ISSUE BRIEF

当面する厚生労働分野の諸課題

―第 164 回国会―

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 509(FEB.3.2006)

少子高齢化の急速な進展の下で、近年の社会保障制度改革は、制度の「持続可能性」がキーワードになっている。第 164 回国会には、持続可能な制度を目指した医療保険制度改革法案が提出される。これとセットで、「患者の視点」を重視した医療提供体制の改革法案（医療法等の改正）も提出される予定である。また、労働分野では、間接差別の禁止等を定めた男女雇用機会均等法改正法案が提出される。フリーターやニート対策など若年者雇用のための有効な施策も求められており、雇用・労働政策に関連する課題も多い。

本稿は、これらの事項を含む第 164 回国会における厚生・労働分野の主な諸課題について、簡便に通覧できるよう、それぞれの概要と論点をとりまとめたものである。なお、本稿は、平成 18 年 1 月 20 日現在の公開された情報に基づいている。

社会労働調査室・課

調査と情報

第５０９号

執筆者一覧（執筆順）

岩間　大和子 ……	はじめに
	1　医療保険制度改革
恩田　裕之 ……	2　医療提供体制の改革
中川　秀空 ……	3　年金制度改革－厚生年金と共済年金の統合－
	5　社会保障の一体的見直し
	7　男女雇用機会均等法の改正
田中　敏 ……	4　社会保険庁の改革
堤　健造 ……	6　生活保護制度の動向と課題
柳沢　房子 ……	8　雇用・労働政策
	9　少子化対策－次世代育成支援策－
宍戸　伴久 ……	10　アスベスト対策

はじめに

平成 17 年 12 月に発表された人口動態統計推計値は、我が国の昨年の人口が自然減となったことを示し、また、国勢調査速報値により、常住の外国人等を含めた総人口も前年より減少したことが明らかになった。

少子高齢化の急速な進展の下で、近年の社会保障制度改革は、制度の「持続可能性」がキーワードになっている。平成 16 年の年金制度改革、平成 17 年の介護保険制度改革に続き、第 164 回国会には、持続可能な制度を目指した医療保険制度改革法案が提出される。これとセットで、「患者の視点」を重視した医療提供体制の改革法案（医療法等の改正）も提出される予定である。また、労働分野では、間接差別の禁止等を定めた男女雇用機会均等法改正法案が提出される。フリーターやニート対策など若年者雇用のための有効な施策も求められており、雇用・労働政策に関連する課題も多い。

「人口減少社会」へいかにソフトランディングするかの転換期にあって、社会保障の各制度の負担と給付のあり方、少子化対策、雇用・労働政策、セーフティネットの確保等の問題について、相互に連関する領域が増大しており、総合的に捉える視点が必要とされよう。

本稿は、これらの事項を含む第 164 回国会における厚生・労働分野の主な国政課題を簡便に通覧できるよう、それぞれの概要と論点をとりまとめたものである。

なお、本稿は、平成 18 年 1 月 20 日現在の公開された情報に基づいている。

1　医療保険制度改革

【改革の経緯】　急速な高齢化の下で、老人医療費を中心に増え続ける医療給付費は医療保険財政を圧迫しており、近年、医療費抑制のための改革が行われてきた。平成 14 年に成立した「健康保険法の一部を改正する法律」の附則の規定を受け、15 年 3 月 28 日、医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針が閣議決定された。その方針では、①都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の推進、②新たな高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系の見直しの三つの基本的な方向が示された。持続可能な医療保険制度にするため、この方針に沿って、多様な議論が行われてきたが、厚生労働省は、平成 17 年 10 月 19 日、「医療制度構造改革試案」（「試案」）を発表した。政府・与党は、この案をもとに協議し、12 月 1 日に「医療制度改革大綱」（「大綱」）を取りまとめた。今国会に、「大綱」等を基にした「健康保険法等の一部を改正する法律案」が提出される。

【医療保険制度改革案の概要と論点】　「大綱」では、基本的な考え方として、医療に対する安心・信頼の確保と予防の重視、総合的な医療費適正化、超高齢社会に対応した医療保険制度体系の再構築の 3 点を挙げている。「大綱」等を基にした改革案の概要と指摘されている主な論点は、次の通りである。

中長期的な医療費適正化：医療費管理のため、国は将来の医療給付費の規模の見通しを示し、これを給付費の実績を検証する目安指標とする。経済財政諮問会議で提案された「マクロ経済指標に連動させた医療費の総額管理」とは異なる方式が示された。目安指標として、どのような指標をどう用いるかが検討課題である。また、生活習慣病等の予防により患者を減少させるため、保険者に対し、40 歳以上の被保険者を対象

とする糖尿病等の予防に着目した検診・保健指導の実施を義務付ける。（医療費適正化対策の一つである長期入院の是正（在宅医療の推進）については、次節を参照）。これらの実現のため、国が示す基本方針に即し、国及び都道府県は医療費適正化計画（5 年間）を策定する。

保険給付の範囲・内容の見直し：高齢者の患者負担の引上げ（70－74 歳の者は 2 割負担、70 歳以上の現役並み所得者は 3 割負担、療養病床の食費・居住費負担の見直し）、高額療養費の自己負担額引上げ等が行われる一方、 3 歳未満児への自己負担軽減措置の対象が小学校就学前までに拡大される。自己負担の強化については、患者の受診抑制への危惧、低所得者への配慮の必要性が指摘されている。

新たな高齢者医療制度の創設：75 歳以上の後期高齢者が加入する独立した後期高齢者医療制度（仮称）を創設する。財源は、公費約 5 割、現役世代からの支援約 4 割、後期高齢者の保険料 1 割とする。保険料徴収は市町村が、財政運営は都道府県単位の広域連合（全市町村が加入）が行うとされている。「試案」では、市町村を運営主体としたが、新たな財政負担への市町村の懸念が強く、「大綱」では、このような運営方式になった。新たな高齢者医療制度の創設に関しては、市町村、広域連合、都道府県の責任と役割分担の明確化が求められている。また、前期高齢者（65 歳～74 歳）については、従来の医療保険に加入したまま、各保険者間の加入者数に応じて財政調整を行う仕組みを導入する。

保険者の再編・統合：国民健康保険（国保）については、都道府県単位での運営を推進するため、市町村の拠出により医療費を賄う共同事業（保険財政共同安定化事業（仮称））を創設する。市町村は、国保の財政基盤確立のために抜本的な財政措置を要望している。政府管掌健康保険については、国とは切り離した全国単位の公法人を保険者として設立し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定し、都道府県を単位とする運営を行う。健康保険組合については、同一都道府県内における組合の再編・統合を促進し、その受け皿として地域型健康保険組合の設立を認める。

【診療報酬の改定】　「大綱」では、診療報酬引下げの方向での検討、小児科・産科等の医療の質の確保への配慮、薬価の引下げ等が示された。昨年末の来年度予算の編成過程で、平成 18 年度の診療報酬改定率は、かってない大幅な引下げ（3.16%（本体 1.36%、薬価等 1.8%））で決着した。中央社会保険医療協議会は、この改定率と、社会保障審議会医療保険部会・医療部会が策定した「平成 18 年度診療報酬改定の基本方針」（昨年 11 月）を基に、本年 1 月 18 日、「診療報酬改定に係る検討状況について」を提示した。診療報酬体系の簡素化、医療費の内容の分かる領収書の発行の他、引き下げ分野については、①慢性期入院医療の評価、②診療群分類別包括評価（DPC）による支払い対象病院の拡大、③後発医薬品の使用の促進策等が、また、重点的に対応する分野については、①在宅医療、②小児医療・小児救急医療、③産科医療、④高度先進医療技術等が挙げられている。今後、パブリックコメントに付された後、2 月中旬～下旬に、厚生労働大臣に改定案が答申される。

以上が医療保険制度改革案、診療報酬の改定の概要であるが、次節で述べる医療提供体制の改革を含めた医療制度全体のあり方としては、費用を抑えつつ質を確保する「効率化」、セーフティネットの確保を図ることが重要な課題となる。

２　医療提供体制の改革

【経緯】　平成 17 年 12 月 1 日、政府・与党がとりまとめた「医療制度改革大綱」では、医療提供体制の改革について、「安心・信頼の医療の確保」を基本的な考え方とし、医師不足問題への対応、地域医療の連携体制の構築、患者への情報提供の推進等が挙げられた。また、社会保障審議会医療部会が、12 月 8 日、「医療提供体制に関する意見」を提出し、改革の詳細を提示した。これらに沿って、今国会には、医療法等改正案が提出される予定である。改革案の主な事項と論点は次の通りである。

【医療計画制度の見直し－医療機能の分化連携、医師偏在への対応－】　医療計画で定められる基準病床が病院の新規参入を阻んでいるとして、規制改革・民間開放推進会議等で、廃止を求める声が上がっていた。厚生労働省は、①救急医療やへき地医療などの不採算医療の確保の必要性、②入院治療の必要性を客観的に検証する仕組みが未確定などの点から、基準病床数制度を存続すべきとの立場を取っている。

医療法改正案では、医療計画の記載事項に、主要な事業（がん対策など）に係る医療連携体制を追加し、数値目標等を設定することとしている。また、小児科医の不足、医師の地域偏在が顕著となっているため、小児医療対策、へき地医療対策等を、医療計画に記載されるべき主要な事業として挙げると同時に、都道府県医療対策協議会を法定化し、医師等の確保策を強化する。現在でも都道府県等に地域における医療対策協議会等の設置が進められてきており、これまで、自治医大卒業生のへき地への一定期間の派遣（長野県）や、女性医師の結婚・出産後の職場復帰支援（秋田県）などが論議されてきた。法定化された場合、実効性のある施策を打ち出せるかが焦点となる。

在宅医療を推進するため、医療機関の管理者に対して、患者の退院時に退院調節機能（介護サービスや地域の診療所への紹介など）を発揮するよう定めることとしている。さらに、日常的な医療や健康相談等が受けられる、かかりつけ医の普及・定着を図ること、家庭で終末期を迎えるための具体的な取り組みなどが今後の課題となろう。かかりつけ医と地域医療に関与する者の協議によって、急性期－回復期－慢性期のそれぞれの状況に応じて切れ目のない医療サービス体制を作ることが重要である。特に、小児科・産科については、医師不足が顕著であることから、公立病院を中心とした医療資源の集約化・重点化を推進する施策が検討される見込みである。

【患者等への医療に関する情報提供の推進】　患者等の選択を支援するため、国・都道府県、医療機関の職務規定として、医療に関する情報提供の推進に関する項目が、医療法改正案に盛り込まれる予定である。具体的には、医療機関が都道府県に一定の情報を届け出て、都道府県がこれらをとりまとめて住民に公表する。「一定の情報」の内容は、広告規制等検討会（仮称）で検討され、厚生労働省令に規定されることになる見込みである。これまでも広告規制をめぐって賛否両論があり、どのような情報を公開するべきかが論点になろう。また、治療成績などから各病院の評価を行うことは困難であるとの指摘がある。軽症の患者を多く受け入れることで、見かけ上、手術の成功率は上がるし、手術後すぐに患者を転院させるなどすれば在院死亡率は下がる。公開される情報は患者が判断しやすいものになることが望まれる。

【医療安全の確保】　医療の安全を確保するため、現在、都道府県に設置されている医療安全支援センターを医療法上の組織として位置づけ、機能強化を図る。医療安全に関する情報の医療機関への提供や患者・国民に対する医療安全教育等に関する機能

が強化される見込みである。また、医療事故を繰り返す「リピーター医師」が社会問題化していることなどを背景に、行政処分を受けた医師等の再教育の義務化・行政処分の類型の見直しが医師法等に盛り込まれる予定である。

【その他】 医療機関の非営利性を徹底するため、医業経営の透明性を図り、解散時の残余財産を個人に帰属させない規定を医療法改正案に盛り込む見込みである。

有床診療所については、48 時間を超える入院を禁止する医療法の規定を撤廃すると共に、その病床数（療養病床を除く）が医療計画の基準病床数に含められる見通しである。ただし、基準病床数に含めることは医療機関の新規参入を阻むことになるとして、これまでも賛否の論議がある。

3　年金制度改革—厚生年金と共済年金の統合—

【経緯】 平成 16 年の年金改革法案の審議過程において、「年金一元化問題を含む社会保障制度全般の一体的見直しを行うこと」が自民・公明・民主の三党で合意され、平成 17 年 4 月、両院合同会議が設置された。しかし、「まず厚生年金と共済年金の一元化を図る」とする与党と、「全国民対象の公的年金一元化」を主張する民主党の間で、議論は平行線をたどり、総選挙もあって、会議は現在中断している。その後、平成 17 年 12 月に、与党は厚生年金と共済年金の統合に向けた方針をまとめた。

【与党の方針と今後の課題】 与党の方針では、共済年金独自の上乗せ制度である「職域加算」を原則廃止し、既に支給中の分も見直すとしている。また、共済年金発足時に、恩給制度の期間の給付分を公費で賄う経過措置として導入された「追加費用」もできるだけ早く廃止するとした。さらに、職域加算部分を除いた共済年金の保険料率を、厚生年金と同水準に引き上げることも盛り込まれた。4 月中に基本方針を確定し、秋までに最終案を作成し、平成 19 年の通常国会に関連法案を提出する予定である。今後、成案を得るために、以下の点が検討課題となる。

職域加算の廃止：職域加算は、平成 16 年度で平均月額 1.4 万円と、給付面での官民格差となっている。職域加算は公務員としての服務規律やスト権など身分上の制約の代償、あるいは民間の企業年金にあたるものと説明されている。廃止については、公務員制度の一環としての位置付け、退職金も含めた企業年金との均衡、さらに、これまで徴収してきた職域加算分の掛金の取り扱い等の検討が必要となる。

追加費用の廃止：国庫による追加費用を廃止したうえで一元化すれば、恩給制度の期間の給付分を、民間を含めた被用者全体で負担することになり、民間からの反発も予想される。この対応策としては、共済年金の積立金取り崩し、保険料の引き上げ、給付削減などの方法が考えられる。しかし、厚生年金との間で不公平を生じさせないためには、共済側に相応の積立金が必要である。また、保険料の引き上げも、現役世代に過大な負担となるため、公務員退職者の給付削減の方向も検討されている。公務員退職者の給付削減は財産権侵害という問題も生じかねない。削減するとしてもどの程度が可能か、今後の検討が必要となる。

保険料率の格差是正：職域加算を除いた 1 階、2 階部分の保険料率は、国家公務員共済組合が 13.5%、地方公務員共済組合が 12.7%、私学共済が 9.9%である。一方、厚生年金の保険料率は 14.288%で、官民格差の一つとなっている。一元化のためには、保険料率の格差を解消する必要があるが、特に、私学共済は財政状況が良く、保険料

率も低いため、加入者の理解をどう得るかが問題となろう。

遺族年金の転給制度：共済の遺族年金には、先順位者が死亡等により失権した場合、祖父母等の次順位者に支給される転給制度があり、厚生年金より有利となっている。厚生年金に合わせた見直しの方向が出されている。

4　社会保険庁の改革

【経緯】　国民年金保険料の納付率の低下に加え、年金保険料の無駄遣い批判、職員による年金加入記録の業務目的外閲覧、さらには汚職事件等の不祥事の発生により、社会保険庁の業務運営は公的年金に対する国民の不信感増大の一因とされ、その改革が迫られた。官房長官主宰の「社会保険庁の在り方に関する有識者会議」が平成 17 年 5 月に取りまとめた最終報告では、年金新組織には政府の直接関与が必要とした上で、意思決定・業務執行・監査における権限と責任の明確化、人員削減及び地方組織の抜本改革等が盛り込まれた。政府管掌健康保険の業務は新設の公法人に移管される。

【改革案の概要】　年金新組織の位置づけをめぐる論議においては、厚生労働省の外局とする案も検討されたが、国家行政組織法上の「特別の機関」とされることとなった。「特別の機関」は、特に必要のある場合に省庁に設置される機関で、国土地理院等の例がある。名称は「ねんきん事業機構」とされ、今国会に提出される「ねんきん事業機構法案」（仮称）では、平成 20 年 10 月の設立が予定されている。

新組織の意思決定機関である「年金運営会議」は、組織の長及び外部専門家から構成され、重要事項は同会議の議を経て決定されることになる。また、外部専門家が業務の監査を行う「特別監査官」や、年金受給者や保険料負担者等の意向を反映させるための「運営評議会」の設置も予定されている。年金運営会議や特別監査官の機能を実効あるものとするためには、外部専門家の人選も重要となろう。

新組織の重要課題は国民年金保険料納付率の向上であるが、今国会提出の「国民年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律案」（仮称）において、サービスの向上及び業務運営の透明化とあわせ、収納対策の強化が図られている。

5　社会保障の一体的見直し

【経緯】　厚生労働省の推計によれば、社会保障給付費は、平成 16 年度で年間約 86 兆円であるが、平成 37（2025）年度には 152 兆円に膨らむと見られている。また国民年金の保険料納付率の低下に見られるように、制度に対する国民の信頼感が損なわれるなど、社会保障制度の見直しが迫られている。このため、前述の通り（3 節参照）、平成 17 年 4 月、年金制度をはじめとする社会保障制度改革に関する両院合同会議が設置され、与野党による協議が開始された。また、政府においても、「社会保障制度全般について、広く有識者の参加も得つつ、一体的な見直しを開始する」（『経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2004』平成 16 年 6 月）こととし、平成 16 年 7 月に官房長官の私的諮問機関として、社会保障のあり方に関する懇談会が設置された。さらに、経済財政諮問会議においても、社会保障改革の議論が平行して行われている。

【論点】　両院合同会議は、現在中断しているが、与党は、厚生年金と共済年金を統合する方向で骨子案を取りまとめ中である（3 節参照）。今後は、共済年金の「職域加

算」及び「追加費用」の取り扱い、さらに、被用者年金一元化後に自営業者も含めた一元化を行うのかが論点となろう。

社会保障のあり方に関する懇談会では、社会保障の役割、経済・雇用との関係、給付費の規模、年金制度の体系等について議論され、平成 17 年 5 月に論点整理を行った。この中で、社会保障の規模については、「個別制度の見直しを積み上げた結果で論ずるべき」、「全体の規模を設定し、個々の制度合理化を進めるべき」、「マクロ経済との整合性を重視し全体の規模を管理するべき」等の意見に分かれた。また、年金一元化については、「一元化は将来的な選択肢の一つである」と位置づけた上で、「国民年金と被用者年金の一元化は、所得形態の違いや自営業者に所得比例保険料負担を求めることに賛同が得られるか」等の疑問が出された。基礎年金の財源については、税方式と保険料方式に意見が分かれた。さらに、医療費の総額管理については、「成長率の伸びの範囲に抑えるべき」という意見と、「範囲内に抑えることは無理である」という意見に分かれた。

経済財政諮問会議においては、これまで民間議員から、年金一元化については、基礎年金の一元化を先行させる考え方が、さらに医療・介護については、経済指標に基づく給付費の総額管理の考え方が出されている。総額管理については、厚生労働省から「社会保障に対する不安を増大させ、機械的な管理は不適切」との反論が出された。平成 17 年 6 月の政府の「骨太方針」策定時に論点となったが、「政策目標の設定」という表現に落ち着いた。平成 17 年 12 月に出された「医療制度改革大綱」では、5 年程度の中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通しを示し、この指標を目安として、給付費の伸びを検証することになった。

6　生活保護制度の動向と課題

【生活保護受給者の増加と制度の見直し】　近年の経済・雇用情勢の低迷、高齢化の進展により、生活保護受給者数は急増し、保護率（生活保護受給者数/人口）は 11.1‰（平成 16 年度速報値）に達した。生活保護受給世帯は平成 16 年 10 月に 100 万世帯を超え、とりわけ、被保護世帯に占める高齢者世帯の割合は 46.7%、高齢単身世帯は 40.9%（平成 16 年度速報値）となっている。社会保障審議会福祉部会に設置された「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」は、こうした動向を踏まえ、同年 12 月に報告書をまとめた。その提言内容は、セーフティネットとしての最低生活保障（経済的給付）を維持しつつ、被保護者の自立・就労支援を重視し、自立支援プログラムの導入や老齢・母子加算制度等の生活保護基準の見直しを行うものである。

平成 17 年度から導入が推進されている自立支援プログラムは、地方自治体が、被保護者の抱える問題に合わせてプログラムを作成し、自立を促進し、生活保護受給の長期化を防ごうとするものである。地方自治体の実施体制の整備（福祉事務所の体制強化等）が課題となっている。

生活保護基準の見直しでは、平成 16 年度から 3 年間で段階的に老齢加算を廃止しているほか、17 年度から母子加算における子どもの年齢要件を 18 歳以下から 15 歳以下に引き下げた（16 歳から 18 歳の子どもを養育する世帯については、激変を避けるため 3 年間で段階的に廃止）。また、新たに高校就学費用の給付を行っている。

【今後の課題】　所得格差を示す指標として用いられるジニ係数は、平成２年の 0.4334

から平成 14 年の 0.4983 へと上昇した（厚生労働省「平成 14 年所得再分配調査」の当初所得）。今後、労働市場の流動化、高齢化の進展や若年無業者（ニート）の増加等により、生活保護受給者、生活保護費が一層増加する可能性がある。また、地方自治体間では、保護率、捕捉率（生活保護受給者/生活保護基準以下の生活者）にそれぞれ最大約 10.5 倍（平成 15 年度）、約 5.5 倍（平成 11 年）の格差がある。

こうしたなか、三位一体の改革では、国が、国庫負担率の引き下げ及び地方自治体の負担割合の引き上げを求め、代わりに地方自治体への税源委譲を提案してきたが、地方自治体は、負担の転嫁であり裁量拡大にはつながらないとして強く反発し、提案は見送られることとなった。だが一方で、国、地方自治体はともに、生活保護給付の適正化に向けた施策を推進していくことを確認した。なお、三位一体の改革を検討した「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」の学識者による作業部会は、経済・雇用情勢や社会的要因が、保護率の地域間格差に極めて大きく影響するとの分析結果を示した。地方自治体の生活保護認定手法のあり方等も踏まえたうえで、格差是正を図っていくことが課題となろう。

7　男女雇用機会均等法の改正

【経緯】　男女雇用機会均等法が施行されて、今年で 20 年になる。しかし、現実には、女性に対する妊娠・出産等を理由とした解雇や退職の強要、不利益な配置転換、パートタイム労働への契約内容の変更の強要等の事例が後を絶たない。また、いわゆる「間接差別」の存在も、男女間の格差が縮まらない要因として大きな問題になっている。間接差別とは、外見上は性に中立的な規定、基準、慣行などであるが、結果的に一方の性に相当程度の不利益を与え、しかも合理性・正当性が認められない差別である。その代表例が、総合職と一般職とに分けて採用する「コース別管理」である。これは、転勤がある代わりに幹部職員としての道が開かれている総合職と、転勤はないが、研修や昇格で限界のある一般職に分ける採用方式で、同法施行前後に広まった。制度自体は性別を基準としていないが、実際上、総合職には男性が多く、結果的に賃金差別になっている場合が少なくない。間接差別は、多くの先進国で禁止されており、我が国は国連の女性差別撤廃委員会から禁止措置の導入の勧告を受けている。我が国は人口減少社会の到来という事態に直面しているが、性別で差別することなく、かつ、母性が尊重されつつ、仕事と育児を両立させ、その能力を発揮できる職場環境を整えることは、以前にも増して重要な課題である。

【改正の内容と今後の課題】　平成 17 年 12 月に、厚生労働省労働政策審議会は男女雇用機会均等法の改正の建議をまとめた。同建議を受けて、今国会に改正案が提出される予定である。同建議では、問題となっていた間接差別の禁止が盛り込まれた。職務との関連など合理性・正当性のあるものを除いて、①募集・採用時に身長・体重・体力を要件とすること、②総合職の募集・採用時に全国転勤を条件とすること、③昇進時に転勤経験を条件とすること、の三つを禁止するとした。使用者側は、「合理性・正当性のあいまいさ」を理由に難色を示したが、具体例を列挙する方式で合意に至った。一方、労働側は「限定列挙では、それ以外の間接差別を認めることになる」と反対している。今後の法案審議において論点となろう。この点について、同建議では、判例の動向等を見ながら省令に追加していくことも可能としている。法改正後も、禁

止すべき間接差別の対象を柔軟に見直し、隠れた差別をなくす努力が求められよう。
　また、男女雇用機会均等法では、すでに妊娠・出産などを理由とした解雇を禁止しているが、同建議では妊娠・出産などによるパート労働への変更、配置転換などの不利益扱いも禁止することとした。妊娠中・産後 1 年以内の解雇は、事業主が妊娠・出産を理由とする解雇でないことを証明できない限り無効と明記した。厚生労働省は、働きながら子育てのできる環境整備のための重要な法改正と位置づけている。

8　雇用・労働政策

【労働人口減少への対応】　平成 19（2007）年から始まる「団塊の世代」の退職等により、労働力人口は平成 17 年から 22 年にかけて年率 0.5%減少し、人口構造から見てその後の労働力人口減少率も次第に大きくなると予測される。平成 17 年 7 月に厚生労働省が発表した「雇用政策研究会報告」では、人口減少に対応して重点的に展開すべき雇用・労働政策として、①若者への就業支援、②女性への就業支援、③高齢者への就業支援、④福祉から就労へ、⑤地域における雇用創出への支援、⑥職業能力開発、⑦外国人労働者、⑧安心・公正な労働、⑨仕事と生活、⑩労働力需給調整、の十分野の政策を挙げている。これらの政策を総合的に組み立てると同時に、有効に実行できる行政組織のあり方が課題となろう。
【若年者・女性・高齢者への就業支援】　労働力人口の減少に対処するためには、若年者・女性・高齢者への就業支援を積極的に行っていくことが必要である。若年者支援は、厚生労働省でも、重点的な予算要求項目として施策の拡大を図っている。しかし、企業側はフリーター、ニートの受け入れに消極的で正社員としての採用は即戦力となる人材に絞っているのが実情である。また、無業者の生活支援までを含めた就労支援については NPO 頼みであるにもかかわらず、半年の支援で 7 割就労という目標設定が非現実的である、との問題点も指摘されている。女性の雇用の定着のためには、雇用の均等の確保（7 節参照）、少子化対策でもあげられている両立支援の拡大を図る必要がある。高齢者については、本年 4 月からの改正高齢者雇用安定法施行までに 9 割近くの企業が高齢者雇用確保措置に対応する予定であるが、定年の引上げはその 1 割未満で、9 割以上が再雇用による対応である。どの層に対しても、競争下にある企業の自主的努力に期待するだけでなく、雇用を提供する意欲のある企業と就業を希望する個人双方への行政の支援策が必要であろう。今国会に提出予定の職業能力開発促進法・中小企業労働力確保法改正案は、個人への支援策と企業での技能継承対策を兼ねているが、こうした施策の拡充が急務である。
【労働市場・労働法制の整備】　有効求人倍率は改善方向にあるが、求人の内容については非正規雇用が多く、また、雇用のミスマッチや地域差は依然として大きい。地域における創業支援、成長分野への労働移動の推進、労働者が定着する職場環境作りなどの施策が必要である。
　また、非正規雇用の増加や労働条件決定の個別化の進行によって、現行の労働法制や従来の労働組合による労使交渉では対応できない個別労働紛争が頻発している。労働条件の安定を図りつつ、柔軟な労働市場を整備していくために、雇用の各段階について労使が納得できるルールを明確化した法制が必要となる。

９　少子化対策ー次世代育成支援策ー

【次世代育成支援策の推進と問題点】　平成 17 年の人口動態統計（年間推計)、国勢調査による総人口の速報値が昨年 12 月に相次いで発表された。いずれも我が国の人口減少を示すこととなった。従来の予測よりも早いテンポで進む少子化に対し、政府は少子化対策を国の基本政策として位置づけ、同年 10 月には初めて専任の少子化・男女共同参画担当大臣が置かれた。

これまでの少子化対策は、平成 7 年度からエンゼルプラン、平成 12 年度から新エンゼルプラン、平成 14 年度から「少子化対策プラスワン」と段階的に政策を拡大してきた。更に、「少子化社会対策基本法」にもとづいて平成 16 年 6 月に閣議決定された「少子化社会対策大綱」では、止まらぬ少子化の流れを変えるには、①若者の自立が難しくなっている状況を変えていく、②子育ての不安や負担を軽減し、職場優先の風土を変えていく、③生命を次代に伝えはぐくんでいくことや家庭を築くことの大切さの理解を深めていく、子育て・親育て支援社会をつくり、地域や社会全体で変えていく、という視点が必要とした。この大綱に基づいて同年 12 月に策定された「子ども・子育て応援プラン」は、「次世代育成支援対策推進法」に定める次世代育成支援行動計画とも連動させ、企業での育児休業制度の定着や年休取得率向上、雇用・教育の場での若者の自立支援策の推進、自治体における子育て支援拠点の整備や保育待機児童ゼロ作戦の更なる展開など、具体的な施策とその数値目標を設けた極めて広範なプランとなった。一般事業主（300 人以上の企業)・地方自治体・特定事業主（公務員）には、平成 17 年 3 月末までに、「行動計画」を策定することが義務付けられ、同年 4 月から、各行動計画が実施に移されている。しかし、中小企業では計画策定が努力義務であること、企業、とりわけ中小企業において従業員ニーズと企業側意識とのギャップが大きいこと、地域行動計画では地域間の格差が生じていること、保育待機児童解消がはかばかしく進まないことなどの問題も指摘されている。

【今後の課題】　平成 17 年版国民生活白書などに代表される意識調査によれば、子育て世代にとっての問題は、育児の経済的負担と心理的負担の軽減である。今国会には、本年 4 月から手当支給対象を現行の小学 3 年から 6 年までに拡大する児童手当法改正案が提出される。我が国の社会保障では高齢者対策支出に比して家族政策支出が少ないと言われる。一方、家族政策による出生率向上の効果が、必ずしも具体的に実証されているわけではない。国として、子ども・家族をどのように政策的にバックアップしていくべきか、施策の内容と範囲の再検討を行い、必要な財政支出構造の改革・財源の確保について論議が求められよう。

１０　アスベスト対策

【これまでの経緯】　平成 17 年 6 月の「クボタ・ショック」以来、アスベストによる健康被害は、アスベスト取扱作業従事者のみならず、その家族やアスベスト製品製造工場周辺の住民にも及ぶことが明らかとなった。政府は、「アスベスト問題に関する関係閣僚会合」を設置し、被害の拡大防止、国民の不安への対応、過去の被害への対応、過去の対応の検証、実態把握の強化等の対策に取り組んできた。また、同年末、隙間のない健康被害者の救済、今後の被害の未然防止策、国民の不安への

対応、を内容とする「アスベスト問題に係る総合対策」(「総合対策」)を策定した。これに基づき、アスベスト被害の迅速な救済のための「石綿による健康被害の救済に関する法律案」、被害の未然防止のための「石綿による健康等に係る被害の防止のための大気汚染防止法等に一部を改正する法律案」とその関連予算が今国会に提出された。

【健康被害の救済】　「総合対策」等によれば、アスベストによる中皮腫と肺がんの被害救済のため、アスベスト取扱作業従事者の場合には、労災認定要件が緩和される。ただし、労災認定を受けずに死亡した者の遺族が死後 5 年以内に請求しなかった場合には、労災補償は行われず、療養中の補償（療養補償、休業補償）の時効規定(2 年)も維持される。労災補償の対象とならない労働者の家族や工場周辺住民については、新設の「石綿健康被害救済基金」から医療費（自己負担分)、療養手当、葬祭料、救済調整給付金(法施行後 2 年間、死亡時に医療費と療養手当の合計額が特別遺族弔慰金の額に達しない場合、その差額)が、また、法施行前に死亡した者の遺族には、特別遺族弔慰金、特別葬祭料が支給される。その費用は、平成 19 年度からは労災保険加入の全事業者と国、自治体が分担する。時効により労災補償が受けられない遺族には特別遺族年金が支給される予定である。その費用は労災保険が負担する。それぞれについて、新認定基準案の検討が進められている。なお、「石綿健康被害救済制度」は施行 5 年後に制度全体の見直しを行うこととされている。

【不安への対応と医療体制の改善】　「総合対策」においては、中皮腫抗がん剤の早期承認、ばく露機会の把握と診断システムの開発、健康影響調査の実施、中皮腫登録制度の新設、医療従事者の養成・研修、健康診断・健康管理手帳制度の改善が求められている。

【被害の未然防止】　平成 18 年度中にアスベスト製品を全面禁止とする方針は、各種シール材の代替化が困難であるとの「石綿製品の全面禁止に向けた石綿の代替化検討会」の結論に従い、平成 20 年まで先送りとなった。これに対して、早くから全面禁止を訴えていた団体等から即時禁止すべきである、との批判がある。建築物解体作業時の「石綿ばく露防止対策」として、「石綿障害防止規則」の改正により、同規則遵守の推進を図るため専門的技能研修を修了した作業従事者の配置を義務付ける予定である。

【今後の課題】　今回、アスベストの総合対策が策定され、迅速に実行されつつある意義は大きい。救済制度の具体化に当たっては、基金への追加拠出を求める「アスベスト関連企業」の指定基準や企業規模の考慮等、負担企業との合意の確保が課題となる。一方、被害者からは、アスベスト規制の遅延に対する国の不作為責任の認定、療養手当額・遺族年金・就学援助費等の「労災補償並み」の保障を求める要求が出されている。労災補償についても、時効の廃止や適用の緩和、若年ばく露の際の補償額の低額算定の問題が提起されている。認定については、現場を転々とする建設業従事者や既に廃業して存在していない工場・職場の労働者等、救済可能な被害者の掘起こし、手続の迅速化、適切な労災補償を行なうための医療従事者に対する医学情報の提供、労災補償制度の周知徹底等が課題となる。