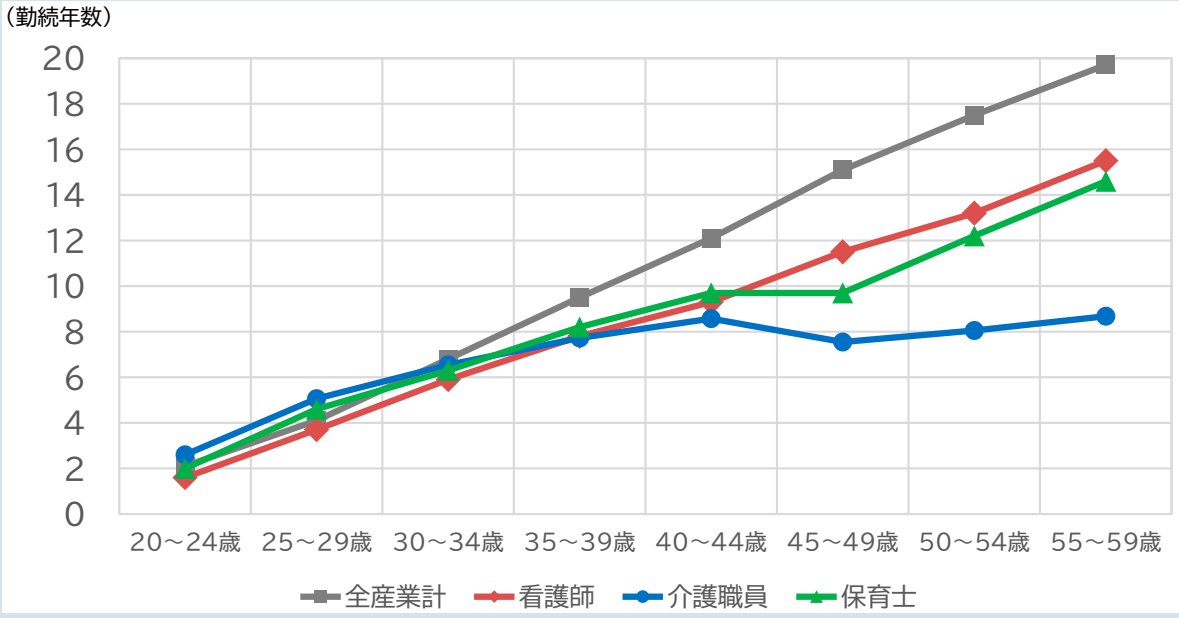


資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（2020年）により厚生労働省医政局看護課において作成。

（看護師の平均勤続年数は35歳以上から他産業を下回る）

看護師の平均勤続年数は、全産業計と比較すると30歳まではおおむね変わらないが、35歳以上では全産業計を下回る（**図表1-2-21**）。

図表1-2-21　職種別の平均勤続年数（職種別、年齢別）

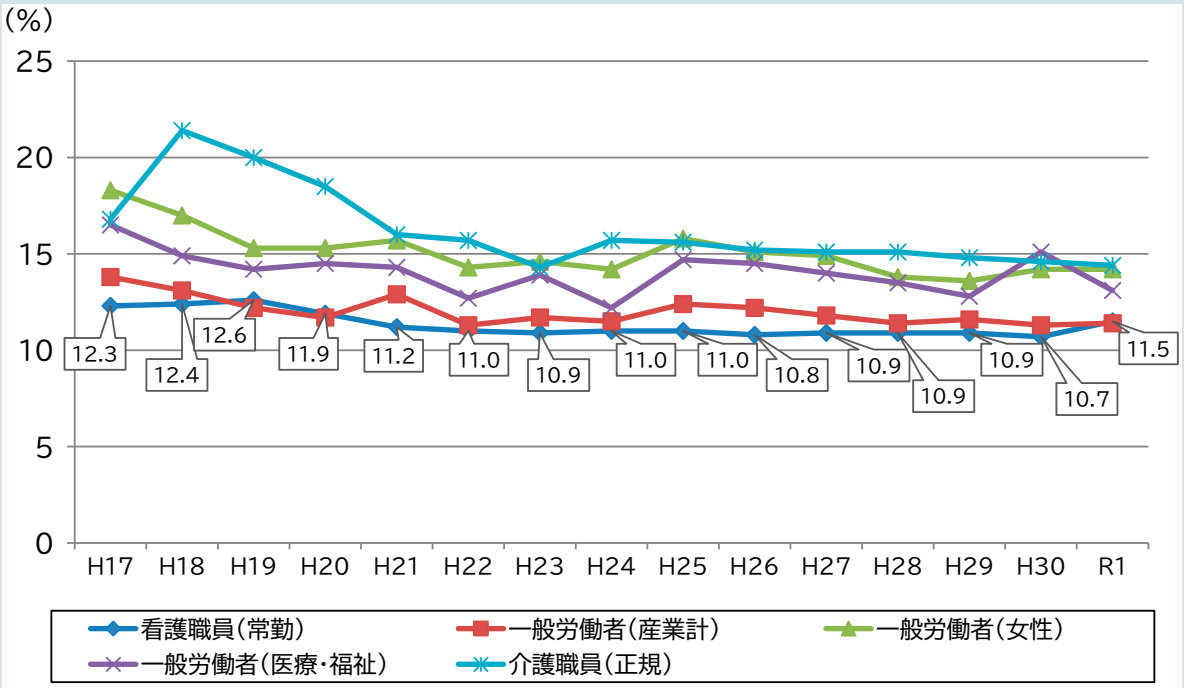


資料：内閣官房全世代型社会保障構築会議公的価格評価検討委員会第２回資料
（注）　上記は、同調査のうち、一般労働者の数値。
介護職員は「介護職員（医療・福祉施設等）」と「訪問介護従事者」の加重平均。
上記の数値は、それぞれ役職者を含む。

（看護職員の退職理由は「結婚」、「妊娠・出産」、「転居」、「子育て」、「自分の健康（身体的理由）」が上位）

病院に勤務する看護職員（常勤）の離職率は、医療・福祉の平均離職率よりも低く、産業計とほぼ同水準となっている（**図表1-2-22**）。看護職員の退職理由では、「結婚」、「妊娠・出産」、「転居」、「子育て」、「自分の健康（身体的理由）」が上位になっている。年齢階級別に見ると、20歳代では「自分の健康（主に精神的理由）」、30～40歳代では「結婚」、「妊娠・出産」、「子育て」、「転居」、50歳代では「親族の健康・介護」が多くなっている（**図表1-2-23**）。

図表 1-2-22　常勤看護職員と他産業の離職率の推移



資料：以下の資料により厚生労働省医政局看護課において作成。
看護職員は（公社）日本看護協会「病院看護実態調査」
一般労働者（産業計、女性、医療・福祉）は厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「雇用動向調査」
介護職員は（公財）介護労働安定センター「介護労働実態調査」
新卒者は厚生労働省人材開発統括官「新規学卒者の離職状況に関する資料一覧」

図表 1-2-23　看護職員の以前の職場を退職した理由（看護経験あり、看護職以外で就業中または未就業の求職者）

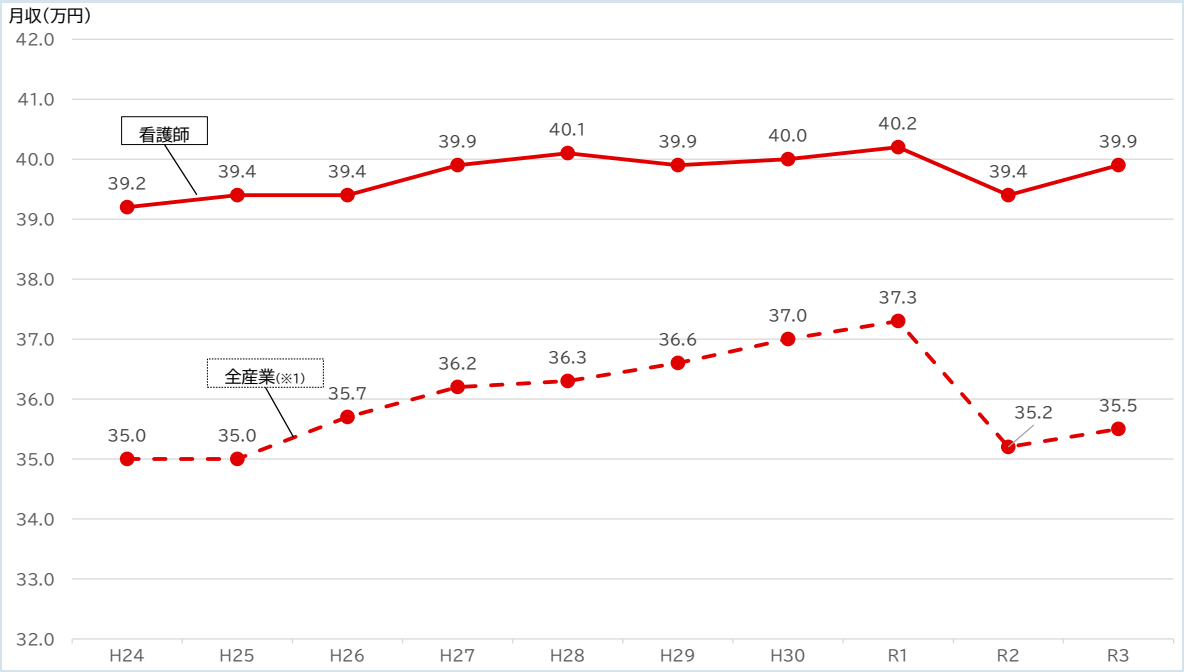
	全体	%	20代	%	30代	%	40代	%	50代	%
第1位	結婚	11.9	結婚	14.9	結婚	17.3	結婚	13.0	親族の健康・介護	11.4
第2位	妊娠・出産	9.1	転居	12.2	妊娠・出産	16.9	子育て	11.3	自分の健康(主に身体的理由)	9.3
第3位	転居	9.0	自分の健康(主に精神的理由)	10.8	子育て	13.6	妊娠・出産	10.7	結婚	8.2
第4位	子育て	8.3	看護職の他の職場への興味	9.4	転居	12.8	転居	8.6	転居	7.6
第5位	自分の健康(主に身体的理由)	6.9	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.8	配偶者の転勤	8.8	自分の健康(主に身体的理由)	6.6	看護職の他の職場への興味	5.4
第6位	配偶者の転勤	6.0	妊娠・出産	7.7	看護職の他の職場への興味	6.8	配偶者の転勤	6.6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.2
第7位	親族の健康・介護	6.0	自分の適性・能力への不安	7.7	勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.8	看護職の他の職場への興味	5.9	配偶者の転勤	5.2
第8位	看護職の他の職場への興味	5.9	自分の健康(主に身体的理由)	6.9	自分の健康(主に身体的理由)	5.7	親族の健康・介護	5.7	子育て	4.7
第9位	勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.4	夜勤の負担が大きい	6.6	夜勤の負担が大きい	5.2	勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.4	上司(看護管理者等)との関係	3.6
第10位	自分の健康(主に精神的理由)	4.3	責任の重さ・医療事故への不安	5.9	家事と両立しない	4.8	家事と両立しない	4.8	妊娠・出産	3.4

資料：（公社）日本看護協会中央ナースセンター「2019年度ナースセンター登録データに基づく看護職の求人・求職・就職に関する分析報告書」

（看護師の平均賃金は、平均勤続年数が他産業を下回る35歳以上は全産業計に比べて上昇しにくい傾向）

看護師の平均賃金は職種計を上回って推移しており、2021（令和3）年は月額39.9万円となっている（**図表1-2-24**）。一方で年齢階級別の平均賃金をみると、平均勤続年数が他産業を下回る35歳以降は、全産業計に比べて賃金が上昇しにくい傾向がある（**図表1-2-25**）。年齢階級別の平均賃金の状況に関しては、管理的立場にある看護師の賃金が相対的に低いこと、民間の医療施設であっても国家公務員の医療職の俸給表を参考としている場合が多いことといった指摘もある[＊27]。

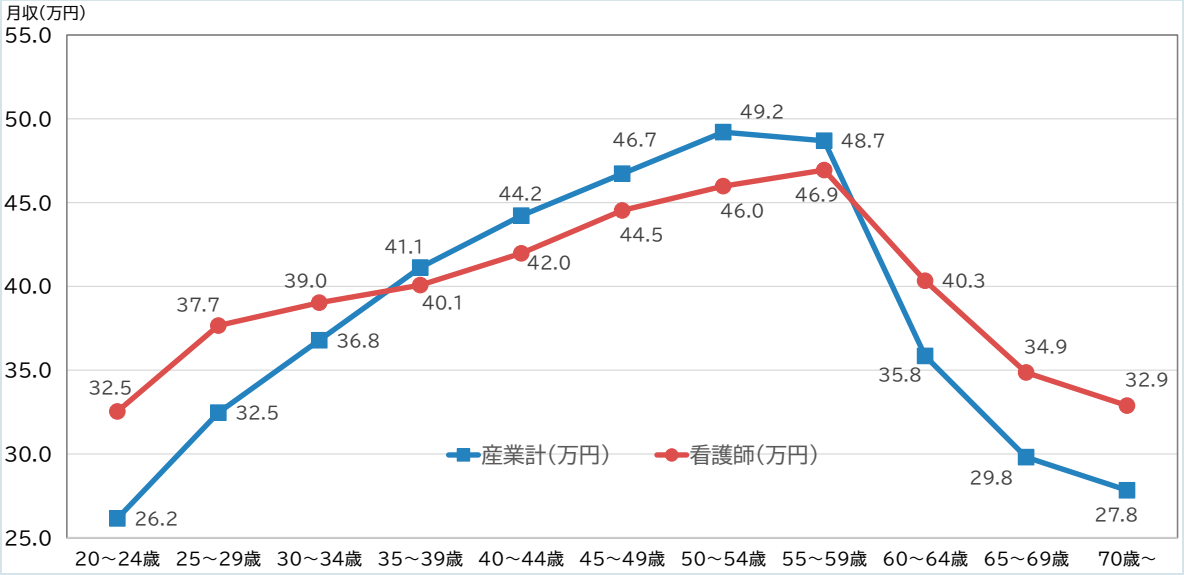
図表1-2-24　職種別平均賃金（役職者除く）（月収換算）



資料：厚生労働省（統計・情報政策、労使関係担当）「賃金構造基本統計調査」（平成24年から令和3年までの各年で公表されたもの）により厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。
（注）　いずれも一般労働者（短時間労働者を含まないもの）で、役職者を除いた数値。
「全産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年からは10人以上の事業所の役職者を除いた数値。
「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。
「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給される現金給与額（基本給、職務手当、精皆勤手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給与を含む）のこと。いわゆる手取り額でなく、税込み額である。
（※1）「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。

＊27　内閣官房全世代型社会保障構築会議「公的価格評価検討委員会 中間整理」（2021（令和3）年12月21日）

図表 1-2-25　看護師の年齢階級別平均賃金（役職者含む）（月収換算）



資料：内閣官房全世代型社会保障構築会議公的価格評価検討委員会第２回資料
（注）　いずれも厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年賃金構造基本統計調査」の一般労働者（短時間労働者を含まないもの）の数値。
「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。
「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって６月分として支給される現金給与額（基本給、職務手当、精皆勤手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給与を含む）のこと。いわゆる手取り額でなく、税込み額である。

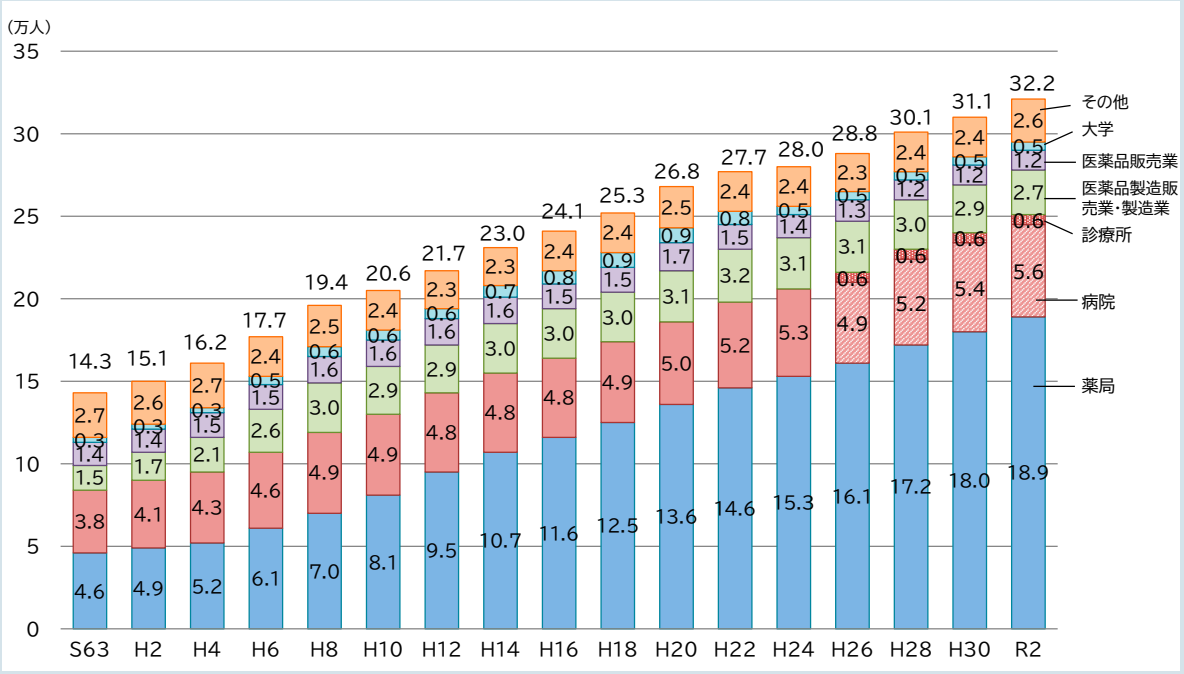
4 薬剤師

（薬局数と薬局に従事する薬剤師が増加）

薬剤師数は2020（令和2）年現在で、32万1,982人となっている[*28]。就業場所別に見ると、薬局は18万8,982人と約6割を占め、医療施設は61,603人、医薬品製造販売業・製造業は27,331人、医薬品販売業は11,713人、大学は5,111人となっている（**図表1-2-26**）。大学薬学部数及び入学定員数や、薬局数と薬局に従事する薬剤師数も増加している（**図表1-2-27**、**図表1-2-28**）。

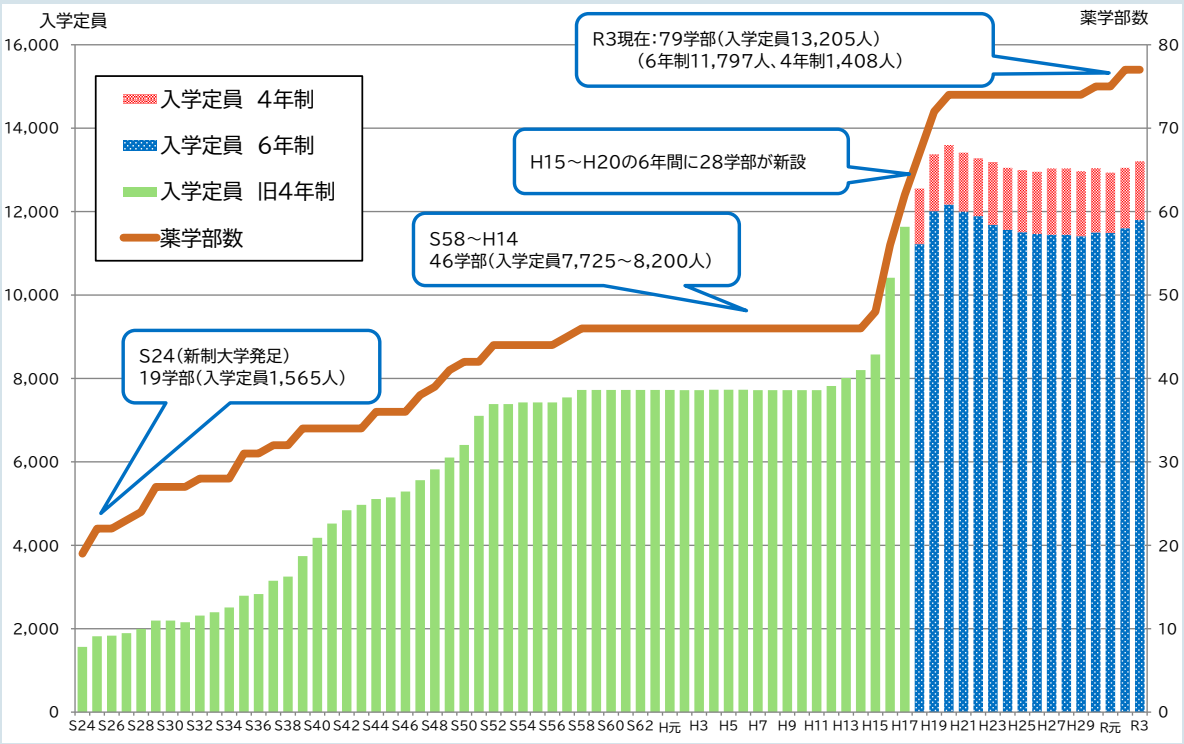
＊28　日本国内に住所があって、薬剤師法（昭和35年法律第146号）第9条により届け出た薬剤師数。厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020年）

図表1-2-26 薬剤師数の推移



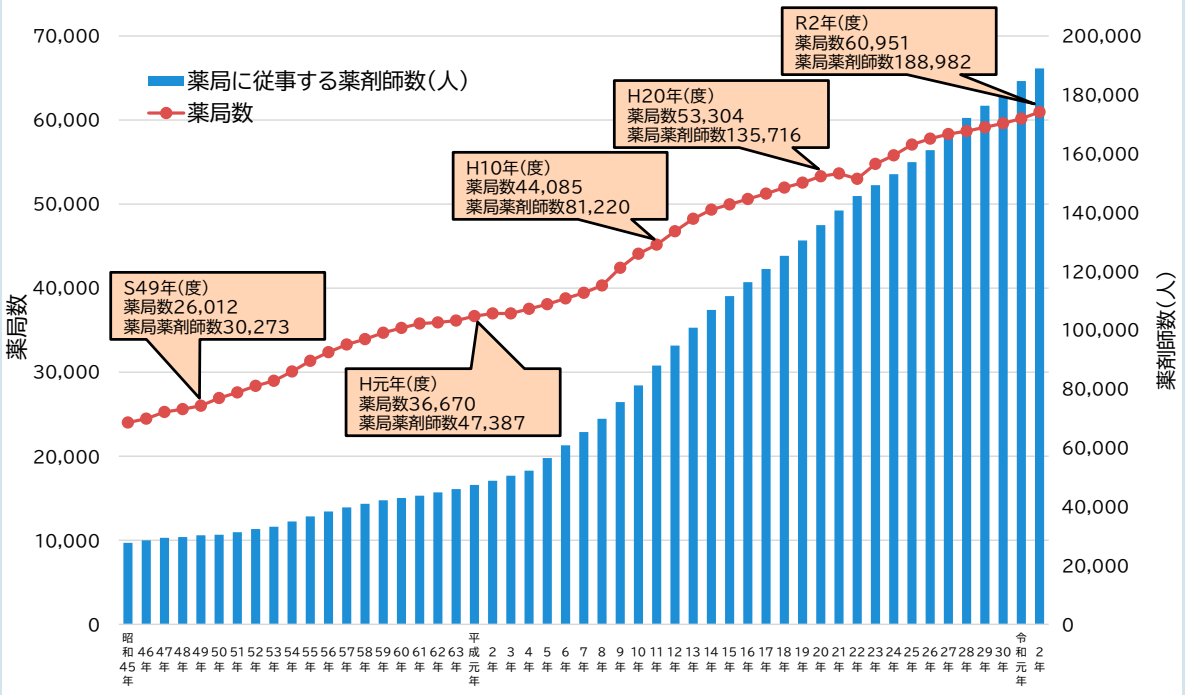
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」より厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。
（注） 2014（平成26）年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査している。

図表1-2-27 薬学部（学科）数及び入学定員の推移



資料：厚生労働省「薬剤師の養成及び資質向上に関する検討会」第10回参考資料２をもとに、文部科学省「薬学部における修学状況等 2021年（令和３年）度調査結果」より厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。

図表 1-2-28　薬局薬剤師数と薬局数の推移

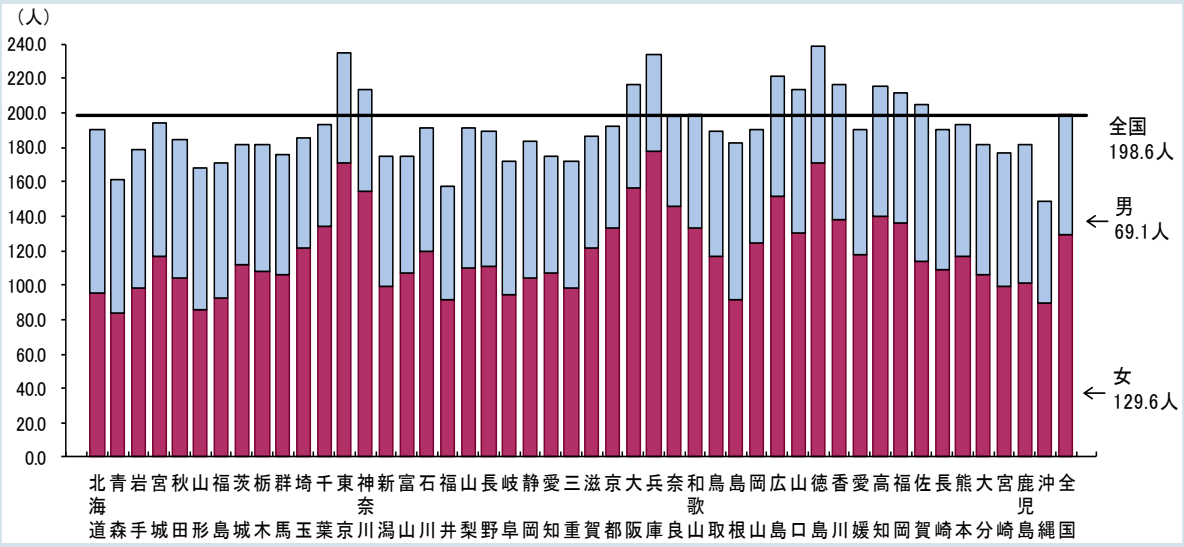


資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」及び同「令和２年度衛生行政報告例」より厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。
（注）　2010（平成22）年度の薬局数は宮城県と福島県相双保健福祉事務所管轄内の市町村を含まない。
薬局薬剤師数については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」の調査年以外の年は、前後の年の平均値としている。

（薬剤師数は都道府県によって差があり、無薬局町村も存在）

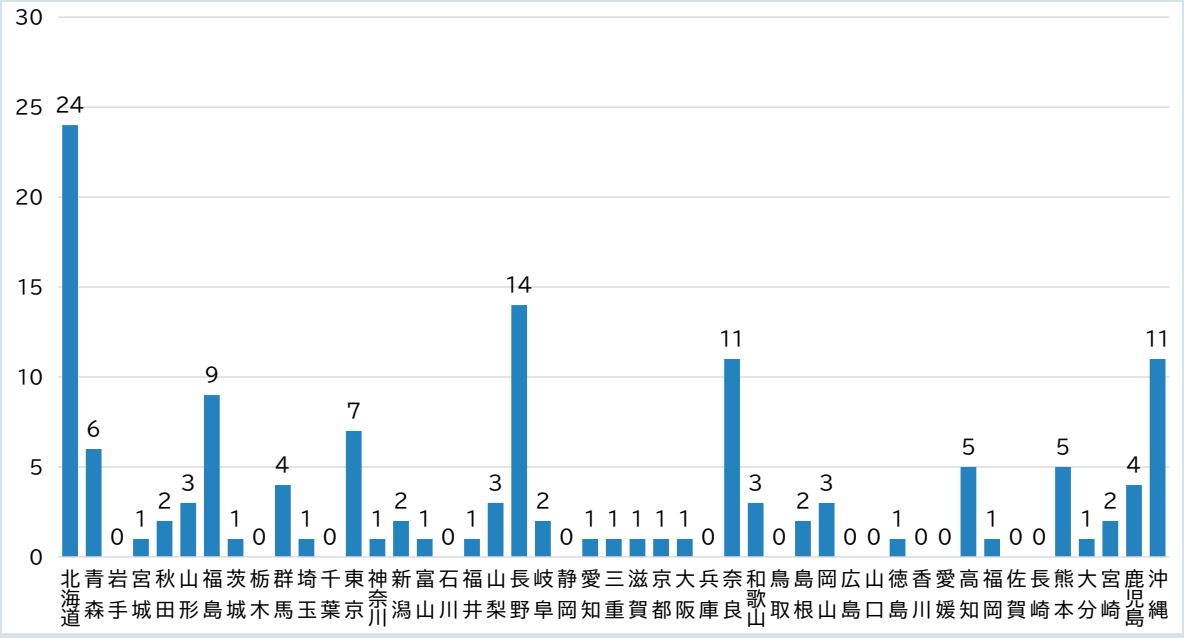
2020（令和2）年現在で、薬局・医療施設に従事する人口10万対薬剤師数は198.6人となっている。都道府県別にみると、徳島県が238.6人と最も多く、次いで東京都234.9人、兵庫県233.9人となっており、沖縄県が148.3人と最も少なく、次いで、福井県157.0人、青森県161.2人となっている（**図表 1-2-29**）。2020年度現在で、無薬局町村は34都道府県で136町村あり、都道府県によって薬局の設置状況に差が見られる（**図表 1-2-30**）。

図表1-2-29　都道府県（従業地）別の人口10万人対薬剤師数（2020年）



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」

図表1-2-30　無薬局町村数（都道府県別）



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年度衛生行政報告例」により厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。

5 理学療法士・作業療法士

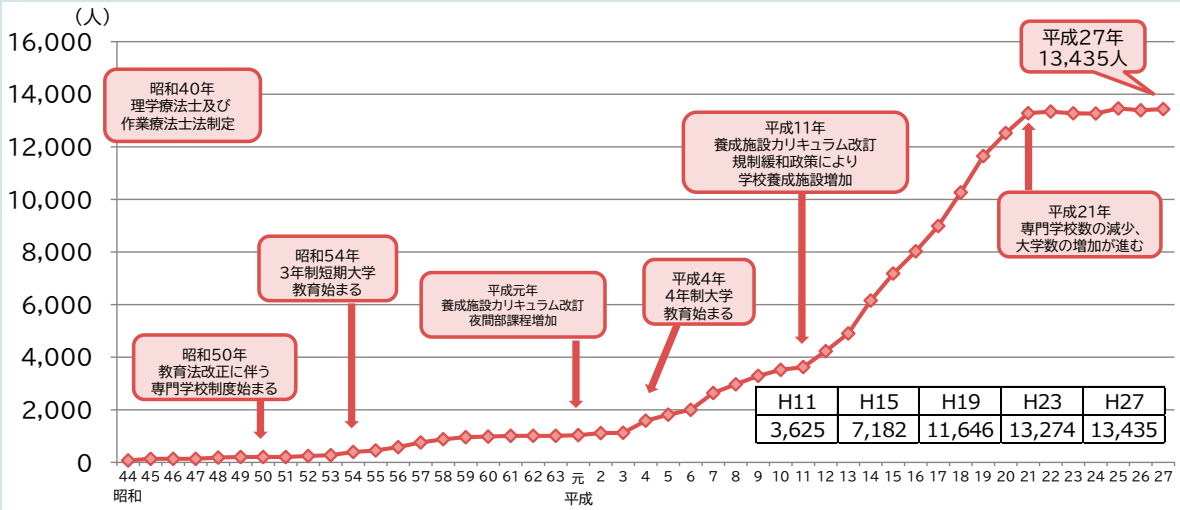
（理学療法士及び作業療法士の人数は増加傾向にあり、約7、8割が医療施設で就業し、介護分野は約１割）

理学療法士[*29]の登録者数は2021（令和3）年12月時点で、19万2,276人となってい

＊29 厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に理学療法を行うことを業とする者。理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えること。

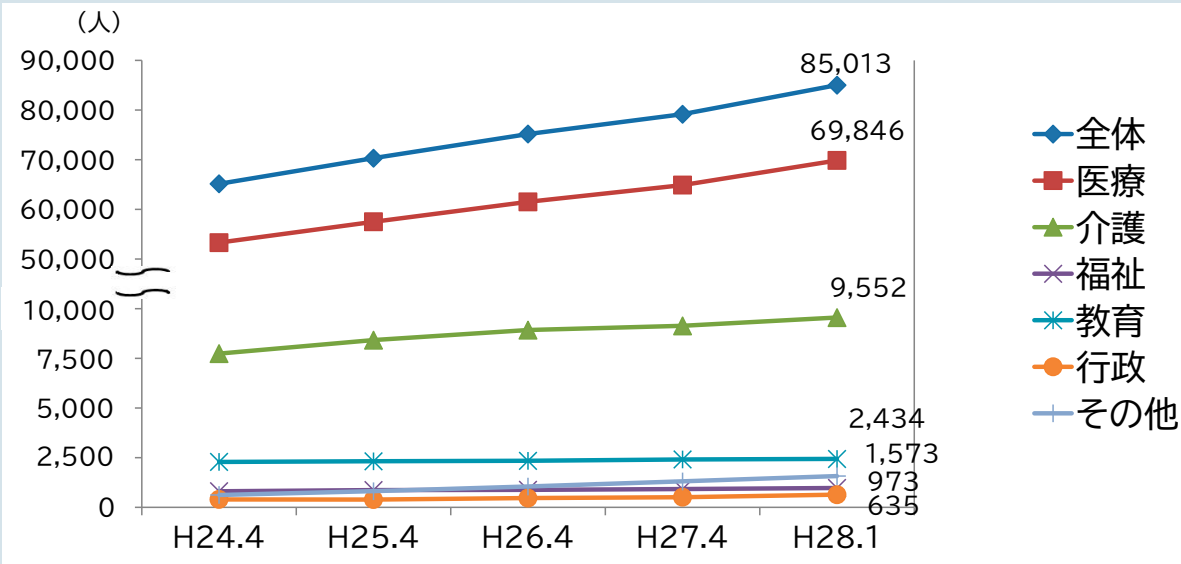
る。理学療法士の養成校の入学定員数については、累次の制度等の改定[*30]に伴い増加が見られ、1999（平成11）年から2009（平成21）年までは増加し、その後は横ばいとなっている（図表1-2-31）。2016（平成28）年1月現在で、理学療法士の就業先別[*31]では、医療分野（医療施設）が約82%と高く、介護分野が約11%となっている（図表1-2-32）。

図表1-2-31　理学療法士学校養成施設の入学定員の推移



資料：厚生労働省医政局　第1回医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士需給分科会（2016年4月22日）

図表1-2-32　就業先別の理学療法士数の推移



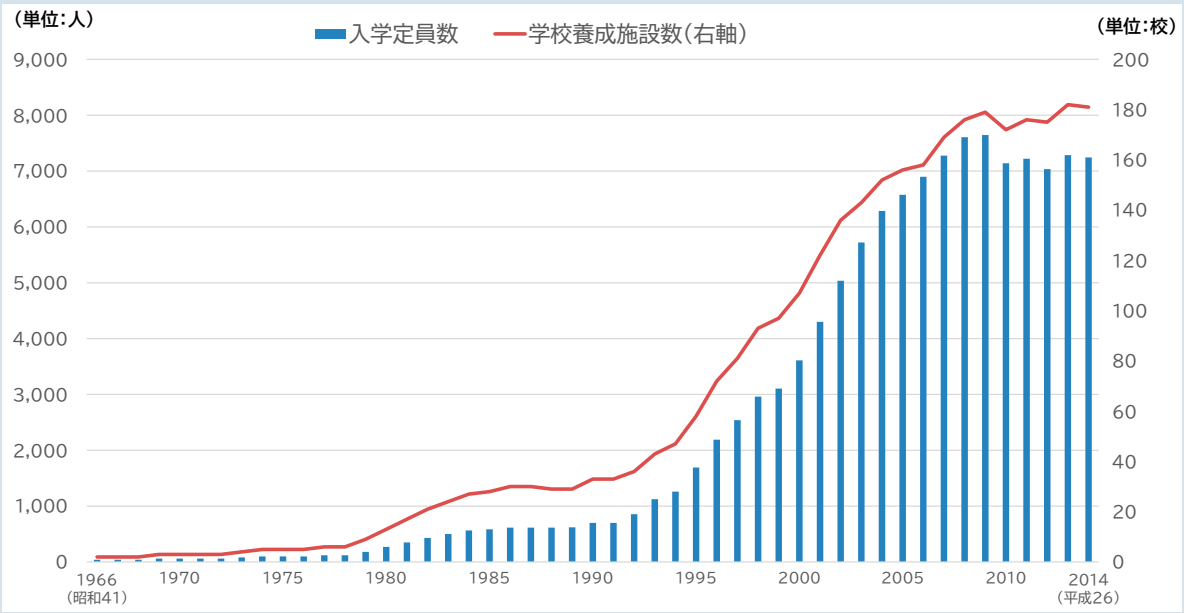
資料：厚生労働省医政局　第1回医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士需給分科会（2016年4月22日）

＊30「規制緩和推進3か年計画」（平成10年3月31日閣議決定）を踏まえ、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則が改正され、教員要件の緩和等が行われた。また、学校教育法等が平成15年に改正され、大学における学位の種類・分野の変更を伴わない学部・学科の新設、廃止手続を、許可制から届出制に変更することにより、学部・学科の設置規制が柔軟化された。

＊31 公益社団法人日本理学療法士協会会員情報

作業療法士[*32]の登録者数は2021（令和3）年12月時点で、10万4,465人となっている。作業療法士の養成校の入学定員数についても1999（平成11）年から2009（平成21）年までは増加し、その後は横ばいとなっている（**図表1-2-33**）。2014（平成26）年現在で、作業療法士の就業先別[*33]では、医療分野（医療施設）が約66%と高く、介護分野が約13%となっている（**図表1-2-34**）。

図表1-2-33　作業療法士養成数（入学定員）及び養成施設数の推移



資料：厚生労働省医政局　第1回医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士需給分科会（2016年4月22日）

＊32 厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に作業療法を行うことを業とする者。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせること。

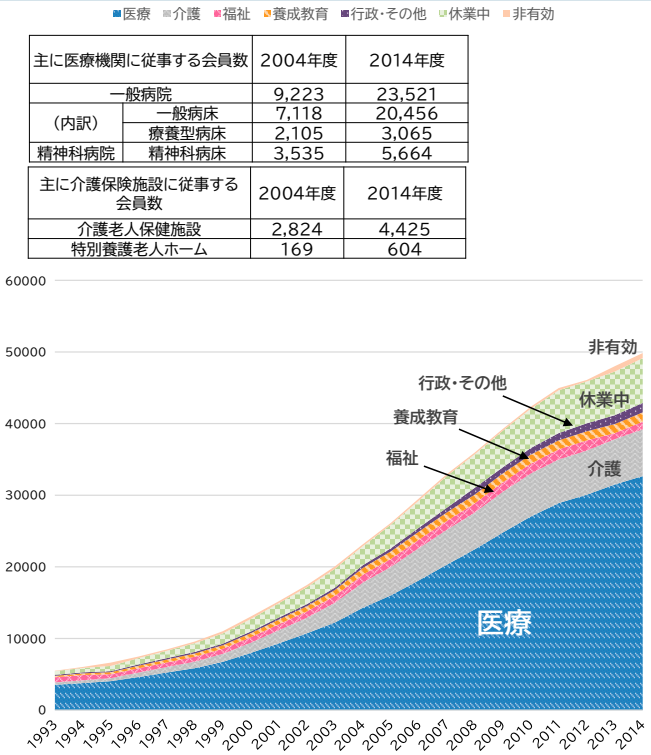
＊33 一般社団法人日本作業療法士協会会員統計資料

図表 1-2-34　就業先別の作業療法士数の推移

年度	医療	介護	福祉	養成教育	行政・その他	休業中	非有効	総数
1993	3,534	334	710	201	142	524	45	5,490
1994	3,766	395	730	235	144	613	136	6,019
1995	4,034	426	553	277	155	722	469	6,636
1996	4,625	618	603	356	182	880	224	7,488
1997	5,240	773	631	420	196	1,021	188	8,469
1998	5,855	912	679	456	225	1,215	228	9,570
1999	6,730	1,125	709	491	221	1,424	316	11,016
2000	7,983	1,415	766	559	240	1,749	349	13,061
2001	9,314	1,826	845	653	279	2,008	268	15,193
2002	10,715	2,175	879	731	286	2,372	300	17,458
2003	12,223	2,744	965	828	321	2,628	342	20,051
2004	14,273	3,522	1,097	952	384	2,659	264	23,151
2005	16,018	3,955	1,131	1,037	443	3,295	252	26,131
2006	18,107	4,489	1,197	1,110	555	3,782	292	29,532
2007	20,287	4,868	1,245	1,185	651	4,441	271	32,948
2008	22,444	5,135	1,301	1,214	951	4,669	247	35,961
2009	24,772	5,688	1,329	1,250	847	5,109	246	39,241
2010	27,016	6,005	1,376	1,263	929	5,477	282	42,348
2011	28,906	6,075	1,422	1,262	1,007	5,980	306	44,958
2012	30,073	6,145	1,436	1,265	1,116	5,839	218	46,092
2013	31,496	6,318	846	1,273	1,227	6,088	760	48,008
2014	32,673	6,524	1,053	1,310	1,322	6,245	714	49,841

主に医療機関に従事する会員数		2004年度	2014年度
一般病院		9,223	23,521
（内訳）	一般病床	7,118	20,456
	療養型病床	2,105	3,065
精神科病院	精神科病床	3,535	5,664

主に介護保険施設に従事する会員数	2004年度	2014年度
介護老人保健施設	2,824	4,425
特別養護老人ホーム	169	604



資料：2016年4月22日　第１回医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士需給分科会

6 管理栄養士

（就業する管理栄養士の約３割が病院・診療所、次いで約２割が保育所等で勤務）

管理栄養士[*34]の登録者数は、2021（令和3）年12月現在で、26万4,181人となっている。就業している管理栄養士等について、調査時点は異なるものの就業場所別にみると、最も多いのが病院・診療所で33,189人、次いで保育所等が23,499人、介護保険施設が19,599人となっている（図表1-2-35）。

＊34 厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者。

図表1-2-35 領域別管理栄養士等の配置状況

	管理栄養士等（人）※
総数	110,906
病院[1]・診療所[1]	33,189
介護保険施設[2]	19,599
保育所等[3]	23,499
学校	13,398
栄養教諭[4]	6,752
学校栄養職員[5]	6,646
行政[6]	7,085
社会福祉施設（児童福祉施設除く）[3]	8,401
事業所[7]	4,190
児童福祉施設（保育所等除く）[3]	1,545

1 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医療施設調査」
2 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年介護サービス施設・事業所調査」
3 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年社会福祉施設等調査」
4 文部科学省「令和３年度学校基本調査」
5 文部科学省「平成27年度学校給食実施状況調査」
6 厚生労働省健康局健康課栄養指導室調べ（令和３年度）
7 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年度衛生行政報告例」

資料：厚生労働省健康局健康課において作成。
（注） 上記人数には栄養士を含む。

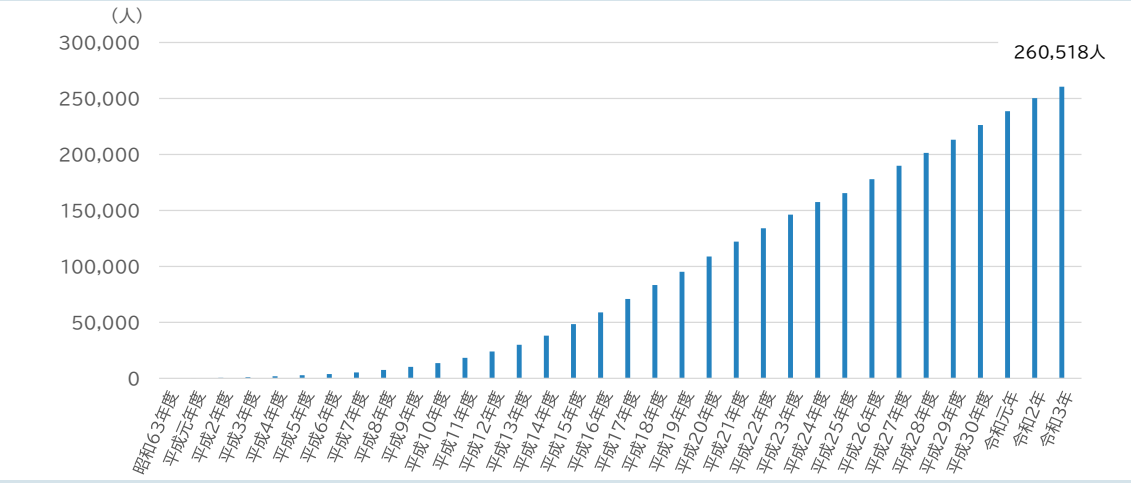
7 介護分野の職員

（社会福祉士の約４割及び介護福祉士の約８割が高齢者福祉関係の施設・事業所等で就労）

社会福祉士[*35]の登録者数は1988（昭和63）年の制度開始以降増加しており、2021（令和3）年9月現在で26万518人となっている（図表1-2-36）。公益財団法人社会福祉振興・試験センター「就労状況調査」（2021年7月、以下「就労状況調査」という。）によると、77,576人（有効回答者数の77.4%）が福祉・介護・医療の分野で仕事をしており、そのうちの39.3%（30,510人）が介護老人福祉施設等の高齢者福祉関係、17.6%（13,678人）が障害者支援施設等の障害者福祉関係、15.1%（11,727人）が医療施設等で就労している。介護福祉士[*36]の登録者数も1988年の制度開始以降増加しており、2021年9月現在で181万3,112人となっている（図表1-2-37）。就労状況調査によると、44万4,031人（有効回答者数の76.3%）が福祉・介護・医療の分野で仕事をしており、そのうちの81.8%（36万3,110人）が介護老人福祉施設等の高齢者福祉関係で就労している。

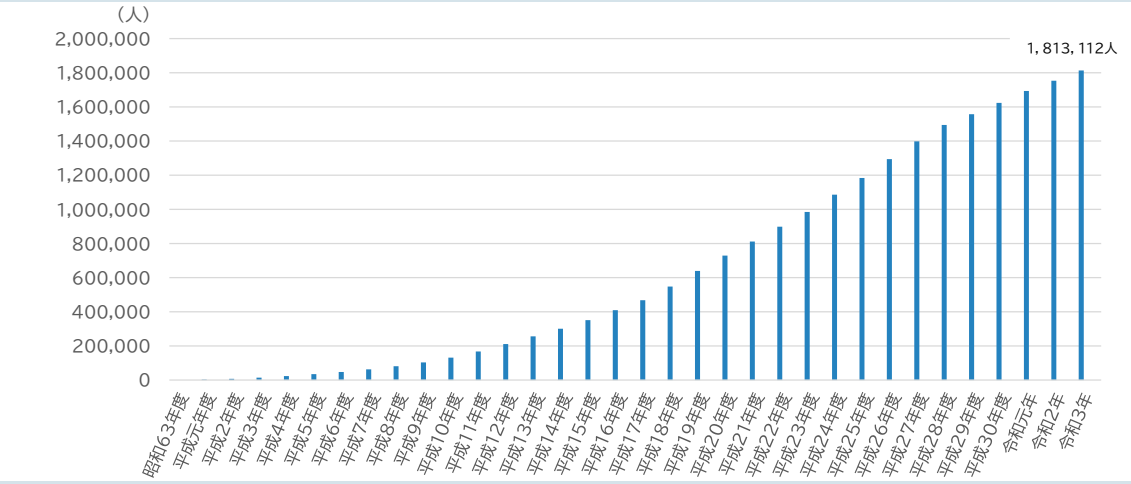
＊35 社会福祉士登録簿に登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うことを業とする者
＊36 介護福祉士登録簿に登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者

図表 1-2-36　社会福祉士の登録者数の推移



資料：（公財）社会福祉振興・試験センター
（注）　各年９月現在

図表 1-2-37　介護福祉士の登録者数の推移



資料：（公財）社会福祉振興・試験センター
（注）　各年９月現在

（介護福祉士等介護職員数は、介護サービス利用者の増加に伴い介護保険制度創設時から約3.9倍に増加）

介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設の介護職員（介護福祉士、実務者研修[*37]修了者、初任者研修[*38]修了者等をいう。以下同じ。）の数は2020（令和2）年度現在で、常勤、非常勤を含めて211.9万人となっている。施設・事業所別に見ると、訪問系は53.6万人、通所系は34.7万人、入所系は101.6万人、小規模多機能型居宅介護などは7.7万人となっている。社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして2000

＊37　2013（平成25）年度に「ホームヘルパー1級」及び「介護職員基礎研修」を集約して創設された資格。2016（平成28）年度から、3年以上介護等の業務に従事し、かつ、都道府県知事の指定する実務者研修（450時間）を修了していることが介護福祉士試験の受験資格となった。

＊38　2013年度に「ホームヘルパー2級」から移行された資格。介護に携わる者が業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるようにすることを目的に行われるものであって、都道府県又は都道府県知事の指定した者により行われる初任者研修（130時間）をいう。

（平成12）年4月に創設された介護保険制度の利用者は在宅サービスを中心に増加し、2000年4月には149万人であった介護サービス利用者は、2020年4月には494万人と、約3.3倍になっている。介護サービス利用者の増加に伴い、介護職員数は2000年の54.9万人から約3.9倍に増加している。また、介護を必要とする方が介護保険サービスを受けられるようにケアプラン（サービス計画書）の作成や施設・事業所との調整を行う介護支援専門員（ケアマネジャー）は、2020年10月現在で18万8,170人となっており、そのうちの11万7,025人（62.2%）が居宅介護支援事業所*39で就業している（図表1-2-38）。

図表1-2-38 介護支援専門員の従事者数

（単位：人）

	合計	居宅介護支援	介護予防支援	居宅	地域密着型				介護保険施設			
				特定施設入居者生活介護（※1・2）	小規模多機能型居宅介護（※1）	看護小規模多機能型居宅介護	特定施設入居者生活介護（※2）	認知症対応型共同生活介護（※1）	介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	介護医療院
従事者数（実数）	188,170	117,025	13,951	6,877	6,403	756	369	15,547	2,896	13,908	8,704	742	992
従事者数（常勤換算）	153,597	104,155	12,304	5,066	3,739	485	213	7,794	1,851	10,105	6,630	515	740

（※1）介護予防サービスを一体的に行っている事業所の従事者を含む。また、介護予防サービスのみ行っている事業者は対象外。
（※2）特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の従事者数。なお、計画作成担当者について、特定施設入居者生活介護では「専らその職務に従事する介護支援専門員であること」とされている。

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年介護サービス施設・事業所調査」により厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課において作成。
（注）2020（令和2）年10月1日現在

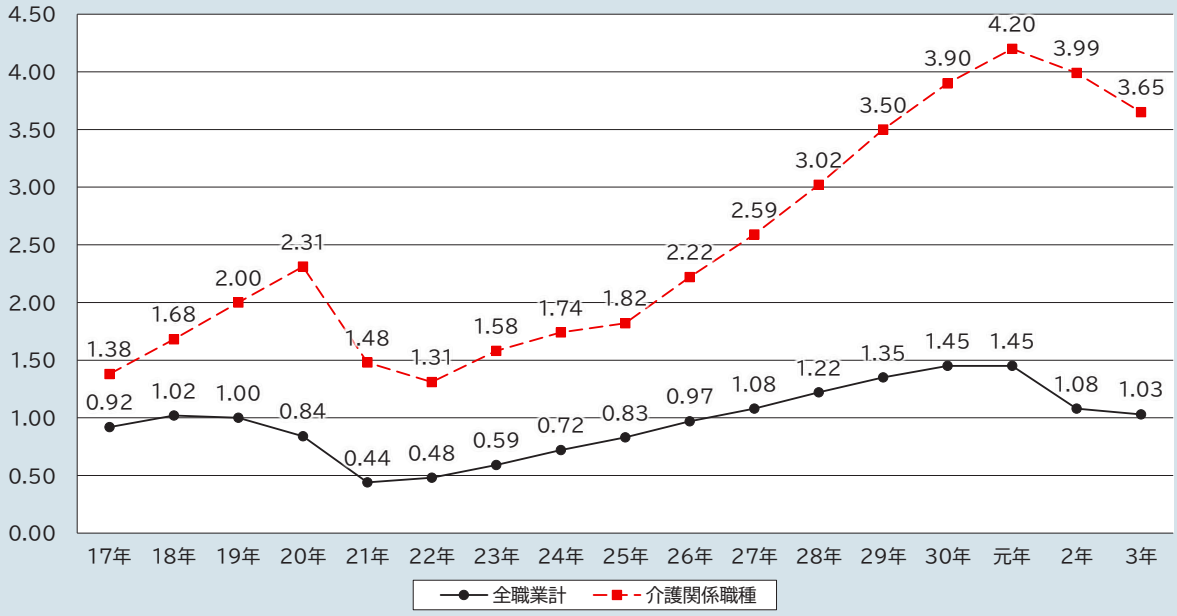
（介護関係職種の有効求人倍率は全職業計を上回り、特に都市部で人材確保が必要）

介護関係職種*40の有効求人倍率は、2005（平成17）年の1.38倍から2021（令和3）年には3.65倍となっており、上昇したまま依然として高い水準にあり、これは、2021年の全職業計の有効求人倍率1.03倍を大幅に上回っている（図表1-2-39）。都道府県別の介護関係職種の有効求人倍率（2022（令和4）年2月）を見ると、東京（4.91倍）、愛知（4.60倍）、大阪（4.09倍）では全国平均（3.63倍）を上回っており、特に都市部における介護関係職種の人材確保が必要な状況にある（図表1-2-40）。

介護サービス事業所における介護職員の充足状況に関する調査においても、人手不足感は増しており、特に訪問介護員の需要が高くなっている（図表1-2-41）。

＊39 居宅要介護者の依頼を受けて、心身の状況、環境、本人や家族の希望等を勘案し、在宅サービス等を適切に利用するために、利用するサービスの種類・内容等の居宅サービス計画を作成し、サービス提供確保のため事業者等との連絡調整その他の便宜の提供等を行うとともに、介護保険施設等への入所が必要な場合は施設への紹介その他の便宜の提供を行うことを目的とする事業所をいう。
＊40 ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等

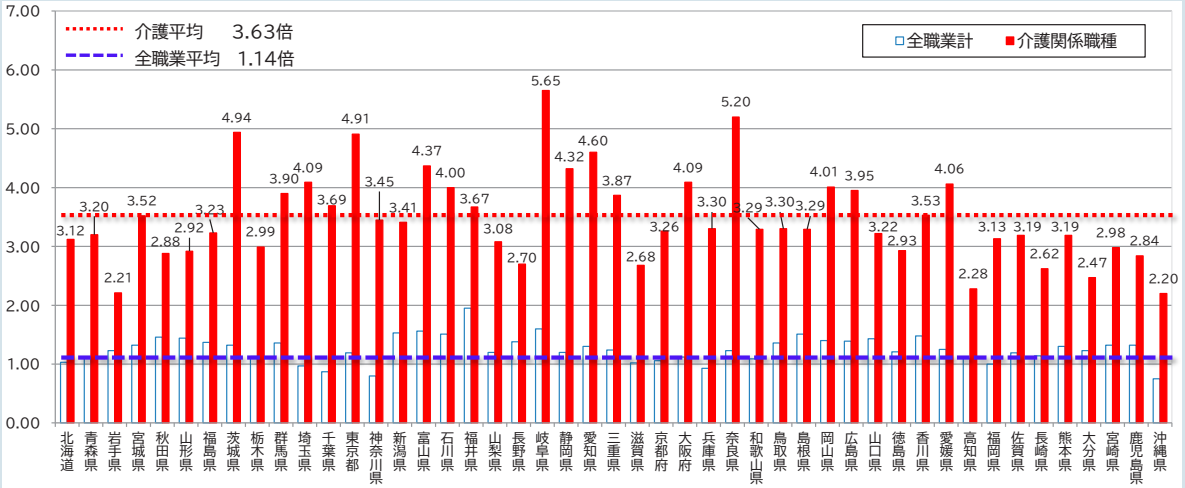
図表 1-2-39　有効求人倍率（介護関係職種）の推移（暦年別）



資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において作成。

（注）　上記はパートタイムを含む常用の数値。
上記の数値は、平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく以下の職業分類区分の数値である。
介護関係職種：「162 福祉施設指導専門員」、「169 その他の社会福祉の専門的職業」、「351 家政婦（夫）、家事手伝」、「36 介護サービスの職業」
常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。
パートタイムとは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の1週間の所定労働時間に比し短いものをいう。
上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

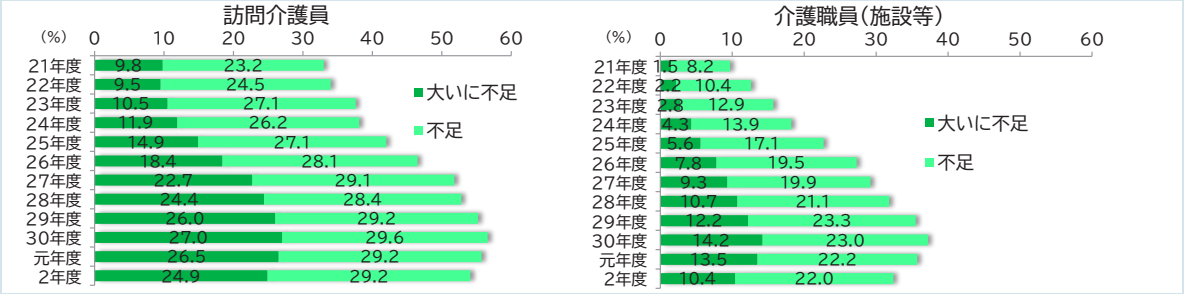
図表 1-2-40　都道府県別有効求人倍率（2022年2月）



資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室において作成。

（注）　上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。
介護関係職種は、ホームヘルパー、介護支援専門員、介護福祉士等のこと。

図表1-2-41　介護サービス事業所における介護職員の充足状況



資料：（公財）介護労働安定センター「介護労働実態調査」（平成21～令和2年度）により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において作成。
（注）　介護職員（施設等）：訪問介護以外の指定事業所で働く者。
訪問介護員：訪問介護事業所で働く者。

介護現場における人材確保に当たっては、介護職員自らが、自身の仕事に誇りを持って、仕事の魅力を発信する取組みが行われている。

コラム　介護職員自らが誇りを持って介護の魅力を伝える －「KAiGO PRiDE」プロジェクト－（熊本県）

熊本県では、厚生労働省が2019（令和元）年度に実施した介護現場革新会議[*1]のパイロット事業の実施地域として、介護の魅力を発信する「KAiGO PRiDE」プロジェクトや、県内の福祉系高校と連携した中学生への介護の理解を深める体験型プログラムの試行、高齢者就労を進める熊本県生涯現役促進地域連携協議会と連携した介護助手の確保などの介護人材確保に向けた取組を実施した。

ここでは、大きな柱の1つとして実施した「KAiGO PRiDE」プロジェクトの取組を紹介する。

プロジェクトのきっかけ

「介護の魅力発信」については、熊本県においても工夫して取り組んできたが、介護のイメージを変えていくことの難しさに直面していた。

そのような中、熊本県の「介護の日」[*2]イベントにおいて、国内外で活躍するクリエイティブ・ディレクターのマンジョット・ベディ氏が講演。ベディ氏は、日本の介護の素晴らしさと、介護職員自身が「介護の価値」や「世の中の期待」に気づいていないことを指摘された。

この指摘には、多くのイベント参加者が共感し、「介護職員の姿・言葉を描くことでKAIGO（介護）の魅力を発信する」をコンセプトとする熊本発「KAiGO PRiDE」プロジェクトがスタートすることとなった。

プロジェクトの成果

プロジェクトは、熊本県介護福祉士会などの県下の業界団体と連携し、2019年7月からスタートした。

プロジェクトでは、県内で働く現役の介護職員50人に写真撮影とインタビューを実施。介護職員が語る「介護の魅力」が併記されたポートレート写真やショートムービーを制作した。

進捗段階から業界全体でプロジェクトを発信し、「介護の日」に合わせたイベントで一斉公開した。

その結果、一般公開には、例年の4倍に相

＊1　介護現場における効率的な業務運営に係る研究や好事例を把握・分析した上で、それらを介護現場の革新に資する取組として横展開することを目的に、厚生労働省が2018（平成30）年12月から2020（令和2）年3月まで開催。
＊2　厚生労働省では11月11日を「介護の日」と定め、地方公共団体、関係団体等と連携し、介護の意義や重要性についての周知・啓発活動を行っている。

当する約1,500人が来場し、介護関係者はもとより、日ごろ介護への関心が薄い層へのアプローチとしても手応えがあった。



（介護職員のポートレート写真）

（ポートレート写真に添えられた介護職員が語る言葉から）

“その人の人生の一部になっている、これが介護の仕事の素晴らしさ。”

“「待ってたよ」の一言が、限りない喜びと自信を私に与えてくれる。”



（展示会の様子）

（被写体となった介護職員の声）

“慣れないことで恥ずかしかったが、格好よく撮ってもらい自信になった。家族や友人に自慢した。”

（展示会を訪れた方の声）

“現役の介護職員とは思わなかった。写真に添えられた言葉が素晴らしく、見入ってしまった。”

このプロジェクトのポイントは、「介護職員自らが、自身の仕事を改めて見つめ直し、誇りを持って発信すること（＝Self-respect）が、社会からのrespectをつくる」という考え方にある。

「自身の仕事に誇りを持つ（＝Self-respect）」ことは、現役介護職員のモチベーションアップにも大きな効果を発揮し、被写体を務めた方たちのその後の積極的な活動にもつながっている。

プロジェクトの広がり

プロジェクトは、地域で広がりを見せている。例えば、プロジェクトで被写体を務めた方が、県内各地の高校を訪問し、訪問介護の魅力を高校生に伝える活動を始めている。

また、2020（令和2）年に開催された熊本県の「介護の日」イベントでは、被写体を務めた方たちが、介護の仕事への思いを語る座談会を行うなど、自らの言葉で介護の魅力を発信している。

さらに、プロジェクトは熊本県外でも注目を集めており、各地で写真展やトークセッションが開催され、多くの参加者の共感を得ている。

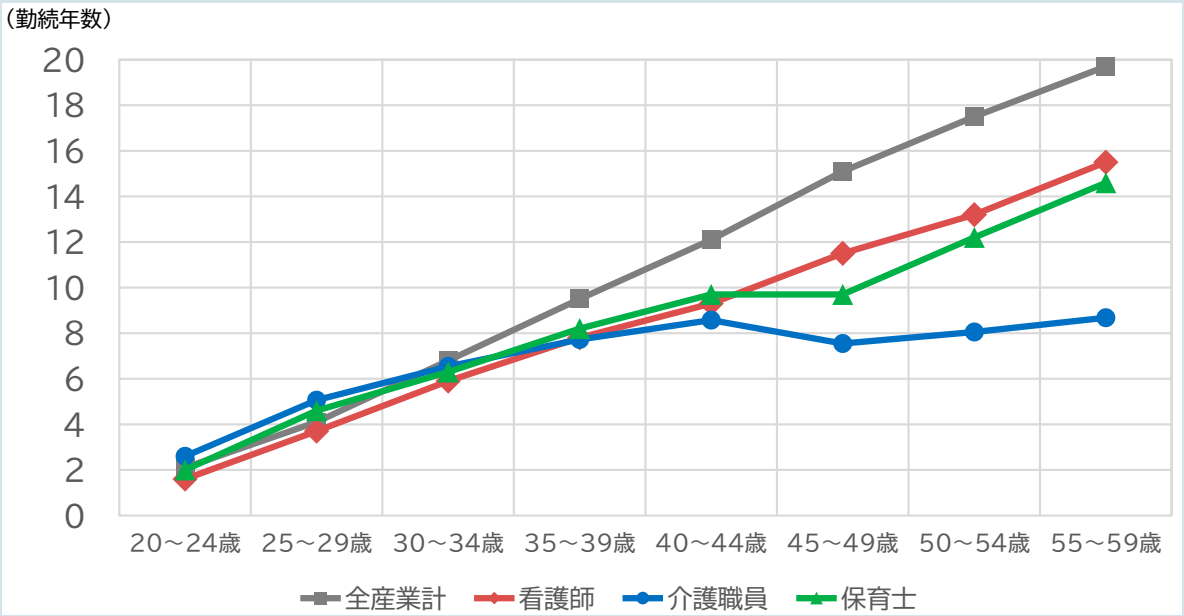
介護職員自らが誇りを持って介護の魅力を伝える「KAiGO PRiDE」プロジェクトには、これまでの介護のイメージを変える力があり、更なる広がりが期待されている。

（介護の魅力発信プロジェクト「KAiGO PRiDE」公式YouTubeチャンネル）

（介護職員の平均勤続年数は35歳以上から他産業を下回る）

介護職員の平均勤続年数は、医療・福祉分野の他の職種間及び全産業計と比較すると30歳まではおおむね変わらないが、35歳以上の平均勤続年数は全産業計を下回っており、特に40歳以上では医療・福祉分野の他の職種を下回る（図表1-2-42）。

図表1-2-42　職種別の平均勤続年数（職種別、年齢別）

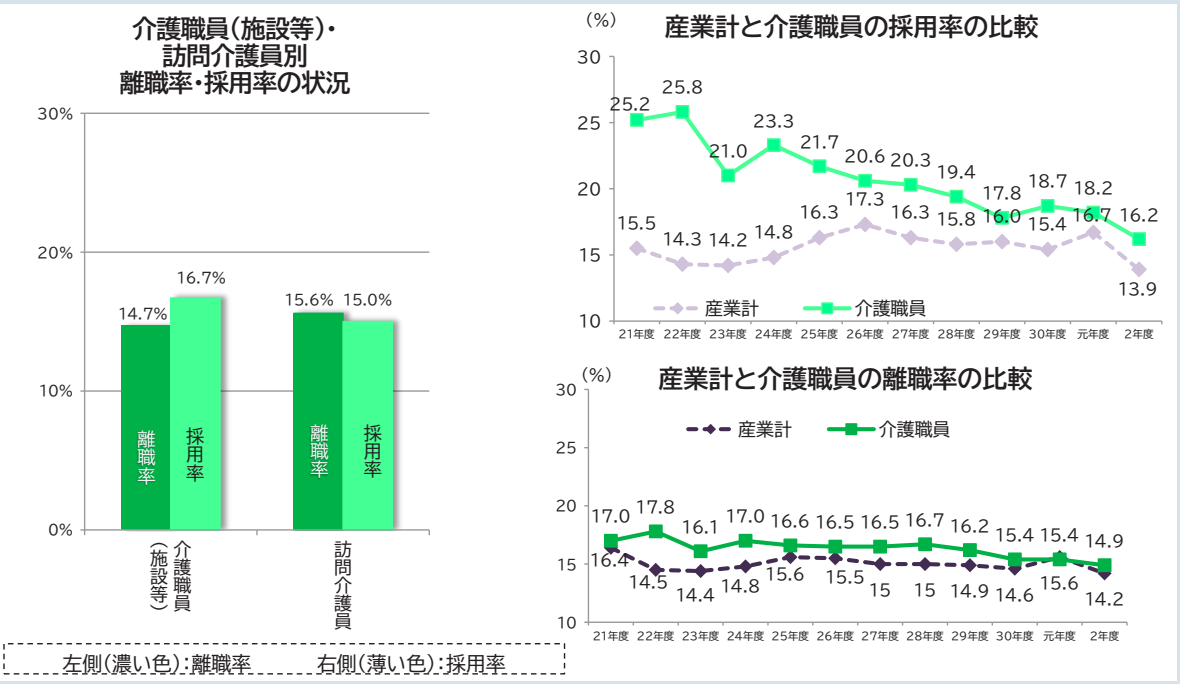


資料：内閣官房全世代型社会保障構築会議公的価格評価検討委員会第２回資料
（注）　上記は、同調査のうち、一般労働者の数値。
介護職員は「介護職員（医療・福祉施設等）」と「訪問介護従事者」の加重平均。
上記の数値は、それぞれ役職者を含む。

（介護職員の離職率・採用率は低下傾向にあり、離職者の約４割は他職種へ転職）

介護職員の離職率は低下傾向にあり、2019（令和元）年に初めて15.4%と産業計の15.6%を下回り、2020（令和2）年には14.9%とさらに低下している。事業所の労働者数に占める一年間の入職者数の割合（採用率）は16.2%（2020年）と産業計より高いものの低下傾向にある（図表1-2-43）。また、総務省統計局「労働力調査」（2020年）によれば、2020年に介護・福祉職への転職者数は19万人程度となっており、うち他職種からの転職者数は7万人程度（約37%）となっている。また、同年に介護・福祉職から転職した者及びそのうち他職種へ転職した者の数についても、同様にそれぞれ19万人程度及び7万人程度となっている（図表1-2-44）。

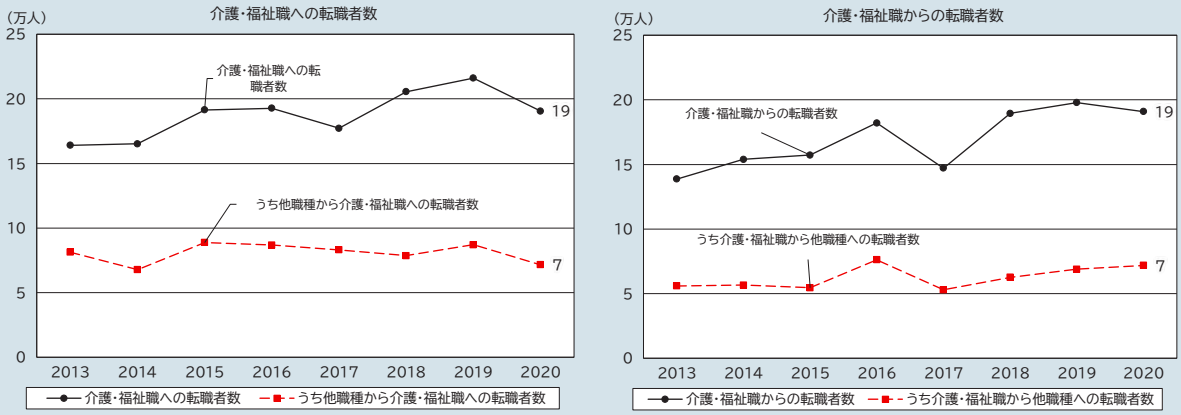
図表 1-2-43　離職率・採用率の状況（就業形態別、推移等）



資料：産業計の離職（採用）率は厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年雇用動向調査」により、介護職員の離職（入職）率は（公財）介護労働安定センター「令和２年度介護労働実態調査」により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において作成。

（注）離職（採用）率＝１年間の離職（入職）者数÷労働者数
介護職員（施設等）：訪問介護以外の指定事業所で働く者。訪問介護員：訪問介護事業所で働く者。
介護職員とは「介護職員（施設等）」及び「訪問介護員」の２職種全体をいう。

図表 1-2-44　介護・福祉分野における労働移動の推移



資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和２年）平均結果」及び「労働力調査（詳細集計）（令和２年）」の個票により厚生労働省政策統括官付政策統括室において作成。

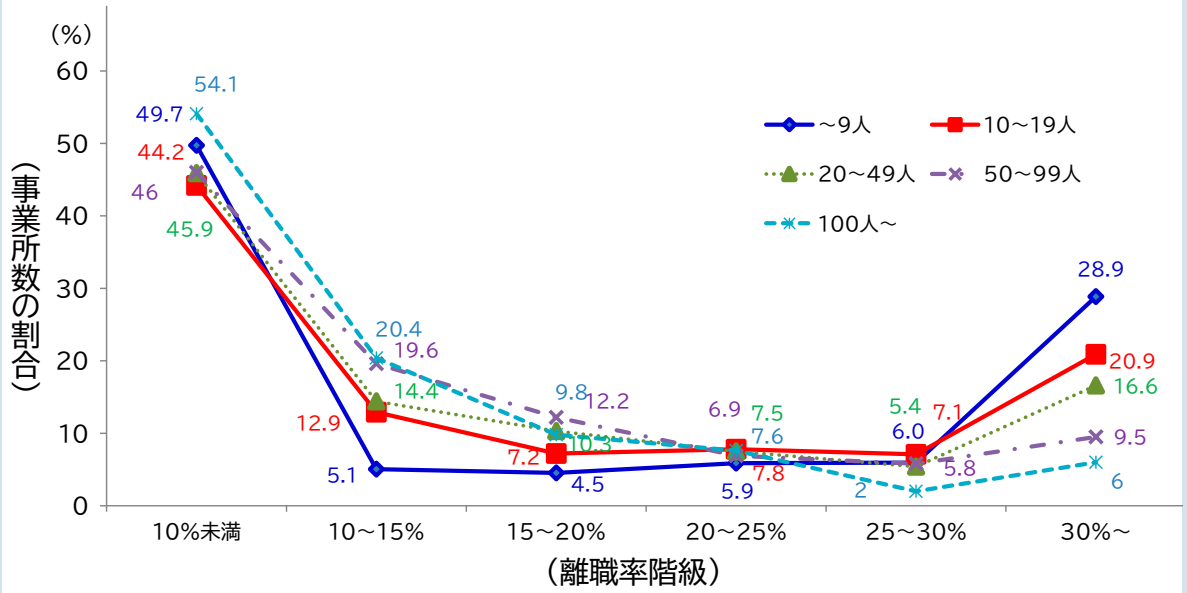
（注）「転職者数」は、就業者のうち前職のある者で，過去１年間に離職を経験した者。
「介護・福祉職」は「介護サービス職」と「社会福祉の専門的職業」を合計したもの。「社会福祉の専門的職業」には、保育士などが含まれる。
「労働力調査（詳細集計）」は「労働力調査（基本集計）」よりもサンプルサイズが小さいため、各年の数値については、ある程度幅をもってみる必要がある。

（事業所規模が小さいほど介護職員の離職率が二極化する傾向）

介護職員の離職率は、事業所別にみるとばらつきが見られ、離職率が10％未満の事業所が５割弱である一方で、離職率が30％以上と高い事業所も約２割存在する（図表 1-2-

45)。これを事業所規模別にみると、事業所規模9人以下では離職率が10%未満の事業所と30%以上の事業所の割合がともに高くなっており、二極化する傾向がみられる。

図表1-2-45　離職率階級別にみた事業所規模別の事業所数の割合



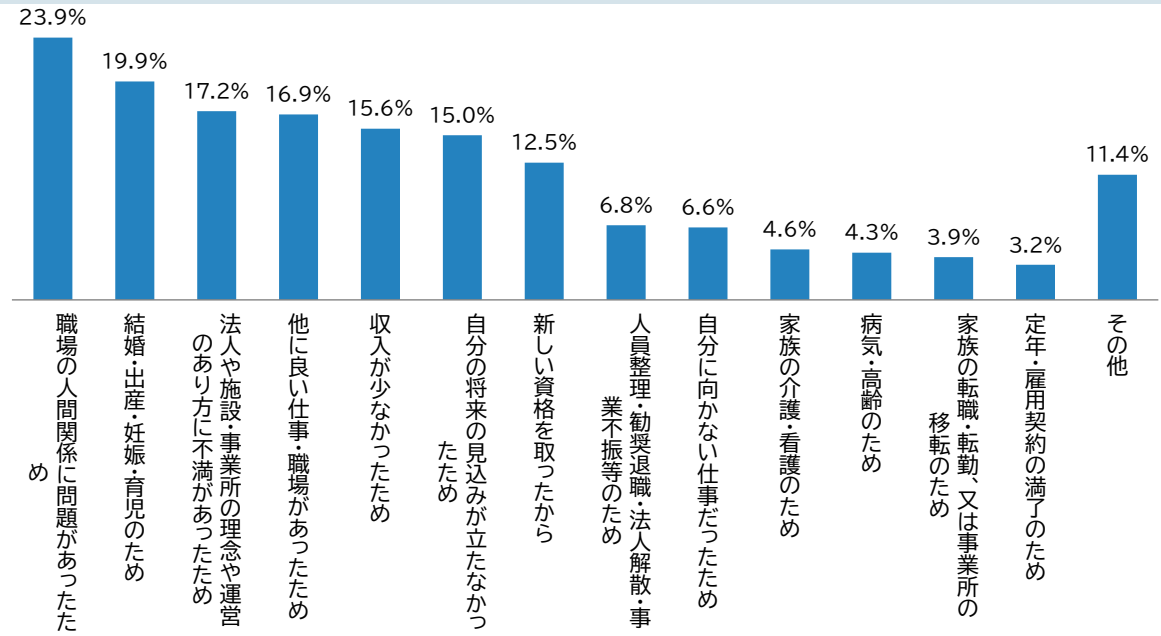
	10%未満	10~15%	15~20%	20~25%	25~30%	30%~
全事業所の割合	46.6%	13.5%	8.7%	7.2%	5.8%	18.2%

資料：(公財) 介護労働安定センター「令和2年度介護労働実態調査」により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において作成。
(注)　離職率＝（1年間の離職者数）÷労働者数
　　離職率の全産業平均は14.2%（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年雇用動向調査」）

(介護職員の離職理由には、収入面やライフイベントのほか、理想と現実とのギャップが考えられる)

介護職員が退職を検討するきっかけとしては、「職場の人間関係」や「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方」のほか、「結婚・出産・妊娠・育児のため」、「収入が少なかったため」、「自分の将来の見込みが立たなかったため」などの理由が挙げられている(図表1-2-46)。一方で、介護職員に現在の仕事を選んだ理由をたずねた公益財団法人介護労働安定センター「令和2年度介護労働実態調査」(2021（令和3）年8月）によれば、「働きがいのある仕事だと思ったから」が50.4%と最も高く、「資格・技能が活かせるから」(37.9%)、「人や社会の役に立ちたいから」(31.4%）との回答が続く。仕事を選んだ理由と実際の仕事との間にギャップがある場合に離職につながる可能性があることが考えられる。

図表 1-2-46　前職の仕事を辞めた理由（介護関係職種：複数回答）



資料：（公財）介護労働安定センター「令和２年度介護労働実態調査」により厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において作成。
（注）　前職職種について「介護関係職種」と回答した人を対象に前職の離職の理由を調査。

（介護職員全般の処遇改善及び経験・技能のある職員に重点化した更なる処遇改善を実施）

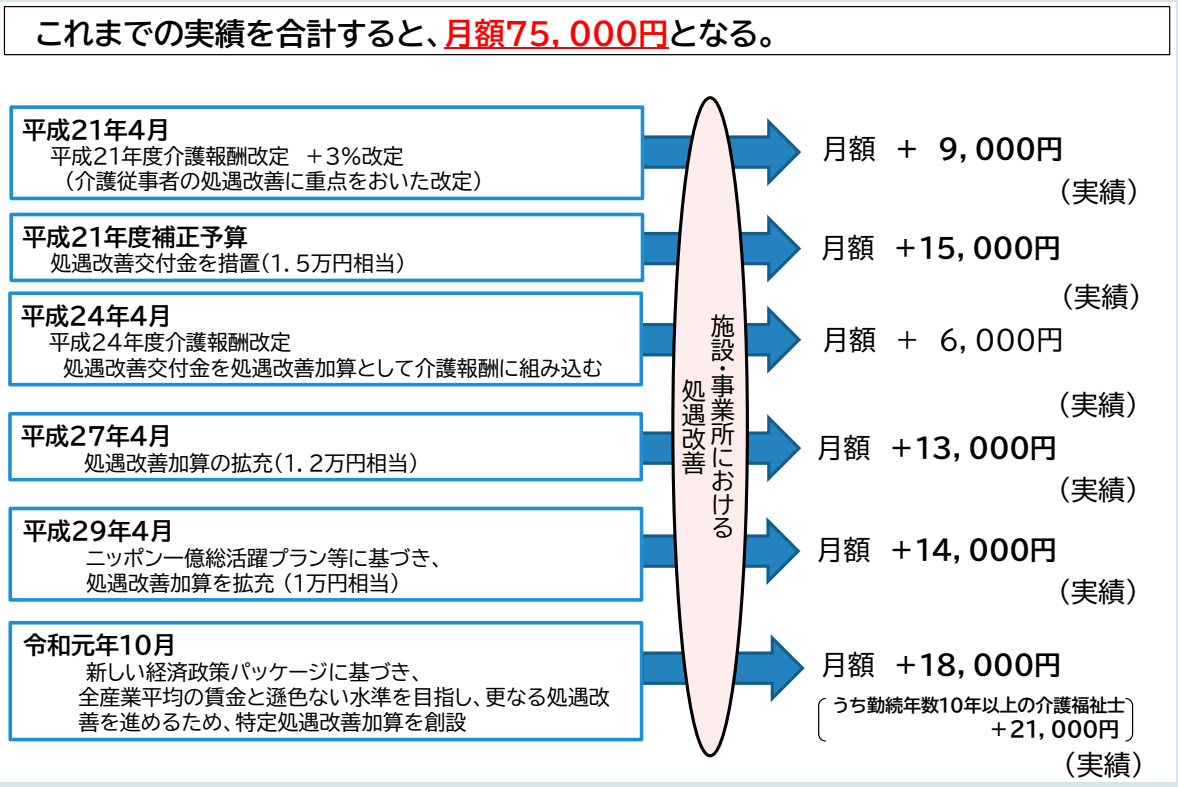
介護職員の賃金については、賃金水準の低さが指摘されており（**図表 1-2-47**）、2009（平成21）年以降の累次にわたる介護職員全般の処遇改善を図る取組みに加え、2019（令和元）年10月からは、「新しい経済政策パッケージ」（2017（平成29）年12月８日閣議決定）に基づき、経験・技能のある職員に重点化した更なる処遇改善を実施している。2009年度以降の処遇改善実績は月額75,000円（勤続年数10年以上の介護福祉士は月額78,000円）となっている（**図表 1-2-48**）。

図表1-2-47 介護人材の賃金の状況（一般労働者、男女計）

		平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）
産業別	**産業計**	**42.2**	**10.3**	**35.5**
職種別	医師	41.0	5.8	95.0
	看護師	39.9	8.0	39.9
	准看護師	50.2	11.3	33.4
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.7	6.3	33.8
	介護支援専門員（ケアマネジャー）	50.9	9.0	32.1
	介護職員【(C)と(D)の加重平均】	**43.8**	**7.0**	**28.5**
	訪問介護従事者(C)	46.4	6.7	29.3
	介護職員（医療・福祉施設等）(D)	43.6	7.0	28.4

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和３年賃金構造基本統計調査」により厚生労働省老健局老人保健課において作成。
（注）　一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、１日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は１日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも１週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年１年間（原則として１月から12月までの１年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。「介護職員（医療・福祉施設等）」は、医療施設・福祉施設等において入所者及び通所者に対する入浴、排せつ、食事等の介護の仕事に従事するものをいう。なお、特定処遇改善加算の（Ⅰ）～（Ⅱ）を取得している事業所の勤続10年以上介護福祉士の賞与込み給与は、35.5万円（令和３年度介護従事者処遇状況等調査）。
産業別賃金は「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。役職者を含む産業計は、平均年齢43.4歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与40.8万円。

図表1-2-48 介護職員の処遇改善の取組み



資料：厚生労働省老健局老人保健課において作成。
（注）　実績は全て厚生労働省老健局「介護従事者処遇状況等調査」によるが、それぞれ調査客体等は異なる。

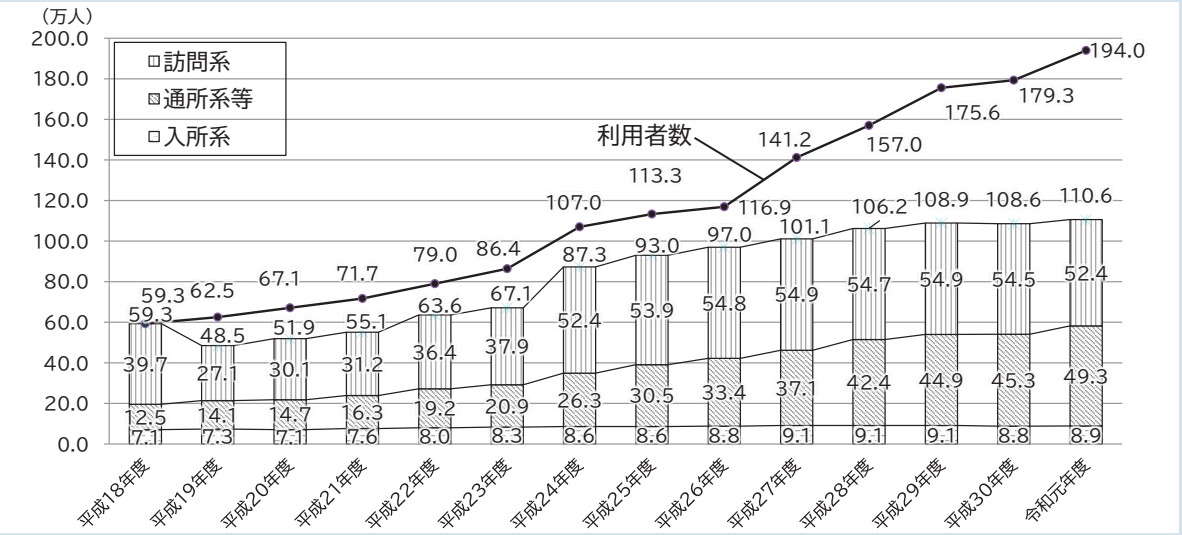
8 障害保健福祉分野の職員

（福祉・介護職員数は、障害福祉サービス利用者の増加に伴い、障害者自立支援法施行当時から約1.9倍に増加）

2006（平成18）年度の障害者自立支援法施行当時に約59.3万人であった障害福祉サービス等の利用者数は、2013（平成25）年４月（一部は2014（平成26）年４月）の障害者総合支援法の施行を経て、2019（令和元）年度には約194万人と13年間で３倍以上に増加している。これに伴い、障害福祉サービス施設・事業所において利用者の福祉・介護業務に従事する職員数（以下「福祉・介護職員数」という。）は2019年度現在で、常勤、非常勤を含めて約110.6万人となっており、2006年の約59.3万人から約1.9倍に増加している（図表1-2-49）

施設・事業所別に見ると、訪問系は約52.4万人、通所系等は約49.3万人、入所系は約8.9万人となっている。

図表1-2-49　障害福祉分野の福祉・介護職員数の推移（推計値）



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「社会福祉施設等調査」（平成18～令和元年）により厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課において作成。
（注）平成21～29年度の数値は、回収率の割り戻しにより補正し推計したもの。平成30年度からは、調査結果が全施設・事業所の推計値となり、回収率での割り戻しはしていないため、平成29年以前の結果との比較には留意が必要。
従事者数及び利用者数は各年の10月１日現在の数値である。
従事者数は、福祉・介護職員処遇改善加算の対象となる直接処遇職員について、常勤、非常勤を含めた実人員数を各サービス・事業で合計したものである。
各年度の「社会福祉施設等調査」の結果を踏まえ、障害者自立支援法、障害者総合支援法のサービス及び児童福祉法のサービスを含めているが、年度によってサービスの新設・廃止があるため、年度間の比較には留意が必要。

（精神保健福祉士の約７割及び公認心理師の約５割が障害保健福祉関係の施設・事業所等で就労）

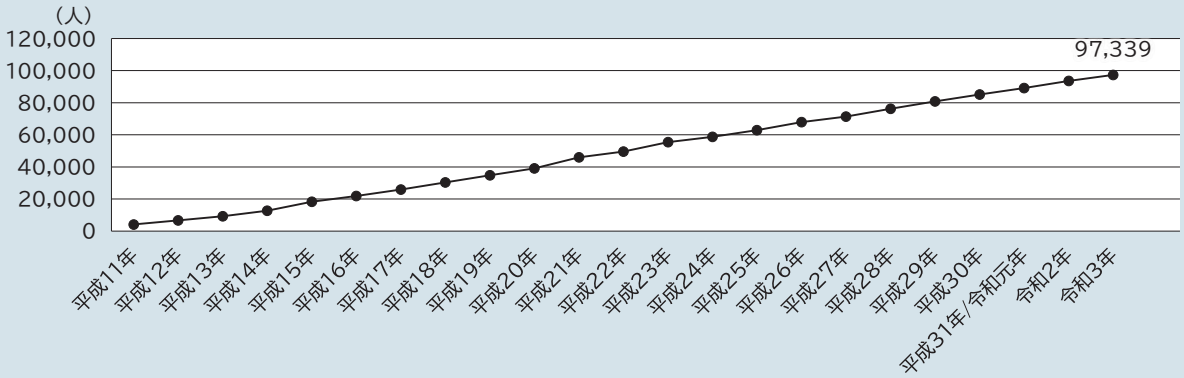
精神保健福祉士[*41]の登録者数は1998（平成10）年の制度開始以降増加しており、

＊41 精神保健福祉士登録簿に登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者

2022（令和4）年3月末現在で97,339人となっている（図表1-2-50）。就労状況調査[*42]によると、有効回答者数35,577人の75.2%（26,744人）が福祉・介護・医療の分野で仕事をしており、そのうちの27.8%（7,434人）が障害者支援施設等の障害者福祉関係、26.5%（7,089人）が精神科病院等の医療関係、17.2%（4,608人）が地域包括支援センター等の高齢者福祉関係で就労している。

公認心理師[*43]の登録者数は2017（平成29）年の制度開始以降増加しており、2022年3月末日現在で、54,248人となっている。令和2年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の活動状況等に関する調査」（2021（令和3）年3月、一般社団法人日本公認心理師協会）によると、有効回答者数13,000人のうち、30.2%が精神科病院等の保健医療関係、28.9%がスクールカウンセラー等の教育関係、21.3%が児童相談所、障害者支援施設等の福祉関係で就労している。

図表1-2-50　精神保健福祉士の登録者数の推移



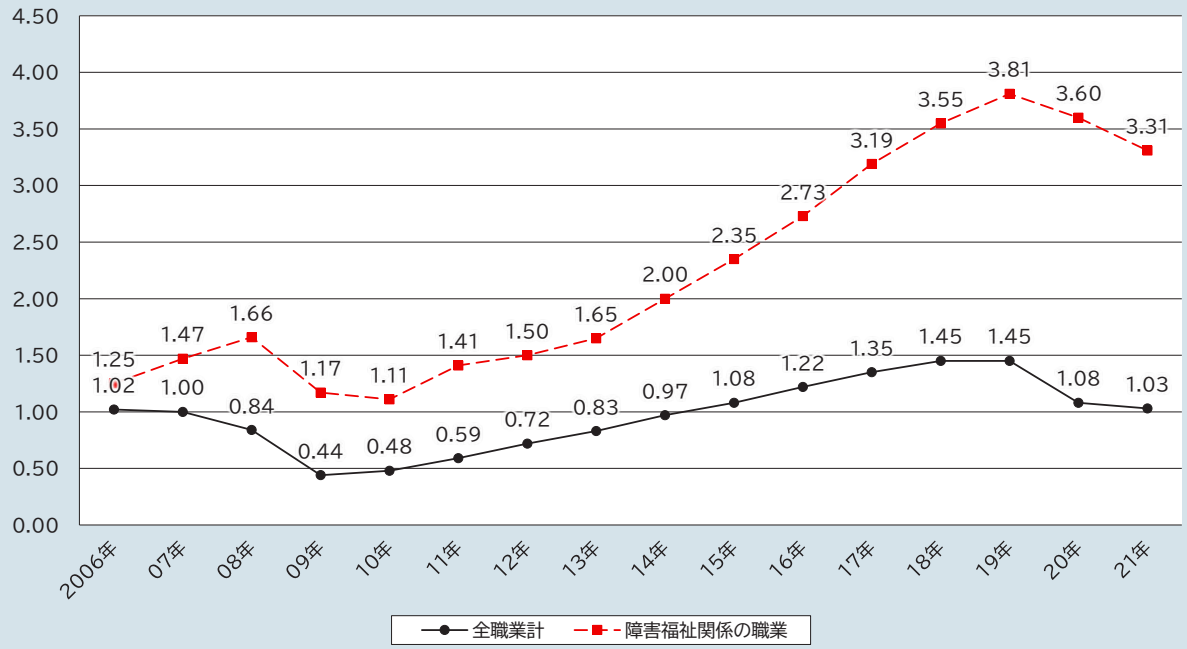
資料：（公財）社会福祉振興・試験センター
（注）　各年の数値は翌年3月末時点。

（障害福祉サービス等従事者を含む関係職種の有効求人倍率は全職業計を上回る）

障害福祉サービス等従事者を含む関係職種の有効求人倍率[*44]は2006（平成18）年の1.25倍から2021（令和3）年には3.31倍と依然として高い水準にあり、これは、全職業計の有効求人倍率1.03倍（2021年）を上回る数値となっている（図表1-2-51）。

＊42　公益財団法人社会福祉振興・試験センター（2021年7月）
＊43　公認心理師登録簿に登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。
①　心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
②　心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
③　心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
④　心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供
＊44　精神保健福祉士、公認心理師等の「社会福祉の専門的職業」及び「介護サービスの職業」の有効求人数及び有効求職者数をそれぞれ合計して有効求人倍率を計算している。

図表 1-2-51　障害福祉関係分野職種における労働市場の動向



資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」により厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課において作成。
(注)　上記はパートタイムを含む常用の数値。
常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は４か月以上の雇用期間が定められているものをいう。
パートタイムとは、１週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の１週間の所定労働時間に比し短いものをいう。
上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。
「障害福祉関係の職業」は、2012年以前は「社会福祉専門の職業」の数値。2013年以降は、「社会福祉の専門的職業」と「介護サービスの職業」を合計した数値。

（障害保健福祉分野の職員全般の処遇改善及び経験・技能のある職員に重点化した更なる処遇改善を実施）

障害福祉分野の福祉・介護職員の賃金の状況について産業計と比較すると、平均勤続年数が短く、賞与込み給与も低くなっている（図表 1-2-52）。

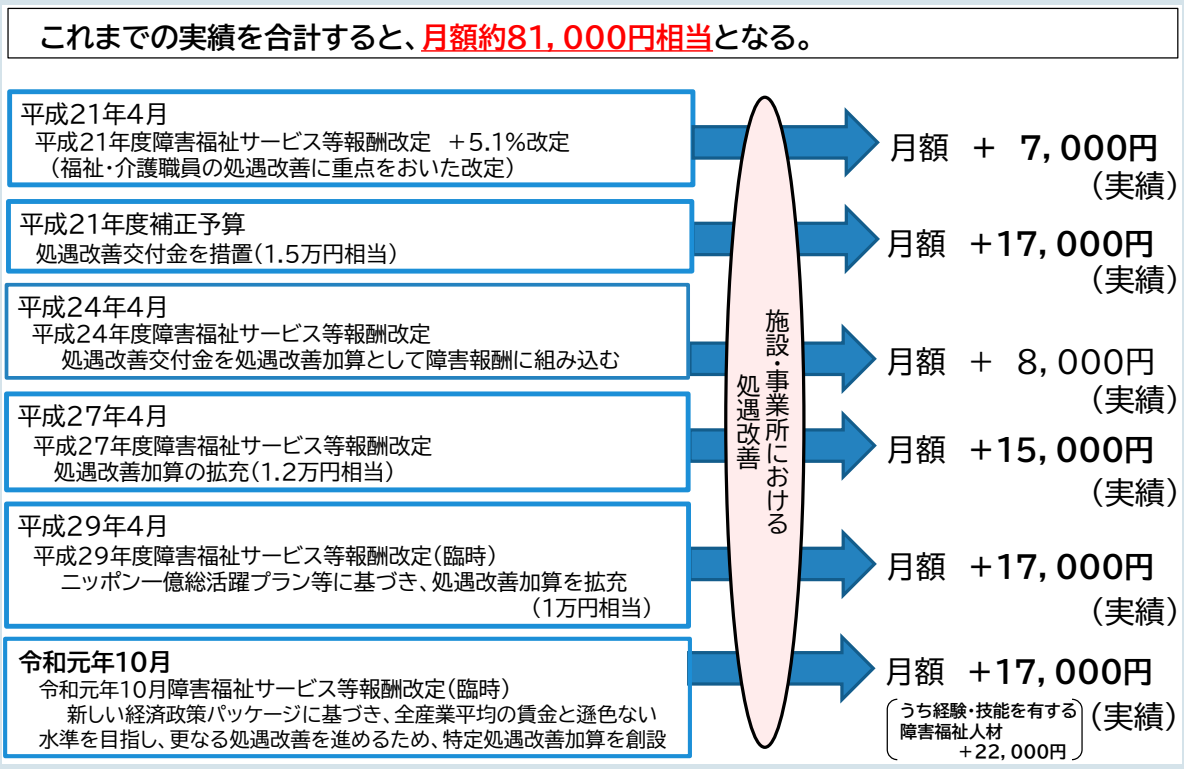
障害福祉分野の福祉・介護職員の処遇改善は2009（平成21）年以降累次にわたる職員全般の処遇改善を図る取組みに加え、2019（令和元）年10月からは、「新しい経済政策パッケージ」（2017（平成29）年12月８日閣議決定）に基づき、経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を実施している。2009年度以降の処遇改善実績は月額81,000円（うち経験・技能を有する障害福祉人材は月額86,000円）となっている（図表 1-2-53）。

図表1-2-52 障害福祉分野の福祉・介護職員の賃金の状況（一般労働者、男女計）

		平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）
産業別	**産業計**	**42.1**	**10.0**	**35.2**
職種別	医師	41.1	5.0	100.8
	看護師	40.0	7.7	39.4
	准看護師	49.8	11.8	34.0
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	32.9	5.7	33.4
	介護支援専門員（ケアマネジャー）	49.9	9.3	32.0
	障害福祉関係分野の職員【(A)・(B)・(C)の加重平均】	**42.1**	**7.0**	**29.5**
	保育士(A)	36.7	7.2	30.3
	訪問介護従事者(B)	49.3	7.2	28.5
	介護職員（医療・福祉施設等）(C)	42.8	6.9	29.3

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年賃金構造基本統計調査」により、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課において作成。
（注）一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、１日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は１日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも１週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則などによってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年１年間（原則として１月から12月までの１年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。産業別（産業計）賃金は「100人以上規模企業における役職者」を除いて算出。なお、職種別賃金には役職者は含まれていない。

図表1-2-53 障害福祉分野の福祉・介護職員の処遇改善の取組み

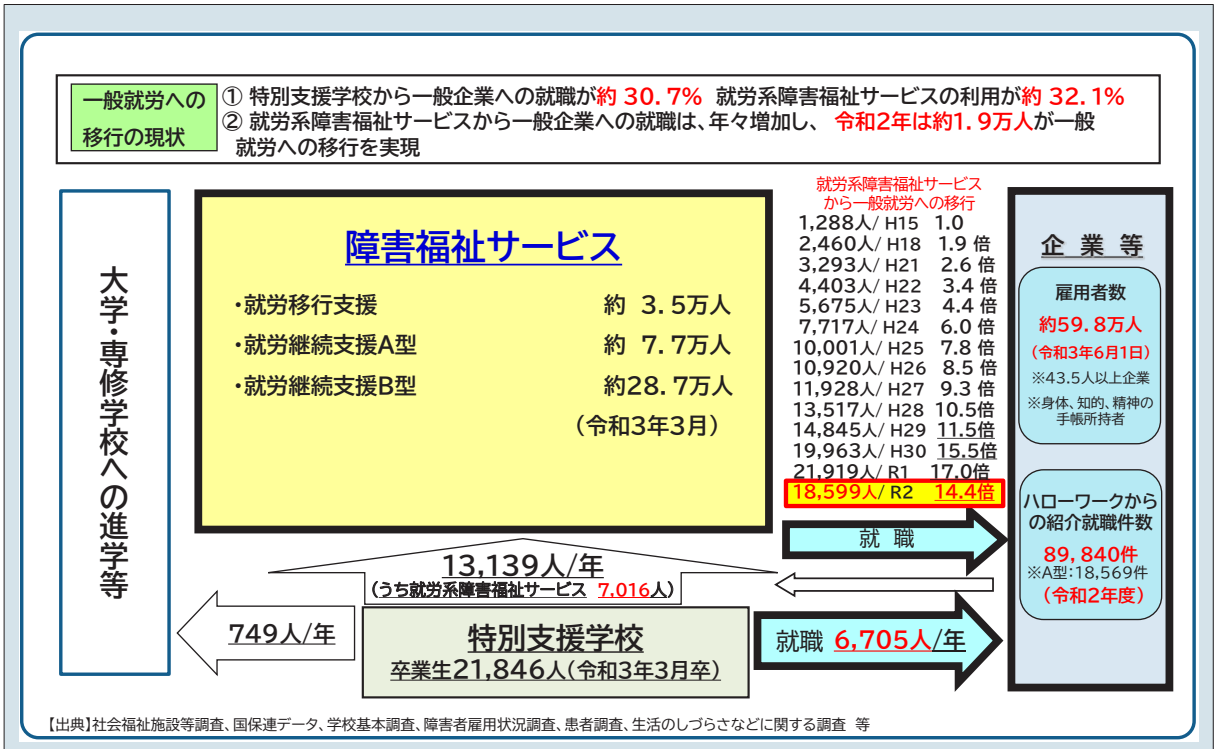


資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課において作成。
（注）実績については厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査」（平成21～令和２年度）による。ただし、それぞれ調査客体等は異なる。

（一般就労に移行する障害者は毎年増加しており、職場定着支援が重要）

2021（令和3）年現在、障害のある方の数は約965万人となっている。そのうち、就労支援施策の対象となる18～64歳の在宅者数は約377万人となっている。2021（令和3）年3月現在、障害者総合支援法における就労移行支援[*45]を行う事業所数は3,030、就労継続支援（A型）[*46]を行う事業所数は3,956、就労継続支援（B型）[*47]を行う事業所数は13,972となっている[*48]。就労系障害福祉サービスから一般就労への移行者数は、2020年度では約1.9万人の障害者が一般企業へ就職している。また、就労系障害福祉サービス利用終了者に占める一般就労への移行者の割合（移行率）については、就労移行支援では5割程度、就労継続支援（A型）では2割程度、就労継続支援（B型）では1割程度で、それぞれ推移している。また、企業等で雇用される障害者数は2021年6月1日現在で約59.8万人となっている（図表1-2-54）。

図表1-2-54　就労支援施策の対象となる障害者数／地域の流れ

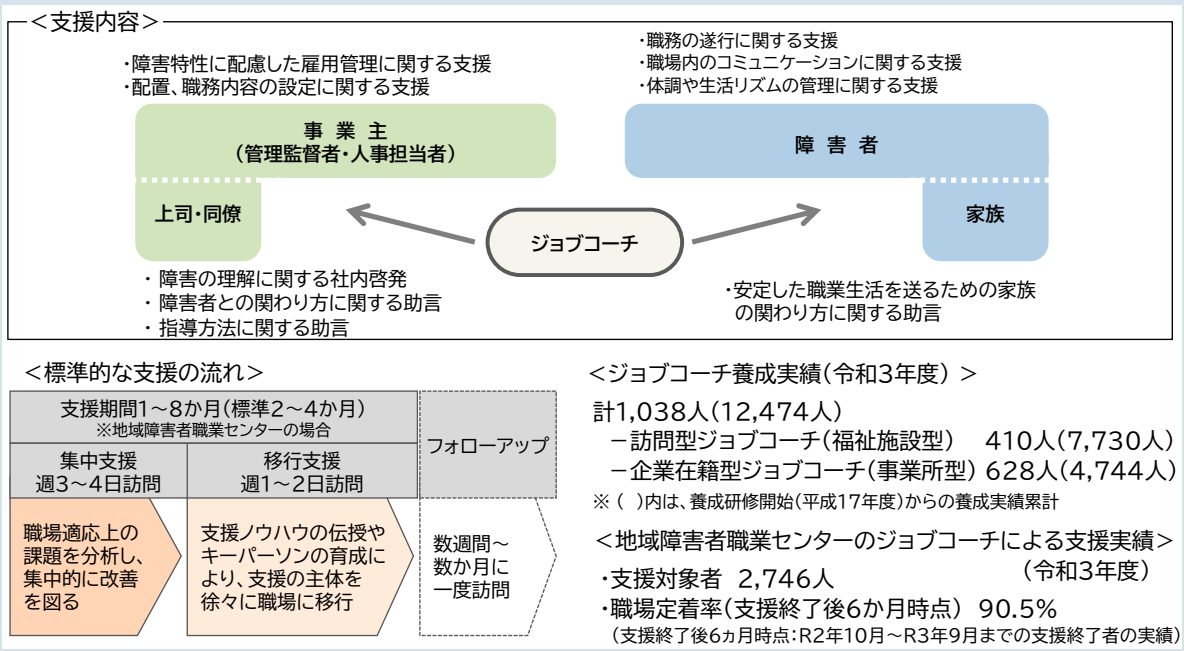


資料：以下の資料により厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課において作成。
厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年社会福祉施設等調査」「平成30年社会福祉施設等調査」
国民健康保険団体連合会データ
文部科学省総合教育政策局「令和３年度学校基本調査」
厚生労働省職業安定局「令和３年障害者雇用状況の集計結果」
厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成29年患者調査」
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」 等

＊45 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、一般就労等への移行に向けて、就労に必要な訓練、適正に合った職場探し、就労後の職場定着のための支援等を行うもの（標準利用期間２年間）。
＊46 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、雇用契約に基づく就労機会を提供し、一般就労に必要な訓練等の支援等を行うもの（利用期間の制限なし）。
＊47 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、就労の機会を提供し、就労に必要な訓練等の支援等を行うもの（利用期間の制限なし）。
＊48 （出典）国民健康保険団体連合会データ

障害者は職場定着に課題があり、特に、就職件数が大幅に増加している精神障害者は定着に困難を抱えているため、職場適応援助者（ジョブコーチ）[*49]による就職後の職場定着支援が重要となっている。ジョブコーチは、障害特性に配慮した雇用管理に関する事業主支援や、職務の遂行方法や生活リズムの管理に関する障害者支援など、障害者の職場適応を図るため、双方に対して幅広い支援を行っている。ジョブコーチの養成実績の累計は2005（平成17）年度以降、訪問型で7,730人、企業在籍型で4,744人となっている（図表1-2-55）。また、ジョブコーチによる支援の質の維持・向上のため、養成研修修了者サポート研修及び支援スキル向上研修を実施している。

図表1-2-55　職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援



資料：厚生労働省職業安定局障害者雇用対策課地域就労支援室において作成。

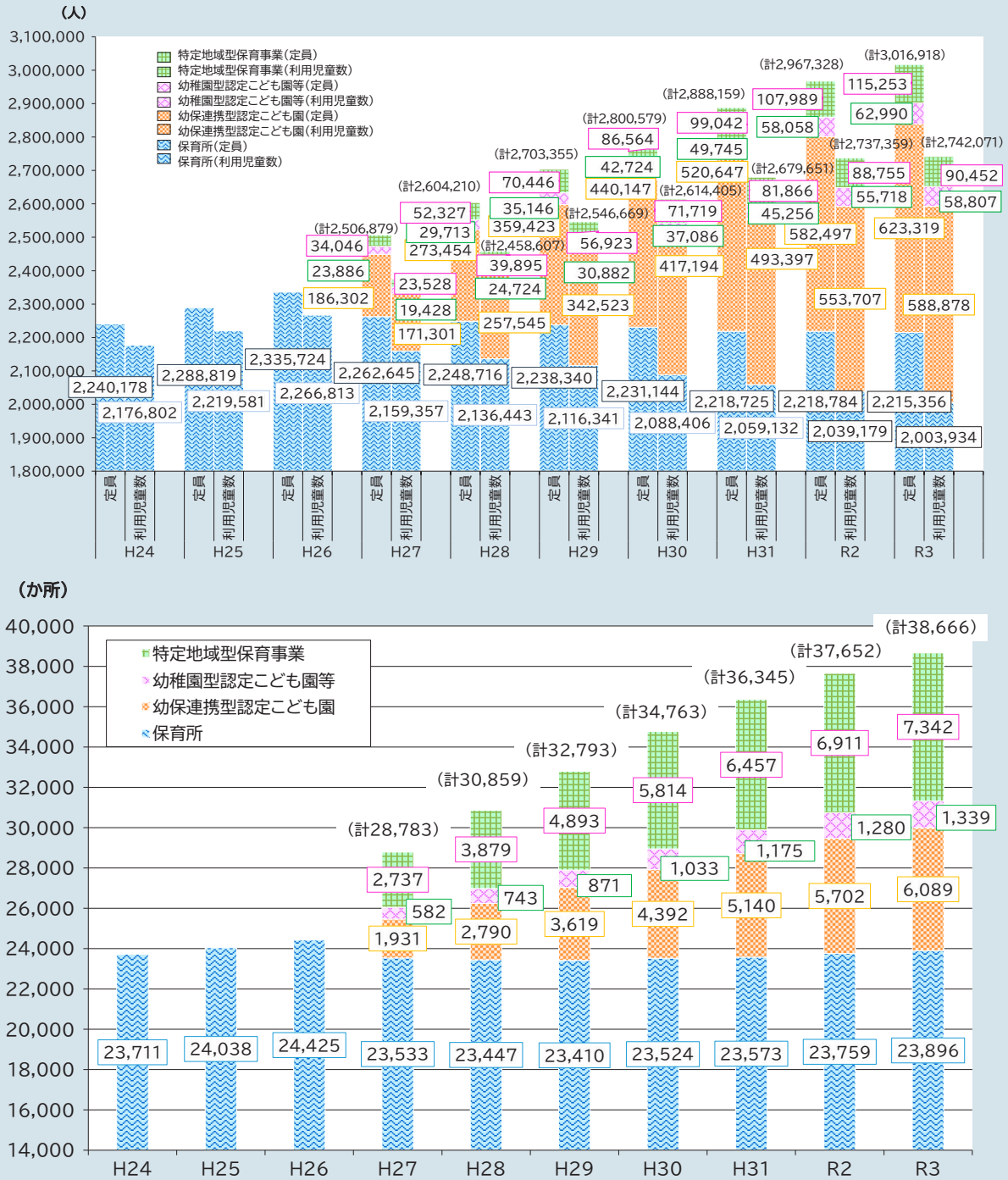
9 保育人材、放課後児童クラブ職員

（待機児童を解消する各種取組みの結果、保育所等定員数及び保育士数は約1.3倍に増加）

保育所等で働く保育士の数（常勤換算）は2020（令和2）年10月1日時点で約52万人と推計されている。2013（平成25）年度から始まった「待機児童解消加速化プラン」では2017（平成29）年度末までに政府目標を上回る約53.5万人分の保育の受け皿を確保し、2018（平成30）年度からは「子育て安心プラン」により2020年度末までの3年間で約26.1万人分を確保している。2012（平成24）年と比較して保育所等の数は約1.6倍に、保育所等定員数は約1.3倍、利用児童数は約1.3倍に増加した（図表1-2-56）。こうした保育の受け皿の拡大に伴い、保育士数も2013年10月1日時点の約38万人から増加し続けている（図表1-2-57）。

＊49 障害者の職場適応を容易にするため、職場訪問し、障害者に対する職務の遂行や職場内コミュニケーションに関する支援や、事業主や同僚に対する職務や職場環境の改善の助言を実施する。独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が各都道府県に設置する地域障害者職業センターの職員（非常勤嘱託）である「配置型ジョブコーチ」、就労支援を行っている社会福祉法人等に所属する「訪問型ジョブコーチ」、障害者を雇用している企業等に雇用される「企業在籍型ジョブコーチ」がいる。

図表 1-2-56　保育所等定員数・利用児童数・保育所等数の推移



資料：厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。
（注）　平成26年は、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成26年度福祉行政報告例」。
平成24年、平成25年、平成27年、平成28年は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課調べ。
平成29年～令和3年は、厚生労働省子ども家庭局保育課調べ。
平成23年は、岩手県陸前高田市・大槌町、宮城県山元町・女川町・南三陸町、福島県浪江町、広野町、富岡町の8市町を除いた数値。

図表1-2-57 保育所等における保育人材の数（常勤換算）の推移

（単位：人）

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
保育士	380,998	394,291 (+13,293)	412,067 (+17,776)	439,167 (+27,100)	464,269 (+25,102)	479,309 (+15,040)	505,523 (+26,214)	523,729 (+18,206)
保育教諭 （保育士資格を持たない者）			3,913	6,009 (+2,096)	6,995 (+986)	7,561 (+566)	7,970 (+409)	9,417 (+1,447)
地域型保育事業の保育従事者			3,413	4,010 (+597)	4,501 (+491)	3,322 (-1,179)	3,149 (-173)	3,372 (+223)
保育補助者等	29,849	30,273 (+424)	30,295 (+22)	30,886 (+591)	31,911 (+1,025)	32,647 (+736)	24,869 (-7,778)	26,408 (+1,539)
保育人材の数	410,847	424,564 (+13,717)	449,688 (+25,124)	480,072 (+30,384)	507,676 (+27,604)	522,839 (+15,163)	541,511 (+18,672)	562,926 (+21,415)

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「社会福祉施設等調査」（平成25～令和2年）及び内閣府子ども子育て本部「保育所・幼稚園・認定こども園等に係る経営実態調査」（平成28～30年度）等により厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。

（注） 社会福祉施設等調査の数値は、回収率100%に割り戻して推計（回収率　H25：93.5%、H26：93.5%、H27：94.5%、H28：93.9%、H29：94.3%）。平成30年以降は、全数調査から標本調査への移行により調査結果が全施設の推計値となり、回収率での割り戻しはしていないため、平成29年以前の結果との比較には留意が必要。

「保育士」の数は、平成27年以降は保育教諭（主幹保育教諭、指導保育教諭、助保育教諭、講師を含む。）のうち保育士資格保有者、小規模保育事業所における保育従事者のうち保育士資格保有者及び家庭的保育者のうち保育士資格保有者の数を含む。平成30年以降は、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業に従事する者のうち保育士資格保有者の数を含む。

「地域型保育事業の保育従事者」の数は、平成29年までは小規模保育事業における保育士資格を有しない保育従事者及び家庭的保育事業における従事者の数となっている。なお、社会福祉施設等調査における小規模保育事業の従事者のうち保育資格保有者を除いた数（保育士資格保有者は保育士に計上）に、保育所・幼稚園・認定こども園等に係る経営実態調査における家庭的保育事業の家庭的保育者及び家庭的保育補助者の1か所当たりの配置数に事業所数を乗じて算出した数を足した数となっている。平成30年以降は地域型保育事業のうち保育士資格を持たない保育従事者、家庭的保育者、家庭的保育補助者、居宅訪問型保育者の数となっている。

「保育補助者等」の数は、平成30年までは、保育所・幼稚園・認定こども園等に係る経営実態調査における保育補助者及び看護師等のうち保育業務従事者の1施設当たりの配置数に保育所数を乗じて算出した数に、社会福祉施設等調査における幼保連携型認定こども園の教育・保育補助員の数を足した数となっている。令和元年以降については、「令和元年度保育所・幼稚園・認定こども園等に係る経営実態調査」において、保育補助者及び看護士等の配置数が不明であったことから、社会福祉施設等調査における保育所・保育所型認定こども園の保育補助者の数となっており、看護士等は含めていないため、平成30年以前の結果との比較には留意が必要。

（2021（令和3）年4月の待機児童数は調査開始以来最少となったものの、都市部に待機児童の6割が集中）

保育の受け皿拡大に取り組んできた結果、2021年4月1日時点の待機児童数は、5,634人となり、前年から6,805人減少し、待機児童数調査開始以来最少の調査結果となった。全国の市区町村（1,741）のうち約82%の市区町村（1,429）の待機児童数は0人であり、待機児童数全体の6割は都市部に多く見られる状況にある（**図表1-2-58**）。

図表1-2-58　待機児童等の状況（地域別）

＜待機児童数に50人以上増減のあった地方自治体＞

1.待機児童数が**50人以上減少**した地方自治体

	都道府県	市区町村	待機児童数 R3.4	待機児童数 R2.4	待機児童数 減少数	利用定員数 R2⇒R3増減数	申込者数 R2⇒R3増減数	利用定員数－申込者数
1	埼玉県	さいたま市	11人	387人	▲ 376人	3,409人	1,068人	2,341人
2	岡山県	岡山市	31人	259人	▲ 228人	847人	156人	691人
3	兵庫県	明石市	149人	365人	▲ 216人	1,044人	186人	858人
4	千葉県	船橋市	12人	197人	▲ 185人	143人	▲ 157人	300人
5	兵庫県	西宮市	182人	345人	▲ 163人	443人	405人	38人
6	東京都	江戸川区	49人	203人	▲ 154人	223人	▲ 15人	238人
7	沖縄県	南風原町	40人	194人	▲ 154人	180人	▲ 5人	185人
8	鹿児島県	鹿児島市	82人	216人	▲ 134人	75人	▲ 193人	268人
9	福岡県	福津市	16人	137人	▲ 121人	220人	105人	115人
10	兵庫県	尼崎市	118人	236人	▲ 118人	356人	242人	114人
11	東京都	中央区	85人	202人	▲ 117人	475人	▲ 19人	494人
12	沖縄県	那覇市	37人	153人	▲ 116人	243人	▲ 167人	410人
13	東京都	調布市	46人	149人	▲ 103人	304人	37人	267人
14	福岡県	大野城市	0人	95人	▲ 95人	246人	75人	171人
15	兵庫県	宝塚市	58人	141人	▲ 83人	26人	233人	▲ 207人
16	千葉県	四街道市	0人	74人	▲ 74人	215人	55人	160人
17	鹿児島県	姶良市	17人	91人	▲ 74人	83人	▲ 18人	101人
18	沖縄県	北中城村	4人	78人	▲ 74人	77人	▲ 17人	94人
19	東京都	小平市	86人	159人	▲ 73人	22人	▲ 50人	72人
20	東京都	墨田区	29人	97人	▲ 68人	67人	94人	▲ 27人
21	沖縄県	南城市	45人	110人	▲ 65人	141人	3人	138人
22	千葉県	市川市	0人	64人	▲ 64人	960人	282人	678人
23	沖縄県	豊見城市	76人	139人	▲ 63人	▲ 9人	▲ 4人	▲ 5人
24	東京都	北区	18人	79人	▲ 61人	355人	40人	315人
25	東京都	西東京市	36人	97人	▲ 61人	73人	102人	▲ 29人
26	岡山県	倉敷市	39人	98人	▲ 59人	229人	23人	206人
27	東京都	渋谷区	0人	58人	▲ 58人	297人	3人	294人
28	東京都	府中市	28人	86人	▲ 58人	106人	▲ 42人	148人
29	北海道	江別市	11人	67人	▲ 56人	122人	42人	80人
30	東京都	小金井市	41人	97人	▲ 56人	493人	221人	272人
31	東京都	町田市	76人	130人	▲ 54人	276人	26人	250人
32	滋賀県	守山市	0人	54人	▲ 54人	164人	54人	110人
33	滋賀県	湖南市	0人	54人	▲ 54人	96人	▲ 11人	107人
34	沖縄県	沖縄市	46人	100人	▲ 54人	140人	150人	▲ 10人
35	福岡県	飯塚市	0人	53人	▲ 53人	131人	▲ 74人	205人
36	大阪府	島本町	0人	50人	▲ 50人	110人	78人	32人

2.待機児童数が**50人以上増加**した地方自治体

	都道府県	市区町村	待機児童数 H31.4	待機児童数 R2.4	待機児童数 増加数	利用定員数 R2⇒R3増減数	申込者数 R2⇒R3増減数	利用定員数－申込者数
1	千葉県	君津市	85人	11人	74人	2人	94人	▲ 92人
2	愛知県	岡崎市	72人	0人	72人	5人	▲ 313人	318人
3	千葉県	印西市	76人	20人	56人	100人	410人	▲ 310人

＜待機児童数の多い上位10地方自治体＞

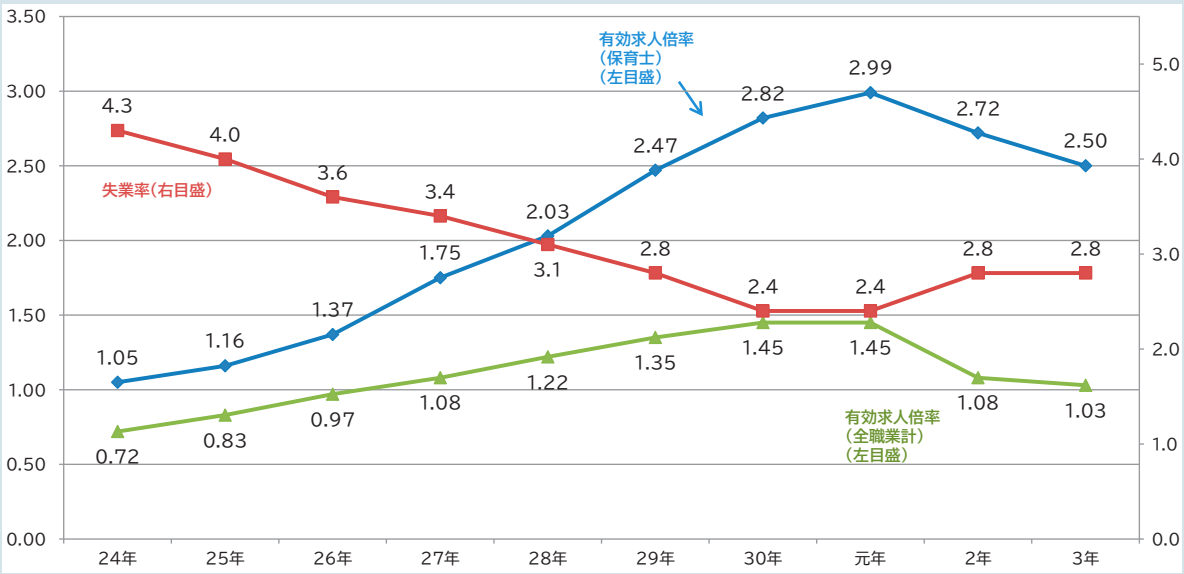
	都道府県	市区町村	待機児童数
1	兵庫県	西宮市	182人
2	兵庫県	明石市	149人
3	福岡県	筑紫野市	137人
4	兵庫県	尼崎市	118人
5	兵庫県	姫路市	98人
6	千葉県	木更津市	90人
7	東京都	小平市	86人
8	千葉県	君津市	85人
9	東京都	中央区	85人
10	鹿児島県	鹿児島市	82人

資料：厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。

（保育士の有効求人倍率は全職業計を上回り、都市部以外でも人材確保の必要性が高い）

保育士の有効求人倍率は、2012（平成24）年の1.05倍から2021（令和3）年には2.50倍と依然として全職業計を上回る高い水準で推移している（**図表1-2-59**）。都道府県別の保育士の2022年1月の有効求人倍率を見ると、前年同月よりも上昇しているのは28道府県、保育士の全国平均（2.92倍）を上回っているのは18都府県となっている（**図表1-2-60**）。

図表1-2-59 保育士の有効求人倍率の推移（全国）



資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」及び総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和３年）平均結果」」により厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。
（注） 有効求人倍率は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除きパートタイムを含む常用の数値。
保育士の有効求人倍率は、平成23年改定「厚生労働省編職業分類」における「163 保育士」の数値である。
常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は４か月以上の雇用期間が定められているものをいう。
パートタイムとは、１週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の１週間の所定労働時間に比し短いものをいう。

図表1-2-60 保育士の都道府県別有効求人倍率の年次比較（各年１月時点）

		令和3年1月時点	令和4年1月時点
	全国	2.94	2.92
☆	北海道	1.92	2.10
☆	青森	1.67	1.92
☆	岩手	1.74	2.00
	宮城	3.50	3.06
	秋田	1.66	1.46
	山形	2.23	2.16
	福島	3.14	2.79
	茨城	4.34	3.97
☆	栃木	4.44	5.32
	群馬	2.07	1.92
	埼玉	4.44	3.51
	千葉	3.02	2.54
	東京	3.72	3.43
	神奈川	3.03	2.00
	新潟	2.95	2.82
☆	富山	2.49	2.53
☆	石川	1.72	1.93
	福井	3.88	3.73
☆	山梨	2.34	2.89
	長野	2.93	1.89
☆	岐阜	2.67	2.71
☆	静岡	3.90	4.40
☆	愛知	2.42	2.90

		令和3年1月時点	令和4年1月時点
	三重	2.23	1.96
	滋賀	3.43	2.40
☆	京都	2.38	2.93
	大阪	4.37	3.92
	兵庫	2.63	2.53
☆	奈良	3.23	3.26
☆	和歌山	1.80	3.59
☆	鳥取	2.42	3.49
☆	島根	1.85	2.02
☆	岡山	4.66	4.74
☆	広島	3.27	3.79
☆	山口	1.58	1.89
	徳島	3.55	3.47
☆	香川	2.26	3.04
☆	愛媛	2.86	3.36
☆	高知	1.62	1.94
☆	福岡	2.46	2.84
☆	佐賀	2.02	2.33
☆	長崎	1.55	2.11
☆	熊本	1.72	2.36
☆	大分	2.05	2.58
☆	宮崎	1.91	2.64
☆	鹿児島	2.37	2.80
	沖縄	3.43	3.43

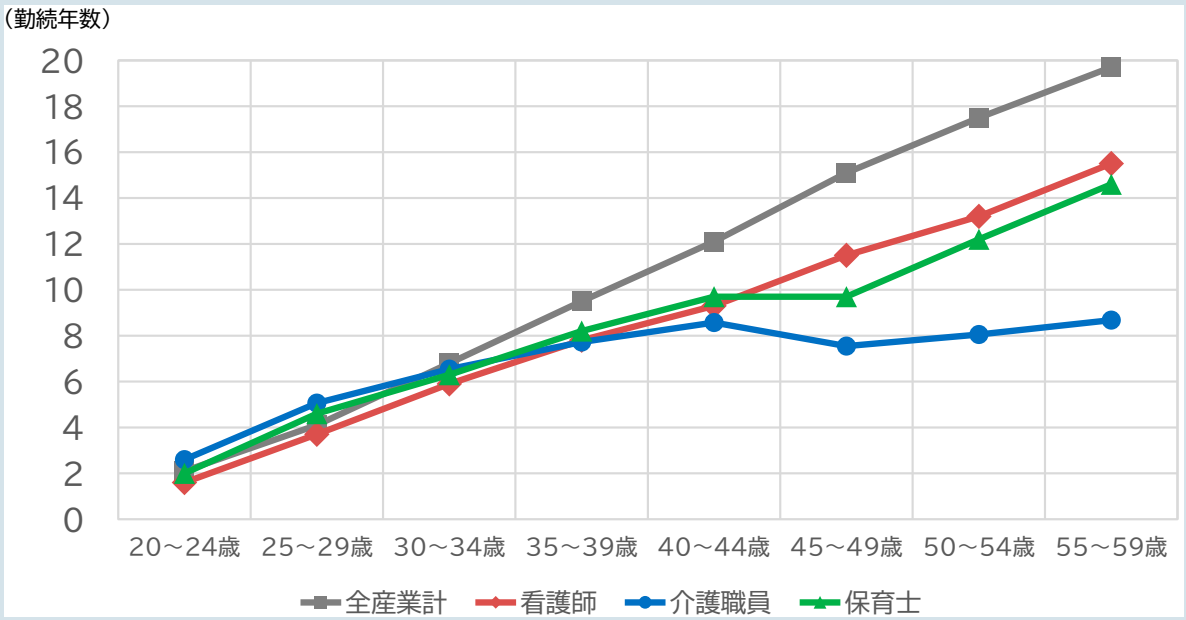
☆は前年同月よりも上昇している自治体　□は全国平均を上回っている自治体

資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」により厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。
（注） 上記の数値はパートタイムを含む常用の原数値。

（保育士の離職率は約８％と必ずしも高くはないが、30歳代半ば以降では平均勤続年数の伸びが減少）

保育所で勤務する常勤の保育士の2020（令和２）年の離職率[*50]は8.4％であり、勤務者が40万人を超える中では必ずしも高くはなく、私立の保育所で勤務している常勤保育士の平均勤続年数は2016（平成28）年度時点の8.8年から、2018（平成30）年度時点では11.2年まで伸びている[*51]。保育士の平均勤続年数は、医療・福祉分野の他の職種間及び産業計と比較すると30歳まではおおむね変わらないが、35歳以上の平均勤続年数は産業計を下回っており、35歳以上の年齢層における職場定着率が低いことがうかがえる（図表1-2-61）。

図表1-2-61　職種別の平均勤続年数（職種別、年齢別）



資料：内閣官房全世代型社会保障構築会議公的価格評価検討委員会第２回資料
（注）　上記は、同調査のうち、一般労働者の数値。
介護職員は「介護職員（医療・福祉施設等）」と「訪問介護従事者」の加重平均。
上記の数値は、それぞれ役職者を含む。

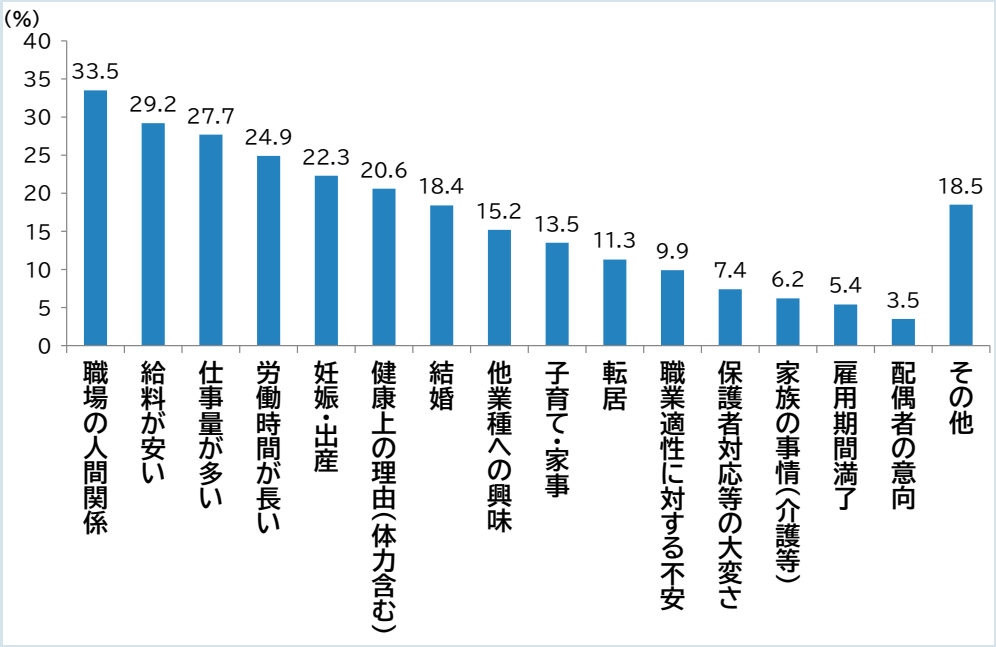
（保育士の離職理由や再就職の条件には処遇や労働時間等の労働環境が主として挙げられるが、潜在保育士の就業を希望しない理由には責任の重さ・事故への不安やブランクがあることへの不安が挙げられる）

保育士の退職理由としては、「職場の人間関係」のほか、「給料が安い」、「仕事量が多い」、「労働時間が長い」という理由が挙げられている（図表1-2-62）。退職して転職した者に関する調査[*52]では、過半数が保育分野に転職し、おおむね３割が他産業分野に、1.5割が他の福祉分野に転職しているとされる。退職した保育士が再度保育分野で就業する場合の条件としては、「通勤時間」、「勤務日数」、「勤務時間」が多くの回答を占めており、

＊50　2019（令和元）年10月１日時点の勤務者に占める、同日から2020年９月30日までの間の退職者数の割合。厚生労働省子ども家庭局保育課調べ。
＊51　厚生労働省子ども家庭局「保育の現場・職業の魅力向上に関する報告書」（2020（令和２）年９月30日）
＊52　独立行政法人福祉医療機構「平成30年度「保育人材」に関するアンケート調査の結果について」（2019（平成31）年１月）

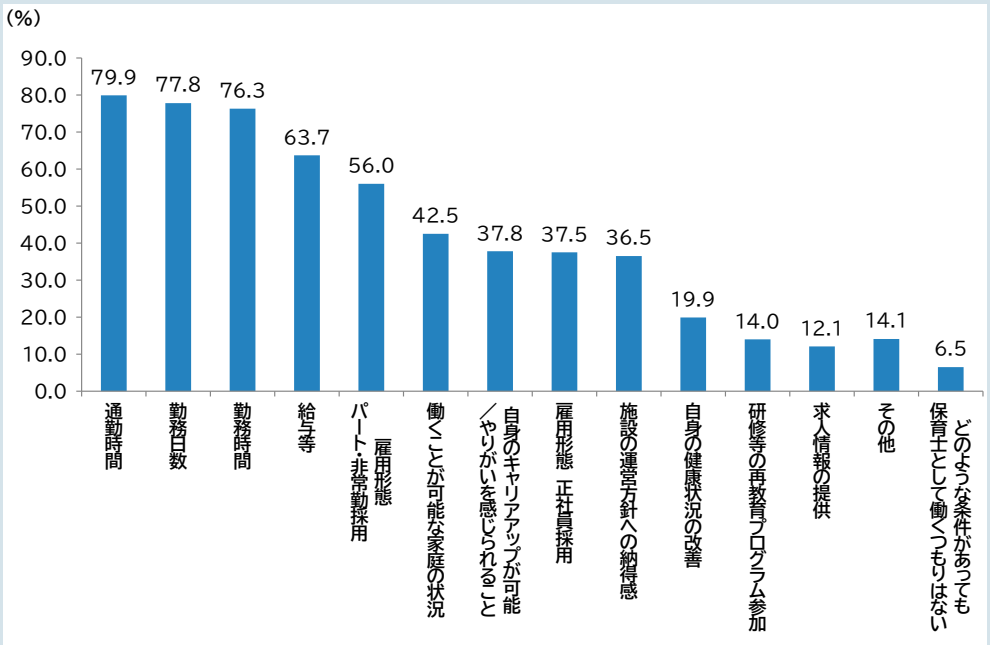
柔軟な働き方を希望していることがうかがえる（図表1-2-63）。また、保育士資格を有しながら保育所等で働いていない潜在保育士が数多く存在している（図表1-2-64）。潜在保育士が保育士として就業を希望しない理由は、処遇や労働時間等が希望と合わないという理由のほか、「責任の重さ・事故への不安」や「ブランクがあることへの不安」が挙げられている（図表1-2-65）。

図表1-2-62　保育士として就業した者が退職した理由（複数回答）



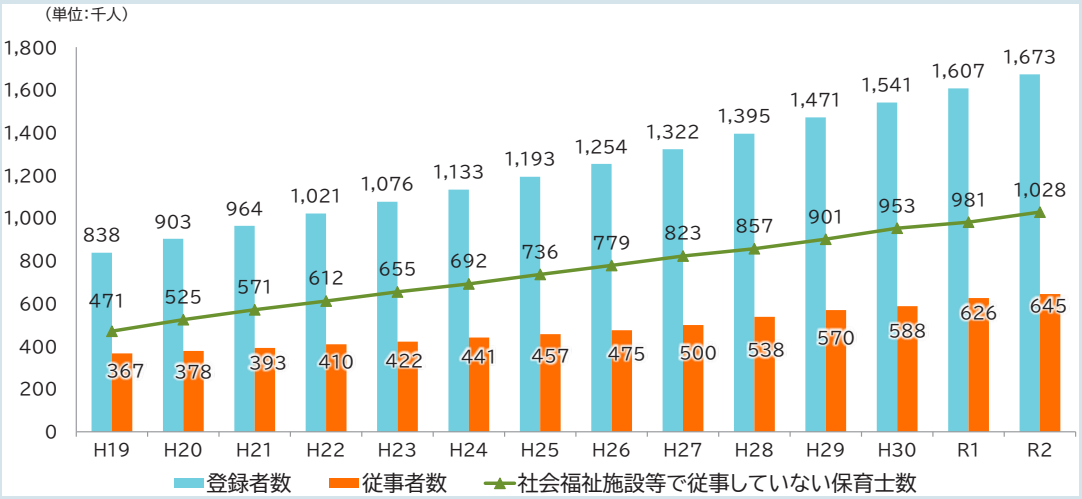
資料：東京都福祉保健局「東京都保育士実態調査」（令和元年５月）

図表1-2-63　過去に保育士として就業した者が再就業する場合の希望条件（複数回答）



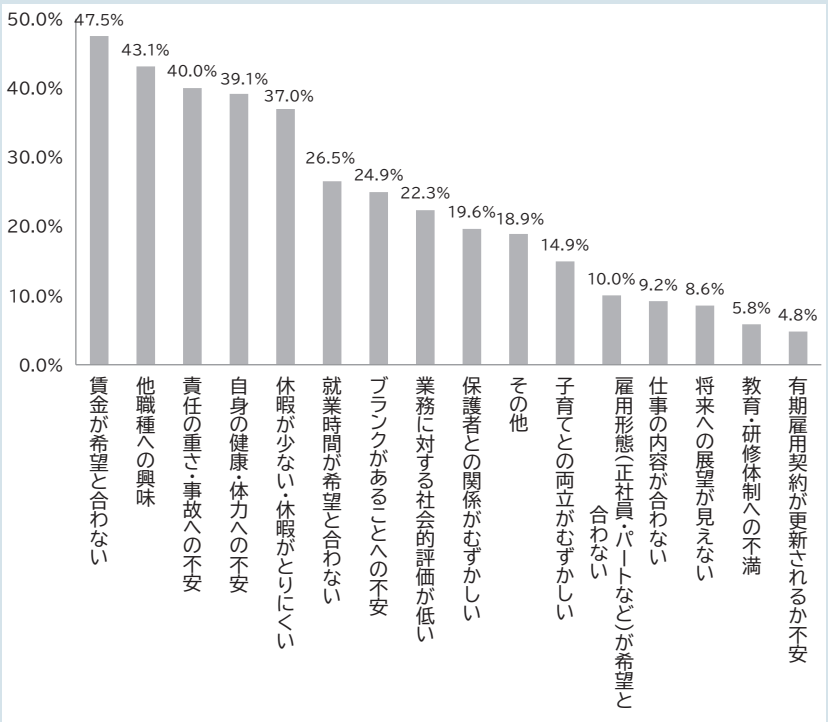
資料：東京都福祉保健局「東京都保育士実態調査」（令和元年５月）

図表 1-2-64　保育士の登録者数と従事者数の推移



資料：厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。
（注）「登録者数」について、厚生労働省子ども家庭局保育課調べ（各年10月1日）
「従事者数」について、厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「社会福祉施設等調査」（平成19～令和2年）の社会福祉施設に従事する（常勤換算でない）保育士の数を元に、平成29年までは、厚生労働省子ども家庭局で回収率（例：保育所等の場合、平成28年の回収率：93.9%、平成29年の回収率：94.3%）の変動を踏まえ、割り戻して算出したもの。平成30年は、全数調査から標本調査への移行により調査結果が全施設の推計値となり、回収率での割り戻しはしていないため、平成29年以前の結果との比較には留意が必要。
従事者数には、常勤保育士のほか、常勤ではない短時間勤務の保育士も1名として計上しており、保育所のほか、児童養護施設等の社会福祉施設で従事している者も含まれている。
平成23年の従事者数については、東日本大震災の影響で宮城県と福島県の28市町村で調査未実施。
「社会福祉施設等で従事していない保育士数」には、認可外保育施設や幼稚園に勤務する者、保育士が死亡した場合の保育士資格の喪失に係る届出を行っていない者を含む。

図表 1-2-65　保育士として就業を希望しない理由（複数回答）

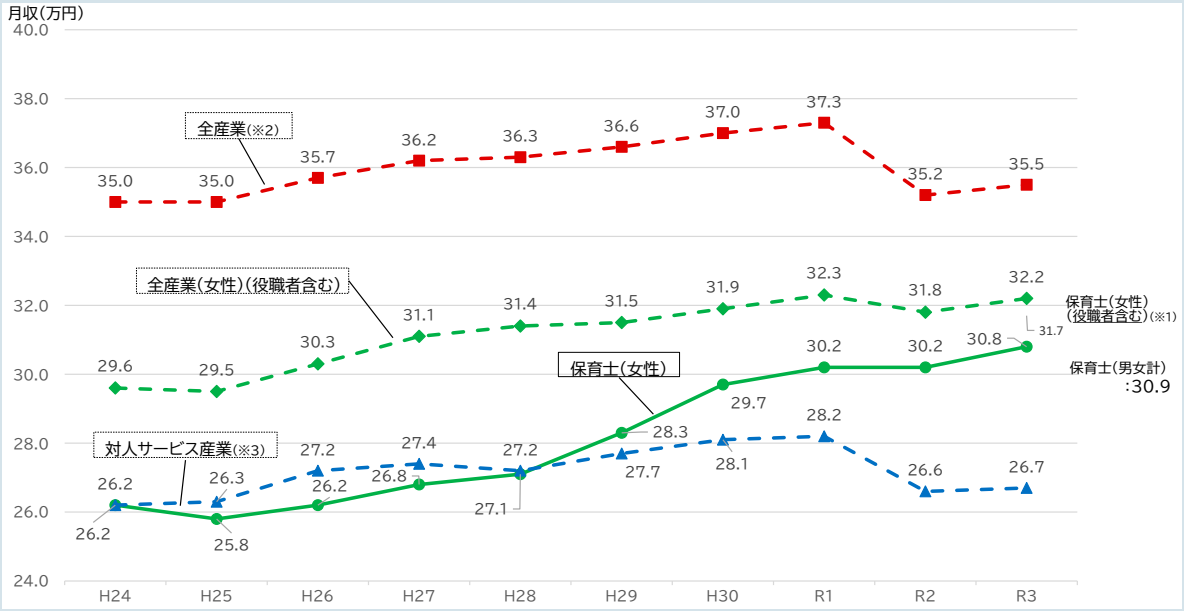


資料：厚生労働省職業安定局「保育士資格を有しながら保育士としての就職を希望しない求職者に対する意識調査」（平成25年）
（注）ハローワークの保育士資格を有する求職者に対する調査結果（n=958うち保育士としての勤務経験がある者が69.7%）

（保育人材の全職種の処遇改善及び経験・技能のある職員に重点化した更なる処遇改善を実施）

2021（令和3）年の保育士（女性）の賃金は30.8万円と対人サービス産業平均の26.7万円は上回っているものの、全職種の平均を下回っている（**図表1-2-66**）。保育人材の処遇改善については、2013（平成25）年以降、全職種の処遇改善を図る取組みを実施している。特に民間の保育士等については、2019（令和元）年度から、「新しい経済政策パッケージ」（2017（平成29）年12月8日閣議決定）に基づく1%の処遇改善を講じており、これらの取組みにより、民間の保育士等について見ると、2013年度から2021（令和3）年度までの9年間で合計約14%（月額約4万4千円）の改善を実現した。また、2017年度からは、技能・経験に応じたキャリアアップの仕組みを構築し、リーダー的役割を果たしている中堅職員に対して月額最大4万円の処遇改善を実施している（**図表1-2-67**）。

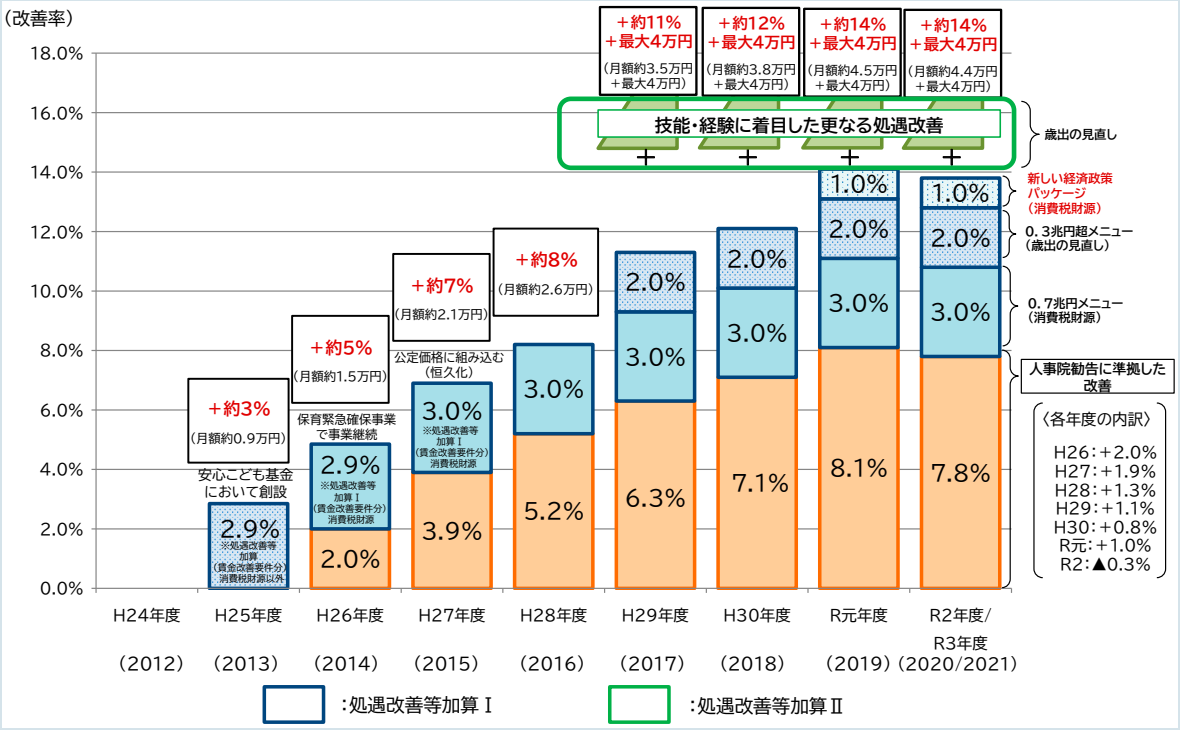
図表1-2-66　職種別平均賃金（役職者除く）（月収換算）



（※1）令和元年までは職種別の賃金については役職者を除いたものを調査していたが、令和2年から調査方法が変わり、職種別の賃金について役職者を含んだものも調査している。
（※2）「全産業」は、産業別データの「産業計」から役職別データの「役職計」を除いて算出したもの。
（※3）「対人サービス産業」は、産業別データの「宿泊業，飲食サービス業」及び「生活関連サービス業，娯楽業」を加重平均し、役職別データの「宿泊業，飲食サービス業」及び「生活関連サービス業，娯楽業」の「役職計」を除いて算出したもの。

資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「賃金構造基本統計調査」（平成24年から令和3年までの各年で公表されたもの）により政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成。
（注）いずれも一般労働者（短時間労働者を含まないもの）。「役職者含む」としたもの以外は、役職者を除いた数値。
「全産業」及び「対人サービス産業」は、令和元年までは100人以上の企業の役職者、令和2年からは10人以上の事業所の役職者を除いた数値。
「月収」とは、賃金構造基本統計調査における「きまって支給する現金給与額」に、「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額。
「きまって支給する現金給与額」とは、労働協約又は就業規則などにあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって6月分として支給される現金給与額（基本給、職務手当、精皆勤手当、家族手当が含まれるほか、時間外勤務、休日出勤等超過労働給与を含む）のこと。いわゆる手取り額でなく、税込み額である。

図表 1-2-67　保育士等の処遇改善の推移



資料：内閣府子ども・子育て本部において作成。

ここで、地域で保育人材の確保に取り組んでいる事例を紹介する。

コラム 人口減少下における各地域の保育提供体制の維持に向けた取組み（岩手県花巻市）

保育人材の確保に向けた課題

2021（令和3）年度から2024（令和6年）度までの「新子育て安心プラン」に基づき約14万人分の保育の受け皿を整備することとなっている中、4年間で新たに約2.5万人の保育人材の確保が必要となっている。

保育所等に従事する保育士の数は、ここ数年は平均で毎年約2万人ずつ増加している一方、職場定着率が必ずしも高くないことや、都市部のみならず、全国的に保育士の有効求人倍率が全職業の平均を上回っている[*1]など、各保育現場において保育人材の確保は引き続き課題となっている。

保育人材の確保に当たっての取組

保育人材の確保に当たっては、①新規資格取得者支援、②就業継続支援、③離職者の再就職支援という、3つの局面に応じたそれぞれの保育人材への支援等が重要である。

例えば、岩手県花巻市では、①新規資格取得者支援として、新卒の保育士が市内の保育所等に就職した場合の資金貸付（1年間勤務で返還免除）、②就業継続支援として、市内の保育所等に勤務する保育士の家賃補助、③離職者の再就職支援として、保育所等を離職した後一定期間が経過している保育士で、市内の保育所等に再就職する保育士への資金貸付（1年間勤務で返還免除）等の取組みを行っている。

また、これらに加え、花巻市の奨学金を返還している保育士について、返還額の一部を補助するなど、地域ならではの支援の仕組みも構築している[*2]。

地元出身の保育人材の確保策

特に、人口減少地域においては、地元出身者が地元の保育士養成校等を卒業したとしても、都市部に就職先を求めるケースなどがみられることが指摘されている[*3]。

こうした中で、花巻市では、岩手県内の保育士養成校の学生に希望を取り、花巻市内の保育所等の見学バスツアーを実施（一部では保育体験を実施）し、養成校の学生に花巻市内の保育所を知ってもらう取組みを行っている。

花巻市ではこうした取組みにより令和3年度で44人（新卒14人、再就職30人）の保育士が新規採用されている。

地域での保育人材の確保に当たっては、こうした保育人材のマッチング支援などの取組みにより、地元の保育人材が地元に定着するよう働きかけることなどが考えられる。



（参考文献）「令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「人口減少地域等における保育に関するニーズや事業継続に向けた取組事例に関する調査研究」」（2021年、有限責任監査法人トーマツ）

＊1　2022（令和4）年1月の有効求人倍率　　全職業平均：1.14倍　保育士：2.92倍
＊2　いずれも令和3年度時点での支援内容
＊3　厚生労働省「地域における保育所・保育士等の在り方に関する検討会　取りまとめ」（令和3年12月20日）

（子ども・子育て支援新制度により放課後児童クラブの職員数は約1.5倍に増加しているものの、非常勤が約６割を占める）

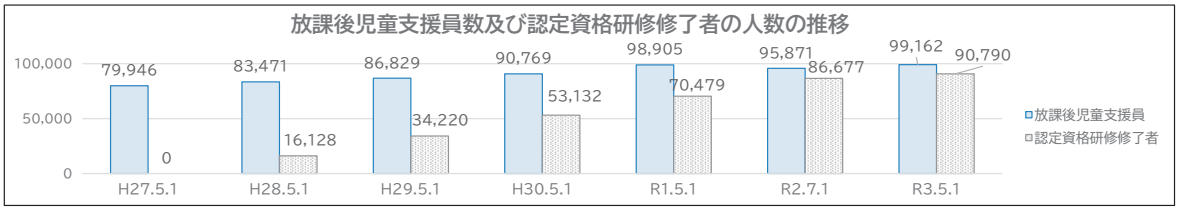
放課後児童クラブ*53の職員数は、2021（令和3）年5月現在で、常勤、非常勤含めて17万5,583人と2015（平成27）年度と比較して約1.5倍に増加している（図表1-2-68）。このうち放課後児童支援員*54数は99,162人、補助員数は74,113人、育成支援の周辺業務を行う職員数は2,308人となっている。職員全体の約65%（約11.3万人）が非常勤職員である。（図表1-2-69）。

図表1-2-68　放課後児童支援員等の推移

＜放課後児童支援員数の推移（各年5月1日現在（令和2年のみ7月1日現在））＞　（人）

	H27.5.1	H28.5.1	H29.5.1	H30.5.1	R1.5.1	R2.7.1	R3.5.1
放課後児童支援員等※	79,946	83,471	86,829	90,769	98,905	95,871	99,162
認定資格研修修了者	-	16,128(19.3%)	34,220(39.4%)	53,132(58.5%)	70,479(71.3%)	86,677(90.4%)	90,790(91.6%)

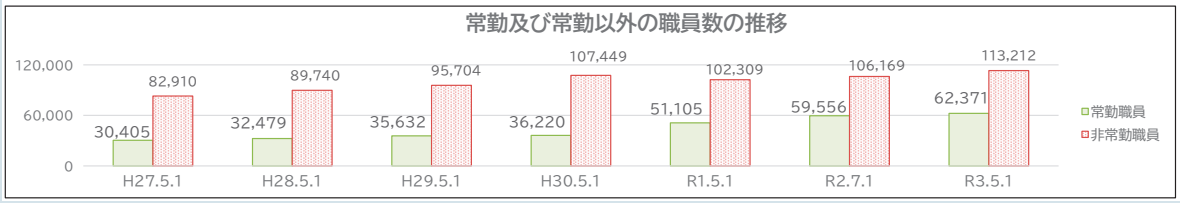
※　R1.5.1までの放課後児童支援員には、経過措置により認定資格研修未修了者も含む。
（ ）内は、各年の放課後児童支援員に占める割合



＜放課後児童クラブの職員のうち、常勤職員、常勤以外の職員数の推移（各年5月1日現在（令和2年のみ7月1日現在））＞　（人）

	H27.5.1	H28.5.1	H29.5.1	H30.5.1	R1.5.1	R2.7.1	R3.5.1
常勤職員	30,405(26.8%)	32,479(26.6%)	35,632(27.1%)	36,220(25.2%)	51,105(33.3%)	59,556(35.9%)	62,371(35.5%)
常勤以外の職員	82,910(73.2%)	89,740(73.4%)	95,704(72.9%)	107,449(74.8%)	102,309(66.7%)	106,169(64.1%)	113,212(64.5%)
合計	113,315(100%)	122,219(100%)	131,336(100%)	143,669(100%)	153,414(100%)	165,725(100%)	175,583(100%)

（ ）内は、各年の総数に対する割合



資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。

＊53　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、学校の余裕教室等を活用し、放課後に適切な遊び場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して地方自治体が設置している。
＊54　保育士、社会福祉士、幼稚園等の教員免許等の資格を有する者又は児童福祉事業等で一定年数の実務経験を有する者であって、各都道府県が実施する放課後児童支援員認定資格研修を修了した者をいう。

図表1-2-69　雇用形態別放課後児童クラブ職員数の状況

（人）

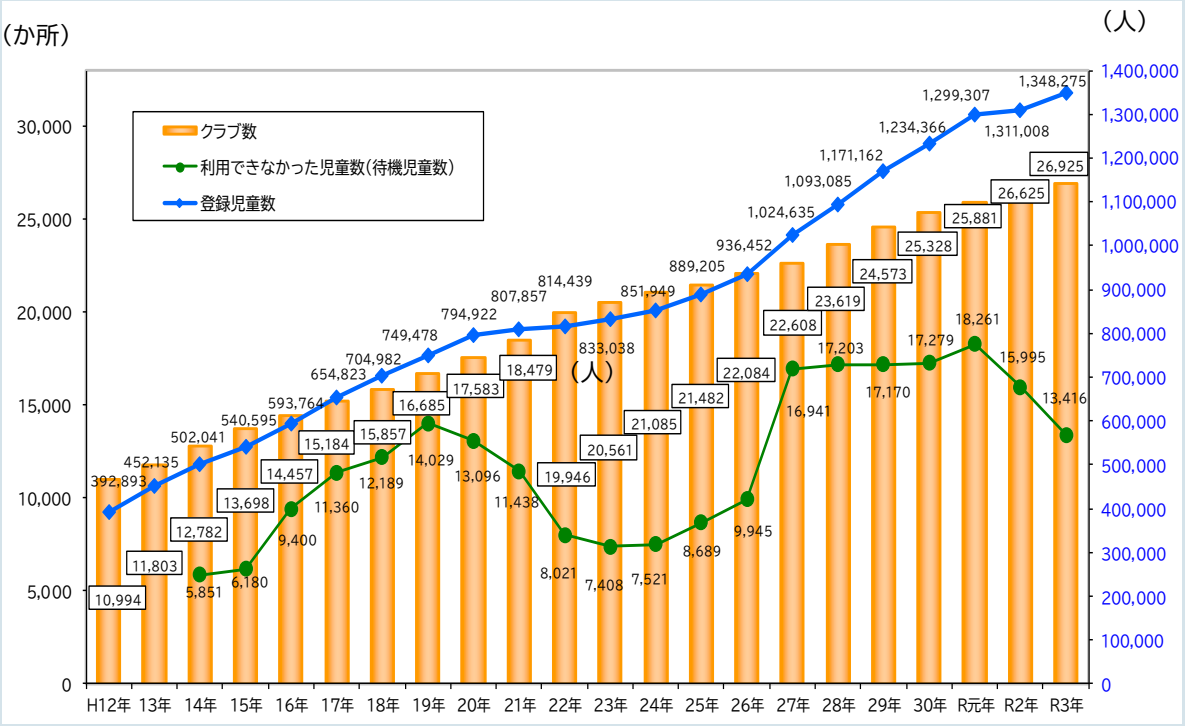
		令和３年	令和２年	増減
放課後児童支援員		99,162　(56.5%)	95,871　(57.8%)	3,291
	常勤職員	50,504　(28.8%)	48,712　(29.4%)	1,792
	常勤職員以外	48,658　(27.7%)	47,159　(28.5%)	1,499
補助員		74,113　(42.2%)	69,854　(42.2%)	4,259
	常勤職員	11,350　(6.5%)	10,844　(6.5%)	506
	常勤職員以外	62,763　(35.7%)	59,010　(35.6%)	3,753
育成支援の周辺業務を行う職員		2,308　(1.3%)	ー	ー
	常勤職員	517　(0.3%)	ー	ー
	常勤職員以外	1,791　(1.0%)	ー	ー
常勤職員　計		62,371　(35.5%)	59,556　(35.9%)	2,815
常勤職員以外　計		113,212　(64.5%)	106,169　(64.1%)	7,043
計		175,583　(100.0%)	165,725　(100.0%)	9,858

資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。
（注）「育成支援の周辺業務を行う職員」は、平成27年5月21日雇児発0521第8号厚生労働省子ども家庭局長通知の別紙「放課後児童健全育成事業実施要綱」の別添10「放課後児童クラブ育成支援体制強化事業」を活用して雇用している者をいう。
（　）内は各年の総数に対する割合である。数値はボランティアを含めない。

（20年の間に放課後児童クラブ数は約2.4倍となった一方で、登録児童数は約3.4倍と過去最高を記録し、首都圏を中心に同クラブへの待機児童が存在）

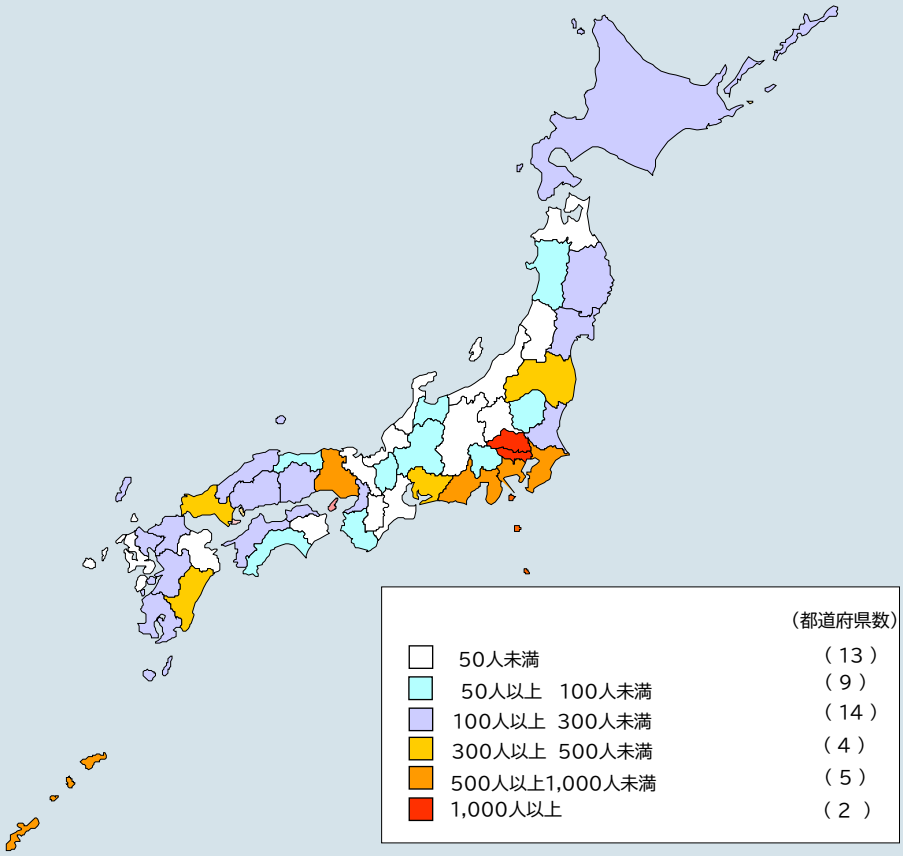
放課後児童クラブは、2015（平成27）年度の子ども・子育て支援新制度により対象児童の範囲が拡大し、従前の小学校3年生までから小学校6年生までが利用可能となった。登録児童数は2021（令和3）年5月時点で134万8,275人と過去最高を記録し、2000（平成12）年と比較して約3.4倍となっている。また2014（平成26）年7月の「放課後子ども総合プラン」に基づき2019（令和元）年度末までに約30万人分を整備し、2018（平成30）年9月の「新・放課後子ども総合プラン」に基づき2021年度末までに約25万人分を整備している。2000年と比較すると放課後児童クラブ数は2021年5月時点で全国26,925か所と約2.4倍となっている。同クラブへの待機児童数は13,416人となっており対前年比で減少しているが、東京都、埼玉県及び千葉県で待機児童全体の約4割を占めている（**図表1-2-70**、**図表1-2-71**）。

図表 1-2-70　放課後児童クラブ数、登録児童数及び利用できなかった児童数（待機児童数）



資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。
（注）　5月1日現在（令和2年のみ7月1日現在）。
　　本調査は平成10年より実施。

図表1-2-71　利用できなかった児童（待機児童）マップ（都道府県別）



都道府県	利用できなかった児童数
	人
北海道	149
青森県	15
岩手県	142
宮城県	272
秋田県	51
山形県	20
福島県	405
茨城県	150
栃木県	68
群馬県	29
埼玉県	1,230
千葉県	940
東京都	3,361
神奈川県	582
新潟県	0
富山県	73
石川県	19
福井県	0
山梨県	57
長野県	1
岐阜県	69
静岡県	803
愛知県	430
三重県	28
滋賀県	61
京都府	28
大阪府	284
兵庫県	923
奈良県	16
和歌山県	78
鳥取県	57
島根県	160
岡山県	203
広島県	104
山口県	378
徳島県	43
香川県	151
愛媛県	129
高知県	59
福岡県	264
佐賀県	136
長崎県	17
熊本県	156
大分県	32
宮崎県	307
鹿児島県	150
沖縄県	786
計	13,416

資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。
（注）　各都道府県には政令指定都市・中核市を含む。

（放課後児童クラブ職員の処遇は、特に放課後児童支援員を対象として改善取組みを実施）

放課後児童クラブの職員の賃金については、2016（平成28）年3月時点で、月給制の方で手当・一時金込みで年270.3万円（**図表1-2-72**）、時給制の方で手当・一時金込みで年76.2万円となっている（**図表1-2-73**）。放課後児童支援員の処遇改善については、勤続年数や研修実績等に応じた賃金改善に要する費用を補助する放課後児童支援員キャリアアップ処遇改善事業を2017（平成29）年度から実施しており、月額約1～3万円の処遇改善となっている（**図表1-2-74**）。

図表 1-2-72　職員１人当たり給与額（月給で支払われる者）

＜放課後児童クラブ＞

			全体					公立公営					公立民営					民立民営				
			集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額
			人	歳	年	か月	千円	人	歳	年	か月	千円	人	歳	年	か月	千円	人	歳	年	か月	千円
全体			1,834	42.8	8.3	12	2,703	408	47.8	8.3	12	2,315	672	41.6	7.8	12	2,759	754	41.1	8.8	12	2,862
常勤	1	放課後児童支援員	1,504	41.9	8.4	12	2,817	241	46.9	7.7	12	2,441	607	41.6	8.1	12	2,825	656	40.4	9.0	12	2,947
	2	補助員	94	38.8	4.4	12	2,389	16	43.4	6.4	12	2,317	39	34.7	2.7	12	2,367	39	40.9	5.2	12	2,440
	3	その他	30	51.3	10.1	12	3,545	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	49.0	10.1	12	3,447
非常勤	1	放課後児童支援員	170	49.5	9.6	12	2,041	141	49.7	9.8	12	2,124	12	48.8	8.0	12	1,660	17	48.9	8.8	12	1,621
	2	補助員	23	44.8	4.4	12	1,453	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	44.1	5.5	12	1,496
	3	その他	13	58.8	7.8	12	688	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。
（注）　集計人数が１桁の場合は「－」としている。
「年間支給額」は、平成28年３月分の月額給与及び手当の12倍と、平成27年度分の一時金を加えた金額。
「常勤」・・・・・施設で定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務する者。
「非常勤」・・・・常勤職員以外の従事者。
「平均勤続年数」は、現に勤務している放課後児童クラブだけでなく、過去に勤務していた放課後児童クラブにおける勤続年数も含めて算定。
「集計人数」は、内訳の集計に必要なデータが揃っているものの集計であるため、合計と一致しない。

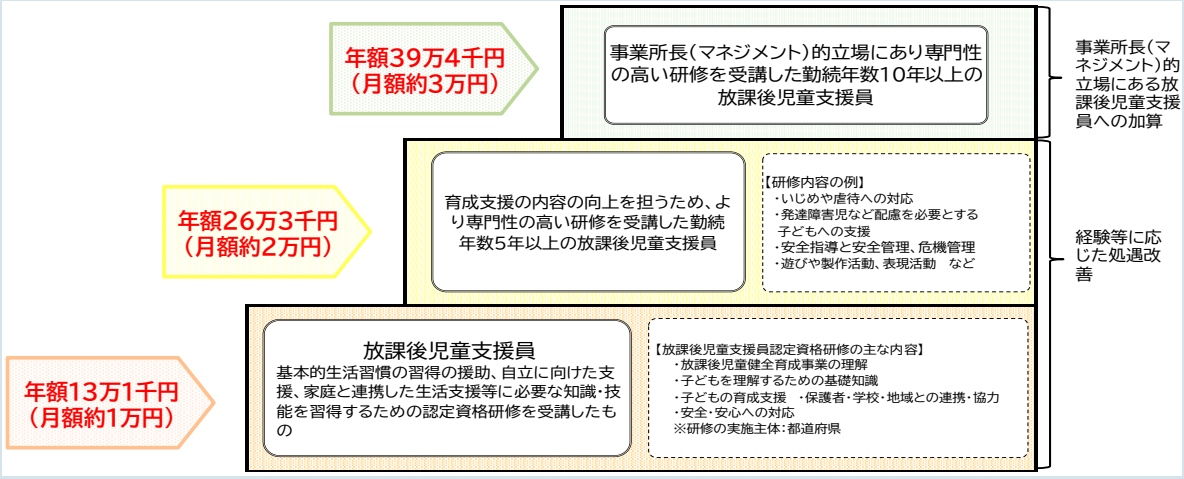
図表 1-2-73　職員１人当たり給与額（時給で支払われる者）

＜放課後児童クラブ＞

			全体					公立公営					公立民営					民立民営				
			集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額	集計人数	平均年齢	平均勤続年数	年間勤務量	年間支給額
			人	歳	年	時間	千円	人	歳	年	時間	千円	人	歳	年	時間	千円	人	歳	年	時間	千円
全体			3,544	48.0	4.6	744	762	1,094	48.8	4.9	737	764	1,554	49.6	4.8	788	809	896	44.2	3.8	676	681
常勤	1	放課後児童支援員	355	48.8	6.1	1,175	1,259	79	51.5	7.5	1,225	1,315	181	48.3	6.0	1,236	1,337	95	47.5	5.3	1,017	1,067
	2	補助員	175	47.3	3.5	934	920	26	44.1	5.7	1,065	1,100	85	50.3	3.4	1,003	996	64	44.6	2.8	789	752
	3	その他	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
非常勤	1	放課後児童支援員	1,106	51.5	5.6	882	941	363	52.7	5.7	948	1,003	548	52.5	5.4	832	899	195	46.6	5.8	898	953
	2	補助員	1,826	45.8	3.8	570	560	621	46.3	4.0	541	549	712	48.0	4.2	623	597	493	42.2	3.1	528	516
	3	その他	74	44.1	2.3	467	478	-	-	-	-	-	28	39.7	2.2	585	585	43	46.6	2.3	407	419

資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。
（注）　集計人数が１桁の場合は「－」としている。
「年間支給額」は、平成28年３月分の時給額に属性別の年間勤務量を乗じた金額と、手当の12倍及び平成27年度分の一時金を加えた金額。
「常勤」・・・・・施設で定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務する者。
「非常勤」・・・・常勤職員以外の従事者。
「平均勤続年数」は、現に勤務している放課後児童クラブだけでなく、過去に勤務していた放課後児童クラブにおける勤続年数も含めて算定。
「集計人数」は、内訳の集計に必要なデータが揃っているものの集計であるため、合計と一致しない。

図表1-2-74 放課後児童支援員キャリアアップ処遇改善事業



資料：厚生労働省子ども家庭局子育て支援課において作成。

放課後児童クラブについては、2015（平成27）年の子ども・子育て支援新制度により放課後児童支援員の認定資格が設けられ、40人程度の児童に対し2名以上の指導員（うち1名は放課後児童支援員）を置くこととされたが、地域の実情等を踏まえた柔軟な対応が可能となるよう「平成30年の地方からの提案等に関する対応方針」（2018（平成30）年12月25日閣議決定）を踏まえ、第9次地方分権一括法により、放課後児童支援員の配置等に関する基準については、それまでの従うべき基準から参酌すべき基準に見直しが図られ、2020（令和2）年4月から施行された。

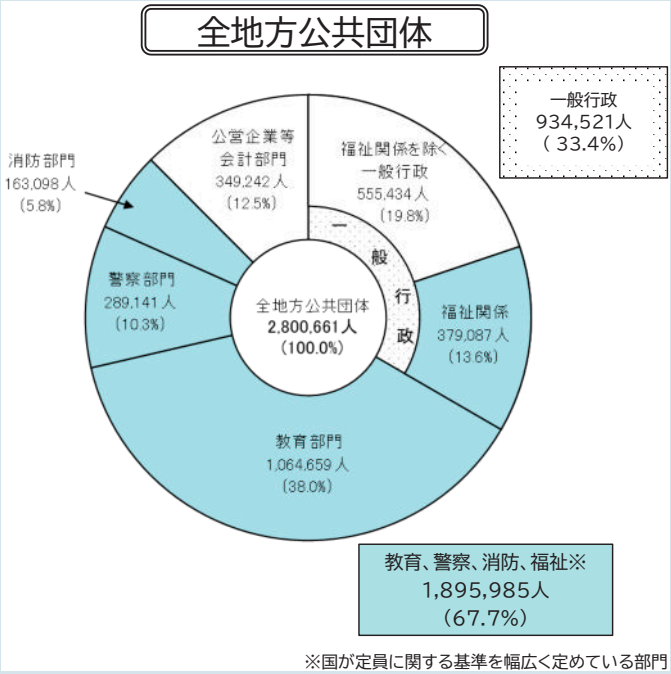
10 行政機関の保健福祉担当職員

（地方公共団体の福祉関係職員数は、子育て支援や生活保護関連業務に係る体制充実を主な理由として対前年比で2.1％増加）

地方公共団体の総職員数は、2021（令和3）年4月現在で280万661人となっており、対前年比で38,641人増加している。行政分野別に見ると、保健所や福祉事務所、児童相談所等を含む福祉関係[*55]の職員数は、保育所等福祉施設の民間移譲・民間委託等により減少があったものの、新型コロナウイルス感染症対策への対応や、児童相談所の体制強化などの子育て支援、生活保護関連業務に係る体制充実を主な理由[*56]として、37万9,087人（13.6％）と、対前年比で7,739人（2.1％）増加している（**図表1-2-75**）。福祉関係の職員について団体区分別に見ると、都道府県は60,539人（4.2％）、市町村等は31万8,548人（23.3％）となっている（**図表1-2-76**）。

＊55 「一般行政部門」のうち「民生（民生一般、福祉事務所、児童相談所等、保育所、老人福祉施設、その他社会福祉施設、各種年金保険関係、旧地域改善対策）」及び「衛生（衛生一般、市町村保健センター等施設、保健所、と畜検査、試験研究養成機関、医療施設、火葬場墓地）」をいう。
＊56 総務省自治行政局「令和3年地方公共団体定員管理調査結果の概要」（2021（令和3）年12月）

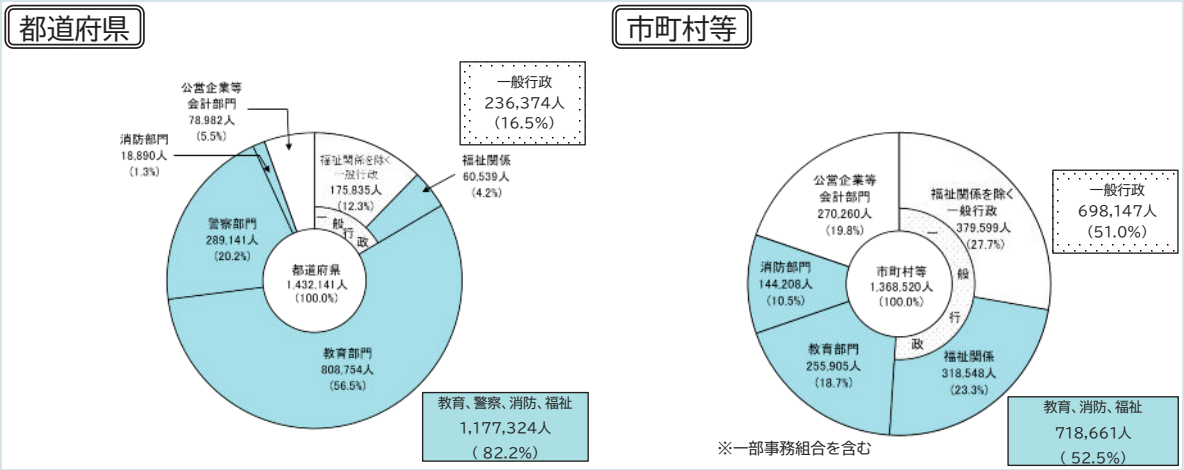
図表 1-2-75　地方公共団体の部門別職員数（2021年4月1日現在）



※国が定員に関する基準を幅広く定めている部門

資料：総務省「令和３年地方公共団体定員管理調査結果の概要（令和３年４月１日現在）」

図表 1-2-76　団体区分別・部門別の職員数（2021年4月1日現在）

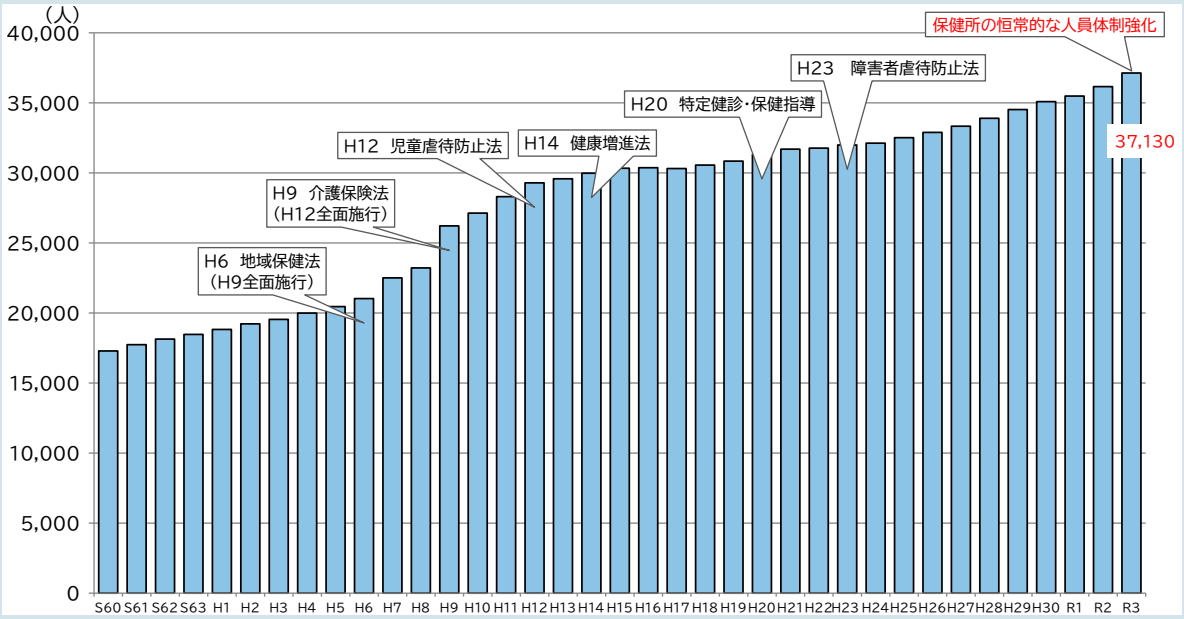


資料：総務省「令和３年地方公共団体定員管理調査結果の概要（令和３年４月１日現在）」

（保健師数は活動分野の多様化や役割の拡大により増加）

介護保険法や虐待防止関連法の制定などが相次ぎ、保健師の活動分野の多様化・役割の拡大が進んでいる。地方公共団体の保健師数（常勤）は、2021（令和3）年5月1日時点で37,130人となっている（**図表 1-2-77**）。

図表1-2-77 保健師数の推移



資料：以下の資料により厚生労働省健康局健康課において作成。
平成7年までは「保健婦設置状況調査」、平成8年は厚生省大臣官房統計情報部「保健所運営報告」、平成10年は「全国保健師長会調査」、平成9年及び平成11～20年は「保健師等活動領域調査」、平成21年以降は厚生労働省健康局「保健師活動領域調査」

（生活保護ケースワーカーの増員により、一人当たり担当する被保護世帯数は減少）

都道府県及び市に設置される福祉事務所[*57]において生活保護の実務を担う職員（以下「ケースワーカー」という。）は2021（令和3）年4月現在で、19,140人[*58]となっており、2009（平成21）年比で5,259人増加している。生活保護を受ける世帯数は2021年4月で163万8,787世帯となっており、ケースワーカーの増加に伴い一人当たり担当世帯数は減少している（**図表1-2-78**）。ケースワーカーの配置は、市部80世帯に一人、郡部65世帯に一人を標準数[*59]としており、必要な人員体制を確保していくこととしている。

図表1-2-78 ケースワーカーの配置状況

	①ケースワーカー数	②被保護世帯数	ケースワーカー1人当たり担当世帯数（②／①）
平成23年4月	15,429人	1,456,855世帯	94.4世帯
令和3年4月	19,195人 （+3,766人）	1,638,787世帯 （+181,932世帯）	85.4世帯 （▲9.0世帯）

資料：総務省「地方公共団体定員管理調査結果」及び厚生労働省社会・援護局「被保護者調査」により厚生労働省社会・援護局総務課、保護課において作成。
（注）令和3年4月被保護世帯数は速報値。
平成23年4月被保護世帯数は厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「福祉行政報告例」。
地方公共団体定員管理調査結果に基づく平成23年4月のケースワーカー数には、東日本大震災により一部未調査であった11市町村の数が含まれていないため、厳密にはこの数字よりも若干多い可能性がある。

＊57 社会福祉法（昭和26年法律第45号）に基づき設置される行政機関。福祉6法（生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法）に定める援護、育成及び厚生の措置に関する事務を行う。2021年4月1日現在で1,250か所設置。
＊58 総務省「令和3年地方公共団体定員管理調査結果の概要」（2021（令和3）年12月）
＊59 社会福祉法第16条

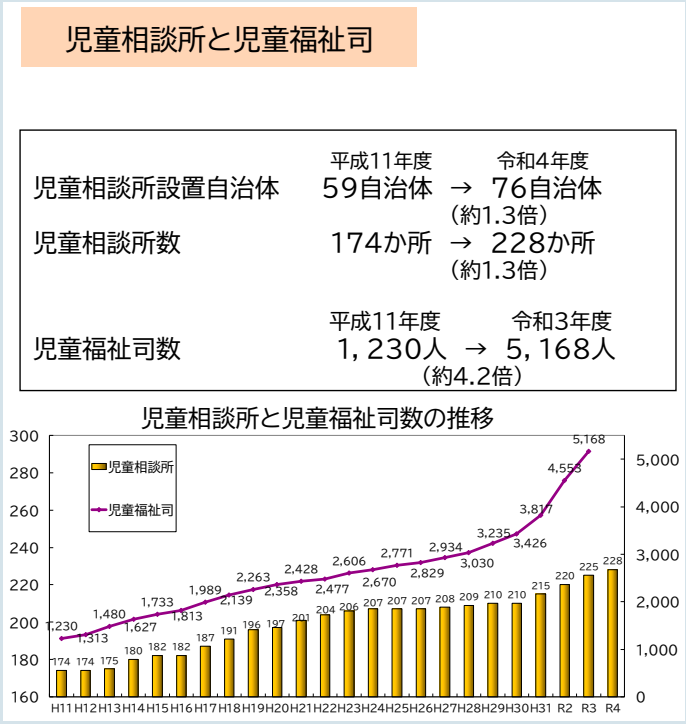
（約20年間で相談対応を行う児童福祉司の人数は4.2倍に増加）

児童相談所の役割は、児童に関する家庭その他からの相談のうち専門的な知識及び技術を必要とするものに応ずること等とされ、具体的には虐待をはじめとする養護相談のほか、保健相談、障害相談、非行相談、育成相談等と幅広い。

全国の児童相談所における児童虐待相談の対応件数は、2020（令和2）年度に20万5,044件となっている。悲惨な虐待死事例も依然として発生しており、2019（令和元）年度に発生又は表面化した子ども虐待死事例は、心中以外で56例（57人）、心中で16例（21人）であった*60。児童相談所は2022（令和4）年4月現在で全国に228か所設置され、その設置数の増加に伴い児童福祉司数も増加し、1999（平成11）年から2021（令和3）年までに約4.2倍となっている（図表1-2-79）。

都道府県、指定都市及び児童相談所設置市（特別区を含む。）*61の児童相談所*62の職員は2021年4月現在で15,953人となっている。そのうち児童相談所への配置が必要とされている児童福祉司*63は5,168人、児童心理司*64は2,071人、医師は750人、保健師は190人となっている。

図表1-2-79　児童相談所の体制



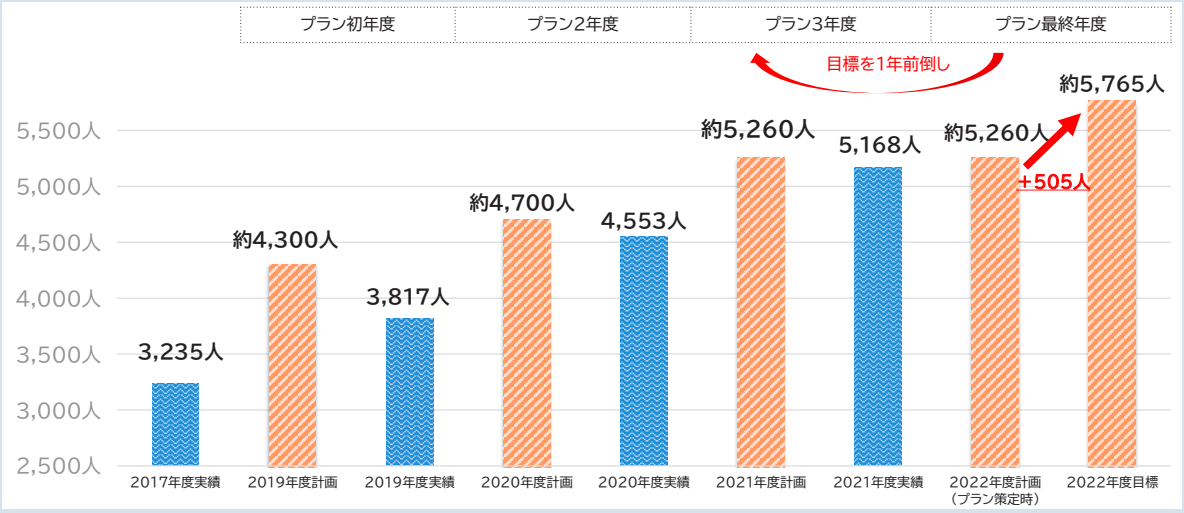
資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。

＊60 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第17次報告）」（2021年8月）
＊61 港区、世田谷区、中野区、荒川区、江戸川区、横須賀市、金沢市、明石市、奈良市
＊62 児童福祉法に基づき設置される行政機関。原則18歳未満の子どもに関する相談や通告について、子ども本人、家族、学校、地域の方々などから受け付け、子ども及び家族等を援助し、問題を解決していく専門の相談機関。2022（令和4）年4月1日現在で全国228か所に設置。
＊63 児童や保護者等の相談対応・指導や社会診断を行う者をいう。地方公務員として採用された者であって、社会福祉士、精神保健福祉士等の資格を有する者又は大学等で心理学等の課程を修了し、児童福祉施設等において一年以上の相談援助業務に従事する者等が任用資格とされている。
＊64 児童や保護者等の相談対応・指導や心理診断等を行う者をいう。

（児童相談所の児童福祉司及び児童心理司の増員目標は１年前倒しで概ね達成）

子ども家庭福祉に関わる専門職の体制を強化するとともに、その資質を向上させていくことは喫緊の課題である。2018（平成30）年12月に策定された「児童虐待防止対策体制総合強化プラン（新プラン）」では、児童相談所や市町村の体制及び専門性を計画的に強化するため、児童福祉司について各児童相談所の管轄地域の人口４万人に１人以上の配置から３万人に１人以上の配置に見直しを行うこととし、2017（平成29）年度実績である3,240人から2,020人程度増員して2022（令和４）年度までに5,260人とすることを目標としている。児童心理司についても2017年度実績1,360人から2022年度には2,150人を配置することを目標としているほか、市区町村子ども家庭総合支援拠点*65の設置を促進することなどの対策が進められている。2021（令和３）年度に児童福祉司及び児童心理司の増員目標について１年前倒しで増員に取り組んだ結果、2021年度現在で児童福祉司は約5,170人、児童心理司は約2,070人となっている（**図表1-2-80**）。また、児童虐待に関する相談対応件数が引き続き増加している状況等を踏まえ、2022年１月20日に、2022年度に児童福祉司5,765人、児童心理司2,348人を目標とすることを決定したところであり、今後とも児童虐待相談対応件数等の状況も踏まえつつ、児童相談所の体制強化に取り組んでいく。

図表1-2-80　児童相談所における児童福祉司の配置状況について



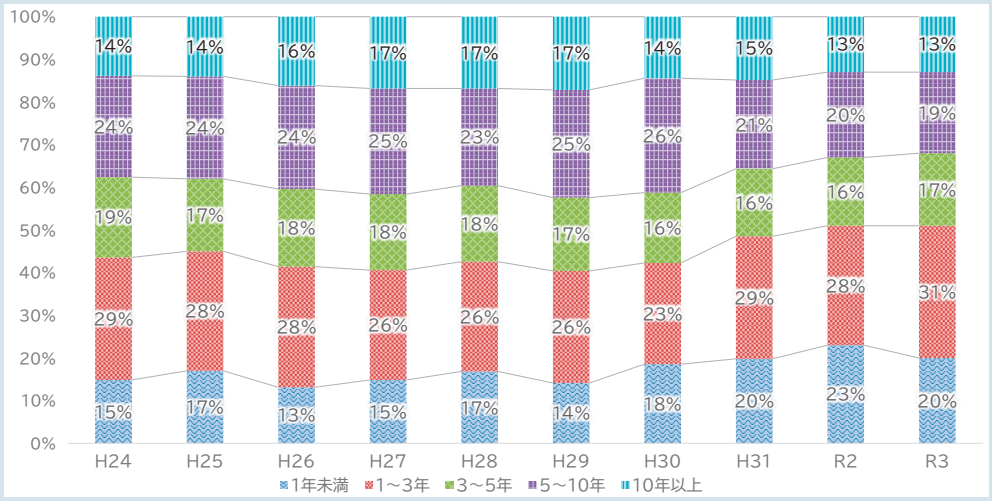
資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。
（注）「プラン」とは、「児童虐待防止対策体制総合強化プラン（新プラン）」（2018年12月児童虐待防止対策に関する関係府省庁連絡会議決定）をいう。

*65 2016（平成28）年度の児童福祉法の改正により、市区町村は整備に努めなければならないこととされた。管内に所在する全ての子どもとその家庭及び妊産婦等を対象とし、その福祉に関し、必要な支援に係る業務を行い、特に要支援児童及び要保護児童等への支援業務の強化を図ることを目的としている。

（平均勤続年数が３年以下の児童福祉司及び児童心理司が約半数を占める）

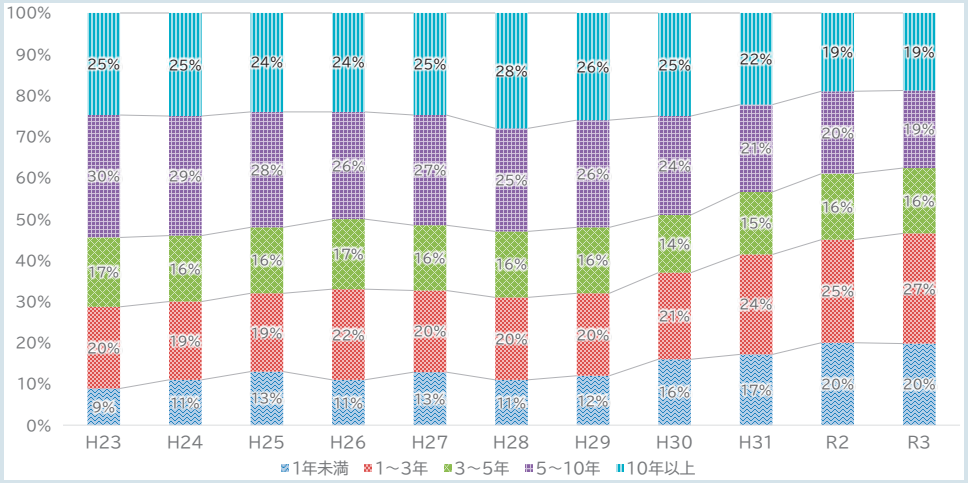
児童福祉司及び児童心理司の平均勤続年数は、2021（令和3）年４月現在で約半数が勤続３年未満である（**図表1-2-81**、**図表1-2-82**）。

図表1-2-81　児童福祉司の勤続年数割合の推移（各年度４月１日時点）



資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。
（注）　平成23～平成28年は、所長・次長・スーパーバイザーであって児童福祉司の発令を受けている者を含み、任用予定、非常勤職員を除く。
平成29年は、所長・次長・スーパーバイザー・里親担当職員であって児童福祉司の発令を受けている者を含み、任用予定、非常勤職員を除く。
平成30年は、所長・次長・スーパーバイザー・里親養育支援担当であって児童福祉司の発令を受けている者、任用予定者、非常勤を含む。
平成31年は、所長・次長・スーパーバイザー・里親養育支援担当・市町村支援担当であって児童福祉司の発令を受けている者、任用予定者、非常勤を含む。
令和２年は、所長・次長・スーパーバイザー・里親養育支援担当・市町村支援担当であって児童福祉司の発令を受けている者、任用予定者、会計年度任用職員を含む。

図表1-2-82　児童心理司の勤続年数割合の推移（各年度４月１日時点）



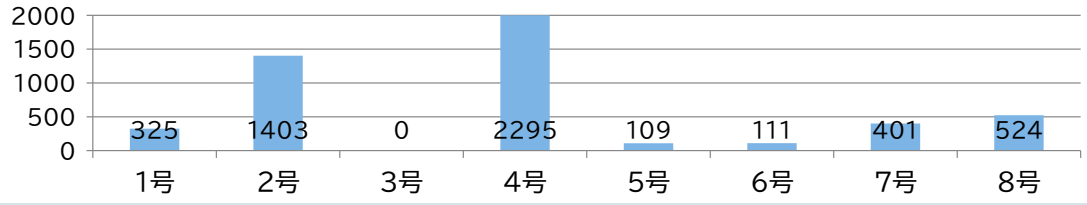
資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。
（注）　平成23～平成30年は、所長・次長・スーパーバイザーであって児童心理司の発令を受けている者を含み、非常勤職員を除く。
平成31年は、所長・次長・スーパーバイザーであって児童心理司の発令を受けている者を含み、非常勤職員を含む。
令和２年は、所長・次長・スーパーバイザーであって児童心理司の発令を受けている者を含み、会計年度任用職員を含む。

（児童福祉司は多様な資格等を有する者で構成）

児童福祉司として児童相談所に任用されている者としては社会福祉士が約４割を占め、次いで大学で心理学等を修めて卒業した者であって１年以上児童等の福祉に関する相談等業務に従事した者が多く、約3割となっている（**図表1-2-83**）。

図表1-2-83　令和３年４月１日時点の児童福祉司の各任用区分の人数

児福法第13条第3項	内容	人数
1号	都道府県知事の指定する児童福祉司若しくは児童福祉施設の職員を養成する学校その他の施設を卒業し、又は都道府県知事の指定する講習会の課程を修了した者	325
2号	学校教育法に基づく大学又は旧大学令に基づく大学において、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者であって、厚生労働省令で定める施設において1年以上児童その他の者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う業務に従事したもの	1,403
3号	医師	0
4号	社会福祉士	2,295
5号	精神保健福祉士	109
6号	公認心理師	111
7号	社会福祉主事として、2年以上児童福祉事業に従事した者であって、厚生労働大臣が定める講習会の課程を修了したもの	401
8号	前各号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者であって、厚生労働省令で定めるもの	524
計		5,168



資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。
（注）　令和３年４月１日時点の人数　（所長・次長・スーパーバイザーであって児童福祉司の発令を受けている者を含み、任用予定、非常勤職員を含む。）

（児童福祉司、児童心理司及び保健師に対する月額２万円の処遇改善を実施）

精神的・肉体的負担が大きい業務の性質や専門性を有する人材の確保が求められている児童相談所の児童福祉司、児童心理司及び保健師については、2020（令和2）年度から地方交付税における特殊勤務手当の積算単価を月額２万円まで引き上げることにより、処遇改善を図っている（**図表1-2-84**）。

図表1-2-84　児童福祉司等の処遇改善

	令和元年度	令和2年度以降
児童福祉司	12,160円	20,000円
児童心理司	―	20,000円
保健師	―	20,000円

資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。

（小括）

医療・福祉分野の就業者数は、サービス利用者や人材養成施設の増加等によって増えてきている。しかし、地域間等で人材確保の状況に差が生じている医師、歯科医師、薬剤師及び看護師については偏在状況やその偏在が生じる原因を踏まえた養成の在り方の検討や職場環境の改善等の対策が必要となるだろう。また、有効求人倍率が全職業計を上回り人材確保の必要性が高い状況にある介護職員、障害福祉分野の福祉・介護職員、保育人材などは、多様な人材を呼び込むための魅力の発信や離職理由等を踏まえた処遇改善、働き続けられる職場環境の整備等総合的な対策が必要となるだろう。そして、設置や運営主体が市区町村や都道府県となる保育所や放課後児童クラブの一部、児童相談所等の職員については、人材確保に制約がある中で、質の確保及び高い専門性に応じた処遇の改善と併せてAI等を活用した業務効率化の取組みが必要となるだろう。

今後も主として高齢化の更なる進行により医療・福祉人材の更なる確保が必要となっていくが、現役世代が急減していく中にあってどのように取り組んでいくべきか。高齢化の進行は、慢性疾患患者、重度の要介護者や認知症高齢者の増加など、医療や介護のニーズにも変化をもたらしている。また、地域によっては人口減少により医療・福祉ニーズが減少に転じていくところもある。医療・福祉人材を更に確保していくに当たっては、こうしたニーズの質の変化や地域ごとの量の変化その他の実情を踏まえる必要があるだろう。また、2019（令和元）年6月に策定した「医療・福祉サービス改革プラン」（**図表1-2-85**）により単位時間サービス提供量[＊66]を5%（医師は7%）以上改善し、男女ともに健康寿命を3年以上延ばすことにより、より少ない就業者数で対応が可能という推計もある（**図表1-2-86**）。「人生100年時代」を見据えて、健康寿命の延伸により一人一人のQOL（生活の質）の向上や生涯現役の就労と社会参加を実現するとともに、医療・介護サービスが必要となる方の増加を抑制していくことが必要であろう。より少ない人手で効率的に、質の高い医療・福祉サービスの提供を実現できるよう、ロボット・AI・ICT等の活用やタスク・シフト/シェアを推進していく必要もある。これらの取組みを医療・福祉現場で広めていくためには、組織マネジメント改革も必要であろう。医療法人や社会福祉法人が、地域ごとに異なる医療・福祉ニーズに応じて多事業経営や法人間連携を行う取組みも、必要なサービス提供を確保するための選択肢の一つとして始まっている。

第2章では、担い手不足の克服に向けて、医療・福祉サービスの提供の在り方及び人材確保に関する今後の方向性並びに医療・福祉人材ごとに抱える課題への対応について整理していく。

＊66 （各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標。テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体で必要なサービスがより効率的に提供されると改善する。

図表1-2-85 医療・福祉サービス改革プランの概要

Ⅰ ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革

- **2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化**
  （未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進）
- **データヘルス改革**
  （2021年6月に策定された工程表に沿って取組を着実に推進）
- **介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施**
  （2020年度から全国に普及・展開）
- **オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実**
  （本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し）等

Ⅱ タスクシフティング、シニア人材の活用推進

- **チーム医療を促進するための人材育成**
  （2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成 等）
- **介護助手等としてシニア層を活かす方策**
  （2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加）

等

Ⅲ 組織マネジメント改革

- **意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善**
  （優良事例の全国展開）
- **現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し（実績評価の拡充など）**
  （次期報酬改定に向けて検討）
- **文書量削減に向けた取組**
  （2020年代初頭までに介護の文書量半減）
  報酬改定対応コストの削減
  （次期報酬改定に向けて検討）

等

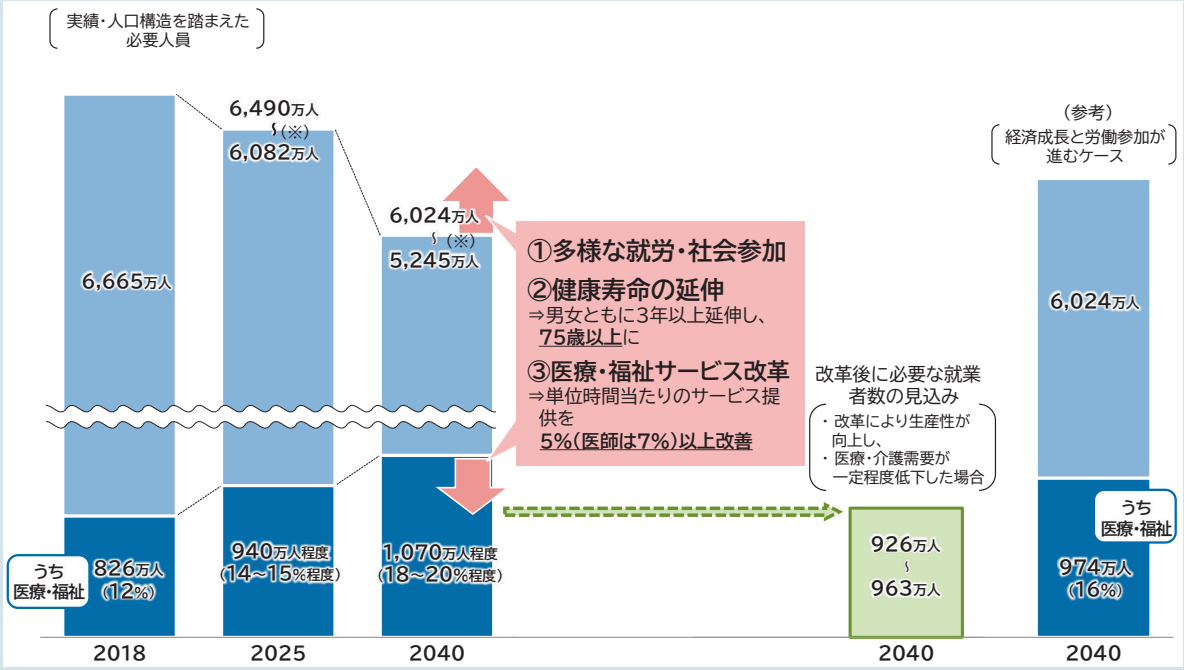
Ⅳ 経営の大規模化・協働化

- **医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及**
  （今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開）
- **医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与**
  （今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施）
- **社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討**
  （今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ）

等

資料「医療・福祉サービス改革プラン」（2019年6月厚生労働省策定）を改定したもの。

図表1-2-86 2040年に向けた医療福祉分野の就業者数のシミュレーション



資料：「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（2019年5月厚生労働省）を基に作成。
（注） 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
医療・福祉の就業者数は厚生労働省政策統括官付政策統括室において推計したもの。

第2章　担い手不足の克服に向けて

第１節　医療・福祉サービスの提供の在り方及び人材確保に関する今後の方向性

1　医療・福祉サービスを必要とする方の増加の抑制

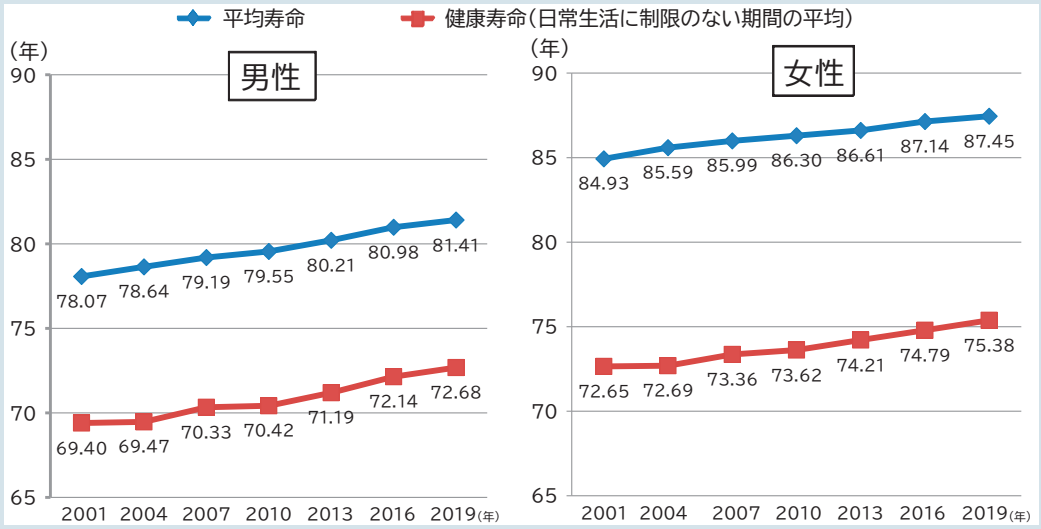
（健康寿命の延伸に取り組み、医療・福祉サービスが必要となる方の増加を抑制）

平均寿命は、2020（令和2）年に女性が87.71歳、男性が81.56歳となった。平成の30年間に約5年伸び、さらに2040（令和22）年にかけて約2歳伸びると推計されている。2040年に65歳である男性の約4割が90歳まで、女性の2割が100歳まで生存すると見込まれている[*1]。まさに「人生100年時代」が射程に入ってきている。長い人生を支える健康を維持していくことは、QOL（生活の質）の向上に加え、就労や社会参加につながるほか、就業者数の増加、介護費等の抑制等により持続可能な社会づくりにも資する。2016（平成28）年を起点として2040年までに男女ともに健康寿命を3年以上伸ばし、75歳以上とするとの目標[*2]の実現に向け社会全体で取り組んでいる。2019（令和元）年の健康寿命は女性が75.38歳、男性が72.68歳となった（図表2-1-1）。一人一人が自分らしい生活を送れるよう、引き続き健康寿命の延伸に取り組んでいく必要がある。

2022（令和4）年度は、人生100年時代の安心の基盤となる健康寿命の延伸に向けて、生活習慣病の疾病予防・重症化予防等の先進的事例の全国展開、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施[*3]の推進、歯科口腔保健の推進、保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくりの実施などに取り組んでいくこととしている。

＊1　厚生労働省「令和2年版厚生労働白書」第1部、図表1-2-2（65歳の人の生存割合）
＊2　厚生労働省 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部「健康寿命延伸プラン」（2019（令和元）年5月29日）
＊3　市町村等において、高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握し、市町村が介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と後期高齢者の保健事業を一体的に実施すること。

図表2-1-1 平均寿命と健康寿命の推移



資料：平均寿命については、2010年につき厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「完全生命表」、他の年につき同「簡易生命表」、健康寿命については、同「簡易生命表」、同「人口動態統計」、同「国民生活基礎調査」、総務省統計局「人口推計」より厚生労働省健康局健康課において作成。

世界に目を向ければ、OECD諸国においても高齢化への対応が進んでいる。英国、ドイツ及びオランダでは、介護保険や社会サービスについて持続可能な制度づくりを目指すため、介護サービス提供に当たっての理念の根本的な転換や、地域資源の積極的な活用を図る取組みが行われている。

コラム 欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援

日本では、累次の介護保険制度改正により、高齢者が要介護状態になることや重症化の予防、自立支援を重視し、可能な限り在宅で暮らせる取組みを進めてきた。欧州各国[*1]の介護予防、自立支援の取組みはどうなっているか。国際長寿センター（ILC-Japan）の海外調査報告書[*2]を基に概観する。

変革の最中にある介護制度

オランダでは、2015年に1968年創設の介護保険（AWBZ）が廃止となり、長期介護法（新・介護保険法。Wlz）が新設された。英国では、戦後施行された国民扶助法を60年ぶりに改正する「ケア法2014」が2015年4月から施行されている。ドイツでは、第一次～第三次にわたる介護強化法が2015年1月から2017年1月にかけて施行されるなど、3か国とも介護関連制度は変革の途上にある。高齢者本人の選択、予防、インフォーマル（制度外）の地域資源の活用が重視されている。

「回復可能／困難」を分ける受給資格認定

日本から見て、3か国の制度で印象的なのは、高齢者が介護サービスを受給できるかを判断する入口の部分で、スクリーニングを厳密に行って「回復可能者」と「回復困難者（永続的にケアが必要）」に分けることであ

＊1 2019年時点の65歳以上の人口に占める割合は、ドイツ21.5%、オランダ19.1%、英国18.5%となっている。OECD平均は17.3%。（OECD「Health at a Glance 2021（図表でみる医療2021）」の第10章）
＊2 「平成29年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書」

る。前者のうち、より軽度な方は地域のインフォーマルサービス（住民やボランティア組織による互助）を利用して予防に取り組み、それ以外の方は、リハビリテーションによってリエイブルメント（自立した生活を取り戻すこと）を目指す。後者には制度に定められたサービスを支給する対応である。

グループ分けの効果

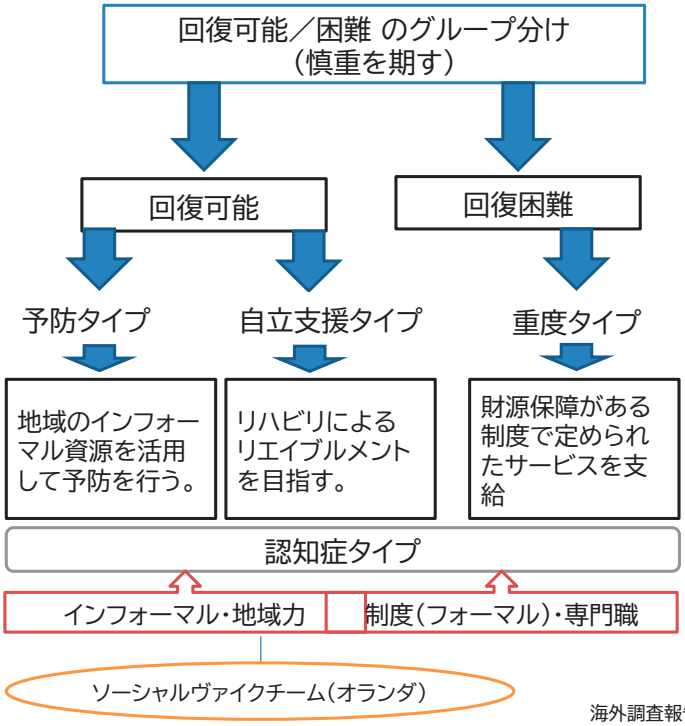
このグループ分けは、介護サービス利用の効率的・合理的コントロールをねらいとしたものであり、予防や自立支援が必要な方を当初から明確に把握した上で、各人の状態像を踏まえて、自立した生活に必要なサービスが組み合わされて提供されるための工夫とされる。

「回復可能者」にはフォーマル／インフォーマルの多様な支援を組み合わせて、新たなかたちでの日常生活を取り戻していくための支援が行われ、「回復困難者」には財源保障がある制度に定められたサービスを提供するというかたちは、全体としてみれば、メリハリのついた制度設計・運営とみることもできるだろう。

質の高い予防・自立支援に向けて

3か国では、様々な介護サービス全般が、予防・自立支援を念頭に置いて提供されている。今（目先の）できないことを「してあげる」支援より、中長期的視野で本人の自己決定に基づく「する」を支援することに力点が置かれている。このことは、今後更に日本が見習うべき点といってよいだろう。

回復可能／困難のグループ分けとタイプ別の受給資格認定（イメージ）



海外調査報告書p.7 図2を基に作成

2 特に医療・福祉人材を必要とする分野への対応

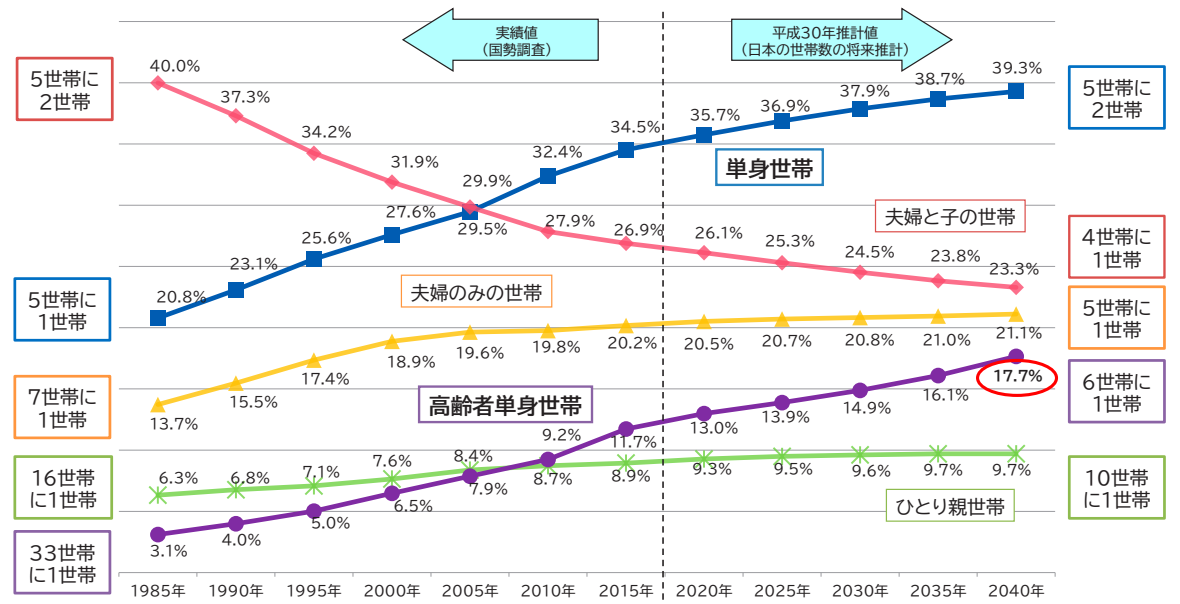
（地域包括ケアシステム及び地域医療構想の実現のため、訪問系サービスなどで重点的に医療・介護人材を確保する必要）

厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室委託「人口減少社会における医療・福祉の利用に関する意識調査」（2019（令和元）年）によれば、特に65歳以上において、「今住んでいる市町村や近隣市町村に住み続けたい」とする割合が78％と高い。また、内閣府「令和元年版高齢社会白書」によれば、60歳以上の方に、万一治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所はどこかを聞いたところ、約半数（51％）の人が「自宅」と答えている。さらには近年、住み慣れた場所や環境から他に移ることがストレスとなり、不安や混乱から心身の状態を悪化させてしまういわゆる「リロケーションダメージ」が、高齢者のケアの在り方を考える上で重要であることが指摘されている[*4]。

誰もが希望する地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにするためには、住み慣れた自宅等の住まいを中心として、医療・介護、生活支援等の必要なサービスが受けられることが望ましい。日本では、高齢者の単身世帯が増加しており（**図表2-1-2**）、2025（令和7）年以降は75歳以上の人口増加は緩やかになるが、85歳以上の人口は2040（令和22）年に向けて引き続き増加が見込まれている（**図表2-1-3**）。要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上で上昇するため、医療と介護の複合ニーズを持つ方が一層多くなることが見込まれる（**図表2-1-4**）。

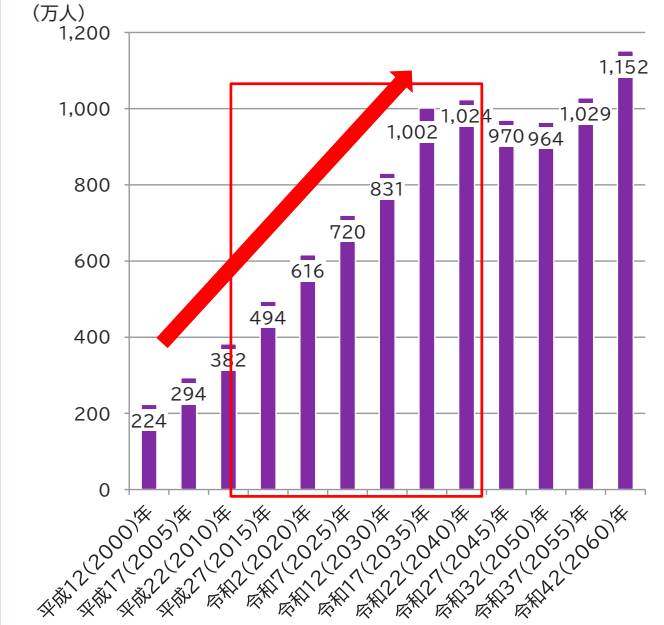
＊4　赤星成子、田場由紀、山口初代、砂川ゆかり「国内文献にみる高齢者のリロケーションに関する研究の現状と課題―リロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して」（沖縄県立看護大学紀要第19号、2018（平成30）年5月）

図表2-1-2　世帯構成の推移と見通し



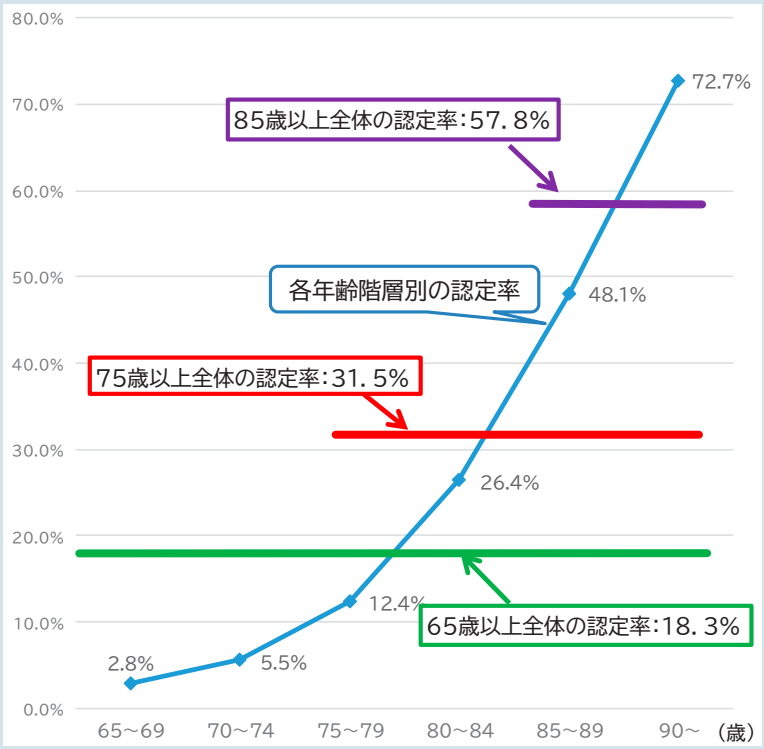
資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計）」より厚生労働省政策統括官付政策統括室において作成。
（注）　世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。
全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%（2015年）から40.0%（2040年）へと上昇。
子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

図表2-1-3　85歳以上の人口の推移



資料：2025（令和7）年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果、2020（令和2）年以前は、総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省老健局総務課において作成。
（注）　「国勢調査」の数値について、厚生労働省老健局総務課において年齢不詳人口を按分補正している。

図表2-1-4　年齢階級別の要介護認定率



資料：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業状況報告」、総務省統計局「人口推計」より厚生労働省老健局総務課において作成。
（注）2020年9月末の要介護認定者数及び2020年10月1日の人口推計（平成27（2015）年国勢調査を基準とする推計値）から作成。

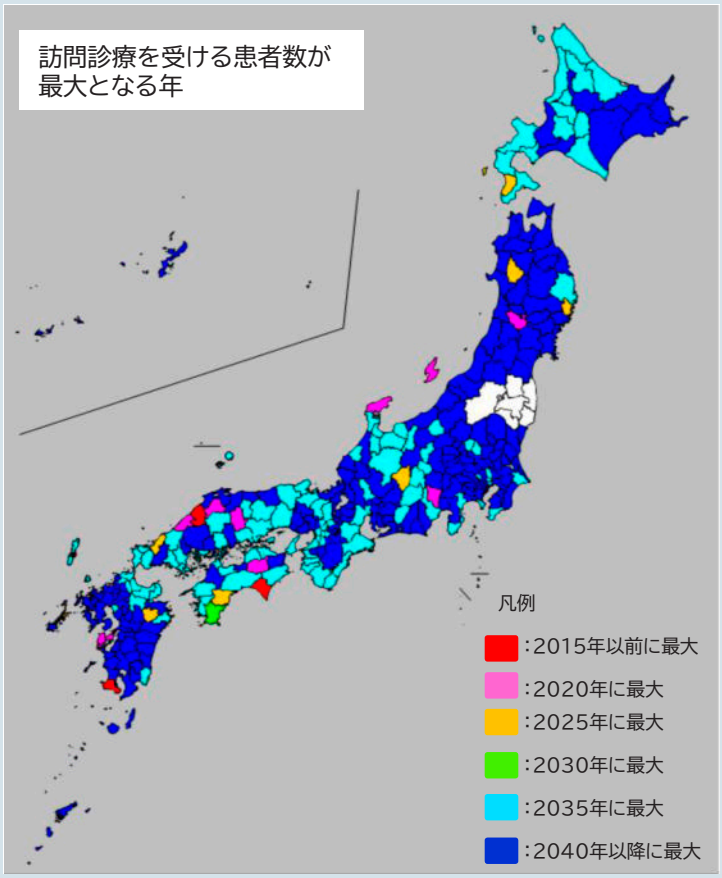
高齢者の在宅生活を支えるためには、健康づくり活動や地域活動等の生きがい・介護予防に資する社会参加を促進することや、ニーズに応じて家事支援や外出支援、見守り、安否確認等の多様な生活支援サービスを提供することが必要となる。また、病気になったり介護が必要となったりすれば、状況によっては一時的な入院や入所が必要となり、その後は自宅等の住まいを拠点として、かかりつけ医への通院又は往診や、訪問看護による継続的な療養を受けたり、入浴や排せつ、食事等について通所介護・訪問介護などのサービスを受けることが必要となってくる。自宅等において医療・介護サービスが必要となる場合には、ケースによっては、歯科医師等による口腔の衛生管理や薬剤師による服薬管理、理学療法士等によるリハビリも自宅等で受けられるようにすることが必要となってくる。

日本では、全ての団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。また、地域の高齢化等の状況に応じて必要となる将来の医療ニーズを踏まえて、その地域に存在する医療機能の役割の分化や連携を進めるため、地域の関係者の協議によって医療提供体制を整備する「地域医療構想」を進めている。

医療・福祉サービスの提供を持続可能なものとしていくためには、医療・介護人材を必要とするところで重点的に確保していく必要がある。在宅患者数は多くの地域で今後増加し、2040年以降には全国での在宅患者数がピークを迎えることが見込まれている（**図表**

2-1-5)。地域包括ケアシステム構築の実現のためには、高齢者が住み慣れた自宅等を拠点として必要な医療・介護サービスが受けられるよう、特に訪問系サービスや小規模多機能型居宅介護事業所で重点的に医療・介護人材を確保することが重要である。在宅患者数の増加幅やピークを迎える時期には地域差があるため、地域の実情に応じて医療・介護人材を確保することが必要となる。また、今後はオンライン診療やオンライン服薬指導等について有効性・安全性等を踏まえて、その普及が期待される。こうした技術を活用しながら必要な人材を確保していく必要があるだろう。

図表2-1-5　訪問診療利用者の推計



資料：以下の資料により厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成29年患者調査」
「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院一外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」
（注）病院、一般診療所を対象に集計。
二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

（医療・福祉サービスの提供は、地域共生社会の理念の下、多様な主体により支えることが必要）

日本では、どのような状況にある方も安心して暮らしていける社会の実現を目指して、「ニッポン一億総活躍プラン」（2016（平成28）年6月2日閣議決定）において、「子供、高齢者、障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことがで

きる「地域共生社会」を実現する」という理念を掲げ、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築することを目指している。

ここでは、高齢者が地域交流の中で役割を持ち、自分らしく自由に暮らすことを大切にされているサービス付き高齢者住宅の事例と、学生が暮らすオランダのユニークなナーシングホームの例を紹介したい。

コラム 地域の交流の場となる「家」で自分らしく、自由に生ききる（株式会社シルバーウッド　銀木犀）

サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）は、2011（平成23）年の制度創設から約10年が経過し、登録戸数は増加を続けており、高齢期の居住の場の選択肢となっている。入居者一人ひとりに寄り添い、入居者が地域と関わり合いながら自由に、自分らしく暮らすことを大切にしている、株式会社シルバーウッド（千葉県浦安市、下河原忠道社長）が運営するサ高住「銀木犀」[*1]のお話を伺った。

地域交流の中で入居者も役割を持つ

銀木犀には、駄菓子屋が併設されている。そこには、放課後の小学生や小さなお子さんを抱えたお母さんが、入れ替わり立ち替わりやってきては、わいわいしながら、駄菓子を選んでいる。会計をする店番は入居者の２人。「○○円いただいたから、おつりは○○円。間違えないようにしないとね」と２人で声をかけ合っている。日々を地域の人たちと接して過ごすだけでなく、入居者も役割を持つ。

新型コロナウイルス感染症の流行以前は、地域のお母さんがお弁当を持って子どもを連れて銀木犀でお昼を食べ、子どもたちは銀木犀の“おじいちゃん”、“おばあちゃん”と遊んだり、小学生は放課後に「ぎんもく集合！」の合い言葉で、銀木犀で宿題をしたり、遊んだり、１日に200人程度が出入りしていたそうだ。そして、子どもが仲良く遊んでいた入居者の死期が近い時には、居室に連れて行き、「もうすぐなんだよ」と伝え、お別れ会（後述）に参加して「死」を学ぶ機会もある。銀木犀には少し前の日本の地域社会では「当たり前」だった光景が自然と根付いている。入居者が地域のコミュニティに溶け込み、地域の子ども達を見守るなど人々と交流しながら生きることを大切にしている。

「本人ができることを奪わない」介護を実践

銀木犀では、「自分のことは自分でやる、職員はそのサポートをする」という理念が共有されている。駄菓子屋の店番を入居者が担当するのもこの理念が形となったものだ。職員には入職時に、入居者や御家族には入居前の見学時に、この理念を伝えている。本人ができることに職員が手を出さない、本人ができることを奪わないことで、入居者自身の自立支援につながっている。これは放置とは異なる。職員一人ひとりが、入居者の特性や日々の状態を観察し、科学的視点に基づく知識をベースにしながら、「入居者が今、何を求めているのか」を判断する。管理職が責任を負いつつも、職員自身の主体性が求められる職場環境の中で、スキルアップしていく。こうした銀木犀の介護のあり方への理念や人材教育の方法が、高い志を持つ人材を惹きつけているという。

職員と地域が生活の延長としての死を看取る

銀木犀では、職員が入居者の生活を「面」

＊1　サ高住を千葉県に８か所、東京都に２か所で運営。グループホームも２か所運営している。

で支えることを心掛けている。生活を面で見れば、その延長線上には看取りがある。事前に入居者本人の意思確認も銀木犀らしい方法で行う。ＡＣＰ（Advance Care Planning）[*2]の場を設けず、職員一人ひとりが日々の暮らしをサポートする中で、ポロッと出た言葉から入居者の本音を捉え、職員間で共有する積み重ねを通じて、入居者の意思を把握する。銀木犀＜船橋夏見＞の所長は、この「観察する力」こそが介護のプロフェッショナルの根幹であると話す。

銀木犀では、入居者が亡くなられた際に「お別れ会」を開く。銀木犀という「家」で一緒に暮らした仲間に、入居者と職員皆で感謝を伝える機会を設けている。同時に、入居者にとっても、銀木犀という「家」で生ききり、看取られ、皆に見守られながらお別れをする様子を見ることで、自分自身の人生の最期について具体的なイメージを持ち、受容する準備にもつながっているという。

地域に開かれた居心地のよい「家」で自由に、今この瞬間を楽しく生きる

銀木犀の入居者は軽度の認知症を有し、自宅で一人暮らしが難しくなり家族等の勧めに応じて入居される方が多いそうだ。ただし、自宅を離れることに抵抗感を持つ方は少なくない。住み慣れた家を離れる入居者の不安を和らげ、居心地の良さを感じてもらう工夫が建物内に凝らされている。



（銀木犀＜船橋夏見＞のダイニング。心地良さを建築で実現することに力を入れており、無垢のフローリングやダイニングテーブル、暖色の灯りなど居心地の良い空間が広がっている）

コミュニティ全体で一人ひとりをサポートし、その一人ひとりも地域の一員としてコミュニティに貢献する。そこには、従来の要介護者と従事者という枠組みにとらわれない関係が構築されている。銀木犀の最大の特色は「圧倒的な自由」とのことだ。認知症を有する入居者が多いが、玄関や居室に鍵をかけることなく、自由に外出できる。こうしたことが実現できるのは、職員が地域と一体となって入居者を見守る体制づくりをしているからだ。銀木犀には、自由な意思を持って暮らす入居者の笑顔が溢れている。「介護はプロが、家族は愛を」と話す下河原社長は、入居者が「今この瞬間を楽しく生きること」を理念に、地域交流の場となる「家」づくりに今後も取り組んでいく。

＊2　自分自身が大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自ら考え、また、信頼する人たちと話し合うこと。

コラム　オランダ発“ヒューマニタス・ディヴェンター”が目指す“ノーマル”

オランダの首都・アムステルダムから車で1時間ほどのところにあるディヴェンター市に、他国のメディアの取材も入るユニークなナーシングホーム“ヒューマニタス・ディヴェンター[*1]”（Humanitas Deventer）がある。

学生が無料で入居

ヒューマニタス・ディヴェンターの特徴は、学生が月30時間、入居者（多くは高齢者）とともに“good neighbour（よき隣人）”として過ごせば、無料で住むことができることだ。現在は6人の学生が住んでいる。

事の始まり

当初、ヒューマニタス・ディヴェンターのCEO、ヘィア・サィプクス（Gea Sijpkes）さんは、空室を地元の学生インターンで埋めようとしたが、そのための手続や会議が多すぎた。そこで、サィプクスさんは大学のキャンパスに、無料で入居する学生を募集する掲示を出した[*2]。

入居者と学生の過ごし方

ヒューマニタス・ディヴェンターでは、学生は他のアパートメントコミュニティと同じように、ただ隣人になる。高齢者が高齢であるという理由だけで、世間から隔絶された状況に置かれることは普通（normal）ではなく、他の世代と一緒に過ごし、相互によい影響を及ぼし合うことが重要であるとの考えで運営されている。

学生の存在自体の効用

学生の存在自体も、入居者によい刺激を与えているようだ。学生が自分の部屋にガールフレンド（ボーイフレンド）を呼べば、入居者の間でたちまちゴシップとして話が伝わる。高齢者にとって、今日の体の痛みの話題に代わる話題ができることは、普通の世界に少し近づけることである。

学生にとっての効用

学生にとって、入居者とはゆっくり話す、話を聞くといったことだけではない。高齢の入居者が亡くなっていく中で、死がいかに一生の一部であるかを学ぶ機会となっており、家賃が無料である以上のものを受け取っているようだ。

広がる取組み

この他にもヒューマニタス・ディヴェンターは、高齢者と地元の人々をつなぐ活発な芸術・パフォーマンスの催し、高齢者と交流する障害者のための隣接した住居の設置などの成果を生んでいる。

世代を超えて人とのつながりを味わいながら、地域で生きる。オランダ発の興味深い試みは、「普通の世界、当たり前の幸福とは何か」を問いかけている。





（写真）ヒューマニタス・ディヴェンター公式ホームページ“Foto Impressives van Humanitas deventer”より

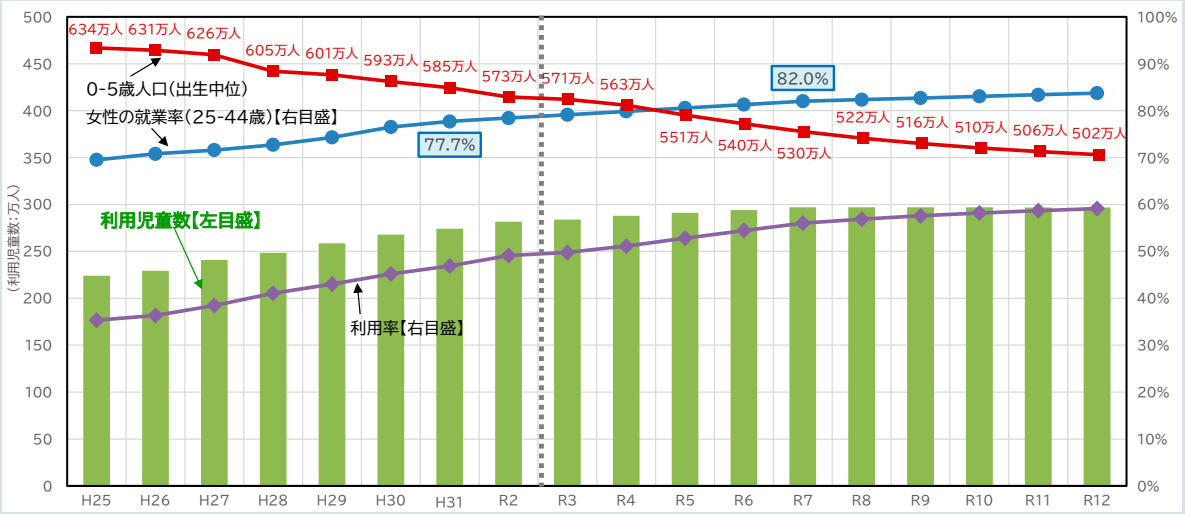
＊1　https://www.humanitasdeventer.nl
＊2　AARP International　May 31, 2019 THE HUMAN TOUCH AT HUMANITAS（https://www.aarpinternational.org/the-journal/past-editions/the-human-touch-at-humanitas）

制度から人を見るのではなく、「その人の生活を支えるために何が必要か」という観点から、社会保障の各制度は関連する制度、事業が相互に連携しながら、個人・世帯それぞれの生活ニーズに合わせた支援を組み合わせ、全体として隙間のない、総合的なセーフティネットとして機能させていく必要がある。

（子どもを育てながら働きたいという希望を実現するため、2025（令和7）年の保育所の利用児童数のピークに対応し、新たに約2.5万人の保育人材が必要）

25～44歳の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増加しており、保育所の利用児童数のピークは2025年となる見込みである（図表2-1-6）。可能な限り早期に待機児童の解消を目指し、子どもを育てながら働きたいという希望を実現できるよう、病児や障害児、医療的ケア児、外国籍等の子どもの受入体制整備も含めて引き続き必要な保育の受け皿の整備に取り組む必要がある。2020（令和2）年12月に取りまとめられた「新子育て安心プラン」では、地域の保育ニーズ等の特性に応じた支援、魅力向上を通じた保育士の確保、地域のあらゆる子育て資源の活用の3つを柱として各種の取組みを進め、2021（令和3）年度から2024（令和6）年度末までの4年間で約14万人の保育の受け皿を整備することとしている。このため、保育人材は新たに約2.5万人の確保が必要となっている。

図表2-1-6　保育所の利用児童数の今後の見込み



資料：厚生労働省子ども家庭局保育課において作成。
（注）　上図の利用児童数は、0～5歳人口を基に、女性の就業率（令和7年：82%、2040年：87.2%）及びそれに伴う保育所等の利用率の上昇を踏まえて機械的に算定したものである。
0～5歳人口については、令和2年までは総務省統計局「人口推計」（平成27（2015）年国勢調査を基準とする推計値）、令和3年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果による（N年の人口は「N－1」年10月1日時点）。
女性の就業率については、令和7年に82%との目標（第2期まち・ひと・しごと創生総合戦略）に対応するとともに、独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給推計」（平成31年3月29日、経済成長と労働参加が進むケース）において、2040年で87.2%まで伸びると推計されていることを踏まえて設定。
保育所等の利用率については、女性の就業率の上昇に対応するものとして算定。

（「小1の壁」を打破し、次代を担う人材を育成するため、放課後児童クラブで2023（令和5）年度末までに約30万人分の受け皿を整備）

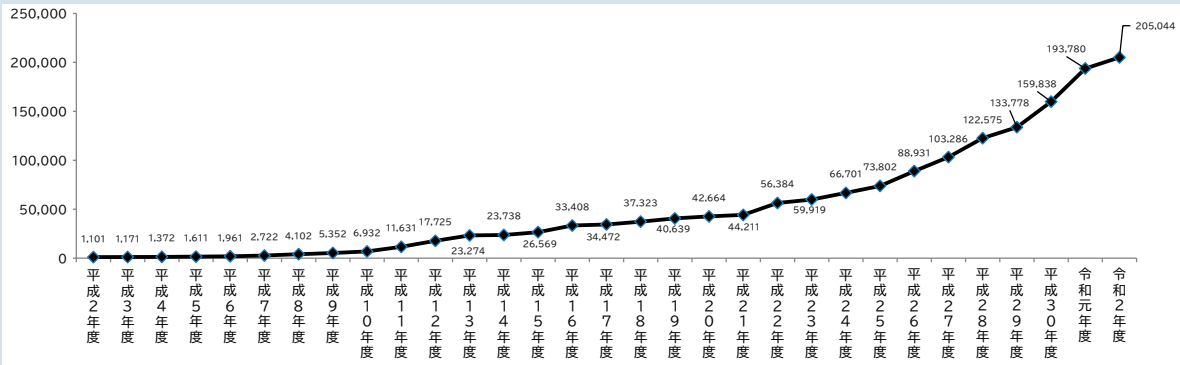
女性就業率の上昇等により、更なる共働き家庭等の児童数の増加が見込まれている。子どもの小学校入学に伴い、仕事と子育ての両立が困難になるとされる「小1の壁」を打破するとともに次代を担う人材を育成するため、2018（平成30）年9月に策定された「新・放課後子ども総合プラン」に基づき、2023（令和5）年度末までに約30万人の受け皿を整備することとしている。放課後児童クラブは待機児童を解消するとともに次代を担う人材を育成するため、全ての児童が放課後を安全・安心に過ごし、多様な体験・活動を行うことができるようにすることが望ましい。そのため全ての小学校区で、放課後児童クラブと放課後等に全ての児童を対象として学習や体験・交流活動などを行う事業である放課後子供教室*5を一体的に又は連携して実施することを目標として計画的な整備を行っていくこととしている。「新・放課後子ども総合プラン」に基づく放課後児童クラブの量的拡充、質の確保を図っていく上では、質の高い放課後児童支援員の育成が急務である。放課後児童支援員は福祉に関する一定の資格や実務経験等の高い専門性が求められる。そのため、認定資格研修の質の確保と受講機会の拡充を図っていく。

（かけがえのない命を守り、全ての子どもの健全な成長・発達や自立を守るため、児童虐待防止対策の総合的・抜本的強化策を迅速かつ強力に推進）

2020（令和2）年度中に、全国220か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は20万5,044件で過去最多を更新した（**図表2-1-7**）。子ども、その保護者、家庭を取り巻く環境は依然として厳しいものとなっており、子育てを行っている母親のうち約6割が「近所で子どもを預かってくれる人はいない」と回答するように孤立した状況に置かれている*6。また、地域子ども・子育て支援事業が支援を必要とする子ども等に十分に利用されておらず、子育て世帯の負担軽減などの効果が限定的なものとなっていると指摘されている*7。これらの状況を踏まえ、児童虐待の発生予防・早期発見及び児童虐待発生時の迅速・的確な対応を行うとともに、虐待を受けた子どもなどへの支援を行っていくための必要な人材確保を含めた体制強化が必要である。2022（令和3）年3月、「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第208回通常国会に提出した。同法律案では、様々な状況にある子どもや家庭に包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」の設置や訪問による家事支援など子どもや家庭を支える事業の創設などを行うこととしている。また、子ども家庭福祉現場において相談援助業務等を担う者の専門性向上のための実務経験者向けの認定資格を創設することとしている。2年以上の実務経験のある社会福祉士や子ども家庭福祉の分野で4年以上の実務経験のある方が研修等を経て認定されることとなっており、2024（令和6）年から始まることとなっている*8。

＊5　文部科学省の地域学校協働活動推進事業
＊6　NPO法人子育てひろば全国連絡協議会「地域子育て支援拠点における「つながり」に関する調査研究事業報告書」（2015年）
＊7　第33回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会（2021年9月7日）
＊8　国家資格を含め、施行後2年を目途として検討を加え、その結果をもとに必要な措置を講ずることとしている。

図表2-1-7　児童虐待相談対応件数の推移



年　度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
件　数	44,211	注 56,384	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044
対前年度比	+3.6%	-	-	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%

資料：厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課において作成。
（注）　平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

（新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症等の感染拡大時に柔軟に、かつ機動的に対応できる体制の構築が必要）

少子高齢化の進行等に加え、新型コロナウイルス感染症の流行により一時的、局所的に医療提供体制が逼迫する事態が生じた。また感染防止対策により介護施設等における業務が増大し、人手不足が更に深刻化している。新型コロナウイルス感染症の感染拡大時や将来、広く一般の医療連携体制にも大きな影響が及ぶ新興感染症等の発生時に柔軟に、機動的に対応できる体制の構築が必要である。

新型コロナウイルス感染症に対応する中、医療従事者の確保が困難な地域においても、地域医療を支える医療施設・保健所等における必要な医療人材を迅速に確保することができるよう、2020（令和2）年度に開設した医療施設・保健所等の人材募集情報を収集し、求職者が応募等を行うことが可能な医療人材の求人情報サイト「医療のお仕事Key-Net」の運用を継続することとしている。2021（令和3）年11月12日には、同年夏の感染拡大状況を踏まえ、「病床の確保、臨時の医療施設の整備」、「自宅・宿泊療養者への対応」、「医療人材の確保等」に関する各都道府県の体制整備の方針を取りまとめた、「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」を公表した。各都道府県における「保健・医療提供体制確保計画」の策定は2021年11月末までに完了している。「医療人材の確保等」に関しては、人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築するとともに、医療逼迫時に医療人材の派遣に協力する医療機関と、職種ごとの具体的な派遣可能人数を調整することとされている。医療人材の派遣に協力する医療機関数は約2千施設、協力する施設から派遣可能な医師数及び看護職員数はそれぞれ約3千人が予定されている。2022（令和4）年度では新たに、DMAT（災害派遣医療チーム）の枠組みを拡充し、新興感染症等の感染拡大時に対応可能な医療支援チームを組織するとともに、医療支援チームの人材育成の強化等を図るため、DMAT事務局の体制を拡充することとしている。また、新興感染症等の感染拡大時を想定して平時から重症呼吸不全患者に対して体外式膜型人工肺（ECMO）を適切に取り扱うことができる医療従事者を確保するため、都道府県が行う研修に必要な

経費を支援することとしている。

看護職員に関しては、緊急的な看護人材ニーズに対応した人材調整の体制整備、新型コロナウイルス感染症に対応する看護職への研修、新型コロナウイルス感染症の影響による看護職員の離職防止にかかる支援を実施し、看護職員の確保を図っている。

保健師に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症の拡大時に円滑な業務ができるよう、感染症対応業務に従事する保健師について、2021（令和3）年度から2年間かけて約900名増員するために必要な地方財政措置を講じている。

新型コロナウイルス感染者等が発生した介護サービス事業所・施設等及び障害福祉サービス事業所等が関係者との連携の下、感染拡大防止対策の徹底等を通じて、必要なサービス等を継続して提供できるように支援するとともに、都道府県において、緊急時に備え、職員の応援体制やコミュニケーション支援等の障害特性に配慮した支援を可能とするための体制を構築することとしている。また障害福祉サービス事業所等の職員が感染症対策についての相談を受けられる窓口の設置、感染症対策の専門家による感染対策マニュアルを活用した研修や実地指導、業務継続計画（BCP）の作成に関する指導者養成研修等を行うこととしている。

新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症等については、2024（令和6）年度を始期とする第8次医療計画に向けて、新興感染症等の感染拡大時においても、感染症医療とそれ以外の一般医療を両立する観点から、受入候補となる医療施設や場所・人材等の確保の考え方、医療施設間の連携・役割分担等の具体的な記載事項について検討を行うこととしている。

3 ケアの質の確保や職員の負担軽減を実現する取組みの推進

（チーム医療・チームケアを推進するとともに、多様な人材の参入促進やロボット・センサー・ICTの活用により、医療・福祉現場のタスク・シフト／シェアを進め、サービス提供体制の効率化やサービス等の質を高めるとともに労働環境を改善することが必要）

医療は医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで提供されるものであるが、患者へのきめ細やかなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、更にチーム医療の考え方を進める必要がある。また、2024（令和6）年4月からは医師に時間外労働の上限規制[*9]が適用され、医師の健康確保のため、勤務間インターバルや面接指導、連続勤務時間の制限なども適用される[*10]。医師は、日進月歩の医療技術への対応や、より質の高い医療やきめ細かな患者への対応に対するニーズの高まり等により、より高度な業務が求められてくるとともに、書類作成等の事務的な業務についても増加の一途をたどっている。このような状況に対応し、医師の労働時間を短縮するためには、一つの方法として、医師の業務のうち、他の職種に移管可能な業務について、タスク・シフト／シェアを早急に進めていく必要がある。具体的には、各医療施設において、「初療時の予診」、「検査手順の説明や入院の説明」、「薬の説明や服薬の指導」、「静脈採血」、「静脈注射」、「静脈ラインの確保」、「尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）」、「診断書等の代行入力」、「患者の移動」の9項目についてタスク・シフトを推進すること

＊9　労働基準法（昭和22年法律第49号）第32条
＊10　良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）

としている[*11]。タスク・シフト／シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び現行の資格法における職種ごとの専門性を前提として、個人の能力や取り巻く環境、医師との信頼関係を踏まえることが重要である。さらに、タスク・シフト／シェアをされる側である看護師や薬剤師等の医療従事者の余力の確保のために、ICT機器の導入等による業務全体の縮減、現行の担当している職種からその他の職種へのタスク・シフト／シェアの推進、一連の業務の効率化と現行の担当職員の見直し等についても不断に行う必要がある。

なお、2021（令和3）年4月には、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種体制の構築に当たって筋肉内注射等の業務を担う看護師等の確保が課題の一つとなり、実技研修や被接種者の同意等を条件に特例的に歯科医師による接種が認められた。タスク・シフト／シェアの検討を進めていくことは、医療従事者の労働環境の改善の観点のみならず、新興感染症等の発生時など一時的に逼迫することが予想される際の医療提供体制の確保のためにも必要であろう。

介護事業所における介護職の業務の実施状況をみると、介護に関する資格を有していない者、介護職員初任者研修修了者、介護福祉士の間で明確に業務分担がなされているような状況は見られず、サービス間や提供するケアの内容で差異はあるものの、それぞれの者が同様の業務を実施している状況であることが指摘されている[*12]。介護職員は利用者の身体に直接触れるケアやコミュニケーション、利用者の体調変化への対応などのほか、介護記録等の作成・保存等の業務からベッドメイキング、食事の配膳、清掃等の間接的業務や人材育成まで幅広い業務を担っている[*13]。介護人材の確保が困難な状況の中においても、介護の質を確保し、向上させていくためには、施設・事業所ごとに介護職員が担っている業務について、介護職員が担うべき「直接的なケア」とそれ以外の「間接的業務」に分け、施設・事業所の課題に応じて、これらの業務についてロボット・センサー・ICTを活用することにより業務の効率化や安全性の向上を図っていくことや、介護職員以外の例えば地域の元気な高齢者（アクティブシニア）などの多様な人材が担うことにより介護職員が担うべき「直接的ケア」の時間を増やしていくことが重要である。ロボット・センサー・ICTの活用や多様な人材の参入によって生み出した時間で介護職員の研修やOJTを実施したり、利用者の直接的なケアに重点的に取り組んだりすることが可能となり、介護の質の向上に加え、意欲・能力に応じてキャリアアップを図っていける仕組みとなることで、やりがいの向上、人材の定着・促進が期待できる。

＊11 厚生労働省医政局　医師の働き方改革に関する検討会「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（2018（平成30）年2月27日）
＊12 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」（2017（平成29）年10月4日）
＊13 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所「介護職の機能分化の推進に関する調査研究事業報告書」（2020（令和2）年3月、令和元年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

コラム 介護の未来を創りたい ～テクノロジーの活用事例(社会福祉法人友愛十字会　砧ホーム)～

今後、少子高齢化の進行に伴い、介護サービスの増大が見込まれる中で、人材とともにテクノロジー[*1]のさらなる活用が期待される。現場ではどのように活用が進められているのであろうか。ここでは、社会福祉法人友愛十字会（東京都世田谷区）が運営する特別養護老人ホーム「砧ホーム」の事例を取り上げる。

介護テクノロジーの導入のきっかけ

砧ホームでは、「介護は道具によって進化する」、「介護職員は専門職として福祉用具を使いこなしていく」、「福祉施設では介護職員と他の職種とが連携していく（多職種協働）」といった理念の下、介護職員が専門性を高め、発揮できるようにすることがサービスの質に直結すると考えている。

そのため砧ホームでは、“福祉用具”や“介護機器”を率先して活用しており、2014（平成26）年度からはリフトにより「持ち上げない介護」に取り組んできた。

現場に根ざして介護テクノロジーの活用を推進

介護テクノロジーについても、現場での課題に応じて、国（厚生労働省）や自治体（東京都及び世田谷区）の補助を適時活用しながら、意欲的に導入・実践し、施設利用者の生活環境、職員の職場環境を改善してきた。

2016（平成28）年1月に砧ホームが初めて導入した介護テクノロジーが、利用者の見守りケアのため、離床動作を通知するセンサー付ベッドである。2017（平成29）年からは、離床動作を動画で速やかに把握するセンサー端末を導入し、利用者の動作を速やかに確認して転倒及び転落を防ぐために活用した。動画による把握は事故の見える化をもたらし、転倒及び転落事故を事後的に再検証することで再発防止につなげることが可能となり、利用者の安全を守るとともに介護職員のケアの質の向上にもつながっている。

また、同年には、おむつ交換、シーツ交換や移乗介助等の場面では、介護職員が中腰姿勢となるため、身体面・精神面の負担があるとの意見を踏まえて、希望があれば移乗支援器具をいつでも使用できるようにした。

2018（平成30）年には施設関係者からの寄贈がきっかけとなり、精神面のケアの効果が見出されたため、ペットロボットを導入した。新型コロナウイルス感染症により面会や外出が制限される中で、利用者の運動（身体的効果）、出会いやふれあい（社会的・精神的効果）といった幾重の効果をもたらしている。

ひとくちに「介護テクノロジー」と言っても、用いられる分野は多様である。介護テクノロジーの選定に当たっては、現場の課題と機器の機能とを突き合わせて、実際に使用する介護職員の視点から実用的であることを何よりも重視している。

また、施設内でのテクノロジーのさらなる活用を図る上で、意欲的に取り組む介護リーダーを中心として情報共有を推進し、職員の理解を深めている。リーダーが実際に使用する介護職員の意見や要望を聞き取り、会議を通じて速やかに検討し、使用上のルール及び不便な点を継続的に改善していく。こうした現場に根ざした合意形成の仕組みがある。

もたらされる多面的、相乗的な効果

利用者や家族からは、介護テクノロジーによって適切なケアを受けられるとの満足の声を多く得ており、安心できる生活環境がもたらされている。介護職員にとっては、負担の軽減により、安心してケアを提供できる、働きやすく、働き続けやすい環境となる。

テクノロジーの恩恵は個々の介護職員の仕事に留まらない。2018年からは、タブレット端末によるケア記録の入力及びインカム（相互通信式構内電話）によるコミュニケーションを導入し、職員が必要な情報を速やかに共有し、連携できる体制を強化している。

＊1　本稿ではテクノロジーを、人間の活動を補完・代替するロボット、センサー、ICT（情報通信技術）等を含む広い意味で整理している。

こうした良好なチームワークは、職場全体の生産性と職場環境の魅力を高める。１日のローテーションに必要とされる介護職員数はコロナ禍の下で感染防止策を講じた期間を含む2020年までの４年間で15人から10人に減少した一方で、有給休暇の取得率は上昇した。また、この期間に入職した常勤職員は全員が働き続けており、職員の入れ替わりは少なくなった。

介護の未来を創りたい

砧ホームは、他の介護事業所のため、各種の事業説明会等の機会で、テクノロジーの活用ノウハウを提供し、その機能のみならず、導入時の取組みやその後の効果を丁寧に説明している。

また、テクノロジーのモニターを開発企業から依頼された場合には、介護職員の意見や要望をフィードバックし、さらなる開発に役立てられている。

友愛十字会の理念「共に生きる（感じる、創る、つながる）」のもと、2022（令和４）年４月に開設30周年を迎えた砧ホーム。「今後とも、積極的にテクノロジーの活用を推進することにより、職員（介護職員及び他職種）が学び愛、讃え愛、成長し愛ながら、介護の未来を創りたい」（鈴木健太施設長）。これからの介護現場を支える人材とテクノロジーとの協働のあり方を模索し、実践する挑戦は続く＊2。



移乗支援機器を活用したケア



ペットロボットとのふれあい

＊2　厚生労働省では、介護現場における生産性向上のため、セミナー等の普及啓発活動を実施している。また、ガイドラインを策定し、ICT（情報通信技術）を含むテクノロジーの導入や活用等を進めている。
https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html

テクノロジーの活用により介護サービスの質の確保及び業務効率化を推進していく観点から、2018（平成30）年度及び2021年度の介護報酬改定において、介護老人福祉施設等でテクノロジーを活用した場合の夜間の人員基準の緩和等が行われた。今後も引き続き、利用者の安全確保やケアの質、職員の負担、人材の有効活用の観点から、実際にケアの質や職員の負担にどのように影響があったのかなど、介護報酬改定後の状況を把握・検証し、実証データの収集に努めながら、必要な対応を検討していく必要がある。

コラム 介護現場のニーズに応えるテクノロジーの製品開発（フューチャー・ケア・ラボ・イン・ジャパン）

フューチャー・ケア・ラボ・イン・ジャパン（Future Care Lab in Japan。以下「ラボ」という。）は、SOMPOグループが運営している研究所で、2019（平成31）年2月に設立された。「人間」と「テクノロジー*1」の共生による新しい介護サービスを創造し、生活の質を維持・向上した上で生産性を有する持続可能な介護事業モデルを構築し、高齢者が安心して暮らせる社会の実現を目指している。

オーダーメイドの開発企業との協働

ラボにおいて、SOMPOケアが運営する介護事業所の業務分析を行ったところ、介護サービス全体の約6～7割を占めるのが食事・入浴及び排泄の介助であった。この「3大介助」に着目し、それぞれについて、利用者の身体に直接触れる介護職員が対応することが適当な「直接業務」、テクノロジーの得意分野であり置き換え可能な、正確な記録等の「周辺業務」に区分した（図を参照）。

ラボでは、主にこの周辺業務から、テクノロジー及びノウハウ（シーズ）を有する開発企業と協働（コラボレーション）していく。協働は様々な形で行われ、基本企画（介護現場のニーズと企業のシーズのマッチング、コンセプトの設計）からの協働もあれば、開発段階での安全性や費用対効果の実証や現場検証（介護施設での実証）を協働することもあり、販売等の展開の段階に絞ったものもある。また、販売後も現場で効果が出て根付いていくためのフォローアップを行うこともある。開発企業と対話を重ね、開発等に必要な求めに応じた対応をワンストップで、客観的に分析して丁寧かつ迅速なフィードバックを行うことのできる仕組みがラボの強みである。

2020（令和2）年からのコロナ禍の下でもオンライン会議を最大限に活用し、2022（令和4）年1月までの3年間で調査・検証したテクノロジーは350を超える。離床支援ロボット、介護用シャワー入浴装置、排泄ケアシステム、介護職員のスケジュールや利用者の服薬情報を可視化したシステム等、多様で実効性の高い製品が介護現場に導入されてきた。例えば、利用者の睡眠状況を把握するセンサーの導入によって、夜間の呼吸、心拍等の正確なデータが得られたことで必要な見守り、安否確認等を適切に行えるようになった。利用者の生活の質の維持・向上と、職員の負担の軽減を叶えている。

このような介護テクノロジーの導入・活用は、多くの利用者や家族から満足の声を得るとともに、介護現場及び開発企業の双方からも高い評価を受けている。

さらに多くの介護現場でテクノロジーの普及を目指す

周辺業務は可能な限りテクノロジーに任せながら、介護職員は直接業務における専門性を高めていく。ラボでは、こうした適切な役割分担によって介護の質を向上させるとともに、介護職員の処遇を改善し、負担を軽減し、働きやすい環境づくりを実現できると考えている。

ラボの片岡眞一郎所長は、今後、さらに多くの介護現場でテクノロジーの普及を積極的に推進しながら、「人間とテクノロジーそれぞれの良さを活かし、関係者と手を携え、オープンな開発プラットフォームを通じて、より多くの方々に受け入れられるテクノロジーを多くの介護事業者に展開できるようにしていきたい」と熱く語る。

＊1　人間の活動を補完・代替するロボット、センサー、ICT（情報通信技術）等を含む。

	直接業務	周辺業務
食事	■食事介助	■食堂への移動 ■配膳／下膳 ■記録
入浴	■更衣介助 ■入浴介助	■入浴準備 ■洗濯物の集配 ■見守り ■記録
排泄	■脱衣／着衣の補助 ■排泄介助	■ベッドからトイレへの移動 ■排泄処理 ■記録

3大介助の直接業務と周辺業務



ラボの様子

保育所も介護現場と類似した状況が見受けられる。保育所を生涯働ける魅力ある職場とするため、仕事量が多い、労働時間が長いといった課題に取り組む必要がある。保育の仕事が多忙である要因として、書類の多さ、保育の周辺業務や補助業務のICT化が進んでいないことが指摘されている[*14]。保育士の専門性が必要な業務と周辺業務の棚卸しと見える化を図ることにより、これらの業務のICT化や保育補助者等[*15]による分担が可能とな

＊14 厚生労働省子ども家庭局　保育の現場・職業の魅力向上検討会「保育の現場・職業の魅力向上に関する報告書」（2020（令和2）年9月30日）
＊15 保育士資格を有さず、保育士の補助を行う保育補助者や掃除等の周辺業務を行う保育支援者

る。保育業務の効率化によって生まれた時間を活用してノンコンタクトタイム[*16]を確保することや保育士の研修を実施することが可能となり、保育の質の向上に寄与すると考えられる。また、ICTの活用により人間による過誤を防ぎ、保育事故の未然防止につながるなど安全性への向上に対する期待も高い。

児童相談所では非常に多くの事例の中から緊急性の高いものを把握し迅速・的確な対応を行うため、一時保護の判断にAIを活用する開発が進められている。業務の効率化だけではなく、子どもたちの命と安全を守るために必要な技術となることが期待される。

（医療・福祉サービスの提供がされる施設・事業所等において業務の効率化によるケアの質の確保等を実現するためには、組織マネジメント改革が必須）

医療・福祉サービスの提供がされる施設・事業所等において従来の業務分担の変更を行うことや、資格の有無や勤務形態に関わらず多様な人材が連携してチームとして医療やケア、保育を行っていくこと、またロボット・センサー・ICTを導入し、現場での活用を進めていくことは、施設・事業所等のトップのリーダーシップのみならずリーダー級職員の積極的な関与等多くの職員の協力が必要となる。

特に、介護ロボット等テクノロジーの導入当初は介護ロボット等の使用に不慣れであることなどから業務の効率性が下がり、介護ロボット等による効果を実感するまでには一定の時間がかかることが指摘されている[*17]。介護ロボット等の導入による介護現場のケアの質の確保や職員の負担軽減を実現するためには、介護ロボット等の活用に関わる職員全員が、一時的に業務の効率が低下する傾向にあることを知っておくことが重要であり、継続的なマネジメントにより施設長や介護職員が一体となって取り組む必要がある。

施設・事業所等における組織マネジメント改革を促すためには、管理者向けの意識改革に関する研修等やリーダー級職員を含めた関係職員に対する説明会等の開催、ロボット・センサー・ICT等の活用や業務分担の見直し等の方法についての好事例の収集及び周知などの取組みを促す支援を行っていくことが必要である。なお、介護、保育、福祉の現場等を中心に行政機関によって異なる申請書類等について国と地方の連携により標準化・ガイドライン化を進めるとともに、医療・福祉分野の文書量削減に向けた取組みを行っていくことも必要である。

ここで、医療従事者の働き方改革を推進するためプロジェクトを立ち上げ、全職種横断的な様々な取組みを行っている事例を紹介する。

＊16 保育士の勤務時間内のうち、子どもと関わらない時間。ノンコンタクトタイムを確保することによって、保育士同士の子ども等に関する情報交換、保護者対応、保育環境の改善を図る取組みが進み、保育の質の向上に寄与すると考えられる。
＊17 厚生労働省「介護サービス事業（施設サービス分）における生産性向上ガイドライン」

コラム　働き方改革を考える～オール九州がんセンターでの取組み～（国立病院機構九州がんセンター）

病院全体の働き方改革への取組み

医療従事者の働き方改革を推進するに当たっては、一方で医療の質を下げることがあってはならない、むしろ改革によってその質を高めるという視点を持つことが重要である。そのためには職種間の垣根を超えたタスク・シフト／シェアが要求されるが、そのベースには全スタッフ間の対等なパートナーシップが必須である。



国立病院機構九州がんセンター（藤　也寸志病院長、以下「九州がんセンター」という。）では、パートナーシップの確立のためには、まず土壌・風土づくりが必要なため、2016（平成28）年から、「オール九州がんセンタープロジェクト」と命名して全職種横断的な広範囲にわたるチームを作り、リーダーとメンバーを指名し毎年多くの活動をしている。さらに、パートナーシップの確立の前提である相互コミュニケーションの向上を目指して、オール九州がんセンタープロジェクトでプロコーチを導入し、コーチングプロジェクトを進めている。多くのメンバーがこのプロジェクトに参加して、職種や立場の上下関係なく、コーチングを学びながら相互コミュニケーションを促進している。

働き方改革チームの活動と全スタッフへの働き方改革の意識の醸成

オール九州がんセンタープロジェクトの中で、「働き方改革推進チーム」が活動している。このチームは、毎年、九州がんセンターの各診療等部門の働き方改革の進捗情報を発信しているが、ある部門で「無理と思っていたけど、やってみたら案外できた」という報告が他部門にも伝播して、各部門内でのタスク・シフト／シェアが促進されている。このように、働き方改革推進チームを中心に全職種の働き方改革を進めながら、相互理解を深める取組みを継続している。

働き方改革への理解は、大きな部門だけでは足りない。全職種、例えば医師事務作業補助者や看護クラーク等を一つの部門として認識し、幹部の部門訪問の対象として関係を築いている。これも、垣根のないオール九州がんセンターの土壌作りの一環である。

医師の働き方改革のためのタスク・シフティング／タスク・シェアリングの具体的取組み

九州がんセンターでは、以下に取り組んでいる。

（1）当直医と当番医の役割分担

夜間の患者の死亡確認とお見送りは主治医ではなく当直医の担当とした。また、時間外診療も当番医または当直医が行い、主治医によるインフォームド・コンセント*1は診療時間内に実施することを徹底した。実施前は全診療科の認識共有に加えて看護師の理解と協力が必須であると考えられたが、現時点では課題等はなく、実施できている。

（2）医師の負担軽減計画の策定

看護部・薬剤部等５部門が、医師業務でタスク・シフト／シェアできる項目を自ら考え、全36項目の業務がピックアップされた。各々のロードマップを作り、その達成状況がチェックされている。例えば看護部は、造影剤や抗がん剤のルート確保を医師から引き受けるようになった。ただ、それは九州がんセンターの静脈ルート確保に関するナース育成プログラムを修了した看護師を育成・認定しながら、つまり質を担保しながらのタスク・シフトをしていることになる。タスク・シフ

＊1　医師と患者との十分な情報を得た上での合意

トされる側、看護師側のタスク・シフトも同時に進めなければならないため、病棟で看護師以外の職種ができる業務54項目を洗い出した上で、看護クラークを増員・教育をしてタスク・シフトを進めている。

(3) 医師事務作業補助者（DA：ドクターズアシスタント）の配置

徐々に数や業務内容を増やしている（現在43人）。医師の業務軽減のためには、DA数だけではなく、その質やモチベーションを上げる取組みが必須である。そこで、DAリーダーとのコアメンバー会議や全DAによる定例ミーティングを幹部医師や事務を交えて行い、常に現状把握とコミュニケーションの向上を図っている。DAに一部門として活動する意識を持たせることが大切であり、これによってDA自身のモチベーションと活動の質の向上（相互教育や自己研鑽など）が見られ、離職率も大幅に減少している。

(4) その他のタスク・シフト

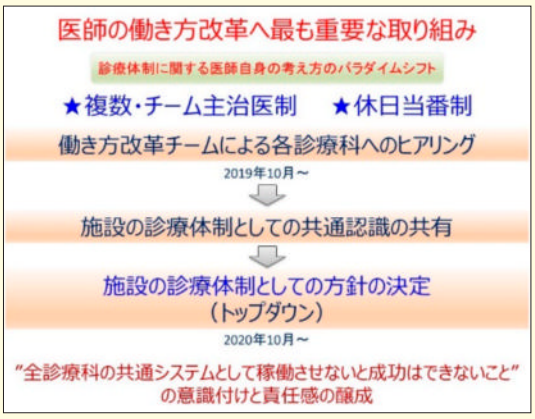
例えば薬剤部が自主的に医師や看護師に働きかけて議論を行い、患者面談、持参薬の鑑別・処方オーダーの代行入力、疑義照会の際の処方変更を薬剤師が行うなど医師の業務軽減を図っており成果を上げている。

医師の超過勤務の実態把握と改善の試み

九州がんセンターでは、まず一人ひとりの診療科長へ労働基準法や36協定の理解や認識を高めてもらうことから始めた。その説明は、管理課とともに幹部医師が率先して行った。並行して、医師の超過勤務や年休取得の状況を院内ネットワークで月に1回、36協定の遵守状況とともに、各診療科長・各医師へフィードバックし常に認識を高めている。

医師の診療体制の変革

医師の働き方改革で最も重要なことは、医師自身の考え方のパラダイムシフト、つまり診療科ごとの複数主治医制・チーム主治医制、さらに休日当番制の確立である。まずは



働き方改革チームによる各診療科のヒアリングとパラダイムシフトの必要性の啓発をしながら、徐々に全診療科の認識を醸成した後で、病院の決定方針として、複数主治医制・チーム主治医制を導入した。その決定事項は、診療科だけでなく看護部を含む全部門の協力・理解がないと成功しないため、その周知も徹底した。その結果、全診療科でスムーズに導入が進んだが、質の担保など継続的評価が必要であると考えている。また、医療側だけでなく、患者・家族の理解も高めていく仕掛けが必要である。

九州がんセンターでは、全スタッフ間の相互理解を高める活動を併行しながら、「働き方改革で医療の質を向上させる」ことを目指し、その最終アウトカムである患者満足度や医療従事者の満足度の向上を見える化することを追求することとしている。



（「データヘルス改革」[*18]により利用者ごとに効率的・効果的な医療・介護サービスの提供を目指す）

医療・福祉現場の人的制約を克服するための一つの方法として、利用者が受ける医療・福祉サービスそのものも利用者ごとに効率的・効果的な内容や方法で提供されることが必要であろう。医療及び介護サービスの質を高め、健康寿命の延伸にもつながることが期待される。

厚生労働省では、個人の健康診断結果や服薬履歴等の健康・医療等情報を電子記録として、本人や家族が正確に把握するための仕組みであるパーソナル・ヘルス・レコード（Personal Health Record：PHR）を推進しており、また、患者の保健医療情報を患者本人の同意により全国の医療施設等において確認できる仕組みを構築している。今後、医療・介護現場において過去の保健医療情報等を適切に確認できる仕組みが構築されることにより、例えば、重複投薬等の適正化や入退院時の迅速な情報共有等により、より質の高い医療・介護サービスが提供されることが期待される。さらに、健康、医療及び介護のビッグデータを活用するため、保健医療・介護分野の公的データサービス[*19]を連結解析できる基盤の整備・拡充を進めている。行政・研究者にとどまらず、民間企業等を含めた幅広い主体によるビッグデータの利活用を推進することによって、医薬品の安全性の更なる向上、治療の質の向上や新たなサービス等の開発など、保健医療・介護分野におけるイノベーションを創出するほか、地域包括ケアシステムの実現などに向けた保健医療介護分野の効率的な施策を推進することとしている[*20]。

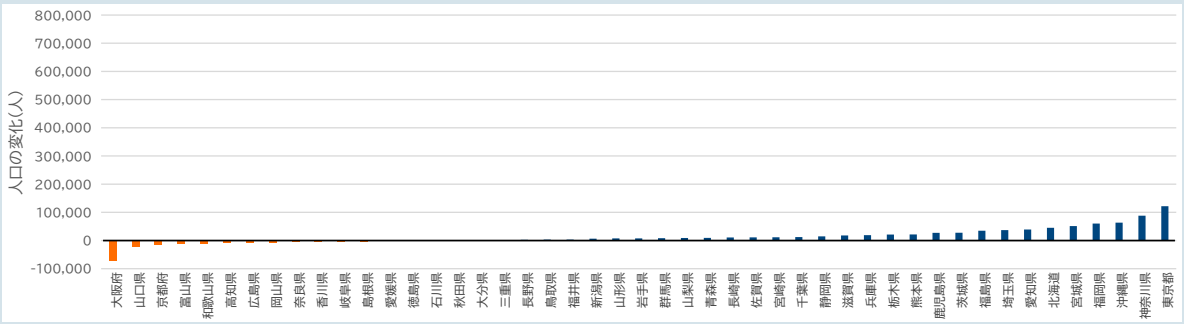
4 人口減少等の地域の実情に応じた提供の在り方及び人材確保に関する方向性

（高齢化の状況は地域ごとに異なり、2040（令和22）年にかけて地域によっては医療・介護ニーズは縮小していくことが見込まれる）

2022（令和4）年から2025（令和7）年にかけて、75歳以上の人口が毎年約200万人増加すると見込まれている。2025年から2040年にかけては75歳以上の人口の増加は緩やかになるが、都道府県別にみると、増加は30都道県である一方で、17府県では減少することが見込まれている（**図表2-1-8**）。高齢化がピークを迎えた地域では、人口減少に伴って高齢者人口が減少に転じ、医療・介護ニーズは縮小していくことが見込まれる。

＊18 健康、医療及び介護分野のデータの有機的連結やAI、ICTなどの技術革新の利活用を推進し、国民の健康寿命の更なる延伸と効果的・効率的な医療・介護サービスの提供を目指す取組みをいう。
＊19 ナショナル・データベース（NDB）、介護保険総合データベース（介護DB）、DPC（Diagnosis Procedure Combination）データベース
＊20 厚生労働省政策統括官付（統計・情報政策、政策評価担当）「今後のデータヘルス改革の進め方について」（第6回データヘルス改革推進本部資料、2019（令和元）年9月9日）

図表2-1-8　2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態



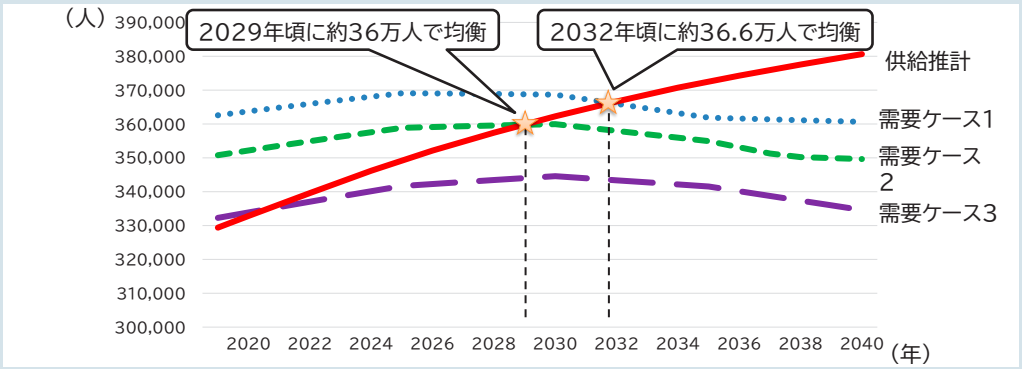
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2018年推計）」により厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

（全体の医師数は2029（令和11）年に需給が均衡、地域・診療科間の偏在対策が引き続き重要）

2020（令和2）年の医師需給推計[*21]によれば、医師の労働時間を一般労働者に適用される週60時間を上限とする等の仮定を置いた場合において、2023（令和5）年度の医学部入学者が医師となると予想される2029（令和11）年頃に需給が均衡すると推計されている（**図表2-1-9**）。医師についてはこれまで地域枠を中心に医学部定員を増員してきたことにより、全国で毎年約3,500～4,000人ずつ増加している。今後は人口減少に伴い医師需要が減少局面となり、医師の増加のペースについては見直しが必要となることも考えられる。しかし、医師の地域間及び診療科間の偏在は依然として存在することから、医学部、臨床研修及び専門研修の各養成課程での対応策を講じることが引き続き重要である。また、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、産科・小児科においてはその労働環境に鑑みると医師が不足している可能性がある。医療施設間の機能の分化・連携と併せて、全ての医療施設において働き方改革に取り組み、どこの地域においても安心して子どもを産み、育てられる環境の整備のため、産科・小児科の医療人材の確保に取り組む必要があるだろう。

＊21　厚生労働省医政局　第35回医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（2020（令和2）年8月31日）

図表2-1-9　2020（令和2）年度　医師の需給推計

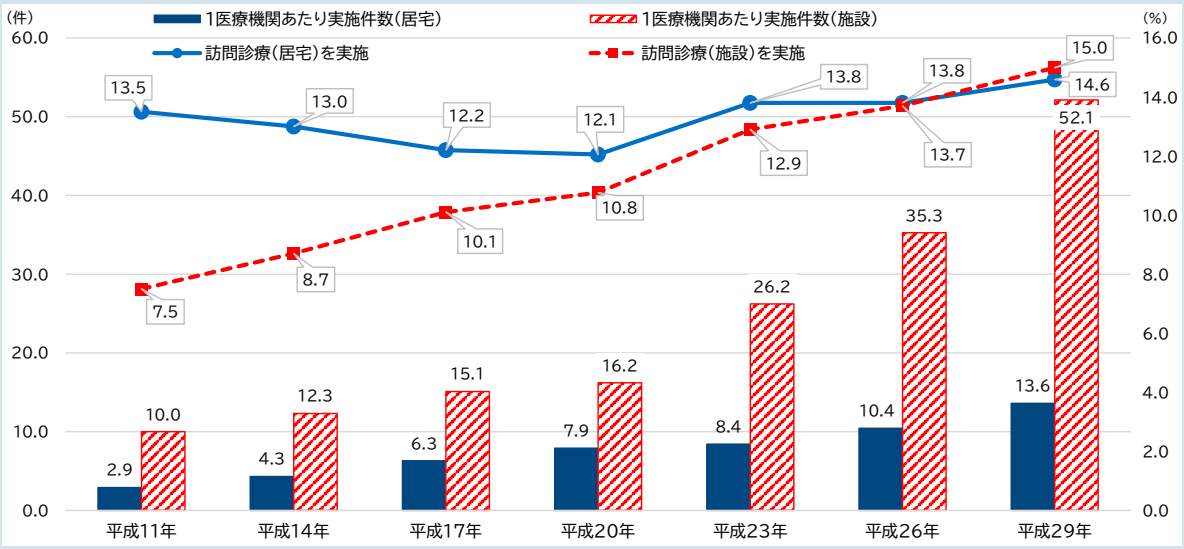


資料：厚生労働省医政局医事課において作成。
（注）　供給推計　今後の医学部定員を令和２年度の9,330人として推計。
性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。
需要推計　労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
・ケース１（労働時間を週55時間に制限等≒年間720時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース２（労働時間を週60時間に制限等≒年間960時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース３（労働時間を週78.75時間に制限等≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当）

（地域で歯科医師に求められる役割が多様化していることから、病院歯科・診療所の役割を明確化した上で歯科医師の需給を検討することが必要）

歯科医師についても、需要と供給の相互の関連性を見ながら養成を考える必要がある。子どものう歯の減少や高齢者の8020（80歳になっても自分の歯を20本以上保つこと）の達成者は増加し、全年齢の歯科定期検診の受診率は上昇している。また地域包括ケアシステムの構築を目指す中にあって、歯の健康が全身の健康に与える影響に着目し、高齢者の介護予防と併せて地域で生活する高齢者の口腔衛生の管理を進めていく取組みが市町村において始まっている。「歯科保健医療ビジョン」（2017（平成29）年12月25日）では特に、地域での歯科医の役割を示し、「かかりつけ歯科医」は外来診療に加え、患者の居宅・介護施設・病院への訪問歯科診療の実施や、口腔内状況の情報共有等についての介護等多職種連携の場への参画などを求めている。2017年時点では、居宅を対象に歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は微増傾向であるが、施設を対象に歯科訪問診療を実施している歯科診療所は増加している（**図表2-1-10**）。

図表2-1-10　歯科医訪問診療を提供している歯科診療所の状況



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成29年医療施設調査」により厚生労働省医政局歯科保健課において作成。
（注）　平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出。

高齢期にあっても歯の健康を維持するためには、周産期・幼児期からの長期間にわたる継続した管理が必要とされる。歯科の外来医療では、高齢化や過疎化等の地域の状況を踏まえながら、ライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療の提供及び保健指導等を行う、かかりつけ歯科医の重要性が増している。また、がん患者等について手術前後に口腔環境を良くすることにより合併症を予防する「周術期等口腔機能管理」や、糖尿病や歯周病等の医科歯科連携、歯科疾患の予防を含めた地域における歯科保健活動等の機能の拡大が歯科医師に求められている。

これまでは歯科医師数全体を見て、新規参入数を削減する取組みがなされてきたものの、地域で歯科医師に求められるニーズが多様化し、歯科医師の地域偏在も指摘されている。都道府県における医療計画等において具体的な検討が可能となるよう、病院歯科と歯科診療所の役割分担及びかかりつけ歯科医が持つべき機能を明確化する必要があるだろう。また、歯科専門職種間の連携を進め、働き続けられる環境を整備することによってより質の高い歯科医療を提供するために、在宅歯科医療における訪問歯科衛生指導や入院患者の口腔管理等においてその役割が注目されている歯科衛生士や、口腔機能の回復において重要な役割を担っている歯科技工士も含めて、今後の歯科保健医療提供体制の在り方を踏まえた需給に関する検討が必要であろう[*22]。

なお、2022（令和4）年度において、歯科専門職間の連携を進め、より質の高い歯科医療を提供する観点から、歯科衛生士・歯科技工士を確保するため、離職防止・復職支援のために実技研修等を実施する団体、学校等へ必要な経費を支援することとしている。

（看護職員の確保については、総数確保に加えて、地域別・領域別偏在への対策が必要）

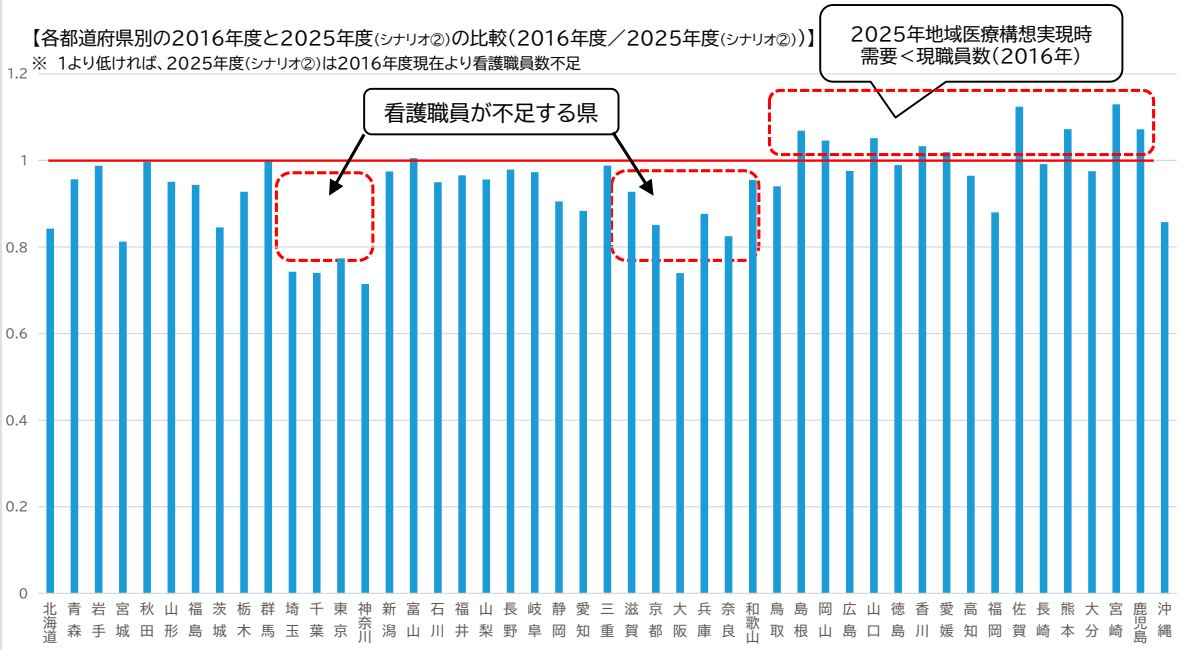
就業している看護職員数については、2009（平成21）年に約143万人、2019（令和

＊22　厚生労働省医政局　第1回歯科医療提供体制等に関する検討会（2021（令和3）年2月19日）

元）年に約168万人と、増加して推移している。しかしながら、療養の場の多様化と病床の機能分化・連携の推進により看護職員の活躍の場も多様化し、看護職員のニーズが増加していること等により、看護師及び准看護師の有効求人倍率は、全職業計を大幅に上回って推移しており、2020（令和2）年度は2.24倍となっている。このため、引き続き、看護職員の総数確保を図ることが必要である。

また、2019年の看護職員の需給推計[*23]では、都道府県別で見た場合、大都市部等では依然として需要数が供給数を上回るものの、一部都道府県では需要数が低下する見込みとなっている（図表2-1-11）。さらに、一定の前提を置いて、地域別・領域別の需給バランスを推計すると、看護職員総数が充足される見込みの一部都道府県において、医療施設では充足していても、訪問看護や介護施設では不足していたり、より小規模単位の地域でみれば、へき地を始め一部の地域で看護職員が不足する状況であったりすることが指摘されている（図表2-1-12）。従来の新規養成、復職支援及び定着促進といった看護職員の総数不足への対応に加えて、看護職員の地域別・領域別偏在の調整についても地域の実情や求められる機能に応じた具体的な対策の検討が必要となる。

図表2-1-11　看護職員の需給推計結果（都道府県別）



資料：厚生労働省医政局看護課において作成。
（注）　看護職員の需要推計は、ワーク・ライフ・バランスの実現を前提に、看護職員の超過勤務時間や年次有給休暇の取得日数などの条件について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を待たせた推計を行っている。具体的には以下の3つのパターンを設定している。
シナリオ①　1か月あたり超過勤務時間：10時間以内　1年あたり有給休暇取得日数：5日以上
シナリオ②　1か月あたり超過勤務時間：10時間以内　1年あたり有給休暇取得日数：10日以上
シナリオ③　1か月あたり超過勤務時間：0時間　1年あたり有給休暇取得日数：20日以上

＊23 厚生労働省医政局　医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会「看護職員需給分科会中間とりまとめ」（2019（令和元）年11月15日）

図表2-1-12　看護職員の需要推計（A県の２次医療圏単位）

※ マイナスは需要＜供給、プラスは需要＞供給

	2016①				2025②				差(②−①)			
	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計
二次医療圏a	12,671	1,614	1,012	15,297	9,978	1,989	1,219	13,186	-2,693	375	207	-2,111
二次医療圏b	2,497	461	202	3,160	1,801	451	215	2,467	-696	-10	13	-693
二次医療圏c	1,674	328	176	2,178	1,501	375	200	2,076	-173	47	24	-102
二次医療圏d	1,062	254	127	1,443	890	275	142	1,307	-172	21	15	-136
二次医療圏e	3,752	558	355	4,665	3,087	628	419	4,134	-665	70	64	-531
二次医療圏f	735	268	121	1,124	759	282	131	1,172	24	14	10	48
二次医療圏g	2,473	462	234	3,169	1,898	511	262	2,671	-575	49	28	-498
二次医療圏h	416	121	64	601	559	135	69	763	143	14	5	162
二次医療圏i	1,568	314	164	2,046	1,379	344	179	1,902	-189	30	15	-144

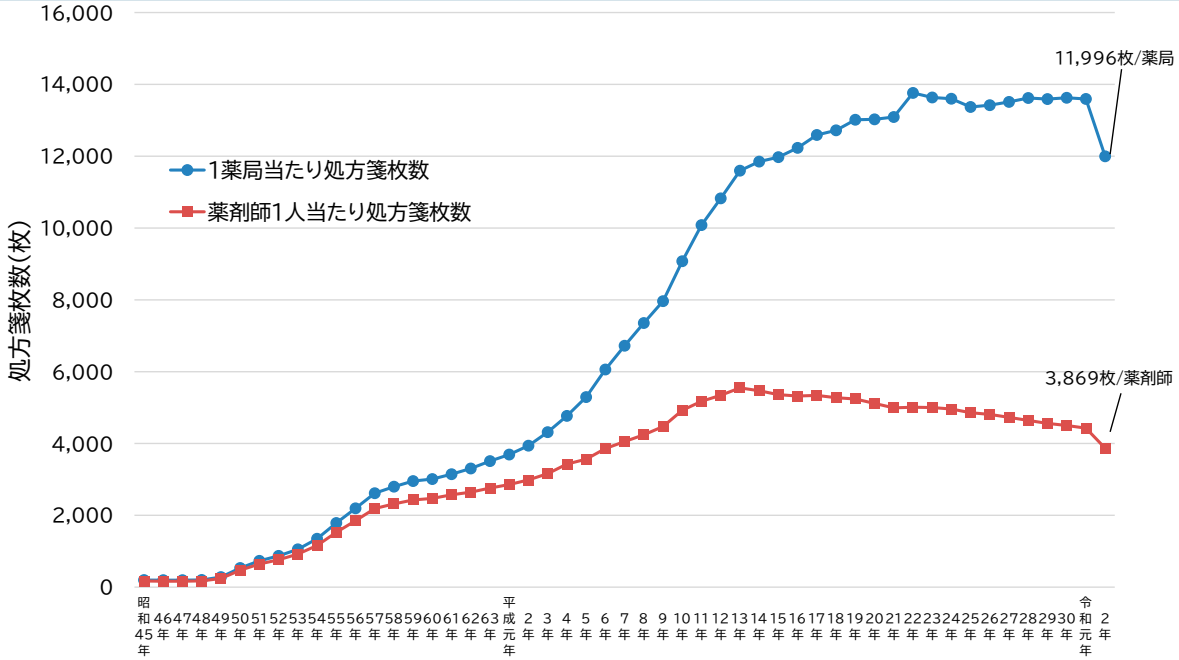
資料：厚生労働省医政局看護課において作成。
（注）　医療分野とは病院、有床診療所、精神病床、無床診療所、在宅・介護分野とは訪問看護事業所、介護保険サービス等、その他とは学校養成所等。

（薬剤師の全体数は需要を上回って推移することから、適正な大学の定員規模の在り方の検討とともに、偏在を解消するための方策についての検討も必要）

薬局数及び薬局で就業する薬剤師数は増加傾向にあるものの、薬局薬剤師一人当たりの年間処方箋枚数は減少傾向が続いている（**図表2-1-13**）。一方で、薬物療法において特に副作用に注意を要する、がん、糖尿病等を有する患者については外来治療が入院治療を上回るなど、外来や在宅で治療を受ける患者が増えている（**図表2-1-14**）。また、80歳以上の患者の７割超が６種類以上の薬を服用する実態があるなど、多剤服用による薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス*24低下等の懸念がある（**図表2-1-15**）。

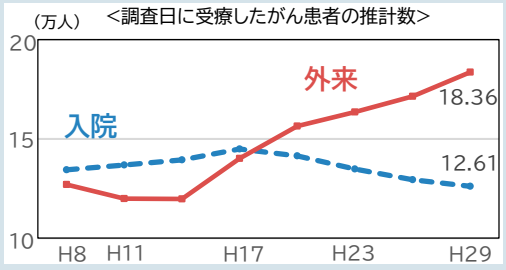
＊24 患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って服薬することをいう。

図表2-1-13　１薬局／薬剤師１人あたり処方箋枚数の推移



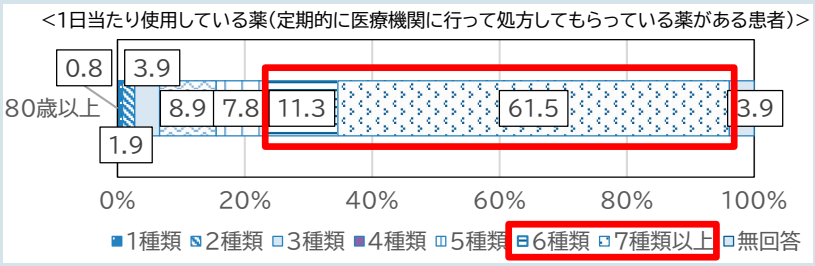
資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和２年医師・歯科医師・薬剤師統計」、同「令和２年度衛生行政報告例」、（公社）日本薬剤師会「保険調剤の動向」により厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。
（注）　平成22年度の薬局数は宮城県と福島県相双保健福祉事務所管轄内の市町村を含まない。
計算で用いた薬局薬剤師数については、医師・歯科医師・薬剤師統計の調査年以外の年は、前後の年の平均値としている。

図表2-1-14　外来で治療を受けるがん患者数の増加



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「平成29年患者調査」により厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。

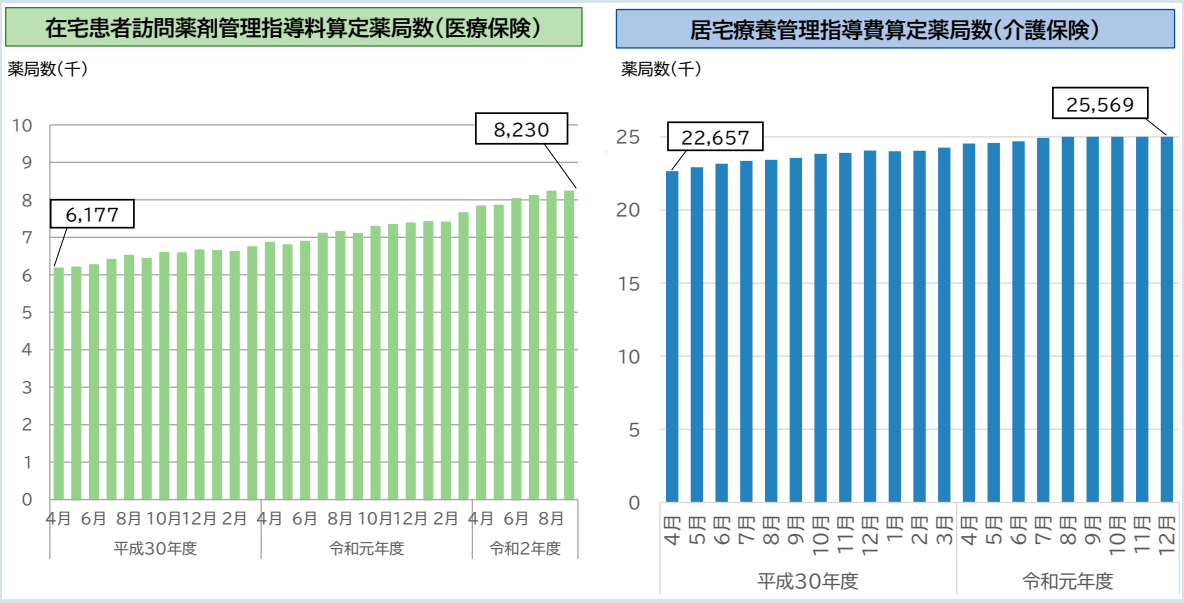
図表2-1-15　多剤投与の実態



資料：厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（速報値）」により厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。

「患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」（2015（平成27）年10月23日）では、処方箋の受取・保管や薬の調剤等の薬中心の業務から、処方内容のチェック、医師への疑義照会、丁寧な服薬指導、在宅訪問での薬学管理や処方提案など患者中心の業務を担う、「かかりつけ薬剤師・薬局」の役割を示した。また、2019（令和元）年に公布された改正医薬品医療機器等法[*25]により、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするための薬剤師・薬局の在り方が見直され、薬剤師が調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導等を行うことの義務づけなどが行われた。直近では、在宅業務を実施している薬局数は増加している（**図表2-1-16**）。

図表2-1-16　在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

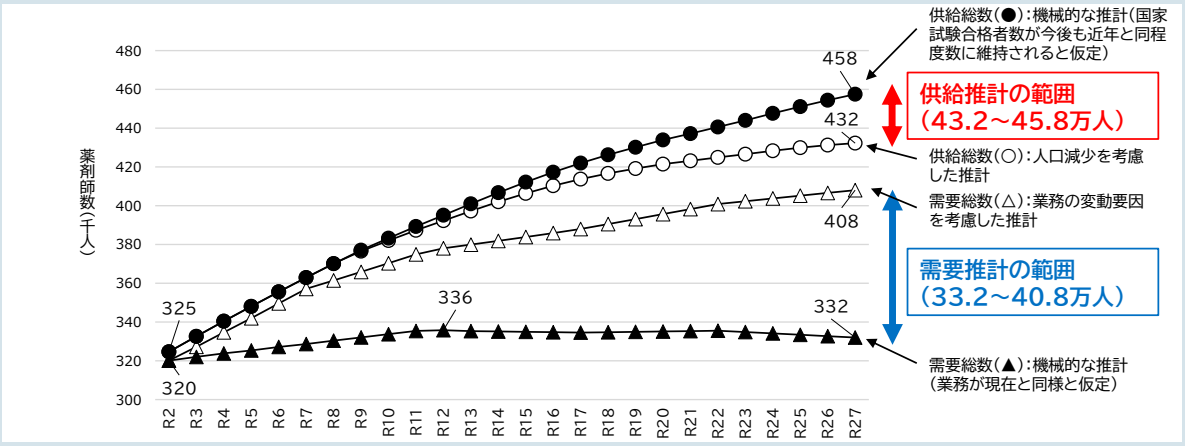


資料：「在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）」についてはNDBデータにより、「居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）」については厚生労働省老健局特別集計により厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。
（注）　在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

2021（令和3）年の薬剤師の需給推計[*26]によると、薬剤師の総数は、将来的には薬剤師の業務が地域における役割の重要性の増加に伴い需要がより増加すると仮定したとしても、供給が需要を上回り、薬剤師が過剰になると見込まれている。さらに、薬剤師業務の充実と資質向上に向けた取組みが行われない場合は需要が減少し、供給との差が一層広がることになると見込まれている（**図表2-1-17**）。

＊25　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等の一部を改正する法律（令和元年法律第63号）
＊26　厚生労働省医薬・生活衛生局「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」（2021（令和3）年6月30日）

図表2-1-17　薬剤師の需給推計（全国総数）



＜供給推計＞
機械的な推計（●）：現在の薬剤師数の将来推計、及び今後新たなに薬剤師となる人数の推計（国家試験合格者数が今後も近年と同程度数に維持されると仮定）をもとに供給総数を推定（推定年における年齢別死亡率も考慮）
人口減少を考慮した推計（○）：今後の大学進学予定者数の減少予測を踏まえ、国家試験合格者が同程度の割合で減少すると仮定して供給総数を推計
＜需要推計＞
機械的な推計（▲）：薬局業務（処方箋あたりの業務量）、医療機関業務（病床／外来患者の院内処方あたり業務量）及びその他の施設に従事する薬剤師の業務が、現在と同程度で推移する前提で推計
変動要因を考慮した推計（△）：薬局業務と医療機関業務が充実すると仮定した場合の推計

資料：厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成
（注）　推計期間　令和2（2020）年～令和27（2045）年

将来的に薬剤師が過剰になると予想される状況下では、適正な大学の定員規模の在り方や仕組みなどを検討する必要があろう。また併せて、地域偏在や従事先業態の偏在により、特に医療機関を中心として薬剤師が充足していない状況についても対応策の検討が重要である。チーム医療の推進により、医療機関の薬剤師には、多職種と連携しながら病棟の薬剤業務の充実を図ることが求められており、医師からのタスク・シフト／シェアとして薬剤師が薬物療法に積極的に関わっていく期待も高い。また、患者が退院後に自宅等で適切な治療を受けられるよう、地域の薬局や訪問看護等を担う関係機関との連携にも関与していく必要がある。地域の実情に応じた効果的な取組みが必要であろう[*27]。

＊27 厚生労働省医薬・生活衛生局「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」（2021（令和3）年6月30日）

コラム 薬剤師と多くの職種が連携した在宅療養患者の薬剤管理の取組み（ファーマシィ薬局引野）

　高齢化の進行や、外来で治療を受けるがん患者の増加などに伴い、在宅を含めた薬物療法が重要となっており、薬剤師・薬局の機能強化が求められている。そこで、地域の病院や多職種と連携しながら在宅業務を積極的に行っている薬局の一例として、「ファーマシィ薬局引野」（広島県福山市）の取組みを紹介する。

在宅業務に取り組むきっかけ

　重度な要介護状態になっても患者が住み慣れた自宅で最期まで過ごせるためには、24時間365日の支援体制など地域の医療チームによる連携が必要不可欠である。そこでファーマシィ薬局引野も医薬品の供給を担う医療チームの一員として、有志の医師や医療専門職等の仲間集めから着手し、勉強会の開催や、後方支援病床の確保等の在宅医療に必要となる仕組み作りを進めた。ただ、賛同する専門職を増やさなければ、取組が地域に定着しない可能性を感じ、医師会や病院を巻き込んで取組みを進め、現在では、連携する職種も増えた環境で薬局として在宅業務を実施している。

在宅業務の実施内容

　薬局薬剤師の在宅業務は、患者の自宅を訪問し、服用薬や残薬（飲み残しの薬）の状況だけでなく、生活状況も含めて把握することから始まる。これにより、残薬解消に向けた対応等に加え、各患者に応じた服薬支援（例えば、飲み込む力が弱っている患者に飲みやすい剤型への変更を検討する、家族の在宅時間や他職種の訪問時間等に服用できるように服薬タイミングや回数を検討するなど）を行うことが出来る。また、患者の状態を踏まえた医師への処方提案など、在宅業務で薬剤師に出来ることは多々あり、1件当たりの在宅業務に要する時間は、ケースバイケースではあるものの、長ければ2時間程度かかることもある。

　また、自宅での看取りも支援しており、24時間体制での医薬品提供体制の構築、取扱いが難しい医療用麻薬の管理・調製等を行っている。

　さらに、無菌調剤室を整備するなど、在宅業務に必要な設備整備も行っている。

薬薬連携や多職種連携

　薬薬連携（薬局薬剤師と病院薬剤師の連携）や多職種連携にも積極的に取り組むことにより、より充実した在宅業務を実現している。例えば、在宅療養している患者が入院する際には、病院がスムーズに患者の薬を把握できるよう、統一した書式※1により所持薬の情報を整理したうえで、病院薬剤師に伝達している。


作成日

薬剤管理サマリー（薬局→医療機関）

薬剤部　御中

様の処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日	歳	性別	身長 cm	体重 kg
受診医療機関	クリニック			

基本情報			該当薬剤	発現時期	発現時の状況等（検査値動向含む）
禁忌薬	☑なし	□あり			
アレルギー歴	☑なし	□あり			
副作用歴	☑なし	□あり			
腎機能	SCr	mg/dL	eGFR	mL/min/1	体表面積（DuBois式）0.000 m²
その他必要な検査情報					
在宅での服薬管理	□自己管理	□服薬介助あり	☑その他（内服なし　高カロリー輸液）		
服用方法	☑経口	□経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻）	☑CVポート	□PICC	
調剤方法	☑ＰＴＰ	☑一包化	□簡易懸濁	□粉砕	☑その他
服薬状況	□良好	□時々忘れる	□忘れる	□拒薬あり	□嚥下困難あり
	□その他（　）				
一般用医薬品・健康食品等	□なし	☑あり	（新カンポーエース：アセトアミノフェン300mg配合　その他成分あり）		

服用薬情報（1）　□別紙あり　処方医療機関：クリニック
- ・エルネオパNF2号1500mＬ　24時間で滴下 → 17時に更新
- ・フェントステープ2mg　1日1枚　18時更新
- ・アンペック坐剤10mg　1/2個　疼痛時
- ・マイスリー10mg　1錠　1日1回　就寝前
- ・ナイキサン100mg　2錠　1日2回　朝夕食後
- ・ランソプラゾールOD15mg「武田テバ」1錠
- ・ベタメタゾン0.5mg「サワイ」1錠　1日1回　朝食後
- ・スインプロイク0.2mg　1錠　1日1回　夕食後

服用薬情報（2）　□別紙あり　処方医療機関：
- ・ナウゼリン坐剤60mg　吐き気時（ここ2週間はほぼ使用なし）
- ・酸化マグネシウム330mg　6錠　1日3回毎食後（便秘時　調節服用）
- ・アセトアミノフェン坐剤200mg　発熱時（ここ最近は頻回使用）
- ・新レシカルボン坐剤　便秘時
- ・ピコスルファート内用液0.75%　1回5滴　便秘時
- ・ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」
- ・ビーソフテンローション0.3%　乾燥部へ

特記事項

※患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること（問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容）

お世話になります。　様ですが輸液量を1500mL/日で24時間滴下を継続しています。抗がん剤の副作用がなくなったためか吐き気は減少し、食事が少し摂れるようになっていました。しかし、固形物を摂取すると嘔気が発生する傾向があります。）

2～3週間前から発熱が顕著に目立ってきております。39℃を超える熱があるため、アセトアミノフェン坐剤200mgと市販薬の新カンポーエース服用で解熱効果が得られた時もありました。（2週間前は坐薬1個もしくは市販薬1袋で解熱できていましたが、最近はそれでも解熱が難しくなっているようです）発熱の頻度がかなり多い状態です。

疼痛の状態は2021年1月中旬から増悪傾向ありフェントステープ：1→1.5→2mg（2021/3/5～2mgへ増量）しております。心窩部の痛みと腹部の痛みの訴えがありました。腹部の訴えは排便にて軽減されましたが、心窩部痛は内臓痛のような感じがあり、アンペック坐剤10mgの1/2個を使用して抑えていました（アンペック坐剤の使用頻度が現在上がっております、1日3回ほど使用する時があるようです）。フェントステープを3mgに増量も検討していましたが、持続痛のNRSが本人として軽度であり、レスキューで様子を見ようと1週間前に協議していたところ、痛みの頻度が上昇してきた次第です。

夜間睡眠不良の為マイスリー10mgを1日1回服用しています。過去に服用経験がありました。服用後健忘や意識低下などの発生はありません。

投与方法に注意を要する薬剤　☑なし　□あり

※下記には現在の処方内容のうち、投与方法が特殊な薬剤（例：連日服用しない薬剤、投与間隔が設けられている薬剤等）や維持量まで増量が必要な薬剤（例：ドネペジル、ラモトリギン等）を記載しています。貴院における薬物療法の参考にして下さい。

※ご不明な点がございましたら、下記薬剤師までお問い合わせください。

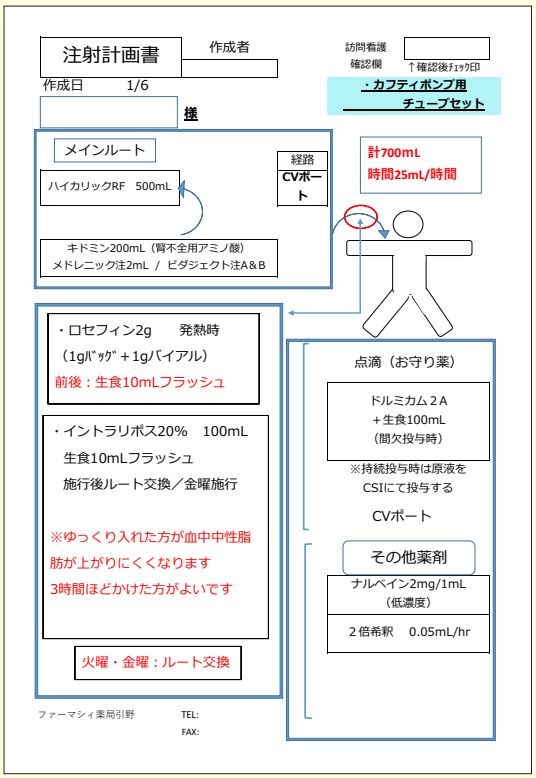
ファーマシィ薬局　引野　　薬剤師

※1　病院に所持薬の情報を伝達するための書式（例）

　また、入院患者が退院して在宅療養に移行する際には、薬局薬剤師が病院薬剤師や多職種が集う退院時カンファレンスに参加し、患者の入院状況や処方歴等の様々な情報を得るとともに、これらの情報を踏まえ、個々の患者に応じた処方提案などを行っている。

　在宅業務の実施に当たっては、多職種間での情報共有に努めるとともに、多職種間のス

ケジュールを調整する役割も担っている。また、例えば、実際に患者に医薬品を投与する看護師に安全管理の面から注射計画書※2などの情報提供書を作成し提供するなど、他職種のサポートも行っている。これらの取組みにより、他職種の信頼を得ながら連携を進め、質の高い在宅ケアを実現している。



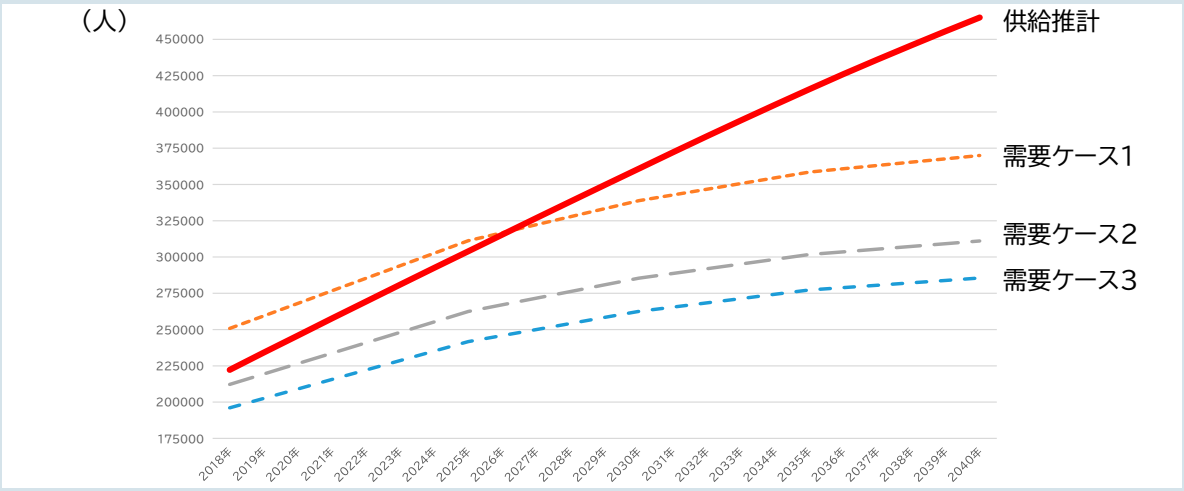
※２　注射計画書（例）

（理学療法士及び作業療法士の全体数は需要を上回って推移）

理学療法士及び作業療法士については、2019（平成31）年４月の需給推計＊28によると、需要について幅を持たせた推計を行ったいずれのケースにおいても供給数が需要数を上回っており、2040（令和22）年頃には供給数が需要数の約1.5倍となると見込まれている（**図表2-1-18**）。

＊28 厚生労働省医政局　第３回医療従事者の需給に関する検討会　理学療法士・作業療法士需給分科会（2019（平成31）年４月５日）

図表2-1-18　理学療法士・作業療法士の需給推計



供給推計　全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比（仕事率）を考慮して推計。
需要推計　ケース1、ケース2、ケース3について推計※
※　精神科入院受療率、外来リハビリ実施率、時間外労働時間について幅を持って推計

資料：厚生労働省医政局医事課において作成

（児童数の減少も踏まえ、地域のニーズに応えるため多様な保育サービスを提供）

都市部を中心に引き続き待機児童が発生している一方で、人口減少の影響下にある市町村では、児童数の減少により保育所の運営が困難となり、統廃合が行われるケースも見られる状況となっている（**図表2-1-19**、**図表2-1-20**）。今後は人口減少地域を始めとした多くの地域で良質な保育の提供を継続するため、地域ごとのニーズに応える形で保育所の多機能化等を進めていくことが重要である。具体的には、定員に余裕のある保育所で普段通所していない児童を一時預かり事業で預かることや、地域子育て支援拠点事業や利用者支援事業との併設を行うこと等が考えられる[*29]。

*29 厚生労働省子ども家庭局「地域における保育所・保育士等の在り方に関する検討会取りまとめ」（2021（令和3）年12月20日）

図表2-1-19　保育所の運営継続の困難さの状況

Q　自治体において、人口減少の影響により、域内の保育所等の多くが定員割れを起こし運営の継続が困難となっている事態は生じてますか。

	全体(n=897)		A-1（n=307）		A-2(n=119)		B-1(n=225)		B-2(n=246)	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
自治体全域において生じている	29	3.2%	*21*	*6.8%*	1	0.8%	6	2.7%	*1*	*0.4%*
自治体内の一部地区において生じている	119	13.3%	48	15.6%	*37*	*31.1%*	23	10.2%	*11*	*4.5%*
生じていない	738	82.3%	*235*	*76.5%*	*79*	*66.4%*	192	85.3%	*232*	*94.3%*
把握していない	11	1.2%	3	1.0%	2	1.7%	4	1.8%	2	0.8%

オレンジ：p＜0.05,全体の割合と比べて割合が高い　ブルー：p＜0.05,全体の割合と比べて割合が低い

（参考）自治体の分類の考え方
○分類Aの考え方…**過疎地域・離島含む人口減少の影響下にある市町村**を、過疎地域や離島を基に以下のとおり分類
・分類A－1…市町村全体が過疎地域又は市町村全体が離島
・分類A－2…市町村の中に一部過疎地域を含む又は市町村の中に離島を含む
○分類Bの考え方…分類Aに該当しない地域を、**将来的に人口減少の可能性のある市町村**とし、以下のとおり、より急速に人口減少が起こる地域と緩やかに人口減少が起こる地域とに分類
・分類B－1…0～4歳人口の将来推計人口の2010～2030年の増減率について中央値より減少率が高い市町村
・分類B－2…0～4歳人口の将来推計人口の2010～2030年の増減率について中央値より減少率が低い市町村

資料：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「人口減少地域等における保育に関するニーズや事業継続に向けた取組事例に関する調査」

図表2-1-20　保育所の統廃合の状況

Q　平成27年度以降の貴自治体内保育所等の統廃合について教えてください。

	全体(n=898)		A-1（n=308）		A-2(n=119)		B-1(n=225)		B-2(n=246)	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
統廃合をした	344	38.3%	116	37.7%	*66*	*55.5%*	81	36.0%	*81*	*32.9%*
これまで統廃合をしていないが、今後、統廃合を行う予定がある	142	15.8%	*37*	*12.0%*	20	16.8%	44	19.6%	41	16.7%
これまで統廃合をしておらず、今後も、統廃合を行う予定はない	412	45.9%	155	50.3%	*33*	*27.7%*	100	44.4%	124	50.4%

オレンジ：p＜0.05,全体の割合と比べて割合が高い　ブルー：p＜0.05,全体の割合と比べて割合が低い

（参考）自治体の分類の考え方
○分類Aの考え方…**過疎地域・離島含む人口減少の影響下にある市町村**を、過疎地域や離島を基に以下のとおり分類
・分類A－1…市町村全体が過疎地域又は市町村全体が離島
・分類A－2…市町村の中に一部過疎地域を含む又は市町村の中に離島を含む
○分類Bの考え方…分類Aに該当しない地域を、**将来的に人口減少の可能性のある市町村**とし、以下のとおり、より急速に人口減少が起こる地域と緩やかに人口減少が起こる地域とに分類
・分類B－1…0～4歳人口の将来推計人口の2010～2030年の増減率について中央値より減少率が高い市町村
・分類B－2…0～4歳人口の将来推計人口の2010～2030年の増減率について中央値より減少率が低い市町村

資料：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「人口減少地域等における保育に関するニーズや事業継続に向けた取組事例に関する調査」

ここで保育所の統廃合等を含む地域での保育提供体制の整備に取り組む事例を紹介する。

コラム 人口減少下における各地域の保育提供体制の維持に向けた取組み（愛媛県宇和島市）

保育ニーズの低下を見据えた先手の保育提供体制の検討

愛媛県宇和島市は過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）に基づき市内全域が過疎地域とされているなど、就学前児童を含めた市内の人口そのものが減少している一方で、女性就業率の高まりにより、保育所の利用率（保育ニーズ）は減少せず、横ばいの状況となっている。

こうした中で、宇和島市では、人口減少が更に進行し、保育所利用率の低下が見込まれる5年後を見据えた保育提供体制を今の段階から検討し、保育所の統廃合を含む今後の保育の在り方を計画で示している。

地域づくり施策と連携した保育所の統廃合や各保育所の役割分担

公立保育所の統廃合は、利用児童数が減少していく中で、施設・保育人材を集約し、適切な児童の集団規模を確保する観点で効果的・効率的である一方、地域の保育提供サービスの低下が懸念される場合も多く、関係者への丁寧な説明が求められる。

宇和島市では、保育だけでなく、公立施設の統廃合を市全体で進めており、幼保小の接続の観点から、特に小学校の統廃合との整合性を確保することに努めている。

また、保育所の閉園計画時点で住民説明会を開催し、跡地利用についても地元の意見や要望を踏まえ検討を進めることで、円滑な閉園に至るよう努めている。

このように、保育所の統廃合に当たっては、保育施策だけでなく、地域全体の施策、特に教育施策との整合性に留意しつつ、地域づくり施策とも連携し、今後の見通しを早期に示していくことが効果的であると考えられる。

また、特に少子化の進行が著しいエリアでは、

- 拠点となる保育所を設定し、当該保育所を認定こども園化するなど多機能化を図り、必要に応じ園舎の改築を行う一方で、
- 拠点園以外については、施設の小規模化を行いつつ、当該拠点園との連携を強化する

など、利用児童数の減少を踏まえ、各園の役割を計画的に割り当てて保育提供体制を構築しようとしている。



三間認定こども園新園舎イメージ図
令和5年度末完成予定

多様な保育ニーズへの対応

一方、個人・家族を巡る様々な事象が多様化する中で、保育ニーズについても多様化しており、保育の実施主体である市町村では、こうしたニーズを限られた体制下で、どのように受け止めるかについても課題となっている。

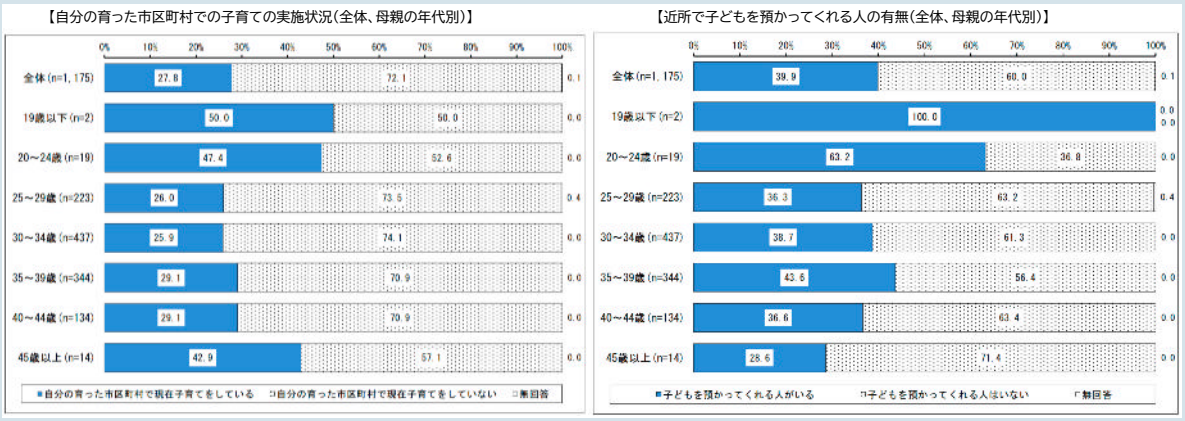
こうした中、宇和島市では、医療的なケアや特別な支援を要する児童の受入れをまずは公立保育所で担う体制を確保しつつ、私立保育所においても、加配職員を配置する場合の補助制度を創設するなど、受入れの促進を進めながら、段階的なサービスの平準化に努めている。

（参考文献）「令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「人口減少地域等における保育に関するニーズや事業継続に向けた取組事例に関する調査研究」」（2021年、有限責任監査法人トーマツ）

（地域で孤立する子育て世帯への支援が必要）

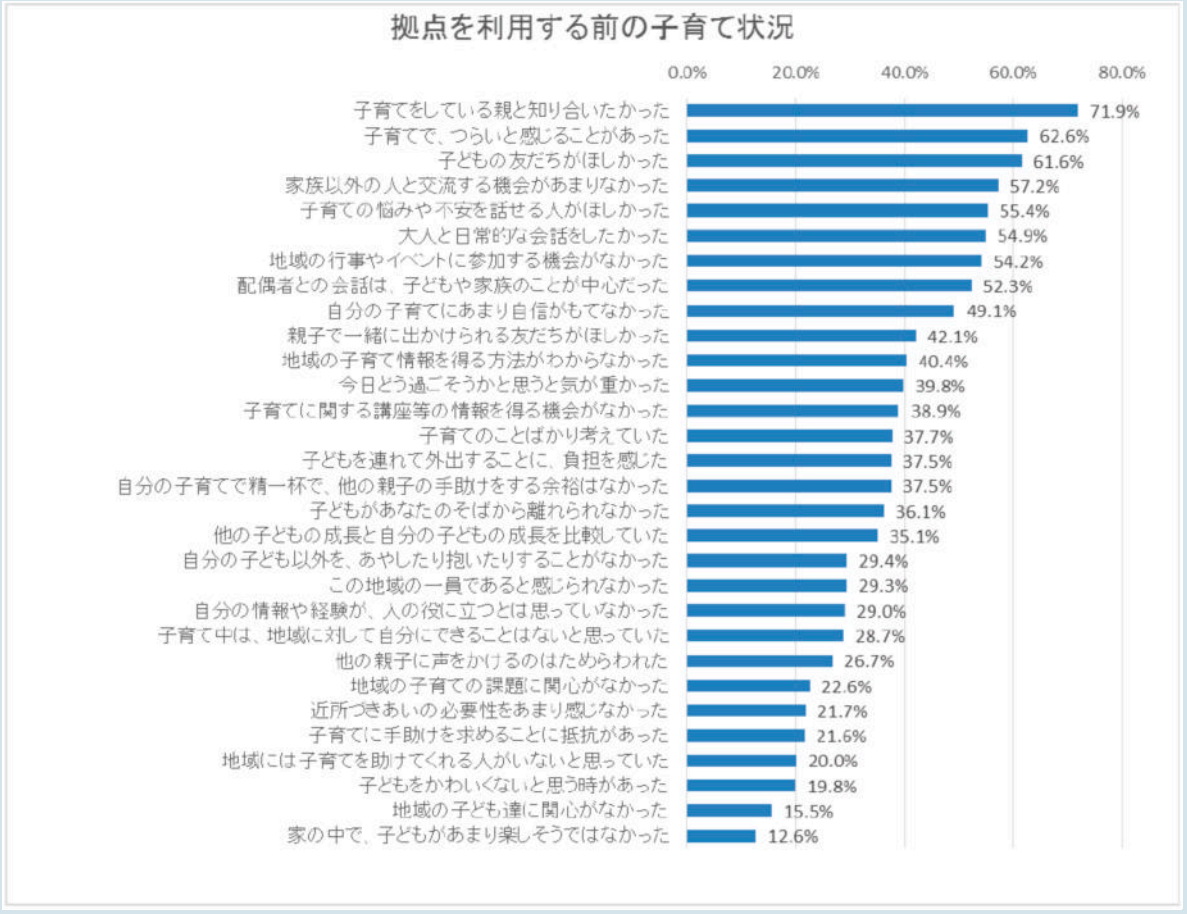
安心して子育てできる環境整備も重要である。2015（平成27）年にNPO法人子育てひろば全国連絡協議会が行った調査では、7割以上の母親は自身が育っていない市町村で子育てを行っている状況（**図表2-1-21**）や多くの母親に子育ての不安や悩みを相談・共有する人がいなかった状況がうかがえる（**図表2-1-22**）。保育所は地域の保護者等に対し、子育てに関する支援に努める役割を担っており、地域で孤立する子育て世帯が見られる中で、保育所や保育士の専門性を活かした支援が期待される。

図表2-1-21　子育て家庭の孤立



資料：NPO法人子育てひろば全国連絡協議会「地域子育て支援拠点における「つながり」に関する調査研究事業報告書」（2015年）
（注）　全国の地域子育て支援拠点事業を運営する団体（計240団体）の利用者について、各団体において任意の開所曜日・時間に1拠点あたり10人程度に無作為配布するよう依頼し回答を得たもの（有効回答数1136人）。

図表2-1-22　子育て家庭の支援ニーズ



資料：NPO法人子育てひろば全国連絡協議会「地域子育て支援拠点における「つながり」に関する調査研究事業報告書」（2015年）
（注）　全国の地域子育て支援拠点事業を運営する団体（計240団体）の利用者について、各団体において任意の開所曜日・時間に1拠点あたり10人程度に無作為配布するよう依頼し回答を得たもの（有効回答数1136人）。

（地域の実情に応じて必要なサービス提供を確保するための選択肢の一つとして、医療法人・社会福祉法人の多事業経営・法人間連携を推進）

日本の医療法人や社会福祉法人は数が多く規模が小さいという特徴がある。少子高齢化や女性の社会進出などの社会構造の変化に伴って地域ごとの医療・福祉ニーズも大きく変化していくことが見込まれる中、従来どおりの事業運営を継続するだけではこうした変化への対応が困難になることも考えられる。また大学病院等の規模が大きい医療機関においても、高齢化の進行によって増加する慢性疾患を抱えた患者の治療を全て引き受けることにより、本来対応すべき高度な治療が必要な患者に対応できなくなるおそれがある。病院・診療所間の機能分担を行い、患者の状態に応じて高度な治療が必要な高度急性期から慢性期や医療療養、在宅療養へと円滑に移行していけるよう病院・診療所間の連携体制をつくることが必要である。また、老人福祉事業、児童福祉事業、障害福祉事業等を運営する社会福祉法人は1事業1法人という運営形態も多く、運営が厳しい状況にあることが指摘されてきた。多事業経営や法人間連携により経営の安定や人材確保がしやすくなるといった観点から社会福祉法人間の連携に取り組む例が出てきており、こうした取組みを支援することも必要であろう。

コラム　地域で伴走できる介護を目指して法人をグループ化（社会福祉法人グループ・リガーレ）

社会福祉法人グループ・リガーレでは、京都府を中心に複数の社会福祉法人[*1]が集まり、人材確保・育成や地域密着型サービスの整備などで成果を上げている。

地域で必要な介護サービスを提供したいという思いから生まれたグループ化

介護が必要になっても住み慣れた場所で安心して暮らし続けるためには、切れ目のない様々な地域密着型の介護サービスの提供が不可欠である。そんな思いから、特別養護老人ホーム等福祉施設を運営する法人が集まる京都市老人福祉施設協議会が、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護[*2]を増やしていくことを決めた。2006（平成18）年度当初は大規模な社会福祉法人を中心に取組みが進んだが、規模の小さい法人は新規事業に着手するノウハウがなく、担当職員の配置も難しい状況であった。そこで、2010（平成22）年、地域密着型拠点の整備経験がある法人・人材が、こうした小規模法人のサポートを決め、2012（平成24）年、リガーレ本部が発足した。

人材育成等の両輪を担うスーパーバイザーの巡回訪問と統一研修

リガーレ本部は、働き続けられる職場環境づくりや着実な成長を促す人材育成、ケアの質の向上に向けた取組みを牽引している。その両輪を担うのがスーパーバイザーによる巡回訪問と統一研修である。

リガーレ本部の人材・開発研究センター部門[*3]には、人材育成専任職員として特別養護老人ホームなどの施設長等を経験し、研修や人材育成に関してキャリアを有するスーパーバイザーを２名配置している[*4]。

巡回訪問は、法人ごとの課題の発見[*5]と、その改善に向けて各法人が策定する行動計画の実践状況の確認を目的に行われている。週1～2回の巡回訪問では、改善に向けた助言を行うほか、役職者のマネジメントの相談やリーダー層が抱えるチーム課題の相談などにも対応している。巡回訪問による課題の発見と改善の取組みにより、これまで個人の能力で解決し共有されなかった課題が施設全体の問題として捉えられ、解決が図られるようになった。

統一研修はリガーレ本部を含めたグループ法人を対象に実施している。研修体系は職務実績に応じて７つの階層に分かれ、到達目標を定めて１年を通して地域での暮らしを支えるといった理念を基軸に講義と演習を組み合わせ、考え、発言する機会を設けることで主体性を身に付ける組織づくりにつながっている。また、１法人当たりの新規採用者は年２～3名だが、統一研修により20名程が仲間となり横のつながりもできる。他にも３つの資格取得研修を提供しており着実なキャリアアップを支援している。年間60回以上、参加者延べ1,000人程となるこの統一研修は、スーパーバイザーと各法人の介護責任者が毎月集まる会議の場で企画されている。

労働条件等を統一し、共同採用・人事交流を実施

リガーレは、グループ共同での人材確保にも力を入れている。各法人が委託費を出し合って確保している人材確保専任職員を中心に、入職2～3年目のリクルーターが各施設をまわるバスツアーなどのイベントを企画・開催している。若手職員が外に向かって組織の魅力を発信することで、組織の活性化にもなっている。

2020（令和2）年以降の新型コロナウイ

＊1　リガーレ暮らしの架け橋（京都府、グループ本部）、北桑会（京都府）、はしうど福祉会（京都府）、六心会（滋賀県）、宏仁会（青森県・千葉県）の5法人。これとは別に、15法人で京都地域包括ケア事業研究会を立ち上げ、統一研修、経営支援、年３回の研修会を実施している。
＊2　事業所への通い、短期間の泊まり、利用者の自宅への訪問を組み合わせ、日常生活での支援や機能訓練を行う。その日の状態に応じて柔軟な対応ができる。
＊3　リガーレ本部のある地域密着型総合ケアセンター「きたおおじ」に設置している。
＊4　配置されている２名のうち、１名は社会福祉士・介護福祉士の資格を持ち、他の１名は認知症認定看護師で構成される。
＊5　各法人の課題を発見し改善するためのツールで、「1．研修・人材育成」「2．会議・記録・情報共有」「3．組織性・組織機能」「4．設備・環境」「5．職員配置」「6．暮らしの支援」の６つの項目で構成される。


スーパーバイザー巡回時の会議の様子


Zoomを活用した統一研修

ルス感染症拡大の下では、オンラインの推進によって遠隔地の法人の研修参加やスーパーバイザーの巡回訪問が強化された。また、リクルート活動では、グループ共同でWebセミナーを開催し、学生との質疑応答や対談を実施した。

今後、介護を必要とする人の地域での生活を支える包括的な支援の場とともに、それを支える高い理念と介護技術を持つ人材がますます不可欠となる。リガーレのような、法人間の連携・協働化の取組みが各地で進むことが期待される。

（地域で包括的な支援を提供するため、一人の医療・福祉人材が複数の専門資格を取得しやすいよう、共通基礎課程の検討や資格所持者の履修期間の短縮等を推進）

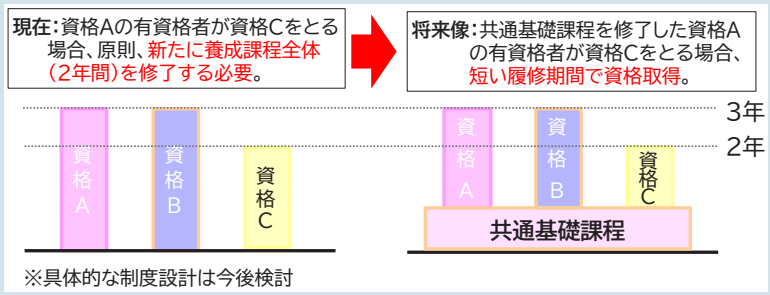
過疎化が進む地域では、高齢、障害、児童等に関する医療・福祉サービスごとに専門資格を有する人材を確保することが困難となることが見込まれる。他方、これら複数のサービスの利用が必要となる複合的課題を抱える地域住民への包括的な支援が課題となっている。「ニッポン一億総活躍プラン」（2016（平成28）年6月2日閣議決定）では、支援の対象者ごとに縦割りとなっている医療・福祉サービスの相互利用等を進めるとともに、一人の人材が複数の専門資格を取得しやすいようにすることとされた。

大学に進学し、医療・福祉に関する資格[*30]を取得しようとする方に対しては、医療・福祉の複数資格に共通の基礎課程を創設し、資格ごとの専門課程との2階建ての養成課程を可能とすることが検討されている（**図表2-1-23**）。複数資格に横断的な1年程度の共通となる基礎課程を設けることにより、多職種連携や地域・社会活動など地域共生社会を担う人材の育成を図るとともに、医療・福祉人材に新たなキャリア像を提供することができると期待されている。また、既に資格を取得されている方に対しては、他の資格を取得する際に履修期間の短縮や、単位認定の拡大が行われている。例えば、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士及び幼稚園教諭[*31]が保育士資格を取得しようとする場合には、一部の試験科目が免除されるほか、指定保育士養成施設で試験科目に対応した教科目を履修することによってそれに対応する試験科目が免除されることとなっている。

現役世代の人口が急減していく中にあっては、医療・福祉人材が多様な分野で活躍しやすくなる取組みを進めていく必要がある。

＊30 医療・福祉関係資格の例として、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士などがある。
＊31 2015（平成27年）度の子ども・子育て支援新制度施行に合わせて「幼稚園教諭免許状を有する者における保育士資格取得特例」が実施されている。その他資格については、2018（平成30）年1月に実施されている。

図表2-1-23　共通基礎課程のイメージ



資料：厚生労働省政策統括官付政策統括室において作成。

（小括）

医療・福祉サービスを支える人材を将来にわたって確保し、社会保障制度を持続可能なものとすることは、全世代の国民の生活の安定や将来への安心感につながる。一人一人が「人生100年時代」を見据えて、健康寿命の延伸によりQOLの向上や生涯現役の就労と社会参加を実現するとともに、医療・介護サービスが必要となる方の増加を抑制していく必要がある。また、現役世代が急減していく中にあっては、女性、高齢者等を始めとした一層の労働参加を促進し、総就業者数の減少を最小限にとどめることが必要であろう。

しかし、医療・福祉分野の有効求人倍率は全産業平均を大きく上回って推移し、今後も少子高齢化の中にあって必要な人材を将来にわたって確保し続けることは容易ではない。医療・福祉サービスそのものもデータヘルス改革により効率的・効果的な提供を目指すとともに、医療・福祉の仕事が他の多くの仕事の中から選ばれるものとなるように、労働環境や処遇の改善に取り組まなければならない。医療・介護ニーズの多様化や利用者の増加等によって増えている現場業務は、医療・福祉の資格を有する専門人材が引き続き行うべきか、又は他の専門人材や有資格者以外の人材では行えないのかの観点から業務仕分けを行った上で、一定の研修等を受けた他の専門人材や有資格者以外の多様な人材に業務担当を移したり共有したりする「タスク・シフト／シェア」を行うことやロボット・センサー・ICTを活用することが、医療・福祉現場の業務の効率化や労働環境の改善にもつながる。また、医療・福祉人材が自ら行うべき利用者のケア等の業務に集中することによってやりがいを感じながら働くことができる環境整備を行うとともに、その専門性を高めながら将来に見通しをもって長く働き続けることができるようキャリアパスを整備することも重要である。

他方、日本では少子化による人口減少が続いていき、地域によっては医療・福祉サービスのニーズが減少に転じていく。また医療・福祉人材[*32]の養成施設等の定員数は2020（令和2）年の出生数約84万人のうち約25%（約21万人）に相当する。地域の実情に応じた医療・福祉サービス提供の在り方を検討する必要があるだろう。

次の第2節では、担い手不足の克服に向けた更なる対応として、処遇の改善、医療・福祉現場のサービス提供の効率化と労働環境の改善、地域や診療科の偏在対策、医療法人・社会福祉法人の多事業経営・法人間連携及び地域共生社会の取組みについて具体的事例とともに提示する。

＊32　ここでは、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護福祉士及び保育士についてみている。

第2節 担い手不足の克服に向けて

1 処遇の改善

（「新しい資本主義」の実現のため、社会保障サービスを支える人材の更なる処遇改善を実施）

新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、医療を始めとする社会保障の現場に大きな負担をもたらした。そうした中で、医療、介護、保育、幼児教育などの現場の方々の奮闘が国民生活を守る上で大きな役割を果たし、その人材の確保や処遇の在り方が改めて重要な課題として認識された。「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（2021（令和3）年11月19日閣議決定）において、「看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引上げを含め、全ての職員を対象に公的価格の在り方を抜本的に見直す」とされ、民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組みを行うことを前提として、2022（令和4）年2月から収入を3%程度（月額9,000円）引き上げるための措置が実施された。また、看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療施設[*33]に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組みを行うことを前提として、段階的に収入を3%（月額平均1万2,000円）程度引き上げていくこととし、2022（令和4）年2月から収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置が実施された。2022年10月以降については、上記の看護職員、介護・障害福祉職員及び保育士等に対する取組が継続的なものとなるよう、診療報酬、臨時の介護報酬・障害福祉サービス等報酬の改定及び公定価格の見直しにより、収入を3%程度引き上げるための仕組みを創設することとしている。これらの仕組みにおいて、看護については、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善に、介護・障害福祉職員及び保育士等については、他の職員の処遇改善に、それぞれこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとされている。

現在、世界各国において持続可能性や「人」を重視し、新たな成長と分配の好循環につなげる新たな資本主義モデルの模索が始まっている。人への分配はコストではなく、未来への投資である。新たな資本主義を実現するためには、今後も、看護、介護、保育などの分野において、その仕事に見合った適切な処遇が行われるよう、収入の引上げが持続的に行われる環境を整備する必要があろう。

＊33 一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）

2 医療・福祉現場のサービス提供の効率化と労働環境の改善

(1) 組織マネジメント改革

(医療・福祉現場のサービス提供の効率化と労働環境の改善のためには現場での組織マネジメント改革が必要不可欠)

医療・福祉現場でのサービス提供を効率化するとともに、労働環境の改善を図るためには組織マネジメント改革が欠かせない。管理職・経営者層のマネジメント能力の向上が鍵となる。

労働環境の改善を図るための組織マネジメントに関して、医療施設では、医療勤務環境改善支援センター[*34]による医師労働時間短縮計画作成支援などを通じ、勤務環境改善マネジメントシステムの導入などが進められているが、こうした取組みに加え、2022（令和4）年度においても引き続き、医師の働き方改革の推進に向け、病院長の意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメント能力の向上を図るため、地域医療におけるリーダーの育成や病院長向けの研修を行うこととしている。また、医師の働き方改革推進のためには、医療施設管理者のみならず当事者である勤務医一人一人が働き方改革の意義と必要性について理解し、組織全体として主体的に取り組む機運を醸成していく必要がある。具体的には、新たに、医療施設内で多忙な勤務医等への積極的な情報発信を可能とする医師の働き方改革の解説コンテンツを開発し、ウェブサイトへ掲載して広く頒布する等の効果的な周知啓発を行うこととしている。

2024（令和6）年度から医療施設には時間外労働が月100時間以上となる医師に対して健康確保のために面接指導を実施することが義務付けられることとなる。長時間働く医師が勤務する医療施設において、面接指導に必要な知見を習得した医師を早急に確保する必要があるため、2022年度では、面接指導に係る研修の資材（e ラーニング等）の開発及び研修を行うこととしている。都道府県では、地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療施設を対象とし、医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組みに対して助成を行う事業を地域医療介護総合確保基金の対象事業としている。

看護職員の多様な働き方に対応したシフト編成や業務の効率化、タスク・シフト／シェア等を効果的に進めていくため、現場の看護管理者が果たす役割が重要である。看護管理者のマネジメント能力向上を図る一方で、看護職員の負担軽減についても取り組むことが求められる。地域医療介護総合確保基金では、看護管理者向けに看護補助者の活用も含めた看護サービス管理能力向上のための研修を実施するための経費や医療勤務環境改善支援センターの運営経費に対する支援を行っている。

介護現場の業務の効率化によるケアの質の確保等に関する取組みの普及を促進するため、2022年度はセミナーの開催を通じた好事例の展開を図るとともに、生産性向上に取り組む事業所の見える化等に関する調査・研究を引き続き行うこととしている。また、介護分野の文書の作成等に関する負担軽減を図るため、既存システムである介護サービス情報公表システムの改修により、利便性の高い全国共通の電子申請・届出システムの利用を

＊34 医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ることを目指し、PDCAサイクルを活用して勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組みを活用して勤務環境改善に取り組む各医療機関に対して総合的・専門的な支援を行うために都道府県が設置するもの。

開始することとしている。

保育に関しては、労務管理の専門家による巡回支援や魅力ある職場づくりの啓発セミナーを実施するとともに、保育士確保や定着、労働条件等の改善に関して、保育士の相談窓口を設置している。2022年度には、児童養護施設等職員の相談支援体制の構築を支援することとしている。

マネジメントに関する実践的な知識・技能を有するリーダー層を育成する取組みも始まっている。「就職・転職のための大学リカレント教育推進事業」（文部科学省）では、全国の大学が都道府県労働局・ハローワークや企業等との共働で、即効性の高いリカレント教育プログラムの開発から修了者の就職の支援まで提供する事業を促進している。プログラムは、医療・介護等社会的関心の高い分野において行われており、2021（令和3）年度現在、22の都道府県で63プログラムが実施されている。

（2）タスク・シフト／シェアの取組みやロボット・AI・ICTの活用

（タスク・シフト／シェアにより医療・福祉現場におけるサービス提供の効率性を高め、労働環境を改善）

医療・福祉現場の「タスク・シフト／シェア」は、①専門性の高い業務の一部を他の資格を有する人材も担うこととする方法や、②有資格者がその専門的業務に集中して取り組めるよう、補助的業務を一定の研修等を受けた資格を有さない人材に移行する方法で進められている。

前者では多様な職種の連携によるチーム医療が挙げられる。2012（平成24）年4月に、あらゆる医療現場においてチーム医療のキーパーソンとなる看護師の負担軽減を図るとともに患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の研修を終了した介護職員が医師の指示の下に、介護老人福祉施設等において、たんの吸引等の医療的ケアを行うことを可能とした。また、2015（平成27）年10月に、更なる在宅医療等の推進を図っていくため、特定行為に係る看護師の研修制度[*35]が創設された。2018（平成30）年度の診療報酬改定では、看護職員の負担を軽減し、看護補助者との業務分担・共同を推進することによってより質の高い療養環境の提供を目指す観点から、看護補助者の配置に関する評価の充実が図られている。

2021（令和3）年5月には、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法及び救急救命士法等の改正を含む、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）が成立し、2021年10月より、医師又は歯科医師から、診療放射線技師[*36]、臨床検査技師[*37]、

＊35 医師又は歯科医師の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を養成する制度。特定行為21区分ごとに定められた特定行為研修を指定研修機関（学校・病院等）で受ける必要がある。なお、アメリカ等では、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができるナースプラクティショナー（Nurse Practitioner：NP）と言われる看護の資格がある。診療看護師とも呼ばれるNPは、医師の指示を必要としない一方で、特定行為に係る看護師の研修制度により研修を修了した看護師は医師の包括的指示を必要とするといった点で違いがある（参考：公益社団法人日本看護協会ホームページ）。

＊36 診療放射線技師法の改正により、RI（核医学）検査のために静脈路を確保し、RI検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為及び医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査が実施可能となった。

＊37 臨床検査技師等に関する法律施行令及び関係省令の改正により、超音波検査において静脈路を確保して造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為、採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為及び静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為が実施可能となった。

臨床工学技士[*38]及び救急救命士[*39]に対するタスク・シフト／シェアが実施されることとなった。また2021年9月には、医師の労働時間の短縮のため、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応していけるよう、現行制度下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアについて、医療施設で医師が行う業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務の具体例や推進に向けた留意点がまとめられた[*40]。具体的には、看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士及び救急救命士について実施可能な業務例が整理されており、この例を参考として、タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保にも留意しつつ、各医療施設の実情に応じて、タスク・シフト／シェアの取組みが進められることが期待される。

2022（令和4）年度においては、特定行為に係る看護師の研修制度の円滑な実施及び研修修了者の養成を促進するため、研修を実施する指定研修機関の設置準備や運営に必要な経費を支援するとともに、研修を指導する指導者育成のための支援等を行うこととしている。また、特定行為研修修了者に係る医療の質に関するデータの収集や分析、データの活用方策の検討等を行うための経費を拡充することとしている。また、病院薬剤師を活用した医師からのタスク・シフト／シェア等にかかる取組みを収集し、その好事例について研修等を通じて全国に普及・啓発活動を行うとともに、病院薬剤師業務を効率的で生産性の高い業務構造に変革するため、国内外の業務実態を把握するための調査等を実施し、現状課題の抽出、論点整理等を行うこととしている。

後者（②有資格者がその専門的業務に集中して取り組めるよう、補助的業務を一定の研修等を受けた資格を有さない人材に移行する方法）としては、医師から看護師へのタスク・シフト／シェアが進む中で、看護師がより専門性を発揮できるよう、看護補助者の活用促進の取組みがある。2022年度において、医師・看護師等の医療専門職から医師事務作業補助者や看護補助者等の医療専門職支援人材へのタスク・シフトの推進を図るため、医療専門職支援人材の業務内容や魅力の紹介を行うとともに、定着支援に資する研修プログラム等のツール開発や医療施設向けの研修等を行うこととしている。

こうした、医療施設におけるタスク・シフト／シェア等の勤務環境改善や労働時間短縮にかかる先進的な取組みについては、2022年度において、取組みを収集し、その好事例を全国に共有するとともに、普及の促進を図るため、好事例を実施している医療施設による講演等を行うこととしている。

＊38 臨床工学士法施行令及び関係省令の改正により、以下の行為が実施可能となった。
①手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為
②心・血管カテーテル治療において、身体に電気的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
③手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為
＊39 救急救命士法の改正により、いわゆる救急外来において重度傷病者に対して行う救急救命処置が実施可能となった。
＊40 厚生労働省医政局「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」での議論を踏まえ、取りまとめたもの。

コラム 医師のタスク・シフト／シェア推進について（神奈川県横須賀市立うわまち病院）

神奈川県横須賀市の中央部に位置する横須賀市立うわまち病院（沼田裕一病院長、以下「うわまち病院」という。）では、早くから働き方改革に努め、その結果、時間外勤務時間の減少、リクルートへの好影響等が確認できている。しかし、働き方改革を実現するには仕事や働き方を合理的かつ効率的なものにする必要がある。特に、夜間・休日も診療する医師の働き方改革への取組みとして医師の他職種へのタスク・シフト／シェアの推進に努力してきた。



特定行為に係る看護師の配置【看護師へのタスク・シフト／シェア】

うわまち病院には2021（令和3）年現在、7名（5名は21区分38行為研修修了・2名は区分別研修修了）が特定行為に係る看護師として勤務し、集中治療部や総合診療センター、手術麻酔分野を主に担当している。

新型コロナウイルス感染症が猛威を振るう中では、医療チーム編成を見直し、特定行為に係る看護師がCOVID-19専用病棟に配置され、重症、中等症、疑似症のCOVID-19感染症患者の治療にあたる医師のサポート、病棟管理に奮闘した。特定行為に係る看護師の一人は、手順書により医師の目線を理解することで、臨床の場で活かせることが多いと話し、さらなる職員のスキルアップが図られたことは大きな副産物である。

診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士への業務移行 【コメディカルへのタスク・シフト／シェア】

2021年10月に臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令[*1]等が施行され、厚生労働大臣が指定する研修を受けたコメディカルは、医師の具体的な指示のもと業務範囲が見直された。うわまち病院でも積極的な研修参加を進めている。診療放射線技師が造影CTやRI検査[*2]のために静脈路を確保する行為、臨床検査技師が超音波検査のために静脈路を確保する行為、臨床工学技士が生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為など、多くの業務を医師から移行する予定であり、業務範囲が見直された業務を積極的に担っていく。

医師事務作業補助者の活躍【事務へのタスク・シフト／シェア】

うわまち病院では、2021年現在、13名の医師事務作業補助者が活躍している。医師の指示のもと、診断書の作成補助や電子カルテの代行入力などを行っている。

チーム医療の推進【複数職種へのタスク・シェア】

うわまち病院ではチーム医療推進委員会があり、各職種が専門性を発揮したチーム医療を推進している。例えば、小児医療センターでは医師、看護師、コメディカルスタッフ、病棟保育士、子ども療養支援士等が入院中の小児や家族に寄り添ったチーム医療を行っている。ICU（集中治療室）でも朝の始まりは多職種カンファレンスであり、その内容は質・量ともに豊富である。

また、総合診療センターでは、救急・総合内科・集中治療・総合診療科を包含し、急性期から慢性期までの診療を連続的に行っている。医師、特定行為研修修了者の看護師、コメディカルで診療チームを作り、毎日のカン

＊1　令和3年政令第202号
＊2　核医学検査。放射性医薬品の体内への集積状況等を観察・撮影するもの。

ファレンスや勉強会を開催し、質の高いチーム医療を提供できるよう心掛けている。このように、多くの病棟やチームで常にカンファレンスが行われ、豊富なコミュニケーションによってタスク・シフト／シェアはさらに推進される。



チームカンファレンスの様子

複数主治医制の導入【医師同士のタスク・シェア】

うわまち病院の小児科と総合内科では複数主治医制を導入している。複数主治医制の導入で、勤務の交代時には申し送りを行った上で業務を終了する姿が見られる。これによりシフト制を導入する科も増え、シフト制と当直制をミックスし、医師のみならず全職員は当直明けに帰宅できるようにもなった。また、複数主治医制で診療内容が透明化され、標準化されるという診療上のメリットは大きい。

時にスピーディーさに欠ける、裁量権が減るなどの問題が無いわけではないが、複数主治医制により、拘束時間が明確になり、医師の意識改革が進み、更なる働き方改革につながる。

タスク・シフト／シェア推進について

複数主治医制や多職種チーム医療を進めてきた中で、医師の働き方の選択肢が増え、2013（平成25）年に導入した短時間正職員制度を利用する職員も増えてきている。この制度は子育て中の女性医師と看護師が対象であったが、育児、介護を行う全職員を対象にした制度に発展している。また、男性医師も育児休業を取得している。

うわまち病院では、今後の医師の働き方改革として特定行為に係る看護師やコメディカルの活躍を進め、タスク・シフト／シェアを推進することとしている。また専門科によってはシフト勤務や変形労働時間、保険診療の活用を図りつつテレワーク等も導入する予定だ。

介護分野や保育分野においても、有資格者がその専門的業務に集中して取り組めるよう、補助的業務を一定の研修等を受けた資格を有さない人材に移行する取組みが進められている。介護分野では、都道府県福祉人材センターに2022年度から「介護助手等普及推進員」を配置し、市町村社会福祉協議会や自立相談支援機関等を巡回し、介護助手希望者の掘り起こしを行っている。あわせて、介護事業所に対し、介護助手導入のための業務改善にかかる助言や求人開拓等を行うことにより、介護の周辺業務を担う人材の確保を促進することとしている。さらに介護現場において、テクノロジーの活用に加えて、介護助手等の活用によるサービス提供の効率化の取組みを推進するため、介護施設における効果実証を実施するとともに実証から得られたデータの分析を行い、次期介護報酬改定の検討に資するエビデンスの収集等を行うこととしている。

保育分野では、保育所等において、保育士の業務の補助を行う保育補助者の雇上げに必要な費用の一部を補助しており、2021年度は保育補助者の勤務時間（週30時間以下）に関する要件を撤廃するとともに、保育士確保が困難な地域における補助基準額の引き上げを行った。また、保育所等において、清掃や遊具の消毒等の保育の周辺業務を行う保育

支援者を配置する場合の費用を補助（園外活動の見守り等にも取り組む場合は補助基準額を引き上げ）しており、2022年度は保育体制強化事業について、各保育施設において計画的に保育士等の勤務環境の改善等に関する取組みが図られるよう、補助要件を見直すこととしている。このほか、児童相談所では親権停止等についての家庭裁判所への申立等法的な専門性の高い業務がある。こういった業務について弁護士配置に係る費用の補助に加え、2022年度は新たに弁護士業務の補助職員の配置に要する費用の補助を創設することとしている。

（ロボット・AI・ICT等は人材育成への活用や、業務効率化及び安全性の向上に寄与）

ロボット・AI・ICTは人材育成のツールとなるとともに、業務の効率化及び安全性の向上に資する。

2022（令和4）年度において、都道府県を通じて、オンライン診療を含め、遠隔医療（遠隔病理診断・遠隔画像による診断及び助言・在宅患者に対する遠隔診療）の実施に必要なコンピューター機器・通信機器等の整備に対し引き続き支援を行うこととしている。また、ICT 等を活用し、集中治療を専門とする経験豊富な医師が、他の医療施設の患者を遠隔で集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備することとしている。さらにICT 等を活用し、周産期母子医療センターの周産期専門の医師等が、他の分娩取扱施設の妊産婦・胎児を遠隔で集中的にモニタリングし、産科医師不足地域に派遣された若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備することとしている。

ここで、今後の活用の拡がりに期待できる障害福祉分野におけるロボット活用例を紹介する。

コラム　障害福祉分野におけるコミュニケーションロボットと今後の展望（医療法人社団北水会　北水会記念病院）

茨城県水戸市にある北水会記念病院（院長：平澤直之）の児童精神科外来ではコミュニケーションロボットが活躍している。児童や家族の診察時の心理的な負担軽減につなげるとともに、職員の業務の効率化や専門人材の不足の解消につなげようとする試みも進められている。

児童とその家族をリラックスした状態で診療につなげ、人に出来ないことをロボットで代替したい

児童精神科外来でのコミュニケーションロボットの導入は、外来を担当する熊崎博一医師（国立精神・神経医療研究センター）のリーダーシップによって行われた。児童精神科医療では、児童とその家族とのコミュニケーションを通して児童の心理状態を正しく評価して治療につなげることが重要とされる。そのため、医師はかねてから、「少しでも診察前の児童や家族の不安を軽減しその家族をリラックスした状態で、待ち時間から診療につなげたい」と考えていた。また「医療分野におけるロボットとの共生」を研究テーマに掲げ、「人の代わりをするだけでなく、人（職員）に出来ないことをロボットで行えないか」という考えもあったという。

ロボットとのコミュニケーションは児童の心の安定や社会性の涵養に効果

2020（令和2）年3月から簡単な会話や喃語（なんご）を話すことができ、表情豊かな完全自立型のぬいぐるみ型ロボットLOVOT2体を待合室に迎え入れた。

ロボットの存在は、児童とその家族の不安を軽減し、前向きなコミュニケーションを促すなど良い影響を与えている。児童の家族からは、「診察のある土曜日は子どもが中々起きてくれなくて大変だった。子どもがこれまでは病院に行くのを嫌がって車に乗せることすら大変だった。ロボットに会えるということで、受診が楽しみなイベントに変化し、起床も早くなり、車に乗ってくれるようになった。付き添う家族にとっても受診は楽しみな時間となった。」との声が聴かれる。診察前の待合室では、児童同士がロボットを取り合うのではなく、譲り合いをしながら、自分の兄弟姉妹に接するように遊ぶ様子や、LOVOTに本を読んであげたり、世話をしたりする様子が見られるようになった。児童はロボットを通してコミュニケーションを練習するとともに、家族も含めて診察前の時間をリラックスして過ごすことができている。先日、診察室で熊崎医師が「とてもいい状態なので、診察は本日で終了」と伝えると、子どもは「これからもロボットに会いたいし病院に来たい」と泣き崩れるケースもあった。

一定の効果が出ている一方で、活用上の課題は、ランニングコストも含めた費用面が大きいという。導入初期は扱いが繊細で難しいため壊れてしまい、一度の入院（修理のこと）で2～3週間かかることもしばしば。また、1回の充電での電池の持続時間（約45分）が短いといった課題もあったが、現在では児童もそれらに慣れてうまくロボットと付き合っているという。

ロボットの特徴を活かして児童が「自分らしく相手に伝える」

人（職員）にできないことにロボットを効果的に活用するためには、ロボットの特徴や得意なことを理解する必要がある。例えば、ロボットは「パフォーマンスの質を維持しつつ、長時間同じ業務をこなすこと」ができる。これはヒトにはできないことである。そのため、ロボットは診療に訪れる児童やその家族を何組でも期限に左右されることなく、和やかに迎え入れることができる。また、双方向のコミュニケーションが可能なロボットを使えば、医師の声を患者がどこにいても、また時には声色を変えて届けることが可能だ。

児童とその家族が医師や職員と初対面の場合には、児童が不安を感じることが多い。児童本人から診察のための聞き取り等（検査や予診）を行うのに、大人が行う場合は比較的委縮しやすく対人緊張を抱きやすい一方で、かわいらしい顔をしたロボットなら対人緊張

なく自分らしく話が可能だ。

熊崎医師は、ロボットの活用により児童やその家族の状況を丁寧に把握しつつ、人が得意な、または人以外では替えがきかないようなトラブル対応等の業務に、限られた体制の中で職員の能力を集中して発揮できる効果を見込んでいる。

さらには、ロボットの双方向性を活かして、「医師が遠隔操作システムを用いて、離島等の児童精神科医の確保が難しい場所で診療を行うこと」や、「医師が複数台を同時に操作し、交互にではなく、それぞれ別室にいる児童とその家族に同時に検査や診療を行うこと」などが期待できるという。実際に児童精神科の専門外来がない九州地方の病院で、担当医同席のもと、ロボットを介した同時診療を試みるとしている。

ロボットを活用する業務を広げ、人材の確保や人手不足の解消を図りたい

北水会記念病院の児童精神科外来でのロボットの活用は始まったばかりであるものの、その存在は児童やその家族に良い影響をもたらしている。ぬいぐるみによる癒しの効果と同時に児童とその家族の表情が明るくなることで、職場の雰囲気も良くなっているという。

熊崎医師は、ロボットのコミュニケーション能力についてはメーカーのアルゴリズムのバージョンアップを積極的に取り入れつつ、当面の目標として、ロボットの強みを積極的に生かし、職員が「ロボットを活用する業務を広げていく」ことを掲げている。また、試行錯誤の途上ではあるものの、ロボットの遠隔操作機能を利用して、妊娠・育児により一時的に職場を離れた女性医師に診療等に参加してもらうことなどにより、スタッフの教育や人手不足の解消を図っていくこととしている。



待合室の様子

介護ロボットは、自分よりも身体の大きな利用者のケアを行うことなどにより常に身体的負担がかかっている介護職員の腰痛等の軽減に有効である。医療分野のロボットは手術時間の短縮等による医師等の負担軽減に大きな期待が寄せられている。AIやICTは膨大な事務作業を正確に、かつ、効率的に行うだけでなく、画像データ等の蓄積による診断や見守りの補助業務や、一人一人に作成や見直しが必要な介護サービスのケアプランの作成業務への活用が研究されている。

コラム　AI（人工知能）ケアプランが実現するもの

国は、2016（平成28）年からAIケアプランの調査を開始し、2022（令和4）年度においても自立支援・重度化防止等に資するAIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組について検討することとしている。

介護サービス提供の要の存在であるケアマネジャー

ケアプランとは、介護を必要とする人の要介護度や体調、要望等を基に利用する介護サービスやその利用回数等を定める計画書のことである。自立支援を目的に利用者一人ひとりにきめ細かくケアプランを作成するため、作成には時間がかかる。作成後も健康状態等によって必要に応じて見直しが必要となる。

介護支援専門員（ケアマネジャー）[*1]は、ケアプランの作成業務や、ケアプランに従って介護サービスが提供されるよう市町村・介護サービス事業者・施設等との連絡調整を行う要の存在である。また、介護サービス利用者の増加や地域包括ケアシステム構築による医療・介護の連携体制整備に伴い、ケアマネジャーの果たす役割は一層重要となっており、ケアマネジャー一人ひとりに対して効果的・効率的な業務が求められる。

AIはケアマネジャーの“頼りになる相棒”となるか

AI導入の目的はケアマネジャーの代替ではなく、あくまでケアプランの作成支援である。

現在市場において販売されているAIケアプランの作成支援のソフトは、新規利用者の要介護情報等を入力することで条件にあったケアプランの一部が自動的に提案される。一方で、ケアプランは利用者の意向や課題等、個々の状況等を十分に踏まえて作成されるものであり、また、最終的にはケアマネジャーが利用者に適したケアプランの内容とするために各種調整を行い、ケアプランの内容を利用者に説明する必要があることから、AIケアプランについては引き続き調査研究が必要である。

生産性向上とケアマネジメントの質の向上を目指すAIケアプラン

AIの利点は人間には処理不可能なほどの膨大な過去データを分析し、物事の傾向の把握や将来予測が可能となる点である。膨大な利用者データの活用は科学的根拠に基づいた効果的・効率的な介護のあり方を示す可能性を持っている。

こうした状況を踏まえ、AIケアプランの精度向上などを通じて社会実装につながるよう、国においても、引き続き、調査研究事業を進めていく。

（参考文献）令和2年11月26日第194回社会保障審議会介護給付費審議会資料

＊1　保健・医療・福祉分野での実務経験が5年以上である者等で、実務研修を受講し、試験合格後に研修課程を修了し、介護支援専門員証の交付を受けた者

介護現場のニーズをテクノロジー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支援を行ってきた。2022年度は、①介護施設等（ニーズ側）・開発企業等（シーズ側）の一元的な相談窓口、②開発実証のアドバイス等を行うリビングラボ[*41]、③介護現場における大規模実証フィールドからなる介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォームの機能の拡充や、エビデンスデータ[*42]の蓄積を図りつつ、介護ロボット等の開発・普及の加速化を促進することとしている。また、業務負担の軽減等に向

＊41　実際の生活空間を再現し、新しい技術やサービスの開発を行うなど、介護現場のニーズを踏まえた介護ロボットの開発を支援するための拠点をいう。
＊42　介護ロボット等を導入することによる効果（職員の業務内容ごとに要する時間の変化、利用者の状態の変化、職員の負担の変化等）に関するデータをいう。

けた取組みを促進し、介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等におけるICT・介護ロボット等の導入を支援している。

コラム “試しに使って効果を実感！” 介護ロボット普及推進事業（岡山県岡山市）

岡山県岡山市では、2019（令和元）年7月から、地域医療介護総合確保基金[*1]を活用した事業により、市内の介護事業所に無償で介護ロボットを貸与している。介護事業所が生産性を高めてサービスを提供できるようにするための工夫を紹介する。

介護現場の声を背景に実施

この「介護ロボット普及推進事業」を開始した背景には、岡山市が介護事業者へ実施した介護ロボットに関する聞き取りがある。そこでは、「高額である」や「購入後の効果がイメージできない」との声が多く、まず購入に至るまでに壁があることを把握した。また購入し導入したとしても、介護職員が扱いづらさを感じて使用されなくなる事例を確認した。

介護ロボットの貸与と利用効果の検証の2本柱

介護ロボット普及推進事業は、「介護ロボットの貸与」と「利用効果の検証」の2本柱で実施している。

1. 介護ロボットの貸与

岡山市は介護職員の負担軽減と利用者の自立支援に効果が特に高いという観点から介護ロボットを選定している。これまでに、移乗、移動（2019年度のみ）、リハビリ、コミュニケーション、見守りに資する7機器を貸与してきた。次に、開発企業から介護事業所へ3か月間（第1期：7～9月または第2期：11月～1月）、ロボットを貸与している。介護事業所は介護職員及び利用者に実際にロボットを利用してもらい、現場の意見等を開発企業へ報告する。

開発企業は介護事業所の意見や、調査機関のフィードバックをもとに、新たなロボットの開発及び改善に反映する。

2. 利用効果の検証

介護ロボットを利用した介護事業所は、岡山市から委託を受けた利用効果検証に係る調査機関へ利用に関する調査票を提出する。調査機関は調査票の分析結果を市に報告する。

介護ロボットのレンタルは利用促進に効果あり

2021（令和3）年度の調査票の分析結果からは、介護ロボットの導入前と比べて、介護職員の心理的負担変化につき平均0.42点（軽減したと感じる）、職場の活気の変化につき平均0.53点（向上したと感じる）の効果があった[*2]。

また、介護職員からは、利用者の状況が的確に把握できるようになり、適時適切なケアを提供できるようになったとの回答もあり、ケアの質の向上にも寄与することが確認できた。利用者からは、コミュニケーション、生活の質の向上及び社会参加の機会の拡大に寄与していることを確認した。

同事業の対象としたロボットについて、利用前は介護事業所における認知度が分野別に6.7～21.3%と高くない傾向であったが、導入後は、介護ロボット全般の今後の利用について「利用したい」で11.4%、「どちらかといえば利用したい」で36.7%と、この事業を利用した介護事業所の約5割が利用に前向きとなった。

今後とも介護ロボットの普及を推進

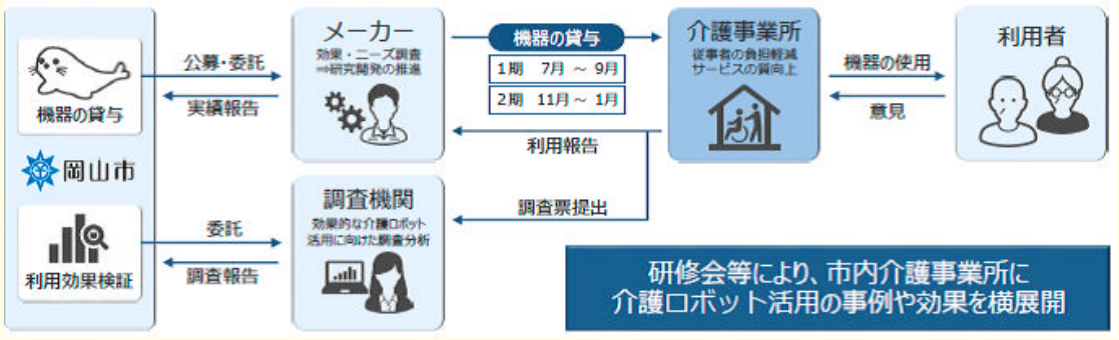
岡山市では、介護ロボットの活用に関する

＊1　都道府県が地域の事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実施計画を作成し、同基金に基づき事業を実施する仕組み。詳細は第2部第7章第1節2を参照のこと。
＊2　±3点の範囲で選択し、点数が高くなるほどプラスの変化がある。回答者数は介護職員308人である。

研修会を実施し、市内の介護事業所を対象として、介護ロボットの活用事例や利用効果を積極的に横展開している。

また、岡山型持続可能な社会経済モデル構築総合特区（AAAシティおかやま）*3の取組みの一部として全国に発信している。

同事業をきっかけとして介護ロボットの導入・活用に踏み出し、普及を推進してきた岡山市では、今後とも事業を継続し、介護現場におけるロボットの試行を進め、職員との協働を推進していくこととしている。



介護ロボット普及推進事業

＊3　地方創生のための地域活性化総合特区として、2013（平成25）年2月に指定された。

保育分野では、ICTを活用して子どもの登園管理や保護者への連絡、記録を行うことにより、業務効率化と業務改善が進められており、保育の周辺業務や補助業務に係るICT等を活用した業務システムの導入費用等を支援している。内閣府「こどもに関する政策パッケージ（経済対策関係）」（2021年11月19日）では、こうした保育所、児童相談所、放課後児童クラブ等におけるICT化を推進することとしている。

（3）多様な人材の確保や参入促進

（医療・福祉分野の仕事の魅力の情報発信により多様な人材を確保する取組みを推進）

医療・福祉分野の仕事には、子どもの成長を見守り健全な育成がされるよう守る、病気や障害には共に向き合い治療や支援を行う、人生の最期の日まで自分らしく生きられるよう心に寄り添い健康の維持や生活面のサポートを行う、といった非常にやりがいを感じられる側面がある。労働環境や処遇の改善に努めつつ、こうした医療・福祉分野の仕事の魅力を知ってもらい、多くの人材を確保しようという取組みが始まっている。

医療・福祉分野等の人材不足状況が顕著な地域のハローワークでは、マッチング支援を強化するため、全国113か所に人材確保支援の総合専門窓口となる「人材確保対策コーナー」を設置している。都道府県労働局ごとに関係機関、業界団体等をメンバーとした協議会を設置し、人材確保のための支援策を検討し、実施している。

2022（令和4）年度、関係団体との協働の下で、医師・看護師等の医療専門職から医師事務作業補助者や看護補助者等の医療専門職支援人材へのタスク・シフトの推進を図るため、医療専門職支援人材の業務内容や魅力の紹介を行うこととしている。また、先進的な介護や障害福祉の現場を知るための体験型イベント等の開催を行うこととしているほか、多様な人材の参入を促進するため、介護の仕事の魅力等に関して若年層、子育てを終

えた層、アクティブシニア層に対する個別のアプローチをしたり、障害福祉の仕事の魅力に関してWeb広告等による情報発信の取組みを進めることとしている。保育分野については情報発信するためのプラットフォームの構築など、様々な対象者に対して保育士・保育の現場の魅力発信を実施している。児童養護施設等では、働く場所としての魅力等を発信するため、2022年度に学生向けの広報啓発活動や、各施設等での職場体験等を支援する「社会的養護従事者魅力発信事業」を創設することにより、人材確保に関する取組みを推進している。

（資格取得を目指す学生には返済免除付き修学資金の貸付けや、離職者には生活支援給付付きの無料の職業訓練や返済免除付き就職支援準備金で、資格取得・円滑な就職をパッケージでサポート）

介護分野については、介護福祉士養成施設や実務者研修施設に通う学生等を対象とする返済免除付き介護福祉士修学資金等貸付事業を行っている。介護福祉士養成施設に通う学生にあっては月額5万円の学費等を貸し付けるもので、介護福祉士の資格取得後5年間の介護業務従事により返済を免除している。2021（令和3）年度には、福祉系高校に通う学生を対象とした返済免除付き修学資金貸付事業が創設された。これらの事業が安定的に実施できるよう原資の積み増し等により、介護人材の確保・定着を図っている。

保育分野では、保育士養成校へ通う学生に対し、返済免除付きの保育士修学資金貸付事業を実施している。月額5万円の学費等を貸し付けるもので、卒業後5年間の実務従事により返済を免除している。また、保育所等で働きながら、養成校卒業による保育士資格取得を目指す方への授業料、保育士試験の合格による資格取得を目指す方への教材費等の支援を行っている。

ハロートレーニング（公共職業訓練及び求職者支援訓練）[*43]では、離職者に対して無料の職業訓練及び生活支援給付を行っている。介護・医療・福祉分野での公共職業訓練では、2020（令和2）年度に、都道府県が設置する職業能力開発校が実施した訓練は、受講者数784人及び就職率86.6%、都道府県が民間教育訓練機関等に委託して実施した訓練は、受講者数13,038人及び就職率83.9%となっている[*44]。介護・医療・福祉分野の求職者支援訓練では、2020年度に、受講者数は2,202人及び就職率72.6%となっている[*45]。また、2020年度から、他業種からの参入促進のため、訓練に職場見学・職場体験を組み込むことを要件に訓練委託費等の上乗せを行うことにより、介護・障害福祉分野の職業訓練枠の拡充を図り、離職者に対して訓練受講の機会の確保を図っている。ハロートレーニング等で介護職員初任者研修等の訓練を修了した方には介護分野就職支援金貸付事業及び障害福祉分野就職支援金貸付事業を行っている。20万円を上限として就職準備に要する費用等を貸し付けるもので、介護・障害福祉分野で2年間継続して従事することにより返済を免除している。訓練から円滑な就労まで隙間なく支援し、他業種で働いていた方等の介護・障害福祉分野への参入の促進を図っている。

＊43「公共職業訓練」は雇用保険（失業保険）を受給している求職者を主な対象とし、「求職者支援訓練」は雇用保険（失業保険）を受給できない求職者を主な対象として、キャリアアップや希望する就職を実現するために、必要な職業スキルや知識を無料で習得することができる公的制度。
＊44「受講者数」は、2020年度に開始又は実施した訓練コース（2019（令和元）年度に開始されたものを含む。）について集計。「就職率」は、2020年度末までに終了した訓練コースの受講者について集計（集計対象期間は訓練終了後3か月間）。
＊45「受講者数」は、2020年度に開始した実践コースについて集計。「就職率」は2020年度末までに終了した実践コースの受講者について集計（集計対象期間は訓練終了後3か月間）。

（離職を防ぎ長く活躍し続けてもらうためには、労働環境・処遇の改善のみならず長期的にキャリアを見通せることも重要）

介護分野では、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）を新たに導入し、適切な運用を行うことにより労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成や公益財団法人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。

こうした雇用管理改善に取り組むほか、新任の介護職員のみならず一定の経験を積んだ介護職員も含めて全ての介護職員が将来の展望を持って働き続けるためのキャリアパスの整備が重要である。

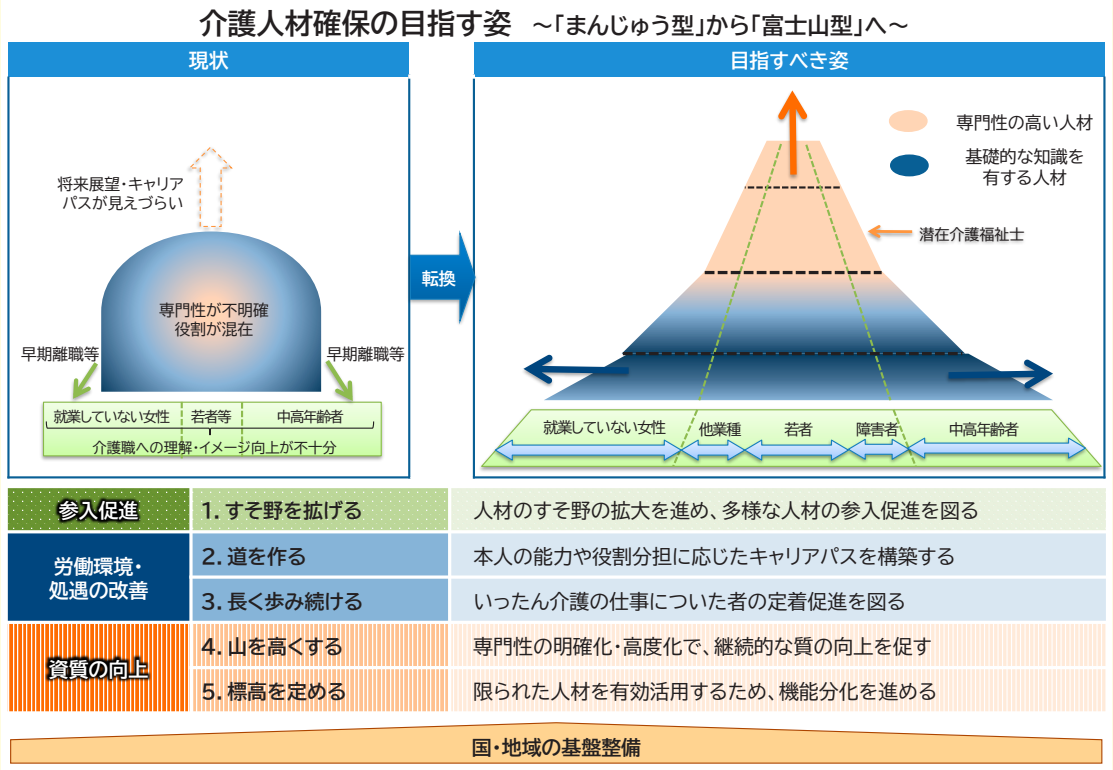
コラム　介護人材のキャリアパスの構築に向けて

「介護」は身近な存在だ。今ではなくても、親、兄弟姉妹、そして自分自身も、いつかは介護が必要となる時がくるかもしれない。介護がこうした身近な存在であるからこそ生まれる“身の回りの世話”という介護業務へのイメージが、その専門性の高さを隠してしまい、介護職員の社会的地位の向上や賃金改善につながりにくい面があるのではないか。

介護のプロフェッショナル人材に必要な知識・技術等についても明確に示すこと（見える化）は、介護業界が抱えるこうした課題を解決する一助とはならないか。

介護人材の構造転換により期待されるプロフェッショナル人材としての介護福祉士

2015（平成27）年2月の厚生労働省社会福祉審議会福祉部会では、介護職の専門性が不明瞭で役割が混在している「まんじゅう型」から、介護人材のすそ野を拡げるとともに介護分野に参入した人材の意欲や能力に応じたキャリアアップを図っていく「富士山型」への人材構造の転換を図っていくことが



（2025年に向けた介護人材の構造転換（イメージ））

重要である旨が報告された。

介護サービス利用者のニーズは、認知症の方、医療やリハビリが必要な方、看取り、障害の特性に応じた対応や複合的な支援ニーズを抱える家族への対応など、複雑化・多様化・高度化している。限られた人材でニーズに対応するためには、介護現場で働く多様な職種がそれぞれの知識・技術を効率的・効果的に活用できるよう、チームで関わることが重要である。そして、チームケアを推進していくため、一定のキャリアを積み、知識・技術を修得した「介護福祉士」[*1]にリーダーとしての役割が期待されている。

様々な介護福祉士のキャリア像

もちろん、介護福祉士としてのキャリアはチームケアのリーダーだけではない。介護福祉士の中には、専門性を活かし現場での実践を重視したいという希望のほかに、部門長など施設経営等のマネジメントに携わりたい、現場に軸を置きつつマネジメントにも携わりたいなどの希望を持つ方がいる。こうした様々なキャリア像について、その職務に就くために必要な経験や知識、技術などのキャリアパスを明確にすることが重要だ。

知識・技術を見える化する「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」

人材育成の方法は、介護事業所・施設ごとに、その規模、サービス内容、運営方針等により相違がある。介護事業所・施設ごとに独自に行われている職業能力評価に、共通のものさしを導入することで、介護分野での人材育成・定着促進を目指そうという取組みがある。2012（平成24）年度[*2]から始まった「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」（以下「介護キャリア段位制度」という。）は、資格制度では不足していた「実際にその現場で何ができるのか」を補うため、「わかる（知識）」のほかに「できる（実践的スキル）」に重点を置いて評価する制度だ。

介護キャリア段位制度では、エントリーレベルからプロレベルまで4段階あり、現在、レベル2からレベル4（プロレベル）までの認定が行われている[*3]。介護福祉士は「わかる（知識）」の評価はレベル4となるが、「できる（実践的スキル）」の評価は、基本介護技術をはじめ、感染症対策、終末期ケア、地域包括ケアシステムへの対応に至るまで、複雑化・多様化・高度化する支援ニーズを踏まえた評価項目が幅広く設定されている。評価

レベル		介護プロフェッショナルのレベル	わかる（知識）	できる（実践スキル）
レベル4		●一人前の仕事ができる段階　チーム内でリーダーシップ		
		チーム内でのリーダーシップ （例：サービス提供責任者、主任等） 部下に対する指示・指導 本レベル以上が「アセッサー」になれる	介護福祉士であること（国家試験合格）	「基本介護技術の評価」 「利用者視点での評価」 「地域包括ケアシステム＆リーダーシップに関する評価」
レベル3		●指示等がなくとも、一人前の仕事ができる		
		利用者の状態像に応じた介護や他職種の連携等を行うための幅広い領域の知識・技術を習得し、的確な介護を実践	介護福祉士養成課程又は実務者研修修了 ※　介護職員基礎研修修了でも可。	「基本介護技術の評価」 「利用者視点での評価」
レベル2	レベル2②	●一定の指示のもと、ある程度の仕事ができる		
		一定の範囲で、利用者ニーズや、状況の変化を把握・判断し、それに応じた介護を実践	介護職員初任者研修修了（※） ※　ホームヘルパー2級研修又は1級研修修了も含む。	「基本介護技術の評価」 「利用者視点での評価の一部」 （感染症対策・衛生管理など）
	レベル2①	基本的な知識・技術を活用し、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践		「基本介護技術の評価」 （状況の変化に応じた対応を除く）

（資料提供）一般社団法人シルバーサービス振興会

＊1　専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、その者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者（社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項）

＊2　2012（平成24）～2014（平成26）年度までは内閣府で実施され、2015（平成27）年度～2017（平成29）年度までは厚生労働省が補助事業として実施、2018（平成30）年度からはシルバーサービス振興会の事業として実施されている

＊3　2021（令和3）年12月23日現在、7,913名（うち、レベル4は1,069名）

は事業所・施設内で「アセッサー（評価者）」[*4]から業務を通じて行われる。例えば「基本介護技術の評価」には入浴介助、食事介助、状況の変化に応じた対応等の中項目が設定されており、「状況の変化に応じた対応」の小項目の一つには、認知症ケアとして、「いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、声をかける等対応し、不安・不快感等を軽減させることができたか」などレベル2～4ごとに細かく評価基準が決められている。評価によって不足する技術が明らかになり、OJTを通じた指導でレベルアップが可能となる。介護キャリア段位制度は、専門性を高めていくためのキャリアパス制度であると同時に、事業所・施設内での効果的・効率的なOJTを支援している。

多様なキャリアパスを明確化する仕組み作りが重要

介護キャリア段位制度を活用する事業所等からは、介護技術や指導方法等の標準化や人事評価への活用ができる、サービス水準をアピールできる、レベル認定を受けた介護職員からはスキルアップへの意欲向上や自信につながる、と評価されている[*5]。

介護のプロフェッショナル人材として期待がかかる介護福祉士が目指すキャリア像はその希望や意欲により様々であり、介護事業所・施設によっても目指すことのできるキャリア像はサービス内容等により異なる。また、必要とする経験・知識等も異なることがあるだろう。

そのような多様性を踏まえつつ、明確なキャリアパスや外からも見える評価・キャリアアップ制度の仕組みを整えていくことによって、介護福祉士がより成長とやりがいを実感しながら長く働き続けることが期待される。それだけでなく、一人ひとりのいきいきとした働き方が新たな人材を介護業界に呼び込んだり、介護サービスへの利用者・家族の満足度が高まったりするなど、好循環をもたらすだろう。

＊4　アセッサー講習を修了することが必要で、2021年3月31日現在、26,772名
＊5　「介護プロフェッショナルキャリア段位制度の在り方に関する検討会における議論の取りまとめ」厚生労働省老健局（2016（平成28）年3月30日）

保育分野では、産前産後休暇・育児休業後のキャリアパスの明確化や多様で柔軟な働き方を選択できる勤務環境の整備、労務管理の専門家による巡回支援や魅力ある職場づくりの啓発セミナーを実施するとともに、保育士確保や定着、労働条件等の改善に関して、保育士の相談窓口を設置している。

（ハローワークでは他分野からの離職者や有資格者で医療・福祉分野での就業希望がない方へ、医療・福祉関係機関では潜在有資格者への就職支援を積極的に実施）

ハローワークの「人材確保対策コーナー」では、医療・福祉分野の有資格者等の就職支援ナビゲーター[*46]や人事労務管理に関する知見等を有する就職支援コーディネーター[*47]が配置されており、専門知識等を活用してきめ細かい支援を行っている。就職支援ナビゲーターは、担当者制による就職支援や求職者のニーズに応じた求人開拓を行っている。就職支援コーディネーターは、施設・事業所に対して求職者が希望する勤務条件等のニーズを情報提供するなどして求人条件の緩和や明確化を図り、円滑なマッチングを支援している。2020（令和2）年度は、新型コロナウイルス感染症への対応により医療・福祉分

＊46　2021（令和3）年度現在で、236人配置
＊47　2021（令和3）年度現在で、276人配置

野の人材不足が逼迫したことから、これらの取組みに加えて、医療・福祉分野への就職を希望していない有資格求職者等に対して求人情報や最新の動向等について情報提供を行ったり、求職者の免許・資格等の情報を求人者に提供し求人者からの依頼によるマッチングを実施したりするなどの「医療・福祉分野充足促進プロジェクト」を推進した。人材確保対策コーナーでのこれらの取組みの結果、2020年度には約4万人の方が医療・福祉分野へ新たに就職している。

2022（令和4）年度においてもハローワークでは、関係団体等と連携した人材確保支援の充実を図り、潜在求職者の積極的な掘り起こし、医療・福祉分野等の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事業主等への助言・指導等を行っている。

都道府県等に設置されている「福祉人材センター」や「保育士・保育所支援センター」、「都道府県ナースセンター」では、離職した介護福祉士、保育士や看護職員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を行うとともに、これらセンターに配属された専門員がハローワークと連携しながら、求人事業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、職業紹介等を実施している。また、潜在保育士や離職した看護職員が就業を希望しない理由としてブランクがあることへの不安があることから、就職あっせんと一体的に研修を実施している。さらに都道府県において、潜在保育士に対して40万円を上限として再就職時に転居を伴う場合の費用等を貸し付ける就職準備金貸付事業を行っており、2年間の継続した従事により返済を免除している。

2024（令和6）年度を目途に、マイナンバー制度を活用して、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、社会福祉士、保育士等を対象とした資格管理者等が共同利用できる「国家資格等情報連携・活用システム（仮称）」が導入される。資格取得・更新等の手続時の添付書類の省略や資格情報の提示を目指すこととされている。

コラム　ハローワークにおける福祉人材確保の取組例

「人材確保対策コーナー」でのマッチング支援

医療・福祉を始めとする人材不足分野のマッチングを支援するため、全国の主要なハローワークには「人材確保対策コーナー」が設置されている。

「人材確保対策コーナー」では、求職者へのきめ細かな職業相談・職業紹介、求人者への求人充足に向けた助言・指導等を行うほか、人材不足分野のしごとの魅力を発信するイベント（職場見学会、企業説明会、就職面接会、就職支援セミナー等）を積極的に開催し、マッチング支援を強化している。

都道府県労働局やハローワークで開催するマッチングイベントは、地方公共団体や社会福祉協議会等の関係機関と連携して開催するものも多い。次にその例を紹介する。

秋田県と秋田労働局の共催による「介護ロボット展・介護のお仕事相談会」

秋田県と秋田労働局では、「人材確保対策に向けた共同宣言」を採択し、両者の連携による、魅力ある企業情報の発信、人材不足分野を中心としたマッチング機能の強化等に取り組んでいる。

当該共同宣言に基づく連携事業として、

2020（令和2）年10月には、介護ロボットの展示・体験会と、人材育成に取り組み、働きやすい事業所として秋田県が認証した介護サービス事業所が参加する仕事相談会を同時に開催し、介護ロボットの活用による介護従事者の負担軽減や業務効率化の取組みをPRすることで、介護業界のイメージ向上と介護の仕事の魅力発信を行った。



秋田県と秋田労働局共催による「介護ロボット展・介護のお仕事相談会」


パワーアシストスーツの体験

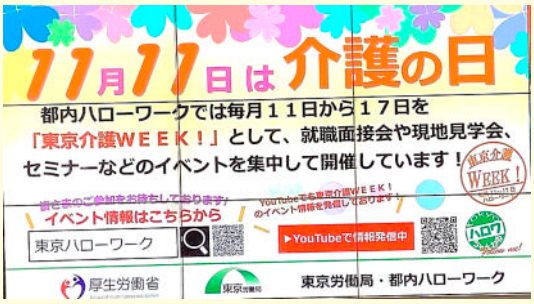
東京都内ハローワークにおける「東京介護WEEK!」の取組み

東京都内17か所のハローワークでは、毎月11日から17日までの期間を「東京介護WEEK!」として、介護分野の理解促進・魅力発信のためのイベント（職場見学会、ツアー型面接会（職場見学とセットにした面接会）等）を集中して開催し、マッチング支援を強化している。

また、ハローワーク池袋の「人材確保・就職支援コーナー」では、「介護のしごと相談窓口」を開設し、介護の仕事に興味のある方を積極的に誘導して一人ひとりの状況に応じて支援しているほか、管轄内の地方公共団体（豊島区、板橋区、練馬区）との共催による福祉分野に特化した合同面接会を定期的に開催するなど、関係機関と連携したイベントを実施している。



ハローワーク池袋「人材確保・就職支援コーナー」における「介護のしごと相談窓口」



新宿駅西口駅前デジタルサイネージによる「東京介護WEEK！」の案内

（女性医師、看護職員等医療職が出産・育児等のライフステージに応じて柔軟に働き続けることのできる環境を整備）

2020（令和2）年末現在で、女性医師の医師全体に占める割合は22.8%となり過去最高を記録した。特に産婦人科・小児科では20代の女性医師の割合が半数を上回っている現状にある。看護職員の平均年齢は40歳代と上昇しており、育児や看護等で休職したり、あるいは夜勤に従事したりできない者の割合が病院において約2割に上っているとの指摘がされている[*48]。育児等を行いながら就業を継続したり、復職したりできる環境を整え、多様で柔軟な働き方を実現していく必要がある。

女性医師が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、パートタイム勤務等の職業あっせん事業を日本医師会が行っており、2022（令和4）年度も、2007（平成19）年1月30日に開設した女性医師バンクにて、再就業を希望する女性医師の就職相談及び就業斡旋等の再就業支援を行う。また、都道府県医師会において、女性医師の再就業における講習会等を開催し、女性医師の離職防止及び再就業支援を図っている。さらに、出産・育児・介護等における女性医師、看護職員等を始めとした医療職のキャリア支援に取り組む医療施設を普及させるため、中核的な役割を担う拠点医療施設の構築に向けた支援を行うこととしている。都道府県においては、女性医療職等の離職防止及び再就業を促進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病院内保育所の運営費や施設整備に対する支援を実施している。

＊48 公益社団法人　日本看護協会「2018年病院看護実態調査」

コラム　子育て中医師のキャリア支援～医師が勤務したい病院へ（筑波大学附属病院）

近年の医学部入学者に占める女性の割合は約３分の１であり、筑波大学附属病院（原晃病院長）の臨床研修医も女性の占める割合は35％程度である。今後もその割合は高まることが予想されており、2024（令和６）年の医師の時間外・休日労働の上限規制への対応も含め、これからの病院には医師が働き続けられる勤務環境の改善が望まれる。

女子医学生、研修医のキャリア観

筑波大学附属病院で臨床実習を行っていた女子医学生（４年生37名、５年生16名）、女性臨床研修医（１年目17名、２年目28名）に2013（平成25）年２月に行ったアンケートでは、進路を選択する際、考慮した（する）ことについては、「疾患への学問的興味」（69.9％）、「やりがいがある」（69.9％）をあげる者が多かった。また、医師として仕事をすることへの不安については、「家庭と仕事の両立」、「結婚出産のタイミング」、「体力不足への不安」に関することがあげられていた。

また、2018（平成30）年４月から新専門医制度が導入されたが、医療従事者専用サイトのm3.comが2017（平成29）年に医師（女性252人、男性248名）に行ったアンケート調査[*1]では、女性医師の61.5％が制度導入により専門医取得が困難になるのではないかと回答している。女性医師も将来に不安を持ちながらも、興味ややりがいがある分野で専門医を取って活躍したいと考えていることが推察され、子育て中の医師の支援はこのことを考慮して行われることが望まれる。

筑波大学附属病院の女性医師キャリアアップシステム

今までよく見られた女性医師支援は、勤務の調整がしやすい外来中心の非常勤勤務の体制や、産前産後休暇、育児休業の取得、保育所の整備といったものが多かったが、さらに一歩踏み出すのであれば、キャリア支援が大切である。筑波大学附属病院では、2007（平成19）年度文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」に「女性医師看護師キャリアアップ支援システム」（以下「支援システム」という。）が採択され、女性医師・看護師の離職防止、復職支援を積極的に行ってきた。

この支援システムでは、子育て中で多忙であっても、少しずつマイペースでキャリアアップしていけることがモチベーションの向上につながると考え、キャリア支援を積極的に行っており、特に専門医の取得は最大の研修目標である。支援システムの特徴は、キャリアコーディネーター（医師）が、支援を希望する女性医師個人に合わせた研修をコーディネートすることにある。一口に女性医師といっても、専門分野、それまでのキャリアは人それぞれであり、画一的な支援プログラムでは対応が困難である。本プログラムの参加者には初めに研修の目的を立ててもらい、その上で所属する診療科とも相談して、経験に応じた診療・研修プログラムをオーダーメイドで作成している。

勤務時間は、個々の事情に合わせて半日～32時間/週で設定が可能であり、育児とキャリアアップの両立を図ることができる。この支援システムが始まってからこれまで76人の女性医師がこの仕組みを活用してきた。

男女ともに働きやすい環境の整備のための取組み

筑波大学附属病院では、以下の取組みを行っている。

「パートタイム常勤制度」：常勤職員でありながら、勤務時間を週20～30時間とする新たな雇用制度を導入した。他施設での子育て支援の多くが就学前の子供のいる医師に限られる中、この制度では小学校３年生までの子供を持つ医師が対象となっていて、いわゆる‘小学１年生の壁’にも対応している。

「保育所や搾乳室等の整備」：保育時間は７時～22時、365日開園している保育所が事

＊1　m3.com/医療維新.「女医の悩み2017」調査
https://www.m3.com/news/iryoishin/510136

業所内に整備されている。また、母乳育児支援として院内に搾乳室や、妊娠時の体調不良の際に利用できる女性専用の休憩室も整備されている。

「育児支援システムの導入」：一般の保育所等では対応ができない急病時の病児・病後児保育（以下「病児保育」という。）や緊急手術などの際、時間外保育に対する支援を行い、医師が職務とキャリアの継続ができる環境を整えている。病児保育は、女性医師だけではなく、男性医師や他の医療職員も利用が可能である*2。



病児・病後児保育室

取組みの成果

取組開始10年の節目であった2017年に支援システムに参加した女性医師の追跡調査を行ったところ、50名の内37名（82.2%）がフルタイム勤務をしていた（図1）。

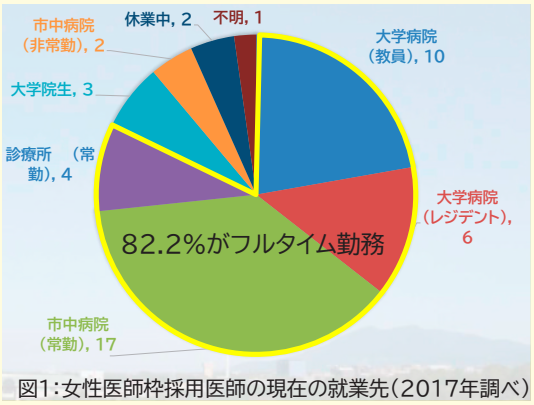


図1：女性医師枠採用医師の現在の就業先（2017年調べ）

この結果からも、育児の一番大変な期間にサポートを受け、勤務・キャリアを継続することで女性医師がより活躍できる可能性が高いことが示唆されている。筑波大学附属病院では、今後も積極的に支援を続けていくこととしている。

＊2 筑波大学附属病院の病児保育では、24時間の受付（平日8時30分～17時15分：電話対応、休日夜間等：メール対応）、小児科医による受け入れる全児の状況確認等、家庭や職務等の都合に応じた時間外、自宅へのシッター派遣を行っており、安心して子供を預け、働き続けることができる環境を整備している。

（アクティブシニア（元気な高齢者）や子育て経験者等の活躍を促進）

特に、介護や障害福祉、保育の現場では、アクティブシニアや子育て経験者等の活躍が期待されている。仕事内容の紹介や魅力発信の取組みを進めることと併せて、働く意欲がある高年齢者がその能力を十分に発揮できるよう、高年齢者が活躍できる環境を整備していくことが重要である。2022（令和4）年度においては、70 歳までの就業機会の確保に向けた環境整備を図るため、65 歳を超える定年引上げや継続雇用制度の導入等を行う企業、60 歳から64 歳までの高年齢労働者の処遇改善を行う企業への賃金等の一部助成を行うこととしている。また、65 歳超雇用推進プランナー等*49による提案型の相談・援助による支援を行うこととしている。高年齢求職者に対しては、300か所のハローワークに設置する「生涯現役支援窓口」において、高年齢者のニーズ等を踏まえた職業生活の再設計に係る職業相談・職業紹介や支援チームによるマッチング支援を行うとともに、高年齢退職予定者のキャリア情報等を登録し、その能力の活用を希望する企業に対して紹介する事業を強化することとしている。さらに、高年齢者自身の健康づくりやこれまでの経験を

＊49 高年齢者雇用アドバイザーとも言い、高年齢者雇用問題に精通した経営労務コンサルタント、中小企業診断士、社会保険労務士等、専門的・実務的能力を有する方々を独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が認定している。

活かして地域で貢献したいなどの多様な希望に応じて、地域の高年齢者の雇用・就業促進を図るため、地方自治体や地域福祉・地方創生など地域づくりを目指す民間団体など、地域の様々な機関が連携して高年齢者の就業を促進する「生涯現役地域づくり環境整備事業」を2022年度から実施することとしている。シルバー人材センターでは、定年退職後等の高年齢者の多様な就業ニーズと地域ニーズをマッチングし、高年齢者の生きがいの充実、社会参加の促進を通じて地域社会の活性化等を図っており、介護分野における周辺業務の切り出し等により、高齢者が介護分野の担い手として積極的に活躍できる仕組みを設けることとしている。

コラム　地域の介護施設で活躍する高年齢者（山形県酒田市シルバー人材センター）

全国約1,300のシルバー人材センターでは、約70万人の会員の就業ニーズを的確に捉え、地域社会や会員個々の希望と特性に合った職域開拓に努めている。ここでは、会員が地域の介護現場を支えている事例を紹介する。

高年齢者の新たな仕事の創出

酒田市シルバー人材センター（以下、「センター」という。）は、1983（昭和58）年に設立され、2022（令和4）年1月現在で811人の会員が所属している。平均年齢は72.6歳。2018（平成30）年度より、地域に密着した就業の場を創出したいと考え、日頃地元紙などでよく目にする介護の仕事に着目し、介護サービス事業所を訪問してPR活動を行った。また、事業所と共同して人材発掘ができないかと考え、市内にある社会福祉法人と連携し、講習会を開催する運びとなった。

人生経験で培った知識、技術を介護補助業務で活かせるようマッチング

センターでは２０１８年11月より介護補助業務へ新たな派遣を開始した。同業務を受注するに当たっては、人材確保が急務の課題であった。このため、地域の社会福祉法人やNPO法人から講師を招き、「介護補助スタッフ講習会」を開催して人材の発掘に努めてきた。



講習会には多くの市民が参加し、介護に関する基礎知識や介護施設の役割、傾聴の仕方などを１日で学ぶ。講習終了後、受講者と施設間での仕事のマッチングを図るため、センター職員が中心になり、自前の個別アセスメントシートを活用して受講生のニーズを丁寧に聞き取っている。

仕事内容は、清掃や送迎、食事の配膳下膳、利用者の見守りや話し相手など、身体介護や専門的な知識を必要としないものが中心となっている。会員となった受講生が今まで培ってきた人生経験からの知識や技術等得意分野が活かせるように、各施設の仕事とマッチングし、就業時間も介護施設側と協議しながら、１日2、4、6、8時間の中から選択できるようにして、家事や孫の世話、趣味などとの両立や自分の体力に合わせた働き方ができるように提案している。

働きやすい環境をサポート

センターでは１人でも多くの会員が実際の介護の現場を知ることができるよう、仕事の契約前に職場見学を行っている。実際に施設の業務内容や仕事の流れが把握でき、ミスマッチの解消が図られている。

一方、介護の現場では、職員同士の人間関係や利用者との関係性などコミュニケーション面にストレスを感じる人がいる。そのた

め、キャリアコンサルタントや社会福祉士資格を持つセンター職員が中心となり、会員のフォローアップに努めている。職員がゆっくりと時間をかけて相談対応を行い、場合によっては施設の人事担当者とも協議する。このようなきめ細かな取組みが就業の安定につながっている。

高年齢者が得意分野で持ち味を発揮



センターの会員が介護補助業務に加わることで、施設での恒常的な人手不足の解消に役立っている。

調理が得意な者は料理の手伝いや配膳下膳を行い、掃除が得意な者は風呂場やフロアの清掃、利用者とのコミュニケーションが好きな者は話し相手や見守りなどと適材適所で働く。

会員の働く理由は経済的な理由のみならず、地域に貢献したい、短時間の仕事がしたいなど多様性に富む。会員と利用者が同世代であるため昔話や歌謡曲、料理の好みが合うなど、若い世代とは違った視点で利用者をサポートできるのも利点のひとつである。介護する会員側も利用者から「ありがとう」や「手伝ってもらってよかった」などの温かい声掛け、介護の仕事を通じた新たな気づきによって、仕事の満足感の向上につながっている。

多様な担い手による地域の活性化

元気な高年齢者に地域の介護サービス事業所で活躍してもらうためには、会員と事業所の橋渡しをするコーディネーターの役割が重要になる。介護の仕事と聞くと「大変そう」「きつい仕事」などと抵抗感を示す方も少なくない。その払拭のためには、先輩会員の就業事例を丁寧に説明したり、職場見学、介護補助業務に関する講習会を開催したりするなど、地域を支える仕事の魅力を伝え、会員のニーズに合った仕事を提供することが肝要になる。

意欲と希望のある多様な担い手によって、地域の課題を解決し、活性化していくことが、今後とも期待される。

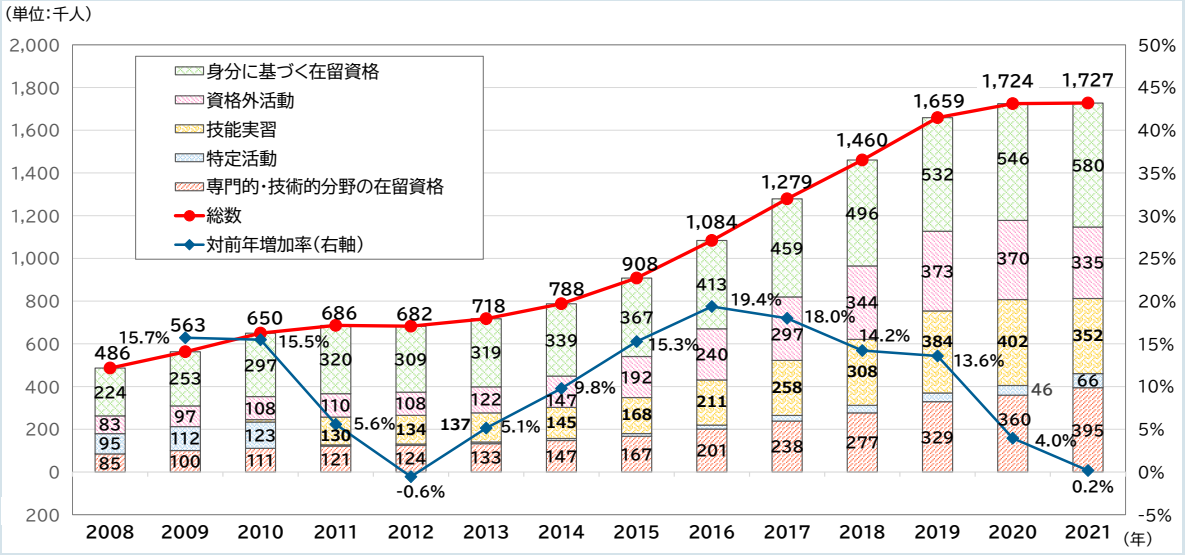
保育分野では、子ども・子育て支援新制度に基づいて「子育て支援員」制度が始まっている。子育て経験者や高齢者などがその経験や能力を活かし、やりがいと達成感を持って子育て支援現場で活躍している。子育て支援員になるためには、保育や子育て支援分野の各事業等に従事する上で必要な知識や技術等を全国共通の基礎研修と各分野の専門研修により修得すれば、資格や実務経験の必要がない。小規模保育、家庭的保育、ファミリー・サポート・センター、一時預かり、放課後児童クラブ、地域子育て支援拠点等の事業や家庭的養育環境が必要とされる社会的養護の分野の補助職員や専任職員等として、希望に応じた勤務形態での就労が可能となっている。

（外国人労働者の職場定着は、その多様性を踏まえた職場環境の整備が重要）

日本で就労する外国人労働者数は、外国人雇用状況の届出制度[*50]が義務化されて以降の最高を更新し、2021（令和3）年10月現在で、172万7,221人であり、10年間で約2.5倍となった（**図表2-2-1**）。

＊50 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（昭和41年法律第132号）に基づき、外国人労働者の雇用管理の改善や再就職支援などを目的とし、全ての事業主に、外国人の雇入れ・離職時に、氏名、在留資格、在留期間などを確認し、厚生労働大臣（ハローワーク）へ届け出ることを義務づけている。

図表2-2-1　在留資格別外国人労働者数の推移



資料：厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課において作成。
（注）「専門的・技術的分野の在留資格」とは、就労目的で在留が認められるものであり、経営者、技術者、研究者、外国料理の調理師、特定技能等が該当する。
「身分に基づく在留資格」とは、我が国において有する身分又は地位に基づくものであり、永住者、日系人等が該当する。
「特定活動」とは、法務大臣が個々の外国人について特に指定する活動を行うものである。
「資格外活動」とは、本来の在留目的である活動以外に就労活動を行うもの（原則週28時間以内）であり、留学生のアルバイト等が該当する。

産業別にみると、「医療・福祉」は57,788人であり、全体に占める割合は3.3%と低いものの、対前年増減率は33%と産業別で最も増加している（図表2-2-2）。また、外国人雇用事業所を産業別にみると、「医療・福祉」は16,455か所（5.8%）となっているものの、対前年増減率では19.2%と最も増加している（図表2-2-3）。

図表2-2-2　外国人労働者数（産業別）

（単位：人）

	平成29年	対前年増減率	平成30年	対前年増減率	令和元年	対前年増減率	令和2年	対前年増減率	令和3年	対前年増減率
外国人労働者総数	1,278,670	18.0%	1,460,463	14.2%	1,658,804	13.6%	1,724,328	4.0%	1,727,221	0.2%
建設業	55,168	34.2%	68,604	24.4%	93,214	35.9%	110,898	19.0%	110,018	-0.8%
製造業	385,997	14.0%	434,342	12.5%	483,278	11.3%	482,002	-0.3%	465,729	-3.4%
情報通信業	52,038	18.9%	57,620	10.7%	67,540	17.2%	71,284	5.5%	70,608	-0.9%
卸売業、小売業	166,182	19.3%	186,061	12.0%	212,528	14.2%	232,014	9.2%	228,998	-1.3%
宿泊業、飲食サービス業	157,866	20.6%	185,050	17.2%	206,544	11.6%	202,913	-1.8%	203,492	0.3%
教育、学習支援業	65,309	8.9%	69,764	6.8%	70,941	1.7%	71,775	1.2%	73,506	2.4%
医療、福祉	21,734	24.7%	26,086	20.0%	34,261	31.3%	43,446	26.8%	57,788	33.0%
サービス業（他に分類されないもの）	189,858	23.3%	230,510	21.4%	266,503	15.6%	276,951	3.9%	282,127	1.9%
その他	184,518	16.2%	202,426	9.7%	223,995	10.7%	233,045	4.0%	234,955	0.8%

資料：厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課において作成。
（注）各年10月末現在。
産業分類は、日本標準産業分類（平成25年10月改定）に対応している。

図表2-2-3 外国人雇用事業所数（産業別）

（単位:所）

	平成29年	対前年増減率	平成30年	対前年増減率	令和元年	対前年増減率	令和2年	対前年増減率	令和3年	対前年増減率
事業所総数	194,595	12.6%	216,348	11.2%	242,608	12.1%	267,243	10.2%	285,080	6.7%
建設業	16,711	29.4%	20,264	21.3%	25,991	28.3%	31,314	20.5%	33,608	7.3%
製造業	43,293	6.8%	46,254	6.8%	49,385	6.8%	51,657	4.6%	52,363	1.4%
情報通信業	9,247	12.1%	10,037	8.5%	11,058	10.2%	11,912	7.7%	12,180	2.2%
卸売業、小売業	33,229	13.6%	36,813	10.8%	42,255	14.8%	48,299	14.3%	52,726	9.2%
宿泊業、飲食サービス業	27,779	12.3%	31,453	13.2%	34,345	9.2%	37,274	8.5%	40,692	9.2%
教育、学習支援業	5,856	6.6%	6,144	4.9%	6,471	5.3%	6,663	3.0%	6,991	4.9%
医療、福祉	8,719	16.7%	9,913	13.7%	11,700	18.0%	13,804	18.0%	16,455	19.2%
サービス業(他に分類されないもの)	15,528	13.3%	17,419	12.2%	19,510	12.0%	21,195	8.6%	22,625	6.7%
その他	34,233	12.4%	38,051	11.2%	41,893	10.1%	45,125	7.7%	47,440	5.1%

資料：厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課において作成。
（注） 各年10月末現在。
産業分類は、日本標準産業分類（平成25年10月改定）に対応している。

「医療・福祉」の外国人労働者を在留資格別にみると、「身分に基づく在留資格」が最も多く24,106人となっている。次いで「技能実習」（10,247人）、「専門的・技術的分野の在留資格」（9,783人）となっている（**図表2-2-4**）。「医療・福祉」で就労する「専門的・技術的分野の在留資格」のうち、2019（平成31）年4月に創設された在留資格「特定技能」の外国人労働者は、4,029人となっている*51。

*51 在留資格「介護」及び「特定技能」は「専門的・技術的分野の在留資格」に含まれ、EPA看護師及びEPA介護福祉士は「特定活動」に含まれる。

図表2-2-4　在留資格別・産業別外国人労働者数

令和3年10月末現在　（単位：人）

	全産業計	うち建設業		うち製造業		うち情報通信業		うち卸売業、小売業		うち宿泊業、飲食サービス業		うち教育、学習支援業		うち医療、福祉		うちサービス業（他に分類されないもの）	
			構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）		構成比（注2）
総　数	1,727,221	110,018	6.4%	465,729	27.0%	70,608	4.1%	228,998	13.3%	203,492	11.8%	73,506	4.3%	57,788	3.3%	282,127	16.3%
①専門的・技術的分野の在留資格	394,509	13,924	3.5%	76,236	19.3%	53,065	13.5%	55,793	14.1%	35,373	9.0%	30,475	7.7%	9,783	2.5%	47,834	12.1%
うち技術・人文知識・国際業務	291,192	10,406	3.6%	55,452	19.0%	48,613	16.7%	48,800	16.8%	17,288	5.9%	11,986	4.1%	2,466	0.8%	42,485	14.6%
②特定活動	65,928	5,899	8.9%	13,954	21.2%	781	1.2%	6,256	9.5%	8,245	12.5%	747	1.1%	7,430	11.3%	15,108	22.9%
③技能実習	351,788	70,488	20.0%	180,137	51.2%	249	0.1%	28,257	8.0%	3,270	0.9%	34	0.0%	10,247	2.9%	11,368	3.2%
④資格外活動	334,603	853	0.3%	28,469	8.5%	2,901	0.9%	69,165	20.7%	109,070	32.6%	16,852	5.0%	6,219	1.9%	67,598	20.2%
うち留学	267,594	410	0.2%	19,451	7.3%	2,258	0.8%	57,544	21.5%	93,461	34.9%	15,425	5.8%	5,384	2.0%	48,265	18.0%
⑤身分に基づく在留資格	580,328	18,850	3.2%	166,932	28.8%	13,607	2.3%	69,522	12.0%	47,520	8.2%	25,386	4.4%	24,106	4.2%	140,206	24.2%
うち永住者	345,460	9,807	2.8%	96,856	28.0%	9,499	2.7%	46,202	13.4%	28,636	8.3%	17,306	5.0%	16,743	4.8%	72,601	21.0%
うち日本人の配偶者等	98,881	3,322	3.4%	25,311	25.6%	2,930	3.0%	12,286	12.4%	9,211	9.3%	6,717	6.8%	3,861	3.9%	22,079	22.3%
うち永住者の配偶者等	16,589	1,168	7.0%	4,892	29.5%	264	1.6%	2,065	12.4%	1,571	9.5%	327	2.0%	321	1.9%	4,055	24.4%
うち定住者	119,398	4,553	3.8%	39,873	33.4%	914	0.8%	8,969	7.5%	8,102	6.8%	1,036	0.9%	3,181	2.7%	41,471	34.7%
⑥不明	65	4	6.2%	1	1.5%	5	7.7%	5	7.7%	14	21.5%	12	18.5%	3	4.6%	13	20.0%

資料：厚生労働省職業安定局外国人雇用対策課において作成。
（注）　産業分類は、日本標準産業分類（平成25年10月改定）に対応している。
「構成比」欄は、在留資格別の外国人労働者総数（全産業計）に対する各産業別外国人労働者数の比率を示す。
在留資格「特定技能」は、①専門的・技術的分野の在留資格に含む。

外国人労働者は、その在留資格によって日本での就労目的が異なり、国籍や母国の文化等の違いによって多様な背景を持っている。そのため、外国人と日本人の雇用慣行を含む文化ギャップや日本語特有の言い回しに対する双方の認識の相違が原因でトラブルが生じることが多いと指摘されている[*52]。外国人の方に対しては、就職から就職後の定着まで一貫した支援を行うとともに、受入企業等においても外国人の方の多様性を踏まえて働きやすい職場環境を整備することが重要となる。

2022（令和4）年度においては、日系人等の定住外国人の方を対象に、日本の職場におけるコミュニケーション能力の向上やビジネスマナー等に関する知識の習得を目的とした事業を実施することとしている。また、外国人労働者に対する適正な雇用管理の確保を図るため、ハローワークによる事業所訪問等による雇用管理状況の確認、改善のための助言・援助等を行うとともに、雇用維持のための相談・支援等についても実施することとしている。さらに、外国人の方が自らの労働条件等を十分に理解し、適正な待遇の下で就労を継続し、その能力を発揮できるよう、外国人の方を雇用する事業主の雇用管理改善の取組みに対する助成を行うこととしている。医療・福祉分野における取組みとしては、在留資格「特定技能」の活用促進等により、今後増加が見込まれる外国人介護人材が国内の介護現場で円滑に就労・定着できるよう、日本語学習の支援や介護技能の向上のための研修、介護業務の悩み等に関する相談支援、外国人介護人材受入れ促進のための海外への広報、特定技能制度の介護技能評価試験等の実施による受入れ環境の整備を推進することと

＊52　厚生労働省職業安定局「外国人雇用対策の在り方に関する検討会中間取りまとめ―エビデンスに基づく外国人雇用対策の立案と官民が連携した分野横断的な支援に向けて―」（2021（令和3）年6月28日）

している。また、経済連携協定（EPA）などに基づき、インドネシア、フィリピン、ベトナムから入国する外国人看護師候補者及び外国人介護福祉士候補者について、国家資格取得に向けた就労・研修等に関する支援の実施、受入れ調整機関である公益社団法人国際厚生事業団[*53]による職業紹介業務等に対する指導監督等を実施していくこととしている。

コラム 介護分野で広がる外国人職員の活躍（社会福祉法人奉優会）

社会福祉法人奉優会（東京都世田谷区、香取眞恵子理事長）は1999（平成11）年に設立され、現在は都内を中心に特別養護老人ホーム、通所介護、地域包括支援センターなど100事業所以上の高齢者介護事業等を展開している。外国人を含む多様な人材が介護の現場を支えている。

ダイバーシティ（多様性）を重視した外国人介護職員の積極的な受入れ

奉優会では、女性の社会的地位の向上や働き続けられる職場づくりを目指して、ワーク・ライフ・バランスを考慮した様々な取組みや、管理職の半数に女性を登用するなど、女性の活躍を推進してきた。

この経験を踏まえ、近年では、能力があっても仕事やチャンスが与えられないより多くの外国人を支援したいという思いから、EPA介護福祉士候補者、技能実習生、そして最近では特定技能の在留資格を持つ外国人介護職員の受入れを積極的に行っている。目的は人手不足への対応ではなく、ダイバーシティ（多様性）を重視した取組みである。2021（令和3）年12月31日現在、インドネシア、ベトナム、タイなどからの158名の外国人介護職員が各事業所で活躍している。施設によっては介護職員の約半数を外国人が占める。また、国籍を問わず平等に能力を評価する方針により、現在は2名の外国人管理職（介護課長）がいる。

現場で生じる困難を試行錯誤で克服

奉優会本部（以下「法人本部」という。）及び各事業所では、外国人介護職員の受入れに当たって、需要に対応して様々な取組みや工夫をつくり上げてきた。例えば、法人本部ではSNSを利用して、各事業所や外国人介護職員からの仕事や生活面などの相談を幅広く受け付け、迅速な問題解決を図っている。各事業所では日本語教育責任者、介護業務教育責任者、生活環境責任者の三者を配置し、介護業務や介護福祉士国家試験支援はもちろんのこと、職場や地域での懇親を深めたり、日本での生活・文化を学んだりする機会を提供している。そこには誰一人取り残さず、外国人を職場で、また日本での生活を支えるという関係者の熱い思いがある。

また、外国人介護職員について、利用者やその家族、日本人職員に説明を行う機会を設けている。その他、指導する者によって教え方が異ならないように指導方法を統一し、分かりやすい用語や帳票類への見直し、業務中に困ったことがあればすぐ周囲が支援できるようインカム（相互通信式構内電話）の導入なども行っている。これらは介護現場で初めて働く日本人職員にとっても効果的で、職場の働きやすさにつながっている。

現場の中核を担う外国人管理職

東京都足立区にある特別養護老人ホーム「奉優の家」（本多正起施設長）で介護1課長を務めるファム・ティ・ミー・ハウさんはベトナム出身。母国の看護大学を卒業後、EPA介護福祉士候補生として2016（平成28）年8月に奉優会に就職し、ユニットリーダー、介護主任を経て、2021年3月に現職に昇進した。現在の主な仕事は、他の管理職同様、職員の採用や教育、課内及び他課との調整業

＊53 候補者の受入れを適正に実施する観点から、同法人が唯一の受入れ調整機関となっている。

務、さらに外国人介護職員の学習支援など多岐にわたる。

「介護は利用者の命を預かる仕事。QOLを意識し、それぞれの状態に応じたケアを職員みんなで考えて提供していくことが楽しい」と言う。



ミーティングの様子（右がハウさん）

「来日当時は言葉の壁に苦労したが、環境に恵まれた。周りにいる日本人職員はゆっくり話をしてくれ、専門用語ではなく、分かりやすい言葉で話してくれた。また、利用者の幸せを第一に考え、チームワークを重視する日本の優れた介護に感銘を受けた」と振り返る。

今後の目標については、「介護のイメージを変えていきたい。周りからは人手不足で大変と言われるが、楽しく働ける風土を作っていきたい」と言う。

ハウさんを始めとする外国人介護職員の働きぶりについて、本多施設長は、「真面目な者が多く、与えられた業務はそつなくこなす。向上心が強く、日本人職員にとって刺激となり、職場の活性化をもたらしている。若い外国人材にとっては良き相談相手、ロールモデルとなっている」と高く評価している。

多様な人材が普通にいきいきと働く

奉優会で働く外国人介護職員が将来日本で生活していくか、母国へ戻るかの希望は人それぞれ。奉優会全体の職員採用・育成を担当する田島香代管理本部長は、「今後も外国人職員をサポートする仕組みを整えていく。それぞれがキャリアを形成していってもらい、希望を尊重していく。母国と日本の架け橋になってもらいたい」と言う。ダイバーシティを重視して始まった取組みが国際貢献につながっていく。

多様な人材を受け入れる環境、多様な人材が働きやすい職場環境が標準として整えられ、改善されていくことによって、介護分野で活躍する人材の層は広がっていく。

（参考文献）厚生労働省委託事業「外国人介護職員の受入れと活躍支援に関するガイドブック」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社、令和２年９月）

3 地域や診療科の偏在対策

（医師の養成課程や医療提供体制の整備への支援等を通じた偏在対策を実施）

医師については、養成課程を通じた偏在対策として、医学部入学定員に医師不足の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」[*54]を設定している。臨床研修では、地域偏在の状況を踏まえ都道府県別の募集定員上限を設定することとしており、2008（平成20）年度には研修医の募集定員が研修希望者の1.35倍まで膨らんだ募集定員倍率が2021（令和3）年度には1.11倍まで縮小した。将来的には2025（令和7）年度までに約1.05倍まで縮小する方針としている。専門研修では、日本専門医機構が都道府県診療科別に必要な医師数に基づいた採用数上限（シーリング）を設定することとしており、都道府県の意見も踏まえ、地域の実態にも配慮しつつ実効性のある偏在対策となるよう、厚生労働大臣から

＊54 定義が曖昧であり都道府県ごとで運用が異なっていたため、2022（令和4）年度以降は、臨時定員に係る地域枠は一般枠と別の試験を実施する別枠方式により選抜した上で、原則として、医師として勤務開始直後より当該都道府県内で9年以上従事すること及び、医師不足地域の医師確保と医師の能力開発・向上に資する都道府県のキャリア形成プログラムに参加することを要件とする見直しを行っている。

日本専門医機構へ要請を行っている。

偏在対策を進める上では、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を有する医師を育成することも重要であることから、2020（令和2）年度から、総合診療医を養成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと、卒前教育から専門研修やその後のキャリアパスの構築等を支援する等の事業を行っている。また、日本専門医機構において、2018（平成30）年度から「総合診療専門医」の養成を行っている。

偏在対策のための体制整備の面では、地域で安心して産み育てることのできる医療提供体制の確保を図るため、2022（令和4）年度において、総合周産期母子医療センターやそれを支える地域周産期母子医療センターの新生児集中治療室（NICU）、母体・胎児集中治療室（MFICU）等へ必要な支援を行うこととしている。また、分娩取扱施設が少ない地域を対象に、施設・設備整備及び産科医・産婦人科医の派遣に必要な経費を支援することとしている。さらに、無医地区等のへき地に居住する住民に対する医療提供体制の確保を図るため、へき地診療所や巡回診療等を行うへき地医療拠点病院への支援を行うとともに、無医地区等から高度・専門医療施設を有する都市部の医療施設へ患者を長距離輸送する航空機（メディカルジェット）の運航等に必要な経費を支援することとしている。

都道府県における地域偏在対策としては、2018年に改正[*55]された医療法・医師法に基づき、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な医師偏在指標により、自県の偏在状況を把握するとともに、目標とする医師数や医師確保の方針などを盛り込んだ医師確保計画を策定し、地域医療介護総合確保基金を活用しつつ、大学と連携した地域枠（自都道府県以外の大学に設定する地域枠を含む。）の設定、地域枠学生等への修学資金の貸与、地域医療支援センターの運営、キャリア形成プログラムの作成と充実等の取組みにより、偏在解消に向けた対策を講じている。2022年度において、医師等の偏在の解消、医療施設の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する事業を医療介護総合確保基金の対象事業としている。

また、医師多数区域から医師少数区域への医師の流れを促進するために、医師確保計画において医師少数区域における医師の勤務環境の改善に努めるとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を厚生労働大臣が認定・評価する制度を創設しており、認定を受けた医師について、地域医療支援病院[*56]の管理者の要件とすることや医師少数区域等で診療を継続する際、学会への参加や能力研鑽のための研修受講に必要な経費等の支援を行うこととしている。

地域における外来医療機能の不足・偏在等については、2019（令和元）年3月に「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」を発出し、都道府県において、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議等について盛り込んだ外来医療計画を策定するとともに、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うよう求める等の対策を講じている。

＊55 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）
＊56 第一線の地域医療を担う、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備等を有するものとして都道府県知事が容認する病院をいう。紹介患者を中心とした医療を提供し、救急医療を提供する能力を有すること等が要件とされている。

（在宅医療・訪問看護に対応できる看護職員を育成するため、地域の人材育成を推進する看護師を養成するほか、先進的な事例の調査・横展開を実施）

看護職員の確保についてはこれまで主に総数不足への対応策が議論されてきたが、2019（令和元）年の看護師需給推計では、2025（令和7）年に向けて、地域包括ケアシステムの構築や地域医療構想による病床の機能分化・連携が推進される中で、特に訪問看護事業所や介護保険サービスでの需要が大きく増加することが見込まれている。訪問看護は、医師や同僚看護師などがそばにいてすぐに相談でき、医療機器が整備されている医療施設とは異なる環境下で、利用者の療養生活を理解し適切なアセスメントや必要なケアを適時に実践する能力が求められる。そのため、在宅医療・訪問看護に係る専門知識や経験を豊富に備え、地域の人材育成を推進することができる講師を養成することとしている。また、訪問看護事業所は小規模の事業所が多く、一事業所だけでは教育研修体制の整備や、福利厚生面、運用面、暴力・ハラスメント対策等において困難を抱えることが指摘されている。地域の実情に応じて、訪問看護サービスの安定した提供や看護職員の確保、定着が促進されるよう、地域の拠点となるような大規模事業所や医療機関等との有効な連携の在り方や各種相談体制の整備、ICT活用の促進等について検討を進めていくことが重要である。過疎地域など看護職員確保・定着が困難な地域については、都道府県ナースセンターが軸となり、都道府県や医師会、病院団体等と連携の上で地域の実情に応じて確保策を計画・展開する「地域に必要な看護職の確保推進事業」を行っている。この事業を広く展開するため、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進等を行っていくこととしている。

コラム　より安心で効率的な訪問看護に向けた取組み（訪問看護ステーションフレンズ）

「病気または障害があっても、住み慣れた自宅で安心して生活したい」との希望を持っている方は多く、地域で暮らしながら必要な看護を受けられる訪問看護のニーズは大きい。

このため、医師や他職種と密接に連携しながら在宅ケアを担う看護師の存在が、今後ますます不可欠となる。

ここでは、株式会社トラントユイット（北海道函館市）が運営する訪問看護ステーションフレンズを紹介する。

北海道の広大な担当地域で速やかに適切なケアをするために

訪問看護ステーションフレンズ（以下「フレンズ」という。）は、北海道函館市及び道南地域の利用者に対する訪問看護[*1]を実施している。フレンズでは、嚥下・排泄及び褥瘡（じょくそう）に問題がある状態において、従来のフィジカルアセスメント[*2]だけでは体内の情報を把握することは難しく、適切なケアを速やかに行えないことに訪問看護の限界を感じていた。加えて、片道100km以上の遠隔地も担当する中、利用者を訪問した際に、医師へ相談する必要が生じた場合には、利用者の状況を医師へ報告して指示を仰ぐ必要がある。このため、フィジカルアセスメントから適切なケアに至るまでに多くの時間を割くことから、医師との連携に課題があった。

＊1　観察・療養指導及び医師の指示書に基づくケア等
＊2　問診・視診・聴診、触診及び打診

携帯型エコーの活用で体内の正確な情報を把握可能に

フレンズの保坂明美所長は、以前勤務していた医療機関での経験を元に医師と相談し、体内の情報を正確に把握するべく、従来のフィジカルアセスメントに加えて、携帯型エコーによるエコー画像を活用した新たなアセスメントを実施することとした。

2019（平成31）年4月にフレンズ内で開催した勉強会で、訪問看護師の理解を得られたことから、携帯型エコーの操作方法の習得に積極的に取り組んできた。2022（令和4）年1月現在では在籍看護師20人の半分以上が日常的に利用している。

既存のネットワークシステムを活用して画像データを医師等と共有

医師に速やかに相談できるようにするためには、医師及び訪問看護事業所が利用者のエコー画像を即時に情報共有する必要がある。

函館市を含む道南地域には、医療機関・訪問看護ステーション及び調剤薬局等幅広い職種の分野で患者の投薬歴・検査データ及び画像データ等を共有できる「道南Medlka[*3]」というシステムがある。フレンズもこのシステムに参加し、利用することで、医師との速やかな連携という課題を克服した。

適切なケア、医療従事者の業務と働き方の改善に効果

「利用者がどこに住んでいても速やかに適切なケアをしたい」という思いから始まったフレンズの取組みは、様々な効果をもたらしている。

利用者と家族はエコー画像を見ながら症状や必要なケアの説明を受けることで、自宅での生活がより安心できるものとなった。医師は速やかにエコー画像を確認し、より詳細な情報に基づいて安心して必要なケアの指示ができるようになった。

そして看護師は、エコー画像で体内情報を正確に把握でき、必要があれば画像共有で医師の指示を速やかに仰げることから、自信を持って適切なケアを行えるようになっている。特に排泄に関するケアが必要な時に、また適切なタイミングで行えるようになったことは、利用者のみならず看護師の精神的・身体的な負担の軽減にもつながっている。

世のため、人のため、最後は自分のために

フレンズでは、適切なケアのみならず、看護師が高いモチベーションを維持できる職場環境も重視している。

2020（令和2）年4月から、既に導入していた夜間のシフト勤務にメイン（夜間の定期訪問及び電話対応）及びサブ（夜間の定期訪問、及び、メインが電話対応後に急遽訪問する場合に電話対応を引き継ぐために待機）の勤務形態を新たに設置し、メインとサブを2回連続で勤務すれば、勤務終了後に48時間休息できる二交代制を導入した。そうした取組みで、より健康な働き方が実現される中で、日々の訪問看護を通じて看護師として、そして人間としてのステップアップが目指されている。

フレンズの理念は「世のため、人のため、最後は自分のため」。保坂所長は、「看護師がいい仕事（適切なケア等）をすれば自分が報われる。今後とも、各種の取組みを積極的に推進し、関係者に好事例として展開していきたい」と意気込みを語る。



携帯型エコーによるエコー画像を活用した新たなアセスメント

＊3 道南地域医療連携協議会が2008（平成20）年4月から運営する地域医療連携ネットワークシステム。患者のプライバシーに配慮している。

講義



意見交換



実習



携帯型エコーの習得の勉強会

（薬剤師の偏在状況と課題を把握するための調査を行うとともに、地域医療介護総合確保基金により地域の実情に応じて必要な薬剤師を確保）

薬剤師については、その偏在状況と課題を把握するため、2022（令和４）年度において、医療機関、薬局における薬剤師の偏在指標の算出、地域偏在の解消等に資する効果的な方策について調査・検討することとしている。また、地域医療介護総合確保基金により、地域薬剤師会が地域の病院・薬局等と連携した復職プログラムを実施する女性薬剤師等の復職支援のための事業や、地域薬剤師会が地域包括ケアシステムの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保を支援するための事業、薬剤師が不足すると都道府県が認めた地域に所在する医療施設等を勤務地として一定期間勤務した場合には返済義務を免除する薬剤師修学資金貸与事業、都道府県が指定する薬剤師が不足する病院へ期間を定めて薬剤師派遣を行うための事業を行うために必要な経費を支援することとしている。

4 医療法人・社会福祉法人の多事業経営・法人間連携

2017（平成29）年4月に、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、病院や診療所、介護事業等に係る施設又は事業所などを開設する法人や、大学等の医療者養成機関、地方独立行政法人や自治体等を参加法人とする地域医療連携推進法人制度が始まった。本制度は、参加法人が各々独立性を保ちながら、医薬品等の共同購入や参加法人間の病床融通のほか、医療従事者等の人事交流や共同研修等を行うことができることなどが利点として挙げられている。地域包括ケアシステムの実現や医療・介護従事者等の人材確保の観点からも有効な選択肢の一つである。

社会福祉法人については、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として、2022（令和4）年4月に、社会福祉連携推進法人制度が始まった。社会福祉連携推進法人の設立により、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等の推進といった、創意工夫による多様な取組みが可能であり、同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が期待される。

コラム 動きだした地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人制度は、医療機関相互間の機能分担と業務の連携を推進することを主たる目的とする一般社団法人として、医療法に定められた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。複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保することを目指している。ここでは2つの法人の特色をみていくこととする。

事例1　日本海ヘルスケアネット
地域の幅広いアクターの参加

日本海ヘルスケアネットは、山形県の北庄内地域の9法人（3病院、医師会・歯科医師会・薬剤師会の三師会、2社会福祉法人、1医療法人）が参加して2018（平成30）年4月に発足した（令和4年4月現在11法人）。地域の三師会が揃って参加し、認知症対応で力を発揮する精神科専門病院が参加するのも全国初の形態である。

病床融通を実施

地域医療連携推進法人の特色として、参加法人間での病床融通が可能なことが挙げられる。病床過剰地域においても、病床数の合計が増加しない範囲で、地域医療構想達成のために必要な病床融通を参加法人間で行うことができる。

日本海ヘルスケアネットでは、この制度を活用し、日本海総合病院の急性期病床を4床減らし、本間病院の回復期病床を4床増床している。本間病院での急性期後の患者の受入体制不足に対応した形だ。

多様な取組み

日本海ヘルスケアネットでは、各参加法人が退院後受入先として協力し、連携強化に取り組んでいる。その結果、日本海総合病院では急性期医療に特化でき、各参加法人は入院患者が確保できるなど経営面でも効果が見られる。また、医療従事者の人事交流や研修会への参加などにより、医療の質向上や職員のスキルアップにもつながっている。最近では、参加法人が、地域フォーミュラリと呼ばれる医薬品の使用指針を活用し、医薬品の適正使用の推進による薬剤費の削減や薬剤在庫管理の効率化などにも取り組んでいる。

事例２　房総メディカルアライアンス
地域の連携モデルとして設立

房総メディカルアライアンスは、千葉県南房総市の富山国保病院と社会福祉法人太陽会の安房地域医療センター等が参加する法人であり、2018（平成30）年に発足した。

高齢化の進んでいる安房地域において、途切れのない地域包括ケアシステムの一翼を担い、地域の基幹病院の連携モデルを目指すこと等を目的として設立されたものである。

新型コロナウイルス感染症に迅速に対応

新型コロナウイルス感染症対策が急務となった2020（令和２）年３月末、本連携法人が中心となり、南房総地域医師会・保健所などで有識者会議を開催し、富山国保病院の病床を全て空け４月中旬に同感染症の専用病院にすることを決定した。富山国保病院には感染症専門医は常時勤務していないが、安房地域医療センターの感染症科医師、感染管理認定看護師がゾーニング等の指導を実施し、専用病院への移行が可能となった。

その後、第４波までの間は、医療機関ごとの役割分担を明確化している。安房地域医療センターでは新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れず、通常の救急医療と発熱外来を担当、富山国保病院では同感染症の軽症者を担当、関連病院である亀田総合病院では重症者と通常の高度医療を担当することとした。こうした明確化により、重症から軽症となった同感染症患者の転院を富山国保病院が受け入れるシステム構築も可能となり、高度医療を含む通常医療と同感染症患者に対する医療を両立させることが可能となった。

第５波においては、安房地域医療センターにおいて新型コロナウイルス感染症重症患者の受入病床として、HCUを転用し４床を確保するなど、同感染症の急拡大にも迅速に対応している。

こうした対応が可能となった一つの要因として、本連携法人では、月１回、連携法人の役員、参加法人の各部門長等が参加する運営会議を開催するなど、日頃から医療連携の構築に努めていたことが挙げられる。連携法人の活動により医療機関間や地域との信頼関係が醸成され、迅速な新型コロナウイルス感染症対応にもつながった事例である。

5 地域共生社会の取組み

これまでは、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとに公的な支援制度が整備され、支援の充実が図られてきた。しかし、介護と育児（いわゆる「ダブルケア」）への対応が同時に必要となる世帯や、障害や病気を抱えながら地域で生活を送る方など福祉分野に加え、保健医療や就労にまたがって支援を必要とする方も増えてきている。また、人口減少が進むことによって、地域によっては公的支援の利用者数が減少し、専門人材の確保が困難となることで対象者ごとに公的支援の提供機関を安定的に運営することが難しくなってきている。地域においては、これら複合的な課題について分野をまたがって包括的な支援が行える体制の整備が重要となっている。また、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拠点となる地域では、NPO法人やボランティアの方などが医療・福祉サービスの提供主体として活動しているほか、地域住民一人一人が時として誰かの「支え手」となり「受け手」となる関係にある。公的支援のみならず、NPO法人やボランティア等の地域の資源を活かし、住民の主体的な支え合いを育み地域のつながりを強化することが、暮らしと地域社会に豊かさを生み出すことにもつながる。

2020（令和２）年６月５日に地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和２年法律第52号）が成立し、2021（令和３）年４月１日から施行された改

正社会福祉法において、新たに重層的支援体制整備事業（以下「重層事業」という。）が創設された。重層事業は、市町村において、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、対象者の属性を問わない相談支援、多様な参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う事業であり、2021年度には42市町が実施した。また、2022（令和4）年度には134市町村が実施しており、今後も重層事業の効果的な実施を推進していくこととしている。

重層事業の創設とともに、2021年度は、2023（令和5）年度以降に重層事業へ移行するために必要な経費を市町村に補助する重層事業への移行準備事業、市町村の包括的な支援体制整備の後方支援を行うために必要な経費を都道府県に補助する都道府県後方支援事業、重層事業に従事する支援員等を対象に国が研修等を行う人材養成事業を創設した。さらに、地域共生社会の実現に向けた気運を醸成するため2021年4月に地域共生社会のポータルサイトを開設した。

各地域で重層的支援体制の整備が進む中、地域住民主体の活動を支援することで地域全体を「まるごと」受け止め、支える仕組みづくりに取り組む事例を紹介する。また、「ゼロ線支援（地域住民やボランティア）」を重要視するオランダの事例を紹介する。

コラム　地域を「まるごと」受け止め、支える仕組みづくり（福井県坂井市）

地域共生社会の実現に向けて－住民をまるごと支える仕組みの構築－

地域共生社会の実現に向けて、2021（令和3）年度に重層的支援体制整備事業[*1]が施行され、各地域では本事業を活用した様々な取組みが繰り広げられている。ここでは、本事業の創設以前から地域住民主体の活動を支援することで、地域全体を「まるごと」支援する仕組みづくりに向けた取組みを行っていた福井県坂井市の事例を紹介する。

「断らない」相談支援体制の構築まで

福井県坂井市は、県北部に位置し、約9万人が暮らしている。他方で、2040（令和22）年には人口が約7万5千人まで減少し、高齢化率が36.6%となることが予測され、以前から少子高齢化や複雑化・複合化した課題に対応した市の体制が求められていた。こうした中、市では生活保護や生活困窮者自立支援を担当する部署が中心となって2016（平成28）年度に福祉総合相談室を設置したが、具体的な支援に結びつけるための各分野の担当との連携に苦慮していた。そこで、2017（平成29）年度に国のモデル事業を活用し、「断らない」相談支援体制づくりに向けた庁内外関係者との活発な議論を経て、高齢・障害・生活困窮分野の関係者が集まった「相談支援包括化推進会議」を設置した。さらに、2018（平成30）年度にはメンバーに子ども分野の担当も加わり、既存の分野別の相談機関では解決できない複合的な課題に対応するため、「相談支援包括化個別会議（さかまる会議）」を設置した。あわせて、防災・教育・まちづくりなど、福祉分野以外の機関も含めた“身近な相談拠点”で相談や見守りができる体制



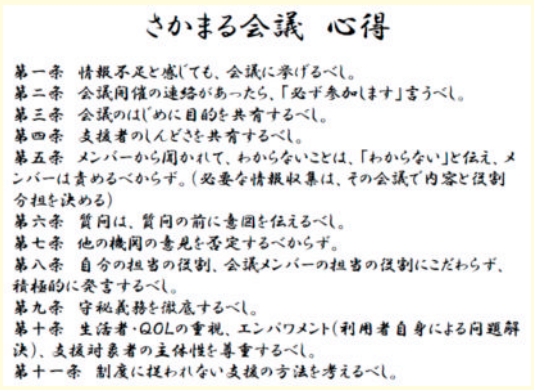
坂井市相談支援包括化推進会議の様子

＊1　「重層的支援体制整備事業」とは、市町村において、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業（任意事業、令和3年度は42自治体が実施）。

づくりを目指し、市と社会福祉協議会が一体となった取組みを開始した。また、地域住民等との対話を通して暮らしやすいまちとなるようワークショップを開催し、例えば、高齢化率の高い地区での新たな買い物支援の開始など、具体的な政策の実現にもつながった。



買い物支援（地域づくりの事例）



さかまる会議　心得

第一条　情報不足と感じても、会議に挙げるべし。
第二条　会議開催の連絡があったら、「必ず参加します」言うべし。
第三条　会議のはじめに目的を共有するべし。
第四条　支援者のしんどさを共有するべし。
第五条　メンバーから聞かれて、わからないことは、「わからない」と伝え、メンバーは責めるべからず。（必要な情報収集は、その会議で内容と役割分担を決める）
第六条　質問は、質問の前に意図を伝えるべし。
第七条　他の機関の意見を否定するべからず。
第八条　自分の担当の役割、会議メンバーの担当の役割にこだわらず、積極的に発言するべし。
第九条　守秘義務を徹底するべし。
第十条　生活者・QOLの重視、エンパワメント（利用者自身による問題解決）、支援対象者の主体性を尊重するべし。
第十一条　制度に捉われない支援の方法を考えるべし。

さかまる会議のルール

さかまる会議とは

坂井市では、「さかい市民の相談をまるごと受け止める会議」を「さかまる会議」としてルール化している。その機能は、従来のケース会議のような対象者への支援の検討にとどまらず、職員同士のネットワークの構築やスキルアップなど、支援者自身がひとりで抱え込まずに関係者と悩みを共有することで、より質の高い支援の提供を目指している。同会議を通じて、住民からのどんな相談でも「断らない」相談支援体制が推進されていることはもちろんのこと、支援に当たる職員からも、分野をまたぐニーズや課題に対応しやすくなったとの声が寄せられている。

重層的支援体制整備事業を通した取組みの推進

坂井市のように、包括的な支援体制の整備に向けた取組みが一層進むよう、2020（令和2）年の社会福祉法改正により、先述の「重層的支援体制整備事業」が創設された。坂井市でも本事業を活用して、「さかまる会議」をはじめとする包括的な相談支援に加え、様々な想いをもつ市民同士のつながりづくりを支援する「まちづくりミーティング」や、複雑・複合化したニーズを抱えた対象者が社会参加の一環として、「こども食堂スマイル」の運営への参画を支援するなど様々な活動が展開されている。

今後とも、地域共生社会の実現に向けて、地域の創意工夫による取組みが各市町村で推進されていくことが期待される。

コラム　オランダの重層的支援体制「ソーシャルヴェイクティーム」が取り組む“インフォーマル・ファースト”

現在、日本では、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手と受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会（地域共生社会）を目指した取組みが始まっている。ここでは、少し先行するオランダの事例を、国際長寿センター（ILC-Japan）の海外調査報告書[*1]を基に概観する。

制度の分立による混乱への対応

オランダでは、医療保険、介護保険、社会サービス法など制度は分立し、それに対応したかたちで行政の窓口も複数あり、市民は混乱しがちであった。こうした中、市民のニー

＊1　「平成29年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書」

ズへの対応をスムーズにするために「ソーシャルヴェイクティーム（Sociaal (Wijk) team)」が2013年頃から各市（基礎自治体）でつくられるようになった。

ソーシャルヴェイクティームとは

ソーシャルヴェイクティームは、直訳すれば「社会福祉近隣チーム」である（ヴェイクは「近隣」の意）。地域住民の様々な生活課題を解決するため、2016年現在で9割近い自治体に設置されている。スタッフ構成は、「第一線ケア提供者」（在宅ケア事業者、ソーシャルワーカー、地域看護師から集めた職員）、「第二線組織」（より専門性の高い専門職能団体の職員）、「その他の関連組織」（住宅協会、警察を含む。）のほか「ゼロ線支援」（地域住民やボランティア）も重要な役割を担うなど、複層的な構成となっている。これにより、高齢者、障害者、子どもなどの属性を問わず、様々な相談を1か所で受けきることができている。

支援のアプローチ

相談は、本人から直接、GP（家庭医）や地域看護師経由の依頼など様々であるが、いずれの場合も、相談者が自分自身で何ができるか、近隣の人々の助けを得られるかから始まり、専門職の援助はどの部分で必要かをチェックし、相談者本人と一緒に考えて支援していくアプローチが採られている。

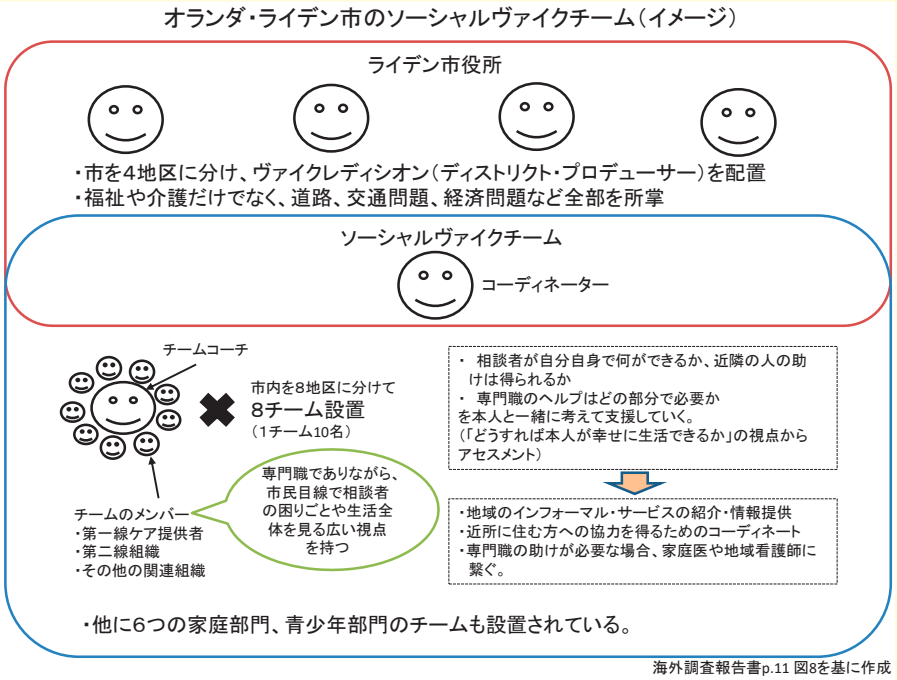
その上で具体的な支援としては、例えば、近所の人で知っている人はいないか本人に聞いた上で、その知人に「料理を週1、2回やってくれませんか」と頼む、ショッピングに一緒に行くボランティアサービスをアレンジするなど、様々な支援が行われている。

ソーシャルヴェイクティームが目指すもの

オランダの社会問題に関する国立研究機関であるmovisieによると、ソーシャルヴェイクティームが目指すものは、①普遍的アプローチ、②学際的アプローチ、③市民に近く、低い敷居、④予防と早期介入、とよくいわれている[*2]。そこでは、公的な制度を利用するのは最後の最後という「インフォーマル・ファースト」が進められている。

相談のしやすさを重視し、地域の幅広い資源を有機的に連携させてワンストップで対応するアプローチは、地域共生社会の理念を実現していく上で重要性を増していくと思われる。

オランダ・ライデン市のソーシャルヴァイクチーム（イメージ）



海外調査報告書p.11 図8を基に作成

＊2 movisie (2016) Sociale (wijk)team in beeld (https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Sociale-wijkteams-in-beeld%20%5BMOV-9164168-1.1%5D.pdf)

地域のボランティアによる活動をきっかけとして、複数分野の包括的な支援に取り組もうとする例もある。全国に広がっている子ども食堂[*57]では、子どもの食育や居場所づくりにとどまらず、貧困等の困難を抱える子どもへの生活面・学習面での支援につながることや、高齢者や障害者を含む地域住民の交流拠点に発展する可能性がある。そのため、子ども食堂において、ひとり親家庭や生活困窮世帯の子どもを対象とした生活面・学習面での支援を行う場合や、高齢者を対象とした介護予防の取組み、障害者等に生産活動の機会の提供等を行う場合には、こうした取組みに係る費用を補助する公的制度[*58]が利用できること等を周知している。また、支援が必要な家庭や子どもを把握した場合には、市区町村等の相談窓口と子ども食堂の運営者が情報共有等を行うことを市区町村等に要請している。2022（令和４）年度は新たに、市区町村等が子ども食堂や子どもへの宅食等を行う民間団体と連携して食事の提供や学習支援等を通じた子どもの状況把握を行うことにより、市区町村等が行う地域における子どもの見守り体制の強化を支援している。

地域の実情に応じ、高齢者、障害者、子どもなどの複数分野にまたがる支援を総合的に提供する取組みとして、高齢者向け住宅、介護施設、飲食店、保育園、障害者就労支援事業所など多様な施設を一体的に運営し、相互に補完しあっている例を紹介する。

コラム　医食住が強固につながった多世代交流型複合施設「アンダンチ」（株式会社未来企画）

2018（平成30）年７月、宮城県仙台市に株式会社未来企画が運営する多世代交流型複合施設「アンダンチ」がオープンした。周囲との垣根がない約1,000坪の敷地は開放的で、高齢者向け住宅、介護施設、飲食店、保育園、障害者就労支援施設など多様な施設が集まる。

多角経営が生み出すサービス利用者と提供者の補完関係

アンダンチの核となるのは、50室からなるサービス付き高齢者向け住宅「アンダンチレジデンス」である。入口横には駄菓子屋「福のや」があり、地域の子どもたちが出入りし、軒下は子どもたちで賑わう。入居者が店番に立つこともある。内装は無垢の木をふんだんに使った温かみのある空間になっている。１階のリビング兼食堂では敷地内の利用者同士のイベントが行われるほか、地域住民に無料で開放しており、子ども英会話やヨガ教室などが開催され、ここに入居者が加わり交流が生まれる。レジデンスには介護職員が24時間365日常駐し、隣接する看護小規模多機能型居宅介護[*1]「HOCカンタキ」[*2]と緊密に連携しているため、介護度が高い方も受け入れ、看取りも行っている。

HOCカンタキの隣の建物の１階で経営する飲食店「あんだんち食堂」は、地産地消に取り組んでおり、健康に配慮したメニューは地域住民の好評を得ている。また、敷地内の

＊１　小規模多機能型居宅介護（事業所への通い、短期間の泊まり、利用者の自宅への訪問を一体的に提供し、日常生活での支援や機能訓練を行う。）に訪問看護を加えた地域密着型介護サービス。通いや泊まりの時間帯を通じて、医療機器を使用している方、終末期の方など、より医療依存度の高い方も利用可能。
＊２　未来企画と提携している医療法人モクシン 堀田修クリニックが運営しており、「第２の我が家」をコンセプトに、住み慣れた自宅で療養生活が送れるよう医師や他の医療専門職、ケアマネージャーと連携し、柔軟な介護サービスを提供している。

＊57　子どもたちに対し、無料又は安価で栄養のある食事や温かな団らんを提供する取組みを行うものをいう。
＊58　母子家庭等対策総合支援事業における子どもの生活・学習支援事業、生活困窮者自立支援制度における子どもの学習支援事業、介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業、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に基づく地域活動支援センター事業



アンダンチの全体配置図

施設にも給食として配食しており、スタッフ分も合わせると平日の昼食は1日100食程になる。

2階では定員19名の企業主導型「アンダンチ保育園」を運営している。2階に配置することで、セキュリティ面に配慮している。敷地内施設のスタッフの子どもが優先して入園できるため、安心して働くことができ、仕事と育児の両立を後押ししている。

地域住民の間で「三角な建物」で知られる「アスノバ」では、障害者就労支援事業所（就労継続支援B型）を運営している。利用者のプログラムにはレジデンスの食堂やHOCカンタキの事務室の掃除なども含まれ、レジデンスの入居者やスタッフたちとあいさつを交わす。1階はコミュニティスペースとして、週末は地域住民に貸し出しているほか、「暮らしの保健室」を設置し、地域住民の暮らしや医療・介護などのよろず相談を行っており、医療・福祉の専門職や医療機関などへの橋渡しもしている。

未来企画は、HOCカンタキを運営する医療法人モクシンと土地賃貸借契約を結び、賃料を得ており、多角経営を行うことで余裕があるところから足りないところへ、スタッフの報酬を確保する面でも補完し合っている。また、多様な福祉サービスを集約して運営していることで、介護福祉士、看護師、保育士、管理栄養士など有資格者を中心に様々な立場のスタッフが集まり、地域の福祉サービスの質の向上にもつながっている。

一人ひとりがつながる「地域の縁側」を目指して

アンダンチでは交流を促す仕掛けが随所にあるため、利用者同士は日常的に自然に触れ合う。それに加え、施設利用者同士のイベントや地域住民とのイベントが定期的に開催され盛んに交流が行われている。


レジデンス入居者、HOCカンタキ利用者、園児がともに参加する音楽療法


地域食堂の会


地域住民も加わった多世代味噌づくり


クリスマスマーケットの風景

アンダンチではそれぞれの建物の配置や敷地全体の一体感、外観や内装などの景観も大切にしている。福祉をデザインすることにより、福祉とは縁遠い人たちが見えないハードルを越えて福祉に接する機会を得られるようにしたいという思いからだ。「アンダンチという場をもったことで、地域の人たちの様々な声に直接触れることができるようになった。地域の人たちがここで触れ合うことで人間関係が豊かになり、他人事だった介護、子育て、障害を持つ人への支援などを『自分ごと』のように考えるきっかけになっている。世代がしっかりとつながる場をつくり、多様性を認め合い、一人ひとりが心地よいと感じる「地域の縁側」になれたら。」福井大輔・未来企画代表は語る。

社会・経済活動の基盤でもある地域において福祉と地域産業などが領域を超えてつながり、高齢者や障害者などの就労や社会参加の機会が生まれると同時に人々の多様なニーズに応えるといった取組みが行われてきている。例えば、障害者への働く機会の提供と、農

業の担い手不足等への対応として行われる農業と福祉の連携（農福連携）については、内閣官房農福連携等推進会議「農福連携等推進ビジョン」（2019（令和元）年６月４日）に基づき、「知られていない」、「踏み出しにくい」、「広がっていかない」といった課題に対応し、農福連携のメリットの発信等のほか、障害者就労支援事業所への農業等に関する専門家の派遣や農福連携マルシェの開催等を支援するとともに、過疎地域における取組みを後押しすることとしている。

農福連携は障害者のみならず、認知症のある高齢者への支援や生活困窮者などへの就労訓練に広がりを見せるなど取組内容が多彩になってきており、引き続き推進していく。

ここで、障害者が地域を支え、また地域の力によって障害者を支えている事例を紹介する。

コラム　障害者の就労支援における農福連携

障害者就労施設では、稲作や野菜、果樹、花き、畜産、農産加工や販売といった幅広い分野で農業活動などに取り組んでおり、その中には、農業を通じて高い賃金・工賃を実現している事業所もある。こうした取組みは、障害のある方の就労機会の確保や賃金・工賃の向上といった面のみならず、労働力不足や過疎化といった問題を抱える農業・農村にとっても、働き手の確保や地域農業の維持、さらには地域活性化にもつながることから、農業と福祉の連携（農福連携）の一層の推進が求められている。

農福連携等推進ビジョン

このため、2019（令和元）年４月に設置された省庁横断の会議体である「農福連携等推進会議」は、同年６月に「農福連携等推進ビジョン」を取りまとめた。

本ビジョンは、農福連携の裾野を広げていくに当たって、「知られていない」、「踏み出しにくい」、「広がっていかない」という課題に対応するものだ。農福連携のメリットの発信や戦略的プロモーションの展開を通じた「認知度の向上」、ニーズをつなぐマッチングの仕組みの構築や障害者が働きやすい環境の整備と専門人材の育成などを通じた「取組みの促進」、国民的運動を展開するための基盤の形成や関係団体での横展開などの推進を通じた「取組みの輪の拡大」の３つのアクションに取り組むこととしている。

さらに、農福連携における「農」と「福」のそれぞれの広がりを進めることにより、農福連携を地域づくりのキーワードに据え、地域共生社会の実現を目指すこととしている。「農」の広がりへの支援として、林業及び水産業において、特殊な環境での作業もあることにも留意しつつ、障害特性などに応じた、マッチング、研修の促進、経営発展を目指す取組みなどの推進、「福」の広がりへの支援として、高齢者、生活困窮者、ひきこもりの状態にある者などの働きづらさや生きづらさを感じている者の就労・社会参画の機会の確保や、犯罪や非行をした者の立ち直りに向けた取組みを推進することとしている。

農福連携を通じた精神障害者への支援

農福連携に取り組む社会福祉法人こころん（福島県）では、精神障害のある約30人の利用者が、それぞれの適性と体調を判断しつつ、就労に必要な体力、忍耐力、チームワークを養いながら、約30品目の野菜を生産して





いる。法人内で運営する養鶏場の鶏ふんを使った自家製堆肥による土作りなども行い、農薬を使わない野菜作りを行っている。

直売店やネット通販、車による移動販売も行い、売上げ確保に努めており、外出が困難な地域住民にとって、買い物支援の役割も担っている。また、地元の農家から請負で作業を行う「施設外就労」に取り組むことで、地域の農業を支えている。

こうした取組みにより、障害のある利用者の生活面・就労面を、障害者就労施設の職員だけでなく農家を始めとする地域の力によってサポートすることが可能となっている。また、障害者が地域産業の重要な担い手となることや、その地域で他の方々をサポートする側となることが期待されている。新たな地域共生の枠組みが広がっている。

（小括）

医療・福祉サービスを支える人材を将来にわたって確保し、社会保障制度を持続可能なものとすることは、全世代の国民の生活の安定や将来への安心感につながる。現役世代が急減していく中にあって、担い手不足の克服のため、女性、高齢者等を始めとした一層の労働参加を促進し、総就業者数の減少を最小限にとどめるとともに、この第２節で整理した取組みを地域の実情に応じて組み合わせ、実施していくことが必要である。

第2部

現下の政策課題への対応

※第２部は、おおむね2021（令和3）年度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

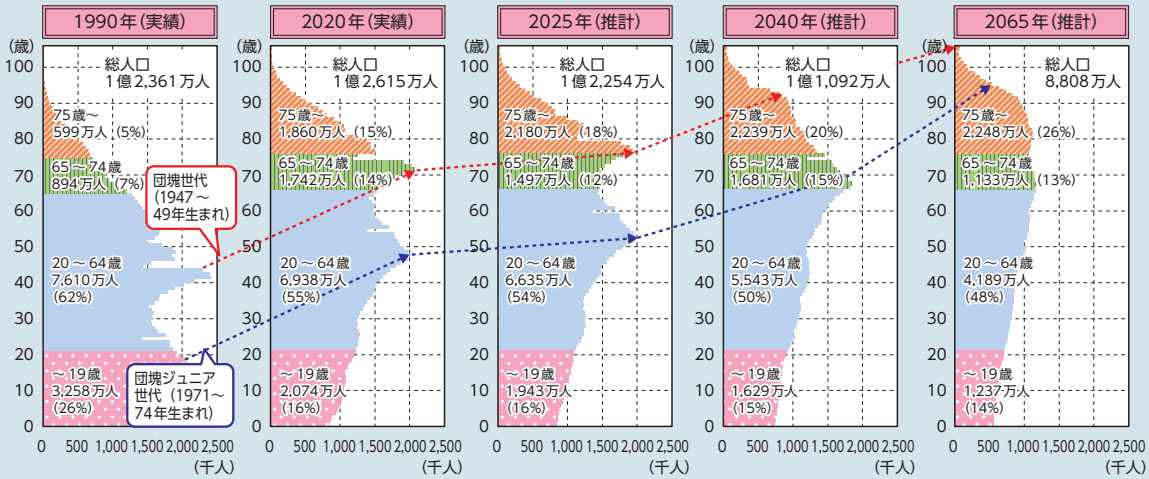
我が国の合計特殊出生率は、2005（平成17）年に1.26となり、その後、緩やかな上昇傾向にあったが、ここ数年微減傾向となっている。2021（令和3）年は1.30（概数）と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。

また、2017（平成29）年に発表された国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29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は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**）。また、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）年以降は前者の数が後者の数を上回っている（**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、子どもを産み育てたい、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。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である。

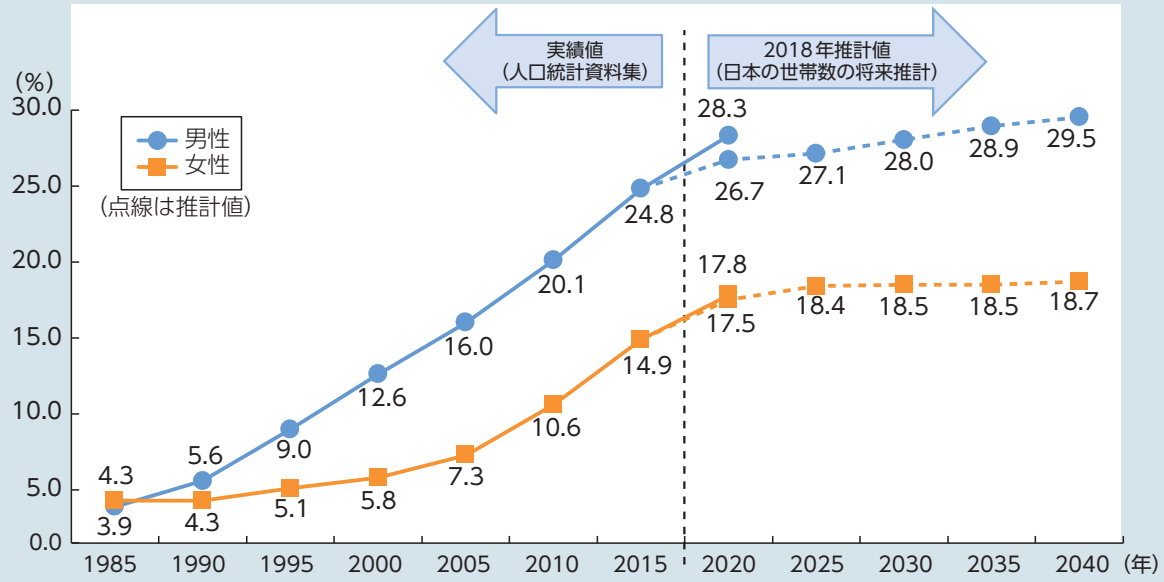
図表1-1-1 人口ピラミッドの変化（1990年～2065年）



資料：実績値（1990年、2020年）は総務省統計局「国勢調査」、推計値（2025年、2040年、2065年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）により厚生労働省政策統括官付政策統括室において作成。

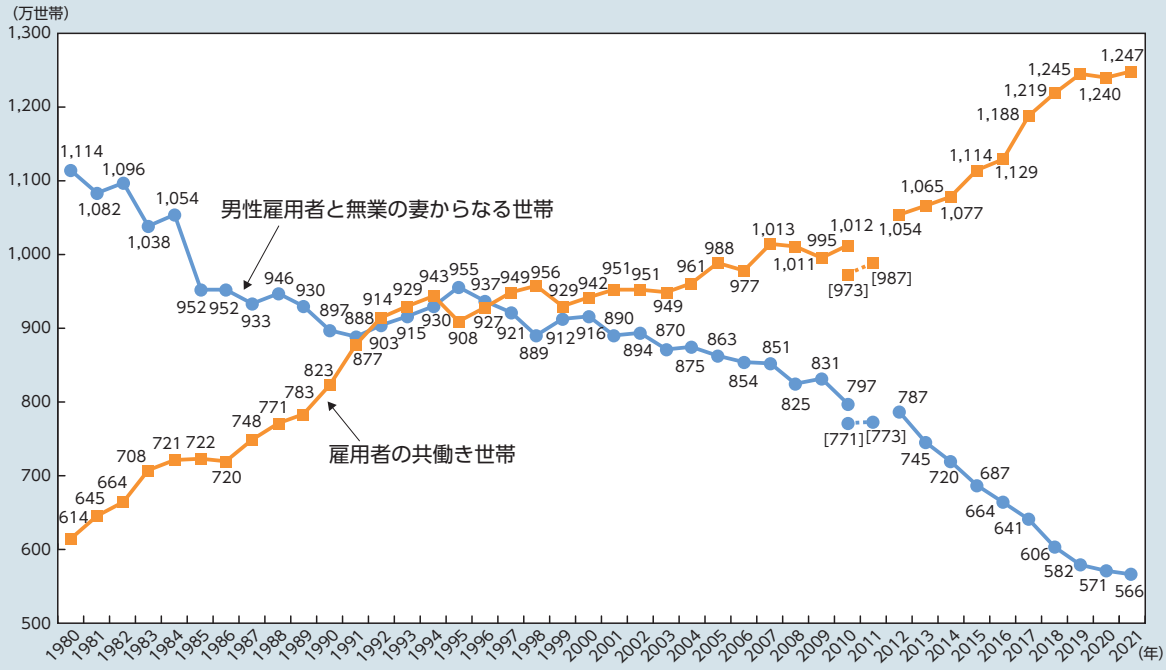
（注） 2020年の実績値は、図に掲載している推計値の後に公表されたものであることに留意が必要である。

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『人口統計資料集』、『日本の世帯数の将来推計(全国推計)』(2018(平成30)年推計)
(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、45歳～49歳の未婚率と50歳～54歳の未婚率の平均。2020年までの実績値は「人口統計資料集」(2015年及び2020年は、配偶関係不詳補完値)、2020年以降の推計値は『日本の世帯数の将来推計(全国推計)』(2018(平成30)年推計)による。

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、2017年までは、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。2018年以降は、就業状態の分類区分の変更に伴い、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者（非労働力人口及び失業者）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）」とでは、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。

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**）。

2021（令和3）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、2022（令和4）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1-2-1　子ども・子育て支援の新制度について

Ⅰ　基本的な考え方（ポイント）

■子ども・子育て関連3法の趣旨　①子ども・子育て支援法、②認定こども園法の一部改正法、③関係整備法　（平成24年8月10日に成立）
○3党合意（※）を踏まえ、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進
※「社会保障・税一体改革に関する確認書（社会保障部分）」（平成24年6月15日自由民主党・公明党・民主党　社会保障・税一体改革（社会保障部分）に関する実務者間会合）

■基本的な方向性
○認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設
○認定こども園制度の改善（幼保連携型認定こども園の改善等）
・幼保連携型認定こども園について、認可・指導監督の一本化、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ
○地域の子ども・子育て支援の充実（利用者支援、地域子育て支援拠点など）



■幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に共通の仕組み
○基礎自治体（市町村）が実施主体
・市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・事業を実施
・国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える
○社会全体による費用負担
・消費税率の引き上げによる、国及び地方の恒久財源の確保を前提
（幼児教育・保育・子育て支援の質・量の拡充を図るためには、消費税率の引き上げにより確保する0.7兆円程度を含めて1兆円超程度の財源が必要）
○政府の推進体制
・制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備（子ども・子育て本部の設置など内閣府を中心とした一元的体制を整備）
○子ども・子育て会議の設置
・有識者、地方公共団体、事業主代表・労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与（子ども・子育て会議）
・市町村等の合議制機関の設置努力義務

Ⅱ　給付・事業

○子ども・子育て支援給付
・施設型給付　＝認定こども園、幼稚園、保育所
・地域型保育給付＝小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育　等
・児童手当

○地域子ども・子育て支援事業
・利用者支援、地域子育て支援拠点、一時預かり等
・延長保育、病児・病後児保育事業
・放課後児童クラブ・妊婦健診　等

Ⅲ　認可制度の改善

○大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入
・社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める
・その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする
○小規模保育等の地域型保育についても、同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とする

出典：内閣府資料

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

○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。

	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、児童養護施設等や里親等への委託により、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。

これまで、市区町村における子育て支援の充実のために各種事業を行ってきたところであるが、地域関係の希薄化や核家族化などにより、依然として負担や悩みを抱える子育て世帯が多くなっている。そのような状況を踏まえ、家事・育児等に対して不安を抱えた子育て家庭等を訪問し、家庭が抱える不安や悩みを傾聴するとともに、家事・育児等の支援を行う「子育て世帯訪問支援事業」や、虐待や不登校などにより、家や学校に居場所のない学齢期以降の子どもに居場所の提供や相談等を行う「児童育成支援拠点事業」、子どもとの関わり方に悩みや不安を抱える子育て家庭に対して、子どもとの関わり方を学ぶためのペアレントトレーニング等を行う「親子関係形成支援事業」を創設すること等を内容とする「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第208回通常国会に提出した。

上記事業についても、「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、財政支援を強化することで、事業の提供体制の整備を図ることとしている。

このほか、障害児支援については、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「児童福祉法」に規定し、障害児支援のニーズの多様化へのきめ細やかな対応をすることとしており、保育所等においても医療的ケア児を受け入れるためのモデル事業を2017（平成29）年度から実施し、2021（令和3）年度からはこれを一般事業化した上で、「医療的ケア児保育支援事業」として実施している。

3 幼児教育・保育の無償化

「新しい経済政策パッケージ」（2017（平成29）年12月8日閣議決定）等の決定に基づき、これまで段階的に推進してきた取組みを一気に加速し、幼児教育・保育の無償化を実現するため、2019（平成31）年通常国会（第198回国会）において、「子ども・子育て支援法の一部を改正する法律」（令和元年法律第7号）が成立した。これを受けて、2019（令和元）年10月の消費税率引上げによる財源を活用することにより、同年10月から3歳から5歳までの子ども及び0歳から2歳までの住民税非課税世帯の子どもについての幼稚園、保育所、認定こども園等の利用料が無償化された。これは、子育て世代、子どもたちに大胆に政策資源を投入し、お年寄りも若者も安心できる全世代型の社会保障制度へと大きく転換するものである。

なお、20歳代や30歳代の若い世代が理想の子ども数を持たない理由は、「子育てや教育にお金がかかり過ぎるから」が最大の理由となっており、幼児教育・保育の無償化をはじめとする負担軽減措置を講じることは、重要な少子化対策の一つとなるものである。また、幼児教育は生涯にわたる人格形成の基礎を培うものであり、子どもたちに質の高い幼児教育の機会を保障することは極めて重要である。

また、小学校就学前の障害児の発達支援についても併せて無償化する措置を講じている。

4 こども政策の新たな推進体制について

2021（令和3）年12月21日に閣議決定された「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」においては、こどもの視点で、こどもを取り巻くあらゆる環境を視野に入れ、こどもの権利を保障し、こどもを誰一人取り残さず、健やかな成長を社会全体で後押しする「こどもまんなか社会」を目指すための新たな司令塔として、こども家庭庁を創設することとしている。これを受け、「こども家庭庁設置法案」及び「こども家庭庁設置法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律案」を、2022（令和4）年2月25日に第208回通常国会に提出した。

第3節 待機児童の解消などに向けた取組み

1 待機児童解消に向けた保育の充実と総合的な放課後児童対策の推進

2021（令和3）年4月1日時点の待機児童数は、5,634人となり、前年から約6,800人減少し、待機児童数の調査開始以来最少となっている。厚生労働省では、2021年度から、25歳から44歳の女性の就業率の更なる上昇に対応するため、2020（令和2）年12月に取りまとめた「新子育て安心プラン」に基づき、2021年度から2024（令和6）年度末までの4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備するほか、①地域の特性に応じた支援、②魅力向上を通じた保育士の確保、③地域のあらゆる子育て資源の活用を柱とする各種施策を推進することにより、できるだけ早く待機児童の解消を目指すこととしている。

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、2021年度の

新規募集の結果を受け、定員11万人分の受け皿整備をおおむね達成する見込みとなった。

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、2022（令和4）年2月から「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（2021年11月19日閣議決定）に基づき、収入を3%程度（月額9千円）引き上げるための措置などの取組みにより、2013（平成25）年度から2022年度までの10年間で合計約17%（月額約5万3千円）の改善を実現した。また、2017（平成29）年度からは、努力が評価され、未来に希望が持てるよう、技能・経験に応じたキャリアアップの仕組みを構築し、リーダー的役割を果たしている中堅職員に対して月額最大4万円の処遇改善を実施している。

また、共働き家庭など留守家庭における小学生の児童に対しては、学校の余裕教室等を活用し、放課後に適切な遊びと生活の場を与えて、その健全な育成を図ることを目的とする放課後児童クラブを実施している。2021年5月1日時点では、放課後児童クラブ数は全国で2万6,925か所、登録児童数は134万8,275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1万3,416人となっている。2018（平成30）年9月14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、「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、待機児童の解消を目指し、その後も女性就業率の上昇を踏まえ2023（令和5）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1万か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を、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を徹底し、子どもの自主性、社会性等のより一層の向上を図る。

2022年度予算では、「新・放課後子ども総合プラン」の目標達成に向けて、引き続き、放課後児童支援員等の処遇改善事業等により質の向上を図るとともに、施設整備費の補助率のかさ上げなどを実施し、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。

また、2021年度補正予算による、放課後児童支援等を対象に、賃上げ効果が継続される取組みを行うことを前提として、2022年2月から9月までの間、収入を月額9,000円程度引き上げるための措置を、2022年10月以降も引き続き実施することとしている。

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、ヤングケアラーの支援

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」（平成12年法律第82号。以下「児童虐待防止法」という。）及び児童福祉法（昭和22年法律第

164号）の累次の改正や、民法などの改正により、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、2020（令和2）年度には児童虐待防止法制定直前の約18倍に当たる20万5,044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喫緊の課題である。

（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

上記のように、児童虐待相談対応件数の増加や、東京都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、内閣総理大臣から、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」を決定した。同対策においては、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、「児童相談所強化プラン」を前倒して見直すこと等としているほか、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。

さらに、同対策に基づき、同年12月18日に、児童虐待防止対策体制総合強化プラン（新プラン）を決定し、児童相談所及び市町村の体制強化に向けて、2022（令和4）年度までに、児童福祉司を約2,000人増加させることや市区町村子ども家庭総合支援拠点を全市町村に設置すること等としている。なお、児童福祉司に関する目標については、新プランの計画を1年前倒し、令和3年度までに約5,260人の確保を目指すこととした上で、児童虐待に関する相談対応件数が引き続き増加している状況等を踏まえ、令和4年1月20日に、令和4年度の目標を5,765人とすることを決定した。

また、2019（平成31）年2月には、千葉県野田市で発生した事案を受けて、関係閣僚会議を開催し、通告元の秘匿や関係機関の連携等に関する新ルールを設置することを内容とする「「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」の更なる徹底・強化について」を決定した。

同年3月には、関係閣僚会議において「児童虐待防止対策の抜本的強化について」を決定し、2019（令和元）年6月には、体罰禁止の法定化、児童相談所における一時保護等を行う「介入」の担当者と「保護者支援」の担当者の分離、児童相談所における弁護士等の配置促進、DV対策との連携強化を内容とする「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」（令和元年法律第46号）が成立し、一部の規定を除いて2020（令和2）年4月1日に施行された。これらの対策に基づき、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を行うこととしている。

これまでこうした対策を講じてきたところであるが、依然として子ども、その保護者、家庭を取り巻く環境は厳しいものとなっている。例えば、子育てを行っている母親のうち約6割が近所に「子どもを預かってくれる人はいない」といったように孤立した状況に置かれていることや、各種の地域子ども・子育て支援事業についても支援を必要とする要支

援児童等に十分に利用されておらず、子育て世帯の負担軽減等に対する効果が限定的なものとなっている。

こうした状況を踏まえれば、様々な状況にある子育て世帯を包括的に支援するため、必要な体制強化やサービスの充実を図る必要がある。このため、子どもや家庭に包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」の設置や訪問による家事支援など子どもや家庭を支える事業の創設を行うこと等を内容とする「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第208回通常国会に提出した（**図表1-4-1**）。なお、同法律案においては、上記の他、一時保護開始時の司法審査の導入や、子ども家庭福祉の現場において相談援助業務等を担う者の専門性向上のための実務経験者向けの認定資格の導入、児童に対してわいせつ行為を行った保育士の再登録手続の厳格化等についても必要な改正を行うこととされている。

図表1-4-1　児童福祉法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

児童虐待の相談対応件数の増加など、子育てに困難を抱える世帯がこれまで以上に顕在化してきている状況等を踏まえ、子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化等を行う。

改正の概要

1. 子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化及び事業の拡充【児童福祉法、母子保健法】

① 市区町村は、全ての妊産婦・子育て世帯・子どもの包括的な相談支援等を行うこども家庭センター（※）の設置や、身近な子育て支援の場（保育所等）における相談機関の整備に努める。こども家庭センターは、支援を要する子どもや妊産婦等への支援計画（サポートプラン）を作成する。

※子ども家庭総合支援拠点と子育て世代包括支援センターを見直し。

② 訪問による家事支援、児童の居場所づくりの支援、親子関係の形成の支援等を行う事業をそれぞれ新設する。これらを含む家庭支援の事業について市区町村が必要に応じ利用勧奨・措置を実施する。

③ 児童発達支援センターが地域における障害児支援の中核的役割を担うことの明確化や、障害種別にかかわらず障害児を支援できるよう児童発達支援の類型（福祉型、医療型）の一元化を行う。

2. 一時保護所及び児童相談所による児童への処遇や支援、困難を抱える妊産婦等への支援の質の向上【児童福祉法】

① 一時保護所の設備・運営基準を策定して一時保護所の環境改善を図る。児童相談所による支援の強化として、民間との協働による親子再統合の事業の実施や、里親支援センターの児童福祉施設としての位置づけ等を行う。

② 困難を抱える妊産婦等に一時的な住居や食事提供、その後の養育等に係る情報提供等を行う事業を創設する。

3. 社会的養育経験者・障害児入所施設の入所児童等に対する自立支援の強化【児童福祉法】

① 児童自立生活援助の年齢による一律の利用制限を弾力化する。社会的養育経験者等を通所や訪問等により支援する拠点を設置する事業を創設する。

② 障害児入所施設の入所児童等が地域生活等へ移行する際の調整の責任主体（都道府県・政令市）を明確化するとともに、22歳までの入所継続を可能とする。

4. 児童の意見聴取等の仕組みの整備【児童福祉法】

児童相談所等は入所措置や一時保護等の際に児童の最善の利益を考慮しつつ、児童の意見・意向を勘案して措置を行うため、児童の意見聴取等の措置を講ずることとする。都道府県は児童の意見・意向表明や権利擁護に向けた必要な環境整備を行う。

5. 一時保護開始時の判断に関する司法審査の導入【児童福祉法】

児童相談所が一時保護を開始する際に、親権者等が同意した場合等を除き、事前又は保護開始から７日以内に裁判官に一時保護状を請求する等の手続を設ける。

6. 子ども家庭福祉の実務者の専門性の向上【児童福祉法】

児童虐待を受けた児童の保護等の専門的な対応を要する事項について十分な知識・技術を有する者を新たに児童福祉司の任用要件に追加する。

※当該規定に基づいて、子ども家庭福祉の実務経験者向けの認定資格を導入する。

※認定資格の取得状況等を勘案するとともに、業務内容や必要な専門知識・技術、教育課程の明確化、養成体制や資格取得者の雇用機会の確保、といった環境を整備しつつ、その能力を発揮して働くことができる組織及び資格の在り方について、国家資格を含め、施行後２年を目途として検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

7. 児童をわいせつ行為から守る環境整備（性犯罪歴等の証明を求める仕組み（日本版DBS）の導入に先駆けた取組強化）等【児童福祉法】

児童にわいせつ行為を行った保育士の資格管理の厳格化を行うとともに、ベビーシッター等に対する事業停止命令等の情報の公表や共有を可能とするほか、児童福祉施設等の運営について、国が定める基準に従い、条例で基準を定めるべき事項に児童の安全の確保を加えるなど所要の改正を行う。

施行期日

令和６年４月１日（ただし、５は公布後３年以内で政令で定める日、７の一部は公布後３月を経過した日、令和５年４月１日又は公布後２年以内で政令で定める日）

②児童相談所虐待対応ダイヤル「189」等について

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（平成28）年4月に音声ガイダンスの短縮や、2018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した。また、2019年12月には、「児童相談所全国共通ダイヤル」を「児童相談所虐待対応ダイヤル」と名称を変更し、相談については「児童相談所相談専用ダイヤル」（0120-189-783）を開設した。「児童相談所虐待対応ダイヤル」及び「児童相談所相

談専用ダイヤル」についてそれぞれ通話料の無料化を行い、利便性の向上を図った。

また、2021年度には、子どもや家庭がより相談しやすい環境整備を進めるため、SNSによる相談に対応することができるよう、システムの設計・開発を行った。

③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、2021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17次報告）」を取りまとめた。

第17次報告においては、心中以外の虐待死（56例・57人）では、0歳児死亡が最も多く（49.1%）、うち月齢0か月が39.3%を占めた。妊娠期・周産期における問題として、「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。

④新型コロナウイルス感染症流行下での児童虐待防止対策

新型コロナウイルス感染症の影響により、子どもの見守りの機会が減少し、児童虐待リスクが高まっていることから、民間団体等にも協力を求め、様々な地域のネットワークを総動員して、地域の見守り体制を強化することが必要である。そのため、子ども食堂等の支援を行う民間団体等が、支援を必要とする子ども等の居宅を訪問するなどして、状況の把握や食事の提供等を通じた見守り体制の強化を図っている。

(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、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、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・啓発している。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。

2021（令和3）年度においては、「189（いちはやく）「だれか」じゃなくて 「あなた」から」を月間標語として決定し、広報用ポスター、リーフレット等に掲載して配布したほか、「子どもの虐待防止推進全国フォーラムwithふくおか」や映画「189」とのタイアップ等により、児童虐待防止に向けた広報啓発に取り組んだ。



（「児童虐待防止推進月間」啓発用ポスター）

2 社会的養育の充実

(1) 社会的養育の基本的方向

2016（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。

厚生労働省としては、家庭と同様の環境における養育を推進するため、「概ね7年以内（3歳未満は概ね5年以内）に乳幼児の里親等委託率75%以上」、「概ね10年以内に学童期以降の里親等委託率50%以上」の実現に向けて、取組みを推進することとしているほか、各自治体（都道府県、指定都市、児童相談所設置市）においては、「社会的養育推進計画」を策定し、計画的に取組みを進めることとしており、2020（令和2）年度より、全ての自治体において、計画に基づく里親委託等の推進に関する取組みが開始されているところである。

また、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「里親養育包括支援（フォスタリング）事業」を実施しているほか、フォスタリング機関（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。

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（政府広報公式SNSアカウントによる情報発信、新聞広告、インターネット広告）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]。

さらに、家庭養育の推進により児童の養育環境を向上させるため、里親の普及啓発、里親の相談に応じた必要な援助、入所児童と里親相互の交流の場の提供、里親の選定・調整、委託児童等の養育の計画作成といった里親支援事業や、里親や委託児童等に対する相談支援等を行う「里親支援センター」を児童福祉施設として位置づけること等を内容とする「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第208回通常国会に提出した。

あわせて、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]。

特別養子縁組制度の利用を促進するため、特別養子縁組の年齢要件の見直し（原則6歳未満から15歳未満に引上げ）や二段階手続・児童相談所長の審判への関与の導入等を盛り込んだ民法等の一部を改正する法律（令和元年法律第34号）が2019（令和元）年6月に成立し、2020年4月1日より施行されている。

また、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）に基づき、養子縁組あっせん事業の適正化に取り組むとともに、児童相談所等の関係機関との連携体制を構築し、養親希望者等の負担を軽減するなど、養子縁組民間あっせん機関が行う先駆的な取組みへの支援等を拡充することにより、適正な養子縁組のあっせんを促進している。

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いる。

＊1 厚生労働省ホームページ「里親制度等について」
https://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」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000169158.html

(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直面す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。

このため、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。



(里親制度広報啓発ポスター)

また、施設を退所した若者などに対し日常生活上の援助や就業支援を行う自立援助ホームについて、20歳到達後から22歳の年度末までの間における大学就学中の入居者への支援に要する費用の補助を行う「就学者自立生活援助事業」を実施するとともに、入居者のうち、大学等就学中の者以外の引き続き支援が必要な者、及び里親等への委託や、児童養護施設等への施設入所措置を受けていたが18歳（措置延長の場合は20歳）到達により措置解除された者について、原則22歳の年度末まで、引き続き必要な支援を受けることができる「社会的養護自立支援事業」を実施している。



(特別養子縁組制度広報啓発ポスター)

こうした取組みに加え、施設入所等の措置等を解除された者等（措置解除者等）に対する自立支援の強化を図るため、措置解除者等の実情を把握し、その自立のために必要な援助を行うことについて、都道府県が行わなければならない業務にするとともに、児童自立生活援助事業の対象者等の年齢要件等の弾力化や、生活・就労・自立に関する相談等の機会や措置解除者等の間の相互相談等の場を提供する「社会的養護自立支援拠点事業」の創設等を内容とする「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第208回通常国会に提出した。

(4) 社会的養護に関する施設機能の充実

社会的養護の施設が質の高い支援を実施するためには、体制面の充実や第三者評価の適切な実施が不可欠である。このため、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。

また、民間児童養護施設職員等の人材確保と処遇改善を図るため、段階的に処遇改善に取り組んでいる。

(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。

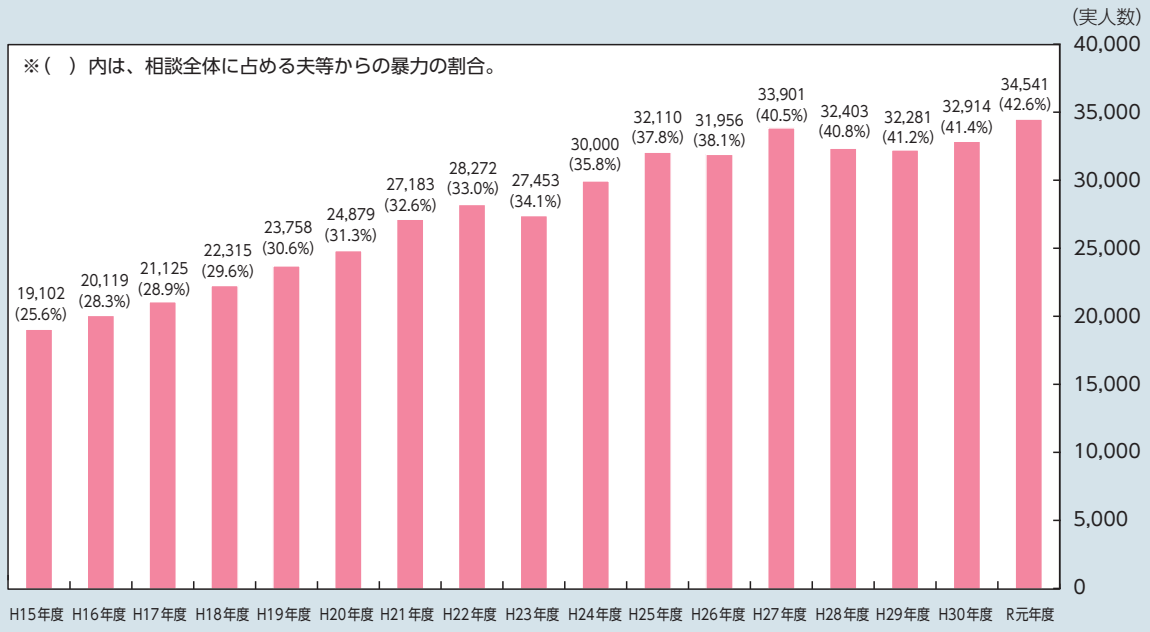
3 女性保護施策の推進

（1）配偶者からの暴力の現状

配偶者からの暴力（DV）は、人権を著しく侵害する大きな社会問題である。2019（令和元）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81,041人（2018（平成30）年度79,580人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とする者が34,541人（2018年度32,914人）であり、相談理由の42.6%（2018年度41.4%）を占めるなど、配偶者からの暴力の被害者の割合が増加しており（**図表1-4-2**）、関係府省庁（内閣府、警察庁等）及び関係機関（配偶者暴力相談支援センター、警察、裁判所等）との密接な連携を図り、引き続き取組みの強化が必要とされている。

図表1-4-2 婦人相談所及び婦人相談員による相談

○婦人相談所及び婦人相談員における夫等からの暴力の相談件数の相談全体に占める割合は、H25年度までは増加傾向で、その後増減を繰り返している。



資料：厚生労働省家庭福祉課調べ

（2）配偶者からの暴力対策等の取組み状況

配偶者からの暴力被害者等に対する相談・保護等の支援については、
①配偶者からの暴力を受けた被害者の一時保護及び民間シェルターや母子生活支援施設等

一定の基準を満たす者への一時保護委託の実施
②婦人相談所職員や婦人相談員等の相談担当職員に対する専門研修の実施
③婦人相談所における休日・夜間電話相談事業の実施及び関係機関とのネットワーク整備
④婦人相談所一時保護施設及び婦人保護施設における心理療法担当職員及び同伴児童へのケアを行う指導員の配置
⑤婦人相談所一時保護施設及び婦人保護施設の夜間警備体制の強化
⑥婦人相談所における法的対応機能強化事業の実施
⑦外国人被害女性等を支援する専門通訳者養成研修事業の実施
⑧婦人相談所一時保護施設及び婦人保護施設において、個別対応職員を配置し、様々な困難な問題を抱える被害者のニーズに対応した支援を実施
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（平成13年法律第31号）」（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（平成12年法律第81号）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、若年層をはじめとした困難を抱えた女性が支援に円滑につながるよう、SNSを活用した相談窓口の開設を促進するとともに、若年被害女性等に対して、公的機関と民間支援団体が密接に連携し、アウトリーチによる相談支援や居場所の確保等を行う事業を実施している。

さらに、DV被害者等が同伴する子どもの支援の充実を図るため、婦人相談所等において、児童相談所等の関係機関と連携する職員や学習指導員の配置、通学支援等を実施している。

(3) 人身取引（性的サービスや労働の強要等）被害女性の保護

人身取引（性的サービスや労働の強要等）被害女性の保護については、婦人相談所においては、465名（2001（平成13）年4月1日～2021（令和3）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、出入国在留管理庁、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。

4 ヤングケアラーの支援

本来大人が担うべき家事や家族の世話などを日常的に行っている子ども、いわゆる「ヤングケアラー」は、年齢や成長の度合いに見合わない重い責任や負担を負うことで自身の

生活や学業に支障が出るケースがあるとされる。

このようなヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、厚生労働省及び文部科学省において、2021（令和3）年3月に「ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム」を立ち上げ、同プロジェクトチームにおいて、ヤングケアラーを早期に発見し、必要な支援につなげる方策について検討を行い、同年5月に今後取り組むべき施策をとりまとめた。

当該とりまとめ報告を踏まえ、ヤングケアラー等がいる家庭への家事・育児支援、地方自治体単位での実態調査や関係機関・団体等職員への研修、コーディネーターの配置やピアサポート等地方自治体の先進的な取組みについて必要な経費を支援するほか、国は、2022（令和4）年度から2024（令和6）年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」として集中的な広報・啓発活動等を行うこととしている。

第5節 子どもの貧困対策

子どもの貧困対策については、「子供の貧困対策に関する大綱」（2019（令和元）年11月29日閣議決定）等に基づき、①親の妊娠・出産期から子どもの社会的自立までの切れ目のない支援体制の構築、②支援が届いていない、又は届きにくい子ども・家庭に配慮した対策の推進、③地方公共団体による取組みの充実等を分野横断的な基本方針として定めるとともに、教育の支援、生活の安定に資するための支援、保護者に対する職業生活の安定と向上に資するための就労の支援、経済的支援等を総合的に推進していくこととしている。また、子どもの貧困対策が国を挙げて推進されるよう、官公民の連携・協働プロジェクトとして「子供の未来応援国民運動」を推進し、支援活動を行う団体とその活動をサポートする企業等とのマッチングの推進や、草の根で支援を行う特定非営利活動法人等に対する民間資金を活用した「子供の未来応援基金」による支援等を行っている。

子どもの貧困率については、「2019年国民生活基礎調査」によると、13.5%となり、前回（2016年国民生活基礎調査）の13.9%と比べて0.4ポイント改善した。また、いわゆるひとり親家庭（大人が一人で子どもがいる現役世帯）の貧困率は48.1%となり、前回の50.8%と比べて2.7ポイント改善した。

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]。

*3 厚生労働省「全国ひとり親世帯等調査」（2016年）

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・アルバイト等が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・アルバイト等が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745.9万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

「子供の貧困対策に関する大綱」を踏まえ、①教育の支援、②生活の安定に資するための支援、③保護者に対する職業生活の安定と向上に資するための就労の支援、④経済的支援という4つの柱に沿って、ひとり親家庭等に対し、

・地方公共団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供の生活習慣の習得・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
・就職に有利な資格の取得を促進する高等職業訓練促進給付金の充実

などの支援を実施している（図表1-6-1）。

また、ひとり親の安定就労を通じた中長期的な自立支援や住居確保につなげるため、高等職業訓練促進給付金に係る訓練受講期間を柔軟化し、対象資格の範囲を拡大するとともに、自立に向けて意欲的に取り組んでいる低所得のひとり親世帯に対する償還免除付のひとり親家庭住宅支援資金貸付等を行っている。

さらに、「非正規雇用労働者等に対する緊急支援策について」（2021（令和3）年3月16日新型コロナに影響を受けた非正規雇用労働者等に対する緊急対策関係閣僚会議取りまとめ）に基づき、新型コロナウイルス感染症による影響が長期化する中で、低所得の子育て世帯に対し、その実情を踏まえた生活の支援を行う観点から、低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金の支給を実施した。

＊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「2019年国民生活基礎調査」

図表1-6-1 子供の貧困対策に関する大綱のポイント（令和元年11月29日閣議決定）



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、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成30年法律第104号、以下「成育基本法」という。）に基づき、妊娠期から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。政府においては、同法に基づき、成育医療等協議会での議論等を踏まえ、2021（令和3）年2月9日に「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」を閣議決定した。

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。

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。また、2019（令和元）年12月に成立した「母子保健法の一部を改正する法律」（令和元年法律第69号）において、出産後の母子に対して、心身のケア等を行う「産後ケア事業」が法定化され、市町村における同事業の実施が努力義務化されたことを踏まえ、少子化社会対策大綱等において、2024年（令和6）年度末までの同事業の全国展開を目指すこととしている。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子育て経験者等による相談支援を行う「産前・産後サポート事業」、母体の身体的機能や精神状態の把握等を行い、支援へ繋げる「産婦健康診査事業」、身体的・精神的な悩みを有する女性に対する相談指導等や、特定妊婦と疑われる者に対する産科受診等の支援を行う「女性健康支援センター事業（2022（令和4）年度から「性と健康の相談センター事業」に組替え）」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授精と顕微受精については、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、より安心・安全な妊娠・出産に資するよう、都度助成対象範囲の見直しを行ってきた。具体的には、2016（平成28）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することとした。2016年度からは、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。2019（平成31）年4月からは、男性不妊治療にかかる初回の助成額を15万円から30万円に拡充した。

また、「全世代型社会保障改革の方針」（2020（令和2）年12月15 日閣議決定）において、子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現することとされ、保険適用までの間、現行の助成事業について、2021（令和3）年1月から、以下のとおり大幅に拡充した（2020年度支給実績：135,480件）。

・所得制限の撤廃
・助成額を1回15万円（初回のみ30万円）から1回30万円に引き上げ
・助成回数を生涯通算6回から、一子出産ごとに6回（治療開始時に妻の年齢が40歳以上43歳未満の場合は3回）
・法律上の婚姻している夫婦に加え、事実婚の夫婦も対象

さらに、2021年度補正予算において、保険適用の円滑な実施に向け、移行期の治療計画に支障が生じないよう、年度をまたぐ一回の治療を助成金の対象とする経過措置を講じた。

加えて、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（2022（令和4）年度から「性と健康の相談センター事業」に組替え）」を実施している。

また、不妊治療を受けやすい職場環境の整備を推進するため、不妊治療と仕事との両立を支援する企業内制度の導入に向けたマニュアル等の作成や企業の人事労務担当者等を対象としたセミナーの実施、さらに、不妊治療のために利用可能な休暇制度・両立支援制度を整備し、労働者に利用させた事業主に対する助成金の支給などを行っている。加えて、2022（令和4）年度から、「次世代育成支援対策推進法」に基づくくるみん認定等において、不妊治療と仕事との両立に取り組む優良な企業を認定する制度（プラス認定）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。

さらに、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を行っているほか、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については、都道府県における検査結果の集約等の検査体制整備への支援を行うなど、確実な実施に向け取組みを促している。

4 「健やか親子21」の推進

「健やか親子21（第2次）」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、成育基本法の趣旨を踏まえ、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、2021（令和3）年度は、岩手県においてオンラインを併用して開催された。また、「健康寿命をのばそう！アワード（母子保健

＊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

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。

第8節　仕事と育児の両立支援策の推進

1 現状

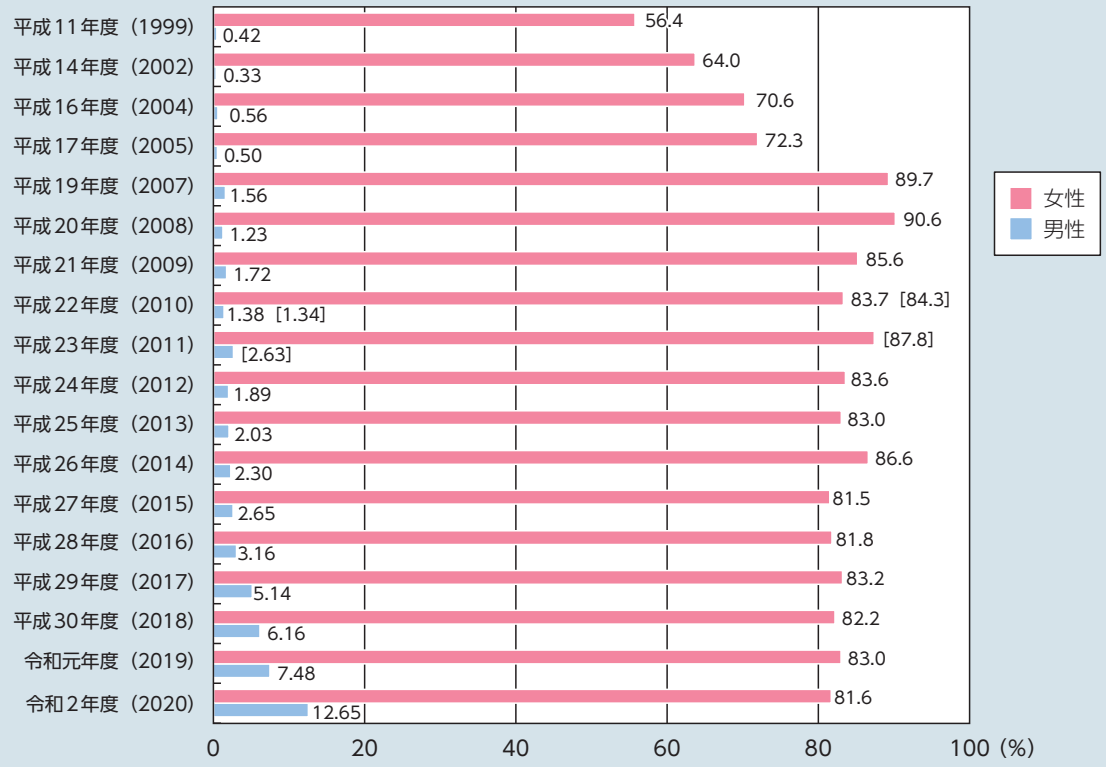
育児・介護期は特に仕事と家庭の両立が困難であることから、労働者の継続就業を図るため、仕事と家庭の両立支援策を重点的に推進する必要がある。

直近の調査では、女性の育児休業取得率は81.6%（2020（令和2）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、育児のための休暇・休業の取得を希望していた男性労働者のうち、育児休業制度の利用を希望していたができなかった者の割合は約4割である[*8]中、実際の取得率は12.65%（2020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の中でも低水準である。こうした男女とも仕事と家庭を両立す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。

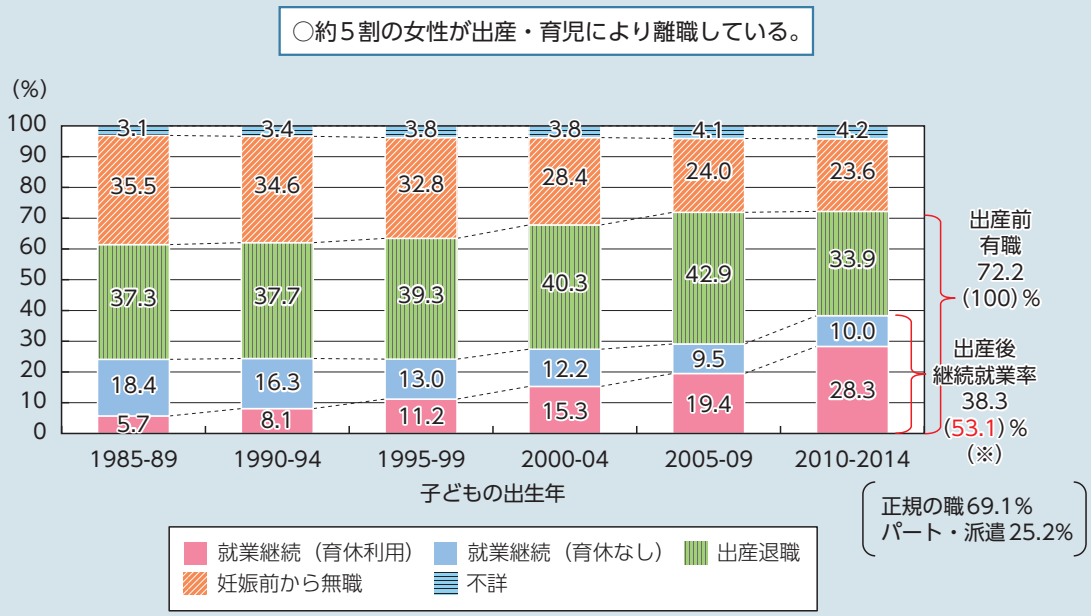
＊8　（出典）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「仕事と育児等の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書」（平成30年度）

図表1-8-1 育児休業取得率の推移



資料：厚生労働省「雇用均等基本調査」
（※） 平成26年度調査においては、平成24年10月1日から平成25年9月30日までの1年間。
（注） 平成22年度及び平成23年度の［ ］内の比率は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

図表1-8-2 第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第15回出生動向基本調査（夫婦調査）」
（※） （ ）内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

2 育児・介護休業法

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、育児休業、短時間勤務制度や所定外労働の制限のほか、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）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。

「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施行規則」等が2019（令和元）年12月に改正され、2021（令和3）年1月から子の看護休暇の時間単位での取得が可能となったほか、雇用保険法が2020（令和2）年3月に改正され、同年4月1日から、雇用保険制度の安定的な運営を図るため、育児休業給付に充てる独自の保険料率と資金を設定し、育児休業給付を他の失業等給付から区分経理している。

また、2021年6月に公布された、「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及び雇用保険法の一部を改正する法律」において、男性の育児休業取得促進のための子の出生後8週間以内に4週間まで取得することができる柔軟な育児休業の枠組み（産後パパ育休）の創設、育児休業を取得しやすい雇用環境整備及び妊娠・出産等の申出をした労働者に対する個別の周知・意向確認の措置の義務付け、育児休業給付に関する所要の規定の整備等を内容とする改正を行っており、2022（令和4）年4月から順次施行されている。引き続き、改正法の円滑な施行のための周知等を行っている。

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、常時雇用する労働者数が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。

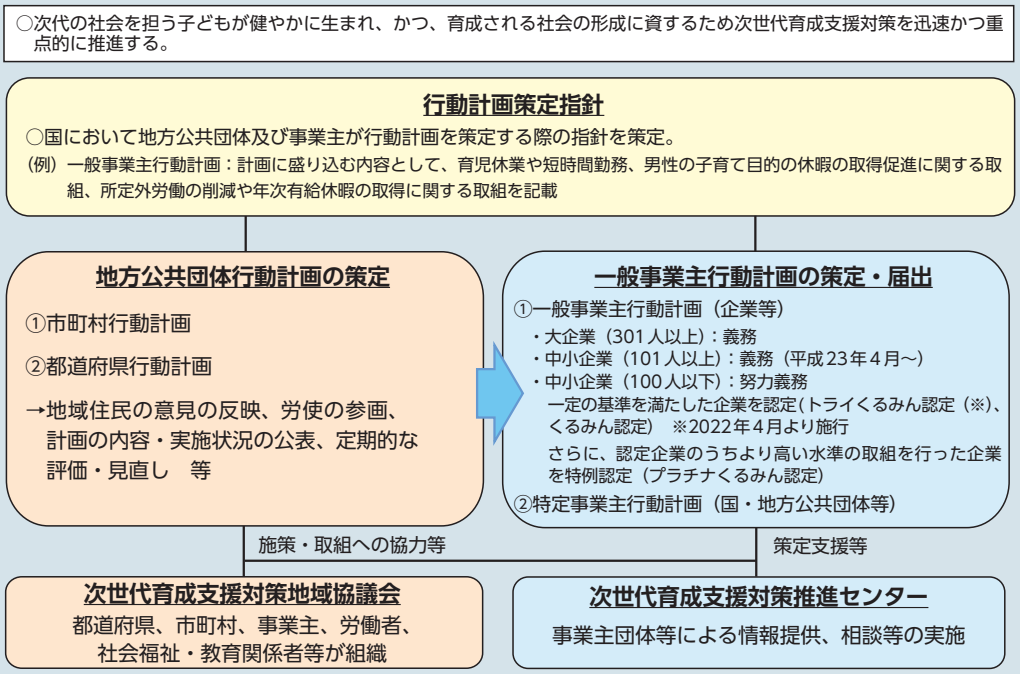
2015（平成27）年4月1日からはくるみん認定を受けた企業のうち、より高い水準の両立支援の取組みを行い、一定の要件を満たした場合に認定を受けられる特例認定（プラチナくるみん認定）制度が施行されており、特例認定を受けた企業は認定マーク（愛称：プラチナくるみん）を使用することができる。

さらに、男性の育児休業取得率に関する政府目標や実際の取得率の上昇を踏まえ、「くるみん認定」、「プラチナくるみん認定」の認定基準の改正とそれに伴い新たに「トライくるみん認定」の創設が行われ、2022（令和4）年4月から施行されている。あわせて、不妊治療と仕事との両立に取り組む優良な企業について、くるみん認定等に追加するプラ

ス認定（「くるみんプラス」等）を実施している。

これら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。

図表1-8-3　次世代育成支援対策推進法の概要



図表1-8-4　企業における次世代育成対策推進の取組み状況

【参考：令和3年12月末時点】

○一般事業主行動計画届出状況

規模計	97,993社
301人以上企業	17,048社（届出率98.8%）
101人以上300人以下企業	30,630社（届出率97.7%）
100人以下企業	50,315社

○くるみん認定企業　3,755社
（うち特例認定企業475社）



4 仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援

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ほか、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」を策定・導入し、プランに基づく取組みを実施し、労働者に育児休業を取得させ、原職等に復帰させた中小企業事業主

・業務代替支援
育児休業取得者の代替要員の新規雇用（派遣を含む）又は代替する労働者への手当支給等を行い、対象となる育児休業取得者を原職等に復帰させた中小企業事業主

・職場復帰後支援
育児休業等から復帰後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し、利用させた中小企業事業主

②出生時両立支援コース

【第１種】男性労働者が育児休業を取得しやすい雇用環境の整備措置を複数実施するとともに、労使で合意された代替する労働者の残業抑制のための業務見直しなどが含まれた規定に基づく業務体制整備を行い、産後８週間以内に開始する連続５日以上の育児休業を取得させた中小企業事業主

【第２種】第１種助成金を受給し、男性労働者の育児休業取得率を３年以内に30％以上上昇させた中小企業事業主

③介護離職防止支援コース

「介護支援プラン」を策定・導入し、プランに基づき労働者の円滑な介護休業の取得・復帰に取り組んだ中小企業事業主、または介護のための柔軟な就労形態の制度（介護両立支援制度）を導入し、利用者が生じた中小企業事業主

また、新型コロナウイルス感染症に関する対応として、小学校等の臨時休業等に伴い、子どもの世話のために休暇を必要とする労働者に対して特別な有給休暇を付与した事業主に対しては育児休業等支援コース（新型コロナウイルス感染症対応特例）及び小学校休業等対応助成金、子どもの世話のため仕事ができなくなった委託を受けて個人で仕事をする方に対しては小学校休業等対応支援金により支援を行っている。また、介護離職防止支援コース（新型コロナウイルス感染症対応特例）により、家族の介護を行う必要がある労働者のために特別な有給休暇を付与した事業主への支援を行っている。

さらに、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。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。

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、両立支援に積極的に取り組んでいる企業の取組み等を掲載したサイト「両立支援のひろば」[*9]による情報提供等により、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。

加えて、介護離職防止のため、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護者の介護を行う家族が就労している場合に、その勤務実態も踏まえてケアプランを作成できるよう、仕事と介護の両立支援について学べる研修カリキュラムを策定し、普及促進を行っている。

＊9 「両立支援のひろば」ホームページ　https://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、パートタイム労働者、有期雇用労働者、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、雇用者の約4割を占める状況にある。これは、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。なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響もあり、2020（令和2）年以降、非正規雇用労働者は対前年比で減少し、2021（令和3）年には2,075万人となっている。

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（不本意非正規雇用労働者）も10.7%（2021年）存在し、特に25～34歳の若年層で15.6%（2021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。一方、非正規雇用労働者の中には「自分の都合のよい時間に働きたいから」等の理由により自ら非正規雇用を選ぶ方もおり、多様な働き方が進む中で、どのような雇用形態を選択しても納得が得られる処遇を受けられることが重要である。

(2) 非正規雇用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、キャリアアップ助成金において、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いる。

また、どの働き方を選択しても公正な待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択できるようにすることが重要である。

「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）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、第196回国会において「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」（平成30年法律第71号）が成立した。同法による改正後の「短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律」（平成5年法律第76号。以下「パートタイム・有期雇用労働法」という。）及び「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律」（昭和60年法律第88号）では、雇用形態にかかわらない公正な待遇の確保に向け、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）が整備され、2020（令和2）年4月1日に施行された（パートタイム・有期雇用労働法の中小企業への適用は2021（令和3）年4月1日。）。

フリーター等[*1]の正社員就職支援のため、「わかものハローワーク」（2022（令和4）年4月1日現在22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、2021年度は約10.8万人が就職した。

また、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2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（平成29）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。一方、2021年2月より、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて休業を余儀なくされている方や、シフトが減少した方などが、働きながら訓練を受講しやすくするため、短期間（2週間から1か月程度）や短時間（1日5時間未満）の訓練を設定可能とする特置例措を講じている。

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は、デジタル化が急速に進んでいることを踏まえ、関係省庁と連携して、デジタル分野の講座の充実を進めていくほか、更なる制度の周知・広報の実施により、活用を促進していく。

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1,402万人（2021（令和3）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。

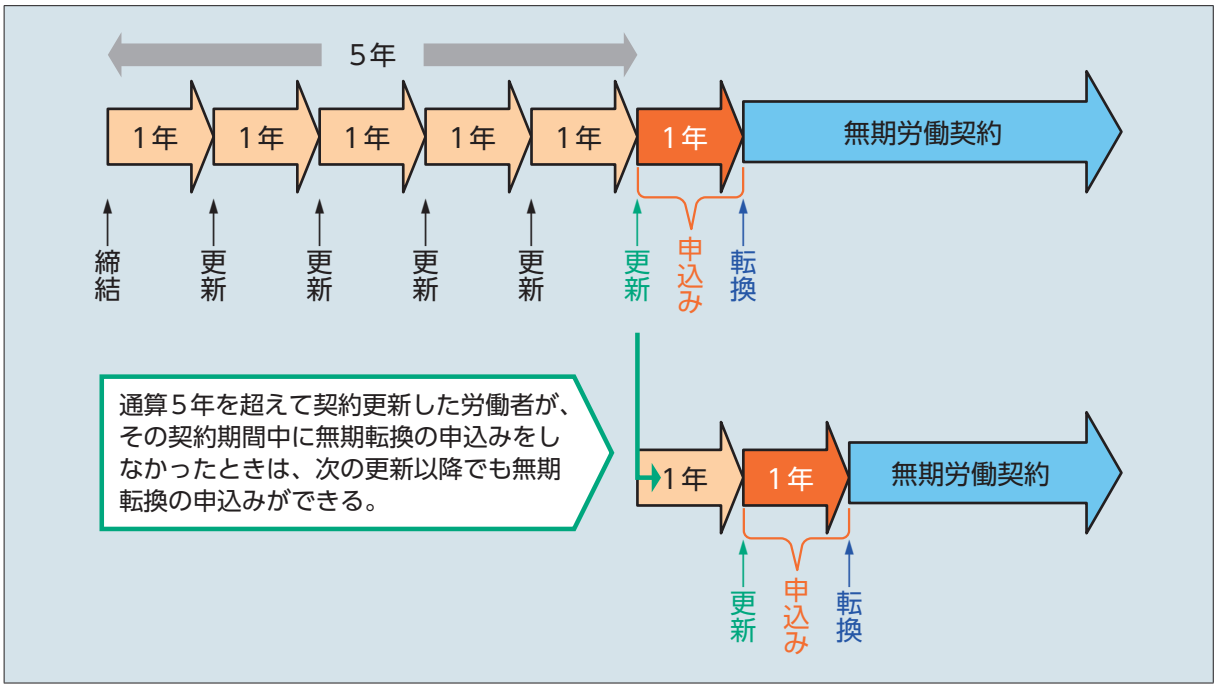
2013（平成25）年4月1日に全面施行された改正労働契約法[*2]では、こうした有期労働契約に関する問題に対処し、働く人が安心して働き続けることができる社会を実現する

＊1　おおむね35歳未満で正社員での就職を希望する求職者（新規学卒者、正規雇用の在職求職者は除く。）のうち、安定した就労の経験が少ない者。
＊2　制度の詳しい内容については、厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/keiyaku/index.html）参照。

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いう規定を設けることの3つの措置を講じた[*3]。

この改正労働契約法を円滑かつ着実に施行するため、2017（平成29）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、相談窓口の明確化を図った。2018（平成30）年4月以降、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が図られるよう、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、「科学技術・イノベーション創出の活性化に関する法律」（平成20年法律第63号）及び「大学の教員等の任期に関する法律」（平成9年法律第82号）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」（平成26年法律第137号）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。

＊3　(3) については、「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」（平成30年法律第71号）にて「短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律」（平成5年法律第76号）に統合された（2020（令和2）年4月1日施行（中小企業については2021（令和3）年4月1日から適用））。

また、無期転換ルールについては、労働契約法の一部を改正する法律（平成24 年法律第56 号）附則第３項において、同法施行後８年を経過した場合[*4]において、「その施行の状況を勘案しつつ検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるもの」とされたこと等を踏まえ、2021（令和3）年3月から「多様化する労働契約のルールに関する検討会」において、無期転換ルールに関する見直し等について検討を行い、2022（令和4）年3月に報告書をとりまとめた。今後、この報告書を踏まえ、労働政策審議会において議論を進めていく。[*5]

3 パートタイム労働者・有期雇用労働者の均等・均衡待遇の確保

パートタイム労働者・有期雇用労働者の中には、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、そ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・有期雇用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・有期雇用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、2021（令和3）年4月１日から「短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律」（平成５年法律第76号）が中小企業も含めて全面施行され、同法に基づく是正指導等を行うことにより、同法の着実な履行確保を図っている。あわせて、事業主が何から着手すべきかを解説する「パートタイム・有期雇用労働法対応のための取組手順書」等を活用し、周知を行った[*6]。

また、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加え、2018年度より47都道府県に設置している「働き方改革推進支援センター」において、労務管理の専門家による個別相談支援やセミナー等を実施した。

さらに、パートタイム・有期雇用労働法への対応に向けた「雇用形態に関わらない公正な待遇の確保のためのセミナー」をオンライン開催するとともに、不合理な待遇差の解消に取り組む企業事例を収集した。また、収集した取組事例やパートタイム・有期雇用労働法の解説動画等を「多様な働き方の実現応援サイト[*7]」に掲載するなど、パートタイム労働者・有期雇用労働者の雇用管理の改善に資する情報を一元的に提供することにより、雇用形態に関わらない公正な待遇の確保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、職業紹介等の雇用仲介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、2020（令和2）年7月14日に労働政策審議会において、平成24年及び平成27年の改正労働者派遣法の施行状況を踏まえた議論を行い、中間整理が取りまとめられた。

また、派遣労働者の公正な待遇を確保するため、「働き方改革を推進するための関係法

＊4　労働契約法の一部を改正する法律（平成24 年法律第56 号）附則第３項の規定により、令和３年４月１日とされている。
＊5　当検討会では、多様な正社員の雇用ルールの明確化等についても検討を行っている（第２章第１節12を参照）。
＊6　詳しくは「同一労働同一賃金特集ページ」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000144972.html）を参照。
＊7　「多様な働き方の実現応援サイト」については、https://part-tanjikan.mhlw.go.jp/を参照。

律の整備に関する法律」が2018（平成30）年6月29日に成立し、改正労働者派遣法が2020年4月1日から施行された。具体的な内容として、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裁判外紛争解決手続（行政ADR）の整備などが盛り込まれている。

このうち①不合理な待遇差を解消するための規定の整備については、「派遣先の労働者との均等・均衡待遇の確保（派遣先均等・均衡方式）」か、「一定の要件（同種業務の一般の労働者の平均的な賃金と同等以上の賃金であること等）を満たす労使協定による待遇の確保（労使協定方式）」のいずれかの方式による待遇確保が派遣元事業主に義務付けられた。

職業紹介等に関する制度については、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」による職業安定法改正により、①求人者・募集者について、採用時の条件があらかじめ示した条件と異なる場合等に、その内容を求職者に明示することを義務付ける、②募集情報等提供事業者の講ずべき措置を指針で定める等の措置を講じた。

また、2022（令和4）年3月に成立した「雇用保険法等の一部を改正する法律」による職業安定法改正により、

①「募集情報等提供」の定義を拡大する。

②募集情報等提供事業者に対し、募集情報等の正確性や最新性を保つための措置、個人情報保護、苦情処理体制の整備等を義務づける。

③求職者情報を収集する募集情報等提供事業者を対象に事前の届出制を創設する。

等の措置を講じており、職業安定法については、一部を除き2022年10月1日に施行することとしている。

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）[*8]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

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）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、同法案は同国会において成立し、2018年7月6日に公布された。この法律により労働基準法が改正され、時間外労働の上限規制が罰則付きで法律に規定された。

＊8　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（https://wwwa.cao.go.jp/wlb/government/index.html）を参照。

具体的には、事業場で使用者と労働者代表が労働基準法第36条第1項に基づく労使協定を結ぶ場合に、法定労働時間を超えて労働者に行わせることが可能な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、臨時的な特別の事情がなければこれを超えることはできないこととした。

また、臨時的な特別の事情（通常予見することのできない業務量の大幅な増加など）があって労使が合意して労使協定を結ぶ場合（特別条項）でも上回ることができない時間外労働時間の限度を年720時間とした上で、時間外労働が月45時間を超えることができる回数について年半分を上回らないよう、年6か月を上限とした。

さらに、特別条項の有無にかかわらず、時間外労働と休日労働の合計について、月100時間未満を満たさなければならず、かつ、「2か月平均」、「3か月平均」、「4か月平均」、「5か月平均」、「6か月平均」の全てで80時間以内を満たさなければならないこととした。

加えて、労働時間の延長及び休日の労働を適正なものとするため、労働基準法に根拠規定を設け、新たに、「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及び休日の労働について留意すべき事項等に関する指針」（平成30年厚生労働省告示第323号）を定めた。

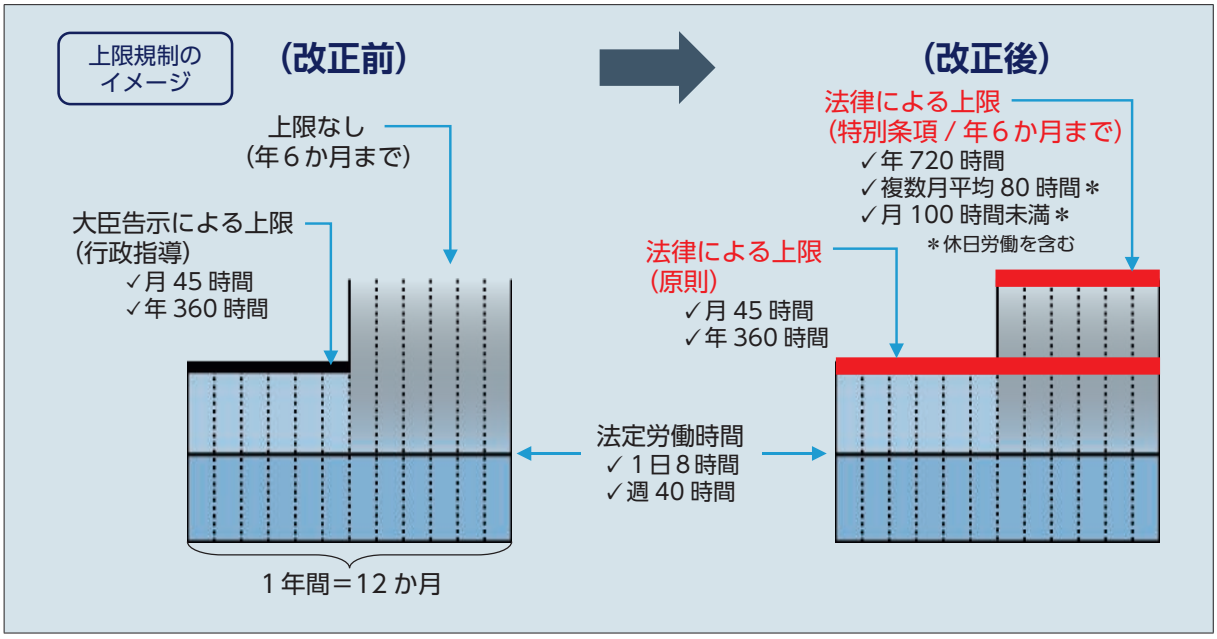
時間外労働の上限規制については、適用猶予・除外となる一部の事業・業務を除いて、大企業には2019（平成31）年4月1日から、中小企業には2020（令和2）年4月1日からそれぞれ適用された。

このほか、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年5日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上限の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、順次施行されている。

加えて、働き方改革関連法により「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」が改正され、勤務間インターバル制度[*9]の導入や、取引に当たって短納期発注等を行わないよう配慮することが、事業主の努力義務となった（2019年4月1日施行）。また、関連する指針も、一連の働き方改革に関連する法令改正等を踏まえて改正された。

＊9 「勤務間インターバル制度」とは、終業時刻から次の始業時刻の間に、一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を設けることをいう。

図表2-1-2　時間外労働の上限規制の概要



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、省を挙げて長時間労働対策に取り組むこととし、長時間労働削減の徹底に向けた重点監督の実施等の取組みを進めている。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。

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）及び「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（平成27年7月策定、令和3年7月変更）に基づき、労働行政機関等において、毎年11月の過労死等防止啓発月間における過労死等防止対策推進シンポジウムの開催等の啓発活動を行うとともに、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。

長時間労働の是正については、各種情報から時間外・休日労働時間数が1か月当たり80時間を超えていると考えられる事業場や、長時間にわたる過重な労働による過労死等に係る労災請求が行われた事業場等長時間労働があると考えられる事業場に対して監督指導を行っている。特に、毎年11月には、「過重労働解消キャンペーン」を実施し、長時間労働の抑制、過重労働による健康障害の防止及び労働時間管理の適正化等を重点とする監督指導や全国斉一の無料電話相談などの取組みを行っている。

また、長時間労働の抑制、年次有給休暇の取得促進、勤務間インターバル制度の導入促進などの、労働時間等の設定の改善[*10]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

＊10「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。

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
・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「働き方改革推進支援助成金」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
・企業における取組事例を広く普及させるため、「働き方・休み方改善ポータルサイト」を活用した情報発信の実施
・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集中的な周知・啓発の実施
・企業の自主的な導入促進を図るための、業種別の勤務間インターバル制度導入マニュアルの作成・周知
・地域の休暇取得促進の機運を醸成するため、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に向けた周知・啓発の実施
などの取組みを行っている。

8 トラック、バス、タクシーの自動車運転者の長時間労働の抑制

トラック、バス、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ることから、「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。）により拘束時間（始業から終業までの時間）、休息期間（勤務と勤務の間の自由な時間）及び運転時間等の基準を設け、労働条件の改善を図るとともに、労働基準関係法令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。

自動車の運転の業務については、「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、2024（令和6）年4月1日から時間外労働の上限規制が適用されることとなっており、臨時的な特別の事情がある場合の時間外労働時間の限度は年960時間とされ、加えて、将来的には時間外労働の上限規制の一般則の適用を目指す旨の規定が設けられている。

時間外労働の上限規制の適用に向けて、厚生労働省は関係省庁と連携して自動車運転者の長時間労働を是正するための環境整備のための取組みを進めている。
・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、2018（平成30）年5月に「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。また、政府行動計画に基づき、国土交通省が主体となって、「ホワイト物流」推進運動（①トラック輸送の生産性の向上・物流の効率化と②女性や60代以上の運転者等も働きやすい、より「ホワイト」な労働環境の実現に取り組む運動）への賛同・参加等を荷主、トラック運送事業者、国民に向けて呼びかけ、推進している。

・荷主、トラック運送事業者、学識経験者等からなる「トラック輸送における取引環境・労働時間改善協議会」を2015（平成27）年度に中央及び各都道府県に設置し、2年間の実証実験の結果を踏まえ2018（平成30）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、「トラック運転者の長時間労働改善に向けたポータルサイト」[*11]等により周知を行っている。また、荷待ち時間が特に長い輸送分野ごとに、好事例を取りまとめたガイドラインについて、「ホワイト物流」推進運動等を活用して広く周知を行っている。

一方、改善基準告示については、上限規制の適用を踏まえ、過労死等防止の観点から労働政策審議会において見直しの検討を進め、2022（令和4）年3月には、ハイヤー・タクシー事業及びバス事業について、拘束時間や休息期間の改善等を図る見直し案がとりまとめられた。

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。

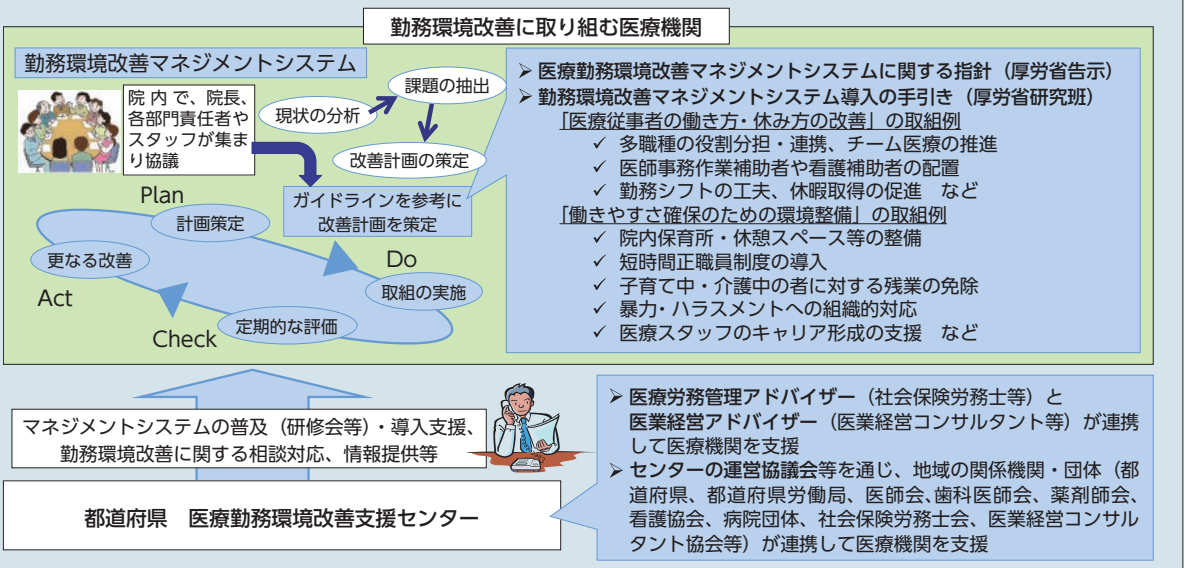
これらの指針及び手引書を活用して、医療勤務環境改善マネジメントシステムの各医療機関への普及促進を図っているところである。また、各都道府県においては、医療勤務環境改善支援センターの運営等の取組みが進められている[*12]。

＊11「トラック運転者の長時間労働改善に向けたポータルサイト」については、https://driver-roudou-jikan.mhlw.go.jp/を参照。
＊12 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。https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/

図表2-1-3　医療従事者の勤務環境改善について

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（2014（平成26）年10月1日施行）に基づき、
- ➢医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組みを支援するガイドラインを国で策定。
- ➢医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。

➡医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組み（現状分析、改善計画の策定等）を促進。



また、医業に従事する医師の業務については、「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、時間外労働の上限規制の適用を5年間猶予し、2024（令和6）年4月1日から上限規制が適用されることとなっている。これは、「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、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うものであり、厚生労働省において、2017（平成29）年8月以降、「医師の働き方改革に関する検討会」及び「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において検討を行い、その結果を踏まえ、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための次の措置等を盛り込んだ改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号））。

①勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
②地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
③当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

医業に従事する医師については、2024年4月から時間外・休日労働の上限規制が適用され、原則として、年間960時間以下／月100時間未満とされるが、医療機関勤務環境評価センターによる労務管理体制等についての評価を受け、特定地域医療提供機関、連携型特定地域医療提供機関、技能向上集中研修機関又は特定高度技能研修機関として都道府

県知事の指定を受けた医療機関において指定事由となる業務に従事する医師については、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満となる。

上限規制の適用開始に向けて、医療機関における適正な労務管理と労働時間短縮に向けた取組み（タスク・シフト／シェアやICTの活用等）を推進する必要があり、引き続き、医療勤務環境改善支援センターによる支援を実施することとしている。

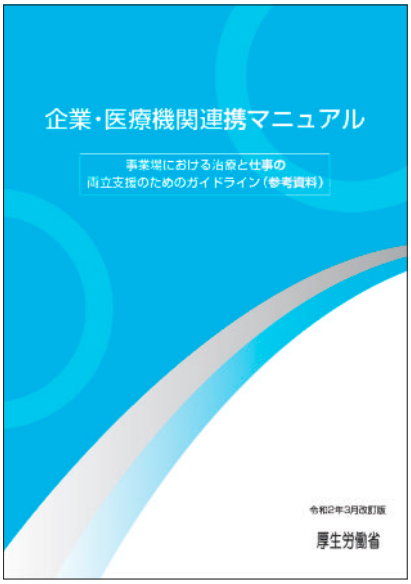
また、タスク・シフト／シェアについては、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」において2020（令和2）年12月に取りまとめられた「議論の整理」に基づき、現行制度で実施可能な業務を整理・明確化するとともに、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士及び救急救命士の業務範囲について「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」等において必要な法令改正を行い、これらの内容の周知を行っている。

10 治療と仕事の両立支援の推進

病気の治療を行いながら仕事をしている労働者は、労働人口の約3人に1人を占める。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年々増加を続けている。労働力の高齢化が進む中で、事業場において、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、事業者が、がん、脳卒中などの反復・継続して治療が必要となる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、労働者が治療と仕事を両立することができるようにするための取組みなどをまとめた「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を2016年（平成28年）2月に策定（2022年（令和4年）3月に改訂）し、その普及や企業等に対する各種支援を行っている。また、「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、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。



11 柔軟な働き方がしやすい環境整備

(1) 良質なテレワークの定着・促進

企業等に雇用される労働者が行うテレワークについては、ウィズコロナ・ポストコロナの「新たな日常」、「新しい生活様式」に対応した働き方として、適正な労務管理下における良質なテレワークの導入・実施を進めていくことができるよう、2021（令和3）年3月に改定した「テレワークの適切な導入及び実施の推進のためのガイドライン」についてパンフレットを作成し、周知を図っている。

また、2021年4月より「人材確保等支援助成金（テレワークコース）」を新たに創設し、中小企業事業主に対するテレワーク用通信機器の導入等に係る経費の助成を行っている。2021年12月には支給対象経費にテレワーク用サービス利用料を追加するなど支給対象を拡大し、本助成金の一層の活用を図っている。

2022（令和4）年度には、テレワークを導入しようとする企業に対して、労務管理や情報通信技術（ICT）に関する課題等について、ワンストップで相談対応やコンサルティングを行う「テレワーク・ワンストップ・サポート事業」を開始するとともに、テレワーク関連の支援策をまとめた総合ポータルサイトの運営や事業主を対象としたセミナー・個別相談会の開催等により、良質なテレワークの定着・促進を図ることとしている。

(2) フリーランスなど個人が安心して働ける環境の整備

個人の働き方が多様化し、フリーランスを含めた柔軟な働き方が広がっている。このため、私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律（昭和二十二年法律第五十四号）や下請代金支払遅延等防止法（昭和三十一年法律第百二十号）、労働関係法令の適用関係を明らかにするとともに、それぞれの法令に基づく問題行為を明確化するため、2021（令和3）年3月に内閣官房、公正取引委員会、中小企業庁、厚生労働省の連名で策定した「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」について、周知・活用を図っている。

また、2020（令和2）年11月から、フリーランスと発注者等とのトラブルについて、フリーランスの方が弁護士にワンストップで相談できる窓口（フリーランス・トラブル110番）を設置しており、メールや電話等による丁寧な相談対応を行っている。

さらに、発注者から委託を受け、情報通信機器を活用して自宅等で働くいわゆる自営型テレワークについては、自営型テレワークを行う方や発注者等を対象としたセミナーの開催などにより、2018（平成30）年2月に改定した「自営型テレワークの適正な実施のためのガイドライン」の周知徹底を図っている。あわせて、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」において、自営型テレワークを行う方や発注者等に対し、自営型テレワークについての基礎的な知識、ノウハウ及びキャリア形成に資する情報等を提供している。

(3) 副業・兼業の環境整備

副業・兼業については、副業・兼業を希望する方が近年増加傾向にある一方、副業先での労働時間を把握し、自社での労働時間と通算管理することが困難であるとして、副業・

兼業を認めない企業が一定程度あった。

このため、副業・兼業の場合の労働時間管理及び健康管理について、2020（令和2）年9月1日に「副業・兼業の促進に関するガイドライン」を改定し、労働者の申告等による副業先での労働時間の把握や簡便な労働時間管理の方法を示すなど、ルールを明確化した。また、第201回通常国会において2020年3月に成立した「雇用保険法等の一部を改正する法律」（令和2年法律第14号）により雇用保険法（昭和49年法律第116号）及び労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）が改正され、複数就業者のセーフティネットの整備に係る規定が施行された（雇用保険部分は2022（令和4）年1月1日、労災保険部分は2020年9月1日）。

企業も労働者も安心して副業・兼業を行うことができる環境を整備するため、ガイドラインのわかりやすいパンフレットやリーフレット、労働時間の申告の際に活用できる様式例などを作成し、丁寧に周知を行っている。

12 多様な正社員等の普及促進等

労働者一人ひとりのワーク・ライフ・バランスと、企業による優秀な人材の確保や定着の実現のため、職務、勤務地、労働時間を限定した「多様な正社員」制度の普及・拡大に向け、オンラインセミナーを開催するとともに、「多様な正社員」制度を導入している企業の取組事例を収集し、周知を行った。

併せて、キャリアアップ助成金において、短時間正社員制度、勤務地限定正社員制度又は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っている。

なお、規制改革実施計画（2019（令和元）年6月21日閣議決定）において、2020（令和2）年度中に多様な正社員の雇用ルールの明確化について検討を開始することとされたこと等を踏まえ、2021（令和3）年3月から「多様化する労働契約のルールに関する検討会」において、多様な正社員の労働契約関係の明確化等について検討を行い、2022（令和4）年3月に報告書をとりまとめた。今後、この報告書を踏まえ、労働政策審議会において議論を進めていく。

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) 雇用関係助成金の見直し

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を支援、促進するものとなるよう、新たなニーズに対応した助成金を新設する一方で、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、必要な見直しを行っている。

(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順次見直しを行っている。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

雇用情勢や産業構造の変化を踏まえた労働移動の円滑化を図るため、転職・再就職支援のための助成金の支給、正規雇用労働者の中途採用比率の公表義務付け等を進めている。

転職・再就職支援のための助成金については、2018（平成30）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行うとともに、「労働移動支援助成金中途採用拡大コース」において、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企業への助成を行うことにより、成長企業への労働移動の促進に取り組んだ。なお、「労働移動支援助成金中途採用拡大コース」については、2019（令和元）年度より「中途採用等支援助成金中途採用拡大コース」として実施している。

また、2020（令和2）年度は「中途採用等支援助成金中途採用拡大コース」において、中途採用率の拡大を実施した事業主で、これまで中途採用を行ったことのない事業主に対しての上乗せ助成を実施した。

加えて、2020年に改正した「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」（昭和41年法律第132号）に基づき、2021（令和3）年4月1日より、常時雇用する労働者数が301人以上の企業において正規雇用労働者の中途採用比率の公表を義務付けている。これにより、企業が長期的な安定雇用の機会を中途採用者にも提供している状況を明らかにし、中途採用を希望する労働者と企業のマッチング促進を図っている。また、「中途採用等支援助成金中途採用拡大コース」においても、2021年度より、自主的な情報公表に取り組む事業主を支援するために拡充した。

なお、2022（令和4）年度は、成長分野への労働移動の円滑化を図るため、デジタル分野などの成長分野の事業主が、就職が特に困難な者を雇い入れた場合に、特定求職者雇用開発助成金（成長分野人材確保・育成コース）を支給することとしている。

3 雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進

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[*13]や、事業主が生産性向上に資する人事評価制度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[*14]等について雇用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。

建設業に関しては、2021（令和3）年度からの5か年計画である「第10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働ける魅力ある職場づくりの推進を課題とし、若年者等の建設業への入職・定着促進による担い手の確保・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、施策を実施している。

4 最低賃金・賃金の引上げ等に向けた生産性向上支援

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[*15]を講じている（最低賃金制度については第2章第4節2を参照）。

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する「業務改善助成金」を実施。

2021（令和3）年度においては、累次の要件緩和・拡充により、使い勝手の向上を図るとともに、コロナ禍で特に業況が厳しい事業者を対象に、助成対象となる経費の範囲を拡大した「特例コース」を新設。

②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・小規模事業者や、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を助成。

③「働き方改革推進支援センター」を47都道府県に設置し、労務管理の専門家による無料の個別相談支援やセミナー等を実施。

④非正規雇用で働く方の処遇改善等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。

5 成長分野などでの人材育成の推進

(1)「人への投資」パッケージの創設

人への投資を抜本的に強化するため、3年間で4,000億円規模の施策パッケージを創設し、成長分野への労働移動の円滑化や人材育成を強力に推進することとしている。

2021（令和3）年度においては、コロナ禍での非正規雇用労働者等の労働移動支援、デジタル人材育成、非正規雇用労働者のキャリアアップ支援を実施した。2022（令和4）

＊13 令和4年度において、当該取組みを支援する人材確保等支援助成金（雇用管理制度助成コース）の計画の受付を休止している。
＊14 令和4年度において、当該取組みを支援する人材確保等支援助成金（人事評価改善等助成コース）の計画の受付を休止している。
＊15 最低賃金引上げに向けた中小企業・小規模事業者への支援事業：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/shienjigyou/index.html

年度は、民間ニーズを反映しつつ、デジタルなど成長分野を支える人材育成の強化、非正規雇用労働者のキャリアアップ支援の拡充、リカレント教育など生涯にわたる能力発揮の促進、成長分野などへの労働移動の円滑化支援に取り組むこととしている。

(2) 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民間教育訓練機関等を実施主体として、雇用保険を受給できない求職者の早期就職を支援するため、厚生労働大臣が認定する「求職者支援訓練」を実施している。介護、医療、情報通信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。

2020（令和2）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10.3万人、求職者支援訓練で約2.4万人に対して訓練を実施したところである（2021（令和3）年3月末時点）。2022（令和4）年度は、公共職業訓練で約15.9万人、求職者支援訓練で約5.2万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（平成27）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（ソフトウェアプログラマー養成科等）
・医療事務系（医療・調剤事務科等）等

（3）ものづくり立国の推進

1 熟練技能者を活用した技能継承、技能尊重気運の醸成等

若者のものづくり離れ・技能離れが見られる中、業界団体等を活用した技能継承に取り組んできたところであるが、2013（平成25）年度から若年技能者人材育成支援等事業を創設し、若年技能者が技能を向上させる、あるいは、若者が進んで技能者を目指す環境の整備等に取り組んでいる。

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」[*16]が企業、業界団体、教育訓練機関において、若年技能者への実技指導を行い、効果的な技能向上及び後継者の育成を行っている。

また、将来のIT人材育成に向けて、IT技術を活用した生産性向上等に関する知識・技能をもつ技能者である「テックマイスター」が中小企業等において、従業員等に生産性向上等に係る実技指導を行っているほか、情報技術関連の優れた技能をもつ技能者である「ITマスター」が学校等において、情報技術に関する興味を喚起する講習等を行っている。

さらに、技能者を活用した技能習得のための情報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、各種技能振興イベントの開催、優れた技能士が作成した商品等に表示するロゴマーク（グッドスキルマーク）の認定・普及及び地域で行われている技能振興に資する地域独自の取組みや制度を「地域発！いいもの」として選定し広く国民へ周知するなど、地域関係者の創意工夫による取組みを推進している。

なお、2021（令和3）年度は、2020（令和2）年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を徹底した上で、それぞれの取組みを実施した。

＊16「ものづくりマイスター」を紹介したホームページ　https://monozukuri-meister.mhlw.go.jp/mm/mm/contents/home/

図表2-2-2 「ものづくりマイスター」の企業派遣による実技指導の具体事例

製造系職種の実技指導	建設系職種の実技指導
実施職種：塗装	実施職種：建築板金
実施回数：8回	実施回数：3回
派遣先：有限会社秀工社（長崎県）	派遣先：岩手県板金工業組合（岩手県）
指導対象：社員4名	指導対象：組合員10名
〈実技指導テーマ〉 ・お客様のニーズに応えられる塗装の基礎知識及び技能の習得  〈指導内容〉 ・塗装・塗料についての基礎知識 ・パテの取り扱いなどの指導 ・スプレーガンの取り扱い指導　等	〈実技指導テーマ〉 ・組合に所属する若い職人たちの技能向上  〈指導内容〉 ・技能検定1級レベルの学科・実技試験確認と指導 ・実技課題製作の実施　等
〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・塗装に興味を持てるように内容を面白くするなど、指導方法を工夫しました。やはり日本と言えば、「ものづくり大国」だと思っていますので、これからを担う方々に活躍してもらい、今後も日本が「ものづくり先進国」であり続けることを切に願っています。	〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・基本的な道具の使い方から指導し、積極的に質問を受け付け、こちらからも理解度を確かめる質問を投げかけるなど、個々の工程を丁寧に確認して進めました。課題が完成し、受講者が喜んでいる姿を見ると、指導した甲斐があったと思います。
〈受入担当者の感想〉 ・塗装技能を基礎からプロに学ぶことで、お客様の満足度を高められるのではと考え、ものづくりマイスターの指導を依頼しました。お客様からの新たな依頼に応じることができるようになり、実務で役立つ効果がいくつも得られている感触があります。	〈受入担当者の感想〉 ・若手技能者の育成に関するニーズはどの企業も高いため、ものづくりマイスターに指導を依頼し、組合主催の講習会を開催しました。指導の結果、受講者の中には技能検定試験や各技能競技会で好成績を残す方も出てきており、それが新たな仕事の受注につながっています。
〈受講者の感想〉 ・塗装前の準備や下地の仕上げ方、パテで下処理した塗装方法などを教わり、さまざまな種類の塗装に関する技法を理解することで視野が広がりました。ご指導いただいてから製品の仕上がりが見違えるように変わりました。	〈受講者の感想〉 ・マイスターの丁寧で技能レベルの高い仕事に触れ、私自身も建築板金の道をとことん極めたいと思い、現場の仕事においても、何よりも丁寧に確実にやり遂げることを心がけるようになりました。







「厚生労働省ものづくりマイスター」シンボルマーク（2015年2月決定）

2 各種技能競技大会等の推進[*17]

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

＊17 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　https://www.javada.or.jp/jyakunen20/index.html
②技能五輪全国大会　https://www.javada.or.jp/jigyou/gino/zenkoku/index.html
③技能五輪国際大会　https://www.javada.or.jp/jigyou/gino/kokusai/index.html

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、企業等に就職していない者を対象に、技能競技を通じ、これらの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。

2005（平成17）年から実施しており、2008（平成20）年からは毎年開催している。

2021年8月に、愛媛県の愛媛国際貿易センター（アイテムえひめ）を主会場として、第16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330人の選手が参加した。また競技についてライブ配信を行った。

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ともに、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。

2021年12月に、東京都の東京ビッグサイトを主会場として、第59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1,028人の選手が参加した。なお、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、入場を選手・関係者等のみに制限しての開催としたほか、開閉会式及び競技についてライブ配信を行った。

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）年から原則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、2019（令和元）年8月にロシア連邦・カザンで第45回技能五輪国際大会が開催された。日本選手は、42職種の競技に参加し、「情報ネットワーク施工」、「産業機械組立て」の2職種で金メダルを獲得したほか、銀メダル3個、銅メダル6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7位であった（第1位中国（16個）、第2位ロシア（14個）、第3位韓国（7個））。

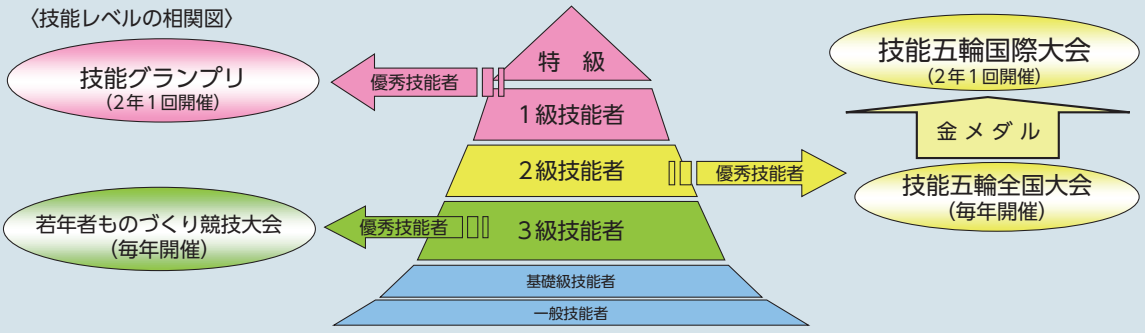
次回は2022（令和4）年10月に中国・上海での開催を予定しており、成績向上に向け、技能五輪全国大会などの場において選考された日本代表選手の強化訓練を支援している。

図表2-2-3　各種技能競技大会の概要

○若者の就業意欲の喚起や円滑な技能継承に資するため、技能五輪全国大会をはじめとする各種技能競技大会を推進

項目	若年者ものづくり競技大会	技能五輪全国大会	技能グランプリ
目的	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。	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（技能五輪国際大会の前年度大会は翌年度の国際大会の予選を兼ねる）。	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尊重気運の醸成を図る。
出場資格	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	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	特級、１級及び単一等級の技能検定に合格した技能士
競技レベル	初級レベル（技能検定３級程度）	上級から中級レベル（技能検定２級相当以上）	上級レベル
競技職種 参加者数	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29年度：15職種　443名 平成30年度：15職種　445名 令和 元年度：15職種　443名 令和　2年度：（コロナ禍により中止） 令和　3年度：15職種　330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29年度：42職種　1,337名 平成30年度：42職種　1,292名 令和 元年度：42職種　1,239名 令和　2年度：40職種　944名 （コロナ禍により無観客開催） 令和　3年度：42職種　1,028名 （コロナ禍により来場を選手・関係者に制限して開催）	建築大工、和裁等の職種 平成26年度：28職種　444名 平成28年度：30職種　514名 平成30年度：30職種　533名 令和　2年度：28職種　344名 （コロナ禍により無観客開催）
直近の開催（予定）地	愛媛県（令和３年度） 広島県（令和４年度）	東京都（令和３年度） 千葉県（令和４年度）※中央開催	愛知県（令和２年度）※無観客開催 調整中（令和５年度）

〈技能レベルの相関図〉



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[*18]については、労働者の職業生活設計の全期間を通じて段階的かつ体系的な職業能力開発を効果的に促進するため、事業主等が雇用する労働者に対して職務に関連した専門的な知識及び技能の習得をさせるための職業訓練等を計画に沿って実施した場合に、訓練経費や訓練期間中の賃金の一部等を助成している。

（2）職業能力評価基準の整備・活用促進

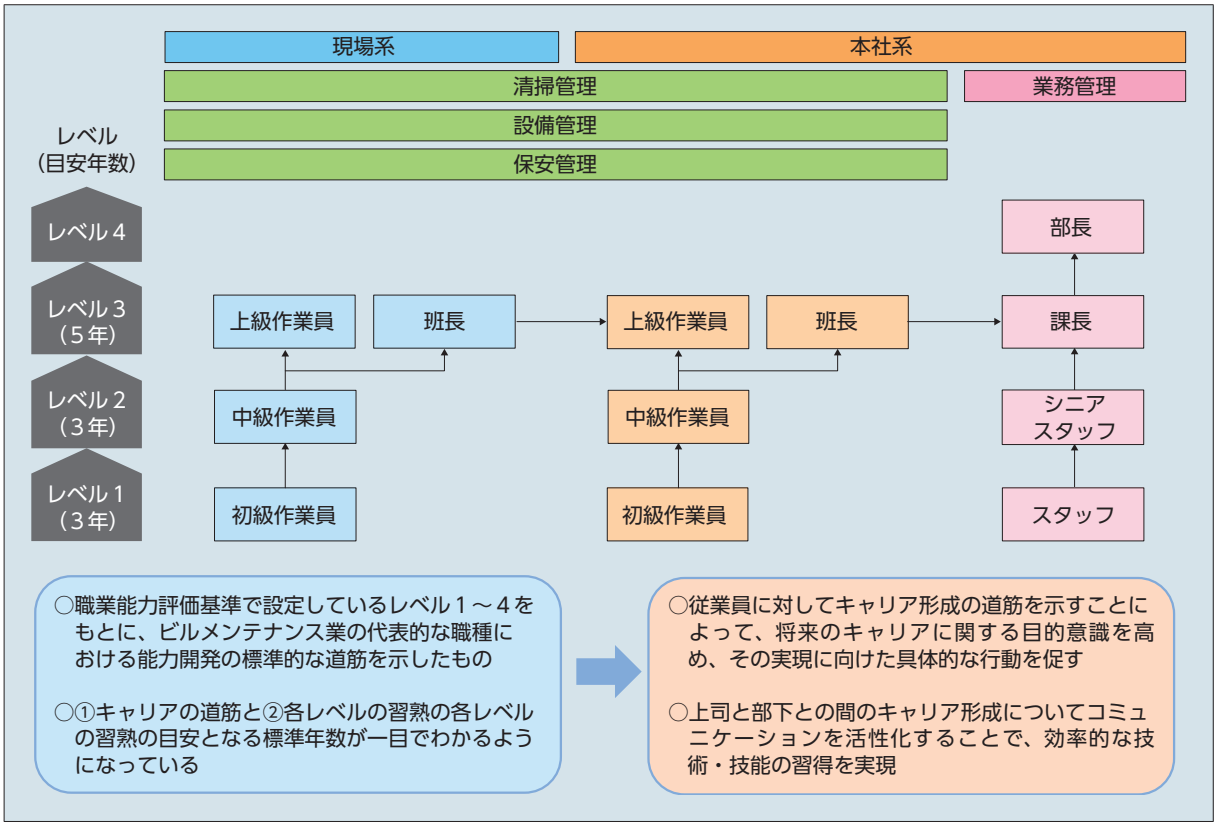
職業能力が適正に評価されるための社会基盤として、職業能力を客観的に評価する「職業能力評価基準[*19]」の策定に、2002（平成14）年から取り組んできた。この職業能力評価基準は、業種横断的な経理・人事等の事務系職種のほか、電気機械器具製造業やホテル業など業種別に策定している。また、主に人材育成に活用できるツールとして、職業能力評価基準を基にキャリア形成の過程をモデル化した「キャリアマップ」及び職業能力を簡易にチェックできる「職業能力評価シート」を、スーパーマーケット業やビルメンテナン

＊18 人材開発支援助成金の詳細を紹介したホームページ
https://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）
https://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/index.html
＊19 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　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/ability_skill/syokunou/index.html

ス業などの業種別に作成している。

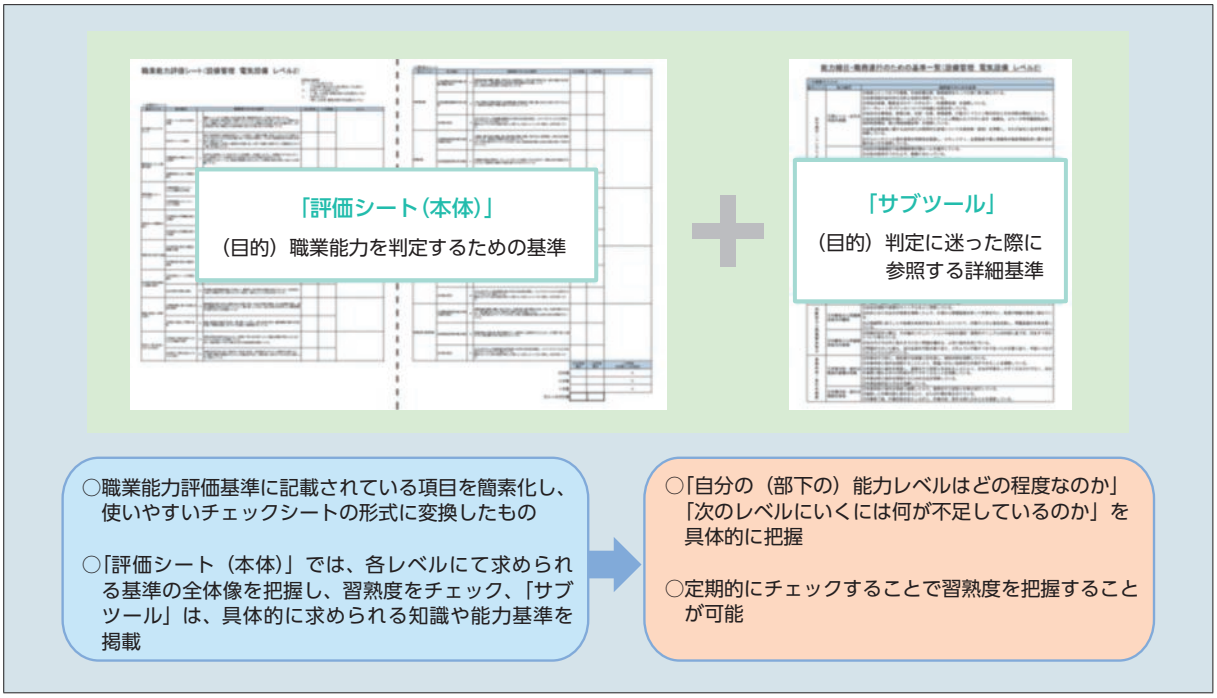
また、2019（令和元）年度から事務系職種の職業能力評価基準を活用した「ポータブルスキル見える化ツール（職業能力診断ツール）」を開発してきたところ、2021（令和3）年度に同ツールを「job tag（職業情報提供サイト（日本版O-NET））[*20]」に搭載するとともに、職業能力評価基準の活用に係る映像教材を作成し、厚生労働省ホームページに掲載した。

図表2-2-4　キャリアマップ　～ビルメンテナンス業～



＊20「job tag（職業情報提供サイト（日本版O-NET））」については、https://shigoto.mhlw.go.jp/ を参照。

図表2-2-5　職業能力評価シート　～ビルメンテナンス業～



(3) 技能検定制度の整備

「技能検定制度[*21]」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、2022（令和4）年4月1日現在で、130職種について実施しており、2020（令和2）年度には全国で約72万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764万人が技能士となっている。

2021（令和3）年度は、眼鏡技術者が眼科専門医と連携し国民により良い眼鏡を提供して目の健康を守れるよう技能向上を図る技能検定「眼鏡作製職種」を創設した。

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た。

＊21 検定制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/ability_skill/ginoukentei/index.html

図表2-2-6　試験実施内容の詳細

●実施体制

1）都道府県方式（機械加工職種など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で事務を分担。
2）指定試験機関方式（ファイナンシャル・プランニング職種など20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：18,200円
　　※上記の金額を標準額として各都道府県で決定（学生は減額される場合がある）。
　②指定試験機関方式
　　職種ごとに各指定試験機関が決定。

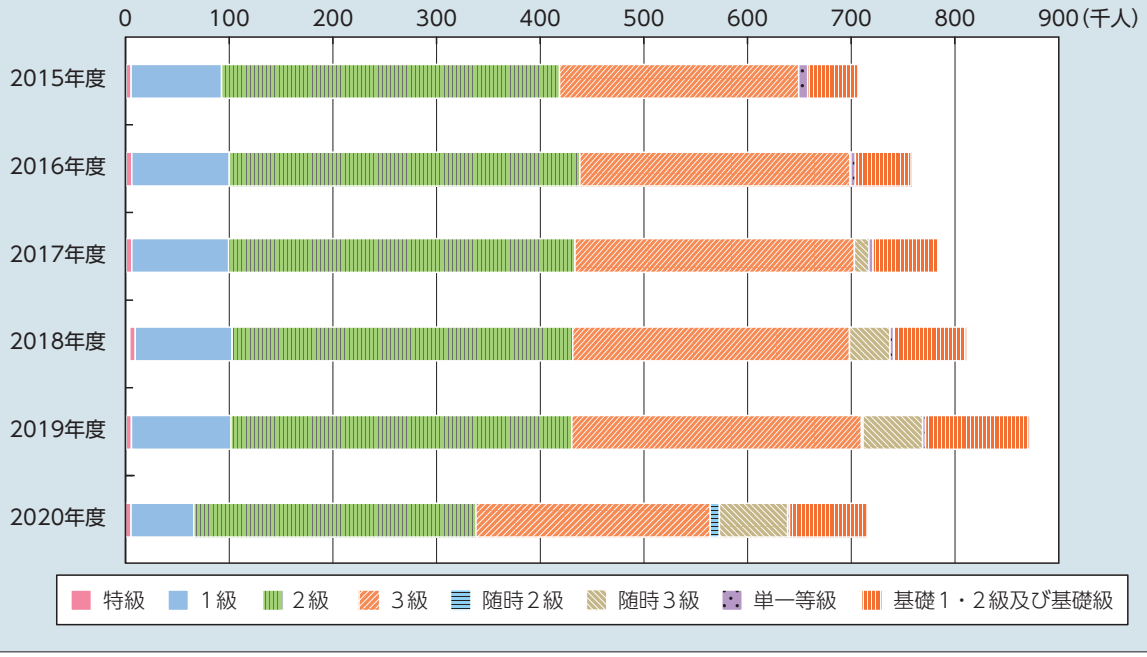
図表2-2-7　試験実施内容の一例

機械加工職種	とび職種
■実技試験 普通旋盤を使用し、材料を内外径削りなどで切削加工を行い、はめ合わせのできる部品を製作する。 試験時間　2時間30分 **■学科試験** 工作機械加工一般、機械要素、機械工作法、材料、材料力学、製図、電気、安全衛生、旋盤加工法	**■実技試験** 枠組、単管及び木製足場板を使用して、枠組応用登り桟橋の組立てを行う。 試験時間　2時間 **■学科試験** 施工法、材料、建築構造、関係法規、安全衛生


普通旋盤作業の作品例


とび作業の作品例

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。

2022（令和4）年4月1日現在、43事業主等114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

憲法に定められた勤労権の保障のため、全国ネットワークを通じて、職業相談・職業紹介、雇用保険制度の運営、雇用対策を一体的に実施し、セーフティネットとしての役割を果たす国と、地域の抱えるそれぞれの課題について、無料職業紹介事業（地方版ハローワーク）を含む各種の雇用対策を独自に実施する地方自治体が、それぞれの強みを活かし、相乗効果を発揮しながら一体となって雇用対策を行うことで、住民サービスの更なる強化を目指すことが重要である。

国と地方自治体との連携をより強固にするため、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。2020（令和2）年度には、新たに7市と締結し、2021（令和3）年3月末現在、213自治体となった。またハローワークが行っている無料職業紹介と、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（2021年3月末現在、33道府県150市区町）。

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。2020年1月6日からは両サービスを統合し、求人・求職情報提供サービスとして運用している。

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、従業員を育成等により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、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

地域ごとに産業構造、人口構成、社会情勢等は異なっており、ミスマッチの問題や地域特有の課題もみられることから、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、2020（令和2）年以降新型コロナウイルス感染症の影響等により東京圏への転入超過数が減少する動きがあるものの、地方における人口減少や地域経済の縮小といった課題を克服するために取り組む地方創生の観点から、地域に魅力のある仕事をつくるとともに、そこに必要な人材の育成や大都市圏からの人材還流等を推進することが重要となる。

厚生労働省では、上記の状況を踏まえ、地域雇用の課題に対して、国や都道府県の施策との連携を図りつつ、魅力ある雇用機会の確保や企業ニーズにあった人材育成、就職促進等の事業を一体的に実施することにより、地域における良質な雇用の実現を図る都道府県の取組みを支援する「地域活性化雇用創造プロジェクト」を実施している。

また、雇用機会が不足している地域や過疎化が進んでいる地域等において、市町村や経済団体等により構成される協議会に対して事業を委託し、地域の自主性・創意工夫を生かした「魅力ある雇用」や「それを担う人材」の維持・確保を図る「地域雇用活性化推進事業」を実施している。

さらに、大都市圏から地方への人材還流を促進するため、東京圏・大阪圏において、セミナー等により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る「地方就職希望者活性化事業」を実施しているほか、「中途採用等支援助成金（UIJターンコース）」により、東京圏からのUIJターン者を採用した事業主に対し、その採用活動経費の一部を助成している。

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日に、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）が創設された。

本税制は、2022（令和4）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、要件の一部緩和等の見直しが行われた。

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、企業倒産、事業場閉鎖等の場合であっても、賃金不払等が発生しないようにするため、賃金・退職金の支払、社内預金の保全等についても早い段階から的確な対応を行っている。

(1) 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、労働基準法等の法令及び「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及び休日の労働について留意すべき事項等に関する指針」に適合したものとなるよう、指導を行っている。また、時間外労働・休日労働は必要最小限にとどめられるべきものであることから、36協定上、月45時間を超える時間外労働を行わせることが可能となっていても、実際の時間外労働については月45時間以下とするよう指導を行っている。

また、

①2016(平成28)年4月からは、

○月100時間超の残業を把握した全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全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「かとく」、2015(平成27)年4月に設置)に加え、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するとともに、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(2017(平成29)年4月からは「過重労働特別対策室」)を設置

②2016(平成28)年12月に決定された「『過労死等ゼロ』緊急対策」に基づき、2017(平成29)年1月から、

○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

○長時間労働等に係る企業本社に対する指導

○企業名公表制度(違法な長時間労働が複数の事業場で行われた企業について、その

事実を広く社会に情報提供することにより、他の企業における遵法意識を啓発する等の観点から、都道府県労働局長が企業の経営トップに対し指導し、その企業名を公表する制度）の強化

③2018（平成30）年4月から、全ての労働基準監督署において、「労働時間改善指導・援助チーム」を編成し、

○長時間労働の是正及び過重労働による健康障害の防止を重点とした監督指導

○「労働時間相談・支援コーナー」を設置し、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中小規模の事業場に対して、法制度の周知を中心としたきめ細やかな支援

などの取組みを順次実施している。

さらに、「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、長時間労働の抑制、過重労働による健康障害の防止及び労働時間管理の適正化等を重点とする監督指導や全国一斉の無料電話相談などの取組みを行っている。

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、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1,062社であり、対象労働者数は6万5,395人、支払われた割増賃金の合計額は約70億円となっている（2020（令和2）年度）。

2019（平成31）年1月には、裁量労働制の不適正な運用が複数の事業場で認められた企業に対する指導の実施及び企業名の公表の仕組みを定め、裁量労働制の適正な運用を図っている。

(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新型コロナウイルス感染症（以下「感染症」という。）の影響により、依然として厳しく、また、雇用情勢についても厳しさが見られており、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の遵守の状況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、企業倒産等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、感染症対応のための休暇が必要となる労働者が利用できる特別休暇制度を整備する中小企業事業主を、働き方改革推進支援助成金（労働時間短縮・年休促進支援コース）にて支援している。

なお、感染症の影響による大量整理解雇等については、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り、問題のある事案を把握した場合には啓発

指導を実施するとともに、経済上の理由により事業活動の縮小を余儀なくされた事業主に対しては、雇用調整助成金の活用等について周知を行っている。

(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」(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。

①2020(令和2)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年9月)し、労働基準監督署が閉庁している平日夜間、土日・祝日に日本語を含む14カ国語(外国語は令和元年度開始)での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月開始)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。

(4) 学生アルバイトの労働条件確保

2015(平成27)年に実施した「大学生等に対するアルバイトに関する意識等調査」、2015年～2016(平成28)年に実施した「高校生に対するアルバイトに関する意識調査」の結果、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、2015年から厚生労働省では、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ている。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、2017(平成29)年度の大学等、2018(平成30)年度の若い社会人向けの労働法教育のための指導者用資料の作成に引き続き、2019(令和元)年度には働き方改革関連法の施行に伴い高校・大学等向け指導者用資料の改訂、2020(令和2)年度には指導者向け動画の作成を行うなど、学校等における労働関係法令に関する知識のさらなる周知・啓発に取り組んでいる。

(5) いわゆる「シフト制」により就業する労働者の適切な雇用管理について

人手不足や労働者のニーズの多様化、季節的な需要の繁閑への対処等を背景として、パートタイム労働者やアルバイトを中心に、いわゆるシフト制（あらかじめ具体的な労働日、労働時間を決めず、シフト表等により柔軟に労働日、労働時間が決まる勤務形態）が、多くの事業場において取り入れられている。

こうした形態は、その時々の事情に応じて柔軟に労働日・労働時間を設定できる点で契約当事者双方にメリットがあり得る一方、使用者の都合により、労働日がほとんど設定されなかったり、労働者の希望を超える労働日数が設定されたりすることにより、労働紛争の発生も懸念される。

このため、シフト制に関する適切な雇用管理を促すことを目的として、2022（令和4）年1月に、使用者が現行の労働関係法令等に照らして留意すべき事項について一覧性をもってとりまとめた「いわゆる『シフト制』により就業する労働者の適切な雇用管理を行うための留意事項」を作成するとともに、関係団体を始めとして幅広く周知を行っている。

(6) 特定の労働分野における労働条件確保対策

技能実習生等外国人労働者、自動車運転者等の法定労働条件を確保するため、関係機関とも連携し、労働基準関係法令の周知等を図るとともに、同法令違反の疑いがある事業場に対しては、監督指導を実施するなどの必要な対策を講じている。

技能実習生については、違法な時間外労働、賃金不払残業、労働災害防止の措置の未実施など、法定労働条件に問題があると考えられる実習実施者に対して重点的に監督指導を実施し、確認した法違反の是正を指導している。また、技能実習生に対する人身取引が疑われる事案については、外国人技能実習機構等との合同監督・調査を実施し、重大又は悪質な事案については司法処分にするなど厳正に対処している。

自動車運転者については、依然として長時間労働の実態が認められるところであり、労働基準関係法令のみならず改善基準告示の遵守徹底を図るための監督指導を行っている。

また、自動車運転者に係る賃金制度のうち、累進歩合制度については、長時間労働やスピード違反を極端に誘発するおそれがあり、交通事故の発生も懸念されることから、その廃止に係る指導等について、引き続き徹底を図っている。

(7) 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、2020（令和2）年における送検件数は887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。最低賃金制度は、国が法的強制力をもって賃金の最低額を定め、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こととするものである。

最低賃金には、各都道府県内の全ての使用者及び労働者に適用される地域別最低賃金（適用労働者数約5,112万人、平成28年経済センサス－活動調査等により算出）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（2022（令和4）年4月1日現在、227件。適用労働者数約297万人）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、都道府県労働局長が改正決定を行う。

2021（令和3）年度の地域別最低賃金額の改定は、審議が行われた結果、全国加重平均で対前年度28円引上げの930円となった（全国の地域別最低賃金の一覧は最低賃金特設サイト[*22]を参照）。また、特定最低賃金の全国加重平均額は922円（2022年4月1日現在）となった。このような最低賃金の引上げを受けて、中小企業・小規模事業者の生産性向上等のための支援を図っている（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、企業倒産等に伴い、賃金が支払われないまま退職を余儀なくされた労働者に対して、一定の要件の下で、未払賃金の一部を事業主に代わって政府が立替払する「未払賃金立替払事業」を実施している。2020（令和2）年度には、1,791企業の23,684人に対して約84億円の立替払を行った。

また、2020（令和2）年度より、新型コロナウイルス感染症の影響による企業倒産等に伴い賃金の支払を受けられないまま退職を余儀なくされた労働者の早急な救済を図るため、業務処理のための体制を確保し、迅速な処理を行っている。

4 「労災かくし」対策の推進

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こととされている。

「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。

＊22 最低賃金特設サイト　https://pc.saiteichingin.info/

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、二以上の事業の業務を要因とする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。

2020（令和2）年度の労災保険給付の新規受給者数は65万3,355人であり、前年度に比べ34,100人の減少（5.0%減）となっている。そのうち業務災害による受給者が57万4,318人、通勤災害による受給者が7万9,037人となっている。

また、労災保険給付について、非災害発生事業場の賃金額も合算して算定するとともに、複数就業者の就業先の業務上の負荷を総合的に評価して労災認定することを内容に含む「雇用保険法等の一部を改正する法律」が2020年3月に成立し、同年9月に施行されている。

(2) 新型コロナウイルス感染症の労災認定

労働者が業務に起因して新型コロナウイルスに感染したものであると認められる場合には、労災保険給付の対象となること等について厚生労働省ホームページ等で周知を行っており、集団感染が発生した事業場に対しては、労働者へ請求勧奨を実施することを要請している。

労災認定に当たっては、通達等に基づき、迅速かつ公正な労災補償に努めている。

(3) 過労死等の労災認定

2020（令和2）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784件であり、支給決定件数は194件となっており、精神障害の請求件数は2,051件であり、支給決定件数は608件となっている。前年度と比べ、脳・心臓疾患の請求件数は152件の減少、支給決定件数は22件の減少となっており、精神障害の請求件数は9件の減少、支給決定件数は99件の増加となっている（**図表2-4-1**）。

脳・心臓疾患については、2001（平成13）年12月に改正した認定基準に基づき労災認定を行っていたが、改正から約20年が経過する中で、働き方の多様化や職場環境の変化が生じていることから、最新の医学的知見を踏まえて、「脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会」において検証等を行い、2021（令和3）年7月に報告書が取りまとめられたことを受けて、同年9月に認定基準の改正を行った。

労災認定に当たっては、改正後の脳・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（2016（平成28）～2020（令和2）年度）

		2016（平成28）年度	2017（平成29）年度	2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和2）年度
脳・心臓疾患	請求件数	825 (91)	840 (120)	877 (118)	936 (121)	784 (105)
	支給決定件数	260 (12)	253 (17)	238 (9)	216 (10)	194 (14)
精神障害	請求件数	1,586 (627)	1,732 (689)	1,820 (788)	2,060 (952)	2,051 (999)
	支給決定件数	498 (168)	506 (160)	465 (163)	509 (179)	608 (256)

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。

(4) 特別加入制度の対象拡大

労災保険は、労働基準法上の労働者以外の者については対象外とされている。このうち、業務の実態、災害の発生状況等からみて労働者に準じて労災保険により保護するにふさわしい者について、特に労災保険の加入を認める、特別加入制度が存在する。

2021（令和3）年6月閣議決定の成長戦略実行計画において「フリーランスのセーフティーネットについて検討する」とされたこと等を踏まえ、2021年9月1日に、

・原動機付自転車若しくは自転車を使用して行う貨物の運送の事業
・情報処理システム（ネットワークシステム、データベースシステム及びエンベデッドシステムを含む。）の設計、開発（プロジェクト管理を含む。）、管理、監査、セキュリティ管理若しくは情報処理システムに係る業務の一体的な企画又はソフトウェア若しくはウェブページの設計、開発（プロジェクト管理を含む。）、管理、監査、セキュリティ管理、デザイン若しくはソフトウェア若しくはウェブページに係る業務の一体的な企画その他の情報処理に係る作業

2022（令和4）年4月1日に、

・「あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」に基づくあん摩マツサージ指圧師、はり師又はきゆう師が行う事業

について新たに特別加入制度の対象となっている。

(5) 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（令和4）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[*23]。

さらに、建設アスベスト訴訟において、石綿にさらされる建設業務に従事した労働者等が、石綿を吸入することにより発生する疾病にかかり精神上の苦痛を受けたことについて、最高裁判決等において国の責任が認められたことを受けて、2021（令和3）年6月には、「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律」が成立し、2022年1月19日以降、同法に基づく給付金等の請求の受付を開始している。

石綿による健康被害の補償・救済については、石綿による疾病の労災認定基準に基づき、迅速かつ公正に行うように努めている。

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

		2016（平成28）年度	2017（平成29）年度	2018（平成30）年度	2019（令和元年）年度	2020（令和2年）年度
肺がん	請求件数	427	443	417	443	408
	支給決定件数	387	335	376	375	340
中皮腫	請求件数	595	571	649	677	615
	支給決定件数	540	564	534	641	607
良性石綿胸水	請求件数	30	25	35	28	20
	支給決定件数	20	39	34	27	22
びまん性胸膜肥厚	請求件数	57	46	68	56	42
	支給決定件数	35	49	53	50	47
計	請求件数	1,109	1,085	1,169	1,204	1,085
	支給決定件数	982	987	997	1,093	1,016

石綿肺	支給決定件数	2016（平成28）年度	2017（平成29）年度	2018（平成30）年度	2019（令和元年）年度	2020（令和2年）年度
		76	52	60	52	44

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

	2016（平成28）年度	2017（平成29）年度	2018（平成30）年度	2019（令和元年）年度	2020（令和2年）年度
請求件数	36	48	38	43	40
支給決定件数	13	15	31	23	20

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注）請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度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

＊23「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）
(https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/izoku/dl/231011.pdf)

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、労働保険の未手続事業一掃対策及び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全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、労働保険の手続勧奨活動の強化、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。

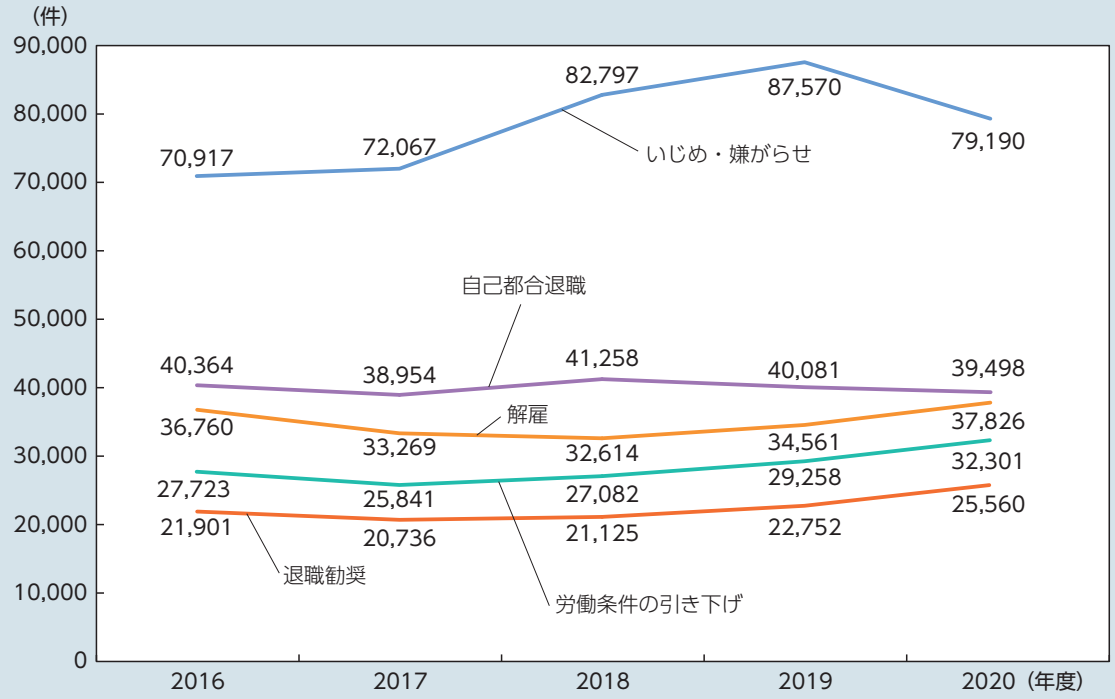
7 障害者虐待防止について

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相談のうち、職場のいじめ・嫌がらせに関する相談が引き続き最多となる（**図表2-4-4**）等、職場のパワーハラスメントは社会問題として顕在化している。

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



※令和２年６月、労働施策総合推進法が施行され、大企業の職場におけるパワーハラスメントに関する個別労働紛争は同法に基づき対応することとなったため、同法施行以降の大企業の当該紛争に関するものはいじめ・嫌がらせに計上していない。＜参考＞同法に関する相談件数：18,363件

このような中、2019（令和元）年５月に「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律」が成立した。同法により改正された「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」（労働施策総合推進法）では、職場のパワーハラスメントの定義を、職場において行われる、
①優越的な関係を背景とした言動であって
②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより
③労働者の就業環境を害するもの
の全てを満たすものとするとともに、セクシュアルハラスメントや妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントと同様に、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た。さらに、事業主に相談したこと等を理由とした不利益取扱いを禁止する等、セクシュアルハラスメント等の対策も強化した。

また、2022（令和４）年４月より改正法が全面施行されており、中小事業主においてもパワーハラスメント防止措置を講じることが義務付けられている。

厚生労働省では、都道府県労働局による事業主への助言・指導等を通じて法の履行確保を図るとともに、啓発用Webサイト「あかるい職場応援団」を活用し、社内研修用資料や啓発動画、裁判事例の掲載等、職場におけるハラスメントの防止・解決に向けた様々な情報を提供している。さらに2019年度からは12月を「職場のハラスメント撲滅月間」と定め、シンポジウムの開催など、集中的な広報を行っている。

さらに、近年増加している顧客等からの著しい迷惑行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）や就職活動中の学生等に対するハラスメント（以下「就活ハラスメント」

という。）の防止を推進するため、カスタマーハラスメント対策企業マニュアルを活用した企業向け研修会や就活ハラスメント対策事例集の作成を行い、その周知を図っている。

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、職場におけるいじめ・嫌がらせ等に関する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[*24]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（2020（令和2）年4月～2021（令和3）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1,290,782件、民事上の個別労働紛争に係る相談件数が278,778件、都道府県労働局長による助言・指導の申出件数が9,130件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数が4,255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」（2015（平成27）年6月30日閣議決定）等に基づき、2015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。「成長戦略フォローアップ」（2020（令和2）年7月17日閣議決定）において、今後の方針を定めるとともに、2018（平成30）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行っている。

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、

＊24 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）
https://www.mhlw.go.jp/general/seido/chihou/kaiketu/

個別労働関係紛争を生じることなく、円滑に事業展開できるよう、また、長時間労働の抑制や雇用の安定等を図り、これらの企業の労働者が意欲と能力を発揮できるよう、国家戦略特別区域（以下「国家戦略特区」という。）内に「雇用労働相談センター」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内に設置した。

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 労働災害の状況と防止に向けた取組み

(1) 労働災害の発生状況

2021（令和3）年の労働災害については、死亡者数は867人（前年比65人（8.1%）増）となり、休業4日以上の死傷者数も149,918人（前年比18,762人（14.3%）増）と前年より増加した。

労働者の健康面については、精神障害による労災支給決定件数は、2020（令和2）年度には608件と前年度と比較して増加している。自殺者数については、2020年は、約2万人と9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13次労働災害防止計画の推進

労働安全衛生法では、労働災害の防止のための主要な対策等に関する事項を定めた「労働災害防止計画」を策定することになっている。

2018（平成30）年度から2022（令和4）年度までの5年間を計画期間とする「第13次労働災害防止計画」では、国、事業者、労働者等の関係者が一体となって、一人の被災者も出さないという基本理念の実現に向け、労働災害について2022年までに2017（平成29）年比で死亡者数は15%以上、休業4日以上の死傷者数は5%以上減少させること等を目標に掲げ、「建設業、製造業、林業における死亡災害等の労働災害防止対策」、「過労死等の防止等の労働者の健康確保対策」、「就業構造の変化及び働き方の多様化に対応した対策」、「疾病を抱える労働者の健康確保対策」、「化学物質や石綿による健康障害防止のための対策」等に重点的に取り組んでいる。

2 労働災害を防止するための対策の充実

(1) 業種横断的な対策等の推進

休業4日以上の労働災害の約4分の1を占める転倒災害を防止するため、「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、職場における転倒予防、腰痛予防の方法を分かりやすく紹介する啓発動画等を作成し、広報活動を行うことにより、意識啓発を図っている。

労働者の高齢化の進行に伴う労働災害の増加に対応するため、2020（令和2）年3月に「高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」（エイジフレンドリーガイド

ライン）を策定し、先進的な取組みを周知するとともに、高年齢労働者が安全に働くための職場環境の整備等に要する費用を補助するエイジフレンドリー補助金による支援を行っている。

また、事業者が外国人労働者に対しても安全衛生教育を適切に実施できるよう、多言語の視聴覚教材を作成し、同教材の普及啓発を図っている。

(2) 第三次産業（小売業、介護施設等）の労働災害防止対策

第三次産業については、小売業や介護施設での転倒、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、介護施設に対しては、2021（令和3）年9月29日に関係業界団体に対し厚生労働副大臣から、労働災害防止に向けた積極的な取組みを要請した。

このほか、「働く人に安全で安心な店舗・施設づくり推進運動」を展開して周知啓発や指導に取り組むほか、運動習慣定着支援や、安全推進者養成のための講習会などを行った。

(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日以上の労働災害の約7割が荷役作業時に発生していることから、陸運事業者への指導はもとより、荷主等に対しても、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」等に基づき、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。

なお、陸上貨物運送事業における、荷台からの墜落・転落等による労働災害が増加していることから、小売業や介護施設と同様に、2021（令和3）年9月29日に関係団体に対し厚生労働副大臣から、労働災害防止に向けた積極的な取組みを要請した。

(4) 建設業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7月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や、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」の一層の促進を図っている。

2017（平成29）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」及び同年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。

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[*25]の大会施設工事に関しては、同競技大会の一つのレガシー（引き継がれていく有益な遺産）として、将来に引き継がれていくべき労働災害防止対策等を検討し、2022（令和4）年3月に報告書をまとめた。

＊25 東京オリンピックは2021年7月23日から8月8日に、東京パラリンピックは同年8月24日から9月5日に開催された。

フルハーネス型の墜落制止用器具と、つり上げ荷重3t未満の移動式クレーン等については、新しい規格へ各機械等の更新を促進するため、2019（令和元）年度から2021（令和3）年度まで、「既存不適合機械等更新支援補助金事業」を展開した。

(5) 製造業の労働災害防止対策

機械災害は製造業における労働災害の多くを占めており、また、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。

特に、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ている。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・定着を図っている。

このほか、石油・化学プラント等において、設備の老朽化、ベテラン人材の退職等に伴う人材不足等が深刻であることを受け、IoTやビッグデータ等の新たな技術等を活用した保安力の維持・向上のための検討を行っている。

さらに、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リ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。

(6) 林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、2019（平成31）年2月に伐倒時の立入禁止、下肢の切創を防止する保護衣の着用の義務化、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。また、2020（令和2）年1月に「チェーンソーによる伐木等作業の安全に関するガイドライン」を改正し、なお一層の伐木等作業における安全の確保を図っている。

(7) 一人親方等の安全衛生対策

2021（令和3）年5月に、建設作業で石綿（アスベスト）にばく露し、肺がん等に罹患した元労働者や一人親方が、国を相手取り、労働安全衛生法令に基づく規制が十分であったかが争われた「建設アスベスト訴訟」の最高裁判決において、粉じんによる健康障害を防止するために必要な保護措置義務を事業者に課す労働安全衛生法第22条は、労働者だけでなく、同じ場所で働く労働者でない者も保護する趣旨との判断がされた。

これを受け、危険有害な作業を行う事業者に対して、労働者と同じ場所で働く、労働者以外の者についても必要な保護措置を講ずるよう、石綿障害予防規則、労働安全衛生規

則、有機溶剤中毒予防規則など関連する11の省令を改正し、2023（令和5）年4月から施行することとしている。

3 労働者の健康を確保するための対策の充実

(1) ストレスチェック制度の周知・啓発等

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ため、2015（平成27）年よりストレスチェック制度が施行されている。

ストレスチェック制度の運用に当たっての重要な事項（具体的な実施方法、実施体制、不利益な取扱いの禁止等）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を図るため、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」を作成し周知するほか、独立行政法人労働者健康安全機構における「ストレスチェック制度サポートダイヤル」での相談対応、全国の産業保健総合支援センターにおける研修等を実施している。

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、労働者数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、「厚生労働省版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。さらに、2021（令和3）年度には、ストレスチェック制度の実施に係る事業場の工夫例等をとりまとめた事例集を作成し、周知している。

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の推進

2006（平成18）年に策定された「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、全国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、事業場を個別に訪問して助言を行うことなどにより、メンタルヘルス不調の未然防止から休業者の職場復帰に至るまでの総合的なメンタルヘルス対策導入についての支援を行っている。

また、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」において、事業者、産業保健スタッフ、労働者やその家族に対して、メンタルヘルス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・SNSによる相談を受け付けている。

(3) 過重労働による健康障害を防止するための面接指導等の推進

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、2020（令和2）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きた。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きた。

また、2019（平成31）年4月施行の改正労働安全衛生法関係法令により、事業者は、労働者の労働時間の状況を把握しなければならないこととされ、時間外・休日労働時間が80時間を超え、かつ、申出のあった労働者、労働基準法による時間外労働の上限規制が適用されない研究開発業務に従事する労働者又は高度プロフェッショナル制度が適用され、かつ、長時間労働を行った労働者に対して、面接指導を実施しなければならないこととされた。加えて、同年4月1日には、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」について、長時間にわたる時間外・休日労働の実行ある抑制を図り、本対策をより一層推進するため、これらの改正内容を踏まえた所要の見直しを行った。さらに、2020（令和2）年4月より、これらの改正内容が中小企業事業主にも適用されたことから、同年4月1日には、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」についても所要の見直しを行った。

その他「『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、おおむね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。そのため、2019（平成31）年4月施行の改正労働安全衛生法関係法令により、産業医の権限を具体化するなど、産業医・産業保健機能の強化が行われた。また、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、全国の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、長時間労働者に対する面接指導、脳・心臓疾患のリスクの高い労働者に対する保健指導、メンタルヘルス不調者への相談指導等を実施している。

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付けで、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。

また、2018（平成30）年7月に成立した改正健康増進法により、受動喫煙を防止するための取組みが義務化され、2020（令和2）年4月1日に全面施行された。

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のほか、専門家による電話相談や説明会などを実施している。

(6) 職業性疾病等の予防対策

粉じん障害防止対策については、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。また、ずい道工事等で粉じん作業に従事する労働者に対しては、就業先が変わっても健康情報等を一元的に管理することができるよう2019（平成31）年3月より、「ずい道等建設労働者健康情報管理システム」を運用している。

粉じん作業を行う坑内作業については、その作業環境を将来にわたってよりよいものとする観点から、坑内作業場における粉じん濃度の測定、粉じん発生源に関する措置や換気装置等による換気の実施の充実などを内容として、粉じん障害防止規則等を改正した（令和2年度改正）。また、事業者が実施すべき事項と関係する法令の規定のうち重要なものを一体的に示すため、「ずい道等建設工事における粉じん対策に関するガイドライン」についても改正し、原則2021（令和3）年4月1日から施行されている。

熱中症の予防対策については、WBGT値の活用や熱への順化、自覚症状によらない水分・塩分の定期的な摂取、健康診断結果に基づく対応等について指導等を行っている。また、2017（平成29）年から、「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ている。

振動障害の防止対策については、チェーンソー等の振動工具の振動加速度のレベルに応じて、振動にばく露される時間を抑制すること等を内容とした、「チェーンソー取扱い作業指針」や「チェーンソー以外の振動工具の取扱い業務に係る振動障害予防対策指針」の周知等を行っている。

腰痛予防対策については、2013（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している。

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を引き下げる等の電離放射線障害防止規則の一部を改正する省令が2021（令和3）年4月1日から施行されたことから、さらなる強化を図っている。特にその影響を受ける医療分野において、事業場における放射線管理に係る問題点の自主的な把握及び改善を促すための自主点検の

実施を促すともに、被ばく量の低減計画の作成を含む放射線管理のための研修等を行っている。

(7) 職場における新型コロナウイルス感染症への感染予防と健康管理の強化

職場における新型コロナウイルス感染症の拡大防止については、事業者が対策に取り組む方針を定め、全ての労働者にこれを伝え、趣旨を踏まえて感染拡大防止に向けた労働者一人ひとりの行動変容を促すことが重要である。

このため厚生労働省では、各関係団体において作成された「業種ごとの感染拡大予防ガイドライン」等の実践による労働者が安全かつ安心して働ける環境づくり等について、累次にわたって労使関係団体を通じた協力要請を行った。

また、各都道府県労働局に「新型コロナウイルス感染拡大防止対策コーナー」を設置し、事業主や労働者からの相談等に対応するとともに、局及び労働基準監督署の幹部や職員が事業主や事業場担当者と接する機会を活用し、感染予防のための事業場で特に留意すべき事項「取組の５つのポイント」の取組状況の確認や「職場における新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリスト」を活用した感染防止対策への取組要請等を併せて行った。

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、製造業や建設業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123物質を、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、674の化学物質について、譲渡、提供する際の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求めるとともに、その使用に際してのリスクアセスメントの実施等を事業者に求めている。

また、2021（令和3）年7月にとりまとめられた「職場における化学物質等の管理のあり方に関する検討会」報告書に基づき、労働災害防止のための化学物質規制体系を、化学物質ごとの個別具体的な規制から、自律的な管理を原則とする仕組みに見直すこととしている。

具体的には、化学物質を譲渡、提供する際の容器等へのラベル表示、安全データシート（SDS）による危険有害性情報の伝達の対象を拡大するとともに、これらの物質を製造し、または取り扱う事業場での化学物質管理者の選任や、国が定める物質について一定の濃度以下で管理すること等を義務づけることとしている。

(2) 溶接ヒューム等のばく露防止対策

溶接ヒューム及び塩基性酸化マンガンについては、労働者に神経障害等の健康障害を及ぼすおそれがあることが明らかになったことから、労働者のばく露防止措置や健康管理を推進するため、労働安全衛生法施行令及び特定化学物質障害予防規則を改正し、特定化学

物質（管理第二類物質）として位置づけ、必要な措置が定められた。具体的には、屋内で金属アーク溶接等作業を行う際は、溶接ヒュームの濃度の測定、測定結果に基づく有効な呼吸用保護具の使用等の措置が2022（令和4）年4月1日より義務化となり、また、呼吸用保護具の適切な装着確認等の措置が2023（令和5）年4月1日より義務づけられる。

(3) 石綿（アスベスト）対策の適切な実施

石綿[*26]製品については、2006（平成18）年9月から、輸入や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、製造等は全面的に禁止されている。

一方で、石綿の製造等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解体や改修が今後ピークを迎えることから、2020（令和2）年7月に石綿障害予防規則等を改正し、石綿含有有無の事前調査・分析調査を行う者の要件化、事前調査結果の労働基準監督署への報告制度の新設等、建築物の解体等の作業に従事する労働者の石綿ばく露防止対策を強化した。さらに2022（令和4）年1月には、船舶に係る事前調査者の要件を定めるとともに、船舶に係る事前調査結果の報告を義務化する内容の石綿障害予防規則等の一部改正を行った。

また、2020年11月以降、相次いで0.1％を超えて石綿を含有する製品が流通する事案が相次いで発生したことを踏まえ、2021（令和3）年5月に、珪藻土を主たる材料とする板状製品を輸入する際の措置の新設等を内容とする石綿障害予防規則等の一部改正を行った。

このほか、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労働災害防止対策

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 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

＊26 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。

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。2022（令和4）年3月末現在、37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[*27]」の展開をはじめ、企業や事業場における安全に関する創意工夫事例を募集し、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（2021（令和3）年度は80事例を選定）など、現場の安全力の維持・向上を図るための様々な取組みを推進している。

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適切な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。

東電福島第一原発事故の緊急作業従事者（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。これを活用して、健康相談、被ばく線量に応じたがん検診等を実施し、緊急作業従事者の長期的な健康管理を行っている。

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、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設置し、労働者からの健康や放射線への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。

＊27 あんぜんプロジェクトホームページ　https://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzenproject/

2 除染等業務等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定めた「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」等が遵守されるよう、除染等業務等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。

2013（平成25）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発足し、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者等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

自然災害が発生した際には、そ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。現在は、東日本大震災及び平成28年熊本地震を受けて宮城、岩手、福島及び熊本の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、安全衛生教育支援等を引き続き実施している。

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、有効求人倍率が3県ともに1倍を上回っているものの、新型コロナウイルス感染症が雇用に与える影響に注意が必要である。

厚生労働省は、被災者に寄り添った就労支援として、産業政策と一体となった雇用の創出を図るとともに、求職者の状況を踏まえたきめ細かな職業紹介に努めている。

(1) 被災地の雇用創出

「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を支援する「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

原　子　力　災　害　対　応　雇　用　支　援　事　業

令和４年度予算額　制度要求
（令和３年度予算額 制度要求）

趣　旨

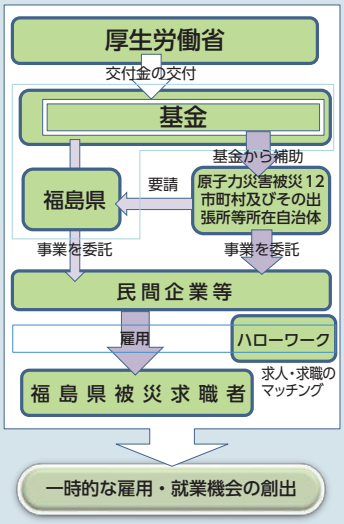
○　長引く原子力災害の影響により、依然として約3.4万人の被災者が福島県の内外に避難する状況が続いている。
○　令和４年度以降も、住民の帰還が順次進捗し、帰還等を契機に、こうした避難者や被災後長期的に不安定な雇用状態にあった方が労働市場に流入することが予想されるものの、被災12市町村においては事業所の地元再開率は31％と未だ低い水準にとどまっており、帰還者の地元での雇用機会が十分に確保されているとはいえない状況にある。
○　こうした方々の雇用が安定するまでの準備期間に限り、次の雇用までの一時的な雇用・就業の場を確保し、生活の安定を図る。

事業の概要

◆事業内容
○事業開始可能期間：令和４年度末まで
○実施地域：原子力災害被災12市町村及びその出張所等所在自治体
○対象者：福島県被災求職者
①原子力災害発生により福島県に所在する事業所を離職した者
②発災時に福島県に居住していた者
のいずれかに該当し、かつ過去１年間に原子力災害被災12市町村で原子力災害対応雇用支援事業以外の仕事に就いていない者
○雇用期間：１年以内

◆事業概要
○次の安定雇用までの一時的な雇用の場を求める福島県被災求職者に対し、企業、NPO等への委託により、雇用・就業機会を創出した上で、人材育成を実施し生活の安定を図る。
◆実施要件
○福島県又は原子力災害被災12市町村及びその出張所等所在自治体が実施する原子力災害由来の事業であって他の事業で措置できない事業であり、かつ既存事業の振替でない事業を対象とする。
○次の安定雇用への円滑な移行につながる人材育成を併せて実施する。
○事業費に占める新規に雇用される対象者の人件費割合は１／２以上。
○雇用期間終了後更新可
◆事例
○被災地域地場産品風評払拭PR業務
○公共施設等放射線測定業務
○被災児童・生徒のための送迎用スクールバスの添乗業務

≪事業スキーム≫



図表2-6-2　事業復興型雇用確保事業の概要

事　業　復　興　型　雇　用　確　保　事　業

令和４年度予算額　制度要求
(令和３年度予算額　制度要求)

趣　旨

○　被災地では、特に沿岸地域を中心に人手不足が深刻化しており、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、地域の産業の中核となる中小企業が事業を再開等するに当たって、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、復興の推進を図るものである。

事業概要

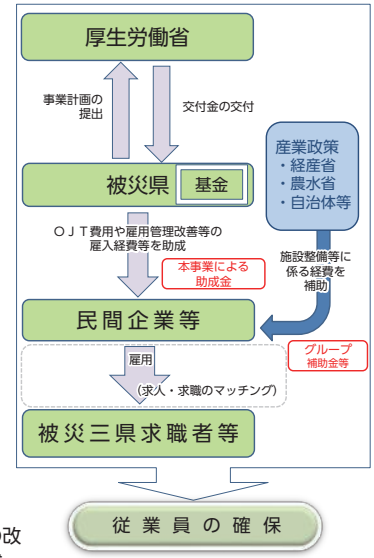
【事業実施期間等】
事業を再開等した中小企業が、被災求職者等を雇用した場合、３年間助成
（初めて被災求職者等を雇用した日から起算して２年の間に雇用した被災求職者等が助成対象）

【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

≪事業スキーム≫



【内容・要件】
○雇入費助成
・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。
※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。
※宿舎の新規借り上げ、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

ハローワークにおいて、求職者ニーズに応じた求人を開拓・確保するとともに、求職者に対しては、担当者制等による個別の職業相談・職業紹介や、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2022（令和4）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、124万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を支援する「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、避難解除区域に帰還する労働者の雇用の安定に取り組む地域の関係者から構成される協議会に委託して、各種相談、就職支援セミナー等を実施するほか、「福島就職支援コーナー」を宮城、山形、埼玉、東京、新潟、大阪労働局管内のハローワークに設

置し、福島県へ帰還して就職することを希望する者等に寄り添ったきめ細かな支援等を実施している。

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。2022（令和4）年3月末現在、加入労働者は約576万人であり、2021（令和3）年度の退職金支給件数は約32.8万件、退職金支給金額は約4,254億円となっている。

2 勤労者財産形成促進制度について

勤労者財産形成促進制度は、勤労者が豊かで安定した生活を送ることができるよう、その計画的な財産形成を促進するため、勤労者の自主的な努力に対して事業主及び国が支援するもので、財形貯蓄制度や財形融資制度等がある。

2022（令和4）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約670万件、貯蓄残高は約15兆円となっている。また、財形融資貸付件数は約6万件、貸付残高は約4,516億円となっている。

3 労働者協同組合法について

持続可能で活力ある地域社会を実現するため、出資・意見反映・労働が一体となった組織であって、地域に貢献し、地域課題を解決するための非営利の法人を、簡便に設立できる制度が求められていた。こうした状況を踏まえ、2020（令和2）年12月4日に、「労働者協同組合法」（令和2年法律第78号）が議員立法により成立し、同年12月11日に公布された（2022（令和4）年10月1日施行）。

政府においては、施行に向けて政省令の内容の検討を進めるとともに、円滑な施行に向けて周知を行っていく。

4 中小事業主が行う事業に従事する者等の労働災害等に係る共済事業に関する法律について

中小事業主が行う事業に従事する者等の安全・健康の確保及び福利厚生等の充実を図るため、中小事業主が行う事業に従事する者等の労働災害等の防止を図るとともに共済制度を整備することを内容とした、「中小事業主が行う事業に従事する者等の労働災害等に係る共済事業に関する法律」（令和3年法律第80号）が2021（令和3）年6月11日に、議

員立法により成立し、同年6月18日に公布された（公布後2年以内に施行）。

今後、施行に向けて政省令の内容の検討を進めるとともに、円滑な施行に向けて周知を行っていく。

第8節 安定した労使関係の形成など

1 2021（令和3）年度の労使関係

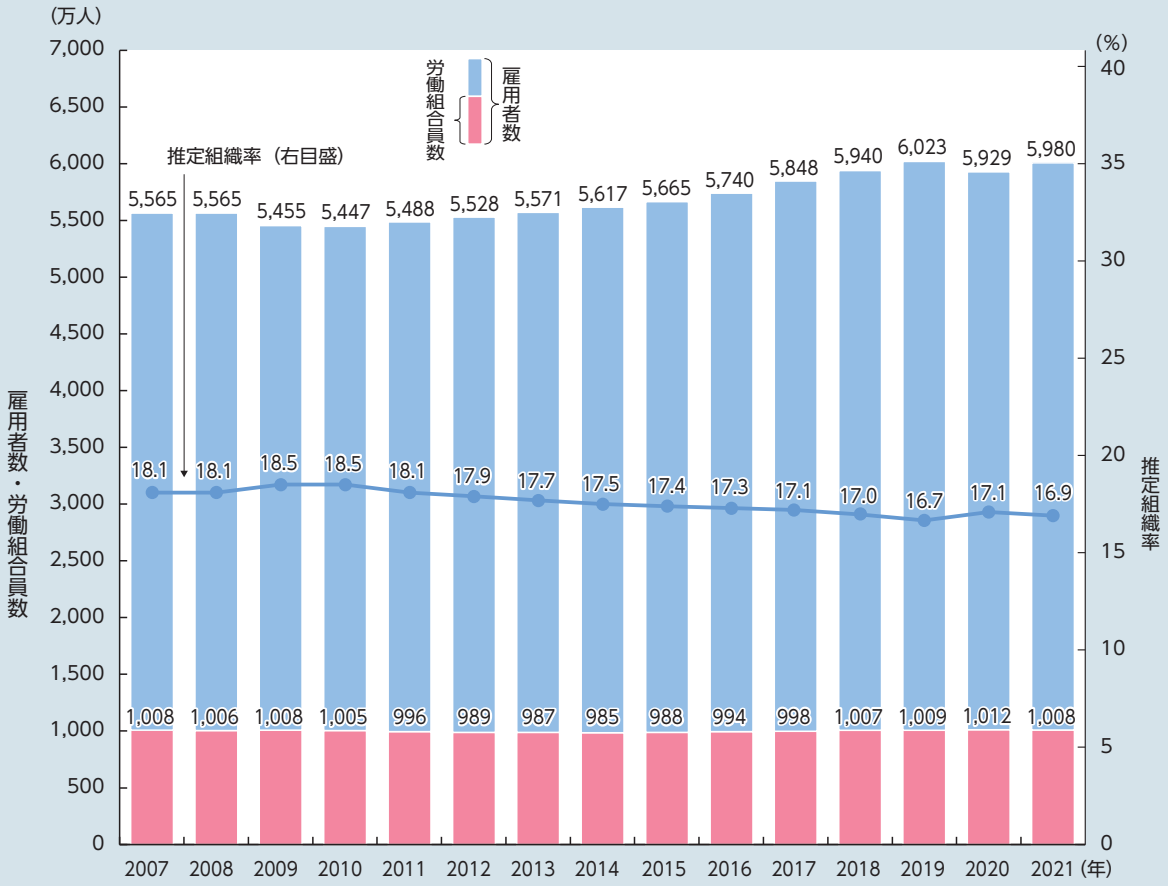
（1）我が国の労働組合

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。

2021（令和3）年6月現在、我が国の労働組合員数は1,007万8千人で、前年比で3万8千人減少した（**図表2-8-1**）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は136万3千人で、前年比で1万2千人減少した。

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参事官付雇用・賃金福祉統計室「労働組合基礎調査」、総務省統計局「労働力調査」
（注）1.「雇用者数」は、労働力調査の各年6月分の原数値である。
2.「推定組織率」は、労働組合員数を雇用者数で除して得られた数値である。
3. 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

2021（令和3）年11月26日の「第3回新しい資本主義実現会議」において、岸田内閣総理大臣から「民間側においても、来年の春闘において、業績がコロナ前の水準を回復した企業について、新しい資本主義の起動にふさわしい、3%を超える賃上げを期待する。経済界においては、来年の春闘においては、2019（令和元）年2.18%、2020（令和2）年2%、2021（令和3）年1.86%と低下する賃上げの水準を、思い切って一気に反転させ、新しい資本主義の時代にふさわしい賃上げが実現することを期待する。」と発言があった。

日本労働組合総連合会（連合）は2021（令和3）年12月2日に「すべての組合が月例賃金の改善にこだわり、それぞれの賃金水準を確認しながら、『底上げ』『底支え』『格差是正』の取組みをより強力に推し進める。」「産業の『底支え』『格差是正』に寄与する『賃金水準追求』の取組みを強化しつつ、これまで以上に賃上げを社会全体に波及させるため、それぞれの産業における最大限の『底上げ』に取り組む。賃上げ分2%程度、定期昇給相当分（賃金カーブ維持相当分）を含め4%程度の賃上げを目安とする。」等を内容とする

「2022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は2022（令和4）年1月18日、「大切なステークホルダーである『働き手』との価値協創によって生み出された収益・成果の適切な分配により、賃金引上げのモメンタムを維持していくことが重要である。」「収益が高い水準で推移・増大した企業においては、制度昇給の実施に加え、ベースアップの実施を含めた、新しい資本主義の起動にふさわしい賃金引上げが望まれる。」「コロナ禍の影響により収益が十分に回復していない・減少した企業においては、事業継続と雇用維持を最優先にしながら、労使で徹底的に議論し、自社の実情に適った対応を見出すことが望まれる。」等を内容とする「2022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。

2022年3月16日に、自動車、電機など大手主要組合に対して、賃金、一時金等に関する回答が示された。また、3月末頃までに多くの大手企業の回答が、7月末頃までに多くの中小企業の回答が示された。

2 労働委員会に関する動き

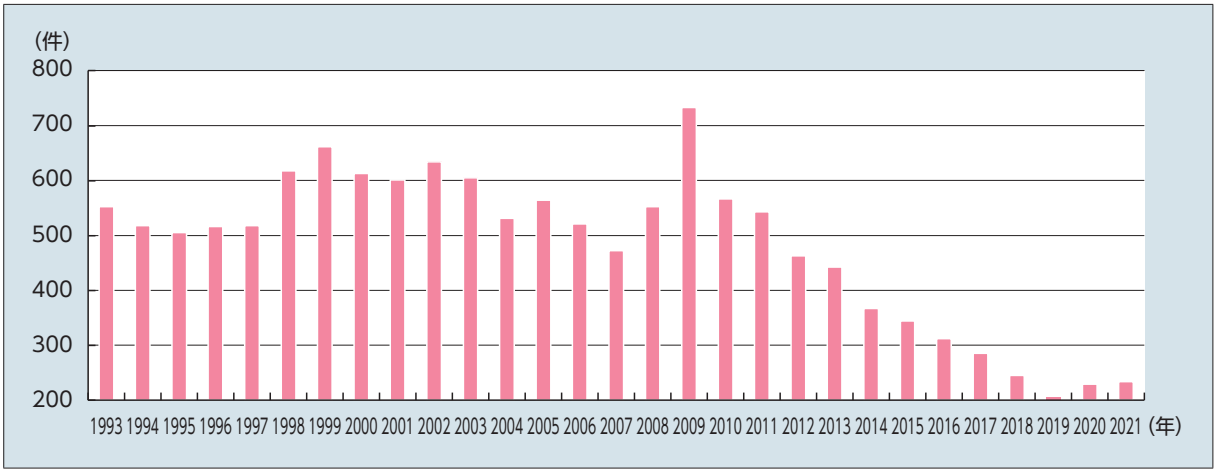
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

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、2021（令和3）年が277件であった。再審査の新規申立件数は、2021年が52件であった。

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2021（令和3）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、235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、243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・就職氷河期世代等の活躍促進等

1 女性の雇用の現状

総務省統計局「労働力調査（基本集計）」によると、2021（令和3）年の女性の労働力人口は3,080万人（前年比17万人増）で、女性の労働力人口比率は53.5%（前年比0.3ポイント上昇）である。生産年齢人口（15～64歳）の女性の労働力人口比率は、73.3%（前年比0.7ポイント上昇）である。また、女性の雇用者数は2,739万人（前年比18万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は45.5%（前年比0.2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により円滑かつ迅速な解決に取り組んでいる。

2020（令和2）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25,109件である。その内容を見ると、母性健康管理や職場におけるセクシュアルハラスメント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7,181件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は234件、機会均等調停会議による調停件数は68件となっている。

セクシュアルハラスメントに関する相談や妊娠・出産等に関する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対しては、指導により是正させ、必要に応じて、具体的な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。

さらに、2020年6月1日に施行された改正男女雇用機会均等法により、セクシュアルハラスメント、妊娠・出産等に関するハラスメントに関する国、事業主及び労働者の責務の明確化や、相談したこと等を理由とした不利益取扱いの禁止等、セクシュアルハラスメント等の対策が強化された。

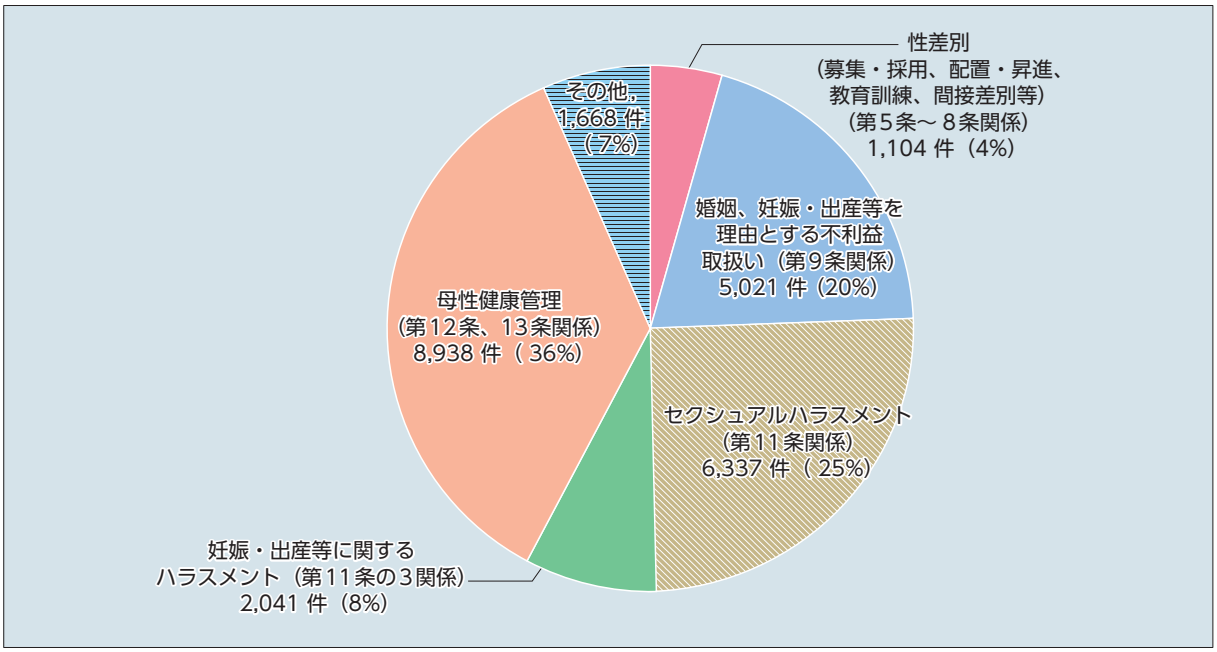
また、新型コロナウイルス感染症対策として、妊娠中の女性労働者の母性健康管理を適

切に図るため、2020年5月に男女雇用機会均等法に基づく指針を改正し、新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置を新たに規定した（対象期間は同年5月7日から2023（令和5）年3月31日まで）。さらに、同措置により休業が必要な妊娠中の女性労働者が取得できる有給の休暇制度を設け、社内に周知し、当該休暇を取得させた事業主に対し、助成を行っている。

また、妊娠中の女性労働者等に対する医師等の指導事項を的確に事業主に伝えるための「母性健康管理指導事項連絡カード」について、現在の医学的知見等を反映させて2021（令和3）年3月に改正し、同年7月から適用している。

このほか、職場における母性健康管理を推進するため、企業や女性労働者等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

女性の職業生活における活躍を一層推進するため2019（令和元）年5月に改正法が成立し、2022（令和4）年4月から全面施行された、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」（女性活躍推進法）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常用労働者数101人以上の事業主について、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るとともに、多くの事業主が同法に基づく「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。

また、同法に基づく取組みが努力義務とされている100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「民間企業における女性活躍促進事業」の活用を促すことにより、企業の取組み支援を行っている。

■認定マーク「えるぼし」「プラチナえるぼし」

えるぼし（1段階目）　（2段階目）　（3段階目）　プラチナえるぼし





さらに、企業の女性の活躍状況に関する情報や一般事業主行動計画を公表する場として提供している「女性の活躍推進企業データベース」（https://positive-ryouritsu.mhlw.go.jp/positivedb/）について、学生をはじめとした求職者の利便性を高めるため、利用企業や機関投資家のインタビューの掲載、証券コードの項目追加等の改修を行い、登録企業数の増加を図った。

（3）女性の就業希望の実現

全国204か所（2022（令和4）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。

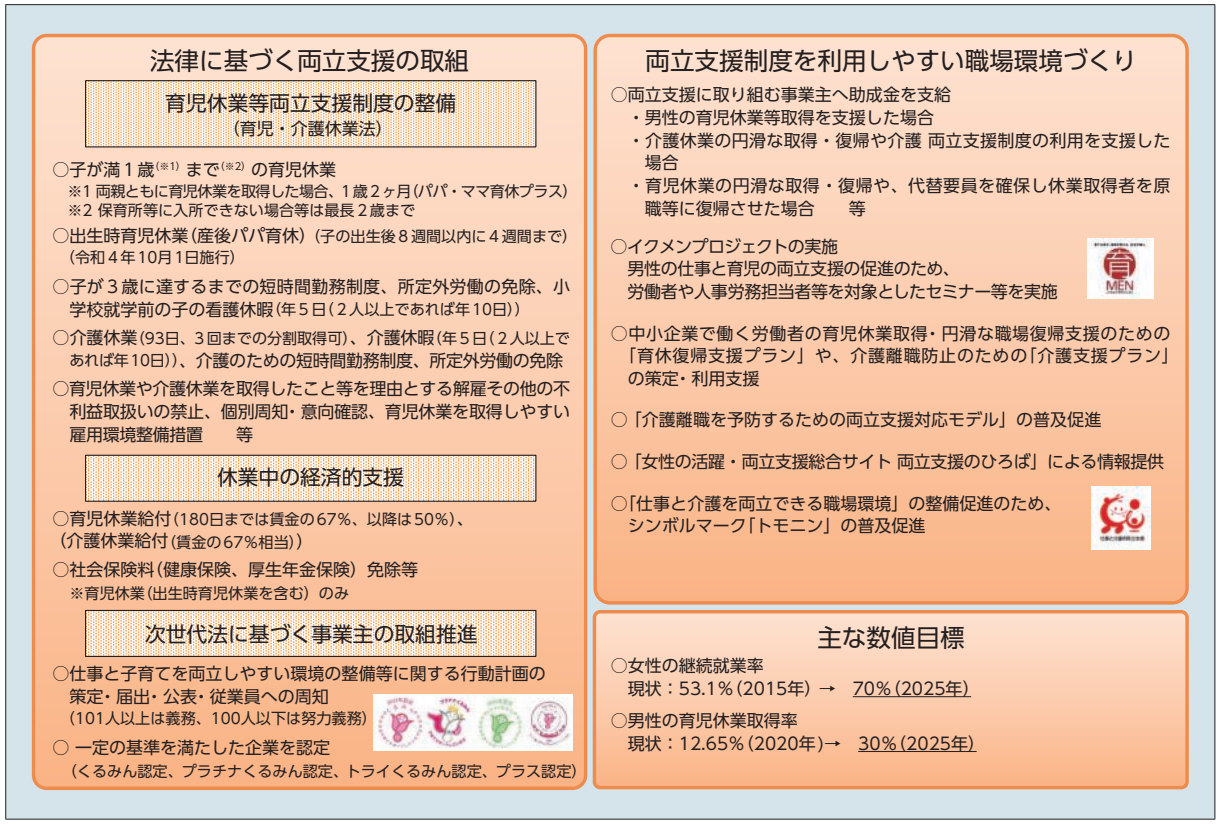
また、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、「仕事と育児カムバック支援サイト」により情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

（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「両立支援のひろば」の運用、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3-1-2 仕事と育児・介護の両立支援対策の概要



3 高年齢者雇用の現状

「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」（昭和46年法律第68号。以下「高年齢者雇用安定法」という。）では、希望者全員の65歳までの雇用を確保するため、事業主に対して①65歳までの定年引上げ、②定年の定めの廃止、又は③65歳までの継続雇用制度の導入のいずれかの措置（以下「高年齢者雇用確保措置」という。）を講じるよう義務づけている。

加えて、70歳までの就業機会を確保するため、事業主に対して①70歳までの定年引上げ、②定年の定めの廃止、③70歳までの継続雇用制度の導入（他の事業主によるものを含む）、④70歳まで継続的に業務委託契約を締結する制度の導入、⑤70歳まで継続的に社会貢献事業に従事できる制度の導入のいずれか（以下「高年齢者就業確保措置」という。）を講じる努力義務を課すことを内容とする改正高年齢者雇用安定法が2021（令和3）年4月1日に施行され、同日、高年齢者就業確保措置の実施及び運用に関する指針が施行された。

2021（令和3）年6月1日現在、21人以上規模企業の99.7%で、高年齢者雇用確保措置を実施済み（31人以上規模企業では99.9%で実施済み）である。また、高年齢者就業確保措置については、21人以上規模企業の25.6%で実施済みである。

引き続き、高年齢者雇用確保措置が未実施である企業の早期解消を図るとともに、人口の減少と高齢化の進行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、意欲ある高年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) 企業における高年齢者の就労促進

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等、高年齢者の雇用管理制度の整備等や高年齢の有期契約労働者の無期雇用労働者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年齢退職予定者の情報を登録して、その能力の活用を希望する事業者に対してこれを紹介する高年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、高年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歳以上の高年齢求職者に対して職業生活の再設計に係る支援や支援チームによる就労支援を重点的に行っている。ハローワーク等の紹介により60歳以上の高年齢者等を雇い入れた事業主に対しては、特定求職者雇用開発助成金を支給し、高年齢者の就職を促進している。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。

(2) 高年齢者が地域で働ける場や社会を支える活動ができる場の拡大

2016(平成28)年に改正された高年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年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)を実施し、高年齢者の雇用・就業促進に向けた地域の取組みを支援している(2022(令和4)年3月31日現在、連携推進コース36地域、地域協働コース29地域にて実施)。2022(令和4)年度からは、高年齢者の就労支援の取組みと地域福祉・地方創生等の取組みを一体的に実施する仕組みの実証等(生涯現役地域づくり環境整備事業)を行う予定。

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年齢者に対して、その希望に応じた就業機会を確保・提供するシルバー人材センター事業を推進している(2022年3月31日現在、シルバー人材センターの団体数は1,307団体、会員数は約69万人)。さらに、2016年の高年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(2022年3月31日現在753地域にて実施)。今後も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、2021(令和3)年には4.6%(前年と同水準)、25～34歳については、3.8%(前年比0.1ポイント低下)となっている。

また、2021年3月卒業者の就職率を見ると、大卒者については96.0%(前年比2.0ポイント低下、2021年4月1日現在)、高卒者については97.9%(前年比0.2ポイント低下、2021年3月末現在)と、新型コロナウイルス感染症の影響により、いずれも就職率が前年より低下していることから、新卒者等に対し、より一層きめ細かい就職支援に取り組む

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・生徒とのマッチングなどにより、新卒者等の就職支援を更に強化する必要がある。あわせて、既卒者及び中途退学者についても、新卒枠での応募機会の拡大及び採用・定着の促進に向けて取り組む必要がある。

6 総合的かつ体系的な若者雇用対策の推進

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「青少年の雇用の促進等に関する法律」（昭和45年法律第98号。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。また、同法第7条に基づく指針に、採用内定取消しの防止や学校等の卒業者が少なくとも3年間は応募できるようにすること等の事業主等が講ずべき措置について、周知徹底に取り組んでいる。

また、2015年の改正において、法施行後5年を目処に施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、その結果に基づく必要な措置を講ずることとされていることから、「今後の若年者雇用に関する研究会」において検討を行い、2021（令和3）年3月29日に、2021年度から2025（令和7）年度までの青少年の雇用対策に関する施策の基本となるべき事項について示した青少年雇用対策基本方針を新たに定めた。

さらに、2021年4月30日に、若者雇用促進法第7条に基づく指針を改正し、募集情報等提供事業者・募集者等における個人情報の管理、就活生等に対するハラスメント問題への対応などの事項を新たに定めた。

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・卒業後おおむね3年以内の既卒者専門の「新卒応援ハローワーク」（2022（令和4）年4月1日現在、56か所）で、エントリーシートや履歴書などの作成相談や、就職支援セミナー・面接会を実施している。2021（令和3）年度は延べ約35.1万人が利用し、約8.3万人が就職決定した。また、学生・生徒や既卒者の支援を専門に行う相談員である就職支援ナビゲーターを新卒応援ハローワークやハローワークの学生用相談窓口に配置し、担当者制を基本とした個別相談、求人の紹介等就職まで一貫した支援を行うとともに、大学等との連携による学校への出張相談や、就職後の職場定着のための支援等を実施している。

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。

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。



〈認定マーク〉

また、大学設置基準及び短期大学設置基準の改正（2010（平成22）年2月公布、2011年4月施行）により、全ての大学等において、社会的・職業的自立に関する指導（キャリアガイダンス）に取り組むための体制を整備することとされている。

そのため、今後のキャリア教育を効果的に推進する上で、キャリア教育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ている（2021（令和3）年度は2022（令和4）年1月25日に開催）。

10 フリーター等の正社員就職の促進

フリーター数*2は、2021（令和3）年には137万人となり、前年（2020（令和2）年136万人）と比べて1万人増加となっている。厚生労働省では、「わかものハローワーク」（2022（令和4）年4月1日現在、22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、2021年度は約10.8万人が就職した。

11 ニート*3等の若者の職業的自立支援の強化

ニート数については2021（令和3）年には57万人となり、前年（2020（令和2）年69万人）と比べて12万人減少となっている。ニート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に行うことや、一度限り

＊1　キャリアとは、一般に「経歴」、「経験」、「発展」さらには「関連した職務の連鎖」等と表現され、時間的持続性ないし継続性をもった概念。「職業能力」は「キャリア」を積んだ結果として蓄積されていくもの
＊2　総務省統計局「労働力調査」において、年齢が15～34歳で、男性は卒業者、女性は卒業者で未婚の者のうち、以下の者の合計。
1 雇用者のうち「パート・アルバイト」の者
2 失業者のうち探している仕事の形態が「パート・アルバイト」の者
3 非労働力人口で、家事も通学もしていない「その他」の者のうち、就業内定しておらず、希望する仕事の形態が「パート・アルバイト」の者
＊3　15～34歳の非労働力人口のうち、通常、家事を行っていない者。

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NPO、保健・福祉機関等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、その拠点となる地域若者サポートステーション（以下「サポステ」という。）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。

また、2020年度からは、全てのサポステ（2022（令和4）年4月1日現在、177か所）において、40歳代の無業者に対する相談体制を整備するとともに、これら無業者の把握、サポステへの誘導の手法の一環として、福祉機関等へのアウトリーチを実施している。

さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対応するとともに、サポステ利用者の個別ニーズにも対応するため、従来の対面での支援に加え、オンラインを活用した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*4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施されている。

人生100年時代を迎え職業人生の長期化や働き方の多様化、雇用慣行の変化などに加え、新型コロナウイルス感染症の影響により雇用の不透明さが増す中で、これまで以上に働く者自らが職業生活設計を行うなど主体的なキャリア形成への意識に高まりが見られる。キャリア形成支援の重要性や社会からの期待が一層高まる中で、キャリアコンサルティングは、キャリア形成に関する労働市場のインフラとしての役割も担っている。

(2) キャリアコンサルティングの普及促進

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、2016（平成28）年4月、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必要な講習の受講を義務づけるなどにより資質の確保を図っている。

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、企業内で定期的にキャリアコンサルティングを受ける仕組みである「セルフ・キャリアドック」の普及促進や、グッドキャリア企業アワードの実施などを行っている。

このほか、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

＊4 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
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/career_consulting.html

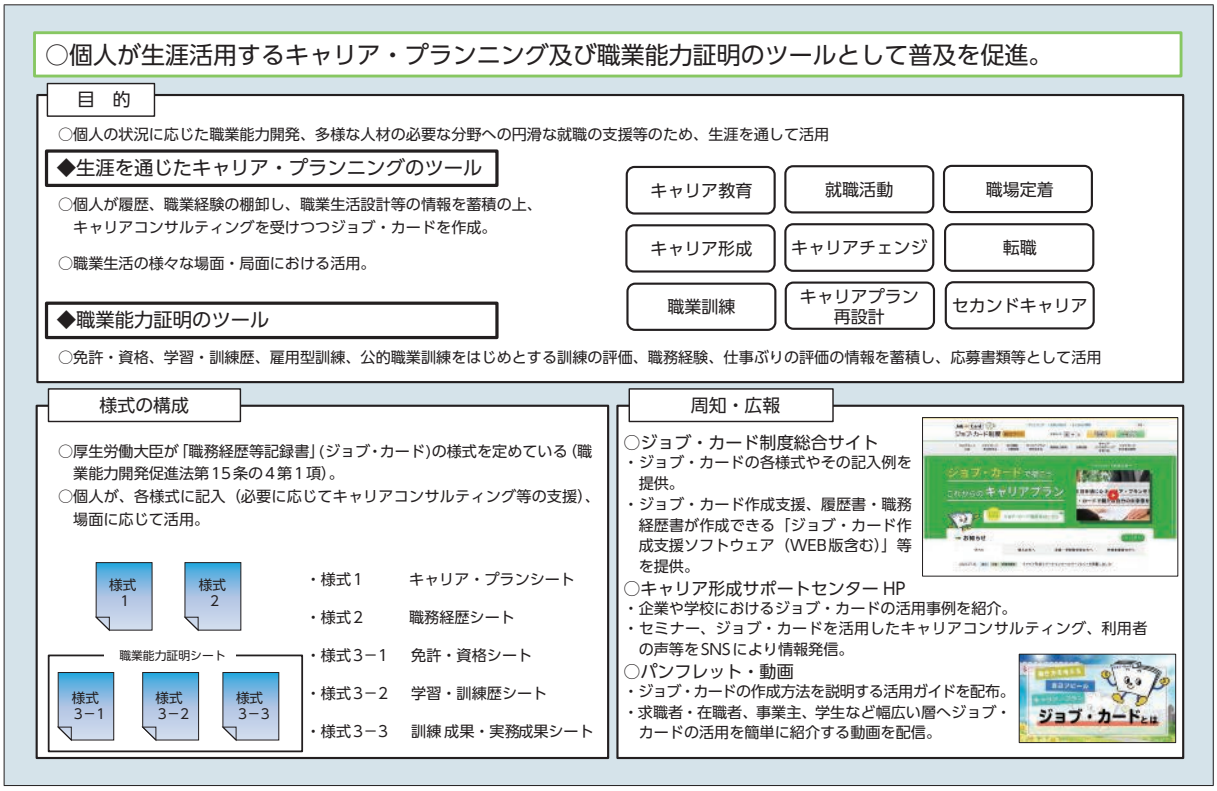
けられている。

13 ジョブ・カード制度の推進

2008（平成20）年度創設したジョブ・カード制度については、「新ジョブ・カード制度推進計画」を策定し、2015（平成27）年10月から、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活用するよう、普及促進を行っている。

2020（令和2）年4月より、キャリア形成サポートセンターを設置（ジョブ・カードセンターを再編整備）し、労働者の主体的なキャリア形成を支援するため、労働者等に対するジョブ・カードを活用したキャリアコンサルティング機会の提供や、セルフ・キャリアドックの導入等を支援している。

図表3-1-3　ジョブ・カード制度



14 就職氷河期世代に対する集中支援

いわゆる就職氷河期世代（おおむね1993（平成5）年から2004（平成16）年に学校卒業期を迎えた世代）は、雇用環境が厳しい時期に就職活動を行った世代であり、現在も、不本意ながら不安定な仕事に就いている、無業の状態にある、社会参加に向けた支援を必要としているなど、様々な課題に直面している。

2019（令和元）年に取りまとめられた「経済財政運営と改革の基本方針2019」（2019年6月21日閣議決定）における「就職氷河期世代支援プログラム」では、就職氷河期世

代の抱える固有の課題や今後の人材ニーズを踏まえつつ、個々人の状況に応じた支援により、就職氷河期世代の活躍の場を更に広げられるよう、2020（令和2）年度からの3年間で集中的に取り組むという政府全体の方針が示された。

また、「就職氷河期世代支援プログラム」に盛り込まれた各施策を具体化した「就職氷河期世代支援に関する行動計画2019」（2019年12月23日就職氷河期世代支援の推進に関する関係府省会議決定）に基づき、各種支援を推進している。

なお、同計画の改訂版として、「就職氷河期世代支援に関する行動計画2021」（2021（令和3）年12月24日同会議決定）が取りまとめられた。

15 就職氷河期世代の活躍促進に向けた取組み

（1）地域ごとのプラットフォーム等を活用した社会気運の醸成

地域の関係機関を構成員とする地域レベルのプラットフォームを設置し、福祉と就労はじめ各界一体となって、地域における就職氷河期世代の活躍促進の社会的気運を醸成することとしている。

また、就職氷河期世代やその家族、関係者に対して、安定就職や社会参加の途を社会全体で用意、応援していることを効果的に伝えるため、関係府省庁や経済団体との連携、地域ごとのプラットフォームを活用する等のあらゆるルートを通じた積極的な広報を実施している。

（2）不安定な就労状態にある方等の安定就職に向けた支援

正規雇用化を目指す就職氷河期世代等を支援するため、全国の主要なハローワークに「就職氷河期世代専門窓口」を設置し、キャリアコンサルティング、生活設計面の相談、求人開拓等の各専門担当者のチーム制による伴走型支援を実施している。

さらに、企業に対する就職氷河期世代の正社員雇用化の働きかけとして、ハローワーク等の紹介により、正社員経験が無い方や正社員経験が少ない方等を、正社員として雇い入れる事業主に対する「特定求職者雇用開発助成金（就職氷河期世代安定雇用実現コース）」の支給等を実施している。

（3）長期にわたり無業の状態にある方等の就職実現に向けた基盤整備

就職氷河期世代の無業者に対する相談支援体制を整備するため、全国177か所のサポステにおいて、支援対象を49歳にまで拡大し、サポステの知見やノウハウを活用して、就職氷河期世代の方々に対する支援を全国で実施している。

また、オンライン活用型の支援も含め、サポステスタッフの就職氷河期世代支援のための対応力を向上させるため、中央レベルでの研修を実施している。

（4）社会参加に向けた支援を必要とする方等への丁寧な支援

社会とのつながりをつくり、社会参加に向けたより丁寧な支援を必要とする方を支援するため、アウトリーチなど自立相談支援機関における機能を強化している。また、市町村において、福祉と就労をつなぐ「市町村プラットフォーム」を設置し、地域の関係機関の連携を促進するとともに、ひきこもり状態にある方が安心して過ごせる居場所づくりや、

その家族に向けた相談会や講習会等の実施等、多様な支援の選択肢を用意し、一人ひとりの状況に応じたきめ細かな支援に取り組んでいる。

第2節　障害者、難病・がん患者の活躍促進

1 障害者雇用対策の沿革

我が国における障害者施策については、「障害者基本法」（昭和45年法律第84号）、同法に基づく障害者基本計画等に沿って、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の総合的かつ計画的な推進がなされているところであり、その基本的な考え方は、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現することである。

このような考え方の下、障害者の雇用施策については、同計画等を踏まえ、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年法律第123号。以下「法」という。）に基づき、職業を通じた社会参加を進めていくことができるよう、各般の施策を推進してきた。

2013（平成25）年の法改正では、雇用の分野における障害者に対する差別の禁止及び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規定し、2015（平成27）年3月には「障害者に対する差別の禁止に関する指針」及び「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会の確保等に関する指針」の策定等を行うことで、障害者と障害者でない者との均等な機会及び待遇の確保並びに障害者の有する能力の有効な発揮を図ってきた。

その結果、障害者の就労意欲の高まりに加え、CSR（企業の社会的責任）への関心の高まり等を背景として、積極的に障害者雇用に取り組む企業の増加等により、障害者雇用は着実に進展してきた。

また、2013年の法改正により法定雇用率の算定基礎に精神障害者が追加されたことに伴い、2018（平成30）年4月からは公務部門（教育委員会を除く。）の法定雇用率を2.3%から2.5%と、一般事業主の法定雇用率を2.0%から2.2%とする等法定雇用率の引上げが行われた。また、2021（令和3）年3月からは、法定雇用率がそれぞれ0.1%ずつ引き上げられ、公務部門（教育委員会を除く。）では2.6%、一般事業主では2.3%となっている。

あわせて、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（精神障害者以外で同様の要件の場合には、1人をもって0.5人）とみなすこととしている。

このような状況下において、2018年3月には、2018年度から2022（令和4）年度までの5年間を対象とする障害者基本計画（第4次）を策定し、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、一般雇用を希望する場合にはできる限り一般雇用に移行できるよう、多様な就業の機会を確保することとした。

この計画においては、2022年度に43.5人以上規模の企業で雇用される障害者数を

58.5万人とすること、2019（令和元）年度から2022年度までの累計で公共職業安定所を通じた障害者就職件数を53.3万件とすること等を目指しており、その目標の達成に努めている。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」（2016（平成28）年6月2日閣議決定）及び「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）に加え、「労働施策基本方針」（2018年12月28日閣議決定）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、障害者の雇用の量的な拡大とともに雇用の質の向上等を推進してきた。

2 障害者雇用の現状

(1) 民間企業における雇用状況

2021（令和3）年6月1日現在の障害者雇用状況[*5]については、雇用障害者数が18年連続で過去最高を更新し、597,786.0人（前年比3.4%増）となるなど、一層進展している。また、障害者である労働者の実数は499,985人（前年比4.2%増）となった。雇用障害者のうち身体障害者は359,067.5人（前年比0.8%増）、知的障害者は140,665.0人（前年比4.8%増）、精神障害者は98,053.5人（前年比11.4%増）と、いずれの障害種別でも前年より増加し、特に精神障害者の伸び率が大きかった。

また、民間企業が雇用している障害者の割合（以下「実雇用率」という。）は2.20%（前年比0.05ポイント増）であった（**図表3-2-1**）。

企業規模別の実雇用率をみると、今回から新たに報告対象となった43.5～45.5人未満規模企業では1.77%であった。また、従来から報告対象であった企業規模で見ると、45.5～100人未満規模で1.81%（前年比0.07ポイント増）、100～300人未満規模で2.02%（前年比0.03ポイント増）、300～500人未満規模で2.08%（前年比0.06ポイント増）、500～1,000人未満規模で2.20%（前年比0.05ポイント増）、1,000人以上規模で2.42%（前年比0.06ポイント増）と、いずれの企業規模でも前年より増加した。

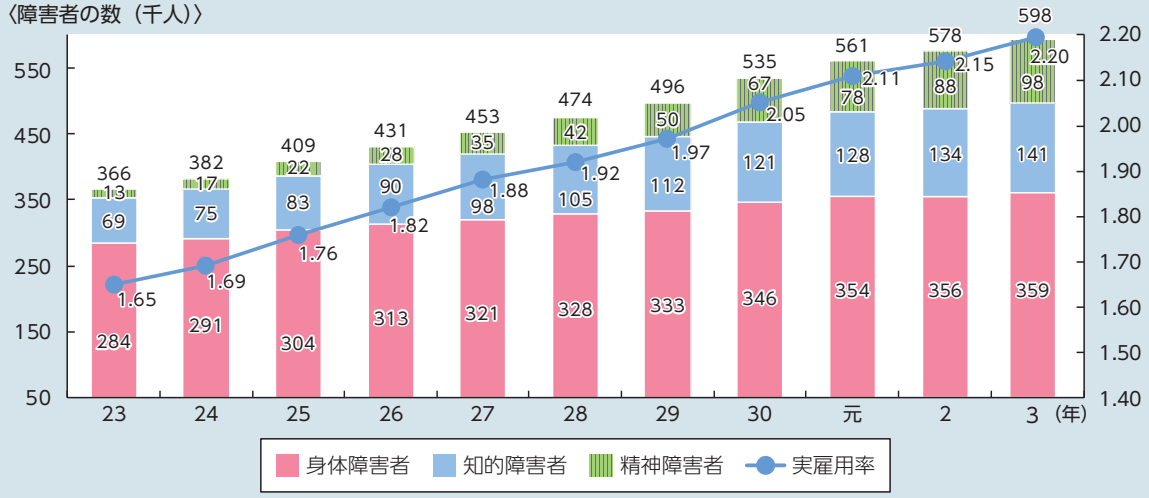
一方、法定雇用率を達成した企業の割合は、2021年3月に法定雇用率が改定になった影響もあり、47.0%（前年比1.6ポイント減）と低下した。また、雇用障害者が0人である企業（以下「障害者雇用ゼロ企業」という。）が法定雇用率未達成企業の57.7%（前年比0.2ポイント減）を占める状況である。

＊5 対象障害者を1人以上雇用する義務がある民間企業（常用雇用労働者数43.5人以上。ただし、特殊法人の場合は38.5人以上。）については、毎年6月1日時点の障害者雇用の状況を報告することになっている。障害者雇用状況報告では、重度身体障害者又は重度知的障害者については、その1人の雇用をもって、2人の身体障害者又は知的障害者を雇用しているものとしてカウントされる。また、重度身体障害者又は重度知的障害者である短時間労働者（1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の労働者）については、1人分として、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労働者については、0.5人分としてカウントされる。ただし、精神障害者である短時間労働者については、雇入れ又は精神障害者保健福祉手帳の取得が報告年の3年前の6月2日以降である場合、1人分としてカウントされる。

図表3-2-1　民間企業における障害者雇用状況の推移

（令和３年６月１日現在）

○　民間企業の雇用状況
雇用者数　59.8万人（身体障害者35.9万人、知的障害者14.1万人、精神障害者9.8万人）
実雇用率　2.20%　法定雇用率達成企業割合　47.0%
○　雇用者数は18年連続で過去最高を更新。障害者雇用は着実に進展。



資料：厚生労働省「令和３年障害者雇用状況の集計結果」

(2) 国・地方公共団体における雇用状況

2021（令和3）年6月1日現在の障害者任免状況[*6]については、国の機関（法定雇用率2.6%）に勤務している障害者数及び実雇用率が9,605.0人（前年比2.9 %増）及び2.83%（前年に同じ）であった。

また、都道府県の機関（法定雇用率2.6%）が10,143.5人（前年比4.6%増）及び2.81%（前年差0.08ポイント増）であり、市町村の機関（法定雇用率2.6%）が33,369.5人（前年比6.2%増）及び2.51%（前年差0.10ポイント増）であった。

さらに、都道府県等の教育委員会（法定雇用率2.5%）が16,106.5人（前年比7.7%増）及び2.21%（前年差0.16ポイント増）であった。

(3) ハローワークにおける職業紹介状況

2020（令和2）年度のハローワークを通じた障害者の就職件数は、89,840件（対前年度比12.9%減）であった。このうち、身体障害者は20,025件（対前年度比21.4%減）、知的障害者は19,801件（対前年度比9.6%減）、精神障害者は40,624件（対前年度比18.1%減）、その他の障害者[*7]は9,390件（対前年度比52.2%増）となった。

また、新規求職申込件数は211,923件（前年度比5.1%減）であった。このうち、身体障害者は57,691件（前年度比7.0%減）、知的障害者は34,300件（前年度比6.9%減）、精神障害者は95,382件（前年度比11.3%減）、その他の障害者は24,550件（前年度比

＊6　対象障害者を１人以上雇用する義務がある機関（常時勤務する職員が38.5人以上。ただし、都道府県等の教育委員会の場合は40.0人以上。）については、毎年６月１日時点の障害者の任免状況を通報することになっている。雇用率カウントの取扱いは、民間企業と同様である。

＊7　「その他の障害者」とは、身体障害者・知的障害者・精神障害者以外の障害者をいい、具体的には、障害者手帳を所持しない発達障害者、難病患者、高次脳機能障害者など。ただし、令和２年１月のハローワークシステム刷新の影響により、障害者手帳を所持する方も一部計上されている。

45.6％増）であった。

こうした中で、就職率は42.4％（対前年度差3.8ポイント減）であった。このうち、身体障害者は34.7％（対前年度差6.4ポイント減）、知的障害者は57.7％（対前年度差1.7ポイント減）、精神障害者は42.6％（対前年度差3.6ポイント減）、その他の障害者は38.2％（対前年度差1.6ポイント増）であった。

3 障害者に対する就労支援の推進

（1）公務部門における障害者雇用の推進

国及び地方公共団体の機関については、民間企業に率先垂範して障害のある人の雇入れを行うべき立場にある。加えて、2018（平成30）年の公務部門における障害者雇用の不適切計上事案が明らかになったことを踏まえ、障害者雇用推進者、障害者職業生活相談員の選任義務等に加え、障害者活躍推進計画の作成・公表義務を課している。

1 障害者雇用に関する理解の促進

人事院において、一般職国家公務員における合理的配慮の考え方等を定めた「職員の募集及び採用時並びに採用後において障害者に対して各省各庁の長が講ずべき措置に関する指針（国家公務員の合理的配慮指針）」を2018年12月に策定するとともに、2020年1月には各府省において提供された合理的配慮の事例を把握し、厚生労働省とも連携してとりまとめ、各府省に提供している。

内閣人事局を中心として厚生労働省、人事院の協力のもと、公務部門において障害者を雇用する際に必要となる基礎知識や支援策等を整理した「公務部門における障害者雇用マニュアル」を2019（平成31）年3月に作成した（障害者雇用促進法の改正内容を踏まえ、2020年3月に改正）。

厚生労働省において、国の機関における障害者雇用に関する理解の促進を図るため、以下の取組みを実施した。

・障害者雇用の際に必要となる設備改善・機器導入に関する情報について、国の機関の人事担当者等を対象に、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構に蓄積されたノウハウ・情報の提供
・国の機関等の人事担当者等を対象に、障害者の働きやすい職場環境づくりや障害特性に応じた雇用管理を内容とする「障害者雇用セミナー」の開催
・障害者とともに働く国の機関及び地方自治体等の職員を対象に、精神・発達障害の特性を正しく理解し、職場でこれら障害者を温かく見守り、支援する応援者となるための講座（併せて同講座のe-ラーニング版を提供）の実施

また、内閣人事局において、障害特性を理解した上での雇用・配置や業務のコーディネートを行う障害者雇用のキーパーソンとなる職員を養成するための「障害者雇用キーパーソン養成講習会」を実施した。

2 職場実習の実施

厚生労働省において、各府省における障害者の採用に向けた着実な取組みを推進するため、各府省等の人事担当者等を対象に、各府省が行う特別支援学校等と連携した職場実習

の実施に向けた支援を行った。

また、内閣人事局において、障害者就労支援機関との連携により、障害者（実習生）とその支援者を各府省の職場へ一定期間派遣し、各府省における職場実習を支援する「障害者ワーク・サポート・ステーション事業」を実施した。

3 職場定着支援の推進

厚生労働省において、ハローワーク等に各府省から障害者の職場定着に関する相談を受け付ける窓口を設置して、各府省において働く障害者やその上司・同僚からの相談に応じたほか、ハローワーク等に障害者の職場適応に係る支援経験や専門知識を有する専門の支援者を配置し、各府省からの要請等に応じて職場適応支援を実施した。

また、各府省が自ら職場適応に係る支援を適切に行えるようにするため、職員の中から選任した支援者に必要な支援スキル等を付与する支援者向けセミナーを実施した。

(2) 法定雇用率の引上げに対応した、障害者雇用ゼロ企業を含む中小企業に対する支援の推進

1 ハローワークにおける支援の連携・強化

「就職支援コーディネーター」（2022（令和4）年度113人）を配置し、障害者雇用ゼロ企業等に対して、企業ごとのニーズに沿った支援計画を作成し、採用前から採用後の定着支援までを一貫して支援する「企業向けチーム支援」（2021（令和3）年度雇入れ支援対象企業数2,676件）を実施している。

また、ハローワークが中心となって、障害者の採用が進まない中小企業等に対し、就労移行支援事業所との面談会や見学会、職場実習（2021年度実施回数延べ1,227回）を実施している。

障害者支援向けの就職支援コーディネーター（2022年度280人）を配置し、ハローワークが中心となり、地域の関係支援機関等と連携して、就職から職場定着まで一貫した支援を行う「障害者向けチーム支援」（2021年度支援対象者41,221人）を実施している。

また、就労支援セミナー（2021年度実施回数延べ1,010回）、事業所見学会（2021年度実施回数延べ644回）等の機会の充実、ハローワークが中心となった企業と福祉分野の連携促進事業の推進等を図っている。

就職準備性を高めることが必要な障害者を対象に、一般雇用に向けた心構え・必要なノウハウ等に関する就職ガイダンスや、管理選考・就職面接会を積極的に実施した。

加えて、2020（令和2）年4月に障害者雇用に関する優良な中小事業主（常時雇用労働者数300人以下）に対する認定制度を施行した。本制度を広く周知し、制度の普及を図るとともに、認定を受けた事業主の社会的認知度を高め、その取組みを障害者雇用の身近なロールモデルとして周知することを通じ、地域全体の障害者雇用の取組みが一層推進されるよう取り組んでいる。

2 障害者の職場定着等に向けて事業主のニーズ等に寄り添った支援の充実

上記の「企業向けチーム支援」や、障害者の職場適応を容易にするための職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援を実施したほか、職場適応援助者（ジョブコーチ）の養成

を行った（2021年度の職場適応援助者（ジョブコーチ）養成数1,038人）。

障害者雇用を進める上で労務管理等に課題を抱える企業に対し、企業のニーズに応じて、障害者雇用に知見のある企業OBや特例子会社の経営経験者等の障害者雇用管理サポーター（2022年4月1日現在の障害者雇用管理サポーター登録者数250人）を紹介・派遣し、具体的な改善実施の提言・援助等を行っている。

また、雇用する障害者の職場定着のため、職場支援員の配置・委嘱や、職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援等を実施する事業主への助成を実施している。

3 障害者就業・生活支援センターのネットワーク機能の強化

就業面と生活面の支援を一体的に実施する「障害者就業・生活支援センター」（2022年4月1日現在338か所）において、令和2年度に引き続きリモート面談による支援を行っているほか、地域の支援機関等に対して蓄積したノウハウの提供等を通じて就業支援の推進を図っている。

（3）精神障害者、発達障害者、難病患者等の多様な障害特性に対応した就労支援の強化

1 精神障害者等に対する就労支援の充実

精神障害のある人等が、働く上での自分の特徴やアピールポイント、希望する配慮等を支援機関とともに整理し、就職や職場定着に向け、企業や支援機関と必要な支援について話し合う際に活用できる情報共有ツール「就労パスポート」を2019（令和元）年11月に作成し、障害者本人の障害理解促進や、支援機関・企業の間の情報連携等を進めるとともに、企業の採用選考時の本人理解や就職後の職場環境整備の促進に向け、普及に取り組んでいる。

精神障害者の安定した雇用を実現するための就職及び雇用継続に向けた総合的な支援の強化の観点から、ハローワークに、精神保健福祉士等の資格を有する「精神障害者雇用トータルサポーター」（2022（令和4）年度229人）を配置し、精神障害者に対するカウンセリング、企業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等の支援を行っている。

企業内の一般労働者を対象として、精神・発達障害の特性を正しく理解し、職場での応援者となる「精神・発達障害者しごとサポーター」の養成講座（2021（令和3）年度実施回数989回、養成者数18,446人）を開催し、就労の場面で、精神・発達障害者がより活躍しやすい環境づくりを推進している。

ハローワーク等の紹介により障害者を試行的に雇用（原則3か月。週所定労働時間10～20時間の短時間労働者や精神障害者については最大12か月。）する事業主に対して助成し、障害者の雇用の促進と安定を図っている。

短時間であれば就労可能な障害者等の雇用機会を確保するため、2020（令和2）年4月に創設した所定労働時間が週20時間未満の障害者を雇用する事業主に対する納付金制度に基づく特例給付金の運用を着実に実施することとしている。

2 発達障害者・難病患者に対する就労支援

近年、新規求職者が著しく増加している発達障害者の雇用の促進に向けて、個別性に対応した専門的支援を強化するため、ハローワークに、発達障害者の就労支援等の十分な経験を有する「発達障害者雇用トータルサポーター」（2022年度71人）を配置し、発達障害者に対するカウンセリングや就職に向けた準備プログラム、企業や支援担当者に対する発達障害者の雇用や定着に必要なノウハウの提供等を推進している。

ハローワークに「難病患者就職サポーター」（2022年度51人）を配置し、難病相談支援センター等と連携して、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を行っている。

発達障害者又は難病患者を雇い入れ、適切な雇用管理等を行った事業主に対する助成を実施している。

3 職業能力開発校（一般校）における精神障害者等の受入体制の整備

都道府県立の一般の公共職業能力開発施設において、精神保健福祉士等の相談体制の整備を図るとともに、精神障害のある人等の受入れに係るノウハウの普及や対応力の強化に取り組んでいる。

（4）障害者の雇用の質の向上を図るための就労環境の整備等の推進

1 障害者差別禁止と合理的配慮の提供

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。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（2020（令和2）年度実績：相談件数246件、助言件数54件、指導件数0件、勧告件数0件、紛争解決援助申立受理件数12件、調停申請受理件数5件）。

障害者雇用に関する専門窓口（7か所）を設置し、障害者差別の禁止及び合理的配慮の提供について、個々の企業の実情に応じた対応への相談支援（2021年度相談件数1,871件）を行うとともに、障害者雇用に課題を持つ事業主に対する講習会等（2021年度実施回数7回）を開催した。

2 障害者の多様な希望や特性等に対応した働き方の選択肢の拡大

障害者のテレワーク勤務を推進するため、支援機関や企業での事例等を紹介するフォーラムを開催した。また、障害者をテレワークで雇用することに興味・関心を持っている企業、雇用を検討している企業を対象に障害者雇用におけるテレワークの具体的な導入に向けた手順等を説明するガイダンスを実施した。2022（令和4）年度は、同ガイダンスを引き続き実施するほか、専門アドバイザーを配置し、個々の障害者の障害特性に応じた助言等、個別具体的な導入に向けたコンサルティングを行う。

4 障害者の職業能力開発支援の充実

(1) 障害者の職業能力開発校における職業訓練の推進

一般の公共職業能力開発施設において職業訓練を受けることが困難な、重度の障害のある方に対しては、障害者職業能力開発校を全国19か所設置し、職業訓練を実施している。

障害者職業能力開発校においては、「職業訓練上特別な支援を要する障害者」に重点を置いた支援をしており、入校者の障害の重度化・多様化が進んでいることを踏まえ、個々の訓練生の障害の態様を十分に考慮し、きめ細かい支援を行うとともに、職業訓練内容の充実を図ることにより、障害のある方の雇用の促進に資する職業訓練の実施に努めている。

(2) 一般の公共職業能力開発施設における受入れの推進

一般の公共職業能力開発施設において、知的障害や発達障害等のある方を対象とした訓練コースを設置することにより、受講機会の拡充を図っている。

(3) 障害者の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、その雇用の促進等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。

2021（令和3）年度の全国大会（第41回）は、2021年12月に東京都及び（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で、東京都江東区において全国技能五輪大会と同時期に開催された。

また、第9回国際アビリンピックがフランス共和国ボルドー市において2016（平成28）年3月に開催され、日本から、第35回全国大会での成績優秀者31名の選手が参加した。

5 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進

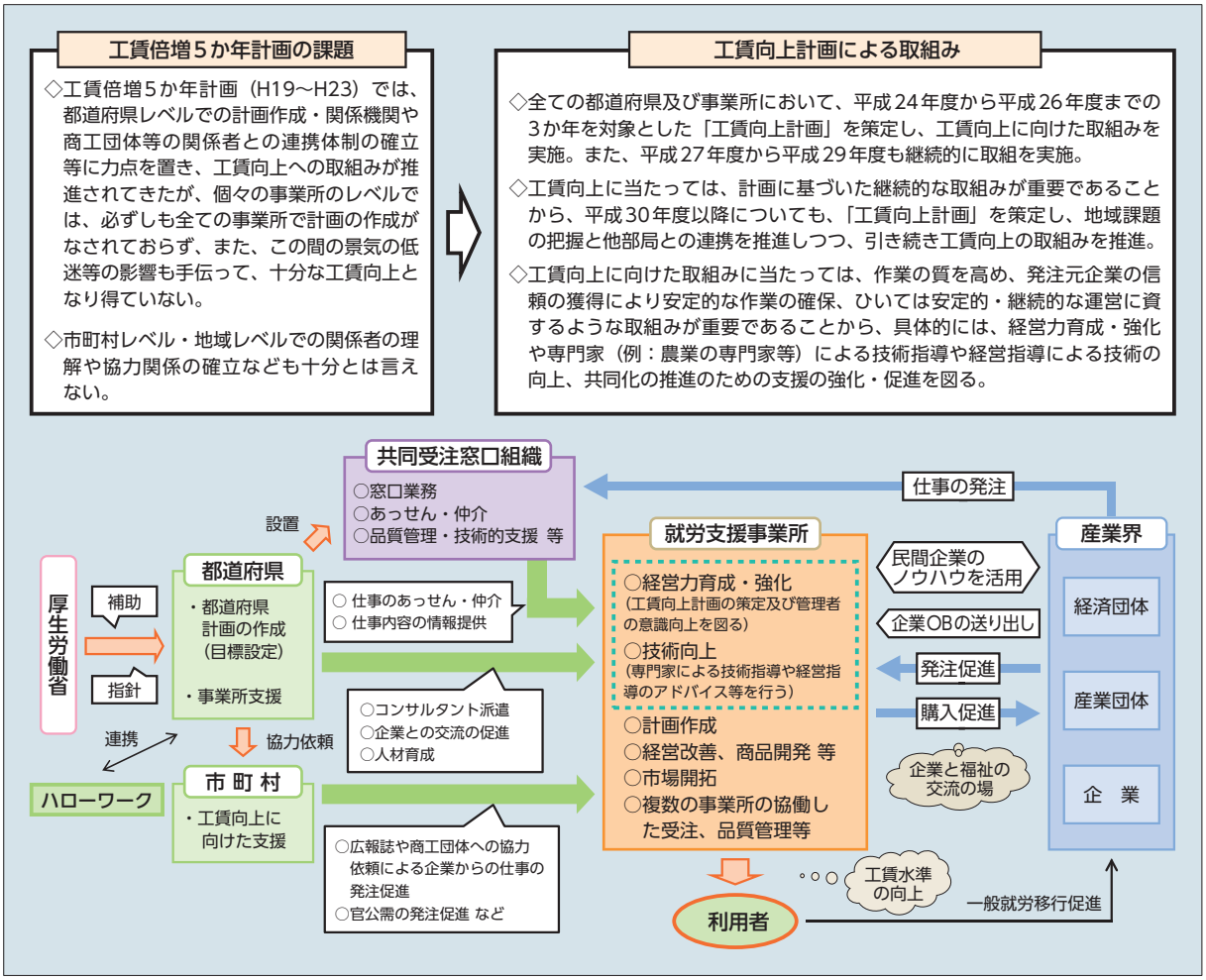
障害者が地域で自立した生活を送るための基盤として就労支援は重要であり、働く意欲のある障害者がその適性に応じて能力を十分に発揮することができるよう、一般就労を希望する方にはできる限り一般就労できるように、一般就労が困難である方には就労継続支援B型事業所等での工賃の水準が向上するように、総合的な支援を推進していくことが必要である。就労継続支援B型事業所等での工賃向上に当たっては、2007（平成19）年度から2011（平成23）年度にかけて、「工賃倍増5か年計画」のもと、各地方自治体や産

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）年度から2017（平成29）年度までは、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してきた。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きた。2018（平成30）年度から2020（令和2）年度までは、工賃向上計画の作成を求めるとともに、新たに、都道府県及び市町村においては、地域の事業所の取組みや産業状況、地域課題を把握した上で、障害福祉部局だけでなく他部局とも連携することで、障害者の就労機会の拡大を図ることとし、事業所においては、市町村と連携を図ることとしている。2021（令和3）年度以降についても、工賃向上計画の作成を求めるとともに、計画に基づく取組みを推進するため、基本的な取組み内容を継続している。

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3-2-2**）。

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、就労継続支援Ｂ型事業所等に対し、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・指導を行う専門家の派遣を支援するとともに、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3-2-2 「工賃倍増５か年計画」と「工賃向上計画」について



6 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。2020（令和２）年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約27億円、都道府県の調達実績は約27億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約144億円となり、合計で約199億円の調達実績であり、施行初年度である2013年度と比較し、約76億円の増額となった（法律の概要については、**図表3-2-3**、2020年度の調達実績は**図表3-2-4**）。

図表3-2-3　国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律の概要

1．目的（第1条）

平成25年4月1日施行（平成24年6月20日成立）

障害者就労施設、在宅就業障害者及び在宅就業支援団体（以下「障害者就労施設等」という。）の受注の機会を確保するために必要な事項等を定めることにより、障害者就労施設等が供給する物品等に対する需要の増進等を図り、もって障害者就労施設で就労する障害者、在宅就業障害者等の自立の促進に資する。

2．国等の責務及び調達の推進（第3条～第9条）

＜国・独立行政法人等＞

優先的に障害者就労施設等から物品等を調達するよう努める責務

基本方針の策定・公表（厚生労働大臣）
⇩
調達方針の策定・公表（各省各庁の長等）
⇩
調達方針に即した調達の実施
⇩
調達実績の取りまとめ・公表等

＜地方公共団体・地方独立行政法人＞

障害者就労施設等の受注機会の増大を図るための措置を講ずるよう努める責務

調達方針の策定・公表（都道府県の長等）
⇩
調達方針に即した調達の実施
⇩
調達実績の取りまとめ・公表等

3．公契約における障害者の就業を促進するための措置等（第10条）

① 国及び独立行政法人等は、公契約について、競争参加資格を定めるに当たって法定雇用率を満たしていること又は障害者就労施設等から相当程度の物品等を調達していることに配慮する等障害者の就業を促進するために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
② 地方公共団体及び地方独立行政法人は、①による国及び独立行政法人等の措置に準じて必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

4．障害者就労施設等の供給する物品等に関する情報の提供（第11条）

障害者就労施設等は、単独で又は相互に連携して若しくは共同して、購入者等に対し、その物品等に関する情報を提供するよう努めるとともに、当該物品等の質の向上及び供給の円滑化に努めるものとする。

図表3-2-4　2020（令和2）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
国	3,570	5.00億円	2,259	5.98億円	5,829	10.98億円
独立行政法人等	2,540	3.01億円	4,407	12.74億円	6,947	15.75億円
都道府県	8,747	6.06億円	16,321	21.32億円	25,068	27.39億円
市町村	43,670	25.60億円	39,338	115.55億円	83,008	141.14億円
地方独立行政法人	840	0.27億円	1,426	3.01億円	2,266	3.28億円
合計	59,367	39.94億円	63,751	158.60億円	123,118	198.54億円

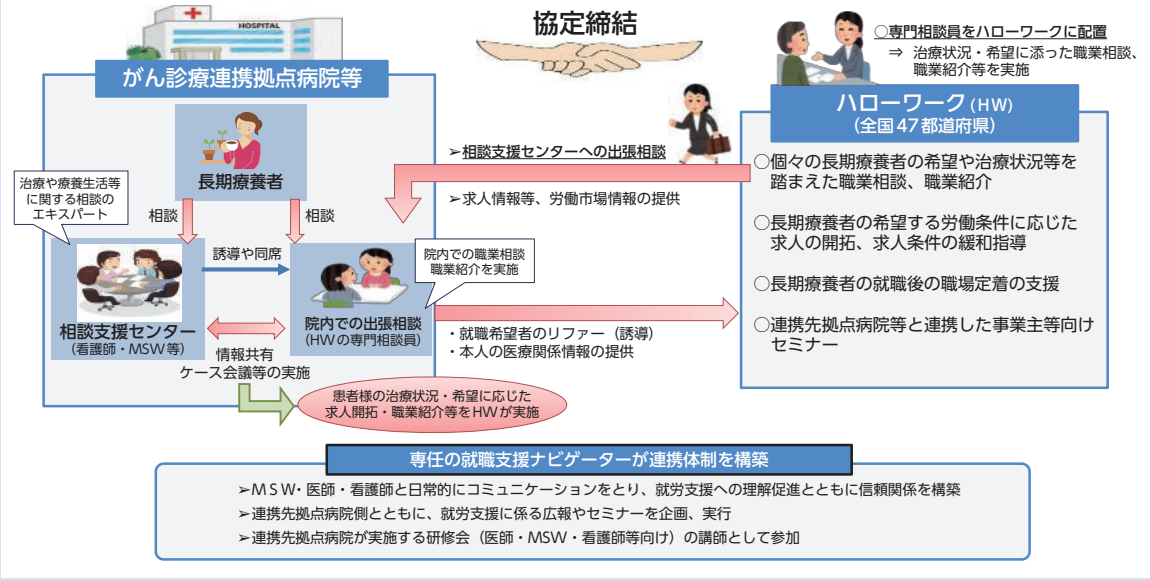
（※）四捨五入の関係で、合計が合わないところがある。

7 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などにより、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、糖尿病などの疾病により、長期にわたる治療などを受けながら、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相談員を配置し、がんなどの診療連携拠点病院などとの連携の下に、長期にわたる治療などのために離職を余儀なくされた求職者など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（図表3-2-5）。

図表3-2-5 長期療養者に対する就職支援事業



第3節 外国人材の活用・国際協力

1 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*8を中心に全国の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。外国人在留支援センター（FRESC／フレスク）*9に入居している「東京外国人雇用サービスセンター」においては、他の入居機関との連携を強化しながら、高度外国人材等の就業促進に取り組んでいる。

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*10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。外国人雇用サービスセンターや留学生コーナーにおいては、担当者制によるきめ細かな相談・支援のほか、地元企業、大学等関係機関と連携した就職ガイダンス等のセミナーや合同企業説明会の開催、留学生向け求人の掘り起こし、インターンシップの実施等に取り組んでいる。留学生は日本の就職活動の仕組みの理解に乏しいといった課題があることから、それを克服し、国内就職を促進する

＊8 2022（令和4）年4月現在、東京、愛知、大阪、福岡の4か所に設置
＊9 「外国人の受入れ環境の整備に関する業務の基本方針について」（平成30年7月24日閣議決定）において、関係府省が連携を強化し、地方公共団体とも協力しつつ、外国人の受入れ環境の整備を効果的・効率的に進めることとされたことを受け、2020（令和2）年7月に開所した。外国人の在留支援に関連する各省庁の関係機関が入居している。
＊10 2022（令和4）年4月現在、北海道、宮城、茨城、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、石川、静岡、愛知、三重、京都、大阪、兵庫、岡山、広島、香川、福岡、長崎の20都道府県21か所に設置

ため、2020年度からハローワークと大学との官学連携協定により留学生を留学早期からその後の就職・定着まで一貫してサポートする取組みを進めている。

さらに、留学生を含む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、高度外国人材の採用、入社後の活用や雇用管理改善の好事例集として、「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～[*11]」や「外国人留学生の採用や入社後の活躍に向けたハンドブック[*12]」を作成し、ハローワーク等において、事業主セミナー開催時や、高度外国人材の雇用に関して企業担当者から相談があった際等に活用し、高度外国人材の雇用管理改善に向けた周知・啓発に努めている。

2 外国人労働者の雇用管理改善等に向けた取組み

2019（平成31）年4月には、出入国管理及び難民認定法の改正により、中小・小規模事業者を中心に深刻化する人手不足に対応するため、一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人材を幅広く受け入れていく仕組みとして、在留資格「特定技能」（対象となる特定産業分野のうち、厚生労働省所管分野は介護分野及びビルクリーニング分野である。）による受入れが開始されている。

これに併せて、政府全体で取りまとめられた「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」（平成30年12月25日外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議決定）において、外国人との共生社会の実現に向けた環境整備が必要との方針が示されたことを踏まえ、厚生労働省では、「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」（平成19年厚生労働省告示第276号。以下「外国人雇用管理指針」という。）の見直しを行い、2019年4月1日より適用した。改正後の外国人雇用管理指針においては、適正な労働条件の確保、労働・社会保険の適用や適切な人事管理など、近年の労働関係法令の改正内容を含め、外国人を雇用する事業主が遵守すべき事項等が幅広く盛り込まれている。同指針に基づき、公共職業安定所等によるセミナーや事業所訪問等により、外国人労働者の雇用管理について事業主等への周知・啓発に取り組んでいるほか、各都道府県労働局に「外国人雇用管理アドバイザー」を配置し、外国人を雇用する事業主からの様々な相談に対して、事業所の実態に応じた専門的な指導・援助を行っている。

また、外国人特有の事情に配慮した就労環境の整備を行った事業主に対して助成する「人材確保等支援助成金（外国人労働者就労環境整備助成コース）」により、外国人労働者の職場定着の促進等を図っている。

3 日系人を含む定住外国人等に対する支援

日系人を始めとする定住外国人は、不安定な雇用形態で就労する者も多く、日本の職場におけるコミュニケーション能力の不足や我が国の雇用慣行に不案内であること等から、離職した場合には再就職が困難となることが多く、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。

こうした状況に置かれた求職者がハローワークを拠点に求職活動ができるよう、定住外国人が多く所在する地域のハローワークにおいて、専門の相談員による職業相談を実施し

＊11　2018（平成30）年3月　https://www.mhlw.go.jp/content/000541599.pdf
＊12　2020（令和2）年2月　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09808.html

ている。また、ハローワークの職業相談窓口に通訳員を配置する*13とともに、13か国語の電話通訳を行う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でも多言語による利用が可能な体制を整備している。

また、2015（平成27）年度より、定住外国人等を対象に、日本の職場におけるコミュニケーション能力の向上や、日本の雇用慣行等に関する知識の習得を目的とする外国人就労・定着支援研修を実施し、安定的な就労及び職場定着の促進を図っている。

更に、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた外国人求職者への対応としては、ハローワークにおける職業相談員や通訳員の整備に加え、来所が困難な外国人求職者からの相談に対応するため、ハローワーク・コールセンターの多言語対応など、早期再就職に向けた相談支援体制を引き続き確保している。そのほか、ホームページやSNSなどを通じて、離職時に必要な手続や支援等を多言語（14言語）や「やさしい日本語」で周知するなど、多言語による情報発信を強化している。



多言語による情報発信
（例：ポルトガル語の地域フリーペーパー）

4 アフターコロナを見据えた在留外国人への就職支援

新型コロナウイルス感染症が、外国人労働者の雇用にも影響している中、適時・的確かつ柔軟な外国人雇用対策を実施していくため、2021（令和3）年3月より、学識者や労使を委員とする「外国人雇用対策の在り方に関する検討会」を開催している。同年6月には、中間的な取りまとめを行い、我が国の外国人雇用対策に関して、①エビデンスに基づいた外国人雇用対策を講じるべき、②関係機関が得意とする分野を生かす連携した対応をすべき、③文化ギャップの克服や長期キャリアを前提とした就労環境の整備を進めるべき、④我が国の雇用や労働市場の質を向上させるという積極的な視点をもって推進すべき、といったその在り方と方向性が示された。

特に、「①エビデンスに基づいた外国人雇用対策」については、新たに整備が必要とされる、既存統計と比較可能な外国人に対する統計の整備について、現在検討を行っている。また、「②関係機関が得意とする分野を生かす連携した対応」としては、行政書士会や学校とハローワークが連携した外国につながる子どものキャリア支援や、商工会議所とハローワークが連携した就職支援を行っている。

5 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*14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。

＊13 通訳を配置している公共職業安定所等一覧
https://www.mhlw.go.jp/content/000592865.pdf
＊14 受入れの枠組みを紹介したホームページ「インドネシア、フィリピン及び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」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html

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、滞在期間中又は帰国後に国家資格を取得した場合においては、日本国内において看護師及び介護福祉士としての就労が認められる。

インドネシアは2008（平成20）年度から、フィリピンは2009（平成21）年度から、ベトナムは2014（平成26）年度から受け入れている。

厚生労働省では、国家資格取得に向けた就労・研修等に関する支援の実施、受入れ調整機関である公益社団法人国際厚生事業団（候補者の受入れを適正に実施する観点から、同法人が唯一の受入れ調整機関となっている。）による職業紹介業務等に対する指導監督を行うとともに、外務省、法務省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進事業」を実施している。2021（令和３）年度における実績は支援対象者数約10.3万人、就職者数約6.8万人となっている。

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。また、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて離職・休業を余儀なくされた方や、シフトが減少した方などが、利用しやすい制度とするため、職業訓練受講給付金の支給要件の緩和や訓練対象者の拡大、訓練基準の緩和等の特例措置（2023（令和５）年３月31日まで）を講じている。

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。

2020（令和2）年度においては、約2.4万人が訓練を受講した（2021（令和3）年3月末時点）。また、2020年度中に終了した訓練コースの雇用保険適用就職率は、基礎コース52.5%、実践コース60.0%となっている。

3 雇用保険制度

雇用保険制度の見直し

雇用保険制度は、失業給付を中心に各種の雇用対策の根幹をなす重要なセーフティネットであるが、雇用情勢等が安定的に推移していたこと等を受けて、2021（令和3）年度まで失業等給付の保険料及び国庫負担割合を暫定的に引き下げていた。

そうした中で、新型コロナウイルス感染症に対応するため、リーマンショック時を超える過去に例のない大幅な雇用調整助成金の特例措置等を講じることとなり、それと併せて、2020（令和2）年6月に制定した新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するための雇用保険法の臨時特例等に関する法律（令和2年法律第54号）（以下「雇用保険臨時特例法」という。）により、2020年度及び2021年度に限り、一般会計から失業等給付及び雇用調整助成金等に要する費用への繰入及び失業等給付の積立金から雇用調整助成金等に要する費用の借入を可能にする財政運営上の特例措置を講じた。雇用保険財政は、こうした一連の特例措置に伴う多額の財政支出の結果、雇用安定資金残高は2020年度末で0となり、積立金もほぼ枯渇する、極めて厳しい状況に至った。

このため、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（2021年11月19日閣議決定）及び令和3年度補正予算において、雇用保険臨時特例法により設けられた任意繰入規定等により、当面の雇用調整助成金の財源及び雇用保険財政の安定のため、2.16兆円の繰入を実施するとともに、「雇用調整助成金等の支給や雇用保険財政の安定のため多額の国庫負担を行っていることを踏まえ、労使の負担感も考慮しつつ、保険料率や雇用情勢及び雇用保険財政の財政運営状況に応じた国の責任の在り方を含め、2022（令和4）年度以降の雇用保険制度の安定的な財政運営の在り方を検討し、次期通常国会に法案を提出する」こととされた。

そこで、各種の暫定措置が2021年度末で期限を迎えることや、経済対策及び補正予算の内容を受け、雇用保険制度の在り方について労働政策審議会において議論の上、第208回通常国会に「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を提出し、2022年3月30日に成立した。その主な内容は次のとおりである。

①雇止め離職者、雇用情勢の悪い地域の求職者への基本手当の給付日数の延長措置など、失業等給付の暫定措置の継続

②コロナ禍からの経済回復の途上にあることも踏まえた、激変緩和のための暫定的な雇用保険料率の設定

③雇用情勢や雇用保険財政の状況に応じて国庫負担率を変動させる仕組みと、これとは別枠で機動的に国庫からの繰入ができる制度の導入

④雇用保険臨時特例法による財政運営上の特例措置の継続

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。

令和元年東日本台風（台風第19号）や令和２年７月豪雨等の大規模災害が発生した際には、災害により経済状況が悪化し、地域の雇用維持に深刻な影響が生じると見込まれたことから、助成率の引上げ、支給限度日数の延長等の特例措置を講じた。

2020（令和2）年以降、新型コロナウイルス感染症の影響に伴い事業活動が縮小した事業主を対象に、感染状況を踏まえつつ累次の支給要件の緩和及び前例のない助成内容の拡充を行ってきたところである。

第4章 自立した生活の実現と暮らしの安心確保

第1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、一人ひとり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。

2020（令和2）年6月5日に「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和2年法律第52号）が成立し、2021（令和3）年4月1日から施行された改正社会福祉法において、新たに重層的支援体制整備事業（以下「重層事業」という。）が創設された。重層事業は、市町村において、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、対象者の属性を問わない相談支援、多様な参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う事業であり、2021年度には42市町が実施した。また、2022（令和4）年度には134市町村が実施しており、今後も重層事業の効果的な実施を推進していくこととしている。

重層事業の創設とともに、2021年度は、2023（令和5）年度以降に重層事業へ移行するために必要な経費を市町村に補助する重層事業への移行準備事業、市町村の包括的な支援体制整備の後方支援を行うために必要な経費を都道府県に補助する都道府県後方支援事業、重層事業に従事する支援員等を対象に国が研修等を行う人材養成事業を創設した。さらに、地域共生社会の実現に向けた気運を醸成するため2021年4月に地域共生社会のポータルサイト[*1]を開設した。

こうした取組みを着実に進め、地域共生社会の実現に向けて、重層事業をはじめとした市町村における包括的な支援体制の構築に取り組んでいく。

ひきこもり支援については、2018（平成30）年までに、全都道府県・指定都市に、ひきこもりに特化した相談窓口である「ひきこもり地域支援センター」を設置した。また、2018年度から、市町村におけるアウトリーチ等による早期からの継続的な個別支援の実施や、支援につなげるための拠点（居場所等）づくりを進め、2020年度には、ひきこもり地域支援センターに医療、法律、心理、就労等の多職種から構成されるチームを新たに設置し、自立相談支援機関等への支援を推進した。また、2021年度には、ひきこもり支援に関係する各府省の担当部局が参加する「ひきこもり支援に関する関係府省横断会議」を開催し、様々な社会資源が参画・連携できる環境整備について議論を行い、同会議の取りまとめとして構成員連名通知を発出し、自治体に対して、関係機関間のより一層の連携促進を依頼した。さらに、地域住民のひきこもりに対する理解を深め、当事者やその家族が孤立せず、相談しやすい環境づくりを促進することを目的として、シンポジウムや支援

＊1　地域共生社会のポータルサイト　https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/

者サミットの開催、ひきこもり支援に関するポータルサイト*2の開設等を一体的に行う普及啓発・情報発信の取組みを展開した。

また、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」により、社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する「社会福祉連携推進法人」制度が創設され、2022年4月1日に施行された。

このほか、東日本大震災、平成28年熊本地震、平成30年7月豪雨、令和元年台風第19号、令和2年7月豪雨等の影響により、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、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・相談支援等事業」を行っている。本事業は、2018年度までは大規模な災害が発生した場合に事業化していたが、2019（令和元）年度以降は特定の災害に限定しない事業として、災害が発生した場合に自治体が速やかに事業を実施できることとしている。また、東日本大震災をきっかけに、2011（平成23）年度から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、2020（令和2）年4月1日現在で生協数は866組合、組合員数は延べ6,761万人に達している*3。

2007（平成19）年に、生協を取り巻く環境や国民の要請の変化に対応するべく、共済事業における契約者保護、経営・責任体制の強化等を内容とした消費生活協同組合法の改正が行われ、2008（平成20）年から施行されている。

また、生協が生活に困難を有する者への支援など、地域課題の解決に取り組む組織に対して物品供給を行えることを可能とする消費生活協同組合法施行規則の改正が行われ、2021（令和3）年から施行されている。

生協では、組合の支え合い、助け合いの精神のもとで、地域における見守りなど、地域福祉に資する様々な事業や組合員活動に取り組んでいる。

3 地域生活定着促進事業の実施について

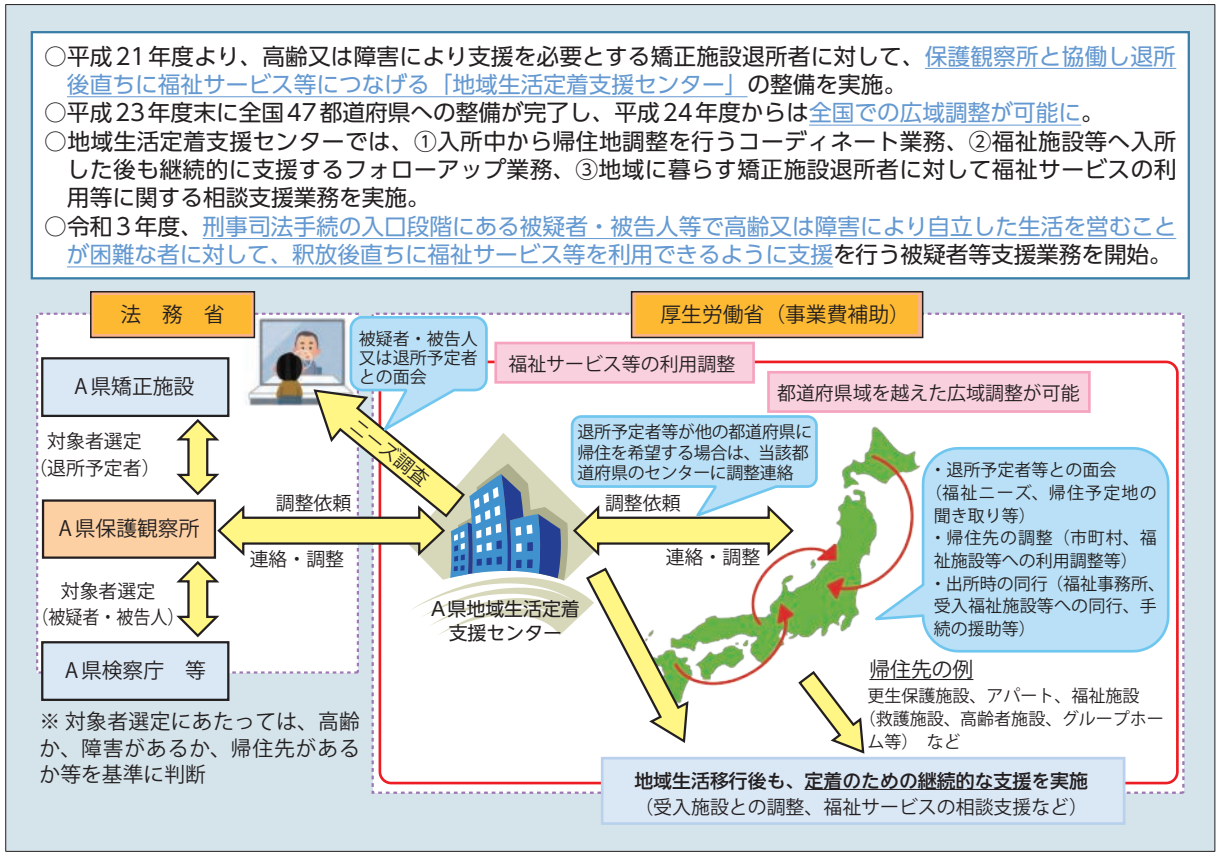
刑又は保護処分の執行のため矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所及び少年院）に入所している人のうち、高齢又は障害のため退所後直ちに福祉サービス（例えば、障害者手帳の発給や施設への入所等）を受ける必要があるものの退所後の行き場のない人等は、退所後に必要な福祉サービスを受けることが困難である。

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。

＊2　ひきこもり支援ポータルサイト「ひきこもりVOICE STATION」　https://hikikomori-voice-station.mhlw.go.jp/
＊3　組合数・組合員数は、令和3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。

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、矯正施設入所中から、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退所後から福祉サービスを受けられるよう取り組んでいる。また、2021（令和3）年度からは、被疑者や被告人等に対して福祉サービス等の利用調整や釈放後の継続的な援助等を行う業務を開始している（**図表4-1-1**）。

図表4-1-1　地域生活定着促進事業の概要



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）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。第一期計画（令和3年度までの5か年計画）では、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施策の目標を設定し、同制度の適切な利用の推進を図ってきた。

2022（令和4）年3月には、令和4年度から令和8年度までを計画期間とする「第二期成年後見制度利用促進基本計画～尊厳のある本人らしい生活の継続と地域社会への参加を図る権利擁護支援の推進～」を閣議決定し、第一期計画における評価指標（KPI）の結果や課題を踏まえ、地域連携ネットワークづくりの推進や市民後見人等の担い手の育成、総

合的な権利擁護支援策の充実、意思決定支援の浸透など更なる制度の運用改善等に向けた取組みを行うこととしている。

第2節　社会福祉法人制度について

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。また、2017年度には財務諸表等電子開示システムが本格稼働し、全国の法人の現況報告書や計算書類等の公表の実施が可能となっている。なお、会計監査人の設置法人数は2021（令和3）年度は527法人（うち、会計監査人の設置が義務づけられた収益30億円又は負債60億円を超える法人は397法人）、社会福祉充実計画の策定法人数は、2021（令和3）年度は1,918法人となっている。社会福祉法人が地域共生社会の実現に向け、その特徴を活かした地域貢献を積極的に行えるよう環境整備を行う等、更なる制度の改善を図っている。

また、2022（令和4）年4月1日から施行された「社会福祉連携推進法人」制度では、社会福祉法人を始め、同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携することで、地域特性に応じた創意工夫ある新たなサービスの創出や、福祉人材の確保とともにその働きやすい職場環境の整備、物資調達の効率化など、規模の大きさを活かした多様な取組みが促進され、地域福祉の一層の推進、社会福祉法人の経営基盤の強化等に資することが期待されている。

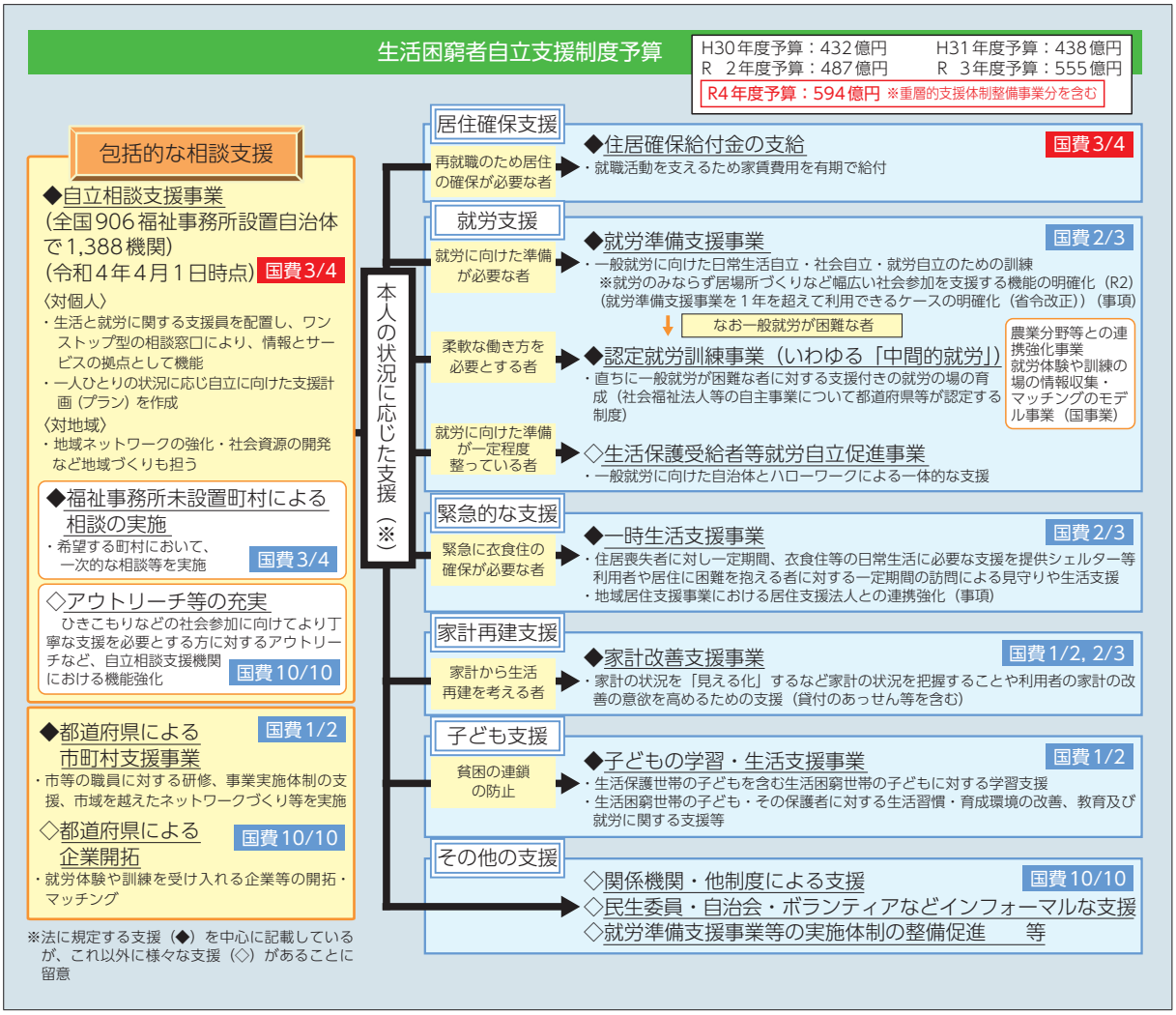
第3節　生活困窮者の自立・就労支援等の推進及び生活保護の適正な実施

1　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。

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2021（令和3）年3月末までで、新規相談者は約195.1万人、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49万人となっている。継続的な支援を行った人のうち、約19.3万人が就

図表4-3-1　生活困窮者自立支援制度の概要



労・増収しており、2020（令和2）年度において継続的な支援を行った人のうち自立に向けた改善が見られた者の割合は約8割となっているなど、生活困窮状態を改善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」を開催してきた。2020年度からは、連絡協議会の構成員に法務省を加えた「住まい支援の連携強化のための連絡協議会」を開催しており、矯正施設退所者等で住居に配慮を要する方についても議論するほか、福祉関係団体、住宅・不動産関係団体等を新たに構成員に加え、意見交換を進めながら、福祉分野・住宅分野等のより一層の緊密な連携を図っている。

2018（平成30）年の法改正では、任意事業である就労準備支援事業・家計改善支援事業の実施の努力義務化等を行っており、国による自治体支援を実施する中で、特に、実施自治体の増加に向けた支援の強化が必要な都道府県への厚生労働省による支援を進めている。

また、社会参加に向けてより丁寧な支援を必要とする方や、経済的困窮のみならず様々な生活課題を抱える方が顕在化していることを踏まえ、自立相談支援や就労支援の機能強化等として、アウトリーチなど自立相談支援機関における機能強化や、就労体験・就労訓練先の開拓・マッチングの推進を通じて、一人ひとりの状況をきめ細かく対応する包括的支援体制の強化に取り組んでいる。

2 生活保護制度の概要

生活保護制度[*4]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。

3 生活保護の現状

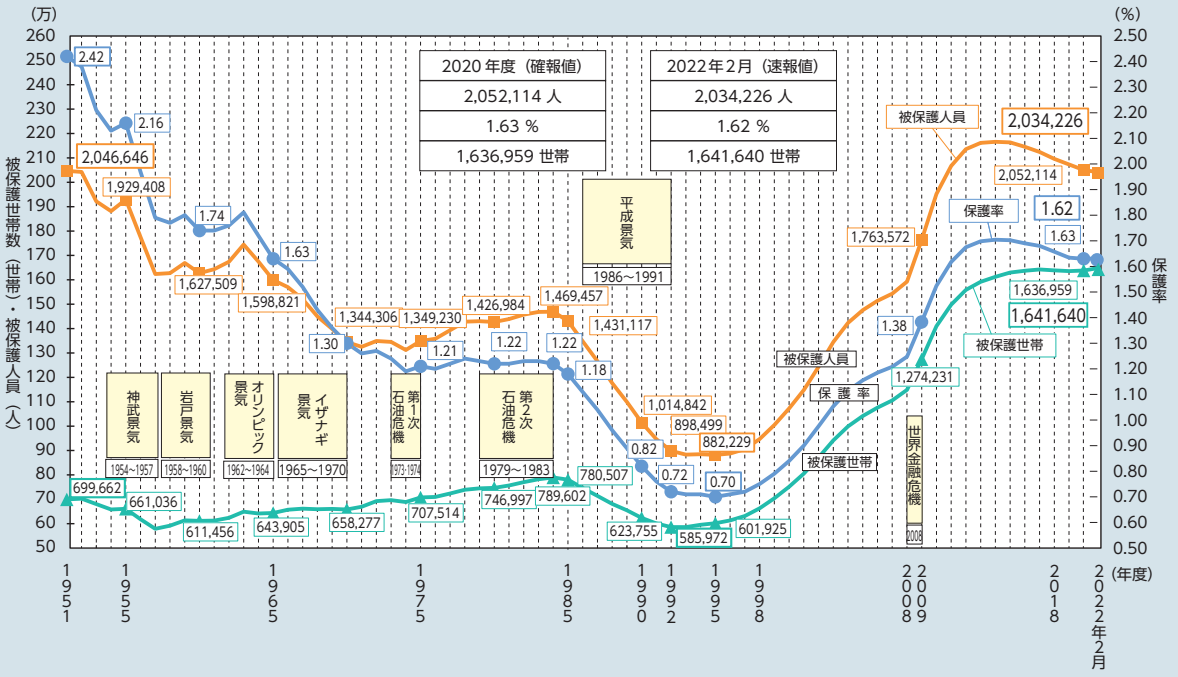
被保護者数は1995（平成7）年を底に増加し、2015（平成27）年３月に過去最高を記録したが、以降減少に転じ、2022（令和4）年２月には約203.4万人となり、ピーク時から約14万人減少している（**図表4-3-2**）。

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行と単身高齢世帯の増加を背景に増加傾向にあるほか、「その他の世帯」（「高齢者世帯」、「母子世帯」及び「障害者・傷病者世帯」のいずれにも該当しない世帯）は、2020（令和2）年６月以降増加しているが、「母子世帯」は減少傾向が続いている（**図表4-3-3**）。

また、生活保護の申請件数については、新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発令された2020年４月に前年同月伸び率で25％増加した後、一時は減少したが、2020年９月以降は増加傾向で推移している。2020年５月以降、申請件数が急増していない理由としては、新型コロナウイルス感染症対策における生活困窮者に対する各種支援措置の効果もあると考えられるが、今後の動向を注視する必要がある。

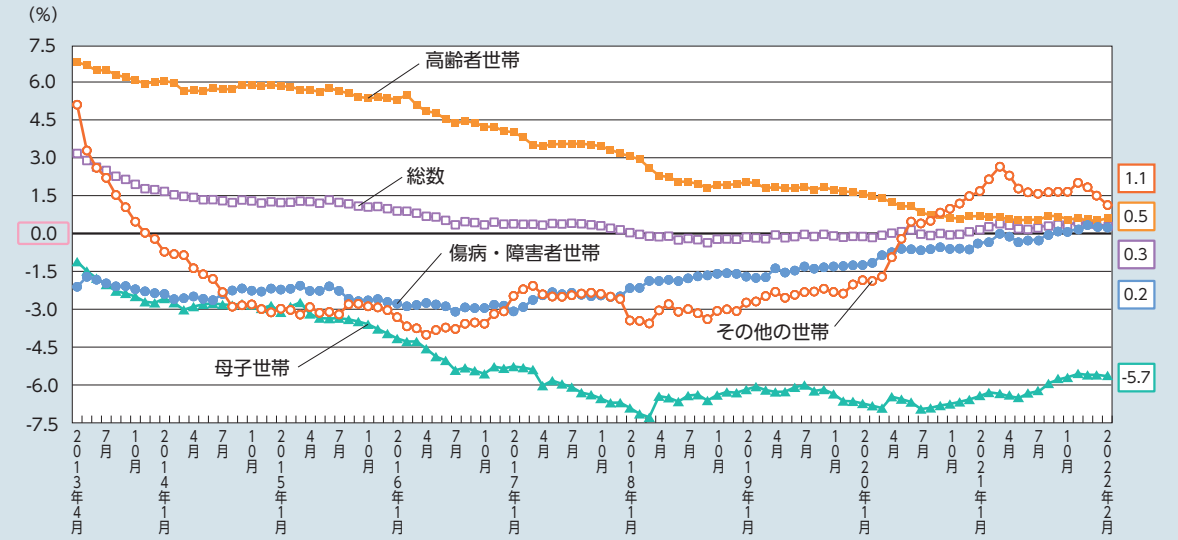
＊4　生活保護制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogo/index.html

図表4-3-2　被保護人員・保護率・被保護世帯数の年次推移



資料：被保護者調査（月次調査）（厚生労働省）（平成23年度以前の数値は福祉行政報告例）

図表4-3-3　世帯類型別被保護世帯数の対前年同月伸び率の推移



資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）（2012年3月以前は福祉行政報告例）（2021年4月以降は速報値）
※総数には保護停止中を含む。

4 改正生活保護法の着実な施行について

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）による改正後の生活保護法に基づき、これまでに、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、無料低額宿泊所（社会福祉住居施設）の最低基準の整備、日常生活支援住居施設の創設等の措置を講じ

た。また、2021（令和3）年1月1日から、同法に基づく被保護者健康管理支援事業が実施され、被保護者の生活習慣病の予防等を推進するための健康管理支援に取り組んでいる。

また、2021年6月11日に公布された「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第66号）において、生活保護法を改正し、医療扶助にオンライン資格確認の導入を行い、2023（令和5）年度中を目処に運用を開始することとしている。

5 新型コロナウイルス感染症に係る対応について

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、生活に困窮する方への支援を強化するため、自立相談支援機関の人員体制の強化や電話・メール・SNSなどを活用した相談支援等の環境整備や、住居確保給付金の再支給の特例、アパート等への入居支援等を行っている。また、新型コロナウイルス感染症の影響による休業等から収入が減少し、一時的な資金が必要な方に対し、社会福祉協議会が行う生活福祉資金貸付制度における緊急小口資金等の特例貸付を実施しているほか、福祉事務所を設置する自治体において、緊急小口資金等の特例貸付を利用できない一定の世帯に対して、新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金を支給している。

生活保護制度については、新型コロナウイルス感染症対策に伴う影響を踏まえ、速やかに保護の決定・実施を行えるよう、一時的な収入減少により保護が必要となる方について、稼働能力の活用や、通勤用自動車や自営業に必要な資産等の保有を柔軟に取り扱うことや、扶養照会について実態に沿った形での見直しなどの、運用の弾力化に取り組んでいる。

第4節　自殺対策の推進

我が国の自殺者数は、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、1998（平成10）年から14年連続して年間3万人を超えて推移していたが、2010（平成22）年以降は10年連続の減少となっており、2019年（令和元年）の年間自殺者数は、20,169人と、1978（昭和53）年の統計開始以来最小となった。しかしながら、新型コロナウイルス感染症等の影響を受け自殺の要因となり得る様々な問題が悪化した可能性が示唆されており、2020（令和2）年の年間自殺者数は21,081人と11年ぶりに増加に転じた。2021（令和3）年は、年間自殺者数は21,007人（男性13,939人、女性7,068人）と、前年に比べ74人（0.4%）減少した（**図表4-4-1**）。

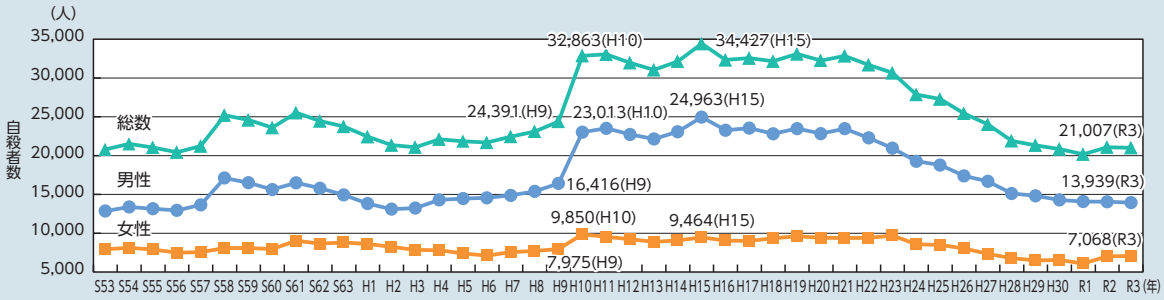
自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きている。2021年中の原因・動機特定者は15,093人であり[*5]、原因・動機は「健康問題」（9,860人）、「経済・生活問題」（3,376人）、「家庭問題」（3,200人）、「勤務問題」（1,935人）の順となっている。

2006（平成18）年に成立した自殺対策基本法が2016（平成28）年3月に一部改正さ

＊5　遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能。

図表4-4-1 自殺者数の年次推移

○令和３年の自殺者数は21,007人となり、対前年比74人（約0.4%）減。
○男女別にみると、男性は12年連続の減少、女性は２年連続増加となっている。また、男性の自殺者数は、女性の約2.0倍となっている。



自殺の原因・動機　原因・動機は３つまで計上

	自殺者	原因・動機特定者	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	
2021年	21,007	15,093	9,860	3,376	3,200	1,935	797	370	1,302	5,914

原因・動機特定者とは自殺者数から不詳を引いたもの15,093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

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（平成29）年７月に改定（閣議決定）され、2026（令和８）年までに、自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）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している。

大綱の基本理念である「生きることの包括的な支援」を進めるためには、大綱に掲げた様々な施策が確実に実施されることが重要である。2019（平成31）年３月から、国を挙げて自殺対策が推進されるよう、国、地方公共団体、関係団体、民間団体が連携・協働するため、また、中立・公正の立場から施策の実施状況、目標の達成状況等を検証し、施策の効果等を評価するため、「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」を開催しており、2021（令和３）年度には、同有識者会議において、大綱見直しに向けた意見をとりまとめることとしている。

また、地域レベルでの自殺対策の取組みについては、都道府県及び市町村は自殺対策計画を策定し、国及び地域自殺対策推進センターにおいて、計画のPDCAサイクルが推進されるよう支援を行っている。

今後、自殺対策の一層の充実を図っていくためには、保健、医療のみならず福祉、教育、労働など、広く関連施策と連動した総合的かつ効果的な自殺対策の実施に必要な調査研究及び検証並びにその成果の活用や地域レベルの実践的な自殺対策の取組みへの支援などを総合的かつ的確に推進する仕組みの整備が必要とされている。このような認識の下、2019年６月、自殺対策を推進する議員の会が提出の議員立法「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律」が成立し、自殺対策を支える調査研究及びその成果の活用等の中核を新たに担う厚生労働大臣の指定調査研究等法人として、2020年４月から「一般社団法人いのち支える自殺対策推進

センター」が活動を開始した。当該指定法人による、個々の自治体の状況をまとめた「地域自殺実態プロファイル」の提供や、自治体の自殺対策担当者向けの研修会の実施等により、地域の実情に応じた実践的な自殺対策の取組みを支援している。

近年、全体の自殺者数は減少していたものの、未成年者の自殺者数は増加の傾向が見られ、2021年の小中高生の自殺者数は、過去最多となった前年よりは減少したものの、過去2番目となっており、若年者への対策は依然として課題となっている。

学校においては、命や暮らしの危機に直面したとき、誰にどうやって助けを求めればよいかの具体的かつ実践的な方法を学ぶとともに、つらいときや苦しいときには助けを求めてもよいということを学ぶ「SOSの出し方に関する教育」を含む自殺予防教育を文部科学省とともに推進し、学校と地域の専門家との間での協力・連携関係の構築等を図っている。

また、厚生労働省では、2018（平成30）年3月からSNS等を活用した相談事業を開始し、2019年3月にはSNS相談の支援ノウハウを集約した「自殺対策におけるSNS相談事業ガイドライン」を作成・公表した。

2020年より、新型コロナウイルス感染症による自殺リスクの高まり等を踏まえ、自殺を考えている方に対する対面、電話、SNSを活用した相談支援体制の拡充への支援を行っている。

また、自殺未遂者の再度の自殺企図を防止することが重要であることから、厚生労働省では、2018年度から、自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業により、地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備を支援しており、2020年度からは自殺リスクの高い者（自殺未遂者、自殺念慮者）に対して、自殺につながる可能性のある様々な要因を排除するための、地域のネットワークによる包括的な支援を地域自殺対策強化交付金のモデル事業として実施している。

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[*6]。



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は、毎年春に、皇族の御臨席を仰ぎ、国の施設である千鳥ヶ淵戦没者墓苑に納められている遺骨に対して拝礼を行っている[*7]。また、拝礼式においては、遺骨収集事業により収容した戦没者の遺骨のうち、遺族に返還することのできない遺骨の納骨を行っている。

(2) 昭和館・しょうけい館

戦中・戦後の国民生活上の労苦を伝える「昭和館」及び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」を実施している。また、2021（令和3）年度は、「昭和館」、「しょうけい館」及び「平和祈念展示資料館」が、島根県において地方展を同時開催した。

さらに、「昭和館」及び「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）年度から2021年度までの間、戦後世代の語り部の育成事業を実施し、2019（令和元）年度からは、戦後世代の語り部の活動事業を実施している。

2 戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進

(1) 遺骨収集事業

先の大戦では、約310万人の方が亡くなり、そのうち、海外（沖縄及び硫黄島を含む。）における戦没者は約240万人に及んだが、これまでに収容された遺骨は約128万柱であり、現時点においても約112万柱[*8]が未収容となっている。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集を行い、これまでに約34万柱を収容している。

しかしながら、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。以下「遺骨収集推進法」という。）が成立し、遺骨収集が国の責務と位置づけられたほか、2024（令和6）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

＊6　2020（令和2）年、2021（令和3）年は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から縮小開催。
＊7　2020年、2021年は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から中止。
＊8　このうち、相手国の事情により収容自体が困難となっている地域に眠る遺骨（約23万柱）及び海没した遺骨（約30万柱）を除いてもなお、約59万柱が未収容のままとなっている。

め、同法に基づき、「戦没者の遺骨収集の推進に関する基本的な計画」（平成28年5月31日閣議決定。以下「基本計画」という。）を策定した。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。

2019（令和元）年12月には、2020（令和2）年度から集中実施期間の後半5年間を迎えるにあたり、政府一体となって遺骨収集事業の取組みをより一層推進するため、「戦没者の遺骨収集事業の推進に関する関係省庁連絡会議」を開催し、「戦没者遺骨収集推進戦略」（以下「推進戦略」という。）を決定した。

また、日本人ではない遺骨が収容された可能性が指摘されながら、適切な対応が行われてこなかった事例を受け、2020年5月に厚生労働省において「戦没者遺骨収集事業及び事業実施体制の抜本的な見直しについて」を取りまとめ、遺骨収集事業のガバナンスの強化等を図るとともに、収容・鑑定のあり方を見直し、科学的な所見への適切な対応を行うこととした。

2021（令和3）年度は、推進戦略に基づき定めた「令和3年度における戦没者の遺骨収集事業実施計画」の下で、国内外の新型コロナウイルスの感染拡大の状況に配慮しつつ、可能な範囲で事業を実施した。

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2万1,900人のうち未だ約1万1,400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集に取り組んでおり、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、2021年度は、滑走路地区東側半面において面的なボーリングによる地下壕探査等を実施した。また、滑走路以外の地域においても遺骨や壕等の存在が推測される地点の調査を継続して実施し、24柱の遺骨を収容した。


硫黄島における遺骨収集事業

また、沖縄においても、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、2021年度は49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）に基づく「強制抑留の実態調査等に関する基本的な方針」（平成23年8月5日閣議決定）を踏まえ、関係省庁と連携し、民間団体等の協力も得つつ、遺骨収集を進めており、2022（令和4）年3月末までに20,251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、2022年3月末までに40,729名（うちモンゴル1,457名）の死亡者を特定し、カナ氏名、死亡年月日などを公表し、日本側資料と照合の結果、身元を特定した者の漢字氏名を厚生労働省ホームページに掲載している。

なお、今後、調査・収容を実施する予定の埋葬地は旧ソ連地域の57か所となっている。

3 南方等戦闘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。

また、遺骨収集推進法及び基本計画に基づき、海外資料調査を実施し、2017（平成29）年度までに概了しており、埋葬地点を推定できる有効情報は計1,825件となっている。

4 戦没者遺骨鑑定センターにおける取組み

遺骨の科学的な鑑定体制を強化するため、厚生労働省に戦没者遺骨鑑定センターを2020年7月に立ち上げ、外部専門家も登用し、遺骨鑑定に関する研究等に取り組んでいる。2021年度の取組みとしては、法医学、人類学等の専門的知識を有する者で構成する「戦没者遺骨鑑定センター運営会議」において、戦没者遺骨鑑定の状況や新たな鑑定技術の活用等について議論を行った。また、日本人の遺骨であるか否かを判断するための「所属集団判定会議」及び遺族に返還するために身元を特定する「身元特定DNA鑑定会議」を定期的に開催し、その結果を公表するとともに、「戦没者の遺骨収集に関する有識者会議」への報告等を行っている。

5 遺留品等の手掛かり情報がない戦没者遺骨の身元特定のための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返還している。2003（平成15）年度からは、遺留品や埋葬記録等から遺族を推定できる場合などであって遺族が希望する場合に、身元特定のためのDNA鑑定を実施している。

また、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身元特定のためのDNA鑑定の申請を募り、遺留品や埋葬記録等の手掛かり情報がない場合であっても、身元特定のためのDNA鑑定を試行的に実施してきた。

2020年度からは、硫黄島及びキリバス共和国ギルバート諸島タラワ環礁の手掛かり情報がない戦没者の遺骨についても、公募により身元特定のためのDNA鑑定を実施し、2020年8月及び9月にキリバス共和国の戦没者遺骨計2柱について、同年12月に硫黄島の戦没者遺骨計2柱について、それぞれ身元が判明した。

以上の取組みにより、身元特定のためのDNA鑑定を開始した2003年度から2021年度までの間に、1,210件の身元が判明した。

遺留品等の手掛かり情報がない戦没者遺骨の身元特定のためのDNA鑑定については、2021年10月から、対象地域を厚生労働省が遺骨の検体を保管している全地域に拡大して公募により実施することとし、新聞広告や一般財団法人日本遺族会の機関誌など様々な広報媒体を通じて遺族に周知している。

(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。

2021（令和3）年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により、海外での慰霊巡拝や慰霊友好親善事業の実施を見合わせた。国内では、硫黄島にて慰霊巡拝を1回実施した。

また、戦没者の慰霊と平和への思いを込めて、1970（昭和45）年度以降、主要戦域に戦没者慰霊碑を建立（硫黄島と海外14か所）したほか、旧ソ連地域には個別に小規模慰霊碑を建立（15か所）している。



硫黄島における慰霊巡拝

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、「戦傷病者戦没者遺族等援護法」（昭和27年法律第127号）や、「戦傷病者特別援護法」（昭和38年法律第168号）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[*9]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。

＊9　軍人については、原則として恩給法（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。

(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当たっては、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[*10]。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ない場合には支援給付を支給するほか、2014（平成26）年10月からは、死亡した中国残留邦人等と労苦を共にしてきた永住帰国前からの配偶者に対して配偶者支援金を支給している。

さらに、中国残留邦人等やその家族が地域社会でいきいきと暮らせるよう、地方自治体が中心となって、日本語教室、自立支援通訳の派遣、地域交流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行っている。このほか、次世代へ中国残留邦人等の体験と労苦を継承するため、証言映像公開及び戦後世代の語り部講話活動事業を行っている。

第6節 旧優生保護法一時金支給法について

旧優生保護法（昭和23年法律第156号）は、1948（昭和23）年に議員立法により制定され、遺伝性疾患を理由とした優生手術（不妊手術）や人工妊娠中絶等について定めた法律である。この旧優生保護法は、平成8年に議員立法により優生手術に関する規定等は削除され、名称も母体保護法に改正された。

2018（平成30）年1月に、旧優生保護法下で不妊手術を強制されたとして国家賠償請求訴訟が提起されたこと等を契機に、同年3月に与党旧優生保護法に関するワーキングチーム及び優生保護法下における強制不妊手術について考える議員連盟が設立され、その検討を踏まえ、議員立法により、「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する

＊10 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（平成27）年度をもって閉所したが、2016（平成28）年度からはその機能を「首都圏中国帰国者支援・交流センター」に統合し、同様の支援を継続している。

一時金の支給等に関する法律」（平成31年法律第14号。以下本節において「法」という。）が2019（平成31）年4月24日に成立し、同日に公布・施行された。

法制定の趣旨について、前文において、①旧優生保護法の下、多くの方々が生殖を不能にする手術・放射線の照射を受けることを強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきたことに対して、それぞれの立場において、真摯に反省し、心から深くお詫びすること、②今後、これらの方々の名誉と尊厳が重んぜられるとともに、このような事態を二度と繰り返すことのないよう、共生する社会の実現に向けて、努力を尽くす決意を新たにするものであること、③国がこの問題に誠実に対応していく立場にあることを深く自覚し、この法律を制定することが明らかにされている。また、同日、「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律の成立を受けての内閣総理大臣の談話」を発表し、政府としても、旧優生保護法の下、多くの方々が生殖を不能にする手術・放射線の照射を受けることを強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきたことに対して、真摯に反省し、心から深くお詫びすることを表明した。

法に基づき、旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた方に対しては、一時金（320万円）が支給される。支給に際して、厚生労働大臣は、請求者が一時金支給対象者であることが明らかな場合を除き、審査会に審査を求めなければならず、その審査の結果に基づき認定を行う。2019（令和元）年6月25日に「旧優生保護法一時金認定審査会」を設置し、第1回を同年7月22日に開催した。2022（令和4）年4月1日現在での認定件数は990件となっている。

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、予測することができない将来のリスクに対して、社会全体であらかじめ備えるための制度であり、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である賦課方式を基本とした仕組みで運営されている。賃金や物価の変化を年金額に反映させながら、生涯にわたって年金が支給される制度として設計されており、必要なときに給付を受けることができる保険として機能している。

直近の公的年金制度の適用状況に関しては、被保険者数は全体で6,756万人（2020（令和2）年度末）であり、全人口の約半数にあたる。国民年金の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号被保険者等[*1]が4,513万人（2020年度末）と全体の約67%を占めており、自営業者や学生、厚生年金が適用されていない被用者等である第1号被保険者が1,449万人、いわゆる専業主婦（夫）等である第3号被保険者は793万人（2020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号被保険者等は対前年比25万人増で、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4万人、27万人減で、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4,051万人（2020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6割を公的年金等が占めるとともに、約5割の世帯が公的年金等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基本を支えるもの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、基礎年金国庫負担割合の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、保険料の上限を固定し、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率の2分の1への引上げとあわせ、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、マクロ経済スライドについて、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。

2022（令和4）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16,590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

＊1 国民年金第2号被保険者等とは、厚生年金被保険者のことをいう（国民年金第2号被保険者のほか、65歳以上で老齢または退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する被保険者を含む）。

年金を含む標準的な年金額[*2]）が月額219,593円、国民年金（1人分の老齢基礎年金（満額））が月額64,816円となっている。

第1節　持続可能で安心できる年金制度の運営

1　持続可能で安定的な公的年金制度の確立

（1）2019年公的年金財政検証と今後の見通し

年金制度では、少なくとも5年に一度、将来の人口や経済の前提を設定した上で、長期的な年金財政の見通しやスライド調整期間の見通しを作成し、年金財政の健全性を検証する「財政検証」を行っている。2004（平成16）年改正以前は、給付に必要な保険料を再計算していたが（「財政再計算」と呼ぶ）、2004年改正により、保険料の上限を固定し、給付水準の自動調整を図る仕組みの下で年金財政の健全性を検証する現在の財政検証へ転換した。

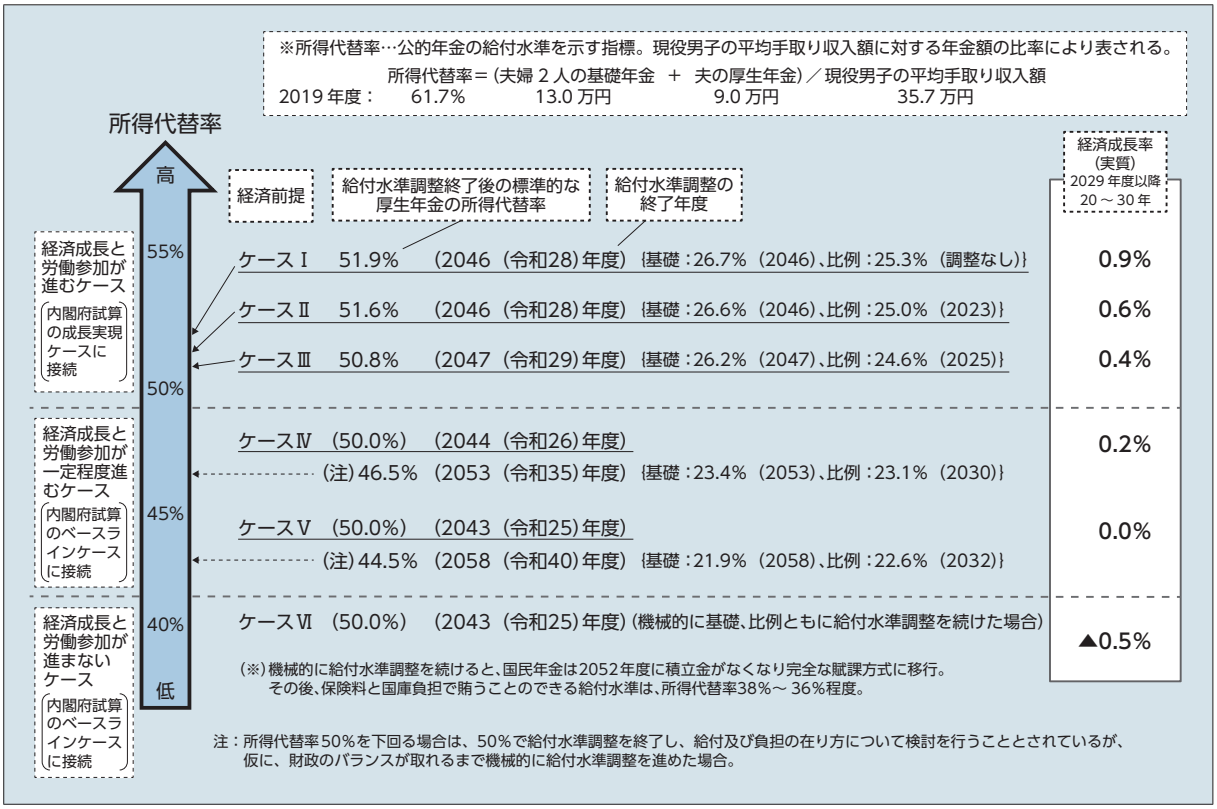
2019（令和元）年財政検証では、幅の広い6ケースの経済前提を設定し、どのような経済状況の下ではどのような年金財政の姿になるのかということを幅広く示すことで、年金制度にとって何が重要なファクターなのか、また、持続可能性や年金水準の確保のためにどのような対応があり得るのかなど、様々な議論のベースを提供できる検証作業となるよう留意した。こうした財政検証の結果、経済成長と労働参加が進むケースでは、今の年金制度の下で、将来的に所得代替率50％の給付水準が確保できることが確認された（図表5-1-1）。

また、今回の財政検証とあわせて一定の制度改正を仮定したオプション試算を実施した[*3]。その結果、被用者保険の更なる適用拡大、就労期間・加入期間の延長、受給開始時期の選択肢の拡大といった制度改正を行うことが年金の給付水準を確保する上でプラスの効果を持つことが確認された。

＊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）43.9万円）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。

＊3　オプションの内容は以下の通り。
①被用者保険の更なる適用拡大
②保険料拠出期間の延長と受給開始時期の選択
③組み合わせ試算
（参考試算）年金額改定ルールの効果

図表5-1-1　給付水準の調整終了年度と最終的な所得代替率の見通し（2019（令和元）年財政検証）
－幅広い複数ケースの経済前提における見通し（人口の前提：出生中位、死亡中位）－



（2）公的年金制度の最近の動向について

1 2020年改正法と今後の課題

2019（令和元）年財政検証の結果を踏まえ、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等について社会保障審議会年金部会等において議論を行い、議論の整理を取りまとめた。これらを踏まえ、被用者保険の適用拡大、受給開始時期の選択肢の拡大、在職老齢年金制度の見直し等を盛り込んだ「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律」（以下「2020年改正法」という。）が第201回通常国会において成立した（2020（令和2）年5月29日に成立・同年6月5日に公布）。

①被用者保険の適用拡大

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た。また、これに加え、適用拡大をより一層進める観点から、2017（平成29）年4月から、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、企業単位で適用を可能とした。これらの改正により、2021（令和3）年9月現在、501人以上の企業において約55万人が、500人以下の企業で約1万人が、新たに被用者保険の加入者となっている（**図表5-1-2**）。

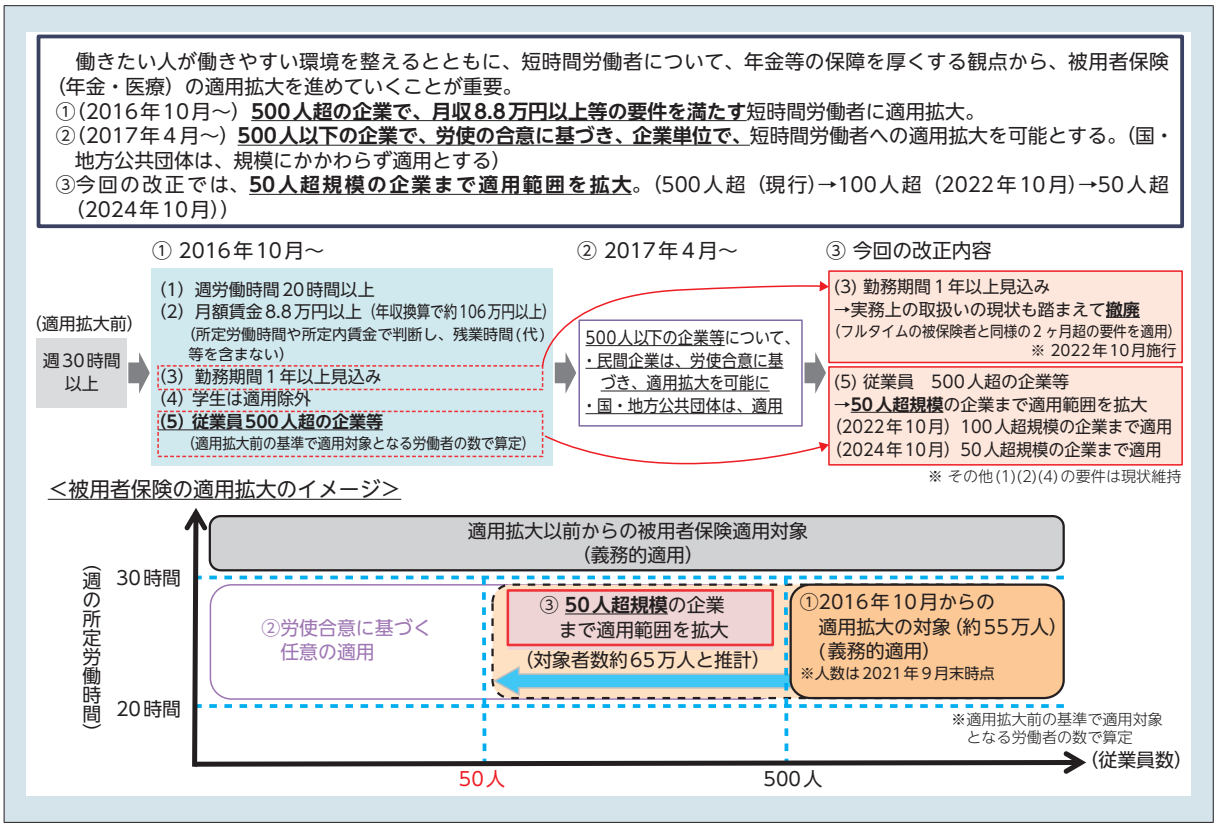
2020年改正法においては、短時間労働者に対する被用者保険の適用について、2022（令和4）年10月に100人超規模、2024（令和6）年10月に50人超規模の企業まで適用

範囲を拡大することを盛り込んだ。また、５人以上の個人事業所の適用業種に弁護士・税理士等の士業を追加することも盛り込んだ。

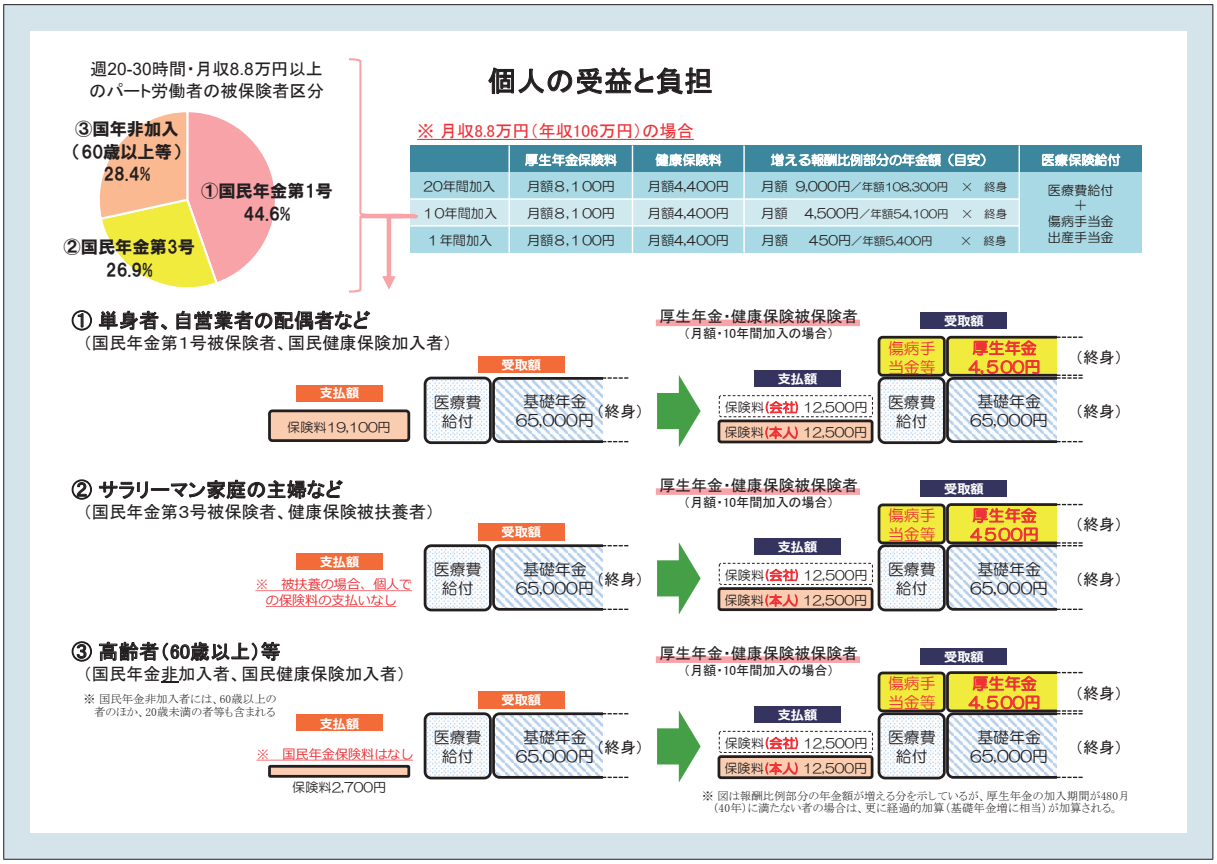
適用拡大により、国民年金第１号被保険者である短時間労働者が被用者保険加入となれば、国民年金保険料・国民健康保険料に代わり、厚生年金保険料・健康保険料を支払うこととなるが、この際、保険料の半分は事業主負担となる。国民年金保険料のような未納も生じない。また、将来、報酬比例部分の年金を受給できるようになるなど給付も充実する。また、国民年金第３号被保険者である短時間労働者（サラリーマン家庭の主婦（夫）など）が被用者保険加入となった場合には、保険料負担は新たに生じるものの、給付の充実に加えて、年収130万円の被扶養者認定基準を意識せず働くことができるようになるメリットもある（**図表5-1-3**）。

なお、被用者保険の適用範囲については、改正法の検討規定において、次期財政検証の結果を踏まえて更に検討を行うこととされている。

図表5-1-2　短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要



図表5-1-3　短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の効果



②働き方の多様化や高齢期の長期化・就労拡大に伴う年金制度の見直し

2020年改正法においては、在職定時改定の導入、在職老齢年金制度の見直し、年金の受給開始時期の選択肢の拡大等、を盛り込んだ。

在職中の年金受給の在り方の見直しの一環として、従前は、老齢厚生年金の受給権を取得した後に就労した場合は、資格喪失時（退職時・70歳到達時）に、受給権取得後の被保険者であった期間を加えて、老齢厚生年金の額を改定していたが、就労を継続したことの効果を早期に年金額に反映して実感していただけるよう、65歳以上の在職中の老齢厚生年金受給者について、年金額を毎年10月に改定する在職定時改定制度を導入した（2022年4月施行）（**図表5-1-4**）。

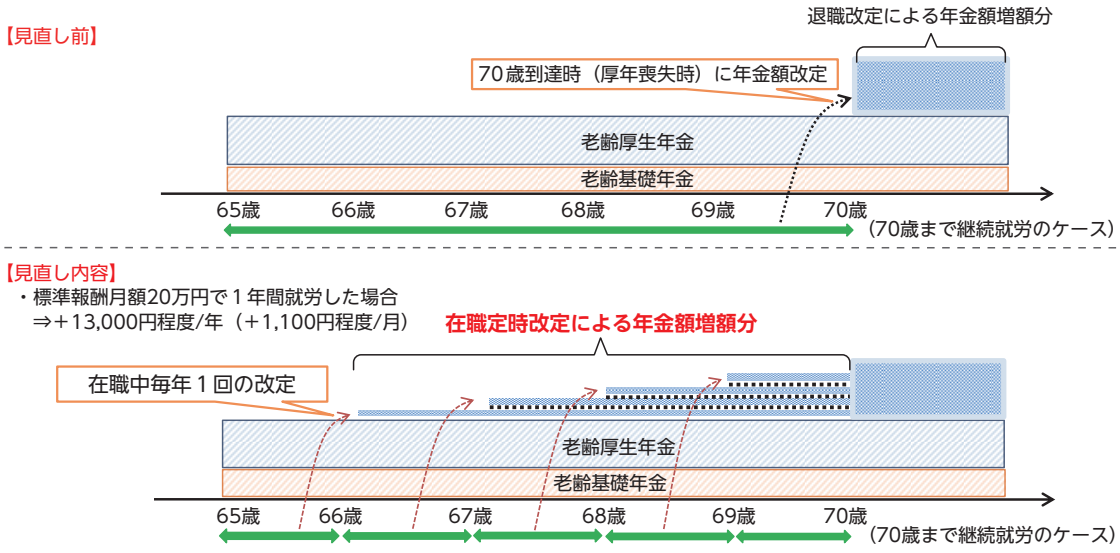
また、60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金制度（低在老）の支給停止の基準額を、28万円から65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じ47万円に引き上げた（2022年4月施行）（**図表5-1-5**）。

受給開始時期の選択肢の拡大については、60歳から70歳の間となっていたものを、60歳から75歳の間に拡大した（2022年4月施行）（**図表5-1-6**）。

図表5-1-4　在職定時改定の導入

【見直しの趣旨】
○老齢厚生年金の受給権を取得した後に就労した場合は、資格喪失時（退職時・70歳到達時）に、受給権取得後の被保険者であった期間を加えて、老齢厚生年金の額を改定している（いわゆる退職改定）。
○高齢期の就労が拡大する中、就労を継続したことの効果を退職を待たずに早期に年金額に反映することで、年金を受給しながら働く在職受給権者の経済基盤の充実を図る。

【見直し内容】（令和４（2022）年４月施行）
○65歳以上の者については、在職中であっても、１年間の保険料納付実績を年金額に反映させる改定を定時に行う。（毎年１回、10月分から）



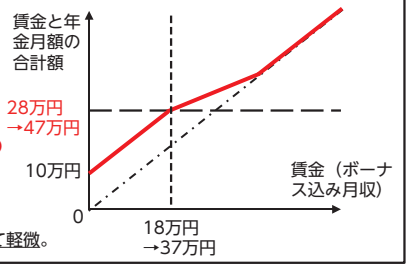
図表5-1-5　在職老齢年金制度の見直し

【在職老齢年金制度】
賃金＋老齢厚生年金の合計額が基準額を上回る場合は、賃金の増加２に対し、老齢厚生年金の支給を１停止する。

【見直し内容】（令和４（2022）年４月施行）
60～64歳の在職老齢年金制度（低在老）について、
・就労に与える影響が一定程度確認されている
・2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援する
・制度を分かりやすくする
といった観点から、支給停止の基準額を28万円から、現行の65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じ「47万円」に引き上げる。

※60歳代前半に支給される特別支給の老齢厚生年金は、男性は2025年度まで、女性は2030年度までの経過的な制度であるため、見直しによる長期的な財政影響は極めて軽微。

イメージ図（年金額が10万円の場合）



【60～64歳の在職老齢年金制度（低在老）】（2022年度末推計）

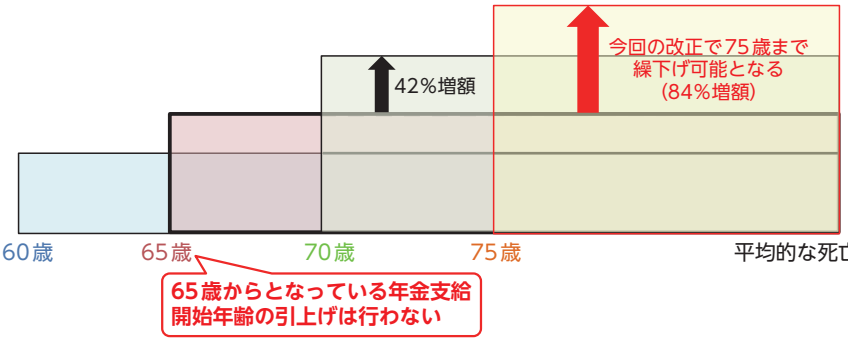
	見直し内容・考え方	支給停止対象者数	うち全額支給停止の対象者数	支給停止対象額
見直し前	基準額は28万円 ・夫婦２人の標準的な年金額相当を基準として設定。 2000年改正当時のモデル年金額に、2003年度からの総報酬制の施行を勘案して2004年度に設定。	（2022年度末推計） 約37万人 （在職受給権者の51%）	（2022年度末推計） 約16万人 （約22%）	（2022年度末推計） 約2,600億円
見直し後	基準額を47万円に引上げ ・現役男子被保険者の平均月収（ボーナスを含む。）を基準として設定。（高在老と同じ）	（2022年度末推計） 約11万人 （在職受給権者の15%）	（2022年度末推計） 約5万人 （約7%）	（2022年度末推計） 約1,000億円

【65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）】（2018年度末）

	考え方	支給停止対象者数	うち全額支給停止の対象者数	支給停止対象額
現行	基準額は47万円 ・現役男子被保険者の平均月収（ボーナスを含む。）を基準として設定。 1998年度末の現役男子被保険者の平均月収（ボーナスを含まない）に、2003年度からの総報酬制の施行を勘案して2004年度に設定。（法律上は2004年度価格で「48万円」。）	約41万人 （在職受給権者の17%）	約20万人 （約8%）	約4,100億円

図表5-1-6　受給開始時期（繰上げ・繰下げ受給制度）の選択肢の拡大について

・公的年金の受給開始時期は、原則として、個人が60歳から70歳の間で自由に選ぶことができる。65歳より早く受給を開始した場合（繰上げ受給）には、年金月額は減額（最大30%減額）となる一方、65歳より後に受給を開始した場合（繰下げ受給）には、年金月額は増額（最大42%増額）となる。
・今回の改正で、この受給開始時期の上限を、70歳から75歳に引き上げる。75歳から受給を開始した場合には、年金月額は84%増額となる。（令和４年４月施行）
※繰上げによる減額率・繰下げによる増額率については、選択された受給開始時期にかかわらず年金財政上中立となるよう設定されている。
※繰下げについては、66歳到達以降に選択することができる。
※改正後の繰下げについては、令和４年４月１日以降に70歳に到達する方が対象となる。



（参考）繰上げ・繰下げによる減額・増額率
減額率・増額率は請求時点（月単位）に応じて計算される。
・繰上げ減額率＝0.4%※×繰り上げた月数（60歳～64歳）
・繰下げ増額率＝0.7%×繰り下げた月数（66歳～**75歳**）

※繰上げ減額率は令和４年４月１日以降、60歳に到達する方を対象として、１月あたり0.5%から0.4%に改正。

請求時の年齢	60歳	61歳	62歳	63歳	64歳	65歳	66歳	67歳	68歳	69歳	70歳	71歳	72歳	73歳	74歳	75歳
減額・増額率（改正前）	76%（70%）	80.8%（76%）	85.6%（82%）	90.4%（88%）	95.2%（94%）	100%	108.4%	116.8%	125.2%	133.6%	142%	150.4%	158.8%	167.2%	175.6%	184%

③今後の課題

2020年改正法の検討規定や附帯決議には、今後の課題として、被用者保険の更なる適用拡大や、公的年金の所得再分配機能の強化等が盛り込まれた。

被用者保険の適用範囲については、本来、被用者である者には被用者保険を適用することが原則であり、被用者にふさわしい保障を短時間労働者の方々にも適用し、働き方や雇用の選択を歪めない制度を構築するため、まずは2024年10月に50人超の規模まで、という2020年改正法で定めた適用拡大を着実に進めることが必要である。このため、中小企業の生産性向上に向けた支援、被用者保険の適用拡大に向けた周知や企業への専門家派遣等の支援等の施策を通じて円滑な施行に向けた環境整備に努めた上で、更なる適用範囲について検討を進めていく。

また、2019年の財政検証結果では、経済成長と労働参加の進むケースでは引き続き、所得代替率50%以上を確保できることが確認された一方で、厚生年金の２階部分と比較して、基礎年金のマクロ経済スライドの調整期間が長期化し、基礎年金部分の比率が減少していくことが示されている。基礎年金は、所得の多寡にかかわらず一定の年金額を保障する所得再分配機能を有する給付であり、この機能を将来にわたって維持することは重要である。このため、所得再分配機能の維持に向けてどのような方策が可能か、次期制度改正に向けて検討を進めていく。

2 2022年度の年金額改定

年金額の改定は、賃金変動率[*4]がマイナスで、賃金変動率が物価変動率[*5]を下回る場合においては、賃金変動率を用いることとされている。2022年度の年金額改定は、賃金変動率（▲0.4%）が物価変動率（▲0.2%）を下回ったことから、このルールに基づいて、賃金変動率（▲0.4%）を用いて0.4%のマイナス改定となった。

また、賃金や物価による改定率がマイナスの場合には、マクロ経済スライドによる調整は行わないこととされているため、マクロ経済スライドによる調整（令和4年度分の▲0.2%）は行われず、昨年度分（▲0.1%）とあわせた未調整分（▲0.3%）が翌年度以降に繰り越された。

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。この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、2018年度より、年金の名目額が前年度を下回らない措置を維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で、前年度までの未調整分を含めて年金額を調整する仕組み（キャリーオーバー制度）が導入されている。

(3) 年金生活者支援給付金について

年金を受給しながら生活をしている高齢者や障害者などの中で、年金を含めても所得が低い方々を支援するため、月額5千円を基準とし、年金に上乗せして支給する「年金生活者支援給付金制度」が、2019（令和元）年10月より施行された。年金生活者支援給付金は、消費税率を10%に引き上げた財源を基に支給されている（2022（令和4）年度の支給基準額は、月額5,020円）（**図表5-1-7**）。

年金生活者支援給付金の支給を受けるには、本人による認定の請求手続が必要であるが、既に年金生活者支援給付金を受給されている方のうち、引き続き支給要件に該当する方については、改めて手続をすることなく、継続して支給するとともに、2021（令和3）年8月末以降、新たに支給対象となる方々には、はがき型の簡易な請求書を送付した。2022年度以降も、年金生活者支援給付金の認定を継続して受けた方及び基礎年金の新規裁定者や所得が減少した方等で新たに認定を受ける方に対して着実に支給する。

＊4　2年度前から4年度前までの3年度平均の実質賃金変動率に前年の物価変動率と3年度前の可処分所得割合変化率を乗じて得た率。
＊5　前年の物価変動率。

図表5-1-7　年金生活者支援給付金の概要

年金生活者支援給付金は、年金を含めても所得が低い者（前年の所得額が老齢基礎年金満額以下の者など）の生活を支援するために、年金に上乗せして支給するものである。
【令和４年度基準額 年60,240円（月5,020円）】

高齢者への給付金（老齢年金生活者支援給付金）

【支給要件】
①　65歳以上の老齢基礎年金の受給者であること
②　前年の公的年金等の収入金額※1とその他の所得（給与所得や利子所得など）との合計額が、老齢基礎年金満額相当（約78万円）※2以下であること
③　同一世帯の全員が市町村民税非課税であること

※1　障害年金・遺族年金等の非課税収入は含まれない。
※2　毎年度、老齢基礎年金の額を勘案して改定。令和４年度は781,200円。

【給付額】　⑴と⑵の合計額が支給される。

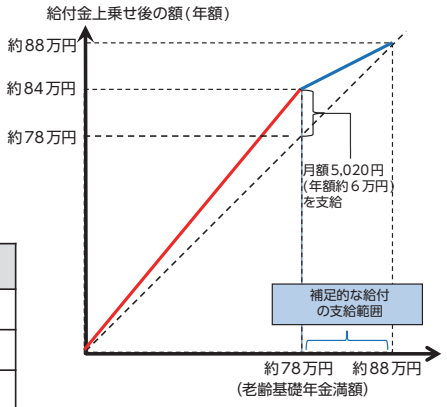
⑴ 保険料納付済期間に基づく額（月額）
＝ 5,020円※3 × 保険料納付済期間（月数）／ 480月

⑵ 保険料免除期間に基づく額（月額）
＝ 10,802円※4 × 保険料免除期間（月数）／ 480月

※3　毎年度、物価変動に応じて改定。
※4　老齢基礎年金満額（月額）の1/6（保険料全額免除、3/4免除、半額免除期間の場合）。
ただし、保険料1/4免除期間の場合は、老齢基礎年金満額（月額）の1/12（5,401円）。

例：

保険料納付済期間	保険料全額免除期間	給付金額（月額）	老齢基礎年金額（月額）	老齢基礎年金額＋給付金額（月額）
480月	0月	5,020円	64,816円	69,836円
240月	0月	2,510円	32,408円	34,918円
360月	120月	6,466円	56,714円	63,180円
240月	240月	7,911円	48,612円	56,523円



（注）保険料納付済期間に基づく公的年金だけで生活している者の例

高齢者への給付金（補足的老齢年金生活者支援給付金）

・老齢年金生活者支援給付金の所得要件（支給要件の②）を満たさない者であっても、前年の公的年金等の収入金額とその他の所得との合計額が約88万円※5までの者に対しては、老齢年金生活者支援給付金を受給する者と所得総額が逆転しないよう、補足的な給付を支給する。
※5　令和４年度は881,200円。
・補足的な給付の額は、所得の増加に応じて逓減する。

障害者や遺族への給付金（障害年金生活者支援給付金・遺族年金生活者支援給付金）

【支給要件】①　障害基礎年金または遺族基礎年金の受給者であること
②　前年の所得※6が、472万1,000円以下※7であること
※6　障害年金・遺族年金等の非課税収入は、給付金の判定に用いる所得には含まれない。
※7　20歳前障害基礎年金が支給停止となる所得基準額と同額となるよう設定。扶養親族等の数に応じて増額する。

【給付額】　障害等級２級の者及び遺族である者 ･･･5,020円※8（月額）
障害等級１級の者 ･･･6,275円※8（月額）
※8　毎年度、物価変動に応じて改定。

その他

・施行日･･･令和元年10月１日
・手続　･･･本人の認定請求により受給権発生。日本年金機構が支払事務を実施。年金と同様に２か月毎に支給。
・費用　･･･全額国庫負担（令和４年度予算額：5,235億円）
・件数（令和３年３月）･･･老齢給付金468.1万件、補足的老齢給付金96.2万件、障害給付金200.1万件、遺族給付金8.0万件
・その他･･･各給付金は非課税。

(4) 年金積立金の管理・運用

1 年金積立金の管理・運用の概要

年金積立金の運用は、「積立金が、被保険者から徴収された保険料の一部であり、かつ、将来の保険給付の貴重な財源となるものであることに特に留意し、専ら被保険者の利益のために、長期的な観点から安全かつ効率的に行う」ことが法律で定められている。

2019（令和元）年財政検証で設定された複数の経済前提をもとに、各ケースに対応できる長期の実質的な運用利回り（名目運用利回り－名目賃金上昇率）1.7%を運用目標とし、厚生労働大臣が定めた年金積立金管理運用独立行政法人（以下「GPIF」という。）の中期目標において、「長期的に年金積立金の実質的な運用利回り1.7%を最低限のリスクで確保すること」とされている。これを受けて、GPIFにおいて、リターン・リスク等の特性が異なる複数の資産への分散投資を基本として、長期的な観点からの資産構成割合（基本ポートフォリオ）を定め、これに基づき年金積立金の管理・運用を行っている。

GPIFによる年金積立金の管理・運用は、運用受託機関等（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 年金積立金の管理・運用の考え方

GPIFが管理・運用を行う年金積立金は巨額であるため、市場に与える影響に留意しつつ、効率的な運用を行っていくことが必要である。また、おおむね50年程度は取り崩す必要がない資金であるため、一時的な市場の変動に過度にとらわれる必要はなく、様々な資産を長期にわたって保有する「長期運用」により、安定的な収益の獲得を目指している。長期的な運用においては、短期的な市場の動向により資産構成割合を変更するよりも、基本となる資産構成割合（基本ポートフォリオ）を決めて長期間維持していく方が、効率的で良い結果をもたらすとされている。GPIFでは、基本ポートフォリオに基づいて運用を行っており、実際の運用における資産構成割合が基本ポートフォリオから乖離した場合には適時適切に資産の入替え等（リバランス）を行っている。

また、GPIFでは、国内外の様々な資産に分散投資を行っている。株式は、短期的な価格変動リスクは債券よりも大きいものの、長期的に見た場合、債券よりも高い収益が期待できる。株式を適切に組み入れて運用することで、国内外の企業活動やその結果としての経済成長の果実を「配当」及び保有株式の「評価益」という形で取り込むことにより、最低限のリスクで年金財政上必要な利回りを確保することを目指すとともに、国内だけでなく、外国の様々な種類の資産に分けて投資することで、収益獲得の機会を増やし、世界中の経済活動から収益を得ると同時に、資産分散の効果により、大きな損失が発生する可能性を抑える運用を行っている。

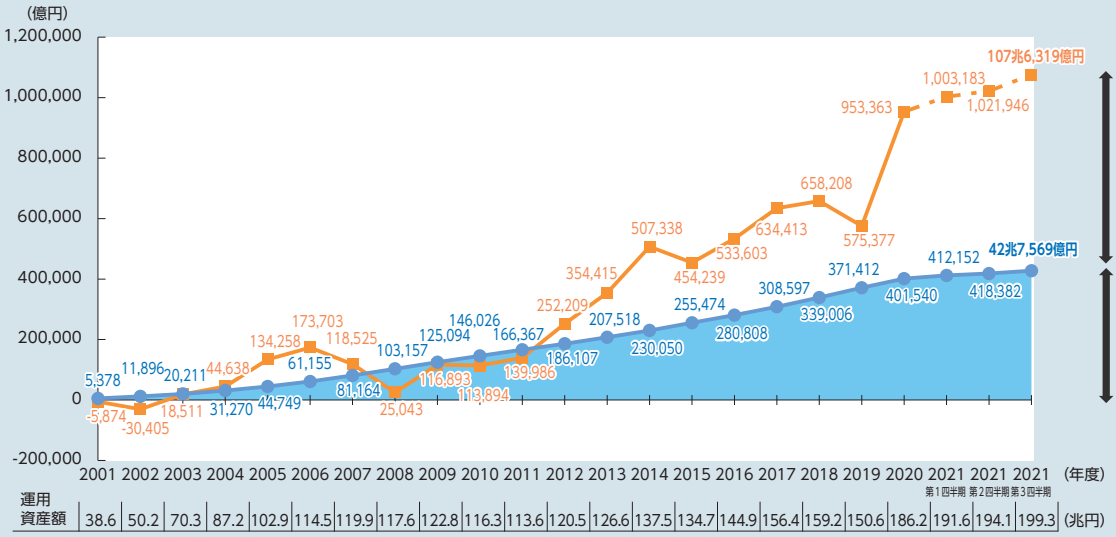
GPIFが重視しているリスクは、「市場の一時的な変動による短期的なリターンの変動（ブレ幅）」ではなく、「年金財政上必要とされている長期的な収益が得られないこと」であり、GPIFは、様々な指標を専門的に分析し、市場の一時的な変動による短期的なリターンの変動にも配慮しながら、長期的な収益が得られないリスクを抑えることを重視した運用を行っている。

3 年金積立金の運用状況

GPIFは、年度及び四半期の運用状況を定期的に公表している。GPIFの2020（令和2）年度の運用状況は、新型コロナウイルス感染拡大の中、主要国における財政支出、緩和的な金融政策の継続による内外株式市場の大幅な価格上昇の影響から、収益率＋25.15%（年率）、収益額＋37兆7,986億円（年間）、運用資産額186兆1,624億円（2020年度末時点）となり、自主運用を開始した2001（平成13）年度から2020年度までの累積では、収益率＋3.61%（年率）、収益額＋95兆3,363億円（うち利子・配当収入のインカムゲインは40兆1,540億円）となっている（**図表5-1-8**）。また、年金積立金全体の実質的な運用利回りは、2001年度以降の20年間の平均で3.85%となり、運用目標（実質的な運用利回り＋1.7%）を上回っている。

なお、GPIFの2021（令和3）年度第1四半期から第3四半期までの運用状況（速報）は、外国株式市場の価格上昇の影響等から、収益率は＋6.59%（期間収益率）、収益額は＋12兆2,956億円（2021年4～12月）、2021年度第3四半期末時点の運用資産額は199兆2,518億円となっており、自主運用を開始した2001年度から2021年度第3四半期までの累積では、収益率は＋3.79%（年率）、収益額は＋107兆6,319億円（うち利子・配当収入は42兆7,569億円）となっている。

図表5-1-8　年金積立金の運用実績（2001年度（自主運用開始）以降）



（注）1. 累積収益額は、令和2年度までの各年度の収益額に、令和3年度の第3四半期までの収益額を加えている。
2. 速報値であるため、業務概況書等において変更になる場合がある。
3. 年金特別会計で管理する積立金は含まない。

4 GPIFの取組み

GPIFは、経済、金融、資産運用、経営管理等の専門家と理事長からなる経営委員会が、合議によって重要な意思決定を行うとともに、執行部によってその決定に沿った執行が行われているかどうかを監督している。この経営委員会と、監査等を担う監査委員会及び執行を担う理事長等が、適切に役割分担及び連携を図ることにより、自律的なPDCAサイクルを機能させ、国民から一層信頼される組織体制の確立に努めている。

また、GPIFは、長期的な収益を確保する観点から、運用受託機関を通じた「建設的な

対話」（エンゲージメント）等によるスチュワードシップ責任を果たすための活動や、財務的要素に加えて非財務的要素であるESG[*6]を考慮した投資に取り組んでいる。

2 企業年金・個人年金制度の最近の動向について

(1) 企業年金・個人年金制度の役割

企業年金・個人年金制度は、国民の高齢期における所得の確保に係る自主的な努力を支援し、もって公的年金の給付と相まって国民生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とした制度であり、公的年金に上乗せして加入するものである。多様化する国民の老後生活に対するニーズに対応しつつ、長期化する高齢期の経済基盤の充実を図るためには、老後生活の基本を支える公的年金に加え、企業年金・個人年金の充実が重要である。

これらを踏まえ、企業年金・個人年金の更なる普及を図るため、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) 直近の法令改正と今後の課題

公的年金の見直しの議論と併行して、社会保障審議会企業年金・個人年金部会において議論を行い、議論の整理を取りまとめた。これらを踏まえ、2020年改正法においては、公的年金の見直しに併せて、確定拠出年金の加入可能年齢の引上げや受給開始時期の選択肢の拡大（**図表5-1-9**）、確定拠出年金制度における中小企業向け制度の対象範囲の拡大、企業型確定拠出年金（企業型DC）加入者の個人型確定拠出年金（個人型DC（iDeCo））加入の要件緩和（**図表5-1-10**）等を盛り込んだ。

2020年改正法の検討規定や附帯決議には、今後の課題として、国民が高齢期における所得の確保に係る自主的な努力を行うに当たって、これに対する支援を公平に受けられるようにする等その充実を図る観点から、個人型DC（iDeCo）及び国民年金基金の加入の要件、個人型DC（iDeCo）に係る拠出限度額及び中小事業主掛金を拠出できる中小事業主の範囲等について、税制上の措置を含め全般的な検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることが盛り込まれた。

2020年改正法の検討規定等や社会保障審議会企業年金・個人年金部会の議論を受け、確定拠出年金法施行令及び公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令の一部を改正する政令により、確定拠出年金（DC）の拠出限度額について、確定給付企業年金（DB）等の他制度の掛金額の実態を反映し、以下のとおり公平できめ細かな算定方法に見直された（2024（令和6）年12月1日施行）（**図表5-1-11**）。

①DB制度の加入者の企業型DCの拠出限度額（現行：月額2.75万円）を、月額5.5万円からDBごとの掛金相当額を控除した額とする。

②DB制度の加入者の個人型DCの拠出限度額（現行：月額1.2万円）を、月額5.5万円からDBごとの掛金相当額及び企業型DCの掛金額を控除した額（月額2万円を上限）とする。

今後とも、公平でわかりやすい制度の実現に向けて検討を進めていく。

＊6　E（Environment）、S（Social）、G（Governance）

図表5-1-9 確定拠出年金の加入可能要件の見直し等

1．確定拠出年金（ＤＣ）の加入可能年齢の引上げ（令和４（2022）年５月施行）

（1）企業型確定拠出年金（企業型ＤＣ）

○ 企業が従業員のために実施する退職給付制度である企業型ＤＣについては、現行は厚生年金被保険者のうち65歳未満のものを加入者とすることができる（60歳以降は60歳前と同一事業所で継続して使用される者に限られる）が、企業の高齢者雇用の状況に応じたより柔軟な制度運営を可能とするとともに、確定給付企業年金（ＤＢ）との整合性を図るため、厚生年金被保険者（70歳未満）であれば加入者とすることができるようにする。

（2）個人型確定拠出年金（個人型ＤＣ（iDeCo））

○ 老後のための資産形成を支援するiDeCoについては、現行は国民年金被保険者（第１・２・３号）の資格を有していることに加えて60歳未満という要件があるが、高齢期の就労が拡大していることを踏まえ、国民年金被保険者（※）であれば加入可能とする。

（※）国民年金被保険者の資格は、①第１号被保険者：60歳未満、②第２号被保険者：65歳未満、③第３号被保険者：60歳未満、④任意加入被保険者：保険料納付済期間等が480月未満の者は任意加入が可能（65歳未満）となっている。

2．受給開始時期等の選択肢の拡大

（1）確定拠出年金（企業型ＤＣ・個人型ＤＣ（iDeCo））（令和４（2022）年４月施行）

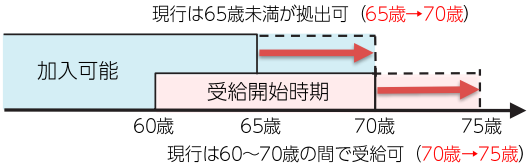
○ ＤＣについては、現行は60歳から70歳の間で各個人において受給開始時期を選択できるが、公的年金の受給開始時期の選択肢の拡大に併せて、上限年齢を75歳に引き上げる。

（2）確定給付企業年金（ＤＢ）（公布日施行）

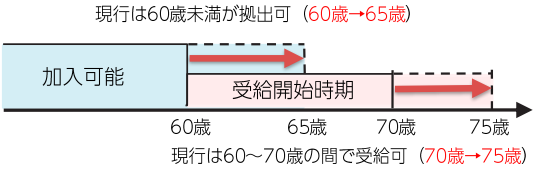
○ ＤＢについては、一般的な定年年齢を踏まえ、現行は60歳から65歳の間で労使合意に基づく規約において支給開始時期を設定できるが、企業の高齢者雇用の状況に応じたより柔軟な制度運営を可能とするため、支給開始時期の設定可能な範囲を70歳までに拡大する。

【ＤＣの加入可能年齢の引上げと受給開始時期の選択肢の拡大】

＜企業型ＤＣ＞



＜個人型ＤＣ（iDeCo）＞



図表5-1-10 確定拠出年金の制度面・手続面の改善

1．中小企業向け制度（簡易型DC・iDeCoプラス）の対象範囲の拡大（2020（令和２）年10月施行）

○ 中小企業における企業年金の実施率は低下傾向にあることから、中小企業向けに設立手続を簡素化した「簡易型DC」や、企業年金の実施が困難な中小企業がiDeCoに加入する従業員の掛金に追加で事業主掛金を拠出することができる「中小事業主掛金納付制度（iDeCoプラス）」について、制度を実施可能な従業員規模を現行の100人以下から300人以下に拡大する。

2．企業型DC加入者の個人型ＤＣ（iDeCo）加入の要件緩和（令和４（2022）年10月施行）【下図参照】

○ 企業型DC加入者のうちiDeCo（月額2.0万円以内）に加入できるのは、拠出限度額（DC全体で月額5.5万円以内）の管理を簡便に行うため、現行はiDeCoの加入を認める労使合意に基づく規約の定めがあって事業主掛金の上限を月額5.5万円から3.5万円に引き下げた企業の従業員に限られている。ほとんど活用されていない現状にあることから、掛金の合算管理の仕組みを構築することで（※）、規約の定めや事業主掛金の上限の引下げがなくても、全体の拠出限度額から事業主掛金を控除した残余の範囲内で、iDeCo（月額2.0万円以内）に加入できるように改善を図る。

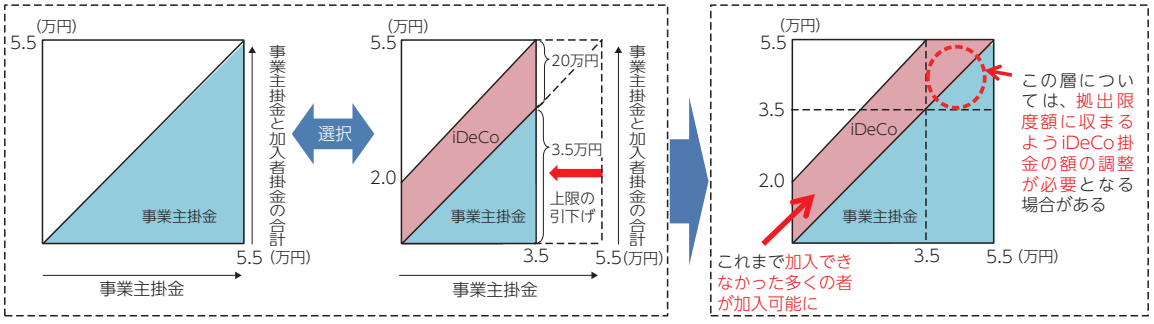
（※）事業主掛金を管理する企業型DCの記録関連運営管理機関と、iDeCo掛金を管理する国民年金基金連合会との情報連携で対応する。また、各加入者のiDeCo掛金の拠出可能見込額について、企業型DCの加入者向けのウェブサイトで表示する。

3．その他の改善

○ 企業型DCの規約変更、企業型DCにおけるマッチング拠出とiDeCo加入の選択、DCの脱退一時金の受給、制度間の年金資産の移換、DCの運営管理機関の登録について、手続の改善を図る。

＜現行＞iDeCoの加入を認める労使合意に基づく規約の定め等がなければ、加入者全員がiDeCoに加入不可

＜見直し案＞規約の定め等を不要とすることで、これまで加入できなかった多くの者がiDeCoに加入可能



※ 企業型ＤＣと確定給付型を実施している場合は、5.5万円→2.75万円、3.5万円→1.55万円、2.0万円→1.2万円

図表5-1-11　企業型・個人型確定拠出年金の拠出限度額

○2022（令和4）年10月～

	企業型DCのみに加入する場合	企業型DCと確定給付型（DB、厚生年金基金等）に加入する場合
企業型DCの事業主掛金額（月額）	5.5万円	2.75万円
個人型DC（iDeCo）の掛金額（月額）	5.5万円－企業型DCの事業主掛金額（ただし、2万円を上限）	2.75万円－企業型DCの事業主掛金額（ただし、1.2万円を上限）



○DC拠出限度額に確定給付型の事業主掛金額を反映後（2024（令和6）年12月以降）

企業型DCの事業主掛金額（月額）	5.5万円－確定給付型の事業主掛金相当額（※1）（経過措置あり（※2））
個人型DC（iDeCo）の掛金額（月額）	5.5万円－（企業型DCの事業主掛金額＋確定給付型の事業主掛金額）（ただし、2万円を上限）

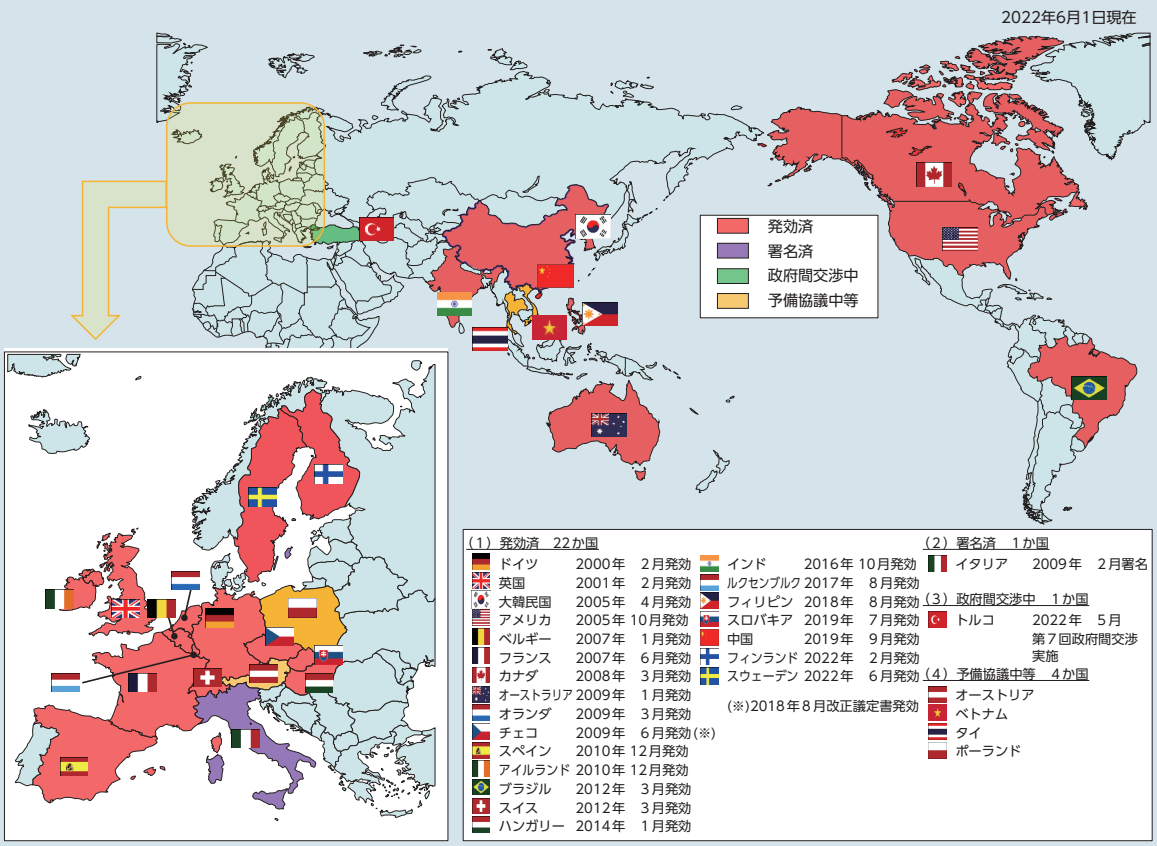
※1　DB等の他制度掛金相当額は、DB等の給付水準から企業型DCの事業主掛金に相当する額として算定したもので、複数の他制度に加入している場合は合計額。他制度には、DBのほか、厚生年金基金・私立学校教職員共済制度・石炭鉱業年金基金を含む。

※2　経過措置として、施行の際に企業型DCを実施している事業主は、旧制度（現行制度）を適用することとした。ただし、令和6年12月1日以後に企業型DCの事業主掛金額やDBの給付設計の見直しを行う規約変更等を行った場合には、経過措置の適用は終了することとする。

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、2022（令和4）年6月のスウェーデンとの間の協定に至るまで、22か国との間で協定が発効している。現在、トルコ、オーストリア、ベトナム、タイ及びポーランドとの間で協定に関する交渉又は協議を行っている（図表5-1-12）。

図表5-1-12 社会保障協定の締結状況



（注） 本資料に記載した地図は、我が国の領土を網羅的に記したものではない。

我が国が社会保障協定を締結するに当たっては、相手国の社会保障制度における一般的な社会保険料の水準、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。

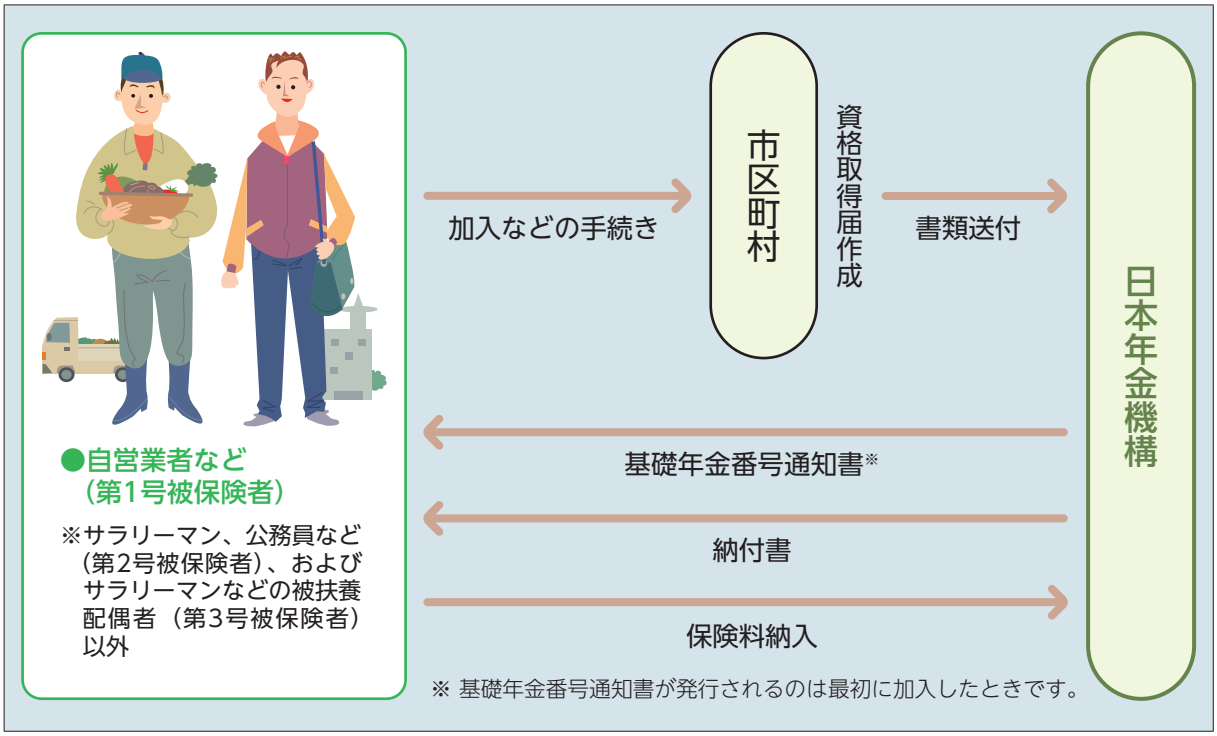
日本年金機構は、厚生労働大臣の監督の下、国と密接な連携を図りながら公的年金事業に関する業務運営を行うことにより、公的年金事業及び公的年金制度に対する国民の皆様の信頼を確保し、もって国民生活の安定に寄与することを目的とし、厚生労働省が定めた中期目標や日本年金機構が策定した中期計画及び各年度の年度計画に基づいて計画的に業務を行ってきた。2019（令和元）年度からは、第3期中期目標（対象期間：2019（平成

31）年4月1日から2024（令和6）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。

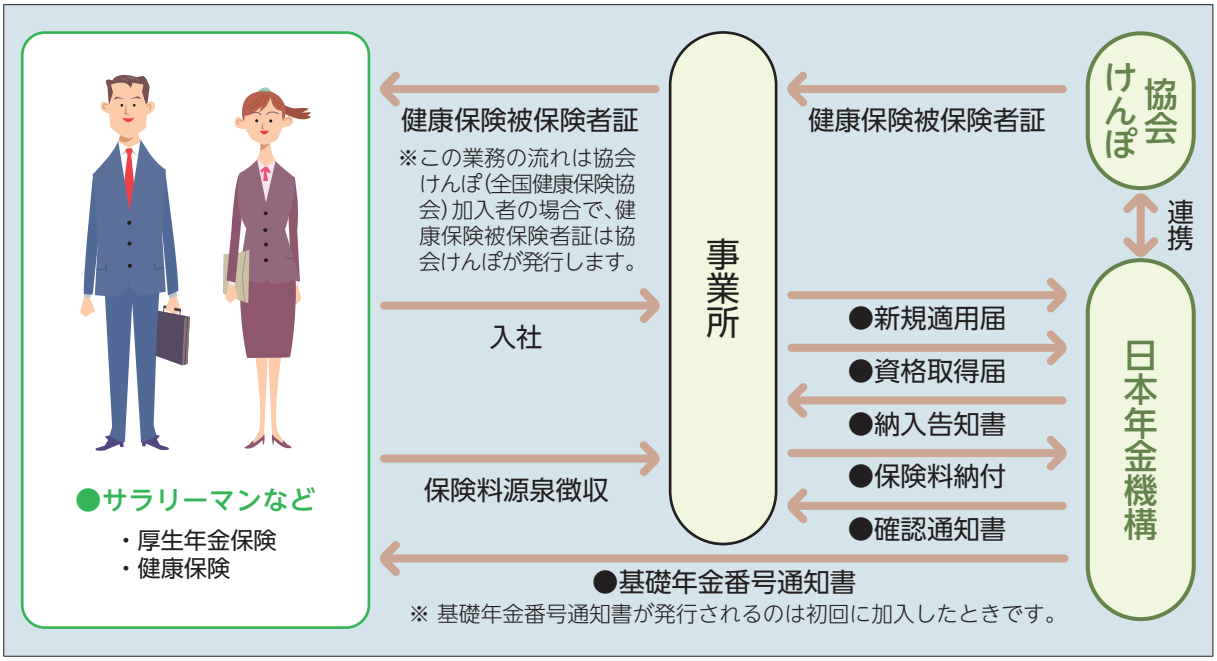
2 日本年金機構の取組み

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) 公的年金事業における新型コロナウイルス感染症への対応

今般の新型コロナウイルス感染症への対応として、以下の特例措置を講じた。

・国民年金保険料について、新型コロナウイルス感染症の影響により、2020（令和2）年2月以降に一定程度収入が低下し、当年中の所得の見込が保険料の免除等に該当する水準になることが見込まれる方について、免除等を適用。

・厚生年金保険料等の納付が困難な事業所については、従来から設けられている猶予の仕組みの活用により、事業所の状況に応じて、分割納付も認めるなど柔軟に対応。

・新型コロナウイルス感染症の影響による休業があったことにより、報酬が著しく低下した方の厚生年金保険料等について、申請により報酬低下の翌月から標準報酬月額の減額改定を実施。

(2) 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対策については、これまで納付督励や免除等勧奨業務を受託する事業者との連携強化、口座振替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。納付率は、2013（平成25）年度における最終納付率（2011（平成23）年度分保険料）以降は上昇傾向にあり、2020（令和2）年度における最終納付率（2018（平成30）年度分保険料）は、前年度から0.9ポイント増の77.2%[*7]となった。

近年では、納付率の更なる向上を図るため、年齢や所得、未納月数等、未納者の属性に応じて効果的に納付書、催告状等の送付を行うとともに、控除後所得300万円以上かつ未納月数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。）について、2018年度か

＊7　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2018年度分保険料の過年度に納付されたものを加えた納付率（最終納付率）。

ら取り組んでいるほか、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ている[*8]。

厚生年金の適用促進については、2020年度から4年間で集中的に取り組んでおり、法務省からの法人登記情報の提供に加え、国税庁から提供されている法人の源泉徴収義務者情報や雇用保険情報を活用し適用すべき事業所を把握し、従業員規模に応じて、効率的・効果的な加入指導を実施している。また、適用事業所に対する事業所調査については、優先度等を踏まえ対象事業所の選定を行い、様々な手法を組み合わせ、各種届出が適正に行われているか、計画的に調査を行っている。

(3) 年金給付や年金相談業務の改善

年金の給付については、年金受給にできる限り結びつ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、年金受給開始年齢に到達する直前及び繰下げ受給の上限年齢である75歳に到達する直前に、年金請求書を本人宛に送付することや、受給資格期間を満たしながら年金請求を行っていない66歳から74歳までの方（昭和27年4月2日以降生まれの方に限る。）に対して、毎年、各年齢に到達する直前に年金見込額のお知らせを送付する等の取組みを行っている。また、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。さらに、年金給付の正確性の確保を推進するため、2020（令和2）年4月より、年金決定時チェックを実施し、事務処理誤りの予防・早期対応を図っている。

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相談職員の配置等の対策に取り組んでいる。また、2021（令和3）年5月より、インターネットから年金相談予約を受け付けるサービスについて、年金請求書（事前送付用）に関する来訪相談予約を対象として運用を開始している。

お客様の声を反映させる取組みとして、各年金事務所への「ご意見箱」の設置、ホームページ上に「日本年金機構へのご意見、ご要望」コーナーの設置、「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。

(4) デジタル化への対応等

1 年金手続における申請のオンライン化への対応

社会保険関係の手続は、紙媒体やDVDなどの電子媒体による申請の他、電子申請が可能となっており、2020（令和2）年4月からは、GビズID[*9]を活用したID・パスワード方式による電子申請を新たに開始した。また、同月以降、資本金1億円を超える大法人等

＊8　滞納処分や国税庁への強制徴収委任については、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、(1) の対応を優先して実施するため、一時停止する等の措置を講じた。
＊9　経済産業省が提供する、事業者が1つのアカウントで複数の行政サービスにアクセスできる認証システム

については、報酬月額算定基礎届等の電子申請が義務化された。

電子申請は、年金事務所等へ来所いただく必要がなく、24時間いつでもどこからでも手続が可能である。特に、厚生年金の適用事業所が行う手続については、紙や電子媒体による申請よりも処理が早いなどのメリットもあることから、主要な手続[*10]における電子申請の利用割合が41.9%（2020年度末）から56.7%（2021（令和3）年10月末）に増加している。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、「厚生年金保険料等の納付猶予特例申請書」や「厚生年金保険料等の標準報酬月額の特例改定」といった特例手続について電子申請での受付対応を行った。さらに、事業所調査時に事業主に提出を求めている賃金台帳・出勤簿等の調査資料について、新たにオンラインで提出できる仕組みを2021（令和3）年5月から開始した。今後も、マイナポータルやe-Govを活用し、電子申請の推進に取り組んでいく。

2 マイナンバー制度への対応

日本年金機構におけるマイナンバー制度への対応については、2017（平成29）年1月から相談・照会業務におけるマイナンバーの利用、2018（平成30）年3月からマイナンバーによる各種届書の提出などが実施されている。

マイナンバーを活用した年金関係の情報連携については、日本年金機構から地方公共団体等への情報照会は、2019（令和元）年7月から順次本格運用へ移行している。また、地方公共団体等から日本年金機構への情報照会は、2019年10月から順次本格運用へ移行している。

年金関係の情報連携の本格運用が開始された場合には、年金関係の手続を行う際の課税証明書等の添付や各種手当の申請を地方公共団体等に行う場合の年金関係書類の添付が不要となり、国民の負担が軽減するとともに、行政機関の事務の効率化が図られる。

3 情報セキュリティ対策の推進

厚生労働省及び日本年金機構においては、2015（平成27）年5月に発生した、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における反省を踏まえ、情報セキュリティ対策の強化等、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を進めてきたところである。

デジタル化への対応等にあたり、これまでに講じた情報セキュリティ対策の維持・徹底を図った上で、外部からの攻撃手法の多様化かつ巧妙化など、外部の環境変化や情報技術の進展に応じた情報セキュリティ対策の更なる強化等、必要な見直しを継続的に行っていくこととしている。

(5) ねんきんネットとねんきん定期便について

1 「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、ご自身の年金記録などをパソコ

＊10 健康保険・厚生年金保険被保険者に係る資格取得届、資格喪失届、報酬月額算定基礎届、報酬月額変更届、賞与支払届、健康保険被扶養者異動届および国民年金第3号被保険者関係届の7手続

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、現在と今後の働き方や収入、期間等の条件を設定した場合の年金見込額の試算や、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にアクセスし、登録を行うことで利用が可能となり、ユーザID取得者数は、2022（令和4）年3月末現在、770万人となっている。

また、2018（平成30）年10月から、マイナポータルとの属性連携を開始したことにより、マイナンバーカードがあれば、ユーザIDを取得しなくとも、マイナポータルからアクセス可能となっている。2021（令和3）年7月には、マイナポータルと「ねんきんネット」との初回連携について、本人の入力操作なしに自動的に行うことや、マイナンバーカードの読み込み機能が備わったスマートフォンで行うことが可能となっている。

2 「ねんきん定期便」の見直しについて

国民年金・厚生年金の全ての現役加入者へ毎年誕生月に「ねんきん定期便」を送付している。

2022（令和4）年4月から送付する「ねんきん定期便」においては、記載内容を見やすくわかりやすくし、公的年金制度のポイントを周知するため、2020年改正法に盛り込まれた受給選択時期の選択肢の拡大（60歳から70歳の間となっていたものを、60歳から75歳の間に拡大する）に対応した年金見込額の増額イメージ図等を表示する見直しを行っている。

3 年金記録問題への取組みとご自身による年金記録確認の推進

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3,321万件（2022（令和4）年3月現在）の記録が解明された。

また、「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）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）未解明記録の解明のための取組み

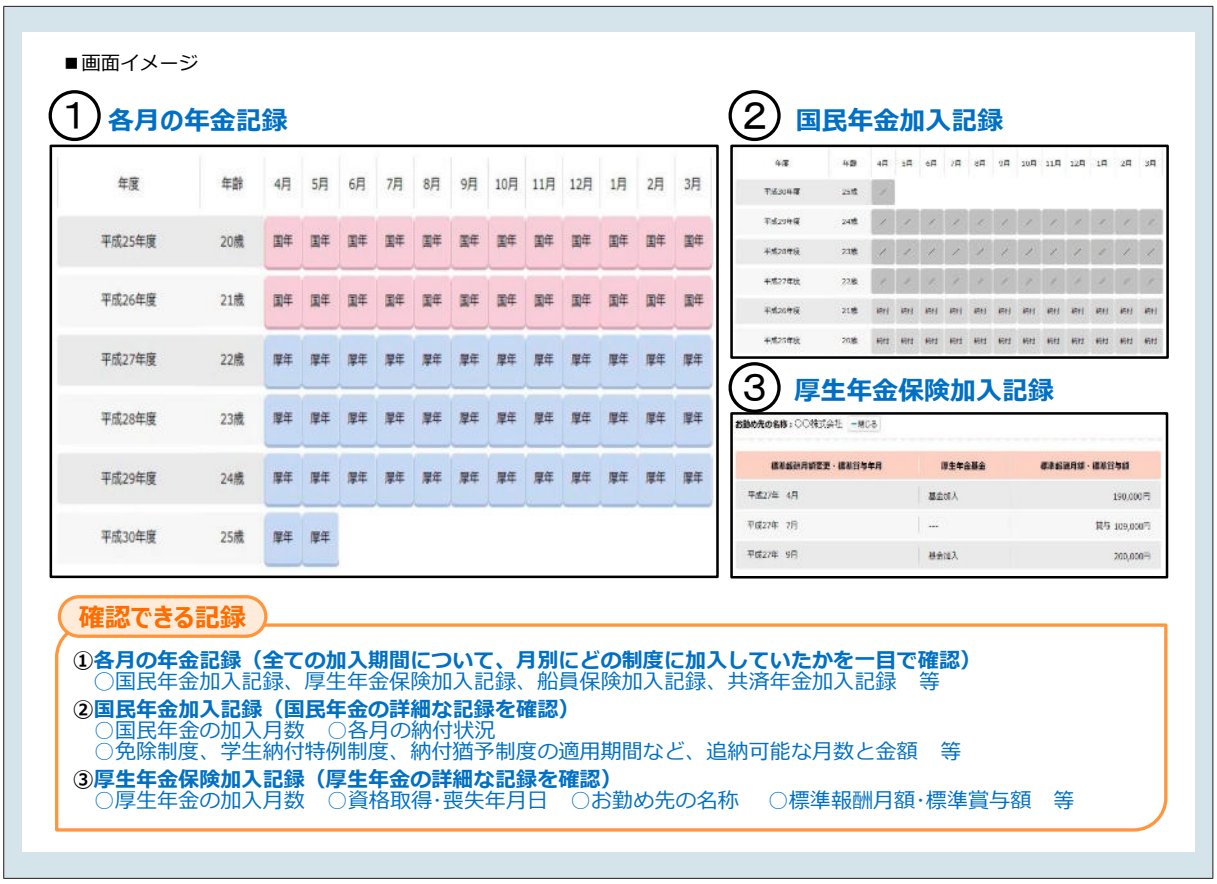
未解明記録の解明に向けた取組みとして、2018（平成30）年から「ねんきん特別便（名寄せ特別便）」等の未回答者に対し、再度「年金加入記録の確認のお知らせ」を送付するとともに、「ねんきん定期便」などを利用し「もれ」や「誤り」がないかどうか記録確認の呼びかけなどの取組みを引き続き行っている。

(2) ご自身による年金記録確認の推進

年金記録を正確に管理するためには、ご本人にも確認いただき、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、毎年誕生月に送付している「ねんきん定期便」では、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の標準報酬月額等をお知らせしている。また、節目年齢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大きな変動など、確認すべきポイントについてわかりやすく表示している（**図表5-2-3**）。

図表5-2-3　「ねんきんネット」のイメージ図



(3) 年金記録の訂正手続

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。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しを求める訴訟を提起することが可能である。

2022（令和4）年2月末時点で年金事務所が受け付けた訂正請求の件数は、制度発足以来累計で約3万7千件となっている。受け付けた件数のうち、約3万6千件の処理が完了しており、約2万8千件の年金記録が訂正されている。

第3節　年金広報の取組みについて

公的年金制度の意義や役割、年金財政、各種手続等についての理解促進を図っていくため、様々な機会や媒体を活用し、情報の受け手の属性やライフスタイル等に応じ、一体的な情報発信を行うことで周知・広報の強化に努めている。また、多様な生き方、働き方に対応するとともに、高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給のあり方や年金記録の確認等について国民の目線に立ったわかりやすい情報提供による周知が求められている。

このため、年金広報について技術的な助言を得ることを目的として有識者等からなる年金広報検討会を開催（2021（令和3）年度は6回開催）しており、各種の年金広報について取組みを進めている。

1 社会保険適用拡大に関する広報について

2020（令和2）年改正法における社会保険の適用拡大の施行に際しては社会保険加入のメリット、増える将来の年金額や手取り維持に必要な労働時間などを従業員個々人に丁寧に説明することが重要となる。中小企業が対応方針の立案や従業員への丁寧な説明を十分に行えるようにすることを目的として、2021年2月に社会保険適用拡大特設ホームページを開設し、その中で事業主向け・従業員向けのチラシ・ガイドブック・解説動画などを掲載するなど積極的にわかりやすい資料等を通じた情報発信を行っている[*11]。



制度改正に関する広報物

2 個々人の年金の「見える化」について

①2020年改正法をわかりやすく周知すること、②働き方・暮らし方の変化に伴う年金額の変化を「見える化」することを目的として、公的年金シミュレーターを開発し、2022（令和4）年4月に公開することとしている。主に、ねんきん定期便に印刷されたQRコードを読み取ることなどにより、将来受け取る年金額の概算を簡易試算することが可能となる。



公的年金シミュレーターイメージ

＊11 社会保険適用拡大特設ホームページ　https://www.mhlw.go.jp/tekiyoukakudai/index.html

3 年金エッセイの募集、年金広報コンテスト

日本年金機構において2010（平成22）年度より、公的年金制度の普及・啓発活動の一環として、公的年金をテーマにエッセイを募集し、厚生労働大臣賞、日本年金機構理事長賞等の作品を選定している。

また、厚生労働省では、次世代を担う若い世代の方々と一緒に年金について考えることを目的として、2019（令和元）年度より「令和の年金広報コンテスト」を実施しており、2021（令和3）年度には、①ポスター部門、②動画部門の2部門について、それぞれ最優秀賞として厚生労働大臣賞を授与した。



第3回「令和の年金広報コンテスト」
ポスター部門　厚生労働大臣賞受賞作品

4 年金教育教材の開発や学生との年金対話集会等の開催

厚生労働省では、より若いうちから年金制度を認識してもらうことを目的として、小学生向け年金教育図書（年金漫画）[*12]や若年者を対象とした年金教育動画[*13]により、関心の持ちやすい形式による広報に取り組んでいる。2021（令和3）年度においては、全国の小中学校・公立図書館に年金漫画を配布するとともに、好評を博した年金教育動画の第2弾を制作した。

厚生労働省では、学生に年金について考えてもらうとともに、学生からの意見や指摘を今後の年金行政に活かしていくことを目的として年金対話集会を開催している。2021年度は全国24の大学及び4の中学校・高校において開催（対面開催12回、オンライン開催16回）するとともに、デザインやアニメーション等を加えた若い世代向けの年金学習教材を作成した。

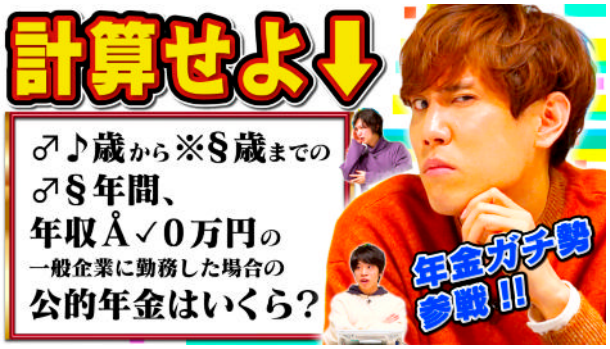
これらの年金広報・教育の取組みが国際的に高く評価され、2022（令和4）年2月にはISSA[*14]アジア･太平洋グッドプラクティス賞に次ぐ優秀賞（特別講評付）を受賞した。

日本年金機構では、公的年金制度に対する正しい知識と理解を深め、制度加入や保険料納付に結びつけるため、自治体、地域の関係団体、年金委員と連携し、地域、企業、教育の場などにおいて、年金制度説明会や年金セミナー等を実施し、地域に根ざした周知・啓発活動に取り組んでいる。また、2021年2月から、Web会議ツールを活用した非対面形式でのセミナー等の実施について運用を開始し、拡大を図っている。

＊12「年金のひみつ」学研キッズネット　https://kids.gakken.co.jp/himitsu/library-social001/
＊13 人気YouTuberによる年金クイズ動画　https://m.youtube.com/watch?v＝8B6LqFUxsxQ
＊14 国際社会保障協会（International Social Security Association）



「年金のひみつ」学研キッズネット



人気YouTuberによる年金クイズ動画第２弾

5「年金の日」について

厚生労働省と日本年金機構では、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団体等と協働した取組みにより、「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き、高齢期に備え、その生活設計に思いを巡らせていただくことを呼びかけている。また、11月を「ねんきん月間」と位置づけ、公的年金制度に関する様々な普及・啓発活動を行っている。

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。

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・介護分野のデータの有機的な連結や、ICT等の技術革新の利活用の推進により、国民の健康寿命の延伸や効果的・効率的な医療・介護サービスの提供を目指し、取組みを進めている（**図表6-1-1**）。具体的には、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インフラの整備等を進めるため、2017年7月に「データヘルス改革推進計画」を策定し、2018（平成30）年7月には工程表を策定した。これらは、2020（令和2）年度の実現を目指したものであることから、2019（令和元）年9月には、2021（令和3）年度以降に目指すべき未来と、それらの実現に向けた2025（令和7）年度までの工程表を策定した。

2020年6月には、「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」を策定し、2021年6月には、当該集中改革プランを基礎としつつ、「自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備（PHR：Personal Health Record）」、「医療・介護分野での情報利活用の推進」、「ゲノム医療の推進」及び「基盤の整備（支払機関改革）」の4本柱に沿って、2025年度末までに取り組む5年間の工程を明確化した新たな工程表を策定した。現在、この工程表に沿って、取組みを進めている。

2021年度の具体的な取組みは以下のとおり。

○ゲノム医療の推進について、2019年12月に策定した「全ゲノム解析等実行計画」（第1版）及び2021年6月に策定した「全ゲノム解析等実行計画ロードマップ2021」に基づき、一人ひとりの治療精度を格段に向上させ、治療法のない患者に新たな治療を提供するといったがんや難病等の医療の発展や、個別化医療の推進等、がんや難病等患者のより良い医療の推進のため、全ゲノム解析等を推進してきた。がん、難病において、日本人のゲノム変異の特性等を明らかにしつつ、引き続き体制整備を進める。

○AI活用の推進について、医療従事者の負担軽減及び医療の質の向上等を図るため、AMEDにおいて、画像診断を支援するAI開発の取組み等を進めた。また、保健医療AI開発加速コンソーシアムにおいて、2020年6月に策定した「ロードブロック解消に向けた工程表」及び「俯瞰図に基づくAI 開発促進のための工程表」に基づき取組みを進めた。

○自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進について、マイナポータル等を通じた個人へのデータ提供に関しては、2017年6月以降の予防接種歴情報に加え、2020年6月から乳幼児健診・妊婦健診情報、2021年10月からは特定健診等情報及び薬剤情報の提供を開始した。2022（令和4）年度からはその他の健診・検診等情報の提供開始を目指している。

また、PHRサービスの利活用の促進に向けて、2021年4月に取りまとめた「民間PHR事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」の周知を図り、事業者に遵守を求めるとともに、官民連携して、より高いサービス水準を目指すガイドラインを2023年度以降に策定することを目指している。

○患者の保健医療情報を患者本人の同意により全国の医療機関等において確認できる仕組みについて、2021年10月から特定健診等情報及び薬剤情報を確認できるようシステム改修等を行った。2022年夏を目途に、確認できる情報を順次拡大させることを目指している。

重複投薬の回避にも資する電子処方箋の仕組みについては、2021年度にシステム開発に着手し、2023（令和5）年1月を目途に運用を開始する予定である。

異なる電子カルテを使用する医療機関間でも円滑に情報連携できるよう、電子カルテ情報及び交換方式の標準化を進めており、国際的な情報交換方式（HL7 FHIR[*1]）の規格を用いることとしている。2022年3月、診療情報提供書をはじめとする3文書情報等を厚生労働省標準規格として採用した。2022年度から、医療情報化支援基金を活用し、標準規格に準拠した電子カルテの普及を着実に推進する。

また、データヘルス改革に関する工程表に則り、全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤のあり方についても検討を進めている。

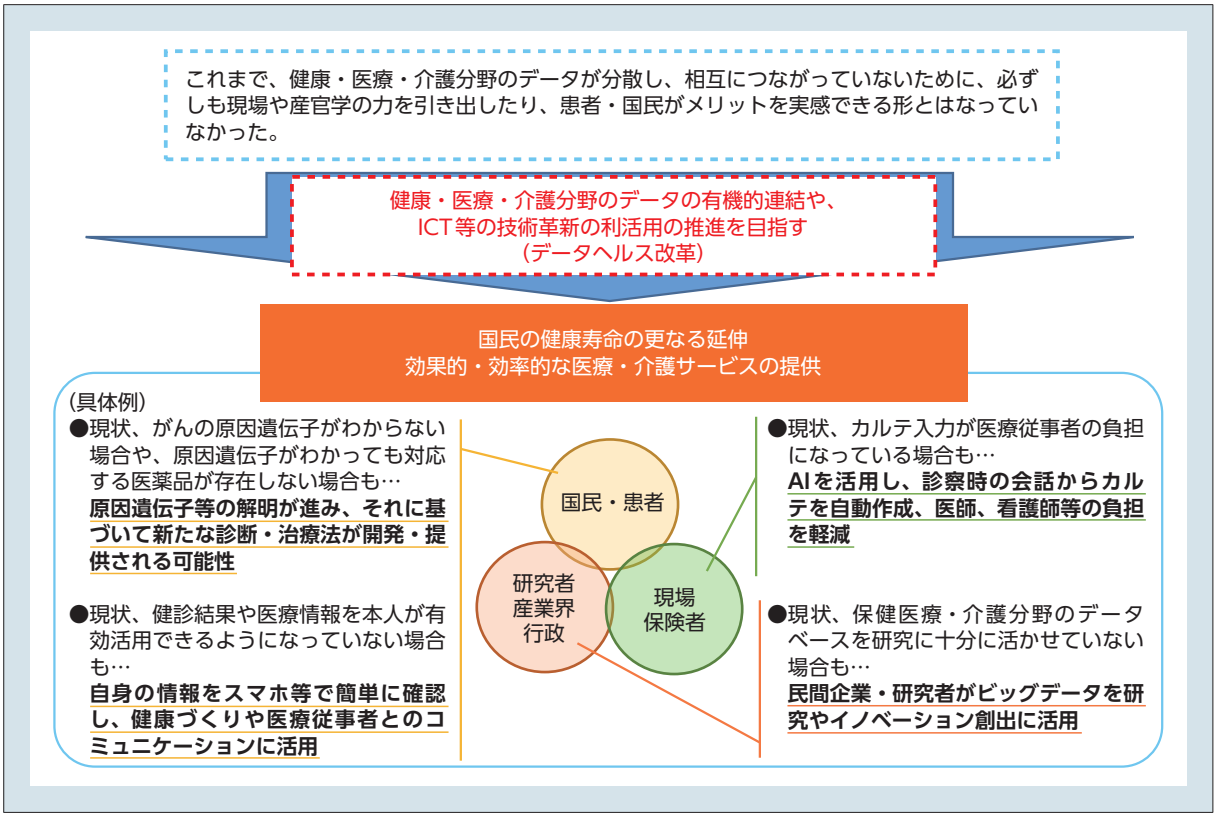
○マイナンバーカードを健康保険証として利用し、医療機関及び薬局が、患者の直近の資格情報等を直ちに確認できるオンライン資格確認について、2021年10月から本格運用を開始した。また、医療情報化支援基金を活用し、医療機関及び薬局のシステム整備を着実に進めており、2023年3月末までにおおむね全ての医療機関及び薬局にシステムの導入を目指している。

○レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）について、行政・研究者・民間事業者等の利活用を進めるため、居住地情報や所得階層情報などの収載提供情報の拡大や、医療・介護データ等の解析基盤（HIC）の試行的利用を開始するとともに、介護保険総合データベース（介護DB）との連結解析（2020年10月から）や、DPCデータベースとの連結解析（2022年度から）を開始した。介護データの利活用については、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、2021年度介護報酬改定において、科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進とケアの質の向上に向けた取組みについての評価を創設した。

また、医療等分野における識別子については、NDBや介護DB等の医療・介護情報の連結精度向上のため、オンライン資格確認等システムを基盤として、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴情報を活用し、正確な連結に必要な情報を、安全性を担保しつつ、提供できるよう、2022年3月より運用を開始した。

＊1　医療情報システム間における情報交換のための、国際的標準規約の作成、普及推進に寄与することを目的とする非営利の任意団体であるHL7（Health Level 7）Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

図表6-1-1　データヘルス改革の意義について



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第1期「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第1期「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。

2020（令和2）年3月には、第1期終了を受け、2020年度から2024（令和6）年度ま

での５年間を対象とした第２期「健康・医療戦略」が閣議決定され、また、第２期「医療分野研究開発推進計画」が策定された。第２期においては、モダリティ等を軸とした６つの統合プロジェクトに再編し、①医薬品プロジェクト、②医療機器・ヘルスケアプロジェクト、③再生・細胞医療・遺伝子治療プロジェクト、④ゲノム・データ基盤プロジェクト、⑤疾患基礎研究プロジェクト、⑥シーズ開発・研究基盤プロジェクトについて横断的な技術や新たな技術を、多様な疾患領域に効果的・効率的に展開することとされた。

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（2022（令和４）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として、例えば、以下のような取組みを行っている。

①医薬品プロジェクトにおいては、医療現場のニーズに応える医薬品の実用化を推進するため、創薬標的の探索から臨床研究に至るまで、モダリティの特徴や性質を考慮した研究開発を行う。

②医療機器・ヘルスケアプロジェクトにおいては、AI・IoT技術や計測技術、ロボティクス技術等を融合的に活用し、診断・治療の高度化、予防・QOL向上等に資する医療機器・ヘルスケアに関する研究開発を行う。

③再生・細胞医療・遺伝子治療プロジェクトにおいては、再生・細胞医療・遺伝子治療の実用化に向け、基礎研究や非臨床・臨床研究、応用研究、必要な基盤構築を行いつつ、分野融合的な研究開発を推進する。

④ゲノム・データ基盤プロジェクトにおいては、ゲノム医療、個別化医療の実現を目指し、ゲノム・データ基盤構築、「全ゲノム解析等実行計画」の実施、及びこれらの利活用による、ライフステージを俯瞰した疾患の発症・重症化予防、診断、治療等に資する研究開発を推進する。

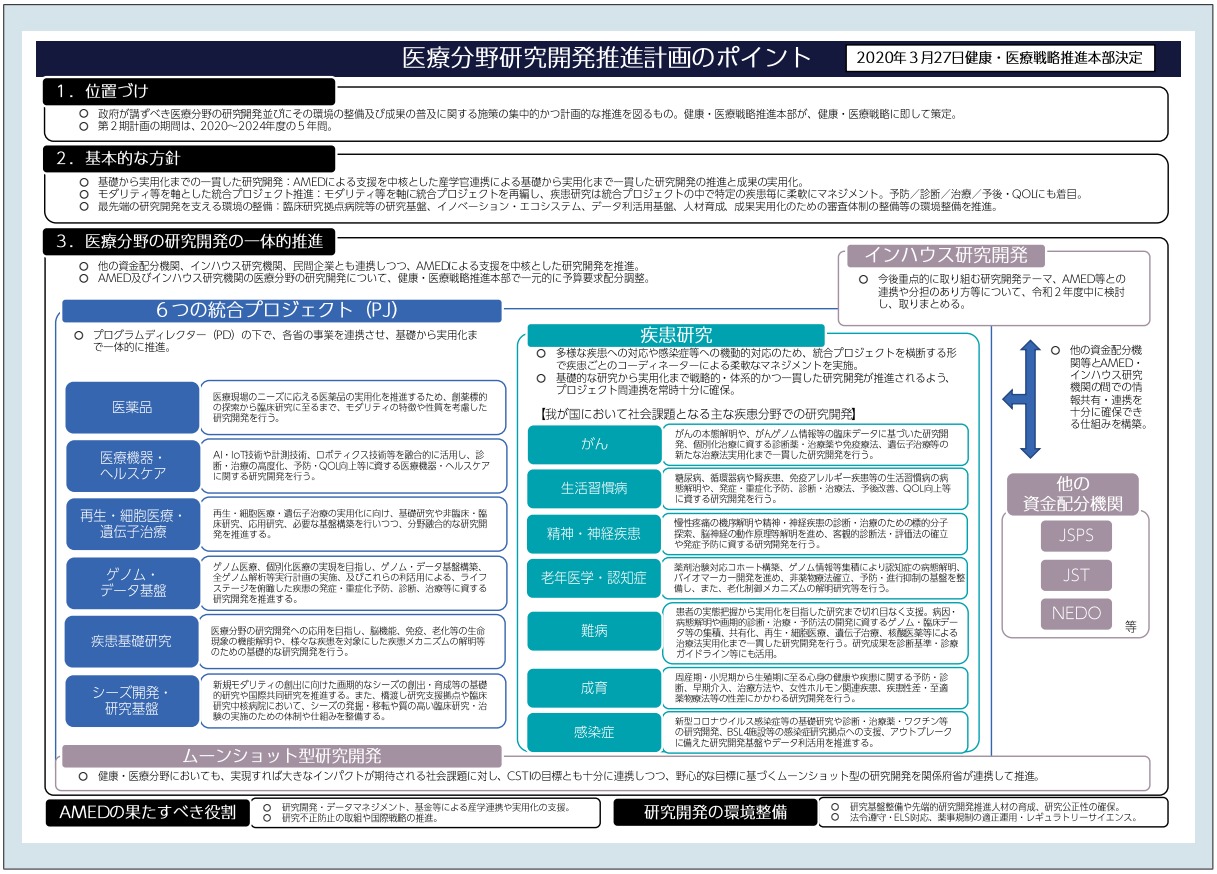
⑤疾患基礎研究プロジェクトにおいては、医療分野の研究開発への応用を目指し、脳機能、免疫、老化等の生命現象の機能解明や、様々な疾患を対象にした疾患メカニズムの解明等のための基礎的な研究開発を行う。

⑥シーズ開発・研究基盤プロジェクトにおいては、新規モダリティの創出に向けた画期的なシーズの創出・育成等の基礎的研究や国際共同研究を推進する。また、橋渡し研究支援拠点や臨床研究中核病院において、シーズの発掘・移転や質の高い臨床研究・治験の実施のための体制や仕組みを整備する。

第２期においても、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（2022年度厚生労働科学研究費補助金等約94億円）。

図表6-2-1　医療分野研究開発推進計画のポイント



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。同法附則に基づき施行後５年に係る見直しの検討を2021（令和３）年12月から開始したほか、主務府省（内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省）において、2022（令和４）年４月に第３号となる認定匿名加工医療情報作成事業者及び認定医療情報等取扱受託事業者の認定を行い、同年５月現在、３つの認定事業者において約200万人分の医療情報を収集して、18件の利活用実績につなげている。引き続き、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（医学系指針）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（ゲノム指針）」、「遺伝子治療等臨床研究に関する指針（遺伝子治療指針）」等の各種指針を定めてきた。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いる。

近年、ヒトゲノム・遺伝子解析技術の進展に伴い、医学系指針及びゲノム指針の双方が適用される研究が増加してきたこと等を踏まえ、2021（令和3）年6月、両指針を統合した「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（生命・医学系指針）」（令和３年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第１号）を施行した。

また、個人情報の保護に関する法律等の一部を改正する法律（令和２年法律第44号）及びデジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律（令和３年法律第37号）の一部の施行に伴い、これらの法律の規定による改正後の個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の規定を踏まえて指針の見直しを行い、2022（令和4）年3月10日付けで「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の一部を改正する件」（令和４年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第１号）を、同年3月25日付けで「遺伝子治療等臨床研究に関する指針の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第89 号）を告示し、同年４月１日に施行した。

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

医薬品産業を取り巻く環境の変化等を踏まえ、厚生労働省では2021（令和3）年9月13日に「医薬品ビジョン2021」を策定した。当ビジョンにおいては、「革新的創薬」、「後発医薬品」、「医薬品流通」を３本の柱として、「経済安全保障」の視点を加えた産業政策を展開していくこととしている。

令和３年度税制改正では、研究開発投資に積極的な企業が法人税等を控除できる「研究開発税制」について、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前と比べ売上が2%以上減少しているが、試験研究費を増加させた企業への控除上限の5%上乗せ、試験研究費割合の高い企業への上乗せ措置等の適用期限の２年延長、オープンイノベーション型の運用の改善等の見直し等を実施することとしており、医薬品産業においても、本税制の積極的な活用が期待される。

また、少子高齢社会の中で限りある医療資源を有効活用するとともに、国民の健康づくりを促進する観点から、セルフメディケーション（自主服薬）を推進することが重要であり、令和３年度税制改正では、「セルフメディケーション税制」については、制度の５年間の延長、対象医薬品の拡充及び手続の簡素化が認められ、2022（令和4）年から新制度が施行された。引き続き、制度の利便性向上や国民への普及啓発に取り組んでいく。

(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、（国研）医薬基盤・健康・栄養研究所においては、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2015（平成27）年4月から、臨床研究中核病院（2022（令和4）年4月1日現在、14病院）として医療法上に位置付けている。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、ARO機能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。

厚生労働省としては、2019（令和元）年に取りまとめられた「臨床研究・治験の推進に関する今後の方向性について」を踏まえ、更なる臨床研究・治験の推進のため、小児疾病・難病等の研究開発が進みにくい領域の取組み等を進める。

また、引き続き、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、臨床研究従事者等の養成を行うなど、国内における臨床研究環境の更なる向上を目指していく。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（AMED）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利活用を促進する「クリニカル・イノベーション・ネットワーク」の取組みを推進している。

（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、臨床研究においてデータの操作や利益相反行為という複数の不正事案が発覚したことを契機に、厚生労働省では、研究の信頼性確保のため、2015（平成27）年4月、従来の研究倫理指針にモニタリング・監査等に関する規定を新設した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）を施行した（第6章第2節4を参照）。

また、未承認・適応外の医薬品等の評価を行う臨床研究を実施する場合の必要な手続、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の義務等を定めた「臨床研究法」（平成29年法律第16号）を2018（平成30）年4月から施行した。

臨床研究法に規定する臨床研究については、実施計画等を厚生労働省が整備するデータベース（jRCT）に記録し、公表することが定められている。また、「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等の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）の施行に伴い、2020（令和2）年9月から治験の実施状況等についても公表が義務付けられたことを受け、治験の実施状況等についてもjRCTにおいて公表している。さらに、jRCT及び民間のデータベースに登録された臨床研究等のデータは「臨床研究情報ポータルサイト」（Web上に公開）において統合検索が可能であり、国民・患者は、現在どのような臨床研究等が進行しているか、自身が検索した臨床研究等に参加できるかどうか等を確認することができる。

第2期「健康・医療戦略」（2020年3月27日閣議決定）及び臨床研究法の附則に基づき施行後5年に係る見直しの検討を2021（令和3）年1月から開始し、同年12月に「臨床研究法施行5年後の見直しに係る検討の中間取りまとめ」を公表した。引き続き見直しの検討を進めていく。

(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。2019（令和元）年度からのPMDAの第四期中期目標期間においては、安全対策も図りつつ、世界最速レベルの審査期間を堅持するとともに、業務の質の向上のため、ホライゾンスキャニング（レギュラトリーサイエンスに基づいた革新的技術に対する網羅的調査）の手法の確立やレギュラトリーサイエンスに基づき、先駆け審査指定制度、条件付き早期承認制度など審査迅速化に向けた対応を強化すること等としており、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（平成26）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こととされている。2015（平成27）年度から2019年度まで「先駆け審査指定制度」の試行的運用を行い、対象品目を指定した。本制度は、2020（令和2）年9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等の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）の施行により法制化され、「先駆的医薬品等」として指定を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している。

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することを承認条件として、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。本制度は、2020年9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等の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）の施行により法制化された。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であるMID-NETの本格運用が開始され、全国の大学病院等570万人超（2021（令和3）年12月末現在）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、医療機器規制と審査の最適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。製造技術のイノベーションの活用やグローバル化したサプライチェーンの効率的な管理を促進するため、また、医療機器については、医薬品と比較してライフサイクルが短く承認後も頻回の変更が行われることを鑑み、2020（令和2）年9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等の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）の施行により、変更計画確認手続制度を導入した。これは、予め変更計画の確認を受けておくことで、通常であれば承認事項一部変更承認を受ける必要がある承認事項の変更を届出により行うことが可能となる制度であり、市販後の医療機器の改良の迅速化等に資することが期待される。

2014（平成26）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」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規制対象となり、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（平成28）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している。医療機器プログラムは、従来の医療機器とは異なる特性を有しており、実用化を促進していくためには、その特性を踏まえた承認制度や審査体制の整備が必要であることから、2020（令和2）年11月に「医療機器プログラム実用化促進パッケージ戦略」、通称「DASH for SaMD」を公表し、最先端の医療機器プログラム等

の早期実用化促進を図ることとしている。これに基づき、2021（令和3）年には、PMDAにプログラム医療機器審査室を設置するとともに、薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療機器・体外診断薬部会の下にプログラム医療機器調査会を設置し、審査体制の強化を図った。

（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改正

国民のニーズに応える優れた医薬品、医療機器等をより安全・迅速・効率的に提供するとともに、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができる環境を整備するため、「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等の一部を改正する法律」（令和元年法律第63号）が、2019（令和元）年12月4日に公布され、2020（令和2）年度以降段階的に施行された。

具体的には、

・「先駆け審査指定制度」、「条件付き早期承認制度」の法制化、開発を促進する必要性が高い小児の用法用量設定等に対する優先審査等
・AI等、継続的な性能改善に適切に対応するための新たな医療機器承認制度の導入

等を内容としている。

（7）再生医療の実用化の推進

再生医療は、これまで有効な治療法のなかった疾患の治療ができるようになるなど、国民の期待が高い一方、新しい医療であることから、安全性を確保しつつ迅速に提供する必要がある。

このため、再生医療等製品については、2014（平成26）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」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、同法改正前までに承認されていた2製品に加え、新たに14製品が承認された。また、同法改正と併せて、「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）が施行され、再生医療等のリスクに応じた提供基準と計画の届出等や細胞培養加工施設の基準と許可等の手続、細胞培養加工の外部委託を可能とすること等を定めている。

同法の附則において、施行後5年以内に、法の規定に検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされており、2019（令和元）年7月から検討を開始した。同年12月の「再生医療等安全性確保法施行5年後の見直しに係る検討の中間整理」を踏まえ、引き続き見直しの検討を進めている。

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、日本再生医療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などを行う取組みも実施している。

(8) 医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画

2014（平成26）年6月27日に公布・施行された「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」に基づき、2016（平成28）年5月31日に「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基本計画」（医療機器基本計画）を閣議決定した。これは、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。

2020（令和2）年までの進捗状況、新型コロナウイルス感染症や近年の医療機器を取り巻く状況の変化等を踏まえ、人材育成、ベンチャー企業等の増加、早期実用化に向けた薬事承認制度・審査体制の構築、イノベーションの適切な評価、安定供給確保、国際展開の推進などの項目について、医療機器の研究開発及び普及の促進に向けた総合的な施策を推進していくため、医療機器基本計画の改定に向けた検討を行っている。

(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年から2021（令和3）年まで毎年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」をパシフィコ横浜にて開催した。さらに2018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法規制対応、知財、開発戦略等の専門家による相談体制を整備し、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「医療系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（Medical Innovation Support Office：MEDISO）を構えた。2018年2月の立ち上げ以降、2022（令和4）年3月31日までに851件の相談に対応しており、MEDISOの更なる活用も含め、今後も長期的視野に立った実効力のある支援策を講じていくこととする。

第4節　医療の国際展開等

1 医療の国際展開の推進

国民皆保険制度や優れた医薬品、医療機器、医療技術等を誇る日本の医療システムは、世界でも高く評価され、優れた制度である。

多くの新興国では、経済成長の中で、医療へのニーズや持続的なシステム構築への期待が高まっているものの、公的医療保険等の制度や医療システム構築の経験・技術が乏しく、また、人材も不足している。

そこで、日本が新興国等に対して、各国の実情を十分に踏まえつつ、高品質な日本の医薬品、医療機器、医療技術等の提供を推進するとともに、日本が長年培ってきた経験や知見をいかし、相手国の医療システムの構築に協力することに取り組んでいる。

医療の国際展開を通じて、日本の医療分野の成長を促進しつつ、相手国の医療水準向上にも貢献し、国際社会における日本の信頼を高めることによって、日本にとっても新興国等にとっても好循環となることを目指している。

なお、医療の国際展開については、政府の第2期「健康・医療戦略」（2020（令和2）年3月27日閣議決定、2021（令和3）年4月9日一部変更）においても位置づけられており、「健康・医療戦略推進本部」の下に設けられた「健康・医療産業等国際展開協議会」を通じて、アジアとの共生を視野に入れた新しい将来像など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、本格的に取組みを開始した[*2]。

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、北中南米等の20を超える国々と、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活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おり、例えば、ベトナムにおける内視鏡診断・治療、インドネシアにおける透析機器管理、コンゴ民主共和国におけるデジタル技術を活用した産前検診等の人材育成事業を実施している。

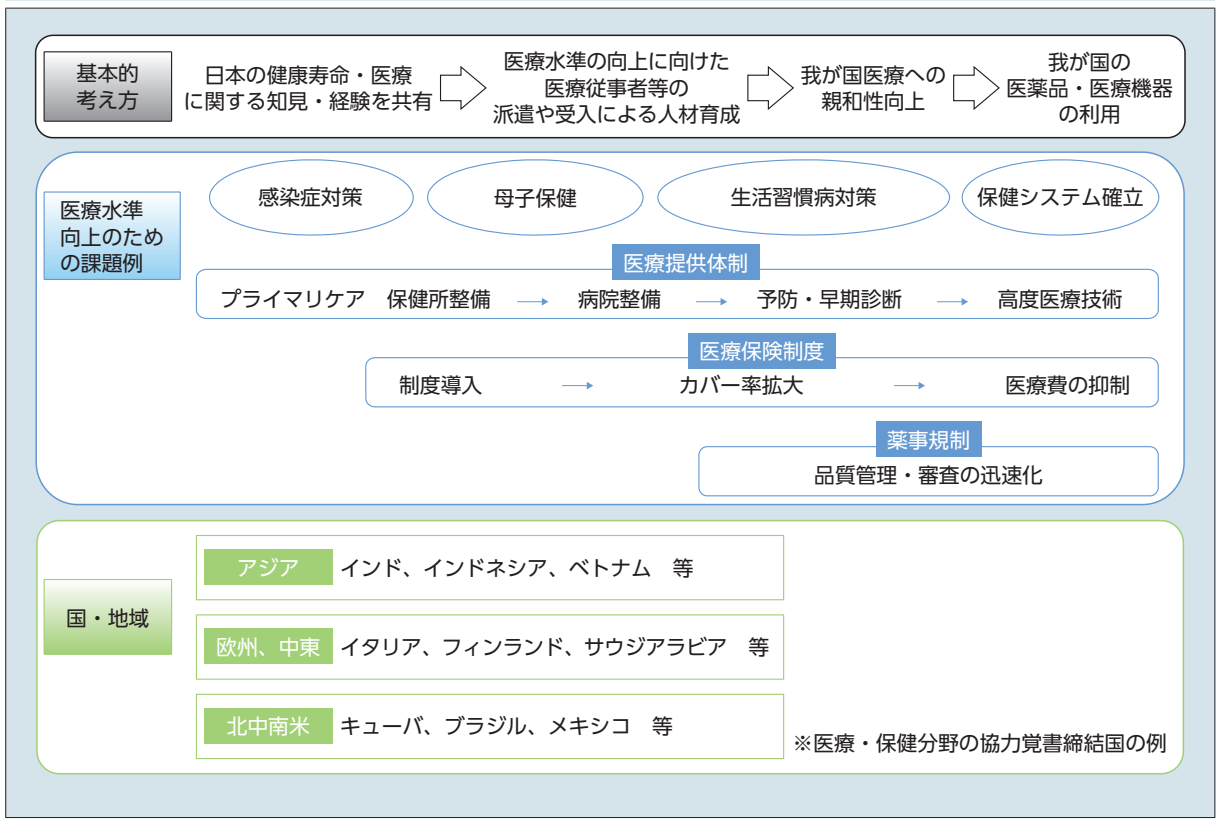
(2) 各国との協力関係の実現に向けた取組み

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、

＊2　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
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kokusai/index.html

日本の医療政策等に係る有識者等の諸外国への派遣や、諸外国からの研修生の受入れやオンラインによる研修を実施している。

図表6-4-1　医療の国際展開の考え方



(3) 医薬品・医療機器等の国際規制調和・国際協力の推進

「アジア健康構想に向けた基本方針」(2016（平成28）年7月29日健康・医療戦略推進本部決定、2018（平成30）年7月25日改定）に基づき、健康・医療戦略推進本部は、「アジア医薬品・医療機器規制調和グランドデザイン」(2019（令和元）年6月20日）及び同実行戦略（2020（令和2）年7月14日）を策定した。この中では、アジア諸国において経済発展や疾患構造の変化により、優れた医薬品・医療機器等に対するニーズが高まっており、アジア諸国の国際規制調和に支援・協力し、垣根のないマーケットを整備することで、医薬品・医療機器等への迅速なアクセスを可能にするよう取り組むことが必要とされている。

同グランドデザインに基づき、令和2年度から国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）を通じて、日本の臨床研究拠点の能力・経験をベースとして、アジア地域の研究拠点への専門家の派遣、人材育成、データ収集及び臨床研究推進部門の整備や、設備整備等の支援を行っている。また、アジア地域における規制調和を推進するのに中核的な役割を担うのが、(独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）に設置された「アジア医薬品・医療機器トレーニングセンター」である。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おり、薬事規制構築に向けた経験・ノウハウを提供することで、将来の規制調和に向けた基盤作りを継続して進めてきている。新型コロナウイルスの影響下にあった2020年度もオンライン形式の研修を積極

的に開催し、2016年度から2020年度までに、合計47回のセミナーを開催し、52の国・地域及び1国際機関（WHO）から延べ1,183人の参加者を得た。今後も引き続き、関係省庁、関係機関と連携しつつ、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ていくことで、ユニバーサルヘルスカバレッジの達成に一層貢献していく。

2 国内における国際化への対応

我が国では、「明日の日本を支える観光ビジョン」（平成28年3月 明日の日本を支える観光ビジョン構想会議）において、2030（令和12）年に6,000万人の訪日外国人旅行者数を目標として観光先進国の実現を目指している。このような中、健康・医療戦略推進本部のもとに開催された「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、2018（平成30）年6月に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」が取りまとめられ、現在、関係府省庁が連携して取組みを進めている。

また、2019（平成31）年4月からの新たな外国人材の受入れ制度の開始に伴い、在留外国人が医療を受ける機会の増加が見込まれる中で、上記の取組みは、全ての居住圏において外国人患者が安心して受診できる体制を整備するためにも重要な取組みとなっている。

厚生労働省では、問診票等の多言語資料の作成、医療通訳者等の配置支援、外国人患者受入れ医療コーディネーターの養成、電話通訳の利用促進等を通じて、医療機関における外国人患者の受入れ環境整備の推進を行ってきた。また、地域の実情に応じた外国人患者の受入体制を整備するためには、医療機関に加えて地方自治体、観光事業者・宿泊事業者等が連携する必要がある。このため、都道府県が主体となって地域の関係者が協議を行う場を設ける際の支援、医療機関が直面する外国人患者対応に関する相談を受け付ける窓口の設置・運用の支援を行うとともに、都道府県が選出した「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」を取りまとめたリストを更新し、厚生労働省ホームページ上で公表した。今後は、当該医療機関を中心として、外国人患者の受入れ環境の更なる充実を目指していく。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（令和7）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23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、高齢化の進行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 地域医療介護総合確保基金

「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、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）を創設し、各都道府県に設置している。都道府県は、「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）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については、都道府県において毎年度事

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されることとなっており、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。

図表7-1-1　地域医療介護総合確保基金の変遷

2014（平成26）年度	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、904億円を計上。
2015（平成27）年度	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、724億円を計上。 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1,561億円を計上。
2016（平成28）年度及び2017（平成29）年度	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724億円を計上。
2018（平成30）年度	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724億円を計上。
2019（令和元）年度	都道府県負担額を含め、医療分・介護分ともに対前年度100億円増額し、医療分は1,034億円、介護分は824億円を計上。
2020（令和2）年度	勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備等のため、都道府県負担額を含め、医療分は対前年度160億円増額の1,194億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。
2021（令和3）年度	都道府県負担額を含め、医療分は対前年度15億円減額の1,179億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。 2020年度限りとして措置された「病床機能再編支援事業」を全額国費の事業として基金に位置付け。
2022（令和4）年度	都道府県負担額を含め、医療分は対前年度150億円減額の1,029億円、介護分は前年度と同額の824億円を計上。

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、都道府県間及び都道府県内の医師の地域的な偏在、及び診療科間の偏在の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。

（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、2014（平成26）年6月に成立した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、長期的に継続する人口構造の変化を見据えつつ、将来の医療需要に見合ったバランスのとれた医療機能の分化・連携の議論・取組みを進めるため、まずは、団塊の世代が75歳以上となり、高齢者が急増する2025（令和7）年の医療需要と病床の必要量について地域医療構想として策定し、医療計画に盛り込むこととした。

各都道府県においては、2014年度末に国が示したガイドラインに沿って検討が進められ、2016（平成28）年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想の策定が完了した。その後、都道府県に対し、公立・公的・民間を問わず、各医療機関において、地域医療構想を踏まえた具体的対応方針を定めるとともに、医療関係者や自治体など幅広い関係者が参画する地域医療構想調整会議において議論するよう求め、特に、2017（平成29）年度と2018（平成30）年度の2年間の集中的な議論を要請した。

こうした中、公立・公的医療機関等については、民間医療機関では担えない機能に重点化する方向で検討を求めてきたが、2018年度末において公立・公的医療機関等の具体的対応方針の策定について、病床の機能分化・連携に向けた実質的な議論が行われていないことが懸念されるとの指摘がなされたため、2020（令和2）年1月に、国において診療実績を分析した上で、都道府県を通じ、公立・公的医療機関等に対し、具体的対応方針の再検証等について要請した。

このように地域医療構想を進めていく中、2020年1月から発生した新型コロナウイルス感染症への対応を契機に、同年10月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」及び「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた議論が重ねられ、同年12月に同検討会で取りまとめられた報告書では、中長期的な視点に立った地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、引き続き、着実に取組みを進めていく必要があるとされた。

同報告書において、今後、地域医療構想の実現に向けた取組みとして、公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組みを実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化していく必要があるとされた。

病床機能の分化・連携に関する地域での議論が進められている医療機関・地域に対しては、国において技術的・財政的支援を進めていく必要があるとされたところであり、こうした議論を踏まえ、厚生労働省では、以下のような支援を行うこととしており、②及び③については、法的に措置するための改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号））。

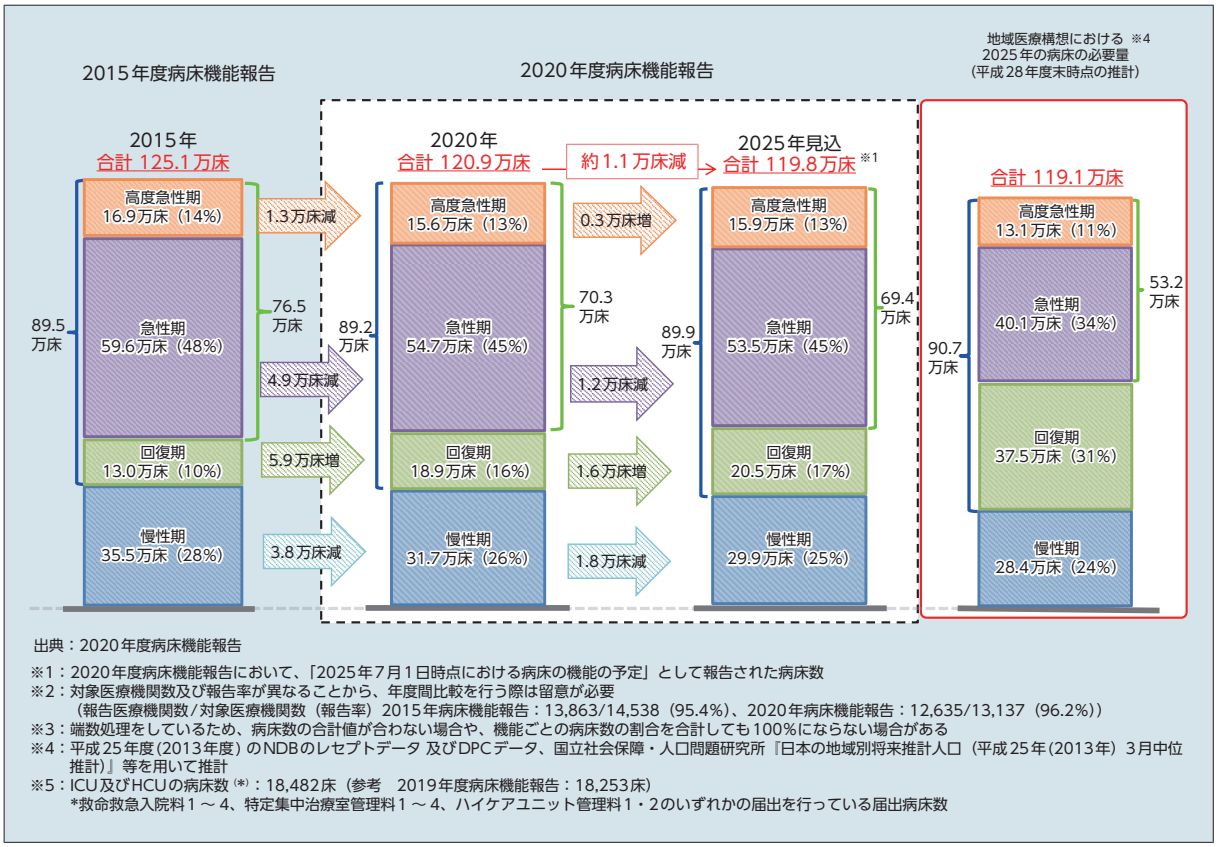
①国による助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」を選定し、積極的に支援

②2020年度に、病床機能の再編や統合を進める際に生じうる、雇用や債務承継などの課題を支援するため、「病床機能再編支援事業」を新たに措置。当該事業について2021年度以降も、消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、全額国庫負担の事業として実施

③複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を創設（2021年の租税特別措置法改正により、認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関する登録免許税を、2022（令和4）年の地方税法改正により不動産取得税を優遇）

また、2021年12月に「地域医療確保に関する国と地方の協議の場」が開催され、第8次医療計画の策定作業と併せて、2022年度及び2023（令和5）年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことについて確認した。その後、地域医療構想を進めるに当たっての具体的な留意事項を都道府県に示した。

図表7-2-1　2020年度病床機能報告について



出典：2020年度病床機能報告

※1：2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率）2015年病床機能報告：13,863/14,538（95.4%）、2020年病床機能報告：12,635/13,137（96.2%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度（2013年度）のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年（2013年）3月中位推計）』等を用いて推計
※5：ICU及びHCUの病床数（*）：18,482床（参考　2019年度病床機能報告：18,253床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

また、外来機能の明確化・連携について、2020年2月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論が行われ、同年12月に報告書が取りまとめられた。同報告書では、患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることが指摘され、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要があるとされた。これを踏まえ、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告し、地域の協議の場で外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行うことにより、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化すること等を内容とする改正法案を2021年2月に第204回通常国

会へ提出し、同年5月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）。同年7月から「外来機能報告等に関するワーキンググループ」を開催し、2022年4月1日からの法施行に向けて、外来機能報告の報告項目、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」について国の定める基準及び呼称（「紹介受診重点医療機関（病院・診療所）」）、地域における協議の場並びに紹介・逆紹介の推進等について議論が行われた。当該ワーキンググループでの議論を踏まえ、2022年3月に「外来機能報告等に関するガイドライン」をとりまとめており、今後、2022年10月から11月にかけて外来機能報告の実施を予定している。

(2) 都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進

都道府県は、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために、国の定める基本方針に即し、地域の実情を踏まえつつ、「医療計画」を策定している。

医療計画においては、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、医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行うことでPDCAサイクルを推進することとしている。

2020（令和2）年1月から発生した新型コロナウイルス感染症への対応において、感染症患者の入院体制の確保等を進めるに当たり、広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じた。こうした状況を受けて、同年10月から、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた議論が重ねられ、同年12月に同検討会で取りまとめられた報告書では、新興感染症等の感染拡大時に、対応可能な医療機関や病床の確保等、医療提供体制に関して必要な対策が機動的に講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論し、必要な準備を行うことが重要であるとの観点から、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加することが適当とされた。これに対応するため、改正法案を2021（令和3）年2月に第204回通常国会へ提出し、同年5月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号））。

改正法の施行を含め、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までを計画期間とする第8次医療計画の策定に向け、2021年6月18日に「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げ、医療計画作成指針等の見直しに関する検討を開始した。

(3) 地域医療連携推進法人の認定状況

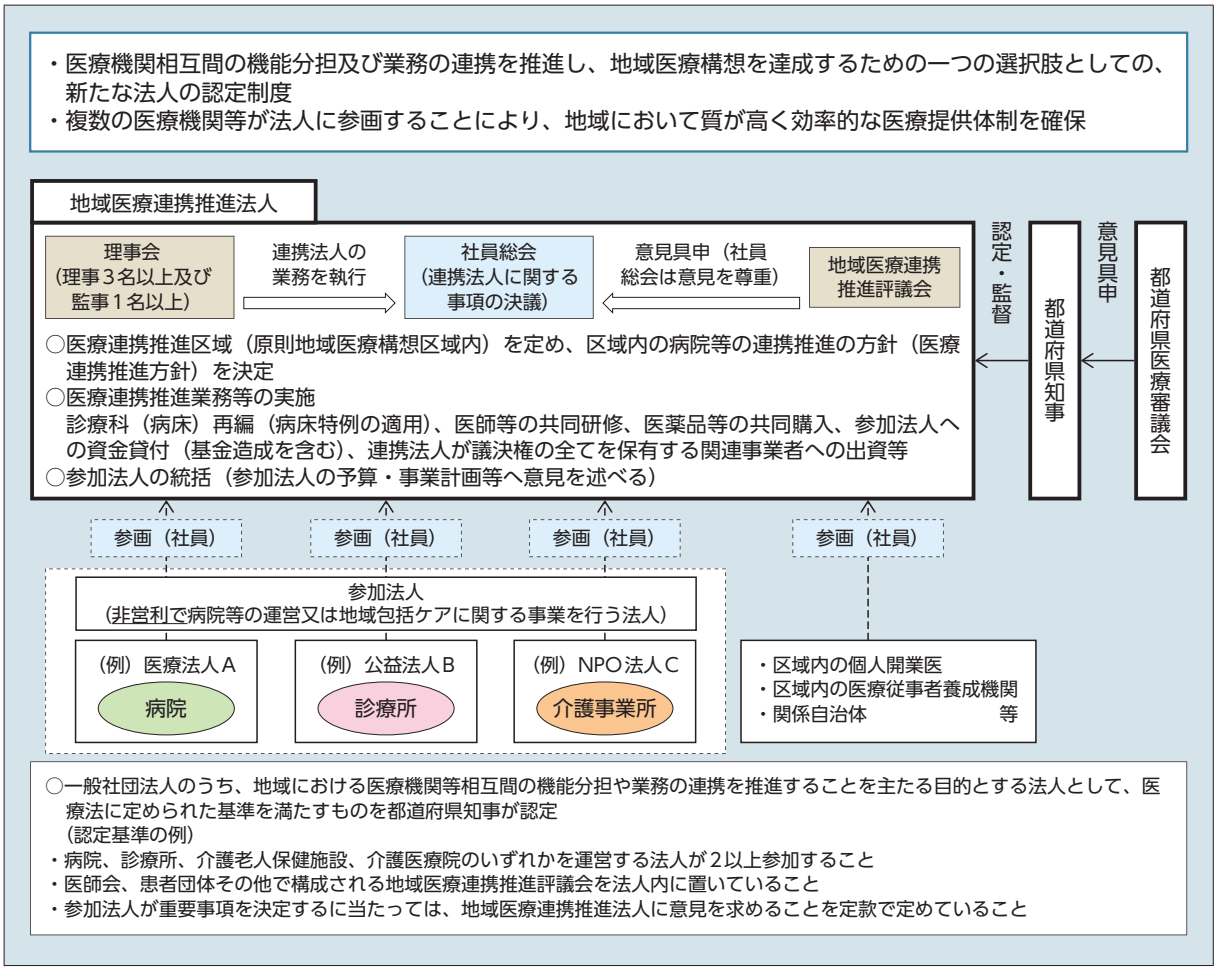
「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）等を受けて、「医療法人の事業展開等に関する検討会」（2013（平成25）年11月～2015（平成27）年2月）において、地域医療連携推進法人制度の創設について議論され、2015年2月に取りまとめ

＊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

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」を同年4月に第189回通常国会に提出し、同年9月に成立し公布された（平成27年法律74号）。

地域医療連携推進法人制度は、医療機関相互間の機能の分担や業務の連携を推進することを目的とし、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されたものである。統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針。以下「方針」という。）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。方針はホームページで公表することとされているほか、方針に記載された内容の実施状況について、法人内に設置する、地域の関係者で構成される地域医療連携推進評議会において評価することとなっており、地域の関係者の意見が法人の運営に反映される仕組みとなっている。2017（平成29）年4月から制度が施行され、2022（令和4）年4月1日現在、全国で31法人が認定を受けている[*2]。地方公共団体等の公的主体が中心となっているものや、大学病院や医療法人等の民間主体が中心となっているものなど地域により様々であるが、医療従事者の共同研修の実施や医薬品等の共同購入の調整等といった業務が多くの法人で実施されているなど、それぞれの地域事情に応じた連携の推進が図られている。

図表7-2-2　地域医療連携推進法人制度の概要



＊2　認定された地域医療連携推進法人に関する各都道府県のホームページへのリンク集　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177753.html

（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、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、2022（令和4）年3月末現在、45都道府県で55機のドクターヘリが運用されている。

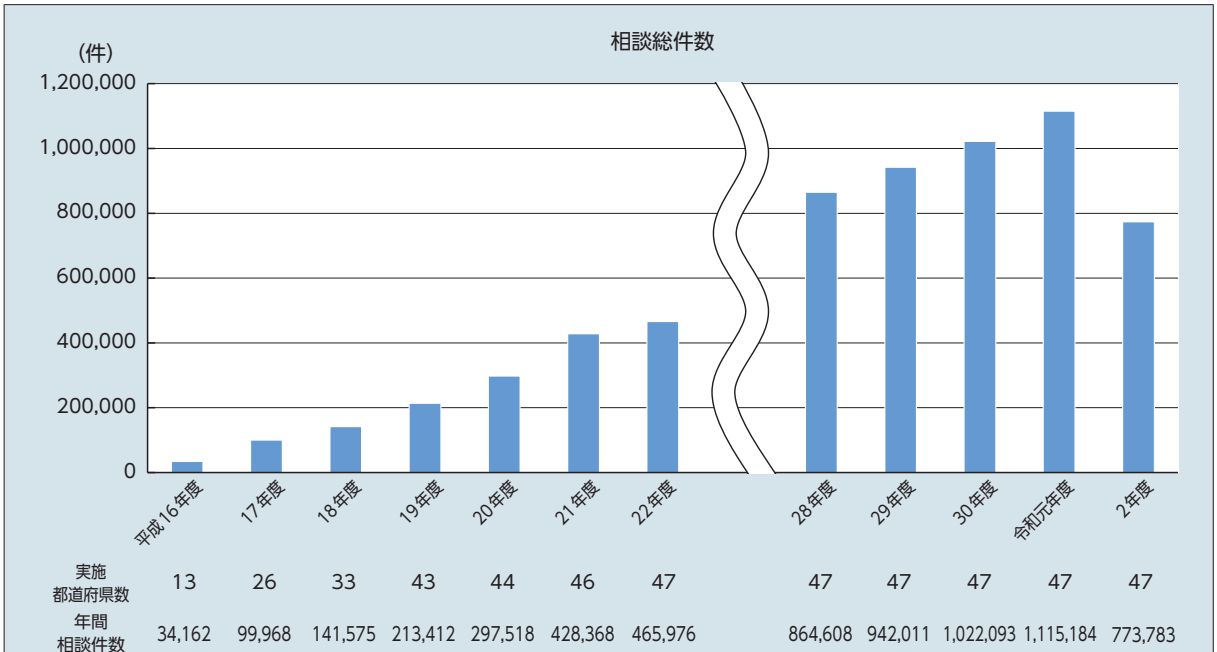
2 小児医療

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である。

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、小児の保護者等に対し小児科医等が、全国同一の短縮番号#8000により、電話で助言等を行う「子ども医療電話相談事業（#8000事業）」を全47都道府県で実施しており、引き続き地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行うこととしている。また、同事業の相談対応者として従事する医師、看護師等に対して、相談者への対応技術向上を目的とした研修の実施による事業の質の維持・向上や、相談内容等の情報を収集し、けがや病気などの発生や対処の必要性について分析し、結果を広報することで、保護者等への病気、けが等の対処についての啓発を行っている。

また、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等の小児の救急医療を担う医療機関等の体制整備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～令和2年度）



3 周産期医療

周産期医療については、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[*3]。リスクの高い妊産婦や新生児等に高度な医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを整備し、地域の分娩施設との連携を確保すること等により、周産期医療体制の充実・強化を進めている。これに対し、厚生労働省においては、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU[*4]）、新生児集中治療室（NICU[*5]）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、災害時に都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう支援する「災害時小児周産期リエゾン」の養成を目的とした研修を実施している。また、2018年度には、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等の基本的な事項について定めた「災害時小児周産期リエゾン活動要領」を作成し、周知した。さらに、2016（平成28）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実施している。加えて、2020（令和2）年度からは、妊婦が安心安全に受診できる医療提供体制を整備するため、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修の実施や医師が妊婦の診療について必要な情報を得られる相談窓口の設置に対する財政支援を行っている。

＊3　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年度からは、両計画の整合性を図るため一体化することとしている。
＊4　MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。
＊5　NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備（2021（令和3）年4月1日現在759か所）、災害派遣医療チーム（DMAT[*6]）の養成等を進めてきた（2022年4月1日現在1,754チームが研修修了）。また、東日本大震災や平成28年熊本地震の経験を踏まえ、災害発生時に必要となる都道府県の総合調整機能やコーディネート機能の確保等の整備に取り組んできた。さらに、災害拠点病院においては、DMATの保有をはじめ、施設の耐震化や自家発電機、衛星（携帯）電話の保有、3日分の食料、水、医薬品等及び3日分程度の自家発電機用燃料の備蓄等の整備に加え、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画（BCP）の策定及び当該計画に基づく研修・訓練を実施すること等の取組みについても災害拠点病院指定要件として含めるよう、改正を行ってきた。加えて、「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、DMAT都道府県調整本部等での本部業務や、病院支援、情報収集等を担うサポート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。

近年、全国各地で台風や豪雨等による災害が発生し、洪水等による浸水被害を受けた医療機関においては一部診療を制限せざるを得ない事態となり、地域の医療提供体制への影響が生じたことを踏まえ、浸水想定区域等に所在する政策医療実施機関等における浸水対策の強化・充実を進めている。

また、新型コロナウイルス感染症の発生から拡大時において、DMAT資格を有する者が、災害医療の経験をいかしつつ、感染症の専門家とともに、ダイヤモンドプリンセス号での対応、都道府県庁における入院調整の支援や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御や業務継続の支援等を実施した。こうした経験を踏まえ、「日本DMAT活動要領」を改正し、新興感染症等に係るDMATの活動について明記した。

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（DPAT[*7]）の養成を進めてきた。2022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事務局の整備や、専門的な研修・訓練によるDPATの全国における養成等を行っている。加えて、東日本大震災や平成28年熊本地震において、被災した精神科病院からの患者受入れや精神症状の安定化等について、災害拠点病院のみでは対応が困難であったことを踏まえ、災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う災害拠点精神科病院

＊6 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、独立行政法人国立病院機構本部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。

＊7 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。

の整備を進めている。

近年、被災後、早期に診療機能を回復するために業務継続計画（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指摘されており、これらを踏まえて2017年度からBCP策定の促進を目的とした研修を実施し、これまでに1,129医療機関、1,915名が受講している（2022年4月1日現在）。

また、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、都道府県単位に加えて、地域単位で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。

こうした観点から、厚生労働省としては、2013（平成25）年度から、医療計画に在宅医療に関する事項について盛り込むこととした。具体的には都道府県において在宅医療の取組状況等のデータ分析を行い、地域の実情を踏まえながら、在宅医療を提供する医療機関等の数値目標とその達成に向けた施策、医療連携体制、人材確保等について記載し取組みを進めることとしている。2018（平成30）年度からの第7次医療計画においては地域医療構想や介護保険事業（支援）計画と整合性を確保しつつ、在宅医療のより実効的な整備目標を設定し取組みを推進している。在宅医療の体制整備に対しては、2014（平成26）年度に、都道府県に地域医療介護総合確保基金を設置し、都道府県における研修や人材育成、新規参入の推進等、在宅医療の提供体制の構築に必要な事業に対し財政的な支援を実施している。また、在宅医療の担い手となる人材確保は必要不可欠であり、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中心となって推進することができる講師人材の育成研修を実施し、国としても人材育成に取り組んでいる。

(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地域医療再生基金の積み増しを行い、被災3県が2015年度までの5年間を計画期間として策定した医療の復興計画及び茨城県が策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援した（被災3県及び茨城県の地域医療再生基金（2011～2015年度における予算総額）1,272億円）。

さらに、原子力災害からの復興が長期化する福島県に対しては、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、復興・創生期間である2020（令和2）年度までの4年間の取組みを支援するため、236億円の積み増しを行い、2021（令和3）年度予算において54億円の積み増しを行った。また、2022（令和4）年度予算においては当該基金の計画期間を2022年度まで延長するとともに、更に29億円を追加で積み増すことで、医療関連の復興に向けた取組みを引き続き支援している（福島県の地域医療再生基金（2017～2022年度における予算総額）320億円）。

(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417か所（2022（令和4）年1月31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[*8]。

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[*9]

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

＊8　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　https://www.anzen-shien.jp/
＊9　医療事故情報収集等事業を紹介したホームページ　https://www.med-safe.jp/

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（平成28）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（平成29年法律第57号）。

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

また、附帯決議において、「広域を対象とした第三者による病院の機能評価を承認要件とすること」とされ、2021年3月の省令改正により、第三者による評価を受け、当該評価及び改善のため講ずべき措置の内容を公表し、並びに当該評価を踏まえ必要な措置を講ずるよう努めることが承認要件として追加された。

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こと

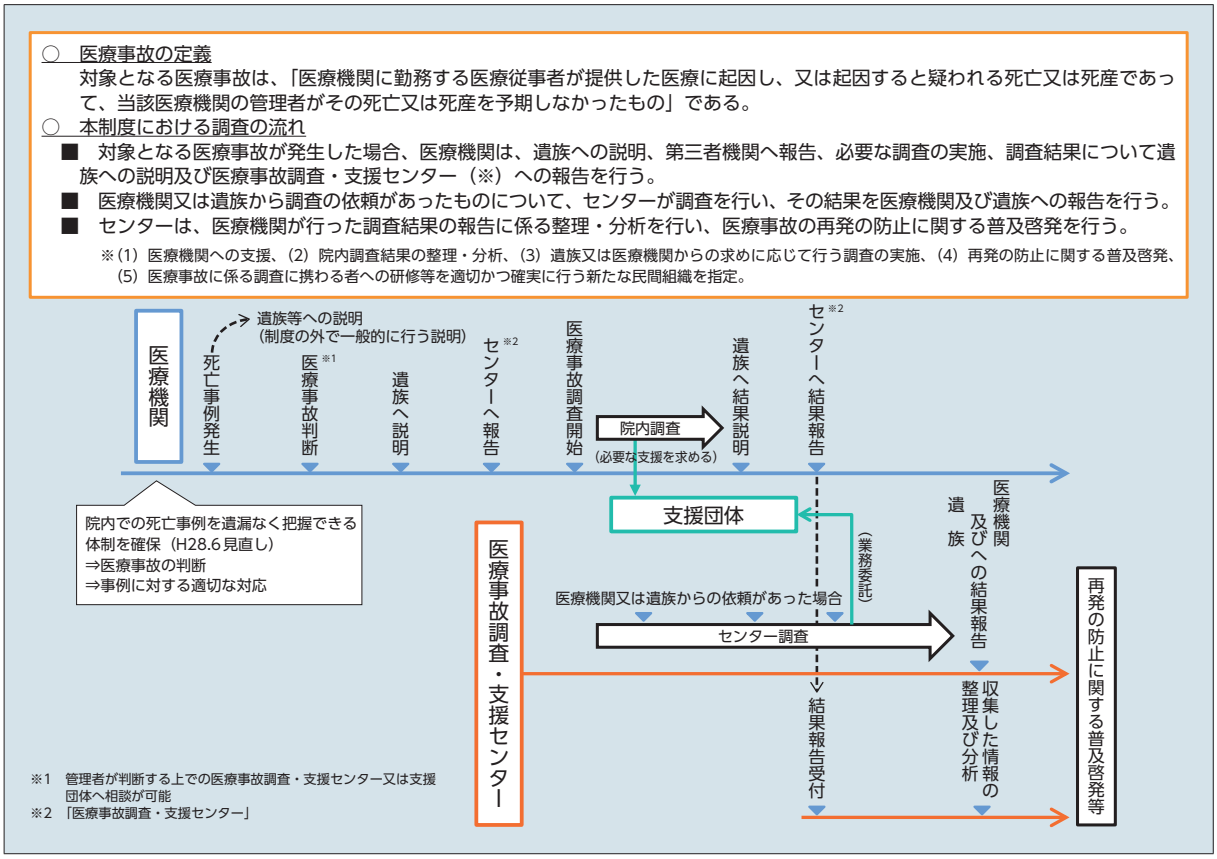
④院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行うこと

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。

2022（令和4）年3月末現在までに、医療事故報告件数2,305件、院内調査結果報告件数2,019件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数182件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は101件終了している。また、「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」等16のテーマについて、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[*10]

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、補償対象基準について医学的な見地から見直しを求める意見があり、有識者からなる検討会等で議論のうえ、2022年1月以降に出生した児については、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合して、「在胎週数が28週以上であること」が基準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。

その後、2018年4月に東京で開催された第3回サミットでは、避けられる全ての有害事象やリスクを低減することを目指し、患者安全の向上のためのグローバルな行動を呼びかける『東京宣言』が発表され、2019（平成31）年3月にサウジアラビアで開催された

＊10　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

第4回サミットでは、世界的に重要な患者安全の課題に取り組むための、国際標準、ガイドライン、行動を推奨することを主旨とする『ジェッダ宣言』が発表された。

また、『東京宣言』でも言及されていた「患者安全に関するグローバルアクション」が2019年5月のWHO総会において採択され、9月17日を世界患者安全の日とすることが定められた。

(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[*11]）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（平成29年法律第57号）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。2019（令和元）年度からは、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等を支援する取組みを進めている。

(10) 人生の最終段階における医療・ケア

人生の最終段階における医療・ケアについては、全ての方が自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるようにするため、医師等の医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人による意思決定を基本として行われることが重要である。厚生労働省としては、2017（平成29）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、2018（平成30）年3月に「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」にACP[*12]の概念を盛り込むとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた内容に改訂した（「人生の最終段階における

＊11 各都道府県の医療機能情報提供制度へのリンク集
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html
＊12 ACP：「Advance Care Planning」の略。人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

医療」から「人生の最終段階における医療・ケア」へ名称も変更)。また、当該検討会報告書に基づき、ACPの愛称を一般公募し「人生会議」に選定、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」と設定し、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とする等の普及・啓発の取組みを実施している。

また、2014（平成26）年度から、ガイドラインに沿って本人の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を実施し、2017年度からは、健康な時から人生の最期に備えられるよう国民向けの普及・啓発の強化を図っている。加えて、本人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

我が国では、地域の医師確保等への対応の一環として、2008（平成20）年度より、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た地域枠等を中心とした、医学部入学定員の臨時的な増員を行っている。

こうした取組みもあり、現在、全国レベルで医師数は毎年3,500～4,000名ずつ増加している一方で、将来的には人口減少に伴い、医師需要が減少局面となることが見込まれており、長期的には供給が需要を上回ると考えられている。

2022（令和4）年2月7日に公表した「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会第5次中間とりまとめ」に基づき、2024（令和6）年度以降の医学部定員については、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があることから、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、検討を進めていく。

2 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、都道府県間及び都道府県内の医師の地域的な偏在、及び診療科間の偏在が課題となっており、これまでにも、

・医学部入学定員に、医師不足の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」を設定し、一定期間、医師の確保を特に図るべき区域等での勤務等を条件に返済を免除する修学資金を貸与
・医療機関や医師・学生等に対する必要な情報の提供や医師の派遣を行う地域医療支援センターの運営

などの取組みが行われ、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金等により、地域の実情に応じた都道府県の取組みへの支援を行ってきた。

また、医師養成課程を通じた医師偏在是正については、医学部地域枠の設置に加え、

・臨床研修において、地域偏在の状況も踏まえ、都道府県別の募集定員上限を設定すること
・専門研修において、日本専門医機構が都道府県診療科別に必要な医師数に基づいた採用数上限（シーリング）を設定すること

などの取組みを行ってきた。

また、医師の偏在対策を更に推進するため、2018（平成30）年に成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律により、

・「医療計画」において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は2019（令和元）年度までに、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、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した医師偏在指標を踏まえた医師確保の方針、目標とする医師数、目標達成に向けた施策を盛り込んだ「医師確保計画」を策定

・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

・「地域医療対策協議会」について、医師確保計画の実施に必要な事項について協議を行うよう強化するとともに、都道府県が行う地域医療支援事務に、医師不足地域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的とする「キャリア形成プログラム」の策定、医師少数区域への医師派遣等を追加

すること等の取組みを通じて、医師の地域偏在・診療科偏在対策を行っている。

加えて、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、医師確保計画では、産科・小児科における医師偏在指標を踏まえ、三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに、医師確保の方針、偏在対策基準医師数、偏在対策基準医師数を踏まえた施策についても盛り込むことで、産科・小児科における地域偏在の解消に向けた取組みを行っている。

外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組みが個々の医療機関の自主的な取組みに委ねられていること等が課題となっており、2018年に成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律により、「医療計画」において、「外来医療の提供体制の確保に関する事項」（外来医療計画）を追加することとし、都道府県において「外来医療計画」を策定している。

外来医療計画では、地域ごとの外来医療に関する情報の可視化、新規開業希望者等への情報提供、外来医療に関する協議の場の設置等を盛り込むこと等により、地域の外来の医療提供体制の確保に向けた取組みを推進している。

3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、医療ニーズの増大・高度化などにより大きく変化している。こうした中、看護職員の確保対策として、看護職員の資質向上、養成促進、再就業支援等を推進してきたことにより、その就業者数は毎年着実に増加（2019年には約168万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）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。

看護職員の人材確保に関しては、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、国、地方自治体、国の指定する中央ナースセンター、各都道府県の指定する都道府県ナースセンターが連携して、①新規養成、②定着促進、③復職支援を柱とした取組みを進めて

いる。具体的には、看護師等養成所の整備や運営に対する補助や、医療勤務環境改善支援センターの総合的・専門的な助言、院内保育所への支援等による勤務環境の改善、看護師等免許保持者の届出制度などによるナースセンターの機能強化などである。

地域における看護職員の確保については、2014（平成26）年度に各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」を活用し、地域の実情に応じた看護職員の養成・確保の取組みに対する支援を行っている。

また、「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」を踏まえ、2019年度から、看護職員確保対策特別事業として、へき地や訪問看護における看護職員確保など、看護職員確保等に係る地域・領域偏在の課題について、都道府県ナースセンター、地方自治体、病院団体等が連携して取り組む「地域に必要な看護職の確保推進事業」に対し支援を行っている。

さらに、2022年2月から9月まで、看護職員等処遇改善事業補助金により、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組みを行うことを前提として、収入を1％程度（月額4,000円）引き上げるための措置を実施している。なお、同年10月以降は、診療報酬において、当該看護職員を対象に、収入を3％程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設することとしている。

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。同懇談会では、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（平成27）年度から、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を実施、それまで女性医師支援の取組み実績がない施設に新たな支援チームが立ち上がるなどの成果があった。2019年度からは、女性医師等をはじめとした医療職のキャリア支援を医療機関により一層普及させるため、女性

医師等支援で中核的な役割を担う拠点医療機関の構築に向けた財政支援を行っており、2022年度からは子育て世代の医療職支援の先駆的な取組を行う医療機関に対して財政支援する事業（子育て世代の医療職支援事業）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 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の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。

新専門医制度開始後も良質な医療を提供する体制に責任を有する国の立場から、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が継続的になされるような、安定した仕組みの構築が求められたことから、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）に基づく医師法（昭和23年法律第201号）の一部改正により、厚生労働大臣が、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の観点から意見及び研修機会の確保の観点から意見・要請を行うこととされた。本改正法に基づき、医道審議会医師分科会の下に医師専門研修部会を設置し、同部会の審議結果を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に対し、専攻医の都市への集中抑制や柔軟なカリキュラム制などを内容とする意見・要請を定期的に通知している。特に、専攻医の採用数の上限設定（シーリング）については、2020（令和2）年度の専攻医募集から、より実態に即したシーリングの設定を行うため、厚生労働省が公表した都道府県別診療科別の必要医師数を基に、日本専門医機構が足下の医師数が必要医師数を上回る都道府県・診療科に一定のシーリングを設定している。

また、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。

2 医師の働き方改革

我が国の医療が勤務医の長時間労働によって支えられ、今後さらに、少子高齢化に伴う医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進むなど、医療を取り巻く環境が変化していく中で、医師の働き方改革を進めることは、勤務医自身が健康で充実して働くことのできる環境を整備していくだけでなく、医療を受ける立場にある患者・国民に対し、質の高い安全な医療を持続可能な形で提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。

医業に従事する医師の業務については、「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、時間外労働の上限規制の適用を５年間猶予し、2024（令和6）年４月１日から上限規制が適用されることとなっている。これは、「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、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うものであり、厚生労働省において、2017年８月以降、「医師の働き方改革に関する検討会」及び「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において検討を行い、その結果を踏まえ、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための次の措置等を盛り込んだ改正法案を2021（令和3）年２月に第204回通常国会へ提出し、同年５月に成立した（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号））。

①勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
②地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
③当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

医業に従事する医師（勤務医）については、2024年４月から時間外・休日労働の上限規制が適用され、原則として年間960時間以下／月100時間未満とされる（いわゆるA水準）が、医療機関勤務環境評価センターによる労務管理体制等についての評価を受け、特定地域医療提供機関（B水準対象医療機関）、連携型特定地域医療提供機関（連携B水準対象医療機関）、技能向上集中研修機関（C-1水準対象医療機関）、特定高度技能研修機関（C-2水準対象医療機関）として都道府県知事の指定を受けた医療機関において指定事由となる業務に従事する医師については、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満となる。

上限規制の適用開始に向けて、医療機関における適正な労務管理と労働時間短縮に向けた取組み（タスク・シフト／シェアやICTの活用等）を推進する必要があり、引き続き、医療勤務環境改善支援センターによる支援を実施することとしている。

また、タスク・シフト／シェアについては、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」において2020年12月に取りまとめられた「議論の整理」に基づき、現行制度で実施可能な業務を整理・明確化するとともに、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士及び救急救命士の業務範囲について「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」等において必要な法令改正を行い、これらの内容の周知を行っている。

3 看護職員の資質向上

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。

さらに、2025（令和7）年に向け、さらなる在宅医療等の推進を図るため、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。このため、医療介護総合確保推進法により、保健師助産師看護師法が改正され、特定行為に係る看護師の研修制度が創設され、2015（平成27）年から施行されている。2019（令和元）年4月には、本制度の施行状況の評価等を踏まえ、研修内容と時間の見直し及び領域において頻度の高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする省令改正を行った。厚生労働省では本制度の円滑な施行・運用のため、指定研修機関の設置準備や運営に対する財政支援等を実施し、制度の普及を推進している。

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。

ナショナルセンターでは、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。2018（平成30）年に取りまとめられた「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会報告書」を踏まえ、2020（令和2）年4月1日に横断的な研究推進組織として、国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部が設置された。本組織では、ナショナルセンターの資源及び情報の集約による研究の更なる活性化や、他機関との連携強化等に取り組む。

地域医療機能推進機構では、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、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、医師・介護員をはじめとする職員の確保など、入所者の療養体制の確保に努めている。

4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品をいい、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。

後発医薬品を普及させることは、医療の質を保ちつつ患者負担の軽減や医療費の効率化を図ることができ、医療保険財政の改善に資することから、2007（平成19）年に作成した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」において、2012（平成24）年度までに全医療用医薬品をベースとした後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、後発医薬品の使用を推進してきた。



ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

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（令和2）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きた。

後発医薬品の数量シェアは、これまでの取組みによって着実に増加し、医薬品価格調査（薬価調査）では、2021（令和3）年9月に79.0%となっている。

後発医薬品の使用促進に引き続き取り組むため、2021年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2021」において「後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組みを進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023（令和5）年度末までに全ての都道府県で80%以上」という新たな目標を定めた。

一方、後発医薬品については、昨今、製造販売業者の法令違反による出荷停止や回収が度重なり、出荷調整等が供給不安を起こしたことにより、医療機関や患者の後発医薬品に対する不安や不信が生じている状況にある。

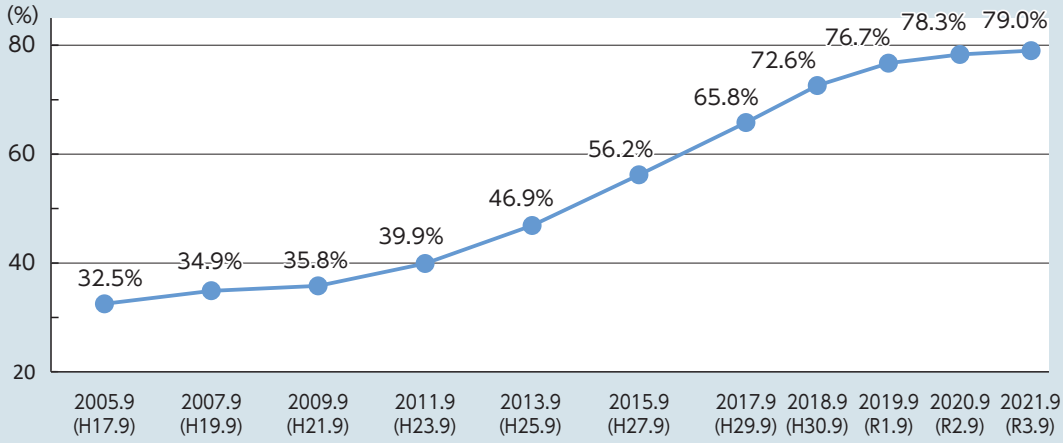
このため、使用促進に当たっては、まずは後発医薬品への信頼回復・安定供給が重要であることから、信頼回復や安定供給に向けて引き続き官民一体で取組みを進めるとともに、各都道府県において後発医薬品の使用促進のための協議会を設置する等、地方の実情に応じた普及・啓発をはじめとした環境整備、特に後発医薬品の使用が進んでいない地域

等を重点地域として選定し、各地域における個別の問題点の調査・分析などを行い、目標の達成に向けた取組みを進めていく。

図表7-2-5　後発医療品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）
後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標（脚注）**についての検証**、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラリの活用等、更なる使用促進を図る。
（脚注）
後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の**数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上**とする目標。



注）「使用割合」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」の使用割合をいう。
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　医療保険制度改革の推進

我が国は、国民皆保険制度の下で世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現してきた。一方で、今後を展望すると、団塊の世代が全て75歳以上となる2025（令和7）年や、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する2040（令和22）年頃といった将来の日本社会を見据えた改革が求められている。

「全世代型社会保障改革の方針」（2020（令和2）年12月15日閣議決定）等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が2021（令和3）年6月に成立した。この法律の主な内容は下記（1）から（7）までのとおりである。

（1）後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

後期高齢者医療は、給付費の約５割を公費で、約４割を現役世代からの後期高齢者支援金で、約１割を75歳以上の後期高齢者の保険料で負担する支え合いの仕組みであり、現役世代の理解が不可欠である。

少子高齢化が進み、2022（令和４）年度には団塊の世代が後期高齢者となり始め、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中、少しでも多くの方に「支える側」として活躍していただき、能力に応じた負担をしていただくことにより、現役世代の負担上昇を抑えていくことが必要である。

この窓口負担割合の見直しについては、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、2022年10月１日から施行することとした。高齢者の負担能力や生活状況を踏まえた上で、後期高齢者のうち課税所得が28万円以上で、かつ、単身者の場合には年収200万円以上、夫婦の場合には年収合計320万円以上の方に限って、窓口２割負担とすることとした。

また、その際、必要な受診が抑制されないよう、２割負担への変更による影響が大きい外来患者について、施行後３年間、一月分の負担増を最大でも3,000円に収まるような配慮措置を講じることとしている。

（2）傷病手当金の支給期間の通算化

健康保険においては、病気やけがの治療のため働くことができない場合に、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の１に相当する額の３分の２に相当する額を傷病手当金として支給することとされている。その支給期間については、同一の病気やけがに関して、支給を始めた日から起算して１年６ヶ月を超えない期間とされており、その間に一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても、１年６ヶ月の期間に含まれる仕組みとされていた。

仕事と治療の両立の観点から、がん治療のために入退院を繰り返す場合などに柔軟に傷病手当金を利用できるようにするため、出勤に伴い不支給となった期間がある場合には、その分の期間を延長して傷病手当金の支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行った。

（3）任意継続被保険者制度の見直し

健康保険においては、被保険者が退職した後も、本人の選択によって、引き続き２年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる任意継続被保険者制度が設けられている。

任意継続被保険者の保険料については、「退職した時の標準報酬月額」又は「任意継続被保険者が加入している保険者のすべての被保険者の標準報酬月額の平均に基づく標準報酬月額」のいずれか低い額を基礎とすることとされていたが、それぞれの健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度とするため、健康保険組合がその規約で定めた場合には、「退職した時の標準報酬月額」を保険料の基礎とすることも可能とすることとした。

また、任意継続被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、任意継続被保険者からの申請による任意の資格喪失を可能とすることとした。

(4) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し

育児休業中の社会保険料については、被保険者の経済的負担に配慮して、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料を免除する仕組みが設けられている。

この免除の仕組みについては、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料が免除される一方、月の途中に短期間の育児休業を取得した場合には保険料が免除されないことや、賞与に係る保険料について、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにもかかわらず、月末時点で育児休業を取得している場合にはその月の保険料が免除されることから、賞与月に育児休業の取得が多いといった偏りが生じている可能性があった。

このため、短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとした。

(5) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入

国民健康保険制度の保険料（税）は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されているが、子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組みとして、2022（令和4）年4月より未就学児に係る均等割保険料（税）を半分に軽減することとした。

(6) 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

現在、40歳以上の者を対象とする特定健診については、労働安全衛生法に基づく事業主健診等の結果の活用が可能となっている。

これに加え、生涯を通じた予防・健康づくりに向けて、健診情報等の活用による効率的・効果的な保健事業を推進していくため、2022（令和4）年1月より、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果を保険者が事業者等に求めることを可能とした。併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供等についても可能とした。

(7) 国民健康保険制度の取組強化

1 財政安定化基金

国民健康保険の財政安定化基金は、国民健康保険の財政運営の安定化を図るため、各都道府県に設置されている。都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、2022（令和4）年4月より財政安定化基金に積み立てた剰余金等を、安定的な財政運営のために必要な場合に取り崩し、都道府県の国民健康保険の特別会計に繰り入れることができることとした。

2 都道府県国民健康保険運営方針

都道府県は、安定的な財政運営並びに当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進を図るため、都道府県国民健康保険運営方針を定めることとされている。都道府県内の市町村における保険料水準の平準化や、一般会計からの法定外繰入等の解消について、都道府県と市町村における議論を促進し、取組みを進めるため、

2024（令和6）年4月より都道府県国民健康保険運営方針の記載事項として位置付けることとした。

2 予防・健康づくり

（1）保険者による予防・健康づくり支援の取組み

1 取組みの横展開・見える化

健康寿命の延伸と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、保険者の予防・健康づくりの取組みの「見える化」や先進事例の「横展開」を進めている。同会議は具体的な活動指針となる「健康なまち・職場づくり宣言2020」を策定し、取組みの最終年度である2020（令和2）年度には多くの宣言で目標を達成した。

2021（令和3）年度より新たに「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」が策定され、コミュニティの結びつき、一人ひとりの健康管理、デジタル技術等の活用に力点を置いた予防・健康づくりを推進することをコンセプトとして、第二期日本健康会議の活動を開始している。

2 高齢者の特性を踏まえた保健事業の推進

高齢者に対する保健事業を、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ものとするためには、市民に身近な市町村が中心となり、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と後期高齢者の保健事業を一体的に実施することが重要である。

そのため、2020年4月に施行された「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」により、高齢者への保健事業の体制整備等を行った。具体的には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」に沿って、各市町村の医療専門職が地域の健康課題を整理・分析した上で、高齢者の個別支援や介護予防の通いの場等に関与する取組み等を実施している。

こうした取組みを推進するため、2020年度より、各市町村に①事業全体の企画・調整等を行う医療専門職、②高齢者の個別支援や通いの場等への関与等を行う医療専門職を配置する費用について、後期高齢者医療の特別調整交付金により支援している。

3 データ等を活用した予防・健康づくりの効果検証の実施

保険者や地方公共団体等の予防健康事業における活用につなげるため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための大規模実証を2020年度より開始した。その結果を踏まえ、保険者等による適切な予防・健康づくりのための取組みの実施を促進することとしている。

（2）保険者インセンティブ制度

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（平成30）年度から健康保険組合及び共済組合等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、保険者の取組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行っている。2021（令和3）年度以降の中間見

直し後の加減算では、加算対象範囲の拡大や、総合評価項目において、成果指標の拡大や重点的に評価する項目の配点割合を高めた。また、2018年度から本格実施している国民健康保険の保険者努力支援制度については、加減算双方向での評価指標によってインセンティブを強化するため、毎年度保険者の予防・健康づくり等の取組状況を踏まえて評価指標や配点の見直しを実施している。また、2020（令和2）年度以降、新たに増額した500億円（事業費分200億円、事業費連動分300億円）によって保険者努力支援制度を抜本的に強化しており、保険者の予防・健康づくりの取組みを強力に推進することとしている。

3 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（令和5）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つつ、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。また、2024（令和6）年度から始まる第4期に向けて計画の実効性を高められるよう、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に基づき、社会保障審議会医療保険部会で見直しの議論を開始した。

4 2022（令和4）年度診療報酬改定

(1) 診療報酬改定

令和4年度診療報酬改定では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応や、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築を図る観点から、診療報酬の改定率をプラス0.43%とした。

改定に当たっては、「令和4年度診療報酬改定の基本方針」に示された

①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

③患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

医療計画の見直しも念頭に、都道府県等の要請を受けて新興感染症等に対応する体制を有し、地域連携や訓練等を行う医療機関の評価を行った。

入院医療については、医療機能等に応じた評価となるよう、重症患者の評価項目の基準を見直すとともに、高度かつ専門的な医療や急性期医療を提供する体制を十分に確保している場合の評価を新設した。

外来医療については、外来機能の明確化や医療機関間の連携を推進する観点から、かかりつけ医機能を担う医療機関の体制に係る評価について、地域の連携体制への参加等の要件化等を行った。

在宅医療については、診療所の参画を更に推進するため、診療所が単独で24時間の往診体制を有する場合だけでなく、地域医師会等との連携により往診体制を確保した場合の評価を新設した。

症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設けた。

2 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る評価について、地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療・小児救急医療を担う医療機関を対象に追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直した。また、看護職員の負担軽減の推進のため、夜間の看護配置や看護補助者の配置に関する加算の点数の引上げを行った。

3 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応として、患者ニーズを踏まえて適切にオンライン診療の普及・促進を図るため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、初診における評価の新設や、対象疾患に係る要件の撤廃等の要件緩和を行った。

子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう、関係学会が策定したガイドラインの推奨度等を踏まえ、一般不妊治療（人工授精等）に加え、生殖補助医療（体外受精、顕微授精等）について、採卵・採精から胚移植まで一連の治療行為の保険適用を実施した。

歯科については、外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科医師等を対象とした研修要件を見直した上で、初再診料の引上げを行った。

調剤については、患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、地域におけるかかりつけ機能に応じた薬局の適切な評価や、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し・対人業務の評価の拡充を行った。

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤・使用割合が高い薬局・医療機関に重点を置いた評価に見直したほか、効率性等に応じた薬局の評価の見直

し、薬剤給付の適正化を目的とした湿布薬の処方の適正化を図った。

医薬品・医療機器の費用対効果評価制度については、これまでの実績を踏まえて、より適切に制度を運用する観点から、できるだけ速やかに評価結果を反映できるよう、分析プロセスの見直しや分析体制の充実等に向けた対応を行った。

(2) 薬価制度改革

薬価制度については、これまでの累次の薬価改定の結果や課題などを踏まえ、革新的な医薬品のイノベーション評価の観点から、革新的な効能・効果の追加承認があった新薬の評価や新型コロナウイルス感染症のワクチン・治療薬の開発の評価を実施した。また、国民皆保険の持続性確保の観点から、長期収載品の薬価の適正化や新薬創出等加算の企業区分の適正化を、医薬品の安定供給の確保の観点から、安定確保の優先度が高い医薬品の薬価上の取扱いの見直しを併せて実施した。

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2022（令和4）年で23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、2021（令和3）年4月には507万人と、約3.4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。

高齢化が更に進行し、「団塊の世代」の全員が75歳以上となる2025（令和7）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。高齢化の進行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、サービス利用者数の増加に伴い、介護費用が増大している。介護保険制度開始当時の2000年度は約3.6兆円だった介護費用は、2020（令和2）年度には11.1兆円となっており、高齢化が更に進行し、団塊の世代の全員が75歳以上となる2025年には、介護費用は約15.3兆円[*13]になると推計されている。介護費用の増大

＊13「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（2018（平成30）年5月）の経済ベースラインケース、計画ベースにおける推計。

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6,014円になっており、2025年には約7,200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に加え、今後、いわゆる団塊ジュニア世代の全員が65歳以上となる2040（令和22）年には、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護サービス需要が更に増加・多様化し、現役世代（担い手）の減少も顕著になる中、制度の更なる見直しを進める必要があり、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」を第201回通常国会に提出し、2020年6月5日に成立し（令和2年法律第52号）、2021年4月より順次施行している。この法律には、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進並びに医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化等を盛り込んでおり、地域共生社会の実現に向けた取組みを進めていくこととしている。

これらを踏まえ、2021年度からの第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針においては、以下のような事項を盛り込んでいる。

ア　2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
イ　地域共生社会の実現
ウ　介護予防・健康づくり施策の充実・推進
エ　有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
オ　認知症施策の推進
カ　地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組みの強化
キ　災害や感染症対策に係る体制整備

2 地域包括ケアシステムの構築

（1）介護予防・健康づくりの推進

介護予防は、高齢者が要介護状態等になることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行うことが重要との考えに基づき、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを市町村が中心となって推進している。

通いの場がある市町村は、62.2%（2013（平成25）年度）から93.0%（2020（令和2）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から113,886か所（2020年度）へと増加の傾向にある。また、高齢者人口に占める参加者の割合は5.2%（2020年度）であり、都道府県別にみると地域差がある状況である。

このため、厚生労働省では、全国で取組みを更に広げていく観点から、通いの場の好事例の紹介や、企業、団体、自治体等における介護予防・高齢者生活支援に資する優れた活動等の奨励・普及を目的とした表彰等を行っている。

一般介護予防事業等の取組みは、介護予防に加え、地域づくりの推進という観点からも

保険者等の期待の声も大きく、また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の動向も踏まえ、更なる推進が期待される。

このような状況を踏まえ、厚生労働省では、2019年5月から「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を開催し、一般介護予防事業等に今後求められる機能やPDCAサイクルに沿った更なる推進方策等の検討を集中的に実施し、同年12月に取りまとめを公表した。

本取りまとめを踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、2021（令和3）年8月に「通いの場の類型化について（ver.1.0）」を公表し、先進的な事例等を紹介するなど、第8期介護保険事業（支援）計画の実施において、引き続き市町村における地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組みを推進している。

また、高齢者については、新型コロナウイルス感染症の流行に伴う、外出自粛による閉じこもりや健康への影響が特に懸念されることから、自治体に対し感染拡大防止に配慮した介護予防・見守り等の取組事例の周知を行うとともに、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例等を掲載する特設Webサイトの活用など広報の充実等を行ってきた。2021年12月には、新型コロナウイルス感染症の感染防止に配慮して通いの場や認知症カフェ等の取組みを実施するための留意事項を一部見直して提示し、外出自粛による心身機能の低下や地域のつながりの希薄化からの回復に向けて、地域の実情を踏まえた介護予防・見守り等の取組みを推進している。

（2）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

高齢化が進行する中で、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。以下「地域包括ケア強化法」という。）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、2018（平成30）年度より保険者機能強化推進交付金を創設するとともに、公的介護保険制度における介護予防の位置づけを高めるため、2020（令和2）年度には新たに介護保険保険者努力支援交付金を創設した。これらの交付金は、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

上で、交付することとしている。各保険者等には、当該交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付及び保健福祉事業等を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止及び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。

(3) 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、事業を実施している。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。

また、2021（令和3）年4月から切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組みを継続的に行うことによって本事業で目指す姿の実現がなされるよう省令改正を行うとともに、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（ver.3）」を公開した。

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2018（平成30）年4月に創設した。2021（令和3）年12月末現在、介護医療院は662施設（40,383療養床）となっている。

(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、再発防止を図るため、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。

2020（令和2）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2,097件、虐待判断件数が595件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が35,774件、虐待判断件数が17,281件である。

高齢者の虐待防止については、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、都道府県の指導監督部局や市町村の虐待対応部局の実務者等で構成される会議の設置を支援し、虐待における連絡・対応体制の構築や個別の虐待事案に関する定期的な情報共有などについて、都道府県と市町村の連携の強化を推進する。

3 認知症施策の推進

我が国では、2025（令和7）年には高齢者の5人に1人、700万人が認知症になると見込まれており、認知症は、今や誰もが関わる可能性のある身近なものとなっている。

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）」（2017（平成29）年7月改訂）を関係省庁と共同して策定した。政府全体で認知症施策を更に強力に推進するため、2018（平成30）年12月、認知症施策推進関係閣僚会議が設置され、認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族などの関係者からの意見聴取等や関係省庁との協議を行いながら議論を深め、2019（令和元）年6月18日、認知症施策推進大綱がとりまとめられた。

この大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪とした施策を推進していくことを基本的な考え方としている。なお、大綱上の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

こうした考え方のもと、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って施策を推進していくこととしている。対象期間は2025年までとし、施策ごとにKPI/目標を設定しているところである。

具体的には、「共生」の取組みとして、認知症サポーターなどが支援チームを作り、認知症の人や家族の支援ニーズに合った支援につなげる仕組みである「チームオレンジ」の取組推進や、認知症の人ご本人による「希望大使」等の普及啓発活動の推進などを進めるとともに、「予防」の取組みとして、高齢者が身近に参加できる「通いの場」の拡充や認知症に関する研究開発等を推進している。2020（令和2）年12月、2021（令和3）年12月に、施策ごとの進捗確認を行い、実施状況を首相官邸ホームページに掲載した。

また、認知症施策推進大綱等を踏まえ、2020年の介護保険法の改正において、地域社会における認知症施策の総合的な推進に向けて、国及び地方公共団体の努力義務として、地域における認知症の人への支援体制の整備等を定めたほか、関連分野と連携して総合的な取組みを進めていく必要があることから、市町村介護保険事業計画の記載事項として、教育等の関連分野との連携など認知症施策の総合的な推進に関する事項を追加した。

4 介護現場革新

(1) 生産性向上

介護現場における生産性向上を推進するため、介護現場の革新に資する取組みを研究し、横展開することを趣旨とする「介護現場革新会議」を開催し、2019（平成31）年3月に基本方針を取りまとめるとともに、介護サービスにおける生産性向上に資するガイドラインを作成し、2019（令和元）年度及び2020（令和2）年度にガイドラインを活用したパイロット事業を実施した。

また、介護現場において継続的に生産性向上の取組みを行うことができるよう、2020年度は、「介護現場における生産性向上の取組みを支援・促進する手引き」、2021（令和3）年度は介護現場で生産性向上の取組みを推進するスキルを短期間に習得するためのカリキュラムとして「支援・促しを活用する改善活動の推進役の養成研修手順書」を作成す

るとともに、これらを活用した生産性向上の取組みを全国に普及するため、2020年度から介護現場の生産性向上に関する全国セミナーを開催している。

そのほか、地域医療介護総合確保基金を活用し、都道府県が開催する「介護現場革新会議」の取組みに必要な経費の補助を行い、介護現場革新の取組みの普及・展開を図っている。

(2) 介護ロボット



生産年齢人口が減少していく一方、介護ニーズが増大していく中で、介護人材の確保は喫緊の課題であり、介護職員の負担軽減を図りつつ質の高いサービスを効率的に提供することが求められている。

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いる。

また、「介護ロボット開発等加速化事業」を2016（平成28）年度から実施し、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、2020（令和2）年度に①介護施設等（ニーズ側）・開発企業等（シーズ側）の一元的な相談窓口の設置、②リビングラボのネットワークの構築、③介護現場における実証フィールドを整備した。2021（令和3）年度は上記のプラットフォームについて相談窓口・リビングラボの増設を行い、継続して取り組むことにより介護ロボットの開発・普及の加速化を図った。

さらに、2021年度介護報酬改定においては、テクノロジーの活用により介護サービスの質の向上及び業務効率化を推進していく観点から、見守り機器やインカム等の使用、安全体制の確保や職員の負担軽減等を要件に、介護老人福祉施設における夜勤職員配置加算や夜間の人員配置基準（従来型）の見直し等を行った。引き続き、施行後の状況を把握・検証するとともに、実証データの収集に努めながら、必要な対応や、介護サービスの質や職員の負担に配慮しつつ、更なる生産性向上の方策について、検討していく。

(3) 介護事業所のICT化

介護事業所・施設における負担軽減等のためには、ICT化の普及促進も重要である。このため、2019（令和元）年度には、地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、介護事業所等が介護ソフトやタブレットを導入する際の費用の一部を助成する事業を開始した。同事業については、2020（令和2）年度に、補助上限額の引上げや補助率の柔軟化など、助成内容を拡充させたほか、ケアプランのデータ連携を行っていること等を要件として補助率の引上げを行う等の取組みを進めており、引き続き介護事業所・施設が効果的にICTを導入できるよう、支援を進めていく。

また、2019年度に、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所との間で異なるベンダーの介護ソフトを活用している場合であっても、ケアプランのデータ連携を行うことができるよう「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連

携の標準仕様」を作成した。この標準仕様を用いた介護事業所間の情報連携を推進するため、2021（令和3）年度からケアプランデータ連携システムの構築を開始している。

(4) 介護分野の文書負担軽減

少子高齢化に伴い介護の需要が増大する一方で、人的制約が高まる中、介護分野の文書の作成等に関する負担軽減は、介護事業者にとっても自治体にとっても重要な課題である。2019（令和元）年8月に地方自治体職員、介護事業者等の代表者、学識経験者からなる「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」を設置し、同年12月に文書負担軽減の具体的な方策について中間とりまとめを行った。

中間とりまとめを踏まえ、2021（令和3）年度からは、介護サービス事業所等の指定申請等に関する電子申請・届出システムの構築を進めている。

引き続き、介護現場の負担軽減に向けた取組みを行っていく。

5 介護報酬改定

(1) 2021（令和3）年度介護報酬改定

2021年度の介護報酬改定について、全体の改定率は、介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、2021年9月末までの6ヶ月間の特例的な対応を含め、0.70%となった。

また、改定に当たっては、感染症や災害への対応力強化や地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止の推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保等の視点を踏まえ、運営基準や単位数、要件等について見直しを行った。

(2) 2022（令和4）年度介護報酬改定

2022年度の介護報酬改定においては、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）を踏まえ、2022年10月以降について臨時の報酬改定を行い、介護職員について、収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるための措置を講じることとしている。

第5節 福祉・介護人材の確保対策

第8期介護保険事業計画に基づき、将来必要となる介護職員数を推計すると、2025（令和7）年度には約243万人、2040（令和22）年度には約280万人となっており、介護職員の確保は喫緊の課題となっている。このため、政府においては、就業促進、職場環境の改善による離職の防止、外国人材の受入れ環境整備などに総合的に取り組んでいくこととしている。

具体的には、処遇改善に加えて、

①介護分野への高齢者など介護の未経験者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介護の仕事の魅力発信
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「人材確保対策コーナー」において、医療・福祉分野等の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、「人材確保対策コーナー」を設置していないハローワークにおいても、医療・福祉分野等の職業相談・職業紹介、求人情報の提供及び「人材確保対策コーナー」の利用勧奨等の支援を実施している。

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資する訓練を実施している。

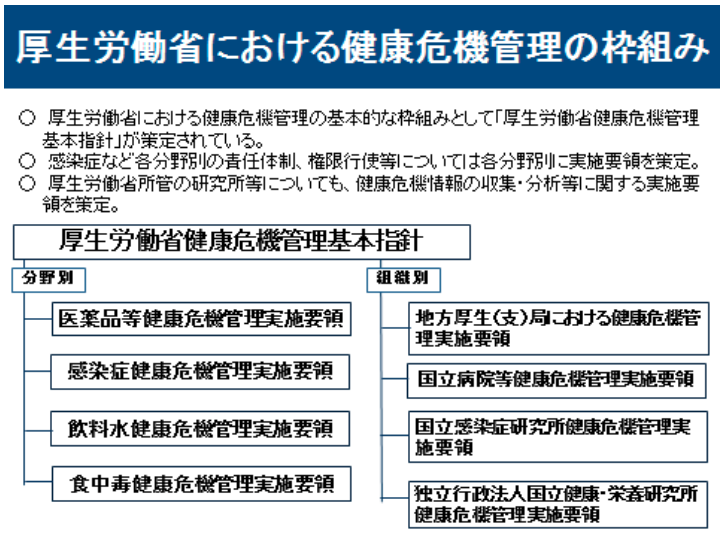
一方、介護労働者は、賃金、労働時間、身体的な負担、精神的な負担に対する不安や不満に端的に示されるように厳しい労働環境にある。2020（令和2）年度介護労働実態調査によると、労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等（複数回答）として、「人手が足りない」が52.0%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が38.6%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.6%、「有給休暇が取りにくい」が26.8%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理の面で解決すべき課題が多い。そのため、介護労働者の身体的負担軽減に資する介護福祉機器（移動用リフト等）を新たに導入し適切な運用を行うことにより労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成措置や、公益財団法人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、大規模イベントに備えた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。

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。

近年、災害による甚大な被害が全国各地で発生している。こうした災害に備えるため、厚生労働省では、医療施設・社会福祉施設等の耐震化や非常用自家発電設備などの整備を進めている。災害の発生時には、被災自治体、関係府省庁、関係団体と連携し、以下のような医療、保健、福祉等の幅広い分野において様々な取組みを行う。

・「災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）、災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）」を被災地へ派遣し、迅速な応急医療活動等を実施
・医療機関、社会福祉施設や水道施設の被害状況の把握を行い、応急給水や電源車派遣による支援を関係機関に要請
・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
・被災者の健康管理のため、職員等が避難所を巡回し、新型コロナウイルスを始めとする感染症や熱中症の予防対策に必要な支援を実施

また、復旧・復興期には、医療施設や社会福祉施設、水道施設の復旧の支援、被災者の心のケアや見守り、相談支援に関する事業を実施する。

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」（2017（平成29）年6月9日閣議決定）、「健康・医療戦略」（2014（平成26）年7月22日閣議決定、2017年2月17日一部変更）及び「医療分野研究開発推進計画」（2014年7月健康・医療戦略推進本部決定、2017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た。2020（令和2）年3月には、2020年度から2024（令和6）年度までの5年間を対象とした「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」が閣議決定され、ゲノム・データ基盤の構築及び利活用を推進することとされている。

2015（平成27）年1月から、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」が開催され、2019（令和元）年10月には「ゲノム医療協議会」に改編され、ゲノム医療の推進のための取組みを関係府省・関係機関が連携して進めている。

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、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（平成28年10月19日厚生労働省開催）において作成された「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、2018（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シークエ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シークエンサー等を製造販売する際の取扱いについて」、また、2017年1月に「遺伝子検査システムに用いるDNA シークエンサー等を製造販売する際の取扱いに関する質疑応答集（Q＆A）について」、さらに2018年9月に「遺伝子検査システムに用いるDNAシークエンサー等を製造販売する際の取扱いに関する質疑応答集（Q＆A）その2」を公表し、DNAシークエ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）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指定難病への遺伝子関連検査を保険適用としており、エビデンスに基づいて順次対象疾患を追加している。

また、一人ひとりにおける治療精度を格段に向上させ、治療法のない患者に新たな治療を提供するといったがんや難病等の医療の発展や、個別化医療の推進などを目的として、全ゲノム解析等を推進するため、がんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」（2019（令和元）年12月）及び「ロードマップ2021」（2021（令和3）年6月）を策定し、全ゲノム解析等を推進してきた。がん、難病において、日本人のゲノム変異の特性等を明らかにしつつ、引き続き体制整備を進める。

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）新型コロナウイルス感染症について

図表8-3-1　新型コロナウイルス感染症を巡る2021年度の経緯（2022年３月末時点）

（2021年）
４月23日　緊急事態宣言を発出（対象地域：東京、京都、大阪、兵庫。５月11日まで）
５月７日　緊急事態措置の対象地域を拡大（愛知、福岡を追加）、期間を延長（５月31日まで）
14日　緊急事態措置の対象地域を拡大（北海道、岡山、広島を追加。５月31日まで）
21日　緊急事態措置の対象地域を拡大（沖縄を追加。６月20日まで）
28日　緊急事態措置の期間を延長（６月20日まで）
６月17日　緊急事態措置の期間を延長（対象地域：沖縄。７月11日まで）
21日　まん延防止等重点措置へ移行（対象地域：北海道、東京、愛知、大阪、京都、兵庫、福岡。７月11日まで）
政府対策本部において「令和３年６月21日以降における取組」を取りまとめ
７月８日　緊急事態措置の対象地域を拡大（東京を追加）、期間を延長（８月22日まで）
30日　緊急事態措置の対象地域を拡大（埼玉、千葉、神奈川、大阪を追加）、期間を延長（８月31日まで）
８月17日　緊急事態措置の対象地域を拡大（茨城、栃木、群馬、静岡、京都、兵庫、福岡を追加）、期間を延長（９月12日まで）
25日　緊急事態措置の対象地域を拡大（北海道、宮城、岐阜、愛知、三重、滋賀、岡山、広島を追加。９月12日まで）
９月９日　緊急事態措置の対象地域の一部について期間を延長（北海道、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、広島、福岡、沖縄を９月30日まで）
28日　政府対策本部において「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」を決定
30日　緊急事態措置を全面解除
11月12日　政府対策本部において「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」を決定
29日　世界でのオミクロン株の感染状況を踏まえ、11月30日以降の外国人の入国停止等の措置を実施
30日　国内空港に到着した者のオミクロン株ウイルスへの感染を確認
12月22日　空港検疫外で、オミクロン株に感染した者（直近の海外渡航歴がなく、感染経路が明らかではない者）を確認
28日　外国人の入国停止等の措置を当面の間継続することを決定

（2022年）
１月９日　まん延防止等重点措置の実施（対象地域：広島、山口、沖縄。１月31日まで）
19日　まん延防止等重点措置の対象地域を拡大（群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、岐阜、愛知、三重、香川、長崎、熊本、宮崎を追加。２月13日まで）
25日　まん延防止等重点措置の対象地域を拡大（北海道、青森、山形、福島、茨城、栃木、石川、長野、静岡、京都、大阪、兵庫、島根、岡山、福岡、佐賀、大分、鹿児島を追加。２月20日まで）
まん延防止等重点措置の対象地域の一部について期間を延長（広島、山口、沖縄を２月20日まで）
２月３日　まん延防止等重点措置の対象地域を拡大（和歌山を追加。２月27日まで）
10日　まん延防止等重点措置の対象地域を拡大（高知を追加）、対象地域の一部について期間を延長。（群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、岐阜、愛知、三重、香川、高知、長崎、熊本、宮崎を３月６日まで）
18日　まん延防止等重点措置の対象地域の一部について期間を延長（北海道、青森、福島、茨城、栃木、石川、長野、静岡、京都、大阪、兵庫、和歌山、岡山、広島、福岡、佐賀、鹿児島を３月６日まで）
３月４日　まん延防止等重点措置の対象地域の一部について期間を延長（北海道、青森、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、石川、岐阜、静岡、愛知、京都、大阪、兵庫、香川、熊本を３月21日まで）
22日　まん延防止等重点措置を全面解除

①2021年４月から2022年３月末までの感染動向、主な感染症対策

【感染動向、主な感染症対策】

これまで、新型コロナウイルス感染症対策として、感染リスクの高い行動を控えるこ

と、マスクの着用、手洗い、三密の回避や換気などの基本的な感染対策の推進に加え、専門家の分析等で感染リスクが高いとされた飲食の場面を極力回避するため、飲食店の時短営業及び酒類提供の停止の措置を講じてきた。同時に、人流や人との接触機会を削減する観点から、外出・移動の自粛、イベント及び大規模集客施設への時短要請等の取組みを進めてきた。加えて、検査・サーベイランスの強化、積極的疫学調査等によるクラスター（感染者間の関連が認められた集団。以下「クラスター」という。）対策、水際対策を含む変異株対策等の取組みを実施してきた。

2021年4月以降も、感染力の強い変異株の出現による急速な感染拡大に対し、政府は、引き続き、全閣僚を構成員とする新型コロナウイルス感染症対策本部（以下「政府対策本部」という。）の下、2021年2月3日に成立した新型インフルエンザ等対策特別措置法等の一部を改正する法律（令和3年法律第5号）による改正後の新型インフルエンザ等特別措置法（平成24年法律第31号）や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。）、新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針等に基づき、総合的かつ強力な対策を推進してきた。

2021年3月上旬以降、新規感染者数は、大都市部を中心に増加が続き、重症者数も増加した。また、B.1.1.7系統の変異株（アルファ株）の感染者の増加がみられ、急速に従来株からの置き換わりが進んだ。こうした状況を踏まえ、大都市部をはじめとする一部の地域において、4月23日に緊急事態宣言が発出された。その後も、大都市部を中心に新規感染者数が高い水準にあり、医療提供体制のひっ迫等が見られたため、緊急事態措置は6月20日まで延長されたが、新規感染者数の減少等が見られたため、一部の地域を除き、まん延防止等重点措置に移行された。

それまでの飲食への対策、人流抑制の取組みのほか、再度の感染拡大の予兆や感染源を早期に探知するため、検査を大幅に強化するとともに、高齢者施設や学校等における感染対策を強化する観点から、軽症であっても症状が現れた場合に、早期に陽性者を発見することができるよう、抗原定性検査キットの配布を行ってきた。さらに、健康観察アプリを活用し、早期に検査につなげる取組みも実施してきた。しかしながら、6月下旬以降、再び、大都市部において、新規感染者の増加が続いた。8月には、B.1.617.2 系統の変異株（デルタ株）への置き換わりが進み、8月20日の全国の新規感染者数は25,975人とその時点で過去最多の感染者数を記録するなど、8月中下旬には、新規感染者数が過去最大の水準を更新し続け、多くの地域において緊急事態措置が実施された。その後、急速に感染者が減少し、9月28日には、感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制の負荷の状況を踏まえ、同月30日をもって緊急事態措置等を終了することとされた。

9月以降、新規感染者の減少が続き、2020年の夏以降で最も低い水準が継続した。この感染収束は、これまでの国民や事業者の皆様方の感染対策への協力、夜間滞留人口の減少、ワクチン接種率の向上、医療機関や高齢者施設のクラスター感染の減少等によるものと評価されている。11月及び12月は、新規感染者数の減少に伴い、療養者数、重症者数や死亡者数も減少が続き、低い水準が継続した。

このように新規感染者数等が低水準の中にあっても、次の感染拡大に備えるため、11月12日、政府対策本部において、

・ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強

化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える

・2021年夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が2倍（※）となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める

ことなどを内容とする「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」（以下「全体像」という。）を決定した。

※　若年者のワクチン接種が70％まで進展し、それ以外の条件が2021年夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化等による、2021年夏の実質2倍程度の感染拡大が起こるような状況

また、同月19日には、全体像をベースに全面改訂した「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を決定した。

図表8-3-2　次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像

令和３年11月12日
新型コロナウイルス感染症対策本部

【基本的考え方】

○　ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える
○　今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が２倍(※)となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める
○　こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じても、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る
○　例えば感染力が３倍(※)となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる

(※)「感染力が２（３）倍」とは、若年者のワクチン接種が70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実質２（３）倍程度の感染拡大が起こるような状況」のことである

1．医療提供体制の強化

＜今後の感染拡大に備えた対策＞

1）病床の確保、臨時の医療施設の整備

入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を11月末までに整備
○今夏と比べて約３割増の患者
（約１万人増（約2.8万人→約3.7万人））の入院が可能に
・病床の増床や臨時の医療施設における病床確保
（約５千人増（病床約６千床増の８割（使用率）））
・感染ピーク時において確保病床使用率８割以上を確保（約５千人増）
・入院調整の仕組みの構築、スコア方式の導入等による療養先の決定の迅速・円滑化
※公的病院の専用病床化（約2.7千人の入院患者の受入増（病床増約1.6千床分））
○今夏と比べて約４倍弱（約2.5千人増）の約3.4千人が入所できる臨時の医療施設・入院待機施設を確保

2）自宅・宿泊療養者への対応

全ての自宅・宿泊療養者に、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保
・保健所の体制強化
・今夏と比べて約３割増の宿泊療養施設の居室の確保（約1.4万室増（約4.7万室→約6.1万室））
・従来の保健所のみの対応を転換し、約3.2万の地域の医療機関等と連携してオンライン診療・往診、訪問看護等を行う体制を構築
症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を確保
・全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配付できるよう総数で約69万個を確保
・入院に加え外来・往診まで様々な場面で中和抗体薬・経口薬を投与できる体制構築

3）医療人材の確保等

感染拡大時に臨時の医療施設等が円滑に稼働できるよう、医療人材の確保・配置調整を担う体制を構築
・医療人材派遣に協力可能な医療機関数、派遣者数を具体化
・人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築
・公立公的病院から臨時の医療施設等に医療人材を派遣

4）ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

医療体制の稼働状況をG-MISやレセプトデータなどを活用して徹底的に「見える化」
・病床確保・使用率（医療機関別・毎月）
・治療薬の投与者数（都道府県別・毎月）
・オンライン診療・往診等自宅療養者に対する診療実績（地域別・毎月）

※上記の数値は11月11日時点のもの

5）さらなる感染拡大時への対応

○今後、地域によって、仮に感染力が２倍を超える水準になり、医療のひっ迫が見込まれる場合、国民に更なる行動制限(※)を求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための追加的な措置を講ずる
・国・都道府県知事は地域の医療機関に診療等について最大限の協力を要請
・コロナ患者受入病院に、短期間の延期ならリスクが低いと判断される予定手術・待機手術の延期等を求める
・公立公的病院に追加的な病床確保や医療人材派遣等を要求。民間医療機関にも要請
○感染力が２倍を超え、例えば３倍となり、更なる医療のひっ迫が見込まれる場合、大都市のように感染拡大のリスクが高く病床や医療人材が人口比で見て少ない地域等について、当該地域以外の医療機関に、コロナ以外の通常医療の制限措置を行い、医療人材派遣等を行うよう、国が要求・要請。こうした措置が速やかに解除されるよう、国民には更なる行動制限(※)を求める
※更なる行動制限については、具体的には、人との接触機会を可能な限り減らすため、例えば、飲食店の休業、施設の使用停止、イベントの中止、公共交通機関のダイヤの大幅見直し、職場の出勤者数の大幅削減、日中を含めた外出自粛の徹底など、状況に応じて、機動的に強い行動制限を伴う要請を行う

2．ワクチン接種の促進

11月中に希望する方への接種を概ね完了見込み
12月から追加接種を開始。追加接種対象者のうち、希望する全ての方が接種を受けられるよう体制を確保

○11月中に希望する方への２回のワクチン接種を概ね完了見込み（11/11公表時点接種率：１回目78.2%　２回目74.5%）
・今後も若年者を含め１回目・２回目未接種者に対する接種機会を確保
・小児（12歳未満）への接種について、企業から薬事申請がなされ、承認に至った場合には厚生科学審議会の了承を得た上で接種を開始
○12月から追加接種を開始。２回目接種完了から概ね８カ月以降に、追加接種対象者のうち希望する全ての方が受けられるよう体制を確保
・２回目接種を完了した全ての方に追加接種可能なワクチン量を確保（来年は３億２千万回分の供給契約を締結済み）
・12月からの接種に向けて都道府県・市町村で体制を整備。国は全額国費を基本として必要な支援を行う
・２回目接種完了者のほぼ全てが追加接種の対象者となった場合、来年３月を目途に職域接種による追加接種を開始

3．治療薬の確保

経口薬は治療へのアクセスを向上・重症化予防により、国民が安心して暮らせるようになるための切り札
年内の実用化を目指すとともに、必要量を確保

○国産経口薬を含む治療薬の開発費用として１薬剤当たり最大約20億円を支援し、経口薬について年内の実用化を目指す
○軽症から中等症の重症化リスク保有者が確実に治療を受けられるよう、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう企業と交渉を進める

■感染力が2倍となった場合、軽症から中等症の重症化リスク保有者向けに最大約35万回分（感染力が3倍となった場合は最大約50万回分）の治療薬が必要な見込み
・中和抗体薬について、来年（2022年）初頭までに約50万回分を確保
・経口薬について、薬事承認が行われれば速やかに医療現場に供給。合計約60万回分を確保（薬事承認が行われれば年内に約20万回分、年度内に更に約40万回分）
・さらに、今冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬の確保に向けて取り組む（経口薬については、追加で約100万回分、計約160万回分確保）

4．国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるよう、行動制限の緩和の取組を進めていく。具体的内容は、速やかに基本的対処方針において示す。ただし、緊急事態宣言等の下で、コロナ以外の通常医療への制限が必要となる場合等には、行動制限の緩和を停止することがあり得る

＜誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の拡大・環境整備＞
・都道府県が、健康理由等でワクチン接種できない者を対象として、経済社会活動を行う際の検査を予約不要、無料とできるよう支援
併せて感染拡大時に、都道府県判断により、感染の不安がある無症状者に対し、検査を無料とできるよう支援
・PCR検査の実勢価格を踏まえた保険収載価格の検証、年内を目途に必要な見直し
＜電子的なワクチン接種証明＞
・これまでは紙で海外渡航用に限定して発行していたが、年内にワクチン接種証明書をデジタル化、国内でも利用可能とする
＜感染状況を評価する新たな基準の考え方＞
・11月8日のコロナ分科会の提言を受け、医療のひっ迫状況により重点を置いた考え方に見直しを行うこととし、速やかに基本的対処方針を改正
＜新型コロナの影響を受ける方々への支援＞
・住民税非課税世帯や子育て世帯・学生などコロナでお困りの皆様に対する給付金等の支援を行う。（詳細は経済対策で決定）
＜今後のさらなる対応＞
・今後の感染症への対応として、病床や医療人材の確保等に関する国や自治体の迅速な要請・指示等に係る法的措置を速やかに検討
・また、行政のあり方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討

世界でのB.1.1.529系統の変異株（オミクロン株）の確認等を受け、11 月29 日には、外国人の新規入国停止など、オミクロン株に対する水際対策の強化を実施した。また、12月から、オミクロン株の国内新規感染者の発生を受け、原則として、全ての国内新規感染者について、L452R変異株PCR検査を行うとともに、その時点の検査能力を最大限発揮して全ゲノム解析を実施し、早期探知の体制をとった。その後、国内におけるオミクロン株への置き換わりが進んだことを踏まえ、感染者の5～10％程度又は1週あたり300-400件程度を目安に全ゲノム解析を実施することにより、引き続き、変異株の発生動向を監視している。

2022年1月には新規陽性者数の急速な増加に伴い、療養者数と重症者数も増加傾向が見られた。感染状況や医療提供体制・公衆衛生体制に対する負荷の状況について分析・評価を行い、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、1月7日に政府対策本部において、一部地域でのまん延防止等重点措置を決定し、同月9日から実施することとした。その後、感染の再拡大を防止する必要性が高いこと等から、順次、各地域を重点措置区域に追加する対応を行ってきた。一方で、感染拡大は続き、2022年2月1日には103,449人（7日間移動平均では2月5日には87,345人）の感染者数が記録された。

その後、感染状況や保健医療体制等に対する負荷の状況の改善等を踏まえ、一部の地域で重点措置が解除され、最終的に、3月17日には、全国的な感染者数がピーク時の半分程度まで落ち着き、病床利用率や在宅療養者数も、地域差はあるものの、明確な低下傾向が確認され、こうした状況を受けた各知事の要請を踏まえ、3月21日をもって、残る都道府県のまん延防止等重点措置は全て解除することとされた。

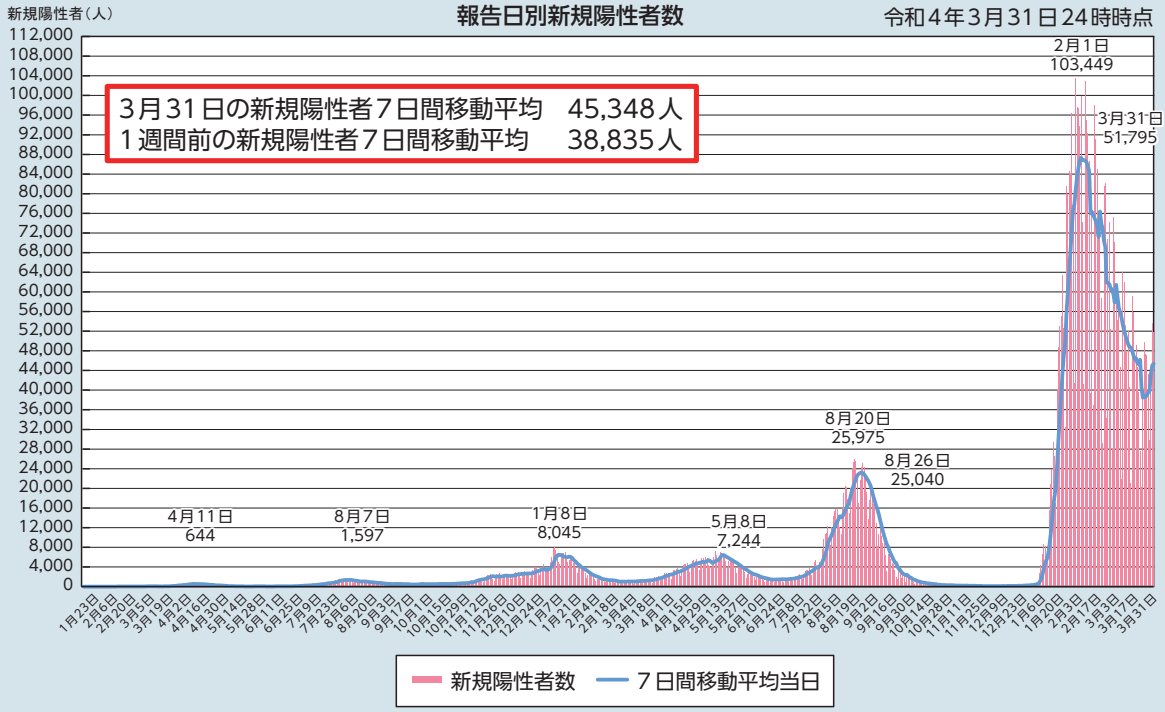
3月末現在、全体像に基づき、幅広いリスクに対応可能な体制の整備に向けた取組みを総合的に進めた上で、オミクロン株の特徴を踏まえ、「高齢者等、ハイリスク者への備え」、「軽症・無症状患者等、医療を必要とする方のアクセスの確保」、「社会経済活動の維持」という大きく3つの方向性（※）に沿って対策の重点化・迅速化を図っている。

※①「高齢者等、ハイリスク者への備え」として、重症化リスクの高い高齢者へのワクチン3回目接種や、高齢者施設における感染対策や医療支援の強化を進めている。②「軽症・無症状患者等、医療を必要とする方のアクセスの確保」として、診療・検査医療機関の公表や拡充、自宅・宿泊療養者への医療支援体制の強化を進めている。③「社会経済活動の維持」として、一般の事業所等については、保健所による一律の濃厚接触者の特定や行動制限を行う必要はないものとした。

オミクロン株の濃厚接触者の待機期間について、これまでに得られた科学的知見に基づき、2022年1月14日、14日間から10日間に、さらに、同月28日、10日間から7日間に短縮し、同年3月16日には、同一世帯内で感染者が発生した場合を含め、2日にわたる検査が陰性であった場合に、5日目に待機を解除する取扱いを実施できることとしたのに加えて、医療機関、高齢者施設等や保育所、幼稚園、小学校等の従事者について、一定の要件の下、毎日検査による業務従事を可能とした。

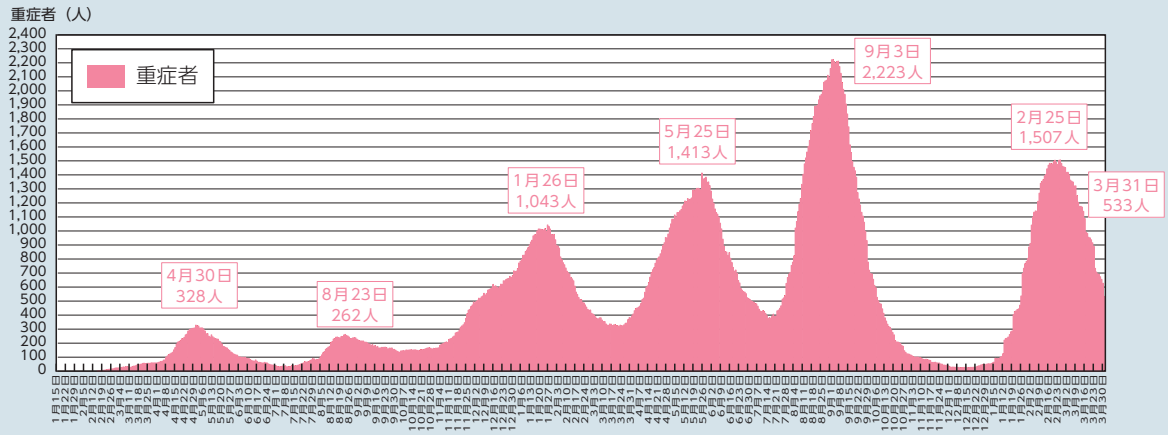
引き続き、基本的な感染防止対策の徹底を国民の皆様に心がけていただくようお願いするとともに、今後、再度感染が拡大に転じた場合にも、全体像で準備してきた保健医療体制をしっかりと稼働させていくことを基本としつつ、専門家の意見を伺いながら、積極的かつ迅速に対策を講じていくこととしている。

図表8-3-3　国内発生動向（2022年3月31日時点）



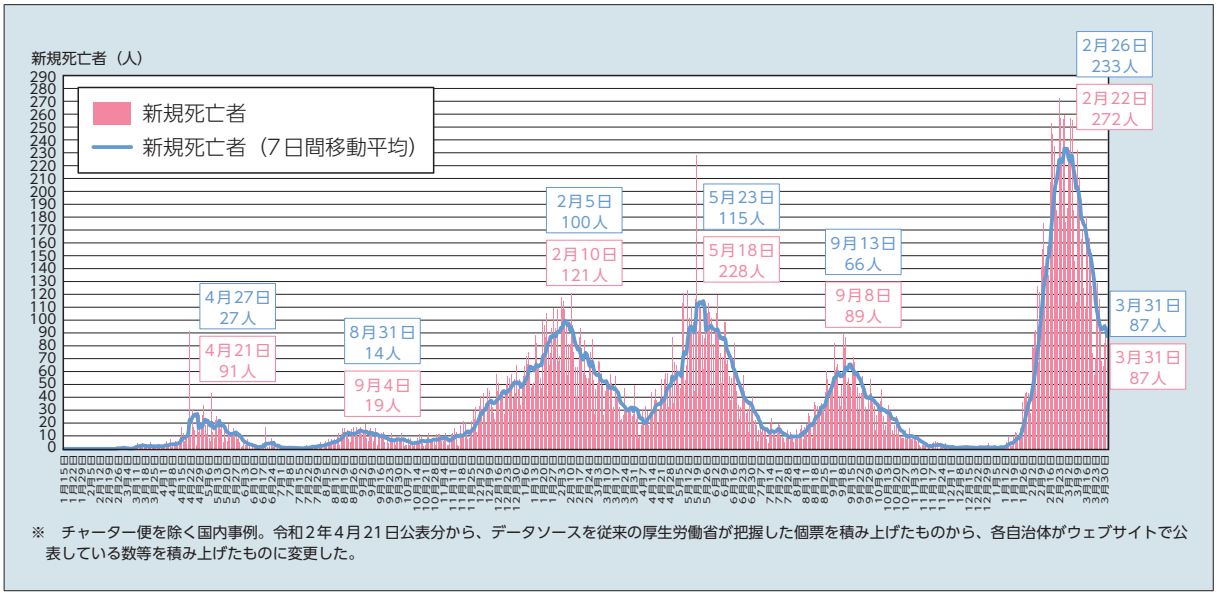
※1　都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。
※2　令和2年5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。
※3　各自治体のプレスリリース及びHER-SYSデータを基に集計しているため、自治体でデータの更新が行われた場合には数値が変動することとなる。

図表8-3-4　重症者数の推移（2022年3月31日時点）



※1　チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
※2　一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
※3　集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った。

図表8-3-5　新規死亡者数の推移（2022年３月31日時点）



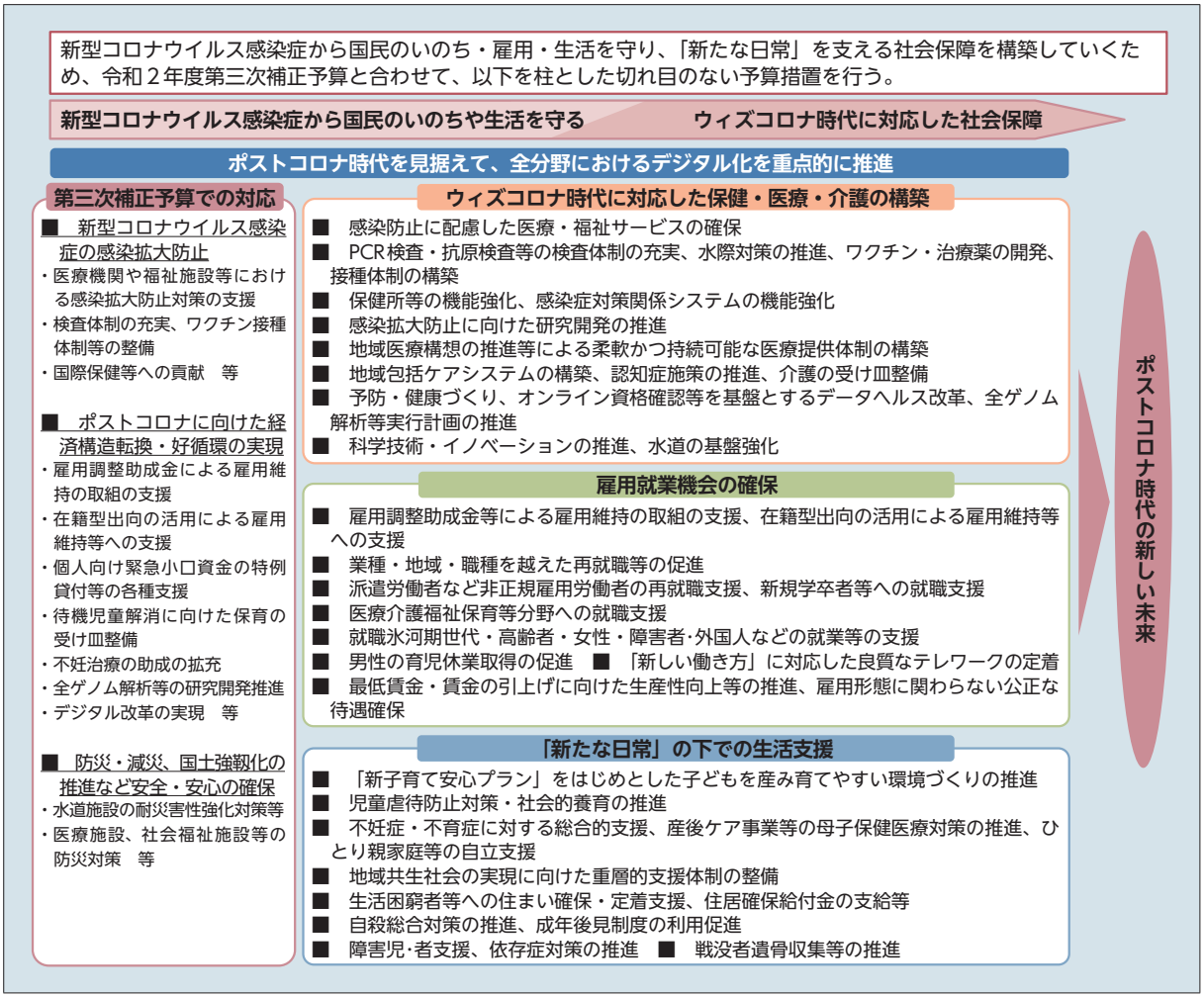
※　チャーター便を除く国内事例。令和２年４月21日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。

【予算について】

（令和３年度当初予算）

令和２年度第三次補正予算と一体的に編成された令和３年度当初予算では、新型コロナウイルス感染症から国民のいのちや生活を守るため、感染防止に配慮した医療・福祉サービス提供体制の確保、PCR検査・抗原検査等の検査体制の充実、保健所等の機能強化、雇用調整助成金等による雇用維持の取組みの支援、生活困窮者等への住まい確保・定着支援等が盛り込まれた。

図表8-3-6　令和３年度厚生労働省予算における重点事項



（令和３年度補正予算）

新型コロナウイルス感染症の拡大防止や「ウィズコロナ」下での社会経済活動の再開と次なる危機への備えなどのため、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」が2021年11月19日に閣議決定され、同年12月20日に令和３年度補正予算が成立した。厚生労働省関係では、

・新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等による支援
・ワクチン接種体制の確保等
・治療薬の実用化支援・供給確保等
・行政検査の実施等の感染拡大防止対策
・雇用調整助成金等による雇用維持の取組への支援
・雇用保険財政の安定等

など、総額８兆9,733億円の対応策が盛り込まれた。

図表8-3-7　令和３年度厚生労働省補正予算のポイント

追加額　８兆9,733億円（うち一般会計８兆4,628億円、労働保険特別会計１兆2,547億円、デジタル庁計上分246億円）
※一般会計から労働保険特会への繰入があるため、7,689億円が重複する。

Ⅰ. 新型コロナウイルス感染症の拡大防止

1. 医療提供体制の確保等
- ○ 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等による支援　2兆1,033億円
- ○ 医療用物資等の確保等　467億円
- ○ ワクチン接種体制の確保等　1兆3,879億円
- ○ 治療薬の実用化支援・供給確保等　6,075億円
- ○ 行政検査の実施等の感染拡大防止対策　1,972億円
- ○ 児童福祉施設等における感染症対策への支援　181億円

2. 感染症の影響により厳しい状況にある方々の事業や生活・暮らしの支援
- ○ 雇用調整助成金等による雇用維持の取組への支援　1兆854億円
- ○ 雇用保険財政の安定等　2兆1,611億円
- ○ 小学校等臨時休業等に伴う保護者の休暇取得支援　55億円
- ○ 個人向け緊急小口資金の特例貸付等の各種支援の実施　5,621億円
- ○ 生活困窮者・ひきこもり支援体制、自殺防止対策、孤独・孤立対策の強化等　66億円
- ○ 通いの場をはじめとする介護予防や施設での面会等の再開・推進の支援　4.1億円
- ○ 生産活動が停滞している就労系障害福祉サービス事業所への支援　6.5億円
- ○ 生活衛生関係営業者への経営に関する相談等支援　2.0億円
- ○ 国民健康保険・介護保険等への財政支援　273億円

Ⅱ.「ウィズコロナ」下での社会経済活動の再開と次なる危機への備え

1. 安全・安心を確保した社会経済活動の再開
- ○ 検疫におけるワクチン接種証明書の電子化への対応　97百万円
- ○ 障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援　36億円
- ○ イベントの実施等による生活衛生関係営業の消費喚起　4.2億円
- ○ 新型コロナウイルス感染症に対応した心のケア支援　51百万円

2. 感染症有事対応の抜本的強化
- ○ 新興感染症の治療薬等に関する研究開発等の推進　145億円
- ○ 新型コロナウイルスワクチン開発支援等　2,562億円
- ○ プレパンデミックワクチンの備蓄等様々な感染症対策の充実・強化　48億円
- ○ 国立感染症研究所等の体制強化　14億円
- ○ 機動的な水際対策の推進、入国者の健康確認の体制確保　788億円
- ○ 国際機関と連携した国際的な研究開発等の推進　5.0億円

Ⅲ. 未来社会を切り拓く「新しい資本主義」の起動

1. 成長戦略

(1) 科学技術立国の実現
- ○ 全ゲノム解析等の確実な推進　24億円
- ○ 介護ロボット開発等の加速化支援　3.9億円

(2) 地方を活性化し、世界とつながる「デジタル田園都市国家構想」
- ○ 保健医療分野のデータ連携基盤の整備の推進　2.9億円
- ○ 審査支払システム等のICT化の推進　131億円
- ○ 救急等における保健医療情報の利活用、オンライン資格確認の推進　21億円
- ○ 自治体等における介護・障害福祉分野等のシステム標準化等の推進　41億円
- ○ 障害福祉分野のICT・ロボット等導入支援　7.5億円

(3) 経済安全保障
- ○ 医薬品等の安定供給の確保　75億円

2. 分配戦略 ～ 安心と成長を呼ぶ「人」への投資の強化

(1) 民間部門における分配強化に向けた強力な支援
- ○ 最低賃金の引上げへの対応を支援するための業務改善助成金の拡充　135億円
- ○ コロナ禍での非正規雇用労働者等に対する労働移動支援等　808億円
- ○ IT分野への重点化によるデジタル人材の育成等　216億円
- ○ 良質なテレワークの定着促進のための企業支援　制度要求

(2) 公的部門における分配機能の強化等
- ○ 看護、介護、保育など現場で働く方々の収入の引上げ　1,665億円
- ○ 介護福祉士修学資金等貸付事業による人材の確保　9.3億円
- ○ 母子保健と児童福祉の一体的提供に向けた支援　602億円
- ○ 虐待防止のための情報共有システムの整備等ICT活用による児童虐待防止対策の強化　76億円
- ○ 産後ケア事業を行う施設整備の促進、妊産婦等への支援　53億円
- ○ 「新子育て安心プラン」に基づく保育の受け皿整備・人材確保　515億円
- ○ 医療的ケア児支援センターの開設の促進　71百万円
- ○ ひとり親家庭等に対するワンストップ相談体制の構築・強化　1.6億円
- ○ ひとり親家庭等の子どもの食事等支援　22億円
- ○ 不妊治療の保険適用の円滑な移行に向けた支援　67億円

Ⅳ. 防災・減災、国土強靱化の推進など安全・安心の確保
- ○ 水道施設の耐災害性強化等　395億円
- ○ 医療施設等の耐災害性強化等　31億円
- ○ 社会福祉施設等の耐災害性強化等　241億円
- ○ 建設アスベスト給付金の支給等　1,730億円
- ○ Ｂ型肝炎訴訟の給付金等の支給　156億円

（令和３年度新型コロナウイルス感染症対策予備費）

新型コロナウイルス感染症への対応としては、先述の補正予算のほか、予備費も活用され、厚生労働省の所管で、

①同年５月14日にワクチンの確保のため5,120億円、

②同年８月27日に、
- ・ワクチン接種の促進
- ・治療薬の確保
- ・医療機関支援の拡充
- ・検疫業務の実施に必要な経費
- ・緊急雇用安定助成金等の支給
- ・緊急小口資金等の特例貸付

のため、合計１兆3,419 億円、

③2022年３月25日に、
- ・ワクチンの確保
- ・治療薬の確保
- ・抗原検査キットの確保
- ・検疫体制の確保

のため、合計約１兆3,475億円の予備費の使用が閣議決定された。

②新型コロナウイルス感染症への対策別の取組み

【保健・医療提供体制の整備】

保健・医療提供体制の強化については、2021年夏に比べ約3割、約1万人増の約3.7万人が入院できる体制を構築するなど、これまで各都道府県において、感染拡大の経験を踏まえた保健・医療提供体制の段階的な強化を進めてきた。

また、病床の確保に加え、臨時の医療施設や入院待機施設の整備、全国で延べ約2.2万の医療機関と連携した自宅・宿泊療養者への必要な健康観察・診療を実施する体制の構築、HER-SYS（Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19：新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）におけるMy HER-SYS（陽性者がHER-SYSにスマートフォン等で自身や家族の健康状態を入力する健康管理機能）等の導入の推進による健康観察体制の整備を進めてきた。加えて、往診や訪問診療、訪問看護の診療報酬の評価の拡充等を行ってきた。保健所においては、外部委託や専門人材の派遣の仕組みであるIHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）の活用等により体制の強化を図るとともに、業務の効率化や重点化を進めてきた。さらに、個人防護具（PPE）について継続的に備蓄を確保し、必要な医療機関等に無償配布する等の取組みを実施した。

デルタ株に比べて重症化リスクは低いものの、感染性・伝播性は高いオミクロン株の特徴を踏まえ、自宅療養者等が確実に医療を受けることができるよう、医療提供体制の点検・強化を行い、令和4年3月には、診療・検査医療機関（いわゆる発熱外来）を3.6万機関、健康観察・診療を実施する医療機関を2.2万機関確保している。

図表8-3-8　今夏の感染拡大を踏まえた保健・医療提供体制の整備

○ 本年10月1日に事務連絡を発出し、各都道府県において今夏の感染拡大を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」を策定いただくよう依頼。
10月末までに各都道府県で策定方針を取りまとめ、11月12日、国において「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」として公表。
○ その後、各都道府県において11月末までに方針に沿った具体的な体制の構築が完了し、計画として取りまとめられたため、今般、公表するもの。

1）病床の確保、臨時の医療施設の整備

○ 今夏ピーク時の2割増となる入院受入数を国から目標として示し、全体像では3割増をめざすとしていたところ、都道府県と医療機関が協議し3割増の体制を構築。

※［ ］内は全体像の数値

＜入院受入者数＞

今夏のピーク時　⇒　今後の最大数

約2.8万人　⇒　約3.7万人（約3割、約1万人の増）

※今夏ピーク時は入院待機者約1千人を含む。

・うち、病床増によるもの　約5千人分

（病床は約6千床増（約3.9万床→約4.6［4.5］万床）

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを含む。

・うち、病床の使用率向上によるもの　約5千人分

（感染ピーク時の確保病床使用率：約68%⇒約82%）

（参考）公的病院における受入患者数、病床の増（12/7時点）

・厚生労働大臣から国立病院機構（NHO）・地域医療機能推進機構（JCHO）に、根拠法に基づく病床確保等を要求するなどにより、今夏ピーク時に比べ、受入患者数は3.2［2.7］千人増（30［25］%増）、病床数は2.0［1.6］千床増（15［12］%増）

※NHO東京病院において80床の臨時の医療施設を運営

＜臨時の医療施設・入院待機施設＞

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを除く。

今夏のピーク時　⇒　今後の最大数

約0.9千人分　⇒　約3.4千人分（約4倍弱、約2.5千人分増）

※厚労省HPに、コロナ患者を受け入れる医療機関と確保病床数を公表。

2）自宅・宿泊療養者への対応

○ 全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を構築。

＜保健所体制の強化＞

・保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化（最大対応時は、平時の約3倍体制（平均：23.5人→73.3人））

＜宿泊療養施設の更なる確保＞

・宿泊療養施設の確保居室数

今夏のピーク時　⇒　今後の最大数

約4.7万室　⇒　約6.6［6.1］万室

（約4割、約1.9万室［約1.4万室］の増）

※最大宿泊療養者数の見込みは約5.0万人

＜地域の医療機関等との連携体制の確保＞

・オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国でのべ約3.4［3.2］万医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築。
（内訳）医療機関 約1.2万、訪問看護ST 約1千、薬局 約2万
※最大自宅療養者数の見込みは約17.8万人

○ 症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を構築。

・パルスオキシメーターの確保数：約70［69］万個（全自宅療養者に配布）
・中和抗体薬を、入院に加えて外来・往診まで様々な場面で投与できる体制を構築

3）医療人材の確保等

○ 人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築。
○ 医療ひっ迫時に医療人材の派遣に協力する医療機関と、職種ごとの具体的な派遣可能人数を調整。　※実際の派遣調整は、感染状況等を踏まえて個別に実施

・医療人材の派遣に協力する医療機関数　：約2千施設
・協力する施設から派遣可能な医師数　：約3千人
・協力する施設から派遣可能な看護職員数　：約3千人

図表8-3-9　感染の再拡大に備えた保健医療対策の徹底・強化

○ 現在、新規感染者数は減少しているが、その動きは緩やかであり、年度末や新年度に向けて多くの人が集まる行事や人の移動が増加する中で、感染の再拡大に注意が必要。
⇒オミクロン株の特性やワクチン接種の進展を踏まえつつ、保健・医療提供体制について、必要な財政支援を講じつつ、引き続き、対策を徹底・強化（令和４年３月18日に事務連絡を発出）。

１．感染拡大が生じても迅速・スムーズに検査できる体制を再強化する

診療・検査医療機関については、公表している診療・検査医療機関に患者が集中することを防ぐため、重点措置地域中心に一律公表を要請した結果、東京・大阪・愛知などで一律公表が実施され、３月14日時点で、公表機関数は約3.6万機関のうち約2.9万機関（１月末から６千機関増）、公表率は67%（１月末）から81%に向上
⇒　診療・検査医療機関の更なる拡充や、一律公表の徹底の対応を進める観点から、診療報酬上の特例措置を延長。
✓　診療・検査医療機関が公表されている場合の加算（300点⇒550点）：　３月末まで　→　７月末まで
✓　外部委託する場合のＰＣＲ検査料の経過措置（1350点）：　３月末に700点に引き下げ　→　６月末まで850点の経過措置

２．在宅や高齢者施設で療養される方への医療支援を更に強化する

①　３月２日の事務連絡により、都道府県に対し対策の点検・徹底を要請。
・　高齢者施設等からの感染制御・業務継続支援の要請に対応できる体制の構築⇒支援チームの医療従事者数：約3.4千人
・　施設内療養における医療提供のための往診・派遣体制の構築⇒協力医療機関数：約2.2千機関
（高齢者施設等における３回目のワクチン接種は、95%の施設で３月15日までに完了見込み）
⇒　支援策の延長等により、取組を維持・強化。
✓　高齢者施設等に看護職員を派遣した場合の8280円/時間の補助：　重点措置期間に限定　→　７月末まで
✓　感染者等に対応する訪問介護を含む介護従事者の手当や割増賃金等を全額公費負担で支援する仕組みについて事業者等に再度徹底。
✓　重点措置地域における施設内療養を行う施設への補助の拡充（最大15万円⇒30万円）は、４月末まで延長
②　自宅療養者に対応する健康観察・診療医療機関は、約1.6万機関（１月点検結果）から約2.2万機関と0.6万機関増加。
✓　重点措置地域における電話等初再診の診療報酬の追加的対応（250点⇒500点）は、４月末まで延長

３．病床について、回転率の向上や救急への対応強化を図る

①　療養解除前の患者の転院先として確保した病床数：約0.9千床　（※２月１日から３月14日までの状況）
後方支援医療機関数：約3.5千機関
②　救急医療におけるコロナ疑い患者のための病床確保数：約0.3千床　（※２月１日から３月14日までの状況）
⇒　支援策の延長により取組を維持・強化。
✓　転入院支援のための確保病床への緊急支援（450万円）：　重点措置期間に限定　→　７月末まで延長
✓　まん延長防止等重点措置地域のうち東京都・政令市を対象に実施されている救急受入のための緊急支援は４月末まで延長

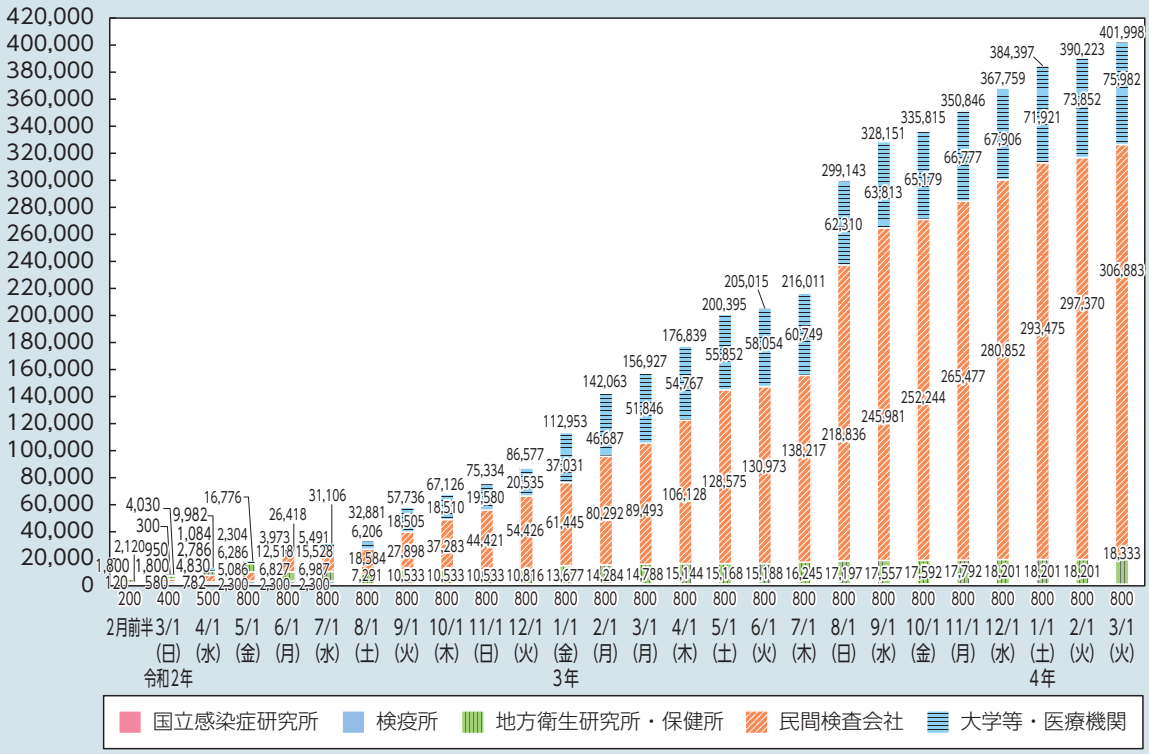
【検査体制の整備】

新型コロナウイルス感染症の検査については、発熱等の症状がある方や濃厚接触者をはじめ、必要な方が確実に検査を受けられるよう、都道府県等とも連携して検査体制の整備に取り組んできた。PCR検査や抗原定量検査の検査能力は１日当たり約50万件となっており、抗原定性検査キットについては、増産要請も行い、１億５千万回分以上を確保している。

高齢者施設等において、発熱等の症状を呈する従事者や入所者に対して必ず検査を実施し、検査の結果陽性が判明した場合には、原則として、当該施設の従事者及び入所者の全員に対して幅広い検査を実施することや、感染者が多数発生している地域やクラスターが発生している地域において、医療機関や高齢者施設等の従事者や入院・入所者に対して一斉検査を実施することを都道府県等に要請した。さらに、感染拡大地域の都道府県等に対し、高齢者施設等の従事者等に対する検査の集中的実施計画を策定し、定期的な検査を実施するよう要請した。

簡易かつ迅速に検査結果が判明する抗原定性検査キットについては、診療・検査医療機関における活用を促進したほか、2021年６月から、職場において軽症状者に対する抗原定性検査キットを活用した検査の実施を促すとともに、同年９月から、家庭等で体調が気になる場合等のセルフチェック用として抗原定性検査キットを利用できるよう、薬局における販売も可能とした。

図表8-3-10　1日当たりPCR検査能力の推移（2022年3月時点）



※　検疫所分については、令和2年7月下旬以降は、抗原定量検査の検査能力であるため、PCR検査能力の合計には含めていない。
※　令和2年8月上旬に、大学や医療機関等に対する調査により確認された検査能力を一斉に計上したため、大幅に検査能力が増加している（8/4;34,588→8/5;49,254）。
※　令和2年12月中旬に、大学や医療機関等の検査能力について、G-MISによる幅広い把握方法に切替えたため、大幅に検査能力が増加している（12/18;95,278→12/19;108,925）。
※　令和3年7月以降、民間検査会社の検査能力の把握を進めた。

【新型コロナワクチン接種の推進】

新型コロナワクチンについては、2021年2月に医療従事者向け接種を開始し、4月に高齢者向け接種を開始、5月から本格的に接種を進めた。自治体接種のほか、職域接種も活用しつつ、4月末には医療従事者の接種会場への派遣を可能にするほか、接種費用への時間外・休日加算相当分の上乗せや接種回数の多い施設への支援の措置により、1日100万回を超えるスピードで接種を進めることができ、7月末には希望する高齢者への2回接種をおおむね完了し、さらに、2022年3月末時点では、国民の約8割が2回接種を完了している。

また、2021年12月からは、追加接種を開始した。追加接種については、2回目接種完了から8か月以上経過した方に順次、接種することを原則としていたが、オミクロン株に対する最新のエビデンスや感染状況等を踏まえながら、医療従事者、高齢者施設の入所者等、一般高齢者の接種間隔を前倒しするとともに、予約に空きがあれば、2回目接種から6か月が経過した一般の方への接種を推進してきた。さらに、2022年2月には、①2回目接種から6か月を経過した方への接種券の配布促進や接種会場の増設、②職域接種の開始及び積極的な活用の推進、③各自治体の判断による地域における社会的機能を維持するために必要な事業に従事する方への接種の推進により、取組みを強化した。こうした取組みを通じて、2月中旬には1日100万回接種を達成した。

加えて、2022年2月下旬からは、5歳から11歳までの子どもへの接種を開始した。

【治療薬の確保】

新型コロナウイルス感染症の患者の治療については、免疫抑制・調整薬や中和抗体薬、経口の抗ウイルス薬が利用可能となるなど、選択肢が確実に増えてきている。

抗ウイルス薬については、2020年5月7日に特例承認された「レムデシビル」が、2021年8月12日に薬価基準に収載され、10月18日に一般流通が開始された。また、12月24日には経口薬「モルヌピラビル」が、2022年2月10日には経口薬「ニルマトレルビル／リトナビル」がそれぞれ特例承認された。免疫抑制・調整薬については、2021年4月23日に「バリシチニブ」が、2022年1月21日には「トシリズマブ」がそれぞれ適応追加の承認を受けた。中和抗体薬については、軽症から中等症（Ⅰ）の患者を投与対象とする初めての治療薬として2021年7月19日に「カシリビマブ／イムデビマブ」が、9月27日には、「ソトロビマブ」がそれぞれ特例承認され、医療現場に供給されている。これらの中和抗体薬については、短期入院による投与や投与後の観察体制の確保等の一定の要件を満たした医療機関による自宅療養者に対する外来・往診での投与等の取組みを進めてきた。ただし、「カシリビマブ／イムデビマブ」については、オミクロン株に対する中和活性が低下することが報告されている。

これらを踏まえ、オミクロン株に効果が示唆される軽症から中等症（Ⅰ）向けの治療薬は、経口の抗ウイルス薬「モルヌピラビル」、「ニルマトレルビル／リトナビル」、中和抗体薬「ソトロビマブ」、抗ウイルス薬「レムデシビル」の4種類が揃うこととなり、患者の状態や薬剤の特性等に応じて、適切に選択し活用することが可能となっている。「モルヌピラビル」については、2022年3月末時点で、約27,700の医療機関と約19,800の薬局が登録を終え、このうち、約23,200の医療機関・薬局に対して、約209,700人分の薬剤を配送し、約134,700人に投与されている。

【水際対策の強化】

新型コロナウイルス感染症の国内への流入を防ぐため、水際対策として、出国前72時間以内の検査証明の提出と入国時の検査、検疫所長が指定する場所での14日間の待機及び公共交通機関不使用等を要請してきた。新たな変異株が発生した場合には、水際対策を強化し、国内でのまん延をできるだけ遅らせ、その間に国内の検査体制や医療体制等の整備のための時間を確保することが重要となる。その上で、国内において当該変異株が支配的になった場合には、徐々に水際対策から国内体制の整備へと重点を移していく。

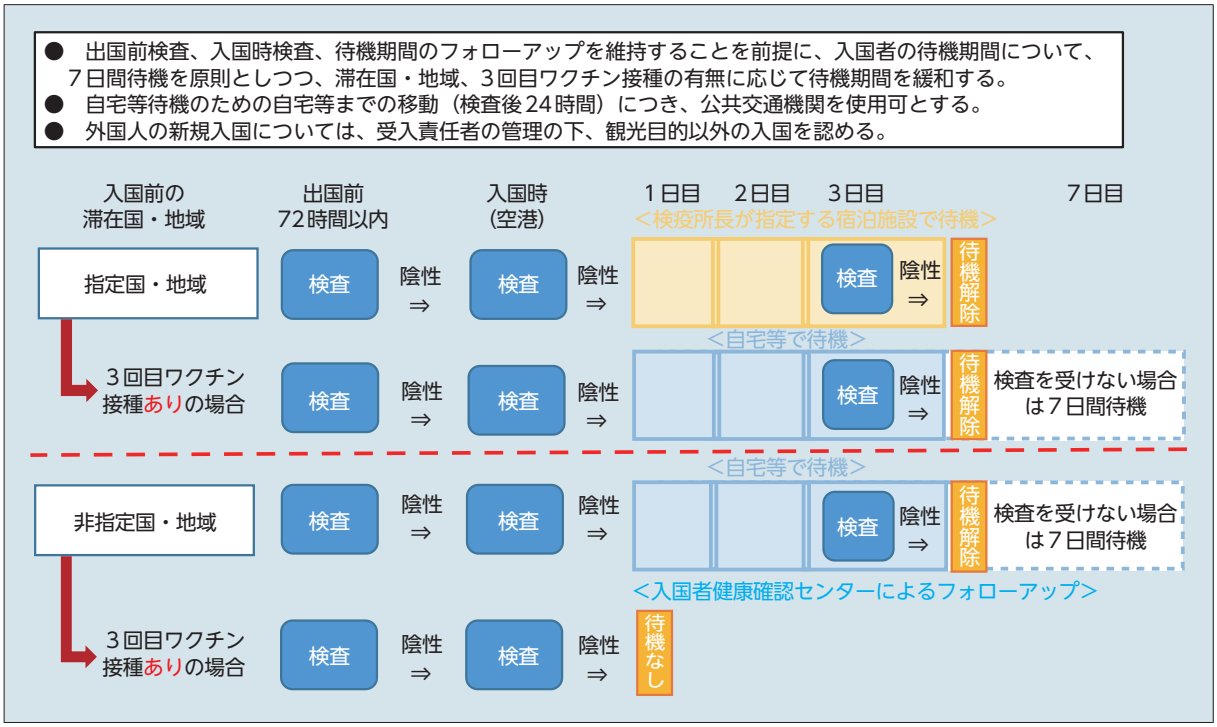
2021年5月、デルタ株が発生したことを受けて、同月10日 より、流行している国・地域（インド、パキスタン、ネパール、以降順次指定）からの入国者について、検疫所が確保した施設での待機を要請し、入国後3日目及び6日目の検査を追加的に実施することとし、同月25日には、インド等の変異株流行国を最長10日の施設待機に指定（一部の国は再入国拒否対象）した。また、同年9月17日 には、デルタ株が日本国内で支配的になったことや新たな変異株の出現を踏まえ、水際対策上特に対応すべき変異株からデルタ株を外し、ベータ株、ガンマ株、ラムダ株、ミュー株について、流入リスクに応じて施設待機日数を10・6・3日に分類して指定した。

この頃には、ワクチン接種が進み、また、国内外の感染状況が落ち着いてきたことから、同年10月1日に、ワクチン接種者（10・6日施設待機国からの入国者を除く）に対して、3日施設待機の免除や、自主検査の結果を届け出ることにより自宅等待機を短縮する措置を実施した。同年11月8日には、ビジネス往来等の再開のため、受入企業・団体及び業所管省庁の管理下で外国人の新規入国や行動制限の緩和を認める新たな入国者管理制度を開始した。

しかしながら、同年11月末、オミクロン株の発生を受け、未知のリスクには慎重に対応すべきとの考えの下、緊急避難的・予防的措置として厳しい水際対策をとることとし、同年11月26日に、南アフリカ共和国等のオミクロン株流行国を最長10日の施設待機に指定（一部の国は再入国拒否対象）した。さらに、同年11月29日には、オミクロン株に対する指定国・地域を指定し、当該国・地域からの帰国者等について、入国者健康確認センターの健康フォローアップを強化し、あわせて外国人の新規入国停止、新たな入国者管理制度及びワクチン接種特例の一時停止を発表した。

その後、国内の濃厚接触者の取扱いに合わせて、入国後の待機期間について、2022年1月14日、14日間から10日間に、同月28日、10日間から7日間に順次見直したほか、オミクロン株に関する知見の蓄積等を踏まえ、同年3月1日より、現在の水際対策の骨格を段階的に緩和することとし、入国者の待機期間について、7日間の待機を原則としつつ、3日目の検査で陰性が確認された場合、それ以降の待機を不要とした。オミクロン株に係る指定国・地域については、検疫所の確保する施設での待機期間を3日とし、ワクチン3回目追加接種者については、指定国・地域からの入国者を、検疫所の確保する施設での待機に代えて自宅等待機、非指定国・地域からの入国者を、自宅等待機免除とした。また、外国人の新規入国について、受入責任者の管理の下で観光目的以外の入国を認めることとした。

図表8-3-11　水際対策の見直しについて



(2) 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6月に終息するまでの間、感染は西アフリカ3か国（ギニア、シエラレオネ、リベリア）を始めとして、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。

その後も、2018（平成30）年にコンゴ民主共和国においてエボラ出血熱の感染が発生、拡大し、2019（令和元）年7月にWHOが「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言した。2020（令和2）年6月に流行終息及び「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」に該当しないとの宣言がなされたが、それまでに約3,500人の患者（疑い例を含む。）、約2,300人の死亡者が報告された。このほかにも、同年6月1日に同国赤道州でアウトブレイクが確認（同年11月に終息）されていることに加え、2021（令和3）年2月には、コンゴ民主共和国及びギニアでアウトブレイクが確認されており、同年12月16日に終息を宣言した。

厚生労働省では、エボラ出血熱等のウイルス性出血熱の患者に対する行政検査、患者搬送、入院措置、積極的疫学調査等を迅速に行えるよう、2016年6月に「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」を作成し、都道府県などへ周知を行ってきた。

(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、2021（令和3）

年10月31日時点で、2,578人の患者（うち、少なくとも888人が死亡）が確認されている。また、世界各国においても輸入症例が報告されている。

ヒトコブラクダが感染源の動物であるといわれており、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は感染症法において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。

(4) 厚生労働省の取組みについて

感染症対策においては、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、感染症法上のエボラ出血熱を含む一類感染症の患者の入院を担当する特定感染症指定医療機関や第一種感染症指定医療機関の整備を進めており、2019（平成31）年4月1日時点で全ての都道府県（57医療機関113床）において設置が完了している。

また、海外の研究機関から分与されたエボラ出血熱ウイルス等の一類感染症の病原体をもとに国立感染症研究所（BSL-4）において患者の診断のための検査法の整備を行った。

加えて、エボラ出血熱を始めとした、国内でほとんど経験することのない感染症について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。

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西太平洋地域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うとともにポスターなどを使用し、普及啓発を継続している。

2018（平成30）年3月に、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や2019（平成31）年2月以降、関西地域で麻しん患者の増加が報告された際には、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。厚生労働省では、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いる。



風しんのワクチン接種ポスター
（お子さんの風しんワクチンは2回）



風しんの追加的対策に関するポスター

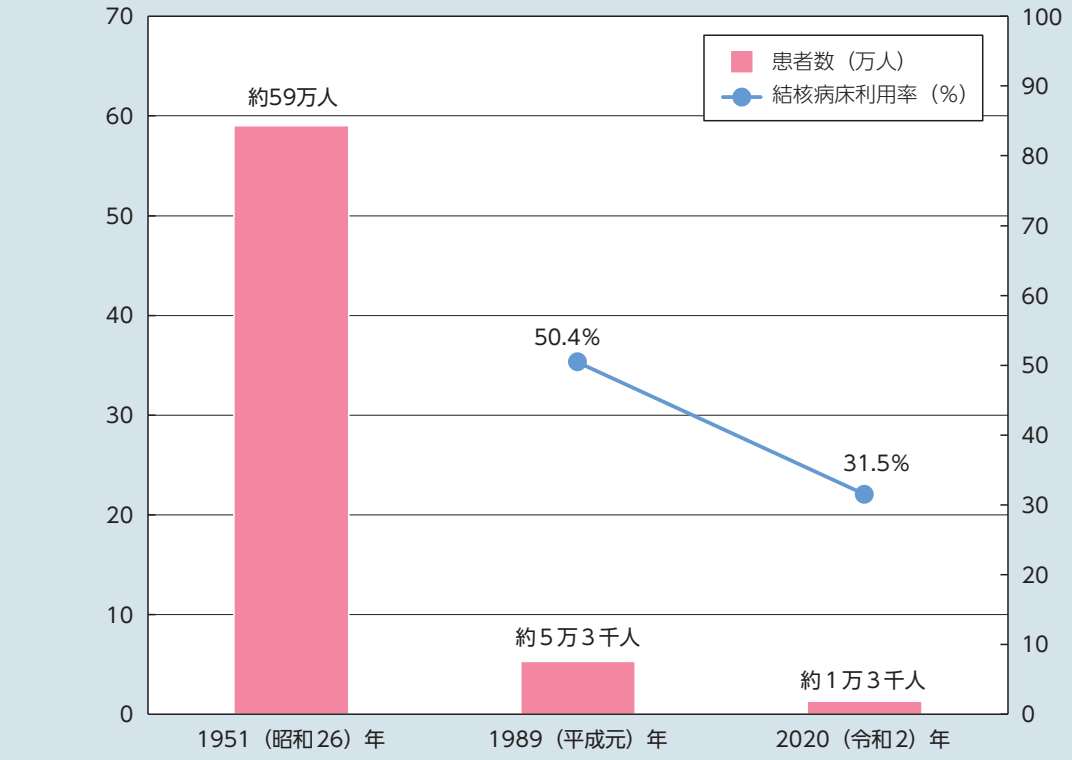
さらに、2018年7月以降、風しんの患者数が増加したことを受けて、2018年12月に「風しんに関する追加的対策」を取りまとめ、これまで定期の予防接種を受ける機会がなく、抗体保有率が他の世代と比べて低い1962（昭和37）年4月2日から1979（昭和54）年4月1日までの間に生まれた男性を対象に、2025（令和7）年3月31日までの時限措置として、全国において原則無料で抗体検査と予防接種法に基づく定期接種を実施することにより、対象世代の男性の抗体保有率の引上げに取り組んでいる。

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、国を挙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づけ、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1万3千人の患者が新たに発生（**図表8-3-12**）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8-3-12　結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「2020 年結核登録者情報調査年報集計結果」及び「2020年病院報告」より厚生労働省健康局作成

特に、結核患者の高齢化が進み、結核だけでなく他の疾患を同時に加療する必要があるなど、患者の背景が複雑化しているほか、若年層の外国人においても結核患者が増加傾向にあ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、第９回厚生科学審議会結核部会（2018（平成30）年２月26日）においては、80歳以上の高齢者への対策強化や入国前スクリーニングを推進していく方針を固めた。入国前スクリーニングについては、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえながら、現在準備を進めているところである。

また、多剤耐性結核治療及び潜在性結核治療について、新たな知見の登場により関係学会が治療指針の見直しや治療に対する考え方を新たに公表したことを受けて、2021（令和3）年10月18日付けで結核医療の基準（平成21年厚生労働省告示第16号）の一部を改正した。

厚生労働省としては、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえながら、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

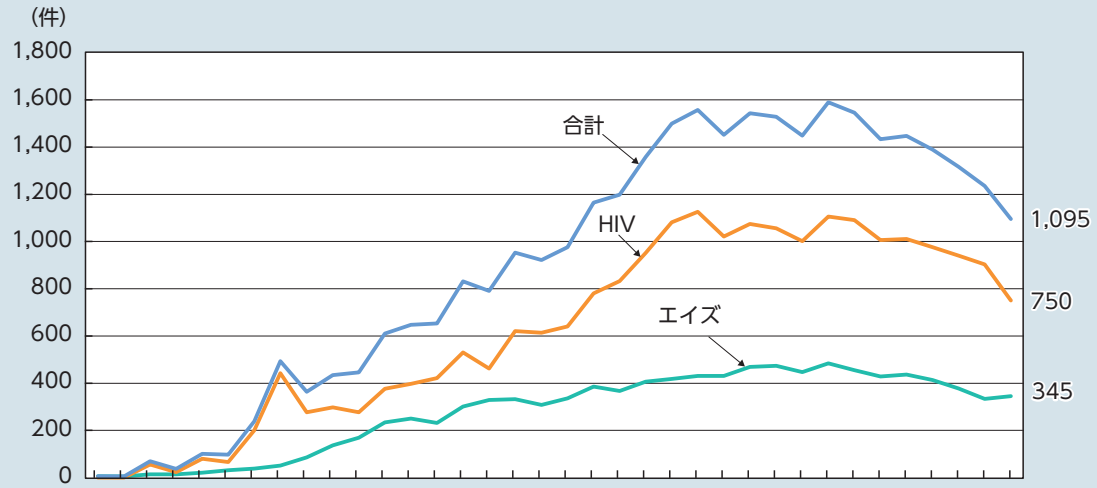
国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）感染者は、2020（令和２）年末で3,760万人に上ると推計されている。

我が国の状況を見ると、2020年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,095件となり、累積HIV感染者報告数は22,489件、累積エイズ患者報告数は9,991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1,440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、2019（令和元）年より減少しており、４年連続での減少となった。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。また、新型コロナウイルス感染症の状況も踏まえながら、各自治体や医療機関等と連携し十分なHIV検査体制の構築に努めていく。

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。以下「エイズ予防指針」という。）に沿って講じられてきた。

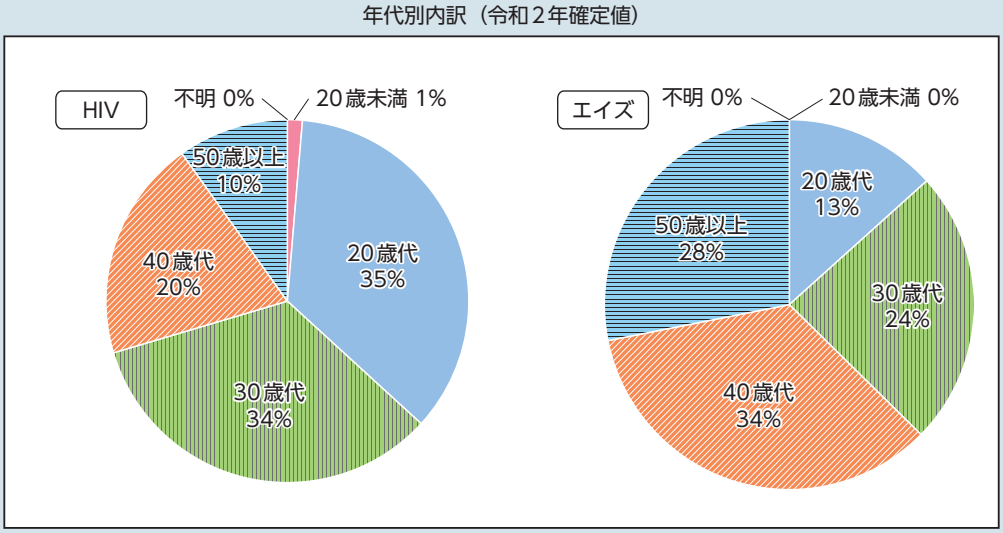
エイズ予防指針は、発生動向の変化等を踏まえてこれまで３回の見直しを行い、直近の改正では、保健所で行う無料匿名のHIV検査等について夜間・休日検査回数の増加などの検査機会拡大のための取組みの強化、長期療養者に対応するための介護・福祉サービスとの連携強化等を盛り込み、2018（平成30）年１月から施行した。国と地方の役割分担の下、人権を尊重しつつ、普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実、医療の提供などの施策を進めている。

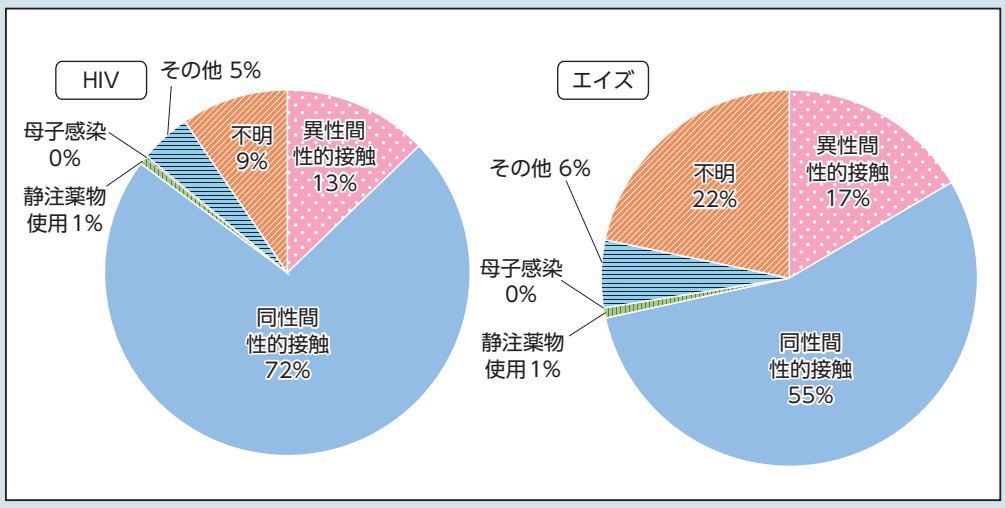
図表8-3-13 新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表8-3-14 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、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、2018（平成30）年には7,000件を超えた。2019（令和元）年、2020（令和2）年は減少したが、2021（令和3）年は再び7,000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。



©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～）

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」と位置づけ、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。

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（以下、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（その後、計画期間を2022（令和4）年度まで延長）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（令和2）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、2020年において29.9%の減少が報告された[*2]。現在、現行のアクションプランの評価、次期アクションプランの策定の検討を行っているが、次期アクションプランの策定まで現行のアクションプランに基づいてAMR対策を行っていく。

このような状況を踏まえて、厚生労働省では2019（令和元）年、「抗微生物薬適正使用の手引き第二版」[*3]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。2018年以降、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」[*4]を発表している。さらに、国際協力の一環としては、2017（平成29）年11月と2019（平成31）年2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在り方について議論を行った。2021（令和3）年のAMRワンヘルス東京会議では、アジア太平洋ワンヘルス・イニシアチブ（ASPIRE）の優先課題としてあげられた4項目である、サーベイランスシステムと検査機関ネットワーク、医療マネジメント、抗微生物剤のアクセスと規制 、研究開発に対して各ワーキンググループを設置した。2022（令和4）年の同会議では、各ワーキンググループ及び各国のアクションプランの進捗を確認した。

＊1 「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf
＊2 「薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000938734.pdf
＊3 「抗微生物薬適正使用の手引き 第二版」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000573655.pdf
＊4 「薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000938734.pdf

7 インフルエンザ対策について

(1) 2021/2022シーズンのインフルエンザの流行状況と総合対策について

インフルエンザは冬季を中心に毎年流行する感染症の一つであり、その病原体の感染力が強いため、日本国内では毎年約1,500万人前後が、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）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。

2018/2019シーズンのインフルエンザの流行状況については、2018（平成30）年第49週（12月3日の週）に、全国の定点当たりの患者数が、流行入りの基準となる1を超え1.70となって流行入りし、2019（平成31）年第4週（1月21日の週）に、当該患者数が57.09まで上昇し、流行のピークを迎えた。2019/2020シーズンの流行状況については、2019（令和元）年第45週（11月4日の週）に例年よりも早く流行入り（1.03）し、2019年第52週（12月23日の週）に当該患者数が23.24と流行のピークを迎えた。2020/2021シーズン及び2021/2022シーズンについては、当該患者数が流行入りの基準となる1を超えなかった。（**図表8-3-15**）。

厚生労働省では、インフルエンザの流行に備えて、2021（令和3）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。



インフルエンザ予防啓発ポスター

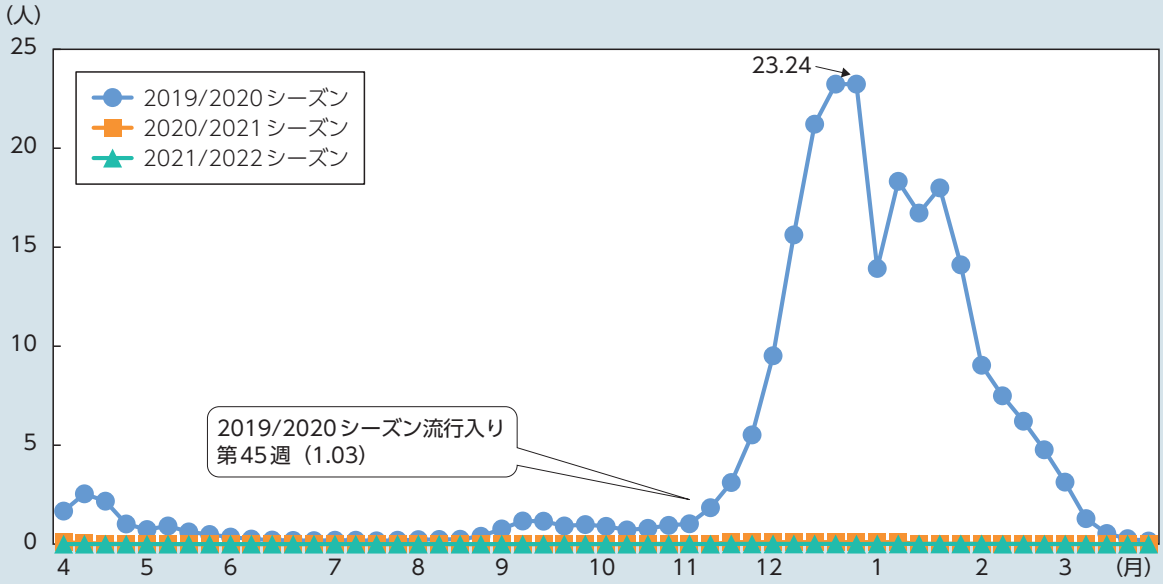


手洗いポスター

＊5　令和3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　https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html

図表8-3-15　インフルエンザの流行状況

2021/2022シーズンは、定点あたり報告数が、流行入りの基準となる1を超えなかった。
2020/2021シーズンは、定点あたり報告数が、流行入りの基準となる1を超えなかった。
2019/2020シーズンは、第45週（11月4日の週）に流行入り（1.03）（※）し、2019年第52週（12月23日の週）に流行のピーク（23.24）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」（2013年6月7日閣議決定）[*7]とガイドライン[*8]が策定された。

さらに、新型インフルエンザ等の発生に備えるべく、地方公共団体や指定公共機関との

＊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
＊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

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罹患者数（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、これまで鶏卵培養法では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た結果、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が整備された。

現在、最もパンデミックの可能性が高いとされているH7N9型の発生に備え、細胞培養法により安定的に製造できる技術開発を推進している。

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/H7N9亜型を用いて、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の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、2019（令和元）年5月時点で約13万事業所（登録者数約561万人）を特定接種の対象として登録した。

(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ふ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2022（令和4）年2月10日までの間に、863人の感染者（うち死亡者455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、2022年2月10日までに、1,568人の感染者（うち死亡者616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づけられており、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。

日本国内では、2021（令和3）年11月10日に家きんで、同年11月11日に野鳥で高病原性鳥インフルエンザの感染事例が報告されており、その後もH5N8亜型及びH5N1亜型による高病原性鳥インフルエンザの発生が続いている。

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るものもあり、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。

(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。以下「指針」という。）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すとともに、ポスターやハンドブックなどによる周知啓発、調査研究を実施するなど、蚊媒介感染症に関する対策を総合的に推進している。2021（令和3）年9月には蚊媒介感染症の状況の変化を踏まえつつ、指針を改正した。また環境省では、今後気候変動による気温の上昇等が予測されていることも踏まえ、気温の上昇と感染症の発生リスクの変化の関係等について科学的知見の集積を行っている。

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、毎年報告されている。2014（平成26）年には、国内でデング熱に感染した事例が約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。また、2019（令和元）年には国内感染事例が那覇市で1例（推定）、東京都で3例報告された。

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、2021（令和3）年7月28日現在、26都府県で641人の感染者（うち死亡者80人）が報告されている。マダニの活動が活発な春から秋にかけて感染者が多く発生している。感染者の多くは、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などを介してヒトに感染することから、厚生労働省では、獣医療関係者に、感染予防措置を講じるよう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例発生して以降、23年ぶりに2016（平成28）年に１例、2017（平成29）年に２例、2018（平成30）年に１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これまでに、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14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]。

＊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　https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/

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（平成30）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、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、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、ロタウイルス感染症（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16疾病であり、接種する年齢、接種回数、接種間隔、接種に用いるワクチンの種類などを予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）などの関係政省令に規定している。

予防接種は、感染症の発生とまん延の予防に大きな効果を持つ反面、ワクチンの性質上ごくまれにではあるが重い副反応[*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。

おたふくかぜのワクチンについては、より副反応の発生頻度が低いワクチンの開発が望ましいとの厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会などにおける結論に基づき、ワクチン製造販売企業に対して開発要請を行い、引き続き定期接種化に向けた課題の整理、検討を行っていくこととしている。

また、ロタウイルス感染症については2020（令和2）年10月から、予防接種法に基づく定期接種となった。

＊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

(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、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た。

その後、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、薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会において、HPVワクチンの有効性及び安全性に関する評価、接種後に生じた症状への対応、HPVワクチンについての情報提供の取組み等について継続的に議論が行われ、2021（令和３）年11月には、最新の知見を踏まえ、改めてHPVワクチンの安全性について特段の懸念が認められないことが確認され、接種による有効性が副反応のリスクを明らかに上回ると認められた。また、HPVワクチンの積極的勧奨を差し控えている状態については、引き続きHPVワクチンの安全性の評価を行っていくこと、接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関の診療実態の継続的な把握や体制強化を行っていくこと、都道府県や地域の医療機関等の関係機関の連携を強化し地域の支援体制を充実させていくこと、HPVワクチンについての情報提供を充実させていくこと、などの今後の対応の方向性も踏まえつつ、当該状態を終了させることが妥当とされた。こうしたことを踏まえ、積極的勧奨を差し控えることとしていた取扱いを終了するとともに、接種対象者等への個別の勧奨について、2022（令和４）年４月から実施している。

また、第28回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、今後、HPVワクチンの接種を進めるに当たっては、接種後の症状に対する相談支援体制・医療体制の維持、確保が重要であることなどを踏まえ、関係機関などに適切な対応を求めていくことが必要とされたところである。こうしたことを踏まえ、HPVワクチンの接種に関する相談支援体制・医療体制等について、都道府県、市町村、協力医療機関及び地域の医療機関に求められる役割を整理し、改めて適切な対応を依頼している。

さらに、HPVワクチンの積極的勧奨の差控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から、時限的に、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行うこと（キャッチアップ接種）としており、予防接種法施行令を改正し、2022年４月１日から施行している。

引き続き、HPVワクチンの安全性の評価を行っていくとともに、協力医療機関の医師等を対象とした研修会の実施や協力医療機関の機能強化に向けた事業の実施による接種後に体調の変化の症状が生じた方への支援体制の強化、HPVワクチンについての情報提供の充実などに積極的に取り組んでいく。

第4節 がんなどの生活習慣病(NCDs(非感染性疾患))、アレルギー疾患対策などの総合的かつ計画的な推進

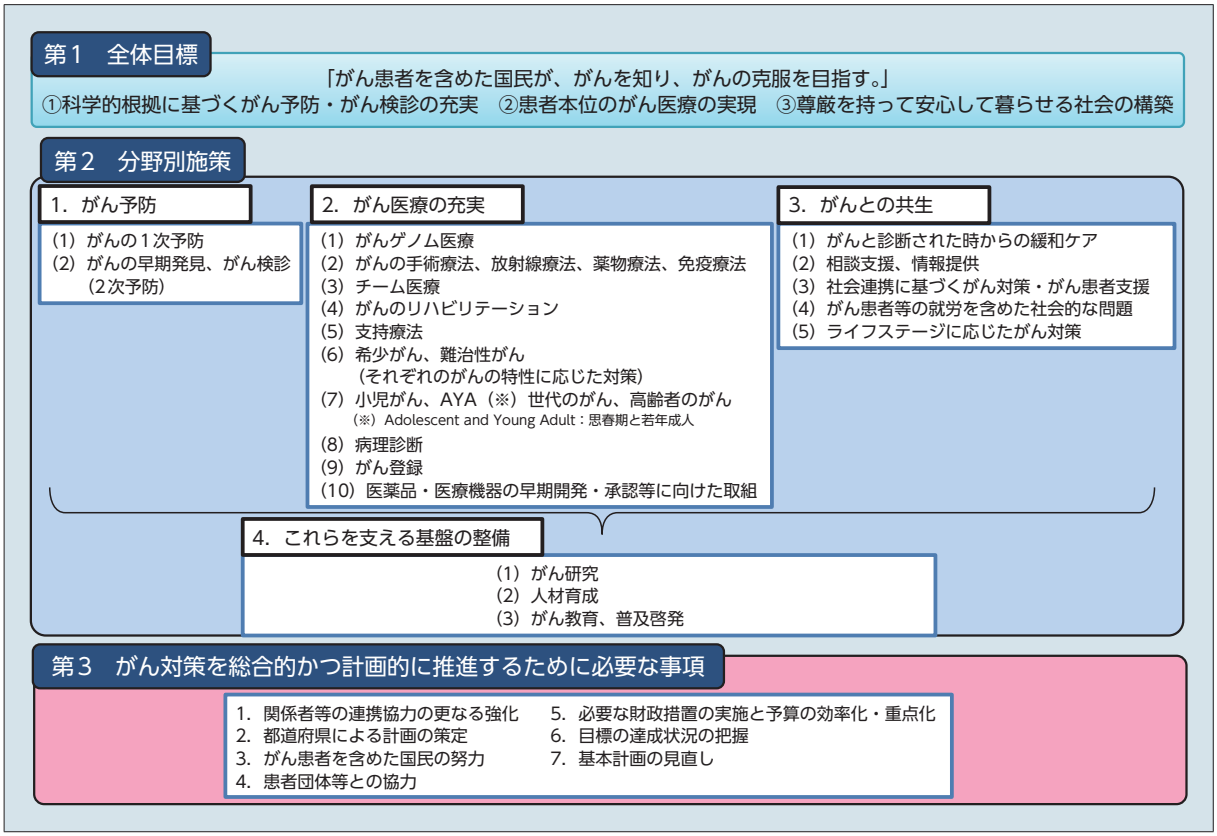
1 がん対策の総合的かつ計画的な推進

(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、2021（令和3）年には、年間約38万人が亡くなり、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か年戦略」、そして、2004（平成16）年度から「第3次対がん10か年総合戦略」を策定し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、研究、予防、医療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（平成28）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など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など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（平成14年法律第103号）に基づく市町村（特別区を含む。）の事業として実施されており、厚生労働省では、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（2008（平成20）年３月策定、2021（令和３）年10月改定）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、国民一人ひとりの行動を検診受診につなげるための各種施策を展開している。

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。

2020（令和２）年に公表された「2019年国民生活基礎調査」において、がん検診の受診率は男性については、肺がんでは53.4%で目標値を達成している。胃がんと大腸がんでは目標値には到達していないものの、前回の2016（平成28）年調査に比べ検診受診率は上昇している。女性については、いずれもまだ目標値には到達していないものの、前回の2016年調査に比べ、いずれも検診受診率は上昇している。

第三期の基本計画においても、がん検診受診率を2022（令和４）年度までに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。

2019（平成31）年4月にナッジ理論を活用した国内外の先進事例をわかりやすく紹介した「受診率向上施策ハンドブック第2版」を公表した。

また、「がん検診のあり方に関する検討会」において、がん検診の基本条件や検診受診の利益・不利益などに立ち返り行ってきた議論の中間整理を2020年3月に行った。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。

(3) がんゲノム医療の推進など

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。）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を指定し、手術療法、放射線療法、薬物療法など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。2022（令和4）年4月時点で、全国に408か所の拠点病院（55か所の地域がん診療拠点病院（高度型）を含む。）及び45か所の地域がん診療病院を指定している。

拠点病院などを中心に、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などに取り組み、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。

また、近年、ゲノム医療への期待が高まっていることから、我が国のがんゲノム医療が患者・国民にとって有益なものとなるよう、公平かつ公正で持続可能な仕組みを構築するため、2018年8月から「がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議」を開催している。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、2022年4月時点でがんゲノム医療中核拠点病院を12か所指定、がんゲノム医療拠点病院を33か所指定、がんゲノム医療連携病院を188か所公表している。2019（令和元）年6月には、がんに関する遺伝子パネル検査が保険収載され、保険診療下で、遺伝子パネル検査が開始された。また、ゲノム情報及び臨床情報などの集約・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などを管理・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一つであるが、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。

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。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。2019（令和元）年度には、小児がん拠点病院がそれぞれの地域ブロックで指定要件を定めた上で、小児がん連携病院の指定を開始し、2021（令和3）年9月時点において全国で143か所指定されており、地域における小児がん診療のネットワーク化が進められている。

高齢者のがん対策について、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、転帰など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が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2019（平成31）年1月に初めて公表され、がん登録情報の提供が開始された。

また、院内がん登録は、院内におけるがんの罹患、診療、転帰など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など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

緩和ケアについては、2017（平成29）年に「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など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いる。2021（令和3）年9月末時点で約15万人がこの研修を修了している。また、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（令和元）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、がんは長く付き合う病気となり、がん患者・経験者が、働きながらがん治療を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活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっている。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仕事の両立支援のためのガイドライン」を策定した（2022（令和4）年3月改訂）。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」を柱の一つとして位置づけ、引き続き、がん患者など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。2017（平成29）年度に、患者自身や就労支援に携わる者が、がん患者など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」を実施した。同モデル事業のノウハウを各地に広めていけるよう、関係者・機関と有機的な連携の下、「がん患者の就労に関する総合支援事業」などの取組みにより、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大臣確認の下、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、「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させてきた。2019（平成31）年1月より、「今後のがん研究のあり方に関する有識者会議」を開催し、これまでのがん研究の評価や今後のあるべき方向性などを議論し、同年4月に「「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）」を取りまとめた。本中間評価に基づき、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5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、喫煙などの個人の生活習慣と、これらと関係する高血圧、高血糖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6,853団体（2022（令和4）年3月）に増加しており、引き続き参加団体の増加に対する

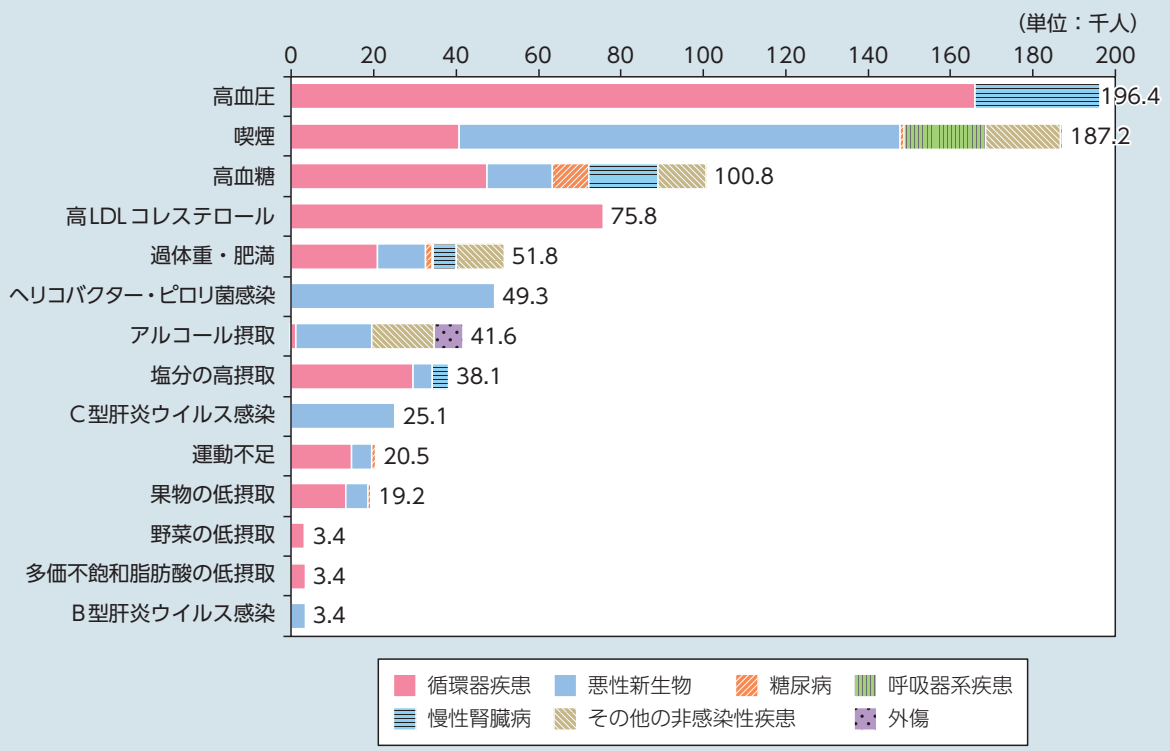
取組みを推進していく。2013（平成25）年度からは、「健康日本21」の取組み結果などを踏まえて、「健康日本21（第二次）」を開始し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標として掲げた。健康寿命とは「日常生活に制限のない期間の平均」の値を国民生活基礎調査と生命表を用いて推計したものであり、「健康日本21（第二次）」では、今後延伸が予想される平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加を目標として掲げている。2010（平成22）年の健康寿命は男性70.42年、女性73.62年であるが、直近の2019（令和元）年では男性72.68年、女性75.38年となっており、男性で2.26年、女性で1.76年延伸している。これは同期間中の平均寿命の延び（男性で1.86年（79.55年→81.41年）、女性で1.15年（86.30年→87.45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、COPDなどを非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）という概念で一括りにとらえ、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（平成25）年に「地域における保健師の保健活動に関する指針」を改正し、地域保健を担う行政保健師が保健活動を行う上で留意すべき事項を示した。本指針において、各自治体は体系的な人材育成を図ることとされており、2016（平成28）年3月、「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ」で自治体における保健師の人材育成体制構築に向けた推進策が示された。これらを踏まえて、自治体保健師の更なる資質向上及び人材育成体制の構築を推進している。

熱中症予防については、熱中症対策推進会議において、4～9月を熱中症予防強化のためのキャンペーン期間と定め、7・8月に留まらずに時期に応じた適切な呼びかけを行うこととしている。

図表8-4-2　リスク要因別の関連死亡者数（2019年）



資料：Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M: Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. The Lancet Regional Health – Western Pacific 2022, 21.
（注）日本における2019年の非感染性疾患と障害による成人死亡について、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。「健康日本21（第二次）」では、生活の質の向上とともに、社会環境の質の向上のために、食生活、食環境の双方の改善を推進する観点から、目標設定を行っている。このことも踏まえ、これまで、厚生労働省では、栄養・食生活に関する対策として、乳幼児期から高齢期までの全ライフコースだけでなく、傷病者や被災者も対象とした取組みを通じて、「誰一人取り残さない栄養政策」を推進してきた。

厚生労働省では、活力ある「人生100年時代」の実現に向けて、自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた産学官等連携の在り方を検討するため、「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」を開催し、2021（令和3）年6月に報告書を公表した。この報告書では、栄養は、活力ある持続可能な社会の基盤となるものであり、そうした社会の実現に向けて、全世代や生涯の長きにわたり国民に大きく影響し得る栄養課題を改善・解消していく必要があるとしている。そして、こうした観点から、国民にとって特に重要な栄養課題となっている「食塩の過剰摂取」への対策として「減塩」に優先的に取り組みつつ、「若年女性のやせ」や「経済格差に伴う栄養格差」も対象に、産学官等が連携して取り組んでいく必要があるとしている。この取りまとめを

踏まえ、厚生労働省では、関係省庁の協力を得て、産学官等連携による食環境づくりの推進体制として、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」を2022（令和4）年3月に立ち上げた（図表8-4-3）。なお、こうした食環境づくりの推進については、日本政府が2021（令和3）年12月に主催した「東京栄養サミット2021」の成果文書（東京栄養宣言（グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト））においても、日本政府コミットメントの一環として示されている。

図表8-4-3　「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の概要

健康的で持続可能な食環境の実現に向けた社会実装エコシステムの構築と展開

- 厚生労働省での有識者検討会※1や、東京栄養サミット2021の日本政府コミットメントを踏まえて設置する「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ※2」では、食塩の過剰摂取、若年女性のやせ、経済格差に伴う栄養格差等の栄養課題や環境課題を重大な社会課題として捉え、産学官等※3の連携・協働により、誰もが自然に健康になれる食環境づくりを展開します。日本はもとより、世界の人々の健康寿命の延伸、活力ある持続可能な社会の実現を目指します。
  - ※1 自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会（2021年2月～6月計4回開催、座長：武見ゆかり女子栄養大学大学院研究科長）
  - ※2 正式名称：「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」
  - ※3 「産」は、食品製造事業者、食品流通事業者、メディア等、多様な業種を含む。
- 参画事業者はSMART※4形式の行動目標と評価指標を自ら設定しつつ、より効果的な方策を、イニシアチブ参画事業者同士で検討し、協働することにより、誰もが自然に健康になれる食環境づくりを目指します。
  - ※4 Specific（具体的）、Measurable（測定可能）、Achievable（達成可能）、Relevant（関連のある）、Time-bound（期限のある）

実施内容	**・イニシアチブとしてのゴール策定** –東京栄養サミット2021での食環境づくりに関する日本政府コミットメントを踏まえた、産学官等で協働すべき効果的な取組の特定、行動ロードマップの策定等 **・食環境づくりに資する研究・データ整備等の推進** –日本及びアジアの食生活や栄養課題に適合した栄養プロファイリングシステムの検討 –消費者への効果的な訴求方法、販売方法等に関する実証等 **・各参画事業者のSMART形式の行動目標に関するPDCAプロセス支援** –産学官等の間における情報交換等の場・機会の設定 –同業種・異業種間の情報交換・意見交換（連携機会の創出） –国（厚生労働省等）、研究所等との情報交換・意見交換（事業リスク回避の上で参考となる栄養面・環境面の国際動向等の共有を含む。）等 –金融機関関係者等との情報交換等の場・機会の設定 –機関投資家等アドバイザーとの情報交換・意見交換等 **・国内外に向けた情報発信**

経済格差に伴う栄養格差については、近年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大との関連も重要である。2020（令和2）年度に実施した厚生労働科学研究の成果から、世帯所得が少ない集団や自身の食生活の状況が悪くなったと評価している集団において、栄養・食生活の状況に課題が生じている可能性が示唆されている。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に起因する社会経済状況の変化は、栄養格差拡大の要因となる可能性があることから、厚生労働省は、健康増進部局と福祉部局等の関係部局が連携した取組みの推進について、地方公共団体や関係団体などに周知した。

栄養・食生活に関する取組みを広く国内で普及するためには、その実践に向けた人材育成を併せて実施することが重要となる。厚生労働省では、今後の超高齢社会の更なる進行を見据え、2020年度から、地域包括ケアシステムの推進に係る食環境づくりの一環として、調理師が医療・介護施設のみならず、飲食店などでも、対象者の嚥下機能・栄養状態・嗜好等を踏まえた嚥下調整食を適切に調理できるような研修事業を行っている。また、地域における栄養指導の充実を図るため、2012（平成24）年度から、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・居宅要介護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進めている。さらに、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。

(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8-4-4**）。

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8-4-4　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、余暇等で身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、「からだとこころの健康づくり」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）年にこの条約を締結しており、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、2018（平成30）年9月に取りまとめた中間報告を踏まえ、①成人（20歳以上）の喫煙率の減少、②未成年者（20歳未満）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の割合の減少について目標を定め、その達成に向けた取組みを推進している。

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」（通称、たばこ白書）を取りまとめた。

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）」を作成し、2018年5月に増補改訂するなど、禁煙治療ととも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り、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約1.3倍となることなどが報告された。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2010（平成22）年に合意しており、「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、受動喫煙対策の強化策について検討を進めた。

その後、2018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、2020（令和2）年に全面施行された。

・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に必要な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100m^{2}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

(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、近年は若者や妊娠中の飲酒の弊害がより強く認識されるようになっている。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）」では、2018（平成30）年9月に取りまとめた中間報告を踏まえ、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（20歳未満）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定め、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4月に、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、「アルコール健康障害対策基本法」に基づく、「アルコール健康障害対策推進基本計画」については、2021（令和3）年度からのおおむね5年間を対象期間とする第2期計画が2021年3月に閣議決定され、上記①～③の事項をアルコール健康障害の発生予防に向けた重点目標に設定し、総合的な対策の推進を図っている。

(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おり、この期間には全国各地の自治体や歯科医師会等が様々なイベント等の取組みを実施している。

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、全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。口腔の健康を保持するため、「歯科口腔保健推進室」が中心となり、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年度には我が国の歯科保健状況を把握するため、歯科疾患実態調査を行い、そ

のデータをもとに、2018（平成30）年度に基本的事項の中間評価が取りまとめられた。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）」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、歯科保健の取組みとして、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（平成27）年6月に改定した。さらに、後期高齢者に対する歯科健康診査を実施する際の参考として、2018年10月に「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」を取りまとめた。

3 循環器病対策について

我が国において、脳血管疾患は死因の第4位、心疾患は第2位となっており、両疾患を合わせて年間30万人以上が亡くなっている。また、脳血管疾患や心疾患は介護が必要となる主な原因となっており、介護が必要な者のうち、約20%がこれらの疾患に起因している。こうした状況を踏まえ、2018（平成30）年12月に、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成30年法律第105号）が議員立法により成立し、2019（令和元）年12月に施行され、本法律に基づく「循環器病対策推進基本計画」が2020（令和2）年10月に閣議決定された。基盤としての循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備を行いながら、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療、福祉サービスの提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」の3本を柱に、健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少を目標として、関係省庁等とも連携しつつ、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進していく。

4 腎疾患対策について

腎疾患患者は増加傾向にあり、年間新規透析導入患者数は約4.1万人に上り、約35万人が透析療法を受けるなど、国民の健康に重大な影響を及ぼしている。このような状況を踏まえ、2018（平成30）年7月に、「腎疾患対策検討会」で議論を行い、2028（令和10）年度までに年間新規透析患者数を35,000人以下に減少させることなどを目標に掲げた「腎疾患対策検討会報告書」を取りまとめた。本報告書に基づき、かかりつけ医・腎臓専門医療機関などが連携し、慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease）の患者を早期に適切な診療につなげる慢性腎臓病（CKD）診療連携体制を構築するための都道府県モデル事業などを実施し、腎疾患対策を推進していく。

5 リウマチ・アレルギー疾患対策について

アレルギー疾患対策については、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」（2017年3月策定、2022（令和4）年3 月一部改正）。以下「アレルギー基本指針」という。）を策定した。アレルギー基本指針は、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。アレルギー基本指針において、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「アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会」において取りまとめられた報告書に基づき、2022年3月までに、47都道府県でアレルギー疾患医療拠点病院が選定された。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、アレルギー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。

リウマチ疾患対策については、2018年11月に取りまとめられた「厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ等対策委員会報告書」に基づき、リウマチ患者の疾患活動性を適切な治療によりコントロールし、長期的な生活の質を最大限まで改善し、職場や学校での生活や妊娠・出産などのライフイベントに対応したきめ細やかな支援を推進していく。

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。

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、肝炎の治癒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、陽性とわ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

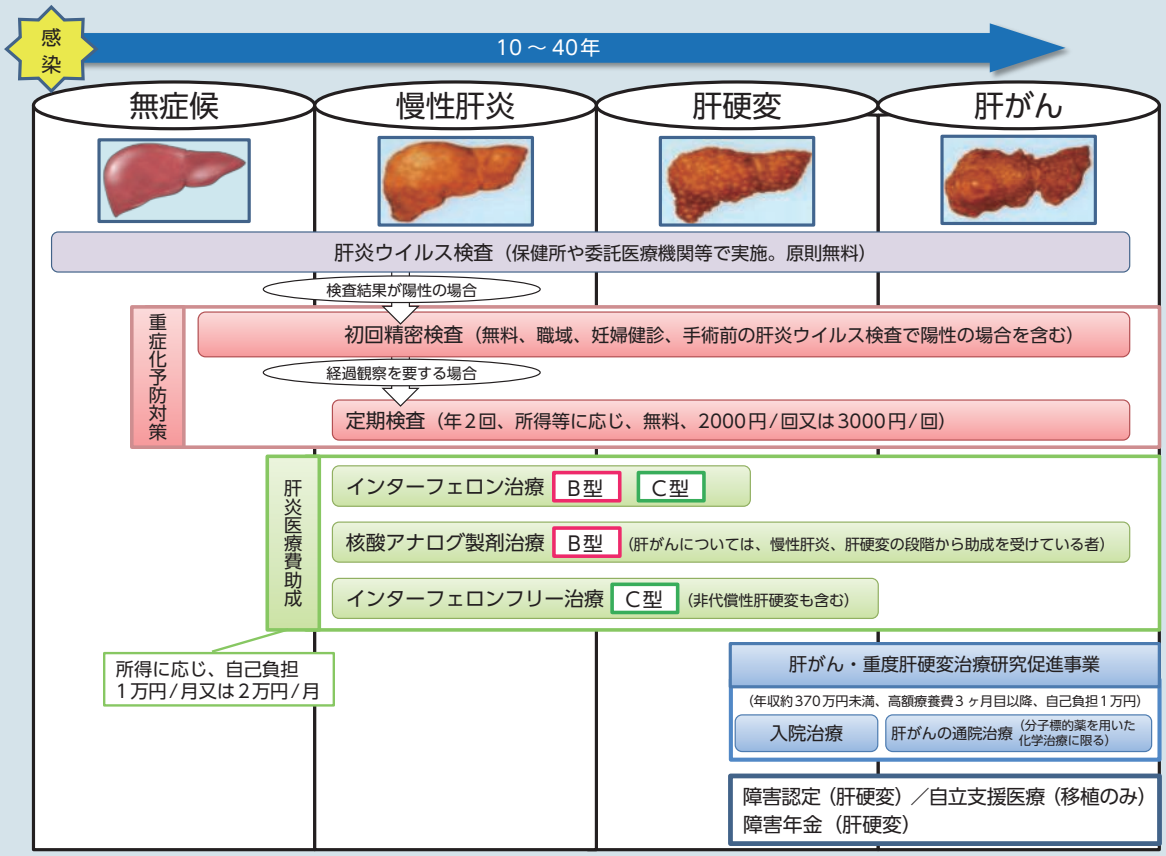
に、初回精密検査費用及び定期検査費用の助成を行っている。

さらに、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・重度肝硬変治療に係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行っている（**図表8-5-1**、**図表8-5-2**）。

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おり、国の「知って、肝炎プロジェクト」では、2021（令和3）年7月29日に普及啓発イベント「知って、肝炎プロジェクト世界・日本肝炎デー2021」を開催している。また、同プロジェクトにおいて、都道府県知事等への表敬訪問等による普及啓発活動も、著名人の方々のご協力を得て行っている。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、2022（令和4）年3月7日改正）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の医療費助成開始
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
R4.3.7	・肝炎対策基本指針の改正

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。



副読本「B型肝炎 いのちの教育」

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、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

＊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　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034y5f-att/2r98520000034yd7_1.pdf

部を改正する法律」（平成28年法律第46号）が施行された。

2021（令和3）年6月に、給付金の請求期限を2027（令和9）年3月31日まで延長する「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」（令和3年法律第78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（2022（令和4）年3月末現在和解者数約8万人）。

さらに、青少年が肝炎に関する正しい知識を得ることにより肝炎ウイルスの感染を予防するとともに、集団予防接種によるB型肝炎ウイルスの感染拡大の経緯・歴史などを学び、肝炎ウイルス感染者・患者の方々に対する偏見・差別をなくすことを目的として、全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団の協力を得て、副読本「B型肝炎 いのちの教育」を作成し、2020（令和2）年度より全国の中学3年生の教員向けに配布を行っている。

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みについて（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、2021（令和3）年11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338疾病まで指定難病の拡充を順次進めてきた。

難病に関する研究については、これまで、患者数が少なく、原因が不明で、根本的な治療方法が確立されておらず、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない難治性疾患について、厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」において、難治性疾患の画期的な診断法及び治療法の研究開発を推進してきた。2014年度からは、これらを再編し、診療ガイドラインの確立や改訂、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っている。

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づけられ、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（https://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、2018（平成30）年度より各都道府県において、難病の医療提供体制の構築に向けた体制整備が進められている。

また、難病法附則に基づく施行5年後の見直しについて、2021年7月、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会及び社会保障審議会児童部会小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会の合同委員会において、「難病・小慢対策の見直しに関する意見書」が取りまとめられたことを受け、制度の見直しに向けた検討を進めている。

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、2021（令和3）年11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788疾病（16疾患群）まで対象疾病の拡充を順次進めてきた。

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づけたところであり、同法に基づき都道府県等において実施されている。また、国立研究開発法人国立成育医療研究センターが運営している小児慢性特定疾病情報センター（https://www.shouman.jp/）において、子どもやその家族、医療関係者等に必要な情報を提供している。

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環として、小児期から成人期への移行期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。

また、児童福祉法改正法附則及び難病法附則に基づく施行5年後の見直しについて、2021年7月、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会及び社会保障審議会児童部会小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会の合同委員会等において、「難病・小慢対策の見直しに関する意見書」が取りまとめられたことを受け、制度の見直しに向けた検討を進めている。

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2022（令和4）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき821名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2021（令和3）年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下及び心停止後における提供を合わせて、心臓は69名の提供者から69件、肺は63名の提供者から83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66名の提供者から70件、腎臓は79名の提供者から148件（肝臓・腎臓のうち、肝臓と腎臓を同じ方に同時に移植した事例は4件)、膵臓は31名の提供者から31件（腎臓・膵臓のうち、腎臓と膵臓を同じ方に同時に移植した事例は30件)、小腸は3名の提供者から3件（肝臓・小腸のうち、肝臓と小腸を同じ方に同時に移植した事例は0件)、眼球（角膜）は505名の提供者から814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、2022年3月末現在、心臓921名、肺493名、肝臓327名、腎臓13,917名、膵臓192名、小腸10名、眼球（角膜）1,888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、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。2022年3月末現在の同会議における検証実施数は、523例となっている。

(2) 臓器移植の適切な実施に向けた普及啓発

2021（令和3）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「表示している」と回答した者の割合の合計が10.2%となっており、また、家族や親しい方と臓器提供について話をしたことがあると回答した者の割合の合計が43.2%となっている。なお、2017（平成29）年に行われた前回調査においては、臓器を提供する・しないといった意思をいずれかの方法で「記入している」と回答した者の割合は12.7%であり、家族や親しい方と臓器提供について話をしたことがあると回答した者の割合は35.4%であった。本人の意思表示とともに、臓器移植について家族と対話する等、臓器移植について考える文化を醸成することが重要である。

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ているほか、臓器移植に関する知識や意思の記入方法等の説明書きと「臓器提供意思表示カード」が一体となったリーフレットの作成・配布など、一人でも多くの方が臓器移植について理解し、臓器提供に関する意思表示を行うことが可能となる環境の整備を図っている。



(3) 造血幹細胞移植について

骨髄移植や、臍帯血移植等の造血幹細胞移植は、血液がん等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、白血病等が半数程度は治るようになってきている。

移植の際には、患者と提供者（ドナー）又は保存されている臍帯血のヒト白血球抗原

（Human Leukocyte Antigen：HLA）（白血球の型）が適合する必要があり、HLAは、きょうだい間では4分の1の確率で一致するものの、きょうだいがいてもHLAが一致しない場合やきょうだいがいない場合等には、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。

厚生労働省では、2014（平成26）年1月に全面施行された「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」に掲げる基本理念や「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」にのっとり、移植を希望する患者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、患者の生活の質の改善が図られるよう、骨髄等のドナー登録の推進や質の高い臍帯血の採取・保存の推進等に取り組んでいる。

こうした取組みのもとで、骨髄バンクのドナー登録者数は年々増加傾向にあり、2022（令和4）年3月末現在537,820人となり、また、臍帯血保存公開数は9,617本となる等、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。

一方、高齢化の進行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2022年3月末で1,732名となっており、治療成績の向上と相まって、2021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、2,489件（骨髄移植869件、末梢血幹細胞移植[*12]304件、臍帯血移植1,316件）となった。

(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[*13]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、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等、正確でわかりやすい情報をお母さん方に提供することにより、民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組みを行っているところである。

さらに、2019（平成31）年3月には、「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」が施行され、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等は原則禁止された。

＊12 末梢血幹細胞移植：骨髄や臍帯血を用いた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。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、全身麻酔による手術や自己血採血が不要である。

＊13 臍帯血プライベートバンク（民間臍帯血バンク）：臍帯血を採取された母親本人やその家族が造血幹細胞移植、及び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に将来利用することができるよう、母親との間で委託契約を結び、費用の支払いを受けて、業として臍帯血を保管する者。

第7節 医薬品・医療機器の安全対策の推進等

1 緊急時の薬事承認の在り方等に関して

「経済財政運営と改革の基本方針2021」（2021（令和3）年6月18日閣議決定）等を踏まえ、同年11月より厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会において感染症等に対する我が国の危機管理強化に向けた緊急時の薬事承認の在り方について議論を開始し、「緊急時の薬事承認制度」の概要をとりまとめた。緊急時において、安全性の確認を前提に、医薬品等の有効性が推定されたときに、条件や期限付の承認を与える迅速な薬事承認の仕組みを整備するとともに、オンライン資格確認を基盤とした電子処方箋の仕組みを創設し、その利活用を促すための「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等の一部を改正する法律案」が2022（令和4）年3月1日に閣議決定された。

2 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、それが期待どおりに治療効果として現れる一方で、予期しない副作用が起きることもある。医薬品等の使用においては、これらのベネフィットとリスクのバランスが重要であることから、治験等のデータに基づき有効性と安全性の両面についての検討を行い、厚生労働大臣の承認を得てから販売される。しかし、治験等を通じて医薬品等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。

(1) 副作用情報等の報告制度

市販後の副作用情報等は、「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」（以下「医薬品医療機器等法」という。）に基づいて医薬品等の製造販売業者、医薬関係者から厚生労働大臣に報告することとされている。これら医薬品医療機器等法に基づく副作用等の国内症例報告件数は、2020（令和2）年度においては、医薬品は年間約6万2千件、医療機器は約2万5千件、再生医療等製品は約300件であった。

また、2019（令和元）年3月26日より、患者又はその家族からの、医薬品による副作用が疑われる症例についての報告受付を正式に開始した。

(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（以下「PMDA」という。）と連携し、企業や医薬関係者から報告された副作用情報等について、迅速・的確に評価するとともに、その結果に基づいて、必要に応じて電子化された添付文書の「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等の安全対策情報が迅速に入手できるよう、タイムリーに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メディナビ）」の提供を行っている。

(3) 医薬品リスク管理計画書（RMP）に基づく安全対策

医薬品の安全性の確保を図るためには、開発の段階から製造販売後に至るまで常に医薬品のリスクを適正に管理する方策を検討することが重要である。このため、製造販売業者に対し、処方箋医薬品の承認時や製造販売後に、リスク及び不足情報を安全性検討事項として集約し、リスクの低減を図るためのリスク最小化計画を含めた「医薬品リスク管理計画書」（Risk Management Plan：RMP）の提出が必要に応じ求められる。

RMPには、市販直後調査、使用成績調査、製造販売後臨床試験等のリスクの情報を収集する活動（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・配布等のリスクを最小化するための活動（リスク最小化計画）が策定されている。

(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。また、最新の知見を踏まえ、より使用しやすいものとなるよう、新規作成・改定作業を行うとともに、マニュアルの普及・啓発にも取り組んでいる。

・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。）に設置された「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。また、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か検討する取組みを行っている。

・小児と薬情報センター

成育医療研究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。これまでに得られた情報などの整理・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

高齢化の進行に伴い、加齢による生理的な変化や複数の併存疾患を治療するための医薬

品の多剤服用等によって、安全性の問題が生じやすい状況にあることから、高齢者における薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）を目指し、「高齢者の医薬品適正使用の指針」や「病院におけるポリファーマシー対策の始め方と進め方」を作成する等の取組みを行っている。

・MID-NETの活用

自発報告を主体とする副作用報告制度には限界があるため、協力医療機関が保有する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）を構築した。2018（平成30）年4月からMID-NETの本格運用を開始し、行政、製薬企業、研究者等が利活用を行っているところであり、安全対策措置を検討する上で利活用結果を活用している。

(5) 医薬品等の安全対策施策の監視・評価（医薬品等行政・評価監視委員会）

医薬品等による悲惨な健康被害の発生等を繰り返さないためには、医薬品等の安全性確保に必要な対策を講ずるとともに、これらの実施状況を評価及び監視する仕組みが重要である。このような背景から「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」の提言を踏まえ、改正法に基づき、医薬品等行政評価・監視委員会が2020（令和2）年9月に設置され、2022（令和4）年3月末までに7回開催された。

この委員会では、医薬品等の安全性確保等に関する施策の実施状況の評価及び監視や、これらの結果に基づき、必要に応じて、講ずべき施策を厚生労働大臣に意見又は勧告を行う。

また、この委員会には、医師、薬剤師、法律家、薬害被害者など、さまざまな立場の委員が参画しており、第三者性を有する機関として医薬品等の安全性確保や薬害の再発防止等のための調査、審議を行っている。

3 医薬品の販売制度

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、「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（平成25）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。

現在の販売制度では、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、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類の全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）が可能になっている。

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[*14]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

＊14 一般用医薬品の販売サイト一覧　https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/hanbailist/index.html

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。

4 医療用医薬品の品質確保対策

(1) 偽造品対策

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、偽造品の流通は保健衛生上の大きな問題である。

本事案の発生を受け、2017年3月から開催した「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」のとりまとめを踏まえ、2017年10月に、薬局開設者等に課される医薬品の譲受・譲渡時の記録事項として、品名、数量、氏名、取引年月日に加えて相手方の身元確認の方法、ロット番号、使用期限等を追加すること等について省令改正を行った。

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とから、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（https://www.yakubutsu.mhlw.go.jp/）やTwitter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。

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等にドメインの停止を要請するなどの対応を行っている。

また、模造医薬品の流通等の不正事案に迅速に対処するため、2020（令和2）年9月に麻薬取締官及び麻薬取締員に模造医薬品に関する取締り権限が付与された、2021（令和3）4月に初の摘発事例として、麻薬取締部において販売目的で貯蔵された模造医薬品100錠を押収した。

(2) 後発医薬品等への信頼回復

2020（令和2）年12月、後発医薬品の製造過程において、承認書に記載の無い医薬品原薬が混入し、当該医薬品を服用した患者に、重大な健康被害が多数生じる事案が発生した。事案発生後、速やかに厚生労働省より関係業界団体宛に製造管理徹底に係る通知を発出するとともに、国、PMDA及び県による立入検査を行い、医薬品医療機器等法及び関連省令違反事実を確認し、県より業務停止命令及び業務改善命令の行政処分を行った。

2021（令和3）年以降、別の後発医薬品等の製造業者において、製造管理上の法令違反が発覚し行政処分の対象となるなど、後発医薬品等の品質や安全性に対する国民の信頼を失墜させる事案が続いて発生した。これらを踏まえ、類似事案の再発を防止し、医薬品の適切な品質と安全性を確保するため、①医薬品製造販売業者等に対する法令遵守体制整備の義務付け、②製造業者に対する無通告立入検査の強化、③行政処分基準の厳格化などの措置を講じた。今後も、後発医薬品等の信頼回復に向けて必要な監視指導の強化など対

応を継続していくこととしている。

5 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（令和2）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している。

さらに、薬学教育6年制課程が開始されてから、薬剤師に求められる役割が変化していること等を踏まえ、2020年7月から「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」にて、今後の薬剤師の養成や資質向上等に関する課題について検討し、2021年6月に今後の薬剤師に求めるべき役割等についての提言をとりまとめた。

(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。2020（令和2）年度の院外処方箋発行枚数は約7.3億枚に達し、処方箋受取率は前年度に比べ0.8ポイント増加し、75.7%（公益社団法人日本薬剤師会「処方箋受取率の推計」（2020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」（2015（平成27）年6月30日閣議決定）において、「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、かかりつけ薬剤師・薬局を推進している。

また、「日本再興戦略」（2013（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（平成28）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。

2019（令和元）年12月に改正された医薬品医療機器等法により2021（令和3）年8月に施行された特定の機能を有する薬局の認定・表示制度における地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局については「患者のための薬局ビジョン」において示されている、かかりつけ薬剤師・薬局における基本的機能や高度薬学管理機能を元に認定することとしたものである。特に、かかりつけ薬剤師・薬局における基本的機能は、地域連携薬局及び健康サポート薬局において共通した機能であり、地域包括ケアの一翼を担う地域連携薬局が健康サポート薬局の届出を行い、地域においてその役割を担うことも医薬分業の質の向上を推進する上で重要である。

AI、ICT等の技術発展により、薬剤師や薬局を取り巻く周辺環境が変化し、それに伴って、薬剤師の業務や薬局の機能自体にも変化が見込まれる。こうした背景も踏まえ、2022（令和4）年2月から「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」を開催して、今後の薬剤師の業務のあり方等について検討を行っている。

引き続き、国民が利点を実感できるような質の高い医薬分業を地域の実情に応じた医療計画等に基づいて推進していく必要があり、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報[*15]」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違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。

6 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・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、「官民連携既存化学物質安全性情報収集・発信プログラム」

＊15 おくすりe情報　https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html

を通じた安全性情報の収集、国による安全点検を行ったほか、国による安全点検結果については経済協力開発機構（OECD）に情報提供を行っている。それらの情報は、ホームページ*16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全ての一般化学物質を一定数量以上製造・輸入した事業者に対して、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。2022（令和4）年4月1日までに、累計267物質を優先評価化学物質に指定した（うち49物質は取消し済であり、同日時点で優先評価化学物質は218物質）。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。

なお、2017（平成29）年6月7日に「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」が公布、2019（平成31）年1月1日に全面施行され、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数量上限を「用途情報」も加味した「環境排出量」に変更し、さらに、新規化学物質の審査により新たに著しい毒性が確認されたものについて新規区分を導入し、特定新規化学物質（公示後は特定一般化学物質）として指定する等が行われている。

(2) 家庭用品の安全対策

家庭用品に含有される有害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（以下「家庭用品規制法」という。）に基づき、繊維製品、家庭用の洗浄剤、家庭用エアゾール製品等について規制基準を定めている。2022（令和4）年3月末までに、21物質群を指定している。

また、消費生活用製品による重大製品事故のうち、家庭用品規制法により対応すべきものと認められるときは公表等適宜対応を行うこととしている。さらに、公益財団法人日本中毒情報センター等の協力を得て収集した家庭用品に係る健康被害の情報をとりまとめ、公表して周知を図っている*17。

(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、2022（令和4）年3月末までに、同法に基づき133項目を毒物に指定し、430項目を劇物に指定している。

＊16 既存化学物質毒性データベース https://dra4.nihs.go.jp/mhlw_data/jsp/SearchPage.jsp
J-CHECK ホームページ　https://www.nite.go.jp/chem/jcheck/top.action?request_locale＝ja
＊17 家庭用品に係る健康被害の年次とりまとめ報告　http://www.nihs.go.jp/mhlw/chemical/katei/hazard_chemical_assess.html

第8節　薬物乱用対策の推進

1 薬物乱用防止対策



2020（令和2）年の我が国における薬物事犯の検挙人員[*18]は、14,567人（医薬品医療機器等法違反を除く）であった。このうち覚醒剤事犯は8,654人と前年に引き続き1万人を下回った。一方、大麻事犯の検挙人員は、5,260人と7年連続で増加し、過去最多を更新した。特に、30歳未満の検挙人員は、大麻事犯全体の検挙人員の65%に達しており、若年層における大麻の乱用が拡大している。

また、2020年の覚醒剤押収量は、824.4kgと依然として高水準で推移しており、我が国における根強い薬物需要が窺える状況となっている。

加えて、諸外国において、大麻を使用した医薬品が上市されているとともに、CND（国連麻薬委員会）においても大麻の医療用途等への活用に向けた議論が進められているところである。

こうした状況を踏まえ、2018（平成30）年8月に薬物乱用対策推進会議において策定された「第五次薬物乱用防止五か年戦略」[*19]に基づき、政府を挙げた総合的な対策を推進するとともに、2021（令和3）年1月から「大麻等の薬物対策のあり方検討会」を開催し、大麻が健康に与える影響、国内外における大麻の使用状況、海外における大麻由来医薬品の承認状況等を踏まえた大麻取締法における規制のあり方について有識者による議論がなされ、大麻草の部位による規制から成分に着目した規制への見直し、大麻から製造された医薬品の施用に関する見直し、大麻の「使用」に対する罰則の導入等について、基本的な方向性が示された。

また、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とから、地域における啓発として、「麻薬・覚醒剤・大麻乱用防止運動」などの国民的啓発運動を展開し、薬物の危険性・有害性[*20]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等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[*21]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

＊18 本節の検挙人員は、厚生労働省、警察庁、海上保安庁調べ（厚生労働省集計）による。
＊19 第五次薬物乱用防止五か年戦略
https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000339984.pdf
＊20 薬物乱用防止に関する情報
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html
＊21 薬物の再乱用を防止するための取組み
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

において、薬物依存症者やその家族に対する相談事業、家族教室の実施等により再乱用防止対策の充実を図っている。

また、麻薬取締部において、2019（平成31）年度から、保護観察のつかない執行猶予判決を受けた薬物乱用者等に対して、再乱用防止支援員による面談等を内容とした再乱用防止のための支援を実施している。

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」[*22]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等法の指定薬物[*23]として指定し、その取締りを図っている。指定においては、指定薬物部会の開催頻度の増加、パブリックコメントの省略、指定薬物省令の公布から施行までの期間の短縮等により、迅速な指定を実施している。基本骨格を同一とする2,098物質について包括指定を行った。2021（令和3）年度は18物質を新たに指定し、その結果、2022（令和4）年3月末現在、2,405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等法の改正により、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、医薬品医療機器等法の改正に伴い、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2021年3月までの間で、販売サイト309サイトに削除要請を実施し、254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等法の改正に伴い、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。

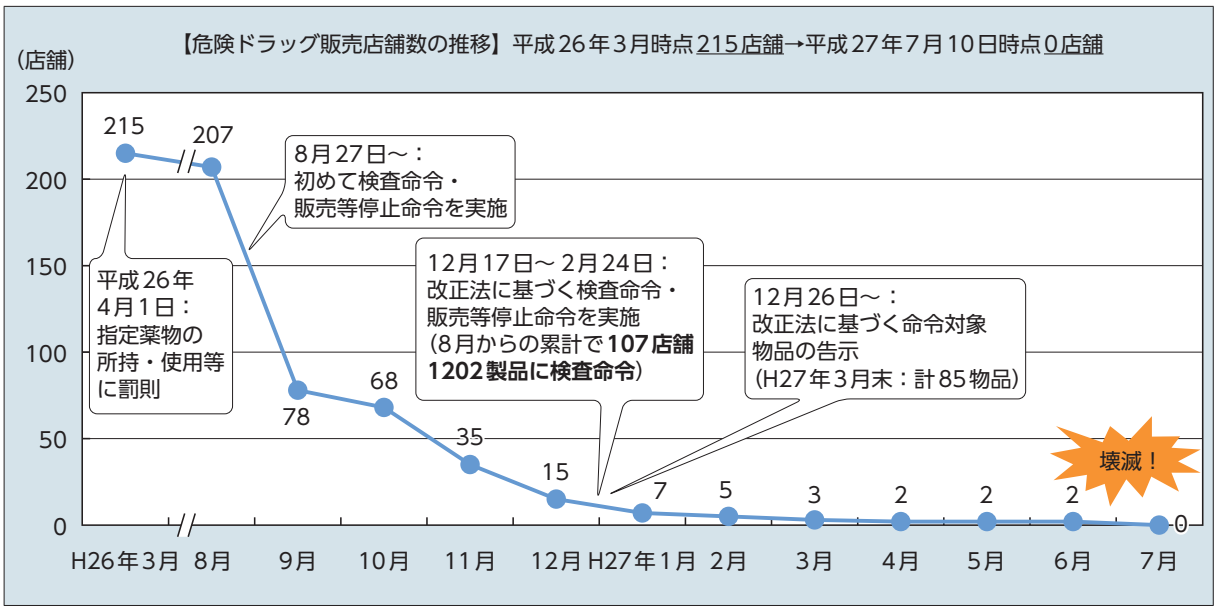
2020年における危険ドラッグ事犯（医薬品医療機器等法違反、麻薬及び向精神薬取締法違反、交通関係法令違反等）に係る検挙人員は計159人であり、うち指定薬物に係る医薬品医療機器等法違反の検挙人員は140人であった。

＊22 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。
＊23 指定薬物
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

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（https://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

2020（令和2）年度の延べ献血者数は約504万人（対前年度比約11万人増、約2.3%増）であった（**図表8-9-2**）。医療需要に応じて、日々計画的に採血を行っており、毎年、安定供給に必要な血液量が確保されている。

一方で、10代から30代の若年層の献血者数は、この10年で約37%減少しており、全献血者に占める若い世代の割合は減少している。少子化で献血可能人口が減少している中、将来にわたり、安定的に血液を確保するためには、若年層に対する献血推進がこれまで以上に重要になっている。このため、厚生労働省では、若年層を主な対象とした「はたちの献血」キャンペーンの実施、中学生向けのポスターや高校生向けのテキスト「けんけつ　HOP　STEP　JUMP」、大学生等向けのポスターを作成し、配布している。

2020年度は、新型コロナウイルス感染症拡大による学校での献血の中止等が影響し、前年度に比べ10代の献血者の減少が顕著であった。

また、2020年2月下旬から献血血液の確保量が減少したため、日本赤十字社においては、ホームページや献血Web会員サービス「ラブラッド」で献血への協力を呼びかけるとともに、厚生労働省においても、2020年3月3日付けで事務連絡を発出し、自治体に献血への協力を依頼するなど、新型コロナウイルス感染症拡大の状況下における献血の推進に努めた。

また、2020年4月、2021（令和3）年1月及び4月に緊急事態宣言が発出された際にも、献血血液の安定的な確保のための対応についての事務連絡を発出し、管下市町村や関係団体等へ、「緊急事態宣言時に事業の継続が求められる事業者」には「献血を実施する採血業」が含まれていることの周知及び献血への協力を依頼している。

これらの取組みにより、2020年3月以降は、多くの方に献血にご協力をいただき、必要な献血血液を確保することができている。

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」に続き、新たに2021年度から2025（令和7）年度までの5年間を目標期間とする中期目標「献血推進2025」を策定し、①若年層（10代から30代）の献血者数の増加、②安定的な献血の確保、③複数回献血の推進、④献血Webサービスの利用の推進を目標に掲げ、引き続き、献血推進の取組みを強化している。

図表8-9-1　2025年度までの達成目標（「献血推進2025」より）

項　目	目標の定義	令和7年度 目標値	令和2年度 実績値
若年層の献血者数の増加	若年層（16才～39才）の人口に対する献血者数の割合（献血率）	6.7% （参考） 10代 ：6.6% 20代 ：6.8% 30代 ：6.6%	5.4% （参考） 10代 ：4.2% 20代 ：5.5% 30代 ：5.6%
安定的な献血の確保	献血推進活動に協力いただける企業・団体の数	70,000社	60,854社
複数回献血の推進	年に2回以上献血された方（複数回献血者）の人数	1,200,000人	1,024,863人
献血Webサービスの利用の推進	献血Web会員サービス「ラブラット」の登録者の人数	5,000,000人	2,468,899人

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

①10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いただくため、SNSを含むインターネット等を主体とした情報発信を行うとともに、日本赤十字社が実施する献血セミナーなどの献血普及の取組みを推進する。

②20代・30代への働きかけ

献血率の減少傾向が続いている20 代・30 代の方が献血に協力しやすいよう、献血Web会員サービス「ラブラッド」の活用を促すなど、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な普及啓発、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することにより、安定的な献血者の確保を図るとともに、予約献血の活用など献血者の利便性に配慮した新たな仕組みを検討する。

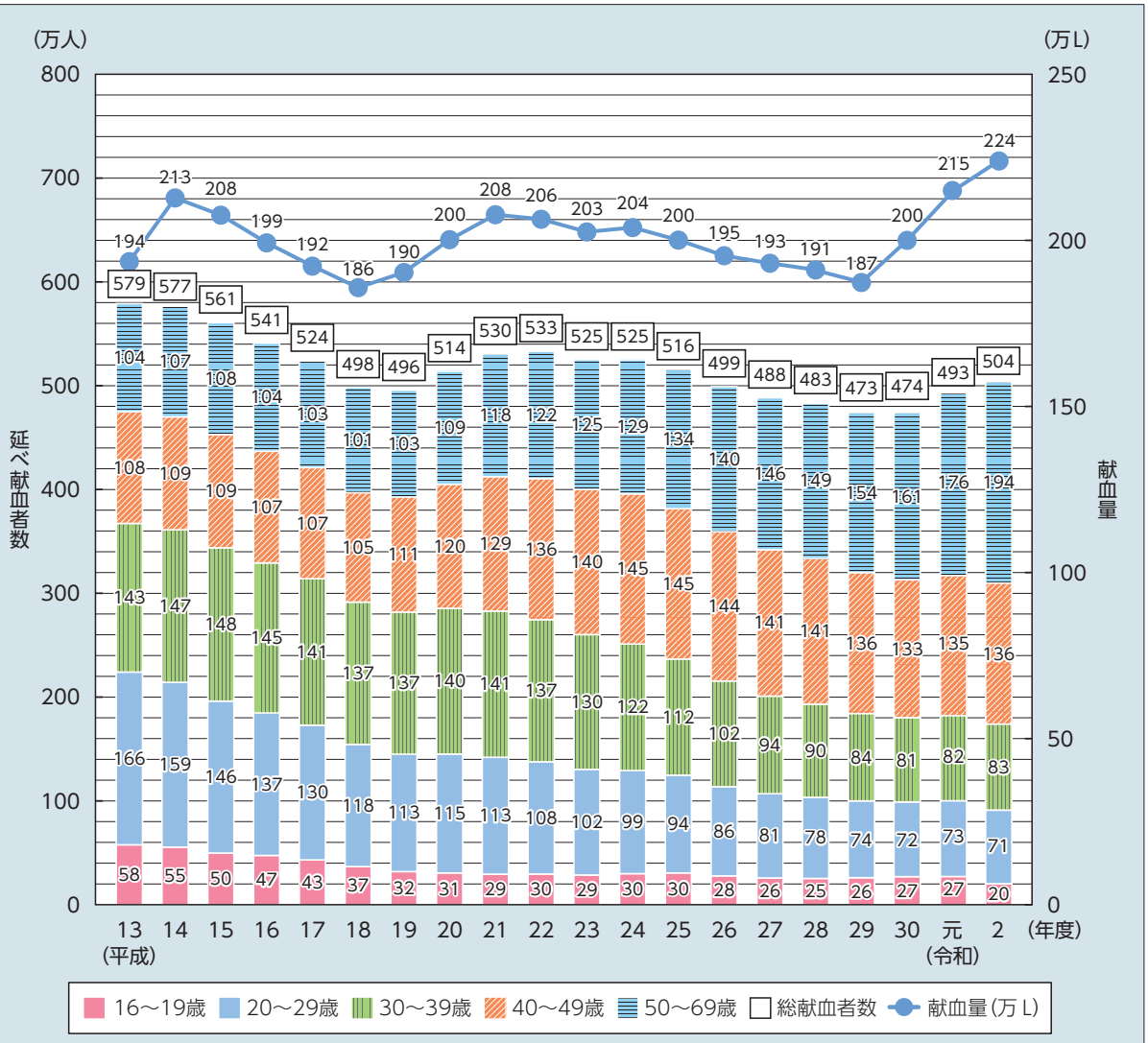
（3）安心・安全で心の充足感が得られる環境の整備

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。

あわせて、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況下においても、安心・安全な献血環境の保持と献血者への感染防止対策を講ずるとともに、様々な広報手段を用いて、感染防止対策を周知する。

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



中学生向けポスター



大学生向けポスター



「けんけつ HOP STEP JUMP生徒用」



「けんけつHOP STEP JUMP教員用」

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。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、原料である人血液に由来する感染症等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投与後、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。

また、輸血用血液製剤によるE型肝炎ウイルス（HEV）に対するNATが2020（令和2）年8月より全国的に導入された。なお、血漿分画製剤については、2018（平成30）年度の安全技術調査会において、現行の製造工程でのウイルス除去・不活化処理により、HEVに対する安全性は確保されているとの見解が示されている。

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ている。

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（平成28）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、あるいは母親又は母方の祖母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。

また昨今の新型コロナウイルス感染症の流行下において新型コロナウイルスに係る安全対策を実施することが求められている。2021（令和3）年度においては、mRNAワクチン接種後の献血者の採血制限期間を接種後48時間とすること、ウイルスベクターワクチン接種後の献血者の採血制限期間を接種後6週間とすること及び新型コロナウイルス既感染者の採血制限期間について、症状消失（無症候の場合は陽性となった献体の検体採取日）から4週間とすることが決定され、それぞれの基準については、2021年5月14日、2022（令和4）年4月1日及び2021年9月8日から運用されている。

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20,256名（2022（令和4）年3月末時点）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

1959（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。2022（令和4）年3月末現在で約2,500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（平成29）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（令和5）年1月16日までに延長された。

4 薬害を学ぶ



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。

この検討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きたところである。また、2022（令和4）年度から年次進行で実施されている高等学校学習指導要領（平成30年告示）では新たに「公共」が必履修科目となり、高等学校学習指導要領解説公共編において薬害問題に関する記載がなされていることを踏まえ、令和4年度から高校1年生を対象に配布することを見据え、本教材の紹介のための関係資料を高校へ配布した。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。また、2017（平成29）年度からは複数の中学校、高等学校で当教材を用いて、モデル的に授業を実施している。



2020（令和2）年3月には、薬害の歴史や教訓を伝え、社会の認識を高めることを目的として、薬害に関する解説パネルの他、被害者の方の証言映像等の資料を展示する「薬害の歴史展示室」を独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）内に設置した。

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

2003（平成15）年の食品衛生法等の改正以降、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。

こうした状況を踏まえ、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（(2)参照）、HACCP（ハサップ）に沿った衛生管理の制度化（(3)参照）、営業届出制度の創設や実態等に応じた営業許可制度の見直し（(4)参照）、食品リコール情報の報告制度の創設（(5)参照）、食品用器具・容器包装におけるポジティブリスト制度の導入（3(1)4)参照）、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（3(2)5)参照）等を内容とする「食品衛生法等の一部を改正する法律」（平成30年法律第46号）が2018（平成30）年6月に成立した（広域的な食中毒事案への対策強化については2019（平成31）年4月1日施行、HACCPに沿った衛生管理、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及び食品用器具・容器包装におけるポジティブリスト制度については2020（令和2）年6月1日施行、その他の部分については2021（令和3）年6月1日施行）。

図表8-11-1　食品衛生法等の一部を改正する法律の概要

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（ハサップ）*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。

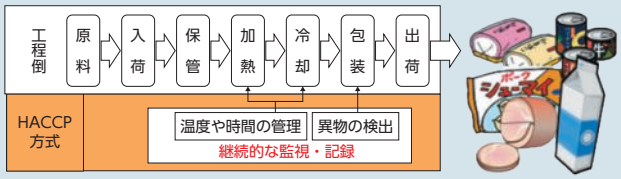
5. 営業許可制度の見直し、営業届出制度の創設
　実態に応じた営業許可業種への見直しや、現行の営業許可業種（政令で定める34業種）以外の事業者の届出制の創設を行う。

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）

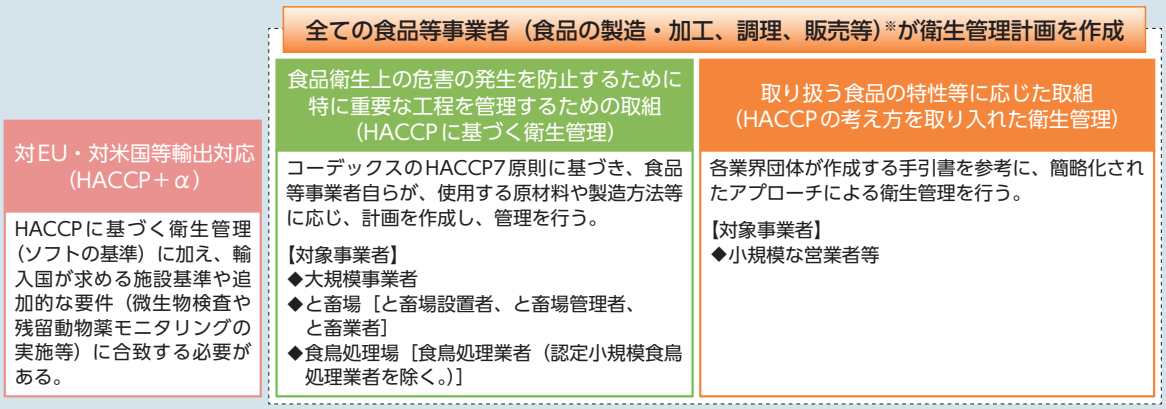
図表8-11-2　HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Point）とは

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。



Codexの７原則
（原則１）危害要因の分析
（原則２）重要管理点の決定
（原則３）管理基準の設定
（原則４）モニタリング方法の設定
（原則５）改善措置の設定
（原則６）検証方法の設定
（原則７）記録と保存方法の設定

図表8-11-3　HACCPに沿った衛生管理の制度化の全体像



※全ての食品等事業者
・学校や病院等の営業ではない集団給食施設もHACCPに沿った衛生管理を実施しなければなりません。
・公衆衛生に与える影響が少ない営業については、食品等事業者として一般的な衛生管理を実施しなければなりませんが、衛生管理計画の作成及び衛生管理の実施状況の記録とその保存を行う必要はありません。
・農業及び水産業における食品の採取業はHACCPに沿った衛生管理の制度化の対象外です。

図表8-11-4　小規模な営業者等

・食品を製造し、又は加工する営業者であって、食品を製造し、又は加工する施設に併設され、又は隣接した店舗においてその施設で製造し、又は加工した食品の全部又は大部分を小売販売するもの（例：菓子の製造販売、豆腐の製造販売、食肉の販売、魚介類の販売　等）

・飲食店営業又は喫茶店営業を行う者その他の食品を調理する営業者（そうざい製造業、パン製造業（消費期限が概ね５日程度のもの）、学校・病院等の営業以外の集団給食施設、調理機能を有する自動販売機を含む）

・容器包装に入れられ、又は容器包装で包まれた食品のみを貯蔵し、運搬し、又は販売する営業者

・食品を分割して容器包装に入れ、又は容器包装で包み小売販売する営業者（例：八百屋、米屋、コーヒーの量り売り　等）

・食品を製造し、加工し、貯蔵し、販売し、又は処理する営業を行う者のうち、食品等の取扱いに従事する者の数が50人未満である事業場（事務職員等の食品の取扱いに直接従事しない者はカウントしない）

(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1,000件前後で推移している（**図表8-11-5**）。

食中毒による死者数は、2019（令和元）年は4人、2020（令和2）年は3人、2021（令和3）年は2人となっている。

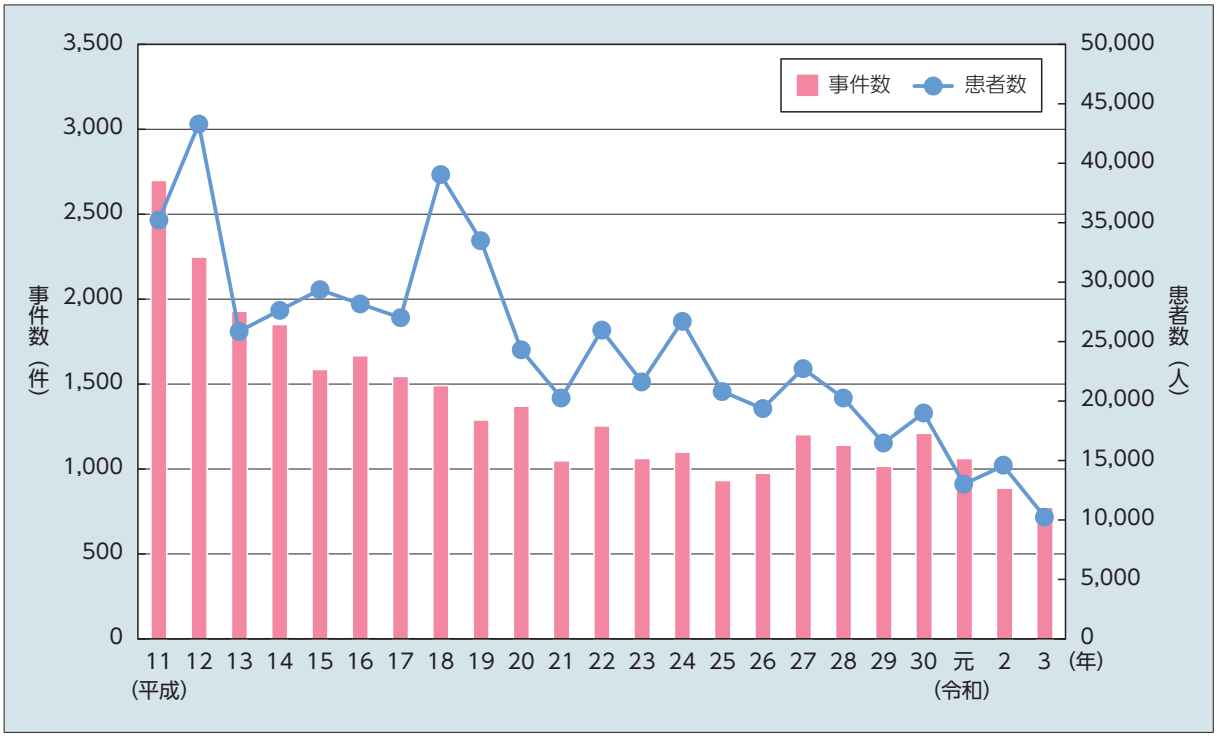
1998年当時、食中毒の原因としてサルモネラ属菌や腸炎ビブリオなどが事件数の半分以上を占めていたが、近年ではアニサキス、ノロウイルスやカンピロバクター・ジェジュニ／コリなどの占める割合が高まっており、食中毒予防の観点から重要な課題となっている。特に冬場に多発するノロウイルスによる食中毒は、おおむね毎年食中毒患者数全体の約5割を占めている。ノロウイルスは、感染力が強く、大規模な食中毒となることがあり、食品取扱者を介した汚染が食中毒発生の主要な原因となっている。

近年、食品流通システムの発達等により、都道府県等の区域を越えて広域にわたり食中毒事案が発生していることから、監視指導に当たって国及び都道府県等の連携協力体制の整備を図るため、2018（平成30）年6月の食品衛生法の改正により、地域ブロックごと

に広域連携協議会を設置し対応に努めることとする等の制度が創設され、2019（平成31）年4月1日に施行された。

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。

図表8-11-5　食中毒対策の事件件数の推移



(3) HACCPに沿った衛生管理の制度化

2018（平成30）年6月の食品衛生法の改正により、原則として、製造・加工、調理、販売等を行う全ての食品等事業者を対象として、HACCPに沿った衛生管理を求めることとした。

HACCPに沿った衛生管理は、食品等事業者にHACCPに基づく衛生管理（コーデックスHACCPの7原則を要件とするもの）又はHACCPの考え方を取り入れた衛生管理（小規模事業者や一定の業種等を対象とし、弾力的な取扱いを可能とするもの）の実施を求める仕組みとし、特に小規模事業者を含む食品等事業者が円滑にHACCPに沿った衛生管理に取り組むことができるよう食品等事業者団体が策定する事業者向け手引書の作成に対する支援を行うなど、HACCPの確実な実施を後押ししている。

(4) 営業届出制度の創設や実態等に応じた営業許可制度の見直し

2018（平成30）年6月の食品衛生法の改正により、食品等事業者を把握し、監視指導を適切に行うため、営業の届出を求めることとした。

また、公衆衛生に与える影響が著しい営業であって都道府県知事等の許可を受けなけれ

ばならない業種について、1972（昭和47）年以降改正を行っていなかったことから、現状の営業実態に合わせ見直しを行った。

(5) 食品等におけるリコール情報の報告制度の創設

食品等の自主回収が行われた場合に、その情報を行政が確実に把握する仕組みがなかったこと等から、2018（平成30）年6月の食品衛生法の改正により、営業者が自主回収を行う場合に、自治体へ届出する仕組み及び自治体から国へ報告する仕組みの構築を行う食品リコール情報の報告制度を創設した。

(6) 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、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、2021（令和3）年4月以降の検査結果等を踏まえ、2022（令和4）年3月、同ガイドラインが改正され、検査対象自治体や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0.1パーセント程度であり、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年間放射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。

(7) 生食用食肉などの安全対策

2011（平成23）年4月に発生した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の発生を受け、生食用食肉に関して罰則を伴う強制力のある規制として食品衛生法に基づく生食用食肉（牛肉）の規格基準を定め、同年10月から適用している。また、牛肝臓については、生食用としての牛肝臓の販売を禁止する旨などを定めた規格基準を2012（平成24）年7月から適用している。

生食用食肉（牛肉）及び牛肝臓に関する規格基準の策定後、一般的に生食用として提供

されていなかった豚の食肉（内臓を含む）が生で提供されている実態が認められたことから、食肉等の種別ごとの公衆衛生上のリスクについて、薬事・食品衛生審議会乳肉水産食品部会の下に設置した「食肉等の生食に関する検討会」において議論し、2014（平成26）年8月に、同部会において、国民の健康保護の観点から豚の食肉の生食用としての提供を禁止することが妥当との結論を得たことから、規格基準とし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旨を定め、2015（平成27）年6月から適用している。



これらの規制を含め、食肉などの生食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料を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。鶏の食肉（内臓を含む）については、厚生労働科学研究等を通じて、食中毒リスク低減策の検討に資する科学的知見の集積を行っている。

3 食品安全行政の概要

（1）規格基準の設定及び見直し

1 食品添加物に関する安全性確保

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に天然添加物（天然香料及び一般に食品として飲食に供されているものであって添加物として使用されるもの（一般飲食物添加物）を除く。）にまで拡大した。

この指定制度の拡大に当たり、1995年当時流通していた489品目の天然添加物については、長い使用実績があり、安全性に問題があるとの個別報告はないことなどから、既存添加物として継続使用を認めることとしたが、これらの既存添加物については、厚生労働省が中心となって安全性確認を計画的に進めるとともに、使用・流通実態のないものを、既存添加物名簿（平成8年厚生省告示第120号）から消除する手続を進めている。これまで安全性に問題があるとされた1品目と使用実態がないとされた131品目が消除され、2022（令和4）年4月1日現在、357品目となっている（**図表8-11-6**）。また、既存添加物の品質を確保するため、成分規格を設定する作業を進めている。

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おおむね5年ごとに改訂を行っている。現在は、第10版食品添加物公定書の作成のための検討を進めており、すでにとりまとめの終わった一部の内容については、2020（令和2）年6月18日に第9版食品添加物公定書追補1として公表された。

図表8-11-6 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12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	472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、タンニンなど	357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

※令和4年4月1日現在の品目数

2 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760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、2021（令和3）年度には31品目の見直しを行い、これまでに523品目の見直しを行った（2022年4月1日現在）。農薬などの残留基準の設定については、2019（令和元）年度に、国際的な合意等を基に基準値設定の考え方を明確化した食品中の農薬の残留基準値設定の基本原則を策定・導入するなど、国際的な動向や最新の科学的知見に基づき行っている。

3 食品中の汚染物質対策

食品中の汚染物質については、薬事・食品衛生審議会において、規格基準の設定に係る基本的な考え方が示されている。具体的には、国際規格が定められている食品については、我が国でも規格基準の設定を検討し、国際規格を採用すること、また、我が国の食料生産の実態などから国際規格を採用することが困難な場合は、関係者に対し汚染物質の低減対策に係る技術開発の推進などについて要請を行うとともに、必要に応じて関係者と連携し、「合理的に達成可能な範囲でできる限り低く設定する」というALARA（As low as reasonably achievable）の原則に基づく適切な基準値又はガイドライン値などの設定を行うことなどとしている。

この考え方に基づき、2021年6月に清涼飲料水（ミネラルウォーター類）中の六価クロム等の規格基準を改正、同年7月に小麦中のデオキシニバレノールの基準値を設定した。その他、2020年に酒精飲料中のメタノールの規制値の改正を行った。

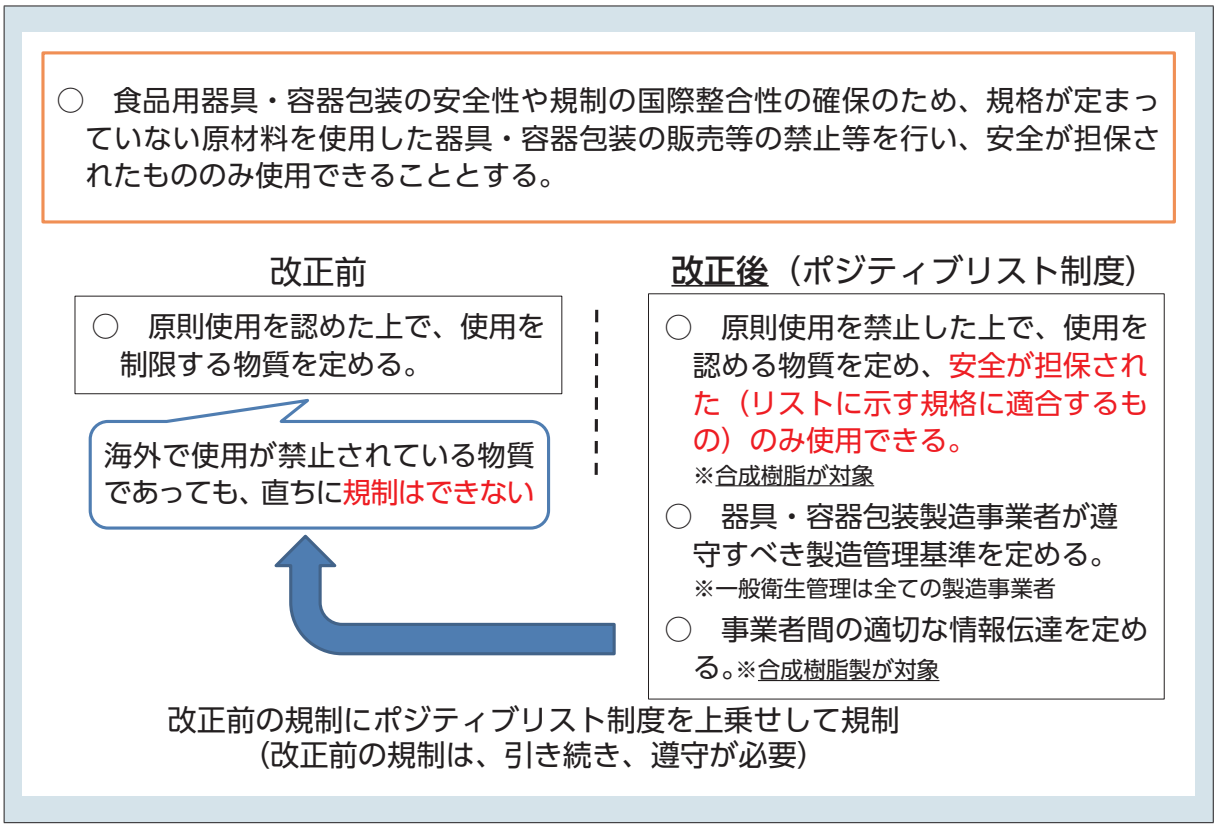
4 食品用器具・容器包装におけるポジティブリスト制度の導入

2018（平成30）年6月の食品衛生法の改正により、食品用器具・容器包装の安全性や規制の国際整合性の確保のため、規格が定まっていない物質を使用した食品用器具・容器包装の販売等の禁止等を行い、安全が担保されたもののみ使用可能とするポジティブリスト制度を導入し、政令で対象の材質を合成樹脂と定め、2020年6月に施行した。

ポジティブリストは、その対象を「合成樹脂の原材料であって、これに含まれる物質」とし、合成樹脂の基本を成すもの（基ポリマー）、合成樹脂の物理的又は化学的性質を変化させるために最終製品中に残存することを意図して用いられる物質（添加剤）についてリスト化を行い、器具・容器包装に係る規格として定めた。

また、器具又は容器包装を製造する営業の施設の衛生的な管理の基準について、一般衛生管理及び適正に製造を営業するための規範に基づく管理基準の規定、器具又は容器包装のポジティブリストへの適合性を確認する手段として事業者間の情報伝達の規定が創設された。

図表8-11-7　器具・容器包装のポジティブリスト制度の導入
＜国際整合的な食品用器具・容器包装の衛生規制の整備＞



(2) 監視・検査体制の整備

1 計画に基づく監視指導

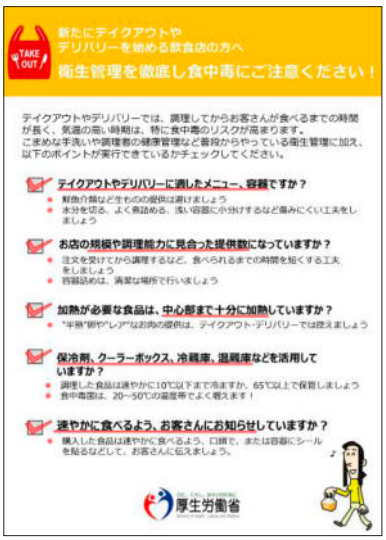
食品の安全性を確保するためには、厚生労働省や地方公共団体など関係行政機関が連携して、食品衛生法に基づく監視指導を実施することが重要である。これを効率的かつ効果的なものとするため、「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」（平成15年厚生労働省告示第301号）を定め、輸出国対策及び輸入時対策については厚生労働省が、国

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 飲食店における持ち帰り・宅配食品の衛生管理

新型コロナウイルス感染症の流行拡大を受け、平時には客席を設けて客に飲食させている一般的な飲食店が、新たに持ち帰り（テイクアウト）や宅配（出前）等のサービスを開始する事例が増えた。

持ち帰りや宅配については、店内での喫食に比較して調理してから喫食までの時間が延長することに加えて、特に夏期は気温や湿度の上昇により食中毒のリスクが高まることから、消費者に対する対する注意喚起のためのリーフレットを作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。



3 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8-11-8）。



輸出国での衛生管理対策として、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衛生管理の実施、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、中国及びカナダ等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、衛生管理対策の調査や要請などを実施している。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衛生管理対策を検証するほか、計画的に主要な輸出国の衛生管理体制に関する情報収集を進めていく。



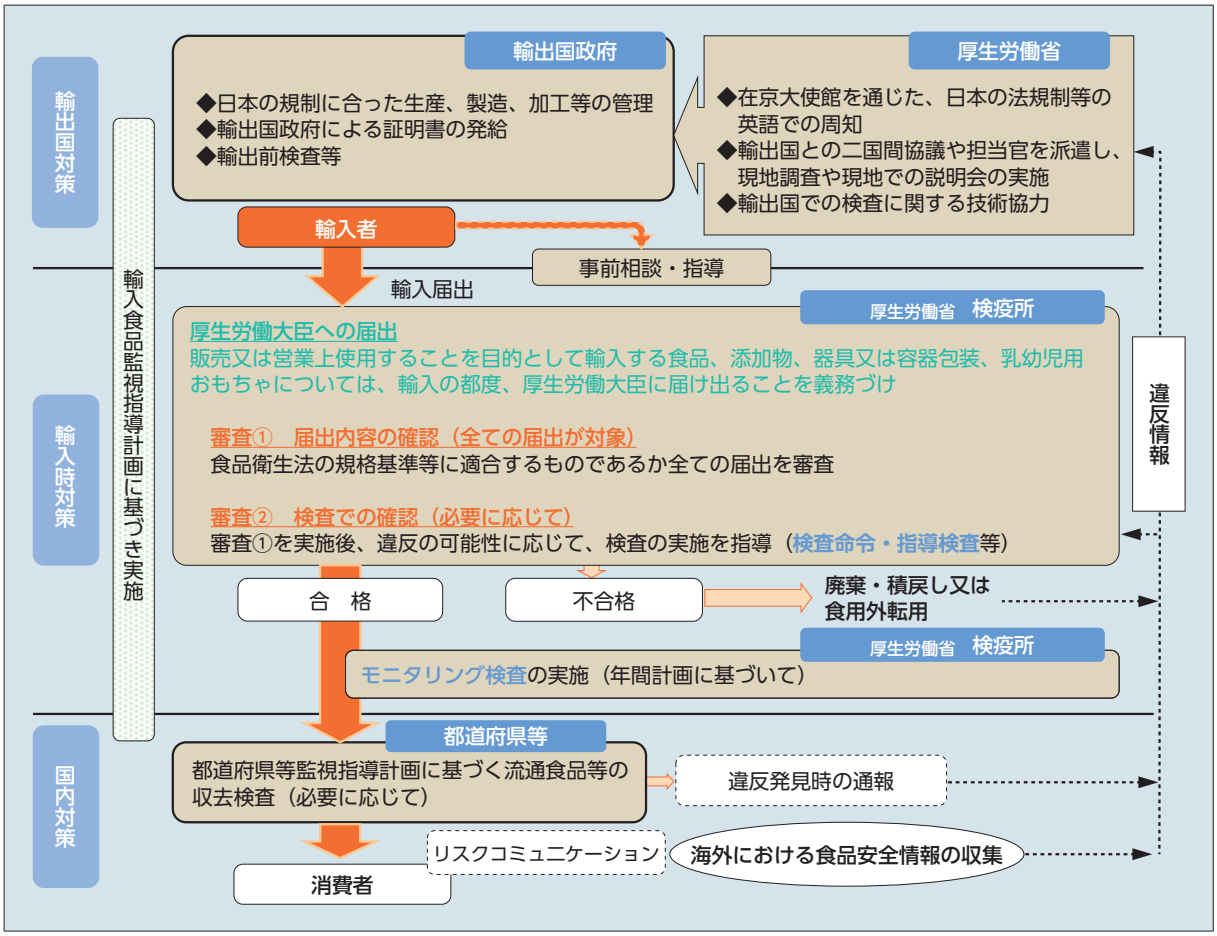
輸入時（水際）の対策では、輸入業者に対して、輸入の都度、届出を義務づけ、事業者からの輸入前相談に対応するとともに、多種多様な輸入食品を幅広く監視するため、年間計画に基づくモニタリング検査を実施してい

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。2020（令和2）年度には、約235万件の輸入届出に対して48,048件のモニタリング検査、68,941件の検査命令及び86,507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691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、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8-11-8　輸入食品の監視体制の概要



4 輸出食品の安全性確保

2020（令和2）年4月に施行された「農林水産物及び食品の輸出の促進に関する法律」

（令和元年法律第57号）に基づき、輸出促進を担う司令塔組織として、本部長の農林水産大臣及び厚生労働大臣も含めた本部員で構成する農林水産物・食品輸出本部が農林水産省に設置され、輸出促進に関する政府の新たな戦略（基本方針）を定め、実行計画の作成・進捗管理が行われるとともに、関係省庁間の調整が行われることにより、政府一体となった輸出の促進を図ることとなっている。

厚生労働省は、従来、輸出食品の衛生要件に関して輸出先国との間で協議を行い、衛生要件及び手続を取り決め、必要に応じて、厚生労働省、地方厚生局及び都道府県等衛生部局において、輸出食品の製造・加工施設の認定、衛生証明書の発行、定期的な指導・監督等を行っている。

今後、引き続きこれらに取り組むとともに、「食料・農業・農村基本計画」（2020年3月31日閣議決定）における2030（令和12）年までに農林水産物・食品の輸出額を5兆円とする目標の達成に向けて、政府一体となって、基本方針に従い戦略的に輸出先国の規制に対応し、輸出阻害要因の解消を早急に進めるべく、実行計画を着実に実施することとしている。

また、東京電力福島第一原子力発電所での事故の発生に伴い、一部の国・地域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。

5 いわゆる「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様々な食品がいわゆる「健康食品」として流通している。こうした中、安全性の高い製品が供給されるよう、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を確保するための第三者認証制度の取組みを推進している。また、健康被害情報の収集・処理体制により、健康被害の発生防止などを講じるとともに、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いわゆる「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。

なお、2018（平成30）年6月の食品衛生法改正により、特別の注意を必要とする成分等を含む食品について、その健康被害情報を行政に報告する制度が新設され、2020年6月から施行された。

6 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、2021（令和3）年12月末現在、とうもろこし、大豆などの食品8作物 326品種、食品添加物22種類63品目の公表を行っている。

また、国内で遺伝子組換え食品などを製造する場合には、その製造所は製造基準の適合確認を受ける必要があり、2021年12月末現在、3施設の製造基準への適合確認が終了している。

また、昨今、新たな育種技術として、ゲノム編集技術を用いて品種改良された農産物等

が開発され、食品等として流通し得る段階を迎えている。このため、2019（平成31）年3月に薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会新開発食品調査部会においてこうした食品等の食品衛生上の取扱いについて報告書を取りまとめ、2019（令和元）年9月に「ゲノム編集技術応用食品及び添加物の食品衛生上の取扱要領」（令和元年9月19日付け生食発0919第3号。以下「取扱要領」という。）を定めた。取扱要領に基づき、同年10月から、まずは開発者等が厚生労働省に事前に相談する仕組みとした上で遺伝子変化の状況に応じて届出か安全性審査の対象とするという運用を開始し、2021年12月末現在、3品目のゲノム編集技術応用食品が届出されている。

7 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20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っている。

2011（平成23）年12月以降、食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼し、国内措置としては、BSE検査対象月齢の段階的な引上げ及び特定危険部位（SRM）の範囲の見直しを行い、2017（平成29）年4月1日からは健康牛のBSE検査を廃止した。また、SRMの範囲については、今後の食品安全委員会における評価を踏まえて、必要な管理措置の見直しを検討していく。

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、30か月齢以下の月齢制限、SRMの除去等の一定の条件を定めて輸入を再開している。これまでに、16か国からの輸入を再開した（アイルランド、アメリカ、イタリア、英国（30か月齢未満）、オーストリア、オランダ、カナダ、スイス、スウェーデン、スペイン、デンマーク、ノルウェー、ブラジル（48か月齢以下）、フランス、ポーランド及びリヒテンシュタイン）。また、2019年5月にアイルランド、アメリカ及びカナダ、2020年8月にフランス、2021年8月にデンマークについて、食品安全委員会の評価結果を踏まえ、月齢制限を撤廃した。

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検討していく。

4 国民への正確でわかりやすい情報提供等

(1) リスクコミュニケーションの取組み

リスクコミュニケーション（リスクに関する情報及び意見の相互交換）については、2003（平成15）年、リスク分析の重要な一要素として、「食品安全基本法」（平成15年法律第48号）にその実施に関する規定が盛り込まれたほか、個別の食品の安全性確保に係る施策（リスク管理措置）について定める食品衛生法などにおいても、より具体的な形で、国民や住民からの意見聴取の規定（いわゆるリスクコミュニケーション規定）が盛り込まれた。

厚生労働省では、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。2021（令和3）年度には、食品中の

放射性物質対策、輸入食品の安全性確保、ゲノム編集技術応用食品等の食品衛生上の取扱いなどをテーマとし、意見交換会の開催や動画の公開などを行った。また、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。

第12節 水道の基盤強化

1 水道の基盤強化に向けた改正水道法に基づく取組みの実施

水道は、98.1%（2019（令和元）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進むと見込まれ、また、自然災害が頻発、激甚化する中、施設の耐震化等耐災害性強化といった施設の高度化も大きな課題となっている。今後の事業環境を考えると、人口減少に伴い、料金収入が減少するとともに、労働人口の減少に伴い水道事業等を担う人材の減少にも対応していく必要がある。このような状況を踏まえ、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きたところであり、水道の基盤強化を目的として、「水道法の一部を改正する法律」（平成30年法律第92号）が2019（令和元）年10月に施行されている。この改正水道法において国が策定する基本方針に基づき、都道府県に対して、広域連携の内容を含む水道基盤強化計画の策定及び広域的連携等推進協議会の設置といった、水道事業者等の広域的な連携の推進役としての責務を求めるとともに、水道基盤強化計画の策定を見据え、2022（令和4）年度末までに各市町村・水道事業者等と連携して水道広域化推進プランを策定・公表するよう要請している。

また、水道事業者等の置かれた状況に応じ、長期的な視点に立って、優れた技術、経営ノウハウを有する民間企業や、地域の状況に精通した民間企業と連携することは、水道の

基盤強化を図る上で有効な選択肢の一つである。厚生労働省では、改正水道法に基づく水道施設運営等事業も含め、先進的に官民連携に取り組んでいる事例の紹介や、「水道事業における官民連携に関する手引き」の周知等により、官民連携の取組みを支援している。

さらに、厚生労働省では、水道施設等の適切な資産管理を進める観点から、改正水道法において、水道事業者等に対し、水道施設を良好な状態に保つため、水道施設の点検を含む維持・修繕の実施に関する規定に加え、水道施設台帳の作成・保管に関する規定を設けている。また、水道施設の計画的な更新や、その事業の収支の見通しを作成・公表する努力義務規定を設けている。また、これらに関連する指針やガイドラインの作成・公表等を行い、適切な資産管理を推進している。

2 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、水道事業者等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、水道事業者等や水道事業者等の委託を受けて水質検査を行う登録水質検査機関等に対して、水質検査の外部精度管理調査等を実施している。

3 危機管理への取組み

2021（令和3）年度には、令和3年7月に東海地方・関東地方南部を中心とした大雨や、令和3年8月の西日本中心とした大雨により、水道施設の損壊や断水等の被害が発生した。

地震・風水害等の自然災害や水質事故等の非常時においても、利用者への給水を確保するため、水道事業者等には基幹的な水道施設の強靭化や迅速な復旧体制が求められる。このため、厚生労働省では、水道の耐震化計画等策定指針の提供等により、水道施設の耐震化計画の策定及び計画的な耐震化を図る取組みを推進しているほか、近年の自然災害による被害を踏まえ、耐災害性強化対策等の更なる加速化・深化を図るため、政府全体で「防災・減災、国土強靭化のための5か年加速化対策」を策定し、停電・土砂災害・浸水災害対策にも取り組んでいる。

4 東日本大震災からの復興に関する取組み

東日本大震災に伴い、19都道県の水道施設に被害があり、累計で約257万戸に及ぶ大きな断減水が発生した。津波の被災地域や東京電力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は復旧がおおむね完了し、復旧未完了地域についても、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支援している。発災から10年の節目を迎え、これまでの復興状況を振り返り、今後の水道事業のありかたを考えるための東日本大震災水道復興シンポジウムを開

催した。また、「復興・創生期間」後における東日本大震災からの復興の基本方針が2019（令和元）年12月20日に閣議決定され、復興・創生期間内に未完了となる災害復旧事業については、復興・創生期間後においても事業が完了するまでの間、災害・復旧事業の支援を継続することとされた。2020（令和2）年6月には、復興庁設置法等の一部を改正する法律が成立し、復興庁設置期間の延長等の措置が講じられた。同年7月には、復興推進会議において「令和3年度以降の復興の取組について」を決定し、2021（令和3）年度から2025（令和7）年度までの5年間を新たな復興期間として「第2期復興・創生期間」と位置付け、2021年度以降の復興の円滑かつ着実な遂行を期するための取組みが進められている。

5 水道産業の国際展開に向けた取組み

世界では、いまだ約4億9千万人が河川水や汚染防止を施されていない井戸の水など改善されていない水の供給を受けている状況にあり、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道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、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。

6 新型コロナウイルス感染症に関連した取組み

水道は、感染症のまん延の状況にかかわらず、水の供給に支障が生じることのないよう万全の措置を講ずる必要がある。厚生労働省では、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、水道事業者等に対し、水の供給に支障が生じることのないよう事業継続に係る技術的助言を行うとともに、一時的に水道料金の支払に困難を来している者を対象とした水道料金の支払猶予等の対応や機械的な給水停止の回避等の柔軟な措置の実施を要請している。

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108万店が営業している*24（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

＊24 総務省・経済産業省「平成28年経済センサス-活動調査」を厚生労働省で再編加工。

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、高齢化等の進行により、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
事業所数	1,076千店
1中学校区あたりの数	103.4店
従業者数	6,684千人
経営特質（強み）	■専門性、技術 ■対面販売（顔の見えるサービス） ■独自性、個性 ■個別ニーズ対応、小回り ■地域密着、地域性 ■顧客基盤、つながり、温もり
経営課題（弱み）	■大規模チェーン店等との競争激化 ■小規模零細、経営基盤の脆弱性 ■経営者の高齢化、後継者の確保難 ■市場の成熟 ■顧客の価格志向

地域で身近な生活衛生関係営業の事業所数		
種別	事業所数	1中学校区あたりの数
飲食店（喫茶店を除く）	524千店	50.4店
美容業	172千店	16.5店
理容業	100千店	9.6店
喫茶店	67千店	6.4店
洗濯業	56千店	5.4店
宿泊業	49千店	4.7店
食肉販売業	17千店	1.6店
一般公衆浴場	3千店	0.3店
興行場（映画館を含む）	4千店	0.4店
その他	83千店	7.9店
（参考）　商店街	13千箇所	1.2箇所

（注）　事業所数及び従業者数は総務省・経済産業省「平成28年経済センサス-活動調査」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28年度学校基本調査」の中学校数を基に算出
事業所数は端数処理して記載

2 民泊サービスの健全な普及及び違法民泊対策への取組み

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」の健全な普及を図るため、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」（平成29年法律第65号）及び無許可営業者等に対する罰則の引上げ等により違法民泊取締りを強化する「旅館業法の一部を改正する法律」（平成29年法律第84号）が、2018（平成30）年6月に施行された。

法施行後は、違法民泊対策関係省庁連絡会議の定期的な開催等による違法民泊取締りに

関する情報共有・連携強化、違法民泊の利用・運営の問題点を呼びかける啓発メッセージの発出等、関係省庁や地方公共団体とも連携した更なる違法民泊対策に取り組んでいる。

3 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[*25]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。

また、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。近年、ビルクリーニング分野においては生産性向上等の取組みを行ってもなお人手不足の状況が深刻化していることから、在留資格「特定技能」による外国人材の受入れの取組みを進めている。

4 新型コロナウイルス感染症に関連した支援

新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に、売上の減少など業況悪化を来している生活衛生関係営業者の資金繰りを支援するため、既往債務の借換を含め、日本政策金融公庫の「新型コロナウイルス感染症特別貸付」等において、実質無利子・無担保の貸付を行っている。2022（令和4）年4月26日時点では、同年9月まで実質無利子・無担保の貸付を継続することとしている。

また、生活衛生関係営業者が適切な衛生対策を行いながら事業を継続できるよう、業界団体による業種別の新型コロナウイルス感染拡大予防ガイドラインの策定と周知を支援するとともに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により深刻な影響を受けている生活衛生関係営業者の業績の回復に向け、専門家等による各種給付金等の活用支援等、経営に関する相談支援を行っている。

第14節 原爆被爆者の援護

被爆者援護法[*26]に基づき、被爆者健康手帳を交付された被爆者に対しては、従来から、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③各種手当等の支給、④相談事業といった福祉事業の実施など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

また、厚生労働大臣は被爆者援護法に基づく原爆症の認定（医療特別手当を支給）を行うに当たっては、「疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会」において、科学的・医学的見地からの専門的な意見を聴いている。

原爆症認定集団訴訟については、2009（平成21）年8月6日、集団訴訟の早期解決と原告の早期救済を図るため、内閣総理大臣と被爆者団体との間で、「原爆症認定集団訴訟

＊25 興行場、百貨店、美術館などにおいては3,000m²以上、小学校、中学校などでは8,000m²以上が対象となる。
＊26 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

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。2022（令和4）年3月末までに約18,600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（平成28）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、2018（平成30）年度から被爆体験の伝承者等の派遣事業を行う（2020（令和2）年度から伝承者に加え被爆者本人も派遣可能とする（拡充））とともに、2019（令和元）年度から被爆樹木への保存の支援を行っている。2020年度においては、75年を契機として、より一層次世代への被爆の実相の継承に資するため、広島・長崎で開催される平和祈念式典への国外の若者の招聘を支援した。

2021（令和3）年7月の広島高裁判決及び同月に閣議決定された内閣総理大臣談話を踏まえ、広島の「黒い雨」に遭った方を広く救済できるよう、2022年3月に通知を発出した。

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」を公表、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。

また、2016（平成28）年、ハンセン病元患者の家族により、国の隔離政策による偏見や差別の被害等に対する損害賠償を求める訴訟が熊本地方裁判所に提起され、2019（令和元）年6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、同年7月12日、「ハンセン病家族国家賠償請求訴訟の判決受入れに当たっての内閣総理大臣談話」（以下「令和元年総理談話」という。）を公表、同年11月22日に、「ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律」が公布・施行され、元患者家族に対する家族補償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

2001（平成13）年の熊本地裁判決を踏まえた補償法の成立・施行やハンセン病問題対策協議会の開催、各種給与金の支給等の取組みにより、ハンセン病の元患者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。

さらに、2019（令和元）年11月には名誉の回復等の諸規定の対象に、ハンセン病の患者であった者等の「家族」を対象として追加することなどを内容とする改正法が公布・施行された。

3 ハンセン病の歴史に関する普及啓発の取組みについて

ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する正しい知識の普及啓発として、2002（平成14）年度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、ハンセン病の患者に対する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。

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。

2019（令和元）年度からは、令和元年の家族訴訟熊本地裁判決及び総理談話を受け、ハンセン病の患者・元患者やその家族が置かれていた境遇を踏まえた人権啓発、人権教育などの普及啓発活動の強化等に向け検討を進めるため、法務省、文部科学省も参画する「ハンセン病に係る偏見差別の解消に向けた協議」を開催している。

2020（令和2）年12月に開催した「ハンセン病に係る偏見差別の解消に向けた協議」において、ハンセン病に対する偏見差別の現状とこれをもたらした要因の分析・解明、国のこれまでの啓発活動の特徴と問題点の分析、偏見差別の解消のために必要な広報活動や人権教育、差別事案への対処の在り方についての提言などを行うことを目的とした「ハンセン病に係る偏見差別の解消のための施策検討会」を新たに開催することが決定され、2021（令和3）年度より、同検討会を開催している。



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（以下「カネミ倉庫」という。）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。

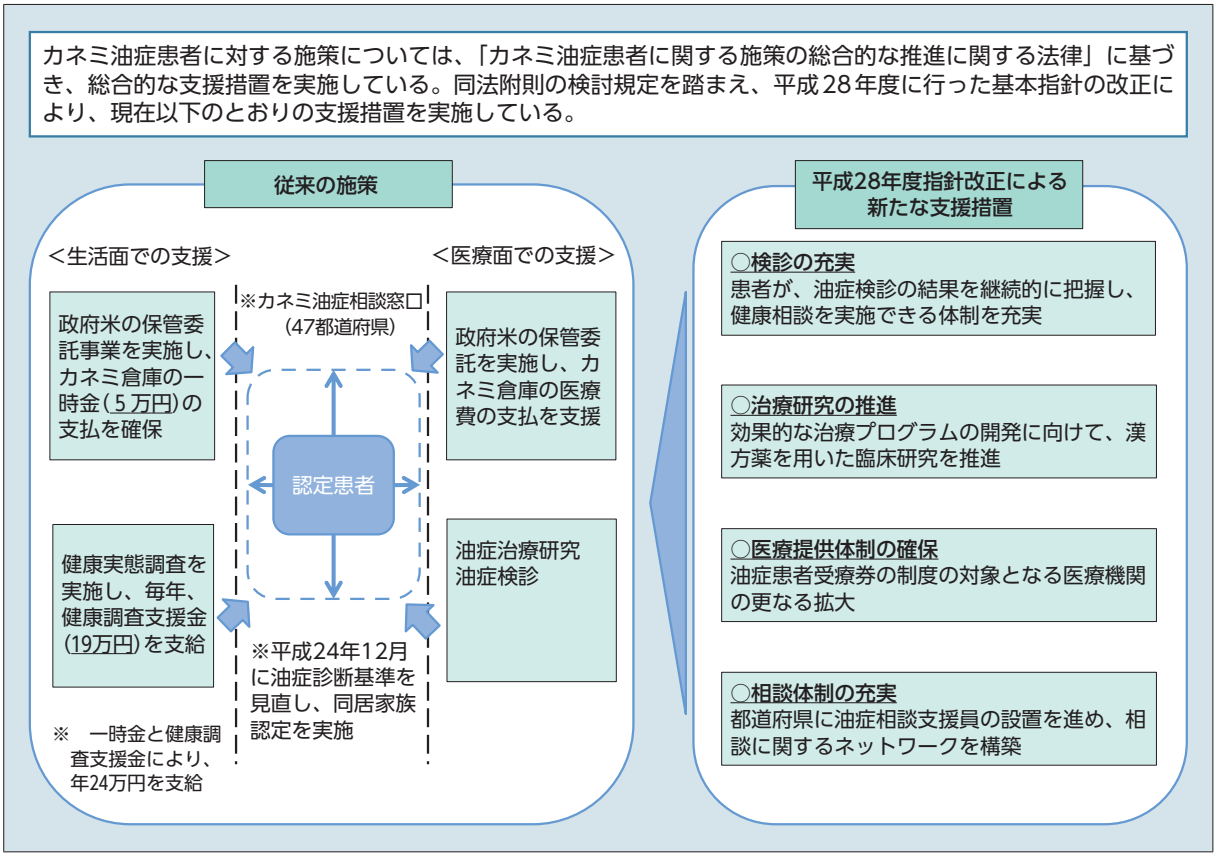
2012（平成24）年8月には、超党派の議員連盟等における新たな総合的な支援策を講ずるべきとの意見を踏まえ、議員立法により「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（平成24年法律第82号）が成立し、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行っていくこととなった（**図表8-16-1**）。

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、339名（2022（令和4）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、2015（平成27）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、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。

2021（令和3）年7月に第17回、2022年2月に第18回の三者協議が開催され、カネミ油症患者に関する施策の推進のために必要な事項について協議を行った。

図表8-16-1　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系



第9章 障害者支援の総合的な推進

第1節 障害福祉施策の推進について

1 障害者総合支援法等に基づく支援

(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）。

障害者総合支援法等改正法の施行3年後の見直し規定に基づき、2021（令和3）年3月より社会保障審議会障害者部会で見直しの議論を開始し、同年12月に中間整理を行った。そのうち、一定の方向性を得るに至った障害児支援に関する論点については、「児童福祉法等の一部を改正する法律案」として第208回通常国会に提出された。障害者の地域生活の支援や就労支援、精神障害者等の支援など、その他の論点については、引き続き検討を進め、2022（令和4）年6月に、最終的な報告書を取りまとめた。

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）

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

趣　旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概　要

1．障害者の望む地域生活の支援

（1）施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）

（2）就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）

（3）重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする

（4）65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2．障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

（1）重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する

（2）保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する

（3）医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする

（4）障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3．サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

（1）補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする

（2）都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日（2.⑶については公布の日（平成28年6月3日））

（2）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、順次見直しを行い、2021（令和3）年11月1日から366疾病を対象としている。

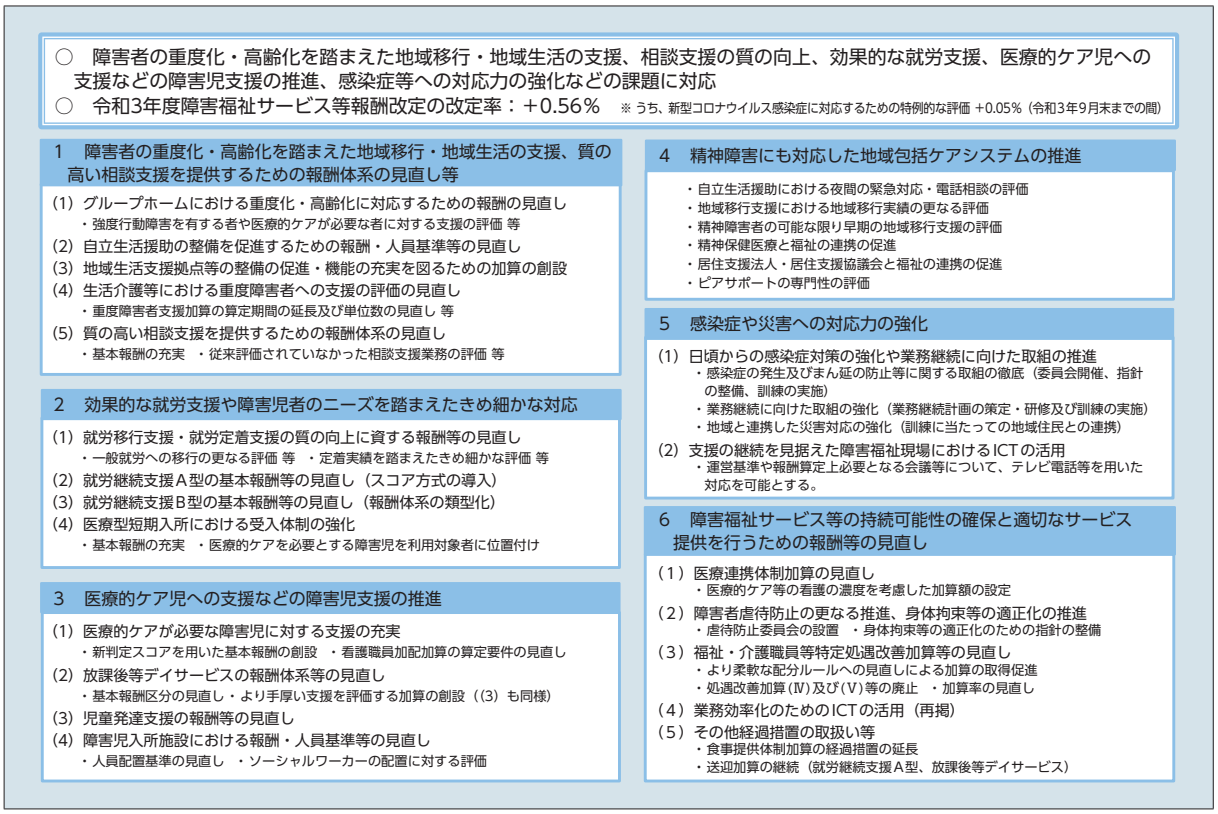
（3）障害福祉サービスの充実及び障害福祉サービス等報酬改定の実施

「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、単身又は同居する家族の支援の見込めない障害者の地域での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。

2021（令和3）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、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、相談支援の質の向上、効果的な就労支援、医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進、感染症等への対応力の

強化などの課題に対応するために必要な報酬の見直しを行った（図表9-1-2）。

図表9-1-2　令和３年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改正内容



(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、2019（平成31）年4月から、地域生活支援促進事業として、人工呼吸器を装着している児童その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある児童や重症心身障害児の地域における受入れが促進されるよう、地方自治体の体制の整備を行い、医療的ケア児等の地域生活支援の向上を図ることを目的とする「医療的ケア児等総合支援事業」を実施することとした。

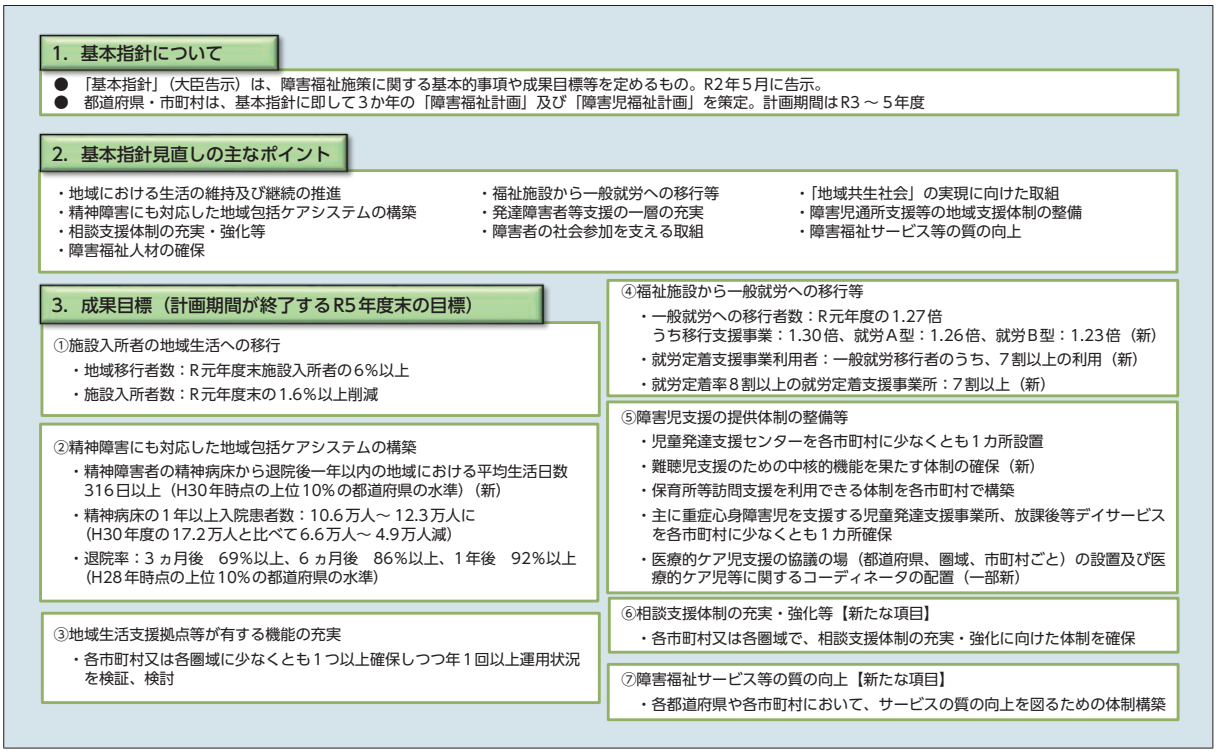
さらに、2021（令和3）年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に基づく医療的ケア児及びその家族からの相談への対応、情報の提供、助言等に加え、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関等への医療的ケアについての情報の提供及び研修等を行う「医療的ケア児支援センター」の設置を推進することとした。

報酬改定では、児童発達支援等について、支援の質を向上させる観点から、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理指導担当職員等）を加配して行う支援を評価する加算や著しく重度及び行動上の課題のあるケアニーズの高い障害児や虐待等の要保護・要支援児童を受け入れて支援することを評価する加算を創設した。

(5) 第６期障害福祉計画等

「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。2020（令和2）年5月には、社会保障審議会障害者部会での議論を経て、2021（令和3）年度から2023（令和5）年度までの3年間の計画（第6期障害福祉計画等）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年間の計画を作成しており、計画に盛り込んだ事項について、定期的に調査、分析、評価を行いながら、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６期障害福祉計画及び第２期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて



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、地域生活支援促進事業において、地域における関係機関等の協力体制の整備・充実を図るとともに、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等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定　義

1　「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
2　「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
3　障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②放棄・放置、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

虐待防止施策

1　何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
2　「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
[市町村の責務]相談等、居室確保、連携確保	[設置者等の責務]当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施	[事業主の責務]当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施
[スキーム] 虐待発見 →（通報）市町村 ①事実確認（立入調査等） ②措置（一時保護、後見審判請求）	[スキーム] 虐待発見 →（通報）市町村 →（報告）都道府県 ①監督権限等の適切な行使 ②措置等の公表	[スキーム] 虐待発見 →（通報）市町村 →（通知）都道府県 →（報告）労働局 ①監督権限等の適切な行使 ②措置等の公表

3　就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

その他

1　市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
2　市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
3　国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。

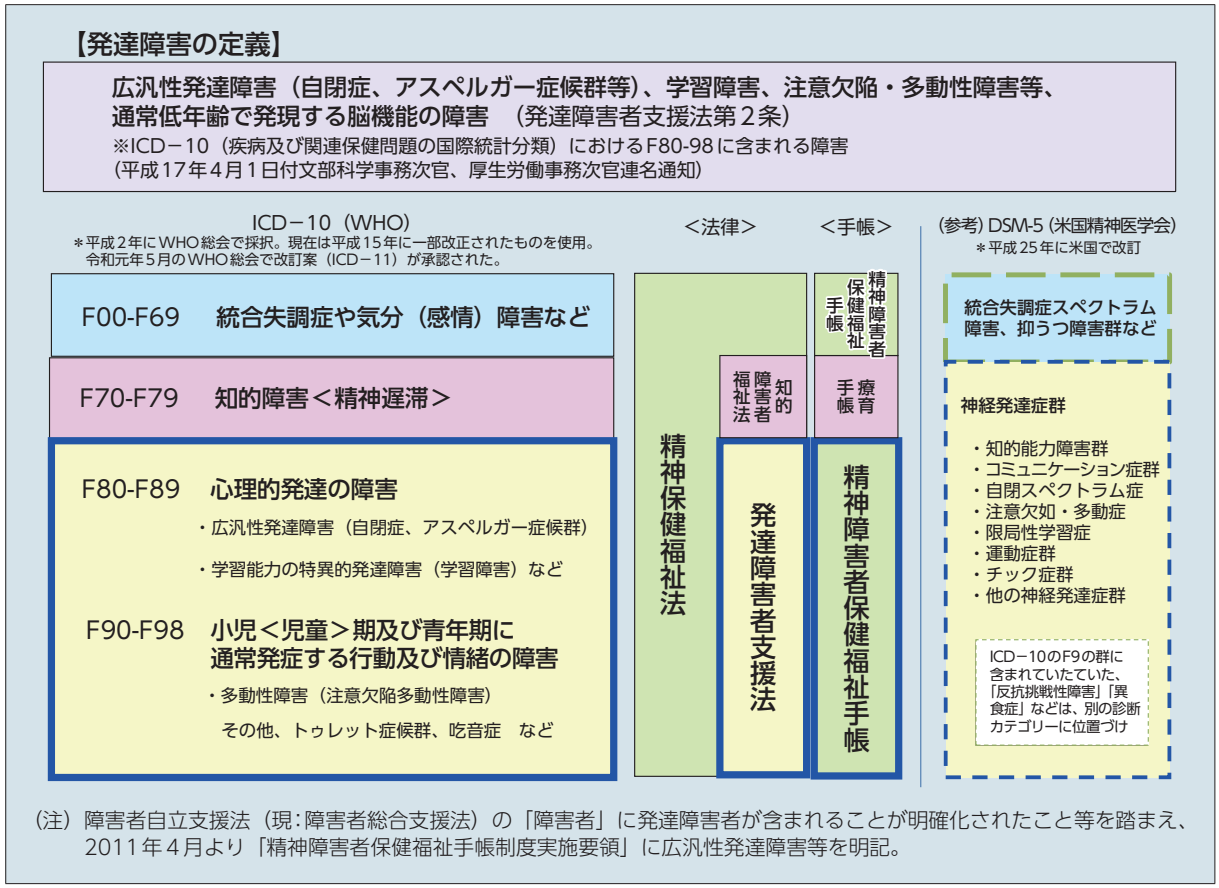
※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

3　発達障害者の支援

発達障害については、2004（平成16）年12月に「発達障害者支援法」が成立し、発達障害の法的位置づけが確立され（**図表9-1-5**）、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9-1-5　発達障害の定義



（注）障害者自立支援法（現：障害者総合支援法）の「障害者」に発達障害者が含まれることが明確化されたこと等を踏まえ、2011年４月より「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」に広汎性発達障害等を明記。

（1）発達障害者に対する地域支援体制の確立

厚生労働省においては、法改正を踏まえ、都道府県等が「発達障害者支援地域協議会」を設置することを支援することとしている。

また、発達障害児者及びその家族等に対して相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供などを行う「発達障害者支援センター」の整備を図ってきたところであり、2012（平成24）年度までに全67都道府県・指定都市に設置されている。

さらに、2018（平成30）年度から、地域生活支援促進事業の「発達障害児者及び家族等支援事業」として、従来から実施しているペアレントメンターの養成やペアレントトレーニング等に加え、発達障害児者及びその家族同士の支援を推進するため、同じ悩みを持つ本人同士や発達障害児者の家族に対するピアサポート等の取組みに対して支援を行っている。2020（令和2）年度からは、青年期の発達障害者同士が交流するためのワークショップ等の開催など居場所作り等を行うための取組みへの支援を新たに実施している。

（2）発達障害者への支援手法の開発・早期支援や普及啓発の着実な実施

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）年度からは、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。2022（令和4）年度も引き続き、モデル事業を実施することとしている。

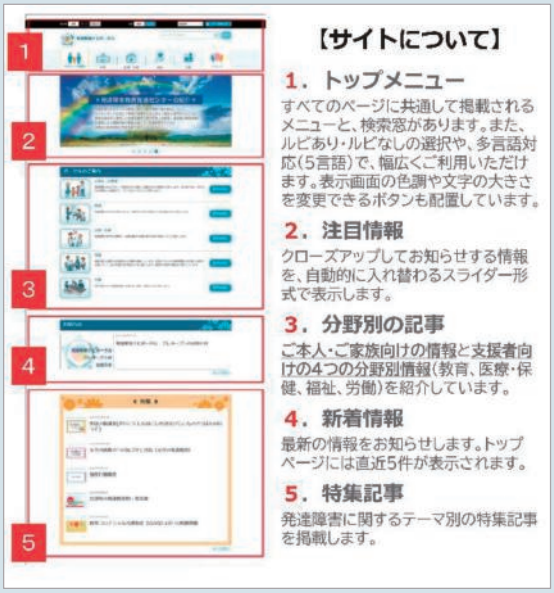
国立障害者リハビリテーションセンターでは、各部門が連携して支援手法の開発や早期支援等に取り組んでいる。また、全国の発達障害者支援センターの中核として、同センター内に発達障害情報・支援センターを設置し、各センターや研究機関等との情報共有を図るとともに、発達障害に関する情報を集約しホームページで発信することにより普及啓発を実施している。2020（令和2）年度は、家庭と教育と福祉の連携「トライアングル」プロジェクト報告に係る取組みとして、文部科学省、厚生労働省及び発達障害教育推進センターと協働で、発達障害分野における国からの情報発信機能強化と、情報の一元化により利便性を高める目的でポータルサイトを構築し、2021（令和3）年9月より運用を開始している（**図表9-1-6**）。

図表9-1-6　教育・福祉連携による情報発信「発達障害ナビポータル」

情報発信の工夫の一環として、文部科学省、厚生労働省の協力の下、独立行政法人特別支援教育総合研究所と国立障害者リハビリテーションセンターで運用する発達障害に関するポータルサイトとして「発達障害ナビポータル」を構築した。
発達障害ナビポータルでは、発達障害のあるご本人やご家族に向けた情報を中心に、その方々の暮らしを支える医療、保健、福祉、教育、労働等の各分野に携わる方々が互いの思いや取り組みを十分に理解し、これまで以上に連携を強化するための情報も併せて掲載している。

発達障害ナビポータル（https://hattatsu.go.jp/）





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。さらに、2020年度より発達の気になる子など切れ目ない支援を継続的に実施するために、巡回支援専門員による戸別訪問等を財政支援の対象とし、より一層の早期対応に努めることとしている。

このほか、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。

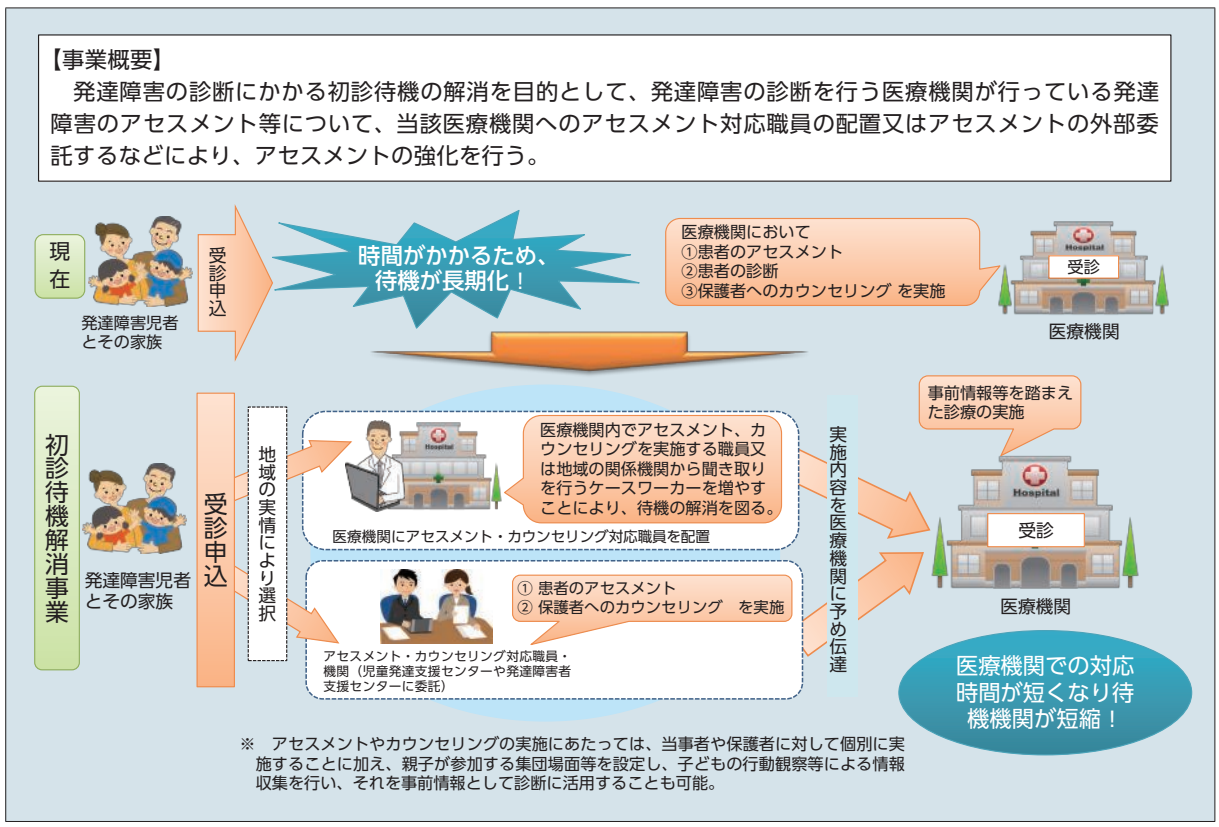
(3) 発達障害者への医療提供体制の充実

厚生労働省においては、2016（平成28）年度より、地域で指導的な立場にある医師が地域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。

加えて、2019（令和元）年度からは診断に至るまでのアセスメント等を児童発達支援センターや発達障害者支援センター等の医療機関以外の機関に委託することや、医療機関に新たに心理職等専門職員を配置することで、医療機関での診断時間を短縮し、初診待機の解消を図る「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」を実施している（**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初診待機解消事業



(4) 発達障害支援に関する福祉・教育分野の連携の推進

各自治体において、発達障害をはじめ障害のある子どもへの支援を教育委員会と福祉部局が所管しており、福祉と教育分野の切れ目ない連携が不可欠である。このため、2019（令和元）年度より、市町村内における家庭・教育・福祉の連携推進、地域支援対応力向上のための協議の場の設置や福祉機関と教育機関等との連携を担うコーディネーターを配置する「家庭・教育・福祉連携推進事業」を実施している。

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涯支払う制度として、「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年に一度、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。

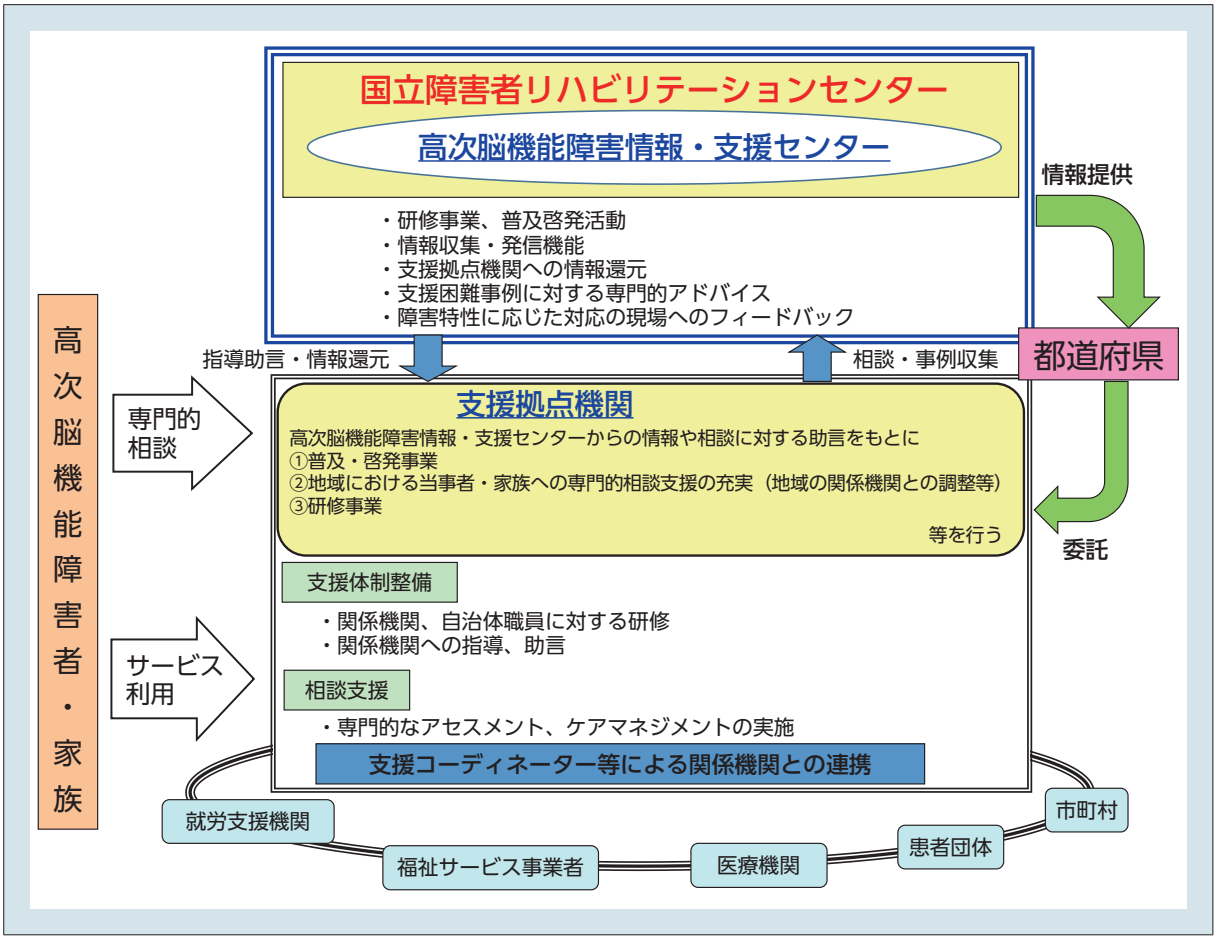
5 高次脳機能障害者の支援

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、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、医療機関や福祉施設などの支援拠点機関に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。

障害者による文化芸術活動については、「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）及び「障害者による文化芸術活動の推進に関する基本的な計画」（2019（令和元）年3月策定）を踏まえ、地域における障害者の文化芸術活動を支援する体制を全国に普及することを目的とした障害者芸術文化活動普及支援事業を実施している。また、障害者の生活を豊かにするとともに、国民の障害への理解と認識を深め、障害者の自立と社会参加の促進に寄与することを目的として、2021（令和3）年に「第20回全国障害者芸術・文化祭みやざき大会」（新型コロナウイルス感染症の影響により2020（令和2）年から延期して開催）、「第21回全国障害者芸術・文化祭わかやま大会」

を国民文化祭と一体的に開催した。

また、2019年6月に制定された「視覚障害者等の読書環境の整備の推進に関する法律」（令和元年法律第49号）に基づき、2020年7月に「視覚障害者等の読書環境の整備の推進に関する基本的な計画」を策定し、視覚障害者等の読書環境の整備の推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進することとした。

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

精神疾患の総患者は、2017（平成29）年は419.3万人（入院患者数30.2万人、外来患者数389.1万人）となっており、いわゆる5大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）の中で最も多い状況となっている。

近年の、精神病床における新規入院患者の入院後1年以内の退院率は約9割でほぼ横ばいであるが、退院患者の平均在院日数は減少傾向にある。1年以上の長期入院患者も減少傾向にあるが、2017年は17.1万人であり、入院患者の過半数を占めている。

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、精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）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の提言がなされた。

さらに、2013（平成25）年6月13日には、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年の検討会報告書では、長期入院者の実態を踏まえた退院に向けた支援や居住

＊1　「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について　https://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

先確保などの地域生活の支援といった具体的な支援などを含めた、今後の方向性[*3]が取りまとめられた。

さらに、基本理念をより強力に推進する観点から、2017（平成29）年2月に「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。（**図表9-3-1**）

取組みを推進するため、第5期障害福祉計画（2018（平成30）～2020（令和2）年度）から、成果目標の一つとして、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を盛り込み、第6期障害福祉計画（2021（令和3）～2023（令和5）年度）においては、精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数の上昇や、精神病床における長期入院患者数の減少などを成果目標として掲げ、「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。

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、衆議院で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。

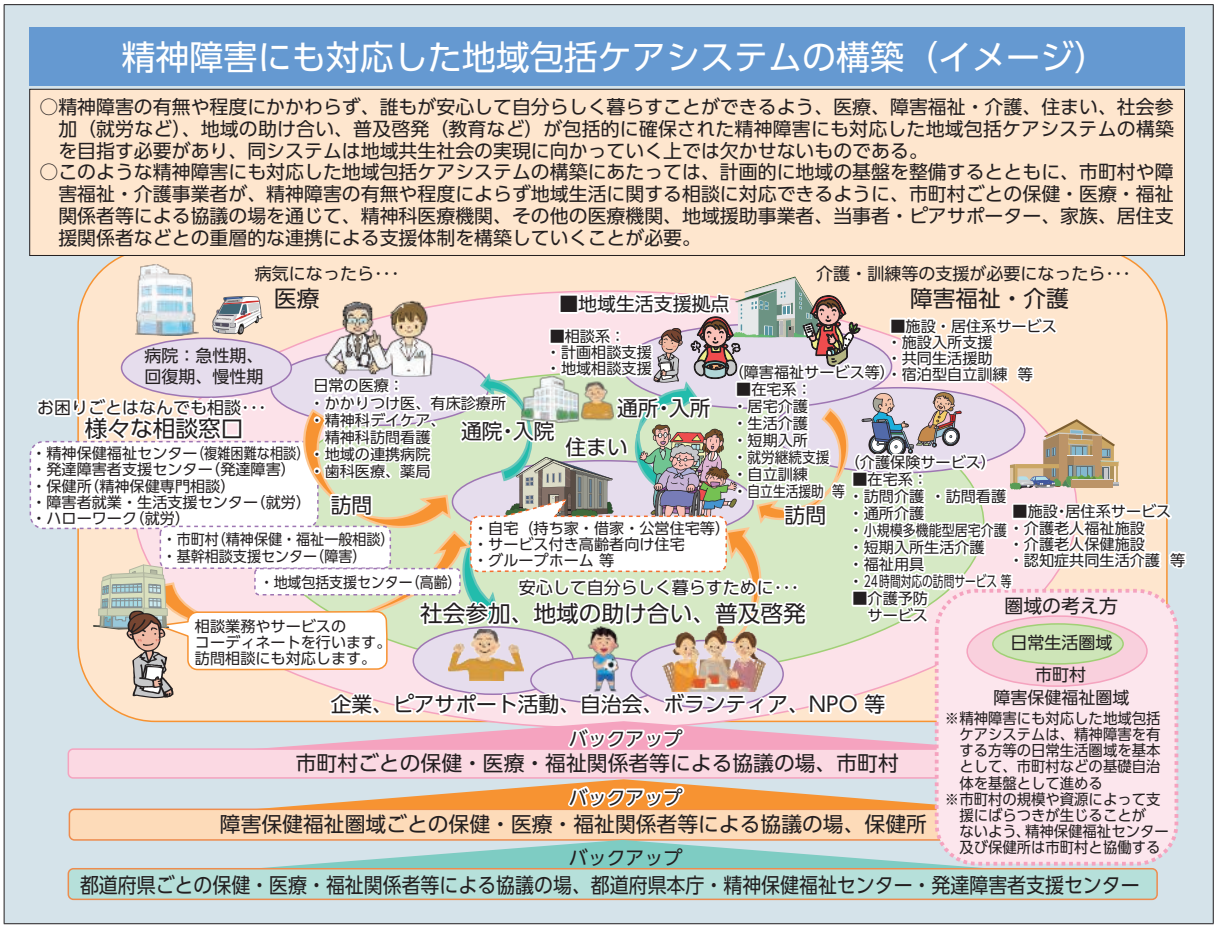
2018年3月には、現行法下においても、各地方公共団体が、精神障害者が退院後に円滑に地域生活に移行できるようにするための退院後支援の取組みを進められるよう「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を作成するとともに、全国の地方公共団体で、措置入院の運用が適切に行われるよう、「措置入院の運用に関するガイドライン」を作成し都道府県知事等宛てに通知した。

さらに、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進する観点から、2021年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書[*4]を取りまとめ、同システムを構築する基本的な考え方や構成する要素等について、今後の方向性や取組みが整理された。

あわせて、同報告書において、その実現に向けた具体的な取組みについて検討し、実現を図るよう指摘されたことを踏まえ、2021年10月からは、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催し、同システムの構築のより一層の推進に向けた具体的かつ実効的な仕組みや体制について、検討を進めている。

＊3 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」について
＊4 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書 https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf

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（多職種チームによる訪問支援）を実施し、精神障害者等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。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、不安やストレス等の心の悩みを抱えた国民の心のケアを行うため、精神保健福祉センター等において、相談内容に応じて、必要な助言を行うとともに、適切な機関等につなぐ等の対応を行っている。

国家資格である公認心理師は、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、心の健康に関する知識の

普及を図るための教育及び情報の提供等を行っている。2021（令和3）年9月には、指定試験機関である一般財団法人日本心理研修センターにより、第4回公認心理師試験が実施された（合格者は申請により、公認心理師として順次登録されることとなる。2022年3月末現在の資格登録者数は54,248人）。

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[*5]。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（平成27）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

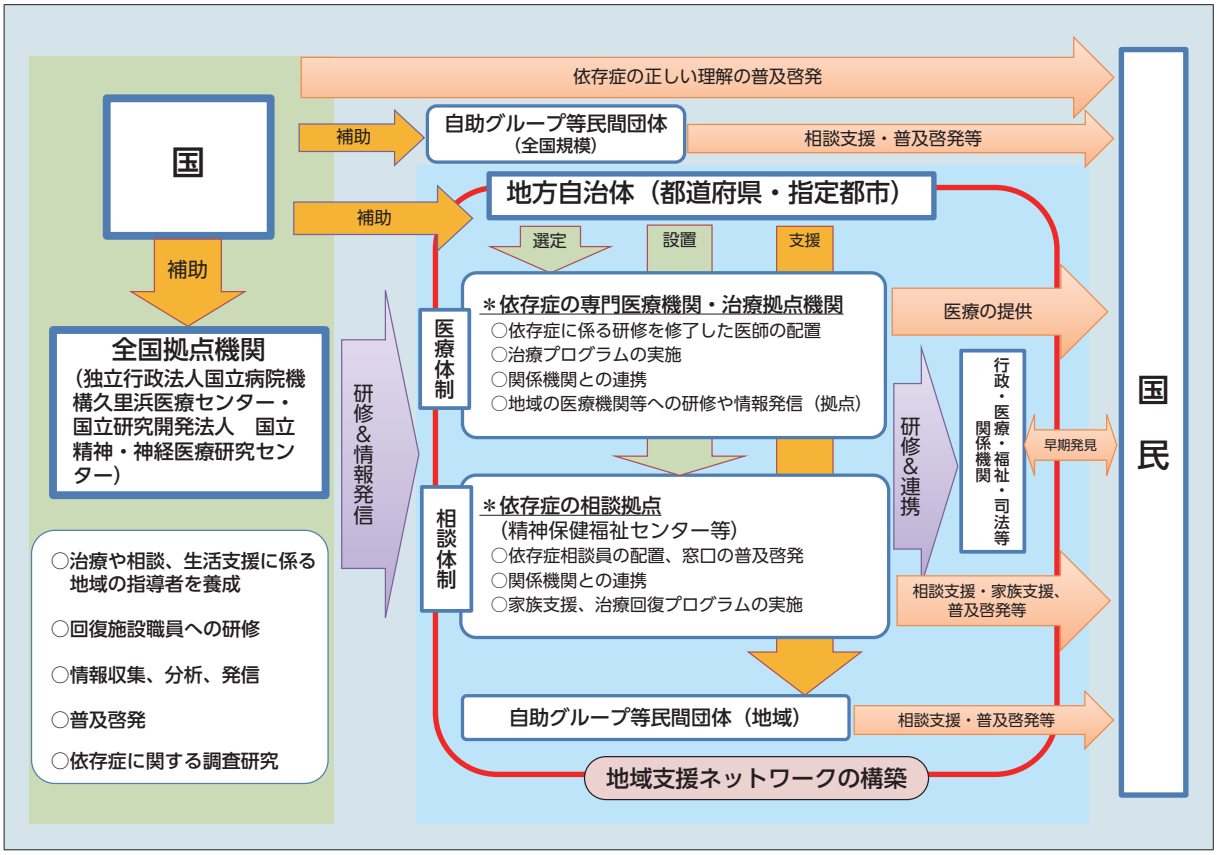
アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症対策については、アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）、再犯の防止等の推進に関する法律（平成28年法律第104号）及びギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づく各種計画（アルコール健康障害対策推進基本計画、再犯防止推進計画及びギャンブル等依存症対策推進基本計画）等に基づき、計画的かつ総合的な取組みを進めている。

このうち、アルコール健康障害対策推進基本計画については、2021（令和3）年度からの5年間を対象期間とする第2期計画が2021年3月に閣議決定された。同計画においては、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくり」や「アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の構築」を重点課題に掲げ、アルコール健康障害の発生・進行・再発の各段階に応じた防止対策を講じることとしている。

また、ギャンブル等依存症対策推進基本計画は、2019（令和元）年度から開始され、依存症対策としては、相談体制や専門医療の充実等に取り組んでいる。同計画は、2022（令和4）年3月に改定が閣議決定されたが、同様の取組みを引き続き講じることとしている。

＊5　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。

図表9-3-2　依存症対策の全体像



厚生労働省では、上記の各種計画等を踏まえ、依存症対策を推進するため、依存症対策全国拠点機関を指定し、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運営等に取り組んでいる。

都道府県及び指定都市においては、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、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、インターネットを活用した情報発信、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。

（啓発イベントや啓発漫画を掲載するサイトhttps://www.izonsho.mhlw.go.jp/）





2022（令和4）年2月26日に開催された「依存症の理解を深めるための普及啓発イベント」の様子



依存症に関する治療・回復支援への応援の意思を表明する象徴として「アウェアネスシンボルマーク」を2021（令和3）年2月に作成、公表しました。

※「アウェアネスシンボルマーク」とは、特定の社会運動における支援や賛同を表明したり、社会問題への気づきを促す際に使用するシンボルマークのことです。

第10章　国際社会への貢献

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、新型コロナウイルス感染症の世界的流行のように、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、高齢化の進行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、G20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み、加えて新型コロナウイルス感染症の影響により、多くの国で失業者の増加や賃金の減少などの雇用不安が急速に高まっている中で、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）世界保健機関（WHO）

WHOは、全ての人々が可能な最高の健康水準に到達することを目的とし、感染症対策、医薬品・食品安全対策、健康増進対策等を行う国際機関である。日本は、総会や執行理事会における審議や決定等に積極的に関与している。

今般の新型コロナウイルス感染症の世界的な流行にともない、WHOのもつ健康危機対応能力に対して注目が集まるとともに、WHOの組織統治の検証・改革の必要性に加えて安定した資金調達方法が、様々な場において議論されている。2021（令和3）年5月に開催された第74回WHO総会では、新型コロナウイルス感染症のパンデミックを含む健康危機対応やユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：UHC）達成に向けたプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）、持続可能な財政等について議論された。同年11月に開催された第2回WHO特別総会では、パンデミックへの備えと対応に関する国際文書を作成する利点について議論された。

WHOは、スイス・ジュネーブ本部のみならず、地域事務局でも積極的に活動している。日本は、WHO西太平洋地域に属しており、2021年10月には第72回WHO西太平洋地域委員会を姫路市で開催し、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）、学校保健、伝統・代替医療、結核等の議題が扱われた。

今後注目されるWHOにおける取組みには、①世界のパンデミックへの備えと対応を強化するための条約等の国際文書の策定、②国際交通に与える影響を最小限に抑えつつ、国境を越えた疾病の伝播を最大限防止する目的で制定されたWHO憲章第21条に基づく既存の法的枠組である、国際保健規則（International Health Regulations：IHR）の部分改正等を通じたIHRの強化、が挙げられる。第2回WHO特別総会で、2022（令和4）年3月1日までにパンデミックに関する国際文書を議論する政府間交渉会議を設立す

ることが決定され、政府間交渉会議の事務局を構成する6カ国のうち、日本はWHO西太平洋地域の代表国として選出され、副議長に就任した。また、2022年1月の第150回WHO執行理事会では、IHRの部分改正のプロセスを前進させていくことが合意された。2005年の改正では、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WHOに通報する義務を負うことになった。日本はこれまで、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。2020（令和2）年1月にWHOがPHEIC（国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態）に該当すると宣言した新型コロナウイルス感染症についても、日本はIHRに基づいた通報を行っている。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で開始されているが、我が国は2018（平成30）年2月末に本評価を受けるとともに、毎年IHRのモニタリング調査を行っている。

【参考】令和4年度世界保健機関拠出金　820,292千円
令和4年度世界保健機関分担金　4,415,242千円

(2) G7及びG20

2021（令和3）年6月に英国オックスフォードで開催されたG7保健大臣会合では、①健康危機、②臨床試験、③薬剤耐性、④デジタルヘルスについて議論され、各議題で進めるべき方針等について記された大臣宣言文が採択された。併せて、医薬品の国際的な研究開発・促進に向け、「治療薬とワクチンの臨床試験憲章」も同時に採択された。9月には同じく英国を議長国として、交通大臣と合同で「G7交通・保健大臣会合」が開催された。安全で持続可能な往来の再開に向けての7つの原則を記した成果文書である「ハイレベル原則」が採択された。11月には高い感染性が疑われる、新たな新型コロナウイルス感染症の変異株（オミクロン株）の世界的流行を受け、英国の呼びかけによって緊急保健大臣会合が開催され、情報共有を始めとする、国際連携の促進にコミットすることについて記された成果文書が合意・採択された。

また、2022（令和4）年1月及び2月のG7非公式保健大臣準備会合では、オミクロン株に関する各国の現状や対策の最新情報、医療・非医療領域での緩和政策について意見交換を行ったほか、2022年のG7議長国であるドイツから3つの議題（パンデミックへの準備と対応、薬剤耐性、気候変動にも対応した持続可能な医療保健システム）が紹介された。

2021年のG20については、まず9月にイタリアが議長国としてG20保健大臣会合が開催された。①SDGs（持続可能な開発目標）の達成状況の評価とCOVID-19パンデミックの世界的な健康への影響、②ワンヘルスアプローチを通じた健康危機への備えと協調的な対応、③UHC達成のための健康増進と疾病予防への継続的な投資、及びワクチン・治療薬・診断薬への公平なアクセス、について議論が行われ、同内容をまとめた保健大臣宣言が採択された。10月のG20財務大臣・保健大臣合同会合では、「新型コロナウイルス感染症のパンデミックで明らかとなった、既存の国際保健システムの連携や運営、資金調達の仕組みの脆弱性を強化するには何が必要か」及び「次のパンデミックに備えるG20＋αの枠組として、財務・保健当局と国際機関の連携をいかに確保していくか」に

ついて議論した。

包摂的で強靭な国際保健システムの強化、G20共通理解文書へのコミットメントを含めたUHCの推進、世界的なワクチン接種率向上に向けた努力の必要性等について記したG20財務大臣・保健大臣共同声明を採択するとともに、将来のパンデミックへの予防・備え・対応を強化すべく、財務・保健当局の連携強化や新たな金融ファシリティの検討等を目的とした「G20財務・保健合同タスクフォース」の設立に合意した。

(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、各国との自由な意見交換・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38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、2019（令和元）年8月にASEAN＋3保健大臣会合がカンボジアで開催され、「ASEANの全ての人々の健康増進」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、アジア太平洋・新興感染症対処戦略（Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases：APSED Ⅲ）を通じたIHRの履行能力強化やUHC、非感染症疾患（Non-communicable disease：NCDs）対策の重要性、今後の更なる密接な協力の必要性等が盛り込まれた共同声明が採択された。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ASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合を開催し、2017（平成29）年6月にフィリピンで開催した第3回ASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合では、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（令和12）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。

2020（令和2）年4月に開催された新型コロナウイルスに係る協力強化に関するASEAN＋3保健大臣特別ビデオ会議では、インドネシアとともに、日本が共同議長国として進行役を担い、新型コロナウイルスへの対応に関する情報共有及びASEANにおける新型コロナウイルス対応強化のための協力・協調の推進に向けた意見交換が行われた。採択された共同宣言では、新型コロナウイルスに関する情報等の自由・オープン・透明かつタイムリーな共有を強化することや、ASEAN＋3としての協力を継続し強化すること等が言及されている。

また、2021（令和3）年10月には保健分野で、12月には社会福祉分野で、それぞれ高級事務レベル会合が開催され、新型コロナウイルス感染症対策を含めた今後の日本とASEANの協力について、活発な議論が行われた。

(5) 日中韓三国保健大臣会合

2021（令和3）年12月にテレビ会議形式で開催された第14回日中韓三国保健大臣会合では、パンデミック対応への備えや情報共有、認知症・非感染性疾患の予防や早期治療の推進、UHCの保健システムに係る重要性について議論し、協力関係の維持及び一層の強化を行うことを内容とする「第14回日中韓三国保健大臣会合共同声明」が採択された。また、感染症の対象範囲を新型インフルエンザだけでなく、広くパンデミックを起こしうるものまで拡大し、人的交流を通じた人材育成の促進等の記載を盛り込んだ「日中韓共同行動計画（改定）」についても併せて採択された。

(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。2019（令和元）年には、フランスで閣僚級会合が開催され、コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱対策について議論が行われた。

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、アメリカ主導で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：GHSA）が定期的に開催されている。我が国は2018（平成30）年から2019年までAMRのアクションパッケージの共同議長を英国と共に務めた。2020（令和2）年11月には、タイが主催する閣僚級会合がテレビ会議形式で行われ、「世界の健康安全保障のための協力的な行動」をテーマに、多分野における関係者の関与強化及び健康危機への経済的な備えの重要性について議論が行われた。

そのほか、2021（令和3）年2月にTokyo AMR One-Health Conference（AMRワンヘルス東京会議）を開催し、2016（平成28）年4月のAMRアジア保健大臣会合にて

創設された「AMRに関するアジア太平洋ワンヘルス・イニシアチブ（ASPIRE）」の4つの優先領域である、①サーベイランス・システムと検査機関ネットワーク、②臨床対応、③抗微生物薬基準水準の向上・アクセス、④研究開発を各国で協力して推し進めていくためにワーキンググループを設立した。さらに、厚生労働省では、2019年9月開催のUHCに関する国連ハイレベル会合の準備のための議題を2019年1月開催の第144回WHO執行理事会に提出し、タイ保健省とともに決議案をとりまとめた。そして、2020年1月には、タイ政府と共催して、マヒドン王子記念賞会議（PMAC）2020/ UHCフォーラム2020をバンコクで開催し、UHCに関する政治的モメンタムをどのように具体的な施策へつなげるかについて議論を主導した。

さらに、日本の製薬産業の研究開発力を活かして開発途上国向けの顧みられない熱帯病、マラリア、結核に対する医薬品、ワクチン及び診断薬の研究開発を官民連携で促進する公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金（Global Health Innovative Technology Fund：GHIT）、世界的に重大な影響を与えうるが平時において需要が少ないエボラ出血熱等の感染症へのワクチンの研究開発を支援する感染症流行対策イノベーション連合（Coalition for Epidemic Preparedness Innovation ：CEPI）及び開発途上国における予防接種体制の整備やワクチン等の普及を支援するGaviワクチンアライアンス（Gavi）において、それぞれガバナンスに深く関与するとともに資金拠出を行っている。新型コロナウイルス感染症の流行を受け、Gavi、CEPI及びWHOを中心として立ち上げられた新型コロナウイルス感染症ワクチンの共同購入枠組みであるCOVAXファシリティ（COVID -19 Vaccine Global Access Facility）へ、我が国におけるワクチン確保のための一手段として、また国際的に公平なワクチンの普及に向けた我が国の貢献として、2020年9月に参加するとともに、COVAXファシリティを通じた途上国支援への拠出を行った。また、新型コロナウイルスワクチン開発支援のため、CEPIに追加の拠出を行った。

2 労働分野

(1) G7及びG20

2021（令和3）年6月にテレビ会議形式で開催されたG20労働雇用大臣会合では、「労働市場及び社会の包括的で持続可能かつ強靱な回復の促進」のテーマの下で、①女性にとってのより良い、平等な有償労働、②変化する仕事の世界における社会的保護システム、③デジタル化時代における働き方、ビジネス組織、生産プロセスについて議論が行われ、労働雇用大臣宣言が採択された。

本会合に先立ち、同月にG20教育大臣・労働雇用大臣合同会合もテレビ会議形式で開催された。同会合では持続可能で包括的な経済・社会の回復のための中心課題である、「教育から仕事への移行」について議論が行われ、特に、すべての人が質の高いディーセント・ワークに平等にアクセスできるようにするために、ジェンダー平等を促進し、最も脆弱な若年層の労働市場への参入を着実に成功させるための行動の必要性を強調し、教育・労働雇用大臣合同宣言が採択された。

なお2021年はG7労働大臣会合は開催されなかったが、コロナ禍からのよりよい回復としての「より包括的でグリーンな労働市場の構築」等をテーマとして事務方会合を開催

し、議論の結果が、6月のサミットで採択された首脳宣言にも反映された。

(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みを行う機関であり、労働組合や使用者団体も交えた政労使三者構成を特徴としている。日本は、常任理事国となっており、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いる。ILOは、国際労働基準として、これまで190の条約及び206の勧告を採択しており、2022年3月末時点では、日本は、このうち49の条約を批准している。

毎年6月に開催されるILO総会はILOの最高意思決定機関であり、加盟国の政府、労働者、使用者の各代表によって新たなILO条約及び勧告や労働問題等について討議が行われている。

新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、開催が1年延期された第109回ILO総会は、2021（令和3）年に、5月から6月に開催された第1部及び11月から12月にかけて開催された第2部の2部構成にて、初のビデオ会議形式で開催された。総会第1部では、厚生労働大臣が出席し、政府代表演説を行うとともに、「新型コロナウイルス時代の仕事」をテーマとして、「新型コロナウイルス感染症への対応」や「社会的保護」などについて議論を行った。また、総会第2部では、「不平等と仕事の世界」及び、「スキルと生涯学習」に関する議論が行われた。

さらに、2020（令和2）年12月には、厚生労働省及び外務省とILO本部との間で第3回「日・ILO年次戦略協議」をビデオ会議形式で開催した。同協議では、ILOと日本の協力関係の強化、ILO及び日本の労働・雇用政策、日本人職員の増強、労働分野における開発協力等について意見交換を行った。

(3) 経済協力開発機構（OECD）

OECDの労働分野に関する事業の主な活動として、雇用労働問題の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「雇用・労働・社会問題委員会」の開催及びOECD加盟国等の労働経済の分析や雇用関連データの提供を行う「雇用アウトルック」の作成を行っている。また、仕事の世界の変化に対応するための各国の成人学習の準備状況を分析・評価するとともに、その改善のためのより効果的な政策立案を支援することを目的とした「成人学習プロジェクト」を実施している。日本は、2018（平成30）年10月に参加を表明、2021（令和3）年2月に「成人学習レビュー（日本）」に関する報告書を公表した。

2020（令和2）年7月には「新型コロナウイルス後の経済回復に向けた雇用と包摂政策」をテーマに第2回OECD閣僚理事会ラウンドテーブルがテレビ会議形式で開催され、日本からは雇用を維持するための施策等を紹介するとともに、閣僚間で各国の取組みについて情報共有を行った。

(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、労働分野における諸問題についての意見交換を通じて様々な課題に対して共通の認識を持つことを目的に

ASEAN＋3の労働大臣会合（隔年開催）及び高級労働事務レベル会合（毎年開催）が行われており、積極的に参加している。2021（令和3）年9月にはインドネシアを議長国として、第19回ASEAN＋3高級労働事務レベル会合がテレビ会議形式で開催され、厚生労働省からは日本の労働分野におけるILOへの任意拠出金の拠出を通じた開発協力等、ASEAN地域への支援の状況等の説明を行った。

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。2019（令和元）年11月にはラオスでASEAN＋3社会福祉大臣会合が開催され、「脆弱な子どもの社会保障の強化」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。本会合は、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、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）等の協力機関の参加を得て行われている。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。2021（令和3）年12月には、第19回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合をテレビ会議形式で開催した。同会合では、「こころの元気を保つためのアプローチ～新型コロナウイルス感染症への対応～」をテーマとして、新型コロナウイルス感染症がもたらした新しい生活様式、働き方、コミュニケーションの在り方が人々の精神面へ与えた影響は国や地域を越えた共通の課題であることを認識し、このための保健、福祉、労働分野における支援の強化及び連携の必要性等について、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、新型コロナウイルス感染症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。

また、全ての人が、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達成は持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）の一つとして位置づけられており、日本はWHO等の国際機関や各国政府と協力し、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。2017（平成29）年12月には、UHCフォーラム2017をWHO、世界銀行、国連児童基金（UNICEF）、UHC2030と共催し、「UHC東京宣言」が採択された。日本は、約60年間にわたる国民皆保険の経験を踏まえ、その実現までに得られた知見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。この取組みの一環として、2020（令和2）年1月にPMAC2020/UHCForum2020をタイ政府と共催したほか、UHC達成に向けた保健システム構築のための技術支援や資金援助を行うUHCパートナーシップを通じた支援を行っている。

さらに、水道分野については、日本の産学官の専門家の知見を活用しながら、国際協力の方針を検討する委員会の設置、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に任意拠出金の拠出を行い、ILOを通じて開発協力事業（マルチ・バイ事業）を実施しており、労働安全衛生、社会保険制度、労使関係、雇用政策等の開発途上国が直面する様々な労働問題の解決を支援している。

また、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。

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（技能競技大会・技能検定）を通じた技能移転事業を通じて、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。

(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、我が国で培われた技能、技術又は知識の移転を通じて、開発途上地域等の経済発展を担う「人づくり」に寄与することを目的とし、1993（平成5）年に創設された制度である。

制度創設以降、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の発生も指摘されてきた。こうした状況を受けて、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。同法においては、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、外国人技能実習機構（認可法人）を設立して監理団体等に対する実地検査や技能実習生に対する母国語相談等の業務を行っているほか、通報・申告窓口の整備、人権侵害行為等に対する罰則等を整備している。入管法令・労働関係法令違反等の不適切な事案については関係機関とともに必要な対応を行い、違反の態様に応じて法務大臣・厚生労働大臣等が許可の取消等の行政処分等を行うなど、同法に基づき、技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護を図り、制度の趣旨に沿った技能実習制度の活用を進めている。

さらに、日本と送出国が技能実習を適正かつ円滑に行うために連携を図ることを目的として、技能実習生の送出国のうち14か国（ベトナム、カンボジア、インド、フィリピン、ラオス、モンゴル、バングラデシュ、スリランカ、ミャンマー、ブータン、ウズベキスタン、パキスタン、タイ及びインドネシア（2022（令和4）年3月31日現在））との間で、二国間取決め（MOC、協力覚書）を作成し、送出機関の適正化等を図っている。

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。職種追加に当たっては、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。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」（2018（平成30）年6月15日閣議決定）において、介護の質にも配慮しつつ、相手国からの送出し状況も踏まえ、介護の技能実習生について入国1年後の日本語要件を満たさなかった場合にも引き続き在留を可能とする仕組みについて検討を進めるとされたことを踏まえ、①介護の技能等の適切な習熟のために、日本語を継続的に学ぶ意思を表明していること、②技能実習を行わせる事業所のもとに、介護の技能等の適切な習熟のために必要な日本語を学ぶこと、という要件を満たす場合は、当分の間、日本語能力N3相当の取得に至らなかった者においても、技能実習2号の修了（入国後3年間）まで在留を可能とする告示改正を2019（平成31）年3月に行った。

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　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/global_cooperation/index.html

また、ILOを通じた開発協力事業により、アジア地域の開発途上国のニーズを踏まえた社会保険制度整備のための支援を行っている。

第3節　各国政府等との政策交流の推進

急速に少子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、ドイツ、北欧諸国、フランス、中国・韓国との間で、社会保障政策政府間交流としてセミナーやシンポジウムを実施している。2021（令和3）年度においては、11月に「人口動態変化への対処戦略」をテーマとする日独少子高齢化シンポジウムを開催したほか、同年12月に「介護の担い手の確保」などをテーマとする日中韓少子高齢化セミナーを開催した。

また、雇用・労働分野における共通の課題を解決するため、労使、専門家を交えた政策交流が重要となっている。このため、EU、ドイツ、アメリカとの間で、労働政策政労使交流としてシンポジウム等を実施している。2021年度においては、7月に「女性活躍の観点からのワークライフバランス」をテーマとする日EUシンポジウムを開催した。

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、EU、アメリカ及び英国との協定並びに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）及び地域的な包括的経済連携（Regional Comprehensive Economic Partnership：RCEP）協定が発効している。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、日中韓FTA、日トルコEPA及び日コロンビアEPAの交渉を行っている。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・研修等、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 統計改革等の推進

厚生労働省においては、2019（令和元）年に、「厚生労働省統計改革ビジョン2019[*1]」及び「厚生労働省統計改革ビジョン2019　工程表[*2]」（以下「ビジョン等」という。）を策定し、

①統計の品質保証を推進する「ガイドラインの作成とPDCAサイクルの着実な実施」
②業務の正確性の確保及び省力化・効率化を推進する「情報システムの適正化」
③ガバナンスの強化や計画的な人材育成を行う「組織改革・研修の拡充等」
④データの一層の有効活用に向けた「データの利活用・一元的な保存の推進」
⑤証拠（エビデンス）に基づく政策立案（EBPM：Evidence Based Policy Making）を推進する「EBPMの実践を通じた統計の利活用の促進」

を５つの柱として位置づけ、統計改革の取組みを進めている。

また、政府全体としては、2020（令和2）年6月2日に「公的統計の整備に関する基本的な計画」を閣議決定し、統計の品質確保を目的としたPDCAサイクルの確立や、専門性を有する人材の確保・育成等を進めることとされた。厚生労働省としては、この計画に基づく取組みがビジョン等における取組みと軌を一にするものであり、さらなる改革の取組みが求められるものである。

この５つの柱に関する2021（令和3）年度の取組みは、以下のとおりである。

①当省における統計調査全体のガバナンスを強化するための標準的な業務マニュアルである「統計標準ガイドライン」に基づき、一部統計について統計実施計画書を作成し、業務実施体制やスケジュール等が適切に確保されているか確認
②基幹システムとしての位置づけを有する統計処理システムについて、次期システムへの更改に向けて、移行方針を踏まえた実機検証を実施。毎月勤労統計調査の集計プログラムはCOBOLから汎用性が高く容易に改修等が可能なC＋＋に移行するための試行検証を実施
③統計ガバナンスの強化や統計改革の背景にある不適切事案を風化させないため、人材育成基本方針を策定するとともに、当該方針に基づく研修（全職員を対象、統計所管課室長を対象、幹部職員を対象等）を実施
④調査票情報の提供に関するFAQを厚生労働省HPへ掲載し、独立行政法人統計センターが管理するオンサイト施設へ新たな統計データを登録するなど、データの利活用に関する促進策を実施
⑤EBPMの実践において、「厚生労働省のEBPM推進に係る有識者検証会」の検証結果等を踏まえ、予算プロセスとEBPMの一体的な取組みを実施。また、省内有志職員による「EBPMの推進に係る若手・中堅プロジェクトチーム」において、「障害者雇用」、

＊1　「厚生労働省統計改革ビジョン2019」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06353.html
＊2　「厚生労働省統計改革ビジョン2019　工程表」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06835.html

「時間外労働の上限規制」等について分析レポート[*3]を作成し公表

厚生労働省においては、これらの取組みについて、有識者からなる「厚生労働省統計改革検討会」に報告し、専門的見地から議論を行い、助言を受けて取組みを進めているところである。

なお、毎月勤労統計調査の不適切な取扱いにより、2004（平成16）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）ことについては、工程表[*4]に基づき、できる限り早期に簡便な手続で実施しているところである[*5]。

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2021（令和3）年度までで計約2兆5,100億円の削減を行った。

（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（平成29）年度▲約300億円、2018（平成30）年度▲約400億円、2019（令和元）年度▲約400億円、2020（令和2）年度▲約600億円、2021年度▲約1,000億円）

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、2022（令和4）年4月1日現在20法人（他省との共管法人3法人を含む。）となっている。

（1）独立行政法人改革の推進

独立行政法人については、行政改革の推進という観点から、これまでも様々な取組みが進められているが、2013（平成25）年12月24日に独立行政法人の制度や組織等を見直すことを内容とする「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」が閣議決定された。

同方針の内容を踏まえた、「独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係

＊3　「EBPMの推進に係る若手・中堅プロジェクトチーム」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/jyouhouseisaku/toukei-data_madoguchi_00007.html
＊4　「工程表」：給付の種類ごとのスケジュールの見通しhttps://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07643.html
＊5　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

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、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) 中長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、5年から7年までの定められた期間（中長期目標期間）の終了時に、主務大臣（厚生労働大臣）は、独立行政法人（国立研究開発法人を含む。）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。2021（令和3）年度中に中長期目標期間が終了した法人について、次の内容等について検討を行い、2022（令和4）年度からの中長期目標の設定に反映することとした。

【独立行政法人労働政策研究・研修機構】

・「働き方の多様化が進展したことによる影響を把握する視点」をもって、労働政策研究を実施するとともに、労働政策の研究において考慮すべき領域が広がっていることから、関連する他の研究機関との共同研究、研究交流の促進、他分野の専門家等と協力・連携して研究を行う取組みを進めていくことにより、研究の実施体制の強化を図る。

【国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所】

・新型コロナウイルス感染症の影響による様々な環境変化へ対応する。国立健康・栄養研究所の大阪移転に伴い、関係機関等との連携による、持続可能な社会における健康的なまちづくりへ参画し、政策提言にも資する取組みを図る。

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95万のフォロワー（閲覧者）を持ち、月平均約400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30万のフォロワーを持ち、月平均約130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、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（2021（令和3）年12月24日閣議決定）等を踏まえつつ、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。

更に、デジタル化を通じて、利用者視点でのサービス改革が実現するよう、2021年9月に設置されたデジタル庁の下、関係省庁と連携しながら厚生労働分野における情報化を進めていく。

2 情報化の推進に向けた主な取組み

上述の計画等に基づき、利用者中心の行政サービス改革・行政手続のデジタル化等に取り組んでいる。また、厚生労働省内におけるIT利活用を含めた改革を進めるため、厚生労働省改革実行チームにおいて2019（令和元）年12月に、策定した業務改革工程表に沿って、業務におけるデジタル技術の活用等も進めている。

具体的な取組みは以下のとおりである。

(1) 利用者中心の行政サービス改革・行政手続のデジタル化等

省内業務改革（BPR）の推進として、各部局における業務プロセスの見直し・業務効率化について技術的支援等を行い、デジタル技術を積極的に活用した業務の抜本的見直し（BPR）を推進している。また、利用者に質の高い行政サービスを提供するため、デジタル3原則（①デジタルファースト：個々の手続・サービスが一貫してデジタルで完結する、②ワンスオンリー：一度提出した情報は、二度提出することを不要とする及び③コネクテッド・ワンストップ：民間サービスを含め、複数の手続・サービスをワンストップで実現する）に従い、行政手続等の原則オンライン化やオンライン利用率の引上げに取り組んでいる。

(2) マイナンバー制度の推進

社会保障と税の一体改革の一環として、社会保障制度や税制の公平性・透明性・効率性を高めるために必要な情報連携基盤を整備するという観点から社会保障・税番号制度の検討が進められ、2013（平成25）年5月には「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が成立した。

その後、2015（平成27）年10月に住民へのマイナンバーの通知、2016（平成28）年1月にマイナンバーカードの交付及び行政機関等におけるマイナンバーの利用が開始され、2017（平成29）年11月からは、マイナンバーを活用した国や地方公共団体等の間におけるオンラインでの情報の授受（情報連携）の本格運用が開始された。

厚生労働分野においては、年金、医療保険、介護保険、福祉、労働保険等の各分野の手続において、情報連携を行うことで、これまで行政機関の窓口で提出を求めていた住民票の写しや課税証明書等の書類の添付を省略することが可能となるとともに、事務の効率化等が図られている。

また、医療保険の被保険者番号を個人単位化し、マイナンバーカードを健康保険証として利用できる「オンライン資格確認」の本格運用を2021（令和3）年10月から開始した。

さらに、社会保障に係る資格における各種届出時の添付書類の省略や手続のオンライン化、資格保有の電子的な証明・提示、就業支援にマイナンバー制度を利活用することを内容に含む「デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律」が2021年5月に成立・公布された。

(3) 業務におけるデジタル技術の活用

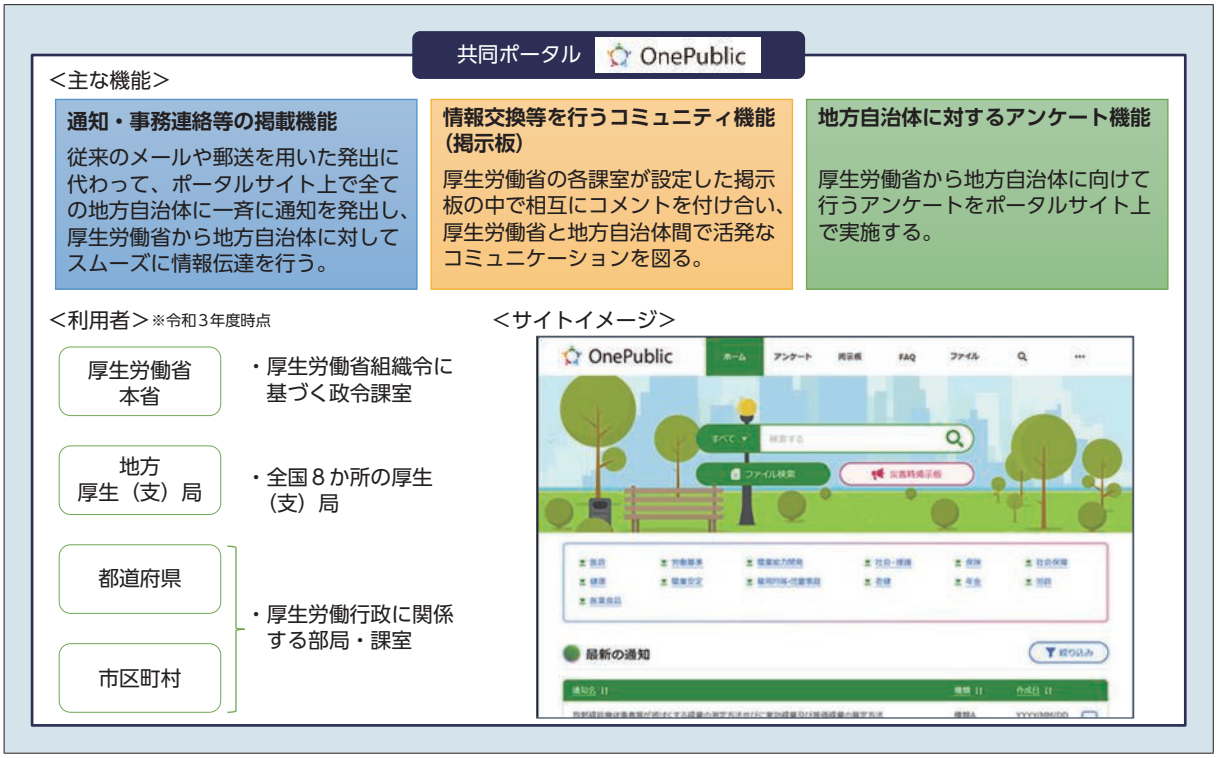
デジタル技術を活用した業務改革の一環として、2019（令和元）年度に、RPA（Robotic Process Automation）の実証事業を実施し、国会答弁準備業務、物品・役務等の調達手続における原課との各種コミュニケーション業務、就職件数等全国実績とりまとめ業務、法令審査業務の4つの業務においてRPAの実証を行った。この成果を踏まえて、2020（令和2）年度からはRPAの本格導入を開始し、これまでに約20業務でRPAを導入した。

(4) 地方公共団体におけるデジタル・ガバメントの推進

地方公共団体の社会保障に係る業務を処理するシステムの標準仕様を、デジタル庁が策定する基本的な方針の下、2022（令和4）年度までに作成する。また、「ガバメントクラウド」の活用に向けた検討を踏まえ、各事業者が標準仕様に準拠して開発したシステムを地方公共団体が利用することを目指す。

また、若手職員有志による「ICT利活用推進チーム」からの提言（2018（平成30）年7月）を踏まえ、通知や事務連絡等の全国への一斉発出機能や国と地方の意見交換を行う掲示板機能、地方公共団体へのアンケート機能を搭載した国と地方公共団体の共同ポータルサイト「One Public」を構築し、2021（令和3）年4月より全面運用を開始した。これにより、厚生労働省と地方公共団体間のコミュニケーションの円滑化及び業務効率化を図っている（**図表11-4-1**）。

図表11-4-1　OnePublic（厚生労働省と地方公共団体の共同ポータルサイト）のイメージ



3 個人情報保護

これまで厚生労働省では、2005（平成17）年に施行された「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等を行ってきた。

2017（平成29）年度には、「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年5月に施行されたことに伴い、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い、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」等を策定して、その後必要に応じ改正等を行っている。また、個人情報保護委員会において、2019（令和元）年12月に、「個人情報保護法　いわゆる3年ごと見直し　制度改正大綱」が公表され、2020（令和2）年6月に、個人データの漏えい等が生じた場合における同委員会への報告及び本人への通知の義務付けや氏名等を削除した仮名加工情報の取扱いについての規律などを定める、「個人情報の保護に関する法律等の一部を改正する法律」が成立した。

さらに、個人情報保護制度の見直しに関するタスクフォースにおいて、「個人情報保護制度の見直しに関する最終報告」が2020年12月に公表され、個人情報保護法、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律の3法を統合して1本の法律（個人情報保護法）とするとともに、地方公共団体の個人情報保護制度についても統合後の法律において全国的な共通ルールを規定し、全

体の所管を個人情報保護委員会に一元化すること等を定める、「デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律」が2021（令和3）年5月に成立・公布された。

引き続き、厚生労働省の所管する分野について、事業者等の関係者が個人情報保護法の改正に適切に対応できるよう、ガイダンスの見直し等に取り組んでいく。

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。

2020（令和2）年4月から2021（令和3）年3月までの厚生労働省に対する開示請求件数は11,005件であり、この受付件数は全府省庁で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9,611件（取下げが840件）であり、開示決定等件数のうち、開示請求のあった行政文書について全部を開示する決定がされた件数は1,439件、一部を開示する決定がされた件数は7,389件、不開示の決定がされた件数は783件であった。

2 行政機関個人情報保護法の施行

厚生労働省では、これまで、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用を図りつつ、個人の権利利益を保護することを目的とした「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）に基づき、保有する個人情報の適正な管理を図るとともに、同法に基づき、開示請求があった場合には、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きた。

2022（令和4）年4月1日からは、行政機関における個人情報の取扱い等については個人情報保護法に定められることとされたが、厚生労働省では、引き続き、同法に基づき、保有する個人情報の適正な管理と保有個人情報の開示等を行っているところである。

2020（令和2）年4月から2021（令和3）年3月までの厚生労働行政に対する開示請求件数は13,140件、訂正請求件数は22件、利用停止請求件数は39件であった。開示請求件数は全府省庁のうち、3番目に多く、行政事務の性格上、個人情報を多数保有する厚生労働省の特徴を示している。

また、同時期における開示決定等件数は13,120件（取下げが129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2,435件、一部を開示する決定がされた件数は10,003件、不開示の決定がされた件数は682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。

2018（平成30）年4月から2019（平成31）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10,659件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の99.1％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。

2020（令和2）年度の集計件数は310,084 件となり多数のご意見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。

（※）新型コロナウイルス感染症対応のため公表（令和2年3月公表分以降）を中断。

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450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、例年1～2月に開催しており、2021（令和3）年度は2022年1月28日にオンライン形式で「ヤングケアラー」、「献血」の2つについて意見交換を行った。

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2021（令和3）年度の政策評価については、2017（平成29）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。

2021年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）2件、②個別研究事業28件、③規制の新設・改廃に係る政策10件、④租税特別措置7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（15の基本目標及び71の施策目標からなる政策体系）のうち16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規制の影響分析1件、④個別公共事業（事業採択後5年経過時に継続中のもの）23件、⑤個別研究課題335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[*6]。

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。

2020（令和2）年度は、共管法人3法人を除く17法人の2019（令和元）年度の業務実績の評価を行うとともに、2019年度に中期目標期間が終了した年金積立金管理運用独立行政法人の中期目標期間全体の業務実績の評価を行った。

2021（令和3）年度においても、共管法人3法人を除く17法人の2020年度の業務実績の評価を行うとともに、2020年度に中長期目標期間が終了した国立高度専門医療研究センター6法人の中長期目標期間全体の業務実績の評価を行った。

＊6 「政策評価に関する計画／結果」は、
厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/hyouka/keikaku-kekka.html#hyouka

3 国民目線に立った制度・事業の改善

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、改善に結びつけることを目的としてアフターサービス推進室が2010（平成22）年９月に設置され、担当部署と連携・協働して調査を行ってきた。

こうした取組みを踏まえ、2020（令和２）年７月に厚生労働省改革実行チームの下に「国民目線に立った業務プロセス改善推進チーム」を新たに設置し、広聴機能の強化を進めつつ把握した国民ニーズ等を踏まえ、制度・事業の実施業務の改善に省内横断的に取り組むこととしている。

人口について







性別は?
男性 48.6人
女性 51.4人

学生は?
小学生 5.0人
中学生 2.6人
高校生 2.4人
大学生・大学院生 2.3人





年齢は?
15歳未満 11.8人
65歳以上 28.9人

そのうち75歳以上は? 14.9人

人口100人でみた日本

日本を100人の国に例えてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成29年～令和3年)

労働について



仕事についているのは? 53.5人
雇われているのは? 47.9人
自営しているのは? 4.2人

雇われているのは?
男性 26.1人
女性 21.8人

雇用形態は?
正社員 28.7人
パート 8.2人
アルバイト 3.5人
派遣 1.1人
契約社員・嘱託 3.1人

フリーターは? 1.1人

失業者は? 1.6人

短時間で働いているのは?
週35時間未満 18.0人

長時間働いているのは?
週60時間以上 2.8人

雇用保険加入者は? 35.1人

雇用保険受給者は? 0.3人

会社の健康診断で「有所見」は? 27.7人

福祉・年金について

保育所に入所しているのは？ 2.1人

障害者は？ 7.6人

生活保護受給者は？ 1.6人

介護サービスを受けているのは？ 4.1人



国民年金の被保険者は？
- 第1号（自営業、学生等） 11.5人
- 第2号（サラリーマン、公務員） 33.8人
- 第3号（第2号被保険者の配偶者） 6.3人

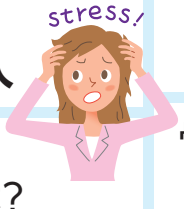
老齢年金の受給者は？ 27.5人

健康・医療について



健康状態が「よくない」「あまりよくない」と感じているのは？
6歳以上 12.6人

日常生活の悩み・ストレスを感じているのは？
12歳以上 47.9人





健診や人間ドックを受けたことがあるのは？
20歳以上 69.6人

病気やけがなどで通院しているのは？ 40.4人

在宅医療を受けている方は？ 1.4人

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 16.7人

生涯でがんになるのは？
- 男性 31.6人
- 女性 25.8人

骨髄移植ドナーに登録しているのは？ 0.43人

習慣的に運動をしているのは？
20歳以上 28.7人

健康保険加入者は？
- 組合健保・協会けんぽ 55.0人
- 国民健康保険 23.7人

日本の1日

日本で一日に起こる出来事の数を調べてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成28年～令和3年)

人口について



▶ 生まれるのは?
2,224人

人口の減少数は
1日当たりだと
1,721人

▶ 亡くなるのは?
3,945人

- ●がんでは? …… 1,045人
- ●心疾患では? …… 588人
- ●脳血管疾患では? …… 287人
- ●事故では? …… 105人
- ●仕事中の事故では? …… 2人
- ●老衰では? …… 417人
- ●自殺では? …… 58人

成人について

▶ 成人の平均野菜摂取量は?
281g

▶ 成人の平均歩数は?
男性 **6,793歩**
女性 **5,832歩**

▶ 歯磨きは?
2回以上みがく
77.0%



労働について

▶ ハローワークで
新たに仕事を探し始めたのは?
12,710人

▶ ハローワークを通じて
就職するのは?
3,450人

▶ 仕事中にけが等
(労働災害)を
したのは?
411人

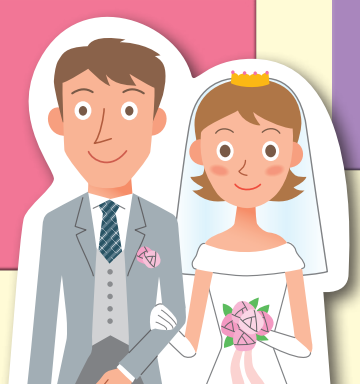
▶ 労働相談の件数は?
3,536件
(厚生労働省:総合労働相談コーナーの受理件数)



結婚について

▶ 結婚するのは?
1,373組

- ●離婚するのは?
  …… 505組



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?

562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?

402,973回

▶ ホームヘルパーの利用回数は?

834,299回

▶ 一人当たりの介護保険からの給付費は?

4,071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1,212億8,279万円

- 一人当たりだと …… 961.2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? …… 1.74人
- あへん法では? …… 0.041人
- 大麻取締法では? …… 14.37人
- 覚せい剤取締法では? …… 23.64人