

# えひめ発の 社会保障制度改革提言 第6版

平成30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6版

はじめに	1
------	---

## 1 医療保険制度

提言1：「全国国保」（仮称）の創設	2
提言2：国保の都道府県移管に伴う財政基盤の強化	3
提言3：「全国高齢者医療制度」（仮称）の創設	4
提言4：病症別標準定額医療費制、原則後発医薬品指定制度、患者医薬品選択制の導入検討	5
提言5：保険者間の資格情報等データ共有化の推進等	6
提言6：国保における子どもの保険料負担の軽減	7
提言7：海外療養費制度の見直し	8
提言8：あん摩・マッサージ・指圧師・はり師、きゅう師による施術に係る療養費の不正請求の防止対策	9

## 2 医療制度

提言9：医師確保対策の拡充	10
提言10：医療施設運営費等補助金の補助対象の拡充	11
提言11：保険医療機関等に対する指導・監査体制の充実強化	12
提言12：あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所に対する指導体制の強化	13
提言13：地域医療介護総合確保基金に係る実施事業の拡充	14
提言14：届出による救急医療に関する病床の設置	15
提言15：ドクターヘリの運航に係る新たな支援制度の創設、医療提供体制推進事業費補助金制度の改善	16
提言16：地域医療介護総合確保基金制度の改善	17
提言17：災害医療従事者の育成に係る財政支援制度の創設	18
提言18：難病及び小児慢性特定疾病医療費助成制度の改善	20
提言19：第一種感染症指定医療機関等における治療体制システム及び感染症医療従事者に対する研修等養成システムの創設	21
提言20：災害時小児周産期リエゾン設置に係る体制整備	22

## 3 介護制度

提言21：介護サービス未利用者に係る保険料の軽減措置、被保険者の範囲拡大	23
提言22：介護従事者の負担軽減及びケアの質の向上対策強化	24
提言23：AI・ICTを活用した公平・公正な要介護認定の実現のための新しい仕組みづくり	25
提言24：社会保障制度におけるボランティア等との協働を促進するための仕組みの検討	26
提言25：外国人介護人材の受入れの拡充	27

## 4 子育て支援制度

提言26：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	29
提言27：認定こども園の設置及び運営基準における自園調理義務付けの見直し	30
提言28：幼保連携型認定こども園の設置基準の緩和	31
提言29：施設型給付費への3歳以上児主食費の算入	32
提言30：少子化対策・子育て支援としての子ども医療費助成制度等の創設	33

提言 31：母子生活支援施設の安定的な運営に必要な財源の確保	34
提言 32：児童相談所、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターの決定による母子生活支援施設への 入所制度の導入	35

## 5 障害福祉制度

提言 33：障害福祉サービス支給量の決定方法の改善	36
提言 34：地域生活支援事業における必須事業の個別給付化	37
提言 35：重症心身障害児（者）の在宅支援体制整備	38
提言 36：障害児入所施設に係る措置費の制度改善	39
提言 37：発達障がい早期支援体制の拡充及び支援者等の対応力向上	40

## 6 生活保護制度、生活困窮者自立支援制度及び地域福祉制度

### 【生活保護制度】

提言 38：医療扶助の適正化に実効ある制度の導入	41
提言 39：生活保護受給資格の一時廃止制度の創設	42
提言 40：基準生活費の級地区分及びグループホーム入居者の基準生活費の適正化	43
提言 41：被保護者の遺留金品の取扱いの整備	44
提言 42：生活保護実施体制の拡充	45
提言 43：高齢者世帯の増収支援策	46

### 【生活困窮者自立支援制度】

提言 44：都道府県の広域加算の見直し	47
提言 45：生活困窮者に対する食料の緊急支援	48

### 【地域福祉制度】

提言 46：民生委員の活動を補助する仕組みの創設	49
--------------------------	----

## 7 その他

提言 47：現場の実情を十分考慮した施策の展開	50
提言 48：国庫負担（補助）金の所要予算額確保	51
提言 49：社会福祉施設等の防災対策の充実	52
提言 50：社会保障に関する給付制度の新設・改正に係る地方からの意見聴取	53

## はじめに

我が国においては、急速な少子高齢化の進行に伴い、社会保障給付費が平成 27 年度には、114.9 兆円（うち約 4 割が国と地方の公費負担）となるなど、将来の人口構成の見通し等も踏まえると、社会保障制度を持続するための改革が、極めて重要かつ喫緊の課題となっています。

改めていうまでもなく、高齢化の一層の進行に伴い、給付は今後も増加する一方、制度の担い手である現役世代は、少子化によって減少することから、持続可能な制度構築のためには、負担能力に応じた国民負担を求める必要がありますが、国民の痛みを伴うだけに、具体的な改革の実施には、今後も多くの困難が予想されるところです。

国では、全ての世代が能力に応じて支え合う全世代型の社会保障への転換に取り組んでいます。具体的な将来像や国民負担の見通しが示されておらず、また、消費税率の引上げ延期により、一部の改革に遅れが生じるなど、必ずしも将来に対する国民の不安を解消するものとはなっていません。我が国が直面する困難を乗り越え、社会保障に対する国民の信頼と安心を確保するためには、国民のための社会保障という原点に立ち返り、国と地方がともに知恵を絞って、実効性の上がるより良い改革にしていく必要があります。

こうした中、本県では、平成 29 年度から県内の製紙会社や市町と連携し、第二子以降の出生世帯に紙おむつ購入券を配布する愛媛オリジナルの子育て応援事業を実施するほか、平成 30 年度から県が国民健康保険の財政運営を担う制度改革に合わせ、ビッグデータを活用した県民の健康づくりを推進するなど、県独自の取組みを進めているところです。

本提言は、住民と直接向き合い、社会保障の運営を担っている地方の立場から、現場起点の建設的な提言として平成 24 年 7 月に発表した「えひめ発の社会保障制度改革提言」について、県内 20 市町との連携の下、見直しを行い、第 6 版として取りまとめたものです。本提言がより良い保健医療福祉サービスに向けた制度改革の前進につながることを期待します。

平成 30 年 3 月

愛媛県社会保障制度改革プロジェクトチーム

（事務局：愛媛県保健福祉部社会福祉医療局保健福祉課）

【医療保険制度 1】

- 将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するための第一歩として、国・都道府県・市町村の共同運営による「全国単位の国保制度」を創設する。  
〈全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」に向けて、まずは国保を全国単位化しようとするもの〉
- 保険給付費は、赤字補填を目的とする一般会計からの法定外繰入等を必要としない制度とし、保険料、公費負担及び他の医療保険の間の財政調整で賄う仕組みとする。（財源割合や公費の国・地方負担割合については、国民的議論の中で検討する。）  
 大枠は以下のとおり。
  - ・国は、国民健康保険に係る全国の医療費総額と全国の保険料必要総額を見込み、被保険者数、所得水準等に基づく都道府県ごとの保険料賦課額を算定し、各都道府県に賦課する。
  - ・都道府県は、国から賦課された保険料総額を元に、被保険者数、所得水準等に基づく市町村ごとの保険料賦課額を算定し、各市町村に賦課する。
 なお、制度変更に伴う市町村の保険料の激変緩和については、都道府県が財政調整（都道府県負担を含む。）を行う。
  - ・市町村は、都道府県から賦課された保険料総額を元に、被保険者の保険料率を設定し、被保険者に賦課する。
  - ・低所得者等への保険料軽減や減免に伴う保険料欠損については、現行制度の趣旨を踏まえ、公費負担とする。

【背景】

- ・国民皆保険の最後の受け皿である市町村国保は、高齢者が多く医療費がかさむ反面、低所得者が多く必要な保険料収入を確保できないという構造的問題を抱え、年ごとに保険財政の厳しさが増しており、早晚制度として成り立たなくなる。
- ・国保については、市町村間に格差や偏在があるだけでなく、都道府県間にも格差や偏在が存在するため、全国単位での財政調整が不可欠である。

[格差の状況]

○市町村間格差

- ・1人当たり医療費の都道府県内市町村間格差  
 最大：北海道2.6倍、愛媛県は1.5倍（上島町478,269円：宇和島市320,941円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道初山別村657,915円 最小：沖縄県竹富町199,755円）
- ・1人当たり保険料の都道府県内市町村間格差  
 最大：長野県3.6倍、愛媛県は1.6倍（八幡浜市88,184円：松野町56,845円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道猿払村157,793円 最小：鹿児島県伊仙町32,646円）
- ・被保険者1人当たり所得の都道府県内市町村間格差  
 最大：北海道22.4倍、愛媛県は1.9倍（八幡浜市48.8万円：松野町25.3万円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道猿払村588.8万円 最小：鹿児島県伊仙町14.8万円）

○都道府県間格差

- ・1人当たり医療費の都道府県間格差  
 1.5倍（島根県433,675円：沖縄県298,165円、愛媛県は382,703円）
- ・1人当たり保険料の都道府県間格差  
 1.6倍（石川県92,688円：沖縄県57,176円、愛媛県は76,382円）
- ・被保険者1人当たり所得の都道府県間格差  
 2.5倍（東京都100.8万円：沖縄県40.8万円、愛媛県は43.4万円）
- ・平成30年度から財政運営の都道府県単位化が図られるため、全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」に向けて、次の段階をどうすべきかの検討が必要となっている。

【効果等】

- ・国と地方の共同責任体制が構築できる。
- ・本来果たすべき国の財政責任が担保できる。

### [医療保険制度 2]

- 国保の都道府県移管により、都道府県が国保財政の健全化に取り組むこととなるが、そのためには、徴収機能の強化が不可欠である。  
また、都道府県は市町村事務の標準化等に努めることとなるため、徴収権の時効期間など取扱いが異なる保険料・保険税の方式については、公平性の観点から統一すべきであり、方式を変更する市町村において必要となる多額のシステム経費への補助など、国が必要な措置を講ずる。
- 全国国保の実現に向けて、財政規模の全国化を図るため、これまで都道府県単位で行われていた保険財政共同安定化事業を全国単位で実施する。
- 地方公共団体が単独で実施している医療費助成事業のうち、全国一律に実施することがふさわしいものを公的医療保険制度に組み入れ、対象者の自己負担軽減分を医療保険者が負担する制度とする。  
また、全国共通分以外の医療費助成事業を地方公共団体が引き続き現物給付で実施した場合の国民健康保険に対する国のペナルティ（国負担金・交付金の減額措置）を廃止する。  
上記措置の実施に伴い、国保の財政補填目的の法定外繰入を禁止する。
- 市町村国保に加入している非正規雇用者（短時間労働者）や職域の国保組合の加入者について、どの公的医療保険を適用することがより適切かを含め、社会・経済的環境の変化を踏まえ、公的医療保険制度全体について、自助・共助・公助が有効に働くような抜本的な制度改正を行う。

#### 【背景】

- ・ 保険料・保険税については、徴収権の時効期間（料2年、税5年）や滞納処分時の優先順位等の取扱いに差があるため、本県では統一に向けて検討しているが、多額のシステム改修経費を要することなどが大きな障害となっている。  
（参考）愛媛県の収納状況（H27一般分） 料：91.89%、税：94.23%  
全国の市町村国保の採用状況（H27） 料：13.4%、税：86.6%
- ・ 平成30年度からの国保財政の都道府県化によっても、都道府県間の格差は解消しないことから、全国単位で保険料の平準化・財政の安定化を図るため、全国レベルの保険財政共同安定化事業を実施することが不可欠である。
- ・ 地方単独事業は、少子高齢化対策や社会的弱者の救済のために、多くの都道府県で実施されているが、これらの事業は、本来、地方任せにするのではなく、国策として国が全国一律に行うべきものである。  
（参考）地単事業実施に係る国負担金等の減額規模 全 国：約360億円/年、愛媛県：約6億円/年
- ・ また、地方単独事業で医療費の窓口負担に対し現物給付助成を行っている場合、国は、安易な受診の助長につながるなどの理由から、国民健康保険の国負担金・交付金を減額しているため、県内・全国の多くの市町村において、国の減額分の補填を目的とする、一般会計から国保会計への法定外繰入が行われ、社会保険としての財政中立が損なわれている。
- ・ 市町村国保の加入者は、元々は農林水産業や自営業の世帯が大部分であったが、現在は、非正規雇用者（短時間労働者）の世帯と高齢者を中心とする無職の世帯が大部分を占めている。  
平成28年10月からは、短時間労働者のうち、従業員500人超の事業所に週20時間以上、1年間以上勤務する者に健康保険が適用されることとなったが、対象者（見込）は全国で約25万人と限定的であり、引き続き大部分が国保に加入することとなる。  
また、国保組合については、旧普通国保制度や旧健康保険制度の適用対象外とされていた業種の者が集って設立したものであるが、現行制度では、本人選択により国保組合以外の公的医療保険制度に加入することも可能となっている。

#### 【効果等】

- ・ 国保の財政基盤が強化される。
- ・ 財政補填目的の法定外繰入を前提としない、財政中立型の国保制度が確立できる。

## 【医療保険制度 3】

- 将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するための段階的な措置として、『全国国保』（仮称）の創設と合わせて、「高齢者医療制度」を全国レベルで一元化する。  
〈全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」を視野に入れたもの〉
- 対象年齢を、年金支給年齢であり、国民健康保険と被用者保険間の財政調整実施年齢である前期高齢者（65歳～74歳）まで拡大する。
- 原則1割負担となっている患者負担割合の見直しを行う。《地域の医療提供体制確保への影響に配慮をしながら、例えば、原則3割負担に統一する。（年齢が高くなるほど医療費が高額になることを踏まえて、低所得者には1割負担等の軽減割合を適用する）》

## 【背景】

- ・ 後期高齢者医療制度については、社会保障・税一体改革大綱の中で、現行制度の廃止に向けた見直しを行う旨が示されていたが、平成25年8月の社会保障制度改革国民会議報告書で、「創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられ、今後は、現行制度を基本としながら、必要な改善を行っていくことが適当である」と提言されるとともに、同年12月のプログラム法でも、「持続可能な医療保険制度を構築するために必要な措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」との方針が示された。
- ・ 高齢者医療制度は、65～74歳を対象とした前期高齢者医療制度と75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度とで構成され、それぞれ現役世代等からの交付金、支援金等で賄われているが、これらを支える被用者保険では、高齢者医療への拠出金等の増加によって、赤字決算等が続き、保険料率の引上げを余儀なくされるなど、重い負担を強いられている。
- ・ また、一部負担金は、義務教育就学後から69歳までは一律3割とされているところ、70～74歳は原則2割（平成26年3月末までに70歳に達している者は1割に据置）とされ、また75歳以上については、現行制度の施行以前（H14～）から原則1割とされるなど、高齢世代内や高齢世代と現役世代間で不公平感が生じている。
- ・ 高齢者医療制度の最大の課題は、医療の高度化や高齢者の増加により増え続ける医療費を国民がどう負担するかであり、75歳以上限定であるものの一元化が図られている現行制度をさらに発展させて、国、都道府県、市町村の共同運営による『全国高齢者医療制度』（仮称）を創設し、また患者負担についても、現役世代等から不満が出ないような公平化を図るべきである。
- ・ 全国知事会は、様々な機会を通じて、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化について検討することを国へ要請しており、これらの実現は、将来的な被用者保険との統合に繋がるものである。

## 【効果等】

- ・ 高齢者医療制度のみならず、全ての医療保険制度の財政運営の安定化に寄与する。
- ・ 65歳以上の高齢世代内や高齢世代と現役世代間の負担の公平化を図ることができる。



## 提言 4 病症別標準定額医療費制、原則後発医薬品指定制度、患者医薬品選択制の導入検討

### 〔医療保険制度 4〕

- 慢性の病気及び病症に対する定額医療費制の導入を検討する。
  - ・ 医療費の増加を抑制するため、慢性的な病気・病症で、症状が比較的安定しているものを対象に、病症別の標準定額医療費制度の創設を検討する。
- 後発医薬品の使用が可能と医師が判断した場合は、原則後発医薬品処方を義務化するように検討する。（全ての医療制度共通の制度としての導入を検討）
- 患者本人が薬を選択できる薬品選択制の導入を検討する。
  - ・ 処方される医薬品について、病院側が薬の種類（保険適用分）の候補を情報提供し、患者本人が薬を選択できる医薬品選択制の導入を検討する。

#### 【背景】

- ・ 医療給付費の増加が続いており、保険料の値上げや保険財政の悪化が問題視されている。
- ・ 保険者においては、後発医薬品普及による薬剤費の削減ひいては医療費抑制のために、後発医薬品の普及啓発、後発医薬品希望カードの配布、後発医薬品と先発医薬品の差額通知の実施、重複頻回受診者への訪問指導等に努めており、一定の効果も見受けられるが、それだけでは大幅な医療給付費の増加に対処することは困難である。

#### 【効果等】

- ・ 医療費の増加抑制に寄与する。



## 【医療保険制度 5】

- 保険者間の連携を強化するとともに、情報等データを共有し、住民の利便性向上や保険者のコスト低減を図る。
  - ・強制保険である国民健康保険の資格の職権適用を法律上可能にするるとともに、社会保障・税番号制度により、保険者間のデータ連携を容易にし、資格取得・喪失の適正化及び手続の簡便化を図る。
  - ・保険者間異動に伴い前保険者の保険証により保険給付を得た被保険者の不当利得については、被保険者の委任なしでも保険者間で精算できる仕組みを確立する。
  - ・特定健診の受診率向上、被保険者への早期の保健指導実現等のため、事業所に勤務する国保被保険者（短時間労働者）の事業主健診データの事業者から保険者への提供制度の徹底を図るとともに、提供しやすい実施体制を確立する。
  - ・年度内に保険者間を異動した被保険者の特定健診データについて、異動前保険者からの当該被保険者への健診データ提供と、当該被保険者による異動後保険者への健診データ届出を義務付け、健診の二重実施によるコストを削減する。

## 【背景】

- ・国保は、事実発生主義による強制保険とされているにも関わらず、届出が必須とされており、原則として資格の職権適用ができない。（資格の職権喪失は一定の手続をとれば可能。）このため、被用者保険等を喪失したにも関わらず、国保に加入しない無保険者が存在する。
- ・被用者保険との間や国保保険者間での資格データ連携については、現行制度下でも照会・回答という方法で可能ではあるが、守秘義務を理由に保険者同士が牽制する傾向にある。
- ・現行制度下においても、日本年金機構と市町村が覚書を締結することにより、年金情報を活用しての保険資格取得届勧奨や資格職権喪失を行うことは可能であるが、完全な把握は不可能である。（厚生年金資格喪失後も健康保険に任意継続加入している場合がある等）
- ・上記覚書では、市町村側に賦課権がない国民年金保険料の納付勧奨等への協力が前提とされており、市町村側にそれほどメリットがある仕組みとなっておらず、十分機能していない。
- ・他保険に異動したにも関わらず、資格喪失・取得届出手続を行わずに、前の保険者の保険証を使用して保険給付を受給した被保険者に係る不当利得については、被保険者の個人情報保護や受給権保護のため、被保険者から委任された場合を除き、保険者間での精算が禁じられている。
- ・事業所に勤務する国保被保険者（短時間労働者）について、事業者は、労働安全衛生法に基づく事業主健診の結果を、保険者（市町村）が求めた場合は提供する義務があるが、現状ではその実施体制の確立が困難であり、特定健診受診率低迷の一因となっている。
- ・年度内に保険者間を異動した被保険者に対する特定健診は、本来、異動前・後いずれかの保険者が実施すれば足りるが、当該被保険者に対する他保険者の特定健診実施状況が把握できないため、二重に健診を実施するという無駄が生じている。

## 【効果等】

- ・住民の利便性向上や保険者のコスト低減につながり、医療保険制度の安定に寄与する。

## 提言 6

## 国保における子どもの保険料負担の軽減

### [医療保険制度 6]

- 国保に加入する高校生以下の子どもの保険料負担の軽減を図るため、その均等割保険料の5割軽減措置を実施する。

#### 【背景】

- ・現在、県内の市町国保の保険料については、①被保険者の前年中の所得に応じて算定される「所得割」、②被保険者が所有する土地・建物等の固定資産税額に応じて算定される「資産割」、③被保険者1人当たりで一定額が算定される「均等割」、④被保険者世帯1世帯当たりで一定額が算定される「平等割」の合計額となっている。(なお、「資産割」については算定しない保険者もあり)
- ・このうち、「均等割」保険料については、収入のない高校生以下の子どもに対しても算定されるため、子育て世帯の負担感を増大させる大きな要因となっていると認識。
- ・また、被用者保険の保険料は、報酬額に保険料率を乗じて算定しており、均等割の要素がないことから、子どもの人数が保険料に影響せず、国保と取扱いに差が生じている。
- ・そもそも、国保に加入している子育て世帯は、非正規雇用者（短時間労働者）の世帯で所得水準も低い場合が多いため、保険料収入を安定的に確保するうえでも、その負担を軽減することは喫緊の課題。
- ・このため、高校生以下の子どもに対する「均等割」保険料について、5割軽減する措置を実施するものとする。

#### 《参考：保険料の試算》

##### 【現在の保険料年額】 (円)

	夫	妻	子	子
所得割	231,680			
均等割	31,560	31,560	31,560	31,560
平等割	28,800			
計	386,720			

(月額約32,200円)



##### 【子どもの均等割保険料を5割軽減した場合】

	夫	妻	子	子
所得割	231,680			
均等割	31,560	31,560	15,780	15,780
平等割	28,800			
計	355,160			

(月額約29,600円)

※試算条件 4人世帯（40歳未満の夫妻、高校生以下の子2人）  
所得214万円（既存の保険料軽減対策の対象とならない下限水準）  
松山市の保険料率で試算

#### 【効果等】

- ・子どもの保険料負担の軽減。
- ・国保の財政基盤の強化。

## [医療保険制度 7]

- 医療保険における療養費は不正請求事例が全国的に発生し、制度の抜本的な見直しが求められている中、まずは、高い専門性を必要とする海外療養費の審査について、国主導で審査機関を設置し、国民健康保険及び後期高齢者医療制度に係る海外療養費を全て審査することで、審査委託単価の低減とチェック機能の強化を図る。
- また、不正請求に関する情報が一極に集約されることから、データベースを構築すれば、海外療養費のさらなる適正化や審査期間の短縮化にもつながる。

- ・ 国保をはじめとする公的医療保険制度においては、療養の給付が原則となっているが、特段の理由によって現物給付が困難な場合に対応するため、療養費を支給する制度が設けられている。
- ・ しかし、近年、海外療養費については、不正な請求事例が発生している。
- ・ 海外療養費は、海外赴任中や海外旅行中に、急な病気やケガにより現地の医療機関を受診した場合に支給されることから、渡航先の言語や医療事情に基づいて作成された関係書類を分析するために極めて高度な専門性が必要であり、各保険者が対応に苦慮している。
- ・ また、海外療養費は、治療目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は支給されないが、国保等の保険者が、すべての案件について、こうした判断を明確に行うことは困難と考えられる。
- ・ なお、国保においては、海外療養費の不正請求対策のために、国保連合会を通じて民間事業者に調査を委託する仕組みが導入されているが、調査が完了するまでに時間を要することなどから、本県での活用事例はない。
- ・ 国は、国保の都道府県移管を機に、海外療養費申請に係る二次点検を都道府県が行う事務改善案を示しているが、都道府県が審査に要する専門性を備えているわけではないことから、都道府県からは効果が疑問視されている。

## 【効果等】

- ・ 療養費を適正に給付できる。
- ・ 保険者の負担が軽減できる。

## 提言 8

### あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術に係る療養費の不正請求の防止対策

【医療保険制度 8】

○療養費での不正請求を防止するため、施術所に対する調査・指導体制の強化にあわせ、次の対策を講じる。

- ・ 施術者の移動時間等が確認可能なものとなるよう、往療料の算定に係る様式を統一化する。
- ・ 保険者等による審査期間を確保する。
- ・ 患者調査実施基準を明確化する。

#### 【背景】

- ・ 現物給付方式を建前とする社会保険医療においては、療養の給付（現物給付）で果たすことのできない役割を補完するものとして療養費（現金給付）を支給している。
- ・ 往療料の算定に係る「ルート日報」については、保険者毎に作成されていること等から、施術者毎の全行程が把握できない。
- ・ 地域包括ケアシステムを構築する中で、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師もその専門性を活かした役割を果たしていくことが求められる一方、近年、療養費の悪質な不正請求事案の存在が指摘されている。
- ・ 社会保障審議会医療保険部会の各専門委員会では、「あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術」について、他の療養費（「柔道整復師による施術」「治療用器具」）と同様に、不正請求等に対する制度見直しに係る審議が続けられている。（H30.3.2現在）
- ・ 「①あん摩マッサージ指圧」及び「②はり・きゅう」療養費の現状。（H28.10月分申請書対象）
  - \* 患者：全体の ①8割 ②5割 以上が70歳以上の高齢者。
  - \* 施術回数／月：多い順に、5～8回（①32.5%②26.8%）、9～12回（①23.9%②16.7%）、13回以上（①17.1%②16.6%）。
  - \* 受療年数：①80歳以上 ②70歳以上 の患者の25%以上が3年以上。
- ・ 不正の約6割が往療料関係である。（H28.11国実施、全国の後期高齢者医療広域連合対象）
  - \* 内容：距離の水増し（虚偽）、同一家屋の重複算定、歩行可能者に対する算定
- ・ 患者調査については、柔道整復施術療養費について手法の一例しか示されていない。
- ・ あはき療養費については、現状、施術所に対する指導・監督に係る根拠規定等がなく、請求は代理受領の形態であるが、現在、国において、受領委任制度の導入と不正対策の制度設計に係る審議が行われている。
- ・ 国審議中の制度設計においては、受領委任制度への参加は保険者の裁量とされており、また、不正請求の疑いが強いと保険者等から情報提供があったものは個別指導が省略される等、保険者の役割等が求められている中、審査期間の延長等、審査の充実を図る必要があり、事業者に対する周知も必要である。

#### 【効果等】

- ・ 往療料に係る点検効果の向上、不正・不当請求の抑制が図られる。
- ・ 保険者等における審査内容の充実が図られ、適正給付につながる。



## 【医療制度 1】

- 医師不足・偏在が全国的に深刻化する中、国が財源を負担し、全都道府県に「医師確保基金」を創設する。
- 「地域枠」設置大学においては、地域医療に従事するための教育を実施する講座の設置を義務化する。
- 新たな専門医制度については、国及び日本専門医機構の責任において、研修施設の研修及び地域バランスを考慮した定員を調整するとともに、地域枠医師の配置に配慮したプログラムを導入するなど、医師が各地方に適切に分散される仕組みを構築する。
- 基幹型臨床研修病院が参画しない中小病院群でも、研修体制が整備できるのであれば、初期臨床研修病院群として指定を受けられるよう指定基準を見直す。

## 【背景】

- ・ 医師確保を含む地域医療再生のため創設された「地域医療再生基金」が平成25年度をもって終了したが、医師不足問題は依然として解消されておらず、引き続き、県民（国民）の命を守るために必要な医師確保対策に取り組む必要がある。
- ・ 現在、「地域枠」医学生に対し、地域医療に従事するための教育を実施する講座は、各都道府県が独自の財源を活用した寄附講座として設置しているが、「地域枠」を設置している大学においては、同様の講座を設置するのは、「地域枠」医学生の教育を担ううえで必要不可欠なものであり、不安定な寄附講座での実施には限界がある。
- ・ 地方における医師不足問題は、地域偏在と診療科間偏在の一体的な問題であり、地方の医師不足を解決するためには、診療科を踏まえた医師の適正配置が必要となっている。
- ・ 現在の臨床研修制度においては、中小の病院が基幹型研修病院の指定要件を満たすことは困難なうえ、基幹型研修病院が参画しない研修病院群での研修は認められていないことから、大学医局の派遣機能が崩壊した現在においては、初期臨床研修が実施できない中小病院は若手医師を確保することが非常に困難となっている。

## 【効果等】

- ・ 医師法を所管する国が財源を継続的に負担し、地方自治体が地域の実情に応じた事業を実施することで、安定した医師確保対策に取り組むことができる。
- ・ 「地域枠医学生」を「地域医療に従事する医師」に養成する講座を、時限措置の寄附講座から正規の講座に変更することで、安定した教育の実現が可能となる。
- ・ 医師個人の就業の自由を尊重しながら、全国各地域に、全診療科がバランスよく配置されるようになる。
- ・ 中小の病院が若手医師を確保する機会を得ることができ、研修医にとっても選択肢が増え、様々な病院の研修を経験できる。

【医療制度 2】

- 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】

- ・ へき地における住民の医療を確保することを目的に、「へき地医療支援機構」の指導・調整のもと、へき地診療所への代診医派遣、へき地医療従事者に対する研修等の診療支援事業を行う「へき地医療拠点病院」を指定しているところである。
- ・ そうした中、全国的な医師不足や地域偏在の影響を受け、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をはじめとした地域の公立病院においても、医師不足が顕在化している。
- ・ しかし、現状、国の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おいては、へき地医療拠点病院から、へき地診療所等への代診医等派遣に係る経費は補助対象となっているが、公立病院への代診医等派遣に係る経費は補助対象となっていない。
- ・ このため、本県の代診医派遣制度においても、派遣先をへき地診療所に限定せざるを得ず、公立病院で医師が不在となる場合に代診等派遣の対応ができていない状況となっている。

○へき地医療拠点病院

県立中央病院、県立新居浜病院、県立今治病院、県立南宇和病院、市立大洲病院、市立八幡浜総合病院、市立宇和島病院、西予市立西予市民病院、西予市立野村病院、久万高原町立病院、鬼北町立北宇和病院 計11病院

○その他の公立病院

西条市立周桑病院、宇和島市立吉田病院、宇和島市立津島病院、愛南町国保一本松病院 計4病院

【効果等】

- ・ 地域の中核的な役割を担っている公立病院への代診医等派遣経費を補助対象とすることで、本県の代診医制度の派遣先を拡充することができ、地域住民がより安心できる医療提供体制を構築することができる。
- ・ また、派遣先の拡充により、公立病院で勤務している医師の研修機会を確保することで、医師のキャリア形成支援にもつながり、医師の地域偏在の解消を図ることができる。

【医療制度 3】

- 生活保護、公費負担医療を含めた全ての制度を対象に、国が保険医療機関等に対する指導・監査に一元的に責任を持つ制度に改正する。

【背景】

- ・ 医療機関に対する指導・監査については、高い専門性や都道府県ごとの取扱いに差異が生じないような広い公平性が求められる。
- ・ 医療保険制度における保険医療機関等に対する指導・監査は、厚生労働省の地方機関と都道府県が共同で実施しており、平成27年度に、厚生労働省が保険医療機関等の指導・監査により返還を求めた額は、約48億円となっているが、担当職員が少なく、指導対象が少数であるなど体制が不十分で、十分な指導等ができていない。

○保険医療機関等の個別指導・監査・返還額

年度	件数		返還額 (万円)
	個別指導	監査	
22	4,061	159	434,397
23	3,955	161	271,267
24	4,302	97	581,398
25	4,400	94	843,659
26	4,466	87	680,850
27	4,403	90	480,386

- ・ 都道府県には、指導・監査権限はあるものの、指定の取消し等の処分権限がないため、都道府県が責任を持って対応できる制度となっていない。
- ・ 各医療保険、生活保護、公費負担医療それぞれに、医療機関等に対する検査権限等が定められているが、個々に検査等を行うことは非効率であるとともに、取扱い等にも差異が生じる恐れがあるため、業務に関する高い専門性と保険医療機関等に対する全国的な処分権限等を有する国において、指導・監査を一元的に実施することが効率的かつ効果的である。

【効果等】

- ・ 医療機関の指導・監査を一元化することにより、効率的かつ専門的な監査等を実施することができ、保険診療等の質的向上及び医療費適正化に寄与する。



## [医療制度 4]

- あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所に対する指導要領を整備し、施術を受ける人がより安心して施術を受けることができる制度とする。
- あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所で行う施術手技及び広告できる項目等について指針等を作成し、施術を受ける人が自分の症状にあった適切な施術所を選択することが可能な制度とする。
- 施術所の開設を届出制から期限付きの許可制とし、事前に行政が構造設備基準や衛生上必要な措置を確認できる制度とする。
- 無資格者による療法に対して、手技及び広告の範囲等について基準を明確にして、指導が可能な制度とする。

## 【背景】

- ・ 保健所は施術所の開設届を受理すると、構造設備基準等を確認する為に立入検査を行うが、それ以降は苦情や違法行為の情報が無い限り、ほとんど立入検査を行うことはない為、開設時以降の構造設備や運営状況の把握が困難な状況にある。
- ・ 届出後の立入検査において構造基準を満たしていない場合には改善指導を行う必要があり、事前指導があれば不要であったと思われる多額の費用負担を伴うケースがある。
- ・ 構造設備基準は法に示されているが指導要領等はなく、実際に指導する際に必要な詳細な指導基準が示されておらず、施術手技についても無資格者が禁止されている施術行為等が具体的に示されていないことにより、都道府県、保健所によって指導内容に差がある。
- ・ 広告規制のガイドライン等がないことから、グレーゾーンの広告に対して適正な指導が困難である。
- ・ 開設者が廃止の届出をせず廃業していても、台帳上は営業中の施術所として残っていることから実態を把握できない。

## 【効果等】

- ・ 指導要領や指針に基づき指導することで、指導レベルの均一化が図られ、保健所間での指導内容の差が解消されるとともに、無資格者に対する指導が徹底できる。
- ・ ガイドライン等に基づきわかりやすい広告をすることで、施術を受けたい人が安心して良質で適正な施術を受けることができる。
- ・ 許可制にすることにより、事前指導が可能になり、構造設備等の事後指導するケースが解消される。また、営業実態も適正に把握できる。
- ・ 無資格者の施術による健康被害の発生を防止するためには、無資格者に対する規制基準の明確化に加え、法で規定する施術所との差別化が必要であり、許可制への移行により許可施術所として県民が安心して施術を受けることができる。

[医療制度 5]

- 医療介護総合確保推進法にある「地域医療介護総合確保基金」では、実施できる事業が、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、居宅等における医療の提供に関する事業、介護施設の整備等に関する事業、医療従事者の確保に関する事業、介護従事者の確保に関する事業等に限られている。
- 基金を充てて実施できる事業に、「災害時の医療提供体制の整備に関する事業」を追加事業を実施できるようにする。

【背景】

- ・平成22年度及び24年度の国の補正予算に係る地域医療再生基金で実施した事業では、東南海・南海地震等を想定した災害医療体制の強化・災害時の医療提供体制の整備を柱とし、災害拠点病院等の機能強化や災害拠点病院等の津波対策事業、災害時の医療を全体体制で確保する事業を実施してきた。
- ・また、国が公表した「南海トラフの巨大地震による津波高・浸水域等（第二次報告）及び被害想定（第一次報告）」（平成24年8月29日内閣府発表）及び「南海トラフ巨大地震の被害想定（第二次報告）」（平成25年3月18日内閣府発表）では、本県においてもこれまでの予想を超える甚大な被害が及ぶことが明らかとなっており、今後とも、継続して災害時の医療提供体制の確保が望まれている。

○南海トラフの巨大地震による被害想定等

項目	愛媛県		全国
	被害想定	割合	被害想定
最大震度	7（全ての市町で6強以上）	—	7
最大津波高	21m	—	34m
人的被害（死者数）	約12,000人	3.7%	約323,000人
建物被害（全壊棟数）	約192,000棟	8.0%	約2,386,000棟
経済的な被害額	10.9兆円	6.4%	169.5兆円
避難者数（最大値）	約54万人	5.7%	約950万人

- ・地域医療介護総合確保基金は、2025年を見据えた医療・介護サービスの提供体制改革を推進するために創設されており、本格的な改革を推進するためには、災害医療時の医療提供体制の改革も不可欠である。

【効果等】

- ・各圏域で地域の実情に応じた現場起点の災害時の医療提供体制の構築が可能となる。
- ・当該制度について、ある程度の存続が見込まれることから、長期的な展望に立った災害医療に係る対策が可能となる。

## 【医療制度 6】

- 医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに規定する診療所は、届出により一般病床を設けることができるとされているが、これに加え、救急医療体制において不可欠な診療機能を有する医療機関についても、届出により病床の設置が可能となるよう制度を改正する。

## 【背景】

- ・ 救急医療は県民が安心して生活していくうえで欠くことのできない医療分野であり、このため、傷病の程度に応じて適切な医療を受けることができるよう、重層的な救急医療体制を整備し、地域の実情に即したきめ細かな救急医療体制を構築しているところであるが、近年、病床の不足から、入院を要する重症患者への救急医療ニーズに対応できず、救急医療体制の維持が困難になりつつある医療機関も認められる。
- ・ 病床過剰地域では、原則、新たな病床設置は認められていない。また、病床制限の例外措置である特例病床制度はあるが、厚生労働大臣の同意を必要とするため、地域の実情に合わせた迅速な対応に支障をきたしている。
- ・ 一方、居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所等に一般病床を設けようとする場合には、届出により設置できるため、比較的、臨機に病床が設置可能であり、これらの病床が増加することにより、ますます救急医療に必要な病床の設置が制限される状況となっている。
- ・ このため、救急告示病院についても、都道府県知事の許可や厚生労働大臣の同意を要することなく、届出により病床が設置できるよう要望が高まっている。

## 【効果等】

- ・ 地域の実情に応じ、救急医療のために真に必要な病床が、臨機に整備することが可能となり、救急医療提供体制の安定的な確保に寄与する。

[医療制度 7]

- ドクターヘリの運航に対する新たな支援制度を創設するとともに、医療提供体制推進事業費補助金事業について、補助基準額に応じた交付が確実になされるよう、法律補助とする。

【背景】

- ・ ドクターヘリの整備については、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」において、「地域の実情を踏まえつつ全国的に整備することを目標」（同法第3条第1項）としており、国の責任において推進されるべきものである。
- ・ ドクターヘリに対する国庫補助制度として、医療提供体制推進事業費補助金（ドクターヘリ導入促進事業（国庫補助率2分の1））があるが、格納庫の確保に係る費用などの補助対象外経費が発生している。
- ・ また、国は、ドクターヘリ導入促進事業は100%配分したとはいえ、当該補助金全体では、交付率が55.0%（29年度〔全国〕）に止まっており、ドクターヘリ分を確保するためには、他の事業を削減し充当するほかない。
- ・ このため、当該補助金は、救急医療や周産期医療など、地域医療の推進に不可欠な補助金であるが、事業の縮減や中止を余儀なくされており、いずれの事業に充当しても地域医療が守られない状況となっている。

\* ドクターヘリ導入促進事業以外の事業:交付率41.9%（ドクターヘリに100%充当した場合）

年度	予算総額	都道府県計画額	交付率（調整率）
H25	226.7億円	325.7億円	69.6%
H26	151.0億円	241.4億円	62.5%
H27	134.3億円	247.1億円	54.4%
H28	150.2億円	262.9億円	57.1%
H29	154.0億円	279.9億円	55.0%

\* H25年度については、看護サミット開催経費（調整対象外）を除いた額

【効果等】

- ・ ドクターヘリの安定的な運航体制の確保
- ・ 地域において良質かつ適切な医療を提供するために必要な事業の円滑な実施

## 【医療制度 8】

- 地域医療の抱える課題は地域毎の多様性がみられ、基金を活用して地域の実情に応じた創意工夫ある取組みが促進される必要があることから、事業区分間の額の調整を柔軟にできるよう認める。
- 将来にわたり十分な財源を確保する。

## 【背景】

- ・各都道府県は、喫緊の課題である2025年に向けた医療提供体制改革の実現のため、地域医療構想を基に、地域医療介護総合確保基金（以下「基金」という。）を活用して、地域毎の課題の解消に取り組んでいるところである。しかしながら、国から県に対する「医療介護提供体制改革推進交付金（医療分）」の配分では、要望額とは大幅に乖離した額となった都道府県が多数見受けられ、さらに、事業区分間の額の調整が認められないことから、旧国庫補助事業からの振替事業など、地域医療を維持していく上で不可欠な重要事業を廃止・縮小せざるを得ない状況もみられる。
- ・また、県では、事業計画案を策定するに当たり、厚生労働省の意向を受け、時間をかけて県内津々浦々の医療機関や関係団体、市町等と議論を重ねているが、国の内示は、地域実情や意向を踏まえたものとはなっていないため、今後の地域医療構想の推進にも深刻な影響を及ぼす恐れがある。
- ・今後、医療提供体制の改革を進めていくためには、病床の機能分化・連携を推進するための医療機関の施設・設備の整備はもとより、在宅医療の推進、医療従事者の確保が不可欠であり、これらを支援する取組みと総合的に行われる必要がある。

## 【効果等】

- ・事業区分間の額の調整ができるようになれば、地域の実情に応じた事業展開が促進され、地域の活性化に繋がるばかりか、基金自体の効率的な運用が図られる。
- ・将来にわたって十分な財源が確保されることに併せ、地方の実情に合わせて基金が活用できれば、財政力の脆弱な地方においても、安全・安心の医療提供体制の構築が図られる。



## 【医療制度 9】

- 地域で持続的にDMAT等の災害医療従事者の育成が図られるよう、恒久的かつ柔軟性の高い財政支援制度を整備する。
- DPC制度の地域医療指数の加算項目に、「都道府県が養成するDMATの保有」を加える。

## 【背景】

- ・ 東日本大震災以降、DMAT及び医療救護班に対する期待、関心は高まってきているが、平成28年熊本地震では、発災直後から救護班の支援開始まで、DMATの活動が長期化（1次隊から4次隊）したことや、橋梁や主要道路が損壊することにより被災地外からの支援に混乱が生じるなど、DMATの拡充や地域のバランスを考慮した体制整備が、大きな課題となっている。
- ・ 本県では、国が実施する日本DMAT養成研修を活用して計画的なDMATの育成に取り組んできたが、受講枠に限りがあること（愛媛県は年に3回の受講枠）や、県外での受講は受講者や所属病院に負担が大きく、DMATの拡充等が困難な状況になっている。
- ・ このため、平成29年度から、日本DMAT検討委員会の認定プログラムに基づき、県事業としてDMAT養成研修を実施しているが、持続的にDMAT等の災害医療従事者の育成が図られるよう、恒久的かつ柔軟性の高い財政支援制度の整備が必要である。
- ・ また、都道府県DMATを保有する医療機関は、平時から携行資機材の整備や研修・各種訓練の参加に係る経費等、経常的な費用負担が発生することから、「都道府県DMATの保有」を、DPC（包括医療費支払制度）の評価項目に加えることが必要である。

（現状）厚生労働省通知「平成29年度地域医療指数（体制評価指数）等の確認に係る手続きについて（平成29年9月29日付け保医発0929第6号）」によると、「災害時における医療」の評価項目は以下のとおりとなっている。

- 災害拠点病院
- DMAT（なお、都道府県が独自に認定するDMATは対象外とする）
- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

## 【効果等】

都道府県によるDMAT養成研修や技能維持研修等の実施により、災害医療従事者を確保し、大規模災害時の円滑な対応が可能となる。

# 日本DMATの認定について

日本DMATに認定されるためには、「日本DMAT研修」  
(通常研修〔厚生労働省主催〕)を4日間受講及び試験合格する  
必要あり

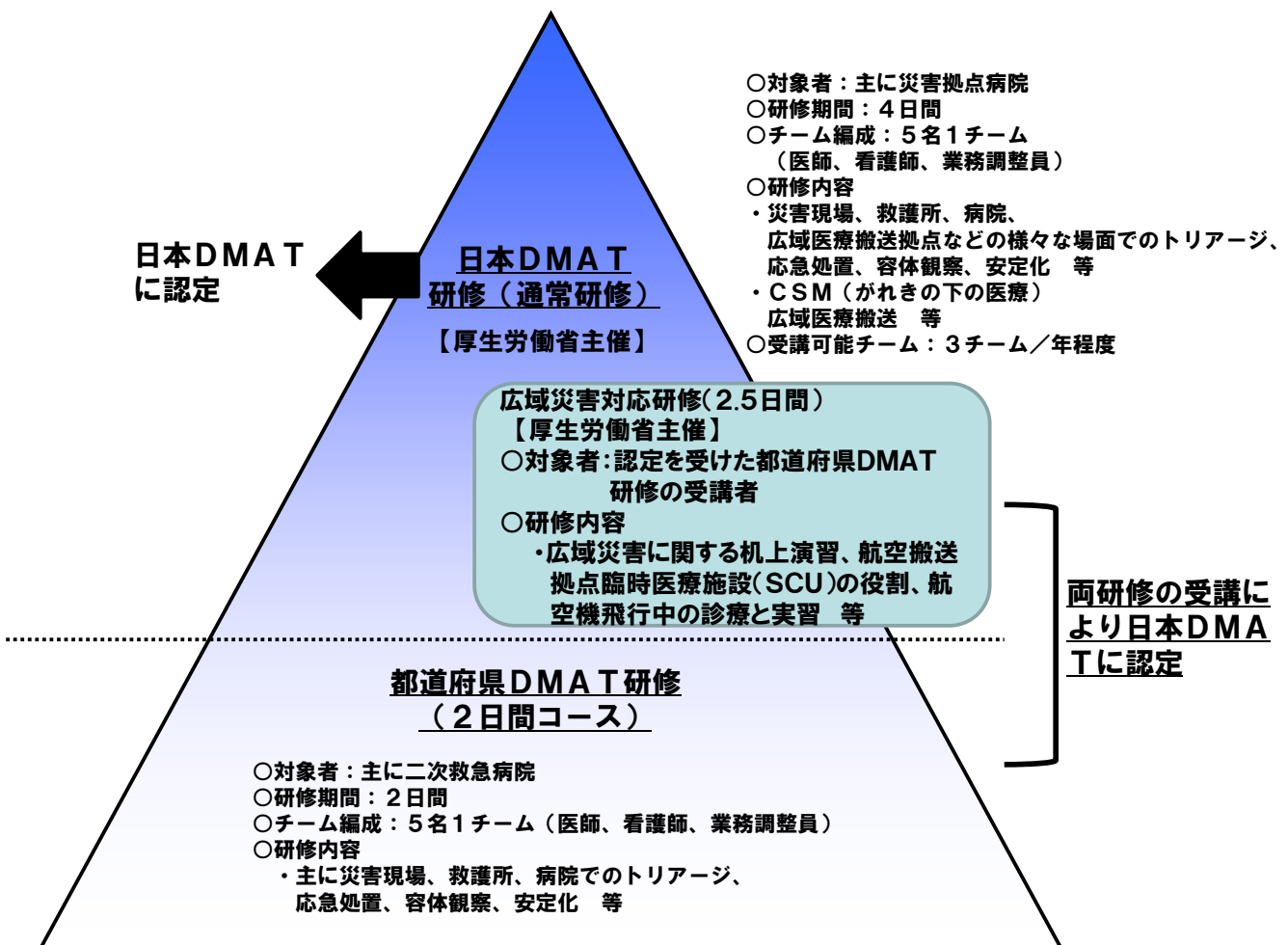
⇒都道府県DMAT研修に加えて、

広域災害対応研修(2.5日間〔厚生労働省主催〕)の受講  
及び試験合格で、日本DMATに認定される。

〔※ただし、都道府県DMAT研修のカリキュラム及びインストラクターについて  
厚生労働省が一定の水準を満たしているとする場合に限る。  
(22都道府県(高知、徳島、香川を含む)で認定済み)〕

➤広域災害対応研修の内容(2.5日間)

- ・広域災害に関する机上演習
- ・航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の役割
- ・航空機飛行中の診療と実習 等





## 【医療制度 10】

- 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いるほか、地方自治体が、保険者に高額療養費の所得区分を確認した後、医療受給者証に記載するため、ケースによっては、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法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。

## 【医療制度 11】

- 第一種感染症指定医療機関（都道府県指定）における一類感染症患者への治療範囲を明確にするとともに、当該施設での治療が困難となった場合等を想定した特定感染症指定医療機関（国指定）への移送を含めた治療体制システムを創設する。
- また、治療に当たる医療従事者に対し、感染症対策の研修を行う等の養成システムを併せて創設する。

## 【背景】

- ・ 感染症医療体制については、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき、知事が一類感染症患者を治療する第一種感染症指定医療機関を指定することとされており、本県では、愛媛大学医学部附属病院を指定するとともに、当該患者が発生した場合は、当該医療機関において治療が行われることとなっている。
- ・ しかしながら、患者が重症化した場合等は、より高度な医療施設である特定感染症指定医療機関（国指定）へ移送して、治療を行うことが想定され、第一種感染症指定医療機関において治療を行える範囲は限定されている。
- ・ また、重症化した場合等は、緊急な対応が要求されることから、連携して患者を迅速かつ円滑に移送するためには、第一種感染症指定医療機関から特定感染症指定医療機関への移送手段や方法を予め規定しておくことが重要である。
- ・ さらに、第一種感染症指定医療機関の感染症医療従事者に対する都道府県が実施する研修や訓練については限界があることから、国が責任を持って対応できる養成システムを併せて構築する必要がある。

## 【効果等】

- ・ 特定及び第一種感染症指定医療機関の役割を明確にするとともに、連携した移送システムを構築することにより、迅速かつ円滑な移送が可能となり、良質かつ適切な医療の提供が可能となる。
- ・ 第一種感染症指定医療機関の医療従事者の感染症対策の最新の医療を習得することにより、良質かつ適切な医療を提供できる。

## [医療制度 12]

- 災害時において、災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を各都道府県に配置するにあたり、その役割や災害対策本部等における位置づけ、委嘱方法等の体制整備に関し、国による全国共通の要綱等を明示するとともに、活動に係る費用について財政的支援を整備する。

## 【背景】

- ・ 東日本大震災等において、災害発生時における小児・周産期の患者の把握や搬送に関し、適切な助言を行うコーディネーターの不足等の問題点が明らかになり、平時から医療・保健・行政が連動できるような小児・周産期医療ネットワークの形成や、災害拠点病院と総合周産期母子医療センターが連動する体制構築の必要性が各震災の研究や検討から指摘された。
- ・ 厚生労働省では、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化するため、平成28年度から、各都道府県の小児科医、産婦人科医等の周産期医療関係者を対象に「災害時小児周産期リエゾン養成研修」を実施し、災害時小児周産期リエゾンの養成を開始したところである。
- ・ しかしながら、DMATやDPATと異なり、災害時小児周産期リエゾン活用のための体制整備に対する各自治体への予算的措置がなされておらず、研修修了者が十分に機能していないのが現状である。
- ・ 厚生労働省の「周産期医療の体制構築に係る指針」においても、都道府県は災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、また認定された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること、訓練の実施にあたっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療を含めて、地域全体で行うこととされている。

## 【効果等】

- ・ 全国共通で一定の体制整備を図ることにより、災害時における応援体制や近隣県との連携が取りやすい。
- ・ 財政的支援により、平時からの活動を容易に行うことができる。

## 提言 21

### 介護サービス未利用者に係る保険料の軽減措置、 被保険者の範囲拡大

【介護制度 1】

- 介護サービスの提供を一定期間（例えば5年ごと）受けていない第1号被保険者への保険料の軽減措置を新設する。
- 被保険者の対象範囲を、老親介護の低年齢化や若年者の雇用状況を踏まえ、例えば現行の40歳以上から30歳以上へと拡大する。

#### 【背景】

- ・愛媛県の介護保険料の基準額（月額）の上昇については、次のような被保険者等の声が上がっている。

〔愛媛県の平均保険料：1期2,962円、2期3,546円、3期4,526円、4期4,626円、5期5,379円、6期5,999円

（全国平均：5,514円）〕

- ▶ 介護サービスの提供を受けていない者が、サービス利用者と同様に保険料を負担する現行の保険料負担のあり方に疑問を持ち、「介護保険からの脱退」等を求めてくることがある。
- ▶ 一律に保険料を負担していることから「介護サービスを利用したい」、「利用しなければ損」との意識があり、要介護認定非該当の判定に不満を示されることが多い。
- ・普通徴収の徴収率（年金受給額が年額18万円未満の者等）は、平成18年度の91%から平成28年度には87.0%となり、10年間で4.0ポイント悪化するなど、納付意欲低下のおそれは否定できない。
- ・愛媛県の高齢化率は、平成28年の都道府県別順位で第8位、31.42%となっており、老年（65歳以上）人口がピークを迎える平成32年には33.2%に達し、県民の約3人に1人が高齢者となる見込みであることから、現行制度のままでは保険料、公費負担とも増大し続け、県財政が破綻するおそれがある。
- ・愛媛県の介護給付費（利用者負担の1割は除く）は、平成20年度に初めて1千億円を突破し、平成28年度には約1,340億円となっており、介護保険制度がスタートした平成12年度の2.5倍に達している。
- ・老親の介護・看護を行っている30代の割合が大幅に増加していることや、30代以上の失業率が概ね3～4%となっていることから、例えば30代以上を被保険者に拡大することが考えられる。

〔老親介護を理由とする離職者の年齢構成割合（H14⇒H23）：30代：5.6%⇒7.5%、40代：14.5%⇒12.7%〕

〔H28完全失業率：20歳～24歳：5.4%、25歳～29歳：4.6%、30歳～34歳：3.8%、35歳～39歳：3.1%〕

#### 【効果等】

- ・保険料納付意欲低下の抑制が図られる。
- ・「利用しなければ損」との意識からの脱却や、自主的な健康維持、介護予防への取組みの動機付けなどによる給付費の抑制が図られる。
- ・保険料の上昇を抑制し、安定した介護保険財源を確保できる。



## 【介護制度 2】

- 介護福祉用具・機器を適切に使用し、要介護者のケアの質向上と介護従事者の身体的負担軽減を両立する介護手法を確立し、介護現場に定着させる取組みを強く推進する。

## 【背景】

- ・介護従事者は、移乗介助や体位交換・ベッド上移動など不自然な作業姿勢を強いられ、腰・肩・腕などの痛みを訴えることが多く、平成28年度の介護労働安定センターの調査では約3割が「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」と回答している。また、同調査では、離職者のうち約7割が3年未満で退職しており、職場定着が課題となっている。
- ・厚生労働省においては「職場における腰痛予防対策指針」（平成25年）を公表し、介護福祉用具・機器の活用などの対策を指示するとともに、「職場定着支援助成金（介護福祉機器助成コース）」を創設しているが、介護現場でどのように機器を使って要介護者のケアの質を向上させ、介護従事者の負担を軽減するかなど介護技術面の啓発が不足している。

※職場定着支援助成金：介護事業主が介護福祉機器を導入し、労働者の離職率低下に取り組んだ場合に助成。労働環境の改善と離職率低下が図られた場合にそれぞれ導入費用の25%（上限150万円）を支給

- ・本県では、介護実習・普及センターや在宅介護研修センターを設置し、要介護者の残存能力を生かした、人間の持つ自然な動きに沿った身体的負担の少ない介護技術の普及啓発に努めている。国においても、「ノーリフトケア」や「生活リハビリ」のように介護福祉用具・機器を適切に使用し、要介護者のケアの質向上と介護従事者の身体的負担軽減を両立する介護技術を統合的に研究・施策化し、介護現場に定着させる取組みを強く推進する必要がある。

## 【効果等】

- ・要介護者の程度に応じて、残存機能を生かしながら、移乗ボードやスライディングシートなどの介護福祉用具・機器、介護ロボットなどを適切に導入・使用する介護手法を介護現場に徹底させることにより、介護従事者の負担が軽減され、参入促進や離職防止につながる。

## [介護保険制度 2]

- 効率的かつ公平・公正な要介護認定の実現のため、A I ・ I C T を活用した例えば以下のような新しい仕組みづくりに向けた検討を行うこと。
- ・ 現行の介護認定審査会で行われている、認定調査（基本調査）による一次判定、認定調査（特記事項）及び主治医意見書による総合判断（二次判定）を、A I ・ I C T を活用した新しい要介護認定調査システムの開発によって一元化し、これを一次判定とする。
- ・ 介護認定審査会による二次判定では、一次判定で判定困難な事例や要介護度区分の境界事例等を中心に審査判定を行う。

## 【背景】

- ・ 要介護認定調査（基本調査）において、認定調査員が行う調査項目の選択は、一次判定（コンピュータ判定）を行う上での重要な情報であることから正確性と公平性が要求されるが、各項目に係る選択の判断が個々の認定調査員の知識、経験等に左右され、各調査員や自治体間におけるバラツキが生じないように、要介護認定調査の公平性の確保が課題となっている。
- ・ 主治医意見書については、医師が多忙なこともあり、意見書作成依頼から入手までの時間がかかる、十分な記載がない、記載内容に矛盾がある、といった問題点がある。
- ・ さらに、高齢化の進展に伴う認定調査件数の増加により、各自治体は認定調査員や介護認定審査会委員の確保のほか、膨大な資料作成作業の事務負担の増加などに苦慮しており、今後、要介護認定調査事務の円滑な実施が困難になる自治体の増加が懸念される。
- ・ 要介護認定は介護保険制度の根幹をなし、全国一律の基準に基づき公正かつ的確に行われることが極めて重要であるとともに、今後の事務量の増加への対応が喫緊の課題である。

※国による要介護認定事務の簡素化のための取組みは従来から行われており、平成30年4月1日以降、認定有効期間の延長（最長24か月→36か月）や介護認定審査会の簡素化が可能とされたところ。

## 【効果等】

- ・ 効率的かつ公平・公正な要介護認定が実現することにより、介護給付の適正化が図られ、制度の信頼性及び持続可能性の担保が可能になる。

## 【介護制度 4】

- 超高齢・少子化社会においても現行レベルの社会保障制度を維持できるよう、社会保障制度におけるボランティア等との協働を促進するための仕組みを検討する。
  - ・ 社会保障制度におけるボランティア等の担う役割や位置付けを明確化する。
  - ・ 福祉ボランティア登録制度の創設などボランティアの信用性を担保する仕組みを検討する。
  - ・ ボランティア活動の実績に応じた支援制度等を検討する。（例えば、ポイント制による活動費への換金、活動に応じた保険料や保育料の減免・医療費自己負担金への充当等）

## 【背景】

- ・ 社会保障関係経費の自然増により、地方財政をさらに圧迫することが見込まれている。  
2014年度 115.2兆円 ⇒ 2025年度 148.9兆円（+34兆円）
- ・ 厚生労働省による介護職員の必要量の試算では、将来の介護需要には対応できないとされている。  
2012年度 153万人 ⇒ 2025年度 237万人～249万人
- ・ 社会福祉の担い手不足が予測される中で、高齢者や障害者等が、住み慣れた地域で安心して暮らし、子育て家庭が地域社会から孤立化せず生活していくためには、ボランティア等の担う役割や位置付けを明確化した上で、福祉ボランティア登録制度の創設などボランティアの信用性を担保する仕組みを検討し、ボランティアによる互助の役割を高めていく必要がある。
- ・ 例えば介護保険制度におけるボランティアとの協働について、要介護・要支援状態になることを予防する「地域支援事業」の中にボランティア活動を評価し、ポイントを還元するなどの仕組みが見られるが、ボランティア活動を通じた介護予防や担い手づくりの創出に大きく貢献する現状にはない。
- ・ 介護ボランティアで得たポイントを介護保険はもとより、医療保険等の別分野でも使用できるなど、身近なところにも活用できる魅力的な仕組みづくりを進めるとともに、従来専門職が担っていた業務範囲の見直しや人員配置基準の緩和により、ボランティア等の活用を促進するなど、国において様々な社会保障制度の中でマンパワーとして活用できる仕組みを早急に検討する必要がある。

## 【効果等】

- ・ 社会保障制度におけるボランティア等の担う役割や位置付けの明確化により、ボランティア活動の新たなあり方や重要性に対する社会の認識が広がる。
- ・ 介護をはじめ、福祉分野の専門人材の不足への対応を図るとともに、高齢者などが介護支援等の福祉ボランティアに参加することにより、心身の健康の増進や介護予防等にも資する。
- ・ 超高齢・少子化社会を支えるために不可欠となる福祉分野のボランティアの育成・活動の促進を図ることができる。



## 【介護制度 5】

○外国人介護人材の受入れについては、技能実習法の制定と入管法の改正により、従前の「経済連携協定(EPA)」に、新たに「技能実習制度」と「入管法に基づく在留資格」による就労が加わったところであるが、介護人材の確保の観点から次のとおり更なる検討を進める。

《資格試験や養成施設において言語面での配慮をする。》

・介護現場では必要とされるコミュニケーション力があれば良いことから、資格取得や専門知識習得とコミュニケーションのための語学を切り離すことが適当である。このため、

- ① 介護福祉士国家試験では英語等での受験を可能とする。
- ② 介護福祉士養成施設については、指定校やモデル校を設定し、英語等による授業を実施するなど外国人介護人材が日本において専門知識を学びやすい環境を整える。
- ③ 介護現場におけるコミュニケーション力を確保するための支援方を検討する。

《外国人を受け入れる各種制度において要件を緩和する。》

- ① 経済連携協定(EPA) …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れ対象国も拡大する。入国後の語学研修を充実させる一方で、入国時の語学及び学歴の要件を緩和するとともに、介護福祉士候補者としての在留期間(原則4年)を大幅に延長する。
- ② 技能実習及び在留資格…入国後の語学研修を充実させるなどEPAによる入国者と同程度のコミュニケーション力を身に付けられるよう支援を行うとともに、相談窓口の設置など入国後の生活に係るサポート体制を整える。また、技能実習生が介護福祉士国家資格を取得できるよう、実務者研修(450時間)の受講支援を行うとともに、国家資格を取得した場合には、在留資格を得て就労できるよう、入管法上の対象者に追加する。

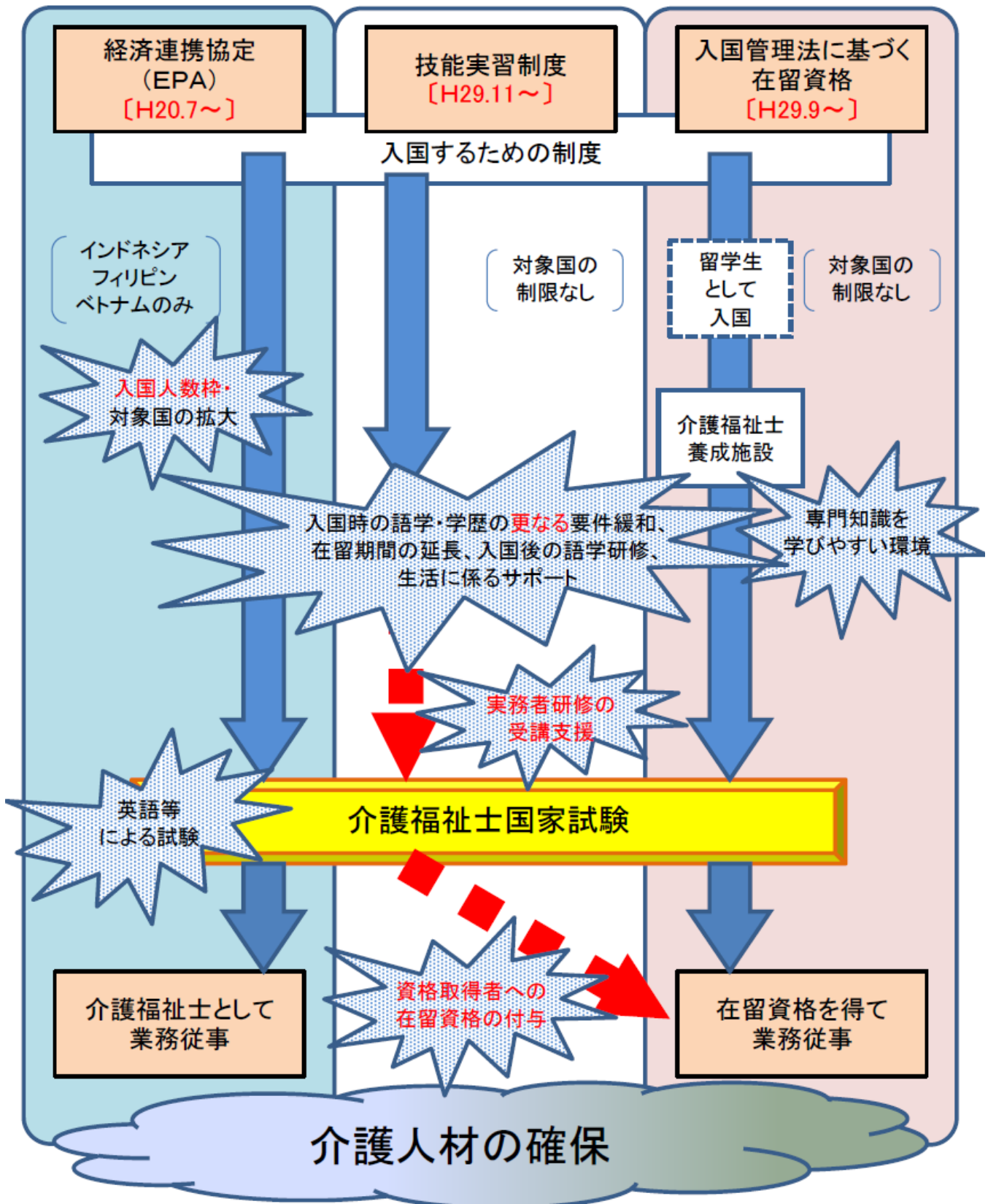
## 【背景】

- ・今後、認知症や医療ニーズを併せ持つ要介護高齢者の増加による介護サービスの増大が見込まれており、2025年には、全国で約253万人の介護人材が必要となる一方で、深刻な少子高齢化の進展による人口減少が想定され、これまでの施策を継続した場合、約37.7万人が不足し、本県でも約3.6千人が不足すると推計されている。
- ・このため、平成27年度から地域医療介護総合確保基金を活用し、介護人材確保の取組みを進めているが、国が掲げる「介護離職ゼロ」の実現に向けた介護基盤整備の前倒しにより、あらゆる施策を総動員し、総合的に取組みを進める必要があることから、外国人介護人材の受入拡充を積極的に進めるべきである
- ・EPAによる受入れ(インドネシア、フィリピン、ベトナム)においては、平成29年度までの入国者総数3,529人に対し、介護福祉士資格取得者は544人、うち日本において就労しているのは平成28年1月現在で250人と極めて少ない。また、全国的に受入れニーズが増加する中、入国人数枠(1国300人/年)もあり、マッチングに至らないケースが増えている状況。
- ・一方、「技能実習制度」では、日本語能力N4(基本的な読み聞き)で入国が許され、2年目にはN3レベル(日常場面での読み聞き:EPAと同レベル)が求められることとなった。
- ・外国人を受け入れている介護施設からは、現場では、日本語でコミュニケーションをとって業務に携わりながら技術や知識を習得しているが、業務とは別途、資格試験のための日本語学習をしている実態があるとのこと。
- ・技能実習生が介護福祉士の資格を習得するためには、別に実務者研修(450時間)を受講する必要があるうえに、現在の入国管理法においては、たとえ技能実習生が介護福祉士の資格を取得したとしても、日本で就労することは認められていない。(現行では留学による国家資格取得者に限られる。)

## 【効果等】

- ・介護専門知識の取得と、コミュニケーションとしての日本語の読み聞き能力の取得を分離することで、外国人の負担を軽減し、介護職員としての能力を引き出しやすくなる。
- ・現行の外国人の介護人材を受け入れる制度である経済連携協定(EPA)のみならず、在留資格や技能実習制度への介護職拡大にあたって要件緩和や在留期間の延長を進めることで、深刻な課題となっている介護人材を確保する。

## 外国人介護人材の受入れに係る各種制度



EPAで外国人介護人材を受け入れている施設からは・・・

- ・現場でのコミュニケーションと、国家試験のための日本語は別のもの
- ・コミュニケーションができて、国家試験のためにプラスアルファで日本語の勉強をする必要があるため、外国人にとっては大きな負担となっている・・・といった声がある。

## 【子育て支援制度 1】

- 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  
2016年（平成28年） 専業主婦世帯： 664万世帯、共働き世帯：1,129万世帯 〕

- ・ 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、保育所整備など子育て関連経費の充実を図る。



## 〔子育て支援制度 2〕

- 認定こども園への移行を促進するため、設置基準における地方の裁量権を拡大する。
  - ・ 保育所基準で定められた調理室の設置及び自園調理を、「従うべき基準」から「参酌基準」とし、3歳未満児に対する給食の外部搬入を認めるなど、地方の保育ニーズにあった運用とする。

## 【背景】

- ・ 認定こども園の認定・認可を受けるに当たって、「従うべき基準（法令の規定に必ず適合しなければならない基準）」である調理室の設置及び調理員の確保が困難であるために幼稚園からの移行を断念したとの声が多い。
- ・ 平成24年8月に、子ども子育て関連3法が成立し、新制度における認定こども園の設備及び運営の基準が国から示されたところであるが、一部例外はあるものの、調理室の設置等が幼稚園から認定こども園への移行の支障となるおそれがある。
- ・ 近年、民間の給食サービスも充実してきており、自園調理に頼らなくても、児童の状況に応じた食事内容や栄養面、保健衛生面等の基準を明確にし、さらには、食育への配慮など諸課題を十分に整理した上で、保育所と業者が十分に連携すれば、外部搬入においても食品の衛生管理や個々のアレルギー対応などが可能な状況になっている。

## 【効果等】

- ・ 調理室の設置（自園調理）を「参酌基準（法令の規定を十分に参照した結果であれば地域の実情に応じて法令の規定と異なる内容を自治体が定めることが可能である基準）」とすることで、保育ニーズにあった運営ができる。
- ・ 認定こども園の運営の効率化が図られ、かつ多様な保育ニーズへの対応が可能となるとともに、移行が促進される。
- ・ 参酌基準化により地域の自主性に委ねれば、改修費及び人件費の節減につながる。

## [子育て支援制度 3]

- 保育所においては設置基準のなかった飲料水用設備が、幼保連携型こども園においては、設置が義務付けられることとなったが、保育所では、こうした設備は衛生面に配慮して、利用を控えることが多く、必要性に乏しいため、「参酌基準」として飲料水用設備の設置要件を緩和する。

## 【背景】

- ・平成27年4月の「子ども・子育て支援新制度」の施行に伴い、幼保連携型認定こども園についても設置基準が見直され、次の方針に基づき新たな基準が策定された。
  - ・幼稚園と保育所の基準の内容が異なる事項は高い水準を引き継ぐ。
  - ・幼稚園と保育所のいずれかのみ適用がある事項は、学校かつ児童福祉施設としての性格に鑑み、両者の実務に支障のない形で引き継ぐ。
  - ・認定こども園に特有の事項で幼稚園・保育所の基準に定めのない事項は、現行の認定こども園の基準を参考としつつ、基準として追加すべき内容を整理する。
- ・これにより幼保連携型認定こども園には、幼稚園設置基準に定められている飲料水用設備の設置が義務付けられた。保育所においては、これまで衛生面を考慮して、園児が直接使用して飲むウォータークーラー等の飲料水用設備については、使用を控えている施設が多いことから、新たに飲料水用設備の設置を義務付けることは、幼保連携型認定こども園の移行を検討している事業者等に使用見込みの少ない設備の整備を強いることとなっている。

## 【効果等】

- ・飲料水用設備の設置について緩和を行い「参酌基準」とすることで、不要な設備を設置する必要がなくなるため、認定こども園への移行が促進される。

## 【子育て支援制度 4】

- 3歳以上児の完全給食の普及を促進するため、公定価格を改める。
  - ・施設型給付費において、3歳以上児の給食材料費に、3歳未満児と同様、主食を含める。
  - ・主食に係る経費は、公的負担ではなく保育料に含めて利用者が負担する。

## 【背景】

- ・国が示す公定価格について、入所児童の給食に要する材料費は「3歳未満児は主食及び副食給食費」「3歳以上児は副食給食費<sup>\*</sup>」とされているため、3歳以上児については、長年、主食（ごはん）を持参していることから、主食の準備が保護者の負担となっている。
  - 〔※昭和23年に保育所に係る措置費国庫負担制度が整備された時からの規定とされているが、3歳以上児の主食が除外された理由は不明である。〕
- ・食育指導及び衛生管理の点においても、完全給食化の方が合理的かつ安全である。
- ・一部の保育所では、保護者会負担で完全給食を行っているところもあるが、公定価格に3歳以上児の主食費が算入されず実費徴収が基本とされていることが、完全給食普及の足かせになっている。

## 【効果等】

- ・3歳以上児の完全給食化により、主食のみを準備するという保護者の負担が軽減できる。
- ・食育の推進、衛生管理の徹底を図るとともに、受益者負担のあり方を見直すことができる。

## 【子育て支援制度 5】

- 少子化対策・子育て支援として、地方が単独で行っている子ども医療費助成について、義務教育修了までの医療費助成を全国一律の制度として創設し、地方が負担する費用に対し国が財源措置を行う。
- より手厚い支援が必要なひとり親家庭の児童や重度心身障がい者（児）に対する医療費助成も、同様に国が財源措置を行う。

## 【背景】

- ・子育て負担軽減のため、子どもの医療費については、全ての市町村（計1,741）が助成を行っており（平成28年度厚生労働省調査）、そのうち義務教育修了まで助成しているものは、7割、高校卒業まで助成しているものは2割を超えるようになった。

少子高齢化の進行に伴い、実効性のある少子化対策・子育て支援が求められる中で、地方の単独事業として子どもの医療費助成拡大の動きが顕著になっている。

平成29年11月現在、県内20市町のうち、14市町が義務教育修了まで、1町が高校卒業まで入院・通院とも助成を実施しているが、財政事情等から助成拡大に踏み切れない市町もあり、子育て負担の格差が拡大することも懸念される。

- ・国民皆保険が義務付けられている我が国において、子どもの窓口負担の法定割合は、未就学児は2割、小学生以上は3割となっているが、住所地によって子どもにかかる医療費が違う現状は、誰もが同じ負担割合で医療を受けられるという国民皆保険制度の趣旨に反し、不公平感が生じており、国の責任において、全国一律の子ども医療費助成制度を創設することが求められている。・平成28年3月に「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」における議論がとりまとめられ、医療費助成制度については、社会保障の一環としてナショナル・ミニマムを基本とした国の制度設計に基づき実施されるべきであるとの意見もあった。
- ・また、より手厚い支援が必要であるひとり親家庭の児童や重度心身障がい者（児）に対する医療費助成制度も、子ども医療費と同様に全国で取り組まれており、事実上ナショナルミニマムとなっている。

## 【効果等】

- ・義務教育修了までの間は、住所地にかかわらず子どもの医療費が同じ取扱いとなり、保護者の不公平感が解消される。
- ・安心して子どもの医療が受けられることで、子育て支援に資する。
- ・より支援が必要なひとり親家庭や重度心身障がい者（児）に対する医療費の負担軽減によって、当該家庭の自立した生活につながる。



【子育て支援制度 6】

- 措置費の算定方法を、「暫定定員を基にした算定」から、施設の安定的な運営が可能となる算定方法に見直しを行う。

【背景】

- ・本県の母子生活支援施設「愛媛母子生活支援センター」（認可定員20世帯）は、近年、入所世帯の減少が続き、平成29年度以降は暫定定員を基に算定される措置費では、施設運営が困難な状況となっている。

【愛媛母子生活支援センターの入所世帯数と措置費の状況】 (単位：千円)

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
暫定定員	19世帯	17世帯	16世帯	11世帯	9世帯
月平均入所世帯数	13.5世帯	9.1世帯	6.8世帯	7.3世帯	—
管理運営費	45,135	39,451	37,334	35,000	40,560
措置費	45,135	39,451	37,334	27,990	27,114

※29年度と30年度の数值は見込み。

- ・県条例等で定める配置基準による最低限の職員体制で運営しており、かつ、人件費が管理運営費の75%以上を占めていることから、経費削減の余地がない。

【愛媛母子生活支援センターの収支状況】 (単位：千円)

	収入			支出	人件費	(割合)	管理費	事業費
		委託料	その他					
26年度	45,418	45,135	13	45,148	30,781	68.2%	10,970	3,397
27年度	39,519	39,451	68	39,519	30,439	77.0%	4,097	4,983
28年度	37,368	37,334	34	37,368	28,562	76.4%	4,831	3,975

- ・母子生活支援施設は、DV被害者のシェルター的な機能も有し、母子が共に生活をしながら支援を受けることができる唯一の必要不可欠な児童福祉施設であることから、例えば、管理運営費等の実績に応じて措置費を支弁するよう算定方法を見直すなどして、施設の安定的な運営が確保できる財源措置を講じる必要がある。

【効果等】

- ・地方自治体の財政事情に左右されることのない安定的な施設運営が可能となる。
- ・児童福祉法に規定されている都道府県の責務である福祉に欠ける母子の保護の実現に寄与することができる。

## 提言 32

# 児童相談所、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターの決定による母子生活支援施設への入所制度の導入

[子育て支援制度 7]

- 福祉事務所の権限となっている母子生活支援施設への入所決定の権限を、児童相談所、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターにも付与する。

### 【背景】

- ・ 婦人相談所や配偶者暴力相談支援センターにおけるDV相談や、児童相談所における児童虐待相談は、近年、高水準で推移している。

#### 【DV相談及び児童虐待相談の推移】

(単位：件)

		24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
DV相談	全 国	89,490	99,961	102,963	111,630	106,367
	本 県	485	851	739	673	650
児童虐待相談	全 国	66,701	73,802	88,931	103,286	122,578
	本 県	379	565	597	718	803

- ・ DV被害者の入所が半数以上を占めていることや、相談件数の状況からも母子生活支援施設に対する潜在的なニーズは高いと考えられるが、近年、入所世帯数は減少傾向にある。

#### 【母子生活支援施設の入所世帯数の推移】

(単位：世帯)

		25年度入所世帯	26年度入所世帯	27年度入所世帯	28年度入所世帯
全 国	全 体	2,652	2,304	2,278	—
	DV被害	1,442(54.4%)	1,335(57.9%)	1,290(56.6%)	—
本 県	全 体	16	10	7	8
	DV被害	13(81.3%)	8(80.0%)	4(57.1%)	5(62.5%)

- ・ DV被害者等の要保護母子の初期の相談対応を行う機関は、必ずしも入所決定権を有する福祉事務所に限らないため、相談から施設入所による保護・支援に結びついていないケースが多く存在すると考えられることから、相談対応を行っている機関が入所決定を行うことができる仕組みが必要である。

### 【効果等】

- ・ 相談から施設入所までのワンストップ化が図られ、相談窓口である児童相談所や婦人相談所等と施設が一体となった母子の保護及び自立支援が可能となる。

## [障害福祉制度 1]

- 市町村がサービス支給量の決定をより公平かつ適正に行えるよう、障がいの状況や生活状況等障がい者の個別環境事例等を専門的見地から検証し、市町村の支給決定の基準となるような全国統一のガイドラインを作成する。

## 【背景】

- ・ 障害福祉サービスの支給量については、現在、各市町村の裁量により審査会の審査判定を経て決定している。
- ・ 平成24年4月から、障害者自立支援法改正による支給決定プロセスの見直しにより、事前に作成したサービス等利用計画案を参考に支給決定を行うシステムが導入され、当事者のニーズが反映されやすいしくみとなったことは評価されるが、一方、介護保険のように区分による給付限度額が定められていないため、支給決定の公平性を確保する必要がある。
- ・ 市町村においては、サービス等利用計画案の内容が適正かどうか判断することがより強く求められるようになったことから、サービス利用者の意向を反映しつつ、公平かつ適正な支給決定を行うことができるよう、障がいの状況や生活状況等障がい者の個別環境事例等を専門的見地から検証し、市町村の支給決定の基準となるような全国統一のガイドラインの作成が必要となっている。

## 【効果等】

- ・ 全国統一的なガイドラインにより、公平性をもった適正な支給決定が可能となる。
- ・ 特異なケースを除き、支給決定事務がスムーズに行える。

〔障害福祉制度 2〕

- 地域生活支援事業のうち、障がい者の日常生活に必要な不可欠である移動支援や意思疎通支援などの必須事業の個別給付（法による福祉サービス）化を行う。

【背景】

- ・障がい者（児）が自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況を踏まえ実施されている「地域生活支援事業」については、必須事業と任意事業があり、いずれも国庫補助事業として実施されている。
- ・このうち、必須事業については、いずれも障がい者にとって欠かすことのできない重要な事業であるが、事業形態が補助事業であるため、市町村格差もあり、必ずしも利用者の必要量に見合った事業実施が行えるとは限らない状況である。
- ・平成24年4月に完全施行された障害者自立支援法改正において、同行援護（H23.10.1施行）、地域移行支援、地域定着支援が個別給付化されていることから、移動支援等についても同様に個別給付化することが望ましい。

《障害者総合支援法（25年4月名称変更）における福祉サービス等の体系》

【個別給付】

- 重度訪問介護（重度の肢体不自由者等の居宅及び外出時の移動中の介護等）
- 同行援護、行動援護（重度の視覚・知的・精神障害者の外出時の援護や介護等）
- 補装具（義肢、車いす、補聴器、眼鏡、盲人安全つえ等の給付）
- 地域移行相談支援（施設入所者等の地域移行に向けた住居確保等の支援）
- 地域定着相談支援（単身障害者等の常時連絡体制の確保や緊急事態への対応） など

【地域生活支援事業】

《必須（うち個別支援型事業）》

- 意思疎通支援事業（障害者の意思疎通を支援する手話通訳者、要約筆記者等の派遣）
- 移動支援事業（屋外での移動が困難な障害者の外出時の支援）
- 日常生活用具給付事業（特殊寝台、移動用リフト、たん吸引器、ストマ装具等の給付等） など

《その他》

- 福祉ホーム（住宅を必要とする障害者に低料金で居室提供、相談・助言）
- 訪問入浴サービス（身体障害者の居宅を訪問、浴槽提供及び入浴の介護）
- 社会参加支援（スポーツ、文化、芸術活動の場の提供等） など

個別給付化

【効果等】

- ・必須事業を個別給付化することにより、障がい者の地域生活に不可欠なサービスの提供が安定的に行える。

- 在宅の重症心身障害児（者）に対する身近な地域における日中活動サービスの提供が確保されるよう、重症心身障害児に対するサービス提供体制（医療サービスとの連携・専任職員の配置）を整えた場合や、利用者の地域に出向いてサービスを行う巡回方式を実施する場合の報酬の加算を行う。
- 利用定員増加の妨げとなっている、重症心身障害児に対し指定通所支援を行う場合における利用定員6人以上の場合の報酬を適正な水準に引き上げる。
- 短期入所事業所について、緊急時の利用等の保護者のニーズに対応できるよう、単独型・併設型にあつては緊急短期入所体制確保加算・受入加算を、空床利用型にあつては医療連携体制加算をそれぞれ拡充する。

**【背景】**

- ・在宅の重症心身障害児（者）とその保護者の希望は、生まれ育った地域で一貫したサービスを受けることであるが、本県では、中山間地域が多く、長い海岸線沿いを中心に都市が点在するといった地理的条件や、地域におけるサービス資源が限られていることから、サービスを利用するため長距離を移動して生活圏外の事業所へ通うなど、負担が大きいのが現状である。
- ・重症心身障害児（者）に対する日中活動サービス（生活介護・児童発達支援・放課後等デイサービス）については、医療的なケアが必要であり、急な体調不良によるキャンセルも生じやすいことから、常に一定人数の利用を確保しようとする、人口密集地域にサービスが偏る傾向にある。
- ・また、保護者の急病など、緊急時には短期入所を利用する必要があるが、事前に予約をしていなければ利用できない場合が多い。
- ・制度面でも、報酬については、利用定員6人以上の場合の報酬が生活介護の報酬と比べて低く設定されているため、既存の事業所が定員増を行うことが困難となっているほか、短期入所事業所において緊急利用のために空床を確保した場合の加算があるものの、単位数が少なく、十分に活用されていないとの指摘がある。

**【効果等】**

- ・既存の事業所における重症心身障害児の受入れが促進され、身近な地域におけるサービスの確保につながる。
- ・巡回方式の導入を併せて促進することにより、事業所の開設が困難な中山間地域等においても、サービスの確保を図ることができる。
- ・報酬水準を適正化することにより、規模の大小にかかわらず安定的にサービスを提供することができる。
- ・緊急時等の短期入所の利用の確保を促進することにより、不測の事態にも備えることができる。



〔障害福祉制度 5〕

- 国要綱に定められている措置費保護単価の決定時期を適用年度の前年度末又は年度当初に見直す。

【背景】

国要綱に定められている措置費保護単価については、本来、適用年度の前年度末又は年度当初には決定がなされるべきであるが、例年、当年度後半に決定されており、また、当年度後半に決定した単価を更に当年度末で一部改正し年2回決定する例も散見される。

措置児童が入所している施設は、当該単価が決定された月以降に年度当初の4月に遡って措置費を再計算するため、決定が遅いほど再計算月が多くなる。また、当該単価を年2回決定される年度は、再計算を2回行うことにより、事務がより煩雑になり、決定が年度末に近いほど再計算を行う期間が短くなるため、決算に支障をきたすこととなる。

また、各施設において、毎年度運営計画等を決定し施設運営を行っているが、当年度の当該単価が年度末まで未定であれば、施設に支給される措置費の額が年度末まで不明ということであり、計画的な運営を行うことが難しく、施設運営に支障をきたしている。

- 過去の厚生労働省事務次官通知「障害児入所給付費等国庫負担金及び障害児入所医療費等国庫負担金（平成25年度までの名称は「障害児施設措置費（給付費等）国庫負担金について）」の決定状況

- ・平成19年12月18日付け 厚生労働省発障第1218002号（平成19年4月1日適用）
- ・平成20年2月29日付け 厚生労働省発障第0229001号（平成19年4月1日適用）
- ・平成20年11月14日付け 厚生労働省発障第1114001号（平成20年4月1日適用）
- ・平成21年8月17日付け 厚生労働省発障第0817第4号（平成21年4月1日適用）
- ・平成22年1月28日付け 厚生労働省発障第0128第6号（平成21年4月1日適用）
- ・平成22年4月28日付け 厚生労働省発障第0428第10号（平成22年4月1日適用）
- ・平成23年3月30日付け 厚生労働省発障第0330第5号（平成23年4月1日適用）
- ・平成24年8月20日付け 厚生労働省発障第0820第1号（平成24年4月1日適用）
- ・平成25年7月30日付け 厚生労働省発障第0730第1号（平成25年4月1日適用）
- ・平成26年12月2日付け 厚生労働省発障第1202第8号（平成26年4月1日から適用）
- ・平成27年2月16日付け 厚生労働省発障第0216第5号（平成26年4月1日、一部は平成26年10月1日及び、平成27年1月1日から適用）
- ・平成28年6月14日付け 厚生労働省発障第0614第1号（平成28年4月1日から適用）
- ・平成29年10月5日付け 厚生労働省発障第1005第3号（平成29年4月1日から適用）

【効果等】

入所施設は前年度末又は年度当初に当該年度の措置費（医療費を除く）の収入額を把握することができることとなり、計画的な施設運営ができる。

入所施設は、年度当初に遡って再計算を行う煩雑さを解消することができることとなる。

## [障害福祉制度 6]

- 発達障がいの早期発見等のため、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（地域生活支援事業費等補助金）とする。
  - ・ 既に補助事業となっている「巡回支援専門員整備事業」をより高い補助率が確保できる特別枠に位置付け、発達障がいの早期発見に係る取組みを強化する。
  - ・ 現在、国と都道府県が連携して実施している、医療従事者等向けの対応力向上のための伝達講習のように、福祉・保育・療育・教育・労働等の支援者・関係者向けにも伝達講習のスキームを構築する。

## 【背景】

- ・ 発達障害者支援法において、市町村は、乳幼児健診等において児童の発達障がいの早期発見に十分留意する責務が課されている。しかし、法定の1歳半健診や3歳児健診のみではその発見が困難な場合もあること等から、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みせているが、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。
- ・ 巡回支援専門員整備事業（市町村事業）については、乳幼児健診以外の場における早期発見・早期支援を行ううえで重要な役割を果たす事業であるが、国の予算上の制約から十分な補助が受けられず、一部の自治体での導入に止まっている。
- ・ 発達障がい支援の困難さは、その対象者の多さに起因しているところも大きく、相当多数の支援者や関係者が発達障がいを学ぶ機会を提供することが必要である。しかし、都道府県・指定都市に設置される発達障害者支援センターでは、増加する相談の対応のため、発達障がいの情報の提供や研修の企画・運営を十分に行うことが難しくなっており、また、研修の講師となれる人材も、日頃当事者の支援に直接従事しているため、日本全国遍く出向いていけるほどの余裕もない。

## 【効果等】

- ・ 発達障がい児の支援においては、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ぐ効果が期待されることから、早期発見について一義的な責務を持つ市町村の取組みを支援し、増加する支援ニーズの高まりに対応する。
- ・ 国と県で役割を分担し、効率的なサイクルで多くの支援者・関係者が発達障がいについて学べるスキームを構築することで、地域で専門的に指導・助言することができる人材の育成と、日常的に当事者に関わる様々な立場の人々の対応力向上を同時に進め、社会全体の対応力の向上・理解の促進を加速化する。

【生活保護制度 1】

- 医療扶助の適正化に実効ある制度を導入する。
  - ・利用者への医療費通知を制度化するなど、受給者本人が受診内容を適切に把握できる仕組みを導入する。
  - ・初診料の自己負担制や医療費の一時立替払制度（自己負担分を支払った後、適正受診と認定されたもののみ当該自己負担分が償還される仕組み）を導入する。
  - ・生活保護、公費負担医療を含めた全ての制度について、国が一元的に保険医療機関等に対する指導・監査に責任を持つ制度に改正し、地方厚生支局に必要な人員を配置する。

【背景】

- ・生活保護費の約半分を占める医療扶助の適正化対策は、喫緊の課題となっている。

【医療扶助費総額と生活保護費総額に占める割合】 [単位：億円、%]

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
全 国	16,432	16,759	17,062	17,536	未公表	未公表
(割 合)	(46.9)	(46.5)	(47.0)	(47.6)	未公表	未公表
愛 媛 県	177	180	183	187	187	193
(割 合)	(50.8)	(50.3)	(50.5)	(50.7)	(51.0)	(51.8)

- ・生活保護受給者の「医療費は無料」という誤った認識等により、重複受診や頻回受診等が発生しやすく、医療扶助費の増加要因になっている。
- ・平成25年12月の生活保護法の改正により、国（地方厚生局）による指定医療機関への指導が可能となったが、現行体制では実効性に問題があり、有名無実である。

【効果等】

- ・不要不急の受診を抑制し、生活保護費の約半分を占める医療扶助の適正化を推進できる。
- ・医療機関等に対する指導体制の強化により、適正診療の推進及び医療費適正化に寄与する。

（参考）生活保護受給者の増加 [単位：人、%]

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
全 国	2,067,244	2,135,708	2,161,612	2,165,895	2,163,685	2,145,415
(保護率)	(1.62)	(1.67)	(1.70)	(1.70)	(1.70)	(1.69)
愛 媛 県	21,133	21,980	22,370	22,309	22,193	22,038
(保護率)	(1.48)	(1.54)	(1.58)	(1.59)	(1.59)	(1.59)

※各値は月平均値。ただし、H28 全国の値は、H29.3 時点の速報値。

（参考）生活保護費総額の増大（国と地方自治体の財政を圧迫） [単位：億円]

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
全 国	35,016	36,028	36,285	36,810	未公表	未公表
愛 媛 県	348	358	363	369	367	372

〔生活保護制度 2〕

- 生活保護法の受給要件を見直し、指示違反や不正受給を行った者に対し、悪質の度合いに応じた『一時廃止制度』を創設する。

【背景】

- ・生活保護費の不正受給については、全国で、平成28年度は、金額が167億6,662万円（前年度比1.8%減）、件数が44,466件（前年度比1.1%増）と、未だ多くの事案が発生している。

【全国の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
件数	41,909 件	43,230 件	43,021 件	43,938 件	44,466 件
金額	19,053,722 千円	18,690,333 千円	17,479,030 千円	16,994,082 千円	16,766,619 千円

【愛媛県内の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
件数	613 件	652 件	788 件	562 件	641 件
金額	202,308 千円	167,241 千円	183,319 千円	114,179 千円	160,084 千円

- ・生活保護法では、無差別平等の受給権が規定されており、たとえ暴力団員であっても、暴力団員であることを立証して保護要件を満たさないことを認定しないと申請を却下できない。
- ・不正受給を原因とした保護の廃止規定がない。
- ・生活保護法が改正されたが、不正受給対策では罰則の引上げや徴収金の上乗せ等、抑止力として効果の薄い対策に留まっている。

【効果等】

- ・法第60条及び第61条に規定する義務違反に厳正に対処することで、義務を遵守する被保護者との平等性を確保できる。
- ・違反者を防止することで、生活保護受給に偏見を持つ社会的風潮を是正できる。

〈参考〉 生活保護法（抜粋）

（費用の徴収）

**第 78 条** 不実の申請その他不正な手段により保護を受け、又は他人をして受けさせた者があるときは、保護費を支弁した都道府県又は市町村の長は、その費用の額の全部又は一部を、その者から徴収するほか、その徴収する額に百分の四十を乗じて得た額以下の金額を徴収することができる。（2項以下略）

（生活上の義務）

**第 60 条** 被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、自ら、健康の保持及び増進に努め、収入、支出その他生計の状況を適切に把握するとともに支出の節約を図り、その他生活の維持及び向上に努めなければならない。

（届出の義務）

**第 61 条** 被保護者は、収入、支出その他生計の状況について変動があつたとき、又は居住地若しくは世帯の構成に異動があつたときは、すみやかに、保護の実施機関又は福祉事務所長にその旨を届け出なければならない。

【生活保護制度 3】

- 現在の基準生活費の級地区分を実際の経済実態に応じたものに見直す。
- グループホーム入居者に、合理的な目的のない手持金の累積が生じた場合、入院患者、介護施設入所者及び社会福祉施設入所者と同様に、その累積額に応じた加算額の支給停止や保護の廃止ができる制度に改正する。

【背景】

- ・ 本県の場合、経済圏も同じで生活実態も大きな差異がないにも拘らず、県庁所在地の市の級地区分が「2級地-1」、隣接する市町が「3級地-2」であることから、基準生活費に大きな開きが生じ、市町間の不均衡が生じるとともに、周辺市町等から県庁所在地の市へ要保護者が流入する原因ともなっている。

また、現在の級地は、平成の大合併時に県庁所在地の市と合併した島嶼部の町などが経済実態に関係なく高い級地となるなど、矛盾を生じている。

〔標準3人世帯での生活扶助〕

- 2級地-1（松山市） 145,000円
  - 3級地-2（隣接市町） 129,910円
- （差額 15,090円）

- ・ グループホーム入居者には、居宅生活基準で生活扶助費を支給しているが、その基準に加算が計上されている場合、利用料との差額が累積し、数百万円の預貯金を保有したまま生活保護を受給している事例も発生している。

〔松山市における例〕

- 75歳単身者がグループホームに入所する場合の基準生活費  
109,460円（生活扶助1類・2類、住宅扶助）  
※上記以外に、障害者加算（1級：24,470円、2級：16,310円）  
冬季加算（11月から3月まで）（2,580円）

- グループホーム月額利用料の一例  
104,612円（食費、光熱水費、家賃、共益費）

【効果等】

- ・ 市町間の不均衡や被保護者間の不公平感を是正することができる。
- ・ グループホーム入居者の真の需要に応じた最低生活基準の算定を行うことで、生活保護受給の適正化に資する。



- 相続人のいない被保護者が死亡した場合の遺留金品は、福祉事務所への返還金又は徴収金、福祉事務所が死後に行った家財処分の経費等に充てられるようにし、なお残余を生じる場合は、直ちに国庫に帰属させるよう法整備を行う。
- 相続人がいる被保護者が死亡した場合の遺留金品についても、福祉事務所への返還金又は徴収金がある場合には、相続人による相続に優先して、これらに充てられるようにする。

**【背景】**

- ・ 相続人のいない被保護者が死亡した場合の遺留金品について、福祉事務所は、生活保護法施行規則第22条第2項の規定により、速やかに「相続財産管理人」の選任請求を行い引き渡すことになっているが、選任請求に係る費用に満たない場合には、歳入歳出外現金等の形で保管せざるを得ない。  
また、当該死亡した被保護者の福祉事務所への返還金又は徴収金は「相続財産管理人」の選任手続を経なければ回収できず、また、死後に家財処分料が必要となった場合も現行制度ではこれに充てることができない。
- ・ 相続人がいる被保護者が福祉事務所への返還金又は徴収金を残して死亡した場合、遺留金品があっても、相続が行われた場合は相続人に請求するしかない。

**【効果等】**

- ・ 返還金又は徴収金の未納を抑制するとともに、福祉事務所で速やかに国庫への返納手続を行うことで、実施機関における現金の保管等の取扱いも解消される。
- ・ 被保護者が生前に当然に納めるべき返還金又は徴収金を遺留金品で清算できる。

【生活保護制度 5】

- 保護の適正実施を図る観点から、リーマン・ショック以降、増加を続ける被保護世帯に対して必要な指導・援助を行う福祉事務所の現業員を確保できるよう十分な財源措置を講ずる。
- 地方の生活保護指導職員の人件費補助を増額し、必要な指導監査体制を拡充する。
- ケースワークのアウトソーシングについて検討を行う。

【背景】

- ・ 社会福祉法により現業員等の人員配置基準が設けられているが、各自治体では近年の被保護世帯の増加に対応して現業員の職員数の確保に努めているものの、厳しい財政状況等から、人員確保が困難な状況にある。また、交付税算定基礎には被保護者人数が用いられているが、生活保護業務は法定受託事務であることから、必要な現業員等に対する財源を確保し、各福祉事務所に対して手当する必要がある。

ケースワーカー数	平成19年4月 ①	平成28年4月 ②	増減 (②-①)
全国	12,814人	18,267人	5,453人
愛媛県	158人	208人	50人

(総務省：地方公共団体定員管理調査による)

- ・ 厚生労働省は、平成26年7月25日に閣議決定された「国の行政機関の機構・定員管理に関する方針」(国家公務員の定員を5年で10%以上合理化)に沿って、平成30年度において、生活保護指導監査委託費は「閣議決定を踏まえ、計画的な見直しを行う。(生活保護指導職員数：301人→295人)」との方針を示しているが、国家公務員の定数合理化のために地方の生活保護指導職員の人件費補助を削減することは不適切であり、また、リーマン・ショック以降の生活保護受給者の急激な増加に伴う業務の増大により、むしろ生活保護指導職員数は充実させる必要がある。

国費対象職員	平成22年度 ①	平成29年度	平成30年度 ②	増減 (②-①)
全国	356人	301人	295人	△61人
愛媛県	5人	4人	4人	△1人

本県の生活保護指導職員数(実配置)は、平成22年度から29年度まで7人であり、国費対象職員数とのかい離が拡大している。

【効果等】

- ・ 生活保護の適正実施の体制が確保される。
- ・ 指導監査体制が拡充されることによって、福祉事務所に対する指導が十分に行えるようになり、福祉事務所の業務執行能力の向上及び生活保護の適正実施に資することができる。
- ・ アウトソーシングによって、増減する被保護世帯に対し、時機を得た体制整備が可能となる。

【生活保護制度 6】

- 65歳以上の高齢者世帯に対する就労収入認定や源泉徴収の緩和等、稼働可能で意欲のある高齢者に対して、自らが増収を図ることができる支援策を導入する。

【背景】

- ・被保護者世帯に占める65歳以上の高齢者世帯の割合は年々増加を続けており、本県では平成27年4月に、全国でも平成28年3月に全体の5割を超えたところであり、対前年伸び率も高い伸び率を示していることから、今後も増加していくことが見込まれる。

【被保護世帯における高齢者世帯の占める割合】

〔単位：世帯、％〕

区 分		平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
全 国	高齢者世帯	636,469	677,577	719,625	761,179	802,811	855,586
	対前年伸び率	105.5	106.5	106.2	105.8	105.5	106.6
	構成割合	42.6	43.7	45.4	47.5	49.3	52.4
愛媛県	高齢者世帯	6,879	7,374	7,928	8,442	8,894	9,400
	対前年伸び率	105.2	107.2	107.5	106.5	112.2	111.3
	構成割合	42.5	43.7	45.8	48.5	50.8	53.3

※世帯数は月平均値で、保護停止中の世帯は除く。ただし、平成28年度の値は、全国、愛媛県ともに平成29年3月の速報値。

- ・高齢者の収入増については、年金以外には扶養義務者の支援以外に方策はなく、加えて身体の衰えに伴う医療費の増嵩も、保護費を押し上げる要因となる。
- ・その年金についても、満額の老齢基礎年金のみであれば、最低生活費の生活扶助と大差ないうえ、借家であれば最低生活費を下回る水準である。このため、傷病等不測の事態が生じると生活保護を頼らざるを得なくなる可能性が大きい。

【3級地-2】71歳、単身の場合(居宅)

(最低生活費：生活扶助 + 住宅扶助)	(老齢基礎年金)	(差 額)
(生) 60,310 + (住) 32,000 = 92,310 円/月	65,008 円/月	27,302 円/月

- ・雇用対策では、高齢者の雇い入れの際にも適用される事業主向けの助成制度（特定求職者雇用開発助成金）が創設され、雇用環境が改善されたところであり、高齢化が一層進む中、今後は生活保護の受給の有無に関わらず、稼働可能で意欲のある高齢者の就労意欲を喚起し、自らが増収に向かって積極的に取り組む方策が求められる。

【効果等】

- ・高齢者世帯の就労に伴う控除の創設、生活保護受給中の高齢者世帯の収入額認定の取扱いの改正等による支援策は、高齢者自らが増収を図っていくうえでのインセンティブとなる。
- ・増収に結び付いた高齢者が増加していくことにより、生活保護費増加の抑制に寄与するとともに、高齢者自身の生きがいづくりにも繋がる。

【生活困窮者自立支援制度 1】

○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】

- ・法により、事業実施主体が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。

## 【生活困窮者自立支援制度 2】

○生活困窮者自立支援制度の「その他事業」として、その日の食料に事欠く生活困窮者を対象に、現物支給による一定期間（資金貸付が実施されるまでの間：7日程度）の食料支援を可能とする。

## 【背景】

- ・生活困窮者自立支援法が施行され、生活保護に至る前段階の自立支援策を包括的に行っているが、自立相談支援機関への相談時に、その日の食料に事欠く生活困窮者に対する緊急支援の制度がない。
  - ・一定の要件を満たす場合、生活福祉資金貸付制度も活用可能であるが、貸付決定までに1週間程度が必要である。
  - ・また、生活保護申請をした場合、職権による緊急保護も可能であるが、申請当日の保護費支給は現実的に不可能である。
- ・本県においては、平成29年4月から愛媛県社会福祉協議会が新規事業として緊急支援ネットワークを構築し、企業の協力のもと食糧支援を県下全域でカバーできることになり、緊急の支援が行われることになったが、他県においては、苦慮している状況である。
- ・生活困窮者自立支援制度の「一時生活支援事業」においては、「住居のない生活困窮者であって、所得が一定水準以下の者に対して、原則3カ月（最長6カ月）に限り、宿泊場所の提供や衣食の供与等を実施」できるが、住居のある生活困窮者は対象となっていない。
- ・今後、生活困窮者自立支援制度による早期把握と早期支援による相談支援が定着すれば、同様のケースは減少すると考えられるが、一定の期間は類似事例が生ずる可能性があることから、「制度の狭間」に陥らないよう支援する趣旨に鑑み、現に食料に困窮している事実に着目した食料の現物支給の事業が必要である。
- ・また、一方では食品の製造・流通過程で生じた売れ残りや規格外品などのいわゆる「食品ロス」が発生し、資源の有効活用や環境負荷への配慮が求められているが、福祉分野における活用についても、各省庁と連携して支援策を検討すべきである。

## 【効果等】

- ・緊急的な食料支援を要する生活困窮者も一定期間支援することで、自立相談支援制度自体の円滑な実施と地域の福祉増進に寄与する。
- ・また、同制度で提供する食料について、安定供給の観点からも製造過程で生じた長期常温保存が可能な規格外の食品などを活用できれば、「食品ロス」の削減にも繋がり、資源の有効活用や環境負荷の低減にも寄与する。



## 【地域福祉制度 1】

- 民生児童委員が担っている高齢者・障害者など援助を必要とする者の見守り、相談援助、福祉サービスに関する情報提供や関係行政機関との連絡調整などについて、補助的な役割を果たす仕組みを創設する。具体的には、消防関係者や自治会役員など地域住民の情報を保有している者のほか、今後、地域において中核的な役割を担うこととなる者について補助員として任命する制度を新たに設け、効果的、効率的な活動に繋げるため、情報を共有できる仕組みをつくり、民生児童委員の役割を分担することで負担の軽減や後継者の育成に繋げる。

## 【背景】

- ・大正6年に発足した民生児童委員制度は、平成29年に創設100周年となり、これまで時代の変化に応じて地域社会における幅広い活動に取り組んできたところ、近年では、過疎化や少子高齢化の急速な進展により、地域内において高齢者世帯が多く、活動に十分な時間を確保できる適任者が見つからないなど、市町村からは民生児童委員のなり手確保が困難となっているとの声があがっている。
- ・一方で、社会福祉をめぐる環境は大きく変わり、地域においてお互いが支え合う住民同士の繋がりが希薄化し、社会的孤立の中で、虐待や振り込め詐欺などによる高齢者の被害など地域福祉を取り巻く様々な課題が顕在化しており、すべての住民が地域社会で安心して暮らすため、住民に最も近い地域福祉の担い手として、民生児童委員には高度で幅広い役割が求められている。
- ・さらに近年の大規模な災害発生時には、避難行動要支援者の支援や地域住民の安否確認など地域において人命に関わる役割を担うなど、非常に重要な役割を果たしている。
- ・28年12月1日の一斉改選では、全国で欠員が発生し、本県においても、民生委員への期待の高まりの中で負担はますます増していることから、委員を補助する者を創設してほしいとの具体的な要望があったところである。

## 【効果等】

- ・地域において民生委員の活動を補助する制度を創設することにより、一定地域に一人配置される民生委員の負担を減らすとともに、防災の観点からも地域社会に複数の支援者が存在することで、災害時における避難行動要支援者や地域住民の支援を拡充する効果が期待でき、結果として、民生委員のなり手を確保し、後任者の選任にも繋がると考えられる。

【その他 1】

- 新制度導入や制度改正に当たっては、現場の準備に必要な情報を早期に提示するとともに、施行時期も現場の準備期間を勘案し設定する。
- 全国一律の施策展開でなく、各自治体が地域の実情に合わせて自主的かつ柔軟に実施を選択できるようにする。
- 全国一律に「地方計画等の策定」を強要するのではなく、各自治体が地域の実情を勘案し必要なもののみを策定できるよう自主性を尊重する仕組みとする。

【背景】

・新制度導入や制度改正の主な事例

法令・制度等	施行までの経緯等	現場での対応
看護職員需給見直し	平成30年度から医療計画が実施されるのに合わせ、次の第8次見通しが平成30年から適用予定となったことに伴い、28、29年は推計による暫定見通し（県見通しの策定方法を含む）が27年末に国から示されることになっていたが、実際はその時点では何も示されなかった。また、第8次見通しについても28年度から策定作業を始める必要があるが、国の方針がなかなか示されなかった。 27年12月に、国は2カ年の需給見通しについては策定しないことを決定し、第8次需給見通しについては、看護職員需給分科会において検討されており、平成30年度に推計ツールが示される予定。	第8次需給見通しについては、地域医療構想との整合性の観点から、2025年（平成37年）における看護職員の需給推計を行う予定。推計にあたっては、国が策定する推計ツールを用いることとなっている。
子ども・子育て新制度	29年度から、保育士等の処遇改善に関してキャリアアップ研修を国は制度化したが、研修の水準確保のため全国一律の制度として国の役割として研修事業を実施していただきたい。仮に、地方の役割と整理するのだとしても、実施方策の検討や予算措置に相応の準備期間を設けるべきであったほか、財源については2分の1補助ではなく10/10で確保していただきたい。	全国的に通用する研修である一方、研修の実施主体や水準が各都道府県でまちまちとなっている。また、保育士については厚生労働省からガイドラインが示されたが、幼稚園教諭や幼保連携型認定こども園の保育教諭に関しては方針が示されておらず省庁間の足並みも揃っていない。

- ・厚生労働省は、近年、特定の自治体の成功事例を全国一律で導入しようとする傾向があるが、地域によって資源や事情が大きく異なることから、優良事例の報告や推奨にとどめ、事業実施については各自治体の裁量に任せるべきである。
- ・厚生労働省は、自治体に対し分野ごとに「地方計画等の策定」を求めることが多いが、計画等の策定が目的化している感がある。自治体の現場では必要性に疑問を感じるものもあり、特に小規模自治体では事務負担が大きくなっている。同省が国の計画や方針等を策定し自治体に示すことは意義があると思われるが、自治体に地方計画等の策定を強要することは、地方の自主性を損なうことにもつながる恐れがある。

【法令で策定を義務付け又は努力義務とされている計画等（主なもの）】

地域福祉計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、がん対策推進計画、地域保健医療計画（地域医療ビジョン）、健康増進計画、子ども・子育て支援事業支援計画、障害者計画、老人福祉計画、介護保険事業計画 等

【効果等】

- ・新制度や制度改正の施行に当たって、現場において十分な準備を行い、万全の態勢で臨むことができるようになる。
- ・各自治体が地域の実情を勘案し、自主的な判断により、真に必要な施策や計画等のみを選択することで、地方分権を推進することができる。

【その他 2】

- 国庫負担（補助）金において、国は適正な補助基準を示し、その基準に基づき算定した要望額については、所要予算額を確保する。
- 国が基準を示して施策展開する事業において、基準を満たすために最低限必要となる施設整備費用等の補助については、地方に過重な負担を強いることのないよう、実態に即した補助基準を定めて、所要予算額を確保する。

【背景】

・ 所要予算額不足の主な事例

補助金名等	内 容
感染症予防事業費等国庫負担（補助）金（健康増進事業）	市町が実施する健康増進事業（健康教育・健康相談・健康診査等）に対して県が補助する額の1/2を国が補助するものであるが、平成29年度は要望額に対し25.9%内示減があり、減額分については市町が超過負担することとなった。 平成29年度要望額 23,869千円 → 内示額 17,690千円
感染症予防事業費等国庫負担（補助）金（難病特別対策推進事業）	難病患者等の安定した療養生活の確保を図るため、地域における受入病院の確保事業や保健所を中心とした療養支援事業に係る経費で、国が1/2補助するものである。国も難病法に基づく基本方針で支援体制の強化を図ることとしているが、平成29年度は要望額に対し5.7%内示減があり、減額分については都道府県が超過負担することとなった。 平成29年度要望額7,377千円 → 内示額6,960千円
介護保険事業費補助金（認知症疾患医療センター運営事業）	認知症疾患医療センターが認知症専門医療の中核的機関として大きな期待を集め、認知症への不安を抱える者やその家族から一層の整備拡充が求められている中で、認知症疾患医療センター運営事業の業務内容に変更がないにもかかわらず、センター1箇所当たりの国補助額が減少したため、医療機関との信頼関係が著しく損なわれ、運営事業の円滑な実施に支障が生じている。 1箇所当たり国補助額（地域型） 25年度2,419千円 → 26～29年度はいずれも1,810千円

【効果等】

- ・ 全国的に統一された内容で実施されるべき事業等の円滑な実施が図られる。  
（市町における健康増進事業の円滑な実施、認知症疾患医療センター運営事業の充実等）

## [その他 3]

- 災害時要援護者が多く入所・利用する社会福祉施設・事業所等の防災機能の向上及び入所者等の安全・安心の確保のため、介護報酬等の報酬体系の中に、社会福祉施設等が防災士等防災に関する知識・技能を有する者を配置した場合の加算制度を創設し、事業者及び利用者の防災意識の向上を図るとともに、より実効性のある避難計画による避難訓練を実施することにより、防災対策の充実を図る。

## 【背景】

- ・平成28年4月の熊本地震や9月の台風10号の水害による岩手県岩泉町の認知症高齢者グループホームの死亡被害など、大規模で”想定外”の自然災害が多発しており、社会福祉施設等の防災対策は喫緊の課題である。
- ・特別養護老人ホームをはじめとした社会福祉施設等は、要介護者、乳幼児等災害時の援護を必要とする方が多く入所・利用しており、また、非常災害時の福祉避難所として指定されているところもあり、利用者以外の災害時要援護者の受入先としても期待される役割は大きい。
- ・社会福祉施設等からも、自施設に防災士の配置が必要との声はあるが、現状では、受講料を自己負担の上、研修を受けて試験に合格する必要があり、防災士の配置が進まない。

## 【効果等】

- ・介護報酬等の報酬体系の中に「防災士配置加算」等を位置付けることにより、
  - ①防災機能の向上及び入所・利用者の安全・安心の確保に資する。
  - ②費用負担が軽減され、資格取得が容易になるとともに、職員の資質向上にもつながる。
  - ③防災士を配置した社会福祉施設等は、防災対策に積極的に取り組む姿勢を対外的に示すことができる。
- ・社会福祉施設等に防災士等資格者がいれば、事業所の個別の事情を踏まえた計画策定・避難訓練の実施が容易になるだけでなく、平時から職員、利用者等へのきめ細かな意識啓発等が可能になる。
- ・今後、各市町に所在する社会福祉施設等に防災士等専門職が配置されることにより、施設等からの防災対策の発信力が高まり、関係機関と連携し地域の防災対策の核となっていくことが期待される。



【その他 4】

- 市町村及び都道府県が処理する社会保障に関する給付制度の新設・改正の際は、国民にとってより簡素な申請となり、事務処理の負担も軽減されるよう、時間的余裕を持って、国民に身近な地方の意見を聴き、その意見を反映させることをルール化する。
- 国が定める事務処理要領に基づき、処理している事務手続きについても、地方の自由度を高めるなど、制度の見直しを継続的に検討する。

【背景】

- ・ 次の給付事務については、事務的に支障があり、改善の余地（必要）がある。

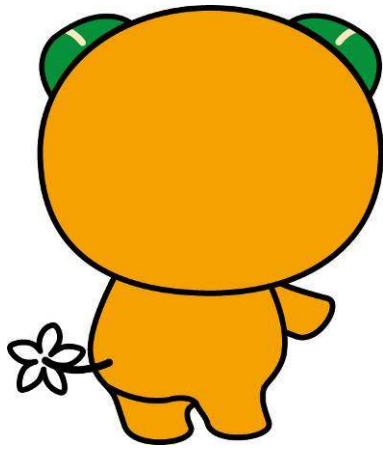
特別児童扶養手当の認定要領において、様式に「学校生活管理指導票の指導区分」欄が設けられたが、判定にどう活用するか基準等が定められていないことから、取扱に苦慮している事例がある（平成27年6月19日付け障害保健福祉部長通知で改正された様式6号）
- ・ 上記の事務をはじめ、社会保障に関する給付制度のほとんどが、市町村及び都道府県で処理されているが、地方の意見を聴くことなく、一方的に複雑で新たな負担が生じる処理を強いており、例えば臨時福祉給付金等に係る事務のように、自治体の事務処理に大きな支障を来してきた状況がある。
- ・ 地方は、聖域なき行政改革を経て、知恵と工夫を生かした行政運営を行っており、事務負担の軽減に関するノウハウや、様々なアイデアを有している。
- ・ また、社会保障分野は、マイナンバー利用事務の中心であり、マイナンバー制度導入に当たっては、添付書類の削減に加え、事務手続の簡素化にも取り組んでおり、市町村や都道府県の単独事務については、手続自体の見直しも行っている。国で事務処理要領を定めている地方の事務についても、添付書類削減以外の事務手続の見直しを行う絶好のタイミングであり、今後も、国民にとって分かりやすく、簡素な制度となるよう、不断の見直しは、必要である。

【効果等】

- ・ 臨時福祉給付金等に係る事務処理について、地方の意見を聴くなどして、年金の支給スキームを活用していれば、地方の大幅な負担軽減とともに、申請の簡素化が図られ、受給者にとっても、手間のかかる手続きが必要なかったものと考えられる。
- ・ マイナンバー利用分野の中心である社会保障関係の給付制度の手続が簡素化されることにより、国民にとって、マイナンバー制度導入の効果も実感できる。







愛媛県イメージアップキャラクター  
みきやん