

第1章 障害や病気を有する者などの現状と取組み

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

第1節 障害者などの現状と取組み

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

1 障害者の現状

(障害者の定義)

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

(国民のおよそ7.6%が何らかの障害を有している)

図表 1-1-1 障害者の数

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

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

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

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

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

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

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

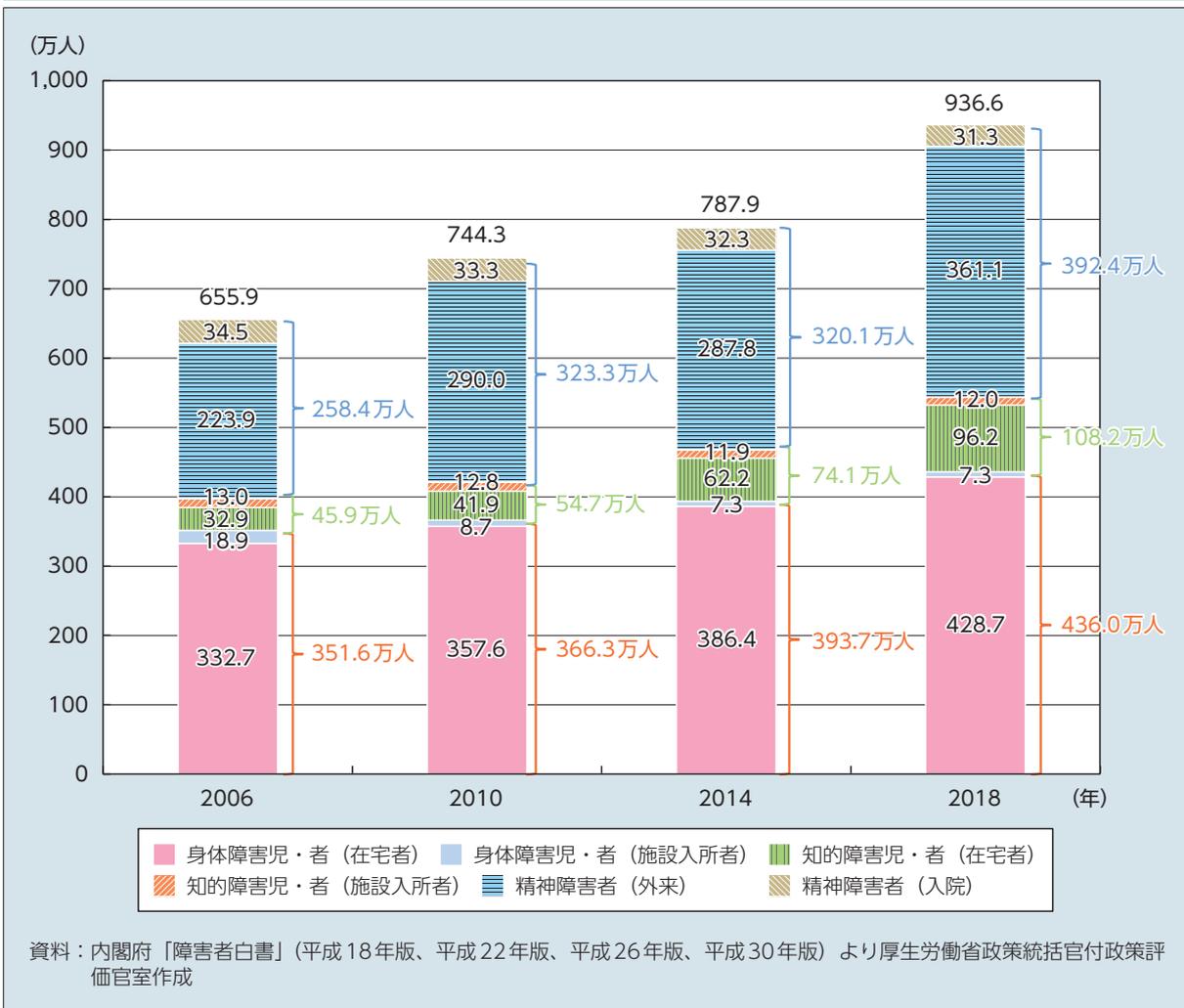
*1 数は、施設入所者と在宅の身体障害者手帳所持者（推計値）を足したものである。

*2 数は、施設入所者と在宅の療育手帳所持者（推計値）を足したものである。

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

(障害者数は増加傾向にある)

図表 1-1-2 障害者数の推移



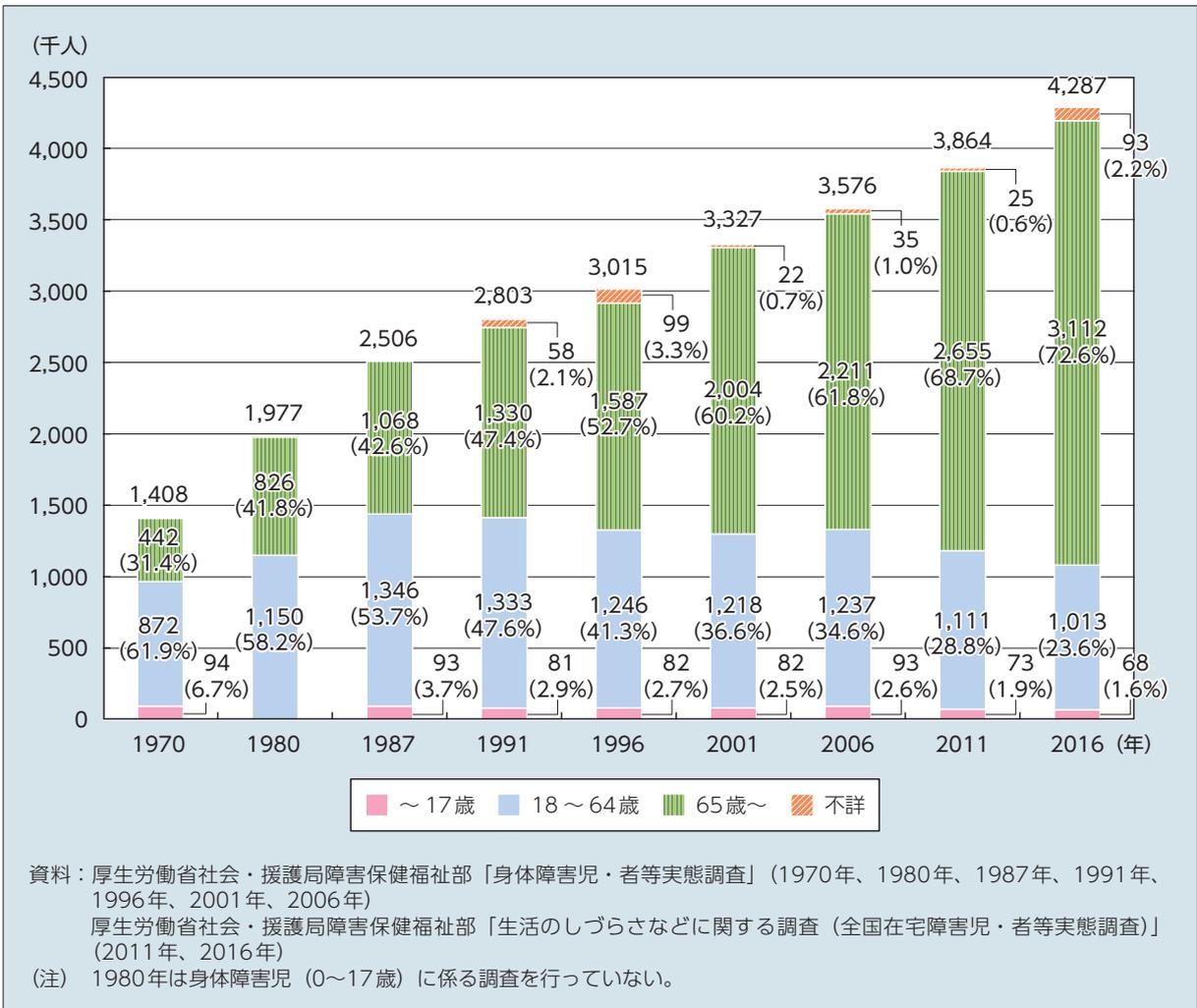
障害者数の推移^{*4}を見ると、障害者数は増加傾向にあり、2006（平成18）年では655.9万人であったのが、2018（平成30）年には936.6万人と約10年間で1.4倍になっていることがわかる。この内訳について、2006年と比べ2018年では、身体障害者数が1.2倍（2006年：351.6万人、2018年：436.0万人）、知的障害者数が2.4倍（2006年：45.9万人、2018年：108.2万人）、精神障害者数が1.5倍（2006年：258.4万人、2018年：392.4万人）となっている（図表1-1-2）。

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

*4 障害者数は、各年6月時点における直近のデータによるもの。

(在宅の身体障害者については、65歳以上が約7割を占める)

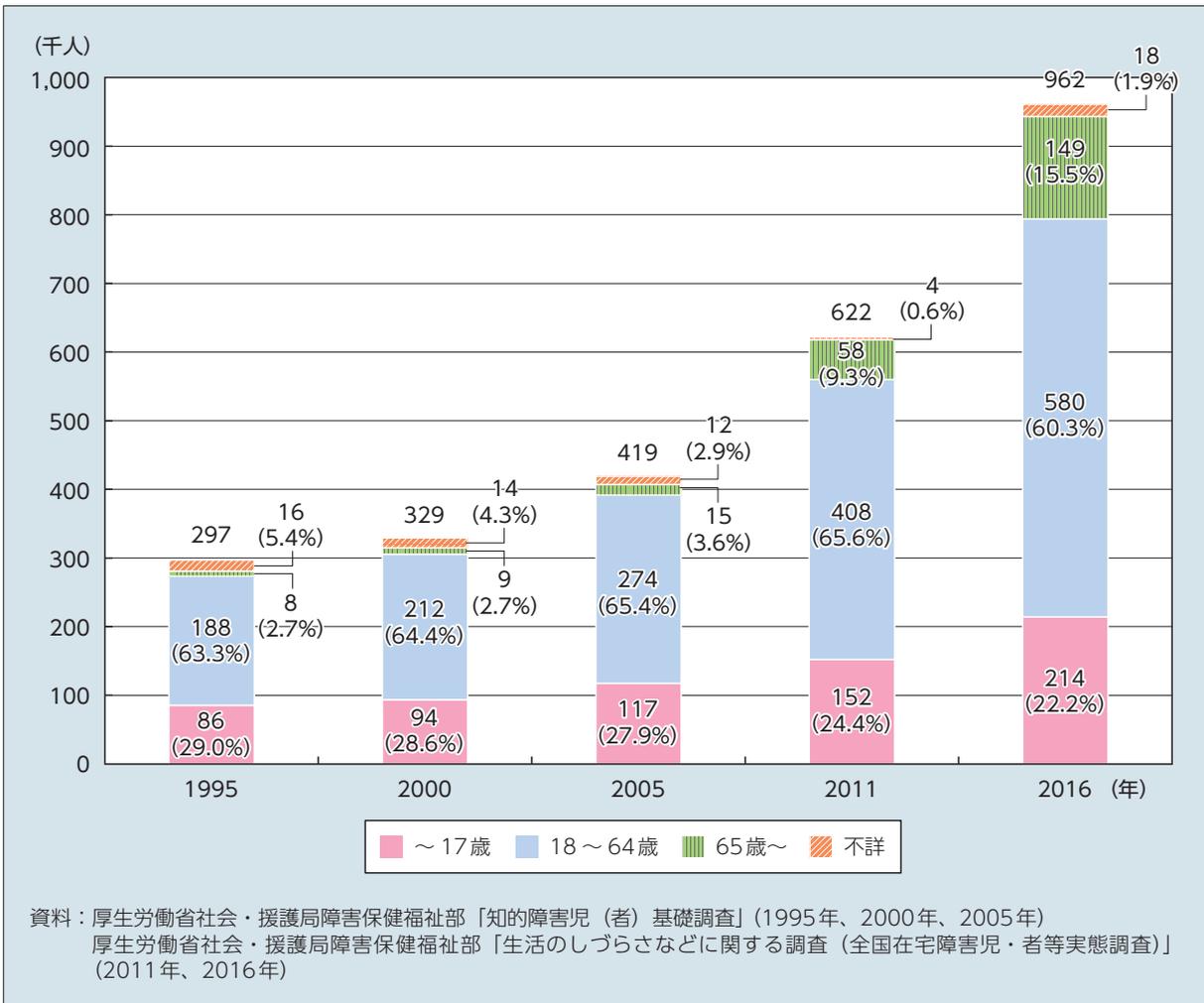
図表 1-1-3 年齢階層別障害者数 (身体障害児・者 (在宅))



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

(在宅の知的障害者については、65歳以上の割合が増加)

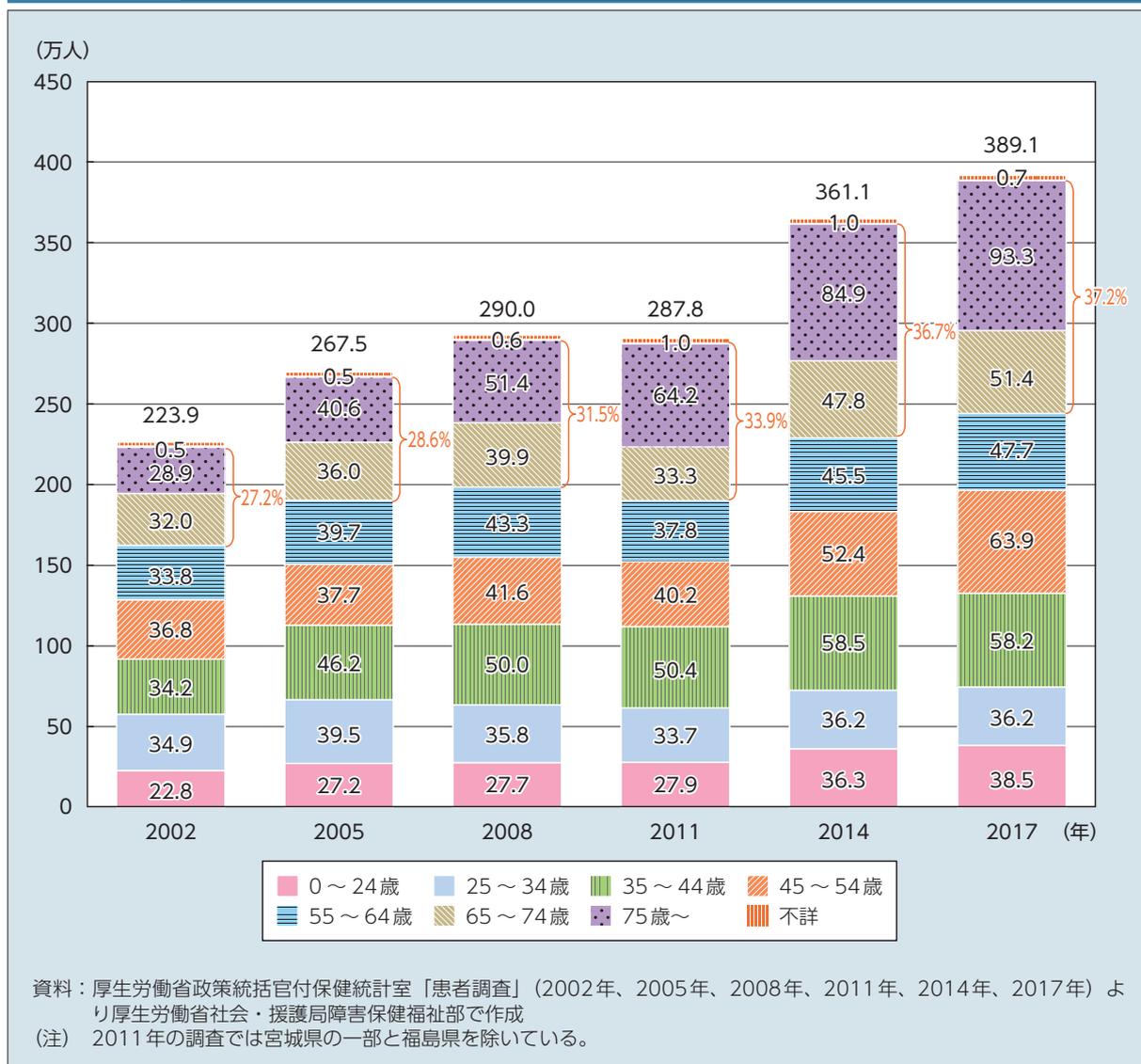
図表 1-1-4 年齢階層別障害者数 (知的障害児・者 (在宅))



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

(外来の精神障害者については、65歳以上が3割強を占める)

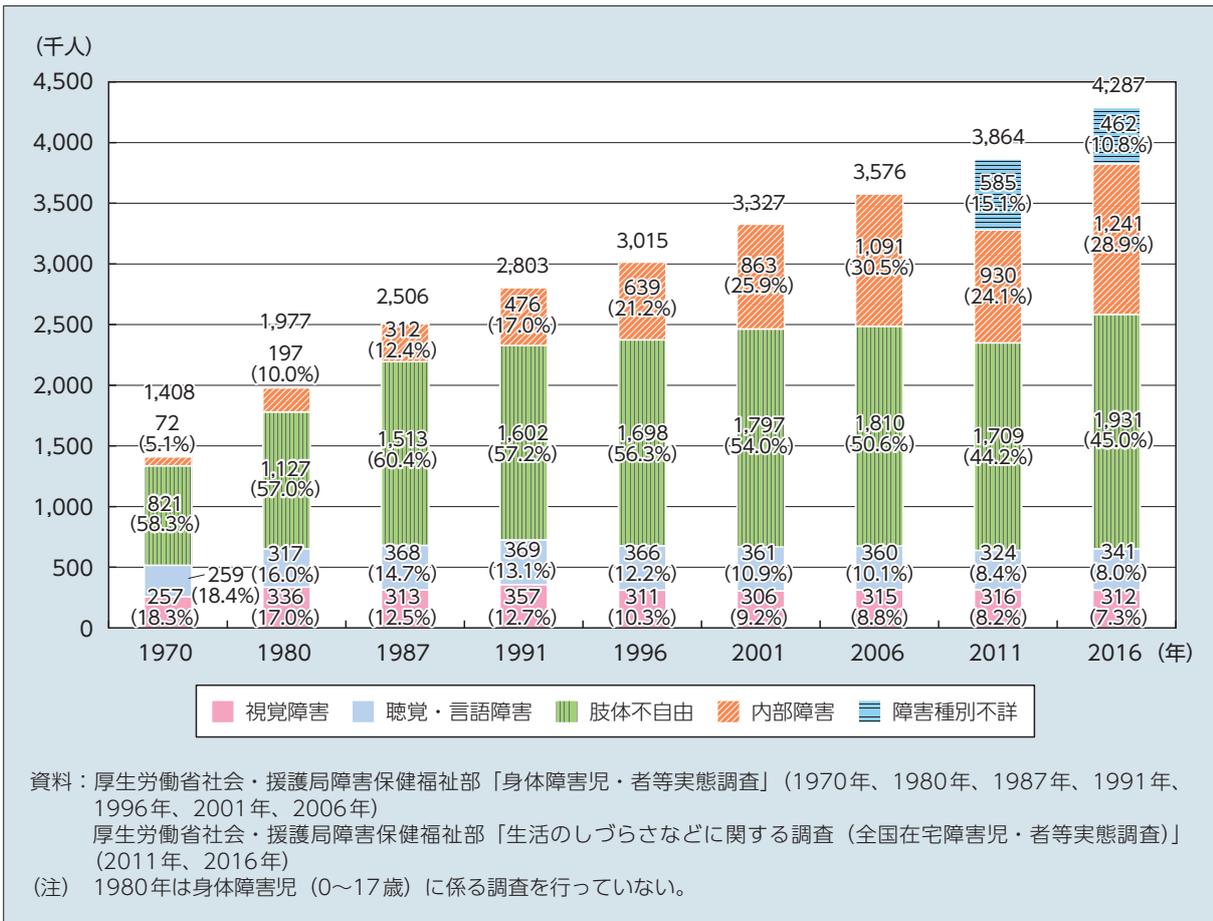
図表 1-1-5 年齢階層別障害者数 (精神障害者・外来)



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

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

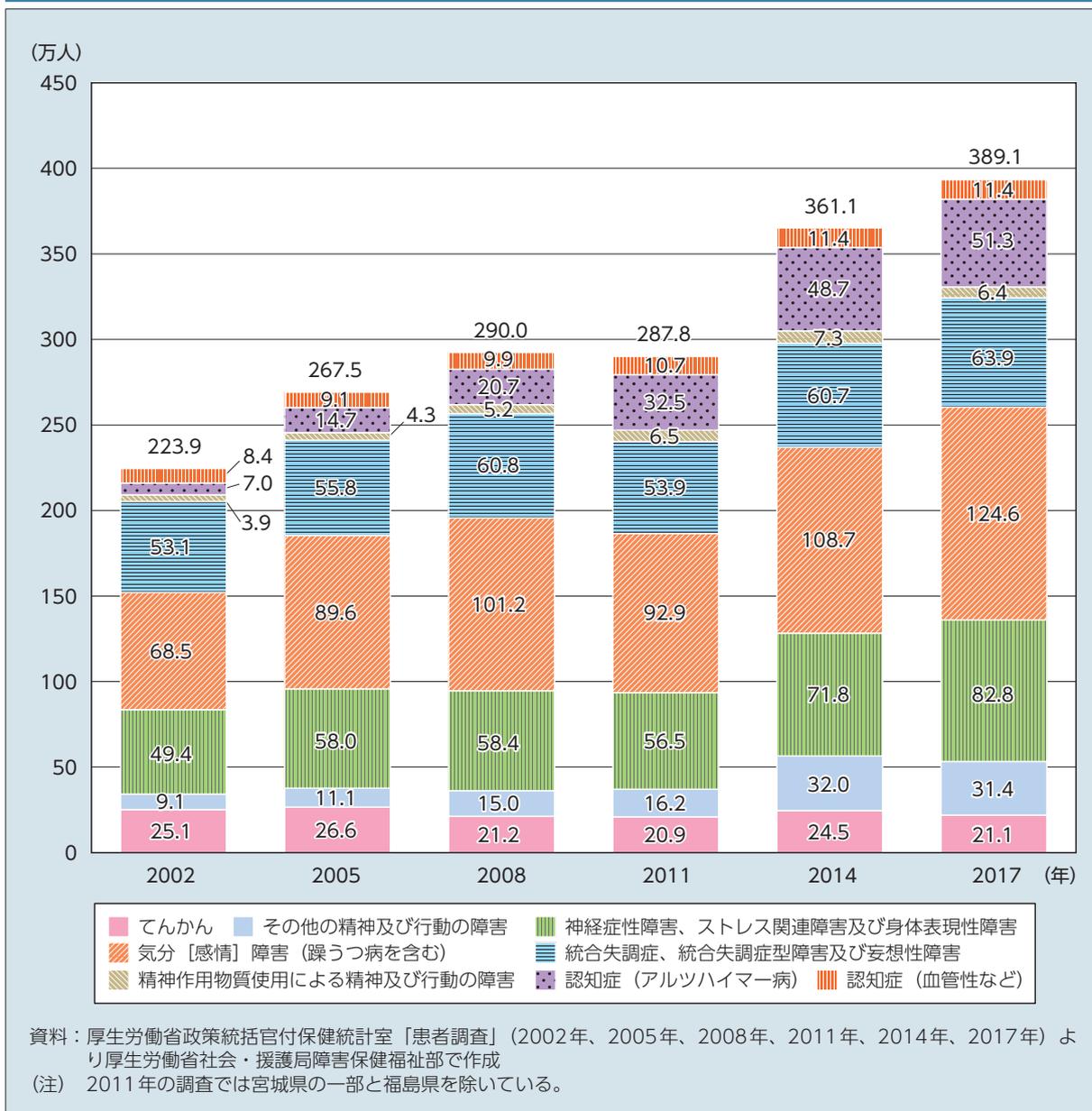
図表 1-1-6 種類別障害者数 (身体障害児・者 (在宅))



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

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

図表 1-1-7 種類別障害者数（精神障害者・外来）

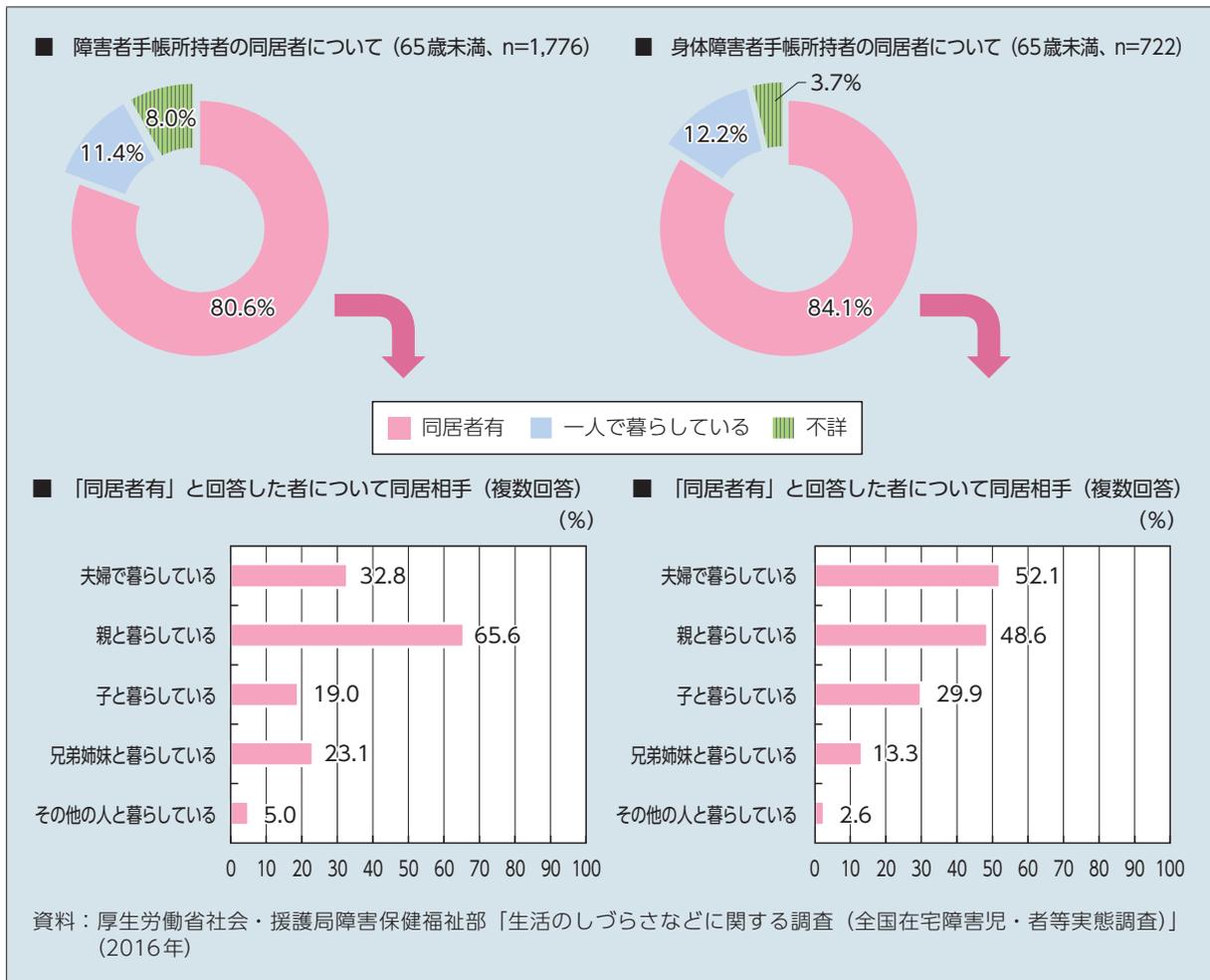


外来の精神障害者の疾病別の内訳を見ると、「気分（感情）障害（躁うつ病を含む）」が124.6万人と全体の約3割を占め最も多い。2002年からの2017年までの推移で見ると、認知症^{*5}（アルツハイマー病）が7.0万人から51.3万人へ増加し、この約15年間で約7倍の伸びを示している（図表1-1-7）。

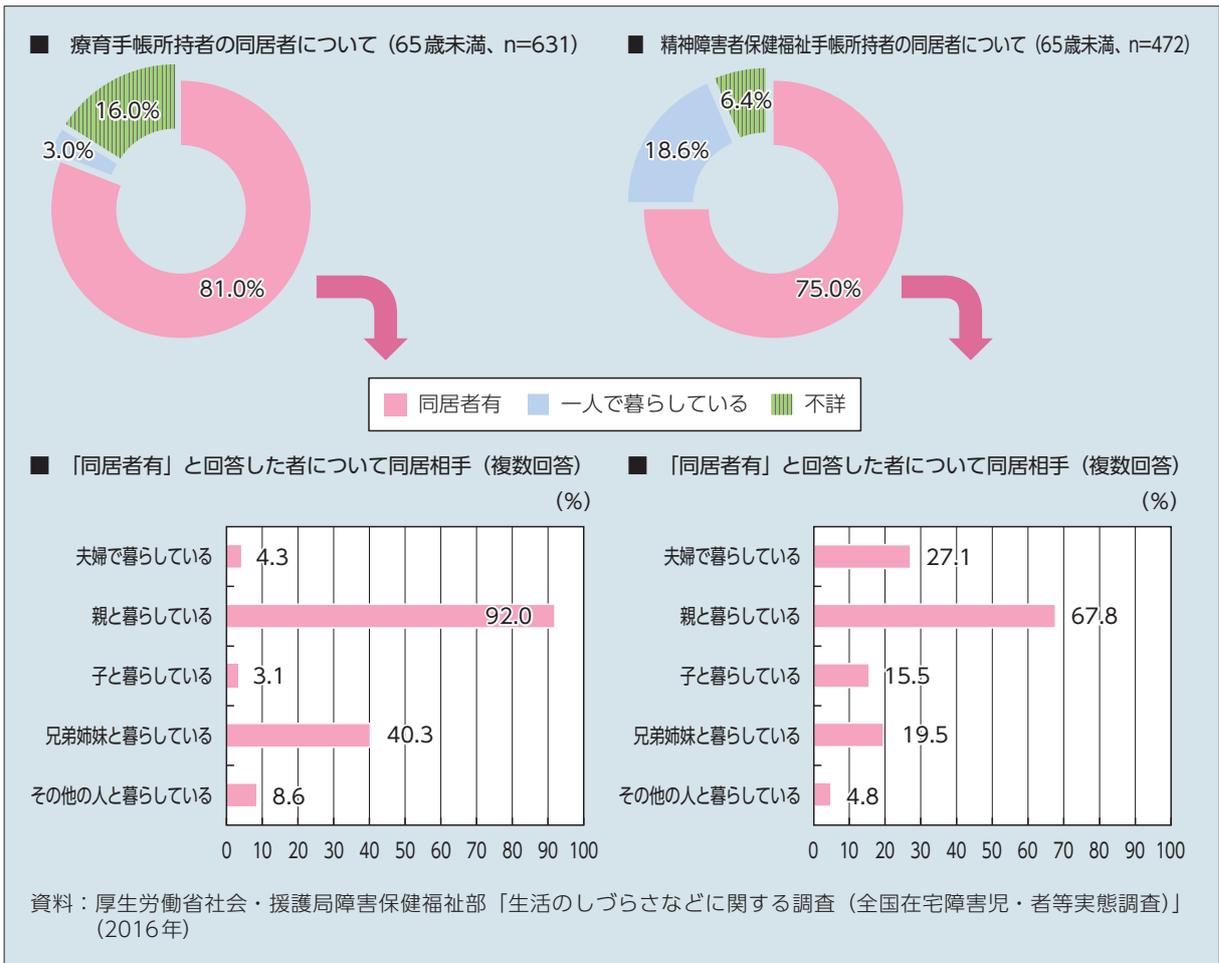
*5 精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患（機能障害）の状態と能力障害（活動制限）の状態の両面から総合的に判断され交付されるものであり、認知症についてもこれらの要件に照らし精神障害者保健福祉手帳の交付が認定される場合もある。

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

図表 1-1-8 65歳未満の障害者の同居者の状況①



図表 1-1-9 65歳未満の障害者の同居者の状況②

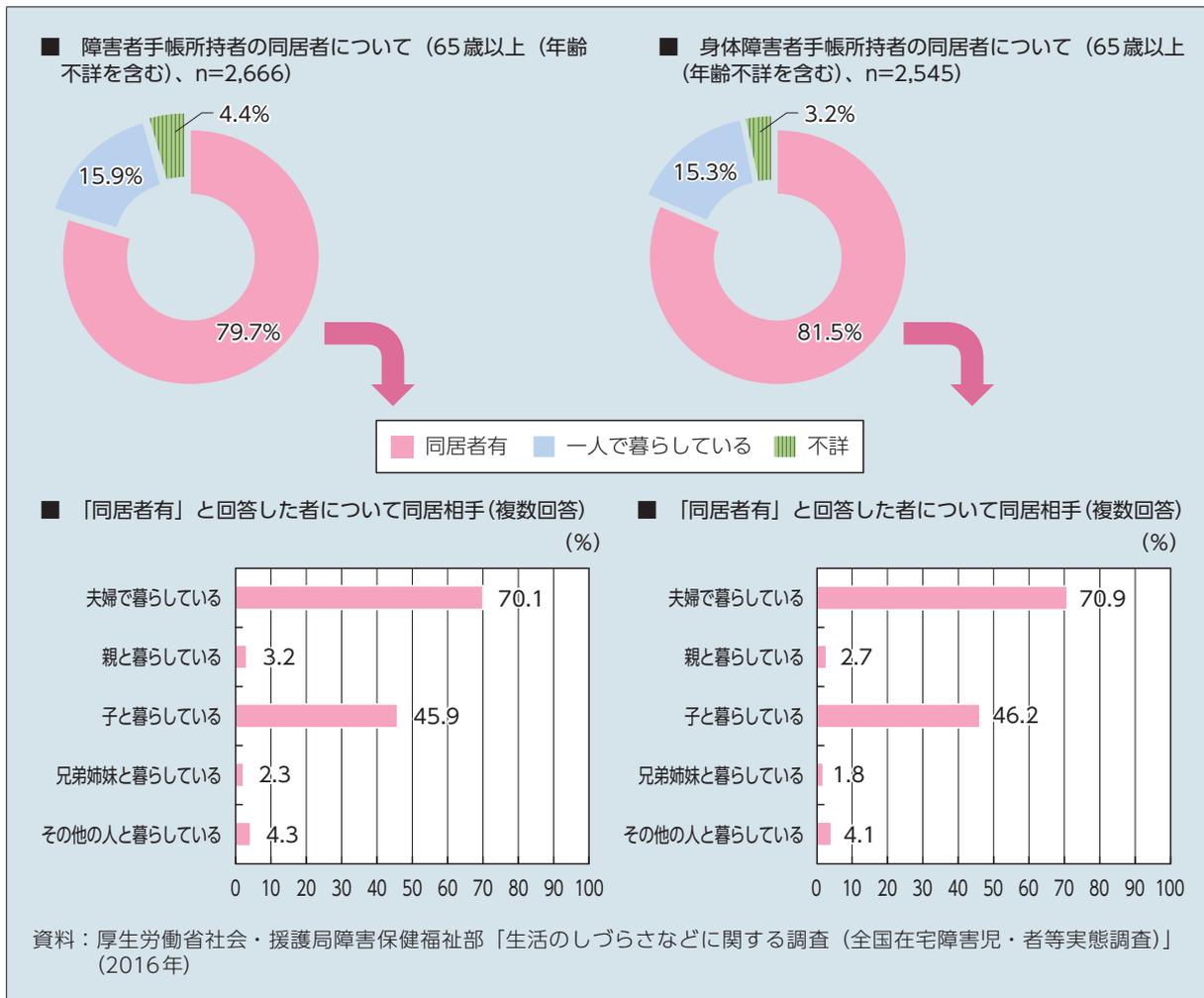


身体障害者・知的障害者・精神障害者の生活の場については、**図表1-1-2**に示したように、いずれの区分においても在宅で生活している者が大半である。これらの在宅の障害者について、同居者の状況を見ると、65歳未満の障害者手帳所持者のうちで「同居者有」の者の割合は80.6%となっており、「一人で暮らしている」者の割合は11.4%となっている。さらに、「同居者有」の者の内訳を見ると、「親と暮らしている」者の割合が最も高く65.6%、次いで「夫婦で暮らしている」者の割合が32.8%となっている。とりわけ、療育手帳*6所持者については「同居者有」の者のうち92.0%が、精神障害者保健福祉手帳所持者につ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

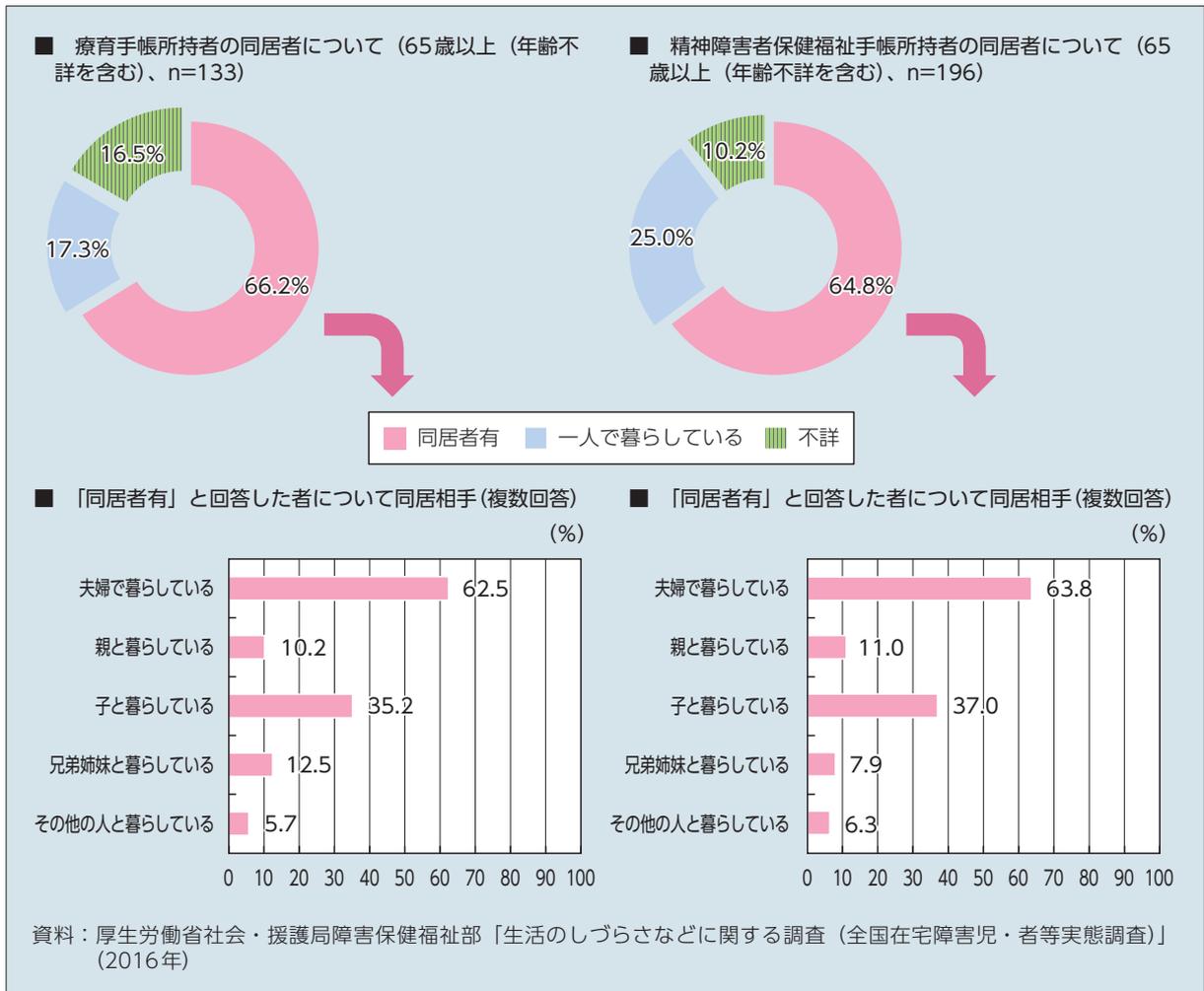
*6 児童相談所又は知的障害児更生相談所において知的障害と判定された者などに対して、都道府県知事又は指定都市市長が交付するもの。

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

図表 1-1-10 65歳以上の障害者の同居者の状況①



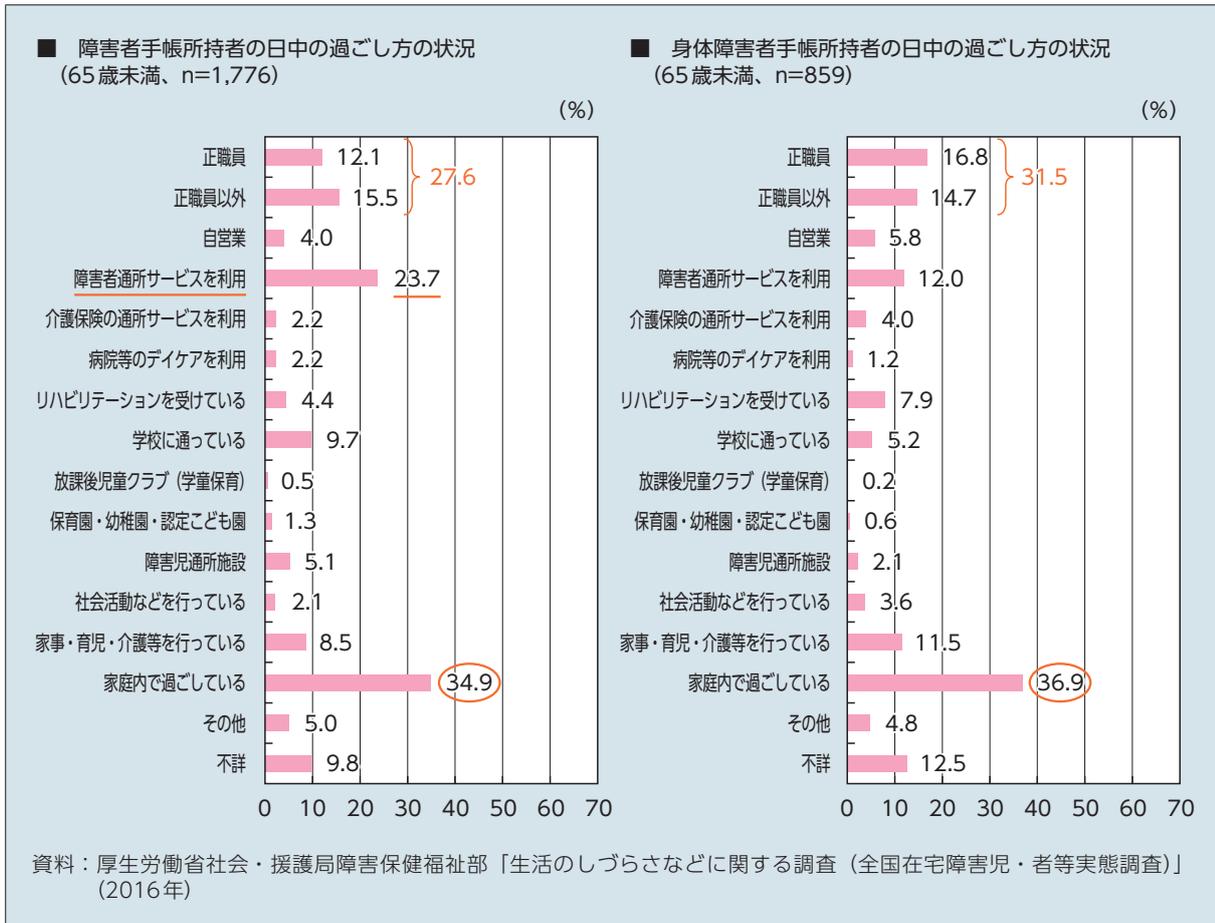
図表 1-1-11 65歳以上の障害者の同居者の状況②



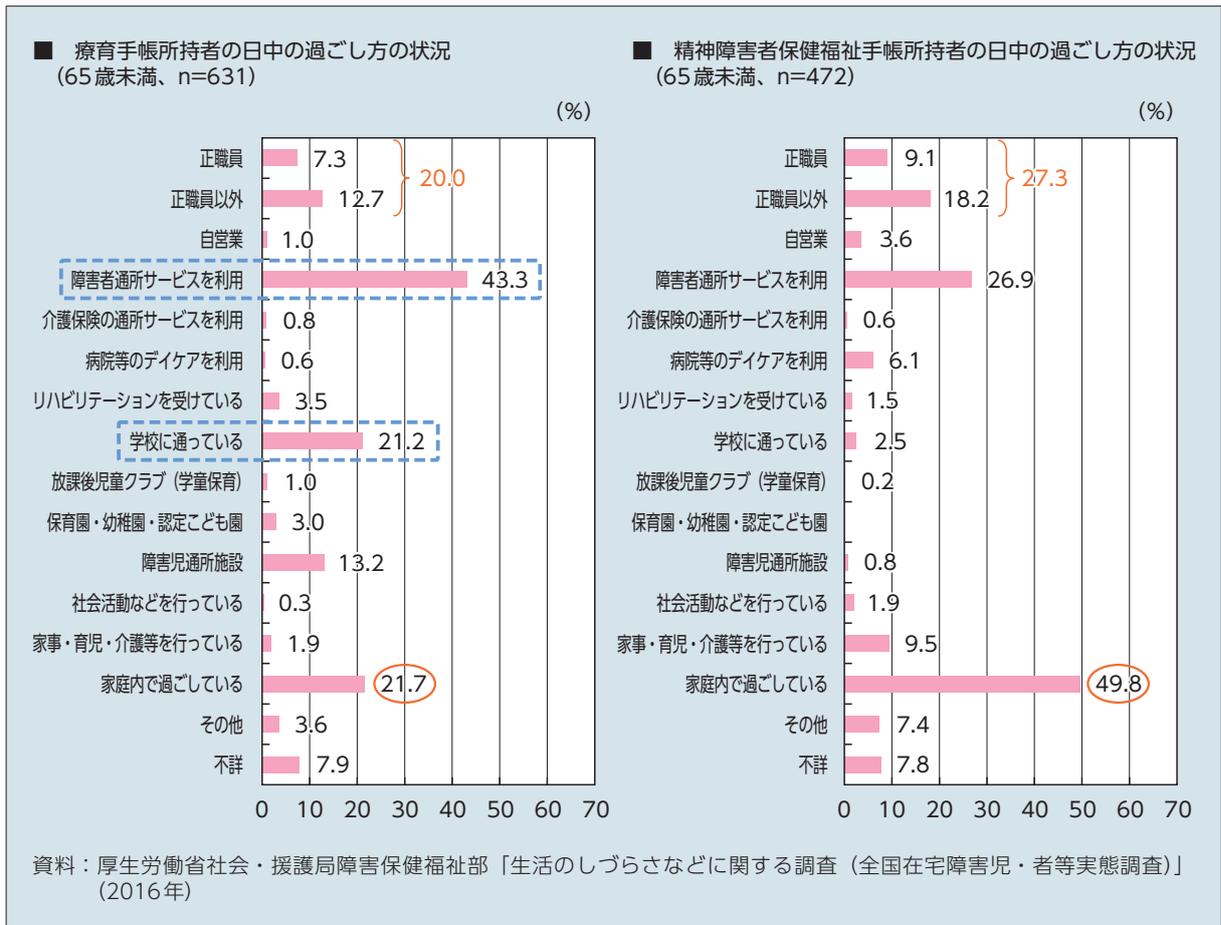
65歳以上の障害者手帳所持者については、「同居者有」の者の割合は79.7%となっており、「一人で暮らしている」者の割合は15.9%となっている。「同居者有」の者のうちでは、「夫婦で暮らしている」者の割合が70.1%で最も高く、次いで「子と暮らしている」者の割合が45.9%となっている。障害区分別でもこの傾向は同様であるが、療育手帳所持者と精神障害者保健福祉手帳所持者については、「兄弟姉妹と暮らしている」者の割合 (療育手帳所持者：12.5%、精神障害者保健福祉手帳所持者：7.9%) と「親と暮らしている」者の割合 (療育手帳所持者：10.2%、精神障害者保健福祉手帳所持者：11.0%) が身体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

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

図表 1-1-12 65歳未満の障害者の日中の活動状況 (複数回答) ①



図表 1-1-13 65歳未満の障害者の日中の活動状況（複数回答）②



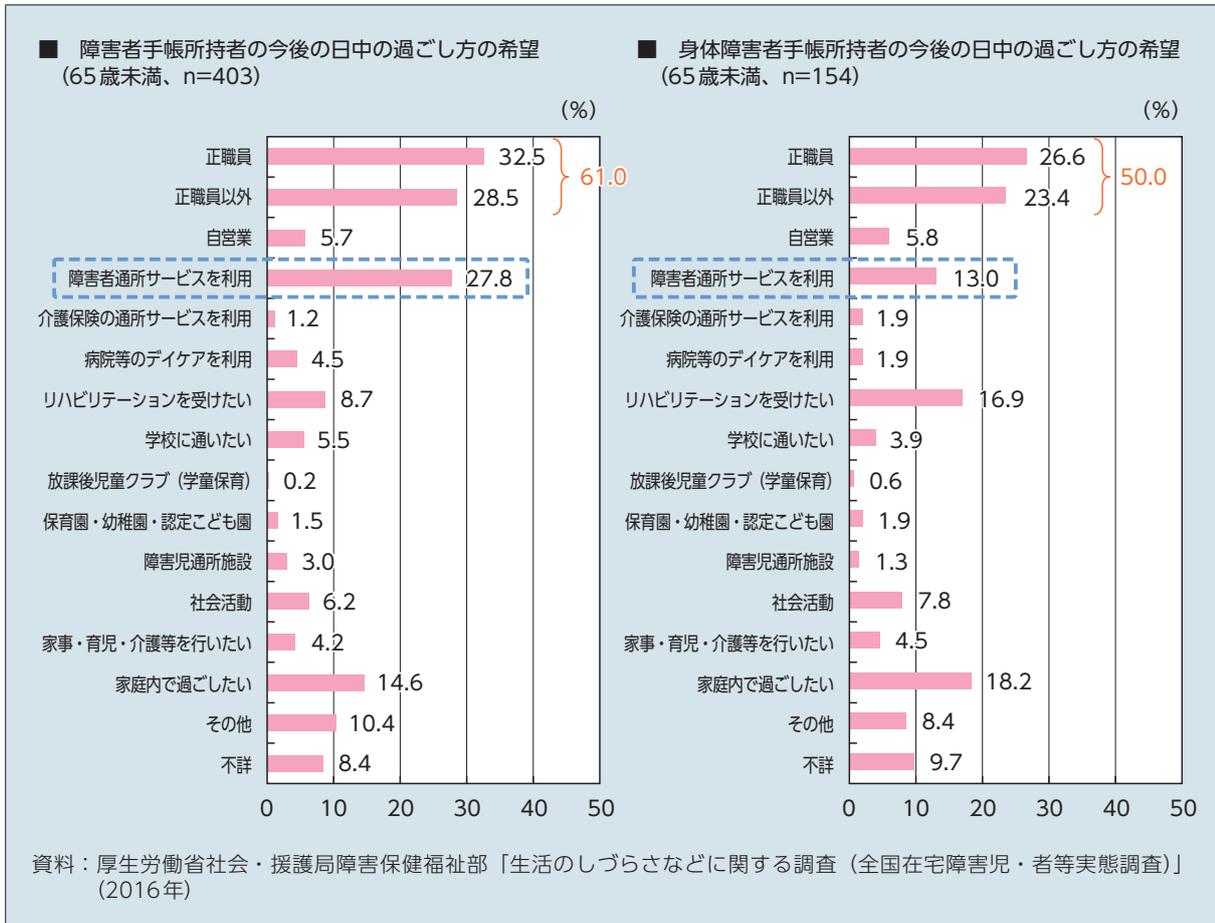
身体障害者・知的障害者・精神障害者の日中活動の状況と希望についても65歳未満と65歳以上に分けて見てみる。65歳未満の障害者手帳所持者のうち、日中の過ごし方の状況について「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合は34.9%を占めている。次いで「障害者通所サービス^{*7}を利用している」者の割合が23.7%となっている。「正職員として働いている」者又は「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働いている」者の割合は合計で27.6%（正職員：12.1%、正職員以外：15.5%）であり、約2割強の者は雇用され働いている。

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

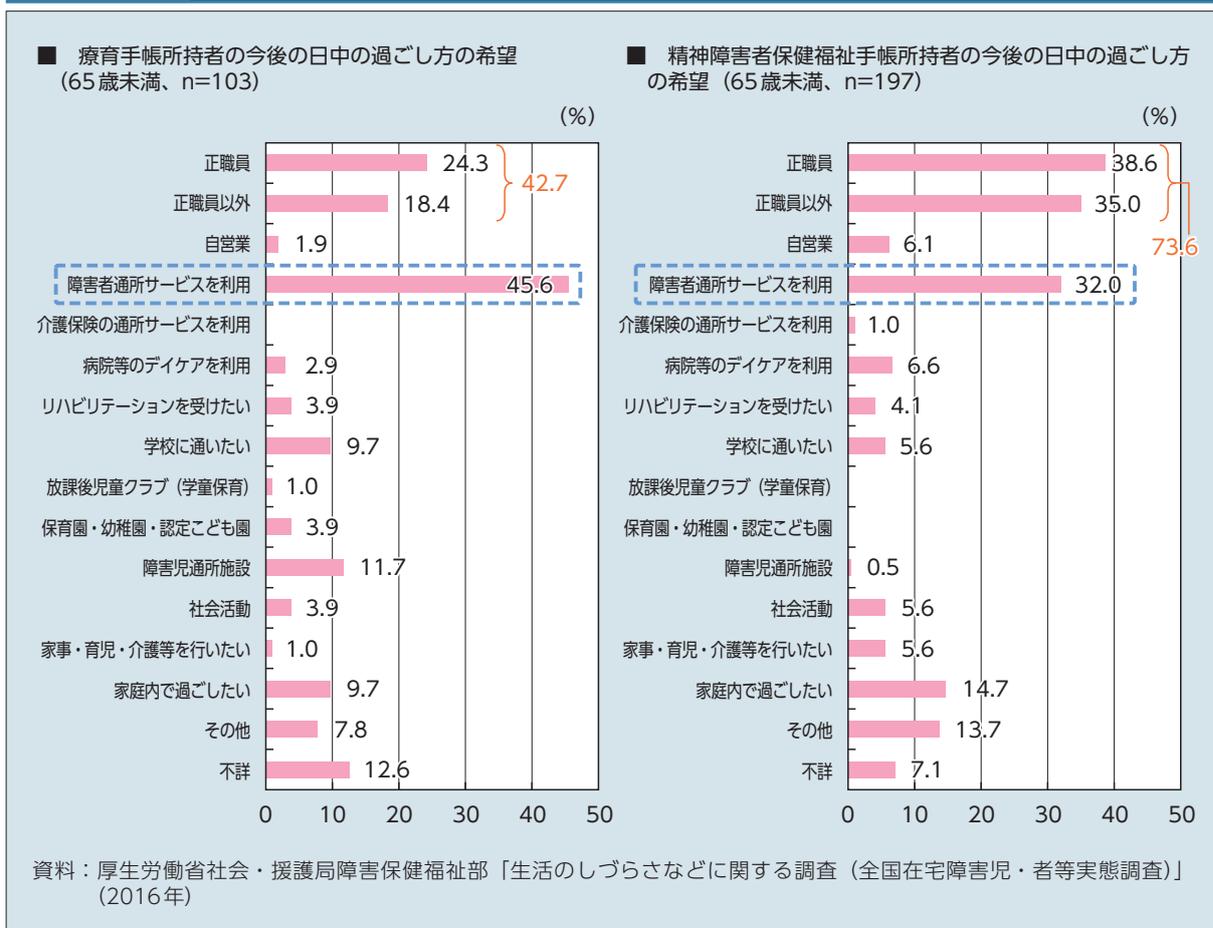
*7 障害者通所サービスとは、療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、地域活動支援センター、作業所などのことである。

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

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



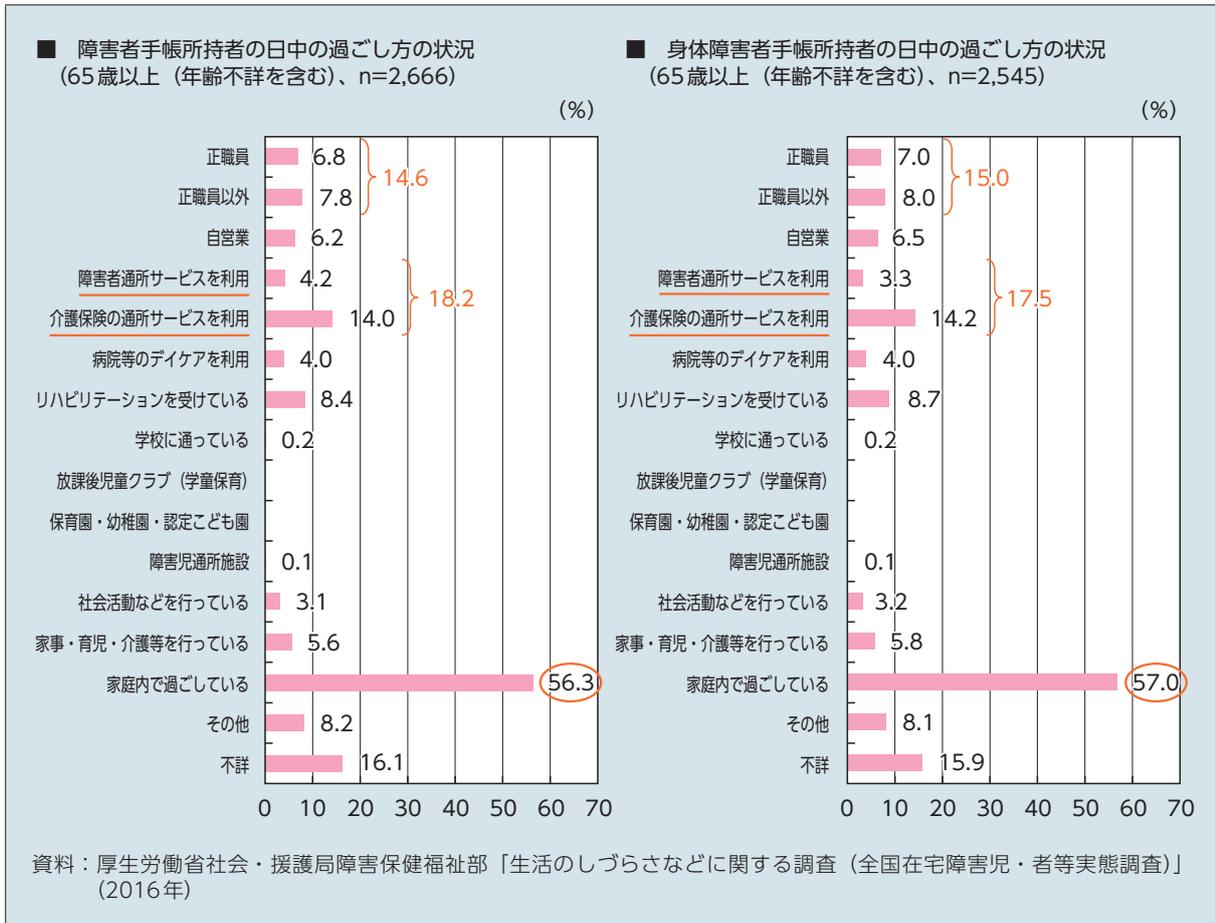
図表 1-1-15 65歳未満の障害者の今後希望する日中の活動（複数回答）②



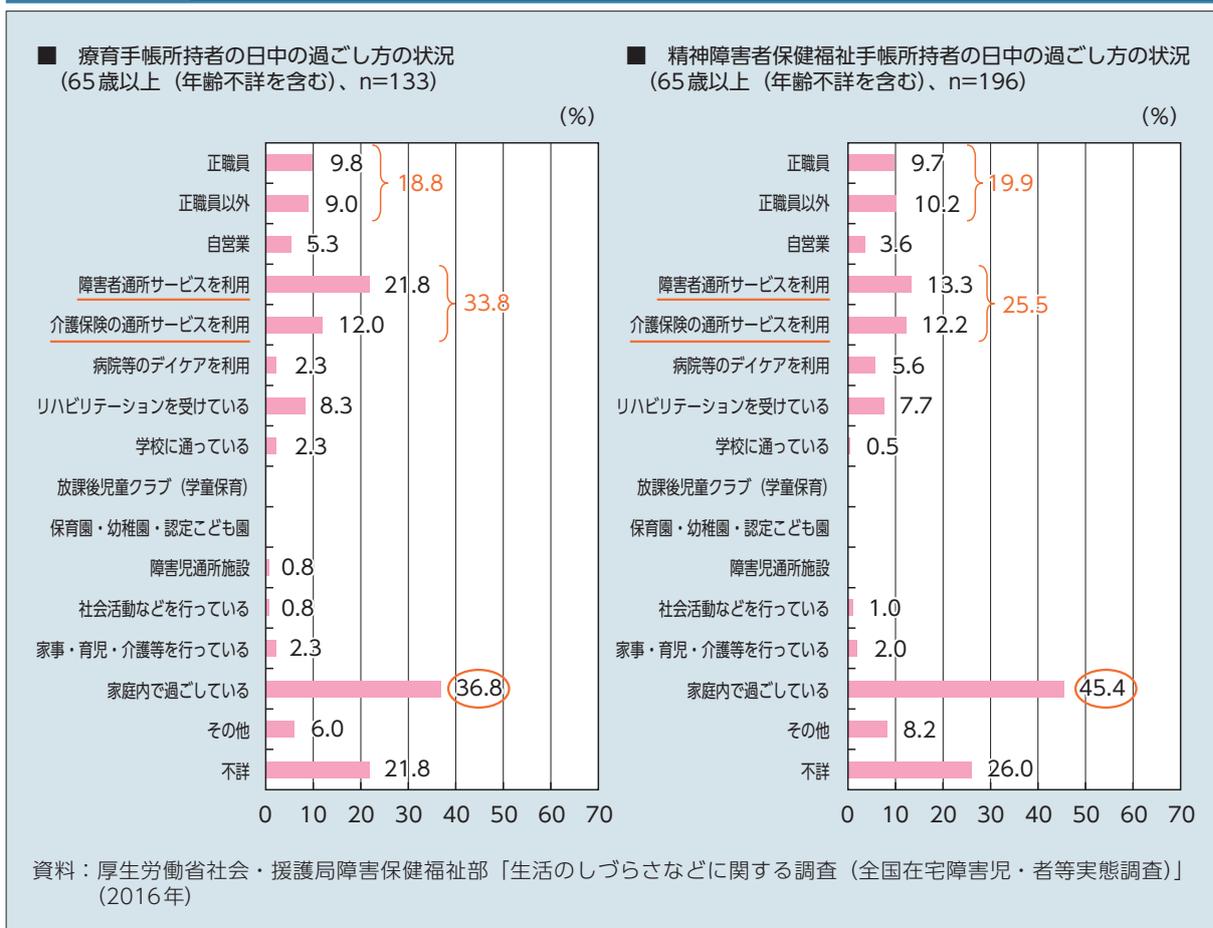
一方で、65歳未満の障害者手帳所持者に、今後の日中の過ごし方の希望を問うたところ、「今までとは違う日中の過ごし方をしたい」と回答した者が22.7%であった。そのうち、今後の過ごし方の希望については、「正職員として働きたい」者が32.5%、「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働きたい」者が28.5%と、両者合計で61.0%の者が何らかの雇用形態で雇用され働きたいという希望を持っていることがわかる。特に精神障害者保健福祉手帳所持者では同回答が73.6%と、身体障害者手帳所持者や療育手帳所持者（身体障害者手帳所持者：50.0%、療育手帳所持者：42.7%）よりも相対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

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

図表 1-1-16 65歳以上の障害者の日中の活動状況 (複数回答) ①



図表 1-1-17 65歳以上の障害者の日中の活動状況（複数回答）②



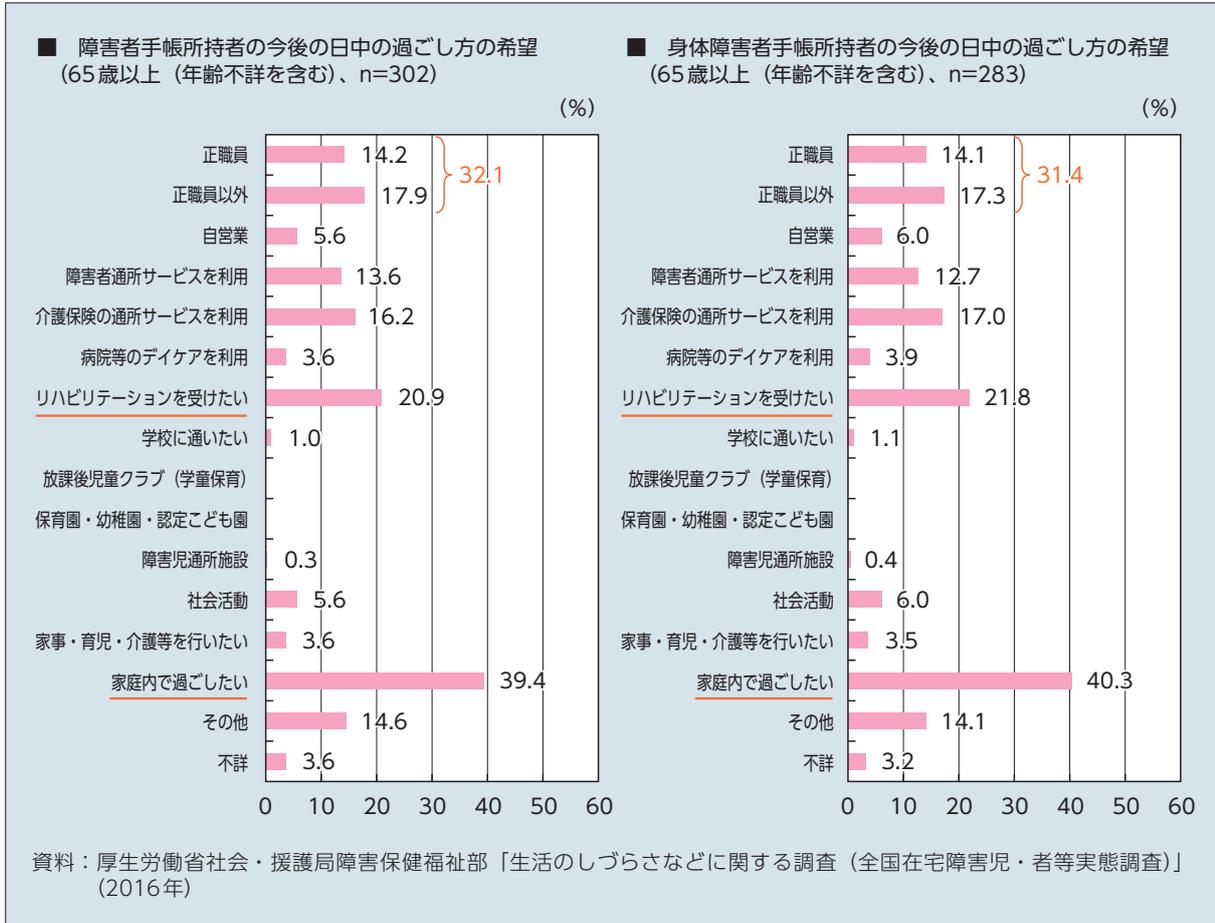
65歳以上の障害者の日中活動の状況と希望する日中活動についても見てみる。65歳以上の障害者手帳所持者のうち、日中の過ごし方の状況について「家庭内で過ごしている」と回答した者の割合は56.3%であり、65歳未満の障害者手帳所持者の同回答が34.9%（図表1-1-12参照）だったことと比較すると、その割合が高くなっている。ただし、精神障害者保健福祉手帳所持者では、「家庭内で過ごしている」者の割合が、65歳未満では49.8%（図表1-1-13参照）であるのに対して65歳以上では45.4%と若干低下している。

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

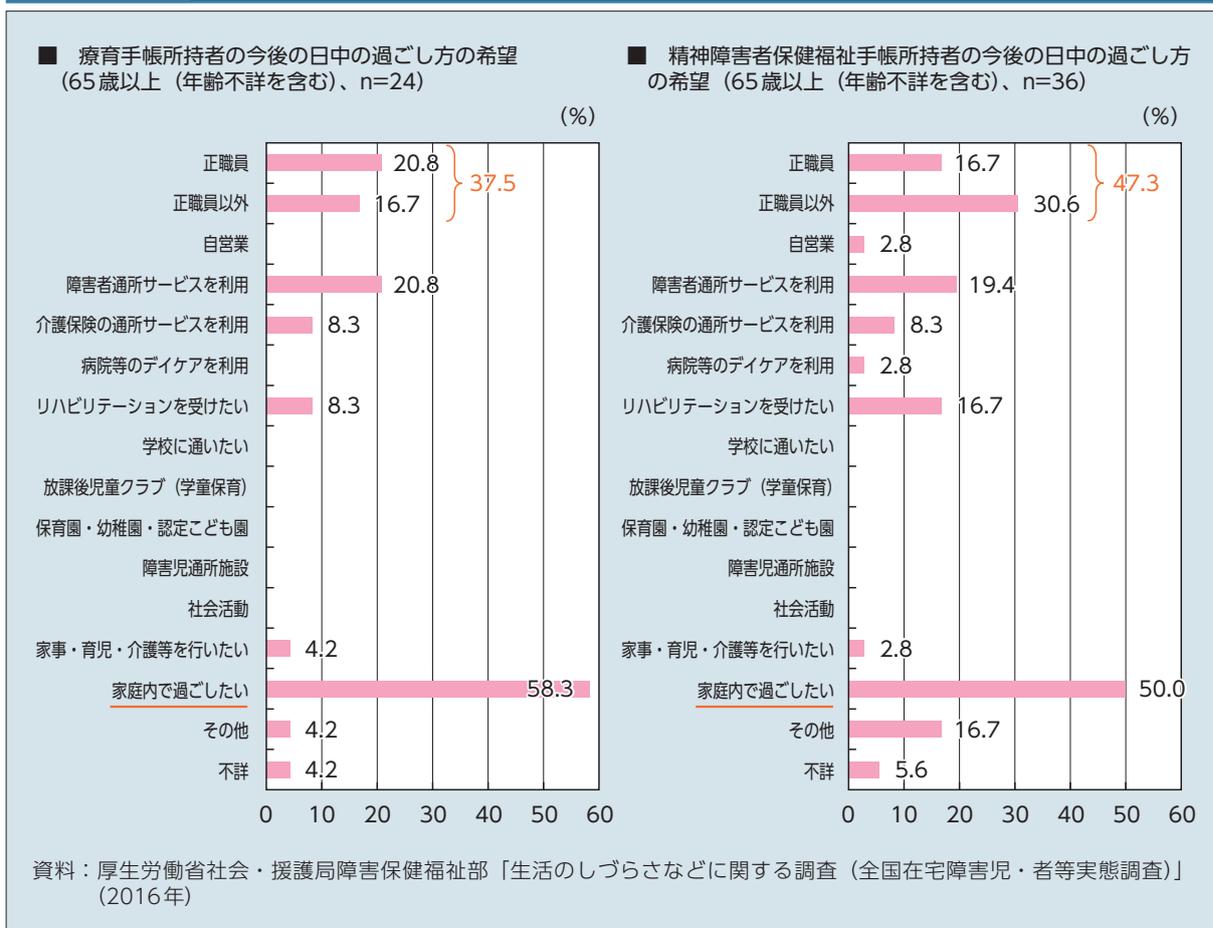
「正職員として働いている」又は「正職員以外（アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等）として働いている」と回答した者の割合は合計でも14.6%（正職員：6.8%、正職員以外：7.8%）である（図表1-1-16、図表1-1-17）。

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

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



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



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

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

2 障害者などの社会参加や自立への支援の取組み

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

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

(1) 障害者雇用促進法に基づく取組みなど

1 障害者雇用率制度

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

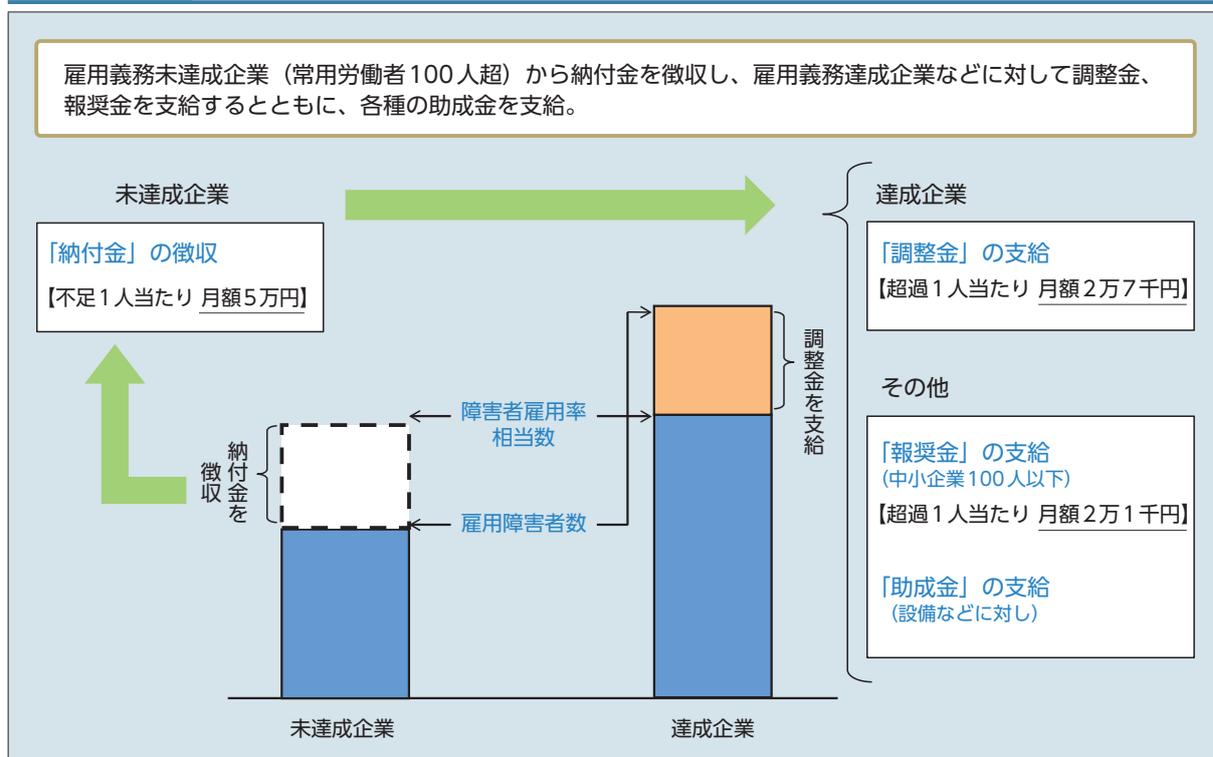
障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」という。）では、障害者に一般労働者と同じ水準において常用労働者となり得る機会を与えることとし、常用労働者の数に対する割合（障害者雇用率）を設定し、事業主などに対し障害者雇用率以上の障害者の雇用義務を課している。2018（平成30）年4月からは、新たに精神障害者の雇用が義務化され、障害者雇用率の算定基礎に加わることに伴い、民間企業の障害者雇用率は2.0%から2.2%に引き上げられた（国・地方公共団体など：2.3%→2.5%、都道府県などの教育委員会：2.2%→2.4%）^{*8}。また、対象となる民間企業の事業主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

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

2 障害者雇用納付金制度

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

図表 1-1-20 障害者雇用納付金制度



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

3 障害者雇用率制度の特例措置

(特例子会社制度などによる雇用率算定の特例措置)

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

コラム 障害者雇用促進法の歴史

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

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

身体障害者雇用促進法の制定（1960年）

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

法定雇用率の義務化（1976年）

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

障害者の雇用の促進等に関する法律に改正（1987年）

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

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

知的障害者の雇用の義務化（1998年）

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

精神障害者の雇用対策の強化（2006年）

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

短時間労働者への適用拡大（2010年）

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

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

「障害者の権利に関する条約」が2006（平

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

法定雇用率・納付金額・調整金額等の推移について

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

(※)平成30年4月から3年を経過する日より前から、2.3%

4 障害者雇用に関する助成措置、税制上の支援制度

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

図表 1-1-21 障害者雇用に関する助成措置

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

雇入れ		環境整備	
特定求職者雇用開発助成金(特定就職困難者コース)	障害者などの就職困難者を継続して雇用する労働者として雇い入れる。	障害者雇用安定助成金	障害者が継続的に安定して働くことができるよう、ジョブコーチによる支援を実施する。また、労働条件などに係る職場環境の配慮や、正規・無期雇用転換、勤務時間の延長など、職場復帰支援などを実施する。
特定求職者雇用開発助成金(障害者初回雇用コース)	障害者雇用の経験のない中小企業が初めて障害者を雇い入れ、法定雇用率を達成する。	障害者介助助成金	障害者の雇用管理のために必要な介助等を配置または委嘱する。(納付金助成金)
特定求職者雇用開発助成金(発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)	手帳を所持していない、発達障害者や難治性疾患患者を継続して雇用する労働者として雇い入れる。	重度障害者等通勤対策助成金	障害者の通勤を容易にするための措置を実施する。(納付金助成金)
トライアル雇用助成金(障害者トライアルコース、障害者短時間トライアルコース)	障害者を試行的・段階的に雇い入れる(トライアル期間は、原則3か月。精神障害者の場合は最大12か月)		
障害者雇用安定助成金(中小企業障害者多数雇用施設設置等コース)	施設整備をしつつ、新たに障害者を5人以上雇い入れる。		
施設整備		能力開発	
障害者作業施設設置等助成金	障害者の障害特性による就労上の課題を克服する作業施設等を設置・整備する。(納付金助成金)	人材開発支援助成金(障害者職業能力開発コース)	求職中の障害者に対して職業能力開発訓練事業を行う。
重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金	重度障害者を多数雇用する事業施設等の整備等を実施する。(納付金助成金)		
障害者福祉施設設置等助成金	障害者の福祉の増進を図るための福祉施設等を設置・整備する。(納付金助成金)		

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

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

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

コラム

障害者権利条約と雇用の分野における障害者差別禁止及び合理的配慮提供義務

障害者権利条約と障害者雇用促進法

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

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

障害者差別禁止指針

障害者差別禁止指針は、正式名称を「障害者に対する差別の禁止に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針」（平成27年厚生労働省告示第116号）という。本指針は、すべての事業主に対して禁止される、障害者であることを理由とする差別について、その具体的内容を示したものである。

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



(障害のある方向け) 周知用パンフレット

合理的配慮指針

合理的配慮指針は、正式名称を「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針」（平成27年厚生労働省告示第117号）といい、障害者が職場で働くに当たっての支障を改善するための事業主の措置（合理的配慮）に関して、その実施を図るために必要な事項を定めたものである。

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

5 在宅就業障害者支援制度

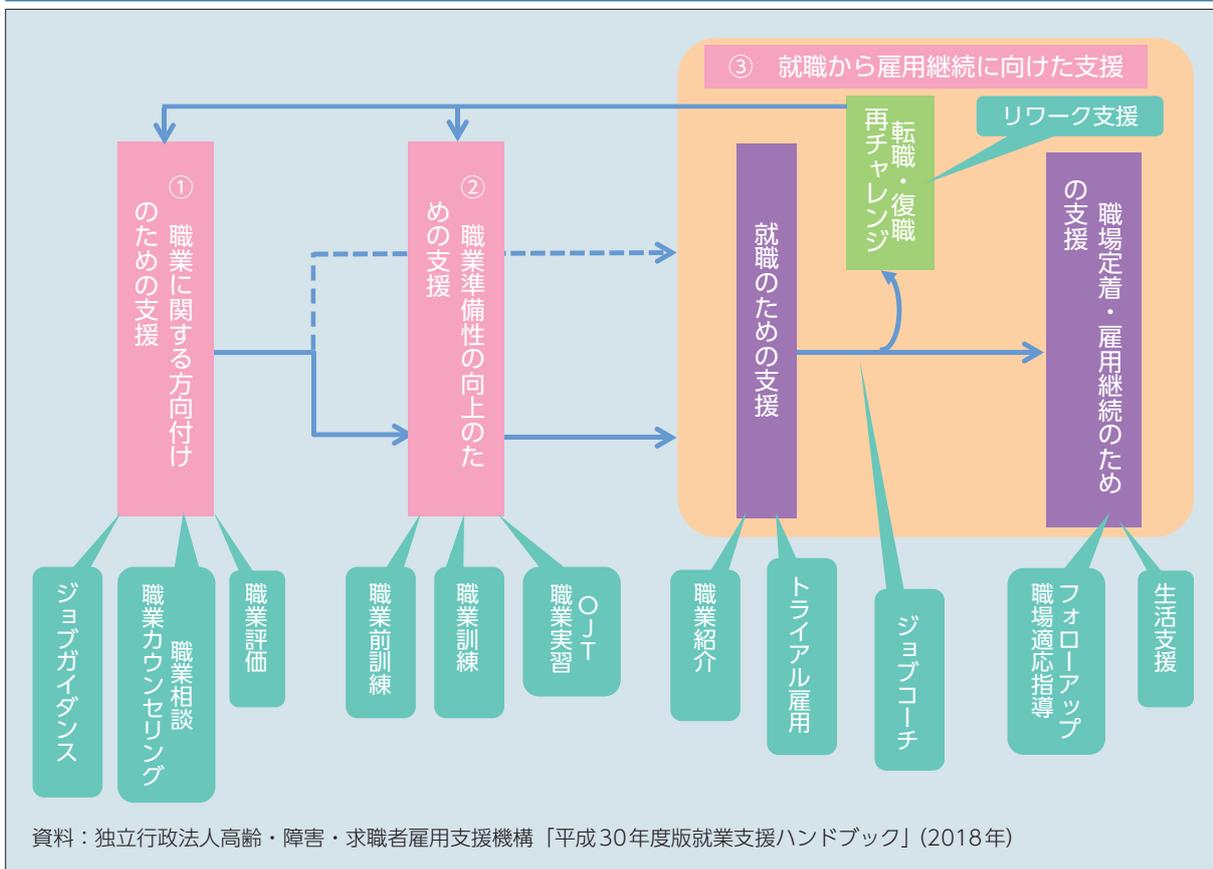
(自宅などで就業する障害者に仕事を発注する企業に特例調整金・特例報奨金を支給する制度)

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

6 職業リハビリテーションの実施体制

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

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



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

*9 我が国は1992（平成4）年6月に批准。

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

①地域の就労支援機関

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

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

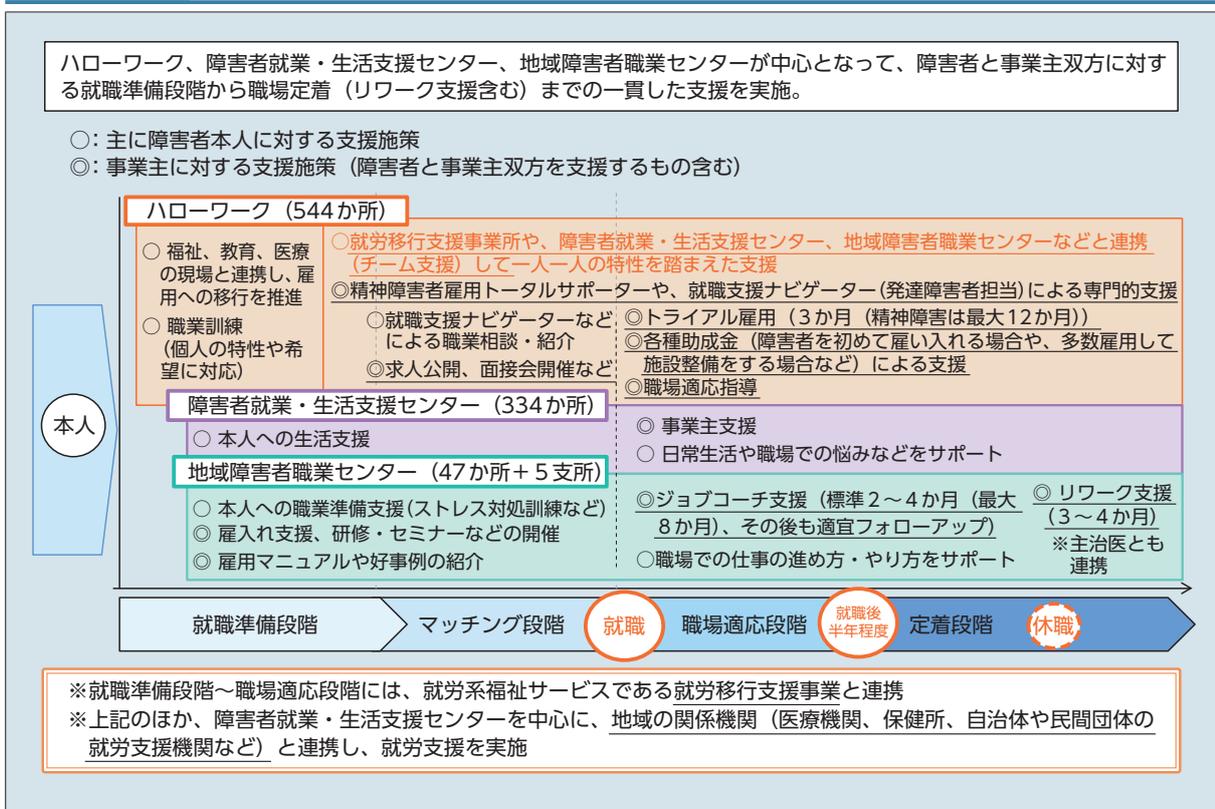
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する地域障害者職業センターでは、障害者に対して、職業評価、職業指導、職業準備訓練及び職場適応援助などの専門的な職業リハビリテーションを実施するほか、事業主に対して、障害者の雇入れ計画や、職場配置・職務設計、職場での配慮や業務の指導方法についての助言、従業員への研修を行っている。また、就職した障害者が円滑に職場に適応できるよう、事業所に職場適応援助者（ジョブコーチ）を派遣し、事業主と障害者双方に対して支援を行っている。

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

②地域の就労支援機関の連携による支援の流れ

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

図表 1-1-23 地域の主な就労支援機関による支援の流れ



(i) 障害者に対する就労・職場定着に向けた支援

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

(就労準備段階)

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

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

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

のあっせん、求職活動への同行、生活面の支援などの様々な相談に応じている。

(マッチング段階)

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

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

(職場適応段階・定着段階)

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

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

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

7 障害特性や事業主の状況に対応した就労支援の取組み

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

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

①職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業

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

②精神障害者雇用トータルサポーターの配置

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

③精神・発達障害者しごとサポーターの養成

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

④精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業

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

⑤面接会の実施

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

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

⑥障害者雇用ゼロ企業を主な対象とした合同説明会とバスツアーの実施

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

コラム

就労支援機関の連携による障害者の就労・定着支援の事例

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

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

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

就職準備支援から定着支援までの流れ

1) ハローワークでの支援

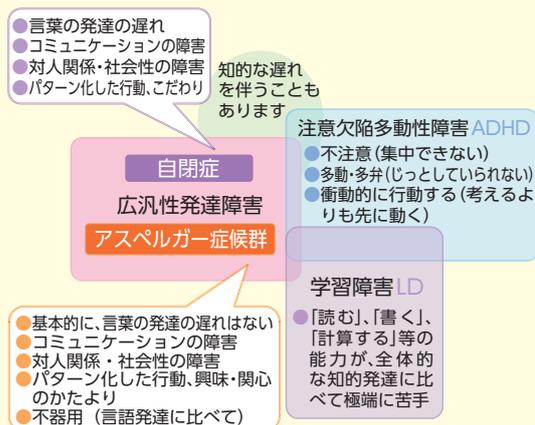
発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害のことである。どのような能力に障害があるのかは人によって様々であり、周りから見てアンバランスな様子が理解されにくい障害である。そのため、本人や家族も障害に気づかないまま大人になってから診断を受けるケースもある。「生きづらさ」の原因が分からず、周囲からも理解されずに否定的な扱いを受けることで、「周囲に受け入れられていない」という感覚を抱く場合も少なくない。

2) 障害者就業・生活支援センターでの支援

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

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

発達障害のそれぞれの障害の特性



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

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

3) 地域障害者職業センターでの支援

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



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

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

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

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

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

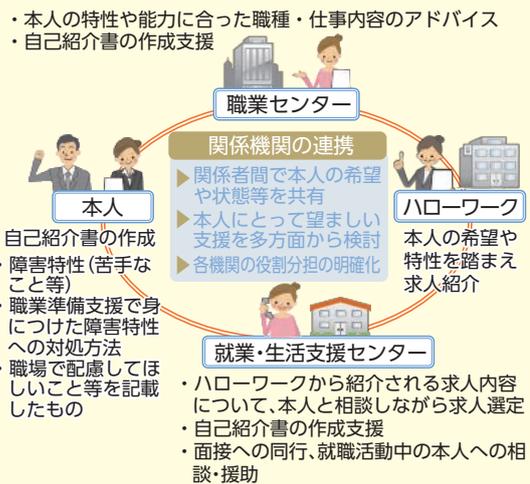
この間、地域障害者職業センターと障害者就業・生活支援センターは情報共有のため、ケース会議²を定期的で開催するとともに、日頃から連絡を取り合い、本人の状況や変化について共有を図った。

4) 就職活動支援～関係機関が役割分担

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

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

2 この場には利用者本人も参加して、3者間で状況の確認などを行った。



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

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

5) 職場定着支援

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

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

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

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

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

多機関連携による障害者の就労・定着支援のポイント

1) 適切なアセスメントと他の就労支援機関の機能への理解

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

2) 就労支援機関の間の意思疎通と役割分担

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

(2) 障害者総合支援法に基づく取組みなど

1 障害者手帳制度

(一定程度の心身の障害の状態にあることを認定するもの)

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

(身体障害者手帳)

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

(療育手帳)

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

は、都道府県などごとに設定されている。

(精神障害者保健福祉手帳)

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

2 障害者総合支援法による障害保健福祉施策の概要

(制度の対象となる「障害者」には難病等も含まれる)

2012（平成24）年6月に成立し、2013（平成25）年4月より施行（一部、2014（平成26）年4月施行）された「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」（平成24年法律第51号）による改正により、障害者自立支援法は障害者総合支援法となった。障害者総合支援法では、制度の谷間のない支援を提供する観点から、障害者の定義に新たに難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）を追加し、障害者手帳の所持の有無に関わらず難病患者なども障害福祉サービスなどの対象とした。市町村においてその人に必要なサービスの度合い（障害支援区分）を判定して、その度合いに応じたサービスが利用できることになっている。

(支援サービスは自立支援給付と地域生活支援事業に大別される)

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

(自立支援給付)

図表 1-1-24 自立支援給付の種類

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

自立支援給付は上記の6種類に分類される（図表1-1-24）。

(地域生活支援事業)

図表 1-1-25 地域生活支援事業（市町村事業）

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

図表 1-1-26 地域生活支援事業（都道府県事業）

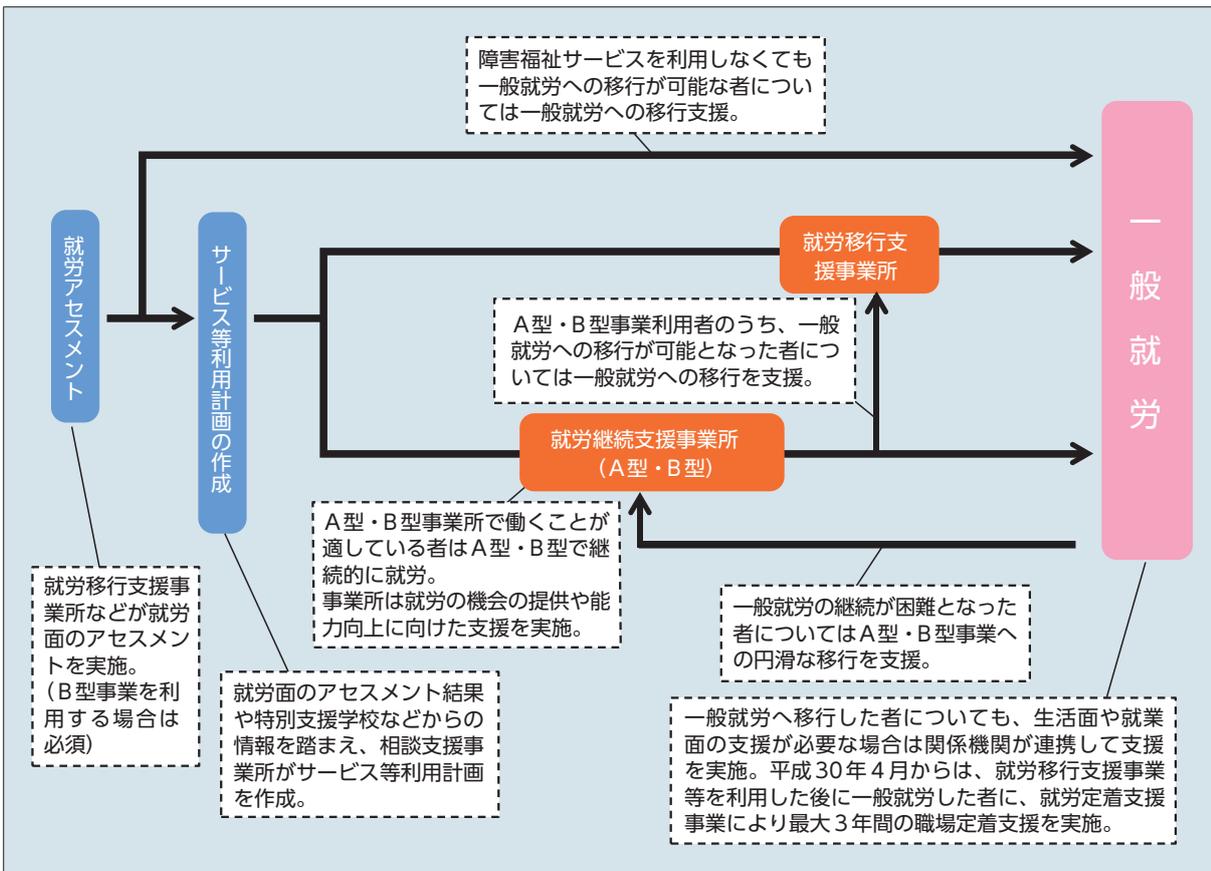
事業名	事業内容
専門性の高い相談支援事業	発達障害、高次脳機能障害など専門性の高い障害について、相談に応じ、必要な情報提供などを行う。
専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成研修事業	意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者を養成する事業を行う。（手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指點字を行う者の養成を想定）
専門性の高い意思疎通支援を行う者の派遣事業	意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者を派遣する事業を行う。（手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指點字を行う者の派遣を想定）
意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整事業	手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指點字を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

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

3 就労系障害福祉サービス

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

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



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

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

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

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

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

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

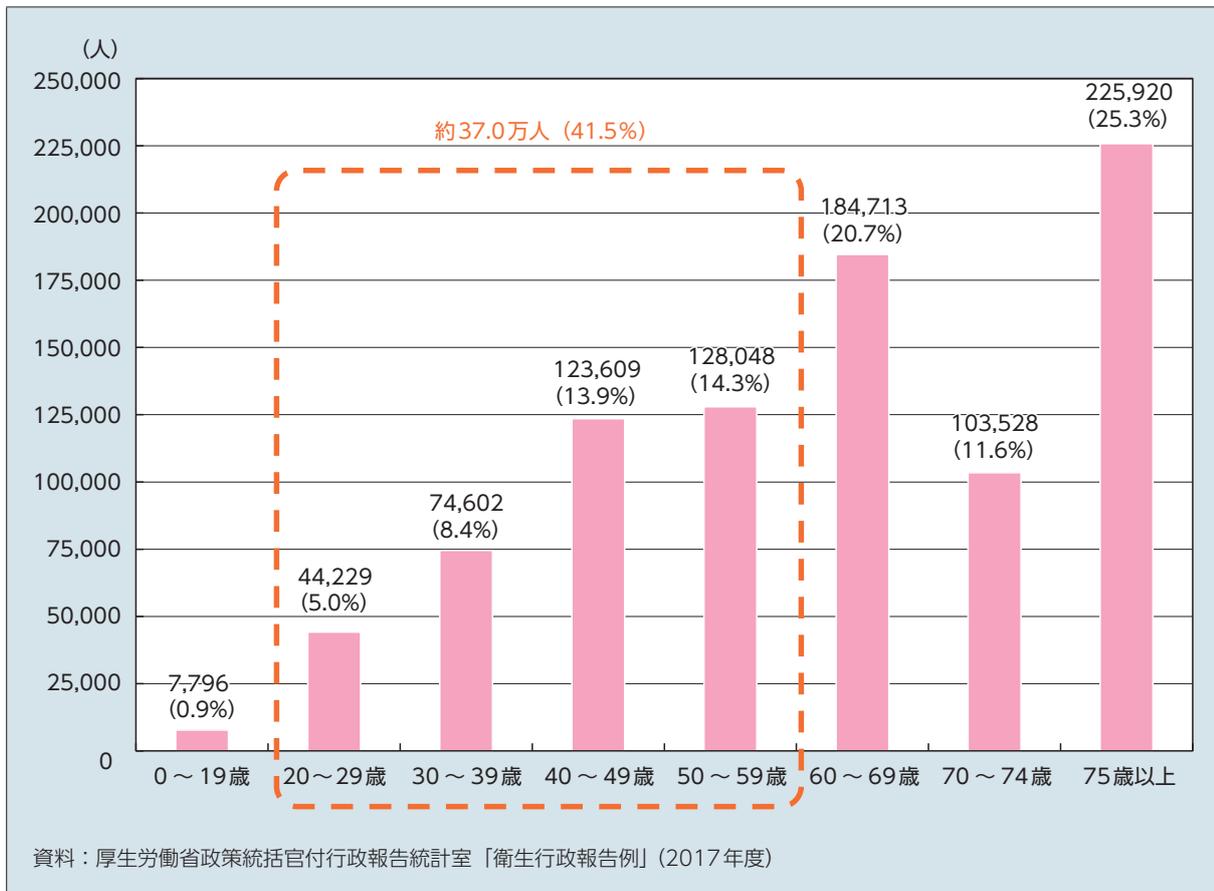
（3）難病患者への支援

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

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

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

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



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

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

コラム 難病と障害の違い

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

難病とは

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

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

障害者手帳制度との関係

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

の脳機能の障害）が見られ、精神障害者保健福祉手帳が交付される場合がある。

さらに、障害者手帳制度の対象とならない場合でも、障害者総合支援法のサービスや「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年法律第123号）に基づく差別禁止や合理的配慮提供義務などの対象となることがある。

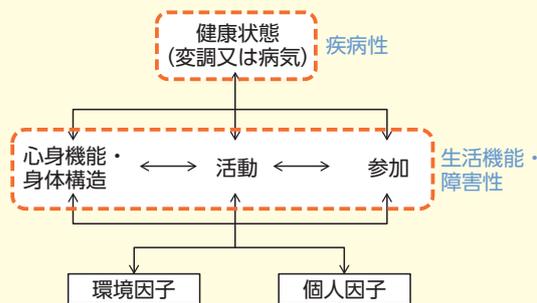
疾病と障害の関係

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

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

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

国際生活機能分類(ICF)の図式による、難病の「疾病性」と「障害性」の関係



出典：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「難病のある人の就労支援のために」（2016年6月）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室にて要約・再編

(難病患者が疾病の治療をしながら社会参加することが課題となっている)

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

1 難病患者就職サポーター

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

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

2 難病相談支援センター

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

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

コラム

難病相談支援センターと連携した就労支援

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

滋賀県難病相談支援センターの取組み

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

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

地域の社会資源と連携した支援を展開

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

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



1) 保健師のネットワークなどを活用した各機関との有機的な連携

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

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

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

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

2 滋賀県における指定難病医療受給者証所持者数（2017年4月1日時点）。

3 保健所来所者に対し、暮らしの中で困りごとがないかを尋ねる質問票。

するといった取組みが行われ、センターでの相談件数の増加につながった。



センターで実施する就労支援セミナー

②他支援機関の支援内容や担当者の連絡先を共有し、適切な支援につなげる

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

2) 就労支援では難病患者就職サポーターと緊密に連携

①センターでの「就職相談日」は毎週金曜日とPR

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

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

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

ながら、就職を希望する難病患者に対する就労支援を実施することとなった。

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

②ストレスコントロールなど相談者の体調に寄り添う丁寧なサポート

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

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



電話相談の様子

若い世代に向けてSNSを活用した活動の周知を検討

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

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

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

3 就労・雇用の状況

(1) 障害者の就労形態

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

図表 1-1-29 障害者の就労形態

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

資料：厚生労働省職業安定局雇用開発部障害者雇用対策課地域就労支援室「障害者雇用実態調査」(2013年度)、国保連データ等
 (注) 1. 「一般就労」の就労者数及び平均月額賃金は、常用労働者5人以上を雇用する民営事業所の状況。
 2. 就労継続支援A型・B型について、就労者（利用者）数は2017年（平成29年）12月時点（国保連データ）、平均賃金・工賃は2017年（平成29年）時点（厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課調べ）。

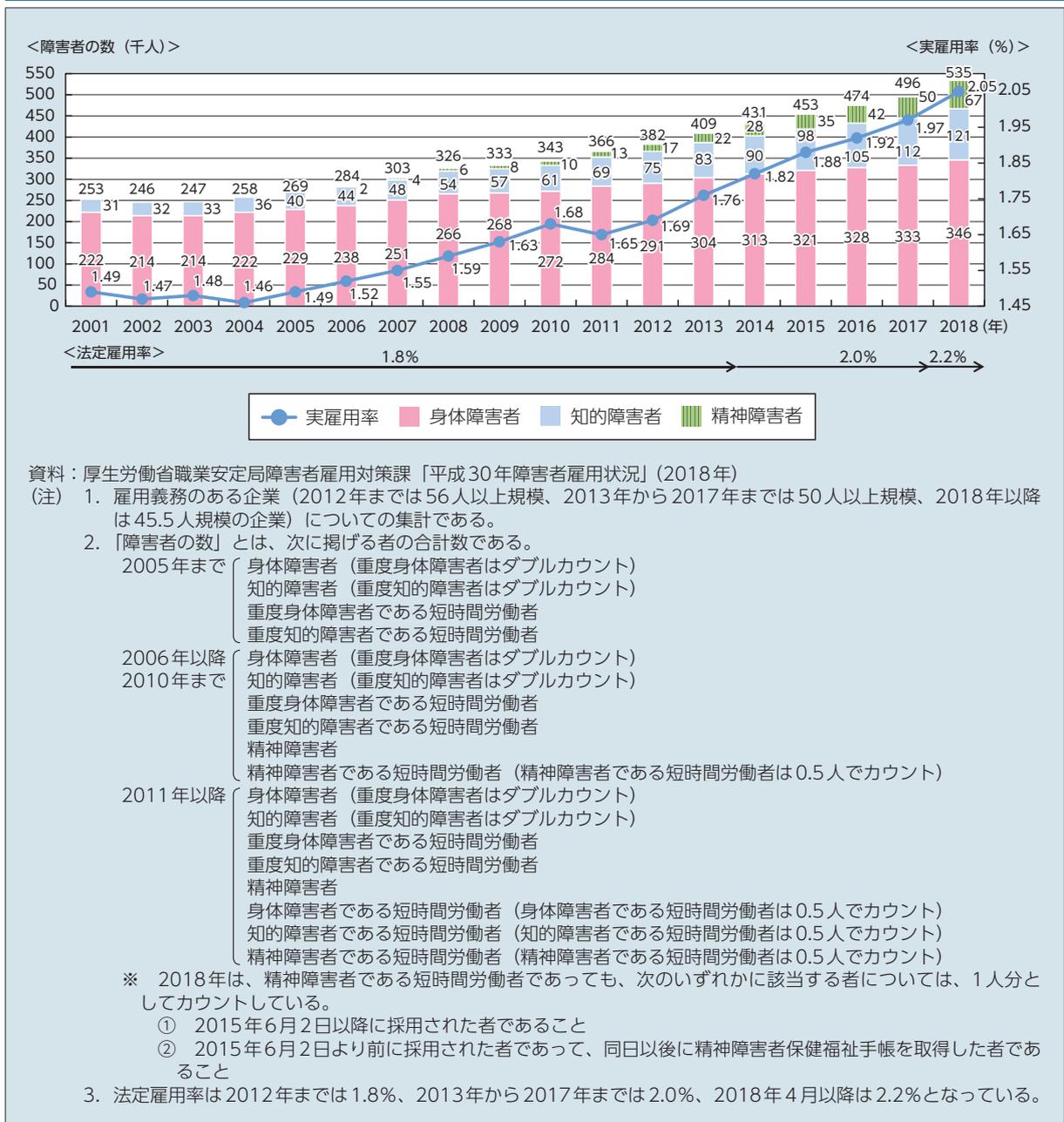
障害者の就労形態としては、一般就労以外にも、障害福祉サービスでの就労などがあるが、雇用契約の有無などにより障害者の位置づけについて差が生じる。このうち、最も多い就労形態としては一般就労である。一般就労の中でも、平均月額賃金は障害種別によって差が見られる（図表 1-1-29）。

(2) 民間企業における障害者などの雇用状況

1 民間企業における障害者の雇用状況

(雇用障害者数、実雇用率ともに過去最高を更新)

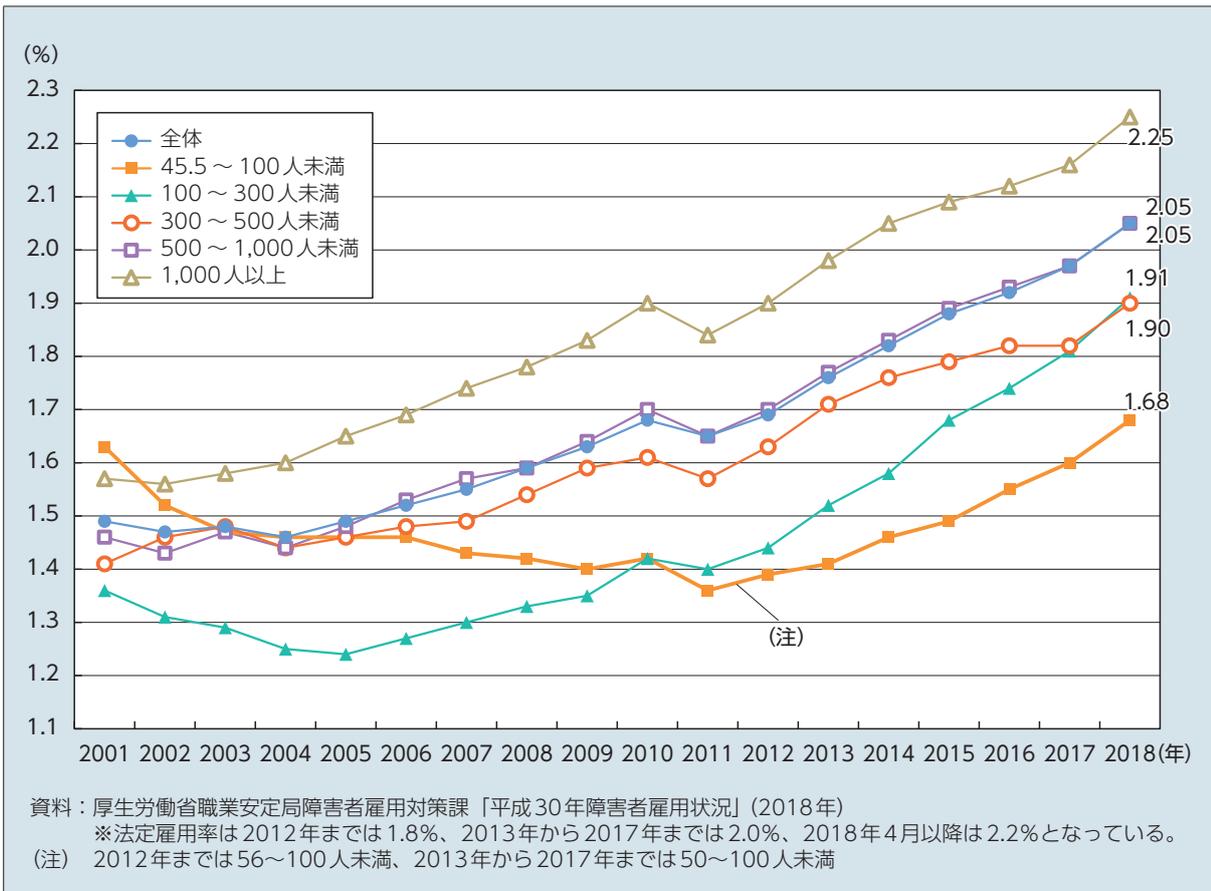
図表 1-1-30 実雇用率と雇用されている障害者の数



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

(企業規模別実雇用率でみると大企業では障害者雇用が進んでいる)

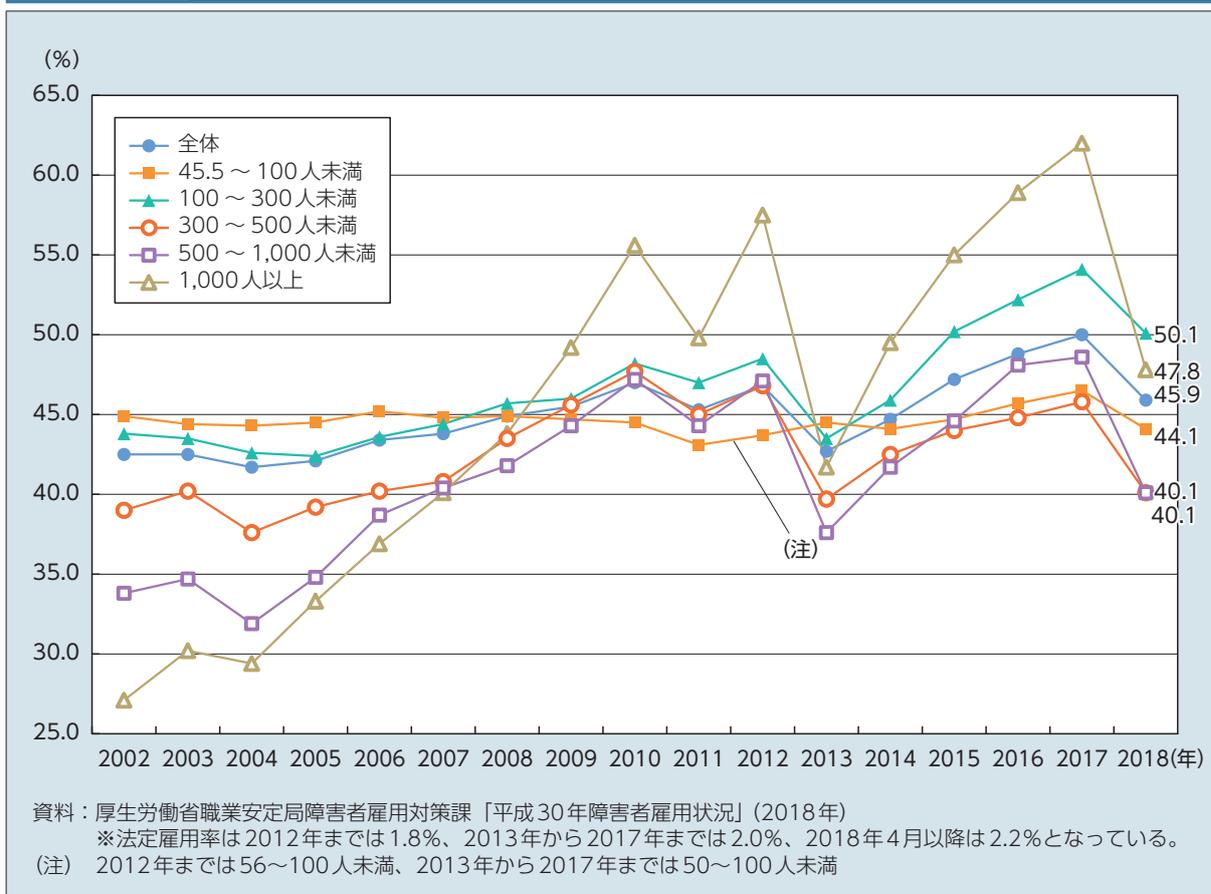
図表 1-1-31 企業規模別実雇用率



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

(法定雇用率達成企業の割合は近年は上昇傾向が続いている)

図表 1-1-32 企業規模別達成企業割合



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

2 ハローワークにおける障害者の職業紹介状況

(ハローワークを通じた障害者の就職件数は9年連続で増加している)

図表 1-1-33 ハローワークにおける障害者の職業紹介状況



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

3 障害者の職場定着状況

I 障害者の平均勤続年数

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

図表 1-1-34 障害者の平均勤続年数

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

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

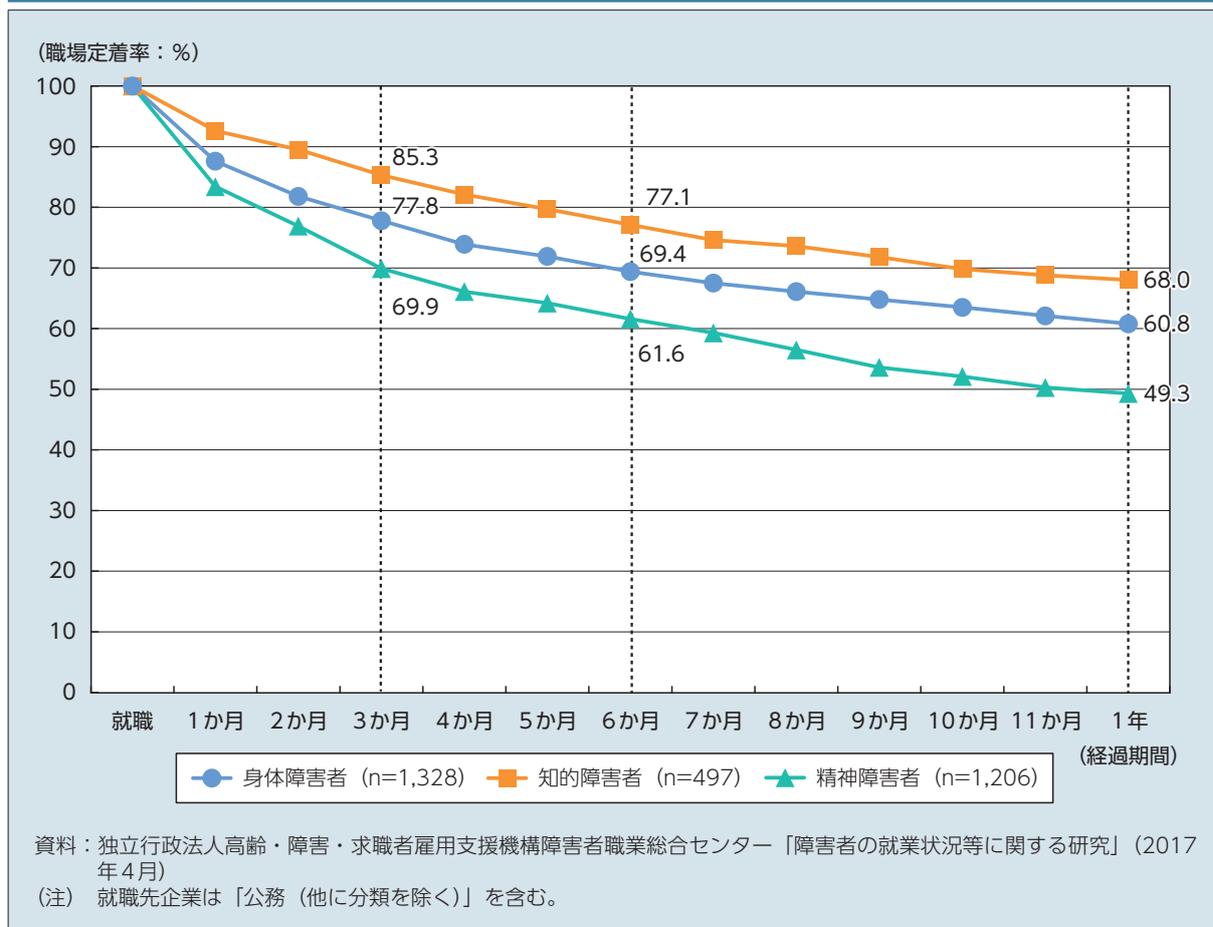
(注) 採用後に身体障害者となった者についても、まずは事業所が承知した日を起点としており、それが不明の場合は手帳の交付日としている（内部障害などの場合、外見で分からないため、手帳の交付日と企業の確認日は一致しない場合がある。）。また、精神障害者についても、事業所が承知した日が明らかでない場合は、手帳の交付日を起点としている。

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

II 一般企業への就職後の職場定着状況

（精神障害者は身体障害者、知的障害者に比べ定着率が低くなる傾向がある）

図表 1-1-35 障害種別ごとの一般企業への就職後の職場定着状況



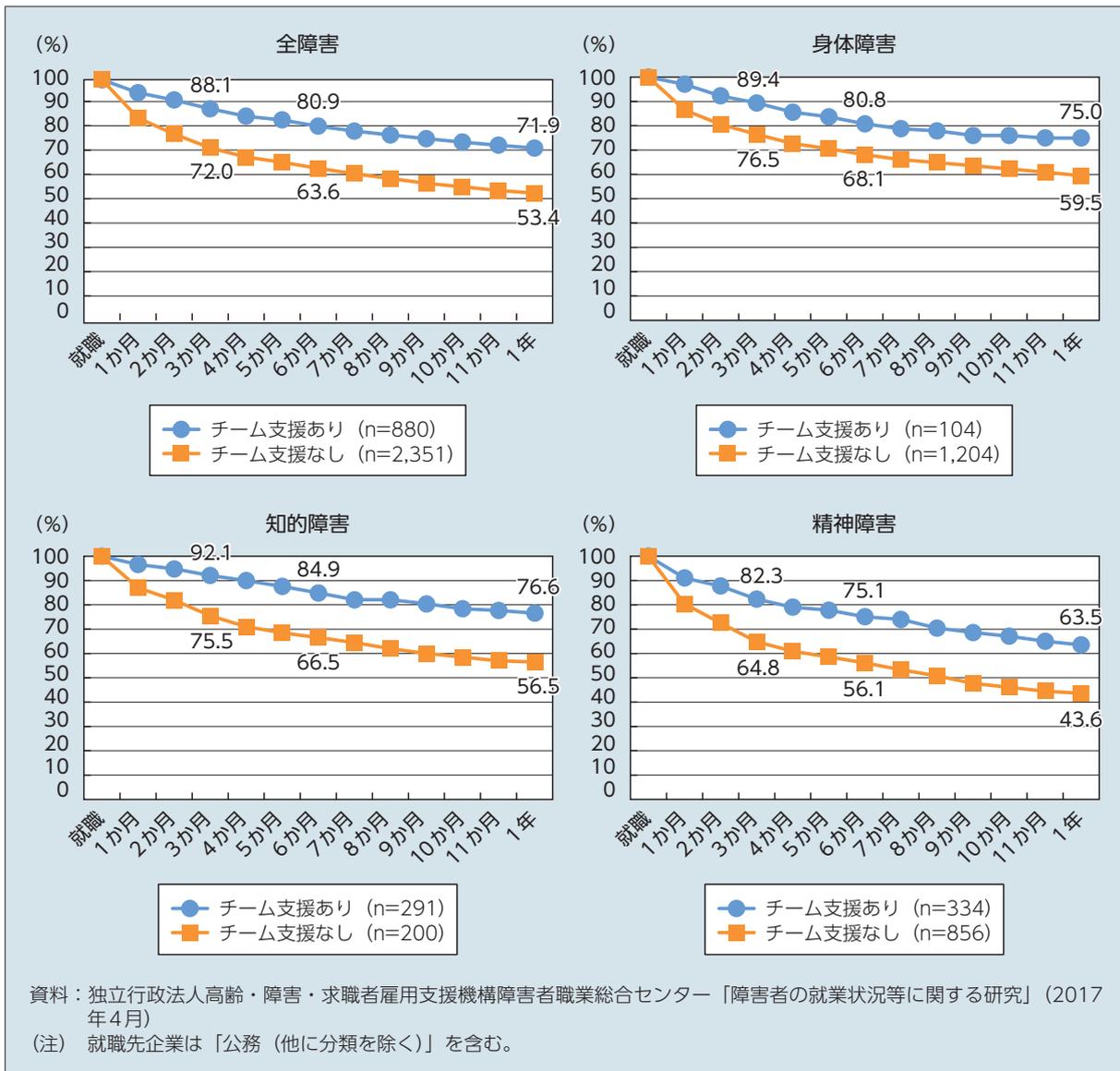
障害種別の職場定着状況を、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「障害者の就業状況等に関する研究」（2017年4月）*10で見ると、就職後3か月時点の定着率は、身体障害者：77.8%、知的障害者：85.3%、精神障害者：69.9%、就職後1年時点の定着率は、身体障害者：60.8%、知的障害者：68.0%、精神障害者：49.3%となっている。この結果によると、精神障害者については、相対的に定着が困難な者が多い状況となっている（図表1-1-35）。

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

Ⅲ 支援機関の支援の有無の定着率の関係

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

図表 1-1-36 ハローワークのチーム支援の有無×障害種別の職場定着状況

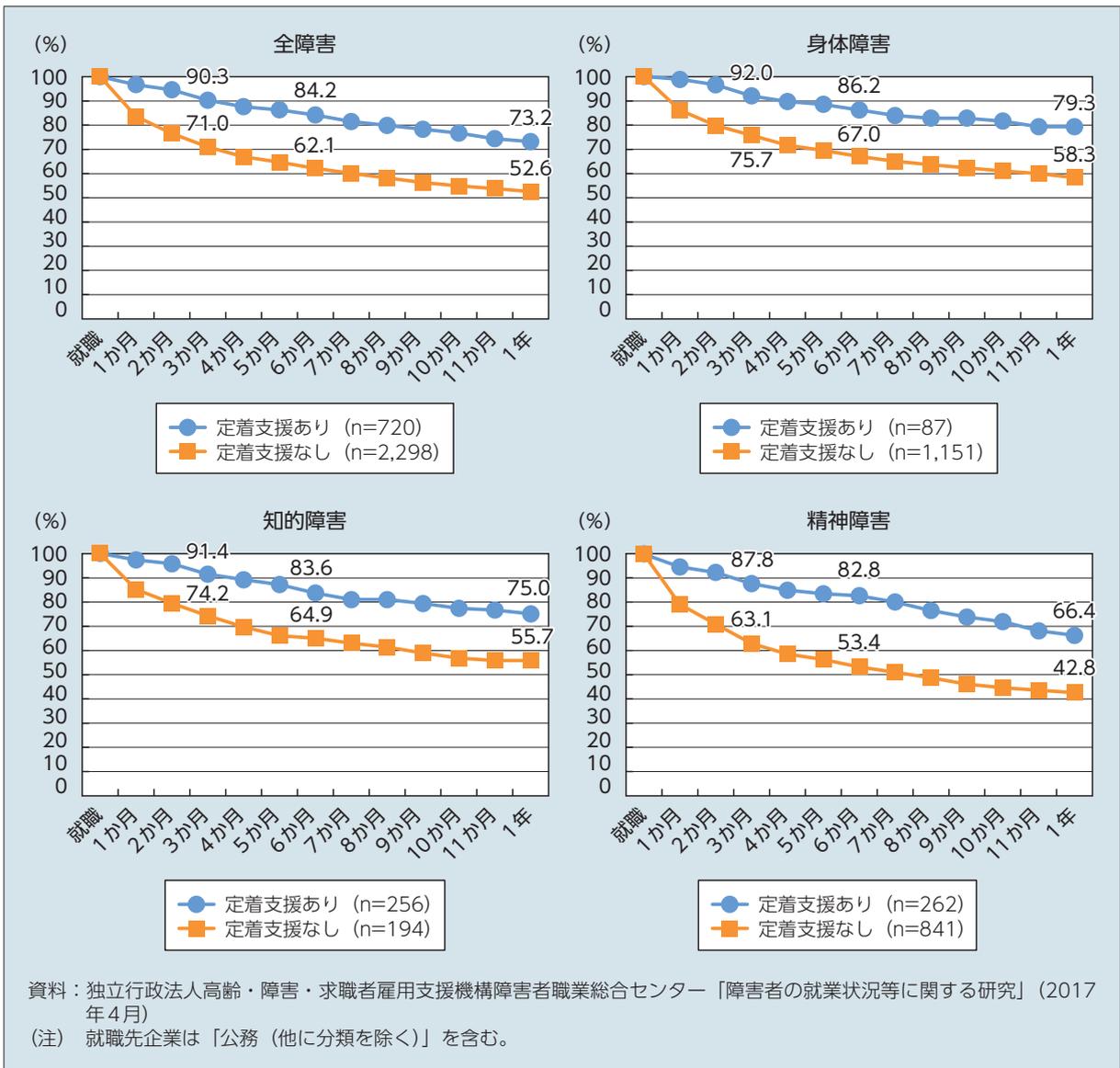


ハローワークのチーム支援^{*11}により定着状況にはどのような影響があるだろうか。「障害者の就業状況等に関する研究」によれば、身体障害者、知的障害者、精神障害者いずれにおいても、チーム支援があることで、定着率が高くなる結果となっている。特に前述のとおり身体障害者、知的障害者に比べて定着率が低い傾向にあった精神障害者についても、チーム支援がある場合には、チーム支援がない場合に比べて、就職後1年時点の定着率は約20%高くなっている（図表 1-1-36）。

* 11 ハローワークと関係機関が連携し、就職から職場定着まで一貫した支援を行うこと。

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

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



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

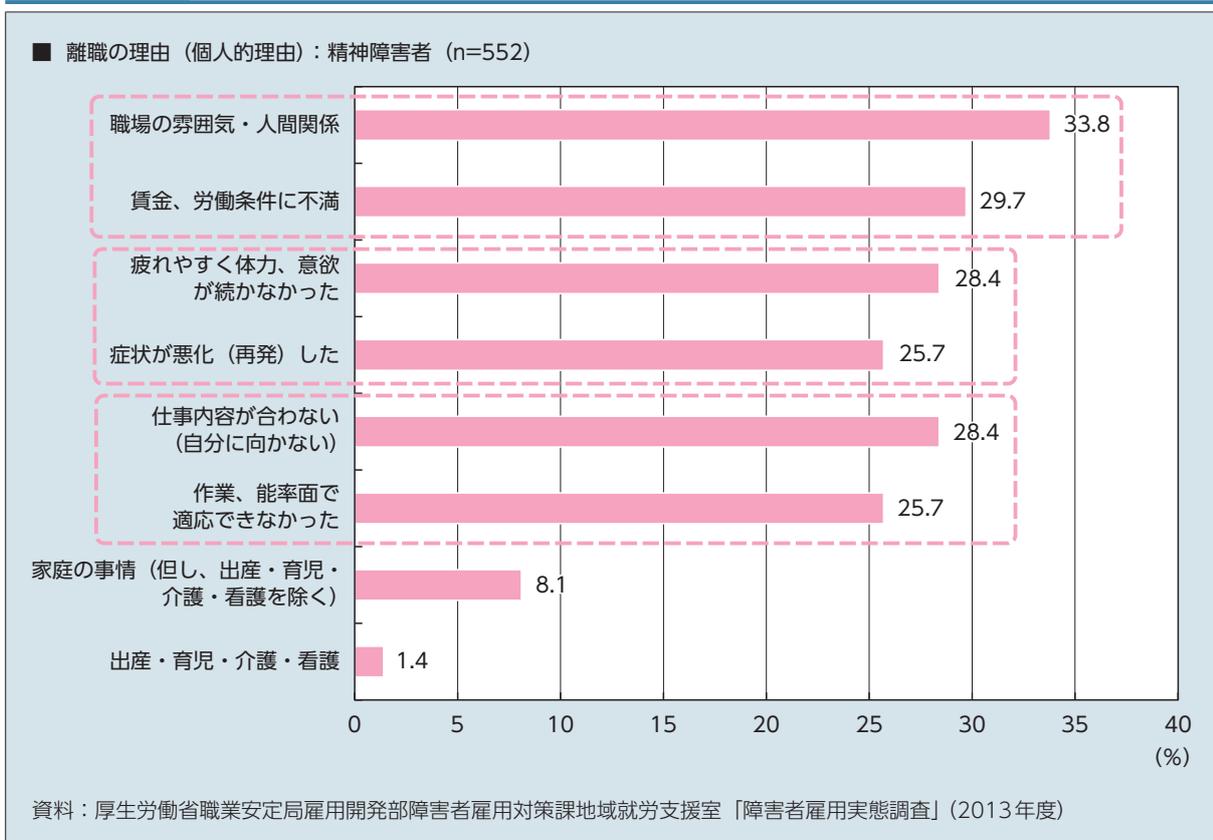
以上を踏まえると、障害者が就職後に職場に適応し定着する上で、個々の障害特性に応じたハローワークなどの支援機関による支援は、障害者が安定して働き続けることにつながると考えられる。

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

4 精神障害者の離職理由と職場での改善が必要と考える事項

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

図表 1-1-38 精神障害者の離職の理由 (個人的理由) (複数回答)

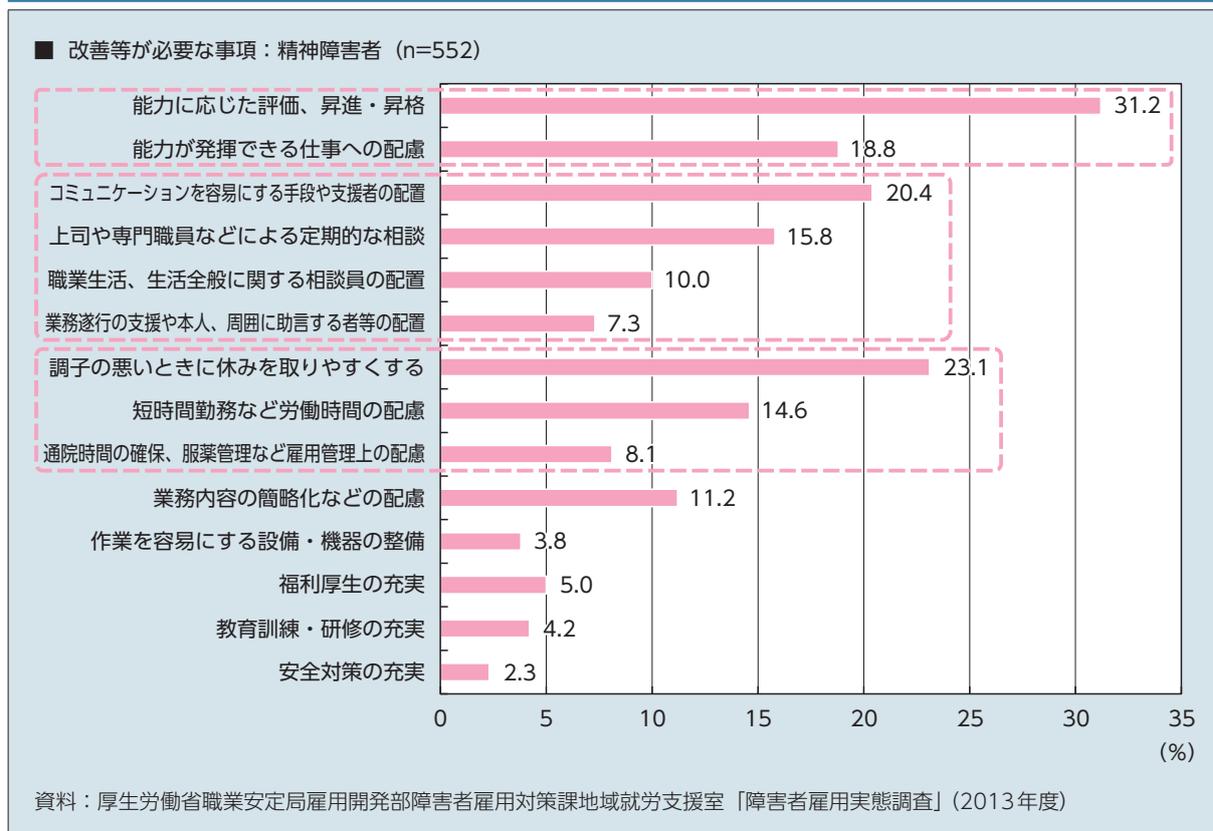


上記のとおり、精神障害者について相対的に定着が困難な状況がある。そこで、離職の理由と仕事を続ける上で改善などが必要な事項を問う調査から、精神障害者の継続雇用の課題となり得る要因を見てみる。

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

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

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

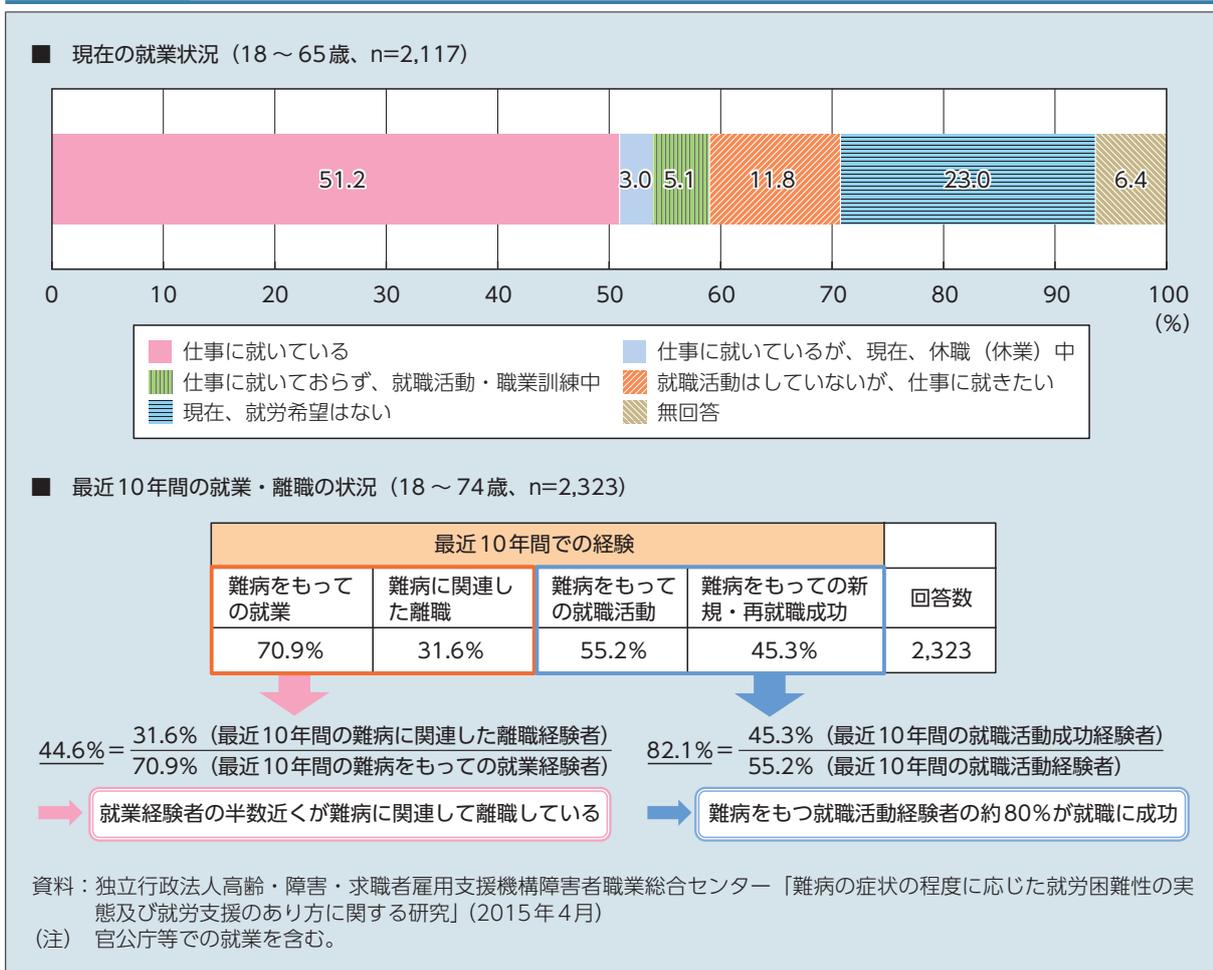


次に、職場における改善などが必要な事項があると考えている精神障害者のうち、その具体的事項を問うたところ、「能力に応じた評価、昇進・昇格」(31.2%)、「能力が発揮できる仕事への配慮」(18.8%)といった自己の能力の発揮と適正な評価を求めるものや、「コミュニケーションを容易にする手段や支援者の配置」(20.4%)、「上司や専門職員などによる定期的な相談」(15.8%)、「職業生活、生活全般に関する相談員の配置」(10.0%)、「業務遂行の支援や本人、周囲に助言する者等の配置」(7.3%)といった職場での相談体制を求めるもの、「調子の悪いときに休みを取りやすくする」(23.1%)、「短時間勤務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

5 難病患者の就労状況

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

図表 1-1-40 難病患者の就業状況



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

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

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

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

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

(3) 国の行政機関等における障害者雇用について

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

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

1 事案の概要

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ 平成29年6月1日時点 国の行政機関の状況（法定雇用率2.3%）

【再点検後】 ※平成30年10月22日訂正後

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

【再点検前】

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

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

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

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

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

【障害者の範囲及び確認方法】

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

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

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

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

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

2 原因の究明と取組方針の決定

(政府における体制の構築)

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

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

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

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

(今般の事案の原因)

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

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

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

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

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

(政府の取組の基本方針の策定・公表)

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

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

(1) 今般の事態の検証とチェック機能の強化

○今般の事態の検証

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

○再発防止のための対策

・厚生労働省における取組として、

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

などを実施していく。

・また、各府省においては

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

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

などを実施していく。

(2) 法定雇用率の速やかな達成に向けた計画的な取組

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

○厚生労働省においても、

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

(3) 国・地方公共団体における障害者の活躍の場の拡大

障害者が活躍しやすい職場づくりの推進として、

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

などにより、必要な職場環境の整備を行う。

(4) 公務員の任用面での対応等

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

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

(5) 今後に向けて

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

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

3 基本方針策定後の取組

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

(公務員の任用面での対応等)

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

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

図表 1-1-42 公務部門における障害者採用に係る状況

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

資料：厚生労働省職業安定局障害者雇用対策課調べ

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

(障害者雇用促進法の改正法案の提出)

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

具体的な内容は、以下のとおりである。

○障害者の活躍の場の拡大に関する措置

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

が優良な中小事業主の認定制度を新設する

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

(基本方針に基づく対策の更なる充実・強化)

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

①障害者の採用・定着支援等

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

②対象障害者の不適切計上に対する是正のための勧告

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

③各府省等の障害者雇用に係る責任体制の明確化

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

④各府省等の法定雇用率未達成の場合の予算面での対応

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

4 厚生労働省としての本事案に対する認識と今後に向けた姿勢

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

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

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

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

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

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

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

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

官民ともに、障害者がいきいきと活躍できる社会を実現していきたい。

コラム 海外の障害者雇用政策

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

アメリカ

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

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

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

英国

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

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

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

ドイツ

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

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

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

1 英国の公的職業紹介機関。

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

フランス

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

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

負担金の一部（最大50%）を免除されるなどの代替措置が認められている。

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

出典：

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

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

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

独立行政法人労働政策研究・研修機構「国別基礎情報」（2013年）

永野仁美「障害者の雇用と所得保障」（2013年）

厚生労働省「2016年海外情勢報告」

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

第2節 病気を有する者などの現状と取組み

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

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

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

1 病気の現状と取組み

(1) 広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる「5疾病」とは

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

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

(広範かつ継続的な医療の提供が必要とされる「5疾病」とは)

図表 1-2-1 五疾病の考え方

五疾病の考え方
<p>広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病</p> <p><u>具体的な考え方</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者数が多く国民に広く関わるもの ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの
<p>医療法（昭和23年法律第205号）</p> <p>第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。</p> <p>2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。</p> <p>四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項</p> <p>医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）</p> <p>第三十条の二十八 法第三十条の四第二項第四号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患とする。</p>

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

(2) 各病気の状況

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

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

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

* 21 「脳卒中」は「平成29年患者調査」における「脳血管疾患」の値。

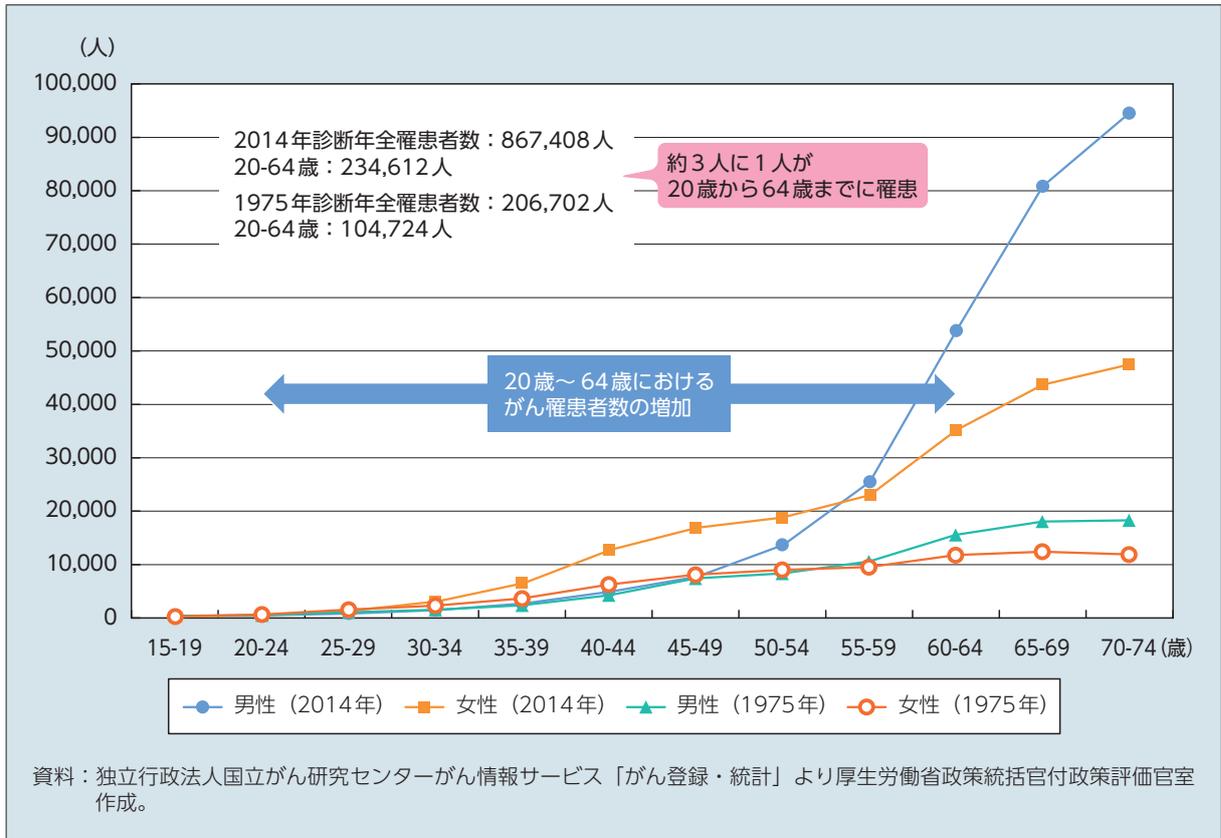
* 22 「心筋梗塞等の心血管疾患」は「平成29年患者調査」における「心疾患（高血圧性のものを除く）」の値。

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

1 悪性新生物（がん）

（がん患者の約3人に1人は20歳から64歳でがんに罹患している）

図表 1-2-2 性別・年齢階級別がん罹患患者数（1975年、2014年）



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

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

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

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

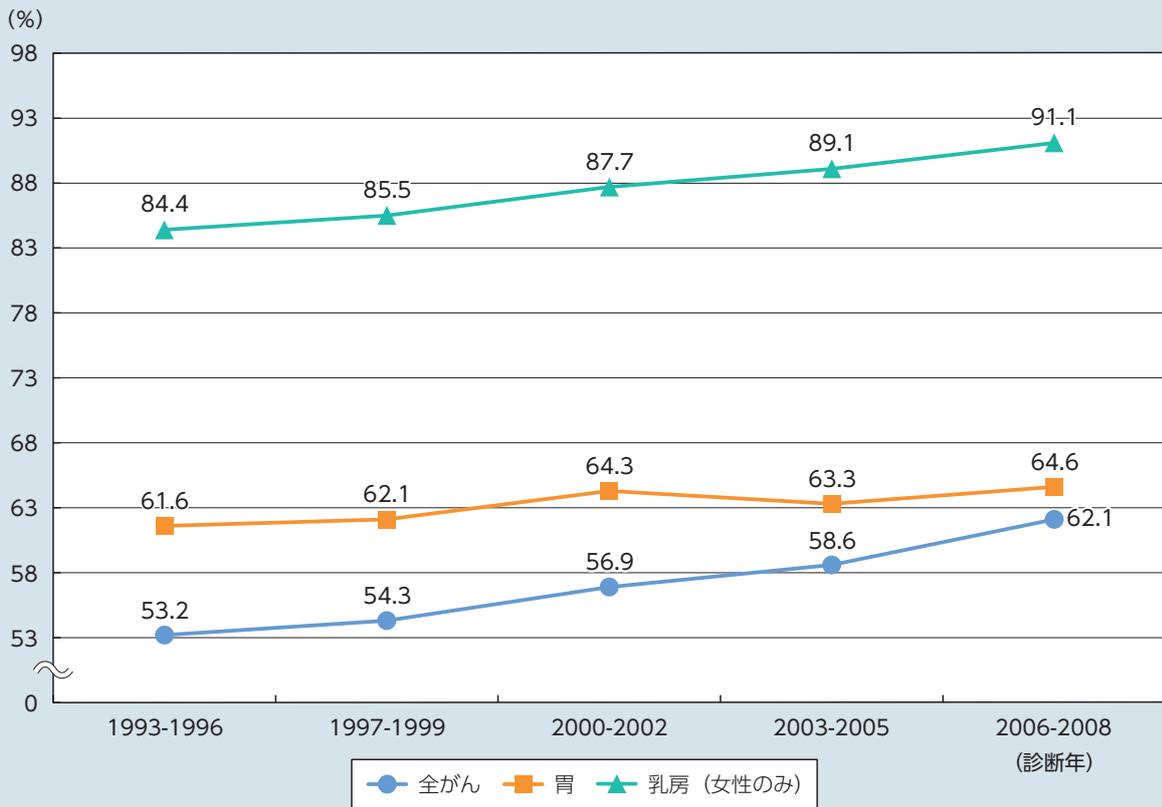
* 24 新村出「広辞苑」第7版.岩波書店,2018参考。

* 25 厚生労働省政策統括官付保健統計室「平成29年患者調査」

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

(がんの生存率は年々上昇している)

図表 1-2-3 がんの5年相対生存率



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

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

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

* 正確には、性別、生まれた年、および年齢の分布を同じくする日本人集団。

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

コラム 主ながん治療（3大治療）

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

手術療法

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

薬物療法（抗がん剤治療等）

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

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

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

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

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

放射線療法

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

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

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

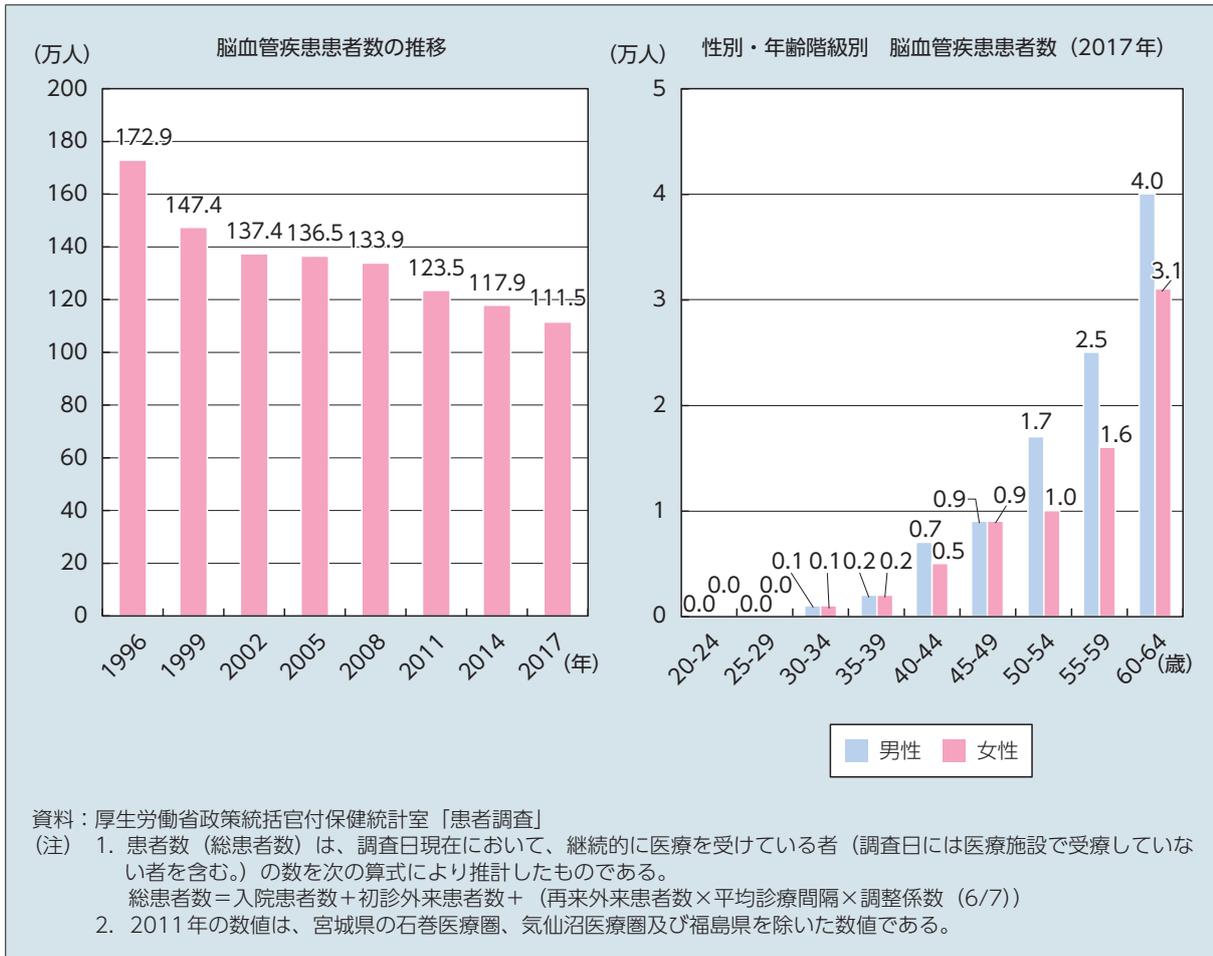
外部照射を通院で実施する場合、全体の予定は治療計画により異なるが、多くの場合、1週間に5日の治療を数週間にわたって行う。一般的な治療に要する時間は、治療室に入ってから出てくるまで10～20分程度で、実際に放射線が照射されている時間は数分である。

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

2 脳卒中

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

図表 1-2-4 脳血管疾患患者数の状況



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

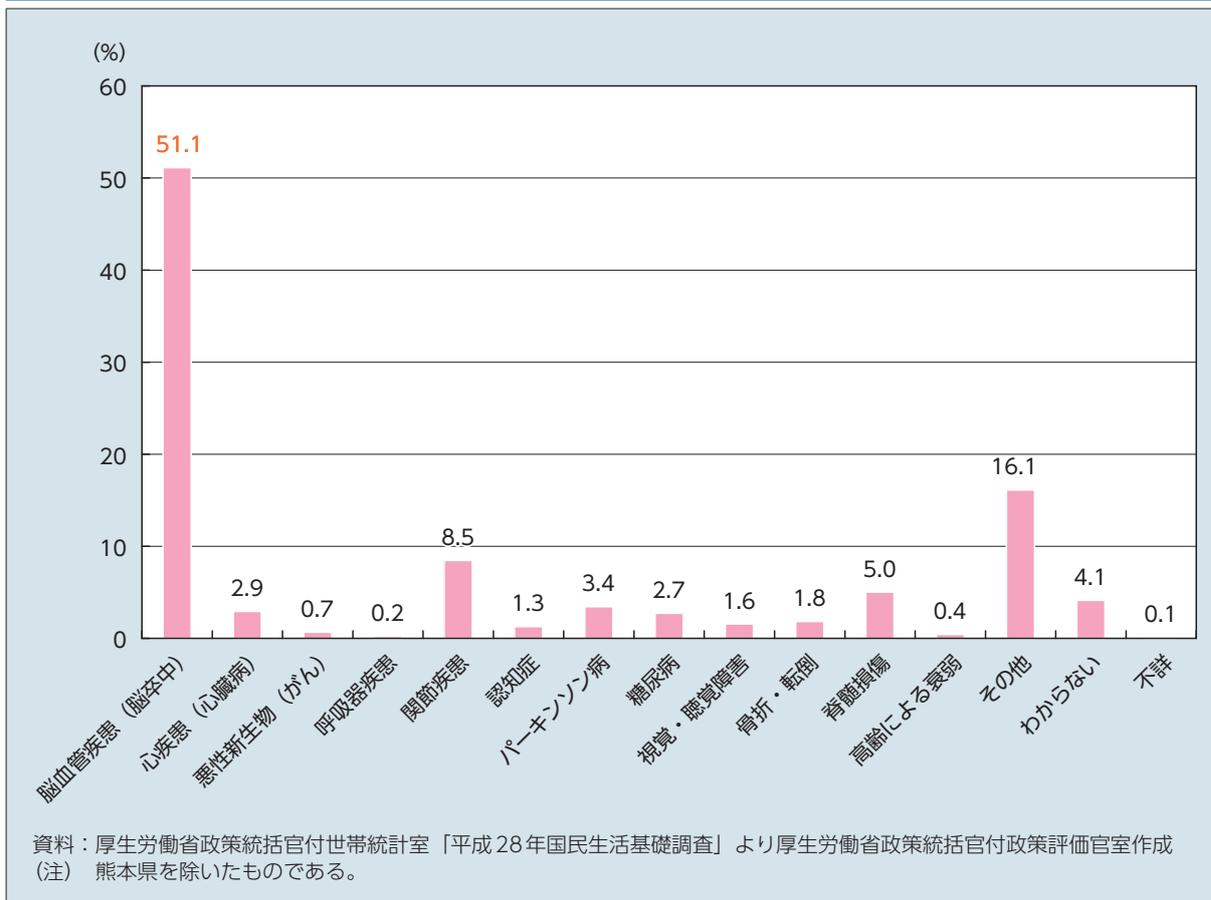
脳卒中などの脳血管疾患の治療や経過観察などで通院・入院している患者数は、2017年では約112万人と推計されている。そのうち約16%（約18万人）は20～64歳であり、加齢とともに罹患する者が増えていく傾向にある（図表1-2-4）。

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

*28 厚生労働省「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 脳卒中に関する留意事項」を参考。

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

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

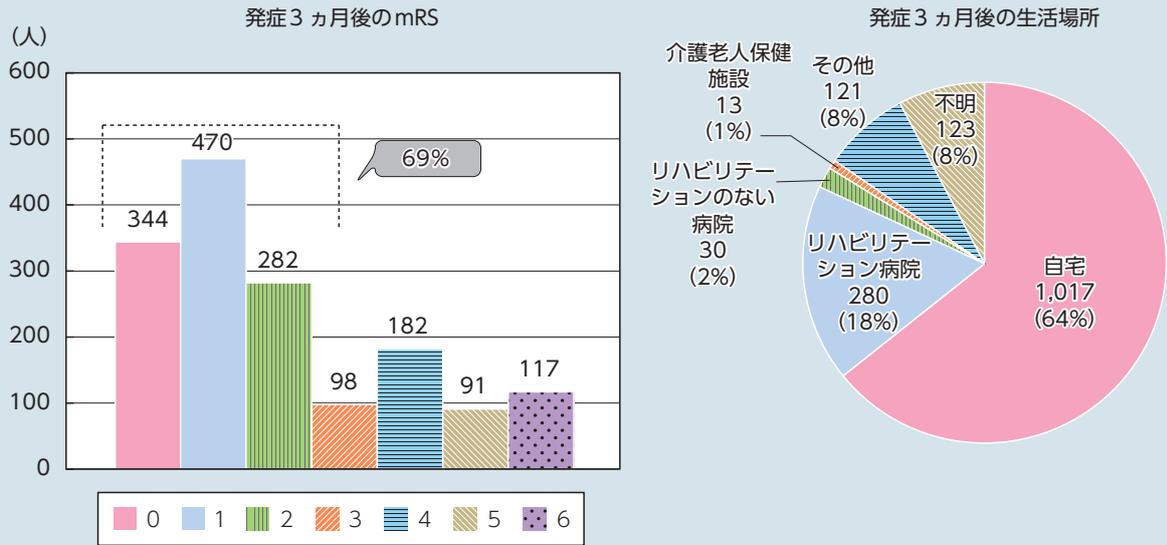


(しかし、18歳から65歳で罹患した脳卒中は予後が比較的良く、発症3ヵ月後の時点で約69%が、自分の身の回りのことは介助なしに行えるまでに機能回復している)

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

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

図表 1-2-6 脳卒中患者（18-65歳）の予後



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

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

日本版 modified Rankin Scale (mRS) 判定基準書

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

* 介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。

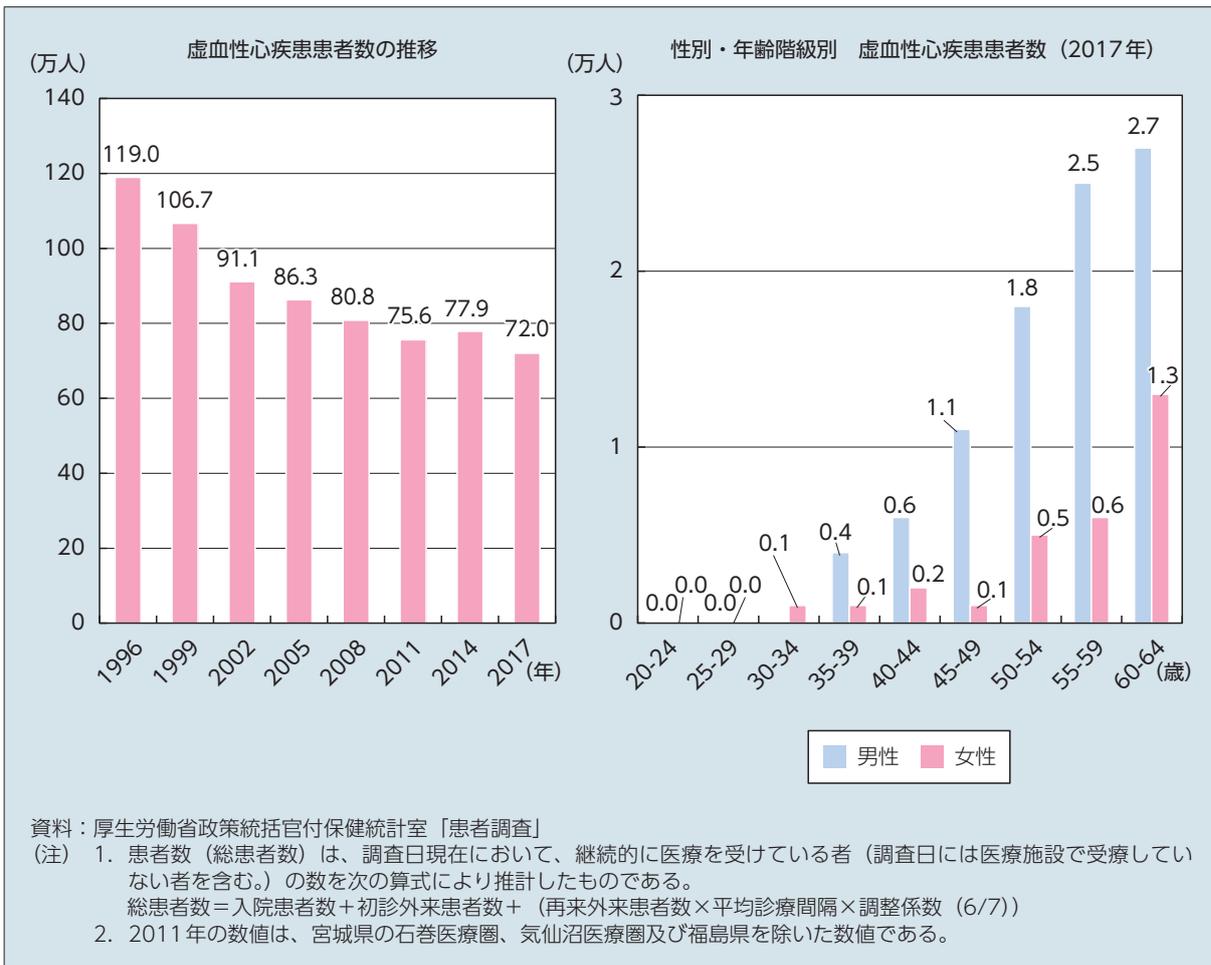
† 歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具（杖、歩行器）の使用は介助には含まない。

資料：一般社団法人日本脳卒中学会「脳卒中治療ガイドライン2015」

3 心筋梗塞等の心血管疾患

(心筋梗塞の発症の引き金として、ストレスや抑うつなどが影響を及ぼす)

図表 1-2-7 虚血性心疾患患者数の状況



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

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

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

*31 国立研究開発法人国立循環器病研究センター「循環器病情報サービス」を参考 (最終閲覧日：2018年5月30日)。
 *32 時刻別の発症頻度は起床数時間後の8:00~12:00および夜間の20:00~22:00にピークを持つ二峰性を示し、労作時発症では午前中のピークが顕著で、安静時発症では夜間のピークのみを認めることも報告されている (一般社団法人日本循環器学会「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2012年改訂版)」より引用)。

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

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

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

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

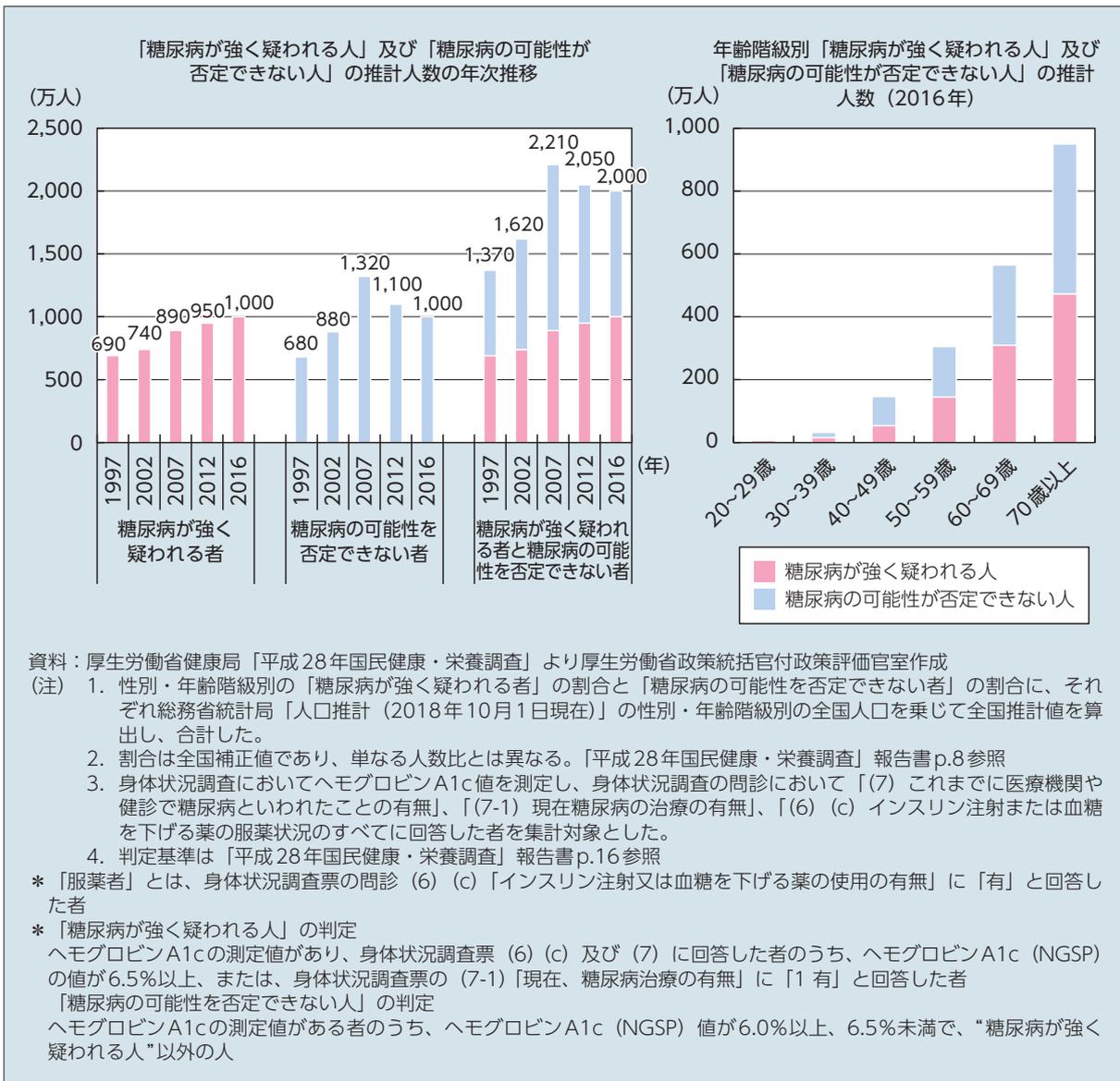
急性冠症候群研究会（OACIS）データにおいて、1998年4月から2001年3月の間に登録された心筋梗塞の治療中の患者2,511人のうち、心筋梗塞の発症日時が明確に分からない者などを除いた2,400人を研究の対象としている。2,400人のうち、男性が1,796人、女性が604人。

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

4 糖尿病

(糖尿病有病者あるいは糖尿病予備軍はいずれも約1,000万人と推計)

図表 1-2-8 糖尿病患者数の状況



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

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

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

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

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

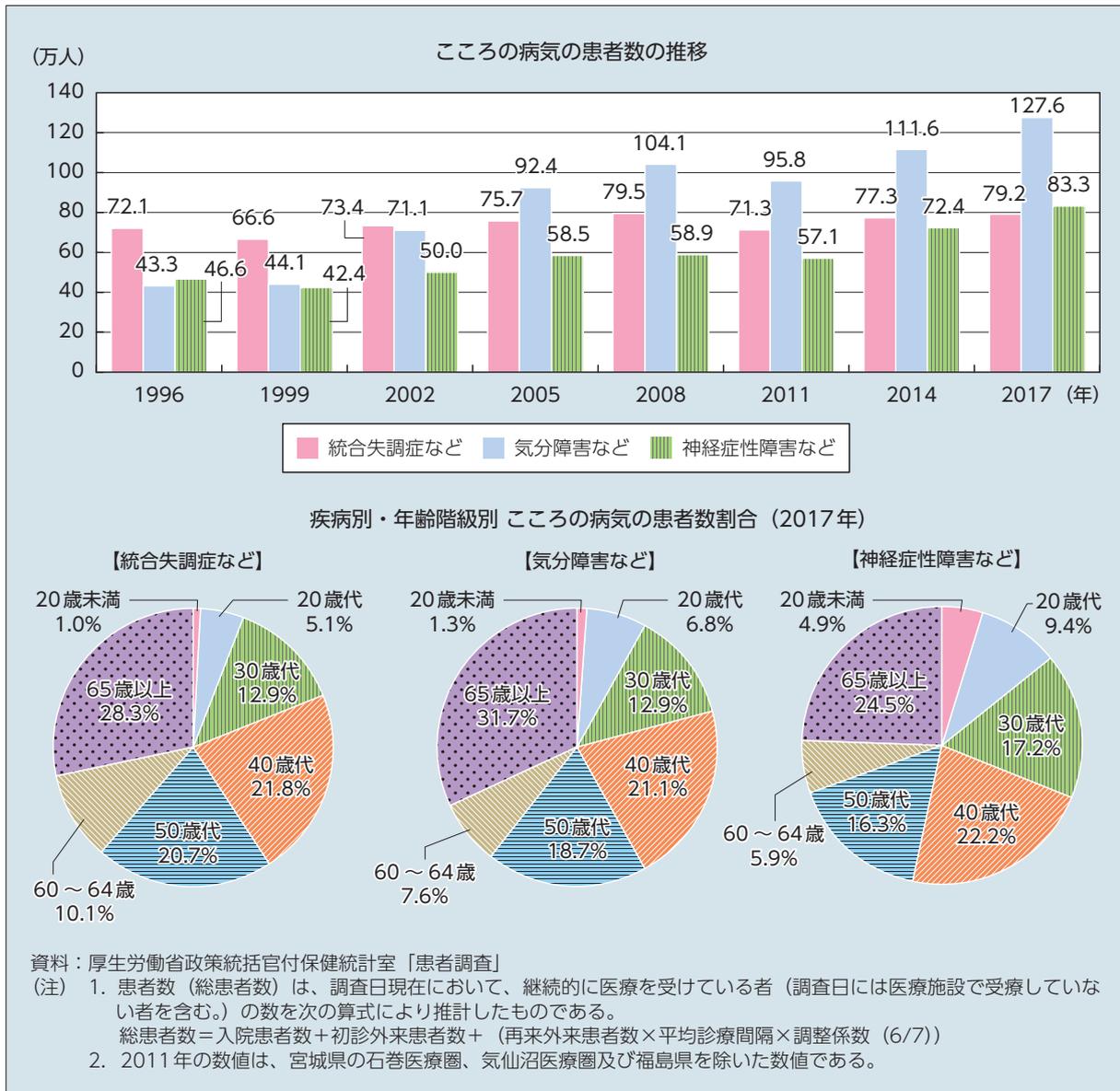
* 38 総務省統計局「人口推計(2016年10月1日現在人口)」において、20~64歳の人口は7052.2万人となっている。

役世代の約10人に1人は糖尿病あるいはその予備群であると推計される。

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

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

図表 1-2-9 こころの病気の患者数の状況



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

* 39 (3) 4 参照。

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

6 その他

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

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

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

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

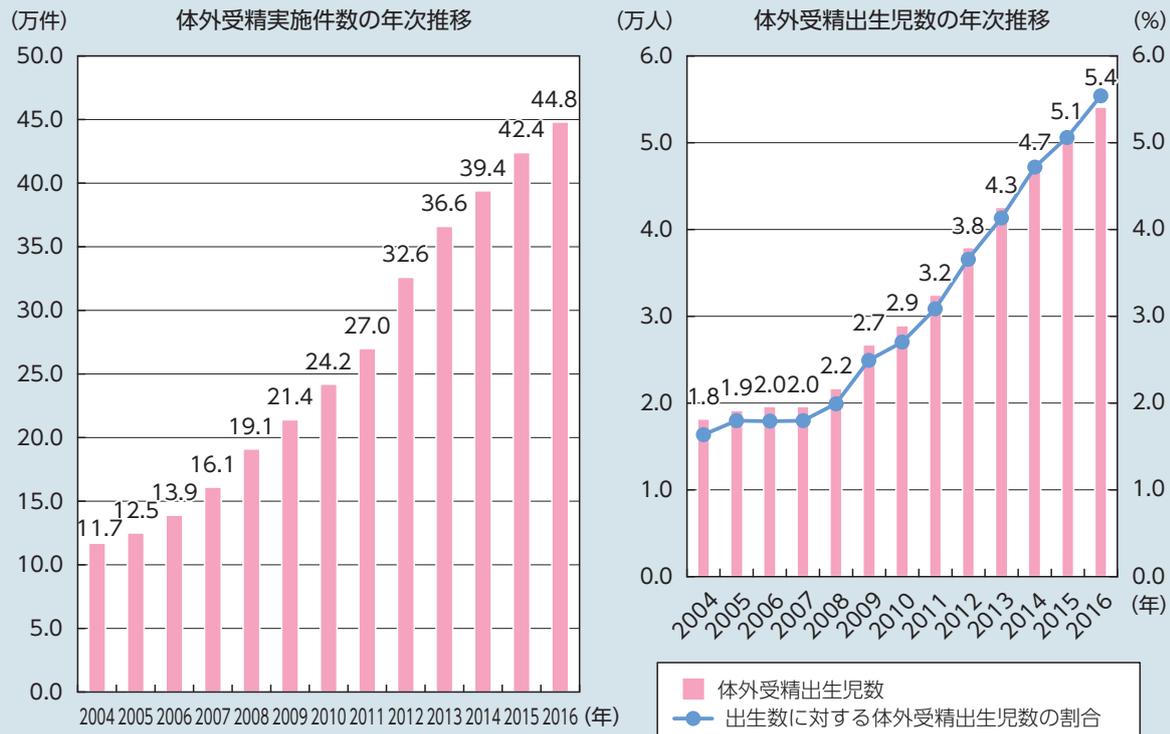
（近年の晩婚化などを背景に不妊治療を受ける者が増加している）

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

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

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

図表 1-2-10 体外受精実施件数と体外受精による出生児数



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

出生数 厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

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

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

(3) 予防・健康づくりの取組み

(取組みの位置づけ)

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

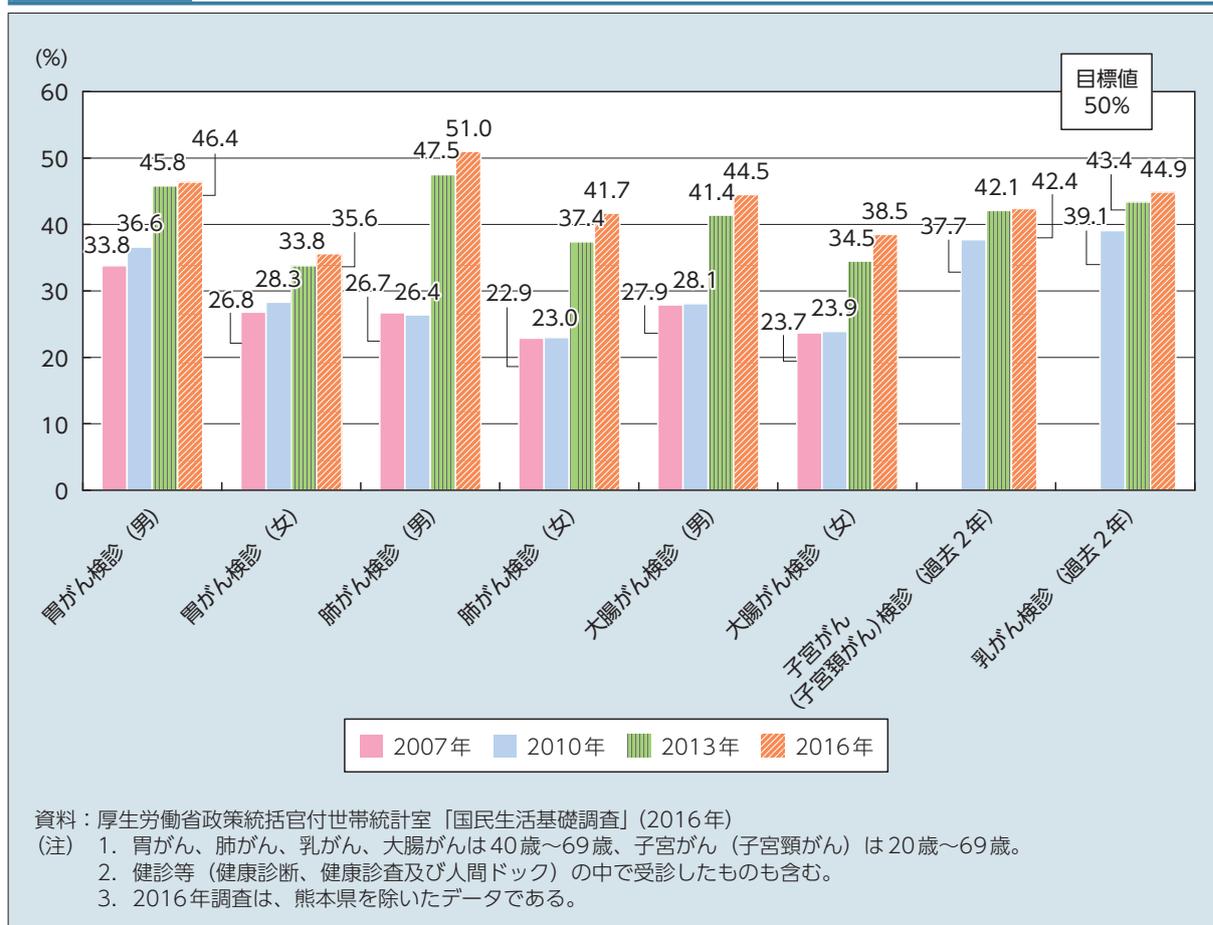
生活習慣病は、遺伝的要因も関与するが、飲酒、喫煙、食生活などの積み重ねが原因の一つとして言われており、生活習慣を見直すことで、ある程度予防することが可能である。したがって、日頃から各人が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任を持って取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者なども、それをサポートすることが重要である。そこで国は、運動、食生活、禁煙などの個人の生活習慣の改善を促す国民運動を展開するなど、国民全体について生活習慣病のリスクを下げる取組みを行うとともに、検診・健診（健康診査、健康診断）の受診の促進といった、より高いリスクを有する者に対して、そのリスクを削減することで生活習慣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

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

1 がん対策

(がん検診の早期発見・早期治療による、がんの死亡率減少)

図表1-2-11 がん検診の受診率



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

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

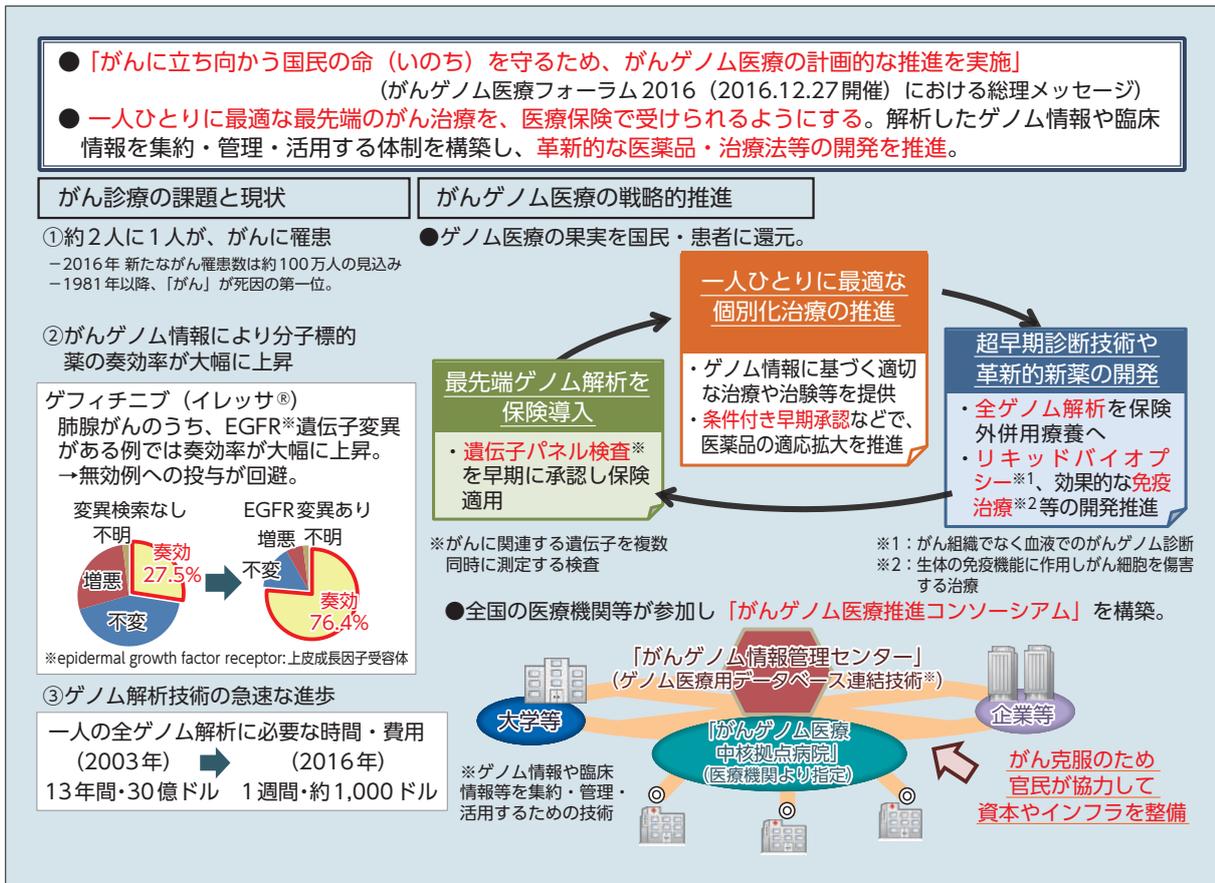
*42 成育(健やか親子施策)、疾病予防・重症化予防(がん対策・生活習慣病対策等)、介護・フレイル予防(介護予防と保健事業の一体的実施)を、重点取組分野として設定している。

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

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

（ゲノム医療の開発・推進）

図表1-2-12 最先端がんゲノム医療の実現



がん分野においては、近年、個人のゲノム解析技術やその結果を解釈するための情報通信技術が飛躍的に向上しており、一人一人の患者の特性に即した、従来よりも効果が高く、副作用の少ないがん治療を届けることが可能となりつつある。厚生労働省では、2018（平成30）年3月に閣議決定した第3期「がん対策推進基本計画」に基づき、「がんゲノム医療」を推進している。がんのゲノム情報や臨床情報などを集約し、質の高いゲノム医療を提供する体制（がんゲノム医療推進コンソーシアム）を構築するとともに、がんの革新的治療法や診断技術などの開発を行うため取組みを進めている（図表1-2-12）。

2 保険者及び個人の予防・健康づくりに対するインセンティブの推進など

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

保険者では、個人の予防・健康づくりに対してインセンティブ提供を行っている。

(保険者の行う予防・健康づくりに対するインセンティブの強化)

図表1-2-13 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

〈2015年度まで〉				
保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			
〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表				
保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	後期高齢者医療広域連合
	同上	2017年度に試行実施(保険料への反映なし)	2018年度以降の取組を前倒し実施(2016年度は150億円、2017年度は250億円)	2018年度以降の取組を前倒し実施(20~50億円)
〈2018年度以降〉				
保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、2020年度に最大10% 減算率：最大10%~1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(700~800億円)(2018年度は、別途特別調整交付金も活用して、総額1,000億円規模)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映(100億円)
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診(がん検診、歯科健診など)、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	被扶養者の健診実施率向上・事業主との連携(受動喫煙防止等)等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施等

保険者は、保健事業を通じて加入者の健康の保持増進を図り、これをもって生活習慣病などの予防を図る役割が期待されている。国は、このような保険者の予防・健康づくりの取組みをさらに進めるため、保険者に対するインセンティブを強化する見直しを行った(図表1-2-13)。

健康保険組合・共済組合、全国健康保険協会、国民健康保険、国民健康保険組合については、2017(平成29)年度までは、特定健康診査と特定保健指導の実施率を評価指標とし、その結果に応じて後期高齢者支援金の加算・減算を行っていた^{*44}。

2018年度からは保険者の予防・健康づくりの取組みを推進するため、評価指標とその手法を、保険者種別の特性に応じたものになるよう見直しを行うなど、インセンティブを強化をすることとしている。例えば、健康保険組合・共済組合については引き続き後期高齢者支援金の加算・減算制度でインセンティブを付与し、加算率・減算率ともに2018年度から段階的に引き上げて、2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げることとしている。国民健康保険については「保険者努力支援制度^{*45}」を創設し、取組みに応じて

*44 後期高齢者医療広域連合については、後期高齢者支援金の加算・減算によるインセンティブの適用はないが、2016年度から後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組みを評価し、特別調整交付金に反映する保険者インセンティブを実施している。

*45 医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応などを通じて保険者機能の役割を發揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化するもの。支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を決定する。2016年度・2017年度から前倒しで実施しており、前倒しの実施状況も踏まえ、2018年度から本格実施する。

国から自治体に財政支援を行っている。

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

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

（介護予防と保健事業の一体的実施）

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

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

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

（個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進）

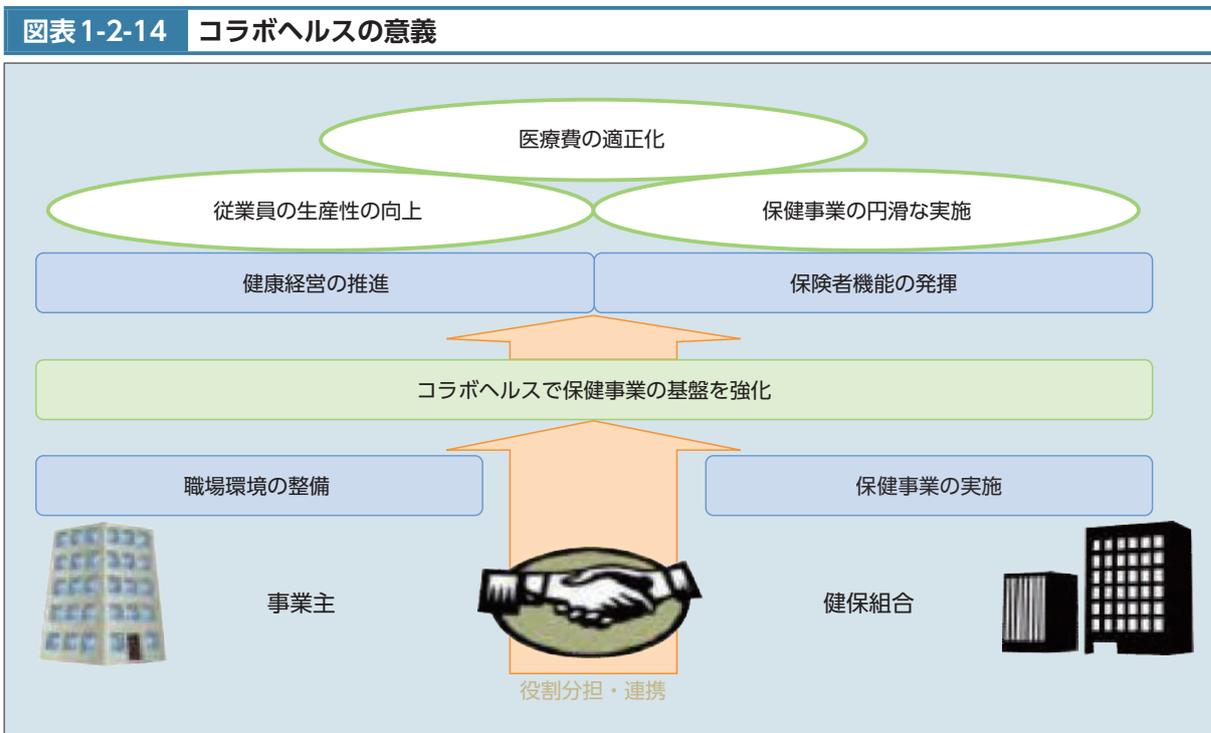
国民が予防・健康づくりに取り組むきっかけの提供や取組み継続の支援として、一部の保険者は加入者に対し、ヘルスケアポイント（個人の健康づくりの取組みに応じて、物品などと交換できるポイント）を提供するなど、個人の予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組みを行っている。これらのインセンティブ付与の取組みは、2015年の法改正により、健康保険法などに保険者の努力義務とされ、国でも2016（平成28）年にガ

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

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

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

3 保険者と事業主のコラボヘルスの推進



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

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

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

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

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

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

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

（民間主導で先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げる）

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

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



日本健康会議 2017の様子

コラム

新潟県栄養士会における県民の健康づくりと訪問栄養食事指導

県や市との協働による県民の健康づくり

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

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

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



計量器で計って調理



現在の病態に合った食事を

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

在宅の要介護高齢者や療養者への訪問指導

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

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



療養者と会話をしながら身体や摂食の状況を確認

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



在宅での調理指導

1 「Chronic Kidney Disease」(慢性腎臓病)の略。

2 高齢者の介護を高齢者が行うこと。主に65歳以上の高齢の夫婦、親子、兄弟などがそれぞれ介護者・被介護者となるケースを指す。
3 認知症の被介護者を認知症の介護者が介護していること。

2 就労・雇用の状況

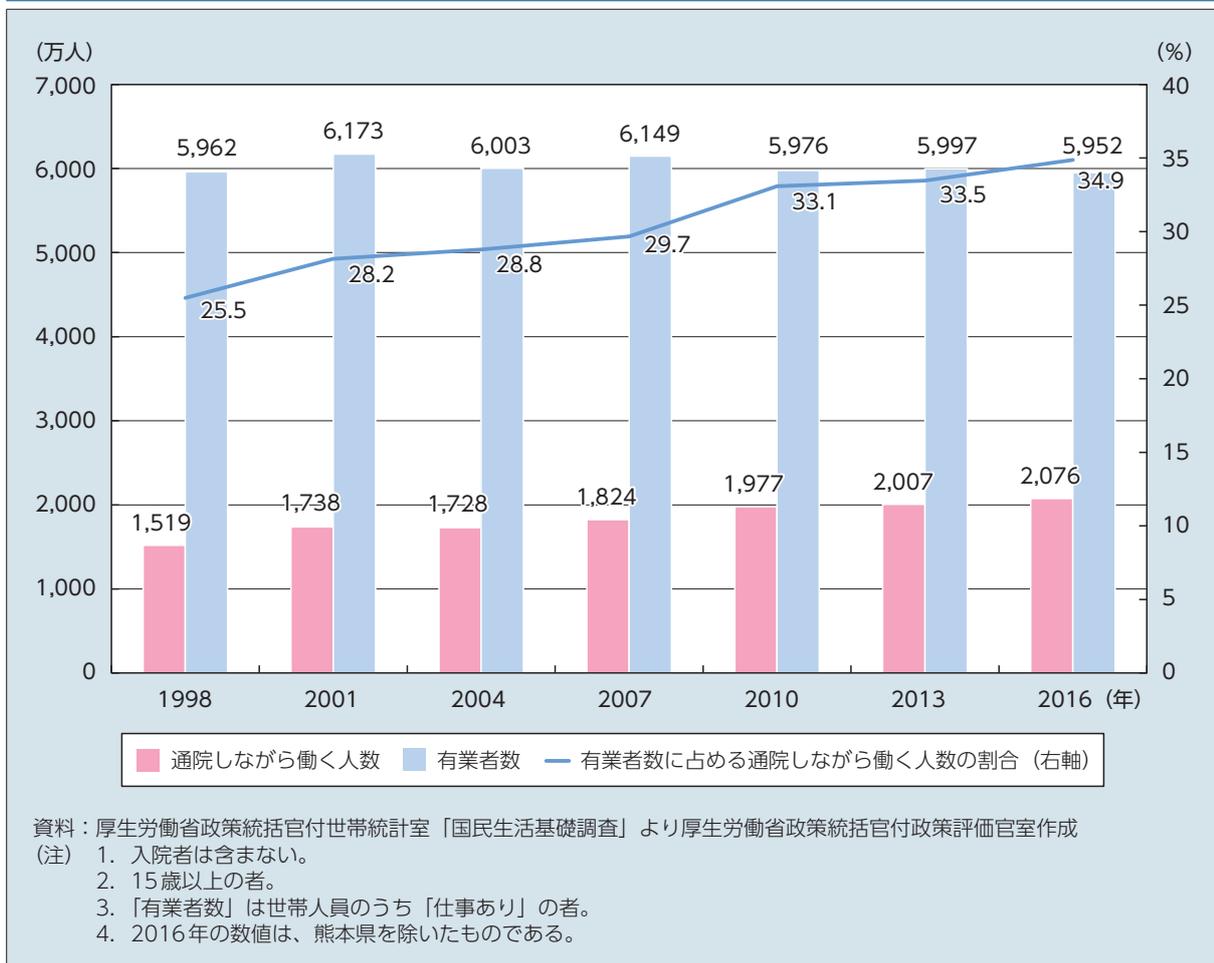
(1) 就労・雇用の状況

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

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

(有業者の約3割が通院しながら働いている。その人数は年々増加している)

図表 1-2-15 有業者数に占める通院しながら働く人数の割合

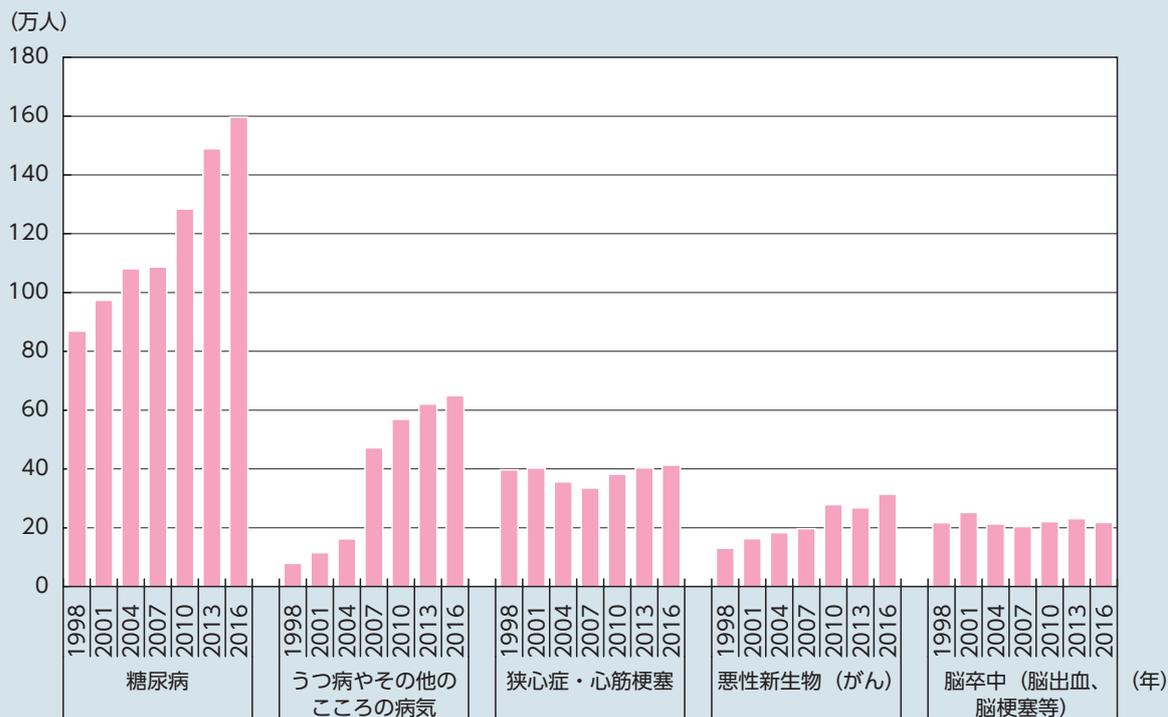


けがや病気で病院などに通院しながら働いている人数^{*49}は、1998（平成10）年の1,519万人から年々増加し、2016（平成28）年には2,076万人と有業者^{*50}の約3割を占めるにいたっている（図表1-2-15）。

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

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

図表1-2-16 通院しながら働く人数 (主な病気)



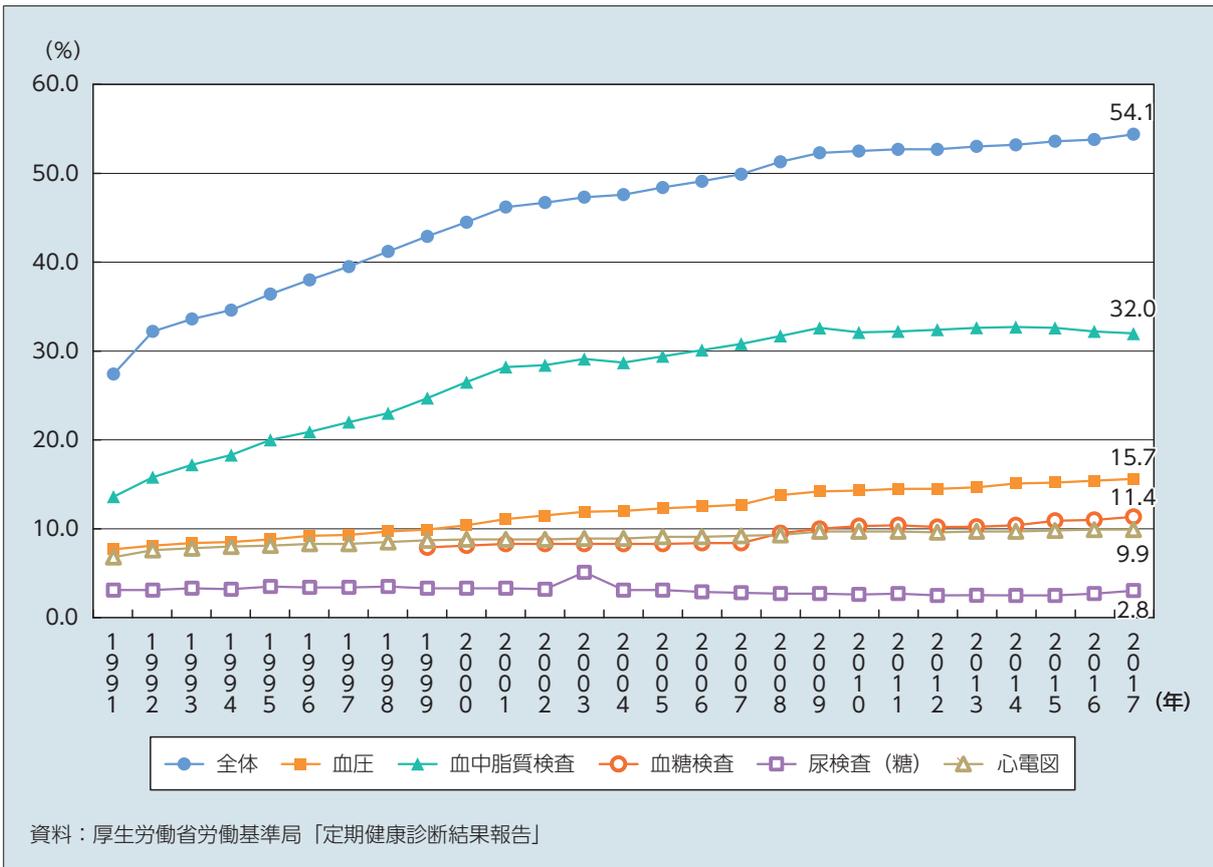
資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」

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

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

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

図表 1-2-17 定期健康診断における有所見率

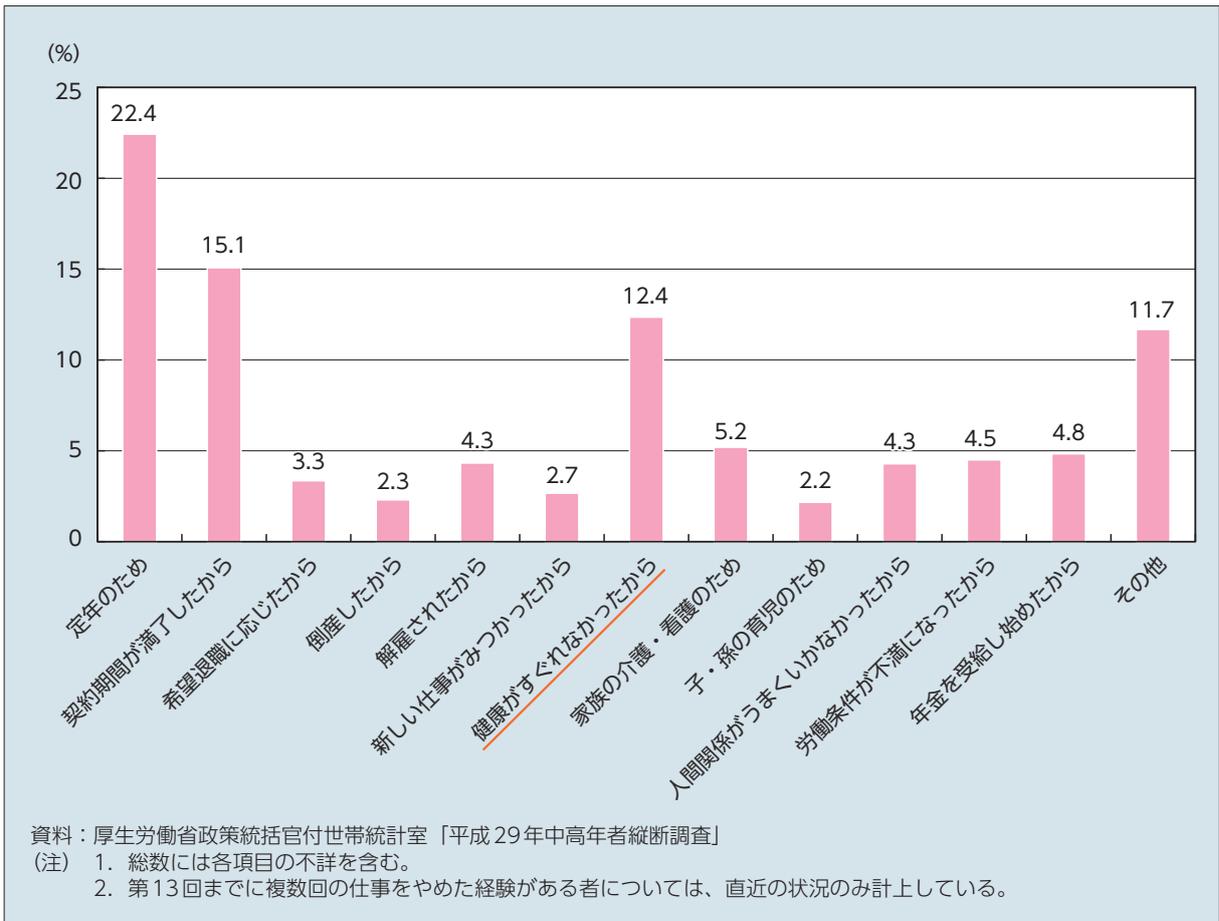


定期健康診断における有所見率の年次推移を見る（図表1-2-17）。定期健康診断を受診した労働者のうち異常の所見（有所見）のある者の占める割合（有所見率）の過去20年間の推移を見ると、1996（平成8）年の38.0%から年々増加し、2017年の54.1%と5割を超えている。有所見率の上昇は、検査項目の基準値の変更や検査・診断技術の進歩などによる影響も考えられるが、病気のリスクを有する労働者が増加傾向にあることがうかがわれる。

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

(健康がすぐれないことを理由に仕事を辞める人は1割)

図表1-2-18 最後にやめた仕事の離職理由



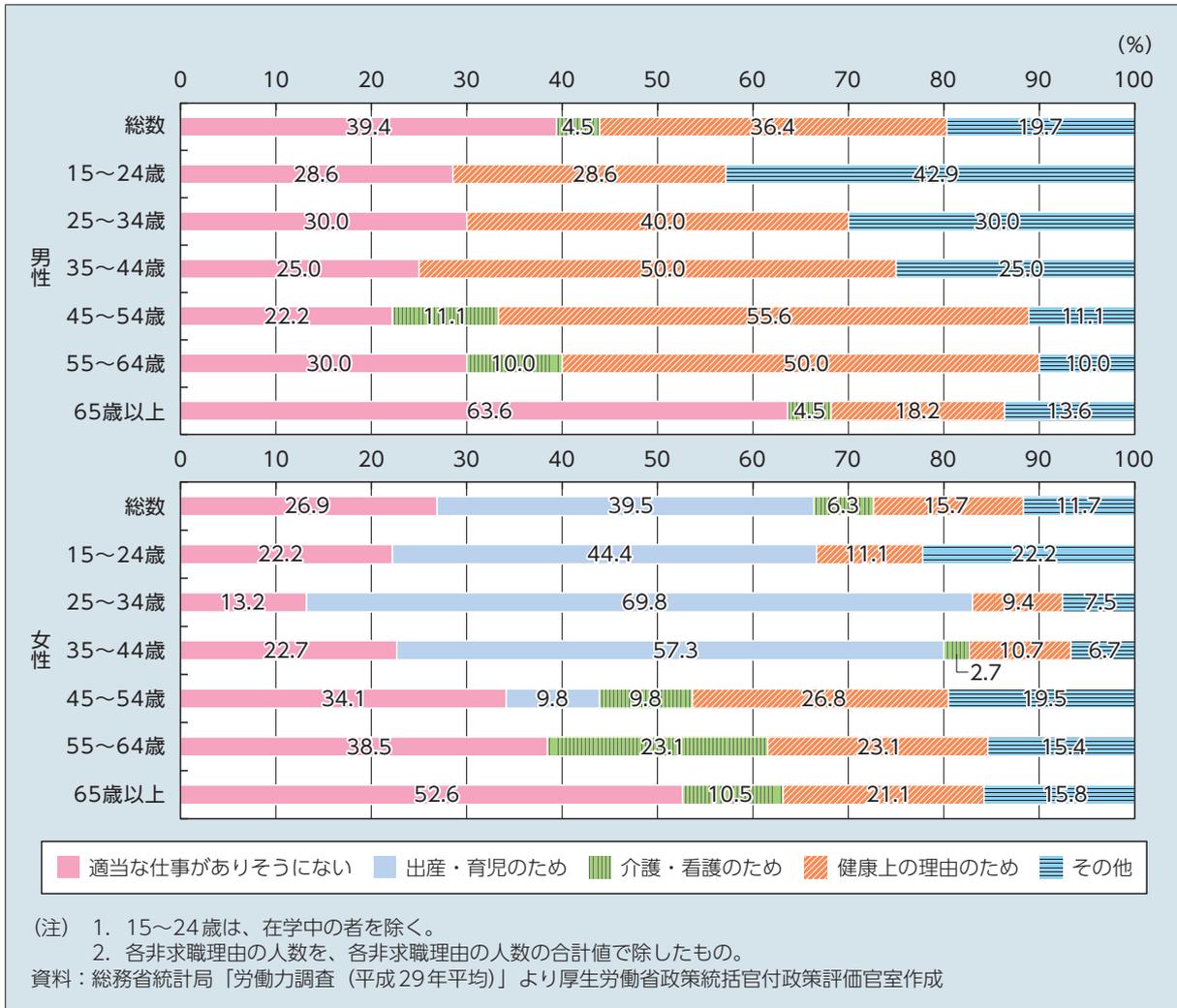
厚生労働省政策統括官付世帯統計室「平成29年中高年齢者縦断調査」*52によると、仕事を辞める理由は「健康がすぐれないこと」が約1割となっている*53 (図表1-2-18)。

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

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

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

図表1-2-19 就業を希望していながら求職していない理由



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

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

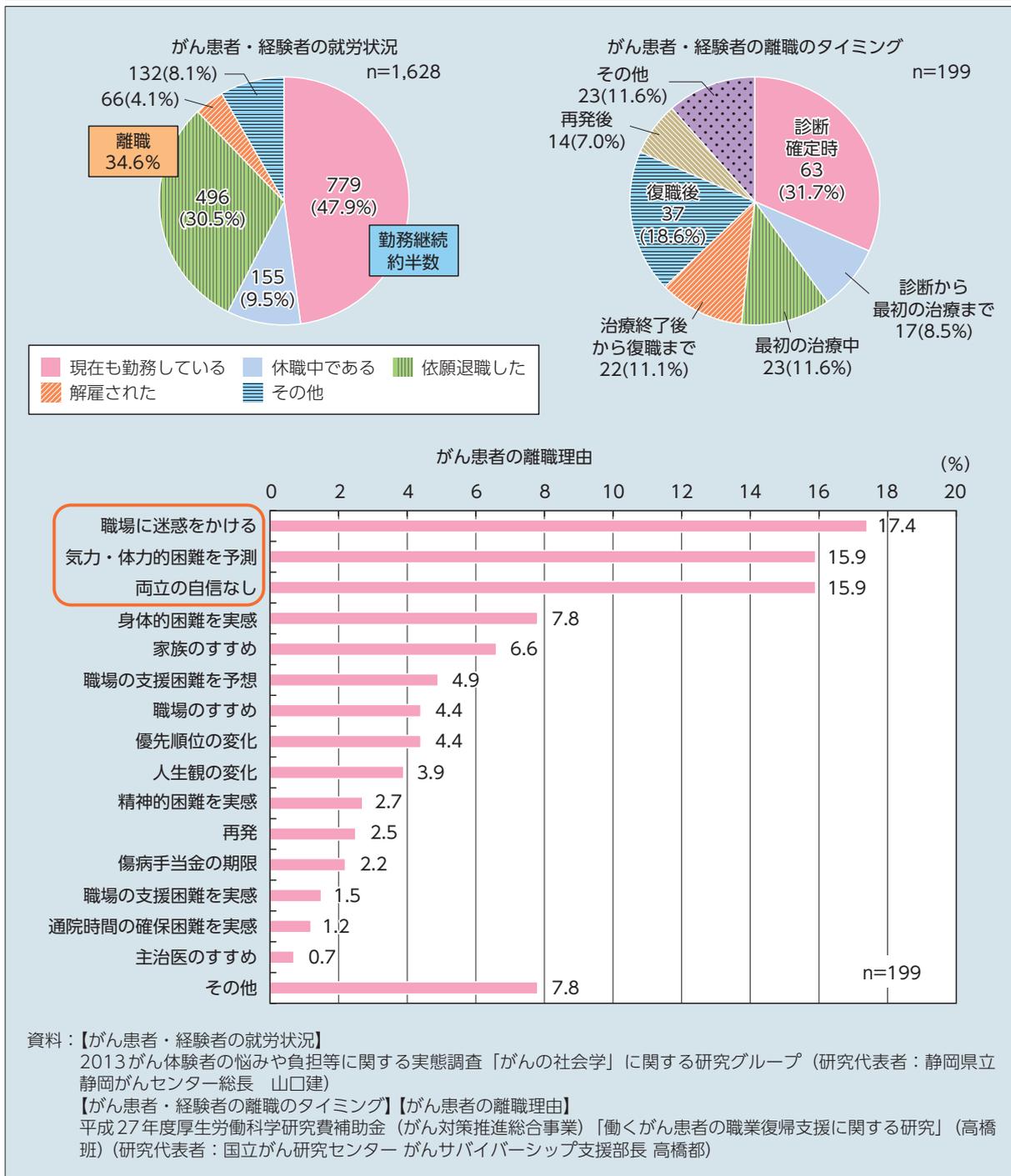
また、家族の誰かががんや脳卒中などを有した場合、病気を有した者の身のまわりの世話や通院の付き添いなどのため、家族が離職する場合がある。就職を希望していながらも求職していない理由として、「介護や看護のため」が男性は4.5%、女性は6.3%となっていることにも留意したい。病気は精神面だけではなく、経済面などでも家族全体に大きな変化を与える。

* 54 15～64歳に限った場合は、23.8%。

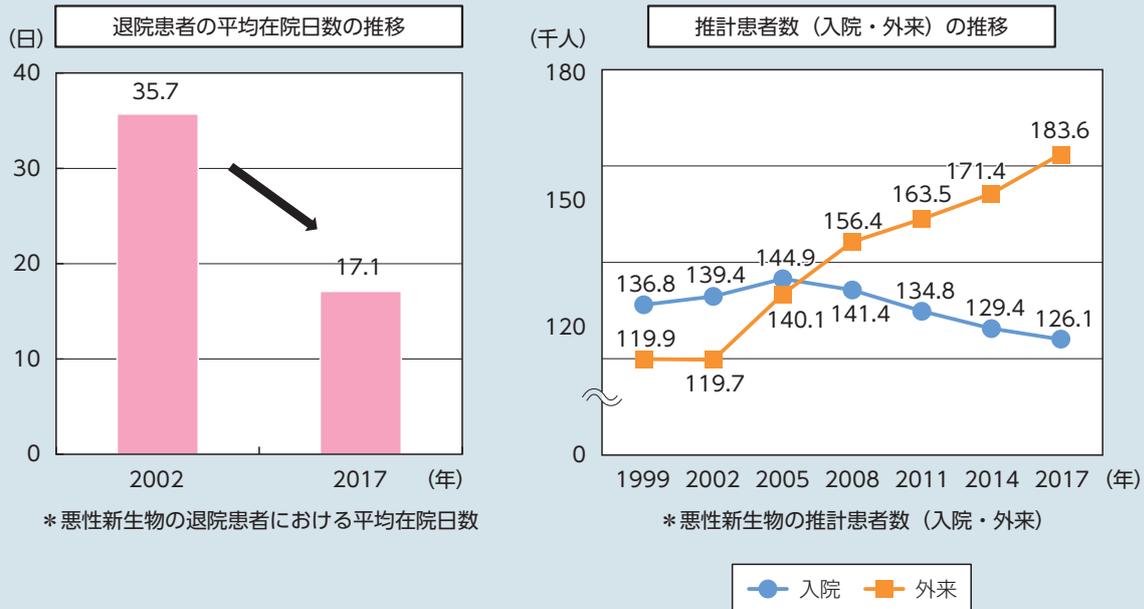
1 悪性新生物（がん）

（がん患者の約35%が離職する。離職のタイミングは治療開始前が約40%）

図表 1-2-20 がん患者の離職等の状況



在院日数の短縮化と通院治療へのシフト



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」

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

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

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

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

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

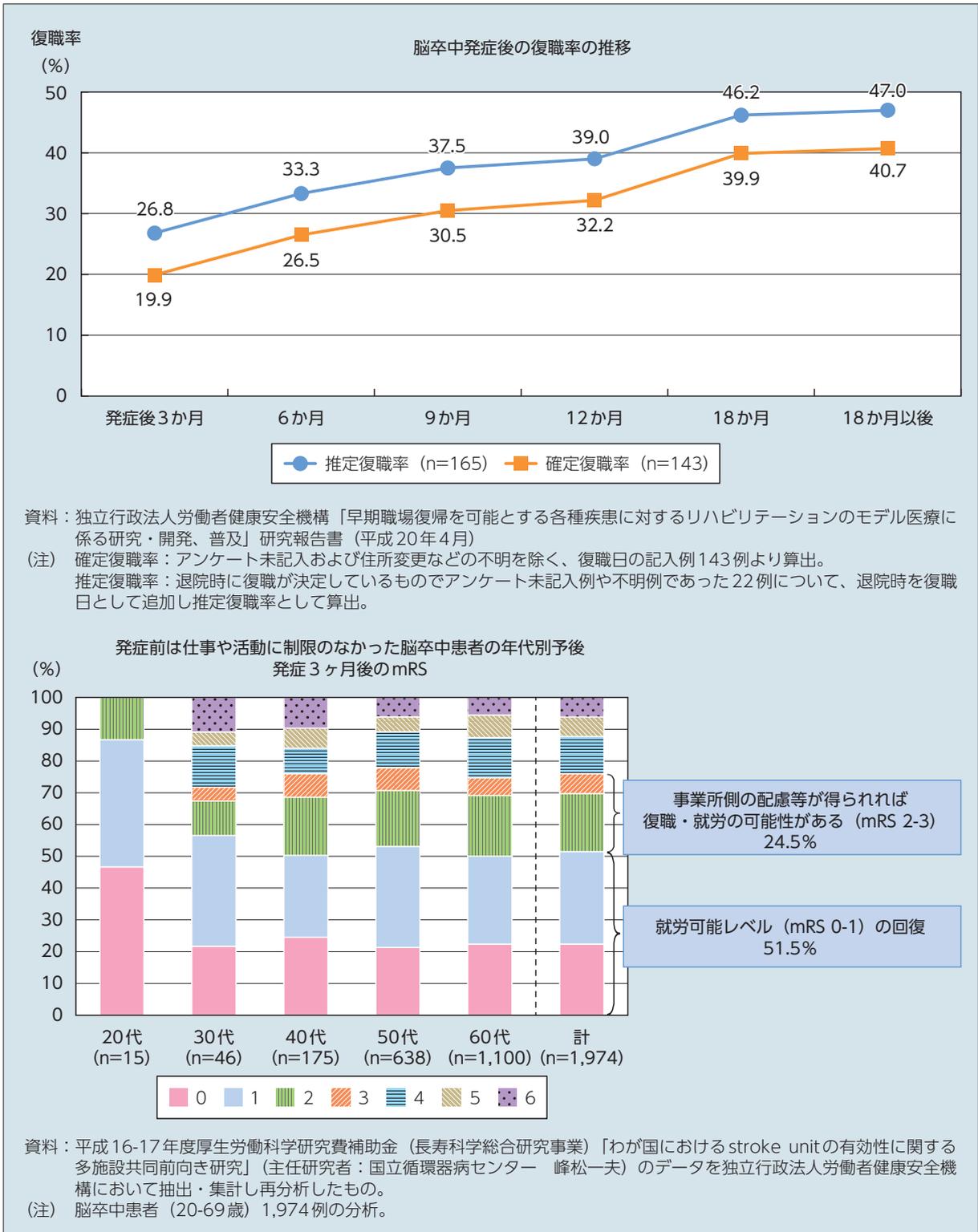
*57 「がん患者・経験者の離職のタイミング」及び「がん患者の離職理由」は、平成27年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合事業)「働くがん患者の職業復帰支援に関する研究」(高橋班)(研究代表者:国立がん研究センターがんサバイバーシップ支援部長 高橋部)から引用。同調査では、2015年10月～2015年12月の間に、国立がん研究センター中央病院、愛知県がんセンター中央病院、四国がんセンターの3施設で、がん患者に対してアンケート調査を実施。回収率は91.7%(配布数1,618部のうち1,483部を回収)。

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

2 脳卒中

(脳卒中患者の復職率は50~60%。障害が残る者への就労支援が重要)

図表 1-2-21 脳卒中患者の復職等の状況



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

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

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

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

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

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

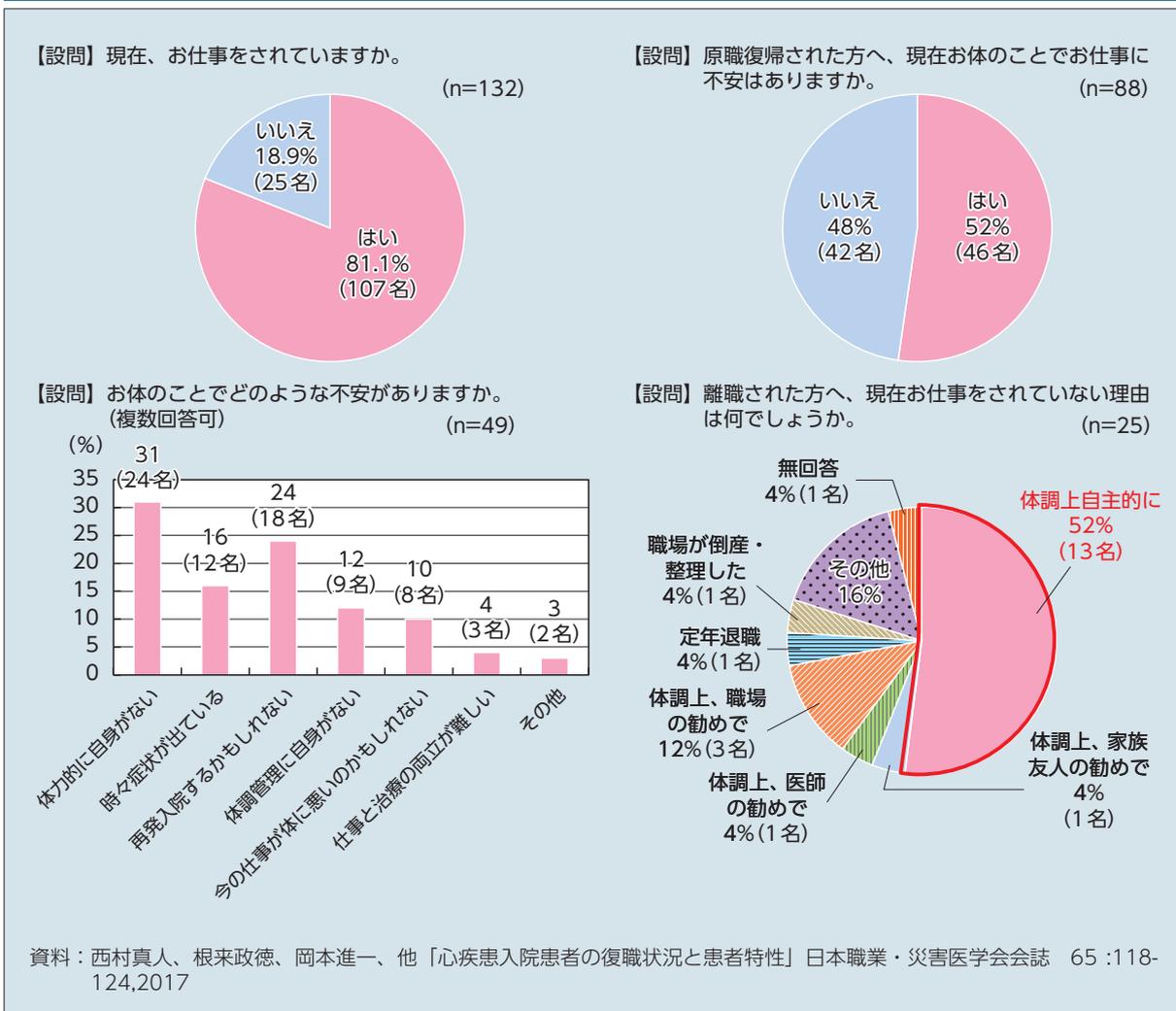
平成28年度労災疾病臨床研究事業費補助金「主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究」（研究代表者 横山和仁）の「病休と復職支援に関する調査と分析」（研究分担者 遠藤源樹）では、2000年1月から2011年12月までの12年間に、新規で脳卒中と診断された大企業の正社員の労働者を対象に、傷病手当診断書を基に380例を分析。復職率は62.4%（283例）。

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

3 心筋梗塞等の心血管疾患

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

図表 1-2-22 心疾患患者の復職状況



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

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

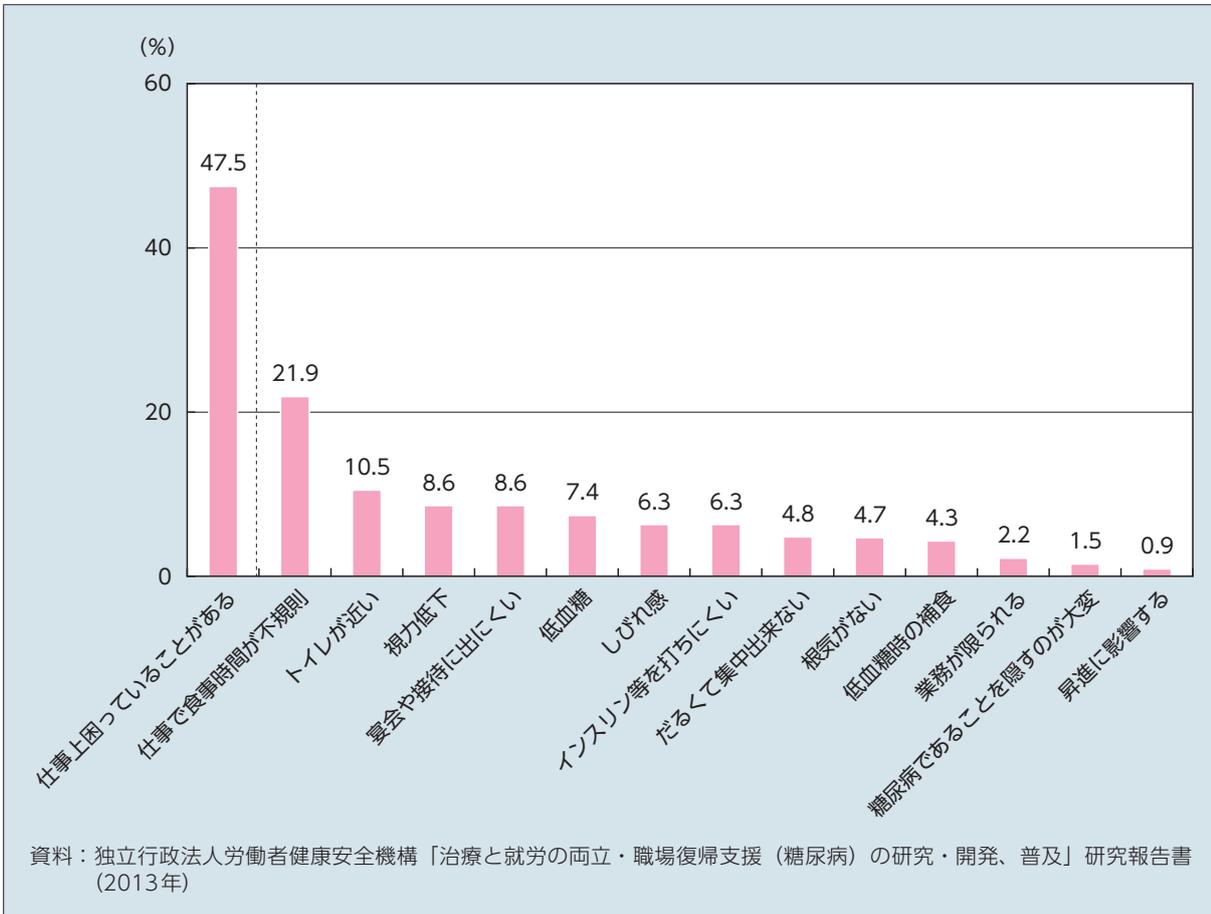
*62 南都伸介、永田正毅、山田義夫、他「勤労者の心疾患臨床特徴—急性冠症候群研究会(OACIS)データから急性心筋梗塞における解析—」日本職業・災害医学会会誌 49 (1) :57-60,2001では、罹患後の復職状況を検討するため、急性冠症候群研究会(OACIS)データにおいて、1998年4月より1999年8月までに登録された症例のうち生存者を対象に復職に関するアンケート調査を実施。復職率は66.1%(復職者数341人)(n=516)
西村真人、根来政徳、岡本進一、他「心疾患入院患者の復職状況と患者特性」日本職業・災害医学会会誌 65 (3) :118-124,2017では、2013年1月から12月に大阪労災病院循環器内科及び心臓血管外科に入院した20歳から60歳までの心疾患患者で死亡退院を除く249名にアンケート調査を実施。復職率は81.1%(復職者数107人)(n=132)。
*63 西村真人、根来政徳、岡本進一、他「心疾患入院患者の復職状況と患者特性」日本職業・災害医学会会誌 65 (3) :118-124,2017;

合、健康に関する不安感の高さが離職を招いている可能性があげられる。

4 糖尿病

(糖尿病患者の約8%が通院を中断。就労支援では「治療継続」が鍵となる)

図表 1-2-23 糖尿病であることで工作上困っていること



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

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

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

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

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

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

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

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

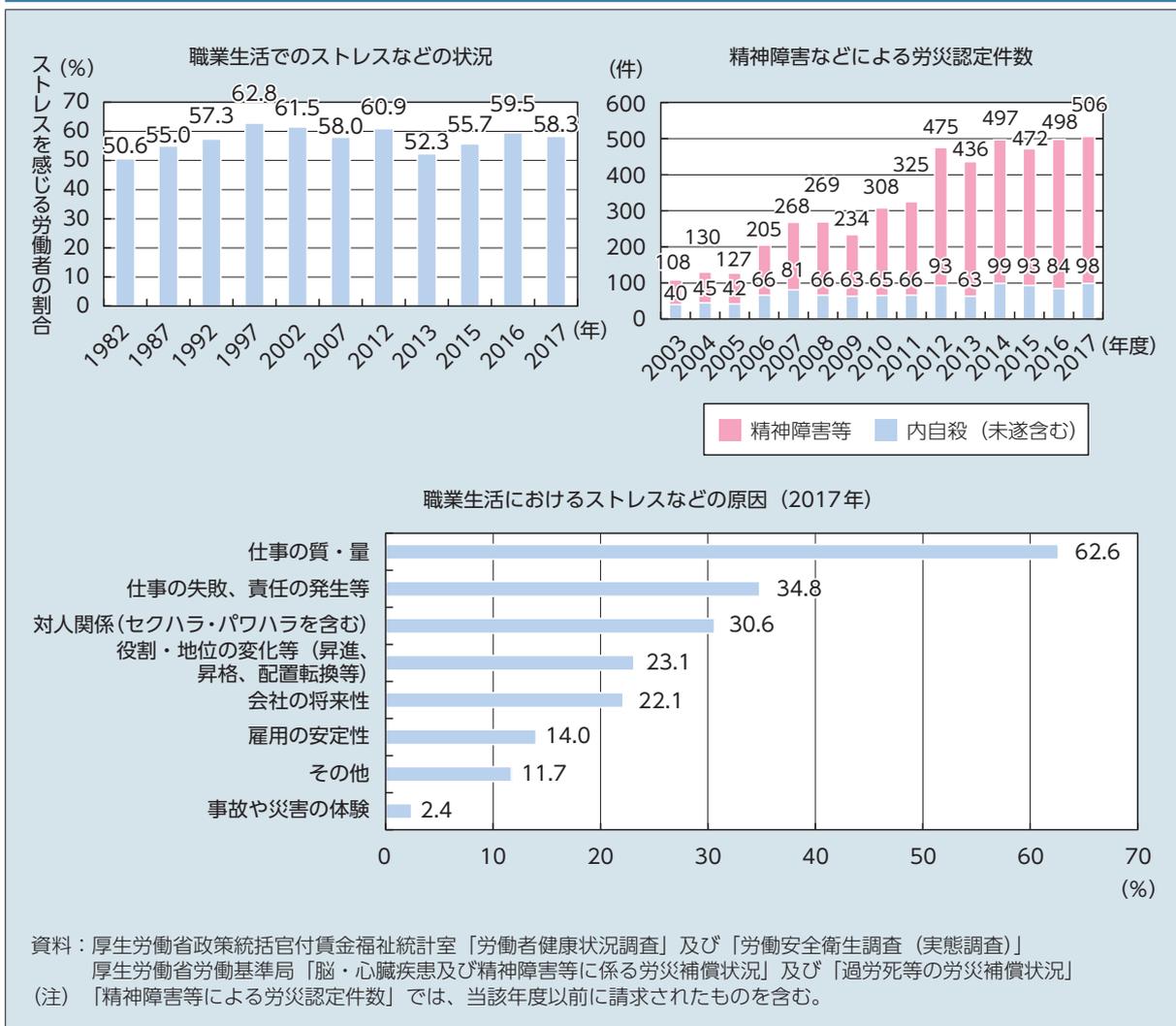
* 65 平成25年厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑制の視点から」（研究代表者：埼玉医科大学病院 野田光彦）において作成された「糖尿病受診中断対策包括ガイド」（作成：「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループ）では、注31のJ-DOIT2で実施した「パイロット研究」と「大規模研究」のアンケート調査結果を統合集計。回答率は38.7%（225部のうち87部）。通常診療群の受診中断理由では「仕事（学業）のため、忙しい」が23.7%と最も多く、次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

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

5 うつ病やその他のこころの病気（精神疾患）

(仕事や職業生活に関するストレスなどを感じている労働者は約6割)

図表 1-2-24 職業生活でのストレスなどの状況



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

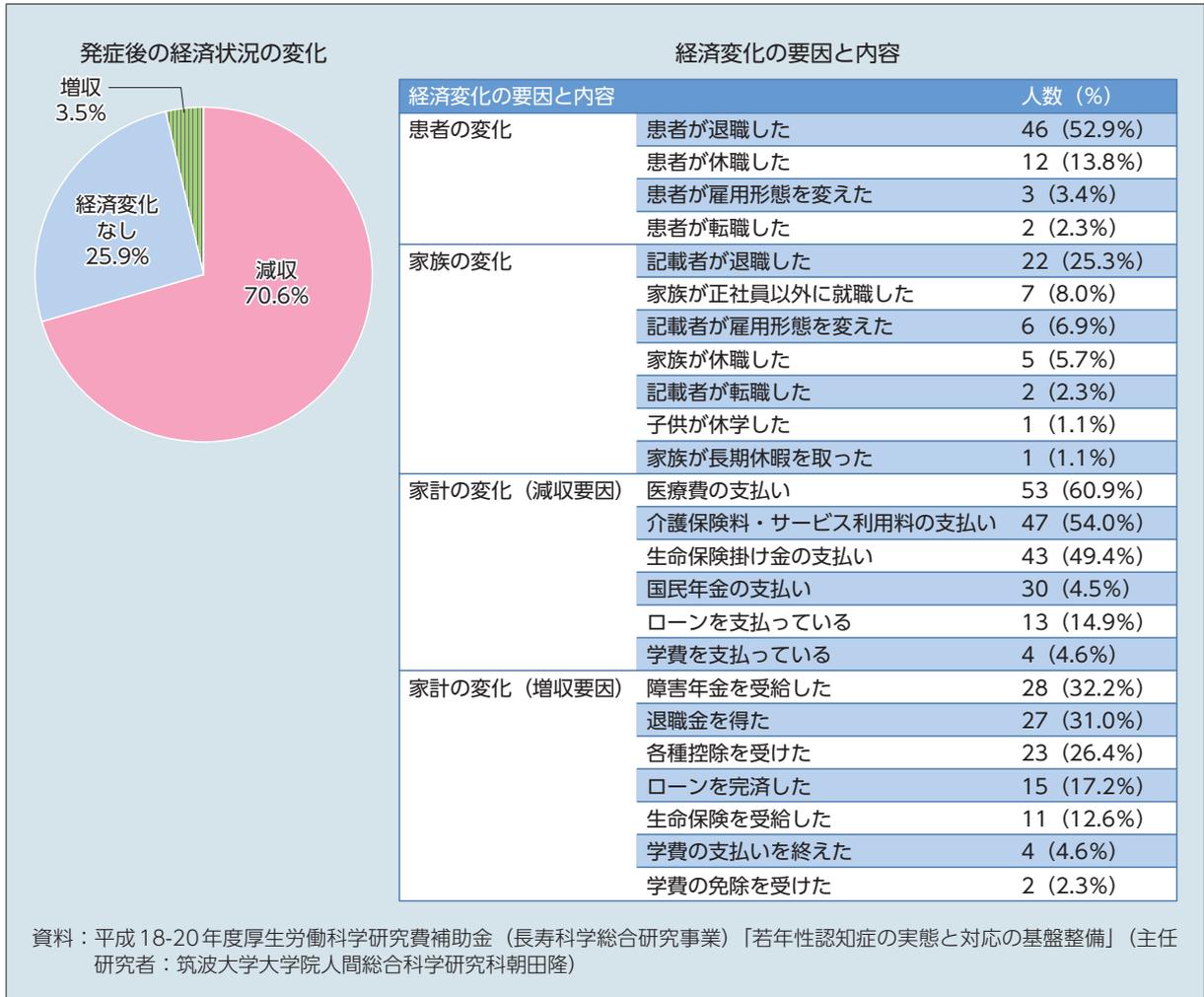
また、仕事によるストレスを原因として精神障害を発症し、あるいは自殺したとして労災認定が行われる事案が近年増加している。2017年度における精神障害などによる労災の認定件数は506件で、うち未遂を含む自殺の件数は98件となっている（図表 1-2-24）。このため、事業所において、より積極的に心の健康の保持増進を図ることが重要な課題となっている。

6 その他

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

(若年性認知症患者やその家族の退職などにより、約7割で世帯収入が減少)

図表 1-2-25 若年性認知症患者の経済状況など



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

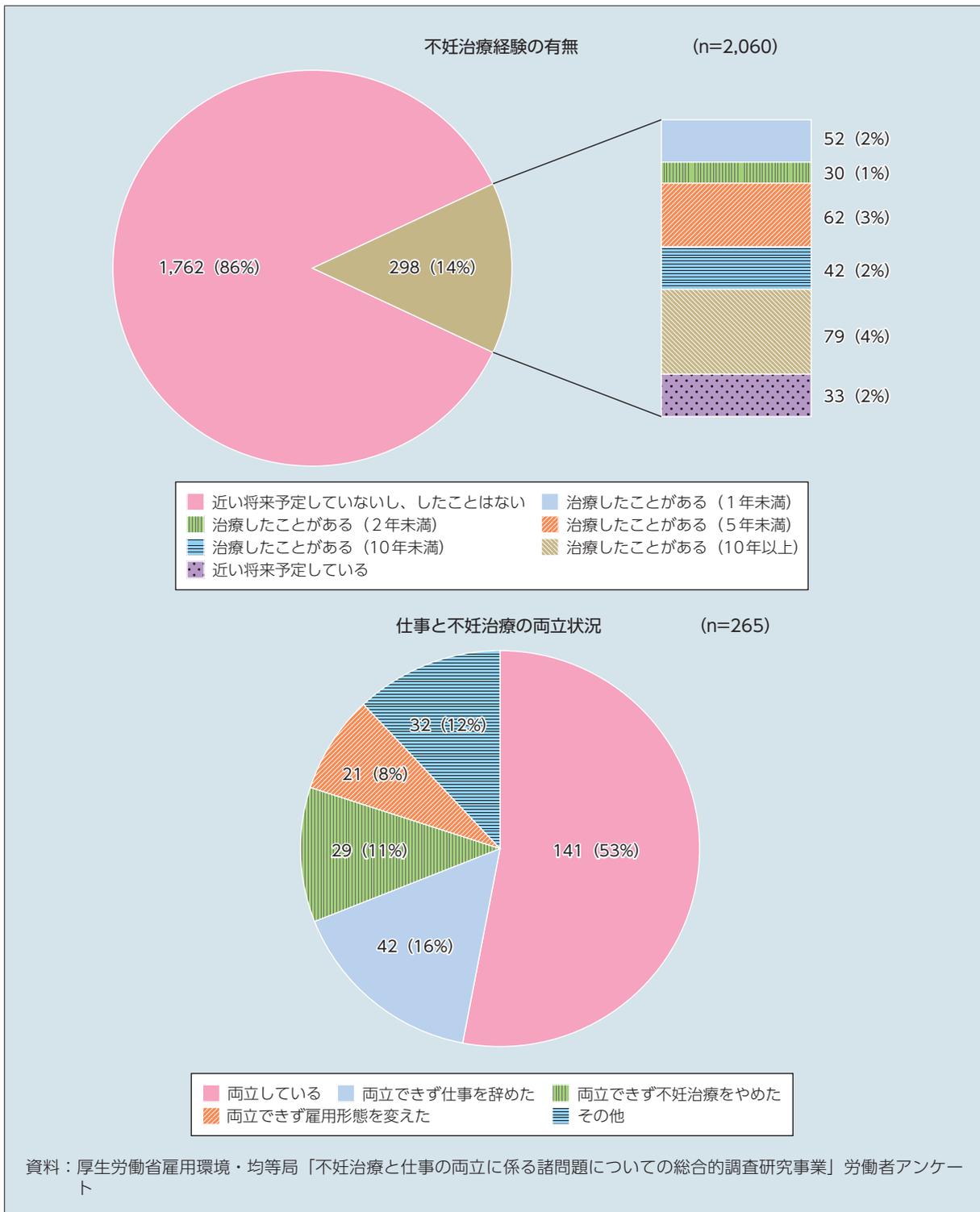
若年性認知症は人によってその症状、進行はさまざまである。発症と同時に就労が困難になるわけではないため、支援機関や支援制度を活用したり、症状に応じた職務内容の変

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

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

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

図表 1-2-26 不妊治療と仕事の両立に関する状況



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

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

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

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

3 治療と仕事の両立支援の取組み

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

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

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

ここでは、治療と仕事の両立支援の取組みについて紹介する。

(1) 治療と仕事の両立支援の取組み

1 企業における治療と仕事の両立支援の状況

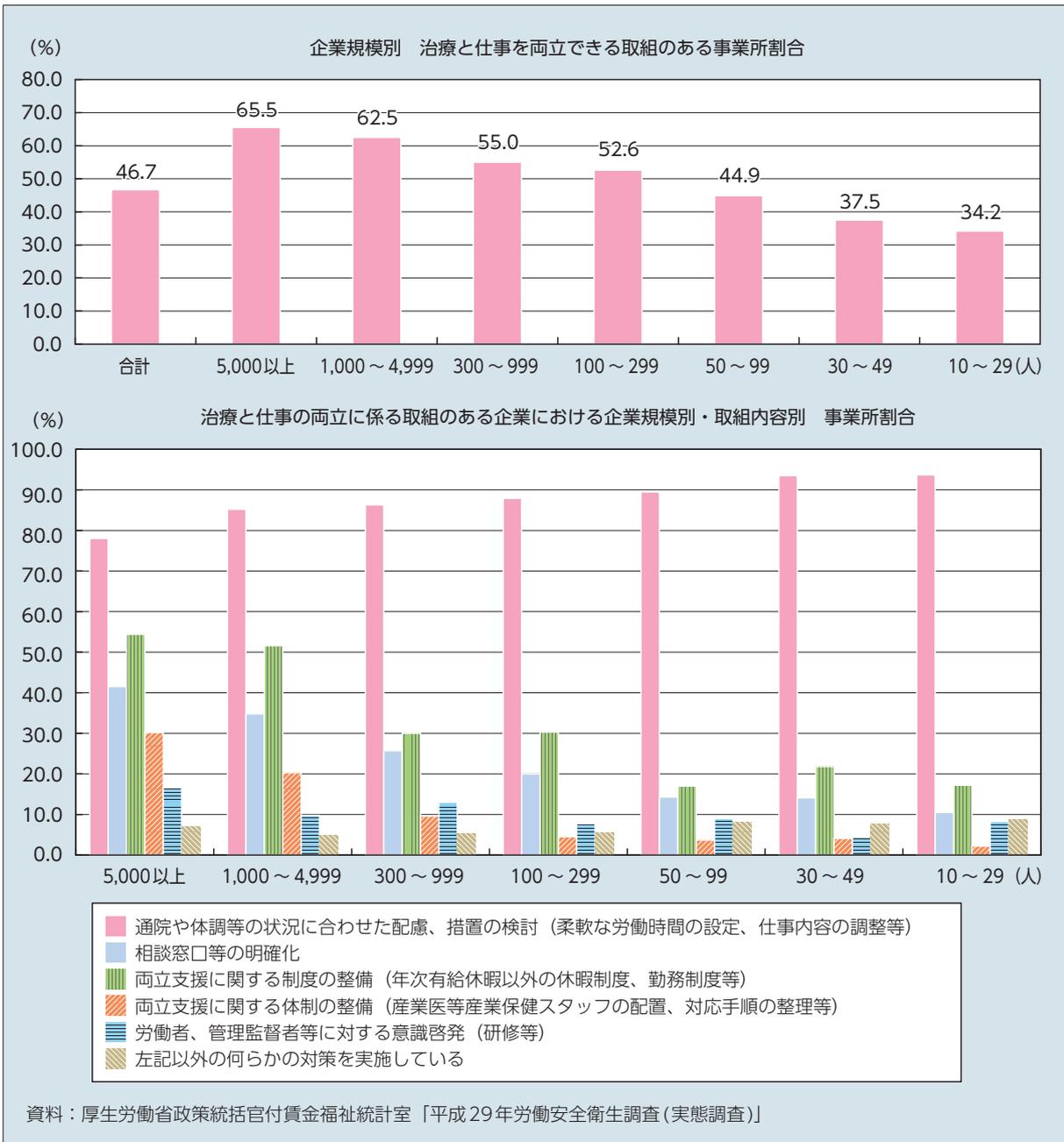
(企業による治療と仕事の両立支援の取組みの位置づけ)

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

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

(治療と仕事の両立に係る取組のある事業所は約5割)

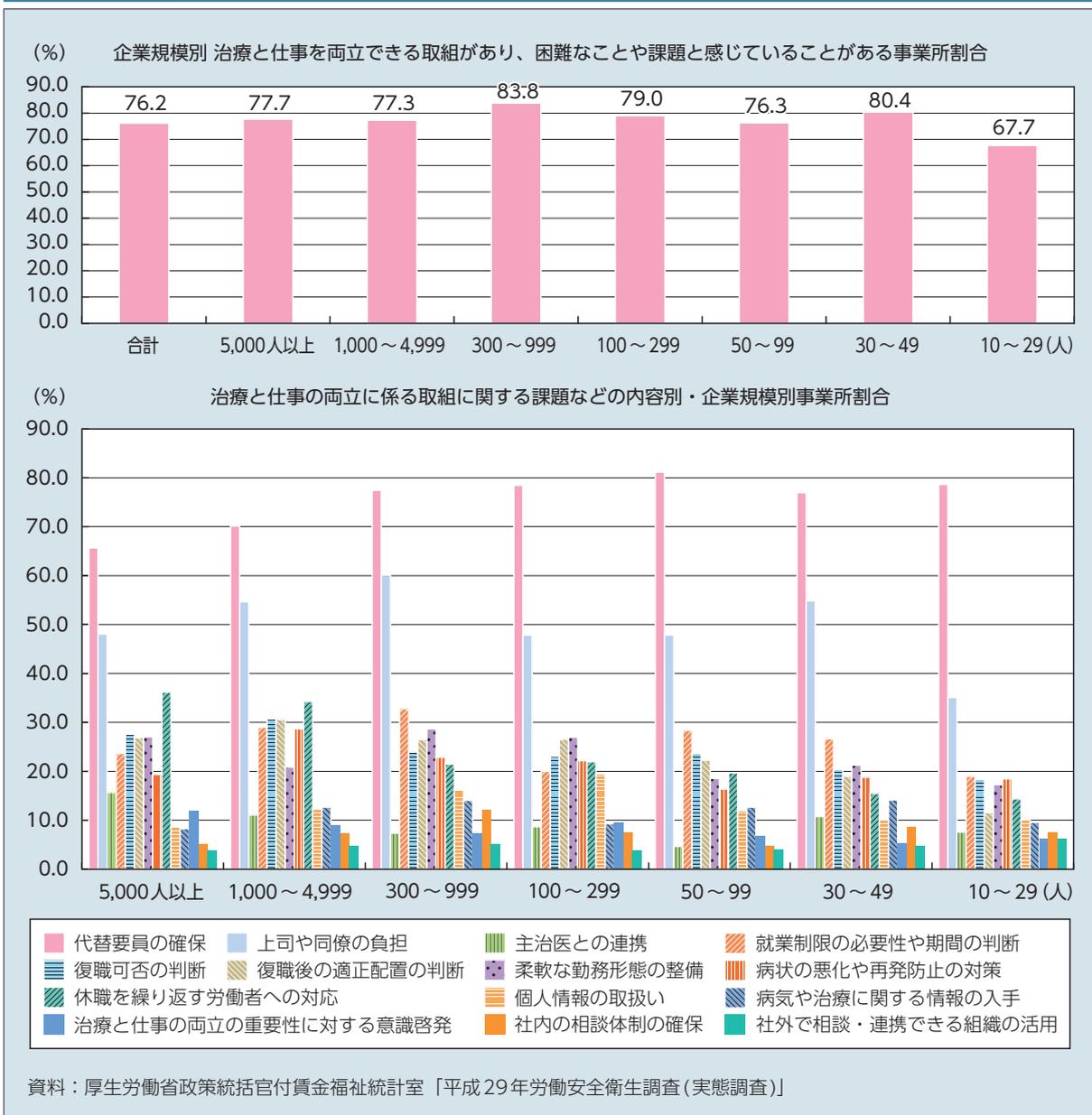
図表 1-2-27 企業における治療と仕事の両立に係る取組の状況



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

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

図表 1-2-28 企業における治療と仕事の両立に係る取組に関する課題



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

2 治療と仕事の両立支援の推進

I 治療と仕事の両立支援

i) 「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」

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

備、個別の労働者への支援の進め方を含めた事業場における取組みをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定した（図表1-2-29）。

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

図表1-2-29 治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

ガイドラインの概要

1 両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）

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



2 個別の両立支援の進め方

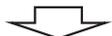
両立支援を必要とする労働者からの申出



両立支援のための情報のやりとり

※以下、ガイドラインの様式例を活用できる

- ① 労働者から、主治医に対して、業務内容等を記載した書面を提供

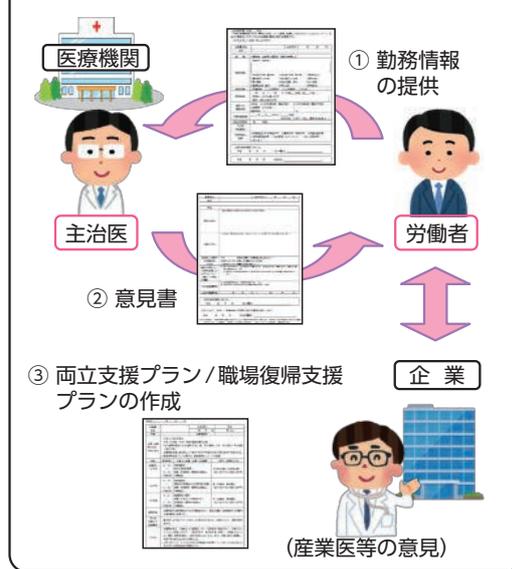


- ② 主治医から、就業継続の可否や就業上の措置、治療への配慮等について意見書を作成



- ③ 職場における両立支援の検討と実施
事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者本人と十分に話合った上で、就業継続の可否、具体的な措置（作業転換等）や配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施
※「両立支援プラン」の作成が望ましい

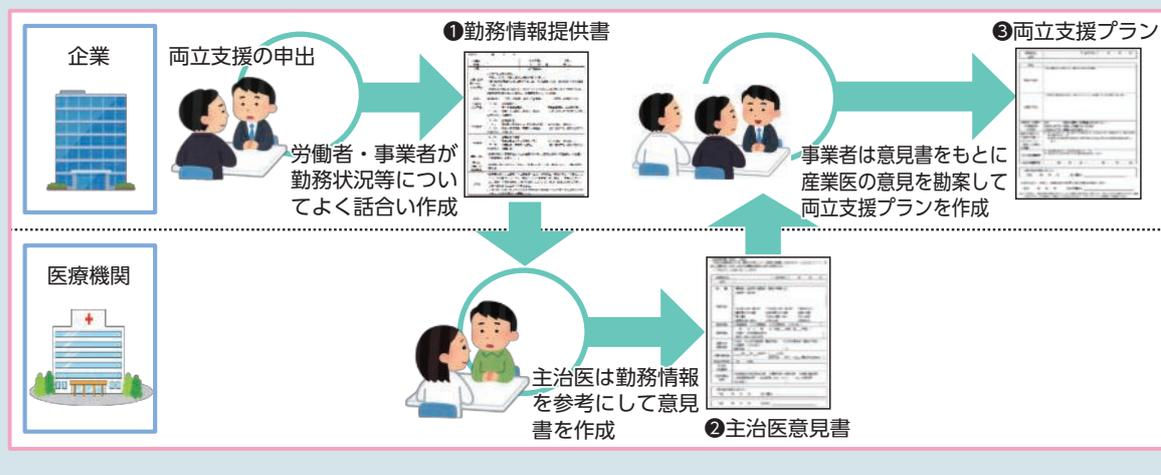
※両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる



図表1-2-30 企業・医療機関連携マニュアル

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

企業・医療機関における両立支援のための情報のやりとり

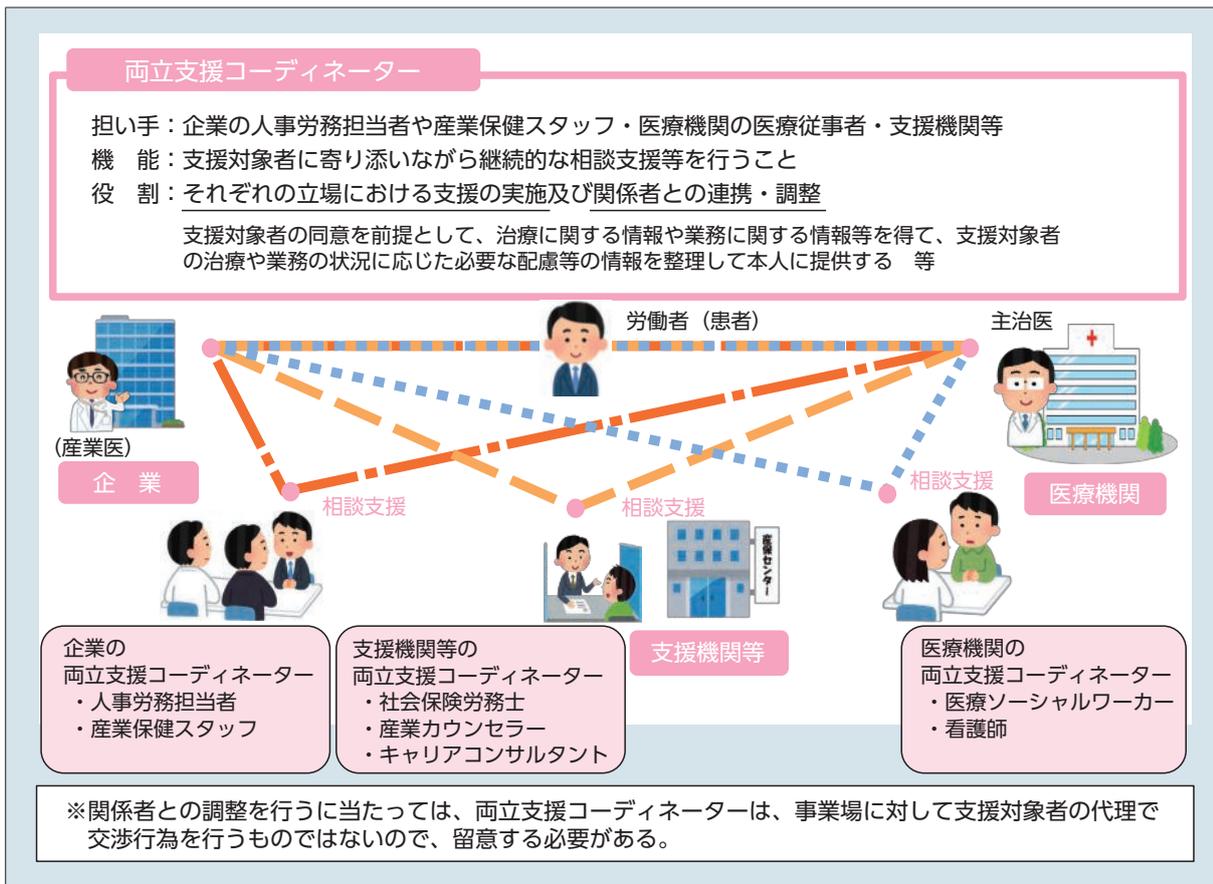


ii) 病気の治療と仕事の両立に向けたトライアングル型の支援

実行計画を踏まえ、病気の治療と仕事の両立を支援するため、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う両立支援コーディネーター^{*69}の育成・配置を進め、主治医、会社・産業医と、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築することとしている（図表1-2-31）。

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

図表 1-2-31 「両立支援コーディネーター」の養成



iii) 事業場における両立支援の取組みに対する助成金

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

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

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

iv) 治療と仕事の両立支援に関する普及啓発の取組み

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

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

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



ちりょうさ
(治療と仕事の両立支援
キャラクター)

v) 地域両立支援推進チームによる取組み

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

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

vi) 産業保健総合支援センターによる支援

各都道府県にある産業保健総合支援センター^{*70}は、中小企業などにおける産業保健活動の取組みを支援しており、両立支援に関しては、専門スタッフ（両立支援促進員）を配置し、事業者、人事労務担当者、産業医などの産業保健スタッフを対象とするセミナー・研修の開催や、両立支援促進員による企業への訪問指導や相談対応、働く方と企業との間の個別の調整支援などを行っている。

vii) ハローワークによるがん患者などの疾病の就職支援

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

viii) 診療報酬の新設（療養・就労両立支援指導料）

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

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

コラム

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

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

ここでは、両者の取組みを紹介しよう。

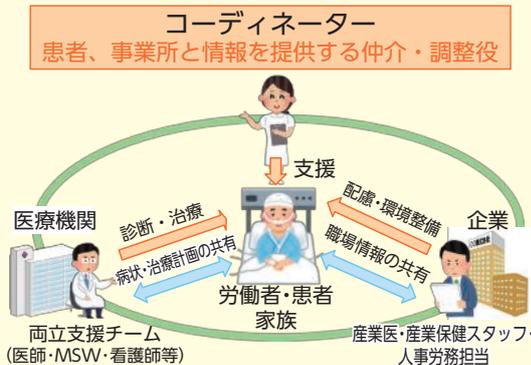
独立行政法人労働者健康安全機構の取組み

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



東京労災病院における両立支援業務

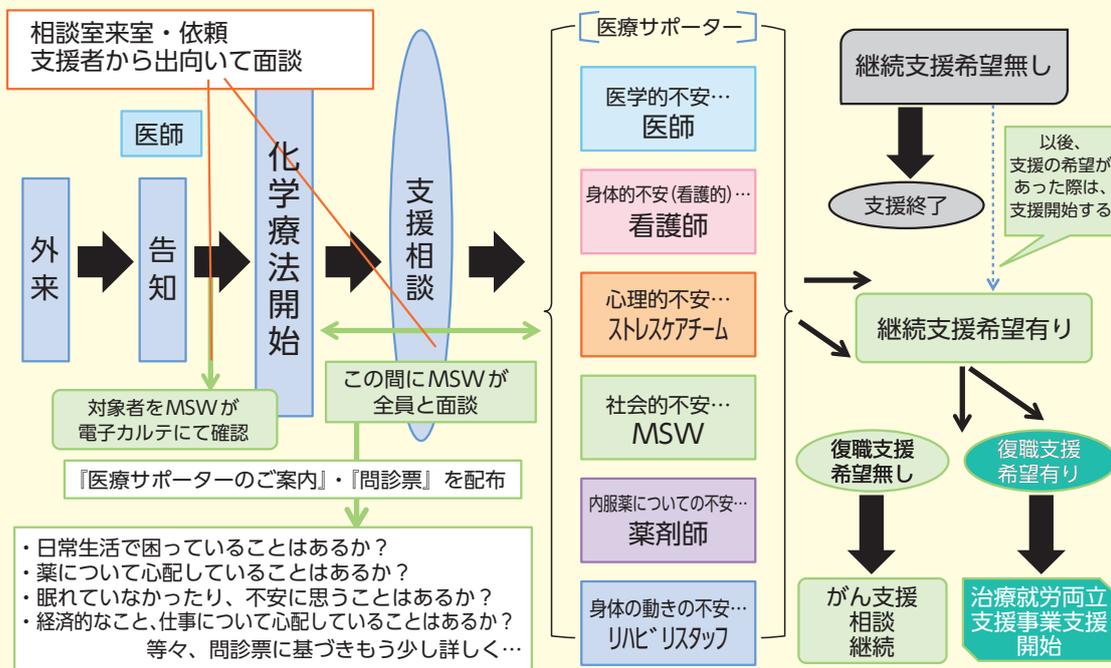
東京労災病院（大田区）は、全国に34ある労災病院²の1つであり、1949（昭和24）年に設立された歴史ある病院である。東京都から地域医療支援病院³の承認を受けており、地域の中核病院としての役割を果たしている。

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

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

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

がん分野両立支援のフロー図 東京労災病院 Ver.



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

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

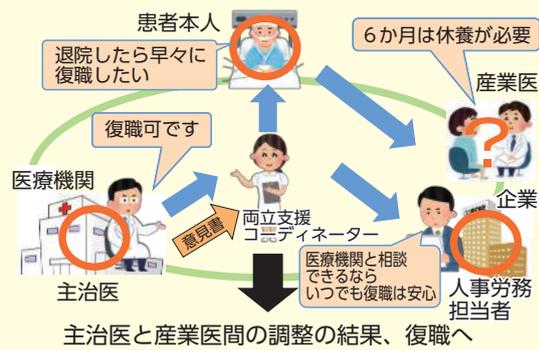
本人は引き続き復職を希望していたことから、企業で三者面談（本人、企業、産業医）を行うこととなった。話す内容を事前に両立支援コーディネーターに確認してもらい、三者面談には一人で出向いた。主治医の意見書や両立支援に関する資料を提示し、医療サポーターから支援を受けていることを説明することで、企業の人事労務担当者からは、「医療機関と相談できるならいつでも復職は安心」と言われ、希望どおり復職となった。

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

①病気に関する正しい知識の発信・共有

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

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



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

②早期介入・早期支援／相談窓口の周知

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

③院内チームでの支援

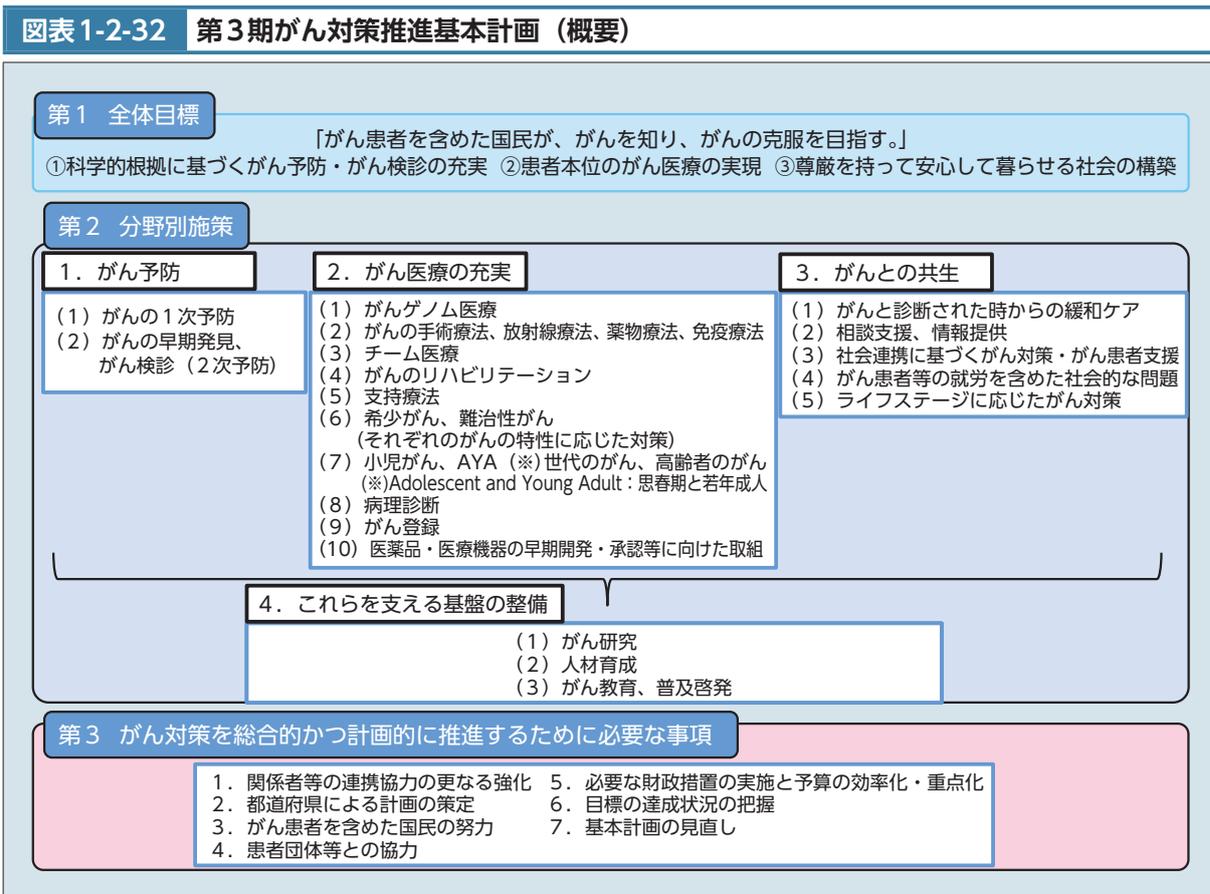
両立支援コーディネーターが患者ごとの状況を把握し、院内の両立支援チーム（主治医や看護師等）に逐次相談し、チームで連携して支援していくことが大切である。

今後、このような両立支援の取組みが、全国に広まっていくことを期待したい。

II) 治療と仕事の両立支援に係る病気や治療ごとの支援策

i) がん対策推進基本計画

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



ii) がん相談支援センター、地域統括相談支援センターによる就労支援

全てのがん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センター（全国401か所（2018年4月現在））では、がん患者の就労に関する相談に対応している。また、がん相談支援センターに社会保険労務士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなどを配置する事業（がん患者の就労に関する総合支援事業）を行っており（2017年度は全国129か所）、病気の治療と仕事の両立を重視した相談支援を実施している。

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

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

コラム

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院

サポーターケアセンター／がん相談支援センターとは

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

がん患者の抱えるあらゆる困りごとに対しチームで支援する

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

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

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

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

調査によつて的確に課題やニーズを把握し、支援の効果を検証する

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

1) 医療機関と事業所が連携するため、相談窓口を周知

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

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

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



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



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

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

治療と仕事の両立に向けて

1) 周囲には理解してもらいにくい副作用への理解

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

2) 自営業のがん患者の就労継続について

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

2) 初診患者に声掛けを行い早期相談につなげる

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

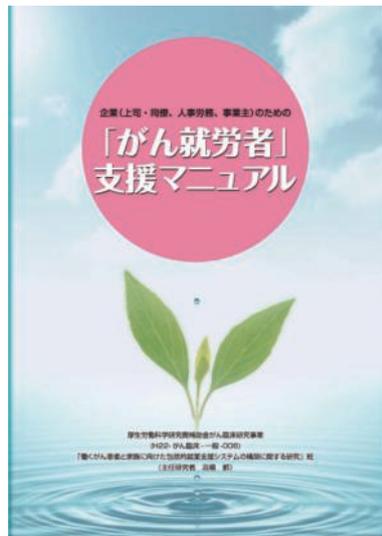
そこで、相談支援センターでは、離職予防を目的とした患者への働きかけとして、「が

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

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

iii) 各種支援ツール

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



コラム

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

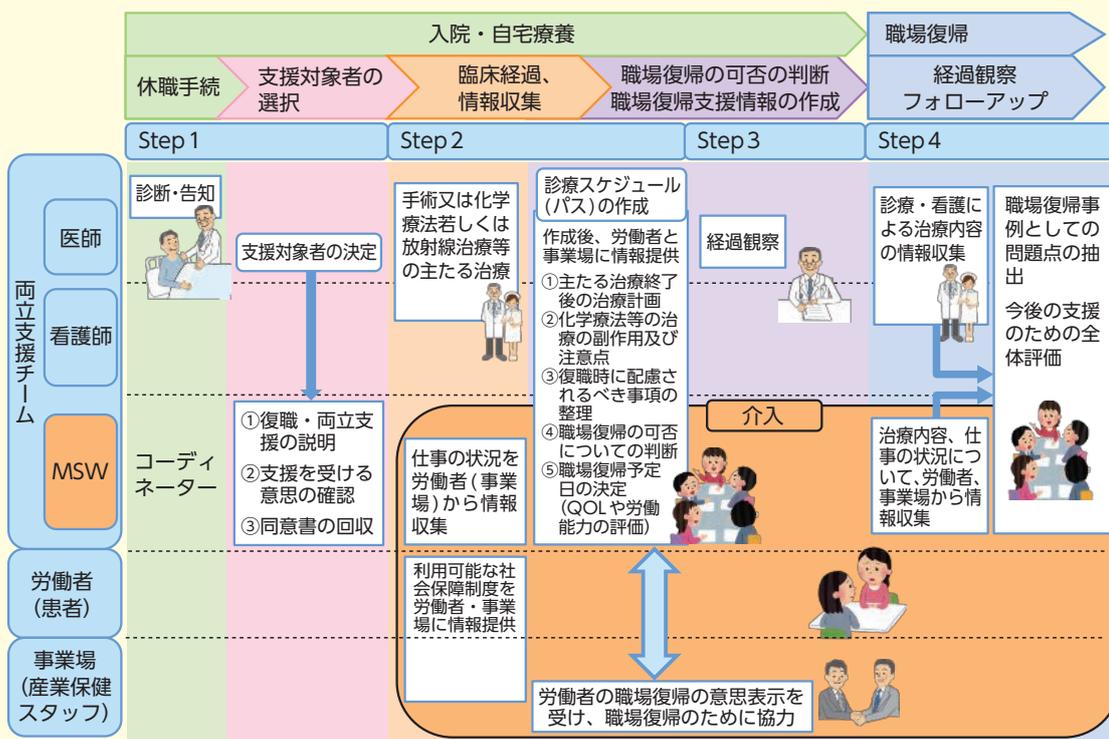
独立行政法人労働者健康安全機構では、4疾病（がん、糖尿病、脳卒中、メンタルヘルス）に関する「治療と就労の両立支援マニュアル」を作成し、ホームページで公表している。医療機関において両立支援業務を行うに当たっての基本スキルや知識に加え、両立支援の事例紹介等、実際に両立支援を実施する上で医療スタッフ・従事者（医師・看護師・MSW等）が留意すべき事項等を掲載している。

各マニュアルの概要は以下のとおりである。

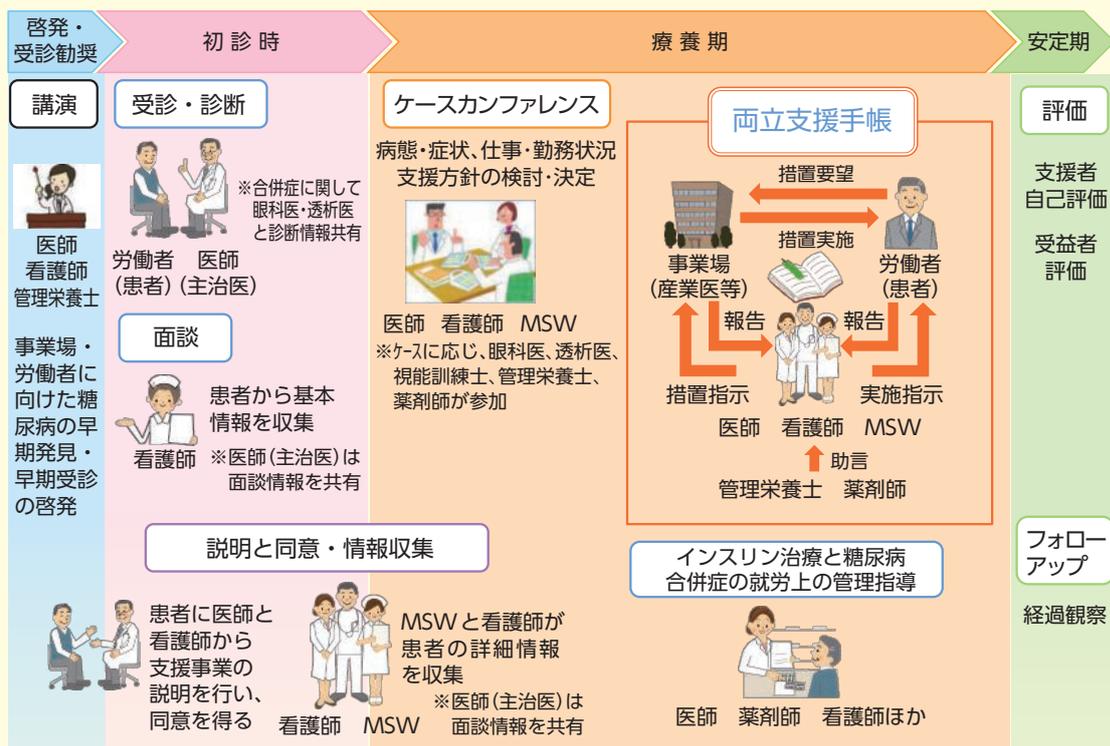
がん

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

（がん分野） 両立支援の流れ



(糖尿病分野) 両立支援の流れ



糖尿病

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

脳卒中

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

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

メンタルヘルス

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

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

コラム 不妊の悩みを受けとめる「不妊専門相談センター」の取組み

不妊のこと、一人で悩まないで

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

不妊に関する心と体の悩みに専門職が対応

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

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

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



カウンセラーや専門医による相談対応

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

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

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

ネガティブな気持ちも共有して前向きに

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



ファシリテーターとして助産師が参加

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

正確な情報を知ることができる場として

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

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

一人で悩み、考えることに疲れてしまったら、是非相談してほしい。

第3節 社会活動を行うのに困難を有する者の現状と取組み

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

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

1 社会活動を行うのに困難を有する者の現状

(1) ひきこもり状態にある者の現状

〔広義のひきこもり〕状態にある者は54.1万人

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

図表 1-3-2 ひきこもりになったきっかけ

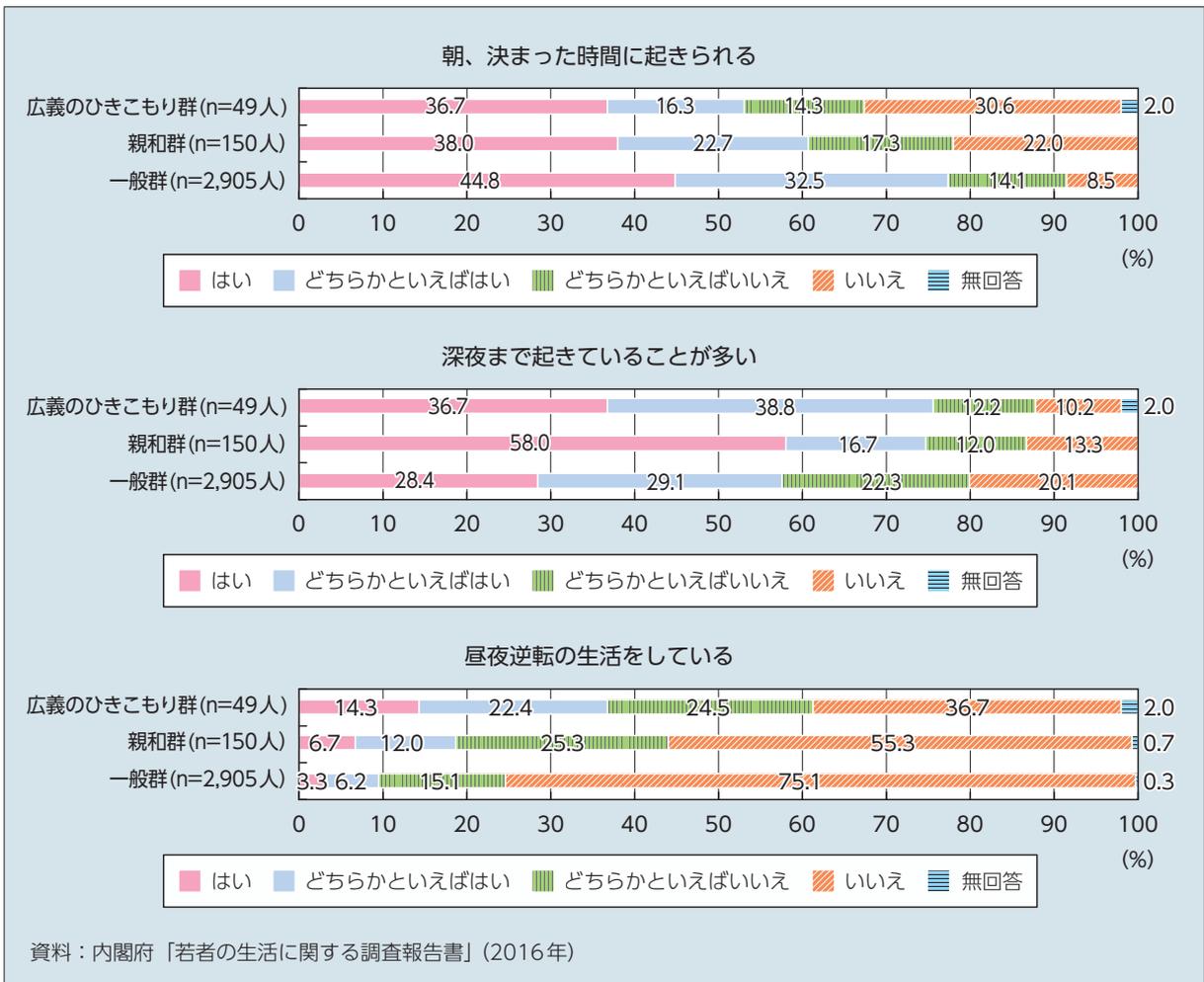


「若者の生活に関する調査報告書」(2016)によると、ひきこもり状態に至るきっかけは、「その他」(15人)を除けば「不登校(小学校、中学校、高校)」(9人)、「職場になじめなかった」(9人)が最も多くなっている。次に、「就職活動がうまくいかなかった」(8人)、「人間関係がうまくいかなかった」(8人)となっている(図表1-3-2)。

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

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

図表 1-3-3 規則正しい生活ができているか



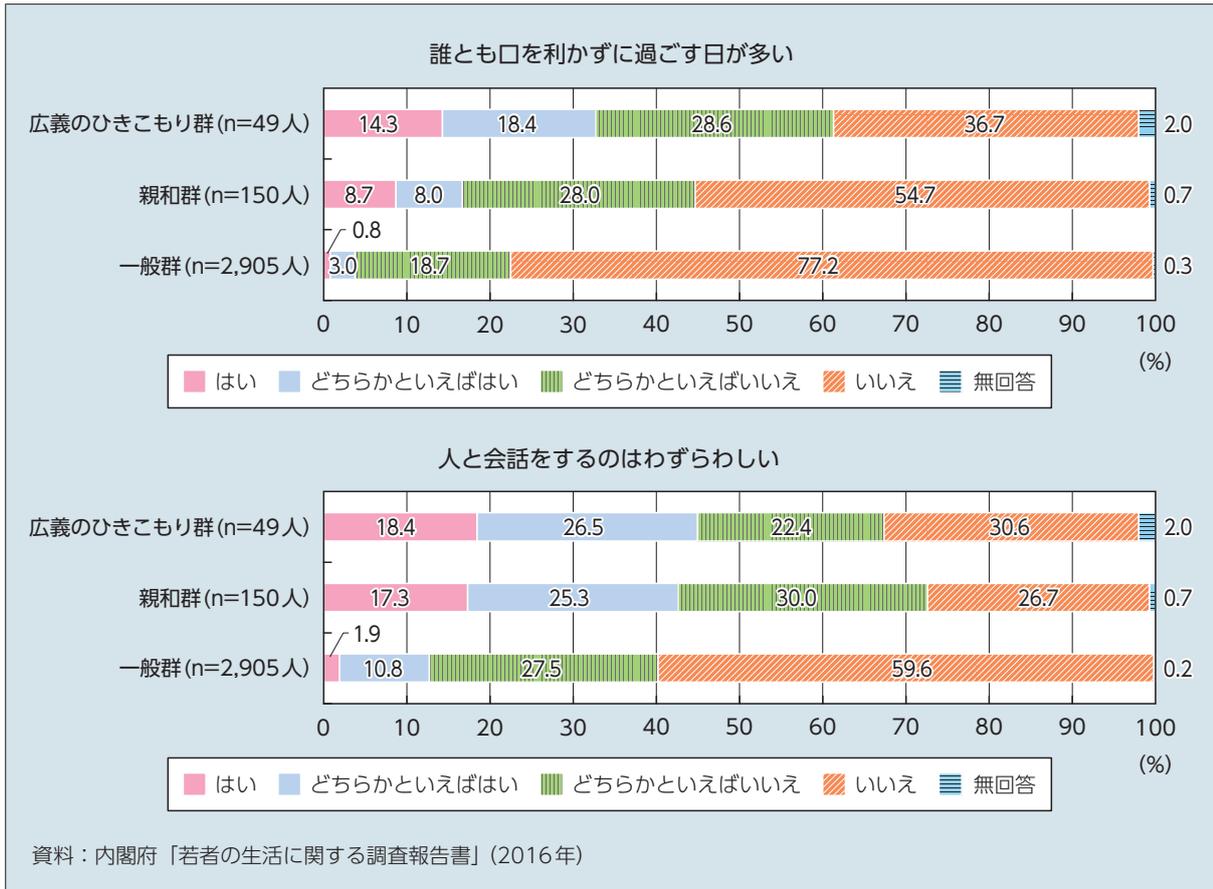
同調査報告書では、広義のひきこもり群、親和群^{*77}、一般群^{*78}に対し、生活習慣についての質問を行っている。これら三群の回答を比較すると、「朝、決まった時間に起きられる」との問いに対し、「いいえ」または「どちらかといえばいいえ」と答えた者が、広義のひきこもり群 (44.9%) で最も多かった。また、「深夜まで起きていることが多い」との問いに対し、「はい」または「どちらかといえばはい」と答えた者が、広義のひきこもり群 (75.5%) で最も多く、さらに「昼夜逆転の生活をしている」との問いに対し、「はい」または「どちらかといえばはい」と答えた者も、広義のひきこもり群 (36.7%) で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

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

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

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

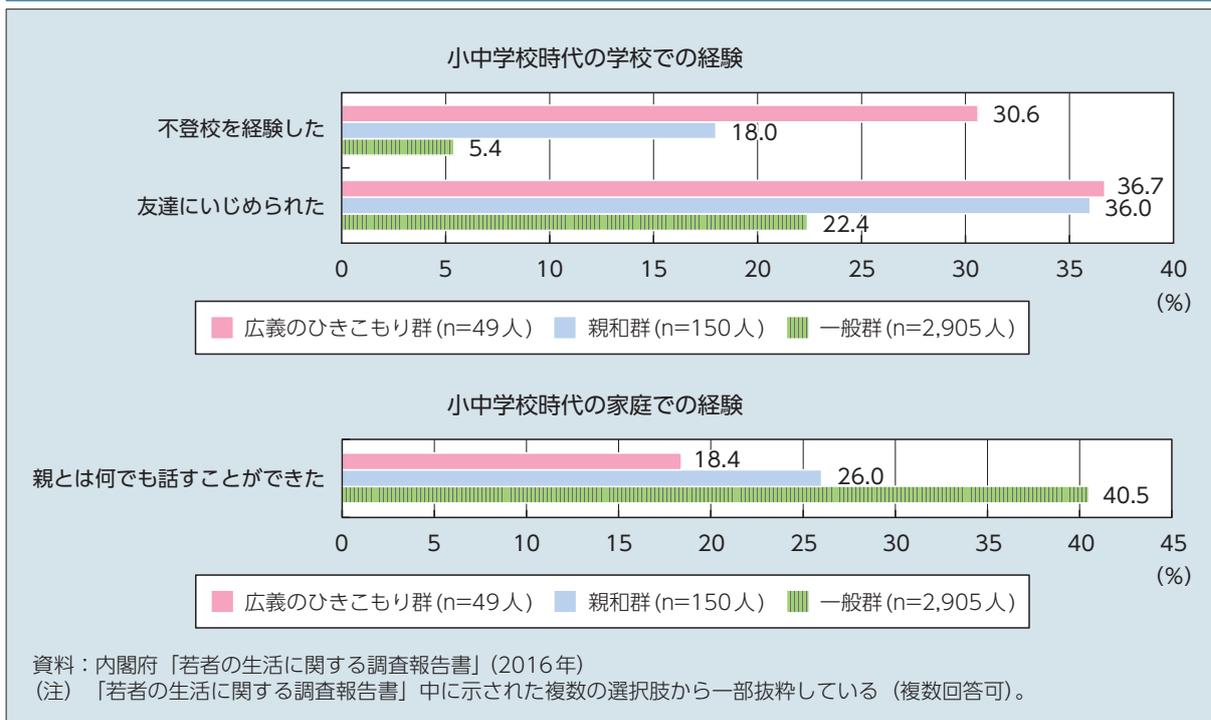
図表1-3-4 人と会話する頻度と意識



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

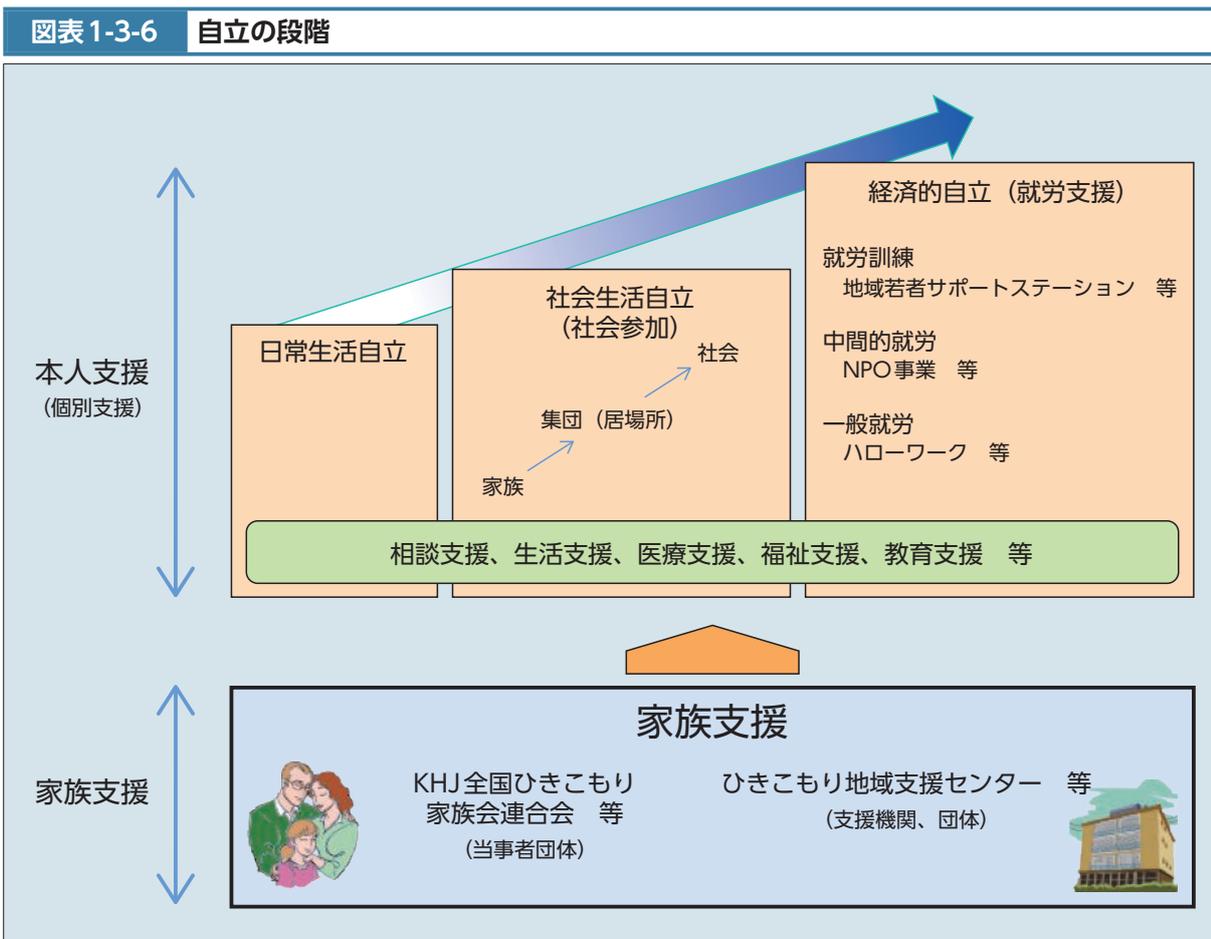
ここから、他者とのコミュニケーションに積極的でない者の割合が一般群と比べひきこもり群の方が高く、社会参加に向けた支援も重要であることが見てとれる。

図表 1-3-5 小中学校時代の学校や家庭での経験



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

(自立に向けた段階的な支援が必要)



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

(2) 若年無業者などの現状

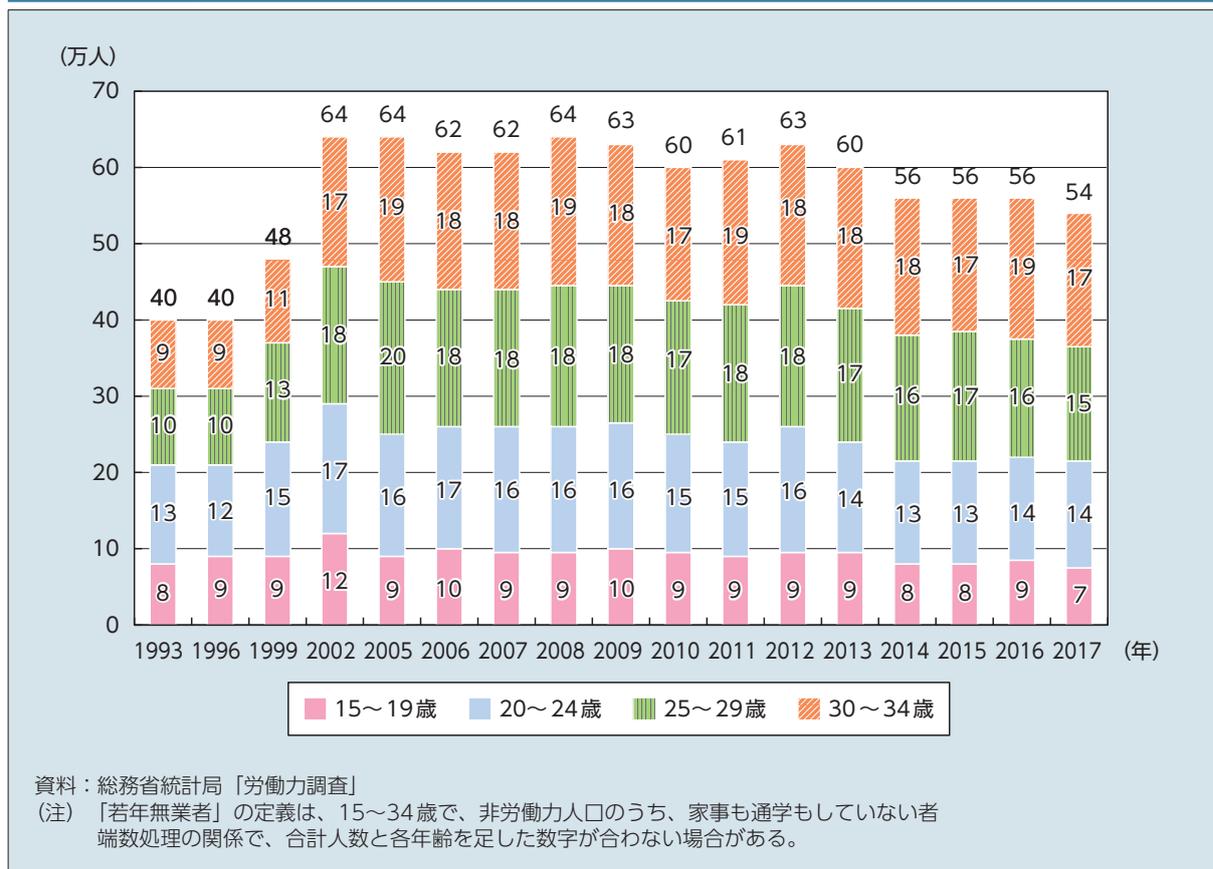
ひきこもりではない者の中にも、日常生活や社会参加、就労に向けて困難を有する者は多数存在し、これらの者の多くは「無業者^{*79}」にあてはまる。15～39歳の若年無業者などについては、「働くこと」に悩みを有する若者の職業的自立の実現を図るため、「地域若者サポートステーション^{*80}（以下「サポステ」という）」が専門的支援を行っている。

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

*80 働くことに悩みを抱えている15～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタントなどによる専門的な相談、コミュニケーション訓練などによるステップアップ、協力企業への就労体験などにより、就労に向けた支援を行う施設。

(若年無業者数は全体的に減少傾向にある)

図表 1-3-7 若年無業者数 (15～34歳)

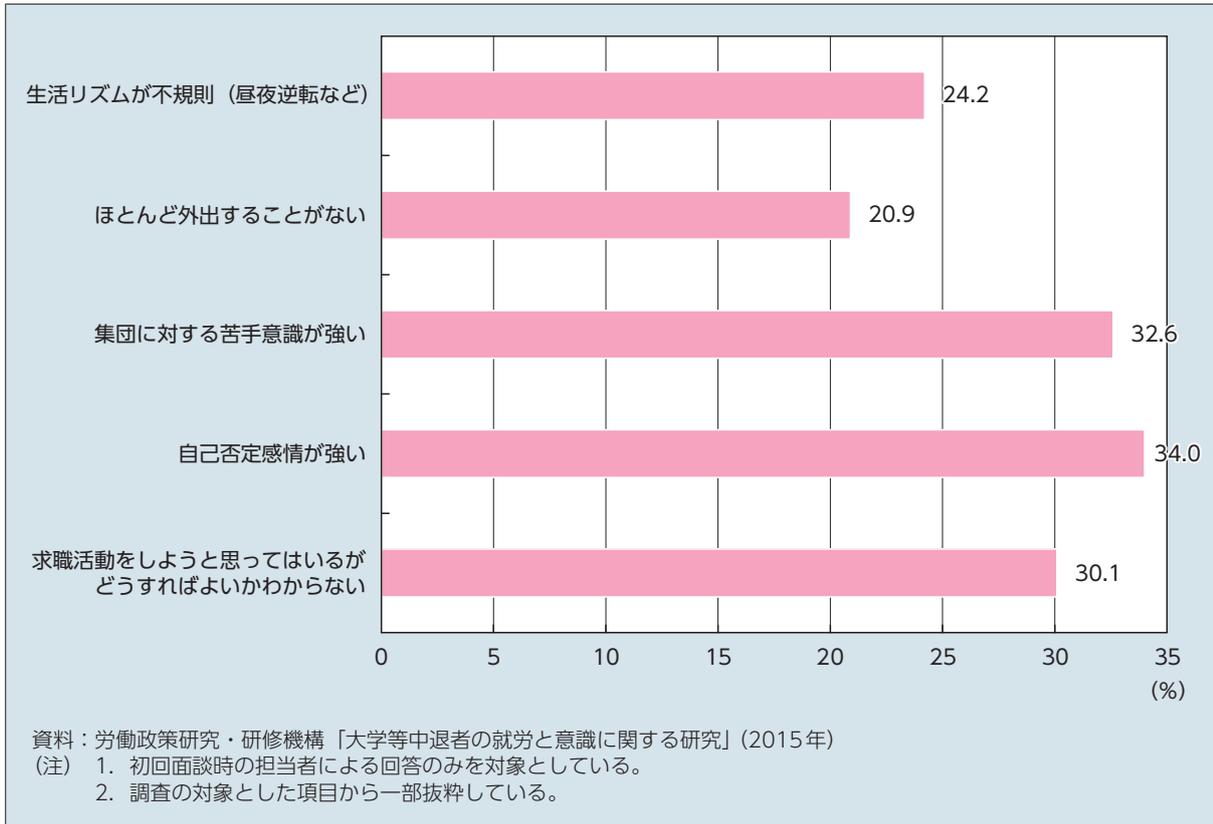


若年無業者数の推移を見てみると、2012（平成24）年に増加したが、景気の好転などにより2017（平成29）年は2012年から9万人減少している（図表1-3-7）。

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

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

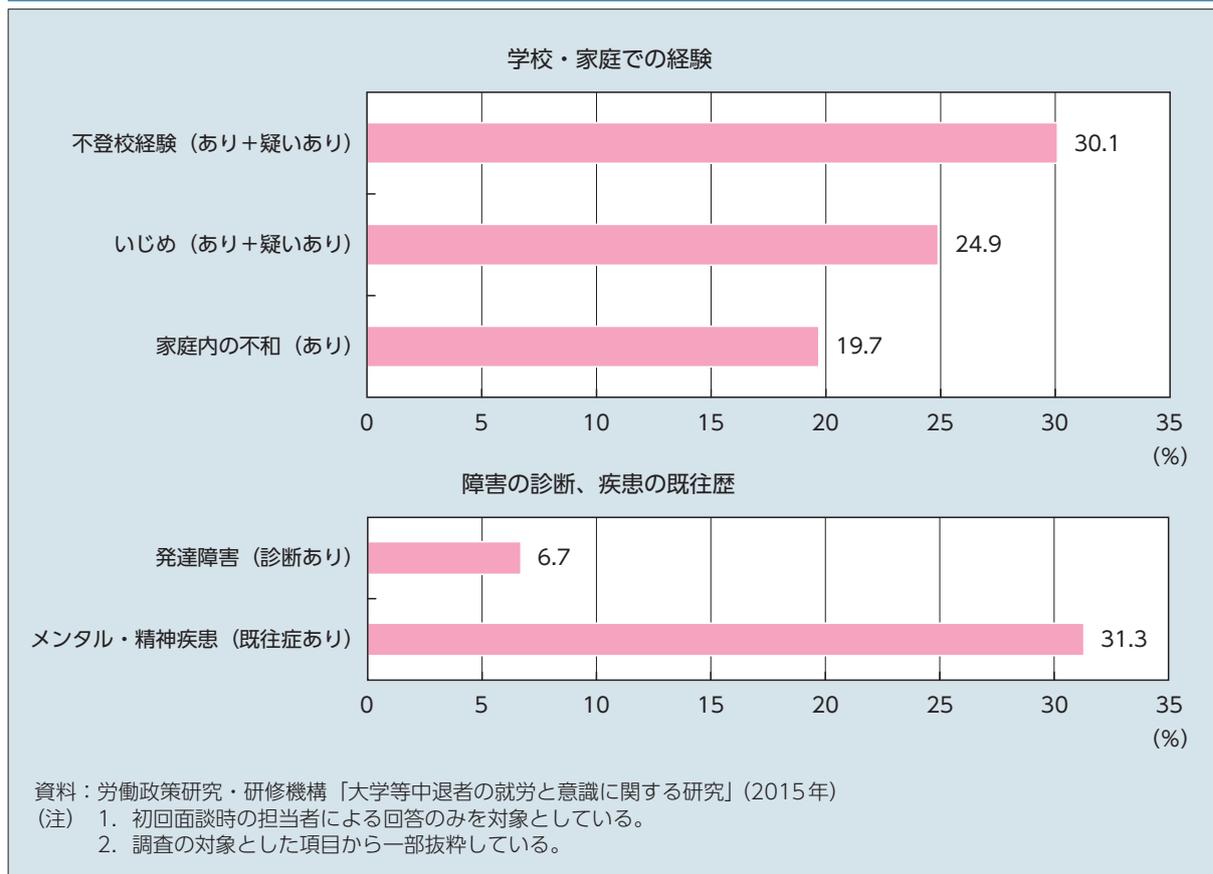
図表 1-3-8 新規登録時の本人の状況



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

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

図表 1-3-9 学校・家庭での経験や障害・疾患の既往歴



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

(サポステの利用者の抱えている困難は多様)

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

(3) 多様な課題を有する者の現状

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

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

て、「生活困窮者自立支援制度」により、包括的な支援を行っている。

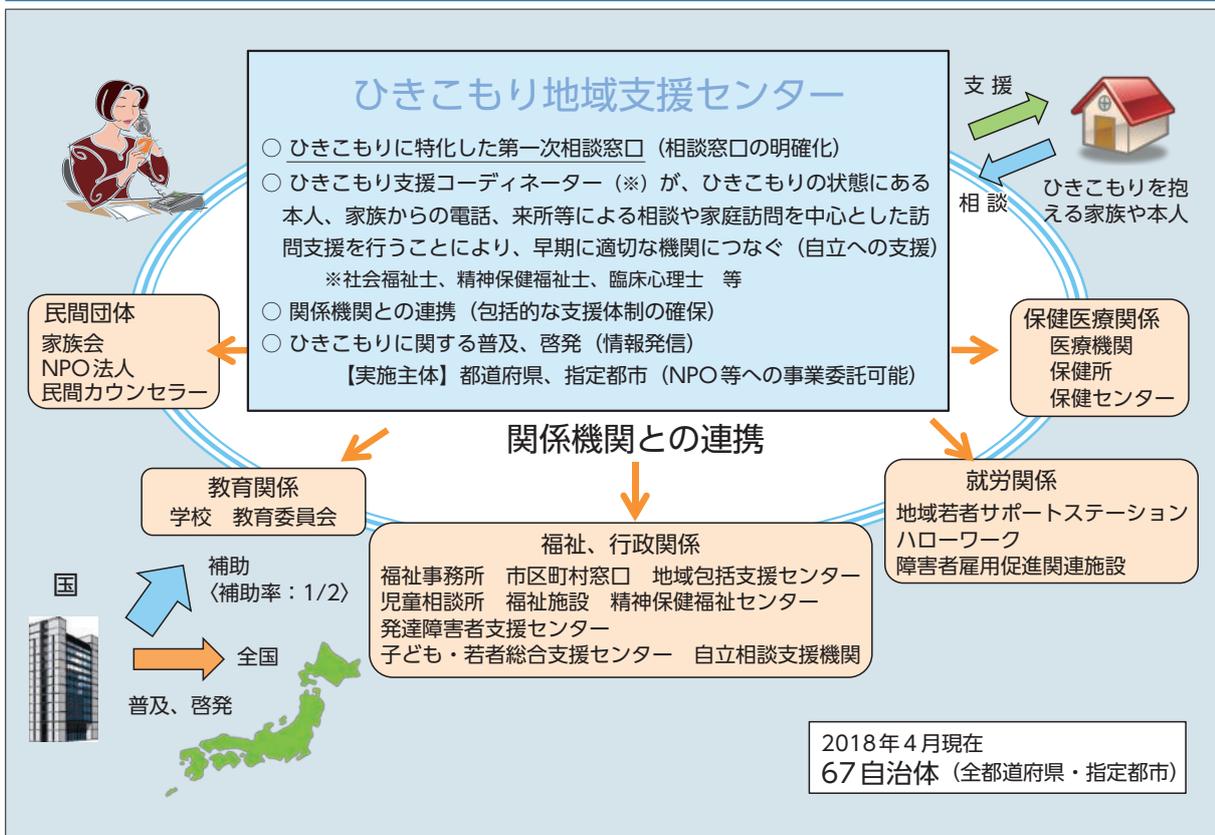
2 社会活動を行うのに困難を有する者の自立支援の取組み

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

(1) ひきこもり状態にある者に対する支援

1 ひきこもり地域支援センター

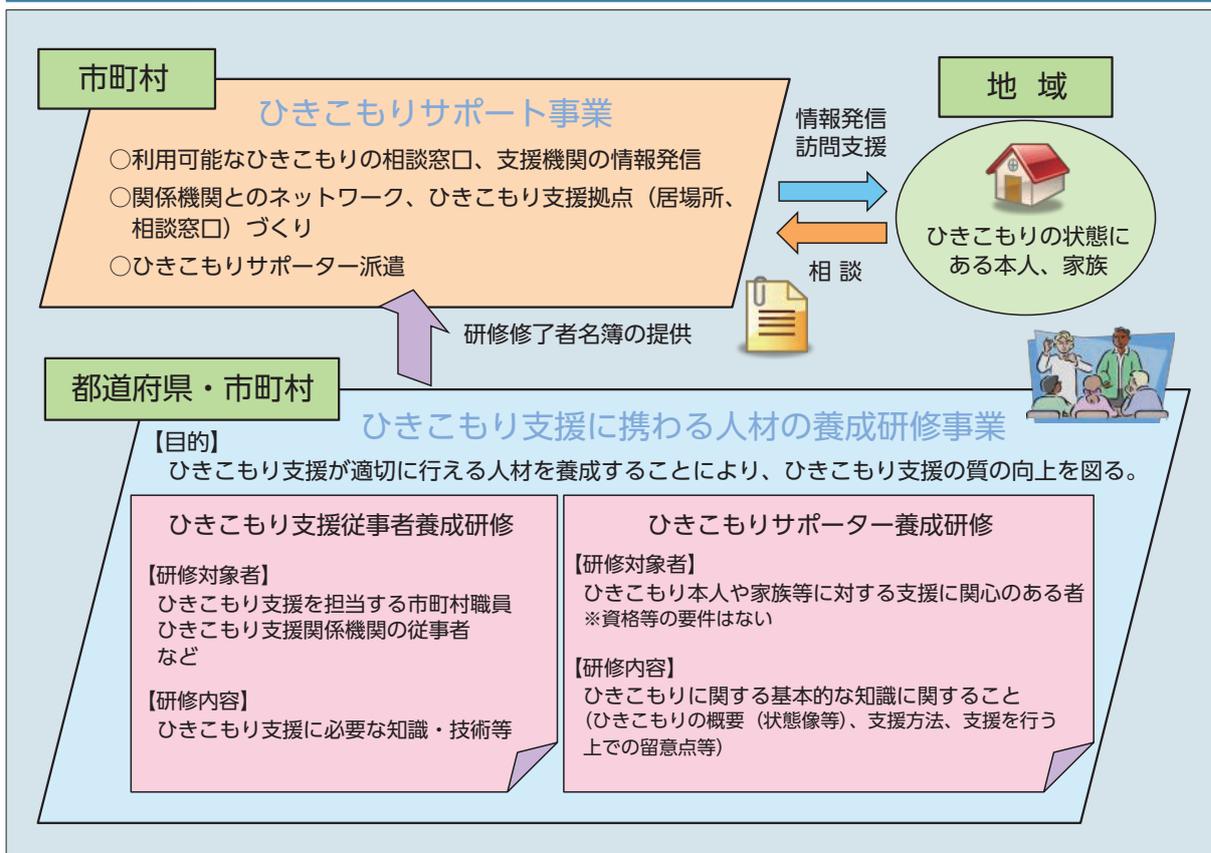
図表 1-3-10 ひきこもり地域支援センター設置運営事業



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

2 ひきこもりサポーター

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



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

(2) 無業者などに対する支援

1 わかもの応援ハローワーク、わかもの支援コーナー、わかもの支援窓口

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

2 地域若者サポートステーション

厚生労働省では、地方自治体との協働により、地域の若者支援機関からなるネットワークの構築を進めている。その拠点として「地域若者サポートステーション」（以下「サポ

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

ステ」という。)を運営し、若者の就労に向けた幅広い支援を行っている。サポステでは、働くことに悩みを抱えている15～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタントなどによる専門的な相談、コミュニケーション訓練などによるステップアップ、協力企業への就労体験などの、就労に向けた支援が行われている。

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



* 84 相談件数及びセミナーなどの参加者数の合計。

コラム

よこはま若者サポートステーション

よこはま若者サポートステーションとは

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

困り事を抱える若者たちを見逃さない

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



担当者制の個別相談

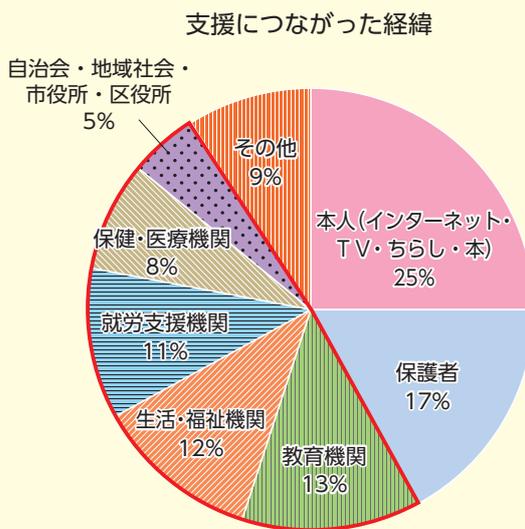
よこはまサポステの特徴として、「働くことに困っている人は誰でも利用できる支援機関」として初回相談の入口を広く設定し、相談内容を限定しないことで、困り事を抱える若者たちを見逃さないようにしていることが挙げられる。支援期間が長くなりそうなケース、すぐには就労には結びつかないようなケース、専門機関のサポートが必要になりそうなケース等、どのようなケースであっても、相談があればよこはまサポステで一度受け止めるようにしている。「働かないといけないと思っている人は、福祉や医療の支援が必要な状態でもあっても、福祉に関する行政の窓口や医療機関ではなく、まず就労相談窓口であるサポステにアクセスする。自分に福祉的支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

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

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

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

2) よこはまサポステにつながった経緯の半数以上が他機関からの紹介



よこはまサポステにつながった経緯を見ると、本人（25%）、保護者（17%）、教育機関や生活・福祉機関等の他機関（49%）、その他（9%）となっており、支援開始段階から他機関との連携が円滑に行われていることが分かる。

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

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

利用者が「自身のありたい姿」に近づけるように支援する

1) 個別相談を主軸に支援を展開



相談時に利用するフリースペース

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

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

きや課題が、個別相談の際の重要な情報となっている。

2) 個別相談は一貫して同じ相談員が担当する

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

相談員育成のための仕組み

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

2 英語、国語、数学（算数）を個別指導形式で学び直すプログラム。

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

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

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

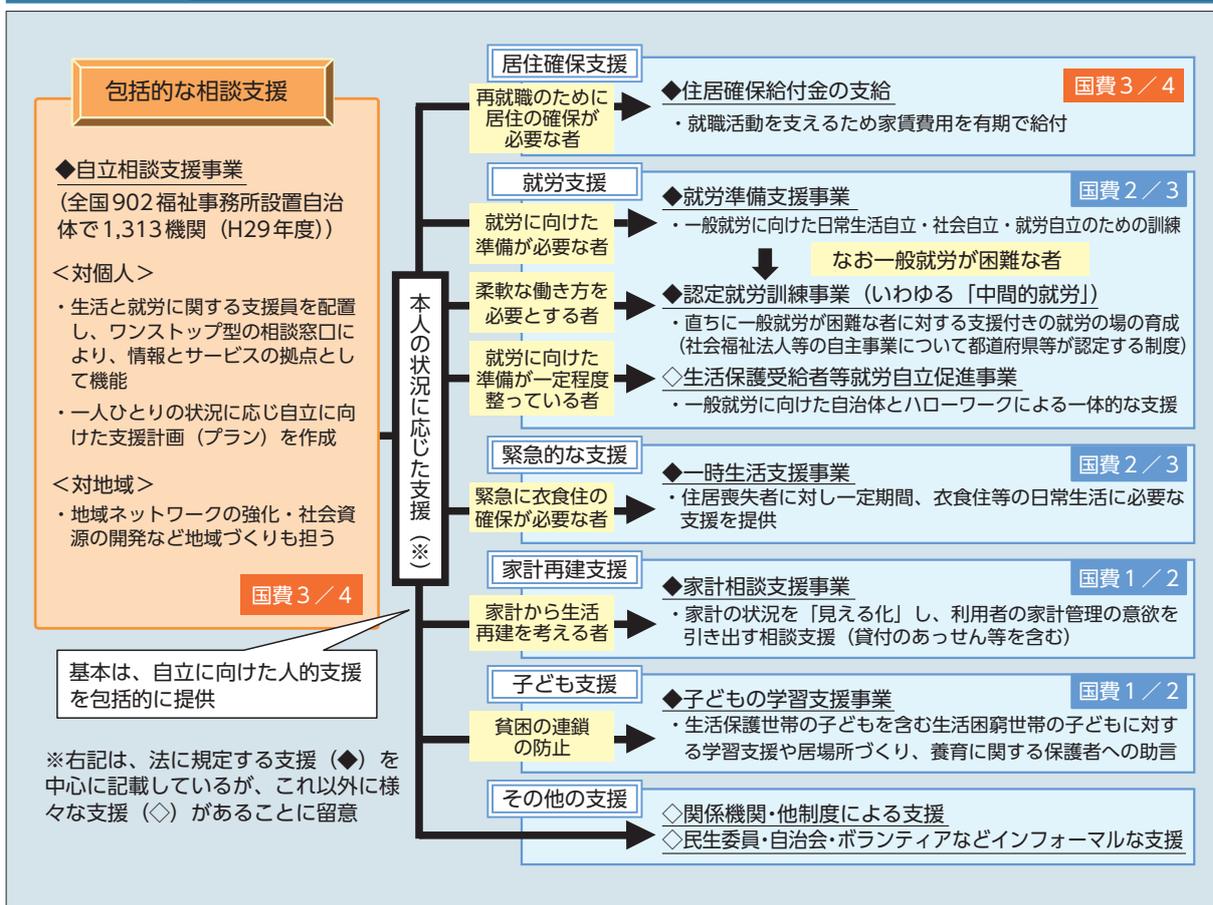
今後も「利用してよかったと思ってもらえる支援機関」を目指す

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

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

(3) 生活困窮者に対する支援（生活困窮者自立支援制度）

図表 1-3-12 生活困窮者自立支援制度の概要



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

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

ワークを構築し、生活困窮者の早期発見や包括的な支援につなげるものである（**図表 1-3-12**）。

①自立相談支援事業

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

②住居確保給付金の支給

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

③就労準備支援事業

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

④一時生活支援事業

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

⑤家計相談支援事業

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

⑥子どもの学習支援事業

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

⑦認定就労訓練事業

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

1 基本理念の明確化と「生活困窮者」の定義などの見直し

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

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

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

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

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

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

2 支援のアウトリーチ機能の強化

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

改正法においては、

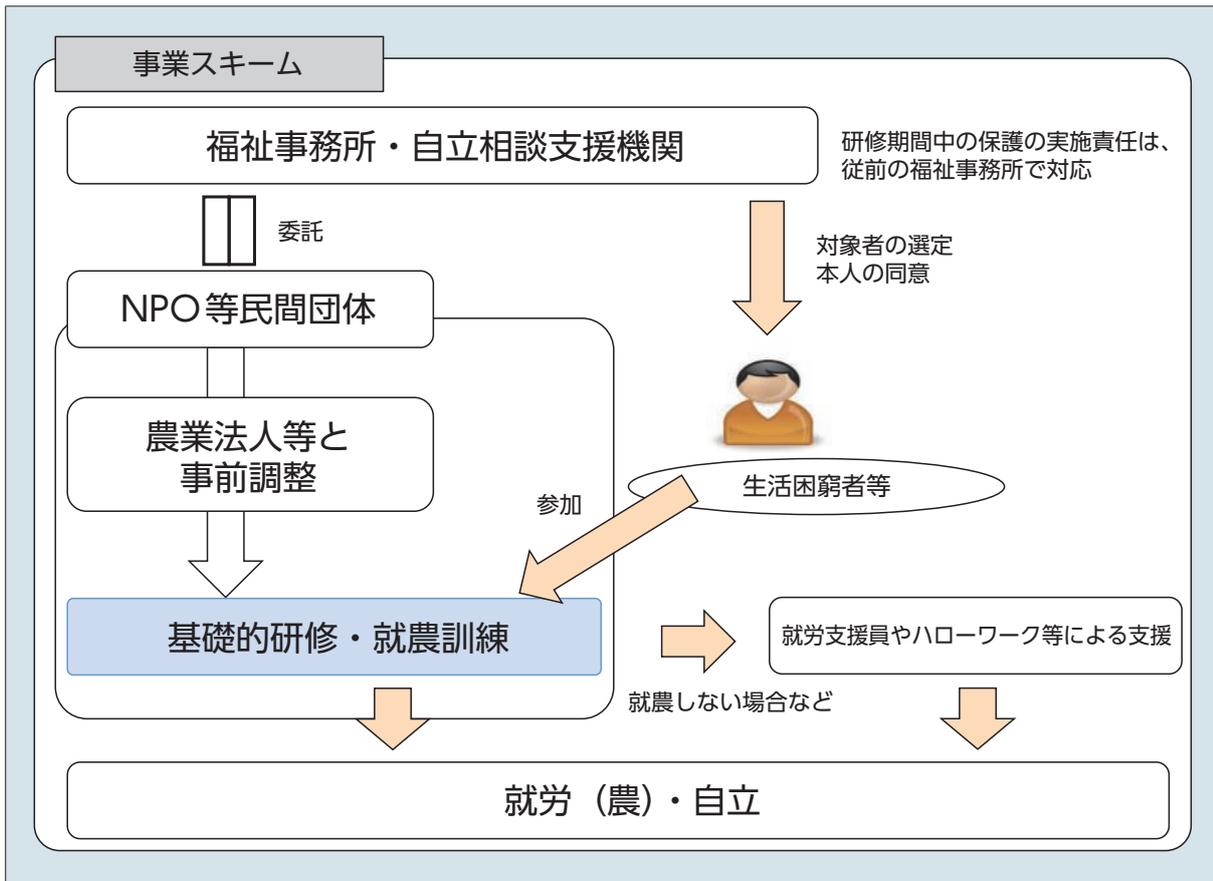
- ・生活困窮者自立支援制度が、国民の生活にとってより身近な仕組みとなるよう、制度の広報や周知を行う努力義務の創設（改正後の生活困窮者自立支援法第4条第4項）
- ・自治体の福祉、就労、教育、税務、住宅の関係部局において、生活困窮の端緒を把握した場合に、生活困窮者自立支援制度の利用勧奨を行う努力義務の創設（改正後の生活困窮者自立支援法第8条）
- ・生活困窮者に対する支援に携わる関係者間で、支援を必要とする者について適切に情報共有を行うための「支援会議」の設置（改正後の生活困窮者自立支援法第9条）

といったアウトリーチ機能の強化を行っている。

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

3 ひきこもり状態にある者などの生活困窮者に対する就農訓練事業

図表 1-3-13 生活困窮者などの就農訓練事業



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

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

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

この就農訓練事業の効果について、利用者からは、

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

* 86 2017年度実施団体（9団体）
 神奈川県、神奈川県相模原市、三重県伊勢市、京都府、京都府福知山市、京都府京丹後市、香川県丸亀市、愛媛県松山市、福岡県糸島市

- ・農業や物づくりへの興味が出てきた

といった声があり、自己有用感の高まりや就労意欲の向上などが現れている。

受け入れる側の事業者からも、

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

といったような好意的な受け止めがなされている。