

厚生労働省(提案団体から改めて支障事例等が具体的に示された場合等に調整の対象とする提案)

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
200	A 権限 移譲	医療・福祉	医療計画の策定権限等の都道府県から指定都市への移譲	医療計画の策定業務及び病院開設者等に関する病床数に係る報告事務等を都道府県から希望する指定都市に移譲する。	<p>【支障事例】 県が医療圏を設定することで、急激に人口増加を続ける武蔵小杉駅周辺地区の地域の実情に応じた医療圏の設定が困難であり、より地域の実情にあった医療圏の設定ができない。医療計画の策定は医療や保健の面だけでなく、本市では、武蔵小杉駅周辺地区における人口の急増(10年前との比較で約4割増)や再開発といった事柄に加え、災害時救急医療体制の整備や福祉行政との連携といった、地域の課題が益々増大していることから、今まで以上に連携を緊密にして対応することが求められている。</p> <p>【制度改正の必要性】 医療計画の策定は、住民の健康の保持、生命の保護に直接かかわるものであり、住民に最も身近な基礎自治体の長期計画へ位置付けた上で、課題解決に取り組む必要があると考えている。二次医療圏に関する内容について、指定都市が自ら医療計画に反映させた場合には、庁内や関係団体との調整及び市の附属機関での審議などに2箇月程度を要すると見込んでいるが、県と調整する場合には上記期間に加え、県への説明や県の事務手続(庁内調整、審議会等)が必要となることから、指定都市が自ら医療計画に反映させた方が、大幅に時間を短縮することができる。なお、医療計画の実現に向けては補助金を活用した誘導策が有効であると考えている。医療計画の策定と国からの補助金が直接市に入ることは一体的なものであると考えている。</p> <p>【懸念の解消策】 昨年の厚生労働省からの最終回答①に対しては、三次医療圏、他の二次医療圏についても県と良く調整した上で、指定都市が医療計画を策定すれば支障は無いと考える。 最終回答②に対しては、二次医療圏が本市の区域を跨ることは現実的には考えにくい。</p>	医療法第30条の4、第30条の5、第30条の6、第30条の9、第30条の11	厚生労働省	川崎市
330	A 権限 移譲	医療・福祉	医療計画の策定等にかかる事務・権限の移譲	<p>①医療計画の策定及び医療審議会の設置にかかる事務の権限を都道府県から指定都市に移譲する。</p> <p>②医療法第7条第5項の許可について、指定都市の市長は都道府県知事の求めがなくとも自らの判断で必要な対応ができるようにする。</p>	<p>【制度改正の必要性】 医療計画については都道府県が定めることになっているが、医療機関が一定程度整備されており、かつ、人口規模の大きな指定都市においては、都道府県の医療計画と整合性を持ちながら、地域の実情に応じて指定都市が自ら策定することが望ましいと考える。 医療計画の策定にあたっては、都道府県医療審議会の意見を聞くことになっているため、医療審議会の設置についても指定都市へ移譲すべきである。 地域医療構想の達成推進のための条件付き許可が必要な状況になったときには、指定都市の市長が地域の実情に応じて自ら必要な対応を講じるべきである。</p> <p>【支障事例】 都道府県が策定した計画にとどまらず、地域の実情に応じた計画を独自に策定している指定都市もある。都道府県の計画にも指定都市が策定した計画を参照するよう記載されており、計画策定事務が重複している。 医療法第7条第5項の許可について、同法第7条第1項の規定による病院等の開設許可申請に関する審査については、指定都市が行っており、都道府県知事が条件を付すよう求める時期と許可審査が終了する時期に時間差が生じる場合も考えられる。また、医療機関の開設にあたっては、医療法に基づく開設許可に合わせ、保険医療機関としての指定を受ける時期も考慮し実際の手続きが進められる。指定都市の市長には、都道府県知事からの求めに基づき、医療法第7条第5項に規定する条件を付し病院等の開設等の申請に対する許可を行うことができるとされてはいるが、速やかな医療機能の提供開始や行政効率の点から、都道府県知事からの求めに基づくことなく、指定都市の判断と責任において医療法第7条第5項の許可が行えることが適切と考える。</p> <p>【懸念の解消策】 医療計画については都道府県の区域が設定される三次医療圏での医療提供体制とも整合性を図るため、都道府県や近隣市町村との調整が必要である。 医療審議会を構成する委員として、医療保険の保険者を代表する者があるが、市町村を単位とした保険者の団体が無い。 地域医療構想の達成推進のための対応については、地域医療構想調整会議の委員の意見を十分に吟味したうえで行うべきである。</p>	医療法第30条の4 医療法第7条第5項	厚生労働省	横浜市

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
48	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	基準病床数の算定方式の見直し	基準病床数の算定式を全国統一のものから、将来的な人口動態等を踏まえた地域の実情に合った算定方式に見直す	<p>【制度改正の必要性】</p> <p>病院・診療所の病床数については、医療法に基づく医療計画において医療圏域で必要とされる「基準病床数」を全国統一の算定方式により定めることとされている。</p> <p>しかしながら、人口が増加しているさいたま市を含む東京大都市圏は、西日本の各府県と比較しても、人口当たりの病床数が非常に少なく、その格差は大きくい難しているという現状がある。</p> <p>本市は、埼玉県内の二次医療圏域を単独で構成しているが、今後人口増加が予測されているにも関わらず既存病床数が基準病床数と拮抗しているため、新たな病床の整備を行うことができない状況である。</p> <p>加えて、本市は、今後全国でもトップクラスで急速な高齢化が見込まれていることから、高齢者人口の急増に伴う更なる病床不足が予想されている。</p> <p>【提案内容】</p> <p>以上のことから、以下の様に地域の実情に合った算定方式に見直すことを提案する。</p> <p>1. 基準病床数の算定に当たっては、各地域における将来的な人口動態等を踏まえて設定を行う。</p> <p>2. 基準病床数の算定に当たっては、その計算方法を全国一律とするのではなく、「今後人口増加が見込まれる地域」「今後人口があまり変わらない地域」「今後人口減少が見込まれる地域」等のように全国各都道府県をいくつかの地域グループに分けて、それぞれの地域グループ毎に厚生労働大臣が係数等を設定する。</p> <p>3. 2で提案した人口動態等を踏まえた地域グループ毎の係数等の設定にあたっては、厚生労働省は現在の各都道府県における人口当たり病床数等の格差や、各都道府県の病床に関する意見を勘案する。</p> <p>【留意点】</p> <p>本提案は、昨年本市が提案した「基準病床数に関する基準についての都道府県への策定権限の委譲」に対し、厚生労働省から「各都道府県独自の判断のみにおいて病床の増加を可能とした場合、病床の地域的偏在が拡大する可能性がある」との回答があったことを踏まえ、算定方式そのもの見直しを求めることとしたものである。</p>	医療法第30条の4 医療法施行規則第30 条の30	厚生労働省	さいたま市
251	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	基準病床数の総量規制の見直し	基準病床数については、国が定める全国一律の算定基準や「従うべき基準」により規制されているが、地域の実情を踏まえた独自の加減算が可能となるよう、「参酌すべき基準」に見直すこと。	<p>【提案の経緯・事情変更】</p> <p>各都道府県では本年度から、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能毎に医療需要と病床の必要量を推計する「地域医療構想」の策定を進めているところである。</p> <p>【支障事例等】</p> <p>基準病床数の見直し(5年ごと)を行う際、算定式が国の一律基準により定められており、また、特例を適用するにも大臣同意に時間を要することから、人口の偏在や医療機関の配置等の地域事情に配慮した、即時・適切な病床の配分ができない。</p> <p>【効果・必要性】</p> <p>地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する上で、県及び圏域の課題に応じた真に必要な病床数を算定することができる。</p>	医療法第30条の4第6 項	厚生労働省	兵庫県、滋 賀県、京都 府、大阪山 県、和歌山 県、鳥取 県、徳島 県、関西広 域連合

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
250	A 権限 移譲	医療・福祉	健康保険法上の保険者に関する業務の権限移譲	効率的な地域医療体制の整備を有効性あるものとするため、保健事業の推進等による医療費の適正化を図る観点から、以下の権限を、必要となる人員、財源とともに、都道府県に移譲すること。 (1)健康保険組合の設立認可 (2)健康保険組合の合併・分割・解散認可 (3)健康保険組合の実地指導監査 (4)全国健康保険協会(協会けんぽ)の支部が行う業務の検査	【提案の経緯・事情変更】 「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案」では、都道府県が市町とともに国民健康保険の共同保険者として位置付けられた。また、同法では、都道府県が医療費適正化の推進主体と位置付けられており、各都道府県は医療費適正化計画を見直すとともに有効性のある取組の推進がもたれているが、健保組合等への指導については保険者協議会を活用する具体的な推進方策が示されていない状況である。 【支障事例等】 都道府県は、今後、医療費適正化計画の実現をめざして、地域の実情に応じた取組みを進めようとしているが、この取組みを有効性のあるものとするためには、県内に本部を置く健保組合や支部単位での運営を行っている健保組合や協会けんぽに対する指導監督権限の移譲は不可欠である。 医療費目標の達成に向けては、保険者協議会の場で協議を行い、協議会を通じて、全保険者に協力を依頼できることになっているが、現行法上は権限がないため、資料提供要請にも応じない健保組合等もあるなど、健保組合等に対するコントロールについて実行力に欠ける。 【効果・必要性】 現在都道府県が有する国民健康保険・後期高齢者医療制度にかかる権限と併せて、被用者保険の保険者に対する権限を有することで、現在保険者義務である被保険者に対する保健事業の推進等を全県的に推進することが可能となる。	健康保険法第7条の38、39、第12条、第23条、第24条、第26条、第29条 等	厚生労働省	兵庫県、滋賀県、和歌山県
16	A 権限 移譲	医療・福祉	診療報酬決定権限の一部の移譲	各圏域の提供体制に応じたきめ細やかな地域加算等を設定するため、診療報酬の決定権限の一部について関西広域連合への移譲を求める。	【提案にあたっての基本的な考え方】 人口減少克服・地方創生に向け、地方において安心して生活するための基盤として医療・介護の提供体制は不可欠であることから、診療報酬や介護報酬の決定権限の一部を広域連合に移譲し、広域連合において各圏域の提供体制に応じたきめ細やかな地域加算等を設定することで、医療・介護の提供体制の不足地域における事業者への支援と新たな事業者の参入を促し、広域的な提供体制の確保を図る。また、介護保険では、保険事業者の指定・監督の権限が都道府県・市町村にあるが、医療保険について診療報酬の決定権限の一部の移譲と併せ、保険医療機関の指定・監督権限についても一体的に広域連合への移譲を求める。 (制度改正の必要性等) 関西広域連合管内においては、医療・介護の提供体制が充実している地域がある一方で、不足している地域があることから、今後の人口減少克服・地方創生に向け、地方への新しい人の流れをつくるためには、不足地域に事業者の参入を促すための仕組みが必要である。 医療保険では診療報酬は全国一律の価格、介護保険では介護報酬は地域区分による価格設定がされているが、ともに国で定められている。介護・医療提供体制の不足地域の解消を図るためには、こうした全国一律的な設定ではなく、地域の実情に応じた新たな仕組みが必要である。 広域連合に診療報酬・介護報酬の決定権限の一部を移譲し、広域連合において独自に地域加算等を決定する権限を付与し、国による診療報酬・介護報酬の設定(全国標準額)をもとに、広域連合において審議会や社会保険医療協議会(地方厚生局における地方社会保険医療協議会を広域連合に移管)を設置し、各地域の提供体制等の状況を踏まえた地域加算等について諮問し、その審議・答申をもとに設定を行う仕組みとする。なお、本人負担額については同一を基本とし居住地によって格差が生じないような仕組みとしたい。また、医療保険における診療報酬の決定権限の一部の移譲と併せて、地方厚生局における地方社会保険医療協議会を広域連合に移管することにより、保険医療機関の指定・監督権限についても一体的に広域連合への移譲を求める。	健康保険法第76条、第82条	厚生労働省	関西広域連合 (共同提案) 京都府、兵庫県、鳥取県、徳島県

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
187	A 権限 移譲	医療・福祉	診療報酬の決定権限の一部の移譲	病床再編や在宅医療の推進の方向に誘導できる診療報酬の地域加算などの仕組みを設けた上で、箇所付けの権限を都道府県に移譲する。 なお、加算財源については、国が診療報酬を全体に徴減すること等で確保するなど、国が制度設計すべき。	【現行制度】 医療保険における診療報酬は、国が全国一律の価格設定を行い、患者はどこでも一律の負担で医療サービスを受けることができる一定の公平性を確保した制度設計がなされている。この診療報酬を改定することにより、国は医療政策の誘導を行っている。 【支障事例及び制度改正の必要性】 平成26年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、医療法等が改正され、医療機関の機能分化と連携、また、在宅医療の充実が提示され、加えて、医療従事者の確保対策が提示された。この中で、県は国が示す地域医療構想策定ガイドラインによる推計方法で二次保健医療圏ごとに医療機能別の必要病床を算定し、病床再編を行っていくことが義務づけられたものの、地域医療介護総合確保基金による補助制度以外に手段はなく、病院間での混乱が生じることが予想される。例えば、急性期病床から回復期病床への転換が必要となると、現行では回復期より急性期の方が診療報酬が手厚いため、病院は容易に転換しようとしにくい。 国は今後、診療報酬体系を回復期にシフトしていくことが考えられるが、県の権限は新基金によるハード対策が中心となり、予算規模も小さく、効果も限定的と思われることから、新たに地域の実情を踏まえた診療報酬上の地域加算などの仕組みを設けた上で、誘導が進まない病院に県が箇所付け設定できるような権限移譲が必要と考えられる。 【制度改正の効果】 県が診療報酬の地域加算などを地域の実情に応じて一定程度箇所付け設定できることで、病床再編や在宅医療の推進の方向に誘導できる。	医療法第三十条の四、健康保険法第七十六条第二項に基づく告示	厚生労働省	和歌山県 兵庫県、徳島県
252	A 権限 移譲	医療・福祉	診療報酬の決定に関する権限移譲	医療機関が不足する地域での診療報酬について、地域の実情に合わせた加算設定を可能とするなど、健康保険法等に基づく診療報酬決定に関する一部の権限を都道府県に移譲すること。	【提案の経緯・事情変更】 「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」では、都道府県を、医療費適正化の推進主体と位置付けており、各都道府県は医療費適正化計画を見直すとともに実効ある取組の推進が求められている。 【支障事例等】 健保法、高確法に規定する療養の給付に要する費用の額は厚生労働大臣が定めることとなっており、へき地等医療機関が不足する地域に必要とされる診療科の報酬面での優遇設定ができない。 なお、診療報酬の独自設定が可能となれば、患者負担が増加しないよう、増加分保険者に求めることになるが、国において、保険者の増加負担分の解消につながる診療報酬体系に見直すことを求める。 【効果・必要性】 へき地等医療機関の不足する地域に必要とされる診療科の報酬面での優遇設定が可能となり、地域毎のバランスのとれた医療提供体制を通じて、医療費適正化を推進することができる。	健康保険法第76条第2項 高齢者の医療の確保に関する法律第71条 厚生労働省告示(診療報酬の算定方法)等	厚生労働省	兵庫県、和歌山県、徳島県

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
159	Ｂ 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	過誤調整方法(返納金)の運用変更可能な規制緩和	本人の同意がなくても保険者間で過誤調整できるようにすること	<p>【支障事例】</p> <p>転職や転居で国民健康保険より他保険に変更になった際、旧保険証の返納がなされず使用される事案が後を絶たない。本市では病院との交渉により解消する件数が多いものの、返納金として残る件数は450件発生、336件処理、114件未納(H26)となる</p> <p>これを解消するには被保険者が一旦、前保険者に保険者負担分を支払ったのち、加入中の保険者にその領収書とともに請求する必要がある。本市では、この返納金による、不納欠損はH21-H25で567件、1,100万円余であり、他市町村でも少なからず同状況であることが推測される。</p> <p>【制度改正の経緯】</p> <p>前年度の提案後、厚生労働省平成26年12月5日の通知により、被保険者の委任があれば保険者間での調整が出来るようになったが、委任事務は本人にとって利益がなく、手間がかかることから、処理が進んでいない。現状のまま被保険者異動届と同時に委任届を取得する案もあるが、転出後の社保加入や他市町村国保への手続き不備等、機能しない可能性もある。また、マイナンバー活用による過誤調整の方針が閣議決定され、一定の改善可能性があることを理解する一方、マイナンバーカードが任意取得であること、再発行の際、手数料がかかること(本市での保険証再発行枚数は月300枚程)やカード発行に即時性がない事などから、当制度改正や今後の方針では不十分と言わざるを得ない状況である。</p> <p>【懸念の解消策】</p> <p>本人の同意がなくても保険者間で過誤調整できるようにすることは、保険者の利益のみならず、被保険者の負担軽減に繋がるものであるため、国民健康保険法67条の改正により規制緩和をお願いしたい。</p>	国民健康保険法第7条・8条・9条・67条 厚生労働省平成26年12月5日通知	厚生労働省	岐阜市
259	Ｂ 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	保健所長の医師資格要件の緩和	公立病院など、特定の病院との連携により医師が確保されている場合には、保健所長が医師でなくてもよいように規制を緩和すること。	<p>【提案の経緯・事情変更】</p> <p>保健所長をはじめとした行政医師については、適正な確保に努めているところであるが、保健所長職に適した人材の確保は難しく、今後、人材が不足する可能性も考えられる。</p> <p>また、近年の高齢化の進展に伴い、保健所は認知症対策や健康づくりなどの拠点としての役割が重要となっていることから、保健所長についても、新たな福祉課題に応じた配置がされるべきである。</p> <p>【支障事例】</p> <p>保健所長をはじめとした行政医師については、適正な確保に努めているところであるが、保健所長職に適した人材の確保は難しく、今後、人材が不足する可能性も考えられる。</p> <p>【効果・必要性】</p> <p>保健所長が公衆衛生に精通した職員であれば、特定の病院との連携により医師が確保されている場合、保健所における健康危機管理事案等の役割を十分果たすことは可能であり、地域の実情に応じた対応も可能となる。</p>	地域保健法第10条 地域保健法施行令第4条	厚生労働省	兵庫県、大阪府

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
119	B 地方 に対する 規制 緩和	環境・衛 生	水利権有償譲渡にか かる財産処分承認基 準の緩和(国庫補助 金の返還免除)	水道資産の有効活用のための 水利権有償譲渡にかかる財産 処分承認基準の緩和(国庫補助 金の返還免除)	【現状】 県営水道が保有している水道水源を、県営水道供給エリア外で水道水源が不足している市町村水 道に有償譲渡するなど、県域水道全体での有効活用の検討を行っている。 【具体的な支障事例】 運営主体が異なるのみで、水利権譲渡後も同じ水道目的に使われるにも関わらず、「厚生労働省 所管一般会計補助金に係る財産処分承認基準」第3の1(1)には、国庫納付に関する条件を付さ ずに承認する条件に水利権の有償譲渡が掲げられていないため、県営水道の水源確保を目的と した国庫補助金の返還が必要となる。このため、水利権を譲渡しようとする県営水道は、譲渡先の 市町村に対し返還する国庫補助金相当額を請求することで、市町村の負担が増えるとともに、新た に国庫補助金の申請が必要となる。 【制度改正の必要性】 県営水道の水源確保を目的とする国庫補助金の返還が不要であれば、県営水道から水利権譲渡 先である市町村に対し国庫補助金返還相当額の請求は不要となる。市町村も国庫補助金申請の 必要がなくなることから、財産処分に係る手続きの簡素化となる。この規制緩和が認められること で、人口減少社会に直面する水道事業の抜本的構築に向けて、水道資産の最適化がスムーズに 進めることが可能となる。また、健全な水循環の推進を目的とする水循環基本法第15条において 「水を適正かつ有効に利用するための取組を促進する」とともに、同法第13条に基づき策定中の水 循環基本計画においても、水資源の有効利用の観点から「地域において用途内又は用途間の需 給にアンバランスが生じた場合、(略)水の転用を更に進めていくこと」が求められており、これらの 水資源の有効利用を推進する主旨に合致する。	「厚生労働省所管一派 会計補助金等に係る 財産処分承認基準」第 3の1(1)	厚生労働省	奈良県
248	B 地方 に対する 規制 緩和	医療・福 祉	児童福祉施設の設備 及び運営に関する基 準の見直し	児童福祉施設に配置する従業 者及びその員数、居室及び病室 の床面積その他設備に関する事 項等について、「従うべき基準」と されているものを、「参酌すべき 基準」に見直すこと。	【提案の経緯・事情変更】 平成27年4月から施行された子ども・子育て支援新制度では、地域型保育事業が創設され、利用 者が多様な施設や事業の中から保育の給付を選択できるようになったが、保育士の配置や設備の 面積については、依然「従うべき基準」とされている。 【支障事例等】 ある自治体においては、給食センターを活用した保育所等の運営の効率化や、子どもの発育・発 達段階に応じた栄養管理と乳幼児期から一貫した食育の推進を目的として、構造改革特区の認定 を受けて公立保育所について外部搬入を実施しているが、私立保育所に関しては3歳以上と3歳 未満で別扱いする必要があるため、町内の子ども全体を対象に施策を展開する上で困難が生じて いる。 【効果・必要性】 市町の学校給食センター等を活用することで、人件費等の自園調理に要するコストの削減、食材 の一括購入による地産地消の促進、栄養士による一貫した栄養管理(国基準では保育所について 栄養士の配置義務なし)等が可能になる。 また、給食施設だったスペースを使った地域とのふれあいや交流などを通じて、地域やふるさとに 誇りと愛着を持った子どもの育成に資することができる。	児童福祉法第45条第 2項	厚生労働省	兵庫県、滋 賀県、京都 府、大阪山 県、和歌山 県、鳥取 県、徳島 県、堺市、 関西広域連 合

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
249	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	幼保連携型認定こども園の学級編制、職員、設備及び運営に関する基準の見直し	認定こども園における保育室の面積、食事の提供方法、園舎及び園庭の位置等に関する事項等について、「従うべき基準」とされているものを、必要となる財源を措置した上で、「参考すべき基準」に見直すこと。	【提案の経緯・事情変更】 平成27年4月から施行された子ども・子育て支援新制度では、各市町ごとに就学前の教育・保育の量の見込と提供体制の確保時期等を定めることとされている。また、地方創生の中では、若い世代が安心して結婚・妊娠・子育てできるように切れ目のない支援が求められている。 【支障事例等】 認定こども園における保育室の面積や食事の提供方法などについては、従うべき基準とされており、地域の実情に応じた基準等を定めることができない。そのため、都市部では、園舎と同一敷地内に園庭を設けることが困難となっているほか、乳幼児が減少する郡部や離島では、自園調理から外部搬入への切り替えができていない。 ある私立保育所では、幼保連携型認定こども園への移行に併せて園舎を建て替える際、公立保育所と同様に全ての子どもへの給食提供の外部搬入が認められるのであれば、必要最小限の調理施設の整備にとどめたいとの意向を持っていた。しかしながら、私立保育所は、上記の特例が認められないため、3歳以上の子どものみ公立の給食センターからの外部搬入を実施することとし、満3歳未満の子どもについては、これまでどおり給食設備を整備し、調理員を配置せざるを得なかった。 【効果・必要性】 私立幼保連携型認定こども園の満3歳未満の子どもについても外部搬入が認められれば、公立の給食センターの運営の安定化につながる上、私立幼保連携型認定こども園の運営の効率化にもつながることとなる。	就学前のこどもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律第13条第2項	内閣府、文部科学省、厚生労働省	兵庫県、滋賀県、京都府、大阪府、和歌山県、鳥取県、徳島県、堺市、関西広域連合
264	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	病児保育事業の補助要件の緩和	病児保育事業(病児対応型、病後児対応型)の補助要件である保育士の配置要件について、利用児童の定員数が2名以下の場合には看護師等1名の配置で対象となるよう補助要件を緩和すること。	【提案の経緯・事情変更】 地方創生の取組みの中で、女性の活躍が期待されているが、人口減少地域においては、保育士や看護師の人材が少ない状況である。 【支障事例等】 現状の病児保育事業の補助要件では、利用児童おおむね1人につき看護師1名以上及び利用児童3人につき保育士1名以上の配置が求められている。しかし、地方部など人口減少地域においては、診療所等では保育士の配置が困難な状況にあり、病児保育が進んでおらず、女性の社会進出の妨げとなっている。 兵庫県では、こうした状況を鑑み、本年度県単独で補助事業を設けている。 【効果・必要性】 人口の少ない地域や区域が広いため複数の病児保育施設が必要な地域で病児保育施設の設置が促進される。	子ども・子育て支援交付金交付要綱 病児保育事業実施要綱	内閣府、厚生労働省	兵庫県、京都府、大阪府、和歌山県、徳島県

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
17	A 権限 移譲	医療・福祉	介護報酬決定権限の一部の移譲	各圏域の提供体制に応じたきめ細やかな地域加算等を設定するため、介護報酬の決定権限の一部について関西広域連合への移譲を求める。	<p>(提案にあたっての基本的な考え方)</p> <p>人口減少克服・地方創生に向け、地方において安心して生活するための基盤として医療・介護の提供体制は不可欠であることから、診療報酬や介護報酬の決定権限の一部を広域連合に移譲し、広域連合において各圏域の提供体制に応じたきめ細やかな地域加算等を設定することで、医療・介護の提供体制の不足地域における事業者への支援と新たな事業者の参入を促し、広域的な提供体制の確保を図る。また、介護保険では、保険事業者の指定・監督の権限が都道府県・市町村にあるが、医療保険について診療報酬の決定権限の一部の移譲と併せ、保険医療機関の指定・監督権限についても一体的に広域連合への移譲を求める。</p> <p>(制度改正の必要性等)</p> <p>関西広域連合管内においては、医療・介護の提供体制が充実している地域がある一方で、不足している地域があることから、今後の人口減少克服・地方創生に向け、地方への新しい人の流れをつくるためには、不足地域に事業者の参入を促すための仕組みが必要である。</p> <p>医療保険では診療報酬は全国一律の価格、介護保険では介護報酬は地域区分による価格設定がされているが、ともに国で定められている。介護・医療提供体制の不足地域の解消を図るためには、こうした全国一律的な設定ではなく、地域の実情に応じた新たな仕組みが必要である。</p> <p>広域連合に診療報酬・介護報酬の決定権限の一部を移譲し、広域連合において独自に地域加算等を決定する権限を付与し、国による診療報酬・介護報酬の設定(全国標準額)をもとに、広域連合において審議会や社会保険医療協議会(地方厚生局における地方社会保険医療協議会を広域連合に移管)を設置し、各地域の提供体制等の状況を踏まえた地域加算等について諮問し、その審議・答申をもとに設定を行う仕組みとする。なお、本人負担額については同一を基本とし居住地によって格差が生じないような仕組みとしたい。また、医療保険における診療報酬の決定権限の一部の移譲と併せて、地方厚生局における地方社会保険医療協議会を広域連合に移管することにより、保険医療機関の指定・監督権限についても一体的に広域連合への移譲を求める。</p>	介護保険法 第41条～第61条の3	厚生労働省	関西広域連合 (共同提案) 京都府、兵庫県、和歌山県、鳥取県、徳島県
253	A 権限 移譲	医療・福祉	介護報酬の決定に関する権限移譲	介護サービス提供事業者が不足する地域での介護報酬について、集合住宅に居住する高齢者に対するサービス提供についての介護報酬の減算を実施しないなど、介護保険法等に基づく介護報酬決定に関する一部の権限を都道府県に移譲すること。	<p>【提案の経緯・事情変更】</p> <p>今年度の介護報酬の改定により、訪問介護サービス、定期巡回・随時対応サービスなどを集合住宅における利用者に提供する場合には、移動コストがかからないことを踏まえて介護報酬を減算することとなった。</p> <p>しかし、へき地においては、まとまった数のサービス利用者の確保が難しく、移動ロスが多いことから事業者によるサービス提供が進んでいない。</p> <p>【支障事例等】</p> <p>介護保険法上、介護報酬は厚生労働大臣が社会保障審議会(介護給付費分科会)の意見を聞いて定めることになっており、介護事業経営実態調査を基に収益率を勘案しながらの改定がなされているが、地域の実情に応じた人員配置実態が全く考慮されていない状況にある。</p> <p>中山間地域等で開設する事業所や中山間地域等に居住する者にサービスを提供する場合には加算で措置されるが、今後さらなる高齢化が進む中、介護サービス提供体制が不足している地域における介護サービスを充実させるためにも、集合住宅に居住する高齢者に対するサービス提供についての介護報酬の減算を実施しないなど各地域のサービス提供体制を踏まえた独自の報酬設定が求められている。</p> <p>【効果・必要性】</p> <p>介護報酬の決定の一部の移譲により、介護サービスの提供体制が不足している地域に対して、必要とされる介護報酬面での優遇設定が可能となり、新たな事業者によるサービス提供を促すことができる。</p>	介護保険法第41条、第42条の2、第46条、第48条、第53条等	厚生労働省	兵庫県、和歌山県、鳥取県、徳島県

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
82	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	「要介護認定(要介護4・5)の有効期間上限の無期限化」	高齢化の進展に伴い、申請者は増大し、要介護認定業務及び関係経費が増大している。 今後も、上昇傾向が続くと見込んでいるが、当該業務を安定的に継続するため、見直しを急務と考える。 については、その一旦として、主治意見書をもとに、認定審査会において、状態が安定していると判断される要介護4、または、要介護5の更新申請について、認定可能な有効期間の上限を無期限とすることを提案する。	本市では、認定申請件数の増大に対応する認定調査員や認定審査委員の確保の困難さや、当該業務量の増大が認定結果遅延の要因となっており、その結果、処分延期通知発送業務が発生する悪循環となっている。 今後もこの傾向はさらに増大することが見込まれ、地方分権改革に関する他市と同様の状況で、当該業務の効率化を加速し、負担軽減を図る必要があると考えている。 このような状況の中、本市の平成26年度認定審査実績では、要介護4、または、要介護5の更新時の認定結果が、要介護3以下に改善するケースが、1031人中162人の15.7%、要介護4・5から変化しないケースが、1031人中869人の84.3%との結果を踏まえ提案したものである。	介護保険法(平成9年法律第123号)第28条第1項・第10項・第33条第1項・第6項 介護保険法施行規則(平成11年厚生労働省令第36号)第38条第1項・第2項、第41条第2項、第52条第1項・第2項	厚生労働省	宇部市
263	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福祉	要介護認定の有効期間の更なる延長及び基準の簡素化	認定事務の負担軽減及び制度簡素化のため、新規申請、区分変更申請についても、更新申請に同様に、有効期間の延長や期間を統一するなど基準の簡素化を求める。	【提案の経緯・事情変更】 平成27年度制度改正により、一部有効期間の見直し(※「総合事業」を市町村全域で事業実施する場合に限り、更新申請時の要介護認定等に係る有効期間を一律、原則12か月、上限24か月に延長・簡素化)がなされたところであるが、新規申請、区分変更申請においては、まだ原則6か月、上限12か月のままととなっている。 【支障事例等】 昨年度一部有効期間の見直しが行われたものの、認定調査を頻繁に受けること自体が本人、家族にとって負担であるという声を聞いている。今後も高齢化の進展により、要介護(要支援)認定の申請件数の増加が見込まれることから、新規申請、区分変更申請についても、有効期間の延長と期間の統一が求められているが、現行制度ではそれができない。 なお、有効期間の延長によって認定区分を変更する機会が減少するのではという懸念があるが、被保険者の状態が大きく変化した場合、随時区分変更申請を申し出る機会が保証されている。 【効果・必要性】 新規申請、区分変更申請についても有効期間の延長による期間の統一が図られることにより、認定事務の負担軽減、簡素化が期待される。	介護保険法施行規則第38条、第41条、52条、55条	厚生労働省	兵庫県、滋賀県、京都府、大阪府、和歌山県、鳥取県、徳島県、大阪府、関西広域連合

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
190	A 権限 移譲	医療・福 祉	介護サービス事業者 (一部)の業務管理体制 に係る届出の受理、 勧告・命令等	介護サービス事業者(一部)の業 務管理体制に係る届出の受理、 勧告・命令等の権限の都道府県 (指定都市)から中核市への移 譲を求めるもの	【支障事例】 介護サービス事業者の指定に係る権限は、既に中核市に移譲されている。業務管理体制に係る届 出の受理等の事務についても、本市で処理することは可能である中、当該権限が県にあることによ り、包括的・一体的な管理ができない状況にある。 【必要性】 当該権限が中核市に移譲されることにより、事業者・自治体双方にとって、効率的・効果的な事務 遂行が期待できる。	介護保険法第115条 の32、第115条の3 3、第115条の34	厚生労働省	宇都宮市
256	B 地方 に対する規制 緩和	医療・福 祉	指定介護老人福祉施 設(特別養護老人ホ ーム)及び介護老人保 健施設の設備及び運 営に関する基準の見 直し	指定介護老人福祉施設及び介 護老人保健施設の設備及び人 員配置基準について、全国一律 で「従うべき基準」とされているもの を、必要となる財源を措置した 上で「参酌すべき基準」に見直す こと。	【提案の経緯・事情変更】 指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の設備及び人員配置基準について、全国一律で 「従うべき基準」とされているものを、必要となる財源を措置した上で「参酌すべき基準」に見直すこ と。 【支障事例・現状】 平成27年度から特別養護老人ホームへの入所要件が原則要介護3以上となり、平均要介護度 は更に高くなると見込まれ、職員も今以上の人員配置を行わなければ運営は困難となる。また、退 所率は現在の約22%から30%程度まで上昇する見込みである。 現在、指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設においては、全国的に介護人材確保が困 難なことから、配置基準を下回ることを理由に入所を断る施設が生じている。一方、入所申込者が 全国で52.4万人(H26.3厚生労働省まとめ)に上り、入所申込者の増加に歯止めをかけることが緊 急の課題となっている 【支障事例等】 今後高齢化率が安定化すると予想されるものの施設整備が量的に進んでいる県と、今後急速な 高齢化が予想(65歳以上人口増加率が比較的高い)されながら施設整備が進んでいない都府県に おいて、退所率の増加に伴う特養の利用状況が異なる(空室の増加等)ことが予測されるが、配置 基準が全国一律であり、都道府県の利用実情に応じた対応ができない。 【効果・必要性】 全国一律の人員配置基準から施設の利用実態を踏まえた基準(要介護度の割合別、規模別等) に見直すことにより、充実した人員配置が確保できることから、利用者の立場に立ったケアが可能 となる。また、ケアに応じた介護報酬の適切な評価に繋がり、職員の給与改善にも資する。	介護保険法第88条第 3項、第97条第4項	厚生労働省	兵庫県、滋 賀県、和歌 山県、鳥取 県、徳島 県、関西広 域連合

管理番号	提案区分		提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支障事例、地域の実情を踏まえた必要性	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名
	区分	分野						
257	B 地方 に対する 規制 緩和	医療・福 祉	小規模多機能型居宅 介護(地域密着型 サービス)の普及に向 けた基準の緩和	認知症高齢者が住み慣れた地 域での生活を維持するために有 効な介護サービスである小規模 多機能型居宅介護(地域密着型 サービス)を普及させるため、人 員、設備、運営等に関する事項 について、「従うべき基準」とされ ているものを「参酌すべき基準」 に見直すこと。	【提案の経緯・事情変更】 今後、認知症高齢者の増加が予想されており、地方創生においても、「医療・介護の総合的な確 保の推進」の中で住み慣れた地域での生活を維持できるよう地域包括ケアシステムの推進が求め られている。 昨年の社会保障審議会介護給付費分科会(101回)においても、「小規模多機能は在宅でいるに もかかわらずケアマネジャーがかかる。こんなばかな話はない」との意見が出されている。 【支障事例等】 「小規模多機能型居宅介護」は、「通い」「訪問」「泊まり」を柔軟に組み合わせて、利用者の在宅 生活の継続を支援するものであり、今後、増加が予想される認知症高齢者が住み慣れた地域での 生活を維持するために有効な介護サービスである。 兵庫県でも市町村と連携し、「小規模多機能型居宅介護」の整備を推進しているが、サービスの 利用に介護支援専門員(ケアマネジャー)を変更する必要があることや、少ない登録定員や利用定 員などの基準が、地域の利用者ニーズや事業者の採算性などの課題となり、事業者参入の障壁と なっている。 【効果・必要性】 同一の介護支援専門員によるケアマネジメントが継続されることにより、利用者の安心感につな がること、現在の介護支援専門員によるサービス紹介が促進されことなどから、サービス全体の利 用促進や事業者の参入促進につながり、当該サービスの普及が促進される。	「指定地域密着型サー ビスの事業の人員、設 備及び運営に関する 基準」第66条第2項第1 号、同項第2号、第74 条第1項 介護保険法第78条の 4第5項(関連)	厚生労働省	兵庫県、滋 賀県、京都 府、和歌山 県、鳥取 県、徳島県
258	B 地方 に対する 規制 緩和	医療・福 祉	指定障害者支援施設 等の人員、設備及び 運営の基準の緩和	指定障害者支援施設等※に配 置する従業者及びその員数、居 室の床面積その他設備に関する 事項等について、「従うべき基 準」とされているものを、「参酌す べき基準」に見直すこと。 ※障害福祉サービス及び指定障 害福祉サービス、指定障害者支 援施設、障害福祉サービス事 業、地域活動支援センター、福 祉ホーム、障害者支援施設	【提案の経緯・事情変更】 指定障害者支援施設等については一部の従業者(サービス管理責任者)の専従要件が課せられ ており、相談支援従事者との兼務ができないため、特に小規模な市町においては人員の確保に支 障をきたしている。 【効果・必要性】 これを緩和できれば、相談支援業務に携わる者の拡大が図れ、計画相談の進捗が見込まれる。	障害者の日常生活及 び社会生活を総合的 に支援するための法 律第30条第2項、第43 条第3項、第44条第3 項、第80条第2項、第 84条第2項	厚生労働省	兵庫県、大 阪府、和歌 山県、徳島 県