

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	制度改正による効果 (提案の実現による住民の利便性の向上・行政の効率化等)	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名	その他 (特記事項)	<追加共同提案団体及び当該団体等から示された支障事例(主なもの)>		
	区分	分野									団体名	支障事例	
140	B	地方に対する規制緩和	医療・福祉	地域医療の推進(国等が保有する医療関連データの利活用)	国が保有するNDBデータ(レセプト情報・特定健診等の情報)について、地方自治体が高齢者医療確保法に基づき医療費適正化計画を策定するにあたり、地方自治体データ提供を受ける手法を具体的に確立し、提供の迅速化を図ることを求める。また、同法に基づく指針に規定する本来目的以外の利用であっても、地方自治体健康増進計画の策定等のための調査分析等に利用する場合には、有識者会議の審査を省略するなど、事務の簡素化等を行い提供の迅速化を図ることを求める。	NDBデータを本来目的(高齢者医療確保法に基づくもの)以外で利用する場合は、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に基づき有識者会議による審査を経てNDBデータが提供されている。平成27年4月のガイドラインの一部改正により、都道府県が医療法による医療計画策定に用いる際には有識者会議の審査を経ずにデータ提供が可能となり、利便性が一部向上された。しかし、健康増進計画等については、引き続き有識者会議による審査を経なければならず、そのために膨大な資料作成や費用、時間が必要となる。このようなことから、実態としてNDBデータの分析による健康課題の抽出や必要な対策の検討等が行えない状況にある。	NDBデータの活用により、地域住民全体の悉皆的な、医療と健診の情報を合わせた健康状態の把握と分析ができ、都道府県等が地域住民の健康状態等を踏まえた健康増進計画を策定・推進することができる。また、生活習慣病対策等の健康づくり施策の充実や医療費適正化の実現に向け、効率的で効果的な保健医療政策等を立案・実施することができる。	高齢者医療確保法第16条 レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン	厚生労働省	関西広域連合 (共同提案) 滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山県、鳥取県、徳島県、京都府、大阪市、堺市		川崎市、川崎市、新潟市、富山県、伊丹市、鳥根県、大村市、五島市	○医療保険者が保有する医療・健診・介護データ等を活用し、分析・評価することにより、健康寿命の延伸や医療費適正化などより効果的・効率的に各種施策の企画立案や行政指導に反映することができる。しかし、都道府県が保険者にデータを求める場合、複雑な作業と同意が必要となることから、個人情報保護等の観点から、特に、被用者保険からデータの提供を受けることは困難な状況にある。 ○地域住民全体の医療と健診の情報をあわせた健康状態の把握と分析を行い、それらを踏まえた健康増進計画を策定・推進することが望ましいが、実態としてNDBデータの分析による健康課題の抽出や必要な対策の検討等が行えない状況にある。 ○本県における健康課題を分析し、健康長寿の延伸に向けた生活習慣病対策等の健康づくり施策の充実や効率的で効果的な保健医療政策等を立案・実施するため、NDBデータの活用を検討したが、膨大な資料作成や費用、時間が必要となるため利用に至っていない。 については、地方自治体健康増進計画の策定等のための調査分析等に利用する場合には、有識者会議の審査を省略するなど、事務の簡素化を行い提供の迅速化を図ることが必要と考える。 ○本市においても、国保や後期高齢者医療保険、介護保険等の各種データを収集し、地域健康度の見える化に向けたデータ分析を行っているが、独自の手法による分析を行わざるを得ず、全国との比較や他の自治体との比較ができない状況にある。 超高齢社会、2025年問題への対応は急務であることから、NDBデータを効率的に活用でき、健康寿命の延伸や医療費適正化に向けた迅速な対応を行えることは有効であると考えられる。 ○国民健康保険特定健康診査等実施計画については、健康増進計画と一体的に策定しており、国民健康保険の被保険者における生活習慣病対策等の健康づくり施策の実施や健診・医療情報を活用したデータヘルズ計画等の策定にあたり、NDBデータを活用した健康増進計画の内容の有機的な活用につながる。 ○現在把握できるのは、市民全体の3割に満たない国保加入者の健診・医療データのみだが、他保険のデータがわかれば、市全体の健康課題の把握と多角的な分析ができ、より効果的な生活習慣病予防施策の立案・実施が可能となる。 ○健康増進計画の策定や評価時に市町村が活用できるデータ等は、国保のデータに限られ、適正な課題抽出や評価ができない。 また、公表されているデータは、都道府県レベルまでのものが多く、市町村レベルで公表されているものは少ない。 データを利用する場合は、国の審査会の手続きが必要となり、入手に時間がかかる。 ○NDBデータの活用により、地域の方の健康状態等を考慮した上での健康増進計画を策定し、それに基づいた各施策を実施していくことは効果的であり、有意義であると思われる。
176	A	権限移譲	医療・福祉	自立支援医療(精神通院医療)の支給認定に係る申請者の所得区分の確認事務を市町村の事務として法令に規定	自立支援医療(精神通院医療)の支給認定に関する事務のうち、申請者の所得区分の確認事務については、申請の受付を行う市町村が確認した上で、県に進達している。今般の番号法施行により、市町村は法令上単に経由事務を行う者であって、法令の規定により事務の全部又は一部を行うもの及び個人番号利用事務実施者に該当しないことから、事務の実態に関わらず、当該事務を実施することができないものとされ、下記のような支障が生ずる。 (具体的支障内容) ①県において「所得区分の確認」を行うためには、新たな人員配置が必要となるほか、市町村で所得の確認を行うよりも、より多くの時間を要することとなり、受給者証の発行が遅れるなど住民サービスの低下を招くおそれがある。 ②引き続き、「所得区分の確認」を市町村において実施するためには、事務処理特例条例により権限を都道府県から市町村に移譲することが必要であるが、市町村との協議・同意が必要であり、仮に同意が得られない市町村が発生した場合、一部市町村の確認事務を県が行うこととなる。 従前から全県一律の手続きとして、申請を受ける窓口たる市町村で一定の内容確認をした上で、申請書を進達する取扱いをしてきたが、これをマイナンバー制度に対応させるのであれば、市町村の事務であることを法令上規定(権限を法定移譲)すべきであり、同一の事務であるのに市町村によって手続(と住民サービス)が異なることとなる特例条例での処理によるべきとの考え方は適当とは思われない。	①所得区分の確認を市町村の事務として法令に規定することで、市町村は番号法施行後も、法定の事務実施者として保有情報に基づく迅速な確認事務が可能となる。これは、業務の実態に沿うものである上、県が事務を行う場合に比べて合理的で、住民サービスの低下につながらないものである。 ②また、特例条例とは異なり、全県一律の手続となるため、住民サービスに差が生じない。	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54条第1項(支給認定等)、障害者総合支援法施行規則第35条第3項(市町村を経由)、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第7項(特定個人情報提供の制限)	厚生労働省	秋田県、岩手県		北海道、埼玉県、神奈川県、新潟県、滋賀県、豊橋市、滋賀県、倉吉市、宇美町、長崎県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県	○提案県の意見に賛同する。 現在、市町に対し事務処理特例条例による権限移譲を受けるかどうか、意向確認を行っているところであるが、複数の市町から、同意を得られていない状況である(最終意向確認は8月末を予定している)。 最終意向確認において、全市町の意向が同意と不同意と分かれた場合の対応として、 ①全市町分を県で処理する ②同意をとれない市町村のみ県で処理する のいずれが適当であるか、検討を行う必要があるが、①②ともに、県における事務量にみあった人員配置が課題であると共に、②とすることについて、一部の市町から、同一事務の取り扱いが市町村によって異なることは適当ではないとの意見も上がっている。 ○「所得区分の確認」事務については、これまでと同様申請窓口である市町村で行う必要がある。このため、事務処理特例条例により市町村に移譲することとしたが、移譲を受けた市町村は33/62市町村にとどまっている。 県内で統一した取り扱いをするために、引き続き事務処理特例条例による市町村への移譲を進めていくが、業務の実態に合わせ、全県で統一したサービスを速やかに実施するためには、法令上、市町村事務として規定することが必要である。 ○自立支援医療の件数が増加しており、現時点で全体的に支給認定事務に時間を要している状況がある。そのような状況下でマイナンバーを利用した情報照会により、所得区分の確認事務を県が行うとすると、受給者証発行までにさらなる時間を要し、申請者に不利益を被らせることとなる。 ○県においても「所得区分の確認」を行う際には、従来どおり市町村で確認を行うより人員及び業務時間の増大が予想される。それにより、受給者証の発行が遅れる等住民サービスの低下を招くおそれがある。今回より事務処理特例条例により、市町村への権限委譲を求められているが、もし仮に、一部の市町村で同意が得られないとなると、その分の確認事務は県が行うこととなり、上記のようなサービスの低下がおこる事が予想される。 提案のように、所得区分の確認を市町村事務であることを法令上規定し、全国統一的な対応とすることで住民サービスに差が生じない。 ○①県で所得区分認定作業を行う場合、市町村での業務時間は短縮できるが、これまで各市町村に分担されていた業務が県に集中することになり、処理に要する時間が相当かかることが考えられる。結果、住民サービスの低下を招くこととなる。 ②市町村で所得判定などが行えないとなると、窓口での必要な手続きの判断が出来ず、事務処理が大幅に遅れることになる。 ③市町村の窓口に来られても、県への問い合わせをしなければ説明できないなど、市町村の窓口対応も煩雑になる。	
228	A	権限移譲	医療・福祉	医療計画の策定等に係る事務・権限の都道府県から指定都市への移譲	横浜市の人口は約370万人で都道府県別人口第10位の静岡県とほぼ同じであり、神奈川県全体の人口の約4割を占めている。病院数や診療所数についても同様である。これだけ規模の大きな市について、県が地域の実情を把握して、きめ細かな医療政策を考えることは困難である。 昨年10月に策定された地域医療構想では、急速に進む少子高齢化により、2025年には本市全体で7千床の病床が不足する見込みであり、在宅医療等の対象患者数については約1.8倍に増加する。また、横浜市では3つの二次医療圏を1つの構想区域にまとめ、医療と介護の総合的な確保に向けた環境を整えたところである。 なお、医療需要は2025年以降も増加を続け、少なくとも2040年までは増え続けると推計されており、地域における医療提供体制の整備が急務である。 神奈川県においては、病院の開設許可に関する権限が指定都市等に移譲されたが、基準病床数算定や病床配分に関する権限は県に残っており、医療計画に関する業務がねじれた状況になっている。	医療計画の策定等にかかる権限が移譲されれば、国の医療計画策定指針に従って、市が基準病床数を算出することになる。医療法の特例を活用した厚生労働省との協議についても市が直接行うことになるので、適切な基準病床数を早く設定することができる。 また、病床の公募から配分決定までの手続についても、県の会議スケジュール等に合わせることなく、迅速な対応ができるようになる。	医療法第30条の4	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	制度改革による効果 (提案の実現による住民の利便性の向上・行政の効率化等)	根拠法令等	制度の所管・関係府省庁	団体名	その他 (特記事項)	＜追加共同提案団体及び当該団体等から示された支障事例(主なもの)＞	
	区分	分野									団体名	支障事例
229	B	地方に対する規制緩和	医療・福祉	地域医療介護総合確保基金の指定都市への設置	今は各都道府県に設置されている地域医療介護総合確保基金について、希望する指定都市は別に設置できるようにする。	横浜では行政区によって人口規模や高齢化のピークが異なり、医療・介護資源の充足状況もさまざまである。地域特有の医療課題を解決するためには、きめ細かい事業展開が必要であり、県が他の圏域と合わせて対応するのは難しい。また、基金は県が1/3を負担することから、事業化にあたっては県の財政事情の影響を受けてしまう。	市内の医療関係団体等の意見も聞きながら、基金をタイムリーに事業化することで、地域特有の医療課題の解決に向けた取組を強力に進めることができる。	厚生労働省	横浜市		仙台市、名古屋市、大阪府	○地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材の確保事業については、必ずしも大都市がその特性に応じ、主体的に同基金を活用して取り組める仕組みにはなっていない。本市では県内全介護保険事業所の約4割が集中し、県内でも人口規模等に応じて介護事情や課題も異なることから、地域特性に応じた事業の展開が求められる。市内介護事業所と連携して効率的に介護人材の確保・育成に取り組むためにも指定都市の配分枠を確保したい。 ○本市においても、基金を充てて実施することとされている「居宅等における医療提供に関する事業」のうち、在宅医療の提供体制の充実が極めて重要と考えているが、県は29年度をもって既存事業を終了する見込みであり、事業展開に支障が生じている。都道府県とは別に指定都市が基金を設置することで、地域特有の医療課題に応じた施策の実施が可能と考える。 また、本市域が抱える課題を解決するための事業の必要性を訴えても、県が他の圏域と合わせた対応とすることから、事業実施への基金の活用が認められない事例が発生しており、地域でのきめ細かい事業展開が必要であるにも関わらず、県に基金が設置されていることで、それが困難になっている場合があると認識している。 財源負担への懸念はあるものの、希望する指定都市においては、基金が設置できるよう、本件提案に賛同する。
240	B	地方に対する規制緩和	医療・福祉	共同生活援助事業所の共同生活住居に関する基準の参酌基準化	共同生活住居の入居定員数については、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省令第171号)第210条第4項(標準とすべき基準)により、新築の場合は2人以上10人以下、既存の建物を共同生活住居とする場合にあっては入居定員を2人以上20人以下、都道府県知事が特に必要があると認めるときは30人以下とされており、第5項(標準とすべき基準)により既存の建物を共同生活住居とした共同生活住居を改築する場合は30人以下とされている。 また、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日障発第1206001号)により都道府県知事が特に必要があると認めるときは、都道府県障害福祉計画において定める量に満たない地域であることが必要とされている。 共同生活援助は、他のサービスより、人員配置基準が緩やかであるため、共同生活住居を開設する際に、できる限り、大規模なものの設置を希望する傾向にある。 しかし、上記の規程により、大規模な20人以上が入居できる物件が見つかったりも、使用できないケースがある。 そのため、上記規程を参酌すべき基準として、通知の「都道府県障害福祉計画において定める量に満たない地域であること」を廃止して、20人以上の大規模の共同生活住居を都道府県の裁量により、より簡易に設置を認めるようにすれば、共同生活援助の利用者の増加が期待できる。	人員、設備及び運営に関する基準について、参酌基準化することで、地域の実情に応じて都道府県が裁量権を持つことで、共同生活援助の利用者の増加を図る。	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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成十八年九月二十九日厚生労働省令第四百七十一号)第210条第4項・第5項、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年12月6日障発第1206001号)	厚生労働省	京都府、滋賀県、兵庫県、和歌山県、鳥取県、徳島県		北海道、熊本市	○障害者の地域移行を進める上での受け皿のひとつとして、共同生活援助事業所への整備のニーズは高いので、基準の見直しにより緩和されることで、今以上の整備の促進につながるものと期待される。
254	A	権限移譲	医療・福祉	認定こども園に関する情報提供の権限移譲	就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(認定こども園法)第28条に基づく情報の提供について、変更届の受理(第29条)に係る権限を有する自治体等が行えるよう法令を改正する。	情報の提供主体が知事となっているが、認可認定権限を有していないため、政令市中核市から情報提供を受けなければ公表できず、事務が煩雑である。29条に規定される変更届の受理が認可・認定権者と一致することになったため、情報の提供の主体についても認可・認定権者と一致させるべき。	第28条に基づく情報の提供について、認可認定権限と一致させることにより役割・手続きが明確になり、ひいては事業者の負担軽減につながる。	内閣府、文部科学省、厚生労働省	大阪府、京都府、兵庫県、和歌山県、京都府、大阪市、神戸市、関西広域連合		福島県、横浜市、高槻市、鳥取県、北九州市	○認可・認定手続きと一致させることは、事業者の負担軽減につながるため効果的であると考えられる。 ○当該規定に基づき、認定こども園の認可・認定に係る申請書類等を一式提出することが県より求められているところであり、事務負担となっている。 ○政令市や中核市からの届出の事務を省略でき、なかつ認可、認定権者が責任を持って公表することは重要であると考えられる。