

えひめ発の 社会保障制度改革提言 第7版

平成31年3月

愛媛県社会保障制度改革
プロジェクトチーム



愛媛県イメージアップキャラクター
みきやん

「えひめ発の社会保障制度改革提言」(第7版) 提言項目一覧

整理番号	提言項目(新規提言の概要)
1 子育て支援	
1	放課後児童健全育成事業の国庫補助要件(開所日数等)の緩和 ・夏休みなど長期休暇中を含む放課後に、家庭のニーズに応じた子どもの居場所を提供するため、国庫補助要件である「年間開所日数250日(特例で200日)以上」を30日以上程度に緩和する。
2	幼児教育無償化を契機とした企業主導型保育事業に関する情報共有 ・幼児教育無償化では企業主導型保育事業の利用者も対象となるが、これに伴い市町村でも住民の保育サービスの利用状況確認等新たな事務が生じることから、円滑な実施に向け国からの情報提供体制の構築を図る
3	新児童手当制度における所得制限世帯の判断基準の見直し
2 介護サービスの充実	
4	外国人介護人材の受入れの拡充 ・外国人介護人材が都市部のみに一極集中しないよう、全国的に受け入れ人数等を調整できる仕組みを構築する。
5	保険者機能強化推進交付金(市町村分)の用途及び交付額算定方法の見直し ・評価指標への該当状況(評価結果)が交付額に直接反映されるよう算定方法を見直しするとともに、用途も現状、既存事業への充当に限定されていることから、地域特性に応じた取組みに充当できるよう見直しを図る。
6	社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度の公費助成について ・本制度は、国の補助事業の一部として運用されており、実質市町が負担割合を超える財政負担を余儀なくされていることから、補助所要実績額に応じた所要予算額を確保する。
3 地域医療の確保	
7	医師確保対策の拡充 ・医師不足地域での診療を専門医資格取得の要件とする ・一定期間、医師不足地域で若手医師の指導を行うことを指導医資格取得の要件として制度化
8	国民健康保険の安定的かつ公正な運営
9	ビッグデータを活用した生活習慣病対策推進のためのデータ提供体制の構築 ・旧市町村レベル等の詳細な地区単位での健診データ等の分析が可能となるよう、現行市町村を集計単位としている国のガイドラインの地域区分の集計単位の制限を廃止する。
4 その他(障がい福祉、生活困窮者自立支援、難病等)	
10	発達障がい早期支援介入のための体制の充実 ・埋もれた支援ニーズの顕在化を図るため、支援の入口となる市町村に総合的な対応が可能なワンストップ相談体制を構築できるよう補助制度等の措置を講じる。
11	生活困窮者自立支援制度・生活困窮者自立相談支援事業に係る都道府県の広域加算の見直し
12	難病及び小児慢性特定疾病医療費助成制度の改善

【子育て支援 1】

- 長期休暇中を含む放課後に、保護者の働き方や経済的事情等といった家庭のニーズに応じた子どもの居場所を提供するため、補助要件（開設日数等）を緩和するとともに、創意工夫あるカリキュラムの実施等を促進する補助制度を創設する。

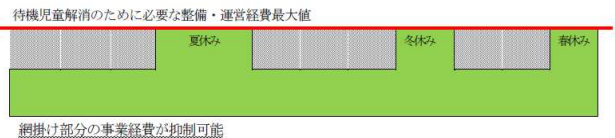
【背景】

- ・ 学童保育への需要が増加する中、市町においては新たな受け皿の整備・設置を進めているが、近年、県内の都市部や過疎地域など広範囲に渡って、公設での新規放課後児童クラブの設置場所や人材（支援員等）の確保が困難になりつつある。
- ・ 平日の子どもが学校に通う時間に合わせたパートタイムを選択している共働き世帯や、家族の介護等による時間制約のある家庭など、就労や家族形態の多様化に加え、平成27年4月の「子ども・子育て支援新制度」の施行に伴い、放課後児童健全育成事業の対象が高学年（小学4～6年生）まで拡大されたことにより、受入優先順の低い夏休み等長期休暇中のみの利用希望世帯や高学年世帯を中心に待機児童が発生している。
- ・ また、経済的、社会的サポートが必要な家庭の子どもたちは、単に「物」が不足しているだけでなく、健全に成長していくために必要な土台となる「人とのつながり」や「経験の機会」も不足していることが多く、これらの体験を家庭以外で補完する仕組みづくりが求められている。
- ・ 子どもの預かりはもとより、子どもの自主性、社会性等の向上を図り、子どもたちが将来に希望を持てる育ちを支える仕組みを構築するためには、企業や大学等の既存の社会資源を活用するなどした創意工夫ある取組みを促進する柔軟性の高い財政支援制度の整備が必要である。

【効果等】

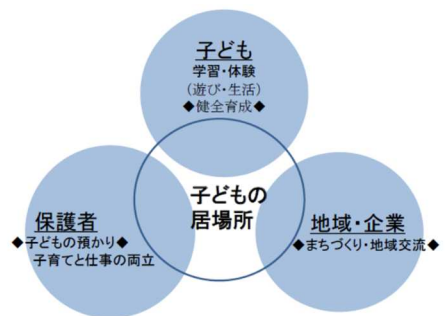
（開所日数の緩和） ⇒年間開所日数250日（特例で200日）以上を30日以上程度に緩和

- ・ 需要の高まる特定期間のみをカバーする体制を整備することで、事業に係るトータルコストを抑制しつつ待機児童の解消が図られる。
- ・ 通年利用者を優先する放課後児童クラブを利用しづらい世帯（パートタイム・高学年世帯等）が利用しやすく、保護者は多様な働き方に対応可能となる。



（既存の社会資源の活用）

- ・ 既存施設等の活用により、整備費用を軽減できる。
- ・ 民間ならではの社会教育プログラムの提供により、長期休暇中の親の不在等により不足する子どもの体験（遊び・交流）の補完が図られる。



- 新たに実施される幼児教育無償化について、企業主導型保育事業の利用者は一時預かり等の他の無償化対象事業を重複して利用できないため、市町村では居住する住民の保育サービスの利用状況確認等の新たな事務が生じることとなる。無償化対応事務の円滑な実施に向けて、国から市町村等の自治体に対し、積極的かつ定期的に、企業主導型保育事業の設置計画や指導・改善事項などの情報を提供する仕組みを構築する必要がある。

【背景】

- ・平成28年度に創設された、企業主導型保育事業は、国（内閣府）の補助金が、（公財）児童育成協会を通じて直接施設へ交付される仕組みとなっていることから、地方自治体の関与は薄く、開設計画を含め状況を適切に把握できているとは言い難い状況にある。
- ・2019年10月から実施される幼児教育無償化において企業主導型保育事業も無償化の対象となるが、その対象者は一時預かり等の他の無償化対象事業を重複して利用できないことから、市町村においても居住する住民の企業主導型保育事業を含めた保育サービスの利用状況の確認等の新たな事務が生じるため、同事業の実施状況についても十分把握することが必要となってくる。

【効果等】

- ・市町村が企業主導型保育事業の実施状況をより把握することにより、無償化への対応がより円滑に進むことが期待できる。
- ・市町村内における需給ニーズの全体像を的確に把握できるため、適切な保育ニーズへの対応が期待できる。

【子育て支援 3】

- 新児童手当の公平な支給を確保するため、所得制限世帯の判断基準を、「受給資格者（一般的には父母のどちらか所得の高い方）の所得額」から「世帯の所得合計額」へと見直しを行う。

【背景】

- ・ 児童手当制度が創設（昭和47年）された当時は、家族を養う男性労働者と専業主婦からなる世帯が一般的であったが、社会・経済情勢の大きな変化により、1990年代には共働き世帯と専業主婦世帯が逆転し、その後も共働き世帯が増加を続けている。

（ 1980年（昭和55年） 専業主婦世帯：1,114万世帯、共働き世帯： 614万世帯
 2017年（平成29年） 専業主婦世帯： 641万世帯、共働き世帯：1,188万世帯 ）

- ・ 平成22年度から支給が開始された「子ども手当」は、「子どもは社会が育てる」という理念のもと、親の所得にかかわらず一律に支給されたが、平成24年度の児童手当の復活に際し、共働き世帯の増加等への考慮がなされていない。

- ・ 現行制度の所得制限は、「児童の生計を維持する程度の高い者」の所得で適用される。

「児童の生計を維持する程度の高い者」とは、一般的に、家計の主宰者として、社会通念上、妥当と認められる者で、その判断にあたっては、まず父母等間の収入（所得）の状況を考慮し、原則として収入の高い方が「児童の生計を維持する程度の高い者」に該当することとなる。

〈手当支給月額〉（児童1人当たり）

3歳未満：1万5千円

3歳～小学校修了前：（第1、2子）1万円、（第3子以降）1万5千円

中学生：1万円

所得制限限度額以上世帯：5千円（『特例給付』として当分の間支給）

（例）所得制限の基準は、夫婦と児童2人のモデル世帯で年収960万円以上

- ・ 上記の所得制限基準では、世帯の合計所得が多い家庭に満額の手当が支給され、少ない家庭に特例給付分（1万5千円または1万円から5千円）しか支給されない逆転現象が生じる場合がある。

（例：片働き家庭で夫の年収1,000万円（専業主婦、児童2人）の場合は、所得制限の適用を受け特例給付（半額）となる。一方、夫婦それぞれに600万円の収入があり世帯収入が1,200万円の家庭では、所得制限の適用を受けず、満額の支給となる。）

【効果等】

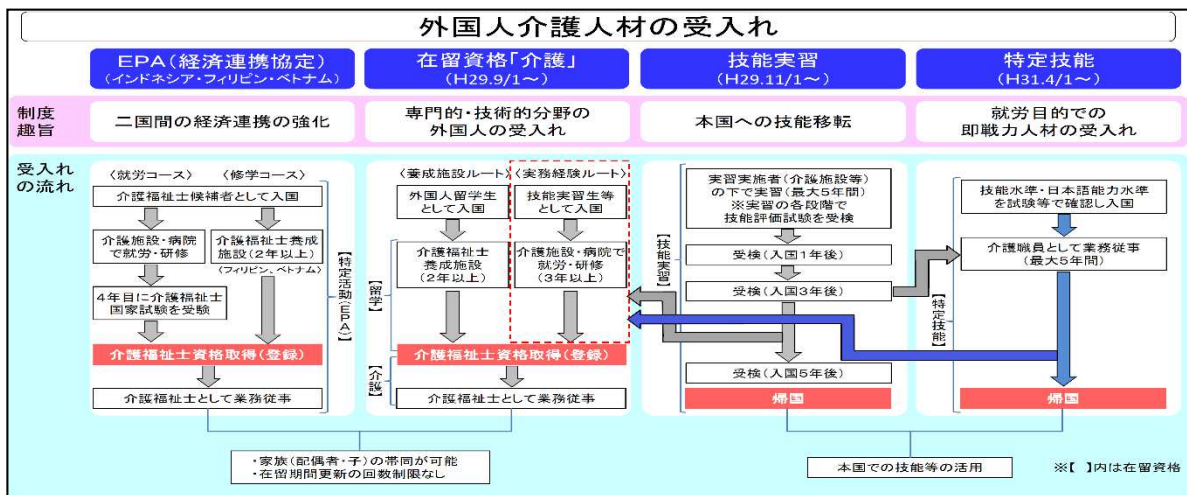
- ・ 片働き家庭と共働き家庭との生計維持に係る公平性の観点から、所得制限の判断基準を「世帯の合計額」へと見直しを行い、所得制限世帯の増加により削減される手当支給財源をもって、待機児童対策など子育て関連経費の充実に図る。

【介護サービスの充実 1】

- 外国人介護人材が都市部のみに一極集中しないよう、全国的に受入れ人数等を調整できる仕組みを構築する。
- 経済連携協定（EPA）の各国の受入人数枠を拡大するとともに、ミャンマーをはじめとする東南アジア各国など受入対象国も拡大する。
- 特定技能1号の受入れに必要な試験制度については、海外はもとより、国内に在留する外国人も受入れできるよう国内での受験も可能とするほか、経済連携協定（EPA）による受入経験者で一定要件を満たす者は試験免除とするなど、人材確保につながる効果的な制度を構築する。
- 「技能実習生」や「1号特定技能外国人」が介護福祉士国家資格を取得するために必要となる実務者研修（450時間）の受講支援を行う。
- 外国人介護人材が国家資格を取得しやすくするため、国家試験において英語等での受験を可能とする。
- 外国人介護人材が受入施設等で安心して研修等に専念できるよう、日本語や介護技術等の習得支援をはじめ、生活面での相談支援等のサポート体制の一層の充実を図る。

【背景】

- ・ 外国人介護人材の受入れは、経済連携協定（EPA）、「入管法に基づく在留資格『介護』」、「技能実習制度『介護』」に加え、平成31年4月からは新たな在留資格「特定技能1号『介護業』」が追加されるなど、今後、全国的に外国人介護人材の活用が一層加速化する見込み。
- ・ 外国人介護人材の受入れに当たり、各種制度の趣旨に沿った適正な対応が必要であるが、不足する介護人材の確保に繋げるためにも、外国人介護人材を地方であっても確実に受入れできる仕組みづくりや、受入れの拡充に向けて、各種制度の受入要件の緩和をはじめ、介護福祉士国家資格の取得促進や、日本語や介護技術習得等に対する環境整備を進めていく必要がある。



【効果等】

- ・ 受入人材の都市部への偏在を防ぎ、各種制度による受入人数の拡大と、受入人材の資質向上を図ることにより、介護現場における介護サービスの向上と、本県における良質な介護人材の確保につながる。

提言 5

保険者機能強化推進交付金（市町村分）の用途及び 交付額算定方法の見直し

【介護サービスの充実 2】

- 本交付金を活用し、地域の特性に応じた様々な取組みの推進につなげるためには、小規模の市町村においても一定規模の交付額が必要であることから、評価指標への該当状況（評価結果）が交付額に直接反映されるよう算定方法を見直す。
- 用途についても都道府県と同様に市町村の判断により、地域の特性に応じた様々な高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組み（事業）に充当できるよう見直すことが必要である。

（交付額の算定方法（現行））

$$\text{基準額（交付額）} = \text{交付金の予算額} \times \frac{\text{当該市町村の評価点数} \times \text{当該市町村の第1号被保険者数}}{\text{（各市町村の評価点数} \times \text{各市町村の第1号被保険者数）の合計}}$$

【背景】

本交付金は、平成29年の介護保険法改正に伴い、平成30年度から保険者である市町村による高齢者の自立支援・重度化防止等を支援することを目的に創設されたもの。

市町村への交付額は、評価指標への該当状況（評価結果）と当該市町村の第1号被保険者数により算定されるが、現在の算定方法による交付額は、第1号被保険者数によるところが大きく、評価指標への該当状況（評価結果）はほとんど影響していないほか、交付金の用途についても、地域支援事業等に要する第1号介護保険料負担分への充当を目的とした介護保険特別会計への繰入れに必要な経費とされ、実質的に既存事業への充当のみに限定されている。

このため、小規模な市町村では評価指標に沿った取組みを推進し、高い評価結果であっても十分な交付金が交付されず、その用途も限定されているため、交付金を活用し、地域の特性に応じた様々な取組みを講じることは困難である。

本交付金制度の趣旨を実現するためには、小規模な市町村においても評価指標に沿った取組みがなされている場合、効果的なインセンティブがはたらくよう一定規模の交付額が確保される算定方法への見直しが不可欠である。

【効果等】

- ・ 小規模の市町村でも評価指標への該当状況（評価結果）によって、本制度の趣旨に基づく適正な財政的インセンティブが付与され、地域の特性に応じた市町村の自立支援・重度化防止の取組みの推進が期待できる。

〔介護サービスの充実 3〕

- 本事業については、補助所要実績額に応じた追加交付決定の機会を設け、地方に過重な負担を強いることのないよう所要予算額を確保すること。

【背景】

- ・本制度は、低所得者が介護保険サービスを利用する際、その負担が過重にならないよう、利用者負担額を軽減した社会福祉法人等に対し、軽減額の一部を国・都道府県・市町村が補助するものである。
- ・社会福祉法人は、社会福祉事業の推進を目的として設立されるものであることから、その社会的役割の一つとして低所得者の負担軽減を積極的に行うことにより、介護保険サービスの利用促進を図ることが期待されている。
- ・事業を実施する社会福祉法人は、一定割合以上の低所得者に対し、利用者負担の軽減を実施することにより、当該補助の対象となるが、利用者数の正確な予測に基づく補助所要額の算出を行うことは困難であるうえ、現状、本事業については、他事業と共に一つの国庫補助事業（介護保険事業費補助金）として運用されていることから、補助所要実績額が当初協議額を上回った場合においても、追加交付を受けることができないため、結果として市町村が所定の負担割合を超える財政負担を余儀なくされている。

〔利用者負担軽減制度公費助成〕

・目的

社会福祉法人が利用者負担を軽減する場合、自ら負担した額が総収入の一定割合を超えた社会福祉法人に対して市町村が所要の支援を行った場合に国及び県の補助対象とする。

・実施主体 市町

・助成措置対象

社会福祉法人が利用者負担を軽減した総額のうち、当該法人の収支状況等を踏まえて、その1/2以下の範囲内で行うことができるものとする。

・軽減の程度

原則1/4（老齢福祉年金受給者は1/2）

ただし、生活保護受給者は、居住費にかかる利用者負担の全額（対象サービスに係る1割負担及び食費は生活保護で賄う）

・公費の負担割合 国：1/2、県：1/4、市町：1/4

【効果等】

- ・市町村の過度な財政負担を軽減し、国・都道府県・市町村による財政負担の公平化を図ることができる。

[地域医療の確保 1]

- 医師不足地域での診療を専門医資格取得の要件とする。
- 医師免許取得後数年経過後の一定期間、医師不足地域で若手医師の指導を行うことを指導医資格取得の要件として制度化する。
- 医療施設運営費等補助金のへき地医療拠点病院運営事業について、へき地医療拠点病院から、公立病院への代診医等派遣に係る経費を補助対象として加える。

【背景】

- ・ 平成16年度の臨床研修制度の必修化以後、大学医学部における医師派遣機能が低下し、地域の中核的な医療機関において医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、安定した医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっている。
- ・ また、へき地診療所だけでなく、へき地保健医療対策の中核的な役割を担っているへき地医療拠点病院においても医師不足が顕在化しており、へき地の医療ニーズに十分な対応ができていない状況。
- ・ 国では、平成20年度からの医学部入学定員の増員など、医師数を増やす制度づくりが実施されてはいるが、医師養成には長い時間が必要であるほか、単に医師数を増やすだけでは、現在の地域の医師不足解消に結びつくとは限らない。
- ・ 平成30年7月の医療法改正により、医師少数区域等で勤務した医師を認定し、一定の病院の管理者としての評価をする制度が創設されるなど、地域医療に対するインセンティブを設け、医師が不足する地域に医師が流れるような仕組みづくりが進んではいるが、地域医療の主体となる若手～中堅の医師を地域に呼び込むには不十分。

【効果等】

- ・ 経験がある医師が地域で診療することとなるため、地域では即戦力となる医師の確保が図れるほか、地域の若手医師のキャリア形成支援が期待される。
- ・ 養成期間が長期となる地域卒医師を補完し、地域の安定した医療提供体制が構築される。
- ・ へき地における医療提供体制や診療支援体制の確保が図れる。

【地域医療の確保 2】

- 都道府県が国民健康保険の財政運営を安定的に行うことができるよう、前期高齢者交付金と国費の取扱いを次のとおり見直す。
 - ・ 前期高齢者交付金の交付額は、納付金算定時に国が提示した額と同額とし、当該年度の見込財源の減少を防止する。(精算は、次年度以降の国提示額に反映することで調整)
 - ・ 国が提示する納付金算定時の前期高齢者交付金の額は、都道府県ごとの変動率により推計するなど、より精緻な算定を行う。
 - ・ 普通調整交付金等の国費の算定方法を見直す場合は、納付金算定時と交付時で算定方法を同じとし、当該年度の見込財源の減少を防止する。
- 財政安定化基金の国費によるさらなる積み増しや、基金残高が不足する都道府県への緊急無償貸付制度の創設により、都道府県による国保財政運営の安定化を図る。
- 保険料・保険税の賦課方式の違いによる不公平(徴収権の消滅時効、滞納処分時の優先順位)を解消するため、所要の法改正を行う。

【背景】

- 国民健康保険の都道府県化においては、公費拡充等による財政基盤強化図られたところであるが、制度運用において、次の要因により財政運営が不安定な状況に陥る可能性がある。
 - ・ 納付金算定時(当初予算編成時)の国提示見込額より交付額が大幅に減少する場合は財源不足が生じる可能性がある。
 - ・ 前期高齢者交付金等の年度間の変動が大きい場合、市町村納付金額に大きく影響する。

《本県におけるH30納付期算定時の国提示額と実際の交付見込額の差異》 (単位：億円)

	H30			H31	
	算定時国提示額 ①	交付見込額 ②	②-①	算定時国提示額 ③	③-①
前期高齢者交付金	488.6	487.4	▲1.2	460.4	▲28.2
国普通調整交付金	123.1	115.4	▲7.6	113.7	▲9.4

前期高齢者交付金…全国一律の伸び率により概算提示額を算定(都道府県ごとの状況を反映していない)
 交付見込額(概算)は2年後に精算されるため、年度間の変動が大きい
 国普通調整交付金…国による算定方法の見直しが納付金算定に反映されていないため交付額が減少(H30)
 ※財源不足が生じた場合は、財政安定化基金を取崩し、取崩分は翌々年度以降の市町村納付金に上乗せ。

- 都道府県の国保特別会計の規模に比して国の積み立てた財政安定化基金は十分とはいえず、今後、基金残高が不足することが懸念される。
 - ・ 財政安定化基金積立額(H30末本県分)：22億円(保険給付費(30当初予算)1,091億円の2%)
- 国民健康保険では市町村の判断で保険料・保険税のいずれかの方式を採用することが可能となり、同一都道府県内で2つの方式が併存することにより、被保険者にとっては公平性を欠く状態となっている。

《料・税の別による取扱いの主な相違点》

区 分	料	税
徴収権の消滅時効	2年	5年
滞納処分時の優先順位	税に次ぐ	他の税と同順位

【効果等】

- ・ 国民健康保険の安定した財政運営の確保
- ・ 被保険者にとって公平性が確保されることに加え、債権処理等市町村事務の標準化が図られる。

【地域医療の確保 3】

○ 同一市区町村内においても、都市部、農村部、島嶼部、山間部等生活習慣の相違により健康課題も異なることが想定されるため、個人が特定されないよう十分に配慮した上で、詳細な地区分析を踏まえた健康課題を住民へ公表・周知し、注意喚起が可能となるよう、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」（平成23年3月厚生労働省（平成28年6月改正））の地域区分の集計単位の制限を廃止し、地域の健康課題に応じた施策を展開するためのデータ提供体制を構築する。

【背景】

・保健医療分野のビッグデータ活用については、国において、平成29年7月に示された「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関する改革推進計画」に基づき、2020年度に健康・医療・介護の総合的な保健医療データプラットフォームを本格稼働すべく準備が進められているところである。

また、全国知事会においてもデータ解析の活用事例ワーキングチームが設置されるなどビッグデータを活用した好事例の横展開を推進しており、都道府県においてビッグデータの効果的な活用を求める動きは、今後、加速していくことが見込まれる。

そうした中、平成30年度から、国民健康保険の保険者に都道府県が加わったことにより、国民健康保険の被保険者については、国保データベース（KDB）システム等の活用により市区町村内の小地区での詳細な分析が可能となったが、他保険者を含む地域の健康課題の全体像を把握し、効果的な生活習慣病対策を展開するためには、都道府県・市区町村において医療保険者の区別なく分析を進め、地域別の生活習慣と健康課題等を把握する必要がある。

しかしながら、上記ガイドラインにおいて、「特定健診等情報にかかる受診者の住所地については、原則として公表される研究成果物における最も狭い地域区分の集計単位は2次医療圏または市区町村とすること。」（第12 提供依頼申出者による研究成果等の公表 2-(3) 地域区分 ①）と規定されていることから、他保険者から提供される匿名加工データについては、地域区分が平成大合併後の現行市区町村単位となっており、詳細な地区分析に必要なデータを入手することが困難となっている。

【効果等】

・都道府県及び市区町村において、客観的なデータに基づく詳細な地区分析が可能となることから、各種計画への指標としての活用や評価・健康課題の住民への周知・啓発が進むとともに、各保険者と課題を共有しつつ、具体的な生活習慣の改善提案や施策を展開することにより、健康寿命の延伸、医療費の適正化等が期待できる。

【その他 1】

- 支援ニーズを早期に発見し、早期に支援の介入を図るため、次の対策を講じる。
 - ・ 5歳児健診における発達障がいの発見に係る取組み（発達障がいの診断が可能な医師、その他発達障がい児の支援に相当の経験や知識を有する者の配置）の経費を国庫補助事業とする。
 - ・ 埋もれた支援ニーズの顕在化を図るため、支援の入り口となる市町村の相談窓口が必要なアセスメントを行い、総合的に対応できるワンストップ相談体制を構築できるよう、交付税の算定および補助制度を適切に講じる。

【背景】

- ・ 自閉スペクトラム症については、1歳6か月から2歳くらいまでには、いくつかの社会性の発達指標を手掛かりに、対人面やコミュニケーションが順調に発達しているか確認することが可能とされているが、AD/HDについては年少時での鑑別が難しく、保育所又は幼稚園で集団生活に慣れ始める5歳頃に特性が現れると言われている。そのため、法定の1歳半健診や3歳児健診に加えて5歳児においても健診や相談を行う動きが全国的に広がりを見せているが、財政支援策が講じられていないことから、全ての自治体での実施に至っていない。
- ・ 発達障がいの相談は、いずれのライフステージにおいても複数の部局（保健・福祉・教育・労働等）が関わり、それぞれが専門的な支援を提供している。しかし、多くの場合当事者の悩みは複合的であり、保護者や当事者の困りごとが適切な相談につながらず、結果として必要な支援の無いまま成人期に至る事例に繋がっている。複雑にもつれた悩みを解きほぐし、主訴を見極め、心理面をサポートしつつ必要な支援につなげるワンストップ相談体制の構築が求められるとともに、適切な実施体制を確保するためには発達検査が可能な専門職の確保が必要である。
- ・ 愛媛県では、東予地域の市町で、発達に関する相談に総合的に対応できるワンストップ相談体制を整え、埋もれた支援ニーズの顕在化につなげてきたが、こうした取組みは全国的には先駆的で、交付税や補助制度に十分な措置がないため、基礎自治体の自助努力に委ねられている状況にある。県内の事例では、人口が10万人を下回る規模の自治体でも、総合相談の実施には10名程度の人員を要し、発達検査などを行うことのできる保健師や心理士などの専門職を配置しており、こうした取組みを加速化するには、国における更なる支援が必要である。

※障害者相談支援事業の交付税措置額は13,409千円/10万人（H29年度）程度。

※専門的職員を配置するための補助制度（地域生活支援事業）の予算が、我が国の障害福祉サービス関係予算の中で占める割合は逡減しており、市町村の負担が重くなる傾向。

【効果等】

- ・ 早期発見について一義的な責務を持つ市町村の5歳児健診の取組みを支援することにより、早期に適切な支援を受け周囲の環境が調整されることで、健全な自己肯定感の形成と二次障がいを防ぎ、発達障がい児の適切な療育につながることを期待される。
- ・ 市町村が様々な支援ニーズに総合的に対応するワンストップ相談体制を構築することにより、地域のニーズを捕捉し、専門スタッフが質・量ともに適切な支援につなげることで、発達障がい者の自立支援の強化を図ることが期待される。

[その他 2]

○都道府県の事業費は、郡部人口の合計を基礎とする基本基準額と、相対的に人口密度が薄く広域の郡部を所管するための経費に着目した広域加算の合計ではなく、設置した自立相談支援機関管内の人口を基礎とした基本基準額とする。

【背景】

- ・生活困窮者自立支援法により、事業実施主体は福祉事務所設置自治体とされたが、平成の大合併により、本県では自治体が70市町村から20市町へ再編され、郡部は山間部や島しょ部など点在することになったことから、地域の主要都市である市部に設置された郡部福祉事務所に相談窓口を設置しても、町からの距離も遠く（移動時間30分～160分）、利用できる公共交通機関も限られることから、生活困窮者の相談窓口として機能しない。
- ・よって、本県では、住民の利便性や生活困窮者に寄り添いながら自立に向けた包括的な支援を行うという制度の趣旨を考慮し、町単位で相談窓口を設置し、自立相談支援事業を行っているが、現在の事業費では不足が生じ、市と町の間で事業費配分に不均衡が生じている。

[愛媛県における自立相談支援事業費]

※金額は事業費ベース

基本基準額 広域加算

県（郡部9町） 1,850万円+ 2,000万円（500万×4事務所）=3,850万円（上限）

※郡部1町当たり 427万円（人口：3万人台が1町、2万人台が2町有り）

【参考】国費の基準額（上限）

市等の人口2万人未満の場合 →基本基準額：500万円

人口2万人以上3万人未満の場合→ 同 上 : 700万円

人口3万人以上4万人未満の場合→ 同 上 : 900万円

- ・都道府県が郡部で事業を行うに当たり、広域加算が設定されているが、住民に身近な相談窓口となるよう町単位に設置する経費を賄うには不十分と言わざるを得ない。

【効果等】

- ・必要な事業費の確保により、生活困窮者に対する相談支援が一層推進される。
- ・社会資源の開発や地域づくりにも大いに寄与する。

【その他 3】

- 難病法及び児童福祉法に基づく医療費助成制度の医療受給者証に高額療養費の所得区分を記載する取扱いについては、所得区分の確認に時間を要し、医療受給者証の交付が遅れるなど、円滑な制度実施への支障となっていることから廃止する。
- 医療受給者証に指定医療機関を記載する取扱いを廃止し、指定医療機関であればどの医療機関でも受診可能とする。

【背景】

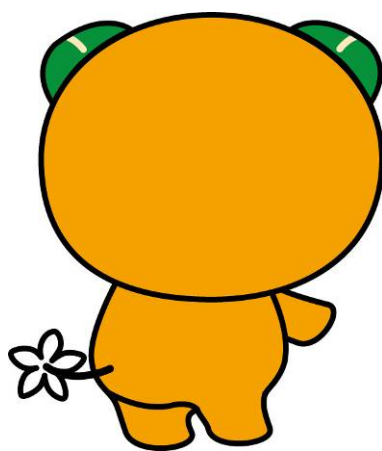
- ・「高額療養費制度」は、患者が、保険者から「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて、医療機関の窓口でそれを提示して減額を受ける制度であったが、平成21年度から、国の財政負担規模を約2割縮小するため、医療受給者証に高額療養費の所得区分を記載することにより限度額認定証を兼ねる取扱いが開始された。
- ・地方自治体にとっては、当該取扱いにより膨大な事務負担を強いられており、地方自治体が、保険者に高額療養費の所得区分を確認後、医療受給者証に記載するため、医療受給者証の交付に2か月以上要する場合があります、患者が医療機関の窓口で支払いができないなどの影響が出ている。
- ・さらに、高額療養費の所得区分に変更があった場合には、改めて医療受給者証の記載を変更する手続が必要となり、患者の負担や医療機関の診療報酬請求事務への影響が出ており、地方自治体のみならず、患者及び医療機関からも当該取扱いを廃止して負担軽減を図るべきとの声が上がっている。
- ・このようなことから、他の医療費助成（肝炎医療費助成制度、自立支援医療費等）と同様に、患者が保険者から「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて、これを医療機関の受診時に提示するという以前の方が適切と認められる。
- ・「指定医療機関」については、難病法第7条第4項に基づき、医療受給者証記載し、記載された指定医療機関において特定医療を受けることとなっているが、指定医療機関の変更に伴い、その都度、変更申請が必要であり、申請者の負担が大きい。
- ・また、指定医療機関変更申請手続き中は受給者証の原本を保健所で預かるため、医療機関受診時は受給者証の写しに受療状況を記載し、保健所で原本に突合せなければならない。
- ・指定医療機関であればどこでも受診が可能とすれば、緊急時においても柔軟に対応できる。
- ・また、小児慢性特定疾病医療費助成制度についても同様の問題がある。

【効果等】

地方自治体の事務負担が軽減されるほか、医療受給者証の交付に要する期間が短縮されることにより、医療費の支払いに係る患者及び医療機関への影響が軽減される。

さらに、患者が医療機関の窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示するようになることから、医療機関は、より正確な所得区分を確認して診療報酬を請求することにつながり、もって医療費助成制度の適正な運用にも資するものである。

指定医療機関であればどこでも受診可能とすることにより、変更申請に伴う申請者及び保健所の負担が軽減され、適正医療を患者の意思で随時選択できることとなる。



愛媛県イメージアップキャラクター
みきやん