

## 7. 福祉・保健・医療

# 1 子供・子育て施策の推進

## 1 子供・子育て支援における施策の充実【最重点】

(提案要求先 こども家庭庁・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局・子供政策連携室・生活文化局・産業労働局)

### (1) 子供・子育て支援のための財源を十分に確保すること。

#### <現状・課題>

国は令和5年12月に「こども未来戦略」を取りまとめ、今後3年間で加速化して取り組むこども・子育て政策として、75年ぶりの職員配置基準改善、保育士等の更なる処遇改善、児童虐待防止や社会的養護の充実など多様な支援ニーズへの対応等を進めることとしているが、その財源については、地域間の差が生じないように国の責任と財源において確実に措置を講じる必要がある。

公定価格の地域区分については、近年、隣接する地域の区分に合わせて引き上げを行う補正ルールの見直しが行われている。しかし、見直しによってもなお、同一の生活圈や経済圏を構成する周辺の自治体と比較して低い設定となっている自治体もあり、そうした自治体からは、人材確保に支障が生じる等の懸念が示されている。令和6年度の人事院勧告においては、国家公務員等の地域手当の区分設定について、市町村ごとから都道府県ごとにするを基本とする見直し内容が示されたが、令和7年度4月から公定価格における地域区分の見直しは実施せず、引き続き議論することとされている。

また、基本分単価や地域区分、減価償却費加算、賃借料加算等の額、保育所等の施設整備費補助、利用者支援事業等の運営費などが、大都市の実情に応じた額になっていない。

さらに、現下のエネルギー・食料品価格等の物価高騰に対しては、「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」により臨時的に対応しているが、保育所や児童養護施設等の安定的な運営を確保し、保育サービスや社会的養護の質の維持向上を図るためには、公定価格に反映させるなど物価高騰への抜本的な対策が必要である。

#### <具体的要求内容>

保育サービスの充実をはじめ、地域の子育て支援、児童虐待防止や社会的養護の充実など、子供・子育て支援施策の強化・推進を図るため、恒久的、安定的財源を十分に確保するとともに、公定価格の単価などについて大都市の実情に応じた財政支援を行うこと。

また、公定価格の地域区分については、各区市町村からの意見を聴いた上で地域の実情を踏まえた設定をすること。

現下の物価高騰の影響も踏まえ、保育サービスや社会的養護の質が低下することのないよう、必要な財源を措置する恒常的な仕組みを構築すること。

(2) 多様な保育ニーズに対応するため、認証保育所が果たしている役割に鑑み、財政措置を講じるとともに、地方自治体の裁量を拡大するなど規制改革を行うこと。

また、保育所等の整備を促進するための税制措置を講じること。

#### <現状・課題>

女性の社会進出等により、潜在需要を含め依然として高い保育ニーズに的確に対応し、子供・子育て支援施策を更に充実させるためには、地方自治体の裁量を拡大するなど規制改革を行う必要がある。

都の認証保育所制度は、0歳児又は1歳児保育や13時間開所を全ての施設で実施し、大都市特有の多様な保育ニーズに対応しているほか、保育所等に求められる地域の子育て支援にも貢献している。こうした重要な役割を果たしているにもかかわらず、都の認証保育所は国の財政支援の対象とされていない。

地域型保育事業では、設備・運営に関する基準の多くが、国の基準に従うものとされており、例えば、家庭的保育事業についても自園調理を原則とするなど、事業形態等に即さない基準が設けられている。

#### <具体的要求内容>

多様化する保育ニーズに対応し、全ての子供と子育て家庭が必要な保育サービスを利用できるよう、地方自治体の裁量を拡大するなど規制改革を行うとともに、保育所等の整備を促進するための税制措置を講じること。

(1) 区市町村や保育サービスを提供する事業者が、保育所整備に積極的に取り組むことができるよう、保育所や認定こども園の認可基準について地方自治体の裁量を拡大し、施設の設備・運営基準を弾力的に定められる制度とすること。

また、小規模保育、家庭的保育、事業所内保育など地域型保育事業についても同様に、地方自治体の裁量を拡大すること。

(2) 大都市のニーズに柔軟に対応し、かつ保育所に準ずる独自の基準を定めている都の認証保育所が果たしている役割に鑑み、十分な財政措置を講じること。

(3) 保育所等への用地供給を促進するため、保育所等の敷地として貸与されている土地の相続税及び贈与税を非課税とすること。

(3) 働きながら子育てしやすい環境づくりを進めるため、育児休業制度について、期間延長の条件撤廃や給付金の給付率引上げ、事業主による制度実施の徹底など制度改革を行うこと。

<現状・課題>

都は、愛称「育業」の活用などにより、育児は「休み」ではなく「大切な仕事」と考える社会全体のマインドチェンジを進め、望む人誰もが「育業」できる気運の醸成に取り組んでいるところであるが、同時に、働きながら子育てしやすい環境づくりを進めるため、更なる育児休業制度の充実を図ることが重要である。

育児休業・介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成30年法律第76号）等の改正により、平成29年10月から、原則1歳までの育児休業期間について、6か月の延長が2回まで（2歳まで）可能となり、それに合わせ育児休業給付金の支給期間も延長された。

しかし、延長が認められるのは、保育所等の利用を希望しているが入所できない等の事情がある場合に限られており、その結果、例えば、保育所入所保留通知書を求めて入所申込をするケースなども見受けられる。

令和7年4月に「出生後休業支援給付金」が創設され、両親ともに14日以上の育児休業を取得した場合などに、育児休業給付金等と併せて最大28日間分が支給されることになったが、これらはまだ一部期間に限られた支給であり、その後の育児休業給付金の給付率では、家計収入が減となるといった理由から、育児休業を切り上げざるを得ない場合がある。

事業主は従業員が育児休業の取得を申し出た場合、原則、認めなければならないが、事業主が不当な取扱いをした場合の罰則等は設けられていない。

<具体的要求内容>

育児休業を希望する子育て家庭が安心して制度を利用できるよう、以下の点について関係法令の改正等、必要な措置を講じること。

- (1) 保育所等に入所できない場合等、育児休業期間延長の条件を撤廃すること。
- (2) 育児休業給付金について、現行の給付率を更に引き上げること。
- (3) 希望する従業員に育児休業を取得させない等の事業主に対しては企業名の公表や罰則を設ける等、制度実施を徹底するための方策を講じること。

(4) 0歳から2歳児の住民税課税世帯の保育料無償化を早期に実現すること。

<現状・課題>

国は、平成29年12月に取りまとめた「新しい経済政策パッケージ」において、0歳から2歳児までについては、まずは待機児童の解消を優先とし、当面は、住

民税非課税世帯を対象として無償化を進め、更なる支援については、安定財源の確保と併せて検討するとしている。

しかし、待機児童が「ほぼ解消」している中、全ての家庭の保育料無償化やその財源の確保に向けた具体的な検討に着手する時期が到来している。

国では、3歳から5歳児までの全ての世帯及び0歳から2歳児までの住民税非課税世帯を対象として、令和元年10月から幼児教育・保育の無償化を開始しているが0歳から2歳児までの住民税課税世帯については、全ての世帯ではなく、多子世帯を対象とした保育料負担軽減であり、その内容も年収360万円未満の世帯や第1子が保育所等を利用している世帯を対象としたもので、収入制限や年齢制限を設けている。

また、負担軽減の対象となる児童が利用する施設は、認可保育所や家庭的保育事業等とされており、一定の基準を満たす認可外保育施設等は対象となっていない。

こうした中、都は、多子世帯の負担軽減について、世帯に係る要件を緩和するとともに、認証保育所や一定の基準を満たす認可外保育施設等の利用について、国制度の対象とならない世帯も含めた全ての多子世帯の保育料の負担を軽減しており、令和5年度からは第2子の保育料を無償化している。さらに、令和7年9月からは第1子の保育料も無償化する。

#### <具体的要求内容>

- (1) 望む人が安心して子供を産み育てることができるよう、対象世帯を限定することなく、0歳から2歳児までの住民税課税世帯の保育料無償化を早期に実現すること。
- (2) 国の制度化が実現するまでの間、独自に保育料の減免や無償化を実施する自治体への財政支援を行うこと。

(5) 自治体が、地域の実情に応じて実施する子供に対する経済的支援について、税制上の必要な措置を講じること。

#### <現状・課題>

令和7年2月の人口動態統計速報において、我が国の出生数は9年連続で過去最少を更新する年間約72万人となっており、もはや少子化は一刻の猶予もない状況となっている。

こうした状況を踏まえ、都は、0歳から18歳までの子供を対象に、1人当たり月額5千円、年額6万円を給付する取組を実施しているが、自治体が独自に行う経済的給付は、現在の所得税法（昭和40年法律第33号）では課税対象となる。一方、国の制度である児童手当は、課税対象外となっている。

#### <具体的要求内容>

自治体が、地域の実情に応じて実施する子供に対する経済的支援について、税制上の必要な措置を講じること。

## 2 保育施設に対する指導検査の強化・保育所等における虐待等への対応

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

(1) 認可保育所等に対する指導検査の実効性を確保するため、法改正等を行うこと。

### <現状・課題>

都内の保育施設において、児童に対する虐待や保育士配置の偽装等の重大事案が発生しており、児童の安全・安心や、保育施設の適正な運営を確保できるよう、保育施設に対して、速やかに指導検査を実施しているが、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に基づく指導検査が拒否されるなど、事実確認が困難となる事例も発生しており、より実効性の高い指導検査をすることが求められている。

子ども・子育て支援法（平成 24 年法律第 65 号）上、特定教育・保育施設の設置者等が検査を拒んだ場合等は、区市町村長は確認の取消しや期間を定めて全部又は一部の効力を停止することができることとされている。一方、児童福祉法上、認可保育所等が都道府県知事による検査を拒んだ場合等に関する規定がなく、検査拒否により、運営実態が確認できない場合には、指導する権限を行使できない。

また、保育事業には、社会福祉法人のほか株式会社等の多様な事業者が参入しており、区市町村の域外や都道府県を越えて広域展開している事業者が存在している。こうした事業者は、都道府県域を越えて保育士の人事異動や資金移動を行っており、保育施設に対する指導検査において、他県にある施設の運営状況について、確認が必要となる場合があるが、指導検査に応じる義務が保育事業者にはないことから、情報提供に応じない事業者が存在する。

保育サービスの拡大に伴い全国的に事業展開する事業者が増加する中、指導検査において、都道府県間での情報共有の必要性が増している。しかしながら、国は、都道府県と管内市町村との連携については、相互に情報共有を行うよう通知しているが、都道府県域を越えた事業者の情報については、相互の情報共有を行うことを求めている。その結果、都道府県域を越えて情報提供を依頼した場合においても、個人情報の保護を目的として、情報提供が行われない場合がある。

### <具体的要求内容>

- (1) 行政による指導検査の実効性を確保するため、認可保育所や幼保連携型認定こども園をはじめとする児童福祉施設等が指導検査を拒否や妨害をした場合についても、指導権限の行使が可能となるよう、改善勧告や公表等の対象とする児童福祉法等の改正を行うこと。
- (2) 都道府県域を越えた情報共有により適切な事業者指導が可能となるよう、個人情報を含む指導検査に必要な情報共有の取扱いを明示すること。

(2) 保育所等の職員による虐待に関する通報義務等の創設に当たり、改正法に基づく新たな制度の下、都道府県と区市町村がそれぞれの役割を遵守しながら協働して迅速かつ統一的な虐待対応を行い、保育所等における虐待を防止できるよう、国において速やかに対応を検討し、今後、政省令や自治体向けに発出予定の虐待対応に関するガイドラインにおいて明確に示すこと。

#### <現状・課題>

先般、保育所等の職員による虐待に関する通報義務の創設など、虐待対応の強化等を図る児童福祉法等の一部を改正する法律（令和7年法律第29号。以下「改正法」という。）が公布されたところである。改正法では、保育所等について、都道府県が所管行政庁とされ、虐待に関する事実確認の措置を講ずること等が新たに規定された。

現在、保育に関しては、都道府県は児童福祉法に基づき、区市町村は子ども・子育て支援法に基づき施設等への指導監督権限を有しており、虐待等の不適切な保育があった場合には双方が連携して対応している一方、改正法では、保育所等の虐待に関して都道府県が所管行政庁と規定されているが、虐待が疑われる事案への事実確認等への対応について、区市町村の役割や都道府県との連携方法等が明確に位置づけられていない。

また、改正法や令和5年5月に策定された保育所等における虐待等の防止及び発生時の対応等に関するガイドラインでは、都道府県と、子ども・子育て支援法に基づく指導検査の権限を有する保育の実施主体である区市町村の相互の連携方法や虐待対応の対象となる基準等について明確にされていない。

関係行政庁が改正法の趣旨を踏まえ、迅速に虐待対応を行うためには、統一的かつ明確な判断基準を共通認識とした上で協働して取り組むことが必要である。

虐待対応に関するガイドラインについては、本年10月の法施行に向け、できるだけ早期に発出する必要がある一方、新たな制度を適切に運用するためには、関係行政庁の現場での活用には十分応えられる内容が網羅されていなければならない。

さらに、迅速な虐待対応を実現するためには、専門性を有する職員が機動的に事実確認等を行うための体制の整備が不可欠である。

#### <具体的要求内容>

- (1) 改正法の趣旨である子供の安全の確保、虐待事案への迅速な対応を実現するため、都道府県と区市町村がそれぞれの権限を生かし協働して対応できるよう、虐待に関する事実確認や運営指導など現場における各段階において、都道府県と区市町村との役割分担や協働体制を明確に示すこと。
- (2) 改正法に定められた所管行政庁に対する通知、所管行政庁が実施する事実を確認するための措置、及び児童の安全な生活環境を確保するために必要な

措置について、虐待の防止又は児童の保護のために必要があると認める場合の基準や具体例を明確に示すこと。

- (3) ガイドラインの策定に当たっては、関係行政庁の準備が円滑に進むよう、まず基本的な考え方を先行して発出し、その後詳細な内容を順次発出するなど、機動的かつ重層的な対応を行うこと。

その際、虐待等の不適切保育に対応してきた関係行政庁の知見が生かされるよう、その意見を十分反映すること。

- (4) 関係行政庁において、安定的に質、量ともに人員体制を強化し、適切に制度を運用できるよう、十分な財政支援策を講じること。



### 3 多様な保育ニーズに対応するための支援の充実【最重点】

(提案要求先 こども家庭庁・財務省)

(都所管局 福祉局)

#### (1) 保育所等の整備促進に係る支援を充実すること。

##### <現状・課題>

都においては、引き続き、局地的に発生する保育需要を踏まえた保育の受け皿確保に取り組む必要がある。保育サービスの整備について、国は交付金や補助金で一定の支援を行っているものの、近年、建築資材や労務単価、建物の賃借料が高騰し、実勢と補助基準額とが大きくかい離している。平成 29 年度からは、都市部における保育所への賃借料支援が盛り込まれているが、都内の実勢に対応した補助水準となっておらず、平成 30 年度からは、特別区及び財政力指数が 1.0 を超える市町村については、交付額が従前の 10 分の 9 に縮小されている。また、土地借料への支援に関しては、普通借地権の場合の開設後の土地借料に対する補助がないなど、補助水準が十分でない。

##### <具体的要求内容>

保育サービスの確保に取り組む区市町村が、保育所等の整備を着実に進められるよう、保育所等の整備に関する交付金等の補助額、補助率を引き上げるとともに、必要な財源を確保すること。

また、建物賃借料に対する補助基準額を実勢に対応した水準に引き上げるとともに、開設後の土地借料に対する財政支援を行うこと。

#### (2) 安定的に保育人材が確保できるよう、保育士宿舎借り上げ支援事業等について制度運用の改善を図ること。

##### <現状・課題>

より良い保育サービスを提供するためには、今後も保育人材の確保・定着は重要である。

国の保育士宿舎借り上げ支援事業は、平成 29 年度から、採用後 10 年目までの保育士へ対象が拡大されたが、令和 7 年度は、採用後 5 年目までに縮小される見込みである。

また、保育士以外の職員は補助対象となっていない。

加えて、平成 30 年度からは、待機児童数が 50 人未満かつ有効求人倍率が全国平均を超えていない区市町村、令和 2 年度からは、直近 2 か年の待機児童数が連続して 50 人未満かつ直近 2 か年の有効求人倍率が連続して全国平均以下の区市町村、令和 3 年度からは、直近 2 か年の有効求人倍率が連続して 2 未満の区市町村について、対象が採用後 5 年目までとされたほか、平成 30 年度から、特別区及び財政力指数が 1.0 を超える市町村については、交付額が従前の 4 分の 3 に縮小さ

れている。

さらに、令和2年度からは、補助基準額について、周辺の自治体と比較して低い設定とされている自治体もあり、そうした自治体からは、離職者の増加や周辺自治体への人材流出により保育士確保に支障が生じる等の懸念が示されている。その上、令和7年度からは、補助基準額の上限が82,000円から75,000円へ減額され、加えて、一人1回限りの適用とする見直しが予定されている。この見直しは、大都市の住宅事情や大都市で働く保育士の働き方に見合った制度となっておらず、また、新たに、事業者や自治体において過去の適用状況を確認する事務負担が生じるとともに、潜在保育士が再び保育士として働く意思を阻害することも懸念される。

#### <具体的要求内容>

保育士宿舍借り上げ支援事業について、採用年数の縮小や交付額4分の3の縮小を見直すことや保育士以外の職員も補助対象とするよう制度の充実を図ること。

加えて、周辺自治体と比較して低い補助基準額となる自治体の保育士確保が困難とならないよう配慮すること。

補助基準額の上限については、大都市の住宅事情を踏まえたものとし、補助基準額の減額を行わないこと。

一人1回限りとする新たな要件を設定する場合は、事業者や自治体の事務負担が増大しないようにするとともに、潜在保育士の働く意思を阻害しないよう配慮すること。

## 4 多様な保育サービスの充実

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

(1) 保育士が研修を受講するための支援を充実すること。

### <現状・課題>

国は子ども・子育て支援新制度における「質の向上」に向けた取組として、保育士一人当たり年間5日の研修機会を確保するための支援を行うこととしているが、3日分の支援にとどまっており、都は令和6年度から、新たに2日分の研修受講に要する経費を支援している。

### <具体的要求内容>

保育士が研修を受講するための支援を充実すること。

(2) 保育所等の施設整備に係る支援を充実すること。

### <現状・課題>

就学前教育・保育施設整備交付金は、協議受付時期が年5回に限られていることや、協議受付から内示まで2か月程度かかることから、設計着手までに時間を要している。

令和6年度は、第1回協議において協議申請額が予算の上限に達したことにより、第1回協議案件の一部が不採択となった。その後の協議では時期の遅れや対象事業の限定などが生じ、自治体や事業者においては施設整備計画の見直しが必要となるなどの影響を受けた。

賃貸物件による保育所改修費等補助は、工事期間が複数年度にわたる場合は補助対象外とされており、迅速な整備に支障を来している。

また、近隣住民等への配慮から防音対策を講じるための防音壁設置費が補助対象となっていない。

保育所等の設置に向けた近隣住民との調整では、防音壁以外にも、園庭の砂ぼこり対策などが必要となる場合もあるが、こうした外構工事が補助対象となっていない。

都内の一部の自治体では、大規模マンションの建設地域や通勤等の利便性が高い駅周辺等に保育ニーズが集中し、その他の周辺地域では空きが発生するなど、自治体の中でも保育サービスの地域偏在が生じており、今後は、マッチングの促進など、地域の実情に応じた支援を充実していく必要がある。

### <具体的要求内容>

(1) 就学前教育・保育施設整備交付金の内示手続を迅速に行うこと。

また、活用を希望する全ての整備に対して交付がされるよう、十分な財源を確保すること。

- (2) 賃貸物件による保育所改修費等補助について、複数年度にわたる工事や防音壁設置費を補助対象とすること。
- (3) 保育所等の整備費のうち、地域住民との調整で必要となる外構工事に要する経費を補助対象とすること。
- (4) 地域の実情に応じた保育の受け皿確保が進むよう、広域的保育所等利用事業の実施促進に向けた改善等、支援を充実すること。

(3) 国有地の貸付けについて、貸付条件を見直すこと。

#### <現状・課題>

国は、介護施設を整備する場合に限り、国有地の貸付料を減額しているが、その他の分野は減額対象とされていないため、地価の高い都市においては活用が図りにくい。

また、国から社会福祉法人への直接貸付けは可能となったものの、株式会社や特定非営利活動法人などの事業者に対する直接貸付けは認められていない。

#### <具体的要求内容>

国有地の貸付けに当たっては、低廉な価格で児童福祉施設を整備することができるよう、貸付料の減額を行うこと。

また、国から社会福祉法人以外への直接貸付けも可能とすること。

(4) 安定的に保育人材が確保できるよう制度運用の改善を図ること。

#### <現状・課題>

国は、保育士のキャリアアップの仕組みとして、「キャリアアップ研修」の受講を要件に、技能経験を積んだ職員に対し、追加的処遇改善を行うこととした。キャリアアップ研修受講修了者の情報管理は、全国統一のシステムが必要になると想定されるが、詳細が示されていない。

また、eラーニングによる研修実施について、国は調査研究結果を取りまとめたが、具体的な実施方法は各都道府県に委ねられており、全国で一定の水準が求められる研修の質に差が生じる懸念がある。

さらに、国は、保育所等における園内研修の受講により、キャリアアップ研修の研修時間を最大4時間短縮できるとしたが、その運用方法について、詳細が示されていない。

国の平成27年度補正予算では、保育士修学資金貸付事業の拡充のほか、保育補助者雇上費用や潜在保育士の就職準備金等新たな貸付事業等が創設された。加えて、令和6年度の補正予算では、養成施設に通う、学費の貸付を受けていない学生を対象に、「就職準備金」のみの貸付けを行うことを可能とする拡充も行われた。これらの貸付事業に係る事務費は上限額が定められており、貸付実績の伸び

に伴う事務量の増加により、システム経費や債権管理経費など事務運営上必要な経費の不足について実施主体の負担が懸念される。

支給認定、施設型給付費及び地域型保育給付費、処遇改善等加算における賃金改善要件などの制度が複雑であるため、区市町村及び事業者に過度な事務負担が生じていることに加え、処遇改善等加算（区分①）は都道府県をまたいで配分調整を行うことが可能となっているため、加算額の大部分が同一事業者の他道府県の保育所等に配分される実態もある。

施設において保育の質を向上するためには、施設長等がより保育に注力できるよう、事務職員を雇うなど事務の負担軽減を図る必要があるが、公定価格に含まれる事務職員分は非常勤相当であり、また、加算額も不十分である。

#### <具体的要求内容>

- (1) 保育士等キャリアアップ研修受講者の情報を全国統一的に管理できる仕組みを構築するとともに、eラーニングによる研修実施方法や園内研修の取扱いについて、全国統一のスキームを詳細に示すこと。
- (2) 保育対策総合支援事業費補助金により実施されている保育士修学資金貸付等事業について、事業の安定的な実施が可能となるよう、事務費の上限額を引き上げるとともに、債権管理経費を継続的に措置すること。
- (3) 支給認定や施設型給付費・地域型保育給付費等の仕組みを簡素な仕組みに見直すとともに、公定価格の基本部分単価や給付費を増額すること。
- (4) 保育所等の運営を担う事務職員に係る経費については、基本分単価に含まれる事務職員一人（非常勤相当分）や、事務職員雇上費加算等について、実情に応じた額に引き上げること。
- (5) 処遇改善等加算（区分①）について、同一法人の他の教育・保育施設の職員への配分額に上限を設けること。

(5) 夜間保育について、多様化する保護者の働き方や保育ニーズに対応するため、午後 10 時以降の保育の実施に適した制度に見直しを行うとともに、実施する際の留意事項等を示した指針を定めること。

#### <現状・課題>

国制度における夜間保育の運営に対する支援は、給付費の夜間保育加算や延長保育事業がある。

夜間保育加算は認可の夜間保育所のみ対象となり、通常の認可保育所は対象とならないことに加え、その開所時間は、午後 10 時までが原則とされており、多様化する保護者の働き方や保育ニーズに対応できていない。

夜間保育所が午後 10 時以降開所した場合については、令和 2 年度から、延長保育事業の補助単価が拡充された。しかしながら、認可保育所は対象とならないこ

とに加え、その拡充内容が深夜の運営に要する費用として不十分である。

また、夜間保育所は、認可保育所に併設して実施することも可能であるが、保育室等の直接児童の保育の用に供する設備や保育士については、運用に支障が生じない範囲であっても、併設された認可保育所との共用が認められていない。

このように、既存の国の制度は、夜間保育の推進に効果的な制度となっていないため、夜間の保育サービスの整備が進んでいない。その結果、深夜帯の保育を必要とする保護者は、主にベビーホテル等の認可外保育施設を利用せざるを得ない状況となっている。

また、夜間保育の実施に当たっては、夜間の生活の場に相応しい保育を提供する必要があるが、保育所保育指針は、夜間を想定した内容となっていないため、夜間保育の質の確保・向上を図るための仕組みがない。

こうした状況を受け、都は独自に夜間保育に取り組む認証保育所に対し、夜間の割増賃金等への支援を実施しており、夜間の保育において留意すべき事項を示している。

#### < 具体的要求内容 >

夜間保育について、多様化する保護者の働き方や保育ニーズに対応するため、午後 10 時以降の保育の実施に適した制度に見直しを行うとともに、実施する際の留意事項等を示した指針を定めること。

### (6) 病児保育事業の推進に必要な制度設計を行うこと。

#### < 現状・課題 >

病児保育事業は、利用者数が季節や病気の流行に左右され経営が安定しないため、国は子ども・子育て支援交付金について、これまで基本分単価の引き上げや当日キャンセルが生じた場合の加算を創設し、令和 7 年度には、種類の異なる感染症に罹患した児童を複数預かる場合の加算を創設したが、安定的な運営を図るためには、利用実績によらず定員に応じた支援の創設など、更なる充実が必要である。

また、補助基準額が全国一律であり、大都市の実情が考慮されていないことや、保育所等では制度化されている処遇改善等加算相当が補助基準額に含まれていないことも、事業の拡大を妨げる要因になっている。

利用者の利便性と施設の安定的な運営のために、近隣の自治体と連携した「広域利用」の実施も促進していく必要があるが、広域利用の促進を支援する仕組みなどがないため、整備が進んでいない。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 利用実績にかかわらず定員に応じて必要となる運営費、大都市における地価や処遇改善等加算を含めた人件費を考慮した補助制度にすること。
- (2) 総事業費のうち利用者負担で賄う額について、利用料と利用状況の実態を踏まえて再検討し、補助単価を増額するよう制度の見直しを行うこと。

(3) 複数の自治体が共同で行う整備に対して支援を実施するなど、区市町村が広域利用に取り組みやすい仕組みを構築すること。

(7) 保育士資格管理の厳格化に関する運用が適切に実施されるよう必要な措置を講じること。

また、保育士登録を取り消すことができる場合の規定の運用についてもこれが適切に実施されるよう、必要な措置を講じること。

#### <現状・課題>

令和4年6月に公布された児童福祉法(昭和22年法律第164号)の改正により、児童生徒性暴力等を行った保育士について、登録の取消しや再登録の制限などの資格管理の厳格化が行われている。令和5年3月に「保育士による児童生徒性暴力等の防止等に関する基本的な指針について」(令和5年3月27日付子発0327第5号局長通知)が発出されたが、どのような場合にわいせつ行為を行ったと認められるのかということや、どのような場合に再登録が可能となるのかなどの詳細は示されていない。

保育士を雇用する者には、児童生徒性暴力等を行ったことにより登録を取り消された者が記録された国のデータベースの活用と、雇用する保育士が性暴力等を行った場合における都道府県知事への報告が義務付けられている。しかし、児童生徒性暴力等を保育所等に勤務する保育士が保育所等以外の場所で行った場合や保育所等に勤務していない保育士が行った場合には、雇用主による都道府県知事への報告が行われず、結果として保育士登録の取消しとデータベースへの記録ができない懸念がある。

また、児童福祉法上、都道府県知事は、保育士が保育士の信用を傷つける行為を行った場合等に保育士の登録を取り消すことなどができるとされている。しかし、信用を傷つける行為の具体的な内容や保育士の名称の使用停止の期間についての明確な定めは設けられておらず、該当事案の周知もなされていないことから、都道府県での対応が困難になっている。

保育士資格は国家資格であることから、児童生徒性暴力等を行った保育士の保育士資格管理の厳格化や保育士の信用を傷つける行為を行った保育士の登録取消しについては、都道府県によってその取扱いに差異が生じることは適当でなく、全国統一の明確な基準が必要である。

#### <具体的要求内容>

児童生徒性暴力等を行った保育士の登録取消し及び再登録について、早期に統一かつ明確な基準とその具体的な運用方法を明示すること。

保育士による児童生徒性暴力等の情報を警察が把握した場合には、都道府県知事へ通知される制度を整えるなど、保育士登録を遺漏なく取り消せるようにすること。

また、保育士の信用を傷つける行為などを行った保育士の登録取消し及び再登録について、早期に統一かつ明確な基準とその具体的な運用方法を明示するとともに、都道府県知事へ通知される制度を整えるなど、保育士登録を遺漏なく取り消せるようにすること。

## 5 学童クラブの設置促進

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 学童クラブの待機児童解消に向けた支援を充実すること。
- (2) 学童クラブとして望ましい運営水準が確保できるよう、運営費の充実等制度の更なる改善を行うこと。

### <現状・課題>

学童クラブは、就学後も安心して過ごせる生活の場を児童に提供するとともに、保護者の就労支援のために欠かせないサービスになっている。しかし、女性就業率の上昇等により学童クラブのニーズが更に上昇し、小学校入学とともに、仕事と子育てとの両立が困難となる、いわゆる「小1の壁」が問題となっている。加えて、平成27年度から利用対象が小学6年生まで拡大したこと等により、希望しても登録できなかった児童数が増加している。

また、学童クラブの運営実態を見ると、平成27年度から、国は、運営費の補助基準額の見直しや補助メニューの充実などを図ってきたが、運営費の補助は、依然として総事業費を大きく下回っている。

都は、こうした現状を受け、学童クラブ待機児童解消計画を策定した区市町村に対し、これまで整備費の区市町村負担軽減や児童館等を活用した多様な居場所づくりなどの支援を行ってきた。さらに、令和7年度からは、賃借料補助、利用調整支援事業、送迎支援事業の上乗せ補助を実施する。

また、令和7年度から、サービスの質の向上を図るため、国の基準を上回る、1支援当たりの放課後児童支援員の数を3人以上とする職員体制などを要件とする認証学童クラブ事業を開始し、その水準を確保するために必要な経費を支援する。

### <具体的要求内容>

- (1) 学童クラブの整備や賃借料に係る補助基準額を実勢に対応した水準に引き上げるとともに、利用調整や送迎支援などについて、待機児童が多い地域の実情に応じて対応できるよう十分な財政措置を講じるなど、待機児童解消に向けた支援を充実すること。
- (2) 区市町村が、地域の実情に応じて、職員の増配置、保護者ニーズが高い学童クラブの時間延長等への対応や、放課後児童支援員の資質向上や処遇改善など、学童クラブとして望ましい運営水準が確保できるよう、運営費の充実等制度の更なる改善を行うこと。



## 6 企業が取り組む次世代育成支援の推進【最重点】

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 産業労働局)

- (1) 男性の育児休業取得の促進に向け、「産後パパ育休」や労働者に対する個別の意向確認の義務化などの周知徹底等により、社会的機運の醸成や企業における取組に対する支援の強化を図ること。
- (2) 中小企業の従業員等が、育児・介護休業法に基づく育児休業期間の延長を活用できるよう、企業の自主的な取組を推進するとともに、所定労働時間の短縮措置や所定外労働の制限等を小学校就学後も利用できるよう早急に法整備する等両立支援制度の導入と定着に向けた措置を行うこと。
- (3) いわゆるマタハラ・パタハラ等の防止措置など、育児・介護休業法における企業の義務について、周知徹底を図るとともに、適切に指導監督を行うこと。

### <現状・課題>

急速な少子化の進行は、我が国の社会経済活動においても深刻な影響を与えるものであることから、企業における労働環境の整備や子育てと仕事を両立するための方策を推進していく必要がある。

令和5年度雇用均等基本調査によると、従業員の育児休業取得率は、女性が84.1%である一方、男性は30.1%となっており、男性の育児休業の取得は十分に進んでいない。

男性の育児休業の促進に向けては、「産後パパ育休」や労働者に対する個別の制度周知・意向確認の義務などが盛り込まれた育児・介護休業法が施行されており、令和7年4月以降段階的に施行される法改正の内容を含め、社会的機運の醸成や企業に対する支援の充実を図り、職場の意識改革など、企業における取組を進めていく必要がある。

また、平成29年10月から、原則1歳までである育児休業を6か月延長しても保育所に入れない場合等に限り、更に6か月(2歳まで)の再延長が可能となった。さらに、事業主に対し、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者が、育児に関する目的で利用できる休暇制度(育児目的休暇等)の措置を設けることが努力義務となっているが令和7年10月からは育児期の柔軟な働き方を実現するための複数措置が加わることになっており、これらが職場で活用される

には、事業主への周知啓発を強化する必要がある。

加えて、保育との受入れ時間の差などがある小学校就学後も所定労働時間の短縮措置や所定外労働の制限等を利用できるよう、子育てと仕事の両立に向けた法整備等を行う必要がある。

なお、育児・介護休業法では、安心して育児と仕事の両立が図れるよう、いわゆるマタハラ・パタハラ等の防止措置が義務化され、事業主及び労働者の責務等、防止策が強化されている。こうした内容についても周知徹底を図るとともに、措置を行わない事業者に対しては適切に指導監督を行う必要がある。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 男性の育児休業取得の促進に向け、「産後パパ育休」や配偶者の妊娠・出産の申出をした労働者に対する個別の制度周知・意向確認の義務などのほか、今後施行される法改正の内容を含め、その周知徹底等により、社会的機運の醸成や企業における取組に対する支援の強化を図ること。
- (2) 中小企業の従業員等が、育児・介護休業法に基づく育児休業期間の延長を活用できるよう、企業の自主的な取組を推進するとともに、助成金の拡充や普及啓発の強化に加え、所定労働時間の短縮措置や所定外労働の制限等を小学校就学後も利用できるよう早急に法整備するなど両立支援制度の導入と定着に向けた措置を行うこと。
- (3) 安心して育児と仕事の両立ができるよう、いわゆるマタハラ・パタハラ等の防止措置など、育児・介護休業法における企業の義務について、周知徹底を図ること。また、企業が対応すべき措置義務が適切に行われるよう、指導監督を行うこと。

#### 参 考

#### 【改正育児・介護休業法の概要】（育児関連部分）

（施行日 下記 1・2：令和4年4月1日 3・4：令和4年10月1日 5：令和5年4月1日）

- 1 個別の周知・意向確認の措置の義務付け  
妊娠・出産の申出をした労働者に対し事業主から個別の制度周知・休業取得の意向確認を義務付け
- 2 有期雇用労働者の育児休業取得要件の緩和  
有期雇用労働者の取得要件のうち「事業主に引き続き雇用された期間が1年以上である者」を廃止
- 3 出生時育児休業の新設（「産後パパ育休」）
- 4 育児休業の分割取得  
育児休業（3の休業を除く。）について分割して2回まで取得可能とする。
- 5 育児休業の取得状況の公表の義務付け  
常時雇用労働者数1,000人超の事業主に対し、育児休業取得状況の公表を義務付け

(施行日 令和7年4月1日)

- 1 所定外労働時間を免除する対象を子の小学校前まで広げる。
- 2 3歳未満の子を養育する場合に講ずる短時間勤務制度の代替措置の努力義務にテレワークを追加
- 3 子の看護休暇については、小学3年生修了まで対象を広げ、感染症に伴う学級閉鎖や入園（入学）式、卒園式を対象に追加
- 4 男性の育児休業について、300人を超える企業まで取得状況の公表義務を広げるとともに、新たに100人を超える全ての企業に目標設定を義務付ける。

(施行日 令和7年10月1日)

- 1 企業は、子の3歳から小学校就学前までは、①始業時間等の変更、②テレワーク等、③保育施設の設置運営等、④養育両立支援休暇の付与、⑤短時間勤務制度の中から二つ以上を設置することを義務付ける。

**【育児・介護休業法の概要】（ハラスメント関連部分）**

- 1 いわゆるマタハラ・パタハラなどの防止措置義務の新設
  - (1) 事業主による妊娠・出産・育児休業・介護休業等を理由とする不利益取扱いは禁止
  - (2) 上司・同僚からの、妊娠・出産、育児休業、介護休業等を理由とする嫌がらせ（いわゆるマタハラ・パタハラなど）を防止する措置を講じることが事業主へ新たに義務付け
  - (3) 派遣労働者の派遣先にも以下を適用
    - ・ 育児休業等の取得等を理由とする不利益取扱いの禁止
    - ・ 妊娠・出産、育児休業、介護休業等を理由とする嫌がらせ等の防止措置の義務付け
- 2 妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントの防止策強化  
事業主及び労働者の責務、事業主に相談等をした労働者に対する不利益取扱いの禁止

## 2 子供目線に立った政策の推進

### 1 学校外における多様な学び・居場所への支援【最重要】

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省)  
(都所管局 子供政策連携室・生活文化局・教育庁)

- (1) 不登校等の子供に対する学校での取組を国として強力に支援していくことはもとより、学校外での多様な学びの機会を確保する観点から、フリースクール等の学校外における学び・居場所の在り方等について、法的な位置付けを明確にするとともに、国として必要な支援策を構築すること。
- (2) 学校外における学び・居場所に対する支援に当たっては、不登校等の子供を取り巻く実態を的確に把握するとともに、保護者の不安や悩みに対するサポート等の取組を一層充実すること。
- (3) 地方自治体が地域の実情を踏まえて、独自に実施している学校外における学び・居場所に対する支援や保護者支援に対して、財政措置等を講じること。

#### <現状・課題>

文部科学省が実施した、令和5年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によると、全国の小・中・高等学校の不登校児童・生徒数は415,252人となり、前年度比で約6万人増加している（うち都内の不登校児童・生徒数は41,414人、前年度比で約7千人の増加）。

さらに、小学校1年生の不登校児童数については、令和3年度比で約2倍の9,154人となっている。他学年と比較して不登校児童数の増加割合が高く、不登校児童生徒の低年齢化の傾向が見られる。

こうした厳しい状況に対して、不登校等、学校生活になじめない子供が、自らの進路を主体的に捉え、社会的自立に向け、個々の状況に応じた適切な支援が受けられるよう不登校等の子供を取り巻く実態を把握したうえで、学校及び学校外の双方から多様な選択肢を確保していく必要がある。

国は「義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律」（平成28年法律第105号）において、不登校児童生徒が行う多様な学習活動の実情を踏まえ、個々の不登校児童生徒の状況に応じた必要な支援が行われるようにすることを基本理念の一つに掲げるとともに、不登校児童生徒等に対する学校及び学校以外の場における教育機会の確保等について規定している。

あわせて、「こども大綱」（令和5年12月策定）では、教育機会確保法の趣旨を踏まえ、全ての子供が教育を受ける機会を確保できるよう、学校内の取組に加え、NPOやフリースクール等との連携など、不登校の子供への支援体制を整備し、アウトリーチを強化するとしている。

不登校等の子供に対する教育機会等の確保は、全国共通の課題であり、国として、フリースクール等の学校外の学び・居場所の創出に向けた実効性のある取組を推進していくことが求められる。

また、子供の不登校に伴う保護者等の離職をはじめ、保護者等自身も様々な不安や悩みに直面していることから、保護者等へのサポートを充実・強化することが必要である。

#### <具体的要求内容>

- (1) 不登校等の子供に対する学校での取組を国として強力に支援していくことはもとより、学校外での多様な学びの機会を確保する観点から、フリースクール等の学校外における学び・居場所の在り方等について、法的な位置付けを明確にするとともに、国として必要な支援策を構築すること。
- (2) 学校外における学び・居場所に対する支援に当たっては、不登校等の子供を取り巻く実態を的確に把握するとともに、保護者の不安や悩みに対するサポート等の取組を一層充実すること。
- (3) 地方自治体が地域の実情を踏まえて、独自に実施している学校外における学び・居場所に対する支援や保護者支援に対して、財政措置等を講じること。

## 2 学校内外における多様な体験活動創出への支援

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省)  
(都所管局 子供政策連携室・生活文化局・福祉局・教育庁)

- (1) 年齢や発達の程度に応じて、多様な体験等ができるよう、学校内外における体験活動を国として強力に推進すること。
- (2) 地方自治体が地域の実情を踏まえて実施している学校外における体験活動創出への支援に対して、必要な財政措置等を講じること。

### <現状・課題>

文部科学省が実施した、令和2年度「青少年の体験活動の推進に関する調査研究」によると、体験活動などの経験は、長期間経過してもその後の成長に良い影響を及ぼすということが明らかになった。

また、「こども大綱」(令和5年12月)において、国や地方公共団体等が連携・協働して、年齢や発達の程度に応じて、多様な体験等ができるよう、地域資源も生かした体験の機会を創出することとしている。

子供は、発達段階に応じて、様々な体験や経験を積み重ねる中で、社会を生き抜く上で必要となる基礎的な能力を身に付けていくことから、学校内外で様々な体験活動を創出していくことが重要である。

都では、子供を客体ではなく主体として捉えるという、子供政策の基本スタンスの下、全ての子供が、自らの希望に応じて、多様な体験活動にチャレンジできる環境を創出するため、都庁各局の施策と連携・協働し、学校内外で様々な体験活動を創出していくとともに、令和7年度から、学校外の多様な体験活動の創出に取り組む区市町村の支援を行うなど、区市町村と連携した実効性の高い子供政策を展開しているところである。

国においても、自らが主体となって必要な施策を強化・充実するなど、社会全体で実効性のある取組を推進していくとともに、地方自治体が地域の実情を踏まえた施策を推進できるよう財政支援等を講じることが求められる。

### <具体的要求内容>

- (1) 年齢や発達の程度に応じて、多様な体験等ができるよう、学校内外における体験活動を国として強力に推進すること。
- (2) 地方自治体が地域の実情を踏まえて実施している学校外における体験活動創出への支援に対して、必要な財政措置等を講じること。

### 3 子供の「遊び」の環境整備

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省・国土交通省)  
(都所管局 子供政策連携室)

子供が「遊び」を通じて、健やかに成長できるよう、「遊び」の環境整備に向け、必要な財源を確保するとともに、国が主体となって必要な施策を推進すること。

#### <現状・課題>

国は、令和5年12月22日に閣議決定された「こども大綱」の中で、目指すべき「こどもまんなか社会」として、「様々な遊びや学び、体験等を通じ、生き抜く力を得ることができる社会」を掲げている。また、こども施策に関する重要事項に、「多様な遊びや体験、活躍できる機会づくり」を挙げ、「こども・若者全てのライフステージにおいて、(中略)遊びや体験の機会や場を意図的・計画的に創出」し、また「こどもの遊び場とそのアクセスの確保や親同士・地域住民との交流機会を生み出す空間の創出などの取組を推進する」ものとしている。令和6年5月に策定された「こどもまんなか実行計画」では、「こども大綱」に基づいて具体的に取り組む施策について取りまとめられたところである。

また、「こども大綱」と同日に閣議決定された「こどもの居場所づくりに関する指針」においては、「社会で生き抜く力を得るための糧となる多様な体験活動や外遊びの機会に接することができ、(中略)こどもが本来もっている主体性や創造力を十分に発揮して社会で活躍していけるよう、『こどもまんなか』の居場所づくりを実現する」とし、居場所づくりを進めるに当たっては、「居場所の性格や機能に応じて、官民が連携・協働して取り組むことが必要」としている。

これら「こども大綱」、「こどもまんなか実行計画」、「こどもの居場所づくりに関する指針」を見る限り、子供のニーズが高いボール遊び場やプレーパークなどの遊び場のハード整備や、プレーリーダー等の子供の遊びを支える人材の確保・育成に関する国の財政的支援の枠組みがない。

都は、令和6年2月に公表した「こども未来アクション」の作成過程において、18,000人を超える子供に意見を聴いた。その中には、「ボール遊びが禁止の公園が多い」「プレーパークみたいな公園が増えてほしい」といった意見や「遊び場や居場所をつくるときは子供の意見を聴いてほしい」といった要望など、「遊び」に関する意見や要望が数多くあった。そこで、都では、子供の意見を取り入れながらプレーパークなどの遊び場づくりを推進する区市町村への補助金について、令和6年度から新規採択事業の予算規模を倍増させており、令和7年度もこの規模を継続する。また、子供の「遊び」を地域へ拡大・浸透させるため、遊び体験の創出やプレーリーダー等の人材育成、安全対策などに取り組む区市町村を継続的に支援する補助制度を構築するなど、ハード・ソフトの両面から強力に後押ししている。

子供の「遊び」の環境整備に向けて、国は、地方自治体が地域の実情を踏まえた施策を推進できるよう財政支援等を講ずるとともに、自らが主体となって必要

な施策を推進する必要がある。

<具体的要求内容>

地方自治体が地域の実情に応じて、遊び場づくりやプレーリーダーの人材確保・育成等を推進できるように、国庫補助制度の創設など、必要な財政支援を行うこと。またプレーリーダーが安定的・持続的に活動できる環境づくりに向けた制度の構築など、必要な施策を講じること。



#### 4 未就園児の定期的な預かり制度の構築

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省)  
(都所管局 子供政策連携室・生活文化局・福祉局・教育庁)

保護者の就労等の有無にかかわらず、より多くの乳幼児を保育所等で定期的に預かることができるよう、制度構築を図ること。

##### <現状・課題>

東京都では、令和5年度から「多様な他者との関わりの機会の創出事業」を創設した。本事業は、非認知能力の向上など、子供の健やかな成長をサポートするため、幼稚園・保育所等を地域の社会資源として位置付け、保護者の就労等の有無にかかわらず乳幼児を定期的に受け入れることで、早期から多様な他者と関わる機会を確保するものである。令和7年度は、保育所同様、9月から第一子の利用者負担額を無償化するとともに、「医療的ケア児等の育ちの支援事業」を創設し、保育所等を利用できない医療的ケア児等を対象に、ベビーシッターによる保育を提供する。

こども家庭庁においても、令和7年度からは「乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）」を法律上制度化しているが、対象となる子供の年齢が0歳6か月から2歳までとしているほか、利用時間の上限が1月当たり10時間までとされており、また、利用者負担額の減免も住民税非課税世帯等に限定されていることに加え、ベビーシッターによる保育が対象外となっているなど、日々成長し続ける子供への対応として、不十分な内容となっている。

##### <具体的要求内容>

令和8年度から子ども・子育て支援法に基づく新たな給付として実施する「乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）」においては、医療的ケア児等を含め、全ての乳幼児が早期から多様な他者と関わる機会を確保できる制度を構築すること。

また、望む人が安心して子供を産み育てることができるよう、対象世帯を限定することなく、利用者負担額の無償化を早期に実現すること。

制度の構築に当たっては、様々な主体が取り組みやすいものにするとともに、安定的な財源を確保した上で、地域ごとの実情も踏まえた十分な財政措置を講ずること。

## 5 幼児教育・保育の充実

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省)  
(都所管局 子供政策連携室・生活文化局・福祉局・教育庁)

- (1) 全ての乳幼児の育ちを支える幼児教育・保育の在り方等について検討し、改善・充実を図ること。
- (2) 幼稚園教諭及び保育士の養成課程の内容を更に充実すること。

### <現状・課題>

乳幼児期は人生の土台を形成する重要な時期であり、子供目線に立ち幼児教育・保育の更なる質の向上を図っていくことが重要である。

東京都では、「就学前教育プログラム」の策定及び「就学前教育カリキュラム」の策定・改定や、国の幼児教育の理解・発展推進事業において、幼稚園教諭等を対象とした保育技術等に関する研究協議や講義等を実施する等、幼児教育・保育の充実に努めてきた。また、令和4年度に公表した「こども未来アクション」において、「乳幼児期の子育ち」をプロジェクトの一つに掲げ、乳幼児期から子供の健やかな成長をサポートする取組を開始した。その一環として、令和5年度には、主体的・協働的な探究活動を通じ、乳幼児の豊かな心の育ちを後押しする幼保共通のプログラム「とうきょう すくわくプログラム」を策定し、令和6年度から都内全域の幼稚園、保育所等を対象に展開している。

国においては、平成29年の幼稚園教育要領や保育所保育指針等の改訂に際し、人格形成の基礎を培う乳幼児期の重要性を示すとともに、「経済財政運営と改革の基本方針2024」（いわゆる「骨太の方針」）において、非認知能力の育成に向けた幼児教育・保育の質的向上の推進が記載された。全ての乳幼児の成長を後押しし続けるためには、継続して幼児教育・保育の充実にに向けた取組の検討が不可欠である。

加えて、幼児教育・保育と小学校教育との円滑な接続といった課題は依然として残っており、乳児期からの連続性を踏まえ、幼児教育・保育をより一層充実させていくことも重要である。

以上より、幼稚園教育要領、保育所保育指針、幼保連携型認定こども園教育・保育要領及び小学校学習指導要領の内容を基に、子供の最善の利益という観点から、幼児教育・保育の内容について検討していく必要がある。

また、幼稚園教諭及び保育士の養成段階において、小学校との連続性を踏まえるなど、幼児教育・保育の在り方等について学ぶ機会や内容を充実させていく必要がある。

### <具体的要求内容>

- (1) 幼稚園教育要領、保育所保育指針、幼保連携型認定こども園教育・保育要領及び小学校学習指導要領の次期改訂に向けて、より子供目線に立った幼児教育・保育の在り方等について、研究・開発を進めること。
- (2) 大学や専門学校等における幼稚園教諭及び保育士の養成課程において、小学校との連続性を踏まえる等、幼児教育・保育について学ぶ内容を更に充実すること。

## 6 子供の事故予防の推進

(提案要求先 こども家庭庁・文部科学省・経済産業省・消費者庁)  
(都所管局 子供政策連携室)

- (1) 国において収集した、子供の事故情報やいわゆる「ヒヤリ・ハット事例」について、引き続き自治体等との緊密な情報共有を図ること。
- (2) 産官学民の連携の下、子供の事故情報等のエビデンスに基づく実効性のある予防策を研究開発し、その普及を図るとともに、製品の安全性向上に向けた改良や、家庭・事業者等での予防策の実践に対し支援を行うこと。

### <現状・課題>

国はこれまでに、「子どもを事故から守る！事故防止ポータル」や「こどもの事故防止ハンドブック」等により、子供の事故情報や事故防止の注意点等を情報発信するとともに、「事故情報データバンクシステム」や「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」等の事故情報等に関するデータベースを構築している。

また、令和4年度において国は、バスの置き去り事例のほか、命の危険につながりかねない事例について、先行自治体や現場をよく知る保育所等の団体関係者から収集し、あわせて今後の事例収集・共有の効果的な方法を検討するなどの調査研究を実施した。

都では、子供の事故予防につながる調査・研究を推進するとともに、学校・保育施設等での事故や子供に関係した製品事故など、幅広い事故データ・事例等を一元的に取り扱う「子供の事故情報データベース」を令和7年3月に公開した。

社会全体で子供の安全・安心を確保していくためには、各省庁においてこれまでに収集した情報を含めた子供の事故情報やヒヤリ・ハット事例について、自治体等とのデータ共有を推進し教育・保育施設等の現場へ効果的に発信・共有していくとともに、産官学民の連携の下、子供の事故情報等に基づいて実効性のある予防策を開発・実践していくことが必要である。

### <具体的要求内容>

- (1) 国において収集した、子供の事故情報やいわゆる「ヒヤリ・ハット事例」について、引き続き自治体等との緊密な情報共有を図ること。
- (2) 産官学民の連携の下、子供の事故情報等のエビデンスに基づく実効性のある予防策を研究開発し、その普及を図るとともに、製品の安全性向上に向けた改良や、家庭・事業者等での予防策の実践に対し支援を行うこと。

## 7 民間事業者による日本版DBSの活用

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 子供政策連携室・福祉局)

- (1) こども基本法の精神にのっとり、全ての子供たちが性被害を受けないように、子供が日常的に過ごす多様な学びの場・居場所を運営する多様な民間事業者が、日本版DBSを活用できる環境を整備すること。
- (2) 日本版DBSの運用に当たっては、犯歴情報の管理をはじめとしたガイドラインを策定し、事業者が認定を取得しやすい環境を整備すること。

### <現状・課題>

教育・保育施設等やこどもが活動する場等において働く際に性犯罪歴等についての証明を求める仕組み（以下「日本版DBS」という。）の導入に向けて、学校設置者等及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律（以下「法」という。）が、令和6年6月に成立し、令和8年度中の施行が予定されているところである。

法は、民間教育保育等事業者による日本版DBSの利用は任意とした上で、学校設置者等が講ずべき措置等と同等のものを実施する体制が確保されている旨の内閣総理大臣の認定（以下「認定」という。）を受けることができ、認定を受けた事業者については、学校設置者等と同等の措置実施を義務付けている。

民間教育保育等事業者については、法第2条において限定的に列挙されているところであるが、子供が日常的に過ごす多様な学びの場・居場所において、子供が安心して過ごし、健やかに成長できるよう、安全の確保をより確実なものとしなければならない。

日本版DBSを利用できる民間事業者の規模については、今後、政令で定めるとしているが、個人事業主や小規模な事業者も利用できるよう、検討が必要である。

また、認定の手続き方法、犯歴情報の管理方法、従事者への具体的な研修内容、子供から性被害の相談を受けた際の対応フロー等を取りまとめたガイドラインを提示するなど、事業者が認定を取得しやすい環境を整備する必要がある。

### <具体的要求内容>

- (1) こども基本法の精神にのっとり、全ての子供たちが性被害を受けないように、子供が日常的に過ごす多様な学びの場・居場所を運営する多様な民間事業者が、日本版DBSを活用できる環境を整備すること。
- (2) 日本版DBSの運用に当たっては、認定方法や犯歴情報の管理をはじめとしたガイドラインを策定し、事業者が認定を取得しやすい環境を整備すること。

## 8 デジタルの力を活用した子供政策の推進

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 子供政策連携室)

- (1) 子供一人ひとりにとっての「学びの最適化」を図るため、国や地方自治体等の垣根を越えて、子供の探求心を育む特色あるデジタルコンテンツの活用を促進していくこと。
- (2) デジタル技術を活用した子供向け相談サービスの先進事例等について国や地方自治体等で相互共有を図り、子供たちが適切なサポートを受けられる環境を整備すること。

### <現状・課題>

国は「こども大綱」において、地方公共団体と密接に連携しながら、地域の実情を踏まえつつ、国と地方公共団体の視点を共有しながら、こども施策を推進することとしている。

東京都は「シン・トセイ X 都政の構造改革 QOS アップグレード戦略 2.0」において、国や都・区市町村で分かれている手続やサービスを、自治体の枠を越え連携し展開していくこととしている。また、こども分野における目指す将来の姿の一つとして、全ての子供と直接つながるデジタル接点を創出し、子供たちの知的好奇心を満たすコンテンツの充実や、不安や悩みを気軽に相談でき、身近な専門機関や窓口へつながることができる環境整備を、国・都・区市町村の垣根を越えて展開していくこととしている。

子供たちの探求心を育むデジタルコンテンツや、何気ない不安や悩みを気軽に相談できる SNS 等のデジタルサービスを充実するなど、子供目線に立った取組を加速していくために、国と地方自治体等がこれまで以上に緊密に連携しながら、デジタル技術を有効活用し、さらなる支援策を講じていく必要がある。

### <具体的要求内容>

- (1) 子供一人ひとりにとっての「学びの最適化」を図るため、国や地方自治体等の垣根を越えて、子供の探求心を育む特色あるデジタルコンテンツの活用を促進していくこと。
- (2) デジタル技術を活用した子供向け相談サービスの先進事例等について国や地方自治体等で相互共有を図り、子供たちが適切なサポートを受けられる環境を整備すること。

### 3 特別な支援を要する子供と家庭に係る施策の 充実

#### 1 児童相談体制の一貫した充実強化【最重点】

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 児童相談所の体制強化を図ること。
- (2) 児童相談所の職員の専門性向上・人材確保を図ること。
- (3) 虐待の未然防止に向け、区市町村の相談支援機能を強化すること。

#### <現状・課題>

児童相談所は、子供を守る中核機関として、安全確認、安全確保を第一に迅速、的確な対応が求められているが、家庭や地域における養育機能が低下している中で、児童虐待や非行など、子供や家庭に関する深刻な相談が増加し、その内容も複雑、困難化している。

また、それに伴い、一時保護件数も増加している。

様々な課題を抱える子供と家庭に的確に対応するためには、児童相談の一義的な窓口である区市町村も含め、児童相談体制の更なる強化が不可欠である。

心身疾患や障害がある児童等も増えており、医療的な援助が必要な保護児童に対しては、医療機関等への一時保護委託を行い、よりきめ細かなケアを提供する必要があるが、委託費の単価は十分ではない。

令和7年6月から導入された一時保護時の司法審査において、児童相談所が親権者等の確認を速やかに進めるため、改正児童福祉法（令和4年法律第66号）施行規則では、区市町村が行う公用請求については、児童相談所長等の求めに応じ、一時保護時の司法審査手続に関し調査を行う場合、本籍地以外の区市町村に対する戸籍謄本等の請求を活用できる旨が明確化された。通常、児童等が居住する区市町村に協力を求めることとなるが、児童相談所長は、居住区市町村戸籍部門に直接請求できるわけではなく、子供関係部署を通じての手続きとなるため、戸籍取得に時間を要する。児童相談所の調査権については、対象機関が限定されており、また、応諾義務がないため、必要な情報を入手することが難しい場合がある。

保護者の働き方が多様化する中、児童相談所の相談援助活動においては、勤務時間外における家庭訪問や保護者面接等が増えているほか、夜間における身柄付き通告による一時保護も増えている。限られた人員体制の中で、児童相談所がより迅速かつ的確に重篤な虐待対応を行うとともに、専門的知見を生かした相談援助活動に注力できるよう、民間機関の活用も必要である。

相談援助業務を担う児童福祉司等は、家族関係も踏まえた虐待に係るリスクな

などを的確に評価する高いアセスメント力が求められており、さらに、必要な場合には、躊躇なく一時保護等の法的対応を講ずるなど高度な専門性を発揮していかなければならない。

また、一時保護施設では、年齢も主訴も異なる児童が一緒に生活しており、多くの児童は、虐待による愛着障害や発達障害など様々な課題を抱えている。

また、児童養護施設とは異なり、緊急保護や夜間における身柄付き通告による保護もあるほか、日中も常時児童が生活しており、日々の入退所により常に児童の入れ替わりがあるため、職員の負担感も大きい。

さらに、都市部においては、人口規模に応じて一時保護を必要とする児童が多数いるほか、困難を抱え一時保護を要する児童が全国から集まる状況であり、こうした多くの児童を受け入れ、子供の権利擁護や一人一人の子供の状況に応じた適切な個別ケアを一層確保することが求められる。

そのためには、質の高い人材を計画的に確保し、育成していくことが喫緊の課題である。

国は令和4年12月に「新たな児童虐待防止対策体制総合強化プラン」を策定し、児童福祉司・児童心理司・スーパーバイザーの大幅な増員が図られているため、今後、更なる人材確保・育成策が必要となる。

こども家庭福祉の現場にソーシャルワークの専門性を十分に身につけた人材を早期に輩出するため、改正した児童福祉法（令和4年法律第66号。以下「児福法」という。）により、一定の実務経験のある有資格者や現任者が、国の基準を満たす認定機関が認定した研修等を経て取得する認定資格「こども家庭ソーシャルワーカー」が導入された。しかし、本資格の位置づけが明確ではなく、十分な知識・経験がある場合でも資格取得に当たっては、100時間以上の研修を受講することが必要であり、現役の実務者が勤務しながら資格取得する上では、過大な負担が生じている。

都では、区市町村に子供家庭支援センターを設置し、児童相談所と連携・協働・分担しながら地域の子供と家庭に関するあらゆる相談に対して総合的な支援を行っている。

子供家庭支援センターにおいては、要保護児童対策地域協議会における登録ケースや児童相談所からの事案送致件数の増加に伴い、業務負担が増大しているため、相談体制の充実強化や相談員の専門性の向上が急務である。子ども家庭総合支援拠点の運営費については、常勤職員は地方交付税措置、非常勤職員はDV補助金により財政措置されているが、地方交付税措置の常勤職員の配置基準は、こうした都内の子供家庭支援センターの運営実態を反映したものになっておらず、不十分である。

児福法等に基づくこども家庭センターでは、子育て世代包括支援センター（母子保健部門）と子ども家庭総合支援拠点（児童相談部門）の一体的運営を行うとしており、令和8年度までに創設することが求められている。ガイドラインでは統括支援員の配置やサポートプランの策定について定められているが、都においては、令和3年度から、地域の身近な区市町村において、児童相談部門と母子保健部門とが一体となり、妊娠期からきめ細かなニーズを把握し早期に支援につなげ、虐待を未然に防止する予防的支援の取組を実施してきた。両部門の連携を担う職

員の配置や合同会議の実施、支援プランの作成に加えて、ニーズを的確に把握する独自のアセスメント指標を開発し、専任ケースワーカーが妊娠期から継続的な家庭訪問等を行うことで、一定の効果を上げている。

こうした実効性のある仕組みに対して、業務内容に応じた財源措置が必要である。

また、家庭支援事業の「措置」については、意思決定のしるしや住民に対する丁寧な説明など業務量が増大するため、区市町村の体制強化が必要である。措置によるショートステイ（子育て短期支援事業）については、区市町村に積極的な活用を促すため、実態を把握するとともに、効果的な手法を示す必要がある。

都内に所在する病院が、内密出産及び新生児等を匿名で預かる取組を開始した。都は、病院から新生児の匿名での預かり等について通告があった場合は、子供の命を守るという観点から、地元区とも連携して対応している。

今後都は、妊産婦及び児童の福祉の観点から適切な対応が取られているか、各事例を通じて確認・検証を行っていく。

内密出産について、国は令和4年度にガイドラインを策定した。また、出自を知る権利の位置付けを含め、諸外国の事例の調査研究を行い、内密出産の法体系を検討する考えを示した。

一方、新生児等の匿名による預かりは、法令等に定めはない中、熊本市における検証では、母子の生命にとって危険な事例も報告されている。

#### < 具体的要求内容 >

##### (1) 児童相談所の体制強化を図ること。

- ① 児童相談所における体制整備について、必要な財政措置を講じること。  
また、児童相談所が重篤な虐待対応や専門性が求められる相談援助活動に注力できるよう、民間機関を活用できる範囲を具体的に示すなど、児童相談所の業務の効率化に向けた支援の充実を図ること。
- ② 障害児、医療的ケアを必要とする児童等、児童相談所の一時保護所では対応が難しい生命の安全確保や介護に十分な配慮を要する児童の支援について一時保護委託費の単価の引上げなど充実を図ること。
- ③ 一時保護時の司法審査に係る、本籍地と居住区市町村が異なる場合の戸籍謄本等の請求について、児童相談所長等が、居住区市町村戸籍部門に直接請求できるよう法令改正すること。  
また、児童相談所の調査権については、刑事訴訟法（昭和23年法律第131号）第197条や弁護士法（昭和24年法律第205号）第23条と同様に「公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる」のように対象機関を限定しないこと。さらに、児童相談所の調査権に対する応答義務を明記すること。
- ④ 一時保護施設について、地域の特性に応じてより手厚い職員体制の配置を可能とする財政措置を講じること。

##### (2) 児童相談所の職員の専門性向上・人材確保を図ること。

- ① 児童福祉司、児童心理司の実践力向上に資するよう、アセスメントの手法に係る研修カリキュラムや演習型研修の手法を構築するとともに、児童



福祉司・児童心理司の対応ケースについて分析し、得られたノウハウを提供するなど、職員の専門性向上のための方策を講じること。

② 一時保護施設では、虐待により傷つき、対応が困難な児童も入退所するなど、支援を担う職員には高い専門性が求められることから、専門研修カリキュラムの提示など職員のスキルアップの方策を講じること。

③ 各地方自治体が児童福祉司等の質の高い人材を安定的に確保できるよう、学生等の若年層に対して、児童相談所の業務内容や魅力を分かりやすく発信するなど、国レベルで訴求効果の高い普及啓発を継続的に行うこと。

④ 現役の実務者が、こども家庭ソーシャルワーカー資格を積極的に取得できるよう、研修カリキュラムの見直しや実務経験に応じて一部科目の受講免除等の対応を行うこと。また、新たに導入された資格であることから、今後、資格取得者が現場において有効に活用されているか、国において状況を把握し、各自治体に情報提供するとともに、有効な人材育成につながっているか国において検証すること。

(3) 虐待の未然防止に向け、区市町村の相談支援機能を強化すること。

こども家庭センターにおいては、都の取組の効果を踏まえ、相談支援に必要な人員が配置できるよう十分な財政措置を講じること。

また、措置制度の運用に当たっては、措置によるショートステイ（子育て短期支援事業）と児童相談所による一時保護との役割分担や活用の実態を把握し、措置制度の効果とそれに基づいた手法を示すこと。

(4) 内密出産に関する法体系を早期に明示すること。

① 出自を知る権利について、国が責任をもって議論を進めること。

② 上記の議論を踏まえ、国において内密出産の法体系を早期に検討し明確に示すこと。

(5) 新生児等の匿名による預かりについて、現状を踏まえ、国において見解を明確に示すこと。

## 2 社会的養育推進計画に基づく取組の促進のための対応

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 地域の実情を踏まえた上で、児童相談所や児童養護施設等の体制強化を図ること。
- (2) 現行のフォスタリング機関が里親支援センターに移行するまでの間、フォスタリング機関事業を継続すること。

### <現状・課題>

都は、令和6年3月に国が新たに示した都道府県社会的養育推進計画策定要領（以下「要領」という。）に基づき、令和7年3月東京都社会的養育推進計画を策定した。要領では、項目ごとに統一的な「評価のための指標」を設定し、国は都道府県の取組の進捗について、毎年度調査を実施し、分析・評価して公表することとしている。しかしながら、自治体によって人口や財政事情、里親を含む社会的資源の状況は様々である。

児童自立支援施設については、令和元年に示された策定要領では「当事者やその代弁者、有識者、施設関係者と意見交換を十分に重ね、その結果を踏まえ、方向性を示す」とされていたが、今回の要領でも「ケアニーズの非常に高いこどもへの対応など、その性質や実態等に鑑み、国において、多機能化・高機能化の在り方について十分に検討を重ね、その結果を踏まえ、施設の運営や新たな設置（改築）についての方向性を示す」とされ、その方向性も依然として示されていない。

里親支援については、フォスタリング機関を設置し、里親への支援を進めていくこととされてきたが、国は、令和6年4月施行の改正児童福祉法（令和4年法律第66号）において、一貫した体制で継続的に里親等支援を提供し、包括的に里親支援を行うための施設として「里親支援センター」を児童福祉施設に位置付けた。

また、里親支援事業の実施に要する費用について、義務的経費とし、都道府県等の支弁とそれに対する国の負担についても規定した。都は、令和2年度にフォスタリング機関事業を開始し、令和6年度末に全ての児童相談所担当地域において、フォスタリング機関を導入した。今後、フォスタリング機関事業について実績の評価を行い、里親支援センターへの円滑な移行へ向けて、検討が必要である。

### <具体的要求内容>

- (1) 地域の実情を踏まえた上で、児童相談所や児童養護施設等の体制強化を図ること。

- ① 国は、計画の進捗について、地域の実情に十分配慮した上で、分析・評価を行うこと。

また、施設の小規模化かつ地域分散化、高機能化及び多機能化や、児童相談所等の職員の確保・育成、里親委託の促進も含め、十分な財政支援等

を行うこと。

- ② 児童自立支援施設の在り方について、ケアニーズの非常に高い子供への対応など、その性質や実態等に鑑み、十分に検討を重ね、その結果を踏まえ、施設の方向性を示すこと。

また、その方向性を踏まえ、施設の体制強化に向けた十分な財政支援等を行うこと。

- (2) 既にフォスタリング機関事業を実施している自治体においては、里親支援センターに移行するまでに一定の調整期間を要するため、移行までの間、フォスタリング機関事業を継続すること。

### 3 児童に関する相談支援機能の強化

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 「全国要保護児童等に関する情報共有システム」について、全ての自治体が導入できるよう対策を講じること。
- (2) 体罰等によらない子育ての推進に向けた普及啓発を充実すること。
- (3) 要保護児童対策地域協議会の構成機関によるオンライン会議の円滑な実施に向け、個人情報保護制度との整理など、必要な支援を行うこと。
- (4) 児童福祉審議会の児童虐待死亡事例等の検証において、司法機関等からの公判記録情報等の提供が受けられるよう、関係法令等を改正すること。
- (5) 各都道府県が、児童相談所の第三者評価を持続的に実施可能となるよう対策を講じること。
- (6) 児童相談所の現場実態に合わせた統計になるよう、福祉行政報告例の集計方法について見直しを行うこと。

#### <現状・課題>

平成 30 年 3 月に起きた虐待死事案では、転居元及び転居先の児童相談所が、国指針や全国ルールに基づく引継ぎ事務を行う中で、指針等の解釈や取扱いの相違、共通のアセスメントシートや情報提供票等がなかったことなどから、リスクに係る認識のずれ等が生じた。こうしたことを受け、転居した際に自治体間で的確に情報共有を行うとともに、児童相談所と区市町村において夜間・休日も含め、日常的に迅速な情報共有を行うことができる「全国要保護児童等に関する情報共有システム」を国が構築した。本システムには児童相談所と区市町村で相談を受けたケース全てを登録することに意義があると考えるが、国が個人情報保護に関する根拠規定としている児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 25 条の 2 及び児童虐待の防止等に関する法律（平成 12 年法律第 82 号）第 13 条の 4 は、要保護児童対策地域協議会の登録ケースや虐待ケースのみを対象としており、当該規定のみでは、要保護児童等のケース全てを登録し、共有することは個人情報保護の観点から難しいとする区市町村も少なくない。

また、本システムの基本的仕様では、子供一人当たり一つの相談情報しか登録

できないなど、各自治体で使用されている相談情報管理システムとの整合性が十分考慮された内容となっていない。

都は、東京都子供への虐待の防止等に関する条例（平成31年東京都条例第50号）を制定し、子供の権利利益の擁護、健やかな成長を図ることを目的として、保護者による体罰等の禁止を明記した。国も、親権者が児童のしつけに際して体罰を加えてはならないことを盛り込んだ児童虐待の防止等に関する法律等の改正法律案を令和元年6月に公布し、令和2年2月には、体罰の範囲や体罰禁止に関する考え方を示したガイドライン「体罰等によらない子育てのために」を作成した。体罰等は、医学的に、子供の脳の発達に深刻な影響を及ぼすこともあるとされている。しかしながら、日本では、しつけとしての体罰を容認する風潮もあり、子供が独立した人格と尊厳を持つ存在であるという考え方が、必ずしも浸透しているとは言えない状況があることから、体罰等によらない子育てを普及していくことが求められる。

要保護児童対策地域協議会の調整機関である子供家庭支援センターと、要保護児童対策地域協議会の関係機関による速やかな個別ケース検討会議の開催や情報共有を行うためには、オンライン会議の活用や構成機関が共有できるデータベースの構築が有効である。

今般の個人情報保護制度の改正においては、オンライン結合（オンライン会議やデータベース構築）について、使用の都度の諮問が必要ない旨示された。

一方で「地方公共団体における情報セキュリティポリシーに関するガイドライン」においては、既存のクラウドサービスやオンライン会議ツールなどの約款による外部サービスを使用したオンライン結合について、機密性2以上の情報（個人情報）を取り扱わないよう規定されていることから、区市町村におけるオンライン会議やデータ構築の取組を進める上での支障となっている。

また、「犯罪被害者等の権利利益の保護を図るための刑事手続に付随する措置に関する法律」により、公判係属中に「公判記録の閲覧及び謄写」の申出ができるのは、被害者・法定代理人・委託弁護士に限定され、児相職員等は入手することができない状況下にある。

さらに、令和2年4月1日に施行された「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」（令和元年法律第46号）においては、「都道府県は児童相談所の業務の質の評価を行うことにより、その業務の質の向上に努めること」と規定されているが、評価を行う者には、児童相談所業務の専門的な知識や経験が求められており、外部評価を持続的に実施するためには評価者の人材育成などの対策が急務である。

また、令和4年度福祉行政報告例について、国は令和6年1月に、一部自治体において国が示す記入要領に従って集計・報告をしていない実態がある旨、公表した。しかしながら、全ての児童虐待相談において児童の安全確認や調査など対応を行っているにもかかわらず、現在の記入要領に基づく報告では、対応の結果、非該当であったものが計上されない。この点、厚生労働省において実施されていた福祉行政報告例を移管し、令和7年度から新たに、こども家庭庁の統計調査として実施される、「こどもの福祉と保健に関する状況報告」においても変更がない。

#### <具体的要求内容>

- (1) 国が令和3年度から運用を開始した「全国要保護児童等に関する情報共有システム」を全ての自治体が速やかに導入、活用できるよう対策を講じること。
  - ① 要保護児童等の全てのケースを情報共有システムで共有することについて、個人情報保護の根拠規定が明確となるよう、法令改正や通知等の発出などの措置を講じること。
  - ② 各自治体の実情や意見を把握し、現在使用されているものとの整合性を考慮した内容となるようシステムの仕様を修正すること。
  - ③ 全ての自治体が参加できるよう、必要な財政支援を行うこと。
- (2) 児童虐待の防止に向けて、体罰等によらない子育ての推進に向けた普及啓発を更に充実すること。
- (3) 区市町村において、子供家庭支援センターと要保護児童対策地域協議会の関係機関とによるオンライン会議の円滑な実施や構成機関間でのデータベース共有できるよう、個人情報保護制度の解釈と運用をガイドラインで示すなど、必要な支援を行うこと。
- (4) 児童福祉審議会の児童虐待死亡事例等の検証において、より多角的かつ総合的な情報に基づいた再発防止策の分析を行うため、司法機関等からの公判記録情報等の提供が受けられるよう、関係法令等を改正すること。
- (5) 児童相談所の業務の質の評価を適切に行うことができる評価者を育成するなど、各都道府県が、児童相談所の第三者評価を持続的に実施可能となるよう対策を講じること。
- (6) 児童相談所の現場実態に合わせた統計になるよう、自治体の意見も聞きながら、集計方法を変更するなど、記入要領の見直しを行うこと。

#### 4 社会的養護施策の充実

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 里親等委託や施設の小規模化かつ地域分散化、高機能化等の取組の推進を図ること。
- (2) 社会的養護の下で育つ子供への支援を、退所後を含めて充実、強化すること。

#### <現状・課題>

児童養護施設等においては、令和元年度から措置費等で、小規模かつ地域分散化された施設の職員の常時複数配置が可能となったが、実態は、社会的養護の従事希望者の減少により職員を確保できないなど、人材確保はひっ迫している。さらに、小規模かつ地域分散化された施設はスキルや経験を必要とするため、経験者を配置しなければならないが、経験者の人数も足りない状況である。小規模か

つ地域分散化された施設は孤立した空間となるため、常時複数配置だけでは職員が感じる孤立感の解消までは至らない。

都は、特に重い情緒面・行動面の問題を抱えた児童に対して心理的ケアに重点を置き支援を行う専門機能強化型児童養護施設の設置を促進するとともに、医療が必要な乳幼児については医療体制整備事業で受入体制を整備している。国は、令和2年3月6日付けで「医療的ケア児等のための「4人の生活単位」の設置運営について」を発出し、医療的ケア児等受入加算実施要綱を示したが、対象となる児童や職員の配置にかかる経費等が実態に合っておらず、必要な支援に対応できるものとなっていない。

施設の小規模化・地域分散化等による本園の取りまとめの業務の増加や、特別育成費の実費化により事務量が増加している。そのため、直接子供の処遇に当たる職員が事務業務を一部担っている実態があり、こうした事務処理への対応のため、処遇困難な子供の入所が増加傾向にある中で、きめ細かなケアの支障となっている。

また、不規則勤務や、長時間通勤による就業負担及び家賃に係る経済的負担が大きいとの指摘や、保育士の場合、保育所保育士と比べて処遇に差があるなど、人材の確保・定着について課題となっている。

施設における小規模かつ地域分散化の取組について、国は、過渡的に本体施設のユニット化を経て独立させていく場合でもおおむね10年程度での地域分散化及び多機能化等を図る計画を求めており、児童養護施設の小規模なグループケア単位の定員は、8人から6人に引き下げられ、令和7年度以降は経過措置が終了し一律6人とする事となった。しかし、現に大規模な施設等においては10年程度での地域分散化の促進は困難であるとともに、養護需要の高い都においては、施設の急激な定員減は、専門的なケアを要する児童の行き場を確保できなくなる懸念がある。

乳児院では、夜間においても授乳や呼吸確認などの業務が継続的に必要となるが、夜勤職員は1人で児童10名以上を養育しているほか、一時保護委託の受入れも行っている。そのため、夜勤職員の業務は過大で、心理的負担となっている。

児童自立支援施設では、従来の非行・ぐ犯を主訴とする児童に加え、発達障害など様々な困難を抱える児童が入所しているが、職員配置基準は定員4.5名に対し1名となっており、被虐待の傷つきへのケアや精神科医療を要する児童の増加など、処遇には高度かつ広範な専門性が求められるが、現在の配置基準は平成24年度以来変わっておらず児童の支援に十分に対応できるものとなっていない。

自立援助ホームでは、被虐待や発達障害など様々な困難を抱える児童を多く引き受けている実態があるが、国では自立度の高い児童を想定し、職員配置基準は定員6名の場合、2.5名となっており、処遇困難な児童の支援に十分に対応できるものとなっていない。

児童養護施設、乳児院及び母子生活支援施設は、既存施設の状況を踏まえ、児童の生活環境改善のため、計画的に改築や大規模修繕等を行い、小規模化や多機能化、防犯対策を進めている。この整備には、国の次世代育成支援対策施設整備交付金を活用しており、令和5年度までは年5回の協議を受け付け、全件採択されていたところである。しかしながら、令和6年度においては、第1回の協議で

予算上限に達したとして、一部案件が不採択となり、第2回協議では対象事業が限定されるなど十分な内容ではなかった。令和7年度は協議前の事前登録制に改善されたものの、予算上限に達したとして、一部案件が不採択となった。この状況が続くと、計画的な整備に重大な支障が生じることが懸念される。

国は、ビジョンや要領において、社会的養護の下で育つ子供たちは、「家庭における養育環境と同様の養育環境」である里親等への委託を進め、施設においても「できる限り良好な家庭的環境」において養育するよう求めているが、この推進のためには施設や養育家庭等の養育の質の確保と支援の充実が不可欠である。

里親等委託率の向上のためには、ファミリーホームの設置促進も欠かせない。現在ファミリーホームは障害等の特性のある児童を多く受け入れており、児童の受託により家屋の改修が必要になることも少なくないが、改修経費の補助は1ホームにつき800万円を上限に1回限りとなっているほか、里親移行型のファミリーホームであっても、法人等と同じ基準の財産処分制限がかかることから、活用しづらいとの声が挙がっている。

また、特性のある児童が里親に委託されるケースも増加している。里親が特別な配慮を要する児童等を養育する中で、感情的になり怒鳴ったり、子供の前で物に当たったりするなどの不適切な対応を行ったことで、被措置児童等虐待として認定せざるを得ないこともある。被措置児童等虐待を行った者は、養育里親及び養子縁組里親となることができない旨児童福祉法（昭和22年法律第164号）に定められており、その行為の軽重にかかわらず、里親登録が取り消されることになる。施設職員については、不適切な対応が被措置児童等虐待と認定された場合でも、施設長等に指導を行った上で児童の措置を継続することができる。一方、里親については、それまでの委託児童との関係性や委託児童自身の意向にかかわらず直ちに措置変更とせざるを得ず、子供の最善の利益を損なうおそれがある。

国は、平成28年の児童福祉法改正に伴う通知で、乳幼児について、里親等への委託を原則とするとともに、平成30年3月に一部改正された「里親委託ガイドライン」において、心身の発達にとって大切な新生児の時期から里親委託を検討することが重要であると示している。そのためには、専門性を持つ養育家庭等の育成や手当の充実及び早期からの里親委託が可能となるような仕組みづくりが必要である。

また、施設等を退所した後、安定した生活を送るためにも、社会的養護における自立支援策の強化が求められている。児童の自立を支援する自立支援担当職員について、措置費の加算額では、人件費相当分の加算となっており、活動経費は算定されていないほか、施設等が対象者と交流を継続していくための経費は対象とされておらず、退所者のアフターケアを十分に行うことができない。

令和6年4月1日施行の改正児童福祉法（令和4年法律第66号）において、児童自立生活援助事業の年齢要件や実施場所が拡大された。児童自立生活援助事業を児童養護施設で実施するためには、専任の職員配置が必要であることなどから、対応できない施設も存在する。この結果、入所していた施設による継続した自立支援が受けられない状況が生じ、結果的に児童に不利益が生じる可能性がある。また、児童養護施設や里親等に措置されている児童は、国通知に基づき、就労移行支援等を受けることが可能だが、児童自立生活援助事業の利用者は対象となっ



ていない。

<具体的要求内容>

(1) 被虐待児童及び発達障害を持つ児童の増加や常時医療が必要な乳児などに適切に対応できるよう、また、小規模かつ地域分散化が進むよう社会的養護の体制整備を図ること。

- ① 社会的養護を担う施設職員の人材確保は喫緊の課題である。人材確保・育成等に対する支援の一層の充実を図るとともに、多様な専門職や専門性の高い職員を継続的に配置できるよう措置費事務費の増額等の見直しを行うこと。
- ② 直接処遇職員の事務業務の負担軽減を図るとともに、措置費加算の実費払いを定額払いに見直しを行い、事務を円滑に実施できるよう児童養護施設等における事務職員の増員に向けて支援を充実すること。
- ③ 職員宿舍の借り上げを行う事業者に対する補助を行うこと。
- ④ 地域小規模児童養護施設などのグループホームや児童養護施設等を設置する法人が事業者となるファミリーホームについて、開設促進のための支援や、勤務する職員が孤立することのないよう地域分散化された施設を支援する職員の本体施設への配置をグループホーム等の数に応じて増員するとともに、遠隔地に設置する場合に本体施設とは別にバックアップを行う拠点等の整備運営を支援すること。

また、本体施設を小規模化した場合には、グループホームと同様に地域小規模児童養護施設等バックアップ職員加算や小規模かつ地域分散化加算の対象とするなど、本体施設も含めた小規模化及び地域分散化された施設の安定した事業運営に向けた仕組みを構築すること。

- ⑤ 児童養護施設等における小規模グループケアについて、令和6年度までとされていた経過措置の対象としていたユニットの支援を継続すること。
- ⑥ 医療的ケアや心理的ケアなどの専門的ケアを必要とする児童へ十分な対応が行えるよう、児童養護施設及び乳児院への精神科医や治療・指導職員等の専門職員の配置に係る医療的ケア児等受入加算の充実を図ること。その際には地域の実情に応じた補助体系とすること。
- ⑦ 乳児院における夜間の職員配置に対する支援を充実すること。
- ⑧ 医療的なケアを必要とする乳児への対応を強化するため、乳児院の看護職員の配置を充実するとともに、常時医療及び看護が必要な病虚弱児等を受け入れられるよう、措置費の病虚弱等児童加算を充実すること。
- ⑨ 乳児院は入所児童の在籍期間が短期であり、入退所が頻繁に発生する施設であることから、乳児院の施設特性、社会的ニーズに配慮した暫定定員制度の見直しを図ること。
- ⑩ 児童自立支援施設において、被虐待や発達障害など処遇困難な児童への支援を強化するため、児童生活支援員の配置を充実するとともに、配置基準に心理職員を加えること。
- ⑪ 自立援助ホームにおいて、被虐待や発達障害など処遇困難な児童への支援を強化するため、基準以上に職員を配置したホームに対する人件費加算

を創設すること。

- ⑫ 施設の改築、増築、防犯対策等における施設整備の補助について必要な財源を着実に確保すること。

また、小規模化かつ地域分散化された施設の設置を優先する場合でも地域や施設の実情を勘案して採択するとともに、対象経費の実支出額に対して補助を行うこと。

(2) 養育家庭等へ委託の一層の推進を図ること。

- ① 社会全体での養育家庭等への理解を高めるため、一層の普及啓発を図ること。

また、各自治体が取組を行うための十分な財政支援を行うこと。

- ② 障害等の特性のある児童の委託を促進するため、一般生活費の加算等、措置費の充実を図ること。

- ③ 養育家庭委託についても、育児休業制度が利用できるよう、国として必要な措置を講じること。

特に、乳幼児の委託促進を図るため、里親の休暇制度の充実に向けた支援を行うこと。

- ④ 新生児委託を進めるため、乳児院に専任職員を配置する等、地方自治体の実情に応じた柔軟な取組を展開できるよう必要な経費補助を行うこと。

- ⑤ 児童養護施設等の生活向上のための環境改善事業の改修経費補助について、ファミリーホームが障害等のある児童を多く受託している現状を踏まえ、改修が必要となった際に現行の上限額の範囲内で複数回活用できるようにするなど弾力的な運用を可能とすること。

また、補助金の財産処分制限に関する規定については、里親移行型のファミリーホーム事業者が高齢等やむを得ない事情でホームを廃止する場合の特例措置を設けること。

- ⑥ 児童福祉法第34条の20第1項第2号には、養育里親の欠格事由として「この法律、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律（中略）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者」とあるが、児童買春、児童ポルノに係る行為等により処せられた者についても、同項第3号の規定にある「児童虐待又は被措置児童等虐待を行った者その他児童の福祉に関し著しく不適当な行為をした者」と同等の取扱いとするよう、早急に法の改正を行うこと。

- ⑦ 里親が不適切な対応を行い、被措置児童虐待と認定された場合、それにより児童福祉法に規定する欠格事由に該当するとして、一律に里親登録を取り消すのではなく、子供の最善の利益の確保の観点に立った上で、里親登録を継続しながら、里親や委託児童の状況に応じた必要な指導等を行うことができるよう、必要な措置を講じること。

(3) 社会的養護の下で育つ子供の自立を支援すること。

- ① 退所後の自立を見据え、高校生の特別育成費は学外での学習に必要な経費を対象とするとともに、補習費や資格取得等の加算額を拡充すること。大学等に進学する児童に対する入学支度金の拡充等の支援を行うこと。

- ② 措置費の自立支援担当職員加算について、旅費等の活動経費も算定するなど、アフターケアを十分に行うことができるよう増額すること。
- ③ 措置解除後も退所者が入所していた児童養護施設等と交流を続けていくための経費を支援すること。
- ④ 児童自立生活援助事業について、事業の実施状況や効果を検証し、支援が必要な児童が、施設による継続した自立支援を受けられるよう、支援の実態に合わせた柔軟な職員配置を可能とすること。
- ⑤ 児童自立生活援助事業の入居者について、児童養護施設入所している児童や母子生活支援施設に入所している母と同様に、就労移行支援等を受ける場合の仕組みを構築すること。

## 5 ひとり親家庭の自立支援策の推進

(提案要求先 こども家庭庁・法務省)  
(都所管局 福祉局)

ひとり親家庭の自立支援策を拡充すること。

### <現状・課題>

ひとり親家庭が抱える課題は、母子家庭では、低賃金や不安定な雇用条件等の就労上の問題、父子家庭では、家事等生活面の問題など、それぞれの状況によって様々であるため、ひとり親家庭の自立を進めるためには、各家庭の状況やニーズを把握した上で、相談体制の整備、就業支援、子育て支援・生活の場の整備、経済的支援を総合的に推進していく必要がある。

### <具体的要求内容>

ひとり親家庭の生活実態を踏まえ、ひとり親家庭施策への更なる財政支援を行うこと。

## 6 困難な問題を抱える女性への支援

(提案要求先 内閣府・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

困難な問題を抱える女性への支援に関する法律の施行を踏まえ、以下のことを実現すること。

- (1) 区市町村が女性支援に主体的に関われるようにすること。
- (2) 女性相談支援センター・一時保護所及び女性自立支援施設の体制強化を図ること。

### <現状・課題>

令和6年4月、「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」(令和4年法律52号)及び「困難な問題を抱える女性への支援に関する基本的な方針」が施行され、併せて関係する要綱・ガイドライン・指針等が示された。

区市町村は、生活保護、母子福祉、高齢者福祉、障害者福祉、生活困窮者自立支援等、女性の自立支援に関する権限や資源等を有しており、その役割は重要であるが、法律において、国及び地方公共団体は困難な問題を抱える女性への支援に必要な施策を講じる責務を有することが明記され、基本的な方針において区市町村の役割については示されたものの、女性相談支援員の配置については依然として努力義務となっている。

区市町村において、各部署間が連携した支援を円滑に行うためには、女性相談支援員を専任で配置するなど身近な区市町村における相談支援体制を充実することが必要である。

また、基本的な方針では、女性相談支援センターや女性自立支援施設における支援として、身体的、心理的、性的な暴力等の被害からの回復支援や、自立支援、同伴児童等への支援についても示されている。措置費において各種取組等に応じた加算があるものの、現行の配置基準では不十分であり、更なる体制強化が必要である。

### <具体的要求内容>

- (1) 「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」の施行を踏まえ、区市町村における相談支援体制が整備促進されるよう女性相談支援員を法において必置化するとともに、配置基準を示し、財政支援も含めた支援を行うこと。
- (2) 女性相談支援センター及び女性自立支援施設の体制を強化すること。
  - ① 同伴児童の支援を充実させるため、女性相談支援センター・一時保護所の配置基準に、児童の心理ケアに通じている心理職員、保育士、学習指導員を加えるとともに、保育室や学習室等の整備を行うための必要な財政措置を行うこと。

- ② 女性自立支援施設においても、他福祉分野と同様の処遇改善加算やキャリアアップのための補助を行うこと。
- ③ 自立支援及び被害回復支援の具体的な実施内容や実施方法を明らかにするとともに、必要な支援策を示し、人員配置に係る最低基準の拡充を図る等、施設の対応力強化に向けた施策を展開すること。

## 4 母子保健施策の充実

### 1 先天性代謝異常等検査の対象疾患の拡大【最重点】

(提案要求先 こども家庭庁)

(都所管局 福祉局)

早期発見・早期治療により、治療効果が高いとされる疾患について、全ての新生児が検査を受けられるよう、早急に先天性代謝異常等検査の対象に追加するとともに、安定的かつ十分な財政措置を講じること。

#### <現状・課題>

先天性代謝異常等検査は、疾病を早期に発見し、早期に治療を行うことで障害を予防することを目的に、全都道府県が新生児に対し、20疾患の検査を公費負担で実施している。

一方で、最近新しい治療法が開発されている疾患があり、大学や検査機関等で保護者負担により実施する事例のほか、独自に公費負担を開始する都道府県も見られるなど、全国的に20疾患以外のスクリーニング検査が進展している。

都では、全ての新生児が早期発見・早期治療により、治療効果が高いとされる疾患について検査を受けられるよう、令和6年4月から重症複合免疫不全症（SCID）、脊髄性筋萎縮症（SMA）、B細胞欠損症（BCD）の3疾患について、独自に公費負担を開始するとともに、令和7年3月からはライソゾーム病（LSD）のうちポンペ病（PD）、ムコ多糖症Ⅰ型（MPSⅠ）、ムコ多糖症Ⅱ型（MPSⅡ）についても対象に追加した。

国も、令和5年度から「新生児マススクリーニング検査に関する実証事業」（以下「実証事業」という。）を実施しているが、対象疾患は、重症複合免疫不全症と脊髄性筋萎縮症の2疾患のみである。

また、実証事業の全国展開は、対象疾患の拡充に向けた検討に資するデータや情報を収集し、その結果を踏まえて目指すこととしており、国が実証事業を踏まえて、全国展開を行うまでには相当の時間を要することが見込まれる。

さらに、実証事業の補助率は2分の1となっており、自治体負担が発生している。

#### <具体的要求内容>

- (1) 実証事業の対象疾患である重症複合免疫不全症及び脊髄性筋萎縮症の検査について、先天性代謝異常等検査の対象疾患に追加し、早急に全国展開すること。
- (2) B細胞欠損症やライソゾーム病の一部疾患など、そのほかの早期発見・早期治療による治療効果が高いとされる疾患についても、先天性代謝異常等検査の対象疾患への追加を検討すること。
- (3) 上記(1)及び(2)の措置等に当たっては、自治体負担が生じることのないよう、安定的かつ十分な財政措置を講じること

## 2 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援

(提案要求先 こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局・子供政策連携室)

産後ケア事業について、区市町村や委託先医療機関等の実情に即した補助制度とするとともに、産後ケア事業の委託単価や様式等について全国共通の統一的な基準等を示すこと。

### <現状・課題>

産後ケア事業は、出産後1年以内の母子等に対して心身のケアや育児のサポート等を行う取組であるが、母子保健法（昭和40年法律第141号）改正により令和3年度から事業実施が区市町村の努力義務となり、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）改正により令和7年度からは地域子ども・子育て支援事業としても位置付けられ、計画的な提供体制の整備を進めることとされている。

本事業は、区市町村が医療機関や助産所等に対し、主に利用者実績に応じて委託料を支払っているが、国の母子保健衛生費国庫補助金交付要綱では1か所当たりの補助基準額が定額となっているため、1施設で多くの利用者を受け入れた場合等に、補助基準額超過が発生し、区市町村の自己負担が発生してしまう。

また、医療機関等からは固定の運営費への支援が必要との声も上がっている。

さらに、複数の区市町村の利用者を受け入れている医療機関等では、委託単価や各種加算・整備費の考え方、報告書や安全管理マニュアル等の様式などが区市町村によって異なることで、円滑な事業運営に支障が生じているとともに、利用者目線に立った一貫性・整合性のあるサービスの提供が困難な状況であるが、令和6年10月に改定された「産後ケア事業ガイドライン」ではこれらの具体的な考え方や様式は示されていない。

### <具体的要求内容>

- (1) 産後ケア事業の補助について、運営費等の固定費と利用者数の実績に応じて加算される変動費とを組み合わせる基準額を設定するなど、区市町村や委託先医療機関等の契約や運営の実態に即した補助制度とすること。
- (2) 国として産後ケア事業の標準的な委託単価の設定、加算や整備費など医療機関等における共通経費の自治体間の負担方法、報告書や安全管理マニュアル等の様式などについて、全国共通の統一的な基準や考え方を示すこと。

### 3 5歳児健康診査の推進

(提案要求先 こども家庭庁)

(都所管局 福祉局)

5歳児健診について、国の補助事業の要件を緩和するとともに、十分な財政措置を行うこと。

また、健診に従事する医師等の専門職への研修等の充実を図ること。

#### <現状・課題>

5歳児は、言語の理解能力や社会性が高まり、発達障害が認知される時期であり、子供の発達特性を把握する5歳児健診は重要とされている。

国は、2028年度（令和10年度）までに、全国の自治体での実施率100%を目指すとしており、補助事業も創設しているが、全数実施が要件であり、かつ健診実施に見合った補助単価ではないため、自治体において活用しづらいものとなっている。

また、健診実施に当たっては、医師や保健師、心理職など専門職を養成するための研修等の機会を確保する必要がある。

#### <具体的要求内容>

(1) 自治体での5歳児健診の取組が進むよう、国の補助事業については全数実施を要件とせず、当面の間は一部の実施でも補助対象にするなど、柔軟に対応すること。

また、補助単価については、実施人数に応じた補助単価だけでなく、固定費の単価も加えるなど、小規模自治体でも実施できるよう、十分な財政措置を行うこと。

(2) 5歳児健診が円滑に実施できるよう、国において、健診に従事する医師等の専門職への研修等の充実を図ること。



## 5 高齢者施策の推進

### 1 大都市にふさわしい介護報酬及び施設基準の見直し【最重点】

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 福祉局)

- (1) 介護報酬改定に向けて実施する介護事業経営実態調査等について更なる精緻化を進め、事業所の規模や併設事業所の状況、人件費割合や物件費・土地建物の取得費等の実態の把握・分析を適切に行った上で、東京の実態に合わせ、介護報酬へ適切に反映すること。
- (2) 現下の物価高騰や賃金上昇の影響も踏まえ、介護事業所・施設が安定的・継続的に事業運営できるよう、介護報酬に適切に反映できる仕組みとすること。

#### <現状・課題>

介護報酬は、介護サービスに要する平均的な費用の額を勘案しており、地域ごとの人件費の地域差を調整するため、地域区分を設定し、地域別・人件費割合別(サービス別)に1単位当たりの単価を定めている。

地域区分については、統一かつ客観的に設定する観点から、原則として、民間事業者の賃金水準等を反映させたものである公務員(国家・地方)の地域手当に準拠して設定しているが、公平性・客観性を担保する観点から、隣接地域の状況によって、級地の変更を認める特例や経過措置が講じられている。

今般、地域手当の見直しが行われ、都道府県単位が基本となり、次期介護報酬改定に向けて市町村の意向を確認しつつ、地域区分の在り方について検討を進めることとされている。

また、各サービスの人件費割合については、人員基準で規定している介護、看護等の職種のみを勘案するという考え方を国は示している。この人件費割合は、介護報酬改定に向けて国が実施する介護事業経営実態調査の結果等を踏まえて、見直しが行われているが不十分であり、現行の介護報酬上の人件費割合と、介護事業経営実態調査における収入に対する給与費の割合にはかい離が生じている。

介護事業所・施設においては、人員基準で規定していない事務員等の人件費も含めて介護報酬で賄うことが求められていることから、実態に即した人件費割合を設定するとともに、その設定の根拠等についても明らかにすべきである。

なお、国は、減価償却費・物件費には有意な地域差が見られないこと及び土地代等が反映する居住費は原則として給付対象外となっていることから、人件費以外の費用については地域差を勘案する必要がないとの考え方を示している。

しかし、建築価格や物価等の各種調査によると、減価償却費・物件費には明らかな地域差が生じている。

また、施設サービスの居住費は原則利用者負担とされているものの、居宅サービスにおいても一定の面積確保が設備基準で規定され、その費用は介護報酬で賄うことが求められている。こうしたことから、人件費のみならず物件費や土地・建物の調達費用についても、地域差を勘案すべきである。

令和7年2月の東京都区部消費者物価指数は、前年同月比で2.9%の上昇となり、前年同月比で42か月連続のプラスとなっている。令和6年4月の介護報酬改定において、基準費用額（居住費）が1日当たり60円引き上げられたが十分ではなく、また、食費や燃料費等の高騰は反映されておらず、介護事業所・施設は厳しい経営環境に置かれている。

また、令和4年の国の雇用動向調査では介護業界で初めて離職者が入職者を上回る離職超過となったほか、令和6年度の賃上げ率でも介護事業所は平均2.52%と、全産業の平均5%台を大きく下回るなど、介護業界から賃上げが進む他産業への人材流出が深刻な問題となっており、制度的な対応が必要である。

さらに、令和6年4月の報酬改定では、訪問介護の収支差率が7.8%と全サービスの平均を上回ったことを根拠に基本報酬が下げられたが、事業所の規模や、同一建物とそれ以外でのサービス提供による収支差率の違いのほか、人員確保が厳しいことにより人件費の支出が減った結果ではないかといった議論がある。現に、令和7年3月に国が公表した訪問介護事業所調査の結果では、半数以上の訪問介護事業所が報酬改定前と比較して減収となったことや、訪問回数や集合住宅等の利用者の割合によって、収支に大きな差が生じていることが明らかとなった。国は、令和7年度介護事業経営概況調査において、訪問系サービスについて、訪問先の状況、訪問に係る移動手段及び移動時間を把握するための調査項目を追加することとしているが、より精緻な分析が必要である。

#### < 具体的要求内容 >

(1) 介護報酬改定が、客観的で信頼性の高いデータに基づき行われるよう、介護事業経営実態調査等について、各サービスの事業所の規模や併設事業所の状況、物件費や土地建物の取得費等を含めた事業者の経営状況の把握・分析を行うなどの精緻化を進め、介護現場の実態を適切に把握すること。

特に、訪問介護については、基本報酬の減の影響等について、事業所の規模や併設事業所の状況等のサービス提供の実態を精緻に分析した上で、必要な対応を行うこと。

また、把握したデータについて、地方自治体や社会保障審議会介護給付費分科会等での検討に資するよう、地方自治体にも提供するとともに、その集計・分析の根拠等も併せて公表すること。

(2) 地域区分の級地の設定については、各区市町村からの意見を聴いた上で地域の実情を踏まえた設定をすること。

(3) 介護報酬における各サービスの人件費割合については、介護事業の運営実態を踏まえて適切に見直すこと。

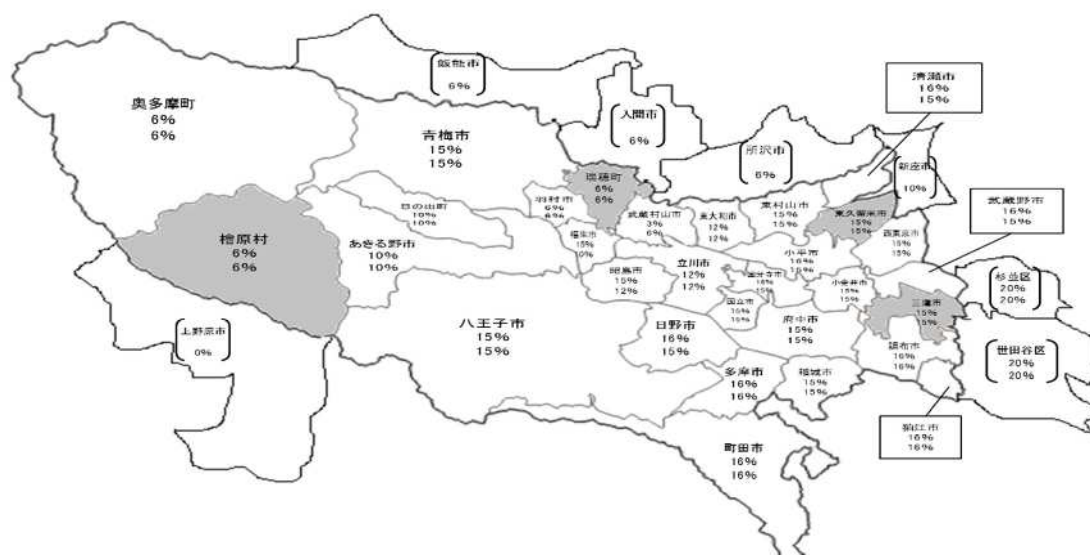
- (4) 物件費、特に土地・建物の取得費や賃借料等の地域差について、東京の実態に合わせ、適切に介護報酬に反映すること。
- (5) 現下の物価高騰や賃金上昇の影響も踏まえ、介護事業所・施設が安定的・継続的に事業運営できるよう、介護報酬に適切に反映できる仕組みとすること。

参 考

○令和6年度改定における介護報酬の地域区分と上乘せ割合

地域区分	上乘せ割合	区市町村への適用
1級地	20%	特別区
2級地	16%	調布市、町田市、狛江市、多摩市
3級地	15%	八王子市、武蔵野市、三鷹市、青梅市、府中市、小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、国立市、清瀬市、東久留米市、稲城市、西東京市
4級地	12%	立川市、昭島市、東大和市
5級地	10%	福生市、あきる野市、日の出町
6級地	6%	武蔵村山市、羽村市、瑞穂町、奥多摩町、檜原村
7級地	3%	なし
その他	0%	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村

○令和6年度改定における介護報酬の地域区分の適用状況（東京都多摩地域）



※各市町村の地域区分に基づく上乘せ割合を記載（上段が最終的な設定値、下段が令和6年度改定で適用された割合。都外の市は下段のみ記載）。令和6年度改定では、報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から設定された経過措置を令和8年度末まで引き続き適用。

※当該地域を囲んでいる地域区分のうち一番低い地域区分の範囲内で選択する完全囲まれルールでは、他の都道府県内の地域を隣接地域から除くことができることが認められている。網掛け部分は「完全囲まれルール」が適用された地域（平成30年度改正が三鷹市、令和3年度改正が東久留米市、瑞穂町、檜原村）

○各サービスの人件費割合の状況

サービス種類	介護報酬上の人件費割合（A）	収入に対する給与費の割合※（B）	差（B-A）
訪問介護	70%	72.0%	2.0
訪問入浴介護		65.4%	-4.6
訪問看護		74.4%	4.4
居宅介護支援		76.7%	6.7
夜間対応型訪問介護		62.6%	-7.4
定期巡回・臨時対応型訪問介護看護		73.2%	3.2
訪問リハビリステーション		55%	72.9%
通所リハビリステーション	64.1%		9.1
短期入所生活介護	62.1%		7.1
認知症対応型通所介護	67.8%		12.8
小規模多機能型居宅介護	67.5%		12.5
看護小規模多機能型居宅介護	67.7%		12.7
通所介護	45%		63.6%
地域密着型通所介護		63.8%	18.8
特定施設入居者生活介護		43.2%	-1.8
地域密着型特定施設入居者生活介護		58.0%	13.0
認知症対応型共同生活介護		63.7%	18.7
地域密着型介護老人福祉施設		65.8%	20.8
介護老人福祉施設		64.5%	19.5
介護老人保健施設		63.5%	18.5
介護医療院		61.3%	16.3

※厚生労働省「令和5年度介護事業経営実態調査」

○介護従事者の月収（通常月の税込み月収（月給の者））の地域差

	東京都	愛知県	大阪府	福岡県	青森県	全国平均
所定内賃金 （月給）	273,225円	257,455円	262,688円	222,713円	208,161円	241,296円

資料：公益財団法人介護労働安定センター「令和5年度介護労働実態調査」

○消費者物価の地域差

	東京都区部	名古屋市	大阪市	福岡市	青森市	全国平均
指数	105.4	99.2	100.0	97.7	98.3	100.0

資料：総務省統計局「令和5年小売物価統計調査（構造編）」

○地価の地域差

	東京都	愛知県	大阪府	福岡県	青森県
住宅地平均価格 （/㎡）	430,600円	116,600円	159,900円	71,200円	16,200円

資料：国土交通省「令和6年都道府県地価調査」

○同一地域区分内の地価・家賃の比較

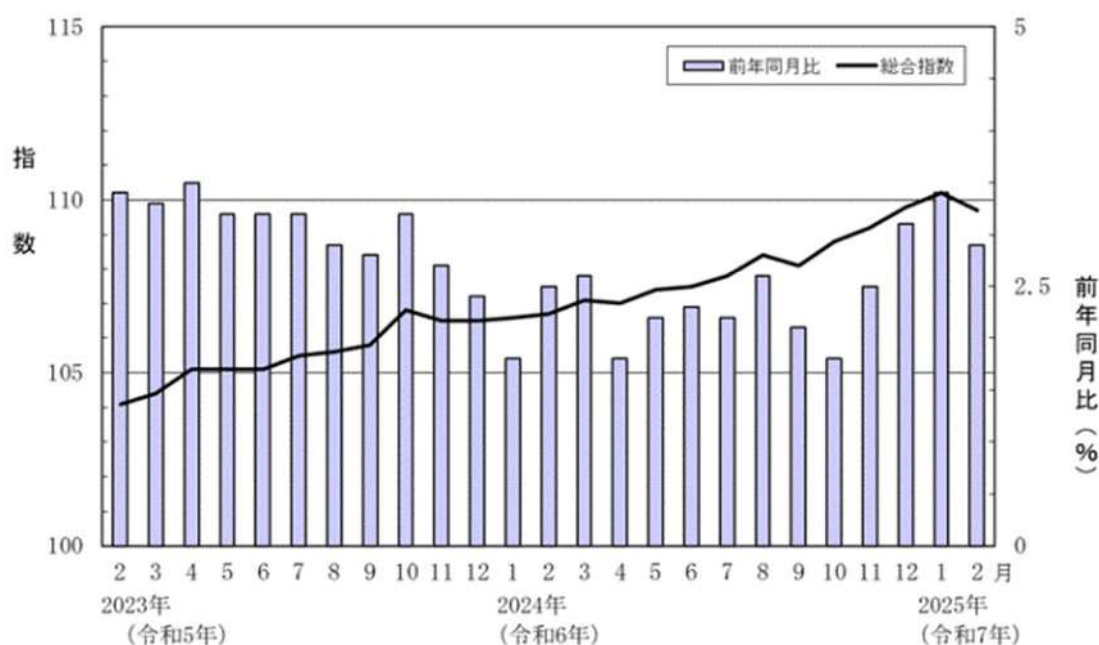
	東京都府中市	愛知県名古屋市	兵庫県西宮市
地域区分	3級地	3級地	3級地
住宅地平均地価 (／㎡)	321,500 円	212,900 円	271,900 円
家賃 (民営借家) (／坪)	7,461 円	4,705 円	5,632 円

資料：国土交通省「令和6年地価公示」

総務省統計局「小売物価統計調査（動向編）令和5年平均」

○東京都区部消費者物価指数の推移

東京都区部消費者物価指数の推移 2020年=100  
(令和2年=100)



(3) 介護事業者が介護人材の確保・育成・定着を図り、事業運営を安定的に行うことができる介護報酬とすること。

<現状・課題>

人材不足が深刻な介護現場において、質の高い人材の確保・育成・定着に向けては、介護職員等の処遇改善とともに、資格・技能等に対する評価や、職責に応じたキャリアパスや昇給の仕組み等の構築が必要である。

一方、経済活動の活発化により、様々な業種で、最低賃金の上昇と相まって賃上げの動きが加速しており、公定価格で運営する介護現場においては、こうした賃上げの波に乗れず、介護人材が他の業種に流出するおそれが現実的なものになってきている。

国は、平成24年度に介護職員の処遇改善を目的とした介護職員処遇改善加算

を創設し、令和元年10月には経験・技能のある介護職員に重点化した更なる処遇改善を目的とした「介護職員等特定処遇改善加算」が、令和4年10月には基本給等の引上げによる処遇改善を目的とした「介護職員等ベースアップ等支援加算」が設けられた。

令和6年度の介護報酬改定においては、これらの各加算の要件及び加算率を組み合わせた4段階の介護職員等処遇改善加算に一本化され、加算の取得にかかる事業者の事務負担は軽減されることとなった。

また、新たに創設された介護職員等処遇改善加算に直ちに移行できない事業者が、現行の加算率を維持できる激変緩和措置は令和7年3月までで終了した。

しかしながら、新加算を取得するために必ず必要となる職位・職責等に応じた任用要件・賃金体系の整備等に当たっては、各事業所において十分な検討期間が必要である上、賃金規程の改訂等の煩雑な事務作業が生じることから、誓約書により、令和7年度中に取得要件を整備することを誓約した場合には、年度当初から要件を満たしていたものとして取り扱う措置が講じられた。

また、これらの処遇改善加算はあくまでも経過的な取扱いであって、恒久的なものでないことから、事業者が長期的な視点でキャリアパスや賃金体系を構築することが難しい。

加えて、令和8年度以降の対応については、予算編成過程で検討するとされており、さらなる制度の見直しが検討されている。

#### <具体的要求内容>

- (1) 介護職員の処遇改善については、介護事業者が長期的な視点で介護人材の確保・定着を図れるよう、介護報酬の基本部分に組み込むなど恒久的なものとする。
- (2) 誓約書の提出により加算要件を満たしたものとする取扱いについては、新加算への移行状況を踏まえて終了時期を再検討するなど、事業者の安定的なサービス提供に影響のないよう適切に実施すること。
- (3) 令和8年度以降の処遇改善加算について、令和6年度介護報酬改定等の影響を精緻に検証し、保険者等の意見も聞いた上で検討を行うとともに、事業者が十分な準備ができるよう、具体的な内容等について速やかに情報提供すること。

(4) 介護支援専門員の安定的な確保を図るため、処遇を改善するとともに、給付実績に結びつかないマネジメント等の評価のための方策を講じるほか、介護支援専門員研修を見直すこと。

#### <現状・課題>

国はこれまで、資格更新制の導入や研修の強化、主任介護支援専門員制度の創設、試験の受験要件の見直しなどにより、介護支援専門員の資質や専門性の向上を図ってきた。その一方で、介護職員に対する処遇改善加算について介護支援専

門員を対象としてこなかったため、その専門性に見合った給与となっておらず、介護職員との給与差が縮小している。

また、特定事業所加算の要件として、必要に応じてインフォーマルサービス等が包括的に提供される居宅サービス計画を作成していることが含まれる一方で、介護支援専門員が退院時の支援に関わっても、退院できずに結果として介護サービスの利用に結び付かなかった場合や、インフォーマルサービス単独で介護サービスの利用に結び付かない場合など、給付実績に結び付かないケアマネジメントについては、令和6年度の介護報酬改定においても介護報酬の評価の対象とされていない。

さらに、介護支援専門員の資格取得や更新のために必要な研修については、介護保険法（平成9年法律第123号）において、「都道府県知事が厚生労働省令で定めるところにより行う研修を受けなければならない」とされており、その科目、時間数、実施方法（講義又は演習）等は、国が定める基準にて全国一律で定められている。都はこれまで、研修の全面オンライン化や動画配信形式の活用などにより、受講者負担の軽減に配慮しているが、時間数は短縮できないため、今なお受講負担が大きい一方、国が定める研修カリキュラムにおいて、研修や科目間で内容の重複が散見され、資格更新時の研修受講者や都が設置する研修向上委員会からは、同じ内容の繰り返しについて見直しが必要との声が上がっている。

その上、令和6年度の介護報酬改定において、特定事業所加算の評価が充実されたことに伴い、ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する事例検討会、研修等に参加していることが要件に追加されたことは、多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促す効果が期待できる一方、研修受講に係る負担が更に増大することが見込まれる。

このように、介護支援専門員は処遇改善が進んでいない中で業務や研修受講の負担が大きくなっており、都内の保険者や事業所からは、こうした状況から介護支援専門員の魅力が相対的に減少していることに加え、職員の高齢化による離職などの要因により、介護支援専門員が不足しているとの声が上がっている。

事実、近年の介護支援専門員証の交付者数は過去10年間の平均以下にとどまっており、都内で実務に従事する介護支援専門員数は、令和元年度をピークに横ばいで推移している。今後、介護サービス需要の拡大が見込まれる中、将来的に介護支援専門員の不足が懸念される。

また、居宅介護支援事業所1事業所当たりの利用者数が増加傾向にある中、都が実施した調査において、「人材不足であり新規利用をセーブしている」と回答した居宅介護支援事業所の割合が41.9%となっており、介護サービスの提供に支障が生じている。

このように、介護支援専門員の不足による介護サービスへの影響が既に生じていることから、介護支援専門員の確保は、直ちに対策を取るべき喫緊の課題である。

なお、令和6年4月に国が立ち上げた「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」において、都の提案内容を含む介護支援専門員の業務の在り方や、人材確保・定着に向けた方策に係る諸課題の整理や見直しの方向性等について審議され、中間整理が終了したところである。

また、国は、令和5年度から居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所の事務負担軽減を目的として「ケアプランデータ連携システム」の運用を開始しており、令和6年度からはケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり事業により利用促進を図っているところであるが、国の補助が不十分であるため、令和7年1月31日時点の都道府県ごとのシステム利用申請状況は全国平均6.7%（都7.7%）と低い普及率となっている。

<具体的要求内容>

- (1) 介護支援専門員の安定的な確保に向けて、その業務の専門性に見合った給与となるよう、処遇の改善を図ること。
- (2) 退院を予定している利用者に対して実施する退院後支援など、給付実績に結び付かない医療・介護・生活にまたがる諸課題を解決するためのマネジメント等を介護報酬の対象とするなど、適切に評価するための方策を講じること。
- (3) 介護支援専門員研修について、質の担保と負担軽減が両立した研修制度となるよう見直しを図ること。
- (4) ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会における中間整理を踏まえ、介護支援専門員がケアマネジメント業務に注力するための負担軽減等の環境整備や、人材確保・定着支援の取組など、介護支援専門員を取り巻く諸課題の解消に向け、必要な制度の見直しや支援の充実を図ること。
- (5) 「ケアプランデータ連携システム」の普及を強力的に推進していくため、ケアプランデータ連携システムの活用促進モデル地域づくり事業について、都道府県が実態に見合った補助が行えるよう、必要な予算を確保すること。



参 考

【都内の介護支援専門員と介護職員の平均給与比較】

	介護支援専門員平均	介護職員平均	差額
平成 24 年度	282,242 円	225,125 円	57,117 円
平成 25 年度	291,063 円	231,736 円	59,327 円
平成 26 年度	281,740 円	229,099 円	52,641 円
平成 27 年度	278,887 円	235,987 円	42,900 円
平成 28 年度	279,155 円	240,963 円	38,192 円
平成 29 年度	272,740 円	239,782 円	32,958 円
平成 30 年度	290,957 円	247,724 円	43,233 円
令和元年度	290,840 円	253,170 円	37,670 円
令和 2 年度	298,220 円	261,020 円	37,200 円
令和 3 年度	291,376 円	258,418 円	32,958 円
令和 4 年度	291,485 円	267,090 円	24,395 円

(注) 月額の前定内賃金(賞与を含まない)。

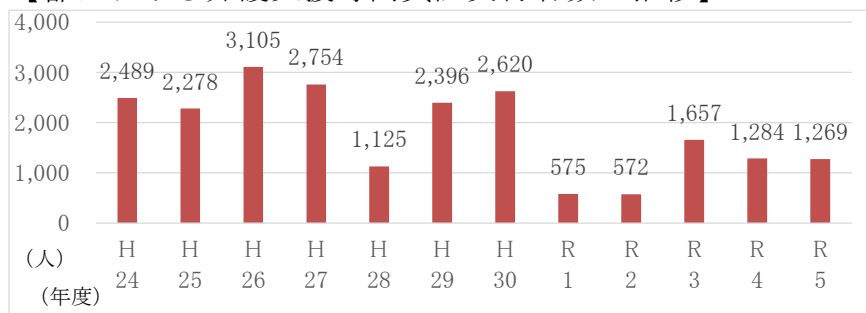
資料: 介護労働実態調査(公益財団法人介護労働安定センター)

【都内で勤務する介護支援専門員数】

年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
延人数	15,318 人	14,747 人	14,435 人	14,797 人	15,503 人

資料: 介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)

【都における介護支援専門員証交付者数の推移】

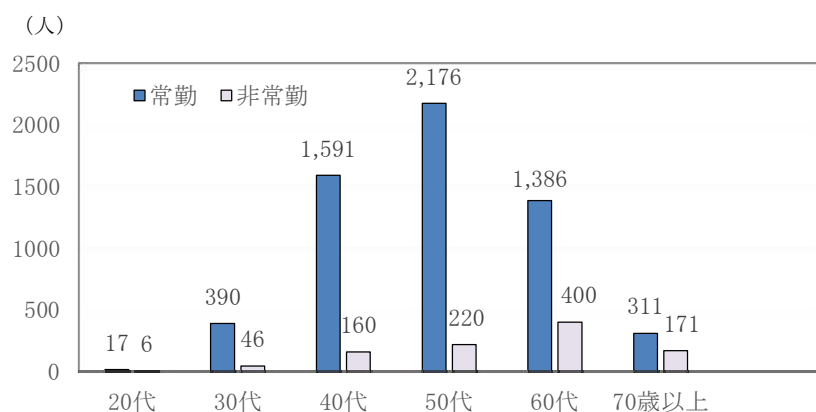


【居宅介護支援事業所 1 事業所当たり利用者数(全国)】

年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
1 事業所当たり利用者数	85.7 人	88.3 人	93.2 人	95.0 人

資料: 居宅介護支援および介護予防支援における令和 3 年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業等

## 【都内で勤務する介護支援専門員の年齢構成】



資料：令和4年度在宅サービス事業者等運営状況調査（東京都福祉保健局高齢社会対策部）

## 【人材不足の状況とサービス提供への影響】



資料：令和4年度在宅サービス事業者等運営状況調査（東京都福祉保健局高齢社会対策部）

## （5）良質な介護サービスの提供等に資する介護報酬とすること。

### <現状・課題>

現行の介護報酬においては、例えば看護職員の常勤配置が必要な施設で一時的に常勤職員が欠けることになった場合、常勤換算での必要数を満たしていても、翌月の報酬が一律に3割減算されるなど、施設の安定的な運営に著しい影響を及ぼすものとなっている。

訪問介護の質の高いサービスを提供する事業所を評価する「特定事業所加算」について、区分支給限度基準額を超過する利用者が出るとの理由から、積極的に加算を取得できない実態がある。訪問介護以外のサービスにおける類似の加算である「サービス提供体制強化加算」については、区分支給限度基準額の対象外となっている。

なお、「特定事業所加算」のⅠ又はⅡの取得は、「介護職員等処遇改善加算」の最上位区分の取得要件にもなっている。

また、福祉用具貸与の報酬について、離島等に所在する事業所は、運搬に要する経費として、貸与費の100分の100を上限に、特別地域加算を算定できる。しかし、本土から離島への運搬費が高騰している現状では、加算の上限を大幅に超えるケースが生じており、事業所の負担となっている。加えて、貸与期間が半月

に満たない場合、貸与費本体が最大で半月分しか算定できないため、これに連動して特別地域加算も減額される仕組みとなっている。これら運搬に要する経費は、現状に適した額を加算として算定することが必要である。

このような状況は、平成30年10月からの貸与価格の上限設定により価格設定に対する事業所の裁量の余地が狭まっていることと併せ、離島においては、事業所の健全な運営に著しい影響を及ぼすものとなっており、利用者への安定的なサービス提供に支障が生じないよう見直しをする必要がある。

#### <具体的要求内容>

- (1) 職員配置が基準を下回った場合の介護報酬減算については、一律に3割減算とすることなく、常勤換算や期間の長短などを考慮した段階的な設定とし、施設の安定的な運営に配慮した制度とすること。
- (2) 訪問介護の特定事業所加算については、事業所の体制整備や加算の取得を促進するため、区分支給限度額には含まない仕組みとすること。
- (3) 福祉用具貸与における特別地域加算について、上限の拡大や、貸与開始月の福祉用具貸与費が半月分の場合でも、1月分の貸与費を特別地域加算の基準とするなどの見直しを図ること。

(6) 介護保険施設の居住費・食費の基準費用額について、東京の地価等を反映したものとするとともに、現下の物価高騰の影響についても、適切に反映できる仕組みとすること。

#### <現状・課題>

介護保険施設の居住費・食費の基準費用額の設定は全国一律となっており、地価や物件費・人件費の高い大都市東京の実態に即していないため、特定入所者介護サービス費の支給対象者（補足給付対象者）については、基準費用額を超える費用が施設の負担となっている。

加えて、食材料費や光熱費の値上げなど、物価高騰により施設運営は更なる影響を受けている。令和6年介護報酬改定では、令和6年8月から、光熱費高騰分として、居住費の基準費用額が1日当たり60円引き上げられたものの、補足給付対象者の居住費・食費にかかる物価高騰分を十分に反映したものとなっておらず、また、その後も物価の上昇が続き、施設の負担が増加している。このため、各自治体においては、物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金を活用するなどして独自に支援しているが、当該交付金は臨時的なものとされており、物価高騰に対する制度的な対応が必要である。

#### <具体的要求内容>

介護保険施設の健全な運営を確保するため、介護保険施設の居住費・食費について、低所得者の負担増とならないよう配慮した上で、基準費用額を東京の地価等を反映したものとするとともに、現下の物価高騰の影響についても、適切に反映できる仕組みとすること。

(7) 介護保険施設において医療的ケアを必要とする要介護者の受入れが進むよう、介護報酬で適切に評価すること。

<現状・課題>

都内では、要介護認定率が急激に上昇する85歳以上高齢者人口が、令和17年にピークになると予測されており、今後、経管栄養や在宅酸素療法等の医療的ケアを必要とする要介護高齢者の増加が見込まれる。

国は、令和6年介護報酬改定において、協力医療機関との連携体制の構築により、介護保険施設における急変時の対応など医療ニーズへの対応強化を図ったところであるが、施設内での日常的な医療的ケアの提供に必要な人員や医薬品等を確保することができる十分な報酬とはなっていない。

<具体的要求内容>

介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、医療的ケアを必要とする利用者の受入れが促進されるよう、介護報酬で適切に評価すること。

## 2 介護人材の確保及び育成

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

今後の急速な高齢化と労働力人口の減少を踏まえ、将来に向けた専門性の高い介護人材を確保・育成・定着していくための総合的な人材対策を確立し、着実に推進すること。

### <現状・課題>

介護関連職種の有効求人倍率は依然として全職業を大きく上回る水準で推移しており、介護人材の人手不足は深刻化している。公益財団法人介護労働安定センターが実施した令和5年度の「介護労働実態調査」においても、介護人材の不足感は引き続き高い水準となっており、労働者の悩みは「人手が足りない」が49.9パーセントと1番多く、介護職員にとっては、人手不足が賃金よりも大きな悩みや不満となっている状況である。

その一方で、第9期東京都高齢者保健福祉計画における介護人材の需給推計では、令和12年度には都において約23万3千人の人材を確保する必要があると見込んでおり、介護人材の確保は喫緊の課題となっている。

さらに、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年(2040年)までの人口推計を踏まえると、生産年齢人口の急速な減少とともに、東京をはじめとする都市部では引き続き要介護高齢者の増加が見込まれており、社会全体での働き手の確保が一層難しくなる一方で、介護ニーズは増加していくことから、将来的に介護分野での人材確保はより一層厳しくなることが予測されている。

今後は、従来の人材対策に加え、現在働いている介護人材が長く働きやすい職場づくりや、限られた人材で質の高い介護が提供できるような介護現場の改革、地域の特性に応じた対策など、少子高齢社会における介護現場の状況を踏まえた介護人材対策の更なる充実が求められる。

また、特に訪問介護サービスを担う訪問介護員は、職員の高齢化が著しく、都の調査では60代以上が約5割を占めるなど、今後10年で退職者が増加することが見込まれる。しかしながら、有効求人倍率は施設等の介護職員に比べ大幅に高く、特に新卒などの若年層の訪問介護への入職は少ない。こうした状況を踏まえ、今後も必要な訪問介護サービスを安定的に提供していけるよう、訪問介護員の人材確保においても、対策の充実が重要である。

さらに、訪問介護等の介護現場において、利用者やその家族からのハラスメントが存在することが指摘されており、介護職員が安心して働ける環境を整備する必要がある。国では、カスタマーハラスメントに関し、企業に対策を義務付ける法案が令和7年6月に成立した。都は、令和7年4月1日より「東京都カスタマー・ハラスメント防止条例(令和6年東京都条例第140号)」を施行し、本条例に基づき「カスタマー・ハラスメントの防止に関する指針(ガイドライン)」を策定するとともに、業界マニュアル作成のための手引として「カスタマー・ハラ

メント防止のための各団体共通マニュアル」を示すなど取組を進めているが、国からは「介護現場におけるハラスメント」について基本的な方針やガイドラインが示されていない。

< 具体的要求内容 >

- (1) 深刻な人材不足と今後の介護ニーズの増大に対応するため、介護現場における介護人材の配置状況や業務の実施状況等の実態を把握・検証した上で、総合的な介護人材対策の充実を図ること。特に、訪問介護員については、若年層の求職者が訪問介護へ入職し、安定的な収入を得て長く働けるよう、対策の充実を図ること。
- (2) 介護職員が安心して働ける環境を整備するため、国として「介護現場におけるハラスメント」について、基本的な方針と実効性のある対策を示すこと。

### 3 認知症施策の総合的な推進【最重点】

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

認知症施策を総合的に推進するため、十分な財源を確保するとともに、地域の実情に応じた取組が可能となるよう、必要な措置を講じること。

#### <現状・課題>

都における認知症のある高齢者は、令和22年には約57万人になると見込まれており、認知症になっても尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、認知症施策を総合的に推進することが重要である。

国は認知症施策推進計画において、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができる」という「新しい認知症観」を示している。認知症のある人が元気で心豊かに自分らしく過ごすには、一人一人の希望に応じて地域や社会で活躍できるとともに、他者と交流できる環境が整えられていることが必要である。そのため、都は令和6年度から、認知症のある人の希望に応じ、関係機関と連携しながら地域の実情に合わせた社会参加の機会創出に取り組む区市町村を支援している。

都道府県は、国で策定する認知症施策推進基本計画を基本としつつ、実情に即した都道府県計画を策定するよう努めることとされており、国は基本計画において重点目標及びKPIを設けたが、具体的な目標値や、評価の在り方の検討の時期を示していない。

国は、令和6年度に「認知症チームケア推進加算」を創設した際、「日本版BPSDケアプログラム」（以下「ケアプログラム」という。）を加算の対象と明示せず、令和7年4月になってケアプログラムが加算の要件である旨通知した。しかし、ケアプログラムで既に効果が実証されている在宅サービスは引き続き加算の対象にしておらず、加算の単価についても効果に見合ったものになっていない。

国は、令和6年度から認知症介護実践リーダー研修の研修対象者の要件を緩和し、認知症介護実践者研修を修了していない者も対象に加えたが、知識や理解を深める措置等を講じていないため、受講生間の理解度の差の拡大など、研修現場で混乱が生じている。

若年性認知症のある方への支援では、労働者やその家族への相談支援や、労働者、主治医、企業・産業医のコミュニケーションのサポートを行う両立支援コーディネーターと、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターとの連携は重要である。国は基本計画において「若年性認知症支援コーディネーター等と企業の産業医や両立支援コーディネーター等による連携した対応を行うことなどを推

進する」としているが、「地域両立支援推進チーム」に認知症支援コーディネーターの参加を求めている都道府県労働局があるなど、取組は進んでいない。

認知症抗体医薬の実用化等を踏まえて地域の医療提供体制の充実を図るには、認知症サポート医の活動の活性化が急務であり、地域包括支援センター等が医師に医療相談や訪問支援等を依頼する場合、柔軟かつ機動的な対応が求められる。こうしたニーズを踏まえ、都は令和6年度、地域包括支援センター等と連携して活動できる認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」に認定する制度を創設した。令和7年度からは、とうきょうオレンジドクターに医療相談等を依頼する際の費用に係る区市町村補助を独自に開始したが、都道府県のこうした取組は国の財政支援の対象とされていない。

認知症抗体医薬については、初回投与を行う医療機関に加え、6か月以降の投与を行う医療機関の確保も求められる。しかし、小規模の診療所等が投与を開始するには、院内の人員体制の見直しや、投与のキャンセルが発生した場合に薬剤の返品等が困難なこと等、負担が大きい。また、認知症抗体医薬は、精神科医療機関で算定可能な「持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料」の対象となっていない等、診療報酬が治療の実態に見合ったものになっていない。

認知症疾患医療センターについては、専門医療の提供、地域連携の推進、人材育成など多くの機能を担っているため、関係機関が多く存在していることに加え、人件費や物件費等が高いといった都市部の特性に合わせた配慮が必要であるが、国庫補助額は不十分である。

また、認知症抗体医薬の投与を行うセンターを対象とする加算が令和6年度から新設されたが、投与を行わないセンターでも同様に相談対応等が求められるため、全センターへの財源措置が必要である。

あわせて、今後ますます増加する認知症の鑑別診断等を円滑に行っていくためには、認知症疾患医療センターと同等の機能を持つ医療機関も認知症の鑑別診断等に積極的に取り組んでいくことが必要であるが、認知症専門診断管理料の対象となっていない。

#### <具体的要求内容>

- (1) 「新しい認知症観」を広く浸透させる取組を進めること。その上で、認知症のある人の社会参加を推進する取組を自治体が円滑に実施できるよう支援すること。
- (2) 基本計画におけるK P Iの目標値について、早期に都道府県に示すこと。また、具体的な調査方法やK P Iに基づく認知症施策の評価の在り方について、具体的な検討時期を示すとともに、調査方法については、都道府県でも実施可能なものとなるよう配慮すること。
- (3) 「日本版B P S Dケアプログラム」について、在宅サービスも加算の対象とすること。また、その効果に見合う加算とすること。
- (4) 認知症介護研修については、質の確保に配慮するとともに、地域の実情に応じて効果的に実施できるものとする。
- (5) 若年性認知症のある人の就労に関して、両立支援コーディネーターが都道府県の若年性認知症支援コーディネーターと円滑に連携できるよう、都道府



県労働局の取組を促進すること。

- (6) 認知症サポート医制度の実効性を担保するとともに、認知症サポート医の活動を促進し、地域における医療提供体制の充実が図られるよう、財源を措置すること。
- (7) 身近な地域で希望する人が認知症抗体医薬の治療を受けられる体制が確保されるよう、医療現場の実態を踏まえた運用へ見直すとともに、認知症抗体医薬治療における診療報酬について、負担に見合ったものとなるよう改善を図ること。
- (8) 認知症疾患医療センター運営事業に対する補助金について、事業内容や地域特性に見合った十分なものとする。
- (9) 認知症専門診断管理料は、認知症疾患医療センターと同等の機能を持つ医療機関も対象とするとともに、業務の実態に即した報酬水準とすること。

#### 4 地域医療介護総合確保基金（介護分）の充実

（提案要求先 厚生労働省）

（都所管局 福祉局）

地域医療介護総合確保基金について、自治体が地域の実情に応じた有効な施策展開を図れるよう、弾力的に活用できる仕組みとすること。

##### <現状・課題>

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（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの提供体制の総合的・計画的な整備等を推進するため、都道府県は、国3分の2、都道府県3分の1の負担割合により、地域医療介護総合確保基金（以下「基金」という。）を設置している。

なお、都道府県負担分は、地方交付税交付金により財源措置されているが、不交付団体である都においては、これを自主財源で賄っている。

国は、平成27年度補正予算において、「介護離職ゼロ」に向けた緊急対策として、基金の積増しを行った。

しかし、基金の活用にあたっては、原則として、各年度の所要額は当該年度の積立額により充当すべきとされていることや、基金造成事業に要する各区分（介護施設等の整備分、介護従事者の確保分）の経費の配分変更が認められていないことから、都においては多額の基金残高が累積している。

介護施設等整備事業については、平成18年度の三位一体改革との関係から、基金対象事業が地域密着型施設の整備などに限定されており、より需要のある広域型施設の整備等へ充当できない。

また、地域密着型サービス等について、今後、施設の老朽化に伴い、需要が増加すると見込まれる大規模修繕が、補助対象となっていない。さらに、基金事業の配分基礎単価は令和6年度に一定程度引き上げられたものの、基本的に全国一律であり、建築価格や人件費の高騰は、首都圏をはじめとした大都市においてより深刻であるという実態を十分に反映していない。特に、定期借地権の一時金に対する補助について、その補助額は、路線価の2分の1に対して、その2分の1（実質4分の1）となっているため、事業者の負担が大きく、都は、独自に上乘せして補助を行っている。

また、対象事業が限定的に列挙されているため、例えば、都が独自に実施している、特別養護老人ホーム等を整備する際の土地賃借料への補助や、奨学金の貸与を受けた介護職員に対して返済相当額を手当として支給する事業者や介護職員用の宿舍を借り上げる事業者への支援など、自治体が地域の実情に応じて取り組む事業が対象とならない。

さらに、近年、年度途中での解釈通知の変更や国庫補助への誘導等により、都の予算の調整が必要となることで事業者への通知が遅れ、事業者は限られた期間内での事業執行を余儀なくされるなど、都道府県の事業執行に影響を及ぼしている。

<具体的要求内容>

- (1) 過年度予算分の柔軟な活用を可能とすること。
- (2) 介護施設等整備事業について、地域の実情に応じた医療及び介護の総合的な確保のための事業に要する経費を支弁するという基金の設置目的に鑑み、以下のような対象の拡充を図ること。
  - ① 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の広域型施設の整備についても補助対象とすること。
  - ② 地域密着型サービス等の施設の老朽化に伴う大規模修繕についても補助対象とすること。
  - ③ 大都市における建築価格や人件費の高騰及び地域差を踏まえ、既存基金事業（地域密着型施設整備費、開設準備経費等支援事業の補助など）の配分基礎単価を増額すること。
  - ④ 定期借地権等の一時金に対する補助について、大都市における路線価の地域差などを踏まえ、補助率（2分の1）及び基準額（路線価の2分の1）を引き上げること。
- (3) 介護施設等整備事業における特別養護老人ホーム等を整備する際の土地賃借料への補助や、介護従事者確保事業における奨学金の貸与を受けた介護職員に対し返済相当額を手当として支給する事業者や介護職員用の宿舍を借り上げる事業者への支援など、自治体の地域の特性に応じた独自の取組も対象とすること。
- (4) 年度途中での解釈通知の変更や国庫補助への誘導等により事業の執行に影響を及ぼさないよう、都道府県の円滑な事業執行に配慮すること。

参 考

○地域医療介護総合確保基金の執行状況（東京都）

1 介護施設等整備分

（単位：千円）

年度	積立額 (A)	取崩額 (B)	残高 (A)-(B)
平成27年度 当初分	6,918,363	6,918,363	0
平成27年度 補正分 (平成37年度までに充当)	14,921,750	6,551,383	8,370,367
平成28年度 当初分	7,736,157	7,736,157	0
平成29年度 当初分	2,206,933	2,206,933	0
平成30年度 当初分	3,845,918	3,845,918	0
令和元年度 当初分	6,381,509	6,381,509	0
令和2年度 当初分	5,148,920	5,148,920	0
令和3年度 当初分	8,809,500	8,809,500	0
令和4年度 当初分	5,400,037	5,400,037	0
令和5年度 当初分	5,934,972	2,655,932	3,279,040
令和6年度 当初分	0	0	0
計	67,304,059	55,654,652	11,649,407

2 介護従事者確保分

（単位：千円）

年度	積立額 (A)	取崩額 (B)	残高 (A)-(B)
平成27年度 当初分	920,885	920,885	0
平成27年度 補正分 (平成37年度までに充当)	1,449,182	1,449,182	0
平成28年度 当初分	1,975,850	1,975,850	0
平成29年度 当初分	565,108	565,108	0
平成30年度 当初分	2,707,868	2,707,868	0
令和元年度 当初分	1,873,151	1,873,151	0
令和2年度 当初分	2,115,497	2,115,497	0
令和3年度 当初分	5,900,599	5,900,599	0
令和4年度 当初分	11,684,121	11,684,121	0
令和5年度 当初分	4,841,933	4,841,933	0
令和6年度 当初分	4,489,551	1,669,475	2,820,076
計	38,523,745	35,703,669	2,820,076

## 5 介護サービス基盤の整備に向けた施策の充実

(提案要求先 財務省・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

(1) 定期借地権を利用した未利用国有地の貸付けについて、減額措置の期間を延長するとともに、貸付条件を見直すこと。

### <現状・課題>

都では、令和12年度末までに特別養護老人ホームを6万4千人分、介護老人保健施設と介護医療院を合わせて3万人分、認知症高齢者グループホームを2万人分整備すること等を政策目標としており、介護施設等の計画的な整備を促進するためには、施設用地を確保する必要がある。

国は、平成28年1月から一億総活躍社会の実現に向けた緊急対策として、都市部の国有地を活用して介護施設等を整備する場合に、貸付料の50パーセント減額を行っているが、減額措置の対象は令和7年度末までとされている。減額後の貸付料については、都市部の中でも地価の高い地域においては、なお高額であることに加え、定期借地権の期間にかかわらず、減額期間が貸付始期から10年間に限られていることから、施設を整備・運営する事業者の負担が大きい。

また、貸付対象施設は特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び認知症高齢者グループホーム等とされているが、貸付対象事業者が地方公共団体又は社会福祉法人に限定されているため、軽費老人ホームや認知症高齢者グループホームを整備する株式会社等が貸付を受けられない。

さらに、介護老人保健施設及び介護医療院については、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第3項第10号に規定する生計困難者に対して無料又は低額な費用で介護老人保健施設又は介護医療院を利用させる社会福祉事業の用に供する場合に限られている。

加えて、貸付けの要望受付時において、貸付料の参考価格が示されないため、貸付要望者が収支を見込むことが難しく、貸付料が見込みを大きく上回ることによって、貸付料が示された時点で事業計画の見直しが必要となる事例や計画自体を取り下げる事例が発生している。

### <具体的要求内容>

- (1) 貸付料の減額措置について、令和8年度以降も継続すること。
- (2) 国有地に低廉な価格で社会福祉施設を整備することができるよう、地価が高い地域においては、更なる減額を行うこと。
- (3) 貸付期間全体を通して、貸付料の減額を行うこと。
- (4) 多様な施設の整備に国有地を活用できるよう、貸付対象事業者を地方公共団体又は社会福祉法人に限定することなく、医療法人や株式会社等も対象に加えること。
- (5) 介護老人保健施設及び介護医療院の整備促進が図られるよう、社会福祉事業の用に供する場合に限らず、介護老人保健施設及び介護医療院を減額貸付

の対象とすること。

(6) 貸付要望者に、適正な時価に基づく貸付料の予定価格を示すこと。

(2) 社会福祉法人以外の者が特別養護老人ホーム等を整備する場合について、独立行政法人福祉医療機構の実施する福祉貸付事業の融資対象とすること。

#### <現状・課題>

国は平成 28 年 7 月、特別養護老人ホーム及び当該特別養護老人ホームに併設する老人短期入所施設（以下これらを「特別養護老人ホーム等」という。）の用に供する建物について、国又は地方公共団体以外の者から貸与を受けることを可能とする規制緩和を行った。

これにより、社会福祉法人以外の個人や株式会社等が特別養護老人ホーム等の整備を行うことが可能となったが、現在、特別養護老人ホーム等の整備に係る独立行政法人福祉医療機構の福祉貸付事業の対象は、独立行政法人福祉医療機構法（平成 14 年法律第 166 号）第 12 条において、「社会福祉事業施設を設置し、又は経営する社会福祉法人その他政令で定める者」とされており、融資対象が社会福祉法人に限定されている。

国が行った規制緩和を実効性のあるものにするためには、社会福祉法人以外の者が特別養護老人ホーム等を整備する場合についても、福祉貸付事業の融資対象とすることが有効である。

#### <具体的要求内容>

社会福祉法人以外の者が特別養護老人ホーム等を整備する場合の整備費等について、地方公共団体の補助制度の対象となっているなど、一定の要件を満たす整備計画については、福祉貸付事業の融資対象とすること。

## 6 医療保険制度の改革等

### 1 医療保険制度の拡充

(提案要求先 厚生労働省・こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

子どもの医療費について、少子化対策の観点から、医療保険制度における乳幼児医療費の患者一部負担金の割合を現行の2割から更に軽減するとともに、対象年齢を18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者まで拡大すること。

また、国の責任において子どもの医療費に関わる助成制度を創設すること。

#### <現状・課題>

平成20年4月から、医療保険制度における乳幼児医療費の患者一部負担金の割合を2割に軽減する措置が、未就学児まで拡大されている。

また、国の調査（令和6年4月1日時点）によると、乳幼児に対し全ての自治体が医療費助成を行っており、中学生までの子どもに対しては約99%、更に18歳年度末までに対しても8割を超える自治体が医療費助成を行い、その後も増加傾向にある。

都においても、子育て支援の充実のため、義務教育就学期にある子どもの医療費助成について市町村への補助に加え、令和5年4月から、生涯にわたる健康づくりの基礎を培う大切な時期である高校生等の医療費の一部を助成する区市町村への補助を開始した。

こうした現状を踏まえると、少子化対策の観点からも、医療保険制度における乳幼児医療費の患者負担の軽減や対象年齢の拡大に加え、国の責任において新たな医療費助成制度を創設すべきである。

#### <具体的要求内容>

子どもの医療費について、少子化対策の観点から、医療保険制度における乳幼児医療費の患者一部負担金の割合を現行の2割から更に軽減するとともに、対象年齢を18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者まで拡大すること。また、国の責任において、医療保険制度に加え、子育て支援策としての子どもの医療費に関わる助成制度を創設すること。

## 2 国民健康保険制度の見直し等

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

(1) 医療保険制度が将来にわたり安定的で持続可能なものとなるよう、制度全般の具体的な将来像とそこに向けた道筋を示すこと。

(2) 国民健康保険制度については、今後の医療費の増すうに耐え得る財政基盤の強化を図っていくこと。

また、必要な財源を確保するとともに、地域の特性にも十分配慮すること。

(3) 国と地方との協議の場における合意に基づく公費拡充については、令和8年度以降も確実に実行すること。

(4) これらの事項の検討に当たっては、地方自治体や保険者などの関係団体等と十分協議すること。

(5) 国の方針に基づき保険料水準の統一を進めるため、取組支援及び財政支援を拡充すること。

(6) 保険者努力支援制度の評価指標や配点基準等を変更する場合は、変更の考え方等を具体的かつ早期に示し、地方自治体と十分協議すること。

また、評価指標は保険者が医療費適正化等に取り組むためのインセンティブとなるよう、自治体の実情に十分配慮すること。

さらに、保険者努力支援制度（都道府県分）の交付金額が仮係数から確定係数で大きく変動することの無いよう、その評価指標や配点基準等を設定すること。

(7) 少子化対策のため、子供に係る均等割保険料軽減措置の対象拡大を図るとともに必要な費用を全額措置すること。



## <現状・課題>

国民健康保険制度については、国が財政支援の拡充等により財政基盤を強化した上で、平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、運営について中心的な役割を担う新たな制度が開始された。

毎年約3,400億円の追加公費の財源を恒久的に確保することとされたが、高齢化に伴い、今後も医療費の増すうが見込まれるなど、都道府県の国保財政運営は厳しい状況にある。将来にわたり安定的で持続可能な医療保険制度を構築するためには、制度設計者である国の責任において、医療費等の将来推計を適切に行った上で、医療保険制度全般の具体的な将来像とそこに向けた道筋を示すべきである。

特に、国民皆保険を支える国民健康保険制度の安定化は極めて重要な課題である。先般の制度改革後においても、各都道府県における追加公費の影響を明らかにするなど、引き続き制度の運営状況を検証し、財源の確保を含めた必要な措置を講じることにより、医療費の増すうに耐え得る財政基盤の確立を図っていく必要がある。その際には、各都道府県において安定的に制度運営を行えるよう、地域の特性に十分配慮する必要がある。

これらの事項の検討に当たっては、地方自治体や保険者などの関係団体等の納得と理解を得ていく必要がある。

国は、令和6年6月に、国民健康保険制度における都道府県内の保険料水準の統一の取組の更なる加速化に資するよう、保険料水準の統一加速化に向けた具体的な方針を示し、現行の国保運営方針において完全統一の目標年度を定めていない都道府県について、令和8年までに、目標年度の意思決定ができるよう取組を進めることとしている。また、保険料水準統一加速化に向けた支援パッケージによる支援を実施しているが、令和8年に向けた取組の加速化を進めるためには、取組支援の一環として都道府県の実情に応じた対応策に関する助言や参考事例の紹介、財政支援の一環として保険者努力支援制度における保険料水準統一関係の指標に係る配点の引上げ等の更なる支援が必要である。

保険者の医療費の適正化等に向けた取組を支援することを目的として、国は、平成30年度から取組へのインセンティブ措置として保険者努力支援制度(取組評価分)を本格導入し、令和2年度交付分からは、事業費として交付する部分(事業費分)及び事業費に連動して配分されるインセンティブ措置(事業費連動分)を新たに設けたが、令和5年度交付分から、都道府県ごとの事業費分の交付額により事業費連動分の交付上限額を設定する仕組みが導入され、地方自治体が費用対効果の高い事業を実施するインセンティブの低下につながるおそれがある。

保険者努力支援制度(取組評価分)については、国は、今後も各指標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて制度を見直すこととしているが、保険者は制度の評価指標や配点基準等を踏まえ事業に取り組んでおり、評価指標や配点基準等の決定後、保険者が採点するまでの期間が短く、保険者の取組が阻害されるおそれがある。評価指標のうち全自治体一律の基準で評価した上で、都道府県内の達成割合を評価するものについては、島しょ地域など事業対象者が存在しない場合にも取組を求めるなど、取組のインセンティブとして十分なものとなっていないため、自治体規模や地域性を考慮する必要がある。また、令和7年度交付分から子ども

の医療の適正化等の取組に係る評価指標が新設され、子どもの医療費助成について自己負担を設ける区市町村等が評価対象とされたが、過大な配点となっており、国が推進する子ども・子育て支援の方針に反していると思われる。さらに、後発医薬品の使用促進については、後発医薬品を中心とした医薬品の供給不安に係る課題への国による対応が基本となり、後発医薬品とは使用状況や認知度が異なるバイオ後続品については、保険者による被保険者への使用促進の進め方が不明な状況であることから、都道府県や区市町村を取り巻く状況に配慮した評価指標とする必要がある。

保険者努力支援制度（都道府県分）について、都では交付金全額を納付金総額から差し引くこととしている。このため、仮係数から確定係数での交付金額の大きな変動は、納付金算定結果に及ぼす影響が大きく、ひいては区市町村の国民健康保険財政へも甚大な影響を与えるものである。

子供に係る均等割保険料軽減措置については、令和4年度から未就学児に係る均等割保険料を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度が創設された。しかしながら、対象が未就学児にとどまっており、必要財源についても、地方交付税措置を講ずるとされているものの、都道府県や区市町村に負担を求めるものとなっており、国が全額責任をもって措置すべきである。令和3年6月の参議院厚生労働委員会における附帯決議を踏まえ、少子化対策の観点から18歳未満までの対象拡大や減額幅の更なる拡充を引き続き検討する必要がある。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 医療保険制度が将来にわたり安定的で持続可能なものとなるよう、医療費等の将来推計を適切に行った上で、医療保険制度全般の具体的な将来像とそこに向けた道筋を示すこと。
- (2) 国民健康保険制度については、制度改革における各都道府県への追加公費による影響を分析し明らかにするなど、引き続き制度の運営状況を検証した上で、必要な措置を講じ、今後の医療費の増すうに耐え得る財政基盤の強化を図っていくこと。その際に必要となる財源については、地方自治体に負担を転嫁することがないように、国の責任において確保すること。  
また、各都道府県において安定的な制度運営が行われるよう、地域の特性にも十分配慮したものとすること。
- (3) 国と地方との協議の場における合意に基づく公費拡充については、令和8年度以降も確実に実行すること。
- (4) これらの事項の検討に当たっては、地方自治体や保険者などの関係団体等と十分協議すること。
- (5) 国の方針に基づき保険料水準の統一を進めるため、取組支援及び財政支援を拡充すること。
- (6) 保険者努力支援制度の評価指標や配点基準等を変更する場合は、被保険者の健康の保持増進のために必要な事業の促進を図るという趣旨を踏まえた仕組みとするとともに、変更の考え方等を具体的かつ早期に示し、地方自治体と十分協議すること。

また、評価指標は保険者が医療費適正化等に取り組むためのインセンティブとなるよう、都道府県や区市町村の実施状況に十分に配慮すること。

さらに、保険者努力支援制度（都道府県分）の交付金額が仮係数から確定係数で大きく変動することのないよう、その評価指標や配点基準等を設定すること。

- (7) 少子化対策として、子育て世帯の経済的負担を軽減するため、子供に係る均等割保険料軽減措置を 18 歳未満まで対象拡大を図るとともに必要な費用を全額措置すること。

### 3 国民健康保険の財源確保等

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 年度間で医療費の変動が大きい場合に、国民健康保険財政が不安定とならないよう、財政規模を考慮し国費による財政安定化基金の積み増しを行う等必要な対応を行うこと。
- (2) 保険料水準の平準化を推進するインセンティブとなる適切な措置を国において講じること。

#### <現状・課題>

国民健康保険事業費納付金算定における医療費の推計は、直近の実績を基に行うこととされているが、年度間の医療費の変動が大きいと適切な推計が困難となり、結果として納付金不足による財政安定化基金の取崩しが生じるなど、都道府県の国保財政の運営が不安定となる。国は、平成 30 年の国保制度改革に伴い都道府県に設置する財政安定化基金について、保険料の収納不足及び保険給付費実績の見込みからの増加が 3 年間続いた場合を想定し、全国で 2,000 億円規模を確保したとしているが、制度改革時に想定されていなかった保険給付費の想定外の増加に伴う取崩しや保険料収納不足が生じた区市町村への貸付により、都の基金残高は非常に少額となるなど、国保財政が不安定となっている。

また、令和 4 年度から財政安定化基金に財政調整事業が追加されたが、積立の原資となる決算剰余金は、医療費の動向や国庫精算金の状況により、確保が困難である。

保険料水準の平準化に向けては、平準化による保険料の上昇が区市町村との議論の障壁となっており、国において適切に対応する必要がある。

#### <具体的要求内容>

- (1) 近年の医療費の動向を踏まえ、国民健康保険事業費納付金算定における適切な医療費推計方法を示すこと。

また、都道府県の国民健康保険財政の安定的な運営を図るため、国費によ

- る財政安定化基金の積み増しを行うこと。
- (2) 保険料水準の平準化を推進するインセンティブとなる適切な措置を国において講じること。

#### 4 後期高齢者医療制度の財源確保等

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 後期高齢者医療制度における保険料負担や財政安定化基金の在り方について考えを示すこと。
- (2) 現行制度の更なる見直しを行うに当たっては、地方自治体や保険者などの関係団体等と十分協議した上で、低所得者に十分配慮した制度の在り方を検討するとともに、必要な財源を確保すること。
- (3) 広域連合が安定した財政運営を行えるよう、調整交付金の算定方法等を見直すこと。
- (4) 後期高齢者医療制度における財政運営主体の都道府県化の検討に当たっては、拙速な議論を避け、制度の課題や運営状況の分析を行った上で、地方自治体や保険者などの意見を踏まえた慎重な議論を行うこと。

##### <現状・課題>

後期高齢者医療制度は、高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代との負担の明確化等を図り、国民全体で支える仕組みとして、保険料、支援金、公費の負担割合が定められた。

財政安定化基金については、医療給付費の急激な上昇や保険料の収納不足により財源不足が生じた場合に、広域連合に交付又は貸付を行うことを目的として都道府県に設置されている。

国は、財政安定化基金の活用について、平成 22 年に高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）の一部を改正し、附則に、特例として当分の間保険料増加抑制のために活用することができると定めたが、その活用については都道府県の判断に委ねており、その後、明確な考えは示していない。

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では、「高齢者医療制度の在り方については、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」とされた。

後期高齢者の自己負担の在り方については、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築するため、後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であって一定所得以上の方について、令和4年10月1日から医療費の窓口負担割合を2割とする法改正が行われた。

施行に当たっては長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1か月の負担増を最大3,000円とする措置が講じられているが、令和7年9月30日に終了する。

また、後期高齢者医療の保険料については、医療保険制度改革の一環である高齢者負担率の設定方法の見直しや出産育児一時金への拠出等が令和6年度から適用されたこと、医療給付費の増などの影響を受けており、今後も高齢者負担率の更なる上昇などにより、中間所得層以上の保険料率が上昇していくことが見込まれている。

令和8年度からは令和6年度及び令和7年度保険料率に適用されていた激変緩和措置が終了するとともに、子ども・子育て支援金制度への拠出が開始され、また、医師偏在対策に伴う医師手当拠出金の導入が予定されており、さらに、令和5年12月に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」等に基づき、現役並み所得（医療費の窓口負担割合が3割）の判断基準の見直しや制度負担への金融所得や金融資産等の保有状況の反映の検討が進められるなど、後期高齢者の負担は一層増大していくことが想定される。

今後、現行制度の更なる見直しを行うに当たっては、地方自治体や保険者などの関係団体等と十分協議した上で、必要な医療への受診抑制につながることはないよう、低所得者に十分配慮した制度の在り方を検討するとともに、財源については、地方自治体に対し財政安定化基金による特例的な対応を求めるなど負担を転嫁することのないよう、国の責任において確保することが必要である。

さらに、後期高齢者医療制度における調整交付金は、都道府県単位で所得水準に応じ加減される仕組みとなっているが、わずかな所得額の変動が交付額に大きく影響するなど、広域連合の財政運営が不安定になっている。

加えて、平成30年度国保制度改革後の国保財政運営の安定化に努めるとともに、今後の保険料水準統一に向け区市町村との間で調整を進めようとしている中で、後期高齢者医療制度に関する財政運営主体の都道府県化に向けた制度の在り方検討について、現状の改革工程等を前提に拙速な議論を行うことは、地方自治体を混乱させ、ひいては社会保障制度の運営に対する信頼を損なうこととなる。このため、本件議論に当たっては、制度の課題や運営状況の分析を行い、慎重な議論を行う必要がある。また、検討を行う際には、適切なタイミングで意見照会や意見交換の場を設けるなど、地方自治体や保険者などの関係団体等の意見を十分反映することが重要である。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 後期高齢者医療制度における保険料負担や財政安定化基金の在り方について考えを示すこと。
- (2) 今後、現行制度の更なる見直しを行うに当たっては、制度設計者である国の責任において、地方自治体や保険者などの関係団体等と十分協議した上で、

必要な医療への受診抑制につながることはないよう、低所得者に十分配慮した制度の在り方を検討するとともに、必要な財源については、国の責任において確保すること。

- (3) 広域連合が安定した財政運営を行えるよう、国庫支出金の一部を都道府県の所得水準に応じて加減する調整交付金の算定方法等を見直すこと。
- (4) 後期高齢者医療制度における財政運営主体の都道府県の検討に当たっては、拙速な議論を避け、制度の課題や運営状況の分析を行った上で、地方自治体や保険者などの意見を踏まえた慎重な議論を行うこと。

## 7 障害者施策の推進

### 1 障害者・障害児の支援に関する法制度

(提案要求先 内閣府・こども家庭庁・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局・保健医療局)

障害者・障害児の支援に係る法・制度について、障害者等の生活実態に即した効果的な仕組みとするとともに、円滑な運用を図ること。

#### <現状・課題>

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（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）における障害児支援の規定については、法附則において、その施行状況等を勘案しつつ検討を加え、必要な見直しを図ることとされている。

平成 25 年度に施行された障害者総合支援法は、施行から 3 年後となる平成 28 年度に一部改正法が成立、平成 30 年に施行され、令和 4 年 12 月には障害者等の地域生活の支援体制の充実などが盛り込まれた「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」（令和 4 年法律第 104 号）が成立、令和 6 年 4 月から施行された。

高齢障害者が介護保険サービスを利用した場合に発生する利用者負担金については障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みが設けられたが、対象が 65 歳に達する日の前の 5 年間にわたり、相当する障害福祉サービスに係る支給決定を受けていることなどと限定されている。

障害者総合支援法に位置付けられている地域生活支援事業は、自立支援給付と相まって障害者を支える重要なサービスであり、今後とも必要に応じてメニューを充実させていくべきであるが、国は 5 割等の補助率を確保しておらず、財源確保が不十分である。そのため、屋外での移動が困難な障害者の移動支援や盲ろう者への通訳・介助者派遣、手話通訳者や失語症者向け意思疎通支援者等の派遣をはじめとした障害者の意思疎通支援、青年・成人の障害者の交流・集団活動への支援など事業の充実、低所得者に係る利用者負担の軽減等、地域のニーズを踏まえて取り組んでいる都道府県や区市町村に大きな超過負担が生じている。

重度視覚障害者の同行援護については、平成 23 年 10 月からは個別給付化が図られてはいるが、同様に単独での外出が困難な障害者には必ず必要となるサービスである移動支援は、引き続き地域生活支援事業に位置付けられている。

令和 4 年 5 月に施行された障害者による情報の取得及び利用並びに意思疎通に係る施策の推進に関する法律（令和 4 年法律第 50 号）では、国及び地方公共団体は、障害者による情報取得等に資する機器等に関し、障害者等に対する情報提供及び入手の支援等の必要な施策を講ずるものとしている。

タブレット等は、信号の色や点字ブロックなど周囲の状況を音声で伝え外出をサポートするアプリや、音声を文字化しコミュニケーションを支援するアプリなどを組み入れることによって地域生活支援事業の日常生活用具給付等事業の給付

対象として国が認める機器と同等の機能を有するが、国は同事業として給付する用具の要件を、「日常生活品として一般に普及していないもの」としている。

近年、デジタル機器の開発が著しく進展し、障害者の自立を支援する多様な機器が登場している。障害者の社会参加をより一層促進するためには、これらの機器の普及を図る必要がある。

子供の聴覚障害は、早期に補聴器の使用などの適切な支援を行うことで言葉の遅れなどを防止し、言語能力や生活能力等を高めると言われているが、障害者総合支援法に基づき支援を受けられるのは、身体障害者手帳の対象となる重度の難聴に限られている。

障害者総合支援法附則第3条第3項によると、「政府は、障害者等の福祉に関する施策の実施の状況、障害者等の経済的な状況等を踏まえ、就労の支援を含めた障害者等の所得の確保に係る施策の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」とされている。平成25年度からの障害者基本計画（第3次）で「所得状況の把握について改善を検討する」とされていたが、令和5年度からの5年間を計画期間とする障害者基本計画（第5次）では「障害者の所得状況を定期的に把握する」とされ、具体的な検討や措置が行われていない。特に近年、大幅な物価高騰により生活実態が大きく変わっているが、対策は不十分である。

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づく身体障害者手帳及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）に基づく精神障害者保健福祉手帳について、国は、平成31年3月末に省令改正を行い、これまで省令に規定していた手帳の様式を削除するとともに、部長通知においてカード形式と紙の様式を示し、本人が希望する場合には新たにカード形式の手帳を交付できることとした。本通知は技術的助言であるにもかかわらず、カードの形状や材質、偽造防止対策の方法など国が示す仕様を遵守することとしており、事実上の義務付けとなっているが、これに伴う財源措置は講じられていない。また、手帳の提示によって各種減免・割引を行っている公共交通機関や行政機関等の関係機関との協議も不十分である。

知的障害者・児に対する療育手帳については、昭和48年厚生事務次官通知等に基づき各都道府県等が知的障害の判定等を実施しているが、法律上の位置付けがない。また、知的障害の定義や療育手帳該当と判定する際の基準が明示されていないため、自治体ごとの運用に違いが生じている。なお、身体障害者手帳については、他道府県から転入後も転入前の手帳がそのまま使用できるようになっており、居住地変更届等の提出が適切に行われていないケースが多く、マイナンバーを有効に活用できない状況となっている。

特別児童扶養手当の受給資格の認定事務は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）により、都道府県と区市町村が法定受託事務として実施している。申請に当たっては、請求者が、区市町村長に診断書等の添付書類とともに認定を請求し、都道府県が審査や国への報告等を行った後、国が個人への支払等を行っている。

また、身体障害者手帳の申請は、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号）により、福祉事務所長、町村長を経由して行わなければならないとされて



おり、申請に当たっては、申請書のほか、診断書・意見書等を添付する必要がある。

精神保健福祉法施行令及び障害者総合支援法施行令により、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（以下これらを「精神障害者保健福祉手帳等」という。）の申請は、区市町村を經由して行わなければならないとされており、申請に当たっては、申請書のほかに診断書・意見書等を添付の上、本人確認を行う必要がある。

都は、これらの業務の円滑な実施のため、受給者情報や支払記録等の管理及び各種交付書類の発行等を行う独自システムを構築しているが、申請等の行政手続を電子化し、都民の利便性の向上を図る必要がある。また、特別児童扶養手当認定請求書、身体障害者手帳及び精神障害者保健福祉手帳等の申請書は特定個人情報であるほか、添付書類には要配慮個人情報が含まれることから、個人情報の保護等に配慮したシステム構築が必要である。

身体障害者手帳の視力障害の認定基準では、「良い方の眼の視力」で測られるため、片目失明者は障害認定の対象とならないケースが多く、障害者総合支援法における補装具としての義眼の支給が受けられない。また、眼球を全摘出しないと医療保険の適用とはならないため、近年多くなりつつある眼球の一部を残した手術を受けた方が義眼を装着する場合は、医療保険の対象とはならない。都は、このような方の経済的負担の軽減に取り組む区市町村を独自に支援している。

障害福祉サービス等事業者が不正請求により介護給付費等の給付を受けていたことが判明した場合、支給決定を行った区市町村は、当該事業者に対して不正請求によって得た介護給付費等の額に相当する金額の返還を求めることとなるが、国は当該事業者から区市町村に対する返還の有無にかかわらず、国が負担した当該介護給付費等に係る負担金の返還が必要としている。このことにより、事業者の事業廃止等により、介護給付費等が返還されない場合において、区市町村に大きな負担が発生している。

障害児通所支援事業を利用した場合の利用者負担の上限月額については、児童の保護者の収入に応じて設定されている。そのうち「一般1」（市町村民税所得割額が28万円未満の世帯）は、4,600円であるのに対し、「一般2」（市町村民税所得割額が28万円以上の世帯）は37,200円であり、所得区分間の額の差が大きい。

#### < 具体的要求内容 >

(1) 制度改正に当たっては、実施状況や地方自治体の意見を十分に踏まえた上で、障害者の生活実態に即した効果的な仕組みとするとともに、障害者（児）、その家族等への周知のための期間や事業運営の準備期間が適切に確保できるよう、早期にその具体的内容を地方自治体や事業者等に提示すること。

さらに、後年度負担を考慮した十分な財源を確保し、安定的な制度とするとともに、法施行に伴う経費について、十分な財源措置を講じること。

(2) 利用者負担については、高齢障害者の利用者負担軽減制度が創設されたが、特定疾病により65歳未満で介護保険が優先して適用される障害者は対象外となるなど対象が限定的であることから、今後とも必要に応じた軽減措置を

検討すること。

- (3) 地域生活支援事業について、事業メニューの追加、個別補助事業からの移行、低所得者に係る利用者負担の軽減なども考慮した上で、十分な予算措置を講じること。

また、国庫補助対象となる事業メニューの見直しについて、早期に情報提供を行うとともに、廃止に当たっては、実施率だけではなく事業の実態や見直しによる影響を十分に考慮する一方、採択に当たっては、年代ごとに異なる利用者の社会参加のニーズや地方自治体での取組状況等を反映すること。

移動支援事業についても個別給付化を行うこと。

また、個別給付化に当たっては、自治体に超過負担が発生しないよう十分な財政措置を講じること。

- (4) 障害者の情報保障に資するアプリが組み込まれたタブレット等は福祉機器と同様の機能を有することから、日常生活用具等給付事業の給付対象とすること。

また、最新の機器に係る情報を収集し、地方自治体へ提供するとともに、障害者のニーズに応じた支給が可能となるよう十分な財源確保を図ること。

- (5) 障害者総合支援法に基づく支援の対象とならない難聴児に対して、国として補聴器の購入費助成など適切な支援を行うこと。

- (6) 障害者総合支援法附則第3条第3項の趣旨を踏まえ、就労の支援を含めた障害者等の所得の確保に係る施策の在り方について検討を進め、必要な措置を講じること。

- (7) カード形式の障害者手帳の交付が可能となったことについて、国民や事業者団体等の関係機関に対し制度改正の内容が正しく理解されるよう、国の責任において丁寧に説明・周知すること。また、国が示す仕様でのカード形式の手帳の発行等に必要な財源措置を講じること。

- (8) 自治体や関係者等の意見を踏まえた上で、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）において、知的障害の定義及び療育手帳制度を規定すること。また、身体障害者手帳に関しては、マイナンバーの仕組みが有効に活用できるよう、他の都道府県からの転入時に、必ず転入先の都道府県の手帳を交付する仕組みに改めること。

- (9) 特別児童扶養手当、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳等の電子申請に係るシステムを国の責任において構築すること。

また、各都道府県・区市町村において既存システムの改修が必要となる場合、不交付団体も含めた確実な財政措置を講ずるとともに、申請書に添付される診断書の真正性を確保するための方策を講ずること。

- (10) 病気や怪我のため片目を喪失し、義眼を装着する必要がある方について、医療保険の適用範囲の拡大を図るとともに、就労など、社会参加促進の観点から自治体が独自に支援する場合の財政的支援を行うこと。

- (11) 障害福祉サービス等事業者が介護給付費等を不正に受領し、その事業者から不正に係る介護給付費等の回収が困難である場合は、国庫負担金の返還を免除するなど、過失によらない区市町村の負担が過大にならない措置を講じること。

(12) 国において障害児通所支援事業の利用実態と利用者負担について適切に把握・分析すること。その上で、障害の特性に合わせた適切な支援を受けられるよう、利用者負担の在り方の検討を行うこと。

## 2 障害福祉サービス基盤整備

(提案要求先 こども家庭庁・財務省・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

障害者（児）の地域生活基盤の整備促進のため、地域の実情に応じた施設整備が着実に図られるよう、地方自治体ごとの人口規模、地域の整備状況等を勘案した国庫補助制度とする等、確実な財源措置を講じるとともに、関係法令上の取扱いについて関係省庁との調整を図ること。

また、国有地の柔軟な活用を図る制度とすること。

### <現状・課題>

都では、障害者・障害児施策推進計画において、障害者の地域生活移行の推進や障害児への支援の充実のため、「障害者・障害児地域生活支援3か年プラン」を策定し、グループホーム、通所施設、児童発達支援センターや主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所等の地域生活基盤の整備を進めている。

また、老朽化による改築、一定年数を経過し使用に耐えなくなった設備等の更新や、入所者の生活環境改善のための、大規模修繕も行う必要がある。

国は、令和2年12月11日に「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」を閣議決定し令和2年度第三次補正予算から予算措置を行っているが、近年、多くの自然災害が発生していることを踏まえ、引き続き移転改築を含めた防災・減災対策を実施していく必要がある。

こうした基盤の整備に際し、社会福祉施設整備費補助を活用しており、障害児施設の整備費については、令和5年度からこども家庭庁が発足したことにより、次世代育成支援対策推進法（平成15年法律第120号）第11条第1項の規定に基づく次世代育成支援対策施設整備交付金に移行したところである。しかし、これらについては当初予算が十分に確保されておらず、計画や施設の状況を踏まえた施設整備が困難な状況となっている。

また、社会情勢を起因とした人件費高騰や資材高騰等が続き国への補助協議時から工事入札時等の建設費が急激に高騰したことで、入札不調や事業費の見直しが多く発生している。また、契約後着工後に追加契約を求められることもあり、資金計画や建物の計画の大幅な変更を余儀なくされている。

なお、補正予算においても補助協議が行われているものの、内示時期が年度末となり、予算の繰越しを前提としても、工期が1年以内の案件に協議対象を限らざるを得ない。また、近年、防災減災対策については、補正予算による措置のみとなっており、改築等の工期が長いものは協議が困難となっている。

耐震性の低い施設の改築等については、財政措置されていない。

令和2年度からの社会福祉施設等施設整備費では、障害者支援施設等における

ウイルス感染症等の拡大防止の観点から、多床室を区切り、入所者を空間的に隔離するための個室化を行う大規模修繕等事業が可能となった。個室化に当たり、居室の面積など設備基準を満たすために、増築が必要な場合もあるが、社会福祉施設等施設整備費において、定員の増員を伴わない増築は認められていない。

国庫補助制度は、国への協議時期が着工の前年度となっているなど、特にグループホームの創設、防火対策などに当たっては、工期が短いため活用しづらい。

国有地の活用については、新成長戦略により、地方自治体だけでなく社会福祉法人も、国から直接国有地を借りることができるようになったが、依然として社会福祉法人以外の民間事業者は転貸でしか活用できない状況である。

また、国は、介護施設を整備する場合に限り、貸付料の減額を行うようになったが、その他の分野は減額対象とされていないため、他地域と比較して特に地価の高い都においては、活用が図りにくく、施設整備の促進につながりにくい。

区市町村からも、貸付料の減額、国から事業者への直接貸付けを可能とすること、未利用地だけでなく将来的に利用が終了する国有地の情報の早期提供を求める意見が多い。保育・介護分野については、未利用国有地等の情報提供がされるようになったが、その他の分野には情報提供がされていない。

#### <具体的要求内容>

- (1) 障害者の地域生活への移行を推進し、障害児への支援を充実していくために、障害福祉計画に位置付けられている施設の整備は極めて重要である。  
また、施設の生活環境改善のための改築や修繕も不可欠である。そのため、地域の実情に応じた施設整備が着実に図られるよう必要な財源を確保し、地方自治体ごとの人口規模、地域の整備状況等を勘案して配分すること。
- (2) また、財源を確保し配分するための手法については、補助制度だけでなく基金の設立等、幅広く検討していくこと。
- (3) とりわけ、近年の急激な建設費の高騰を踏まえ、物価上昇を適切に反映し、社会情勢に即した補助額とするとともに、計画変更も含め複数年の工期にも対応できるよう、当初予算において必要な財源を確保すること。
- (4) 障害者支援施設については、地域特性、施設の設置状況を踏まえ、真に必要な場合には新規創設も引き続き整備費補助を行うこと。
- (5) 障害者（児）施設の更なる耐震化、老朽化による改築や都市計画法に基づく災害レッドゾーン等からの移転改築、水害からの垂直避難のための修繕等の整備促進を図るため、工期の長い案件にも対応できる当初予算においての予算措置や、社会福祉施設等施設整備費や次世代育成支援対策施設整備交付金とは別に、新たな交付金を創設するなど、必要な財源を確保すること。
- (6) 感染症対策など利用者の安全確保に必要な場合には、定員増を伴わない増築も可能となるよう、社会福祉施設等施設整備費の補助対象を見直すこと。
- (7) グループホーム等は「社会福祉施設等施設整備費」等の対象となっているが、整備規模、協議日程等は速やかに整備が行えるよう活用しやすい制度とすること。
- (8) 国有地に低廉な価格で社会福祉施設を整備することができるよう、介護施設と同様、貸付料の減額を行うこと。また、社会福祉法人以外の民間事業者

へ直接貸し付けるなど、柔軟な貸付けの仕組みを構築すること。さらに、計画的に社会福祉施設の整備を行うことができるよう、現在利用可能な国有地の情報だけでなく、将来利用可能となる情報についても、保育・介護分野における情報提供と同様、早期に提供すること。

参 考

## ○整備費制度比較

【グループホーム分】

区分		社会福祉施設等 施設整備事業 (国庫事業)	障害者通所施設等 整備費補助 (都単独事業)			
補助対象法人格		社会福祉法人等	全ての法人格			
建築等	補助内容	創設・改修	創設・改修			
	補助基準額	30,700 千円(創設) 10,000 千円(改修)	38,100 千円	消防加算	重度加算	防犯加算
				4,500 千円 (6項ロ) 1,200 千円 (6項ハ)	7,800 千円	800 千円
	補助率	国:1/2 都:1/4 事業者:1/4	(特別助成の場合) 都:7/8 事業者:1/8			
	補助対象物件	自己所有・賃貸物件	自己所有・賃貸物件			
備品等	補助対象内容	—	1件当たり10万円以上			
	補助基準額	—	1,300 千円			
	補助率	—	(特別助成の場合) 都:7/8 事業者:1/8			
協議時期		着工の前年度	当該年度			
		(令和7年度分) 国: 内示 令和7年6月頃	(令和7年度分) 都:書類提出日 令和7年6月、9月 年2回実施			

※令和6年度単価

### 3 障害者の地域生活の実現のための報酬の改善【最重点】

(提案要求先 厚生労働省・こども家庭庁)  
(都所管局 福祉局)

現下の物価高騰や賃金上昇の影響も踏まえ、障害福祉サービス事業者が人材の確保・育成・定着を図り、事業運営を安定的に行うことができるよう、報酬に適切に反映できる仕組みとすること。

また、大都市と地方における地価等の地域差を考慮した報酬の見直しを行うこと。

#### <現状・課題>

令和6年度報酬改定では、障害者が希望する地域生活を実現・継続するための支援の充実、医療と福祉の連携の推進や多様なニーズに応じた就労の促進などの課題に対応するものとして、全体の改定率は1.12パーセントの増となった（処遇改善加算の一本化の効果等を除く。）。

令和6年度報酬改定により、基本報酬や各種加算の見直し、障害福祉人材の処遇改善について一定の改善が図られたが、現下の物価高騰については十分反映されておらず、他産業において大幅な賃金引上げが行われ、人材の獲得競争が激化する状況において、十分な水準とは言えない。

また、障害福祉サービス及び障害児サービスについて、地域差を勘案する費用は、人件費のみが評価されており、東京における物件費等（特に土地建物取得費、賃借料）が高額であることが地域区分において考慮されていない。同一の地域区分が適用されている区市町村であっても、土地や家賃等の水準には大きな相違が見られる場合があることから、国家公務員の地域手当に準拠した地域区分を機械的に割り当てることは、合理性を欠いている。

処遇改善については、障害福祉人材の収入を2%程度引き上げるための福祉・介護職員処遇改善臨時特例交付金の制度が令和6年2月から同年5月まで実施され、同年6月からは処遇改善に係る加算の一本化と加算率の引上げが行われた。一本化により新たに創設された福祉・介護職員等処遇改善加算に直ちに移行できない事業者が、現行の加算率を維持できる激変緩和措置は令和7年3月まで終了したが、加算要件を満たすために必要な任用要件・賃金体系の整備等に十分な検討期間や煩雑な事務作業を要することから、令和7年度においては、年度中に要件整備を行う誓約をすることで要件を満たしたものとする措置が講じられた。また、今回の報酬改定では処遇改善について、2年間の措置とされ、令和8年度以降の対応については予算編成過程で検討することとされている。

加えて、令和6年度補正予算では、処遇改善加算等に加え、福祉・介護職員一人当たり5万4千円相当を引き上げるための障害福祉人材確保・職場環境改善等事業が実施された。

しかしながら、こうした措置はあくまでも経過的な取扱いであって、恒久的な



ものでないことから、事業者が長期的な視点でキャリアパスや賃金体系を構築することが難しい。

計画相談支援・障害児相談支援については、令和6年度報酬改定において、質の高い相談支援を提供するため、一定の人員体制や質を確保する事業所の報酬単価の引上げや、医療機関等と連携し情報共有を行う加算の拡充が行われたが、いずれもサービスの利用が前提となっており、サービスの利用につながらない場合は、報酬が支払われない仕組みとなっているため、事業者の対応が十分評価されていない。

地域移行支援については、令和6年度報酬改定において、基本報酬が一部見直されたが、単価の微増にとどまっている。

また、事前に関係機関との調整を行ってもサービスの利用につながらない場合は、報酬が支払われない仕組みとなっている。

訪問系サービスについては、政令で国庫負担の上限が定められているため、令和6年度において、都内の区市町村では、約123億円の超過額が生じており、都内区市町村がいわば国の肩代わりを行った額は、約54億円となっている。令和6年度報酬改定で、国庫負担基準の見直し等が行われたが、依然として区市町村の超過負担が解消されず、こうした状況ではサービスの利用制限も生じかねない。

また、「重度訪問介護の利用促進に係る市町村支援事業」の実施に伴う国庫負担基準総額は区市町村の年間支給決定者合計数及び重度障害者の割合に応じて、かさ上げ率が設定されているが、年間の合計数が一定数を超える自治体のかさ上げ率は、重度障害者の割合とは関係なく一律5%に設定されていることに加え、特別区は適用対象外となっている。

さらに、重度訪問介護の報酬単価については、令和6年度報酬改定において一定程度改善されたが、事業者が人材を確保し、継続して事業運営ができるような見直しとなっていない。

障害者の高齢化や障害の重度化に対応し、障害者の地域生活への移行を進めるとともに、障害者が地域で安心して暮らすためには、共同生活援助（グループホーム）や短期入所等での重度障害者の受入体制の整備が課題となっているが、医療的ケアが必要な障害者、強度行動障害を有する者、高齢重度障害者等の特別な支援が必要な障害者への支援に対する加算の充実や、報酬の見直しについて、支援の実態に即した評価となっていない。

特に、グループホームについては、令和6年度報酬改定により、強度行動障害を有する障害者の受入体制の充実を図るため、重度障害者支援加算の拡充、集中的支援加算の創設が行われたほか、障害支援区分ごとの基本報酬の見直し及び人員配置体制加算の創設、支援を行った初日より算定可能とする日中支援加算の拡充など一定の改善が図られたが、特別な支援を必要とする重度の障害者に対して、より質の高いサービスを行うためには、更なる職員配置の充実が必要である。

また、重度障害者等が個人単位で居宅介護等を利用する場合の特例については経過措置が講じられているが、恒久的な制度となっていない。

障害者支援施設では、入所者の重度化・高齢化が進んでおり、介護量の増加や通院の付添いに対応する手厚い職員体制、医療的ケアや看取りケアに対応する医

療体制の確保が必要となっている。令和6年度報酬改定において人員配置体制加算の拡充や常勤看護職員等配置加算等の充実が図られたが、増大する支援に見合う職員の配置や医療体制を確保するための医師の配置等への報酬上の評価は不十分である。また、訪問看護等の地域の医療資源が活用できる体制にもなっていない。

また、第3期障害児福祉計画の国指針において、主たる利用者を重症心身障害児(者)とする児童発達支援及び放課後等デイサービスの提供体制の整備が定められたが、報酬が十分でないなどの理由から、地域における提供体制が不足している状況である。保育所等訪問支援については、令和6年度報酬改定において、一定の改善が図られたが、業務の実態に即した評価となっているか引き続き検証が必要であるとともに、事業の利用が進むよう支援の専門性の向上や事業の認知が課題となっている。

国は、令和3年10月、障害児通所支援の在り方検討報告書において、次期報酬改定に向け、人員基準や報酬の在り方の検討を進めてきた。こうした検討を踏まえ令和6年度報酬改定において、質の高い発達支援の提供の推進を図るための見直しが行われた。都は、国の基準に加え経験豊富な職員の配置など、質の向上に取り組む事業所を支援する都型放課後等デイサービス事業を令和4年度から開始した。

重症心身障害児や医療的ケア児を対象とした児童発達支援及び放課後等デイサービスでは、専門的知識や経験とともに高い支援技術が求められることから、受け入れられる事業所が増加していない。

また、医療的ケアが必要な重度障害児・者を受け入れる事業所においては、専門的知識・経験や技術を持つ看護職員の確保が難しいことに加え、必要な看護職員の加配を行っている場合でも、当日の体調により利用者が急に欠席することもあり、安定的な運営がしづらい状況にある。

重度心身障害児(者)や医療的ケア児(者)については、在宅生活を支える訪問看護や短期入所について引き続き整備の促進が必要である。

医療的ケア児については、令和3年9月に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律(令和3年法律第81号)」が施行され、都では令和4年度に医療的ケア児支援センターを設置し、区市町村や民間の医療的ケア児等コーディネーターと連携しながら支援を進めている。

しかし、医療的ケア児が地域で暮らすための社会資源や、人材の確保・育成はいまだ不十分な状況であり、今後、医療的ケア児支援センターや医療的ケア児等コーディネーターがその役割や機能を十分に発揮するためには、社会資源の充実や人材確保・育成のための十分な財源措置が必要である。

医療的ケア児等コーディネーターは、医療的ケア児のサービス等利用計画の作成のみならず、地域での生活のキーパーソンとして、支援に関わる保健、医療、福祉、子育て、教育等の関係機関との連携や地域に必要なサービスの調整を求められているが、これらは報酬で評価されておらず、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有している者が十分に活躍できていない。

このため、都は、医療的ケア児等コーディネーターを中心とした地域の体制整備を促進するため、民間事業所等に配置されている医療的ケア児等コーディネー

ターの活動に対して、財政的な支援を行う区市町村補助事業を実施している。

児童発達支援や放課後等デイサービス等において、早期の治療や療育に携わる作業療法士や理学療法士などの専門職の活用が有効であるが、専門的支援体制加算では理学療法士等を複数配置しても、常勤換算 1 しか報酬上評価されていない。

地域移行支援における体験宿泊においては 6 か月で最大 15 日間の給付となっているが、本人の状態に合わせた退院意欲の喚起、退院意向を固める支援、生活スキルの評価をするには 15 日間では足りない。

また、地域定着支援においては緊急時に訪問又は一時的な滞在による支援をした場合に算定できる緊急時支援費（I）が設定されているが、地域には緊急で利用できる居室は少なく、734 単位では居室の確保や入退所時の関係機関の調整にかかる労力に見合わない。令和 3 年度報酬改定により新設されたピアサポート体制加算においては、地域や医療機関等でのピアサポーター育成や長期入院患者への動機づけ支援など行政の施策や医療機関での業務に協力している事業所もあるが、算定要件が配置基準のみであり活動内容は評価されていない。

慢性腎不全により維持透析が必要な精神障害者について、精神症状が激しい等の理由により一般の透析クリニック等での対応が難しい場合、精神科病院に入院して透析を受けなければならないが、精神障害者の維持透析に対応できる医療機関は非常に限られている。

都では令和 6 年度から、入院中の患者に対して、他の医療機関を受診させて透析を実施する精神科病院を支援する取組を実施しているが、地域で医療機関等が連携して身体合併症に係る医療提供体制を構築する取組に対して、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業では、連携会議の開催や普及啓発に係る経費は補助対象となっているが、医療機関の取組にかかる補助は対象となっていないなど十分な財源措置が講じられていない。

また、精神疾患患者における身体合併症医療については、精神科身体合併症加算により診療報酬上の評価がされているが、慢性腎不全の維持透析患者については対象となっていない等対象となる疾患が限定されている。

生活介護について、事業所の多くは、送迎サービスを必要とする利用者を受け入れており、強度行動障害や医療的ケアが必要な利用者を送迎する際は、生活支援員や看護師を同乗させることもある。

また、送迎サービス提供時も生活介護事業所は、利用者を自宅から事業所まで安全に送り届ける必要があり、利用者の送迎時間も障害福祉サービスの提供がなされている。令和 6 年度報酬改定において、利用者ごとのサービス提供の実態に応じた報酬体系とするため、生活介護の基本報酬の見直しが行われ、サービス提供時間別の単価が新たに設定されたが、サービス提供時間に送迎時間は、原則として含まれない。

また、現在、多くの生活介護事業所のサービス提供の終了時間は午後 3 時や午後 4 時までとなっており、令和 6 年度報酬改定において延長支援加算の拡充等がなされたが、報酬単価が低いため、サービス提供時間の拡充にはつながっていない。

就労継続支援 B 型の報酬単価等について、令和 6 年度報酬改定から、障害特性

等により利用日数が少ない方を多く受け入れる場合があることを踏まえ、平均利用者数を用いた新しい算定式が導入された。現在、都内における報酬区分の分布は、「2万円未満」の報酬区分の事業所が、全体の約51%を占め、障害者の生産活動の安定的な確保や安定的な事業所運営を行うことが厳しい状態にある。

また、就労継続支援B型事業所は就労・訓練の場であるが、利用者の高齢や障害が重度化した結果、本来の目的である就労・訓練が難しい障害者も引き続きサービスを利用している状況にある。都実態調査でも、事業所が抱える課題として「利用者の高齢化・重度化」が主な課題として挙げられているが、現在の報酬体系では、手厚い支援が必要な障害者を受け入れている事業所の支援を適切に評価することが難しい状況である。

#### <具体的要求内容>

- (1) 現下の物価高騰や賃金上昇の影響も踏まえ、障害福祉サービス事業所等が安定的・継続的に事業運営できるよう、報酬に適切に反映できる仕組みとすること。

地域区分について、大都市の実情に応じた上乘せ割合となるよう改善を図るとともに、地域の実態を正確に反映できる仕組みとすること。

福祉・介護職員の処遇改善については、障害福祉サービス事業者が長期的な視点で人材の確保・定着を図れるよう、報酬の基本部分に組み込むなど恒久的なものとする。

また、令和8年度以降の処遇改善加算について、実態把握を通じた処遇改善の実施状況等を踏まえ、事業者が十分な準備ができるよう、具体的な内容等について速やかに情報提供すること。

あわせて、令和7年度に措置された、誓約書の提出により加算要件を満たしたものとする取扱いについては、新加算への移行状況を踏まえた終了時期を検討するなど、事業者の安定的なサービス提供に影響のないよう適切に実施すること。

- (2) 計画相談支援・障害児相談支援については、相談支援に従事する人材が定着し、更に質の高い相談支援を提供できるよう、基本相談や困難事例の対応などを適切に評価するとともに、サービス利用につながらなかった場合であっても、支給決定前後の訪問や関係者との調整などの準備に係る時間・労力に対し報酬が支払われる仕組みとなるよう、報酬体系の見直しと報酬単価の更なる引上げを行うこと。
- (3) 地域移行支援については、地域移行に向けて事業者が積極的に取り組めるよう、基本相談や困難事例への対応などを適切に評価するとともに、サービス利用につながらなかった場合であっても、支給決定前後の訪問や関係者との調整などの準備に係る時間・労力に対し報酬が支払われる仕組みとなるよう、報酬体系の見直しと報酬単価の更なる引上げを行うこと。
- (4) 訪問系サービスについては、重度障害者の地域での自立生活を保障するために長時間サービスを提供している地方自治体が超過負担を強いられることのないよう、区市町村の支給決定を尊重し、区市町村が支弁した費用額の2分の1を国が負担すること。

また、「重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業」の実施に当たっては、国庫負担基準総額のかさ上げ率について、更なる引上げを行うこと。さらに、従前どおり特別区を対象とするとともに、人口や財政力に応じた削減を行わないこと。

- (5) 重度訪問介護の報酬単価については、ヘルパーを確保し、安定的な事業運営ができるよう、事業の実態に即して改善すること。
- (6) 各サービスにおける医療的ケアを必要とする障害児（者）や強度行動障害等を有する障害者等への対応に関する適切な評価と受入れを進めるための報酬の見直しを行うこと。
- (7) グループホームにおいて、障害者の高齢化や障害の重度化が進む実情を踏まえ、事業者が、利用者の状況や意向に沿った適切なサービスの提供を行うことができるよう、入院時加算や日中支援加算などを更に充実させること。また、夜間支援等体制加算については、令和3年度報酬改定にて見直しが行われたが、夜間に十分な安全支援体制の確保を行うことができるよう、加算の充実を図ること。
- (8) グループホーム（介護サービス包括型等）において、個人単位で居宅介護等を利用する場合の特例については、令和9年3月までの経過措置が講じられているが、時限的な取扱いでなく恒久的な制度とすること。
- (9) 障害者支援施設等において、利用者の重度化・高齢化に対応した手厚いケアが提供できるよう、生活介護における人員配置体制加算Ⅰを上回る職員配置をした場合の報酬上の評価を行うこと。  
また、医療的ケアや看取りケアに対応できるよう医療体制の確保に配慮した報酬とするとともに、必要に応じて訪問看護の導入等の外部資源の活用により体制の充実を図れるようにすること。
- (10) 主たる利用者を重症心身障害児とする児童発達支援及び放課後等デイサービス並びに主たる利用者を重症心身障害児以外とする児童発達支援及び放課後等デイサービスについては、令和6年度報酬改定により国においては報酬上の一定の評価がなされたところであるが、看護職員加配加算や欠席時対応加算などについては十分な措置がされていないため、利用者の障害特性に配慮し、業務の実態に即した適切な報酬上の評価を行うこと。
- (11) 質の高い発達支援の提供を推進することとして改定した放課後等デイサービスにおける報酬について、引き続き検証を行い、必要に応じて見直しを行うこと。また、都型放課後等デイサービス事業の対象事業所のようにサービスの質の向上に取り組む事業所を、報酬上適切に評価すること。
- (12) 多くの重症心身障害児（者）や医療的ケア児（者）が在宅で生活している実態を踏まえ、可能な限り家族と在宅で生活を継続できるよう、訪問看護、短期入所等の人材育成や事業所開設支援策の充実を図ること。
- (13) 医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した者が、医療的ケア児等の心身の状況に応じた保健、医療、障害福祉、教育等の各関連分野の支援を総合的に調整する役割が担えるよう、業務の実態に即した適切な報酬上の評価を行うこと。
- (14) 作業療法士や理学療法士などの機能訓練担当職員を複数配置し、様々なプ

プログラムを組み合わせる個々の障害の特性及び発達の状態に応じた適切な支援を提供する障害児通所支援事業所に対し、適切な報酬とすること。

(15) 保育所等訪問支援については、保育所等の一般的な子育て支援施策における障害児の受入れが進むよう、事業について広く周知を図るとともに、支援の専門性について明確な基準を示すこと。また、改定後の報酬について、引き続き検証を行い、必要に応じて見直しを行うこと。

(16) 精神障害者の地域移行支援・地域定着支援に係る報酬単価の更なる充実を図ること。特に、地域移行支援における体験宿泊や、地域定着支援における緊急時の滞在型支援について、実態に即した居室確保の助成を行うとともに、体験宿泊加算の利用可能な日数について、弾力的な運用を認めること。

また、ピアサポートの加算については、評価・検証を行い、医療機関や行政との連携したピア活動を評価した加算を新設するなど更なる充実を図ること。

(17) 維持透析が必要な精神障害者に対する医療提供体制の確保等、医療機関の連携等により身体合併症の精神疾患患者に対して医療を提供する、地域の取組が促進されるよう、国庫補助の拡充等必要な財源措置を講じること。

精神疾患患者における身体合併症医療に係る診療報酬について、慢性腎不全の維持透析患者を対象疾患として追加する等、精神疾患患者に対する身体合併症治療が進むよう対象疾患を拡大すること。

(18) 生活介護事業所における実態を踏まえ、事業所が利用者を送迎している場合、生活介護の基本報酬についてはサービス提供時間に送迎時間を含めること。

(19) 令和6年度に改定された時間別報酬単価の新設及び延長支援加算について、その効果を分析・検証した上で、生活介護事業所等における利用者のニーズに応じたサービス提供時間の確保に向けた適切な報酬水準とすること。

(20) 就労継続支援B型の基本報酬については、事業所の安定的な運営が可能な単価とすること。

また、B型事業所における利用者の現状を把握した上で、高齢化や重度化などにより支援が困難な障害者に対する支援を適切に評価できる仕組みとすること。

## 4 障害福祉人材の確保及び育成

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

少子高齢化による労働力人口の減少を踏まえ、将来に向けた専門性の高い障害福祉人材を確保・育成・定着していくための総合的な人材対策を確立し、着実に推進すること。

### <現状・課題>

福祉分野においては、有効求人倍率や離職率が高く、人材の確保・定着や計画的な人材育成が難しい状況にある。今後、障害福祉サービスの需要が更に高まる一方、生産労働人口が減少していくことが見込まれる中、将来にわたって障害福祉サービスの質を維持、向上していくためには、障害福祉サービスを担う人材確保のための対策は喫緊の課題であるが、障害福祉サービス等を担う福祉人材の確保・育成・定着への取組については、介護保険サービス・保育サービスに比べても、国の支援は不十分である。

国は、障害福祉の現場において、介護業務の負担軽減、業務効率化を推進するため、令和2年度以降、補正予算に基づく障害者総合支援事業費補助金により「障害福祉分野のICT導入モデル事業」及び「障害福祉分野におけるロボット等導入支援事業」を実施し、令和6年度補正予算において「障害福祉分野の介護テクノロジー導入支援事業」として再構築したが、令和7年度当初予算として財政措置が講じられていない。

都は、相談支援や障害福祉サービスの提供に当たり必要となる相談支援専門員やサービス管理責任者の確保、強度行動障害者の支援を担う人材の育成のため、相談支援従事者研修及びサービス管理責任者研修並びに強度行動障害支援者養成研修の規模を毎年拡大し、今年度は年間1万人規模で実施している。国は、これら研修の企画立案・運営や講師を担う人材養成のため指導者養成研修を実施しているが、定員は自治体の人口規模やニーズに関わらず全国一律となっており、必要な指導者を安定的に確保することが困難となっている。

また、相談支援専門員、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者については、資格更新に当たり5年度ごとに1回現任研修・更新研修を受講する必要があるが、やむを得ない事情等は考慮されず、人員の体制確保に支障を来すことがある。

国は、令和6年度から強度行動障害者の受入体制の強化を図るため、事業所において支援の中心的な役割を果たす中核的人材の養成を開始した。中核的人材養成研修は、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が行う研修その他これに準ずるものとして厚生労働大臣が認める研修に限るとしているが、「これに準ずるものとして厚生労働大臣が認める研修」の具体的内容が示されていない。また、国が実施する研修は、各都道府県の定員が限られているため、都は令和7年度から、

独自に事業所において中核的な役割を果たす人材を育成する研修を実施することとした。

医療技術の進歩により医療的ケアのニーズは増加している現状がある。研修を修了した介護職員が医療行為を行うことができる喀痰(かくたん)吸引等制度においては、従事者認定や事業者登録の手続きが必要であり、迅速なサービス提供を求める家族の要望に応えることができていない。また、研修制度ができた平成 24 年度からカリキュラムの見直しがされていないため、最新の医療技術が研修内容に反映されていないなど、現場で必要とされる介護職員の修得スキルにかい離も生じている。さらに、介護職員が実施できる喀痰(かくたん)吸引等行為の範囲が限定されており、現場ニーズに十分対応できていない。

#### <具体的要求内容>

- (1) 職員の確保・育成・定着に向けた取組への支援を行うため、地域医療介護総合確保基金事業のような総合的・体系的な支援策を提示し、併せて必要な財源の確保を図ること。
- (2) 障害者総合支援事業費補助金について、障害福祉分野における I C T ・ロボット等の導入を支援するための財政措置を講じること。
- (3) 国が実施する相談支援従事者指導者養成研修及びサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者指導者養成研修並びに強度行動障害支援者養成研修の指導者養成研修について、自治体ごとの人口規模やニーズを踏まえた定員数に拡充すること。
- (4) 相談支援専門員やサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の資格要件については、やむを得ない事情で修了できなかった場合、資格を失効せずに翌年度の更新のための研修を受講できるようにするなど、実情に応じた制度の見直しを行うとともに、区市町村が実施する相談支援事業や、都道府県が実施する研修について、十分な財源措置を講じること。
- (5) 強度行動障害者支援のための中核的人材について、厚生労働大臣が定める研修の具体的内容を早期に示すこと。

また、都道府県が独自に実施する研修を、国が定める中核的人材養成研修として位置付けるとともに、地域の実情に応じた柔軟な実施体制を認めること。併せて必要な財源を措置すること。

- (6) 現場の状況や時代の変遷に合わせた制度となるよう見直しについて検討を行うとともに、研修を修了した後、迅速に喀痰(かくたん)吸引等行為に入れるよう、従事者認定や事業者登録といった制度上の必要な手続きについて迅速化・簡素化を図るとともに効率化を図るほか、申請添付書類の削減や各種変更届の様式の簡素化を行うこと。

また、最新の医療技術に合わせて研修内容を見直すとともに、介護職員が対応可能な喀痰(かくたん)吸引等行為の範囲について現場ニーズ等を踏まえて検討すること。



## 5 就労支援の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

就労・定着支援体制の強化に向けて、地域の関係機関の連携を確保するための効果的な取組を行うこと。

また、工賃水準向上への支援策を充実し、併せて区市町村も実施主体として取り組めるよう、財政支援を行うこと。

### <現状・課題>

障害者の雇用・就業等については、平成30年4月1日から法定雇用率の算定基礎の対象に新たに精神障害者が加わるとともに法定雇用率が2.2パーセントに引き上げられ、令和3年3月に、更に2.3パーセントまで引き上げられた。さらに、令和6年4月に2.5パーセントに引き上げられ、令和8年7月は2.7パーセントまで引き上げられる。

都内の民間企業の雇用障害者数は過去最高となり、障害者雇用率は2.29パーセントとなったものの依然として法定雇用率を下回る等、厳しい状況が続いており、今後も就労支援の取組を強化する必要がある。さらに、雇用障害者数の増加に伴い、就労後の定着支援等の必要性も年々高まっている。

雇用と福祉の切れ目ない連携による新たな就労支援体系を構築し、障害者雇用の一層の拡大と就労・定着支援の充実を図るためには、区市町村障害者就労支援センターをはじめとする多様な就労支援機関の連携体制の構築や、連携を担う専門人材の育成等就労支援機関の支援力向上と体制強化が必要である。

重度障害者等の就労について、令和2年度に障害者雇用納付金制度に基づく助成金が拡充されたほか、令和3年度から新たに地域生活支援促進事業として「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」が位置付けられている。

しかし、就労中に利用する障害福祉サービスと日常生活時に利用する障害福祉サービスとでは制度の根拠が異なるため、複数の窓口に申請が必要になるなど、手続きが煩雑であるため、障害者や事業者のみならず事業の実施主体の区市町村にとっても使いづらい制度設計であり、事業実施が一部の区市町村にとどまっている。

また、令和7年度から雇用と福祉の分野横断的な基礎的知識・スキルを付与する研修（基礎的研修）の実施が予定されている。社会保障審議会障害者部会の報告書では、就労移行支援事業所の就労支援員、就労定着支援事業所の就労定着支援員及び障害者就業・生活支援センターの生活支援担当者について、まずは確実な受講が図られるよう取り組むとともに、基礎的研修の運用開始後の状況や限られた財源状況等も踏まえながら就労継続支援A型及びB型事業所を含む就労系障害福祉サービス事業所の全ての支援員の受講を必須とすること等について、今後、国において検討を進めていく必要があるとしている。

さらに、同報告書においては、医療分野と就労支援機関等との連携についても

言及されているが、医療機関側の就労支援に対する取組が評価される仕組みがなく、連携が限定的にならざるを得ないことが課題である。

企業における障害者雇用を促進し、また、職場定着を図るため、障害者雇用を支援する制度が設けられるなど、障害者雇用の推進に向けた環境整備が進む中、情報通信技術の発達や働き方の多様化などにより、今後、在宅勤務などで仕事に従事する障害者が増えることが想定される。現行制度では、勤務中は障害福祉サービスを利用することができないため、日常生活の支援が必要な障害者は、企業からの支援がない場合に、勤務が困難になるなどの事例が生じており、支援の在り方が課題となっている。

福祉的就労については、福祉施設を取り巻く状況を踏まえた上で、更なる支援を行う必要がある。

また、区市町村によっては、複数の事業所が共同で仕事を請け負う共同受注ネットワークの運営や事業所の経営改善支援を行っている。今後も事業所や区市町村の実情に応じて、工賃向上のための支援が必要である。

就労継続支援など就労系サービスは、令和6年度報酬改定において、障害者の希望や能力、適性に応じた効果的な就労支援に向けて、前回改定で導入した実績に応じた報酬体系の更なる見直しを行うとともに、支援効果を高める取組の評価や多様な就労支援ニーズへの対応等が行われた。

就労継続支援B型事業所は就労・訓練の場であるが、利用期間の長期化に伴い、高齢化や障害が重度化した結果、本来の目的である就労・訓練が難しくなっている障害者も利用している。そのような利用者の移行先について、適切なサービスがない場合がある。

就労移行支援事業等の在宅利用は、在宅でのサービス利用を希望するものであって、在宅でのサービス利用による支援効果が認められると区市町村が判断した場合に限られる。また、令和3年に在宅でのサービス利用にかかるガイドラインが示されたことも踏まえ、支援の質を確保していくことが必要である。

#### < 具体的要求内容 >

(1) 障害者の就労・定着支援をより効果的に推進するため、ハローワーク、区市町村、就労支援機関や医療機関等の関係機関とのネットワークの充実強化及び地域障害者職業センター等による人材育成の一層の充実に努めること。

雇用と福祉の分野横断的な基礎的知識・スキルを付与する研修（基礎的研修）等の実施に当たっては、障害者就業・生活支援センターや就労系サービス事業所のみならず、区市町村障害者就労支援センター等、障害者支援に関わる関係機関支援員が受講できる実施体制を整備すること。

また、医療機関による就労支援機関等との連携が、診療報酬上、評価される仕組みを検討すること。

(2) 重度障害者等の就労を支援するための「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」について、制度の簡素化などの見直しを行うこと。

(3) 福祉施設に対する物価高騰の影響を踏まえ、更なる支援を検討すること。  
また、福祉施設を取り巻く状況を踏まえた上で、工賃水準向上への支援策を充実させ、区市町村が地域の実情に応じて主体的に実施する共同受注ネット

ワークの支援や経営コンサルタントの派遣などに財政支援を行うこと。

- (4) 就労継続支援など就労系サービスは、令和6年4月の報酬改定において、支援効果を高める取組の評価や多様な就労支援ニーズへの対応等が行われているが、報酬改定の効果や事業所運営への影響について、十分な検証を行うこと。
- (5) 就労継続支援B型事業所における利用者の現状を把握した上で、高齢化や障害の重度化等に伴い就労・訓練が困難になった利用者の移行先が確保できるよう、日中活動系サービスの在り方について検討すること。
- (6) 就労移行支援事業等における在宅訓練・就労に関して、本来の就労移行支援事業等の目的が損なわれないよう、支援の質の担保について、検証を行い、必要な措置を講じること。

## 参 考

### (1) 「工賃向上計画」による福祉的就労の底上げ

障害者が地域で経済的にも自立して生活するためには、一般就労への移行支援のみならず、福祉施設等における工賃水準の向上を図ることが重要である。

このため、平成 19 年度から「工賃倍増計画支援事業」を創設し、都道府県ごとに工賃の倍増を図るための具体的な方策を定めた「工賃倍増計画」が策定されることとなり、5 年後の平成 23 年度には現状の工賃の倍増を目指すこととされた。

平成 24 年度以降は 3 年ごとに、都道府県及び事業所による「工賃向上計画」の策定及び「工賃向上計画支援等事業」の実施により、目標達成に向けた取組等を奨励し、工賃向上に資する取組を計画的に進めることとされた。

また、令和 3 年度以降の 3 か年についても、これまでの実績を踏まえた上で新たに「工賃向上計画」を策定し、引き続き工賃向上に向けて取り組むこととされた。

「工賃向上計画支援等事業」において、都道府県が取り組む具体的方策としては、経営コンサルタントの派遣等による事業所の生産活動の経営改善支援、共同受注窓口を活用した品質向上支援、事業所・共同受注窓口職員の人材育成のための研修等の実施及び共同受注窓口による事業所が提供する物品等の情報提供体制の構築等に係る事業などが掲げられている。

## 6 精神科医療等の充実

(提案要求先 こども家庭庁・厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

精神科医療を充実させるため、診療報酬の改善を図るとともに、精神障害者に対する各種福祉サービスを拡充すること。

### <現状・課題>

精神疾患は統合失調症やうつ病、認知症など症状が多様であるほか、発症や病状の変化に本人や周囲も気付きにくいといった特徴もある。このため、患者が病状に応じて早期に適切な治療が受けられるよう、精神科だけでなく一般診療科医療機関に加え、保健、福祉等の地域の様々な機関が参画した医療連携体制の構築が必要である。

都では令和4年度から治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的治療に関する助言を行う取組を実施しているが、難治性の精神疾患を有する患者が地域で安心して生活するため、地域における支援体制の構築に対する十分な財源措置が講じられていない。

アウトリーチについては、平成30年度診療報酬改定において、「精神科在宅患者支援管理料」が新設され、一定の評価の充実が図られたが、集中的な支援を必要とする重症患者等に対しては、引き続き24時間往診体制等が要件となっているなど、医療機関の負担が大きい。

精神身体合併症医療については、精神科救急急性期医療入院料(以下「救急入院料」という。)を算定する病棟に入院中の患者が、身体疾患治療のため他院へ転院し、治療後に救急入院料算定病棟へ3か月以内に再入院した場合は、手術等の目的での一時的な転院を除き、救急入院料が算定できないため、一般診療科と精神科との連携が促進されない要因の一つとなっている。

また、精神保健費等国庫補助金事業のうち、精神科救急医療体制整備事業費について、救急体制維持のために必要な経費に対して、十分な補助がされていない。

精神科病院から自傷他害のおそれがある患者が無断退去した場合、精神保健福祉法39条に基づき、病院は警察署にその者の情報を提供し、探索を求めることとなる。無断退去した患者が、都知事の命令による措置入院患者の場合、都は、迅速に患者を保護して帰院させる必要があるため、警察との連携が不可欠であるが、現状では、精神保健福祉法において無断退去した際の都の役割が不明確であるため、都と警察で情報を共有することが難しい。

依存症については、診療報酬の対象が拡充されるなど、国において取組が進められているが、評価の対象はアルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル依存症の三つに限定されている。令和元年5月には、WHOにおいてゲーム障害が精神疾患の一つとして位置付けられたように、今後も状況を踏まえて取組を充実させることが必要である。また、国は、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備を求めているが、依存症治療指導者養成研修の各自治体の参加枠は一律数名程度と制限されており、都においては、希望しても受講できない医療従事者が

生じているほか、選定される医療機関に対する財源措置が講じられていない。さらに、国は地域生活支援促進事業において、都道府県等を通じた民間団体への支援を求めているが、都内の自治体では活用が進んでいない。

依存症に関する正しい知識の普及啓発や、予防・発症・再発防止の段階に応じた支援と治療、本人や家族に対する関係機関が連携した包括的な支援等、依存症対策をより実効性あるものとしていくためには、支援の対象となる本人や家族等の状況とともに、依存症になった原因や背景、本人や家族を取り巻く環境等を踏まえていく必要があるが、実態把握が十分に進んでいない。

認知行動療法については、うつ病等の気分障害や不安障害等の一部が対象となっており、統合失調症など他の疾患は対象とされていないほか、個別の患者に実施すること等の要件がある。

発達障害者への支援については、診断や二次的な障害への対応等において医学的見地での支援が必要だが、精神科医等と連携した相談支援体制が不十分である。

発達障害が疑われる子供の支援については、早期に発達障害の有無や特性を踏まえた必要な支援につなげていくことが重要であるが、発達障害に関する相談件数が増加する中、発達検査をはじめとした各プロセスでの所要時間が長くなり、自治体によっては検査の待機期間が発生する等の問題が発生している。そのため、都は令和6年度に、発達検査の現状と課題を分析するため、区市町村や医療機関等を対象に実態調査を実施して、地域における検査体制の充実策について検討するとともに、緊急的な対応として区市町村が検査体制を充実できるよう、支援を実施した。また、この実態調査の結果を基に令和7年度から、区市町村が発達検査体制を充実するための支援、都民向け普及啓発などを実施することとしている。発達障害が疑われる児童数は全国的に増加傾向にあり、国としても、全国的に発達検査の実態と課題を把握し、地域における検査体制の充実に向けた対策を講じる必要がある。

都は、措置入院者が退院した後の支援について、精神保健福祉法に基づく措置入院者等の退院後支援計画の作成等を盛り込んだ国の退院後支援ガイドラインの発出を受けて、令和元年度に「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」を策定し、令和2年度から本格実施している。また、運用状況を踏まえ、令和4年度に内容の改訂を実施し、令和5年度から運用開始としている。

各自治体の体制確保については、平成29年度から地方交付税により、必要な経費の一部のみ措置されているが、十分ではなく、国のガイドラインを受けた取組に対する財政支援策も講じられていない。

国は、令和元年12月25日付「災害拠点精神科病院の指定の促進について」により、災害拠点精神科病院を早期に指定するよう求めているが、体制整備に向けては医療機関の負担をより一層軽減させることが必要である。

国は、精神科病院に対して虐待防止の措置を講じることや、都道府県に対して適切な指導監督の実施を求めてきたほか、令和4年12月公布の改正精神保健福祉法において、精神科病院における虐待防止の措置の義務化や虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化が規定されるなど、虐待防止に向けた制度の整備を進めてきた。また、都道府県においても予告なしの立入検査なども組み合わせながら、精神科病院における虐待の発生防止や早期発見に取り組んできたが、

人目につきにくい場所や時間帯に行われる虐待をなくしていくためには、関係者からの情報提供が促される方策など病院の実態把握がより円滑になるような手法が求められる。

また、改正精神保健福祉法では、都道府県における任意事業として入院者訪問支援事業が創設され、都においては、令和6年4月から事業を開始した。入院者訪問支援事業は、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を精神科病院へ派遣するものである。今後、都道府県がより効果的に事業を実施していくために、国において、各自治体の事業実績を評価・検証し、検証結果や効果的な実施事例等について、全国の自治体に示していく必要がある。

措置入院制度の運用について国が示す「措置入院の運用に関するガイドライン」（ガイドライン）では、事前調査は原則現地派遣により行うこととされているが、通報件数が多い場合や、島しょ等遠隔地を含めて広域的に対応する場合の効果的かつ効率的な調査手法がガイドラインに示されていない。

また、措置診察または措置入院が不要と判断された被通報者に対する相談援助について、措置入院の決定権限を有する自治体と被通報者の管轄保健所の自治体が異なる場合や、被通報者の発見地と居住地の管轄保健所が異なる場合では、個人情報取り扱いや自治体間での情報提供方法について統一的なルールが必要であるが、ガイドラインでは、複数自治体が連携して対応する相談援助の運用について示されていない。

昨今、訪日外国人が増加する中、日本滞在中に精神科病院において、措置入院や医療保護入院等、医療を必要とするケースも増えている。精神科病院においては、通訳など調整に携わる人材の確保が難しい状況にある。また、医療保護入院を行うには家族等の同意が必要であるが、家族等も外国人の場合、家族等の理解が得られ難いほか、家族等が海外在住の場合に同意を得ることが困難なケースが多い。法令上、同意を求める家族等がない場合は市町村長による同意を要することとされているが、訪日外国人に対して、市町村長同意の運用を適用すべきか示されていない。また、外国人への精神科医療の提供に当たり、領事館等において通訳や保護、帰国の援助等が必要な場合もあるが、十分に対応されているとは言い難い。

#### <具体的要求内容>

- (1) 地域において、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、精神疾患についても、医療連携体制推進事業の補助対象とするなど、必要な財源措置を講じること。
- (2) 難治性の精神疾患患者に対する専門的な治療が普及するよう、都道府県による地域の実情に応じた支援体制の構築に必要な財源措置を講じること。
- (3) 精神科在宅患者支援管理料について、対象疾患を限定することなく、精神疾患患者に継続的な医療が提供されるよう、医療機関の施設基準を緩和すること。
- (4) 精神身体合併症患者に対する適切で円滑な医療提供体制を一層整備するため、身体疾患治療のため他院へ転院し、治療後に救急入院料算定病棟へ3か月以内に再入院した場合も救急入院料が算定できるようにするなど、一般診

療科と精神科の連携を促進し、患者の受入れに必要な診療報酬の充実を図ること。

- (5) 精神科救急医療の充実のため、待機医師及び看護師等に要する経費等の人的・財政的負担の実情を考慮した上で、十分な財源措置を講じること。
- (6) 法令等において都道府県が担うべき役割を明確にした上で、警察が把握した患者について必要な情報を都へ提供することを可能とする仕組みを検討すること。
- (7) 依存症対策については、患者数の推移等も踏まえながら、診療報酬の対象の更なる拡充など、必要な措置を講じること。また、依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備が円滑に進むよう、「依存症治療指導者養成研修」の受講者については、自治体ごとの人口規模やニーズを踏まえて決定するとともに、選定される医療機関への必要な財源措置を講じること。さらに、民間団体への支援については、国と自治体の役割分担を踏まえて、各自自治体における取組が推進されるよう、必要な措置を講じること。  
本人が依存症になった原因や背景、本人や家族を取り巻く環境等の実態を把握し、適切な支援に結び付けることができるよう、国として必要な調査等を実施すること。
- (8) 認知行動療法に対する診療報酬について、対象疾患を拡大し、集団を対象とする場合にも認めるなど評価の充実を図ること。
- (9) 発達障害者支援センターへの精神科医の配置など、都道府県等が発達障害者への相談支援体制の充実を図ることができるように必要な財源措置を講じること。
- (10) 発達障害が疑われる子供を早期に必要な支援につなげることができるよう、国として発達検査の実態や課題を把握した上で、自治体の検査体制充実に向けた財政支援や、検査を担う人材の育成など必要な取組を行うこと。
- (11) 精神保健福祉法に基づく退院後支援ガイドラインを踏まえた各自自治体の実施状況、課題等を把握するなど、退院後支援の充実に向けた検討を引き続き行うとともに、体制整備に必要な財源措置を講じること。
- (12) 都道府県が地域の実情を踏まえた災害時の精神科医療体制を構築できるよう、必要な財源措置を講じること。
- (13) 精神科病院における虐待防止と早期発見の取組がより実効性のあるものとなるよう、事実認定の具体的な調査手法を示すなど、更なる改善に向けた支援を行うこと。
- (14) 都道府県が効果的に入院者訪問支援事業を実施できるよう、国において、各自自治体の事業実施状況の把握や事例分析等を行うことにより、事業を評価・検証し、検証結果や効果的な実施事例等について、全国の自治体へ示すこと。
- (15) 措置診察に係る事前調査の方法について、地域の実情等に応じた効果的、効率的な複数の調査手法をガイドラインに示すこと。また、措置診察または措置入院が不要と判断された被通報者に対する相談援助について、個人情報の取扱いなど、統一的な運用ルールを示すこと。
- (16) 外国人への適切な精神科医療を提供するため、海外在住の家族等に向けた



多言語のわかりやすいパンフレット等の整備を行うとともに、家族等が海外在住の場合は、市町村長同意を可能とする運用を明確にすること。また、外国人の入院患者に対応するための通訳や、精神科病院において海外在住の家族等との調整に携わる人材を配置するための人件費の補助を行うなど体制を整備すること。さらに、家族等との調整が困難な場合には、家族等との調整並びに通訳や保護、帰国の援助等について、領事館において適切な対応を行うように理解を求めること。

## 8 生活・雇用に関するセーフティネットの強化

### 1 生活困窮者自立支援制度の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

多様な課題を抱える生活困窮者に対し、地域において総合的な支援が実施できるよう、安定的かつ十分な財源確保を図るとともに、相談支援員の増配置等による負担増に対する支援を行うこと。

また、ハローワークが自治体との連携を強化し、生活困窮者に対する実効性のある就労支援を実施すること。

生活に困窮する方への効果的な支援策を早急に示すとともに、生活困窮者自立支援法の運用に当たっては、その実施が円滑に進むよう、引き続き地方自治体の意見を十分に取り入れること。

#### <現状・課題>

生活困窮者自立支援法（平成 25 年法律第 105 号）に基づき、区市等が実施主体となり、自立相談支援事業などの必須事業に加え、地域の実情に合わせて、居住支援事業、就労準備支援、子供の学習・生活支援などの任意事業を実施している。

各事業の補助基準額については、地方自治体の人口規模等に応じて上限が設定されており、各種の任意事業を積極的に取り組む自治体ほど、基準額とのかい離が大きくなる構造となっている。

また、令和 6 年公布の改正法では、居住支援強化のための対応等が新たに求められていることに加え、今後、人材養成研修の実施や先行事例の蓄積等により、各自治体の任意事業を含む取組が段階的に増加していく見込みであることから、財源不足が懸念される。さらに、物価高騰等の影響による家計支出の増加や、離職等に伴う収入減少により住居を失うおそれのある方等への継続的な支援が必要となっており、相談支援員の増配置等により地方負担額も増大している。

また、平成 30 年改正法では、就労準備支援事業及び家計改善支援事業を、さらに、令和 6 年改正法では、居住支援事業のうち必要があると認めるものを行うよう努めることとされているが、必須事業より補助率は低く、全ての自治体において実施体制を整備することは困難である。

令和 2 年度から実施主体が都道府県に移管されている人材育成に関しては、自立相談支援事業、就労準備支援事業及び家計改善支援事業に加え、令和 6 年度からは一時生活支援事業及び子供の学習・生活支援事業についても、国の実施する

従事者養成研修の受講が必要となっているが、今後新たに事業に従事する者も含めると、十分な実施規模とは言えない。

また、国は令和7年度から、現任者向けに専門性の向上を図るためのステップアップ研修を実施することとなった。今後、国が実施している養成研修の更なる移管が進めば、現在示されている国の財政措置の内容も不十分であることから、都道府県の財政負担の増大が懸念される。

生活困窮世帯の子供に対する支援としての子供の学習・生活支援事業は、生活習慣・環境改善に関する支援等の取組への加算措置に加え、令和5年度から、専任的な支援員の配置等による家庭訪問の取組への加算措置が図られることとなった。一方、生活困窮世帯の子供へのバランスのとれた温かい食事提供などの経費は、補助対象から除外されており、子供が安心して過ごせる居場所機能の充実に取り組む自治体を支援するための財源措置が必要である。

就労訓練事業については、令和元年度から非雇用型の利用者向けの傷害保険加入料等を補助できることとなったが、事業所に対する経済的インセンティブ支援としては不十分であり、生活困窮者を受け入れることが困難となっている。

また、平成30年の改正法では、自治体に対し認定就労訓練事業所の受注の機会の増大を図るように努めることとされたが、その促進に向けた効果的、具体的な方策が示されていない。

多様な課題を抱える生活困窮者の就労自立を促進するためには、就労準備支援や就労訓練を経た上で、ハローワークの雇用開拓、職業紹介機能を有効に活用し、一般就労を実現していく必要がある。

令和6年改正法では、住宅確保が困難な者への安定的な居住の確保に向けた支援の強化等が図られたが、物価高騰等の影響により、より厳しい状況に立たされている生活困窮者への効果的な支援策について更に検討し、それを早急に示すことが必要である。

加えて、令和6年改正法では、就労準備支援事業等について新たに生活保護受給者も利用できる仕組みを創設する等、生活保護制度との一体実施の強化や、家賃が低廉な住宅等への転居についても住居確保給付金の支給対象として拡大する措置等を講ずることとしているが、その実施に当たっては、引き続き実施主体の区市等の意見を十分踏まえるべきである。

また、新型コロナウイルス感染拡大の影響による失業や休業に伴い収入が減少した生活困窮者を対象とした生活福祉資金の特例貸付の貸付件数は、緊急小口資金で約25万件、総合支援資金では約40万件となっており、借受人への償還免除や償還猶予の案内を含め償還業務、フォローアップ支援を適切に実施する必要があり、国は確実に財源措置をするべきである。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 実施主体である区市等において、生活困窮者に対する包括的な支援が実施できるよう、実績に応じた国庫負担・補助基準額の更なる引上げ並びに就労準備支援事業、家計改善支援事業、居住支援事業及び子供の学習・生活支援事業の補助率引上げを含め、十分な財源確保を図ること。

また、相談支援員の増配置等による負担増に対する支援を行うこと。

- (2) 実施主体を都道府県に移管後も、国が実施する従事者養成研修について、自立相談支援事業、就労準備支援等の任意事業の従事者の必要数を踏まえ、必要な実施規模を確保すること。
- また、都道府県において、今後移管される養成研修の対応や、更なる研修体系の充実が図れるよう必要な財源の確保を図ること。
- (3) 子供の学習・生活支援事業に関しては、地域の実情に応じ効果的な支援が実施できるよう、国庫補助対象範囲を拡大すること。
- (4) 就労訓練事業の実施事業所の確保に向け、自治体による受注の機会の増大も含め、民間事業者の積極的な参入を促進するための効果的、具体的な対策を講じること。
- (5) ハローワークにおいて、自治体に設置した常設窓口や巡回相談等のワンストップ型の支援を充実させるとともに、自治体との連携を強化し、生活困窮者に対する実効性のある就労支援を実施すること。
- (6) 物価高騰等により、より厳しい状況に立たされている生活困窮者への効果的な支援策について検討し、その内容を早急に示すこと。
- (7) 生活困窮者自立支援法の運用に当たり、その実施が円滑に進むように、引き続き実施主体である地方自治体の意見を十分に取り入れること。
- (8) 生活福祉資金の特例貸付における償還業務とフォローアップが終了するまでの都道府県社会福祉協議会の事務体制に対する事務費を国が責任を持って確実に財源措置すること。

## 参 考

### ○令和6年度の都内区市の超過負担の状況（国庫負担・補助金協議時点）

区分	自立相談支援事業	学習・生活支援事業
所要額が基準額を超える区市	3区3市	4区2市
平均超過率	11.9%	52.1%

※自立相談支援事業については、上記以外の1区1市においても人口規模等により適用される基準額を超過していたが、厚生労働省との個別協議の結果、基準額が引き上げられている。

### ○令和6年度の生活困窮者自立支援制度人材養成研修受講者枠と申込状況（東京都）

	主任相談支援員養成研修	相談支援員養成研修	就労支援員・就労準備支援事業従事者養成研修	家計改善支援員養成研修	一時生活支援事業支援員養成研修	子供の学習・生活支援事業支援員養成研修
受講者枠	24人	53人	53人	38人	9人	16人
受講申込者数	21人	75人	58人	48人	9人	24人

※受講者枠は、厚生労働省から東京都に割り当てられた人数

○居場所機能等の充実に関する都内区市の検討状況

	実施したい	検討中
区	4	12
市	2	7
合計	6	19

(平成 28 年 2 月調査)

○就労訓練事業等の認知度、就労訓練事業の認定取得意向

就労訓練事業等の認知度	構成比	就労訓練事業の認定取得意向	構成比
就労準備支援事業及び就労訓練事業の両方について知っている	18.4%	認定を取得する意向あり	3.0%
就労準備支援事業についてのみ知っている	2.9%	類似事業を実施するが、認定は取得しない予定	0.8%
就労訓練事業のみ知っている	3.9%	事業（類似事業を含む）は、実施しない予定	47.4%
就労準備支援事業も就労訓練事業も、ともによく知らない	74.0%	検討中／わからない	47.0%
無回答	0.8%	無回答	1.8%
合計	100%	合計	100%

出典：「就労準備支援事業及び就労訓練事業（中間的就労）に関するアンケート調査等報告書」（平成 26 年 12 月東京都福祉保健局）。アンケート回答数 1,079 社/4,000 社

○都内自治体のハローワーク常設窓口、巡回相談、就職支援ナビゲーターの状況

区分	区	市	合計
自治体常設窓口	19 か所	4 か所	23 か所
巡回相談	18 か所	20 か所	38 か所
就職支援ナビゲーター	71 人	27 人	98 人

※就職支援ナビゲーターは、ハローワークと自治体常設窓口を合わせた人数(令和 7 年 4 月末時点)

○生活福祉資金特例貸付件数

緊急小口資金	総合支援資金		
	初回	延長	再貸付
256,482	190,134	95,220	116,441

## 2 権利擁護の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 福祉局)

- (1) 日常生活自立支援事業について、将来にわたり事業実施に必要な財源を確保すること。
- (2) 成年後見制度利用促進基本計画の求める地域連携ネットワーク及び中核機関が担うべき機能を整備するために、区市町村に対し十分な財政支援を行うこと。

### <現状・課題>

日常生活自立支援事業については、生活困窮者自立相談支援事業等補助金の「その他生活困窮者の自立の促進を図るために必要な事業」に位置付けられているが、今後の認知症高齢者の増加等に伴い、ニーズの拡大が見込まれることから、将来的な財源不足が危惧される。都では、都内全域に専門員を配置しており、事業継続のためには安定した人件費の確保が不可欠である。

成年後見制度については、国は、第二期成年後見制度利用促進基本計画において、地域に暮らす全ての人が、尊厳のある本人らしい生活を継続し、地域社会に参加できるようにするため、地域や福祉、行政などに司法を加えた多様な分野・主体が連携する仕組みとしての地域連携ネットワークを作っていく必要があるとし、福祉・行政・法律専門職など多様な主体の連携による「支援」機能として、①「権利擁護の相談支援」機能、②「権利擁護支援チームの形成支援」機能、③「権利擁護支援チームの自立支援」機能を挙げ、家庭裁判所とも連携し、自発的に協力して取り組むことを求めている。平成30年度から中核機関の設置運営に要する費用について一部地方交付税措置しているが、これらの機能を担う運営には不十分である。

### <具体的要求内容>

- (1) 日常生活自立支援事業の今後の利用実績の増加を見据え、人件費等将来にわたり事業実施に必要な財源を確保すること。
- (2) 成年後見制度について、第二期成年後見制度利用促進基本計画の求める福祉・行政・法律専門職など多様な主体の連携による「支援」機能の整備に取り組む区市町村に対し、安定的かつ十分な財政支援を行うこと。

参 考

○都内認知症高齢者数

区分	令和4年度 (2022年度)	令和12年度 推計 (2030年度 推計)
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ	約13万人	約14万人
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上	約36万人	約41万人
計	約49万人	約55万人

出典：東京都福祉保健局高齢社会対策部「令和4年度認知症高齢者数等の分布調査」  
(令和5年3月)

○都内の日常生活自立支援事業の利用実績

年度	契約件数	相談件数
平成28年度	3,515 (1,365)	197,272
平成29年度	3,608 (1,429)	205,090
平成30年度	3,753 (1,521)	214,393
令和元年度	3,839 (1,603)	207,352
令和2年度	3,976 (1,585)	214,123
令和3年度	4,123 (1,597)	228,314
令和4年度	4,290 (1,526)	235,185
令和5年度	4,236 (1,591)	242,707
令和6年度	4,300 (1,582)	245,863

※契約件数の( )内は生活保護受給者で内数

○都内の成年後見制度利用者数

後見	保佐	補助	任意後見	合計
19,223人	5,191人	1,706人	551人	26,671人

出典：東京家庭裁判所提供資料(令和6年12月27日時点)

○都内の成年後見制度推進機関の設置自治体数 (令和6年度末時点)

成年後見制度推進機関の設置自治体	53区市町村(内訳：23区、26市、3町、1村)
------------------	--------------------------

○都内の社会貢献型後見人養成講習修了者数 (令和6年度末時点)

都内の社会貢献型後見人養成講習修了者数	2,789人
---------------------	--------

## 9 保健医療施策の推進

### 1 地域医療確保のための診療報酬等の見直し【最重点】

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 地域医療確保のための支援策を講じること。
- (2) 光熱水費や食材料費の高騰の影響を踏まえ、必要な財源を措置するとともに、診療報酬を適切に見直すこと。
- (3) 大都市の地域特性に配慮して、診療報酬制度の改善を図ること。

#### <現状・課題>

コロナ禍以降、患者数や病床利用率が減少していることに加え、急激な物価高騰や人件費の増により、全国的に医療機関の経営は厳しさを増している。

光熱水費や食材料費の高騰が続く中、公定価格である診療報酬を主な収入源とする医療機関では、物価高騰の影響を価格転嫁することができず、値上がり分は医療機関の持ち出しとなっている。

特に都は地方と比較して、人件費等のコストが高く、入院基本料等において地域加算が行われているものの、診療報酬制度や医療機関の補助制度について、大都市の地域特性に合わせた配慮が十分になされていない。

これらの影響から、関係団体の調査では都内の一般病院は半数以上が赤字となっているほか、建替えを見送らざるを得ない医療機関が存在するなど、地域医療の確保への影響が懸念される。

こうしたことを背景に、国は令和6年度補正予算において「重点支援地方交付金」及び「医療施設等経営強化緊急支援事業」を追加計上したが、補助対象期間や補助対象が限定的である。また、令和7年4月に食費基準額の引き上げを行っているが、いまだ十分とは言えず、食費基準額の引上げ分は患者負担分となっている。

#### <具体的要求内容>

- (1) コロナ禍以降、患者数や病床利用率が減少するなど医療機関の経営は厳しさを増していることから、地域医療確保のための支援策を講じること。
- (2) 医療機関等の安定的・継続的な事業運営を確保するため、現下の物価高騰等の影響について必要な財源を措置するとともに、診療報酬を適切に見直すこと。
- (3) 患者サービスを向上させるとともに、医療機関の経営を安定化させるため、入院基本料に対する地域加算や入院時食事療養費等の診療報酬について、人件費、土地取得費、物件費等、大都市特性を十分に考慮し、必要な改善を行うこと。



## 2 医師確保対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

現下の医師不足の状況に対して、不足が顕著な産科、小児科、救急医療、へき地医療等の医師の早急な確保について、より実効性のある対策を国の責任において講じるとともに、医師養成課程における研修の質を担保するため、適切な制度運用を図ること。

### <現状・課題>

全国的に医師不足が続く中、都内においても依然として、小児・周産期・救急・へき地医療など、特定の診療科や地域で医師の確保が困難な状況にある。

国は、平成 30 年度医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の改正に伴い、新たに医師偏在指標に基づく医師多数・少数区域等を設定したが、指標は医師の総量的な偏在状況を相対的に示しているものに過ぎず、地域の実情を十分に表すものとなっていない。また、医師多数とされた都道府県においては専攻医の定員数が制限されるなど、医師確保に柔軟に取り組むことができない。

今般国において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（以下「医師偏在対策パッケージ」という。）が示されたが、対策の具体化に当たっては、地域の医療提供体制の確保も視野に入れながら進めるべきであり、国において長期的な視点を持ちつつ、主体的に実効性のある医師確保対策を講じる必要がある。

国は、医学部入学定員増について、令和 7 年度の臨時定員配分を前年度定員から 20%削減し、令和 8 年度も継続してさらに削減するとしている。しかし臨時定員は、地域における医師不足の状況から全都道府県に対し認められてきた経緯を鑑みると、臨時定員の取扱いを検討するに当たっては、診療科ごとの必要医師数を示した上で、医師不足が解消したか検証を行うことが必要である。

国はこれまで、医師臨床研修の希望者に対する募集定員の割合を縮小してきているが、都内には高度先進医療を行う、症例の豊富な臨床研修病院が数多く存在し、都内外の医師派遣や急性期患者の受入れなどを行っており、募集定員の算定に当たって、このような実態が評価される必要がある。しかし国は、令和 7 年度募集定員配分から、東京都をはじめとする医師多数県に対し、前年度から定員上限を更に減少させる措置を講じてきた。さらに、令和 8 年度から一部の医師多数県に対し実施されることとなった広域連携型プログラムは、2 年間の研修期間の 4 分の 1 に当たる 24 週以上、医師少数県等の病院への派遣が必要とされているため、医師少数県等への派遣研修期間は、実質的な人員削減となる。これ以上の募集定員の削減と募集定員倍率の圧縮は、研修医の選択の過度な制約となるとともに、臨床研修病院間の競争が行われず研修の質が担保出来なくなることが大いに懸念される。また、国は、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）改正により、臨床研修病院の指定や定員の設定の権限を都道府県に移譲したが、そのために必要な

財源は国の責任において措置する等、都道府県が事務を適切に実施できるよう支援する必要がある。

専門医制度については、引き続き国が全国的な影響や研修の質を検証し、都道府県の意見を踏まえた上で一般社団法人日本専門医機構（以下「専門医機構」という。）に直接働きかけを行うなど、主体的に関与する必要がある。

医師の地域偏在是正の視点から導入された専攻医採用数に係るシーリングの実施によって、都市部の専攻医の定員が過度に制限された結果、地域の医療提供体制に大きな影響を与えることにもつながりかねず、また、専攻医が希望する質の高い研修の機会が奪われ、制度本来の目的とかい離した仕組みとなってしまう。さらに、専門医機構は、専門医の更新時に多様な地域での診療実績を求めることを検討しているが、過度なシーリングと併せて行われることで、地域の医療提供体制へより深刻な影響を及ぼす可能性がある。

専門医の質の向上という制度本来の目的に鑑み、症例が豊富で研修の体制も整った都市部の病院の機能を評価し、研修の質が損なわれることがないように十分に考慮するとともに、現状の地域医療提供体制に深刻な影響を及ぼすことがないように配慮した制度とすることが必要である。

都道府県においては、令和5年度に医師確保計画の改定を行ったが、都道府県における対策には限界があり、医師の養成、医師法（昭和23年法律第201号）等を所管する国の責任において、医師確保対策の更なる充実を図る必要がある。

新型コロナウイルス感染症をはじめとした新興・再興感染症の流行拡大期においても、医療機関が必要な診療を継続し、国民が過度に診療を控えることがないように、通常の診療を担う医療機関においても感染症対策に精通した医師の確保が必要である。

さらに、疾病予防をはじめとする地域保健の推進はもとより、災害時や感染症発生時等の健康危機管理においては、保健所が重要な役割を果たす必要がある、その機能を十分に発揮するため、専門知識を備えた公衆衛生医師が中心的役割を担うこととなる。都においては、公衆衛生医師の確保に向け、その魅力を発信し、より一層関心を高めるため、採用ホームページや各種広告媒体を活用したPR、オンライン形式の業務説明会等を行うとともに、民間住宅の借り上げや学会参加等学術活動への支援など、確保策の強化を図っているが、他の自治体と同様に公衆衛生医師の確保には苦慮している。

#### < 具体的要求内容 >

（1）産科、小児科、救急医療、へき地医療などの医師の確保について、実効性のある措置を緊急に講じること。

① 医師の偏在対策において、国は、都道府県間の相対的な比較ではなく、地域の実情を踏まえた上で診療科別・地域別の必要数を示すとともに、医師多数とされた都道府県についても、医師確保に柔軟に取り組むことができるようにすること。

また、国において医師偏在対策パッケージを推進するとしているが、対策の具体化に当たっては、現状の地域医療提供体制の確保に配慮しながら、長期的なビジョンを持ちつつ国が主体的な取組を行うこと。

- ② へき地等勤務医師の安定的な確保や在宅医療を推進するため、専門医制度とも対応させた医師キャリアシステムの構築を図るとともに、へき地等派遣医師に対する特別な手当を創設すること。
- (2) 医学部臨時定員について、国は、各都道府県における医師不足が解消したか検証を行い、かつ診療科ごとの必要医師数を示した上で、その取扱いについて検討を行うべきであり、それまでの間は、これ以上の削減は行わないこと。
- (3) 都道府県別の臨床研修医募集定員上限の算定に当たっては、都内外の医師派遣や急性期患者の流入状況等を反映させること。また、都市部を中心とした募集定員削減の医師の地域偏在対策に有効かどうか検証するとともに、研修の質等を担保するため、これ以上の募集定員倍率の圧縮及び医師多数県に対する定員削減措置は実施しないこと。広域連携型プログラムは、実質的な削減に当たる派遣期間分の人数を募集定員上限に加算すること。都道府県に対し、必要な財源措置や適切な事務執行への支援を行うこと。
- (4) 専門医制度については、医師偏在是正の観点からの取組を過度に推し進めることなく、本来の目的を鑑み、専攻医の声を十分に取り入れた上で、専攻医が希望する質の高い研修を受けられるようにするとともに、専攻医採用数のシーリングや専門医の更新時に多様な地域での診療従事を求めることにより、地域の医療提供体制に深刻な影響を与えないよう、適切に運用すること。
- また、国が責任を持って地域医療への影響や研修の質、研修を終えた専門医の能力への影響等の検証を行うとともに、医師法の趣旨に則り、都道府県の意見を踏まえた上で、専門医機構に対し必要な働きかけを行うこと。さらに、都道府県が提出した意見書について、国における具体的な検討の過程と結果を各都道府県に対して明らかにすること。
- (5) 今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、新興・再興感染症の発生時において必要な地域医療提供体制を確保できるよう、国の責任において、医療機関における感染対策に指導的な役割を果たすことができる感染症専門医の養成を早急に進めること。
- (6) 地域保健対策の基盤となる公衆衛生医師の安定的な確保に向けて、医師養成等において保健所での研修を改めて必修にすることや、医学生や研修医が公衆衛生分野に関心を持つ機会を提供するなど、公衆衛生分野の職務を理解する機会をより一層提供すること。

### 3 看護職員確保対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 保健医療局)

- (1) 「看護職員需給推計」は、都道府県の実効性ある看護職員確保対策に資するものとする。
- (2) 都道府県が地域の実情に応じて実施する看護職員の新規養成・定着促進・復職支援対策に対して十分な財源を確保すること。
- (3) 令和4年度からの教育カリキュラムを踏まえた学校・養成所の支援を充実強化すること。
- (4) 看護職員確保のための資格管理体制を実効性の高いものとする。
- (5) 感染対策の強化を図るため、感染管理に関する専門的知識等を持つ看護職員の養成について支援すること。
- (6) 看護職員をはじめとする医療従事者の賃金引上げが図られるよう、診療報酬を適切に見直すこと。看護職員処遇改善評価料について、対象となる医療機関を拡大し、医療機関の実情に応じて、処遇改善が適切に行われるよう、必要な措置を確実に行うこと。
- (7) 災害や新興感染症発生時に迅速に看護職員の確保を図るため、災害支援ナースの養成数を拡大するとともに派遣活動等の支援策を講じること。
- (8) 看護職の社会的信頼を守るため、適切な行政処分が行われるよう、必要な情報を把握する仕組みを構築すること。

#### <現状・課題>

高齢化の進展などにより増大する医療ニーズに対応するためには、看護職員の確保に関する取組を一層進めていくことが必要である。特に、地域包括ケアシステムを推進するためには、医療機関だけではなく、訪問看護の人材確保は重要で

ある。都は、新規養成・定着促進・復職支援の三本柱に、定年後に向けての就業支援を加え、総合的な看護職員確保対策等を展開している。

令和元年度、看護職員の需給推計が取りまとめられたが、病院及び有床診療所、精神病床、訪問看護事業所等（以下これらを「領域」という。）別の供給数が算定されておらず、充足状況が把握できないため、都道府県が看護職員確保対策に取り組む上で有効なものとなっていない。

看護師等の確保の促進のために必要な財政上の措置は国の責務であるが、都において地域医療介護総合確保基金で支弁されている額は不十分なものである。

地域医療介護総合確保基金において、病院の看護師宿舎の整備を支援しているが、物価高騰等の影響から建設費用や施設の継続的な維持管理等が課題となっている。そのため、都では、令和7年度から、働きやすい勤務環境を実現し、看護人材の確保及び定着を図るために、看護職員等の宿舎を借り上げる事業者への支援を開始している。

令和4年度からの改正教育カリキュラムは、教育内容に関し、養成所の裁量に委ねられている部分が多い。教育の質を担保し各養成所の多様性を生かすためには、看護教員の更なる教育力の向上が必要である。教育内容の充実のため、教育環境の整備も必要である。

看護師等免許保持者の届出制度は、離職者の再就業対策に有効なものであるが、届出件数の伸び悩みに加え、届出者が就業に関する状況を更新していないことがあり、効果的な支援に結び付きにくい。現在の看護師の免許制度では資格保有者全体を把握することはできず、潜在看護師の全体像を把握することが困難である。令和7年度以降は、医療関係資格におけるマイナンバー制度の活用により届出のオンライン化等が図られるとともに、看護職員については、キャリア情報と研修受講履歴が閲覧可能なポータルサイトの運用が開始されるが、その情報が活用されるのは、本人が、マイナンバーの提供とナースセンターへの情報提供に同意した場合に限られる。

新型コロナウイルス感染症が発生して以降、感染症に関する専門的な知識と技術を持つ感染管理認定看護師等は、医療機関等における感染対策の強化などに力を発揮しているものの、そうした高い専門性を有する人材の養成には時間を要し、また、その多くは大規模病院での配置となっている。都内の7割を占める中小規模医療機関及び介護施設において感染対策を強化していくためには、感染管理に精通している看護師等の養成をしていく必要がある。

看護職員の処遇改善に係る診療報酬については、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月から、収入を3%程度引き上げるための措置として、診療報酬において「看護職員処遇改善評価料」が導入されたが、対象医療機関は限られている。また、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善を行う場合も、この「看護職員処遇改善評価料」の収入を充てることができるとしているものの、賃上げ必要額の算定対象にはこれらの職種は含まれていない。令和6年度診療報酬改定では、看護職員、その他の医療関係職種について賃上げを実施していくための評価として「ベースアップ評価料」が新設され、さらに、令和6年度厚生労働省補正予算では、「ベースアップ評価料」の届出医療機関を対象として「生産性向上・職場

環境改善等支援事業」により、更なる賃上げの支援が行われているが、いまだ十分とは言えない。

令和6年4月から、改正医療法に基づき都道府県と災害・感染症医療確保業務を行う医療機関との間で締結した協定により、災害や新興感染症の発生時、迅速に看護職員等の確保を図る「災害支援ナース」制度が開始された。災害支援ナースは、国が実施する災害支援ナース養成研修（以下「養成研修」という。）の修了が必要であり、厚生労働省からの委託に基づき、日本看護協会・都道府県看護協会が、令和5年度から養成研修を実施しているが、十分な受入れ体制を確保できておらず、受講は希望者の一部にとどまっている。災害や新興感染症発生時における迅速な看護職員等の確保のため、着実に養成研修を実施し、養成数の拡大を図ることが重要である。また、活動に要した実費は公的に負担する仕組みとなっているが、災害支援ナースの派遣元となる協定締結医療機関は、職員体制の維持に係る負担が大きいことから、これを軽減する必要がある。

都では、令和7年度から、協定締結医療機関に対し、看護師が研修に参加する際や、登録した看護師が訓練や実際の災害時等で派遣される際、代替職員の確保等ができるよう協力金の交付を開始し、負担軽減を図っている。

看護職には、専門的な知識や技術に加えて、社会からの信頼が不可欠である。看護職に就く者が、その立場を利用して信頼を損なう行為や不正を行うことは許されない。そのため、看護師等が罰金以上の刑罰を受けた場合や業務に関する不正行為があった場合には、看護倫理の観点から適性を問い、免許の取消しや一定期間の業務停止といった行政処分が行われている。しかしながら、法務省から罰金以上の刑に処せられた者について情報提供に係る仕組みがある医師や歯科医師と異なり、看護職については、欠格事由に該当する事案を把握するための仕組みが構築されていない。特に都道府県知事の免許であり、都道府県知事が行政処分を行う准看護師については、各都道府県の医療監視等関係部署に寄せられる情報や新聞報道に依存しているのが現状である。看護職に対する国民の信頼を損なわないためにも、事案を迅速に把握するための仕組みを構築し、適切かつ迅速な行政処分を実施することが求められる。

#### <具体的要求内容>

- (1) 都道府県が、看護職員が特に不足すると見込まれる領域に対し効果的に看護人材確保対策を講じることができるよう、看護職員の供給数について、都道府県ごとの領域別の推計値を提示すること。
- (2) 地域医療介護総合確保基金については、看護職員の確保対策を充実するため、訪問看護の促進、看護職員の確保を図るための研修・事業等の実施、勤務環境改善、再就業促進への取組への支援、宿舍を借り上げる事業者への支援等、都道府県が行う取組に必要な財源を確実に措置すること。
- (3) 学校・養成所がカリキュラムに対応するために必要な教育環境の整備や、療養の場の多様化に対応した実習先の確保について支援を図ること。

また、カリキュラムによる教育内容の充実を担保するため、看護教員の更なる教育力の向上を図れるよう、キャリアに応じた研修を継続的に行う体制を構築すること。特にカリキュラム運営の要を担う教務主任を養成する研修

体制について、国が責任を持って整備すること。

- (4) 離職時等の届出制度を活用した看護師等への復職支援の強化が図れるよう、離職時に次の就業先が決まっている場合でも届出が必要であることを周知徹底するとともに、病院等の就業先による代行届出の範囲を広げ、離職時だけでなく、再就業したときも代行届出を可能とすること。さらに、令和7年度以降のマイナンバー制度を活用した資格管理制度及び看護職向けポータルサイトについて、看護職員に対し周知を徹底するとともに、潜在看護師を一層把握し、復職支援や人材確保の推進に向けてより活用される制度となるよう、充実を図ること。
- (5) 中小規模の医療機関や介護施設における感染防止対策の強化に向け、医療機関や自治体による研修の実施に対し、必要な財政支援を行うこと。
- (6) 看護職員をはじめとする医療従事者の人材確保や賃上げを一層推進するため、診療報酬の評価・検証を行い適切に見直すこと。また看護職員処遇改善評価料について、対象となる医療機関を拡大するとともに、医療機関の実情に応じて看護補助者、理学療法士、作業療法士等のコメディカル職員を処遇改善の対象とした場合にも当該評価料が適切に算定されるようにすること。
- (7) 災害や新興感染症発生時における迅速な看護職員等の確保のため、着実に養成研修を実施し、養成数を拡大するとともに、協定締結医療機関等が災害支援ナースを安定的かつ安心して派遣できるよう活動支援の充実を図ること。
- (8) 医師及び歯科医師と同様に罰金以上の刑に処せられた看護職の情報が共有される仕組みを構築すること。

## 4 医療従事者の勤務環境改善

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

医療従事者の勤務環境改善、とりわけ医師の労働時間短縮は喫緊の課題である。国は、医療従事者の負担軽減に向けた取組や、医師の働き方改革に対応しつつ地域の医療提供体制を確保するための総合的な支援策の一層の充実を図ること。

### <現状・課題>

質の高い医療提供体制を構築するためには、勤務環境の改善を通じ、医療従事者が健康で安心して働くことができる環境整備を促進することが重要である。

平成 31 年 4 月に働き方改革関連法が施行され、医療機関においてもこれまでに以上に勤務環境の改善に取り組むことが必要とされている。他職種よりも長時間労働が実態となっている医師についても、令和 6 年 4 月から労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）による時間外・休日労働の上限は原則年 960 時間（A 水準）となった。また、地域の医療提供体制確保や一定期間集中的に技能を向上させるためやむを得ない医師が勤務している医療機関は、開設者の申請により、特定労務管理対象機関【いわゆる特例水準対象医療機関（B 水準、連携 B 水準、C-1 水準、C-2 水準）】として都道府県知事の指定を受けることにより、時間外・休日労働の上限は年 1,860 時間となっている。

令和 6 年 11 月には、「医師労働時間短縮計画ガイドライン」が改正され、特定労務管理対象機関以外にも作成が義務となる医療機関が位置付けられた。加えて毎年度、2 段階評価（年度暫定評価・最終評価）による計画見直しを行うことが示され、各医療機関において、計画的に時間外・休日労働時間の短縮に取り組んでいる。

全ての医療機関が、各水準に応じた「医師の時間外・休日労働の上限規制」や「面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等の実施」など、医師の健康確保と勤務環境改善に向けた取組を確実に実行する必要がある。

都はこれまで医療勤務環境改善支援センターを中心に、医業経営及び労務管理の専門アドバイザーによる医師労働時間短縮計画策定支援や病院管理者の意識改革のための啓発事業、医療機関の医師の働き方改革に係る調査などを実施してきた。引き続きこれらの取組みを実施するとともに、医療機関が策定した医師労働時間短縮計画に基づき、より実効性のある支援を行うことが求められている。

また国は、令和 17 年度末を目途に B 水準、連携 B 水準を解消するとしている。都内には特定機能病院や救命救急センター、大学病院が集中し、臨床研修・専門研修プログラム実施医療機関も多く、他県で研修するプログラムも一定数ある。都道府県ごとに置かれている状況が違うことを踏まえ、特例水準の適切な運用を通じて、医師の働き方改革の推進に取り組めるよう、引き続き国との協議が必要である。



一方、時間外・休日労働の上限規制の適用により、地域医療支援のための医師派遣機能も担っている大学病院等からの医師の確保が困難となるなど、地域医療へ影響が生じることが懸念されている。医師の働き方改革が地域医療提供体制に与える影響について検証を行い、医師の健康確保を図りつつ、医師不足による救急医療の縮小等により地域医療に大きな影響を及ぼすことがないように、実態を踏まえた支援が必要である。

医師をはじめとする医療従事者の勤務環境を改善する施策の更なる充実に努めるとともに、国が主体となってこれらの取組を推進すべきである。

#### < 具体的な要求内容 >

- (1) 医師をはじめとする医療従事者の働き方改革は、医療機関におけるタスク・シフティングやチーム医療の推進、働きやすい環境づくりなどの組織的な取組の促進策に加え、制度面の改善、財政的な措置、国民の理解に基づく上手な医療のかかり方の推進など、全体的な取組が必要であり、国が主体となってこれらの取組を推進すること。
- (2) 都道府県の医療勤務環境改善支援センターが医療機関への実効ある支援を行えるよう必要な施策を講じること。
  - ① 医療勤務環境改善支援センターに新たな役割を担わせる場合には、現状の体制や各都道府県の地域特性を十分に考慮した上で、業務手順を示すとともに適切な準備期間を設けること。
  - ② 医療勤務環境改善支援センターがより実効性のある業務を遂行するため、人員確保も含めたセンターの機能強化の支援と必要な財政措置を行うこと。
- (3) 医師の働き方改革を着実に推進していくため、医療機関や都道府県に対し更なる技術的、財政的支援を行うこと。
  - ① 時間外・休日労働の上限規制の適用による地域医療への影響を踏まえて、医師の働き方改革の取組状況を検証すること。また、地域に必要な医療機能の確保とともに、医師の働き方改革に伴う医療機関の経営への影響も考慮しつつ、実効性のある支援を行うこと。
  - ② 都道府県が、特例水準の適切な運用を通じて、医師の働き方改革に取り組めるよう、引き続き国と都道府県との意見交換の機会を設けること。
- (4) 労働時間短縮・勤務環境改善等のための全体的な取組を推進すること。
  - ① 各職種が専門性を発揮し、業務を分担しつつ連携・協働することで、医師の負担軽減を図り、安全・安心・良質な医療を効率的に提供するチーム医療を支援する施策を推進すること。
  - ② 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る診療報酬改定の評価・検証を行うとともに、地域医療介護総合確保基金を通じて医療機関の体制整備等支援の充実に努めること。
  - ③ 女性医師をはじめとした医療従事者が、仕事と家庭を両立できる多様な働き方ができ、働きやすい勤務環境づくりを進め、また、離職者の復職支援を進めるため実効性の高い取組を具体的に示すこと。

## 5 外国人患者への医療提供体制等の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 外国人が症状に応じて安心して医療機関を受診できるよう、外国人患者への医療情報提供及び医療提供体制を充実すること。
- (2) 外国人患者の受入体制整備が進むよう、国の責任において必要かつ十分な財政措置を行うこと。
- (3) 全国的な取組を行う場合は、地方自治体等の意見を踏まえるとともに、基本的な制度設計を行った上で進めること。

### <現状・課題>

国は、平成 28 年 3 月に策定した「明日の日本を支える観光ビジョン」において、訪日外国人旅行者数の目標値を定め、これに基づき、平成 30 年 6 月に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」を取りまとめた。また、平成 31 年 4 月からの新たな外国人材の受入れ制度の開始に伴い、平成 30 年 12 月に「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」を取りまとめ、外国人患者への医療提供に関する取組を推進している。

新型コロナウイルス感染症の 5 類感染症移行後、訪日外国人旅行者数は令和 6 年実績で 3,687 万人、在留外国人も令和 6 年 6 月末時点で 358 万人と増え続けており、これに伴って医療機関を受診する外国人患者数の増加も見込まれている。

外国人患者は軽症でも大病院を受診する事例が多いことから、地域の医療機関・関係機関が連携し、症状に応じて外国人患者を受け入れる仕組みづくりが必要であり、外国人患者受入体制の整備に対する支援を充実する必要がある。

外国人患者への対応に当たっては、言語や宗教・文化、医療制度の違い等により、様々な体制の整備や配慮が求められるほか、未収金等のトラブルのリスクもあり、医療機関における受入れへの準備が必要となる。特に使用頻度が低い希少言語は、費用対効果等の面から、医療機関において医療通訳サービスの確保が難しい状況にある。

また、外国人旅行者は都道府県を越え広域的に移動することも多いため、外国人患者の未収金対応、医療通訳の育成・確保、海外への適切な情報発信等を国の責任において進める必要がある。

なお、国は、「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」など都道府県が実施主体となる取組を実施しているが、拠点的な医療機関の役割や位置付けを明確にすることなく都道府県に選出を委ねており、都道府県間の取組に差が生じている。

### <具体的要求内容>

- (1) 外国人が症状に応じて安心して医療機関を受診できるよう、国の責任におい

て、日本の医療制度や外国人旅行者向け旅行保険の周知等、医療情報提供の充実に向けた取組を進めるとともに、医療機関の未収金対応や医療通訳の育成・確保の取組を推進すること。特に希少言語に対応した遠隔通訳サービスについては、医療機関が利用しやすい利用料金を設定すること。

- (2) 地域の医療機関・関係機関等が連携して進める外国人患者受入体制の整備等に係る取組に対し、十分な財政措置を講じること。
- (3) 全国的な取組を行うに当たっては、地方自治体等の意見を踏まえるとともに、地域の実情に応じた取組となるよう、国において基本的な制度設計を行うこと。

## 6 病床確保の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

基準病床数制度等について、新たな地域医療構想のガイドラインにおいて考え方を整理し、都道府県が地域の医療動向を反映できるような仕組みとすること。

### <現状・課題>

都の老年人口は、今後も増加を続け、2050年には都民のおよそ3人に1人が65歳以上の高齢者という、極めて高齢化の進んだ社会が到来する。高齢化により医療需要の更なる増加が見込まれ、都民一人一人が身近な地域において安心して良質な医療が受けられるよう、医療需要の動向等を勘案しながら、医療資源や地理的条件等の地域の実情を保健医療計画で定める基準病床数に反映するなど、きめ細かく対応し、計画的かつ効果的に病床整備を進めていく必要がある。一方、現行の地域医療構想では、基準病床数とは別の2025年における病床数の必要量が定められており、地域で必要とされる病床数について二種類の考え方が示されている。

国は、令和22年(2040年)頃を見据えた新たな地域医療構想において、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現を図るとされているが、こうした体制の確保に向け地域の実情に合った病床整備が必要であり、令和7年度に国が示すガイドラインの中で、事前に都道府県の意見を十分に聴いた上で地域で必要とされる病床数の考え方を整理すべきである。また、基準病床数等については、患者数を病床利用率で割り戻して算出することとされているが、近年の病床利用率の低下等を踏まえると現行の方法では病床数が過剰になると指摘されている。地域の医療動向に合った病床数となるよう算出の方法も見直す必要がある。

### <具体的要求内容>

基準病床数制度等について、新たな地域医療構想のガイドラインにおいて考え方を整理し、都道府県が地域の医療動向を反映できるような仕組みとすること。

## 7 地域の実情に応じた医療機関の機能分化・連携の推進

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 保健医療局)

- (1) 令和8年(2026年)に向けて、都道府県が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円滑に推進するため、地域の実情に応じた事業を実施できるよう、十分な財政措置を図るとともに、地域医療介護総合確保基金の柔軟な運用を認めること。
- (2) 令和22年(2040年)頃を見据えた新たな地域医療構想の策定に当たっては、検討すべき内容が多岐にわたることから、令和7年度に国が示すガイドラインについては事前に都道府県の意見を十分聴くとともに、都道府県が策定に十分な時間を確保できるよう早期に示すこと。また、将来の医療提供体制全体をきめ細かく検討するために必要なデータや指標を都道府県に示すこと。さらに、新たな構想策定後も様々な状況変化に応じて、考え方の見直しやデータの更新を図り都道府県に示すとともに、地域の実情に応じた柔軟な対応を認めること。加えて、新たな構想の実現を支える財源についても示すこと。
- (3) 地域の医療ニーズを踏まえながら必要な病床数の検討が行えるよう、病床機能報告制度の改善を図ること。また、新たに設ける医療機関機能報告制度について、医療機関間の連携等に資する制度を構築すること。
- (4) 地域医療構想調整会議において、各医療機関の連携・役割分担等の議論が一層深められるよう、地域の実情に応じた柔軟な運営ができるようにすること。

### <現状・課題>

平成26年度の医療法(昭和23年法律第205号)改正により、都道府県は、令和7年(2025年)の医療需要と目指すべき医療提供体制、その実現のための施策

を盛り込んだ地域医療構想を策定した。

一方、国は新たな地域医療構想を策定する令和8年度までは現行の構想を継続すると示しており、引き続き令和8年に向けて、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円滑かつ着実に推進していく必要がある。国は、地域の実情や病床機能分化・連携の進捗状況、在宅医療等の整備状況を踏まえた柔軟な対応が可能となるよう、地域医療介護総合確保基金を設置しているところであるが、一層の財政措置が必要である。特に、医療分野においては、「①-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」、「①-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」、「② 居宅等における医療の提供に関する事業」、「④ 医療従事者の確保に関する事業」、「⑥ 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」の5区分に基金が交付されているものの、「①」に重点配分されている。また、区分間の経費の流用は認められておらず、状況に応じた柔軟な運用ができない。

令和22年(2040年)頃を見据えた新たな地域医療構想は、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現を図るとされ、国は令和7年度に策定のためのガイドラインを都道府県に示すこととされているが、都道府県での策定に当たっては、検討すべき内容が多岐にわたることから、地域における関係者との協議等の検討・調整の期間を十分に確保する必要がある。また、策定に向けては、都民や地域の関係者の理解と協力を得るために客観的なデータに基づく検討が求められることから、これまでの入院医療だけでないあるべき医療提供体制全体の検討に必要なデータや指標を国が十分示す必要がある。さらに、新たな構想策定後も様々な状況変化が起こり得ることから、適宜考え方の見直しやデータの更新を図り都道府県に示すとともに、都道府県ごとの地域の実情に応じた柔軟な対応を認める必要がある。加えて、策定を進める上で地域で有効な議論ができるよう、新たな地域医療構想の実現を支える財源についても国が示す必要がある。

現在、地域医療構想調整会議において、医療機関の自主的な病床機能の分化・連携を進めるための検討を行っているものの、より実効性のある議論を進めるためには、地域の医療ニーズを踏まえながら、現状の病床実態を把握し将来の病床数を検討することが重要であり、そうした検討が可能となるよう、病床機能報告制度の改善が必要である。また、国は新たに医療機関機能報告制度を設けることとしているが、従前の病床機能報告では十分把握できなかった、医療機関の役割等が明確となり医療機関間の連携等に資するような制度を構築する必要がある。

地域医療構想調整会議における各医療機関の連携・役割分担等の議論については、一層議論を進めていく必要があるが、医療機関の新規開設時の協議、地域医療支援病院の承認に係る協議、2025年に向けた対応方針の策定・検証・見直しに係る協議、病床機能再編支援事業に係る議論のほか、紹介受診重点医療機関を中心とした外来医療に関する協議など地域医療構想調整会議で必要な協議事項が随時追加され、一つ一つの課題に対して十分な議論を尽くすことができない。

#### <具体的要求内容>

(1) 令和8年に向けて、都道府県が地域にふさわしいバランスのとれた医療機

能の分化と連携を円滑に推進するため、地域の実情に応じて必要な事業を実施できるよう、十分な財政措置を行うこと。特に地域医療構想の達成には在宅医療の推進や人材確保が不可欠であり、地域医療介護総合確保基金において、この2区分への十分な配分を行うとともに、区分間の流用など、都道府県の裁量による弾力的な活用を認めること。

- (2) 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の策定に当たっては、検討すべき内容が多岐にわたることから、令和7年度に国が示すガイドラインについては事前に都道府県の意見を十分聴くとともに、都道府県が策定に十分な時間を確保できるよう早期に示すこと。また、将来の医療提供体制全体をきめ細かく検討するために必要なデータや指標等を都道府県に示すこと。さらに、新たな構想策定後も様々な状況変化に応じて、考え方の見直しやデータの更新を図り都道府県に示すとともに、地域の実情に応じた柔軟な対応を認めること。加えて、新たな構想の実現を支える財源についても示すこと。
- (3) 医療機関の自主的な病床の機能分化・連携に関する議論を進めるため、地域の医療ニーズを踏まえながら必要な病床数の検討が行えるよう、病床機能報告制度の改善を図ること。また、新たに設ける医療機関機能報告制度について、医療機関間の連携等に資する制度を構築すること。
- (4) 地域医療構想調整会議において、医療機関の連携・役割分担等の議論を一層深められるよう、地域の実情に応じた柔軟な運営が行えるようにすること。

## 8 地域医療連携の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

中小病院が担っている地域医療における役割を踏まえ、地域の実情に応じた医療が提供できる診療報酬とすること。

### <現状・課題>

地域包括ケアシステムの構築に向け、都内病院の多数を占める中小病院の役割は、ますます重要となっている。令和6年度の診療報酬改定においては、地域包括ケア病棟について、適切な在宅復帰支援を推進する観点から、入院期間に応じた評価体系に見直された。また、軽症・中等症の高齢者の救急搬送者数が増加する中で、急性期治療の間にADLが低下し在宅復帰が遅くなるケースに対応する必要が生じている。このため、地域において救急患者等を受け入れる体制を整え、入院早期からのリハビリテーション提供、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う地域包括医療病棟の評価が新設されたところであるが、中小病院が、これらの病棟の機能を発揮して、急性期から慢性期まで地域医療ニーズに柔軟に対応し、地域医療を支えることができるよう、引き続き地域の実情を踏まえ、診療報酬の評価・検証を行う必要がある。

### <具体的要求内容>

中小病院が担っている地域医療における役割を踏まえ、地域の実情に応じた医療が提供できるよう、引き続き診療報酬改定の評価・検証を行うこと。

## 9 在宅療養の基盤強化

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 保健医療局)

- (1) 24時間診療体制の構築など、地域の実情に応じて在宅療養の推進に取り組めるよう、地域医療介護総合確保基金については、十分な財源を確保するとともに、効果的に活用できる仕組みとすること。
- (2) 在宅療養に関する評価指標を充実するとともに、区市町村ごとのきめ細かなデータを継続的に提供すること。
- (3) オンライン診療の適切な実施に関する指針等の運用を通じて、引き続き適切に評価検証を行うとともに、在宅療養患者と医療従事者が活用しやすい仕組みを構築すること。
- (4) デジタル技術を活用した医療・介護関係者の情報共有を促進するための効果的な取組を行うこと。

### <現状・課題>

高齢化が急速に進展する中、在宅療養体制の整備は喫緊の課題であり、その推進のためには、住民に身近な保健・医療・福祉サービスを担う区市町村が主体となり、事業者や医師会等との協働体制の下、多職種が連携し、医療・介護サービスを切れ目なく提供する仕組みを構築することが重要である。

都は、東京都保健医療計画に基づき、区市町村の主体的な取組の支援、24時間安心な在宅療養体制の整備、在宅療養に関わる人材の育成・確保、暮らしの場における看取りの推進、在宅療養に関する情報等の都民への普及啓発など、様々な取組を進めている。

地域医療介護総合確保基金では、居宅等における医療の提供に関する事業が対象事業の一つとされているが、施設整備等に関する事業に重点配分され経費の流用は認められておらず、また、対象外となる取組があるなど、地域の実情に応じた取組ができるような仕組みになっていない。

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標としては、患者数や訪問診療を行っている医療機関数等があるが、在宅療養を一層推進するためには、患者の



満足度やQOL等のアウトカム指標による施策の評価を行うことが必要である。

国は技術的支援として、国保データベースシステムを活用し、区市町村ごとの在宅療養患者の状況、医療資源の状況等のきめ細かなデータの提供を行ったところであるが、在宅療養に関する取組の評価検証を行い、実効性のある施策につなげていくためには、こうしたデータの提供が継続的に行われる必要がある。

また、国保データベースシステムでは国保・後期高齢者の被保険者データは取り扱っているが、その他の被保険者のデータは取り扱っていないため把握することができない。在宅療養体制の更なる推進を図るためには、小児の在宅療養患者の状況等も含めて施策の検討をすることが重要であり、こうしたデータも合わせて提供される必要がある。

国は、令和5年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を一部改訂し、オンライン診療の適切な実施や情報セキュリティ対策について改めるとともに、医療法（昭和23年法律第205号）の改正によりオンライン診療に関する総体的な規定を設ける方向で審議しているところであるが、在宅療養患者と医療従事者が、安心して活用できるよう安全性・信頼性に関し引き続き十分な検証を行うことが必要である。

国が進める全国医療情報プラットフォームの構築に当たっては、地域におけるデジタル技術を活用した医療・介護関係者の情報共有や地域医療連携ネットワークによる情報共有の取組と整合性を図り、実効性の高いものとするとともに、地域における取組が促進されるよう支援していく必要がある。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 24時間診療体制の構築など、地域の実情に応じて在宅療養の推進に取り組めるよう、地域医療介護総合確保基金については、十分な財源を確保するとともに、対象となる事業を広く認めるなど、効果的に活用できる仕組みとすること。
- (2) 在宅療養の一層の推進に向け、患者の満足度やQOL等のアウトカム指標を設定し評価指標を充実すること。また、在宅療養に関する区市町村ごとのきめ細かなデータについて継続的な提供を行うとともに、小児の在宅療養患者のデータについても、都道府県や区市町村が活用しやすいよう提供すること。
- (3) オンライン診療の普及に当たっては、安全性・信頼性に関する課題を整理して、引き続き適切な評価検証を行った上で、在宅医療においても患者と医療従事者が活用しやすいよう制度設計を行うこと。
- (4) 全国医療情報プラットフォームの構築に当たっては、地域におけるデジタル技術を活用した医療・介護関係者の情報共有の取組との整合を図ること。また、地域における取組が促進されるよう、十分な財政措置を講じること。

## 10 がん対策の充実

### (1) がん予防対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」において、国の指針で定める検診間隔を踏まえた上で、乳がん・子宮頸がんのクーポン券配布対象者を拡大すること。
- (2) 「がん対策推進基本計画（第四期）」において設定された精密検査受診率 90 パーセントの目標に向け、精密検査受診の重要性を国民へ普及啓発するとともに、区市町村に対し効果的な取組事例を紹介する等の支援や、要精検者の精検受診結果が区市町村に返送されるための仕組みを構築すること。
- (3) 職域におけるがん検診について、実施状況を把握するとともに、質の向上を図るため、検診受診から精密検査までの精度管理・事業評価ができるような仕組みを構築すること。
- (4) HPV検査単独法による子宮頸がん検診の効果を担保するため、区市町村等におけるHPV陽性者の長期追跡を含む精度管理体制の構築に必要な支援を行うこと。
- (5) 乳がん検診の精度管理を維持するために、検診従事者に対する研修事業について、十分な財政措置を講じること。
- (6) 胃内視鏡検診の実施体制整備及び精度管理のため、検診従事者に対する研修事業について、十分な財政措置を講じること。
- (7) 科学的根拠に基づいたがん検診を推進するため、新たな検査方法に関する調査研究の充実を図り効果検証を進め、速やかに情報提供すること。

また、導入に当たっては、都や区市町村からの意見を聞き、区市町村にとって実効性のある実施方法を定めるとともに、確実に財政措置すること。

## <現状・課題>

国は、「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」において、平成 29 年度から乳がん検診・子宮頸がん検診のクーポン配布対象を、初年度の受診対象者に限定した。国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「国指針」という。）では、検診間隔を定めているが、検診は定期的な受診が重要であることから、その後の受診を促進するため、初年度以外にも対象を拡大する必要がある。

国の「がん対策推進基本計画（第四期）」では、前期計画に引き続き、精密検査受診率 90 パーセントの目標値が設定されたところであるが、都は平成 30 年度から、区市町村における要精検者の精密検査受診結果の把握を推進し、精密検査受診率を向上させる目的から、都内における精密検査結果報告書の標準様式の作成等の取組を進めている。しかし、精検実施機関から区市町村に報告書が返送されないケースが多く、区市町村が要精検者の受診動向を把握できないため、効果的な受診勧奨・再勧奨につなげていない。

また、精密検査受診の重要性に関する国民の理解については十分とは言えず、精密検査の受診率を向上させるためには、国民の正しい理解を促すことが必要である。

職域におけるがん検診については、検診全体に占める割合が高いにもかかわらず、制度上の位置付けが明確でないため、実施状況の正確な把握や精度管理が十分でない。国は、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を作成し、研究班において実施状況の把握や精度管理について検討しているが、検診受診から精密検査までの結果把握が行われるような仕組みの構築は講じられていない。

子宮頸がん検診について、国は令和 6 年 2 月に、新たに HPV 検査単独法を追加するため国指針を改正したところであるが、従前の細胞診と比べて、検診対象年齢や検診間隔が異なるなどの複雑性があり、適切な受診勧奨等が行われなければ期待される効果が得られない。同検査を円滑に運用するには、区市町村等における HPV 陽性者の長期追跡を含む精度管理体制の構築のための支援が必要である。

乳がん検診については、国は令和 3 年 10 月に、集団検診において医師の立会いのないマンモグラフィを可能とするため国指針を改正したところであるが、乳がん検診の精度管理を維持するためには、マンモグラフィの従事者に対する技術の向上に加え、エックス線撮影時の安全性確保などに関する研修を実施する必要がある。

さらに、平成 28 年度から胃内視鏡検診従事者研修の補助事業が開始されたが、重篤な偶発症に適切に対応できる体制整備及び精度管理を図るためには、今後も継続的な研修の実施が必要である。

国は対策型検診として科学的根拠に基づいたがん検診を推進するため、乳がん検診における超音波検査など、新たな検査方法の導入に向けて、検査の実施手順や有効性評価などについて様々な調査研究を行ってきた。新たな検査を導入するに当たっては、区市町村が国指針に基づくがん検診を適切に実施していくため、区市町村が計画的に精度管理向上に向けた実施体制を整備できるよう支援するとともに、区市町村の取組に対する財政負担に配慮する必要がある。

<具体的要求内容>

- (1) 「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」における乳がん検診・子宮頸がん検診のクーポン券の配布について、定期的な受診を促すため、国指針で定める検診間隔を踏まえた上で、配布対象者を拡大すること。
- (2) 「がん対策推進基本計画（第四期）」において設定された精密検査受診率90パーセントの目標達成に向け、精密検査受診の重要性を国民へ普及啓発するとともに、目標達成に向けた効果的な取組事例の紹介等の支援や、要精検者の精検結果報告書が区市町村に円滑に返送される仕組みを構築し、区市町村の結果把握の取組に対する支援を行うこと。
- (3) 職域におけるがん検診について、実施状況の正確な把握を行うとともに、企業や健康保険組合等が、従業員にとって受診しやすい環境整備や、区市町村が実施する対策型検診の課題や実施状況を参考に検診受診から精密検査までの結果把握が行えるような仕組みを構築すること。
- (4) HPV検査単独法による子宮頸がん検診については、その効果を担保するため、区市町村等におけるHPV陽性者の長期追跡を含む精度管理体制の構築に必要な技術的支援を行うとともに、十分な財政措置を講じること。
- (5) 乳がん検診の精度管理を維持するため、マンモグラフィに携わる読影医師等に対する研修事業について、十分な財政措置を講じること。
- (6) 胃内視鏡検診の実施体制整備及び精度管理のため、今後も検診従事者に対する研修事業について、十分な財政措置を講じること。
- (7) 新たな検査の導入に向けた手順や有効性評価等について引き続き調査研究を進め、検証結果を速やかに提供すること。  
また、これらの検査を国指針に新たに規定する場合、都や区市町村から意見を聞き、実効性のある実施方法を定めるとともに、区市町村に過度な負担が生じることのないよう、確実に財政措置を講じること。

## (2) がん医療体制の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) がん診療連携拠点病院の指定について、都の取組や人口、がん患者数、患者の受療動向等の地域の実情を踏まえ、指定要件を満たしている病院は全て指定すること。また、放射線診断医や放射線治療医、病理医の配置については、非常勤の活用や、DXを活用した遠隔診断・治療経過の共有など他院と連携する取組について認めるなど、指定要件の見直しを検討すること。  
指定要件の見直しに当たっては、適切な財源措置等を行うこと。
- (2) 地域医療介護総合確保基金の対象となったがん診療施設の整備事業については、必要額を確実に措置すること。
- (3) がん診療連携拠点病院機能強化事業及び地域がん診療病院等機能強化事業について、拠点病院等の取組実績を適切に評価すること。
- (4) がん治療連携計画策定料の算定要件の緩和を行うこと。
- (5) 緩和ケア病棟及び外来で提供されるリハビリテーションについて、診療報酬により評価すること。
- (6) 専門医や医療従事者の養成・確保策の拡充を図ること。
- (7) 拠点病院や地域における緩和ケアの充実に向けた更なる支援を行うこと。
- (8) 小児がん及びAYA世代のがん患者への診療提供体制を国において十分検討すること。
- (9) AYA世代の多様なニーズに応じた支援体制と、小児やAYA世代の患者に対し介護保険制度と同様の仕組みを整備すること。

- (10) 生殖機能温存等に係る費用の助成について、助成額の充実を図るとともに、受精卵（<sup>はい</sup>胚）等の凍結保存の更新料など、必要な経費について対象とすること。
- (11) がん患者の就労支援について、関係機関、事業者等が患者支援を行えるよう情報共有の仕組みづくり等を行うこと。また、地域の実情に応じた都道府県の就労支援に対する財政措置を行うとともに、医療機関における治療と仕事の両立支援の充実に向け引き続き診療報酬の評価・検証を行うこと。
- (12) 治療に伴う外見の変化に対し、社会生活への影響が大きいことから、医療用ウィッグやエピテーゼなどの購入費用等、アピランスケアに対する支援を行うこと。
- (13) 国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発を徹底すること。

#### <現状・課題>

都内では、現在、13 医療圏に 31 か所のがん診療連携拠点病院等が指定されている。都は、他県に比べて人口やがん患者数が多く、また、他県からがん患者が多数流入していることから、国が指定する拠点病院等だけでは、集学的治療の提供体制が不足するため、国拠点病院と同等の機能を有する病院を独自に整備してきた。都内にはまだ、指定要件を上回る診療実績を有する病院が多数あるが、国は、複数の病院が指定されている圏域については、新たに指定する相当の理由がなければ指定は難しいとしている。

また、近年、医師等の確保が困難な状況と言われている中で、がん診療連携拠点病院等の指定要件である常勤の放射線診断医や放射線治療医、病理医の配置が難しく、全国的にも課題になりつつある。

令和 4 年 8 月に改定されたがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針では、更なる診療体制の充実が求められるなど、病院の費用負担の増加も見込まれる。これらに加え、働き方改革の動向を踏まえた医療従事者の確保に要する経費に対して、診療報酬上の適切な評価も必要である。

国は、がん診療を行う病院の施設及び設備整備事業について、平成 27 年度以降は地域医療介護総合確保基金の対象としたが、医療機関において良質かつ適切な医療を安定的に提供できる体制を確保するためには、基金への移行後も、病院の整備が計画的かつ継続的に行われる必要がある。

拠点病院等に対しては、相談支援センターの運営や緩和ケア研修会の開催に係

る費用を、国と都が2分の1ずつ補助している（がん診療連携拠点病院機能強化事業及び地域がん診療病院等機能強化事業）。国は、平成24年度から、がん相談支援事業について、年間の相談件数に応じた一定の基準額を設けたため、多くの拠点病院では補助額が減少している。

がん診療連携計画策定料の算定要件は、入院中又は退院した日から起算して30日以内がん患者の治療計画を作成し、患者に説明し文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に連携医療機関に患者の診療情報を文書により提供した場合に限られ、退院後に入院していた病院に31日以上経過して外来を受診した患者や、外来のみでがんの診断・治療を行う患者に対しては算定できないものとなっており、がん診療に係る医療連携を幅広く進めていくためには、算定要件を緩和する必要がある。

がん診療連携拠点病院等においては、一般病棟の入院患者に対するリハビリテーションの提供はある程度行われているものの、緩和ケア病棟や外来においては診療報酬上で評価されないため、必ずしも十分な提供がなされていない。

これまで拠点病院等を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の整備を進めてきたが、今後は、それらが連携して施設全体で緩和ケアの診療機能を発揮することが求められる。現在、都道府県拠点病院のみに設置が義務付けられている緩和ケアセンターの機能を、地域拠点病院にも拡充する必要がある。

平成29年12月に策定された「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」では、がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師に加え、これらの医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の医療従事者が受講対象者とされており、医師以外の医療従事者についても基本的な緩和ケアに関する知識を習得する必要がある。

小児がんとAYA世代のがん医療や支援に当たっては、小児がん拠点病院と成人の拠点病院等との連携が必要である。

AYA世代のがん患者については、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なり、個々の状況に応じた多様なニーズに対応できるような情報提供や支援体制の整備が求められている。

また、小児やAYA世代のがん患者は、介護保険の対象外であるため、在宅で療養する際に必要となる介護サービスを利用する費用は全額自己負担となり、ケアマネージャーのような支援する人材もいない。都は、令和6年度から、40歳未満のがん患者が介護サービスを利用する際の費用を助成する区市町村に対し、補助を開始した。

国は、令和3年度から生殖機能温存治療に係る費用の助成制度を開始したが、生殖機能温存治療後から妊娠のための治療を開始するまでの間の、受精卵（胚）等の凍結保存更新の費用が対象となっていない。また、都は助成上限額について、都内医療機関における治療費を参考に、国単価に上乗せしている。

がん患者の就労支援については、平成28年12月に改正がん対策基本法に位置付けられ、国及び地方公共団体は、がん患者の雇用継続等について必要な施策を実施することとされた。

国は、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインの作成や両立支援促進員の配置等に取り組んでいるが、がん患者への支援をより効果的に進

めるためには、関係機関及び事業者等が連携して患者の状況に応じた相談支援等を行うとともに、働きながら治療を受けられる医療提供体制の整備が必要である。令和2年度及び令和4年度の診療報酬改定では、「療養・就労両立支援指導料」の見直しが行われた。がん患者の治療と仕事の両立を支援していくためには、引き続き、診療報酬の評価・検証を行う必要がある。

治療による影響や疾患の部位によっては、外見の変化が生じ、社会生活に大きな影響がある。医療用ウィッグや人工乳房等により変化を最小限にとどめることで、社会参加が促進されると考えられるが、治療費の経済的負担が大きいことから、アピアランスケアに関する支援が必要である。

国は、がん教育を推進するとともに、国民に対しては、国立がんセンターのがん情報サービスによる情報提供など、がんに関する普及啓発を推進してきたが、がん患者や経験者が、安心して療養し、自分らしく生活を継続できるよう、国民のがんに関する理解を一層深めることが必要である。

#### <具体的要求内容>

- (1) がん診療連携拠点病院の指定については、人口、がん患者数、患者の受療動向等の地域ごとの実情を踏まえ、指定数を制限することなく、指定要件を満たす病院を全て指定すること。また、病院が放射線診断医や放射線治療医、病理医の確保に苦慮することがないように、非常勤の活用や、DXを活用した遠隔診断・治療経過の共有など他院と連携する取組について認めるなど、指定要件の見直しを検討すること。  
指定要件の追加や働き方改革への取組等による病院の費用負担等を考慮し、適切な財源措置等を行うこと。
- (2) がん診療を行う医療機関が良質かつ適切な医療を安定的に提供できるよう、地域医療介護総合確保基金の対象となった施設設備の整備事業について、必要額を確実に措置すること。
- (3) がん診療連携拠点病院において相談支援センター機能の一層の強化が図られるよう、がん診療連携拠点病院機能強化事業及び地域がん診療病院等機能強化事業（がん相談支援事業）について、単に相談件数だけで評価するのではなく、取組実績に見合った基準額を設定するなど、適切に評価する制度に見直すこと。
- (4) がん治療連携計画策定料の算定要件について、患者への説明・連携医療機関への情報提供等の要件を、退院した日から起算して30日以内に限定しないこと。また、入院治療だけでなく外来治療にも算定できるようにすること。
- (5) 入院・外来を問わず、ADLの維持・改善のため、患者が治療状況等に応じたがんのリハビリテーションを受けることができるよう、緩和ケア病棟及び外来においてがんのリハビリテーションを提供する場合も、診療報酬として適切に評価すること。
- (6) 拠点病院や地域の医療機関等における適切ながん医療の提供、及びAYA世代や高齢者等に応じたがん医療の提供ができるよう、専門の医療従事者の養成・確保策の一層の拡充を図ること。また、がん相談支援センター相談員の人材育成について、ニーズに応じた十分な研修機会を確保すること。



- (7) 地域拠点病院においても、緩和ケアセンターと同様の機能が確保されるよう支援すること。また、医師以外の医療従事者が基本的な緩和ケアの知識について習得できるよう、職種に応じた研修プログラムによる育成を行うこと。
- (8) 小児がん及びAYA世代のがん患者に適切ながん医療等が提供できるよう、小児がん拠点病院と成人の拠点病院等が連携し、これらの患者に長期的な支援が可能な体制の構築が図られるよう検討すること。
- (9) AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、包括的な相談支援・就労支援を実施できる体制を整備すること。また、小児やAYA世代の患者が介護保険制度と同様の支援が受けられる仕組みを構築すること。
- (10) 生殖機能温存等に係る費用の助成について、助成額の充実を図るとともに、生殖機能温存治療費だけでなく、温存治療後から妊娠のための治療を実施するまでの受精卵（胚）等の凍結保存更新料など、必要な経費についても対象とすること。
- (11) がん患者の就労支援をより効果的に行っていくため、国の就労支援機関やがん診療連携拠点病院のがん相談支援センター等の関係機関及び事業者等が連携して、患者の状況に応じた支援を行えるよう、情報共有の仕組みづくりや人材育成等を進めること。また、患者のニーズや地域の実情に応じた都道府県の就労支援の取組に対する財政措置を行うこと。さらに医療機関の治療と仕事の両立支援に向けた積極的な取組が進むよう、引き続き適切な診療報酬の評価・検証を行うこと。
- (12) 医療用ウィッグや人工乳房等のエピテーゼの購入費用など、アピアランスケアに対する支援を行うこと。
- (13) がん患者や経験者が、必要な支援を受けながら安心して生活し、活躍できるよう、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発を徹底すること。

### (3) がん登録の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

全国がん登録を実施するに当たって、十分な財政措置を講じること。

また、がん登録に携わる人材の確保・育成、オンラインシステム  
の環境整備を行うとともに、精度向上の観点からの対策及び国民等  
へがん登録の普及啓発を行うこと。さらに、がん登録の利活用に向  
けた必要な支援を行うこと。

#### <現状・課題>

がん登録は、がんの発生状況・がん医療の実態を把握し、がん対策の評価や企画を行う際の基礎資料となるものであり、がん対策の推進に当たって重要な役割

を担うため、高い精度が必要である。

平成 28 年 1 月にがん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）が施行され、全国がん登録の実施に当たって、都道府県が負担する審議会や医療機関向けの説明会に係る事務処理費用等一部の経費のみ国庫補助の対象となっている。今後、全国がん登録を着実に推進していくためには、財政措置の充実が必要である。

法が施行されたことに伴い、がん登録は全ての病院に義務付けられたが、中小病院においては、がん登録に携わる医師等専門職が十分に配置されていないなど、体制が整備されていない。がん登録には高い専門性と秘密保持が求められるため、人材の確保と育成に十分な配慮が必要である。

平成 29 年 4 月からがん登録オンラインシステムの運用が開始され、各医療機関は都道府県へオンラインシステムによりがん登録データの届出をすることとなっているが、システム導入には、専門的知識が必要となることやシステム改修経費を負担する必要があるため、都内におけるオンライン化率は 7 割程度となっている。より多くの医療機関がオンラインシステムを導入するためには、分かりやすい導入手順の案内や問合せ窓口の充実、システム改修経費の確保など、中小病院にも配慮した対策が必要である。

また、全国がん登録は、全国のがん情報を一つにまとめて管理することで、精度の高い、正確ながん情報を効率的に集め、公表することを目的として開始されたが、患者の同一人物判定に必要な情報を確実に収集する仕組みが構築されておらず、精度向上の観点から、法改正により被保険者番号の活用や住民基本台帳ネットワークシステムへの照会を可能とするなどの対策が必要である。

さらに、全国がん登録が開始されたことで、都道府県単位でなく全国規模のがん登録データベースが構築されてはいるが、国民、医療機関、自治体への周知が十分に図られておらず、その重要性、必要性、有用性、活用方法について理解が進んでいないため、より一層の周知活動が必要である。特に、がん登録は、区市町村が、がん検診の効果検証を行うに当たって有効な手段であるとされているが、活用した先行事例が少なく、取組が進んでいないため、今後、区市町村ががん登録を利活用して精度管理の向上が図れるような支援が必要である。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 都道府県における全国がん登録の実施に必要な経費について、十分な財政措置を講じること。
- (2) 医療機関における届出に必要な人員体制の整備に係る財政措置を講じること。  
また、がん登録従事者に対し、資質の向上を図るための研修を実施するなど、必要な措置を講じること。
- (3) 医療機関がオンラインシステムを導入するに当たっては、システム整備に係る技術的支援及び財政措置を講じること。
- (4) 全国がん登録情報の精度向上の観点から、法改正により患者の同一人物判定に必要な情報を確実に収集できるような仕組みを構築すること。
- (5) がん登録の必要性について、国民及び医療機関の理解と協力を得るための

積極的な普及啓発を行うこと。

- (6) 区市町村ががん登録情報を効果的に利活用し、がん検診の精度管理の向上が図れるよう、その活用方法や自治体における取組事例の紹介などの必要な支援を行うこと。

## 1.1 救急医療体制の整備

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 救急医療の厳しい現状を踏まえ、迅速・適切な救急医療の確保に向け、更なる充実策を講じること。
- (2) 医療提供体制施設整備交付金、医療提供体制推進事業費補助金及び医療施設運営費等補助金において、十分な財源を確保するとともに、地域の実情に応じた補助制度とすること。

### <現状・課題>

都の救急医療体制は、「突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでも、症状に応じた適切な医療が受けられる」という理念の下に、初期、二次、三次の救急医療機関の体系的な整備を進めている。

しかし、少子高齢化の進展や都民意識の変化等から、求められる救急医療が高度化・多様化しており、救急医療を担う医師の負担は大きなものとなっている。このような中、現在、医師の働き方や労働法制に関する見直しが行われているが、医師の確保は救急医療においても大きな課題となっており、人材の確保難や救急医療の不採算性等による救急医療機関数の減少や救急医療体制の維持に支障を来すことが危惧される。

都は、平成 21 年から「救急医療の東京ルール」に基づき地域全体で救急患者を受け止める搬送体制を開始し、二次医療圏内において搬送先選定困難者の受入調整に中核的役割を担う東京都地域救急医療センターを 91 施設指定するとともに、圏域内で受入れが困難な場合に広域的に受入調整を行う救急患者受入コーディネーターを令和 2 年度から増員し、救急患者の迅速な受入体制を確保している。

こうした東京ルールによる運営形態は、平成 25 年度までは国庫補助対象であったが、平成 26 年度から国の補助事業の再編に伴い、補助要件や基準額等の変更が行われたため、補助対象外となっている。

平成 28 年 3 月に総務省消防庁及び厚生労働省から発出された国通知では、救急業務としての転院搬送の際には医療従事者を同乗させることや、緊急性の乏しい転院搬送については、医療機関が所有するいわゆる病院救急車や消防機関が認定する患者等搬送事業者等を活用することとしている。しかし、当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できないため、医療機関の実情に応じた運用になっていない。

平成 28 年度診療報酬改定においては、「夜間休日救急搬送医学管理料」の評価が充実されるとともに平日夜間帯も新たに算定可能となったが、救急医療管理加算については、一部項目が減額された。また、令和 2 年度改定においてより多くの患者受入を評価する新たな評価区分が設けられ、令和 6 年度改定においても救急医療管理加算 2 の評価が見直されたが、医師の時間外労働規制の影響等を含めた救急医療の厳しい現状に対して十分なものとは言えない。

令和 6 年度診療報酬改定においては、地域で救急患者等を受け入れる病棟を新たに評価する地域包括医療病棟入院料や、初期診療後の救急患者の転院搬送を新たに評価する救急患者連携搬送料が設定されたところであるが、これらの仕組みが十分に機能を発揮されるようにしていく必要がある。

救命救急センター運営事業費補助については、救命救急センターの収支が赤字であっても、病院全体の収支が黒字の場合には補助基準額が 2 分の 1 とされ、その不採算性を病院に転嫁する仕組みとなっている。また、現行の充実段階評価において、24 時間重症・重篤な救急患者を受け入れる体制の確保や、積極的な患者受入を強く求められている一方で、医師の働き方改革が進む中、病院側は人員体制の充実等が必要となるが、現行の診療報酬はこうした実情を十分に反映したものとなっていない。

さらに、都は、東京消防庁のヘリコプターに救急医療用の医療機器等を搭載し、医師が搭乗する東京型ドクターヘリを運用し、令和 4 年 3 月からはドクターヘリの運航を行っている。遠距離運航や夜間飛行が可能な東京型ドクターヘリと機動力が高いドクターヘリを併用することにより、都の救急医療体制の機能強化に取り組んでいるところであるが、国は都道府県又は都道府県知事等の要請を受けた基地病院が運航会社との委託契約によりドクターヘリを配備する場合にドクターヘリ導入促進事業の補助対象としているが、東京型ドクターヘリを補助対象にしていない。

高齢化の進行などにより、令和 6 年の救急搬送件数は 79 万件を超え過去最多を更新した。その中で、救急搬送の半数を占める高齢者については、入院期間が長期化するなどの懸念から医療機関が受入れをちゅうちょすることもある。救急医療の現場では、高齢者の救急患者の受け入れや、新型コロナウイルス感染症などの院内の感染防止対策などの対応に手間を要し、救急患者の搬送先の選定が困難となる事案も増加している。

また、救急患者の中には、保険証がないなどの様々な理由により、医療費を未払いのまま医療機関を去るケースもあり、それに伴って発生する未収金が救急医療機関の経営を圧迫する一因ともなっている。

今後とも、迅速・適切な救急医療を確保するため、診療報酬の改善や医師確保対策の推進、補助の充実などの国の取組を更に進めていく必要がある。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 救急医療体制の確保については、救急医療の厳しい現状を十分に考慮するとともに、医師の働き方改革の動向等を踏まえ、勤務環境や診療報酬の改善などを図ること。
- (2) 医師の働き方改革により時間外労働規制の上限規制が適用されることを踏

まえ、人員体制充実の必要性や救急医療分野の業務実態を十分に把握し、救命救急センターや二次救急医療機関の安定的な運営が図られるよう、診療報酬について検証を行い、実態に即したものとすること。

- (3) 救命救急センターの充実段階評価について、救命救急部門の運営実態をより踏まえたものとするため、精査を行った上で十分な評価を行うとともに、救命救急センター運営費については、病院全体の収支にかかわらず、必要な経費を確実に補助すること。
- (4) 救急医療の整備については、医療提供体制施設整備交付金及び医療提供体制推進事業費補助金において、十分な財源を確保すること。
- (5) 「救急医療の東京ルール」など地域の実情に応じた取組が「メディカルコントロール体制強化事業」及び「搬送先困難事例受入医療機関支援事業」の補助対象となるよう要件を早急に見直すとともに、大都市における救急搬送の実態等を踏まえ、補助基準額の設定等を見直すこと。
- (6) 真に急を要する救急患者に的確に対応できるよう、救急医療の適切な受診について国民の理解促進に積極的に取り組むこと。
- (7) 転院搬送について、医療機関の実情を踏まえた取組が進むよう、診療報酬の充実を図ること。また、新たに設けられた地域包括医療病棟入院料や救急患者連携搬送料の仕組みが機能を発揮し、救急医療体制の充実に資するよう、地域や医療機関の実情を踏まえながら、診療報酬の評価・検証を行うこと。
- (8) 「救急医療管理加算2」については、その加算による効果が医療機関において十分に発揮されるよう評価・検証を行うこと。
- (9) 地方自治体がそれぞれの医療体制の現状や資源を生かしながら、ヘリコプターを用いた救急医療体制の確保が進められるよう、ドクターヘリ導入促進事業の対象をヘリ運航会社との委託契約に限るとする運営方針を見直し、東京型ドクターヘリを補助対象に拡大すること。
- (10) これまでの新型コロナウイルス感染症などの流行への対応や、高齢化の進行を踏まえ救急医療機関の患者受入れが円滑に行えるよう救急外来への看護補助者等の配置による体制強化について診療報酬で評価するなど、救急医療体制の維持・確保に向けた支援策を講じること。
- (11) 医療機関が救急患者等の受入れに伴って発生する未収金などによる不利益を被らないよう、国の責任において補助制度を創設すること。

## 1.2 周産期医療体制の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 周産期母子医療センターに対するNICU及びMFICU運営費に係る補助基準単価について、十分な財源措置を講じること。また、NICU入院児の重症度等を勘案し、補助制度の拡充を図ること。
- (2) 周産期母子医療センター等で働く医師等の確保を含め、安定的な運営を図れるよう、財源措置を講じること。
- (3) NICU等長期入院児の在宅移行に向けた施策について、財政支援を図ること。
- (4) 将来の新興感染症等の発生に備え、安全安心な周産期医療体制を確保するための必要な措置を講じるとともに、院内感染防止対策等に取り組む周産期医療機関に対し、財政支援の拡充を図ること。
- (5) NICU入院児等が必要な時にドナーミルクを利用できるよう、財政支援等必要な措置を講じること。

### <現状・課題>

周産期母子医療センターは、24時間体制で、緊急帝王切開術や超低出生体重児等、周産期救急医療体制の確保が求められているにもかかわらず、十分な診療報酬となっていないため、各医療機関において不採算部門となっている。また、在胎期間や出生体重、児の疾患状況・外科的対応の有無等により、NICU入院児の受入状況は医療機関によって差が生じているが、これまで、入院児の重症度や対応困難度、病床利用率等は評価されていなかった。令和6年度診療報酬改定においては、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料が新設され、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について一定の評価がなされることとなったものの、いまだ入院児の重症度等への評価は十分とは言えない状況にある。

周産期母子医療センターにおける医師等の確保という面では、実際に現場で働く医師等への処遇改善には、いまだ十分とは言えず、特に新生児を専門とする医師は1施設当たり常勤医が平均6名しかおらず、今後の医師の働き方改革等を踏

まえると、勤務環境や医師の確保が更に厳しい状況にある。

また、都はNICUの整備を進めてきたが、医療ニーズや療育支援の必要性が高い児への医療・保健・福祉サービスが地域に不足しているなどの理由により、集中治療を脱した後も円滑に退院できない状況が、NICUの満床状態を解消できない要因の一つとなっている。

平成30年度診療報酬改定において、小児在宅医療に関する一定の評価がなされたものの、在宅療養等へ円滑に移行するためには、NICU入院児支援コーディネーターの配置や、地域において円滑に在宅生活を送れるような在宅移行支援病床やレスパイト病床の確保、地域小児科医及び訪問看護師の拡充など、引き続き環境整備を図ることにより、円滑な退院に向けた更なる支援を行う必要がある。

さらに、平成28年6月の児童福祉法（昭和22年法律第164号）改正、令和3年9月の医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）の施行により医療的ケア児の支援に関する保健・医療・福祉等に関する業務を行う関係機関及び民間団体相互の緊密な連携の下の切れ目ない支援を行うこととされた。医療依存度の高いNICU等入院児の在宅療養への移行を更に進めるためには、入院中から退院後の生活を支援する多職種の関わりが重要である。

今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、国は新型コロナウイルス感染症に罹患又は疑いのある妊産婦を受け入れる医療機関に対する支援を行ってきたが、他の新興・再興感染症発生時においても、都民が地域で安心して子供を産み育てられるよう、これまでの知見を踏まえ、相談・往診体制の構築や産科かかりつけ医と周産期医療機関、その他医療機関との医療連携体制の確保に向けた必要な措置を講じるとともに、妊産婦を受け入れる医療機関における院内感染防止対策への支援が必要である。

ドナーミルクは、WHOの勧告や日本小児科学会の提言において、母親の母乳が得られない場合に低出生体重児に対する活用が推奨されているにもかかわらず、使用料が医療機関の負担となっているなどの理由により、医療機関において活用が進んでいない。さらに、ドナー登録を行う医療機関の検査や事務作業に対する支援はなく、登録医療機関の確保が難しい状況にある。こうした状況を踏まえ、都は、NICU入院児等がドナーミルクを利用できるよう今年度から医療機関への支援を開始したが、本来は、診療報酬制度の改善や必要な財源措置を講じるなど、国が対応すべきものである。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 周産期母子医療センターの実態等を踏まえ、NICU及びMFICU運営費の補助基準額の設定等を見直すこと。また、NICU入院児の重症度や対応困難度を評価する仕組みの更なる充実を図ること。
- (2) 周産期母子医療センター等で働く産科医や新生児科医等を確保するため、診療報酬の改善などの更なる充実策を講じるとともに、分娩手当や新生児科医に対する手当の補助等、地域医療介護総合確保基金の対象となった事業については必要額を確実に措置すること。
- (3) NICU入院児支援コーディネーターの配置促進や、在宅移行支援病床・レスパイト病床の確保、訪問看護ステーションの拡充など、円滑な退院や在

宅生活を支援する仕組みを充実させるとともに、必要な財源措置を講じること。

- (4) N I C U等退院児の地域における在宅療養の充実を図るため、入院中からの支援や訪問看護等に対する診療報酬を更に充実させること。
- (5) 新興・再興感染症発生時において、都民が身近な地域で子供を安心して産み育てられるよう、相談・往診体制や医療連携体制の確保に向けた必要な措置を講じること。また、院内感染防止対策に取り組む周産期医療機関に対する財政支援の拡充を図ること。
- (6) ドナーミルクの使用やドナーの登録ができる施設を一層確保するため、診療報酬制度の改善や必要な財源措置を講じること。

### 1.3 小児救急医療体制の整備

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 小児救急医療体制を確保するため、医師確保策を緊急に講じるとともに、小児救急医療に係る診療報酬の改善等に引き続き努めること。
- (2) 小児救急医療対策に係る医療提供体制施設整備交付金及び医療提供体制推進事業費補助金の一層の充実に努めるとともに、補助対象を拡充・改善すること。
- (3) 災害時の小児周産期医療体制の確保に向けた支援策を講じること。

#### <現状・課題>

令和4年度診療報酬改定において、小児救急医療に係る改定が一部なされたが、不採算性の解消のためには、引き続き診療報酬の改善が図られる必要がある。

重篤な小児の救命救急医療及び集中治療については、小児救命救急センターに対する運営費補助による支援や診療報酬による評価がなされているが、実質的には多額の持ち出しとなっている。小児救命救急センターは、小児救急患者を24時間体制で受け入れるなど高度医療の役割を担っていることから、体制整備のため、実情を踏まえた適正な補助を行う必要がある。

限りある医療資源を有効に活用するには、医療機関が連携を強化し、効果的・効率的に医療を提供できる体制づくりが必要である。中でも、小児集中治療室のある医療機関で、全身状態が安定した後も引き続き医療機器（人工呼吸器等）や医療ケアが必要な患者について、令和4年度の診療報酬改定で小児在宅医療に係る評価はなされたが、在宅移行に向けた取組を更に支援する必要がある。



さらに、医療提供体制施設整備交付金や医療提供体制推進事業費補助金について、地域の実情に合った小児救急医療体制の整備を進めるためには、現行制度をより柔軟に活用できるよう、補助対象の拡充等が図られる必要がある。

国は、平成 28 年度から災害時小児周産期リエゾン研修を実施し、平成 31 年 2 月に「災害時小児周産期リエゾン活動要領」を策定した。都もこれを受けて独自のリエゾン養成研修を実施し、令和 3 年度からは「東京都災害時小児周産期リエゾン」及び「地域災害時小児周産期リエゾン」の運用を開始し、有事に備え、平時から関係機関との連携を図っている。こうした災害時の小児周産期医療体制の構築に向けた取組を地方自治体が進めるに当たっては、制度設計を行い全国的な体制整備を推進する立場にある国の責任において、技術的・財政的な支援が図られる必要がある。

#### < 具体的要求内容 >

- (1) 小児救急医療の厳しい現状を踏まえ、引き続き小児救急医療を担う人材の確保や、医師の働き方改革に伴う人員体制充実が必要であるため、小児救急医療に係る診療報酬を抜本的に見直すこと。また、都の行う小児科医師の確保・育成策について恒常的な支援を行うとともに、小児集中治療室の医療従事者に対する研修等、地域医療介護総合確保基金の対象となった事業については必要額を確実に措置すること。
- (2) 初期、二次及び三次の医療機関が連携を強化し、効果的・効率的に医療を提供できる体制づくりなどに対して、実効性のある支援策を講じること。また、急性期の治療を終え、状態の安定した患者の転・退院支援や在宅療養中に病状が変化した患者の入院、療養患者を支える家族の一時支援等に必要な体制整備を進めるため、人材育成・確保に係る補助事業や在宅移行支援に関する診療報酬の更なる充実を図ること。
- (3) 小児救急医療対策に係る医療提供体制施設整備交付金及び医療提供体制推進事業費補助金の一層の充実に努めるとともに、地域の実情に見合った実効性のあるものとするため、補助対象を拡充・改善すること。
- (4) 災害時小児周産期医療体制の整備に向けた取組に対する支援策を講じること。
  - ① 災害時小児周産期リエゾンの安定的な確保に向け、養成のために自治体の実施する研修への財政的支援を講じること。
  - ② 有事の際、災害時小児周産期リエゾンが円滑に活動できるよう、訓練や通信環境等の充実に向け必要な財政的支援策を講じること。

#### 1.4 医療機関経営安定化対策の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

医療提供体制施設整備交付金について、財源を確保するとともに、更なる充実を図ること。

#### <現状・課題>

コロナ禍以降、患者数や病床利用率が減少していることに加え、急激な物価高騰や人件費の増により、全国的に医療機関の経営は厳しさを増している。

特に都は地方と比較して、人件費等のコストが高く、医療機関の施設整備補助制度について、大都市の地域特性に合わせた配慮が十分になされていない。

医療提供体制施設整備交付金は、都における医療機能の整備・充実を推進する上で、必要不可欠なものであるが、施設整備事業に係る算定基準は、大都市の地域特性が十分に反映されたものとなっていない。

加えて、国は平成23年度以降、医療提供体制施設整備交付金予算を大幅に減額しており、また、平成26年度からは、交付金事業の一部が地域医療介護総合確保基金の対象となっているが、医療提供体制施設整備交付金の予算額の減額は、医療機関の機能強化や耐震化整備に支障を来しかねない。

さらに、国は「令和6年度医療施設等経営強化緊急支援事業」のうちの「施設整備促進支援事業」で、医療提供体制施設整備交付金等の国庫補助事業の交付対象となる工事について、建築資材高騰分の給付金を支給する事業を実施しているが、令和6年度に契約した工事のみが対象となっている。

#### <具体的要求内容>

医療機関の健全な経営を確保し、狭あい・過密な大都市において患者の療養環境及び職員の執務環境の改善を図るとともに、災害対策を一層促進するため、医療提供体制施設整備交付金の財源を確保し、地域特性に配慮した算定基準とするなど更なる充実を図ること。

### 1.5 院内感染防止対策の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 医療機関における院内感染防止対策を推進するため、診療報酬における評価の充実を図ること。
- (2) 院内感染対策に係る医療機関の支援のため、地域における病院間の相互支援体制の構築に向けた施策の充実を図ること。

#### <現状・課題>

「感染対策向上加算3」は、入院初日のみならず入院期間が90日を超えるごとに算定できることとなっているが、「感染対策向上加算2」は、入院初日のみの算定とされている。東京都において、「感染対策向上加算2」を算定している病院の約3割は療養病床を有する病院であり、依然として、入院が長期となる慢性期患者への対応の評価が低くなっている。

コロナ禍においては、多くの医療機関で院内感染が発生し、当該医療機関では入院・外来診療が一時休止するなど、地域の医療提供体制に影響を及ぼす事態も生じた。院内感染発生時には早期収束を図ることはもとより、発生防止のための

平時からの体制整備が重要である。院内感染対策事業における「院内感染地域支援ネットワーク事業」においては、医療機関の感染防止対策の支援のために、日常的に相談できる専門家の相談窓口設置のほか、ネットワーク構築や相互支援体制の構築のための取組（研修・情報交換等の実施）が補助対象とされている。しかし、地域の実情に応じた医療機関の感染防止対策をきめ細かく推進するためには、都道府県のみならず二次保健医療圏や保健所単位ごとなどでネットワークを構築していく必要がある。

<具体的要求内容>

- (1) 「感染対策向上加算 2」について、入院初日のみとされている算定要件を改め、入院期間が比較的長期となる慢性期患者に対応する医療機関に対して配慮するなど、実情を考慮した評価とすること。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の院内感染拡大の教訓を踏まえ、今後の新興・再興感染症の発生に備えて、院内感染が発生すると急速に拡大するリスクが高い精神科病床や、重症化リスクの高い高齢の入院患者の割合が高い療養病床を有する病院等、院内感染防止対策の強化が必要な医療機関に対する人材育成や標準予防策の徹底等の取組への支援を図ること。  
また、「院内感染地域支援ネットワーク事業」においては、地域の実情に応じた院内感染防止対策を実施できるよう制度の拡充を図ること。

## 1.6 被爆者援護法に基づく医療費助成におけるDXの推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 被爆者援護法に定める一般疾病医療費において、全ての医療機関で現物給付による助成が受けられるようにするとともに、医療DXの推進に向け速やかに取り組むこと。

<現状・課題>

一般疾病医療費の助成においては、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号。以下「被爆者援護法」という。）第18条第3項により被爆者一般疾病指定医療機関において現物給付を行っている。しかし、指定を受けていない医療機関で受診した場合には、被爆者が窓口で一旦医療費を支払い、後日、都道府県に償還払の申請をする必要があり、本人の負担が大きく、同時に都道府県の事務負担となっている。

現在国は、医療DXを推進しており、規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）では、公費負担医療制度等に関する審査支払業務について、一時的な患者等の窓口負担をなくすとともに、地方公共団体や医療機関等の関係者の事務負担を軽減する方向で検討し、必要な措置を講ずる、としている。

こうした状況を踏まえ、法改正により被爆者一般疾病医療機関の指定制度を廃止し、全ての医療機関において現物給付による公費助成が受けられるように速やかに取り組む必要がある。

また、東京都独自の制度である被爆者の子に対する医療費助成においては、令和6年度に自治体と医療機関等をつなぐ情報連携システム（以下「PMH」という。）構築の先行実施に取り組んだところであるが、被爆者に対するPMHの構築をはじめ、被爆者援護法に関連した医療DXの取組については、国から、具体的な進め方や整備スケジュール等は示されていない。

<具体的要求内容>

- (1) 被爆者援護法に定める一般疾病医療費の助成において、法改正により、被爆者一般疾病医療機関の指定制度を改め、全ての保険医療機関において現物給付による助成が受けられるようにすること。
- (2) 医療DXの取組においては、マイナンバーカードを被爆者健康手帳（医療券）として利用するためのPMHの構築を早期に実現すること。なお、PMH構築のためのシステム改修等の必要経費は、国が全額負担すること。

(2) 柔道整復師（以下「柔整」という。）並びにあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師（以下これらを「あはき」という。）による施術に係る各種健康保険適用分の審査支払事務についてもDXに取り組むこと。

<現状・課題>

柔整及びあはきによる施術のうち各種健康保険適用分に関しては、国の公費負担としている。

その支払については、施術所等が医療保険者に紙で提出した療養費支給申請書等の写しを、同様に紙で都に提出させることで申請を受け付け、審査支払している。

そのため施術所等は、医療保険者及び都に紙の書類で申請する必要があるため、事務負担が大きく、また審査支払をする都の事務処理負担も大きい。

現在国は、医療DX推進の一環として、公費負担医療制度等に関する審査支払業務について、地方公共団体や医療機関等の関係者の事務負担を軽減する仕組みづくりを行っている。その方針を鑑みれば、被爆者援護における柔整及びあはきによる施術に係る療養費請求事務においてもDXを進める必要があるが、その全体像や整備スケジュール等について国から示されていない。

<具体的要求内容>

- (1) 柔整及びあはきの療養費請求に関し、支給申請書を紙申請から原則、電子申請とする等、保険医療機関等における診療報酬請求のオンライン化と同等のDXを進めること。
- (2) 現在国が推進している公費負担医療制度等のPMH構築について、医療機関・薬局と同様に柔整及びあはきにおいても取り組むこと。

## 1.7 難病対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

(1) 指定難病要支援者証明事業(「登録者証」の発行)においては、関係団体及び都道府県等の意見を十分に踏まえ、患者が証明を受ける際に臨床調査個人票を提供することで、登録者証の活用場面を拡大するなど、証明を受けることによる効果をより実感できるようにするとともに、新たな医薬品等の開発や診療ガイドラインの策定・改定につなげるなど、医療の質の向上につながるよう、事業の充実を図ること。

(2) 指定難病の選定に当たっては、公平性の観点から、難治性疾患克服研究事業の対象疾病だけでなく、幅広く希少難治性疾患を検討範囲に含め、難病の要件を満たすものについては指定難病とすること。

また、指定難病患者申出制度について、指定難病検討委員会の場で十分に検討を重ねた上で、医療機関の負担が過大なものにならないよう制度設計するとともに、詳細を早急に明らかにすること。

(3) 医療費助成制度の対象に関して、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病や患者へ提供される医療の範囲を明確にすること。

また、診断基準における検査等は、保険収載されているものに限ること。

(4) 医療DXの取組においては、マイナンバーカードを受給者証として利用するための医療機関・自治体との情報連携基盤(PMH)の構築ほか、自己負担上限額管理や患者オンライン申請、認定審査に至るまでの手続のデジタル化を早期に実現すること。

- (5) 新たな指定難病患者データベース（診断書のオンライン登録）については、都道府県等の負担を軽減するとともに、国が全額費用負担すること。
- (6) 難病相談・支援センター事業をはじめとした各難病事業について、事業の充実に取り組む都道府県等に超過負担が生じないように、患者数等を適切に反映した財政措置を講じること。

#### <現状・課題>

令和4年12月に改正された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）において、各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るために、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）による「登録者証」の発行等が規定されたところであるが、登録者証の活用範囲は、区市町村への障害福祉サービスの申請、ハローワークの難病患者就職サポーターによる就労支援申請に限られている。

また、登録者証では、病名が分からないため、患者が希望する支援等の種類によっては別途診断書の提出が必要になる場合がある。このため、患者が登録者証発行のメリットを実感し、軽症者も含めたデータ登録が推進されるよう、仕組みの改善や事業の充実に必要がある。

さらに、登録者証情報は区市町村やハローワークにおいて、マイナンバーを活用した情報連携により取得され、指定難病の患者であることを確認するとしているが、その運用方法がまだ示されておらず、事業施行後の運用が懸念される。現在、難病法に基づく医療費助成制度では348疾病が助成の対象となっており、国の指定難病検討委員会では、これまでの議論で追加の検討の俎上に上がらなかった疾病や、検討の結果、指定難病の要件を満たさないとされた疾病について、必要な情報が得られた段階で、改めて指定難病の検討を行うこととしている。これまでの指定難病の検討範囲は、難治性疾患克服研究事業において研究されてきた疾病及び小児慢性特定疾病の対象疾病に限定されていたが、より幅広い検討が必要である。

また、新たに検討されている「患者からの申出等を起点とした指定難病に係る検討（指定難病患者申出制度）」については、難病診療連携拠点病院が窓口となり、難病診療連携コーディネーターが関与する仕組みが示されているものの、医療機関の業務負担がどの程度増えるのか等、現時点で詳細が明らかになっていない。

難病医療費助成制度では、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療を助成対象としているが、具体的な医療の範囲が明確になっていない。

加えて、指定難病の診断基準に、保険収載されていない検査等が必須となって

いるものもあり、申請の妨げとなっている。

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）では、「法律に実施根拠がある公費負担医療制度等の全てについて、特段の事情があるものを除き、マイナンバーカードによる資格確認を可能とする」ため「所要のシステム構築その他環境整備を実施」することとしており、また、令和5年度から、難病等の公費負担医療や地方単独の医療費助成制度では、マイナンバーカードを受給者証として利用するための、医療機関・自治体との情報連携基盤（PMH）を構築するための試行版の開発と実証事業が実施されており、都も令和6年度の先行事業に参加している。

一方、難病医療費助成制度における、これまでの紙の書類を用いた自己負担上限額管理や申請の仕組みを改善するための、オンライン化、認定審査までの一連の手続のデジタル化のスケジュール等は示されていない。

平成29年度から運用が開始された難病データベースは、都道府県等が診断書に審査結果等を書き込んだ後に複合機等で読取り、PDFファイル（DVD）で国に提出し、国がその情報を入力している。令和7年1月末現在、113,478人の指定難病患者が居住する都においては、これらの事務が大きな負担となっている。

令和6年4月から新たな難病データベース（診断書のオンライン登録）が運用開始し、指定医が診断書をオンライン登録することが可能となったが、指定医がオンライン登録を行わなかった場合は、引き続き都道府県等において複合機で読取り等の作業が必要となる。また、指定医がオンライン登録した場合も、指定医は紙の診断書を出力して患者に交付し、患者はそれを添付して都道府県等に医療費助成の申請をするため、都道府県等の認定審査業務における事務負担の軽減は不十分である。

加えて、指定医が新たな難病データベースにアクセスするためのID・パスワード発行業務は、指定医が都道府県等に発行を申請し、都道府県等が新たなDBに指定医を登録して、ID・パスワードの発行を受け、指定医に通知するフローになっている。指定医が新たな難病データベースにアクセスするためのソフト等が保存されたDVDについては、新たな難病データベース運用事業者から都道府県等を経由して指定医へ送付するとしており、効率が悪い上に都道府県等に大きな負担となる。

なお、難病データベースは、難病法において国の責務に位置付けられている難病に関する調査及び研究の一環として構築されるものであるにもかかわらず、本業務は補助率2分の1の補助事業とされている。

難病患者の療養生活の環境整備に係る事業のうち、難病相談・支援センター事業など一部の事業は、療養生活環境整備事業として法定化されているが、難病患者の支援事業を確実に展開していくためには、財政的担保が不可欠である。現在、要綱に基づき実施している在宅難病患者一時入院事業などについても、利用者ニーズに応えるためには、患者数等を適切に反映させた国による一層の財政支援が必要である。

#### <具体的要求内容>

(1) 指定難病要支援者証明事業（「登録者証」の発行）においては、関係団体

及び都道府県等の意見を十分に踏まえ、患者が証明を受ける際に臨床調査個人票を提供することで、登録者証の活用場面を拡大するなど、証明を受けることによる効果をより実感できるようにするとともに、新たな医薬品等の開発や診療ガイドラインの策定・改定につなげるなど、医療の質の向上につながるよう、事業の充実を図ること。

- (2) 指定難病の選定に当たっては、公平性の観点から、これまでの難治性疾患克服研究事業の対象疾病に限定することなく、希少難治性疾患のうち、他の研究事業の対象となっている疾病等についても幅広く検討の範囲に含め、難病の要件を満たすものについては、指定難病とすること。

また、指定難病患者申出制度について、指定難病検討委員会の場で十分に検討を重ねた上で、医療機関の負担が過大なものにならないよう制度設計するとともに、詳細を早急に明らかにすること。

- (3) 医療費助成制度の対象に関して、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病や患者へ提供される医療の範囲を明確にすること。

また、診断基準における検査等は、保険収載されているものに限ること。

- (4) 医療DXの取組においては、マイナンバーカードを受給者証として利用するための、医療機関・自治体との情報連携基盤（PMH）の構築のほか、自己負担上限額管理や患者オンライン申請、認定審査に至るまでの手続のデジタル化を早期に実現すること。

また、取組を進めるに当たっては、利用者や医療機関における混乱を招いたり、自治体に過重な負担とならないよう、具体的な進め方やスケジュール等を速やかに示すこと。

- (5) 新たな難病データベース（診断書のオンライン登録）については、都道府県等の負担を軽減するとともに、国が全額費用負担すること。

- (6) 難病相談・支援センターの機能強化をはじめ、療養生活環境整備事業及び難病特別対策推進事業において、難病患者の支援の一層の充実が図られるよう、患者数等を適切に反映させた十分な財政措置を講じること。



参 考

(1) 難病医療費助成国庫補助金及び負担金の交付状況  
 特定疾患治療研究費国庫補助金の交付状況（東京都）

（単位：千円）

	交付申請額	補助額	交付率
平成24年度	5,698,708	3,203,186	56.2%
平成25年度	6,164,721	4,051,396	65.7%
平成26年度	6,008,340	4,447,882	74.0%
平成27年度	52,260	50,779	97.2%
平成28年度	58,138	57,587	99.1%
平成29年度	43,757	43,459	99.3%
平成30年度	42,839	42,839	100.0%
令和元年度	41,062	36,977	90.1%
令和2年度	44,698	40,694	91.0%
令和3年度	41,056	40,571	98.8%
令和4年度	49,018	46,446	94.8%
令和5年度	46,059	43,982	95.5%

※スモン患者への施術費用（補助率10/10）を含む。

難病医療費等国庫負担金の交付状況（東京都）

（単位：円）

	対象経費	負担金額
平成28年度	14,135,207,156	7,067,603,578
平成29年度	17,237,141,390	8,618,570,695
平成30年度	17,972,772,912	8,986,386,456
令和元年度	18,459,018,642	9,229,509,321
令和2年度	19,364,299,721	9,682,149,860
令和3年度	20,701,267,502	10,350,633,751
令和4年度	22,061,641,902	11,030,820,951
令和5年度	24,618,626,101	12,309,313,050

## (2) 在宅難病患者一時入院事業

(令和7年4月1日現在)

委託病院名
地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立駒込病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会 東京都済生会中央病院
日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院
地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大塚病院
順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター
地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立墨東病院
市立青梅総合医療センター
稲城市立病院
地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立神経病院
医療法人社団松和会 池上総合病院
地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
医療法人社団東光会 西東京中央総合病院

## (3) 難病相談・支援センター事業に係る国庫補助基準額の推移

(単位：円)

	都予算額	国基準額	不足額
平成29年度	40,499,000	30,815,000	9,684,000
平成30年度	41,837,000	31,232,000	10,605,000
令和元年度	42,091,000	31,397,000	10,694,000
令和2年度	47,846,000	30,866,000	16,980,000
令和3年度	46,066,000	30,942,000	15,124,000
令和4年度	45,646,000	37,627,200	8,018,800
令和5年度	46,111,000	37,627,200	8,483,800
令和6年度	46,304,000	37,627,200	8,676,800

※補助率は1/2

## 1.8 受動喫煙対策の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

(1) 改正健康増進法の趣旨や規制内容等について、制度の実効性が担保されるよう、引き続き、国の責任において広く周知を行うこと。

また、喫煙目的施設の要件とされている営業目的等の定義等を明確化するとともに、疑義照会へ速やかに回答すること。

(2) 地方自治体が、地域の実情を踏まえた独自の対策を講じることができるよう、必要な財政的支援を行うこと。

(3) 改正法の施行後5年を経過した場合の施行の状況に係る検討に当たっては、地方自治体の意見も踏まえるとともに、検討結果に基づく措置については、早期に情報提供を行うこと。

### <現状・課題>

令和2年4月に改正健康増進法(平成14年法律第103号)が全面施行されて以降、飲食を主目的とする居酒屋等が、喫煙場所の提供を主たる目的とする「喫煙目的施設」を標ぼうする例が多数発生し、都や保健所等への情報提供や苦情が増加している。

都は国に対し、繰り返し、政令において喫煙目的施設の要件とされている営業目的等の定義やその判断・指導基準等について明確化することを求めるとともに、関連する疑義照会を行っているが、その明確化がなされず、現場は苦慮している。喫煙目的施設の要件は、法の規定の根幹を成す部分であり、保健所設置区市からもその定義等は国が判断を示すべき、との意見が寄せられている。同法の全面施行により屋内は原則禁煙となったが、屋内か屋外かの基準が曖昧であり、屋内と思われる場所への喫煙器具の設置など違反が疑われる事例も散見される。

本制度を実効性のあるものとするため、居酒屋等の一般的な飲食店で標ぼうが広がることにより、制度趣旨を損ないかねない喫煙目的施設について、要件とされている営業目的等の定義等の明確化が必須である。

また、疑義照会への回答への迅速な対応、制度開始前から更新されていないQ&Aの整備など、全国統一的に適切な対応ができるよう、引き続き、国の技術的支援が必要である。

加えて、たばこ事業法(昭和59年法律第68号)を管轄する財務省などとも連携し、各制度の整合を図りながら、住民や事業者、関係団体等に対して、法の趣

旨や規制内容等を引き続き広く周知し、理解促進を図る必要がある。

さらに、違反件数・要指導件数や地域の実情を踏まえ、保健所設置区市が対応可能な体制を整えるために財政措置を含め支援の充実が必要である。

令和7年4月に改正法施行から5年が経過し、改正法の附則に基づく施行状況の検討や、その結果を踏まえた措置が講じられることとなっており、地方自治体の意見を踏まえた検討を求める必要がある。

#### <具体的要求内容>

- (1) 事業者への指導等の実務を担う地方自治体が適切に対応できるよう、制度における各規定、特に政令において喫煙目的施設の要件とされている営業目的等の定義やその判断・指導基準等、屋内・屋外の区分について、実態を踏まえて明確化するとともに、自治体からの疑義照会等への迅速な対応を行うこと。

また、改正健康増進法の施行に関する自治体や事業者等に向けたQ&Aの更新など、技術的支援を行うこと。さらに、制度の実効性を担保するため、引き続き、法の趣旨や規制内容等について、省庁間の連携を図りながら、国の責任において広く周知を行うこと。

- (2) 地方自治体が、必要な人員体制を確保するとともに、地域の実情を踏まえた独自の対策を講じることができるよう、財政的支援を強化すること。
- (3) 法の附則に基づく検討においては、喫煙目的施設についても取り上げるなど、地方自治体の意見や地域の実情も踏まえるとともに、検討結果に基づく措置については、自治体の受動喫煙対策の取組等に影響が出る可能性があることから、早期に情報提供を行うこと。

## 1 0 医療DXの推進

### 1 患者中心の医療・医療機関のデジタル環境の整備推進【最重点】

(提案要求先 厚生労働省)

(都所管局 保健医療局)

- (1) 質の高い効率的な医療の実現のため、電子カルテシステムの導入や医療機関におけるデジタル環境の整備が図れるよう、医療情報化支援基金や診療報酬制度を活用した支援策を早急に構築するとともに十分な財源を確保すること。また、現在開発している標準型電子カルテについて、医療機関が導入しやすく利便性の高いシステムを早期に構築し、運用開始を図ること。
- (2) 保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの構築に当たっては、既存の地域医療連携ネットワークの取組とも十分連携するなど、医療機関等が利用しやすく実効性の高いものとなるよう具体化を早急に進めること。また、医療機関等が参画しやすいよう財政的な支援策を講じるとともに、関係者全体の理解が得られるよう、将来像や享受できるメリットの整理等を早期に行うこと。
- (3) オンライン診療の普及に当たってはオンライン診療を希望する患者及び実施医療機関が安心して利用できる環境整備を図ること。また、オンライン診療に係る現行の診療報酬の評価・検証を行うとともに改善を図ること。
- (4) 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策について、国の責任において、財政支援を含めた対策を講じること。
- (5) 電子処方箋の普及を図るため、医療機関が安全に運用できる仕組み・環境を整備するとともに、医療機関の実情を踏まえた更なる財政措置を講じるなど必要な対策を行うこと。

(6) 医療情報等のデータを新薬や治療法の開発に活用し、より良い医療の提供につなげるため、大学や製薬企業の研究者等がデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を早期に整備すること。また、次世代医療基盤法に基づき医療情報を提供する医療機関へのインセンティブの検討を早期に進めること。

#### <現状・課題>

質の高い医療を効率的に提供していくためには、特に都内医療機関の多くを占める、電子カルテや地域医療連携システムの導入率が低い中小病院や診療所において、医療機関相互の円滑な連携の推進に向けてデジタル環境の整備を更に促進していく必要がある。

国は、地域医療介護総合確保基金では地域医療連携ネットワークの構築を支援しているが、標準規格準拠の電子カルテについて医療情報化支援基金で導入費等の補助を検討するとしているものの、いまだ具体策が示されておらず、加えて令和6年度診療報酬改定で新設された医療DX推進体制整備加算では、電子カルテの運用コストに十分対応できる内容になっていない。こうしたことから、電子カルテ導入を促進するため、医療機関への財政的な支援策を早急に構築する必要がある。

また、国は、令和5年に示した医療DXの推進に関する工程表等において、遅くとも令和12年(2030年)にはおおむね全ての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指すとしており、小規模医療機関向けの標準型電子カルテを現在開発しているが、医療機関にとって導入しやすく利便性の高いシステムを早期に構築し、運用開始を図る必要がある。

現在、国は全国医療情報プラットフォームの構築を進めており、令和7年度は電子上で医療情報の共有が可能な電子カルテ情報共有サービスを稼働することとしているが、共有する情報は3文書6情報に限定され、また、いまだシステム等を検証するモデル事業の開始にとどまっており具体的な今後の展開が示されていない。そのため、既存の地域医療連携ネットワークによる情報共有の取組とも十分連携しながら、取組の具体化を早急に進め、医療・介護現場において患者の過去の医療情報等が適切に確認でき、より質の高い医療・介護サービスの提供が可能となるよう、実効性の高いものとする必要がある。

さらに、こうした取組の着実な推進に向け、医療機関等が参画しやすいよう財政的な支援策を講じるとともに、患者も含めた関係者全体の理解が十分得られるよう、医療機関及び地方自治体の状況や意見を聴取しながら、構築による将来像や受けられるメリットの整理等を早期に行う必要がある。

国はオンライン診療について、令和5年6月に「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を策定した。また、医療上の安全性、有効性等を担保するため、令和5年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改訂を行っている。

オンライン診療を希望する患者と実施医療機関が安心して活用できるよう、安全性・信頼性に関し、引き続き指針の遵守状況等について十分な評価、検証を行い、適切なオンライン診療の普及を推進する必要がある。

また、オンライン診療は、令和4年度診療報酬改定において初診の診療報酬点数が新設され、令和6年度診療報酬改定で点数が引き上げられたがいまだ十分ではなく、対面診療に比べて追加の事務負担等により診察効率が落ちるため、診療報酬が実態に見合っていないこと等が、オンライン診療の普及を阻害する要因の一つとなっている。

医療機関に対するサイバー攻撃は近年増加傾向にあり、その脅威は日増しに高まっている。医療機関は、サイバーセキュリティ対策への重要性を理解しつつも、経営状況や予算の制約から実施できていない実態があるため、サイバーセキュリティ対策についても、デジタル技術の利活用を推進してきた国の責任において、財政支援を含めて対策を講じていく必要がある。

令和5年1月に運用が開始された電子処方箋について、国はこれまで医療情報化支援基金による補助金や都道府県と連携した補助事業によって、医療機関等における電子処方箋の導入を支援しているが、医療機関の導入率はいまだ低い水準にある。一方、電子処方箋システムでは、薬局側で医師の処方と異なる医薬品名が表示された事例等により、電子処方箋の発行を停止する事案も発生した。医療機関への普及を図るためには、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境を整備するとともに、医療機関の実情を踏まえた更なる財政措置を講じる必要がある。

医療情報等の利活用による創薬、医療機器等の研究開発の進展に向け、医療機関は、質の高い臨床研究や治験の促進、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律（平成29年法律第28号。以下「次世代医療基盤法」という。）等による医療情報等のデータ基盤の構築及び利活用への貢献が期待されている。

次世代医療基盤法による医療情報等のデータ基盤の構築については、全国的に医療情報を提供する協力医療機関の拡大が進んでいない。また、次世代医療基盤法の認定データベースや、匿名医療保険等関連情報データベースなどの様々なデータベースが分散して存在していることから、大学や製薬企業の研究者などがデータを利用する際にはそれぞれに申請をする必要がある。データ利活用やその成果が循環するサイクルを確立するためには、国の責任において対策を講じていく必要がある。

#### <具体的要求内容>

- (1) 質の高い医療の効率的な提供に向け、電子カルテシステムの導入や医療機関のデジタル環境の整備が図れるよう、医療情報化支援基金や診療報酬制度を活用した支援策を早急に構築するとともに十分な財源を確保すること。また、現在開発している標準型電子カルテについて、医療機関が導入しやすく利便性の高いシステムを早期に構築し運用開始を図ること。
- (2) 保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの構築に当たっては、既存の地域医療連携ネットワークによる情報共有の取組とも十分連携するな

ど、医療機関等が利用しやすく実効性の高いものとなるよう具体化を早急に進めること。また、医療機関等が参画しやすいよう財政的な支援策を講じるとともに、関係者全体の理解が得られるよう、将来像や享受できるメリットの整理等を早期に行うこと。

- (3) オンライン診療の普及に当たっては、改定された指針の遵守状況を踏まえ、引き続き、安全性・信頼性について十分な評価検証を行い、オンライン診療を希望する患者及び医療機関が安心して利用できる環境整備を図ること。また、オンライン診療の普及に向け、引き続き現行の診療報酬の評価・検証を行うとともに改善を図ること。
- (4) 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策について、デジタル技術の活用を推進してきた国の責任において、財政支援を含めた対策を講じること。
- (5) 電子処方箋の普及を図るため、医療機関が安全に運用できる仕組み・環境を整備するとともに、医療機関の実情を踏まえた更なる財政措置を講じるなど必要な対策を行うこと。
- (6) 医療情報等のデータを新薬や治療法の開発に活用し、より良い医療の提供につなげるため、大学や製薬企業の研究者等がデータを安全かつ効率的に活用できる基盤を早期に整備すること。また、次世代医療基盤法に基づき医療情報を提供する医療機関へのインセンティブの検討を早期に進めること。



## 2 PMHの接続推進

(提案要求先 厚生労働省・デジタル庁・こども家庭庁)  
(都所管局 保健医療局・福祉局・デジタルサービス局)

- (1) 医療機関や自治体がPMHへの接続に向けたシステム改修を円滑に進められるよう、必要な財源の措置を講じること。
- (2) PMH接続によるメリットを広く周知すること。
- (3) 母子保健DX及び予防接種DXの推進に向けて、医療機関の事務負担を考慮したPMH接続の方策や、接続スケジュール等を関係者へ丁寧に説明すること。

### <現状・課題>

デジタル庁では、国の公費負担医療（難病等）や地方単独の医療費助成（こども医療費等）等について、マイナンバーカードを活用した情報連携基盤であるPMH（Public Medical Hub）の構築を進めるため、令和5年度より先行実施事業を進めている。

また、厚生労働省は、自治体システムの標準化の取組の状況等も踏まえつつ、令和8年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、診療報酬支払基金又は国民健康保険中央会において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うこととしている。

こども家庭庁においても、PMHを活用して母子保健情報のデジタル化を進める実証事業を実施しており、令和7年度に電子版母子健康手帳のガイドライン等の発出を予定し、令和8年度以降にはPMHと電子版母子健康手帳を通じた母子保健DXの全国展開を行う目標を掲げているところである。

今般、厚生労働省は、オンライン資格確認の実施に当たって必要となる医療機関や自治体のシステム改修費用について、令和6年度補正予算に基づき、令和7年度に補助を行うこととしているが、実際に医療機関や自治体がシステム改修を行うに当たっては国基準額を上回る改修経費を要するとの声も届いている。そのため都では、国の補助金に加えて、都独自の補助金を創設し、都内医療機関や自治体のPMHへの接続を促進しているが、国においても十分な予算を確保することが必要である。また、システムベンダーの人手不足等により令和7年度中のシステム改修が不可能な医療機関や自治体も見込まれるが、令和8年度以降の国による支援の有無は未定となっている。

なお、医療費助成のうち、被爆者援護法に基づく医療費助成については、法定受託事務であるが、先行実施の対象にも含まれておらず、PMH接続に向けた具体的な進め方や財源措置などは示されていない。

これまで都は、医療費助成に関して、PMH接続によるメリットや制度の概要、支援策等について、全ての医療機関と薬局への周知や区市町村向けの独自の説明会開催、HPによる広報など接続に向けた積極的な働きかけを行ってきたところ

であるが、医療機関等における本制度の認知度は十分とは言えない。従って、本制度を構築した国において、PMH接続の普及促進に向けた更なる取組を行うことが不可欠である。

また、母子保健DX及び予防接種DXに関しては、電子カルテなど既存の業務システムにより健診結果や予防接種履歴の管理等を行っている医療機関が多いことから、医療機関側のPMH接続の方策について、電子カルテとの連携など事務負担が増えない方策を具体的に示す必要があるほか、医療機関や自治体のPMH接続の具体的な期限が不明確であるため、今後PMH接続を着実に推進していくためにも、システム改修やアプリ開発に必要となる準備期間を考慮した接続スケジュールを明確化する必要がある。

#### <具体的要求内容>

- (1) 医療機関や自治体がPMHへの接続に向けたシステム改修を円滑に進められるよう、実際の改修費用に即した補助基準額の拡大など、必要な財源の措置を講じること。また、令和7年度中の改修が不可能な医療機関や自治体も見込まれることから、令和8年度も継続的に補助を行うこと。

なお、法定受託事務である被爆者援護法に基づく医療費助成については、早期に接続に向けた具体的工程を示すとともに、PMH接続に係る自治体システム改修等の必要経費は、国が全額負担すること。

- (2) PMH接続を促進するため、医療機関や自治体等の各主体から理解と協力を得られるよう、国としてPMH接続によるそれぞれのメリットを広く周知すること。
- (3) 母子保健DX及び予防接種DXの推進に向けて、電子カルテとの連携など医療機関の事務負担が増えないPMH接続の方策を具体的に示すとともに、被爆者援護法に基づく医療機関や自治体のPMH接続に向けたシステム改修等に必要な準備期間を含めた接続スケジュール等について、関係者に対して丁寧な説明を行うこと。

#### 参 考

##### 医療費助成分野における国庫補助

###### ○自治体向け

補助基準額 5,000 千円 補助率 1/2

###### ○医療機関・薬局向け

病院 566 千円 補助基準額 補助率 1/2

診療所又は大型チェーン薬局以外の薬局 補助基準額 73 千円 3/4

大型チェーン薬局 補助基準額 73 千円 1/2

## 1 1 自殺対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

都道府県及び区市町村が若年層対策事業など自殺対策に係る事業を強化していくため、交付金の補助率を引き上げるとともに、必要な財源を確保し、各自治体の実情を踏まえ必要額を確実に配分すること。

### <現状・課題>

全国の自殺者数は平成 22 年以降減少を続けていたが、新型コロナウイルス感染症が拡大した令和 2 年以降増加に転じた。令和 5 年には自殺者数が減少したものの、令和 8 年までに自殺死亡率を平成 27 年と比べて 30%以上減少させるという、自殺総合対策大綱の数値目標の達成は見通せない状況であり、都道府県及び区市町村が実施する取組の維持・強化が求められている。

そうした中で、自殺対策に係る都道府県及び区市町村の財政負担は一段と増している。都道府県及び区市町村は、平成 26 年度までは補助率 10 分の 10 の地域自殺対策緊急強化補助事業により自殺対策を実施してきたが、平成 27 年 2 月に地域自殺対策強化事業（交付金）が創設され、事業によっては補助率が引き下げられた。平成 28 年度には地域自殺対策推進センター運営に係る補助事業が実施されているものの、地域自殺対策強化事業（交付金）において若年層対策事業をはじめとする多くの事業で補助率が更に引き下げられている。平成 29 年度から地域自殺対策強化事業（交付金）の中で補助率 10 分の 10 の地域特性重点特化事業が開始されるなど、新たな補助メニューの追加もあるが、令和元年度から重点特化事業の申請額に上限が設けられるなどの内容の見直しが行われた。令和 2 年度からは補助率 4 分の 3 で補助する新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化事業（交付金）が開始されたが、令和 5 年度で終了した。

都道府県及び区市町村が自殺対策計画に基づいて地域の状況に応じて実施する取組が維持・強化されるためには、国からの高い補助率での継続的な財政支援が必要である。

### <具体的要求内容>

都道府県及び区市町村が若年層対策や相談事業など自殺対策に係る事業を総合的に強化していくため、交付金の補助率を引き上げるとともに、必要な財源を確保し、各自治体の実情を踏まえ必要額を確実に配分すること。

## 1 2 ウイルス肝炎対策の強化

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 肝炎ウイルス検査の受検を促進するため、検査の必要性を普及啓発するとともに、検査実施に係る十分な財政措置を講じること。
- (2) 医療費助成は低所得者の経済的負担に配慮し、確実な財政措置を講じること。
- (3) ウイルス性肝炎の効果的な治療法の研究・開発を推進すること。
- (4) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実施に当たっては、低所得者の経済的負担に配慮するとともに、全額国負担とし、国の責任において確実な財政措置を講じること。

### <現状・課題>

国は肝炎対策基本指針において、地方自治体等と協力した効果的な広報活動の実施や職域における取組を推進するとしているが、実効性ある施策を推進するためには、地方自治体への確実な財政措置が必要である。

ウイルス肝炎対策においては、早期発見、早期治療が極めて重要であり、地域特性を踏まえた検査の受検促進や、検査体制などについて充実を図る必要がある。現在、健康増進事業及び特定感染症検査等事業により区市町村及び保健所において肝炎ウイルス検査を実施しているが、補助基準額が実際の検査に係る経費に見合っていない。

また、国は医療費助成制度の創設以来、制度の対象となる治療法については拡充しているが、低所得者に対する配慮が十分ではない。

B型肝炎については、いまだウイルス排除の可能な薬剤は開発途上にあり、C型肝炎については、新薬が開発されているものの、依然として難治症例があることから、今後も引き続き、ウイルス性肝炎の根治を目指し、研究・開発を推進していく必要がある。

国において、平成30年度から都道府県を実施主体として、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」を実施しているが、当初、国負担10分の10と示されていた事業費について、最終的に国負担2分の1に変更された。国の肝炎対策基本指針において、肝炎に関する調査及び研究に関する事項は国が主体となることが明記されていることから、本事業は本来、国の責任において確実な財政措置を講じる必要がある。

また、令和3年4月に通院治療にも対象拡大されたが、本事業により定められ

ている自己負担限度額は、所得にかかわらず一律となっているなど、低所得者に対する配慮が十分でない。さらに、令和6年4月から本制度の認定要件及び助成要件が見直されたが、見直し後において患者及び医療機関にとって負担の少ない制度となっているか、実績を注視していく必要がある。

<具体的要求内容>

- (1) 肝炎患者の治療については、国民へ正しい知識を普及するとともに、働き盛り世代への治療が確実に進むよう、職場での理解を進めるための必要な措置を講じること。
- (2) 肝炎ウイルス検査の受検を促進するため、普及啓発を強化するとともに、区市町村及び保健所における検査実施については実態に合わせて十分な財政措置を講じること。
- (3) 医療費助成制度については、低所得者の負担の軽減措置を図るとともに、確実な財政措置を講じること。
- (4) ウイルス性肝炎の効果的な治療法の研究・開発を推進すること。
- (5) 肝がん・重度肝硬変研究治療促進事業の実施に当たっては、低所得者の負担の軽減措置を図るとともに、本事業の趣旨を踏まえ、全額国負担とし、国の責任において確実な財政措置を講じること。

参 考

医療費助成制度の助成内容

B型・C型ウイルス肝炎のインターフェロン治療、B型ウイルス肝炎の核酸アナログ製剤治療及びC型ウイルス肝炎のインターフェロンフリー治療に係る保険診療の患者一部負担額から、下記の自己負担分を除いた額を助成

自己負担額(①+②)		
①	世帯の区市町村民税非課税	なし(※)
	世帯の区市町村民税課税年額 235,000 円未満	月額1万円まで
	世帯の区市町村民税課税年額 235,000 円以上	月額2万円まで
②	入院時食事療養・生活療養標準負担額	

※ 低所得層の経済的負担に配慮し、非課税世帯については、東京都独自に「自己負担なし」としている。

## 1 3 新興・再興感染症対策の充実

(提案要求先 内閣官房・内閣府・法務省・厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 海外の発生状況等の情報収集体制、水際対策の強化を図ること。また、国において専門性の高い調査研究を行うとともに、地方自治体等と連携して一体的に対策を推進すること。
- (2) 感染症サーベイランスシステムについて、電子カルテ情報との連携等により医療機関における入力負担を解消し、迅速かつ効率的な情報連携を実現するとともに、自治体が感染症発生動向を踏まえて効率的にデータを活用できる機能を提供すること。  
また、医療機関等情報支援システム（G-MIS）について、地域の実情に応じた柔軟な運用が可能なシステムとすること。
- (3) 新興感染症発生時の検査体制を強化するため、地方衛生研究所等関係機関の設備整備や精度管理に係る財政的・技術的支援の拡充を図るとともに補助金により整備した検体検査機器について、コロナ以外の感染症にも有効利用できるようにすること。
- (4) 協定締結医療機関について、施設・設備整備等に必要な財政支援を行うとともに、自治体等の意見を聴取しながら、実効性のある仕組みとすること。
- (5) 新興感染症等の発生に備え、医薬品やワクチンに関する研究開発を進めるとともに、安定的な供給を行うこと。また、新型インフルエンザ等対策政府行動計画に基づく个人防护具にかかる都道府県の行政備蓄について、必要な財政支援を行うこと。
- (6) 新興感染症等の発生に備え、医療現場において感染症に対応できる人材の活用及び確保・育成を進めること。

- (7) 保健所の人材確保や応援体制の構築、業務負担軽減に向けたデジタル化等を進め、まん延防止のための多岐にわたる取組を行う保健所の機能強化に取り組むこと。
- (8) 蚊媒介感染症や、遺体取扱いなど感染症対策に係る諸課題への対応を進めること。
- (9) 感染症のまん延リスクの高い大都市における対策強化のための技術的・財政的支援の拡充を行うこと。
- (10) 新型コロナウイルス感染症との闘いで得た知見等を、レガシーとして保健医療政策全般に反映させていくこと。

#### <現状・課題>

令和元年（2019年）12月に発生した新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）の経験を踏まえ、令和4年12月に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）の一部が改正され、感染症対応に係る医療機関とあらかじめ医療措置協定を締結する仕組みが創設された。新興感染症発生時に協定締結した医療措置を講じるには、平時からの感染症対応の施設・設備整備や個人防護具の備蓄等の環境整備のほか、医療人材の育成、質の向上等を図ることが重要である。施設・設備整備や研修実施等に係る経費については、国が令和6年度から財政支援をしており、継続的な支援が必要である。

関係者間の情報共有については、新型コロナ対応において、医療機関は様々なシステムを介して調査・報告等に対応する必要があり、医療現場の負担となっていた。今後の新興感染症の発生に備え、迅速かつ効率的な情報共有等が可能な体制を整備していく必要がある。

さらに新型コロナ対応のために国の補助金で導入した検査機器について、新型コロナの検査のみに用途を限定しており、有事に備えた対応として柔軟に活用できる仕組みになっていない。

日本の経済活動の中心であり、国際空港や港を抱える東京において、今後の未知なる感染症流行時においても、社会を止めない、感染症に強い都市を実現するためには、新型コロナ対応での経験を踏まえて、保健医療施策の充実を進めるとともに、国と都が緊密に連携して取り組んでいくことが重要である。

#### <具体的要求内容>

- (1) 感染症の発生の早期探知や国内侵入防止のため、海外における発生状況の情報収集体制を強化するとともに、検疫体制の充実、病原体等の検査体制及

び地方自治体との連携体制の充実強化を図ること。

- (2) 新興・再興感染症にかかる専門性の高い調査研究を行うとともに、地方自治体への的確な情報提供や支援を行い、一体的に対策を推進すること。新たな感染症の発生時には、感染症の特性を迅速に分析し、その特性を踏まえ、発生予防、まん延の防止、医療の提供その他の対策の総合的な推進を図るための指針を示し、地方自治体や関係機関と連携して対策を推進するとともに、十分な財源を確保し地方自治体等の取組を支援すること。

- (3) 感染症発生時における医療機関からの迅速かつ効率的な情報把握のため、医療機関における電磁的方法による届出・報告の普及・促進を図る実効性のある取組を実施すること。具体的には、感染症サーベイランスシステムについて、電子カルテ情報と連携させるとともに、医療機関や保健所のニーズを踏まえ操作性の向上を図ることで、医療機関におけるシステム入力負担を解消し、効率的な情報連携を実現すること。

また、自治体が感染症発生動向を踏まえ、迅速に地域の感染状況やリスクの分析を実施できるよう、効率的にデータを活用できる機能を提供すること。

さらに、感染症法第16条及び第44条の3に規定される都道府県からの協力要請に応じて、保健所設置区市以外の市町村が速やかに必要な取組ができるよう、感染症サーベイランスシステム等を活用し、一般市町村が迅速に患者情報を入手できる仕組みを構築すること。

医療機関等情報支援システム(G-MIS)については、都道府県が有するシステムやデータ等と連携できる仕組みとするなど、地域の実情に応じた柔軟な運用が可能なシステムとすること。

また、システムの改善に当たっては、利用者である医療機関、都道府県、保健所等の意見を聞くこと。

- (4) 地方自治体による感染者情報の公表に関して、地域によって基本的な内容に差異が生じることがないように、国民の安全・安心の確保とプライバシーの保護、感染症を理由とした差別や風評被害の防止等を十分に考慮して、統一的な公表基準を示し、広く周知すること。

- (5) 新たな検査手法の開発等を継続的に行うとともに、地方衛生研究所や民間検査機関等の検査処理能力の向上のための支援の拡充を図ること。

また、予防計画を踏まえて医療機関における検査体制の整備を進めるため、検体検査機器設備整備や精度管理に係る財政的・技術的支援を継続すること。

さらに、新型コロナ以外の新興感染症発生時にも迅速に対応できるように新型コロナ補助金で整備した検体検査機器について、検査の機能や精度を維持するためにも、平時から他の感染症の検査への利用も認めること。

- (6) 感染症法に基づく協定締結医療機関に対する施設・設備整備や研修実施等に係る平時からの感染対策に要する財政支援については、自治体や医療機関等関係機関の意見を聴取しながら必要な見直しや拡充を行い、地域の実情に応じた実効性のある仕組みとすること。

- (7) 感染症に罹患し入院を要する患者等の移送については、迅速かつ安全に効率・効果的な運用が行えるよう、衛生主管部局と消防機関等との連携等についてルール化を行うこと。



また、広域的な患者受入れ・搬送等が円滑に進められるよう、要請基準や適用例の整理も含め実施体制の整備を進めるとともに、そのための搬送体制の整備も含めた必要な財源を措置すること。

(8) 新興感染症等の発生に備え、医薬品やワクチンに関する研究開発を進めるとともに、備蓄も含めた安定的な供給体制の構築を行うこと。

ア 安全性、有効性の高い治療薬やワクチンの開発が迅速に行われるよう、医薬品やワクチンに関する研究開発に恒常的に取り組む体制とともに、治験や承認を速やかに行える仕組みの構築を進めること。同時に、国家の安全保障の観点からも、国産製品の速やかな開発・実用化を全面的に支援すること。

イ 医薬品及び医療資機材の確保を図り、有事の際に安定的供給や円滑な流通が迅速に行えるよう、国としてサプライチェーンを構築するなど備えを講じておくとともに、治療薬、検査キット、人工呼吸器、酸素濃縮装置、パルスオキシメーター等、感染症医療に必要となる医薬品や医療機器などについて、国として備蓄を進めること。備蓄に当たっては、国の主導によりメーカーや卸売業と生産・流通のバランスを図りながら行うこと。

また、新型インフルエンザ等対策政府行動計画に基づく個人防護具にかかる都道府県の行政備蓄について、地方交付税不交付団体も含めた自治体に必要な財政支援を行うこと。

ウ 抗インフルエンザウイルス薬をはじめとする感染症治療薬について、医療機関において偏在がないよう、仕組みを早期に構築するとともに、引き続き安定的供給に努めること。

また、医薬品等の備蓄については、効率的な備蓄のための検討を行うとともに、廃棄処分に係る経費も含め備蓄に係る必要な財源措置を行うこと。

エ 新興感染症の発生時において、かかりつけ医が治療薬をより積極的に投与できるよう、諸外国における状況等を踏まえながら、患者の年齢、既往歴、他の薬の断薬の有無など、国内外における臨床現場での処方情報を開示して、治療薬の活用を促進するための方策を国として早急に示すこと。

オ 新型コロナワクチンについては、令和6年10月から65歳以上の高齢者等を対象に定期接種化されたが、国はワクチンの安定供給や流通、医療機関等における調達に懸念があることなどを理由に、令和6年度は接種費用の一部を財政支援していた。令和7年度においても、自己負担額が接種控えにつながることを防ぐよう、国として適切な措置を講ずること。

(9) 新興感染症等の発生に備え、感染症に対応できる人材の活用及び確保・育成を進めること。

ア 広く医療機関において、適切な感染制御の下に診療が行えるよう、感染症専門医や感染管理認定看護師等の育成・配置を促進するとともに、新たな感染症の発生初期段階から対応できる人材や、疫学研究に関する人材など、感染症対策の専門人材の確保・育成を推進すること。

また、現場の実情に即した短期的な研修プログラムの作成・提供や、自治体が医療機関の人材育成等に対する支援を行う際の財源措置を行うこと。

- イ 新型コロナの感染拡大により院内感染の対応や看護職員の欠勤等により全国で医療機関でのマンパワー不足が生じた。このため、多くの潜在看護師等が感染症医療に携わり、経験や知見を獲得した。今後、新たな感染症の拡大により、医療現場でのマンパワー不足が生じた際に、こうした人材を様々な場で活用できるよう、国において仕組みを構築すること。
- (10) 感染症発生時において積極的疫学調査や感染拡大防止の指導、入院勧告の実施など、まん延防止のための多岐にわたる取組を行うこととなる保健所の機能強化に取り組むこと。
- ア 公衆衛生医師や保健師など感染症対策に携わる人材育成の拡充や人材確保に取り組む自治体への支援、都道府県域を越えた広域的な応援職員派遣の体制整備を更に進めるなど、保健所が感染拡大時にも対応できる体制の構築を図ること。
- イ 保健所がデジタル技術を活用し、効率的に情報収集や整理などを行い、業務負担が軽減されるよう、DXの推進に向けて、必要な財政支援を行うこと。
- (11) デング熱等をはじめとする蚊媒介感染症対策について、特定感染症予防指針を踏まえ、迅速検査法の開発促進や検査の保険適用の拡大などにより検査体制を拡充するとともに、国内外の治療・研究等に携わる専門機関と協力して最新の知見を集積し、関係機関や国民に広く情報提供を行うこと。
- (12) 新興感染症等の発生に備え、遺体の搬送、火葬等について、手順、方法等を具体的な基準として定めて示すとともに、自治体において体制整備等が必要な場合には、適切な支援を図ること。
- (13) 国際化の進展や人口密集など、感染症のまん延リスクの高い大都市の特徴を踏まえ、旅行者等の入国者に対する多言語による情報提供、一類感染症等発生時対応の際に医療従事者が着用する防護着等の医療資機材確保など、独自の感染症対応策の強化に取り組む地方自治体に対し財政的支援を拡充すること。
- (14) コロナ禍で浮き彫りとなった以下の課題を保健医療政策全般に反映させていくこと。
- ア 新型コロナのり患後症状（いわゆる後遺症）により日常生活に影響が出ている国民もいることから、引き続きデータ収集、分析・検証を行い、専門家の知見を生かしながら後遺症のメカニズムや症状、患者数等の実態解明、診断基準の明確化や治療薬の開発を早急に進めること。
- イ 感染症への取組は国全体での対応が必要となることから、新たな感染症危機に備えるための予防計画に基づく取組に必要な経費については、自治体や医療機関等の負担とならないよう、必要な財源措置を行うこと。
- ウ 新型コロナ医療費の公費負担については、令和7年4月診療分以降の請求を受け付けないこととされたが、請求を完了できない医療機関等が複数あることが見込まれている。当該費用が医療機関や患者等の負担とならないよう、診療報酬請求権が時効により消滅するまでの間、国において適切な措置を講じること。

## 1 4 健康危機管理体制の充実

### 1 食品の安全・安心確保のための施策の推進

(提案要求先 消費者庁・厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) いわゆる「健康食品」の健康被害情報の報告制度を見直すなど、健康被害を防止するための対策を強化すること。
- (2) 輸入食品の監視体制の充実を図ること。
- (3) 食品の表示について、制度の見直しを行う場合には地方自治体へ早期に情報提供を行うとともに、十分な普及啓発を行うこと。
- (4) HACCPに沿った衛生管理の監視指導に必要な支援を行うこと。

#### <現状・課題>

令和6年3月の紅麴<sup>こうじ</sup>を含む機能性表示食品による健康被害事例を踏まえ、国は特定保健用食品・機能性表示食品の届出者等に対し、健康被害情報の報告の義務化や、錠剤、カプセル剤等食品における製造管理（GMP）の遵守など、いわゆる「健康食品」に係る制度の見直しを行った。一方、特定保健用食品・機能性表示食品以外のいわゆる「健康食品」のうち、錠剤、カプセル剤等食品に該当するものにおいても、特定保健用食品・機能性表示食品と同様に有害物質の濃縮や生成など製造上のリスクがあることから、健康被害情報の報告制度の拡充など、安全確保に係る対策を講じる必要がある。

我が国が輸入する食品は増加し、カロリーベースで約6割に達している。そのため、輸入食品の安全性に対する消費者の関心も高く、輸入食品の監視体制を充実・強化することが必要である。

食品の個別品目ごとの表示ルールが見直されるなど、国において表示基準の改正作業が進められている。都は条例に基づき独自の表示基準を規定しているが、国の改正内容によっては都と国の表示基準との間で整合性をとる必要がある。そのため、国の基準改正に当たっては、早期に地方自治体へ情報提供を行うとともに、改正後は新たな表示基準について、事業者及び消費者に十分な普及啓発を行う必要がある。

改正食品衛生法が令和3年6月に全面施行され、HACCPに沿った衛生管理の導入・定着に当たっては、事業者がその内容を十分に理解するとともに、監視員が適切に監視指導を行う必要があるが、実務についての詳細が示されていない。

### <具体的要求内容>

- (1) 事業者健康被害情報が寄せられた際の都道府県知事等への速やかな報告の義務付けや、製品特性に応じた衛生対策の充実など、いわゆる「健康食品」全体の安全確保に係る対策を講じる制度に見直すこと。  
また、機能性表示食品等において、安全性が十分に確保されるよう国の責任において制度について適宜検証を行うこと。
- (2) 輸出国における衛生管理の徹底及び輸入事業者への指導の強化により違反食品の輸入を未然に防止するとともに、輸入時の監視体制の充実・強化を図ること。
- (3) 消費者が食品を購入するときに、食品の成分等を正しく理解し、選択できるよう、新たな基準を含めた食品表示制度について事業者及び消費者に十分な普及啓発を行うこと。  
また、食品表示の基準の改正に当たっては、早期に地方自治体へ情報提供を行うなど適切な配慮をすること。
- (4) HACCPに沿った衛生管理について、各自治体が適切な監視指導を行えるよう、監視員向け教育の実施や監視指導のガイドラインを作成するなど、必要な支援を講じること。

## 2 結核対策の推進

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 結核予防対策を充実強化するとともに、必要な財政措置を講じること。
- (2) 結核医療の維持に必要な対策を行うこと。

### <現状・課題>

近年、新登録結核患者数及び人口10万人対り患率は減少傾向にあり、令和5年に報告された全国のり患率は8.1となり、昨年に引き続き、り患率10以下の低まん延の水準に達している。東京都においても、り患率は8.4となり、昨年に引き続き、低まん延の水準に達したが、年間の新登録結核患者数を見ると、全国では1万人以上、東京都でも1,000人以上が登録されている。

令和5年に報告された新登録結核患者数における外国出生結核患者数の割合は、全国で16.0%（前年11.9%）となり過去最高の水準に、都内においても17.3%（前年13.2%）と新型コロナ前の水準まで上昇した。国は、入国前結核スクリーニングの実施について、令和2年3月にガイドラインを公表し、外国生まれの患者の出生国のうち上位6か国であるフィリピン、ベトナム、インドネシア、ネパール、ミャンマー及び中国からの入国者を対象として、令和2年7月以降準備の整った対象国から順次実施することにしたが、いまだに対象国全てで開始されていない。

また、入国後に発病した患者を早期探知する方法が示されていない上に、

入国後に結核と診断された患者の入国前スクリーニング検査結果について患者登録保健所が把握できない仕組みとなっている。

海外との往来や外国人労働者の受入れ等が増加している中、入国前結核スクリーニングを対象国全てに早期に開始するとともに、外国人結核対策など、結核根絶に向けたきめ細かい予防対策をより一層推進する必要がある、これには、結核対策特別促進事業の充実が必要である。

結核医療については、新登録結核患者の減少に伴い、結核病床の減少傾向に歯止めがかかっていない状況にある。新型コロナウイルスを契機に結核病床が急激に減少し、その後も結核病床の縮小・廃止を検討している医療機関が存在し、基準病床数の維持が困難な状況となってきた。

このため、特に透析医療が必要な患者や精神疾患等の合併症を有する患者、外国出生者に多い多剤耐性結核に感染した患者の入院調整に時間を要し、専門的かつ多様な医療が必要とされる患者に対する良質かつ適切な結核医療の提供が更に困難な状況となっている。

また、患者の減少に伴い結核医療の経験をもつ医師が減少するとともに、診療経験をもつ医師も高齢化し、将来的に結核に従事する医師の不足が危惧される。同時に、保健所での結核事例の対応機会も減り、これまで医療機関と連携して実施してきた患者支援や感染拡大防止のための接触者健診等、実際の事例を通じた結核対策の経験が十分に確保できなくなる状況が懸念される。

さらに、80歳以上の高齢患者の割合は近年増加傾向にあり、令和5年は33.8%と全体の約3分の1を占めている。高齢患者は、入院中に体力が低下し介護が必要になることも多く、医療機関の負担は以前よりも増加している。また、合併症を有する患者の受入れや外来での服薬指導等は、診療報酬で評価されていない。

治療については、平成26年以降公費負担の対象となる薬剤が順次追加されているが、現状13種類に留まっており、薬剤耐性結核や潜在性結核感染症の治療では、確実な治療や合併症治療薬との併用上使用できない薬剤もあることから、保険適用外の薬剤を使用せざるを得ず、患者の自己負担が高額となってしまう。多様な病態の患者に適切な治療を行うため、また、外国出生患者の増加により懸念される多剤耐性結核を確実に治療するため、最新の結核医療の成果を踏まえ、公費負担等の対象となる薬剤の範囲を拡大する必要がある。また、近年新たに使用可能となった多剤耐性結核の治療薬については、薬価が非常に高額なため5%の患者負担が重く、外来治療の阻害要因になっている。さらに、世界的に推奨される薬剤の早期承認の仕組みを構築し、治療期間を短縮できる薬剤など世界で広く使用される薬剤をいち早く提供できるようにする必要がある。

また、結核患者の減少により抗結核薬の使用量が減少し、メーカーによる販売継続が困難となっているため、国は安定供給に努めるべきである。

国が定める「結核に関する特定感染症予防指針」は平成28年11月から改定されておらず、低まん延の水準に達した結核の発生状況や、外国出生患者の増加や、結核病床の減少等、近年の結核医療を取り巻く上記の課題を踏ま

え、低まん延下での結核対策に関する具体的な取組の方向性を示す指針として早急な見直しが必要である。

#### <具体的要求内容>

- (1) り患率の低下に伴い、都民・国民の間で結核に対する知識や認識の低下が懸念されるため、結核根絶に向けた更なるり患率の低下に向けて、一層の普及啓発の強化を図ること。
- (2) 将来的に、結核対策において不可欠な医療と行政の現場で働く実務経験者の不足が懸念されることから、研修等人材育成の機会の確保や、最新の知見の普及など、医療の質を担保する仕組みを構築すること。
- (3) 対象国全てで入国前結核スクリーニングを早期に開始し、その精度管理を徹底すること。また、入国後に発病した患者の早期発見方法を示し、患者登録保健所がスクリーニング検査結果を把握できる仕組みを構築すること。
- (4) 低まん延下で、更に重要性が増している分子疫学調査や外国出生患者対策等について、自治体が地域の実情に応じたきめ細かい予防対策をより一層推進できるよう、結核対策特別促進事業に十分な財源措置を講じるなど、結核根絶に向けた取組を強化すること。
- (5) 行政的医療である結核医療の維持に当たっては、専門的かつ多様な医療が必要とされる患者への対応や外来診療、要介護患者への対応等の評価を充実させるために、公費負担制度や診療報酬の更なる改善、補助金等の財政支援や結核病床に他疾患患者の入院を可能にするなど、結核病床の維持に必要な対策を講じること。  
また、モデル病床活用のため結核患者については入院基本料の区分算定に用いる平均在院日数の対象から除外するなど必要な対策を講じること。  
さらに、専門的医療に対応可能な国立病院等の結核病床を維持し、国が責任をもって中心的な役割を担っていくこと。
- (6) 薬剤耐性結核や潜在性結核感染症の治療に関し、多様な病態の患者に適切な治療を提供できるよう、最新の結核医療の成果を踏まえ、海外で広く使われている感染症薬の早期承認や公費負担の対象となる薬剤や保険診療の適用となる抗結核薬承認薬剤の範囲の拡大を図るとともに患者の自己負担額の軽減策を講じること。
- (7) 結核患者に必要な服薬治療を6か月から1年程度までの服薬期間を中断せずに確実に完遂し、結核を治癒させるため、抗結核薬の安定供給を確保すること。
- (8) 現行の「結核に関する特定感染症予防指針」は、結核の低まん延化や結核患者の入院を受け入れる医療機関や結核病床の減少及び結核に従事する医師等の減少や外国出生患者の増加といった課題を踏まえた内容とはなっていないため、早期に改正し、低まん延下における体制づくりと更なる結核対策の強化に向けて、都道府県が取組を具体化できるようにすること。

### 3 梅毒対策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

梅毒などの性感染症についての疫学的研究等を進めるとともに、国民への普及啓発を強化すること。

また、自治体が行う予防や感染拡大防止のための取組に対する支援を充実させること。

#### <現状・課題>

都内の梅毒患者報告数は、令和6年において約3,760件と前年からほぼ横ばいながら4年連続で過去最多となっており、引き続き増加している。特に20代女性や妊娠合併事例の報告数が顕著となっており、先天梅毒も発生している。また、10歳代での感染の低年齢化も懸念される。急激な患者数増加の要因は、これまでのところ十分に究明されていないが、更なる感染拡大が危惧される状況である。梅毒は、感染後も無症状であったり、一時的に症状が消失することもあり、感染拡大を防止し、確実な治療に結びつけるためには、予防や受診・検査の重要性の啓発を進めるとともに、検査体制の充実を図り、医療機関において確実な診断が行われるよう情報提供等を強化するなど、一層の対策が求められる。

#### <具体的要求内容>

梅毒について、急激な患者増加の要因究明のための疫学研究等を推進するとともに、中学生・高校生から感染が急増している女性若年層、将来子どもを持ちたいと考える男女を中心に幅広い年齢層に向けた普及啓発を強化すること。

また、自治体を実施する性感染症の予防等の啓発・検査体制の拡充、医療従事者への情報提供や研修機会の提供等、感染拡大防止のための取組に対する支援を充実させること。

## 4 予防接種施策の充実

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

感染症の拡大を防止するため、予防接種対策をより一層充実するとともに、継続的・安定的な制度を構築すること。

### <現状・課題>

高齢者、乳幼児等の健康と生命を守るためには、予防接種による感染症予防策の一層の充実が重要である。

国は、広く接種を推進することが望ましいとするワクチンをこれまで定期接種に追加してきたが、おたふくかぜワクチンやHPVワクチンの男性への接種等は、引き続き、課題等の整理・検討を行うこととされており、具体的な導入の見通し等は示されていない。

定期接種を円滑に実施するためには、ワクチンの追加等に関して具体的な年度目標等を示すなど、中長期的な展望を明らかにした上で導入を進めるとともに、供給の安定化についても対策を講じる必要がある。

また、予防接種による健康被害への不安や、有効性・安全性に関する情報提供を求める声もあり、これらに適切に対処し、国民の理解を求めていく必要がある。

風しんについては、国は、「風しんに関する特定感染症予防指針」を策定し、国内からの風しんの排除を達成することを目標に掲げ抗体保有率の低い世代の男性に対する抗体検査・予防接種等（追加的対策）を推進してきた。風しんの感染拡大防止の施策目的は達成されたとの評価に基づき、追加的対策は令和6年度で終了となるが、妊娠希望女性等への抗体検査及び予防接種、風しん予防の重要性についての普及啓発に関する取組は、今後も引き続き進めていく必要がある。

麻しんについては、感染者数が世界中で急増しており、国内においてもコロナ後、海外との往来が増え、輸入症例だけでなく国内における感染伝播事例が発生しておりさらなる増加が懸念される。

また、インフルエンザは全国の定点当たり患者報告数が令和6年12月末に警報基準である30を超え、現在の集計方法になって以降最多となる60超を記録するなど、来シーズンに向けて注意が必要である。

百日咳については、令和7年4月に全国の1週間あたり報告数が全数把握疾患となってから過去最多の2,000を超えたことから、既存の定期接種制度をより効果的なものとするため、接種回数や接種年齢の見直しといった観点からも継続的な検証が必要である。

子宮頸がんの原因となるHPVの感染を防ぐワクチンの接種については、令和4年度から積極的勧奨が再開され、積極的勧奨の差控え期間中に接種機会を逃した対象者については、3年間はキャッチアップ接種として定期接種の対象とすることとされた。最終年度となる令和6年度には、接種者数の急増を受けて一時的にワクチンの出荷制限が行われ、全3回の接種を年度内に完了できない懸念が高まったことから、国は、令和7年3月末までに接種を開始した方を対象に、全3



回の接種を令和8年3月末まで公費で完了できることとした。

また、HPVワクチンの接種については、中咽頭がん、肛門がん、尖圭<sup>せん</sup>コンジローマなどの原因と考えられているHPVへの感染予防が期待できるとされており、米国や英国等では男女ともに公的接種の対象となっていること等から、我が国においても、現在女性のみとされている対象者を男性にも拡大することの是非について海外の取組等も含め検討を深めていくことが必要である。

さらに、令和7年度から新たに定期接種となった帯状疱疹ワクチンは65歳の方を対象にしているが、定期接種化から5年間の経過措置として、その年度内に70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳及び100歳となる方も定期接種の対象とされる等、制度が複雑となるため、対象者への丁寧な説明と周知が必要である。

定期接種を受けた後に医療行為により免疫を失った場合の再接種については、国においてその取扱いの検討が行われているが、現行制度下では任意接種の扱いとなるため、被接種者の費用負担が大きく、その軽減のために自治体が独自に助成事業を行っている現状がある。

令和4年12月に新型コロナウイルス感染症への対応等を踏まえ予防接種法(昭和23年法律第68号)の改正が行われ、接種類型や予防接種事務のデジタル化等についての規定が整備された。これを受け、有事における対応の仕組みを平時から構築しておくとともに、それを支える地方自治体の予防接種業務の速やかなデジタル化を進める必要がある。

#### <具体的要求内容>

(1) 定期接種ワクチンの追加に関する具体的な年度目標等の中長期的な展望を早期に提示するとともに、予防接種の意義やリスク等について、国民等への十分な情報提供を行っていくこと。

また、おたふくかぜワクチンやHPVワクチンの男性への定期接種化について、海外の状況など幅広く知見を集約し、検討を加速させること。地方自治体が独自に男性へのHPVワクチンやおたふくかぜワクチン等の任意接種を実施する場合の経費について財政支援を行うこと。

さらに、予防接種・ワクチン分科会において、感染症の発生状況、ワクチンの開発状況、予防接種の有効性・安全性に関する知見の集積等の状況を踏まえ、百日咳など既存の対象疾患も含めた予防接種制度全般に関する検証を継続的に行っていくこと。

(2) 定期接種の円滑な実施に向けて、以下の点に十分に配慮すること。

① 継続的・安定的に定期接種が行えるよう、国の責任において実施に必要な財源を確保すること。

② ワクチンの安定供給対策を十分に講じるとともに、価格抑制のための取組を行うこと。麻しんやインフルエンザをはじめとする感染症の発生時等、急激な接種需要が生じる可能性がある場合には、接種を必要とする方が接種できるようワクチン偏在の解消を含む円滑な流通を卸業者等に呼びかけるとともに、ワクチン不足が生じた際の対策として、製造業者に対する増産や供給の前倒しを早い段階で要請すること。

③ 被接種者の負担軽減や接種スケジュールの緊密化の緩和等のため、混合

ワクチンの開発を促進すること。

- ④ ワクチンの有効性や安全性を十分に検証した上で、国民に分かりやすく情報提供を行うこと。

特に、HPVワクチンについては、ワクチンの安全性や副反応発生時の支援体制とともに、接種の効果に関する最新の知見や諸外国の動向等について普及啓発を行うなど、国民や医療機関に対し引き続き十分な情報提供を行うこと。

また、国民が安心して予防接種が受けられるよう、接種後に重い副反応が生じた場合に適切な医療を受けられる体制や、被接種者等からの相談に適切に応じる体制を整備すること。

複数ワクチンの同時接種や事故防止等については、国の考え方を示し、予防接種が安全かつ統一的な方法で実施されるよう、適切に情報提供を行うこと。

- ⑤ 予防接種の重要性や予防接種制度が担う役割等について、特に、全国的に接種率の低下が懸念される小児の麻疹風しんの定期接種を中心に、広く国民の理解を得るための普及啓発や、接種歴が確認できない方に対する抗体検査の呼びかけを強化すること。
  - ⑥ 制度変更等に際しては、住民や地域の関係者への周知や、実施主体である地方自治体の準備期間等に十分に配慮し、早期の情報提供を行うこと。令和7年度から定期接種化された带状疱疹ワクチンについては、5年間の経過措置を含む定期接種制度の概要をわかりやすく整理した啓発資材を作成すること。
  - ⑦ 予防接種事務のデジタル化について、地方自治体等の意見も踏まえ、早急に進めるとともに、システム化に当たっては接種記録の長期保存を前提とした設計とすること。
- (3) 「風しんに関する特定感染症予防指針」において目標とされた、先天性風しん症候群の発生防止や国内からの風しん排除の達成に向けた工程を定め、以下の対策を講じること。
- ① 最優先の課題である先天性風しん症候群の発生防止のため、妊娠希望女性等への抗体検査及び予防接種を推進するための継続的な財政措置を講じること。
  - ② 風しん予防の重要性について、予防接種の勧奨や職場等における感染予防などを含め、広く国民への普及啓発を進めること。
- (4) 麻疹について、広く国民への普及啓発を進めるとともに、予防接種の接種歴が確認できない方に対する抗体検査の呼びかけを強化すること。
- (5) 定期接種後に造血幹細胞移植や抗がん剤治療などの医療行為により免疫が消失・低下した場合の再接種の扱いについて、定期接種化について検討を進めるとともに、免疫が消失・低下した者に対する助成事業を実施する自治体への財政支援を行うこと。

## 5 危険ドラッグ対策の強化

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

- (1) 各自治体における試験検査体制の整備を支援すること。
- (2) インターネットによる取引について、海外のサーバを利用するもの等の取締りを強化するとともに、各自治体の取組を支援し、効果的な対策を推進すること。
- (3) 危険ドラッグの原料となる化学物質が不正に流通しないよう水際対策の徹底を図ること。
- (4) 各自治体における啓発活動の一層の推進に向け、必要な支援を行うこと。

### <現状・課題>

危険ドラッグについては、インターネット上で新たな未規制薬物が次々と流通しているなど、社会問題となっている。

都では、迅速な検査・分析により化学構造を特定して未規制薬物を早期に発見し、生体への影響を評価した上で、速やかに知事指定薬物に指定し、その後、国へ情報の提供を行い、全国的な規制へとつなげているが、いまだ麻薬や指定薬物等の化学構造の一部を変えた新たな製品が次々と出現しており、国と地方自治体が協力して迅速な規制を行う体制が必要である。

また、関係機関と連携した取締りの強化などにより、平成 27 年以降、都内の危険ドラッグ販売の店舗数はゼロだったが、現在は店舗が再び出現しており、令和 5 年度には、大麻含有成分や類似成分を含む、いわゆる大麻グミを喫食した者が救急搬送されるという事案も発生している。

また、インターネットによる取引は、海外のサーバ利用、暗号化アプリの使用、会員制サイトでないと購入できないなど、手口の巧妙化や国外の機関との協力が必要な事例も見られるようになっており、インターネット上の流通実態の把握など、国内外を含めた監視体制の強化が必要である。

海外からの流入品を中心に未規制薬物の流通・摘発は依然として続いており、平成 27 年 4 月に改正関税法（昭和 29 年法律第 61 号）が施行され指定薬物の輸入が禁止されたものの、原料の段階で輸入されるなど個人輸入対策を含め徹底した水際対策が必要である。

一方、地域から危険ドラッグの乱用の根絶を図るためには、訴求力の高い広報媒体・手法等を活用して、広報啓発活動を徹底するとともに、青少年による危険ドラッグの乱用の防止に向け、地域社会や家庭における薬物根絶意識の醸成が不可欠である。

<具体的要求内容>

- (1) 国とともに地方自治体が協力して全国的に迅速な検査を行える体制整備を図るため、試験検査体制の整備に必要な、研修等の技術的支援及び財政的支援を行うこと。
- (2) インターネットによる危険ドラッグの取引について、海外のサーバを利用するもの等の取締りを強化するとともに、各自治体の取組に対し技術的、財政的支援を行い、連携して効果的な対策を推進すること。
- (3) 危険ドラッグの原料となる化学物質が不正に流通しないよう、個人輸入に対する検査命令の実施等の対策を含め、水際対策の徹底を図ること。
- (4) 都道府県等が行う広域的な広報啓発や、区市町村単位での薬物乱用防止活動を継続的に行えるよう、地方自治体が行う取組に対する財政支援や啓発資材の提供を行うこと。

## 1 5 緊急被ばく医療体制の整備

(提案要求先 厚生労働省)  
(都所管局 保健医療局)

実効性のある「緊急被ばく医療体制」を構築すること。

### <現状・課題>

国は、原子力災害や放射線事故等に対応するため、原子力施設の所在又は隣接する24道府県において「緊急被ばく医療体制」を構築するとともに、当該道府県に対し必要な診療資器材の整備等に要する費用として原子力発電施設等緊急時安全対策交付金を交付している。

しかし、福島第一原子力発電所の事故では、国が想定した範囲を超えて放射性物質が飛散し、住民も広域的に避難する事態となった。このため、被ばく医療に関する診療体制が構築されていない地域の医療機関においては、必要な診療資器材等が不十分であり、避難者等への円滑な対応が難しい場合があった。

### <具体的要求内容>

国の責任において「緊急被ばく医療体制」の見直しを行うとともに、全都道府県に必要な診療資器材を整備すること。