令和6年版

厚生労働白書

（令和５年度厚生労働行政年次報告）

―こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に―

厚 生 労 働 省

令和6年版

厚生労働白書

（令和５年度厚生労働行政年次報告）

―こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に―

厚 生 労 働 省

本白書はグリーン購入法に適合した用紙を使用しております。

令和6年版
厚生労働白書

目　次

はじめに…… 2

「こころの健康」と「こころの不調」について…… 4

第１部　こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に

第１章　こころの健康を取り巻く環境とその現状…… 6

第１節　こころの健康を取り巻く社会環境とその変化…… 6
1　ライフステージにおけるストレス…… 6
2　働く環境…… 20
3　現代社会をめぐる状況…… 37
4　社会的障壁と共生社会…… 56

第２節　精神疾患の現状…… 58
1　主な精神疾患…… 58
2　早期発見の重要性…… 66

第３節　こころの健康が損なわれると…… 68
1　地域では…… 68
2　職場では…… 71
3　自殺の現状…… 76

第４節　こころの健康に対する意識…… 81
1　こころと身体の総合的な健康状態に対する意識…… 81
2　こころの健康状態に対する意識…… 84
3　こころと身体の健康意識にみられる違い…… 90

第２章　こころの健康に関する取組みの現状……93

第１節　ライフステージごとの取組み…… 93
1　地域や学校での取組み…… 93
2　職場での取組み…… 106

第２節　社会全体を捉えた取組み…… 123
1　デジタル化とこれらに伴う孤独・孤立の深刻化のなかで …… 123
2　共生社会の実現に向けた取組み…… 128

第３章　こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に … 140

第１節　当事者の意思の尊重と参加…… 140

第２節　地域や職場におけるこころの健康づくり…… 143
1　早期支援と地域医療体制の整備…… 143
2　こころの不調を予防するための対策の推進…… 151

第３節　社会の意識変容に向けて…… 161
1　こころの不調を知り、こころの不調に悩む人をサポートするための普及啓発 …… 162
2　性別役割分業意識を乗り越える必要性…… 166

第４節　こころの健康と向き合う一人ひとりの取組み…… 167
1　日常生活を整える…… 167
2　こころの健康が気になる時は相談する…… 170

おわりに…… 172

第２部　現下の政策課題への対応

はじめに　我が国の人口動態：本格的な「少子高齢化・人口減少時代」へ … 176

特集　令和６年能登半島地震への厚生労働省の対応について…… 177

第１節　被害の概況…… 177

第２節　震災の発生を受けての厚生労働省の対応…… 177

1　厚生労働省における震災への対応…… 177

2　被災地・被災者への支援 …… 178

第１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…… 193

9　医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…… 194

10　治療と仕事の両立支援の推進…… 195

11　柔軟な働き方がしやすい環境整備…… 196

12　多様な正社員等の普及促進等…… 198

第２節　仕事と育児の両立支援策の推進…… 198

1　現状…… 198

2　育児・介護休業法等 …… 200

3　企業における次世代育成支援の取組み…… 200

4　仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…… 202

第３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…… 203

1　構造的人手不足に対応した労働市場改革…… 203

2　労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し…… 206

3　雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進…… 206

4　ものづくり分野等での人材育成の推進…… 207

5　職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進…… 211

6　国と地方自治体が連携した雇用対策の推進…… 215

7　生産性向上に資する人材育成の強化…… 216

第４節　地方創生の推進…… 216

1　地方創生に向けた地域雇用対策の推進…… 216

2　地方拠点強化税制における雇用促進税制…… 217

第５節　良質な労働環境の確保等…… 217
1　労働条件の確保改善…… 217
2　賃金のデジタル払い…… 220
3　最低賃金制度について…… 220
4　未払賃金立替払事業について…… 221
5　「労災かくし」対策の推進…… 221
6　労災補償の現状…… 221
7　労働保険適用徴収制度…… 224
8　障害者虐待防止について…… 224
9　ハラスメント対策の推進…… 224
10　個別労働紛争対策の総合的な推進…… 225
11　解雇無効時の金銭救済制度に関する検討…… 225
12　雇用労働相談センターの設置・運営 …… 225

第６節　労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり…… 226
1　労働災害の状況と防止に向けた取組み…… 226
2　自発的に安全衛生対策に取り組むための意識啓発…… 226
3　労働災害を防止するための対策の充実…… 227
4　労働者の健康を確保するための対策の充実…… 230
5　化学物質等による健康障害防止対策の推進…… 231

第７節　震災復興のための労働安全衛生対策等…… 233
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…… 233
2　除染等業務等における安全衛生と労働条件の確保…… 234
3　復旧・復興工事における災害防止対策 …… 234
4　本格的な震災復興に向けた取組み…… 234

第８節　豊かで充実した勤労者生活の実現…… 237
1　中小企業退職金共済制度について…… 237
2　勤労者財産形成促進制度について…… 237
3　労働者協同組合法について…… 237
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 … 237

第９節　安定した労使関係の形成など…… 238
1　2023（令和５）年度の労使関係 …… 238
2　労働委員会に関する動き…… 240

第２章　女性、若者、高齢者等の多様な働き手の参画…… 241
第１節　女性・若者・高齢者・就職氷河期世代等の活躍促進等 …… 241
1　女性の雇用の現状…… 241
2　女性の活躍促進等…… 241
3　高年齢者雇用の現状…… 244
4　「生涯現役社会」の実現…… 244
5　若年者雇用の現状…… 245
6　総合的かつ体系的な若者雇用対策の推進…… 245
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…… 246
8　若者と中小企業とのマッチングの強化…… 246

9　キャリア教育の推進…… 246
10　フリーター等の正社員就職の促進…… 247
11　ニート等の若者の職業的自立支援の強化…… 247
12　就職氷河期世代に対する集中支援…… 248
13　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…… 255
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…… 257
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 … 258

第３節　外国人材の活用・国際協力 …… 259
1　専門的・技術的分野の外国人の就業促進 …… 259
2　外国人労働者の雇用管理改善等に向けた取組み…… 260
3　日系人を含む定住外国人等に対する支援…… 260
4　エビデンスに基づく外国人雇用対策の基盤整備…… 260
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…… 261
6　外国人技能実習制度の適正な実施…… 261

第４節　重層的なセーフティネットの構築…… 262
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…… 262
2　求職者支援制度…… 262
3　雇用保険制度…… 263
4　雇用調整助成金…… 264

第３章　自立した生活の実現と暮らしの安心確保…… 265
第１節　地域共生社会の実現の推進…… 265
1　地域共生社会の実現について…… 265
2　消費生活協同組合について…… 266
3　地域生活定着促進事業の実施について…… 266
4　成年後見制度の利用促進について…… 267

第２節　社会福祉法人制度について…… 267

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 …… 268
1　生活困窮者自立支援制度について…… 268
2　生活保護制度の概要…… 270
3　生活保護の現状…… 270
4　生活保護基準の見直しについて…… 271
5　生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しについて…… 272

第４節　困難な問題を抱える女性への支援…… 272

第５節　自殺対策の推進…… 274

第６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…… 276
1　国主催の戦没者追悼式、次世代への継承 …… 276
2　戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進 …… 277
3　戦傷病者、戦没者遺族等への援護 …… 280
4　中国残留邦人等への支援…… 280

第４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 …… 289
3　社会保障協定の締結…… 291

第２節　公的年金の正確な業務運営…… 292
1　日本年金機構について…… 292
2　日本年金機構の取組み…… 293
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…… 296

第３節　年金広報の取組みについて…… 296
1　年金教育教材の開発や学生との年金対話集会等の開催…… 297
2　個々人の年金の「見える化」について…… 297
3　年金エッセイの募集、年金動画・ポスターコンテスト…… 298
4　社会保険適用拡大に関する広報について…… 299
5　「年金の日」について（11月30日） …… 299

第５章　医療関連イノベーションの推進…… 300

第１節　医療ＤＸ等の推進 …… 300

第２節　医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備 …… 304
1　健康・医療戦略について …… 304
2　研究開発の振興について…… 304
3　次世代医療基盤法…… 306
4　研究者等が守るべき倫理指針について…… 306

第３節　医療関連産業の活性化…… 307
1　革新的な医薬品・医療機器等の創出 …… 307

第４節　医療の国際展開等…… 312
1　医療の国際展開の推進…… 312
2　国内における国際化への対応…… 315

第６章　国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現 …… 316

第１節　地域における医療・介護の総合的な確保の推進 …… 316
1　医療及び介護の総合的な確保の意義…… 316

2　地域医療介護総合確保基金…… 316

第2節　安心で質の高い医療提供体制の構築…… 316
1　質が高く効率的な医療提供体制の構築…… 316
2　医療人材の確保及び質の向上の推進…… 328
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…… 333
4　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進…… 334
5　医薬品の安定供給…… 335

第3節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現…… 337
1　医療保険制度改革の推進…… 337
2　予防・健康づくり …… 339
3　医療費適正化…… 341
4　診療報酬・薬価改定 …… 341

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…… 343
1　介護保険制度の現状と目指す姿…… 343
2　地域包括ケアシステムの構築…… 343
3　認知症施策の推進…… 346
4　介護現場の生産性向上の推進…… 346
5　介護報酬改定…… 348

第5節　福祉・介護人材の確保対策 …… 348

第7章　健康で安全な生活の確保…… 350
第1節　健康危機管理・災害対策の推進 …… 350
1　健康危機管理の取組みについて…… 350
2　災害対策の取組みについて…… 350

第2節　ゲノム医療の推進…… 351
1　ゲノム医療の推進体制について…… 351
2　ゲノム医療推進のための取組みについて…… 351

第3節　感染症対策、予防接種の推進 …… 352
1　国際的に脅威とされる感染症対策について…… 352
2　麻しん・風しん対策について …… 357
3　結核対策について…… 358
4　エイズ（AIDS／後天性免疫不全症候群）対策について …… 359
5　性感染症対策について…… 360
6　薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について …… 361
7　インフルエンザ対策について…… 362
8　動物や蚊、ダニが媒介する感染症対策について …… 365
9　HTLV－1対策について …… 366
10　予防接種施策について…… 366

第4節　国民の健康増進の取組み…… 368
1　国民健康づくり運動の展開…… 368

第５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・肝炎などの総合的かつ計画的な推進 … 375
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進 … 375
2　循環器病対策について … 379
3　腎疾患対策について … 380
4　糖尿病対策について … 380
5　リウマチ・アレルギー疾患対策について … 380
6　肝炎対策について … 381
7　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　383

第６節　難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進 … 384
1　難病対策について … 384
2　小児慢性特定疾病対策について … 385
3　移植対策について … 386

第７節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等 … 389
1　医薬品等の安全対策 … 389
2　医薬品の販売制度 … 391
3　医療用医薬品の品質確保対策 … 392
4　薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等 … 393
5　化学物質の安全対策 … 394

第８節　薬物乱用対策の推進 … 395
1　薬物乱用防止対策 … 395
2　危険ドラッグ対策 … 396

第９節　血液製剤対策の推進 … 397
1　献血の推進について … 397
2　血液製剤の安全対策について … 400

第１０節　医薬品・医療機器による健康被害への対応 … 401
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 … 401
2　薬害被害者への恒久対策 … 401
3　薬害を学ぶ … 403

第１１節　食の安全の確保 … 404
1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策 … 404
2　食品安全行政の概要 … 404
3　国民への正確でわかりやすい情報提供等 … 414

第１２節　水道の基盤強化 … 415
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 … 415
2　全ての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給 … 416
3　危機管理への取組み … 416
4　東日本大震災からの復興に関する取組み … 417
5　水道産業の国際展開に向けた取組み … 417
6　水道整備・管理行政の移管について … 417

第13節　生活衛生関係営業の振興など …… 417
1　生活衛生関係営業の振興 …… 417
2　旅館業法等の改正について …… 418
3　建築物における衛生対策の推進 …… 419

第14節　原爆被爆者の援護 …… 419

第15節　ハンセン病問題対策の推進 …… 420
1　ハンセン病問題の経緯について …… 420
2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について …… 421
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 …… 421

第16節　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の実施 …… 422

第8章　障害者支援の総合的な推進 …… 424

第1節　障害福祉施策の推進について …… 424
1　障害者総合支援法等に基づく支援 …… 424
2　障害者の虐待防止 …… 428
3　発達障害児者の支援 …… 429
4　障害者扶養共済制度（しょうがい共済） …… 432
5　高次脳機能障害者の支援 …… 433

第2節　障害者の社会参加支援について …… 434

第3節　精神保健医療福祉について …… 435
1　精神保健医療福祉の現状と課題について …… 435
2　精神保健医療福祉の取組状況について …… 435
3　こころの健康対策 …… 436
4　依存症対策 …… 436

第9章　国際社会への貢献 …… 439

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 …… 439
1　保健医療分野 …… 439
2　労働分野 …… 444
3　社会保障・福祉分野 …… 445

第2節　開発途上国等への国際協力 …… 446
1　保健医療分野 …… 446
2　労働分野 …… 447
3　社会保障・福祉分野 …… 447

第３節　各国政府等との政策交流の推進…… 448

第４節　経済連携協定（EPA）等への対応 …… 448

第10章　行政体制の整備・情報政策の推進 …… 450

第１節　統計改革等の推進…… 450

第２節　独立行政法人等に関する取組み…… 451
1　無駄削減に向けた取組みの実施…… 451
2　独立行政法人に関する取組み…… 451

第３節　広報体制の充実…… 452
1　新しい情報発信手段の活用…… 452

第４節　情報化の推進…… 453
1　情報化の推進…… 453
2　情報化の推進に向けた主な取組み…… 453
3　個人情報保護…… 455

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 …… 456
1　行政機関情報公開法の施行…… 456
2　個人情報保護法の施行…… 456
3　公益通報者保護法の施行…… 457
4　「国民の皆様の声」について…… 457
5　厚生労働行政モニターについて…… 457

第６節　政策評価などの取組み…… 458
1　政策評価の取組み…… 458
2　独立行政法人評価の取組み…… 458
3　国民目線に立った制度・事業の改善 …… 458

コラム

女性がいきいきと働ける社会に向けて
（独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院）…… 32

複雑性PTSDに対する新たな心理療法について
（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）…… 62

高次脳機能障害について…… 66

データとAIのかけ合わせによる精神ケアの革新へ …… 67

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざして
（いのち支える自殺対策推進センター）…… 79

地域における若年者のメンタルヘルスへの取組み
（あだち若者サポートテラスSODA）……100

誰一人置き去りにしない～豊かな「未来を創造」する～
（NPO法人ジャパンマック福岡）……104

日常生活における機能制限とこころの健康……130

精神保健福祉法の歩み……134

多面的なサポートで障害者の就労移行を支える（LITALICOワークス赤羽）……137

薬物依存症者への回復支援の取組み（認定特定非営利活動法人京都ダルク）……141

市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に向けて……145

公認心理師の国家資格化と求められる役割……148

高齢者の社会参加とうつ予防に関する研究
（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）……153

社員への細かい目配りで健康な職場づくり（株式会社アキツ）……155

テレワーク勤務者へのメンタルヘルス対策の取組み（株式会社ジョイゾー）……157

官民を超えた普及啓発への取組み－心のサポーター養成事業－（神奈川県）……162

第1部

こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に

はじめに

「あなたは、健康ですか？」

そう問われたら、皆さんはまず何を思い返すだろうか。大きな怪我や病気はしていないし、学校や職場にも毎日通えている、ご飯も残さず食べられるし、最近は朝夕の散歩も欠かさない…。たしかに、どれも健康に関わる大切な要素である。

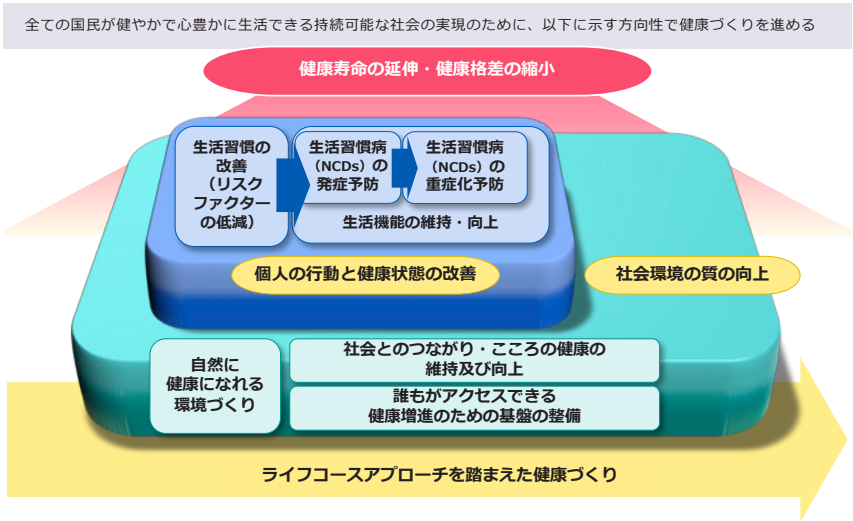
1948年に発効した世界保健機関（WHO）憲章には、次のような記載がある。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

日本WHO協会の訳をお借りすると、「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」だといえる[*1]。

我が国では、国民の心身の健康増進に関する取組みが早くから進められてきた。近年では、2000（平成12）年度から始まった「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が挙げられる。健康寿命の延伸や生活の質の向上などを目指して進められてきたこの運動は、現在、2013（平成25）年度からの10年間取り組んだ健康日本21（第二次）の最終評価や社会の変化を踏まえ、2024（令和6）年度から始まる健康日本21（第三次）として、誰一人取り残さない健康づくりと、より実効性をもった取組みの推進を通じた総合的な健康増進に向かって、新たなスタートを切ったところである。

健康日本21（第三次）の方向性は、下図に示されるとおりであり、国民一人ひとりの健康への取組みの基盤として、社会とのつながりやこころの健康の維持・向上などの社会環境の質の向上が必要とされている。このことは、**こころの健康は、人間の健康を支える土台であるとともに、社会とのつながりにも深く関係している**ことを示唆しているともいえよう。



資料：厚生労働省健康・生活衛生局作成

＊1　1998年の第101回WHO執行理事会において、「spiritual（霊的）とdynamic（動的）」を加えた新しい健康の定義が検討されたが、その後の世界保健総会（WHO総会）において審議した結果、採択が見送られた経緯がある。日本WHO協会のウェブサイトでは、「WHO憲章の健康の定義を不変のものとして捉えるのではなく、時代や環境に即して変化するなかで、健康とは何かという真摯な議論を続けていく姿勢が求められ」るとされている。

しかしながら、こころの健康をめぐる現状には課題も多い。近年、精神疾患の外来患者数は増加傾向にあり、自殺者数も年間2万人を上回り続けている。私たちの社会では、若者、働き盛り、お年寄りなど、ライフステージ（年齢に伴い変化する生活段階）を問わず、こころの健康を損ない、本来得られるはずの質の高い生活を失っている人が数多く存在しているのが実情である。

また、こころの健康と社会とのつながりには、相互性がある。たとえば、コミュニティからの孤立はこころの健康に影響を及ぼしうるし、こころの健康を損ねている人は周囲との関わりを避けがちになる。このことから、**私たち一人ひとりは同じ社会に暮らす隣人のこころの健康に対して、決して無関係ではない**ともいえよう。

とりわけ、デジタル化、パンデミックによる環境変化、これらに伴う孤独・孤立の深刻化などを経験する現代社会では、相手が顔見知りであろうと、見ず知らずの他人であろうと、私たちの無関心や偏見がその人のこころを傷つけうる。反対に、私たちの気づきや寛容さがその人のこころを、ときに命をも、守るかもしれない。

このように、こころの健康は、すべての人に関係があり、私たちの社会においても大切なテーマである一方、身近な課題であるが故に、まっすぐに向き合うことが難しいテーマであったのかもしれない。

そこで、今回の厚生労働白書第1部では、**「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」**と題し、厚生労働白書としては初めて、こころの健康について論じることにした。どのライフステージにいる読者にも読みやすいように、身近なライフイベントや日常生活のなかで経験しうる出来事などを具体的に取り上げながら、こころの健康に与える影響や、精神疾患の実態、こころの健康と向き合う社会や地域の取組みなどを説明している。

第1章「こころの健康を取り巻く環境とその現状」では、こころの不調の要因となるストレスについて論じ、ライフイベントに関連する出来事や、デジタル化、これらに伴う孤独・孤立の深刻化など現代社会の特徴的な事象を取り上げる。また、精神疾患の実態や社会への影響についても説明する。

第2章「こころの健康に関する取組みの現状」では、地域や学校、職場などにおける、こころの不調を予防する取組みなどについて紹介する。

第3章「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」では、あらゆる人が自らの心身の状態と上手に付き合いながら、こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会づくりに必要な取組みについて考える。こころの不調を抱える人に関する取組みにおける当事者の意思の尊重と参加の重要性について考察し、地域や職場におけるこころの健康づくり、こころの不調について語り合える環境づくり、そしてこころの健康確保に向けた一人ひとりを支える取組みなどについて、今後の取組みの方向性を展望する。

また、本文の内容に関連させながら、企業などの具体的な取組み事例やキーワード解説、最新の研究に関する取組みの紹介など、様々なトピックをコラム形式で掲載している。理解を深めていただくための参考としていただきたい。

令和6年版厚生労働白書が、自らの、そして同じ社会に暮らす隣人のこころの健康と向き合うための一助となれば幸いである。

「こころの健康」と「こころの不調」について

こころの健康とこころの不調の関係

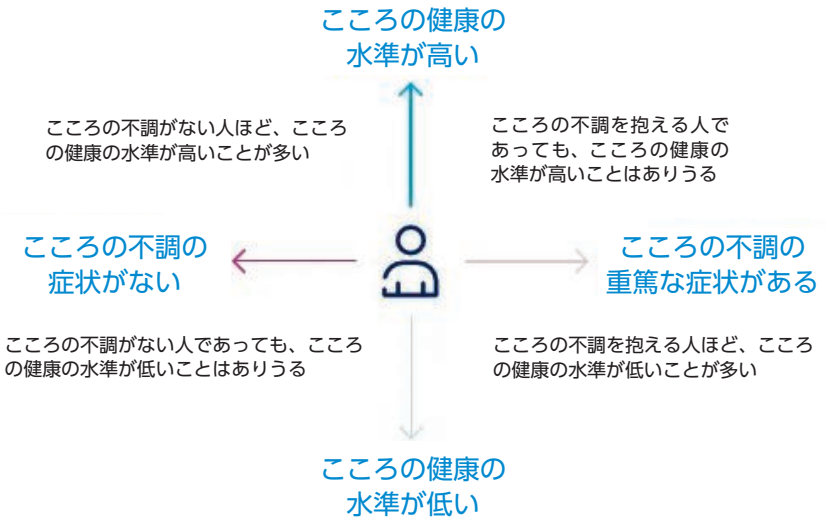
本白書では、「こころの健康」を、「人生のストレスに対処しながら、自らの能力を発揮し、よく学び、よく働き、コミュニティにも貢献できるような、精神的に満たされた状態」と定義して用いている。これは、世界保健機関（WHO）が2022年に刊行した報告書“World mental health report：Transforming mental health for all”（以下「WHO2022報告書」という。）で用いられている用語であるmental healthの定義を参考にしているものである。同報告書では、mental healthについて、「健康とウェルビーイングに不可欠な要素」であり、「精神障害（mental disorder）の有無に関わりなく定義されるものである」とされており、本白書でもこころの健康をそのように捉えている。

また、本白書では、「こころの不調」を、「精神障害や社会的障壁により継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態を指し、重大な苦痛、機能障害、自傷行為のリスクを伴う精神状態を含むもの」と定義して用いている。これは、WHO2022報告書で用いられている用語であるmental health conditionの定義を参考にしているものである。

この場合の精神障害とは、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）」により分類された障害や疾患を指す（ICDや代表的な精神疾患については第1章第2節参照）。また、社会的障壁とは、精神障害のある人にとって日常生活または社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものを指し、たとえばスティグマ（差別や偏見）もこれに含まれる（社会的障壁については第1章第1節4参照）。

下図は、「こころの健康」と「こころの不調」の関係性について、WHO2022報告書に基づき整理した概念図である。こころの不調がない人ほどこころの健康の水準が高い場合が多い（左上の領域）ことは言うまでもないが、精神障害を含むこころの不調を抱える人であっても高い水準でこころの健康を保持することも可能（右上の領域）である。

こころの健康とこころの不調の関係性



資料：WHO2022報告書に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

こころの不調の発生要因について

上述のとおり、こころの健康を保持するためには、可能な限りこころの不調を抱えないことが重要である。しかしながら、こころの不調を抱える人の事情は個々に異なっており、その人を取り巻く状況も多様であることに留意する必要がある。実際に、精神障害は、部位や原因によって分類されることが多い身体の病気とは異なり、おもに脳というひとつの臓器を対象にしており、原因が分かっていない疾患が多いという特徴がある[*2]。

こうしたことを前提に、本白書では、精神障害の発病に至る原因の有力な考え方として「ストレス」に着目し[*3]、現代社会にみられる様々なストレス要因とその実情等を整理している。

私たちは、自らを取り巻く環境から常に何らかのストレスを受けており、こうしたストレスに的確に対応しながら、社会に順応して生きているといえる。しかし、ひとたび反応がうまくいかなくなると、心身のバランスが崩れ、社会への適応が難しくなってくる。こころの不調はこうしたことに起因して起こりうると考えられる。

そもそもストレスとは、外部から刺激を受けた時に生じる緊張状態のことであり、物理的、環境的な要因や、心理的、社会的な要因などがあるとされる。

こうしたストレスは、ライフステージの全般にわたり存在している。たとえば、進学や就職、結婚や出産、介護や死別など、人生における変化を伴う出来事である「ライフイベント」もそのひとつである[*4]。また、そうした大きな節目となる出来事だけでなく、たとえば、人間関係のトラブルや長時間労働など、ライフステージにも関連しながら日常生活のなかで経験しうる出来事もある。さらには、いじめや配偶者からの暴力（DV）など、社会において容認できない暴力等への遭遇も、こころの健康に対する深刻なリスクといえる。

このように、本白書では、ストレス要因を、ライフイベント、日常生活のなかで経験しうる出来事、そして社会において容認できないリスクに大別しながら考察しているが、取り上げている各ストレス要因については、今日の我が国が直面している本格的な少子高齢化・人口減少時代という大きな変革期において重要性を増している子育てや介護などのライフイベントや、急速なデジタル化、これらに伴う孤独・孤立の深刻化などの現代社会の特徴的側面、さらに、近年、社会的関心の高まりがみられるトピックなどを、こころの健康という観点から、現代社会のストレスの多様さを映し出すものとして取り上げたものであり、統計的に把握されたこころの不調の主要因として取り上げるものではないことにご留意いただきたい。

＊2　こころの病気を知る（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所「こころの情報サイト」）参照。
＊3　たとえば精神障害の労災認定基準では、対象疾病の発病に至る原因の考え方について、環境由来の心理的負荷（ストレス）と、個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まり、心理的負荷が非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神的破綻が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、心理的負荷が小さくても破綻が生ずるとする「ストレス－脆弱性理論」に依拠している。
＊4　ライフイベントによるストレスの客観的評価を行う手法として、米国の心理学者のHolmesらによる「社会的再適応評価尺度」がある。

第1章 こころの健康を取り巻く環境とその現状

第1節では、生まれてから老いに至るまでのライフステージ全般におけるストレス要因を概観する。ライフステージごとのライフイベントや日常生活のなかで経験しうる出来事とこころの健康の関係について整理し、また、現代社会の特徴的な側面であるデジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化などについても、こころの健康の観点から取り上げる。

第2節では、代表的な精神疾患の現状を、また、第3節では、こころの健康が損なわれた影響が社会のなかに現れる姿を整理し、第4節では、こころの健康に対する人々の意識について、アンケート調査の結果から分析していく。

第1節 こころの健康を取り巻く社会環境とその変化

1 ライフステージにおけるストレス

（ライフイベントや些細な日常の出来事も、時にこころの不調の要因となりうる）

一般に、家族との死別など、大きなライフイベントは大きなストレスとなり、こころの不調の要因となると考えられているが、些細な日常の出来事でも、それらが重なったり続いたりすると、同様のメカニズムで体調に影響を及ぼすと考えられている。また、一見するとよいことのように思えるライフイベント*1も、受け止める人によりストレスの性質が異なり、その影響も個々人により異なることがある。

また、同じライフステージにあっても、好ましくない環境や状況に置かれてしまう人ほどこころの不調をきたしやすいといわれており、そのようなリスクはライフステージの全般にわたって存在している。

MEMO ストレスとは何か

ストレスとは、外部からの刺激など（ストレッサー）によって、心身に生じる反応（ストレス反応）のことをいう。ストレッサーとストレス反応を合わせてストレスと呼ぶこともある。

もともとは物理学の言葉で、物体の外側からかけられた圧力によって歪みが生じた状態をいう。ストレスを風船に例えると、風船で指を押さえる力をストレッサーといい、ストレッサーにより風船が歪んだ状態をストレス反応という。

アメリカの生物学者が生理学に応用し、カナダの医学者のハンス・セリエ（Hans Selye）がさらに研究を進めて「ストレス学説」を唱えたのが、今の「ストレス」の始まりといわれている。

ストレッサーには、暑さや寒さや有害物質などの物理的・化学的なもの、病気や飢え、睡眠不足などの生理的なもの、職場や家庭における不安・緊張・恐怖・怒りなどの心理

＊1 米国の心理学者のHolmesらによるライフイベントのストレス度を点数化した「社会的再適応評価尺度」では、「結婚」を50点とした場合に「配偶者の死」が100点である一方で、たとえば「退職」が45点、「妊娠」が40点などとなっている。

的・社会的なものなどがある。普段、私たちが「ストレス」というものの多くは、この心理的・社会的なものである。

ストレスが生じると、体内ではそれを解消しようとする防御反応が働く。同じストレッサーでも受け止める人によって「よいストレス」になるか「悪いストレス」になるかが大きく異なる。ストレッサーを制御できた場合は適応できるが、うまく制御ができなかった場合には、不適応を起こして心身にさまざまな影響が現れる。

（参考）厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」、厚生労働省「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」」

（1）幼年期・少年期・青年期

（幼年期には、養育者との安定した関係が情緒の形成に不可欠である）

出生から幼年期（0～4歳）にかけては、父母等の養育者に対して遠慮のない甘えを通じて、信頼感や安心感を獲得していく時期にあたる。乳幼児にとって、養育者との安定した関係性が情緒の形成に不可欠であるが、それが不十分な場合には、満たされないストレスが、腹痛や嘔吐など、様々な症状や行動として現れるといわれる[*2]。養育者の置かれた状況に応じ、乳幼児と養育者の安定した関係性を支え、乳幼児の安心や経験が保障される環境づくりを支える仕組みを、地域や社会において整えていくことも重要である。

（思春期は仲間集団の役割が大きく、その中での人間関係がこころの健康にも影響を及ぼす）

少年期（5～14歳）は、社会参加への準備の意義がある時期であり、多くの時間を学校で過ごすことから、入学、進学、卒業、受験など、学校や教育に関するライフイベントが多く存在する。そうしたなかで、友人関係のトラブルやいじめなど、学校という「場」をめぐる様々な問題に直面する可能性もある。また、10歳代から20歳代にかけては、精神疾患にかかりやすい時期としても知られている[*3]。

青年期（15～24歳）は、身体的に成熟し、社会的にもこどもから大人へ移行する時期にあたり、ライフイベントも学校や教育に関するものから、就職や転職、結婚、出産・子育てなど、仕事や家庭に関するものが次第に増加していく。

また、少年期から青年期にかけては、周囲の影響を受けながら一人の大人として自我を確立する思春期と呼ばれる時期を経験するが、この時期における仲間集団の役割は大きく、仲間関係のトラブルは思春期の若者のこころに大きな影響を及ぼす。これまでの研究によれば、思春期の若者の多くは、こころの不調に対する自身や周囲の知識不足などにより、精神的ストレスについて他者に援助を求めにくいとされている[*4]。

＊2　乳幼児のストレスについては、1999（平成11）年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）分担研究報告書「乳幼児の情緒形成不全の早期発見方法の研究」を参考に記述した。
＊3　厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」掲載の「精神疾患の早期発見・治療の重要性」参照。
＊4　小塩靖崇他「学校・地域におけるメンタルヘルス教育のあり方」（予防精神医学 vol.4（1）2019年）

(2) 壮年期・中年期

(仕事や家庭など社会における自らの役割を発見し、充実させていく時期にあたる)

25歳前後以降の壮年期・中年期においては、社会的には、仕事や子育てなどに活動的となる時期である。それぞれが選択したライフスタイルのなかで、仕事や家庭などにおける自らの役割を発見し、充実させていく時期にあたる。一方で、そうしたなかでこころの健康を脅かすような出来事に遭遇する場合もあり、たとえば、仕事では、就職や転職といったライフイベントに加え、長時間労働や職場におけるハラスメントなどの出来事がこころの不調の要因となりうる。

また、この時期は、妊娠や出産といった身体に影響を与えうるライフイベントと向き合う時期でもある。身体的な疾患への罹患を経験することも多くなり、たとえば、我が国の死亡者数の約6割を占める生活習慣病は、壮年期・中年期以降に患う場合が多いとされる。

さらに、仕事や子育てに加え、親の介護も、この時期に経験する主要なライフイベントのひとつであろう。自分ひとりで介護を抱えてしまうことにより、不安感や疲れやすさなどの症状が現れるともいわれる。

以下では、妊娠・出産とこころの健康に関し、産後うつと周産期喪失に着目し、続いて、子育てと介護についてもこころの健康の観点から詳しく取り上げる。また、身体的な疾患への罹患とこころの健康の関係についても考察する。

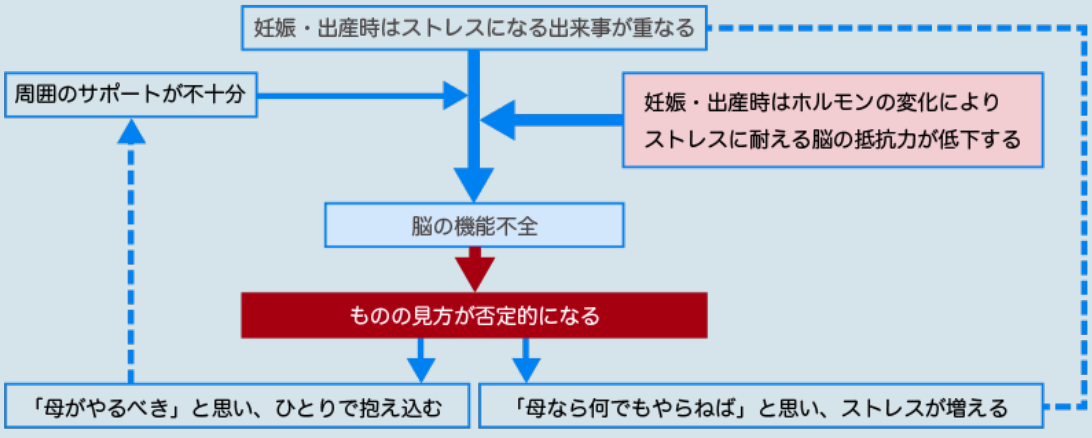
なお、壮年期・中年期の主要なライフイベントである就業については、次項「働く環境」でまとめて取り上げる。

① 産後うつ

(核家族化により産後の家族のサポートが得にくいといった社会的要因もある)

出産した女性の約3~5割が経験する「マタニティブルーズ」は、ホルモンバランスの変化に伴う一過性のものと考えられているが、症状が長引くことで「産後うつ」に移行することがある。産後の身体的な疲れや慢性的な睡眠不足などの生理的な要因に加え、核家族化により産後の家族のサポートが得にくいといった社会的要因にも留意する必要がある(図表1-1-1)。

図表1-1-1 妊娠・出産時のうつ病で生じる悪循環



資料:妊娠・出産に伴ううつ病の症状と治療(厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」)

（父親の産後うつの割合は、母親とほぼ同程度であった）

産後うつは、女性に限ったものではなく、父親である男性にも起こりうる。2020（令和2）年に国立成育医療研究センターが公表した研究結果[*5]によると、父親が産後1年間に「メンタルヘルスの不調のリスクあり」と判定される割合は11.0%で、母親の10.8%とほぼ同程度であった。また、夫婦が同時期に「メンタルヘルスの不調のリスクあり」と判定された世帯は3.4%に達した。これは、年間約3万組の夫婦が、1歳未満のこどもを抱えながら夫婦ともにメンタルヘルスの不調に苦しんでいる可能性を示唆している[*6]。

② 周産期喪失

（流産や死産の辛さは、1年経って以降でも続く場合もある）

自然流産は全妊娠の約10～15%に起こり、女性の年齢が高くなるほど多い。妊娠満12週以後の死児の出産数は、経年的には減少傾向で推移しているものの、厚生労働省「人口動態統計」によると、2022（令和4）年は1万5,179胎にのぼった。また、妊娠出産が高齢化していることに伴い、流産を繰り返す不育症の人も増加していると考えられる。

流産または死産を経験した後の、時期ごとの辛さの程度を尋ねた調査では、「流産もしくは死産がわかった直後」は、「非常に辛かった」の割合が8割近くに達しており、この割合は時間の経過とともに徐々に減少し、「流産もしくは死産から1年経って以降～現在」では約1割となっている（**図表1-1-2**）。

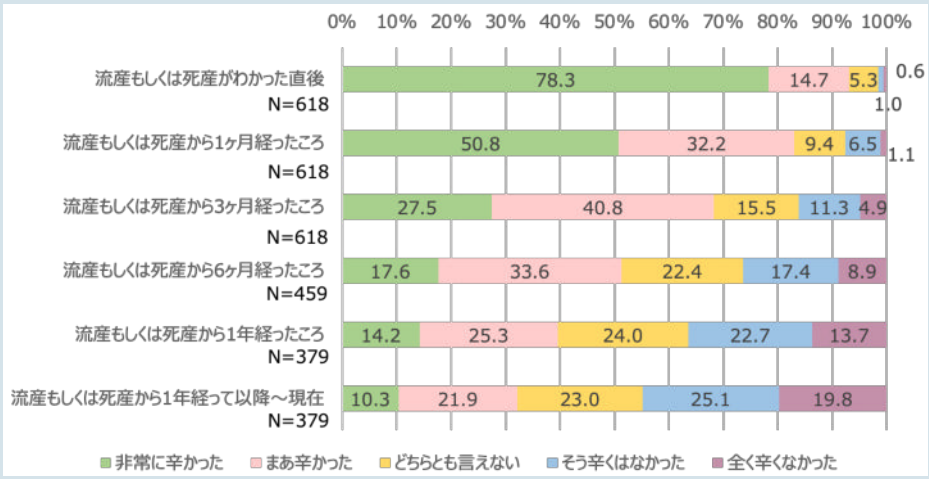
何らかの精神的な支援を必要としながらも、流産や死産による経験の辛さを相談するという発想に至らないことも多い。2020（令和2）年度に厚生労働省が行った「流産や死産等を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」によると、流産や死産が分かった直後に感じた辛さについて、誰かに相談した人は61.1%で、相談していなかった人は30.3%であった。相談しなかった理由は、「相談しても変化が期待できない（仕方がない）と思った」（41.5%）、「流産や死産について、人に話すことに抵抗があった」（39.3%）といった心理的な面が多い。一方、「身近に相談する先がなかった」（34.4%）、「誰に相談できるのかわからなかった」（29.5%）といった相談先へのアクセスの課題も挙げられていることから、本調査研究の結果等を踏まえ、こども家庭庁のウェブサイトにおいて、相談窓口[*7]を開設し、周知を行っている。

＊5 「Parental psychological distress in the postnatal period in Japan：a population-based analysis of a national cross-sectional survey」（Scientific Reports 2020 10（1）. doi：10.1038/s41598-020-70727-2）。厚生労働省が実施している国民生活基礎調査の2016年のデータから、生後1歳未満の子のいるふたり親家庭 3,514 世帯を抽出して実施。

＊6 同研究によれば、夫婦が同時期に精神的な不調となるリスク要因として、父親の長時間労働（週55時間以上）、母親の睡眠不足（6時間未満）といったことが示唆されている。

＊7 こども家庭庁ウェブサイト「流産・死産等を経験された方へ」（https：//www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/ryuuzan/）。

図表1-1-2 流産または死産を経験した後、時期ごとの辛さ



資料：令和２年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「流産や死産等を経験した女性に対する心理社会的支援に関する調査研究」事業報告書

③ 子育て

こどもを育てるという経験は、養育者となる自らのこころの健康にとっても大切なライフイベントである。

子育てをしていてよかったと感じる時について、こどもが喜んだ顔を見る時や、こどもの成長を感じる時を挙げる子育て世代の人は多く[*8]、日常生活のなかでその存在に感謝したり、思わぬ成長ぶりに感動するといった経験や、自分自身の成長を通じて人生の大きな喜びや生きがいを実感する人も多い。

他方で、子育てをめぐる社会環境や職場環境は、時代とともに変化しており、そうしたなかで、子育てがこころの健康に影響を与えるストレス要因として顕在化する場面も生じている。ここでは、我が国の世帯構成や就業構造の変化から、共働き世帯の子育てに関するストレスを取り上げ、さらに、ひとり親世帯や片働き世帯にも目を向けながら、子育てをめぐるストレスの状況を様々な角度からみていく。

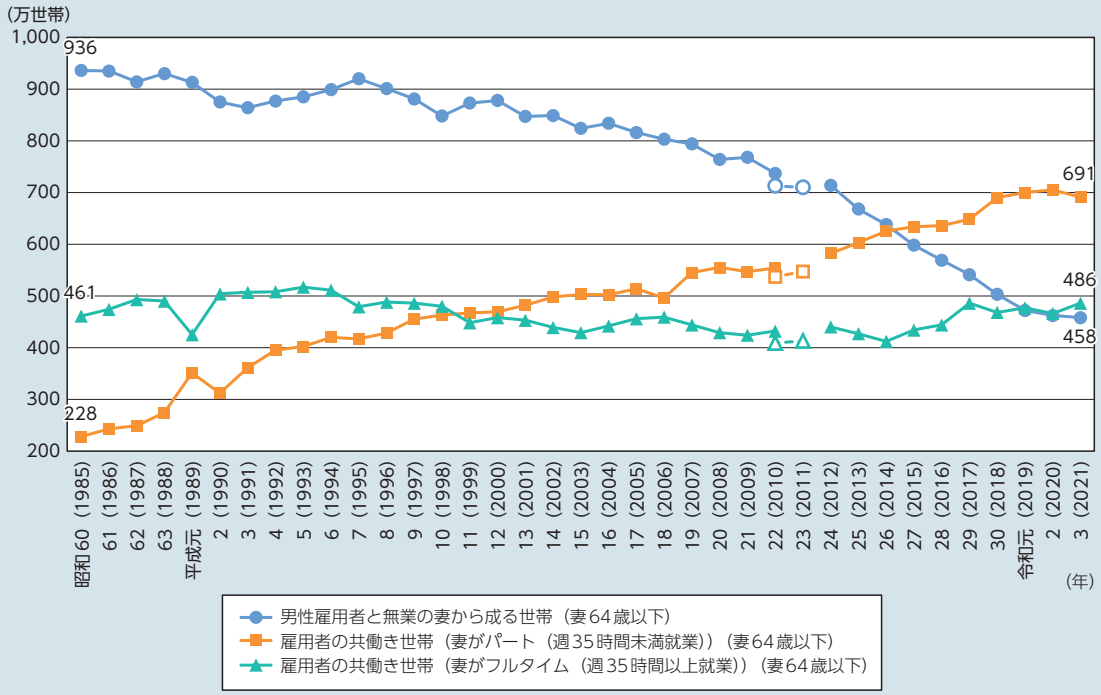
(我が国の雇用者の世帯構成は、共働き世帯が増加している)

我が国の雇用者の世帯構成をみると、1985（昭和60）年以降、男性雇用者と無業の妻からなる世帯数は減少傾向となっており、妻がパートタイム労働者（週35時間未満就業）の世帯数は、約200万世帯から約700万世帯に増加している。また、妻がフルタイム労働者（週35時間以上就業）の世帯数は、400万～500万世帯と横ばいで推移している（図表1-1-3）。

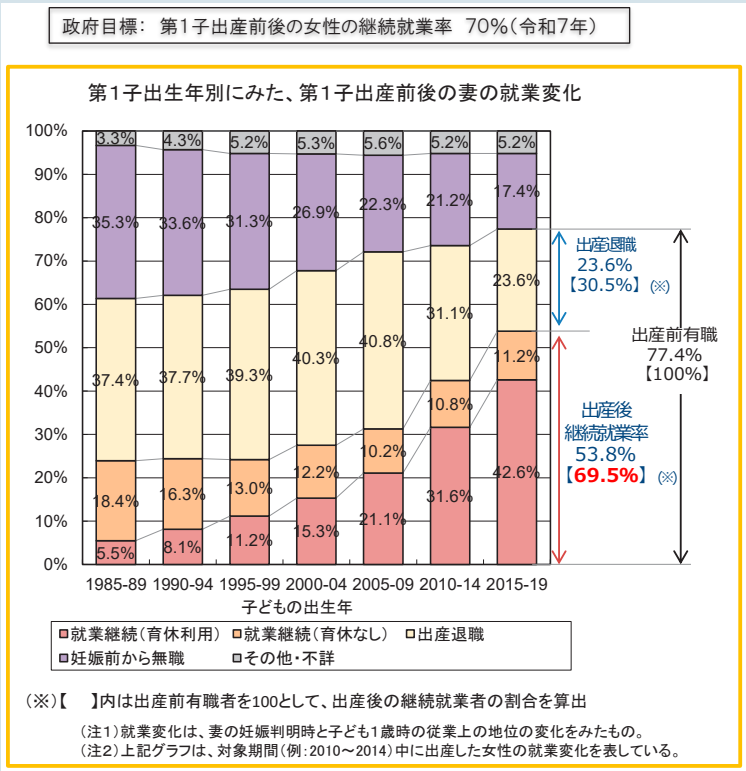
また、この間の育児休業制度の充実などにより、2015（平成27）年から2019（令和元）年までに第１子を出産した女性のうち妊娠が分かった時に就業していた女性では、出産後も就業継続する割合が約７割まで増加している（図表1-1-3）。

＊8 令和２年度「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」（文部科学省委託調査）によると、0～18歳の子を持つ 20～54歳の父母3,421人を対象に行ったアンケート調査で、「あなたは、今、子育てをしていて、主にどのようなときに良かったと感じますか」（回答は２つまで）との質問に対し、「子供が喜んだ顔を見るとき」が74.3%で最も高く、「子供の成長を感じるとき」が67.5%、「子供と話したり、遊ぶとき」が25.6%となっている。また、「良かったと感じたことはない」は1.7%であった。

図表1-1-3　共働き等世帯数の推移と第一子出産前後の妻の就業変化



（備考）1. 昭和60年から平成13年までは総務庁「労働力調査特別調査」（各年2月）、平成14年以降は総務省「労働力調査（詳細集計）」より作成。「労働力調査特別調査」と「労働力調査（詳細集計）」とでは、調査方法、調査月等が相違することから、時系列比較には注意を要する。
2. 「男性雇用者と無業の妻から成る世帯」とは、平成29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）かつ妻が64歳以下の世帯。平成30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）かつ妻が64歳以下の世帯。
3. 「雇用者の共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者（非正規の職員・従業員を含む）かつ妻が64歳以下の世帯。
4. 平成22年及び23年の値（白抜き表示）は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。



資料（上）：内閣府「令和４年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成
資料（下）：国立社会保障・人口問題研究所「第16回出生動向基本調査（夫婦調査）」（2021年）に基づき、厚生労働省雇用環境・均等局作成

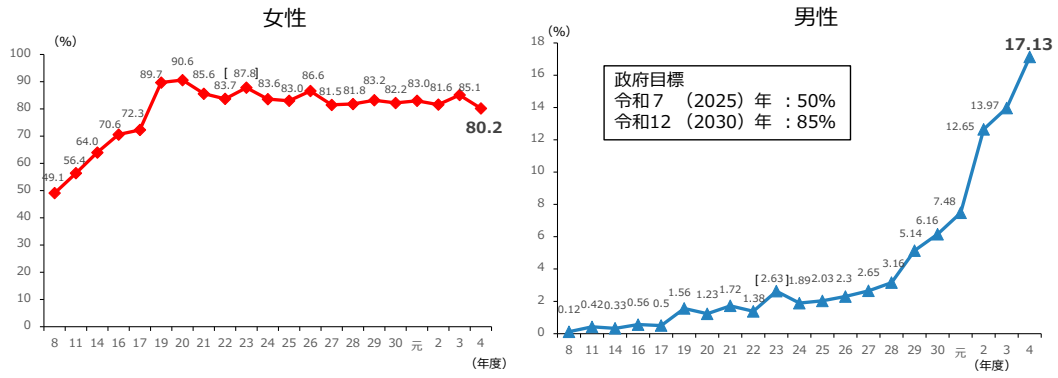
（我が国の育児休業取得率は、男性は女性と比べて依然低いが、近年上昇傾向）

こうしたなかで、我が国の育児休業取得率をみると、女性は過去10年以上にわたり8割台で推移している一方で、男性は直近の2022（令和4）年度実績*9でも17%程度と低水準ではあるものの、近年上昇傾向にある（図表1-1-4）。

図表1-1-4 育児休業取得率の推移

男女の育児休業の取得率の状況

- 育児休業取得率は、女性は８割台で推移している一方、男性は低水準ではあるものの上昇傾向にある（令和４年度：17.13%）。



育児休業取得率＝ 出産者のうち、調査年の10月1日までに育児休業を開始した者（開始予定の申出をしている者を含む。）の数 ／ 調査前年の9月30日までの１年間（※）の出産者（男性の場合は配偶者が出産した者）の数

（※） 平成22年度以前調査においては、調査前年度の１年間。
（注） 平成23年度の［ ］内の割合は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

資料：厚生労働省「雇用均等基本調査」に基づき、厚生労働省雇用環境・均等局作成

（仕事をしている女性では、仕事がある日の育児時間が長いほどディストレス（抑うつ・不安）が高い層が多く、共働き世帯の夫婦では妻が夫よりも多くの時間を育児に充てている）

次に、子育て世帯のディストレス（抑うつ・不安）の状況を育児時間の長さ別にみると、仕事をしている女性の「仕事のある日」においては、概ね育児時間が長いほどディストレスの高得点層の割合が高いという傾向が認められる。また、仕事をしている人の「仕事のある日」において最も育児時間が長い区分の者（「6時間超」の区分）は、男女ともに、ディストレスの高得点層（「38点以上」）が最も高い（図表1-1-5）。

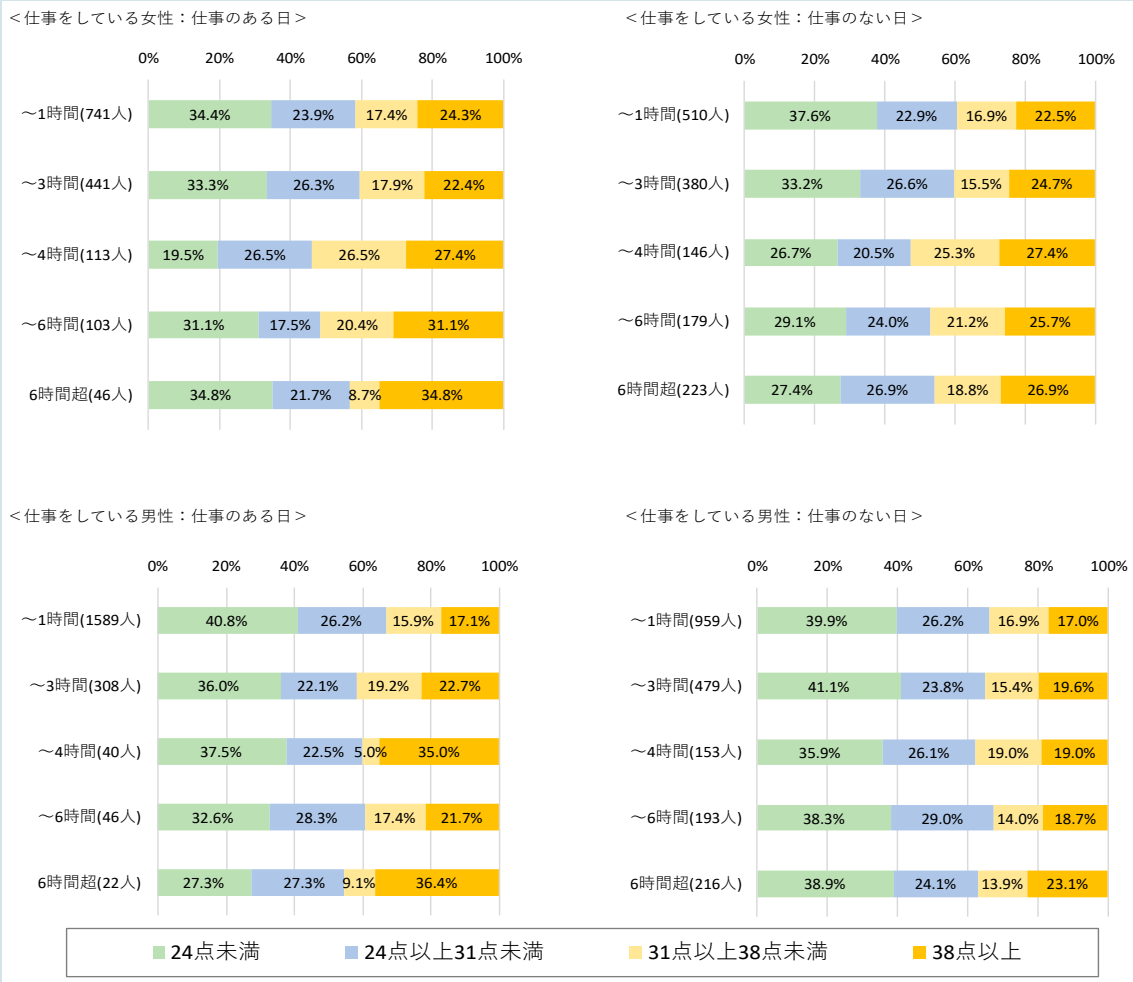
他方で、総務省「社会生活基本調査」によると、我が国の共働き世帯（6歳未満のこどもを持つ夫婦とこどもの世帯）の育児時間は、夫婦ともに経年的に増加しているものの、妻のほうが夫よりも長く、2021（令和3）年においては、妻が3時間24分に対し、夫が1時間3分であった*10。

共働き世帯においても、依然女性の方がより多くの時間を育児に充てており、また、仕事をしている女性の「仕事のある日」の育児時間が長くなることが、生活の質を下げるこ

＊9 令和2年10月1日から令和3年9月30日までの1年間に配偶者が出産した男性のうち、令和4年10月1日までに育児休業を開始した者。
＊10 総務省「我が国における家事関連時間の男女の差～生活時間からみたジェンダーギャップ～」（統計Today No.190）。

とにつながっている可能性があると考えられる。

図表1-1-5　育児時間の長さとディストレス（抑うつ・不安）の関係



（備考）1. 「家事等と仕事のバランスに関する調査」（令和元年度内閣府委託調査・株式会社リベルタス・コンサルティング）より作成。
2. 以下の条件を満たす人を対象にして集計。
・「ふだんの健康状態」が「ふつう」「まあ良い」又は「良い」と回答している
・世帯年収が200万円以上1500万円未満
・同居している中学生以下の子どもがいる
3. ディストレス（抑うつ・不安）については、日本家族社会学会が1998年度から経年的に実施にしている「全国家族調査」における「からだや心の状態」等の設問にならった。本分析では、回答選択肢のうち、「ほとんど毎日（週単位の質問）／何度もあった（月単位の質問）」を4点、「週に3～4日／ときどきあった」を3点、「週に1～2日／ごくまれにあった」を2点、「まったくなかった」を1点とする方法（ディストレスが強い回答選択肢ほど高得点にする方法）で点数化し、合計得点68点の中での分布を見た。ただし、頻度が低いほどディストレスが強い設問1問については、配点を逆転させている。
資料：内閣府「令和2年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

（ひとり親家庭の親もディストレスが高く、こどもについて悩みを抱えている人が多い）

我が国には、母子家庭が119.5万世帯、父子家庭が14.9万世帯[*11]と多くのひとり親家庭が存在している。ひとり親家庭の生活実態や就業状況等をみると、子育てと生計の担い手という二重の役割を一人で担うこととなり、住居、収入、こどもの養育等の面で様々な困難に直面する場合がある。

これまでの研究において、母子世帯の母親は有配偶の母親に比べてディストレス（抑う

＊11 厚生労働省「令和3年度全国ひとり親世帯等調査」。推計値。

つ・不安）が高いことが指摘されている*12が、その背景には、ひとり親家庭が直面するこれらの困難があると考えられる。

また、厚生労働省が行った「令和３年度全国ひとり親世帯等調査」によると、こどもについての悩みを抱えているひとり親は、母親では母子世帯の約７割にあたる約86.0万世帯、父親では父子世帯の約６割にあたる約9.2万世帯にのぼった。こどもについての悩みの主な内訳では、ひとり親である母親と父親のいずれも「教育・進学」が最も多く、約６割を占めた（**図表1-1-6**、**図表1-1-7**）。母子世帯と父子世帯の世帯年収は児童のいる世帯全体の平均年収よりも低い*13ことから、「教育・進学」の悩みが最も多い背景には、経済的な事情も主な要因のひとつとして考えられる。

図表1-1-6　母子世帯の母親が抱えるこどもについての悩みの内訳（最もあてはまるもの）

	総　数	しつけ	教育・進学	就　職	非行・交友関係	健　康	食事・栄養	衣服・身のまわり	結　婚	障　害	その他
令和３年											
総　数	860, 284	76, 073	518, 336	49, 513	16, 774	44, 846	26, 278	8, 335	4, 286	55, 721	60, 122
	(100. 0)	(8. 8)	(60. 3)	(5. 8)	(1. 9)	(5. 2)	(3. 1)	(1. 0)	(0. 5)	(6. 5)	(7. 0)
０歳～４歳	70, 311	16, 845	24, 599	425	376	4, 615	9, 215	944	1, 463	3, 263	8, 566
	(100. 0)	(24. 0)	(35. 0)	(0. 6)	(0. 5)	(6. 6)	(13. 1)	(1. 3)	(2. 1)	(4. 6)	(12. 2)
５歳～９歳	167, 575	35, 525	82, 745	0	4, 338	9, 440	7, 547	2, 012	838	15, 708	9, 422
	(100. 0)	(21. 2)	(49. 4)	(0. 0)	(2. 6)	(5. 6)	(4. 5)	(1. 2)	(0. 5)	(9. 4)	(5. 6)
10 歳～14 歳	303, 506	17, 439	218, 942	2, 238	6, 525	9, 620	6, 369	3, 576	515	20, 529	17, 752
	(100. 0)	(5. 7)	(72. 1)	(0. 7)	(2. 1)	(3. 2)	(2. 1)	(1. 2)	(0. 2)	(6. 8)	(5. 8)
15 歳以上	318, 893	6, 264	192, 050	46, 850	5, 535	21, 172	3, 147	1, 802	1, 470	16, 222	24, 382
	(100. 0)	(2. 0)	(60. 2)	(14. 7)	(1. 7)	(6. 6)	(1. 0)	(0. 6)	(0. 5)	(5. 1)	(7. 6)

（注）　表中の割合は「特に悩みはない」と不詳を除いた割合である。
資料：厚生労働省「令和３年度全国ひとり親世帯等調査」

＊12　斉藤知洋「シングルマザーの健康水準に対する就労の影響：「国民生活基礎調査」個票データを用いた検討」（「理論と方法」228-242（2020年））
＊13　厚生労働省「令和３年度全国ひとり親世帯等調査」によれば、母子家庭である世帯の平均年間収入は373万円であり、国民生活基礎調査による児童のいる世帯の平均所得を100として比較すると45.9となっている。また、父子家庭である世帯の平均年間収入は606万円であり、国民生活基礎調査による児童のいる世帯の平均所得を100として比較すると74.5となっている。

図表1-1-7　父子世帯の父親が抱えるこどもについての悩みの内訳（最もあてはまるもの）

	総　数	しつけ	教育・進学	就　職	非行・交友関係	健　康	食事・栄養	衣服・身のまわり	結　婚	障　害	その他
令和３年											
総　数	92,267	8,238	53,056	7,227	1,339	4,838	6,379	1,790	1,144	4,761	3,495
	(100.0)	(8.9)	(57.5)	(7.8)	(1.5)	(5.2)	(6.9)	(1.9)	(1.2)	(5.2)	(3.8)
０歳～４歳	2,464	719	1,004	0	0	133	608	0	0	0	0
	(100.0)	(29.2)	(40.7)	(0.0)	(0.0)	(5.4)	(24.7)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
５歳～９歳	15,921	2,078	8,469	0	340	985	1,644	549	183	1,261	412
	(100.0)	(13.1)	(53.2)	(0.0)	(2.1)	(6.2)	(10.3)	(3.4)	(1.1)	(7.9)	(2.6)
10歳～14歳	33,298	3,031	20,703	471	490	2,030	2,397	703	251	2,184	1,039
	(100.0)	(9.1)	(62.2)	(1.4)	(1.5)	(6.1)	(7.2)	(2.1)	(0.8)	(6.6)	(3.1)
15歳以上	40,584	2,410	22,880	6,757	509	1,690	1,730	538	710	1,316	2,044
	(100.0)	(5.9)	(56.4)	(16.6)	(1.3)	(4.2)	(4.3)	(1.3)	(1.7)	(3.2)	(5.0)

(注)　表中の割合は「特に悩みはない」と不詳を除いた割合である。
資料：厚生労働省「令和３年度全国ひとり親世帯等調査」

(専業主婦世帯の母親も精神的負担に直面している)

また、共働き世帯やひとり親世帯だけではなく、専業主婦世帯等の片働き世帯も子育て負担に直面する場合がある。2020（令和2）年に行われた文部科学省の委託調査の結果によると、子育てをしていて負担を感じることについて、片働き世帯では、「精神的な負担」の割合が共働き世帯よりも特に高くなっている（**図表1-1-8**）。また、子育てについての悩みや不安の程度について、片働き世帯では、子育ての悩みや不安を感じる割合（「いつも感じる」と「たまに感じる」の合計）が約7割と高くなっている（**図表1-1-9**）。

これらの結果を踏まえて、同調査では、ひとり親とこどもからなる世帯や「専業主婦(夫)・無業・その他」の人は、平日の子育ての分担をほとんど自分で対応している割合が高く、精神的な負担を感じやすいと考察している。

図表1-1-8　子育てをしていて負担に感じること

（%）

	n＝	経済的な負担	肉体的な負担	精神的な負担	親同士のつきあいの負担	時間的余裕がないこと	子育てに関する情報が多すぎること	子育てに関する情報が少なすぎること	その他	負担は感じていない
共働き	1699	49.8	20.9	25.3	7.8	31.7	3.1	1.4	0.8	14.8
片働き	1722	48.5	22.2	32.6	7.2	27.5	3.4	2.3	0.7	14.5

(注)　回答は２つまで。
資料：2020（令和2）年度文部科学省委託調査「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」

図表1-1-9 子育てについての悩みや不安の程度



資料：2020（令和2）年度文部科学省委託調査「家庭教育の総合的推進に関する調査研究～家庭教育支援の充実に向けた保護者の意識に関する実態把握調査～」

④ 介護

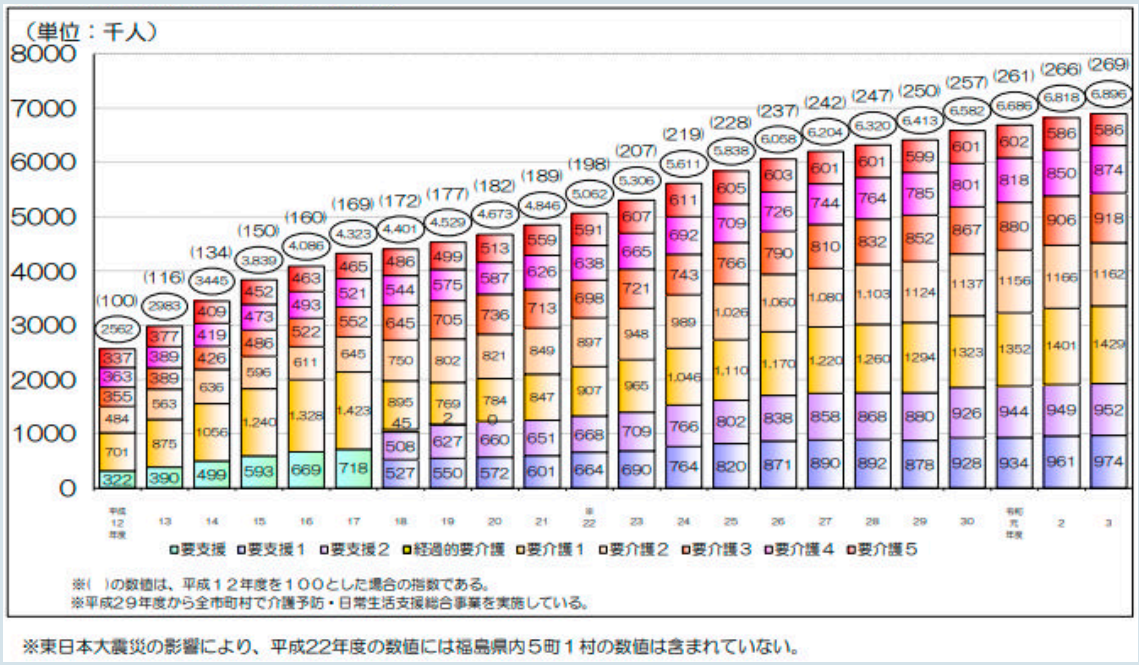
（介護をしている人は約629万人、このうち有業の人は約365万人となっている）

我が国の要介護（要支援）認定者数は、増加が続いている。厚生労働省「介護保険事業状況報告」によると、2021（令和3）年度の認定者数は、2000（平成12）年4月の介護保険法の施行当初と比較すると約2.7倍の約690万人にのぼっている（**図表1-1-10**）。

また、厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2022（令和4）年における要介護（要支援）者の「主な介護者」は、同居・別居の家族である割合が6割近くにのぼっている（**図表1-1-11**）。家族が主たる介護者である割合は、2019（令和元）年の前回調査から1割程度減少しているものの、依然として家族が主たる介護者であることが分かる。

さらに、総務省「就業構造基本調査」によると、2022（令和4）年に15歳以上の人で介護をしている人は約629万人おり、このうち6割近くを有業の人が占めている（**図表1-1-12**）。

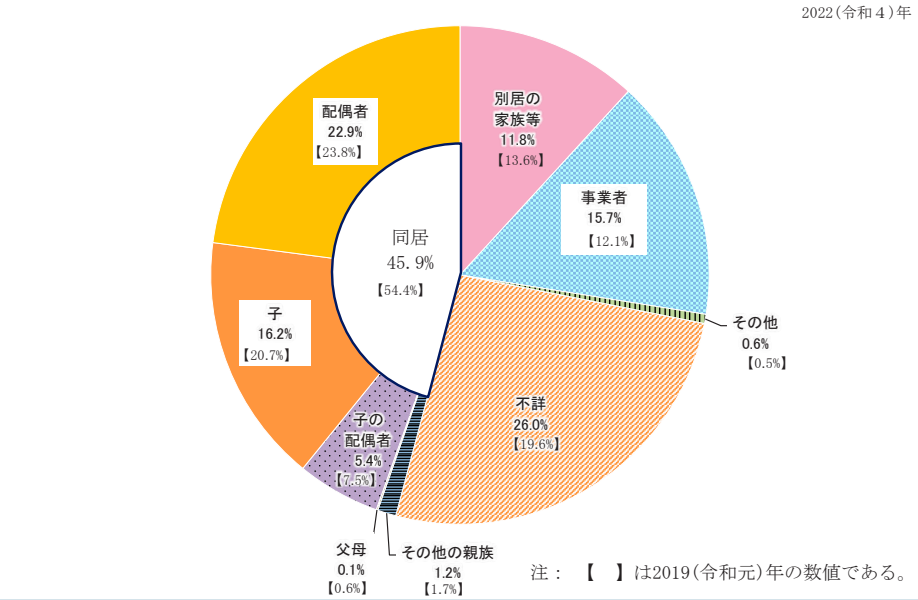
図表1-1-10 要介護（要支援）認定者数の推移（年度末）



※東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない。

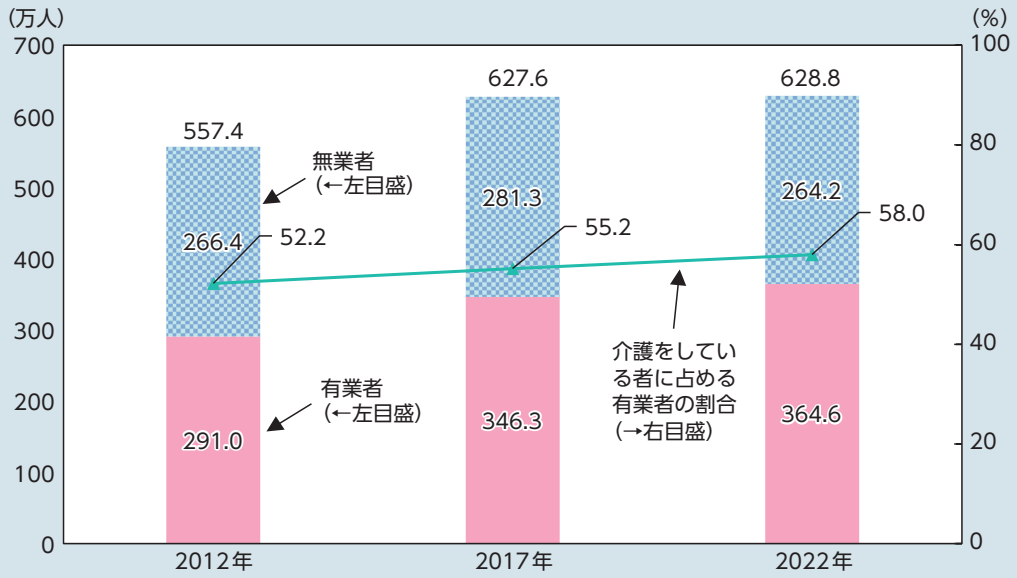
資料：厚生労働省「令和3年度介護保険事業状況報告（年報）報告書の概要」

図表1-1-11　「要介護者等」からみた「主な介護者」の続柄別構成割合



資料：厚生労働省「2022（令和４）年　国民生活基礎調査の概況」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

図表1-1-12　介護をしている者の数と有業者の割合の推移



資料：総務省「令和４年就業構造基本調査　結果の概要」

（要介護者のいる世帯は、単独世帯と核家族世帯が増加している）

在宅介護をめぐる状況にも変化が生じつつある。厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2000（平成12）年４月の介護保険法の施行当初と比較すると、要介護（要支援）者のいる世帯では、単独世帯が大きく増加し、夫婦のみの世帯も増加している（**図表1-1-13**）。

この傾向は、介護をする家族の高齢化を示唆している。実際に、在宅の要介護（要支

援）者と同居の主な介護者の年齢の組み合わせをみると、60歳以上同士の割合は過去20年間で20%ポイント以上増加し、8割近くに達しており、さらに75歳以上同士の割合も3割を超えるなど、いわゆる老老介護の増加にも留意する必要がある（図表1-1-14）。

図表1-1-13　世帯構造別にみた「要介護者等のいる世帯」の構成割合

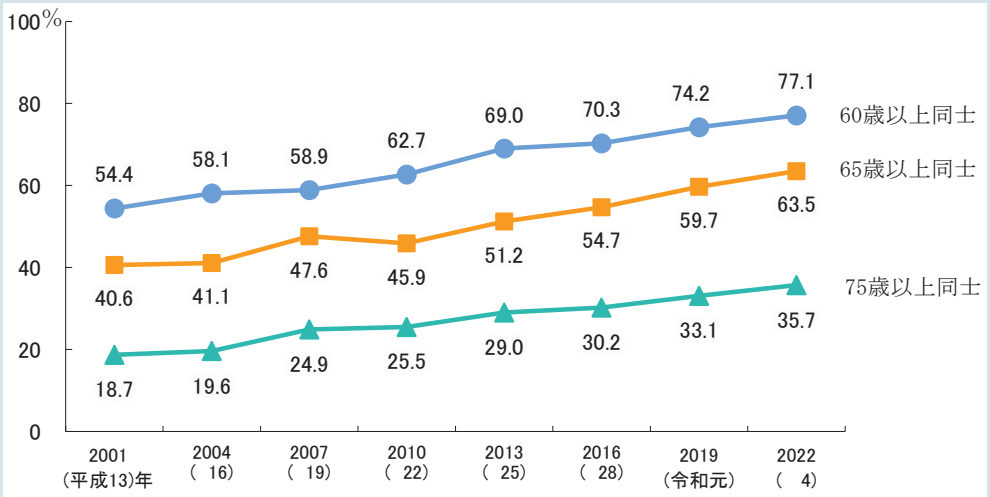
（単位：%）

年次	総　数	単独世帯	核家族世帯	（再掲）夫婦のみの世帯	三世代世帯	その他の世帯	（再掲）高齢者世帯
2001（平成13）年	100.0	15.7	29.3	18.3	32.5	22.4	35.3
’04（　16）	100.0	20.2	30.4	19.5	29.4	20.0	40.4
’07（　19）	100.0	24.0	32.7	20.2	23.2	20.1	45.7
’10（　22）	100.0	26.1	31.4	19.3	22.5	20.1	47.0
’13（　25）	100.0	27.4	35.4	21.5	18.4	18.7	50.9
’16（　28）	100.0	29.0	37.9	21.9	14.9	18.3	54.5
’19（令和元）	100.0	28.3	40.3	22.2	12.8	18.6	57.1
’22（　4）	100.0	30.7	42.1	25.0	10.9	16.4	61.5

注：2016（平成28）年の数値は、熊本県を除いたものである。

資料：厚生労働省「2022（令和4）年　国民生活基礎調査の概況」

図表1-1-14　「要介護者等」と「同居の主な介護者」の年齢組み合わせ



注：2016（平成28）年の数値は、熊本県を除いたものである。

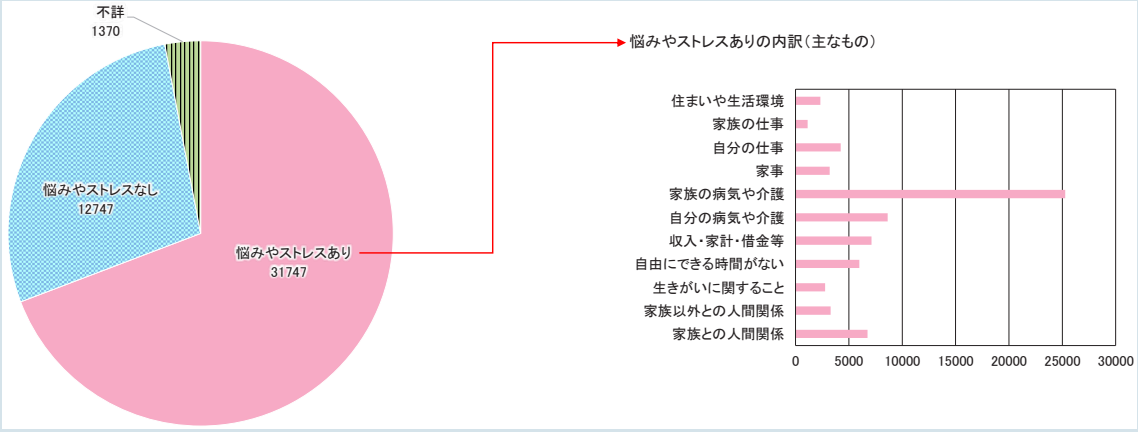
資料：厚生労働省「2022（令和4）年　国民生活基礎調査の概況」

（介護者の悩みやストレスをみると、家族の病気や介護に関するものが突出して高い）

次に、介護者の悩みやストレスをみると、悩みやストレスがあると回答した人は全体の7割近くに達しており、なかでも家族の病気や介護に関するものが突出して高い（図表1-1-15）。また、家族との人間関係や経済的な不安、自分自身の健康や自由にできる時間のなさについても、悩みやストレスの原因に挙げられており、こうした複合的なストレス

は、在宅介護をめぐる近年の世帯構造の変化とも無関係ではないだろう。

図表1-1-15　同居の主な介護者の悩みやストレスの原因



（注1）悩みやストレスありの内訳（主なもの）は複数回答可
（注2）図表中の数字は介護を要する者数10万対
資料：厚生労働省「2022（令和4）年　国民生活基礎調査」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

⑤　身体的な疾患への罹患[*14]

（身体の病気によるストレスが、こころの不調の原因となる場合がある）

身体の病気に罹ると、その診断や治療経過のなかで様々なストレスを経験するといわれる。たとえば、壮年期・中年期以降に患いやすいといわれる、がん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）などの生活習慣病は、我が国の医療費の約3割、死亡者数の約6割を占めており、高齢化を背景に今後も罹患者や死亡者の増加が見込まれているが、このうちがんについてみると、多くの人が診断の告知の際に大きな衝撃を受け、その後1～2週間程度、気持ちが不安定になり、食欲不振や不眠などの症状が出るといわれる。その時期を過ぎると、現実の問題に向き合い、困難を乗り越えようとする力が徐々に湧いてくるようになるとされるが、なかには、気分の落ち込みや不安など、精神的に不安定な状態が継続することもあり、精神科医や公認心理師などによるこころのケアが必要になる場合もあるとされる。

また、糖尿病患者についてはうつ病になりやすく、反対に、うつ病患者も糖尿病になりやすいといわれている。心疾患や脳血管疾患などの循環器病についても同様の指摘がされており、循環器病の患者のなかにはうつ病を発症している人も少なくなく、うつ病になると循環器病の再発や予後に良くない影響があるとされている。

(3) 高齢期・老年期

①　喪失体験と生活の不活発

（豊かな収穫を得ていく時期であるが、様々な喪失体験にも直面しやすい）

65歳以降の高齢期・老年期は、人生の完成期に向かって、仕事中心の生活サイクルか

＊14 身体的な疾患への罹患によるこころの健康への影響については、厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」の「からだの病気とこころ」を参照した。また、糖尿病については、国立国際医療研究センターのウェブサイト「糖尿病情報センター」掲載の「関連する病気」も参照した。

らの変化を経験しながら、豊かな収穫を得ていく時期である。一方で、身体には老化がみられ、健康問題も大きくなっていく。高齢期は、「喪失」に関連した様々なストレスを感じやすいとされており、この時期のライフイベントには、退職、子の独立、住み慣れた家からの転居（施設入所など）、死別など、様々な喪失体験にも直面しやすいことに留意が必要である。

また、先述のとおり、要介護者等のいる世帯の構成割合をみると、単独世帯の構成割合が大きく増加している実情から、もともと認知機能や心身の機能が低下しがちな高齢者が、孤独や生活の不活発により更なる機能低下を経験するおそれも懸念される。生活不活発病[*15]といわれる様々な症状の出現のなかには、気持ちの落ち込みなどのうつ症状も指摘されており、こころの健康の観点からも留意が必要である。

②　高齢者のこころの特徴
（高齢者のこころの変化に対する理解が十分でないと、ストレスの要因にもなる）

高齢者のこころの特徴として、たとえば、論理的に考えていくよりも「印象」、「直感」によって判断することが多くなっていくことが挙げられる。加えて、流動性知識（反応の速さ、問題処理能力など）は衰えやすい半面、結晶性知識（知識や理念）は保たれやすいことから、理詰めの説明よりも、エピソードを交えたイメージの湧きやすい説明の方が理解しやすいとされている。また、コミュニケーションの流暢さが低下し、話題の寄り道・脱線が増える「迂遠」と呼ばれる状態になりやすく、本人にとっては「言葉が喉まで出かかって出ない」といった形で体験される。

こうした変化に対する本人や周囲の人の理解が十分でないと、一見、大きなライフイベントのない穏やかな日常生活を送っていても、思わぬストレスを溜め込んでしまう要因にもなりかねず、留意が必要である。

2 働く環境

ここまで、ライフステージごとのストレス要因についてみてきたが、本項では、壮年期・中年期における重要なライフイベントである「就業」とこころの健康についてみていく。

上述したとおり、こころの健康は、「人生のストレスに対処しながら、自らの能力を発揮し、よく学び、よく働き、コミュニティにも貢献できるような、精神的に満たされた状態」であり、壮年期・中年期においては、「働きがい」と「働きやすさ」が実現できる職場環境は、こころの健康を高め、支える観点からも重要であるといえる。

働きがいを示す指標の一つであるワーク・エンゲイジメント[*16]と就業環境や雇用管理に関する分析によると、「職場の人間関係やコミュニケーションの円滑化」、「労働時間の短縮や働き方の柔軟化」、「業務遂行に伴う裁量権の拡大」、「いわゆる正社員と限定正社員との間での相互転換の柔軟化」、「仕事と病気治療との両立支援」、「育児・介護・病気治療等により離職された方への復職支援」といった雇用管理の実施率の高さとワーク・エンゲ

＊15 生活不活発病は、身体を動かす機会が減ることで全身のあらゆる機能が低下し、様々な症状が出現することをいう。廃用症候群ともいう。
＊16 オランダ・ユトレヒト大学のSchaufeli教授らによって、2002年に確立された概念であり、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態として、「仕事から活力を得ていきいきとしている」（活力）、「仕事に誇りとやりがいを感じている」（熱意）、「仕事に熱心に取り組んでいる」（没頭）の3つが揃った状態として定義される。

イジメント・スコア[*17]との間には正の相関がある可能性が示唆されている[*18]。

このように、就業という側面からウェルビーイングの向上を図っていくためには、働き方を労働者が主体的に選択し、円滑な移動や転換、マルチキャリアパスを可能とするための環境整備や、企業による個人の希望・特性等に応じた雇用管理等を推進していくことが必要と考えられる[*19]。

一方で、裏を返せば、このような環境整備や雇用管理等が不十分な場合には、就業というライフイベントがこころの不調をきたすストレス要因ともなり得ることに留意しなければならない。

以下では、働く人を取り巻くストレスの現状について確認し、雇用される労働者の労働時間や睡眠時間、そして職場におけるハラスメントについて整理した上で、フリーランスとして働く人に対するハラスメントの状況についても取り上げる。

(1) 労働者を取り巻くストレスの現状

(ストレスを感じている労働者の割合は、2022（令和4）年は82.2%であった)

厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査)」によると、仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は、2022（令和4）年は82.2%であった（**図表1-1-16**)。

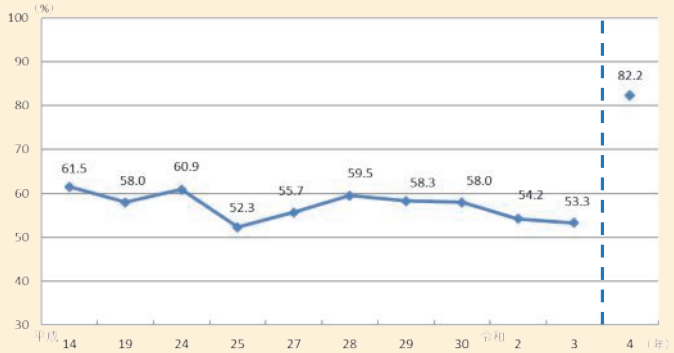
ストレスの内容を年代別にみると、20歳未満から40歳代までは、「仕事の失敗、責任の発生等」が最も高く、次いで「仕事の量」となっている。一方、50歳代は「仕事の量」が最も高く、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」が高くなっている。なお、60歳以上はストレスと感じる事柄を1つも選択しなかった人が最も多かったが、ストレスがある人のストレスの内容では、「仕事の質」が最も高く、次いで「対人関係（セクハラ・パワハラを含む。)」となっている（**図表1-1-17**)。

また、就業形態別にみると、正社員は「仕事の量」、「仕事の失敗、責任の発生等」の順に高くなっているが、契約社員や派遣労働者では「雇用の安定性」の割合が高い傾向があり、特に派遣労働者では突出して最も高い（**図表1-1-18**)。

このように、ストレスを感じている労働者は非常に多いが、その要因や背景は、年代や就業形態などにより多様であることが分かる。

＊17 ワーク・エンゲイジメントの測定に当たっては、ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度（Utrecht Work Engagement Scale：UWES）が最も広く活用されており、通常、「活力」「熱意」「没頭」といった下位因子を17項目の質問で測定している。その他、UWESでは、3つの因子を3項目ずつ、合計9項目の質問で測定できる短縮版、合計3項目の質問で測定できる超短縮版（Ultra-Short Measure）も開発されている。
＊18 「令和元年版　労働経済の分析　－人手不足の下での「働き方」をめぐる課題について－」第Ⅱ部第3章第3節参照。
＊19 「雇用政策研究会報告書　人口減少・社会構造の変化の中で、ウェル・ビーイングの向上と生産性向上の好循環、多様な活躍に向けて」(2019年7月)。

図表1-1-16 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合

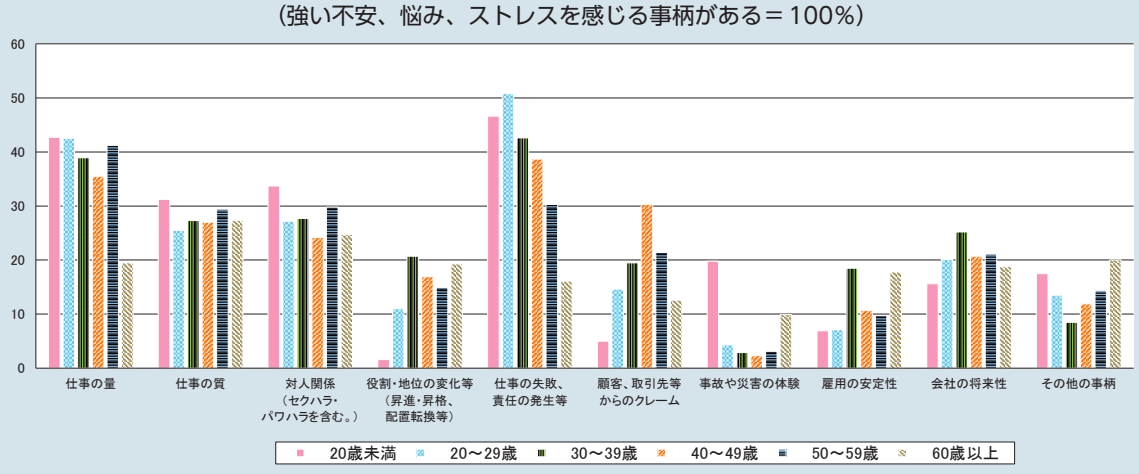


(※) 過労死等の防止のための対策に関する大綱に基づく数値目標
⇒自分の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み又はストレスがあるとする労働者の割合を 50%未満（令和９年まで）。

（注）１．常用労働者 10 人以上を雇用する民営事業所で雇用されている常用労働者及び受け入れた派遣労働者を対象。
２．平成 26 年及び令和元年は「労働安全衛生調査（労働環境調査）」を行っており、本事項については調査していない。
３．令和４年調査から本設問の形式を変更した。令和３年調査までは、最初にストレスの有無を選択させ、「ある」を選択した場合にストレスと感じる事柄（10 項目）から３項目以内を選択させる設問形式としていたが、令和４年調査は、ストレスの有無の選択を前置せず、ストレスと感じる事柄（10 項目）から３項目以内で選択する設問形式としており、１つでも選択した場合に、ストレスが「ある」に該当するものとしている。そのため、令和３年以前との単純比較はできない。

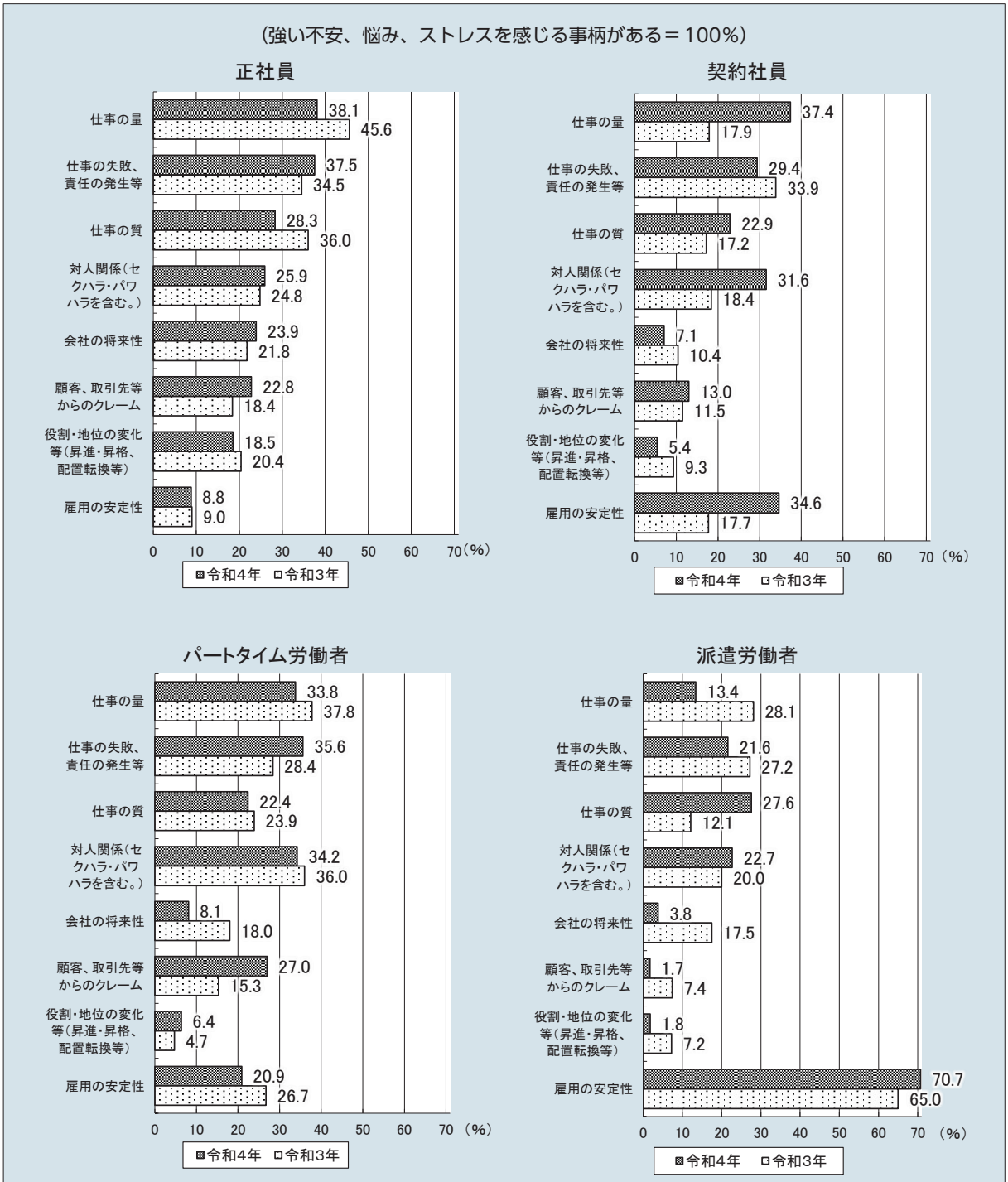
資料：厚生労働省「令和４年労働安全衛生調査（実態調査）」（ただし、平成14年、19年、24年は厚生労働省「労働者健康状況調査」）に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表1-1-17 年齢階級別にみた仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合（主なもの３つ以内）



資料：厚生労働省「令和４年労働安全衛生調査（実態調査）」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

図表1-1-18　就業形態別にみた強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合（主なもの３つ以内）



（注）　項目「事故や災害の体験」「その他の事柄」はグラフには掲載していない。
資料：厚生労働省「令和４年労働安全衛生調査（実態調査）」

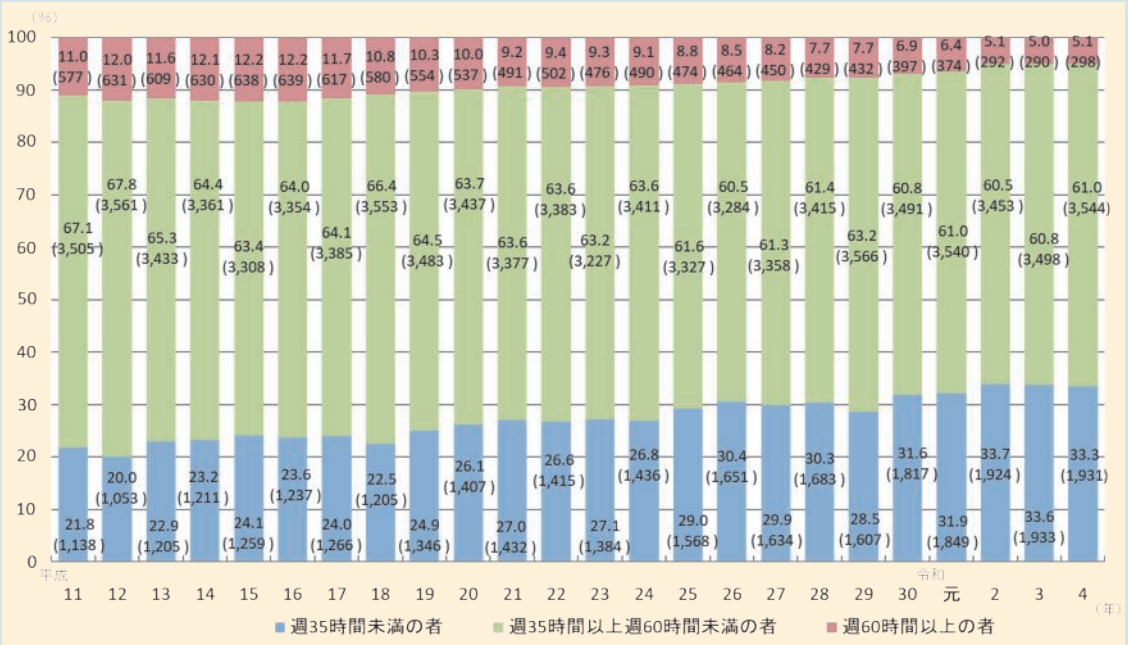
①　労働時間

（週60時間以上働く雇用者数は、長期的には緩やかな減少傾向を示している）

上述のとおり、仕事の量は労働者の主要なストレスのひとつといえるが、仕事量の多さは労働時間の長さとして現れる場合も少なくない。総務省「労働力調査」の月末１週間の就業時間別の雇用者割合の推移をみると、１週間の就業時間が60時間以上である雇用者の割合は、2003（平成15）年をピークとして、働き方改革の進展等により、緩やかな減

少傾向を示しているが、2022（令和4）年は5.1％と前年より0.1％ポイント増加した。また、月末1週間の就業時間が60時間以上である雇用者数は298万人と前年より約8万人増加した（図表1-1-19）。

図表1-1-19　月末1週間の就業時間別の雇用者の割合及び雇用者数



（注）1．非農林業雇用者について作成したもの。
2．就業時間不詳の者がいるため、計100%とならない。
3．括弧内の数字は雇用者数を表しており、単位は万人。

資料：総務省「労働力調査（基本集計）」（平成23年は岩手県、宮城県及び福島県を除く）に基づき、厚生労働省労働基準局作成

（労働時間が長くなると、うつ病などの疑いがある人の割合が増加する傾向がみられる）

1週間当たりの実労働時間別のうつ傾向・不安についてみると、労働時間が長くなるにつれて、うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いがある人の割合が増加する傾向がみられる（図表1-1-20）。また、労働時間が長くなるにつれて、翌朝に前日の疲労を持ち越す頻度が増加する傾向がみられ（図表1-1-21）、その頻度が増加すると、うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いがある人[*20]の割合が増加する傾向もみられる（図表1-1-22）。

こうしたことから、労働時間がこころの不調につながる背景には、長時間労働による疲労の蓄積があるとみられる。

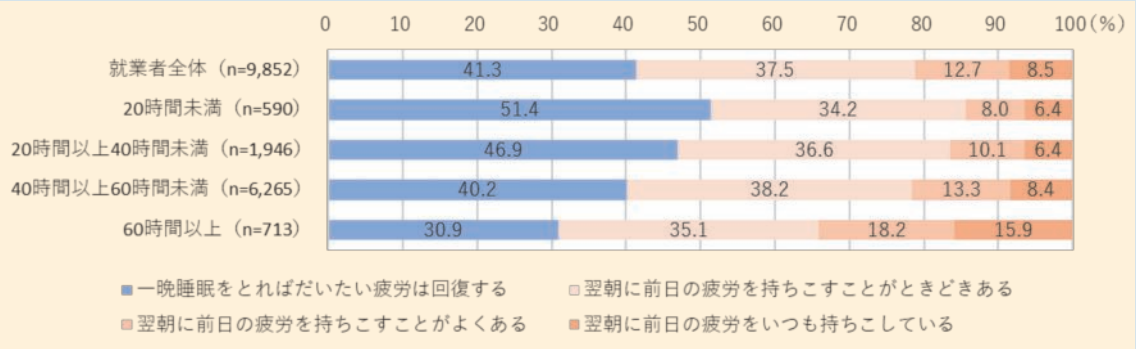
＊20　うつ病・不安障害（重度のものを含む）の疑いのある人の判別に当たっては、K6という尺度を用いている。K6は、米国のKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。6つの質問について5段階（「まったくない」（0点）、「少しだけ」（1点）、「ときどき」（2点）、「たいてい」（3点）、「いつも」（4点））で点数化し、合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとされている。

図表1-1-20　１週間当たりの実労働時間別うつ傾向・不安（就業者調査）



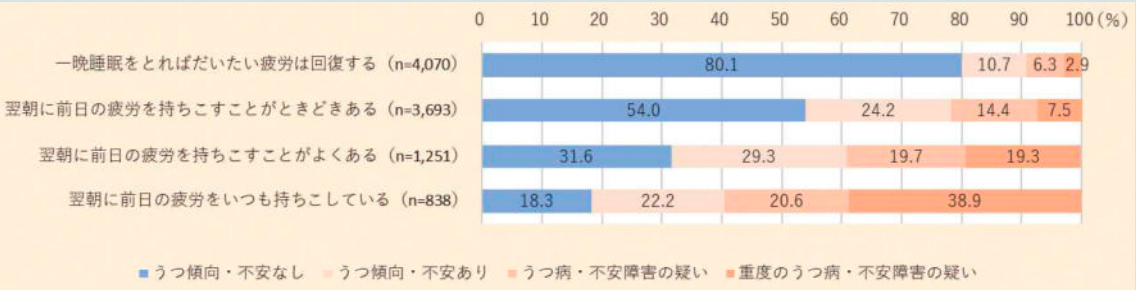
（注）　自営業者等と会社役員は、就業時間を労働時間として算出。
資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和４年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表1-1-21　１週間当たりの実労働時間別疲労の持ち越し頻度（就業者調査）



（注）　自営業者等と会社役員は、就業時間を労働時間として算出。
資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和４年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表1-1-22　疲労の持ち越し頻度別うつ傾向・不安（就業者調査）



資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和４年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

②　睡眠時間

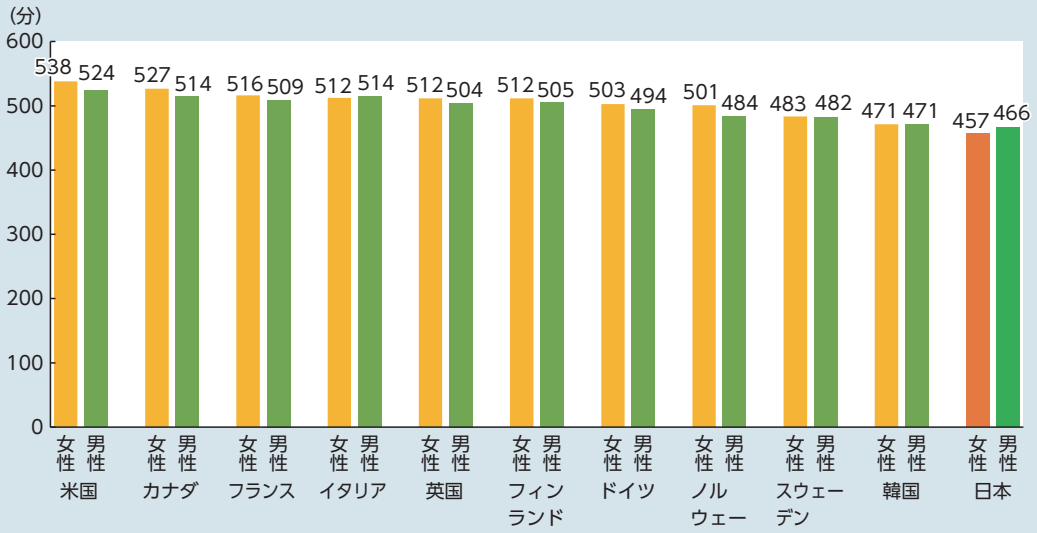
（国際的にみると、我が国の男女の睡眠時間は短くなっている）

１日の時間は有限であることから、労働者にとって、労働時間の長さは睡眠時間の確保に影響を与える。経済協力開発機構（OECD）の調査によると、我が国の男女の睡眠時

間は、国際的にみると短くなっていることが分かる（**図表1-1-23**）。また、睡眠時間とこころの状態の関係についてみると、2022（令和4）年「国民生活基礎調査」によると、うつ傾向・不安（K6）の点数が「0～4点」である人の割合は、睡眠時間が「7時間以上8時間未満」の場合に最も高く、睡眠時間が「5時間未満」の場合に最も低い（**図表1-1-24**）。

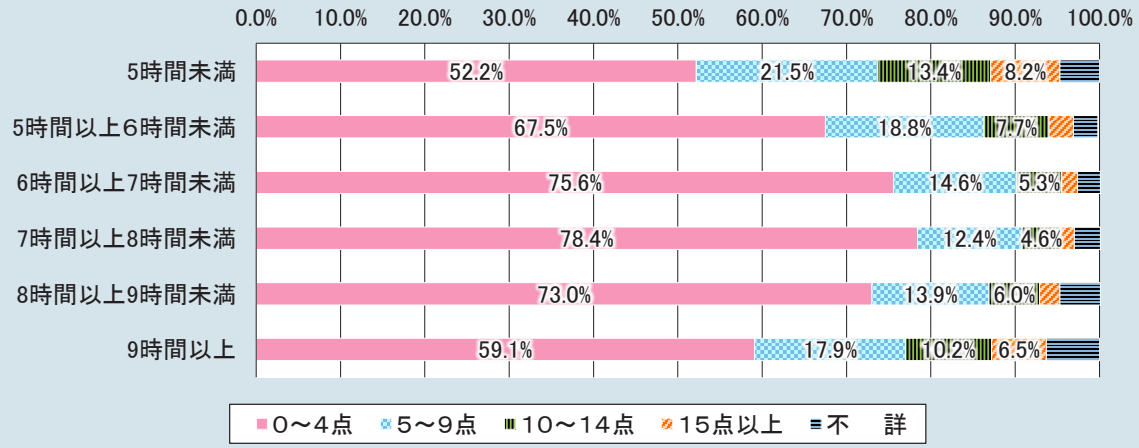
このことから、睡眠時間の長さは、こころの健康を確保する上で重要な要素のひとつであるといえる。

図表1-1-23 睡眠時間の国際比較



（備考）1．日本は、総務省「令和３年社会生活基本調査」、それ以外の国は、OECD "Gender data portal 2021 Time use across the world"より作成。
2．睡眠時間は、「sleeping」に該当する生活時間。
3．日本は令和３(2021)年、米国は令和元(2019)年、カナダは平成27(2015)年、英国及び韓国は平成26(2014)年、イタリアは平成25(2013)年、ドイツは平成24(2012)年、ノルウェー及びスウェーデンは平成22(2010)年、フランス及びフィンランドは平成21(2009)年の数値。
資料：内閣府「令和６年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

図表1-1-24 睡眠時間とこころの状態



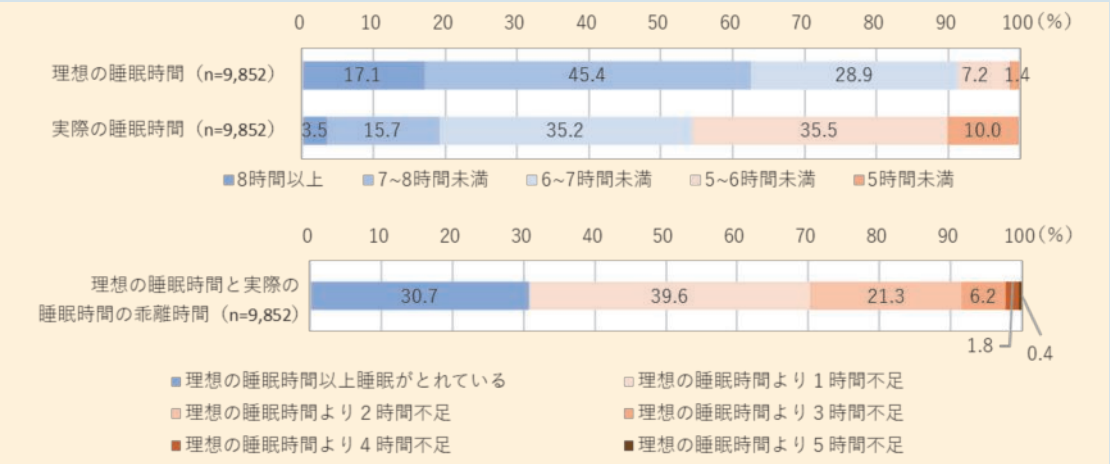
（注）K6に基づく点数。K6については注釈20参照。
資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

（約７割の労働者は、理想の睡眠時間を取れていない）

他方で、約７割の労働者は、理想の睡眠時間を取れていないとされている。厚生労働省が行った調査によると、労働者の理想の睡眠時間は、「7～8時間未満」が45.4%で最も多く、次いで「6～7時間未満」の28.9%であった。その一方で、実際の睡眠時間は「5～6時間未満」が35.5%で最も多く、次いで「6～7時間未満」の35.2%であった。

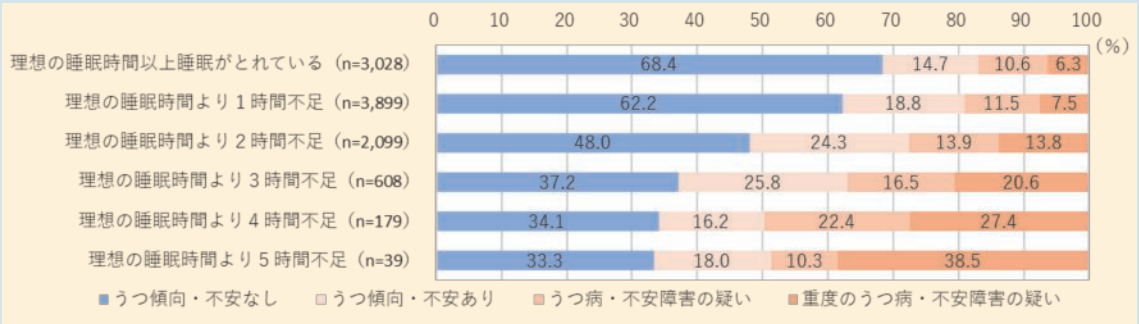
また、理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間は、「理想の睡眠時間より１時間不足」が39.6%で最も多い（図表1-1-25）。理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間別のうつ傾向・不安（K6）をみると、乖離が大きくなるにつれて、「うつ傾向・不安なし」の人の割合が減少する傾向がみられる（図表1-1-26）。

図表1-1-25　理想の睡眠時間と実際の睡眠時間及びその乖離時間（就業者調査）



資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和４年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

図表1-1-26　理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離時間別うつ傾向・不安（就業者調査）



資料：労働安全衛生総合研究所社会労働衛生研究グループ「令和４年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面調査研究」に基づき、厚生労働省労働基準局作成

（睡眠時間の確保は、プレゼンティーズムの観点からも注目される）

このような睡眠不足により心身に不調をきたしてしまうと、欠勤や休職を余儀なくされる（アブセンティーズム）だけでなく、出勤はするものの心身の不調により十分なパフォーマンスが発揮できない状態（プレゼンティーズム）につながる場合もある。

近年、睡眠時間の重要性は、こうした日中のパフォーマンスの低下に着目するプレゼンティーズムの観点からも注目されており、たとえば、雇用する労働者の睡眠時間の長さや睡眠の質の良さは企業の利益率を高める効果を持つとの指摘もある[*21]。良質な睡眠の確保は、企業にとって、労働者のこころの不調を予防するという意味にとどまらず、生産性の向上という視点からも課題であることを示唆しているといえる。

③　職場におけるハラスメント

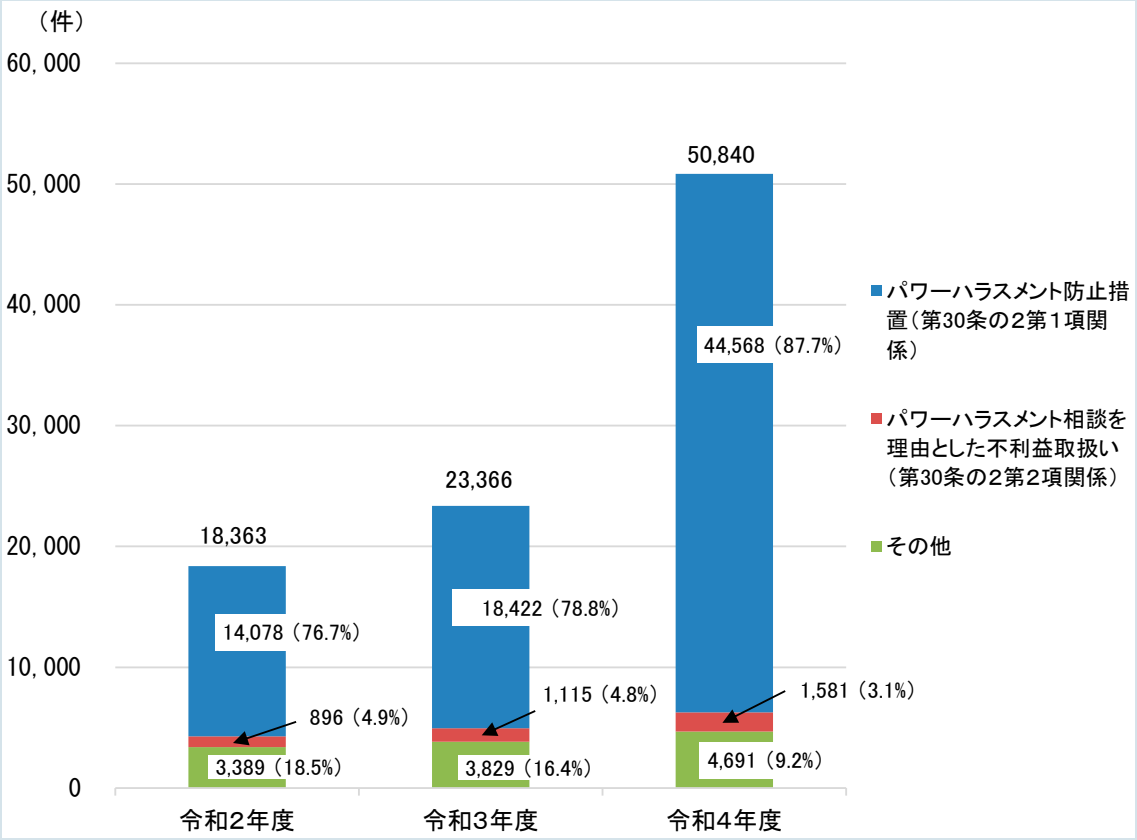
（2022（令和4）年度のパワーハラスメントの相談件数は、50,840件であった）

職場環境においてこころの健康に大きな影響を与えるリスクとして、ハラスメントの問題がある。2022（令和4）年度に都道府県労働局雇用環境・均等部（室）に寄せられたパワーハラスメントの相談件数は、50,840件であった（**図表1-1-27**）。

一方、2022（令和4）年度のセクシュアルハラスメントの相談件数は、6,849件、妊娠・出産等に関するハラスメントの相談件数は1,926件となっており、いずれも2021（令和3）年度より減少傾向にある（**図表1-1-28**）。

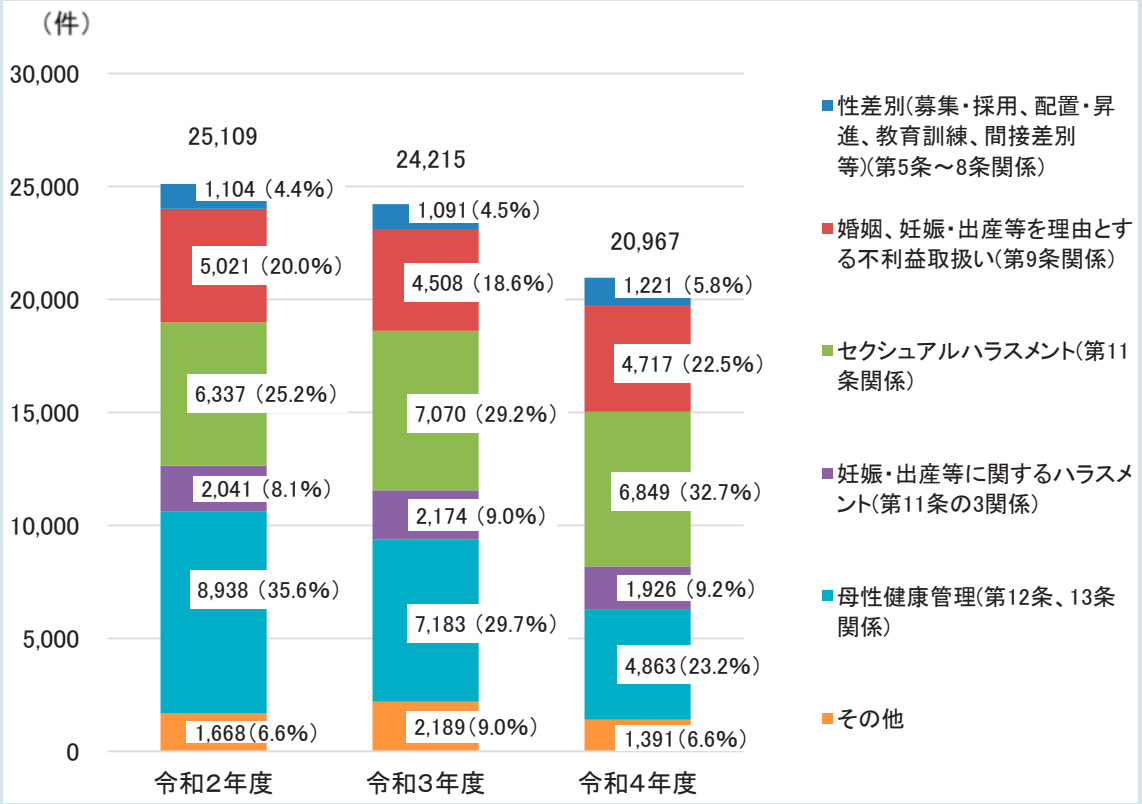
＊21　山本勲「アフターコロナに向けたウェルビーイングと生産性の両立」（厚生労働省2022年度第2回雇用政策研究会）。

図表1-1-27　都道府県労働局に寄せられたパワーハラスメントの相談件数



（注1）2022（令和4）年4月の改正労働施策総合推進法の全面施行に伴い、前年度まで計上されていなかった中小企業におけるパワーハラスメントに関する相談もすべて集計することとなったため、前年度以前と2022（令和4）年度以降では集計対象に大きな差異がある。
（注2）労働政策総合推進法に基づく相談件数には、労働者からの相談のほか、事業主や企業の人事労務担当者等からの相談も含まれる。
資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

図表1-1-28 都道府県労働局に寄せられたセクシュアルハラスメントの相談件数



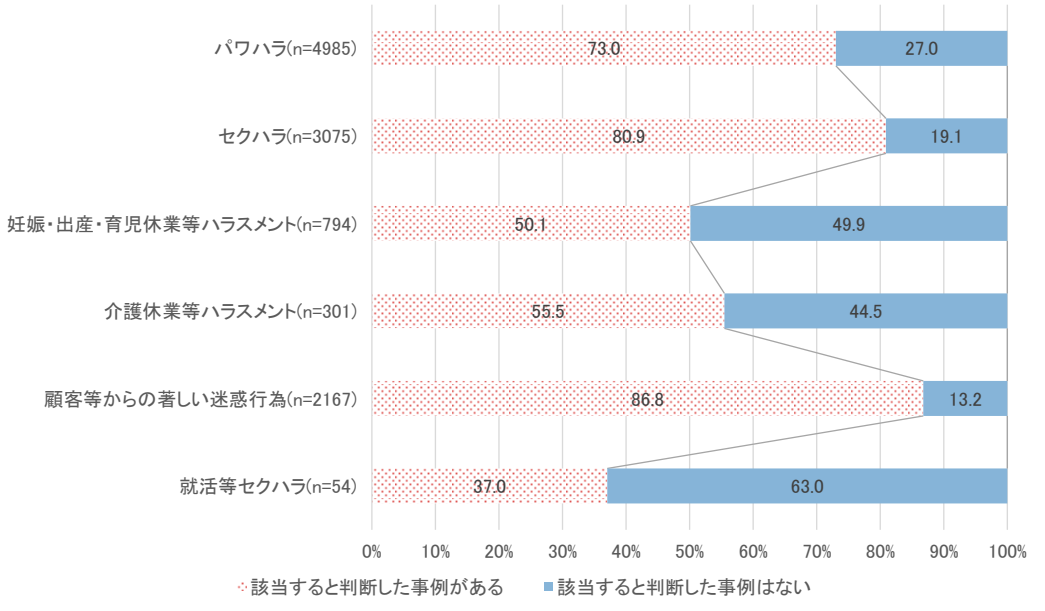
（注1）男女雇用機会均等法に規定する行為に対する相談件数を計上。
（注2）男女雇用機会均等法に基づく相談件数には、労働者からの相談のほか、事業主や企業の人事労務担当者等からの相談も含まれる。
資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

（企業が取り扱った相談のうち「実際にハラスメントに該当する」と判断したものの割合は、顧客等からの著しい迷惑行為が最も多い）

また、企業に対して行ったハラスメントの発生状況等に関する調査によると、過去3年間に各ハラスメントの相談があったもののうち、企業が「実際にハラスメントに該当する」と判断したものの割合は、「顧客等からの著しい迷惑行為」（86.8%）が最も高く、「セクハラ」（80.9%）、「パワハラ」（73.0%）が次いで高くなっている。このうち「顧客等からの著しい迷惑行為」は、過去3年間で該当件数が増加していると答えた企業の割合も最も高かった（**図表1-1-29**、**図表1-1-30**）。

労働者の主要なストレス要因のひとつであるハラスメントは、職場内での対人関係にとどまらず、仕事を通じた幅広い対人関係のなかで生じており、近年は顧客等からのハラスメント事案が増加傾向にあることが分かる。

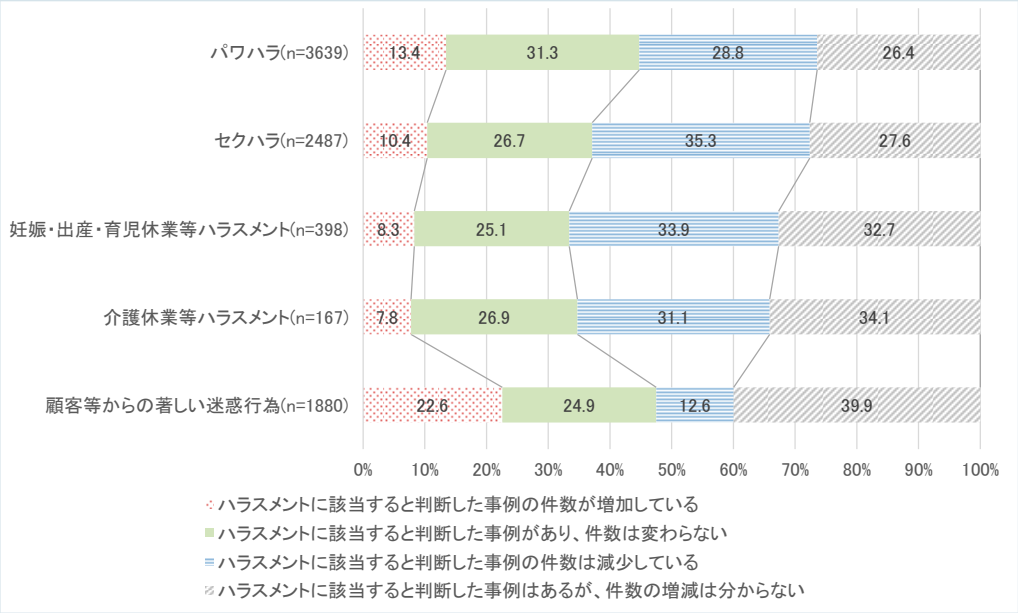
図表1-1-29　過去３年間のハラスメント該当事例の有無（ハラスメントの種類別）



（対象：過去３年間にハラスメントに関する相談があった企業　パワハラ：n=4,985、セクハラ：n=3,075、妊娠・出産・育児休業等ハラスメント：n=794、介護休業等ハラスメント：n=301、顧客等からの著しい迷惑行為：n=2,167、就活等セクハラ：n=54）

（注）　全国の従業員30人以上の企業・団体に対する企業調査。
資料：令和５年度厚生労働省委託事業「職場のハラスメントに関する実態調査報告書」

図表1-1-30　過去３年間に該当事例があった企業における事例件数の推移（ハラスメントの種類別）



（対象：過去３年間にハラスメントに該当する事例があった企業　パワハラ：n=3,639、セクハラ：n=2,487、妊娠・出産・育児休業等ハラスメント：n=398、介護休業等ハラスメント：n=167、顧客等からの著しい迷惑行為：n=1,880

（注１）全国の従業員30人以上の企業・団体に対する企業調査。
（注２）就活等セクハラの該当件数の推移については、十分なサンプル数がない（30未満）のため掲載していない。
資料：令和５年度厚生労働省委託事業「職場のハラスメントに関する実態調査報告書」

コラム 女性がいきいきと働ける社会に向けて（独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院）

女性特有の疾患に対して治療を行うだけでなく、院内外との連携を図りながら、女性の総合的な健康管理・支援を行っている関東労災病院の「働く女性専門外来」を紹介する。

働く女性専門外来の設立

関東労災病院では、月経痛など女性特有の症状や、職場でのストレスにより発症する様々な心身の不調に対し、総合的に診療を行うため、2001（平成13）年に「働く女性専門外来」が開設された。開設当初から担当している星野寛美医師は「当時はちょうど、女性専用車両が導入された頃」と振り返る。「それまで医療分野では、『女性は男性と同じ』とされ、男性の研究データに基づき、女性の医療が行われていました。男女の違いを明確にして医療を行う「性差医療」という概念が日本で紹介され始めたことから、女性の心と身体をトータルに診る総合診療を目指して開設されました」。当初は『女性外来とはこういうもの』といったものがなく、試行錯誤の連続だったそうだ。



働く女性専門外来の特徴と取組み

「働く女性専門外来」の特徴として、次のような点があげられる。

①「働く」という視点にも注目しながら、充分にご本人の話を聞いて、時間をかけて診療を行う。②婦人科に限らず、他科の症状についての相談にも応じる。③多数の科や医療機関で診察・治療を受けても病態がわからない場合、一緒に情報を整理し、病状を把握する支援を行う。④心療内科や精神科での診察が必要となった場合、受診状態をフォローアップし、診察が軌道に乗るまで見届ける。⑤職場の産業医や県などの保健関連施設との連携や情報提供を行う。

こうした取組みによって、働く女性を総合的にサポートしている。受診年齢も10代から80代まで幅広い。

星野医師によれば、開設当初は、例えば、心療内科の受診が必要な場合、紹介状を渡して診察を終えていたが、心療内科の受診に抵抗を感じる方も多く、受診や適切な治療に結びつかないことがあった。そのため、現在では、紹介状を渡した後も、専門外来の受診を継続していただき、治療の経過を見届けるようにしている。こうした試行錯誤で診療方法を練り上げ、よりよい女性外来の確立を目指してきた。

なお、「働く女性」という名称ではあるが、主婦など、就労していない女性も受診できる。

不調の背後にあるものをみつけ、寄り添う

診察の際に、特に重要と感じていることについて、星野医師は、「症状があるけれど原因がはっきりしない方もいるので、受診者の気持ちに寄り添いながら、症状の背景にある問題を見極め、一緒に不調を治すという姿勢」が大切だという。

体調不良で受診しても、器質的疾患でなく、原因が精神的なものである場合もある。「診察室での振る舞いだけでなく、普段の生活状況等も確認しながら、話をよく聴いて、どこに原因があるか総合的に見極めることが大切だと考えています」と語る。



女性特有の体調不良への理解促進に向けて

星野医師によると、月経困難症や、更年期症状など女性特有の体調不良は、個人差が大きい。そのため、男性のみならず、女性からも理解してもらえないことがあるという。「働く女性は、不調があっても職場に相談できず、がんばり過ぎてしまう。職場の上司や同僚に相談しにくい上、相談しても理解してもらえず、『気力でカバーして』『病気じゃないんだから』『怠けているのでは？』などと言われ、悩んでいる人が多い。それが、症状の悪化に拍車をかけてしまうこともある」そうだ。

女性特有の健康問題は多岐にわたる。女性ホルモンとメンタルは密接な関係にあるが、女性ホルモンは生涯を通じて大きく変動し、女性はその影響を受けやすい。その上、職場のストレスで不調が助長されたり、家事、育児、介護などについて、女性の役割として完璧にやらないといけないと思い込み、体調を崩したりする。

一方、ピルの服用によりホルモンバランスを整えることで、症状が改善することもある。「治療のひとつとして知ってほしい」と星野医師は考えているが、そもそも治療するかどうかで悩んでいる女性も多いことを知ってほしいと訴える。20年以上になる女性外来での臨床経験から「女性特有の疾患への理解が進み、職場などで適切な対応が行われるようになれば」と願う気持ちも熱い。

活動は外来における診療にとどまらない。企業研修の講師や、パンフレット作成の協力など、女性のからだと健康について情報を発信し、女性がいきいきと働ける社会づくりに取り組んでいる。今後も、更なる活躍が期待される。

(2) フリーランスに対するハラスメントの現状

内閣官房が2020（令和2）年度に行った「フリーランス実態調査」によると、我が国でフリーランス[*22]として働いている人は、本業と副業を含め、462万人と試算されている。同調査によると、今後もフリーランスとして働きたいと回答した人は8割近くに達している。フリーランスという働き方を選択した理由については「自分の仕事のスタイルで働きたいため」と回答した人が6割近くと最も多く、自分自身で仕事の進め方などを自由に決めることができる点がフリーランスという働き方の大きな魅力になっていることがうかがえる。

(仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある人は約1割となっている)

そうしたなか、フリーランスとして働く人に対する仕事の依頼者等からのハラスメントについても報告されている。内閣官房ほかが2022（令和4）年度に行った「フリーラン

＊22 内閣官房「フリーランス実態調査」では、「実店舗はなく、雇人もいない自営業主や一人社長であって、自身の経験や知識、スキルを活用して収入を得る者（農林水産従事者は除く）」を、便宜上「フリーランス」と呼称している。

ス実態調査」によると、仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがあると回答した人は10.1％となっており、パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害）が最も多く、セクハラがこれに次いで多くなっている（**図表1-1-31**）。

ハラスメントの行為者について尋ねた結果では、いずれのハラスメントについても「発注者」が最も多く、ハラスメント行為に対して「やめるように申し入れた」と答えた人よりも「特に何もせず、そのまま取引を継続した」と答えた人が多く、なかには「心身に不調や病気を発症した」と答えた人もみられた。

受発注の契約関係における立場の優劣を背景として、フリーランスとして働く人が発注者等からのハラスメント行為に対して毅然と対応することが難しい実情がうかがえる。

図表1-1-31　ハラスメントの状況

５．配慮義務関係について

Ｑ１．主な契約において、仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがありますか。当てはまるものを全て選んでください。＜複数回答可＞

※前の問の補足説明のとおり、「主な契約」とは、あなたが現在、フリーランスとして行っている仕事のうち最も収入の多い契約をいいます。

	回答数	割合
1　セクハラ（依頼者等からの性的な言動に対するあなたの反応を理由として仕事上で不利益を受けるなどしたもの） ※具体例：発注者（企業の担当者）からの性的な要求やプライベートな食事の誘いを断ったことを理由として契約打切り・報酬減額等の不利益を受けた。	52	2.5%
2　セクハラ（依頼者等の性的な言動によって就業環境が不快なものとなり、あなたの業務の遂行に悪影響が生じるなどしたもの） ※具体例：同じ事業所内で働く発注者（企業の担当者）から体に触られたり、メールで個人の性に関することを聞かれたりするなどして業務の遂行に悪影響が生じた。	32	1.5%
3　パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害） ※具体例：業務の遂行に関連して以下の行為をされる。 ・殴打、足蹴り、物を投げつけられる。 ・人格を否定するようなことを言われる。 ・業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制されたり、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を押しつけられる。 ・集団で無視をし、孤立させられる。	129	6.1%
4　マタハラ（妊娠・出産に関する言動によってあなたの就業環境が害されるもの） ※具体例：妊娠等したことについて悪口を言われるなどし、業務を行いづらくなった。	8	0.4%
5　その他の嫌がらせ行為があった	7	0.3%
6　特に経験したことはない	1906	89.9%

※2119名が回答。複数回答可であるため、回答数・割合の合計はそれぞれ2119名・100%を超える場合がある。

Q２．それは誰から受けましたか。当てはまるものを全て選んでください。＜複数回答可＞

	1 発注者（企業の担当者）	2 発注者（個人事業主、フリーランス等）	3 仲介事業者	4 1～3以外で、仕事現場等で一緒に働く者	5 1～4以外の者	合計
1 セクハラ（依頼者等からの性的な言動に対するあなたの反応を理由として仕事上で不利益を受けるなどしたもの） ※具体例：発注者（企業の担当者）からの性的な要求やプライベートな食事の誘いを断ったことを理由として契約打切り・報酬減額等の不利益を受けた。	24 46.2%	12 23.1%	8 15.4%	1 1.9%	9 17.3%	52
2 セクハラ（依頼者等の性的な言動によって就業環境が不快なものとなり、あなたの業務の遂行に悪影響が生じるなどしたもの） ※具体例：同じ事業所内で働く発注者（企業の担当者）から体に触られたり、メールで個人の性に関することを聞かれたりするなどして業務の遂行に悪影響が生じた。	9 28.1%	15 46.9%	8 25.0%	3 9.4%	1 3.1%	32
3 パワハラ（身体的な攻撃、精神的な攻撃、業務の過大・過小な要求、人間関係からの切り離し、個の侵害） ※具体例：業務の遂行に関連して以下の行為をされる。 ・殴打、足蹴り、物を投げつけられる。 ・人格を否定するようなことを言われる。 ・業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことを強制されたり、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を押しつけられる。 ・集団で無視をし、孤立させられる。	80 62.0%	35 27.1%	14 10.9%	25 19.4%	8 6.2%	129
4 マタハラ（妊娠・出産に関する言動によってあなたの就業環境が害されるもの） ※具体例：妊娠等したことについて悪口を言われるなどし、業務を行いづらくなった。	2 25.0%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%	8
5 その他の嫌がらせ行為があった	5 71.4%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	7

※Q１．で仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある（「特に経験したことはない」以外）と回答した213名が回答。複数回答可であるため、ハラスメントの行為類型毎の行為者の割合の合計が100%を超える場合がある。

Q３．あなたは、そのハラスメント行為を受けたために、どのような結果となりましたか。当てはまるもの全てを選んでください。＜複数回答可＞

		回答数	割合
1	行為者に対してやめるよう申し入れた	51	23.9%
2	行為者の職場の人（上司や同僚）に対して相談した	42	19.7%
3	行為者がいる組織が設置している相談窓口等を活用した	18	8.5%
4	特に何もせず、そのまま取引を継続した	75	35.2%
5	心身に不調や病気を発症した	18	8.5%
6	業務の遂行に支障が出た（恐くて仕事に行けない、連絡をとれない等）	24	11.3%
7	その他	17	8.0%

※Q１．で仕事の依頼者等からハラスメントを受けたことがある（「特に経験したことはない」以外）と回答した213名が回答。複数回答可であるため、回答数・割合の合計はそれぞれ213名・100%を超える場合がある。

資料：内閣官房新しい資本主義実現会議事務局・公正取引委員会・厚生労働省・中小企業庁「令和４年度フリーランス実態調査結果」

3 現代社会をめぐる状況

ここまで、ライフステージごとにみられるストレス要因について整理してきたが、本項では、デジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化など現代社会に特徴的な側面や、近年社会的関心の高まりがみられる事象について、こころの健康に対するリスクという観点から取り上げる。

(1) 急速なデジタル化の進展とSNSの利用拡大

(デジタル化の進展により私たちの生活様式は大きく様変わりした)

デジタル化の進展やネットワークの高度化、スマートフォンなどのIoT関連機器の小型化・低コスト化により、私たちの生活様式は大きく様変わりした。総務省「通信利用動向調査」によると、モバイル端末の世帯保有率は9割を超え、なかでもスマートフォンの普及が進んでおり、2019（令和元）年には8割以上の世帯が保有している。

デジタル技術の進展により、自分に合ったスタイルでデジタル機器やサービスを利用することが可能になり、従来不便であったことが快適になった、できないと諦めていたことが実現した、といった驚きや感動に遭遇する場面も、日常生活のなかで決して少なくないだろう。

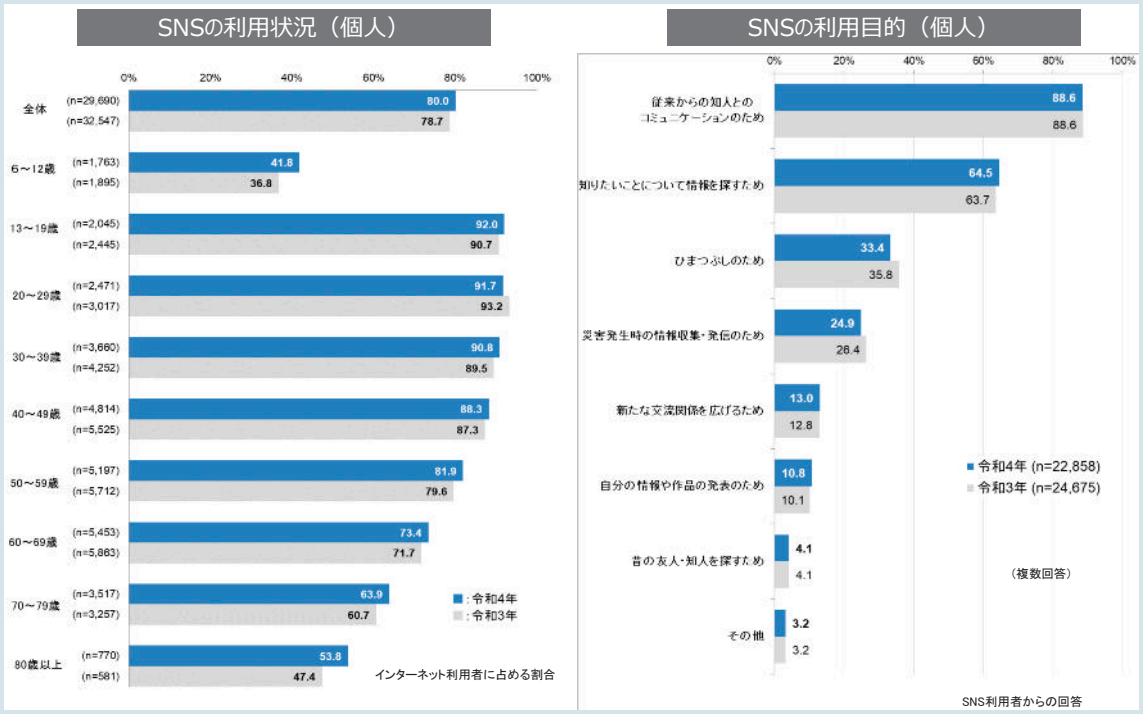
(ほぼすべての年齢層で、SNSを利用した個人の割合は増加している)

総務省「通信利用動向調査」によると、2022（令和4）年にSNSと呼ばれるソーシャルネットワーキングサービス（例：Facebook、LINE、Instagram、X（旧Twitter）等）を利用した個人の割合[*23]は、前年と比較して、ほぼすべての年齢層で増加しており、特に利用率の低かった6～12歳と70歳以上の伸び率がやや大きい（**図表1-1-32**）。

80歳以上でも、インターネット利用者のうち2人に1人がSNSを利用しており、あらゆる年齢層に浸透してきていることが改めて確認できる。

＊23 インターネット利用者に占める割合。インターネット利用者の割合は6～12歳と60～69歳で8割を超え、13～59歳の各年齢階層で9割を超えている。70～79歳では6割を超え、80歳以上でも3割を超えている。

図表1-1-32 SNSの利用動向（個人）



資料：総務省「令和４年通信利用動向調査　ポイント」

（急速なデジタル化にとまどいを覚える人も少なくない）

他方で、デジタル庁が実施したアンケート調査[*24]によると、社会のデジタル化を良いと考えている人は全体の半数をわずかに下回っており、急速なデジタル化にとまどいを覚える人も少なくないことが分かる。その背景には様々な要因があると考えられるが、ひとつの行為や発言に対してインターネット上で多数の批判や誹謗中傷が行われる、いわゆる炎上といった現象を目にしたり、経験することもそのひとつと考えられる。また、インターネット上に溢れる膨大な情報に惑わされたり、結果として違法・有害な情報に騙されたりする経験も、私たちの日常生活のなかでは決して少なくないだろう。

こうしたデジタル化の進展に伴うこころの健康リスクに関し、インターネット上の誹謗中傷や違法薬物の広まり等について後ほど詳しく取り上げる。

（2）孤独・孤立をめぐる状況

（暮らしを支える地縁・血縁といった「つながり」は、希薄化の一途をたどってきた）

ここまで概観してきたとおり、単独世帯の増加、デジタル化の進展といった社会環境の劇的な変化が進み、暮らしを支える地縁・血縁といった人と人との関係性や「つながり」は希薄化の一途をたどってきた。また、グローバリゼーションが進むなかで、それまで定着していたいわゆる終身雇用、年功賃金や新卒一括採用等といった日本型雇用慣行が変化し、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が増加するなど、雇用環境が大きく変化してきた。

＊24 デジタル行政サービスに対する意識調査（2023年7月）。「良いと考えている」は「非常に良いと思う」または「まあ良いと思う」と回答した人。

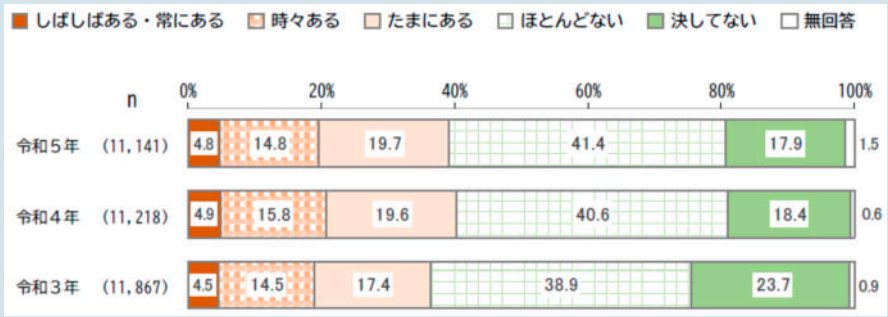
このような家族や地域社会、雇用をめぐる環境の変化は、家庭内・地域内・職場内において人々が関わり合いを持つことによって問題を共有しつつ相互に支え合う機会の減少をもたらし、人々が「生きづらさ」や孤独・孤立を感じざるをえない状況を生む社会へと変化してきたと考えられる。

こうした状況は、たとえば、国連の「世界幸福度報告」において、近年、我が国の社会的支援（困った時にいつでも頼れる友人や親戚はいるか）など「社会関係資本（ソーシャルキャピタル）」に関連する指標が、G7各国のなかで下位グループに位置していること等にも表れているといえよう。

孤独の状況について、内閣官房が2023（令和5）年に行った調査[*25]によると、孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合は4.8%、「時々ある」が14.8%、「たまにある」が19.7%となっている。一方、孤独感が「ほとんどない」と回答した人の割合は41.4%、「決してない」が17.9%となっている（図表1-1-33）。

2021（令和3）年と比較すると、「決してない」の割合が縮小し、「たまにある」及び「ほとんどない」の割合が拡大している。

図表1-1-33　孤独の状況（直接質問）（令和5年、令和4年、令和3年）



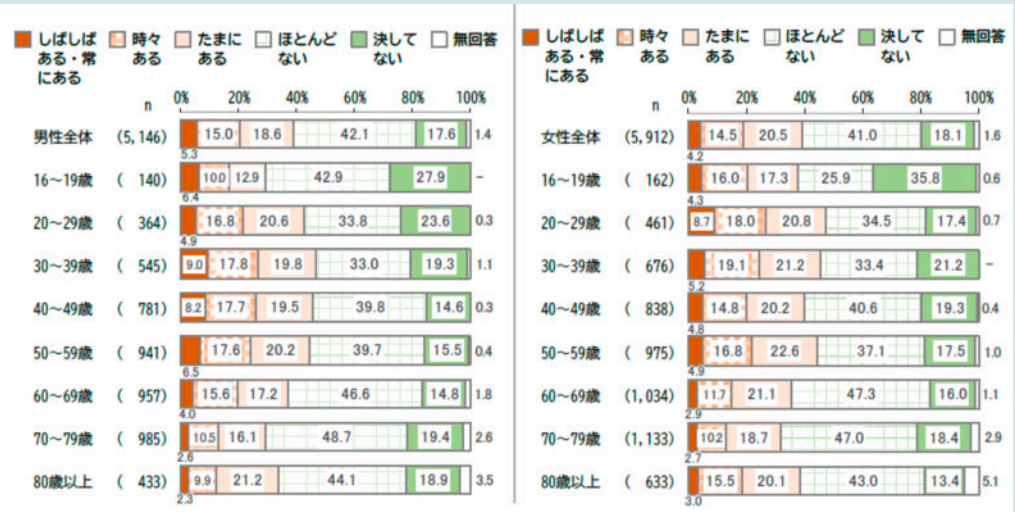
資料：内閣官房「人々のつながりに関する基礎調査（令和5年）」

（すべての世代で一定割合の人が孤独を感じている）

また、孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人の割合は、男性が5.3%、女性が4.2%となっている。さらに年齢階級別にみると、その割合が最も高いのは、男性は30歳代で9.0%、女性は20歳代で8.7%となっているが、すべての世代で一定割合の人が孤独を感じており、孤独・孤立は、人生のあらゆる段階において何人にも生じうるものであるという認識が必要である（図表1-1-34）。

＊25 人々のつながりに関する基礎調査。この調査では、孤独という主観的な感情をより的確に把握するため、直接質問と間接質問の2種類の質問により孤独感を把握している。直接質問は、「あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか」という質問である。間接質問は、カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）のラッセルが考案した「UCLA孤独感尺度」の日本語版の3項目短縮版に基づくもので、設問に「孤独」という言葉を使用せずに孤独感を把握するもの。以下の分析は直接質問の結果を用いて行うこととする。

図表1-1-34　男女、年齢階級別孤独感（直接質問）

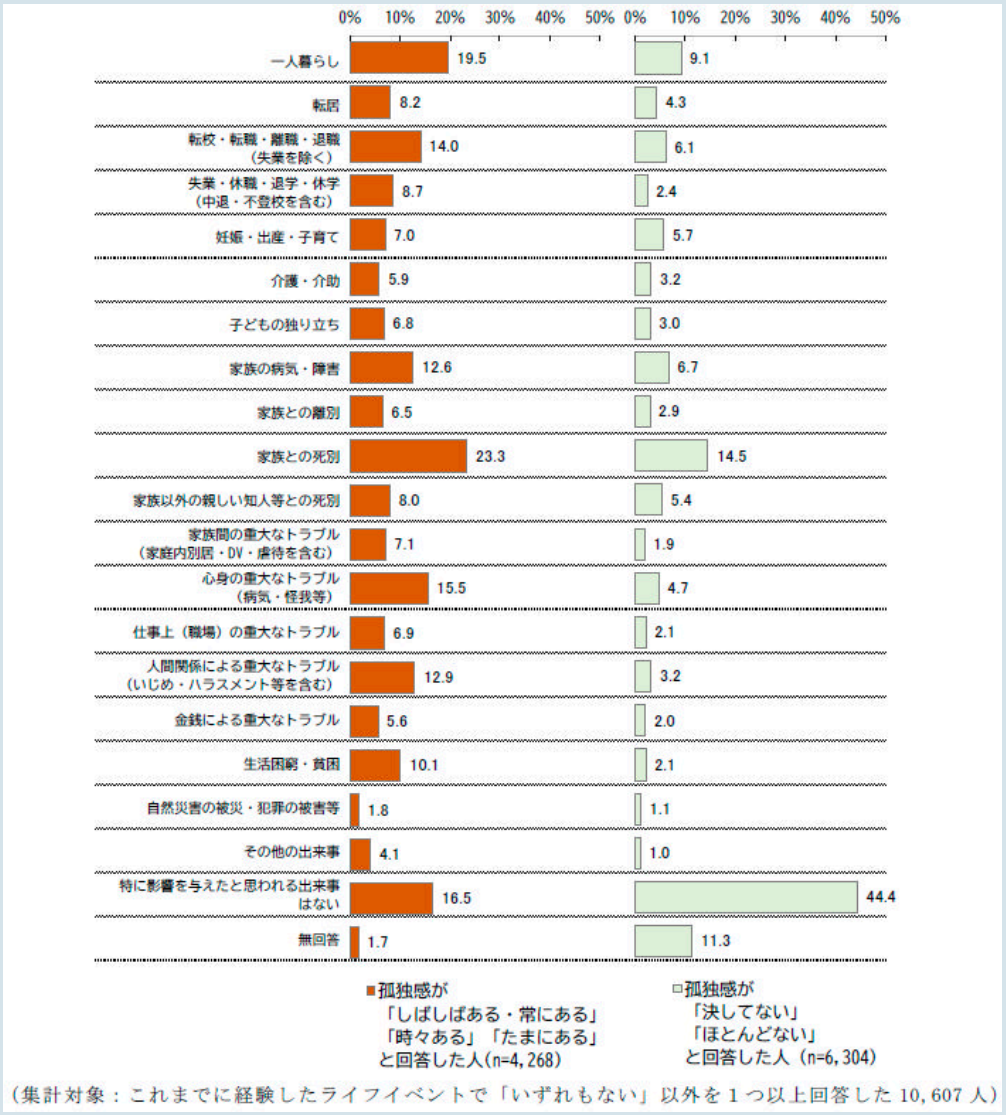


資料：内閣官房「人々のつながりに関する基礎調査（令和５年）」

（心身の重大なトラブルのほか、他者とのつながりも孤独感に大きな影響を与えている）

さらに、孤独感が「しばしばある・常にある」、「時々ある」または「たまにある」と回答した人と、「決してない」または「ほとんどない」と回答した人とで、現在の孤独感に影響を与えたと思う出来事の回答割合の差をみると、「心身の重大なトラブル（病気・怪我等）」が最も大きく、次いで、「一人暮らし」、「人間関係による重大なトラブル（いじめ・ハラスメント等を含む）」、「家族との死別」などの回答割合の差が大きくなっている（**図表1-1-35**）。

図表1-1-35　孤独感（直接質問/2区分）別孤独感に影響を与えたと思う出来事（複数回答）



資料：内閣官房「人々のつながりに関する基礎調査（令和5年）」

以上の結果から示唆されることは、孤独・孤立の状態は社会との関係のなかで生まれる「関係性の貧困」ともいえるものである。こうした状態は、当事者にとって「痛み」や「辛さ」を伴うものであり、心身の健康への深刻な影響なども懸念されており、孤独・孤立は命に関わる問題であるとの認識が必要である[*26]。

(3) 新型コロナウイルス感染症の影響

(新型コロナの最初の1年間で、不安とうつ病の有病率が、世界全体で25%増加した)

2020（令和2）年1月に国内で最初の感染者が確認された新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）は、人々のこころの健康にも大きな影響を与えた。世界保健機関（WHO）の報告書[*27]によると、新型コロナが流行した最初の1年間で、不安と

＊26「孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画」（令和6年6月11日孤独・孤立対策推進本部決定）Ⅱ-2-（1）を参照。
＊27 WHO,"Mental Health and COVID-19：Early evidence of the pandemic's impact：Scientific brief"、2 March 2022.併せて、同日付けのWHO News Release "COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide"も参照。

うつ病の有病率が、世界全体で25%もの大幅な増加を示した。同報告書では、包括的な調査の結果から、新型コロナの蔓延はとりわけ若者のメンタルヘルスに影響を与えており、自殺や自傷行為のリスクが高まったことにも言及されている。また、女性は男性に比べてより深刻な影響を受けており、さらに、喘息やがん、心臓病などの身体的既往症がある人ほど精神障害の症状を患いやすいことも示唆された。

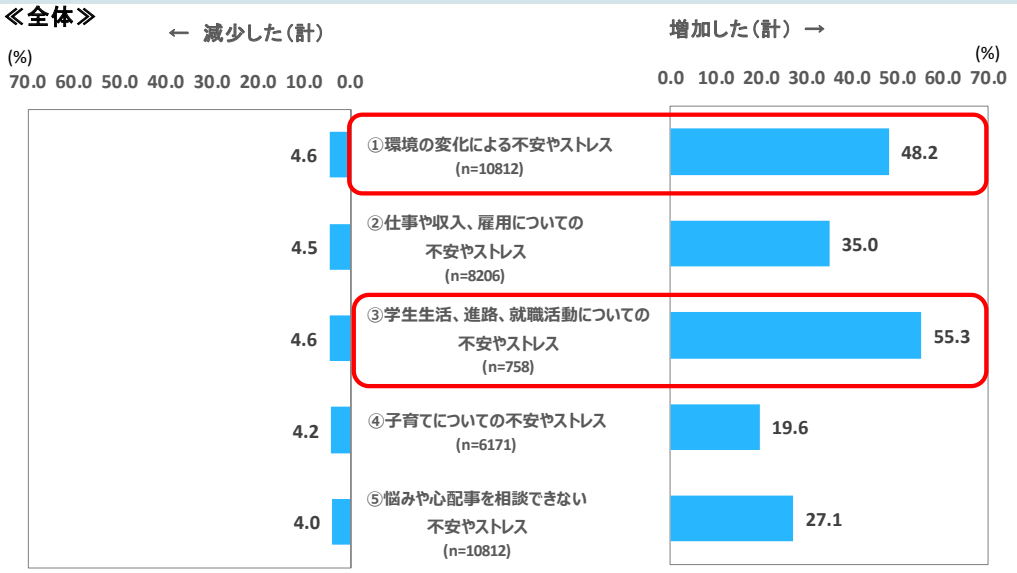
2022（令和4）年10月に我が国で行われた調査[*28]によると、新型コロナの流行前（2019（令和元）年12月以前）と調査時とを比べて、「環境の変化による不安やストレス」や「学生生活、進路、就職活動についての不安やストレス」が増加したと答えた人[*29]が、約半数を占めた（**図表1-1-36**）。

この点は、新型コロナの流行がとりわけ若者のメンタルヘルスに悪影響を及ぼしたとするWHO調査の結果と同様の傾向がみられたと考えられる。

また、別の調査[*30]によれば、新型コロナの流行下で高校生や大学生等が抱えた将来の社会生活に対する不安については、「コミュニケーションスキルが身につかないのではないか」といった集団生活で得られる経験の喪失に関連する不安の割合が高く、また、近い将来の進学や就職への不安として、「進学先や就職先で評価されないのではないか」、「受験や就職活動で苦労するのではないか」といった回答の割合が高かったことが報告されており、行動制限に伴う周囲との交流や学習機会の喪失が、若者の不安やストレスの背景にあると考えられる。

＊28 令和4年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応」。
＊29 「増加した」と「やや増加した」の合計。
＊30 2021年日本赤十字社調べ。日本赤十字社プレスリリース「若者の半数が「何もしたくなくなる、無気力」な気持ちに変化　3人に1人が「関係構築」「対人スキル」への影響を不安視」（2022年1月16日）。

図表1-1-36　不安やストレスの変化（感染症流行前と現在）



※「増加した（計）」＝「増加した」＋「やや増加した」
「減少した（計）」＝「減少した」＋「やや減少した」
※「②仕事や収入、雇用についての不安やストレス」は、問2で「家事をしている（専業主婦・主夫）」、「通学している（学生）」、「無職」、「無職（新型コロナウイルス感染拡大の影響による失職・離職）」以外の回答をした人に聴取している。
※「③学生生活、進路、就職活動についての不安やストレス」は、問2で「通学している（学生）」と回答した人に聴取している。
※「④子育てについての不安やストレス」は、問5でお子さんが「いる」と回答した人に聴取している。

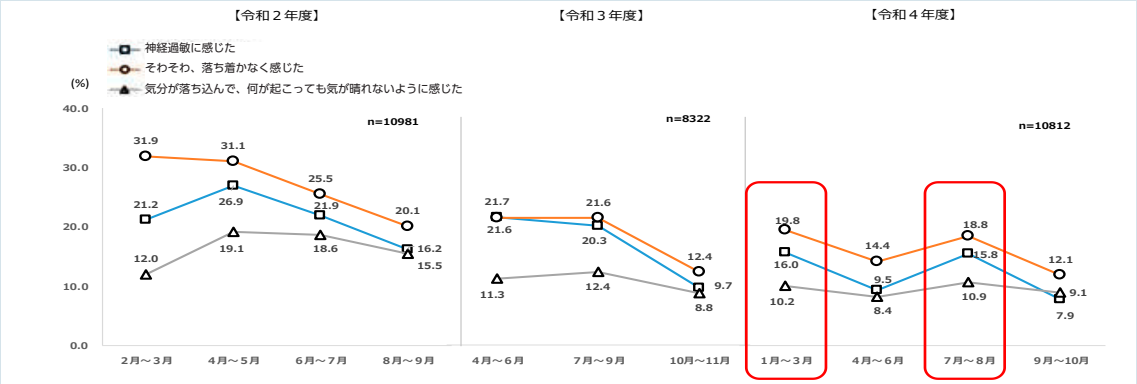
資料：令和４年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応（概要版）」

（その後も第６波、第７波の時期に、メンタルヘルスの不調が上昇した）

また、メンタルヘルスの状況を示す３項目（「神経過敏に感じた」、「そわそわ、落ち着かなく感じた」、「気分が落ち込んで、何が起こっても気が晴れないように感じた」）については、いずれも年々低下傾向がみられたが、オミクロン株による第６波（2022（令和4）年１～３月）や、新たな変異株による第７波（2022（令和４）年７～８月）による感染者数増加の時期には上昇している（**図表1-1-37**）。

さらに、性別では、各項目でいずれの時期も女性の方が高い割合を示しており、WHO調査の結果と同様の傾向がみられた（**図表1-1-38**）。

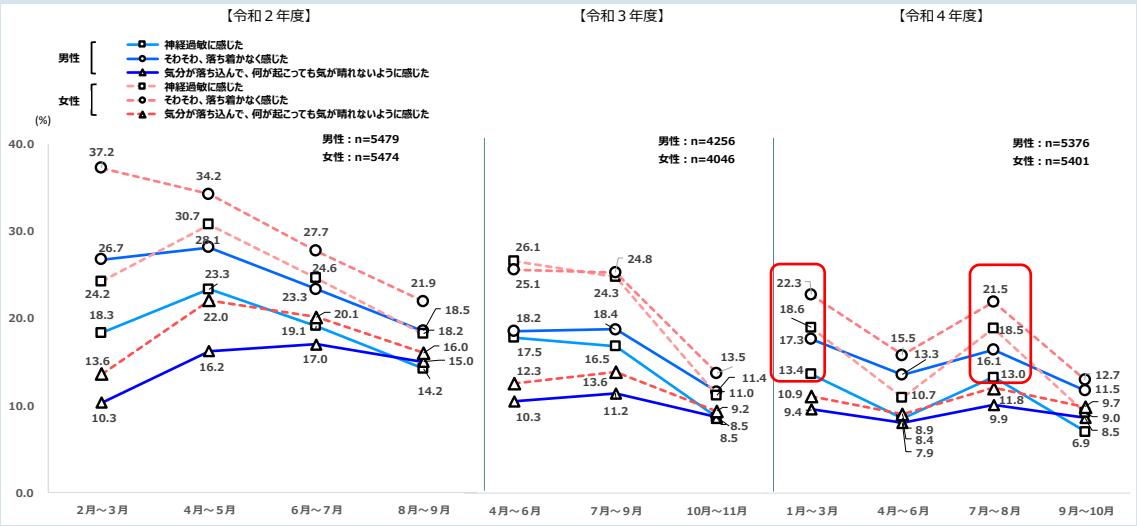
図表1-1-37 メンタルヘルスの状況（経年比較）



※令和2年度調査は「令和2年 2 月～9 月」の期間、令和 3 年度調査は「令和 3 年 4 月～11 月」の期間、令和4年度調査は「令和4年1月～10月」の期間を聴取している。

資料：令和４年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応（概要版）」

図表1-1-38 メンタルヘルスの状況（性別）



資料：令和４年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応（概要版）」

（4）社会に存在する様々なこころの健康リスク

ここまで、デジタル化の進展、これらに伴う孤独・孤立の深刻化など現代社会の特徴的な側面についてみてきた。ここでは、社会に存在するこころの健康に対するリスクという観点から、近年、相談件数の増加など、社会的関心の高まりがみられる児童虐待、いじめ、配偶者からの暴力、インターネット上の誹謗中傷、そして違法薬物等についてまとめて取り上げる。

①　児童虐待

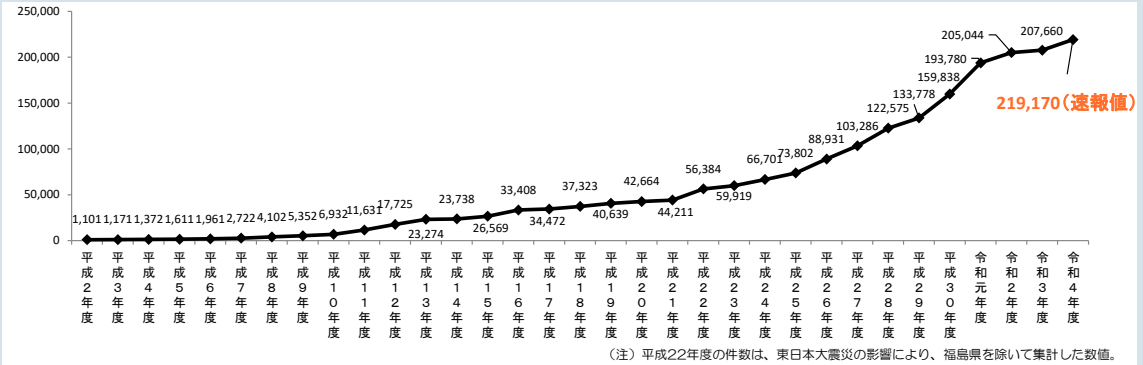
(児童相談所による児童虐待相談対応件数は年々増加している)

児童虐待はこどもの健やかな成長に影響を及ぼす重要な課題である。幼年期・少年期の

こうした逆境体験は、その後の人生において、抑うつや不安、PTSDなどのこころの不調を抱えるリスクを高めるとされている。

2022（令和4）年度の児童相談所における児童虐待相談対応件数（速報値）は21万9,170件となり、2012（平成24）年度からの10年間で約3.3倍に増加している（図表1-1-39）。

図表1-1-39　児童相談所における虐待相談対応件数の推移



（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。

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	令和3年度	令和4年度（速報値）
件　数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

資料：こども家庭庁「令和４年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数（速報値）」

相談の内容別件数は、多い順に、心理的虐待*31 12万9,484件（全体の59.1%）、身体的虐待5万1,679件（23.6%）、ネグレクト3万5,556件（16.2%）、性的虐待2,451件（1.1%）となっている。また、前年度からの増加の状況を増加率の高い順にみると、ネグレクト4,108件（13.0%増）、性的虐待204件（9.0%増）、身体的虐待2,438件（4.9%増）、心理的虐待4,760件（3.8%増）となっている。

②　いじめ

（いじめの増加は、こころの健康にとって深刻な影響を及ぼしうる）

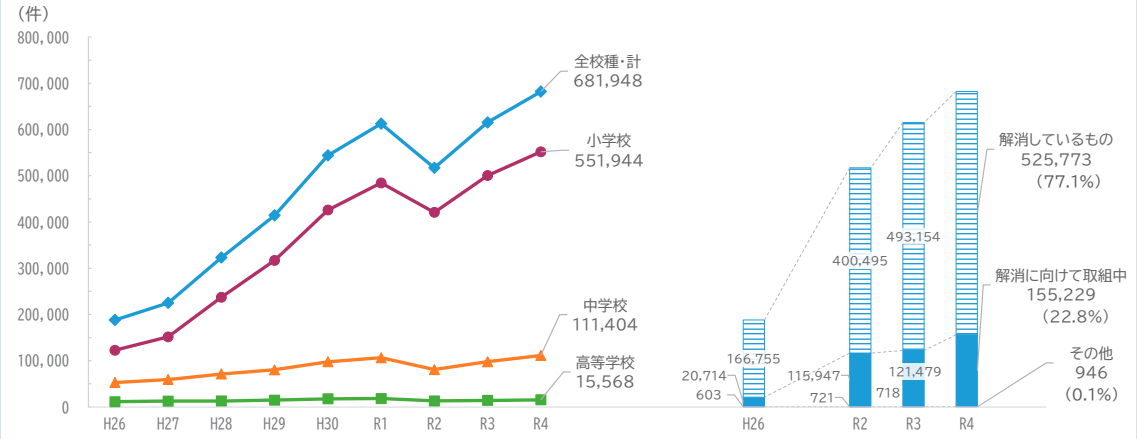
思春期の若者の生活の中心は、学校という場にあることが多いが、その主たる生活の場で起こるいじめは、本人にとって大きなストレスとなる。文部科学省「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果」によると、2022（令和4）年度のいじめの認知件数は、前年度比で小学校が10.3%増の55万1,944件、中学校が13.8%増の11万1,404件などとなった（図表1-1-40）。生命や心身などに重大な被害が生じた疑いがあったり、長期欠席を余儀なくされたりする重大事態の発生件数は、30.7%増の923件で過去最多となり、このうち、いじめ防止対策推進法第28条第1項第1号に規定する「いじめにより当該学校に在籍する児童等の生命、心身又は財産に重大な被害が生じた疑いがあると認めるとき」に該当するものは448件あり、そのうち重大な被害の態様

＊31　言葉による脅し、無視、きょうだい間での差別的扱い、こどもの目の前で家族に対して暴力をふるう、きょうだいに虐待行為を行う、など。

が「精神」であるものは、約55%にあたる247件であった（**図表1-1-41**）。

いじめの態様は、小学校、中学校、高等学校のいずれにおいても「冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる。」割合が最も高い（**図表1-1-42**）。また、「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる。」割合は増加傾向にあり、高等学校では他の年代に比べてこの態様割合が高い。インターネットを介したいじめは、外部からの見えにくさや匿名性の高さなどからエスカレートしやすく、また、インターネット上で拡散した画像や動画等の情報は消去することが極めて困難とされている。このため、こころの健康にとって極めて深刻な影響を及ぼしうることに留意する必要がある。

図表1-1-40　いじめの状況



年度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
小学校	122,734	151,692	237,256	317,121	425,844	484,545	420,897	500,562	551,944
	18.6	23.2	36.5	49.1	66.0	75.8	66.5	79.9	89.1
中学校	52,971	59,502	71,309	80,424	97,704	106,524	80,877	97,937	111,404
	15.0	17.1	20.8	24.0	29.8	32.8	24.9	30.0	34.3
高等学校	11,404	12,664	12,874	14,789	17,709	18,352	13,126	14,157	15,568
	3.2	3.6	3.7	4.3	5.2	5.4	4.0	4.4	4.9
特別支援学校	963	1,274	1,704	2,044	2,676	3,075	2,263	2,695	3,032
	7.3	9.4	12.4	14.5	19.0	21.7	15.9	18.4	20.7
計	188,072	225,132	323,143	414,378	543,933	612,496	517,163	615,351	681,948
	13.7	16.5	23.8	30.9	40.9	46.5	39.7	47.7	53.3

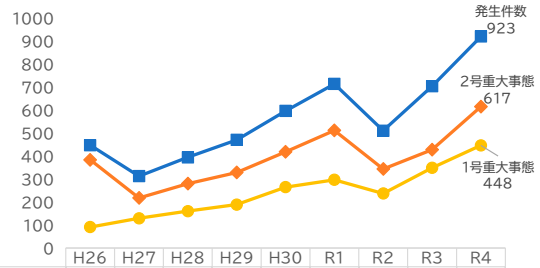
※ 上段は認知件数、下段は1,000人当たりの認知件数

- 小・中・高等学校及び特別支援学校におけるいじめの**認知件数は681,948件**（前年度615,351件）であり、前年度に比べ66,597件（10.8%）増加している。
- 児童生徒1,000人当たりの認知件数は53.3件（前年度47.7件）である。
- 年度末時点でのいじめの状況について、**解消しているものは525,773件（77.1%）**であった。

資料：文部科学省「令和４年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

図表1-1-41　いじめの重大事態

いじめ防止対策推進法第28条第1項に規定する「重大事態」の発生件数



	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
発生件数	449	314	396	472	598	716	512	706	923
1号重大事態	92	130	161	190	266	298	238	350	448
2号重大事態	385	219	281	330	420	513	345	429	617

		小学校	中学校	高等学校	特別支援学校	合計
重大事態発生校数(校)		363	337	141	3	844
重大事態発生件数(件)		390	374	156	3	923
うち、第1号		162	187	96	3	448
	生命	25	36	15	0	76
	身体	33	38	14	1	86
	精神	84	104	57	2	247
	金品等	20	9	10	0	39
うち、第2号		279	247	91	0	617

※ いじめ防止対策推進法第28条第1項において、学校の設置者又は学校は、重大事態に対処するために調査を行うものとすると規定されており、当該調査を行った件数を把握したもの。

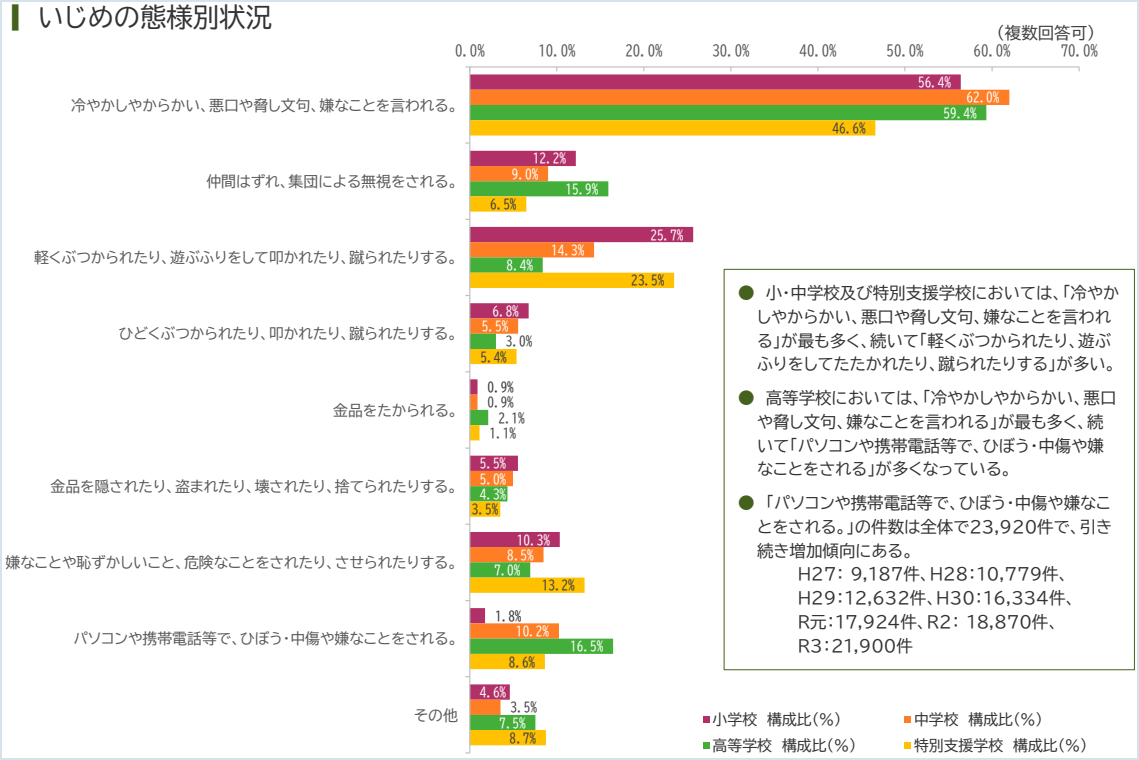
※ 1件の重大事態が第1号及び第2号の両方に該当する場合は、それぞれの項目に計上されている。

※ 同法第28条第1項に規定する「重大事態」とは、
第1号「いじめにより当該学校に在籍する児童等の生命、心身又は財産に重大な被害が生じた疑いがあると認めるとき」
第2号「いじめにより当該学校に在籍する児童等が相当の期間学校を欠席することを余儀なくされている疑いがあると認めるとき」
である。

資料：文部科学省「令和４年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

図表1-1-42　いじめの態様別状況

いじめの態様別状況



- 小・中学校及び特別支援学校においては、「冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる」が最も多く、続いて「軽くぶつかられたり、遊ぶふりをしてたたかれたり、蹴られたりする」が多い。
- 高等学校においては、「冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる」が最も多く、続いて「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる」が多くなっている。
- 「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる。」の件数は全体で23,920件で、引き続き増加傾向にある。
  H27：9,187件、H28:10,779件、H29:12,632件、H30:16,334件、R元:17,924件、R2：18,870件、R3:21,900件

資料：文部科学省「令和４年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果概要」

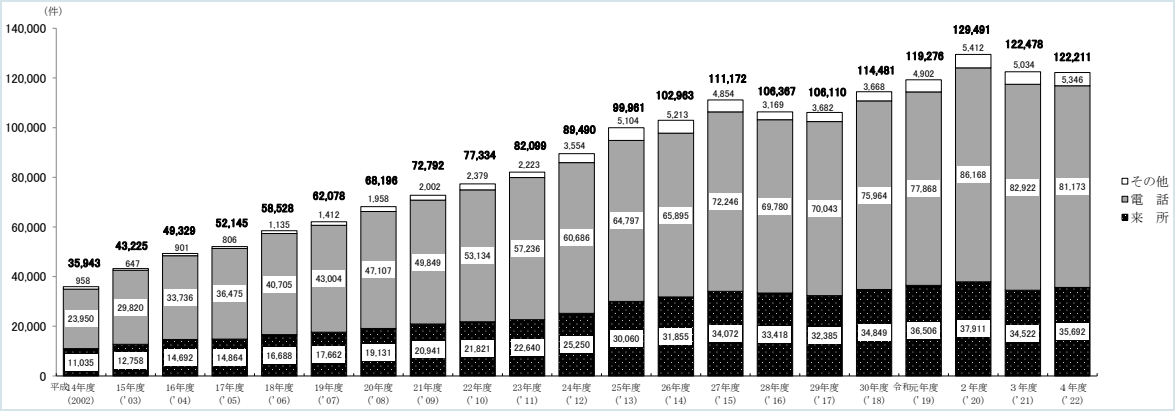
③　配偶者からの暴力（DV）

（配偶者や交際相手からの暴力に関する相談件数は、高止まりしている）

配偶者や交際相手からの暴力に関する相談件数は、近年、高水準で推移している。内閣府によると、2022（令和4）年度に全国の配偶者暴力相談支援センターで受理した相談

件数は12.2万件を超え、2020（令和2）年度に過去最高の約13万件となって以降、高止まりしている（図表1-1-43）。

図表1-1-43 配偶者暴力相談支援センターにおける相談の件数の年次推移



資料：内閣府「配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等（令和４年度分）」

（同居している未成年のこどもに対する虐待も生じている）

暴力の被害者は身体的な影響にとどまらず、こころの健康に深刻な影響を受ける場合がある*32ことは言うまでもないが、こうした暴力が生じる家庭に同居するこども*33にも様々な心身の症状が表れる場合がある。また、暴力を目撃しながら育ったこどもは、自分が育った家庭での人間関係のパターンから、感情表現や問題解決の手段として暴力を用いることを学習してしまうおそれがあるともいわれる。

④ インターネット上の誹謗中傷

（SNSユーザーの６割以上がインターネット上の誹謗中傷等の投稿を目撃したことがある）

SNSや動画配信・投稿サイトなどの普及は、あらゆる主体が情報の発信者となることを可能とし、自己実現や新たなコミュニケーションの創出に大きく寄与している一方で、より多くの利用者から注目を集めたいという承認欲求をくすぐり、誹謗中傷等の投稿・拡散につながりやすいという構造的な問題も指摘されている。

SNSユーザーを対象に実施したアンケート調査*34によると、6割以上の人がインターネット上の誹謗中傷等の投稿を目撃したことがあると回答している。また、2割近くの人がインターネット上で誹謗中傷等の被害に遭ったと回答しており、20代と30代の人が相対的に多い（図表1-1-44）。

また、先述のとおり、少年期・青年期におけるいじめの態様で、パソコンや携帯電話等を利用したものの件数は、2015（平成27）年の9,187件から、2021（令和3）年には

＊32 内閣府「男女間における暴力に関する調査（令和5年度調査）」によると、配偶者から何らかの暴力被害を受けたことのある人に、被害によって引き起こされた生活上の変化の有無を聞いた結果、被害者の60.0%（被害女性の63.7%、被害男性の53.8%）に生活上の変化が認められた。変化の内容では「自分に自信がなくなった」（26.2%）が最も多く、次いで「夜、眠れなくなった」（20.8%）、「心身に不調をきたした」（18.2%）となっており、こころの不調との関連が示唆される変化が上位を占めている。

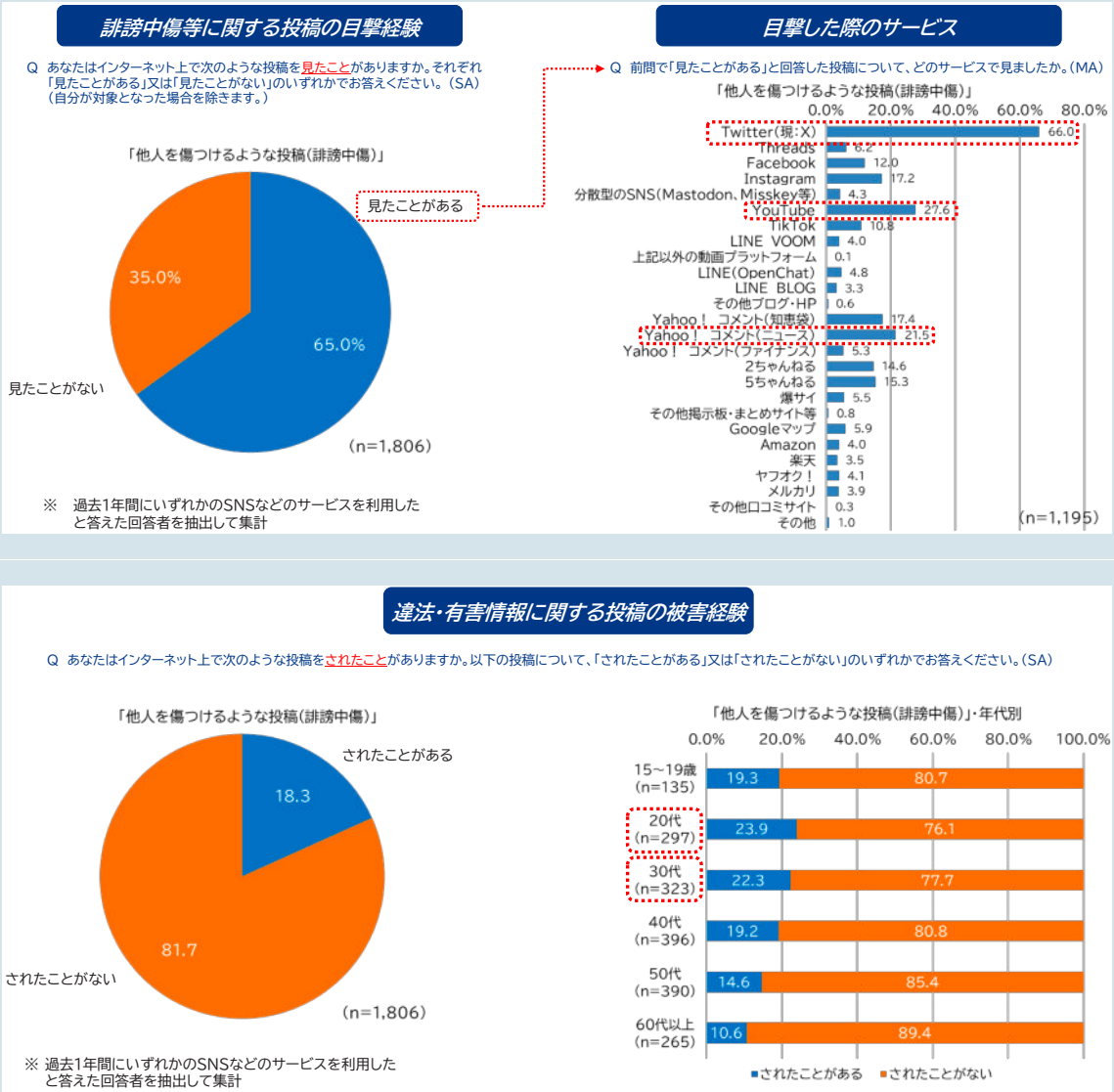
＊33 内閣府「配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等（令和４年度分）」によると、令和４年度に配偶者暴力相談支援センターで相談対応を行った相談者のうち、同居している未成年のこどもがいる割合は全体の半数を超えている。

＊34 総務省プラットフォームサービスに関する研究会　誹謗中傷等の違法・有害情報への対策に関するワーキンググループ（第10回）資料1-1 三菱総合研究所「インターネット上の違法・有害情報に関する流通実態アンケート調査」。

21,900件に大きく増加していた。

SNSは、思ったことを気軽に投稿でき、見知らぬ人とのコミュニケーションや共感の輪を広げることができる一方で、他人への誹謗中傷、無責任なうわさ、個人のプライバシー情報などを広げてしまい、被害者のこころを深く傷つけるおそれがあることについても理解し、一人ひとりがSNSの正しい利用を心がける必要がある。

図表1-1-44　SNSユーザーを対象としたアンケート調査



資料：総務省プラットフォームサービスに関する研究会　誹謗中傷等の違法・有害情報への対策に関するワーキンググループ（第10回）資料1-1 三菱総合研究所「インターネット上の違法・有害情報に関する流通実態アンケート調査」より抜粋

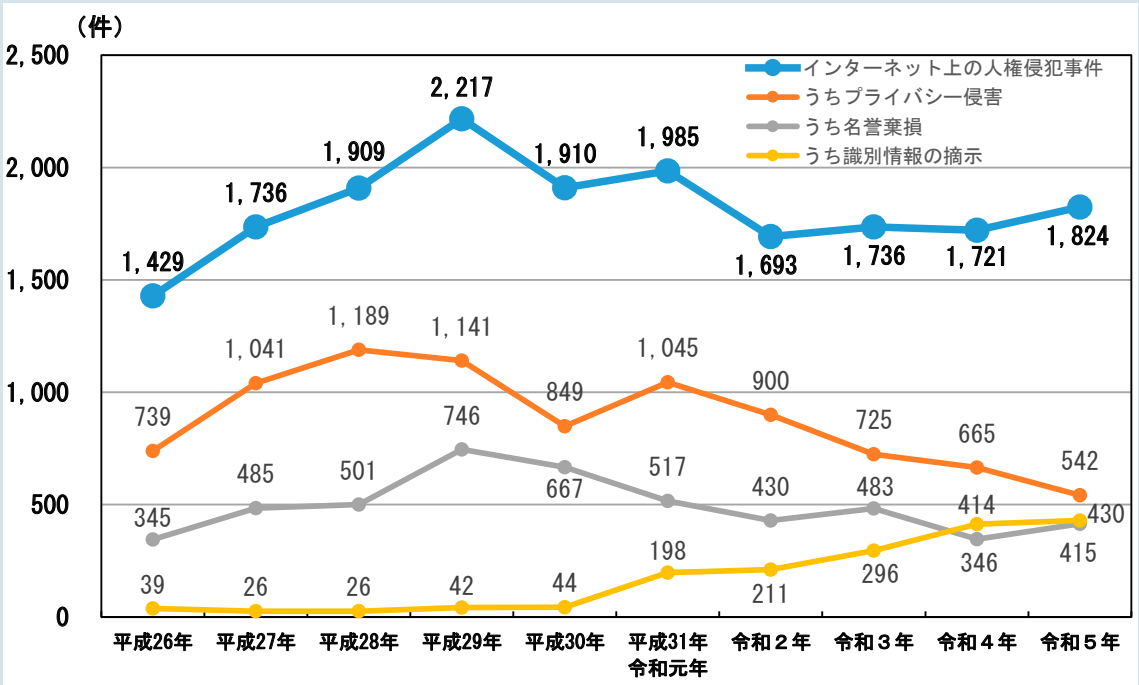
（インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件数は、高止まりしている）

こうしたなかで、法務省の人権擁護機関が新規に救済手続を開始した事件のうち、インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件数は、高止まりしている（**図表1-1-45**）。モバイル端末の普及などにより、誰もが加害者にも被害者にもなりうる状況が続いている。引き続き、加害者とならないための意識啓発や、被害に遭った際の被害者救済手続の取組みを推進していくことが必要な状況にあり、法務省の人権擁護機関では、被害者

からインターネット上の誹謗中傷等の投稿による被害について相談を受けた場合には、相談者の意向に応じ、削除依頼の方法等を助言したり、違法性を判断した上で、プロバイダ等に対して投稿の削除要請をするなどしている。

また、総務省では、インターネット上の違法・有害情報対策として、第213回国会に、大規模プラットフォーム事業者に対し、削除対応の迅速化や運用状況の透明化を義務付ける情報流通プラットフォーム対処法案（プロバイダ責任制限法の一部改正法案）を提出し、2024（令和6）年5月に成立した。情報流通プラットフォーム対処法は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内に施行されることとなる。

図表1-1-45　インターネット上の人権侵害情報に関する人権侵犯事件（新規開始）



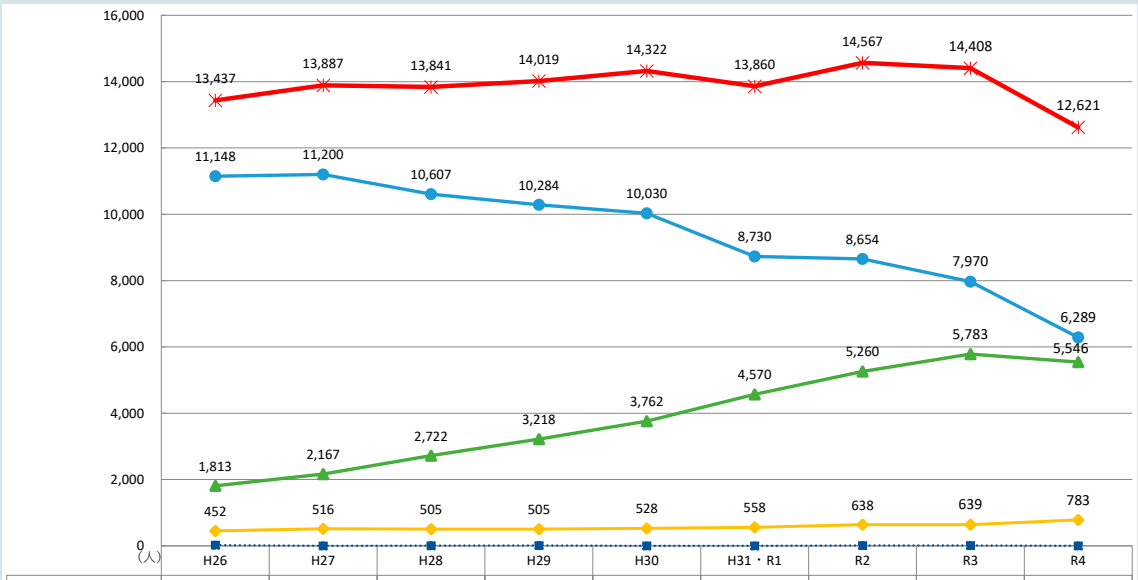
資料：報道発表資料「令和５年における「人権侵犯事件」の状況について（概要）～法務省の人権擁護機関の取組～」（法務省）（https：//www.moj.go.jp/content/001415625.pdf）を加工して作成

⑤　違法薬物の広まりとオーバードーズ

（近年の薬物事犯は、覚醒剤事犯が減少する一方で、大麻事犯が顕著に増加している）

覚醒剤や大麻などの薬物の乱用は、依存や中毒を引き起こし、精神疾患のひとつである依存症の原因となる。近年の薬物事犯全体の検挙人員は概ね14,000人前後で推移しており、2022（令和4）年の検挙人員は前年から減少がみられた。経年的な傾向として、覚醒剤事犯が減少する一方で、大麻事犯が顕著に増加している（**図表1-1-46**）。

図表1-1-46　薬物事犯検挙人員の推移



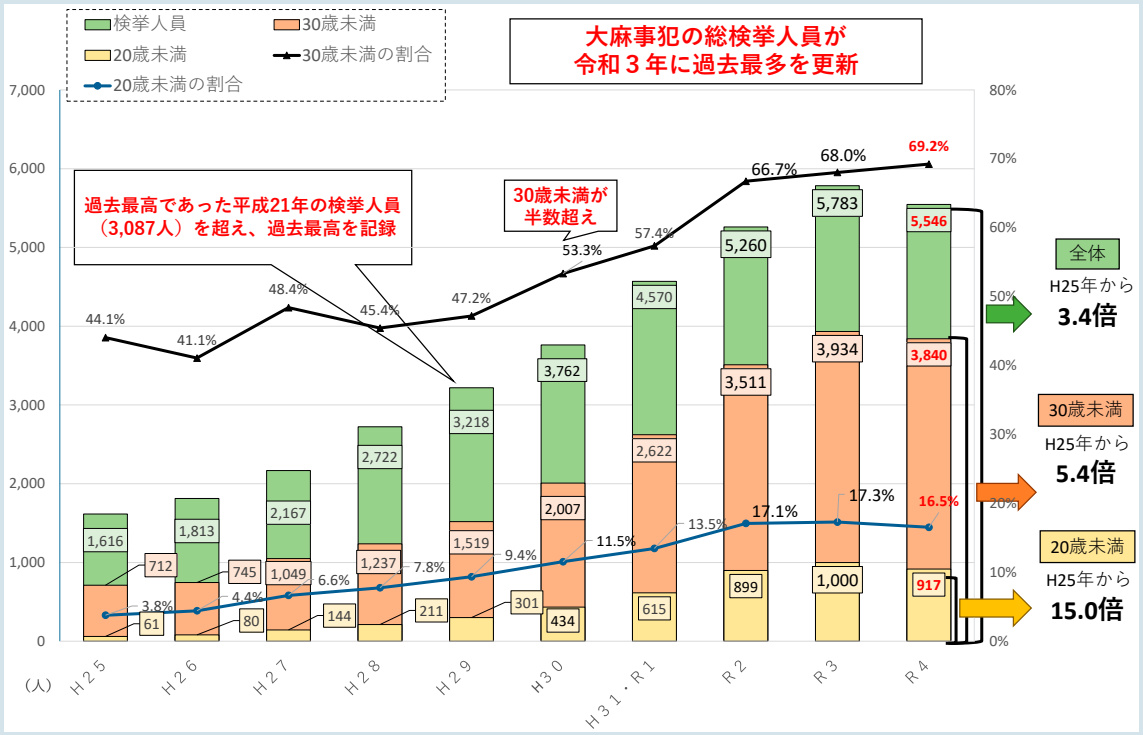
	H26	H27	H28	H29	H30	H31・R1	R2	R3	R4
覚醒剤	11,148	11,200	10,607	10,284	10,030	8,730	8,654	7,970	6,289
大麻	1,813	2,167	2,722	3,218	3,762	4,570	5,260	5,783	5,546
麻薬・向精神薬	452	516	505	505	528	558	638	639	783
あへん	24	4	7	12	2	2	15	16	3
全薬物事犯	13,437	13,887	13,841	14,019	14,322	13,860	14,567	14,408	12,621

資料：厚生労働省医薬局作成

（大麻事犯が若者の間で顕著に増加している）

大麻事犯における検挙人員の年齢別推移をみると、総検挙人員は2013（平成25）年から3.4倍に増加しているが、年齢別にみると、30歳未満は5.4倍に、さらに20歳未満は15.0倍に増加しており、大麻事犯が若者の間で顕著に増加していることが読み取れる（**図表1-1-47**）。

図表1-1-47 大麻事犯における検挙人員の推移（年齢別）



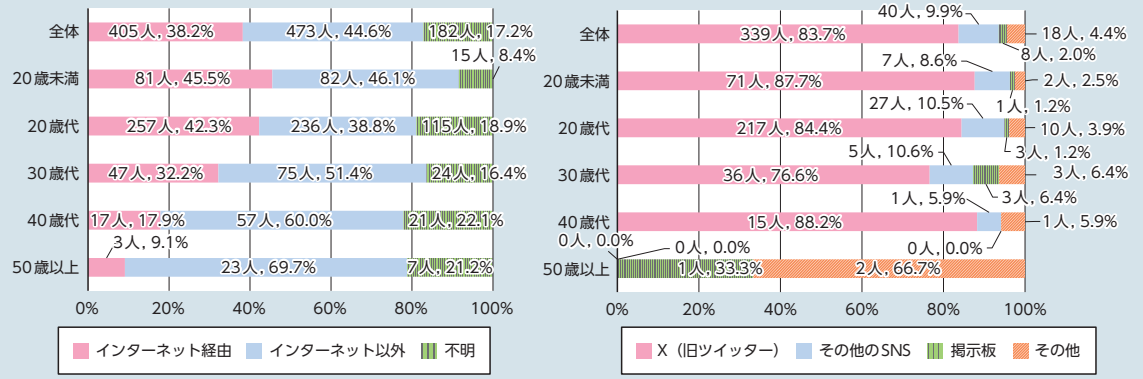
資料：厚生労働省医薬局作成

（大麻の入手先を知った方法は、30歳未満でインターネットが3分の1以上を占める）

2023（令和5）年10月から11月までの間に大麻取締法違反（単純所持）で検挙された者のうち1,060人について、捜査の過程において明らかとなった、大麻の入手先を知った方法等をみると、検挙事実となった大麻の入手先（譲渡人）を知った方法は、30歳未満で「インターネット経由」が3分の1以上を占め、その9割以上がSNSを利用していた（**図表1-1-48**）。

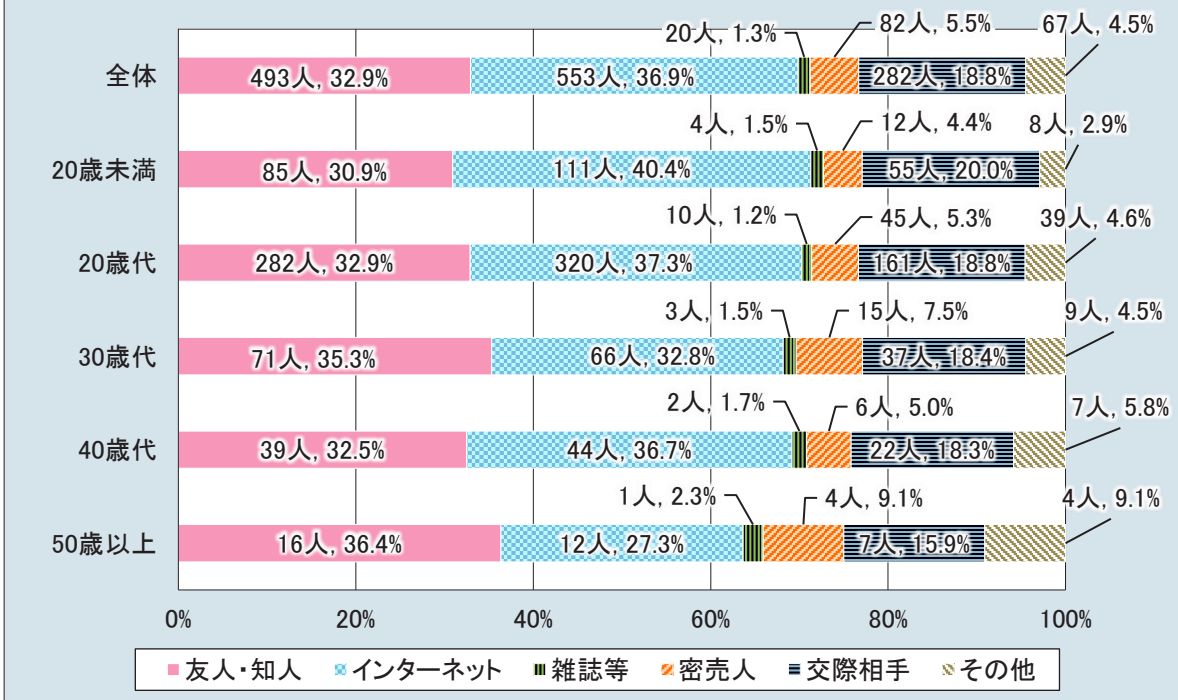
また、大麻に対する危険（有害）性を軽視する情報の入手先についても、「友人・知人」とともに「インターネット」が多く、年齢層が低いほど「インターネット」の占める割合が高い傾向にある。SNS等における違法・有害情報の拡散が、特に若い世代において大麻に対する認識を誤らせていることの背景にあることがうかがえる（**図表1-1-49**）。

図表1-1-48 大麻の入手先（譲渡人）を知った方法と利用したインターネットの種類



資料：警察庁「令和5年における組織犯罪の情勢【確定値版】」

図表1-1-49　危険性を軽視する情報源（犯行時の年齢層別・複数回答）



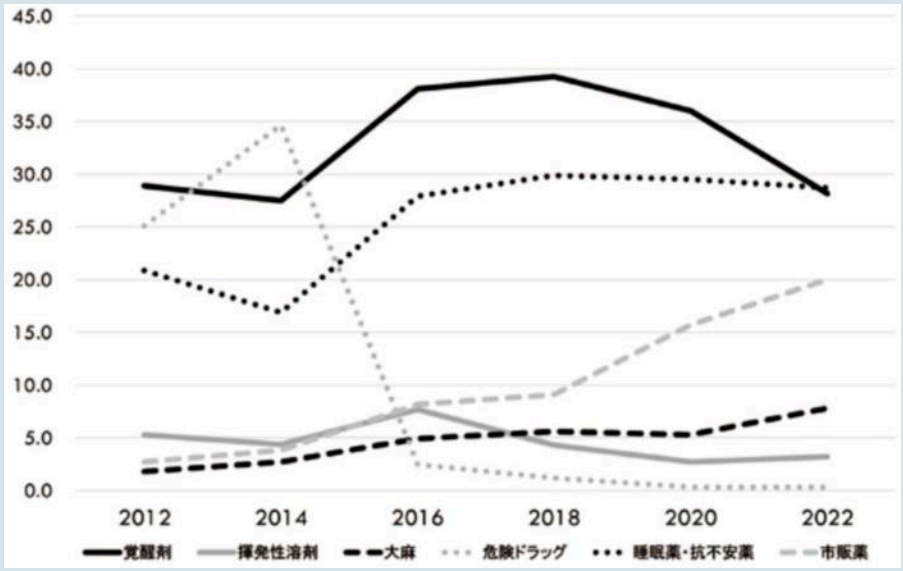
資料：警察庁「令和５年における組織犯罪の情勢【確定値版】」

（近年、総合感冒薬などの市販薬の過量服薬（オーバードーズ）が問題となっている）

また、上述の違法な薬物の広まりとは別に、近年、総合感冒薬や鎮咳去痰薬などの一般用医薬品（市販薬）の過量服薬（オーバードーズ）が問題となっている。全国の精神科医療施設を受診する薬物関連精神疾患患者に関する調査結果によると、市販薬を「主たる薬物」[*35]とする依存症患者の比率は、2012年から2022年までの10年間で急増していることが報告されている（図表1-1-50）[*36]。

＊35　患者の精神科的症状に関して臨床的に最も関係が深いと思われる薬物のこと。
＊36　令和４年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」。

図表1-1-50　1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の比率に関する経年的推移



資料：令和４年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

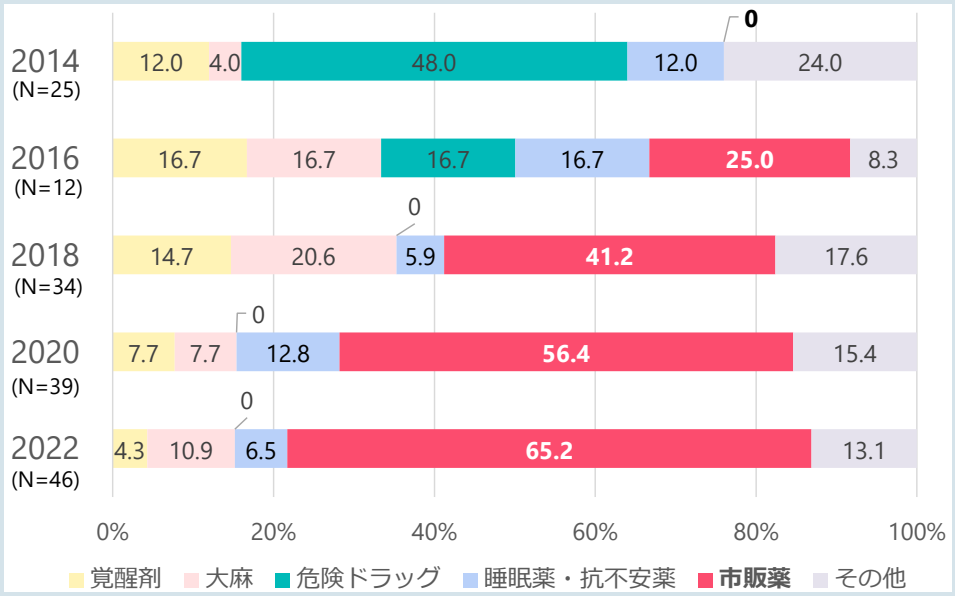
（若者の間で市販薬のオーバードーズが急速に広まっている）

薬物関連の精神疾患症例において使用された主たる薬物として市販薬の比率が急増している背景には、若者の間で市販薬のオーバードーズが急速に広まったことが大きな要因のひとつとみられている。

国立精神・神経医療研究センターが全国の高校生を対象に行った調査[*37]によると、過去１年以内に市販薬の乱用経験があるという高校生は全体の1.57%、60人に１人の割合と推計されることが分かった。これは、違法薬物のなかで最も乱用されている大麻（0.16%）の過去１年経験率の10倍に相当する。また、同センターが行った「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」によると、精神科で治療を受けた10代患者をみると、2014（平成26）年には市販薬を主たる薬物とする患者はみられなかったが、2022（令和4）年には65%を超えるまでに増加した（**図表1-1-51**）。

＊37　薬物使用と生活に関する全国高校生調査2021。

図表1-1-51　全国の精神科医療施設における薬物依存症の治療を受けた10代患者の「主たる薬物」の推移



資料：令和４年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」に基づき、厚生労働省医薬局作成

（市販薬の入手経路は、インターネットを介した入手の割合が次第に大きくなっている）

また、同調査によると、過去１年以内に市販薬の使用（治療薬として適切に用いた場合を除く）が認められた症例における入手経路については、薬局（71.5%）が圧倒的に多く、次いで店舗（22.2%）、インターネット（16.4%）という順であった。市販薬を薬局などから入手する傾向は従来から変わらないものの、医薬品のEC（電子商取引）比率（2022年は8.24%（化粧品も含む））を考慮するとインターネットを介した入手経路は無視できるものではなく、また、インターネットを介した入手の割合が少しずつ大きくなっていることに注目する必要がある。

（オーバードーズの背景に、若者の「生きづらさ」を指摘する声も多い）

若者が市販薬のオーバードーズに至る背景について、「生きづらさ」を指摘する声も多い。先述の全国の高校生を対象とした調査で、過去１年以内に市販薬の乱用経験があると回答した高校生の傾向を分析した結果、非経験者と比べて、睡眠時間が短い、朝食の摂食頻度が低い、家族全員での夕食頻度が低い、大人不在で過ごす時間が長い、親しく遊べる友人や相談ができる友人が少ない、インターネットの長時間使用（１日６時間以上）の割合が高いなどの生活上の特徴がみられた。こうした特徴から、安心して一緒に過ごせる人が身近におらず、孤独感を味わいながら、昼夜、自分の居場所を探している若者たちの姿が「生きづらさ」の実像として浮かび上がる。

オーバードーズの問題は、市販薬の入手経路の在り方にとどまらず、背景にある若者の「生きづらさ」に向き合う取組みの充実が求められる。

MEMO ー君を守りたいー きみまも@歌舞伎町

東京都では、様々な不安や悩みを抱えた青少年が、SNS等を通じて、いわゆる「トー横」（※）に集まり、児童買春等の犯罪被害に遭う事案が発生していることから、2023（令和5）年に有識者からなる協議会で議論し、その答申を踏まえ、各種取組みを進めている。

その一環として、同年8月、青少年の被害の実態や対策について周知・啓発するため、有識者や著名人を招き、啓発イベント「ー君を守りたいー　きみまも@歌舞伎町」を開催した。

また、2024（令和6）年1月には、悩みを抱える若者が気軽に相談できる窓口「きみまも@歌舞伎町」を期間限定で設置した。

この窓口では、軽食を無料で提供したほか、関係機関・民間団体と連携し、社会福祉士等の資格を持った専門員が相談対応に当たるなど、青少年が気軽に立ち寄りやすい環境づくりに配慮した。

窓口には多くの若者が訪れ、なかには徐々に相談員と打ち解け、具体的な相談に至り、支援に繋がった例もあった。

「東京都では、この結果等も踏まえ、2024（令和6）年5月末に常設の窓口を設置した。今後も各種取組みを推進することとしている。」

（※）「トー横」とは、東京都新宿区歌舞伎町の「新宿東宝ビル」の横のこと。





4 社会的障壁と共生社会

本白書の「はじめに」でも触れたように、こころの健康と社会とのつながりには相互性があり、同じ社会に暮らす隣人のこころの健康に対して、私たち一人ひとりは決して無関係ではない。こころの不調の発生要因となるストレスには、心理的、社会的な要因があり、たとえば、労働者が感じているストレスの内容は多様であるものの、対人関係に関するものが少なくないことや、心身の健康への深刻な影響も懸念される孤独・孤立という状態は社会との関係のなかで生まれる「関係性の貧困」ともいえる痛みや辛さを伴うものであることなどを具体的にみてきた。

こうした対人関係や社会との関係に伴うこころの不調は誰にでも起こりうるものであるが、ここでは、心理的、社会的ストレスに関連し、障害のある人にとって社会生活を営むことの支障となるような社会の側の「壁」である社会的障壁について触れておきたい。

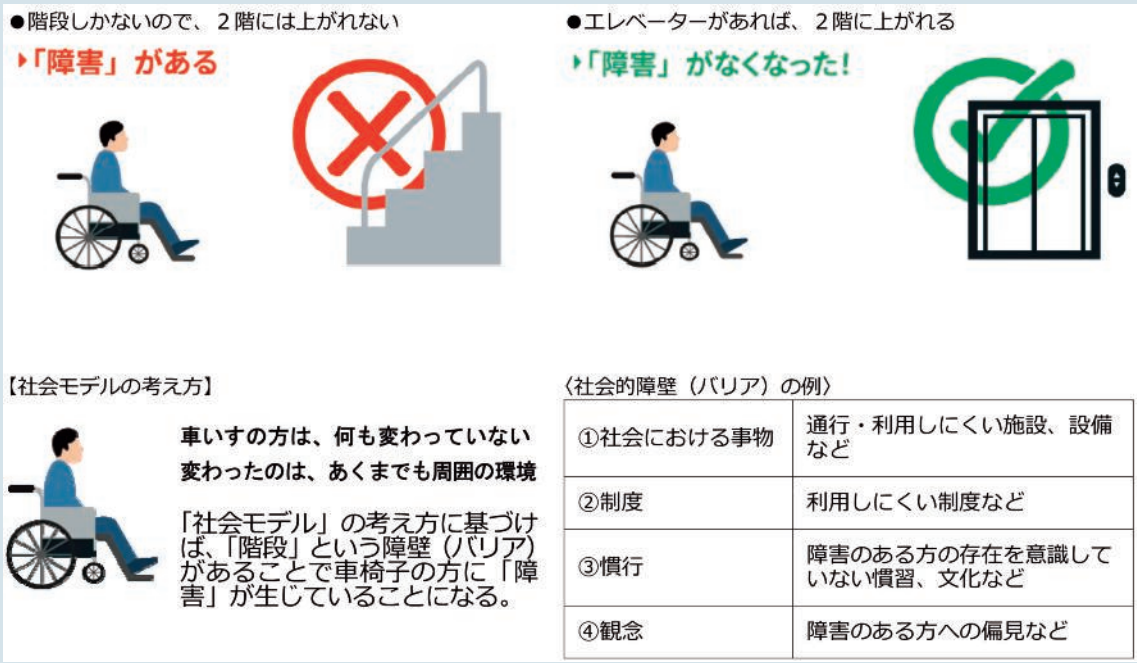
社会的障壁とは、障害のある人にとって日常生活または社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものを指す。これは、「障害者権利条約」の理念である障害の「社会モデル」の考え方を踏まえたものである。障害の「社会モデル」とは、障害者が日常生活または社会生活で受ける様々な制限は、心身の機

能の障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生じるものという考え方である[*38]（図表1-1-52）。

本白書においても、WHO2022報告書を踏まえ、「こころの不調」は、精神障害による心身の機能の障害に加え、社会的障壁と相対することによって生じる障害を含むものとして捉えている。たとえば、下図のように、車いすを使用する人にとって「階段」という障壁により「障害」が生じることと同様に、精神障害のある人にとって利用しにくい制度や偏見などにより生じる「障害」についてもこころの不調に含まれるものであり、精神障害のある人が相対するこのような社会的障壁を取り除くことが、当事者のこころの不調を軽減し、こころの健康の水準を高めることにつながる点で、本白書におけるこころの健康にも重要な視点を与える考え方である。

障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる共生社会の実現のためには、このような考え方に基づき、障害のある人の活動や社会参加を制限している様々な社会的障壁を取り除くことが重要である。

図表1-1-52　社会モデルの考え方と社会的障壁の例



資料：内閣府作成

＊38 内閣府「令和４年度障害者施策の概況（令和５年版障害者白書）」（令和５年６月）第１章第１節を参照。

第2節 精神疾患の現状

1 主な精神疾患

（精神疾患を有する総患者数は約615万人、外来患者数は約586万人）

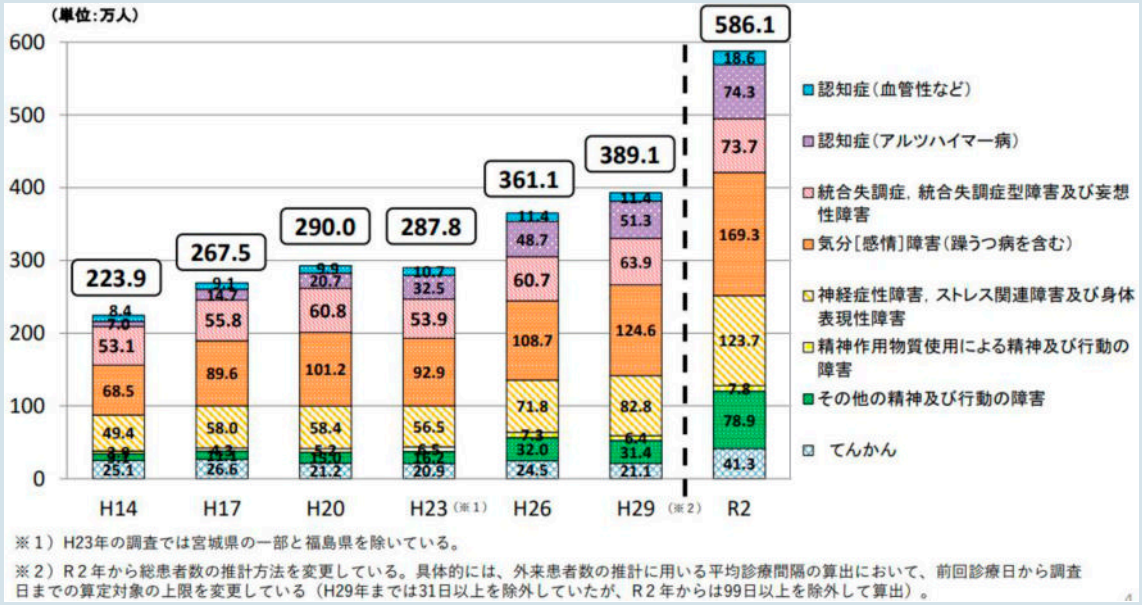
私たちのこころは、日常生活のなかで様々に揺れ動くものである。そうした通常の浮き沈みを超えて、思考や感情、行動の変調が大きな苦痛を伴ったり、日常生活に支障をきたすような状態になると、こころの不調、とりわけ精神疾患（精神障害）にもつながる。

精神疾患の外来患者の数は増加の傾向にある。厚生労働省「患者調査」を基に算出すると、2020（令和2）年の精神疾患を有する総患者数は約615万人であり、このうち外来患者数（約586万人）を疾患別にみると、うつ病などの「気分（感情）障害」が約169万人と最も多く、続いて、適応障害などの「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が約124万人となっている（**図表1-2-1**）。また、外来患者数を年代別にみると、75歳以上が約136万人と最も多く、続いて45～54歳が約98万人、0～24歳が約79万人となっている（**図表1-2-2**）。

精神疾患というと、まず、うつ病をイメージする人が多いかもしれないが、このように様々な種類や症状の違いがあり、治療法もこうした違いに応じて異なってくる。

ここでは、世界保健機関（WHO）の「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）」[*39]における病気の名称や分類を参考に、代表的な精神疾患について紹介したい。

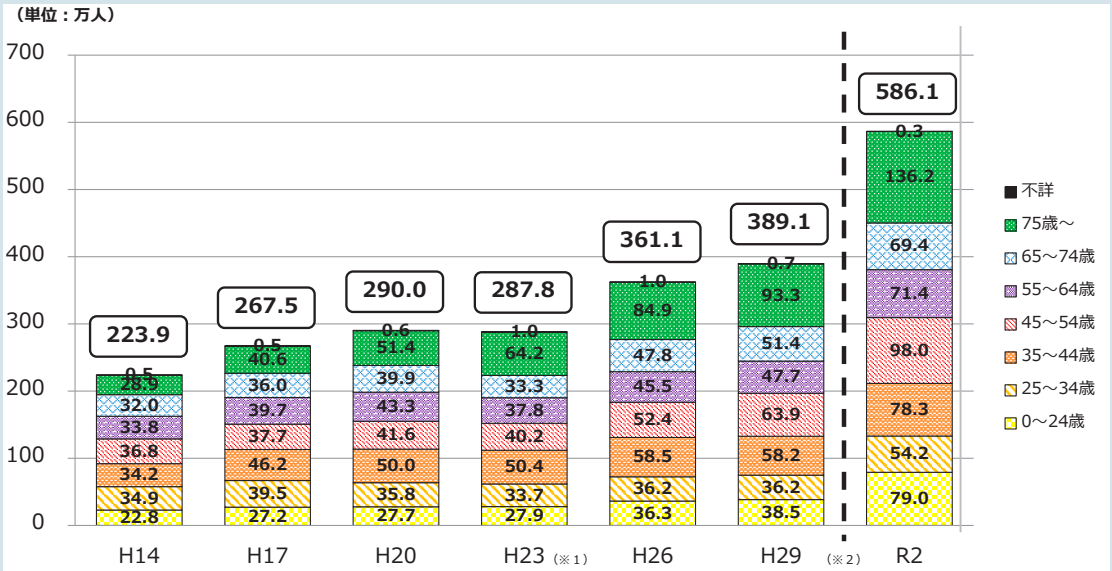
図表1-2-1 精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）



資料：厚生労働省「患者調査」に基づき、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

＊39 現在、国内で使用している分類は、ICD-10（2013年版）に準拠している。ICDについては、「【MEMO】疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）と精神疾患」を参照されたい。

図表1-2-2　精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※２）Ｒ２年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、Ｒ２年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」に基づき、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

MEMO　疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）と精神疾患

各種の精神疾患は、ICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：疾病及び関連保健問題の国際統計分類）のいずれかに統計上分類される。このICDと精神疾患の関係についてみてみよう。

ICDとは、世界保健機関（WHO）の勧告により、国際的に統一した基準で定められた死因及び疾病の分類である。

日本では、このICDに準拠する形で「疾病、傷害及び死因の統計分類」という統計法に基づく「統計基準」を定めており、公的統計（人口動態統計、患者調査、社会医療診療行為別統計等）等における死因や疾病の分類などで広く利用している。

「疾病、傷害及び死因の統計分類」においては、「第Ⅴ章　精神及び行動の障害（F00－F99）」に、次の中間分類項目が含まれている。

F00－F09 症状性を含む器質性精神障害
F10－F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（※1）
F20－F29 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
F30－F39 気分［感情］障害（※2）
F40－F48 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（※3）
F50－F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
F60－F69 成人の人格及び行動の障害
F70－F79 知的障害＜精神遅滞＞
F80－F89 心理的発達の障害
F90－F98 小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
F99 詳細不明の精神障害

（※1）F10-F19「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」には依存症を含む。
（※2）F30-F39「気分［感情］障害」には双極性感情障害、うつ病エピソードを含む。
（※3）F40-F48「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」には適応障害を含む。

なお、医療機関における精神疾患の「診断基準」としては、米国精神医学会の精神疾患

の診断分類であるDSM-5も国際的に広く知られている。

（注釈）ICDについては、現行の「疾病、傷害及び死因の統計分類　ICD-10（2013年版）準拠」に基づく記述を行ったが、2022（令和4）年に、WHOよりICD-11が発効され、収載されている分類項目は、約3万5千項目に及ぶ。現在、我が国においてもICD-11に準拠した新しい統計基準を作成し、国内で適用するための準備が行われているところである。

（1）うつ病

うつ病は、気分（感情）障害に分類される代表的な疾患のひとつである。一日中気分が落ち込んでいる、何をしても楽しめないといった心理的な自覚症状とともに、眠れない、食欲がない、疲れやすいといった身体症状が現れる。発症の原因は、現時点で正確には分かっていないが、感情や意欲を司る脳の働きに何らかの不調が生じているものと考えられている。

その背景には、精神的ストレスや身体的ストレスなどが指摘されることが多いが、辛い体験や悲しい出来事のみならず、結婚や進学、就職、引越しなどといった嬉しい出来事の後にも発症することがある。こうした環境要因以外にも、義務感が強く仕事熱心といった性格傾向や、遺伝的要因、がんや糖尿病といった慢性的な身体疾患、妊娠出産や更年期障害などの内分泌変化も発症要因のひとつである。

このように、うつ病を引き起こす要因はひとつではなく、生活の中の様々な要因が複雑に結びついて発症している。

日本では、100人に6人程度が生涯のうちにうつ病を経験しているという調査結果があり、また、女性の方が男性よりも約1.6倍多いことが知られている。

MEMO　簡易抑うつ症状尺度（QIDS -J）によるうつ病チェックについて

うつ症状の度合いを「簡易抑うつ症状尺度（QIDS -J）」を使って自らチェックすることができる。一人ひとりが自らの状態をチェックして、早期発見・早期予防につなげることが可能となるので紹介しよう。

簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology：QIDS -J）は、16 項目の自己記入式の評価尺度で、うつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準DSM-5の大うつ病性障害（中核的なうつ病）の診断基準に対応しているという特長を持っている。

世界的に知られた精神科医であるJohn Rush氏によって開発され、世界10ヶ国以上で使用されている。日本語版は、慶應義塾大学医学部の藤澤大介医師のグループによって作成された。

質問票の16項目とは、

1. 寝つき
2. 夜間の睡眠
3. 早く目が覚めすぎる
4. 眠りすぎる
5. 悲しい気持ち
6. 食欲低下
7. 食欲増進
8. 体重減少（最近2週間で）
9. 体重増加（最近2週間で）
10. 集中力／決断
11. 自分についての見方
12. 死や自殺についての考え
13. 一般的な興味
14. エネルギーのレベル

15. 動きが遅くなった気がする
16. 落ち着かない

であり、たとえば項目「5. 悲しい気持ち」であれば、

0点. 悲しいとは思わない
1点. 悲しいと思うことは、半分以下の時間である
2点. 悲しいと思うことが半分以上の時間ある
3点. ほとんどすべての時間、悲しいと感じている

と点数化されている。

16項目の点数を、計算式を使って計算し、うつ病の重症度が解るようになっている。

（参考）質問票等は、以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/02.pdf

（2）双極性障害（躁うつ病）

双極性障害は、躁状態とうつ状態を繰り返す病気である。うつ病と同じ気分（感情）障害に分類されるが、うつ病とは異なる病気であり、治療法も異なる。

ハイテンションで活動的な躁状態と、憂うつで無気力なうつ状態をいったりきたりするのが双極性障害の特徴とされ、躁状態になると、眠らなくても活発に活動する、次々にアイデアが浮かぶ、自分が偉大な人間だと感じられるといったことがみられ、とても気分がよく感じられるため、本人には病気の自覚がないことが多い。そのため、うつ状態では病院に行く人でも、躁状態の時には治療を受けないことがよくある。しかし、うつ病だけの治療では双極性障害を悪化させてしまう場合がある。このため、本人だけでなく、周囲の人も、日頃の様子や気分の波を見守り、躁状態に気づくことが大切である。

日本では、双極性障害と診断される患者の頻度は重症・軽症をあわせても100人に4～7人弱といわれている。

（3）適応障害

適応障害は、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に分類される。日常生活の中で起こった出来事や、主に職場や学校などの環境に対して対処が困難である時に、病気や大切な人との離別、人間関係のもつれなど何らかのストレスが原因となり、心身のバランスが崩れて、憂うつな気分、不安感、頭痛、不眠などの様々な症状が出る状態である。こうした症状は、日常生活のなかで誰にでも起こりうる症状であるが、適応障害の場合は、そのストレス原因から通常予想される程度をはるかに超えるものであったり、仕事や学業、対人関係といった社会生活に支障が生じたりするほどの状態となる。

（4）統合失調症

統合失調症は、幻覚や妄想、まとまりのない思考や行動、意欲の欠如などの症状を示す疾患である。幻聴や妄想など健康な時にはなかった状態が現れる「陽性症状」と、意欲や感情表現が減るなど、あったものが失われる「陰性症状」がある。周囲からみると、独り言を言っている、実際はないのに悪口を言われたなどの被害を訴える、話がまとまらず支離滅裂になるなどのサインとして現れる。

罹患率は100人に1人弱といわれており、思春期から青年期に発症するケースが多くみ

られるが、早めに治療するほど症状が重くなりにくいといわれている。

統合失調症の原因は、ドーパミンなど脳の神経伝達物質のバランスが崩れて混乱することが関係しているともいわれているが、現時点では明らかになっていない。

ある程度の遺伝的要因が作用していると推測されており、統合失調症になりやすい要因をいくつか持っている人が、仕事や人間関係のストレス、就職や結婚など人生の転機で感じる緊張などがきっかけとなり、発症するのではないかと考えられている。

(5) PTSD

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）とは、生死に関わる出来事や性暴力の脅威に直面したあとで、その当時の恐怖に圧倒される記憶が整理されず、そのことが何度も思い出されて、当時に戻ったように感じ続ける病気である。そうした体験の中で恐怖や悲嘆、絶望などの強い感情に圧倒されたり、逃げられない、何もできないといった強い無力感を生じることによって生じる。体験後の心理社会的サポートの低さが、将来のPTSD発症と関連する。体験の例としては、対人暴力などの人為被害の他にも、雇用の現場での生死に関わる業務上の怪我や病気の経験や、自然災害という予期せぬ出来事による家財や親しい人の喪失も要因となりうる。あまりにも強いショックを感じたために、その体験を落ち着いて整理することができなくなる。そのため、非常に良く覚えている部分と覚えていない部分が混じり合ったり、体験したことと感じたこと、考えたことの関係が混乱したり、時間的な順序や、因果関係といったつながりも分からなくなる。

このような記憶は、「いつ、どこで、どのように、なぜ」といった枠組みができていないため、非常に不安定な状態となっている。そのため、ふとしたことで、あるいは突然に、記憶が意識のなかに侵入し、フラッシュバックや悪夢を生じる。

トラウマ体験の記憶は断片化していて、その一部を思い出すと、他の色々な断片的なイメージが次々に思い出されたり、辛い感情や考えが生じたりする。そのため、あたかも常に被害が生じているように感じられるので、不安や緊張が消えることがない。時にはこうした辛さからこころを守るために、現実感がなくなり、ぼんやりとしたり、記憶の一部が失われてしまうこともある。

どのような人がPTSDになりやすいのかについては、いくつかのことが分かっている。

まず、死の危険を意識するほどの恐怖に直面したかどうかだけでなく、たとえばそうした被害の後の社会的サポートの不足や、生活のストレスが大きかった場合にはPTSDを発症しやすいことが知られている。さらに、過去のトラウマ体験や児童期の虐待といった逆境体験が複数ある人にはPTSDのリスクが高くなるといわれる。

コラム　複雑性PTSDに対する新たな心理療法について（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）

複雑性PTSDについて

複雑性PTSDは通常のPTSDに加えて、感情調整や対人関係、自己価値に深刻な困難を生じている精神疾患である。きっかけとなる出来事の定義はPTSDと同じであるが、児童期虐待、ドメスティック・バイオレンスなどの持続的、反復的な被害から生じることが多い。

複雑性PTSDは、2018年に公表された国

際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）で、新たに採用された診断項目であり、どのような治療が有効であるかを明らかにすることは国際的にも喫緊の課題となっていた。

NCNPによる研究報告

今般、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター（NCNP）精神保健研究所を中心としたグループは、複雑性PTSDに対するSTAIR Narrative Therapyという心理療法の実践に関する研究を行い、その成果が国際精神医学誌「European Journal of Psychotraumatology」オンライン版に掲載された。

NCNPの研究は、海外で虐待関連のPTSDに有効性が確立されているSTAIR Narrative Therapyを、ICD-11の複雑性PTSD診断を満たす患者に対して実践し、前後比較試験（同一の対象者への介入の前後を比較するもの）を実施したものである。

その結果、この治療が日本の臨床現場においても安全に実施可能であり、複雑性PTSDに対して効果が期待できることを確認した。本研究は、治療を前進させる重要な成果といえる。

複雑性PTSDとSTAIR Narrative Therapy

複雑性PTSDに対する最適な治療法については、国際的に検証が進められている段階にある。これまでの関連する研究の積み重ねにより、トラウマに焦点を当てた心理療法が有望であり、中でも複雑性PTSDの多様な症状に対応した治療が有望であることが報告されている。この多様な症状に対応した治療として、STAIR Narrative Therapyという心理療法が米国で開発されており、虐待を経験した成人PTSD患者を対象とした複数の臨床試験でその有効性が確認されている。

ただし、これまでの欧米での研究はICD-11の複雑性PTSDを対象としているわけではないため、複雑性PTSD診断に該当する患者を対象として、安全性や有効性を確認する必要があった。またこの治療は米国で開発され、臨床研究も欧米でのみ実施されているため、文化や制度の異なる日本でも同じように実施できるか、また同等の効果が得られるかどうかを確認する必要があった。

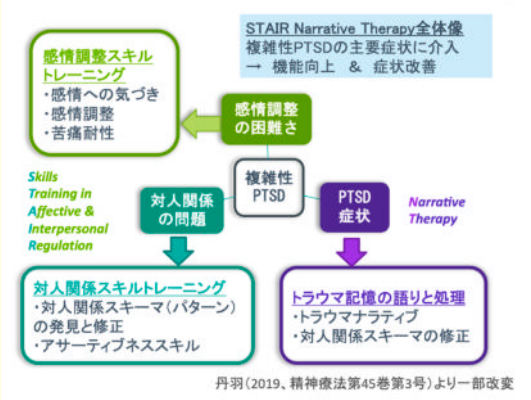


図1　STAIR Narrative Therapy全体像

研究の方法

NCNPによる研究では、18歳以前に身体的／性的虐待を経験し、ICD-11の基準で複雑性PTSDと診断された成人女性患者を対象として、STAIR Narrative Therapyの実施可能性、安全性、治療成果を調べた。

具体的には、対照群を置かない前後比較試験を実施し、10名の患者が研究に登録され、NCNPまたは共同研究機関の外来で、STAIR Narrative Therapyの治療を受けた。

治療はSTAIR Narrative Therapyの日本語版のマニュアルに基づきながらも、個々の患者のニーズに合わせて柔軟に治療内容を適用する方法で実施した。重要な評価項目は、国際トラウマ面接（ITI）（ICD-11に基づくPTSD／複雑性PTSDの診断面接）で評価された治療後、及び治療終了3ヶ月後の複雑性PTSD診断と重症度である。

研究の結果

治療を最後まで終えた7名のうち、6名は治療後に複雑性PTSDの診断基準を満たさなくなり、7名全員が治療終了3ヶ月後に診断基準を満たさなくなった。また複雑性PTSDの重症度得点は、治療前と比べて治療後及び治療終了3ヶ月後に有意な（＝統計的に意味のある）改善が認められ、その効果量も大きなものだった。

また、同様に、うつ症状をはじめとした様々な評価項目においても有意な改善が認められた。

なお、治療を途中で終えた3名（1名は

COVID-19の影響）のうち、中間評価を受けた2名にも複雑性PTSD症状の改善が認められた。

加えて、治療期間中に重篤な有害事象は認められなかった。

研究の意義・今後の展望

この臨床試験の参加者は、長期にわたる持続的な虐待を経験している者であったが、安全を保ちながら治療を進めることができ、複雑性PTSDをはじめ、様々な精神症状や生活機能の改善が認められた。本研究の結果から、STAIR Narrative Therapyは複雑性PTSDの患者にも適用可能であり、少人数での結果という前提ではあるが、海外の先行研究と同等の効果が期待できることが示唆された。

今後は、STAIR Narrative Therapyの有効性をより厳格な方法で検証するために、ランダム化比較試験（無作為化比較試験。研究の対象者を2つ以上のグループにランダムに分け（ランダム化）、効果を検証すること）を検討している。

（参考）国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター『複雑性 PTSD 治療前進へ～心理療法（STAIR Narrative Therapy）の成果～』

（6）摂食障害

摂食障害とは、体重や体型に対する異常なこだわりや完璧主義的思考、低い自尊心などにより、食事に関連した行動の異常が続き、心身に影響が及ぶ病気の総称である。

具体的には、極端に食事を制限する、過度に食べてから体重の増加を防ぐための代償行動（嘔吐や下剤乱用など）を繰り返すなど、さまざまな症状があり、神経性やせ症、神経性過食症、過食性障害などに分類される。

摂食障害は10代から20代の若者に多くみられ、女性の割合が高いが、誰にでも発症しうる。我が国の摂食障害患者数は約22万人と推計されている。

（7）様々な依存症

依存症とは、特定の物質や行為にこころを奪われ、使っているうちにだんだんと脳の回路が変化し、自分ではやめられなくなってしまう病気のことである。依存症には、「物質への依存」と「プロセスへの依存」がある。

物質への依存は、依存性のある物質を何回も摂取することで、以前と同じ量や回数では満足ができなくなってしまう依存症である（一部の物質依存では、使う量が増えないこともある）。主な対象として、アルコールや薬物（違法薬物、市販薬）などがある。他方で、プロセスへの依存は、物質ではなく特定の行為や過程に必要以上に熱中してしまう依存症であり、のめりこむ、強い刺激を求める、いつも頭から離れないなどの症状が現れる。主な対象として、ギャンブルやゲームがある。

近年の依存症患者数の推移をみると、物質への依存であるアルコール依存症と薬物依存症の患者数はいずれも横ばい傾向にあり、プロセスへの依存であるギャンブル等依存症の患者数についても同様の傾向がみられる（**図表1-2-3**）。

図表1-2-3　近年の依存症患者数の推移

		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	令和3年度
アルコール依存症	外来患者数※1 （入院患者数※2）	93,785 （29,649）	96,145 （29,205）	101,424 （29,555）	107,156 （28,998）	106,750 （27,510）	107,912 （26,020）
薬物依存症	外来患者数 （入院患者数）	11,728 （3,159）	12,370 （3,143）	12,905 （3,067）	13,631 （3,081）	14,028 （2,924）	14,022 （2,811）
ギャンブル等依存症	外来患者数 （入院患者数）	2,072 （269）	2,581 （296）	3,240 （362）	4,046 （384）	4,064 （364）	3,829 （295）

出典：厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」（精神保健福祉資料※3）
※1）精神科における外来患者数
※2）精神病床における入院患者数
※3）レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を基に算出しているため、保険診療の患者に限られ、生活保護受給者等は含まれない。

資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

依存症の特徴は、周囲との対立が増える、生活リズムが崩れる、体調を崩す、お金を使いすぎるなど、日常生活のなかで何かしらの問題が起きているにもかかわらず、やめられない状態に陥っているということである。

自分の意志ではやめられない状態に陥ってしまう鍵は、脳にある。アルコールや薬物を摂取すると、脳内ではドーパミンという快楽物質が分泌される。この快楽物質が脳内に放出されると、中枢神経が興奮し、快感・よろこびにつながる。この感覚を、脳が報酬（ごほうび）と認識することにより、報酬を求める回路が脳内にできあがる。ギャンブル等で味わうスリルや興奮といった行動でも、同じように脳の中で報酬を求める回路が働いているのではないかといわれている。

脳内に報酬を求める回路ができあがり、アルコールや薬物を体に取り込む行動が習慣化されると、快楽物質が強制的に分泌されることが繰り返される。そうすると、次第によろこびを感じる中枢神経の機能が低下し、快感・よろこびが感じにくくなるといわれている。同時に嫌なことを忘れるためや不快な気分状態を解消するためにアルコールや薬物を使ったりするようにもなる。これらの変化が起こって、特に不快な気分状態を解消するため、アルコールや薬物の作用を求めるようになり、ますますその量が増えていく結果、悪循環に陥り、焦燥感や不安、物足りなさばかりが増していく。

このような状態に陥ると、もはや自分の意志でコントロールすることは非常に困難になる。依存症は、意志の弱さや性格の問題ではなく、もちろん最初から依存しようと思ってなるものでもなく、脳の仕業であるといえる。条件さえそろえば誰でも依存症になる可能性があり、特別な人だけがなるわけではないということを、正しく理解しておく必要がある。

2 早期発見の重要性

（未治療の期間が短ければ短いほど予後がよいといわれている）

一般的に精神疾患を発病してから治療開始までの期間は決して短くない。たとえば統合失調症については、発病から治療開始までの期間が平均で約1年であるといわれている。この未治療の期間のことをDUP（Duration of Untreated Psychosis：精神病未治療期間）と呼ぶ。

DUPが短ければ短いほど予後がよいといわれており、逆にこのDUPが長ければ長いほど、症状や障害が重症化・慢性化する可能性が増える。また、統合失調症などの病気を発症してから最初の数年の状態は、その後の長期的な経過に大きな影響を与える。そのため、発病後の数年間に適切な治療を継続的に受けることができ、状態を良好に維持することができれば、その後の病気の経過も良好である可能性が高まる。

このことから、DUPを短くし、病初期に適切な治療を継続的に受けられる社会的環境を整えることが早期発見・治療の実践において不可欠といえる。実際に、すでに精神疾患の早期発見・治療に関するサービスを精神保健のサービスの重要な一部として実施しているオーストラリアやイギリスでは、DUPが短縮化され病気の一部の症状が軽症化したこと、また、入院患者が減少し、地域での生活を続けながら治療をする患者が増えたこと、そして入院患者の減少で医療コストが大幅に減少したことなどの成果が報告されている[*40]。

コラム 高次脳機能障害について

ケガや病気により、脳に損傷を負うと、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害等を呈することがある。これが高次脳機能障害である。高次脳機能障害は外見からは分かりにくく、本人も自覚することが難しいため「見えない障害」とも言われており、本人の日常生活や社会生活に大きな制約が生じる。

高次脳機能障害の症状

ケガや病気により、脳に損傷を負うと、次のような症状がでることがある。

【記憶障害】
- 物の置き場所を忘れる。
- 新しいできごとを覚えられない。
- 同じことを繰り返し質問する。

【注意障害】
- ぼんやりしていて、ミスが多い。
- ふたつのことを同時に行うと混乱する。
- 作業を長く続けられない。

【遂行機能障害】
- 自分で計画を立てて、ものごとを実行することができない。
- 人に指示してもらわないと何もできない。
- 約束の時間に間に合わない。

【社会的行動障害】
- 興奮する、暴力を振るう。
- 思いどおりにならないと、大声を出す。
- 自己中心的になる。

＊40 DUPの関連記載については、厚生労働省「生活習慣病予防のための健康情報サイト」の「精神疾患の早期発見・治療の重要性」を参照した。

相談・支援

障害者総合支援法に基づき、各都道府県は、高次脳機能障害者への支援拠点機関の設置や支援コーディネーターの配置などにより、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、高次脳機能障害に関する研究等を行い、高次脳機能障害のある方に適切な支援が提供される体制を整備することとしている。

その他支援制度

高次脳機能障害のある方の年齢や障害の程度、原因疾患等により、

・障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス
・障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、療育手帳）による各種税金や公共料金等の控除や減免等のサービス
・介護保険制度による介護サービス

などを受けられることがある。

市区町村の障害福祉担当窓口に相談しながら適切なサービスを利用してほしい。

（参考）
国立障害者リハビリテーションセンター高次脳機能障害情報・支援センターHP
http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/

コラム　データとAIのかけ合わせによる精神ケアの革新へ

データとAIを活用して精神療法[*1]の新たなブレイクスルーを目指す研究が、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の伊藤正哉博士を中心とする研究班で進んでいる。その研究を紹介しよう。

現状と課題

世界的にうつ病や不安症など幅広い精神疾患の有病割合は下がっていない。背景には、有効な精神療法が開発されてきたものの、一部の人には効果がなく、治癒につながるプロセスが不明なため、多くの者に有効な精神療法が提供できていないという課題があった。

課題の解決に向けて

こうした課題を受け、伊藤博士らのグループでは、以下の4つの解決法を目指し、研究を行っている。

①精神療法中のコミュニケーション（音声・自然言語）の直接データの収集による治癒につながるプロセスの解明
②人工知能技術の適用による、精神療法を受ける人の精神的な状態の識別や、精神療法の治療効果の予測
③コーパス（データベース）の整備とアルゴリズムの開発により、人間の負荷を大幅に軽減したデジタル上での専門家訓練や治療提供
④人間同士、人間－マシンとのあらゆるコミュニケーション場面の応用技術（例：高度な感情認識、早期介入や予防、セルフケア）

この研究は、うつ病や不安症に対する精神療法の臨床試験において、10年以上蓄積された高品質なビッグデータにAIを適用させることにより、精神症状や治療反応の識別と予測を実現し、デジタル技術を活用したテイ

＊1　治療者が心理的な手段を用いて患者の心身に働きかける療法

ラーメイドの精神療法の基礎技術を開発するものである。

たとえば、言葉と音の関係では、精神療法の中で話されたり、書かれたりする言葉（自然言語）のデータに機械学習等のAI技術を適用し、精神療法を受ける人の精神的な状態の識別や、精神療法の治療効果の予測を試みようとしている。

こうした研究により、精神療法の多種・大量・高精細なデータを活用した、よりきめ細やかな精神のケア（超高精細精神ケア）の実現を目指す。

研究の展望

言語データの解析による人の精神的な状態の識別や治療予測の成果があげられれば、他の様々なモーダル（例：表情、身振り、生体データ）への展開が期待される。また、精神のケアに限らず、人と人がコミュニケーションをする様々な場面（例：教育、福祉、サービス業）において、本研究で開発された技術の適用が期待される。

（参考）学術変革領域研究（B）『デジタル - 人間融合による精神の超高精細ケア：多種・大量・精密データ戦略の構築』

第3節 こころの健康が損なわれると

こころの健康が損なわれることの影響は、本人や家族はもとより、社会のなかにも様々な形で現れている。本節では、地域や職場において、こころの不調の影響が現れていると考えられる事象について取り上げるとともに、自殺の現状についてもみていく。

1 地域では

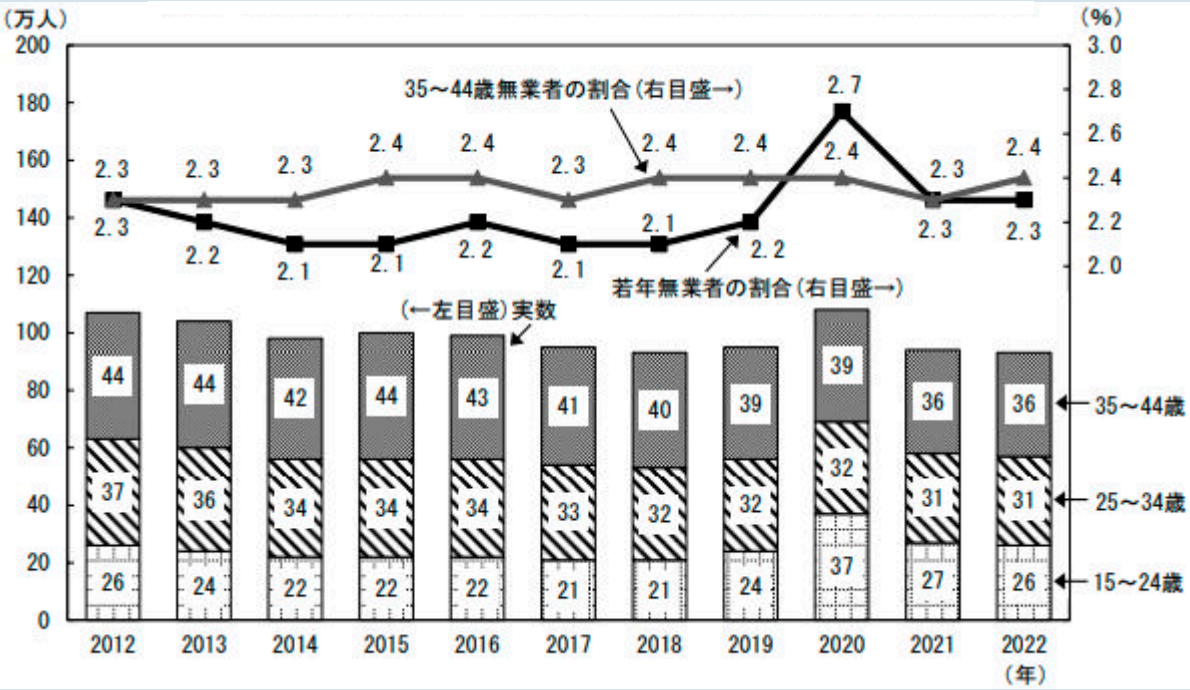
本項では、青年期の「若年無業者」、壮年期・中年期にも及ぶ「ひきこもり」、そして高齢期・老年期の「生きがいの低下」についてみていく。

(1) 若年無業者

(若年無業者が求職活動をしていない理由として、「病気・けがのため」が多い)

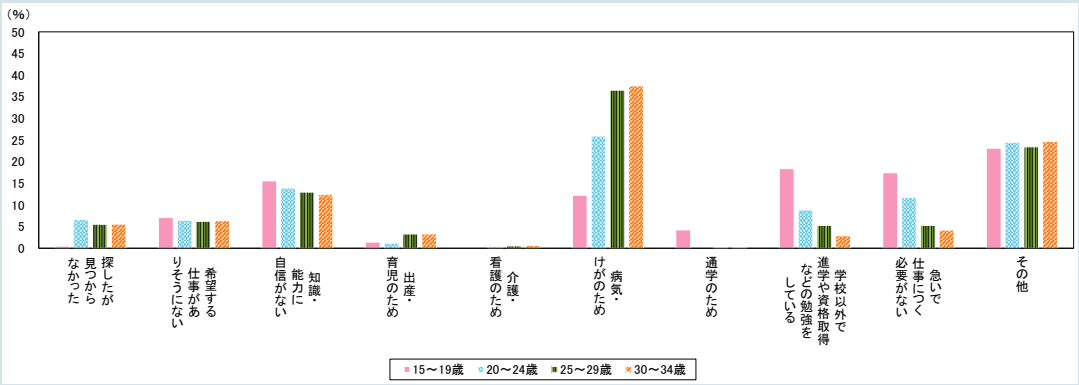
総務省「労働力調査」によると、15～34歳の若年無業者の数は、2022（令和4）年平均で57万人であり、15～34歳人口に占める割合は2.3%であった（図表1-3-1）。また、総務省「就業構造基本調査」によると、就業希望の若年無業者が求職活動をしていない理由として、「その他」を除くと、ほぼすべての年齢層で、「病気・けがのため」が最も多い（図表1-3-2）。具体的な疾病名等は明らかではないものの、このなかには、こころの不調と関連のあるものが含まれている可能性も推察されよう。

図表1-3-1　若年無業者及び35~44歳無業者の数及び人口に占める割合の推移



資料：総務省「2022年労働力調査（基本集計）」

図表1-3-2　就業希望の若年無業者が求職活動をしていない理由（2022年）



資料：総務省「就業構造基本調査」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

(2) ひきこもり

(ひきこもりとなる背景には、こころの不調が関係している場合がある)

2007（平成19）年度から2009（平成21）年度に行われた厚生労働科学研究においてとりまとめられた「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」では、ひきこもりについて、「様々な要因の結果として、就学や就労、交遊などの社会的参加を避けて、原則的には6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態のこと（他者と交わらない形での外出をしている場合も含む）」とされている。ひきこもり状態となっている人の

中には、専門的な支援が必要な人も含まれており[*41]、こころの不調と関係している場合もある。

同ガイドラインでは、不登校とひきこもりの関係について、「関連性が強い一群が確実にある」としており、また、若年無業者とひきこもりの関係についても、「ひきこもり問題を抱え、専門的な支援を要する人が少なからず含まれている」とされていることから、ひきこもり状態となっている人は、不登校のこどもや若年無業者のなかに横断的に存在していることに留意が必要である。

さらに、内閣府が2022（令和4）年度に行った「こども・若者の意識と生活に関する調査」によると、15歳から64歳までの年齢層の約2%がひきこもり[*42]状態にあることが分かった。ひきこもりは、若年層だけでなく、壮年期・中年期にも幅広くみられるといえる。

(3) 高齢者と生きがいの低下

(近所付き合いや親しい友人の存在は、生きがいの実感と関係している)

第1節でみたように、高齢期は、「喪失」に関連したイベントにストレスを感じやすく、また、この時期に特有のライフイベントには、退職、子の独立、住み慣れた家からの転居(施設入所など)、死別など、喪失体験に直面しやすいものが多い。

一般に、喜びや楽しみを感じなくなることは、うつ病の主要な症状である憂うつ感の特徴のひとつと考えられているが、内閣府「令和4年版高齢社会白書」によると、内閣府が2021（令和3）年に行った「高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査」では、生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について、「十分感じている」と回答した65歳以上の人は全体の22.9%、「多少感じている」が49.4%であった一方で、「あまり感じていない」、「まったく感じていない」と回答した人が20.5%であった（**図表1-3-3**）。

同調査によると、たとえば、近所の人との付き合いについて、趣味をともにする、お茶や食事を一緒にするなどの付き合いをしていない人は、いずれもこうした付き合いをしている人に比べ、生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない人の割合が高い傾向にあり、また、親しくしている友人・仲間が少ない人についても同様の傾向がみられた（**図表1-3-4**）。

さらに、外出や情報機器の利用についても、これらが少ない人ほど生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない人の割合が高くなる傾向がみられている。

生きがい（喜びや楽しみ）を感じていない高齢者が、必ずしもこころの不調を抱えているとは限らない。しかし、職業生活からの引退に伴い、それまでの人生の中心にあった仕事のやりがいや職場の人間関係から離れた時に、近所付き合いや友人関係、そして外出やインターネットの利用といった新たな他者との「つながり」に、喜びや楽しみを見出すことが難しい人ほど、こころの不調につながりやすい精神状態に置かれる可能性があることがうかがわれる。

＊41 厚生労働省ウェブサイト「ひきこもり支援推進事業」（https：//www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/hikikomori/index.html）掲載資料「ひきこもり地域支援センターの取組状況によると、都道府県・指定都市のひきこもり地域支援センターが関係機関につないだ事案数（令和5年3月末現在）は6,166件であり、このうち「保健所・保健センター」へ690件（11.2%）、「医療機関」へ428件（6.9%）、「精神保健福祉センター」へ323件（5.2%）となっている。

＊42 内閣府調査では、6ヶ月以上にわたり、普段の外出頻度が「趣味の用事のときだけ外出する」、「近所のコンビニなどには出かける」、「自室からは出るが、家からは出ない」、「自室からほとんど出ない」を選択した人で、妊娠や介護・看護等の理由がない人を広義のひきこもりとして集計している。

図表1-3-3　生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について（年齢・性別）

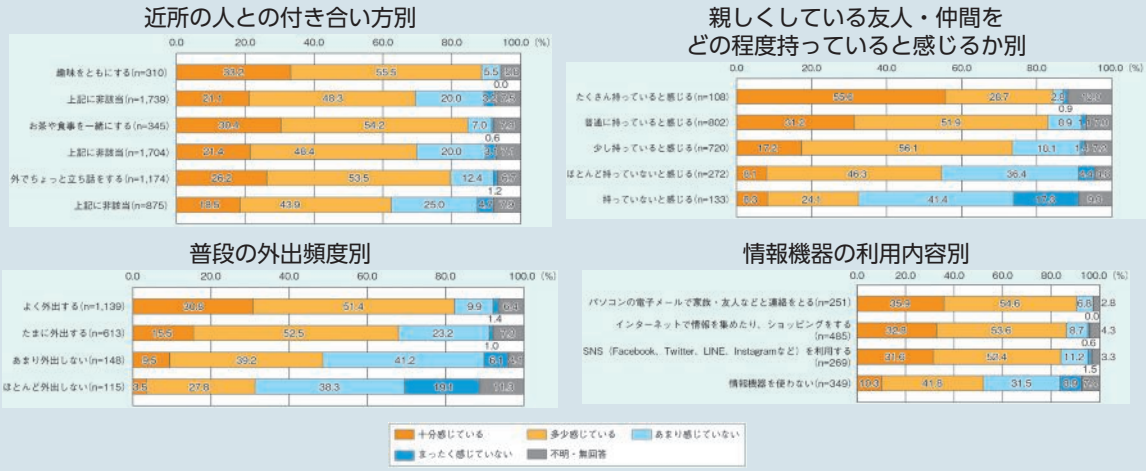
(%)

		十分感じている	多少感じている	あまり感じていない	まったく感じていない	不明・無回答
65歳以上	全体(n=2,049)	22.9	49.4	17.8	2.7	7.2
	男性(n=984)	23.0	50.1	19.2	2.1	5.6
	女性(n=1,065)	22.9	48.7	16.4	3.2	8.7
65～74歳	男性(n=565)	24.2	52.9	17.2	1.8	3.9
	女性(n=545)	25.7	51.0	14.9	1.8	6.6
75歳以上	男性(n=419)	21.2	46.3	22.0	2.6	7.9
	女性(n=520)	20.0	46.3	18.1	4.6	11.0

※　四捨五入の関係で回答した人の割合の合計が100.0%とならない場合がある。

資料：内閣府作成

図表1-3-4　生きがい（喜びや楽しみ）を感じる程度について



資料：内閣府作成

2 職場では

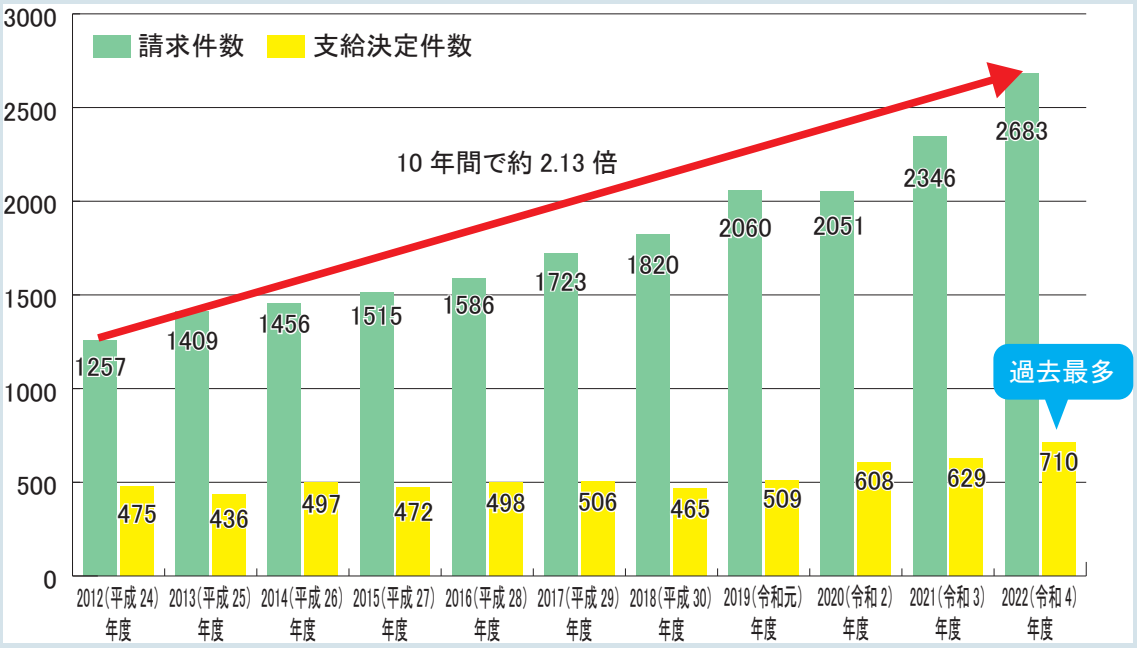
本項では、職場において、こころの不調の影響がどのように現れているのかをみていく。

(1) 精神障害の労災認定

(2022（令和4）年度の精神障害による労災請求件数と認定件数は過去最多となった)

職場において労働者の安全や健康が損なわれると、仕事を原因とする負傷や病気といった労働災害につながる場合がある。仕事が原因で精神障害を患ったとして労災保険の請求が行われた件数は、2012（平成24）年度から2022（令和4）年度の過去10年間で2倍以上の大きな伸びをみせている。また、精神障害の原因が仕事であると認定し労災保険給付を行った件数（支給決定（認定）件数）でみても、2022（令和4）年度は710件であり、過去最多となっている（図表1-3-5）。

図表1-3-5　精神障害の労災請求件数と支給決定（認定）件数



資料：厚生労働省「過労死等の労災補償状況」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

（認定の原因となった要因別にみると、パワーハラスメントが最も多い）

2022（令和4）年度の労災認定件数を、認定の原因となった出来事（要因）別にみると、「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」が147件と最も多く、次いで「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」が89件、「仕事内容・仕事量の（大きな）変化を生じさせる出来事があった」が78件となっている（**図表1-3-6**）。

図表1-3-6　精神障害の出来事別決定及び支給決定（認定）件数

出来事の類型	具体的な出来事	令和3年度 決定件数	うち自殺	うち支給決定件数	うち自殺	令和4年度 決定件数	うち自殺	うち支給決定件数	うち自殺
1 事故や災害の体験	（重度の）病気やケガをした	89（ 34）	1（ 0）	32（ 6）	1（ 0）	94（ 31）	4（ 0）	42（ 14）	2（ 0）
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	100（ 52）	1（ 0）	66（ 31）	1（ 0）	124（ 64）	2（ 0）	89（ 43）	1（ 0）
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関連し、重大な人身事故、重大事故を起こした	6（ 0）	0（ 0）	3（ 0）	0（ 0）	11（ 6）	0（ 0）	7（ 5）	0（ 0）
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	27（ 9）	7（ 1）	6（ 0）	4（ 0）	29（ 6）	5（ 0）	8（ 2）	3（ 0）
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	6（ 2）	0（ 0）	2（ 1）	0（ 0）	10（ 2）	2（ 0）	6（ 2）	1（ 0）
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	業務に関連し、違法行為を強要された	16（ 6）	2（ 1）	8（ 3）	1（ 1）	7（ 4）	1（ 0）	3（ 2）	1（ 0）
	達成困難なノルマが課された	17（ 7）	2（ 1）	3（ 1）	0（ 0）	13（ 4）	3（ 0）	5（ 2）	1（ 0）
	ノルマが達成できなかった	9（ 2）	4（ 0）	2（ 0）	2（ 0）	9（ 1）	0（ 0）	2（ 0）	0（ 0）
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	2（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	9（ 2）	4（ 0）	3（ 0）	2（ 0）
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5（ 1）	2（ 0）	2（ 0）	1（ 0）	7（ 1）	1（ 0）	2（ 0）	1（ 0）
	顧客や取引先からクレームを受けた	30（ 15）	2（ 0）	4（ 2）	2（ 0）	26（ 14）	4（ 1）	6（ 1）	2（ 0）
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	4（ 3）	2（ 1）	0（ 0）	0（ 0）	2（ 1）	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	上司が不在になることにより、その代行を任された	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	2（ 1）	1（ 0）	1（ 0）	1（ 0）
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の（大きな）変化を生じさせる出来事があった	183（ 66）	33（ 1）	71（ 20）	20（ 0）	177（ 63）	31（ 4）	78（ 20）	16（ 1）
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	36（ 7）	10（ 0）	28（ 5）	7（ 0）	27（ 7）	2（ 0）	21（ 7）	2（ 0）
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	52（ 9）	9（ 1）	39（ 7）	6（ 1）	53（ 9）	12（ 0）	38（ 5）	9（ 0）
	勤務形態に変化があった	4（ 0）	2（ 0）	2（ 0）	2（ 0）	2（ 0）	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	仕事のペース、活動の変化があった	1（ 1）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	3（ 1）	0（ 0）	2（ 0）	0（ 0）
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	34（ 20）	2（ 1）	9（ 8）	1（ 1）	25（ 10）	1（ 0）	6（ 3）	0（ 0）
	配置転換があった	69（ 29）	7（ 1）	9（ 1）	1（ 0）	68（ 28）	10（ 1）	10（ 3）	1（ 0）
	転勤をした	13（ 2）	4（ 0）	2（ 0）	1（ 0）	10（ 2）	4（ 0）	2（ 1）	1（ 0）
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	4（ 2）	1（ 0）	3（ 1）	1（ 0）	6（ 3）	0（ 0）	2（ 1）	0（ 0）
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	11（ 5）	1（ 0）	2（ 1）	0（ 0）	18（ 6）	1（ 0）	2（ 1）	0（ 0）
	自分の昇格・昇進があった	7（ 2）	2（ 0）	2（ 1）	0（ 0）	2（ 1）	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	部下が減った	2（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	早期退職制度の対象となった	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	6（ 2）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
5 パワーハラスメント	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた	242（ 113）	18（ 0）	125（ 58）	12（ 0）	257（ 112）	17（ 4）	147（ 57）	12（ 2）
6 対人関係	同僚等から、暴行又は（ひどい）いじめ・嫌がらせを受けた	126（ 88）	3（ 0）	61（ 40）	1（ 0）	148（ 90）	1（ 0）	73（ 44）	0（ 0）
	上司とのトラブルがあった	451（ 254）	27（ 5）	17（ 3）	5（ 0）	475（ 254）	27（ 5）	23（ 10）	5（ 2）
	同僚とのトラブルがあった	118（ 73）	5（ 2）	6（ 3）	1（ 0）	107（ 74）	2（ 1）	1（ 1）	0（ 0）
	部下とのトラブルがあった	15（ 6）	1（ 0）	1（ 1）	0（ 0）	12（ 5）	2（ 1）	4（ 2）	2（ 1）
	理解してくれていた人の異動があった	2（ 0）	0（ 0）	1（ 0）	0（ 0）	3（ 1）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	上司が替わった	1（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	3（ 2）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）	1（ 1）	0（ 0）	0（ 0）	0（ 0）
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	97（ 94）	0（ 0）	60（ 57）	0（ 0）	102（ 101）	0（ 0）	66（ 66）	0（ 0）
8 特別な出来事 注2		63（ 27）	9（ 1）	63（ 27）	9（ 1）	61（ 25）	4（ 0）	61（ 25）	4（ 0）
9 その他 注3		104（ 54）	10（ 4）	0（ 0）	0（ 0）	81（ 34）	11（ 3）	0（ 0）	0（ 0）
合計		1953（ 985）	167（ 20）	629（ 277）	79（ 4）	1986（ 966）	155（ 20）	710（ 317）	67（ 6）

注　1　「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表１による（令和２年８月21日付け基発0821第４号による改正後のもの）。
　　2　「特別な出来事」は、心理的負荷が極度のもの等の件数である。
　　3　「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。
　　4　自殺は、未遂を含む件数である。
　　5　（ ）内は女性の件数で、内数である。

資料：厚生労働省労働基準局作成

(2) 連続1ヶ月以上休職した労働者がいた事業所等の割合

(メンタルヘルス不調による休職者の割合や休職者がいた事業所の割合は増加している)

厚生労働省が行った2022(令和4)年「労働安全衛生調査(実態調査)の概況」によると、過去1年間にメンタルヘルス不調[*43]により連続1ヶ月以上休職した労働者の状況をみると、連続1ヶ月以上休職した労働者は常用労働者全体の0.6%、連続1ヶ月以上休職した労働者がいた事業所の割合は事業所全体の10.6%であった。これらの割合は、いずれも2021(令和3)年と比較して増加している(図表1-3-7)。

図表1-3-7 過去1年間にメンタルヘルス不調により連続1ヶ月以上休職した労働者または退職した労働者がいた事業所割合と労働者割合

令和4年 (単位:%)

区分	事業所計[1]	該当する労働者がいた (複数回答)	連続1か月以上休業した労働者[2]がいた (複数回答)	退職した労働者[2][4]がいた (複数回答)	常用労働者計	連続1か月以上休業した労働者[2][3]	退職した労働者[2][4]
合計	100.0	13.3	10.6	5.9	100.0	0.6	0.2
(事業所規模)							
1,000人以上	100.0	93.5	90.8	75.4	100.0	1.0	0.2
500～999人	100.0	89.4	88.7	43.1	100.0	1.0	0.3
300～499人	100.0	66.4	65.3	33.2	100.0	0.7	0.2
100～299人	100.0	52.0	46.9	23.6	100.0	0.7	0.2
50～99人	100.0	27.4	23.6	9.3	100.0	0.5	0.2
30～49人	100.0	19.2	14.1	8.7	100.0	0.5	0.3
10～29人	100.0	6.9	4.8	3.1	100.0	0.3	0.2
(産業)							
農業,林業(林業に限る。)	100.0	7.6	7.0	0.8	100.0	0.3	0.0
鉱業,採石業,砂利採取業	100.0	4.7	4.7	1.9	100.0	0.3	0.1
建設業	100.0	11.3	8.2	4.7	100.0	0.5	0.2
製造業	100.0	14.8	12.6	6.5	100.0	0.6	0.2
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	28.2	25.0	8.3	100.0	0.6	0.1
情報通信業	100.0	36.3	32.0	17.0	100.0	1.4	0.4
運輸業,郵便業	100.0	9.7	7.8	3.4	100.0	0.4	0.1
卸売業,小売業	100.0	11.4	8.7	3.8	100.0	0.4	0.1
金融業,保険業	100.0	24.8	19.9	9.1	100.0	1.2	0.4
不動産業,物品賃貸業	100.0	14.0	10.1	5.3	100.0	0.5	0.2
学術研究,専門・技術サービス業	100.0	20.9	17.4	9.0	100.0	0.9	0.3
宿泊業,飲食サービス業	100.0	3.7	2.4	0.7	100.0	0.2	0.0
生活関連サービス業,娯楽業	100.0	9.9	8.3	3.3	100.0	0.4	0.1
教育,学習支援業	100.0	15.6	13.9	5.5	100.0	0.5	0.2
医療,福祉	100.0	17.9	13.5	12.2	100.0	0.6	0.4
複合サービス事業	100.0	21.0	18.8	6.9	100.0	0.8	0.2
サービス業(他に分類されないもの)	100.0	14.2	11.5	6.9	100.0	0.5	0.3
令和3年 合計	100.0	10.1	8.8	4.1	100.0	0.5	0.2

注:1) 「事業所計」には、該当する労働者がいなかった事業所が含まれる。
2) 「連続1か月以上の休業した労働者」及び「退職した労働者」には、受け入れている派遣労働者は含まれない。
3) 同じ労働者が複数回連続1か月以上休業した場合は、1人として計上している。
4) 同じ労働者が連続1か月以上休業した後に退職した場合は、「退職した労働者」のみに計上している。

資料:厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査(実態調査)の概況」

(3) 傷病手当金の受給状況

(精神及び行動の障害による傷病手当金の受給者は増加傾向にある)

主に中小企業で働く従業員やその家族約4,000万人が加入している日本最大の医療保険者である全国健康保険協会(協会けんぽ)が、2022(令和4)年度に取りまとめた「健

*43 労働安全衛生調査において、メンタルヘルス不調とは、精神及び行動の障害に分類される精神障害のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むものをいう。

康保険現金給付受給者状況調査報告」によると、2022（令和4）年10月時点の傷病手当金*44受給者を対象として、受給の原因となった傷病別に件数の構成割合をみると、精神及び行動の障害は18.11％であり、新型コロナを含む特殊目的用コードを除くと、受給原因となる傷病として最も多かった（図表1-3-8）。

件数の構成割合の経年推移をみると、精神及び行動の障害が占める割合は増加傾向にあり、近年は受給件数全体の3分の1程度を占めている（図表1-3-9）*45。

図表1-3-8　傷病別・性別件数の構成割合（令和4年）

（%）

	総数	男性	女性
総数	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	7.10	6.73	7.46
新生物	6.89	7.60	6.22
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.13	0.13	0.12
内分泌、栄養及び代謝疾患	0.59	0.78	0.40
精神及び行動の障害	18.11	17.40	18.79
神経系の疾患	1.57	1.75	1.39
眼及び付属器の疾患	0.42	0.57	0.28
耳及び乳様突起の疾患	0.30	0.25	0.34
循環器系の疾患	3.66	5.94	1.48
呼吸器系の疾患	0.78	0.95	0.62
消化器系の疾患	1.41	1.85	0.98
皮膚及び皮下組織の疾患	0.30	0.40	0.20
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.37	5.10	3.68
腎尿路生殖器系の疾患	0.75	0.71	0.78
妊娠、分娩及び産じょく	1.67	-	3.27
周産期に発生した病態	0.00	-	0.01
先天奇形、変形及び染色体異常	0.09	0.09	0.09
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.44	0.46	0.42
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2.80	3.41	2.22
特殊目的用コード	48.62	45.87	51.25

資料：全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査（令和4年度）」

＊44 傷病手当金は、業務外の病気や怪我による休業中に、健康保険の被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度。病気や怪我のために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に、会社を休んだ日が連続して3日間あった上で、4日目以降、休んだ日に対して支給される。

＊45 2022（令和4）年は新型コロナを含む特殊目的用コードの占める割合が急増したことから、割合は前年から大幅に低くなったが、実数でみると精神及び行動の障害を受給原因とする件数は5万6,341件で、前年から5,000件以上増加しており、近年の傾向に変化はみられない。

図表1-3-9　傷病別件数の構成割合（経年推移）

	平成７年	平成10年	平成15年	平成20年	平成25年	平成30年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
総数	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
感染症及び寄生虫症	3.21	2.98	2.89	2.03	1.57	1.25	1.23	1.30	2.28	7.10
新生物	14.79	18.02	20.59	21.09	20.40	18.99	18.63	17.72	14.56	8.89
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.69	0.72	0.41	0.32	0.35	0.36	0.32	0.32	0.25	0.13
内分泌、栄養及び代謝疾患	3.36	3.15	2.61	1.98	1.89	1.62	1.56	1.61	1.23	0.59
精神及び行動の障害	4.45	5.12	10.14	21.46	25.87	29.09	31.30	32.72	32.96	18.11
神経系の疾患	3.28	3.51	4.41	4.13	4.06	4.10	4.00	3.86	3.22	1.57
眼及び付属器の疾患	1.26	1.18	1.31	1.11	1.03	1.14	1.06	1.02	0.80	0.42
耳及び乳様突起の疾患	0.84	0.87	0.68	0.55	0.86	0.86	0.86	0.81	0.54	0.30
循環器系の疾患	15.24	15.86	15.24	13.45	11.54	10.50	10.05	9.43	7.79	3.66
呼吸器系の疾患	4.20	4.04	3.16	3.62	1.93	2.01	2.10	2.05	1.50	0.78
消化器系の疾患	14.64	11.19	7.40	4.83	4.23	3.70	3.55	3.63	2.91	1.41
皮膚及び皮下組織の疾患	1.24	1.23	1.03	0.69	0.74	0.71	0.67	0.67	0.54	0.30
筋骨格系及び結合組織の疾患	15.00	14.45	13.36	11.22	11.14	11.06	10.89	10.56	8.87	4.37
腎尿路生殖器系の疾患	3.21	3.08	2.55	1.98	2.08	2.01	1.90	1.84	1.53	0.75
妊娠、分娩及び産じょく	1.60	1.77	2.41	2.66	3.93	4.26	3.88	3.84	3.52	1.67
周産期に発生した病態	0.02	0.00	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00
先天奇形、変形及び染色体異常	0.80	0.76	0.68	0.26	0.28	0.18	0.23	0.19	0.13	0.09
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2.12	1.91	1.49	0.93	1.03	0.91	0.88	0.98	0.86	0.44
損傷、中毒及びその他の外因の影響	10.24	10.38	9.63	7.68	7.45	7.43	7.06	6.89	5.80	2.80
特殊目的用コード	-	-	-	-	-	-	-	0.71	10.79	48.82

資料：全国健康保険協会「現金給付受給者状況調査（令和４年度）」

（精神及び行動の障害は、働く人に比較的長期間の休業を余儀なくさせる）

また、協会けんぽにおける精神及び行動の障害の１件当たりの受給日数は35.06日であり、新生物（36.59日）、先天奇形・変形及び染色体異常（36.41日）、循環器（36.26日）に次いでいる。精神及び行動の障害は、傷病や疾患のなかでも、働く人に比較的長期間の休業を余儀なくさせる原因となっているといえる。

3 自殺の現状

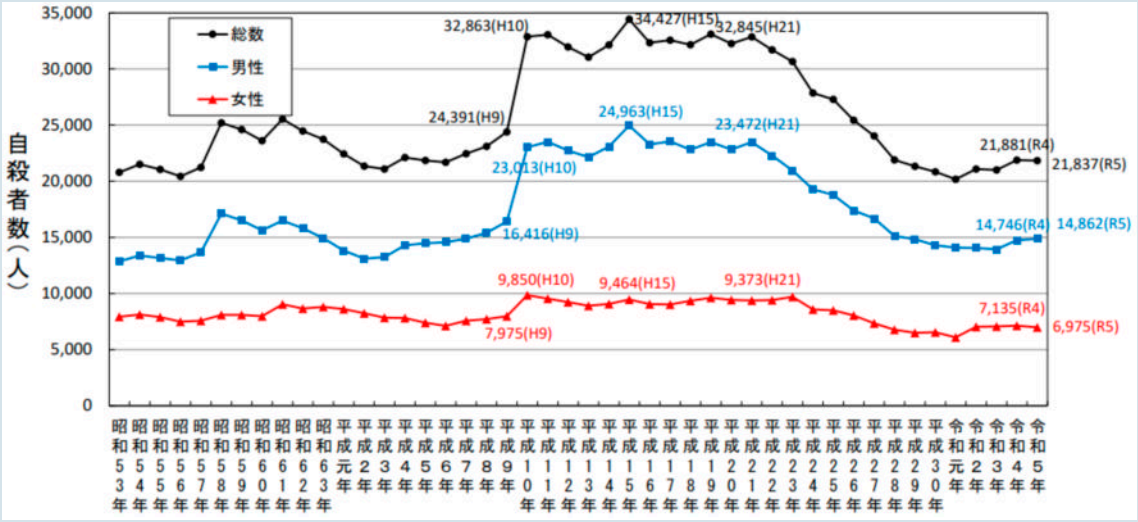
（1）自殺者数の推移

（我が国の自殺者数は、2023（令和５）年は21,837人となった）

我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、３万人を超える水準で推移し、2003（平成15）年には、1978（昭和53）年の統計開始以来最多となる34,427人を記録した。その後、2010（平成22）年以降は減少に転じ、2019（令和元）年には20,169人まで減少した。翌年に再び増加に転じた後、２万１千人台で推移し、2023（令和５）年は前年から44人減少し、21,837人となった（**図表1-3-10**）。

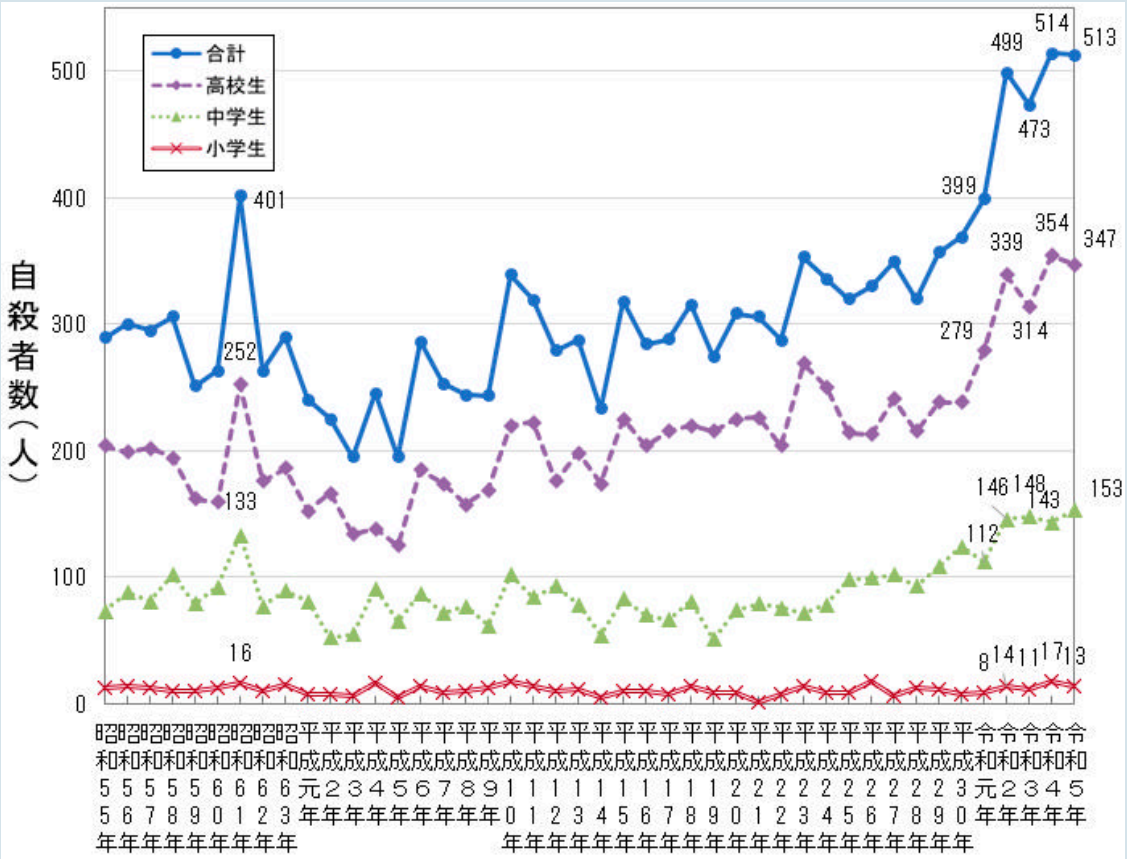
また、小中高生の自殺者数は近年増加傾向にあり、2022（令和４）年には514人と過去最多となり、2023（令和５）年も513人と高止まり傾向がみられる（**図表1-3-11**）。

図表1-3-10　自殺者数の年次推移



資料：厚生労働省・警察庁「令和５年中における自殺の状況」

図表1-3-11　小中高生の自殺者数の推移



資料：厚生労働省・警察庁「令和５年中における自殺の状況」

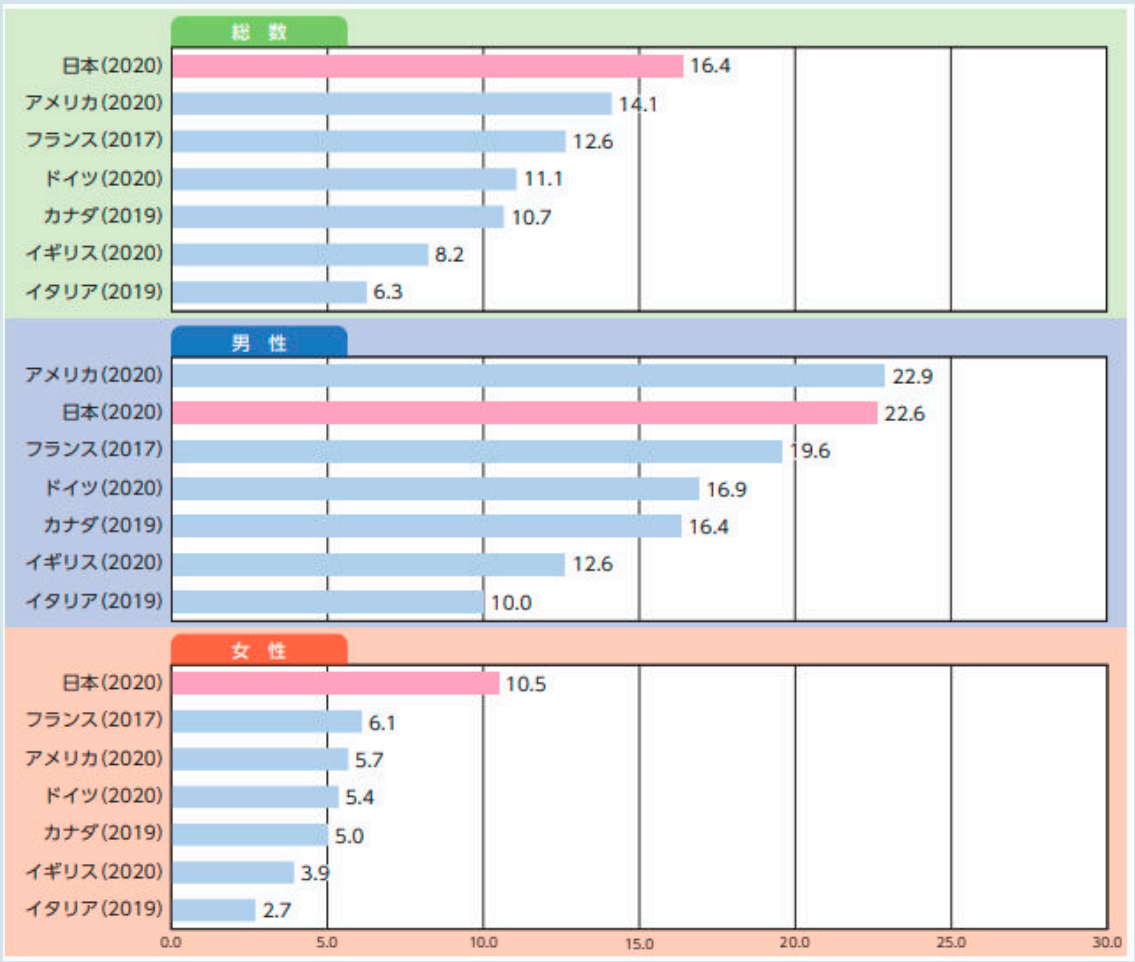
(2) 諸外国の状況

(G7各国のなかでみると、我が国の自殺死亡率が最も高い)

自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数をいう）について、G7各国のなかでみる

と、我が国が最も高く（16.4）、また、男女別にみると、男性は「アメリカ」（22.9）に次いで2番目に高く（22.6）、女性は最も高かった（10.5）（**図表1-3-12**）。

図表1-3-12　G7各国の自殺死亡率



（注）　アメリカ及びカナダの人口は、世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、最新の死亡データと併せて各国の国勢調査等のデータを利用した。
資料：WHO資料（2023年2月）に基づき、厚生労働省社会・援護局作成

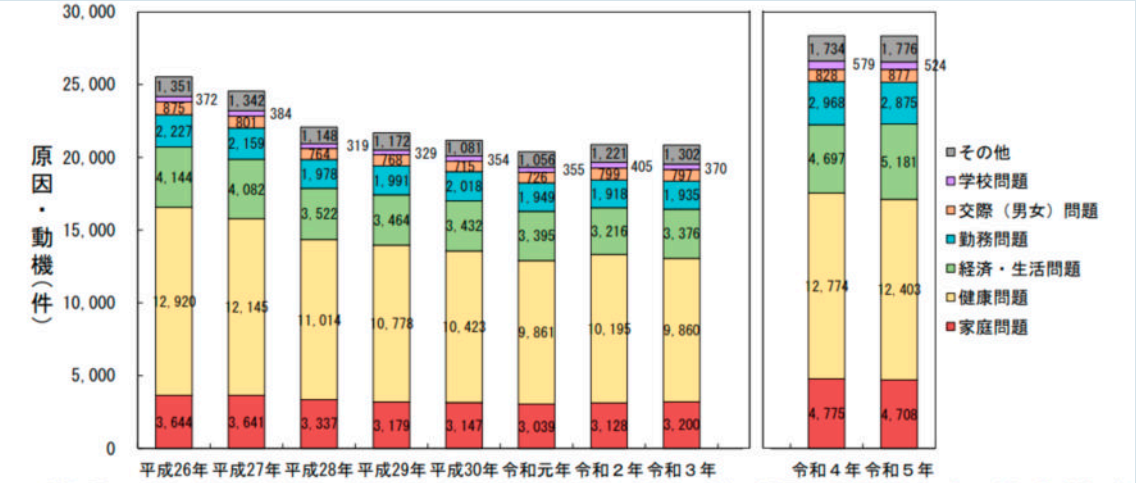
(3) 自殺の背景

(我が国における自殺の原因・動機は「病気の悩み・影響（うつ病）」が多いが、自殺の原因及び背景は多様かつ複合的)

我が国における自殺の原因・動機について、2023（令和5）年は、「健康問題」が最も多くなっており（**図表1-3-13**）、そのなかでも、「病気の悩み・影響（うつ病）」が最も多くなっている（**図表1-3-14**）。

一方で、自殺の多くは、多様かつ複合的な原因や背景を有しており、様々な要因が連鎖するなかで起きていることに留意が必要である。

図表1-3-13　自殺の原因・動機の年次推移



※　自殺の原因・動機について、令和３年までは、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つまで計上可能としていたが、令和４年からは、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき４つまで計上可能としている。

資料：厚生労働省・警察庁「令和５年中における自殺の状況」

図表1-3-14　令和５年中の自殺の原因・動機における「健康問題」の内訳

健康問題		計	病気の悩み（悪性新生物）	病気の悩み（てんかん）	病気の悩み（その他の身体疾患）	病気の悩み・影響（うつ病）	病気の悩み・影響（統合失調症）	病気の悩み・影響（アルコール依存症）	病気の悩み・影響（薬物乱用）	病気の悩み・影響（摂食障害）	病気の悩み・影響（その他の精神疾患）	身体障害の悩み	認知機能低下の悩み	その他
令和５年	総数	12,403	597	59	2,821	4,377	1,042	204	45	50	1,816	596	267	529
	男	7,224	407	41	1,957	2,233	536	153	24	13	946	405	161	348
	女	5,179	190	18	864	2,144	506	51	21	37	870	191	106	181
令和４年	総数	12,774	575	47	3,010	4,598	988	238	38	66	1,795	607	295	517
	男	7,301	401	29	2,018	2,283	497	186	26	27	946	391	185	312
	女	5,473	174	18	992	2,315	491	52	12	39	849	216	110	205
差	総数	-371	22	12	-189	-221	54	-34	7	-16	21	-11	-28	12
	男	-77	6	12	-61	-50	39	-33	-2	-14	0	14	-24	36
	女	-294	16	0	-128	-171	15	-1	9	-2	21	-25	-4	-24

（注）　自殺の原因・動機は、遺言等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき４つまで計上可能である。

資料：厚生労働省・警察庁「令和５年中における自殺の状況」

コラム　「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざして（いのち支える自殺対策推進センター）

自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第１条に謳われている「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざすため、2020（令和２）年度から厚生労働大臣指定法人として多角的な自殺対策の推進役を担う「一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター」（以下「JSCP」という。）の取組みについて、代表理事の清水康之氏に紹介してもらった。

厚生労働大臣指定法人としての業務

JSCPは、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（令和元年法律第32号）第４条第１項に基づき、同法第５条に規定する業務（以下「調査研究等業務」という。）を行う者として、2020年２月27日、厚生労働大臣から指定調査研究等法人として指定された。

同法第５条において「指定調査研究等法人の業務」とされているのは以下の６つの事業である。

①自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証を行い、並びにその成果を提供し、及びその成果の活用を促進すること。

②前号に規定する調査研究及び検証を行う者に対して助成を行うこと。

③自殺対策について、先進的な取組みに関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うこと。

④地域の状況に応じた自殺対策の策定及び実施について、地方公共団体に対し、助言その他の援助を行うこと。

⑤自殺対策について、地方公共団体の職員、自殺対策に係る活動を行う民間の団体の職員その他の関係者に対する研修を行うこと。

⑥前各号の業務に附帯する業務を行うこと。

JSCPが掲げる５つの活動方針

これら６つの事業を的確かつ迅速に推進するため、JSCPでは以下の５つの活動方針を掲げている。

①我が国の自殺総合対策における「ハブ（つなぎ役）」の役割を果たすこと。
自殺の背景には様々な要因が潜んでおり、様々な分野の関係者が連携して総合的に対策を進める必要があり、JSCPがそのためのハブ（つなぎ役）となることを目指している。

②「生きることの包括的な支援」として、自殺対策を幅広く総合的に推進すること。
自殺対策基本法第２条に謳われているように、我が国の自殺対策は「生きることの包括的な支援」として実施することとされており、JSCPがこれを率先して行うこととしている。

③あらゆる活動の原点に、「いのち」と「対人支援や地域連携の現場」を据えること。
自殺対策に関する調査研究や地方公共団体に対する助言等は、現場のニーズを踏まえて行われるべきであり、これを踏み外すことがないようJSCPは活動方針としてこの点を掲げている。

④EBPM（エビデンスに基づく政策形成の実践）を推進して自殺総合対策における「PDCAサイクルの牽引役」を担うこと。
自殺対策の「実践」と「研究」と「政策」の連動性を高めることを通じて、JSCPは我が国の自殺対策を常に進化させていくことを目指している。

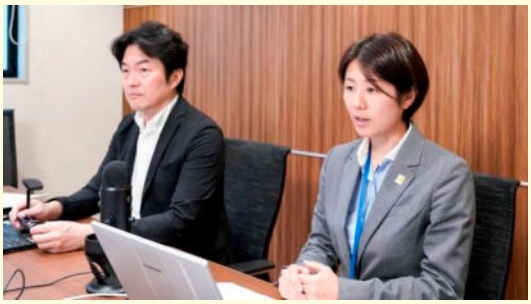
⑤海外に向けて政策輸出を積極的に行い「世界的な自殺対策の推進役」を目指すこと。
自殺対策基本法等の政策的な枠組みを構築して社会全体で自殺対策を推し進めようとする取組みは世界的にも珍しく、JSCPはこれを海外にも広く伝えて世界的な自殺対策の底上げを目指している。

多岐にわたるJSCPの活動

JSCPで行っている活動は多岐にわたる。例えば、研修に関しては、全国の自治体職員向け、自死遺族等支援を行う民間団体向け、自殺未遂者支援に関する医療関係者向けや教職員向け等に研修を行っている。

地方公共団体への支援に関しては、自殺実態プロファイルの提供、自治体コンシェルジュを通じた個別対応や地域自殺対策推進センターを対象としたブロック会議などを実施している。

調査研究等に関しては、コロナ禍における自殺の動向に関する分析や自殺対策白書の特集としてのこどもや女性の自殺に関する分析、革新的自殺研究推進プログラムを通じて自殺対策に関するエビデンスの確立、子ども・若者に対する自殺対策、自殺ハイリスク群の実態分析とアプローチやビッグデータ・AI 等を活用した自殺対策等の領域に関する研究への助成を行っている。



2023（令和5）年5月に、自治体の自殺対策担当者を対象とした「地域自殺対策推進センター自殺対策担当　初任者研修会」が開催された。

また、著名人の自殺報道の影響による自殺の増加を防ぐため、著名人が自殺で亡くなった際は、メディア関係者にWHO自殺報道ガイドラインを踏まえた報道の呼びかけやメディア関係者向けに自殺報道に関する勉強会を開催するなど自殺報道をする際に参考になる様々な情報をまとめたサイトの開発（メディア関係者のみ利用可）を行っている。

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざして

JSCPでは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指し、社会的に必要とされる事業を模索・発掘し、その事業を最も効果的かつ効率的に実施する方法で具体化している。

そうして常に「現場」と対話しながら事業を展開することで、JSCPは今後も厚生労働大臣指定法人としての責務と役割を果たしていく決意である。

第4節　こころの健康に対する意識

1　こころと身体の総合的な健康状態に対する意識

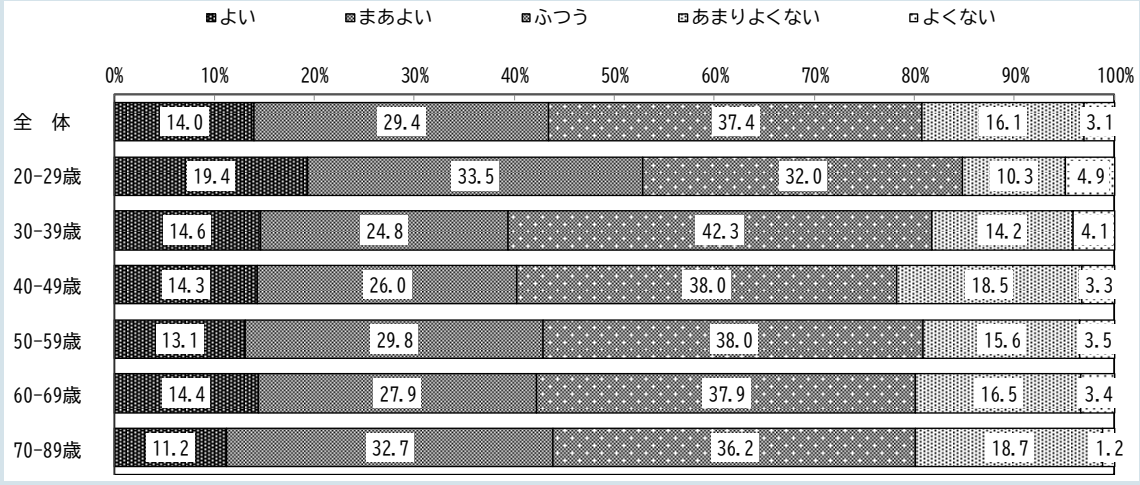
（約8割の人は、自分の心身について健康と思っている）

ここまでみてきたように、こころの健康はすべての人に関わりがあり、また、こころの不調は、誰もが経験しうるものであるが、人々のなかでこころの健康はどのように捉えられているのだろうか。

厚生労働省が2023（令和5）年度に行った「少子高齢社会等調査検討事業[*46]」によると、自分のこころと身体の総合的な健康状態について、健康と思っている人（「よい」、「まあよい」または「ふつう」と回答した人。以下同じ。）の割合は80.8%となっており、年代別にみると、健康と思っている人の割合が最も高いのは20歳代（84.9%）であり、どの年代も概ね8割程度であった（**図表1-4-1**）。

＊46 エム・アール・アイ　リサーチアソシエイツ株式会社が同社独自のアンケート定点調査「生活者市場予測システム（mif）」パネルを用いて、性別・年齢区分別に252件のサンプルを確保することとし、居住地の均等割付を行い、調査を実施した。居住地は7ブロックに区分し、サンプル割付に対して想定回答数が得られるまで回答を受け付けた。その結果、サンプル割付と回収数は一致している。回収後、令和5年1月1日現在の「住民基本台帳年齢階級別人口」に基づいた地域、性別、年齢の人口構成比に応じたウエイトバック値を元に補正して集計した。調査期間は2024年1月26日～1月30日。回収数3,024件。

図表1-4-1 総合的な健康状態に対する回答別割合（年代別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

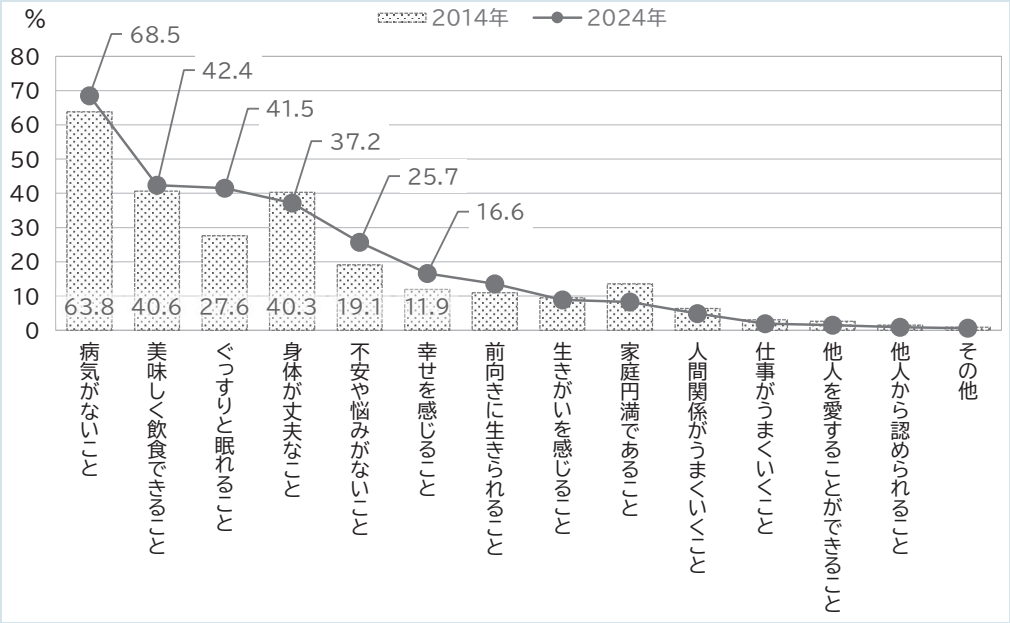
（総合的な健康状態を判断する上で「睡眠時間」が重視されつつある）

また、回答の際に健康状態を判断する上で重視したことがらについては、「病気がないこと」が68.5%と最も多く、次いで「美味しく飲食できること」42.4%、「ぐっすりと眠れること」41.5%、「身体が丈夫なこと」37.2%となっている（**図表1-4-2**）。

総合的な健康状態を判断する上で重視したことがらについては、2014（平成26）年版厚生労働白書でも同様の調査結果を取りまとめたが、最も多かったことがらは、今回調査と同様に「病気がないこと」であり、回答割合は63.8%であった。他方で、前回調査との差が最も大きかったことがらは、「ぐっすりと眠れること」であり、前回調査から13.9%ポイント増加した。

第1節でみたように、我が国の睡眠時間は国際的にみても低くなっており、また、約7割の労働者が理想の睡眠時間を取れていない実態がみられた。この10年間で、人々が自身の健康を判断するポイントとして睡眠時間を重視する傾向が強まっている可能性を示唆している。

図表1-4-2　総合的な健康状態を判断する上で重視したことがらに対する回答別割合



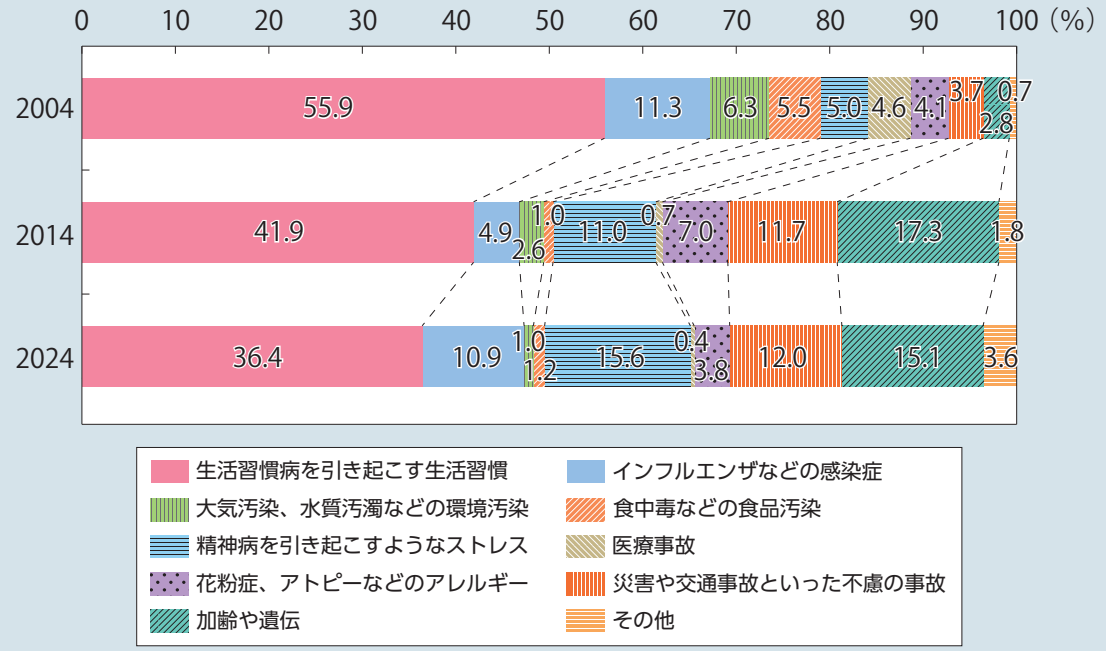
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（総合的な健康に対するリスクでは、こころに対するリスクが重視されつつある）

また、総合的な健康状態にとって最もリスクとなることについて、2014（平成26）年版厚生労働白書では、2004（平成16）年と2014年の調査結果の比較を行ったが、今回も同様の調査を行った。最も多かったのは「生活習慣病を引き起こす生活習慣」で、2004年と2014年の調査と同様の結果であったが、その割合は減少傾向にある。また、「精神病を引き起こすようなストレス」は、2004年調査の5.0%から2014年調査では11.0%に増加していたが、今回調査では更に増加し、2番目に多い15.6%となった（**図表1-4-3**）。

これらのことから、この20年間で、総合的な健康リスクに関する人々の認識が、身体に対するリスクから、こころに対するリスクに少しずつシフトしている可能性を示唆していると考えられる。

図表1-4-3 健康にとって最もリスクになることに対する回答別割合



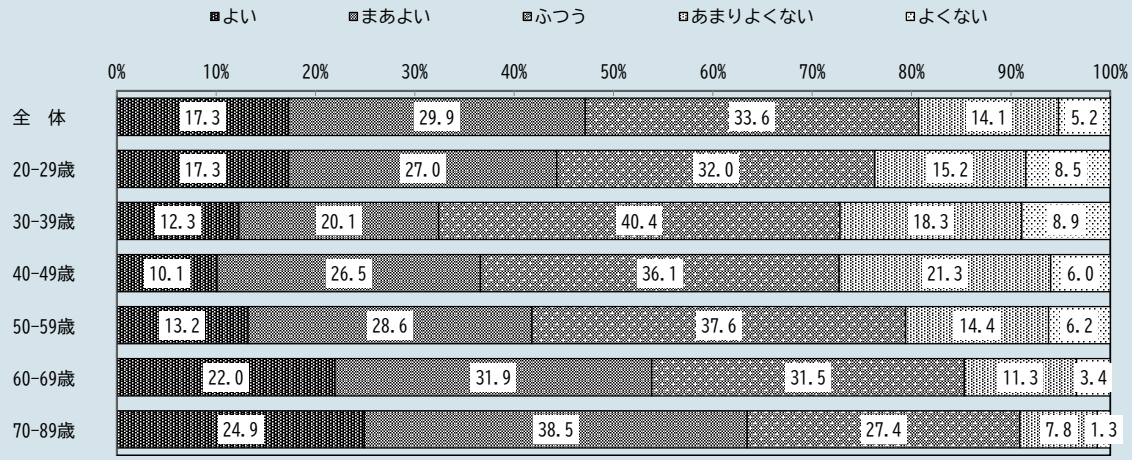
（注） 2004年調査と2014年調査は、今回調査と割付・ウエイトバックなどの手法が異なる点に留意が必要。
資料：2004年は厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「生活と健康リスクに関する意識調査」
2014年は厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」
2024年は厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

2 こころの健康状態に対する意識

（30～40歳代は、こころの状態を「健康」と思う割合がやや低い）

総合的な健康状態のうち、特にこころの健康状態について尋ねたところ、健康と思っている人の割合は80.8%で、心身の健康に対する回答傾向と大きな違いはなかったが、年代別にみると、30～40歳代は他の世代と比べ、健康と思っている人の割合はやや低かった（図表1-4-4）。

図表1-4-4 現在のこころの健康状態に対する回答別割合（年代別）



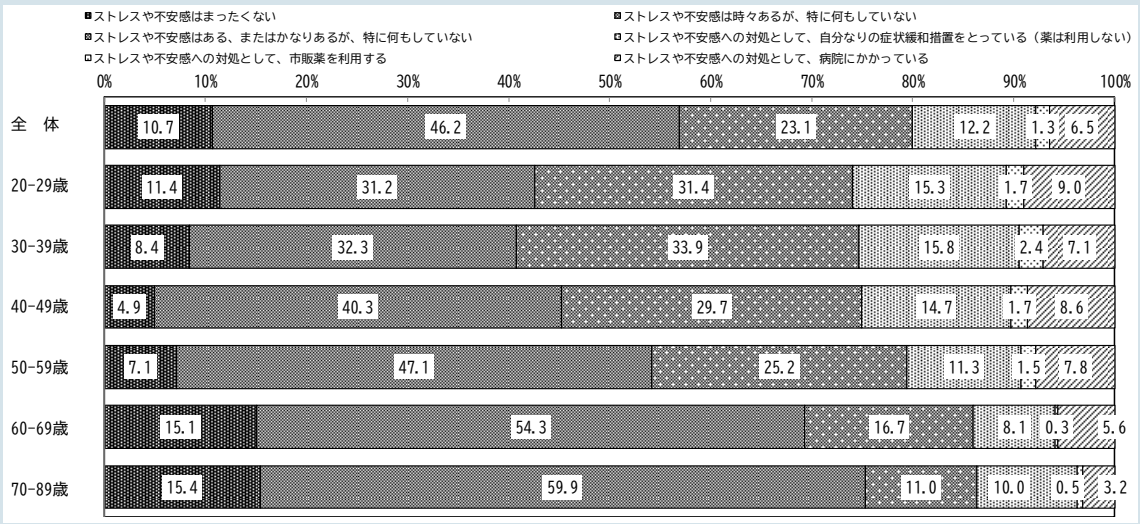
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（ストレスに対処をしている人の割合は、年代が上がるにつれて少なくなっている）

また、こころの健康の現状について尋ねたところ、ストレスや不安感が「まったくない」または「時々あるが、特に何もしていない」と回答した人の割合は56.9%であった。また、ストレスや不安感が「ある、またはかなりあるが、特に何もしていない」と回答した人が23.1%いる一方で、ストレスや不安感に対して何らかの対処をしている人（「自分なりの症状緩和措置をとっている（薬は利用しない）」、「市販薬を利用する」または「病院にかかっている」と回答した人。以下同じ。）の割合は20.0%であった。

年代別にみると、ストレスや不安感に対して何らかの対処をしている人の割合は、20歳代が最も多く、年代が上がるにつれて少なくなっていることが分かった（図表1-4-5）。

図表1-4-5　こころの健康の現状に対する回答別割合



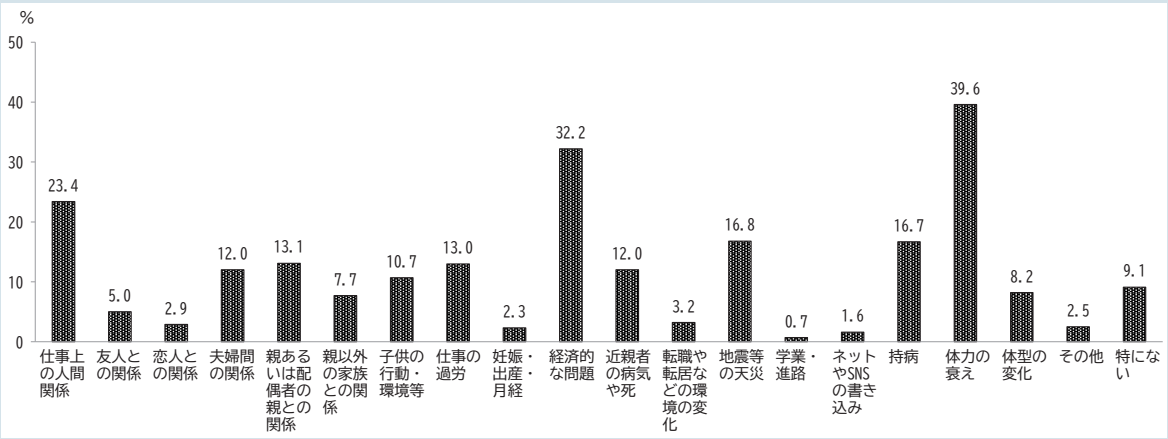
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（主な不安感の原因は「体力の衰え」、「経済的な問題」、「仕事上の人間関係」である）

不安感の原因となっていることがらについて尋ねたところ、最も多かったものは「体力の衰え」39.6%であり、「経済的な問題」32.2%、「仕事上の人間関係」23.4%と続いた（図表1-4-6）。

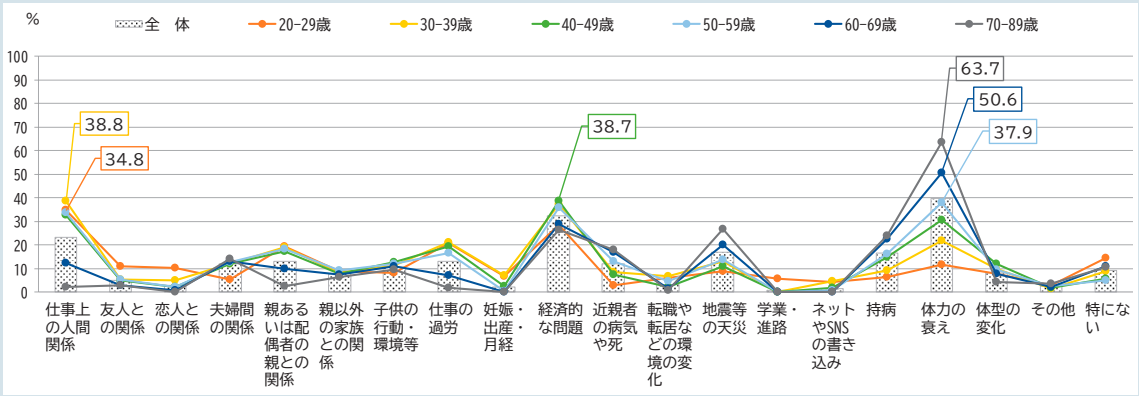
このうち「経済的な問題」はいずれの世代でも主な不安感の原因のひとつとして挙げられており、他方で「仕事上の人間関係」は青年期に、「体力の衰え」は高齢期・老年期に多くみられる（図表1-4-7）。

図表1-4-6　主な不安感の原因に対する回答別割合



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

図表1-4-7　主な不安感の原因に対する回答別割合（年代別）



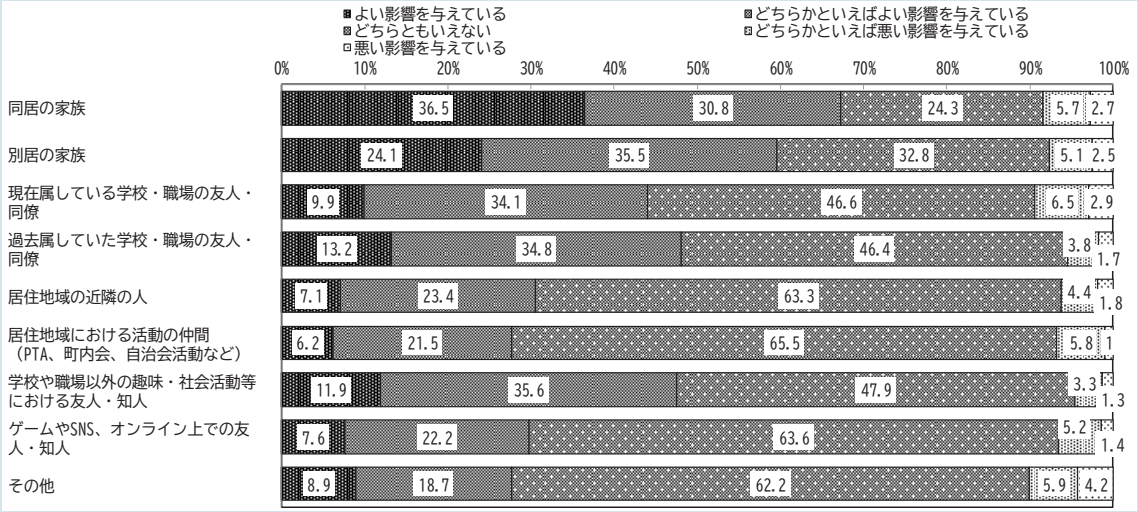
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（こころの健康によい影響があると思われる人としては、「同居の家族」が最も多い）

次に、周囲の人間関係から受けるこころの健康への影響について尋ねたところ、現在の自分のこころの健康に対して、よい影響があると思われる人（「よい影響を与えている」または「どちらかといえばよい影響を与えている」と回答した人。以下同じ。）は、「同居の家族」が最も多く、67.3%であった（図表1-4-8）。

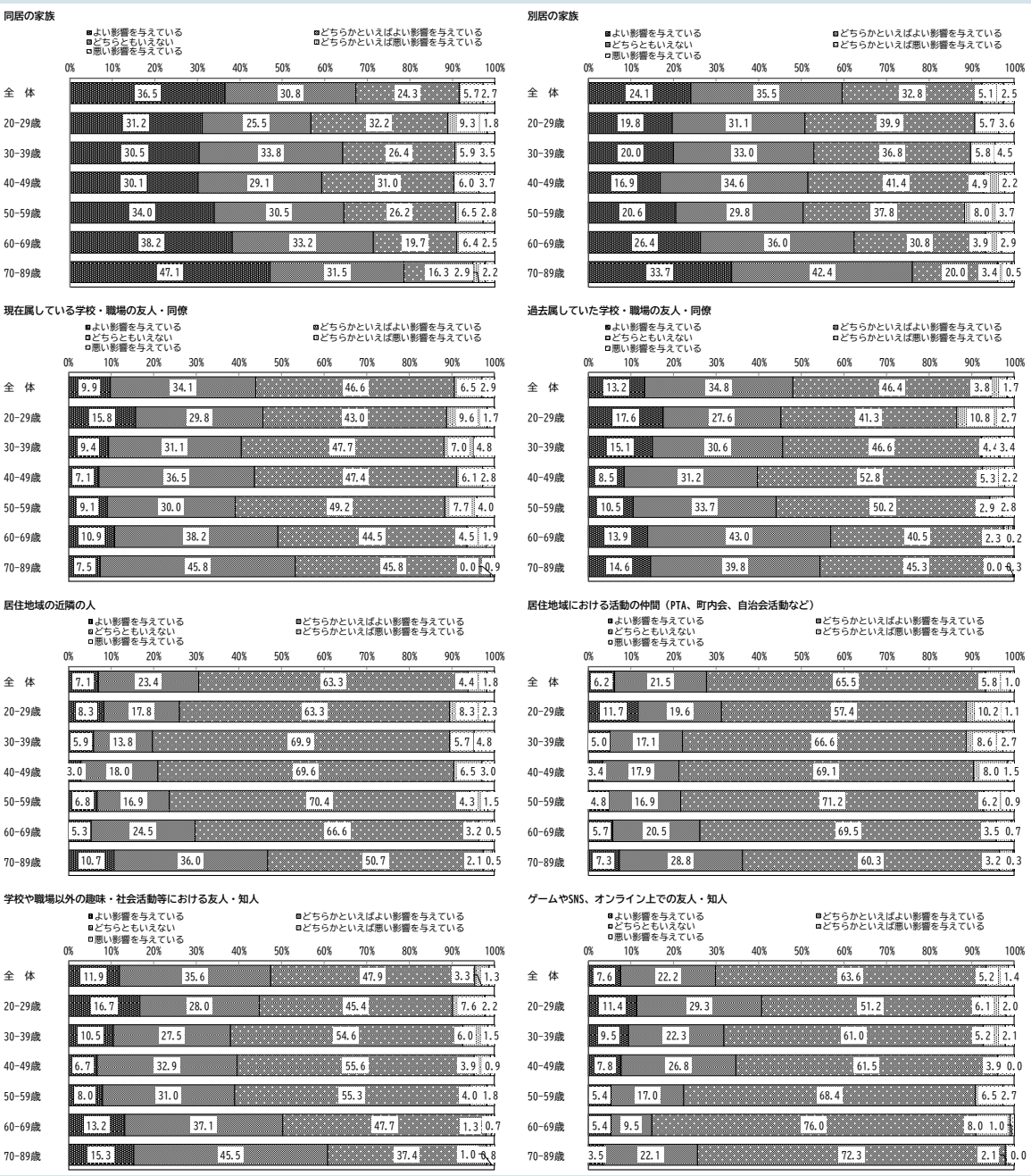
この傾向は年代が上がるにつれて強まるが、最も低い20歳代でも56.7%であり、他の人間関係と比べ最も多かった（図表1-4-9）。

図表1-4-8　周囲との人間関係とこころの健康への影響に対する回答別割合



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

図表1-4-9 周囲との人間関係とこころの健康への影響に対する回答別割合（年代別）



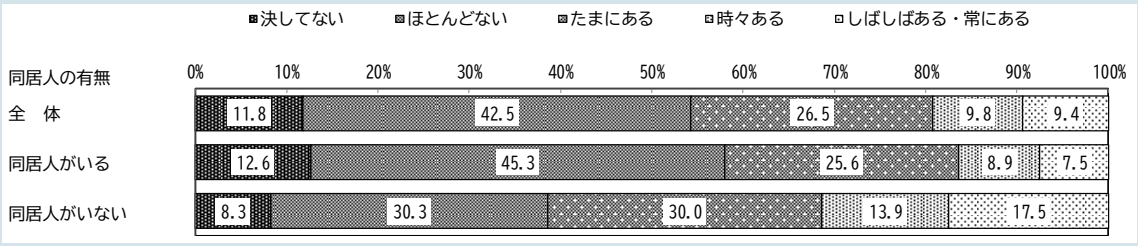
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（孤独を感じる単身者の割合は、単身者以外の人よりも高い傾向にある）

先述のように「同居の家族」は、こころの健康によい影響を与えている存在と考えられるが、同居の家族がいない単身者のこころの健康状態はどのようなものだろうか。

まず、孤独感についてみると、孤独を感じることが「しばしばある・常にある」と回答した単身者の割合は、単身者以外の人と比べ、10.0%ポイント上回っているなど、孤独を感じている人が比較的多い傾向がみられる（**図表1-4-10**）。

図表1-4-10　孤独を感じる程度に対する回答別割合（同居人の有無別）



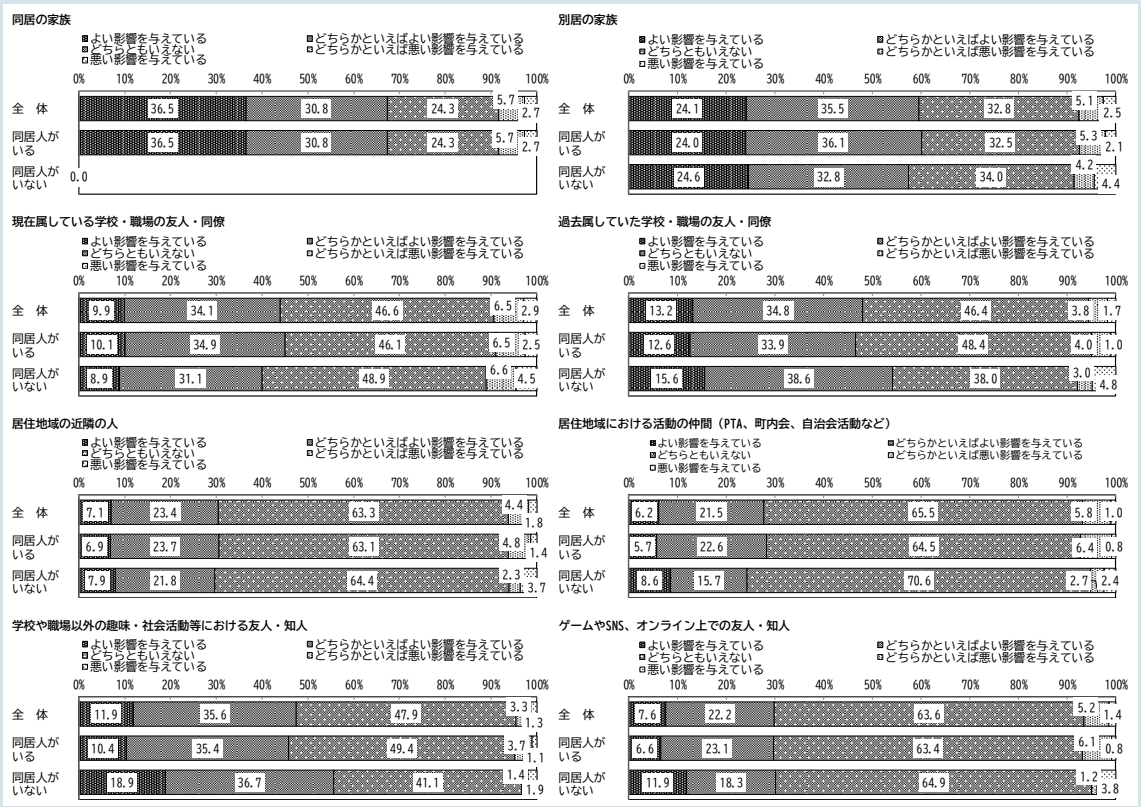
資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（単身者のこころの健康にとって、私的な友人・知人とのつながりは重要）

また、単身者のこころの健康に対して、よい影響があると思われる人は、「別居の家族」が最も多く、57.4%であったが、単身者以外の人でみても「別居の家族」は60.1%あり、単身者とそれ以外の人で大きな差はみられなかった。他方で、単身者は、それ以外の人と比べ、「学校や職場以外の趣味・社会活動等における友人・知人」や「過去属していた学校・職場の友人・同僚」を、こころの健康によい影響を与えている存在としてより多く選ぶ傾向がみられた（図表1-4-11）。

単身者は、こころの健康によい影響を与えると考えられる「同居の家族」が不在であっても、個人的・私的な信頼関係を構築している友人や知人という存在によって、自らのこころの健康によい影響があると思われる人との「つながり」を確保している可能性が示唆される。

図表1-4-11 周囲との人間関係とこころの健康への影響に対する回答別割合（同居人の有無別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

3 こころと身体の健康意識にみられる違い

前項では、こころと身体の総合的な健康状態や、こころの健康状態について人々の意識をみてきたが、こころの不調と身体の病気[*47]について、人々の意識にはどのような違いがみられるだろうか。

（こころの不調については、周囲の人への相談をためらうだろうと考えている人が多い）

周囲への相談について、自覚症状が出た段階と診断を受けた段階に分けて尋ねたところ、いずれの段階においても、家族や職場に相談すると思う人（「あてはまる」または「どちらかといえばあてはまる」と回答した人）の割合は、こころの不調の方が身体の病気（がん）よりも少なかった（**図表1-4-12**）。

こころの不調は、身体の病気（がん）と比較して周囲に相談しにくい症状であり、また、実際に不調をきたした場合に、職場よりも身近な相談相手と考えられる家族に対しても、相談をためらうだろうと考えている人が多いと考えられる。

（こころの不調については、通院をためらうだろうと考えている人が多い）

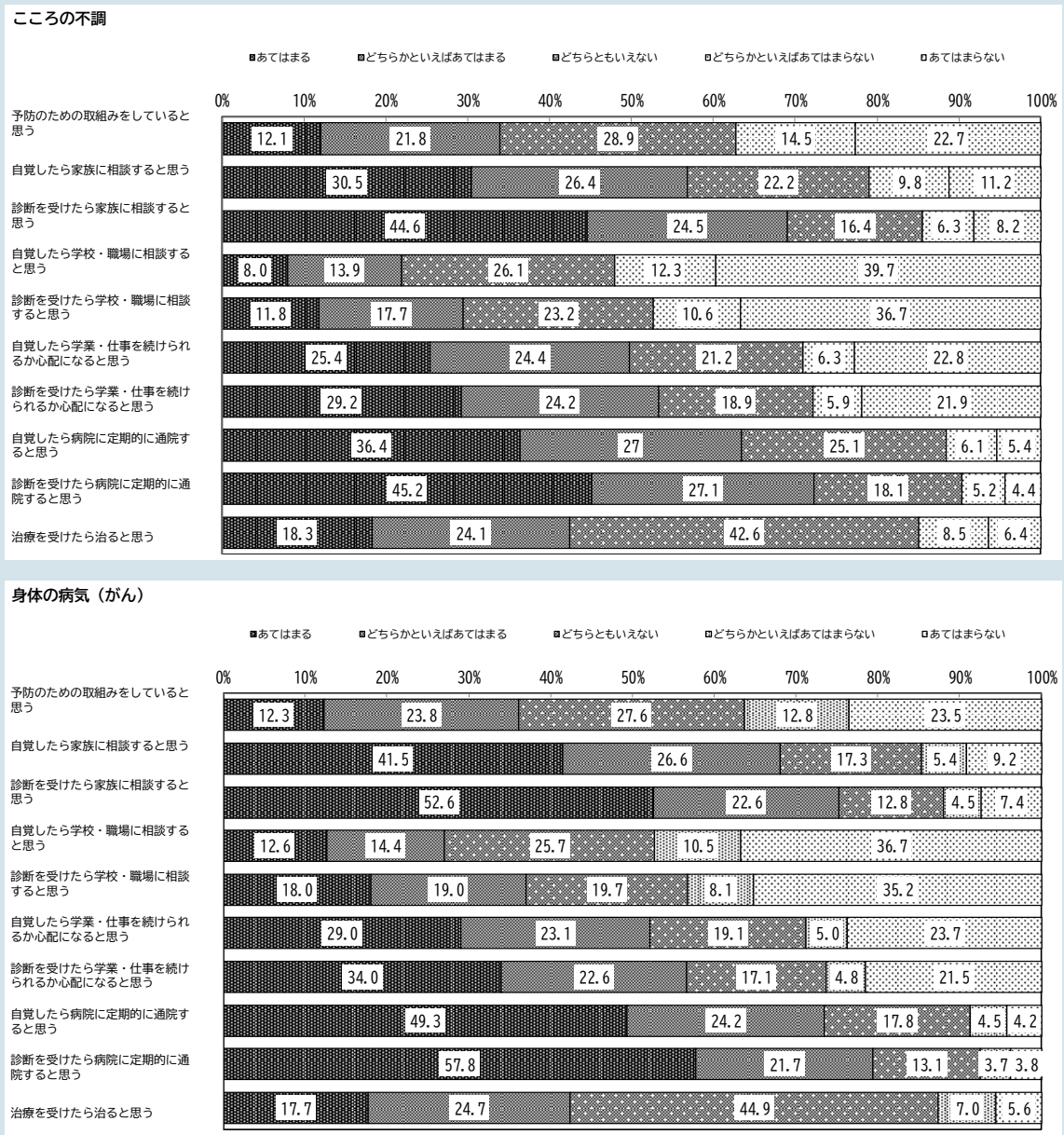
また、通院する意向について、自覚症状が出た段階と診断を受けた段階に分けて尋ねたところ、いずれの段階においても、通院すると思う人（「あてはまる」または「どちらか

＊47 本調査では、「こころの不調」とは「うつ病」といった病名が診断されている状態のほか、ストレスや不安感からくる心身の不調も含むものとした。また、「身体の病気」については、具体的に「がん」を想定して回答いただくよう求めた。

といえばあてはまる」と回答した人）の割合は、こころの不調のほうが身体の病気（がん）よりも少なかった（図表1-4-12）。

こころの不調は、身体の病気（がん）と比較して、自覚症状がある場合や診断を受けた場合でも、通院をためらうだろうと考えていると考えられる。

図表1-4-12　こころの不調・身体の病気に関する意識・行動に対する回答別割合



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

（こころの不調は、若い世代ほど、身近に感じている人が多い）

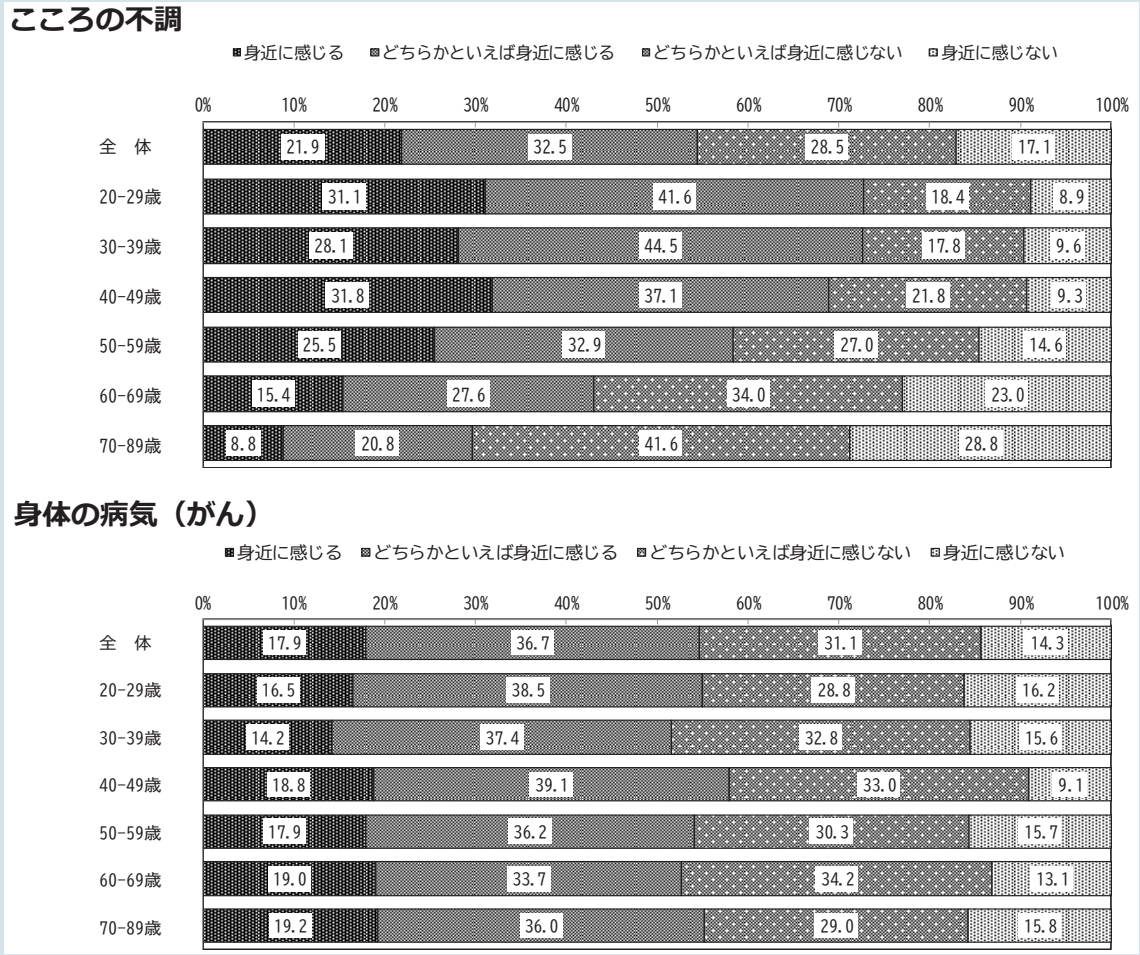
次に、こころの不調について、どの程度身近に感じるか尋ねたところ、身近に感じている人（「身近に感じる」または「どちらかといえば身近に感じる」と回答した人。以下同じ。）の割合は、回答者全体でみると、身体の病気（がん）と比較して特段の差はなかった。

しかし、年代別にみると、身体の病気（がん）を身近に感じている人の割合は、回答者

全体の傾向と年代別の傾向に大きな差はみられない一方で、こころの不調については、若い世代ほど身近に感じている人の割合が高く、20歳代では7割以上に達するものの、70歳以上では3割未満にとどまり、世代間の認識に大きな差がみられた（**図表1-4-13**）。

若い世代には、こころの不調に対する理解や共感が、他の世代よりも広まっていることがその背景にあると考えられる。

図表1-4-13　こころの不調・身体の病気に関する身近さに対する回答別割合（年代別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

第2章　こころの健康に関する取組みの現状

前章では、私たちのこころの健康を取り巻く様々なストレス要因と精神疾患の実態、そして社会への影響などについて概観した。

誰もが経験しうるライフイベントがこころの不調につながらないために、そして、ライフステージの全般にわたり存在しているこころの健康に対する様々なリスクに対処するために、私たちの社会ではどのような取組みが行われているのだろうか。

本章では、こころの健康に関する取組みの現状について概観したい。第1節では、地域や学校、そして職場などライフステージや分野ごとに取組みを整理し、第2節では、あらゆる世代に関わりのある社会全体を捉えた取組みとして、社会のデジタル化と、これらに伴う孤独・孤立の深刻化への対応についてみていく。また、共生社会の実現に向け、障害のある人が相対する社会的障壁を取り除く取組みや、障害の有無などにかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりなどについても取り上げる。

第1節　ライフステージごとの取組み

1　地域や学校での取組み

本節では、前章第1節でみた様々なストレス要因について、主にライフステージの前期にかけて、地域や学校において、どのような対策が図られているのかについてみていきたい。

(1) 産前産後や子育て期にある家庭への支援

(政府は、「はじめの100か月の育ちビジョン」を策定した)

妊娠期から小学校1年生までの「はじめの100か月」は、生涯にわたるウェルビーイング[*1]の向上に向けて、特に重要である。一方で、児童虐待による死亡事例の約半数が0～2歳であったり[*2]、就園していないこどもは家庭の状況によって周囲の人や環境と関わる機会が左右されたりするなど、様々な課題がある。

このため、2023（令和5）年12月、こども家庭庁を中心とした政府において、「幼児期までのこどもの育ちに係る基本的なビジョン（はじめの100か月の育ちビジョン）」を新たに閣議決定した（図表2-1-1）。本ビジョンでは、こどもの権利を踏まえ、乳幼児の安定した「アタッチメント（愛着）」の形成と豊かな「遊びと体験」を保障することや、こどもの誕生前から切れ目なく保護者・養育者のウェルビーイングと成長を支えること、地域における専門職の連携等によってこどもの育ちを支える環境や社会の厚みを増すことの重要性などを示している。

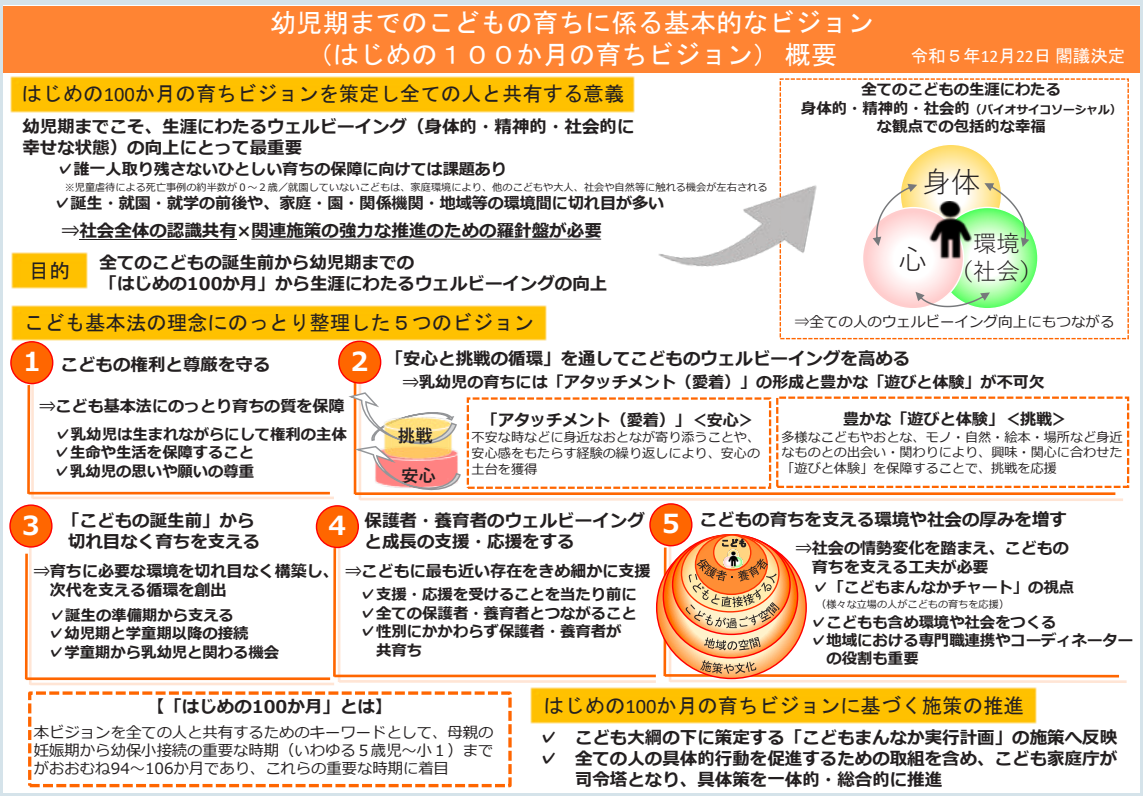
今後、国として本ビジョンを踏まえた施策を総合的に推進していくことで、すべてのこ

＊1　「はじめの100か月の育ちビジョン」では、「ウェルビーイング」について、「身体的・精神的・社会的（バイオサイコソーシャル）に幸せな状態にあることを指す。また、ウェルビーイングは、包括的な幸福として、短期的な幸福のみならず、生きがいや人生の意義など生涯にわたる持続的な幸福を含む」としている。

＊2　2023（令和5）年9月にこども家庭審議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会が取りまとめた、「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第19次報告）」。

どもの「はじめの100か月」を社会全体で支援・応援することとしている。

図表2-1-1　はじめの100か月の育ちビジョン（概要）



資料：こども家庭庁作成

（こども家庭センターの整備等を進め、母子保健・児童福祉が協働して支援を行う体制の構築を推進する）

これまで、市町村においては、母子保健機能を担う「子育て世代包括支援センター」と、児童福祉機能を担う「子ども家庭総合支援拠点」をそれぞれ整備してきたが、2022（令和4）年の児童福祉法改正により、「子育て世代包括支援センター」と「子ども家庭総合支援拠点」の設立の意義や機能を維持した上で組織を見直し、すべての妊産婦、子育て世帯、こどもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う機関として「こども家庭センター」の設置に努めることとされた（2024（令和6）年4月1日施行）。

今後、こども家庭センターの全国展開を進め、母子保健・児童福祉両部門の連携・協働を深め、虐待への予防的な対応から個々の家庭に応じた支援の切れ目ない対応を行うなど、市町村としての相談支援体制の強化を図ることとしている。

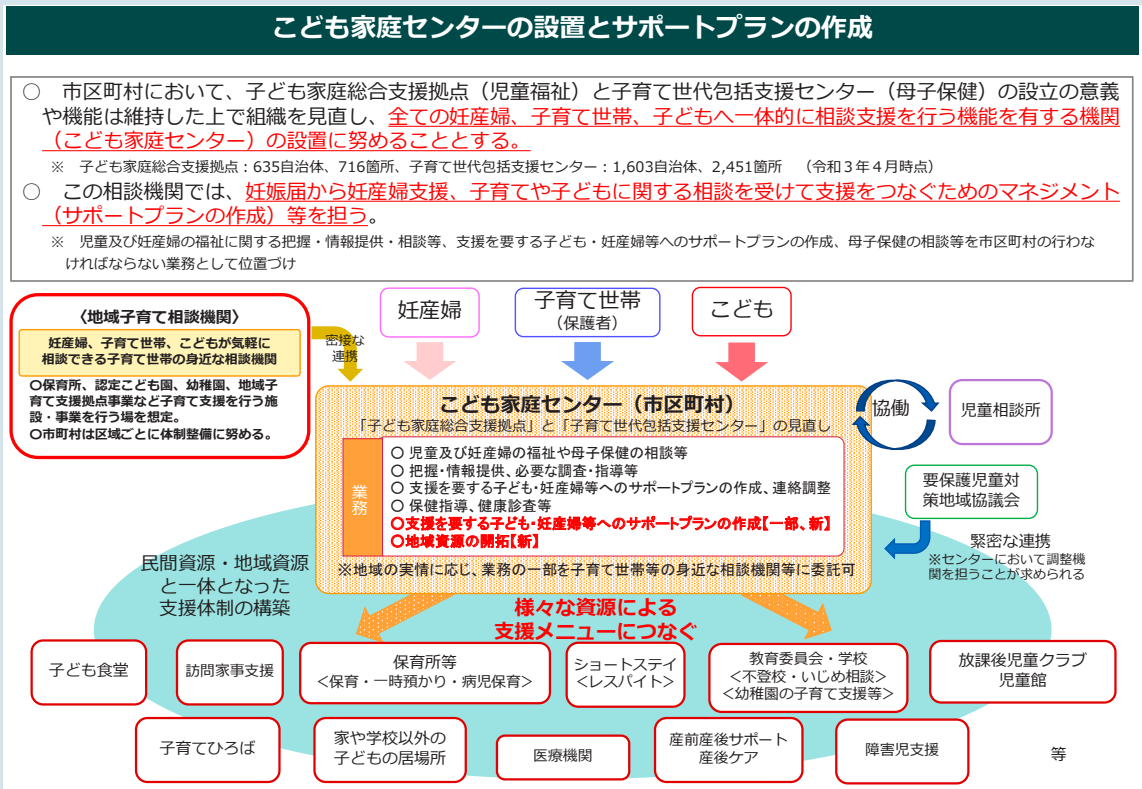
こども家庭センターにおいては、これまで母子保健機能、児童福祉機能それぞれにおいて実施してきた相談支援等の取組みを引き続き行うほか、支援を必要とするこども・妊産婦等、支援対象者の意向を確認しつつ、「サポートプラン」を作成し、それに基づき計画的かつ効果的に支援を進めることとしている。また、関係機関で構成する要保護児童対策地域協議会の中核となって、児童相談所、児童福祉施設、学校等関係機関と連携した支援や、民間団体を含む地域資源の開拓による支援体制などの充実・強化に取り組んでいくこ

ととしている（図表2-1-2）。

「サポートプラン」に基づいて提供する具体的な支援メニューについても、2022（令和4）年の児童福祉法の改正により、訪問による家事等の支援を行う「子育て世帯訪問支援事業」や、家庭や学校に居場所のないこどもに居場所の提供や生活習慣の形成支援などを行う「児童育成支援拠点事業」、こどもとの関わり方に不安を抱える保護者やそのこどもに対して親子関係の構築支援を行う「親子関係形成支援事業」が新設されたところであり、これらの新設事業を含めた家庭支援事業を始めとして、拡充が図られた。

これらの支援については、特に支援を必要とするこどもや家庭には届きにくい現状もあることから、こども家庭センターでは、家庭支援事業の利用勧奨・措置を行うことにより、より確実に支援を届けられるよう対応を進めていくこととしている。

図表2-1-2　こども家庭センターの設置とサポートプランの作成



資料：こども家庭庁作成

(2) 学校保健における取組み

前章第1節でみたように、10歳代から20歳代にかけては、精神疾患にかかりやすい時期であり、多くの時間を過ごす学校という場におけるこころの健康への取組みは、その後のライフステージにおけるこころの健康保持という観点からも非常に重要である。こうしたなか、複雑化・多様化する児童生徒の現代的な健康課題に対応し、きめ細やかな支援を実施できるよう、これまでも養護教諭等の資格を有する者を学校へ派遣し、大規模校や繁忙期等における業務支援や資質能力向上のための研修機会の確保等を行うなど、養護教諭等の支援体制の強化に取り組んできた。

（2018（平成30）年４月から、高等学校の教科書に精神疾患について記載された）

また、2018（平成30）年３月に高等学校の学習指導要領が改訂され、保健体育の「現代社会と健康」に、新たに「精神疾患の予防と回復」の項目が盛り込まれた。こうしたことも踏まえ、高等学校の保健体育の教科書には、精神疾患の特徴と対処が記載されたところであり、精神疾患の予防と回復には、身体の健康と同じく、運動、食事、休養及び睡眠の調和のとれた生活の実践や、心身の不調に気づくことが重要であること、また、疾病の早期発見と社会的な対策が必要であることについて学びを深めることになった。

こうした学びにより、高校生が、精神疾患は誰もが罹患しうるものであり、適切な対処により回復や生活の質の向上が可能であることなどに気づき、また、精神疾患への正しい理解の普及により、専門家への相談や早期の治療などを受けやすい社会環境を整えることの重要性や、偏見や差別の対象ではないことなどを理解できるようになることが期待されている。

（3）こども・若者の自殺対策

（「こどもの自殺対策緊急強化プラン」に基づき、「こども・若者の自殺危機対応チーム」の設置を推進している）

前章第３節でみたように、我が国において子ども・若者の自殺対策が喫緊の課題となっている。

こどもの自殺対策においては、地方公共団体の果たす役割が非常に大きく、関係部局間の連携に加え、学校、教育委員会、家庭、地域が連携して、地域全体でこどもたちを守る仕組みを構築することが重要である。

こども家庭庁が中心となり、こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議において、2023（令和５）年６月に「こどもの自殺対策緊急強化プラン」を取りまとめ、そのなかで、こどもの自殺対策の柱のひとつとして、市町村等では対応が困難な場合に助言等を行う多職種の専門家により構成される「こども・若者の自殺危機対応チーム」（以下「危機対応チーム」という。）を全国に設置することが盛り込まれている。

設置対象は、都道府県・政令指定都市で、危機対応チームの事務局は、首長部局（自殺対策担当）と教育委員会が緊密な連携を図りながら運営することが求められる。

厚生労働省では、危機対応チームの設置・運営について、地域自殺対策強化交付金により都道府県・政令指定都市に対して10/10の補助（2024（令和６）年度時点）を行うとともに、指定調査研究等法人[*3]が危機対応チームの設置等に関する助言等の実務的支援を行うこととしている。

また、「こどもの自殺対策緊急強化プラン」では、警察や消防、学校や教育委員会、地方公共団体等が保有する自殺に関する統計等を集約し、多角的な分析を行うための調査研究を立ち上げ、EBPM（Evidence Based Policy Making：エビデンスに基づく政策立案）の視点も踏まえ、こどもの自殺の実態解明に取り組むとともに、分析に当たっての課題把握に取り組むこととしている。

＊3 「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」（令和元年法律第32号）第４条第１項に基づき、同法第５条に規定する業務（調査研究等業務）を行う者。令和６年４月現在、一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが指定されている。

(4) 社会に存在する様々なこころの健康リスクへの対策と支援

① いじめ防止対策

(いじめの防止のため、教育の現場で、いじめの積極的な認知に取り組んできた)

いじめの問題が教育上の大きな課題となっていることを踏まえ、文部科学省では、毎年度、各都道府県教育委員会などを通じて調査を行い、いじめを含む生徒指導上の諸課題の実態把握に努めている。

また、2013（平成25）年6月に成立した「いじめ防止対策推進法」（平成25年法律第71号）と、同法に基づき策定した「いじめの防止等のための基本的な方針」を受け、その内容の周知を図っているほか、2016（平成28）年度には新たに「いじめの重大事態の調査に関するガイドライン」を策定し、いじめの積極的な認知を肯定的に評価することで積極的な認知の徹底を促している。

さらに、2022（令和4）年度には、いじめの重大事態の件数が923件となったことを受けて、文部科学省では、2023（令和5）年10月に「不登校・いじめ緊急対策パッケージ」を策定し、いじめの早期発見・早期支援に資するため、1人1台端末等を活用した「心の健康観察」の推進や、国の個別サポートチームの派遣による自治体支援等を緊急的に進めている。

(こども家庭庁が、関係省庁と連携しながら、いじめ防止対策の強化に取り組んでいる)

いじめの問題については、上述した教育現場での取組みに加え、こどもの権利利益の擁護等を担うこども家庭庁が、いじめ対策での第三者性の確保などに資する地域の体制づくりを推進しており、文部科学省とともに関係省庁と連携しながら、「こどもまんなか」社会の実現に向け、いじめ防止対策の強化に取り組んでいる。

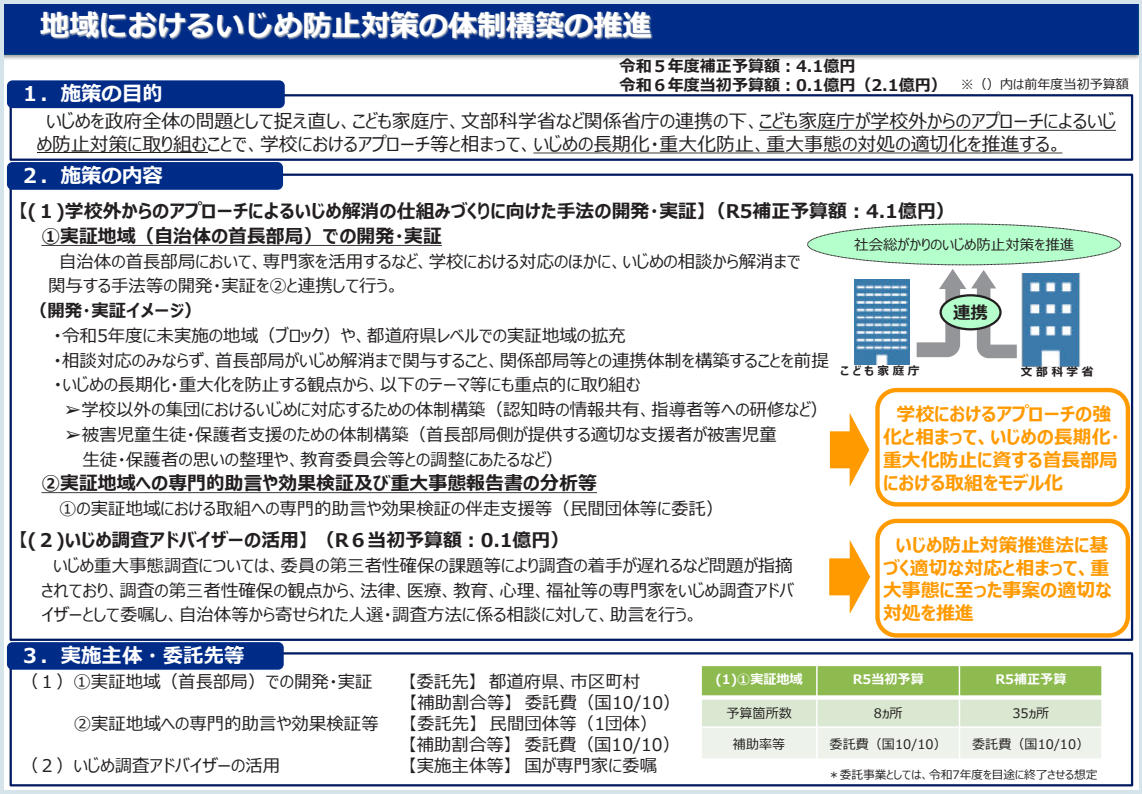
こども家庭庁では、「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」（2021（令和3）年12月21日閣議決定）に基づき、主に、学校外からのアプローチによるいじめ解消の仕組みづくり、第三者性確保による重大ないじめ事案への対応強化、そして、こども政策の司令塔としての政府全体の体制づくりの3つの事項への取組みを進めている。

こうした取組みの一環として、地域におけるいじめ防止対策の体制構築を推進するため、学校と学校の設置者（以下「学校等」という。）以外の首長部局からのアプローチによるいじめ解消の仕組みづくりに向けた手法の開発・実証[*4]に取り組んでいる（**図表2-1-3**）。

こども家庭庁では、地域の実情も踏まえ、その成果を今後のいじめ防止対策の強化に活用することで、学校等におけるアプローチと相まって、いじめの長期化や重大化を防止できる地域の体制を構築することとしている。

＊4　実証実施団体は次のとおり（2024（令和6）年3月末現在）。北海道旭川市、大阪府堺市、大阪府八尾市、熊本県熊本市、千葉県松戸市、三重県伊勢市、大阪府箕面市、福岡県。

図表2-1-3 地域におけるいじめ防止対策の体制構築の推進



資料：こども家庭庁作成

② 困難な問題を抱える女性への対応

（困難な問題を抱える女性への支援や、DVに係る保護命令の対象を拡大する等の法改正が行われた）

女性が抱える困難な課題は、性暴力や性的虐待、性的搾取等の性的な被害や家庭関係の破綻、生活困窮など、多様化するとともに複合化し、そのために複雑化している。このような状況は、新型コロナ禍でより顕在化し、孤独・孤立対策といった視点を含め、新たな女性支援強化が喫緊の課題となった。

こうしたなか、困難な問題を抱える女性を支援する施策を、従前の根拠法であった旧売春防止法から脱却させ、支援対象者の意思の尊重と福祉の増進、人権の擁護等を理念とする新たな支援の仕組みを構築する「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」（令和４年法律第52号）が2022（令和4）年度に成立し、2024（令和6）年4月から施行されている（図表2-1-4）。同法においては、発見、相談、心身の健康の回復のための援助等多様な支援を包括的に提供する体制を整備するとともに、関係機関と民間の団体の協働により、早期から切れ目なく支援を行うこととされている。

また、配偶者からの暴力（DV）被害者については、2001（平成13）年に「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」（平成13年法律第31号。以下「DV防止法」という。）が施行され、2023（令和5）年5月には、保護命令制度の拡充や切れ目ない支援を行うための多機関連携の強化を内容とするDV防止法の一部を改正する法律が成立した。具体的には、接近禁止命令の発令要件について、「更なる身体に対する暴力に

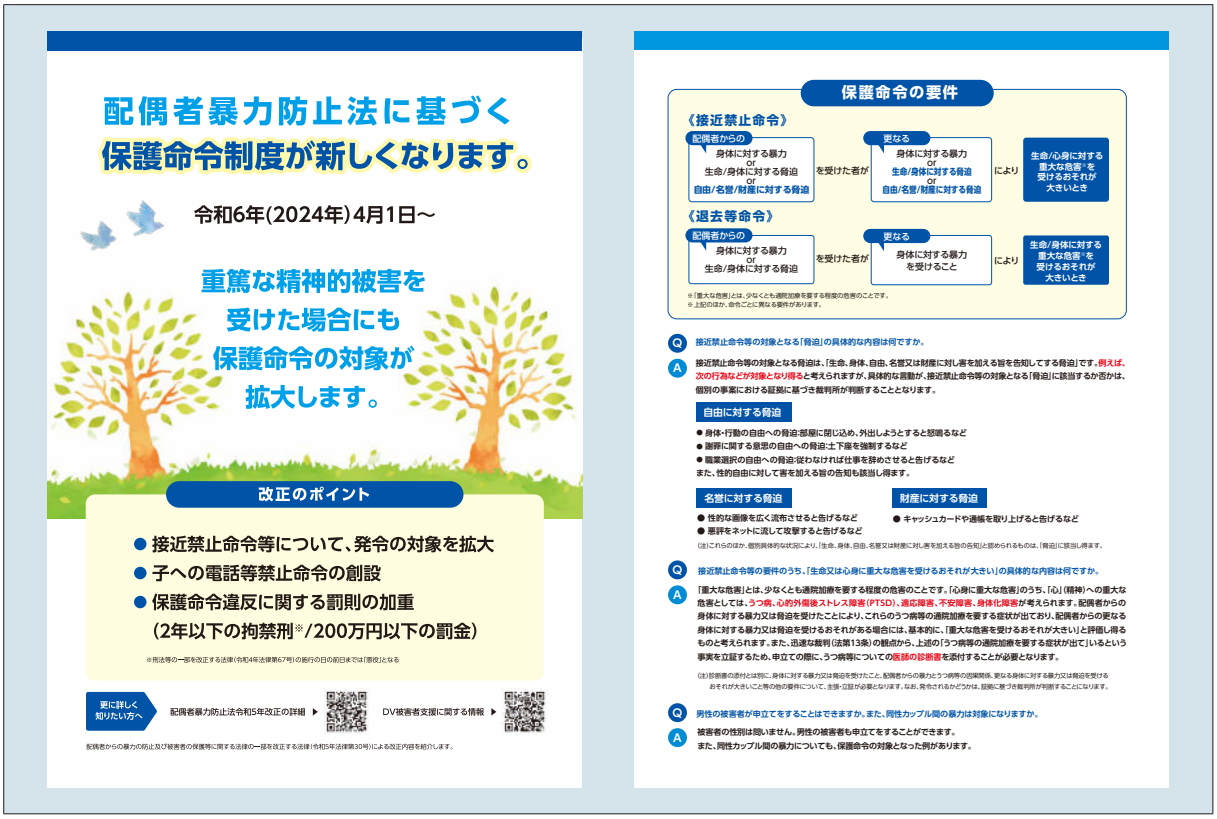
より生命又は身体に重大な危害を受けるおそれが大きいとき」から、「更なる身体に対する暴力又は生命・身体・自由・名誉・財産等に対する脅迫により生命又は心身に重大な危害を受けるおそれが大きいとき」に拡大し、重篤な精神的被害を受けた場合にも接近禁止命令等の対象になりうることとなった（図表2-1-5）。改正DV防止法は、2024（令和6）年4月1日から施行されている。

図表2-1-4　困難な問題を抱える女性への支援に関する法律（概要）



資料：厚生労働省社会・援護局作成

図表2-1-5 DV防止法の改正による新たな保護命令制度（パンフレット）



コラム 地域における若年者のメンタルヘルスへの取組み（あだち若者サポートテラスSODA）

若年者のこころの不調の相談窓口である、あだち若者サポートテラスSODAを訪ね、お話を伺った。

地域でどのように実践・貢献できるか

2022（令和4）年7月、若年者のこころの不調の早期相談・早期支援を目的に、あだち若者サポートテラスSODA（以下「SODA」）はスタートした。足立区の事業として、委託を受けた医療法人財団厚生協会・東京足立病院が開設し、運営している。SODAは厚生労働科学研究・MEICISプロジェクトの一環で開設され、地域における若年者への相談支援が活発なオーストラリアを参考にしたという。

SODAでは、足立区に在住・在学・在勤するおおむね15歳から25歳の方を対象に相談・支援を行っている。地域でどのように実践・貢献できるか、何ができるかを常に考えながら運営することを理念として活動している。

足立区の中でも交通アクセスが良く、大学のキャンパスも多い北千住という場所を選んだことも、また、建物の外観を木の温もりが感じられる造りにしたことも、相談へのハードルをできるだけ感じさせないための、活動理念に基づく細やかな配慮だ。

「思春期の若者がこころの不調を感じたら、深刻化する前に相談ができ、必要に応じて適切な支援や治療を受けられる社会づくりが必要です」。そう話すのは、SODAの室長で精神科医の内野敬さんだ。



気持ちを整理することからサポート

SODAでは、精神科医、精神保健福祉士、公認心理師など多職種の専門チームが、相談者に合った方法で問題解決に一緒に取り組む。初回相談の1時間で、生活状況やこころの不調の確認を行い、継続の希望があれば、おおむね半年の間に複数回、相談支援を行う。時には、相談者の家族や学校関係者も同席し、一緒に話すこともあるという。さらに、個別就労支援（IPS）により、相談者が希望する就職先を一緒に地域で探すことからサポートし、就労に至るまで手厚く伴走することもある。もちろん、相談は何度でも無料だ。

困りごとはなんでもOK、上手に話せなくてもOKなど、どのようなことでもワンストップで傾聴する姿勢で臨み、まずは相談者の気持ちを整理するところからサポートしていく。必要があれば、医療機関や様々な専門機関への橋渡しもSODAから行う。根底にあるのは、相談者をたらい回しにしたくないという強い思いだ。相談者の状況に応じ、医療機関への橋渡しにスタッフが同行することもある。

保健室のように思ってもらえたら

相談者は、高校生や大学を卒業したての若者が多い。相談内容は、不登校や就職など多岐にわたるが、本人の考えを否定せず、まず受け止めることを何よりも大切にしている。「相談を楽しい場と思ってもらいたい」という願いから、実際の悩みのほかにも、趣味の話や生きがいについて語り合うことさえある。

とはいえ、半年という期間の中で、連絡や相談が途絶えてしまう若者もおり、対応の難しさを感じる時もあるという。そういった場合は、LINEでメッセージを送りアプローチを試みる。直接電話するのではなく、若者世代の感覚に沿ったコミュニケーションを心がけているという。

嬉しい発見もある。初回相談を終えた相談者のうち、2回目以降の相談でも対面でのコミュニケーションを望む若者が、想定以上に多かったことだ。スタッフの中でも新たな気づきだったという。どんなことでもまず傾聴するというSODAの窓口には、また来たいと思わせる雰囲気があるのだろう。「なんでも話せる保健室のように思ってもらいたいんです。半年という期間の中で、スタッフも驚くような成長を見せる若い方もいらっしゃるんですよ」。SODAの主任で精神保健福祉士の小辻有美さんは、にこやかにそう話してくれた。



広がるつながりとさらなる可能性

開設以来、SODAは近隣の様々な機関への電話や訪問を通じて、自らの活動の紹介を行ってきた。その結果、教員などから相談を勧められた若者が来所することも多い。また、相談者自身が周囲にSODAの存在を発信してくれることで、新たな相談者の相談支援につながるケースもあるそうだ。

「潜在的なニーズを自分たちだけで掘り起こしていくのは難しいので、こういった宣伝効果は大きい。困っていそうな人がいたら話

を聞いて、一緒に相談に行ってみる。そういった社会になっていけたら」。内野室長は、最後にそう穏やかに語ってくれた。

このようなつながりを起点に、地域の中でこころの不調に対する早期対応や予防の意識が高まれば、社会も少しずつ変わっていくのではないだろうか。

現在、SODAでは、足立区での取組みの検証を進めながら、東邦大学医学部が行う他の自治体等へのコンサルティングにも協力しているという。今後、こうした取組みが多くの地域に広がり、悩みを抱える若者達の身近なところに「保健室のような相談窓口」が増えていくことが期待される。

③　依存症を抱える人への支援と周囲の理解を深める取組み

（依存症は、適切な治療とその後の支援によって、回復可能な疾患である）

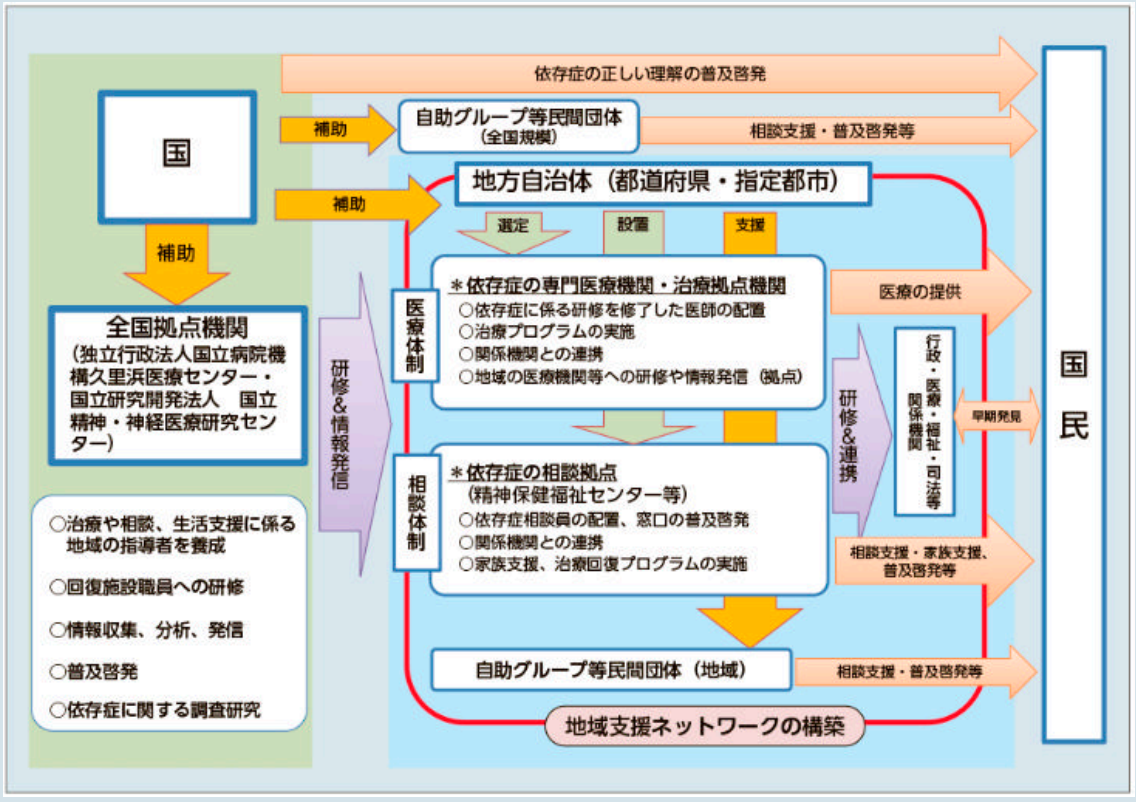
前章第1節で近年の薬物事犯の状況について確認したが、ここでは、薬物を含め、アルコールやギャンブル等の自分の意思ではやめられなくなってしまう「依存症」という疾患に罹った人たちに対する支援の取組みについて触れておきたい。なお、薬物対策については次節で詳しくみていく。

人は誰しも、不安や緊張を和らげたり、嫌なことを忘れたりするために、ある特定の行為をすることがあるが、それを繰り返しているうちに脳の回路が変化して、自分の意思ではやめられない状態になってしまうことがある。前章第2節でみたように、これを依存症というが、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症は、適切な治療とその後の支援によって、回復可能な疾患である。

厚生労働省では、依存症対策地域支援事業により、都道府県と指定都市等における依存症相談員を配置した相談拠点の設置を進めているほか、依存症を抱える人やその家族が、適切な治療や相談支援を受けることができるよう、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関、依存症の相談拠点の整備を進めるとともに、自助グループを含む民間団体への支援を通じて地域体制の整備を行っている（**図表2-1-6**）。

さらに、我が国では、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターを依存症対策全国拠点機関と位置づけ、アルコール、薬物、ギャンブル等に対応した相談・治療等についてオンライン等を活用した指導者の育成や情報発信等を行い、依存症治療・支援体制の整備を推進している。

図表2-1-6　依存症対策の全体像



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

（依存症を抱える人とその家族が直面する社会的障壁を取り除くための取組みも行われている）

その一方で、依存症に関する正しい知識と理解が得られていない上、依存症へのスティグマ（差別や偏見）もあり、依存症を抱える人やその家族が適切な治療や支援に結びついていないという課題がある。

このため、厚生労働省では、依存症の理解を深めるための普及啓発事業として、関連イベントの情報や依存症を知るきっかけとなる漫画なども配信する特設ページも開設しているほか、SNSを活用した情報発信を行っている（**図表2-1-7**）。

図表 2-1-7 特設サイト「依存症の理解を深めよう。回復を応援し受け入れる社会へ」



コラム 誰一人置き去りにしない～豊かな「未来を創造」する～（NPO法人ジャパンマック*1福岡）

依存症の問題を抱えた方の回復と成長の支援を、本人、その家族、職員が一体となって取り組むジャパンマック福岡を紹介する。

あらゆる面からサポート

東京、神奈川、福岡で施設を運営するNPO法人ジャパンマックの一員であるジャパンマック福岡は、依存症からの回復と成長を目指す方々を支援する施設として、2013（平成25）年から福岡市で活動している。

その活動の範囲は広く、①生活訓練施設（2カ所）、②共同生活・自立生活の援助施設、③就労の移行・定着支援施設、④就労継続の支援施設、⑤訪問看護事業所、⑥カウンセリング事業所、⑦おとな食堂（居場所づくり）、⑧触法依存症者の支援など多岐にわたる。現在の施設利用者数は100人を超え、10代～80代の男女の利用者をあらゆる面から支援を行っている。



依存症から本質的に回復することを目指す

ジャパンマック福岡では、「AAの12ステッププログラム（アメリカで始まったアルコール依存症からの回復方法）」の活用と、参加者同士の経験の分かち合い（相互支援）を回復に向けた取組みの中心に据えている。お互いの経験を語り、ストレスの対処方法や、回復に必要な思考を学び、依存症の本質的な問題である生きづらさと向き合うことで人間的成長を目指している。

また、医療機関への同行支援や、臨床心理

＊1 マック（MAC）とは、Maryknoll Alcohol Centerの略称を表す。

士等による継続的なカウンセリング、訴訟における情状証人としての出廷などの支援も行っている。

設立当初はアルコールやギャンブルの相談がほとんどであったが、現在は、性嗜好障害、窃盗症、市販薬・処方薬依存などに関する相談も増えてきており、依存症が多様化しているという。

回復プログラム～ある日の発言～

ある日のミーティングでは、1年間プログラムを受けて回復の終盤ステップにある方が、仲間と共に課題に取り組んでいた。「みんなから、顔つきも発言内容も、以前と異なると言われた。12ステッププログラムや生活訓練をすることで、身体だけでなく、考え方も健康になった。以前は、さみしさを感じたらギャンブルをしていた。今は、ここで出会った仲間と話したり、運動をしたりして対処している」と、少し恥ずかしそうな笑顔を浮かべながら、嬉しそうに語っていた。ほかの方からも、「今まで自分一人で考えすぎていた。今は仲間に話せる」「ギャンブルでストレスを発散しているつもりが、逆にストレスをためていた。自分のストレスサインがわかるようになった」といった発言が聞かれた。

家族も置き去りにしない。家族が変われば、回復の近道となる

依存症のストレスは本人だけの問題ではない。家族も大きなストレスを感じ、接し方に迷い、誰にも相談できず孤立していることがある。ジャパンマック福岡では、そうした家族への支援にも力を入れている。毎月、「クラフト勉強会（アメリカで開発された依存症者と家族のためのプログラム）」を開催するとともに、定期的なカウンセリングや家族同士の相互学習の場を設けている。

ある日の勉強会では、本人と対立せずに治療へつなげる声がけを学んでいた。「ここに参加するようになってから、息子との距離感が段々わかってきた。学ぶことにより、介護している母への声がけも変わり、母とも良好な関係ができている」という発言が聞かれた。息子がギャンブル依存で家出しているという家族に、かつて夫がギャンブル依存で失踪した経験があるという方が、夫の回復までの経験を話していた。なかには、家族の回復を支援し続けるために、7年ほど継続して参加している方もいた。30家族ほど集まることもあり、どこにも相談できなかった家族が、励ましと希望を与え合う場となっていた。

施設長は「家族が依存症という病気への理解を深めると、家族の行動が変わり、それが本人の行動を変え、回復につながる。家族は依存問題の解決の中核を担う人々だ」と語る。



様々な関係機関と連携した支援

ジャパンマック福岡では、支援が必要な人に適切な支援を届けるべく、県や市、精神保健福祉センターをはじめ、警察、保護観察所、地方更生保護委員会などとの連携にも取り組んでいる。こうした連携は、依存症の方の早期発見・早期支援につながるだけでなく、研修会の開催や講師の派遣により、関係機関や地域における依存症に対する正しい知識の普及にも寄与している。

誰もが自分らしく生き生きと暮らせる社会を目指して

ジャパンマック福岡は、誰もがありのままでいられる平和な社会づくりをビジョンに掲げる。「今までの人生において失敗した経験が多いと、治療への動機付けが難しい。依存症は心の病気ではなく、脳の病気であると知ってほしい。意思が強ければ克服できるというものではない。適切な治療や支援が必要だ」と施設長は語る。実は、施設長自身も依存症の経験者であることを公表している。

「制度の枠組みから漏れた人を救いたい。置き去りにされがちな人も救いたい。そのような人たちのことも考え、受け皿があるという社会は、豊かな社会だと思いませんか」その語り口から、かつての自分と同じ苦しみを味わう人を決して置き去りしないという熱い思いが伝わってきた。

ジャパンマック福岡は、自らを「回復共同体」と捉えている。施設長だけでなく、職員の多くが依存症の当事者だ。職員からは「かけた言葉がブーメランで自分に返ってきて、胸に突き刺さる」「経験が役に立つ。自分を律する。自分もしっかりせねばとなる」「嘘はわかる」といった経験者ならではの声も聞かれた。施設利用者からも「理解してもらえる」「相談しやすい」などと好評だ。

職員と施設利用者という立場を超えて、当事者同士が本気で支え、本気で取り組むジャパンマック福岡。今後の活動にも注目したい。

2 職場での取組み

（第14次労働災害防止計画では、「労働者の健康確保対策の推進」にも重点的に取り組んでいる）

前章第3節でみたように、職場では精神障害の労災認定を受ける人が増加しているほか、メンタルヘルス不調により連続1ヶ月以上休業または退職した労働者がいる事業所割合は、この3年間、約1割で推移している。働く人のこころの健康を守るために、職場ではどのような取組みが行われているのだろうか。

厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）」によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいる割合については、使用する労働者数50人以上の事業場では91.1%と高い一方で、使用する労働者数50人未満の小規模事業場では、30～49人で73.1%、10～29人で55.7%となっており、メンタルヘルス対策への取組みが低調であることが示唆されている。

こうしたなかで、2023（令和5）年3月、第14次労働災害防止計画（以下「14次防」という。）が策定され、2023（令和5）年度から2027（令和9）年度までの5年間に、労働災害を減少させるために重点的に取り組む事項が取りまとめられた。14次防では、重点的に取り組む事項のひとつとして、働く人のこころの健康を守る取組みを含む「労働者の健康確保対策の推進」が掲げられ、2027（令和9）年までに、メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合を80%以上とする等を目標として取り組むこととされている。

さらに14次防では、「労働者の健康確保対策」として、メンタルヘルス対策、過重労働対策、産業保健活動の3つの柱を、事業者に求める具体的な取組みに位置づけている。

ここでは、メンタルヘルス対策の観点から、ストレスチェック、ハラスメントの防止、勤務間インターバル制度の導入、そして治療と仕事の両立支援について取り上げる。

また、前章第1節でみたように、子育てや介護も、働き盛りのこころの健康に影響を及ぼしうる主なライフイベントのひとつであった。働きながら子育てや介護といったライフイベントに向き合う人々を支援する育児や介護との両立支援の取組みについても整理する。

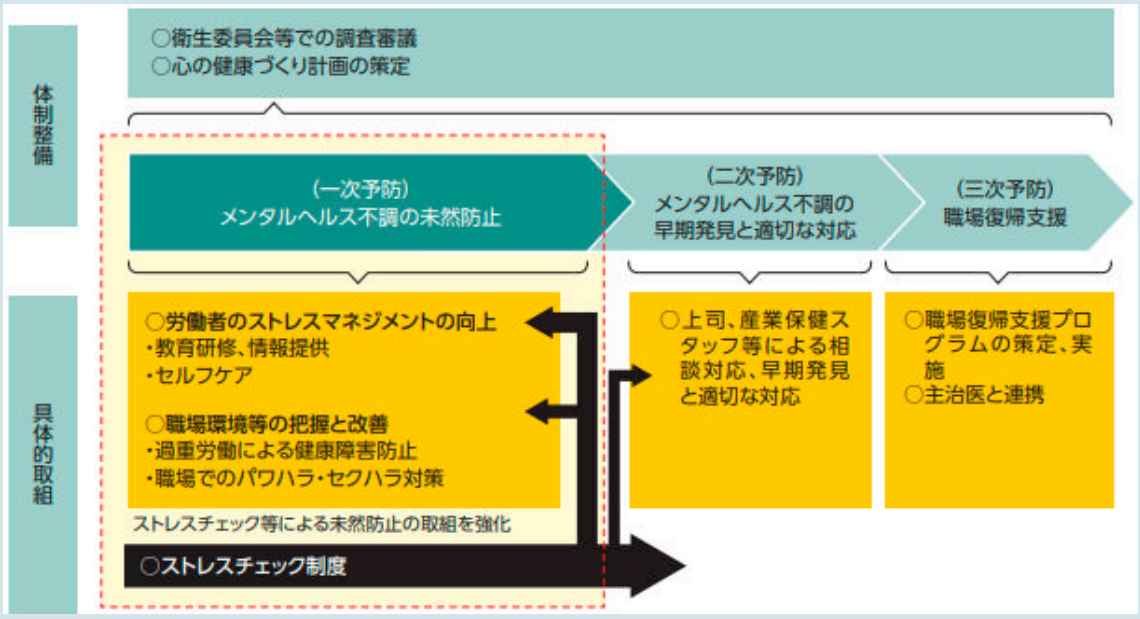
（1）ストレスチェック制度

（労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促す）

事業場におけるメンタルヘルス対策の取組みは、その実施目的から、一次予防、二次予防、三次予防の3つに分類される（図表2-1-8）。ストレスチェック制度は、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促すとともに、高ストレス者に対する医師の面接指導を実施することや、ストレスチェック結果を集団的に分析し、職場環境改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止する一次予防を主な目的として、2015（平成27）年12月に施行された制度である（図表2-1-9）。

ストレスチェック制度は、労働者数 50 人以上の事業場に実施義務がある（この場合の「労働者」には、パートタイム労働者や派遣労働者も含まれる。）。また、労働者数50人未満の事業場については、当分の間、努力義務とされているが、労働者のメンタルヘルス不調の未然防止のため、できるだけ実施されることが望ましいことから、厚生労働省では、ポータルサイト「こころの耳」を通じたストレスチェック導入の支援や「ストレスチェック制度サポートダイヤル」による相談支援（後述参照）などを行っている。

図表2-1-8　事業場のメンタルヘルス対策におけるストレスチェック制度の位置づけ



資料：厚生労働省労働基準局作成

図表2-1-9　職業性ストレス簡易調査票（57項目）



職業性ストレス簡易調査票（57項目）

A　あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そうだ	まあそうだ	ちがやや	ちがう
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B　最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	なほかとんった	とあきっどたき	しばしたば	ほとんどいつもあった
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3. 生き生きする	1	2	3	4
4. 怒りを感じる	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4
6. イライラしている	1	2	3	4
7. ひどく疲れた	1	2	3	4
8. へとへとだ	1	2	3	4
9. だるい	1	2	3	4
10. 気がはりつめている	1	2	3	4
11. 不安だ	1	2	3	4
12. 落着かない	1	2	3	4
13. ゆううつだ	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15. 物事に集中できない	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
17. 仕事が手につかない	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4
19. めまいがする	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23. 腰が痛い	1	2	3	4
24. 目が疲れる	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

C　あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

D　満足度について

	満足	満まあ足	不やや満足	不満足
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

（集団分析は、業務実態にあった分析単位で実施することが望ましい）

集団分析は、より適切な職場環境改善[*5]を行うために、部署や職種、職位・職階等、業務実態にあった分析単位で実施することが望ましい。また、部署別の比較等のほか、過去の結果と比較し、職場のストレス状況の変化を確認することも重要である。

なお、「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」[*6]では、集団ごとの集計・分析に際し、集計・分析の単位が10人を下回る場合、実施者は集計・分析の対象となる全労働者の同意を取得しない限り、原則として、事業者に集計・分析の結果を提供してはならないとされていることに留意する必要がある。

（集団分析の結果を活用した職場環境改善は、14次防の具体的取組みのひとつである）

ストレスチェック制度は、PDCAサイクルに沿って、組織的に取り組むことが重要である（図表2-1-10）。

特に、集団分析とその結果を活用した職場環境改善は、労働安全衛生法令では努力義務となっているが、ストレスチェック制度の主目的である一次予防を推進するための重要な手段である。労働者のストレスの原因となる職場環境を継続的に改善していくための重要

＊5　職場環境の改善とは、職場の物理的レイアウト、労働時間、作業方法、組織、人間関係などの職場環境を改善することで、労働者のストレスを軽減しメンタルヘルス不調を予防しようとする方法である。改善の対象となる職場環境には様々なものが含まれる。仕事のストレスに関する代表的な理論である「仕事の要求度－コントロールモデル」では、仕事の要求度（仕事量や責任など）と仕事のコントロール（裁量権）のバランス、特に仕事の要求度に見合うように仕事のコントロールを与えることが重要であるとされている。

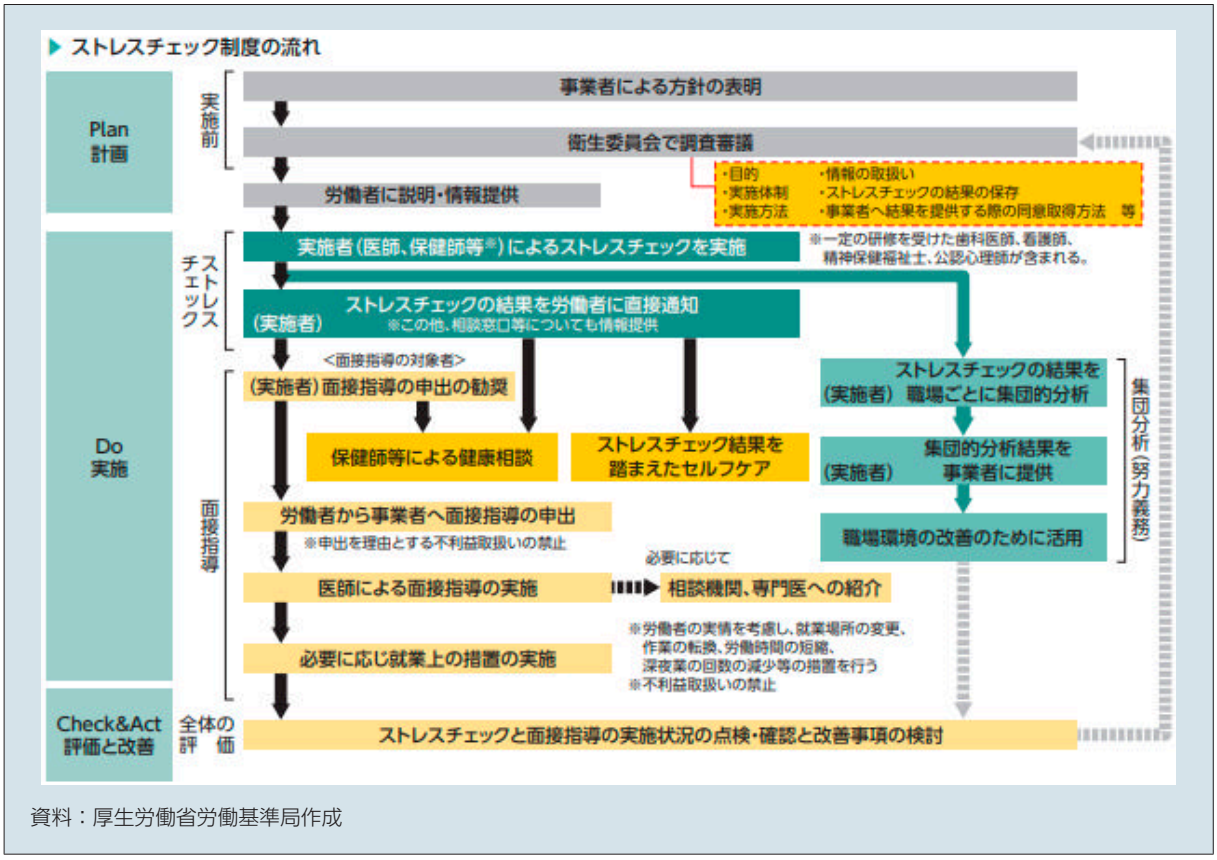
＊6　平成27年4月15日心理的な負担の程度を把握するための検査等指針公示第1号。ストレスチェックと面接指導の結果に基づき事業者が講ずべき措置が適切に実施されるため、ストレスチェックと面接指導の具体的な実施方法や、面接指導の結果についての医師からの意見の聴取、就業上の措置の決定、健康情報の適正な取扱い、労働者に対する不利益な取扱いの禁止等について定められている。

なステップとなることから、14次防においても、事業者が取り組むことのひとつに、集団分析を活用した職場環境の改善まで実施することにより、メンタルヘルス不調の予防を強化することが盛り込まれた。

ストレスチェックを通じ、働く人が自身のストレスに気づき、医師による面接指導等を通じて、ストレスの予防、軽減に積極的に取り組むことを促すとともに、事業者が職場のストレス状況の確認にも取り組み、高ストレス者の多い部署などについて、業務内容や労働時間など他の情報と合わせて、仕事の量的・質的負担や周囲からの支援の有無等を評価し、健康リスクが高い場合には、職場環境の改善につなげることが求められる。

また、こうした取組みには、たとえば、労働者数50人以上の事業場において設置が義務づけられている衛生委員会等の場を活用した職場環境改善に向けた議論の活性化や、産業医等の専門的知見の活用なども求められる。

図表2-1-10　ストレスチェックと面接指導の実施の流れ



資料：厚生労働省労働基準局作成

（ポータルサイト「こころの耳」などで、ストレスチェックの情報提供等を行っている）

厚生労働省では、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」を通じて、事業者、産業医等の産業保健スタッフ、働く人などに対し、メンタルヘルス対策の基礎知識、事業場の取組み事例、「5分でできる職場のストレスセルフチェック」などのセルフケア支援ツール、メンタルヘルスに関する研修資料の提供など総合的な情報提供等を行っている（図表2-1-11）。

また、独立行政法人労働者健康安全機構において、「ストレスチェック制度サポートダイヤル」を開設し、産業医、保健師等ストレスチェックの実施者、事業者、衛生管理者等

ストレスチェック制度担当者等を対象として、ストレスチェック制度の実施方法、実施体制、不利益な取扱いなどに関する相談に対応している（図表2-1-12）。

図表2-1-11　働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」



図表2-1-12　ストレスチェック制度サポートダイヤル

「ストレスチェック制度サポートダイヤル」

産業医、保健師等ストレスチェックの実施者、事業者、衛生管理者等ストレスチェック制度担当者等からのストレスチェック制度の実施方法、実施体制、不利益な取扱いなどに関する相談にお答えします。

電話	0570－031050（全国統一ナビダイヤル）※通話料がかかります。
受付時間	平日10時～17時（土曜、日曜、祝日、12月29日～1月3日は除く）

MEMO

産業保健総合支援センター（さんぽセンター）と協会けんぽの連携

全国47都道府県に設置されている産業保健総合支援センター（さんぽセンター）は、産業医や衛生管理者等の産業保健関係者に対する研修を行うとともに、事業主等に対する職場の健康管理への支援を行っている。

産業保健に関する様々な問題に対応する専門スタッフを有するさんぽセンターは、地域の産業保健の要としての役割を果たしている

が、近年、全国健康保険協会（協会けんぽ）の都道府県支部との連携が進んでいる。

2023（令和5）年9月、三重さんぽセンターと協会けんぽ三重支部は、三重県民の健康づくりの推進に向けた包括的事業連携に関する協定を締結し、事業所向けメンタルヘルスセミナーの共催や、治療と仕事の両立支援の社内研修や制度整備に関するフォローアップなど、県民の健康づくりの推進に向けた取組みを、相互に連携・協力して進めていくこととした。

こうした連携協定の締結は、埼玉など他地域における取組みに続くものであり、全国の中小企業で働く従業員やその家族約4,000万人が加入する協会けんぽと、産業保健に豊富な知見と経験を有するさんぽセンターの連携強化が、あらゆる職場におけるメンタルヘルス対策の推進に寄与することが期待される。



（参考）独立行政法人労働者健康安全機構三重産業保健総合支援センター（「協会けんぽ三重支部と当センターは、協定を締結しました（2023年9月25日）」）

(2) 職場におけるハラスメント対策

（事業主によるパワーハラスメント防止の雇用管理上の措置義務などが法制化された）

前章第1節でみたように、ハラスメントの問題は、職場環境においてこころの健康に大きな影響を与える要因であるが、都道府県労働局に寄せられる相談は後を絶たない状況がみられる。こうしたことも踏まえ、職場におけるハラスメント防止対策の更なる強化を図るため、パワーハラスメント防止のための事業主の雇用管理上の措置義務の新設や、セクシュアルハラスメント等の防止対策の強化等を内容とする「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」（令和元年法律第24号）が、2019（令和元）年5月29日に成立し、同年6月5日に公布された（労働施策総合推進法、男女雇用機会均等法等を改正）（**図表2-1-13**）。

また、改正後の労働施策総合推進法（以下「改正法」という。）等に基づき、2020（令和2）年1月15日に「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（以下「パワーハラスメントの防止のための指針」という。）等が公布された。

パワーハラスメントの防止のための指針には、事業主が講ずべき具体的な措置の内容等を定めたほか、自社で雇用する労働者以外に対する言動に関し行うことが望ましい取組みや、顧客等からの著しい迷惑行為に関し行うことが望ましい取組み[*7]が盛り込まれている。

改正法とパワーハラスメントの防止のための指針等は、2020（令和2）年6月1日から

＊7　同指針では、顧客等からの著しい迷惑行為に関し行うことが望ましい取組みのひとつとして、雇用する労働者が被害を受けることを防止するための対応マニュアルの作成があげられているが、厚生労働省では2021（令和3）年度に「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」（https：//www.mhlw.go.jp/content/11900000/000915233.pdf）を作成・公表し、企業におけるカスタマーハラスメント対策の推進を後押ししている。

施行された（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義務については、中小事業主については2022（令和4）年4月1日から施行）。

（都道府県労働局において、ハラスメント防止措置義務について指導を実施している）

改正法の施行後は、都道府県労働局において、ハラスメント防止措置が講じられていない事業所に対して措置を講ずるよう指導するとともに、ハラスメント事案が生じた事業所に対して、適切な事後の対応や再発防止のための取組みが行われるよう指導を実施している。また、労働者と事業主との間で紛争が生じている場合、都道府県労働局長による紛争解決援助や調停会議による調停により紛争解決の促進を図っている。

図表2-1-13　ハラスメント対策の強化

【背景】・ 職場のいじめ・嫌がらせに関する都道府県労働局への相談は7万2千件超（H29年度）で 6年連続で全ての相談の中でトップ。
・ セクハラの 相談件数は約7千件（H29年度）と高水準にとどまる。

※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

ハラスメントのない社会の実現に向けて、職場のパワハラ対策、セクハラ対策を強化することが必要

（１）国の施策にハラスメント対策を明記（労働施策総合推進法）

○ 国の施策に**「職場における労働者の就業環境を害する言動に起因する問題の解決の促進」（ハラスメント対策）を明記**する。

（２）パワーハラスメント防止対策の法制化（労働施策総合推進法）

○ パワーハラスメントとは、**「①優越的な関係を背景とした」、「②業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動により」「③就業環境を害すること」**（身体的若しくは精神的な苦痛を与えること）をいうことを明記する。

○ 事業主に、パワーハラスメント防止のため、相談体制の整備等の**雇用管理上の措置**を講じることを義務付ける。

○ パワーハラスメントの具体的な定義や事業主が講じる雇用管理上の措置の具体的な内容を定めるため、**厚生労働大臣が「指針」を策定**することとする。

〔指針で規定する内容〕

・パワハラの具体的な定義
- ３つの要素の具体的内容
- パワハラに該当する／しない行為例
- 適正な範囲の業務指示や指導についてはパワハラに当たらないこと　等

・雇用管理上の措置の具体的内容（現行のセクハラ防止の措置義務と同様）
- 事業主によるパワハラ防止の社内方針の明確化と周知・啓発
- 苦情などに対する相談体制の整備
- 被害を受けた労働者へのケアや再発防止　等

※　取引先や顧客等からの著しい迷惑行為（いわゆるカスタマーハラスメント）については、法律上の措置義務の対象とはしないが、指針において労働者からの相談体制の整備や被害者への適切な配慮等を行うことが望ましい旨を記載。

○ パワーハラスメントに関する労使紛争について、都道府県労働局長による紛争解決援助、紛争調整委員会による調停（行政ADR）の対象とするとともに、措置義務等について履行確保（助言、指導、勧告等）のための規定を整備する。

○ 中小事業主に対する配慮等

パワーハラスメント防止対策の措置義務は、中小事業主の施行日に配慮（公布日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日（令和4年3月31日）までの間は、努力義務とする。）

※その他、事業主による防止措置の実施に関するコンサルティング等の公的支援を実施する。

（３）セクシュアルハラスメント等の防止対策の強化（男女雇用機会均等法、育児・介護休業法、労働施策総合推進法）

① セクシュアルハラスメント等に関する国、事業主及び労働者の責務の明確化

セクシュアルハラスメント等は行ってはならないこと等に対する関心と理解を深めることや、他の労働者に対する言動に注意を払うこと等を関係者の責務として明記する。

※パワーハラスメント、いわゆるマタニティハラスメントについても同様（②④も同じ）

② 事業主に相談等をした労働者に対する不利益取扱いの禁止

労働者が相談等を行うことに躊躇することがないよう、労働者がセクシュアルハラスメント等に関して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。

③ 自社の労働者等が他社の労働者にセクシュアルハラスメントを行った場合の協力対応

事業主に対し、他社から雇用管理上の措置の実施（事実確認等）に関して必要な協力を求められた場合に、これに応じる努力義務を設ける。

※　あわせて、自社の労働者が他社の労働者等からセクシュアルハラスメントを受けた場合も、相談に応じる等の措置義務の対象となることを指針で明確化する。

④ 調停の出頭・意見聴取の対象者の拡大

セクシュアルハラスメント等の調停制度について、紛争調整委員会が必要を認めた場合には、関係当事者の同意の有無に関わらず、職場の同僚等も参考人として出頭の求めや意見聴取が行えるよう、対象者を拡大する。

1. 職場におけるパワーハラスメントの内容

＜職場におけるパワーハラスメントとは＞

○　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労働者の就業環境が害されるもの**であり、①～③までの要素を全てみたすもの。

→　客観的にみて、業務上必要かつ相当な範囲で行われる適正な業務指示や指導については、該当しない。

職場におけるパワハラの3要素	具体的な内容
①　優越的な関係を背景とした言動	○　当該事業主の業務を遂行するに当たって、当該言動を受ける労働者が行為者に対して抵抗又は拒絶することができない蓋然性が高い関係を背景として行われるもの （例） ・　職務上の地位が上位の者による言動 ・　同僚又は部下による言動で、当該言動を行う者が業務上必要な知識や豊富な経験を有しており、当該者の協力を得なければ業務の円滑な遂行を行うことが困難であるもの ・　同僚又は部下からの集団による行為で、これに抵抗又は拒絶することが困難であるもの　等
②　業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動	○　社会通念に照らし、当該言動が明らかに当該事業主の業務上必要性がない、又はその態様が相当でないもの
③　労働者の就業環境が害される	○　当該言動により労働者が身体的又は精神的に苦痛を与えられ、労働者の就業環境が不快なものとなったため、能力の発揮に重大な悪影響が生じる等当該労働者が就業する上で看過できない程度の支障が生じること ○　この判断に当たっては、「平均的な労働者の感じ方」、すなわち、同様の状況で当該言動を受けた場合に、社会一般の労働者が、就業する上で看過できない程度の支障が生じたと感じるような言動であるかどうかを基準とすることが適当

○　個別の事案の判断に際しては、相談窓口の担当者等が相談者の心身の状況や当該言動が行われた際の受け止めなどその認識にも配慮しながら、相談者及び行為者の双方から丁寧に事実確認等を行うことも重要。

2. 職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関し雇用管理上講ずべき措置

（1）事業主の方針の明確化及びその周知・啓発

①職場におけるパワハラの内容・パワハラを行ってはならない旨の方針を明確化し、労働者に周知・啓発すること
②行為者について厳正に対処する旨の方針・対処の内容を就業規則等の文書に規定し、労働者に周知・啓発すること

（2）相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

③相談窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること
④相談窓口担当者が、内容や状況に応じ適切に対応できるようにすること
職場におけるパワハラの発生のおそれがある場合や、パワハラに該当するか否か微妙な場合であっても、広く相談に対応すること

（3）職場におけるパワーハラスメントにかかる事後の迅速かつ適切な対応

⑤事実関係を迅速かつ正確に確認すること
⑥速やかに被害者に対する配慮の措置を適正に行うこと　⑦行為者に対する措置を適正に行うこと
⑧再発防止に向けた措置を講ずること　※⑥⑦は事実確認ができた場合、⑧はできなかった場合も同様

（4）（1）から（3）までの措置と併せて講ずべき措置

⑨相談者・行為者等のプライバシーを保護するために必要な措置を講じ、周知すること
⑩相談したこと等を理由として不利益な取扱いを行ってはならない旨を定め、労働者に周知・啓発すること

3. 職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関し行うことが望ましい取組

○ セクハラ、妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント等と一元的に相談に応じることのできる体制の整備
○ 職場におけるパワハラの原因や背景となる要因を解消するための取組
・　コミュニケーションの活性化・円滑化のための研修等や、適正な業務目標の設定等の職場環境の改善のための取組
○ 労働者や労働組合等の参画を得つつ、アンケート調査や意見交換等を実施するなどにより、雇用管理上の措置の運用状況の的確な把握や必要な見直しの検討等に努める

4. 自らの雇用する労働者以外の者（就活生等）に対する言動に関し行うことが望ましい取組

○ 職場におけるパワハラを行ってはならない旨の方針の明確化等を行う際に、他の事業主の雇用する労働者、就職活動中の学生等の求職者、個人事業主、インターンシップを行う者等に対しても同様の方針を併せて示す
○ 雇用管理上の措置全体も参考にしつつ、適切な相談対応等に努める

5. 他の事業主の雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為（いわゆるカスタマーハラスメント）に関し行うことが望ましい取組

○ 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備　○ 被害者への配慮のための取組
○ 被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）

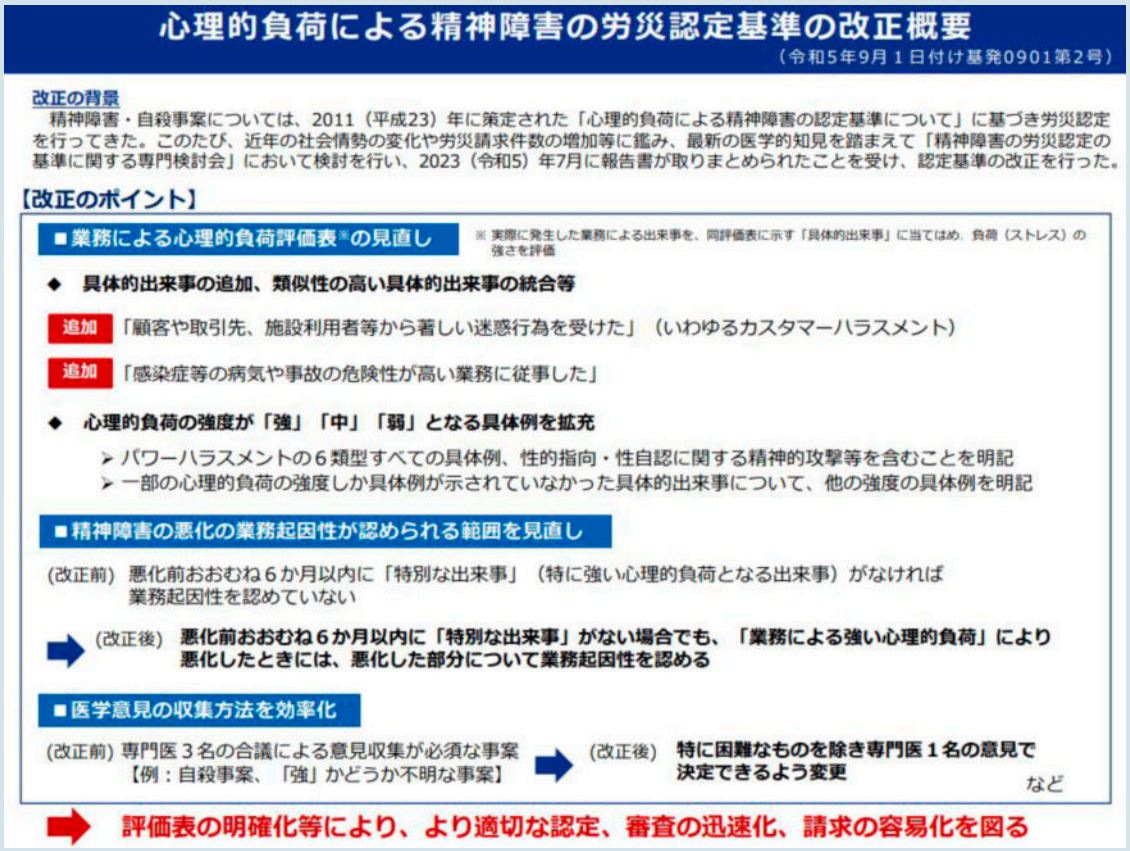
資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

（精神障害の労災認定基準においても、パワーハラスメントが明確化・具体化された）

なお、パワーハラスメント防止対策の法制化に伴い、2020（令和2）年度に精神障害の労災認定の基準を改正し、「パワーハラスメント」について認定基準に明記した。さら

に、2023（令和5）年度の精神障害の労災認定基準の改正においては、心理的負荷の強度が「強」、「中」、「弱」となる具体例としてパワーハラスメントの6類型（「精神的な攻撃」、「身体的な攻撃」、「過大な要求」、「過小な要求」、「人間関係からの切り離し」、「個の侵害」）すべての具体例等を明記した（図表2-1-14）。

図表2-1-14　心理的負荷による精神障害の労災認定基準の改正概要



資料：厚生労働省労働基準局作成

(3) 勤務間インターバル制度

(労働時間等設定改善法により勤務間インターバル制度導入は事業主の努力義務とされた)

前章第1節でみたように、理想の睡眠時間と実際の睡眠時間の乖離が大きくなるにつれて、うつ病や不安障害などのこころの不調が疑われる人の割合が増加する傾向がみられた。

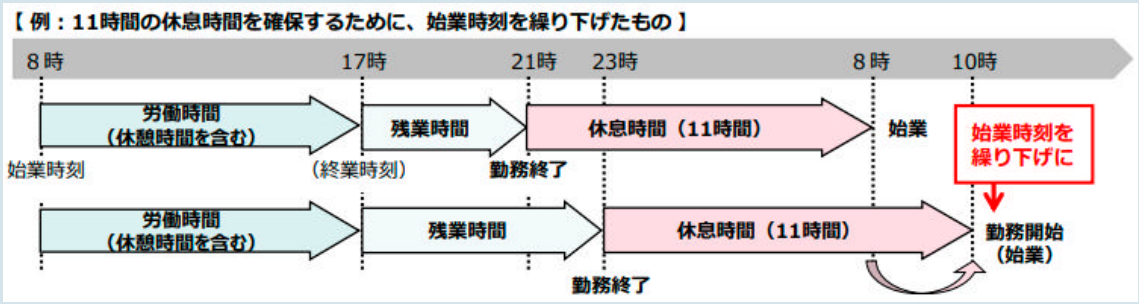
我が国では、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（平成30年法律第71号）において、「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」[*8]（平成4年法律第90号）が改正され、終業時刻から次の始業時刻の間に一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組みである勤務間インターバル制度（図表2-1-15）を導入することが事業主の努力義務とされている[*9]。労働者の十分な生活時間や睡眠時間を確保

＊8　同法は、事業主等に労働時間等の設定の改善に向けた自主的な努力を促すことで、労働者がその有する能力を有効に発揮することや、健康で充実した生活を実現することを目指した法律。労働時間の短縮の促進に関する臨時措置法（時短促進法）を改正し、労働時間の短縮を促進するだけではなく、労働時間等の設定を、労働者の健康と生活に配慮するとともに、多様な働き方に対応したものへ改善するための法律とした。

＊9　施行日は2019（平成31）年4月1日。

するための方策のひとつとして、この仕組みの導入を促している。

図表2-1-15 勤務間インターバル制度の例



資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

（勤務間インターバル制度の導入予定はなく、検討もしていない企業は、80％を超えている）

厚生労働省「令和５年就労条件総合調査」によると、勤務間インターバル制度を「導入している」企業（就業規則または労使協定等で定めているもの）の割合は、6.0％と、前年調査の5.8％から0.2％ポイントの増加となったが、「導入予定はなく、検討もしていない」企業の割合は、依然として80％を超えている（図表2-1-16）。

「導入予定はなく、検討もしていない」企業について、その理由をみると、「夜間も含め、常時顧客や取引相手の対応が必要なため」、「人員不足や仕事量が多いことから、当該制度を導入すると業務に支障が生じるため」、「当該制度を導入すると労働時間管理が煩雑になるため」とする割合が、企業規模が大きいほどおおむね高かった。他方で、「当該制度を知らなかったため」とする割合は、企業規模が小さいほど高く、「30～99人」の企業においては、27.1％となっている（図表2-1-17）。

図表2-1-16 勤務間インターバル制度の導入状況

（単位：％）

企業規模・年	全企業[1]	導入している	1企業平均間隔時間[2]（時間、分）	導入を予定又は検討している	導入予定はなく、検討もしていない
令和５年調査計	100.0	6.0	10：20	11.8	81.5
1,000人以上	100.0	17.6	9：55	23.2	58.9
300～999人	100.0	8.3	10：07	17.4	74.3
100～299人	100.0	6.1	10：15	13.6	79.0
30～99人	100.0	5.4	10：26	10.3	83.6
令和４年調査計	100.0	5.8	10：22	12.7	80.4

注：1）「全企業」には、「勤務間インターバル制度の導入状況」が「不明」の企業を含む。
2）「１企業平均間隔時間」は、各企業で定められている実際の終業時刻から始業時刻までの間に空けることとしている間隔の時間で、各企業で複数ある場合は最も短い間隔の時間での平均である。

資料：厚生労働省「令和５年就労条件総合調査」

図表2-1-17　勤務間インターバル制度を導入しない理由

（単位：%）

企業規模・年	導入予定はなく、検討もしていない企業[1]		導入予定はなく、検討もしていない理由（複数回答） 夜間も含め、常時顧客や取引相手の対応が必要なため		人員不足や仕事量が多いことから、当該制度を導入すると業務に支障が生じるため		当該制度を導入すると労働時間管理が煩雑になるため	
令和5年調査計	[81.5]	100.0	[7.8]	9.6	[8.9]	10.9	[5.1]	6.2
1,000人以上		100.0		17.5		22.2		25.4
300～999人		100.0		12.2		14.9		14.8
100～299人		100.0		14.0		12.3		9.0
30～ 99人		100.0		8.0		10.0		4.3
令和4年調査計	[80.4]	100.0	[7.1]	8.8	[8.0]	9.9	[6.8]	8.5

（単位：%）

企業規模・年	導入予定はなく、検討もしていない理由（複数回答） 超過勤務の機会が少なく、当該制度を導入する必要性を感じないため		当該制度は知っている中でのその他の理由		当該制度を知らなかったため	
令和5年調査計	[42.3]	51.9	[5.1]	6.3	[19.2]	23.5
1,000人以上		40.8		12.9		4.7
300～999人		49.5		14.3		11.2
100～299人		52.4		9.1		16.2
30～ 99人		52.2		4.7		27.1
令和4年調査計	[43.0]	53.5	[6.5]	8.0	[17.1]	21.3

注：1）「導入予定はなく、検討もしていない企業」には「導入予定はなく、検討もしていない理由」が「不明」の企業を含む。
2）［ ］内の数値は、全企業に対する企業割合である。

資料：厚生労働省「令和5年就労条件総合調査」

（4）治療と仕事の両立

（こころの不調を抱えた場合、他の疾病よりも比較的高い割合で復職を断念している）

前章第3節では、精神及び行動の障害は、様々な傷病や疾患のなかでも、働く人に比較的長期間の休業を余儀なくさせる原因となっていることを述べた。独立行政法人労働政策研究・研修機構が2013（平成25）年に行った調査[*10]では、過去3年間における病気休職制度の新規利用労働者数に占める退職者数の割合をみると、平均値は37.8%であったのに対し、メンタルヘルスの不調の場合は42.3%であった。こころの不調を抱えた場合、比較的長期間の休業を余儀なくさせるだけでなく、休業・休職の結果、他の疾病よりも比較的高い割合で復職を断念しているという厳しい現実がうかがえる。

こうしたことから、治療を受けながら仕事を継続できる環境は、こころの不調を抱える人にとってとりわけ重要なものであるといえるが、厚生労働省「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）」によると、傷病（がん、糖尿病等の私傷病）を抱えた労働者が治療と仕事を両立できる取組み（下表参照）を行っている事業所の割合は58.8%にとどまっており、事業所規模が小さいほど、その割合も小さい（**図表2-1-18**）。

＊10 独立行政法人労働政策研究・研修機構「メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査」（2013（平成25）年）。

図表2-1-18 治療と仕事の両立に関する取組みの有無、取組み内容別事業所割合

令和４年 （単位：%）

区分	事業所計 1)	治療と仕事を両立できるような取組がある 2)3)		治療と仕事を両立できるような取組内容（複数回答）						治療と仕事を両立できるような取組がない
				通院や体調の状況に配慮した勤務時間の軟化、休暇制度（年次有給休暇以外の休暇制度等）	相談窓口等の明確化	両立支援に関する整備（産業医等スタッフの配置、両立支援の実施体制の整備、両立支援に関する労働者、管理監督者等意識啓発（研修等）	労働者、管理監督者等意識啓発（研修等）	その他の取組		
合計	100.0	58.8	(100.0)	(86.4)	(34.4)	(35.9)	(18.5)	(14.6)	(1.5)	34.3
（事業所規模）										
1,000人以上	100.0	97.2	(100.0)	(92.8)	(67.4)	(70.7)	(63.8)	(30.4)	(1.8)	1.6
500～999人	100.0	89.7	(100.0)	(87.6)	(59.2)	(65.0)	(60.3)	(27.5)	(2.7)	9.4
300～499人	100.0	85.9	(100.0)	(92.7)	(50.5)	(46.3)	(40.8)	(21.8)	(0.8)	10.0
100～299人	100.0	78.7	(100.0)	(86.5)	(47.8)	(45.3)	(35.7)	(22.5)	(0.6)	18.2
50～99人	100.0	65.8	(100.0)	(84.5)	(37.0)	(40.1)	(23.0)	(12.2)	(0.9)	29.6
30～49人	100.0	62.6	(100.0)	(90.7)	(39.3)	(39.6)	(19.4)	(17.7)	(1.0)	30.3
10～29人	100.0	55.4	(100.0)	(85.6)	(31.2)	(33.1)	(15.2)	(13.2)	(1.8)	37.2
令和３年 合計	100.0	41.1	(100.0)	(91.1)	(32.1)	(36.0)	(18.9)	(14.6)	(2.6)	56.5

注：1） 「事業所計」には、治療と仕事を両立できるような取組の有無不明が含まれる。
2） 令和３年の「治療と仕事を両立できるような取組がある」には、治療と仕事を両立できるような取組内容不明が含まれる。
3） （ ）は、「治療と仕事を両立できるような取組がある」事業所のうち、治療と仕事を両立できるような取組内容別にみた割合である。

資料：厚生労働省「令和４年労働安全衛生調査（実態調査）」

（厚生労働省では、治療と仕事の両立支援を推進する様々な取組みを行っている）

厚生労働省は、疾患を抱えながら働きたいと希望する労働者が、安心・安全に就業を継続でき、かつ、事業者の継続的な人材の確保、労働者の安心感やモチベーションの向上による人材の定着、生産性の向上につながるよう、2016（平成28）年２月に「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」を作成したほか、治療しながら働く人を支援する情報ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」の開設や、患者や家族と医療側（医師・医療ソーシャルワーカーなど）、そして企業側（産業医・衛生管理者・人事労務担当者など）の３者間の情報共有を担う両立支援コーディネーターの養成など、治療と仕事の両立支援を推進する様々な取組みを行っている（図表2-1-19）。

図表2-1-19 治療と仕事の両立支援ナビ

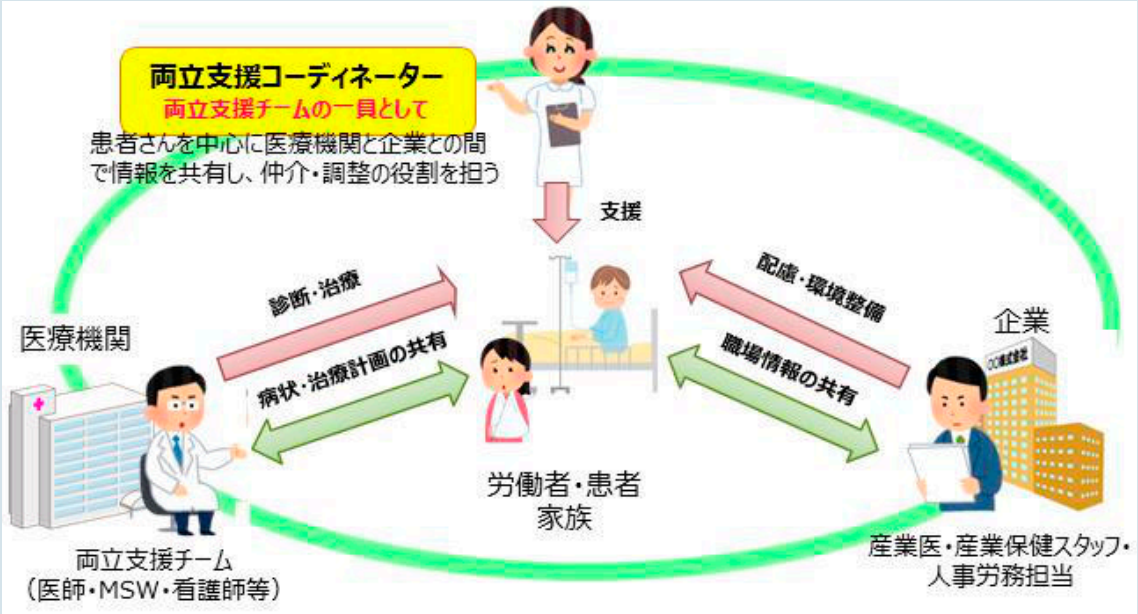


（厚生労働省では、両立支援コーディネーターの養成を図っている）

両立支援コーディネーターとは、治療と仕事の両立に向けて、支援対象者、主治医、会社・産業医などのコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する者とされている（図表2-1-20）。

支援対象者が治療と仕事を両立できるよう、それぞれの立場に応じた支援の実施や、両立支援に関わる関係者との調整を行うことがその役割として求められており、厚生労働省では、独立行政法人労働者健康安全機構が実施する研修事業に対して補助を行うことにより、両立支援コーディネーターの養成を図っている。2022（令和4）年度までに、全国で1万7,000人余りが受講[*11]しており、関係者の連携を支える一員として活動している。

図表2-1-20　両立支援コーディネーター



資料：独立行政法人労働者健康安全機構「労災疾病等医学研究普及サイト」

(5) 仕事と家庭生活の両立支援

前章第1節でみたように、壮年期・中年期を中心として子育てや介護といったライフイベントの当事者となる人は、こうしたライフイベントに関連する悩みやストレスを抱えがちである。仕事と家庭生活を両立させるための支援策は、そのようなライフイベントの当事者のこころの不調を防ぐという観点からも重要であるといえる。

①　仕事と育児・介護の両立

（育児・介護休業法の履行確保の取組みを進めている）

男女ともに仕事と育児を両立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」（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）において、育児休業を始めとする両立支援制度を規定している。

また、要介護者の家族は、とりわけ働き盛り世代で、企業の中核を担う労働者であるこ

＊11　受講者の職種内訳は、企業の労務担当者や看護師、保健師、医療ソーシャルワーカー、キャリアコンサルタントなどとなっている。

とが多く、企業において管理職として活躍する人や豊富な技能や経験をもつ人も少なくない。そうしたなかで、介護は、突発的に問題が発生する場合もあることや、介護を行う期間なども多種多様であることから、仕事と介護の両立が困難となることも考えられる。

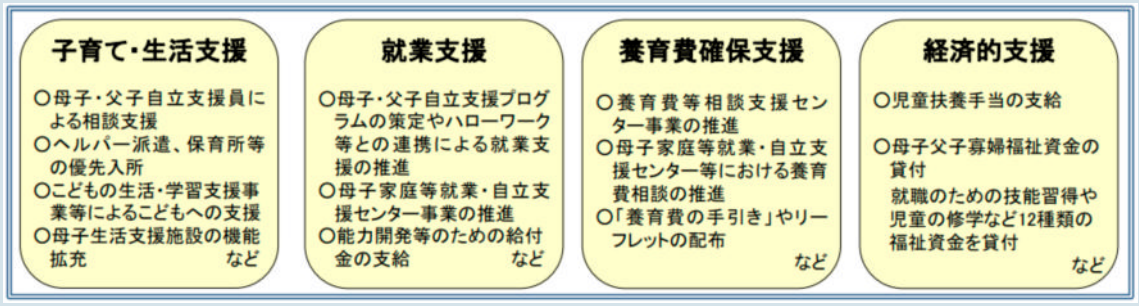
このため、厚生労働省では、育児・介護休業法に定められた介護休業制度などの周知徹底を図るとともに、企業に対しては、介護離職を防止するため、仕事と介護の両立支援の取組みを進めるよう促している。

②　ひとり親家庭等への支援

(ひとり親家庭の様々な困難に対応する支援の施策を総合的に実施している)

また、子育てと生計の担い手という二重の役割を一人で担うひとり親家庭については、住居、収入、こどもの養育等の様々な困難に対応するため、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」(昭和39年法律第129号)等に基づき、「子育て・生活支援策」、「就業支援策」、「養育費の確保策」、「経済的支援策」の4本柱により自立支援の施策を推進している(図表2-1-21)。

図表2-1-21　ひとり親家庭等の自立支援策の体系



資料：こども家庭庁作成

このうち就業支援については、こども連れでも利用しやすい環境のもとできめ細かな就職支援を行う国の施設として、マザーズハローワークやマザーズコーナーを整備しており、専属スタッフによる就職活動のサポートにより、子育てと両立しやすい求人の紹介などを行っているほか、自宅からでも求職活動ができるようオンラインサービス提供に向けた整備も進めている(図表2-1-22)。

図表2-1-22　マザーズハローワーク事業



資料：厚生労働省職業安定局作成

(6) フリーランスの就業環境の整備

フリーランスとして働く人が安心して働ける環境をつくることは、多様な働き方を選択できる社会を実現する上で重要である。

(発注者がフリーランスに対するハラスメント対策を講じることなどが法制化された)

フリーランスが受託した業務に安定的に従事することができる環境を整備するため、「特定受託事業者に係る取引の適正化等に関する法律（フリーランス・事業者間取引適正化等法）」（令和５年法律第25号）が2023（令和5）年４月に成立し、５月に公布された（公布後１年6ヶ月以内に施行することとされており、2024（令和6）年秋頃施行予定）。

同法により、個人で働くフリーランス*12に業務委託を行う発注事業者に対し、業務委託をした際の取引条件の明示、給付を受領した日から原則60日以内での報酬支払、ハラスメント対策のための体制整備等が義務づけられることとなる。取引の適正化に関する規定は公正取引委員会と中小企業庁が、ハラスメント対策等の就業環境の整備に関する規定は厚生労働省が、それぞれ執行を担う。

フリーランスに業務委託を行う発注事業者は、ハラスメント行為*13によりフリーランスの就業環境を害することのないように、相談対応のための体制整備などを講じなければならないこととされた。また、受託者であるフリーランスがハラスメントに関する相談を行ったこと等を理由として不利益な取扱いをしてはならないことも明記された。

＊12 ここでは便宜上、「フリーランス」と表現しているが、法の対象となる者は、同法第２条において「特定受託事業者」として定義されており、具体的には、業務委託の相手方である事業者であって従業員を使用しないものをいう。
＊13 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、パワーハラスメント。

発注事業者が講ずるべきハラスメント対策のための措置の具体的な内容は、①ハラスメントを行ってはならない旨の方針等の明確化とその周知・啓発、②フリーランスからの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、③ハラスメントに係る事後の迅速かつ適切な対応等を想定しており、同法の施行に向けて、現在、政省令や指針等の内容の検討を進めている。

（「フリーランス・トラブル110番」で、相談対応等を行っている）

フリーランス向けの相談体制としては、フリーランスが発注者等との間のハラスメントや契約等のトラブル等について相談できる相談窓口を設置しており、本相談窓口において、フリーランスへの相談対応や紛争解決の援助等を行っている（図表2-1-23）。

図表2-1-23　フリーランスからの相談（フリーランス・トラブル110番）



資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

第2節　社会全体を捉えた取組み

1 デジタル化とこれらに伴う孤独・孤立の深刻化のなかで

(1) 孤独・孤立対策と自殺対策

①　孤独・孤立対策

(孤独・孤立に関する施策を総合的に推進するための孤独・孤立対策推進法が成立した)

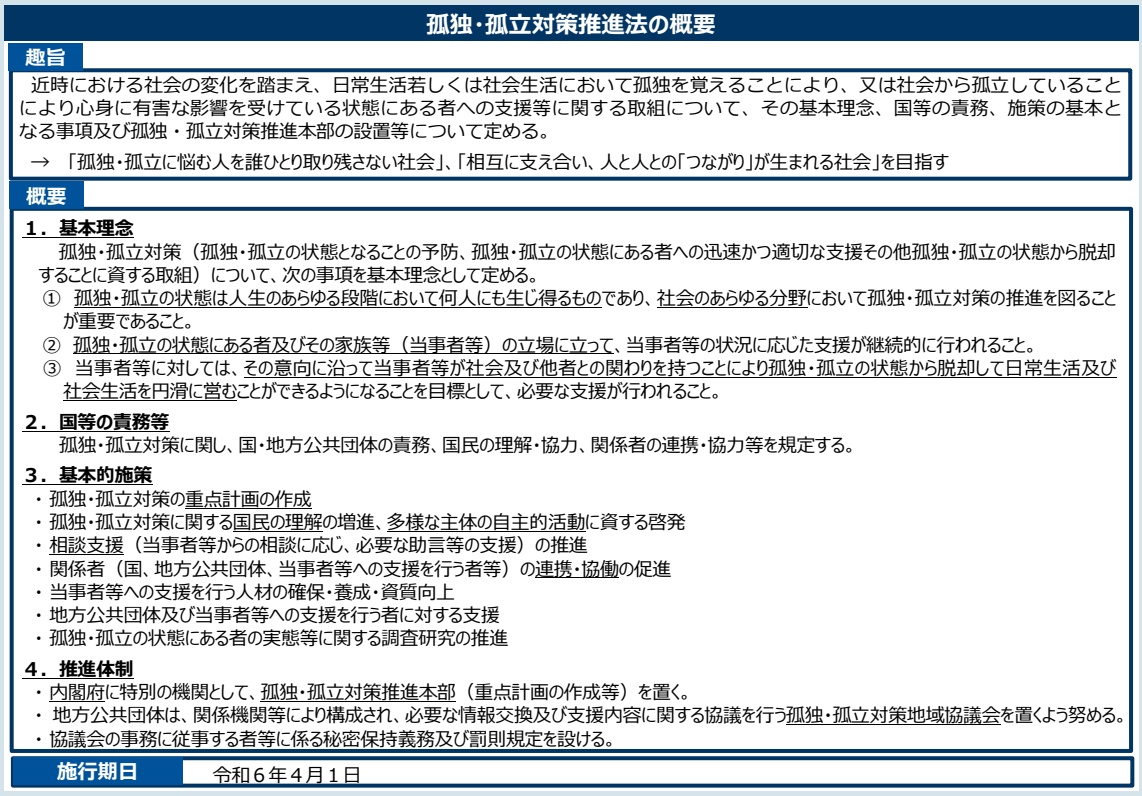
前章第1節でみたように、孤独・孤立は人生のあらゆる段階において何人にも生じうるものであり、また、孤独・孤立の状態は社会との関係のなかで生まれる「関係性の貧困」ともいえる、こころの健康に深刻な影響を及ぼしうるものである。さらに、ライフステージの後期における高齢期・老年期にかけての孤独は、心身の機能低下などと相まって、生活不活発病といわれる様々な症状につながるおそれもある。

こうしたなかで、「孤独・孤立対策推進法」(令和5年法律第45号)が、2023(令和5)年5月に成立し、2024(令和6)年4月に施行された。同法は、国と地方において総合的な孤独・孤立対策に関する施策を推進するため、その基本理念や国等の責務、施策の基本となる事項、国と地方の推進体制等について定めている[*14](図表2-2-1)。

政府においては、同法に基づき、2024(令和6)年6月に、孤独・孤立対策に関する施策についての基本的な方針、政府が総合的かつ計画的に講ずべき施策等を定めた「孤独・孤立対策に関する施策の推進を図るための重点計画」(以下「孤独・孤立対策重点計画」という。)を決定した(図表2-2-2)。

＊14　2024(令和6)年4月1日、孤独・孤立対策推進法の施行に伴い、孤独・孤立対策の推進に関する事務は内閣官房から内閣府に移管された。

図表 2-2-1　孤独・孤立対策推進法の概要



孤独・孤立対策推進法の概要

趣旨

近時における社会の変化を踏まえ、日常生活若しくは社会生活において孤独を覚えることにより、又は社会から孤立していることにより心身に有害な影響を受けている状態にある者への支援等に関する取組について、その基本理念、国等の責務、施策の基本となる事項及び孤独・孤立対策推進本部の設置等について定める。

→ 「孤独・孤立に悩む人を誰ひとり取り残さない社会」、「相互に支え合い、人と人との「つながり」が生まれる社会」を目指す

概要

1．基本理念

孤独・孤立対策（孤独・孤立の状態となることの予防、孤独・孤立の状態にある者への迅速かつ適切な支援その他孤独・孤立の状態から脱却することに資する取組）について、次の事項を基本理念として定める。

① 孤独・孤立の状態は人生のあらゆる段階において何人にも生じ得るものであり、社会のあらゆる分野において孤独・孤立対策の推進を図ることが重要であること。

② 孤独・孤立の状態にある者及びその家族等（当事者等）の立場に立って、当事者等の状況に応じた支援が継続的に行われること。

③ 当事者等に対しては、その意向に沿って当事者等が社会及び他者との関わりを持つことにより孤独・孤立の状態から脱却して日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるようになることを目標として、必要な支援が行われること。

2．国等の責務等

孤独・孤立対策に関し、国・地方公共団体の責務、国民の理解・協力、関係者の連携・協力等を規定する。

3．基本的施策

・孤独・孤立対策の重点計画の作成
・孤独・孤立対策に関する国民の理解の増進、多様な主体の自主的活動に資する啓発
・相談支援（当事者等からの相談に応じ、必要な助言等の支援）の推進
・関係者（国、地方公共団体、当事者等への支援を行う者等）の連携・協働の促進
・当事者等への支援を行う人材の確保・養成・資質向上
・地方公共団体及び当事者等への支援を行う者に対する支援
・孤独・孤立の状態にある者の実態等に関する調査研究の推進

4．推進体制

・内閣府に特別の機関として、孤独・孤立対策推進本部（重点計画の作成等）を置く。
・ 地方公共団体は、関係機関等により構成され、必要な情報交換及び支援内容に関する協議を行う孤独・孤立対策地域協議会を置くよう努める。
・協議会の事務に従事する者等に係る秘密保持義務及び罰則規定を設ける。

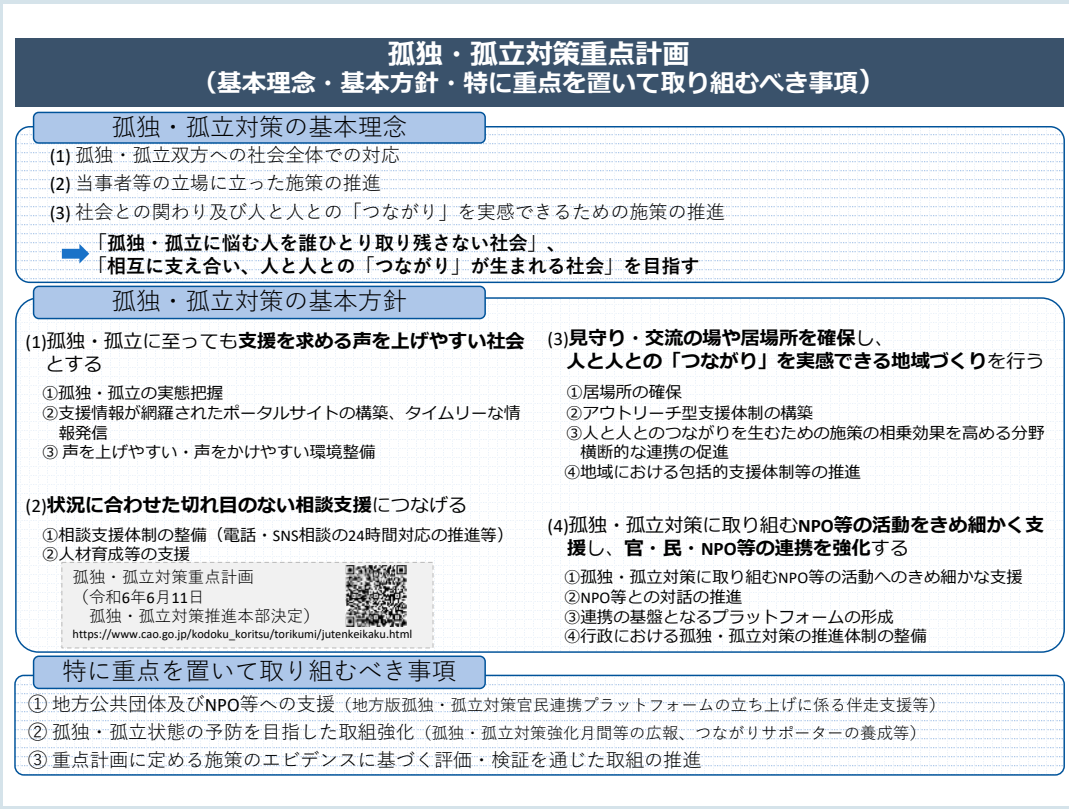
施行期日　令和６年４月１日

資料：内閣府作成

（予防的観点から施策を推進し、当事者のニーズ等に合わせた切れ目ない相談支援を行う）

孤独・孤立対策重点計画においては、特に重点を置いて取り組むべき事項として、孤独・孤立の問題やそれらから生じ得る更なる問題に至らないようにする「予防」を目指した取組みを強化することとしている。こうした観点から、人と人との「つながり」を、それぞれの選択のもとで、緩やかに築けるような社会環境づくり及び孤独・孤立の当事者、家族等が支援を求める声を上げやすく、周囲の方が気づきや対処をできるための環境整備を推進することとしている。

図表2-2-2　孤独・孤立対策の重点計画（概要）



資料：内閣府作成

②　自殺対策

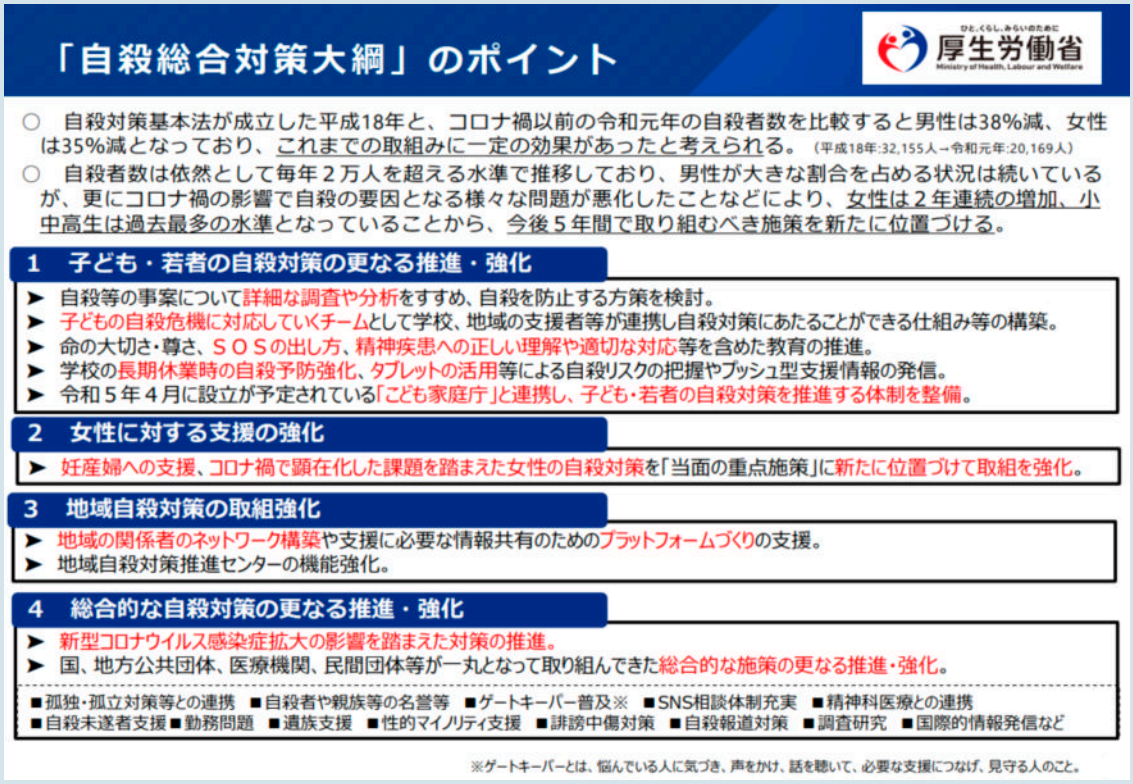
（政府は、2022（令和4）年10月、第4次「自殺総合対策大綱」を閣議決定した）

前章第3節でみたように、我が国の自殺者数は、近年、再び増加の兆しがみられる。特に、2022（令和4）年の小中高生の自殺者数は過去最多となるなど、こども・若者の自殺について深刻な状況となっている。

こども・若者の自殺対策については、本章前節で「こどもの自殺対策緊急強化プラン」などについてみたが、政府は、自殺対策基本法に基づき定めている自殺総合対策大綱について、我が国の自殺の実態を踏まえた見直しを行い、2022（令和4）年10月、第4次「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」を閣議決定した。見直し後の大綱では、子ども・若者の自殺対策のさらなる推進・強化、女性に対する支援の強化、地域自殺対策の取組み強化などが盛り込まれている（**図表2-2-3**）。

また、同大綱においては、自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題のほか、地域・職場のあり方の変化など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係しており、自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組みが重要であるとされている。

図表 2-2-3 「自殺総合対策大綱」のポイント



資料：厚生労働省社会・援護局作成

(2) 薬物対策

① 薬物乱用防止五か年戦略

(新たな戦略では、大麻の乱用拡大やサイバー空間の悪用などが新たな脅威とされている)

政府は、1998（平成10）年5月に「薬物乱用防止五か年戦略」を策定して以降、その時々の薬物情勢に即して4度の改訂を行ってきたが、2023（令和5）年8月、5度目の改訂を行い、第六次薬物乱用防止五か年戦略（以下「第六次戦略」という。）を新たに策定した（図表2-2-4）。

第六次戦略において、我が国における新たな脅威として注目されたのは、大麻の乱用拡大、サイバー空間の悪用、密輸形態の変化である。

前章でみたように、近年、大麻事犯が顕著な増加傾向を示しており、今まさに大麻乱用期の渦中にあるといえ、大麻に特化した施策が急務となっている。また、第六次戦略では、サイバー空間における薬物密売市場の拡大及び供給・入手手段の巧妙化を新たな脅威と捉え、対策の重要性を強調している。

こうした認識のもと、第六次戦略では、青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止など5つの戦略目標を設定し、若年層の使用割合の高さの背景にある、インターネット等における「大麻には有害性がない」等の誤情報の流布などの影響を踏まえたより一層の啓発活動の強化のほか、急速な広がりをみせるインターネット上のサイバー空間を悪用した薬物の密輸、密売など、国民の誰もがインターネット端末1つで、違法薬物の購入のみならず、薬物密輸に関与し、薬物犯罪の当事

者になりうる深刻な状況に対応した捜査技術・手法の高度化、体制強化などに取り組むこととしている。

図表2-2-4　第六次薬物乱用防止五か年戦略の概要



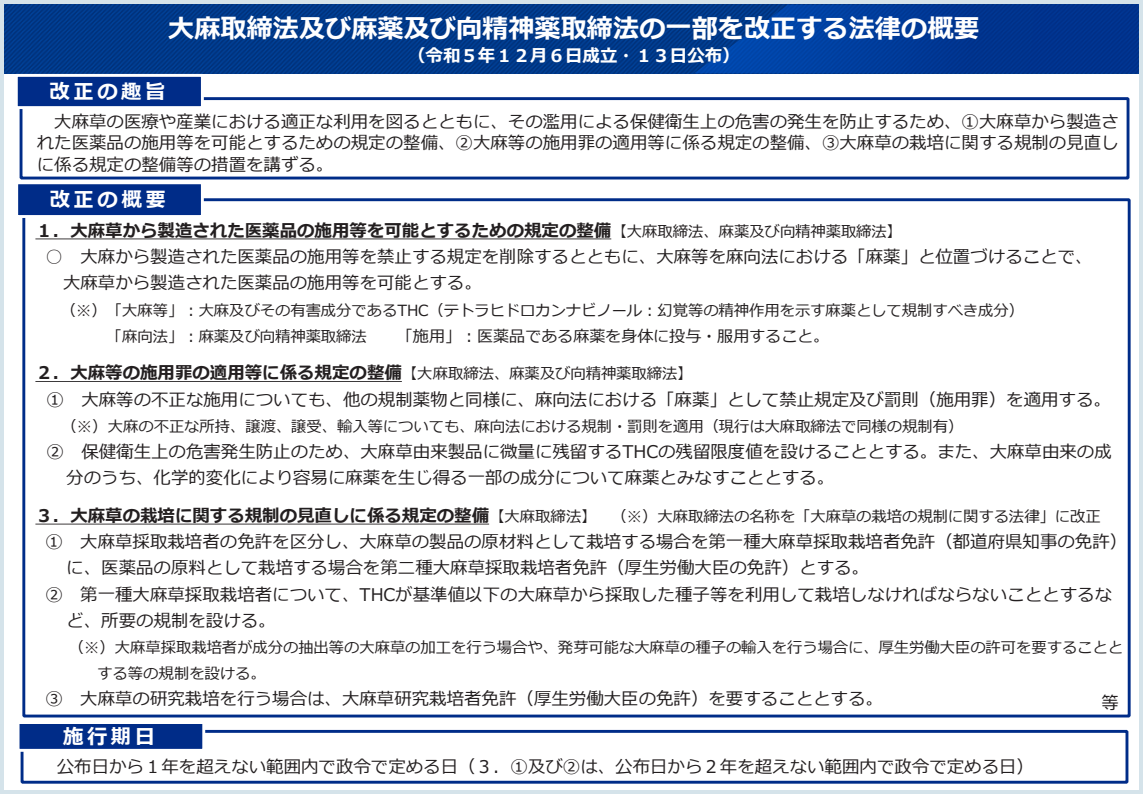
資料：厚生労働省医薬局作成

②　法改正による対応

(法改正により、大麻の使用の禁止が法制化された)

大麻事犯の急激な増加については、規制の在り方についてもその見直しの契機となった。大麻の所持で検挙された者への調査結果によると、大麻の使用が禁止されていないことを知っていた割合が7～8割台と、多くは大麻の使用罪がないことを認識した上で使用していることが明らかとなったことなどがその背景にある。使用罪がないことが、使用してもよいという誤った認識を助長し、使用のハードルを下げている実態を踏まえ、使用の罪に当たる「施用罪」を適用することで、若年層を中心とした大麻事犯の更なる拡大の歯止めにつなげるため、こうした内容などを盛り込んだ「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律案」を第212回臨時国会に提出し、2023（令和5）年12月に可決・成立した（図表2-2-5）。

図表2-2-5　大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律の概要



大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律の概要
（令和５年１２月６日成立・１３日公布）

改正の趣旨

大麻草の医療や産業における適正な利用を図るとともに、その濫用による保健衛生上の危害の発生を防止するため、①大麻草から製造された医薬品の施用等を可能とするための規定の整備、②大麻等の施用罪の適用等に係る規定の整備、③大麻草の栽培に関する規制の見直しに係る規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1．大麻草から製造された医薬品の施用等を可能とするための規定の整備【大麻取締法、麻薬及び向精神薬取締法】
○　大麻から製造された医薬品の施用等を禁止する規定を削除するとともに、大麻等を麻向法における「麻薬」と位置づけることで、大麻草から製造された医薬品の施用等を可能とする。
（※）「大麻等」：大麻及びその有害成分であるTHC（テトラヒドロカンナビノール：幻覚等の精神作用を示す麻薬として規制すべき成分）
「麻向法」：麻薬及び向精神薬取締法　「施用」：医薬品である麻薬を身体に投与・服用すること。

2．大麻等の施用罪の適用等に係る規定の整備【大麻取締法、麻薬及び向精神薬取締法】
①　大麻等の不正な施用についても、他の規制薬物と同様に、麻向法における「麻薬」として禁止規定及び罰則（施用罪）を適用する。
（※）大麻の不正な所持、譲渡、譲受、輸入等についても、麻向法における規制・罰則を適用（現行は大麻取締法で同様の規制有）
②　保健衛生上の危害発生防止のため、大麻草由来製品に微量に残留するTHCの残留限度値を設けることとする。また、大麻草由来の成分のうち、化学的変化により容易に麻薬を生じ得る一部の成分について麻薬とみなすこととする。

3．大麻草の栽培に関する規制の見直しに係る規定の整備【大麻取締法】　（※）大麻取締法の名称を「大麻草の栽培の規制に関する法律」に改正
①　大麻草採取栽培者の免許を区分し、大麻草の製品の原材料として栽培する場合を第一種大麻草採取栽培者免許（都道府県知事の免許）に、医薬品の原料として栽培する場合を第二種大麻草採取栽培者免許（厚生労働大臣の免許）とする。
②　第一種大麻草採取栽培者について、THCが基準値以下の大麻草から採取した種子等を利用して栽培しなければならないこととするなど、所要の規制を設ける。
（※）大麻草採取栽培者が成分の抽出等の大麻草の加工を行う場合や、発芽可能な大麻草の種子の輸入を行う場合に、厚生労働大臣の許可を要することとする等の規制を設ける。
③　大麻草の研究栽培を行う場合は、大麻草研究栽培者免許（厚生労働大臣の免許）を要することとする。　等

施行期日

公布日から１年を超えない範囲内で政令で定める日（３．①及び②は、公布日から２年を超えない範囲内で政令で定める日）

資料：厚生労働省医薬局作成

（若者に対する一般用医薬品の販売規制についても法改正を目指している）

また、一般用医薬品の過量服薬（オーバードーズ）についても、近年、精神科で薬物依存症の治療を受けた10代患者において一般用医薬品を「主たる薬物」とする患者の割合が増加していることなどを踏まえ、2024（令和6）年1月、厚生労働省の検討会は、20歳未満には大容量の製品や複数の販売は認めず、小容量の製品1個だけに限り、購入方法についても、対面または映像と音声によるオンライン購入とするなど、乱用を防ぐための販売制度の案について取りまとめた。今後は、厚生労働大臣の諮問機関において審議を行った上で、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（昭和35年法律第145号）の改正を目指すこととしている。

2 共生社会の実現に向けた取組み

前章第1節では、障害のある人が相対する社会的障壁について取り上げた。対人関係や社会との関係に伴う心理的、社会的ストレスは誰もが抱えうるが、とりわけ障害のある人にとっては、相対するこうしたストレス要因が社会的障壁に該当する場合もあることについて指摘した。

障害の有無などにかかわらず、誰もが住み慣れた地域の構成員として安心して暮らしていくためには、どのような取組みが必要なのだろうか。

ここではまず、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（平成25年法律第65号。以下「障害者差別解消法」という。）に基づく合理的配慮について触れた上で、高

齢者の介護予防や健康づくりのための地域づくりとして厚生労働省が推進してきた地域包括ケアシステムを活用し、精神障害のある人などが、安心して自分らしく地域で生活していくための仕組みとして、その構築を目指す「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」について紹介する。さらに、障害のある人が自立した職業生活をおくるための障害者就業・生活支援センターの役割についても取り上げる。

①　改正障害者差別解消法の施行
（2024（令和6）年４月から、合理的配慮の提供が義務づけられた）

障害者差別解消法は、すべての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向け、障害を理由とする差別の解消を推進することを目的として、2016（平成28）年４月に施行された。

同法は、障害者権利条約の理念である障害の「社会モデル」の考え方を踏まえている。これは、障害者が日常生活や社会生活で受ける様々な制限は、心身の機能の障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生じるものという考え方である。

こうした考え方を踏まえ、同法は、事業者に対し、不当な差別的取扱いの禁止のほか、合理的配慮の提供に関する努力義務を設けており、2021（令和3）年６月には、事業者に対し合理的配慮の提供を義務づけること等を内容とする改正障害者差別解消法が公布され、2024（令和6）年４月１日から施行されている（**図表2-2-6**）。

合理的配慮[*15]は、障害の特性や社会的障壁の除去が求められる具体的場面や状況に応じて異なり、多様かつ個別性の高いものとされている。また、合理的配慮は、行政機関等や事業者の事務・事業の目的・内容・機能に照らし、

・必要とされる範囲で本来の業務に付随するものに限られること
・障害がない人との比較において同等の機会の提供を受けるためのものであること
・事務・事業の目的・内容・機能の本質的な変更には及ばないこと

に留意する必要がある。合理的配慮の提供に当たっては、これらの点に留意した上で、障害のある人が現に置かれている現状を踏まえ、社会的障壁の除去のための手段や方法について、本人の意向を尊重しつつ、「過重な負担」の要素等も考慮し[*16]、代替措置の選択も含め、双方の建設的対話による相互理解を通じて、必要かつ合理的な範囲で柔軟に対応がなされる必要がある。

＊15　合理的配慮については、内閣府「令和４年度障害者施策の概況（令和５年版障害者白書）」（令和５年６月）第１章第１節を参考に記述した。
＊16　「過重な負担」については、行政機関等や事業者において、個別の事案ごとに、事務・事業への影響の程度、実現可能性の程度、費用・負担の程度、事務・事業規模、財政・財務状況といった要素等を考慮し、具体的場面や状況に応じて総合的・客観的に判断することが必要とされている。

図表 2-2-6　障害を理由とする差別の解消の促進に関する法律の一部を改正する法律（概要）

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律の一部を改正する法律（概要）

○ 政府は、障害者差別解消法の施行（2016年４月）３年経過後において、事業者による合理的配慮の在り方その他の施行状況について検討し、所要の見直しを行うとの規定（附則第７条）を踏まえ、内閣府の障害者政策委員会における議論や団体ヒアリング等を通じて、検討を実施。

○ 障害を理由とする差別の解消の一層の推進を図るため、事業者に対し社会的障壁の除去の実施について必要かつ合理的な配慮をすることを義務付けるとともに、国・地方公共団体相互の連携の強化を図るほか、障害を理由とする差別を解消するための支援措置を強化する措置を講ずる。

1. 事業者による合理的配慮の提供の義務化

事業者による社会的障壁の除去の実施に係る必要かつ合理的な配慮の提供について、現行の努力義務から義務へと改める。

※ 障害者差別解消法では、行政機関等と事業者は、事務・事業を行うに当たり、障害者から何らかの配慮を求められた場合には、過重な負担がない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要かつ合理的な配慮（合理的配慮）を行うことを求めている。

※「社会的障壁」とは、障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

【合理的配慮の例】



2. 事業者による合理的配慮の提供の義務化に伴う対応

（1）国及び地方公共団体の連携協力の責務の追加

国及び地方公共団体は、障害を理由とする差別の解消の推進に関して必要な施策の効率的かつ効果的な実施が促進されるよう、適切な役割分担を行うとともに、相互に連携を図りながら協力しなければならないものとする。

（2）障害を理由とする差別を解消するための支援措置の強化

ア 基本方針に定める事項として、障害を理由とする差別を解消するための支援措置の実施に関する基本的な事項を追加する。
イ 国及び地方公共団体が障害を理由とする差別に関する相談に対応する人材を育成し又はこれを確保する責務を明確化する。
ウ 地方公共団体は、障害を理由とする差別及びその解消のための取組に関する情報（事例等）の収集、整理及び提供に努めるものとする。

※施行期日：2024年４月１日

資料：内閣府作成

コラム　日常生活における機能制限とこころの健康

第１章でみてきたように、過大なストレスはこころの健康に影響を及ぼす。ストレス要因には様々なものがあるが、その一つに、障害などに起因する日常生活の困難さがあげられるだろう。実際、米国疾病対策予防センター（CDC）による調査によると、米国において、障害のある人は、障害のない人に比べて、メンタルヘルスが悪化する頻度が4.6倍高いとの結果となっている（Cree etal, 2020）。

我が国においては、データの制約などから、こうした点に着目した分析は少ない。そこで本コラムでは、『国民生活基礎調査』の調査票を特別集計し、日常生活における機能制限とこころの健康の関係について確認する[*1]。

「日常生活における機能制限」とは

『国民生活基礎調査』では、2022（令和4）年調査から、日常生活における６つの機能（視覚、聴覚、歩行、認知、セルフケア、コミュニケーション）について、「苦労はありません」「多少苦労します」「とても苦労します」「全く出来ません」から一つを選ぶ、という項目を追加している。以下では、『国民生活基礎調査』の概況と同様、「とても苦労します」「全く出来ません」のいずれかを選択した場合を「機能制限がある」とし、その特徴を分析する。

「機能制限のある者」の特徴

表１に、機能制限の有無別に、基本的な属性をまとめた。全体に対する比率をみると、約12％が何らかの機能制限を抱えているこ

＊1　本コラムにおける集計・分析は、厚生労働省「EBPMの推進に係る若手・中堅プロジェクトチーム」において行った。

とがわかる。また平均年齢をみると、機能制限がない者は51歳、ある者は66歳となっており、後者の方が15歳程高い。機能制限は加齢に伴って顕現化しやすく、高齢化の進展に伴って、社会全体における比率はさらに上昇する可能性が高いことを示唆する。

表1：機能制限がある者の特徴

	機能制限無し	機能制限あり						
			視覚	聴覚	歩行	認知	セルフケア	コミュニケーション
観測数	412,767	56,721	19,713	17,548	34,249	21,219	17,441	17,000
全体に対する比率	87.9%	12.1%	4.2%	3.7%	7.3%	4.5%	3.7%	3.6%
年齢	51.0	66.0	59.0	63.04	68.9	62.0	61.5	55.8
K6	2.6	5.6	5.2	4.2	5.2	6.1	5.3	5.8
性別（男性=1）	49%	46%	48%	48%	41%	46%	45%	50%
学歴（大卒=1）	26%	14%	20%	14%	11%	14%	14%	15%
就業状態（有業=1）	64%	37%	50%	41%	30%	38%	36%	44%
配偶者（有=1）	58%	53%	54%	50%	51%	47%	47%	44%
通院=1	45%	74%	62%	63%	78%	66%	65%	59%
うち精神疾患=1	5%	7%	6%	4%	4%	9%	7%	11%
健康状態不良=1	9%	45%	36%	31%	53%	40%	43%	34%
日常生活の悩み（有=1）	44%	67%	64%	56%	67%	63%	62%	61%
うち相談相手無し=1	6%	8%	9%	7%	6%	8%	6%	9%
健康診断（受診=1）	73%	56%	62%	58%	52%	53%	50%	55%
健康に関する取組（何もしていない=1）	12%	14%	16%	15%	14%	18%	18%	19%

次に、うつ病・不安の点数（K6、第1章注20を参照）を機能制限の有無別にみると、機能制限のある者は、ない者に比べ1.5～3.5ポイントほど高い。また、その他の健康に関する項目についても確認すると、①精神疾患の有病率が高い、②健康状態が不良である比率が高い、③日常生活で悩みやストレスがある比率が高い、④悩みを相談できる相手がいない比率が高い、⑤健康診断の受診率が低い、⑥健康のための事柄を何もしていない比率が高い、などの傾向がある。さらに、機能制限の種類別にみると、こうした傾向は、特に認知とコミュニケーションにおいて顕著であることがわかる。

もっとも、年齢などの属性が異なるため、機能制限の有無がどの程度K6の点数に影響を与えているのかは明らかでない。そこで、傾向スコアマッチングを用いて属性を調整し、機能制限がK6に与える影響を分析する[*2]。

傾向スコアマッチングを用いた検証

表2は、機能制限があることを処置とする傾向スコアマッチングを行った上で、K6を被説明変数とする回帰分析を行った結果である[*3]。説明変数には、年齢や就業状態などのほか、抱えている傷病、一般的な健康状態などの情報を用いている。結果をみると、健康状態や年齢を調整した上でも、機能制限がある場合、K6が有意に高い。また図は、処置を視覚や聴覚など個別の機能制限とした上で、同様のモデルを推定した結果である。結果をみると、特にコミュニケーションや認知に機能制限を抱えている場合、よりK6が高いことがわかる。この結果は、傷病の有無など健康状態にかかわらず、機能制限を抱える人々に対するメンタル面でのケアが重要である可能性を示唆している。

また、回帰モデルにおける他の変数に着目すると[*4]、悩みやストレスに関する相談相手がいない場合や、健康のための取組みを行っていない場合に、K6は高いことなどがわかる。

表2：傾向スコアマッチングによる分析結果

	係数	標準誤差
機能制限（有=1）	1.21	0.0351 ***
年齢	-0.03	0.0013 ***
性別（男性=1）	-0.26	0.0371 ***
就業状態（仕事有=1）	-0.29	0.0442 ***
配偶者（有=1）	-0.41	0.0359 ***
健康意識：まあ良い	0.90	0.0856 ***
普通	1.62	0.0735 ***
あまりよくない	3.49	0.0794 ***
悪い	6.05	0.0984 ***
悩み・ストレス有 & 相談相手有り	3.14	0.0392 ***
悩み・ストレス有 & 相談相手無し	6.00	0.0810 ***
健康診断（受診=1）	-0.14	0.0362 ***
健康に関する取組（何もしていない=1）	0.66	0.0506 ***
その他の傷病	✔	
学歴	✔	
観測数	64,559	
修正R2	0.344	

注：***は1%水準で有意にゼロと異なることを示す。

分析結果からわかること

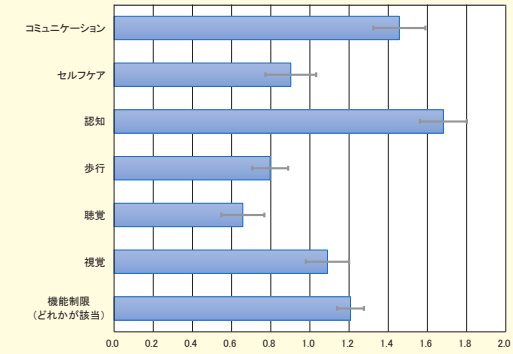
厚生労働省では、各種の相談窓口の設置や食生活の改善や運動の重要性に関する情報発信なども含め、健康増進に向けた様々な取組みを推進しているが、こうした取組みは、身

＊2　傾向スコアマッチングの詳細については、例えば高橋将宣『統計的因果推論の理論と実装』(2022、共立出版）などを参照。
＊3　傾向スコアは、表2の回帰モデルと同じ共変量を用い、ロジスティック回帰で推定。マッチング方法は最近隣法。バランシングの結果は省略するが、各共変量の標準化平均差の絶対値は0.1以下の範囲に収まっている。
＊4　処置変数以外については調整を行っていないため、結果の解釈には留意が必要である。

体的な健康の改善のみならず、こころの健康の維持にも有益である可能性がある。

高齢化の進展により、日常生活における機能制限のリスクが高い高齢者の増加が見込まれるなか、人々がこころの健康を維持しながら安心して暮らしていくことができる社会を実現するためにも、こうした取組みは引き続き重要であるといえるだろう。

図：機能制限別にみたK6に対する影響



注：処置をそれぞれの機能制限、コントロールを機能制限のない者とし、同様の傾向スコアマッチングを行った分析結果。
K6を被説明変数とした場合の機能制限の係数。誤差範囲は95%信頼区間。

（参考文献）
Cree RA, Okoro CA, Zack MM, Carbone E.“Frequent Mental Distress Among Adults, by Disability Status, Disability Type, and Selected Characteristics — United States 2018.” MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2020；69（36）：1238-1243.

②　精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会を実現する仕組みである）

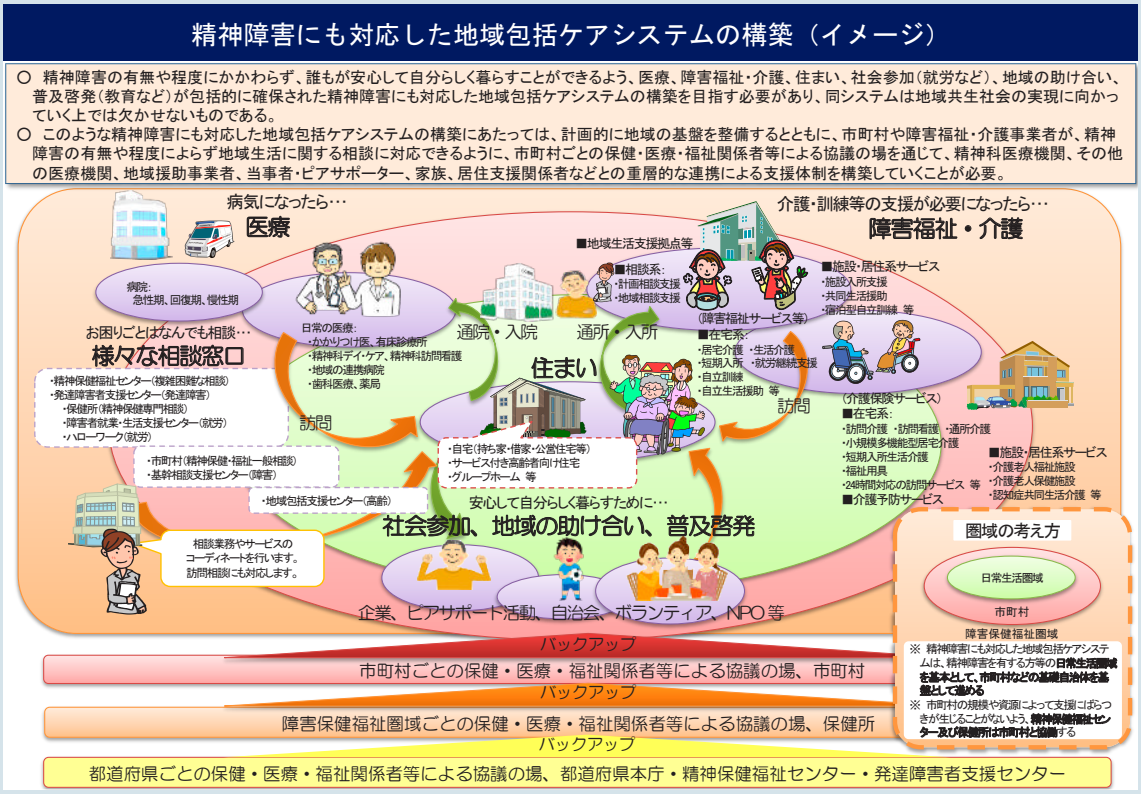
近年の我が国の地域精神保健医療福祉は、「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念のもとで様々な施策を行ってきた。こうしたなかで精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進める必要性が高まっている。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、こうした必要性を踏まえ、精神障害のある人の地域移行を、地域において具体的な政策手段により一層実現し、精神障害のある人が安心して、地域の一員として自分らしい暮らしをすることができるような方策を検討するための新しい基軸として、厚生労働省の検討会[*17]において示された考え方である（**図表2-2-7**）。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、従来から構築されてきた地域包括ケアシステムを活用し、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された支援体制である。同システムは、制度・分野の枠や「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会、すなわち地域共生社会を実現するために必要な「システム」、「仕組み」である。

＊17「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」。

図表2-2-7　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

（今後、都道府県と市町村が策定する各計画を活用して実現を図っていく）

また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築推進に係る取組みに資することを目的として、2020（令和2）年3月より「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」を設置し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的な考え方の整理や、重層的な連携による支援体制の構築等について報告書が取りまとめられた。また、2022（令和4）年6月には「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」において、精神保健に関する市町村等における相談支援体制の整備等について報告書が取りまとめられ、2022（令和4）年12月には精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項の改正を含む障害者総合支援法等の一部改正法が成立し、2024（令和6）年4月から施行された。

また、厚生労働省では、これらの報告書に基づき、「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、都道府県等が策定する2024（令和6）年度からの第7期障害福祉計画や第8次医療計画の策定に当たっての基本的な方針を示した指針等について、2023（令和5）年度に所要の改正を行った。これらの指針等を踏まえ、都道府県と市町村が、地域の実情を踏まえつつ、各計画を策定したところであり、今後、各計画を活用して実現を図っていくこととしている。

コラム　精神保健福祉法の歩み

はじめに

今日の精神保健福祉法は、明治期以降、様々な変遷を経てきた。戦後を中心としてその歩みをみてみよう。

1　精神衛生法の制定

第２次世界大戦前は精神病者看護法と精神病院法があったものが、戦後、精神衛生法に統一された。昭和25年に公布された精神衛生法の主な内容は次のとおりである。

・精神病院の設置を都道府県に義務づけたこと、また、都道府県知事は指定病院を指定するとしたこと
・一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度を設けたこと
・保護義務者の制度を設けたこと
・自傷他害のおそれのある精神障害者の「措置入院」の制度を設け、その費用は公費で負担することとしたこと

2　昭和29年の改正

昭和29年、覚せい剤の慢性中毒者で精神障害者でないものを、精神衛生法の対象とする法改正が行われた。

3　ライシャワー事件と昭和40年改正

昭和39年、ライシャワー事件（駐日アメリカ大使ライシャワーが統合失調症の少年に刺されて負傷した事件）が大きな社会問題となり、その影響もあり、昭和40年に法改正が行われた。その主な内容は、次のとおりである。

・保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化したこと
・保健所に対する技術指導援助などを行う都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として、精神衛生センターを設けたこと

4　昭和62年改正と精神保健法の成立

昭和40年改正以後における精神保健福祉行政は、精神医学の進歩等に伴い、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」という大きな流れを踏まえて展開されてきたが、特に入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護と適正な精神科医療の確保という観点から見直しを行うべきとの機運が生じた。

このため、昭和62年に次のような法改正が行われた。

・国民の精神的健康の保持増進を図る観点から、法律の名称を精神保健法としたこと
・精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられたこと
・入院時等における書面による権利等の告知制度が設けられたこと

5　精神保健法の平成５年改正

平成５年３月には、「国連障害者の10年」を経て、内閣総理大臣を本部長とする障害者対策推進本部（平成８年に障害者施策推進本部と改称）において、今後の新たな取組みを定めた「障害者対策に関する新長期計画」が決定された。

こうした動きを踏まえ、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護を実施する観点から、精神保健法の見直しが行われた。

その主な内容は次のとおりである。

・新たに「医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活支援事業を行う者は、その施設を運営し、又は事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」とする規定が設けられたこと
・「国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活支援事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」とする規定が設けられたこと

・精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されるとともに、第２種社会福祉事業として位置づけられたこと

6　平成７年改正と精神保健福祉法の成立

平成５年12月に障害者基本法が成立し、精神障害者が基本法の対象として明確に位置づけられたこと等を踏まえ、これまでの保健医療施策に加え、福祉施策の充実が求められるようになった。

こうした背景により行われた平成７年改正により、法律の名称を変更するとともに、主に次の内容の改正を行った。

・精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実（法体系全体における福祉施策の位置付けの強化、精神障害者保健福祉手帳の制度の創設、社会復帰施設・事業の充実）
・より良い精神医療の確保（精神保健指定医制度の充実、医療保護入院の際の告知義務の徹底）

7　精神保健福祉法の平成11年改正

平成11年の法改正は、平成５年改正法の施行後の定着状況や精神保健福祉を取り巻く状況を勘案して改正された。主な内容は次のとおりである。

・精神障害者の人権に配慮した医療の確保に関する事項（精神医療審査会の機能強化・精神保健指定医の役割等の強化）
・緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項
・保護者に関する事項
・精神障害者の保健福祉の充実に関する事項

8　障害者自立支援法の成立と精神保健福祉法の改正（平成17年）

本改正は、平成11年改正法附則第６条の施行後５年を目途とする見直し規定を契機としたものであり、「精神保健医療福祉改革ビジョン」及び「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」を踏まえ、障害者自立支援法による障害保健福祉施策全体の見直しとともに行ったものである。

その主な内容は次のとおりである。

・精神保健福祉法から障害者自立支援法に位置づけを変更することに伴う改正（通院医療に関する規定の削除、精神障害者居宅生活支援事業に関する規定の削除）
・精神保健福祉法固有の改正事項（「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更、地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し）

9　障害者自立支援法等の改正と精神保健福祉法の平成22年改正

議員立法により、平成22年通常国会において「障害者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立した。同法において、精神保健福祉法の改正も行われ、都道府県における精神科救急医療体制の確保に関する規定が設けられたほか、精神保健指定医の不足を踏まえ、精神保健指定医の公務員としての職務に係る義務規定が設けられた。

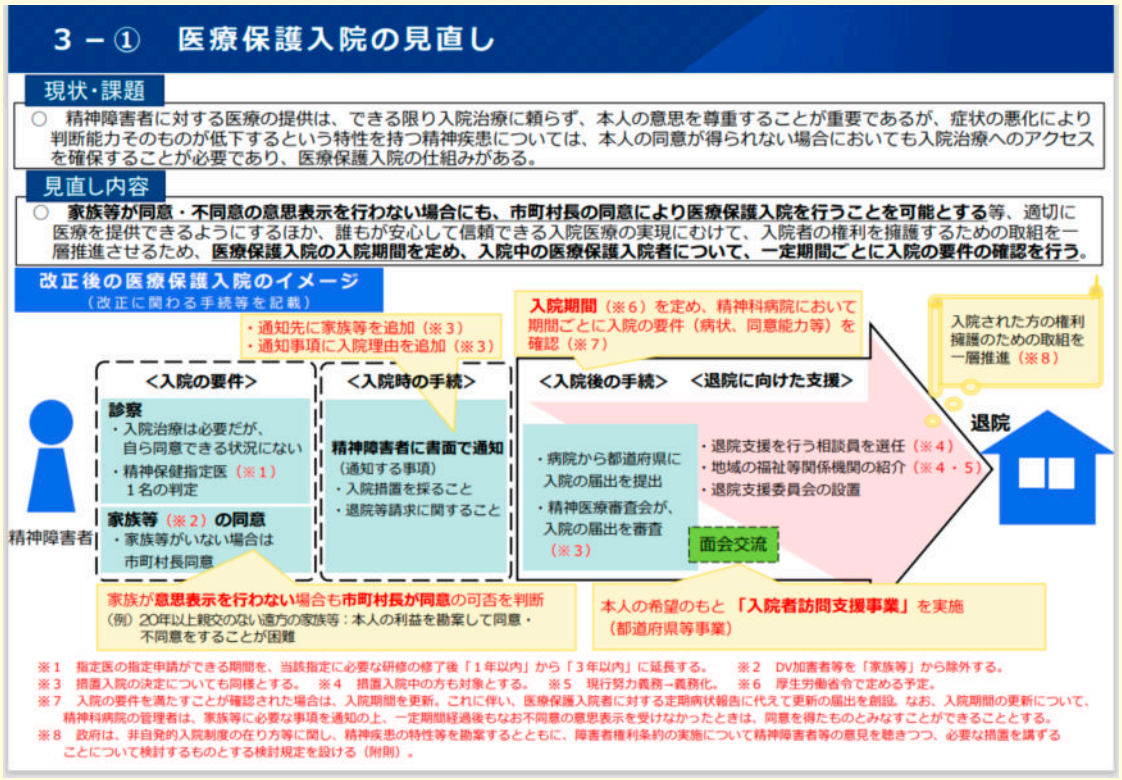
10　精神保健福祉法の平成25年改正

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等が行われた。

11　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等の一部を改正する法律に伴う精神保健福祉法の令和４年改正

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、障害者等の地域生活の支援体制の充実、精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備等のために見直しが行われた。精神保健福祉法関係では、障害者等の地域生活の支援体制の充実とともに「精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備」として家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を

提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う等の改正が行われた。



［参考］4訂精神保健福祉法詳解

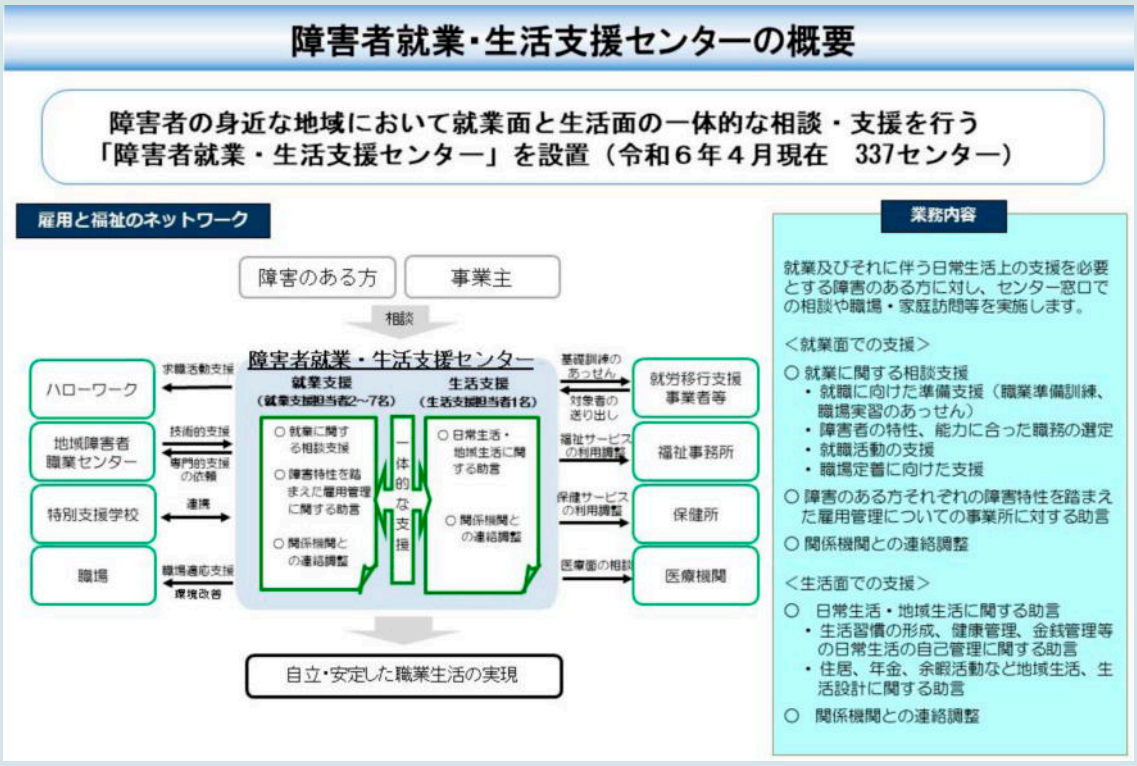
③ 障害者就業・生活支援センター

（障害者就業・生活支援センターは、身近な地域で就業面と生活面の一体的な支援を行う）

障害者就業・生活支援センターは、障害のある人の職業生活における自立を図るため、雇用、保健、福祉、教育等の関係機関との連携のもと、身近な地域において就業面と生活面における一体的な支援を行い、障害のある人の雇用の促進と安定を図ることを目的として、2002（平成14）年の障害者雇用促進法改正により創設された。2024（令和6）年4月現在、全国337箇所に設置されている（**図表2-2-8**）。

就職希望や在職中の障害のある人の抱える課題に応じて、就業支援担当者と生活支援担当者が協力して、就業面と生活面の一体的な支援を行っており、支援対象障害者数（登録者数）は、2023（令和5）年3月末時点で約21万8,000人にのぼる。

図表2-2-8　障害者就業・生活支援センターの概要



資料：厚生労働省職業安定局作成

（就業に関する相談支援や採用面接などへの同行支援などを生活支援と一体的に提供する）

障害者就業・生活支援センターの具体的な支援内容は、センター窓口や職場・家庭への訪問等による障害のある人からの就業に関する相談支援（就労に向けての支援や職場定着のための支援等）の実施や、ハローワークや採用面接などへの同行支援など多岐にわたっている。こうした支援を、生活に関する支援と一体的に提供しながら、障害のある人が自立して安定した職業生活をおくることができることを目指している。また、事業主からの雇用管理に関する相談にも応じており、さらに、地域の雇用・福祉・医療などの関係機関との調整機能により、地域における障害のある人の就業支援を担う中核的な役割を果たしている。

コラム　多面的なサポートで障害者の就労移行を支える（LITALICOワークス赤羽）

障害のある方の就労支援サービスを手がけるLITALICOワークス赤羽で、利用者一人ひとりの「働きたい」という思いを支える取組みに出会った。

人はちがう。障害があっても、なくても。

株式会社LITALICOが運営する障害者就労移行支援事業所であるLITALICOワークス赤羽（以下「センター」）には、精神障害や発達障害などの障害のある方々が、民間企業などへの就職を目指して、日々通ってくる。

利用者は、スタッフの支援を受けながら、自分に合った計画を立て、およそ１年をかけてスキルアップのための講座の受講や、企業での実習、そして就職活動に挑んでいく。

センターは、主治医や地域の福祉機関との

連携にも力を入れている。利用者が安心して就活に取り組むためには、医療や福祉など多面的な協力を得ながら、利用者の暮らしから整えることが大切だと考えているからだ。個の違いに応じて環境の側から整えていく。こうした取組みで、2023年度の就労移行率は77%となっている。



人はおなじ。障害があっても、なくても。

雇用先企業へのサポートも、センターの重要な役割だ。利用者の就職が決まると、企業担当者、利用者、スタッフの3者で入社前面談を行う。独自の「職場での合理的配慮ガイドブック」(※)を用いて、通勤や仕事内容、作業環境や対人関係などの項目ごとに、利用者の就職後に起こりうる「困りごと」を整理していく。この面談により、企業は、本人が自ら対処できる範囲を知り、また、会社として支援が必要な配慮事項にも前もって準備ができる。

「雇用してくださった企業の担当者様から、こうした取組みを『障害のない社員へのマネジメントにも活かしている』という嬉しいご報告をいただいたこともあります。」センター長の一宮さんは、そのように話す。

働く人に個々の事情があることは、何も特別なことではない。社員それぞれの事情にできるだけ配慮した職場づくりは、障害の有無にかかわらず、全ての働く人にとって働きやすい職場になるはずだ。

企業からは、本人に改善を求める際の伝え方について、悩みが寄せられることもある。「伝えたら本人が傷つくのではないか。センターから伝えてもらえないか。」そんなときは、センターの利用当時の記録を確認し、本人が受け取りやすいフィードバックの方法を助言したり、スタッフが同席する場で企業から本人に直接伝えてもらうことを提案している。

就労移行支援は長くても2年間。だからこそ、障害のある方が当たり前に働き、企業が当たり前にサポートする関係がこの先も築かれていくように、本人とも、企業とも、「自立」を促す関わり方を意識しながら、「少しずつ離れていく」ことを心がけている。

障害があっても、こころは健康でいられる。理解と支援の大切さ。

「こころの状態ですか？ここに通ってから、ずっとよくなりました。」 笑顔でそう教えてくださったのは、40代の利用者Aさんだ。

うつ病を抱えるAさんは、センターの利用前はしばらくひきこもりのような状態で自信を持てずにいた。利用者同士で障害のことを隠さずに話せる雰囲気や、否定的なことを言わないスタッフの和やかさに支えられて、今では週5日、継続して通っている。

「実習先で、障害のない人が普通に働いている職場に身を置いたとき、『ああ、職場に戻れた』という自信が沸いたんです。それがこころの安定につながっています。」まもなく就職を迎えるAさんの表情には、成果を実感できたことへの自信が表れていた。



センター内はフリーアドレスで、利用者同士の自然な情報交換を促している。

障害について自然に話せる社会であるためには、障害に対するスティグマ（差別や偏見）を克服していくことが必要だ。

障害のある方と雇用の場をつなぐ就労移行支援の取組みは、障害があることや障害を抱えながら働くことが、特別なことではない社会であることの大切さを、私たちに教えてくれる。

※合理的配慮ガイドブックについては、こちら。
https：//works.litalico.jp/assets/doc/interview/consideration/guide_book.pdf



第3章 こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に

第1章と第2章では、現代社会を生きる私たちのこころの健康を取り巻く多様なストレス要因や精神疾患の実態、そしてこころの健康に関する取組みの現状を概観した。

こころの健康は、ライフステージを問わず、すべての人に関わりのあるテーマであり、また、こころの不調は、いつでも、誰にでも起こりうる。しかしながら、こころの不調については、身体の病気と比較して、周囲への相談や通院をためらいがちになるといった傾向があり、こころの不調を身近に感じる割合には世代間の差もみられた。

本章では、あらゆる人が自らの心身の状態と上手に付き合いながら、こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会づくりに必要な取組みについて考えてみたい。

第1節では、こころの不調を抱える人に関する取組みにおいて重要となる「当事者の意思の尊重と参加の機会の確保」について述べる。第2節では、地域や職場におけるこころの健康づくりについて、具体的取組みの方向性を整理し、第3節では、社会全体での意識の変容に向けた普及啓発の取組みの必要性について示す。最後に第4節では、こころの健康確保に向けて一人ひとりができる取組みについて紹介する。

第1節 当事者の意思の尊重と参加

こころの不調は、ライフステージの全般にわたり、誰にでも起こりうることであり、前章でみたように、地域や学校、職域等において、こころの不調を抱える人に関する様々な取組みが進められている。こうしたなかで、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された」[*1]仕組みの構築を目指している点で、ライフステージや分野ごとの取組みを横断する考え方や、社会全体を捉えた取組みに求められる視点を提供しうると考えられる。

たとえば、同システムは、地域に暮らす一人ひとりを「支える側」と「支えられる側」ではなく、生きがいや役割を持ち、相互に助け合う一員として位置づけていることは先述のとおりだが、こうした考え方は、精神障害のある人への就労支援、地域における精神医療提供体制の整備、そして精神科医療機関に長期在院している人への支援など、こころの不調を抱える人に関する様々な取組みにも重要な示唆を与えうるといえるだろう。

ここでは、そうした示唆のなかから、特に当事者の意思の尊重と参加、そして共生社会における当事者の役割について取り上げる。

（当事者に安心感やロールモデルを与えるピアサポートの活用を進める必要がある）

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における重層的な連携による支援体制については、こころの不調を抱える一人ひとりの困りごとや関心事、自己実現への想いや潜在的ニーズに寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制を構築していくことが求められている。

＊1 「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（2021（令和3）年3月18日）。

自己決定するプロセスを支える支援として、当事者にとって身近に経験を共有できる仲間がいることの安心感や、ロールモデルとしての役割が期待されるピアサポート[*2]の活用をさらに進める必要があるだろう。

（ピアサポートだけでなく、スティグマの解消にも当事者の役割は欠かせない）

ピアサポートには、こころの不調を抱える当事者への支援という役割だけでなく、当事者自身がピアサポーターとして社会のなかで役割を持つという側面もある。こころの不調の経験者が、自らの経験に基づき社会で役割を果たしていくことは、共生社会のなかに、互いに「助け合う」仕組みを実装していく上でも重要であるといえるだろう。

また、こころの不調に対する地域住民の理解の促進やスティグマ（差別や偏見）の解消に向けた取組みにおいても、当事者の役割は欠かせない。たとえば、ピアサポーターや当事者団体、民間事業者等との協働により、当事者やその家族等が集う場や地域住民との交流の機会を確保していく等の取組みを、ピアサポーターへの負担にも配慮しながら丁寧に進めていくことが重要である。

コラム

薬物依存症者への回復支援の取組み（認定特定非営利活動法人京都ダルク）

薬物依存症者への回復支援事業を行っている京都ダルクを訪ね、お話を伺った。

回復を支えるために

京都ダルクは、薬物依存症者が薬物から解放されるための薬物依存症回復支援施設である。「依存症は、医学的に完治することはないが、回復して新しく人生を生き直すことは可能である」という考えのもと、薬物を止め続けたい仲間を手助けすることを目的に、様々な事業を行っている。まずは、自宅から通所するか、京都ダルクの施設に入所した上で通所するかをスタッフと相談して決め、回復に向けた計画を立てていく。通所施設「マハロ」では、ミーティング、昼食プログラム、ボランティア活動、農作業などを行い、薬物を使わない生活リズムを作るサポートをする。入所施設「ネクサス」では、共同生活を営みながら、生活上の相談を受け、自立していくためのサポートをしていく。

薬物依存症者は、薬物を使い始める前から、様々な理由により「孤立感」を抱えているという。そのため、他者を信頼できなくなり、安心・安全な環境を居心地悪く思い、「他者とつながる」ことに難しさを感じていることがあるという。そして、薬物を使用することにより、さらに孤立感を深めてしまう。こうしたことから、通所施設と入所施設のいずれも、少しずつ他者とつながり、人間関係を構築する練習をしてもらうことを狙いとしたプログラムを実践している。そして、他者とつながる中で「安心・安全」を積み重ね、いずれは社会生活をおくれるようにスタッフがサポートしていく。

＊2　ピアサポートとは、たとえば、平成30年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（身体・知的分野））「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に関する研究」（分担）研究報告書「ピアサポーター基礎研修のプログラムの構築に関する研究Ⅰ」においては、「障害のある人生に直面し、同じ立場や課題を経験してきたことを活かして、仲間として支える」こととされている。





お互いの経験を共有する

薬物依存症から解放されたい仲間同士によるグループセラピー「ミーティング」が、回復プログラムの中心だ。ミーティングの場では、その日ごとに異なったテーマについて発言する。テーマはその場で伝えられ、発言については意見しないのがルールとなっている。

取材当日、午後のミーティングを見学させていただいた。

この日のテーマは、「感情を表現する」。最初に、ミーティングハンドブックに書かれたミーティングの目的や目標を参加者が順に読み上げ、司会者役の参加者の発言を皮切りに、準備ができた人から一人、また一人と続けて発言していく。複雑な家庭環境や生い立ち、当時の配偶者との関係性、感情表現が苦手だったゆえに生きづらさを抱えた背景、そしてなぜその先に薬物があったのかなど、様々な発言を通じてお互いの経験を共有する。

1時間のミーティングの場には、参加者達が、当時の自分自身の内心を見つめ直すひたむきな姿勢が凝縮されていた。

自分自身に価値があると思うようになれたら

前半で「仲間」と書いたが、京都ダルクのスタッフは薬物依存症からの回復者が大半で、依存症から先に回復を始めた人が、後から来た人を手助けする「セルフヘルプ」の精神を大切にしている。当事者だからこそ、いつもと様子が違う人にはすぐ気づく。その時は、「調子はどう？」といった距離感で接するようにしている。

「私自身も薬物依存症です」と話すのは、京都ダルク施設長の出原和宏さん。

「薬物依存症の当事者にとって失敗はつきものですが、重要なことは、本当に薬物を止めたいと思っているかどうかという本人の気持ちです」と話す。「薬を止めるためにはどんなことでもやろうという強い気持ちが大切」と明言し、回復プログラムを通して「今日1日薬物を使わない」ことを継続していくことが大切だという。「自分自身に価値があると思うようになれたら、人は変わることができ、立ち直ることができる。京都ダルクは、やり直せる場所でありたいと思っています」。出原施設長はそう話す。

地域社会と関わっていく中で

薬物依存症者は、地域の理解を得ることが容易でない場合が多い。京都ダルクも、現在の場所に施設を開設するまでに多くの苦労があったという。そういった経験を経て、現在では、地域のお祭りなどにも参加し、積極的に地域社会との関わりを持っている。そうした交流の場で偏見を感じる発言を受けるようなことはなく、お祭りの後に「ダルクさんのおかげで成功に終わった」といった温かい声をかけられるようになったという。

「地域の行事などに私達の方から参加していくことは、京都ダルクのメンバーを知っていただくいい機会だと考えています。もっと私達のことを知ってもらえたら、そう思います」。

薬物依存から回復し、地域社会に根を付ける。本気で取り組み続ける強い信念が、出原施設長の言葉に溢れていた。

（個別支援の場面では、当事者の意思決定を支援する成年後見制度の利用も考えられる）

こころの不調を抱える人の意思や選択を尊重していくためには、その人の意思表示や選択・決定の過程を支える支援も重要である。特に、精神障害のある人に対する個別支援の場面においては、ニーズが不明確な人や複雑・複合的な課題を抱える人も少なくないと考えられ、成年後見制度の利用は、そのような場面において、精神障害のある人と市町村がニーズを整理し合い、的確な支援の実現につなげることにも資することが期待される。

成年後見制度は、精神障害などの理由で、ひとりで決めることに不安がある人を法的に保護し、当事者の意思を尊重した支援（意思決定支援）を行う仕組みである。利用を考える当事者やその家族等は、市区町村の窓口や、地域包括支援センター、社会福祉協議会などの地域の相談窓口で、成年後見制度を利用するための手続や必要な書類、成年後見人になってくれる人について、あらかじめ相談することができる。

また、成年後見制度における診断書の作成においては、当事者の家庭的・社会的状況等を医師に的確に伝えた上で医師が医学的判断を表現することができるよう、「本人情報シート」[*3]が導入されている。このシートは、社会福祉士や精神保健福祉士等のソーシャルワーカーや、市町村の相談支援専門員など身近なところで当事者を支える人により作成することが想定されており、地域における支援体制の整備を進めるなかで、支援に携わる関係者が成年後見制度についても理解を深めていくことが望まれる。

第2節　地域や職場におけるこころの健康づくり

1　早期支援と地域医療体制の整備

（1）市町村等の相談支援機能の強化

（法改正により、市町村等における精神障害のある人等の支援体制の整備を図る）

2022（令和4）年6月にとりまとめられた「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」報告書において、市町村では、精神保健に関する相談につ

＊3　裁判所（https：//www.courts.go.jp）では、成年後見制度における本人情報シートの作成の手引を作成・公表している。

いて、母子保健、介護、困窮者支援等の分野を超えて顕在化しており、市町村における相談支援体制整備が重要であることが示された。一方で、同報告書では、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健福祉センターからのバックアップ体制の確保に関する課題が指摘され、市町村には精神保健に関する相談支援を積極的に担うための具体的かつ実効的な方策が求められている。

2022（令和4）年12月に障害者総合支援法等の一部を改正する法律が成立し、精神保健福祉法についても一部改正され、精神障害のある人や精神保健に課題を抱える人の希望やニーズに応じた支援体制の整備が図られることとなった。

具体的には、精神障害のある人等に対する相談や援助は、精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域の実情に応じて精神障害のある人等の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないことが明確化された。また、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うことについて、都道府県の努力義務を設けた（**図表3-2-1**）。

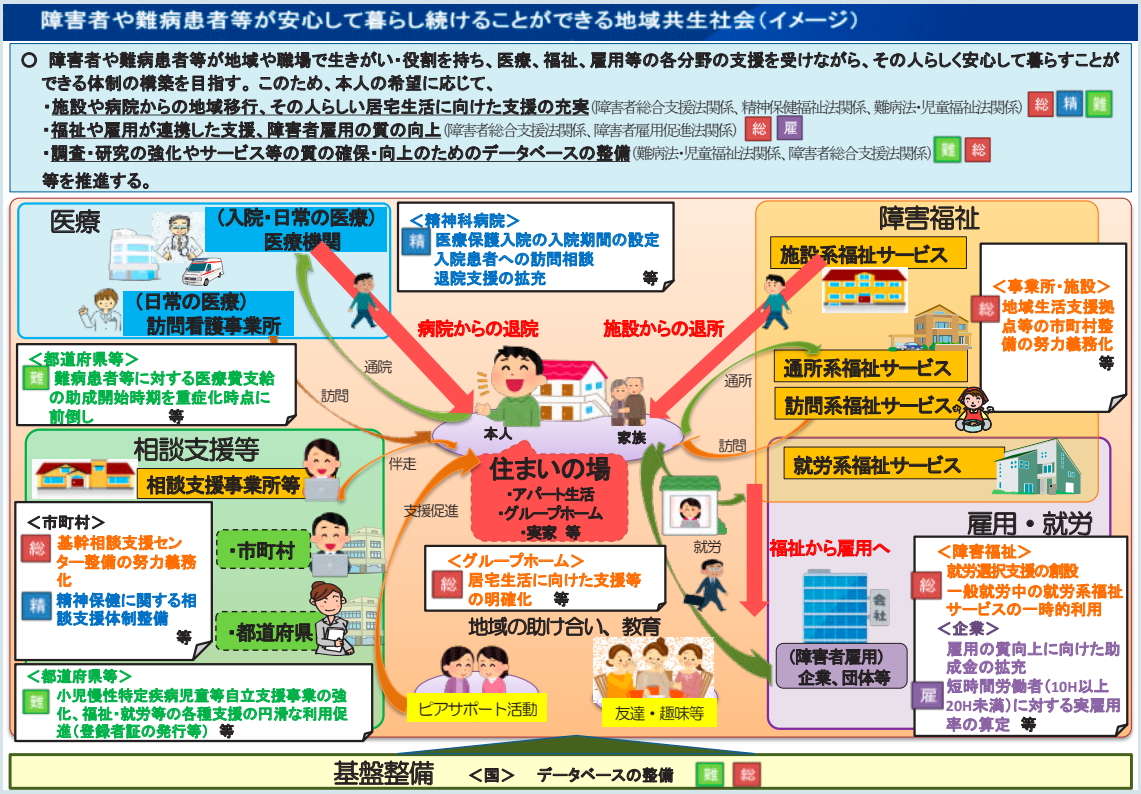
現状として、精神保健に関する課題の多様化に伴い、8割以上の市町村が、自殺対策、虐待（児童、高齢者、障害者）、生活困窮者支援・生活保護、母子保健・子育て支援、高齢・介護、認知症施策、配偶者からの暴力（DV）等の各分野において、精神保健上の課題を抱えた住民を対象として、精神保健に関する相談に対応している状況がみられる[*4]。

法改正を機に、住民に身近な市町村は、都道府県担当部局との連携や保健師等の人材育成と配置を計画的に行い、福祉・母子保健・介護等の各部門における相談支援のなかで精神保健に関するニーズに気づくとともに、そのニーズに対するサービス等の支援を円滑に行うことが期待される。

また、障害特性に応じた配慮が必要な人への精神保健に関する相談支援にあたっては、円滑に相談支援が実施できるよう、合理的な配慮をする必要がある。

＊4　令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）。

図表3-2-1　障害者や難病患者等が安心して暮らし続けることができる地域共生社会（イメージ）



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

コラム　市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に向けて

2022（令和4）年12月に「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等の一部を改正する法律」が成立し、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にして、保健、医療、福祉、住まい、就労等の適切な支援が包括的に確保されるよう行われなければならない旨が明確化された。

法改正を踏まえ、今後の市町村における精神保健に係る相談支援体制整備を推進するため、2023（令和5）年2月に「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム（以下「検討チーム」という。）」を設置した。

市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム

趣旨

○　令和４年６月に公表された「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」報告書では、精神保健に関する課題が市町村における母子保健、介護、困窮者支援等の分野を超えて顕在化しており、市町村における相談支援体制整備の重要性が示された。

○　一方で、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健福祉センターからのバックアップ体制の確保に課題があることが指摘されたことから、市町村には精神保健に関する相談支援を積極的に担うための具体的かつ実行的な方策が求められている。

○　令和４年12月には「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等の一部を改正する法律」が成立し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第46条において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化するための規定を新設した。

○　そのため、本検討チームにおいては、今後の市町村における精神保健に係る相談支援体制整備を推進するための具体的な方策について検討することを目的とする。

検討事項

○　相談支援体制に関する課題の整理
○　相談支援体制整備を推進するための方策

開催経緯

令和５年２月　第１回：現状及び課題、今後の検討の進め方
令和５年７月　第２回：相談支援体制の整備、相談支援を担う人材の育成
令和５年８月　第３回：相談支援体制の整備、相談支援を担う人材の育成
令和５年９月　第４回：本検討チーム報告書（案）

構成員（◎は座長、○は座長代理　五十音順、敬称略）

○	岩上　洋一	一般社団法人 全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事
	岡部　正文	特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会 理事
	岡本　秀行	全国精神保健福祉相談員会　理事／川口市保健所 疾病対策課　主査
	小幡　恭弘	公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）　事務局長
	桐原　尚之	全国「精神病」者集団　運営委員
	小阪　和誠	一般社団法人 日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構　代表理事
	近藤　桂子	元生駒市福祉健康部　部長
	高山　美恵	富士河口湖町役場住民課　課長
	野口　正行	岡山県精神保健福祉センター　所長
◎	藤井　千代	独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所　地域精神保健・法制度研究部 部長
	古谷　靖子	高島市健康福祉部高齢者支援局地域包括支援課 課長

市町村における精神保健に係る「相談支援体制の整備」及び「相談支援を担う人材の育成」という２つの論点について議論を重ね、2023年９月に報告書がとりまとめられた。本稿では、議論の中身を含めた当該報告書の一部を紹介する。

1. 相談支援体制の整備

まず、厚生労働科学研究班において、相談支援に必要な機能をその流れに沿って「受けとめ」、「気づき」、「アセスメント」、「プランの立案及び実行」、「連携及び調整」の５つに整理したものが検討チームに提示された。これらの機能の実効性を担保していくためには、各項目の具体的な実施主体や方法等を検討する必要があるとされ、本検討チームでは、これから精神保健に係る相談支援体制整備に着手する市町村に向け、体制の中にこれらの機能を位置づける際の一助となるよう、厚生労働科学研究班が類型化した横断的連携体制のイメージ図について議論し、報告書にも掲載された。

さらに、保健師等の確保やそれらの職種を相談支援部門に配置すること等の保健の軸を作る必要があること、市長村単独ではなく、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップを受けること、都道府県と連携して国の既存事業を活用すること等の必要性も示された。

2. 相談支援を担う人材の育成

体制整備の推進には、人材の育成も重要な要素となる。

基本的に専門職か否かに関わらず、精神保健に関する知識等の水準の引き上げ、潜在ニーズに気づく力を備えるためには、研修等が必要であることが示唆された。

また、検討チームでは、構成員が共通認識を持って議論ができるよう、相談支援に携わる人材を機能別に三層に整理した。整理された各層の機能や人材育成の具体策は、下記の通りであった。

①精神保健のニーズに気づく職員

専門職に限らない全自治体職員のことを指し、精神保健部門のみならず、それ以外の部門の窓口等において地域住民のニーズに気づき、適切な相談先や支援につなげる機能を有する。

育成の具体策としては、心のサポーター養成研修等の既存研修を受講することや、精神保健福祉相談員の講習に含まれる基礎的事項

等の一部を受講することを推奨する。

②精神保健部門で相談支援を主に担う専門職

自治体の精神保健部門に配置されている専門職のことを指し、精神保健に係る相談支援を行う機能を有する。

育成の具体策としては、相談支援の質を担保するため、保健師以外の専門職に対しても精神保健福祉相談員講習会の受講を促進することや、組織の技術の継承も含めた計画的な育成や複数配置等の工夫を推奨する。なお、自治体保健師の参加のしやすさ等の観点から、精神保健福祉相談員の講習会については、必要な知識及び技術を獲得することを前提に「204時間以上」から「22時間以上」へと短縮する等の改正が提案された。

③庁内で連携体制の構築を担う等推進力を発揮する専門職

精神保健福祉に関する高い専門性を有する自治体専門職のことを指し、精神保健に係る相談支援に必要な庁内外との連携体制の構築の推進や②の専門職に相談支援に関する助言を行う等の機能を有する。

育成の具体策としては、戦略的かつ計画的な人事異動による業務経験の積み上げのほか、各都道府県や市町村の階層別研修等の既存研修に、全庁的に相談支援体制の整備に取り組む必要性や、庁内外との連携体制構築を担う等推進力を発揮する専門職の育成の必要性等を含めることを推奨する。

3. 今後の取組み

今回紹介した検討チームの報告書や2024（令和6）年4月から適用となる「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」、「精神保健福祉センター運営要領」、精神保健福祉相談員講習会を自治体が活用しながら、戦略的、計画的な人材配置及び人材育成を推進いただけるよう、今後も国において自治体の相談支援体制整備の取組みを支援していきたい。

（参考資料）

- 市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム
  https：//www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_442921_00003.html
- 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領について
  https://www.mhlw.go.jp/content/001172624.pdf
- 精神保健福祉センター運営要領について
  https://www.mhlw.go.jp/content/001172621.pdf
- 精神保健福祉相談員の講習会について
  https://www.mhlw.go.jp/content/001172846.pdf

（市町村等による精神保健福祉に関する相談支援の対象が拡大された）

上述のとおり、精神保健福祉法の改正により、精神障害のある人等に対する相談や援助は、精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域の実情に応じて精神障害のある人等の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないことが明確化された。

こころの不調は、誰にでも起こりうる身近なことであり、こころの不調を抱える人が地域の身近な窓口で悩みを相談でき、適切な支援につながることが期待される。

また、自ら相談窓口でこころの健康について相談することをためらう人もいることから、地域に潜在化しているこころの不調を抱える人に対し、保健師等によるアウトリーチを適切に実施することや、学校保健との連携により、援助を求めにくい児童生徒を早期に把握していくための取組みも期待される。

コラム　公認心理師の国家資格化と求められる役割

最近の国民が抱えるこころの健康の問題等をめぐる状況を背景に、保健医療分野、福祉分野、教育分野、司法・犯罪分野など様々な領域において公認心理師が活躍している。

公認心理師は、心理学に関する専門的知識及び技術を持って、心理に関する相談、援助等を行うことを業とする者である。2015（平成27）年に成立した公認心理師法と、国家資格としての公認心理師の業務内容を紹介しよう。

法制定の背景

公認心理師法は2015年に成立・公布され、2017（平成29）年に施行された。従来、心理に関する資格としては臨床心理士があったが、民間資格であるため活躍の場が広がりにくく、雇用が不安定であるなどの問題が指摘され、国家資格が強く求められていた。このような状況を背景に、心理学に関する専門的知識及び技術を持って、心理に関する相談、援助等の業務に従事する者である公認心理師の資格を定め、資質の向上と業務の適正を図ることにした。

業務内容

公認心理師の業務の内容は以下の通りである。

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

試験・登録

公認心理師試験は、公認心理師法の定めにより年１回以上実施することとされており、文部科学大臣と厚生労働大臣の指定を受けた指定試験機関・指定登録機関である公認心理師試験研修センターが実施している。

合格者は、公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

※　資格登録者数：71,987人（2024（令和6）年3月末日現在）

活躍が期待される職場

心理職の専門性を高める目的で創設された初の国家資格である公認心理師は、病院、児童相談所、学校、裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援などの現場の活躍が期待されている。

(2) 精神医療の提供体制

(平時と救急時の精神医療提供体制の充実が求められている)

精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある。

その上で、精神医療の提供体制の充実には、こころの健康に関する本人の困りごと等への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備を始めとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が重要である。

精神科医療機関の外来は、こころの不調を抱える人の困りごと等に接する機会も多く、そうした機会を通じてこころの不調を抱える人とつながり続ける機能がある。本人が望む場所でニーズに応じた治療が受けられる体制を構築する観点から、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能の充実と併せ、外来機能の強化は重要な課題となる。

また、緊急のニーズへの対応時では、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。

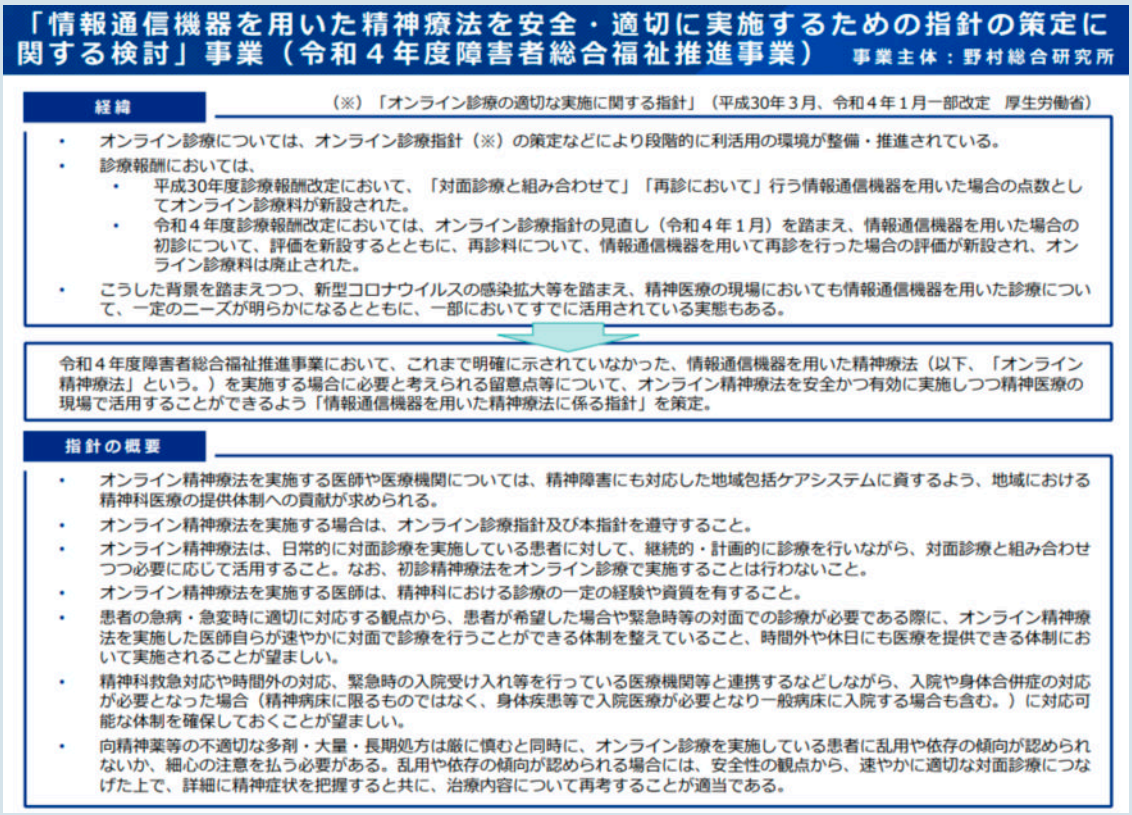
（オンライン精神療法の適正かつ幅広い活用が期待される）

精神医療の提供体制の充実は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する重要な要素でもある。こころの不調を抱える人がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能として、①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する拠点機能を果たすことが挙げられており、厚生労働省では、これまでも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に資する医療提供体制の充実を図る取組みを行ってきた。

地域における精神医療の提供のあり方の一つとして、情報通信機器を用いた精神療法（オンライン精神療法）の活用も考えられる。オンライン精神療法については、2024（令和6）年度診療報酬改定において、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行うこととされた（**図表3-2-2**）。

こころの不調を抱える人が必要な時に適切な医療を受けられる医療提供体制を実現するため、オンライン精神療法についても、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の考え方に沿った提供体制を構築し、適正かつ幅広い活用を図っていくことが期待される。

図表3-2-2 情報通信機器を用いた精神療法に係る指針



資料：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部作成

(3) 長期在院者などの地域社会への移行

(長期在院者への支援に当たっては、医療機関と市町村等の連携強化が必要である)

精神科医療機関に長期在院している人（以下「長期在院者」という。）への支援については、これまで精神医療の課題とされてきた側面があるが、長期在院者が地域で生活をするためには、障害福祉サービス等を含む地域の基盤整備が重要であり、地域の体制整備や福祉の課題でもある。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、こうした課題に対して、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組みを推進するものであり、引き続き、市町村と精神科医療機関、精神保健医療福祉に携わる地域の関係機関の顔のみえる関係の構築と連携の強化に努める必要がある[*5]。

その際、長期在院者の病状等のアセスメントや、生活に関する支援ニーズのアセスメントが重要であることから、精神科医療機関は、積極的に市町村等や精神保健医療福祉に携わる地域の関係機関等と連携を図り、本人が十分な情報を得た上で意思・意向を表明できるよう、支援をつなぐ役割を担うことが期待される。

＊5 地域精神保健・障害福祉における市町村の具体的な取組みの一つとして、長期在院者への支援について、精神科病院との連携協力のもとで、長期在院者に対するニーズ調査等を実施するとともに、直接、精神科病院を訪問し、長期在院者との面接を通じて、ニーズに応じた支援を行っている自治体が報告されている。

(4)「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて

(こころの不調を抱える人を支援するため、地域の社会資源を把握することも重要)

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、地域における制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会であり、地域共生社会の実現に向かう上では欠かせない仕組みである。

地域共生社会は、生活困窮者など地域に暮らす様々な事情を抱える人が、地域に参加し、自立していくための包括的な支援体制を構築するなかで目指していく地域社会の姿であるが、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を通じ、こうした社会像を実現していく取組みとともに、こころの不調を抱える人をしっかりと支援できる体制を構築していくことが必要である。

こころの不調を抱える人に対し、保健・医療・福祉などの関係機関が重層的に連携した支援を提供するためには、市町村や保健所等において、地域におけるこころの不調を抱える人の状況や社会資源を把握し、「見える化」を図ることも重要であり、精神保健医療福祉資源を分析したデータベース「ReMHRAD」[*6]の活用等が求められる。

その上で、地域の資源や支援体制等、地域の実情に応じて、関係者が協議の場を持ち、連動していくことが重要である。精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加が少ないとの指摘もされていることから、市町村においては積極的にこれらの関係団体等の参加を求めていく必要もあるだろう。

また、重層的な連携による支援体制が、こころの不調を抱える人の困りごと等に対して、必要な時に適切な支援を行いうるものであるためには、各関係者がお互いの専門性や支援内容を知り、相互補完的かつ連続的に支援できるようになることが欠かせない。そのため、顔の見える関係の構築推進を目的とした多職種の協働・連携に関する研修の実施などにより、支援体制の担い手を育成・確保していくことが望まれる。

2 こころの不調を予防するための対策の推進

(1) 孤独・孤立対策の推進

(内閣府を中心に、官・民・NPO等が連携して孤独・孤立対策に取り組んでいく)

孤独・孤立対策推進法に基づき、孤独・孤立対策を推進するための体制として、内閣府に、特別の機関として「孤独・孤立対策推進本部」(本部長：内閣総理大臣、構成員：全閣僚)が設置された。今後、政府においては、内閣総理大臣及び内閣府特命担当大臣(孤独・孤立対策)のリーダーシップのもと、孤独・孤立対策推進本部を中心に、孤独・孤立の状態にある当事者等を取り巻く地方公共団体、当事者等への支援を行うNPO等とも連携・協働を図りながら、孤独・孤立対策に取り組み、支援を必要とする人に対し、より一層的確に支援を届けていくことが重要である。

＊6　地域精神保健医療福祉資源分析データベースのことであり、我が国の都道府県、二次医療圏、市区町村などの区分別の、精神保健福祉資料における指標の状況、精神科病院に入院している方の状況、訪問看護ステーション・障害者総合支援法の各障害福祉サービス等の事業所の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースのこと。

（孤独・孤立の予防が、こころの健康保持にも有効であることが研究からも分かってきた）

前章でみたように、孤独・孤立対策の実施に当たっては、「予防」の観点から施策を推進することとしているが、実際に、孤独・孤立の予防がこころの健康保持にも有効であることが研究からも分かってきた。

国立長寿医療研究センターが行った調査[*7]によると、地域組織（ボランティア、町内会、学習・教養サークルなど）への参加種類数と、高齢者のうつの発症リスクには関係があり、参加する組織の種類が多い人ほど発症リスクは少なく、5種類以上参加している人では、参加していない人に比べ、24～26％発症率が低いことが分かった（詳しくはコラム「高齢者の社会参加とうつ病に関する研究」を参照）。

また、本人が参加しているか否かにかかわらず、暮らしているまち（おおむね校区）の高齢者がスポーツやボランティアなどに参加している割合が高いほど、うつ症状の人が少ないことも分かった。これは、より多くの高齢者が社会参加できるまちづくりが、うつの発症予防にもつながる可能性があることを示唆している。

この点については、高齢者に限られないとも考えられる。第1章第4節でみたように、こころの健康に関する人々の意識調査から、同居の家族がいない単身者にとって、趣味や社会活動等における友人や知人との「つながり」が、こころの健康によい影響を与えている可能性が示唆された。暮らしの場において、幅広い世代の参加が可能な地域組織の育成を進めることは、単身者のこころの不調の予防にも寄与しうるものといえるだろう。

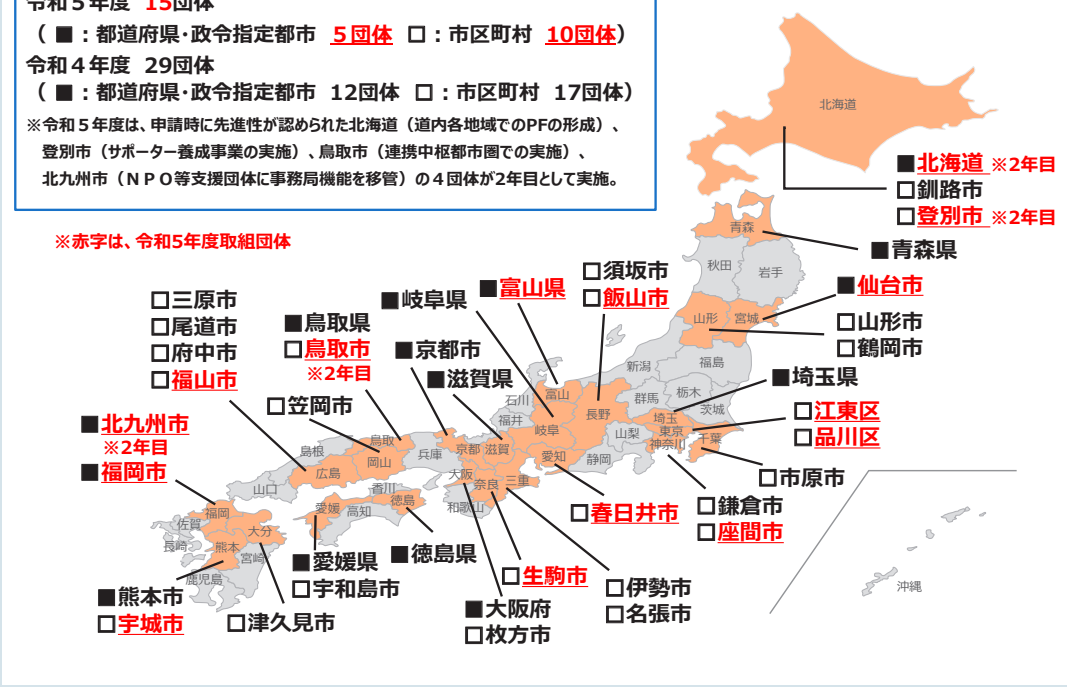
（地方公共団体において地域の実情に応じた孤独・孤立対策が推進されるよう後押しする）

政府では、地方公共団体を対象として、地域の実情に応じた官・民・NPO等の関係者間の連携・協働体制の構築や孤独・孤立対策の推進等に係る支援事業（**図表3-2-3**）を行うほか、NPO法人や社会福祉法人等非営利団体を対象として、日常生活環境での緩やかなつながりや居場所づくりに関する先駆的な取組みに係るモデル調査事業を行い、事業の結果を全国に共有してきた。

こうした取組みなどを通じ、地域の実情に応じた官民連携・協働体制が構築され、孤独・孤立対策が推進されるよう後押ししているところであり、各地において、孤独・孤立の問題が複雑化・深刻化する前に対応する、孤独・孤立状態の予防の観点から取組みが進み、人と人の「つながり」を実感できる居場所や地域づくりが行われることが、地域の人々のこころの健康を維持・向上していく観点からも期待される。

＊7　宮澤拓人、井手一茂、渡邉良太他「高齢者が参加する地域組織の種類・頻度・数とうつ発症の関連－JAGES2013-2016縦断研究」（「総合リハビリテーション」789-798 2021年49巻8号）

図表3-2-3　地方版「孤独・孤立対策官民連携プラットフォーム」推進事業



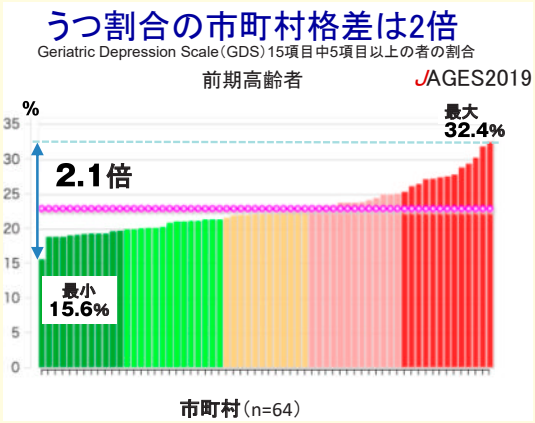
資料：内閣官房作成

コラム　高齢者の社会参加とうつ予防に関する研究（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター）

国立長寿医療研究センター研究所の老年学評価研究部が取り組む「日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study、JAGES[*1]）」の調査結果に基づく研究成果を紹介する。

JAGES調査について

JAGES 2019年調査では、全国64市町村の要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者、約25万人において、高齢者うつ尺度（GDS）で5点以上のうつ傾向と判定される方の割合を市町村間比較した。人口高齢化の違いの影響を差し引いて比較するために、65歳から74歳の前期高齢者の方に限定して集計した結果が図1である。この結果、64市町村の間には、15.6%から32.4%まで、約2.1倍の差がみられた。

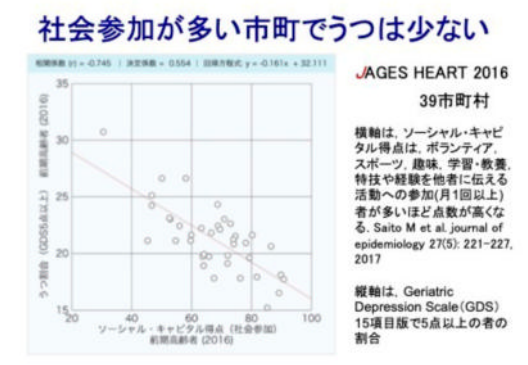


【図1】高齢者うつの発症と市町村格差

＊1　Kondo K, Rosenberg M eds. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study. World Health Organization, Geneva, 2018.

関連する要因

うつ症状の割合が多い～少ない市町村と関連する市町村の要因を分析した結果、地域のボランティア・スポーツ・趣味の会などへの参加者が多い自治体では、うつ症状が少ないことが分かった（図2）。



【図2】高齢者の社会参加者割合とうつ割合

社会的支援や社会参加との関係

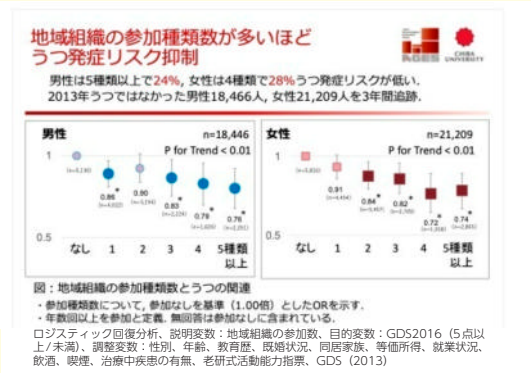
さらに、社会的支援や社会参加がうつ症状を予防しているのか、逆にうつ症状ではないから社会的支援や社会参加をしているのか、時間的にどちらが先かを調べるため、縦断（追跡）研究がなされた。この調査では、JAGES 2013年調査と2016年調査の2時点の調査の両方に回答した24市町の高齢者のうち、2013年にうつ症状がなかった（GDSが5点未満）39,655人を分析対象とした。

2013年にはうつ症状がなかったのに、2016年にうつ症状（GDS 5点以上）を新たに示した確率を、年数回以上参加している地域組織の種類数（参加なし、1種類、2種類、3種類、4種類、5種類以上）別に、男女に分けて検証した。

その結果、うつ症状の発症率は、参加する組織の種類が多い人ほど少なく、5種類以上参加している人では、参加していない人に比べ、24～26%発症率が低くなった[*2]。

同様に、本人が参加しているか否かにかかわらず、暮らしているまちの高齢者がスポーツやボランティアの会などへ参加している割合が高いまちに暮らしている人ほど、うつ発症が少ないことが示されている[*3]。

この研究結果は、社会参加しやすいまちづくりを進めて、社会参加している高齢者を多くすることが、うつ症状の発症予防につながる可能性を示唆している。



（資料）国立研究開発法人国立長寿医療研究センターホームページ
https：//www.ncgg.go.jp/ri/labo/07.html　を一部改変。

＊2　宮澤拓人ほか：高齢者が参加する地域組織の種類・頻度・数とうつ発症の関連ーJAGES2013－2016縦断研究.総合リハビリテーション49（8）：789－798，2021
＊3　Miwa Yamaguchi, et. al. Community Social Capital and Depressive Symptoms Among Older People in Japan : A Multilevel Longitudinal Study. J Epidemiol. 2018. doi：10.2188/jea.JE20180078

（2）職場におけるメンタルヘルス対策と両立支援の推進

（職場におけるメンタルヘルス対策を、経営戦略の視点から浸透させることも重要である）

前章では、2023（令和5）年度からの第14次労働災害防止計画（14次防）において、働く人のこころの健康を守る健康確保対策が、労働災害を減少させるために重点的に取り組む事項に掲げられていることについて述べたが、労働者の安全衛生対策は、経営戦略の観点からもその重要性が増してきている。

いわゆる「健康経営」とは、従業員の健康保持・増進の取組みが、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えのもと、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践する考

え方である。また、労働者が安心して働ける職場づくりは、労働市場においてよりよい人材を確保するという観点からもプラスになることが知られ始めている。

このような経営層の変革マインドを巧みに捉え、職場におけるメンタルヘルス対策を、経営戦略の視点から一層浸透させていくことが重要であろう。具体的には、メンタルヘルス対策に取り組む意義やメリット（経営損失の防止等）の見える化など、経営層に対して訴求力のある情報発信を強化し、事業者による意欲的な取組みを後押ししていくことや、労働者のこころの健康確保に積極的に取り組む事業者が社会的に評価される環境を醸成するなどにより、事業場の規模、雇用形態や年齢等によらず、多様な形態で働く一人ひとりが潜在力を十分に発揮できる社会の実現を図っていくことが望まれる。

また、フリーランスについても、フリーランス・事業者間取引適正化等法の施行に向けて、フリーランスに業務委託を行う発注事業者に対して、パワーハラスメント等を防止するために必要な措置を講じるよう十分な周知を図っていくことが期待される。

①　中小事業場の取組み支援

（事業場規模が小さいほど取組みが低調な傾向に留意すべきである）

前章でみたように、職場におけるメンタルヘルス対策への取組みは、事業場規模が小さいほど低調な傾向にあり、こうした点は、今後の14次防の推進のなかで留意しておくべき実情といえる。

産業保健総合支援センター・地域産業保健センターを通じて、小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の取組みを引き続き支援することや、商工会、商工会議所等の中小規模事業場を会員とする経営団体が、会員等に対してメンタルヘルス対策を含む産業保健に関するサービスを提供できるよう支援をしていくことが望まれる。

コラム

社員への細かい目配りで健康な職場づくり（株式会社アキツ）

株式会社アキツは、大阪府東大阪市に本社を置く、ゴム製品の製造販売等を行う企業である。従業員数約160名のこの企業では、メンタル不調による長期休職者が、近年ひとりも出ていない。背景にある工夫を凝らした社員の健康づくり、職場環境の改善のための様々な取組みについてお話を伺った。



株式会社アキツ本社社屋

年１回の「成長支援面談」

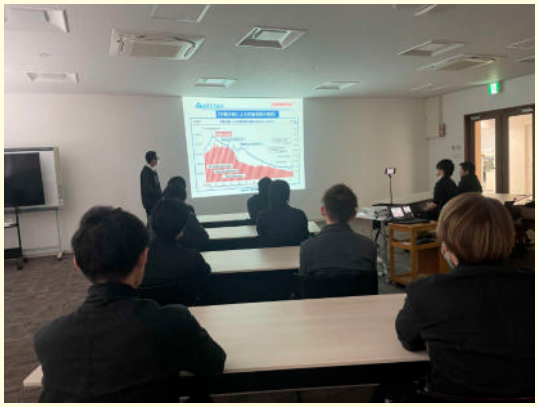
アキツでは、社員の健康管理部門と製造部門の責任者がペアとなって、年１回、「成長支援面談」を全営業所で実施している。「成長支援面談」は、もともとは人事評価の一環として３年前に始めたものだが、仕事や職場環境の話だけでなく、健康診断や人間ドックの結果を受けた健康面の相談もできるようにと工夫するなかで生まれた。今では、プライベートな話や、直属の上司に言いにくいことなど何でも話せる場として定着しており、会社側も、成長支援という観点から、とにかく「大事な人材だと思っていること」を伝える場とするよう心がけている。

これ以外にも、直属の上司との人事評価面談も年２回実施しており、ここでも、目標の達成状況だけでなく、仕事に対する意欲・姿勢を積極的に評価するようにしている。

安全衛生統括責任者が講師となり、労働安全衛生に関する講習会を実施

アキツでは、毎月１回、メンタルヘルス対策を含む労働安全衛生に関する社員講習会を実施している。テーマは幅広いが、講師を外部委託せず、厚生労働省が発行するパンフレット等を教材として安全衛生統括責任者が務めている。

当初は社員の労働衛生に関する知識・意識にはばらつきがあったものの、基礎的な内容から何度も繰り返し伝えることによって、社員への浸透にも手応えを感じられるようになった。



講習会の様子

ストレスチェック・産業医の活用

年１回のストレスチェックは、実施義務のない従業員50人未満の営業所も含め、全社的に実施している。受検者には、フィードバックした個人の結果をセルフケアに生かすよう促しているほか、組織単位での分析も実施し、結果を幹部社員で共有している。

産業医（精神科医）による面談の機会も確保しており、職場巡回に合わせ、2ヶ月に1回、希望する社員は面談を受けることができる。

また、先述の「成長支援面談」でのやりとりから、産業医の面談を勧め、専門的なケアにつなげることもある。

人間ドック費用は10万円まで助成

また、健康経営推進の観点から、メンタルヘルスだけではなく、疾病予防にも力を入れている。

アキツでは、定期健康診断のほか、人間ドックを受診したい35歳以上の社員には1回10万円まで費用を助成することとしている。自費ではためらいがちなオプション検査も積極的に受診してもらい、疾病の早期発見につなげてほしいとの思いがあるからだ。実際に多くの社員が助成を活用して人間ドックを受診している。高額の助成となるが、利用率の低い福利厚生事業を見直す等により費用を捻出している。

商工会議所のメンタルヘルス・マネジメント検定試験を勧奨

アキツのメンタルヘルスへの取組みは、自社だけにとどまらず、外部資源も積極的に活用している。

大阪商工会議所が主催するメンタルヘルス・マネジメント検定試験の受験もそのひとつだ。ラインケアコースやセルフケアコースなど社員それぞれの職位などに応じて受験勧奨しており、合格者には報奨金も出している。

このほか、「空き時間にスマホゲームで遊ぶよりは」と様々な通信教育講座の受講も積極的に後押しし、自己啓発を促している。ここでも結果が60点以上であれば費用は会社負担、90点以上になると報奨金を出すこととしている。社員の士気も上がり、「ペン習字」が一番の人気講座だそうだ。

18時30分にパソコンの電源を落とす

こうした様々な取組みを実践するアキツだが、ワークライフバランスの確保にも余念がない。毎日18時30分には一斉にパソコンの電源を落とし、それ以降は、現場もオフィスも一切残業はしない・させないこととしている。かつては深夜や翌朝まで残業することもあったが、外回りの営業職も含め、全社を挙げて改善に取り組んだ結果、売り上げを落とさずに「18時30分退社」を実現できている。

こうした取組みの成果は、メンタルヘルスの相談に行くことを特別視しないオープンな社風として培われているという。社員への細やかな気配り・目配りがそうした雰囲気を醸成し、生産性の向上にもつながっている。健康経営を実践するアキツの更なる躍進に期待したい。



社員食堂の一角に畳のスペースを設置

コラム　テレワーク勤務者へのメンタルヘルス対策の取組み（株式会社ジョイゾー）

テレワーク勤務者へのメンタルヘルス対策の取組みを行っている株式会社ジョイゾー（以下「ジョイゾー」）を訪ね、お話を伺った。

テレワークで見えてきた課題

ジョイゾーは、システム開発を主な事業内容としている2010（平成22）年創業のIT企業である。2016（平成28）年より一部の社員を対象にテレワークを導入していたが、コミュニケーションに関する課題が次第に顕在化してきたことにより、様々な取組みを行ってきた。

テレワークの下では、対面でのコミュニケーションが減少する。また、オンライン上では、お互いの様子が見えにくいという状況にも直面する。こうした問題を解消するために、バーチャルオフィスを導入し、お互いの様子がわかるよう、オンライン上で社内を可視化した。

また、仕事上の軽微な困りごとは、誰もが見られるチャット上にメッセージを出すことにより他の社員から反応や助言がもらえ、問題解決につながった。チャット上では、仕事以外の雑談もOKだ。業務上重要な相談などの場合は、オープンなチャットとは別の空間も用意されている。また、自分の所属外のチームのやりとりを見ることもできるため、隣のチームがどのような業務をしているのかといったこともわかるという。

情報共有の一環として、1年目の社員に日報を書いてもらうことも始めた。内容は、その日の業務に関することだけでなく、目にとまったニュースや読んだ感想についても書いてもらうことにした。新しい情報に常にアンテナを張ってもらい、関心を持ってほしいという思いからだ。若手社員にとっても、日報について先輩社員から反応をもらえることで、オンライン上でのコミュニケーションに入りやすくなり、また、担当業務のことや自分自身のことを知ってもらえることで、チームとのつながりを感じることもできる。



業務キャパシティを数値化する

働く場所に関わらず、各社員の一週間の業務キャパシティが数値化されているのもジョイゾーの特徴だ。社員は、自分のキャパシティの中で、その業務にどれくらい労力がかかりそうか、結果、どれくらい労力がかかったかを、予定と実働でそれぞれ数値化する。それにより、チーム内で、誰が、どれくらいの業務量を抱えているかが、一目でわかるようになっている。上司は、キャパシティを超過気味の社員を早めに把握し、定例のミーティングとは別に、個別面談の場で状況を確認し、必要があれば速やかに状況の改善を図る。

「その社員にとって、業務が多いのか、難しい業務なのか、もしくは学びが必要なのか。大切なことは、成果を出してもらうために、どういった状況にあるのかを把握することです」。四宮取締役副社長はそう話す。

会いに行くオフィス

コロナ禍の中では、フルリモートという勤務形態を全社員に適用したが、新入社員への対応で四宮さんの印象に特に残っていることがあるという。オンライン面接を経て即採用、そのまま地方の居住地でテレワーク勤務をしてもらったある社員のことだ。優秀な社員だったため、成果物は期日までにきちんと出てくる。しかし、フルリモートという状況からか、いつしか孤独感やプレッシャーを積み重ねていた。四宮さんがそのことに気づいたのは、その社員が突然退職を申し出たときだった。フルリモートでの働き方やマネジメントの難しさが感じられるエピソードだ。

ウィズコロナ・ポストコロナへと社会が変化する中で、ジョイゾーでは、1年目の社員には出社とテレワークのハイブリッドな働き方を推奨している。

現在は、個々の事情によりフルリモートに近い勤務状態の社員もいるが、ジョイゾーにおけるオフィスの位置づけは、「仕事に行く場というよりも、会いに行く場」だ。オフィス内ではフリーアドレスが採り入れられ、また、業務終了後には、社員同士でレクリエーションを楽しむこともある。

「特に新人の社員には、リアルなコミュニケーションを大切にしている社風であるということを最初に説明しています。また、リモートありきではない、出社のメリットも伝えています」。四宮さんはそう話した。

ワーケーションも活用しながら

ジョイゾーは、北海道と新潟県にサテライトオフィスを設置している。通常は、当地で働く社員の仕事場だが、北海道オフィスを利用して、社員研修を兼ねたワーケーションを実施した。

2020（令和2）年からは、個々の社員の希望で、ワーケーションが可能な制度を設け、ワーケーション手当も支給するようにした。

サテライトオフィスで通常働く社員も、よく東京オフィスを訪れ、社員同士で「会いに行く」コミュニケーションを楽しんでいる。

働く場所を問わない業務管理や働き方を導入しつつ、テレワークの経験から得られたリアルの大切さを社員としっかり共有する。こ

うした取組みを行ってきたジョイゾーは、先進的な事例として評価され、東京都主催の「第3回TOKYOテレワークアワード」で推進賞を受賞した。

ジョイゾーが企業理念として掲げる「ENJOY YOUR WORLD」のとおり、社員達は、日々、デジタルとリアルを自由に行き来しながら、仕事を含めた人生を楽しんでいるようだ。



MEMO　つながらない権利

日本労働組合総連合会（連合）が2023（令和5）年12月7日に公表した「つながらない権利に関する調査2023」結果によると、回答した雇用者の7割超が、勤務時間外に部下・同僚・上司から業務上の連絡がくることがあると答えた。また、連絡がくることにストレスを感じていると回答した雇用者は6割を超え、勤務時間外の連絡の制限が必要だと思うと回答した雇用者は6割強に達した。

休日や休暇を含む勤務時間外に、仕事上のメールや電話への対応を労働者が拒否することのできる権利である「つながらない権利」について、これによって勤務時間外の連絡を拒否できるのであれば、そうしたいと思うかを全回答者に尋ねると、「非常にそう思う」が29.2%、「ややそう思う」が43.4%で、両者を合わせた割合は7割以上に達した。

フランスでは、2016（平成28）年8月に成立した労働法改革の中で、「つながらない権利（droit à la déconnexion）」に関する規定が導入されており、また、ドイツでは、2021（令和3）年6月の事業所組織法の改正により、使用者が労働者へアクセス可能な時間帯の設定について、事業所委員会（従業員代表）に共同決定権が認められることになった。

（参考）“つながらない権利”に関する調査2023（2023年12月7日　日本労働組合総連合会公表）

②　治療と仕事の両立支援の取組みの充実
（両立支援コーディネーターの更なる活用を図っていくことが求められる）

職場におけるこころの不調を抱える人を支える仕組みとして、厚生労働省では、治療と仕事の両立を推進するために、事業場や医療機関、労働者本人などの3者間の情報共有を担う者として両立支援コーディネーターの養成に取り組んできたが、企業における両立支援の認知度は50%程度であり、依然として低い状況であるとの指摘もある[*8]。また、養成した両立支援コーディネーターの活動状況に関する調査[*9]からは、中小事業場では産業保

＊8　令和4年度労災疾病臨床研究事業分担研究報告書（医療機関・会社を対象とした両立支援アンケート調査（最終年度報告））。
＊9　令和4年度労災疾病臨床研究事業分担研究報告書（両立支援コーディネーターを対象とした両立支援アンケート調査（最終年度報告））。

健担当者が配置されていないことが多く、両立支援も保健福祉の専門資格を持たない人事労務担当者が担っている可能性が高いことなどから、両立支援コーディネーターに対する継続的な研修や相談先の整備などの必要性についての示唆も得られている。

こうしたことを踏まえ、「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」等の周知啓発を強化するとともに、両立支援コーディネーターへの継続的な研修等、実践能力の向上を図るための取組みが求められる。

③　子育て・介護と仕事の両立支援の取組みの充実
（「共働き・共育て」と介護離職の防止を進める必要がある）

子育てや介護は、働き盛り世代のこころの健康に影響を与えうる主なライフイベントのひとつである。法改正を含め、これまでも両立支援に関する様々な施策が講じられてきたが、2023（令和5）年12月22日に閣議決定された「こども未来戦略」には、「共働き・共育ての推進」として、男性の育児休業取得率を2025年に50%、2030年に85%とする目標や、「男性育休の取得促進」、「育児期を通じた柔軟な働き方の推進」といった内容が盛り込まれた。

また、いわゆる介護離職は、2021（令和3）年10月～2022（令和4）年9月までの1年間で約10.6万人にのぼっており[*10]、その背景には、介護休業が「介護の体制を構築するために一定期間休業する場合に対応するもの」と位置づけられている一方、「介護休業期間は介護に専念するための期間である」と考える人が、事業主と労働者のいずれにも一定程度みられるなど、介護休業制度の目的についての理解が必ずしも十分でないことが分かった。離職の背景には、労働者が介護休業制度や介護休暇制度、その他の柔軟な働き方などの両立支援制度について、制度の内容やその利用方法に関する知識が十分でなかったケースもあると考えられる。

こうしたことから、「仕事と育児・介護の両立支援対策の充実について」（2023（令和5）年12月26日労働政策審議会建議）を踏まえ、子の年齢に応じた柔軟な働き方を実現するための措置や、介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度の周知の強化等を内容とする「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及び次世代育成支援対策推進法の一部を改正する法律案」を2024（令和6）年3月に第213回通常国会に提出した（**図表3-2-4**）。

なお、両立支援の取組みを進めるに当たっては、子育てや介護以外も含めた多様なライフイベントとの両立に対するニーズのある労働者との公平感や納得感にも配慮し、また、子育てや介護などの理由にかかわらず、仕事と生活が両立しやすい職場環境を整備していくことが期待される。

＊10 総務省「就業構造基本調査」（2022年）。

図表3-2-4　育児・介護休業法等の一部を改正する法律案の概要

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 次世代育成支援対策推進法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

男女ともに仕事と育児・介護を両立できるようにするため、子の年齢に応じた柔軟な働き方を実現するための措置の拡充、育児休業の取得状況の公表義務の対象拡大や次世代育成支援対策の推進・強化、介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

１．子の年齢に応じた柔軟な働き方を実現するための措置の拡充【育児・介護休業法】

① ３歳以上の小学校就学前の子を養育する労働者に関し、事業主が職場のニーズを把握した上で、柔軟な働き方を実現するための措置を講じ（※）、労働者が選択して利用できるようにすることを義務付ける。また、当該措置の個別の周知・意向確認を義務付ける。
※　始業時刻等の変更、テレワーク、短時間勤務、新たな休暇の付与、その他働きながら子を養育しやすくするための措置のうち事業主が２つを選択

② 所定外労働の制限（残業免除）の対象となる労働者の範囲を、小学校就学前の子（現行は３歳になるまでの子）を養育する労働者に拡大する。

③ 子の看護休暇を子の行事参加等の場合も取得可能とし、対象となる子の範囲を小学校３年生（現行は小学校就学前）まで拡大するとともに、勤続６月未満の労働者を労使協定に基づき除外する仕組みを廃止する。

④ ３歳になるまでの子を養育する労働者に関し事業主が講ずる措置（努力義務）の内容に、テレワークを追加する。

⑤ 妊娠・出産の申出時や子が３歳になる前に、労働者の仕事と育児の両立に関する個別の意向の聴取・配慮を事業主に義務付ける。

２．育児休業の取得状況の公表義務の拡大や次世代育成支援対策の推進・強化【育児・介護休業法、次世代育成支援対策推進法】

① 育児休業の取得状況の公表義務の対象を、常時雇用する労働者数が300人超（現行1,000人超）の事業主に拡大する。

② 次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画策定時に、育児休業の取得状況等に係る状況把握・数値目標の設定を事業主に義務付ける。

③ 次世代育成支援対策推進法の有効期限（現行は令和７年３月31日まで）を令和17年３月31日まで、10年間延長する。

３．介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度の強化等【育児・介護休業法】

① 労働者が家族の介護に直面した旨を申し出た時に、両立支援制度等について個別の周知・意向確認を行うことを事業主に義務付ける。

② 労働者等への両立支援制度等に関する早期の情報提供や、雇用環境の整備（労働者への研修等）を事業主に義務付ける。

③ 介護休暇について、勤続６月未満の労働者を労使協定に基づき除外する仕組みを廃止する。

④ 家族を介護する労働者に関し事業主が講ずる措置（努力義務）の内容に、テレワークを追加する。　等

このほか、平成24年の他法の改正に伴い整備する必要があった地方公営企業法第39条第６項について規定の修正等を行う。

施行期日

令和７年４月１日（ただし、２③は公布日、１①及び⑤は公布の日から起算して１年６月以内において政令で定める日）

資料：厚生労働省雇用環境・均等局作成

第３節　社会の意識変容に向けて

こころの不調は、自分自身や身近な人など、誰もが経験しうるものである。しかしながら、第１章第４節で人々の意識についてみたように、医療や支援が必要であることに気づいていても、相談のしづらさを感じたり、通院をためらいがちになる場合もあることから、一人ひとりがこころの不調に関する理解を深めるとともに、身近な人の変調に気づき、支え手となることも必要となる。

前章において述べたように、たとえば、学習指導要領の改訂等を受け、2022（令和４）年度から、こころの不調に対する自身や周囲の知識不足などにより、援助を求めにくい思春期の若者たちが、こころの病気の正しい知識や早期対処の必要性について理解を深めるため、高等学校の保健の授業のなかで精神疾患について学ぶ機会を得ている。社会の態度や行動の変容を起こすためには、こうした取組みのように、ライフステージや分野ごとに、明確な狙いを持った普及啓発が必要である。

1 こころの不調を知り、こころの不調に悩む人をサポートするための普及啓発

(1) 心のサポーター養成事業

(地域や職場でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して傾聴を中心とした支援を実施)

「心のサポーター養成事業」は、こころの不調に対するスティグマ（差別や偏見）を減少させ、その応急処置を伝えることを目的とするメンタルヘルス・ファーストエイドの考え方に基づいた、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の取組みである。

厚生労働省では、2021（令和3）年から「心のサポーター養成事業」を開始しており、3年間のモデル事業期間を経て、2024（令和6）年から都道府県等が主体となって心のサポーターの養成を担い、全国でより多くの心のサポーターの養成を進めることとしている。

心のサポーターが全国で養成されることで、地域におけるこころの不調や精神疾患に関する正しい知識の普及啓発に寄与するとともに、早期支援に繋がることが期待されている。

また、こころの不調やメンタルヘルスの問題について関心のない層の理解を促進するためには、マスメディアやSNS、関係機関等を通じて、適切に情報発信を行うことが重要である。

コラム 官民を超えた普及啓発への取組み －心のサポーター養成事業－（神奈川県）

誰もが精神疾患やこころの不調になる可能性があることから、あらゆる人が地域で安心して暮らすことのできる社会の実現に向け、全国の自治体が取組みを進めている。

その中でも、精神疾患や精神障害についての普及啓発は、国の様々な検討会等において障害を理由とする差別の解消を推進するために重要とされ、具体的な態度や行動の変容までつながるような設計が求められている。

厚生労働省は、2021（令和3）年度から、メンタルヘルスやうつ病等の精神疾患に対する正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する傾聴を中心とした支援者を養成するために、モデル事業として「心のサポーター養成事業*1」を開始した。

神奈川県は、開始年度当初より参加しており、管内の市町村との協力はもちろん、大学や民間企業との連携も進めることで、着実に養成者数を増やすことに成功している。今回はその取組みを紹介する。

神奈川県の実施状況

	実施回数	養成者人数
2021年度	10	675
2022年度	13	534
2023年度	13	797

神奈川県では、これまでの3年間の同養成事業の実施で、2,000人以上の心のサポーターを養成している。

年度を重ねるごとに、受講可能人数を徐々

＊1 「心のサポーター養成事業」：メンタルヘルスやうつ病などの精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する傾聴を中心とした支援者を養成している。

に増やすことや、関係機関と協力することで幅広い層の受講を可能にすること等の工夫を行ってきた。

管内の市町村との連携

県内で広く心のサポーターを養成していくためには、管内市町村の協力は必要不可欠である。

神奈川県では、管内の市町村に依頼し、会場確保、広報、当日の運営の一部について協力を得ることができた。その結果、多数の受講希望者を受け入れることができ、当日も、神奈川県の職員と市町村の職員が協働し、円滑な事業実施をすることができた。特に、指定都市の横浜市、川崎市、相模原市には主体的に事業を運営してもらうよう県から働きかけることで、指定都市も研修実施のノウハウを培うことができ、今後の事業実施の推進力にも繋がることが期待されている。さらに、就業者は平日の受講が困難であることが多いことから、2023（令和5）年度には土曜日にも開催している。



心のサポーター養成研修のペアワークの様子

県内企業及び教育機関との連携

神奈川県は、2019（令和元）年9月に武田薬品工業株式会社と地域医療の充実及び医療費の適正化における連携協定を締結し、うつ病等の精神疾患を含む県内の健康課題の解決に向けて官民協働で取り組んでいる。

その一環として、2022（令和4）年度には、武田薬品工業株式会社が神奈川県に対し、既に県が実施していた心のサポーター養成事業の実施を希望し、職域モデルとして開催するに至った。受講対象者は、自社社員のみならず、会社の呼びかけにより、医薬品卸業者の従業員、さらには県内の薬局等の薬剤師にまで拡大して実施することができた。令和5年度はさらに別の企業とも連携し、受講の対象を拡大した結果、県全体の心のサポーター養成者数の3割を占める状況となった。

こうした企業との協働は、企業側にとっては、自社の社員のメンタルヘルス対策や企業としての地域貢献、自治体にとっては、日頃あまりアプローチできない対象者層である勤労者に対して効率的に普及啓発ができ、互いにメリットがあった。さらに、2023年度は、県内の看護大学に通う学生に向けても研修を実施している。

事業の評価

神奈川県では、事業実施後に受講者に対して独自にアンケートを実施しており、回答した9割以上の受講者が精神疾患やメンタルヘルスに関する正しい知識等について理解することができ、心のサポーターとして活動したいと回答している。また、半年後の再調査では、回答した受講者の約9割が「日常生活の中で精神疾患やメンタルヘルスに関しての自身の考え方や気持ちに変化があった」、「研修内容が役に立っている」と回答し、受講当日だけではない、継続した効果が確認されている。さらに、2023年度に初めて実施した県内看護大学の学生への研修については、将来的に患者や住民と接する機会が多いことや、近年の若年層のメンタルヘルスの課題の増加から、実施する意義が大きいと県担当者としては実感している。

受講者の多くが、研修で学んだことを活かそうとしてもらえていることから、今後心のサポーターが実際に、前向きに地域で活動してもらえると手応えを感じている。

今後の課題と展望

神奈川県では、3年間のモデル事業の中で、事業実施の手法や民間企業の職域連携を積み上げてきたが、一方で県民の心のサポーターに対する認知度はまだ低く、今後は管内の市町村ともより一層協力し、地域の実情に応じた事業の実施方法の検討が必要だと考えている。

また、メンタルヘルスに関する取組みを行

う企業は増えているため、引き続き職域連携も進めていく必要がある。さらに、「心のサポーター」は、誰もが安心して暮らせる社会づくりにも資することから、神奈川県は、来年度以降も引き続き、サポーターの養成を進める予定である。

神奈川県の取組みを参考に、職域も巻き込みながら、全国の自治体で「心のサポーター」の養成が進むことを期待したい。

(2) こころの不調に対するスティグマの克服

(当事者が感じている切実な願いや切迫感を受け止め、施策を講じる必要がある)

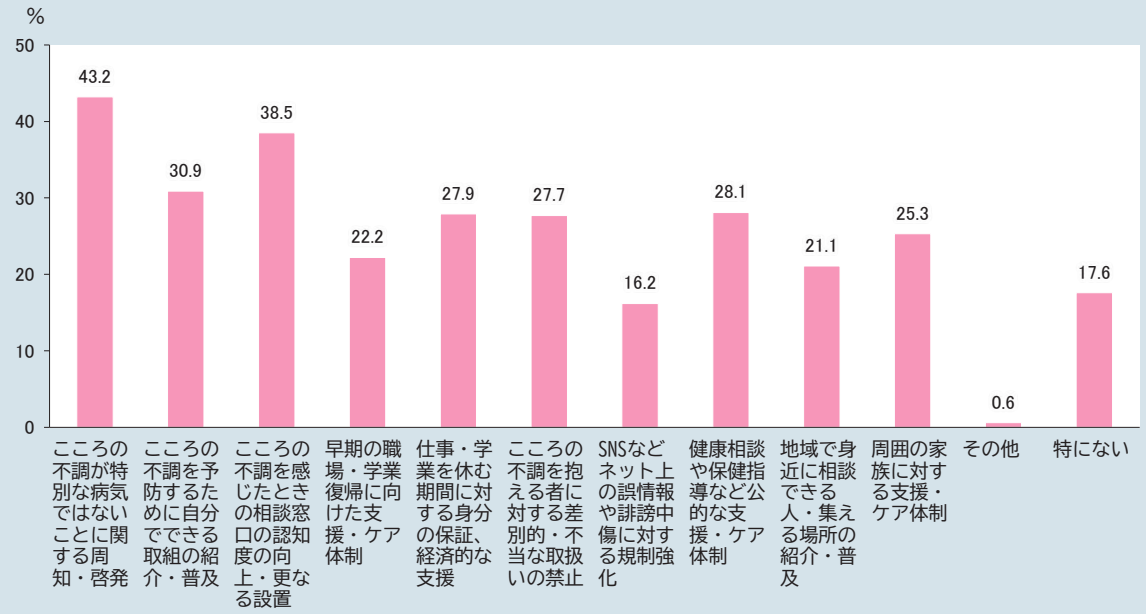
こころの不調に対するスティグマ（差別や偏見）の解消は、当事者ほど自らの経験を通じてその必要性を感じている。厚生労働省が2023（令和5）年度に行った「少子高齢社会等調査検討事業」によると、誰もがこころの不調になりうることについて社会の理解が一層深まるために有効な施策について尋ねたところ、「こころの不調が特別な病気ではないことに関する周知・啓発」が43.2%で最も多く、次いで「こころの不調を感じたときの相談窓口の認知度の向上・更なる設置」が38.5%、「こころの不調を予防するために自分でできる取組の紹介・普及」が30.9%であった（**図表3-3-1**）。

これらの回答を、回答者のこころの健康の現状別にみると、「ストレスや不安感はまったくない」と回答した人よりも、ストレスや不安感に対して何らかの対処をしている人（「自分なりの症状緩和措置をとっている（薬は利用しない）」、「市販薬を利用する」または「病院にかかっている」と回答した人。）のほうが、いずれの施策についても有効と思う割合が高かった。また、これらの回答者群の間で回答割合の差が最も大きかったのは「仕事・学業を休む期間に対する身分の保証、経済的な支援」、次いで「こころの不調を抱える者に対する差別的・不当な取扱いの禁止」であり、いずれも回答者群の間で20%ポイント程度の差がみられた（**図表3-3-2**）。

こころの不調について、社会の幅広い層に理解を広げていくことが必要であることは言うまでもない。しかしながら、現にストレスを抱えながら対処をしている人と、ストレスや不安感がまったくない人との間にみられるこうした差について、当事者意識の差とみることも可能であり、施策に対する当事者の切実な願いや、置かれた状況の切迫感を丁寧に受け止め、適切に施策を講じていくことが求められる。

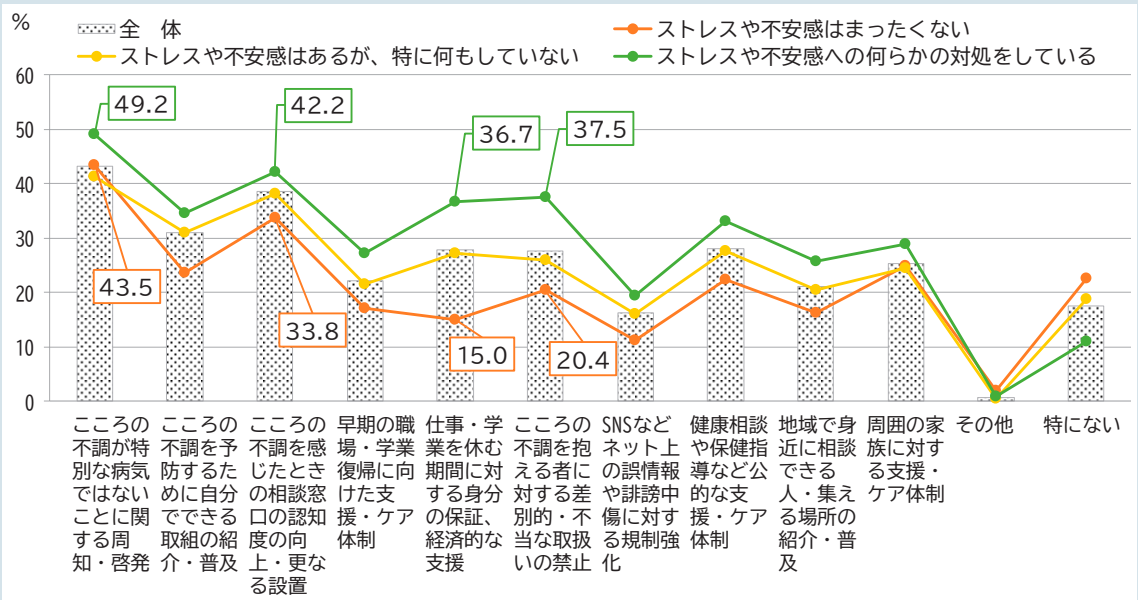
当事者には、施策の必要性を感じた具体的なエピソードがあるはずである。ライフステージのどの場面で、どのような思いを余儀なくされ、何を必要と感じたのか、その声に耳を傾け、施策に反映していく取組みが、より効果的な施策の実施に有効と考えられる。

図表3-3-1　こころの不調に対する社会の理解が深まるために有効な施策



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

図表3-3-2　こころの不調に対する社会の理解が深まるために有効な施策（こころの健康の現状別）



資料：厚生労働省「少子高齢社会等調査検討事業」（2023（令和5）年度）

MEMO 世界メンタルヘルスデー

世界精神保健連盟が、1992（平成4）年より、メンタルヘルス問題に関する世間の意識を高め、偏見をなくし、正しい知識を普及することを目的として、10月10日を「世界メンタルヘルスデー」と定め、その後、世界保健機関（WHO）も協賛し、正式な国際デー（国際記念日）とされており、同日に合わせ、厚生労働省では、世界メンタルヘルスデーの普及啓発に関するイベントを開催し、メンタルヘルスに関する普及啓発に取り組んでいる。

2 性別役割分業意識を乗り越える必要性

（1）性に中立的なライフイベントから生じるストレスを誰が引き受けているのか

（子育てと介護のダブルケアをしている人は、約20万人で6割が女性）

第1章でみたように、子育て世帯で仕事をしている女性は、「仕事のある日」において、概ね育児時間が長いほどディストレス（抑うつ・不安）の高得点層が多いという傾向が認められた。他方で、共働き世帯の育児時間は妻のほうが夫よりも3倍程度長く、現状では、共働きをしている子育て世帯において、女性は子育てに関するディストレスを抱えやすい状況にあるといえる。

近年、晩婚化や高齢社会の進展により、子育て世帯が同時に親の介護を担っている場合も少なくない。総務省「令和4年就業構造基本調査」によると、未就学児の育児をしながら、家族の介護をしている者（ダブルケアをしている者）は、令和4（2022）年時点で20.1万人となっており、男女別にみると、女性が6割、また、年代別では30代後半と40代前半が多くなっている。

このように、ストレス要因にもなりうるライフイベントが同時並行することは、その担い手のこころの健康に一層大きな負担をもたらしうるが、本来性別に関係なく経験されうる子育てや介護といったライフイベントが、依然、主に女性によって担われており、女性のこころに負担をかけているということに、改めて留意しなければならない。

（2）若い世代に根づきつつある新たな人生観

（育児などを「自分が率先してするべき」と考える人は、20代ではほぼ男女差がない）

OECD（経済協力開発機構）が2021年にまとめた生活時間の国際比較データによると、家庭内での子育てや介護などの無償労働を行う時間は、比較国のいずれの国も女性の方が長かったが、男女比（男性を1とした場合の女性の比率）をみると、男女比が大きいのは、比較国中、5.5倍の日本、4.4倍の韓国となっていた[*11]。こうした背景には、性別役割分業意識などが指摘されているが、近年、変化の兆しもある。

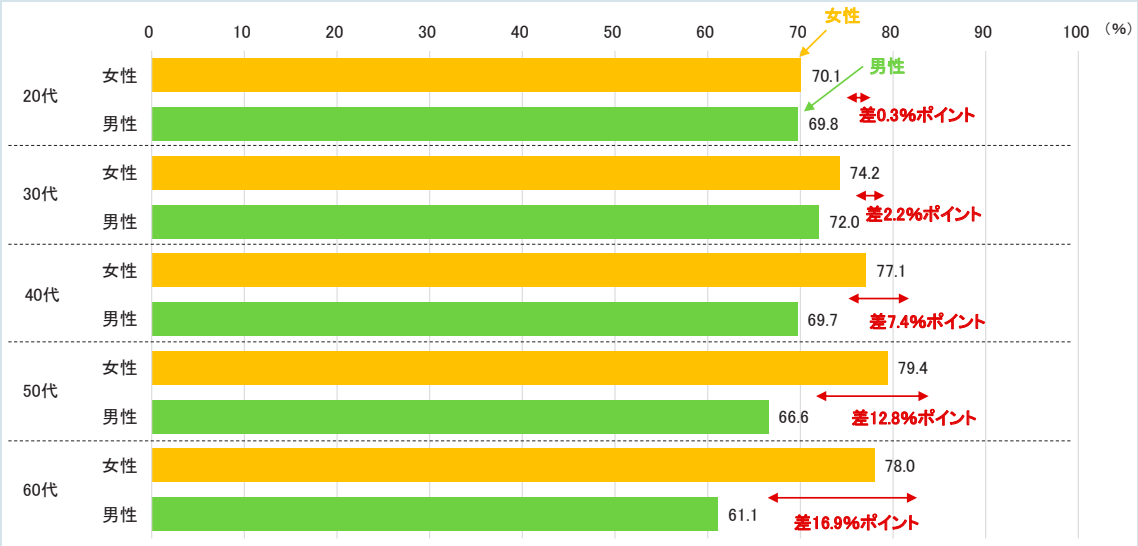
内閣府が2022（令和4）年度に行った「新しいライフスタイル、新しい働き方を踏まえた男女共同参画推進に関する調査」によると、家事や育児などを「自分が率先してする

＊11 内閣府「男女共同参画白書」（令和5年版）15頁参照。

べきことである」と考える人は、世代が若くなるほど同年代の男女間の意識差が縮まる傾向にあり、20代の男女では、ほぼ差がなかった（図表3-3-3）。

我が国の将来を担う若い世代に根づきつつある新しい人生観が、彼ら・彼女たちの人生において実現できる社会としていくことが、こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会の実現においても非常に重要であるといえるだろう。

図表3-3-3　根づきつつある新たな生活様式・働き方（家事・育児等を取り巻く状況）



（備考）1.「令和4年度 新しいライフスタイル、新しい働き方を踏まえた男女共同参画推進に関する調査」（令和4年度内閣府委託調査）より作成。
2.「そう思う」「どちらかといえばそう思う」の累計値。

資料：内閣府「令和5年版男女共同参画白書」に基づき、厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室作成

第4節　こころの健康と向き合う一人ひとりの取組み

第1章第4節でみたように、過去20年間で人々の健康に対する意識は変わりつつある。心身の総合的な健康に対するリスク要因として、特にこころの健康に対するリスク要因への意識が、時代とともに少しずつ強まっている可能性が読み取れた。そのような人々のこころの健康に対する意識の高まりを確実に捉えながら、一人ひとりが積極的にこころの健康と向き合う取組みを、社会として支えていく必要がある。

1　日常生活を整える

（1）健康づくりのための睡眠ガイド 2023

（より多くの国民が良い睡眠を習慣的に維持するために、睡眠ガイドが策定された）

第1章では、睡眠時間がこころの健康を確保する上で重要な要素であるにもかかわらず、我が国の睡眠時間は、国際的にみても短くなっていることについて述べた。また、人々が自身の健康を判断するポイントとして、睡眠時間を重視する傾向が強まっている可能性についても指摘した。

心身の健康を保ち、生活の質を高めていくためには、睡眠の量（睡眠時間）と質（睡眠

休養感）のいずれについても十分に確保することが極めて重要になってくる。

我が国では、2014（平成26）年度に「健康づくりのための睡眠指針 2014」が策定され、こうした指針を活用して、2023年までの10年間、「21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」における休養分野の取組みが進められてきた。しかし、休養分野の指標である「睡眠による休養を十分とれていない者の割合」は、ベースライン値の 18.4%（2009年）から、15%（2022年度）に低下させることを目標としていたが、最終評価時は 21.7%（2018年）とむしろ上昇した。

こうした状況を踏まえ、健康づくりに寄与する睡眠の特徴を国民に分かりやすく伝え、より多くの国民が良い睡眠を習慣的に維持するために必要な生活習慣を身につける手立てとなることを目指し、最新の科学的知見に基づき「健康づくりのための睡眠指針 2014」を見直し、「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」（以下「睡眠ガイド2023」という。）が策定された。

睡眠ガイド2023の大きな特徴は、適正な睡眠時間と睡眠休養感の確保に向けた推奨事項を「高齢者」、「成人」、「こども」ごとに取りまとめた点である（**図表3-4-1**）。また、睡眠障害についても概説するとともに、女性ホルモンの変動が睡眠に及ぼす影響や、交替制勤務における睡眠の不調等の健康リスク等にも触れた上で、生活習慣等において睡眠休養感を高める工夫も整理されている。

2024（令和6）年度から始まる「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次））」において目標として掲げられた適正な睡眠時間と睡眠休養感の確保に向け、国民一人ひとりのライフステージやライフスタイルに応じて、良質な睡眠を確保するための実用的なツールとして活用されることが期待されている。

図表3-4-1　睡眠ガイド2023における推奨事項一覧

全体の方向性	個人差等を踏まえつつ、日常的に質・量ともに十分な睡眠を確保し、心身の健康を保持する
高齢者	● 長い床上時間が健康リスクとなるため、床上時間が８時間以上にならないことを目安に、必要な睡眠時間を確保する。 ● 食生活や運動等の生活習慣や寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。 ● 長い昼寝は夜間の良眠を妨げるため、日中は長時間の昼寝は避け、活動的に過ごす。
成人	● 適正な睡眠時間には個人差があるが、６時間以上を目安として必要な睡眠時間を確保する。 ● 食生活や運動等の生活習慣、寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。 ● 睡眠の不調・睡眠休養感の低下がある場合は、生活習慣等の改善を図ることが重要であるが、病気が潜んでいる可能性にも留意する。
こども	● 小学生は９～12時間、中学・高校生は８～10時間を参考に睡眠時間を確保する。 ● 朝は太陽の光を浴びて、朝食をしっかり摂り、日中は運動をして、夜ふかしの習慣化を避ける。

資料：厚生労働省「健康づくりのための睡眠ガイド2023」

(2) 認知療法、認知行動療法

(認知行動療法の手法は、こころの不調を予防するためのセルフケアにも役立つ)

認知療法（認知行動療法）とは、人間の感情や行動が認知のあり方の影響を受けることから、認知に働きかけて気分や行動を変化させることを目的とした短期の精神療法である。

人は自らの経験や環境の中で身に着けた「決まったものの考え方（自動思考）」をもとに行動を決めることが知られており、自動思考の歪みがストレスや生きづらさの原因となることが少なくない。認知行動療法は、この自動思考を多くの場面で適用しやすいものに変化させ、行動を変容させていこうとする。

認知行動療法は、うつ病に対する治療法として開発され、薬物療法に匹敵する効果があり、再発予防は薬物療法以上であることから注目されてきた。その後、不安障害、ストレス関連障害、双極性障害、統合失調症、不眠症といった精神疾患だけでなく、日常のストレス対処などにも、その適用範囲は広がりをみせている。

厚生労働省では、2009（平成21）年度に「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」を策定・公表[*12]しているほか、2010（平成22）年度からうつ病の自殺対策として認知行動療法研修事業を委託事業として実施し、2022（令和4）年度までに1,822名がうつ病の認知療法・認知行動療法ワークショップに参加した。さらに、他疾患でも有効性が証明されてきた背景を踏まえ、2020（令和2）年度からは不安症・強迫症・心的外傷後ストレス障害といった疾患の認知行動療法の研修も実施している。

認知行動療法の手法は、日常的なストレスに対処し、私たち自身のこころの不調を予防するためのセルフケアにも役立ちうるものである。栄養のある食事や適度な運動により身体の調子を整えるように、こころの健康保持についても日頃から気をつけて取り組むことが重要である。

MEMO　ライフスタイルはこころの健康にも大切

第1章第4節でみたように、厚生労働省が2023（令和5）年度に行った「少子高齢社会等調査検討事業」によると、ストレスや不安感が「ある、またはかなりあるが、特に何もしていない」と回答した人は23.1％で、年代が上がるにつれて対処をしている人が少ない傾向があることが分かった。

こころの健康のために日常から取り組みやすいセルフケアには、どのようなものがあるのだろうか。たとえば、バランスの取れた食事や良質の睡眠、適度な運動の習慣を維持することは、こころの健康の基礎固めになる。

ストレスがたまった時の対処として、日常生活の中で、リラックスできる時間をもつことも大切だ。ゆっくりと腹式呼吸をする、ぼんやりと窓の外を眺める、ゆったりお風呂に入る、軽く体をストレッチする、好きな音楽を聴くなど、気軽にできることからまずやってみてはいかがだろうか。

ただし、お酒を飲んでつらさを紛らわせようとすると、睡眠の質が低下し、こころも不安定になることがあるので注意が必要である。

（参考）国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所「こころの情報サイト」

＊12　2015（平成27）年度には「不安障害の認知療法・認知行動療法マニュアル」を策定・公表している。

2 こころの健康が気になる時は相談する

（こころの健康状態が気になる時に利用できる相談窓口は、身近にある）

「自分のこころの健康状態が気になるが、医療機関を受診すべきかどうか分からない」といった経験はないだろうか。そのような場合には、身近にある公的な相談窓口を利用することができる。

具体的には、地域の保健所や保健センター*13、都道府県と政令指定都市に設置されている精神保健福祉センター*14などがあるが、これらの相談窓口は、市区町村の役所に電話で問い合わせることができるほか、インターネットで検索することもできる。多くの窓口では、電話相談にも来所相談にも対応可能であり、専門家の意見を聞くこともできる。

特に中学生や高校生を始めとする青少年の皆さんに対しては、厚生労働省において、若者を支えるメンタルヘルスサイト「こころもメンテしよう」を開設しており、こころの健康やこころの病気に関する情報、そして、こころの不調の時の対応方法や相談先などを紹介しているので、是非ご覧いただきたい（図表3-4-2）。

＊13 保健所や保健センターでは、不眠、うつなど、こころの病気に関する不安や悩みのほか、家庭内暴力やひきこもり、不登校など思春期の問題に関する相談、アルコール・薬物などの依存症に関する相談などを受け付けている。医師などのこころの専門家に相談することもできる。

＊14 精神保健福祉センターでは、こころの健康相談から精神医療に関わる相談、アルコール・薬物乱用、思春期・青年期の相談などに応じている。こころの病気に関する不安があるとき、医療が必要かどうかも相談できる。近隣の医療機関などを紹介してもらうことも可能である。

図表3-4-2　若者を支えるメンタルヘルスサイト「こころもメンテしよう」



おわりに

誰もがこころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会の実現に向けて、私たちに必要なことは何か。本白書では、そのような問題意識のもと、こころの健康について様々な角度から論じてきた。

「はじめに」でも触れたように、こころの健康は人間の健康を支える土台であり、その維持・向上は、社会環境の質の向上そのものである。社会とは人の集合であり、社会の変容は、その社会を構成する一人ひとりの変容によってしか起こりえないとすると、社会環境の質の向上は、一人ひとりの意識改革と行動変容にかかっているともいえる。

どのような意識を持ち、行動すればよいのか。ストレスには心理的、社会的要因があり、対人関係や社会との関係に起因するストレスは誰もが経験しうることについて取り上げた。社会の一員として、こころの健康と社会とのつながりについて理解を深め、自らのこころの健康とともに、隣人のこころの健康にも留意しつつ社会生活を営むことが、「私たちに必要なこと」のひとつといえよう。

また、ライフイベントを始めとする様々なストレス要因に対応した施策や、こころの不調を抱える人を支える取組みについてもみてきた。そのなかで、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が目指す姿から、こころの健康に関する取組みにおける、自己決定や当事者の参加の重要性について確認した。共生社会の実現に向け、こころの不調を抱える人々の自己決定を支え、その幅を広げていく取組みを推し進めることもまた、「私たちに必要なこと」といえよう。

本白書の冒頭でみたように、こころの不調がない人ほどこころの健康の水準が高い場合が多いことは言うまでもない。しかし、こころの不調がない人であっても、こころの健康の水準が低い場合もありうる（WHO2022報告書に基づき整理した概念図（4頁）の左下の領域）。

これは、こころの不調は抱えていないものの、精神的に満たされてもいない状態ともいえ、日常生活のなかで自己の能力が十分に発揮できてない、やりがいや充実感などが十分に得られていないといった思いとも重なりうるだろう。その背景は決して一様ではないが、たとえば、本白書で取り上げた性別役割分業意識もそのひとつであるように、一人ひとりが、個性と多様性を尊重され、家庭で、地域で、職場で、能力を発揮でき、生きがいを感じることができる社会への道程には、未だ多くの課題が残されている。こうした課題と向き合うことは、私たちの社会を構成するあらゆる人々の自己決定を支え、その幅を広げていくこととともいいうるものである。

本白書で取り上げた施策は、必ずしもこころの健康を主眼に置いたものばかりではない。しかし、これらは皆、こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会の実現に不可欠であり、こころの健康に関する施策の多面性や、施策相互の有機的連携の可能性に対する示唆でもある。

本白書の「はじめに」で引用したWHO憲章の「健康」に関する一文には、次のような続きがある。

“The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion,

political belief, economic or social condition.”

「人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつ」と訳されている[*1]。

一人ひとりの置かれた立場や環境に違いはあれども、その人なりに到達可能な最高水準のこころの健康を追求することは、基本的人権という普遍的な価値をもつ営みであるといえるだろう。

このことは、上述した「私たちに必要なこと」、すなわち、隣人のこころの健康にも留意し、こころの不調を抱える人々の自己決定を支え、そしてあらゆる人が生きがいを感じることができる社会を実現するという意識と行動を束ね、包摂する視点を与えている。

こころの健康と向き合うことは、一人ひとりが、その価値の普遍性と、その価値を社会に実装していくことの重要性に向き合うことに他ならない。

＊1　日本WHO協会訳。

第2部

現下の政策課題への対応

※第２部は、おおむね2023（令和５）年度の動きについて記述している。

はじめに　我が国の人口動態：本格的な「少子高齢化・人口減少時代」へ

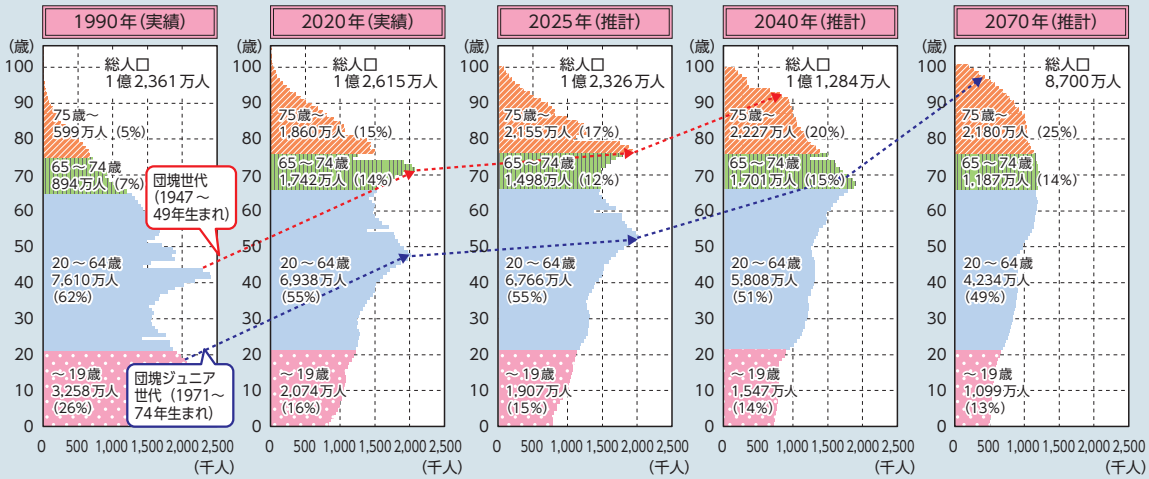
我が国の合計特殊出生率は、2005（平成17）年に1.26となり、その後、緩やかな上昇傾向にあったが、ここ数年低下傾向となっている。2023（令和5）年は1.20（概数）と過去最低となり、長期的な少子化の傾向が継続している。

また、2023（令和5）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（令和5年推計）」によると、現在の傾向が続けば、2070年には、我が国の人口は8,700万人となり、1年間に生まれるこどもの数は約50万人となり、高齢化率は約39%に達するという厳しい見通しが示されている（**図表序-1-1**）。

2022年12月に、全世代型社会保障構築会議で取りまとめられた報告書では、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎える歴史的転換期のなかで、社会保障政策が取り組むべき課題と取組みの方向性が示された。この中では、「少子化は、まさに、国の存続そのものに関わる問題であると言っても過言ではない」といった厳しい認識も示されている。私たちは、社会保障を含む経済社会の「支え手」の深刻な不足だけでなく、同時に進行する更なる高齢化による労働力の減少と人材不足の恒常化といった深刻な課題への対応も急がなくてはならない。

このような中長期的な展望の下で、第2部では、国民が能力に応じて支え合う社会保障の実現に加え、働く世代への子育て支援の充実や、「いつでも、どこでも、だれでも」希望する働き方で働ける働き方の改革など、我が国の経済社会の多様性や持続可能性を支える厚生労働省の現下の取組みについて紹介する。

序-1-1　人口ピラミッドの変化（1990年～2070年）



資料：実績値（1990年、2020年）は総務省統計局「国勢調査」（1990年は年齢不詳をあん分した人口、2020年は不詳補完値）、推計値（2025年、2040年、2070年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5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。

特集　令和6年能登半島地震への厚生労働省の対応について[*1]

第1節　被害の概況

石川県能登地方で、2024（令和6）年1月1日16時10分に最大震度7の地震が発生。その後も多くの地震が続き、その被害は、死者245人、重傷者320人、軽傷者980人、避難所数417か所、避難者数7,484人（最大はそれぞれ約1,300か所、約52,000人）に上った。

施設については、医療施設で26か所が停電・断水等により、入院診療に制限が生じたほか、社会福祉施設についても高齢者施設で307か所、障害者施設で48か所において、停電・断水等の被害が報告された。また、水道については、石川県ほか、北陸地方で一時期最大約13万戸が断水、断水戸数は約8,500戸となっている。

また、今回の地震では、長引く避難生活により、避難所の衛生環境・生活環境の悪化が顕著となり、ご病気の方、障害のある方、介護を要する方、妊婦やお年寄りの方には、大きな負担となった。避難所の環境改善を図り、災害関連死を防止するため、既に避難所に避難した方についても、環境の整った二次避難先（ホテル・旅館等）への二次避難の取組みが重点的に行われた。

二次避難に当たって、厚生労働省では、高齢者施設等を要介護高齢者等の避難先として確保した。また、介護職員等の応援派遣やDMAT[*2]、DWAT[*3]等との連携、被災者に寄り添った見守りや日常生活上の相談支援等により、1.5次避難所や二次避難先における要配慮者の医療・介護・福祉ニーズにきめ細かく対応した。

第2節　震災の発生を受けての厚生労働省の対応

1　厚生労働省における震災への対応

厚生労働省では1月1日16時10分の地震発生後直ちに、「厚生労働省災害情報連絡室」を設置し、省内災害対応関係者の緊急参集等により体制を構築し、被害情報等の収集を開始した。その後、同日17時30分に政府内で「特定災害対策本部」が設置されたことに伴い、「厚生労働省災害対策本部」（本部長：厚生労働事務次官）に改組し、同日21時45分に第1回本部会議を開催した。また、同日22時40分に政府の「特定災害対策本部」が「非常災害対策本部」に改組されたため、「厚生労働省災害対策本部」の本部長を厚生労働大臣に変更した。4月1日までに計15回の会合を開き、被害情報等の共有や対応方針の決定を行った。

さらに、発生当日23時22分に政府の「非常災害現地対策本部」が設置されたことに伴

＊1　原則、2024（令和6）年4月1日時点で記載している。
＊2　「Disaster Medical Assistance Team」の略。大地震及び航空機・列車事故等の災害時や、新興感染症等のまん延時に、機動性をもって地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守るため、厚生労働省の認めた専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チーム。
＊3　「Disaster Welfare Assistance Team」の略。介護福祉士や社会福祉士、ケアマネージャー等の職員により編成。

い、1月3日より、厚生労働省本省から石川県に延べ約2,000人日の職員を派遣し、被災者の命や健康を守るため、被災地・被災者の支援ニーズを直接把握する体制の整備を行い、保健医療福祉調整本部への参画等、被災自治体と連携し避難者支援等を行った。また、地方厚生局や労働局からも同様に石川県に延べ約1,400人日を派遣し、本省職員と連携しながら、ロジスティクス面での支援等の対応を行った。このほか、厚生労働大臣等が、現地を訪問し、被災状況や支援ニーズを確認した。

以下では、令和6年能登半島地震に関して、厚生労働省及び厚生労働省の関係機関が実施した、あるいは現在実施している施策を中心に紹介する。

2 被災地・被災者への支援

(1) 発災直後の救急対応等

1 医療の確保

(災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣)

災害派遣医療チーム（DMAT）については、被災地の医療提供体制を確保するため、震災発生直後より、医療機関等の被災状況に関する情報集約、DMATの派遣調整を行い、石川県の要請に基づき、県内外から延べ1,139隊のDMATが派遣された。

現地では、県庁に石川県DMAT調整本部が設置され、能登半島北部地域を中心に、医療提供体制の維持のため、被災した医療機関及び福祉施設における診療や患者搬送等の支援を実施したほか、避難所における避難者の健康観察や診療の支援も実施した。

(医療関係団体による医療チームの派遣)

石川県の要請に基づき、日本医師会災害医療チーム（JMAT[*4]）、日本赤十字救護班等の医療チームは、急性期以降における医療機関及び福祉施設における診療や患者搬送等の支援のほか、避難所における避難者の健康観察や診療の支援も実施した。

(災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣)

災害派遣精神医療チーム（DPAT[*5]）については、震災発生直後から現地の精神保健医療ニーズに関する情報集約、DPATの派遣調整を行い、石川県の要請に基づき、県内外から延べ196隊のDPATが派遣された。

現地では、珠洲市、輪島市、七尾市を中心に、急性期の精神医療ニーズへの対応として、精神症状が悪化した精神疾患患者の診察や薬剤調整、患者搬送支援等を実施するとともに、他の保健医療支援チーム等と連携し、金沢市等に設置された1.5次避難所を含め、避難所巡回等を通じた専門的な心のケアを実施した。

(看護職員等の派遣)

厚生労働省では、被害の大きかった能登半島北部の市立輪島病院、珠洲市総合病院、公

＊4 「Japan Medical Association Team」の略。災害発生時、被災地の都道府県医師会の要請に基づく日本医師会からの依頼により、全国の都道府県医師会が、郡市区医師会や医療機関などを単位として編成される災害医療チーム。

＊5 「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。災害時に、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、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム。精神科医師、看護師、業務調整員の3～4人程度で構成される。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置づけている。



立穴水総合病院及び公立宇出津総合病院において必要な医療が提供できるよう、石川県の要請に基づき、全国の公的医療機関（日本赤十字社、全国自治体病院協議会、国立高度専門医療研究センター、地域医療機能推進機構、国立病院機構、国立ハンセン病療養所、労働者健康安全機構及び恩賜財団済生会）からの看護職員の派遣調整を行い、延べ3,205人の看護職員を派遣した。

また、日本看護協会及び石川県看護協会において、石川県の要請に基づき、石川県内の避難所等に延べ3,040人の災害支援ナース[*6]が派遣された。

（薬剤師の派遣）

日本薬剤師会及び石川県薬剤師会等により、石川県の要請に基づき、薬剤師チームが派遣され、珠洲市、輪島市、穴水町及び能登町を中心に避難所を巡回し、避難者の薬相談、医師が処方した薬の調剤、避難所の衛生管理などの活動を行った。また、避難者の休養施設として運用された防衛省確保船舶において、避難者や応援職員等の健康相談対応、一般用医薬品の提供等を実施した。これらの活動においては、延べ2,908人の薬剤師が派遣された。

さらに、日本病院薬剤師会から珠洲市、輪島市、能登町、穴水町、金沢市及び加賀市の医療機関（珠洲市総合病院、市立輪島病院、公立宇出津総合病院、公立穴水総合病院等の計11医療機関）に延べ327人の薬剤師を派遣し、被災地域の医療機関における支援に加え、金沢市及び加賀市内の医療機関における後方支援などを実施した。

（医療コンテナの活用）

石川県においては、特に避難所等において、診療補助機能等が求められていたことから、避難所等に隣接する救護所として、計34基の医療コンテナを設置し、活用が図られた。

（モバイルファーマシーの派遣）

「モバイルファーマシー」は、医薬品や調剤設備等のほか、バッテリーや発電機、給水タンクなども搭載し、災害被災地でも自立的に活動できる車両である。能登半島地震を受け、2024年1月7日以降、珠洲市、輪島市、能登町、穴水町を中心に、都道府県薬剤師会等が所有する延べ13台のモバイルファーマシーが活動した。

モバイルファーマシーの活用により、避難所等において診療を行うDMAT等の医師が発行した災害処方箋について、薬剤師が速やかに調剤を行うなど、患者への薬剤の提供、

＊6　災害発生時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護協会において養成され、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの橋渡し、救急搬送等を行う看護師等。

服薬指導等の医療支援を実施した。

2 被災地における健康管理・福祉的支援等

（保健師・災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）の派遣）

災害時の避難所等における被災者の健康管理を適切に行うため、厚生労働省は、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT[*7]）や保健師等（保健師、その他の専門職及び業務調整員）の派遣調整を行うこととしている。能登半島地震におけるDHEATの派遣については、石川県内の保健医療活動に係る総合調整が困難な状況であったことから、2024年1月3日に石川県からの派遣要請を受け、厚生労働省において、被災県以外の都道府県、指定都市との派遣調整を行った。派遣されたDHEATは、県庁や保健所、各市町の保健医療福祉調整本部において、現地自治体の職員らとともに、DMAT等の保健医療活動チームが収集した避難所の状況に関する情報や、保健師チーム等が集めた被災者に関する健康情報の整理・分析を行い、保健活動の進捗管理や課題抽出、活動方針の策定など、被災自治体の保健医療活動の指揮調整機能等の支援を行った。

また、保健師等広域応援派遣[*8]については、多数の県民が被災し、継続的な健康管理を必要としていたことから、石川県からの保健師等の派遣要請を受け、厚生労働省において被災県以外の都道府県との派遣調整を行った。派遣された保健師等は、被災地において、市町の作成したリスト等に基づき、避難所の巡回や在宅避難者の訪問等を行い、被災者の健康管理及び避難所等の衛生対策等を実施した。また、被災者の健康状態等を確認し、必要な場合には医療機関につなげる等の活動を行った。

（ICTの活用による公衆衛生活動）

被災者の命と健康を守るため、特に応急期においては、避難所等の衛生状態を迅速に把握し、衛生管理や感染症管理に繋げることが喫緊の課題であった。そこで、厚生労働省は、2024年度中に完成予定の災害時保健医療福祉活動支援システム（D24H[*9]）を、避難所を巡回する医師・保健師等に提供し、避難所の衛生状況等を共有できるようにした。また、DMAT等の医師は、災害診療記録を電子的に収集する災害時診療概況報告システム（J-SPEED）により得た診療データを分析し、市町ごとの感染症発生状況の資料を作成した。これらの情報は、県や市町、被災地の医師、保健師等によって避難所の衛生管理や感染症対策に役立てられた。

（避難所等の各種衛生対策）

集団生活を余儀なくされる避難所等では、各種衛生対策を適切に講じる必要がある。

感染症対策については、被災地において、現地入りした日本環境感染学会のDICT（災害時感染制御支援チーム）と、厚生労働省職員や、国立国際医療研究センター及び国立感染症研究所の専門家が、リスクアセスメントや感染拡大防止策の助言をするなど、避難所

＊7 「Disaster Health Emergency Assistance Team」の略。災害が発生した際に、被災都道府県等の保健医療福祉調整本部及び保健所が行う、被災地方公共団体の保健医療行政の指揮調整機能等を支援するため、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員により構成する派遣チーム。
＊8 災害時に避難所等において保健活動を行う保健師等（保健師、公衆衛生医師、管理栄養士等）を派遣する仕組み。
＊9 災害時の医療・保健・福祉等に関する情報を統合し、災害に関する情報を必要な関係者に迅速に提供することにより、災害対応関係者（国、自治体等）の災害対応等に関する意思決定を支援するためのシステム。

等における感染対策の支援を一体となって行った。

エコノミークラス症候群対策については、避難所等で避難生活を送っている被災者のエコノミークラス症候群や低体温症を予防するために、被災地を含む都道府県等に対して、軽いストレッチや防寒対策を行う等の注意喚起に関するチラシの配布等を依頼し、避難所においては、チラシの配布・体操等の取組みが行われた。

アレルギー対策については、「アレルギーポータル」において、災害時のアレルギー疾患への対応について取りまとめたパンフレット等のツールを公開しており、避難所で生活される被災者の方々等に対してこれらの活用を周知するため、SNS等による発信を行った。



食中毒対策については、石川県などの避難所設置県内の自治体に対し、食中毒の発生防止や食中毒発生時の情報共有を依頼した。また、ノロウイルスによる食中毒の予防に関する留意点をまとめた資料について、被災地を含む都道府県等に共有し、被災地において、これを活用したチラシを作成し、避難所や被災者に注意を呼びかけた。

(栄養・食生活支援)

被災地における栄養・食生活支援については、DHEATや保健師等広域応援派遣の枠組みにより、全国の自治体から管理栄養士を派遣した。また、公益社団法人日本栄養士会に対し、特殊栄養食品（嚥下困難者用食品、アレルゲン除去食品、液体ミルク等）が必要な方に必要な食品を提供する拠点（特殊栄養食品ステーション）の設置と、管理栄養士のチームである日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT[*10]）の派遣を依頼した。こうした取組みを通じ、避難所等における栄養・食生活の状況を把握し、食事の量と質の改善につなげるとともに、摂食・嚥下が困難な者や糖尿病等の疾病による食事制限がある方、食物アレルギー疾患を有する方、乳児や妊産婦等の要配慮者等に対する支援を行った。

＊10「The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team」の略。国内外で大規模な自然災害（地震、台風など）が発生した場合、迅速に被災地内の行政等の関係機関と協力して、緊急栄養補給物資の支援など、状況に応じた栄養・食生活支援活動を通じ、被災地支援を行う。

（災害派遣福祉チーム（DWAT）の派遣及び介護職員等の応援派遣）

災害派遣福祉チーム（DWAT）を派遣し、要配慮者の重症化防止や避難生活中の困り事に関する相談支援、避難所内の環境整備など、福祉的な視点から各地の避難所や1.5次避難所において支援を行った。

また、被災により介護職員等の不足する施設や避難者を受け入れる施設、要配慮者が多く滞在する1.5次避難所の体制強化を図るため、厚生労働省及び社会福祉法人全国社会福祉協議会において、介護職員等の広域的な派遣体制を整備した。他県から応援派遣可能な介護職員等の情報を集約し、被災県における施設の受け入れニーズや1.5次避難所における支援ニーズを把握の上、マッチングを行った。

（見守り・相談支援等）

被災者の心のケアについては、2024年1月22日に石川県が石川こころのケアセンターを開設し、専門相談ダイヤルによる被災者のストレスなどの電話相談等の実施に対して財政支援を行った。

また、被災者の孤立防止等のため、被災生活により状態の悪化が懸念される在宅高齢者等に対して、介護支援専門員等の職能団体から派遣された専門職により、個別訪問等による早期の状態把握、必要な支援の提供へのつなぎ等、支援の届かない被災者をつくらない取組みを一定期間集中的に実施することを目的とした被災高齢者等把握事業を実施した。

さらに、応急仮設住宅に入居した被災者等が安心した生活を営むことができるよう、被災者見守り・相談支援等事業により、孤立防止等のための見守りや日常生活上の相談支援等を実施した。

3 水道の復旧[*11]

（被害状況と復旧に向けた対応）

令和6年能登半島地震では、6県38事業体の水道施設が被災し、最大で136,440戸が断水した。最も多く断水が発生した石川県では、断水戸数が全断水戸数の約82%となる約112,420戸に上った。今回の地震による水道施設の被害の特徴としては、浄水場の破損や主要な送水管の破断などの甚大な被害が発生するとともに、配水管も広範囲に損傷したことが挙げられる。また、道路などのインフラ施設にも甚大な被害が発生しており、浄水場等へのアクセスが困難な状況もあり、復旧に時間がかかったことも特徴に挙げられる。

厚生労働省では、地震発生直後から、震度5弱以上を記録した市町村のある都道府県について、水道施設の被害情報収集を行うとともに、公益社団法人日本水道協会（以下「日本水道協会」という。）に対して、被災市町村等からの要請に応じて応急給水・応急復旧活動への協力を依頼した。加えて、発災翌日の2024年1月2日から、厚生労働省職員を石川県に派遣し、水道施設の被害状況などの情報収集を行うとともに、被災した水道事業者が抱えている課題への対応を行った。

また、日本水道協会の枠組みを活用し、被災した水道事業者からの給水車の派遣要請に対する全国の水道事業者からの給水車の派遣により、被災地での応急給水を行った。加え

＊11 2024（令和6）年4月以降、水道整備・管理行政の移管に伴い国土交通省において対応。

て、国土交通省地方整備局や自衛隊の応急給水車による活動も行われ、最大で148台の給水車による支援が行われた。

さらに、水道施設を復旧し、早期に断水解消を図るため、日本水道協会において、発災直後から石川県に入り、全国から支援に入る水道事業体を被災市町村ごとに割り当て、応急復旧の支援体制を整えた。その上で、2024年1月3日より、順次水道事業体や全国管工事業協同組合連合会に所属する管工事業者などの技術職員が現地に入り、被災した市町とともに漏水調査や水道施設の応急復旧工事などを実施した。なお、最大で総勢632人が現地で復旧活動に取り組んでいる。


応急給水活動
（提供：東京都水道局）


能登町との協議
（提供：大阪市水道局）


水道管復旧工事
（提供：横浜市水道局）


可搬式浄水装置設置
（提供：名古屋市上下水道局）

4 物資支援

（医薬品供給）

1月1日の発災直後から、厚生労働省、石川県庁、現地の医薬品卸売業者などと連携し、必要な医薬品の供給を開始。現地の医療機関等から石川県庁等へ供給要請を受けた医薬品については、発災直後は道路状況や悪天候などにより、配送に相当の時間を要していたが、原則、翌日には現地に届く体制を整備した。

また、厚生労働省から改めて、医薬品卸売業者や各製薬メーカーに対し、被災地からの求めに対応できるよう、優先供給を依頼したことに加え、個別のメーカーが限定出荷を理由に優先的な供給が困難と応答した場合には、厚生労働省が直接、各製薬メーカーと調整の上、必要とする医薬品を優先的に供給できるよう対応を行った。

日本薬剤師会及び日本チェーンドラッグストア協会等と連携し、避難所等に風邪薬や消毒薬などの一般用医薬品を提供した。

（衛生用品の供給）

衛生用品等については、内閣府防災担当の物資支援チームを通じたプッシュ型支援の枠組みにより、関係団体・企業の協力のもと、1月3日には子供用紙おむつ、大人用紙おむつ及び生理用品を石川県産業展示館に搬送した。その後も、石川県からの要請に基づき継続的に紙おむつや生理用品などの生活支援物資を調達するとともに、被災地などへ搬送した。

5 医療保険等における対応

被災者の中には、被保険者証（障害福祉サービス利用者においては、障害福祉サービス受給者証）を持たずに避難された方や、震災により被保険者証等が滅失等してしまい、被保険者証等が手元にない方がいることが想定される。このため、震災発生当初より、被保険者証等を持たない被災者であっても必要な医療・介護・障害福祉サービス等を円滑に利

用することができるようにするため、医療機関、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所等の窓口で、氏名、生年月日等を申し出ることで、被保険者証等がなくても保険診療や介護サービス、障害福祉サービスを受けることを可能とした。

また、震災により経済的な損失を受けたことにより、医療機関や介護サービス、障害福祉サービスを利用する際の窓口負担（医療保険においては一部負担金。介護保険、障害福祉サービスにおいては利用者負担額。）を支払うことが困難となった方が、引き続き、安心して医療機関等を利用できるよう、当面の間、災害救助法適用地域の被災者が、住宅が全半壊、全半焼又は床上浸水したことや、主たる生計維持者が死亡した又は行方不明になったこと等を医療機関等の窓口に申し出た場合は、窓口負担の支払いを猶予又は免除することとした。

6 民間との連携

被災者支援について、関係団体との連携をこれまで以上に強化し、官民が一丸となって取り組むため、「医療関係団体等緊急連絡会議」や「福祉関係団体等緊急連絡会議」を開催し、現状と課題の共通認識を図るとともに、被災地の医療・福祉の体制確保に向けた協力要請を行った。

医療関係団体等緊急連絡会議では、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等の医療関係17団体に対し、医療分野における厚生労働省の対応状況を報告するとともに、被災地の医療提供体制の確保、医薬品の安定供給等に向けた官民連携による対応の推進を呼びかけた。

福祉関係団体等緊急連絡会議では、福祉関係24団体に対し、福祉分野における厚生労働省の対応状況を報告するとともに、被災地の高齢・障害・福祉分野での支援の強化に向けて、官民が連携し、現場のニーズに即したきめ細やかな対応をしていくことを呼びかけた。

(2) 生活再建・復旧の支援

1 生活の再建

(経済的支援)

社会福祉協議会が行う生活福祉資金貸付制度の特例措置を実施した。具体的には、当座の生活費を必要とする被災世帯に対して、緊急小口資金の貸付対象を低所得世帯・障害者世帯・高齢者世帯以外にも拡大した。住宅が損壊した世帯等に対しては、住宅の補修費用等を貸し付ける住宅補修費、被災による転居・家財購入費用などを貸し付ける災害援護費の据置期間や償還期限を延長した。

加えて、高齢化率の高さ及び地理的制約により地域コミュニティの再生に大きな課題を有する能登地域6市町において、住宅が半壊以上の被災をした、高齢者・障害者のいる世帯や資金の借入や返済が容易でないと見込まれる世帯に対して、家財等や住宅の再建支援のために最大300万円を給付することができるよう、石川県を対象に「地域福祉推進支援臨時特例給付金」を創設した。

2 雇用・労働に対する対応

(地域の雇用対策等)

雇用調整助成金について、2024年1月11日に、生産指標要件の緩和等の特例措置を実施するとともに、2024年1月23日には、新潟、富山、石川、福井の各県内の事業所を対象に、助成率の引上げ（中小企業の場合は 2/3から4/5、大企業の場合は1/2から2/3に引上げ）や支給日数の延長（1年間で100日から1年間で300日に延長）等の特例措置を実施した。

なお、今般の特例措置では、「休業」による雇用維持だけでなく、「教育訓練」「出向」を活用した雇用維持も助成率引上げの対象とすることとした。

また、雇用保険の失業手当について、被災地域内の事業所で勤務していた方が、災害により休業したり、一時的に離職した場合であっても支給する特例措置を実施した。

さらに、各地域において事業活動及び雇用に甚大な影響が生じている状況を踏まえ、被災した労働者及び事業主等からの労働相談に対応するため、発災直後の1月4日から新潟、富山、石川、福井の各労働局等に「特別労働相談窓口」を開設した。

(中小・小規模事業者の支援)

災害救助法が被災4県に適用され、株式会社日本政策金融公庫が行う被災生活衛生関係営業者等への資金繰りについて、実情に応じて柔軟な対応に努めるよう配慮要請を行い、低金利での災害貸付を実施した。

また、2024年1月11日の激甚災害、特定非常災害の指定に伴う災害融資の特別措置が閣議決定され、貸付枠の拡充、更なる低金利での融資を実施した。同月31日には「生活衛生関係営業令和6年能登半島地震特別貸付」を創設し、更なる貸付枠の拡充、貸付金利引下げを実施した。

(復旧作業に従事する労働者の安全と健康の確保)

震災で被害を受けた建築物等の復旧工事に従事する方々の労働災害を防止するため、土砂崩壊災害や墜落・転落災害の防止、がれき処理作業における安全確保や建築物の解体・改修工事等を実施する際の石綿のばく露防止対策等の徹底等について関係団体等に要請した。また、復旧工事における安全衛生パトロールを実施し、危険な作業が行われている場合は指導を行うとともに、石綿へのばく露を防ぎ、作業を安全に行うための防じんマスク等の配布や適切な使用方法等に係る教育を行った。

3 災害復旧等

(医療施設、社会福祉施設等の復旧)

石川県能登半島を中心に、多くの医療機関及び社会福祉施設等が断水や建物損壊等の被害を受けた。厚生労働省では、被災した医療機関及び社会福祉施設等が早期に被災前の状態に復旧できるよう、令和5年度予備費において財政措置を行い、医療施設等災害復旧費補助金や社会福祉施設等災害復旧費補助金により、復旧工事等に対する財政支援を行うこととしている。

また、激甚災害の指定に伴い、補助基準額の上限撤廃や補助率の引上げ等の特例措置を

講じるとともに、社会福祉施設等設備災害復旧費補助金において、被災施設の備品設備等についての支援に加え、耐震診断等の安全性を確認するための費用についても補助対象に追加した。

さらに、独立行政法人福祉医療機構では、被災した社会福祉施設及び医療関係施設等の早期復旧を支援するため、貸付利率等の優遇措置を講じた災害復旧融資や、既往貸付に係る返済猶予期間の延長措置を実施した。

第1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、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、2021（令和3）年の非正規雇用労働者は対前年比で減少したが、2022（令和4）年以降は増加し、2023（令和5）年は、2,124万人となっている。

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り、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）が9.6%（2023年）存在し、年齢階級別では25～34歳の若年層で13.1%（2023年）と高くなっている。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転換、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、どのような働き方を選択しても公正な待遇を受けられるようにし、人々が自分の希望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。

2020（令和2）年4月1日に施行された「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。同法の中小企業への適用は2021（令和3）年4月1日。）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行政による法の履行確保措置及び裁判外紛争解決手続（行政ADR）が整備された。

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」（2024（令和6）年4月1日現在21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

＊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。

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、2023（令和5）年度は約9.8万人が就職した。

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、これらの者をハローワーク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職業能力開発の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、主に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、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2017（平成29）年度より拡充し、より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。在職者など訓練期間や訓練時間に制約のある方も含め、誰もが職業訓練を受講しやすい環境整備を図り、今後のステップアップに結びつけられるようにするため、2024年3月31日までを期限とする、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例措置を講じている。

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。

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1,443万人（2023（令和5）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。

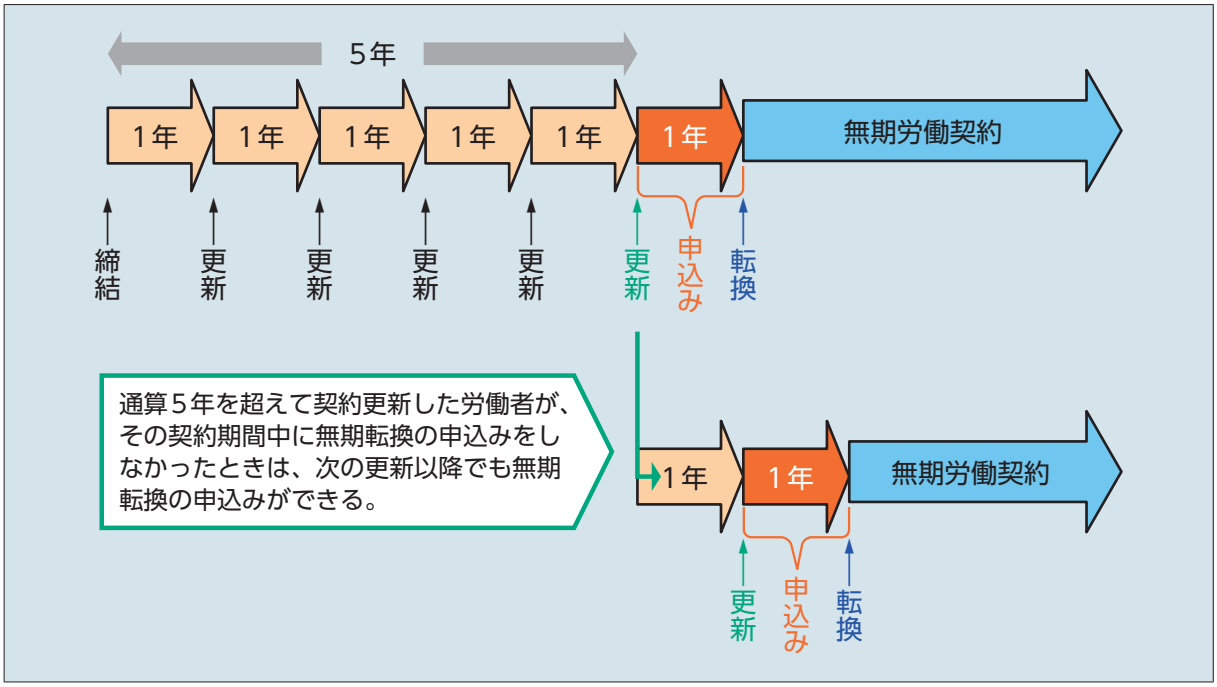
2013（平成25）年4月1日に全面施行された改正労働契約法[*2]では、こうした有期労働契約に関する問題に対処し、働く人が安心して働き続けることができる社会を実現するため、(1) 有期労働契約が繰り返し更新されて通算5年を超えたときは、労働者の申込みにより、期間の定めのない労働契約（無期労働契約）に転換できる制度（以下「無期転換ルール」という。）を導入すること、(2) 最高裁判例として確立した「雇止め法理」を法定化すること、(3) 有期契約労働者と無期契約労働者との間で、期間の定めがあることによる不合理な労働条件の相違を設けてはならないという規定を設けることの3つの措置

＊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。

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、都道府県労働局に「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ている。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1-1-1　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、

・福島国際研究教育機構の研究者等については、「福島復興再生特別措置法」（平成24年法律第25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。

また、無期転換ルールについては、2022（令和4）年度の労働政策審議会の議論を踏まえ、無期転換申込権が発生する契約更新時における労働基準法に基づく労働条件明示の明示事項に、無期転換申込機会と無期転換後の労働条件を追加する省令改正等が2024（令和6）年4月に施行された。

＊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）により「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））。

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、働きや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、パートタイム・有期雇用労働法違反が認められる企業に対しては、是正指導を行い、法違反に当たらないものの、改善に向けた取組みが望まれる企業に対しては、具体的な助言を行いつつ、支援ツール等を活用し、企業の制度等の見直しを検討するように促し、同法の着実な履行確保を図っている。また、2022（令和4）年10月に策定された「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」（令和4年10月28日閣議決定）に基づき、労働基準監督署と都道府県労働局が連携し、同一労働同一賃金の遵守の徹底に向けた取組みを開始した。さらに、2023（令和5）年11月に策定された「デフレ完全脱却のための総合経済対策」（令和5年11月2日閣議決定）に基づき、基本給・賞与の差の根拠の説明が不十分な企業等について、文書で指導を行い、経営者に対応を求めるなど、同一労働同一賃金の更なる遵守の徹底に向けた取組みを行っている。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[*4]。

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（平成30）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無料の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[*5]」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た。

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

＊4　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。
＊5　「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。

めの規定の整備、②派遣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づけられた。

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、その内容を求職者等に明示することを義務づける、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、2022年10月1日に全面的に施行された。

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）[*6]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、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）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

2018（平成30）年7月6日に公布された「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（以下「働き方改革関連法」という。）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（**図表1-1-2**）。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、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

＊6　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。

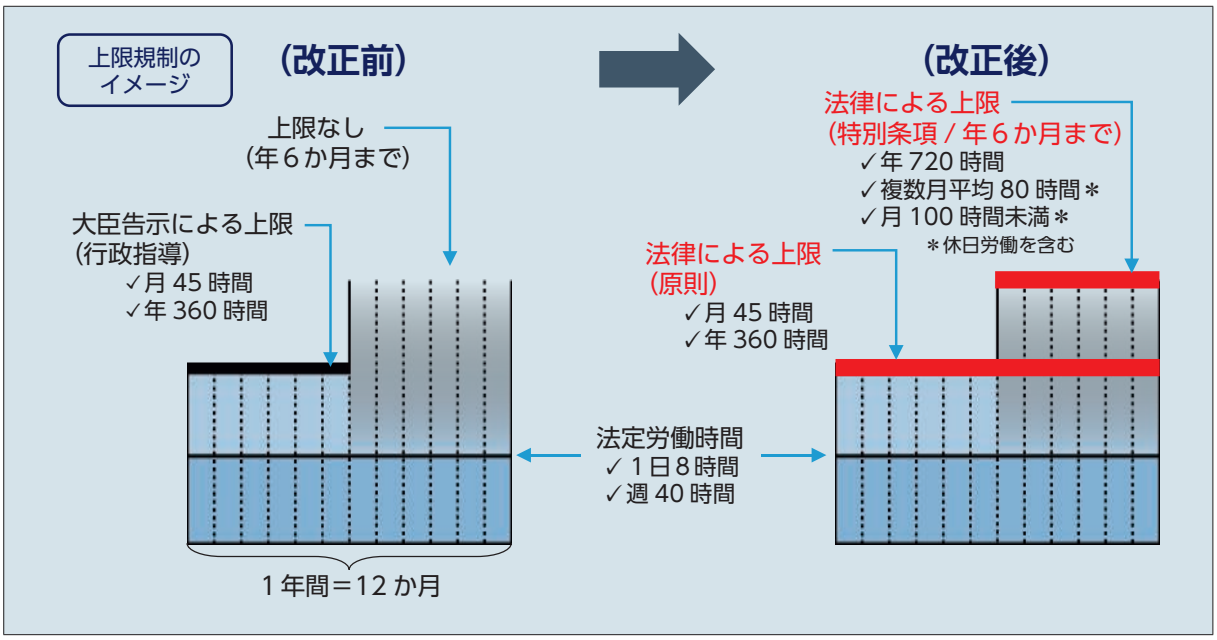
30年厚生労働省告示第323号）を定めた。

時間外労働の上限規制については、工作物の建設の事業、自動車の運転の業務、医業に従事する医師及び鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業（以下「令和6年度適用開始業務等」という。）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ている。令和6年度適用開始業務等については、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ている。

このほか、改正後の労働基準法により、年5日の年次有給休暇の確実な取得、フレックスタイム制の清算期間の上限の1か月から3か月への延長及び高度プロフェッショナル制度が2019年4月1日から施行されており、また、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についても、2023（令和5）年4月1日から適用されている。

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[*7]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るとともに（2019年4月1日施行）、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ことから、これらの周知を図っている。

図表1-1-2　時間外労働の上限規制の概要



また、2022（令和4）年12月27日の労働政策審議会において「今後の労働契約法制及び労働時間法制の在り方について（報告）」が取りまとめられ、これを踏まえ、専門業務型裁量労働制の協定事項に本人同意を得ることを追加するなどの省令改正等を行い、2024年4月に施行及び適用されている。

＊7　「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。

7 過重労働解消に向けた取組みの促進



厚生労働省では、省を挙げて長時間労働対策に取り組んでおり、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一斉の無料電話相談などの取組みを行っている。

また、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」（2021（令和3）年7月30日閣議決定）に基づく取組みを実施している。特に、毎年11月の過労死等防止啓発月間には「過労死等防止対策推進シンポジウム」を開催するとともに、ポスター等の掲出など重点的な啓発活動を行っている。

さらに、厚生労働省では、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、労働時間等の設定の改善[*8]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、「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削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
・「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
・業種別の勤務間インターバル制度導入マニュアルや制度導入を支援するための動画の作成・周知、及びシンポジウムの開催

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

自動車運転者は、他の産業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。）において、全ての産業に適用される労働基準法では規制が難しい拘束

＊8　「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。

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ってきた。

自動車の運転の業務については、働き方改革関連法において、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、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時間となり、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。

さらに、2024年4月1日から、時間外労働の上限規制（年960時間）と併せて、改正改善基準告示が適用されることから、関係省庁と連携し周知を徹底する等、自動車運転者の長時間労働の是正に向けた環境整備のための取組みを進めている。

特に、トラック運転者については、長時間労働の要因の中に、荷主との取引慣行など個々の運送事業者の努力だけでは見直すことが困難なものがあることから、労働基準監督署が発着荷主等に対して、長時間の恒常的な荷待ち時間を発生させないこと等についての要請等を行うなどして、こうした課題の改善が図られるよう取り組んでいるところである。

9 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進

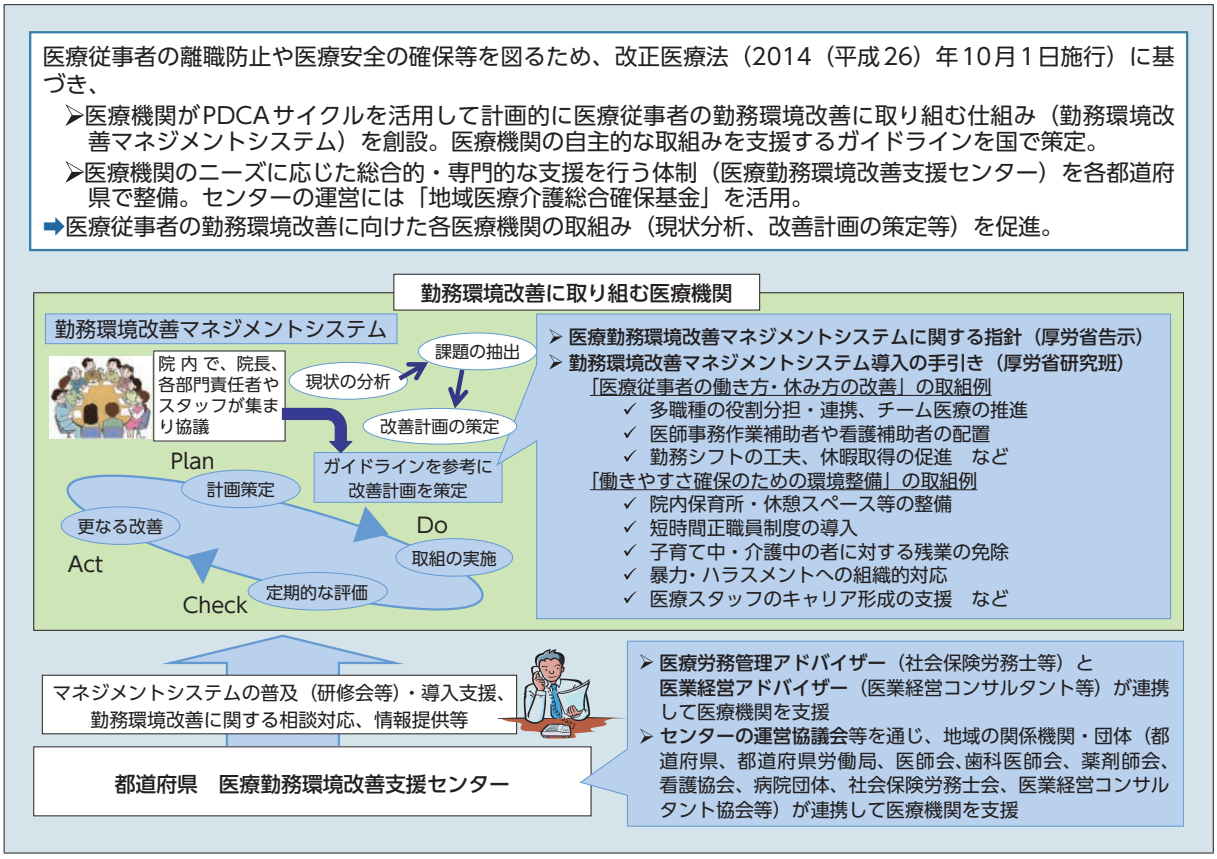
国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働や当直、夜間・交替制勤務など厳しい勤務環境にある医療従事者が健康で安心して働ける環境の整備が喫緊の課題である。

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、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）」（2018（平成30）年3月）として作成し、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とともに、各都道府県においてはこれらを活用して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[*9]。

＊9　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1-1-3　医療従事者の勤務環境改善について



医業に従事する医師については、2024（令和6）年4月から時間外・休日労働の上限規制が適用されており、原則として年間960時間／月100時間未満となっているが、地域医療の確保や集中的に技能を向上させるために必要な研修実施の観点から、やむを得ず長時間労働となる医師については、医療機関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場合において、健康確保措置（面接指導、勤務間インターバル等）の実施を義務とした上で、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満となっている。

なお、上限規制の適用に当たっては、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していく。

また、タスク・シフト／シェアについては、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

何らかの病気で通院している労働者は、約3人に1人を占める。また、高齢化が進む中で、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の有所見率は増加傾

向となっていることから、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支援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、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が治療と仕事を両立することができるよう、事業者による適切な就業上の措置や治療に対する配慮などの具体的な取組みをまとめた「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（平成28）年2月に策定し、ガイドラインの普及や企業に対する相談支援等を行っている。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トライアングル型のサポート体制の構築を推進しており、両立支援コーディネーターの育成や、企業と医療機関が効果的に連携するためのマニュアル等の作成・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) テレワークの定着・促進

テレワークについては、仕事と育児・介護の両立、ワーク・ライフ・バランスの向上等に資するものであり、適正な労務管理下におけるテレワークの導入・定着促進を図るため、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「テレワーク相談センター」を設置している。

また、「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、引き続き、周知を図るとともに、中小企業事業主に対しテレワーク用通信機器の導入等に係る経費の助成（「人材確保等支援助成金（テレワークコース）」）などを行っている。

(2) フリーランスなど個人が安心して働ける環境の整備

労働関係法令等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、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、フリーランスが受託した業務に安定的に従事することができる環境を整備するため、「特定受託事業者に係る取引の適正化等に関する法律（フリーランス・事業者間取引適正化等法）」（令和5年法律第25号）が第211回通常国会（2023（令和5）年）で成立し、同年5月12日に公布された（公布後1年6か月以内に施行）。

2024（令和6）年秋頃の円滑な施行に向けて、関係する政省令・指針等の整備を進めるとともに、法の十分な周知・啓発や執行体制の整備に取り組んでいる。

さらに、フリーランスと発注事業者等との取引上のトラブルについて、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）において、相談体制の拡充やトラブル解決機能の向上により、迅速かつ丁寧な相談対応や紛争解決の援助を行っている。

なお、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、セミナーの開催などにより、「自営型テレワークの適正な実施のためのガイドライン」の周知を図っている。また、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、有益な情報を提供している。

(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（管理モデル）を示すなど、ルールを明確化している。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）。加えて、2022年7月における同ガイドラインの改定では、労働者の多様なキャリア形成を促進する観点から、職業選択に資するよう、企業に対して、副業・兼業への対応状況についての情報公開を推奨している。

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、副業・兼業の届出や、管理モデルの導入の際に活用できる様式例、企業の取組み事例集などを作成し、丁寧に周知を行っている。

また、2023（令和5）年度より、公益財団法人産業雇用安定センターにおいて、副業・兼業を希望する中高年齢者及びその能力の活用を希望する企業の情報を蓄積し、当該中高年齢者に企業情報を提供する「副業・兼業に関する情報提供モデル事業」を実施している。

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、セミナーの開催、企業の取組み事例の周知、「多様な正社員」制度を導入・整備しようとする企業への導入支援等を行った。

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、対象労働者を正社員に転換した企業に対して行っている助成額の加算の増額を行い、一層の制度普及の促進を図っている。

また、「多様な正社員」も含め、労働者全般の労働契約関係の明確化について、労働政策審議会における検討結果を踏まえて、労働基準法（昭和22年法律第49号）の労働条件明示事項に就業場所・業務の変更の範囲を追加する改正省令が2024（令和6）年4月に施行された。

第2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80.2%（2022（令和4）年度）と、育児休業制度の着実な定着が図られている（**図表1-2-1**）。また、2015～19年に第1子を出産した女性の出産後の継続就業割合は、69.5%（2021（令和3）年）となっており、約7割の女性が出産後も継続就業している（**図表1-2-2**）。

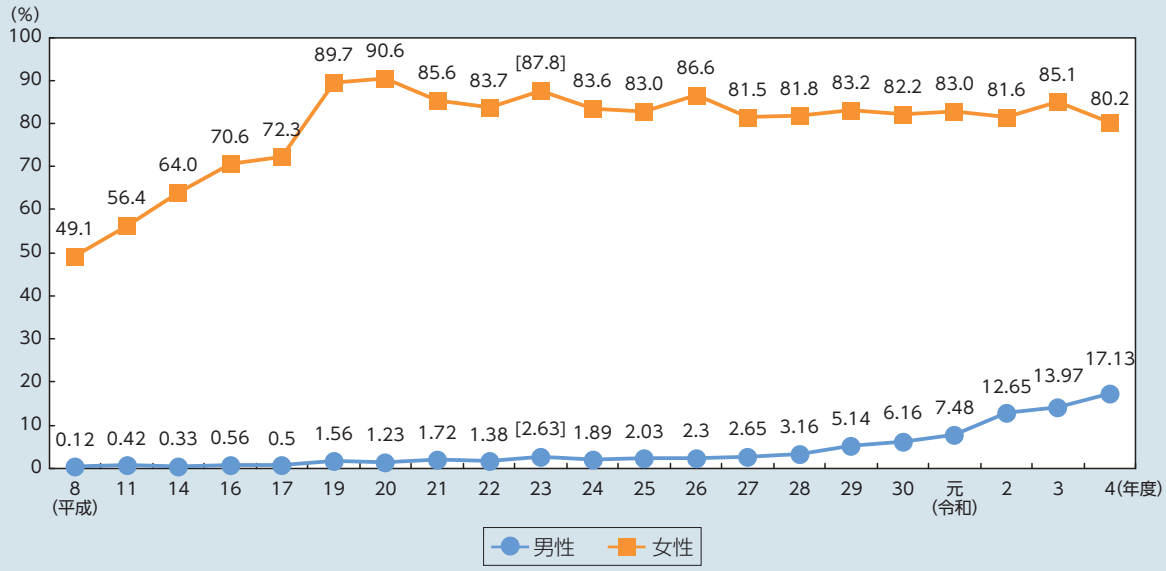
一方で、男性労働者のうち、末子の出生の際に育児休業制度の利用を希望していたができなかった者の割合は約3割である[*10]中、実際の取得率は17.13%（2022年度）にとどまっている。

こうした状況を踏まえ、男女ともに仕事と育児・介護を両立したいという希望がかない、安心して働き続けることができる環境を引き続き整備していく必要がある。

＊10（出典）株式会社日本能率協会総合研究所「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　労働者調査」（令和2年度）

図表1-2-1　育児休業取得率の推移

○育児休業取得率は、女性は８割台で推移している一方、男性は低水準ではあるものの上昇傾向にある（令和４年度：17.13%）。

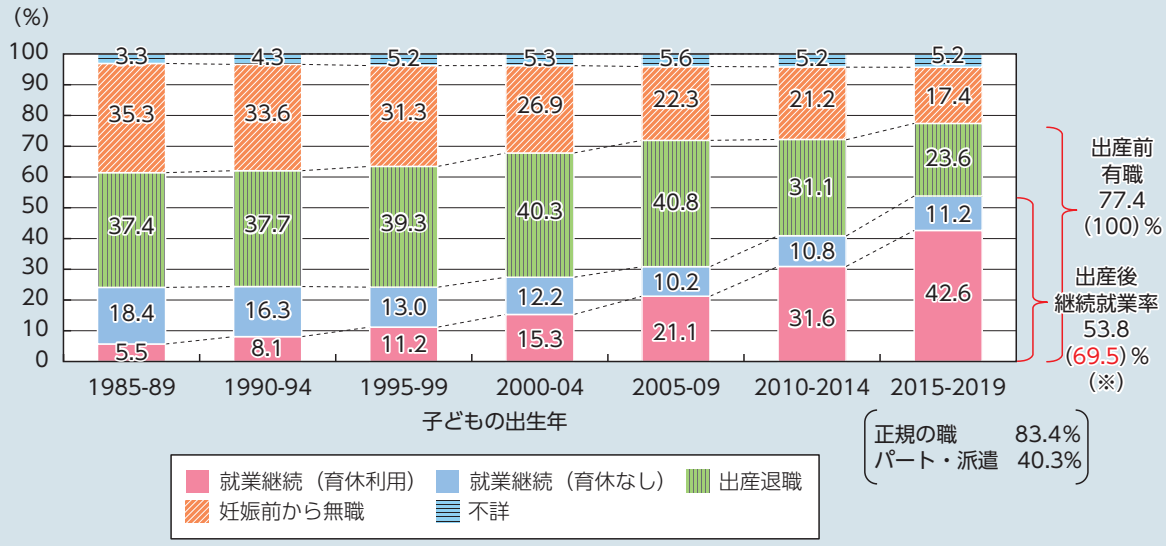


育児休業取得率＝ 出産者のうち、調査年の10月１日までに育児休業を開始した者（開始予定の申出をしている者を含む。）の数 ／ 調査前年の９月30日までの１年間（※）の出産者（男性の場合は配偶者が出産した者）の数

資料：厚生労働省「雇用均等基本調査」
(※)　平成22年度調査までは、調査前年度１年間。
(注)　平成23年度の［　］内の割合は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

図表1-2-2　第１子出生年別にみた、第１子出産前後の妻の就業変化

○約５割の女性が出産・育児により離職している。



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第16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・介護休業法等

男女ともに子育て等をしながら働き続けることができる環境を整備するため、育児・介護休業法において、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）、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）、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等、父親の育児休業取得等を促進するための制度が規定されている。

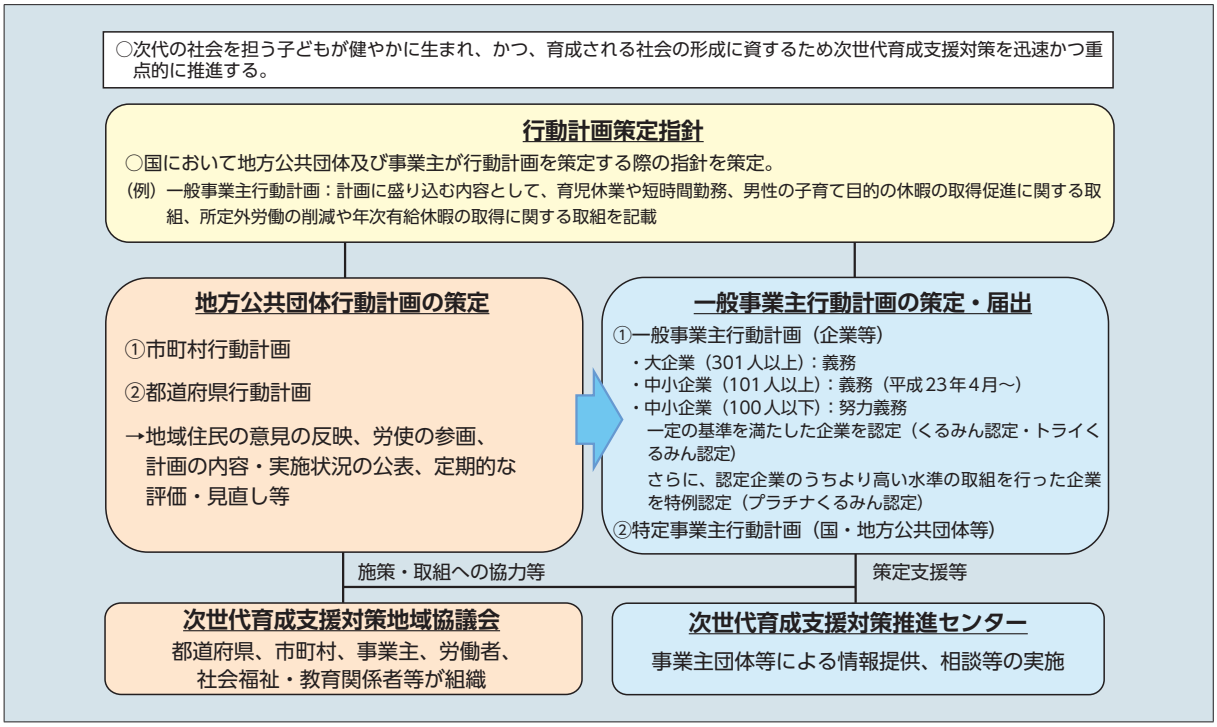
また、2023（令和5）年9月より、労働政策審議会において、雇用保険制度の見直しについて議論を行い、2024（令和6）年1月に報告書が取りまとめられた。これを踏まえ、雇用保険法において子の出生後一定期間内に両親がともに育児休業を取得した場合に、既存の育児休業給付と合わせて休業開始前の手取りの10割相当を支給する給付（出生後休業支援給付）や、2歳未満の子を養育するために時短勤務をしている場合に、時短勤務中に支払われた賃金の1割を支給する給付（育児時短就業給付）を創設することとし、これらの改正内容を含む「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案」を2024年2月に第213回通常国会に提出した。

また、「仕事と育児・介護の両立支援対策の充実について」（令和5年12月26日労働政策審議会建議）を踏まえ、子の年齢に応じた柔軟な働き方を実現するための措置や子の看護休暇制度の見直しに加え、介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度等に関する個別周知・意向確認等を内容とする「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及び次世代育成支援対策推進法の一部を改正する法律案」を2024年3月に第213回通常国会に提出した。

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」（平成15年法律第120号。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1-2-3**、**図表1-2-4**）。

図表1-2-3　次世代育成支援対策推進法の概要



図表1-2-4　企業における次世代育成対策推進の取組み状況



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。

なお、くるみん認定制度については、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、「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。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。

さらに、「男女とも仕事と子育てを両立できる職場」を目指す観点から、次世代法の期限を10年間延長するほか、行動計画について、育児休業取得状況等の数値目標の設定やPDCAサイクルの確立の義務付け（※常時雇用労働者が100人以下の場合は努力義務）を内容とする「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及び次世代育成支援対策推進法の一部を改正する法律案」を2024（令和6）年3月に第213回通常国会に提出した。

4 仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援

(1) 仕事と育児・介護との両立

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。2024（令和6）年4月時点での制度の対象となる事業主は以下のとおりである。

①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整備措置を複数実施するとともに、代替する労働者の業務見直しなどを含む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%以上上昇させる等した中小企業事業主

②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

③育児休業等支援コース

「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

④育休中等業務代替支援コース

育児休業や育児短時間勤務の期間中の業務体制整備のため、育児休業取得者や育児短時間勤務を利用する労働者の業務を代替する周囲の労働者への手当支給や、育児休業取得者の代替要員の新規雇用（派遣受入を含む）を実施した中小企業事業主

⑤柔軟な働き方選択制度等支援コース

育児期の柔軟な働き方に関する制度（柔軟な働き方選択制度等）を複数導入した上で、「育児に係る柔軟な働き方支援プラン」に基づき、制度利用者を支援した中小企業事業主

さらに、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」[*11]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、家族を介護する労働者に介護休業制度等が広く周知されるよう積極的な広報に取り組んでいる。

(2) 不妊治療と仕事との両立

不妊治療と仕事との両立支援に関する認定制度「くるみんプラス」の周知及び認定促進を図っている。なお、認定を希望する事業主に対しては、「両立支援担当者向け研修会」の活用を促している。

また、「不妊治療を受けながら働き続けられる職場づくりのためのマニュアル」や「不妊治療と仕事との両立サポートハンドブック」、不妊治療のために利用できる休暇制度の導入等に関する各種助成金等を活用し、不妊治療と仕事との両立がしやすい職場環境整備の推進のための周知啓発や相談支援を行っている。

第3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 構造的人手不足に対応した労働市場改革

人手不足の問題が顕在化する中で、成長分野など必要な分野への円滑な労働移動を進めていくために、希望する労働者が主体的に、安心して労働移動できるよう支援する必要がある。そのために、厚生労働省では、関係省庁と連携し、「リ・スキリングによる能力向上支援」や「成長分野への労働移動の円滑化」等の労働市場改革に取り組んでおり、こうした取組みを通じて、働く方々の個々のニーズに応じて、多様で柔軟な働き方を選択することができる社会の実現を目指している。

(1) 労働者の賃上げ支援

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[*12]を講じている（最低賃金制度については第1章第5節3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

＊11「両立支援のひろば」ホームページ　https://ryouritsu.mhlw.go.jp/
＊12 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

の一部を「業務改善助成金」により助成。
②2023（令和5）年度においては、対象となる事業場を拡大するなどの拡充を実施。また、厚生労働省と中小企業庁が連携し、中小企業・小規模事業者向けに共同でリーフレットを作成し、「働き方改革推進支援センター」や「よろず支援拠点」等で周知・広報を実施。
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。

(2) 人材の育成・活性化

我が国の在職者への学び直し支援策は、企業経由が中心となっている。これについて、働く個人が主体的に選択可能となるよう、5年以内を目途に、効果を検証しつつ、過半が個人経由での給付が可能となるようにし、在職者のリ・スキリングの受講者の割合を高めていくなど、リ・スキリングによる能力向上支援に取り組んでいる。

1 個人の主体的な能力開発に対する支援

雇用保険の被保険者等が厚生労働大臣の指定する教育訓練を受講し、修了した場合に、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、関係省庁と連携して、デジタル分野等の成長分野の講座拡大やオンライン等で受講できる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。また、雇用保険制度において、自ら教育訓練に取り組む労働者への支援を強化するため、教育訓練給付金の給付率の上限の引上げや、教育訓練を受けるために休暇を取得した場合に賃金の一定割合を支給する「教育訓練休暇給付金」の創設等を行うこととし、これらを含む「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を2024（令和6）年2月に第213回通常国会に提出した。

2 企業に対する職業能力開発への支援

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を習得させるための職業訓練等を計画に沿って実施した場合に、人材開発支援助成金[*13]により、訓練経費や訓練期間中の賃金の一部等を助成している。2022（令和4）年度には「人への投資」を強化するため、「人への投資促進コース」及び「事業展開等リスキリング支援コース」を創設し、2026（令和8）年度まで高率助成により支援することとしている。

また、2023（令和5）年度から事業主の利便性の向上を図るため、雇用形態により対象労働者を区分していた「特定訓練コース」、「一般訓練コース」及び「特別育成訓練コース」を「人材育成支援コース」に統合し、雇用形態に関わらず幅広い訓練の受講を可能とし、企業で働く労働者の訓練機会の拡充を図るなど、引き続き、人材育成に取り組む事業主等を支援していくこととしている。

＊13 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
助成金のお問い合わせ先・申請先
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/toiawase2.html

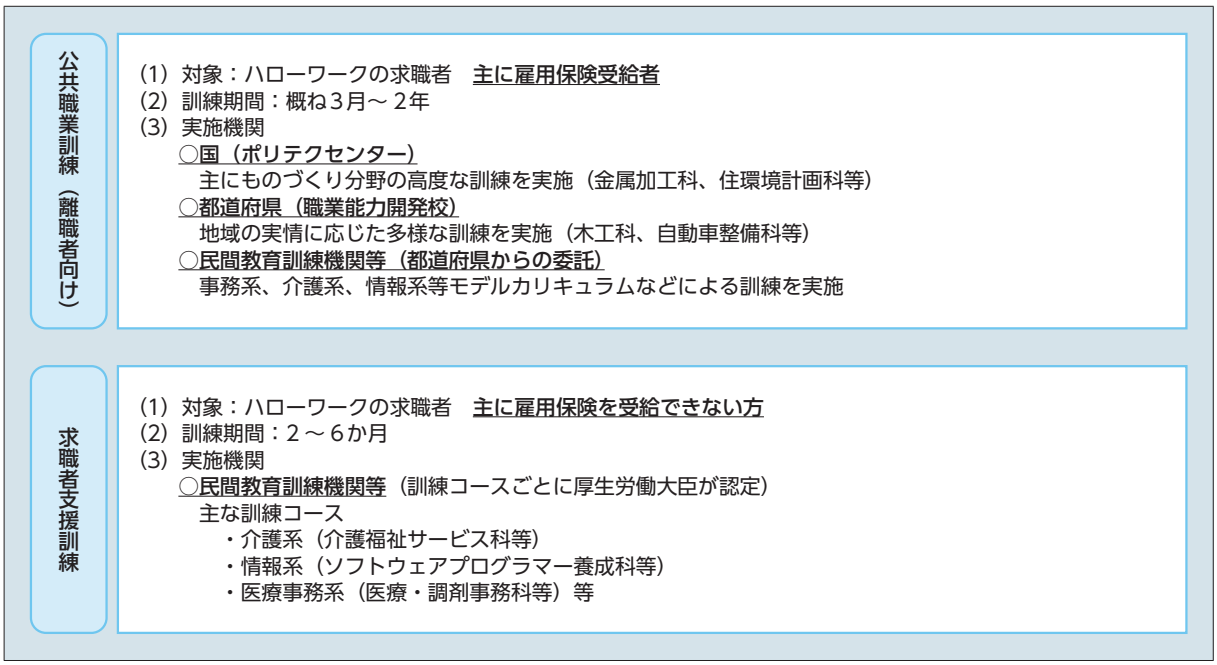
3 成長分野等でのハロートレーニング（公的職業訓練）の推進

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、主に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。職業訓練の実施にあたっては、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こととしており、国の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、国の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。

さらに、デジタル推進人材の育成に向けて、デジタル分野の訓練コースの設定促進に取り組んでいる。

2022年度においては、公共職業訓練で約10.2万人、求職者支援訓練で約4.0万人に対して離職者訓練を実施した。2024年度は、公共職業訓練で約15.4万人、求職者支援訓練で約4.8万人が離職者訓練を受講できるように措置している。

図表1-3-1　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



(3) 賃金上昇を伴う労働移動の円滑化

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、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）[*14]」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に対す

＊14　2024（令和6）年4月以降は「早期再就職支援等助成金（雇入れ支援コース）」

る助成を行うとともに、前職よりも賃金を5%以上上昇させた再就職に対する上乗せ助成を実施した。また、「中途採用等支援助成金（中途採用拡大コース）[*15]」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事業主又は45歳以上の労働者の中途採用率を上昇させる等とともに当該45歳以上の労働者の賃金を前職と比べて5%以上上昇させた事業主に対する助成を行うことにより、賃金上昇を伴う労働移動の促進に取り組んだ。

また、就職困難者の成長分野等の業務や一定の技能を有する業務への労働移動を図るために、就職困難者を雇い入れ、当該業務に従事させた事業主に対して「特定求職者雇用開発助成金（成長分野等人材確保・育成コース）」を支給している。

さらに、円滑な労働移動を促進するため、「job tag（職業情報提供サイト）」や「しょくばらぼ（職場情報総合サイト）」の整備など、労働市場の見える化にも取り組んでいる。「job tag」により、「ジョブ」（職業、仕事）、「タスク」（作業）、「スキル」（技術・技能）等の観点から職業情報を「見える化」するとともに、「しょくばらぼ」により、企業情報を総合的・横断的に提供し、求職者等の職業選択等を支援している。

2 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賃上げ要件の設定等

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おいて、生産性向上の取組み結果を重視した助成となるよう生産性要件を設けていたところであるが、2023（令和5）年度から、企業の付加価値の向上を労働者に賃上げとして還元することを促進するため、生産性要件を賃金要件とする見直しを行った。これにより、企業が働く方の処遇の一層の改善を図ることが期待される。

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、魅力ある職場づくりのために労働環境の向上等に取り組む事業主や事業協同組合等に対し、「人材確保等支援助成金」により支援をしている。

また、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、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

＊15 2024（令和6）年4月以降は「早期再就職支援等助成金（中途採用拡大コース）」

事項として、施策を実施している。

4 ものづくり分野等での人材育成の推進

（1）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。

本事業において、ものづくりに関して優れた技能や経験を有する熟練技能者を「ものづくりマイスター」[*16]として認定・登録するとともに、企業、業界団体、教育訓練機関に派遣し、若年技能者等に対する実技指導等を実施した。

図表1-3-2　「ものづくりマイスター」の実技指導の具体事例

実施職種：機械加工

実施回数：20回

派遣先企業：泰興物産㈱（東京都立川市）
【企業概要】
　プラスチック製品の製造販売を中心とした企業だが、近年、無給電で作動するIoT電流センサの開発、製造、販売（大手建設会社の工事にも採用）も行う新分野への展開に意欲的な企業。プラスチック製品の製造については、金型の内製化に努力しており、製造部門は、若手従業員が多く、その育成が課題となっている。

指導対象：3名（19歳～28歳）

【指導概要】
・実施内容：マシニングセンタ<プログラミング、加工、精度確認>、平面研削盤<加工条件の設定、六面研削加工>、型彫り放電加工機<機能と操作方法>、ワイヤーカット放電加工機<加工基準の設定>、グラインダー<砥石交換とバランス出し>、金型加工方法<加工手順、CAMソフトの取扱い、3D加工>
・目的：金型製作における機械加工技能者養成のため。
【丸田陽代表取締役社長からの声】
　熟練技能を持ち、かつ、指導者としても経験の長いマイスターから丁寧な指導を受けることができた。複数回の実技指導をお願いできるので、一人ひとりに合わせて、じっくり指導してもらえた。自社内で実施でき、自社の機械特性に合わせた実践的な指導内容が実務へ直結して、作業効率と製品品質が顕著に向上した。



写真：中央が、長野克己ものづくりマイスター

【長野克己ものづくりマイスターからの感想】
　受講者の皆さんは、技能を高めることを通じて企業に貢献しようとする意識をしっかり持っているため、習得意欲が非常に強く感じられた。工業系の学校出身の人材が多く、切削加工の基礎理論は持っているが、現場経験が少ないため、加工上の問題解決が出来ないケースが多々あり、実務上のサポートも行った。金型製作の場合、ひとつの工程が終わったら、必ず寸法測定を行って次工程に進むことが重要。測定機器の充実や設備の定期的なメンテナンスも必要。時代のニーズに即応していける企業へ発展すると感じられる会社です。若手の技能者が技能習得を通じて、更に企業の技術力の向上や業績へ繋がれば、ものづくりマイスターとして指導のやりがいを感じる。

＊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/



「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技能五輪国際大会

青年技能者（原則22歳以下）を対象に、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度開催されており、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、2022（令和4）年10月に中国・上海で「第46回技能五輪国際大会（上海大会）」が新型コロナウイルス感染症の影響により中止となり、その代替として第46回技能五輪国際大会（特別開催）が9月から11月にかけて競技職種ごとに我が国を含む15か国で開催された。我が国では、京都府の京都市勧業館みやこめっせにおいて、「情報ネットワーク施工」、「光電子技術」及び「再生可能性エネルギー」の3職種の競技が行われ、14の国・地域から21名の選手が参加した。日本選手は「情報ネットワーク施工」、「再生可能性エネルギー」で金メダルを、「光電子技術」で銅メダルを獲得した。日本選手団は、上記3職種を含む51職種の競技に参加し、「産業機械」や「メカトロニクス」等の8職種で金メダルを獲得したほか、銀メダル5個、銅メダル5個、敢闘賞16個を獲得し、金メダルの国別獲得数では世界第3位の成績を収めた（第1位中国（21個）、第2位韓国（11個））。

次回の第47回大会は、2024（令和6）年9月にフランス・リヨンで開催される。

2023（令和5）年11月に2028（令和10）年の技能五輪国際大会を日本（愛知県）へ招致することを表明した。実現すれば、日本では、1970（昭和45）年の東京、1985（昭和60）年の大阪、2007（平成19）年の静岡に引き続き、4回目の開催となる。また、2023年11月にアラブ首長国連邦・アブダビで開催された技能五輪アジア大会を活用するなど、国内外に向けた招致活動に取り組んだ。

＊17 各種技能競技大会を紹介したホームページ
①技能五輪国際大会　https://www.javada.or.jp/jigyou/gino/kokusai/index.html
②技能五輪全国大会　https://www.javada.or.jp/jigyou/gino/zenkoku/index.html
③若年者ものづくり競技大会　https://www.javada.or.jp/jyakunen20/index.html
④技能グランプリ　https://www.javada.or.jp/jigyou/gino/ginogpx/index.html

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り、1963（昭和38）年から毎年実施している。

2023年11月に、愛知県の愛知県国際展示場「Aichi Sky Expo」を主会場として、第61回技能五輪全国大会を開催し、全41職種の競技に全国から1,010人の選手が参加した。また、開閉会式及び競技についてライブ配信を行った。

③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。

2023（令和5）年8月に、静岡県のツインメッセ静岡を主会場として、第18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338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。

④技能グランプリ

特に優れた技能を有する1級技能士などを対象に、技能競技を通じ、技能の一層の向上を図るとともに、その熟練した技能を広く国民に披露することにより、その地位の向上と技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。

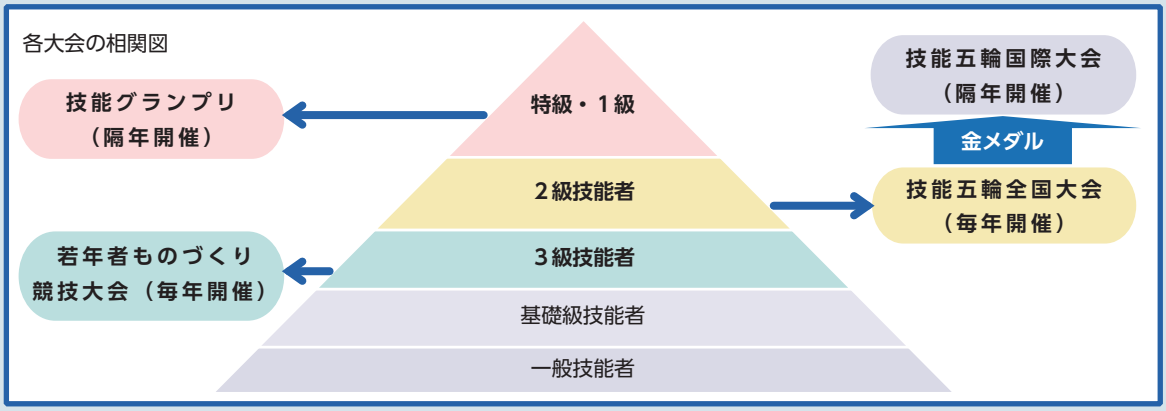
1981（昭和56）年度から実施しており、2002（平成14）年度からは原則2年に1度開催している。直近では、2024年2月に、福岡県の西日本総合展示場を主会場として第32回技能グランプリを開催し、全30職種の競技に全国から379人の選手が参加した。次回大会は2025（令和7）年度の開催を予定している。

図表1-3-3 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。

	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
対象	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（技能検定３級程度）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熟練技能士（年齢制限なし）
開催地と参加者数	令和５年度：静岡県　15職種　338名 令和６年度：群馬県　15職種	令和５年度：愛知県　41職種　1,010名 令和６年度：愛知県　41職種	令和５年度：福岡県　30職種　379名 令和７年度：大阪府　30職種

各大会の相関図



図表1-3-4 技能五輪国際大会の概要

○ 技能五輪国際大会は、原則22歳以下の青年技能者を対象に、幅広い職種の技能競技を通じ、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に隔年で開催される唯一の世界レベルの技能競技大会で、ワールドスキルズ・インターナショナル（略称WSI・本部オランダ）により運営されている。WSIには、86か国・地域が加盟（2024年２月時点）しており、日本は中央職業能力開発協会（JAVADA）が加盟。
○ 日本選手団は1962年から参加しており、これまでに過去３回（1970年東京、1985年大阪、2007年静岡）日本で国際大会を実施。現在、2028年に開催予定の第49回大会の愛知開催に向けた招致活動を行っている。
○ 直近では、2022年に中国・上海で開催予定だった第46回大会は、新型コロナの影響により中国・上海での開催を中止、競技職種毎に日本を含む15の国・地域での分散開催となった（日本では３職種（情報ネットワーク施工、光電子技術、再生可能エネルギー）の競技を京都で開催）。今後は2024年に第47回大会をフランス・リヨンで（新型コロナの影響により2023年の開催予定から１年延期）、2026年に第48回大会を中国・上海で開催予定。

【これまでの開催国】

	第39回・2007年	第40回・2009年	第41回・2011年	第42回・2013年	第43回・2015年	第44回・2017年	第45回・2019年	第46回・2022年
開催地	日本・静岡	カナダ・カルガリー	イギリス・ロンドン	ドイツ・ライプツィヒ	ブラジル・サンパウロ	UAE・アブダビ	ロシア・カザン	15の国・地域分散開催
参加国・地域数	46	46	48	52	59	59	62	56
競技職種数（日本参加数）	47（46）	45（40）	46（39）	46（40）	50（40）	51（40）	56（42）	61（51）
参加選手数（日本選手）	812（51）	845（45）	925（44）	986（45）	1,189（45）	1,251（45）	1,348（48）	989（59）
日本の成績（金、銀、銅）	金メダル数**1**位（**16**、5、3）	金メダル数**3**位（**6**、3、5）	金メダル数**2**位（**11**、4、4）	金メダル数**4**位（**5**、4、3）	金メダル数**3**位（**5**、3、5）	金メダル数**9**位（**3**、2、4）	金メダル数**7**位（**2**、3、6）	金メダル数**3**位（**8**、5、5）

第47回大会で実施予定の競技職種　日本は59職種のうち48職種に参加予定（網掛けは不参加の11職種）

建設・建築系（13）		アート・ファッション系（6）	情報通信系（7）	製造エンジニアリング系（19）			サービス系（8）	輸送系（6）
タイル張り	配管（敢）	貴金属装身具（敢）	情報ネットワーク施工（金）	産業機械（金）	製造チームチャレンジ（銀）	メカトロニクス（金）	美容/理容	自動車板金（金）
電工（敢）	れんが積み	フラワー装飾	モバイルアプリケーション開発	機械製図CAD（敢）	CNC旋盤（銀）	CNCフライス盤（銅）	ビューティーセラピー（銅）	航空機整備
左官（敢）	広告美術	洋裁	業務用ITソフトウェア・ソリューションズ（金）	溶接（金）	電子機器組立て（敢）	工場電気設備（敢）	洋菓子製造（敢）	自動車工（敢）
家具	建具	グラフィックデザイン	ウェブデザイン	自律移動ロボット（銅）	構造物鉄工（敢）	インダストリー4.0	西洋料理（敢）	車体塗装
建築大工	造園（銀）	ビジュアル販売促進	ITネットワークシステム管理（金）	化学実験技術	水技術（銅）	3Dプリント	レストランサービス	重機メンテナンス
冷凍空調技術（敢）	建設コンクリート施工	3Dデジタルゲームアート	クラウドコンピューティング（敢）	工業デザイン技術	光電子技術（銅）	再生可能エネルギー（金）	看護/介護	物流貨物輸送
デジタルコンストラクション			サイバーセキュリティ	ロボットシステムインテグレーション（敢）			パン製造（敢）	
							ホテルレセプション	

丸囲みは第46回大会の日本選手成績（金 銀 銅 メダル 敢 敢闘賞）。青字は第47回大会から、赤字は第46回大会から追加された職種。
第46回大会をもって印刷（敢）、プラスチック金型（銀）、試作モデル製作（銀）が廃止。

5 職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進

(1) 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[*18]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より雇用の選択機会が増す中で、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けられている。

(2) ジョブ・カード制度の推進

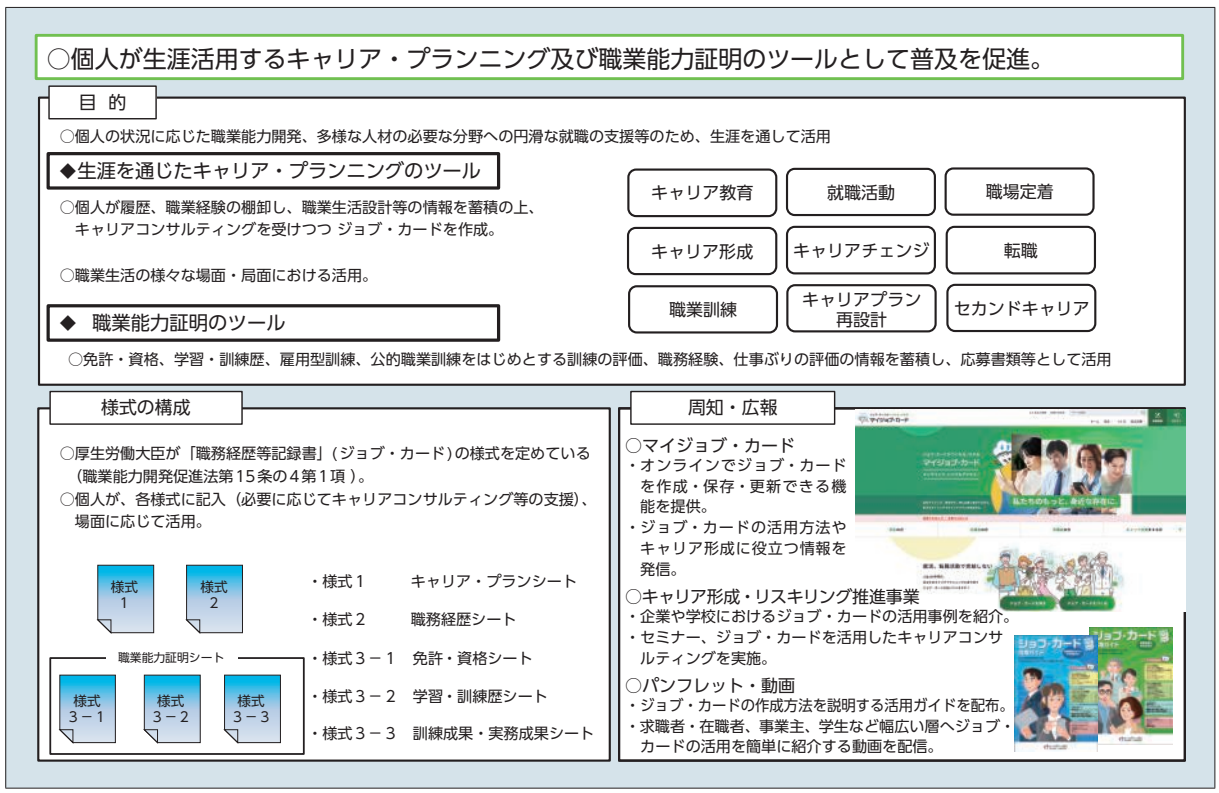
2008（平成20）年度創設したジョブ・カード制度については、「新ジョブ・カード制度推進計画」を策定し、2015（平成27）年10月から、個人のキャリアアップや、多様な人材の円滑な就職等を促進するために、「生涯を通じたキャリア・プランニング」及び「職業能力証明」の機能を担うツールとして、キャリアコンサルティング等の個人への相談支援のもと、求職活動、職業能力開発などの各場面において活用するよう、普及促進を行っている。

2024（令和6）年4月より、キャリア形成・リスキリング推進事業を実施（キャリア形成・学び直し支援センター事業を拡充）し、各都道府県に「キャリア形成・リスキリン

＊18 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

グ支援センター」を設置し、企業に対して支援を行うとともに、センター及びハローワークに「キャリア形成・リスキリング相談コーナー」を設置し、訓練受講希望者や、直ちに求職活動を行わないがキャリアについて相談したい方を含め、個人に対する相談支援を実施している。

図表1-3-5　ジョブ・カード制度について



(3) 職業能力評価制度の整備

1 技能検定の制度の運用

「技能検定制度[*19]」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、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、2024（令和6）年4月1日現在で、131職種について実施しており、2022（令和4）年度には全国で約87.0万人の受検申請があり、約36.0万人が合格し、検定制度開始からの累計で延べ約837万人が技能士となっている。

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、ものづくり分野の技能検定の2級又は3級の実技試験を受検する25歳未満の在職者に対して、最大9,000円を支援する措置を実施している。

＊19 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1-3-6　技能検定制度の概要

1．概要

○技能検定制度は、**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、**労働者の技能と地位の向上を図ることを目的**に、職業能力開発促進法に基づき昭和34年から実施。
○**ものづくり分野を中心**に、技能のウエイトが高く、全国的に需要を有する分野を対象に、**国が主体**となり全国、業種・職種共通の基準の下で制度を構築・運営。


機械加工職種

2．実施内容

○厚生労働大臣が厚生労働省令で定める職種ごとに、厚生労働省令で定める等級（特級、１～３級など）に区分して、**レベルに応じた技能・知識の程度**を、実技試験及び学科試験により客観的に評価。令和６年４月１日現在、**131職種**（うち**建設・製造業関係**は造園、さく井、金属溶解、機械加工など**100職種**。ファイナンシャル・プランニングなどサービス業関係は31職種）。
○技能検定に合格した者は、「技能士」と称することができる（いわゆる**名称独占資格**）。職種によって他資格試験の受験資格を取得できることや一部試験が免除になるほか、企業内の能力評価等にも活用されている。
○都道府県が実施する方式（現在111職種）に加え、平成13年に、厚生労働大臣が一定の要件を満たすものとして指定する民間団体が実施する指定試験機関方式（現在20職種）を導入。

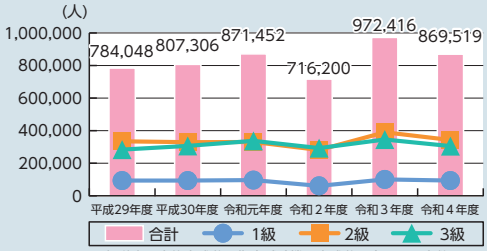

建築大工職種

3．実施状況

○令和４年度は全国で約87.0万人の受検申請があり、約36.0万人が合格。（累計では延べ約837万人が「技能士」）
○令和４年度の受検申請者数が多い職種は、ファイナンシャル・プランニングの約54.0万人（対前年度比12.9%減）、機械保全の約3.3万人（同4.9%減）。


ウェブデザイン職種

○受検申請者数の推移（過去６年）



＊都道府県実施方式分・指定試験機関方式分を合わせた全数

○等級別の合格者数・合格率（令和４年度）

等　級 （技能検定の合格に必要な技能及び知識）	受検申請者数 （令和３年度比）	合格者数 （令和３年度比）	合格率 （令和３年度）
特級 （管理者又は監督者に必要な技能及び知識）	4,424人 (-8.3%)	1,418人 (-28.9%)	32.1% (41.3%)
１級 （上級の技能労働者に必要な技能及び知識）	93,393人 (-7.1%)	32,365人 (+7.6%)	34.7% (29.9%)
２級 （中級の技能労働者に必要な技能及び知識）	342,671人 (-12.2%)	99,140人 (-10.9%)	28.9% (28.5%)
３級 （初級の技能労働者に必要な技能及び知識）	305,230人 (-11.6%)	163,059人 (-6.0%)	53.4% (50.2%)
単一等級 （等級に区分していない職種で、1級相当の技能及び知識）	2,520人 (-15.8%)	1,284人 (-18.9%)	51.0% (52.9%)

※随時級・基礎級を除く

図表1-3-7　試験実施内容の一例

機械加工職種

■実技試験
　普通旋盤を使用し、材料を内外径削りなどで切削加工を行い、はめ合わせのできる部品を製作する。
試験時間　２時間30分
■学科試験
　工作機械加工一般、機械要素、機械工作法、材料、材料力学、製図、電気、安全衛生、旋盤加工法

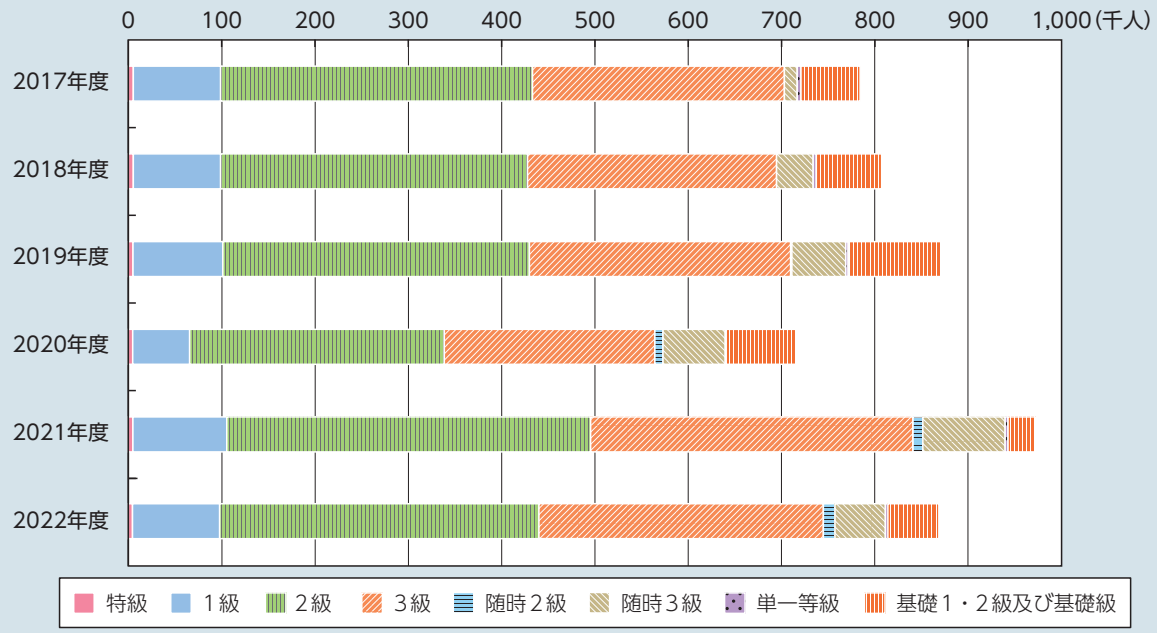

普通旋盤作業の作品例

とび職種

■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


とび作業の作品例

図表1-3-8　受検申請者数の推移（過去6年）



資料：厚生労働省人材開発統括官作成

2 団体等検定制度の創設

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よう、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評価するために行う検定であって、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社内検定認定制度を推進してきたところである（2024（令和6）年4月1日時点で、46事業主等115職種が認定）。

また、令和6年3月より、当該事業主等が雇用する労働者以外の者も対象として行う検定であって、労働市場において通用力があり、企業内における処遇改善の目安になるものを厚生労働大臣が認定する団体等検定制度を創設した。

図表1-3-9　職業能力評価制度の概要

	技能検定	職業能力検定	
		新設 団体等検定 ※実施主体に応じ①団体検定、②事業主検定の２種類に分類	社内検定
根拠	職業能力開発促進法 第44条	職業能力開発促進法第50条の２ 職業能力開発促進法施行規則第71条の２ 職業能力検定認定規程 （（社内検定認定規程として）昭和59年告示、令和６年３月改正）	
概要	厚生労働大臣が、労働者の有する技能を一定の基準によって検定し、これを公証する国家検定制度。合格者は「技能士」を名乗ることができる（名称独占の国家資格）	事業主・事業主団体が実施する検定のうち、一定の基準を満たすものを大臣が認定する制度。 （技能検定その他法令に基づき実施される検定や試験と競合するものは認定対象外）	
対象技能等	・全国的・業界標準的な普遍性を有する技能 ・一定数の受検者（概ね年間1000人以上）が恒常的に見込める職種を対象	・企業横断的ではあるが、地域的特殊性の強い技能や成長分野など必ずしも業界標準的な技能が確立していない職種等 ・受検者数が数百人程度であるが、検定の安定的な運営が見込まれる職種等	・個別企業において、先進的な技能、特有な技能等
実施機関	○都道府県及び職業能力開発協会 ○指定試験機関 （事業主団体、一般社団法人、一般財団法人、法人である労働組合、営利を目的としない法人）	○事業主 ○事業主団体又はその連合団体	
受検対象	当該職種に従事する労働者以外の者も対象	実施機関（又は会員企業）に雇用される労働者以外の者も対象に含むことができる	実施機関である事業主に雇用される労働者（団体が実施する場合は、会員企業の労働者）
評価方法	・具体的な試験基準、試験採点基準、試験実施要領、評価者の選任基準等を定める必要がある。 ・試験は、学科試験＋実技試験で行う必要。※実技試験は、実際に作業等を行わせて技能の程度を検定する。 ・労働者のスキル向上意欲の喚起や労働移動に伴う処遇改善に資するよう、複数等級であることが望ましい。（それが困難な場合であっても単なる入職のためのエントリー級よりも上位の技能であることを要件とする。）		
現状	131職種	ー	46事業主等115職種

3 職業能力評価基準

職業能力が適切に評価される社会基盤づくりとして、職業能力を客観的に評価する「職業能力評価基準[*20]」を「job tag（職業情報提供サイト（日本版O-NET））」に掲載するとともに、職業能力評価基準やポータブルスキル見える化ツールの活用に係る教材を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

6 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。2023（令和5）年度には、新たに26市4町と締結し、2024（令和6）年4月1日現在、298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（2024年4月現在、34道府

＊20　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
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/ability_skill/syokunou/index.html

県153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（令和2）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。

7 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、従業員の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、独立行政法人高齢・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。

また、2022（令和4）年度からは、生産性向上人材育成支援センター内に「中小企業等DX人材育成支援コーナー」を設け、中小企業等からの「デジタル対応に係る人材育成の悩み」等にかかる相談に対応するとともに、提供する職業訓練のうちDXに対応した訓練を拡充する等により、中小企業等のDXに対応するための人材育成を総合的に推進している。

第4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、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ったものの、2022（令和4）年からは再び増加に転じており、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）[*21]」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

「地域再生法」（平成17年法律第24号）等に基づき創設された雇用促進税制は、事業者が地方において本社機能を有している業務施設を拡充または東京23区から移転するために施設整備を行い、その施設で雇用者（有期雇用やパートを除く）を増加させた場合に、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である。

本税制は、2024（令和6）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5節 良質な労働環境の確保等

1 労働条件の確保改善

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

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、

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

＊21 2024（令和6）年4月以降は「早期再就職支援等助成金（UIJターンコース）」

（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、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。

（2）経済情勢を踏まえた労働基準行政等の対応

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、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。

賃金不払が疑われる事業場に対して、迅速かつ的確に監督指導を実施するとともに、度重なる指導にもかかわらず法令違反を是正しないなど、重大・悪質な事案に対しては厳正に対処している。

2022（令和4）年中に全国の労働基準監督署の指導により、賃金が支払われ、解決された件数は19,708件であり、対象労働者数は17万5,893人、支払われた賃金の合計額は約79億5千万円となっている。

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。

また、解雇や雇止め、労働条件の引下げ等については、労働契約法や裁判例等に照らして、適切な取扱いが行われることが重要である。

なお、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。

①2023（令和5）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、労働基準法等の周知を行い、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い、これと併せ、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している。

また、高等学校、大学等において学生等が労働関係法令に関する基礎知識を正しく学ぶことができるよう、労働法教育のための指導者用資料の作成、セミナーの実施等を行っている。

(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等を背景として、パートタイム労働者等を中心に、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」を作成し、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おり、中でも労働搾取目的の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対しては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実施するほか、地方運輸機関との相互通報制度を運用している。

また、累進歩合制度については、長時間労働を誘発するおそれがあることなどから、引き続き、その廃止を指導している。

(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・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、2022（令和4）年における送検件数は783件となっている。

2 賃金のデジタル払い

賃金の支払方法として、通貨のほか、銀行その他の金融機関の預金又は貯金の口座への振込み等（労働者の同意を得た場合に限る）が認められてきた。

これらに加え、キャッシュレス決済の普及や送金サービスの多様化が進む中で、使用者が労働者の同意を得た場合に、一定の要件を満たすものとして厚生労働大臣の指定を受けた資金移動業者の口座への資金移動による賃金支払（いわゆる賃金のデジタル払い）が新たに認められた（労働基準法施行規則の一部を改正する省令（2022（令和4）年11月28日厚生労働省令第158号）、2023（令和5）年4月1日施行）。

これを受けて、厚生労働省においては、リーフレット等を厚生労働省ホームページに掲載する等、賃金のデジタル払い制度の理解促進に取り組んでいる。

3 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5,245万人、令和3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（2024（令和6）年4月1日現在、224件。適用労働者数約283万人）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で審議の上、その答申を受け、都道府県労働局長が改正決定を行う。

2023（令和5）年度の地域別最低賃金は、全国加重平均で対前年度43円引上げの1,004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970円（2024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1章第3節1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。

4 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。2022（令和4）年度には、1,285企業の14,203人に対して約49億円の立替払を行った。

5 「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。

6 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。

＊22 最低賃金特設サイト　https://pc.saiteichingin.info/

2022（令和4）年度の労災保険給付の新規受給者数は777,426人であり、前年度に比べ98,822人の増加（14.6%増）となっている。そのうち業務災害（複数業務要因災害を含む。）による受給者が689,696人、通勤災害による受給者が87,730人となっている。

(2) 過労死等の労災認定

2022（令和4）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803件、支給決定件数は194件、精神障害の請求件数は2,683件、支給決定件数は710件となっている。前年度と比べ、脳・心臓疾患の請求件数は50件の増加、支給決定件数は22件の増加、精神障害の請求件数は337件の増加、支給決定件数は81件の増加となっている（図表1-5-1）。

労災認定に当たっては、脳・心臓疾患の認定基準及び精神障害の認定基準に基づき、迅速かつ公正な労災補償に努めている。

図表1-5-1 過労死等の労災補償状況（2018（平成30）～2022（令和4）年度）

		2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和2）年度	2021（令和3）年度	2022（令和4）年度
脳・心臓疾患	請求件数	877（118）	936（121）	784（105）	753（124）	803（125）
	支給決定件数	238（9）	216（10）	194（14）	172（9）	194（18）
精神障害	請求件数	1,820（788）	2,060（952）	2,051（999）	2,346（1,185）	2,683（1,301）
	支給決定件数	465（163）	509（179）	608（256）	629（277）	710（317）

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注）1．脳・心臓疾患とは、業務における過重負荷により脳・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、業務における強い心理的負荷により精神障害を発病した事案（自殺を含む。）をいう。
3．請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に「業務上」と認定した件数であり、当該年度以前に請求されたものも含む。
4．（ ）内は女性の件数で内数である。

(3) 石綿による健康被害の補償・救済

石綿を取り扱う作業に従事したことにより中皮腫等を発症した労働者やその遺族等は、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、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」の支給等の措置が講じられた。

なお、特別遺族給付金については、2022（令和4）年6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2032（令和14）年3月27日まで延長されるとともに、支給対象が2026（令和8）年3月26日まで拡大された[*23]。

このほか、石綿による健康被害の救済については、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、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

＊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/gyousei/rousai/111020-1.html)

ており、その周知を図っている。

また、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も、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（令和4）年1月19日以降、同法に基づく給付金等の認定、支給等を行っている。

石綿による疾病の労災認定等については、認定基準に基づき、迅速かつ公正に行うよう努めている。

図表1-5-2　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

		2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和2）年度	2021（令和3）年度	2022（令和4）年度
肺がん	請求件数	417	443	408	527	566
	支給決定件数	376	375	340	348	418
中皮腫	請求件数	649	677	615	658	696
	支給決定件数	534	641	607	579	597
良性石綿胸水	請求件数	35	28	20	33	22
	支給決定件数	34	27	22	22	18
びまん性胸膜肥厚	請求件数	68	56	42	60	77
	支給決定件数	53	50	47	63	46
計	請求件数	1,169	1,204	1,085	1,278	1,361
	支給決定件数	997	1,093	1,016	1,012	1,079

		2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和2）年度	2021（令和3）年度	2022（令和4）年度
石綿肺	支給決定件数	60	52	44	64	61

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1-5-3　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

	2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和2）年度	2021（令和3）年度	2022（令和4）年度
請求件数	38	43	40	545	132
支給決定件数	31	23	20	31	170

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。

(4) 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、その罹患後症状を含め、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。

(5) 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が、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ことが適当である者について、労災保険の加入を認める特別加入制度が存在する。

「特定受託事業者に係る取引の適正化等に関する法律（フリーランス・事業者間取引適正化等法）」の法律案に対する附帯決議（2023（令和5）年4月27日参議院内閣委員会）において、「希望するすべての特定受託事業者が加入できるように対象範囲を拡大する」こととされたこと等を踏まえ、「労働者災害補償保険法施行規則」を改正し、同法の施行の日から、同法に規定する特定受託事業者が行う事業について、新たに特別加入制度の対象とすることとしている。

7 労働保険適用徴収制度

労働保険（労災保険と雇用保険の総称）の適用徴収業務は、適正な労災保険給付や雇用保険給付のみならず、労働行政全体の的確な運営を財政面から支える重要な業務であり、労働保険制度の健全な運営と費用負担の公平性を確保するため、労働保険の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、労働保険の手続指導、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。

8 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。

9 ハラスメント対策の推進

「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）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・出産等に関するハラスメント、育児休業等に関するハラスメントと同様に、全ての事業主に対して、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（令和元）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。）や就職活動中やインターンシップ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動画の作成、また就活ハラスメント防止対策企業事例集や企業向け研修動画の作成を行い、その周知を図っている。

10 個別労働紛争対策の総合的な推進

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の解決のため、「個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律」（平成13年法律第112号）に基づき、2001（平成13）年10月1日から、次の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よる紛争当事者双方の合意に向けたあっせん制度の実施

この制度に基づき2022（令和4）年4月から2023（令和5）年3月の間に受け付けた総合労働相談件数は1,248,368件、このうち民事上の個別労働紛争に係る相談件数は272,185件で、同期間における都道府県労働局長による助言・指導の申出件数は7,987件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数は3,492件であった。

引き続き制度の周知・広報に努めるとともに、個別労働紛争の迅速な解決に取り組んでいく。

11 解雇無効時の金銭救済制度に関する検討

解雇無効時の金銭救済制度については、金銭を支払えば自由に解雇できるという制度を導入しないことを前提に、法技術的な論点について専門的な議論を行い、2022（令和4）年4月に検討会にて報告書を取りまとめ、労働政策審議会労働条件分科会において議論を行っている。

12 雇用労働相談センターの設置・運営

新規開業直後の企業や海外からの進出企業等が、日本の雇用ルールを的確に理解して、個別労働関係紛争を生じることなく、円滑に事業展開できるよう、また、長時間労働の抑制や雇用の安定等を図り、これらの企業の労働者が意欲と能力を発揮できるよう、国家戦

＊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/soudan.html

略特別区域内に「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か所の国家戦略特別区域内に設置した。

第6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

2022（令和4）年の新型コロナウイルス感染症のり患によるものを除いた労働災害については、死亡者数は774人（前年比4人（0.5%）減）となったが、休業4日以上の死傷者数は132,355人（前年比1,769人（1.4%）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、2022年度には710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、2022年は、約2万人と10年連続で3万人を下回っているが、このうち約3,000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14次労働災害防止計画の推進

労働安全衛生法においては、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」を厚生労働大臣が策定することとされている。

2023（令和5）年度から2027（令和9）年度までの5年間を計画期間とする「第14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、労働者一人一人が安全で健康に働くことができる職場環境の実現に向け、①自発的に安全衛生対策に取り組むための意識啓発、②労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進、③高年齢労働者の労働災害防止対策の推進、④多様な働き方への対応や外国人労働者等の労働災害防止対策の推進、⑤個人事業者等に対する安全衛生対策の推進、⑥業種別の労働災害防止対策の推進、⑦労働者の健康確保対策の推進、⑧化学物質等による健康障害防止対策の推進の8つの重点事項を定め、重点事項ごとの取組みを推進することとしている。

2 自発的に安全衛生対策に取り組むための意識啓発

労働者が安全で健康に働くためには、労働者の安全衛生対策の責務を負う事業者や注文者のほか、労働者等の関係者が安全衛生対策について自身の責任を認識し、真摯に取り組むことが重要である。

加えて、安全衛生対策に取り組むことが、事業者にとって経営や人材確保・育成の観点からもプラスとなることを周知する等、事業者による安全衛生対策の促進と社会的に評価される環境の整備が必要であり、その意識啓発のため、各種表彰、「安全衛生優良企業公表制度」、「SAFEコンソーシアム」の表彰制度等を活用した周知等を進めている。

(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し、企業名を公表し、社会的な認知を高め、より多くの企業の安全衛生の積極的な取組みを促進するため、「安全衛生優良企業公表制度」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」として認定しており、2024（令和6）年4月1日現在、36社の企業が認定を受けている。

(2) SAFEコンソーシアム

事業場内での安全衛生活動の取組みに対する機運醸成や意識改革を図るため、2022（令和4）年6月から「従業員の幸せのためのSAFEコンソーシアム[*25]」の活動を進めている。具体的には、加盟企業が職場において実施されている安全衛生のための取組みを企業自らが発表するシンポジウムの開催や、企業に訪問して取組みを紹介する現場視察会を実施している。

また、加盟者の職場において実施している労働災害防止や安全・健康の増進のための取組み事例を募集し、優良な取組みを表彰する「SAFEアワード」について、2023（令和5）年9月から募集を開始し、2024（令和6）年2月に表彰することにより、優良な取組みを進める職場の「見える化」を図っている。

3 労働災害を防止するための対策の充実

(1) 労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進

近年、「転倒」及び腰痛等の「動作の反動・無理な動作」など、労働者の作業行動を起因とする労働災害の増加が続いていることから、これらの労働災害の防止対策を第14次労働災害防止計画における重点事項に掲げ、取組みを進めている。中でも、最も発生件数の多い転倒災害については、転倒防止体操の動画や、転倒の態様に対応した具体的な対策として、転倒災害を発生させる環境要因の解消（ハード対策）及び労働者の高齢化に伴う身体機能の低下への対策（ソフト対策）を促進するリーフレットを作成し、周知啓発等に取り組んでいる。

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。

(2) 高年齢労働者の労働災害防止対策の推進

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

＊25 SAFEコンソーシアムポータルサイト　https://safeconsortium.mhlw.go.jp/

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、労働災害防止に向けた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り中小企業事業者の取組みを支援している。

(3) 外国人労働者の労働災害防止対策の推進

外国人労働者を雇用する事業者に対し、労働災害防止対策促進のためのセミナーを実施するほか、「外国人在留支援センター」において安全衛生に係る相談対応を行っている。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。

(4) 個人事業者等に係る安全衛生対策

労働者以外の個人事業者等についても業務上の災害が相当数発生している状況等を踏まえ、災害の実態把握や、災害防止のための安全衛生対策について、2022（令和4）年5月から「個人事業者等に対する安全衛生対策のあり方に関する検討会」において検討を行い、2023（令和5）年10月に報告書が取りまとめられた。

報告書では個人事業者等の業務上災害を防止するための個人事業者等自身による保護措置や、注文者等による保護措置、個人事業者等の業務上災害の報告制度の新設、労働安全衛生法第20条等に基づく事業者による「事故時等の退避」と「危険箇所等への立入禁止等」の措置対象の個人事業者等への拡大、個人事業者等のメンタルヘルス、健康確保等の対策等が盛り込まれている。

今後は報告書を踏まえ、必要な対応を検討・実施していくこととしており、2024（令和6）年3月までに「個人事業者等の健康管理に関するガイドライン」の策定並びに、労働安全衛生法第20条、第21条及び第25条に基づく危険防止措置関係規定のうち立入禁止や退避等に係る労働安全衛生規則等の規定について、措置の対象を個人事業者等に広げる改正の検討を行った。

(5) 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。

また、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、2023（令和5）年3月に改正された昇降設備の設置及び荷役作業における保護帽の着用が必要な貨物自動車の範囲の拡大、テールゲートリフターによる荷役作業に係る特別教育の義務化等を内容とする改正労働安全衛生規則の周知を行っている。

(6) 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、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、2015（平成27）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。

また、2023（令和5）年3月に改正された足場点検の確実な実施のための措置、一側足場の使用範囲の明確化を内容とする改正労働安全衛生規則の周知を行っている。

さらに、2023年6月に、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」に基づく「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」の変更が閣議決定され、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することとしている。

加えて、近年の技術の進展に伴い開発されている安全機能を有する車両系建設機械等の活用を推進していくため、2022（令和4）年度から中小企業を対象として「高度安全機械等導入支援補助金事業」を実施している。

(7) 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、産業現場では新たに高度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。

(8) 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重要であることから、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を内容とする労働安全衛生規則等の改正を行い、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」を改正する等、伐木等作業における安全の確保を図っている。

4 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、「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サイトで無料配布するとともに、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、働く方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、働く方等からの電話・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いる。その中で、労働者の健康管理に関する措置として、労働安全衛生法第66条の8及び第66条の9の規定等に基づき、長時間労働を行った労働者への医師による面接指導等及び面接指導の結果に基づく就業上の措置等の実施の徹底を図っている。

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。

これら改正法令等の内容を踏まえ、面接指導の実施等を始めとした過重労働による健康障害防止対策を推進している。

その他、「『過労死等ゼロ』緊急対策」等に基づき、企業の本社（事業場）に対する、メンタルヘルス対策に係る指導を実施するなど、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、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、長時間労働者や高ストレス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、中小企業や労災保険の特別加入者を支援する団体等が、傘下の中小企業等に対し、産業医、保健師等と契約し、産業保健サービスを提供した場合、それらに要する費用の一部を助成する団体経由産業保健活動推進助成金を実施している。

5 化学物質等による健康障害防止対策の推進

(1) 職場における化学物質管理

国内で輸入、製造、使用されている化学物質は数万種類にのぼり、その中には、危険性や有害性が不明な物質が多く含まれる。さらに、化学物質による休業4日以上の労働災害（がん等の遅発性疾病を除く。）のうち、特定化学物質障害予防規則等の特別則の規制の対象となっていない物質を起因とするものが約8割を占めている。これらの状況を踏まえ、2022（令和4）年2月及び5月に労働安全衛生関係法令の改正を行い、2024（令和6）年4月に全面施行された。

具体的な改正内容は以下のとおりであり、これらについてしっかりと周知等を行い、職場における化学物質による健康障害防止対策を一層推進していくこととしている。

・譲渡・提供する際の容器等へのラベル表示及び安全データシート（SDS）等による通知、並びに製造し又は取り扱う際のリスクアセスメントの実施の義務対象となる化学物

質（以下「リスクアセスメント対象物」という。）を、新たに234物質追加（今後も、国のGHS分類において危険性・有害性が確認された全ての化学物質をリスクアセスメント対象物に順次追加。）
・リスクアセスメント対象物の製造、取扱い又は譲渡提供を行う事業場ごとに、化学物質管理者を選任し、化学物質の管理に係る技術的事項を担当させる等の事業場における化学物質に関する管理体制の強化
・化学物質のSDS等による情報伝達について、通知事項である「人体に及ぼす作用」の内容の定期的な確認・見直しや、通知事項の拡充等による化学物質の危険性・有害性に関する情報の伝達の強化
・事業者が自ら選択して講ずるばく露防止措置により、労働者がリスクアセスメント対象物にばく露される程度を最小限度にすることに加えて、一部物質については厚生労働大臣が定める濃度基準以下とすることや、皮膚又は眼に障害を与える化学物質を取り扱う際に労働者に適切な保護具を使用させること、リスクアセスメントの結果に基づき健康診断を実施すること等の化学物質の自律的な管理体制の整備
・衛生委員会において化学物質の自律的な管理の実施状況の調査審議を行うことを義務付ける等の化学物質の管理状況に関する労使等のモニタリングの強化
・雇入れ時等の教育について、特定の業種で一部免除が認められていた教育項目の全業種での実施の義務づけや、職長等に対する安全衛生教育が必要となる業種に「食料品製造業」、「新聞業、出版業、製本業及び印刷物加工業」を追加するなど、化学物質等に係る安全衛生教育の拡充
・化学物質管理の水準が一定以上の事業場に対する個別規制の適用除外
・作業環境測定結果が第三管理区分の事業場に対する作業環境の改善措置の強化
・作業環境管理やばく露防止対策等が適切に実施されている場合における有機溶剤、鉛、四アルキル鉛、特定化学物質（特別管理物質等を除く。）に関する特殊健康診断の実施頻度の緩和

（2）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は今も多くの石綿建材が残っており、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とされている。

これらを踏まえ、これまで、①2020（令和2）年7月に石綿含有の有無の事前調査・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を行うとともに、②2022（令和4）年1月には、船舶に係る事前調査者の要件を定め、船舶に係る事前調査結果の報告を義務化し、③さらに、2023（令和5）年1月には、工作物に係る事前調査者の要件を定める等の石綿障害予防規則等の改正（2026（令和8）年1月

＊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。

施行）を行うとともに、2023年3月には関係告示の改正を行ったところ、これらの改正内容の周知徹底を図っている。

また、2023年8月には、石綿等の切断等の作業等において、石綿等の湿潤化と同等の措置の一つとして、除じん性能を有する電動工具の使用等を義務づける等の改正を行うとともに、「建築物等の解体等の作業及び労働者が石綿等にばく露するおそれがある建築物等における業務での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針」を改正した。なお、本改正は、電動工具による石綿等の切断等を推奨する趣旨ではなく、石綿等の除去は、石綿等の切断等以外の方法（ボルトや釘等を撤去し、手作業で取り外すこと等）で行う必要があり、これを実施することが技術上困難な場合に限り、石綿等の切断等を行うことが認められているという従来の考え方を変えるものではない。

(3) 職業性疾病予防対策

粉じん障害防止対策については、2023（令和5）年度から開始している「第10次粉じん障害防止総合対策」により、「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」等を引き続き重点事項として位置づけ、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。

熱中症予防対策については、「STOP！熱中症　クールワークキャンペーン」（期間：5月1日～9月30日）を実施し、キャンペーンを中心に暑さ指数（WBGT）を活用して、その値に応じた作業環境管理、作業管理等の予防対策を講じることについて指導等を行っている。

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。

騒音障害防止対策については、技術の発展や知見の蓄積を踏まえ、2023年4月に「騒音障害防止のためのガイドライン」を改訂し、ガイドラインに基づく取組みの周知等を行っている。

電離放射線による障害防止対策については、眼の水晶体の等価線量限度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、更なる強化を図っている。特にその影響を受ける医療分野を対象に放射線被ばく管理に関する労働安全衛生マネジメントシステム導入支援を行っている。

第7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、被ばく線量に応じたがん検診等や、健康相談、保健指導を実施するとともに、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、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、緊急作業従事者を対象とした疫学研究を継続している。

さらに、廃炉等作業員の健康支援相談窓口を設置し、労働者・事業者双方から健康支援に関する相談を受け付けている。

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。また、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である除染等作業従事者等被ばく線量登録管理制度への参加を促進している。

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ため、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、雇用のミスマッチも見られる。

厚生労働省では、こうした雇用のミスマッチを解消するため、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等に努めている。

(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を確保し、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や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の助成及び住宅の借上げや住宅手当の導入・拡充に係る費用の助成を行っている。

図表1-7-1　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（復興）

令和６年度予算額　制度要求
（令和５年度予算額　制度要求）

1 事業の目的

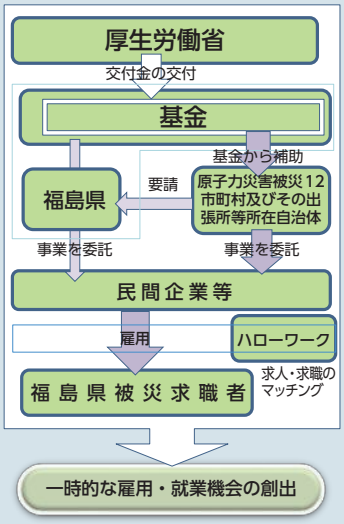
○　長引く 原子力災害の影響により、依然として約2.7万人の被災者が福島県の内外に避難する状況が続いている。
○　被災12市町村においては事業所の再開が徐々に進み、令和６年度以降も、住民の帰還が順次進捗し、帰還等を契機に、こうした避難者が労働市場に流入することが予想されるものの、被災後長期的に不安定な雇用状態にあった方等、安定した雇用に至るまでに人材育成等の支援が必用な者も含まれており、支援が必要。
○　こうした方々の雇用が安定するまでの準備期間に限り、次の雇用までの一時的な雇用・就業の場を確保し、生活の安定を図る。

2 事業の概要・実施主体等

◆事業内容
○事業開始可能期間：令和６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
○　教育旅行での来訪促進のための情報収集・広報業務
○　県産品の輸出促進のための貿易相談、支援業務

≪事業スキーム≫



図表1-7-2　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（復興）

令和６年度予算額　制度要求
（令和５年度予算額　制度要求）

1 事業の目的

○　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。

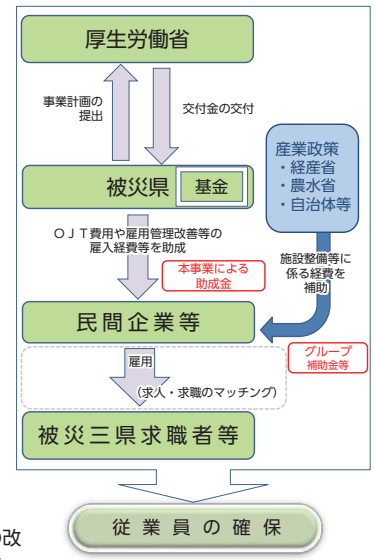
2 事業の概要・実施主体等

【事業実施期間】
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

【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。

≪事業スキーム≫



(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。

(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り、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8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」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。2024（令和6）年3月末現在、加入労働者は約573万人であり、2023（令和5）年度の退職金支給件数は約35.7万件、退職金支給金額は約4,585億円となっている。

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。

2023（令和5）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約636万件、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5万件、貸付残高は約4,012億円となっている。

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として制定された「労働者協同組合法」（令和2年法律第78号）が2022（令和4）年10月1日に施行された。

政府においては、労働者協同組合を通じて地域における多様な需要に応じた事業が実施され、多様な働き方を実現しつつ、地域の課題解決に繋がるよう、労働者協同組合の更なる普及・活用促進を図る。

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2023（令和5）年6月1日に施行された。政府においては、関係省庁が適切に連携し、審査、検査及び監督を行っていく。

第9節　安定した労使関係の形成など

1　2023（令和5）年度の労使関係

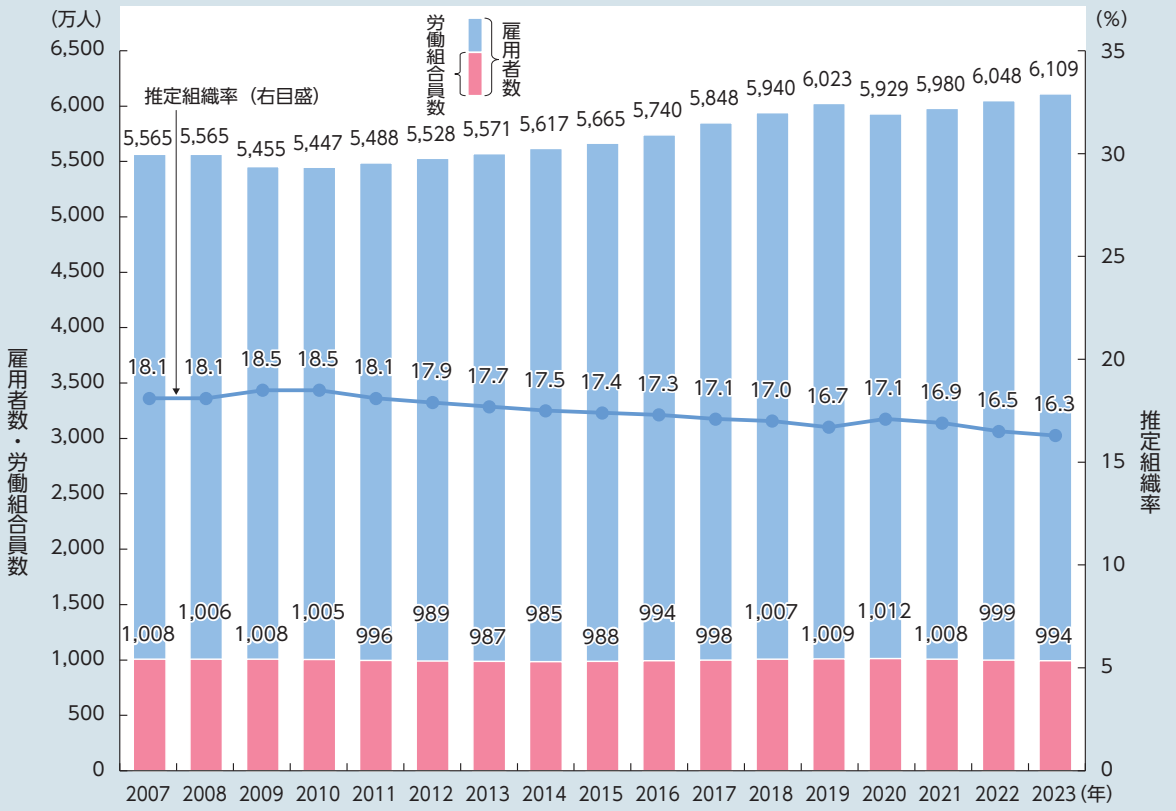
（1）我が国の労働組合

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。

2023（令和5）年6月現在、我が国の労働組合員数は993万8千人で、前年比で5万5千人減少した（図表1-9-1）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は141万人で、前年比で6千人増加した。

図表1-9-1　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

2023（令和5）年11月15日の「政労使の意見交換」において、内閣総理大臣から「本年の賃上げは30年ぶりの高水準、国内投資も過去最高、株価も30年ぶりの高水準です。デフレ完全脱却の千載一遇のチャンスが巡ってきています。このチャンスをつかみ取り、デフレ完全脱却を実現する。そのために、経済界においては、足下の物価動向を踏まえ、来年の春闘に向け、今年を上回る賃上げの御協力をお願いいたします」、「この際、労働者の7割が中小企業で働いていることを踏まえ、中小企業が使いやすいように賃上げ税制を拡充するとともに、価格転嫁対策、特に労務費の転嫁の強化を強く働きかけます。今月下旬には、内閣官房と公正取引委員会連名の労務費の適切な転嫁のための価格交渉に関する指針を、発注者側・受注者側に公表し、違反行為は独占禁止法に抵触するおそれがあることを示します。全国的にその周知徹底を図ること等により、中小・小規模企業の賃上げを全力で支援いたします」等の発言があった。

日本労働組合総連合会（連合）は2023年12月1日に、「経済社会のステージ転換を確実に進めるべく、すべての働く人の生活を持続的に向上させるマクロの観点と各産業の『底上げ』『底支え』『格差是正』の取り組み強化を促す観点から、前年を上回る賃上げをめざす。賃上げ分3%以上、定昇相当分（賃金カーブ維持相当分）を含め5%以上の賃上げを目安とする」等を内容とする「2024春季生活闘争方針」を決定し、公表した。

2024（令和6）年1月22日、「政労使の意見交換」において、内閣総理大臣から「我が国経済は、30年余り続いたコストカット型経済から、所得増と成長の好循環による新たな経済へ移行するチャンスを迎えています。このチャンスをつかみ取るためには、我が国経済に、物価上昇を上回る構造的な賃上げを実現しなければなりません。こうした民の努力を官としても強力に後押しするため、所得減税など政策を総動員してまいります。第1に、本日御参加の経済界の皆さんには、今年の春季労使交渉について、物価動向を重視し、昨年を上回る水準の賃上げをお願いいたします」、「本日のような政労使の議論が地方にも波及していくよう、厚生労働大臣は、経済産業大臣や公正取引委員会委員長と協力しながら、地方版政労使会議の開催を一層積極的に進めてください」等の発言があった。これを踏まえ、都道府県労働局等が事務局となり、賃上げ等を議題として各都道府県で政労使会議等が開催された。

日本経済団体連合会（経団連）は2024年1月16日に、「2024年春季労使交渉・協議は、物価動向への対応はもとより、2023年より起動を始めた『構造的賃金引上げ』の実現に向けて、賃金引上げのモメンタムの維持・強化を継続できるか、極めて重要な年と位置付けられる。人材の確保・定着に向けた『人への投資』の重要性を踏まえながら、『分厚い中間層』の形成に向けた企業の社会的な取組みとの認識の下、各企業において、2023年以上の意気込みと決意をもって、賃金引上げの積極的な検討と実施を求めたい」、「月例賃金（基本給）の引上げにあたっては、物価上昇が続いていることに鑑みれば、制度昇給（定期昇給、賃金体系・カーブ維持分の昇給）に加え、ベースアップ実施を有力な選択肢として検討することが望まれる」等を内容とする「2024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。

2024年2月1日、連合と経団連のトップ同士の懇談会が開催され、春季労使交渉をめぐる諸問題について意見交換が行われた。2024年1月から2月上旬に主要産業別労働組

合が統一要求方針を決定し、これを受けて２月中旬から下旬に個別労働組合が方針を決定して要求書を提出し、以後、個別の企業ごとに労使交渉が行われた。

2024年３月13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、2024年３月13日に、「政労使の意見交換」が実施され、中小企業や小規模事業者の賃金交渉に向けて、労使の代表と意見交換が行われた。連合は春闘の結果について、例年３月から７月まで発表を行っている。2024年４月18日、連合が発表した「2024春季生活闘争第４回回答集計結果」では、月例賃金（加重平均）の賃上げ率は5.20％と、2023年の同時期と比較して大きく上回った。

2 労働委員会に関する動き

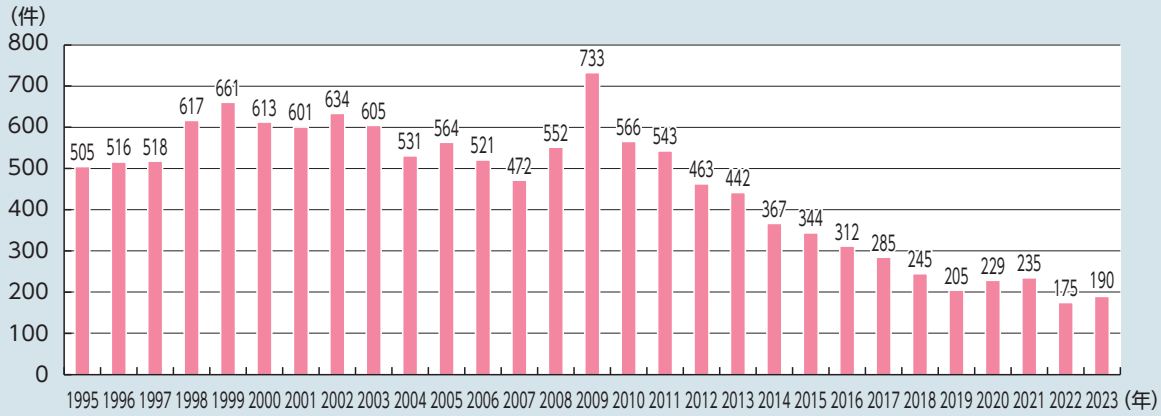
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

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、2023（令和５）年が255件であった。再審査の新規申立件数は、2023年が47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2023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、190件であった（**図表1-9-2**）。

さらに、個別労働紛争のあっせん新規係属件数は、258件であった。

図表1-9-2 労働争議調整事件の新規係属件数



資料：中央労働委員会事務局において作成

第2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、2023（令和5）年の女性の労働力人口は3,124万人（前年比28万人増）で、女性の労働力人口比率は54.8%（前年比0.6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、75.2%（前年比0.9ポイント上昇）である。また、女性の雇用者数は2,793万人（前年比28万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は46.0%（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。

2022（令和4）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20,967件である。その内容を見ると、職場におけるセクシュアルハラスメントや母性健康管理に関する相談が多くなっている（**図表2-1-1**）。また、是正指導件数は5,217件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は196件、機会均等調停会議による調停件数は76件となっている。

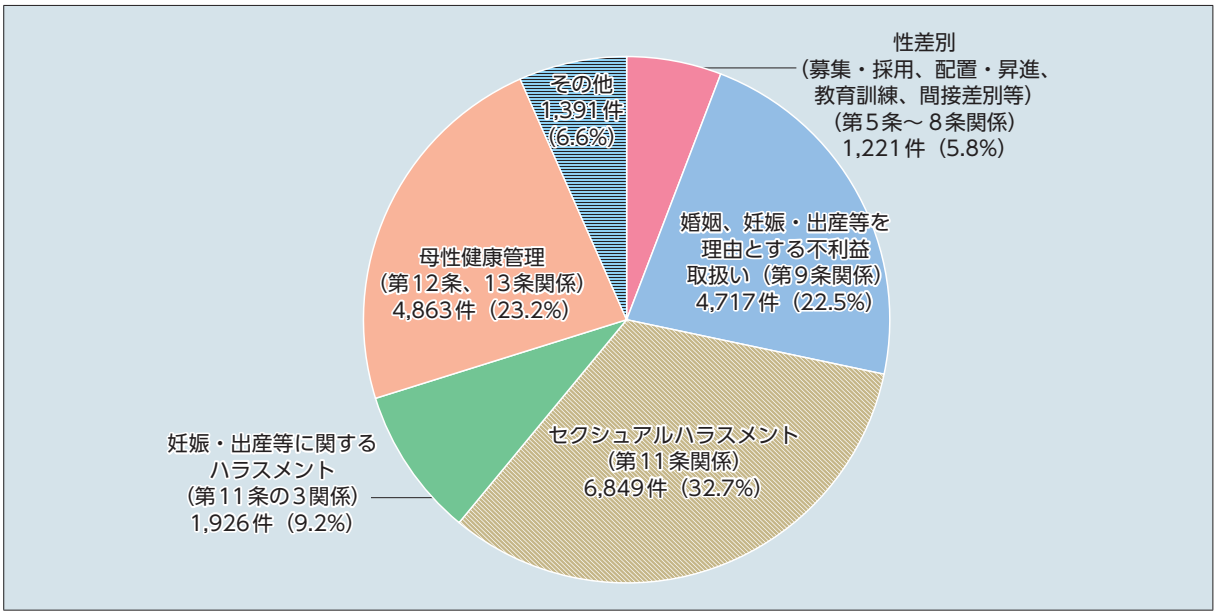
セクシュアルハラスメントや妊娠・出産等に関するハラスメントに関する相談については、適切に対応するとともに、男女雇用機会均等法に沿った対策が講じられていない企業に対しては、指導により是正させ、必要に応じて、具体的な取組み事例やノウハウを提供している。妊娠・出産等を理由とする解雇その他不利益取扱いに関する相談には、相談者にとって最も適切な方法で紛争の円滑かつ迅速な解決を図るとともに、男女雇用機会均等法違反が疑われる場合や、雇用管理上の問題があると考えられる場合には積極的に報告徴収を行い、法違反が認められる場合には、厳正な指導により、法の履行確保を図っている。

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（令和2）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するとともに、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る等の要件を満たした事業主に対し、助成を行った（2023（令

和5）年9月30日まで）。

このほか、職場における母性健康管理等を推進するため、企業や女性労働者等に対して母性健康管理等に関する情報を提供する支援サイト「働く女性の心とからだの応援サイト」の運営等を行っている。

図表2-1-1　男女雇用機会均等法に関する相談内容の内訳



（2）女性の活躍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、「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づけられている常用労働者数101人以上の事業主や男女の賃金の差異の情報公表が義務づけられている常用労働者数301人以上の事業主に対し、必要な助言を行うこと等により、同法に基づく取組みの実効性確保や更なる女性活躍推進を図るとともに、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、同法に基づく行動計画策定等の取組みが努力義務とされている100人以下の事業主について、より多くの事業主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。併せて女性の活躍推進のための企業向けの相談会・説明会の開催やコンサルティング等を実施するとともに、個々の女性労働者の活躍推進を阻む要因になり得る無意識の思い込み（アンコンシャス・バイアス）を解消するためのセミナー動画を作成し、企業等での活用を促進している。

■認定マーク「えるぼし」「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」について、男女の賃金の差異の公表義務化に伴う改修等による利便性の向上、就職活動中の学生向けの合同業界研究イベントの開催により、登録企業数の増加や認知度の向上を図った。

（3）女性の就業希望の実現

全国206か所（2024（令和6）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。

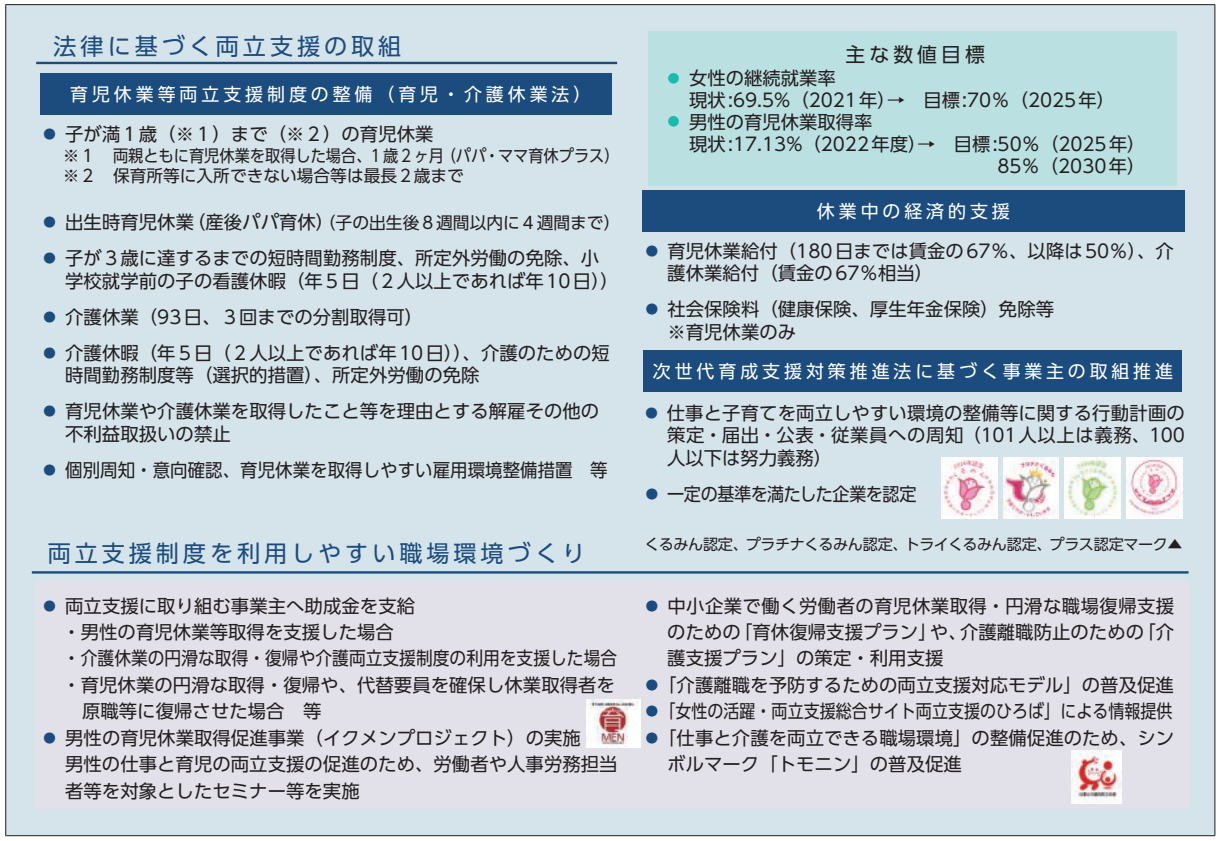
また、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、「仕事と育児カムバック支援サイト」により情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

（4）仕事と育児・介護の両立支援策の推進

仕事と育児・介護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となるだけでなく、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、男性の育児休業取得促進事業（イクメンプロジェクト）の実施など、仕事と育児・介護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2節参照）。

図表2-1-2　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、希望者全員について65歳までの雇用が確保されるよう、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、又は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の措置（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している。

2023（令和5）年6月1日現在、高年齢者雇用確保措置は21人以上規模企業の99.9%で、高年齢者就業確保措置は21人以上規模企業の29.7%で実施済みである。

引き続き、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

65歳以降の定年延長や66歳以上の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、公益財団法人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求人の開拓等による総合的な就労支援等を実施している。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（特定就職困難者コース）」を支給し、高年齢者の就職を促進している。

(2) 高年齢者が地域で働ける場や社会を支える活動ができる場の拡大

地域で展開されている地域福祉・地方創生等の取組みと高年齢者に対する就労支援の取組みが緊密に連携しながら、地域のニーズを踏まえた多様な働く場を生み出すための「生涯現役地域づくり環境整備事業」を実施している（2024（令和6）年4月1日現在、10地域にて実施）。

また、定年退職後等に、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（2024年4月1日現在、シルバー人材センターの団体数は1,309団体、会員数は約68万人）。

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、2023（令和5）年には4.1%（前年比0.3ポイント低下）、25～34歳については、3.6%（前年と同水準）となっている。

また、2023年3月卒業者の就職率は、大卒者については97.3%（前年比1.5ポイント上昇、2023年4月1日現在）と、前年と比べて改善するとともに、新型コロナウイルス感染症拡大前の2020（令和2）年3月大卒者（98.0%）に近い水準まで改善している。また、高卒者については98.0%（前年比0.1ポイント上昇、2023年3月末現在）と、高い水準を維持している。

一方で、在学中に内定に至らない者や未就職のまま卒業する者も一定数存在することから、新卒応援ハローワーク等においては、学校等と密に連携しながら、新卒者等の求人確保やきめ細かな就職支援を実施するとともに、既卒者及び中途退学者の新卒枠での応募機会の拡大及び採用・定着の促進に取り組んでいる。

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。勤労青少年福祉法の一部を改正する法律（平成27年法律第72号）により改正。以下「若者雇用促進法」という。）について、2015（平成27）年10月1日から順次施行された。

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条に基づく指針には、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規定し、事業主等に対する周知に取り組んでいる。

また、勤労青少年福祉法の一部を改正する法律附則第2条において、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（令和3年厚生労働省告示第114号）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」（2024（令和6）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。2023（令和5）年度は延べ約28.3万人が利用し、約8.1万人が就職決定した。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。



〈認定マーク〉

9 キャリア*1教育の推進

若者が、学校から社会・職業に円滑に移行できないなどの課題に直面している。この問題には、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

*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

中央教育審議会において「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について（答申）」が取りまとめられた。答申では幼児期の教育から高等教育までの体系的なキャリア教育の推進や職業教育の充実が提示されたが、その中で、キャリア・カウンセリングを行う専門人材の学校への配置、教職員のカウンセリングに関する知識やスキルの習得の重要性、学校・産業界・関係府省間の連携等についても指摘されている。

また、大学設置基準及び短期大学設置基準の改正（2010（平成22）年2月公布、2011年4月施行）により、全ての大学等において、社会的・職業的自立に関する指導（キャリアガイダンス）に取り組むための体制を整備することとされている。

そのため、今後のキャリア教育を効果的に推進する上で、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（2024（令和6）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、2023（令和5）年には134万人となり、前年（2022（令和4）年132万人）と比べて2万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」（2024（令和6）年4月1日現在21か所）等で、担当者制による個別支援、正社員就職に向けたセミナーやグループワーク等各種支援、就職後の定着支援を実施し、2023年度は約9.8万人が就職した。

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2023（令和5）年には59万人となり、前年（2022（令和4）年57万人）と比べて2万人増加となっている。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（令和2）年度からは、全てのサポステ（2024（令和6）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。

＊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、家事も通学もしていない者。

12 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者がいる。

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。

さらに、2022（令和4）年に取りまとめられた「経済財政運営と改革の基本方針2022」（2022年6月7日閣議決定）において、2022年度までの3年間の集中取組期間に加え、2023（令和5）年度からの2年間を「第二ステージ」と位置付け、これまでの施策の効果も検証の上、効果的・効率的な支援に取り組み、成果を積み上げる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」を毎年「就職氷河期世代支援の推進に関する関係府省会議」にて決定している。2023年12月には「就職氷河期世代支援に関する行動計画2024」（2023年12月26日同会議決定）が取りまとめられた。

13 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、福祉と就労を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道筋を社会全体で用意、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、就職から職場定着まで一貫した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。

(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、「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。

このような中、2022（令和4）年の法改正では、雇用の質の向上の推進や多様な就労ニーズへの対応を図る観点から、事業主の責務として、障害者の職業能力の開発及び向上に関する措置を行うことの明確化、特に短い時間（週所定労働時間10時間以上20時間未満）で働く重度の身体・知的障害者及び精神障害者の実雇用率における算定、雇入れやその雇用継続を図るために必要な一連の雇用管理に関する相談援助の支援や加齢に伴い職場への適応が困難となった障害者への雇用継続の支援に関する助成措置の新設等が盛り込ま

れ、2023（令和5）年4月以降、順次施行されている。

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、一般事業主の法定雇用率を2.0%から2.2%と、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%とする等の引上げが行われ、また2021（令和3）年3月には、更に0.1%ずつ引き上げられ、一般事業主では2.3%、公務部門（教育委員会を除く。）では2.6%とされた。

さらに、法定雇用率は少なくとも5年に1度見直すこととされているところ2023年度からの一般事業主の法定雇用率は2.7%、公務部門（教育委員会を除く。）は3.0%に改められたところであり、その引上げについては、雇入れに係る計画的な対応が可能となるよう、2024（令和6）年4月に法定雇用率を0.2%引き上げ、一般事業主は2.5%に、公務部門（教育委員会を除く。）は2.8%に、2026（令和8）年7月に更に0.2%引き上げ、一般事業主は2.7%に、公務部門（教育委員会を除く。）は3.0%に、段階的に引き上げることとされた。また、2025（令和7）年4月からは除外率の10ポイント引下げが行われる予定となっている。

2 障害者雇用の現状

(1) 民間企業における雇用状況

2023（令和5）年6月1日現在の障害者雇用状況[*4]については、雇用障害者数が20年連続で過去最高を更新し、64.2万人（前年比4.6%増）となるなど、一層進展している。また、雇用障害者の実数は53.5万人（前年比3.6%増）となった。雇用障害者のうち身体障害者は36.0万人（前年比0.7%増）、知的障害者は15.2万人（前年比3.6%増）、精神障害者は13.0万人（前年比18.7%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2.33%（前年比0.08ポイント増）であった（**図表2-2-1**）。

企業規模別の実雇用率をみると、43.5～100人未満規模で1.95%（前年比0.11ポイント増）、100～300人未満規模で2.15%（前年比0.07ポイント増）、300～500人未満規模で2.18%（前年比0.07ポイント増）、500～1,000人未満規模で2.36%（前年比0.10ポイント増）、1,000人以上規模で2.55%（前年比0.07ポイント増）と、いずれの企業規模でも前年より増加した。

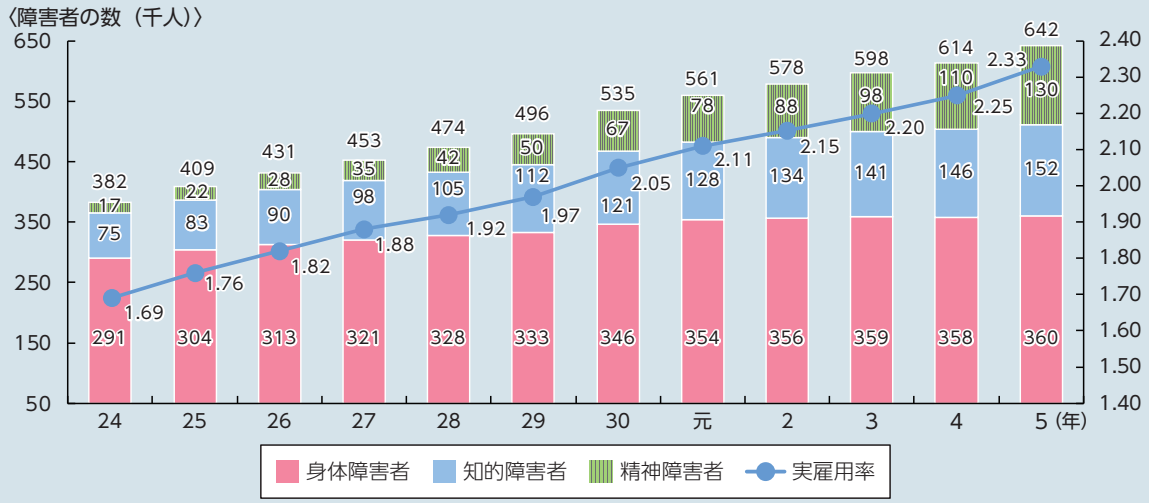
法定雇用率を達成した企業の割合は、50.1%（前年比1.8ポイント増）と増加した。また、雇用障害者が0人である企業（以下「障害者雇用ゼロ企業」という。）が法定雇用率未達成企業の58.6%（前年比0.5ポイント増）を占める状況である。

＊4 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、当分の間、精神障害者である短時間労働者については、その1人の雇用をもって、1人とカウントされる。

図表2-2-1　民間企業における障害者雇用の状況の推移

（令和５年６月１日現在）

○民間企業の雇用状況
雇用者数64.2万人（身体障害者36.0万人、知的障害者15.2万人、精神障害者13.0万人）
実雇用率2.33%法定雇用率達成企業割合50.1%
○雇用者数は20年連続で過去最高を更新。実雇用率が報告時点の法定雇用率を上回ったのは初めて。
障害者雇用は着実に進展。



資料：厚生労働省「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

2023（令和5）年6月1日現在の障害者任免状況[*5]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9.9千人（前年比2.4%増）及び2.92%（前年比0.07ポイント増）であった。

また、都道府県の機関（法定雇用率2.6%）が1.1万人（前年比2.1%増）及び2.96%（前年比0.10ポイント増）であり、市町村の機関（法定雇用率2.6%）が3.6万人（前年比3.1%増）及び2.63%（前年比0.06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1.7万人（前年比3.0%増）及び2.34%（前年比0.07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

2022（令和4）年度のハローワークを通じた障害者の就職件数は、102,537件（前年度比6.6%増）であった。このうち、身体障害者は21,914件（前年度比5.2%増）、知的障害者は20,573件（前年度比3.1%増）、精神障害者は54,074件（前年度比17.8%増）、その他の障害者[*6]は5,976件（前年度比37.2%減）となった。

また、新規求職申込件数は233,429件（前年度比4.2%増）であった。このうち、身体障害者は58,095件（前年度比0.1%増）、知的障害者は35,609件（前年度比2.8%増）、

＊5　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。

＊6　「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。対前年度差（比）減は、ハローワークシステム刷新の影響により、2021年度において障害者手帳所持者が一部計上されていた影響が大きい。

精神障害者は123,591件（前年度比14.2%増）、その他の障害者は16,134件（前年度比30.0%減）であった。

こうした中で、就職率は43.9%（前年度比1.0ポイント増）であった。このうち、身体障害者は37.7%（前年度比1.8ポイント増）、知的障害者は57.8%（前年度比0.2ポイント増）、精神障害者は43.8%（前年度比1.4ポイント増）、その他の障害者は37.0%（前年度比4.3ポイント減）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（令和2）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、2024（令和6）年1月に改訂）。

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「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」（併せて同講座のe-ラーニング版を提供）の実施
・各府省における障害者雇用の取組みを好事例として収集し、各府省に共有

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。

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。

内閣人事局において、就労支援機関等と連携し、各府省からの依頼に応じて、障害者雇用に知見を有する専門家を一定期間、各府省の職場に派遣し、採用、定着、職業能力の開発及び向上等に関する助言等を行う専門家派遣事業を実施した。

(2) 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

障害者雇用ゼロ企業等に対して、企業支援向けの就職支援コーディネーター（2023（令和5）年度126人）を配置し、地域の関係機関と連携して、募集の準備段階から採用後の職場定着までの一貫した支援を行う「企業向けチーム支援」を実施している。加えて、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、職場実習を実施している。

一方、就職を希望する障害者に対して、障害者支援向けの就職支援コーディネーター（2023年度280人）を配置し、地域の就労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」を実施している。加えて、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ている。

また、就労支援機関等の職員や利用者などを対象に、就労支援セミナーや事業所見学会等を実施し、企業と福祉分野の連携を推進している。

そのほか、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（もにす認定制度）により、2023年9月末時点で331事業主が認定を受けている。認定を受けた事業主の障害者雇用に関する取組みを身近なロールモデルとして周知することなどを通じ、地域全体の障害者雇用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（2023年度の職場適応援助者（ジョブコーチ）養成数1,416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（2024（令和6）年4月1日現在の障害者雇用管理サポーター登録者数207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」（2024年4月1日現在337か所）において、必要に応じて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 障害特性に応じた就労支援の充実

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・発達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者等の「精神・発達障害者雇用サポーター」（2024（令和6）年度300人）を配置し、精神障害者及び発達障害者に対する就職支援、企業に対する精神障害者及び発達障害者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（2023（令和5）年度実施回数1,170回、養成者数26,318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。

ハローワークに「難病患者就職サポーター」（2024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。

2 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、事業主に義務づけている。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（2022（令和4）年度実績：相談件数225件、助言件数1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1件、調停申請受理件数9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（2022年度相談件数1,841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（2022年度実施回数12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、好事例集やフォーラム動画をインターネット上に掲載し、先進事例やノウハウを周知した。また、障害者雇用におけるテレワークの導入を検討する企業に対して、導入に向けた手順や雇用管理の方法等の説明を行うガイダンスや、個別の相談に応じるコンサルティングを実施した。

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。

2023（令和5）年度の全国大会（第43回）は、2023年11月に独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で、愛知県常滑市において全国技能五輪大会と同時期に開催された。

また、第10回国際アビリンピックがフランス共和国メッス市において2023（令和5）年3月に開催され、日本から30名の選手が参加し、歯科技工種目で金賞を獲得したほか、銀賞4個、銅賞3個、特別賞1個の成績を収めた。

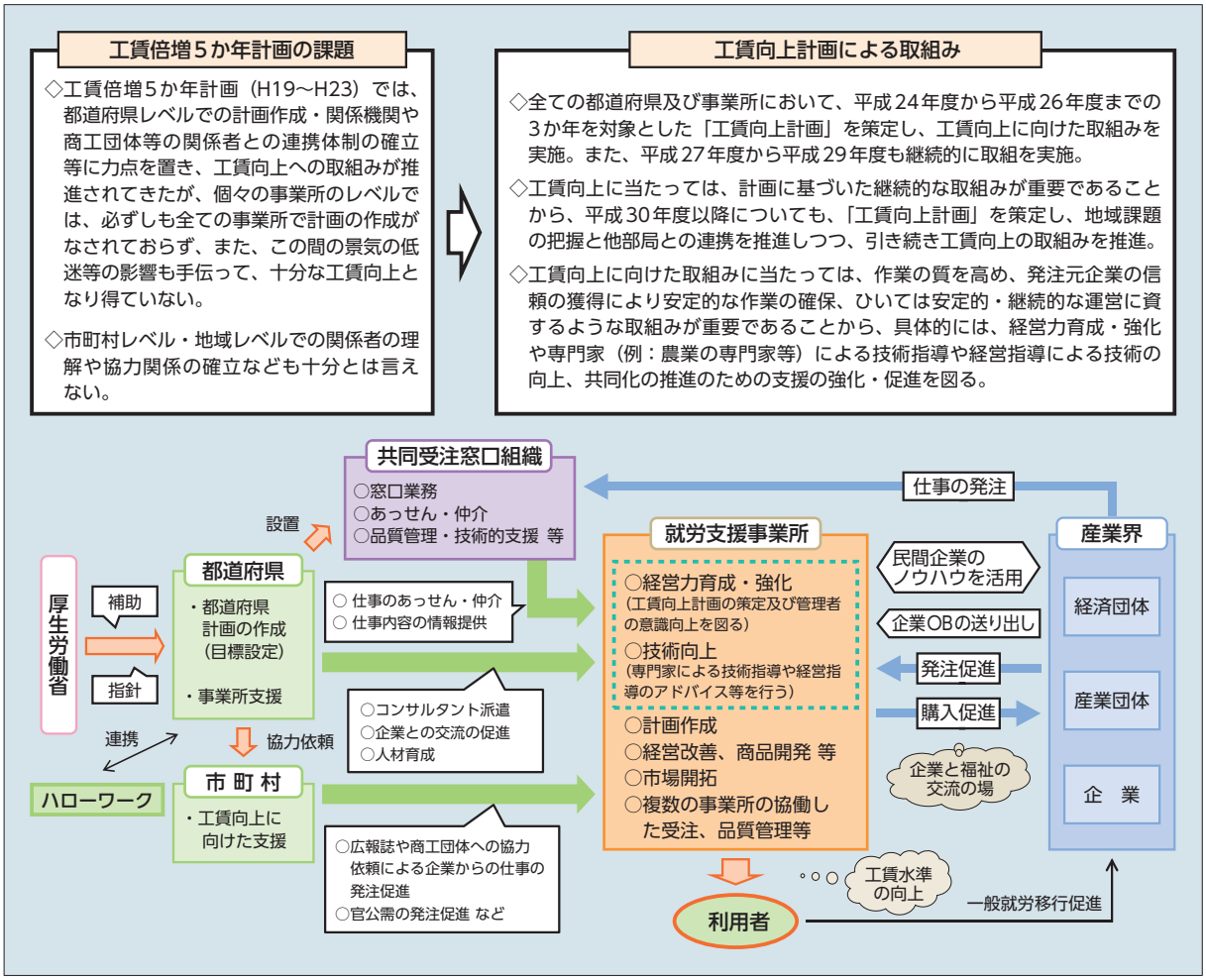
5 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進

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。2024（令和6）年度から2026（令和8）年度までの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2-2-2**）。

また、農業分野において、高齢化に伴う労働力不足や荒廃農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2-2-2　「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。2022（令和4）年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約31億円、都道府県の調達実績は約32億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約158億円となり、合計で約222億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99億円の増額となった（法律の概要については、**図表2-2-3**、2022年度の調達実績は**図表2-2-4**）。

図表2-2-3　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2-2-4　2022（令和4）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	3,641	5.10 億円	2,312	6.33 億円	5,953	11.43 億円
独立行政法人等	2,800	4.95 億円	5,090	14.82 億円	7,890	19.77 億円
都道府県	9,600	5.73 億円	18,708	26.36 億円	28,308	32.09 億円
市町村	52,290	27.42 億円	38,582	127.37 億円	90,872	154.78 億円
地方独立行政法人	538	0.32 億円	1,681	3.26 億円	2,219	3.58 億円
合計	68,869	43.52 億円	66,373	178.14 億円	135,242	221.65 億円

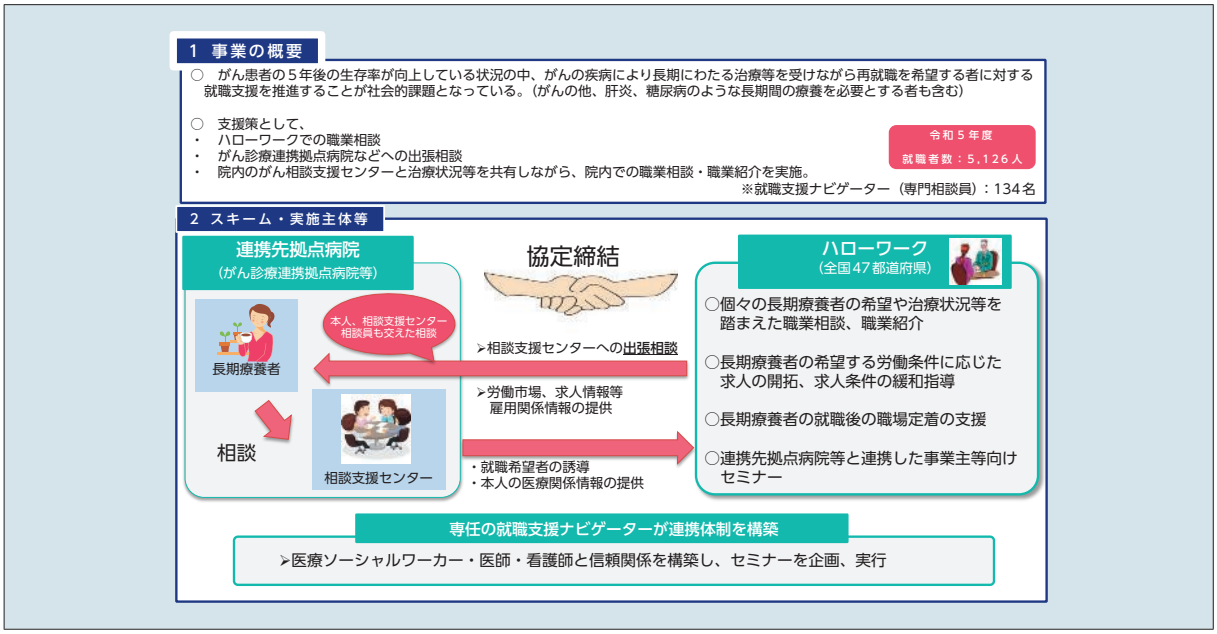
（※）四捨五入の関係で、合計が合わないところがある。

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2-2-5**）。

図表2-2-5　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*7を中心に全国ネットワークを活用して、その能力発揮及び定着促進を念頭に置いた、企業における高度外国人材の活用促進のための取組みを支援している。外国人在留支援センター（FRESC／フレスク）*8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及びハローワークに留学生コーナー*9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、留学生に対するきめ細かな相談・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ため、2020（令和2）年度からハローワークと大学との官学連携協定によ

＊7　2024（令和6）年4月現在、東京、愛知、大阪、福岡の4か所に設置
＊8　「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。
＊9　2024（令和6）年4月現在、北海道、宮城、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、石川、山梨、長野、岐阜、滋賀、静岡、愛知、三重、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、岡山、広島、山口、香川、福岡、長崎、熊本、大分、鹿児島、沖縄の34都道府県56か所に設置（八王子のみ2024年9月開設予定）

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実施している。

また、2023（令和5）年4月に行われた第6回教育未来創造会議（議長：内閣総理大臣）において、2033（令和15）年までに、外国人留学生の受入れ年間40万人や卒業後の国内就職率6割等を目指すとした第二次提言が取りまとめられた。

今後、政府として外国人留学生の受入れを一層進めていくこととともに、卒業後の留学生が日本で就職、定着するよう、ハローワークにおける適切な相談支援や事業主向けセミナーの実施等を進めていく。

2 外国人労働者の雇用管理改善等に向けた取組み

外国人については、我が国の雇用慣行に関する知識等を十分に有していないことから、「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）に基づき、ハローワークによる事業所訪問や事業主向け外国人雇用管理セミナー等により、外国人労働者の雇用管理に関する事業主等への周知・啓発に取り組んでいるほか、各都道府県労働局長から委嘱された「外国人雇用管理アドバイザー」が、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、「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）」において支援を行っている。

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かった。

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[*10]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・定着支援事業を実施し、安定的な就労及び職場定着の促進を図っている。

4 エビデンスに基づく外国人雇用対策の基盤整備

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。

エビデンスに基づく外国人雇用対策の立案の基盤整備を目指すべきとの同検討会の中間

＊10 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

取りまとめ（2021年6月）を踏まえ、外国人労働者の雇用の実態を把握する外国人雇用実態調査を2023（令和5）年から実施している。

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[*11]は、経済活動の連携強化の観点から、公的な枠組みで特例的に行われているものである。

本枠組みにより入国した看護師候補者及び介護福祉士候補者は、協定等で定められた滞在期間（看護師候補者3年、介護福祉士候補者4年）の間、病院・介護施設等で就労を行い、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。

6 外国人技能実習制度の適正な実施

外国人技能実習制度[*12]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

＊11 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
＊12 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

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15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、インドネシア及びネパール（2024（令和6）年3月31日現在））との間で、二国間取決め（MOC）を作成し、送出機関の適正化等を図っている。

技能実習制度の在り方については、技能実習法等の附則に基づく検討の時期を迎えたことから、2022（令和4）年11月に有識者会議を設置し、約1年間にわたり制度見直しの議論が行われ、2023（令和5）年11月30日、議論の成果として最終報告書が法務大臣に提出された。最終報告書では、我が国が外国人材に選ばれる国になるよう、現行制度を発展的に解消し、人手不足分野における人材育成と人材確保を目的とする新たな制度を創設するとともに、外国人のキャリアパスを明確化し、新たな制度から特定技能制度への円滑な移行を図ることや、一定の要件の下で転籍制限を緩和するなど外国人の人権に十分配慮することなどの方向性が提言されている。

政府は、この最終報告書を踏まえ、2024年2月9日、「外国人材の受入れ・共生に関する関係閣僚会議」において、「技能実習制度及び特定技能制度の在り方に関する有識者会議最終報告書を踏まえた政府の対応について」を決定した。これを踏まえ、2024年3月15日、育成就労制度の創設等を盛り込んだ「出入国管理及び難民認定法及び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の一部を改正する法律案」を第213回通常国会に提出した。

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。2023（令和5）年度における実績は支援対象者数約8.8万人、就職者数約6.1万人となっている。

2 求職者支援制度

求職者支援制度は、主に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。2023（令和5）年4月に、誰もが職業訓練を受講しやすい環境整備を図り、今後のステップアップに結びつけられるよう

にするため、本制度について、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等の見直しを行い、当該制度の活用促進を図った。

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。

2022（令和4）年度においては、約4.0万人が訓練を受講した。また、2022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57.1%、実践コース59.0%となっている。

3 雇用保険制度

雇用保険制度は、労働者が失業した場合や自ら職業に関する教育訓練を受けた場合、育児休業を取得した場合等に給付を行うとともに、失業の予防や労働者の能力開発等のための事業を行うなど、雇用に関する総合的機能を有する制度として運営されている。

新型コロナウイルス感染症の雇用への影響に対処するために雇用調整助成金の拡充等の特例措置を講じた結果、雇用保険財政の状況は急速に悪化し、失業等給付の保険料率は2023（令和5）年度から原則である0.8%としている。2022（令和4）年度末をもって上記の特例措置は終了したため、2023年度の収支は安定的に推移したものの、雇用のセーフティネットとしての役割を十分に果たすことができるよう、今後も制度の安定化を図っていく必要がある。

一方、雇用保険制度については、子育て支援の強化やリ・スキリングの推進等の観点から制度の充実を求められていたことから、2023年9月以降、労働政策審議会においてその見直しについて議論を進め、2024（令和6）年1月に報告書をとりまとめた。この内容に沿って、多様な働き方を効果的に支えるとともに、労働者の主体的なキャリア形成を支援するため、

・雇用保険の適用拡大
・教育訓練やリ・スキリング支援の充実
・育児休業給付に係る安定的な財政運営の確保

等を内容とする「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を2024年2月に第213回通常国会に提出するとともに

・出生後休業支援給付の創設
・育児時短就業給付の創設

をその内容に含む「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案」も2024年2月に第213回通常国会に提出した。

4 雇用調整助成金

雇用調整助成金を活用した企業の雇用維持努力への支援の実施

雇用調整助成金は、景気の変動、産業構造の変化等の経済上の理由によって事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、一時的に休業、教育訓練又は出向を行って労働者の雇用の維持を図る場合に、休業手当、賃金などの一部を助成している。

また、2024（令和6）年1月より、令和6年能登半島地震の影響に伴い事業活動が縮小した事業主を対象に、支給要件の緩和や助成率の引き上げ等の特例措置を実施している。

さらに、休業よりも教育訓練による雇用調整を選択しやすくするため、教育訓練を一定割合実施しない場合に助成率を引き下げる等の省令改正を実施したところであり、2024年4月より施行している。

第3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。

地域共生社会の実現に向けて、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、2021（令和3）年度から重層的支援体制整備事業（以下「重層的支援事業」という。）を実施している。重層的支援事業は、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、2022（令和4）年度には134市町村、2023（令和5）年度には189市町村が実施した。また、地域共生社会の実現に向けた気運を醸成するため、ポータルサイトによる地域住民に向けた情報発信等も積極的に行っている。

引き続き、こうした取組みを着実に進めながら、地域共生社会の実現に向けて、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。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ている。また、2022年度は、市町村域について事業メニューの拡充を図り、これまで都道府県と指定都市に設置してきた「ひきこもり地域支援センター」を一般の市町村にも設置できるようにするなど、より身近な場所で相談や支援が受けられる環境づくりを進めるとともに、国が主体となって、支援に関わる方に対し知識や支援手法を習得するための研修を実施し、良質な支援者の育成に取り組んだ。2023年度においては、さらに、研修の対象について、ひきこもり地域支援センター等の中堅職員や指導的な立場を担う支援者も対象とするなど、研修の充実を図るとともに、支援者自身を支援する取組みを新たに始めるなど、支援の質の向上や支援者のサポートに取り組んだ。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、シンポジウムや全国キャラバンの開催、ひきこもり支援に関するポータルサイト[*1]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ている。

このほか、東日本大震災をはじめとし、令和6年能登半島地震に至るまで大規模な災害の影響により、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

＊1　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/

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）は、一定の地域又は職域での人と人とのつながりによる非営利の協同組織であり、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が、相互扶助の理念に基づき、地域の見守り活動や子育て支援など、組合のインフラを生かした各種助け合い活動にも積極的に取り組み、地域のコミュニティづくりに寄与している。

このような取組みを一層促進するため、2021（令和3）年には消費生活協同組合法施行規則を改正し、地域課題の解決に取り組む組織に対し、生協が所管行政庁の許可を得て物品を供給することを可能とした。

また、生協は、その組織力を生かした災害時の支援活動にも取り組んできており、「令和6年能登半島地震」においても、緊急支援物資の提供や募金の呼び掛けなど、全国の生協で様々な支援・協力が行われた。

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等（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等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）を実施している。

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、地域の福祉関係機関等と連携して、支援の対象となる人が退所後から福祉サービス等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実施している（**図表3-1-1**）。

図表3-1-1　地域生活定着促進事業の概要

1　事業の目的

本事業は、高齢又は障害により、福祉的な支援を必要とする犯罪をした者等に対し、各都道府県の設置する「地域生活定着支援センター」が、保護観察所、刑務所、少年刑務所、拘置所、少年院、留置施設、検察庁及び弁護士会、地域の福祉関係機関等と連携・協働しつつ、刑事上の手続又は保護処分による身体の拘束中から釈放後まで一貫した相談支援を実施することにより、その社会復帰及び地域生活への定着を支援し、地域共生社会の実現を図るとともに、再犯防止対策に資することを目的とする。

2　事業の概要・スキーム・実施主体等

事業の概要

○平成21年度から、高齢又は障害により支援を必要とする矯正施設退所者に対して、退所後直ちに福祉サービス等につなげる「地域生活定着支援センター」の整備を実施。

○平成23年度末に全国47都道府県への整備が完了し、平成24年度からは全国での広域調整が可能に。

○令和３年度から被疑者等支援業務を開始。

○地域生活定着支援センターは、既存の福祉関係者等と連携して、以下の業務を実施。

① コーディネート業務（矯正施設退所予定者の福祉サービスへのつなぎ）

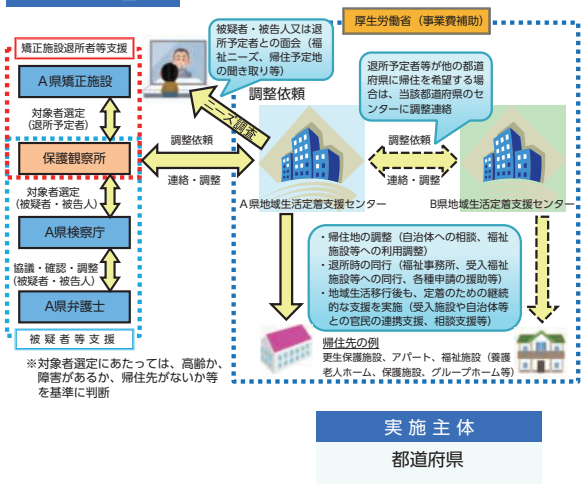
② フォローアップ業務（矯正施設退所者の受入れ施設等をフォロー）

③ 相談支援業務（犯罪をした者やその家族等からの福祉サービス等の利用に関する相談への支援）

④ 被疑者等支援業務（被疑者等を福祉サービスへつなぎ、その後フォロー）

⑤ 上記の業務を円滑かつ効果的に実施するための業務
（関係機関等との連携及び地域における支援ネットワークの構築等）

スキーム図



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、「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）に基づき、2022（令和４）年３月には、「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、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っている。

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づけ等）、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2023（令和5）年度は568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430法人）、社会福祉充実計画の策定法人数は、2023年度は1,772法人となっている。

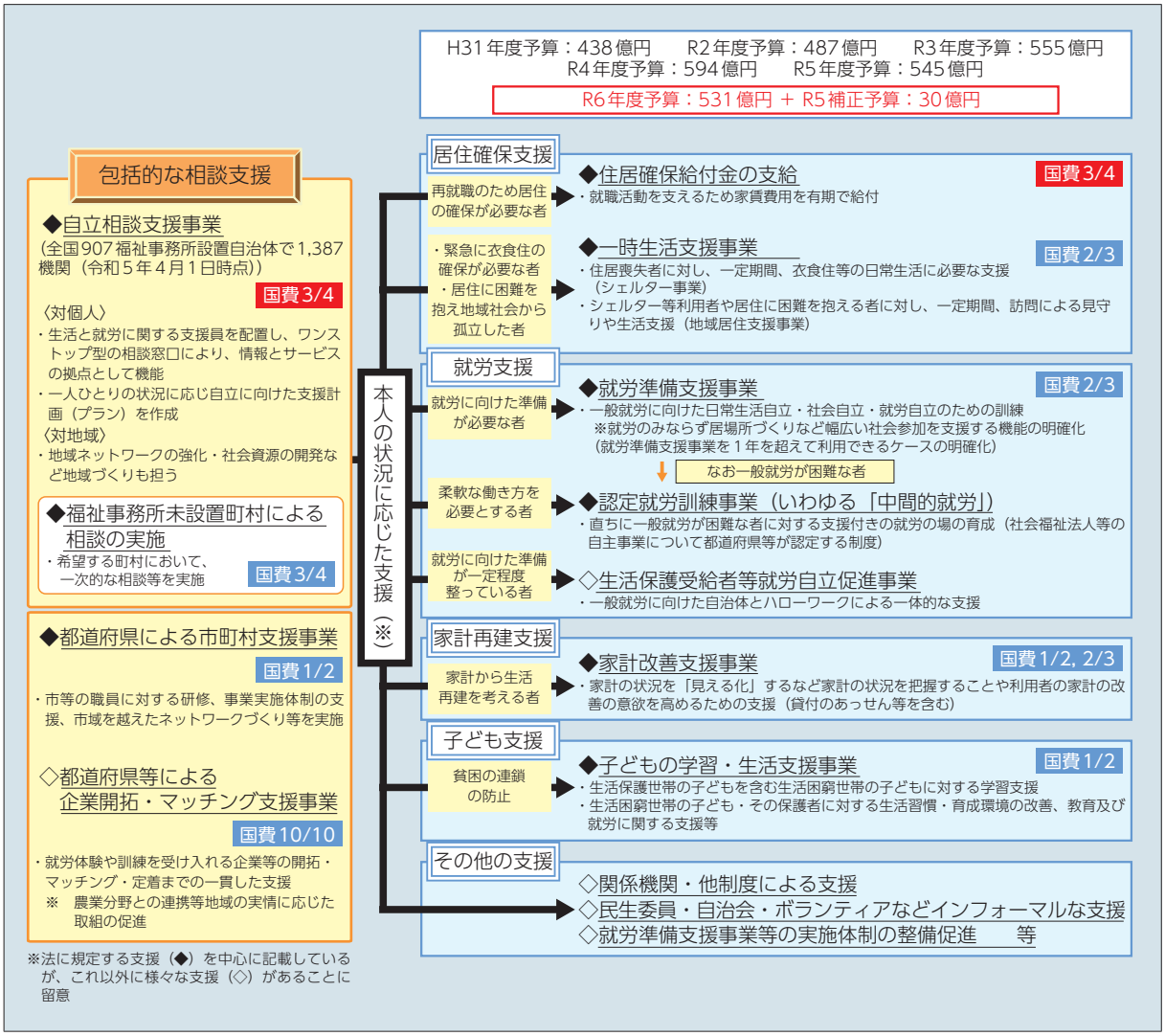
また、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和2年法律第52号）により、社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する「社会福祉連携推進法人」制度が創設され、2022（令和4）年4月1日に施行された。同制度では、社会福祉法人をはじめ、同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携することで、地域特性に応じた創意工夫ある新たなサービスの創出や、福祉人材の確保とともに、その働きやすい職場環境の整備、物資調達の効率化など、規模の大きさを活かした多様な取組みが促進され、地域福祉の一層の推進、社会福祉法人の経営基盤の強化等に資することが期待されており、2023年度末までに21の社会福祉連携推進法人が設立されている。

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制度は、「生活困窮者自立支援法」（平成25年法律第105号）に基づき、全国の福祉事務所設置自治体に相談窓口（自立相談支援機関）を設置し、複雑かつ多様な課題を背景とする生活困窮者に対し、生活保護に至る前の段階で、自立に向けた各種支援等を実施している（**図表3-3-1**）。また、地域の関係団体等と連携し、協働して地域づくりを行いながら、生活困窮者の早期発見や包括的な支援につなげている。

図表3-3-1　生活困窮者自立支援制度の概要



生活困窮者自立支援法が2015（平成27）年4月1日に施行されてから2023（令和5）年3月末までで、新規相談者は約286.0万人、自立支援計画の作成による継続的な支援を行った者は約73.7万人となっている。継続的な支援を行った者のうち、約27.0万人が就労・増収しており、2022（令和4）年度において継続的な支援を行った者のうち自立に向けた改善が見られた者の割合が約8割となるなど、生活困窮状態を改善する効果が着実に現れている。

生活困窮者の自立を、収入面と支出面から支える就労準備支援事業と家計改善支援事業については、年々実施率が向上しており、2023年度の実施率はそれぞれ8割を超え、全国において生活困窮者への支援体制の整備が進められているところである。

2023年度の主な取組みとしては、物価高騰等により生活が苦しい状態に置かれた生活困窮者等に対する支援体制の強化を図るため、自立相談支援事業等における支援員の加配やアウトリーチ支援員の配置を行ったほか、民間団体の取組みを助成する事業を実施した。

居住支援においては、一時生活支援事業のうち、入居支援や見守り支援等を行う地域居住支援事業について、これまでシェルター事業の実施を前提としていたが、更なる事業実

施の推進のため、2023年10月から単独での実施を可能とする運用の見直しを行った。

また、住居確保給付金については、2023年4月より、解雇された者だけではなく、シフト減等により収入が減少し、離職・廃業と同程度の状態にある者も再支給の対象とするなどの新型コロナウイルス感染症感染拡大時の特例措置を一部恒久化するとともに、自営業者等の場合は、ハローワークでの求職活動に代え、事業再生のための活動でも求職活動要件を満たすこととするなどの自立支援機能の強化が図られるような見直しを行った。

就労支援においては、就労体験・就労訓練を活用した就労支援の取組みの推進を図るため、就労体験・就労訓練先の開拓・マッチング事業を拡充し、就労体験・就労訓練の利用者と受入企業双方に対するフォローアップ支援の追加や、利用者と受入企業への支援を行うマッチング支援担当者を配置するモデル事業を実施した。

2023年1月からは、新型コロナウイルス感染症感染拡大により実施した特例貸付の償還が始まっており、支援が必要な借受人の方に対しては、社会福祉協議会と自立相談支援機関の連携により、アウトリーチも含めたプッシュ型のフォローアップ支援を実施している。

2 生活保護制度の概要

生活保護制度[*2]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

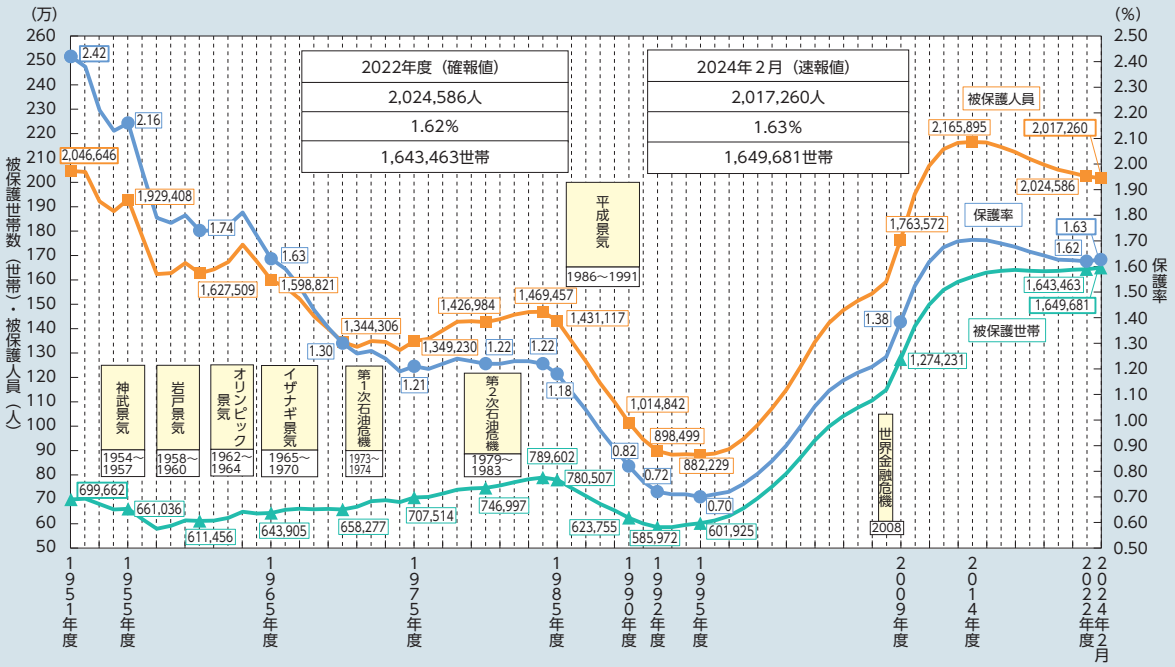
2024（令和6）年2月時点の生活保護受給者数は約202万人（保護率：1.63%）であり、対前年同月比は2015（平成27）年9月以降、約8年連続でマイナスとなっており、減少傾向にある（**図表3-3-2**）。

2024年2月時点の生活保護受給世帯数は約165万世帯であり、対前年同月比は2022（令和4）年5月以降、1年10か月連続でプラスとなっている。近年の世帯数の動向を世帯類型別にみると、「高齢者世帯」は増加率が縮小し、2022年1月以降は増加率0のあたりを横ばいで推移しており、「母子世帯」は、対前年同月比が約11年連続でマイナスであり、「その他の世帯」は、コロナ禍となった2020（令和2）年6月以降、対前年同月比がプラスに転化などの状況となっている（**図表3-3-3**）。

また、生活保護の申請件数の動向を、年度単位でみると、世界金融危機以降に約10年連続で減少が続いていたところ、コロナ禍を境として増加傾向に転じている。

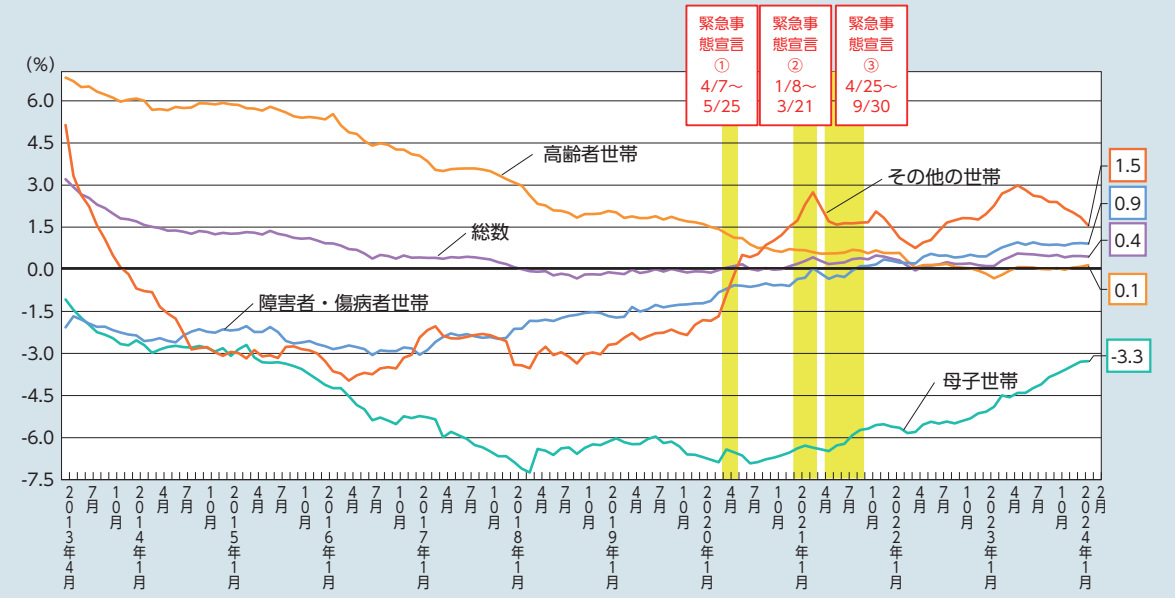
＊2　生活保護制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuhogo/index.html

図表3-3-2　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3-3-3　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）（平成24年3月以前は福祉行政報告例）（令和4年4月以降は速報値）
※総数には保護停止中を含む。

4 生活保護基準の見直しについて

生活保護基準については、一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られるよう、定期的に検証を行っている。2022（令和4）年12月に取りまとめられた社会保障審議会生活保護基準部会の報告書を踏まえ、食費や光熱費などの日常的に必要な費用に対応する生活扶助基準について、同部会の検証結果を反映することを基本とした上で、コロナ禍や

物価上昇の影響等、足下の社会経済情勢等を総合的に勘案し、2023（令和5）、2024（令和6）年度の臨時的・特例的な対応として、検証結果に基づく消費実態の水準に世帯人員一人当たり月額1,000円を加算するとともに、加算を行ってもなお従前（2023年9月まで）の基準額から減額となる世帯については従前の基準額を保障することとした（2023年10月施行）。

5 生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しについて

生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度については、「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）の附則第8条において、「施行後5年を目途として、改正後の規定の施行の状況について検討を加え、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」とされている。この規定等を踏まえ、2021（令和3）年10月以降、生活困窮者自立支援制度については「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会・ワーキンググループ」において、生活保護制度については「生活保護制度に関する国と地方の実務者協議」において議論を行った。

2022（令和4）年6月からは「社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会」において議論を深め、同年12月に「中間まとめ」が取りまとめられた。

2023（令和5）年9月から同部会を再開し、同年12月には「最終報告書」が取りまとめられ、「中間まとめ」で検討が必要とされた事項について、具体的な方向性が示された。また、単身高齢者世帯の更なる増加や持ち家比率の低下等により、住まい支援に対するニーズが今後ますます高まることにかんがみ、「全世代型社会保障構築会議」や「住宅確保要配慮者に対する居住支援機能等のあり方に関する検討会」（国土交通省・厚生労働省・法務省の3省合同で開催）における議論も踏まえ、居住支援に関する制度見直しの具体的な方向性についても「最終報告書」において整理された。

「最終報告書」において示された方向性等を踏まえ、2024（令和6）年2月に、①居住支援の強化のための措置、②子どもの貧困への対応のための措置、③支援関係機関の連携強化等を盛り込んだ「生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に提出した。

第4節 困難な問題を抱える女性への支援

(1) 困難な問題を抱える女性への支援

女性が抱える困難な問題は、性暴力や性的虐待、性的搾取等の性的な被害や家庭関係の破綻、生活困窮など、多様化するとともに複合化し、そのために複雑化している。このような状況は、新型コロナウイルス感染症の影響により顕在化し、「孤独・孤立対策」といった視点を含め新たな女性支援強化が喫緊の課題となった。

こうした中、困難な問題を抱える女性を支援する施策を、従前の根拠法であった旧売春防止法から脱却させ、支援対象者の意思の尊重と福祉の増進、人権の擁護等を理念とする新たな支援の仕組みを構築する「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」（令和4

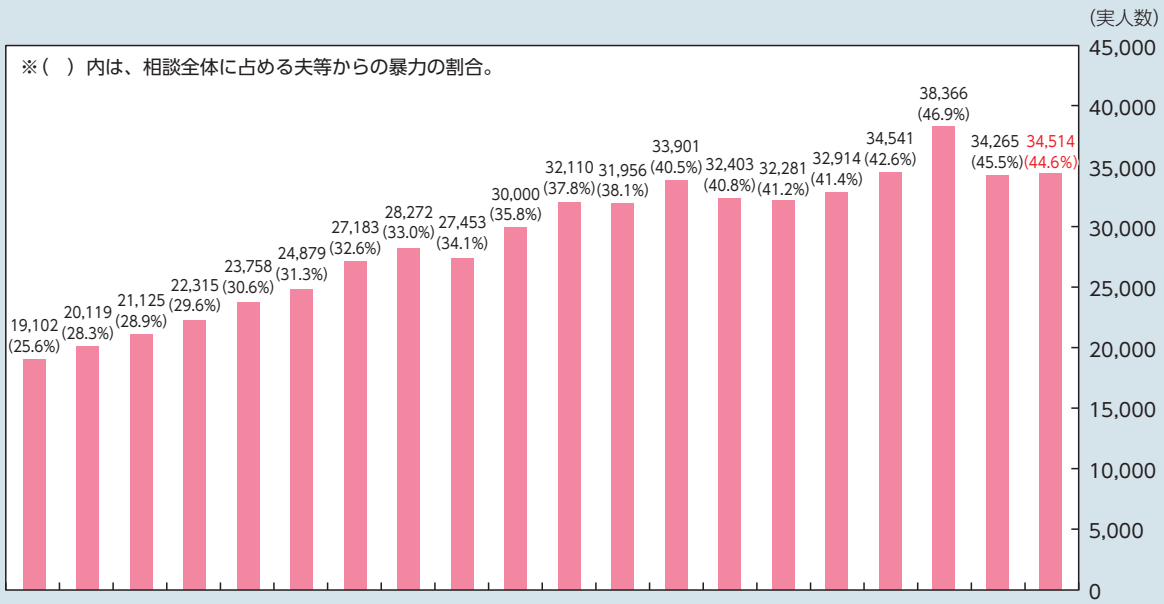
年法律第52号。以下「女性支援新法」という。）が2022（令和4）年度に成立し、2024（令和6）年4月から施行されている（一部再掲）。引き続き、女性支援新法に基づき困難な問題を抱える女性への包括的な支援を推進する。

また、女性支援新法に基づく「民間団体との協働」による支援として、若年層をはじめとした困難を抱える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、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も実施している。

(2) 配偶者からの暴力被害者の保護

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。2022（令和4）年度の全国の婦人相談所*3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77,396人（2021（令和3）年度75,279人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とする者が34,514人（2021年度34,265人）であり、相談理由の44.6%（2021年度45.5%）を占めるなど、配偶者からの暴力の被害者の割合が高水準で推移しており（図表3-4-1）、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るなど、引き続き取組みを強化することが必要である。

図表3-4-1　婦人相談所及び婦人相談員が受け付けた夫等からの暴力に関する相談人数（来所相談）及び相談全体に占める割合の推移



資料：厚生労働省女性支援室調べ

＊3　2024（令和6）年4月の「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」の施行に伴い、「婦人相談所」は「女性相談支援センター」に、「婦人相談員」は「女性相談支援員」に、「婦人保護施設」は「女性自立支援施設」に名称が変更されている。

(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、481名（2001（平成13）年4月1日～2023（令和5）年3月31日）の保護が行われてきた。

なお、「人身取引対策行動計画2022」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。

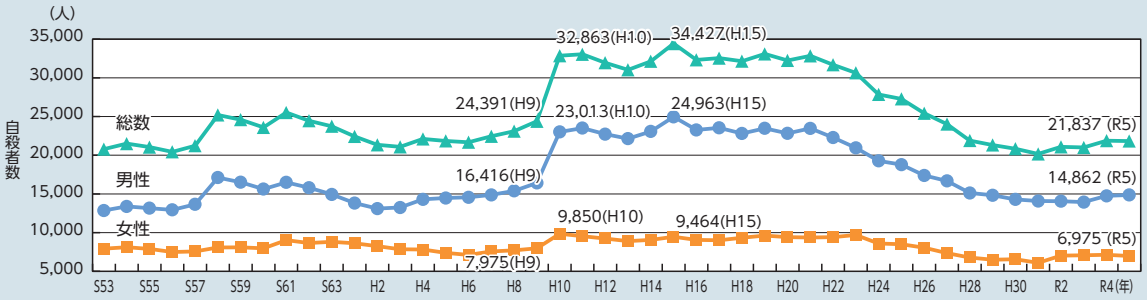
第5節 自殺対策の推進

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（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。2023（令和5）年は、年間自殺者数は21,837人（男性14,862人、女性6,975人）と、前年に比べ44人（0.2%）減少した（**図表3-5-1**）。

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。2023年中の原因・動機特定者は19,449人であり、原因・動機は「健康問題」（12,403件）、「経済・生活問題」（5,181件）、「家庭問題」（4,708件）、「勤務問題」（2,875件）の順となっている。

図表3-5-1　自殺者数の年次推移

○令和５年の自殺者数は21,837人となり、対前年比44人（約0.2%）減。
○男女別にみると、男性は２年連続の増加、女性は４年ぶりの減少となっている。また、男性の自殺者数は、女性の約2.1倍となっている。



自殺の原因・動機

	家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	交際問題	学校問題	その他	不詳
令和５年	4,708	12,403	5,181	2,875	877	524	1,776	2,388

注：自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき４つまで計上可能である。
参考：自殺者総数から原因・動機不詳を引いた原因・動機特定者数は、19,449人。
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省自殺対策推進室作成

2006（平成18）年に成立した自殺対策基本法（平成18年法律第85号）及び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。）に基づき、2026（令和8）年までに、自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）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、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、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、2021（令和3）年度には、大綱の見直しに向けた意見が取りまとめられた。その後、閣僚級の自殺総合対策会議での大綱案の決定を経て、2022（令和4）年10月に第4次大綱が閣議決定され、これまでの取組みに加え、子ども・若者、女性に対する対策や地域自殺対策の取組みの強化等を推進することとしている。

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」（令和元年法律第32号）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、個々の自治体の自殺の状況をまとめた「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、2022年の小中高生の自殺者数は過去最多の514人となり、2023年も513人と高い水準となっている。

こどもの自殺対策については、2023年6月に「こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」において「こどもの自殺対策緊急強化プラン」が取りまとめられた。同プランにおいては、こどもの自殺対策の柱の一つとして、市町村等では対応が困難な場合に助言等を行う多職種の専門家により構成される「こども・若者の自殺危機対応チーム」を全国に設置することが盛り込まれており、厚生労働省では、同チームの設置・運営について、地域自殺対策強化交付金により支援を行っている。

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。

第6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、先の大戦による戦傷病者や戦没者遺族等の援護、戦没者の追悼、戦没者の遺骨収集事業や戦没者遺族による慰霊巡拝を実施しているほか、先の大戦による混乱の中で中国や樺太で残留を余儀なくされた中国残留邦人等への支援などを行っている。

1 国主催の戦没者追悼式、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。



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）

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[*4]。

厚生労働省主催の千鳥ヶ淵戦没者墓苑拝礼式では、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[*5]。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、遺族に引き渡す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、さきの大戦における、兵士、戦後強制抑留者及び海外からの引揚者の労苦を伝える「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、2023（令和5）年度は、「昭和館」、「しょうけい館」及び「平和祈念展示資料館」が、宮城県において地方展を同時開催した。

なお、「しょうけい館」は2023年10月25日に所在地を移転し、常設展示のリニューアルを行うとともに、移転記念企画展を開催した。

加えて、「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（令和3）年度までの間、戦後世代の語り部の育成事業を実施した。さらに、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、2023年度においても毎月の定期講話会を開催した。また、「昭和館」においては、より幅広い方に戦中・戦後の労苦を知っていただくため、自宅等からでも同館が所蔵する映像・音響資料を閲覧できるデジタルアーカイブを公開した。

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240万人に及ぶが、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[*6]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。

2016（平成28）年3月に議員立法により成立した「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。）によって、遺骨収集が国の責務であること、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などが定められた[*7]。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、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。

＊4　2020（令和2）年、2021（令和3）年、2022（令和4）年、2023（令和5）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。
＊5　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、2022年、2023年は縮小開催。
＊6　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。
＊7　このほか、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、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なかった事例を受け、2020（令和2）年5月には、「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」を厚生労働省において取りまとめ、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・鑑定の在り方を見直し、科学的な所見への適切な対応を行うこととした。

新型コロナウイルス感染症の影響により遺骨収集事業が計画どおり実施できなかったことを踏まえ、2023（令和5）年6月に遺骨収集推進法が改正され、集中実施期間が2029（令和11）年度まで5年間延長された。この延長の趣旨を踏まえ、基本計画の改正を行い（令和5年7月28日閣議決定）、政府が保有する埋葬等の情報に関し、集中実施期間の終期である2029年度までに遺骨の有無の確認に関する現地調査を実施することなどを定めた。

2023年度は、「令和5年度における戦没者の遺骨収集事業実施計画」の下、現地情勢等を踏まえつつ事業を実施し、516柱相当の遺骨のDNA鑑定用の検体を採取するとともに、139柱の遺骨を収容した[*8]。

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人のうち約1万1,200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、2023年度は、前年度に引き続き、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、66柱の遺骨を収容した。

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、2023年度は60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ながら遺骨収集を進めており、2023年度は、カザフスタンにおいて13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、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、2023年度に新たに身元を特定した127名（うちモンゴル28名）を含む累計40,966名（うちモンゴル1,500名）の漢字氏名を厚生労働省ホームページに掲載

＊8　2020年5月の「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」に基づき、まずは遺骨の検体を持ち帰り、鑑定結果と遺留品等を踏まえ、日本人か否かの判定（所属集団判定）を実施し、日本人と判定された遺骨については、検体以外の部位も収容することとしている。

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53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。



パプアニューギニアにおける遺骨収集事業

こうして収集された情報をもとに、2023年度は、390柱相当の遺骨のDNA鑑定用検体を採取した。

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、2020年7月に厚生労働省に戦没者遺骨鑑定センターを立ち上げ、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。2022（令和4）年9月には、さらなる鑑定体制の強化を図るため、鑑定機関（大学）への委託に加えて、厚生労働省自らがDNA鑑定を実施する分析施設（戦没者遺骨鑑定センター分室）を設置した。

また、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ている。さらに、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、遺留品や埋葬地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（平成29）年度には沖縄県の、2020年度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、公募により身元特定のためのDNA鑑定を試行的に実施し、硫黄島の戦没者遺骨2柱、キリバス共和国の戦没者遺骨2柱について、それぞれ身元が判明した。

これらの試行的取組みの結果を踏まえ、2021（令和3）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、遺留品等の身元特定につながる手掛

かり情報がなくても、応募があればDNA鑑定を実施することとした。これについては、新聞広告などを通じた広報を行っているほか、関係する遺族に直接案内を送付している。

身元特定のためのDNA鑑定を開始した2003年度から2023年度までの間に、1,247件の身元が判明した。

(2) 慰霊巡拝等

戦没者の遺族の要望に応え、主要戦域や戦没者が眠る海域での慰霊巡拝や、戦没者の遺児と主要戦域などの人々が相互理解のため交流する慰霊友好親善事業を実施している。

また、戦没者の慰霊と平和への思いを込めて、1970（昭和45）年度以降、主要戦域等に戦没者慰霊碑を建立（硫黄島と海外14か所）しているほか、旧ソ連地域には個別に小規模慰霊碑を建立（16か所）している。



ビスマーク諸島における慰霊巡拝

3 戦傷病者、戦没者遺族等への援護

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の支給などを行っている[*9]ほか、戦傷病者相談員や戦没者遺族相談員に委託して相談・指導を実施している。

また、戦没者等の妻及び戦傷病者等の妻の精神的痛苦に対して特別の慰藉を行うために特別給付金を支給しているほか、戦没者等の遺族に対して弔慰の意を表すために特別弔慰金を支給している。

4 中国残留邦人等への支援

1945（昭和20）年8月9日のソ連軍による対日参戦当時、中国の東北地方（旧満州地区）や樺太に居住していた日本人の多くは、混乱の中で現地に残留を余儀なくされ、あるいは肉親と離別し孤児となって現地の養父母に育てられたりした。厚生労働省では、こうした中国残留邦人等の帰国支援や帰国後の自立支援を行っている。

(1) 中国残留孤児の肉親調査

厚生労働省では、1975（昭和50）年より、中国残留孤児の肉親調査を行っており、2000（平成12）年から、日中両国政府が孤児申立者、証言者から聞き取りを行い、報道機関の協力により肉親を探す情報公開調査を行っている。これまで2,818名の孤児のう

＊9 軍人については、原則として恩給法（大正12年法律第48号、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。

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かんがみ、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。

＊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。

第4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、予測することが難し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6,744万人（2022（令和4）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4,618万人（2022年度末）と全体の約68％を占めており、自営業者や学生等である第1号被保険者が1,405万人、第2号被保険者の被扶養配偶者である第3号被保険者は721万人（2022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82万人増で、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26万人、42万人減で、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（健康保険・厚生年金保険）の適用拡大や加入促進策の実施、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3,975万人（2022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など、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）の保険料率は同年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見直しが2016（平成28）年の制度改正で行われた。

2024（令和6）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16,980円となっている。一方、同年度の給付水準は、厚生年金（夫婦2人分の老齢基礎年金を含む「モデル年金額」[*2]）が月額230,483円、国民年金（1人分の老齢基礎年金（満

＊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歳以上の厚生年金被保険者を含む。）。

＊2 厚生年金は、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年間就業した場合に受け取り始める年金（老齢厚生年金と2人分の老齢基礎年金（満額））の給付水準である。

額））が月額68,000円[*3]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（令和元）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」[*4]を行っている。

2019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し、また、一定の制度改正を仮定したオプション試算[*5]を行うことで、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を検証した。

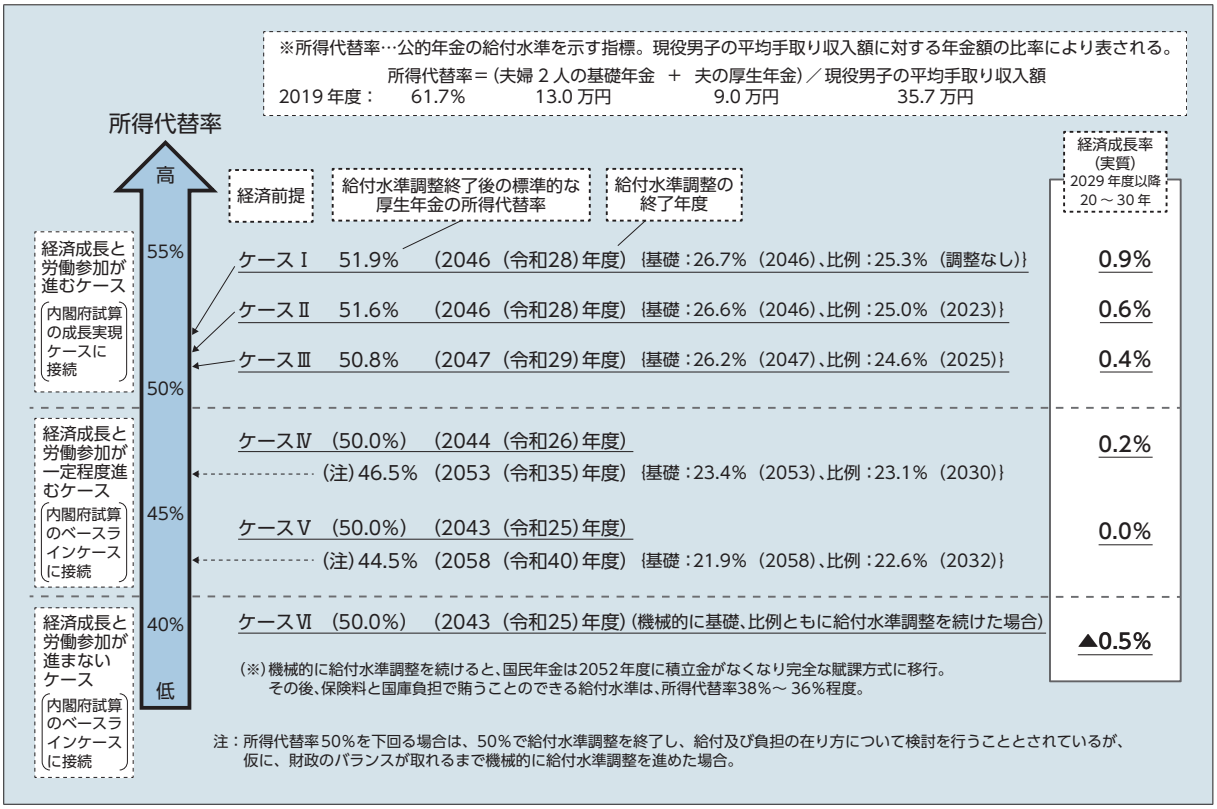
この結果、経済成長と労働参加が進むケースでは、今の年金制度の下で、将来的に所得代替率50%の給付水準が確保できることが確認された（図表4-1-1）。

また、オプション試算の結果、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。

次回の財政検証については、2024（令和6）年夏頃に行うこととしており、これを受けて行うこととなる次期年金制度改正に向け、社会経済や労働市場の変化に対応した制度の在り方について、社会保障審議会年金部会で議論を深めていく。

＊3　本文は1956（昭和31）年4月2日以後生まれの方の額。1956年4月1日以前生まれの方の老齢基礎年金満額は月額67,808円。年金額改定のルールについての詳細は、「(2) 2 2024年度の年金額改定」を参照のこと。
＊4　財政検証については、以下の漫画に詳しい解説がある。
「いっしょに検証！公的年金」：https://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/index.html
＊5　オプションの内容は以下のとおり。
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

図表4-1-1　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（令和2）年改正法と今後の課題

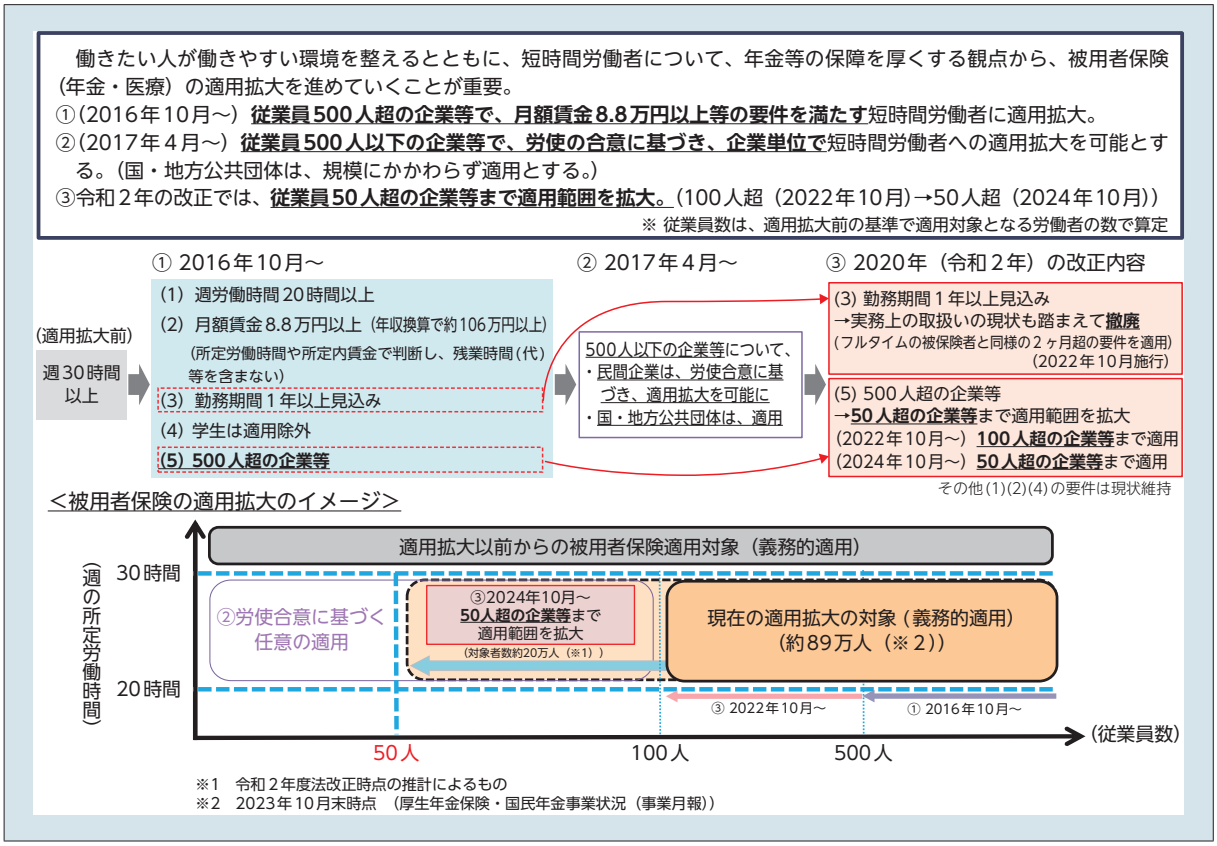
2019（令和元）年財政検証の結果や社会保障審議会年金部会での議論を踏まえ、被用者保険の適用拡大、受給開始時期の選択肢の拡大、在職老齢年金制度の見直し等を盛り込んだ「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律」（令和２年法律第40号。以下「2020年改正法」という。）が第201回通常国会において成立した（2020年５月29日に成立・同年６月５日に公布）。

①被用者保険の適用拡大

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人超規模の企業まで適用範囲を拡大し、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した。2024（令和６）年10月には、50人超規模の企業まで適用範囲を拡大することとしている（**図表4-1-2**）。

適用拡大には、これまで国民年金・国民健康保険に加入していた人が被用者保険の適用を受けることにより、基礎年金に加えて報酬比例の厚生年金が支給されることに加え、障害厚生年金には、障害等級３級や障害手当金も用意されているといった大きなメリットがある。また、医療保険においても傷病手当金や出産手当金が支給される。

図表4-1-2　短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要



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

在職中の年金受給の在り方の見直しの一環として、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[*6]。

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[*6]。

年金の受給開始時期の選択肢については、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[*6]。

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、育児期間における国民年金保険料の免除等が盛り込まれた。

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、被用者保険の適用拡大に向けた制度の周知や企業への専門家派遣、中小企業事業主への助成等

＊6　2022年4月施行。

の施策を通じて円滑な施行に向けた環境整備を引き続き行う。

さらに、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について」（2023（令和5）年12月22日閣議決定）においては、「全世代型社会保障構築会議報告書」（2022年12月16日全世代型社会保障構築会議決定）で早急に実現を図るべき等と指摘された、短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃や、常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消について、2024年末の結論に向けて引き続き検討することとされている。

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、基礎年金の給付水準が低下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。

これらの点を含め、次期制度改正に向けて、現役期、家族、高齢期といったライフコースと年金制度の関わりの切り口から社会保障審議会年金部会等において議論を行っており、2024年夏頃に予定されている財政検証を踏まえて、さらなる議論を進めていく。

加えて、「こども未来戦略」（2023年12月22日閣議決定）においては、自営業・フリーランス等の育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置として、国民年金の第1号被保険者について育児期間に係る保険料免除措置を創設することとし、2026（令和8）年までの実施を目指すこととされている。

2 2024（令和6）年度の年金額改定

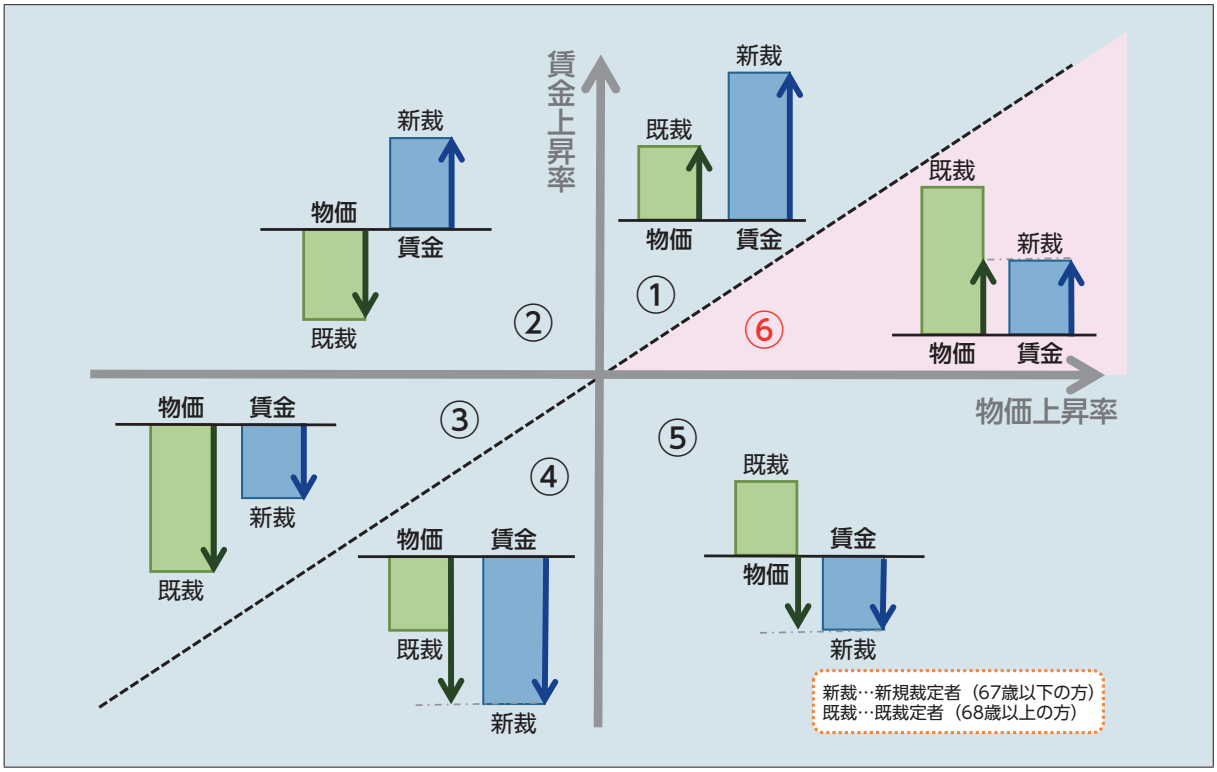
年金額は、物価変動率[*7]や名目手取り賃金変動率[*8]に応じて、毎年度改定を行う仕組みとなっている。物価変動率が名目手取り賃金変動率を上回る場合は、支え手である現役世代の負担能力に応じた給付とする観点から、名目手取り賃金変動率を用いて改定することが法律で定められている。このため、2024年度の年金額は、名目手取り賃金変動率（3.1%）を用いて改定する（**図表4-1-3**）。

また、2024年度のマクロ経済スライドによる調整（▲0.4%）が行われる。

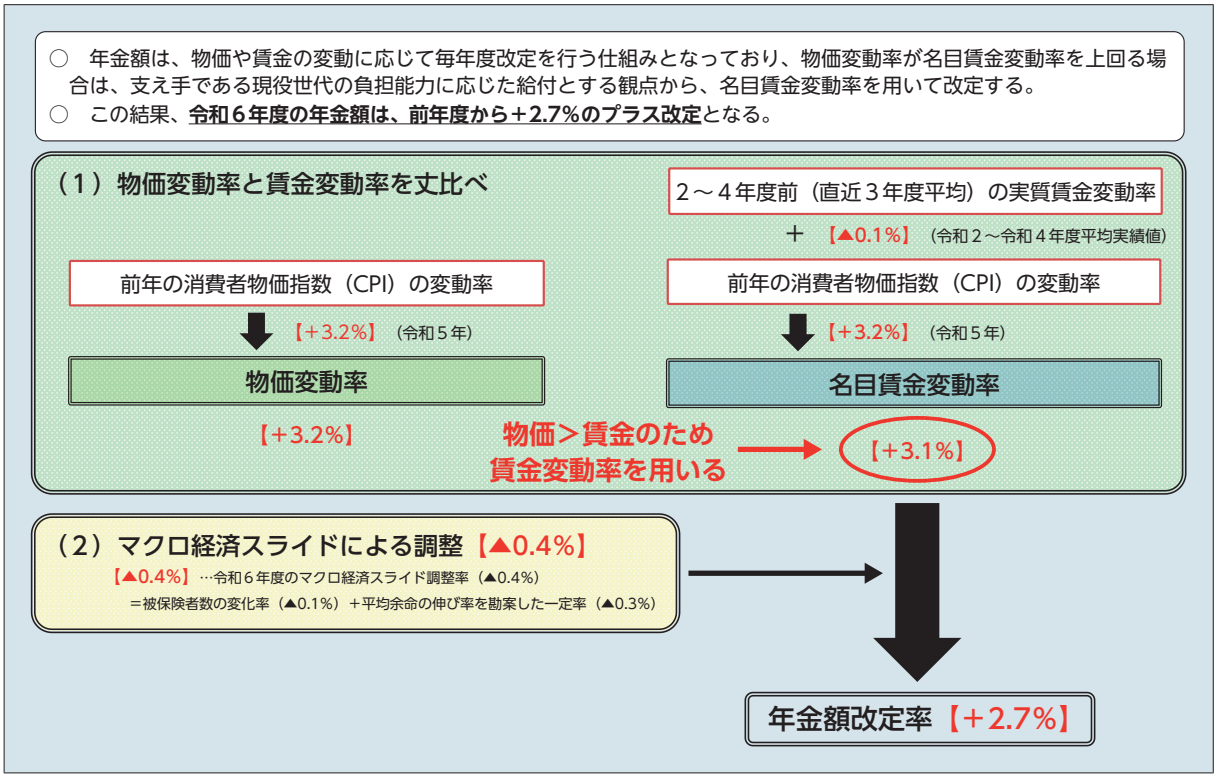
よって、2024年度の年金額の改定率は、2.7%となる（**図表4-1-4**）。

＊7 前年の物価変動率。
＊8 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（0.0%）を乗じて得た率。

図表4-1-3　年金額の改定（スライド）のルール



図表4-1-4　令和６年度の年金額の改定について



(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5,000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（2024（令和6）年度の支給基準額は、月額5,310円）。

(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、もっぱ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、市場に与える影響に留意しつつ、年金積立金の管理・運用を行っている。

2 年金積立金の管理・運用の考え方

年金積立金は、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、市場の一時的な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かい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。

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ことから、株式を適切に組み入れて運用することで、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している。また、国内だけでなく、外国の様々な種類の資産に分散して投資することで、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、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。

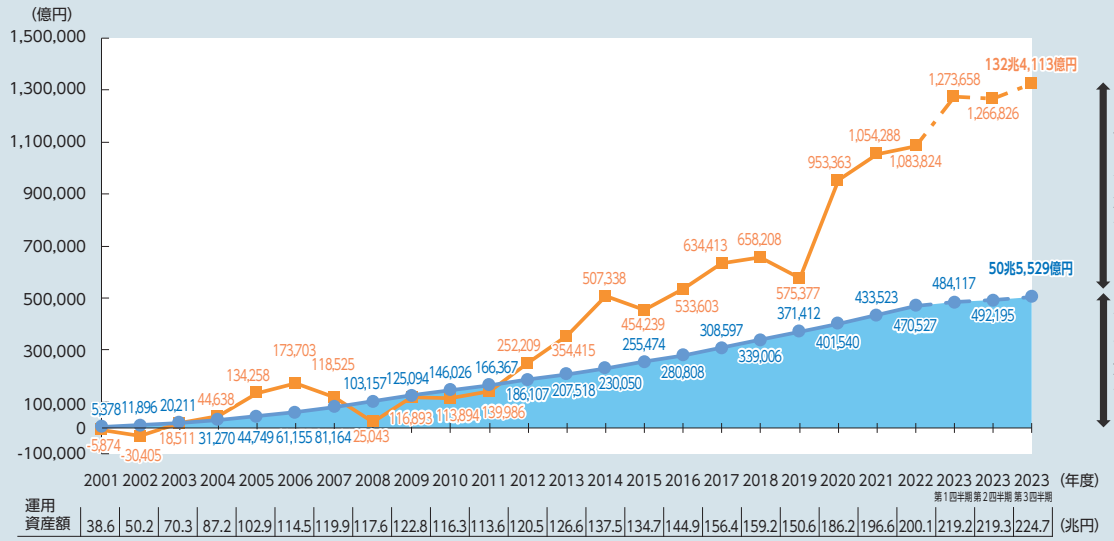
3 年金積立金の運用状況

GPIFの2022（令和4）年度の運用状況は、国内株式の価格上昇や円安の進行等により、収益率＋1.50%（年率）、収益額＋2兆9,536億円（年間）、運用資産額200兆1,328

億円（2022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2022年度までの累積では、収益率＋3.59%（年率）、収益額＋108兆3,824億円（うち利子・配当収入のインカムゲインは47兆527億円）となっている（**図表4-1-5**）。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22年間の平均で3.68%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2023（令和5）年度第1四半期から第3四半期までの運用状況（速報）は、内外株式の大幅な価格上昇や円安の進行等から、収益率は＋12.00%（期間収益率）、収益額は＋24兆289億円（2023年4～12月）、2023年度第3四半期末時点の運用資産額は224兆7,025億円となっており、自主運用を開始した2001年度から2023年度第3四半期までの累積では、収益率は＋3.99%（年率）、収益額は132兆4,113億円（うち利子・配当収入は50兆5,529億円）となっている。

図表4-1-5　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、2022年度までの各年度の収益額に、2023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。

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、より利用しやすい確定拠出年金（DC）制度や確定給付企業年金（DB）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

2020年改正法においては、DC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、DCにおける中小企業向け制度の対象範囲の拡大、企業型DC加入者の個人型DC（iDeCo）加入の要件緩和等を盛り込んだ。

また、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（以下「企業年金・個人年金部会」という。）での議論を受け、令和3年度税制改正の大綱（2020（令和2）年12月21日閣議決定）において、DCの拠出限度額について、DB等の他制度の掛金額の実態を反映し、公平できめ細かな算定方法に見直すこととした（2024（令和6）年12月1日施行）（**図表4-1-6**）。

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。

私的年金制度については、「資産所得倍増プラン」（2022（令和4）年11月28日新しい資本主義実現会議決定）において、①iDeCoの加入可能年齢を70歳に引き上げること、②iDeCoの拠出限度額の引上げ等について、2024年の公的年金の財政検証に併せて結論を得ること、③iDeCo各種手続きの簡素化等を行うこととされたほか、「資産運用立国実現プラン」（2023（令和5）年12月13日新しい資本主義実現会議資産運用立国分科会取りまとめ）においては、DBにおける資産運用力の向上、共同運用の選択肢の拡大及び加入者のための運用の見える化の充実、企業型DCにおける適切な商品選択に向けた制度改善及び加入者のための運用の見える化の充実並びに企業年金を含む私的年金の更なる普及促進等が盛り込まれた。

これらも踏まえ、企業年金・個人年金部会では2023年4月より、①国民の様々な働き方やライフコースの選択に対応し、公平かつ中立的に豊かな老後生活の実現を支援することができる私的年金制度の構築、②私的年金制度導入・利用の阻害要因を除去し、より多くの国民が私的年金制度を活用することができる環境整備、③制度の運営状況を検証・見直し、国民の資産形成を促進するための環境整備の3つの視点から次期年金制度改正に向けた議論を開始している。

また、2024年3月28日には、企業年金・個人年金部会でのこれまでの議論に関する中間整理を行ったところである。今後も、私的年金制度全般の改革の方向性について引き続き議論を行っていく。

図表4-1-6　企業型・個人型確定拠出年金の拠出限度額

○現行制度

	企業型DCのみに加入する場合	企業型DCと確定給付型の制度（※１）に加入する場合
企業型DCの掛金額（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制度の掛金相当額を反映後（2024年12月以降）

企業型DCの掛金額（月額）	5.5万円－確定給付型の制度の掛金相当額（※２）（経過措置あり（※３））
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＋確定給付型の掛金相当額）（ただし、２万円を上限）

※1　確定給付型の制度には、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。

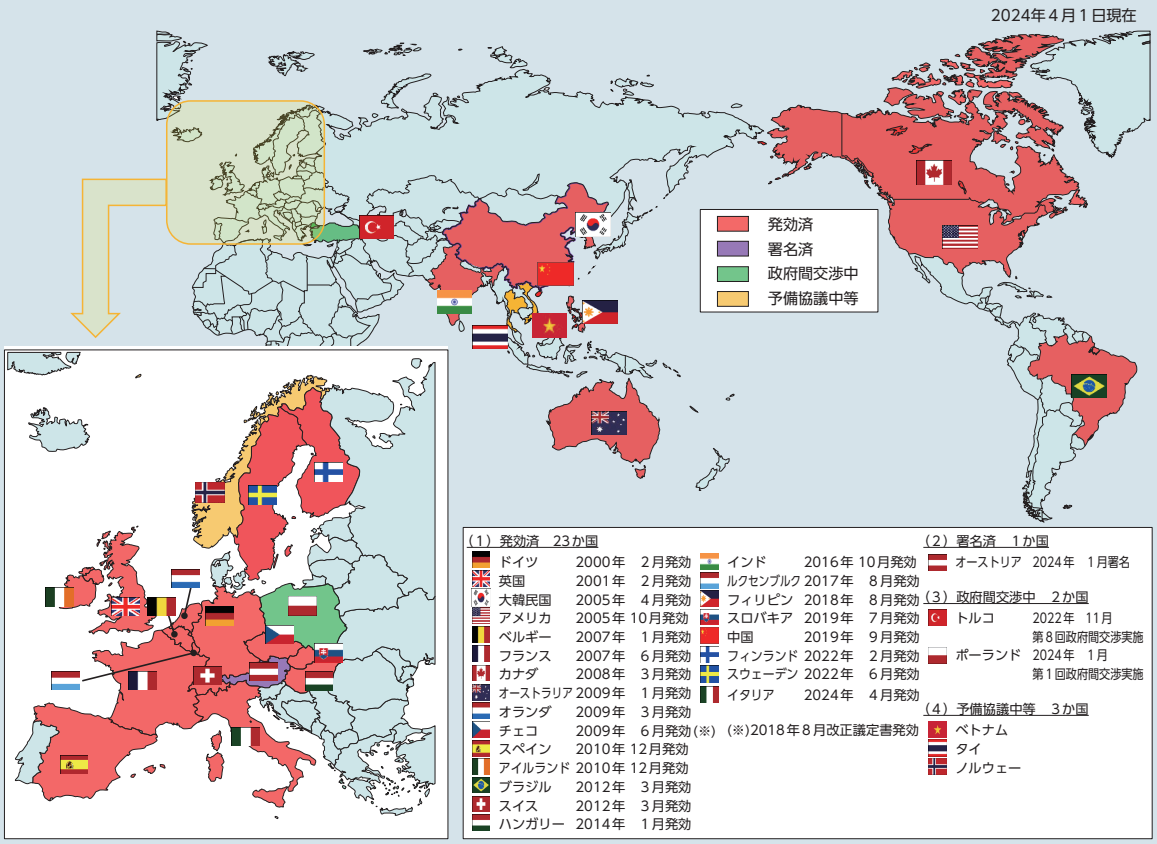
※2　確定給付型の制度の掛金相当額は、ＤＢ等の給付水準から企業型ＤＣの事業主掛金に相当する額として算定したもので、複数の他制度に加入している場合は合計額。

※3　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、施行日（2024年12月１日）以降に企業型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 社会保障協定の締結

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。現在、23か国との間で協定が発効しており、トルコ、ポーランド、ベトナム、タイ及びノルウェーとの間で協定の締結に向けた交渉又は協議を行っている（図表4-1-7）。

図表4-1-7　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、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。

第2節　公的年金の正確な業務運営

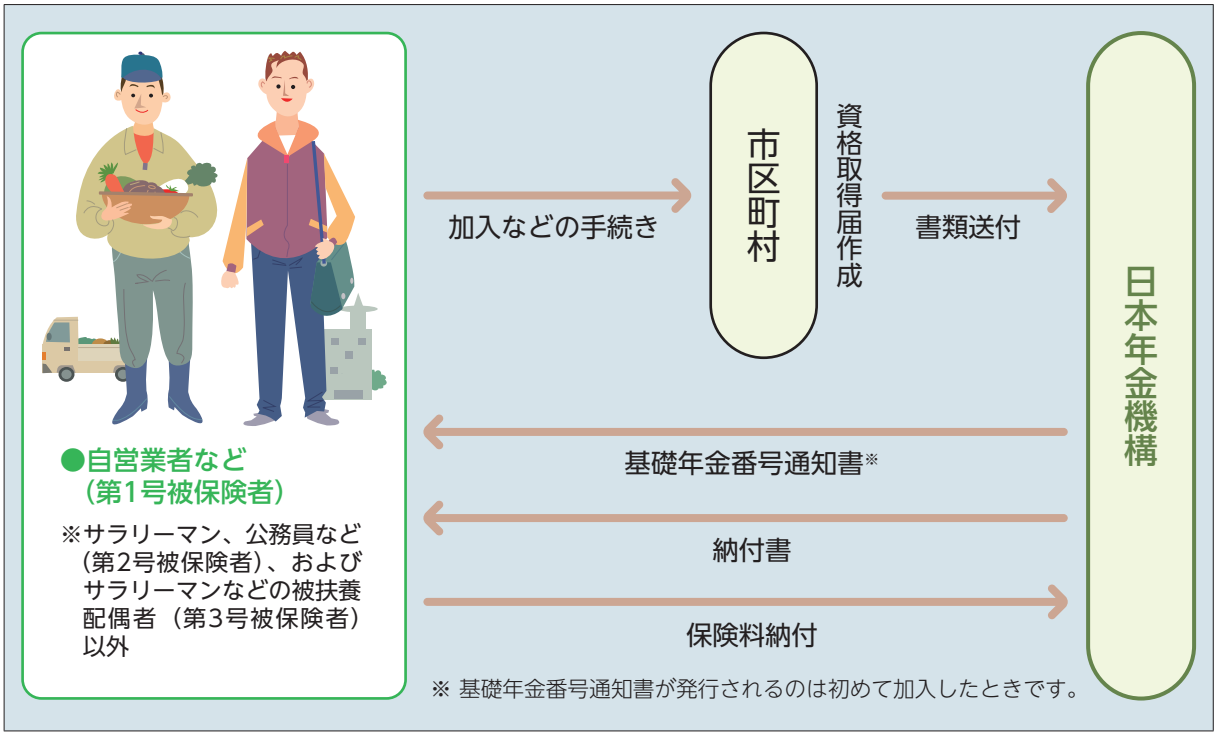
1　日本年金機構について

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、厚生労働大臣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。2024（令和6）年度からは、第4期中期目標（対象期間：2024年4月1日から2029（令和11）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。

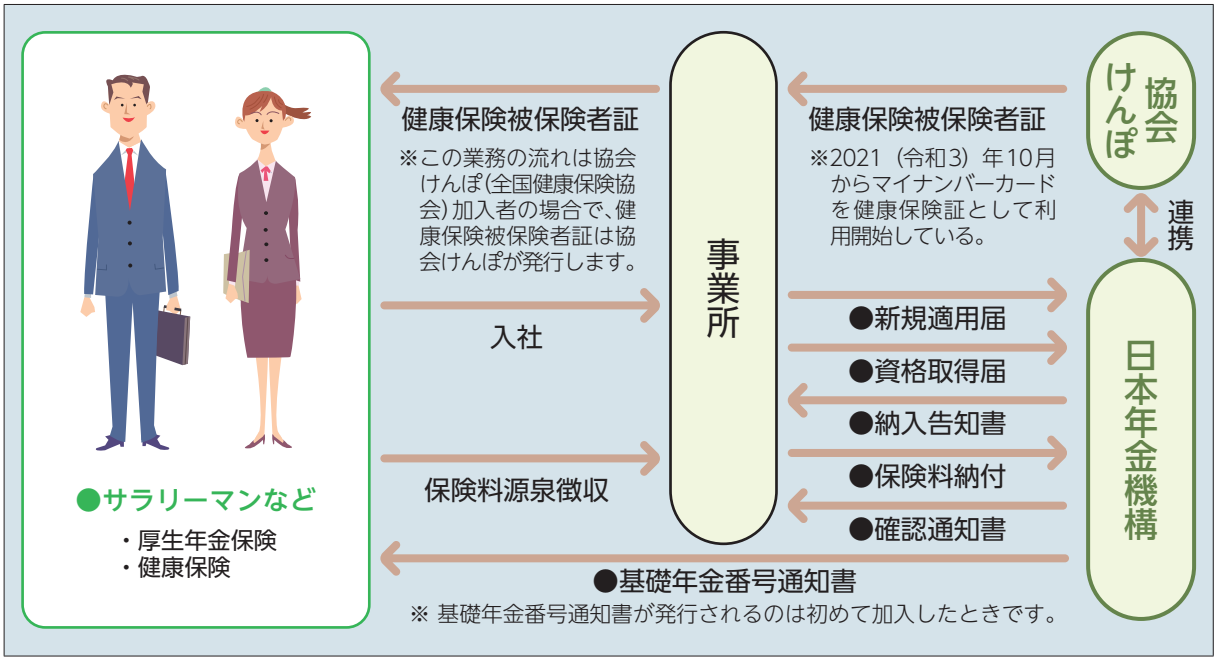
2 日本年金機構の取組み

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4-2-1、図表4-2-2）。

図表4-2-1　国民年金の加入・徴収業務の流れ



図表4-2-2　厚生年金保険・健康保険の加入・徴収業務の流れ



（1）国民年金の保険料納付率向上と厚生年金の適用促進

国民年金保険料の納付対策については、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、スマホ決済アプリでの納付の導入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。2022（令和4）年度における最終納付率（2020（令和2）年度分保険料）は、前年度から2.7ポイント増の80.7%[*9]となり、2010（平成22）年度分保険料から10年連続で上昇している。

また、国民年金保険料納付率の更なる向上を図るため、納付督励や免除勧奨などの対策を効率的・効果的に実施しており、負担能力がある方には督促状等を段階的に送付し、納付しない方については、滞納処分を実施しているほか、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。

厚生年金の適用促進については、国税庁から提供されている法人の源泉徴収義務者情報に加えて雇用保険被保険者情報等を活用して適用すべき事業所を把握し、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。

（2）年金給付の改善や年金相談業務の実施

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、受給権者の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（1952（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。

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、週初めの開所日の受付時間延長、毎月第2土曜日の開所とともに、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、ねんきんダイヤルを開設するとともに、全ての年金事務所において予約制を実施しており[*10]、さらに、2024（令和6）年1月より、老齢年金請求に加え、障害年金、遺族年金・未支給年金の請求に関する相談や手続についても、インターネットから年金相談予約を受け付けている。

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。

＊9　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2020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）。
＊10　予約率93.4%

(3) デジタル化への対応等

年金関係の手続については、マイナポータルやe-Govを活用し、電子申請や電子送付の推進に取り組んでいる。

事業所の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いる。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[*11]における電子申請の利用割合は、本格的に利用促進に取り組む前の23.0%（2019（令和元）年度）から69.5%（2023（令和5）年9月末）に大幅に上昇している。また、e-Govの電子送達機能を活用し、これまで日本年金機構から事業所へ紙で郵送していた保険料額や増減内訳等の情報をデータ形式で定期的に送付する「オンライン事業所年金情報サービス」を2023年1月から開始した。さらに、2024（令和6）年1月からは、口座振替による保険料納付を行う事業所に郵送していた「保険料納入告知額・領収済額通知書」について、電子送付を開始している。

一方、個人の手続に関しては、2023年9月から源泉徴収所得税の各種控除を受けるために毎年の提出が必要な「公的年金等の受給者の扶養親族等申告書」の申請について、マイナポータルからの電子申請を可能とした。前年の申告内容等があらかじめ入力されているため入力が簡単であり、また、紙の扶養親族等申告書を郵送する手間や切手代が不要になるといった利便性から、多くの方に利用されている。

さらに、国民年金保険料について、現在の口座振替やクレジットカード納付に加え、スマホ決済アプリでの納付を2023年2月から開始した。

(4) 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

日本年金機構において、ご自身の年金記録などをパソコンやスマートフォンで24時間いつでも手軽に確認できる「ねんきんネット」のサービスを提供している。「ねんきんネット」では、お客様サービスの向上を図るため様々な機能を提供しており、現在と今後の働き方や収入、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、持ち主（亡くなられた方を含む。）が不明となっている記録の検索などを行うことができる。「ねんきんネット」は、マイナポータルと認証連携を行うか、日本年金機構のウェブサイトにアクセスし、ユーザIDを取得することで利用が可能となり、利用者数は2024（令和6）年3月末現在、約1,098万人と増加が続いている。

2 「ねんきん定期便」の見直しについて

国民年金・厚生年金の全ての被保険者へ毎年誕生月に「ねんきん定期便」を送付している。また、ねんきんネットでは電子版「ねんきん定期便」を確認することもできる。「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、年金受給を繰り下げた場合の年金見込額の増額イメージ図を引き続き表示するほか、繰下げ制度についてより丁寧に情報提供を行う等の見直しを行っている。

＊11 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

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、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結果、約5,095万件の未統合記録のうち、約3,382万件（2024（令和6）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て、「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」を送付している。

また、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年金記録をお知らせし、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、いつでもご自身の最新の年金記録が確認可能であり、記録の「もれ」や「誤り」を見つけやすいようわかりやすく表示している。

(2) 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。

2024（令和6）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4万7千件となっている。受け付けた件数のうち、約4万5千件の処理が完了しており、約3万6千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

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た情報発信を行っている。

また、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（2023（令和5）年度は1回開催）し、各種の年金広報の充実に反映さ

せている。

1 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おり、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・太平洋特別優秀賞を受賞した。2023（令和5）年度においては、若年層に向け、キャリアプランによる年金額の変化を題材とした、人気YouTuberとのコラボレーション第4弾となる年金クイズ動画を制作した。

また、同年度にこれらの年金クイズ動画を活用した中高生向け年金教育教材を制作し、中学校、高等学校の授業において利活用できるよう、2024（令和6）年度から厚生労働省ホームページの特設サイトを公開した。

さらに、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。2023年度は全国延べ36校の大学において開催（対面開催31回、オンライン開催5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活用した。

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（Web会議を含む。）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。



「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4弾

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、

＊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://www.youtube.com/watch?v＝dRAatyKWUiI&t＝130s
＊14 国際社会保障協会（International Social Security Association）

2022（令和4）年4月に公開した。ねんきん定期便に印刷された二次元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的に算出することが可能で、公開から約2年で約620万回利用された。

また、2024（令和6）年1月に在職定時改定の試算機能を追加し、試算結果の表示を開閉可能とする改修を行った。



改修後の公的年金シミュレーターの試算画面イメージ

3 年金エッセイの募集、年金動画・ポスターコンテスト

日本年金機構において、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。

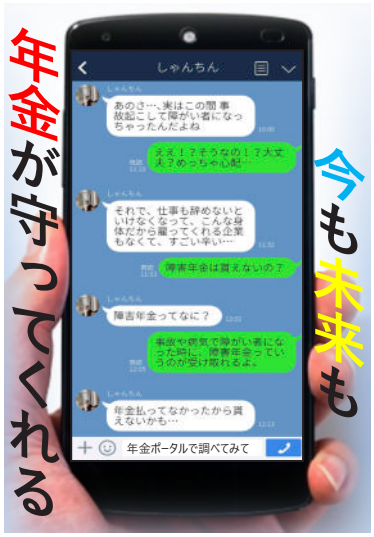
また、厚生労働省では、次世代を担う若い世代の方々と一緒に年金について考えることを目的として、2019（令和元）年度より「年金動画・ポスターコンテスト」を実施しており、2023（令和5）年度には、①グラフィック・ポスター部門（小・中学生の部、一般（高校生以上）の部）、②ショート動画部門の各部門・各部について、それぞれ最優秀賞として厚生労働大臣賞を授与した。

第5回「年金動画・ポスターコンテスト」
グラフィック・ポスター部門　厚生労働大臣賞受賞作品

（小・中学生の部）



（一般（高校生以上）の部）



4 社会保険適用拡大に関する広報について

2020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や増える将来の年金額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（令和3）年2月に社会保険適用拡大特設サイトを開設した。2024（令和6）年4月には、従前の社会保険適用拡大特設サイトを拡充し、適用拡大を推進する実践的なコンテンツとして、人事労務管理者向け手引き、従業員向けチラシ、説明動画（ショート動画、5分動画）を公開した[*15]。また、企業・従業員の双方に改正内容と意義が理解されるよう、事業所や事業者団体からの依頼により、事業主・従業員の方向けの説明会や相談に対応する社会保険労務士等の専門家を派遣する専門家活用支援事業等を実施している。



制度改正に関する広報物

5 「年金の日」について（11月30日）

厚生労働省と日本年金機構では、「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。

＊15 社会保険適用拡大特設サイト：https://www.mhlw.go.jp/tekiyoukakudai/index.html

第5章 医療関連イノベーションの推進

第1節 医療DX等の推進

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。これまで、厚生労働省においては、2021（令和3）年に策定した「データヘルス改革に関する工程表」に基づき取組みを進めてきたところである。

また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務となっている。

こうした中で、保健・医療・介護の情報の積極的な利活用を推進し、切れ目ない質の高い医療・介護の効率的な提供、医療現場等の業務効率化、公衆衛生の向上、医学・産業の振興等を目指すことは非常に重要である。

厚生労働省においては、2023（令和5）年6月に、総理を本部長とする医療DX推進本部において策定された「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、医療DX実現の基盤である「マイナ保険証（健康保険証としての利用登録がされたマイナンバーカード）の利用促進等」、「全国医療情報プラットフォームの構築」、「電子カルテ情報の標準化等」、「診療報酬改定DX」、「医療等情報の二次利用の推進」等[*1]の取組みを進めている。

また、上記の取組みを着実に進めるために、2023年夏には、大臣官房に「医療DX推進室」を設置し、省をあげて取り組む体制を整備するとともに、厚生労働大臣をチーム長とする「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム[*2]において、具体化に向けた検討を行っている。

（2023年度の取組み）

○マイナ保険証の利用促進等

2023年4月から保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認導入の原則義務化を実施するとともに、居宅における資格確認の仕組み等の導入を進めている。また、2023年6月にはマイナンバー法等の一部改正法が成立し、2024（令和6）年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行することとしている。これを踏まえ、医療機関・薬局や保険者等の関係者と連携し、マイナ保険証の積極的な利用促進に取り組むとともに、デジタルとアナログの併用期間を設け、全ての方が安心して確実に保険診療を受けられる環境整備に取り組んでいる。

○「全国医療情報プラットフォームの構築」（図表5-1-1）

オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、保健・医療・介護の情報[*3]を

＊1 医療DXに関するシステムの開発・運用主体の検討等を進めている。
＊2 データヘルス改革推進本部の下に、2022（令和4）年9月に設置。
＊3 レセプト・特定健診等情報、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の情報。

共有できる全国的なプラットフォームの創設に向けて取り組んでいる。

2023年１月から、電子処方箋管理サービスの全国的な運用を開始している。これまで、医療機関・薬局に対する電子処方箋導入のためのシステム改修費の補助やリフィル処方等の機能拡充、国民・患者向けの周知広報等を行い、導入促進に向けた環境整備に取り組んでいる。

全国の医療機関間等で電子カルテ情報を共有する「電子カルテ情報共有サービス」の制度設計やシステム構築にも取り組んでおり、2024年度末から開始予定のモデル事業や、2025（令和７）年度中の本格稼働に向けた取組みを進めている。

○「電子カルテ情報の標準化等」

異なる医療機関間等で電子カルテ情報を交換・共有するためには、各医療機関の電子カルテ情報を標準化させる必要がある。

既に電子カルテを導入している医療機関については、電子カルテシステムを標準規格に改修する必要があり、厚生労働省は、2024年３月から医療情報化支援基金を活用し、改修費用への補助を行っている。また、電子カルテを導入していない診療所等に向けては、クラウドベースの標準型電子カルテを開発・提供していく予定である。既にデジタル庁とともに開発に着手しており、2024年度末には、一部の医療機関での試行的実施を予定している。

○「診療報酬改定DX」

現行、２年に一度の診療報酬改定においては、短期間での改定に対応する作業に相当数のデジタル人材の投入が必要であり、医療機関においても費用負担が大きい。デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を利活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化することにより、医療保険制度全体の運営コスト削減につなげることを目指す。

○「医療等情報の二次利用の推進」

全国医療情報プラットフォームで共有される医療等情報の利活用を通じた研究開発の促進に向けて、2023年11月に「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」を設置し、公的DBで仮名化情報を利用・提供する場合の法制的論点、情報連携基盤の整備の方向性に係る論点等についての検討を行っている。また、データの標準化・信頼性確保、情報連携基盤におけるセキュリティ要件等の技術的事項等についても、検討を進めることとしている。

医療DXの推進は、患者、医療機関、企業、研究者等に様々なメリットをもたらす。

まず、患者へのメリットとしては、日常診療のみならず、災害時や救急時も含め、全国いつどの医療機関や薬局にかかっても、必要な医療情報が共有されることが挙げられる。患者がこれまでに受けた治療や薬、健康診断の情報が、他の医療機関等と共有できるようになることで、切れ目ない、安全で質の高い医療の効率的な提供につながる。

例えば、電子処方箋の導入によって重複投薬や併用禁忌のチェックができるので、同じ

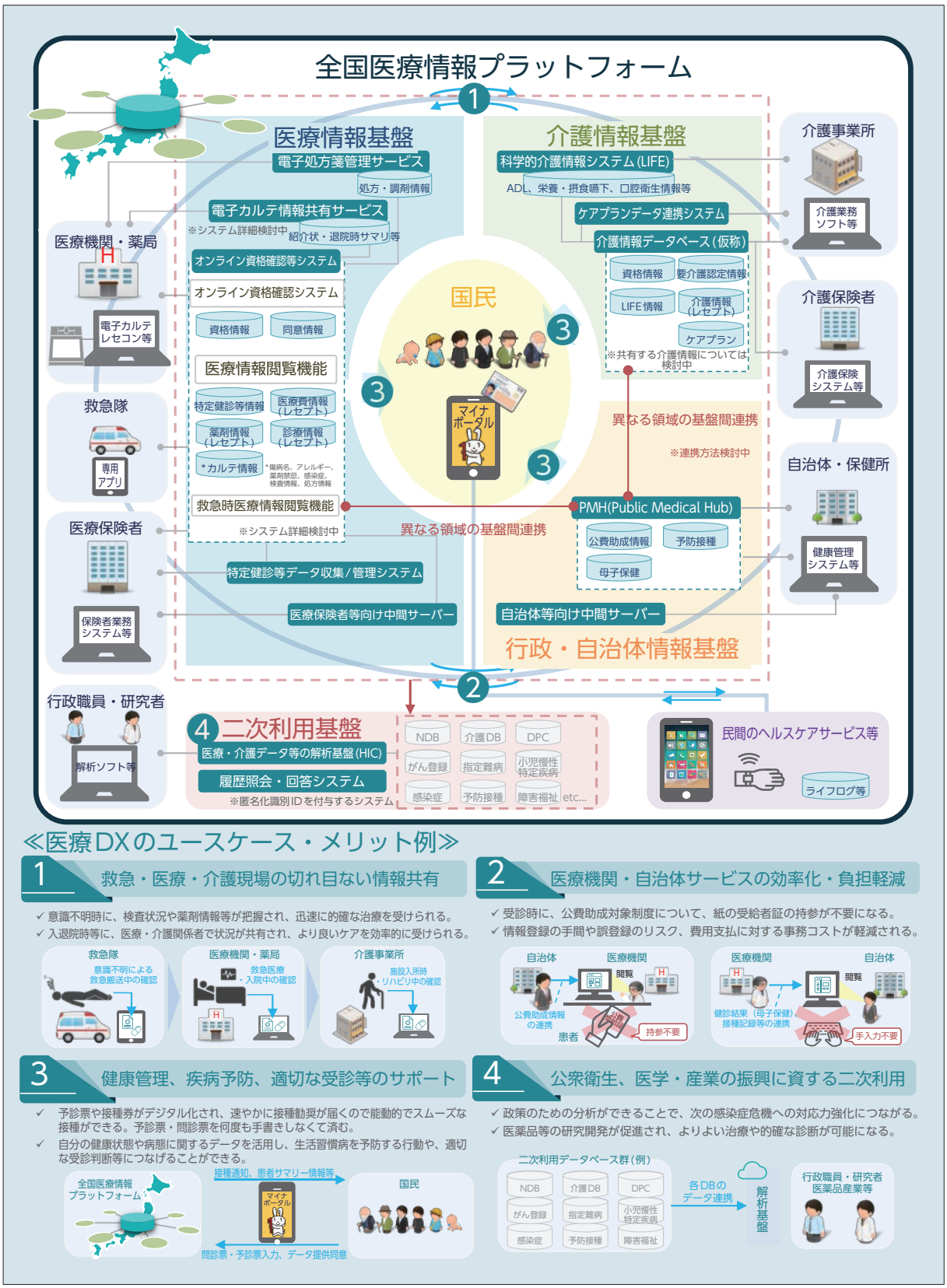
効果がある薬や、飲み合わせのよくない薬を受け取ることがなくなる。また、災害時の対応として、オンライン資格確認等システムの機能を活用して、避難先の医療機関等で、患者の同意のもと、現在服用している薬などの正確な情報を閲覧できる仕組み（災害時モード）がある[*4]。

医療機関の事務効率化としてのメリットもある。医療機関等のデジタル化が促進されることで、紙の書類作成やデータ入力作業などの大幅な削減や、誤入力の減少などを通じた正確な事務処理が期待される。これにより、残業時間の減少など働き方改革が進み、魅力ある職場づくりにもつながっていく。

更に、カルテ等の医療等情報の二次利活用が進むことで、これまで治療法がなかった疾病に対する革新的医薬品や新たな治療法の研究開発が促進される。また、民間のPHR事業者との連携によるヘルスケア産業の更なる振興も期待される。

＊4　令和6年能登半島地震で、災害時モードの情報要求件数は、2024年3月7日までに、石川県・富山県を中心に、約31,300件。

図表5-1-1　全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



≪医療DXのユースケース・メリット例≫

1　救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。

2　医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3　健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4　公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。

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、内閣府、こども家庭庁、総務省、文部科学省、経済産業省の６府省庁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（2024（令和６）年度医療研究開発推進事業費補助金等約481億円）。

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。また、モダリティに関する基盤的な研究開発を行い、新薬創出を目指

す。さらに、創薬研究開発に必要な支援基盤の構築に取り組む。

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・治療の高度化や、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、細胞培養・分化誘導等に関する基礎研究、疾患・組織別の非臨床・臨床研究や製造基盤技術の開発、疾患特異的iPS細胞等を活用した難病等の病態解明・創薬研究及び必要な基盤構築を行う。また、遺伝子治療について、遺伝子導入技術や遺伝子編集技術に関する研究開発を行う。さらに、再生・細胞医療と遺伝子治療の一体的な研究開発や臨床研究拠点の整備を進めるとともに、革新的な研究開発・基盤整備を進める。

④ゲノム・データ基盤プロジェクトにおいては、ゲノム・データ基盤の整備・利活用を促進し、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ことで、病態解明を含めたゲノム医療、個別化医療の実現を目指す。

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、アカデミアの組織・分野の枠を超えた研究体制を構築し、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、国際共同研究を実施する。また、橋渡し研究支援機関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とともに、リバース・トランスレーショナル・リサーチや実証研究基盤の構築を推進する。

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（2024年度厚生労働科学研究費補助金等約91億円）。

図表5-2-1　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）」（平成29年法律第28号。現在の法律名は「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律」。）が2018（平成30）年5月に施行された。2024（令和6）年2月現在、三つの認定事業者において約350万人分の医療情報を収集して、40件の利活用実績につなげている。また、2023（令和5）年5月には、「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の一部を改正する法律」が公布、2024年4月に施行され、健康・医療分野の研究開発の更なる促進を図るため、仮名加工医療情報[*5]の取扱いについての規律が定められたほか、匿名加工医療情報をNDB[*6]等のデータと連結して利用することができる状態で提供するための仕組みの創設等が行われた。

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）」、

＊5　他の情報と照合しない限り、特定の個人を識別することができないよう医療情報を加工して得られる個人に関する情報。
＊6　「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」（昭和57年法律第80号）に基づき、国民の特定健診や特定保健指導情報、レセプト情報を管理するデータベース。

「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、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）の一部の規定が2023（令和5）年4月1日に施行されること等を踏まえ、各指針の見直しを行い、2023年3月27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5年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号）及び「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5年厚生労働省告示第103号）を告示した（ともに同年7月1日に施行）。

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。

また、厚生労働省では、日本の医療水準の維持及び向上のために必要な「革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市」、「医薬品の安定供給」を確保する観点から、現状の課題を踏まえ、流通や薬価制度、産業構造の検証などの幅広い議論を行うため、2022（令和4）年8月に「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」を立ち上げた。本検討会における2023（令和5）年6月の報告を踏まえ、各会議体において様々な施策の検討を進めている。

2024（令和6）年度税制改正では、研究開発拠点としての立地競争力を強化し、民間による無形資産投資を後押しすることを目的として、国内で自ら研究開発した特許権等から生じるライセンス等の所得に対して30パーセントを所得控除する「イノベーション拠点税制（イノベーションボックス税制）」を創設することとしている。2025（令和7）年4月に施行予定であり、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、「セルフメディケーション税制」について、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) 創薬力の強化

医療用医薬品の売上額世界上位の品目のうち日本起源のものが減少し、日本起源の品目の世界市場におけるシェア（売上高）についても低下するなど、我が国の創薬力に関する課題が指摘されている。創薬力の強化に向けては、起業家、アカデミア、行政、投資家などが相互に協力しながら、スタートアップの立ち上げと成長を支える「エコシステム」を構築することが重要である。政府としては、2023（令和5）年12月に「創薬力の向上により国民に最新の医薬品を迅速に届けるための構想会議」を立ち上げ、我が国の医薬品産業の国際競争力の低下といった課題への対応を含めて議論を行っている。その議論を踏まえつつ、厚生労働省においても、人材・資金について国際的な連携を通じて日本に呼びこむこと等により、研究から開発への橋渡しなどで創薬エコシステムの活性化を図るための施策を検討している。

(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（2024（令和6）年4月1日現在、15病院）として医療法上に位置づけている。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ている。

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機関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（2021（令和3）年6月より医学系指針とゲノム指針は生命・医学系指針に統合されている、詳細は第５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。同法の附則に基づき、施行後５年に係る見直しの検討を2021年１月から開始し、2022（令和4）年6月に公表した「臨床研究法施行５年後の見直しに係る検討のとりまとめ」を踏まえ、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び臨床研究法の一部を改正する法律案」を第213回国会に提出した。

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。

(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、これまでも独立行政法人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ている。

しかしながら、我が国の医薬品産業については、近年、創薬における国際的な競争力の低下、後発品を中心とする安定供給への不安、欧米では承認されている医薬品が日本では開発・申請されないドラッグロスの拡大等、様々な課題が指摘されている。これらに対応するため、2022（令和4）年9月から開始された「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」における議論の結果、2023（令和5）年6月に、今後の目指すべき方向性について報告書が取りまとめられた。その中では、薬事規制の在り方についても課題が指摘されており、具体的には、小児用・希少疾病用医薬品を中心とするドラッグロス問題の解消のため、希少疾病用医薬品の指定の早期化、小児用医薬品の開発計画策定の促進等に取り組む必要性が指摘された。これを踏まえ、必要な施策の具体化を行うため、2023年7月から2024（令和6）年3月にかけて、「創薬力の強化・安定供給の確保等のための薬事規制のあり方に関する検討会」を開催し、薬事規制に関する様々な事項について検討を行った。その検討結果を基に、実施可能な施策から順次対応を行っ

てきており、①希少疾病用医薬品の指定要件の運用見直し、②成人用の開発時に企業が小児用医薬品の開発計画を策定しPMDAが確認する仕組みの導入、③海外で臨床開発が先行した医薬品の国際共同治験開始前の日本人第Ⅰ相試験実施を原則不要とする取扱い等について、新たな運用を開始した。

また、これらの運用を着実に実施する観点を含め、2024年度からのPMDAの第5期中期目標期間においては、患者ニーズの高い希少疾病用医薬品及び小児用医薬品等に対する実用化の支援や、有望なシーズを持つ海外ベンチャー等の国内開発に向けた対応を強化するとともに、審査業務の一層の質の向上、高度化に取り組むことを通じて、国民が、世界最先端の医薬品、医療機器、再生医療等製品等の恩恵をより早く受けることができるよう、新たな中期計画を定め、更なる体制強化を行うこととしている。

上記のほか、医薬品については、「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など、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、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。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にかんがみ、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、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、変更計画確認手続制度を導入した。医療機器プログラムについては、従来の医療機器とは異なる特性を有しており、実用化を促進するためには、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」を公表した。これに加え、更なる実用化促進を図るため、2023年9月に経済産業省と共同で「医療機器プログラム実用化促進パッケージ戦略2」、通称「DASH for SaMD2」を公表した。これに基づき、プログラム医療機器の二段階承認の考え方を整理した「プログラム医療機器の特性を踏まえた適切かつ迅速な承認及び開発のためのガイダンス」をとりまとめ、2023年11月にプログラム医療機器の二段階承認に関する運用通知を発出した。

（6）緊急承認制度の導入

新型コロナウイルス感染症の感染拡大等を踏まえ、緊急時に新たな医薬品等を速やかに薬事承認する新たな仕組みが必要として、2022（令和4）年5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4年法律第47号）の施行により、「緊急承認制度」が創設された。本制度は、緊急時に、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、条件や期限付きの承認を与えることができる仕組みであり、2022年11月には、新型コロナウイルス感染症に対する

国産の抗ウイルス薬について適用された。

(7) 再生・細胞医療・遺伝子治療の実用化の推進

再生・細胞医療・遺伝子治療（以下「再生医療等」という。）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、これまで20製品が承認されている。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、2022（令和4）年6月に公表した「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とりまとめ」を踏まえ、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律及び臨床研究法の一部を改正する法律案」を第213回国会に提出した。

また、関係省庁と連携し、基礎研究から臨床段階まで切れ目なく一貫した研究開発助成を行い、臨床研究やiPS細胞を用いた創薬研究に対する支援など、再生医療等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、再生医療等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、再生医療等の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

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）は、2014（平成26）年に成立した「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」（医療機器促進法）に基づき、我が国の医療の質の向上のため、医療機器政策に特化し、各段階に応じた関係省庁の各種施策を網羅した政府として初めての基本計画である。

その後、医療機器産業を取り巻く環境が変化していること等を踏まえ、プログラム医療機器の研究開発の促進や医療機器の安定供給といった新たな論点を取り入れ、第二期医療機器基本計画として、2022（令和4）年5月31日に改定された。第二期医療機器基本計画においては、①医療機器の研究開発の中心地としての我が国の地位の確立、②革新的な医療機器が世界に先駆けて我が国に上市される魅力的な環境の構築、③国民に必要な医療機器へのアクセシビリティの確保を基本方針として定めるとともに、医療機器関係者が取り組むべき事項について定めている。

(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日に報告書が示された。

この報告書の提言等に基づき、厚生労働省では「ベンチャー等支援戦略室」を医政局に設置し、医療系ベンチャーを育てるエコシステムの確立に向けて、「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」とした取組みを行っている。

2017（平成29）年から毎年10月には、ベンチャーと大手企業やベンチャーキャピタル等とのビジネスマッチングに資するイベント「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ている。また、2018（平成30）年2月にはベンチャーやアカデミア等に対する相談体制を整備し、法規制対応、知財、事業計画、海外展開等のプロセスを各分野の専門家が総合的に支援する「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、2023（令和5）年12月31日までに1,332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。

また、ヘルスケア領域においては、ヘルスケア分野の特徴に特化した形で、スタートアップの立場にたって振興・支援策を検討するため、その成長において直面する課題の解決の方向性を導出することを目的として、2024（令和6）年2月に「ヘルスケアスタートアップ等の振興・支援策検討プロジェクトチーム」を立ち上げた。

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」に掲げるアジア健康構想及びアフリカ健康構想の下、具体的な取組みを実施している。

（1）厚生労働省と新興国等の保健省との協力関係の構築

厚生労働省としては、医療の国際展開を推進するため、2013（平成25）年に体制を強化し、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）や「健康・医療戦略」等を踏まえ、本格的に取組みを開始した[*7]。

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。

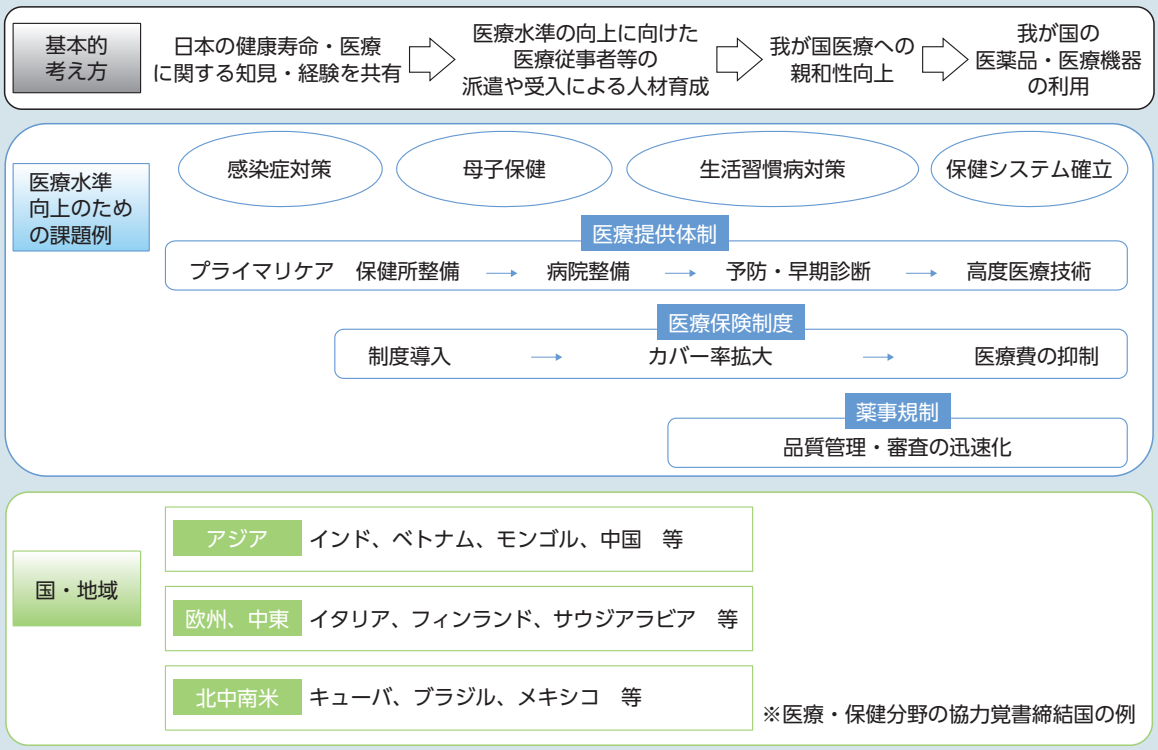
協力テーマとしては、各国のニーズに合わせて、①日本の経験や知見をいかした相手国の医療・保健分野の政策形成支援や、②医療技術、医薬品・医療機器に関連する人材育成を柱としており、例えば、ベトナムにおける内視鏡診断・治療、モンゴルにおける救急超音波検査（Point-of-Care Ultrasound：POCUS）を用いた救急診療能力強化事業、カンボジアにおける持続可能な病理教育提供のための指導者養成事業を実施している。

（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、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、オンラインによる研修を実施している。

＊7　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

図表5-4-1　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、2020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、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感染症の影響下にあった2020～2022（令和4）年度はオンライン形式の研修を積極的に開催したが、2023（令和5）年度より、研修内容に応じて対面での研修も開催している。2016年度から2023年度までに、合計105回のセミナーを開催し、69の国・地域及び1国際機関（WHO）から延べ3,155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下に開催された「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ている。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6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

我が国の医療・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2000（平成12）年に創設され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。一方、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、これに併せて必要な医療・介護ニーズが変化するなど、医療・介護の提供体制を取り巻く環境は大きく変化している。

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025（令和7）年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、2040（令和22）年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・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。

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。

さらに、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大の経験を踏まえて、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の構築も求められている。

（1）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、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）・六事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、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。

（2）地域医療体制の整備

1 救急医療



救急医療体制については、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）を体系的に整備するとともに、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。さらに、第８次医療計画においては、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することとしている。

また、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ている。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、2024（令和6）年３月末現在、46都道府県で57機のドクターヘリが運用されている。

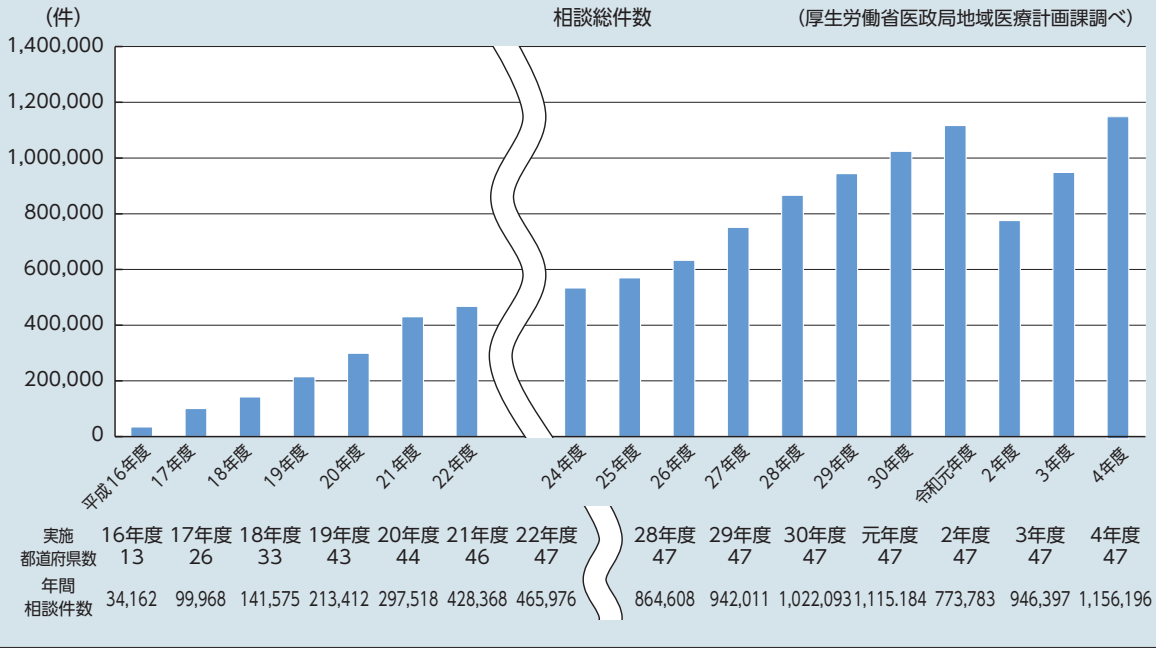
2 小児医療

小児医療については、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、小児科医等が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、地域医療介護総合確保基金を活用して支援している。また、同事業の相談対応者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て、分析し、結果を広報することで、病気、けが等の対処について保護者等への啓発を行っている。さらに、第８次医療計画においては、小児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ医療機関の集約化・重点化を進めること、医療的ケア児も含めた小児医療体制を構築することとしている。

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6-2-1　#8000全国相談件数（平成16年度～令和４年度）



3 周産期医療

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。厚生労働省では、周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU[*1]）、新生児集中治療室（NICU[*2]）に対する支援等を行うほか、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、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。また、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・技能維持を目的とした研修を実施している。

さらに、第８次医療計画においては、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進めること、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進めることとしている。

＊1　MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。
＊2　NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

4 災害医療

災害時における医療対策として、災害拠点病院の整備（2023（令和5）年4月1日現在770か所）、災害派遣医療チーム（DMAT[*3]）の養成等を進めてきた（2023年4月1日現在1,773チームが研修修了）。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。さらに、災害時における医療機関の被災情報や活動状況など災害医療に関わる情報を提供・収集・共有するため、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を整備している。

2017（平成29）年度から業務継続計画（BCP）策定の促進を目的とした研修を実施し、これまでに1,916医療機関、3,753名が受講している（2023年4月1日現在）。また、近年の全国各地における台風や豪雨等による被災状況を踏まえ、2022（令和4）年度より災害拠点病院の指定要件に浸水対策を講じることを位置づけた。

2022年度からは、DMAT研修に感染症専門医等が監修した新興感染症に関する内容を追加するなど研修の充実を進めた。

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[*4]）の養成を進めている。2024年3月に一部改正した「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の整備を進めている。

2022年の「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）により、DMAT、DPAT先遣隊、災害支援ナース[*5]の研修を受け、登録された医師・看護師等について、「災害・感染症医療業務従事者」として医療法に位置づけ、国による研修及び訓練等の支援の規定を設けた。

5 新興感染症医療

新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症への対

＊3　DMAT：「Disaster Medical Assistance Team」の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、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。

＊4　DPAT：「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。災害時に、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、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームのこと。精神科医師、看護師、業務調整員の3から4名程度で構成される。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置づけている。

＊5　災害支援ナース：災害や新興感染症の発生時に他の医療機関等への応援派遣に適確に対応できる看護職員をいう。これまでボランティア活動として解されていたことから、2024年4月からは、医療法に基づく「災害・感染症医療業務従事者」に位置づけられることとなった。

応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えた医療提供体制を構築するため、第８次医療計画より、新たに六事業目として医療計画の記載事項に追加された。新興感染症発生・まん延時における医療の体制の構築に当たっては、新型コロナウイルス感染症における対応規模を念頭に、2022年に改正された「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）に基づく都道府県と医療機関との医療措置協定の締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた、新興感染症に対応する医療及び新興感染症以外の通常医療の提供体制の確保を図ることとしている。

2023年５月に医療計画作成指針等の改正と併せて、都道府県における医療機関との協定締結等を円滑に進めるためのガイドラインを示し、同年11月には、厚生労働省と医療関係団体で「ポストコロナ医療体制充実宣言」を発表し、新興感染症の発生に平時から備えるための取組みを集中的に進めていくことを共同で宣言した。各都道府県における協定の締結は2024年９月末までに完了することを目指している。

6 へき地・離島医療対策

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とともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用することで、へき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

(3) 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、人生の最期まで自分らしい生活を続けることができるように支援する在宅医療提供体制の構築が望まれている。

第８次医療計画においては、適切な在宅医療の圏域を設定し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置づけ、在宅医療における各職種の関わりを明確化するなど、今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めることとしている。また、在宅医療の体制整備に対する支援としては、地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療の体制構築に必要な事業に対し財政的な支援を実施している。さらに、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ている。

(4) 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、医療従事者から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ようにするため、厚生労働省では、「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」報告書を踏まえ、「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[*6]の

＊6 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

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、当該報告書に基づき、ACPの愛称を一般公募し「人生会議」に決定、11月30日を「人生会議の日」とし、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（平成29）年度からは、人生会議に関するシンポジウムの開催等を通じ、国民向けの普及・啓発を進めている。2022（令和4）年度には「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」を実施した。

(5) 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。

これまで、地域医療構想の実現に向けて、厚生労働省より、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の策定や、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をしてきた。

併せて、病床機能の分化・連携に関する地域での議論を進めるため、国として以下のような支援を行っている。

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、積極的に支援を行っており、直近では、2024（令和6）年1月に8回目の選定を行い、2024年3月末現在までに、13道県21区域を選定している。

②2022（令和4）年度より、「重点支援区域」の申請の要否を判断するまでの支援として、再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する「再編検討区域」への技術的支援を行っている。

③2020（令和2）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」を新たに措置し、当該事業について2021（令和3）年度以降も、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している。

④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2021年に創設し、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土地や建築した建物に関する登録免許税を軽減している。また、2022年の地方税法改正により不動産取得税を軽減している。

⑤2023（令和5）年より、地域医療提供体制の構築等について、都道府県が主体的にデー

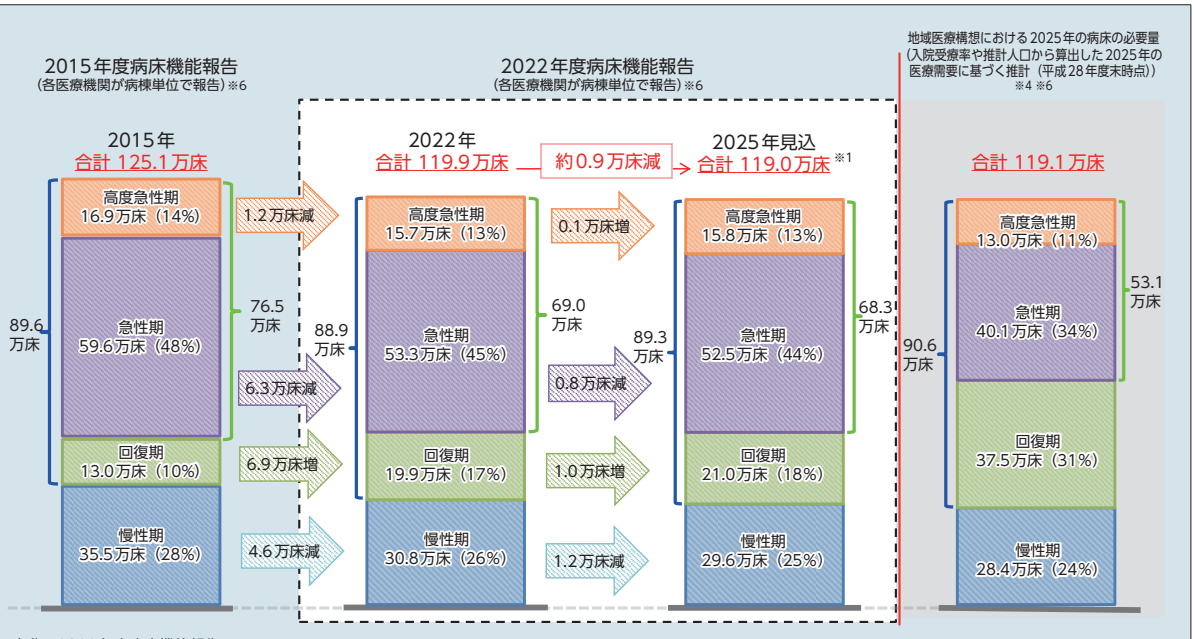
タを分析し、施策の企画・立案体制の強化に資することを目的とした事業を実施し、地域医療構想に係る対応方針の策定等の推進に当たって、都道府県における各地域の実情に応じたデータ分析を企画、立案できるデータ分析体制の構築を支援している。

また、2022年3月に各都道府県に対し、第8次医療計画の策定と併せて、2022年度及び2023年度に、民間医療機関等も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うことを求め、さらに、2023年3月に各都道府県に対し、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて推進することとし、策定率や地域医療構想調整会議の実施状況について公表を行う等、着実に取組みを推進することを求めた。

加えて、2024年3月に各都道府県に対し、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組みを進めるという基本的な考え方を示したほか、国において、地域別の病床機能等の状況の見える化、都道府県の取組みや医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組みを支援することなどを示した。

なお、2026（令和8）年度以降の新たな地域医療構想については、現行の地域医療構想の評価・課題等を踏まえ、2040（令和22）年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する検討会を新設し、検討を行うこととしている。

図表6-2-2　2022年度病床機能報告について



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022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年度病床機能報告：13,885/14,538（95.5%）、2022年度病床機能報告：12,171/12,590（96.7%））
※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：高度急性期のうちICU及びHCUの病床数（*）：18,399床（参考 2021年度病床機能報告：19,645床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

外来機能の明確化・連携については、2020年の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、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、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などの課題が生じていることが指摘され、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、協議の場で外来機能の明確化・連携に向けて協議を行い、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）として明確化することなどを内容とする改正法案が2021年5月に成立した（令和3年改正法）。同年7月より「外来機能報告等に関するワーキンググループ」において、外来機能報告の報告項目や紹介受診重点医療機関について国の定める基準、地域における協議の場の運営などについて議論が行われ、2022年3月に「外来機能報告等に関するガイドライン」が取りまとめられ、2022年度に外来機能報告制度が開始された。2023年度には、都道府県において、外来機能報告により把握した結果等を踏まえ、協議の場で協議を行った上で、紹介受診重点医療機関となった医療機関を都道府県ホームページ等に公表している。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備については、2021年の「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進めることとされたことを受け、2022年度に入り、全世代型社会保障構築会議等において議論された。2022年12月28日に社会保障審議会医療部会において取りまとめられた「医療提供体制の改革に関する意見」を踏まえ、①国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう情報提供を強化すること、②医療機関に対してその機能の報告を求め、都道府県がその体制を有することを確認・公表し、これらを踏まえ地域の関係者との協議の場で必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表することを内容とする「全世代対応型の持続可能な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案」を、2023年の通常国会に提出し、成立した。同法に規定されたかかりつけ医機能報告制度等の2025年4月の施行に向けて、2023年10月に検討会を立ち上げ、2024年夏頃までを目途に議論の整理・取りまとめを行うこととしている。

(6) 地域医療連携推進法人の認定状況

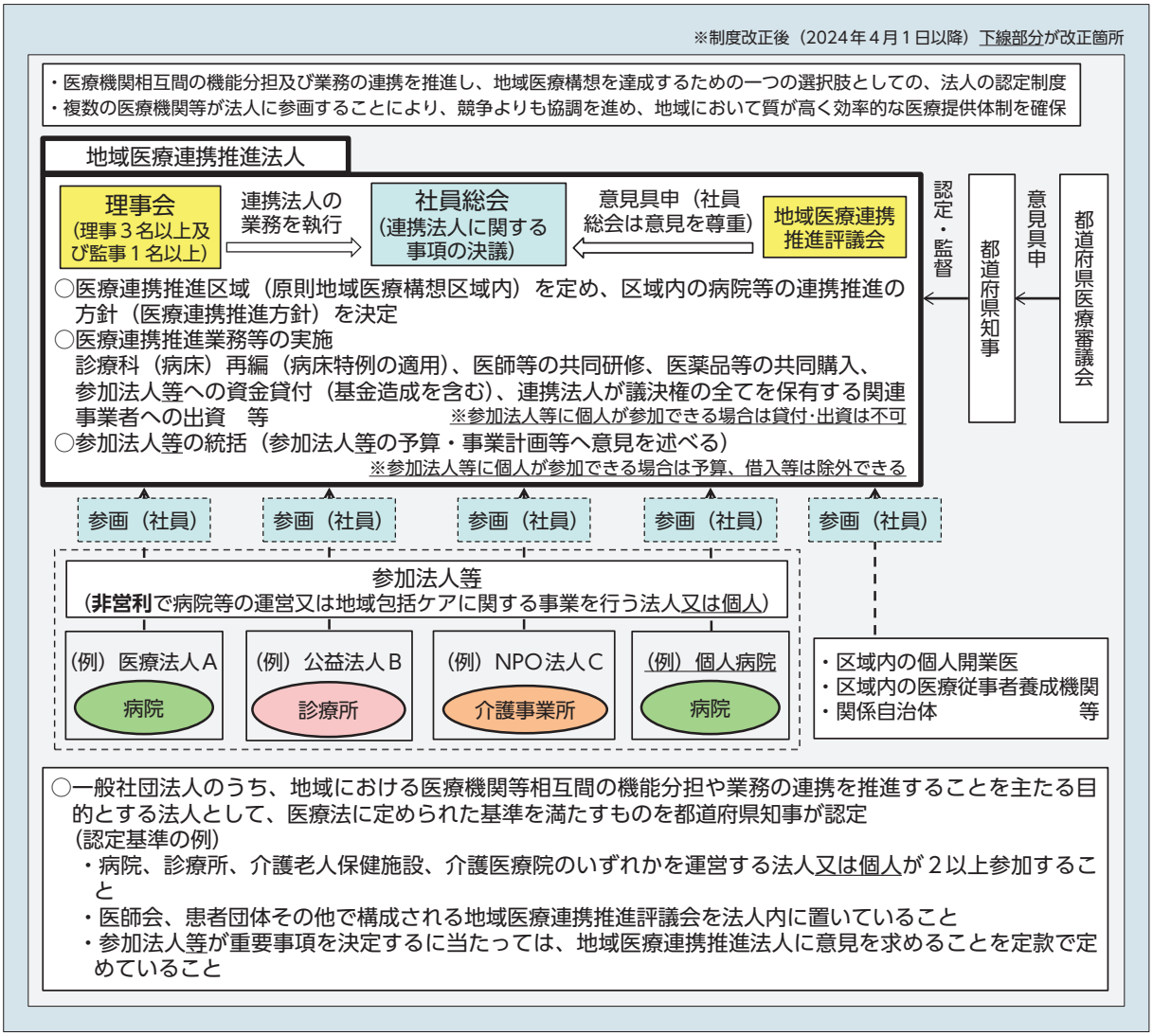
地域医療連携推進法人は、医療機関相互間の機能の分担や業務の連携を推進することを目的とし、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設された制度である。地域医療連携推進法人の取組みの実施状況については、法人内に設置する、地域の関係者で構成される地域医療連携推進評議会において評価され、地域の関係者の意見が法人の運営に反映される仕組みとなっている。2017（平成29）年4月から制度が施行され、2024（令和6）年4月1日現在、全国で39法人が認定を受けている[*7]。

また、2023（令和5）年5月12日に成立した「全世代対応型の持続可能な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5年法律第31号）において、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今般のコロナ対応における課題等も踏ま

＊7　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

え、地域における限りある医療資源や人的資源の有効活用等の観点から、制度の見直しを行った（2024年4月1日施行）。具体的には、個人立の医療機関等が地域医療連携推進法人に参加できる仕組みを導入すること、出資や貸付け等を行わない場合には原則として外部監査等を不要とすること、また、地域医療連携推進法人の代表理事再任時の手続きを緩和することとした。

図表6-2-3　地域医療連携推進法人制度の概要



(7) 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、復興への取組みを支援した（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）。

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、2021（令和3）年度、2022（令和4）年度、2023（令和5）年度及び2024（令和6）年度予算において、当該基金を

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（2017～2024年度における予算総額）365億円）。

(8) 医療安全の確保

1 医療安全支援センターにおける医療安全の確保

医療安全支援センターは都道府県、保健所設置市及び特別区に計394か所（2023（令和5）年10月1日現在）設置されており、医療に関する苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者・住民に対して、医療安全に関する助言及び情報提供を行っている。医療安全支援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]。

第8次医療計画では、医療安全支援センターにおける相談対応の質の向上を図るための相談職員の研修受講の推進や、医療安全推進協議会の開催等による地域の医療提供施設や医療関係団体との連携、協力体制の構築の推進等を行う。

2 医療機関における安全確保の体制整備

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おり、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 医療事故調査制度

2015（平成27）年10月に開始した医療事故調査制度は、医療事故の再発防止につなげ、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[*9]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医療事故として報告された事例について、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療事故調査・支援センターが中立的な立場から調査を行うこと

③さらに、こうした調査結果を、医療事故調査・支援センターが整理・分析し、再発防止に係る普及啓発を行うこととしている。

2016（平成28）年には、医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出により、

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

＊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　医療事故調査・支援センター：医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援、報告により集積した情報の整理及び分析等を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人又は一般財団法人として、医療法第6条の15に基づいて厚生労働大臣が指定する第三者機関。一般社団法人日本医療安全調査機構が医療事故・調査支援センターとしての指定を受けている（2015年8月17日付け厚生労働省告示第348号）。

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

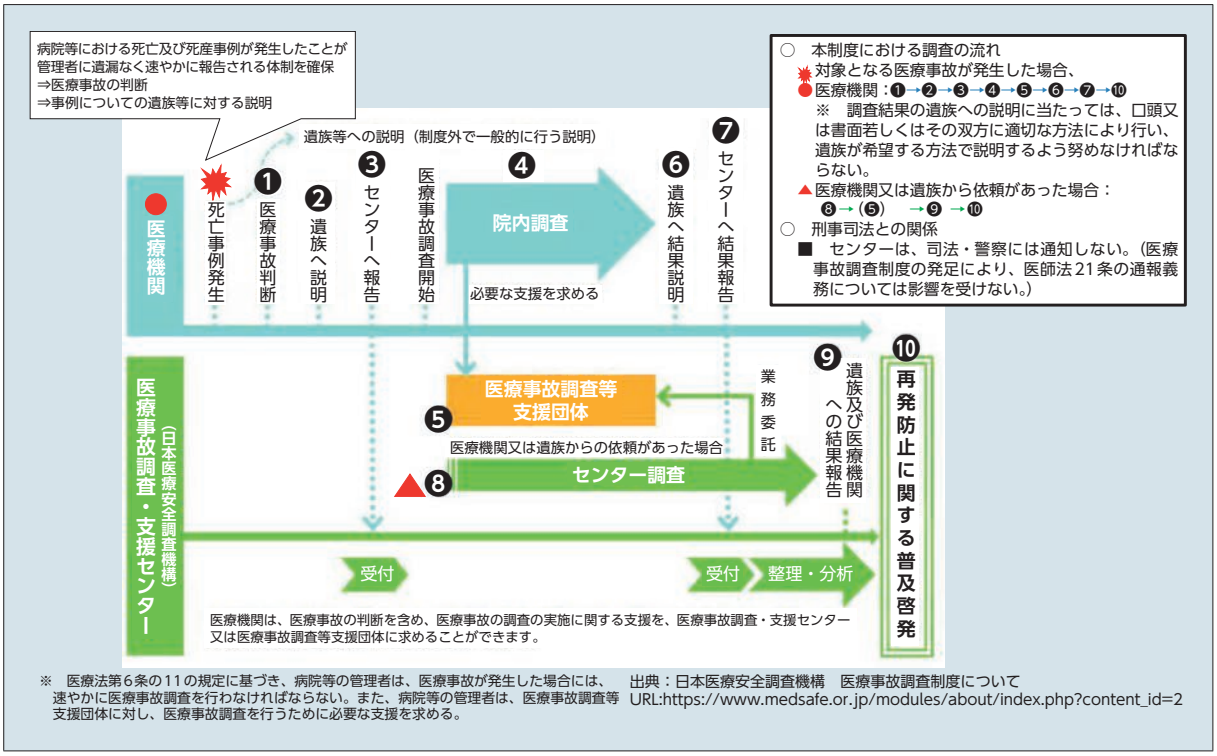
⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと

などを示している。

2024（令和6）年3月末現在までに、医療事故報告件数3,009件、院内調査結果報告件数2,613件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数246件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は173件終了した。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19のテーマについて、医療事故再発防止策の提言を取りまとめ、公表をした。

第8次医療計画では、病院等の管理者に制度についての理解をより深めていただくため、研修の受講の推進を行う。

図表6-2-4　医療事故調査制度の流れについて



4 医療事故情報収集等事業[*10]

医療事故情報収集等事業は、医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、登録分析

＊10 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/

機関である公益財団法人日本医療機能評価機構が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、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。さらに、Web上に報告事例のデータベースを構築し、蓄積された医療事故情報等が公開データとして検索できるようになっている。

5 特定機能病院のガバナンス改革

特定機能病院は、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するものであり、2022（令和4）年12月1日現在、88病院を承認している。

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を踏まえ、特定機能病院の承認要件について、医療安全管理責任者を配置すること等の見直しを行うとともに、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等を義務づけている。

また、2021（令和3）年の省令改正により、第三者による病院の機能評価を受け、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を承認要件として追加した。

6 産科医療補償制度[*11]

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、分娩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、脳性麻痺発症の原因の分析を行い、将来の同種事例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」を基準とする見直しが行われた。

7 医療安全に関する国際的な取組み

閣僚級世界患者安全サミットは医療安全の世界的な推進を目的に2016年に創設された。2023年2月には、第5回サミットが「Less Harm, Better Care-from Resolution to Implementation」をスローガンにスイスで開催され、過去のサミット同様、医療における避けうる有害事象から生じる負荷への認識を高め、患者安全強化のための戦略的取組みを促進した。

第6回サミットは、2024年4月にチリでの開催が決定されている。

＊11 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

また、2019（令和元）年のWHO総会において、毎年9月17日を世界患者安全の日[*12]とすることが定められた。

(9) 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、①2007（平成19）年4月より開始した、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）について、2024（令和6）年4月からは全国統一的なシステム（医療情報ネット[*13]）による情報提供を実施するとともに、②医療広告について、2017（平成29）年の医療法改正により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することができるよう措置した。また、医療広告ガイドライン等を整備するほか、2017年より「医業等に係るウェブサイトの調査・監視体制強化事業」により、医療広告の適正化を進めている。

(10) 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。

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に医学部入学定員を臨時的に増員してきた。全国レベルで医師数は増加してきた一方で、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。

こうした中、2026（令和8）年度以降の医学部定員については、「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、検討を進めていく。

2 医師の確保

地域において必要な医師を確保するため、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」（平成30年法律第79号）に基づき、各都道府県において、2019（令和元）年度までに、都道府県及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観

＊12 世界患者安全の日に関する取組みを紹介したホームページ　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_34090.html
＊13 医療情報ネット　https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize

的に比較・評価した医師偏在指標を踏まえた医師の確保の方針、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」を策定し、

・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ており、厚生労働省においては、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いる。

加えて、産科・小児科における医師確保対策の検討は、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、都道府県、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を踏まえた施策についても盛り込み、産科・小児科における医師確保に向けた取組みを行っている。

また、2024（令和6）年度から開始された「第8次（前期）医師確保計画」においては、2023（令和5）年3月に策定した「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」に基づき、医師偏在指標の精緻化を行うとともに、更なる実効性が確保できるよう、寄附講座の設置を通じた医師派遣などによる医師確保の取組みを推進している。

外来医療については、無床診療所の開設が都市部に偏っていること、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などの課題から、2018年の医療法改正により、「医療計画」に「外来医療の提供体制の確保に関する事項」を追加し、都道府県において「外来医療計画」を策定している。

また、「第8次（前期）外来医療計画」においては、2023年3月に策定した「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～第8次（前期）～」に基づき、外来医療に関する情報の可視化、新規開業希望者などへの情報提供、外来医療に関する協議の場の設置等を盛り込むことなどにより、地域の外来医療提供体制の確保に向けた取組みを推進している。

3 歯科医師の確保

我が国を取り巻く環境は、人口構造の変化、国民・患者の医療や介護等のニーズに変化が生じており、患者・国民からの歯科医師や歯科保健医療に期待する役割は大きく変容してきている。こうした中、2017（平成29）年12月に取りまとめられた「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告書において、歯科保健医療の需給と提供体制の目指すべき姿として「歯科保健医療ビジョン」がまとめられ、2021（令和3）年2月から開催されている「歯科医療提供体制等に関する検討会」では、今後の歯科医療のニーズを踏まえ、歯科医療の提供体制の構築等に関する必要な事項について検討されている。

「第8次医療計画等に関する検討会」においても歯科医師の確保の必要性が指摘されており、医療計画作成指針において、地域における歯科医療従事者の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進す

ることなど、地域の実情を踏まえた取組みを推進すること等が考えられる旨盛り込まれている。

4 薬剤師の確保

少子高齢化の更なる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められている。一方で、2021年6月に公表された「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」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されている。全国の薬剤師総数は、おおむね今後10年間は需要と供給が同程度で推移すると推計されているが、都道府県等への偏在実態に係る調査結果から、今後当面は偏在が続いていくと想定されている。「第8次医療計画等に関する検討会」においても薬剤師の確保に関する議論が行われ、医療計画作成指針において、医療従事者の確保に関する記載に当たって踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師の確保策の実施等が新たに盛り込まれた。

これまで、地域ごとの薬剤師の比較には人口10万人対薬剤師数が用いられてきたが、医療需要に基づき、地域ごと、病院・薬局の業態ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる「薬剤師偏在指標」を2023年6月に策定した。また、各都道府県が薬剤師確保策を検討する際の参考となるよう、「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出した。さらに、地域医療介護総合確保基金の事業例として、「地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」を位置づけ、薬剤師修学資金貸与を行うために必要な経費や、都道府県が指定する病院へ薬剤師派遣を行うための経費として活用できるようにするなどの取組みを行っている。

5 看護職員の確保

医療ニーズの増大・高度化などに対応し、看護職員の確保対策を推進してきたことにより、その就業者数は着実に増加（2020（令和2）年には約173.4万人が就業）しているが、少子高齢化の進行に伴って、現役世代（担い手）が急減する一方、看護ニーズが増大する中で、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、地域医療介護総合確保基金を活用した看護師等養成所や病院内保育所の運営などに対する財政支援、医療勤務環境改善支援センターの総合的・専門的な助言などを行うとともに、「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」を構築し、2024年度から運用を開始することにより、看護職の資質向上及び潜在看護職に対する復職支援等の充実を図る。

また、2024年度からの第8次医療計画を通じて、都道府県・二次医療圏ごとの課題に応じた看護職員確保対策の実施や、今後、需要の増大が見込まれる訪問看護に従事する看護職員の確保などを推進することとしている。

あわせて、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づく「看護師等の確保を促進す

るための措置に関する基本的な指針」について、本指針を制定してから現在までの間に看護職員を巡る状況は大きく変化したことを踏まえ、2023年10月26日に改定を行った。

6 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おいては、女性の占める割合が約3分の1となっている。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、女性医師等に安心して業務に従事していただけるよう、出産や育児等の様々なライフステージに対応した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（平成26）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。

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し、2022年度からは子育て世代の医療職支援の先駆的な取組み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）として実施している。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、女性医師等が安心して就業の継続や復職ができ、更に活躍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 診療参加型の臨床実習の充実

近年、医療の高度化・複雑化により医師が修得すべき知識・技能が増えていることなどから、卒前教育においても医学生が診療に参加し、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行うことの重要性が高まっている。診療参加型の臨床実習を充実するため、2021（令和3）年に医師法を改正し、共用試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化するとともに、2023（令和5）年度から、公的化された医学生の臨床実習前の能力を評価する共用試験（CBTとOSCE）を実施している。

なお、歯学生についても2021年に歯科医師法を改正し、2024（令和6）年度から、同様に共用試験を実施している。

2 医師臨床研修

2004（平成16）年度から必修化した医師臨床研修においては、2020（令和2）年度から「臨床研修の到達目標、方略及び評価」（到達目標、方略（必修科、経験すべき疾病・病態等）、研修医の評価方法等を記載）に基づいた研修を実施し、診療能力の向上を推進している。併せて、都市部への臨床研修医の偏在を抑制するため、都道府県別の定員を設定している。

また、医師臨床研修制度の見直しを検討し、2024年3月に、更なる偏在対策等を含む「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書」を取りまとめた。

3 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、2018（平成30）年度から新専門医制度における養成が開始されている。

その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・要請を通知してきた。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、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」として新たに位置づけ、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。

4 医師の働き方改革

我が国の医療が医師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、医師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（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（いわゆるA水準）となっているが、地域医療の確保や集中的に技能を向上させるために必要な研修実施の観点から、やむを得ず長時間労働となる医師については、医療機関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水準対象機関）、連携型特定地域医療提供機関（連携B水準対象機関）、技能向上集中研修機関（C-1水準対象機関）、特定高度技能研修機関（C-2水準対象機関）として都道府県知事の

指定を受けた場合においては、健康確保措置（面接指導、勤務間インターバル等）の実施を義務とした上で、時間外・休日労働の上限は年間1,860時間／月100時間未満となっている。

2022（令和4）年には、各医療機関の労務管理体制等を評価する医療機関勤務環境評価センターとして日本医師会を指定し、評価の実施体制を整備するとともに、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るにあたり必要となる、医療機関の教育研修環境や医師の技能研修計画の審査を行う組織を立ち上げ、同年10月から申請受付を開始した。

さらに、月の時間外・休日労働が100時間以上となることが見込まれる医師に対して実施が義務づけられた面接指導について、実際に面接指導を行う医師（面接指導実施医師）を養成するためのオンライン講習の体制を整備し、同年12月より受講を開始している。

各都道府県には、医療従事者の勤務環境改善の促進を図るための拠点として医療勤務環境改善支援センターが設置されており、社会保険労務士等の労務管理の専門家による助言・指導を行っている。また、地域医療介護総合確保基金による医師の勤務環境の体制整備に係る支援も実施しており、こうした取組みを通じて、医師の働き方改革に取り組む医療機関を支援している。

5 看護職員の資質向上

看護職員のより一層の資質向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、新人看護職員研修や看護職員の実務研修等に対する支援を行っている。

さらに、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、研修時間と内容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。進展する少子高齢化に向けた在宅医療等の更なる推進や医療従事者の働き方改革の推進を図るため、特定行為研修を修了した看護師の養成と活用のより一層の推進が必要である。そのため、厚生労働省では指定研修機関の設置準備や運営、医療機関における特定行為研修を修了した看護師の活用推進のための体制整備等に対する財政等支援を実施し、制度の普及に取り組んでいる。

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、全国的な病院ネットワークを活用しながら、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供し、他の設置主体では必ずしも提供されないおそれのある筋ジストロフィー等の神経・筋難病、重症心身障害、結核、精神疾患、エイズ等の分野の医療や、災害等の国の危機管理に際して求められる医療等を提供している。

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んでいる。

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、地域の医療関係者等との協力の下、地域において必要な医療及び介護について、「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、全国に13施設ある国立ハンセン病療養所では、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入所者が増加しているため、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「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」、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、後発医薬品の数量シェアについて目標を定め、後発医薬品の使用を進めてきた。



ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

現在、後発医薬品を中心に供給不安が生じており、安定供給の確保が喫緊の課題であることから、足下の供給不足への取組みを進めるとともに、少量多品目生産といった産業構造上の課題への対応についても検討を進めているが、これと並行して、医療保険の持続可能性の観点から、後発医薬品の使用促進を進めていくことも重要である。

そのため、2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの目標について、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、医療機関が現場で具体的に取り組みやすい目標として、現行の数量ベースでの目標（全ての都道府県で80%）は主目標として継続するとともに、新たに金額ベースでの副次目標（65%以上）及びバイオシミラーの数量ベースでの副次目標（バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上）を設定した。

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、2023（令和5）年9月に80.2%となっている。

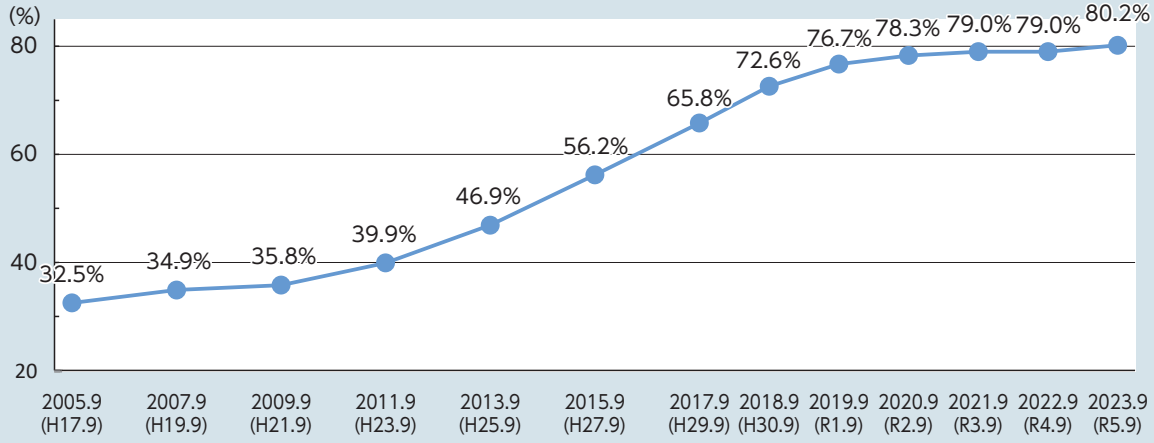
一方、後発医薬品については、昨今、後発医薬品企業の薬機法違反による出荷停止や回収が度重なり、出荷調整等による供給不安を起こしたことで、医療機関や患者の後発医薬品に対する不安や不信が生じている状況にある。

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6-2-5　後発医薬品の使用割合の目標と推移

「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

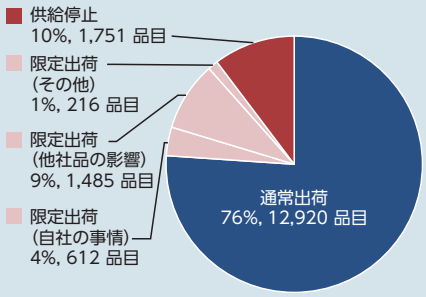
5 医薬品の安定供給

後発医薬品産業においては、後発医薬品企業の薬機法違反を契機とした出荷停止等による供給量の低下や、新型コロナウイルスやインフルエンザの感染拡大による需要の増加が生じている。そうした中で、薬局や医療機関が正確な供給状況を把握することが困難であるために先々の医薬品の確保に不安を感じて過大な注文を行うこと等により、さらに需給がひっ迫している。

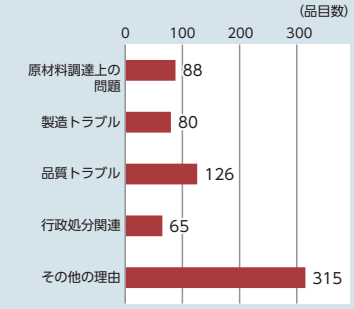
図表6-2-6　医薬品の需給状況（2024年3月末時点）

1　医薬品全体の対応状況 ※1

※1　薬価削除手続き中の品目を含む

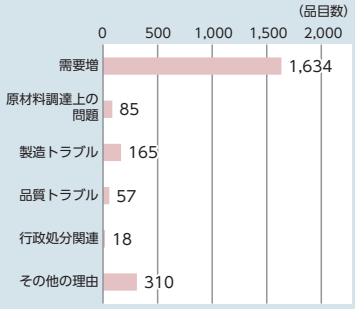


1－1　供給停止の理由※2



供給停止　※2　薬価削除が理由である1,077品目は除く。

1－2　限定出荷の理由※3



限定出荷　※3　薬価削除が理由である44品目は除く。

カテゴリー別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2024年3月調査結果	供給停止		限定出荷	
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比
先発品	67	4%	162	7%
長期収載品 ※	33	2%	134	6%
後発品	1,240	71%	1,473	64%
その他医薬品 ※	411	23%	544	24%
合計	1,751	100%	2,313	100%

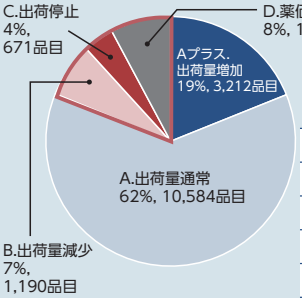
カテゴリー別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2024年3月調査結果	限定出荷							
	自社の事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	46	8%	88	6%	28	13%	162	7%
	28%		54%		17%		100%	
長期収載品 ※	30	5%	98	7%	6	3%	134	6%
	22%		73%		4%		100%	
後発品	375	61%	1,015	68%	83	38%	1,473	64%
	25%		69%		6%		100%	
その他医薬品 ※	161	26%	284	19%	99	46%	544	24%
	30%		52%		18%		100%	
合計	612	100%	1,485	100%	216	100%	2,313	100%
	26%		64%		9%		100%	

項目の定義

※長期収載品：後発品のある先発品
※その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

2　医薬品全体の出荷量の状況



A+	出荷量増加	110%以上
A	出荷量通常	90%以上110%未満
B	出荷量減少	90%未満
C	出荷停止	出荷していない状況
D	薬価削除予定	薬価削除手続き中

令和６年度厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課委託事業「医療用医薬品供給情報緊急調査事業」

足下の供給不安への対応として、特に不足が生じているせき止め薬などの感染症対症療法薬については、医療機関等に対し、供給状況に関する情報の公表、買い込みを控えることや長期処方を控えて医師が必要と判断した患者へ最少日数での処方とすることの要請を行っていた。さらに、主要メーカーに対しては、他の医薬品の生産ラインからの緊急融通や在庫の放出など、供給増加に向けたあらゆる手段による対応を要請するとともに、2023（令和5）年度補正予算において、製造設備の整備費や人件費を対象として緊急的な補助事業を実施した。

また、2024（令和6）年4月より、製造販売業者から医薬品の供給不足ないしそのおそれが発生した場合に供給不足の未然防止につなげる観点や収集した情報を医療機関等へ提供する観点から、製品の基本情報や供給不足が生じた理由または供給不足のおそれに関する原因等の報告を求めるほか、感染症法に基づき抗菌薬や抗インフルエンザ薬、感染症対症療法薬等の感染症対策物資等について生産量や在庫量、出荷量等の報告徴収を行うこととしている。

現下の後発医薬品を中心とした医薬品の供給不安の要因は、品質管理に係る違反事案を発端とした供給停止や限定出荷の拡大だけにとどまらず、比較的中小規模の企業が多く生産能力や生産数量が限定的な中で、比較的収益性の高い新規製品の薬価収載を繰り返し、容易に市場から撤退することができないという医薬品特有の事情もあいまって、少量多品目生産が広がっている。そしてそのことが生産の非効率等の問題を招いていること、薬価収載後も総価取引等の流通慣行や価格競争によりさらに価格が下落し低収益構造につなが

ることなどの後発医薬品産業全体の構造的問題が指摘されている。

このため、2023年7月、「後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会」を立ち上げ、製造管理・品質管理体制の確保、安定供給能力の確保、持続可能な産業構造を3つの柱とする後発医薬品産業の在るべき姿やそれぞれの柱に対応した対策の方向性について検討を進めている。

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、いわゆる団塊の世代が2025（令和7）年までに全て75歳以上となり、また、生産年齢人口の減少が加速するなど、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎える中で、人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、全ての世代が公平に支え合い、持続可能な社会保障制度を構築することが重要である。

こうした状況を踏まえ、給付と負担のバランスを確保しつつ、現役世代の負担上昇の抑制を図り、増加する医療費を全ての世代が能力に応じて公平に支え合う観点から、「全世代対応型の持続可能な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2023（令和5）年5月に成立した。今回の医療保険制度改革の主な内容は下記（1）から（3）までである。

（1）こども・子育て支援の拡充

1 出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入

出産に要する経済的負担の軽減を目的とする出産育児一時金については、出産費用が年々上昇する中で、平均的な標準費用が全て賄えるよう、2023（令和5）年4月より、42万円から50万円に大幅に増額した。この出産育児一時金に要する費用は、原則として現役世代の被保険者が自ら支払う保険料で負担することとされているが、後期高齢者医療制度の創設前は、高齢者世代も、出産育児一時金を含め、こどもの医療費について負担していた。また、生産年齢人口が急激に減少していく中で、少子化をめぐって、これまで様々な対策を講じてきたが、未だに少子化の流れを変えるには至っていない状況にある。このため、今般、子育てを社会全体で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に要する費用の一部を支援する仕組みを2024（令和6）年度から導入することとした。

併せて、妊婦の方々が、あらかじめ費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境の整備が重要であることから、2024年春を目途に、出産費用の「見える化」を本格的に実施することとしている。

また、こうした出産費用の「見える化」の効果等の検証を行った上で、次の段階として、2026（令和8）年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を行っていく。

2 国民健康保険における産前産後期間の保険料免除

子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、2024年1月から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を公費により免除する措置を新たに講じている。

(2) 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

1 後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し

高齢者人口は2040（令和22）年をピークに増え続け、特に、2025（令和7）年までに団塊の世代が全て後期高齢者となる。後期高齢者の保険料が、後期高齢者医療制度の創設以来1.2倍の伸びに止まっているのに対し、現役世代の負担する支援金が1.7倍になっている状況を踏まえ、現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みが必要である。

このため、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を2024（令和6）年度から見直すこととした。

後期高齢者の保険料は、所得にかかわらず低所得の方も負担する定額部分（均等割）と所得に応じて負担する定率部分（所得割）により賦課する仕組みであり、制度改正による、2024年度からの新たな負担に関しては、

・均等割と所得割の比率を見直すことで、約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
・さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、2024年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないようにする

こと等の配慮を行っている。

2 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

前期高齢者の医療給付費負担については、前期高齢者の偏在による負担の不均衡を是正するため、前期高齢者の加入者数に応じて、保険者間で費用負担の調整（前期財政調整）を行っている。

今般、世代間のみならず世代内でも負担能力に応じた仕組みを強化する観点から、被用者保険者間では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的（範囲は1/3）に「報酬水準に応じた調整」を2024年度から導入することとした。

こうした見直しや、高齢者負担率の見直しとあわせて、現役世代の負担をできる限り抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、健保組合等を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととした。

具体的には、

・高齢者医療運営円滑化等補助金について、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健康保険組合に対する補助を創設するなど、拠出金負担の更なる軽減
・健康保険組合連合会が実施する健保組合に対する高額医療交付金事業について、財政的支援の制度化を行うことによる事業規模の拡充
・特別負担調整への国費充当の拡大による、負担軽減対象となる保険者の範囲の拡大

を行うこととした。

(3) 医療保険制度の基盤強化等

1 都道府県医療費適正化計画の実効性確保のための見直し

今後も医療費の増加が見込まれる中で、持続可能な医療保険制度を構築するためには、医療費の適正化を更に効果的に進めていくことが重要である。

こうした中で、都道府県医療費適正化計画の実効性の確保に向けて、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入するとともに、医療費適正化における都道府県の役割・責務を明確化し、計画に記載すべき事項を充実させた。

2 国保運営方針の運営期間の法定化及び必須記載事項の見直し

財政運営の安定化や、2018（平成30）年度国保改革による「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の更なる深化を図る観点から、保険料水準の統一に向けた取組みや医療費適正化の推進に資する取組みを進めることが重要である。こうしたことを踏まえ、2024（令和6）年度から、都道府県内の国保運営の統一的な方針である国保運営方針について、その対象期間を、医療費適正化計画や医療計画等との整合性を図る観点から、「おおむね6年」とし、「医療費の適正化の取組に関する事項」と「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項とすることとしている。

3 第三者行為求償の取組み強化

国保財政を支出面から適正に管理するため、2025（令和7）年度から、国保の財政運営の責任主体である都道府県が、保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合に、市町村の委託を受けて、第三者行為求償事務を行うことを可能とすることとしている。また、市町村が、第三者行為求償事務を円滑に実施できるよう、官公署、金融機関などの関係機関に対し、保険給付が第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とすることとしている。

4 退職者医療制度の廃止

保険者間の財政調整の仕組みである退職者医療制度については、2008（平成20）年度に廃止されたが、2014（平成26）年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間、経過措置が設けられた。制度の対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、2024（令和6）年4月に前倒しして廃止することとしている。

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）年度には新たに「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」を策定し、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、これら3つの事業を一体的に実施するための体制整備等を行った。具体的には、都道府県後期高齢者医療広域連合が各市町村に保健事業の実施を委託して、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、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」や当該ガイドライン補足版を参考に、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開始、2023（令和5）年度には、1,396市町村（全体の約80%）で事業を実施している。

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

2020年度から2022年度まで、データ等を活用した予防・健康づくり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実施した。2023年度以降は、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、事業内容として新たに事業費分・事業費連動分を創設することによって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、医療費適正化計画を策定している。

2024（令和6）年度からの第４期医療費適正化基本方針には、これまで取り組んできた特定健診・保健指導の実施率の向上、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）等に加え、新たな取組目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供や、医療資源の効果的・効率的な活用を加え、既存の目標についても、デジタル等を活用した効果的な取組みを推進するとともに、計画の実効性の確保のため、都道府県が関係者と連携するための体制を構築することを盛り込んだ。これに即して、都道府県は第４期医療費適正化計画（2024年度から2029（令和11）年度）を策定し、取組目標の達成に向けて、保険者協議会等と連携しながら取組みを進めている。

4 診療報酬・薬価改定

(1) 診療報酬改定

令和６年度診療報酬改定では、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえ、ポスト2025年のあるべき医療・介護の提供体制を見据えつつ、DX等の社会経済の新たな流れも取り込んだ上で、効果的・効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組みを進める観点から、診療報酬の改定率をプラス0.88％とした。

改定に当たっては、「令和６年度診療報酬改定の基本方針」に示された

①現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

②ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

③安心・安全で質の高い医療の推進

④効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・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 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行うとともに、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直した。

2 ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

入院医療については、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行うこととした。

外来医療については、生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すこととした。

在宅医療については、在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について新たな評価を行うとともに、多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る評価を見直すこととした。

また、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行うこととした。

3 安心・安全で質の高い医療の推進

三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設した。

歯科については、回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組みを推進する観点から、口腔機能管理に係る評価を新設した。

調剤については、地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価の在り方を見直すとともに、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていく観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る評価を見直した。

4 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組みを更に推進する観点から処方等に係る評価の見直しを行ったほか、医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入することとした。

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うこととした。

(2) 薬価改定

我が国の創薬力強化とともに、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消を実現するため、革新的新薬のイノベーションの適切な評価を推進するための薬価上の措置を行うこととし、具体的には、革新的新薬を日本へ迅速に導入した場合を評価することとしたほか、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し（革新的新薬の特許期間中の薬価維持）を行った。

後発品を中心とした安定供給の課題を解消するため、後発品企業の産業構造の転換を促すとともに、医療上必要性の高い品目の安定供給の確保につなげるための薬価上の措置を行うこととし、具体的には、企業の安定供給体制等を評価し、評価結果を薬価制度において活用することとしたほか、基礎的医薬品の対象拡大や不採算品再算定の特例的な適用を行った。

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2024（令和6）年で25年目を迎えた。

介護保険制度は着実に社会に定着してきており、介護サービスの利用者は2000年4月の149万人から2023（令和5）年4月には524万人と約3.5倍になっている。あわせて介護費用も増大しており、2000年度の約3.6兆円から、2022（令和4）年度には約11.4兆円となり、高齢化が更に進行する2040（令和22）年には約25.8兆円[*14]になると推計されている。また介護費用の増大に伴い、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、第8期介護保険事業計画期間（2021（令和3）年度から2023年度）においては、全国平均6,014円になっており、2040年には約9,200円になると見込まれている。

また、いわゆる団塊ジュニア世代の全員が65歳以上となる2040年頃を見通すと、85歳以上人口が急増し、認知機能が低下した高齢者や要介護高齢者が更に増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。

さらに、都市部と地方では高齢化の進み方が大きく異なるなど、これまで以上にそれぞれの地域の特性や実情に応じた対応が必要となる中で、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[*15]」の深化・推進を目指している。

こうした中で、「介護保険制度の見直しに関する意見」（2022年12月社会保障審議会介護保険部会）等を踏まえ、第211回通常国会において「全世代対応型の持続可能な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」が成立し、地域包括支援センターの体制整備、介護サービス事業所等の生産性向上に向けた取組みの強化等について2024年度から順次施行している。

これらを踏まえ、2024年度からの第9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。

①各地域の中長期的な介護ニーズ等を踏まえた介護サービス基盤の計画的な整備

②地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組（多様な主体による介護予防・日常生活支援総合事業の充実の推進、ヤングケアラーを含めた家族介護者の支援、高齢者虐待防止対策の推進、住まいと生活の一体的支援、医療・介護の情報基盤の一体的な整備、保険者機能の一層の強化等）

③地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上の推進

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

＊14「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。

＊15「地域包括ケアシステム」とは、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い、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。

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97.6%（2022（令和4）年度）となり、通いの場の箇所数は43,154か所（2013年度）から145,641か所（2022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6.2%（2022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。

このような状況から、厚生労働省では、2019（令和元）年12月の「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」の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、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、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例などを掲載する特設Webサイトやアプリの活用など広報の充実も行ってきた。

（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、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、財政支援策として、2018（平成30）年度より保険者機能強化推進交付金が、2020（令和2）年度にはその上乗せとして介護保険保険者努力支援交付金が創設された。これらの交付金は、保険者等が取り組むべき事項に関して客観的な指標を設定し、その評価結果に応じて交付されている。各保険者等には、当該交付金も活用し、高齢者の自立支援、重度化防止等の取組みを一層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、市町村支援を実施する都道府県に対する研修等の取組みを強化している。

また、2021（令和3）年4月に「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（ver.3）」を公開した。さらに、市町村職員に対する研修等の取組みを強化している。

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。2023（令和5）年12月末現在、介護医療院は816施設（47,934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」（平成17年法律第124号）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。

2022（令和4）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2,795件、虐待判断件数が856件であり、養護者による虐待の相談・通報件数が38,291件、虐待判断件数が16,669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等の支援を行い、2024（令和6）年度介護報酬改定では、介護事業所・施設において、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の設置、研修の実施等）が講じられていない場合に、基本報酬を減算することとし、介護事業所・施設における高齢者虐待防止の取組みをより一層推進する施策を講じた。

3 認知症施策の推進

認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって、身近なものとなっているという認識の下、政府においては、2015（平成27）年に「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）、2019（令和元）年に「認知症施策推進大綱」等を策定し、取組みを進めてきた。

こうした中、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができること、認知症の人を含めた全ての国民がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（以下「共生社会」という。）の実現を推進することを目的とする「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和5年法律第65号。以下「認知症基本法」という。）が2023（令和5）年6月に成立し、2024（令和6）年1月に施行された。

認知症基本法の施行に先立ち、2023年9月からは、内閣総理大臣主宰のもと、認知症の人やその家族、有識者等を構成員とする「認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議」が開催され、同年末の取りまとめにおいては、認知症と共に希望をもって生きるという「新しい認知症観」の理解促進を認知症の人の発信等を通じて進めることや、認知症の人やその家族の参画の下で施策を進めることの重要性が示された。

2024年1月には、認知症基本法に基づき、内閣総理大臣を本部長とする「認知症施策推進本部」が設置され、同年3月からは、認知症の人やその家族、保健医療福祉従事者等から構成される「認知症施策推進関係者会議」が開催されている。これらの議論を踏まえ、同年秋頃の「認知症施策推進基本計画」の策定を目指すこととされている。

また、認知症基本法では、共生社会の実現の推進という目的に向け、国・地方が一体となって施策を講じるため、都道府県・市町村においても、認知症の人やその家族等の意見を聴いた上で「認知症施策推進計画」の策定に努めることとされており、厚生労働省においては、策定に必要な経費を支援するなど自治体との連携を図っている。

さらに、アルツハイマー病の原因に働きかけて病気の進行自体を抑制する薬として、国内で初めて承認された医薬品であるレカネマブが2023年末に保険収載され、投与が開始されたことも踏まえ、地域の認知症医療の中核である認知症疾患医療センターの整備を含め、より安全かつ安心な医療介護体制の整備を進める。

認知症治療の新時代の到来を踏まえ、引き続き必要な早期発見、検査・医療サービス等が提供される体制整備や治療薬の更なる研究開発を進めていくとともに、自治体とも連携しながら、認知症施策の総合的な推進に取り組んでいく。

4 介護現場の生産性向上の推進

(1) 生産性向上

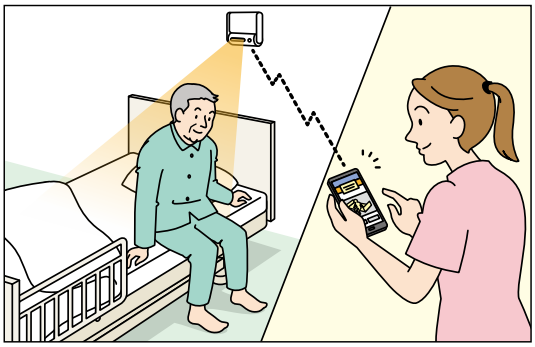
介護人材の確保が喫緊の課題であり、介護職員が行うべき業務の切り分けや、各現場の課題・ニーズに応じたテクノロジーの活用などを通じて、介護サービスの質の維持・向上を図りつつ、介護職員の負担軽減や職場環境の改善を通じて、働きやすい職場環境づくりを一層推進するためにも、生産性向上の取組みは重要である。

そのため、2020（令和2）年度から継続して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、2024（令和6）年4月から、介護事業所・施設の生産性の向上に資する取組みが促進されるよう都道府県に対する努力義務が創設されることも踏まえ、都道府県の主導のもと、生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的・横断的に一括して取り扱い、適切な支援につなぐワンストップ窓口の設置等を行う「介護生産性向上推進総合事業」について、2023（令和5）年度より地域医療介護総合確保基金を活用し実施している。

(2) 介護ロボット



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、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からなるプラットフォームを整備した。2023（令和5）年度は上記のプラットフォームに加え、ワンストップ窓口の支援を行う中央管理事業を実施し、地域での介護ロボットの普及・活用の推進を図った。

さらに、2024（令和6）年度介護報酬改定において、生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組みを推進する観点から、テクノロジーを活用した業務改善を継続的に行うことを評価する加算の新設や、生産性向上に先進的に取り組む特定施設の人員配置基準の特例的な柔軟化などを行うこととした。更なる生産性向上の方策について検討していくため、今後も状況の把握・検証、実証データの収集を行っていく。

(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、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実施しており、2023（令和5）年度においては、補助事業者が後述する「ケアプランデータ連携システム」等を利用して、データ連携を行う場合に補助割合の拡充要件とする等の取組みを進めた。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、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所の間で毎月やり取りされる居宅介護サービス計画等について、より効果的なデータ連携を可能とするための標準仕様を2023年度に改訂するとともに、本標準仕様に準じて出力されるCSVファイルをやり取りするための「ケアプランデータ連携システム」を2023年度より、公益社団法人国民健康保険中央会において本格運用を開始した。本システムは、介護現場の業務効率化や職員の負担軽減を強力に推進するツールであるため、令和5年度補正予算の「介護サービス事業者の生産性向上や協働化等を通じた職場環境改善事業」において、地域で「ケアプランデータ

連携システム」の活用促進を図る事業を実施するなど、引き続き、利用促進に向けた効果的な普及策を講じていく。

(4) 介護分野の文書負担軽減

「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」において、議論と検討を行い、2022（令和4）年11月に負担軽減策の方向性等に関する取りまとめを行った。

取りまとめを踏まえ、関係省令等を改正し、2024（令和6）年4月より指定申請等の様式を統一化した上で、「電子申請・届出システム」の使用を基本原則化し、地方公共団体は2025（令和7）年度末までに利用開始の準備を完了するものとした。今後もフォローアップ等を行いながら、介護現場の負担軽減に向けた取組みを推進していく。

(5) 優良事業者の表彰を通じた好事例の普及促進

2022（令和4）年12月に取りまとめた「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」に基づき、職員の待遇改善、人材育成及び介護現場の生産性向上への取組みが特に優れた介護事業者の表彰を通じて、介護職員の働く環境改善を推進することを目的として、2023（令和5）年8月に「介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣及び厚生労働大臣表彰」を実施した。今後も、職場環境の改善に向けて好事例の普及促進に取り組んでいく。

5 介護報酬改定

介護人材不足の状況等を踏まえると、介護分野における賃上げは喫緊の課題であり、2024（令和6）年度の介護報酬改定について、全体の改定率は1.59%となり、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うこととした。

また、改定に当たっては、人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進、自立支援・重度化防止に向けた対応、良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり、制度の安定性・持続可能性の確保の基本的な視点を踏まえ、運営基準や単位数、要件等について見直しを行った。

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、2019（令和元）年度の実績をベースに、将来必要となる介護職員数を推計すると、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

②ICTや介護ロボット等のテクノロジー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
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。

総合的な介護人材の確保策の一つとして、外国人介護人材の受入れに取り組んでいくことも重要である。昨今、諸外国との人材確保の競争が激しくなっており、新たに日本の介護現場に来てもらうための対策や既に国内に在留する外国人に日本の介護現場で長く働いてもらうための対策など、外国人介護人材の受入環境の整備及び定着支援について、より一層取組みを進めていく必要がある。このため、海外現地での日本の介護の情報発信やマッチング等の入国支援、受入施設への巡回訪問・相談等の定着支援、介護福祉士資格取得に向けた学習支援、受入施設における生活支援等の環境整備といったきめ細かな支援を行っている。

また、2023（令和5）年7月より「外国人介護人材の業務の在り方に関する検討会」を立ち上げ、訪問系サービスなどへの従事等について議論を行っている。

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」においては、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」においては、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。

公益財団法人介護労働安定センターにおいては、事業所の雇用管理の改善のためのコンサルティング等の実施や事業所の雇用管理改善に係る好事例の公開及び助成金等の周知を実施し、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。

第7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適切に対応できるよう、「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いる。

具体的には、平素から、関係部局や国立試験研究機関等を通じて、内外からの健康危機管理に係る情報を収集し、部局横断組織的に情報交換を行っている。有事の際には、対策本部の設置、職員や専門家の現地派遣、国民への情報提供等について、検討、調整等が行われる。

また、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い、平時から健康危機管理に努めている。

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、水道施設[*1]等の耐震化や非常用自家発電設備などの整備のほか、国土強靱化基本計画（令和5年7月28日閣議決定）を踏まえて、被災地で活動する各種保健医療福祉活動チームの連携体制構築、迅速な災害対応のためのシステムの構築等を行っている。

災害の発生時には、被災自治体、関係府省庁及び関係団体と連携し、発災直後から、緊急的な医療対応や避難所等における健康管理、DMAT[*2]・DPAT[*3]・介護職員等の応援派遣、応急給水や水道施設の復旧などの応急的な対応に取り組む。

また、復旧・復興期には、避難所等における生活環境の改善、応急仮設住宅における見守りや日常生活上の相談支援等、中小企業・小規模事業者における雇用の維持や事業継続への手厚い支援、医療施設・社会福祉施設等の迅速な災害復旧の推進等の、生活・生業の

＊1 水道整備・管理行政は、2024（令和6）年4月から国土交通省及び環境省へ移管。

＊2 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。

＊3 DPAT：「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。災害時に、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、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームのこと。精神科医師、看護師、業務調整員の3から4名程度で構成される。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置づけている。

再建に向けた取組みを行う。

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（2016（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、2022（令和4）年9月に策定された「全ゲノム解析等実行計画2022」に基づき、がん・難病領域の全ゲノム解析等を実施している。その解析結果を利活用することにより、個別化医療を推進し、国民に質の高い医療を届けるとともに、がん・難病の研究・創薬等を促進するための取組みを進めている。がん・難病等について、その克服を目指し、引き続き全ゲノム解析等及び解析結果の利活用のための体制整備を進める。

さらに、2023（令和5）年6月に議員立法により成立した「良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律」（令和5年法律第57号）に基づき、ゲノム医療の研究開発及び提供に係る体制整備、生命倫理への適切な配慮の確保並びにゲノム情報の適正な取扱い及び差別等への適切な対応の確保等の施策に関する基本的な計画の策定に向けた検討を行っている。

第3節 感染症対策、予防接種の推進

1 国際的に脅威とされる感染症対策について

（1）新型コロナウイルス感染症*4への対応と次の感染症危機に向けた備え

1 新型コロナウイルス感染症への対応

①新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症は、2020（令和2）年1月に国内初の感染者が報告されてから、2023（令和5）年5月に5類感染症へと位置づけられるまでの間に、我が国で約3,400万人の感染者、7万4千人を超える死亡者が報告されている。この間、感染症法や検疫法等に基づく入院措置や就業制限、検疫措置等にとどまらず、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言の発令などの社会経済活動の制限を伴う対応もとられるなど、新型コロナウイルス感染症は我が国社会に様々な影響を及ぼした感染症である。

政府一丸となり、感染拡大防止と社会経済活動のバランスをとりつつ、専門家等と連携し、各般の対策を講じてきた結果、人口当たりの感染者数、死亡者数は他のG7諸国の中でも低い水準に抑えることができた。

2023年5月8日に感染症法上の「5類感染症」へ位置づけを変更し、それまでの法律

＊4 2020（令和2）年1月31日（日本時間）、世界保健機関（WHO）は、中華人民共和国湖北省武漢市における新型コロナウイルス関連肺炎の発生状況が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern（PHEIC））に該当すると発表した。

に基づき行政が様々な要請・関与をしていく仕組みから、個人の選択を尊重し、国民の自主的な取組みを基本とする対応に転換している。「5類感染症」へと位置づけの変更を行った後も、新規感染者数については、定点医療機関の報告による新規感染者の把握を基本とし、血清疫学調査（抗体保有率）や、下水サーベイランス等を含む重層的な把握、ゲノム解析の実施による変異株の発生状況のモニタリング、入国時感染症ゲノムサーベイランスなどにより、引き続き感染状況等の注視を続けており、病原性が大きく異なる変異株の出現等科学的な前提が異なるような状況が生じた場合には対応を見直すこととしている。

なお、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）に基づき、5類感染症への移行後も、病床確保料による入院体制の確保や治療薬等の自己負担にかかる公費支援等の特例的な措置については、段階的に見直しを行いながら継続してきたが、2024（令和6）年3月末で特例的な措置は終了し、2024年4月からは通常の対応へと移行している。

②新型コロナウイルス感染症の罹患後症状、いわゆる後遺症に悩む方への取組み

新型コロナウイルス感染症の罹患後症状、いわゆる後遺症については、様々な症状が知られており、その病態は未だ十分には明らかになっていない。厚生労働省では、調査研究と、罹患後症状に悩む方が適切な医療や支援を受けることができるような環境づくりに取り組んでいる。

具体的には、2020年度から罹患後症状の病態を明らかにするための調査研究を実施しており、2024年度も引き続き実施することとしている。

罹患後症状に悩む方が適切な医療を受けられるよう、罹患後症状に関する研究等により得られた国内外の科学的知見を盛り込んだ「診療の手引き別冊罹患後症状のマネジメント[*5]」を作成し、幅広く医療機関等へ周知している。さらに罹患後症状に関する特設ページを開設し、罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関のリストやリーフレット、既存の支援制度に関する情報を含む一般向けのQ＆A、都道府県別の罹患後症状に関するホームページの一覧等を掲載するほか、SNS等を通じて積極的な情報発信に取り組んでいる。

③新型コロナワクチン接種について

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく特例臨時接種として、2021年2月17日から初回接種（1・2回目接種）、12月1日から第一期追加接種（3回目接種）、2022年5月25日から第二期追加接種（4回目接種）、2022年9月20日からは変異株であるオミクロン株に対応したワクチンの第三期追加接種（5回目接種）が実施された。

2023年度の接種については、重症者を減らすことを第一の目的として、引き続き特例臨時接種として自己負担なく行うこととし、重症化リスクが高い方等には秋冬を待たずに2023年5月8日からオミクロン株対応2価ワクチンを使用した追加接種（6回目接種）を

＊5　厚生労働省のホームページにおいて、各都道府県における罹患後症状に関するホームページ一覧、Q&A、研究に関する情報を掲載している。
厚生労働省ホームページ「新型コロナウイルス感染症の罹患後症状（いわゆる後遺症）について」：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00402.html
罹患後症状の手引き：https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001159305.pdf

実施し、同年9月20日からは、接種可能な全ての年齢の者を対象としたオミクロン株XBB.1.5系統対応1価ワクチンによる追加接種（7回目接種）を実施した。

2024年度以降のワクチン接種については、予防接種法に基づく特例臨時接種としてのワクチン接種は2024年3月31日までで終了となり、2024年度からは、新型コロナウイルス感染症は予防接種法上のB類疾病とされ、定期接種として毎年秋冬に1回、65歳以上の方などを対象にワクチン接種を実施することとしている。

新型コロナワクチン接種後の副反応が疑われる症状については、副反応疑い報告制度により、医療機関等から情報を収集し、因果関係も含め、専門家による分析や評価を行っている。また、新型コロナワクチン接種により健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく健康被害救済制度により、被接種者等からの申請に基づき、予防接種と健康被害の因果関係が認められた方に対する救済を行っている。審査に当たっては、予防接種と健康被害の厳密な医学的因果関係までは必要とせず接種後の症状が予防接種によって起こることが否定できない場合も対象とするという考え方に基づき審査し、幅広い救済を行っている。新型コロナワクチンについて、国内で開発・生産ができる体制を確立することは危機管理上も極めて重要であり、国産ワクチンの研究開発、生産体制整備について強化を図るため、製造販売企業等の生産体制の整備を補助するとともに、大規模臨床試験等の実証的な研究等の支援[*6]を行っている。2023年12月からは、こうした支援を受けた国内企業が開発し、国内で生産したワクチンの供給が開始され、2024年3月31日まで実施された特例臨時接種に用いられた。

2 次の感染症危機に向けた備えについて

①感染症危機管理体制の強化

今般の新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、新型インフルエンザや、その他幅広い感染症による危機に対して、強くてしなやかに対応できる社会を目指し、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。）[*7]の規定に基づき、2013（平成25）年に策定された「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）[*8]及びガイドライン[*9]を初めて抜本的に改定することとなった。

また、2023年11月に、同年9月に内閣官房に設置された内閣感染症危機管理統括庁[*10]を中心に、全国の都道府県と連携し、感染症危機管理対応訓練を実施しており、今後も、国や自治体等の関係機関において、実効性のある訓練を定期的に実施し、点検・改善を進めていくこととしている。

②感染症対策のデジタル化、研究開発の推進

2022年に公布された「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等の

＊6　2020年度ワクチン生産体制等緊急整備事業・2021年度新型コロナウイルスワクチン開発支援等事業
＊7　「新型インフルエンザ等対策特別措置法」
内閣感染症危機管理統括庁　https://www.caicm.go.jp/documents/hourei/tokubetu.html
＊8　「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」
内閣感染症危機管理統括庁　https://www.caicm.go.jp/action/plan/keikaku_archive.html
＊9　「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」
内閣感染症危機管理統括庁　https://www.caicm.go.jp/action/plan/index.html
＊10　統括庁の英語名称は「Cabinet Agency for Infectious Disease Crisis Management」であり、略称「CAICM（ケイクム）」である。

一部を改正する法律」（令和４年法律第96号。以下「改正感染症法」という。）に基づき、発生届等の感染症の疫学情報に関して、他のデータベースの情報との連結・分析や匿名化した上での第三者提供を可能とする仕組みについて、必要なシステム改修を順次行う。

また、改正感染症法において、新たに医薬品の臨床試験の実施等の協力を求めることその他の関係医療機関との緊密な連携を確保することにより、医薬品の研究開発を推進することが規定された。

その取組みとして、感染症の治療薬等研究開発の基盤として構築されている「新興・再興感染症データバンク事業（REBIND）」を用いて、新たに平時より感染症に関する医薬品の研究開発に協力可能な医療機関等のネットワークを構築し、平時及び有事に感染症の科学的知見の創出や医薬品等の研究開発を実施する体制として「感染症臨床研究ネットワーク事業」を開始する。

2025（令和7）年度からの本格導入に向けて、2024年度は実証事業として約10の都府県及び感染症指定医療機関等と連携して体制を構築していくこととしている。

③改正感染症法等に基づく都道府県や保健所、地方衛生研究所等の対応

2024年4月1日に施行される改正感染症法に基づき、国において感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（「基本指針」）が改正された。これに伴い、都道府県においては、感染症の予防のための施策の実施に関する計画（「予防計画」）の記載事項を充実させることとされた。また、都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みが法定化された。

これを受け、都道府県等は、改正感染症法に基づく都道府県連携協議会等において、予防計画の策定に向けて、都道府県の管内の市区町村、医療機関、民間検査機関等の関係機関と協議の上、議論を行った。今後、2024年9月末までに予防計画に定められた各種数値目標の達成に向けて、都道府県等と医療機関等の間で協定を締結することとしている。

改正感染症法等の成立を受け、2023年3月に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を改正した。当該指針の改正において、保健所や地方衛生研究所等が健康危機に対応すると同時に地域保健対策の拠点としての機能を発揮し、必要な体制強化に向けた取組みを着実に推進するため、広域的な感染症のまん延に備えた人材の活用（IHEAT（感染症のまん延等の健康危機発生時において、外部の専門職を有効に活用することを目的とし、地域における保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み）の派遣や自治体間の職員の応援派遣）や人材育成・実践型訓練のための取組み、統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師の配置、地方衛生研究所等の体制整備に当たっての基本的な考え方等を示した。

④国立健康危機管理研究機構の創設

国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合し、感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点として国立健康危機管理研究機構を創設するため、「国立健康危機管理研究機構法案」及び「国立健康危機管理研究機構法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律案」が第211回国会に提出され、2023年5月31日に成立、6月7日

に公布された（図表7-3-1）。

2025年4月1日の設立に向け、2024年4月の国立健康危機管理研究機構準備委員会とりまとめ*11に沿って、これまでにない、科学的知見の基盤・拠点として、組織再編やネットワーク構築等の具体的な内容を取りまとめ、世界の感染症対応を牽引できるよう着実に準備を進めることとしている。

図表7-3-1　国立健康危機管理研究機構法（令和5年法律第46号）の概要

法律の趣旨

感染症その他の疾患に関し、調査研究、医療の提供、国際協力、人材の養成等を行うとともに、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延時において疫学調査から臨床研究までを総合的に実施し科学的知見を提供できる体制の強化を図るため、国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合し、国立健康危機管理研究機構を設立する。

法律の概要

○国立健康危機管理研究機構（以下「機構」という。）の創設

(1) 機構の組織（法人形態、役職員、服務）
- ① 機構は特別の法律により設立される法人（特殊法人）とし、政府の全額出資によるものとする。
- ② 機構に理事長・副理事長・理事・監事を置き、理事長・監事については大臣が任命し、副理事長・理事については、理事長が大臣の認可を受けて任命するものとする。
- ③ 調査・研究・分析・技術の開発に従事する役員及び職員の給与等について、国際的に卓越した能力を有する人材を確保する必要性等の考慮規定を設ける。
- ④ 機構の役員及び職員について、服務の本旨・職務忠実義務・誓約書提出義務を設け、違反した場合の制裁規程を設ける。

(2) 機構の業務
- ① 機構は以下の業務を行う。
  - 感染症その他の疾患に係る予防・医療に関し、調査・研究・分析・技術の開発を行うとともに、これに密接に関連する医療を提供する。
  - 予防・医療に係る国際協力に関し、調査・研究・分析・技術の開発を行う。また、国内外の人材の養成及び資質の向上を行う。
  - 感染症等の病原等の検索及び予防・医療に係る科学的知見に関する情報の収集・整理・分析・提供を行う。
  - 病原体等の収集・検査・保管及びその実施に必要な技術開発・普及等を行うほか、地方衛生研究所等に対し研修等の支援を行う。
  - 科学的知見を内閣総理大臣（内閣感染症危機管理統括庁）及び厚生労働大臣（感染症対策部）に報告する。
  - 上記のほか、国立感染症研究所、国立国際医療研究センターの業務を引き継いで実施する。
- ② 厚生労働大臣は、健康・医療戦略推進本部、独立行政法人評価制度委員会及び研究開発に関する審議会の意見聴取を行った上で、中期目標（6年）を定め、機構は中期目標に基づき中期計画を作成し、厚生労働大臣の認可を受ける。
- ③ 厚生労働大臣は、毎事業年度の終了後、機構の業務の実績評価を行う。その際、研究開発に関する審議会の意見を聴くとともに、中期目標期間における業務の実績見込みに関する評価を行ったときは、健康・医療戦略推進本部及び独立行政法人評価制度委員会に評価結果を通知しなければならない。

(3) 機構の監督
厚生労働大臣は、報告徴収・立入検査を行うことができる。また、必要があると認めるときは、監督上必要な命令をすることができる。

(4) その他
国立感染症研究所の職員に関する経過措置、国立国際医療研究センターの解散に伴う措置、機構の設立準備に係る規定の整備等を行う。

施行期日

公布の日（令和5年6月7日）から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日（ただし、(4) のうち機構の設立準備に係る規定等は公布の日）

(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。2022（令和4）年9月にウガンダ共和国でアウトブレイクが確認されており、2023（令和5）年1月11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

＊11 2024年4月9日に開催された第4回国立健康危機管理研究機構準備委員会において、新機構の組織体系のコアとなる部分の「設計図」である「国立健康危機管理研究機構の創設に向けて～感染症に不安を抱くことのない社会の実現～」をとりまとめた。
https://www.mhlw.go.jp/stf/tvision231211.html

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) 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において設置が完了している（2023（令和5）年4月1日56医療機関106床）。

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、注意喚起を行うとともに普及啓発を継続している。2020（令和2）年の新型コロナウイルス感染症の流行以降、麻しんの報告は低調となっていたが、2023（令和5）年以降世界的にも麻しんの流行が報告されており、今後、輸入症例や国内における感染伝播事例が増加する可能性があることに注意が必要である。



風しんの追加的対策に関するポスター

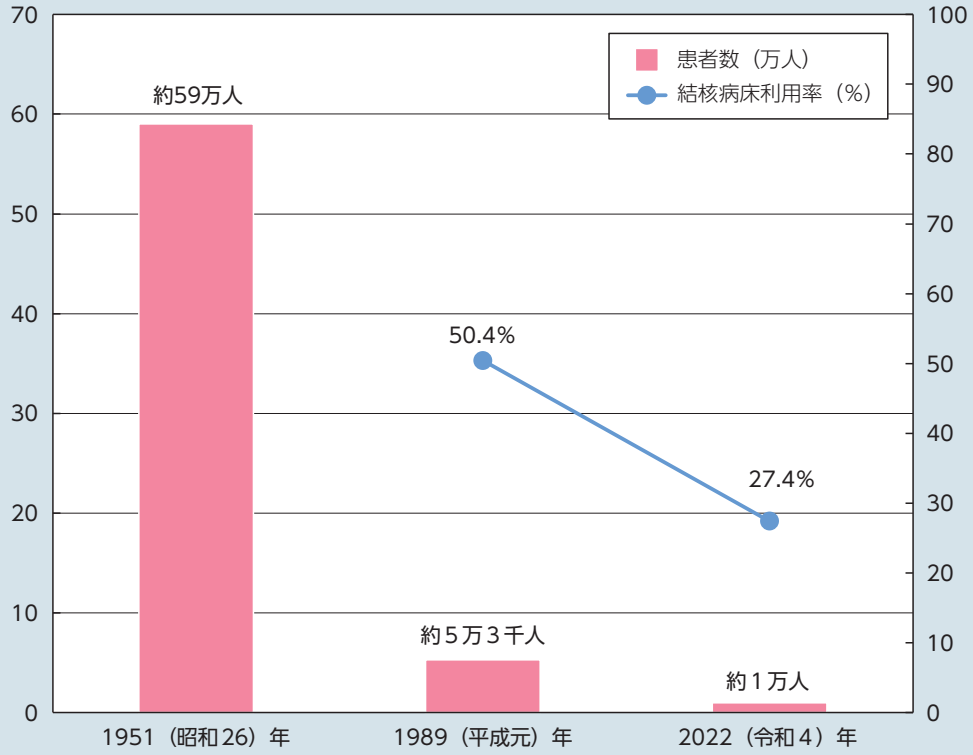
麻しんについては、2018（平成30）年に患者数が増加したことを受けて、同年12月に「風しんに関する追加的対策」を取りまとめ、これまで定期の予防接種を受ける機会がなく、抗体保有率が他の世代と比べて低い1962（昭和37）年4月2日から1979（昭和54）年4月1日までの間に生まれた男性を対象に、2025（令和7）年3月31日までの時限措置として、全国において原則無料で抗体検査と予防接種法に基づく定期接種を実施することにより、対象世代の男性の抗体保有率の引上げに取り組んでいる。

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。

近年では患者数は減少傾向にあり、2021（令和3）年、10万人あたりの罹患率は9.2となり、結核低まん延国の水準を達成し、その後2022（令和4）年も罹患率8.2と更に低下した。一方で、年間約1万人の患者が新たに発生（**図表7-3-2**）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7-3-2　結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「2022年結核登録者情報調査年報集計結果」及び「2022年病院報告」より
厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課作成

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、現在、開始に向けて関係省庁や関係機関等の協力を得ながら取り組んでいるところである。

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、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。

予防接種については、2013（平成25）年度から、小児結核に対する予防効果、接種後の副反応（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。

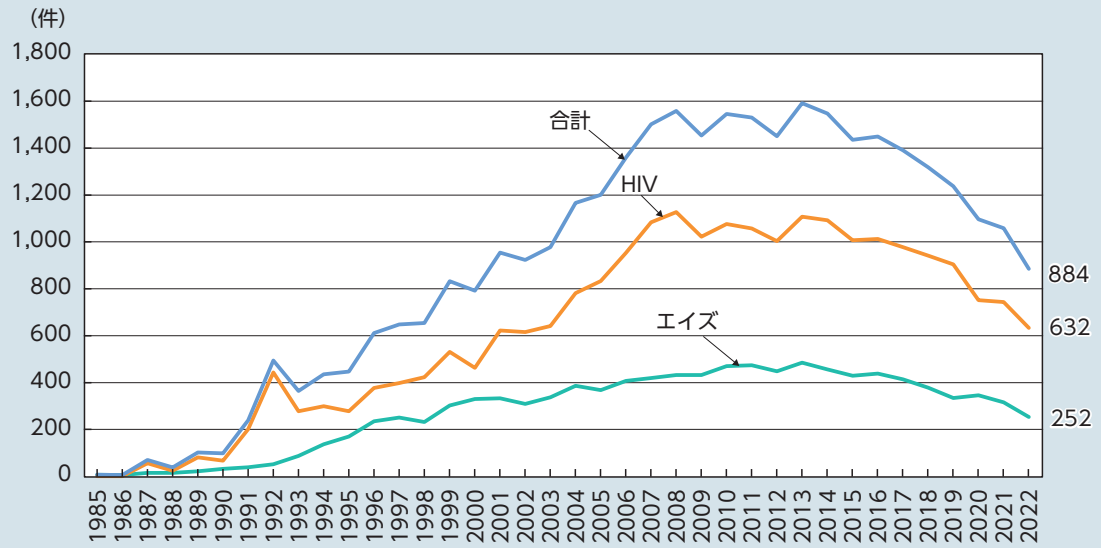
4 エイズ（AIDS／後天性免疫不全症候群）対策について

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、2022（令和４）年末で3,900万人に上ると推計されている。

我が国の状況を見ると、2022年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は884件となり、累積HIV感染者報告数は22,863件、累積エイズ患者報告数は10,558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、2016（平成28）年から６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。

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30年厚生労働省告示第９号）に沿って講じられており、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7-3-3　新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

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、2022（令和4）年には10,000件を超え、2023（令和5）年は15,092件（暫定値）と、1999（平成11）年の感染症法施行以降で最多の報告数であった。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り、本人に自覚がないまま、感染拡大する可能性や、感染者本人にとって不妊などの後遺障害、生殖器がんの要因となる場合があること等も問題である。

性感染症のまん延を防止するため、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、厚生労働省ホームページにおいても、性感染症に関する情報発信に努めているほか、行動経済学（ナッジ）を活用した啓発資材の作成、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。



ナッジを活用した梅毒啓発ポスター
（2023年11月～）

6 薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について

1980年代以降、ヒトに対する抗微生物薬の不適切な使用等を背景として、病院内を中心に、抗微生物薬が効かない新たな薬剤耐性菌が増加した。こうした抗微生物薬が効かなくなる薬剤耐性（AMR）の問題については、2011（平成23）年、WHOが世界保健デーで取り上げ、2015（平成27）年5月の世界保健総会では、薬剤耐性（AMR）に関するグローバル・アクション・プランが採択された。2016（平成28）年のG7伊勢志摩サミットにおいても、AMRが主要課題の一つとして扱われ議論された。

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5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、「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（2016-2020）」[*12]が取りまとめられた。

さらに2023（令和5）年4月7日に、更なるAMR対策推進にあたって、新たな「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」[*13]を策定した。本アクションプランでは、2027（令和9）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、抗微生物剤の適正使用、研究開発・創薬、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戦

＊12「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf
＊13「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/ap_honbun.pdf

略及び戦略を実行するための具体的な取組みを設定している。特に、ヒトに関しては、2027年の人口1,000人当たりの一日の抗菌薬使用量を、2020（令和2）年の水準から15%減少させることを新たな目標とし、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」[*14]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。2023年には「抗微生物薬適正使用の手引き」の改訂を行い、入院患者への抗菌薬適正使用について新たに記載した手引き第三版を作成した[*15]。2018（平成30）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」[*16]を発表している。国際協力の一環としては、定期的に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ている。さらに抗菌薬開発を進める観点から「抗菌薬確保支援事業」による新たな抗微生物薬に対する市場インセンティブの仕組みを2023年度より開始した。

7 インフルエンザ対策について

（1）2023/2024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）については、2011（平成23）年3月31日以降季節性インフルエンザ対策の一環として対応している。

2023/2024シーズンについては、2022/2023シーズン以降流行入りの基準（定点医療機関当たり報告数1）を下回ることなく推移し、例年より早い時期から報告数の増加が認められた（**図表7-3-4**）。

厚生労働省では、インフルエンザの流行に備えて、「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[*17]し、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、X（旧Twitter）、動画などを用いた感染予防の普及啓発を行っている。

＊14「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
＊15「抗微生物薬適正使用の手引き第三版」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001168459.pdf
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001168457.pdf
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001168458.pdf
＊16「薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2023」
厚生労働省　https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001241574.pdf
＊17 令和5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



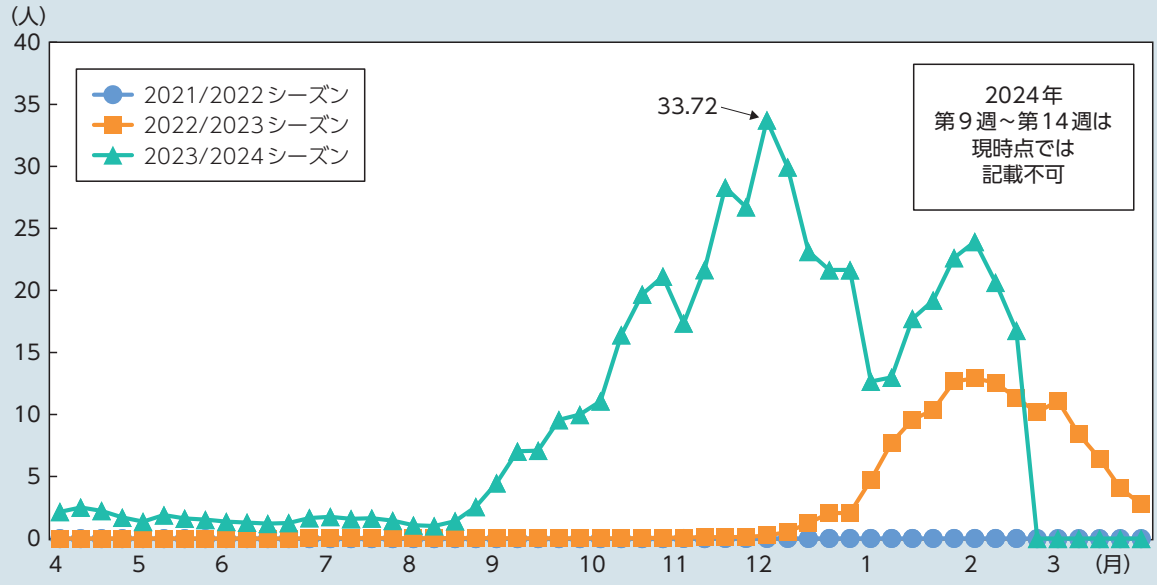
インフルエンザ予防啓発ポスター



手洗いポスター

図表7-3-4　インフルエンザの流行状況

2023/2024シーズンは、2022/2023シーズンから流行入りの基準（※）となる１を下回ることなく推移し、例年より早い時期から報告数の増加を認めた。
2022/2023シーズンは、第51週（12月19日の週）に流行入り（1.24）し、2023年第６週に流行のピーク（12.91）を迎えた。
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。
※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、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等に対して、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、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るものである。

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」とガイドラインが策定された。なお、本行動計画及びガイドラインについては、新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、抜本的に改定することとなった。

(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、2022（令和4）年には、最新の科学的な知見に基づき、新たな抗インフルエンザウイルス薬を備蓄対象に追加した。

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、危機管理上の重要性が高い亜型の発生に備え、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。

また、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、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、プレパンデミックワクチンの製造・備蓄を進めている。

(4) 鳥インフルエンザ対策について

鳥インフルエンザは、一般的に鳥類がかかる病気であるが、感染した鳥やその臓器に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2023（令和5）年12月21日までの間に、882人の感染者（うち死亡者461人）がWHOにおいて報告されている。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、2024（令和6）年2月22日までに、1,568人の感染者（うち死亡者616人）がWHOにおいて報告されている。鳥インフルエンザ（H5N1亜型、H7N9亜型）は感染症法上の2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、近年、鳥類（家きん、野鳥、飼養鳥）や哺乳類（野生動物）で高病原性鳥インフルエンザ感染事例が報告されている。なお、日本国内で発症した人は、これまで確認されていない。

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４類感染症に位置づけ、発生動向を把握するため、獣医師等に対し、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

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おり、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。

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。

厚生労働省では、蚊媒介感染症に関して渡航者や帰国者に対する注意喚起や情報収集を行っている。

(3) ダニ媒介感染症

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、つつが虫病、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、ダニに刺されることがある。ダニに刺さ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、2023（令和5）年10月31日現在、930人の感染者（うち死亡者103人）が報告されており、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、マダニに刺さ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、獣医療関係者などに、感染予防措置を講じるよう注意喚起を行っている。

厚生労働省では、これらのダニ媒介感染症について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（HTLV－1）の感染者は、全国に約66万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（ATL）やHTLV－1関連脊髄症（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。

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、都道府県等に対して、保健所におけるHTLV－1検査や相談への補助事業を行うとともに、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[*18]。

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。

加えて、2023（令和5）年度からは、更なる普及啓発や講習会の開催・相談体制の整備を行うため、HTLV－1普及啓発事業を開始した。

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、

＊18 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/

水痘、B型肝炎、ロタウイルス感染症（以上の疾病をA類疾病という。）やインフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症、新型コロナウイルス感染症（2024（令和6）年度より）（以上の疾病をB類疾病という。）の17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関係政省令[*19]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[*20]の発生を避けられないため、予防接種の効果や安全性、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

「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」（2012（平成24）年5月、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会）にお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・ギャップの解消に取り組むこととされたことや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での結論に基づき、ワクチン製造販売企業に対して開発要請を行い、定期接種化に向けた課題の整理、検討を行っている。

また、ロタウイルス感染症のワクチンについては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。

2024（令和6）年4月からは、新型コロナウイルス感染症のワクチンが予防接種法に基づく定期接種に追加された。

(3) HPVワクチン[*21]について

HPVワクチンの定期接種については、広範な慢性の疼（とう）痛や運動障害を中心とする多様な症状が接種後に見られたことから、2013（平成25）年6月以来、積極的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、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

＊19 予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）、予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）
＊20 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。
＊21 HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症を防ぐワクチン

が副反応のリスクを明らかに上回ると認められた。また、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、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、接種対象者等への個別勧奨について、2022（令和4）年4月から再開している。

また、積極的勧奨が差し控えられていた間に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、2022年4月から実施している。

さらに、これまでは定期接種には2価・4価HPVワクチンが使われていたが、より多くの型のHPVの感染を予防できるワクチンである9価HPVワクチンについて、2020（令和2）年7月に製造販売が承認されて以降、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会等で定期接種化の是非等について議論されていた。2022年11月の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、9価HPVワクチンも定期接種に位置づけることが了承され、2023（令和5）年4月から接種を開始している。

引き続き、HPVワクチンの安全性評価を行いながら、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（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業）による接種後に体調の変化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等に積極的に取り組むこととしている。

第4節 国民の健康増進の取組み

1 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7-4-1**）。厚生労働省では、2000（平成12）年から一次予防の観点を重視した「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）を開始した。2003（平成15）年には、健康増進法が施行され、2011（平成23）年からは、幅広い企業連携を主体とした取組みとして「スマート・ライフ・プロジェクト」を開始するなど、様々な取組みを進めてきた。2013（平成25）年度からは、「健康日本21（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、直近の2019（令和元）年での健康寿命は男性72.68年、女性75.38年となっており、2010（平成22）年（男性70.42年、女性73.62年）と比べ、

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いる。

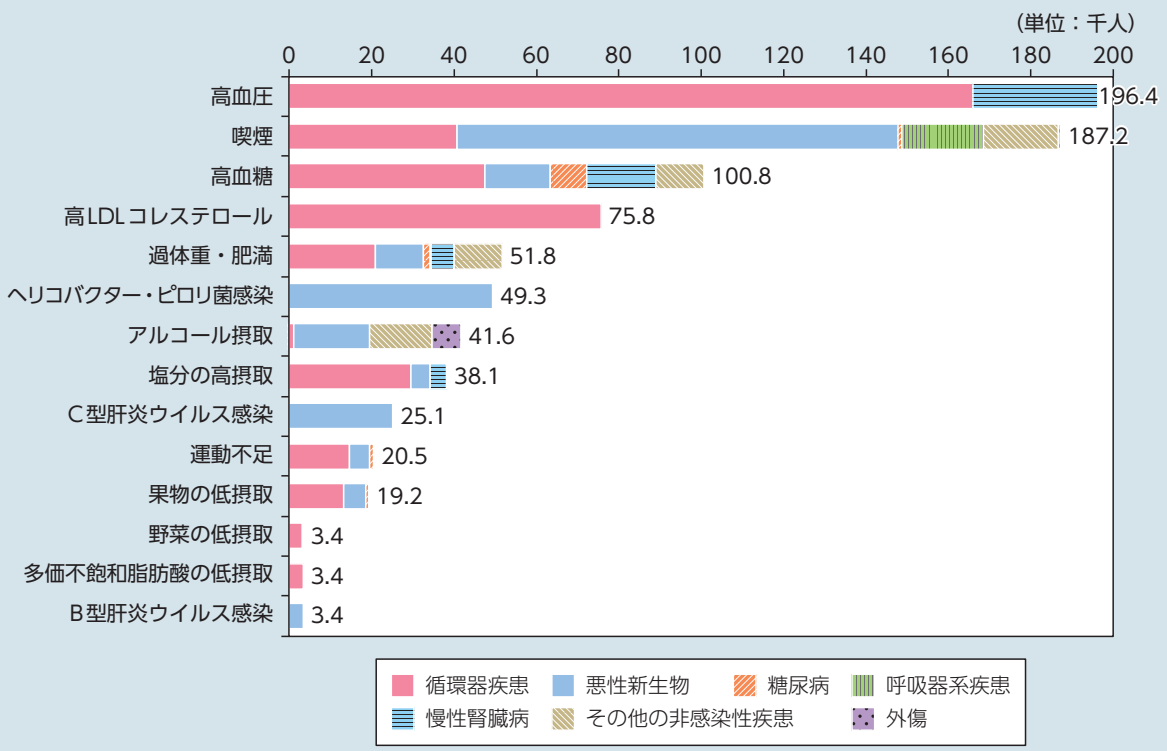
「健康日本21（第二次）」の最終評価の結果等を踏まえ、次期国民健康づくり運動プランの検討を行い、2023（令和5）年5月に「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（令和5年厚生労働省告示第207号）を告示した。当該方針に基づき、2024（令和6）年4月から「健康日本21（第三次）」を開始した。「健康日本21（第三次）」においては、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」に向けて、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを基本的な方向として取組みを推進していくこととしている。

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（第三次）」の推進に当たっては、こうした視点に立った対応が求められる。

非感染性疾患対策の重要性が増大していることや、近年の地域保健を取り巻く環境が変化していることを踏まえ、2012（平成24）年に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（1994（平成6）年12月1日策定）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、2023年に政府における計画として「熱中症対策実行計画」を策定し、熱中症対策の計画的な推進を図ることとしている。

図表7-4-1　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.より一部抜粋

（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」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7-4-2**）。本イニシアチブでは、事業者がビジネスを通じて栄養課題等に取り組むことについて、産学官等が連携して支援するとともに、各事業者の行動目標、進捗、成果等を社会に広く見える化する仕組みとしている。本イニシアチブの特徴として、環境・社会・企業統治（ESG）評価など、事業者の社会的評価の向上や、それを通じた更なる事業機会の拡大と連動して、栄養課題等の解決を図っていくことを目指していることが挙げられる。

図表7-4-2　「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**

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（令和2）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、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・運動

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して循環器病、2型糖尿病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いという報告がある。厚生労働省では、「健康日本21（第三次）」における身体活動・運動領域の目標とし

て、①「日常生活における歩数の増加」、②「運動習慣者の増加」、③「運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少」を設定した。また、社会環境の質の向上に関する目標のうち、自然に健康になれる環境づくりとして、「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加を設定し、それぞれについて、目標値を定め、取組みを進めていくこととしている。

「健康日本21（第三次）」における身体活動・運動領域の取組みを推進するため、「健康づくりのための身体活動基準2013」を改訂し、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」を公表した。「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」においては、科学的知見に基づき、身体活動・運動領域の取組みを推進するため、健康づくりに関わる専門家（健康運動指導士、保健師、管理栄養士、医師等）、政策立案者（健康増進部門、まちづくり部門等）、職場管理者、その他健康・医療・介護分野における身体活動を支援する関係者を対象として、身体活動・運動に係る推奨事項や参考情報をまとめている。

本ガイドにおいては、身体活動・運動に取り組むに当たっての全体の方向性として、「個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む」こととしている。また、成人、高齢者に対しての推奨事項として、運動の一部として筋力トレーニングを週2～3日取り入れることや、座位行動（座りっぱなし）の時間が長くなりすぎないように注意すること等を新たに示している。

(3) 休養・睡眠

休養・睡眠は、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。

厚生労働省では、「健康日本21（第三次）」における休養・睡眠領域の目標として、①「睡眠で休養がとれている者の増加」、②「睡眠時間が十分に確保できている者の増加」、③「週労働時間60時間以上の雇用者の減少」を設定し、それぞれについて、目標値を定め、取組みを進めていくこととしている。

「健康日本21（第三次）」における休養・睡眠領域の取組みを推進するため、2024（令和6）年2月に「健康づくりのための睡眠指針2014」を改訂し、「健康づくりのための睡眠ガイド2023」を公表した。「健康づくりのための睡眠ガイド2023」は、科学的知見に基づき、休養・睡眠領域の取組みを推進するため、生活指導の実施者（保健師、管理栄養士、医師等）、政策立案者（健康増進部門、まちづくり部門等）、職場管理者、その他健康・医療・介護分野における良質な睡眠の確保を支援する関係者等を対象として、休養・睡眠に係る推奨事項や参考情報をまとめている。

本ガイドにおいては、「健康日本21（第三次）」において目標として掲げられた適正な睡眠時間と睡眠休養感の確保に向けた推奨事項を「成人」「こども」「高齢者」と年代別に取りまとめた。また、良い睡眠には、光・温度・音等の環境因子、食生活・運動等の生活習慣、睡眠に影響を与える嗜好品との付き合い方も重要であるため、科学的知見を踏まえ、これらについて留意が必要な点を参考情報として取りまとめた。さらに、睡眠に関連する症状には、「睡眠障害」に起因するものがあるため、「睡眠障害」についても概説し、女性の健康等の観点からは、女性ホルモンの変動が睡眠に及ぼす影響を概説するとともに、現代社会の維持に不可欠な勤務形態の一つである交替制勤務における睡眠の不調等の

健康リスクや生活習慣等において工夫できる点も整理した。

(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（SIDS）等のリスクを高める。



「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマーク

厚生労働省では、「健康日本21（第三次）」における喫煙領域の目標として、①「喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）」、②「20歳未満の者の喫煙をなくす」、③「妊娠中の喫煙をなくす」を設定し、社会環境の質の向上に関する目標のうち、自然に健康になれる環境づくりとして望まない受動喫煙の機会を有する者の割合の減少を設定し、それぞれについて目標値を定め、取組みを進めていくこととしている。

2005（平成17）年2月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（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。

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、2018（平成30）年5月に「禁煙支援マニュアル（第二版）」を増補改訂するなど、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いる。2016年11月には「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークを発表した。

受動喫煙対策については、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」が成立し、2020（令和2）年に全面施行された。

・子どもや患者等が主たる利用者となる学校、病院、児童福祉施設等や行政機関（第一種施設）においては「敷地内禁煙」とすること
・これら以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）においては「原則屋内禁煙」とすること
・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

2017（平成29）年から実施している「喫煙環境に関する実態調査」においては、「健康増進法の一部を改正する法律」の施行後の状況の把握を行っており、2021（令和3）年度の調査では、第一種施設における敷地内全面禁煙の割合が87.4%、第二種施設にお

ける屋内全面禁煙が71.6%、喫煙専用室設置が9.2%となっている。

また、2022（令和4）年には「たばこ対策に関する世論調査」を行い、「健康増進法の一部を改正する法律」による健康増進法の改正内容や喫煙による健康影響に関する知識について調査を行った。

これらの調査結果を踏まえ、たばこ対策、受動喫煙対策に関する取組みを推進していく。

(5) 飲酒

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連する。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、国際的に見ても各国の事情に応じた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、「健康日本21（第三次）」における飲酒領域の目標として、①「生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少」、②「20歳未満の者の飲酒をなくす」ことを設定した。また、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標のうち、女性に関するものとして、③生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している女性の減少を設定し、それぞれについて、数値目標を定め、取組みを進めていくこととしている。また、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（令和6年度版）」では、問題飲酒者に対するスクリーニングテストや減酒支援のほか、飲酒の質問項目に沿って作成した、飲酒に係るリスクの評価（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者）の表を提示した。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」（平成25年法律第109号）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、アルコール健康障害の発生予防に向けた重点目標を設定するなど、総合的な対策の推進を図っている。また、2024（令和6）年2月には、第2期計画の基本的施策として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るため、国民それぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」を公表した。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康が社会生活の質の向上に寄与することや歯・口腔の健康と全身の健康との関連性についても指摘されていることを踏まえると、歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上等の歯・口腔の健康づくりは重要である。このため、歯・口腔の健康づくりの取組みをさらに強化していくことが求められる。

歯・口腔の健康づくりに際しては、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、2012（平成24）年7月に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「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定した。

2022（令和4）年10月に取りまとめられた「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第1次）」の最終評価では、歯科口腔保健の向上が図れた一方で、様々な課題が依然として存在していると評価された。

最終評価を踏まえ、全ての国民が健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現することを目的に、2023（令和5）年10月に「歯科口腔保健に関する基本的事項（第2次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）を策定し、引き続き、生涯を通じた切れ目のない歯科口腔保健を推進していく。

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」を推進している。また、例年6月4日から10日までの一週間を「歯と口の健康週間」としており、この期間には全国各地の自治体や歯科医師会などが様々なイベント等の取組みを実施している。今後も様々な歯科口腔保健に関する施策の展開を図り、歯・口腔の健康づくりに取り組んでいく。

第5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・肝炎などの総合的かつ計画的な推進

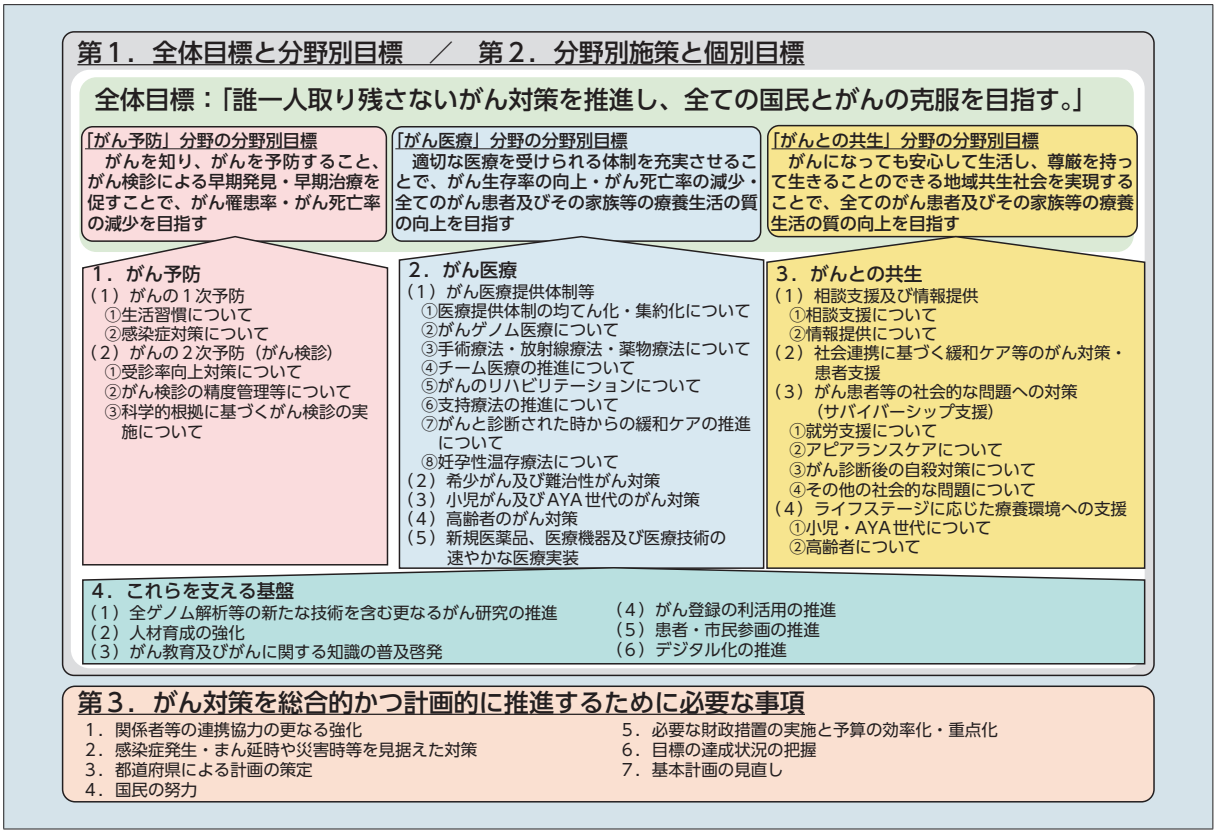
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進

（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）年から死因の第1位であり、2022（令和4）年には年間約39万人が亡くなり、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、人口の高齢化に伴いがんの罹患者や死亡者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」、2004（平成16）年度から「第3次対がん10か年総合戦略」を策定し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、研究、予防、医療等の総合的な推進に取り組んできた。また、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。2023（令和5）年3月には第4期基本計画を策定し、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」ことを全体目標として掲げ、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3本の柱に沿った総合的ながん対策を推進している。第4期基本計画においては、がん検診受診率の目標を50%から60%へと引き上げた。引き続き新たな医療技術の速やかな医療実装や患者・市民参画の推進、デジタル化の推進等に取り組んでいく。

図表7-5-1　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28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）に基づく市区町村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31日策定、2024（令和6）年2月14日一部改正）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、乳がん及び子宮頸がんの検診を推進している。2024年2月には、2023（令和5）年度の「がん検診のあり方に関する検討会」における議論を踏まえて「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を改正し、国が推奨する子宮頸がん検診に、HPV検査単独法を追加した。

我が国のがん検診受診率が諸外国に比べ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1期基本計画の個別目標とした。目標達成のため、2009（平成21）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」（2023年度以降は「がん検診受診率向上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」（2023年度以降は「がん検診受診率向上推進全国大会」）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おり、職域においても、「がん対策推進企業等連携事業」にてがん検診受診率の向上などを推進している。

第3期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%、精密検査受診率の目標値を90%とし、各自治体の検診受診率向上のための支援として、がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業において有効と認められた受診勧奨策をまとめた「受診率向上施策ハンドブック（第3版）」（2023年3月）を公表した。2023年度には、都道府県及び市町村を対象に「受診率向上施策ハンドブック（第3版）」を活用し、

受診率向上効果が実証された受診勧奨策を自治体が主体的に実施できるよう支援するための研修事業を実施した。

また、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、男性の肺がん検診受診率50%を達成したことやその他のがん種においても受診率が上昇傾向であることを踏まえて、2023年3月に策定した第4期基本計画では、がん検診受診率の目標を50%から60%へと引き上げた。

一方、2023年に公表された「2022年国民生活基礎調査」、2020年の地域保健・健康増進事業報告によるといずれのがん種においても目標値を達しておらず、引き続き、受診率向上に向けた取組みなどを進めるとともに精密検査受診率90%を目指し、がんの早期発見につなげていく。

(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（大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがん）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。2022（令和4）年8月には、都道府県協議会の機能強化やがんリハビリテーションの体制整備等のさらなるがん医療提供体制の充実、希少がん・難治がんや小児・AYA世代[*22]、高齢者のがん患者などのそれぞれの特性に応じた診療提供体制の整備を盛り込んだ整備指針を策定した。2024（令和6）年4月時点で、全国に400か所の拠点病院及び61か所の地域がん診療病院を指定している。

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、様々な取組みを行っている。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、2024年4月時点でがんゲノム医療中核拠点病院を13か所指定、がんゲノム医療拠点病院を32か所指定、がんゲノム医療連携病院を219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、がん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（平成30）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、ゲノム情報及び臨床情報などの集約・管理・利活用を進めている。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、引き続き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、これらの世代のがんは、多種多様ながん種を多く含むことや、乳幼児期・小児期・思春期・若年成人世代などライフ

＊22 AYA世代とは、Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に思春期（15歳～）から30歳代までの世代を指す。

ステージが変化する中で発症することから、成人の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15か所の小児がん拠点病院を指定（2018（平成30）年、2022（令和4）年にそれぞれ指定要件を改定し全国15か所を再指定）し、2013（平成25）年度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。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（2023（令和5）年9月時点で全国143か所）し、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、がん対策推進協議会での議論を踏まえ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療が受けられる体制の整備や、患者やその家族等の意思決定支援に係る取組みを引き続き推進していく。

(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、我が国のがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民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）が議員立法により成立し、「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、それまで健康増進法（平成14年法律第103号）に基づき各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。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。

院内がん登録は、がん診療連携拠点病院等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。

また、厚生労働科学研究事業の報告等を踏まえ、厚生科学審議会がん登録部会で2021（令和3）年12月から現行制度における課題について議論を行い、その検討結果として2023（令和5）年10月に「全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針中間とりまとめ」が取りまとめられた。

(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。2023（令和5）年9月末時点で累計約18万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。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、がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生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。また、2017（平成29）年度に、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）年度及び2019（平成31）年度に、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「がん患者の就労に関する総合支援事業」などの取組みを行っている。第４期基本計画においても、「がんとの共生」を柱の一つとして位置づけ、がん患者等の社会的な問題への対策として引き続き、就労支援について取り組むとしており、医療機関等と産業保健との一層効果的な連携等について検討を行い、がん患者の就労支援を推進していく。

(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月に策定した「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、根治を目指した治療法の開発に加え、患者とその家族等のニーズに応じた苦痛の軽減や、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、本戦略に基づき、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」として、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。2023（令和５）年４月から、「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、「今後のがん研究のあり方について」（2023年10月）を取りまとめた。本報告書を踏まえ、内閣府特命担当大臣（科学技術政策）、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣は、第４期基本計画に基づき、我が国全体で進めるがん研究の今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等について、2024（令和６）年度からの「がん研究10か年戦略（第５次）」を策定した。今後、本戦略を踏まえ、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が一体となって、がん研究を推進していく。

2 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位であり、両疾患を合わせて年間34万人以上が亡くなっている。また、これらの疾患は介護が必要となる主な原因となっている。こうした状況を踏まえ、「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、本法律に基づく「循環器病対策推進基本計画」が2020（令和２）年に閣議決定された。2023（令和５）年３月に閣議決定された第２期の計画においても、「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、健康寿命の延伸や年齢調整死亡率の減少を目標として、循環器病対策を総合的かつ計画的に推進していく。

3 腎疾患対策について

腎疾患患者は増加傾向で、2022（令和4）年の年間新規透析導入患者数は約4万人に上り、約35万人が透析療法を受けている。こうした状況を踏まえ、2028（令和10）年度までに年間新規透析導入患者数を3.5万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」に基づき、慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease）患者を早期に適切な診療につなげる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た。2022年に立ち上げた「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」において中間評価を実施し、2023（令和5）年10月に公表した。中間評価の結果等も踏まえ、引き続き、腎疾患対策を推進していく。

4 糖尿病対策について

我が国の2016（平成28）年の糖尿病有病者数は約1,000万人、糖尿病の予備群と合わせると約2,000万人であり、糖尿病が新規透析導入の最大の原因疾患であることや、心血管疾患のリスク因子であることからも、一次予防から三次予防までにおける各ステージに係る対策を総合的に推進していく必要がある。2024（令和6）年からの「健康日本21（第三次）」においては、「健康日本21（第二次）」に引き続き「糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少」や「糖尿病有病者の増加の抑制」等を目標に掲げており、糖尿病対策の取組みを進めていく。

また、2022（令和4）年度には「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」において「糖尿病対策に係る中間とりまとめ」を取りまとめるとともに、2023（令和5）年3月には、第8次医療計画のための「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」において、糖尿病の医療体制構築に係る指針を示した。

こうした取組みにより、引き続き、糖尿病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、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、「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」（2017（平成29）年3月21日策定、2022（令和4）年3月14日一部改正。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。また、2017年に「アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会」で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」を開設し、随時コンテンツを更新してきている。また、「免疫アレルギー疾患研究10か年戦略」

（2019（平成31）年策定）に基づき、研究事業を推進している。

花粉症対策については、2023（令和5）年5月に開催された「花粉症に関する関係閣僚会議」において取りまとめられた「花粉症対策の全体像」及び同年10月に開催された同会議において取りまとめられた「花粉症対策初期集中対応パッケージ」に基づき、厚生労働省では、発症・曝露対策に係る取組みを進めている。

リウマチ疾患対策については、「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。

6 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。

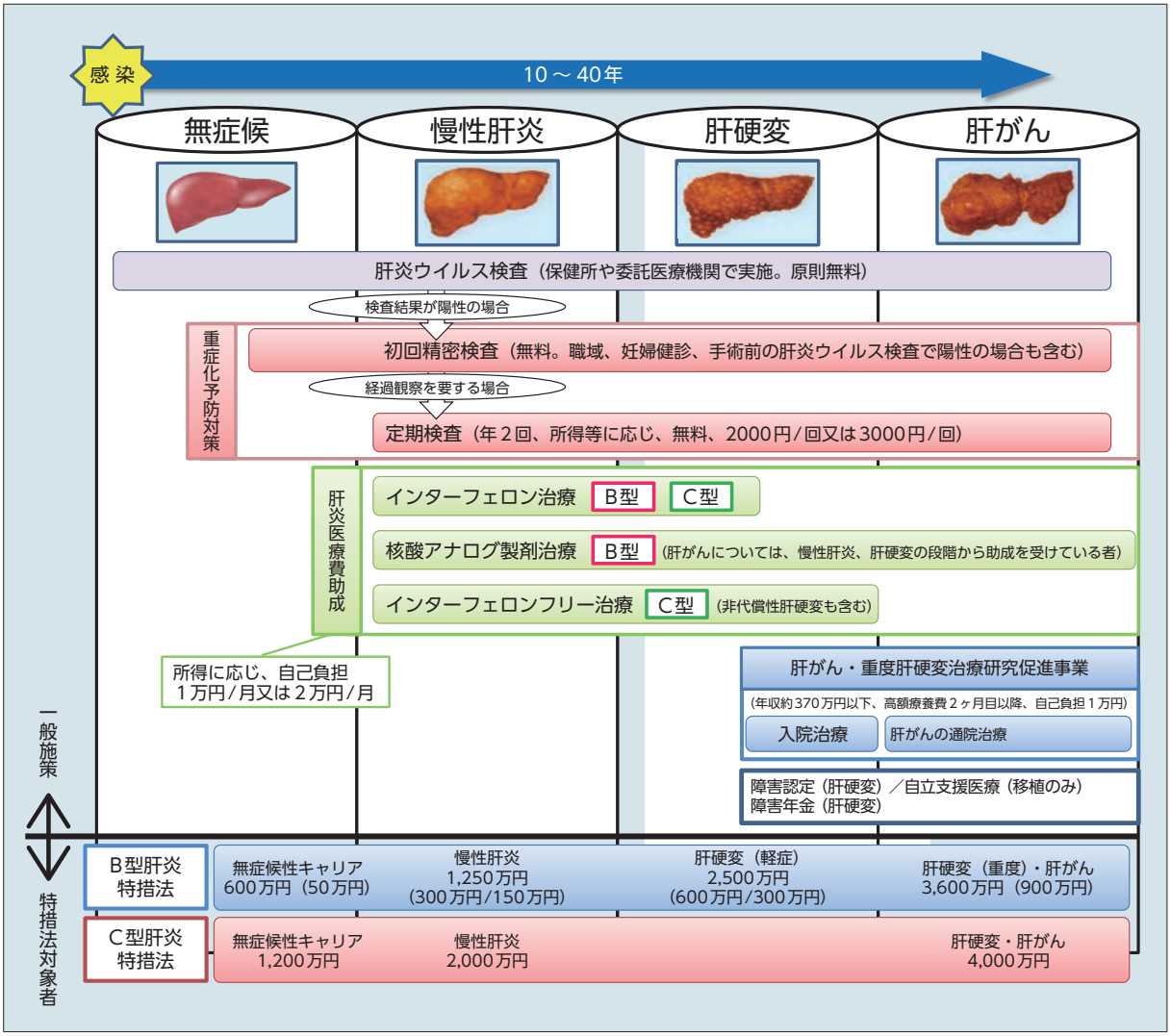
そのため、厚生労働省では、2002（平成14）年度から、肝炎ウイルス検査を開始するなど各種の取組みを実施しており、とりわけ、2008（平成20）年度からは、都道府県などが委託した医療機関における検査の無料化や、肝炎治療に対する医療費助成を行うなど、肝炎総合対策を行っている。また、2014（平成26）年度から、肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨を実施するとともに、初回精密検査費用及び定期検査費用の助成を行っている。

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7-5-2**、**図表7-5-3**）。

2012（平成24）年度からは7月28日を日本肝炎デーと定め、この日を中心に国や地方自治体などで様々な普及啓発活動を行っており、国の「知って、肝炎プロジェクト」では、2023（令和5）年7月4日に普及啓発イベント「知って、肝炎プロジェクト健康デー2023」を開催した。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16日策定、2022（令和4）年3月7日一部改正）を踏まえ、肝炎総合対策を推進していく。



図表7-5-2　肝炎の進行と対策のイメージ



図表7-5-3　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	・肝炎対策基本指針の改正
R4.5	・肝炎研究推進戦略の策定

7 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



副読本「Ｂ型肝炎 いのちの教育」

過去の集団予防接種やツベルクリン反応検査での注射器の連続使用によりＢ型肝炎ウイルスに感染したとして国を提訴した５名の原告について、2006（平成18）年６月の最高裁判決により国の損害賠償責任が認められた。その後、これらの原告と同様の状況にあるとして、全国の地方裁判所において集団訴訟が提起され、裁判所の仲介の下、国と全国Ｂ型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で協議が進められた結果、2011（平成23）年６月に国と全国Ｂ型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で「基本合意書」が締結された。これらの経緯を踏まえ、「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[*23]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、国の予防接種行政の体制と制度の枠組みや具体的運用などに課題があったことが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

＊23　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

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

などの再発防止策が提言された。

2015（平成27）年３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（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などを規定する「特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の一部を改正する法律」（平成28年法律第46号）が施行された。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（2024（令和６）年３月末現在和解者数約10万人）。

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50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月に取りまとめられた「難病対策の改革に向けた取組みについて（報告書）」等を踏まえた「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）が、2015（平成27）年1月に施行された。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、2024（令和6）年4月までに、同法の施行前に特定疾患治療研究事業で対象としていた56疾病から341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、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」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。

難病患者の生活支援や保健医療福祉の充実については、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として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実施しており、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（令和3）年7月に取りまとめられた「難病・小慢対策の見直しに関する意見書」等を踏まえ、2022（令和4）年12月に難病法の一部改正を含む「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等の一部を改正する法律」（令和4年法律第104号）が公布され、難病法の改正は2024年4月に全面施行された。

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、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、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、改正法附則に基づく施行5年後の見直しについて、2021年7月に取りまとめられた「難病・小慢対策の見直しに関する意見書」等を踏まえ、2022（令和4）年12月に児童福祉法の一部改正を含む「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等の一部を改正する法律」（令和4年法律第104号）が公布され、児童福祉法の改正は2024（令和6）年4月に全面施行された。

3 移植対策について

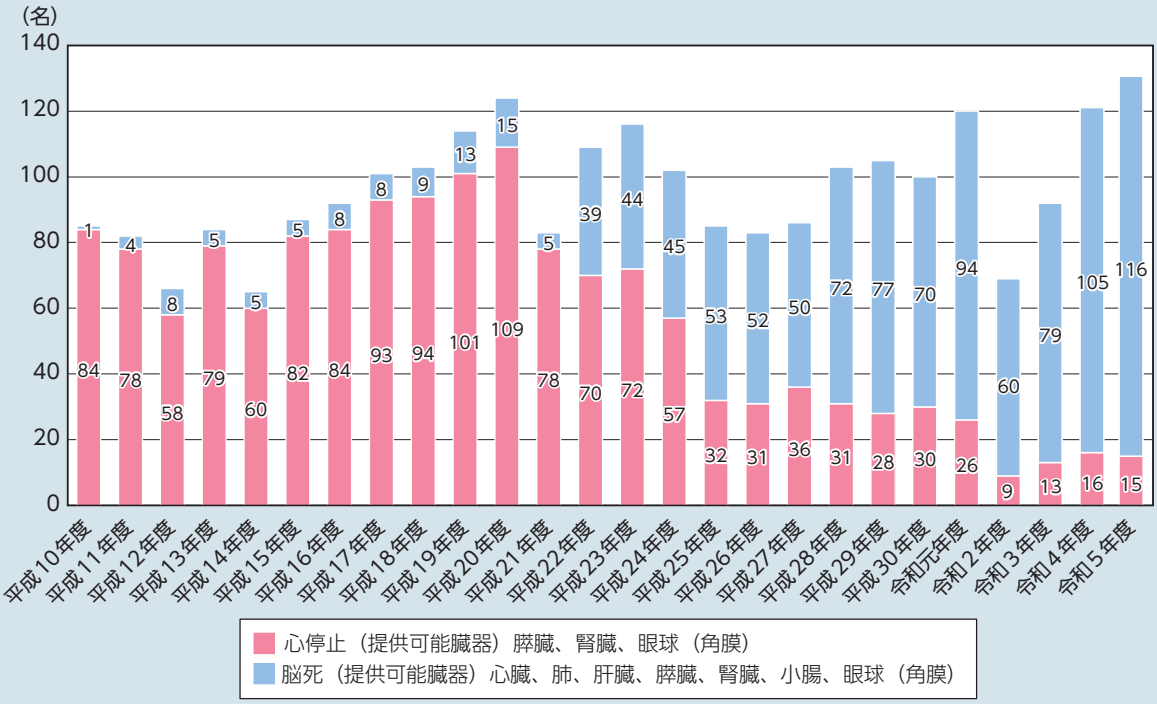
（1）臓器移植の実施状況

1997（平成9）年に「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）が施行され、死体（脳死した方の身体を含む。）から臓器を摘出し、移植を行うことについて制度化された。

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2024（令和6）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき1,042名の方から脳死下での臓器提供が行われており、令和5年度の脳死下臓器提供件数は過去最高となった。今後の更なる臓器提供者数の増加に備え、臓器提供施設の体制整備や連携強化等を進めている。また、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。

図表7-6-1　臓器提供者数の推移



資料：（公社）日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康・生活衛生局移植医療対策推進室で加工

(2) 臓器移植の適切な実施に向けた普及啓発

改正臓器移植法により、国及び地方公共団体は、移植医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずることとされた。一方、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は43.2%であった。そのため、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、臓器移植について知る・考える文化を醸成することが重要である。

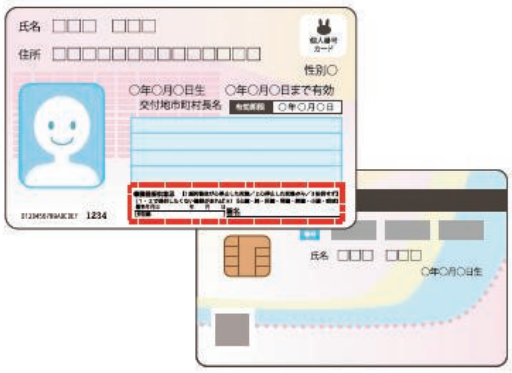
このような状況を踏まえ、厚生労働省においては、関係府省庁や公益社団法人日本臓器移植ネットワークと連携し、「臓器提供意思表示カード」のほか、運転免許証やマイナンバーカード等に臓器提供に関する意思の記入欄を設け、臓器提供についての考えを表示していただくことを促している。さらに、毎年10月を「臓器移植普及推進月間」とし、各地方公共団体等と共に全国の著名なランドマーク等を移植医療のシンボルカラーであるグリーンにライトアップする「グリーンリボンキャンペーン」のほか、様々な媒体を使った臓器移植医療の周知等により、多くの人に臓器移植について知っていただき、理解していただく活動も行っている。

図表7-6-2　意思表示カード等の様式

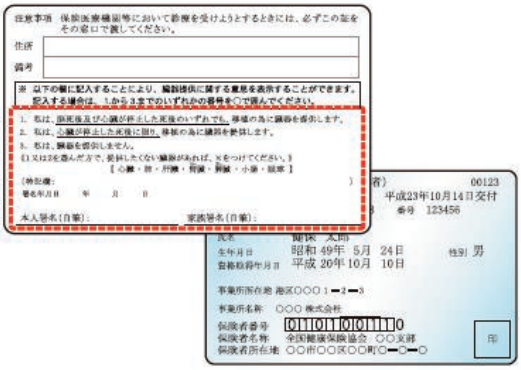
◎臓器提供意思表示カードの意思表示欄（例）



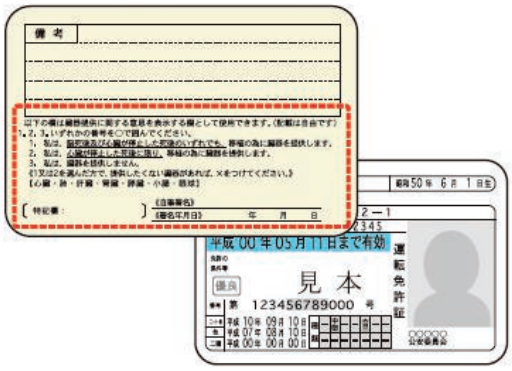
◎マイナンバーカードの意思表示欄（例）



◎健康保険証の意思表示欄（例）



◎運転免許証の意思表示欄（例）



（公社）日本臓器移植ネットワークのホームページでも臓器提供意思登録ができます。
https://www2.jotnw.or.jp/

（3）造血幹細胞移植について

造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）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、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、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、骨髄バンク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、2024（令和6）年3月末現在554,123人となり、また、公的さい帯血バンク（臍帯血供給事業者）の臍帯血保存公開数は9,854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。

なお、非血縁者間の骨髄・末梢血幹細胞移植を希望する患者数は2024年3月末で1,652

名、2023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、2,459件（骨髄移植773件、末梢血幹細胞移植319件、臍帯血移植1,367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

契約者の意に沿わない臍帯血の提供を防ぎ、臍帯血を利用した医療が適切に行われるよう、2017（平成29）年に臍帯血プライベートバンク[*24]に対し、業務内容等の国への届出を求めるとともに、厚生労働省ホームページにおいて公表する等の取組みを行っている。また、2019（平成31）年に「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」により、公的さい帯血バンク以外の事業者による非血縁者間の造血幹細胞移植に用いる臍帯血の提供等を禁止している。

第7節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等

1 医薬品等の安全対策

医薬品等は、基本的にヒトの身体に何らかの影響を及ぼして疾患の治療などを行うものであるため、それが期待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又は医薬関係者から厚生労働大臣に報告することとされており、副作用等の国内症例報告件数は、製造販売業者及び医薬関係者ごとに、2022（令和4）年度においては、医薬品は年間71,231件及び11,819件、医療機器は27,364件及び292件、再生医療等製品は491件及び2件であった。

また、2019（平成31）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、PMDAと連携し、企業や医薬関係者から報告された副作用情報等について、迅速・的確に評価するとともに、その結果に基づいて、必要に応じて電子化された

＊24 臍帯血プライベートバンク（民間臍帯血バンク）：公的さい帯血バンクとは異なり、臍帯血を採取された母親本人やその家族の治療のために、現在はまだ医療技術としては確立されていない再生医療などに将来利用する場合に備えて、母親との間で委託契約を結び、保管費用の支払いを受けて、臍帯血を保管する事業者。

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

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（平成28）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

成育医療研究センターに設置した「小児医療情報収集システム事務局」において、小児患者に医薬品が投与された際の投与量、検査結果、患者の状態・症状等の情報を収集している。また、2017（平成29）年度から、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取組みを行っている。

・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、加齢に伴う薬物動態や薬物反応性の変化や、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、薬物有害事象の問題が生じやすいことから、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「病院における高齢者の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評価・監視（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のため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・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、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、2024（令和6）年3月末までに15回開催された。

この委員会は、第三者性を有する機関として、医師、薬剤師、法律家、薬害被害者など、様々な立場の委員で構成され、医薬品等の安全性確保や薬害の再発防止等のため、施策の実施状況の評価・監視を行っている。また、必要に応じて、講ずべき施策について、厚生労働大臣に意見又は勧告を行う。

2 医薬品の販売制度

医薬品は、主に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、薬剤師等から提供された情報に基づき、需要者の選択により処方箋なしで薬局・店舗販売業で購入することができる医薬品である要指導医薬品及び一般用医薬品に分類される。

要指導医薬品は、使用に特に注意が必要なことから、薬剤師が対面で、使用する本人に対して必要な情報提供及び薬学的知見に基づく指導を行う必要がある。一方、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つに分けられており、そのリスク区分に応じた情報提供等の販売ルールが整備された上で、インターネット等による販売（特定販売）も可能になっている。厚生労働省のホームページには、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[*25]を掲載し、国民が安心して一般用医薬品を購入できるようにするための措置を行っているほか、

＊25 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

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て、医薬品の販売ルールを遵守しているかを確認するための調査を行っている。

情報通信技術の進歩やセルフケア・セルフメディケーションの推進、新型コロナウイルス感染症の影響によるオンラインでの社会活動の増加など、一般国民における医薬品を巡る状況は大きく変化しており、加えて、一般用医薬品の濫用など安全性確保に関する課題も生じてきている状況にある。これらにかんがみ、医薬品のリスクを踏まえ、医薬品の安全かつ適正な使用を確保するとともに、国民の医薬品へのアクセスを向上させる観点から、医薬品販売制度の必要な見直し等について検討を行うため、「医薬品の販売制度に関する検討会」を開催し、議論を行った。2024（令和6）年1月にその結果を取りまとめて公表したところであり、今後これを基にさらなる検討を進めることとしている。

3 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、薬局を通じて、患者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ず、健康被害が生じる可能性もあり、偽造品の流通は保健衛生上の大きな問題である。

本事案を受け、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、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、海外から個人輸入される医薬品の一部に偽造品が含まれることが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等の情報収集、ホームページ（https://www.yakubutsu.mhlw.go.jp/）やX（旧Twitter）などを通じた国民への情報提供、電話で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。

(2) 後発医薬品等への信頼回復

2020（令和2）年以降、後発医薬品の製造業者等について、製造管理及び品質管理上の法令違反などによって行政処分が相次ぎ、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。

さらに、薬事監視のより一層の強化を図るため、「創薬力の強化・安定供給の確保等のための薬事規制のあり方に関する検討会」における議論を踏まえ、製造所における管理体

制に係る評価項目の見直しを含め都道府県における薬事監視の体制を強化するとともに、国と都道府県の薬事監視の速やかな情報共有を含めた連携体制の整備を行うこととしている。

4 薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等

(1) 薬剤師の資質向上

医療の高度化、医薬分業の進展などに伴う医薬品の適正使用の推進といった社会的要請に応えるため、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。これを踏まえ、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、2023（令和5）年2月に薬学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、2024（令和6）年度入学生から適用された。本改訂によるモデル・コア・カリキュラムでは、新たな「薬剤師として求められる基本的な資質・能力」を提示し、課題の発見と解決を科学的に探究する人材の育成を目指す内容とされた。さらに、各大学の創意・工夫に基づいたカリキュラム作成の自由度が高められたほか、多職種連携の推進の観点から医学・歯学・薬学の教育内容が一部共通化された。

(2) 薬局機能の強化と患者本位の医薬分業の推進



薬局は、医療提供施設として、地域医療計画の下、在宅医療や医薬品等の供給など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、処方箋を交付する医師とその処方箋に基づき調剤する薬剤師が、それぞれの専門分野で業務を分担する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。2022（令和4）年度の院外処方箋発行枚数は約8.0億枚に達し、処方箋受取率は76.6%（公益社団法人日本薬剤師会「処方箋受取率の推計」(2022年度)）と推計されている。

一方、規制改革推進会議等で、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、2015（平成27）年10月23日に「患者のための薬局ビジョン」を策定・公表した。「患者のための薬局ビジョン」では、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能として、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、24時間対応・在宅対応、医療機関等との連携などを提示した。

2016（平成28）年10月からは、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた上で積極的に地域住民の健康の維持、増進を支援する「健康サポート薬局」の届出・公表を開始した。また、患者の薬局の選択に資するよう、2019（令和元）年12月の医薬品医療機器等法改正により、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備えた薬局を地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局として認定し表示を認める制度が設

けられた。

近年、少子高齢化の進展に伴い、医療需要が増大する一方、医療の担い手確保が困難になる中、在宅患者への夜間・休日等の緊急時の対応や、離島・へき地等での薬剤提供が課題として指摘されている。また、薬局・薬剤師は、高度化、普及してきたICT技術等を活用しつつ、関係職種と連携しながら、専門性を発揮することも求められている。加えて、地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局、健康サポート薬局についても、上記の課題を踏まえつつ、その機能や果たすべき役割などを整理することが必要である。このような薬局・薬剤師に関する諸課題について検討を行うため、2023（令和5）年12月から「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」を開催している。



このほか、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するとともに、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報*26」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。

5 化学物質の安全対策

(1) 化学物質の安全性情報の取得と評価

「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律」（以下「化審法」という。）に基づき、我が国で初めて製造・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、これまで、「官民連携既存化学物質安全性情報収集・発信プログラム」を通じた安全性情報の収集・点検し、経済協力開発機構（OECD）に情報提供を行った。現在、国による安全性情報の収集・点検を継続しており、それらの情報は、ホームページ*27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。2024（令和6）年度までに、累計285物質を優先評価化学物質に指定している（うち60物質は取消され、2024年度の優先評価化学物質は225物質となる。）。さらに、優先評価

＊26 おくすりe情報　https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html
＊27 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

化学物質について順次リスク評価を実施することにより、我が国における厳格な化学物質管理を推進している。

(2) 家庭用品の安全対策

家庭用品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。2024（令和6）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取りまとめ、公表して周知を図っている[*28]。

(3) 毒物及び劇物の安全対策

「毒物及び劇物取締法」（以下「毒劇法」という。）に基づき、急性毒性の観点から保健衛生上の危害の発生が懸念され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、2024（令和6）年3月末までに、毒劇法に基づき133項目を毒物に指定し、431項目を劇物に指定している。

第8節　薬物乱用対策の推進

1 薬物乱用防止対策

2022（令和4）年の我が国における薬物事犯の検挙人員[*29]は、12,621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6,289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、5,546人と前年に比べ若干減少したものの、高水準が維持されている。特に、30歳未満の検挙人員は、大麻事犯全体の検挙人員の69.2%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。

このような国内の薬物情勢に対し、2023（令和5）年8月に薬物乱用対策推進会議において策定された「第六次薬物乱用防止五か年戦略」[*30]に基づく、政府をあげた総合的な対策を推進している。

また、諸外国において、大麻由来医薬品が医療用途として活用されている等の状況を踏まえ、2022年3月に、厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の下に「大麻規制検討小委員会」を設置した。同委員会が同年10月に公表した取りまとめにおいて、大麻由来医薬品を適正に使用できるようにするとともに、大麻の「使用」に対する罰則の導入を含む薬物乱用対策に取り組み、大麻草の栽培についてその規制の合理化を図る等の大麻規制の

＊28 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
＊29 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。
＊30 第六次薬物乱用防止五か年戦略
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubutsuranyou_taisaku/index.html

見直しの基本的な方向性が示され、2023年1月に同部会で上記の取りまとめが了承された。その後、同年10月24日に「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律案」（以下「改正法」という。）を第212回臨時国会に提出し、同年12月6日に成立、同月13日に公布されたところであり、改正法の円滑な施行に向けた作業を着実に進めていくこととしている。



薬物乱用防止対策は、社会が薬物を受け入れない環境をつくることが非常に重要であり、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[*31]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、専門の教材を基に効果的な普及啓発を図るとともに、SNS等を活用して情報を発信している。さらに、2021（令和3）年度より、若年層をターゲットとしたインターネット上での行動に応じたデジタル広報を実施している。

薬物の再乱用を防止するための取組み[*32]として、都道府県と連携し、薬物依存症についての正しい知識の普及を行い、また、保健所及び精神保健福祉センターの薬物相談窓口において、薬物依存症者やその家族に対する相談事業、家族教室の実施等により再乱用防止対策の充実を図っている。また、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全部執行猶予判決を受けた薬物事犯者等に対して、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。この支援の対象者については、当初は麻薬取締部において検挙した薬物事犯者のみであったが、2021年度から、法務省と連携して麻薬取締部以外の捜査機関により検挙された薬物事犯者にも支援対象者を拡大し、支援の推進に努めている。

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を契機に社会問題化して以降、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、医薬品医療機器等法の指定薬物[*33]として危険ドラッグの迅速な指定を行っており、2024（令和6）年3月末現在では、2,442物質を指定薬物としている。また、2013（平成25）年10月の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を始めとした指導・取締体制の整備に加え、関係機関と連携した水際対策等を進めた。こうした取組みの結果、危険ドラッグの広告サイトを大幅に閉鎖させるとともに、2014（平成26）年3月時点で215あった販売店舗を2015（平成27）年7月までに全て

＊31 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
＊32 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
＊33 指定薬物
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

廃業に追い込んだ。国民への啓発については、2013年に「あやしいヤクブツ連絡ネット（https://www.yakubutsu.mhlw.go.jp）」を開設し、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環境整備を行った。

一方で、2022（令和4）年に入り、一度は全店廃業に追い込んだ危険ドラッグ販売店舗が再出現するなど、THC類似成分等を含有する危険ドラッグの流通が国内市場で拡大すると、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312人、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275人と前年から倍増した。また、2023（令和5）年には、危険ドラッグを摂取した後、健康被害が生じて救急搬送される事例が発生したことから、危険ドラッグ対策会議を開催し、関係機関との連携を強化した。その後も、いわゆる大麻グミと称される食品形態の危険ドラッグの流通によって健康被害が相次いだため、警察や自治体と連携し、販売店舗への立入検査を実施するとともに、検査命令及び販売等停止命令を実施し、製品に含有されていた成分を速やかに指定薬物に指定した。さらに、販売店舗への立入検査を継続して実施し、広域的に規制する必要があると認められる物品については、医薬品医療機器等法に基づく告示により全国的に販売等を禁止するとともに、指定薬物の包括指定も行うなど、危険ドラッグ乱用根絶に向けた取組みを実施している。

第9節　血液製剤対策の推進

1　献血の推進について

血液は、現代の科学技術をもってしても、未だ人工的に製造することができず、輸血用血液製剤の中には有効期間が非常に短いものがあるため、毎日新しい血液を確保する必要がある。

2022（令和4）年度の延べ献血者数は約501万人（対前年度比約4.4万人減、約0.9%減）であった（**図表7-9-2**）。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33%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」キャンペーンを実施し、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」及び大学生等向けのポスターを作成し、配布している。

また、2015（平成27）年度から2020年度までの6年間を目標期間とする中期目標「献血推進2020」に続き、新たに2021（令和3）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7-9-1　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4年度 実績値
若年層の献血者数の増加	若年層（16歳～39歳）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%	5.3% （参考） 10代 ：4.8% 20代 ：5.5% 30代 ：5.4%
安定的な集団献血の確保	献血推進活動に協力いただける企業・団体の数	70,000社	64,195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	1,051,670人
献血Webサービスの利用の推進	献血Web会員サービス「ラブラッド」の登録者の人数	5,000,000人	3,377,319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している。

②20代・30代への働きかけ

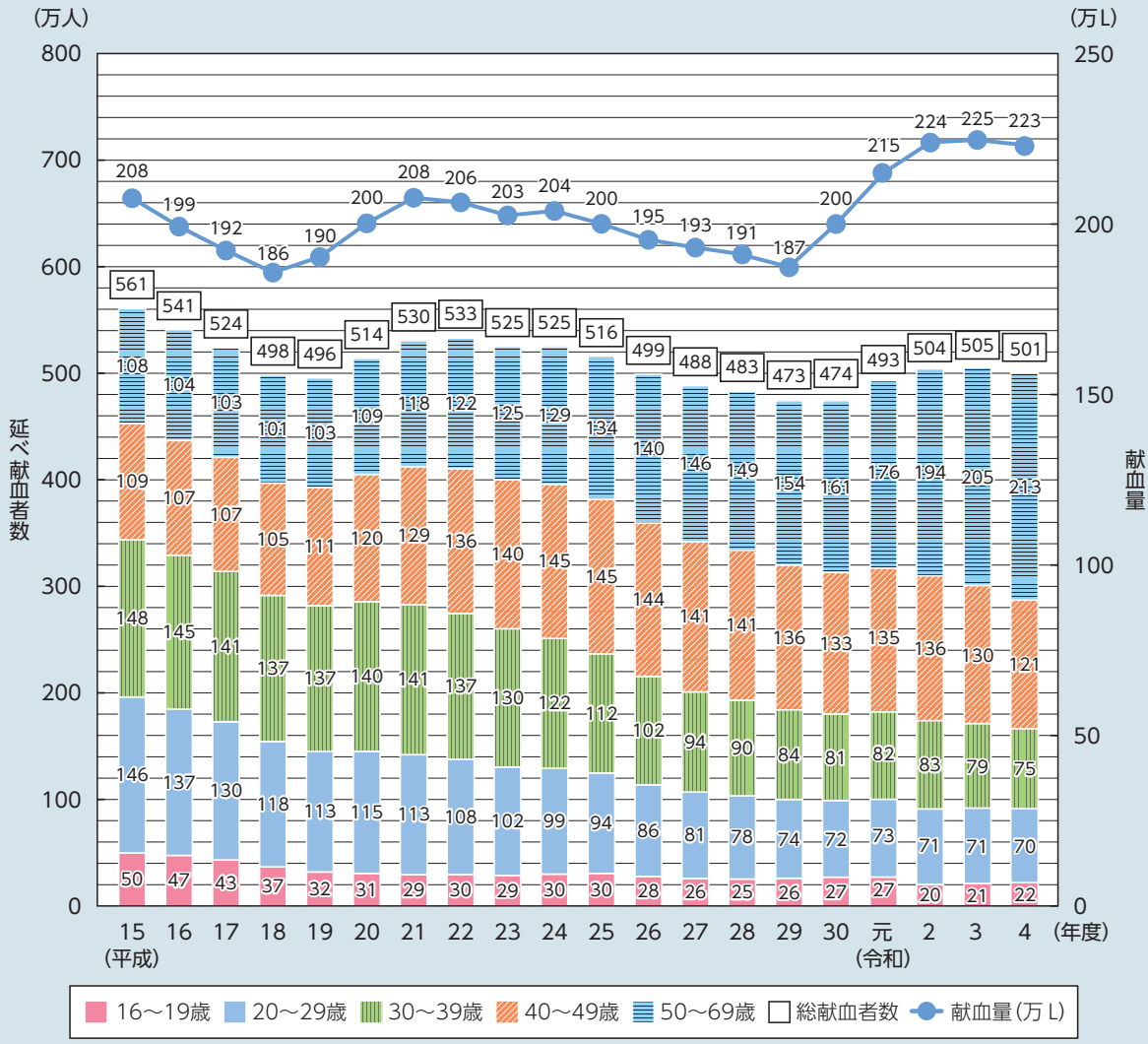
献血率の減少傾向が続いている20代・30代の方が献血に協力しやすいよう、献血Web会員サービス「ラブラッド」の活用を促すなど、献血を体験した方が、長期にわたり複数回献血に協力してもらえるような普及啓発、環境整備に取り組む。また、企業などへの働きかけを一層強化することにより、安定的な献血者の確保を図るとともに、予約献血の活用など献血者の利便性に配慮した新たな仕組みを検討している。

（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っている。

図表7-9-2　献血者数及び献血量の推移



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬局作成



「はたちの献血」キャンペーンポスター



「けんけつ HOP STEP JUMP生徒用」



「けんけつHOP STEP JUMP教員用」

2 血液製剤の安全対策について

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推進及び患者に真に必要な場合に限った適正使用を求めている。

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、献血時の問診、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、「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」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改めて周知している。加えて、更なる安全対策として、細菌スクリーニングの導入に向けて検討を進めている。

国内の輸血用血液製剤には、B型肝炎ウイルス（HBV）、C型肝炎ウイルス（HCV）、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）などに対する抗原抗体検査、個別検体での核酸増幅検査（Nucleic Acid Amplification Testing：NAT）や供血者からの遡及調査の徹底等の対応を講じてきた。2020（令和2）年8月からはE型肝炎ウイルス（HEV）に対するNATも全国的に導入されるなど、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。

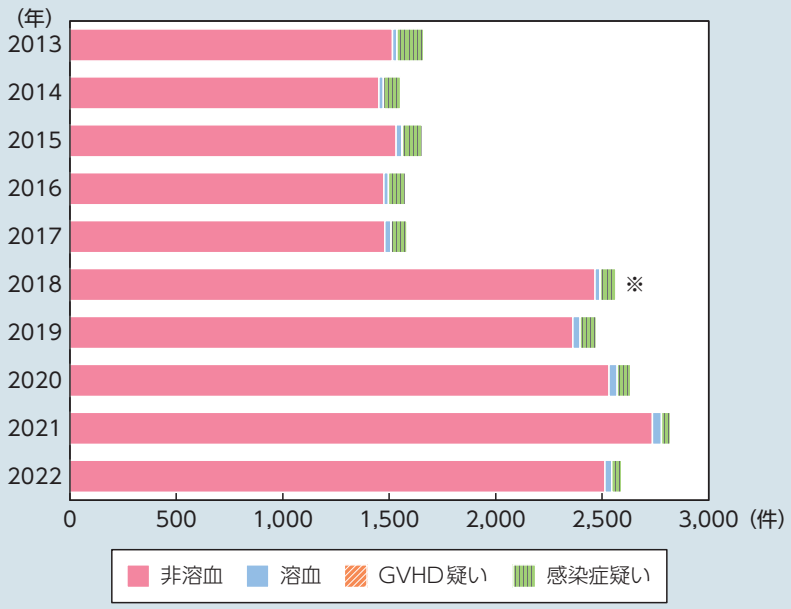
なお、血漿分画製剤のウイルスに対する安全性については、献血者の問診・検査、製造工程でのウイルス除去・不活化処理及びそのウイルスクリアランス能の評価並びに採血後情報及び輸血後情報等の遡及調査を適切に実施することが重要であり、2024（令和6）年3月には、「血漿分画製剤のウイルスに対する安全性確保に関するガイドライン」の一部を改正し、ウイルスクリアランス試験についての原則的な考え方等を示している。

新型コロナウイルスワクチン接種後の献血者の採血制限期間については、mRNAワクチンについて接種後48時間、ウイルスベクターワクチンについて接種後6週間、組換えタンパク質ワクチンについて接種後24時間としているほか、新型コロナウイルス既感染者の採血制限期間については、2023（令和5）年12月より症状消失（無症候の場合は陽性となった献体の検体採取日）から2週間に変更されている。

輸血用血液製剤に関する副作用報告件数の推移については、非溶血性副作用はアレルギー反応の頻度が最も高いが、発症年齢分布が高齢者に多い輸血に伴う心不全である輸血関連循環負荷（Transfusion associated circulatory overload：TACO）も含まれる。

各都道府県には、医療機関、血液製剤を供給している赤十字血液センター、そして管轄する行政の三者による合同輸血療法委員会が設置されており、適正かつ安全な輸血療法を目指している。

図表7-9-3　日本赤十字社輸血副作用・感染症報告の推移



※2018年より調査方法を変更し、軽微な副作用情報の入手が1000件程度増加。

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22,226名（2024（令和6）年3月末時点）、生物由来製品感染等被害救済制度では、これまで68名（2024年3月末時点）の方々に救済給付が行われている。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、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) サリドマイドによる胎児の障害

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) キノホルム製剤によるスモンの発生

1953（昭和28）年頃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) 非加熱血液製剤によるHIV感染

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) ヒト乾燥硬膜によるクロイツフェルト・ヤコブ病

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) フィブリノゲン製剤等によるC型肝炎ウイルス感染

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・死亡の場合：4,000万円、②劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した場合：4,000万円、③慢性C型肝炎の場合：2,000万円、④①～③以外（無症候性キャリア）の場合：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。2024（令和6）年3月末現在で約2,600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、C型肝炎救済特別措置法の内容の周知を図っている。

なお、2022（令和4）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2028（令和10）年1月17日まで延長され、併せて、劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した者の給付水準が、慢性C型肝炎が進行して死亡した者等と同水準まで引き上げられた。

(6)「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 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、薬害を学ぶための教材「薬害を学ぼう」を作成し、2011（平成23）年度から全国の中学3年生を対象に配布していたが、高等学校学習指導要領（平成30年告示）において、新たに「公共」が必履修科目となり、同解説公民編に

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、2022（令和4）年度から高校1年生を対象に配布している。2016（平成28）年からは、「薬害を学ぼう」の視聴覚教材と教員用の「指導の手引き」を作成、公開しているところであり、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。



また、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[*34]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 食品安全行政の概要

（1）規格基準の設定及び見直し[*35]

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、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。）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

＊34 2024（令和6）年4月1日以降は消費者庁において対応。
＊35 2024（令和6）年4月1日以降、1～3については消費者庁において対応。

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。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、2024（令和6）年4月1日現在、357品目となっている（**図表7-11-1**）。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。

図表7-11-1　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、内閣総理大臣が定めたもの	ソルビン酸、キシリトールなど	476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6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、2023（令和5）年度には15品目の見直しを行い、これまでに561品目の見直しを行った（2024（令和6）年4月1日現在）。また、残留基準の設定は、国際的な動向や最新の科学的知見に基づき行っており、2019（令和元）年度に薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会農薬・動物用医薬品部会において国際的な合意等を基にした「食品中の農薬の残留基準値設定の基本原則」が策定されている。

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・食品衛生審議会食品衛生分科会食品規格部会において、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、2023（令和5）年10月に清涼飲料水（ミネラルウォーター類）中の鉛の規格基準を改正した。

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

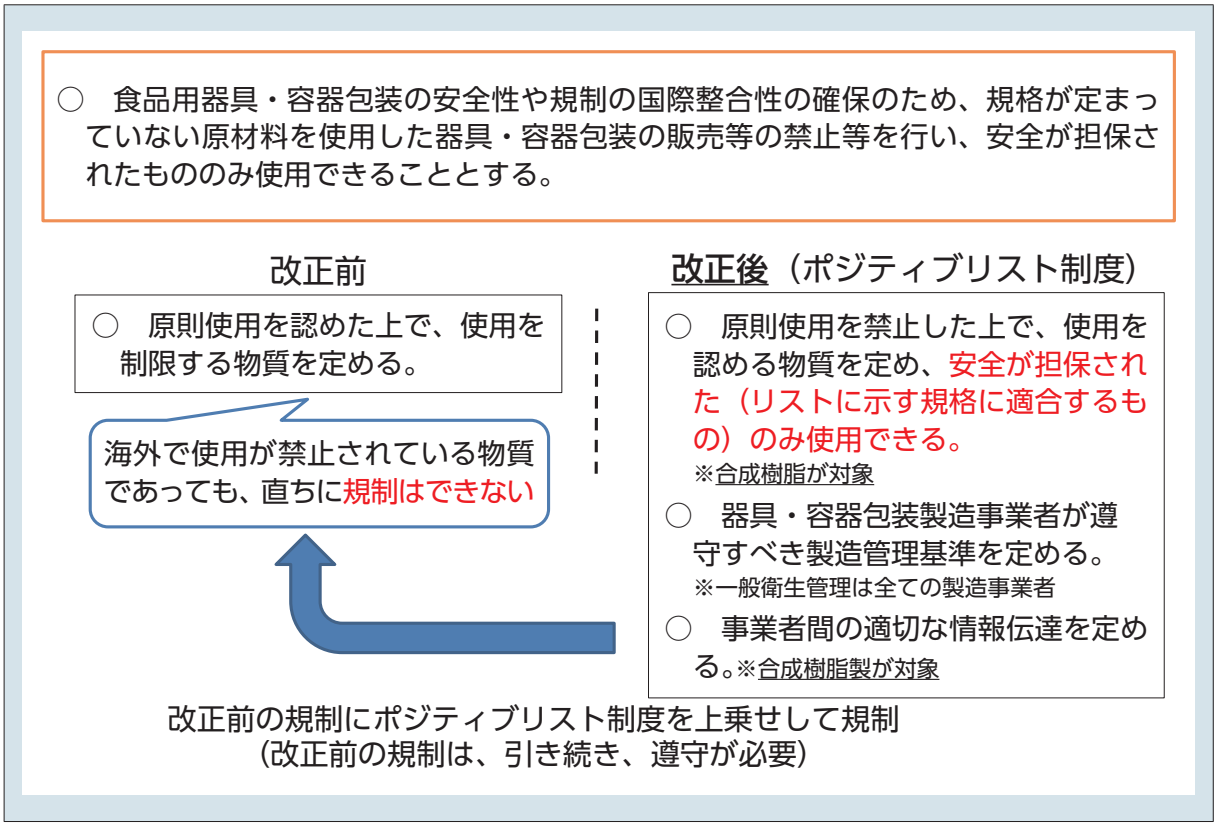
2018（平成30）年の食品衛生法の改正により、食品用器具・容器包装の安全性や規制の国際整合性の確保のため、規格が定まっていない物質を使用した食品用器具・容器包装の販売等の禁止等を行い、安全が担保されたもののみ使用可能とするポジティブリスト制度を導入し、2020（令和2）年6月1日に施行した。

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、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告示において定めた。その後リストの再整理を行った上で、2023（令和5）年11月30日にリストの改正告示を公布し、2025（令和7）年6月1日から施行されることとなっている。なお、ポジティブリスト制度の円滑な運用のため、2025年5月末までの間、施行までに使用していた物質を引き続き使用することができるよう、経過措置が設けられている[*36]。

また、器具・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管理をするための基準の規定、器具・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。

＊36 2024（令和6）年4月1日以降、食品用器具・容器包装のポジティブリストの策定については、消費者庁で対応。

**図表7-11-2　食品用器具・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＞**



5 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、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。さらに、2012（平成24）年7月から牛肝臓について、2015（平成27）年6月から豚の食肉（内臓を含む）について、それぞれ規格基準を定め、生食用として販売することを禁止した[*37]。



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。

(2) 監視・検査体制の整備

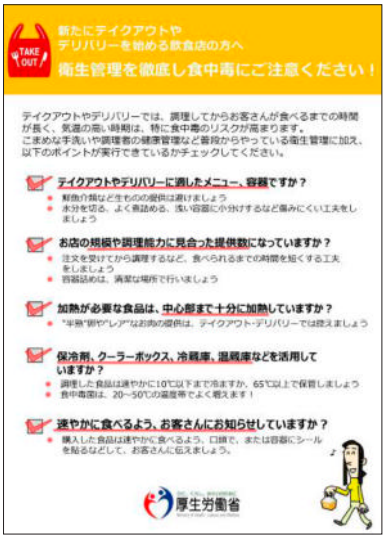
1 計画に基づく監視指導

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

＊37　2024（令和6）年4月1日以降、規格基準の策定については消費者庁において対応。

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



近年、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ている。

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増加傾向にある。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7-11-3**）。



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等に担当官を配置するほか、輸出国に対して、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。

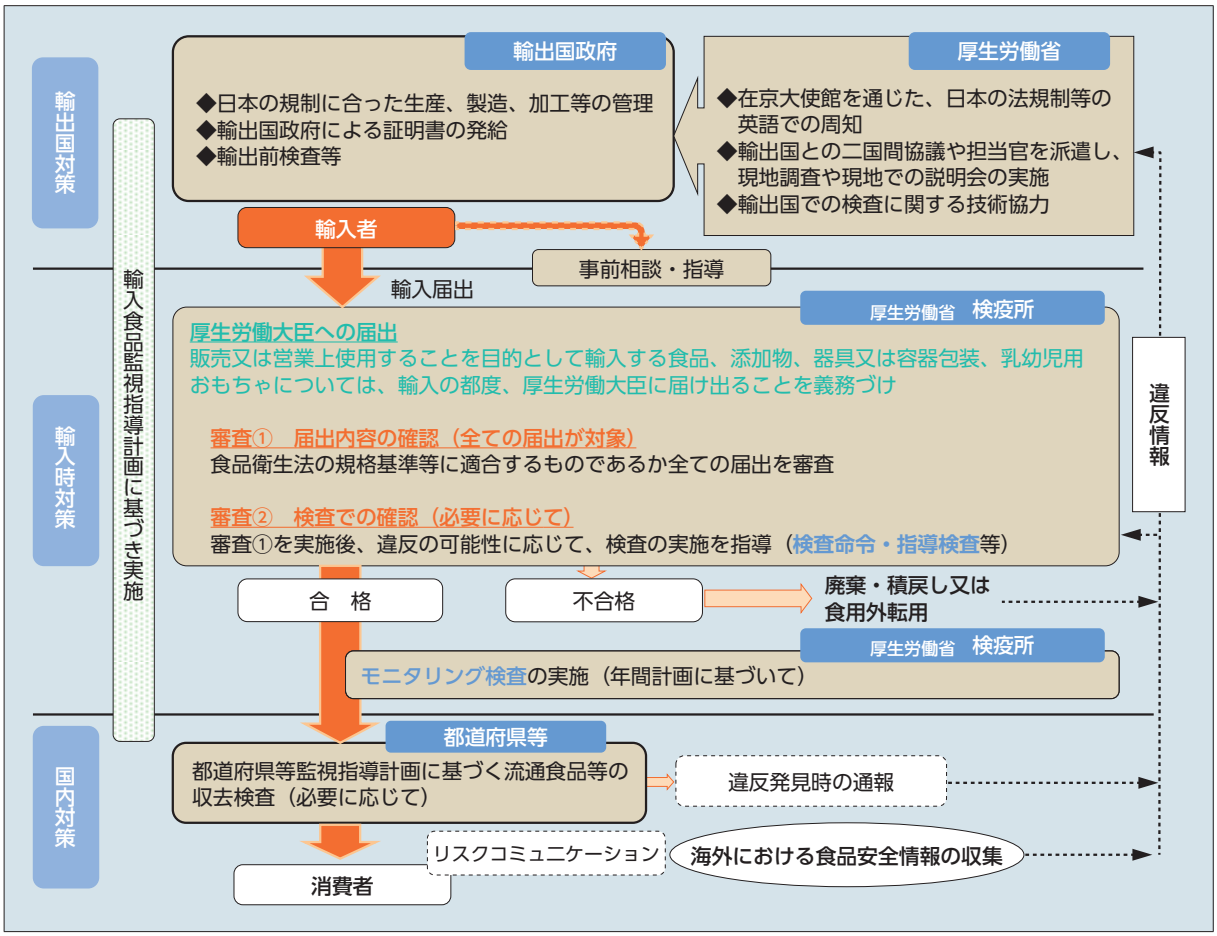
輸入時（水際）の対策では、輸入業者に対して、輸入の都度、届出を義務づけ、事業者からの輸入前相談に対応するとともに、多種多様な輸入食品を幅広く監視するため、年間計画に基づくモニタリング検査を実施している。モニタリング検査における違反状況を踏まえ、違反の可能性が高いと見込まれる輸入食品については、輸入の都度、輸入者に対して検査命令を実施している。2022（令和4）年度には、

約240万件の輸入届出に対して51,148件のモニタリング検査、63,608件の検査命令及び85,712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781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7-11-3　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1日に施行された「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（農林水産物及び食品の輸出の促進

に関する基本方針。以下「基本方針」という。）を定め、農林水産物及び食品の輸出の促進に関する実行計画（以下「実行計画」という。）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・地域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）等における2025（令和7）年までに農林水産物・食品の輸出額を2兆円、2030（令和12）年までに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・地域の規制に対応し、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停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が行われている。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。

さらに、2018（平成30）年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（令和2）年6月1日から施行された。現在4成分が指定され、報告された情報については、専門家の意見を聴いて検討し、公表等を行っている[*38]。また、今般、特定の事業者が製造する紅麹を使用した製品に由来する健康被害が生じているおそれがあることにかんがみ、厚生労働省、消費者庁、農林水産省及び国税庁の4省庁が情報交換を行い、緊密な連携の下で一体的な対応を行うため、2024（令和6）年3月27日には「紅麹使用製品への対応に関する関係省庁連絡会議」を開催するとともに、同月29日には「紅麹関連製品への対応に関する関係閣僚会合」を開催した。

6 遺伝子組換え食品などの安全性確保[*39]

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

＊38 2024（令和6）年4月1日以降、特別の注意を必要とする成分等の指定については消費者庁と共管。
＊39 2024（令和6）年4月1日以降は消費者庁において対応。

れた食品などを厚生労働省が公表しており、2024（令和6）年4月1日現在、とうもろこし、大豆などの食品9作物334品種、食品添加物24種類83品目の公表を行っている。

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、2024年4月1日現在、4施設の製造基準への適合確認が終了している。

また、昨今、新たな育種技術であるゲノム編集技術については、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ゲノム編集技術を用い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、2024年4月1日現在、6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（平成13）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。

BSE発生国の牛肉に対する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て、SRMの除去等の一定の条件を定め、これまでに18か国からの輸入を再開している。

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、各国の対日輸出条件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。

8 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7-11-4**）。

食中毒による死者数は、2021（令和3）年は2人、2022（令和4）年は5人、2023（令和5）年は4人となっている。

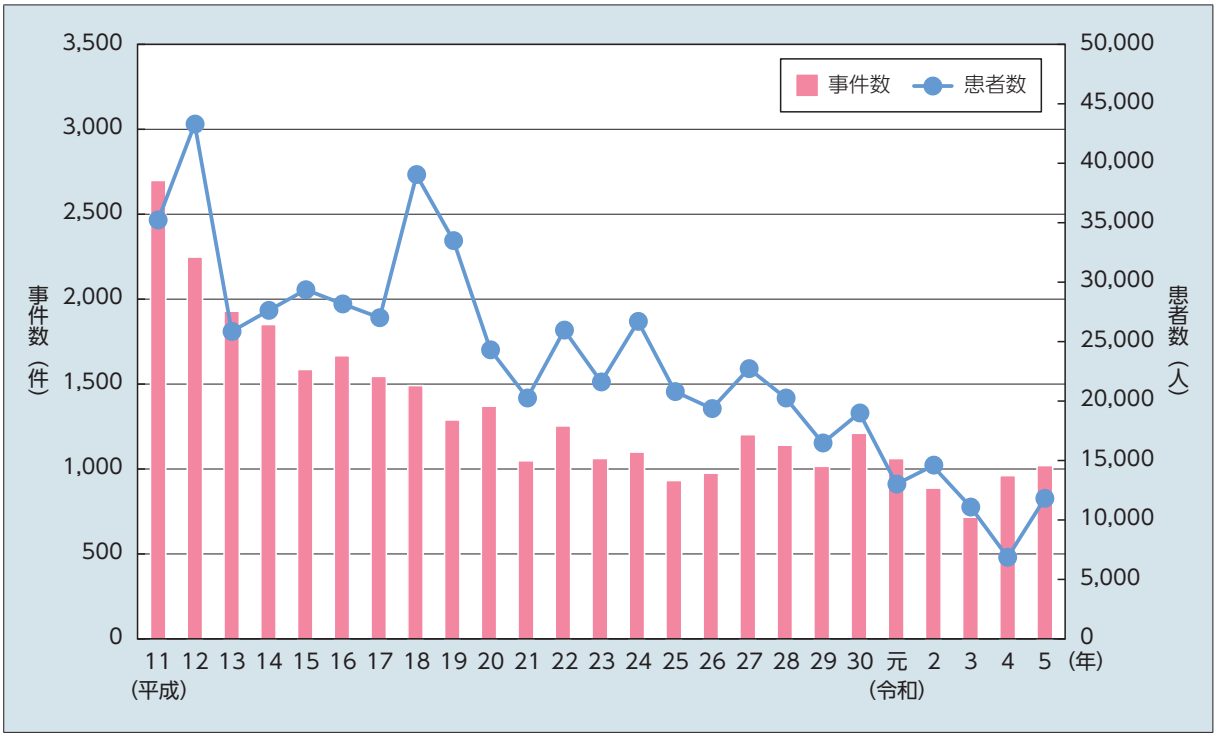
食中毒の原因として、近年ではアニサキス、ノロウイルスやカンピロバクター・ジェジュニ／コリなどの占める割合が高まっており、食中毒予防の観点から重要な課題となっている。特に冬場に多発するノロウイルスによる食中毒は、おおむね毎年、食中毒患者数全体の約5割を占めている。ノロウイルスは、感染力が強く、大規模な食中毒となることがあり、食品取扱者を介した汚染が食中毒発生の主要な原因となっている。

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て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X（旧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適時周知し、食中毒予防に関する注意喚起を行っている。

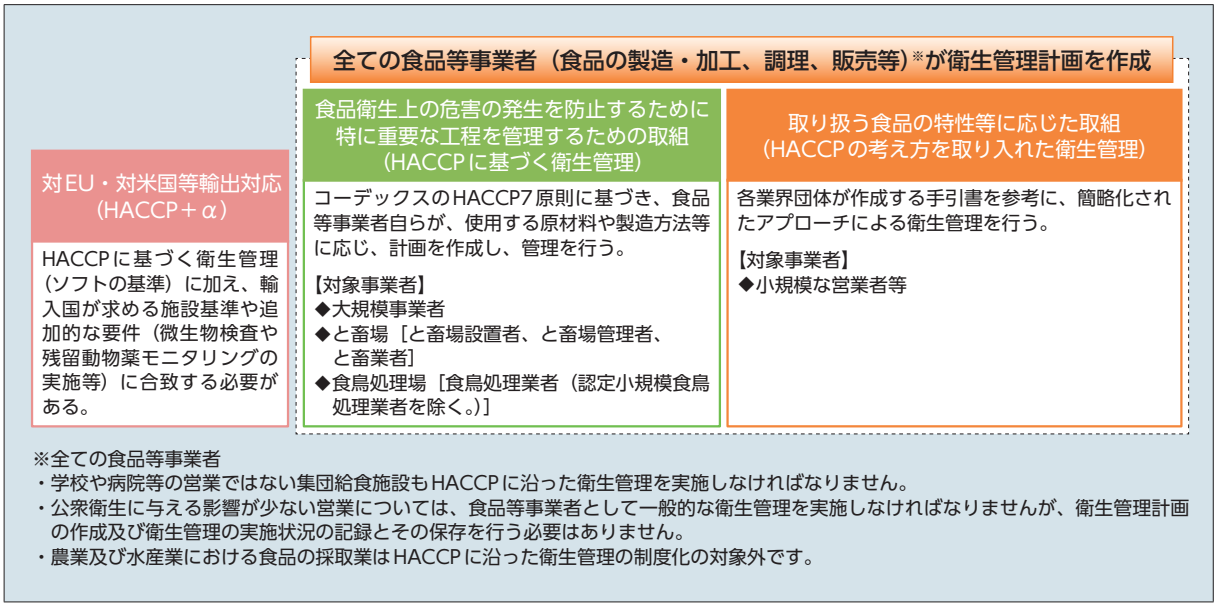
図表7-11-4　食中毒の事件数の推移



9 HACCPに沿った衛生管理

2018（平成30）年の食品衛生法の改正により、HACCPに沿った衛生管理が制度化され、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は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）の実施が求められることとなった（図表7-11-5）。特に小規模事業者を含む食品等事業者が確実に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技術的支援を行うなど、HACCPの定着を図っている。

図表7-11-5　HACCPに沿った衛生管理の制度化の全体像



10 営業規制の見直し

2018（平成30）年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、現状の営業実態に合わせて見直しを行った。なお、これらの営業規制の見直しに当たっては、新たに許可の対象となった業種において許可取得に関する経過措置期間（2024（令和6）年5月末まで）を設けるなど、事業者が円滑に対応できるようにしている。

11 食品等におけるリコール情報の報告制度

事業者による食品等の自主回収情報を行政が確実に把握し、的確な監視指導や消費者への情報提供につなげ、食品等による健康被害の発生を防止するため、2018（平成30）年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った。

12 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、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、一部の野生のきのこ類・山菜類や野生鳥獣肉等となっている。同ガイドラインについては、毎年度末に、その年度の検査結果を踏まえ、検査対象自治体や検査対象品目等の見直しを行っている。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介入免除レベル（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ことが確認されている。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[*40]。

13 許可営業者の事業譲渡について

食品衛生法の許可を受けた者が、事業を譲渡した場合、譲受人は、新たな許可の取得が必要だったが、旅館業法等改正法の施行により、合併・分割・相続の場合と同様に、譲受人は申請による許可の取得等を行うことなく、届出により、営業者の地位を承継できるようになった。

(3) 食品衛生基準行政の移管について

2024（令和6）年4月1日に食品衛生行政の機能強化のため、規格基準の策定等の食品衛生基準行政は消費者庁へ移管された。厚生労働省では、引き続き規格、製造方法等の基準を遵守した食品等が流通するよう監視指導を行うことや、食品のリスクに関する意見交換を推進すること等の食品衛生監視行政に取り組み、我が国の食品の安全を確保していく。

3 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。2023（令和5）年度には、食品中の放射性物質対策や輸入食品の安全性確保などをテーマとし、意見交換会を開催した。また、親子参加型イベントに出展し、小学生とその保護者を対象に食品安全に関する情報を提供した。加えて、こども霞が関見学デーでは、子ども向けの食の安全に関するクイズや輸入食品のサンプリング体験等を実施した。その他、各種パンフレットの作成・配布、動

＊40 2024（令和6）年4月1日以降、食品中に含まれる放射性物質の基準値については消費者庁において対応。

画の作成・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。

(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、食品衛生基準科学研究費補助金[*41]及び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[*42]

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、災害時においても安定した給水を確保することが求められるライフラインであり、その普及率は2022（令和4）年度末時点で98.3%に達している。一方で、その多くが高度経済成長時代の1970年代に集中的に整備されたものであり、施設の老朽化や管路の耐震化の遅れ、人口減少等による料金収入の減少といった課題に直面しており、また、多くの水道事業者が小規模で経営基盤が脆弱であり、計画的な更新のための備えが不足している状況にある。

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」の3つの観点から、取組みの目指すべき方向性を示した上で、各種施策の推進を図ってきたほか、水道の基盤強化を目的とする「水道法の一部を改正する法律」（平成30年法律第92号）が2018（平成30）年12月6日に成立し、2019（令和元）年10月1日から施行されている。

この改正水道法により、国は、広域連携の推進を含め、水道の基盤強化のための基本方針を定めることとされるとともに、都道府県は、水道事業者等の広域的な連携を推進する

＊41　食品衛生基準科学研究費補助金分については消費者庁で対応。
＊42　2024（令和6）年4月1日以降、国土交通省及び環境省において対応。

よう努めなければならないものとされ、水道基盤強化計画を定めることや広域的連携等推進協議会を設けることができることとされた。

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、PPP/PFI推進アクションプラン（令和５年改訂版）において導入拡大を図ることとなったウォーターPPP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、「水道分野における官民連携推進協議会」の開催等により、官民連携の取組みを支援している。

さらに、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事業の収支見通しの作成・公表に関する努力義務規定を設けている。厚生労働省では、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。

加えて、水道事業に対する国民の理解増進を図るべく、水道事業経営等についてわかりやすくまとめたパンフレットを作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

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

2023（令和5）年度には、7月の秋田県を中心とした大雨、8月の沖縄県を中心とした大雨、2024（令和6）年1月の能登半島地震により、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、国土強靱化のための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、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。

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4億1千万人（2022（令和4）年時点）が、保護されていない井戸、保護されていない泉、地表水など、改善されていない水源を利用している状況にあり、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 水道整備・管理行政の移管について

水道整備・管理行政の移管の内容を含む、「生活衛生等関係行政の機能強化のための関係法律の整備に関する法律案」が第211回国会（通常国会）において成立し、2024（令和6）年4月に水道整備・管理行政が国土交通省及び環境省へ移管された。

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94万店が営業している[*43]（図表7-13-1）。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、さらに近年は物価高騰等の影響も受けており、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

＊43 総務省・経済産業省「令和3年経済センサス-活動調査」を厚生労働省で再編加工。

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「買物弱者等」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、買物弱者等対策のほか、地域の健康づくりや地域コミュニティの活性化等に積極的に貢献していくことが期待される。

生衛業の振興については、こうした課題も踏まえ、生活衛生関係営業対策事業費補助金における先進的モデル事業（特別課題）により各営業が抱える課題に対応していくとともに、生活衛生関係事業者の連携促進を通じた地域活性化等の施策を進めている。また、日本政策金融公庫の政策金融では、生衛業の経営者に対して事業の振興や経営改善のために低利での融資を実施するとともに、従業員の雇用確保等のため賃上げを行う際の特別貸付を実施している。

図表7-13-1　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	945千店
1中学校区あたりの数	93.8店
従業者数	5,869千人
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）	440千店	43.7店
美容業	162千店	16.1店
理容業	87千店	8.6店
喫茶店	59千店	5.9店
洗濯業	43千店	4.3店
宿泊業	45千店	4.5店
食肉販売業	15千店	1.5店
一般公衆浴場	2千店	0.2店
興行場（映画館を含む）	5千店	0.5店
その他	87千店	8.6店

（注）　事業所数及び従業者数は総務省・経済産業省「令和３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）、「1中学校区あたりの数」は文部科学省「令和３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 旅館業法等の改正について

「生活衛生関係営業等の事業活動の継続に資する環境の整備を図るための旅館業法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第52号。以下「旅館業法等改正法」という。）については、第211回国会（通常国会）において、政府案を一部修正の上、2023（令和5）年6月7日に可決成立し、同月14日に公布され、同年12月13日に施行された。

旅館業法等改正法では、旅館業の施設における感染防止対策の充実、カスタマーハラスメントへの対応、差別防止の更なる徹底等を規定するとともに、生活衛生関係営業者等が必要に応じて円滑に事業譲渡を行うことができるよう営業者の地位の承継について規定している。

また、2023年度に開催した「改正旅館業法の円滑な施行に向けた検討会」及び「改正旅館業法の円滑な施行に向けた検討会ワーキンググループ」において、感染症患者、障害者等の旅館業の施設の利用者からも意見を聴取した上で、旅館業の施設において特定感染症の感染防止に必要な協力の求めを行う場合の留意事項並びに宿泊拒否制限及び差別防止に関する指針（令和5年11月15日厚生労働大臣決定）を策定するとともに、政省令及び通知の改正等を行った。

旅館業法等改正法の内容及び指針について、周知用ポスターや相談窓口の周知等を行っているほか、旅館業の営業者向けに作成した研修ツールの周知や厚生労働省ホームページへの掲載、講演等を行っているところであり、引き続き周知を図っていく。

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[*44]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。

さらに、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。

第14節 原爆被爆者の援護

被爆者援護法[*45]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、2010（平成22）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、合計26回の議論が行われ、2013（平成25）年12月に、報告書が取りまとめられた。これを受けて「新しい審査の方針」（2008（平成20）年3月17日）の改正が行われ、審査基準の明

＊44 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。
＊45 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

確化とともに、積極的認定範囲が拡大された。この積極的認定範囲が拡大された新しい審査の方針の下で、これまで（2014（平成26）年1月から2024（令和6）年3月末まで）に約8,400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（令和4）年3月に通知を発出し、同年4月から被爆者健康手帳の交付を開始した。

第15節 ハンセン病問題対策の推進

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問題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問題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、同検討会において議論が進められ、2023（令和5）年3月に報告書が取りまとめられた。厚生労働省においては、本報告書の提言を踏まえ、2023年5月からハンセン病に関する偏見差別の現状を把握するため、住民意識調査を開始した。2023年度、2024（令和6）年度の2カ年で調査を完了する予定である。



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

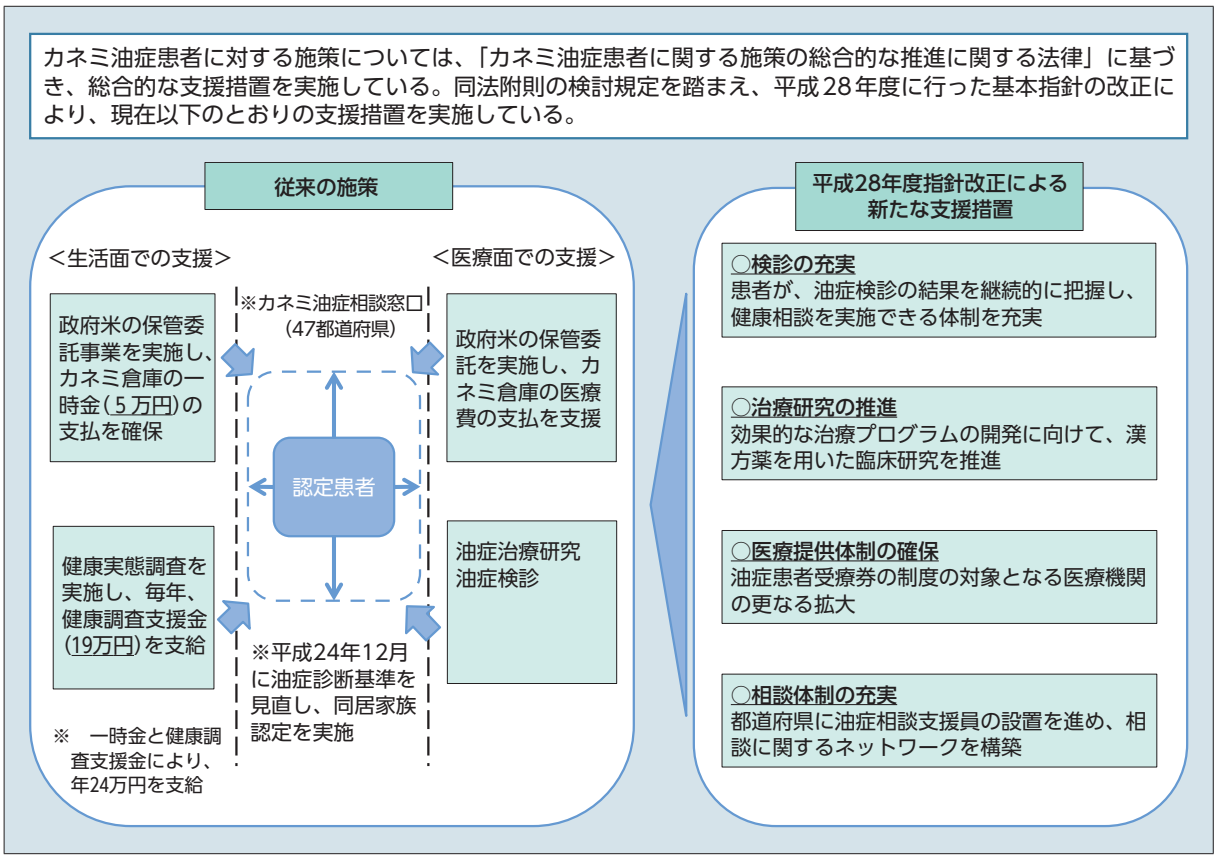
ずるべきとの意見を踏まえ、議員立法により「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（平成24年法律第82号）が成立し、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行っていくこととなった（**図表7-16-1**）。

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、347名（2024（令和6）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。

2015（平成27）年9月には、カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律施行後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、同法附則第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。

2023（令和5）年6月24日に第21回、2024年1月13日に第22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7-16-1　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系



第8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。

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）が成立し、2018（平成30）年4月より施行された。

また、同法の施行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、2022（令和4）年6月に最終的な報告書を取りまとめ、当該報告書に基づいた「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」（令和4年法律第104号。以下「障害者総合支援法等改正法」という。）が2022年12月に成立し、2024（令和6）年4月1日より施行された（図表8-1-1）。

図表8-1-1　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等の一部を改正する法律（令和４年法律第104号）の概要

趣　旨

（令和４年12月10日成立、同月16日公布）

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

概　要

１．障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

①共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。

②障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。

③都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

２．障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

①就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。

②雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。

③障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

３．精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

①家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。

②市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。

③虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

４．難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

①難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。

②各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

５．障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（ＤＢ）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害ＤＢ、難病ＤＢ及び小慢ＤＢについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

６．その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

①市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。

②地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。　等

このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第２項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和６年４月１日（ただし、２①及び５の一部は公布後３年以内の政令で定める日、３②の一部、５の一部及び６②は令和５年４月１日、４①及び②の一部は令和５年10月１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、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、2024（令和6）年4月1日から369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、共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援を法律上明確化するとともに、基幹相談支援センター及び地域生活支援拠点等の整備を努力義務化した。また、就労アセスメントの手法を活用した「就労選択支援」を創設することとした。

2024（令和6）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、障害福祉分野の人材確保のため、介護並びの処遇改善を行うとともに、障害者が希望する地域生活の実現に向けて、介護との収支差率の違いも勘案しつつ、新規参入が増加する中でのサービスの質の確保・向上を図る観点から、経営実態を踏まえたサービスの質等に応じたメリハリのある報酬設定を行った（**図表8-1-2**）。

図表8-1-2　令和６年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容

1　障害福祉サービス等における横断的な改定事項

・現行の処遇改善加算の一本化及び加算率の引き上げ
＜職種間配分ルールの統一、月額賃金改善に関する要件の見直し　等＞
・地域生活支援拠点等において、情報連携等を担うコーディネーターの配置を評価する加算を創設
＜地域生活支援拠点等機能強化加算【新設】500単位／月＞
・強度行動障害を有する障害者の受入体制の強化や、「中核的人材」の配置や「集中的支援」について評価（生活介護・施設・グループホーム等）
＜基礎研修受講者を20％以上配置し、区分６かつ行動関連項目10点以上の者に支援を行った場合　360単位／日、集中的支援加算（Ⅰ）【新設】1000単位／月　等＞
・感染症発生時に備えた医療機関との連携強化（施設等）
＜障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅰ）【新設】10単位／月　等＞
・障害者虐待防止措置や身体拘束の適正化等、必要な基準を満たしていない場合の減算の導入・見直し（全サービス共通）
＜虐待防止措置未実施減算【新設】所定単位数の１％減算　等＞
・通所系サービスにおける食事提供加算の見直し
＜栄養面の評価を導入したうえで、経過措置を令和９年３月31日まで延長＞
・物価高騰を踏まえた施設における補足給付の基準費用額（食費・光熱水費）の見直し
＜基準費用額　54,000円　⇒　55,500円＞
・障害福祉現場の業務効率化（全サービス共通）
＜管理者の兼務範囲の見直し、テレワークの取扱いの明確化、申請書類の標準化　等＞

2　訪問系サービス（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援）

・居宅介護の特定事業所加算に算定にあたり、重度障害児への対応を評価
＜特定事業所加算の算定要件に重症心身障害児及び医療的ケア児への支援を追加＞
・入院中の重度訪問介護の利用について特別なコミュニケーション支援を必要とする障害支援区分４及び５の利用者も対象に追加
＜入院中の重度訪問介護利用の対象　区分６⇒　区分４以上＞
・重度化・高齢化を踏まえた居宅介護・重度訪問介護の国庫負担基準の見直し
＜居宅介護の国庫負担基準に介護保険対象者の区分を追加　等＞

3　日中活動系サービス（生活介護・短期入所）

・生活介護においてサービス提供時間に応じた評価を導入
＜生活介護の基本報酬の見直し。なお、サービス提供時間については、個別支援計画に定めた個々の支援時間で算定することを基本とするなど一定の配慮を設ける＞
・医療的ケアが必要な者へ対応の評価（生活介護・施設・短期入所）
＜人員配置体制加算（Ⅰ）利用定員20人以下 321単位／日、喀痰吸引等実施加算【新設】30単位／日　等＞
・短期入所における緊急時の受け入れを更に評価
＜緊急短期入所受入加算（Ⅰ）180単位　⇒　270単位　等＞
・福祉型短期入所サービスにおける医療的ケア児者の受入れを促進
＜医療型ケア対応支援加算【新設】120単位／日　等＞

4　施設系・居住支援系サービス（施設入所支援・共同生活援助・自立生活援助）

・施設のすべての入所者に対して、地域移行の意向を確認。グループホームの見学、地域活動への参加等を評価
＜意向確認に関する指針未作成の場合の減算　５単位／日、地域移行促進加算（Ⅱ）【新設】60単位／日等＞
・施設における10人規模の利用定員の設定
＜基本報酬で対応。生活介護も同様の対応＞
・施設から地域へ移行し、入所定員を減らした場合の加算を創設
＜地域移行支援体制加算【新設】＞
・グループホームから希望する一人暮らし等に向けた支援の評価
＜自立生活支援加算（Ⅰ）【新設】1000単位／月　等＞
・世話人の配置基準に応じた基本報酬区分を改め、サービス提供時間の実態に応じて加算する報酬体系へ見直し
＜グループホームの基本報酬の見直し＞
・グループホーム等において地域連携推進会議を設置し、地域の関係者を含む外部の目を定期的に入れる取組を義務づけ
＜運営基準に規定。ただし、令和６年度は努力義務とし、令和７年度から義務化＞

5　訓練系サービス（自立訓練（機能訓練）・自立訓練（生活訓練））

・社会生活の自立度評価指標（SIM）の活用と報酬上の評価
＜個別計画訓練支援加算（Ⅰ）【新設】47単位／日　等＞
・ピアサポートの専門性の評価
＜ピアサポート実施加算【新設】100単位／月＞

6　就労系サービス（就労移行支援・就労継続支援Ａ型・就労継続支援Ｂ型・就労定着支援・就労選択支援）

・就労移行支援事業所を定員10名以上から実施可能となるよう見直し
＜利用定員規模　20人以上⇒　10人以上＞
・就労継続支援Ａ型のスコア方式について、生産活動収支や平均労働時間に応じた評価となるよう項目を見直し
＜就労継続支援Ａ型の基本報酬におけるスコア方式を見直し＞
・就労継続支援Ｂ型における平均工賃月額に応じた報酬体系について、よりメリハリをつけた報酬体系に見直し
＜就労継続支援Ｂ型の基本報酬の見直し、人員配置「６：１」の報酬体系の創設【新設】、目標工賃達成加算【新設】10単位／日　等＞
・就労定着支援の基本報酬を就労定着率のみに応じた報酬体系に見直し
＜就労定着支援の基本報酬の見直し＞
・就労選択支援の円滑な実施のための基本報酬・人員配置基準等の設定
＜就労選択支援サービス費【新設】　1210単位／日＞

7　相談系サービス（計画相談支援・障害児相談支援）

・支援の質の高い相談支援事業所の整備を推進するため、機能強化型の基本報酬を充実
＜計画相談支援の基本報酬の見直し＞
・地域の中核的な相談支援事業所の主任相談支援専門員を更に評価
＜主任相談支援専門員配置加算　100単位／月
⇒　主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）（Ⅱ）　300単位／月・100単位／月＞
・相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算の拡充
＜医療・保育・教育機関等連携加算　100単位／月　⇒　150～300単位／月　等＞

8　障害児支援（児童発達支援・放課後等デイサービス・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設）

・児童発達支援センター等における中核機能を評価
＜中核機能強化加算【新設】22単位～155単位／日
中核機能強化事業所加算【新設】75単位～187単位／日＞
・児童発達支援・放課後等デイサービスにおいて総合的な支援を推進
＜総合的な支援の提供を基本とすることを運営基準に規定　等＞
・児童発達支援・放課後等デイサービスにおいてサービス提供時間に応じた評価を導入
＜児発・放デイの基本報酬の見直し　＞
・支援ニーズの高い児への支援の評価を充実
＜入浴支援加算【新設】55単位／日、視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算【新設】100単位、強度行動障害児支援加算　155単位／日　⇒　200又は250単位／日　等＞
・家族支援の評価を充実
＜事業所内相談支援加算　80単位／月１回　⇒　家族支援加算　80単位／月４回（オンライン 60単位）、延長支援加算の見直し　等＞
・インクルージョン推進の取組への評価を充実（保育所等訪問支援の充実　等）
＜訪問支援員特別加算　679単位／日　⇒　700又は850単位／日＞
・障害児入所支援における小規模化や地域生活に向けた支援等への評価を充実
＜小規模グループケア加算　240単位／日　⇒　186～320単位／日
サテライト型　+308単位／日　⇒　+378単位／日、移行支援計画の作成等を運営基準に規定　等＞

資料：厚生労働省・こども家庭庁作成

(4) 第７期障害福祉計画

「障害者総合支援法」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を策定することとしている。2023（令和5）年2月には、社会保障審議会障害者部会での議論を経て、2024（令和6）年度から2026（令和8）年度までの3年間の計画（第７期障害福祉計画）の策定のため、基本指針の改正を行った。都道府県、市町村においては、この基本指針に即して３年間の計画を作成し、2024年４月から、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8-1-3**）。

図表8-1-3　「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」改正後　概要

1. 基本指針について

○「基本指針」（大臣告示）は、市町村及び都道府県が障害福祉計画及び障害児福祉計画を定めるに当たっての基本的な方針。
○都道府県及び市町村は、基本指針に則して原則３か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。
○第７期障害福祉計画及び第３期障害児福祉計画に係る基本指針は、令和５年５月１９日に告示。
　計画期間は令和６年４月～令和９年３月。

2. 本指針の構成

第一　障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に関する基本的事項
一　基本的理念
二　障害福祉サービスの提供体制の確保に関する基本的考え方
三　相談支援の提供体制の確保に関する基本的考え方
四　障害児支援の提供体制の確保に関する基本的考え方

第二　障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標（成果目標）
一　福祉施設の入所者の地域生活への移行
二　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
三　地域生活支援の充実
四　福祉施設から一般就労への移行等
五　障害児支援の提供体制の整備等
六　相談支援体制の充実・強化等
七　障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築

第三　計画の作成に関する事項
一　計画の作成に関する基本的事項
二　市町村障害福祉計画及び市町村障害児福祉計画の作成に関する事項
三　都道府県障害福祉計画及び都道府県障害児福祉計画の作成に関する事項
四　その他

第四　その他自立支援給付及び地域生活支援事業並びに障害児通所支援等の円滑な実施を確保するために必要な事項等
一　障害者等に対する虐待の防止
二　意思決定支援の促進
三　障害者等の芸術文化活動支援による社会参加等の促進
四　障害者等による情報の取得利用・意思疎通の推進
五　障害を理由とする差別の解消の推進
六　障害福祉サービス等及び障害児通所支援等を提供する事業所における利用者の安全確保に向けた取組や事業所における研修等の充実

資料：厚生労働省・こども家庭庁作成

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8-1-4**）。

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8-1-4　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。

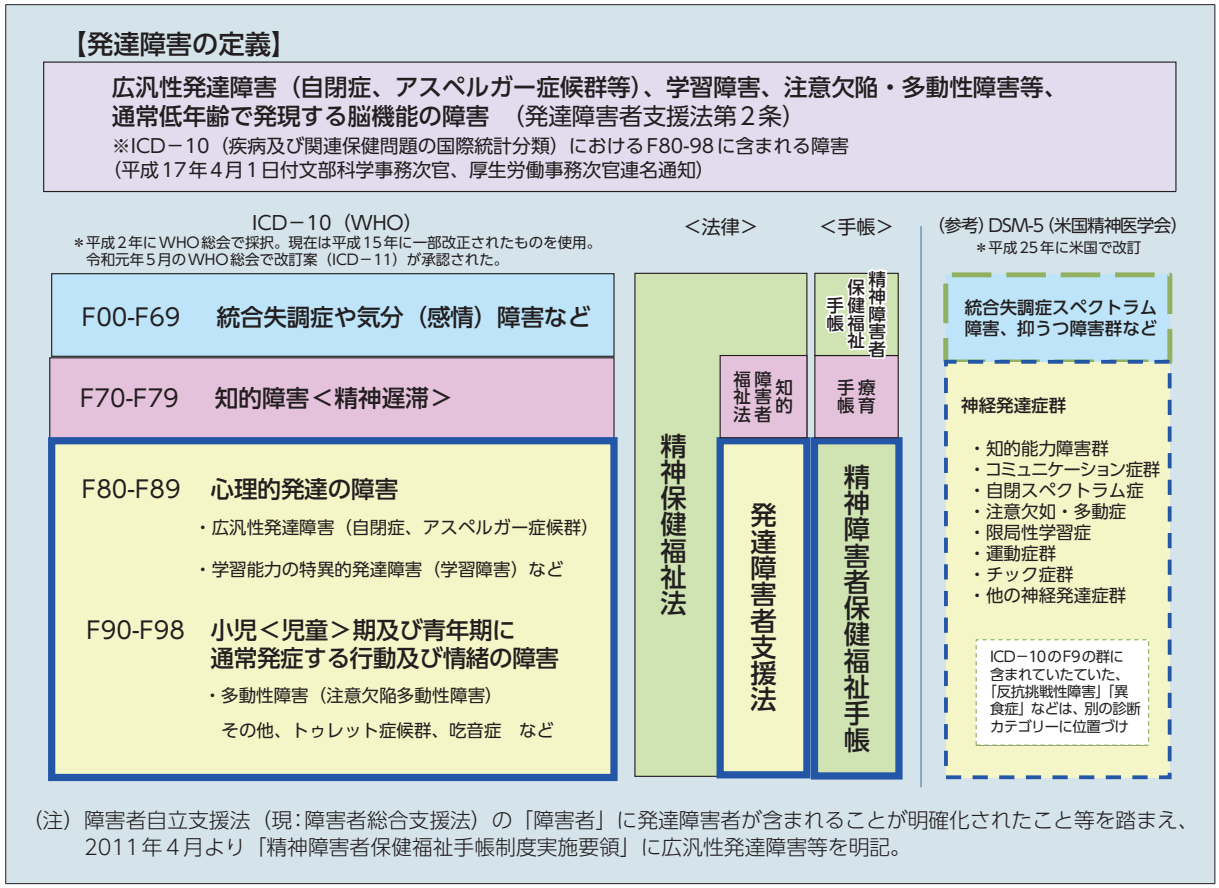
※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

3　発達障害児者の支援

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8-1-5）、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、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」（平成28年法律第64号）が2016（平成28）年5月に成立し、同年8月より施行された。

図表8-1-5　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）発達障害児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、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居場所づくり等を行うための取組みへの支援を実施している。

（2）発達障害児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、2023（令和5）年度も引き続き、モデル事業を実施した。

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、支援手法の開発や早期支援等に取り組んでいる。センター内に発達障害情報・支援センターを設置し、全国の発達障害者支援センターや研究機関等の協力の下、発達障害に関する情報を集約しホームページ等で発信している。また、文部科学省、厚生労働省の協力の下、発達障害教育推進センターと協働し、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「発達障害ナビポータル」を構築し、2021（令和3）年より運用している。2023（令和5）年4月、「発達障害のある方やその家族が、必要な情報を得て、適切な支援につながれる」をコンセプトとした、当事者・家族向けの情報検索ツール「ココみて（KOKOMITE）」を公開した（**図表8-1-6**）。

図表8-1-6　当事者・家族向け情報検索ツール「ココみて（KOKOMITE）」の表示例



（当事者・家族向け情報検索ツール「ココみて（KOKOMITE）」 https://hattatsu.go.jp/libraries2/）

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) 発達障害児者への医療提供体制の充実

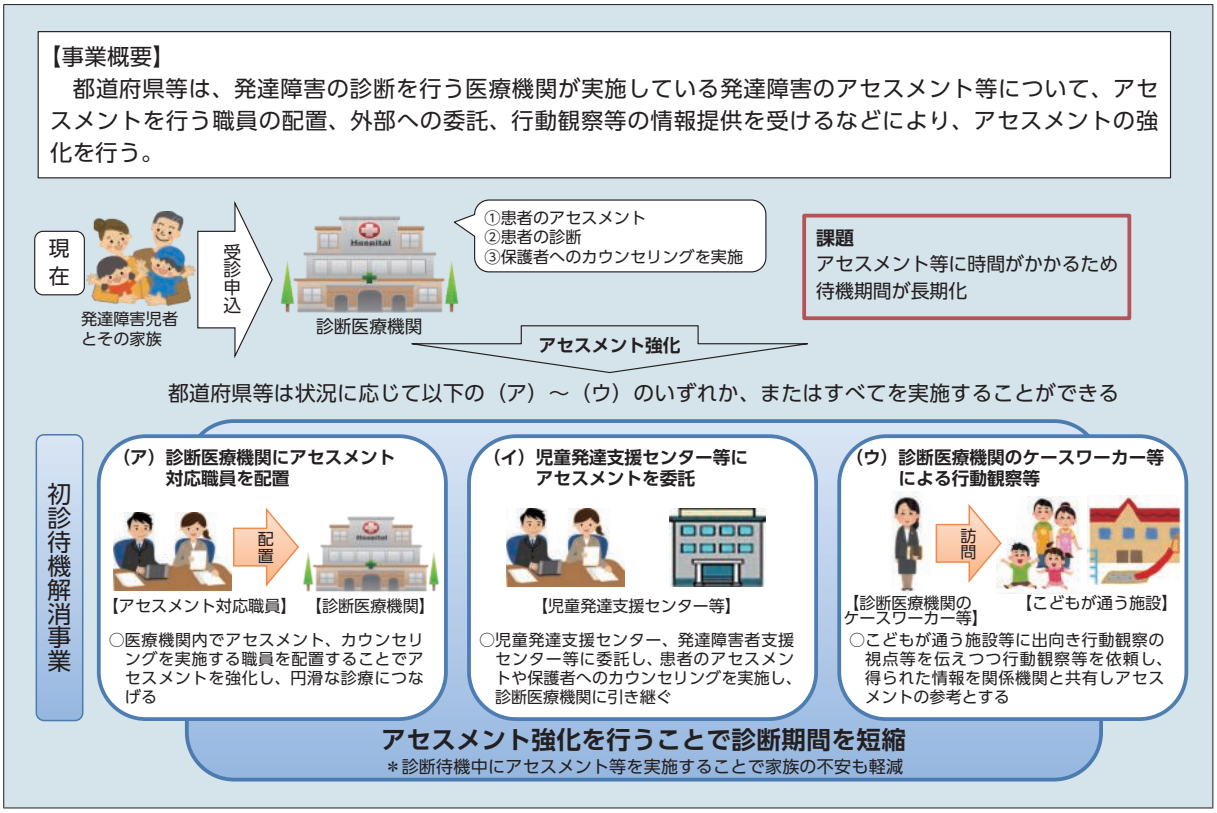
厚生労働省においては、2016（平成28）年度より、地域で指導的な立場にある医師が地域のかかりつけ医等に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえて実施する研修への補助を行い、都道府県・指定都市のどの地域においても一定水準の発達障害の診療・対応が可能となるよう取り組んでいる。さらに、2018（平成30）年度からは「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」において、都道府県・指定都市が、発達障害に関する医療機関のネットワークを構築し、発達障害の診療や支援を行う医師を養成するための実地研修等を実施することを支援している。

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8-1-7**）。

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事例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向けた研修に加え、各種セミナー等を開催し、人材育成に取り組んでいる。

図表8-1-7　発達障害専門医療機関初診待機解消事業



（4）発達障害児支援に関する福祉・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こ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。

また、こども大綱やこども未来戦略（2023（令和5）年12月22日閣議決定）において、福祉・教育分野の連携の促進が盛り込まれ、2024（令和6）年度障害福祉サービス等報酬改定においては、教育と連携した様々な取組みについて評価の充実を図った。

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、2022（令和４）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、独立行政法人福祉医療機構が運営する「WAM NET（ワムネット）」での制度の紹介等、広報啓発活動に取り組んでいる。



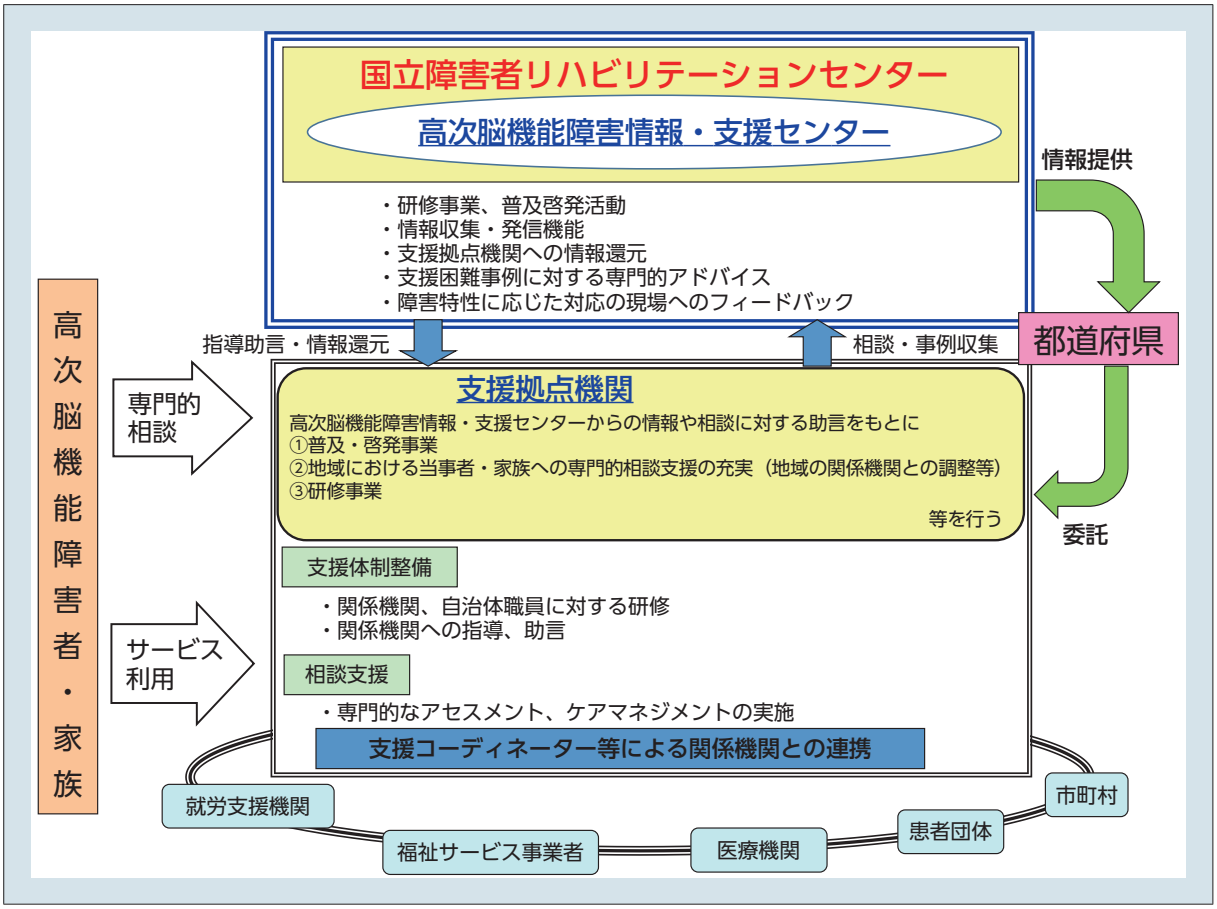
5 高次脳機能障害者の支援

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8-1-8**）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8-1-8　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、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補装具費支給制度のほか、地域生活支援事業などを行っている。地域生活支援事業では、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（第2期）」（2023（令和5）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、2023年に「いしかわ百万石文化祭2023」（第38回国民文化祭、第23回全国障害者芸術・文化祭）を開催した。

また、2019（令和元）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（令和２）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。

さらに、2022（令和４）年５月に施行された「障害者による情報の取得及び利用並びに意思疎通に係る施策の推進に関する法律」（令和４年法律第50号）を踏まえ、障害特性に配慮した意思疎通支援や支援者の養成等の促進を図ることとした。

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、2020（令和２）年は614.8万人（入院患者数28.8万人、外来患者数586.1万人）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。１年以上の長期入院患者は減少傾向にあるが、2020年は17.0万人であり、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。

２　精神保健医療福祉の取組状況について

精神障害のある人の人権に配慮した適正な医療及び保護の実施、精神障害のある人の社会復帰の促進、国民の精神的健康の保持・増進を図るための精神保健施策の一層の推進を図っている。

2022（令和４）年10月１日現在、我が国の精神病床を有する病院数は約1,600か所、精神病床数は約32万床となっている。また、2023年６月末現在、精神病床の入院患者数は約25.6万人であり、このうち、約12.4万人が任意入院、約12.9万人が医療保護入院、約1,600人が措置入院となっており、措置入院による入院者については、公費による医療費負担制度を設けている。

このほか、夜間や土日・祝日でも安心して精神科の救急医療が受けられるよう精神科救急医療体制の整備をしている。

2021（令和３）年10月から精神障害を有する方や精神保健上の課題を抱えた方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、「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」を実施し、身近な市町村等における相談支援体制の整備に向けた取組みや医療保護入院等の制度の見直し等について、2022年６月に報告書が取りまとめられた。

報告書を踏まえ、2022年臨時国会には、「精神保健福祉法」の改正を含む改正法案が提出され、「障害者総合支援法等の一部を改正する法律」（令和４年法律第104号）が成立した。改正法においては、精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制を整備するため、

包括的な支援の確保を明確化するほか、権利擁護等の観点から、医療保護入院制度における入院期間の法定化、地域援助事業者の紹介義務等の退院支援措置の取組み、精神科病院における虐待防止措置の義務化や虐待を発見した場合の都道府県等への通報義務等の取組み、「入院者訪問支援事業」の創設等について定められた。

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。

そのほか、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。

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。2023（令和5）年5月及び2024（令和6）年3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6回及び第7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。2024年3月末日現在の資格登録者数は71,987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み方法を示し、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[*1]。また、労働安全衛生法に基づく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

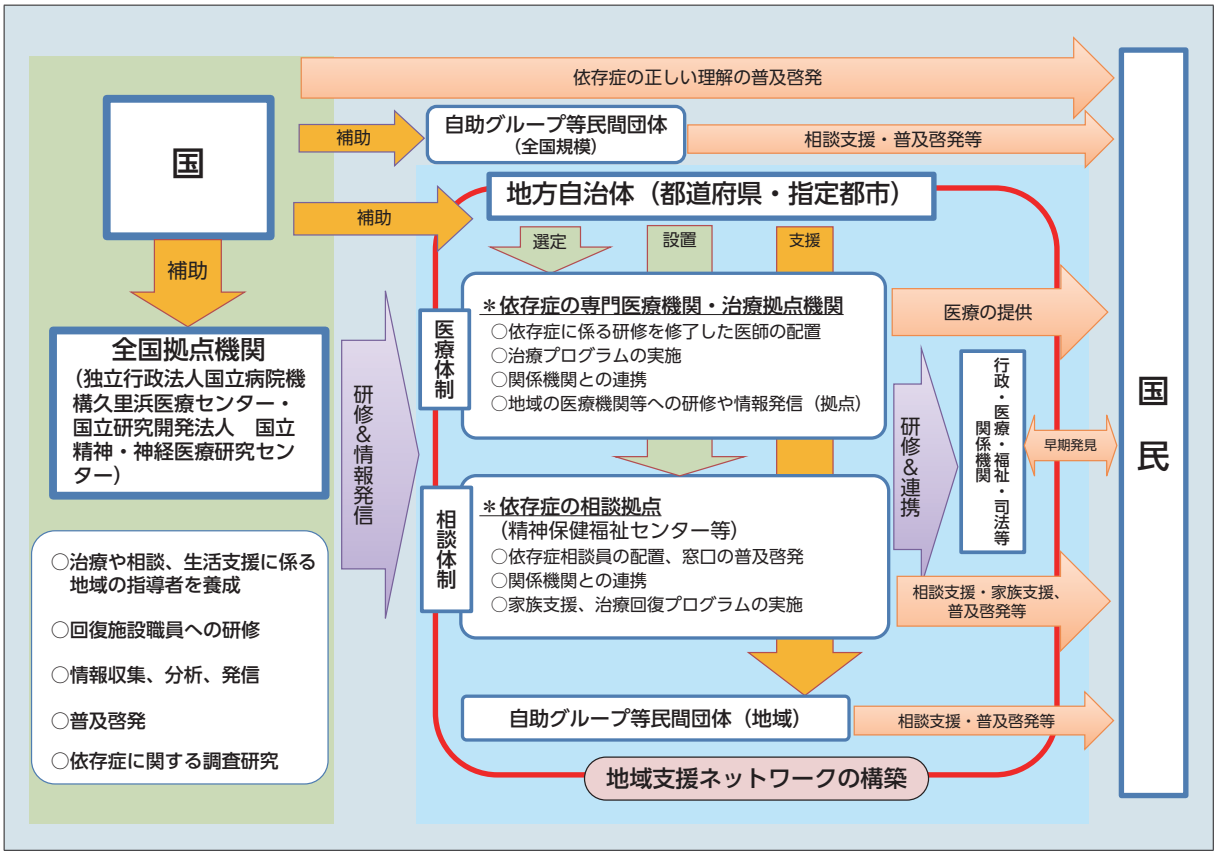
＊1　職場におけるメンタルヘルス対策については、第1章第6節参照。

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。2023（令和5）年度は、第2期計画に基づき、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るために、国民のそれぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」を作成した。

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。

図表8-3-1　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、インターネット等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/）





2024（令和6）年3月7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

Butterfly Heart

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9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対応等で得られた教訓を踏まえ、将来の公衆衛生危機への予防・備え・対応を行い、有事にも平時にも資する各国の保健システムを強化することや、高齢化の進行や生活習慣病等の非感染症疾患（Non-Communicable Diseases：NCDs）の増加への対応には、多国間の連携が不可欠である。また、デジタル化・グリーン化による産業構造の変化に対する労働市場での取組みも、国際的に議論が行われる課題となっている。

2022（令和4）年5月には、政府のグローバルヘルス戦略が策定され、本戦略の目標であるグローバルヘルス・アーキテクチャーの構築への貢献及びより強靭、より公平、より持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：UHC）の達成に向けた取組みを行っている。

日本国民の健康と生活の安定を守るため、厚生労働省は、世界保健機関（World Health Organization：WHO）や国際労働機関（International Labour Organization：ILO）を始めとする国際機関の活動等へ積極的に参画し、国際社会における課題設定や合意形成に努めている。

1　保健医療分野

(1) G7及びG20



G7代表者の集合写真

G7とは、フランス、米国、英国、ドイツ、日本、イタリア、カナダ（議長国順）の7か国及び欧州連合（EU）が参加し、G7首脳会合や関係閣僚会合において、その時々の国際社会における重要な課題について議論を行う枠組みである。2023（令和5）年は日本がG7の議長国として、G7広島サミット及び関係閣僚会合を主催した。保健分野では、同年5月13日及び14日にG7長崎保健大臣会合を長崎県長崎市で開催し、「より健康な未来に向けた協働」をテーマに、①健康危機への予防・備え・対応（Prevention, Preparedness, Response：PPR）、②ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成への貢献、③ヘルス・イノベーションの促進について議論を行い、これらの議題におけるG7としての共通の方向性や取組みについて記された大臣宣言文が採択された。併せて、附属文書として保健システムの強化を通じたより強靭、より公平、より持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて、G7として

取り組む行動についてまとめた「G7 Global Plan for UHC Action Agenda」を採択し、世界でもいち早く国民皆保険を達成し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに係る国際的な議論をリードしてきた国として、世界全体のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成のための取組みの加速化に貢献した。加えて、同年5月13日にG7財務大臣・保健大臣合同会合も開催し、平時からの緊密な財務・保健連携の重要性について議論を行い、「財務・保健連携強化及びPPRファイナンスに関するG7共通理解」を取りまとめた。また、同年10月31日には、G7として初めてとなる保健、農業、環境の3分野合同での「G7ワンヘルス・ハイレベル専門家会合」を開催し、「ワンヘルス・アプローチに関するG7共通理解」を取りまとめた。



会合の様子

G20とは、G7に加え、アルゼンチン、豪州、ブラジル、中国、インド、インドネシア、メキシコ、韓国、ロシア、サウジアラビア、南アフリカ、トルコ（アルファベット順）が参加する枠組みである。2023年のG20については、8月にインド（ガンディーナガル）において保健大臣会合が開催された。①健康危機への予防・備え・対応、②安全で、有効な、質の高い感染症危機対応医薬品等（Medical Countermeasures：MCM）へのアクセス、③ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと保健サービス向上のためのデジタルヘルスについて議論が行われ、同内容をまとめた成果文書及び議長総括が発出された。

同年8月19日には、G20財務大臣・保健大臣合同会合も開催され、パンデミック対応における財務・保健連携の必要性等について意見交換が行われた。

(2) 世界保健機関（WHO）

WHOは、全ての人々が可能な最高の健康水準に到達することを目的とし、感染症対策、医薬品・食品安全対策、健康増進対策等を行う国際機関である。日本は、総会や執行理事会における審議や決定等に積極的に関与している。

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・改革の必要性や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。2023（令和5）年5月に開催された第76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・カバレッジ達成に向けたプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）、持続可能な財政の在り方等について議論された。また、2023年10月には、第74回WHO西太平洋地域委員会が開催され、西太平洋地域における事業について議論された。

今後注目されるWHOにおける取組みには、①パンデミックへの予防、備えと対応に関するWHOの新たな法的文書（WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response：WHO CA+、いわゆる「パンデミック条約」）の策定、②国際交通及び取引に与える影

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みである、国際保健規則（International Health Regulations：IHR）の部分改正等が挙げられる。上記①について、2021（令和3）年の第２回WHO特別総会で設立が決定した政府間交渉会議では日本は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、円滑かつ活発な議論促進に貢献している。また、上記②について、2022（令和４）年１月の第150回WHO執行理事会では、国際保健規則（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、各国は2022年９月までに改正案を提出することとなり、我が国も改正案を提出した。2022年11月以降、複数の加盟国から提案された306の改正箇所について議論を行っている。WHO CA＋作成と国際保健規則（IHR）改正に向けた作業は、2024（令和６）年５月の第77回WHO総会での提出及び採択を目指して、同時並行で作業が進められている。

なお、国際保健規則（IHR）では、2005（平成17）年の改正以降、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について、WHOに通報する義務を負うことになっている。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、国際保健規則（IHR）に基づき通報を行った。2020（令和２）年１月にWHOが国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）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、日本は国際保健規則（IHR）に基づいた通報を行っている。さらに、各国の国際保健規則（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国際保健規則（IHR）合同外部評価（Joint External Evaluation：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、国際保健規則（IHR）のモニタリング調査を行っている。

また、2023年11月30日から12月13日までアラブ首長国連邦（UAE）・ドバイで開催された国連気候変動枠組条約第28回締約国会議（COP28）において「健康の日」が設けられ、WHOはアラブ首長国連邦（UAE）政府等と、各国の保健大臣らを招いて気候・保健大臣会合を開催し、「気候と健康に関するCOP28宣言」と、同宣言を支持した我が国を含む123か国を発表した。気候変動が健康に負の影響を与えることを防ぐための対応が議論される中、我が国からは「気候変動と共存し得る医療システムをいかに構築していくのかという課題に人類は直面しており、気候変動をも含有するユニバーサル・ヘルス・カバレッジに改めて注目する必要がある」等の考えを表明した。

【参考】　令和６年度世界保健機関拠出金　　291,013千円
　　令和６年度世界保健機関分担金　6,363,674千円

(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。2023（令和5）年の同委員会では、議長国を務めたG7長崎保健大臣会合やG7広島サミットの成果報告のほか、医療サプライチェーン強靱化に向けた取組み等について情報を共有した。2024（令和6）年1月にフランスで開催された第4回OECD保健大臣会合では、保健システム強靱化のための健康危機への予防・備え・対応、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成の重要性、医療保険制度の持続可能性を高めるための日本の取組みについて発言したほか、公衆衛生上の脅威である薬剤耐性（AMR）対策に関する日本の取組みを紹介した。

（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、ASEAN＋3保健大臣会合が2004（平成16）年から2年に1回、高級実務レベル会合が毎年開催されている。2023（令和5）年5月には、ASEAN＋3高級事務レベル会合がラオス・ルアンパバーンで開催された。同会合では、ASEAN事務局から2021-2022年の保健分野等における関連会合やプロジェクトの成果・進捗報告があった他、ASEAN感染症センターの実働に向けた期待等が述べられた。2024（令和6）年には、ASEAN＋3保健大臣会合がラオス・ルアンパバーンにて開催予定である。

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。2017（平成29）年7月には、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ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）年までに各国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するための施策をまとめた「日ASEAN UHCイニシアティブ」を発表した。

（5）日中韓三国保健大臣会合

2023（令和5）年12月に中国（北京）で開催された第16回日中韓三国保健大臣会合では、パンデミックへの予防・備え・対応における協力、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進、健康的な高齢化について議論し、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16回日中韓三国保健大臣会合共同声明」を採択した。また、保健分野における幅広い協力の強化について盛り込んだ「日中韓保健分野の協力に関する協力覚書」に署名した。

（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。2023（令和5）年5月には、日本で閣僚級会議が開催され、生物、化学、放射線、核（CBRN）の脅威に対する国際的な健康への備えと対応の強化と、CBRN脅威に対応するために必要な危機対応医薬品等（MCM）へのアクセスを確保するための準備と連携の重要性について議論した。

そのほか、2024（令和6）年2月に第6回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医療マネジメント、③抗微生物薬のアクセスと規制、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の進捗を共有した。

2023年8月には、アジア太平洋経済協力（Asia Pacific Economic Cooperation：APEC）2023保健ハイレベル会合が開催され、「プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）とパンデミック予防」、「イノベーションとデジタルヘルス」及び「ジェンダーと健康の公平性」の3つのテーマについて議論された。

我が国からは、「持続可能な医療財政」のセッションにおいて、日本の抱える医療財政課題とそれに対する取組みとして「地域包括ケアシステム」等について紹介するとともに、日本が1961（昭和36）年に国民皆保険制度を整え、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを早期達成した知見をAPECの国や地域と共有し、当該地域で推進していくための日本の国際的なリーダーシップをアピールした。

2023年9月には、第78回国連総会ハイレベルウィークの中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジハイレベル会合が開催された。日本が同年に議長国として開催したG7長崎保健大臣会合及びG7財務大臣・保健大臣合同会合の成果を踏まえ、世界中の人々の「より健康な未来に向けた協働」のために平時にも有事にも資するユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成への取組みをさらに進めることや、健康危機への予防・備え・対応のための国際的な協調の必要性について発信した。

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 Innovations：CEPI）、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）、及び薬剤耐性菌感染症に対する新規治療薬の開発を推進するグローバル抗菌薬研究開発パートナーシップ（Global Antibiotic Research and Development Partnership：GARDP）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。

また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（Global Fund）への拠出を通じ、途上国における三大感染症（エイズ、結核、マラリア）対策及び保健システム強化に対する支

援を行い、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）達成に向けた取組みに貢献している。また、ストップ結核パートナーシップへの拠出を通じて、革新的な結核診断機器や治療薬の結核蔓延国への供給、特に、小児多剤耐性結核治療の推進を支援している。

2 労働分野

(1) G7及びG20

G7の労働分野では、2023（令和5）年4月22日及び23日に、G7倉敷労働雇用大臣会合を岡山県倉敷市で開催した。本会合では、「人への投資」のテーマの下で、①労働市場のレジリエンスの涵養（①－1ポストコロナや現下の課題に対応した労働市場政策、①－2デジタルトランスフォーメーション／グリーントランスフォーメーションと人への投資）、②包摂的な労働市場の整備、③ワーク・エンゲージメントの向上とディーセント・ワークの推進について議論が行われ、G7倉敷労働雇用大臣宣言が採択された。本会合では、人への投資の中心となるリスキリングは、労働者が社会変化に対応するための能力向上支援にとどまらず、生産性の向上や賃上げに繋がるものであり、「経費」ではなく「投資」であるとの認識を共有することができた。



G7代表者の集合写真



会合の様子

G20の労働分野では、2023年7月20日及び21日に、G20労働雇用大臣会合がインド共和国（インドール）で開催された。本会合では、グローバルなスキルギャップへの対処、ギグワーカー・プラットフォームワーカーとして働く人のための適切な社会的保護と労働条件、全ての人のための適切な社会的保護のための持続可能な財政といった課題について議論が行われた。

我が国からは厚生労働大臣が出席し、G7労働雇用大臣会合における「人への投資」に係る議論の成果を踏まえて、各国が協調して生産性向上や人材活用を図る上ではリスキリングによる支援が重要であるとのG7の合意を発信するとともに、多様な働き方への対応や女性・高齢者・障害者の労働市場参加に関する我が国の取組みを共有し、包摂的・持続的でレジリエントな「仕事の未来」に向けた合意形成に貢献した。

(2) 国際労働機関（ILO）

ILOは、労働条件の改善を通じて社会正義の実現等に寄与することを目的として、雇用・労働の分野における国際的な取組みを行う機関であり、労働組合や使用者団体も交え

た政労使三者構成を特徴としている。日本は、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191の条約及び208の勧告を採択しており、2024（令和6）年3月末時点では、日本は、このうち50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。

2023（令和5）年6月の第111回ILO総会では、厚生労働副大臣が演説を行い、G7倉敷労働雇用大臣会合の成果を発信するとともに、社会正義の実現にも資すると考えられるディーセント・ワークのための我が国の取組みについて紹介した。会議では、質の高い見習制度に関する勧告が新たに採択されたほか、社会的保護や公正な移行に関する議論などが行われた。

(3) 経済協力開発機構（OECD）

OECDの労働分野に関する事業の主な活動として、雇用労働問題の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「雇用・労働・社会問題委員会」の開催及びOECD加盟国等の労働経済の分析や雇用関連データの提供を行う「雇用アウトルック」の作成を行っている。また、デジタル化、グローバル化、人口動態の変化に伴うスキルニーズの変化を念頭に各国の成人学習の制度について調査するGetting Skills Rightシリーズの日本版報告書として、2022（令和4）年9月に「スキルレビュー」を公表した。新型コロナウイルス感染症が日本の労働市場に及ぼした影響と政策対応、これからのスキル政策への示唆についてまとめた。

2022年6月には「新型コロナウイルス感染症の危機を乗り越え、全ての人のためのより良い労働市場に向け前進する」をテーマにOECD雇用労働大臣会合が開催され、日本からは新型コロナウイルス感染症の影響を受けた企業に対して行った雇用を維持するための施策や、雇用保険の給付を受けられない労働者等に対して行ったセーフティネットの強化の事例等を紹介するとともに、各国の取組みについて情報共有を行った。会合の成果として、誰も取り残さない労働市場の回復、持続可能性とレジリエンスの促進、テレワーク等新しい仕事の形態への対応等が盛り込まれた閣僚声明が採択された。

(4) 東南アジア諸国連合（ASEAN）

ASEANの労働分野においては、ASEAN＋3労働大臣会合（隔年開催）及びASEAN+3高級労働事務レベル会合（毎年開催）が開催されている。2023（令和5）年11月にはフィリピンを議長国として、第21回ASEAN＋3高級労働事務レベル会合が対面で開催され、厚生労働省からはILOへの任意拠出金を通じたASEAN諸国への支援などについて説明を行った。

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。2023（令和5）年5月にはASEAN＋3社会福祉大臣会合がオンライン形式で開催され、「ジェンダー主流化と社会的包摂を通じたジェンダー平等のためのASEANコミットメントの実施加速」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。2023（令和5）年11月には、第21回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を大分県で開催した。同会合では、「地域で生き生きと自分らしく暮らせる社会の実現に向けて～誰もが自分の力を最大限に発揮するための心身の機能の維持・向上に着目して～」をテーマとして、「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの推進」、「心身の維持強化に向けた地域における介護予防の取組の推進」、「職域における健康増進・予防の取組」、「健康で活動的な高齢化指標の活用」について、誰もが生涯にわたり個人の健康状態やライフスタイル等に応じて、自分の力を最大限に発揮するための心身の機能の維持・向上に向けて、ASEAN各国からの参加者や国内外有識者と共に取組みの現状や課題を共有し、これからの社会を支えるための政策や支援のあり方について議論を行った。

第2節 開発途上国等への国際協力

厚生労働省では、医療保健、水道[*1]、社会福祉、社会保障、労働環境整備、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、様々な形で医療保健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

＊1　2024（令和6）年4月1日以降、国土交通省において対応。

い可能な費用で受けられる状態を指すユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関して、疾病負荷が多様化し、健康格差が拡大する現状にかんがみ、公平性や経済的リスク保護を重視する意味において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進は今後ますます重要になる。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成は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ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を目指している。2017（平成29）年12月には、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジフォーラム2017をWHO、世界銀行、国連児童基金（United Nations Children's Fund：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、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ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ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ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

ILOに対する任意拠出金により、ILOを通じた開発協力事業（マルチ・バイ事業）を実施しており、アジア太平洋地域を中心とした開発途上国におけるグローバル・サプライチェーンにおけるディーセント・ワークの実現のため、労働安全衛生、社会保険制度、児童労働の撲滅等の労働問題の解決を支援している。

また、2011（平成23）年度から、アジア諸国において、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の生活の自立に向けたセミナー実施、互助団体の設立等により、草の根レベルでの社会セーフティネット構築の支援を行っている。

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・運営や技能人材育成のためのシステム整備等に関する助言、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。

3 社会保障・福祉分野

アジア地域の開発途上国における高齢化対策や社会保障制度整備を支援するため、高齢者保健福祉制度の構築に対する専門家派遣や社会福祉・社会保険行政能力向上に関する研修員受入れなどを行っている。

また、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。

2023（令和5）年度においては、7月に韓国で「活力ある老後のための社会参加と健康管理政策について」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等としてシンポジウム等を実施している。また、9月には、ベルギーで日EU双方の労使、学識経験者及び政府が参加し、「社会経済の移行期における学び・学び直し（リスキリング・アップスキリング)」をテーマとする日EUシンポジウムを、12月には、日本で「労働安全衛生分野に関する最新の動向」「雇用分野における女性活躍推進について」、「グローバル・サプライチェーンにおける人権確保の地域協力」をテーマとする日米労働政策対話を、1月には、日本で「G7労働トラックの振り返り～労働力確保や人への投資など独日議長国下の成果のフォローアップ」をテーマとする日独政労使交流をそれぞれ開催した。

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)、地域的な包括的経済連携（Regional Comprehensive Economic Partnership：RCEP）協定及びインド太平洋枠組み（Indo-Pacific Economic Framework for Prosperity：IPEF）サプライチェーン協定が発効している。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。なお、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。

また、現在交渉中のEPA及びFTA（Free Trade Agreement：FTA）としては、日中韓FTA、日トルコEPA及び日コロンビアEPA等がある。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、厚生労働省関係としては、「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」などの分野が存在する。

第10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]」を策定し、統計改革を進めてきた。2022（令和4）年には、同工程表を統計委員会から建議された「公的統計の総合的な品質向上に向けて[*3]」の内容も踏まえた「厚生労働省統計改革工程表[*4]」に改め、引き続き

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。

この5つの柱に関する2023（令和5）年度の主な取組みは、以下のとおりである。

①調査計画やマニュアルに基づいて業務を遂行する体制整備を進めるため、全ての統計調査の既存マニュアルの整備状況を確認した。また、PDCAサイクルに基づき調査計画の履行状況等を点検・評価し、必要な改善措置を実施した。
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、業務効率化を踏まえ、クラウド利用の推進等の要件定義を行った。また、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＋＋に移行した。
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、人材育成基本方針に基づく研修（全職員向け、統計調査所管課室長向け、幹部職員向け等）を実施した。
④調査票情報の利用に関する規程等を見直し、「規制改革実施計画」（令和5年6月16日閣議決定）において求められた調査票情報の提供手続に関する迅速化及び円滑化を実施した。
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した。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、テーマごとに分析を実施した。

厚生労働省においては、これらの取組みについて、今後とも有識者からなる「厚生労働省統計改革検討会」に報告し、専門的見地から助言を受けて取組みを進めることとしている。

＊1 「厚生労働省統計改革ビジョン2019」https://www.mhlw.go.jp/content/10700000/000540387.pdf
＊2 「厚生労働省統計改革ビジョン2019　工程表」https://www.mhlw.go.jp/content/001027717.pdf
＊3 「公的統計の総合的な品質向上に向けて」https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/singi/toukei/report/index.html
＊4 「厚生労働省統計改革工程表」https://www.mhlw.go.jp/content/001028520.pdf

なお、毎月勤労統計調査の不適切な取扱いによる雇用保険などの追加給付について、対象者へのお知らせの送付はおおむね完了し、ご返信いただいた方にはできる限り早期に簡便な手続で追加給付を受けられるように対応しているところである。遺族の情報が特定できない方などに対しては情報登録を求める旨の周知を引き続き行っている[*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2023（令和5）年度までで計約2兆5,810億円の削減を行った。

（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（令和3）年度▲約1,000億円、2022（令和4）年度▲約320億円、2023年度▲約390億円）

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、2024（令和6）年4月1日現在19法人（他省との共管法人2法人を含む。）となっている。

(1) 独立行政法人改革の推進

独立行政法人については、行政改革の推進という観点から、これまでも様々な取組みが進められているが、2013（平成25）年12月24日に独立行政法人の制度や組織等を見直すことを内容とする「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」が閣議決定された。

同方針の内容を踏まえた、「独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律」（平成27年法律第17号）が第189回国会において成立し、同法律により、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) 目標期間終了時における業務や組織の全般にわたる見直し

「独立行政法人通則法」（平成11年法律第103号）の規定により、3年から5年までの定められた期間（中期目標期間）又は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。）

＊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

の業務や組織の全般にわたる検討等を行うこととなっている。2023（令和5）年度中に中期目標期間が終了した法人について、それぞれ以下の内容等について検討を行い、同法人の2024（令和6）年度からの中期目標の設定に反映することとした。

【独立行政法人労働者健康安全機構】
・労災病院の安定的な経営を確保し、勤労者医療を充実させるとともに、労働災害の防止、労災疾病等に係る研究を進め、さらに、多様な働き方に対応した産業保健活動への支援を推進することにより、労働者の安全及び健康の確保並びに労働者の福祉の増進に取り組む。

【独立行政法人国立病院機構】
・全国的な病院ネットワークを活用しながら、セーフティネット分野の医療や国の危機管理に際して求められる医療などを引き続き実施し、必要な施設整備を行い、医療DXによる効率化や臨床研究等の活性化、人材育成への貢献に取り組む。

【独立行政法人地域医療機能推進機構】
・更なる高齢者の増加や生産年齢人口の急激な減少が見込まれる中で、社会環境や医療・介護ニーズの変化に対応し、医療DXによるサービスの効率化・質の向上を図り、地域において必要とされる医療及び介護を提供し続ける機能の確保に取り組む。

【独立行政法人医薬品医療機器総合機構】
・いわゆる「ドラッグロス」等の課題や医薬品・医療機器等におけるテクノロジーの発展に対応するため、小児用医薬品等の患者ニーズの高い医薬品の実用化支援及び本機構の業務内容等に関する海外への情報発信の強化を行うとともに、イノベーションに対応した医薬品・医療機器等の相談・審査を実施しつつ、安全対策業務の一層の質の向上と高度化等を推進する。

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、X（旧Twitter）、フェイスブック等の情報発信手段を活用している。

X（旧Twitter）については、2010（平成22）年8月に開始し、約100万のフォロワー（閲覧者）を持ち、月平均約200件ポスト（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50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、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」（2023（令和５）年６月９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。

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、厚生労働省内の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、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。

「情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律」においてオンライン実施原則化の対象となる厚生労働省所管手続のうち、オンライン実施手続の占める割合については、2019（令和元）年度から2022（令和４）年度まで継続して上昇しており2022年度は32％に達している。

また、2008（平成20）年９月12日にIT戦略本部で決定された「オンライン利用拡大行動計画」において、オンライン利用率の大幅な向上を図るものとされている重点手続に該当する厚生労働省所管手続のオンライン申請率は、2022年度には目標値の46％を大きく上回り59％となった。

（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、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（約1,900手続（2024（令和6）年3月時点））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り、さらに、2024年3月には593の事務手続（うち厚生労働分野については245事務手続）において新たに戸籍関係情報に係る情報連携が開始され、戸籍謄本や戸籍抄本の添付が不要となるといった事務の効率化等が図られている。

また、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・提示等を内容に含む「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（令和3）年5月に成立・公布され、これらの取組みを実現する国家資格等情報連携・活用システムについて、デジタル庁構築の下、2024年度中の運用開始を目指している。加えて、社会保障以外の分野を含めた国家資格等についてもマイナンバーの利用を可能とする「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等の一部を改正する法律」が2023（令和5）年6月に成立・公布され、これらの資格についても順次デジタル化を開始することとなっている。

なお、マイナンバーを利用する複数の制度において、制度側で管理する制度固有の番号とマイナンバーとの紐付け誤りがあったことを受け、2023年6月にデジタル庁にマイナンバー情報総点検本部が設置され、厚生労働省においても、マイナポータルで閲覧可能となっている事務について総点検を実施した。今後、新規の紐付け誤りが生じないよう、再発防止対策の一つとして策定された「マイナンバー利用事務におけるマイナンバー登録事務に係る横断的なガイドライン」を遵守することなどにより、マイナンバー情報の正確性確保に取り組んでいく。

また、医療保険の加入者データの登録については、新規の紐付け誤りを防止するための措置を講じたほか、全保険者による自主点検を完了し、更に入念な取組みとして、2023年11月末までに登録済みのデータ全体について住民基本台帳の情報と突合（J-LIS照会）するなどの対応を行ってきた。

(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た後、2020（令和2）年度からRPAの本格導入を行っている。引き続き、RPA対象業務の拡大を進めており、2023（令和5）年度は、年末調整業務について、全部局を対象にRPAを導入した。

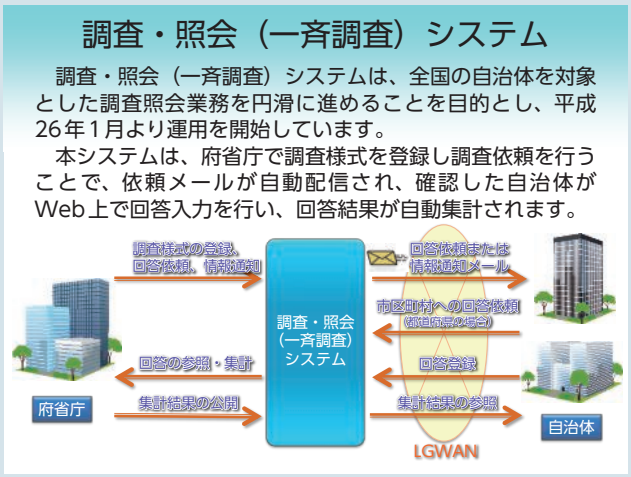
(4) 地方公共団体におけるデジタル・ガバメントの推進

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

定した基本的な方針の下、2022（令和4）年8月までに作成し、2023（令和5）年3月に改定した。今後、ガバメントクラウドの活用に向けた検討を踏まえ、目標時期である2025（令和7）年度までに、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、これまで通知や事務連絡等の全国への一斉発出やアンケートに活用していた、国と地方公共団体の汎用ポータルサイト「One Public」については、各府省庁で利用可能な「調査・照会（一斉調査）システム」（総務省所管）へ2023年12月から全面的に移行した。今後も引き続き国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く。（図表10-4-1）

図表10-4-1　調査・照会（一斉調査）システムの概要



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」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。

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。

2022（令和4）年4月から2023（令和5）年3月までの厚生労働省（地方支分部局含む）に対する開示請求件数は10,080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8,751件（取下げが852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1,610件、一部を開示する決定がされた件数は6,413件、不開示の決定がされた件数は728件であった。

2 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」（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「個人情報の保護に関する法律」（個人情報保護法）（2003（平成15）年5月30日施行）に定められることになったことから、厚生労働省では、同法に基づき、引き続き、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。

2022年4月から2023（令和5）年3月までの厚生労働省（地方支分部局含む）に対する開示請求件数は14,882件、訂正請求件数は27件、利用停止請求件数は11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14,638件（取下げが141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2,917件、一部を開示する決定がされた件数は10,645件、不開示の決定がされた件数は1,076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と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」（平成16年法律第122号）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。

2022（令和4）年4月から2023（令和5）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24,133件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の98.7%を占めており、国民生活に密接に関連する厚生労働行政の特徴を表している。

4「国民の皆様の声」について

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ている。

2022（令和4）年度の集計件数は287,166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。

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。

2023（令和5）年度モニター会議は、2024（令和6）年1月31日に厚生労働省にモニターの方をお招きし対面で実施、2月1日にオンラインで実施し、「ゲノム医療」と「厚生労働省ホームページ」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2023（令和5）年度の政策評価については、2022（令和4）年度から2026（令和8）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5期）」に基づき実施した。

基本計画では、EBPM（証拠に基づく政策立案）の観点から、政策の特性に応じた合理的な手法を用いてできる限り定量的に行うことや、評価の客観的かつ厳格な実施を確保するための有識者会議の設置などを盛り込んでいる。

2023年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）4件、②個別研究事業27件、③規制の新設・改廃に係る政策30件、④租税特別措置11件に関して事業評価方式によりそれぞれ実施し、事後評価として①厚生労働行政全般にわたる施策（14の基本目標及び72の施策目標からなる政策体系）のうち12件に関して実績評価方式により、②重要施策2件に関して総合評価方式により、③分野横断的に実施している政策1件に関して総合評価方式により、④規制の新設・改廃に係る政策3件、⑤租税特別措置1件、⑥個別公共事業（事業採択後5年経過時に継続中のもの）8件、⑦個別研究課題372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。

2023（令和5）年度は、共管法人3法人を除く17法人の2022（令和4）年度の業務実績の評価を行うとともに、福祉医療機構、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園、勤労者退職金共済機構及び高齢・障害・求職者雇用支援機構の中期目標期間の業務実績の評価を行った。

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

＊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

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新たに設置された「国民目線に立った業務プロセス改善推進チーム」において、「ひとり親家庭への支援」に関して現状把握と課題の抽出を行い、改善策の提案を「国民目線に立った業務プロセス改善推進チームの活動報告」として取りまとめた。

引き続き、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、業務プロセス等の改善に省内横断的に取り組んでいくこととしている。

日本の1日

日本で一日に起こる出来事の数を調べてみました。
それぞれの直近の数字である。(令和元年～令和5年)

人口について



▶ 生まれるのは?
1,993人

人口の減少数は
1日当たりだと
2,325人

▶ 亡くなるのは?
4,318人

- ●がんでは? …… 1,048人
- ●心疾患では? …… 633人
- ●脳血管疾患では? …… 286人
- ●事故では? …… 122人
- ●仕事中の事故では? …… 2人
- ●老衰では? …… 520人
- ●自殺では? …… 60人

生活習慣について

▶ 20歳以上の平均野菜摂取量は?
281g

▶ 20歳以上の平均歩数は?
男性 **6,793歩**
女性 **5,832歩**

▶ 歯磨きは?
2回以上みがく
79.2%



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?
12,471人

▶ ハローワークを通じて
就職するのは?
3,349人

▶ 仕事中にけが等
(労働災害)を
したのは?
371人

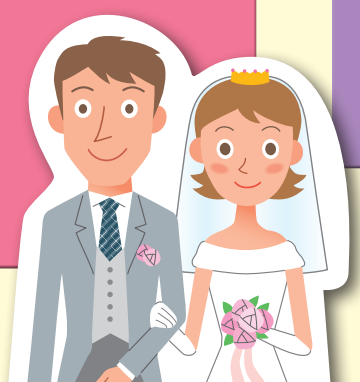
▶ 労働相談の件数は?
3,420件
(厚生労働省:総合労働相談コーナーの受理件数)



結婚について

▶ 結婚するのは?
1,301組

- ●離婚するのは?
…… 504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54分
妻 7時間28分



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?

37分

▶ デイサービスの利用回数は?

399,676回

▶ ホームヘルパーの利用回数は?

911,106回

▶ 一人当たりの介護保険からの給付費は?

4,145円



医療について

▶ 入院しているのは?

1,211,300人

- 循環器系では? …… 198,200人
- 統合失調症では? … 143,000人
- がん等では? …… 126,700人

▶ 通院しているのは?

7,137,500人

- 循環器系では? …… 822,800人
- がん等では? …… 247,000人
- 糖尿病では? …… 215,000人

▶ 国民全体の医療費は?

約1,234億円

- 一人当たりだと …… 983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? …… 2.15人
- あへん法では? …… 0.008人
- 大麻取締法では? …… 15.19人
- 覚醒剤取締法では? …… 17.23人

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 4.9人
中学生 2.6人
高校生 2.3人
大学生・大学院生 2.4人





年齢は?
15歳未満 11.4人
65歳以上 29.1人

そのうち75歳以上は?
16.1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。(令和元年～令和5年)

雇われているのは? 48.9人
自営しているのは? 4.1人

仕事についているのは? 54.3人

雇われているのは?
男性 26.4人
女性 22.5人

雇用形態は?
正社員 29.1人
パート 8.3人
アルバイト 3.7人
派遣 1.3人
契約社員・嘱託 3.2人

フリーターは? 1.1人

失業者は? 1.4人

労働について



短時間で働いているのは?
週35時間未満 17.5人

長時間働いているのは?
週60時間以上 2.9人

雇用保険加入者は? 35.7人

雇用保険受給者は? 0.3人

会社の健康診断で「有所見」は? 28.2人

福祉・年金について

障害者は? **9.3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? **4.3人**



国民年金の被保険者は?

第1号(自営業、学生等) **11.3人**

第2号等(サラリーマン、公務員) **37.1人**

第3号(第2号被保険者の配偶者) **5.8人**

老齢年金の受給者は? **27.8人**

健康・医療について

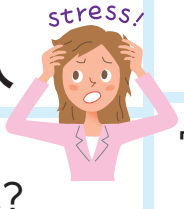


健康状態が「よくない」「あまりよくない」と感じているのは?

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 **46.1人**





健診や人間ドックを受けたことがあるのは?

20歳以上 **69.2人**

病気やけがなどで通院しているのは? **41.7人**

在宅医療を受けている方は? **0.1人**

生活習慣病の患者の方は?

がん	**2.9人**	**心疾患**	**2.4人**
糖尿病	**4.6人**	**脳血管疾患**	**1.4人**
高血圧性疾患	**12.0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 **30.2人**

女性 **25.1人**

骨髄移植ドナーに登録しているのは? **0.44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 **22.9人**