

えひめ発の 社会保障制度改革提言 第4版

平成28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4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
2 医療制度	
提言8：医師確保対策の拡充	9
提言9：保険医療機関等に対する指導・監査体制の充実強化	10
提言10：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	11
提言11：新たな財政支援制度に係る実施事業の拡充	12
提言12：届出による救急医療に関する病床の設置	13
提言13：ドクターヘリ導入促進事業に対する財源措置等	14
提言14：地域医療介護総合確保基金制度の改善	15
提言15：難病及び小児慢性特定疾病医療費助成制度の改善	16
3 介護制度	
提言16：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	17
提言17：介護サービスの料金上乘せ制度の導入によるサービスの質の向上と介護職員等の処遇改善	18
提言18：介護サービスの地域間格差の是正	19
提言19：介護サービス事業者及び利用者における要介護状態改善への意識向上	20
提言20：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	21
提言21：介護支援専門員の資質向上に係る研修制度の改善	22
提言22：介護保険法運用解釈のあり方の改善	23
提言23：「認知症サポート医」制度の見直し	24
提言24：外国人介護人材の受入れの拡充	25
4 子育て支援制度	
提言25：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	27
提言26：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	28
提言27：施設型給付費への3歳以上児主食費の算入	29
提言28：保育士修学資金貸付事業の見直し	30
提言29：放課後児童支援員認定資格研修の弾力的運用	31
提言30：少子化対策としての子ども医療費助成制度の創設	32

5 障害福祉制度

提言 31：障害福祉サービス支給量の決定方法の改善	33
提言 32：地域生活支援事業における必須事業の個別給付化	34
提言 33：高齢障害者に対する福祉サービスの見直し	35
提言 34：重症心身障害児（者）の在宅支援体制整備	36
提言 35：障害福祉サービス相談支援体制の整備	37
提言 36：障害児入所施設に係る措置費の制度改善	38
提言 37：障害者就労施設における授産活動支援の充実	39

6 生活保護制度及び生活困窮者自立支援制度

生活保護制度及び生活困窮者自立支援制度に関する提言について	40
【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：生活保護費の返還金及び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
【生活困窮者自立支援制度】	
提言 43：町村の責務等の明確化と都道府県の広域加算の見直し	46
提言 44：食料を欠く生活困窮者に対する緊急支援	47

7 その他

提言 45：現場の実情を十分考慮した施策の展開	48
提言 46：国庫負担（補助）金の所要予算額確保	49

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、社会保障給付費が既に年間 100 兆円（うち約 4 割が国と地方の公費負担）を超えており、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。

このため、国において、“社会保障と税の一体改革” 具体化のための検討が進められた結果、平成 25 年 8 月には「社会保障制度改革国民会議」による報告書が取りまとめられ、同年 12 月には国民会議報告書の方向に従い、各分野における制度改革の具体的方向性や時期を示す「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（通称プログラム法）」が成立しました。その後、順次、個別法が成立・施行され、平成 27 年 5 月の「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の成立により法整備は一段落を迎え、現在は「社会保障制度改革推進会議」で、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年度を見据えた社会保障制度のあり方について議論が行われているところです。

改めて申すまでもなく、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方向にあることから、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確保す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どころです。

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が、具体的な将来像や国民負担の見通しが示されておらず、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。

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 市町との連携のもと見直しを行い、第 4 版として取りまとめたものですが、本提言が今後の社会保障制度改革の議論に一石を投じ、改革の前進につながることを期待します。

平成28年3月

愛媛県社会保障制度改革プロジェクトチーム

〔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各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各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：東京都3.3倍、愛媛県は1.4倍（久万高原町445,396円：宇和島市311,559円）
〔全国市区町村格差〕（最大：東京都利島村555,744円 最小：東京都小笠原村170,706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3.0倍、愛媛県は1.6倍（東温市88,784円：愛南町54,693円）
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道猿払村149,539円 最小：沖縄県粟国村28,969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8.0倍、愛媛県は2.2倍（松山市57.0万円：松野町25.4万円）
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道猿払村252.6万円 最小：沖縄県多良間村14.1万円）

○都道府県間格差

- ・1人当たり医療費の都道府県間格差
1.4倍（山口県397,230円：沖縄県276,918円、愛媛県は352,613円）
- ・1人当たり保険料の都道府県間格差
1.7倍（神奈川県94,427円：沖縄県54,750円、愛媛県は77,457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91.4万円：沖縄県36.5万円、愛媛県は47.2万円）
- ・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]

- 全国国保の実現に向けて、財政規模の全国化を図るため、国保の全ての医療費を全都道府県からの拠出金で賄う共同事業（再保険事業）を実施する。
- 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。
- 国保の都道府県移管という大きな改正に合わせ、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】

- ・ 平成30年度からの国保の都道府県移管によっても、都道府県間の格差は解消しないため、全国単位で保険料の平準化・財政の安定化を図るために、都道府県の拠出金で医療費を賄う全国レベルの共同事業（再保険事業）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ているが、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。
なお、現在、国保組合への国庫補助のあり方が国の検討課題となっている。

【効果等】

- ・ 国保の財政基盤の強化が図れる。
- ・ 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、近年、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。

[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、今後、導入が予定されている社会保障・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。

[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、子ども的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、市町村国保及び後期高齢者医療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。

〔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。
- 新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、「医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要」で、「現在以上に医師が偏在することのないよう、十分配慮すべき」として検討が進められているが、その実現策として、専門医を養成する研修施設の研修受け入れ数に地域バランスを考慮した定員を設けるなど、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。

- 国民健康保険の都道府県移管が行われる場合は、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に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26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68億1千万円となっているが、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

- ・ 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。
- ・ 平成30年度に予定される国保運営の都道府県移管を踏まえると、都道府県が指導・監査等に関わることは、国保の運営責任主体としての立場や地域医療を確保する立場と保険医療機関等を指導・監査すべき立場が混同し、中立性や公平性が保てなくなる可能性がある。
- ・ 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 3〕

- 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。
- ・ 法制定時には想定されていなかった無資格者による施術や海外発祥の施術等が広がり、県民にとって有資格者による施術との区別がつきにくくなっており、施術を受けたい人が的確に判断できない。
- ・ 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 4]

- 地域医療介護総合確保促進法にある「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」を追加し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、災害時の医療を全県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

- ・新たな財政支援制度は、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 5]

- 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、救急医療体制において不可欠な診療機能を有する病院又は診療所に必要な病床についても、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 6】

- ドクターヘリの運航に必要な施設・設備の整備に対する支援制度を創設するとともに、ドクターヘリの運航経費を含む医療提供体制推進事業費補助金について、補助基準額に応じた交付がなされるようにする。

【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。
- ・ 本県では、現在、ドクターヘリの導入に向けた検討を進めているが、格納庫・給油施設や搭載医療機器など、運航に必要な施設・設備の整備に係る多大な経費や維持管理に対して財政支援がなく、財源の確保が大きな課題の一つとなっている。
- ・ また、導入後の運航経費についても、ドクターヘリに対する補助金は、医療提供体制推進事業費補助金の一部（国庫補助率2分の1）であるが、年々、補助金総額が削減されてきていることから、将来にわたって財源を確保できるかどうか不透明な状況である。
- ・ なお、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、前述のとおり内示額が事業計画額を大幅に下回る状況が続いており、事業の縮減や中止を余儀なくされている。

年度	予算総額	都道府県計画額	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%

* 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 7〕

- 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こと。
- 将来にわたり十分な財源を確保すること。

【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、地域医療介護総合確保基金（以下「基金」という。）を活用した事業を実施するとともに、地域医療構想の策定に取り組んでいるところである。しかしながら、先般、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）」の内示では、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くなったことから、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た。
- ・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策定にも深刻な影響を及ぼすとともに、不要な医療費の増大を招くことが予想される。
- ・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。なお、特定健診受診率の向上に努めるなど、医療費の抑制の取組みは地方もしているため、医療費の増大は招かない。
- ・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 8〕

- 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。

【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。
- ・なお、当該制度は、平成27年1月から医療費助成が法制化された後においても、その効果の検証や評価結果が示されないまま、継続されているところ。
- ・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。

[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26年度には87.0%となり、8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26年の都道府県別順位で第8位、29.7%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26年度には約1,315億円となっており、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代以上の失業率は概ね5%以下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%〕

〔H24完全失業率：20歳～24歳：7.9%、25歳～29歳：6.4%、30歳～34歳：4.6%、35歳～39歳：4.1%〕

【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]

- 一定レベル以上のスキルを有する職員の雇用や基準を上回る職員の配置などにより質の高いサービスを提供する事業者の認定制度等を導入するとともに、認定事業者には一定の範囲内でサービス料金を独自に設定することを可能とし、介護給付費に上乘せとなる収益分により、介護職員等の処遇の改善を図る。
 - ・ 質の高いサービスを求める利用者は、自己負担により選択できる制度とする。
 - ・ 介護サービス費用の9割（又は8割）相当額が事業者を支払われる現行の介護給付費の仕組みは維持しながら、上乘せ料金部分は事業者と利用者との契約に委ねる。
 - ・ 上乘せ料金による収益の用途は、介護職員等の処遇改善に限定する。

【背景】

- ・ 介護職員等の処遇改善には、介護報酬の単価アップが必要であるが、現行制度では、介護保険財政に直接影響を与えることとなるため、財源確保が大きな問題となっている。
 - ・ 全国一律の定額の介護報酬では、事業者において人件費の充当に限界があるため、より質の高いサービス提供を目指して、基準以上の人員配置を行った場合、介護職員等の処遇改善につなげるのは困難である。
 - ・ 介護職員処遇改善加算が、平成27年度の介護報酬改定で拡充されたものの、加算率はサービス種類ごとに一律であり、各事業所の人員配置等の実情を必ずしも反映したものでないうえ、事務が煩雑となり、賃上げのインセンティブとして十分に機能していない。
- また、加算対象は、介護職員に限定されており、対象外となる他職種との不公平感は強い。
- ・ 介護人材確保にかかるアンケート（平成26年3月、愛媛県社会福祉協議会・愛媛県福祉人材センター）によると、次のとおり人材確保や処遇等に課題がある。

【事業者】

- * 求人してもほとんど応募がなかった。（36.2%）
- * 介護人材が不足する見通し。（60.7%）

【職員】

- * 転職意向がある職員のうち賃金に満足できない。（61.3%）
 - * 給与以外の労働条件として、介護職員の増員による業務負担軽減を求める。（59.2%）
- ・ 国では、技術や知識の認定制度を設けて、職員の待遇改善につなげる方策が検討されている。

【効果等】

- ・ 介護保険財政に影響を与えないで、利用者負担によるサービスの質の向上と介護職員等の処遇改善が図られる。
- ・ 介護人材不足の解消及びより優秀な介護人材の確保が図られる。
- ・ 介護職員は自身の資質向上が処遇改善につながるため、モチベーションの向上が期待される。
- ・ サービスの質を高める努力をする事業者は、一定の範囲内で高い料金設定が可能となる市場原理が働き、事業者の質の向上が促進される。
- ・ 利用者は、より質の高い介護サービスを選択できる。

[介護制度 3]

- 市町村と協議の上、都道府県において、報酬単価の上乗せ設定を可能とする制度により、過疎地域への介護サービス事業者の誘導等を図る。

【背景】

- ・ 現行制度では、人件費などの地域差を適正に反映させるために、全国を7つの地域区分に分類し、都市部においては、その区分ごとに報酬単価が割り増しされているが、愛媛県の市町は全て同一の区分に属しているため、報酬単価は愛媛県内で統一（1単位10円）されている。
- ・ 愛媛県内の都市部とそれ以外の地域では、介護サービスの集積度に差があり、同じ要介護度で認定されても受けられるサービスに違いが生じている。
- ・ 特に山間部の点在集落を抱える地域を担当するデイサービス事業者にとっては、往復2時間を要する利用者もあり、サービスの効率も悪くまた、送迎に係る人員や車両の負担も大きい。現在の介護報酬体系では、このような特殊事情が反映されたものとなっていない。

(例：デイサービス事業所分布状況)

○多い順

- | | |
|---------|--------|
| 1. 松山市 | 199事業所 |
| 2. 宇和島市 | 61事業所 |
| 3. 今治市 | 51事業所 |

○少ない順

- | | |
|----------|------|
| 1. 松野町 | 3事業所 |
| 2. 久万高原町 | 4事業所 |
| 3. 上島町 | 5事業所 |
| 3. 砥部町 | 5事業所 |
| 3. 伊方町 | 5事業所 |

【効果等】

- ・ 介護サービス事業者が過疎地域に進出してくることにより、都道府県内のどの地域においても同等のサービスが受けられるようになり、サービスの不平等感の解消が図られる。

[介護制度 4]

- 更新認定等において要介護度が改善した場合に、サービス事業者にインセンティブが働く仕組み（例えば介護報酬加算や一時金など）をつくとともに、サービス利用者には、次回更新までの自己負担額の軽減措置等を図る。

【背景】

- ・ 介護保険制度の本来の趣旨は、要介護状態や要支援状態の軽減又は悪化の防止に資することにあるが、サービス利用者やサービス事業者の中には、以下のような例があると指摘されている。

▶ [サービス利用者]

- ・ 適正な審査の下で要介護度が改善し、従前に受けていたサービスに頼らなくても良い状態が維持できるようになったにもかかわらず、要介護度が改善されることによって支給限度額が下がり、従前のサービスの利用を継続できなくなることへの不満や不安を抱く者が多く見受けられる。

▶ [サービス事業者]

- ・ 介護保険の本来の目的である「要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」への意識が薄く、漫然とサービスを提供しているものが見受けられる。

(参考) 介護保険法第2条第2項

「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。」

- ・ 更新認定等により、介護度が改善した者の割合が低い。

(代表的な愛媛県の市町データ)

○平成23年度

前回より介護度が高くなった者	23.7%
前回と介護度が変わらなかった者	70.3%
前回より介護度が低くなった者	6.0%

○平成24年度

前回より介護度が高くなった者	28.3%
前回と介護度が変わらなかった者	64.3%
前回より介護度が低くなった者	7.4%

【効果等】

- ・ サービス利用者においては、要介護度改善や自立した生活に戻ることに意識向上を図ることができる。
- ・ サービス事業者においては、要介護度改善の実績をアピールすることにより、信頼向上につなげることができるほか、事業者間の競争によるサービスの質の向上も期待できる。
- ・ 要介護度改善者の増加により、介護給付費の抑制が図られるとともに、要介護度が改善することへの苦情の減少が見込まれる。

【介護制度 5】

- 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共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、介護給付費の抑制やボランティア活動のインセンティブに繋がるほどのものとは言えない。
- ・ 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、身近なところから参画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 6]

- 指導者の養成研修を地方ブロック単位で各研修ごとに行うなど、介護支援専門員の資質を向上させるために必要な指導者については、国の責任において育成を図る。
- 今後の研修体系の見直しにあたっては、介護の現場を担い、研修実施機関である都道府県に対し意見照会を行い、現場の実態にあったものにする。

【背景】

- ・厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準の一部改正（H26.6.2 付け厚生労働省告示第 248 号）等により研修の基準が改正され、それを踏まえ介護支援専門員資質向上事業実施要綱が制定されたところである。（旧要綱は廃止）
- ・この改正により、介護支援専門員の資質を更に向上させるとして、医療系の専門講義や演習が付加される等研修内容が大幅に強化されるとともに、主任介護支援専門員については 5 年ごとの更新制が導入され、平成 28 年度から施行されることとなった。
- ・新研修カリキュラム移行に向けて国においては、新しい実施要綱に基づいた研修が各都道府県にて円滑におこなわれることを目的としたガイドライン（案）を策定し、これに基づいた全国指導者養成研修会を平成 27 年 2 月に開催したが、ガイドライン（案）の記載内容に不備が多く、また養成研修会は制度の説明が主で内容に踏み込んだものとは言い難い状況である。
- ・国への照会では、ガイドラインの修正版（確定版）及び新研修カリキュラムについての Q & A も作成中である旨の回答があったが現時点ではいずれも示されていない。
- ・指導者の養成については各研修ごとに統一されたものはなく、都道府県によって養成状況に差があるのが現状である。
- ・新研修カリキュラムについては、平成26年6月に告示されたが、研修実施機関である都道府県に対して意見照会が行われることもなく、さらにパブリックコメント等でも都道府県からの多くの反対意見が提出されたが、一顧だにされず、国として何らのフォロー体制の考えもなく改正が強行されたのははなはだ遺憾である。（現場の実情を無視した研修カリキュラム改正では、資質の向上につながらないばかりか、粗悪な介護支援専門員を濫造するだけである。）

【効果等】

- ・研修指導者が十分に確保され、実務従事者に対して少人数できめ細やかな研修が実施されることになってはじめて、ケアマネの資質の向上が図られ、自立支援に資する適正なサービスの提供が可能になる。

[介護制度 7]

- 介護保険制度の運用解釈について国にQ & Aボックスを設置し、都道府県・中核市からの質問を一元管理して、現場の実情に応じた解釈が速やかに実行されるようにする。

【背景】

- ・ 介護保険法の運用解釈については、「介護報酬の解釈（社会保険研究所刊行）」に依拠して運用しているが、適用が不明な事例については、その都度厚生労働省の担当者に照会して回答を得て運用している。
- ・ 厚生労働省への照会については、愛媛県だけでも年間で数十件に及ぶ一方、文書による回答はほぼ皆無、国も都道府県も担当者は短期で変わり、解釈の経緯が不明であるものや変化する地域実情に対して基準や解釈が追いついていないものがある。

(例)

- 特定施設入居者生活介護で提供されるサービスについて省令では洗濯が含まれているが、解釈通知では私物の洗濯代は利用者から徴収できるとされており、法と解釈に不整合な部分がある。(⇒現状、解釈通知を根拠に下着の洗濯についても料金が徴収されており、省令が死文と化しているが経緯が不明であり、事業者指導ができない状況にある。)
- 訪問介護サービスにおける「通院等のための乗降介助」について、障害者自立支援法では平成20年4月に適用範囲が拡大され、病院等に加え官公署も対象施設に追加され、病院等間の移動もサービスの対象になっており、介護保険に対しても平成24年8月に総務省から行政苦情救済推進会議の意見を踏まえ、適用拡大をするように通知されているにもかかわらず、いまだ通知などの改正が行われていない。(⇒愛媛県のような離島の多い県においては、利用者にとっては一度の船便利用で複数の施設を回ることが好ましいが、サービス提供事業所にとっては、施設間の移動はサービス提供外となりサービス提供が困難となっている。)
- ・ 事業者はインターネットを利用して、全国の状況を調べ、自社に都合の良い解釈（運用）実態を根拠に解釈変更を求めてくることも多い。地域ごとに異なる運用解釈が存在しており、全国運用ベースで誰もがアクセスできるQ&Aボックスの設置が望まれる。

【効果等】

- ・ 現場の実情に応じた運用解釈が迅速になされるとともに、全国の運用基準の格差縮小につながる。
- ・ 国、都道府県、市町村、事業者の業務遂行について節減が期待できる。

【介護制度 8】

- 「認知症初期集中支援チーム」のチーム員の専門医の要件から、認知症サポート医を外し、学会の定める認知症の専門医又は5年以上の臨床経験を有する医師で可能とするなど、実施主体である市町が取り組みやすい制度とする。
- （上記提言が実現困難な場合は、次の措置を講じる）
認知症サポート医の活動に対して、インセンティブ（報酬上の加算等の財政措置）を与えるとともに、養成研修を自治体で実施できる研修体系とする。

【背景】

- ・「認知症初期集中支援チーム」は、平成30年4月には全市町村に設置することとされているが、チーム員の専門医の要件が厳しく全国的に設置が進んでいない状況。そのような中、国は27年度、チーム員の専門医の要件の見直しを行ったが、「認知症サポート医」という要件は変わっておらず、平成27年度内の設置は、全国の自治体の17.6%（306市区町村）、本県では5%（1町）にとどまっている。
- ・本県においては、チーム員の専門医の要件となっている「認知症サポート医」を県下各市町に設置すべく養成に取り組んでいるところであるが、サポート医空白地帯があるほか、既に市町においては、かかりつけ医と連携して認知症高齢者への支援体制を整備している現状から、チーム員の専門医の要件を見直すべきである。
- ・一方、「認知症サポート医」は、各地域における医療と介護が一体となった支援体制の構築の推進役も担っている。
- ・しかしながら、その活動に対する補助金や報酬上の加算措置等の財政措置はなく、医師の自発性や篤志に負うところが多いのが実情である。
- ・また、「認知症サポート医」の養成研修は、要綱上、国立長寿医療研究センターに委託して実施するものとされており、2日間のカリキュラムのみで「認知症診療に習熟した医師」として様々な役割を担うほか、その研修は首都圏等での実施となっているため受講する医師は不便を強いられている。
- ・国の方針のとおり、地域の認知症医療の支援体制の中核として「認知症サポート医」を活用していくなれば、地域の実情にあった活動ができるよう「認知症サポート医」のあり方を見直し、報酬上の加算等の財政支援を行うなどのインセンティブ体制を整えるとともに、養成研修を各自治体でも実施可能とする研修体系とすべきである。

【効果等】

- ・地域の実情にあった認知症医療及び介護の支援体制の構築の加速につながり、各市町において認知症の方や家族を支援する取組みが広がる

[介護制度 9]

○外国人介護人材の受入れについては、関連法案の改正や制度の見直しが検討されているが、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こと。

≪資格試験や養成施設において言語面での配慮をすること≫

・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こと。
- 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こと。
- 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こと。

≪外国人を受け入れる各種制度において要件を緩和すること≫

- ① 経済連携協定（EPA）…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を拡大すること。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）を大幅に延長すること。
- ② 外国人技能実習制度…介護職種の追加にあたっては、EPAと同様に語学等に係る要件緩和や在留期間の延長を検討するとともに、EPAと同程度の支援を行うこと。

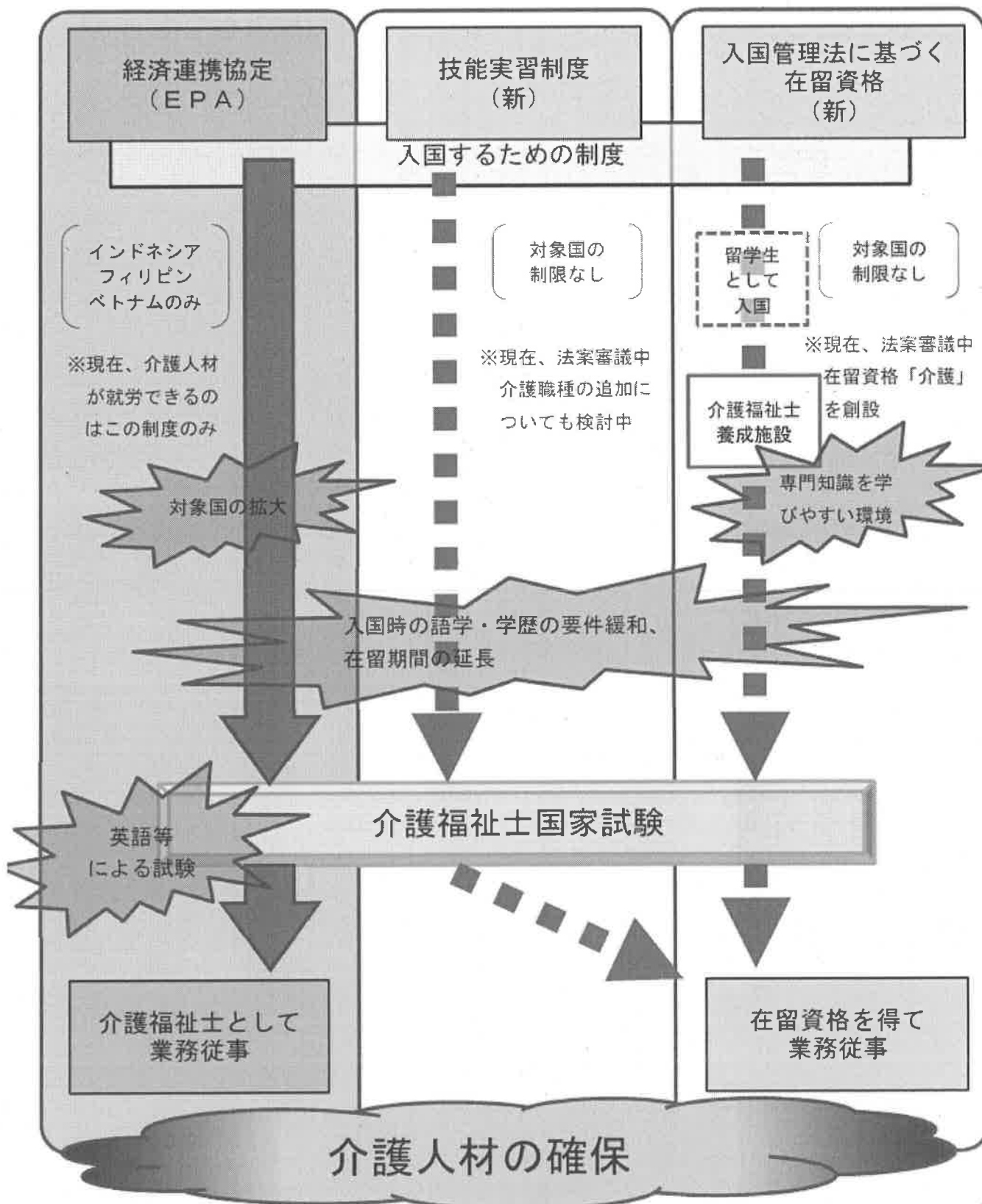
【背景】

- ・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、今般、国が新たに掲げた「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検討すべきである
- ・現在、外国の人材を介護分野において活用する方策としては、EPAによる受入れ（インドネシア、フィリピン、ベトナム）のみで、これまで入国者総数2,106人に対し、介護福祉士資格取得者は352人、うち日本において就労しているのは250人弱（平成27年10月現在）と極めて少ない。国においては、本制度の改正案を検討中であるが、基本的なスキームに変更は無い見込み。
- ・一方、「外国人技能実習制度」に介護分野を追加するとともに、介護福祉士の資格を有する外国人に在留資格を与える法律改正案が平成28年の通常国会に提出されているが、技能実習生の受入期間が3年から5年に延長されるものの、介護分野の人材については日本語能力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）が求められる見込み。
- ・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。

【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、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
 2010年（平成22年） 専業主婦世帯： 797万世帯、共働き世帯：1,012万世帯 〕

- ・ 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、まず父母等の間の収入（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]

- 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*」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 4]

- 保育対策総合支援事業費補助金のうち、保育士修学資金貸付事業について、入学年度の当初に貸付けが間に合うよう制度を改める。

【背景】

- ・ 保育士修学資金貸付事業は、国の要綱が例年5月～6月位に改正され、それを受けて県の実施要綱の改正を行うため、当該年度に入学する学生に対し募集ができるのは夏頃になる。
- ・ 修学資金は入学資金も対象となっており、また修学資金の貸付けを希望する新規入学生は、経済的に厳しい学生が多いため、年度当初からの貸付けを希望する者が多い実態がある。結果として、就学が決定すれば4月に遡って貸付けができるが、本当に貸付けを希望する学生は年度当初から借り受けられる別の制度を利用している場合が多い。
- ・ 卒業後一定期間保育に従事すれば返済が免除される本事業の利用希望者は多いが、原則、国庫を活用した奨学金（日本学生支援機構の奨学金等）との併用が出来ないため、告知が遅い本事業の利用を諦め、やむなく日本学生支援機構の奨学金等を利用する学生が多い。
- ・ 現在の運用では、実施年度の途中でしか貸付事業が実施されるかどうかも含め詳細が分からず、新入学生への事前の制度周知と募集ができないため、本当に資金が必要な学生が借りられない状況が生じており、待機児童が大きな社会問題となる中で、保育人材の確保に有用な貸付制度であるにもかかわらず、十分には活用できない状況となっている。
- ・ 27年度は、10月20日付けで交付内示はあったものの、要綱策定は28年1月14日付けまで遅れ、資金が必要な学生への配慮から、本県では12月初旬に事業着手に踏み切らざるを得なかった。

○保育士養成施設の入学定員及び資金の貸付枠・実績

年度	入学定員	貸付枠	貸付実績
25	372人	38人	14人
26	372人	38人	17人
27	412人	41人	16人

【効果等】

- ・ 入学する時点から貸付金を利用、または貸付金借入のめどが立てば、学費・生活資金の計画も立てやすくなり、学業に専念できる。
- ・ 年度当初に資金が必要なため当修学資金を諦めていた学生が応募できることになり、本当に困っている学生を支援できることとなる。
- ・ 経済状況により進学を諦める学生に対する進学の選択肢が広がることとなる。

[子育て支援制度 5]

- 既に知識・技能を習得している勤務継続職員の負担軽減を図るため、総勤務時間により受講を免除するなどの弾力的な運用を行う。

【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、放課後児童クラブに設置が必要となった放課後児童支援員について、保育士や教員等の資格が求められ、さらに、都道府県が実施する「放課後児童支援員認定資格研修」の修了が義務づけられた。
- ・この認定資格研修は、放課後児童支援員として必要な知識・技能を補完するため「業務遂行上、必要最低限の知識・技能の習得と、それを実践する際の基本的な考え方や心得を認識してもらう」ことを目的とした、いわば基礎的な研修であり、これまでも県や市町において実施してきた、放課後児童クラブ支援員の資質向上のための研修となんら変わるものではない。
- ・このため、これまでも県や市町が行う資質向上研修を受講し、現場経験を十分に積んでいる勤務継続職員に対してまで、再度16科目24時間もの研修受講を求めることは無駄とも思われ、また、現場職員の負担にもなっている。

【効果等】

- ・真に受講が必要と認められる放課後児童支援員のみに対し研修を実施することで、現場職員の負担が軽減されるとともに、県や市町にとっても、研修開催経費や受講者旅費等の経費縮減にもつながる。

〔子育て支援制度 6〕

- 地方が単独で行っている子ども医療費助成について、少子化対策とし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うにする。

【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1,719）が助成を行っており（平成26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が、入院では約8割（計1,347、78.4%）、通院でも6割（計1,111、64.6%）を超えている。
少子高齢化の進行に伴い、実効性のある少子化対策が求められる中で、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28年1月現在、県内20市町のうち、6市町が義務教育修了まで入院・通院とも助成を実施しており、今後の実施予定としては28年4月から2町、28年10月から2市と、今後も助成市町が増える傾向にあるが、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ふ現状は、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27年9月より厚生労働省において「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」が開催され、子どもを取り巻く医療制度について検討がなされており、平成28年夏までに結論を出すことになっている。

【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、少子化対策が図れる。

[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、障害の状況や生活状況等障害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、障害の状況や生活状況等障害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、障害者の日常生活に必要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】

- ・ 障害者（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、いずれも障害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

個別給付化

《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

【効果等】

- ・ 必須事業を個別給付化することにより、障害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。

[障害福祉制度 3]

- 高齢障害者に対して、必要な福祉サービスが公平に提供されるよう、特に次の点に留意して、既存制度の見直しを行うこと。
 - ・ 重度障害者に対しては、介護保険サービス移行後も、サービスの給付内容や給付水準が維持されるとともに、利用者負担が軽減されるよう制度を見直すこと。
 - ・ サービスを必要とする要因や当該要因の発生時期等に応じて、適用する制度や考え方を整理すること。

【背景】

- ・ 現行制度では、介護保険の被保険者である65歳（特定疾病の場合は40歳）以上の障害者が要介護（支援）状態となった場合は、介護保険給付が優先され、原則として、介護保険サービスでは量的に足りない部分、又は障害福祉サービスにしか存在しない部分に障害福祉サービスが給付される仕組みである。
- ・ しかし、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行により、給付の内容が変わる、支給量に一定の制約が付されて給付水準が低下する、利用者負担額が発生（増加）する等の問題が生じている。
 - 【例】 1日当たり7時間の重度訪問介護を無料で利用していた重度障害者（障害支援区分6、要介護5、市町村民税非課税世帯）が、介護保険サービスに移行すると・・・
 - ◆ 見守り、移動支援（通院等を除く。）、きめ細やかな相談・支援は給付されない。
 - ◆ 利用料の1割に相当する36,065円（高額介護サービス費適用により15,000円に低減）、限度額超過分は全額の負担が必要（従前は無料）。
- ・ そのため、利用者の理解が得られにくく、県内市町から両制度の整合が取れるよう改善を求める声があがっているほか、繰り返し要介護認定の申請を勧奨しても勧奨に応じないケースが発生しており、全国的には、訴訟に発展したケースが多数ある。
- ・ 上記のほか、現行制度では、介護保険対象年齢で、加齢に伴い身体機能が低下した場合、あるいは障害に起因しない要因（認知症等）で支給量が不足する場合であったとしても、障害者であれば障害福祉サービスが利用できることになり、利用者間格差や地域間格差が生じている。

【効果等】

- ・ 重度障害者に対する十分な生活保障が可能になる。
- ・ 公平なサービスの提供が可能になり、利用者の理解が得られる。
- ・ 障害福祉サービスから介護保険サービスへの円滑な移行が促進される。
- ・ 市町村の事務処理が円滑に遂行される（審査請求・訴訟の回避）。
- ・ 公費負担が軽減される。

- 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、小規模事業所に係る特例（人員基準の緩和、報酬区分の追加）を導入するとともに、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こと。
- 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こと。
- 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こと。

【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】

- ・ 利用者が少数となる地域を対象とした小規模サービスの展開が容易になり、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、小規模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]

- 障害者サービスの支給決定時から適切なケアマネジメントの実施とサービス等利用計画の質の向上を図るため、原則、指定相談支援事業者によるサービス等利用計画が作成されるよう、計画相談支援費について業務量の実態に応じた報酬額へと報酬体系の見直しを行い、相談支援専門員の確保と相談支援体制の整備を促進する。

【背景】

- ・平成24年4月から「計画相談支援」の仕組みが導入され、全ての障害福祉サービス利用者に対し、市町村が支給決定を行う前に利用計画を作成することとなった。
- ・愛媛県では研修により計画的に相談支援専門員の養成を進めているが、現状では、相談支援専門員がひとりのみという事業所が半数を占め、全ての障害者に適切に利用計画を作成するという目標は達成できていない。
- ・利用計画は、相談支援専門員が作成するほか、障害者本人や障害児の保護者が作成するセルフプランも認められているが、セルフプランの中には、適切な障害福祉サービスの内容及び量、医療や看護、その他のサービスとの連携等の検討が不十分なものや、障害者本人よりも家族等の意向が中心になっていると思われるものがある上、モニタリング（見直し）も行われず、より適切なサービス利用を促進する仕組みとなっていない。市町の中には、セルフプランで求めるサービス量と支給決定との違いから苦情等を受け、職員の大きな負担となっているとの声もあり、適切な計画策定を促す仕組みが求められている。
- ・事業者は、計画作成及びモニタリングに伴う個別給付により収入を得る仕組みになるが、基本的には一律の報酬単価（1件当たり、新規作成で16,110円、モニタリングで13,100円）であり、実際の業務量（計画作成には通常1ヶ月程度を要する見込み）に応じた報酬となっておらず、特定事業所加算（1件当たり、3,000円）については要件を満たす事業所は少なく、より実態に即した、人員増につながる報酬の仕組みが求められている。

【効果等】

- ・障害者のニーズ等に基づき、相談支援専門員が適切に障害福祉サービスを利用するために必要なサービス等利用計画が等しく適切に作成されるようになり、障害者（児）の自立及び社会生活への参加が促進される。
- ・相談支援専門員がサービス等利用計画を作成することにより、本人の状況の分析に基づくケアマネジメントが可能となり、当事者のニーズを踏まえたサービス提供が可能となる。

[障害福祉制度 6]

- 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）

【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 7】

- 障害者就労施設が、授産活動の生産性向上等に必要な備品等を導入する場合の補助制度を創設するとともに、導入した備品等を活用するなどして、工賃実績が2年以上連続して目標工賃達成加算の基準を上回った場合、達成加算に上乘せを行う。

【背景】

- ・ 就労サービスを提供している障害福祉サービス事業所では、提供しているサービス事業に必要な備品等の更新や新規導入に多額の費用が必要な場合がある。
- ・ 平成24年度までは、「障害者自立支援対策臨時特例基金」を原資とした「障害者自立支援基盤整備事業費補助金」で備品等の整備を実施していたが、現在の「社会福祉施設等施設整備費補助金」は施設整備が中心で備品等の整備は認められていないため、事業所は、利用者の工賃向上に必要な高額備品の導入に苦慮している。
- ・ 一方で国は、一般就労が困難な障害者の地域での自立した生活を支援する観点から、工賃の向上に意欲的に取り組む就労継続支援B型事業所のうち、工賃水準の向上を図るための具体的な方策等を定めた「工賃向上計画」を作成のうえ、国の定める基準を上回る目標工賃の設定をして届出を行ったB型事業所のうち、目標を達成した事業所に対しては所定単位を加算する「目標工賃達成加算」を実施し、事業所による工賃向上の努力を促しているものの、継続した工賃の向上を目指すためには、複数年に渡り目標工賃達成加算の基準を上回った事業所に加算の上乗せを行う必要がある。
- ・ 愛媛県では、平成26年度までに設置された130事業所のうち、目標工賃達成加算が可能な事業所は（Ⅰ）が10、（Ⅱ）が17、（Ⅲ）が27の計54事業所であり、工賃向上計画を定めていない13事業所を含めて全体の過半数の76事業所が国の定める工賃向上基準を達成できていない。

（目標達成加算）※平成27年報酬改定で内容が一部変更

（Ⅰ）①～④のいずれにも該当する場合 69単位/日を加算 ※新設

- ① 平均工賃が地域の最低賃金の2分の1以上であること
- ② 事業者が設定した目標水準以上であること
- ③ 都道府県において作成される「工賃向上計画」に基づき、自らも「工賃向上計画を作成していること
- ④ 前年度の工賃実績が、原則として前々年度の工賃実績以上であること

（Ⅱ）①～④のいずれにも該当する場合 59単位/日を加算

- ① 平均工賃が地域の最低賃金の3分の1以上であること
- ② 事業者が設定した目標水準以上であること
- ③ 各都道府県において作成される「工賃向上計画」に基づき、自らも「工賃向上計画を作成していること
- ④ 前年度の工賃実績が、原則として前々年度の工賃実績以上であること

（Ⅲ）①～③いずれにも該当する場合 32単位/日を加算

- ① 平均工賃が各都道府県の事業種別平均工賃に相当する額を超えていること
- ② 各都道府県において作成される「工賃向上計画」に基づき、自らも「工賃向上計画を作成していること
- ③ 前年度の工賃実績が、原則として前々年度の工賃実績以上であること

【効果等】

- ・ 事業所が行う備品等の導入に対して財政的な支援を実施することにより、就労にかかる作業環境の向上及び効率化とともに、前年度の結果を上回る工賃実績を目指すための活動を行うことが可能となる。このことにより、障害者の受け取る工賃額の上昇とともに、事業所側も達成加算の上乗せによる訓練等給付費の増額がされるため、利用者に対する一層のサービス向上が期待できる。

生活保護制度及び生活困窮者自立支援制度に関する提言について

生活保護制度及び生活困窮者自立支援制度に関する提言については、最近の情勢変化等を踏まえて検討した。

【生活保護制度に関する情勢変化等（共通背景）】

1 生活保護受給者の増加

[単位：人、%]

区 分	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
全 国	1,952,063	2,067,244	2,135,708	2,171,139	2,174,331
(保護率)	(1.52)	(1.62)	(1.67)	(1.71)	(1.71)
愛 媛 県	19,883	21,133	21,980	22,370	22,309
(保護率)	(1.38)	(1.48)	(1.54)	(1.58)	(1.59)

※各値は月平均値。ただし、H26 全国の値は、H27.3 時点の速報値。

2 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 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
全 国	33,296	35,016	36,028	36,314	未公表
愛 媛 県	330	348	358	363	371

※上表数値は給付費のみ。これ以外のケースワーカー等人件費、被保護世帯調査費、福祉事務所管理運営費等も含めた社会的総コストを念頭に置いた議論が必要である。

3 生活保護法の改正

平成 25 年の第 185 回国会（臨時会）において、昭和 25 年の制度創設以来の大きな見直しとなる生活保護法改正法が成立した。改正内容は、現場において実際に制度を運用する地方自治体の具体的提案も踏まえたものとなっており、一定の評価をするものの、不正受給対策としての罰則の強化や、後発医薬品使用促進等では効果が薄いと云わざるを得ず、増え続ける生活保護受給者に対し負担が増加し対応に苦慮している地方自治体・福祉事務所の負担軽減をはじめ、さらなる効率化・適正化など、不断の改革が必要である。

4 生活保護基準の改定

平成 25 年 8 月に生活保護基準の見直しが実施され、段階的に 3 年間で 10% 程度減額することとなったが、級地区分の見直しが一部に留まり、地域の実情に合っていない。また、基準改定に係る審査請求が全国で約 3 万件提起されたほか、各地で訴訟に至るなど、都道府県においては業務負担が急増し対応に追われた。制度設計を担う厚生労働省においては、都道府県の審査が適切かつ円滑に行えるよう、情報提供や職員経費に対する助成などの支援をお願いしたい。

5 生活保護制度に対する国民の不信感や不公平感

平成 24 年度における芸能人の親族の生活保護受給報道等により、国民の生活保護制度に対する関心が高まるとともに、不信感や不公平感を抱かせることともなった。生活保護制度は、個人情報・プライバシーを特に重視するという性格から、透明性や国民への説明責任という点で課題があることは否めないため、厚生労働省は、制度の重要性や実態、実績などについて国民に正しく周知・PR することが必要である。

【生活困窮者自立支援制度の創設】

生活困窮者自立支援法の施行に伴い、平成 27 年度から生活保護に至る前の生活困窮者を早期に把握して自立を促進する生活困窮者自立支援制度がスタートしたが、制度の理念等は評価できるものの、具体化に当たり次の問題が生じたことから、改善が求められる。

- ・新制度は住民に対する基本的サービスに関わるものであり、福祉事務所を設置していない町村においても極めて重要な制度であるにも拘わらず、町村の責務や役割が法に規定されていない。
- ・都道府県は、相対的に人口密度が薄く広域の郡部を管轄しており、事業費に広域加算が設定されたことは一定の評価をしているが、都道府県が山間部や島しょ部などに点在する町村で事業を行うに当たっては、市部よりも経費がかかり、現状の広域加算では不十分と云わざるを得ず、更なる支援が必要である。

[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 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
全 国	15,701	16,432	16,759	17,077	未公表
(割合)	(47.2)	(46.9)	(46.5)	(47.0)	未公表
愛 媛 県	168	177	180	183	188
(割合)	(50.7)	(50.8)	(50.3)	(50.5)	(50.8)

- ・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。また、後発医薬品使用の促進等も盛り込まれているが、努力義務規定となっていることから、効果が見込めない。
- ・平成24年度以降、電子レセプトシステムの抽出機能が強化され、頻回受診などの具体的な指導対象者を容易に抽出できるようになっているが、抽出機能だけでは医療費抑制の実効性がない。

【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。

[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25年度は、金額が186億9,033万3千円（前年度比2%減）と減少したものの、件数は43,230件（前年度比3%増）と増加し、過去最多となっている。

【全国の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
件数	25,355 件	35,568 件	41,909 件	43,230 件	未公表
金額	12,874,256 千円	17,312,999 千円	19,053,722 千円	18,690,333 千円	未公表

【愛媛県内の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
件数	453 件	537 件	613 件	652 件	788 件
金額	195,059 千円	186,475 千円	202,308 千円	167,241 千円	183,319 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。

- 資力がありながら保護を受けた場合の返還金について、不正受給に係る徴収金と同様に、被保護者の申し出を基に保護費支給時に支給額と相殺することを可能とする。
- 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】

- ・ 保護費の不正受給に係る徴収金は、法改正により平成26年7月から、被保護者の申し出を基に保護費支給時に徴収（保護費と相殺）が可能となったが、資力がありながら保護を受けた場合の返還金には同様の規定がなく、返還決定後に未納となる場合があり、福祉事務所も返還指導や督促等に多大な事務が生じている。
- ・ 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】

- ・ 返還金の確実な履行に資するとともに、福祉事務所の事務負担が軽減される。
- ・ 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26年4月 ②	増減 (②-①)
全国	7,885人	10,365人	2,480人
愛媛県	140人	185人	45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27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：321人→314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26年度	平成27年度 ②	増減 (②-①)
全国	356人	321人	314人	△42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27年度まで7人であり、国費対象職員数と乖離が拡大している。

【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。

[生活困窮者自立支援制度 1]

- 福祉事務所を設置していない町村の責務や役割を法で規定して明確化を図ること。
- 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こと。

【背景】

- ・生活困窮者自立支援制度は、住民に対する基本的な福祉サービスであり、福祉事務所を設置していない町村においても極めて重要な制度であるにも拘わらず、基礎自治体である町村の責務や役割が生活困窮者自立支援法に規定されていない。
- ・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】

- ・町村の責務等が明確化されるとともに、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、現に食料に欠く生活困窮者を対象に、現物支給による一定期間（10日程度）の食料支援を可能とすること。

【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、現に食料を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。
- ・一部に、フードバンク、民間企業や個人から提供された食料を緊急避難的に提供して対応しているケースがあるが、食料提供は善意によるもので、県下全域をカバーできるものではなく、食料の安定供給にも課題がある。
- ・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。

【効果等】

- ・現存する緊急的な食糧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。

【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、新たに開催する看護職員需給分科会において検討されることとなった。以上のことは、1月下旬から2月上旬にかけて各地で開催された意見交換会で、正式に各都道府県に示された。	第8次需給見通しについては、平成28年4月以降に開催される看護職員需給分科会での検討結果を受けて、県においても策定予定である。
子ども・子育て新制度	平成27年度からの事業にもかかわらず、27年11月になっても個別事業の運用通知しか出されなかった。補助制度全体を明らかにする要綱は7月に案が示されただけで、正式に通知がないまま、事前協議や内示案の提示が行われた。 正式通知が到着したのは28年1月である。	正式な要綱が示されず、基準額、対象経費等が固まらないことから事業着手ができなかった。保育士修学資金貸付事業に至っては年度内執行も危ぶまれたため、10月の国内示を受け、12月に事業着手した。

- ・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こと。
- 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こと。

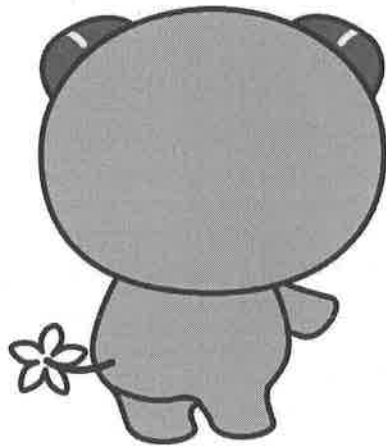
【背景】

・ 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27年度は要望額に対し21.0%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27年度要望額24,785千円 → 内示額19,578千円
介護保険事業費補助金（認知症患者医療センター運営事業）	認知症患者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、認知症患者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年度1,810千円 → 27年度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、認知症患者医療センター運営事業の充実等）



愛媛県イメージアップキャラクター
みきやん