

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
224	保育士修学資金貸付事業の貸付対象の住所要件の撤廃	保育士修学資金貸付事業の貸付対象は、県内に住民登録をしている者または県内の保育士養成施設に修学している者等とされており、保育士不足が著しい地域で人材を確保するためには、より広域的な確保が必要であることから、貸付対象の住所要件を撤廃	【現行の制度】保育士修学資金貸付事業については、「保育士修学資金貸付制度の運営について」(平成25年2月26日付け雇児発第0226第6号)において、その対象者は県内に住民登録をしている者または県内の保育士養成施設に修学している者等とされている。 【本県の状況】県内の保育士養成施設は4校で、定員は330名であり、県外の保育士養成施設での修学者も含め、保育士養成校による県内の資格取得者は毎年500人程度となっているが、これら養成数では増大する保育ニーズに応えられていない状況である。 本県では、保育士・保育所支援センターを設置するとともに、保育士修学資金貸付事業など、総合的な保育士確保対策に取り組んでいるところであるが、保育士の有効求人倍率が常に1倍を超えており、時には3倍、4倍という状況で保育士不足が深刻である。 【制度改正の必要性】保育士の有効求人倍率が1倍を下回り、比較的保育士が充足している府県もあり、こうした府県の在住者も対象に保育士の確保を図ることが、喫緊の保育士不足を解消するために必要である。 こうしたことから、県外在在であっても、滋賀県内保育所への就労を希望する県外在在の県外学生に対して、修学資金を貸付けることができるよう住所要件の撤廃が必要である。	「保育士修学資金貸付制度の運営について」(平成25年2月26日付け雇児発第0236第6号 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)		厚生労働省	滋賀県	E 提案の実現に向けて対応を検討	貸付対象者の要件緩和により生じる影響等を踏まえて、検討している。	平成29年度末までの待機児童解消を目指して、保育所等の施設整備が加速化している中、保育士確保が喫緊の課題であり、平成27年度貸付分からの要件緩和を望む。		同一の国庫補助制度のもとにおける、都道府県間の貸付対象者の争奪を助長することがないよう検討を求める。	
286	認可外保育所から認可保育所への移行に伴う経済的要件の緩和	認可外保育施設からの移行に際しては、認可保育所への移行が進むよう、過去3年間黒字経営であるなど適正に運営されていることが確認できる場合は、1,000万円の資金要件をなくすなど審査要件である経済的基礎の条件を緩和すること。	【制度改正の必要性等】認可保育所の審査要件では、経済的基礎〔①土地・建物等について所有権を有すること(賃借の場合は原則として賃借権を設定・登記し、社会福祉法人以外の場合は1年間の賃借料に相当する額と1,000万円の合計額の資金を有すること)、②社会福祉法人以外の場合は年間事業費の1/12相当の資金を有すること〕を求めていること、保育所運営費から認可前に生じた運転資金に係る借入金の返済ができないことといった制約がある。これらの制約が、認可化移行の足かせになるおそれがあるほか、無理に資金があると見せかけて、認可を受けて、かえって認可後の運営に支障を来す事態が生じかねない。 そのため、「保育所の設置認可等について」の取扱いについて等を改め、認可外保育施設からの移行に際しては、認可保育所への移行が進むよう、過去3年間黒字経営であるなど適正に運営されていることが確認できる場合は、1,000万円の資金要件をなくすなど審査要件である経済的基礎の条件を緩和すべきである。 なお、平成27年4月1日施行予定の改正児童福祉法第35条第5項第1号において、保育所の認可申請に対する審査基準として経済的基礎要件が明文化されている。	「保育所の設置認可等について」の取扱いについて(平成12年3月30日児保第10号厚生省児童家庭局保育課長通知) 不動産の貸与を受けて保育所を設置する場合の要件緩和について(平成16年5月24日厚生労働省雇用均等・児童家庭・社会・援護局長連名通知) 改正児童福祉法第35条第5項第1号(平成27年4月1日施行予定)		厚生労働省	埼玉県	D 現行規定により対応可能	御提案にある1000万円の資産要件については、「不動産の貸与を受けて保育所を設置する場合の要件緩和について」(平成16年5月24日雇児発第0524002号付け、社援発第0524008号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長連名通知)において、「地上権・賃借権の登記、賃貸借契約期間の長さ等施設使用の安定性の高さ、当該主体の総合的な財政力の高さ、公的補助による継続的な賃借料補助、これまでの施設の経営・運営実績等過去の安定性の高さ等を動案し、賃貸施設であっても安定的に事業経営が認められる場合には、2分の1を下回らない範囲内で当該額を減額して差し支えないこと。」とされており、既に地方自治体の判断で減額することが認められている。 なお、来年度施行予定の改正後の児童福祉法(平成二六年法律第七九号)第35条第5項第1号に規定されているとおり、保育所を運営するために必要な一定の経済的基礎を設置主体に求めることは、保育の質を確保し、保護者が安心して子どもを預けるために重要な事項であって、この要件をなくすことはできない。	本提案は、認可外保育施設から認可保育所への移行を促進するため、保育所の設置認可に係る審査基準のうち「経済的基礎要件の緩和」を提案するものである。 子ども・子育て支援新制度では、認可外保育施設から保育所への移行が検討されるところであり、規模の小さな施設(保育所の認可は20名以上から可能)からの移行も生じる。 その際、施設規模にかかわらず、年間事業費の1/12相当の資金、1年間の賃借料に相当する額のほか、一律に1,000万円という金額の資産要件を課す根拠は乏しいと考える。 賃貸施設であっても安定的な経営が認められる場合には、2分の1を超える減額も可能とするよう検討いただきたい。 また、経済的基礎要件の具体的内容を示している「不動産の貸与を受けて保育所を設置する場合の要件緩和について」(平成16年5月24日雇児発第0524002号付け、社援発第0524008号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長連名通知)は、技術的助言であり法的な拘束力を有するものではないが、都道府県が事務を行う際の指針となるものであるので、1,000万円の資産要件について2分の1を超えた減額を容認する表現に改めていただきたい。 併せて、2分の1を下回らない範囲内を基準とした根拠を示していただきたい。	所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		
789	保育所型認定こども園に規定されている認定の有効期間の廃止	保育所型認定こども園のみ規定されている認定の有効期間を廃止すること。	【支障事例】有効期間を設定することにより、5年後の事業継続が確保されないため事業の安定的運営が難しい、また保護者も「途中退所を求められるかもしれない」と不安に思うなどの支障がある。 【改正による効果】保育所型のみ期限(5年を超えない範囲内)を定め認定することとされている規定を廃止し、更新手続き等の事務負担及び都道府県における更新管理業務の軽減を図る。	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5条		内閣府、文部科学省、厚生労働省	兵庫県 【共同提案】京都府、大阪府、和歌山県、鳥取県、徳島県	C 対応不可	保育所型認定こども園については、地域における保育需要が将来的に増加した場合、「保育に欠けない子ども」を受け入れていることにより「保育に欠ける子ども」の利用が制限され、市町村による保育の実施義務の履行が妨げられるおそれもあることから、その認定については、5年を超えない範囲内において有効期間を定めることとされているものである。	以下の点から有効期間を設定する必要性はないと考えるため、それぞれについて、厚生労働省等、関係府省の見解を求める。 ①新制度では、保育所から保育所型認定こども園だけではなく、幼保連携型認定こども園への移行も可能であるが、幼保連携型認定こども園は有期認定の対象外であること ②特に新制度では、潜在的ニーズと現行の利用状況を踏まえ、地域における将来的な保育需要を予測した量の見込みを把握し、それに対応する確保方策を定めた市町村計画に基づき保育等のサービスを提供することになるため、「保育に欠ける子ども」を受入れる体制を圧迫はしないこと	保育所型認定こども園の認定の有効期間については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、廃止若しくは条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を＜平27＞として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を＜平28＞として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を＜平29＞として併記	対応方針の措置(検討)状況				
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定	
224			○ 比較的保育士が充足している県もあることから、要件撤廃によって、自治体の努力による保育士確保が可能となるとともに、全国的な需給バランスの最適化につながると考えられることから、提案の実現に向けて具体的に検討を進められたい。 ○ 平成27年度から実施する場合、募集にかかる準備期間も必要であり、検討スケジュールを示されたい。	E	提案の実現に向けて対応を検討	実施時期を含め検討しているところであり、現時点においてスケジュールをお示しすることは困難である。	6【厚生労働省】 (20)保育士修学資金貸付制度 保育士修学資金貸付事業に係る貸付対象者の住所要件について、平成26年度末までに廃止する。	通知	平成27年4月1日施行	「保育士修学資金貸付制度の運営について」の一部改正について(平成27年4月13日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	
286	【全国市長会】 所管(府)省からの回答が「現行により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		○ 当該認可の事務は自治事務であり、国が通知により認可の具体的基準を示すのは不適切であると考える。 ○ したがって、改正児童福祉法第35条第5項第1号の「経済的基礎」の具体的な内容を示す際には、地域の特性に応じて事務を処理することができるよう配慮されたい。	D	現行規定により対応可能	当該認可の事務は自治事務であることから、技術的助言として当該通知をお示ししているものであり、各自治体において対応いただきたい。 なお、改正後の児童福祉法第35条第5項第1号に規定する経済的基礎の要件については、現行の保育所の設置認可等に係る要件の考え方を基本として、技術的助言として通知においてお示しする予定であるが、通知の規定ぶりについては、今後検討していく。	6【厚生労働省】 (1)児童福祉法(昭22法164) (イ)保育所の設置認可等に係る経済的基礎の要件(子ども・子育て支援法及び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の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(平24法67))による改正後の35 条5項1号)については、当該認可の事務は自治事務であり、保有する資産の額を保育所が安定的に運営可能と都道府県等が認めた額とすること等について周知する。 〔措置済み(平成26年12月12日付け雇用均等・児童家庭局、社会・援護局通知)〕	通知	平成26年12月12日	「不動産の貸与を受けて 保育所を設置する場合の要件緩和について」の一部改正について(平成26年12月12日雇児発1212第7号、社援発1212第8号)	
789	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ 認定の取消等の手続きも整備されている上に、新制度の下で自治体が作成する「子ども・子育て支援事業計画」によって保育ニーズの予見可能性も向上しており、有効期間は廃止すべきである。それでもなお有効期間が必要であるとする特別の理由はあるのか。 ○ 提案団体からは、事業者にとっての中長期の運営見通しや入居児童の保護者にとって不安をもたらしているとの実際の支障事例も示されている。 ○ 本規定の適用実績等の自治体の運用状況や認定こども園の意見を調査した上でも、有効期間がなお必要ということであれば具体的に示されたい。	C	対応不可	幼保連携型認定こども園の有効期間がないこと及び新制度において市町村計画を定めることにより、保育所型認定こども園において「保育に欠ける子ども」の利用が制限されるおそれがあるとは言いきれないと考えているが、 <u>現在自治体の運用状況等については、調査中であり、今後、その実態等を踏まえ、対応の可否を検討することとしたい。</u>	[再掲] 6【厚生労働省】 (14)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(平18法77)(文部科学省と共管) (イ)保育所型認定こども園を認定する際に定めることとされている有効期間(5条)については、廃止する。	法律	平成27年6月26日	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
952	多子世帯保育料軽減制度における同時入所要件の撤廃	保育料の軽減制度について、兄弟姉妹が同時入所している場合に限り2人目を1/2軽減、3人目を無料化にしている現行制度の、兄弟姉妹の同時入所要件を撤廃すること	現行制度は、兄弟姉妹が同時入所している場合に限り、2人目1/2軽減、3人目を無料化としているが、少子化対策の観点から多子世帯の経済的負担軽減は重要であり、同時入所要件は撤廃すべき。(なお、要件撤廃に伴う財政負担が地方に転嫁されることのないようあわせて提案する。)	「児童福祉法による保育所運営費国庫負担金について」(S51.4.16厚生省発児第59号の2厚生事務次官通知)		厚生労働省	中国地方知事会	C 対応不可	本提案は多額の公費を要する施策であり、これに充てる財源が明確でないことから対応することはできない。 実際に保護者から徴収する保育料は、各自治体で条例等により定めされており、多子世帯保育料軽減の取扱は自治体の裁量で認定することが可能である。 その場合、「児童福祉法による保育所運営費国庫負担金について」(昭和51年4月16日付け厚生省発児第59号の2厚生事務次官通知)は私立保育所のみを対象としており、地方自治体に一般財源化された公立保育所は対象外であるため、公立保育所分は地方自治体において責任をもって財源を含め、手当する必要がある。 また、私立保育所についても、児童福祉法の規定に基づき運営費の負担関係を定めているところであるが、これをご提案の「財政負担が地方に転嫁されない」ようにするためには、公立・私立の保育所の保育料に係る地方自治体向けの多額の財政措置を伴う新たな予算事業の創設を求めるものとなり、この財源についても明確でないことから対応することはできない。	先に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2014」では、少子化対策に関して「第三子以降の出生・育児・教育への重点的な支援など、これまでの少子化対策の延長線上にない政策を検討する」と明記されている。 本提案が実現すれば、同時入所の如何にかかわらず、第三子以降の保育料無料化が可能となり、これは、政府が打ち出された少子化対策の方向性と一致していると考えている。 については、財源が不明確であるという指摘については、段階的な実施や、財源に見合った制度設計等を含め検討いただきたい 少子化の進行は全国的な現象であり、その主な原因の一つに経済的な問題があることから、インパクトのある更なる保育料の軽減は、全国的な制度として展開することが適当であると考ええる。		多子世帯保育料軽減措置における同時入所要件の廃止と併せ、認可外保育施設への対象拡大を行うべき。	
161	放課後児童クラブの補助要件緩和	人口減少の課題を抱えた地方においても、多様な保育ニーズへの対応を実情に応じて柔軟に行えるよう、放課後児童クラブの利用児童数の下限の要件を緩和すべき。	【制度改正の必要性】 現在、小規模な放課後児童クラブ(利用者9人以下)や開設日数が少ない(249日以下※特例あり)放課後児童クラブの運営費については、国庫補助対象外となっているが、県内の中山間地域をはじめとした、少子化が進行している地域においては、国庫補助要件に満たない放課後児童クラブが以下のとおり存在している。 【具体的な支障事例】 放課後児童クラブの運営にあたっては、安全管理上、職員の複数配置が必要であるが、小規模なクラブについては特に保育料収入が少ないことから、市町村単独では運営が困難であり、県単独補助で支援している状況にある。 【制度改正の必要性】 中山間地域をはじめとした、少子化が進行している地域においても、他の地域と同様に、放課後児童クラブを実施していく必要があるが、地域の実情を踏まえた保育ニーズに対応していくためには、5人以上、249日以下のクラブについても国庫補助対象とする等、補助要件の緩和が必要である。 ○県内の全クラブ数に対する国庫補助対象外クラブ数 平成23年度:8クラブ／135クラブ 平成24年度:7クラブ／137クラブ 平成25年度:6クラブ／138クラブ 平成26年度(予定):5クラブ／144クラブ	「放課後児童健全育成事業費等の国庫補助について」(平成26年4月1日厚生労働省発雇児0401第15号厚生労働省事務次官通知)		厚生労働省	鳥取県・京都府・大阪府・徳島県	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、新制度の「質の改善」事項において、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討する必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。	国庫補助の対象とならない小規模なクラブ(利用者9人以下)は、平成25年の厚生労働省実施状況調査でも全国で618クラブあり、24県で単独補助制度を設け、支援している。こうした小規模な放課後児童クラブは、子ども・子育て支援新制度移行後も一定数見込まれる。 働きながら子育てできる環境へのニーズは全国共通であり、とりわけ人口減少の危機に直面する中山間地域にあっては切実である。 補助要件を満たすためにクラブを集約することは、送迎など児童・保護者とも負担が増す。一方で、身近な地域にクラブがあれば、雇用の創出につながり、安心して子育てできるとい「質の改善」にもつながる。 地域で子育てができ、地域に住み続けられるよう、新制度における「質の改善」の中で、小規模な放課後児童クラブに対する補助制度が拡充されるよう、優先的に検討すべき。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。	
259	放課後児童健全育成事業等実施要綱の緩和	放課後児童健全育成事業等実施要綱における補助対象の児童数(現行は10人以上)の緩和	【国の動向】核家族化の進行、女性の社会進出など社会状況の変化に伴い、放課後児童クラブのニーズは年々高まりつつあり、国においても平成31年度までに、新たに約30万人分の定員枠を拡大する方針が示された。 【本市の実情】本市における放課後児童クラブは、公設公営を66箇所設置し約4,200人の児童の受入れを行っており、また、運営費補助を行っている民設民営が21箇所あり約580人の児童の受入れを行っている。(平成26年度) 本市においてもニーズは年々増加しており、児童数の40%から50%を超えるニーズが発生している学校区もあることから、公設公営の放課後児童クラブについては、待機児童が発生している施設において小学校施設等を活用した整備や、既存施設の改修による一定規模(10人から40人)の定員枠の拡大を行っているが、小学校における少人数学級の推進等の影響により、現状においても小学校施設の活用による定員枠の拡大が困難な状況であり、今後はさらに困難な状況が予想される。 【本市の実情を踏まえた必要性】このため、今後、待機児童対策の推進にあたり、公設公営の放課後児童クラブによる一定規模の定員枠の拡大に加えて、例えばマンションの一室を借り上げて当該事業を実施するなど、民間資源を活用した小規模な定員枠の拡大についても積極的に図っていく必要がある。 こうした中、放課後児童健全育成事業等実施要綱における補助対象である現行の児童数10人以上の基準は、事業の効率性及び安定性の観点から設けられているものと考えられるが、本市の実情を踏まえ、緩和を提案するもの。	「放課後児童健全育成事業費等の国庫補助について」(平成26年4月1日厚生労働省発雇児0401第15号厚生労働省事務次官通知)		厚生労働省	相模原市	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、新制度の「質の改善」事項において、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討する必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。	【意見】 ・公共施設マネジメントの観点から、いわゆるハコモノの新増設は困難な状況の中、待機児童対策の推進にあたり、需給に応じた臨機な対応が図り易い、民間資源を活用した小規模な放課後児童クラブについて積極的な活用を図る必要がある本市の実情について、十分ご理解いただきたい。 また、小規模な放課後児童クラブの利用者負担が、公立児童クラブと比べ2～3倍になっている現状についても、ご認識いただきたい。 本市における現状や必要性を踏まえ、新制度における「質の改善」事項で再検討していただき、是非とも緩和していただきたい。 なお、平成27年4月施行予定の新制度の施行時期が遅れる場合は、現行の補助要綱の改正による対応も含めて検討いただきたい。 【質問】 ・事業の効率性、安定性の観点から10人以上を補助対象としていると認識しているが、10人未満の小規模な放課後児童クラブが効率性に欠ける具体的根拠、並びに、利用者負担に頼らざるを得ない現状を踏まえると、補助要件を緩和することで、利用者負担の平準化や、より安定的な運営が行えると考えるが、この点について貴省の見解を示されたい。 ・「放課後子ども総合プラン」において、平成31年度までに、新たに約30万人分の定員枠を拡大する方針が示されたが、定員拡充策の施策の一つとして、本市が提案している民間資源を活用した小規模な放課後児童クラブの拡充の必要性について、貴省の見解を示されたい。 ・他の充実メニューとの優先順位も含め再検討する必要がある旨1次回答が示されたが、子ども子育て支援会議で再検討する際は、本案件は検討事項に含まれるのか貴省の見解を示されたい。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
952	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ 地方創生「若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現」に関連する提案であり、現に各地方において単独事業で実施をし、効果があるとの声がある。子育て支援の1つの選択肢として、検討してはどうか。	C 対応不可	前回回答したとおり、本提案は多額の公費を要する施策であり、これに充てる財源が明確でないことから対応することはできない。					
161	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ 都市部においては、補助対象外である小規模クラブの充実が、受け皿の拡充を目指す上で重要であるとの指摘があり、中山間地域では、すでに合併等を進めた上で、なお小規模クラブが残っている現状があるが、このようなクラブに対する支援の必要性についてどう考えているか。 ○ 少子化対策の緊急性・重要性に鑑みれば、人口が多いところ・少ないところ、入所児童が多い施設・少ない施設で支援に差が生じないように対応すべきと考える。	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、重要な課題の一つと考えており、地方の代表も参加して議論する子ども・子育て会議において、新制度の「質の改善」事項の一つに含まれているが、今後他の充実メニューとの予算配分の優先順位を含め、予算編成過程で検討することとなるため、現時点で直ちに措置することは困難である。	6【厚生労働省】 (21)放課後児童健全育成事業 放課後児童健全育成事業の補助要件について、子ども・子育て支援新制度の施行に伴い、平成27年度から、10人未満の放課後児童クラブについても補助対象とするよう見直す。	通知	平成27年4月1日	「放課後児童健全育成事業」の実施について(平成27年6月21日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	
259	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ 都市部においては、補助対象外である小規模クラブの充実が、受け皿の拡充を目指す上で重要であるとの指摘があり、中山間地域では、すでに合併等を進めた上で、なお小規模クラブが残っている現状があるが、このようなクラブに対する支援の必要性についてどう考えているか。 ○ 少子化対策の緊急性・重要性に鑑みれば、人口が多いところ・少ないところ、入所児童が多い施設・少ない施設で支援に差が生じないように対応すべきと考える。	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、重要な課題の一つと考えており、地方の代表も参加して議論する子ども・子育て会議において、新制度の「質の改善」事項の一つに含まれているが、今後他の充実メニューとの予算配分の優先順位を含め、予算編成過程で検討することとなるため、現時点で直ちに措置することは困難である。	[再掲] 6【厚生労働省】 (21)放課後児童健全育成事業 放課後児童健全育成事業の補助要件について、子ども・子育て支援新制度の施行に伴い、平成27年度から、10人未満の放課後児童クラブについても補助対象とするよう見直す。	通知	平成27年4月1日	「放課後児童健全育成事業」の実施について(平成27年6月21日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
436	放課後児童健全育成事業等実施要綱の緩和	放課後児童クラブの障がい児受入加算の要件(現行は1クラブあたり)について、1人あたり基準を加えるよう提案する。	【提案概要】放課後児童クラブの需要は今後も増加することが見込まれ、それに伴い障がい児の受入体制の整備を図る必要がある。大都市においては、多人数の児童を抱えるクラブも多く、障がい児受入加算の要件(現行は1クラブあたり)について、1人あたり基準を加えることを提案する。 【支障事例】本市では196施設中119施設で244人(1施設平均2人)の障がい児を受け入れており、各施設は障がい児の人数に応じて受入体制を整備しているが、加算要件が実態と合致していない。 〔障がい児を多く受け入れている施設の学童保育指導員の配置状況の例〕 児童数37人(うち障がい児3人)→学童保育指導員8人を配置 児童数45人(うち障がい児4人)→学童保育指導員7人を配置 児童数56人(うち障がい児4人)→学童保育指導員10人を配置 児童数86人(うち障がい児5人)→学童保育指導員11人を配置 〔ほぼ同数の児童数で障がい児のいない施設の学童保育指導員の配置状況の例〕 児童数33人(うち障がい児0人)→学童保育指導員3人を配置 児童数44人(うち障がい児0人)→学童保育指導員3人を配置 児童数57人(うち障がい児0人)→学童保育指導員3人を配置 児童数86人(うち障がい児0人)→学童保育指導員8人を配置 障がい児を多く受け入れている施設では、本人や他の児童にケガなどが生じないよう、よりきめ細やかに見守りを行うことが保護者からも強く求められており、学童保育指導員を増員して対応する必要があるが生じている。 現在の加算要件では、平成25年度実績で約127百万円を神戸市において負担している。	放課後児童健全育成事業費等補助金交付要綱 別表 放課後児童健全育成事業費等 3(2)障害児受け入れ推進事業		厚生労働省	神戸市	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 放課後児童クラブの障害児受入加算は、新制度の「質の改善」事項において、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討する必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。	本市では、発達障害や知的障害の児童が増えており、独自に、障がい児1人ごとの運営費の加算を行っているが、こうしたきめ細やかな支援なしには、障がい児を含むすべての児童が自分らしさを保ちながら集団の中で過ごし、児童同士が支え合う環境とはなりにくい。今後、高学年の受け入れに伴い、障がい児がさらに増加するものと見込んでおり、これまで以上に、受け入れ体制の強化が必要になると考えている。 また、放課後等デイサービスの事業所の多くは、10人を定員とする小規模な施設であるほか、指導員以外に管理者が配置されるなど放課後児童クラブとは運営体制が異なっており、同一の加配基準とすることは適当ではないと考えている。 国では、障がい児を5人以上受け入れるクラブについての補助の拡充が検討されているが、本市においては障がい児を5人以上受け入れているクラブは6クラブに過ぎず、今後も、障がい児を1つのクラブに集めない限り、補助の要件となる5人以上の障がい児がいるクラブは少ないと見込んでいる。障がい児についても、できるだけ自分の住む地域において安心・安全に放課後児童クラブを利用できるようにすべきであり、どこかに集めるという方法をとる予定はない。 このような地域の実情を踏まえた上で、子ども子育て支援会議等において障がい児1人ごとの受け入れに対する補助の仕組みについて再度検討されるのか、お伺いしたい。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。	
437	放課後児童健全育成事業等実施要綱の緩和	長時間開設加算(保育緊急確保事業における放課後児童クラブ開所時間延長支援含む)について、平日一日6時間超という現行基準を、平日一日「6時間以上」という基準に見直すことを提案する。	【提案概要】長時間開設加算(保育緊急確保事業における放課後児童クラブ開所時間延長支援含む)について、平日一日6時間超という現行基準は、全国で7時間以上開設しているクラブが約21%しかない現状からも要件を満たすことが難しい。 本市が昨年実施した利用者のニーズ調査によると、就学前児童・低学年・高学年のそれぞれの保護者が学童保育を利用する際の希望時間については、18時台～19時台までを希望する声が多く、そのニーズに沿うためにも、平日一日「6時間超」という現行基準を、平日一日「6時間以上」という基準に見直すことを提案する。 【支障事例】現在の要件による本市の長時間開設加算(平日分)対象施設は196施設中17施設(平成25年度)に過ぎず、加算要件が実態と合致していない。	放課後児童健全育成事業費等補助金交付要綱 別表 放課後児童健全育成事業費等 1(2)長時間開設加算額		厚生労働省	神戸市	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 放課後児童クラブの長時間開設加算は、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討する必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。 さらに、6時間超を6時間以上に見直すことについては、新たな予算事業を講じるものであり、これに充てる財源が明確でないことから、対応することはできない。	本市の放課後児童クラブのうち、平日の開始時刻が13時よりも早いものは平成25年9月現在1割弱(昨年度から変更なし)である。これは低学年の授業終了時刻が14:30であり、準備時間を含めても13時以降の開始で足りるとするクラブが多いことによる。 一方で、終了時刻が19時であるクラブは3割強あり、昨年度に比べて10ポイント増加した。これは、平成26年度に、19時延長を実施するクラブに対して本市が独自に運営費助成の拡充を行ったことによる。 しかし、本市の場合終了時刻を19時としても、開所時間数が6時間超ではないため、国の補助対象とはならない。開所時間数を延長すれば補助対象となるが、19時延長のために準備時間を増やす必要性は低い。 また、全国的にみても、本市と同じように、開所時間が6時間超ではないものの、18:01以降の延長に取り組んでいるクラブが少なからず存在するものと思われる。 終了時刻の延長と開所時間数は必ずしも一体的である必要はなく、学校の終了時刻など地域の実情に応じて開所時間数を設定した上で、小1の壁の解消、終了時刻の延長に取り組むことは十分可能と思われる。 国の補助金は積算根拠が示されておらず、基本額に6時間開設の運営費が含まれていることが不明であること、また、保護者から終了時刻の延長がとくに求められている現状を踏まえると、終了時刻の延長に対する補助ということを明確にし、開所時間数は地域の実情に応じたものとなるよう補助制度の見直しをお願いしたい。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。	
953-1	地域子育て支援拠点事業、放課後児童クラブの補助要件緩和	地域子育て支援拠点事業、放課後児童クラブの補助要件緩和を緩和し、地方の実情に応じた制度とすること	人口減少の課題を抱えた地方においても、多様な保育ニーズへの対応を実情に応じて柔軟に対応できるよう、補助要件を緩和し、小規模事業も実施可能とするべき。 《地域子育て支援拠点事業》 開設時間や職員の配置基準等の要件緩和 【支障事例】 ・A町では、町単独事業として子育て支援センターを運営しているが、補助がないため、安定的な運営が難しい。 【提案実現の効果】 ・現在、市町単独事業や事業者の自主事業として実施している地域子育て支援拠点事業の安定的かつ充実した運営が図られる他、人口減少地域における更なる設置が期待される。 《放課後児童クラブ》 利用児童数の下限等の要件緩和 【支障事例】 ・市町は小規模クラブに対する補助が受けられなくても、ニーズがあれば事業を継続せざるを得ない。 【提案実現の効果】 ・小規模クラブを運営する市町への財政的な支援につながるため、クラブのより一層の質向上が期待される。	「平成26年度保育緊急確保事業費補助金の国庫補助について」(H26.5.29府政共生第383号内閣府事務次官通知) 「放課後児童健全育成事業費等の国庫補助について」(H26.4.1厚生労働省発雇児0401第15号厚生労働事務次官通知)		内閣府、厚生労働省	中国地方知事会	C 対応不可	《地域子育て支援拠点事業》 提案の補助要件を緩和した場合には、現在各自治体で実施している同様の事業が大量に国庫補助対象となることが見込まれる。現在、消費税収を活用し、「量の拡充」・「質の改善」を行うこととしている中で、更なる財源の確保が求められることとなることから、実施は困難である。 なお、地域子育て支援拠点事業は、核家族化等の進展により、地域の子育て力が低下する中で、在宅で子育てをする家庭を支援する中核的な事業であり、子育て家庭の不安感・負担感を軽減できるよう、子育て家庭がいつでも利用できる体制を整えておき、地域の子育て支援機能の充実を図ることが本事業の目的である。よって、現行よりも更に開設日数要件を緩和すること等は、本来の本事業の主旨に合致しないと史料される。 《放課後児童クラブ》 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、新制度の「質の改善」事項において、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討する必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。	《地域子育て支援拠点事業》 回答にあるように、地域子育て支援拠点事業は、在宅で子育てをする家庭を支援する中核的な事業である。こうした事業は人口減少地域においても確保されるべきであり、利用状況等から開設日数や職員配置が現行の補助基準に満たないもので足りる場合においても、一定の補助が必要であると考える。 なお、人口減少地域においては、子育て家庭の数が少ないこともあり、週3日以上開設ではなく、却って週1回や、月に数回など開設日を絞った方が親子が集まりやすい状況にある。また、職員も専任者2名までは必要ないと考えられ、兼任者1名といった配置で実施しているところも相当数ある状況である。 そこで、人口減少地域の実情を踏まえ、例えば、週1回以上、1日3時間以上開設、職員は1名以上で兼務でも可、といったように要件の緩和をお願いしたい。 補助基準額は相当に低くなると考えられるが、人口減少地域においても子育て環境を整えることは重要であり、そのニーズに応えるためにも検討をお願いしたい。 《放課後児童クラブ》 放課後児童クラブは、仕事と子育ての両立支援に欠くことのできないものであり、利用児童数が少ない人口減少地域の実情を十分汲んでいただいた上で、検討をお願いしたい。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。 また、地域子育て支援拠点やファミリーサポートセンター等の一層の拡充に向けた要件緩和を行うべき。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
436	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。		○ 提案団体からは、障害児の受け入れには、障害の態様によるとはいえ、実 際には1人で1人をケアする体制が必要な場合も多い、さらに今後は手厚いケ アの必要な場合が多い高学年の障害児の受け入れが増加し、現場の体制にこ れまで以上の充実が必要であるとの指摘もあり、提案を実現する方向で検討す べきである。 ○ 5人以上受け入れる場合の加算を検討するとしているが、障害児に対する 放課後デイサービス(対象は主に小学校～高校生となっている)における職員 加配措置と同様の要件を設定する理由は何か。補助制度のあり方としては、他 のサービスで実績があるからという理由ではなく、提案団体からの指摘に応え、 実際の障害児のケアに支障が出ないようにすべきではないか。	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の 子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業とし て、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 放課後児童クラブの障害児受入加算は、地方の代表も参加して議論する子ど も・子育て会議において、新制度の「質の改善」事項の一つに含まれているが、 今後他の充実メニューとの予算配分の優先順位を含め、予算編成過程で検討 することとなるため、現時点で直ちに措置することは困難である。なお、「5人 以上」の加算要件を緩和することについては、更なる財源の確保が求められるこ ととなり、対応することは困難である。					
437	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。		○ 長時間開設加算を行う目的は何か。一律に「6時間超」を条件としている が、現場では職員の勤務可能な時間など様々な課題もあるようである。延長開 設を促進することが目標であるとするれば、要件は延長開設を実施しているか否 かで考えるべきではないのか。	C 対応不可	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の 子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業とし て、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 放課後児童クラブの長時間開設加算は、地方の代表も参加して議論する子ど も・子育て会議において、新制度の「質の改善」事項の一つに含まれているが、 今後、他の充実メニューとの予算配分の優先順位を含め、予算編成過程で検 討することとなるため、現時点で直ちに措置することは困難である。 平日の開設時間が6時間までのクラブには、通常の運営費が補助されており、 さらに6時間を超えて開設するクラブに長時間開設加算が行われている。6時間 超を6時間以上に見直すことについては、新たな予算措置を講じる必要があり、 これに充てる財源が明確でないことから、対応することは困難である。					
953- 1	【全国市長会】 <地域子育て支援拠点事業に関して> 地域子育 て支援拠点事業の本来の趣旨を逸脱することのないよ う十分な検討を求める。 <放課後児童クラブに関して> 提案 団体の提案の実現に向けて積極的な検討を求める。		○ 都市部においては、補助対象外である小規模クラブの充実が、受け皿の拡 充を目指す上で重要であるとの指摘があり、中山間地域では、すでに合併等を 進めた上で、なお小規模クラブが残っている現状があるが、このようなクラブに 対する支援の必要性についてどう考えているか。 ○ 少子化対策の緊急性・重要性に鑑みれば、人口が多いところ・少ないとこ ろ、入所児童が多い施設・少ない施設で支援に差が生じないように対応するべ きと考える。	C 対応不可	<地域子育て支援拠点事業> 地域子育て支援拠点事業は、在宅で子育てをする家庭を支援する中核的な 事業でという位置づけを前提としつつ、補助要件となる開設日数を週3日から7 日までにと幅を持たせるなど、地域の実状に応じて柔軟な運用ができる枠組み としている。 更に開設日数要件を緩和した場合、 ①本事業の位置づけが変わってしまうこと ②現在、消費税収を活用し、「量の拡充」・「質の改善」を行うことが求められて いる中で、更なる財源の確保が必要となる一方、単に財源が変わるのみで、実 質的 な事業の充実につながらない といった問題がある。 <放課後児童クラブ> 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の 子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業とし て、消費税財源を投入し、「量的拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は重要な課題の一つと考えており、 地方の代表も参加して議論する子ども・子育て会議において、新制度の「質の 改善」事項に含まれているが、今後他の充実メニューとの予算配分の優先順位 を含め、予算編成過程で検討することとなるため、現時点で直ちに措置するこ とは困難である。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	提案事項 (事項名)	求める措置の具体的内容	具体的な支援事例、地域の実情を踏まえた必要性等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
953-2	地域子育て支援拠点事業、放課後児童クラブの補助要件緩和	地域子育て支援拠点事業、放課後児童クラブの補助要件緩和を緩和し、地方の実情に応じた制度とすること	人口減少の課題を抱えた地方においても、多様な保育ニーズへの対応を実情に応じて柔軟に対応できるよう、補助要件を緩和し、小規模事業も実施可能とするべき。 《地域子育て支援拠点事業》 開設時間や職員の配置基準等の要件緩和 【支援事例】 ・A町では、町単独事業として子育て支援センターを運営しているが、補助がないため、安定的な運営が難しい。 【提案実現の効果】 ・現在、市町単独事業や事業者の自主事業として実施している地域子育て支援拠点事業の安定的かつ充実した運営が図られる他、人口減少地域における更なる設置が期待される。 《放課後児童クラブ》 利用児童数の下限等の要件緩和 【支援事例】 ・市町は小規模クラブに対する補助が受けられなくても、ニーズがあれば事業を継続せざるを得ない。 【提案実現の効果】 ・小規模クラブを運営する市町への財政的な支援につながるため、クラブのより一層の資質向上が期待される。	「平成26年度保育緊急確保事業費補助金の国庫補助について」(H26.5.29府政共生第383号内閣府事務次官通知) 「放課後児童健全育成事業費等の国庫補助について」(H26.4.1厚生労働省発雇児0401第15号厚生労働事務次官通知)		内閣府、厚生労働省	中国地方知事会	C 対応不可	《地域子育て支援拠点事業》 提案の補助要件を緩和した場合には、現在各自治体で実施している同種の事業が大量に国庫補助対象となることが見込まれる。現在、消費税収を活用し、「量の拡充」・「質の改善」を行うこととしている中で、更なる財源の確保が求められることから、実施は困難である。 なお、地域子育て支援拠点事業は、核家族化等の進展により、地域の子育て力が低下する中で、在宅で子育てをする家庭を支援する中核的な事業であり、子育て家庭の不安感・負担感を軽減できるよう、子育て家庭がいつでも利用できる体制を整えておき、地域の子育て支援機能の充実を図ることが本事業の目的である。よって、現行よりも更に開設日数要件を緩和すること等は、本来の本事業の主旨に合致しないと思料される。 《放課後児童クラブ》 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量の拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は、新制度の「質の改善」事項において、地方の代表も参加して議論した子ども子育て支援会議での他の充実メニューとの優先順位を含め再検討が必要があるため、現時点でお答えすることは困難である。	《地域子育て支援拠点事業》 回答にあるように、地域子育て支援拠点事業は、在宅で子育てをする家庭を支援する中核的な事業である。こうした事業は人口減少地域においても確保されるべきであり、利用状況等から開設日数や職員配置が現行の補助基準に満たないもので足りる場合においても、一定の補助が必要であると考ええる。 なお、人口減少地域においては、子育て家庭の数が少ないこともあり、週3日以上開設ではなく、却って週1回や、月に数回など開設日を絞った方が親子が集まりやすい状況にある。また、職員も専任者2名までは必要ないと考えられ、兼任者1名といった配置で実施しているところも相当数ある状況である。 そこで、人口減少地域の実情を踏まえ、例えば、週1回以上、1日3時間以上開設、職員は1名以上で兼務でも可、といったように要件の緩和をお願いしたい。 補助基準額は相当に低くなると考えられるが、人口減少地域においても子育て環境を整えることは重要であり、そのニーズに応えるためにも検討をお願いしたい。 《放課後児童クラブ》 放課後児童クラブは、仕事と子育ての両立支援に欠くことのできないものであり、利用児童数が少ない人口減少地域の実情を十分汲んでいただければ、検討をお願いしたい。		放課後児童クラブの補助基準引き上げ、人数要件の撤廃を行うべき。 また、地域子育て支援拠点やファミリーサポートセンター等の一層の拡充に向けた要件緩和を行うべき。	
186	厚生労働省の妊娠・出産包括支援モデル事業における事業の実施主体となる対象の拡大	国で本年度から実施しているモデル事業においては、産後ケア事業等を実施する市町村を補助対象としているが、都道府県と市町村が広域的に連携して事業を実施する場合、補助対象をこの広域的連携主体都道府県にも拡大するよう要望する。	【制度改正の経緯】本県の合計特殊出生率は、平成25年、1.44で全国の29位と依然低迷しており、先般行った調査では、ほしい子どもの数まで増やさない理由として、経済的な理由とともに育児への不安を訴える声が根強くあった。現行の県・市町村の公的な支援として、妊娠から乳幼児期までステージごとに支援メニューがあるが、出産直後の母親に対する施策は手薄な状況にあることから、育児の不安や負担感を軽減するための新たな産後育児支援が必要と考えている。 【解決に向けた取り組み】このため、本県では、妊娠・出産から子育てに至る切れ目ない支援を実現するため、産前産後ケアセンターを平成27年度中に開設することとし、本年度は、県と市町村が広域的に連携して事業を実施する仕組みづくりに向けた取り組みを行っている。 センターは、需要調査の結果等から、居室6床を備えたものを県内に1箇所整備することとし、助産師等専門スタッフを配置して通年稼働とするが、このような施設を、小規模市町村が単独で運営することは困難といえ、全県的にバランスの取れた安定的なサービスを実現するためには、この仕組みの導入が不可欠となるものとする。 県の関与としては、この連携組織の事務局として運営を主導するとともに、利用者に利用料金の一部を負担させた残額相当分を市町村と折半で負担し、運営を委託する事業者への委託料として拠出するものである。 この取り組みは、一部の高い財政力を有する自治体だけでなく、全国各地の母親に産後ケアサービスの提供を可能にする先駆的モデルケースとなるものと言え、少子化問題の突破口となる可能性を有する革新的な取り組みと考える。	妊娠・出産包括支援モデル事業実施要綱		厚生労働省	山梨県	C 対応不可	妊娠・出産包括支援モデル事業は母子保健コーディネーターを配置し、妊産婦等の支援ニーズに応じ必要な支援につなぐ母子保健相談支援事業、妊産婦の孤立感の解消を図るために相談支援等を行う産前・産後サポート事業、出産直後の母子への心身ケアや育児のサポート等を行う産後ケア事業といった各地域の特性に応じた妊娠から出産、子育て期までの切れ目のない支援を行うための事業である。 当該事業は、市町村が実施又は委託した場合等に対する補助を行うものであり、提案にもあるように補助金の対象を都道府県に拡大し、本事業の費用に関して市町村と折半した都道府県に対して補助を行うこととするのは、実質的に予算事業の新設に当たり、これに充てる財源が明確でないことから対応することはできない。また、当該事業は市町村を対象とした事業であり、事務・権限の移譲は想定していない。	宿泊型産後ケア事業については、育児に悩みを抱える産後4ヶ月までの母親を対象としますので、他の事業と比較しても需要が限定的であること、費用については、宿泊(3食付き)させ、助産師、看護師等専門スタッフによる心身のケアサービスを提供することから他の行政サービスと比較しても割高となること、このような特徴から、本県のような小規模市町村単独での実施は困難であり、県が関与し県域レベルで実施することで初めて事業実施が可能となるものと考えます。 母子保健行政の枠組みについては、現在、悩み等を抱える母親の情報は、市町村ごとに管理していますが、センターで扱う特徴的なケース等を県レベルで把握することができ、これらを分析することで、各市町村の強み・弱みなどを明確にし、今後の市町村行政の在り方に対する技術的指導・助言も可能となるものと考えます。 このような視点から、既に権限移譲がなされている事務と一括りにせず、柔軟に対応していただきたいと考えます。 県が、県内需要を把握した上で、必要数を県域レベルで適切に整備することが可能となることから、同種の施設の重複的整備を回避することなどが可能となり、県域でのトータルコストを見た場合、財政的なメリットも見込まれるものと考えます。 補助金の対象を都道府県に拡大しても事業費は変わらないため、補助金額の増額にはならず、予算事業の新設には当たらないと考えます。			
410	産後ケア事業に対する補助条件の見直し	国の「母子保健医療対策等総合支援事業」中の「妊娠・出産包括支援モデル事業の補助条件(実施要綱)を緩和し、産後ケア事業など各事業単独での補助申請が可能となる仕組みとする。(現状の補助条件)「妊娠・出産包括支援モデル事業」中の3事業全てを実施(提案内容)3事業全てを実施だけでなく、各事業単独での実施も可とする	26年度国では、地域における切れ目ない妊娠・出産支援の強化として「母子保健相談支援事業(母子保健コーディネーターの配置)」産前・産後サポート事業「産後ケア事業」の3事業が盛り込まれた「妊娠・出産包括支援モデル事業」を「母子保健医療対策等総合支援事業」により実施している。 当区では児童虐待防止対策として、全国に先駆け「産後ケアセンター桜新町」を開設しており、育児不安等を抱える出産後の母親から大変好評を得ているが、利用ニーズの高まりから、利用希望の母子が利用できないといった状況が生じてきており、「産後ケア事業」の拡充が課題となっているため、「妊娠・出産包括支援モデル事業」の活用し、事業拡充策の検討を進めたいが、当該事業は、3事業全てを実施することが補助条件とされており利用できない状況である。 補助条件を緩和し「産後ケア事業」単独で実施したとしても、当区の保健師、助産師の全戸訪問率は高く(25年:95%)、母子の状態を把握して必要に応じ、「産後ケア事業」につないでいることから、国の事業目的に沿った地域における切れ目ない支援を実施していくことは可能である。 「妊娠・出産包括支援モデル事業」の補助条件が緩和され、各事業単独での補助申請が可能となれば、当区においても、産後ケア事業の拡充に向けた検討の幅が広がり、ひいては区民に対するサービスの向上を図ることが可能となる。 また、当区の「産後ケアセンター桜新町」は先駆的な取組みであることから法的事業として位置づけられていないが、全国的にもこうした産後ケアセンターが展開させるために今後法的事業として位置付ける必要があると考える。	母子保健医療対策等総合支援事業の実施について(平成17年8月23日雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)		厚生労働省	特別区長会	C 対応不可	妊娠・出産包括支援モデル事業は、妊娠・出産等に関する情報提供や産後ケアの強化など、妊娠・出産に関する支援を総合的に行うために、妊産婦や家族の支援ニーズを踏まえた情報提供、関係機関との調整や、必要に応じて定期的にフォローを行い、妊娠・出産・育児の各段階の支援について総合的に取り組み、「切れ目のない支援」を行うことに意義があり、産後ケア事業のみの部分的な取組では本事業の趣旨に合致せず、本モデル事業そのものを否定することになるため、提案は認められない。	今般の提案は、国が強力に推し進める少子化対策や、成長戦略の中核である女性の活躍推進に向けた重要な取り組みの一つともなる産後ケア事業の一層の普及に向けた提案を行っているものである。例えば、世田谷区の産後ケアセンターは他の自治体に先駆け開設したものであり、この産後ケアセンターをモデルとして、国も「各地域の特性」に応じた妊娠から出産、子育て期までの切れ目のない支援を行うためのモデル事業を26年度に創設し事業化したものと承知している。当事業は年々区民の利用ニーズが増してきており、このことは事業の周知と利用効果の認知が進んできたものであり、同事業の有効性と必要性が一定程度評価されているものと考えている。また、各自治体からの視察も多く、当事業の検討を行う自治体にとっては、このセンターの運営方法や仕組み及び事業効果を研究し、各自治体がともに事業化を検討するモデルともなっている。 こうした状況と実態を踏まえても、今年度国が事業化した3つの事業を同時に行わなければ補助金交付が出来ないという現状の仕組みは、「各地域の特性」を活かしながら事業の一層の普及を推進するに当たって支障となっており、妊娠・出産包括支援モデル事業を強力に推進するためには、それぞれの事業に補助金交付が望ましいと考える。 さらには、本提案にある「産後ケアセンター事業を法的事業に位置付ける必要性」については、補助要綱上の事業に止まらず、他の児童福祉関係施設同様の法的位置付けが必要と考えるものであり、この点についての貴省の考え方、位置付ける場合のスケジュールについて検討の上、具体的に示されたい。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
953-2	【全国市長会】 <地域子育て支援拠点事業に関して> 地域子育て支援拠点事業の本来の趣旨を逸脱することのないよう十分な検討を求める。 <放課後児童クラブに関して> 提案団体の提案の実現に向けて積極的な検討を求める。		○ 都市部においては、補助対象外である小規模クラブの充実が、受け皿の拡充を目指す上で重要であるとの指摘があり、中山間地域では、すでに合併等を進めた上で、なお小規模クラブが残っている現状があるが、このようなクラブに対する支援の必要性についてどう考えているか。 ○ 少子化対策の緊急性・重要性に鑑みれば、人口が多いところ・少ないところ、入所児童が多い施設・少ない施設で支援に差が生じないように対応すべきと考える。	C 対応不可	<地域子育て支援拠点事業> 地域子育て支援拠点事業は、在宅で子育てををする家庭を支援する中核的な事業でという位置づけを前提としつつ、補助要件となる開設日数を週3日から7日までにと幅を持たせるなど、地域の実状に応じた柔軟な運用ができる枠組みとしている。 更に開設日数要件を緩和した場合、 ①本事業の位置づけが変わってしまうこと ②現在、消費税収を活用し、「量の拡充」・「質の改善」を行うことが求められている中で、更なる財源の確保が必要となる一方、単に財源が変わるのみで、実質的な事業の充実につながらない といった問題がある。 <放課後児童クラブ> 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)は、平成27年4月施行予定の子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業の一事業として、消費税財源を投入し、「量の拡充」・「質の改善」を図ることとしている。 小規模の放課後児童クラブに対する補助は重要な課題の一つと考えており、地方の代表も参加して議論する子ども・子育て会議において、新制度の「質の改善」事項に含まれているが、今後他の充実メニューとの予算配分の優先順位を含め、予算編成過程で検討することとなるため、現時点で直ちに措置することは困難である。	[再掲] 6【厚生労働省】 (21)放課後児童健全育成事業 放課後児童健全育成事業の補助要件について、子ども・子育て支援新制度の施行に伴い、平成27年度から、10人未満の放課後児童クラブについても補助対象とするよう見直す。	通知	平成27年4月1日	「放課後児童健全育成事業」の実施について(平成27年5月21日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	
186	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ 市町村では実施が困難な実態がある以上、都道府県が事業主体に加わって広域的に実施することは補助目的にも適うのではないか。 ○ 都道府県が事業主体となることに何か問題点があるのであれば、具体的に示すべきである。 ○ 予算の事業の新設であるとするが、補助基準額内で都道府県と市町村が折半するものであれば、必ずしも予算の増額につながるものではないので、事業主体に都道府県が入ることは認められるということではないか。	C 対応不可	妊娠・出産包括支援モデル事業は、基礎自治体である市町村が事業推進の拠点となることを想定した暫定的なモデル事業であり、現段階において、都道府県が事業主体となることや補助金の対象となることは想定していない。また、今後の展開については、モデル事業の実施状況を踏まえ検討していくこととする。 なお、各市町村の状況に応じ、都道府県が市町村の体制整備のための後方支援を行うことには意義があることから、来年度から都道府県による人材育成研修等につき、補助の対象とすることを検討しているところである。	6【厚生労働省】 (18)母子保健医療対策等総合支援事業 (i)現在、妊娠・出産包括支援モデル事業の事業主体を市町村のみとしていることについて、平成27年度から都道府県による市町村の体制整備のための後方支援(人材育成研修等)を新たに補助の対象とするよう見直す。	通知 (実施要綱改正)	平成27年4月1日施行	母子保健衛生費の国庫補助について(平成27年4月17日厚生労働省発雇児0417第2号厚生労働省事務次官通知)	
410	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて積極的な検討を求める。なお、総合的な切れ目のない支援を行うことに意義があるという見解はそのとおりであるが、事業実施の可能性が狭くなる。さらに地域における切れ目のない妊娠・出産の支援は、必ずしも3事業に限定されるものではないと考える。		○ 平成27年度概算要求において、事業の拡充を予定しているところであり、本提案についても検討の余地はないか。	E 提案の実現に向けて対応を検討	妊娠・出産包括支援モデル事業の産後ケア事業については、実施主体の市町村が医療機関等に委託して実施するケースが多く、市町村から「地域に産後ケア事業を実施するための医療機関等がないこと等から妊娠・出産に関する包括支援を実施できない問題等もある」との声が寄せられた。このため、平成27年度予算概算要求では、本モデル事業について、母子保健相談支援事業を必須事業とし、産前・産後サポート事業及び産後ケア事業を任意事業として要求したところである。 また、産後ケアセンター事業を法定化するかどうかについては、本モデル事業の実施状況等を踏まえて検討すべきであるため、現時点ではお答えできない。	6【厚生労働省】 (18)母子保健医療対策等総合支援事業 (ii)現在、妊娠・出産包括支援モデル事業の補助条件として、①母子保健相談支援事業、②産後ケア事業及び③産前・産後サポート事業の3つ全ての事業の実施を求めていることについて、平成27年度から①母子保健相談支援事業のみを必須事業とし、②産後ケア事業及び③産前・産後サポート事業を任意事業とするよう見直す。	通知 (実施要綱改正)	平成27年4月1日施行 (平成26年度補正予算での実施分については、母子保健衛生費の国庫補助について(平成27年2月17日付け厚生労働省発雇児0217第1号)を发出済)	母子保健衛生費の国庫補助について(平成27年4月17日厚生労働省発雇児0417第2号厚生労働省事務次官通知)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
114	介護保険法地域支援事業の認知症施策に係る「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者」の要件の緩和	平成27年度以降、介護保険法の地域支援事業として「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者」を設置して認知症支援事業を実施することが市町村に義務付けられるが、「専門的知識を有する者」として、国が養成する認知症地域支援推進員だけでなく、都道府県や市町村が認知症地域支援推進員に準じる者として独自に養成する者も対象とすること。	【制度改正の経緯】 平成27年度以降、介護保険法の地域支援事業に認知症支援事業が位置付けられ、市町村に実施が義務付けられる。この事業は「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者」(以下「専門的知識を有する者」)を置き実施することとされ、具体的には国が養成する認知症地域支援推進員と想定されているが、都道府県や市町村が認知症地域支援推進員に準じる者として独自に養成する者も対象とすること。 【支障事例】 千葉県では、認知症高齢者の急増という現状に鑑み、認知症多職種協働の連携役を早急に養成する必要があると判断し、平成24年度に研修体系及びプログラムを作成、25年度から独自に認知症コーディネーターの養成を開始しており、その役割の多くは認知症地域支援推進員と重複している。 認知症コーディネーターの養成研修プログラムは、県内の医療、介護、福祉等各分野の多くの関係者で検討・協議を重ね、現場の声を取り入れて作成したものであり、地域の特性に応じた養成を行っている。既に69人を養成し、27年度までに160人の養成を目指しており、今後も配置促進を図っていく予定としている。 しかし、地域支援事業で配置が義務付けられる「専門的知識を有する者」について認知症地域支援推進員しか認められないこととなると、本県のこれまでの取組が活かされず、継続していくことが困難となる。 【制度改正の必要性】 認知症地域支援推進員に準じる者として一定の質は確保しつつ、自治体が自主的な取組により地域の特性を踏まえて養成した者も対象とすることで、認知症の人が住み慣れた地域で生活するためのより効果的な支援が可能となるため、要件を緩和する必要がある。	介護保険法第115条の45第2項第6号(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律による改正後の介護保険法。当該条項の施行期日は平成27年4月1日。)	・提案事項に係る補足説明資料 ・「認知症地域支援推進員」と「千葉県認知症コーディネーター」研修プログラムの共通点、相違点について ・認知症地域支援推進員に係る報告書(研修関係部分の抜粋) ・千葉県認知症コーディネーター養成研修プログラム(全体及び各課目別)	厚生労働省	千葉県	D 現行規定により対応可能	提案主体は、平成27年4月1日施行の改正介護保険法第115条の45第2項第6号に位置づけられた認知症支援事業全体について、「保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者」が携わることが要件となっているとの理解の下に本提案をしていると考えられる。しかし、上記「保健医療及び福祉に関する専門知識を有する者」の要件は、認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業のうち、認知症初期集中支援推進事業に対する要件であり、これ以外の認知症に関する事業の要件ではないため、提案の前提となる事実が存在しない。 なお、認知症地域支援推進員については、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師等であること又は認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めたものであることが要件とされており、国が養成する者ではない。	1 本年2月の国主催会議において、「認知症初期集中支援推進事業」と「認知症地域支援推進員等設置事業」の両事業が地域支援事業の包括的支援事業に位置付けられるため、認知症地域支援推進員(以下、「推進員」という。))の配置が必須との説明を受けたが、そういう理解で宜しいか。 2 「認知症地域支援推進員等設置事業」において、①認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師等であること、又は②認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めたものであること、が推進員の資格要件とされており、認知症コーディネーターも資格要件を満たすことが可能とのことであるが、現行の要綱では、上記資格要件に加えて、国が実施する推進員研修を受講することも必須要件とされており、この要件が推進員として認めてもらう上で支障になる。 国の研修と同水準である地方独自の研修を受講した認知症コーディネーターが、推進員の要件を満たして財源措置を受けるために、改めて国の研修も受講する必要があることは、今後推進員を増やしていく上で非効率となるため、要綱を改正し、同水準の研修を受講した場合は推進員の要件を満たすものとして認め、財源措置を受けることができる取扱いにしてもらいたい。	改正介護保険法第115条の45第2項第6号の地域支援事業の要件については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 なお、所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		
322-1	介護保険サービス事業所や福祉サービス事業所の指定・許可に係る市町村長との事前協議制の確立	通所介護事業所や住宅型有料老人ホーム、障害者福祉サービス等を整備する場合について、都道府県が市町村に対して事前協議を実施することを定める規定の設置を求めるもの。	【支障事例】 市町村においては、介護保険サービスや障害者福祉サービスについて、中期的な見通しに基づき施設の設置やサービス量の確保の計画を住民の参加を得て策定し、介護保険については、それに基づき介護保険料の設定等を行い、計画的な運営を実施している。 近年、住宅型有料老人ホームに併せ通所の介護サービス事業を展開する事業者の進出や新たな障害者福祉サービスを展開する事業者が増加傾向にあるが、これらのサービス事業についての指定・許可の権限は、地域密着型サービスを除いて市町村にはなく、都道府県において行われている。 市町村が策定している計画を考慮することなく、指定・許可の決定を行うことで、新たな事業展開により事業費が市町村の計画数値を上回り、市の負担や介護保険料の増加が見込まれる。 【制度改正の必要性】 このように福祉サービス事業の指定・許可は、市町村の財政負担や介護保険料の増加等多大な影響を及ぼすため、全ての福祉施設の設置及びサービス事業の開始について市町村長との事前協議制の確立を図り、市町村長の意見を十分に考慮した指定・許可を行うことができるように制度改正することが必要である。少なくとも、例外なく市町村へ事前情報の提供を行うように制度改正することが必要である。	介護保険法第70条 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36条		厚生労働省	萩市	D 現行規定により対応可能	通所介護事業所については、これまで都道府県が指定を行ってきたところであるが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)において、介護保険法(平成9年法律第123号)を改正し、小規模な通所介護事業所については市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけたところであり、平成28年4月1日の施行を予定している(改正介護保険法第8条)。	本市の提案は、市町村の事業計画に影響を及ぼす都道府県指定の介護保険サービスに関して、都道府県と事前協議を行うことができる制度を設けることであり、都道府県が指定を行う際に、市町村の意見が十分考慮されることを求める趣旨である。 少なくとも、サービス事業所から相談(開設意向)があった時は、例外なく、都道府県から市町村へ事前に情報提供がされることを求める趣旨である。 事業計画策定時に、都道府県とサービス見込量等について協議を行うが、個々の指定については都道府県と事前協議を行うことができないため、実際のサービス事業者の参入状況が、事業計画を策定した市町村の意向と大きく乖離したものになってしまうという支障が生じている。 既に、特定施設入居者生活介護など一部のサービスにおいては、市町村の介護保険事業計画との調整を図る観点から、都道府県は指定に際して事前に市町村の意見を求めなければならないと規定されている。 その他の介護保険サービスについても、同様に事前協議を行うことができるかどうかについて明確に回答されたい。	事前協議の場の設定を全国一律に義務付けるのではなく、都道府県・市町村間に委ね、地域の実情に応じた連携・対応を行うこととするべきである。		
322-2	介護保険サービス事業所や福祉サービス事業所の指定・許可に係る市町村長との事前協議制の確立	通所介護事業所や住宅型有料老人ホーム、障害者福祉サービス等を整備する場合について、都道府県が市町村に対して事前協議を実施することを定める規定の設置を求めるもの。	【支障事例】 市町村においては、介護保険サービスや障害者福祉サービスについて、中期的な見通しに基づき施設の設置やサービス量の確保の計画を住民の参加を得て策定し、介護保険については、それに基づき介護保険料の設定等を行い、計画的な運営を実施している。 近年、住宅型有料老人ホームに併せ通所の介護サービス事業を展開する事業者の進出や新たな障害者福祉サービスを展開する事業者が増加傾向にあるが、これらのサービス事業についての指定・許可の権限は、地域密着型サービスを除いて市町村にはなく、都道府県において行われている。 市町村が策定している計画を考慮することなく、指定・許可の決定を行うことで、新たな事業展開により事業費が市町村の計画数値を上回り、市の負担や介護保険料の増加が見込まれる。 【制度改正の必要性】 このように福祉サービス事業の指定・許可は、市町村の財政負担や介護保険料の増加等多大な影響を及ぼすため、全ての福祉施設の設置及びサービス事業の開始について市町村長との事前協議制の確立を図り、市町村長の意見を十分に考慮した指定・許可を行うことができるように制度改正することが必要である。少なくとも、例外なく市町村へ事前情報の提供を行うように制度改正することが必要である。	介護保険法第70条 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36条		厚生労働省	萩市	C 対応不可	本提案は、新たな障害福祉サービス事業所の設置に当たって、都道府県に市町村との事前協議を義務付けることにより、市町村の計画に基づき想定される財政負担以上の負担を抑制することを目的としていると史料される。しかし、新たな財政負担はサービス利用者の需要があつてはじめて生じるものであり、新たな障害福祉サービス事業所の設置により生み出されるものではなく、本提案と財政負担の抑制に相関関係はなく、本提案をもって財政負担の抑制を行うことはできない。	厚生労働省回答では、「事前協議は、市町村の計画に基づき想定される財政負担以上の負担を抑制することを目的としていると史料される」とあり、財政負担の抑制が最大の目的のように回答を求められている。今回の提案の主目的としては、現在、市町村は障害福祉計画においてサービス事業量を推計し、かつ利用者の選択肢を確保するために必要なサービス量を目標値として策定しており、事前協議がなく、相違するサービス事業が開設されれば、必要と思われるサービスの確保とならない事態が発生します。 よって、市町村計画が実効性の無いものとなると共に、利用者(障がい者)の選択肢が限られたものになるという事態につながります。 今回、提案による事前協議による情報提供は、計画策定の際の事業量の推定にも効果が期待できることをいいます。 事前協議を行うことができるかどうかについて、明確に回答されたい。	事前協議の場の設定を全国一律に義務付けるのではなく、都道府県・市町村間に委ね、地域の実情に応じた連携・対応を行うこととするべきである。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
114	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて積極的な検討を求める。なお、所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		○ 提案団体のように自治体が独自に養成する「認知症コーディネーター」等が、認知症地域支援推進員と同様の業務を行うことができると認められる場合は、認知症地域支援推進員とみなし、自治体が行う独自の取組を支援していくべきではないか。 ○ 現在の認知症地域支援推進員等設置事業要綱では、提案団体のように自治体が独自の「認知症コーディネーター」等を養成したとしても、事業として認められて財源措置を受けるためには、国の認知症地域支援推進員研修の受講が必須とされている。 自治体が認知症地域支援推進員を効率的に増やすことができるようになる仕組みへと要綱を見直すべきではないか。	E 提案の実現に向けて対応を検討	○ ご指摘のとおり、認知症地域支援推進員の配置が必須となる。先般成立した介護保険法の改正により、今まで地域支援推進員は地域支援事業の任意の事業で行われてきたが、平成27年度より順次、地域支援事業の包括的支援事業(必須事業)に移行することとされており、平成30年度までに全ての市町村で実施することとしている。 ○ 現在の認知症地域支援推進員等設置事業では、各市町村において医療機関・介護サービスや地域の支援機関をつなぐコーディネーターとして効果的な役割を担うことが出来るよう、国の実施する推進員研修を受けることを要綱に定めている。来年度からは、この事業が地域支援事業の包括的支援事業に移行する予定であるため、推進員研修のあり方を含めて要綱の見直しを検討していきたい。	6【厚生労働省】 (19)認知症地域支援推進員等設置事業 地域支援事業実施要綱に基づく認知症地域支援推進員等設置事業については、国が定める研修を受講した者のほか、地方公共団体が独自に養成する者を活用することもできるように、平成27年度の早期に当該実施要綱の見直しを行う。	周知	平成28年1月	認知症地域支援推進員については、国が定める研修の受講を要件としていたが、平成27年度から市町村が独自に養成する者を活用することも可能とすることとして、実施要綱の見直しをおこなった。 なお、養成に当たっては、市町村は必要に応じて都道府県と連携し、研修会の開催等による資質向上を図ることとし、厚生労働省としても市町村や都道府県が研修を行う場合の標準カリキュラム例や認知症地域支援推進員として活動前に有しておくべき知識等を盛り込んだ活動のための手引きを作成してその取り組みを支援している。	
322-1	【全国市長会】 所管(府)省からの回答が「現行により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		○ 「介護保険制度の見直しに関する意見(社会保障審議会介護保険部会、平成22年11月30日)」において、「都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。」とされている。 現在、事前協議制を法定化しているサービスにのみ、事前協議の対象を限定しているのはなぜか。 ○ 介護保険法上、既に事前協議制を法定化しているサービス以外にも、市町村の介護保険事業計画と調整を図る必要があるサービスはあるのではないか。 ○ 市町村に影響を与える全てのサービスについて、事前協議制を法定化すべきではないか。 ○ 障害福祉サービスについても、「介護保険サービスと並びで考えている」というご説明があったが、同様の考え方から、市町村に影響を与える全てのサービスについて、事前協議制を法定化すべきではないか。	D 現行規定により対応可能	介護保険法において、都道府県と市町村との事前の協議を制限する規定はなく、都道府県と市町村が調整のうえで事前の協議を行うことを妨げるものではない。 なお、居宅サービス事業者等の指定については、介護保険法の定めにより都道府県が条例で定める指定基準に沿って行われる。	6【厚生労働省】 (12)介護保険法(平9法123) (ii)介護保険事業の健全かつ円滑な運営のため、介護サービス事業所の指定の状況の共有等、都道府県及び関係市町村が日常的に十分な連携を図ることが望ましいことについて、地方公共団体に改めて周知する。	周知	平成27年3月2日	平成27年3月2日に開催された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」で周知済。	
322-2	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。 【全国町村会】 この提案で最も重要なことは、住民に最も身近な市町村が、住民と協働して、求められるオーダーメイドの地域を共に作り上げていく取組みに支障が生じることである。都道府県の計画に沿う内容であっても、それが直ちに市町村が望んでいるとは限らないことから、福祉施設の設置及びサービス事業の開始について、市町村長との事前協議を図り、市町村長の意見を十分に考慮した指定・許可を行うことができるように制度改正すべきである。		○ 「介護保険制度の見直しに関する意見(社会保障審議会介護保険部会、平成22年11月30日)」において、「都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。」とされている。 現在、事前協議制を法定化しているサービスにのみ、事前協議の対象を限定しているのはなぜか。 ○ 介護保険法上、既に事前協議制を法定化しているサービス以外にも、市町村の介護保険事業計画と調整を図る必要があるサービスはあるのではないか。 ○ 市町村に影響を与える全てのサービスについて、事前協議制を法定化すべきではないか。 ○ 障害福祉サービスについても、「介護保険サービスと並びで考えている」というご説明があったが、同様の考え方から、市町村に影響を与える全てのサービスについて、事前協議制を法定化すべきではないか。	D 現行規定により対応可能	障害者総合支援法において、都道府県と市町村との事前の協議を制限する規定はなく、都道府県と市町村が調整のうえで事前の協議を行うことを妨げるものではない。	6【厚生労働省】 (13)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(平17法123) (ii)障害福祉サービス事業の健全かつ円滑な運営のため、障害福祉サービス事業所の指定の状況の共有等、都道府県及び関係市町村が日常的に十分な連携を図ることが望ましいことについて、地方公共団体に改めて周知する。	周知	平成27年3月6日	平成27年3月6日に開催された主管課長会議で周知済。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
605	特別養護老人ホームにおいて、利用者の意向に沿う居室形態を利用者が選択できるよう一部ユニット型施設類型を認めるような基準の改正	H23.8.18の厚生労働省高齢支援課長他の「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等」の改正により関係通知から削除された特別養護老人ホームの一部ユニット型の施設類型にかかる事項について再度改正掲載し、当該施設における一部ユニット型の施設形態を認めること。	【支障事例】 H23.8.18の厚生労働省高齢支援課長他の「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等」の改正通知により、一部ユニット型の施設類型が廃止され、ユニット型個室とそれ以外の居室形態で別々の施設として認可・指定を行なうこととなったため、次のような支障等が生じている。 ①施設全てをユニット化した場合、利用者の負担増による継続利用ができないことを危惧し、ユニット化が進展しない地域もある。このため、地域の中で利用者が居室形態を選択できない状況にある。 ②本県の特養1施設の平均定員は60床未満であり、一部ユニット型の施設を別々の施設として認可・指定した場合、いずれかが地域密着型になり、当該施設においては、他市町からの利用ができず、広域型としての当初の目的が果たせない不合理が生じるとともに、将来的な利用者の確保の問題が生じる懸念があることから、施設の中にはユニット型を従来型個室へ変更する施設が出ることも懸念され、ユニット型を推進する国の施策に逆行することが危惧される。 ③ユニット型とそれ以外(多床室等)を分け、認可・指定を行なったことにより、広域型を計画している県の老人福祉計画及び介護保険事業支援計画と実態とに齟齬が生じている。 【制度改正の必要性】 このようなことから、利用者の意向に沿う居室形態を利用者が選択できる施設を整備するうえで、また、広域型の設置目的を充足するうえにおいても一部ユニット型施設類型を認める必要がある。 この改正を行なうことにより、H25.4.1施行の県条例(特養基準条例)においても一部ユニット型を認める条例に改正したい。	H23.8.18日付区政労働省高齢者支援課長他通知「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部改正について」		厚生労働省	長崎県	C 対応不可	平成22年当時、11都県35施設において、国と異なる解釈で一部ユニット型施設が指定され、介護報酬の過払いが生じていたという問題があり、一部ユニット型施設のあり方について検討するため、平成22年7月29日から複数回にわたり社会保障審議会介護給付費分科会を開催し、議論を行った上で、平成22年9月21日の「一部ユニット型施設の基準等に関する審議のとりまとめ」を踏まえて一部ユニット型施設を廃止することを決定したという経緯があり、対応不可。	(1)広域型から地域密着型に移行する場合の問題点について 広域型の旧一部ユニット型を、居室形態別に分離認可・指定した際、29床以下のため地域密着型となる新施設であっても、施設所在市町村長の同意を得れば、広域型と同様に他市町村の利用者の受け入れが可能(※)とのことだが、同意を得られない場合は、設置当初の目的を果たせないこととなる。(※介護保険法第78条の2第4項第4号の規定に基づく) また、この手法では、以下の支障も想定される。 ・複数の市町村からの指定を得ることは、事業者にとって事務手続の負担を強いることになる。 ・指定を受けていない市町村からの利用者である場合は、事業者への指定がなされるまで入所を待機する必要があり、利用者サービスの低下につながる。 そもそも、この手法については、各自自治体への周知がなされておらず、事業者への周知もされていないのが現状であると思われる。 (2)利用者による居室形態の選択について 本県においてもユニット型を推進しているところであるが、今後、離島等においては経済的理由から多床室を希望する低所得者が多くなることが想定される。 この場合、一部ユニット型の形態が認められなければ、多床室整備が優先され、ユニット型が導入される可能性は低くなり、利用者の多様なニーズに応えることができなくなる。 本県が問題にする一部ユニット型は、過去に報酬過払いが生じていたケースではない。 せめて平成15年度以前から存在した既存施設が一部ユニット型になったものについては、更なる経過措置により、一部ユニット型の施設として認めていただきたい。	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準に係る「従うべき基準」については、地方分権改革推進委員会第3次勧告を踏まえ、廃止し、又は標準もしくは参酌すべき基準へ移行するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		
671	介護保険法施行令第6条に規定する介護保険認定審査委員の任期の緩和	介護保険認定審査会委員の任期を市町村の裁量で定めるようにする。	【支障事例】 介護保険認定審査会委員の任期は、介護保険法施行令第6条により、全国一律に2年とされている。 委員の改選時には、関係機関等との調整や委員の研修を実施するなど相当の時間と労力を要しているが、本市では、平成26年4月現在の委員390名のうち、平成25年4月の改選時に再任された委員が355名と9割以上を占めており、2年を超えて再任される委員が大多数である。 【制度改正の必要性】 今後の介護需要の増加に対応するためにも、委員の任期は全国一律に2年とするのではなく、市町村の実情に応じて柔軟に対応できるように措置することを求めるものである。	介護保険法第17条 介護保険法施行令第6条第1項		厚生労働省	堺市・大阪府	C 対応不可	認定審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に要介護度の判定に意見を付することを求められる。このため、認定審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保するという観点から、任期を全国一律2年と設定しているものであり、認定審査会の委員の任期を各市町村の裁量に委ねることは適当ではないと考えている	要介護認定等の審査判定の客観性を確保することが重要であることは本市も認識している。このため本市においては、委員に対して、国の定めた基準に関する研修や介護認定審査部会における介護度の軽度変更・重度変更等にかかる情報提供など、きめ細かなサポートに努めている。 また、介護需要が急増する中、委員の確保が困難になっている状況や9割以上の委員が再任されているという本市の実情からすれば、委員の任期を全国一律2年とすることには、審査判定の客観性の確保のために一定のメリットはあるものの、いささか形式的で合理性に乏しくなっているのではないかと考える。 さらに、今後、制度改正による保険者の事務負担の大幅な増が見込まれるにあたって、任期の延長により委嘱作業の事務負担軽減を図ることも、円滑な制度運営には必要なことと考える そこで、要介護認定有効期間については、介護保険法施行規則において、設定可能な範囲の上限を定める制度改正がなされていること等も参考に、例えば、「任期は2年(市町村が必要と認める場合にあっては2年から4年までの範囲で市町村が定める期間)」など、地域の実情に応じて柔軟に対応できるように措置をお願いするものである。	介護保険認定審査会の委員の任期については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又条例による補正を許容するべきである。		
864	介護保険認定審査会委員任期を定める規定の緩和	介護保険認定審査会委員任期について、現在は介護保険法施行令により2年とされているが、地域の実情に応じて柔軟に対応できるよう、規定を緩和する。	【支障事例】 介護保険法施行令第6条第1項により、介護保険認定審査会委員の任期は、全国一律に2年とされている。しかしながら、実際には2年を超えて再任される方も多く、一度に多くの改選手続きを行うのは、事務上相当の労力と準備期間を要する。(平成26年4月現在、認定審査会委員300名、うち再任された委員263人) 【制度改正の必要性】 また、認定審査は専門性を要することから一定期間の任期が必要である。 このことから、委員の任期については全国一律に2年とするのではなく、市町村の実情に応じて柔軟に対応できることが必要と考える。	介護保険法第17条 介護保険法施行令第6条第1項		厚生労働省	さいたま市	C 対応不可	認定審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に要介護度の判定に意見を付することを求められる。このため、認定審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保するという観点から、任期を全国一律2年と設定しているものであり、認定審査会の委員の任期を各市町村の裁量に委ねることは適当ではないと考えている	本提案については、管理番号865及び866と同様の趣旨から提案したものであり、その2件については、「提案の実現に向けて対応を検討」との回答をいただいている。このことから、本提案についても上記2件と同様の観点から再度検討していただきたい。	介護保険認定審査会の委員の任期については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又条例による補正を許容するべきである。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
605	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。		○ 以下を踏まえると、平成15年度以前から存在する一部ユニット型施設については、恒久的な経過措置を設けることが現実的な対応であるが、この場合何か具体的な支障はあるのか。 ・ 介護報酬過払いの問題と関係のない施設(平成15年度以前から存在する施設)については、最初の指定更新時までとせず、恒久的な経過措置を設け、一部ユニット型として認めるべきだったのではないかと。 ・ 多居室とユニット型が併存する施設のうち、平成15年度以前から存在するものについては、施設全体の利用定員数を基準に広域型か地域密着型かを判断して指定するという方法をとるなどの救済措置を設けるべきではないのか。 ・ 地域密着型の場合、他市町村が、施設所在地の市町村の同意を得ることができれば、他市町村が当該施設を地域密着型として指定し、他市町村の被保険者であってもサービスを利用することができることのご説明があったが、このことは各自治体・事業者に十分周知されているのか。 ・ また、この同意を得た上で他市町村が指定を行う手法は、事業者及び利用者の負担が大きく現実的ではないのではないかと。	C 対応不可	【介護保険法第78条の2第4項第4号について】 ○ 地域密着型サービスは、要介護高齢者の住み慣れた地域での生活を支えるために、身近な市町村で提供されることが適当なサービスの類型であるため、介護保険法第78条の2第4項第4号により施設所在地市町村長の同意を得ることで、他市町村から指定を受けることができることとしているのはあくまで例外的な規定である。また、厚生労働省では、要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。そのため、本制度の積極的な活用を促すような通知をあえて発出することは、考えていない。 ○ 本規定は指定地域密着型サービス事業所の指定に係るものであり、地域密着型介護老人福祉施設の指定に限らないため、ご指摘の理由のみをもって本規定の改正を行うことはできない。 ○ なお、これまで本規定に係る他の地方自治体からの要望については把握していないが、施設所在地市町村長の同意を得て他市町村から指定を受けている施設の実態について、現在調査しているところである。 【利用者による居室形態の選択】 ○ 現行制度でも、施設全てをユニット化することは求めておらず、ユニット型個室と従来型多居室等を併設して設置できるため、居室形態を利用者が選択できる施設を整備することは可能である。 【経過措置について】 ○ 「平成15年度以前から存在する一部ユニット型施設については、恒久的な経過措置を設けることが現実的な対応である」とあるが、平成15年度以前から存在した一部ユニット型施設については、平成26年4月の時点で指定更新を迎えたため、既に全ての施設において、ユニット型部分と多居室等部分につき、それぞれ別々の指定を受けている。よって、現時点で経過措置を設ける必要がない。	6【厚生労働省】 (12)介護保険法(平9法123) (iii)地域密着型サービス事業所及び地域密着型介護予防サービス事業所の指定(42条の2第1項及び54条の2第1項)については、当該サービス事業所所在地の市町村長の同意を得て(78条の2第4項4号及び115条の12第2項4号)、他の市町村長が指定することで、当該他の市町村の被保険者もサービスを利用できること、及び市町村長間の協議により事前の同意を得ることで、指定手続の簡素化も可能である(78条の2第10項及び115条の12第7項)ことを、地方公共団体に改めて周知する。	周知	平成27年4月10日	「平成26年の地方からの提案等に関する対応方針」を踏まえた介護保険上の指定手続の簡素化に係る再周知について(平成27年4月10日事務連絡)	
671	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、十分な検討を求め る。		○ 任期は参酌基準とし、各自治体がそれぞれの自治体における委員の負担を勘案しながら、地域の実情に応じた任期を設定するべきであると考える。	A 実施	認定審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保し、また、定期的に自治体が委員の任命が適切であるかを判断するため、現在、任期を全国一律2年と設定している。 認定審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に要介護度の判定に意見を付することを求められており、再任の場合であっても委員の任命が適正であるかを判断し直すことは必要である。 一方、地域によっては審査会委員として任命できる専門家が限られるなど、委員の確保に難渋している自治体があることも承知しており、実質的に同じ委員が連続して再任されている場合もあると認識している。 このような地域の実情も踏まえ、法令上の任期を原則2年としつつ、一定の年数の範囲内で条例等を定めた自治体は、柔軟に期間を設定できるよう、必要な見直しを行う。	6【厚生労働省】 (12)介護保険法(平9法123) (i)介護認定審査会の委員の任期(施行令6条1項)については、3年を上限として条例(制定主体は市町村等)で定める期間とすることを可能とする。	政令通知	平成28年4月1日	○介護保険法施行令の一部を改正する政令(平成27年政令第425号)により改正済み ○「介護保険法施行令の一部を改正する政令の公布及び介護認定審査会の運営についての一部改正について(老発1216第2号)」を都道府県に対し発出し、当該改正内容について周知済み(平成27年12月16日)	
864	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、十分な検討を求め る。 なお、一定の上限の範囲内での緩和が適切であると考え る。		○ 任期は参酌基準とし、各自治体がそれぞれの自治体における委員の負担を勘案しながら、地域の実情に応じた任期を設定するべきであると考える。	A 実施	認定審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保し、また、定期的に自治体が委員の任命が適切であるかを判断するため、現在、任期を全国一律2年と設定している。 認定審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に要介護度の判定に意見を付することを求められており、再任の場合であっても委員の任命が適正であるかを判断し直すことは必要である。 一方、地域によっては審査会委員として任命できる専門家が限られるなど、委員の確保に難渋している自治体があることも承知しており、実質的に同じ委員が連続して再任されている場合もあると認識している。 このような地域の実情も踏まえながら、一定年数の範囲内で柔軟に設定できるよう、必要な見直しを行う。	【再掲】 6【厚生労働省】 (12)介護保険法(平9法123) (i)介護認定審査会の委員の任期(施行令6条1項)については、3年を上限として条例(制定主体は市町村等)で定める期間とすることを可能とする。	政令通知	平成28年4月1日	○介護保険法施行令の一部を改正する政令(平成27年政令第425号)により改正済み ○「介護保険法施行令の一部を改正する政令の公布及び介護認定審査会の運営についての一部改正について(老発1216第2号)」を都道府県に対し発出し、当該改正内容について周知済み(平成27年12月16日)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
187	麻薬小売業者間譲渡許可権限の都道府県への移譲	麻薬小売業者間譲渡許可権限を都道府県に移譲する	【具体的な支障事例】 麻薬小売業者(薬局)は、麻薬処方せんを所持する者以外の者に麻薬を譲り渡すことはできないが、厚生労働大臣の許可を受ければ一定の条件の下、麻薬小売業者間で譲渡できることとなっている。麻薬小売業者間譲渡許可の実際の事務は地方厚生局麻薬取締部が行っている。 一方、麻薬小売業者の免許は都道府県知事の権限であり、通常の監視指導は都道府県が行っている。 小売業者にとっては、緩和ケアの推進等で利用が増えている麻薬を有効利用するため、小売業者間譲渡許可を取得し、業者間で麻薬の譲受を行いたいのが、許可申請などの手続きを県外にある厚生局にしなければいけないため、時間がかかるなど不便な状況にある。 また、都道府県にとっては許可情報が事後に厚生局から送られるため、許可の事実を把握できず、監視指導の時期が合わない場合がある。 【制度改正の効果】 都道府県が麻薬小売業者の免許と併せて事務を行うことで、効率的な事務処理、実質的な監視指導が可能となる。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第10項、11項、同法施行規則第9条の2		厚生労働省	福井県	C 対応不可	本件提案は、以下の観点から慎重に検討すべき問題である。 麻薬は、医療上有効な治療薬であると同時にその依存性等から、乱用される虞の高い非常に危険なものである。そのため、麻薬の譲渡は、麻薬及び向精神薬取締法第24条第1項から第10項にて厳しく規制されており、この流通を外れるものは、国が一元的に管理するものとして、同法第24条11項のとおり厚生労働大臣(または権限委任により地方厚生局長)の許可が必要とされている。同許可による流通は、通常の麻薬流通経路とは異なるため、違法行為や不正流通の隠れ蓑にされる虞もあることから、不正流通等の最新の手口に精通している地方厚生(支)局麻薬取締部が申請の可否に関与する必要があると考える。また、許可後、不正や違反があると疑われた場合の監視業務においても、それらの手口に精通した麻薬取締部所属の麻薬取締官が行うことが、効率的である。都道府県にも麻薬取締員がいるが、少人数であることや、県によって流通量が異なり、許可件数が著しく少なく、そのノウハウが蓄積しにくいところもあり、対応が困難であると考える。 その他、本件のような御意見も伺う一方、自治体によっては、麻薬小売業者間譲渡許可の申請時期の多くが年末集中し、麻薬取扱者免許の申請時期と重複するため、事務量過多により対応が困難であること、許可申請の妥当性やその効力範囲の判断が困難である旨の意見も頂いている。 地方厚生局からの許可情報の遅延については、その情報提供体制を見直し、迅速に情報共有を行えるように改善可能であると考えている。	医療用麻薬の流通管理のうち、現在、卸売・小売・施用の免許および廃棄に係る事務は、都道府県が担当しており、小売業者間譲渡許可事務も都道府県に移譲することが合理的であると考える。 譲渡許可事務については、許可基準のガイドライン等があれば、対応可能と考える。 また、本県においては、これまでの状況から麻薬の不正流通はほとんどなく、万一、不正事案が発生した場合にも、国(厚生局麻薬取締部)と都道府県との捜査上の協力規定が法に定められており、実務上の支障は少ないと考える。		提案団体の提案に沿って、麻薬小売業者間譲渡許可権限を都道府県に移譲すべきである。	
310	麻薬及び向精神薬取締法に基づく麻薬小売業者間譲渡許可の国から都道府県への移譲	厚生労働省(地方厚生局麻薬取締部)が行っている麻薬小売業者間譲渡許可を都道府県知事が行うことができるよう権限を移譲すること	【支障】 麻薬の譲渡は、麻薬小売業者の免許を有しなければ行うことができないが、当該免許交付は都道府県知事が行い、麻薬小売業者間譲渡の許可は九州厚生局で行っている。許可申請者は、事前相談のために、厚生労働省地方厚生局麻薬取締部を訪問する場合もあり、移動距離や時間、経済的な面での負担となっている。 【制度改正の必要性】 麻薬小売業者(薬局)は在庫を十分に抱えているところが少ない状況にある中、麻薬小売業者間譲渡許可は、医療用麻薬を麻薬小売業者(薬局)間で譲渡譲受できる実質唯一の方法である。麻薬処方せんを持つ患者への迅速な調剤提供を行い、在宅緩和ケアを推進するためにも、麻薬及び向精神薬取締法第24条第11項及び麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2、麻薬小売業者間譲渡に係る許可権限を、厚生労働省地方厚生局(麻薬取締部)から都道府県に移譲する必要がある。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第11項及び麻薬及び向精神薬取締法第9条の2		厚生労働省	熊本県、佐賀県、大分県	C 対応不可	本件提案は、以下の観点から慎重に検討すべき問題である。 麻薬は、医療上有効な治療薬であると同時にその依存性等から、乱用される虞の高い非常に危険なものである。そのため、麻薬の譲渡は、麻薬及び向精神薬取締法第24条第1項から第10項にて厳しく規制されており、この流通を外れるものは、国が一元的に管理するものとして、同法第24条11項のとおり厚生労働大臣(または権限委任により地方厚生局長)の許可が必要とされている。同許可による流通は、通常の麻薬流通経路とは異なるため、違法行為や不正流通の隠れ蓑にされる虞もあることから、不正流通等の最新の手口に精通している地方厚生(支)局麻薬取締部が申請の可否に関与する必要があると考える。また、許可後、不正や違反があると疑われた場合の監視業務においても、それらの手口に精通した麻薬取締部所属の麻薬取締官が行うことが、効率的である。都道府県にも麻薬取締員がいるが、少人数であることや、県によって流通量が異なり、許可件数が著しく少なく、そのノウハウが蓄積しにくいところもあり、対応が困難であると考える。 その他、本件のような御意見も伺う一方、自治体によっては、麻薬小売業者間譲渡許可許可の申請時期の多くが年末集中し、麻薬取扱者免許の申請時期と重複するため、事務量過多により対応が困難であること、許可申請の妥当性やその効力範囲の判断が困難である旨の意見も頂いている。	都道府県においても、普段から薬事監視や医療用麻薬の監視業務に従事しており、監視マニュアル等によりそのノウハウの蓄積も行われており、不正や違反がある場合、都道府県と国の厚生局との連携により対応可能と考える。 都道府県に移譲した場合においても、許可の運用基準を明確に定めることにより、円滑に許可業務を運用でき、また、譲渡許可を受けた小売業者の不正防止にも資すると考える。 いずれにしても、大きな流れとしての在宅医療を推進する中で、患者の疼痛管理を円滑に進めるためにも国から都道府県への移譲が必要であると考えるので、検討されたい。		提案団体の提案に沿って、麻薬小売業者間譲渡許可権限を都道府県に移譲すべきである。	
581	麻薬小売業者間譲渡の許可の都道府県知事への移譲	現在、麻薬小売業者間の医療用麻薬の譲渡は、厚生労働大臣の許可となっているが、在宅医療推進の観点から小売業者間の医療用麻薬の譲渡を促進させる必要があることから、当該許可権限を都道府県知事に移譲する。	【現行制度】 麻薬及び向精神薬取締法第24条第11項により、麻薬小売業者は、麻薬処方せんを所持する者以外の者に麻薬を譲り渡す場合には、厚生労働大臣の許可を受けなければならないこととなっている。この許可の申請先は、厚生労働省(厚生局)である。 【制度改正の必要性】 許可申請を麻薬小売業免許の権限を有する知事へと移譲することで、申請先が一本化され、申請者にとって時間的・経済的な負担が軽減される。 また、譲渡許可の取得が促進され、麻薬調剤業務の円滑化及び患者の利便性が向上する。 麻薬小売業者間の譲渡許可の前提となる麻薬小売業の免許は知事権限となっており、事務処理も含め、支障が生じることはない。麻薬小売業者間の医療用麻薬の譲渡は、監視指導・麻薬対策課長通知等で許可要件も明確になっている上、全国的にも広がりを見せており、譲渡許可を例外的な取扱いとする事案には当たらない。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第10項、第11項同法施行規則第9条の2		厚生労働省	長野県	C 対応不可	本件提案は、以下の観点から慎重に検討すべき問題である。 麻薬は、医療上有効な治療薬であると同時にその依存性等から、乱用される虞の高い非常に危険なものである。そのため、麻薬の譲渡は、麻薬及び向精神薬取締法第24条第1項から第10項にて厳しく規制されており、この流通を外れるものは、国が一元的に管理するものとして、同法第24条11項のとおり厚生労働大臣(または権限委任により地方厚生局長)の許可が必要とされている。同許可による流通は、通常の麻薬流通経路とは異なるため、違法行為や不正流通の隠れ蓑にされる虞もあることから、不正流通等の最新の手口に精通している地方厚生(支)局麻薬取締部が申請の可否に関与する必要があると考える。また、許可後、不正や違反があると疑われた場合の監視業務においても、それらの手口に精通した麻薬取締部所属の麻薬取締官が行うことが、効率的である。都道府県にも麻薬取締員がいるが、少人数であることや、県によって流通量が異なり、許可件数が著しく少なく、そのノウハウが蓄積しにくいところもあり、対応が困難であると考える。 その他、本件のような御意見も伺う一方、自治体によっては、麻薬小売業者間譲渡許可の申請時期の多くが年末集中し、麻薬取扱者免許の申請時期と重複するため、事務量過多により対応が困難であること、許可申請の妥当性やその効力範囲の判断が困難である旨の意見も頂いている。	麻薬小売業者に対する立入検査については都道府県で行っており、麻薬小売業者間譲渡許可に基づく譲渡についても併せて確認を行っていることから、対応が可能であるので、都道府県に移譲すべきである。 なお、不正事案等への対応については、都道府県に権限が移譲された場合でも、法56条(麻薬取締官と麻薬取締員の協力)の規定により連携して対応すべきものとする。		提案団体の提案に沿って、麻薬小売業者間譲渡許可権限を都道府県に移譲すべきである。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
187			○在宅緩和ケア推進において、都道府県にどのような役割を期待しているのか。都道府県はすでに薬局監視等により適正な流通管理を担保しており、在宅緩和ケア推進において重要な役割を期待するのであれば、事務の効率性からも権限移譲は妥当であると考える。 ○ヒアリングでは、不正流通への懸念が示されていたが、定性的な説明に終始していた。提案団体からは、通常都道府県が薬事監視等を行っている麻薬小売業者間のやりとりであることから、都道府県で対応が可能とされている。都道府県では支障があるとするならば、実際の事例に基づいたより具体的な説明を求める。	A 実施	○どのような区域で麻薬小売業者間の譲渡を許可するかについては、基本的には県の判断にゆだねるべきものであることから、ガイドライン等を示した上で、都道府県に権限を移譲することを検討したい。 ○なお、在宅緩和ケアを推進するにあたっての支障については、専門的な医療従事者の育成が不十分であること等が原因であり、本許可権限そのものが在宅緩和ケアの支障になっているとは考えていない。	4【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可に関する事務・権限(24条11項、施行規則9条の2)については、都道府県に移譲する。	法律 省令	平成28年4月1日	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	
310			○在宅緩和ケア推進において、都道府県にどのような役割を期待しているのか。都道府県はすでに薬局監視等により適正な流通管理を担保しており、在宅緩和ケア推進において重要な役割を期待するのであれば、事務の効率性からも権限移譲は妥当であると考える。 ○ヒアリングでは、不正流通への懸念が示されていたが、定性的な説明に終始していた。提案団体からは、通常都道府県が薬事監視等を行っている麻薬小売業者間のやりとりであることから、都道府県で対応が可能とされている。都道府県では支障があるとするならば、実際の事例に基づいたより具体的な説明を求める。	A 実施	○どのような区域で麻薬小売業者間の譲渡を許可するかについては、基本的には県の判断にゆだねるべきものであることから、ガイドライン等を示した上で、都道府県に権限を移譲することを検討したい。 ○なお、在宅緩和ケアを推進するにあたっての支障については、専門的な医療従事者の育成が不十分であること等が原因であり、本許可権限そのものが在宅緩和ケアの支障になっているとは考えていない。	[再掲] 4【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可に関する事務・権限(24条11項、施行規則9条の2)については、都道府県に移譲する。	法律 省令	平成28年4月1日	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	
581			○在宅緩和ケア推進において、都道府県にどのような役割を期待しているのか。都道府県はすでに薬局監視等により適正な流通管理を担保しており、在宅緩和ケア推進において重要な役割を期待するのであれば、事務の効率性からも権限移譲は妥当であると考える。 ○ヒアリングでは、不正流通への懸念が示されていたが、定性的な説明に終始していた。提案団体からは、通常都道府県が薬事監視等を行っている麻薬小売業者間のやりとりであることから、都道府県で対応が可能とされている。都道府県では支障があるとするならば、実際の事例に基づいたより具体的な説明を求める。	A 実施	○どのような区域で麻薬小売業者間の譲渡を許可するかについては、基本的には県の判断にゆだねるべきものであることから、ガイドライン等を示した上で、都道府県に権限を移譲することを検討したい。 ○なお、在宅緩和ケアを推進するにあたっての支障については、専門的な医療従事者の育成が不十分であること等が原因であり、本許可権限そのものが在宅緩和ケアの支障になっているとは考えていない。	[再掲] 4【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可に関する事務・権限(24条11項、施行規則9条の2)については、都道府県に移譲する。	法律 省令	平成28年4月1日	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
589	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可権限の都道府県知事への移譲	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可権限の都道府県知事に移譲する	薬局の麻薬の譲渡許可は、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2により、在庫量の不足のため調剤することができない場合に限り認められており、特例的な許可を受けても自由に相互融通できず、許可期間も最長で1年とされているため、制度が十分に機能していない。結果として在庫麻薬の使用期限が到来、不良在庫化し、廃棄に至る事例が数多く認められており、緩和医療学会の調査によれば、保険薬局の不動在庫は1年間で推計約75億円、廃棄金額は推計約7億円にも上るとされている。 また、本府薬剤師会からも、経済的負担の軽減や患者への迅速・円滑な流通や医療資源の有効活用のため、薬局間の麻薬譲受・譲渡に係る規制緩和を求める声が強い。 都道府県の許可制のもと、在庫量の不足以外の緊急性がなくても通常から融通できるようになれば、不良在庫のリスクが減るため、在宅緩和ケアに取り組む薬局が増え、患者の在宅療養環境が充実することが期待される。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第10項、第11項 同法施行規則第9条の2	医療用麻薬の譲渡許可権限の移譲及び規制緩和は一体的に提案するもの	厚生労働省	京都府、兵庫県	C 対応不可	本件提案は、以下の観点から慎重に検討すべき問題である。 麻薬は、医療上有効な治療薬であると同時にその依存性等から、乱用される虞の高い非常に危険なものである。そのため、麻薬の譲渡は、麻薬及び向精神薬取締法第24条第1項から第10項にて厳しく規制されており、この流通を外れるものは、国が一元的に管理するものとして、同法第24条11項のとおり厚生労働大臣(または権限委任により地方厚生局長)の許可が必要とされている。同許可による流通は、通常の麻薬流通経路とは異なるため、違法行為や不正流通の隠れ蓑にされる虞もあることから、不正流通等の最新の手法に精通している地方厚生(支)局麻薬取締部が申請の可否に関与する必要があると考える。 また、許可後、不正や違反があると疑われた場合の監視業務においても、それらの手法に精通した麻薬取締部所属の麻薬取締官が行うことが、効率的である。都道府県にも麻薬取締員がいるが、少人数であることや、県によって流通量が異なり、許可件数が著しく少なく、そのノウハウが蓄積しにくいところもあり、対応が困難であると考ええる。 その他、本件のような御意見も伺う一方、自治体によっては、麻薬小売業者間譲渡許可の申請時期の多くが年末集中し、麻薬取扱者免許の申請時期と重複するため、事務量過多により対応が困難であること、許可申請の妥当性やその効力範囲の判断が困難である旨の意見も頂いている。	麻薬取締官が不正や違反が疑われる事案に精通していることは理解するが、本件の譲渡許可については、都道府県により薬事監視等が行われている麻薬小売業者間のやりとりであることから、業務上のノウハウを持ち合わせており、違反の監視について、都道府県で対応は十分に可能と考える。 また、麻薬小売業免許と譲渡許可を一体的に申請・受付ができるよう、申請様式や手続きを整備することで、一定の事務の簡素化と申請者の利便性が図られ、譲渡許可件数も増え、緩和ケアの推進に資するものと考えられるため、権限の移譲について検討されたいた。		提案団体の提案に沿って、麻薬小売業者間譲渡許可権限を都道府県に移譲すべきである。	
590-1	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可要件の緩和、許可期間の延長	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可を「在庫量の不足により調剤することができない場合」に限らず認められるよう要件を緩和する。また、譲受・譲渡許可申請者の麻薬小売業者免許が全て翌年の12月31日までの場合は、翌年12月31日までの許可を認めるようにする。	薬局の麻薬の譲渡許可は、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2により、在庫量の不足のため調剤することができない場合に限り認められており、特例的な許可を受けても自由に相互融通できず、許可期間も最長で1年とされているため、制度が十分に機能していない。結果として在庫麻薬の使用期限が到来、不良在庫化し、廃棄に至る事例が数多く認められており、緩和医療学会の調査によれば、保険薬局の不動在庫は1年間で推計約75億円、廃棄金額は推計約7億円にも上るとされている。 また、本府薬剤師会からも、経済的負担の軽減や患者への迅速・円滑な流通や医療資源の有効活用のため、薬局間の麻薬譲受・譲渡に係る規制緩和を求める声が強い。 在庫量の不足以外の緊急性がなくても通常から融通できるようになれば、不良在庫のリスクが減るため、在宅緩和ケアに取り組む薬局が増え、患者の在宅療養環境が充実することが期待される。 国は構造改革特区第20次・地域再生第9次検討要請に対し、医療用麻薬については国際条約に基づき、適切な流通管理が求められていることを理由に権限移譲・規制緩和が困難である旨回答しているが、麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国際連合条約及び麻薬に関する単一条約では、製造業者及び分配業者の手にその業務の正常な遂行及び市場の一般的状況に必要な数量を超えて当該物質(＝麻薬)が蓄積されることを防止することが定められているが、現行のように薬局必要品目を全てそろえることを求めることの方が、余剰在庫を増やし、「業務の正常な遂行及び市場の一般的状況に必要な数量を超えて当該物質が蓄積される」と言えなくもないことから、適正な管理のためにも規制緩和を求めるもの。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第10項、第11項 同法施行規則第9条の2	医療用麻薬の譲渡許可権限の移譲及び規制緩和は一体的に提案するもの	厚生労働省	京都府、兵庫県	C 対応不可	現在、麻薬製造業者及び麻薬製剤業者において、例えば20錠や40錠等の小単位包装の麻薬製剤が販売されており、それらを購入することで備蓄量が過大になるとは考えにくい。 本件提案にあるように、在庫量の不足以外に緊急性がなくても通常から融通できるようにした場合、麻薬の備蓄に不均衡が生じるばかりか、流通も複雑化するため、流通実態把握が困難となり、麻薬不正流通の原因となる可能性がある。 また、麻薬小売業者間譲渡許可は、個別の店舗単位ではなく、そのグループに対して認めているが、近隣に薬局が増設された時にも柔軟にグループを組み直す必要があることから、その参入の障害になるような2年という長期間の許可を与えることは不適当と考える。	【概要】 小単位包装の製剤の購入は、既にいずれの薬局においても取り組んでおり、抜本的解決とはなり得ない。 医療用麻薬の種類が緩和ケアの普及を受け増加しており、応需するためには多くの製品を備蓄しなければならないため、在宅緩和ケアに取り組む上での支障として薬局の許可取得数に反映されていると考えられ、ひいては患者の在宅療養環境の充実にも関わっている。 現状の制度の問題点は、同一患者に対し新規処方分しか譲渡・譲受が認められないため、次回の処方のため卸売業から購入した場合でも、患者の病状の変化が早く購入した麻薬が不動在庫となりやすい点であり、現在の要件のただし書きとして、「新規処方時に在庫不足であった患者に引き続き処方が必要な場合に、在庫不足とみなして他薬局からの譲受けることも可能とする」ことを提案する。 御回答の流通の複雑化については、流通を麻薬小売業者間に限れば、記録・薬事監視体制など、厳密な麻薬の管理を行っており、従来の麻薬小売業者間の譲渡許可と同様、適正に実態把握が可能であることから、不正流通につながるとは考えられない。 薬局が増設された際の参入障壁については、参入薬局が他薬局と同じ免許期間となるよう申請することで解決するはずである。 また、近隣に薬局が増設され、グループの組み直しが必要なケースは、薬局の開設時等に限られるため、現在申請している多くのグループに申請を出し直す必要が生じるわけではなく、むしろ、麻薬譲渡許可の期間が最長1年と短く、頻繁に更新手続きを要するのが負担となることが、新たな参入の障害になっていると考えられるため、期間の延長について検討されたいた。	有	医療用麻薬の譲渡許可権限を都道府県へ移譲した上で、許可要件については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
590-2	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可要件の緩和、許可期間の延長	医療用麻薬に係る薬局間の譲受・譲渡許可を「在庫量の不足により調剤することができない場合」に限らず認められるよう要件を緩和する。また、譲受・譲渡許可申請者の麻薬小売業者免許が全て翌年の12月31日までの場合は、翌年12月31日までの許可を認めるようにする。	薬局の麻薬の譲渡許可は、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2により、在庫量の不足のため調剤することができない場合に限り認められており、特例的な許可を受けても自由に相互融通できず、許可期間も最長で1年とされているため、制度が十分に機能していない。結果として在庫麻薬の使用期限が到来、不良在庫化し、廃棄に至る事例が数多く認められており、緩和医療学会の調査によれば、保険薬局の不動在庫は1年間で推計約75億円、廃棄金額は推計約7億円にも上るとされている。 また、本府薬剤師会からも、経済的負担の軽減や患者への迅速・円滑な流通や医療資源の有効活用のため、薬局間の麻薬譲受・譲渡に係る規制緩和を求める声が強い。 在庫量の不足以外の緊急性がなくても通常から融通できるようになれば、不良在庫のリスクが減るため、在宅緩和ケアに取り組む薬局が増え、患者の在宅療養環境が充実することが期待される。 国は構造改革特区第20次・地域再生第9次検討要請に対し、医療用麻薬については国際条約に基づき、適切な流通管理が求められていることを理由に権限移譲・規制緩和が困難である旨回答しているが、麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国際連合条約及び麻薬に関する単一条約では、製造業者及び分配業者の手にその業務の正常な遂行及び市場の一般的状況に必要な数量を超えて当該物質(＝麻薬)が蓄積されることを防止することが定められているが、現行のように薬局必要品目を全てそろえることを求めることの方が、余剰在庫を増やし、「業務の正常な遂行及び市場の一般的状況に必要な数量を超えて当該物質が蓄積される」と言えなくもないことから、適正な管理のためにも規制緩和を求めるもの。	麻薬及び向精神薬取締法第24条第10項、第11項 同法施行規則第9条の2	医療用麻薬の譲渡許可権限の移譲及び規制緩和は一体的に提案するもの	厚生労働省	京都府、兵庫県	C 対応不可	現在、麻薬製造業者及び麻薬製剤業者において、例えば20錠や40錠等の小単位包装の麻薬製剤が販売されており、それらを購入することで備蓄量が過大になるとは考えにくい。 本件提案にあるように、在庫量の不足以外に緊急性がなくても通常から融通できるようにした場合、麻薬の備蓄に不均衡が生じるばかりか、流通も複雑化するため、流通実態把握が困難となり、麻薬不正流通の原因となる可能性がある。 また、麻薬小売業者間譲渡許可は、個別の店舗単位ではなく、そのグループに対して認めているが、近隣に薬局が増設された時にも柔軟にグループを組み直す必要があることから、その参入の障害になるような2年という長期間の許可を与えることは不適当と考える。	【概要】 小単位包装の製剤の購入は、既にいずれの薬局においても取り組んでおり、抜本的な解決とはなり得ない。 医療用麻薬の種類が緩和ケアの普及を受け増加しており、応需するためには多くの製品を備蓄しなければならないため、在宅緩和ケアに取り組む上での支障として薬局の許可取得数に反映されていると考えられ、ひいては患者の在宅療養環境の充実にも関わっている。 現状の制度の問題点は、同一患者に対し新規処方分しか譲渡・譲受が認められないため、次回の処方のため卸売業から購入した場合でも、患者の病状の変化が早く購入した麻薬が不動在庫となりやすい点であり、現在の要件のただし書きとして、「新規処方時に在庫不足であった患者に引き続き処方が必要な場合に、在庫不足とみなして他薬局からの譲受けることも可能とする」ことを提案する。 御回答の流通の複雑化については、流通を麻薬小売業者間に限れば、記録・薬事監視体制など、厳密な麻薬の管理を行っており、従来の麻薬小売業者間の譲渡許可と同様、適正に実態把握が可能であることから、不正流通につながるとは考えられない。 薬局が増設された際の参入障壁については、参入薬局が他薬局と同じ免許期間となるよう申請することで解決するはずである。 また、近隣に薬局が増設され、グループの組み直しが必要なケースは、薬局の開設時等に限られるため、現在申請している多くのグループに申請を出し直す必要が生じるわけではなく、むしろ、麻薬譲渡許可の期間が最長1年と短く、頻繁に更新手続きを要するのが負担となることが、新たな参入の障害になっていると考えられるため、期間の延長について検討されたいた。	有	医療用麻薬の譲渡許可権限を都道府県へ移譲した上で、許可要件については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
589			○在宅緩和ケア推進において、都道府県にどのような役割を期待しているのか。都道府県はすでに薬局監視等により適正な流通管理を担保しており、在宅緩和ケア推進において重要な役割を期待するのであれば、事務の効率性からも権限移譲は妥当であると考える。 ○ヒアリングでは、不正流通への懸念が示されていたが、定性的な説明に終始していた。提案団体からは、通常都道府県が薬事監視等を行っている麻薬小売業者間のやりとりであることから、都道府県で対応が可能とされている。都道府県では支障があるとするならば、実際の事例に基づいたより具体的な説明を求める。	A 実施	○どのような区域で麻薬小売業者間の譲渡を許可するかどうかについては、基本的には県の判断にゆだねるべきものであることから、ガイドライン等を示した上で、都道府県に権限を移譲することを検討したい。 ○なお、在宅緩和ケアを推進するにあたっての支障については、専門的な医療従事者の育成が不十分であること等が原因であり、本許可権限そのものが在宅緩和ケアの支障になっているとは考えていない。	[再掲] 4【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) 麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可に関する事務・権限(24条11項、施行規則9条の2)については、都道府県に移譲する。	法律 省令	平成28年4月1日	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	
590-1			【譲渡許可条件の緩和】 ○平成19年度制度導入以降、都道府県間で許可取得件数にばらつきがある現状に対して、制度の運用状況の検証は行っているのか。 ○ヒアリングにおける説明では、在庫は麻薬流通の上流も含めたサプライチェーン全体で発生する問題であるとして、薬局間だけの在庫要件緩和に消極的であったが、提案の趣旨は、都道府県が関与することで薬局間のネットワーク化を進め、在宅緩和ケアを推進することである。上流における在庫の議論は流通業者間の公平の問題に過ぎないものであり、提案を実現すべきである。 【譲渡許可期間の延長】 ○期間延長は、新規開設薬局が小売業者間譲渡許可のグループに入る場合に参入障壁になると指摘するが、新規開設薬局はそもそも参入先のグループ内の薬局が持つ免許の終期と異なることが当然であり、許可期間が1年か2年であるかは無関係である。 ○むしろ指摘の事例においては、許可の取り直しが生じる事務負担を軽減すべきであり、軽易な「変更届」制度を創設して積極的にグループの組み直しを促すなど、障壁を解消する方向で検討し、支障がなければ実施すべきである。	D 現行規定により対応可能	【譲渡許可要件の緩和】 ○都道府県間で麻薬小売業者間譲渡許可件数にばらつきがあるが、そもそも大都市、地方都市によって麻薬小売業者数にばらつきがあるためである。現在のところ、麻薬小売業者間譲渡許可数や同許可を受ける薬局数は、医療用麻薬の消費量と同様に増加しており、同制度が医療用麻薬の利用推進に貢献していると考えている。 ○一次回答を踏まえた提案団体の意見には、「現状制度の問題点は、同一患者に対し新規処方分しか譲渡・譲受が認められないため」等とあるが、これは誤りである。現在の麻薬小売業者間譲渡許可制度は同一患者の新規処方に限ったものではなく、同一患者で引き続き麻薬処方が必要な場合も譲渡・譲受が可能である。 ○この他、小売業者間で譲渡が必要な具体的事例のご提案があれば、対応を検討したい。	6【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) (ii)麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可(24条11項、施行規則9条の2)については、麻薬の譲渡しができる場合として、新規の処方の場合に限ったものではなく、同一患者で引き続き麻薬処方が必要な場合も譲り受けることができること等について、地方公共団体及び関係団体等に周知する。	通知	平成27年2月27日	各都道府県に対し、平成27年2月27日付け薬食監麻発0227第5号厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長通知「麻薬小売業者間譲渡許可制度における譲渡要件の周知について」を发出。この他、関係団体へも同様の通知を发出。	
590-2			【譲渡許可条件の緩和】 ○平成19年度制度導入以降、都道府県間で許可取得件数にばらつきがある現状に対して、制度の運用状況の検証は行っているのか。 ○ヒアリングにおける説明では、在庫は麻薬流通の上流も含めたサプライチェーン全体で発生する問題であるとして、薬局間だけの在庫要件緩和に消極的であったが、提案の趣旨は、都道府県が関与することで薬局間のネットワーク化を進め、在宅緩和ケアを推進することである。上流における在庫の議論は流通業者間の公平の問題に過ぎないものであり、提案を実現すべきである。 【譲渡許可期間の延長】 ○期間延長は、新規開設薬局が小売業者間譲渡許可のグループに入る場合に参入障壁になると指摘するが、新規開設薬局はそもそも参入先のグループ内の薬局が持つ免許の終期と異なることが当然であり、許可期間が1年か2年であるかは無関係である。 ○むしろ指摘の事例においては、許可の取り直しが生じる事務負担を軽減すべきであり、軽易な「変更届」制度を創設して積極的にグループの組み直しを促すなど、障壁を解消する方向で検討し、支障がなければ実施すべきである。	A 実施	【譲渡許可期間の延長】 ○更新手続の負担軽減の観点から、譲渡許可の一部変更手続の検討と併せ、譲渡許可期間の延長を認めることを検討したい。	6【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) (iii)麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可(24条11項、施行規則9条の2)については、有効期間を最長1年から3年に延長するとともに、共同申請者を追加する場合の軽易な変更届出制度を創設する。	省令	平成28年4月1日施行予定(法律施行にあわせて)	麻薬及び向精神薬取締法施行規則の改正(平成28年2月8日付けで「麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令(平成28年厚生労働省令第16号)」を公布)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
591	医療用麻薬の廃棄にあたっての行政職員の立会要件の廃止	麻薬の廃棄の際に、都道府県の職員の立会いの下に行わなければならないこととされている要件をなくし、事後届出のみでよいこととする	未使用麻薬は、予め届け出を行い、都道府県職員の立会いの下で廃棄しなければならないとされているが、在宅医療の進展により、患者に投与される麻薬の数量や品目が急増する中、麻薬の廃棄処理に時間がかかり、医療機関や薬局(麻薬小売業)に勤務する薬剤師への時間的、身体的な負担が大きく、本府薬剤師会からも、立会いの変更の撤廃を求める声が根強い。 医療用麻薬の流通を真に予防すべきであれば、紛失・盗難等のリスクにも一定対応すべきだが、これらの日常的な管理は薬局や医療機関の自主的な管理にゆだねられており、一定の秩序が保たれていることから、廃棄のみ行政機関の立ち会いを求めるのは、整合性に欠けると言える。 また、医療用麻薬と同様に幻覚・依存作用のあるシンナーは毒物劇物取締法の適用を受け、廃棄に立ち会いが必要ないのに医療用麻薬のみ必要なのも整合性に欠けると言える。	麻薬及び向精神薬取締法第29条		厚生労働省	京都府、兵庫県	C 対応不可	医療用麻薬の廃棄にあつては、紛失、盗難、横流し防止の観点から、麻向法第29条の規定に基づき、都道府県職員立ち合いの下で廃棄しなければならないこととされている。 医療用麻薬の管理中において、廃棄の時点は、盗難、紛失等のリスクが高いと考えられることから、従前どおり都道府県職員立ち合いの下で確実に廃棄すべきものである。また、廃棄の時点で立ち会いを求めている趣旨として、その段階で医療用麻薬の流通数を確認するという意味合いがあり、例えば日常的な管理の段階で、仮に紛失や盗難が発生している場合であってもこの廃棄の段階で判明する。以上の理由により、廃棄を立ち会いのもと行うことは、従前どおり必要である。	医療用麻薬については、記録や薬事監視等の日常的な監視体制もあり、廃棄の立会を無くしても適正に管理は可能と考える。 廃棄の立会を利用して、他の麻薬の管理状況が確認できるという主張もわからなくはないが、本来、日常の立入調査の中で行うべき業務であり、根本的な理由にはなり得ない。 さらに、調剤済麻薬は、自らの管理の下、廃棄することが認められている中、未使用の麻薬にのみ紛失、盗難等の観点から、都道府県職員の立会が必要との主張には矛盾がある。 すなわち、法29条ただし書きは、患者死亡等による施用残の医療用麻薬を廃棄する実務手続きの簡素合理化の観点から規定されているが、従前から立会いがなくとも、厚労省も認識するように、都道府県の薬事監視等により薬局における適正管理は担保されてきたのであって、未使用麻薬の廃棄の度に立ち会いを維持することも、疼痛緩和のための麻薬使用普及により、調剤“前”の廃棄件数が増えている実態を踏まえ、同様に実務手続きの簡素合理化の観点から検討すべき状況に至っていると考えるが、状況認識について見解をご教示いただきたい。 また、未使用麻薬を管理するための行政コストをより監視に振り向けるなど社会コスト低減、最適化の観点は必要ではないかと考えるが、この点についても見解をご教示いただきたい。			
636	麻薬取扱者の免許の期限延長	麻薬取扱者の免許の有効期間について、免許の日の属する年の翌年の12月31日までとなっている規定を、5年後の12月31日までとすること。(最長6年の有効期間とする。)	【支障・制度改正の必要性】 麻薬免許証の最長有効期間は、麻薬及び向精神薬取締法第5条に基づき、最長2年間(免許の日からその日の属する年の翌年の12月31日まで)となっている。 免許については、本県で年間1500～2000件程度の申請があるが、その大半の申請が12月に集中するため、その事務処理に苦慮している。 免許の期限が延長されれば、免許申請が分散することにより、事務処理が円滑に進行すると考えられる。	麻薬及び向精神薬取締法第5条		厚生労働省	長崎県	C 対応不可	麻薬取扱者免許の期限については、麻薬及び向精神薬取締法第5条の規定に基づき、最長2年間となっている。 麻薬取扱者として、現に麻薬に関する業務又は研究に従事している者の実態を十分に把握し、これに対する監督を厳重に行うために、免許の有効期間は、免許の日から翌年の12月31日までとし、隔年の1月1日現在においてすべて新規に免許を受けなければならないこととしている。 免許の有効期限を2年以上に延長した場合、免許の実態を十分に把握できなくなる恐れがあり、免許付与後に麻薬を取り扱わなくなった者に対しても、漫然と麻薬取扱者免許を与えることになりかねず、医療用麻薬の適正管理、施用の観点から適切ではない。よって、本件にあっては、従前どおり麻薬取扱者免許有効期限は最長2年とすべきである。	免許付与後に麻薬を取り扱わなくなった者については、法により業務廃止等の届出を義務付けていることから問題ないものと思われる。 また、医療用麻薬の適正使用、施用の観点から言えば、免許の有効期限を延長することによって事務処理負担が軽減する分を、麻薬取扱施設の立入検査等監視指導を強化することで、不正使用、不正流通を未然に防止できる体制が強化されると思う。 なお、免許の有効期限を1年から2年に期間延長した際の議論を参考に、今回期間延長ができない理由を明確にして欲しい。 今回の提案は、麻薬小売業の許可要件である薬局の薬事法における免許が6年毎の更新であるため、申請者の利便性を考え、6年に延長する提案をするものであるが、麻薬取扱免許数が年々増加している実情等を踏まえ、3年又は4年の延長を検討していただきたい。 なお、免許の有効期限の確認が容易であることから、有効期限は今までどおり年末で統一すべきと考える。	麻薬取扱者の免許の有効期間については、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		
308	社会医療法人の認定要件拡充	社会医療法人の認定要件である「へき地医療への支援実績」について、へき地診療所だけでなくへき地医療拠点病院への医師派遣についても認定要件とすること	【支障】へき地診療所を支えるへき地拠点病院の常勤医師数が減少傾向にあり、へき地拠点病院からへき地診療所への医師派遣が厳しい状況にある。 【制度改正の必要性】平成20年厚生労働省告示第119号「医療法第42条の2第1項第5号に規定する厚生労働大臣が定める基準」第3条1号イ「へき地にある診療所」を「へき地にある診療所又はへき地医療拠点病院」に改め、へき地医療を行う社会医療法人の認定要件を拡充し、その数を増やすことで、へき地医療拠点病院の支援体制を確保する。 (参考)本県では、県内のへき地診療所17か所のうち、常勤医師を確保できている診療所は4か所のみ。また、へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の常勤医師数が減少傾向にあり、ここ10年でピーク時から約30%減少している病院もある。	医療法第42条の2平成20年厚生労働省告示第119号「医療法第42条の2第1項第5号に規定する厚生労働大臣が定める基準」 厚生労働省医政局長通知(平成20年3月31日医政発第0331008号)「社会医療法人の認定について」	政府が6月24日に公表しました「成長戦略」(P93)において次のとおり記載あり。 二.復興市場創造プラン テーマ1:国民の「健康寿命」の延伸 (3)新たに講ずべき具体的施策 ①効率的で質の高いサービス提供体制の確立 ②医療法人制度に関する見直し 年内に検討し、その結果に基づいて制度的措置を速やかに講ずる。 ・社会医療法人の認定要件の見直し 社会医療法人の一層の普及を図るため、地域の実情を踏まえた認定要件とする。	厚生労働省	熊本県	C 対応不可	へき地医療拠点病院は巡回診療の実施やへき地診療所への代診医等の派遣など、へき地の住民に対する医療提供及びその支援(以下「へき地医療活動」という。)を行う病院として都道府県知事が指定するもので、恒常的な医師派遣を受けなければ、こうしたへき地医療活動が実施できない病院については、その指定の趣旨に反すると考えている。 したがって、へき地医療拠点病院に対する恒常的な医師派遣を社会医療法人の認定要件にすることは、当該病院に係るへき地医療拠点病院の指定と矛盾することから、対応は不可である。	9月8日に実施された地方分権改革有識者会議・提案募集専門部会の厚労省ヒアリングの場において、本提案について第1次回答の「実施不可」から「提案の実現に向けて検討」に判定を見直しいただき、まずは感謝します。 へき地医療拠点病院は、その常勤医が減少する中であってもへき地の診療所に対して医師を派遣しており、へき地医療における重要な役割を果たしている。 へき地医療拠点病院からの支援が受けられなければ診療を継続していくことが困難なへき地診療所もあり、へき地医療拠点病院の指定がなくなった場合は、これらの地域の医療提供体制に著しく影響を及ぼす。 一方、社会医療法人がへき地医療拠点病院に医師を派遣することを通して地域の情報を徐々に蓄積することにより、将来的にへき地診療所に直接医師を派遣しやすくなることが期待されるなど、社会医療法人がへき地医療拠点病院に医師を派遣することは、へき地における医療提供体制を維持していくためにも必要である。 こうした地域の実情を踏まえ、是非今回の提案を実現する方向で最終的な回答を願いたい。 なお、本提案の実現に当たっては、当該医療法人(社会医療法人)からへき地医療支援病院への医師の派遣が、「玉突き」でへき地診療所への医師の派遣に必ずつながることを担保する必要があると考える。 その担保の考え方としては、当該へき地医療支援病院の標準医師数を定め、その範囲内で医師派遣の受入れ分に限ることとする。 例) Aへき地医療支援病院 標準医師数10人で、実配置数が8人の場合 ⇒2人分(10人－8人)までの他の医療機関からの派遣受入れ分が社会医療法人要件の対象。 ※3人目以降は対象外。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
591	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。 なお、麻薬廃棄の立会いを行いながら、薬局の立入検査を行うことができるので、現行制度は一概にマイナス面ばかりとは言えない。		○ 第1次地方分権改革時に廃棄に係る許可制を届出制に変更した後、現在では免許取得者(薬局)も大幅に増え、立ち会い件数が増加している現状がある。この傾向が今後も続くことが予想される中で、監視の実効性を高め、行政の資源を適正配置する観点から、立ち会い制度が持続可能なものなのか検討する時期にあるのではないか。 ○ 厚生労働省のマニュアルにおいても、立ち会いだけでなく都道府県庁に出頭しての廃棄も認めているなど、厳密に書類と在庫の管理を行うことを求めている実態も既にあり、提案を実施する方向で検討すべきである。それでもなお、立会要件を廃止し日常の立入調査で対応するとの提案が受け入れられない支障があるとなれば、明確に示されたい。	C 対応不可	○今般、医師等による医療用麻薬不正施用、不正所持事案(岩手県等)、暴力団関係者による医療用麻薬不正所持事案(麻薬取締部)が発生しており、医療用麻薬が濫用の対象となっていることは明らかである。医療用麻薬にかかる刑事事件が発生している現状から、医療用麻薬の不正流通、不正使用防止の観点から、医療用麻薬管理の最終段階である廃棄においては、従前どおり都道府県職員の立会いの下、確実に廃棄すべきである。 ○都道府県職員による医療用麻薬の立入検査、その他薬事監視の際に併せて、麻薬廃棄の立会いを行う等により、効率的に対応いただいている県もある。 ○厚生労働省のマニュアルにおいて、都道府県庁に出頭しての廃棄(麻薬を持参しての廃棄)を認めているのは、あくまでも都道府県職員の立会いを前提としているもので、廃棄場所の例を示したものであり、麻薬の在庫管理、帳簿記載はこれまでどおり厳格に求めている。 ○前回 ヒアリングにおいても申し上げたとおり、具体的な提案があれば随時検討するので、不正流通の防止を担保する具体的措置を提案頂きたい。					
636			○ 過去の法改正において期間を1年から2年に延長した経緯もある。その後、に期間延長が原因となって発生した不正事案等がないのであれば、年末に集中せざるを得ない申請にかかる社会的コストを平準化する意味で、延長する期間・申請手続の仕組みを適切に検討し、実施すべきである。	A 実施	○麻薬取扱者免許の実態把握のため、免許期間はなるべく短い方が望ましいが、ご要望を踏まえ、3年への延長を検討したい。	6【厚生労働省】 (6)麻薬及び向精神薬取締法(昭28法14) (イ)麻薬取扱者の免許(5条)については、有効期間を最長2年から最長3年に延長する。	法律	平成28年4月1日施行予定	地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成27年法律第50号)	
308	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		○ ヒアリングを通じ、社会医療法人が開設する医療機関からへき地医療拠点病院に医師を派遣した結果、拠点病院からへき地診療所への医師派遣が可能になっていることが確認できれば、提案を実現できるとのことであったと理解している。 ○ 上記の確認について、どのような条件を満たせば良いかを早急に検討されたい。	E 提案の実現に向けて対応を検討	平成26年11月より、「医療法人の事業展開等に関する検討会」を設置し、医療法人に関する制度についても様々な検討を行っているところであり、社会医療法人制度のあり方についても検討内容としていることから、いただいた提案内容について併せて検討する。	6【厚生労働省】 (3)医療法(昭23法205) (イ)社会医療法人の認定(42条の2第1項)については、以下の方向で認定要件の緩和について検討し、平成27年度中の実施を目指す。 ・(略) ・へき地の医療の確保に必要な事業に係る業務の基準として、へき地診療所への医師の派遣等の要件について、へき地医療拠点病院への医師の派遣及び当該へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師の派遣等についても加え、社会医療法人として認定できることとする。	告示	平成27年4月1日	医療法第42条の2第1項第5号に規定する厚生労働大臣が定める基準(平成20年厚生労働省告示第119号)を平成27年3月31日付けで改正	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
387	社会医療法人の認定要件緩和	社会医療法人の認定に当たって、複数の県に医療施設を設置している医療法人について、地域の医療提供体制を確保するため、例えば、当該施設を設置エリアが一の「定住自立圏」内にある場合や事業規模が一の県に集中している場合は、一の県に医療施設を設置する医療法人とみなし、一の県のみ医療施設を設置している医療法人と同等の取扱いとすること。 (参考) 「同等の取扱い」とは、一の県のみで救急医療確保等事業を行っていれば認定要件を満たすこととすることを指す。	【支障】 複数の県に医療施設を設置している医療法人が厚生労働大臣による社会医療法人の認定を得るためには、厚生労働省医政局長通知に基づき、それぞれの県の医療施設において救急医療確保等事業を実施することが要件の一つとして定められており、一の県にしか施設を有さない医療法人と比較しハードルが高い。 そのため、医療法人が社会医療法人の認定要件を満たすために、一方の県に置く医療施設の数が少なく、不採算の場合、一方の県の全ての医療施設を廃止する可能性がある。そうした場合、廃止となる地域に他の医療施設が少ない場合、医療の安定的な提供体制が崩壊するおそれがある。 【改正の必要性】 複数の県に医療施設を設置している医療法人が社会医療法人の認定を得る場合において、例えば「定住自立圏」を県境を越えて形成している場合又は事業規模(経営規模・人員規模等)が一の県に集中している場合、社会医療法人の認定にあつては一の県に医療施設を設置しているとみなし、一の県のみ医療施設を置く医療法人と同様の取扱いとする。 そうすることで、社会医療法人の認定のために、一の県の医療施設を廃止する等の動きを誘発することはなく、引き続き医療提供が継続されるため、関係県の地域住民にとってもウインウインの関係を保つことができる。(なお、一旦社会医療法人の認定を受ければ、その後、不採算の医療施設を廃止するためには、それまでの税の優遇措置分も返還する必要があるため、医療法人に対し施設廃止の動きに一定のブレーキがかかる。)	医療法第42条の2 厚生労働省医政局長通知(平成20年3月31日医政発第0331008号)「社会医療法人の認定について」	熊本県提案分 政府が6月24日に公表しました「成長戦略」(P93)において次のとおり記載あり。 一、復興市場創造プラン テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸 (3)新たに講ずべき具体的施策 i)効率的で質の高いサービス提供体制の確立 ②医療法人制度に関する見直し 年内に検討し、その結果に基づいて制度的措置を速やかに講ずる。 ・社会医療法人の認定要件の見直し 社会医療法人の一層の普及を図るため、地域の実情を踏まえた認定要件とする。	厚生労働省	九州地方知事会	E 提案の実現に向けて対応を検討	平成25年11月より、「医療法人の事業展開等に関する検討会」を設置し、医療法人に関する制度について様々な検討を行っているところだが、社会医療法人制度のあり方についても、今後の検討内容としていくことから、その際いただいた提案内容についても併せて検討したいと考えている。	「提案の実現に向けて検討」いただける旨の第一次回答については、本県の状況を汲んでいただき、まずは感謝します。 繰り返しになるが、現行の社会医療法人の要件は、医療法人が社会医療法人の認定要件を満たすために、一方の県の医療施設を廃止する動きを誘発する可能性をはらんでいることは大きな問題と考える。さらに、その対象となる医療施設が医療資源が乏しい地域に設置してある場合は特に大きな影響が生じてしまう。 また、社会医療法人が、隣接する他県の地域の医療施設の運営を引き継ぐとしても、現行の社会医療法人の要件では実現できない事態も生じることになる。 については、医療資源が乏しい地域の実情を踏まえ、安定的な医療提供体制を確保する一助として、是非、今回の提案を実現する方向で最終的な回答を願いたい。 なお、2以上の県に医療施設を置く医療法人でも、1県に医療施設を置く医療法人と同等の取扱いとみなす「一定の要件」については、次の内容を提案したい。 ・医療法人の事業規模(例えば、事業収益)の90%以上が1の都道府県に存在していること。 ※認定後の社会医療法人について、隣接していない他県の小規模な医療施設の運営を当該地域から要請された場合に対応できる余地を残しておく必要があると判断し、生活圏の一体性ではなく事業規模割合に基づく要件とした。			
822	公営住宅の目的外使用の制限の緩和	公営住宅の目的外使用の対象となる社会福祉事業等は、グループホーム事業、ホームレスの自立支援のための事業に限られている。対象事業をこの二つの事業に限らず、同様の社会福祉事業についても対象となるよう制限を緩和すること。	【現行】 公営住宅の目的外使用の対象事業として、グループホーム事業(数名で共同生活をする認知症の高齢者や障害者に世話人等が生活や健康管理面のサポートをする)が認められているが、事業内容が類似する「小規模多機能型居宅介護事業」(要介護の高齢者に訪問介護、デイサービス、ショートステイのサービスを提供する)については、案件ごとに、国土交通大臣の事前承認手続きが必要である。 【改正内容・効果】 対象事業に老人福祉法第5条の2に規定する「小規模多機能型居宅介護事業」等を追加することによって、国土交通大臣の事前承認手続きが事後報告となり、事務処理が合理化、簡素化されるため、同事業による公営住宅の有効活用促進に資することができると見られる。 ・また、法令で規定されていない事業で、例えば、阪神・淡路大震災復興基金を活用した「高齢者自立支援拠点づくり事業」「高齢者自立支援ひろば)」についても対象に加えていただきたい。 ・同事業では、公営住宅等に拠点(ひろば)を設置し、見守り機能(巡回見守り、各種相談への対応等)、健康づくり機能(保健指導、栄養指導等)、コミュニティ支援機能(入居者間、入居者と地域との交流事業等)、支援者のプラットフォーム機能(高齢者に係る情報交換、高齢者に向けた情報発信等)を持たせて高齢者の支援を行っている。 ・同事業の拠点については、介護保険法第115条の39第1項に規定する「地域包括支援センター」のランチ的な位置づけであると考えられる。	公営住宅法第45条第1項の事業等を定める省令第1条、第2条		国土交通省、厚生労働省	兵庫県、京都府、大阪府、徳島県	C 対応不可	公営住宅法第45条第1項において、公営住宅の社会福祉事業等への目的外使用について、公営住宅の適正かつ合理的な管理に著しい支障のない範囲内で国土交通大臣の承認を行うことを明示している。さらに平成8年8月30日建設省住宅局長通知において、事後の報告により大臣の承認があったものとみなされており、大臣の事前承認手続は必要とされない。 公営住宅制度の趣旨・目的は「住宅に困窮する低額所得者」に対して、「低廉な家賃で」住宅を賃貸等することにある。この点、目的外使用の対象となる社会福祉事業等については、省令で、「グループホーム事業」と「ホームレスの自立支援」の2つの事業が規定されているところ、これらの事業により支援を受けるのは実際に当該公営住宅に入居する者であること、その入居者は「住宅に困窮する低額所得者」(法第1条)である場合が多く、公営住宅制度の趣旨・目的との親和性が高いことから、大臣承認の特例が認められているものである。 一方で、ご提案の「小規模多機能型居宅介護事業」については、上記のように当該公営住宅を住宅として使用する事業ではなく、公営住宅制度の趣旨・目的とは異なるものであることから、「グループホーム事業」等と同様に扱うことはできない。	・「小規模多機能型居宅介護事業」における「ショートステイ」は、利用者に、数日間、入居してもらい日常生活を送れるようサービスを提供するものであり、公営住宅を「住宅」として使用する事業である。			
2	国際ビジネス機受入の際のCIQ業務の移譲	地方管理空港における国際ビジネス機受入に限って、出入国の際に必要な税関、入国管理、検疫のいわゆるCIQ業務を、希望する都道府県に移譲すること。	【支障】 CIQ業務は、関税法などにもとづき、国の職員が行っているが、国際定期便の運航頻度が少ない地方管理空港では、国の職員が常駐しておらず、運航時に出張対応するケースが多い。このため、国際ビジネス機(運航申請が直前かつ変更も多い、1便当たりの搭乗者数は少ない)の運航希望に対して空港のスポット、スポットに余裕があってもCIQ体制の制約から臨機応変な対応ができない。 【改正の必要性】 国際ビジネス機に限り、空港管理者である自治体でCIQ業務を行うことができるよう、権限を移譲し、臨機応変なCIQ業務を可能とする。この趣旨は、首都圏に集中している国際ビジネス機の受入を、意欲のある地方で進めることにより、経済への刺激や、閉鎖的と思われる日本のビジネスジェット環境の改善につなげるものである。 【効果】 運航計画の変更も頻繁に行われる国際ビジネス機の地方空港離発着に対して、県が機動的に対応することにより、利用者の利便性の向上が図られることや、ビジネスジェットに関連した新産業の創出、地方空港の利活用促進などがある。 【懸念の解消策】 移譲後は法定受託事務とし、国からマニュアル提供、県からの研修派遣により、水準を維持し、事務執行する。ビジネス機は、社会的地位や知名度が高い利用者が多く、身元がハッキリしており、搭乗人員も少ないことから県の体制でも出入国者等を管理できる。さらに、不測の事態に備えた訓練、国等との連携の徹底など、水準維持に万全の体制を整える。	出入国管理及び難民認定法第6条 関税法第15条の3 検疫法第4条 植物防疫法第6条、第8条 家畜伝染病予防法第38条、第40条	【提出資料】国際ビジネス機連航支援会社の反応(佐賀県調査) 【関係する政府の取組】国交省「ビジネスジェットの推進に関する委員会」中間報告(H23.6)、観光立国実現に向けたアクション・プログラム2014(H26.6)、日本再興戦略改訂2014(H26.6)	法務省、財務省、厚生労働省、農林水産省	佐賀県	C 対応不可	検疫官非常駐の空港等でも、入国者の到着後迅速に検疫を開始できるよう、近隣検疫所からの派遣により、臨機応変に対応している。今後も、手続きの迅速化のために必要な物的・人的体制の整備に努めたい。 一方、国際ビジネス機受入に限って、検疫業務を、希望する都道府県に移譲することは、以下の理由から、適当でないと考える。 そもそも検疫業務(※)は、国内に常在しない感染症がまん延し、広く国民に健康被害が生じることを防止するため、空港等の水際において、入国者に対して、統一に対応すべき重要な業務である。したがって、都道府県が地域の実情を踏まえて個別に対応した方が効果的に行われる性質の業務ではなく、国が全国的な視点に立って一元的に責任をもって対応すべき業務であると考えている。 また、日本国への入国者に対し、検疫を終えるまで、検疫区域から先の日本国の領域への侵入を禁止することは、本来確保すべき国際交通を妨げるものであるため、国際社会との関係においても日本国政府が責任をもって果たすべき役割である。 以上の理由から、国際ビジネス機受入に限ったとしても、検疫業務を、希望する都道府県に移譲することは、適当でない。 (※)検疫業務は、帰国者、旅行者等の健康状態等に応じ、質問、診察・検査、停留又は隔離を行うという一連の密接不可分な業務等により構成されている。	○「必要な物的・人的体制の整備に努めたい」とのことであるが、当県提案は、国家公務員の増員が容易ではない現状で、LCCの台頭などにより増加する国際定期便に対応するため羽田空港・成田空港等におけるCIQ体制の充実が国家としては優先順位が高いことを認識しつつ、地方空港における不定期かつ小規模な国際ビジネス機受入については、意欲ある地方自治体が行うことにより、国全体の目標である日本再興戦略、観光立国の実現を図るものであり、当県提案のこうした意図を受け止めていただき、前向きな検討をお願いしたい。 ○当県提案は検疫業務の水準を地域ごとに異なることを求める趣旨ではなく、検疫業務の水準は、移譲後の事務を法定受託事務とすることで全国統一性を確保することは可能である。 ○また、実務上の専門性については、例えば、検疫職員OBを当県で雇用することや、職員の研修派遣等により習得できると考えており、実務上クリアできる問題であると考えている。こうした措置によってもなお、習得できない理由があれば、お示しいただきたい。	関係する都道府県の意向を踏まえた上で、手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
387	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。		○ 2県にまたがる医療法人について、社会医療法人の認定を緩和するための 具体的な要件を早急に検討されたい。	E 提案の実 現に向けて 対応を検討	平成25年11月より、「医療法人の事業展開等に関する検討会」を設置し、医療 法人に関する制度について様々な検討を行っているところであり、社会医療法 人制度のあり方についても検討内容としていることから、いただいた提案内容に ついて併せて検討する。	【再掲】 6【厚生労働省】 (3)医療法(昭23法205) (ii)社会医療法人の認定(42条の2第1項)については、以下の方向で認定要 件の緩和について検討し、平成27年度中の実施を目指す。 ・二の都道府県において病院及び診療所を開設する医療法人について、全て の医療機関が一の二次医療圏及び隣接する市町村に設置されている場合に は、当該二の都道府県の医療計画に必要な事項が記載されていること等を要 件として、当該病院において救急医療等確保事業を実施することにより、社会 医療法人として認定できることとする。 ・(略)	法律 省令 通知	平成28年9月 1日施行	・医療法(昭和23年法律第205号)の改正法 案を平成27年通常国会に提出し、平成27年 9月に成立・公布 ・医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50 号)、「社会医療法人の認定について」(平成 20年医政発第0331008号)を平成28年3月に 改正	
822	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。		○ 公営住宅の居住要件については、既対象の「認知症対応グループホーム」 でも平成18年からショートステイ・デイサービスが認められている。このため、 同様に認知症高齢者を多く対象とし、ショートステイ・デイサービスを行う「小規 模多機能型居宅介護事業」も目的外使用の大臣承認の特例を認めるべきだ が、この場合何か具体的な支障はあるのか。 (このような取組は、高齢化する公営住宅の機能を高め、貴省が推進するス マート・ウェルネス事業にも資するのではないか。)	C 対応不可	「公営住宅制度の趣旨・目的は「住宅に困窮する低額所得者」(公営住宅法第1 条)に対して「低廉な家賃で」住宅を賃貸等することにある。現在、目的外使用 の対象となる社会福祉事業等については、省令で「グループホーム事業」と 「ホームレスの自立支援」の2つの事業が規定されているところ。これは、これら の事業により支援を受ける者は、実際に当該公営住宅に入居する者であるこ と、またその入居者は「住宅に困窮する低額所得者」である場合が多く、公営住 宅制度の趣旨・目的との親和性が高いことから、大臣承認の特例が認められて いるものである。 公営住宅の目的外使用のうち、大臣承認の特例が認められるのは、本来入 居者の入居を阻害しない範囲であるべきものであり、「住宅に困窮する低額所 得者」と同視できる範囲の者をその対象としているところ。ご提案の「小規模多 機能型居宅介護事業」はあくまで「通い」を中心とし、それに随時訪問や宿泊を 組み合わせてサービスを提供する事業とされていることから、上記2事業のよう に公営住宅を「住宅」として使用する事業ではなく、公営住宅制度の趣旨・目的 とは異なるものであることから、「グループホーム事業」等と同様に扱うことはで きない。					
2			○ 佐賀県が懸念している休日や深夜、早朝のビジネスジェットの受入れや、 直前での到着時間の変更に対して、万全な対応を確約できるかについて、具体 的にお示しいただきたい。 ○ CIQ業務の経験を積んだ国家公務員退職者を活用し、研修等により能力の 維持を図ることを前提として、国際ビジネスジェット機のCIQ対応を都道府県に 法定受託事務として移譲すべき方法も検討すべきと考えるが、この場合何か具 体的な支障はあるのか。	C 対応不可	○ 厚生労働省としては、以下のとおり、現行の体制においても、円滑かつ迅速に検疫業 務を実施しており、引き続き、必要な体制の整備に努めたい。 ・ ビジネスジェットの運航に関する相談は2週間から1ヶ月前頃にあり、運航予定の変更 等がある場合は、到着の2、3日前に連絡がある。したがって、当該連絡を受け、到着予定 時間に合わせて検疫体制を整えることができるため、休日や深夜、早朝といった時間帯に かかわらず、迅速な対応が可能。 ・ 運行中のビジネスジェットが、到着予定時間より到着が早まった時間は概ね1時間以内 である。検疫職員は、到着予定時間の約1時間半前に空港に到着するため、到着が早 まった場合においても、柔軟に対応することが可能。到着予定時間の変更がある場合は、 検疫所に連絡があり、休日や深夜、早朝の場合、検疫所の担当者の携帯電話に転送され ることから、速やかに対応することが可能。 ○ ビジネスジェットに係る検疫業務を法定受託事務とする必要性は現時点ではなく、以下 の理由からも適当ではない。 ・ 法定受託事務について、その判断の権限と責任は自治体にあり、検疫所に対して行う ような具体的な指揮命令を、同自治体に対して行うことは難しい。 ・ この上で、検疫業務は、国内に常在しない感染症がまん延し、広く国民に健康被害が生 じることの防止のため、空港等の水際で、入国者に対して、統一的に対応すべき重要な業 務である。したがって、都道府県が個別に対応した方が効果的な業務ではなく、国が全国 的な視点に立って一元的に責任をもって対応すべき業務である。また、日本国への入国者 に対し、検疫を終えるまで、検疫区域から先の日本国への侵入を禁止することは、本来確 保すべき国際交通を妨げるため、国際社会との関係においても日本国政府が責任をもっ て果たすべき役割である。 ・ また例えば、停留は、感染症自体が非定型的なため、対象者の範囲について、予め 処理基準等を定めることが困難な一方、病原体に感染したおそれがある段階の者に対し、 本人の同意なく、移動を制限する行政処分のため、対象者を必要最低限の範囲とすること が要請される。この停留者の範囲など、個別の事案が発生し次第、厚生労働省で組織とし て一元的に判断して検疫対応を行っているが、これを厚生労働省の具体的な指揮命令を 受けない自治体の法定受託事務とすることにより、状況の変化に即応した機動的かつ迅 速な対応が困難となる。	4【厚生労働省】 (5)検疫法(昭26法201) 国際ビジネス機の受入れに伴い、出入国の際に必要な税関・出入国管理・ 検疫(CIQ)業務については、提案団体が求める臨機応変な対応を行うことにつ いて、当該団体に通知する。 また、今後、他の地方公共団体から同様の提案があった場合は、個々の空港 の状況やCIQ職員の体制整備の状況、感染症の世界的な流行の状況を踏ま え、臨機応変な対応を行うことについて個別に検討する。	周知	平成27年2月 2日		佐賀空港におけるビジネスジェット就航に係るCI Qへの事前連絡について(平成27年2月2日付 け周知文)

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
13	実態的に法令に根拠のない農政局協議を求めている通知の廃止	農村地域工業等導入促進法に基づき県が実施計画を策定又は変更する場合及び市町村が策定又は変更する実施計画について同法第5条第9項により県が協議に応じようとする場合の国との連絡調整を廃止すること。	【支障】農村地域工業等導入促進法(以下「農工法」)第5条の規定に基づき、都道府県は関係市町村の意見をきいたうえで、また、市町村は都道府県知事に協議しその同意を得たうえで農工実施計画(以下、実施計画という。)を策定・変更することができる。実施計画に定められた工業等導入地区においては、転用面積が4haを超える場合であっても、都道府県知事が許可権者となっている。このように、実施計画の策定やこれに伴う農地転用許可は、地方自治体の権限とされているが、農林水産省構造改善局長等通知において、都道府県が実施計画を策定又は変更しようとする場合及び市町村が策定又は変更する実施計画について協議に応じようとする場合には、あらかじめ地方農政局等関係省庁と十分連絡調整を行うこととされている。この連絡調整は法令に根拠を持たないものであるが、この連絡調整の際に、様々な指摘(ある地区での実施計画の未完工を理由に、近隣地区の実施計画の作成を認めない等)を受ける結果、実施計画の作成に2年から数年かかるなど、工業団地の開発に大幅な遅れが発生している。 【改正の必要性】都道府県が実施計画を策定する場合や市町村からの協議に応じようとする場合には、関係市町村や関係部局との間で十分に調整を行っていることや地方の状況については地元自治体が最も熟知していることなどから、農工法の趣旨を踏まえ、迅速な処理を図るうえでも、事実上の協議となつて国との連絡調整通知は廃止すること。	農村地域工業等導入促進法第5条第8項、第9項 「農村地域工業等導入促進法の運用について」(昭和63年8月18日付け63構改B第855号)第4の4連絡調整等	別紙参照	農林水産省、経済産業省、厚生労働省、国土交通省	佐賀県	C 対応不可	農工法の趣旨は、農業と工業の均衡ある発展を図り、雇用構造の高度化に資することであり、御指摘の連絡調整については、法律の趣旨を補完するものとして、実施計画の内容が、農村地域工業等導入基本計画の内容に即しているか、農業振興地域整備計画等の土地利用計画との調和が図られているか、地域全体として工業等の導入の規模は妥当か、近隣に他の農工団地はないか、当該団地の利用状況はどうか、等の観点から国が事務的な確認を行うためのものである。 この連絡調整は、上記の観点からの実施計画における不備等の発見や、無秩序な農地転用など、農工法の趣旨に反する事案の防止等にも資するため、通知の廃止は困難であるが、連絡調整に当たっては、必要以上に期間が長くなることのないよう努めてまいりたい。	国は、連絡調整の意義として、「土地利用計画との調和」、「地域全体としての工業等の導入の規模の妥当性」、「近隣の他の農工団地の状況」等を事務的に確認するためとしているが、単に事務的に確認するのみであれば、実施計画策定にあたっては、国の通知も踏まえたうえで県と関係市町村、各関係部局との間で十分に調整を行っていることから、自治体のみで可能である。 また、国は、無秩序な農地転用など農工法の趣旨に反する事案の発生を懸念しているが、実施計画に基づく開発の実施主体のほとんどが自治体をはじめとする公共機関であり、実施計画の策定にあたっては農工法の趣旨を踏まえ、多くの時間をかけて議論されていることなどから、こうした懸念は当たらないと考ええる。 いずれにしても、実施計画が農工法の趣旨に合致しているかどうかの判断については、地方の状況について最も熟知している地方自治体が行うことが適切であり、迅速な処理を図るうえでも、また地方自治法245条の2で規定されている関与法定主義の観点からも、事実上の協議となつている国との連絡調整通知は廃止すべきである。			
373	療養介護の利用対象者要件に関する規制緩和	療養介護の利用対象者の要件を緩和(告示で利用対象者であることの明確化)し、「動く重症心身障害者」が安心して療養介護が受けられるようにすること。	【支障】 「動く重症心身障害者」(重度の肢体不自由はないが、重度の知的障害で行動障害を有する方)は、告示の文面上は療養介護の利用対象者の対象外となっており、生活介護(福祉施設での介護)で対応することとなっている。しかし、「動く重症心身障害者」の中には、生活介護による集団生活指導が不可能で、療養介護による医学的管理下における介護等が不可欠な方々もいる。いくつかの県においては、厚生労働省に対して照会した結果、当面の措置として療養介護の対象として差し支えない旨の事務連絡を得ており、サービスを提供しているが、照会した県に対する事務連絡回答を根拠としているため、法的安定性に不安がある。 【改正の必要性】 「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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第523号)」別表第5注1(2)に定める療養介護の利用対象者の要件を緩和(告示改正)することで、「動く重症心身障害者」の方が、個々の状況に応じた適切な福祉サービスを受けることができるよう、告示改正を求める意見が寄せられている。	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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第523号)」別表第5注1(2)	佐賀県提案分【提出資料】 ・厚生労働省担当室長事務連絡(H25.3) ・佐賀県重症心身障害児(者)を守る会からの要望(H26.3)※04	厚生労働省	九州地方知事会	C 対応不可	いわゆる「動く重症心身障害者」と呼ばれる強度行動障害のある重度の知的障害者への支援については、障害者支援施設(生活介護を実施する施設に限る。)等における「重度障害者支援加算」による評価や、地域生活支援事業による強度行動障害の支援者に対する研修等を支援しているところであり、原則的に、これらの強度行動障害者支援施策をご活用いただくべきと考えており、ご要望されているような告示改正は困難である。	ご回答いただいたとおり、「動く重症心身障害者」への支援については、障害者支援施設等での支援等において対応することは必要であり、強度行動障害の支援者に対する研修に取り組むなど、障害者支援施設等における体制の充実に努めているところである。 しかしながら、「動く重症心身障害者」の中には、現在の障害者支援施設等の体制では対応が困難であり、医学的管理下における介護等が不可欠な方々が現実には存在するため、それらの方々に適切な福祉サービスを安定して供給することができるよう、今後とも療養介護の対象拡大について検討をお願いしたい。	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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例によるい補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		
188	障害福祉サービスにおける加算の送迎算定要件の緩和	障害福祉サービス事業所が利用者の送迎を行った場合に算定できる送迎加算について、地域の実情に応じて都道府県が決定できるようにすること。	【制度の概要】 障害福祉サービス事業所が、居宅と事業所間で利用者の送迎を行った場合は、「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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第523号)」により、送迎加算を算定できる。ただし、この告示において、送迎加算の要件を「居宅と障害福祉サービス事業所との間の送迎を行った場合」に限定しているため、「最寄駅と障害福祉サービス事業所間」等の送迎は対象外となっている。 【支障事例】 当県は、公共交通機関が充足していないため、各障害福祉サービス事業所から公共交通機関の最寄駅までが2～5キロ程度であることが普通であり、その場合、最寄駅から事業所まで、利用者が歩いて通うことは不可能である。一方、利用者の居宅についても、農村集落から山間部、海岸地域まで広範囲に渡っており、各事業所からは、それらの利用者宅への送迎に時間を要する状況である。 【規制緩和の必要性】このような中、自身で公共交通機関を使用しながら最寄駅まで来ることのできる利用者には、居宅への送迎に代えて最寄駅までの送迎としてもらうことは効率的であり、現実的である。 また、公共交通機関の利用は、障害のある利用者にとって欠かせない社会との接点であり、自立訓練の意味合いもあり大変有意義な時間となっている。このようなことから、送迎加算の算定について、地域の実情を熟知している都道府県の裁量で決定できるようにすることが必要である。	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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第523号)第6の12等 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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年10月31日障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)第二の2の(6)⑬等		厚生労働省	福井県	C 対応不可	障害福祉サービス等に係る報酬については、サービスの質を担保するため算定の要件を報酬告示で全国一律に定めていることから、地域が裁量をもって算定の要件を定めることは適切ではない。	「障害福祉サービス等に係る報酬については、算定の要件を報酬告示で全国一律に定めており、地域の裁量で算定要件を定めることは適切でない」との回答であるが、平成18年10月31日付障発第1031001号厚生労働省通知により、「「通所サービス等利用促進事業」において都道府県知事が必要と認めていた基準により実施している場合については対象となる」となっており、事業所の最寄駅から事業所間の送迎加算を認めている県があるなど、現時点で都道府県によって取扱いが異なる状況である。 地域によって、公共交通機関の事情や、利用者の居宅についても都市部、農村部、山間部等事情が異なっており、送迎加算について、地域の実情を熟知している都道府県が決定できるようにすることが必要である。	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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例によるい補正を許容するべきである。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
13	【全国市長会】 市町村の関係部局が一つの計画について十分協議し、さらには近隣関係市町村との協議調整を諮った上での計画策定である場合、県との協議によることで支障はないものと考えるため、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	当該通知における連絡調整の意義としては、法律の趣旨を補完するものとして、市町村又は都道府県が作成した実施計画について国に知らしめ(連絡)、国の立場から過不足がないかどうか確認(調整)することで、よりよい計画とするもの。 これは、実施計画の策定は、当該計画に基づき農工団地に立地する企業のみならず、関係市町村の住民、農業者にも広く影響があるところ、計画に瑕疵がないよう国も含めた様々な者が幅広い観点から、この計画をチェックする必要があることが背景にある。 また、現在、新規実施計画の策定も重要である一方で、過去に造成された農工団地の空き地をどのように埋めていくのかといった観点も重要である。今般の事案では、近隣に利用が低調な農工団地があるにもかかわらず、別の農工団地の面積拡大が計画されたという事案が判明したこともあり、かかる事態は当該市町村の土地利用のあり方を考えた上では決して望ましいものではなく、連絡調整により国が事務的に確認する意義はこうした点にあるものと思料する。 以上により、本通知の廃止は困難であるが、今後関係省庁や様々な地方自治体の意見も伺いながら、対応を検討してまいりたい。 なお、本通知は地方自治法第245条の4に規定される技術的助言として位置付けられており、同法245条の2に抵触するものではないが、連絡調整に当たっては、必要以上に期間が長くなることのないよう努めてまいりたい。	6【厚生労働省】 (8)農村地域工業等導入促進法(昭46法112)(農林水産省、経済産業省及び国土交通省と共管) (i)都道府県が、農村地域工業等導入実施計画を策定又は変更する場合(5条1項)及び市町村が策定又は変更する当該計画について協議に応じようとする場合(5条9項)、「農村地域工業等導入促進法の運用について」(昭63農林水産省構造改善局、昭63道商産業省立地公害局、昭63労働省職業安定局、昭63運輸省貨物流通局)において、あらかじめ地方農政局、経済産業局、都道府県労働局、地方運輸局等と十分連絡調整を行うこと等とされている事項については、廃止する。	通知	平成27年3月31日	「農村地域工業導入等促進法の運用について」の一部改正について(平成27年3月31日付け26農振第2206号、20150327地局第1号、職発0331第35号、国官参物第154号)	
373	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。なお、対象者の要件を緩和することによって、従来の対象者がサービス利用しにくい状態とならないように、「動く重症心身障害者」の方が、障害支援施設で対応可能か十分調査した上で、療養介護の支給決定を行うように留意すべきである。			C 対応不可	いわゆる「動く重症心身障害者」と呼ばれる強度行動障害のある重度の知的障害者への支援については、障害者支援施設(生活介護を実施する施設に限る。)等における「重度障害者支援加算」による評価や、地域生活支援事業による強度行動障害の支援者に対する研修等を支援しているところであり、原則的に、これらの強度行動障害者支援施策をご活用いただくべきと考えており、ご要望されているような告示改正を直ちに行うことは困難である。 ただし、ご指摘も踏まえ、療養介護の対象となる医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な者の状態像について、実態把握等のエビデンスの収集を行った上で、告示の改正が必要か否かも含めた検討を行う。					
188				C 対応不可	障害福祉サービス等に係る報酬については、サービスの質を担保するため算定の要件を報酬告示で全国一律に定めていることから、地域が裁量をもって算定の要件を定めることは適切ではない。 送迎加算は、平成18年度に各都道府県に創設された基金事業のメニューとして実施されていたものを、障害福祉サービス等に係る報酬の加算として創設したものである。そのため、基金事業における都道府県ごとの取扱いを例外的に認めているものであり、各都道府県が基金事業のメニューとして実施していなかったものを送迎加算として認めることは、適切ではない。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
222	重度障害者の地域生活支援を行うための報酬体系の見直し	医療依存度や介護の困難性が高い者が利用する事業所の報酬体系を見直すこと。 具体的には、①「現行の人員配置体制加算(Ⅰ)の配置基準を超えて手厚い人員配置をしている事業所に対する加算区分の新設、②「重症心身障害者対応看護師配置加算」の新設、③「強度行動障害者通所特別支援加算」の新設を図ること。	【支援事例】 重症心身障害者を多数受入れている生活介護事業所では、看護師は約3人(運営基準では、“常勤・非常勤を問わず1人置く”となっているのみ。)、生活支援員は1:1対応に近い人員配置を行っており、こうした事業所に対して、報酬に上乗せ補助を行っている。 【制度改正の必要性】 重症心身障害者への支援にあたっては密度の高い医療的なケアが求められ、また強度行動障害者の支援にあたっては常時見守りが必要であることから、こうした重度障害者への適切な支援を行うためには、現行の報酬基準では対応が困難であり、現場の実態に即した報酬体系への見直しが必要である。	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29条第1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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表第6の2等		厚生労働省	滋賀県	C 対応不可	生活介護事業所における看護師の配置は、基本報酬等において評価しているところであり、支援の必要性に応じた単位設定となっているため、重ねて加算で評価することは適切ではない。	①現行制度でも、人員配置体制加算により障害支援区分5もしくは6の利用者を受け入れている事業所には一定の加算をいただいているが、受け入れされている事業所では、重度心身障害者の方の処遇には、医療的ケアの必要性等により1対1に近い対応が必要であり、このことによって他の利用者の処遇に影響が出たり、職員の過重労働に伴う離職等がおこっているから、実態に応じた処遇ができるよう加算の新設をお願いしたい。 ②現在の配置基準では、看護師は事業所に1名以上配置すればよいが、医療的ケアが求められる重症心身障害者の看護については、常時看護をする職員が必要であるので、多くの重度心身障害者を受け入れている事業所においては、実態に応じた看護体制が確立できるよう加算の新設をお願いしたい。 ③強度行動障害者の方は、自傷他害などがあり常時見守りが必要なことから、1対1対応が必要であり、実態に応じた介護ができるよう加算の新設をお願いしたい。 ①、③についても明確に回答をいただきたい。		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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する。又は条例によるい補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
223	重度障害者の地域生活支援を支える施設整備基準等の見直し	社会福祉施設等施設整備費の国庫負担(補助)基準を見直すこと。 具体的には、①「共同生活介護・共同生活援助」(グループホーム)の整備基準(単価)に、重度障害対応事業所を対象とした区分の新設、②「生活介護」の整備基準(単価)に、重度障害対応事業所を対象とした区分の新設を図ること。 社会福祉施設等耐震化等臨時特例交付金交付基準(単価)を見直すこと。 具体的には、グループホームのスプリンクラー等整備における基準単価の見直しを図ること。	【支援事例】 本県では、重症心身障害者等に対応した生活介護事業所やグループホームの整備を促進するため、特殊浴槽等設備の整備等の掛かり増し経費の補助を行っている。 【制度改正の必要性】 ストレッチャー等を利用することが多い重症心身障害者が通所事業所やグループホームを利用するにあたっては、特殊浴槽の設置のほか、廊下や部屋等のスペースも広くとる必要がある。 災害時の対応にあたっては、スプリンクラーの設置など施設設備面での対応も重要である。 重症心身障害者や強度行動障害者等の重度の障害がある人が、身近な地域で継続した生活を送るためには、こうした人たちを受け入れることができるための施設整備と、それを支援するための制度見直しが必要である。	社会福祉施設等施設整備費国庫補助金交付要綱別表第3ー1等 社会福祉施設等耐震化等臨時特例基金管理運営要領別紙2		厚生労働省	滋賀県	D 現行規定により対応可能	施設整備費の国庫補助基準単価は、障害福祉サービス事業に係る基準を踏まえ、定員規模等を勘案して標準的な金額を設定している。 重度の方が多く利用するサービス種別については、特殊浴槽の設置等にかかる費用を別途補助する取扱いとしている。 社会福祉施設等耐震化等臨時特例交付金におけるスプリンクラー整備は、これまで、平成24年度補正において設置義務対象外であった275㎡未満の小規模施設を消防法改正に先駆けて対象とし、更に、平成26年4月には消火ポンプユニットへの加算を追加するなどの改善を図ってきたところ。	①グループホーム施設整備費については、定員規模等を勘案して設定されているが、ストレッチャーを利用することが多い重症心身障害者等を受け入れるには、定員規模で定められている面積以上の広いスペースがいることから、重症心身障害者に対応したグループホームに対する基準単価としていただきたい。 ②施設整備費の国庫補助基準単価は、就労系サービス事業所も生活介護事業所も同じ単価であるが、ストレッチャーを利用することが多い重症心身障害者等を受け入れるには、定員規模で定められている面積以上の広いスペースがいることから、重症心身障害者に対応した生活介護事業所に対する基準単価としていただきたい。	所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		
725	重度障害者の地域生活支援を行うための報酬体系の見直し	医療依存度や介護の困難性が高い者が利用する事業所の報酬体系を見直すこと。 具体的には、①「現行の人員配置体制加算(Ⅰ)の配置基準を超えて手厚い人員配置をしている事業所に対する加算区分の新設、②「重症心身障害者対応看護師配置加算」の新設、③「強度行動障害者通所特別支援加算」の新設を図ること。	【支援事例】 重症心身障害者を多数受入れている生活介護事業所では、看護師は約3人(運営基準では、“常勤・非常勤を問わず1人置く”となっているのみ。)、生活支援員は1:1対応に近い人員配置を行っており、こうした事業所に対して、報酬に上乗せ補助を行っている。 【制度改正の必要性】 重症心身障害者への支援にあたっては密度の高い医療的なケアが求められ、また強度行動障害者の支援にあたっては常時見守りが必要であることから、こうした重度障害者への適切な支援を行うためには、現行の報酬基準では対応が困難であり、現場の実態に即した報酬体系への見直しが必要である。	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29条第1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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表第6の2等		厚生労働省	徳島県	C 対応不可	生活介護事業所における看護師の配置は、基本報酬等において評価しているところであり、支援の必要性に応じた単位設定となっているため、重ねて加算で評価することは適切ではない。	提案趣旨に基づき、既存のスキームにとらわれず、地方創生の観点から、大胆な改正・緩和を望むものである	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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する。又は条例によるい補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
222	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	生活介護に係る報酬については、障害支援区分別の基本報酬に加え、一定割合以上の重度障害者を受入れた場合に加算される人員配置体制加算を設けている。これらにより、重症心身障害者や強度行動障害者を含む重度障害者への手厚い支援については現行制度で一定の評価を行っているところである。					
223				C 対応不可	地域における障害福祉サービスは、身体、知的、精神、重症心身障害者などの様々な障害者の方が利用できる仕組みとなっており、それらを勘案した標準的な単価を設定しているものである。 従って利用者の状況の変化や入退所により一時的に入所状況が変化し、掛かり増し経費が発生するからといって新たに単価を設定することは適切ではない。					
725				C 対応不可	生活介護に係る報酬については、障害支援区分別の基本報酬に加え、一定割合以上の重度障害者を受入れた場合に加算される人員配置体制加算を設けている。これらにより、重症心身障害者や強度行動障害者を含む重度障害者への手厚い支援については現行制度で一定の評価を行っているところである。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
726	重度障害者の地域生活支援を支える施設整備基準等の見直し	社会福祉施設等施設整備費の国庫負担(補助)基準を見直すこと。 具体的には、①「共同生活介護・共同生活援助」(グループホーム)の整備基準(単価)に、重度障害対応事業所を対象とした区分の新設、②「生活介護」の整備基準(単価)に、重度障害対応事業所を対象とした区分の新設を図ること。 社会福祉施設等耐震化等臨時特例交付金交付基準(単価)を見直すこと。 具体的には、グループホームのスプリンクラー等整備における基準単価の見直しを図ること。	【支援事例】 本県では、重症心身障害者等に対応した生活介護事業所やグループホームの整備を促進するため、特殊浴槽等設備の整備等の掛かり増し経費の補助を行っている。 【制度改正の必要性】 ストレッチャー等を利用することが多い重症心身障害者が通所事業所やグループホームを利用するにあたっては、特殊浴槽の設置のほか、廊下や部屋等のスペースも広くとる必要がある。 災害時の対応にあたっては、スプリンクラーの設置など施設設備面での対応も重要である。 重症心身障害者や強度行動障害者等の重度の障害がある人が、身近な地域で継続した生活を送るためには、こうした人たちを受け入れることができるための施設整備と、それを支援するための制度見直しが必要である。	社会福祉施設等施設整備費国庫補助金交付要綱別表第3-1等 社会福祉施設等耐震化等臨時特例基金管理運営要領別紙2		厚生労働省	徳島県	D 現行規定により対応可能	施設整備費の国庫補助基準単価は、障害福祉サービス事業に係る基準を踏まえ、定員規模等を勘案して標準的な金額を設定している。 重度の方が多く利用するサービス種別については、特殊浴槽の設置等にかかる費用を別途補助する取扱いとしている。 社会福祉施設等耐震化等臨時特例交付金におけるスプリンクラー整備は、これまで、平成24年度補正において設置義務対象外であった275㎡未満の小規模施設を消防法改正に先駆けて対象とし、更に、平成26年4月には消火ポンプユニットへの加算を追加するなどの改善を図ってきたところ。	提案趣旨に基づき、既存のスキームにとらわれず、地方創生の観点から、大胆な改正・緩和を望むものである		所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。	
356	施設外就労加算要件における規制緩和	施設外における支援を行う場合の要件を、地域の実情に応じて、地方が独自に緩和できるようにすること。	【現状】 これからの人口減少社会に対応し、集落を守っていく手法として、本県では、障がい者の自立支援を図りつつ、地域貢献活動として「高齢者等の見守り活動」を行うといった取組みを進めている。 【制度改正の必要性】 こうした取組みをさらに広げていくためには、より事業者が参画しやすくなるため、地方の裁量の範囲を拡大する必要がある。 現状の施設外就労加算の算定については、人員要件が細かく規定されており、1ユニットにつき、支援員1名、利用者3名が対象、加えて、施設外就労先との契約が必要となる。これらの縛りを外し、地域が中山間地域などの実情に応じて、要件を緩和出来るよう制度改革を図る。	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第186条、第190条等 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等に要する費用の額の算定に関する基準別表第14の11、第15の12		厚生労働省	徳島県・京都府・和歌山県・鳥取県・兵庫県	C 対応不可	障害福祉サービス等に係る報酬については、サービスの質を担保するため算定の要件を報酬告示で全国一律に定めていることから、地域が裁量をもって算定の要件を定めることは適切ではない。 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第186条、第190条等 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等に要する費用の額の算定に関する基準別表第14の11、第15の12	本県では、障がい者が主役となり、高齢者等の見守り活動等の支援を行っているが、障がい者の就労意欲の向上の面から、非常に有効な活動であると感じている。 しかし活動の実施に当たっては、基準で定められた人員配置よりも手厚い配置が必要となる。 現状の障害福祉サービスの報酬の制度においては、施設外での活動・作業を行う場合に加算を算定するには、人員要件や企業等との契約など要件が細かく規定されており、特に人員については「1ユニットにつき、支援員1名、利用者3名以上」となっているため、支援員1名、利用者1名又は2名とさらに人員を配置しているにもかかわらず、加算の対象外となる。 より事業者が参画しやすくなるためには、安定した活動を継続するための支援策が必要があると思われ、これらの要件を緩和し、各都道府県の実情に応じた取組ができるよう制度改革を図っていただきたい。		「従うべき基準」については、地方分権改革推進委員会第3次勧告の趣旨を踏まえ、廃止し、又は標準もしくは参酌すべき基準へ移行するべきである。 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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例によるい補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
663	障害者入所支援施設の指定に係る都道府県知事の同意の廃止	指定都市及び中核市が行う障害福祉サービス事業所及び障害者支援施設の指定事務について、当該都道府県が定める都道府県障害福祉計画において定める当該都道府県の当該指定障害者支援施設の必要入所定員総数に既に達しているか、又は当該申請に係る施設の指定によってこれを超えることになるか認めるとき、その他の当該都道府県障害福祉計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるときは、障害者総合支援法第29条第1項の指定をしないことができることを根拠とした都道府県知事の同意を廃止する。	【支障事例】 障害者支援施設の指定については権限移譲がされたが、地方自治法施行令において都道府県知事の同意が必要となっている。本市においては、従前から障害者数に比して障害者支援施設の定員数が極端に少なく、特に市内南部地域には入所施設がなく設置について強く市民から要望されている。定員増については、県の障害福祉計画に基づき協議が行われたが、人口増加を平成42年度まで見込んでいる中、比較的手厚い支援が必要な障害者も増加が予想されており、このような本市の実態を踏まえた指定が事実上できない状況にある中では、障害者の支援ニーズに対応できず支障をきたすことが想定される。 【制度改正の必要性】 平成25年度まで135名を入所施設から地域へ移行させるなど様々な地域生活支援及び地域移行に向けた取組を行っているところである。しかしながら、強度行動障害等の障害特性等により地域生活の継続が困難な方も多く、障害者を支える家族の高齢化も急速に進展してきている状況から、「親なきあと」の障害者の生活を支えるための仕組みづくりが喫緊の課題であり、グループホームなど障害者が地域で生活していくための支援ができる「通過型・拠点型の入所施設」の整備等に対して、県知事の同意が廃止されることにより、本市の実態に応じた、きめ細かな障害者支援施策を実施することが可能となる。 【懸念の解消策】 法で定められている計画との整合性については、障害者が地域生活をしていく上で、必要な支援ニーズにも対応していかなければならない状況など、地域の実情について丁寧な説明し、策定の段階で市と連絡調整を行うことで担保できると考えられる。	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第38条 地方自治法施行令第174条の32		厚生労働省	川崎市	C 対応不可	指定障害者支援施設の入所定員の総数については、供給量の調整を行う必要があるため、都道府県障害福祉計画によって定められている。そのため指定に当たっては当該計画も考慮する必要があり、計画策定を行った都道府県の長である知事の同意が必要である。 指定障害者支援施設の入所定員の総数については、供給量の調整を行う必要があるため、都道府県障害福祉計画によって定められている。そのため指定に当たっては当該計画も考慮する必要があり、計画策定を行った都道府県の長である知事の同意が必要である。	前述のとおり、より地域の実情に応じた施策の展開を地域ごとに行えるようにしていくことは、地方分権の趣旨に即するものであり、また、地域ごとに必要最小限の社会資源の整備促進を図る上で、制度改正は必要であると考え。 なお、施設から地域へとの政策の方向性については、大いに賛同するものであり、本市においても最優先課題として取り組んでおり、今後もその方向性が変わるものではない。		地方分権改革推進委員会第1次勧告を踏まえれば、都道府県知事の同意は必要である。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
726				C 対応不可	地域における障害福祉サービスは、身体、知的、精神、重症心身障害者などの様々な障害者の方が利用できる仕組みとなっており、それらを勘案した標準的な単価を設定しているものである。 従って利用者の状況の変化や入退所により一時的に入所状況が変化し、掛かり増し経費が発生するからといって新たに単価を設定することは適切ではない。					
356				C 対応不可	障害福祉サービス等に係る報酬については、サービスの質を担保するため算定の要件を報酬告示で全国一律に定めていることから、地域が裁量をもって算定の要件を定めることは適切ではない。					
663	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	指定障害者支援施設は、広域的な観点が必要なため都道府県障害福祉計画で入所定員を定めている。そのため、指定に当たっては当該計画も考慮する必要があり、計画策定を行った都道府県の長である知事の同意が必要である。 なお、全国知事会も引き続き同意が必要との意見である。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
866	障害支援区分認定審査会委員任期を定める規定の緩和	障害支援区分認定審査会委員任期について、現在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施行令により2年とされているが、地域の実情に応じて柔軟に対応できるよう、規定を緩和する。	【支障事例】 障害支援区分認定審査会委員の任期については、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施行令により、全国一律に2年とされている。しかしながら、実際には2年を超えて再任される方も多く、一度に多くの改選手続きを行うのは、事実上相当の労力と準備期間を要する。(平成26年4月現在、認定審査会委員40名、うち再任された委員36人) 【制度改正の必要性】 また、審査の公平性を確保するためにも一定期間の任期が必要である。このことから、委員の任期については全国一律に2年とするのではなく、市町村の実情に応じて柔軟に対応できることが必要と考える。	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15条 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施行令第5条		厚生労働省	さいたま市	E 提案の実現に向けて対応を検討	障害支援区分の認定は、全国一律の基準に基づき、公平、公正に運用される必要があり、市町村審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に区分の判定に意見を付することを求められる。このため、市町村審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保するという観点から、現在、任期を全国一律2年と設定している。 一方、市町村審査会の委員の任命等の手続きについては、事務負担軽減を図っていくことも重要であると認識していることから、要望に対して、上記事項を総合的に勘案しながら検討し、適切な障害支援区分の認定の実施に努めていきたい。	提案の実現に向けた検討について、現時点でのスケジュールや検討手法などを提示していただきたい。			
42	都道府県医療費適正化計画の策定義務の廃止	都道府県医療費適正化計画の策定義務及び当該計画に係る評価(中間年度、最終年度)を廃止すべき。	【現状】 当該計画においては、「医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」を定めることが義務付けられているが、その算定を都道府県が独自で行うことは技術的に困難であるため、国から提供される推計ツールにより一律に行われている。 【支障事例】 「医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」の医療費の算定には、推計ツールにおいて「メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率」と「平均在院日数の短縮」に係る数値を用いる必要があり、したがってこの2項目について計画において目標として記載せざるを得ない状況となっている。 また、医療に要する費用の見通しについては、厚生労働省から提供される各種データ、推計ツールを用いて算定していることから、進捗状況について把握、管理することが現実的に不可能であり、義務化するまでの必要性は考えられない。	高齢者の医療の確保に関する法律、第9条第1項、第11条第1項、第12条第1項		厚生労働省	愛知県	C 対応不可	都道府県医療費適正化計画については、都道府県は、計画期間における医療に要する費用の見通しを定めることとされているところ。(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第9条) 医療に要する費用の見通しに関する推計を行うに当たっては、都道府県の設定する平均在院日数の目標又は目標ではないが平成29年度の状況として想定される平均在院日数が達成された場合の効果額を推計することとしている。これは各都道府県が設ける目標値とは性質が異なるため、御指摘の支障事例が生じるとは考えていない。今後とも、都道府県医療費適正化計画の策定義務及び当該計画に係る評価にこの協力いただきたいと考えている。	意見なし			
63	保険医療機関の指定・指導権限の地方厚生局から広域連合への移譲	健康保険法等に基づく「保険医療機関の指定・指導権限」について、関西広域連合のような府県域を越える広域行政組織への移譲を求める。	【制度改革の必要性】 今後大きな課題となる「2025年」問題への対応として、「社会保障制度改革」の中で、地域で必要な医療の確保に向けて「地域医療ビジョンの策定」「病床の機能分化」等について、地方分権の観点から、今こそ、地方が主体的に医療体制のあり方を考える時期を迎えている。 こうした状況下において、地方が、その地域における必要な医療を確保していくためには、医療提供体制の整備について、積極的に関わっていくシステムづくりが必要となる。 【提案内容及び効果】 「医療法人の認可・指導監督」、「病院の開設許可等の権限」を有する府県との緊密な連携が図れるとともに、事務執行体制の集約化により、高度で専門的な事務執行が可能となる「広域連合」(まずは、府県域を越える唯一の意思決定機関「関西広域連合」)において、「保険医療機関の指定・指導権限」を受け、地方において効果的な「医療提供体制の確保」及び行財政の効率化を図ることを目指す。 また、現状において、診療報酬に関する個別指導の実施率が十分ではないとの指摘があり、責任ある広域行政主体が実施することにより、ガバナンスの効いた適正な個別指導の実施により、医療費の適正化に向けた動きとなる。 【調整が必要な事項】 保険医療機関の指定等については、高度な専門知識が必要となるため、保険医療業務に精通した医師、歯科医師及び専門官等の人材及び事務費にかかる財源を確保する必要がある。	健康保険法第65・66・68・71・73・78・80・81条 国民健康保険法第41・45条の2 高齢者の医療の確保に関する法律第66・72条 等	(関連記事) ・朝日新聞 (平成26年5月11日)	厚生労働省	関西広域連合	C 対応不可	保険医療機関及び保険薬局並びに保険医及び保険薬剤師(以下、「保険医療機関等」という。)の指定、取消、指導監督等については、 ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関の指定等を行うべきであることから、国の責任において実施することが適当と考えている。 また、保険医療機関等の指定、取消、指導監督等については、全国統一的な観点から実施すべきであり、地域ごとの個々の特殊性や利便性に応じて実施する必要はないと考えている。	今後大きな課題である「2025年問題」への対応として「社会保障制度改革」が進められる中、「医療法人の認可・指導監督」「病院の開設許可等の権限」は府県が有しているが、「保険医療機関の指定・指導権限」は国の権限となっている。 地方分権の観点から、「国保の一元化」「医療費支出目標の設定」及び「地域医療ビジョンの策定」等、地方が主体的に「医療提供体制」の整備に係る責任を果たすために、必要な権限を求めるものである。 特に、国から地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標の設定を求められているにも関わらず、国においては診療報酬に関するチェック機能が十分に働いていない現状も指摘されていることから、関西広域連合において個別指導を実施することにより、連合長等のリーダーシップ、議会のチェック機能など、ガバナンスの効いた適正な個別指導が行え、住民への説明責任がより強く果たせるものと考えている。また、国による統一性の確保のための基準の設定および専門的・技術的な支援があれば、広域連合でも対応は可能であり、事務執行体制の集約化により行財政の効率化が図られると考えている。 まずは府県により近い関西広域連合への移譲を求めるものであり、権限移譲を国民にわかりやすく示すモデルケースとすべきと考える。	手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
866	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			A 実施	市町村審査会の委員の任期に関しては、審査判定の客観性を確保し、また、定期的に自治体が委員の任命が適切であるかを判断するため、現在、任期を全国一律2年と設定している。 市町村審査会の委員は、専門職としての経験に基づき、審査資料から、申請者固有の状況を加味して、客観的に障害支援区分の判定に意見を付することを求められており、再任の場合であっても委員の任命が適正であるかを判断し直すことは必要である。 一方、地域によっては市町村審査会委員として任命できる専門家が限られるなど、委員の確保に難渋している自治体があることも承知しており、実質的に同じ委員が連続して再任されている場合もあると認識している。 このような地域の実情も踏まえながら、一定年数の範囲内で柔軟に設定できるよう、必要な見直しを行う。 なお、現在のところスケジュールは未定。	6【厚生労働省】 (13)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(平17法123) (i)市町村審査会の委員の任期(施行令第5条1項)については、3年を上限として条例(制定主体は市町村等)で定める期間とすることを可能とする。	政令	平成28年4月1日	○対応済み 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施行令の一部を改正する政令(平成27年政令第426号)で改正。	
42				C 対応不可	都道府県医療費適正化計画については、都道府県は、計画期間における医療に要する費用の見通しを定めることとされているところ。(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第9条) 医療に要する費用の見通しに関する推計を行うに当たっては、都道府県の設定する平均在院日数の目標又は目標ではないが平成29年度の状況として想定される平均在院日数が達成された場合の効果額を推計することとしている。これは各都道府県が設ける目標値とは性質が異なるため、御指摘の支障事例が生じるとは考えていない。今後とも、都道府県医療費適正化計画の策定義務及び当該計画に係る評価にご協力いただきたいと考えている。					
63	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	保険医療機関の指定、取消、指導監督等については、 ①国が医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるにふさわしい医療機関の指定等を行うべきものであることから、全国統一的な観点から実施すべきであり、都道府県に移譲することはないと考えている。 なお、保険医療機関に対する個別指導の対象医療機関の選定に当たっては、①情報提供があったものの、②前年の指導結果が再指導であったものの、③患者一人当たりの点数が高いものなどを選定しており、必ずしも不正請求が疑われる保険医療機関のみを対象としているものではない。引き続き、地方厚生局の指導体制の強化に努めてまいりたい。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
191	保険医療機関及び保険薬局の指定・指導権限並びに保険医及び保険薬剤師の登録・指導権限の移譲	保険医療機関及び保険薬局の指定・指導権限並びに保険医及び保険薬剤師の登録・指導権限を都道府県知事に移譲する。	【移譲の必要性】 今後、大きな課題となる「2025年問題」へ対応するため、地域に必要な医療の確保に向けて「地域医療ビジョンの策定」「病床の機能分化」等について、都道府県が主体的に医療体制のあり方を考える時期であり、これらを実現させるため、都道府県が医療提供体制の整備について、積極的に関わる必要がある。 【移譲による効果】 そこで、「保険医療機関の指定・指導」権限を都道府県へ移譲することにより、従前から実施している医療法に基づく「医療法人の認可・指導監督・病院の開設許可等」権限と合わせて、地域完結型の主体的な医療行政を推進することができ、ひいては、より効果的な「医療提供体制の確保」「医療費の適正化」を図ることができる。 また、診療報酬に関する個別指導について、現在は、地方厚生(支)局と都道府県が共同で実施しているが、実施状況が十分ではない状況であり、地域に密着した都道府県が実施することにより、適正な個別指導を実施し、医療費の適正化に向けた動きとなる。	健康保険法第63条第3項第1号、第64条、第73条、第78条第1項、第80条国民健康保険法第41条、第45条の2高齢者の医療の確保に関する法律第66条、第72条		厚生労働省	和歌山県	C 対応不可	保険医療機関及び保険薬局並びに保険医及び保険薬剤師(以下、「保険医療機関等」という。)の指定、取消、指導監督等については、 ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関の指定等を行うべきであること から、国の責任において実施することが適当と考えている。 また、保険医療機関等の指定、取消、指導監督等については、全国統一的な観点から実施すべきであり、地域ごとの個々の特殊性や利便性に応じて実施する必要はないと考えている。	「国の責任において実施」及び「全国統一的な観点」という趣旨は理解できるが、現実問題として、診療報酬に関する個別指導の実施状況が十分ではない状況がある。 都道府県は地域医療ビジョンの策定や医療提供体制の整備に積極的に関わる立場にあり、保険医療機関等の指導監督についても地域医療に通じた都道府県が実施するのがより適当であると考える。地域に密着した都道府県が実施主体となることにより、より適切な個別指導の実施が可能となり、医療費の適正化を進めることができる。 「国の責任において実施」及び「全国統一的な観点」については、都道府県への事務・権限の移譲に際し、国が法令又は実施マニュアル等で事務実施の「基準」を示すことにより、医療保険制度全体の責任者としての責務を果たすとともに、事務実施について一定の水準を確保することは可能ではないか。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
354	保険医療機関の指定・指導権限の移譲	健康保険法及び国民健康保険法に基づく「保険医療機関の指定・指導権限」について、都道府県への移譲を求める。	【移譲の必要性】 今後大きな課題となる「2025年」問題への対応として、「社会保障制度改革」の中で、地域に必要な医療の確保に向けて「地域医療ビジョンの策定」「病床の機能分化」等について、地方分権の観点から、今こそ、地方が主体的に医療体制のあり方を考える時期を迎えている。こうした状況下において、地方が、その地域における必要な医療を確保していくためには、医療提供体制の整備について、積極的に関わっていくシステムづくりが必要となる。 このためには、「医療法人の認可・指導監督」「病院の開設許可等の権限」を有する都道府県において「保険医療機関の指定・指導権限」を受け、地方において効果的な「医療提供体制の確保」を図ることを目指す。 【支障事例】 現状において、診療報酬に関する個別指導の実施率が十分ではないとの指摘があり、ガバナンスの効いた適正な個別指導の実施により、医療費の適正化に向けた動きとなる。 なお、保険医療機関の指定等については、高度な専門知識が必要となるため、保険医療業務に精通した医師、歯科医師及び専門官等の人材及び事務費にかかる財源を確保する必要がある。	健康保険法第65条、第66条、第68条、第71条、第73条、第78条、第80条、第81条国民健康保険法第41条、第45条の2、高齢者の医療の確保に関する法律第66条、第72条 等		厚生労働省	徳島県	C 対応不可	保険医療機関及び保険薬局並びに保険医及び保険薬剤師(以下、「保険医療機関等」という。)の指定、取消、指導監督等については、 ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関の指定等を行うべきであること から、国の責任において実施することが適当と考えている。 また、保険医療機関等の指定、取消、指導監督等については、全国統一的な観点から実施すべきであり、地域ごとの個々の特殊性や利便性に応じて実施する必要はないと考えている。	今後大きな課題である「2025年問題」への対応として「社会保障制度改革」が進められる中、「医療法人の認可・指導監督」「病院の開設許可等の権限」は都道府県が有しているが、「保険医療機関の指定・指導権限」は国の権限となっている。 地方分権の観点から、「国保の都道府県化」「都道府県における医療費支出目標の設定」及び「地域医療ビジョンの策定」等、地方が主体的に「医療提供体制」の整備に係る責任を果たすために、必要な権限を求めるものである。 特に、医療費について支出目標の設定を求められているにも関わらず、診療報酬に関するチェック機能が十分に働いていない現状も指摘されていることから、都道府県で実施することにより、知事のリーダーシップ、議会のチェック機能など、ガバナンスの効いた適正な個別指導が行え、行財政の効率化が図られるとともに、住民への説明責任がより強く果たせるものと考えている。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
191	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。			C 対応不可	保険医療機関の指定、取消、指導監督等については、 ①国が医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、 国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるに ふさわしい医療機関の指定等を行うべきものであること から、全国統一的な観点から実施すべきであり、都道府県に移譲することは できないと考えている。 なお、保険医療機関に対する個別指導の対象医療機関の選定に当たって は、①情報提供があったもの、②前年の指導結果が再指導であったもの、③患 者一人当たりの点数が高いものなどを選定しており、必ずしも不正請求が疑わ れる保険医療機関のみを対象としているものではない。引き続き、地方厚生局 の指導体制の強化に努めてまいりたい。					
354	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。			C 対応不可	保険医療機関の指定、取消、指導監督等については、 ①国が医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、 国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるに ふさわしい医療機関の指定等を行うべきものであること から、全国統一的な観点から実施すべきであり、都道府県に移譲することは できないと考えている。 なお、保険医療機関に対する個別指導の対象医療機関の選定に当たって は、①情報提供があったもの、②前年の指導結果が再指導であったもの、③患 者一人当たりの点数が高いものなどを選定しており、必ずしも不正請求が疑わ れる保険医療機関のみを対象としているものではない。引き続き、地方厚生局 の指導体制の強化に努めてまいりたい。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
482	保険医療機関、社会保険診療報酬支払基金支部の指導監督等、社会保険に係る不服申立てに関する社会保険審査官の事務	医療保険制度の運営に関し、厚生労働大臣が行う保険医療機関への指導監督等の権限について、都道府県知事への移譲を求める。 ○保険医療機関等に対する指導・監査業務、保険医療機関等の指定及び保険医等の登録の申請等、施設基準の届出等に関する業務 ○社会保険診療報酬支払基金支部における適正な審査と迅速適正な支払を確保するための事務 ・審査委員会からの診療担当者に対する出頭、報告等の要求の承認及び診療報酬の支払いの一時差し止めの承認 ○社会保険審査官及び社会保険審査会法に規定する健康保険法・船員保険法による審査請求に係る事務	この間進められている社会保障制度改革では、先に成立した医療介護総合法も含め、増大を続ける医療介護給付費の中で持続可能な社会保障制度を維持するために、都道府県の役割の強化が行われている。 今後の社会保障制度、特に医療介護制度において地方自治体や地域の役割が重視される方向のなかで、国と地方の役割について改めて整理し、保険医療機関への指導監督について都道府県に一元化するとともに、社会保障の重要な一翼を担う社会保険診療報酬支払基金支部に対する指導監督権限及び社会保険に係る不服申立てに関する社会保険審査官の事務も厚生労働省ではなく都道府県に移譲することが望ましい。	健康保険法第73条等 社会保険診療報酬支払基金法第18条、第19条等 社会保険審査官及び社会保険審査会法		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	【保険医療機関等に対する指導・監査業務、保険医療機関等の指定及び保険医等の登録の申請等、施設基準の届出等に関する業務】 保険医療機関及び保険薬局並びに保険医及び保険薬剤師(以下、「保険医療機関等」という。)の指定、取消、指導監督等については、(1)国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであった。全国にわたって公的医療保険における診療を担うのにふさわしい医療機関等の指定等を行うべきであること、から国の責任において実施することが適当と考えられている。 また、保険医療機関等の指定、取消、指導監督等については、全国統一的な観点から実施すべきであり、地域ごとの個々の特殊性や利便性に応じて実施する必要はないと考えている。 【社会保険診療報酬支払基金支部における適正な審査と迅速適正な支払を確保するための事務(社会保険診療報酬支払基金支部に対する指導監督権限の委譲)】 社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)は、都道府県毎に設立された国民健康保険団体連合会とは違い、全国規模の一人法である。また、公定価格である診療報酬が全国統一的に決定され、その診療報酬の審査に当たっては、全国統一的な基準の下で実施されることから、全国統一的な判断の下で、基金法第16条に規定する審査委員会の職務を担う。診療報酬の迅速適正な支払を確保するため、厚生労働大臣(地方厚生局長又は地方厚生支局長)に基金法第18条及び第19条等の監督権限等がある。したがって、当該監督権限等を都道府県知事に委譲することについては、不適当と考ええる。 【社会保険審査官及び社会保険審査会法に規定する健康保険法・船員保険法による審査請求に係る事務】 社会保険に係る審査請求には高度の専門的知識が要求されるため、これに従事する社会保険審査官については、社会保険審査官及び社会保険審査会法(以下「官会法」という。)第2条の規定に基づき、社会保障制度及び社会保険制度に関する識見を有し、社会保険について多年の経験を有する厚生労働事務官の中から任命されている。仮に、都道府県単位で審査が行われることとなった場合、このような専門的知識を有する職員が十分確保できるかの懸念がある。 さらに、「行政不服審査法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(平成26年3月13日法律第69号)」により官会法が改正され、平成28年度からは、従来、審査事務のみであった手続に、請求人、保険者等の口頭意見陳述の手続きが追加されるなど、1件当たり約6割増に達する時間・手間の増大と共に、業務遂行に一定高度な専門性が求められることとなるため、対応しうる人材の確保がより困難になることが予想される。 現在、厚生年金保険、国民年金保険等の他の社会保険に係る審査請求と併せて、これら社会保険全般に渡る専門性を有する審査官が、齊一的に配置しているが、仮に、健康保険、船員保険に係る審査請求についてのみ都道府県単位で配置することとした場合、他の社会保険に係る審査請求との間で齊一性を確保することが困難となり、社会保障制度間で、利用者の公平を損ねるおそれがある。また、同様の専門性が要求される他の社会保険に係る審査請求と併せて処理を行う方が、効率的であると共に、迅速・公平な処理を通じて、利用者の利便性にも資する。 健康保険、船員保険については、全国健康保険協会ないし企業単位で組織される健康保険組合が保険者となっており、組織の単位が都道府県を超える場合も多い。現状は、審査官による全国齊一的な対応が確保されているが、各都道府県において審査が行われることとなった場合、同様の案件であっても都道府県間で審査結果が異なることも予想され、これへの保険者の対応が煩雑になるなど、保険者側に新たな負担を課すおそれがある。 なお、健康保険、船員保険に係る審査請求は、保険給付に対する被保険者からの不服申し立てが多くを占めており、「保険医療機関等への指導監督」とは、内容・性格、従事する職員に求められる知見等も異なるため、これらとは切り分けて議論する必要がある。	①医療保険機関等の指定等については、国でなければ、健全な発展が図れないとはいえない。また、全国的な観点を踏まえて、地方が指定等することはできると考える。 ②全国統一的な基準があるものであるから、各都道府県が、審査委員会の職権乱用を防止し、診療報酬の迅速適正に支払うことは可能と考える。 ③地方には専門的な知見を有する職員が多数いる。また、懸念が示されている各都道府県間の審査結果が異なることについては、②と同様、同一の基準にて対応すれば良いと考える。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
784	保険医療機関等の指定・取消処分に関する権限移譲	地域の実情に応じた医療機関、診療科及び医師の需給調整を行うため、健康保険法等に基づく保険医療機関・保険薬局、保険医・保険薬剤師の指定・取消等の処分権限を、必要となる人員、財源とともに、都道府県に移譲すること。	【現行】 保険医療機関・保険薬局、保険医・保険薬剤師の指定・取消等の処分に関する権限は地方厚生局の権限とされている。 社会保障制度改革国民会議において、県は「地域医療の提供水準を定め、県民の負担水準を定める」責任主体と位置づけられた。 【移譲による効果】 保険医療機関の指定・取消権限を移譲することで、診療報酬決定の一部権限移譲と相まって、地域で必要とされる診療科(医)の適正配置を誘導することが可能となるとともに、取消権限により医療費適正化の推進が図れ、地域医療の提供体制と医療費水準の確保が可能となる。	健康保険法第65条、第71条、第80条、第81条		厚生労働省	兵庫県	C 対応不可	保険医療機関及び保険薬局並びに保険医及び保険薬剤師(以下、「保険医療機関等」という。)の指定、取消、指導監督等については、 ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関の指定等を行うべきであること から、国の責任において実施することが適当と考えている。 また、保険医療機関等の指定、取消、指導監督等については、全国統一的な観点から実施すべきであり、地域ごとの個々の特殊性や利便性に応じて実施する必要はないと考えている。	・医療機関は保険医療機関の指定を受けて運営されることを考えると、都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、医療機関の開設計可から保険医療機関の指定までを一連の事務として実施できるようにすべきである。 ・国が基本的な基準を示すことで、全国ベースでの制度の安定性も確保できる。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
482	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	【保険医療機関等に対する指導・監査業務、保険医療機関等の指定及び保険医等の登録の申請等、施設基準の届出等に関する業務】 保険医療機関の指定、取消、指導監督等については、 ①国が医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるにふさわしい医療機関の指定等を行うべきものであることから、全国統一的な観点から実施すべきであり、都道府県に移譲することはできないと考えている。 なお、保険医療機関に対する個別指導の対象医療機関の選定に当たっては、①情報提供があったもの、②前年の指導結果が再指導であったもの、③患者一人当たりの点数が高いものなどを選定しており、必ずしも不正請求が疑われる保険医療機関のみを対象としているものではない。引き続き、地方厚生局の指導体制の強化に努めてまいりたい。 【社会保険診療報酬支払基金支部における適正な審査と迅速適正な支払を確保するための事務(社会保険診療報酬支払基金支部に対する指導監督権限の委譲)】 社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)は、厚生労働大臣により定められた全国一律の基準(診療報酬の算定方法)に基づき、診療報酬の審査支払を行っている。また、診療報酬の原資となる保険料は全国の医療保険者から徴収されたものである。こうした実態を踏まえ、診療報酬の迅速かつ適正な審査支払が行われるよう、厚生労働大臣が基金に承認を与えることで、診療報酬の審査基準が遵守されることを担保している。したがって、厚生労働大臣の責任において基金に承認を与えることが適当である。 【社会保険審査官及び社会保険審査会法に規定する健康保険法・船員保険法による審査請求に係る事務】 全国統一的な基準は存在せず、委譲は不可能である。また、そもそも、審査事務のような、紛争の裁断という準司法的手続きに関して、厚生労働大臣が統一的な基準を設けることは、制度趣旨になじまない。					
784	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	保険医療機関の指定、取消、指導監督等については、 ①国が医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること ②国が保険者に代わり、全国ベースで公的医療保険における診療を任せるにふさわしい医療機関の指定等を行うべきものであることから、全国統一的な観点から実施すべきであり、都道府県に移譲することはできないと考えている。 なお、保険医療機関に対する個別指導の対象医療機関の選定に当たっては、①情報提供があったもの、②前年の指導結果が再指導であったもの、③患者一人当たりの点数が高いものなどを選定しており、必ずしも不正請求が疑われる保険医療機関のみを対象としているものではない。引き続き、地方厚生局の指導体制の強化に努めてまいりたい。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
157	ロボット手術に係る先進医療の対象化	一定の水準を持つ医療機関における保険診療の対象外のロボット手術を、「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準」(平成20年厚生労働省告示第129号)に規定する先進医療の対象とする。	【支障事例】 ロボット手術については、一部の保険適用を除いて保険外診療となっているが、既に本県の鳥取大学医学部附属病院では、年間40～60件の保険外診療のロボット手術が安全に行われており、患者の身体的負担軽減となっている。 今後、ロボット手術の需要は増えると思われるにもかかわらず、ロボット手術が先進医療の対象外であれば、ロボット手術の患者への恩恵を阻むとともに、鳥取大学医学部附属病院でのロボット手術の発展を阻害するものである。 【改正の必要性】 今後の大きな課題となる「2025年」問題への対応として、社会保障制度改革の中で、地域で必要な医療の確保に向けた「地域医療ビジョン」の策定や病床の機能分化を進めることとなっており、地方分権の観点から、地方が主体的に医療体制を考える時期に来ている。 については、鳥取大学医学部附属病院などロボット手術について一定の水準を持つ医療機関に対しては、ロボット手術を先進医療の対象としていただきたい。	健康保険法第86条第1項 高齢者の医療の確保に関する法律第76条第1項 「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」(平成18年厚生労働省告示第495号)第1条第1号 「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準」(平成20年厚生労働省告示第129号)	参考資料あり	厚生労働省	鳥取県	C 対応不可	現行規定上、医療機関が安全性・有効性のエビデンスがある医療について申請し、承認されれば先進医療として実施できることとなっており、提案主体が緩和を求める「地方に対する規制」自体が存在しないため、対応することは出来ない。 なお、先進的な医療技術については、現行の保険外併用療養費制度において、一定の安全性・有効性を確認した上で、保険診療との併用を認めており、ご指摘のロボット手術についても、保険外併用療養費制度における先進医療としての申請が可能である。 したがって、保険医療機関からロボット手術を用いた技術について申請があれば、先進医療会議にて安全性・有効性等の評価が行われるものである。 また、現時点で先進医療として承認されているロボット手術はないが、8月7日の第21回先進医療会議で、ロボット手術の一種である「ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術」が「適」との評価を受け、今後先進医療として実施が可能となる予定である。	現行の評価療養では、医療機関が申請してから実施が承認されるまでに半年程度の期間を要し、一刻を争う患者の切実なニーズに十分は応え切れないため、既に一定の実績があるロボット手術については、承認までの期間を短縮するとともに、積極的に承認すべきである。 既に様々なロボット手術が安全に行われ、今後も需要が伸びることが期待されるにもかかわらず、現在保険診療が適用されているのは「根治的前立腺全摘除術切除」のみであり、先進医療に至っては、「ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術」がようやく認められようとしている状況である。 ロボット手術の発展やそれによる患者の負担軽減の推進のためにも、ロボット手術を先進医療の対象としていくことは重要であり、また、地域医療ビジョンにおける高度急性期医療機関の整備にもつながり、それぞれの地方で医療機能の分化を進めていく上でも大きな役割を果たすものであることから、ロボット手術に一定の水準を持つ医療機関に対しては、積極的にロボット手術を先進医療の対象として承認すべき。			
185	診療報酬を定める一部の権限の都道府県への移譲	健康保険法第76条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項に基づき、厚生労働大臣が定めることとされている診療報酬のうち、入院基本料に定めることとされている診療報酬のうち、入院基本料に定められるようにする。	【制度改正の経緯】 改正医療法において、都道府県は、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療構想(ビジョン)を策定し、医療機能の更なる分化を推進することとされた。 【支障事例】 地域医療構想を実現する仕組みとして、医療関係者等との「協議の場」を設置し、医療機関相互の協議によることとされたが、協議だけで進まない場合、知事が講ずることができる措置は、医療機関への要請や要請に従わない場合の医療機関名の公表などに限られているため、実効性に乏しく、地域医療構想に沿って必要な医療機能への転換を進めることは極めて困難となることが懸念される。 【制度改正の必要性】 地域医療構想に沿って医療機関に必要な医療機能へ誘導していくための実効性のある方策として、現在、厚生労働大臣が定めている診療報酬のうち、入院基本料について、地域の状況に応じ、都道府県知事が定められるようにすることが必要である。	健康保険法第76条第2項(同法第149条において準用する場合を含む。)、高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項		厚生労働省	山梨県	C 対応不可	国民皆保険においては、誰もがどこでも一定の自己負担で適切な医療を受けられることを基本的な理念としており、診療報酬については、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の制度とすることが原則である。 他方、地域間の格差に配慮して、平成24年度改定において、医療資源が少ない中で医療提供をしている地域の入院料の算定要件や、チーム医療の評価に関する要件等の緩和を行い、さらに、平成26年度改定で、要件緩和の対象となる加算の拡大を行ったところである。 地域の実情に応じて自治体が特例的な措置を設けることについては、 ① 昨年5月の社会保障審議会医療保険部会で議論したところ、支払側、診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納得が得られない」という意見であったこと、 ② 地域によって、同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題があり、困難であると考えている。	今回の提案は、地域医療構想が実現するまでの暫定的な手段であり、恒常的に被保険者の公平性に支障をきたすことを意図したものではなく、また、地域間格差の是正を目的としたものでもない。 一般的に各県の医療機能は、入院基本料が高い高度急性期や急性期の医療機能が過剰である一方、相対的に入院基本料が低い回復期や慢性期の医療機能が不足しており、今後、高度急性期等から回復期等への医療機能の転換が必要になるが、診療報酬との兼ね合いから病院経営側の判断として、高度急性期や急性期から回復期や慢性期へ医療機能を転換するための経済的なインセンティブが働かないと考えられる。 このため、地域医療構想に沿って、不足する医療機能の提供等を都道府県知事が要請しても、医療機関は知事の要請に従わない可能性が高い。 そこで、当該医療機関について、不足する回復期や慢性期などの医療機能に相当する入院基本料とすることで、必要な医療機能へ着実に誘導していきたいとした提案である。	手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		
785	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単価(1点＝10円)について、一定の要件のもとに独自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。	【現行】 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いる。 【移譲による効果】 この権限のうち、診療報酬単価を定める権限(1点を10円と定める権限)の移譲により、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の確立を図ることができる。	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 【共同提案】 和歌山県、徳島県	C 対応不可	国民皆保険においては、誰もがどこでも一定の自己負担で適切な医療を受けられることを基本的な理念としており、診療報酬については、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の制度とすることが原則である。 他方、地域間の格差に配慮して、平成24年度改定において、医療資源が少ない中で医療提供をしている地域の入院料の算定要件や、チーム医療の評価に関する要件等の緩和を行い、さらに、平成26年度改定で、要件緩和の対象となる加算の拡大を行ったところである。 地域の実情に応じて自治体が特例的な措置を設けることについては、 ① 昨年5月の社会保障審議会医療保険部会で議論したところ、支払側、診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納得が得られない」という意見であったこと、 ② 地域によって、同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題があり、困難であると考えている。	・全国一律を原則としつつ、地域の実情を踏まえた単価設定を可能とし、それによって地域間の医療提供体制の格差是正を図り、被保険者間の医療サービスへのアクセスの公平性を確保することに対して、国民の理解は得られるのではないかと。 ・診療報酬と同じく全国一律の制度である介護報酬については、地域による差が設けられている。 ・「患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くこと等の課題があり」という指摘であるが、本提案は、へき地等医療機関が不足し、他地域の医療機関へのアクセスが容易でない地域における実施を考えているものであり、医療機関間の不当な競争をおおるものではなく、影響は限定的である。	手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
157				C 対応不可	現行規定上、医療機関が安全性・有効性のエビデンスがある医療について申請し、承認されれば先進医療として実施できることとなっており、提案主体が緩和を求める「地方に対する規制」自体が存在しないため、対応することは出来ない。					
185				C 対応不可	診療報酬を定める権限の都道府県への移譲は、先に述べたとおり困難である。なお、地域特性を踏まえた診療報酬の設定の在り方については、各地の医療提供体制に係る状況等を把握する中で、地方のご意見も踏まえながら、次期改定に向けて中央社会保険医療協議会において引き続き検討してまいりたい。					
785				C 対応不可	診療報酬を定める権限の都道府県への移譲は、先に述べたとおり困難である。なお、地域特性を踏まえた診療報酬の設定の在り方については、各地の医療提供体制に係る状況等を把握する中で、地方のご意見も踏まえながら、次期改定に向けて中央社会保険医療協議会において引き続き検討してまいりたい。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
882	入院基本料の施設基準に関する特例を認める権限の移譲	厚生労働省告示(診療報酬の算定方法)により厚生労働大臣が定めることとされている基本診療料の施設基準等における一般病棟入院基本料の施設基準について、地域の実情に応じた特例的な取り扱いができるよう、認める権限を指定都市に移譲する。	【制度改正の必要性】 地域の実情に応じた医療政策を実現するためは、厚生労働大臣が一律に定めている一般病棟入院基本料の施設基準について、特例的な取り扱いができるよう、指定都市へ権限を移譲すべきである。 【具体的な支障事例】 広島市では、現在、夜間に入院を必要とする重症患者の受入れを担う病院群輪審制を運営しているが、近年、夜間に多くの軽症患者等が病院群輪審制病院へ来院し、医師等の疲弊やモチベーションの低下を招き、病院群輪審制からの離脱や当番回数の減少の一因となっており、夜間の救急医療体制の確保が急務となっている。また、夜間における医療従事者の不足が課題となっており、特に看護職員の不足が顕著となっている。 現状では、入院基本料の施設基準により、病棟における夜勤の看護職員の数が2人以上配置することとされ、また、その数の算定については、通知により外来勤務の看護職員を算入できないこととされている。 こうした中、医療機関(病院)から、病棟の夜勤の看護師が救急外来の患者に対応できない現状の制度では病院群輪審制への参加や当番回数の増加は困難であるため、柔軟に対応できる特例措置を講じてほしいとの意見が提出されている。 【制度改正による効果】 地域の実情に応じた施設基準を設定することにより、病院群輪審制への新規加入や当番回数の増加が見込まれ、受入困難事案の解消や救急車による搬送時間の短縮を図ることが可能となり、夜間における救急医療体制を確保することができる。	健康保険法第76条第2項(同法第149条において準用する場合を含む。) 高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号) 基本診療料の施設基準等(平成24年厚生労働省告示第77号)		厚生労働省	広島市	C 対応不可	国民皆保険においては、誰もがどこでも一定の自己負担で適切な医療を受けられることを基本的な理念としており、診療報酬については、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の制度とすることが原則である。 他方、地域間の格差に配慮して、平成24年度改定において、医療資源が少ない中で医療提供をしている地域の入院料の算定要件や、チーム医療の評価に関する要件等の緩和を行い、さらに、平成26年度改定で、要件緩和の対象となる加算の拡大を行ったところである。 上記の改定によって一部の地域では本来の体制に比べて手薄な人員体制であるにも関わらず入院基本料が算定できることとなるが、これは診療報酬制度の枠組みの中で、国が特例的な措置を設けたものであって、地域の実情に応じて自治体が特例的な措置を設けることについては、昨年5月の社会保障審議会医療保険部会において、支払側、診療側ともに「診療報酬は、全国的に一物一価にしないと、国民の納付が得られない」という意見があった等の課題があり、困難であると考えている。	本市が示した「具体的な支障事例」は、看護職員の不足が大きな原因であるため、第1次回答で示された平成24年度及び平成26年度の診療報酬改定による施設基準の適用では、問題の解消にはつながらない。 地域住民の安全・安心のため、夜間の救急医療体制の確保は必須であり、そのためには、医療機関の病院群輪審制への新規加入や当番回数の増加が非常に重要である。 このような状況を勘案いただき、診療報酬制度の枠組みの中で特例的な措置を設けることで、病棟の夜勤の看護師が救急外来の患者に対応できるよう、本市の提案について再度検討をお願いしたい。			
386	保険医療機関における付添介護要件の緩和	重度障がい児・者が入院した場合、保険医療機関において付き添いができるのは「家族等患者の負担によらない者」とされているが、これをヘルパー等についても認めること。	【制度改正の必要性】 国の通知では、「看護は、当該保険医療機関の看護要員のみにによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。」とされている。 しかし、会話ができず、ナースコールボタンすら押せない患者の場合は常時見守りが必要であり、障がいの程度によっては表情から要求を読み取るしかなく、自宅で普段介護を行っているヘルパーしか対応できない事例もあるため、通常の医療機関の看護の体制では十分な支援を行うことは難しい。 そのため、重度の身体障がい児・者や意思疎通の困難な重度の知的、精神障がい児・者に限定したうえで、入院中も障害福祉サービスの居宅介護が利用できるよう改正する必要がある。 【支障事例】 重度障がい者が入院した際に、病院から家族等の付き添いを求められたが、家族等が常時付き添うことは困難であり、やむなく自己負担によりヘルパーを雇ったという事例があった。 【懸念の解消策】 (1)医療機関における看護について 重度の障がい児・者に対し、ヘルパーが見守りを中心とする付き添いを行うことができるよう改正するものであり、看護の代替や補完ではない。 (2)障害者総合支援法第5条第2項にいう「居宅介護」の解釈について 障害者総合支援法第5条第2項の「居宅」の解釈について、入院も含むとする解釈が可能か懸念が示される可能性があるが、入院まで含めるべきと考える。	厚生労働省保険局医療課長及び歯科医療管理官通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」	熊本県提案分 平成26年7月9日に実施された「平成26年度障がい当事者・家族団体との意見交換会」において、ヒューマンネットワーク熊本から以下の要望が提出されている。 「現在、入院時のヘルパーの利用が認められていないため、常時介助を要する方が入院をした場合、看護師は一人の患者に常時つける状況ではなく、必要な時に介助を受けることができない。そのため、自費で負担して入院時にヘルパーを利用されている方もおり、入院時のヘルパー利用が認められるよう国に働きかけてほしい。」	厚生労働省	九州地方知事会	C 対応不可	健康保険法等に基づく診療報酬については、厚生労働大臣が定めるところにより保険医療機関が請求することができることとするものであり、現行制度が地方に対し規制を行う趣旨のものではないので、対応することはできない。	現状では診療報酬に関する国の通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(保医発0305第1号平成26年3月5日)を根拠に保健医療機関で公的な制度を利用した介護ヘルパーの利用はできないとされている。 しかし、このために、重度障がいの方が入院した場合に、医療従事者と十分な意思疎通ができず、入院生活に困難が生じる事態が発生しており、上記通知の要件を緩和して、公的な制度による介護ヘルパーの利用を認めることが必要と考えられる。		「居宅介護」の内容(障害者総合支援法第5条第2項)については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、居宅外において行われるサービスを許容する、又はサービスの行われる場所の基準を条例に委任する、若しくは条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
323	ドクターヘリでの診療行為に対する診療報酬算定方法の見直し	基地病院以外に病院間搬送する場合にドクターヘリ内で行う診療行為について、厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法の見直しを行う。	【現状】 厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法では、患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に救急搬送診療料が算定できるとされている。 【支障事例】 患者を基地病院以外の医療機関に病院間搬送した際、基地病院から搬送元の医療機関に、ドクターヘリ内で行った診療行為について診療報酬相当額の請求があった。このような場合、基地病院からは保険請求できないという見解が中国四国厚生局から示され、その医療費は基地病院と搬送元の医療機関の合議に委ねるという見解が示されたことによる。当市としても、事例を示して、中国四国厚生局に確認したが、やはり基地病院、搬送元の医療機関双方ともに保険請求できないという回答であった。 何故、搬送元の医療機関が負担しなければならないのか。また、他県において、根拠は未確認であるが基地病院が保険請求している事例を聞いている。 【求める改正】 従って、基地病院において保険請求できるよう、厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法について見直しを求める。	健康保険法第76条第2項(同法第149条において準用する場合を含む。)、 高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項、 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成26年3月5日保医発0305第3号通知)		厚生労働省	萩市	C 対応不可	健康保険法等に基づく診療報酬については、厚生労働大臣が定めるところにより保険医療機関が請求することができることとするものであり、現行制度が地方に対し規制を行う趣旨のものではないので、対応することはできない。 なお、診療報酬では、ドクターヘリやドクターカーで患者を病院に搬送する際、診療上の必要性から医師が同乗して診療を行う場合には、救急搬送診療料として評価を行っている。この場合、当該医師が所属する保険医療機関が救急搬送診療料の請求を行うことになる。 ただし、留意事項通知(平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」)に記載のとおり、入院基本料を算定した日に、入院患者を他の保険医療機関に搬送する場合は、既に当該日の診療については評価を行っているため、救急搬送診療料は算定できない。	留意事項通知については承知しているが、今回の事例は搬送元の医療機関に外来受診し、ドクターヘリにより基地病院以外の医療機関に搬送した場合に、救急搬送診療料を主としたドクターヘリ内における診療行為に対して、基地病院並びに搬送元の医療機関双方ともに保険請求できないというものである。従って、今回の事例は1次回答にある内容と異なり、新たに議論する必要のある事例と考える。 また、同様の事例において、他県では、根拠は未確認であるが基地病院が保険請求している事例を聞いており、地方の厚生局により異なる判断がされているようである。 よって、今回の事例において基地病院が保険請求できるよう国として統一した見解を示していただきたい。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
882	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	診療報酬を定める権限の都道府県への移譲は、先に述べたとおり困難である。なお、地域特性を踏まえた診療報酬の設定の在り方については、各地の医療提供体制に係る状況等を把握する中で、地方のご意見も踏まえながら、次期改定に向けて中央社会保険医療協議会において引き続き検討してまいりたい。					
386	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。 なお、実現の際には利用者の安易な利用にならぬよう、明確な基準により対象者を限定する必要があると考える。			C 対応不可	保険医療機関における看護サービスを充実させること、患者、家族の負担に伴う付添看護を解消するため、平成6年の健康保険法改正時に療養の給付の対象範囲の見直しを行い、入院患者に対する看護は入院している医療機関の看護職員が行うこととして付添看護の解消を図った。それに合わせて、療担規則上も、「保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。」と改定した。 入院中の患者に対するヘルパー派遣を認めると、当該医療機関で十分な看護サービスの提供がなされなくなる可能性がある。つまり、医療機関が、付き添いヘルパーに看護の代替を求める恐れがあり、付き添う側も線引きが曖昧になり、一部看護職員の業務を補充するような行為を行うようになる可能性が懸念されている。 以上のことから、本件への対応は困難である。 なお、居宅介護については、居宅において行う「身体介護」や「家事援助」、病院への通院等のための移動助助等を行う「通院等介助」や「通院等乗降介助」があり、「身体介護」や「家事援助」については、居宅以外でのサービス提供は想定していない。					
323	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	診療報酬では、ドクターヘリやドクターカーで患者を病院に搬送する際、診療上の必要性から医師が同乗して診療を行う場合には、救急搬送診療料として評価を行っている。この場合、当該医師が所属する保険医療機関が救急搬送診療料の請求を行うことになる。 なお、現実の事例において当該点数が算定できるかどうかについては、国の機関に個別に照会いただきたい。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
324	医療費の適正化対策の促進	保険者が医療費適正化対策を強力に推進し、法的根拠をもって重複・頻回受診者に対する適正な指導・対策に取り組めるよう、国において、国民健康保険法第62条に係る「療養に関する指示」に重複・頻回受診者への適正指導を明記する。	現在、医療費適正化対策としては、国保連合会から年1回、各保険者に提供される重複・頻回受診者のリストを活用し、指導が必要と思われる重複・頻回受診者に対して保健師が訪問活動を行っているところである。 一方、この訪問活動は、「重複・頻回受診者に係る医療の適正化対策の推進について(通知)」(平成10年8月5日保険発第126号)を根拠に実施しているため、訪問活動に強制力がない。また、指導権限が明記されていないため、各保険者の対応に差があり、有効な適正化対策とはなっていない状況である。 については、各保険者が医療費適正化対策を強力に推進し、法的根拠をもって重複・頻回受診者に対する適正な指導・対策に取り組めるよう、国において、国民健康保険法第62条に係る「療養に関する指示」に重複・頻回受診者への適正指導を明記するなど、抜本的な取組を要望する。	国民健康保険法第62条		厚生労働省	萩市	C 対応不可	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号)において、複数の医療機関を重複して受診する被保険者に対する助言・指導について方針を示しているところ。	適切な受診につながるような助言・指導行っても、改善が見られなければ訪問指導の効果が無い。 不適切な受診は給付費の増加を招き、不当に他の被保険者の負担を加重することもあり得るため、引き続き要望する。			
479	後期高齢者医療制度に係る市町村・広域連合に対する報告徴収、実地検査の実施等	後期高齢者医療制度の運営に関し、厚生労働大臣と都道府県知事で重複する権限を一元化するため、都道府県知事への移譲を求める。 ・市町村及び後期高齢者医療広域連合に対する報告徴収等	高齢者の医療の確保に関する法律第134条第1項において「厚生労働大臣又は都道府県知事は、後期高齢者医療広域連合又は市町村について、この法律を施行するために必要があると認めるときは、その事業及び財産の状況に関する報告を徴し、又は当該職員に実地にその状況を検査させることができる。」と定められている。一方同法第133条第1項において、「都道府県は、後期高齢者医療広域連合又は市町村に対し、後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするものとする。」とされている。現在、県及び地方厚生局が134条による広域連合に対する報告徴収を実施しており、重複しているうえ、地方厚生局はこの結果に基づき都道府県知事に対し、133条に基づく指導を行うよう求めている状況であり、国の権限としても完結していない。プログラム法に基づき制度の存続が図られることとなったことや、平成20年度の制度発足から一定期間を経過し安定的な運営がなされていることを踏まえ、報告徴収等について重複を解消し都道府県に一元化することで、都道府県における報告徴収・指導が一体的かつ効率的効果的な政策展開が図られることとなる。なお、保険事業を実施するうえで参考とすべき全国状況は国ホームページ等による公開情報や国及び関係団体から情報提供を随時受けていることから、広域的事務であることの支障がない。	高齢者の医療の確保に関する法律第134条		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「法」という。)第134第1項に定める報告徴収等の権限は、厚生労働大臣(国)及び都道府県知事(県)に後期高齢者医療制度の運営主体(広域連合、市町村)に対する報告の徴収権及び実地検査の権限を定めたものであるが、国の報告徴収等の権限は、法第3条に規定する国の責務を果たすために必要な権限であるため、都道府県知事のみとの権限とすることは出来ない。	国と都道府県が適切に情報共有等の連携をすることで、都道府県が実施したとしても、国は法第3条に規定する責務を果たすことができると考える。 なお、現時点では、都道府県及び地方厚生局が134条による広域連合に対する報告徴収を実施しており、二重行政となっているとともに、地方厚生局はこの報告に基づき都道府県知事に対し、133条に基づく指導を行うよう求めている状況であり、国の権限としても完結していない。 このような無駄な二重行政を解消するためにも、移譲を求めている。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
480	健康保険組合等の指導監督	医療保険制度の運営に関し、厚生労働大臣が行う健康保険組合等への指導監督等の権限について、都道府県知事への移譲を求める。 ・健康保険組合等の事業及び財産の状況等に係る立入り検査等 ・健康保険組合等からの届出受理、各種認可事項の審査 ・健康保険組合等の事務に係る疑義照会への対応	この間進められている社会保障制度改革では、先に成立した医療介護総合法も含め、増大を続ける医療介護給付費の中で持続可能な社会保障制度を維持するために、都道府県の役割の強化が行われている。公的医療保険制度では国民健康保険制度の財政責任を都道府県が担うこととされたところであるが、住民人口の7割を占める健保組合等に対して都道府県は何ら権限を有していない。 これまでも、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療費適正化計画の策定や保険者協議会の運営で健保組合等の役割が大きいが、都道府県からは協力要請依頼に留まっているのが現状である。 包括ケアシステムなど、今後の社会保障制度、特に医療介護制度において地方自治体や地域の役割が重視される方向のなかで、国と地方の役割について改めて整理し、社会保障の重要な一翼を担う健保組合等に対する指導監督権限も厚生労働省ではなく都道府県に移譲することが望ましい。	健康保険法第29条		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	健康保険組合は国の健康保険事業を代行する公法人として、被用者(サラリーマン)の医療を保障する医療保険者であり、その運営は、事業主と被保険者による自主自立の事業運営を基本としている。健康保険組合の被保険者は、事業主及びその事業主に使用される者であり、特定の地域を保険者単位とするものではなく、全国的な対応が求められる。健康保険組合に対する指導監督権限を厚生労働大臣から都道府県知事に委譲することは、上記の健康保険組合の性質や全国的に展開している実態を踏まえると、適当ではない。 全国健康保険協会については、適用・徴収、扶養認定等を厚生労働大臣(日本年金機構に委任)が実施し、その事業運営等についても、厚生労働大臣が認可している。こうした制度の建て方や実態を踏まえると、全国健康保険協会による健康保険事業が円滑適正に行われているかどうかの判断については、厚生労働大臣が行うことが効果的であり、指導監督権限を厚生労働大臣から都道府県知事に委譲することは適当ではない。 地域における医療介護制度において、国保だけではなく、被用者保険の果たすべき役割は重要と考えており、先般の医療法等改正に伴い、保険者協議会の法定化や、地域医療ビジョンの策定等に係る協議の場にも、医療保険者の参画が制度として組み込まれたところである。さらに、各都道府県と被用者保険との間で、保健事業推進に係る包括的な協定締結を実現しているところもあり、こうした仕組みから、地域における医療費適正化が期待できると考える。	①地方は、地域のことだけでなく、全国的な観点も踏まえて、各種施策を実施しているところであり、法令等に基づいて、健康保険組合の性質や全国的に展開されている実態を踏まえた指導等を行うことは、可能であると考え。 ②同じく、全国健康保険協会についても、国が認可をしているとしても、認可権者以外のものが、指導監督出来ないとの理論は成り立たず、適切な事務引継等の移譲に向けた取組を行うことで、地方で実施できると考える。 ③保険者協議会や包括協定の締結等については、今後も積極的に進めて行きたいと考えており、提案している指導監督等の権限と合わさることにより、更に効果的なものとなると考え。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
324	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 現行上は法的に指導権限が明記されていないため、有効な助言や指導ができていない状況である。 なお、明記することによる、国からの制裁(ペナルティ制度や交付金カット)がないよう併せて求める。			C 対応不可	国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示第307号)において、複数の医療機関を重複して受診する被保険者に対する助言・指導について方針を示しているところ。 なお、国民健康保険法第62条の「療養に関する指示」として重複・頻回受診者への適正指導を明記することは、以下の理由から適当ではない。 ①第62条は「療養上の指示に従わなければ療養の効果が減殺され、かつ給付の増加を招き、不当に他の被保険者の負担を加重する」ことを防ぐため、給付の制限を為しうとする規定であるところ、重複・頻回受診が直ちに療養の効果を減殺するとはいえないこと。 ②個々の被保険者の病状や必要とする保険給付の程度が異なり、また重複・頻回受診者の範囲が必ずしも明らかでない中で、療養上の指示に従わないことを理由に、保険者の判断で給付の制限を行った場合、被保険者が必要な保険給付を受けられないおそれがあること。					
479	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)第134第1項に定める報告徴収等の権限は、厚生労働大臣及び都道府県知事に、後期高齢者医療広域連合又は市町村に対する報告の徴収権及び実地検査の権限を定めたものであるが、国の報告徴収等の権限は、法第3条に規定する国の責務を果たすために必要な権限であるため、都道府県知事のための権限とすることは出来ない。 また、法第3条に規定する国の責務と法第4条に規定する都道府県の責務は異なることから、都道府県がその責務を果たす観点から実施したものの情報を国と情報共有をしたとしても、必ずしも国の責務を果たすことができないものと考える。 しかしながら、具体的な事例をご教示いただければ、上記国と都道府県の双方に認められている報告徴収等の権限について、同一のことをしている実態があるのであれば、効率化の観点から役割分担の明確化をすることを検討したい。					
480				C 対応不可	第1次回答に加えて、全国に事務所が散在している健康保険組合の場合において、都道府県単位で立入検査の対応が異なる等、健康保険組合に対する監督を効果的に行うことができないという実務上の課題もあることから、全国的な対応を行うためには、厚生労働大臣の健康保険組合に対する監督権限を都道府県に委譲することは適当ではない。また、健康保険組合の認可は、国民の生活の安定と福祉の向上を図るために、厚生労働大臣の責任において行っているものであり、これを都道府県に委譲することは適当ではない。 全国健康保険協会(以下「協会」という。)の性質を改めて申し上げますと、協会は健康保険組合とは異なり、自由な解散は認められておらず、料率の設定や財政運営について厚生労働大臣の関与が法律で規定されており、被用者保険の最後の受け皿として、高い公益性を有した公法人である。また、国は協会に対して保険給付費等の一部を補助している。したがって、厚生労働大臣が協会の監督を行い、適正な健康保険事業の運営を図ることが適当であると考えている。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
481	国民健康保険の保険者の指導の移譲	国民健康保険制度の運営に関し、厚生労働大臣と都道府県知事で重複する権限を一元化するため、都道府県知事への移譲を求める。 ・保険者及び国保連に対する事業等に関する検査等 ・国保組合及び国保連に対する監督上必要な命令 ・保険者である市町村に対する地方自治法上の技術的助言等	この間進められている社会保障制度改革では、先に成立した医療介護総合法も含め、増大を続ける医療介護給付費の中で持続可能な社会保障制度を維持するために、都道府県の役割の強化が行われている。公的医療保険制度では国民健康保険制度の財政責任を都道府県が担うこととされたところであることから、国と地方の役割について改めて整理し、国保の保険者及び国保連に対する検査・命令等について国との重複を解消し、都道府県に一元化することで、効率的効果的な政策展開が図られることとなることから、都道府県に移譲することが望ましい。	国民健康保険法第106条、第108条 地方自治法第245条の4		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第4条第1項に規定する国の義務を果たすため、市町村及び組合に対し、指導・助言を行う必要があること、また同法第70条等の規定により、国民健康保険事業に要する費用について、市町村及び組合に対し、国の負担が為されていることから、国の報告徴収等の権限を、都道府県のみとの権限とすることはできない。	国と地方が適切に情報共有することで、地方が指導等を実施したとしても、国の責務を果たせると考える。 また、他の保険制度と同様、国が事業の費用を負担しているからといって、必ずしも国が事務の執行を行う必要はない。 なお、国保の保険者及び国保連に対する検査・命令等について二重行政が生じており、これを解消するため、都道府県に権限を移譲すると、国にとって行政改革が図られ、業務効率化の観点からの効果も大きいと考える。		国民健康保険については、現在、厚生労働省と地方三団体による、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議(国保基盤強化協議会)において、都道府県と市町村の役割分担等の検討が行われているため、その場での検討を求める。	
782	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	【現行】 都道府県では「医療費適正化計画」の達成に向け特定健診・特定保健指導の推進を図っている。 【支障事例】 現状では管内の被用者の特定健診等実施率や事業の取組状況が適時に把握できない。 【移譲による効果】 権限移譲により、①被用者保険も含めた特定健診・特定保健指導事業の実施率向上 ②県が行う企業向け健康推進事業への参画促進 ③勤労者に対する健康づくり事業等の充実強化が可能となり、国保と併せて都道府県内のすべての保険者の医療費適正化事業の推進を図ることができる。 ※ (1)～(4)の権限移譲項目のうち、特に医療費適正化に係るものとして、健康保険法第7条の38・39に該当する健康保険組合及び全国保険協会(支部)に対する指導権限の移譲を求める。	健康保険法第7条の38、第7条の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 【共同提案】 大阪府、和歌山県	C 対応不可	(1)～(3)【健康保険組合に対する権限】 健康保険組合は国の健康保険事業を代行する公法人として、被用者(サラリーマン)の医療を保障する医療保険者であり、その運営は、事業主と被保険者による自主自立の事業運営を基本としている。健康保険組合の被保険者は、事業主及びその事業主に使用される者であり、特定の地域を保険者単位とするものではなく、全国的な対応が求められる。健康保険組合に対する指導監督権限を厚生労働大臣から都道府県知事に委譲することは、上記の健康保険組合の性質や全国的に展開している実態を踏まえると、適当ではない。 (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】 全国健康保険協会については、適用・徴収、扶養認定等を厚生労働大臣(日本年金機構に委任)が実施し、その事業運営等についても、厚生労働大臣が認可している。こうした制度の建て方や実態を踏まえると、全国健康保険協会による健康保険事業が円滑適正に行われているかどうかの判断については、厚生労働大臣が行うことが効果的であり、指導監督権限を厚生労働大臣から都道府県知事に委譲することは適当ではない。 (1)～(4)共通する内容 地域における医療介護制度において、国保だけではなく、被用者保険の果たすべき役割は重要と考えており、先般の医療法等改正に伴い、保険者協議会の法定化や、地域医療ビジョンの策定等に係る協議の場、医療保険者の参画が制度として組み込まれたところである。さらに、各都道府県と被用者保険との間で、保健事業推進に係る包括的な協定締結を実現しているところもあり、こうした仕組みから、地域における医療費適正化が期待できると考える。	・健康保険組合等に全国的な対応が求められることについては、国が基本的な基準を設定することにより対応することが可能である。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
291	介護保険サービス事業者における事業開始等の届出等事務の負担軽減等	訪問介護等の介護保険法上の事業等は、老人福祉法上の事業等にも該当するため、両法上の届出等をする必要があるが、一方の届出等があった場合、他方も届出等があったこととする「みなし規定」を設ける。	【支障事例】 訪問介護や通所介護などの介護保険法に基づく事業等は、老人福祉法に基づく老人居宅生活支援事業等に該当するものであることから、介護保険法上の届出等と別に老人福祉法上の届出を行う必要があり、一の事業者がそれぞれの法律に基づき2種類の届出を行うなど、事業者への負担や届出事務の非効率が生じている。 事業者にとっては、介護保険法及び老人福祉法に基づき、同様の内容の申請等が別々に必要となることで、指定(開設)時や変更時等に事務が複雑になっており、同じ内容の申請等を提出することに対する負担感が強い。また、いづれか一方を提出することで申請等が完了したと誤解が生じる場合もある。 【制度改正による効果】 重複して実施していた事務の効率化及び事業者の負担軽減を図ることができる。 また、従前から、現場の介護従事者は事務処理量が多いことで介護業務(利用者へのケア)が圧迫されていると言われていたが、事業者の負担軽減により介護のケアの質の向上も期待される。	介護保険法第70条、第75条、第78条の2、第78条の5、第115条の2、第115条の5、第115条の12及び第115条の15 老人福祉法第14条、第14条の2、第14条の3、第15条、第15条の2及び第16条		厚生労働省	京都市	C 対応不可	老人福祉法上の認可申請と、介護保険法上の指定申請は法の趣旨を異にするため、一方の申請がなされた場合、他方も申請があったこととする「みなし規定」を設けることはできない。	介護保険法第71条等において、病院等について、健康保険法の規定による保健医療機関の指定があったときは、介護保険法の規定による居宅サービス事業者としての指定があったものとみなすこととされている。また、生活保護法の一部を改正する法律において、介護保険法の規定による指定又は開設許可があったときは、生活保護法第54条の2第2項の規定により、当該介護機関は、生活保護法の指定介護機関として指定をうけたものとみなされるとされている。それらのみなし規定と本件提案との法の趣旨の違いについて御教示いただきたい。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
481	【全国市長会】 全国市長会は、「都道府県が保険者として国保の運営を担うことを基本として、都道府県と市町村の適切な役割分担を実現すること」を決議している。 現在、厚生労働省と地方三団体とで構成する「国保基盤強化協議会」において、国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担について議論を行っており、年末までを目途に結論を得て、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを目指すとしている。 この段階で、当該提案はすべきでない。			C 対応不可	国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第4条第1項に規定する国の義務を果たすため、市町村及び組合に対し、指導・助言を行う必要があること、また同法第70条等の規定により、国民健康保険事業に要する費用について、市町村及び組合に対し、国の負担が為されていることから、国の報告徴収等の権限を、都道府県のみ の権限とすることはできない。 なお、昨年12月に成立した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において、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、都道府県と市町村との適切な役割分担について、検討を行い、必要な措置を講じることされている。 これを踏まえ、必要な法律案を平成27年の通常国会に提出することを目指し、国保基盤強化協議会において、国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担等の議論を行っている。					
782	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	第1次回答に加えて、全国に事務所が散在している健康保険組合の場合において、都道府県単位で立入検査の対応が異なる等、健康保険組合に対する監督を効果的に行うことができないという実務上の課題もあることから、全国的な対応を行うためには、厚生労働大臣の健康保険組合に対する監督権限を都道府県に委譲することは適当ではない。また、健康保険組合の認可は、国民の生活の安定と福祉の向上を図るために、厚生労働大臣の責任において行っているものであり、これを都道府県に委譲することは適当ではない。 全国健康保険協会(以下「協会」という。)の性質を改めて申し上げますと、協会は健康保険組合とは異なり、自由な解散は認められておらず、料率の設定や財政運営について厚生労働大臣の関与が法律で規定されており、被用者保険の最後の受け皿として、高い公益性を有した公法人である。また、国は協会に対して保険給付費等の一部を補助している。したがって、厚生労働大臣が協会の監督を行い、適正な健康保険事業の運営を図ることが適当であると考えている。					
291	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	介護保険法と健康保険法及び生活保護法については、どちらも保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、保険給付等に関して必要な事項を定めている法律であることから、ご指摘のようなみなし規定を設けることが可能である。 一方、老人福祉法は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする法律であり、保険給付等に関する必要な事項を定めている介護保険法とは法の趣旨を異にするため、ご指摘のようなみなし規定を設けることはできない。	6【厚生労働省】 (11)老人福祉法(昭38法133)及び介護保険法(平9法123) 介護保険サービスを提供するに当たって、老人福祉法上の老人居宅生活支援事業の開始、変更の届出(老人福祉法14条及び14条の2)等と、介護保険法上の指定居宅サービス事業所の指定、変更の申請(介護保険法70条及び75条)等のそれぞれの手続が必要であるが、申請書の一本化や重複する必要書類の省略等、地域の実情に応じて手続を簡素化することは現行制度上問題ないことを、地方公共団体に周知する。	周知	平成27年4月10日	「平成26年の地方からの提案等に関する対応方針」を踏まえた介護保険上の指定手続の簡素化に係る再周知について(平成27年4月10日事務連絡)	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
691	介護保険法及び老人福祉法に基づく重複する申請等の一本化	老人福祉法と介護保険法では、同一施設について各々の法で規定されているため、事業開始時やその後変更が生じた際には各法に基づく書類の提出が必要となっている。事業者にとっては、一つの事業であるにもかかわらず、2種類の書類の提出が必要であり、非効率かつ負担となっているため、介護保険法上の申請があった際には老人福祉法上の届出があったとみなす「みなし規定」を老人福祉法に設ける。	【現状・支障事例】 介護保険法に規定される「通所介護事業所」、「短期入所生活介護事業所」、「介護老人福祉施設」等は、それぞれ老人福祉法に規定される「老人デイサービスセンター」、「老人短期入所施設」、「特別養護老人ホーム」であり、事業開始時や、その後変更が生じた際には、それぞれの法に基づく届出が必要となっている。このため、社会福祉法人等の事業者は、事業としては一つであるにもかかわらず、二種類の書類の提出が必要となっており、非効率な状況となっている。 【制度改正の必要性】 このため、老人福祉法に基づく届出を行うもののうち、介護サービス事業者が、介護保険法の規定による指定申請(第70条、第86条、老人福祉法第15条)、変更届出(第75条、第89条、老人福祉法第15条の2)又は廃止・休止届出(第75条、第91条、老人福祉法第16条)を行うものについては、老人福祉法の届出があったこととする「みなし規定」を老人福祉法に設けることによって、非効率な状況を改善し、届出事務の効率化及び事業者の負担を軽減することができる。 【懸念の解消策】 「みなし規定」を設けることによる支障としては、介護保険法に係る事務と老人福祉法に係る事務の所管が別所屬となっている場合等に、関係所屬に十分情報が伝わらず、事務に支障を来す場合が考えられるが、この問題については所属間の連携、情報交換を密にすることにより対応が可能と考える。	老人福祉法第15条、第15条の2、第16条 介護保険法第70条、第75条、第86条、第89条、第91条		厚生労働省	大阪府・京都府・兵庫県・鳥取県・徳島県	C 対応不可	老人福祉法上の認可申請と、介護保険法上の指定申請は法の趣旨を異にするため、一方の申請がなされた場合、他方も申請があったこととする「みなし規定」を設けることはできない。	老人福祉法上の認可申請と介護保険法上の指定申請の違いはあるものの、両申請を同一所屬が所管している場合は、実質的に一体的な処理を行っているところであり、介護保険法上の指定申請の際に老人福祉法上の認可に必要な書類が添付され、認可に必要な審査が可能であれば、みなし規定による対応は可能と考える。 老人福祉法上の認可申請と介護保険法上の指定申請の所管が異なる場合であっても、添付書類が重なる変更届及び廃止届については見なし規定による対応は可能と考える。			
443	短時間訪問介護の算定要件の対象拡大	「身体介護20分未満」の日中区分利用対象者が要介護3～5に限定されているところ、要介護1、2も含める。	【現状】 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」において、日中(午前8時から午後6時まで)における利用者の基準は要介護3～5の者と定められている。 【支障事例】 身体介護20分未満の区分は、要介護者本人の生活リズムに合わせ、必要なタイミングで必要なケアを提供するサービスであり、服薬確認や水分補給等の短時間でできるケアを確実に行うことで、健康状態と本人の自立度の維持、向上につながる効果がある。こうしたケアは軽度の要介護者に対して、より導入しやすいが、日中時間帯の利用制限があることで、必要なタイミングで必要なケアを受けることができない弊害が生じている。 【支障事例の解消策】 「身体介護20分未満」の算定要件に要介護1、2を日中区分利用対象者に含める。 【対象拡大の必要性】 平成24年度の当該区分導入前に当県が実施したモデル事業において、約34%は軽度者の利用であり、うち7～8割は日中の時間帯での利用であった。実際に、軽度者に対する短時間ケアの導入により、生活リズムが整い、体調も維持できたことで、生活の質の向上につながった事例もある。また、モデル事業に参加した訪問介護事業所、ケアマネジャーともに、その効果を実感する一方で、制度に日中時間帯の軽度者利用制限がかかることについて疑問の声が挙げられていた。 【効果】 要介護者は要介護度にかかわらず、必要なケアを必要なタイミングで利用することができる。また、短時間ケアにより、要介護者の状態が安定することで在宅生活の継続につながる。	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表1の注2 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)第2の2の(4)(5)	添付資料:「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」～在宅生活の継続を支える報告書(抜粋)(平成24年3月)	厚生労働省	岐阜県	C 対応不可	介護報酬は、国費や2号保険料の全国一律の財源が入った仕組みであって、その内容は介護保険制度の根幹に関わるものであるから、介護給付費分科会等の審議を経て全国一律のものとして決定されるべき性質のものである。	要介護1、2の方に対するケアは重度の方に対する場合と比べ短時間で済むことから、日中区分もサービスの利用が可能となることで生活リズムを整える効果があることは、実際に本県が実施したモデル事業において実証されており、こうした効果は全国普遍のものと考えられる。 高齢化の進展する中で要介護者の重度化を防ぐことは、高齢者ができるだけ自立した生活を送るよう支援するとともに、介護給付費の増大を抑える効果もあると思われることから、全国一律の制度として導入することを、介護給付費分科会等の中で審議・検討されたい。	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		
588	訪問リハビリテーションサービスの利便向上及び供給拡大	介護報酬に係る訪問リハビリテーションの実施は、別の医療機関からの情報提供に基づいて実施する場合、情報提供を受けた医療機関の医師の診察があらためて必要となるが、都道府県の定めた一定の基準を満たす医師からの情報提供である場合は、必ずしも診察を必要とせず、提供された情報をもとに、リハビリテーションの指示を行うことができるものとする。	【支障事例】 訪問リハビリテーションを実施する場合に、別の医療機関の主治医の診察のほかに、訪問リハビリテーション事業所内の医師によるリハビリテーションの指示のため、あらためて診察が必要となっているが、重複した診察を行うことになり、患者及び医療従事者の負担となっている。 【制度改正の効果】 本府の訪問リハビリテーション利用件数は増加しており、今後も高齢化に伴い需要の増加が見込まれるが、質の担保として、都道府県が行う研修の参加等一定の基準を満たすことを条件に、当該主治医からの情報提供のみで訪問リハビリテーション事業所の医師がリハビリテーションの指示を行えるようにすることができれば、患者の身体的・経済的負担を軽減できる上、医師の負担が軽減され、他の診療等に注力できる・患者の待ち時間が減る等、限られた医療資源の中で、効率的な供給体制を構築することができる。	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表4の注1 平成24年度介護報酬改定に関するQ&A vol.1 問48		厚生労働省	京都府・兵庫県・和歌山県・徳島県	C 対応不可	介護報酬に係る訪問リハビリテーションの実施は、リハビリテーションの専門性に鑑み、訪問リハビリテーションを実施する医療機関又は介護老人保健施設の医師の診療に基づくリハビリテーションの指示が必要である。	リハビリテーションの専門性に鑑み、大学病院や都道府県医師会などとも連携し、各都道府県で研修を行う。研修を修了した者は、状態像の異なる利用者の日常の健康状態を的確に把握、情報提供ができる者とし、資格を認めて、利便性向上と供給拡大を図ろうとするものであり、これにより専門性を十分に確保できると考えている。	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例による補正を許容するべきである。それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
691	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	老人福祉法は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする法律であり、保険給付等に関する必要な事項を定めている介護保険法とは法の趣旨を異にするため、ご指摘のようなみなし規定を設けることはできない。	【再掲】 6【厚生労働省】 (11)老人福祉法(昭38法133)及び介護保険法(平9法123) 介護保険サービスを提供するに当たって、老人福祉法上の老人居宅生活支援事業の開始、変更の届出(老人福祉法14条及び14条の2)等と、介護保険法上の指定居宅サービス事業所の指定、変更の申請(介護保険法70条及び75条)等のそれぞれの手続が必要であるが、申請書の一本化や重複する必要書類の省略等、地域の実情に応じて手続を簡素化することは現行制度上問題ないことを、地方公共団体に周知する。	周知	平成27年4月10日	「平成26年の地方からの提案等に関する対応方針」を踏まえた介護保険上の指定手続の簡素化に係る再周知について(平成27年4月10日事務連絡)	
443	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 なお、軽度者の過度な利用増加とならぬよう、標準的な事例を示す等の一定の条件が必要と考えられる。			C 対応不可	20分未満の身体介護については、在宅の利用者の生活にとって定期的に必要となる排泄介助、体位交換、起床・就寝介助、服薬介助等の短時間サービスを想定しており、従前の通り単なる本人の安否確認や健康チェック、声かけ等のサービス提供は算定できないものであるから、対象者を原則要介護3～5としているものである。 訪問介護の在り方等については、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ対応していくべきものであり、今回のご提案に対して対応することはできない。					
588	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。			C 対応不可	介護報酬改定に係る訪問リハビリテーションについては、現在、平成27年度介護報酬改定に向けて社会保障審議会介護給付費分科会にてご議論いただいているところである。分科会での関係団体の御意見を踏まえ、訪問リハビリテーションの実施方法も含めた訪問リハビリテーションの在り方を検討・決定すべきものと考えている。 なお、提案団体からのご意見にある「研修」の内容・効果が明らかでないため、専門性の担保について判断することはできず、提案内容の措置は困難である。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
637	業務管理体制の整備等に係る事務権限の中核市への移譲	介護保険法第115条の32(業務管理体制の整備等)、115条の33(報告等)及び115条の34(勧告、命令等)に係る都道府県の権限を中核市に移譲する。	【制度改正の必要性】 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年法律第72号)」の施行に伴い、大都市特例の創設により、平成24年4月1日にそれまで都道府県が処理していた指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等、報告命令、立入検査等の権限が中核市へ移譲され、併せて、条例制定の権限も中核市へ移譲されたが、介護保険法第115の32、同条の33及び同条34の業務管理体制に係る事務は、いまだ都道府県の権限となっている。 業務管理体制は、介護サービス事業者に適切なサービス提供だけでなく、法令等の自主的な遵守を求めて不正事業の再発を防ぎ、介護事業運営をさらに適正なものとするため、法人に対して法令遵守等の業務管理体制の整備・届出を義務づけたものです。 現行では、個別の介護サービス事業所の指導・監督は中核市(長崎市)が行い、その法人の指導等(地域密着型サービスのみを行う法人は除く)は長崎県が行っている。指導・監督を一体的に一貫して行う上からも、権限を中核市に移譲すべきと考える。	介護保険法第115条の32、115条の33、115条の34		厚生労働省	長崎県	C 対応不可	介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務を都道府県から中核市へ委譲することについては、下記の点から対応困難である。 ①中核市への委譲は全国一律・一斉に行うことになるが、多くの中核市からの要望が確認されていないこと。 ②中核市において、当該業務を適時適切に実施することが可能な人員体制が整備される必要があるが、体制整備の担保がされていないこと。	業務管理体制の整備は、介護事業所を運営する法人が行うことになっているが、その内容は、介護サービスを実施する法人傘下の事業所に対し、法令遵守等による適正な介護サービスの提供を行うよう指導することである。法人と事業所は一体のものであり、業務管理体制の整備に関する事務についても、事業所の指定、指導・監督等の権限をもつ中核市が一元的に行うことが、指導の実効性や事務の効率化の観点からも合理的である。		提案団体の提案に沿って、業務管理体制の整備等に係る事務権限を中核市へ移譲するべきである。	
948	介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務の都道府県から中核市への移譲	介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務を都道府県から中核市へ移譲すること。	【制度改正の必要性】 中核市にある介護サービス事業者の指定権限は中核市にあるが、法の規定により、業務管理体制の整備に関する事項の届出先は県(地域密着型は市町村)とされ、中核市に業務管理体制の整備に関する監督権限がない。 中核市における介護サービス事業所やその運営法人等の指導監督上、課題があるため、中核市への届出とするべき。 【具体的な支障例】 サービス事業所の指導・監督権限を有する中核市の監査により、取消相当事業が生じた場合、その時点で、県に対して、当該事業所を運営する法人の業務管理体制の特別検査の要請があるため、それまで関与していない県が、当該中核市から経緯を聴取することから対応しなければならず、不合理である。 このため、指導監督権限のあるサービス事業所を運営する法人の業務管理体制の整備も、一連として中核市において、監督することが望ましい。 【A県の状況(H26.6.1現在)】 対象となる介護保険サービス事業所数(地域密着型サービスを除く):A県指定→2,039、B市(中核市)→510(20.0%) 業務管理体制届出対象法人数:741(うちB市に事業所を有する法人150)	介護保険法第115条の32、第115条の33、115条の34		厚生労働省	中国地方知事会	C 対応不可	介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務を都道府県から中核市へ委譲することについては、下記の点から対応困難である。 ①中核市への委譲は全国一律・一斉に行うことになるが、多くの中核市からの要望が確認されていないこと。 ②中核市において、当該業務を適時適切に実施することが可能な人員体制が整備される必要があるが、体制整備の担保がされていないこと。	業務管理体制は、介護保険各サービスの事業者が、介護保険法を遵守し、利用者のためにその職務を遂行する義務について、その履行を確保するために整備するものであり、介護サービス事業者の指定権限を有する中核市が一体的に監督を行うことが合理的である。 また、自らが指定する介護サービス事業者への指導・監査業務との一連で行うことにより、効率的に業務を行うことができるとともに、一方で、県との調整業務は減少することから、人員体制への影響は少ないと考えられる。		提案団体の提案に沿って、業務管理体制の整備等に係る事務権限を中核市へ移譲するべきである。	
693	介護保険料の賦課にかかる負担の公平化	現在、本人や同じ世帯に属する者の個人住民税の課税状況に応じて段階的に設定している第1号保険者の介護保険料について、被保険者個人の所得の実態に合ったものとし、負担の公平性を確保する観点から、被保険者個人単位での賦課や、保険料の算定に定額制と定率制を併用する「新しい仕組み」の導入ができるよう、介護保険法等について、所要の規定整備を行う。	【現状・支障事例】 現在、第1号保険者(65歳以上の高齢者)の介護保険料については、本人や同じ世帯に属する者の個人住民税の課税状況に応じて段階的に設定しているが、本人が非課税でも世帯に課税者がいるため保険料が高くなるなど、必ずしも被保険者個人の所得の実態と合っていない。 【制度改正の必要性】 このため、保険料を被保険者個人の所得の実態に合ったものとし、負担の公平性を確保する観点から、被保険者個人単位で賦課することができるようにする。 また、低所得者の保険料負担を軽減するため、保険料の算定に定額制と定率制を併用する「新しい仕組み」を導入する。 ※保険料の額は、各市町村における介護サービスにかかる費用の総額(利用者負担分を除く)の21%分に応じて第1号保険者の保険料の基準額を算出し、市町村は、その基準額に、所得段階に応じた割合を乗じて保険料を決定している。(別紙参考資料のとおり) また、保険料は、被保険者の所得状況に応じてきめ細かな段階を設定できるよう配慮されている。 設定方法の原則は、本人が市民税非課税の場合は基準額を納め、世帯非課税の場合は軽減された額を、本人課税の場合は基準額より高い額を負担する仕組みとなっている。	介護保険法第129条、介護保険法施行令第38条	別添参考資料「介護保険料の賦課について(現行制度)」	厚生労働省	大阪府	C 対応不可	介護保険制度は65歳以上の高齢者を保険集団としている特徴をもっており、高齢者のおよそ6割が市町村民税非課税である中では、市町村民税非課税者でも一定の保険料負担をいただくことを前提としている。こうした前提のもと、保険料の段階設定については、個人の課税状況に応じた設定を基本としつつ、通常は世帯で生計を一にしていることから、世帯の負担能力も加味し、市町村民税世帯非課税者を本人非課税者から区分し、できる限り低所得者にきめの細かい配慮をしている。このため、「本人が非課税でも世帯に課税者がいるため保険料が高くなるなど、必ずしも被保険者個人の所得の実態と合っていない」との指摘は当たらない。 また、定率制を採用した場合、高額所得者の負担が大きくなるが、介護保険は医療と比べ保険給付を受ける蓋然性が低く、医療保険に比べ著しく高額な給付が発生することがないことから、一定の者の保険料負担を著しく高額なものにすることは、給付と負担の均衡の観点から適当ではないこと等の理由により定額制を採用している。 なお、低所得者の保険料軽減については、平成27年4月施行の改正介護保険法により、現在行っている所得段階別の保険料設定に加えて、新たに公費を投入し、低所得者の保険料を更に軽減する仕組みを制度化することとしている。	現行制度では、本人が非課税でも、世帯に課税者が一人でもいれば保険料が基準額になるなど高額になることから、世帯分離が進み、第2段階、第3段階が増加する傾向にあるという実態がある。 このような実態に鑑み、被保険者個人単位で賦課することができるようにすることは、負担の公平性及び保険料収入の安定性を確保する観点からも必要である。 また、定率制のみでなく、定額制と定率制を併用する「新しい仕組み」を導入することにより、高額所得者の負担が著しく高額になるという状態を回避できるものと料する。		介護保険料の算定に関する条例制定の基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、廃止若しくは条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
637	【全国市長会】 提案団体が指摘するように、事務の一貫性から、事業者の指定等と業務体制の整備に関する監督は、一体的に実施することが望ましいことについては、一定の理解ができるが、一方で、より適切な指導監督という観点からは、都道府県と市の2者がチェック機能を果たすことが有用と考えている。 既に移譲を受けている、指定、報告命令、立入検査等の事務執行にあたり、多くの中核市において、人員体制や業務ノウハウの蓄積が十分とは言えない現状があり、そうした中での新たな事務の受入は、難しい現状にある。 今後、権限移譲を念頭に検討する場合においては、以下のことが担保される必要があると考える。 ①人員体制の整備に必要な十分な財源の確保 ②事務執行に必要なマニュアル整備や助言、研修等の人的支援の実施			C 対応不可	前回の回答でお示しした理由及び全国市長会からの意見を踏まえ、介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務を都道府県から中核市へ移譲することは対応困難である。					
948	【全国市長会】 提案団体が指摘するように、事務の一貫性から、事業者の指定等と業務体制の整備に関する監督は、一体的に実施することが望ましいことについては、一定の理解ができるが、一方で、より適切な指導監督という観点からは、都道府県と市の2者がチェック機能を果たすことが有用と考えている。 既に移譲を受けている、指定、報告命令、立入検査等の事務執行にあたり、多くの中核市において、人員体制や業務ノウハウの蓄積が十分とは言えない現状があり、そうした中での新たな事務の受入は、難しい現状にある。 今後、権限移譲を念頭に検討する場合においては、以下のことが担保される必要があると考える。 ①人員体制の整備に必要な十分な財源の確保 ②事務執行に必要なマニュアル整備や助言、研修等の人的支援の実施			C 対応不可	前回の回答でお示しした理由及び全国市長会からの意見を踏まえ、介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出受理等事務を都道府県から中核市へ移譲することは対応困難である。					
693	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 なお現在、第1号被保険者の約7割が市民税非課税であることから、定率制を用いた場合、残り3割の市民税課税層に大きな負担が強いることが懸念される。また、保険者(市町村)間で所得層のバラツキ(所得段階が低所得に属する者が多い保険者とそうでない保険者の格差)が、現行制度より更に拡大するおそれがあるため、定率制や定額制を保険者で選択できる柔軟な制度とする必要があると思われる。 さらに現在、保険料の賦課に非課税年金収入が考慮されていないため、課税年金受給者よりも保険料が安く決定され、実際の収入から見ると逆転現象が起きていると考えられる。可能であればマイナンバー制の導入と併せ、非課税年金収入の把握、賦課について検討を求める。			C 対応不可	介護保険料について、個人の課税状況に応じた設定を基本としつつ、世帯の負担能力を加味している趣旨は、前回回答のとおりだが、完全に個人単位の賦課とした場合、課税層に負担が偏ることや、高額所得者の世帯員でも保険料軽減を受けることになるなど、課題が多い。 また、仮に定額制と定率制を併用したとしても、高齢者のおよそ6割が市町村民税非課税世帯であることを踏まえれば、高所得者に負担が強いられることとなり、市町村民税非課税者にも相応の負担をいただかなければ給付は賸えないと考える。 なお、今般の介護保険制度改正により、保険料を標準6段階から標準9段階に細分化したところであり、保険者の判断により高所得者層に対する更なる細分化も可能である。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
694	介護保険制度における「補足給付」の拡充	低所得者が施設サービス及び短期入所サービスを利用するにあたり、居住費及び食費について、所得に応じた負担限度額を設定し、基準額との差額を支給する「特定入所者介護(予防)サービス費」の支給(補足給付)の対象に「認知症対応型共同生活介護」(グループホーム)も含めるよう、介護保険法について所要の規定整備を行う。	【現状】 介護保険制度では、低所得者の施設サービス利用が困難とならないよう、低所得者が施設サービス及び短期入所サービスを利用するにあたり、居住費及び食費について、所得に応じた負担限度額を設定し、基準額との差額を支給することとしている。 【支障事例】 現在、補足給付は、特別養護老人ホーム等の介護保険施設に常時入所する施設サービスと、介護保険施設に短期間入所する短期入所サービスのみが支給対象で、居住系のサービスは対象となっておらず、居住費や食費の負担等により、低所得者がグループホームを利用できないという事態が生じている。 【制度改正の必要性】 今後、認知症高齢者の急激な増加が見込まれる中、低所得の認知症高齢者のサービス利用が困難とならないよう、認知症のため介護を必要とする人が少人数で共同生活するための居住系サービスである「認知症対応型共同生活介護」(グループホーム)も補足給付の対象とする必要がある。	介護保険法第51条の3		厚生労働省	大阪府・京都府・兵庫県・徳島県	C 対応不可	介護保険制度では、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、居住費・食費は自己負担が原則となっている。 そうした中、補足給付は平成17年の制度改正により、介護保険3施設(ショートステイを含む)の居住費・食費を保険給付の対象外とした際、低所得の施設入所者に配慮するため、福祉的、経過的な性格を持つ給付として創設されたものである。こうした補足給付の趣旨に照らせば、制度創設当初から居住費・食費を保険給付外としているグループホームを補足給付の対象に加えることは不適當である。 なお、平成24年度より、グループホームの家賃・食材料費・光熱水費の費用負担が困難な低所得者に対し、利用者負担の軽減を行っている事業者を対象とした助成制度を地域支援事業の任意事業として創設している。	厚生労働省では、「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)を策定し、認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進めることとしている。その中で、「認知症対応型共同生活介護」(グループホーム)の利用者数は、平成24年度の17万人から平成29年度は25万人になると推計しており、大幅な増加が予測される。 こうした中、低所得の認知症高齢者のサービス利用が困難とならないよう、制度創設の経緯にかかわらず、介護保険3施設と同様「施設・居住系サービス」に分類される「認知症対応型共同生活介護」(グループホーム)を補足給付の対象に追加し、全国統一的な制度として低所得者のグループホーム利用に係る負担軽減を図ることが必要であると思料する。		補足給付の基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
849	介護サービスの地域間格差の是正	市町村と協議の上、都道府県において、介護報酬単価の上乗せ設定を可能とする制度の創設により、離島等過疎地域への介護サービス事業者の誘導等を図る。	【支障事例】 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(単位:10円～11.26円)に分類し、都市部においては、その区分ごとに介護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、介護報酬単価は愛媛県下で統一(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。 例:①デイサービス事業所の分布状況(事業所数) →多い順:松山市(178)、宇和島市(52)、新居浜市(48) →少ない順:松野町(3)、上島町・久万高原町・砥部町・伊方町(5) ②認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)の分布状況(事業所数) →多い順:松山市(111)、新居浜市(28)、今治市(24) →少ない順:上島町(0)、松野町(1)、伊方町・鬼北町(3) また、離島地域は、介護サービスに係る経費が割高で人材の確保が困難であることから、現行制度の範囲内で加算を行っているにもかかわらず、事業者の参入が進まないため、十分なサービス量が確保されていない。 【制度改正の必要性】 このため、中山間や離島など条件不利地域においては、介護事業者が進出するインセンティブとし、介護報酬単価の上乗せ設定を可能とする制度の創設により、離島等過疎地域への介護サービス事業者の進出が容易となることや、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、サービスの不公平感の解消が図られるとともに、地域の実情に合った介護サービスの提供が可能となる。 具体的には、「厚生労働大臣が定める一単位の単価(厚生労働省告示)」に、都道府県及び市町村との協議の上「地域の実情に合わせて単価の設定ができる」旨の例外規定を追加する。	介護保険法第41条第4項、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(厚生省告示)第2号、厚生労働大臣が定める一単位の単価(厚生労働省告示)等		厚生労働省	愛媛県	C 対応不可	原則、介護報酬は介護給付費分科会等の審議を経て全国一律のものとして決定されるものであり、介護保険制度が国民の保険料と公費から賄われていることを踏まえれば、報酬の水準に係る事項について、個別の自治体の判断により決定できる仕組みとすることは困難である。 また、財源の確保策についても明確でないことから、対応は困難である。 なお、離島等地域においては、特別地域加算により利用者負担額も増額されることになるため、低所得者の利用者負担額の1割分を軽減する(通常10%の利用者負担を9%に軽減する)事業を実施している。 また、指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域においても、市町村が必要と認める場合、これらのサービスに相当するサービス(人員・設備・運営基準が緩和され、事業運営も比較的安価に実施可能)として柔軟なサービスの提供を可能としている。 さらに、離島等サービス確保対策事業として、離島等地域の実情を踏まえたサービス確保等のため、離島におけるホームヘルパー養成など、人材の確保対策に重点をおき、具体的な方策・事業の検討や試行的事業を実施し、もって、介護サービスの確保を図ることとしている。	介護保険制度は、全国一律で決められ、全国どこにいても、同じ利用料で同じサービスが受けられるという理念で構築されていたはずであったが、現実には、離島等の条件不利地域では、特別地域加算等があってもサービスの参入業者はなく、利用できるサービスは極めて限定されており、介護人材の確保も困難を極めている。 そういう実情の下、地域の実情に合わせた単価を設定することは極めて有効であると考えるが、国が自治体の判断による単価設定を認めないのであれば、介護報酬改定時期である今年度、介護人材の確保に重点を置き諸施策を実施していくとした点も踏まえ、離島等の条件不利地域でも経営が維持され、介護人材が確保されるように地域間差は正に受けしっかり対応されたい。		指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
850	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	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介護保険に成功報酬を導入)をつくるとともに、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。	【支障事例】 介護保険サービスは、要介護状態や要支援状態の軽減又は悪化の防止に役立つよう提供されなければならないが、以下のようなことが指摘されている。 ①サービス事業者は、要介護状態の悪化すると、結果として介護報酬が増えることがあり、要介護状態の軽減等に向けた意識が働かにくい。 具体例1:通所介護(デイサービス 通常施設、7～9時間利用の場合)における要介護度の改善 (要介護度3)9,440円/1回 →改善→ (要介護度2)8,170円/1回 (差額)△1,270円/1回 具体例2:介護度が改善した者の割合が低い 平成24年度介護度:前回より高くなった者28.3%、前回と変わらなかった者64.3%、前回より低くなった者7.4% ②居宅サービスの利用者は、要介護度が改善すると、利用できるサービスの量(区分支給限度額)が下がることになり、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ことが多い。 (要介護度3)269,310円/月 →改善→ (要介護度2)196,160円/月 (差額)73,150円/月 【制度改正の必要性】 そこで、更新認定等において要介護度が改善した場合に、サービス事業者には、介護報酬加算や一時金など介護保険に成功報酬を導入をつくるとともに、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といった、インセンティブが働く仕組みを提案するものである。 【効果】 この提案が実現した場合、次の効果が発現すると考える。 1 サービス事業者において、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 2 サービス利用者において、要介護度改善や自立した生活に戻ることへの意識向上 3 要介護度改善者の増加による介護給付費の抑制と要介護度が改善することへの苦情の減少	介護保険法第41条指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表6等		厚生労働省	愛媛県	C 対応不可	介護報酬は、国費や2号保険料の全国一律の財源が入った仕組みであって、その内容は介護保険制度の根幹に関わるものであるから、研究・実証を踏まえた上で、介護給付費分科会等の審議を経て全国一律のものとして決定されるべき性質のものである。 また、利用者負担については、サービスを利用される方と利用されない方との間の公平な負担を確保すること等の考えに基づき、応益負担としてご負担いただいているものであり、仮に一部の方に対し利用者負担が軽減されたとした場合、介護サービスを利用していない方の保険料等に軽減分が転嫁されることとなるため、対応は困難であるが、いずれにせよ利用者負担についても、介護報酬と一体的に議論されるべきものであると考える。	現状では、サービス利用者の要介護度改善の取組みが進まない理由の一つとして、利用者の要介護度改善に係る事業者側のメリットが少ないことが考えられるため、報酬改定による対応は困難かもしれないが、サービス利用者の要介護度改善に係る事業者側の取組みが進むような制度の導入について御検討いただきたい。 また、利用者負担額の軽減は困難かもしれないが、利用者側においても、自らの要介護度改善に積極的に取り組むことを後押しするような制度の導入について御検討いただきたい。		指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準については、地方分権改革推進委員会第2次勧告を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
694	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。 なお、現行の在宅を推進する方針に逆行することになら ないよう配慮されたい。 【全国町村会】 補足給付は、低所得者対策として、介護保険制度の枠 外で対応すべきである。			C 対応不可	施設入所者の食費・居住費については、在宅で食費・居住費を負担しながら介 護を受ける者との公平性の観点から、基本的に全額自己負担とされている。こ うした中、あくまで福祉的、経過的な給付として実施されている補足給付の適用 を拡大することについては、新たな不公平を生むばかりか、保険料の上昇にも つながることから困難である。 また、前回回答のとおり、グループホームの家賃・食材料費・光熱費の負担軽 減については、保険者の判断により地域支援事業での助成を実施することは可 能である。					
849	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求め る。			C 対応不可	介護報酬は、介護サービスに要する費用を勘案して厚生労働大臣が定めるも のであるが、その設定にあたっては、介護保険法上、あらかじめ各関係者から 構成される社会保障審議会の意見に基づき設定され、全国一律の介護報酬の 単位が設定されている。 また、その設定に基づいて、各保険者を通じて全国の事業所に対して介護給付 が行われているが、仮にご提案のような地域の実情を勘案した設定を行うこと になれば、その設定に基づいて支払われる介護報酬の構成財源である介護保 険料、税財源の双方に影響を及ぼすことになり、さらに、個別の自治体がそれ ぞれ介護報酬の自由な設定を行うことが可能となれば、地域によって給付が増 大し、財政的な負担が大きくなる可能性があることなど、全国共通的に運営さ れ、一律の報酬により給付される保険制度の根幹が崩れ、全国的な仕組みに 支障が生じることが想定される。 したがって、第1次回答でお答えした相当サービス並びに離島等サービス確保 対策事業の活用により、介護サービスの確保等を図ることが望ましい。					
850	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	当省からの第1次回答を踏まえての提案自治体のご意見は、地方分権の内容 ではなく、制度改正に対する要望となっており、本協議で検討するべき事項では ない。 なお、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについては、利用者個人 の要因による影響が大きい等の多くの課題が指摘されていることから、中長期 的な課題と認識しており、現在、まずは介護保険サービスの質の評価に向けた 仕組み作りについて検討しているところである。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
123	医療法人の理事長の医師要件の撤廃に向けた特例認可制度の廃止	医療法人の理事長は、原則医師又は歯科医師がなることとされており、非医師が理事長となる場合には県知事の認可が必要とされているが、医療機関の管理者は医師であり、理事長が医師である必要がないため、理事長の医師要件の撤廃に向けて医療法人の理事長の特例認可制度を廃止する。	【制度改正の経緯・支障事例】 医療法第46条の3により、医療法人の理事長は、原則、医師又は歯科医師がなることとされ、非医師が理事長となる場合には知事の認可が必要である。 S61. 6. 26厚生省健康政策局長通知「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」 【懸念の解消策】 しかし、医療法人が開設する医療機関の管理者は医師でなければならないこと、医療法人の業務は社団たる医療法人は社員総会、財団たる医療法人は評議会及び理事会の議決を経て決定しており、理事長が独断で行うことができないこと、医療法第63条以下において、法令違反、運営不適正等があった場合における医療法人の監督権限が都道府県に与えられていることから、理事長が非医師であっても、医療提供上の問題はない。また、医療費抑制が求められる中、医療機関の経営効率化の推進が必要であり、経営経験豊かな人材を意思決定に生かす仕組みとすることが重要であるため、理事長の医師要件の撤廃に向けて医療法人の理事長の特例認可制度を廃止すべき。	医療法第46条の3 S61. 6. 26厚生省健康政策局長通知「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」		厚生労働省	石川県	C 対応不可	医療法人は病院等の運営を目的とした法人であるため、医療事故への対応など医療安全の視点等から、最高責任者である理事長は、原則、医学的な知識を有する医師又は歯科医師としている。 ただし、候補者の経歴や理事会の構成等を総合的に勘案し、医療法人の適正かつ安定的な運営が損なわれるおそれがないと認められる場合などには、都道府県知事の認可を得て、医師でない理事の中から理事長を選出することができる。 したがって、医師でない者であっても、医療法人の理事長として真にふさわしい者については理事長となれることから、現行制度の中で対応可能と考えている。 また、規制改革実施計画(平成26年6月24日閣議決定)において、「医師又は歯科医師以外の者が理事長候補者となる場合、一定の要件に該当する場合を除き、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で判断するよう自治体への周知が行われたが、各自治体における認可要件の適正化状況、当該申請件数、医療審議会の意見を聴いた件数等を調査し、医師又は歯科医師以外の者が不当に門前払いされる事態があれば当該自治体へ改善を促す。」とされている。	平成26年2月、政府の規制改革会議の健康・医療WGにおいて、「経営経験豊かな人材の活用による医療法人経営の効率化を図るため、一定要件を満たす医療法人については、医師以外の者が理事長になる際の認可を不要とし、届出制とすべきではないか。また、届出制となる要件については、過度に狭いものにならないようにすべきではないか。」との議論がなされている。 医療事故への対応など医療安全の観点等については、「懸念の解消策」に記載のとおり、十分担保されることから、医療法人の理事長の医師要件の撤廃に向けた特例認可制度の廃止を求めるものである。			
189	一人医師医療法人の設立許可に係る手続の簡素化	一人医師医療法人の設立認可(認可をしない処分を除く)手続に係る医療審議会の意見聴取を廃止(報告事項化)する。	【現在の状況】 医療法人の設立認可の審査については、都道府県が、厚生労働省の医療法人運営管理指導要綱やモデル定款を踏まえ、厳正に実施している。 また、設立認可申請を行う医療機関の多くが、これまで個人医療機関として診療を行っている実績があり、継続性の観点から、医療審議会の意見を踏まえ、認可できなかった事例はない。 【具体的な支障・求める改正の具体的内容】 医療法人の設立認可は、医療審議会の意見を聴取する必要があるため、設立が医療審議会の日程に制約される。 このため、地域医療に与える影響が比較的小さい一人医師医療法人の設立認可にあたっては、手続き簡素化の観点から、医療審議会の意見聴取を廃止し、報告事項としたい。	医療法第45条第2項		厚生労働省	福井県	D 現行規定により対応可能	医療法第45条等において医療法人の設立等の認可に当たっては、都道府県知事は、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならないことになっているが、医療法施行令(昭和23年政令第326号)第5条の21において、都道府県医療審議会は、その定めるところにより、部会を置き、その決議をもって当該審議会の決議とすることができることと規定されている。医療法人に係る審議案件については、より少数で開催可能であり、日程調整も容易になる医療法人部会を設け、同部会の決議をもって審議会の決議とすること等、都道府県医療審議会における手続きの簡素化については、現行制度の中で対応可能と考えている。	一人医師医療法人については、これまでも医療法人部会を開催し、意見を聴取している。しかし、本県の場合、個人開業している診療所が法人化する事例が大部分となっており、部会においても議論となったことがない。 部会のメンバーは、医師会、歯科医師会等の代表者に出席をお願いしており、委員の負担となっていることから、認可に係る事前の意見聴取ではなく、医療審議会への報告事項とさせていただきたい。	医療審議会の意見を聴取すべき医療法人の対象について、条例による補正を許容すべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 なお、所管(府)省からの回答が「現行規定により対応可能」となっているが、事実関係について提案団体との間で十分確認を行うべきである。		
660	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。	【支障事例】 神奈川県が医療圏を設定することで、武蔵小杉駅周辺地区の人口増など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することで対応することが求められる。 【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き(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。 【懸念の解消策】 懸念として精神病床、結核病床及び感染症病床の整備や特殊な診断や医療などについては、引き続き、都道府県域又は新たな地域との協力体制を構築することで解消すると考えている。	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	C 対応不可	医療計画の策定については下記の理由から都道府県にて行うべきである。 ①二次医療圏が指定都市の区域内で完結する場合であっても、医療計画は、一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、また他の二次医療圏と、一体として広域的な観点で策定し、都道府県域全体として整合した医療提供体制を整備する必要があること。 ②二次医療圏は地域の実情に合わせて都道府県が必要に応じて見直すことになっており、常に指定都市の区域内で完結し続けるとは限らないこと。 また、都道府県は医療計画の策定にあたり、医療法の規定に基づき、市町村の意見を聴くこととされており、地域の実情に応じた、医療提供体制の確保を図るための計画を作成しているところである。	【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。また、本市では、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密にして対応することが求められている。したがって、事務の移譲を希望する指定都市においては、当該指定都市の手によって、医療計画を作成することが、より地域の実情に応じた計画になるものと考ええる。	医療計画は市域を超えた広域的な計画であるため、その策定は引き続き都道府県の事務・権限とするべきである。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
123				C 対応不可	ご指摘の医療経営の効率化の推進や経営経験豊かな人材を意思決定に生かす仕組みも重要であると考えているが、医療経営にあたっては、経済的合理性のみが求められるのではなく、医療安全等の視点も含め、医療の適正な提供の確保が最も重要であることから、医療法人の理事長は原則医師又は歯科医師である理事から選出することとしている。ただし、候補者の経歴や理事会の構成等を総合的に勘案して、医療の適正な提供が確保されると都道府県知事が認める場合には、医師ではない理事の中から選出することができることとなり、医師要件を撤廃しなくても、現行制度において、非医師の者が理事長になることは可能であり、かつ、都道府県知事による認可があることで、医療の適正な提供の確保に支障をきたすような事態を未然に防止しうる仕組みとなっている。 規制改革会議での議論に関しても、上記の観点等も踏まえた議論の結果として、第1次回答に記載した規制改革実施計画における内容となったものである。					
189				D 現行規定により対応可能	医療法人の設立、解散、合併等の認可に関しては、地域の医療提供体制に与える影響や法人運営における非営利性の徹底等の観点から、地域の医療関係者等で構成される医療審議会の意見を聴いた上で都道府県知事が判断する仕組みとなっており、いわゆる一人医師医療法人は地域医療への影響が少ないとの意見や、過去の審議で議論になったことがないことをもって、意見聴取が不要と判断することは適当ではないと考えている。 また、ご提案は、「手続きの簡素化」の観点であることから、都道府県医療審議会については、医療法施行令第5条の22において、「議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める」とされており、例えば、医療法人部会の一定の審議事項については、持ち回りで意見を聴くこととするなどができるものと思料する。					
660	【全国市長会】 本提案の取扱いについては、慎重であるべきである。			C 対応不可	医療計画の策定は、住民に最も身近な基礎自治体の長期計画へ位置づけた上で、課題の解決に取り組む必要があるとのことであるが、前述の通り、 ① 二次医療圏が指定都市の区域内で完結する場合であっても、医療計画は、一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、また他の二次医療圏と、一体として広域的な観点で策定し、都道府県域全体として整合した医療提供体制を整備する必要があること。 ② 二次医療圏は地域の実情に合わせて都道府県が必要に応じて見直すことになっており、常に指定都市の区域内で完結し続けるとは限らないこと。 等の理由から、医療計画の策定主体は都道府県となる。 なお、指定都市に移譲する場合には、都道府県や市町村との合意が不可欠であるが、全国知事会や全国市長会・全国町村会の合意が得られていない中では、権限を移譲することはできない。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
794	休眠病床を有する医療機関に対する許可病床数削減勧告制度の範囲の拡大	公的医療機関に対してのみ都道府県に認められている病床削減命令(休眠病床の範囲内に限る)の対象を、公的医療機関以外の医療機関にまで拡大すること。	【現行】 現状では、病床削減命令は、公的医療機関のみに対して認められている。 【改正による効果】 しばしば病床過剰地域から病床設置したい旨の要望を受けるが、病床過剰地域であるため、不可能との回答をしている。一方、当該地域での民間病院における休眠病床が一定程度存在しており、矛盾が存在する。休眠病床の削減を命ずることが出来れば、新たな需要に応じた病床を整備することが出来る。 県内の休眠病床は2300床程度存在しており、仮に休眠病床の全てを削減した上で新たな病床を整備できれば、地域医療の更なる充実に寄与出来る。 《本県の提案内容》 新法では、「構想区域の病床数が基準病床数を超えている」場合に、休眠病床に対して「許可病床数削減の要請」が出来るとされており、一定条件下で「要請」が可能となった。一方本提案では条件を設けず、休眠病床に対する「削減命令」を可能とした。 【条件を設けない事の理由】 県内10圏域の内、過剰病床圏域は1カ所のみであり、新法下では当該圏域に所在する医療機関のみに対して病床削減の要請が出来る。一方「構想区域の病床数と基準病床数との差」が100床未満の圏域は7圏域にのぼり、これら圏域についても病床削減が成されない限り、新規事業者による病院開設といった新たな医療の提供を期待することは難しい。 【要請ではなく命令とした理由】 「要請」では病床削減の効果を得づらいついており、「命令」まで踏み込んだ。 【公的医療機関に対する削減命令では足りない旨の理由】 公的病院に対しての病床削減のみでは削減出来る数が限られてしまい、医療機能の提供(病院開設)に結びつきづらい。公的医療機関は救急医療などの必要な医療を提供する責務があり、地域中核病院として一定の機能を担っていることが多く、削減の余地が限られる。 民間病院が保有する病床数の割合が大きい(78.8%・兵庫県内医療機関 H25兵庫県調べ)	医療法第7条の2第3項		厚生労働省	兵庫県	C 対応不可	公的医療機関については、地域において必要な医療を提供することが求められており、税制等の優遇措置もあることから、比較的強い行政の関与を受けることとなっている。 そのため、医療法第7条の2第3項においては、開業の自由を認めている医療法の例外措置として、都道府県知事が公的医療機関に対して非稼働病床の削減を命ずることができることとなっている。 このように、都道府県知事による非稼働病床の削減命令は、公的医療機関の性格を踏まえた例外措置として、公的医療機関にのみ設けられているものであり、民間医療機関にまでこれを拡大することはできない。 なお、 病床の機能の分化及び連携の促進については、地域における必要な医療の確保という観点から行う必要があり、公的医療機関等に限らず民間医療機関も、協議の場を構成し、地域医療構想の実現のための協力主体として位置付けるなど、地域において必要とされる医療の確保について積極的な役割を担うことが期待されているところである。このような目的を実現する場合においても、民間の医療機関に対する非稼働病床の削減の措置は、要請・勧告としてあくまで任意に行うこととしている。	・休眠病床の活用を目的とするもので、官民の経営主体により区分する合理性は認められない。		病床数削減命令の対象について、地方分権改革推進委員会第2次勧告の趣旨を踏まえ、条例に委任する、又は条例による補正を許容するべきである。 それまでの間については、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
568	①病床機能報告制度の運用、②地域医療ビジョンの策定、③新たな財政支援制度の創設	①②ガイドラインの策定はこれからであるが、国による細かな制度設計等は必要最低限に止めるべきである。 ③方針や要綱の策定はこれからであるが、国への計画提出などの手続や使途の制約などは必要最低限に止めるべきである。	病床機能報告制度の運用や地域医療ビジョンの策定、新たな財政支援制度により、都道府県が主体的に医療提供体制の改革を進めるにあたっては、地域の実情に応じて柔軟に取り組めるようにすることが不可欠である。 そのため、報告制度の運用やビジョンの策定については、国による細かな制度設計等は必要最低限に止めるべきである。 また、財政支援制度については、国への計画提出などの手続や使途の制約などは必要最低限に止めるべきである。	①医療法第30条の12 ②医療法第30条の4 ③地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第4条、第6条及び第7条	③は平成26年10月から順次施行。制度の詳細は今後ガイドラインや方針・要綱等で示される予定。	厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	① 病床機能報告制度に係る具体的な報告事項や報告の方法・時期等については、「病床機能・情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の議論の整理(平成26年7月24日)に基づき定めることとしている。今後、報告事項・運用等の見直しについては、今年度の報告結果を踏まえ、必要に応じて対応していくこととしている。 ②地域医療構想は、医療計画の一部であり、また、将来の機能別の病床数を算定するものであることから、一定の算出方法を基準として、都道府県が地域の事情等に基づき、一定の範囲で補正を行うことを考えているが、具体的な方法については、検討会を設置して、議論をしてまいりたいと考えている。 ③新たな財政支援制度については、その財源に充てるために国は消費税財源を活用して必要な資金の3分の2を負担することとなっている。国による基金の都道府県への配分については、予算の範囲内で行う必要があることから、国はその都道府県の基金造成に関する基本的な考え方を示す必要があり、一定の関与をする必要がある。	①②については、今後の検討にあたり、国による細かな制度設計等は必要最低限に止めるよう考慮されたい。 ③については、一定の関与をすることを否定しているわけではなく、国への計画提出などの手続や使途の制約などは必要最低限に止めるべきという意見であるので、考慮されたい。		地域医療ビジョンの策定に係る基準については、地方分権改革推進委員会第3次勧告の趣旨を踏まえ、廃止、例示化又は目的程度の内容への大枠化をすべきである。 それ以外についても、提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。	
126	医薬品製造販売等の地方承認権限の範囲拡大	①承認基準の範囲内であるが地方委任の対象外とされている一般用医薬品 ②承認基準が制定されている一般用漢方製剤 ③新範囲医薬部外品(平成16年4月に医薬品から医薬部外品に移行された整腸剤、殺菌消毒薬等)の承認権限を、順次都道府県知事に移譲すること	【経緯】国は、かぜ薬等15薬効群の一般用医薬品の製造販売に係る承認審査が地方委任の対象外とされている一般用医薬品の承認は薬事法第14条第1項の規定により厚生労働大臣が行うが、画一的な審査ができる範囲の医薬品については、同法第81条、同施行令第80条第2項第5号の規定により、その権限が都道府県知事に移譲されている。この知事承認の範囲(厚生省告示第366号)の大部分は承認基準の範囲と一致しているが、生薬のみからなる製剤など一部が除外されている。 このような状況から、本県が平成20年の構造改革特区(第14次)の中で、知事承認範囲の拡大を提案した結果、一部について地方に権限が移譲されたが、未だ知事承認の対象外のものが存在する。 また、一般用漢方製剤についても承認基準が制定されているが、国が承認審査を行っているほか、新範囲医薬部外品についても国承認とされている。 【必要性】地方委任の対象から除外されている部分を順次見直し、知事の権限で承認する範囲を拡大することで、地方による迅速な審査、新製品の早期上市による経済の活性化が期待できる。(大臣承認の標準的事務処理期間が10カ月のところ、富山県知事承認の事務処理期間は4カ月) 【具体的支障事例】現在、大臣権限の一般用医薬品の承認には長期の事務処理期間を要しており、業界からは地方承認の範囲拡大による審査の迅速化を求める声も聞かえている。 【懸念とその解消法】新たに地方に移譲される部分の審査事務については、県ごとの事情により円滑な審査が難しい懸念も考えられるが、審査要領の整備や審査担当者の研修の実施などにより解消できると考える。	薬事法第14条第1項、同条第9項、同法第81条、薬事法施行令第80条第2項第5号(承認基準)「かぜ薬の製造(輸入)承認基準」S45.9.30薬発第842号ほか14通知(地方承認の範囲)「薬事法施行令第八十条第二項第五号に基づき厚生労働大臣が指定する医薬品の種類等」S45.10.19厚生省告示第366号(一般用漢方製剤)H24.8.30薬食審査発0830第1号(新範囲医薬部外品)H21.2.6厚労省告示第25号、H16.7.16薬食発第0716002号、H20.11.14薬食発第1114001号		厚生労働省	富山県	A 実施	一般用医薬品については、「薬事法施行令第80条第2項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が指定する医薬品の種類等(昭和45年厚生省告示第366号)」に規定されているかぜ薬等4薬効群について、また医薬部外品については、「都道府県知事の承認に係る医薬部外品(平成6年厚生省告示第194号)」に規定されている生理処理用品等5種類について、それぞれ、地方委任の範囲拡大も含め個別に改正を検討中であり、今後も必要に応じて個別に改正する予定である。	地方委任の範囲拡大について検討中とのことで、取り組みに対して評価するとともに、当該検討のスケジュールを早期に提示いただき、地方側の準備にも配慮した対応をお願いしたい。 また、今後提案のとおり地方承認権限の範囲を順次拡大することは、審査の迅速化が図られるものであり、積極的に対応いただきたい。		所管省の方針に沿って適切に対応するべきである。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
794				C 対応不可	公的医療機関等に対して、非稼働病床の削減を命ずることができると規定しているのは、公的医療機関等については、医療法上、地域において必要な医療を提供することが求められており、また、税制等の優遇措置もあることから、比較的強い行政の関与を受けることとなっているためである。一方、民間医療機関については、医療法上、公的医療機関等と同様の役割までは求められておらず、開業の自由が認められている。 たとえ休眠病床の活用を目的とするものであっても、当該例外措置を民間医療機関にまでこれを拡大することはできない。 したがって、民間の医療機関に対する非稼働病床の削減の措置は、地域医療構想を実現するための仕組みの中で、要請・勧告という形で行っていくこととする。					
568				C 対応不可	①②については、地域医療構想ガイドラインについては検討会を設置し、9月18日に第1回会議を開催したところであり、今後の議論を通じて、年度内に提示していきたいと考えている。 ③については、地域医療介護総合確保基金については、9月12日に総合確保方針や交付要綱等を示したところである。国は消費税財源を活用して必要な資金の3分の2を負担することから、一定の関与をする必要がある。					
126				A 実施	一般用医薬品については、「薬事法施行令第80条第2項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が指定する医薬品の種類等(昭和45年厚生省告示第366号)」に規定されているかぜ薬等4薬効群について、また医薬部外品については、「都道府県知事の承認に係る医薬部外品(平成6年厚生省告示第194号)」に規定されている生理処理用品等5種類について、それぞれ、地方委任の範囲拡大も含め個別に改正を検討中であり、今後も必要に応じて個別に改正する予定である。	4【厚生労働省】 (8)医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭35法145) 医薬品及び医薬部外品の承認(14条1項)については、以下の承認基準を見直し、都道府県知事の事務・権限とする品目等を拡大する。 (i)一般用医薬品のうち、かぜ薬等4薬効群の承認基準 (ii)医薬部外品のうち、薬用歯みがき類等5種類の承認基準	告示 通知	平成27年4月 1日	左記に対応して、以下の告示を発出(平成27年3月25日薬食発0325第14号)。 ・「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令第80条第2項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が指定する医薬品の種類等の一部を改正する件(平成27年厚生労働省告示第118号)」 ・「都道府県知事の承認に係る医薬部外品の一部を改正する件(平成27年厚生労働省告示第119号)」	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
162	地域子ども・子育て支援事業における要件緩和	子ども・子育て支援新制度のなかで「森のようちえん」といった地域の特性を活かした子育て支援事業が実施できるように、子ども・子育て支援法第59条に定める「地域子ども・子育て支援事業」において、市町村の裁量で必要と考える事業を組み込むことが出来るよう、対象要件を緩和する。	森のようちえんとは、自然体験活動を基軸にした子育て・保育や乳幼児期教育の総称で、国内でも広がりを見せているが、既存の保育所・幼稚園、さらには子ども・子育て支援新制度の枠組にない。 このため、市町村の子ども・子育て支援事業計画(法第61条)において、広がりつつある森のようちえんに入所する児童が計上されず、保護者のニーズ等現状を踏まえた総合的な子ども・子育て支援のための計画にならないという支障が生じる。 1950年代にデンマークで始まったもので、以後自然環境を活用した保育(幼児教育)として世界に広がっており、北欧等では制度化も進み、公的補助や専門指導者の養成プログラムも確立されている。 鳥取県と長野県の実施団体を事例対象に、「森のようちえん」における幼児の発達について調査・分析したところ(鳥取大学へ委託)、身体性、精神性、知性、社会性ともに好ましい発達が得られたとの結果が出ている。 これらを受けて、本県では、全国に先駆けて「森のようちえん」の運営費補助等の支援を行うとともに、平成25年度から、官民協働で「森のようちえん認証制度」について検討し、H27年4月からの創設を目指しているところ。 この「森のようちえん」を地域子ども・子育て支援事業のひとつとして確立することになれば、都市部にはない、自然豊かな地域の特色を活かした子育て支援として、移住定住の促進や地域の活性化につながる。	子ども子育て支援法59条、61条(児童福祉法第6条)		内閣府、文部科学省、厚生労働省	鳥取県、徳島県	C 対応不可	「森のようちえん」といった地域の特性を活かした子育て支援事業についても、現行の対象事業の要件を満たせば国庫補助の対象となる。 また、地域子ども・子育て支援事業は、子ども・子育て支援法第59条に基づいて対象事業が限定されており、新たな事業の追加や要件緩和には法改正等が必要であり、国庫が投入される地域子ども・子育て支援事業には、法令上位置づけられた全国的に普及している事業が対象となっている。	現在活動中の「森のようちえん」は、施設基準などによって、現行の対象要件を満たすことができないところが大部分である。全国的にも「森のようちえん」は年々増加しており、現在、40都道府県で130近くの団体が活動している。 当県では今後、認証制度を創設して、「森のようちえん」制度の普及・確立に努めているところであるが、一方で基準を満たさない保育施設は少なからず存在し、認可施設等とともに、様々な子育てニーズに対応し、地域の子育ての役割を担っており、これらの施設に対する支援があつてしかるべきである。 森の活用など地域資源を活かした特色ある子育て・教育活動は、子どもたちの伸びやかな成長を支えるだけでなく、森のようちえんを主たる目的に都市部から移住して来られる世帯が増えているなど、地方の活力再生にも繋がるものである。このように地方創生に資する特色ある取組みについて、子ども・子育て支援法第59条に定める「地域子ども・子育て支援事業」において、新たな事業として追加又は要件緩和することにより、各地域が必要と考える事業を行うことができる仕組とすべき。			
184	がん診療連携拠点病院等の指定権限の都道府県への移譲	がん診療連携拠点病院等の指定権限を厚生労働省から都道府県に移譲する。	【制度改正の経緯】 「がん診療連携拠点病院」については、指定要件が厳格化されたことに伴い、全ての指定病院(山梨県内4病院)が平成27年3月までに、厚生労働省の指定を受け直さなければならない。また、新たに設けられた「地域がん診療病院」については、県内で2病院が指定を目指している。更に、これらの指定は、4年ごとに更新をしなければ、指定の効力を失ってしまう。 【支障事例】 指定に当たっては、各病院が「指定更新推薦書」を都道府県に提出し、都道府県がその内容を審査するとともに、推薦意見書等を添付したうえで厚生労働省に推薦する。また、厚生労働省が開催する「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」において、都道府県のプレゼンテーションが求められている。 【制度改正の必要性】 厚生労働省が定める「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」によれば、指定に必要な要件は明示され、公表されていることから、県が一旦審査をするのであれば、厚生労働省が都道府県からの推薦やプレゼンテーションを経て指定しなければならない必要性は低いものと思われ、県においても指定は可能であることから、処理の迅速化及び事務処理の効率化を図るため、権限移譲が必要と考える。	がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針		厚生労働省	山梨県	E 提案の実現に向けて対応を検討	ご指摘を踏まえ、がん診療連携拠点病院等の指定における効率的な審議及び手続きのあり方について検討していきたい。	本年度指定を受ける病院のなかで、指定要件の一部(人的要件等)を満たすことができず、平成26年度の指定事務に加え、平成27年度に再度審査を要する事業が発生する可能性が高いことから、遅くとも平成27年度の手続きまでには、何らかの結論をお願いしたい。	手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		
779	がん診療連携拠点病院の指定権限の都道府県への移譲	がん診療連携拠点病院の指定権限を都道府県へ移譲すること。	【現行】 都道府県が、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備、がん患者に対する相談及び情報提供を行うため設置しているがん診療連携拠点病院の設置については、その設置基準を厚生労働省が「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において定め、適当と認める場合には指定することとされている。 【移譲による効果】 厚生労働省の指定にはかなりの時間を要し、都道府県の施策展開に支障を生じている。指定基準との適合は都道府県でも判断可能であることから、より素早い対応が可能である都道府県に指定権限を移譲すべきである。 また、指定権限の移譲を受ければ、都道府県は地域医療の実情を国よりも把握していることから、より適切ながん医療の提供が可能となる。 なお、権限移譲により、国への推薦に関する事務の省略や、国における検討会の廃止等により、3ヶ月程度の事務の迅速化を図ることができる。	がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針		厚生労働省	兵庫県 【共同提案】 京都府、大阪府、和歌山県、徳島県	E 提案の実現に向けて対応を検討	ご指摘を踏まえ、がん診療連携拠点病院等の指定における効率的な審議及び手続きのあり方について検討していきたい。	・がん診療連携拠点病院等の指定における効率的な審議及び手続きのあり方の検討のみでなく、権限移譲も含めた検討を行うこと。	手挙げ方式や社会実験による検討を求める。		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
162	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な検討を求める。 【全国町村会】 「魅力あふれる『まちづくり、ひとづくり、しごとづくり』を進めることにより、人口減少を克服し、元気で豊かな地方の創生に全力を挙げる」ことが、今内閣の基本方針となっている。よって、基本方針の主旨を踏まえ、地方の先進的な取り組みについても、法令上位置づけることも含め、積極的に検討願いたい。			C 対応不可	地域子ども・子育て支援事業は、子ども・子育て支援法第59条に基づいて対象事業が限定されており、新たな事業の追加や要件緩和には法改正等が必要となるとともに、地域子ども・子育て支援事業は、全国的に普及しており、法令上位置づけられた事業が対象となっている。 (参考 地域子育て支援拠点事業:1,448市区町村) また、「森の幼稚園」の取組みを国庫補助の対象とするためには、所要の追加財源が必要となる。 ただし、子ども・子育て支援法の附則において、施行後5年を目途として、この法律の施行の状況を助案し、必要があると認めるときは、検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとしており、「森の幼稚園」の取組み状況等を踏まえ、検討することになると考えている。					
184				C 対応不可	平成26年1月に新指針を定め指定基準の見直しを行ったばかりであり、当該新指針の運用状況を把握する必要があるため、H27年度の手続きまでに結論を出すことは困難である。					
779				C 対応不可	平成26年1月に新指針を定め指定基準の見直しを行ったばかりであり、当該新指針の運用状況を把握する必要があるため、H27年度の手続きまでに結論を出すことは困難である。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
226	品質保証責任者の資格要件の緩和	医療機器分野への新規参入を促進する観点から、品質保証責任者の資格要件を緩和する。	【支障事例等】他業種のメーカーが医療機器分野へ新規参入するにあたり、製造販売(設計・流通・販売)を行うためには、省令の規定により、品質保証責任者の設置が義務付けられている。その資格要件として、品質管理業務その他これに類する業務に3年以上の従事経験が求められているため、製造や品質等の管理能力があるにも関わらず、製造販売業許可を取得できない状況にある。【制度改正の必要性等】こういった参入障壁を無くし、同分野への新規参入を促進する観点から、品質保証責任者の資格要件のうち、品質管理業務その他これに類する業務に、医療機器だけではなく、他業種での実務経験(ISO9001の取得等)も適用できるよう、または安全管理責任者の資格要件と同様に、第2種・第3種製造販売業の実務経験を緩和するなど、要件を緩和する。	医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の品質管理の基準に関する省令第4条第3項第2号、第25条		厚生労働省	三重県	C 対応不可	医療機器は、品質不良等により人の健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、品質管理上の問題が発生した場合に必要な対応は、一般製品とは異なる。 法令に則った迅速かつ適切な対応を行うためには、医薬品、医療機器等の品質管理に係る十分な業務経験が必須であると考えている。	○品質管理上の問題が発生した場合に必要な対応が一般製品と異なることは理解するが、それが品質保証責任者に「医療機器分野における品質管理業務での3年以上の従事経験」を課す理由にはならないと考える。 品質管理の能力は他業種での従事経験で担保でき、問題発生時には、総括製造販売責任者、安全管理責任者との連携体制により、法に則った迅速かつ適切な対応が可能である。 提案の内容で具体的にどのような支障が生じることが想定されるのか、お示しいただきたい。			
231	医療機関の耐震化に対する国庫補助事業の補助対象の拡大	医療提供体制施設整備交付金の交付対象事業の一つである医療施設耐震整備事業について、「耐震構造耐震指標であるIs値が0.3未満の建物を有する病院」を対象とした補助基準額を未耐震とされるIs値が0.6未満の全ての病院が活用できるようにするとともに、補助対象を有床診療所で拡大すること。	【制度改正の経緯】 南海トラフ地震等の大規模地震が発生した場合、地域の医療機関においては、入院患者や医療従事者等の安全確保が必要であるとともに、被災した負傷者の受け入れなど、地域の医療救護活動に重要な役割を担うことになる。特に負傷者が多く、また道路等の寸断により、孤立する地域も多く想定される本県のような地域においては、災害拠点病院や二次救急医療機関に止まらず、一般病院や有床診療所においても、医療救護活動への参画が求められる。 【支障事例】 災害時の医療救護体制を強化するうえで、医療施設の耐震化は不可欠であるが、資金の問題などで事業化に至っていないところも多く、耐震化が思うように進んでいない状況である。(病院の耐震化率 62%、有床診療所の耐震化率 51%) 【制度改正の必要性】 医療施設の耐震化の促進については、国土強靱化政策大綱にも掲げられているが、地域の医療機関が必要とする内容での施策の具体化が求められる。 【懸念の解消策】 既存の医療提供体制施設整備交付金をより一般病院が活用しやすく、更に有床診療所も対象に加えるなど、医療機関にとっでできるだけ負担の少ない形で活用できるように制度を拡充することが必要である。	医療提供体制施設整備交付金要綱	参考資料(災害時の医療救護体制の強化に向けた取組状況、医療機関の耐震化の状況、南海トラフ地震の市町村別負傷者数の想定と医療機関及び医師数等の状況、災害拠点病院等の状況)	厚生労働省	高知県	C 対応不可	医療施設の耐震化については、医療提供体制施設整備交付金の交付対象事業の中で、 ①災害時に患者受入の拠点となる災害拠点病院、重篤な患者を24時間体制で受入をおこなう救命救急センター、地域の救急患者の受入を行う二次救急医療機関 ②震度6強程度の地震により倒壊又は崩壊する危険性の高いとされている、IS値0.3未満の建物を有する病院を補助対象としている。 平成25年8月1日時点で、上記①又は②に該当する、約850施設が未耐震の状況にあることから、現在の補助対象としている、災害医療の中心となる施設及び耐震性が低く地震によって倒壊の危険性の高い施設への補助を優先してまいりたいと考えている。	南海トラフ地震における震度7以上が想定される高知県のような地域においては、未耐震(Is値0.6以下)の医療機関は機能停止し、入院患者の安全の確保も厳しくなり、また、治療する側が治療を受ける側にもなると思われるが、医療機関における機能の確保と甚大な負傷者の受け入れについて、どのようにお考えになるか。また、現在、優先されている医療機関からの要望が一定終息した後は、対象範囲を拡大させるお考えはあるのか、ご教示願いたい。			
338	地方改善事業費(隣保館運営費等)補助金交付要綱及び地方改善施設整備費(隣保館等施設整備費)補助金交付要綱における補助要件の緩和	隣保館に指定管理者制度を導入した場合、現行では国の「地方改善事業費(隣保館運営費等)補助金」及び「地方改善施設整備費(隣保館等施設整備費)補助金」の交付対象外になるとされているが、施設の役割や事業等は直営時と変わらないため、指定管理者制度の導入後も引き続き補助金の交付対象となるよう、特設のご配慮をお願いしたい。	現在、本市の隣保館(総合センター)においては、これまで実施してきた隣保事業や、同和問題をはじめとするあらゆる人権問題啓発への取り組みをさらに発展させ、隣保事業も実施する全市的、総合的な人権尊重意識の普及高揚を図るための開かれたコミュニティ施設として、より効果的・効率的に運営するため、民間活力の導入(指定管理者制度の導入)に向けた取り組みを進めている。 しかしながら、「隣保館に指定管理者制度を導入した場合の補助金の取扱いについて(厚生労働省課長補佐通知)」によると、指定管理者制度を導入した場合、現行制度では、施設の役割や事業等が同じでも当該補助金の交付対象外となる。 指定管理者制度を導入したとしても、当該施設の役割が直営時と変わるわけではない。更なるサービスの向上と効率的な運営と管理運営経費の節減を両立させる取り組みである指定管理者制度導入を促進するため、「地方改善事業費(隣保館運営費等)補助金」及び「地方改善施設整備費(隣保館等施設整備費)補助金」の補助要件の緩和をお願いする。	・地方改善事業費(隣保館運営費等)補助金交付要綱 ・地方改善施設整備費(隣保館等施設整備費)補助金交付要綱 ・隣保館に指定管理者制度を導入した場合の補助金の取扱いについて(厚生労働省課長補佐通知)		厚生労働省	尼崎市	C 対応不可	平成8年に地域改善対策協議会によりまとめられた意見具申では、「国及び地方公共団体は一致協力して、残された課題の解決に向けて積極的に取り組んでいく必要がある」とされているところである。これを踏まえ、隣保館の基幹的な事業である相談事業については、今後も行政が主体となって取り組んでいく必要がある。 政府として、これまで同和問題の早期解決を図るため、平成14年3月までは三度にわたり制定された特別措置法に基づく特別対策を中心に、その後は一般対策として工夫(既存の一般対策の改善又は新規の一般対策の創設)を加えながら継続的に取り組んで来たところである。このような経過の中、隣保館は昭和28年度にその設置に係る補助金が予算計上され、その後、地域住民の身近な相談機関、人権啓発の住民交流の拠点としてその役割を果たして来たところである。このため、隣保館は地域住民に対し生涯(生活)を通じた継続的な支援を行うことが求められており、委託先の変更が生じうる民間事業者への委託はなじみにいと考えられる。 したがって、隣保館の運営は市町村の直営により実施すべきであると考えており、当該補助金については原則として直営のみに交付しているものである。	指定管理者制度の導入は、単に運営経費の軽減を図るのではなく、多様化する住民ニーズに対して、民間事業者が有するノウハウを活用するなど、柔軟な対応を取り入れることにより、地方自治体が自ら管理するよりも一層向上したサービスを住民が享受することとなり、ひいては住民の福祉がさらに増進されることとなることを目的としている。 また、指定管理者は条例に基づき、行政が委託先を選定し、議会の議決を経て決定されるものであり、条例で掲げる隣保館の設置目的を逸脱したサービスの提供を行う民間事業者が選定されることはありえないことである。 このことから、地域住民に対する一生涯を通じた支援は、指定管理者が変更されたとしても継続されるものであり、指定管理者制度の導入によって行政の主体性が損なわれるものでもないため、補助要件の緩和をお願いしたい。	尼崎市立総合センター指定管理者募集要項		

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
226				C 対応不可	一般製品と異なり、医療機器は「人の疾病の診断・治療・予防」、「人の身体の構造・機能に影響を及ぼすこと」を目的としている。そのため、医療機器における品質管理業務は、製品実現において一般製品より慎重な確認が必要なのはもちろん、人体に対するリスク等を踏まえた判断が必要になる。また、医療機器の品質管理業務は、製品に対する技術的な判断だけでなく、薬事関係法令において規定されている文書作成、情報連絡等を把握・実施する必要がある。 以上から、医療機器の品質管理業務を適切に実施するためには、一般製品の製造・品質管理の経験では不十分であり、医療機器の品質管理業務を経験することが必要であると考えている。また、品質保証責任者はこれら品質管理業務の総括・適切性確認などを行う必要があることから、その概要を把握するだけににとどまらず、品質管理業務に関する経験を十分に有し、関係業務を熟知することが不可欠であるため、その要件として3年以上の従事経験を求めているもの。					
231	【全国市長会】 提案団体の提案の実現に向けて、積極的な実現を求める。			C 対応不可	医療施設の耐震化については、限られた予算の中で、災害医療の中心となる施設及び耐震性が低く地震によって倒壊の危険性の高い施設への補助を優先する必要があると考えており、少なくとも現時点において、御提案の補助対象を拡大することについては考えていない。 なお、南海トラフ地震への対応としては、平成26年度より「南海トラフ地震に係る津波避難対策緊急事業」を「医療提供体制施設整備交付金」の対象事業に追加しており、「医療施設耐震整備事業」では対象外となっている、休日夜間救急センター、在宅当番医制診療所等の医療施設について、補助対象とする措置を講じているところである。 お尋ねの今後の医療施設の耐震整備に係る事業のあり方については、現行の補助対象施設の整備後の検討事項としたい。					
338	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	隣保館は、平成8年の地域改善対策協議会意見具申の趣旨を踏まえ、行政が主体となって取り組んでいるものであり、各地域における地域住民の身近な相談機関として、地域住民の理解と信頼関係を踏まえた支援を行うことが求められている。 このため、隣保館設置運営要綱において、運営方針として「地域住民の理解と信頼関係を得つつ地域社会に密着」することとしており、これまでの地域における継続した活動を通じて、地域住民の理解を得て信頼関係も構築している市町村が、今後も直接責任をもって対応すべきであると考えているところであり、今後も現行の国庫補助の方針の下で、施策の推進を図ることが適切であると考えている。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
353	病児・病後児保育の補助要件の設定	現状における病児・病後児保育の補助要件を、地域の実情に応じて事業実施できるよう、保育士の配置要件を緩和。	人口減少社会において、特に中山間地域など過疎地域における子育て環境の充実を図るため、保育士の配置が難しい地域には、「子育て支援員(仮称)」を、地域の判断で、保育士に代えて配置できるとすべきである。 本県において、本県では、病児病後児保育の全県展開を推進しているが、高齢化の進む地域において、保育士の確保が困難であるとの状況を、地域の声として承っており、残されたエリアは、山間部であって、高齢者ばかりの地域に、子育て世代が少数存在するようなエリアである。 ここで保育士の設置を義務付けてしまうと、病児病後児保育自体が成立しえず、そこで、保育士ではなく、「子育て支援員」に要件緩和することを提案したものの。	保育対策等促進事業費補助金交付要綱		厚生労働省	徳島県・大阪府・鳥取県・兵庫県	C 対応不可	病児・病後児を安心して預けられる環境を整備するためには、保育に関する専門的な知識と技能を有する保育士資格を持った保育士を配置することが必要であることから、保育士以外の者を保育士とみなすことは適当でない。 なお、保育士確保については、「待機児童解消加速化プラン」による保育士資格取得支援等の対策を講じているところであるが、年内に策定予定の「保育士確保プラン」等に基づき更なる対策を講じていく。 (※)現行の病児対応型・病後児対応型の保育士の配置基準については、利用児童おおむね3人につき1名以上。	ファミリー・サポート・センター事業の「病児・緊急対応強化事業」では、保育士資格を持たない者についても、病児・病後児の預かりに必要な講習を受ければ提供会員として業務に従事することが認められている。 「子育て支援員(仮称)」について、ファミリー・サポート・センター事業の提供会員となることが想定されているのであれば、同様の業務に従事する病児・病後児保育事業にも活躍の場を広げることは十分可能ではないかと考えているところ。 現在、ファミリー・サポート・センター事業での対応も検討しているものの、中山間などの過疎地域では、十分な提供会員数を確保することが難しい状況にある。 また、病児・病後児保育事業のように、看護師等がサポートする中で保育を行う保育士よりも提供会員1人で病児・病後児に対応しなければならない状況は、厳しいものがあると考えている。 本県としては、医師、看護師を含む手厚い体制で対応する病児・病後児保育事業を中心に展開したいと考えており、保育士の確保が難しい過疎地域における事業実施を可能とするためには、「子育て支援員(仮称)」の活用が必要であると考ええるものであり、上記の実情を踏まえた対応を検討いただきたい。			
365	特別児童扶養手当事務取扱交付金の交付対象の拡大	事務委託による方法を、条例移譲による方法に変更できるよう、国からの財源(交付金)を県のみでなく条例移譲した場合の市町へも交付するように変更すること。	【制度改正要望の経緯・必要性】 現在広島県では、全国に先駆けて市町に特別児童扶養手当の受給資格の認定等の事務を委託しているが、本来は特例条例による移譲を検討していた。しかし、国からの財源が交付税ではなく交付金(特別児童扶養手当事務取扱交付金)であり、交付対象が都道府県に限定されているため、特例条例による移譲では財源が失われるため、やむを得ず事務委託の手法を採用している。 類似の特別障害者手当等については、福祉事務所を設置している市町に法律で権限移譲されている。 また第4次一括法により政令指定都市に27年度から特別児童扶養手当の認定等の事務の移譲が予定されている。 このため、政令市以外の基礎自治体に対しても、現在の事務委託ではなく、条例移譲として位置付けを明確化できるよう提案しているものである。 【課題の解消策】 具体的な変更要望は「特別児童扶養手当事務取扱交付金交付要綱第2 2 市町村に交付する事務費の額」に「都道府県から特例条例で移譲を受けた都道府県の事務に係る経費」の追加を求める。	特別児童扶養手当等の支給に関する法律第14条 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき都道府県及び市町村に交付する事務費に関する政令第1条、第2条 特別児童扶養手当事務取扱交付金交付要綱第2の2		厚生労働省	広島県	C 対応不可	特別児童扶養手当の認定事務等について、貴県が現在実施している「事務委託」と「特例条例による移譲」で実施した場合の事務処理について、財政面を除いた実質的な事務処理にどのような違いがあるのか不明である。 また、現行制度において「事務委託」によって運用が可能であり、委託自治体への財源も確保されていることを鑑みれば、要望について直ちに対応することは考えていない。	「特例条例による移譲」は、地方分権の観点から、都道府県の事務を地域の実情に応じて柔軟に市町村に再配分するものであり、事務の合理化・簡便化・能率化の観点から実施される「事務委託」とは異なる。 本県では、地域福祉分野など住民の日常生活に最も密接に関係する分野について、「特例条例による移譲」を積極的に進めており、特別児童扶養手当の認定事務についても、市町の事情に応じて、委託の方法でなく、特例条例による移譲の方法により、市町の自らの権限とすることを可能とすることが、地方分権の推進上重要と考えており、その障害となっている交付金の交付対象の拡大を求める。 なお、特別児童扶養手当の類似の手当である特別障害者手当等については、福祉事務所を設置している市町に既に法定移譲されており、特別児童扶養手当の認定事務についても、市町の事務配分としていくことが望ましい。			
955	特別児童扶養手当事務取扱交付金の交付対象の拡大	事務委託による方法を、条例移譲による方法に変更できるよう、国からの財源(交付金)を県のみでなく条例移譲した場合の市町へも交付するように変更すること。	【制度改正要望の経緯・必要性】 現在広島県では、全国に先駆けて市町に特別児童扶養手当の受給資格の認定等の事務を委託しているが、本来は特例条例による移譲を検討していた。しかし、国からの財源が交付税ではなく交付金(特別児童扶養手当事務取扱交付金)であり、交付対象が都道府県に限定されているため、特例条例による移譲では財源が失われるため、やむを得ず事務委託の手法を採用している。 類似の特別障害者手当等については、福祉事務所を設置している市町に法律で権限移譲されている。 また第4次一括法により政令指定都市に27年度から特別児童扶養手当の認定等の事務の移譲が予定されている。 このため、政令市以外の基礎自治体に対しても、現在の事務委託ではなく、条例移譲として位置付けを明確化できるよう提案しているものである。 【課題の解消策】 具体的な変更要望は「特別児童扶養手当事務取扱交付金交付要綱第2 2 市町村に交付する事務費の額」に「都道府県から特例条例で移譲を受けた都道府県の事務に係る経費」の追加を求める。	特別児童扶養手当等の支給に関する法律第14条 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき都道府県及び市町村に交付する事務費に関する政令第1条、第2条 特別児童扶養手当事務取扱交付金交付要綱第2の2		厚生労働省	中国地方知事会	C 対応不可	特別児童扶養手当の認定事務等について、貴県が現在実施している「事務委託」と「特例条例による移譲」で実施した場合の事務処理について、財政面を除いた実質的な事務処理にどのような違いがあるのか不明である。 また、現行制度において「事務委託」によって運用が可能であり、委託自治体への財源も確保されていることを鑑みれば、要望について直ちに対応することは考えていない。	「特例条例による移譲」は、地方分権の観点から、都道府県の事務を地域の実情に応じて柔軟に市町村に再配分するものであり、事務の合理化・簡便化・能率化の観点から実施される「事務委託」とは異なる。 本県では、地域福祉分野など住民の日常生活に最も密接に関係する分野について、「特例条例による移譲」を積極的に進めており、特別児童扶養手当の認定事務についても、市町の事情に応じて、委託の方法でなく、特例条例による移譲の方法により、市町の自らの権限とすることを可能とすることが、地方分権の推進上重要と考えており、その障害となっている交付金の交付対象の拡大を求める。 なお、特別児童扶養手当の類似の手当である特別障害者手当等については、福祉事務所を設置している市町に既に法定移譲されており、特別児童扶養手当の認定事務についても、市町の事務配分としていくことが望ましい。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
353	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。 なお、児童に対する保育・養育の平等・的確性が失われることのないよう、配慮されたい。			C 対応不可	病児・病後児を安心して預けられる環境を整備するためには、保育に関する専門的な知識と技能を有する保育士資格を持った保育士を配置することが必要であることから、保育士以外の者を保育士とみなすことは適当でない。 また、子ども・子育て会議の場でも、職員配置基準は現行どおりとすることで取りまとめられている。 なお、保育士確保が困難な過疎地域については、訪問型その他の事業の活用も考えられるため、それらの周知を検討してまいりたい。					
365	【全国市長会】 受け入れ態勢が整わないうちに県から市への特別児童扶養手当認定事務等の事務委託が進むことのないよう求める。			C 対応不可	事務委託で実施した場合と特例条例による移譲で実施した場合の自治体を実施すべき認定事務等に係る実質的な事務処理については、特段の違いがなく、また、現行制度において事務委託による運用が可能であり、委託自治体への財源も確保されていることから、要望についての対応は考えていない。 また、提案団体の意見の、交付金の交付対象の拡大は、今回の提案募集の対象とはならないと考える。					
955	【全国市長会】 受け入れ態勢が整わないうちに県から市への特別児童扶養手当認定事務等の事務委託が進むことのないよう求める。			C 対応不可	事務委託で実施した場合と特例条例による移譲で実施した場合の自治体を実施すべき認定事務等に係る実質的な事務処理については、特段の違いがなく、また、現行制度において事務委託による運用が可能であり、委託自治体への財源も確保されていることから、要望についての対応は考えていない。 また、提案団体の意見の、交付金の交付対象の拡大は、今回の提案募集の対象とはならないと考える。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
412	生活保護医療扶助給付における外来診療時等窓口一時負担金制度の導入	医療扶助適正化の一環として、被保護者が指定医療機関等で外来診療等を受けた場合や指定調剤薬局で処方を受けた場合、一定額または一定割合額を一時的に負担する仕組みを導入する。	医療扶助の適用においては、医療要否意見書により主治医の意見を求め、審査の上給付を決定しているが、同一疾病についての頻回受診や重複受診については、レセプトの返還を待った数か月後の事後チェックとならざるを得ない。また、後発医薬品の利用促進にあたっても窓口での支払いを要しない現行の医療扶助の給付方法では、後発医薬品に対する積極的な選択行動が得られない。そのため、被保護者自身に医療機関等窓口で医療費の一部を一時負担させ、内容審査の上、負担額を還付する仕組みを導入する。 これにより、頻回受診や重複受診等については、早ければ受診月の内に適切な指導を行うことで解消が図られる。	生活保護法34条 (医療扶助の方法)		厚生労働省	特別区長会	C 対応不可	医療扶助に一部自己負担を導入することについては、金銭的な理由により、生活保護受給者の医療機関への受診が抑制される可能性は否定できず、場合によっては必要な受診までも抑制してしまうおそれがある等の理由から、慎重な検討が必要。	事後に還付される一部自己負担は、適正な額にすれば必要な受診の抑制には結び付かないと考える。また、実現に向け、以下の課題を検討していきたい。 1 福祉事務所で内容審査するうえで、医療機関において負担した額の領収書を交付するだけでなく、診療報酬明細書と同様の内容が記載された証明書を受給者に交付されることが必要となる。 2 上記1が受給者に交付される場合に、病名や医療内容が記載されていることから、本人に知られずに治療行為を進めている場合の対策を講ずる必要がある。 3 受診日に医療機関が計算した総額の医療費の何割かを受給者は支払うことになるが、後日何らかの理由により訂正した場合は、数か月後に請求される診療報酬額と受給者が負担した一定額または一定割合額の根拠が異なることになる。こうした場合は、医療機関が再度受給者に追加請求または払い戻しをすることになるため、医療機関の負担を軽減する措置を講じる必要がある。		提案趣旨は理解するが、受診抑制を招くなど、被保護者に過度の負担とならないような仕組み等も併せて検討すべき。	
413	被保護世帯に対する訪問調査活動の一部業務委託	高齢世帯への訪問調査活動のうち、安否確認や生活状況を踏まえた認知症の早期発見、その他の身体状態の把握、介護予防事業及び介護保険等の生活支援サービスの適正利用支援等を目的とした訪問調査について民間活力を利用できる制度構築とする。	全国的に被保護世帯数と被保護人員は、ともに過去最高値を更新し続けている。また、高齢者人口の推移予測からは、今後もその増加は避けられない見込みであるが、国が示す福祉事務所現業員配置基準に従った職員の増強は困難である。 当区においては、居宅における安定した自立生活が維持されている高齢者世帯については、現業員が行うこととされている訪問調査活動の一部について、外部委託を導入することで業務の効率化を図っているが、生活保護法の施行事務監査においては訪問調査活動実績として評価されていない。 保護の開・廃、変更等に係る業務は区の職員が実施しており、現在まで適正な保護の実施が確保されており業務委託による問題は生じていない。	生活保護 実施要領 局長通知12 1訪問調査 (2)訪問計画に基づく訪問 ア家庭訪問を少なくとも1年に2回以上すること		厚生労働省	特別区長会	C 対応不可	生活保護制度は、一定額を定期的に給付すれば足りる他の公的年金制度等とは異なり、要保護世帯に対しその時々において最低生活維持に必要な扶助の種類、程度を決定しなければならない。 このため、生活保護の訪問調査は、要保護世帯の生活状況の実態を的確に把握しておかなければならず、また自立助長のための助言指導を行うことも必要とされることから行うものであり、法に基づく適切な保護の決定実施を行う上で必要不可欠なものであるため、保護の適否の判断を担う現業員が自ら行う必要がある。 なお、訪問調査の頻度を少なくとも年に2回以上行うこととしている一方で、地方自治体等からの意見を踏まえ、平成18年度から、自立支援プログラムを実施する関係機関等からの連絡により、必要な状況確認ができる場合には、当該連絡を3回目以上の訪問調査とみなすことを可能としているところである。	社会福祉士等、専門性の高い外部委託先の支援員との連携を密にはかることで、要保護世帯の生活状況の実態を的確に把握することは可能であると考えられる。 また、委託事業者や訪問のために採用した非常勤職員などによる家庭訪問においても、地区担当員から事前に対象の被保護者の状況や注意すべき点の情報を得ていれば、訪問時に地区担当員が気付く変化や異常にも気がつくことができる。また、被保護者ごとに状況に応じた対応、指導助言の指示を受けていれば、地区担当員が訪問した場合と同様の対応も取ることができる。さらにそれでは不十分と思われる場合には、地区担当員や査察指導員と連絡を取りながら対応することもできるので、委託事業者や訪問専門の非常勤職員などによる家庭訪問によっても自立助長のための助言指導、及び法に基づく適切な保護の決定実施は可能であると考えられる。			
444	定期予防接種の対象拡大	平成2年4月1日以前の生まれの者(定期接種の機会が2回なかった世代)に対する風しんワクチンの接種を定期化できるようにすること。	【現状】 風しんの定期接種は、現在、1歳と小学校就学前1年間の2回接種となっているが、平成2年4月1日以前に生まれた者は、未接種又は1回接種のみであるため、風しんへの免疫が十分でない可能性がある。 【支障事例】 平成24、25年に、風しんの全国的な流行があり、先天性風しん症候群が増加した。このうち、風しん患者の7割以上が男性、うち20代～40代が8割を占め、風しんワクチン接種が十分に行われなかった世代と一致する。今後免疫が十分でない者が風しんにかかった場合、風しんが流行し、先天性風しん症候群が発生する恐れがある。 【支障事例の解消策】 風しんの定期接種の対象者を拡大し、平成2年4月1日以前の生まれの者(風しんの免疫が不十分な者)が定期接種として予防接種を受けられるようにする。 【効果】 風しんの感染リスクが低下するとともに、免疫の不十分な女性が妊娠した際の先天性風しん症候群の発生が抑制されることで、安心して妊娠・子育てができる。また、定期接種の費用負担は地方交付税措置されるため、任意の予防接種よりも自己負担が軽減され、ワクチンを接種しやすくなる。その他に万が一、予防接種の副反応による健康被害が生じた場合、定期接種であれば、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種健康被害救済制度により救済される。	予防接種法施行令第1条の2		厚生労働省	岐阜県	C 対応不可	現在でも、各市町村が自らの判断で実施することは可能である。なお、新たに地方交付税措置を要望するものであれば、財源の確保が不確実であることから検討することはできない。	本提案は、現在、各市町村が独自に行っている、風しんワクチンの定期接種について、予防接種健康被害救済制度などを勘案し、国に定期接種化を求める提案である。			

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理 番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
412	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。 なお、必要な受診の抑制にならぬよう①医療受診費用分を生活扶助に一律で上乗せ ②一部負担が困難な場合は、福祉事務所へ連絡、一部負担なしでの受診を認める ③一般的な福祉医療助成対象者に該当する者は、一部負担対象者から除外する等の方法が考えられる。 また、通院の際の交通費など、ひとまず被保護者が自己負担した費用について、後日福祉事務所が被保護者に対して支払うしくみはすでにある。交通費を自己負担しているからといって必要な受診が抑制されていることはないため、負担額の設定次第で必要な受診が抑制されるという支障は改善されると考える。			C 対応不可	仮に後日償還払いとする窓口一部自己負担制度を導入した場合、生活保護受給者が一定額を立て替えるだけの資力を有することを前提とした制度は難しく、また、必要な受診の抑制とならない「適正な額」の設定も困難である。 なお、地方自治体の首長も含めて参加した「社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」報告書(平成25年1月25日)においても、「医療扶助の適正化に関し、医療費の一部負担を導入することについては、行うべきではない」とされている。					
413	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	前回回答のとおり、生活保護における訪問調査は、生活保護受給世帯の安否確認や生活の支援を行うだけではなく、訪問調査結果を踏まえた保護の程度決定や指導指示など、国民の権利・義務に深く関係する業務であり、公権力の行使に深く関係するとともに、その実効性を担保する必要がある。 そのため、保護の実施機関及びその職員(現業員)には、生活保護法第28条により立入調査の権限が付与されており、実施機関の指揮命令下にあり、地方公務員法第34条により守秘義務が課されている現業員が行うべきである。 提案団体からの意見中の「専門性の高い外部委託先の支援員」は指揮命令下にあるものではなく、また守秘義務も課されていない。そのため、現業員と同じ位置づけにすることはできない。					
444	【全国市長会】 提案団体の意見を十分に尊重されたい。			C 対応不可	本提案は、各市町村が自らの判断で実施できる措置の法定化及びそれに対する地方交付税措置を要望しているものであるが、財源の確保は不確実であることから検討することはできない。					

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	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等	根拠法令等	その他(特記事項)	制度の所管・ 関係府省庁	提案団体	各府省からの第1次回答		各府省からの第1次回答を踏まえた提案団体からの意見		全国知事会からの意見	
								区分	回答	意見	補足資料	意見	補足資料
448	指定医療機関等の指定等 特定感染症医療機関からの報告聴取等の移譲	特定感染症指定医療機関からの報告聴取等 感染性指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、当該職員に管理者の同意を得て検査をさせる規定。	感染症患者に対する医療が公費負担とされていることから、必要時に行うことができる規定になっていて、特定感染症指定医療機関にあっては、その権限を厚生労働大臣または都道府県知事で持っている。 特定感染症指定医療機関の指定は、国が行うものの、医療費公費負担の実務は他の感染症指定医療機関と同様に県又は保健所設置市で担っているため、当該権限についても、他の感染症指定医療機関と同様に県単独の権限として支障がない。	感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律第43条第1項		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	本提案は、既に昨年度「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」(平成25年12月20日閣議決定)において結論が出ており、その後の事情変更や新たな論点が生じているとは認められないため対応することはできない。	本県が求めるのは、都道府県へ権限を移譲することであり、「見直し方針」に基づく「都道府県が主体的に行う方向」での運用見直しに止まらない。 なお、見直し方針において結論が出ているとしているが、見直し方針における事務については、提案募集方式の対象外とはされておらず、新たに検討すべきである。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
780	特定感染症指定医療機関の指定権限の都道府県への移譲	新感染症患者の入院を担当する特定感染症指定医療機関の指定権限を、必要となる人員、財源とともに都道府県へ移譲すること。 なお、都道府県への指定権限の移譲ができない場合でも、当該施設に対し、都道府県が必要に応じて、報告の徴収及び検査を行えるようこれらの権限を都道府県に移譲すること。	【現行】 特定感染症指定医療機関は、重篤で未知の感染症であり、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新感染症の患者を受け入れる機関であることから、現在、国が指定を行っている(指定状況:3病院) 【制度改正の必要性・効果】 特定感染症のまん延防止を図るためには、より迅速な指定と指定後の医療機関の適正な運営管理が不可欠であることから、第一種、第二種感染症指定医療機関と同様に、国が特定感染症指定医療機関に係る指定基準を示し、これに基づき、地域医療の実情を把握した都道府県が指定等を行うことにより、法第38条に基づく指定・指導と法第43条に基づく報告徴収・検査が一体的かつ効果的に実施でき、医療機関のより適正な運営確保が可能となるため、都道府県知事に指定権限を移譲することが望まれる。 指定権限の移譲ができない場合にも、当該医療機関の適正な運営確保の観点から、特定感染症指定医療機関に係る指定基準を示すとともに、法第43条に基づく当該医療機関に対する報告の請求や検査を行う権限だけではなく、法第38条第4項(指導)の権限を都道府県に移譲することが望まれる。	感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律第38条		厚生労働省	兵庫県 【共同提案】 京都府	C 対応不可	本提案は、既に昨年度「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」(平成25年12月20日閣議決定)において結論が出ており、その後の事情変更や新たな論点が生じているとは認められないため対応することはできない。	・国が特定感染症指定医療機関に係る指定基準を示し、これに基づき、地域医療の実情を把握した都道府県が指定等を行うことにより、適正な運営確保が可能である。		手挙げ方式や社会実験による検討を求める。	
567	厚生労働大臣発行医療系免許申請書類等の經由事務の廃止 (医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、衛生検査技師、管理栄養士)	標記の医療職種免許は、厚生労働大臣免許である。 すでに実施済の他の医療職種免許と同様に、国において直接実施することとし、經由事務の廃止を求める。	免許の申請において、住所地の保健所及び県を経由して厚生労働省へ進達することは、国までの日数を要するため、事務的に非効率的である。その上、国の免許登録日以降でないと申請者が行えない業務があるため(診療報酬求められている)、交付事務を含めて往復の經由日数がかかるのは適切さを欠くと言わざるをえない。免許の早期発行は、申請者等から強く求められているところである。 例えば、歯科衛生士等の免許は、国の指定した指定登録機関(H3.7.1～)が、直接免許事務を行っており、郵送等での申請も認められている。申請者の利便性の観点からも直接、厚生労働省(あるいは指定登録機関)が扱うこととして、經由事務の廃止を求める。 (臨床工学技師免許:国直接実施。) (歯科技工士免許:H27.4.1～国の指定した指定登録機関実施。H26.6医療介護法 法案成立) なお、經由事務としながらも、国からは審査業務まで求められているのが現状である。このため、県等が申請業務等における過失責任を求められ、訴訟に発展する可能性が存在する。 国の免許であるから、国の責任において免許申請等の対応を行っていただきたい。	医師法施行令第3条、②歯科医師法施行令第3条、③保健師助産師看護師法施行令第1条の3第1項、④臨床検査技師等に関する法律施行令第1条及び附則第2条2項、⑤診療放射線技師法施行令第1条の2、⑥理学療法士及び作業療法士法施行令第1条、⑦視能訓練士法施行令第1条、⑧栄養士法施行令第1条2項 等		厚生労働省	神奈川県	C 対応不可	医療関係職種(免許を付与する際の名簿への登録事務を指定登録機関が行っている職種等を除く。)の免許申請に当たっては、都道府県が法定受託事務として經由事務を行うこととされており、申請書類の不備等の確認をしていただいているところ。 申請書類の不備等の確認については、受付時に確認する等、住民に身近な地方公共団体において実施していただくことが効率的であり、仮に、都道府県の經由事務を廃止し、厚生労働省において全ての登録事務を処理することとした場合には、名簿への登録及び免許証の交付が現状よりも大幅に遅れ、申請者の利便性が低下することが想定される。 以上のことから、都道府県の經由事務を廃止することは困難である。 なお、名簿への登録及び免許証の交付については、都道府県の經由事務の有無にかかわらず、国の責任において実施している。また、名簿への登録日及び登録番号については、申請者の利便性の向上を目的として、申請者の希望に応じ、「登録済証明書」を発行しており、一定期間、免許証に代わる証明書として利用することを認める措置を講じている。	免許の申請において、住所地の保健所及び県を経由して厚生労働省へ進達することは、国までの日数を要し事務的に非効率的である。直接国へ申請出来るようになることで、より速やかに交付を受けることが可能となり、申請者の利便性にも資する。 申請書類の不備等の確認については、むしろ免許者自身が書類の不備等の形式審査も併せて行う方が効率的であると考ええる。 また、都道府県の經由事務を廃止し、国において全ての登録事務を処理することとした場合であっても、例えば臨床工学技師免許については現に国が免許事務を直接実施していることから、他の免許についても同様の事務処理体制をとることができないか。		住民へのサービス低下につながらないよう留意した上で検討を行う必要がある。	

厚生労働省 平成26年の地方からの提案等に関する対応方針に対するフォローアップ状況

管理番号	全国市長会・全国町村会からの意見		重点事項58項目について 提案募集検討専門部会から指摘された 主な再検討の視点	各府省からの第2次回答		調整結果 (平26対応方針(平27.1.30閣議決定)抜粋) ※平27対応方針(平27.12.22閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平27>として併記 ※平28対応方針(平28.12.20閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平28>として併記 ※平29対応方針(平29.12.26閣議決定)に記載があるものは当該抜粋を<平29>として併記	対応方針の措置(検討)状況			
	意見	補足資料		区分	回答		措置方法 (検討状況)	実施(予定) 時期	これまでの措置(検討)状況	今後の予定
448				C 対応不可	昨年度の「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」(平成25年12月20日閣議決定)に際して、指定権限は国に残し、報告・徴収権限のみ都道府県に移譲することについて、法的に問題ないか検討したところ、 ○ 法第43条第1項において特定感染症指定医療機関について厚生労働大臣に報告徴収等の権限があるのは、特定感染症指定医療機関の指定権限が国にあり、その指定の取消のため法第43条の報告徴収を行うためである。 ○ 健康保険法等の他法令においても同様の構造の条文があるが、健康保険法第78条の報告徴収等は費用の請求の不正の有無のみならず保険医療機関としての適正性も同時に確認するものであるところ、法第43条についても、健康保険法等がもとになっており、同様に費用の請求の不正の有無のみならず感染症指定機関としての適正性も同時に確認するものである。 ○ 他の法令において、指定権限を有する者と指定に関わる報告・徴収権限を有する者が別である前例がなく、また論理的にも整合性がとれない。 ことから、当該権限移譲の方法は、法的に困難であるとの結論に至った。 その上で、特定感染症指定医療機関の指定権限については、 ○ 新感染症の所見がある者の入院を担当する医療機関であり、最も高い機能を要求され、全国で数か所程度、いかなる場合でも万全の感染症医療を講じることができる医療機関を整備する必要があるため、厚生労働大臣が広域的見地によりその指定を行う必要がある。 ○ 特定感染症指定医療機関としての医療体制が整備されているとの指定要件に適合する医療機関が少ないため、現在、計3か所のみ指定しているが、指定については基本的に都道府県から手が上がることはなく、国から協議をかけた上で同意を得ることができた場合に指定をしているのが現状であり、都道府県に指定権限を移譲した場合、必要な数の指定が担保されない可能性がある。 ことから、都道府県に移譲することは困難である。 そのため、上記の法的整理も踏まえ、指定権限及び報告徴収の権限の両方について移譲が困難であるものである。					
780				C 対応不可	昨年度の「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」(平成25年12月20日閣議決定)に際して、指定権限は国に残し、報告・徴収権限のみ都道府県に移譲することについて、法的に問題ないか検討したところ、 ○ 法第43条第1項において特定感染症指定医療機関について厚生労働大臣に報告徴収等の権限があるのは、特定感染症指定医療機関の指定権限が国にあり、その指定の取消のため法第43条の報告徴収を行うためである。 ○ 健康保険法等の他法令においても同様の構造の条文があるが、健康保険法第78条の報告徴収等は費用の請求の不正の有無のみならず保険医療機関としての適正性も同時に確認するものであるところ、法第43条についても、健康保険法等がもとになっており、同様に費用の請求の不正の有無のみならず感染症指定機関としての適正性も同時に確認するものである。 ○ 他の法令において、指定権限を有する者と指定に関わる報告・徴収権限を有する者が別である前例がなく、また論理的にも整合性がとれない。 ことから、当該権限移譲の方法は、法的に困難であるとの結論に至った。 その上で、特定感染症指定医療機関の指定権限については、 ○ 新感染症の所見がある者の入院を担当する医療機関であり、最も高い機能を要求され、全国で数か所程度、いかなる場合でも万全の感染症医療を講じることができる医療機関を整備する必要があるため、厚生労働大臣が広域的見地によりその指定を行う必要がある。 ○ 特定感染症指定医療機関としての医療体制が整備されているとの指定要件に適合する医療機関が少ないため、現在、計3か所のみ指定しているが、指定については基本的に都道府県から手が上がることはなく、国から協議をかけた上で同意を得ることができた場合に指定をしているのが現状であり、都道府県に指定権限を移譲した場合、必要な数の指定が担保されない可能性がある。 ことから、都道府県に移譲することは困難である。 そのため、上記の法的整理も踏まえ、指定権限及び報告徴収の権限の両方について移譲が困難であるものである。					
567				C 対応不可	ご提案の内容は、申請者の利便性向上のため、免許の早期交付を目的とするものであると理解している。 この点について、現在は、臨床工学技士及び義肢装具士の2職種のみ、免許申請に当たり、都道府県を経由せず、国が直接申請を受け付けた上で、登録事務を行っているが、平成25年における免許登録件数の実績として、臨床工学技士が1,776件、義肢装具士が204件であるのに対し、その他の職種については、例えば、医師は7,694件、看護師は50,240件、理学療法士は10,113件となっている。 したがって、免許申請に当たり、都道府県が法定受託事務として經由事務を行い、申請書類の不備等の確認をしていたいっている職種について、仮に、国が直接申請を受け付け、一括して申請書類の不備等の確認を行うこととした場合、一定の時期に国が大量の事務を処理しなければならないこととなり、免許証の交付等の登録事務が現状よりも大幅に遅れ、むしろ申請者の利便性が低下することになるため、都道府県の經由事務を廃止することは適当ではないと考える。					