

補助金・交付金 チェックシート (No.1)

| | | | |
|-------------------------|------------------------------------|------------|---|
| 補助金名 (交付金名) | 障がい者・児歯科診療事業運営費補助金 | 開始 年度 | 平成15年度 |
| 団体名 | 一般社団法人 函館歯科医師会 | 団体等 の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 課税事業者 <input type="checkbox"/> 免税事業者 |
| 助成の根拠規定等 (条例・規則・要綱等) | 函館市補助金等交付規則 障がい者・児歯科診療事業運営費補助金交付要綱 | | |

○補助事業の内容および目的・効果

| | |
|------|---|
| 内 容 | 心身障がい者(児)等は、一般の歯科診療所での治療が困難な場合があり、口腔内の状況が劣悪であるばかりか、身体にも悪影響を及ぼしているケースが多く、対応が求められてきた。このため、市として歯科医師会が心身障がい者等の歯科治療を行うことができるよう、平成15年に総合保健センター内に口腔保健センターを整備し、同年から本補助金を交付している。 |
| 目 的 | (目 的) 一般の歯科診療所での診療が困難な障がい者・児の歯科診療の機会を安定的・継続的に確保する。 |
| ・ 効果 | (効 果) 障がい者・児の歯科診療機会の確保により障がい者・児の健康保持に寄与する。 |

○補助事業の収支状況 ※上段:補助事業等に要する経費 [下段]:補助対象経費 (単位:千円)

| | 年 度 | 助 成 金 | | 事業収入 | 会 費 | 繰越金 | 雑入 | 計 | |
|------------|------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| | | 市 | その他 | | | | | | |
| 収 入 | R3 (決算) | 7,623 [7,623] | 921 [921] | 6,210 [6,210] | | | 1,055 1,055 | 15,809 [15,809] | |
| | R4 (決算) | 7,623 [7,623] | 921 [921] | 5,982 [5,982] | | 40 40 | 150 150 | 15,246 [15,246] | |
| | R5 (決算) | 7,623 [7,623] | 921 [921] | 6,552 [6,552] | | | 150 150 | 15,246 [15,246] | |
| | R6 (決算) | 7,623 [7,623] | 921 [921] | 5,840 [5,840] | | | 878 878 | 15,262 [15,262] | |
| | R7 (予算) | 7,623 [7,623] | 983 [983] | 7,520 [7,520] | | | 40 [40] | 16,166 [16,166] | |
| | 支 出 | 年 度 | 人件費 | 事務費 | 事業費 | 上部団体 負担金等 | その他経費 | | 計 |
| | | R3 (決算) | 11,130 [11,130] | 1,196 [1,196] | 2,110 [2,110] | | 1,373 [1,373] | | 15,809 [15,809] |
| R4 (決算) | | 10,009 [10,009] | 1,065 [1,065] | 1,893 [1,893] | | 1,599 [1,599] | | 14,566 [14,566] | |
| R5 (決算) | | 10,244 [10,244] | 902 [902] | 2,989 [2,989] | | 1,111 [1,111] | | 15,246 [15,246] | |
| R6 (決算) | | 10,622 [10,622] | 951 [951] | 2,825 [2,825] | | 864 [864] | | 15,262 [15,262] | |
| R7 (予算) | | 10,564 [10,564] | 1,450 [1,450] | 3,384 [3,384] | | 768 [768] | | 16,166 [16,166] | |

補助金・交付金 チェックシート (No.2)

| | |
|----------------|--------------------|
| 補助金名 (交付金名) | 障がい者・児歯科診療事業運営費補助金 |
|----------------|--------------------|

○基本的視点の再チェック

| 基 本 的 視 点 | | 適 | 不適 | 説 明 |
|-----------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| 1 | 公益性 (明確な公益性があるか) ①広く市民生活の向上に貢献する事業 ②市民ニーズが高い事業 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 一般の歯科診療所での受診が困難である障がい者・児に対し適切な歯科診療の機会を提供する事業であり、公益性およびニーズが高い。 |
| 2 | 必要性(補助しなければならぬ事業であるか) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 障がい者・児の健康保持に重要であり、また、採算の取れる事業ではないことから、補助は必要である。 |
| 3 | 自主性(自主自立に向け努力しているか) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 事業の実施主体である歯科医師会も運営努力しているが、一般診療とは異なる体制が必要であり、診療報酬だけでは賄いきれない事業である。 |
| 4 | 有効性(他の手法ではなく補助することが、施策目的実現に最適か) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 事業を安定的に継続するために補助は有効である。 |

○財政的視点のチェック

| 財 政 的 視 点 | | 不適 | 不適の場合の理由と今後の対応について |
|-----------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1 | 積算内訳は、前年踏襲となっていないか | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | 補助金等の使途は適切である | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | 積算基準は定められている | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | 補助割合は、補助対象経費の1/2以内である | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 前年度繰越金は生じていないか | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | 自主財源の確保に努めている (最低でも前年度の収入を確保しているか) | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | 経常経費の節減に努めているか | <input type="checkbox"/> | |

補助金・交付金チェックシート(No.3)

| | |
|----------------|--------------------|
| 補助金名 (交付金名) | 障がい者・児歯科診療事業運営費補助金 |
|----------------|--------------------|

○補助効果の検証

| | | | |
|-------------------|----------------|-----|------|
| (効果測定方法, 具体的な数値等) | | | |
| 令和3年度 | 診療日数および受診者の予定数 | 48日 | 600人 |
| 令和4年度 | 診療日数および受診者の予定数 | 48日 | 608人 |
| 令和5年度 | 診療日数および受診者の予定数 | 47日 | 600人 |
| 令和6年度 | 診療日数および受診者の予定数 | 47日 | 620人 |
| (達成状況) | | | |
| 令和3年度 | 診療日数および受診者の実績数 | 48日 | 660人 |
| 令和4年度 | 診療日数および受診者の実績数 | 50日 | 660人 |
| 令和5年度 | 診療日数および受診者の実績数 | 52日 | 701人 |
| 令和6年度 | 診療日数および受診者の実績数 | 50日 | 631人 |



| | |
|---|--|
| (評価) | (理由) |
| 十分効果をあげている <input checked="" type="checkbox"/> 一定の効果をあげている <input type="checkbox"/> 効果が疑問である <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> | 一般の歯科診療所での診療が困難な障がい者・児（脳性麻痺, 筋疾患, 精神遅滞, 自閉症, 染色体異常など）の口腔ケアおよび治療を年間延べ約700人に行っており, 障がい者・児の歯・口腔の健康の保持増進に寄与している。 |

○今後の方向性

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続 <input type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> その他 | (見直しの内容) 一般の歯科診療所での受診が困難である障がい者・児に対し適切な歯科診療の機会を提供する事業であることに加え, 公益性が高いことから, 継続することとしたい。 |
| | (見直しの時期) |
| (廃止の理由) | (その他の内容) |
| (廃止の時期) | |

○終期の設定

| | | |
|---------|---|--------------|
| 終期設定 | <input type="checkbox"/> 終期到来により廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 終期到来時に再検討 | 次回チェック年度(予定) |
| 令和 9 年度 | | 令和 9 年度 |