

09 厚生労働省 非予算(特区・市域再生再検討要請回答).xls

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提議・廃止提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管府省庁						
0920010	介護保険における短期入所生活介護基準の緩和		制度の現状		指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生令第37号)により規定される短期入所生活介護事業については、特別養護老人ホーム等に併設されることを予定した基準となっており、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生令第37号)において定められた基準を満たさなければならぬ。	具体的事業の実施内容(詳細は別紙 事業内容書)： 短期入所生活介護(ショートステイ)の事業を実施する上で的人员配置、設備等の基準が、特別養護老人ホーム等の大規模施設併設型を想定して設定されているため、事實上、併設型であれば事業を行うことができない。医療等の受診やリハビリテーション等の事業の受入ペース等を利用した単独型としても事業が実施されるよう基準を緩和すべきである。 要望理由： ショートステイは、事業の区域として想定している本市における利用率が10.0%前後と利用率が高く、介護者の急病や急な冠婚葬祭においての利用が顕著な状況である。今後、高齢者の増加に伴い介護者の増加が予想されるなか利用需要の増加が懸念されている。介護保険給付抑制による特養等の施設建設の抑制が厚生労働省の方針として示され、今後施設建設が抑制されるなか施設に併設されたショートステイの供給が困難な状況にあり在宅生活を支えるサービスの一つとして利用ニーズに対応した供給が望まれる事業である。また、平成18年4月の介護保険制度改革により地域密着型サービスが導入されたことにより在宅生活を支える限り生活を支えるという考えが一つの柱となっているが、在宅生活を支えるショートステイを実施する場所(本体施設)が生活圏とは離れた場所にあるという問題点も生じている。民家等を利用した単独型の施設ができるようになることで施設入所に頼らず地域生活の継続に資するものと思われ、さらに、特設型施設よりより取り易くなった「認知症対応型生活介護(短期利用)」については、空床利用のため、市内施設全てが常時満床であるため短期利用が全くできない状態である。 平成19年10月全国規制改革提案からの改善案： 別紙事業内容書	C III	○短期入所生活介護は、短期間、施設に宿泊することにより、利用者の心身の機能の維持とその家族の負担を軽減することを目的とするサービスであり、それと併せていサービスを提供するために医師・生活相談員・栄養士等の人員配置や一定面積以上の居室の確保が義務づけられている。 ○それに対して、小規模多機能居宅介護事業は、「通い」を中心としつつ、要介護者の帰郷や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供するものであり、宿泊を主たる目的とするサービスではない。また、要介護者の住み慣れた地域でのサービス提供を前提とする地域密着型サービスであり、原則として事業所所在市町村の住民のみが利用できる小規模の事業所となっている。そのため、比較的緩やかな人員・設備基準となっている。 右の提案主体からの意見(特に、提案主体が別紙にて提示している新基準案)を踏まえ、再度検討し回答された。 また、提案主体は、「求める措置の具体的内容」において、「障害福祉サービスや介護保険サービス」に求められている他種別サービス同様の基準とすべき」と求められているが、「障害福祉サービスの基準緩和を認めることは困難である。」	右の提案主体からの意見(特に、提案主体が別紙にて提示している新基準案)を踏まえ、再度検討し回答された。 また、提案主体は、「求める措置の具体的内容」において、「障害福祉サービスや介護保険サービス」に求められている他種別サービス同様の基準とすべき」と求められているが、「障害福祉サービスの基準緩和を認めることは困難である。」	適切なサービスの質を確保できないという理由で基準緩和することができないとご回答いただいているが、提案主体においてサービスの内容を確保していることについては、環境の変化により既往症の悪化等が起るケースが多いこと、入所期間がある程度長期に及ぶことがあること等から、短期入所生活介護における医療ニーズは小規模多機能型居宅介護に比べて高いと考えられ、単に看護職員等を医療機関との連携体制をとることによって代替できる性質のものではないため、妥当ではないものと考えられる。 なお、障害福祉サービスにおいては、サービスの利用者、提供主体共に非常に少ない障害福祉の特徴から、サービスの量と確保という点を重視して人員・設備基準を低く設定しているものであり、比較は困難である。															
0920020	道州制北海道スタンダード導入回収プロジェクト	地方自治法(昭和22年法律第67号)第231条の3第3項、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第79条の2、介護保険法(平成9年法律第144号)第14条、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和77年法律第83号)第113条、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第56条第3項及び第10項	地方公共団体の歳入に係る債権の回収方法については、地方自治法(昭和22年法律第67号)において規定されており、国民健康保険、介護保険料、長寿医療保険料、保育費用については強制徴収により、水道料については裁判上の手続きにより行っている。		税との多重債務が多いが、例としては次のとおりです。 1.現在、下水道料と水道料の賦課は別で有るも、事務の効率化と納付者の利便上、納付書1枚で完結させる。 2.現行法では滞納が発生すると、次の滞納処分としている。 【水道料は①の自力執行権で預金調査をし差押え】、【水道料は②により裁判所へ訴えの提起】。 3.結果、①②によりそれぞれ滞納処分が必要な事務をすることは時間と費用で非常に効率が悪く、かつ、滞納者も困惑しながら滞納分のみ納付し、下水道は納付できるとなると滞納が続いていく。原因は税(預金口座調書の制限と金融機関費用増加)をなめると、裁判は他。 4.これを解消し、町歳入徴収の早期回収と事務の合理化も効率的に進めるとともに、町財政と住民の公平性の確保を図るため提案するものとする。	E I	地方公共団体の歳入に係る債権の回収方法については、地方自治法(昭和22年法律第67号)において、強制徴収又は裁判上の手続きのいずれかによるものと規定されていることから、地方自治法を所管する総務省の回答もご確認下さい。	現行制度の下では、現に保育料や国民健康保険料(料)の回収が滞っているため、特区の提案を行ったものであり、厚生労働省として、関係府庁との調整の上、具体的な解決の道を探すべきと思います。その他、総務省への意見のとおり。											総務省 法務省 文部科学省 厚生労働省 国土交通省 環境省						
0920030	院内製造されたPET用FDG製剤を用いた一医療法人内(同一敷地外)において使用することの容認	薬事法第12条第1項、第13条第1項、第14条第1項、第24条第4項	薬事法上の医薬品としてのPET用FDG製剤については、院内で製造し、他の医療機関に販売又は授与を行う場合、薬事法に基づく(医薬品の製造販売許可、製造販売承認、製造販売承認及び販売承認)が必要である。		(本提案の主旨)販売を目的とせず同一法人のサテライト施設において使用を限定するもの、院内製造されたFDG製剤の取扱いについては、次の要件を遵守する。①日本核医学会によるガイドラインを遵守。②本剤の輸送方法は放射線透過された鉛製容器を使用し、放射線防護防止及び車両運搬規則等規制により、品質管理及び安全対策を講ずる。③その他保健衛生上の規制等遵守すること。 (現状)①長崎県において、悪性新生物による死亡率は他都道府県に比較して非常に高く、18年度全国ワースト1位となっている。②当県は地域的に癌種、特に肺癌が多く発生しており、利用者の交通手段等の経済的、身体的負担が大変大きい。③PET-CT検査に対するニーズが年々高くなって来ている中で、サクロトロン施設の効果的な活用が出来ていない。④半導体放射線(ペトリウム)の使用については、コストの問題、半導体及び安定供給等の問題がある。(効果)イ、サテライト施設でのFDG製剤の使用が可能となれば、サクロトロン施設の効果的な活用が図られ、検査料等の削減、価格低減が可能。ロ、サテライト施設の設置により患者、検査受診者への経済的・身体的負担が軽減できる。ハ、検査受診者の増加に伴い、がんの早期発見・早期治療によるがん死亡率の低減及び、医療費削減等においても期待できると考えられる。ニ、PET-CT検査はがんの発見だけでなく、虫歯、代謝性疾患でも発見できるとともに、がんが特定されている機会が検診の普及においても寄与できるものと考えている。以上のことから、本提案について検討をお願いしたい。	D I	薬事法上の医薬品であるPET用FDG製剤については、既に同一法人であったり、他の医療機関に販売又は授与を行うものにも適切な品質管理、副作用情報等の安全性に関する情報の収集、提供、不良品の自主回収等の危害防止措置等を講ずる必要があることから、品質管理のシステム等に関する審査を受けた上で製造販売許可を得る必要がある。また、個別の品目ごとに安全性・有効性等を確認する必要があるため、品目ごとに承認を得る必要があることとも、その製造についても、製造管理・品質管理体制が整備された施設でなければならないことから、製造販売許可を得る必要がある。しかしながら、御提案については、医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医師又はその指示下にある医療従事者がFDG製剤を製造し、当該医師が患者の治療に使用する場合は、薬事法上の製造販売許可等の規制の対象外である。	貴省の回答によれば、「医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医師又はその指示下にある医療従事者がFDG製剤を製造し、当該医師が患者の治療に使用する場合は、薬事法上の製造販売許可等の規制の対象外である。」	前回答に示したような場合に(該当するか否かは、個別に判断をせざるを得ない)地域による制限はない。												医療法人 祥仁会	長崎県	厚生労働省		
0920040	外国人研修・技能実習制度の見直し	「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価を行い、一定の水準に達したことを要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度である。 「技能実習制度推進事業運営基本方針」に基づき、研修生送出国のニーズに合わせた研修内容の設計と評価の仕組みを整備している。研修成果の基礎となる公的評価制度の仕組みとして①職業能力開発促進法に基づく技能検定制度と②(財)国際研修協力機構の認定する評価制度の仕組み(11職種)がある。 「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価を行い、一定の水準に達したことを要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度であり、研修期間と、技能実習期間からなるものである。日本における滞在期間は、研修期間と技能実習期間を合わせて3年以上以内とされている。	医療保健福祉分野への就労者確保のためフィリピン、インドネシアEPAにより外国人介護士(看護士)候補者の受入れを本年度より行い、サービス水準を確保、向上させるためには入国後のOJT指導や標準化された教育研修を行うことが重要。外国人研修・技能実習制度の趣旨を踏まえ効果的かつ積極的な運用を図る外国人介護人材養成システムを構築する。研修・技能実習受入の見直し ■技術移転実習移行対象職種(63種116作業)の拡大 ■研修・技能実習受入の見直し ■技能実習期間の延長	C III	技能実習移行対象職種に「介護」を追加することについては、①介護等のサービス分野について、業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転に及ぼす可能性があること、②介護業務については、アジア諸国においては、既に労働力としての諸外国への輸出が行われている実態があり、既に一定のレベルの技能に達している可能性があること等を踏まえ、慎重に検討する必要があるため、現段階においては、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することは困難である。なお、研修・技能実習移行対象職種に「介護」を追加することは困難である。また、技能実習期間の延長等については、技能実習生は実習終了後に母国へ帰国し、研修した技術等を母国の発展のために役立てることが当期の趣旨であるため、技能実習期間を延長し、母国に帰国した後の技能移転を長らくすることで、①定住化、不法就労の問題、②家族の呼び寄せ問題、③労働市場への影響などが発生するおそれがある。以上のことから、技能実習期間を延長することは適当ではない。	関係国とはインドネシア共和国である。提案書添付資料に記述する「日本で取得した医療保健福祉に係る知識・技術の普及と体制、社会福祉支援システムの構築に努める」とするインドネシア大学某教授の意向を踏まえ提案であり、研修生送出国のニーズに合致しており、外国人研修・技能実習制度の趣旨からして、その目的に適合することとしており、インドネシアとの間でEPAが実施されていることから、インドネシアにおいて日本の医療福祉支援システムの導入が必要とされていることを前提としている。EPAの現行実習期間を活用する方法も考えられるが、出入国管理事務処理の効率効果等を考慮し、外国人研修・技能実習制度の対象として「介護」を位置づけたい。在留期間4年以上に延長することにより対応することを目指すものがある。	貴省の回答では、介護などのサービス分野において業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転に及ぼす可能性があること、②介護業務については、既に労働力としての諸外国への輸出が行われている実態があり、既に一定のレベルの技能に達している可能性があること等を踏まえ、慎重に検討する必要があるため、現段階においては、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することは困難である。なお、日・インドネシア経済連携協定による受入の状況や実習の状況も十分に関心している。また、期間延長等については、技能実習生は実習終了後に母国へ帰国し、研修した技術等を母国の発展のために役立てることが当期の趣旨であるため、技能実習期間を延長し、母国に帰国した後の技能移転を長らくすることで、①定住化、不法就労の問題、②家族の呼び寄せ問題、③労働市場への影響などが発生するおそれがある。以上のことから、技能実習期間を延長することは適当ではない。	関係国とはインドネシア共和国である。提案書添付資料に記述する「日本で取得した医療保健福祉に係る知識・技術の普及と体制、社会福祉支援システムの構築に努める」とするインドネシア大学某教授の意向を踏まえ提案であり、研修生送出国のニーズに合致しており、外国人研修・技能実習制度の趣旨からして、その目的に適合することとしており、インドネシアとの間でEPAが実施されていることから、インドネシアにおいて日本の医療福祉支援システムの導入が必要とされていることを前提としている。EPAの現行実習期間を活用する方法も考えられるが、出入国管理事務処理の効率効果等を考慮し、外国人研修・技能実習制度の対象として「介護」を位置づけたい。在留期間4年以上に延長することにより対応することを目指すものがある。															社会福祉 法人堂の 里	宮崎県	厚生労働省
0920050	介護職員基礎研修事業の拡大	「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価を行い、一定の水準に達したことを要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度であり、研修期間と、技能実習期間からなるものである。日本における滞在期間は、研修期間と技能実習期間を合わせて3年以上以内とされている。	医療保健福祉サービス水準を確保するため、体系的理論的知識と技能の両方を兼ね備えた人材育成を実現。教育・実務連携型研修システムの構築と実施。この教育システムに参加する外国人就労者は日本雇用労働者と同様に労働保険、社会保険等に加入する介護保険制度基準(人員配置基準)を満たす者と、実務3年経験かつ介護職員基礎研修事業受講済者は介護福祉士国家受験資格者として認定するものとする。	C III	本提案については、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することを前提に述べられているが、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することについては、①介護等のサービス分野については、業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転に及ぼす可能性があること、②介護業務については、既に労働力としての諸外国への輸出が行われている実態があり、既に一定のレベルの技能に達している可能性があること等を踏まえ、慎重に検討する必要があるため、現段階においては、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することは困難である。なお、日・インドネシア経済連携協定による受入の状況や実習の状況も十分に関心している。また、期間延長等については、技能実習生は実習終了後に母国へ帰国し、研修した技術等を母国の発展のために役立てることが当期の趣旨であるため、技能実習期間を延長し、母国に帰国した後の技能移転を長らくすることで、①定住化、不法就労の問題、②家族の呼び寄せ問題、③労働市場への影響などが発生するおそれがある。以上のことから、技能実習期間を延長することは適当ではない。	この提案は、外国人研修・技能実習制度に「介護」を追加することにより、3年(制度改正が実施すれば4年)の期間中、当該法人が行う介護職員基礎研修事業(教育・実務連携型研修システム)に参加し、修了した外国人は、介護福祉士国家受験資格者の取り扱いはするものである。なお、送り出すインドネシア海外労働者派遣・保護を通じた良好であることと追加したい。 また、この提案は、日・インドネシア経済連携協定による受入の状況や実習の状況も十分に関心している。また、期間延長等については、技能実習生は実習終了後に母国へ帰国し、研修した技術等を母国の発展のために役立てることが当期の趣旨であるため、技能実習期間を延長し、母国に帰国した後の技能移転を長らくすることで、①定住化、不法就労の問題、②家族の呼び寄せ問題、③労働市場への影響などが発生するおそれがある。以上のことから、技能実習期間を延長することは適当ではない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。														社会福祉 法人堂の 里	宮崎県	厚生労働省		

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提議案・届出提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管府省庁	
0920060	救急救命士による血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命士を行うことを業とすることができる。(法第43条第1項) 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。厚生労働省令で定める救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。(法第44条第1項) 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命士を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。(法第44条第2項)		意識障害を呈している傷病者へ、直接メディカルコントロール下において救急救命士による簡易血糖測定による血糖値測定と、低血糖発作が確定した際にブドウ糖溶液の投与を行う。	糖尿病の国内患者数は、この40年間で約3万人から700万人程度にまで膨れ上がってきています。さらに境界型(糖尿病予備軍)を含めると2000万人に及ぶとも言われます。厚生労働省発表によると、2006年11月時点の調査データから、日本国内で糖尿病の疑いが強い人は推計820万人と推定しています。この糖尿病患者数の増加と相まって、治療薬のインスリン使用による低血糖発作で救急搬送されるケースも増加しています。重症低血糖発作では昏睡状態となり、症状からは脳血管障害との鑑別が困難となります。この鑑別には血糖測定が有効であることは周知するところでありますが、現在の救急救命士法では簡易血糖測定による血糖測定を実施することはできません。そのため、強く低血糖発作が疑われる患者であっても、救急隊は脳血管障害にも対応可能な3次医療施設への搬送を余儀なくされます。簡易血糖測定器の取扱いは容易であり、現場で血糖測定を行うことは低血糖発作の鑑別に有効です。さらに低血糖発作症例に対して静脈経路確保を行い、ブドウ糖溶液を投与することは昏睡状態からの一早い回復に大変有効と考えます。当MC管内救命救急センターでは、昏睡状態で救急搬送された重症低血糖患者は2003年からの5年間で80例を救え、そのほとんどが当日または翌日に退院となっています。今後増加が予想される低血糖発作患者への速やかな対応と適正な医療機関の選択の一助として、救急救命士による血糖測定と低血糖時のブドウ糖溶液の投与を認めていただきたいと思います。適切な地域メディカルコントロール体制が整備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見 回答の「医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容、教育期間をふまえて、救急救命士に当該処置を行わせることは適切でないが、今後、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。」	「措置の分類」の見直し C	「措置の内容」の見直し III	各府省庁からの再検討要請に対する回答 御提案については、専門家等の意見を踏まえて検討を行う予定である。 なお、救急救命士については、直ちに生命に影響を及ぼすものであり、特区において実験的に事例を蓄積することは馴染まないものと考えられる。また、御提案の血糖測定及びブドウ糖溶液の投与を含め、医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容等と踏まえると、救急救命士に当該措置を行わせることは適切ではないと考えられる。専門家等の意見も踏まえて検討を行う必要があり、現段階で予め検討スケジュールをお示しすることはできない。			1 0 0 9 0 1 0	伊藤地域 救急業務 メディカル コントロール 協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920070	救急救命士によるアナフィラキシー患者へのエピネフリン注射器(エピベン®)の使用	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命士を行うことを業とすることができる。(法第43条第1項) 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。厚生労働省令で定める救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。(法第44条第1項) 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命士を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。(法第44条第2項)		アナフィラキシーショックを呈している傷病者に対し、傷病者本人に処方されているエピネフリン注射器(エピベン®)を、直接メディカルコントロール下において救急救命士が傷病者本人に代わり使用することにより救命に寄与する。	アナフィラキシーショックを呈している傷病者に対し、傷病者本人に処方されているエピネフリン注射器(エピベン®)を、直接メディカルコントロール下において救急救命士が傷病者本人に代わり使用することにより救命に寄与する。 ハチ毒や食物、薬物等が原因で起こる、急性アレルギー反応のひとつにアナフィラキシーがありますが、ときに呼吸困難、意識障害等の症状を伴うことがあります。その中にはショック症状を引き起こし、短時間のうちに生命を左右するような危険な状態に陥ることがあります。厚生労働省の人口動態統計によると、1年間にアナフィラキシーが原因で死亡届けがあったのは50~60人程度とされています。これは原因の詳細が不明なアナフィラキシーも含まれています。米国では人口の1.24~16.76%がアナフィラキシーを起こし、0.002%が死に至る可能性があると考えられ、アナフィラキシーはまれにみられる疾患ではないとされています。本邦では2003年8月より、アナフィラキシーショックに対する救急処置として、エピネフリン注射器(エピベン®)が使用可能となり、実際の現場で有用であることが実証されており、エピネフリン注射器(エピベン®)は、アナフィラキシーショックの既往がある、あるいはアナフィラキシーショックを発症する可能性がある医師が判断した場合に処方される薬剤で、患者は常時携帯することによって治療されます。しかし、この注射器は患者本人あるいは保護者にのみ使用が認められているのが現状であり、一旦アナフィラキシーショックに陥ると、患者本人に自己注射を行えるだけの余力と時間的猶予はありません。時と場所を選ばずに発症するアナフィラキシーショック患者に、一歩先に治療することの出来る救急救命士が患者本人に代わってこの注射器を使用すれば、アナフィラキシーによる死亡を回避させることが可能と考えられます。この注射器の取扱いは非常に容易であり、是非とも救急救命士によるエピネフリン注射器(エピベン®)の使用を認めていただきたいと思います。適切な地域メディカルコントロール体制が整備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	IV	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見 貴省の回答に、「今年度中の検討を行う予定」とあるが、検討内容の詳細及び結論を出す時期を明らかにされたい。また、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。	「措置の分類」の見直し C	「措置の内容」の見直し IV	各府省庁からの再検討要請に対する回答 御提案については、厚生労働科学研究の結果や専門家等の意見を踏まえて、今年度中に検討を行い、結論を得る予定である。			1 0 0 9 0 2 0	伊藤地域 救急業務 メディカル コントロール 協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920080	救急救命士による重症喘息患者に対する吸入β刺激薬使用	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命士を行うことを業とすることができる。(法第43条第1項) 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。厚生労働省令で定める救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。(法第44条第1項) 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命士を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。(法第44条第2項)		喘息治療中患者の重症発作時に、直接メディカルコントロール下において、処方されている吸入β刺激薬を救急救命士が使用し、病院前における喘息死を防ぐことに寄与する。	本邦における気管支喘息での年間死亡数は、平成17年の人口動態統計によると3198人(男性1565人、女性1633人)と推定されています。人口10万人に対する死亡率は2.5人で、この10年間で半減しているものの、喘息死に遭遇することは稀ではありません。現在、救急隊、救急救命士が重症化した気管支喘息の傷病者に対して行うことの出発点処置は、酸素投与のみとなっております。重症発作時には、救急搬送の遅延や騒音のストレス、冬の冷たい外気などで重症気管支喘息患者は容易に心臓機能停止状態に陥ってしまいます。そこで、患者本人に処方されている吸入β刺激薬の救急救命士による使用を提案いたします。現在、傷病者本人、または保護者のみが吸入β刺激薬を使用できるようになっておりますが、傷病者本人のみが救急現場にいない場合、救急隊、救急救命士には使用できないのが現状です。重症発作時には患者本人が自力で吸入を行うだけの体力や思考能力は、もはや期待出来ない状態です。さらに喘息死の約48%が病院前あるいは救急室との報告があります。病院前救護において救急救命士による吸入薬の介助が実施されれば、喘息によって死んでいる患者を救命することに非難されずと考えられます。適切な地域メディカルコントロール体制が整備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見 オンラインによる医師の指示の確実な伝達など提案主体の実施体制の整備や、事後検証の蓄積を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないか、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないかと考えられます。また、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	「措置の分類」の見直し C	「措置の内容」の見直し III	各府省庁からの再検討要請に対する回答 御提案については、専門家等の意見を踏まえて検討を行う予定である。 なお、救急救命士については、直ちに生命に影響を及ぼすものであり、特区において実験的に事例を蓄積することは馴染まないものと考えられる。また、御提案を含め、医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容等と踏まえると、救急救命士に当該措置を行わせることは適切ではないと考えられる。専門家等の意見も踏まえて検討を行う必要があり、現段階で予め検討スケジュールをお示しすることはできない。			1 0 0 9 0 3 0	伊藤地域 救急業務 メディカル コントロール 協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920090	救急救命士による心臓機能停止前の静脈経路確保と輸液について	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命士を行うことを業とすることができる。(法第43条第1項) 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。厚生労働省令で定める救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければならない。(法第44条第1項) 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命士を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。(法第44条第2項)		出血性ショックや、明らかな脱水等を呈している傷病者に対し、直接メディカルコントロール下において救急救命士による静脈経路確保、輸液処置により、防ぎ得た死亡の削減に寄与する。	現在、救急救命士法では、省令により心臓機能停止状態の患者に対して、医師の指示のもとに定められた医療行為(特定行為)が許されていますが、重症傷病者に対して心臓機能停止前に静脈経路確保と輸液を実施することは出来ません。そこで、救急救命士による心臓機能停止前の静脈経路確保と輸液を提案いたします。これは、交通事故等の外傷傷病者や熱中症者、消化管出血等の傷病者に有効であると考えられます。特に、交通事故現場等において、傷病者が出血性ショック状態から心停止に陥る前に、救急救命士により静脈経路確保が実施されれば、防ぎ得た死亡(Preventable Death)の削減に寄与すると考えられます。適切な地域メディカルコントロール体制が整備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見 オンラインによる医師の指示の確実な伝達など提案主体の実施体制の整備や、事後検証の蓄積を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないか、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないかと考えられます。また、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。 なお、救急救命士が行う行為の範囲は、省令事項と思われるが、如何。	「措置の分類」の見直し C	「措置の内容」の見直し III	各府省庁からの再検討要請に対する回答 御提案については、専門家等の意見を踏まえて検討を行う予定である。 なお、救急救命士については、直ちに生命に影響を及ぼすものであり、特区において実験的に事例を蓄積することは馴染まないものと考えられる。また、御提案を含め、医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容等と踏まえると、救急救命士に当該措置を行わせることは適切ではないと考えられる。専門家等の意見も踏まえて検討を行う必要があり、現段階で予め検討スケジュールをお示しすることはできない。			1 0 0 9 0 4 0	伊藤地域 救急業務 メディカル コントロール 協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920100	緊急の遠距離訪問診療に必要な自動車の緊急自動車としての指定追加	-	-		急等の特定疾患の患者に対し、緊急で長距離の訪問診療を行う必要がある場合、外見上一般車両と変わらない訪問診療用の自動車を、緊急自動車として指定する。	死因の一位を占める癌を含め、政府は自宅で終末期医療を推進している。癌の終末期は急性疼痛、呼吸困難などの多様な症状が突然出現する頻度が高いため、昨今は緩和医療専門の医師が対応できるようになっている。緊急に対処すべき症状が出現する際には、患者の搬送すら危険となっている場合が多い一方で、緩和医療の経験豊富な医師は少ないため、医師が極めて遠方の患者に対して訪問診療を行っているのが現状である。 本提案は、緩和医療の経験豊富な医師が遠距離の癌を含む特定疾患の患者に対し、緊急に訪問診療を行う必要がある場合に限り、外見上一般車両と変わらない訪問診療用の自動車を緊急自動車として指定するものである。	-	-	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し -	「措置の内容」の見直し -	各府省庁からの再検討要請に対する回答			1 0 1 0 1 0 1 0	医療法人 陽気会 在宅ホスピ タルの 木	栃木県	警察庁 厚生労働省 国土交通省

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・届出提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管官庁
0920110	地域包括支援センターに係る職員の専任規制を緩和し、地域包括支援センターに配置されている専門職が障害者に対する相談支援に従事することを可能とする。	○介護保険法施行規則第140条の5第2条の5	○地域包括支援センターと指定相談支援業務を行うためには、介護保険法施行規則第140条の5に定められる基準及び、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の人員及び運営に関する基準」を満たさなければならない。		地域包括支援センターに係る職員の専任規制を緩和し、地域包括支援センターに配置されている専門職が障害者に対する相談支援に従事することを可能とする。	年齢や障害の有無にとらわれず、住み慣れた身近な地域において暮らすことができるよう高齢者と障害者の共生型地域づくりをめざす。 提案理由: 障害者の地域移行を推進していくためには、障害者のニーズにあった様々なサービスが必要となるが、本道は面積が広大であり、また、人口の希薄な市町村も多く存在している。こうした市町村においては、障害者のみを対象とした相談支援体制の構築は困難な場合が多い。このため、高齢者に対する相談支援拠点として整備が進捗している地域包括支援センターの機能を活用することにより、相談窓口のワンストップ化を促進するとともに、障害者の一生を通じて適切に適切な支援体制の整備を図る。	D	○事業の適切な運営の観点から、「地域包括支援センターとして」指定相談支援業務を行うことはできないが、地域包括支援センターは、地域の実情を勘案して、運営協議会において認められた場合には、専従等の配置すべき人員の基準を緩和することができるため、指定相談支援事業所の基準を満たせば、同一法人内で両者の業務に従事することが可能である。		介護保険法施行規則上、地域包括支援センターの職員については「専従」要件が規定されているところであり、例えば、地域包括支援センターの3人の職員(保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員)とともに、障害者の相談支援担当職員2名を配置した「高齢者・障害者 総合支援センター」を設置した場合、現行の規定では「専従従事する」との規制があるため、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、障害者に対する相談支援業務に従事することはできないものと考えられており、当方の提案を実現するためには介護保険法施行規則第140条の5第2号に規定する「専従従事する」規制の例外を特区省令において認める必要がある。	D		○地域包括支援センターは、地域包括ケアの実現のために、平成18年度の制度改正により、地域の中核機関として新たに設置されたところである。地域包括ケアの実現にあたっては包括支援事業を地域において、職員が一体となって重点的・集中的に取り組むことが必要不可欠であるため、基本的には専従で配置すべきものとしている。○ただし、介護保険法施行規則第140条の5第3号の規定により、「地理的条件その他の条件を勘案して特定の生活圏域に地域包括支援センターを設置することが必要である」と地域包括支援センター運営協議会において認められた場合には、同条第3項の条のとおり、職員の専任要件が緩和されているところであり、現行法においても柔軟な対応が可能である。						
0920120	障害者支援施設における高齢者の介護サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)の適用	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)	○指定短期入所生活介護事業者の指定を受けるとは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)において定められる基準を満たさなければならない。		旧法の身体障害者療養施設や知的障害者入所更生施設など特別養護老人ホームと同等の人員配置が行われている障害者支援施設の一部(空きベッド)について、介護保険法の指定に基づく短期入所生活介護(ショートステイ) サービスを提供することを可能とする(空き利用型ショートステイ)。	高齢者の在宅介護支援のためには、介護保険法の短期入所生活介護の利用が重要である。一方、障害者支援施設においては利用者の地域移行による空きベッドが存在しており、その有効な活用が求められている。このため、障害者支援施設について本来の目的を損ない範囲で、一部を短期入所生活介護として利用することを可能とし、これにより、高齢者が身近な地域で生活できる環境を整備するとともに、地域資源である障害者支援施設の有効活用を図る。 提案理由: 短期入所生活介護事業所については、各法の指定を受けた場合には、身体障害、高齢者相互に利用することは現行制度においても可能であるが、こうした措置を障害者支援施設にも、当該施設の本来的目的を損ない範囲で適用する。 また、介護保険法において、障害者支援施設の指定(空きベッドの利用)は想定されていないことから、別途人員の配置が必要となっている。	D	障害者支援施設の居室であっても、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)に定める基準を満たすものとして都道府県知事から短期入所生活介護の指定を受けたのであれば、介護保険制度における短期入所生活介護の事業を行うことは可能である。		いわゆる「空き利用型」短期入所生活介護(ショートステイ) については、現行の指定基準上は特別養護老人ホームにしか認められていないところを、身体障害施設など障害者支援施設についても認めたいというものであり、今後、施設入所者の地域移行の進展によって障害者施設の空きが増加するが、こうした未活用の社会資源を、高齢者のショートステイサービスとのニーズに対応するために有効活用を図る必要があるという観点からの提案である。したがって、貴省回答にあるような、一般的な短期入所生活介護を利用できることについては「空き利用型」短期入所生活介護についての規制緩和を求める当方の提案への回答にはなっていないと考える。	C	III	短期入所生活介護と特別養護老人ホームは、提供されるサービスの内容や利用者の状態が似通っていることから、求められる人員や施設の基準も重なっている。「空き利用型」の短期入所生活介護における人員基準や設備基準の一部緩和は、特別養護老人ホームの空きにおいて短期入所生活介護を行う場合には、特別養護老人ホームの基準に従って必要な人員、設備が確保されることにより、短期入所生活介護としてのサービスの質も担保されるため、特別に認める必要はない。障害者支援施設については、例えば談話室の設置が義務付けられていない等、施設基準等が異なっており、障害者支援施設の基準を満たしていることをもって直ちに短期入所生活介護としてのサービスの質が確保されるとは言えないため、「空き利用型」を認めることは妥当ではない。 なお、現在においても、利用者の処遇に支障がない場合は、他の社会福祉施設の居室、便所、洗面設備、静室、介護職員室及び管理職員室以外の設備に関して共用が可能となっており、一定の規制緩和は行っているものである。						
0920130	介護サービス事業所の人員基準の緩和による介護ボランティアの活用	○介護保険法第74条第1項、第76条の4第1項、第88条第1項、第90条第1項、第110条第1項、第115条の4第1項、第115条の13第1項 等	○介護保健施設や居宅サービス等において必要な人員基準上の人員として位置づけられる者は、当該施設・事業所の「従業者」であることとされている。		介護保険制度の求める一定水準以上のサービス提供が確保できると認められる場合には、人員基準上の介護職員に代わり介護ボランティアを活用できるよう人員基準を緩和する。 【介護ボランティアの具体的な活用事例】 ①訪問介護 訪問介護員+ボランティアがペアで訪問することにより、生活援助の分業が可能 ②通所サービス・施設サービス 介護職員1人1人代わりボランティア2~3名が配置されることにより、マンパワーが増え、ケアの質向上が図られる 【サービスの質の確保及び介護ボランティアの安定供給対策】 ・地域支援事業の活用により、介護ボランティアの安定供給を図る ・介護ボランティアには、一定の介護研修と事業者との契約を義務付ける(介護ボランティアの自由意志に基づくもの) ・事業者には、事故等が発生した場合のための保険加入を義務付ける ・介護ボランティアは生活援助系の介護サービスを中心に担う	ボランティア意識の高揚が見られる現在、意欲のあるボランティアに介護サービスの一翼を担ってもらえる制度を整備することにより、今後益々増大する介護需要に応えられる地域の介護力の向上を図ることを目的とする。 なお、当該提案により、介護給付費の抑制や、介護従業者の低賃金問題の改善にも一定の効果も期待できる。 【介護ボランティアの具体的な活用事例】 ①訪問介護 訪問介護員+ボランティアがペアで訪問することにより、生活援助の分業が可能 ②通所サービス・施設サービス 介護職員1人1人代わりボランティア2~3名が配置されることにより、マンパワーが増え、ケアの質向上が図られる 【サービスの質の確保及び介護ボランティアの安定供給対策】 ・地域支援事業の活用により、介護ボランティアの安定供給を図る ・介護ボランティアには、一定の介護研修と事業者との契約を義務付ける(介護ボランティアの自由意志に基づくもの) ・事業者には、事故等が発生した場合のための保険加入を義務付ける ・介護ボランティアは生活援助系の介護サービスを中心に担う	C	○介護保険サービスは、質の高い人材により、確実に継続して質の高いサービスが提供できることが求められるものである。 ○これらの施設等においては、確実かつ継続してサービスを提供する義務があり、このため、施設等における人員は「従業者」が、使用者(管理者等)の指揮命令下のもとサービスを提供することにより、確実かつ質の高いサービスを提供する体制を確保できるものと考えられる。 ○この提案のボランティアについては、従業者と異なり、使用者(管理者等)の指揮命令下において、従業者と全く同じ責任や義務を負わせることは困難であるが、同様の取扱いをすることはできないものと考えられ、従業者と同等の責任や義務を負わせることは困難であり、また、同様の取扱いをすることはできないものと考えられる。したがって、回答をしない。 なお、人員基準の問題は、省令事項と思われるが、如何。		契約の形態によっては、ボランティアであっても、その担当する業務に關し、従業員と同等の責任や義務を継続的に課することは可能ではない。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答をしない。 さらに、人員基準と介護保険給付の関係、人員基準外又は介護保険給付対象外のボランティアの活用に対する規制の有無及び人員基準には介護業務の雇用保障的な意味合いがあるのか等について、回答をしない。 なお、人員基準の問題は、省令事項と思われるが、如何。	C	I	介護保険制度は、国民から集めた保険料及び公費から成り立っており、給付対象となるサービスについては、一定の質を確保する必要がある。ご提案のボランティアについては、介護に従事する従業者と異なり、使用者(管理者等)の指揮命令下において、従業者と全く同じ責任や義務を負わせることは困難であり、また、同様の取扱いをすることはできないものと考えられ、従業者と同等の責任や義務を負わせることは困難であり、また、同様の取扱いをすることはできないものと考えられる。したがって、回答をしない。 なお、介護保険法に基づく指定を受けるとは、ボランティア等が生活援助系のサービスを行うことについては、介護保険法上問題はない。また、人員基準を設定することで、質の高い人材により、確実かつ継続して質の高いサービスを提供することが可能となることである。なお、人員基準については介護保険法において規定されており、具体的内容は厚生労働省令に委任されている。						
0920140	「生活習慣病管理料」の算定基準の緩和	平成20年厚生労働省告示第9号「診療報酬の算定方法」	生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が必要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、薬業、運動、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。		現在、高血圧症、糖尿病等の生活習慣病に関する総合的な治療管理を行った場合、「生活習慣病管理料」として許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関においてのみ保険点数が算定できるという基準を、条件付で緩和し許可病床数が200床以上であっても、生活習慣病管理料を算定できるようにするものである。	本年4月より、40才以上のすべての人を対象に、メタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた、生活習慣病予防のための新しい健診・保健指導が始まり、加入している医療保険者が実施主体として多くの医療機関と連携し事業を進めています。その中で、提議医療機関として多くの許可病床数の基準はありませんが、「生活習慣病管理料」の算定に関しては、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関においてのみ保険点数が算定できるという基準を設けています。双方とも生活習慣病に対する検診・治療のほが、200床以上の病院は、健診はできるが、薬治療と診断され高血圧症、糖尿病等の生活習慣病に関する総合的な治療管理が必要となつ場合、算定できないというケースも考えられるため、特定種において提議医療機関の病院に限り、「生活習慣病管理料」の算定を認めて頂きたい。	C	III	質が高く、効率的な医療提供体制を構築する観点から、診療所・病院の役割分担を推進することとしている。生活習慣病等の慢性疾患の外來管理については、診療所等が担うべきと考え方に基づき、生活習慣病管理料の算定は診療所又は200床未満の中小病院に限られているところである。このため、200床以上の特定種診における提議医療機関について生活習慣病管理料を算定することは不適当であるとする。										
0920150	家事使用人の在留許可申請にかかる、雇用者たる外国人の要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の省令	一般にいう外国人の家事使用人については、一定の要件を満たす上で、雇用的使用人として、「投資・経費」又は「法律・会計業務」の在留資格をもって在留する事務所の長等として雇われた外国人が、その事務所の長等の家事に従事する活動として認められることとなり、我が国へ入国できることとなっている。		東京の都心部に拠点を置く海外の金融機関に勤務する外国人従業員を対象として、家族の家事を担う家事使用人の在留許可申請に關して、雇用者たる外国人の要件を緩和する。	日本経済活性化の一端として、金融・資本市場の競争力を高めることが重要であり、高度な金融技能を備えた外国人を増やすことが必要であることは、金融庁が昨年12月21日に発表した「金融・資本市場競争力強化プラン」でも謳われているところである。東京は、金融センターとして、ニューヨークやロンドンのみならずアジアでもシンガポール、香港、上海などと競合しており、当協会に加盟する金融機関の外国人従業員も、これらの都市で働いた経験があります。これらの都市と比べると東京は、外国人を受け入れる環境が不十分であり、とりわけ、家族の家事を担う家事使用人が在留資格を取得することが極めて困難という問題が存在します。現状では、家事使用人の雇用者として適格とされるのは金融機関の一握りの最長幹部に限定されており、高度な金融技能を備えていないが、東京での勤務を諦めざるを得ないケースも数多くあります。当協会が、昨年12月に委員会を対象に実施したアンケートでも、申請が却下された事例が多岐にわたる。経営幹部であっても事業所の長に準ずるまでではないケースや、16人もの部下を抱えていても却下されたケースもありました。当協会は、会員会社の多くが、内閣府の「国際金融拠点機能強化プラン」に記載された2つの区域(「東京駅・有楽町駅周辺地域」および「環状二号线新橋周辺・赤坂・六本木地域」)およびその周辺地域に集中していることから、これらの地域を対象として、家事使用人の在留許可申請に際して、雇用者たる外国人の要件緩和を要望します。 (注) 別紙事業内容書あり。	C	III	我が国では、「専門的・技術的分野」の外国人労働者の受け入れを基本政策としており、家事使用人(「専門的・技術的分野」には該当しない)の在留許可申請に關して、雇用者たる外国人の要件の緩和を行うことは、上記の外国人労働者受け入れに係る基本政策に照らして困難である。		本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受け入れに係る基本政策に抵触するものではなく、現行でも認められている家事使用人の雇用者たる外国人の要件の緩和を求めたものである。各種政府決定を踏まえ、政府一体となって推進するものである点及び単純労働者受け入れの範囲をむみや広げるものではないことを考慮し、提案の趣旨の実現に向けて検討された。また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答をしない。	C	III	前回も回答したとおり、家事使用人は「専門的・技術的分野」に該当するものではなく、現在認められている受け入れはあくまで特例的なものであり、当該家事使用人の在留許可申請に關して、雇用者たる外国人の要件の緩和を行って、専門的・技術的分野に該当しない家事使用人の受け入れを拡大することは、我が国の外国人労働者受け入れに係る基本政策に照らして困難である。					

09 厚生労働省 非予算(特区・市域再生再検討要請回答).xls

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・届出提案に係る規制の特異措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管(関係府庁)					
0920160	外国人の家事使用人にかかわる在留資格要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	一般にいう外国人の家事使用人については、一定の要件を満たす上で、雇人の使用人として、「投資・経営」又は「法律・会計業務」の在留資格を有する者が在留する事務所の長等に雇用された外国人が、その事務所の長等に家事に従事する活動として認められることにより、我が国へ入国できることとなっている。		外国人家事使用人を雇用する者の資格要件のうち、①「投資・経営」又は「法律・会計業務」の資格を有するに留する者で、②事業所の長又はこれに準ずる地位にある者で、③申請の時点において13歳未満の子又は病弱者により日常の家事に従事することができない配偶者を有するもの、の要件を、(1)東京都23区の特定地域(新宿区、港区、品川区、渋谷区、千代田区、墨田区及び中央区の全域)内に所在する事業所に勤務し又は当該地域内に居住し、(2)金融関連サービス業に従事する外国人については、これを撤廃又は代替的手段をもって緩和する。	左記の特定地域内で勤務又は居住する外国人金融ビジネスパーソン等が雇用する外国人家事使用人について、左記①～③の要件を、撤廃又は雇用に一定の経済的要件を求めるとの代替的手段をもって緩和する。 (1) 事業の必要性 a. 外国人家事使用人の重要性 b. 雇用人の在留資格の要件(左記①)の不合理性 c. 雇用人の地位の要件(左記②)の不合理性 d. 雇用人の家族構成の要件(左記③)の不合理性 e. 駐留国においては左記①～③のような制限はない f. 本提案は出入国基本計画や国際金融拠点機能強化プランを具体化するものである (2) 事業の許容性 a. 雇用人の限定により費用対効果が高い一方、入管政策に与える影響は軽微である b. 雇用人を金融関連サービス業に従事者に限ることから、弊害発生の可能性は低い c. 雇用人の在留資格・地位に関する要件は、経済的要件によって代替可能である(詳細は別紙事業内容書のとおり)	C	Ⅲ	我が国では、「専門的・技術的分野」の外国人労働者の受入れを基本政策としており、家事使用人(「専門的・技術的分野」には該当しない)の在留許可申請に關して、雇用する外国人の要件の緩和を行うことは、上記の外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして困難である。	再検討要請	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに係る基本政策に抵触するものではなく、現行でも認められている家事使用人の雇用を際し、その要件の緩和を求めているものである。各種政府決定を踏まえ、政府一体となって推進するものである点及び単独労働者受入れの範囲をゆやみに広げるものではないことを考慮し、提案の趣旨の実現に向けて検討されたい。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	提案主体からの意見	骨太の方針2007において、市場強化プランを政府一体となって推進することが閣議決定されたことに関わり、法務省、厚生労働省、警察庁の三省庁が実質的な対応の先送りを示唆する回答をしたことは残念である。法務省および警察庁は、外国人労働者の受入れに与える影響については慎重な検討が必要である旨を述べているが、AGCの提案は特区においても制度利用者に条件を付けるものとなっている。本案件を机上の空論で終わらせるのではなく、合理的なリスクコントロールを可能とする限定範囲において実行に移すことで、その影響を具体的に検証でき、よりよい制度設計へとつながることができる。	C	Ⅲ	前回も回答したとおり、家事使用人は「専門的・技術的分野」に該当するものではなく、現在認められている受入れはあくまで特例的なものであり、当該家事使用人の在留許可申請に關して、雇用する外国人の要件の緩和を行うこと、専門的・技術的分野に該当しない家事使用人の受入れに係る基本政策に照らして困難である。					1 0 3 7 0 1 0	在日米国籍商工会議所	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省
0920170	ALTIに係る派遣期間制限の除外	労働者派遣法第40条の2 労働者派遣法施行令第4条	専門的な業務等(26業務)を除いた業務については派遣受入可能期間が設けられている。		「人材都市びん」を標榜する岐阜市では、生徒の英語能力を効率的に伸ばすため、現在、市内各中学校に派遣されているALTIを今後も積極的に活用したい。 しかし、現状では労働者派遣法で派遣期間制限が設けられており、派遣可能期間を超えて派遣受け入れを継続する場合には、告示により3ヶ月間のクーリング期間を設ける必要があり、その間、ALTIの派遣受け入れを停止しなければならない。 よって、ALTI業務が派遣期間制限から除外されるよう、労働者派遣法施行令第4条に定める業務にALTI業務を位置づけていただきたい。	ALTIの派遣期間制限の除外によるネイティブ・スピーカーの継続活用により、文部科学省が推進する「『英語が使える日本人』育成のための戦略構想」で示す「中学校の英語の授業に週1回以上ALTIが参加すること」が可能となる。 前回提案時の回答には、「①業務の専門性や②常雇用による影響について具体的な検討が必要である」とあるが、当市のALTI業務は、下記の通り、26業務に含まれることが適切と考えられている。 ①について、当市のALTIは、全員が「人文科学・国際業務」の在留資格を有しているが、例外として、「大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合」は、経験年数を求められていない。 これは、すなわち在留資格「人文科学・国際業務」を持ち、語学の指導に係るALTIは、翻訳、通訳に係る業務と同等の専門的能力を持っていると我が国が認めていることにはならない。 また、26業務の1つ「通訳、翻訳等業務」とALTI業務には、英語を母語とする者が文章等をチェックし文法上等の誤りを訂正する等の一部業務について、共通点がある。同様の専門的能力に基づく業務であると考えられる。 ②について、ALTIは、そもそも全員外国人であり、数年後には母国へ戻り、人が替わることや、入国手続きや在留管理等の専門的ノウハウの必要性から、現実的な対応は、官よりノウハウを持つ民間の方が、一定水準以上の効果を保て、指導助手という本来の業務へ専念できると考えられる。 また、ALTI業務に、長期間継続した常雇用労働者は、殆ど存在せず、雇用慣行を損なわない。	C	Ⅱ	労働者派遣法施行令第4条に掲げる業務は、公労使の意見も経て、「専門的な知識、技術等又は経験を必要とする業務」または「特別な雇用管理を行う必要があると認められる業務」であって、「当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間に渡るその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないと認められるものであること」を要している。 御提案のALTI業務については、他の業務とは特異に、専門性や雇用管理の特性があるとする客観的根拠が示されていないほか、JETプログラムにおける直接雇用のALTI配置数の推奨により、常雇用労働者の派遣労働者への代替が少ないとは考えない。 また、「『英語が使える日本人』の育成のための戦略構想」においても具体的な施策として「外国人(ネイティブ)の育成のための教員の採用」を掲げているほか、2008年8月時点におけるJETプログラムにおける直接雇用のALTI配置数も約5,000人いる状況において、直接に雇用することができないとする理由は無いものと考えざるを得ない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	ALTI業務の専門性・雇用管理の特殊性については、述べたとおりだが、最近策定された『教育振興基本計画』(平成20年7月1日)において「ALTI等の外国人材の積極的な活用を支援する」としていることから、外国人材の積極的な活用を支援する一方、派遣期間制限を除外したALTI派遣については、再度検討いただきたい。 なお、JETプログラム等による直接雇用は、長期休暇を取得した人への補充ができず、ALTIとのERTの稼働がヶ月中断したことで、国のERT稼働が月中断したことで、ALTI業務の問題を再検討し、再度検討いただきたい。 また、ALTI業務の問題を再検討し、再度検討いただきたい。ALTI配置数減少の理由を派遣するものと位置づけるのは、不適切と考える。	C	Ⅱ	労働者派遣制度は、常雇用労働者の代替とならないことを、派遣受入期間の制限という形で担保したことにより、臨時的・一時的な労働力の需給調整に関する対策として明確に位置づけられている。 このため、御提案のALTI業務が、臨時的・一時的な業務ではなく、恒常的に存在する業務であるとするれば、労働者派遣ではなく、直接雇用すべきものと考えられる。また、直接雇用されているALTIが現在の現状を踏まえれば、直接雇用が可能と考えられる。なお、コスト削減の観点から「直接雇用はコスト面や学校の長期休業中の活用、欠員が出た際の補充への対応等から効率的ではない」とあるが、コスト削減のために法の趣旨を逸脱するようないことがあってはならず、民間企業においても上記の法の趣旨を踏まえ対応し、行政機関においては一律の法の趣旨の遵守をお願いしたい。 加えて、御指摘の「外部人材」については、必ずしも労働者派遣制度に限られるものではないと考えるが、仮に労働者派遣制度を使用する場合においても、現行法制度の遵守に留意されたい。					1 0 3 8 0 1 0	岐阜市	岐阜県	厚生労働省		
0920180	障害児・者福祉事業の第二種社会福祉事業化	社会福祉法第2条第3項第4号の2 障害者自立支援法第77条第3項 医療法第42条第7号	日中一時支援事業は社会福祉法第2条第3項に規定される第二種社会福祉事業には該当しない。		障害者自立支援法第77条第3項に規定される障害者自立支援事業は社会福祉法第2条第3項第4号の2に規定される事業として第二種社会福祉事業に位置づけられることにより、医療法第42条第7号の規定により医療機関が実施できるよう規制を緩和すべきである。	障害者自立支援法施行以前は、短期入所事業の宿泊を伴わない事業として医療機関で行なわれてきたが、障害者自立支援法の施行により、地域生活支援事業の他の事業として整理された(詳細は「その他(特記事項)補添付資料①」に記載)ことにより、日中一時支援事業は医療機関で実施できなくなった。 また、障害児を預かる機能として、障害者自立支援法第5条第9項に規定される短期入所事業、児童福祉法第6条の2第2項に規定される放課後児童健全育成事業があるが、これらは第二種社会福祉事業に位置づけられている。 よって、医療機関でも実施できるよう日中一時支援事業を第二種社会福祉事業に位置づけていただきたい。 併せて、医療機関からも日中一時支援事業を行えるようにならないかとの要望が当方に寄せられていることから早急に検討していただきたい。	C	Ⅰ	日中一時支援事業は、障害者自立支援法制定にあたっては、障害者等の日中における活動の場の確保を目的とし、各自治体が地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効率的かつ効果的に実施することができるよう、社会福祉事業として位置づけられたことにより、日中一時支援事業は医療機関で実施できなくなった。 ○障害者等の日中における活動の場の確保を目的とする日中一時支援事業の性質をかんがみると、社会福祉事業としての規制をかけることによりサービスの質を確保すること等により、社会福祉事業としての規制をかける地域で柔軟に実施できる事業とするのが建前になじむものであるとされているため、第二種社会福祉事業に位置づけるのは困難である。 ○なお、日中一時支援を含めた障害者等の日中における活動の場の確保については、障害者自立支援法制定に規定されている施行後3年の見直しの際に併せて検討することとした。	障害者自立支援法施行と同時に医療法人が日中一時支援事業を実施することが出来なくなりましたことについて貴省がどのようにお考えか、一考察いただきたい。貴省の回答に、「障害者自立支援法制定に規定されている施行後3年の見直しの際に併せて検討することとした」とあるが、施行後3年後は平成21年である。日中一時支援事業についての検討状況についてご教示いただきたい。また、特設として実施することにより、平成21年における見直しに向けた検証が図られるのではないかと、合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「日中一時支援事業は地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効率的かつ効果的に実施することができる」という社会福祉事業としての規制をかけることができないことについて貴省がどのようにお考えか、一考察いただきたい。貴省の回答に、「障害者自立支援法制定に規定されている施行後3年の見直しの際に併せて検討することとした」とあるが、施行後3年後は平成21年である。日中一時支援事業についての検討状況についてご教示いただきたい。また、特設として実施することにより、平成21年における見直しに向けた検証が図られるのではないかと、合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	C	Ⅳ	障害者自立支援法施行により、障害福祉サービスや地域生活支援事業等におけるサービス提供主体に関する規制の緩和が行われ、日中一時支援についても社会福祉事業としての規制を行わず、サービス提供主体に關しての規制を付さないこととしたこと。こうした規制緩和を維持しながらご要望を満たすために、日中一時支援事業を医療法人の附帯業務に位置づけることについて、速やかに検討し、結論を得る予定である。					1 0 3 8 0 2 0	岐阜市	岐阜県	厚生労働省		
0920190	医学部入学生員要件の緩和	「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月28日)医師の需給に関する検討会	医師不足が特に深刻と認められる10県において、平成20年度から最大10名に限り10名を限度として医師養成数の増を認める。		「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月28日)の内容を踏まえ、人口に比して国公私立大学医学部等の定員が少ない県に対して、定員の暫定的な調整を容認し、現定員とは別枠の定員を認める。	(実施内容) 県が養成するべき地医療従事者を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とする。また、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公私立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事者を前倒しした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金を返済を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該圏域の医療機関へ派遣する。 (提案理由) 平成17年の人口100万人当たりの医師不足は全国平均59.7人に対して本県は35.8人(全国4位)と非常に低位にあり、本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	一	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増員を容認したところである。 また、「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月27日閣議決定)において、大学医学部定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。」とされたところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師としてほぼ概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、全都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることに、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元医療機関で医療に従事することや条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めていることである。 ○「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月28日)では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、一定定員の暫定的な調整を認める必要がある」とされていることであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。	D	一	本年6月27日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2008」においては、大学医学部の定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」とこととされている。 これを受け、8月5日、文部科学省から「地域や診療科の医師確保の観点からの医師養成の推進について」、各都道府県に大学向けに発出され、医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための効果ある取組を講ずることを前提として定員増を認めることとした。					1 0 4 0 1 0	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省		
0920200	医学部入学生員要件の緩和	「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月28日)医師の需給に関する検討会	医師不足が特に深刻と認められる10県において、平成20年度から最大10名に限り10名を限度として医師養成数の増を認める。		新医師確保総合対策での大学医学部定員増の基準を2次保健医療圏別に算定し、基準を満たす地域に新たに派遣する医師については、現定員とは別枠の定員を認める。	(実施内容) 県が養成するべき地医療従事者を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とする。また、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公私立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事者を前倒しした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金を返済を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該圏域の医療機関へ派遣する。 (提案理由) 本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	一	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増員を容認したところである。 また、「経済財政改革の基本方針2008」(平成20年6月27日閣議決定)において、大学医学部定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。」とされたところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師としてほぼ概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、全都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることに、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元医療機関で医療に従事することや条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めていることである。 ○「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月28日)では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、一定定員の暫定的な調整を認める必要がある」とされていることであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。	D	一	本年6月27日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2008」においては、大学医学部の定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」とこととされている。 これを受け、8月5日、文部科学省から「地域や診療科の医師確保の観点からの医師養成の推進について」、各都道府県に大学向けに発出され、医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための効果ある取組を講ずることを前提として定員増を認めることとした。					1 0 4 0 1 0	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省		

09 厚生労働省 非予算(特区・市域再生再検討要請回答).xls

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・届出提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管府省庁
0920210	保育所入所要件の撤廃	児童福祉法第24条第1項、第39条 児童福祉法施行令第27条	保育所は日々保護者の委託を受けて、保育に欠ける乳幼児を保育する施設である。		特別の事情(特権児童がない地域、地域の保育所が「認定こども園」の認定を受けることが困難等)のある地域において、保護者の就労の有無等に関わらず、保育所入所要件(保育の実施基準)を撤廃する、または一定の割合まで、保育に欠けない児童の入所を認めるなど要件を緩和する。	保育所への入所要件は、保護者が就労、疾病等で十分な保育が受けられない0歳から小学校入学期の乳幼児ということになっている。 一方、核家族化や地域のコミュニケーションの希薄化などにより、近年は、専業主婦家庭における育児不安や悩み等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れがあるなどの保育を必要とする乳幼児は、現行の制度では対応できない状況である。 また、非正規雇用者の増加やリストラ等による雇員も多く見られる現在、職の就労状況の変化により、保育所に通えなくなることで、児童の健全な幼児教育・保育環境が確保されない状況となる。 なお、認定こども園制度では、認可保育所・認可幼稚園以外の部分は、国制度の助成の対象とならないことから、その旨にも限界があると考えられる。 このため、全ての就学前教育が保育所を利用できるよう入所要件(保育の実施基準)の撤廃を行う必要がある。	C	I		「保育に欠ける」要件を見直すことについては、対象者の大幅な増大が予想され、それに見合う財源の確保が必要不可欠であることから慎重な検討が必要である。 現実に保育サービスの量的拡大が図られ、保育の受け皿が用意されなければ、すべての対象者にサービスが行き渡らず、保育の必要性の高い児童が保育サービスを利用できなくなるなど、大きな混乱が生じるおそれもある。 現行の保育所制度は、終日保育を行うことを前提とした施設であるが、それ以外の特別なニーズ(例えば、用事がある時に一時的に子どもを預かってほしいなど)に対しては、一時保育や特定保育などの各種の保育サービスを展開し、きめ細く対応しているところ。必ずしもすべての保護ニーズを保育所の通常保育の部分で対応する必要はないのではないかと考えており、サービスを利用する子どもと保護者にとって、どのような形が望ましいのか、現在実施している各種の保育サービスの実施状況等も踏まえ考える必要がある。 いづれにせよ、福祉施設としての性格から厚厚い投資を投入している保育所について、仮に「保育に欠ける」要件を見直し、保育を必要とする者がだれでも利用できる施設にするならば、制度そのものの性格、公費負担の在り方、就労と育児の両立の観点からの根本的な制度設計の議論が必要な課題であると考えている。	「地方分権改革推進委員会第1次報告」(平成20年5月28日)において、「保育所については、『保育に欠ける』入所要件の見直し、直接的な方式の採用等について総合的な検討に着手し、平成20年中に結論を得る。」とあり、「地方分権改革推進要綱(第1次)」(平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定)及び「規制改革推進のための3カ年計画(改定)」(平成20年3月25日閣議決定)でも同様の旨が決定されている。また、平成20年4月23日の経済財政諮問会議において、議長から「保育サービスに係る規制改革については、利用者の立場に立って、年内に結論を出してほしい」との指摘がなされている。以上を踏まえ、「保育に欠ける」要件の見直しについて、保育サービス等の子育てを支える社会的基盤の整備の一環として検討できないか、また右の提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	①専業主婦家庭における育児不安等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れもあるため、「保育に欠けない」乳幼児であっても、保育を必要とする事例は増大しているものと考える。 ②「保育に欠ける子・欠けない子」すべてを受け入れることができる認定こども園については、全国で22ヵ所施設となっており、施設の飛躍的な増加には至っていない。 ③このような状況下において、保育所制度のそのものの性格、公費負担の在り方等の保育制度についての議論の中で、「保育に欠けない」児童を一定の割合で受け入れるなど要件の緩和は必要であり、再度、検討をお願いしたい。	F	I		1 0 4 6 0 3 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920220	病児・病後児保育の利用促進(実施場所の要件緩和)	「保育対策等促進事業の実施について」(H20.6.09厚労発第0609001号 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	(病児・病後児保育事業一体調不良児対応型) 当該事業を実施する保育所		病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、実施場所の要件を緩和する。	(実施内容) 病児・病後児保育に係る国の各施策(病児・病後児保育事業(体調不良児対応型)、緊急サポートネットワーク事業)については、実施場所がそれぞれ会員の自宅や保育所に限定されているが、利用者の利便性を図るとともに、保育所や地域子育て支援拠点施設など、地域の実情に応じた施設で実施できるよう、実施場所の要件を緩和する。 (理由) ・緊急サポートネットワーク事業については、会員の自宅で看病することを看護師・保護者双方が欲している、利用が進んでいない。 ・緊急サポートネットワーク事業、病児・病後児保育事業(体調不良児対応型)は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	—		右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業か、規制の法的根拠を明らかにされたい。	①病児・病後児保育事業では、専門性の高い看護師を常時配置しなければならないため、体調不良児の発生が少ない小規模園では、人件費の負担が重く、実施は困難である。 ②平成20年度に病児・病後児保育事業は統合されたが、緊急サポートネットワーク事業は、依然、事業の仕組みが別のままで、かつ、実施場所が会員の自宅に限定されているため、制度利用が進んでおらず、緊急サポートネットワーク事業実施主体からも、保育所等での事業実施を望む声強い。 ③このため、緊急サポートネットワーク事業の利用促進を図るためにも、自宅だけでなく保育所などでの事業実施に向けた要件緩和が必要であり、再度、検討をお願いしたい。	C	—		1 0 4 6 0 5 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省	
0920230	病児・病後児保育の利用促進(職員配置の要件緩和)	「保育対策等促進事業の実施について」(H20.6.09厚労発第0609001号 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)	(病児・病後児保育事業一体調不良児対応型) 体調不良児の看護を担当する看護師等を1名以上配置することとしている。		病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、職員配置基準の要件を緩和する。	(実施内容) 人材活用観点から、事業の実施にあたっては、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師や医療機関の看護師が病児・病後児保育事業(体調不良児対応型)に派遣できるよう、柔軟な対応を可能とする。 また、オープン型は交付金、自園型は補助金、緊急サポートネットワーク事業は園からの団体委託事業とされ、看護師の有効活用などの連携が図れない制度となっていることから、各事業が連携して効果的に実施できる体制とする。 (理由) ・病児・病後児保育事業(体調不良児対応型)については、看護師の配置が要件となっているが、利用者数が一定せず、利用者がいない場合でも配置が必要となるため、効果的な運営が難しい。 ・緊急サポートネットワーク事業、病児・病後児保育事業(体調不良児対応型)は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	IV		右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業か、規制の法的根拠を明らかにされたい。	①病児・病後児保育事業では、専門性の高い看護師を常時配置しなければならないため、体調不良児の発生件数が少ない小規模園では、人件費の負担が重く、実施は困難である。 ②一方、園園中の児童について、体調不良と確認されてから看護師等の職員を派遣しても、児童の安全、及び保育士の負担軽減も十分に図られるものとする。 ③このため、人の配置要件を緩和し、看護師の必要な体調不良児が発生したときの緊急サポートネットワーク事業の登録看護師の派遣などを可能とすることで、病児・病後児保育事業の実施園の拡大が図られ、より多くの児童、保護者が利用できるため、要件緩和の再考をお願いしたい。	C	IV		1 0 4 6 0 5 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省	
0920240	「投資・経営」、「技術」、「人文知識・国際業務」の在留資格を有する外国人の親への長期在留資格の付与	出入国管理及び難民認定法第2条の2 別表	出入国管理及び難民認定法別表第一の一から五の上欄の在留資格(外交、公用、短期滞在、家族滞在をそのぞき、特定活動にあつては、イ又はロに該当するものに限る。)をもって在留する者の扶養を受ける配偶者又は子として日常的な活動を行うものについては、在留資格を「家族滞在」又は「特定活動」をもって在留を許可している。		資本金1億円以上の成長事業を展開する本社設置外資系企業について、在留資格「投資・経営」「技術」「人文知識・国際業務」を有する外国人在籍者の親の活動を、在留資格「特定活動」に追加する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、世界的な外資系企業が本社を設置している。これら大企業は地域経済に大きく寄与するなか、とりわけ、成長事業を展開する企業活動は、今後の地域経済の発展において極めて重要である。 これら成長事業を展開する大企業の外国人経営者や社員は当地域において必要不可欠な人材である。高度人材の親の留が認められたことを踏まえ、当地域にとり同程度に重要な人材である外国企業関係者が、親の問題で入国が困難になったり、在留できなくなることがないように、親の活動を「特定活動」に追加することを求めるもの。	C	III		本要望は、実質的に在留資格「家族滞在」の範囲拡大を求めるものであるところ、現行の「家族滞在」は、人道上の観点から家族としての結びつきを尊重し、在留資格を有する者の配偶者又は子に範囲を限定して国内の滞在を認めているものであり、現在、「特定活動」で在留が認められている父母は、特に高度な研究者・情報処理技術者について特例的に認めるものであつて、これ以上「家族滞在」の範囲を拡大して受入れを行うことはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	特に高度な研究者・情報処理技術者の親の在留が認められたところであるが、これら高度人材と同程度の高度な知識・経験を有する外国人企業関係者は、当地域の経済発展にとって不可欠な人材である。政府の「規制改革推進のための3カ年計画」を踏まえ「外国人の在留管理のあり方」の検討の一環として、ご検討をお願いしたい。	C	III		1 0 4 6 0 6 0	兵庫県	兵庫県	警察庁 法務省 厚生労働省
0920250	「企業内転勤」の転勤期間通業務従事要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第2条第1項第2号の基準を定める省令	転勤の直前に外国にある本店、支店等のほかの事業所において1年以上継続して法別表第一の二の長の技術的項又は人文知識・国際業務の項の下欄に掲げる業務に掲げる業務に従事していることが必要。		成長産業分野の外国・外資系企業について、在留資格「企業内転勤」にて要求される関連業務経験期間を「1年以上」から「6ヶ月以上」に緩和する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、地域経済を支える大きな柱となっている。このような中、とりわけ、成長産業分野における海外からの新たなビジネス手法やマネジメントシステムの導入の促進は、今後の地域経済の活性化・発展において極めて重要である。 上記に記す、兵庫県では、産業の集積による経済及び雇用の活性化に関する条例(産業集積条例)を制定するなど、成長産業分野の外国・外資系企業の立地・集積の促進を図っているが、同時にこれら企業との立地・定着においては、時期を失うことがない適切な人材の確保と配置が重要である。このことから、成長産業分野の外国・外資系企業に対して、兵庫・神戸で勤務させることを前提に海外で雇用した従業員のうち、雇用前の別会社において「技術」「人文知識・国際業務(うち人文知識)」分野で3年以上の実務経験を有する者に限り、転勤期間を「1年以上」から「6ヶ月以上」に緩和することを求めるものである。	C	III		在留資格「企業内転勤」は、外国で活躍している職員を、一定期間の「転勤」として、「技術」又は「人文知識・国際業務」の在留資格とは異なるものとするの下に受け入れるものであることから、「技術」等の在留資格において規定している実務経験年数等の要件を課していないものであり、活動に従事した期間を短縮する等のこれ以上の要件の緩和は困難である。 なお、現在も、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」に係る要件を満たす場合には、外国での実務経験年数がなくとも、入国が可能である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本提案では、要件緩和するにあたり、雇用前の別会社の「技術」及び「人文知識・国際業務(うち人文知識)」分野での「3年以上」の実務経験年数に加え、雇用された企業が本県の産業集積条例に基づく成長産業分野に該当することを要件として課している。これにより、本県が提案するこの要件は、現行の要件にして条件を単純に緩和するものではなく、さらに一定の条件を加え、地域経済の活性化を図る目的を明確化したものであると認識している。 また、ビジネス情勢変化に応じ好機を逃さないよう迅速に事業を展開する必要があるが、本県からの優秀かつ適切な人材の早期確保が可能となれば、対日投資の促進及び地域経済の活性化を図ることができ	C	III		1 0 4 6 0 7 0	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省

09 厚生労働省 非予算(特区・市域再生再検討要請回答).xls

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の要否	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類の見直し	「措置の内容の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管官庁
0920260	外国人に関する年金制度の見直し	社会保障に関する日本国とドミニカ共和国との間の協定等、厚生年金保険法第29条、国民年金法第9条第3項	＜社会保障協定の締結等の状況＞ 社会保障協定については、ドイツ、イギリス、韓国、アメリカ、ベルギー、フランス及びカナダとの間で交渉済み、オーストラリア、オランダ及びチエコとの間で署名済みである。また、現在、スペイン及びイタリアとの間で政府間交渉中であり、アイルランド、ハンガリー、スロバキア及びイスイスとの間では当局間協議を行っている。さらに、ルクセンブルクとの間では、2008年1月に両国両務者間で社会保障制度に関する情報交換を行ったところである。 ＜脱退一時金制度の現状＞ 我が国の年金制度は、国籍に関わらず等しく適用されており、年金制度の対象となっている。日本に短期滞在する外国人の方について保険料納付が年齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、このような解決が図られるまでの間の当該期間の臨時かつ暫定的な特例措置として、短期滞在の外国人の方に対し脱退一時金を給付している。		外国人研究者等の年金加入期間が遡算されるよう、日本と母国との間の社会保障協定の締結を拡大するとともに、締結協定の外国人研究者が受給資格期間を満たさずに帰国する場合の脱退一時金について、在留期間5年の納付期間に対応した支給を行う。	世界最大の大型放射光施設Spring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入促進を図ってきた。 外国人研究者が公園都市を特色として、これまで外国人研究者の受入促進を図ってきた。 外国人研究者の配偶者についても社会活動への積極的な参加を可能とすることで、家族での滞在がしやすくなり、より魅力的な研究環境の提供が可能となる。これにより、優秀な人材の集積を図り、研究開発成果の実用化や新産業創出による地域全体の経済活性化を促進する。	C	I	＜脱退一時金制度について＞ 我が国の年金制度は、内外人平等、すなわら国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が生じた場合には必要な保障を行っていることである。短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡した場合には脱退一時金は滞りなく支給されることとなる。一方、こうした方の保険料納付が年齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、このように解決が図られるまでの間の当該期間の臨時かつ暫定的な特例措置として、短期滞在の外国人の方に対し脱退一時金を給付している。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		我が国の年金制度は、内外人平等、すなわら国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が生じた場合には必要な保障を行っていることである。短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡した場合には脱退一時金は滞りなく支給されることとなる。一方、こうした方の保険料納付が年齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、このように解決が図られるまでの間の当該期間の臨時かつ暫定的な特例措置として、短期滞在の外国人の方に対し脱退一時金を給付している。			兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	外務省 厚生労働省	1 0 4 7 0 1 0		
0920270	在留資格「人文知識・国際業務」の実務経験年数の定める基準	出入国管理及び難民認定法第3条第1項第2号の省令	①翻訳、通訳、語学の指導、広報、宣伝又は海外取引業務、復職若しくは国内研修に係るデザイン、商品開発その他これらに類する業務に従事すること ②従事しようとする業務に関連する業務について3年以上の実務経験を有すること（ただし、大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合は、この限りではない。）		「特定家族滞在活動」で在留している外国人研究者の配偶者について、母国語を活用して就労するために「人文知識・国際業務」（うち国際業務）へ在留資格の変更を行う場合に要求される実務経験年数（3年以上）の撤廃を求める。	我が国に受け入れられる外国人労働者の範囲は、出入国管理および難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであるが、実務経験年数の廃止・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単独労働者の受入れに要件でもあることから、政府として外国人労働者の受入れに係る措置を行うことは困難である。脱退一時金の支給額についても、このように取り扱ってはならないことである。脱退一時金の支給額についても、このように取り扱ってはならないことである。	C	III	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触する外国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触する外国人労働者の受入れに係る措置を行うことは困難である。脱退一時金の支給額についても、このように取り扱ってはならないことである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。			兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	法務省 厚生労働省	1 0 4 7 0 1 0				
0920280	官公庁へのオンライン申請の代理人の範囲の拡充	社会保険労務士法第27条	社会保険労務士または社会保険労務士法人でない者が、営利を目的として、法第2条第1号から第2号までに掲げる事務（①申請書の作成、②提出代行、③事務代理、④紛争解決手続代理業務、⑤帳簿書類の作成）を業として行ってならないこととしている。		政府・地方自治体等に対してオンラインを利用して代理人により手続きする場合には、包括官公庁の手続きに関する特定の有資格者のみに限定されているが、この有資格者の範囲を拡大し、電子政府の推進を図る。	官公庁に対する手続きについては、かなりの分野においてオンラインによる申請が可能となっているが、どの分野においてもその普及率は低いと言わざるを得ない状況となっている。 これは、オンライン申請はパソコンに慣れない者にとっては、非常に面倒であるという方が多いと考えられますが、これを補完するのが、行政書士等の専門職です。各士業法により、そのできる範囲は限定されています。 例えば、許認可関係は行政書士、登記関係は司法書士、税務関係は税理士の関係がほとんどであり、電子申請も各々その限られた士業が扱っています。 このような、固定された手続き者の制限が電子政府の進展を阻んでいると考えられますので、これに代替して4士業においては、相互に自由に代理人として手続きが行えるようにし、各手続における電子申請の扱い等を大幅に増やすことが電子申請の利用率を高め、官公庁の事務処理の効率化に資すると考えますので、所定の法改正を要します。 また、このような規制り士業は一般市民からみれば、誰に何を頼んだら良いのかわかり難く、また、各手続において依頼や大層費用が掛かるといわれることも、大変不便なものであり、官公庁と市民との距離を広げてしまう要因ともなっているものと思いたします。	C	I	今回の提案事項は、未だに非常に利用率が低く、一部では職員による「なりませ申請」などが懸念されているオンライン申請の現状を改善すべく、電子政府の推進、行政の効率化及び国民にとって利便性の向上という観点から、現行法を踏襲して提案しているものではない。法改正も含めて提案している。利用者の広量や、貴省におかれましては、どのような対応を講じているかについてご説明をお願いします。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。			個人 東京都	総務省 財務省 厚生労働省	1 0 4 7 0 1 0				
0920290	水道水における残留塩素濃度の規制緩和	水道法施行規則第十七条第一項第三号	給水栓における水が、遊離残留塩素を0.0mg/l（総合残留塩素の場合は、0.05mg/l）以上保持するよう塩素消毒をすること。		水道法の施行規則第十七条第一項第三号で定める水道水の遊離残留塩素0.0mg/lを0.05mg/l程度とする数値緩和。	片品村は群馬県の北側に位置し村面積の約91%が森林で観光と農業が主産業の自然豊かな村です。 今年度「尾瀬の湖片品湧水群」が、優れた水質に加え清濁、緑地、山林保全、環境活動等村民による年の取り組みが高く評価され、環境省の「平成の名水百選」として認定されました。 当村の水道水の取水は尾瀬の湖片品湧水群（平成の名水百選）を全て使用し、空気に触れずろ過されたろ過水とろ過水が大層層が及びり込むことのないようろ過のろ過防止を取り組み管理されています。また、遠隔管理装置により安全安心な水道水を村民に提供しています。水道法施行規則第十七条第一項第三号で定められた残留塩素濃度の規制については、以下の理由により、緩和することはできません。 ・現在の規制は、送配水等の過程における汚染のおそれも考慮し、消毒の効果を十分に確保するための定められたものであり、現在もおお感染症の発生が見られないことを踏まえれば、遊離残留塩素に係る基準については緩和することはないこと。 ・ろ過水が良好な水質においても、消毒後、各家庭等に給水されるまでの過程における再汚染や微生物の増殖の可能性については地の地域と合わせて、当該濃度を維持することは技術的に困難であること。 ・0.05mg/lという低濃度の遊離塩素を、簡便かつ精度よく検査するとともに、当該濃度を維持することは技術的に困難であること。 なお、厚生労働省においては、より安全で快適な水道水の供給の観点から、専門家の協力も得て、水道の配水過程における水質変化の制御と管理に関する研究を進めているところである。	C	III	貴省の回答にある「水道の配水過程における水の質を十分に確保するための定められたものであり、現在もおお感染症の発生が見られないことを踏まえれば、遊離残留塩素に係る基準については緩和することはないこと。また、T・H・Cの含有量が低い大層であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大層取締法は、T・H・Cの含有量にかかわらず、すべての大層を規制対象としていることである。また、大層取締法は、T・H・Cの含有量が低い大層であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大層取締法は、T・H・Cの含有量にかかわらず、すべての大層を規制対象としていることである。また、大層取締法は、T・H・Cの含有量が低い大層であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大層取締法は、T・H・Cの含有量にかかわらず、すべての大層を規制対象としていることである。また、大層取締法は、T・H・Cの含有量が低い大層であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大層取締法は、T・H・Cの含有量にかかわらず、すべての大層を規制対象としていることである。また、大層取締法は、T・H・Cの含有量が低い大層であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大層取締法は、T・H・Cの含有量にかかわらず、すべての大層を規制対象としていることである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。			片品村 群馬県	厚生労働省	1 0 5 6 0 1 0				
0920300	産業用大麻種子の流通体制の整備	輸入割当を受け付けなければならない輸入物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船舶積地その輸送の輸入入に必要事項の公表を行う等の要件（昭和41年4月30日通産省告示第170号） 輸入の取り扱い、大麻種子の取扱について（厚生省通知（昭和41年9月15日業務第一第238号）	輸入される大麻の種子については、熟処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方衛生局長官取扱いの同意書）を税関に提出しなければならぬ。		下記法規制緩和あるいは支援措置の実施（法規制緩和） 学術上の分類は大麻（カンナビス・サテバ・エル）であっても、テラヒドロンナビル（以下「THC」という。）の含有量が極めて低い大麻（以下「無毒種子」という。）を税関に提出しなくても輸入することができるものとする。（支援措置） 国内における無毒種子の流通体制の確立、または無毒種子の開発に向けた研究の実施（支援措置） 都道府県知事による栽培許可の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要請】 地球環境保全が重要なことな中、成長速度の違いが注目されていることも併せ、公的機関による無毒種子の開発等を要請する。	【提案の背景】 「北見地域産業振興ビジョン（経済産業省）」において、「遊休地を活用した産業用大麻の栽培及び建材等の開発」が推進すべきプロジェクトの一つに位置づけられていることから、提案主体は事業者に向け権利取得し始めること。しかし、国内で唯一手配されている無毒種子には農外への種子持ち出しを条件で禁止していることにより、輸入についても規制されていることから、工業用途での栽培は難しくなる。輸入・国内流通を問わず産業用大麻種子の流通体制確立に向けた法規制緩和もしくは支援措置の実施を要するものである。 大麻栽培による効果 ①大麻の繊維と茎を法用し、建材、断熱材、不織布、生分解性プラスチックとして利用可能。（廃棄物の減量及び化石燃料の使用削減に寄与） ②生分解性プラスチックは、従来の石油由来のプラスチックに比べて、バイオマス原料の供給が極めて速いことから、二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス原料への供給が極めて速い。 ③繊維質の多い大麻は、堆肥やバイオプラスチックの原料としても貢献できる作物である。（とりわけ北海道東部において地下 waters 汚染が広がっている。） ④繊維、紙や紙に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農業保全を図るだけでなく、畑に工場を併設して幅広い工業製品を製造することによって地域の経済活性化が可能である。 【代償措置】 都道府県知事による栽培許可の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要請】 地球環境保全が重要なことな中、成長速度の違いが注目されていることも併せ、公的機関による無毒種子の開発等を要請する。	C	III	申請者は北海道知事より大麻栽培許可を得ており、大麻取締法第2条第1項第2号に基づき、大麻栽培を許可する。また、法第2条第2項では目的の利用を認め、申請者が目的内で行う栽培は貴省が指導する「大麻の運送の管理のあり方及びそれを確保する上で必要となる浄水処理システムの要件等について研究を進めているところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。			1 0 5 7 0 1 0	産業用大麻 研究開発 「麻の力」 1 0	北海道	厚生労働省 経済産業省			

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・修正提案に係る規制の特明措置の番号	求める措置の具体的な内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管都道府県		
0920310	2003年9月2日 内閣参事156 貴46号内閣総 理大臣答弁4 「医師が当該 保険料者に對 するはり施術 等の適否判断 するに必要と はならないと考 えている」に基 づく鍼灸療養 費医師同意書 の規制緩和	・健康保険法 (大正11年法 律第70号) ・あん摩マッ サージ指折師 等に関する法 律(昭和22年 法律第217号) ・はり師、き ゆう師及びあん 摩・マッサージ ・指折師の施 術に係る療養 費の支給の留意 事項等について (平成16年10 月1日保険発 1001002号、平 成17年3月30 日保険発第 0330001号(一 部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療養費の境界が明確となる科学的根拠を備えられた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主事により行われた東京大学医学部約7・764F-内科、東京女子医科大東洋医学研究所、埼玉医科大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的エビデンス」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきています。そして、内閣総理大臣も同意書は必要ないと言われているので、規制緩和をお願いします。		C	IV	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であったり医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象が否かを判断するため、①単なる療養費回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認した上で「取扱いしている。なお、ご指摘の2003年9月2日内閣参事156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤回について言及したものでない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		C	IV	鍼灸師は治療と療養費の区別もできないのか。国は、はり師養成に關し3年以上の現代医学と東洋医学を学ばせ後に国家試験を受けて法上厳格な規制を設けるとともに、国家試験を行うことにより、はり師、きゆう師として必要な知識・技術が身に付いているかどうかの確認を行うなど、その質の確保を図っている」との回答であった。鍼灸師は「鍼灸の療養費回復等のために行われるものでないことを医学的に確認すること」すらできないような低レベルな国家免許なのかどうか返答された。			1 0 6 2 0 1 0	社団法人 宮崎県鍼 灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	鍼灸療養費に 関する施術が 単なる療養費 回復でない事 を証明する為 の措置を講ず るに必要と考 えている」に基 づく鍼灸療養 費医師同意書 の規制緩和の 要望	・健康保険法 (大正11年法 律第70号) ・あん摩マッ サージ指折師 等に関する法 律(昭和22年 法律第217号) ・はり師、き ゆう師及びあん 摩・マッサージ ・指折師の施 術に係る療養 費の支給の留意 事項等について (平成16年10 月1日保険発 1001002号、平 成17年3月30 日保険発第 0330002号(一 部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		この提案でも、マッサージは完全に外します。これまでの提案も、今回の全ての提案もすべて同じ方針です。現在、療養費で最も問題になっているのは鍼灸師や柔道整復師(あん摩マッサージ指折師を除く)の「保険の利くマッサージ」です。そこで、鍼灸療養費からは、鍼灸師を排除し「利くマッサージ」のみの短時間(「推拿法」と言われる治療の一環である施術を除き、マッサージ類似行為を完全に除去する事を提案致します。つまり、鍼灸療養費の場合、あくまでも鍼灸師が中心である事から、仮にあん摩・マッサージ指折師免許も持っているようでも、鍼灸療養費実施の補助的なマッサージを原則禁止とする事で「保険の利くマッサージ」といわれるものを阻止する事ができると考えます。このことと医療費膨張を防ぐのが有効な手段であるとも思います。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で治療と療養費の境界が明確となるような契約を交わす事や、療養費回復に占める割合の高いと思われるマッサージ類似行為を除外したり、科学的根拠を備えられた理論及び施術方法の確立とその学習により、置き代えることができます。		C	IV	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であったり医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象が否かを判断するため、①単なる療養費回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があるので、ご指摘の2003年9月2日内閣参事156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤回について言及したものでない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		C	IV	鍼灸師は国家免許である。最低でも法律に従って3年間養成施設で学び国家試験に合格して初めて鍼灸師となる。国は鍼灸師を無慈悲に増やしておきながら、鍼灸は医学ではないとか、療養費回復の区別もできないなどという、鍼灸の療養費効果は世界中の医学者に科学的に評価され、また、世界中の人々にも支持されているが、わが国の鍼灸受診率は人口の7%程度、この程度の需要のために過剰に養成する意義があるのか、国として意義があるのであれば規制を緩和し、需要を増やすための規制緩和を何ら行っていない。あまりにも無責任である。貴省は議案に返答すべきである。			1 0 6 2 0 2 0	社団法人 宮崎県鍼 灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	「鍼灸治療 助成制度の指 定疾患」と「鍼 灸療養費の指 定疾患」が同 じ場合であり 、鍼灸療養費 に関する医師 同意書の規制 緩和	・健康保険法 (大正11年法 律第70号) ・あん摩マッ サージ指折師 等に関する法 律(昭和22年 法律第217号) ・はり師、き ゆう師及びあん 摩・マッサージ ・指折師の施 術に係る療養 費の支給の留意 事項等について (平成16年10 月1日保険発 1001002号、平 成17年3月30 日保険発第 0330003号(一 部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にし、患者の鎮痛に大きな効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療養費の境界が明確となる科学的根拠を備えられた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主事により行われた東京大学医学部約7・764F-内科、東京女子医科大東洋医学研究所、埼玉医科大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的エビデンス」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。		C	IV	療養費は現物給付方式の補足的・特例的なものであり、法はその支給要件について、①保険者は療養費の給付等を行うことが困難であると認めるとき、②保険医医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者が診察、薬剤の支給若しくは担当を受けた場合において、保険者がむを得ないものと認めるとき、に療養の給付等に代えて療養費を支給することができることとしており、療養費として支給すべきか否かを判断するために同意書の添付を求めているものであり、地方自治体等が行う助成制度とは、その性質を異にしている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		C	IV	後期高齢者医療制度により、鍼灸を選択した患者のみが大きな不利益をこうむっている。このためこの提案を行っていることである。主旨をきちんと理解していただきたい。このような患者を救済していただきたいのであるが、救済があるかないのか、はっきりとした回答を求めたい。	本年4月に施行された後期高齢者医療制度において、鍼灸療養費の支給基準等は何ら変更しておらず、「後期高齢者医療制度により、鍼灸を選択した患者のみが大きな不利益をこうむっている」との再調査の主旨が不明である。なお、治療のための必要な施術に對しては、後期高齢者医療の被保険者に限らず、一定の支給基準の下療養費を支給しているものであり、地方自治体等が行う助成制度とはその性質を異にしていることをご理解いただきたい。			1 0 6 2 0 3 0	社団法人 宮崎県鍼 灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920310	厚生労働省厚 生労働科学研 究事業の高齢 科学研究所 格の高齢者 格系の高齢 者に対する鍼 灸及び徒手 療養費の増 加に比較試 験の結果を もとめてお けること	・健康保険法 (大正11年法 律第70号) ・あん摩マッ サージ指折師 等に関する法 律(昭和22年 法律第217号) ・はり師、き ゆう師及びあん 摩・マッサージ ・指折師の施 術に係る療養 費の支給の留意 事項等について (平成16年10 月1日保険発 1001002号、平 成17年3月30 日保険発第 0330005号(一 部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本案提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。		C	IV	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤回を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		C	IV	改めて言うのが定見解にも科学的根拠を帯びて対応していただきたい。応用可能な根拠は何によるのか答えていただきたい。この論文は多施設ランダム化比較試験による結果である。否定も多施設ランダム化比較試験の結果からなのかどうかも合わせて答えていただきたい。	ご指摘の調査研究については、「医師による適当な治療手段がないこと」という療養費の支給基準とは直接関係しないものであり、当該研究をもって、医師による同意書の添付を要しない取扱いとすることは困難である。			1 0 6 2 0 7 0	社団法人 宮崎県鍼 灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920310	厚生労働省厚 生労働科学研 究事業の高齢 科学研究所 格の高齢者 格系の高齢 者に対する鍼 灸及び徒手 療養費の増 加に比較試 験の結果を もとめてお けること	・健康保険法 (大正11年法 律第70号) ・あん摩マッ サージ指折師 等に関する法 律(昭和22年 法律第217号) ・はり師、き ゆう師及びあん 摩・マッサージ ・指折師の施 術に係る療養 費の支給の留意 事項等について (平成16年10 月1日保険発 1001002号、平 成17年3月30 日保険発第 0330005号(一 部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本案提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模の研究によりお願い申し上げます。		C	IV	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤回を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。		C	IV	ご指摘の調査研究については、「医師による適当な治療手段がないこと」という療養費の支給基準とは直接関係しないものであり、当該研究をもって、医師による同意書の添付を要しない取扱いとすることは困難である。			1 0 6 2 0 7 0	社団法人 宮崎県鍼 灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省	

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・廃止提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管府県庁
0920310	医薬品出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸学」中の、変形性膝関節症の「米田」におけるランダム化比較試験のEMによる鍼灸療法の効果の医師同意書の規制緩和	・健康保険法(大正11年法律第70号) ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号) ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保医発0330006号(一部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会的な事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部9797・7944(内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設)による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的根拠」を明らかにする有効な医学的根拠も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	IV	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	この研究は、プラセボ対照をおいた最も大規模なRCTの1つということであるが、貴省の否定的見解も、大規模なRCTによるものかどうか返答していただきたい。ちなみにこの研究のまとめでは「膝OAに関する症状を治療するための総合的な治療の一部として、鍼灸療法は補助的治療として重要な役割を果たすであろう。」という内容である。これがなぜ応用できないのかも合わせて答えていただきたい。今後、非科学的な返答は認められない。	C	IV	ご指摘の調査研究については、「医師による適当な治療手段がないこと」という療養費の支給基準とは直接関係しないものであり、当該研究をもって、医師による同意書の添付を要しない取扱いとすることは困難である。		1 0 6 2 0 8 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920310	医薬品出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸学」中の、変形性膝関節症の「米田」におけるランダム化比較試験のEMによる鍼灸療法の効果の医師同意書の規制緩和	・健康保険法(大正11年法律第70号) ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号) ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保医発0330007号(一部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会的な事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部9797・7944(内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設)による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的根拠」を明らかにする有効な医学的根拠も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	IV	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	このランダム化比較試験では、「鍼は膝OAの治療として、単にNSAIDを使用して行う治療よりも、疼痛を軽減させ、こわばりを和らげ、関節機能を改善させる効果的な治療である」との結論である。この研究結果も科学的根拠を以てし患者のために応用可能であるが、なぜ、不可能なのか科学的根拠を持って返していただけたい。今後、非科学的な返答は認められない。	C	IV	ご指摘の調査研究については、「医師による適当な治療手段がないこと」という療養費の支給基準とは直接関係しないものであり、当該研究をもって、医師による同意書の添付を要しない取扱いとすることは困難である。		1 0 6 2 0 9 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920310	医薬品出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸学」中の、変形性膝関節症の「米田」におけるランダム化比較試験のEMによる鍼灸療法の効果の医師同意書の規制緩和	・健康保険法(大正11年法律第70号) ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号) ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保医発0330008号(一部改正))	はり、きゆうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会的な事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部9797・7944(内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設)による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的根拠」を明らかにする有効な医学的根拠も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	IV	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	系統的レビューは、特定のテーマに関するすべての出版物を調べための研究アプローチである。その結果は統計・要約的、Meta分析に関する政策立案者及び患者に役立てられる。膝OAの系統的レビューのそれぞれの論文は他の学術雑誌に受理されている。 この論文に対するレビューの一つの結論では「長期問題として患者の利益を与えない事はおそらく倫理に反した事である」とされた。 最終結論は「鍼灸患者の疼痛と機能において鍼灸はNSAIDよりも有意な便益効果をもたらす事を示した。この見地からNSAIDに代わるものとして鍼灸は考慮されるべきである。 貴省の科学的論理的な回答を頂きたい。	C	IV	ご指摘の調査研究については、「医師による適当な治療手段がないこと」という療養費の支給基準とは直接関係しないものであり、当該研究をもって、医師による同意書の添付を要しない取扱いとすることは困難である。		1 0 6 2 1 0 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920320	保険医療機関における鍼灸治療の療養の給付化と鍼灸療養費の規制緩和	・健康保険法(大正11年法律第70号) ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号) ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保医発0330009号(一部改正))	新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みである。		鍼灸治療の中には、科学的根拠の明らかになっている鍼灸治療方法も数多くあります。現在、日本全国の医科大学及び医学部附属病院をはじめとして、多くの保険医療機関で鍼灸治療が行われています。混合診療の観点及び公正取引の観点も踏まえた上で、このあり方で、科学的根拠を有する鍼灸治療方法を鍼灸医療機関における保険診療として採用してみてもどうかと思えます。同時に、鍼灸施術においても同意書をはじめとした規制緩和を要望いたします。※マッサージ療養費は含みません。	「平成19年3月26日厚生労働省告示第53号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する医療(鍼灸)の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」と上記は第12次特区提案の回答です。 平成19年3月26日厚生労働省告示第53号は、鍼灸についても、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に利用しやすいよう情報提供させる事を義務とした法令です。この12次特区提案からも明らかになっています。鍼灸治療については、鍼灸師の施術所に加えて、医師の医療機関でも行われているということだけでも様々ですが、これに、科学的根拠を有する鍼灸治療方法を鍼灸医療機関における保険診療として採用してみてもどうかと思えます。同時に、鍼灸施術においても同意書をはじめとした規制緩和を要望いたします。※マッサージ療養費は含みません。	C	IV	新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みである。右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	医師又は鍼灸師の鍼灸は有効性の認められた科学的論文に基づく鍼灸治療方法であれば治療の手段・方式や成績判定基準等が明確になり、客観的な治療効果の判定も可能となる。少なくとも医師や鍼灸師の鍼灸専門家には可能である。 貴省は有効性の証明された研究論文を提示しても何も無視しては「治療の手段・方式や成績判定基準等が明確でなく、客観的な治療効果の判定が困難」と非科学的に結論付けているがいかなる研究によるものか答えていただきたい。 新しい医療技術の件であるが、学会等の提案とは鍼灸の場合(社)全日本鍼灸学会のことか。さらに学会等の(等)とは、例えば(社)宮崎県鍼灸マッサージ師会などの団体もいいのか。	C	IV	繰り返しのお答えになるが、新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みであるが、医師が行う鍼灸治療については、具体的な提案がなされておらず、現段階では診療報酬上、評価することは困難であると思われる。鍼灸治療の保険適用については、鍼灸マッサージ師会から御提案をいただくことは可能である。		1 0 6 2 0 4 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920330	SSP療法に関する鍼灸療養費の規制緩和	・健康保険法(大正11年法律第70号) ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号) ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保医発0330010号(一部改正))	鍼灸師の施術に係る療養費は、鍼灸を併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器及び電気光線器具を使用している事から結果として強占禁止法違反に該当します。 SSP療法が鍼灸なのか否かを早急に検討し、鍼灸の業務範囲であればSSPに関して医師同意書などの鍼灸療養費の規制緩和をお願いします。※マッサージ療養費は含みません。		SSPは鍼灸療を簡単にしたものであるが、これも鍼灸療である。本来、このSSPは鍼灸療であるから医師又ははり師のみしか取り扱えないはずであるが、保険医療機関又ははり師以外の施術所等において、実際はそれ以外の者が扱っている。更に、法令上鍼灸療を行えない者(PT等)がSSPという鍼灸療をした場合であっても鍼灸師資格を有し保険請求ができることになっている。保険医療機関では無資格者のSSP治療でも保険料取り扱いはできるのに、なぜか、はり師の施術所では、はり師が行う療養費はり師治療に医師の同意書を要する。SSPという名の鍼灸療を鍼灸医療機関において消費鍼灸療として採用してみてもどうかと思えます。また、鍼灸療の効果の促進を促すため、治療に効果があるという科学的根拠の基に保険請求ができるのであれば、当然、人体に対して針を埋め刺す鍼灸療には同等以上の効果があるものである。更に、SSPを刺さない鍼と違って消滅痛覚知覚料としての保険効果を提供してきた医療機関も販売元に虚偽の効果の宣伝を強要されていたことになり、厚生労働省もこの医療行為を療養費の給付の対象として認められている事から結果として強占禁止法違反に該当します。 SSP療法が鍼灸なのか否かを早急に検討し、鍼灸の業務範囲であればSSPに関して医師同意書などの鍼灸療養費の規制緩和をお願いします。※マッサージ療養費は含みません。	「平成19年3月26日厚生労働省告示第53号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する医療(鍼灸)の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」と上記は第12次特区提案の回答です。 平成19年3月26日厚生労働省告示第53号は、鍼灸についても、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に利用しやすいよう情報提供させる事を義務とした法令です。この12次特区提案からも明らかになっています。鍼灸治療については、鍼灸師の施術所に加えて、医師の医療機関でも行われているということだけでも様々ですが、これに、科学的根拠を有する鍼灸治療方法を鍼灸医療機関における保険診療として採用してみてもどうかと思えます。同時に、鍼灸施術においても同意書をはじめとした規制緩和を要望いたします。※マッサージ療養費は含みません。	C	IV	鍼灸師の施術に係る療養費は、鍼灸を併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器及び電気光線器具を使用している事から結果として強占禁止法違反に該当します。右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	今提案は貴省見解の「低周波通電を目的とするSSP療法については、鍼灸の業務の範囲内であるのか、安全はどうかなど総合的に勘案して検討していかねばならないものである」に基づいたものである。主旨を間違えないようにしていただきたい。 鍼灸師は「SSPは鍼灸療である」と思っている。それは貴省が認可の養成施設において教えられてきたからである。 SSPがはり師の行為ではないとすれば、養成施設の学生や患者に「刺さないはり療養費はSSP」という、うそを教育や宣伝、効果が期待されていることになる。 本当に鍼でなくてもあれば貴省自ら公正取引委員会に申告すべきである。 鍼であれば規制緩和をすべきである。	C	IV	繰り返しのお答えになるが、SSPは低周波通電を目的とするものであり、はり師の本来のカテゴリーに組み入れられないものであり、療養費の支給対象にはできない。		1 0 6 2 0 5 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省

09 厚生労働省 非予算(特区・市域再生再検討要請回答).xls

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提議案・廃止案に関する規制の特例措置の番号	求める措置の具体的な内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管(関係府庁)
0920340	健康保険法(大正11年法律第70号)・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)に基づく、鍼灸医療費取扱い規制である保費32%の負担による適当な治療手段のないものという文庫の撤廃	健康保険法(大正11年法律第70号)・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)	健康保険法(大正11年法律第70号)・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)		宮崎県内には昭和39年から国民健康保険被保険者を対象とした鍼灸の補助制度があります。この制度では同意書の規制が緩和され、慢性的痛みに対して力を発揮してきました。この治療を規制緩和の基に国民健康保険者にとどまらず広げる事で社会性のある事業を実現できます。鍼灸医療費に必要となる医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が医療費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療育回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部附け・7644「内科、東女子医科大学大津医学研究所、埼玉医科大学東医学部、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり保健被保険者等に提供する目的で定められたもの」との事ですが、責務は実質的に鍼灸が医師の適当な治療手段であることと認められています。混合診療の観点から鍼灸治療を無料で提供する保険医療機関であっても医師の適当な治療手段であることには変わりありませんので措置をお願い申し上げます。	宮崎県内には昭和39年から国民健康保険被保険者を対象とした鍼灸の補助制度があります。この制度では同意書の規制が緩和され、慢性的痛みに対して力を発揮してきました。この治療を規制緩和の基に国民健康保険者にとどまらず広げる事で社会性のある事業を実現できます。鍼灸医療費に必要となる医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が医療費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療育回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部附け・7644「内科、東女子医科大学大津医学研究所、埼玉医科大学東医学部、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり保健被保険者等に提供する目的で定められたもの」との事ですが、責務は実質的に鍼灸が医師の適当な治療手段であることと認められています。混合診療の観点から鍼灸治療を無料で提供する保険医療機関であっても医師の適当な治療手段であることには変わりありませんので措置をお願い申し上げます。	C	IV	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	鍼灸が医師により一般的に行われていない事は理解できるが、医師の鍼灸は禁止でない事から、現実的には鍼灸を行う医師は事実上存在する。禁止であれば「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」になるが、ただ鍼灸を行う医師が少なく一般的でないという理由だけでは「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」自体、医師の鍼灸は禁止であることと表現し難い。鍼灸は鍼灸は鍼灸を強化するものである。医師の鍼灸が一般的になるときは、例えば、保険医療機関内やその機関に占拠地内などでの程度増えた時を指すのか答えをいただきたい。	鍼灸が医師により一般的に行われていない事は理解できるが、医師の鍼灸は禁止でない事から、現実的には鍼灸を行う医師は事実上存在する。禁止であれば「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」になるが、ただ鍼灸を行う医師が少なく一般的でないという理由だけでは「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」自体、医師の鍼灸は禁止であることと表現し難い。鍼灸は鍼灸を強化するものである。医師の鍼灸が一般的になるときは、例えば、保険医療機関内やその機関に占拠地内などでの程度増えた時を指すのか答えをいただきたい。	鍼灸費は保険医療機関等からの療養の給付等で果たすことの出発点にあり、医師により理学療法等の治療手段がある場合(現に治療を行っている場合)、鍼灸は支給されないものである。なお、「医師による適当な治療手段のないもの」という表現は、医師の鍼灸の禁止を表現したものでなく、また、「医師の鍼灸が一般的になるとき」との具体的な定義はない。	1 0 6 2 1 1 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省			
0920350	鍼灸医療市場の競争政策に関する規制緩和	健康保険法(大正11年法律第70号)・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)	健康保険法(大正11年法律第70号)・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)		平成19年度もみじ提案回答の取組要請撤回が原因で十分に理解できました。よって学校政策は正結果である現在の状況(柔道整復師と鍼灸師の療養費制度の違い)により広がる格差・保険医療機関における鍼灸の拡大・SS療法の問題など)についての競争規制の緩和を要請します。はり師きゆう師は、あん摩マッサージ指圧師や柔道整復師の施術と違い法律上医師の同意に関する事項は全くありません。また、厚労省も「はり、きゆうの施術における医師の同意書は、これらの施術を受けるための条件とされるものではなく、保険者が保険料を支払うとする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるもの」としています。はり師きゆう師の施術は保険の有無、傷病の程度(施術適応を除く)に関わらず医師の同意は全く必要ないが保険者は支払を拒否されます。行政指導に関する独占禁止法上の考え方に基づき、鍼灸師も柔道整復師と同様に療養費の支給対象として自由に参入できるようにしていただき、自由な競争の中で医学的根拠に基づく適正価格での鍼灸治療をさせて頂きたい。	現在鍼灸師養成校の増加が著しく、第15回ははり師、きゆう師国家試験では約4,000人の鍼灸師が誕生し今後も増え続けます。開業鍼灸師業界は国の定まらざる規制により新たに誕生する鍼灸師を受け入れられない体力が乏しいため、保険医療機関や柔道整復師に新卒の者が多く就職し無料鍼灸や半額鍼灸の拡大が懸念されています。国は、鍼灸に関する健康市場及び自費市場の整備が進まないと鍼灸師養成校を抑制し続け、鍼灸師の保険医療機関への就業を可とする事で、開業鍼灸師を主とする市場の方向へ向かわせたい。鍼灸師の鍼灸業と医師の鍼灸業の両者は、健康市場及び自費市場とどちらにおいても公正な競争関係であるべきです。また、鍼灸師の養成教育レベルを鍼灸を行える医師レベルにまで引き上げれば不公正です。現在の2つの鍼灸業界の公正な競争のための市場整備に関する規制改革をお願い致します。	C	IV	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	趣旨は、平成19年度もみじ5079001(厚生省・公取委)の続きについてであり、柔道整復師養成施設に関する取組要請や新設(国の取組)から生じた鍼灸医療市場のびつな競争の進展(保険者の支給判断規制)を求めているものである。なお、柔道の医師の同意書は療養費に必要なものではなく「施術を受けるための条件(法律)」とされるものであるが、鍼灸の医師同意書は、責務が何れも述べられている通り「はり、きゆうの施術を受けるための条件とされるものではなく、保険者が保険料を支払うとする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるもの」であるのだから、性質が全く違う。	趣旨は、平成19年度もみじ5079001(厚生省・公取委)の続きについてであり、柔道整復師養成施設に関する取組要請や新設(国の取組)から生じた鍼灸医療市場のびつな競争の進展(保険者の支給判断規制)を求めているものである。なお、柔道の医師の同意書は療養費に必要なものではなく「施術を受けるための条件(法律)」とされるものであるが、鍼灸の医師同意書は、責務が何れも述べられている通り「はり、きゆうの施術を受けるための条件とされるものではなく、保険者が保険料を支払うとする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるもの」であるのだから、性質が全く違う。	鍼灸費は保険医療機関等からの療養の給付等で果たすことの出発点にあり、医師により理学療法等の治療手段がある場合(現に治療を行っている場合)、鍼灸は支給されないものである。なお、「医師による適当な治療手段のないもの」という表現は、医師の鍼灸の禁止を表現したものでなく、また、「医師の鍼灸が一般的になるとき」との具体的な定義はない。	2 0 0 1 0 1 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省			
0920360	あん摩マッサージ指圧師養成施設の新設	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第19条	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第19条		あん摩マッサージ指圧師養成施設を開設しようとする場合、次の条件が満たされていること。(1)養成施設を開設しようとする者から設置計画書の提出があった場合、知事は、その内容を審査し、養成施設の設置に関する意見を付して承認するものとする。(2)社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会及び社会福祉法人日本盲人会連合会に係る都道府県段階の組織及び知事が必要と認められる団体並びに盲学校の意見書を添えて承認する。	あん摩マッサージ指圧師養成施設を開設しようとする場合、次の条件が満たされていること。(2)に定める関係団体の意見書を添付認定要件を緩和する。(1)養成施設を開設しようとする者から設置計画書の提出があった場合、知事は、その内容を審査し、養成施設の設置に関する意見を付して承認するものとする。(2)社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会及び社会福祉法人日本盲人会連合会に係る都道府県段階の組織及び知事が必要と認められる団体並びに盲学校の意見書を添えて承認する。	C	IV	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師養成施設を開設できるようにしたい。(提案理由)①あん摩マッサージ指圧師(以下「有資格者」という。)の増加が激増(伸び率の指数は昭和61年100に対し平成18年111.9となる。有資格者の人口10万人対比率は平成9年77.8人に対し18年が79.1人)のため、あん摩マッサージ指圧(以下「あん摩等」という。)の需要に対応できなくなり、結果として、無資格者の類似施設の増加に繋がりが有資格者、特に、視覚障害者の生業を脅かす原因となっている(4/8毎日新聞夕刊添付1)。②介護する者のけがからあん摩等の施術を求められる人が増えているように、医療の現場で西洋医学の観点だけでなく、総合・代替医療の分野でも取り入れた患者中心の治療がますます求められている。③あん摩等の施術を受ける患者の拡大を促すため、例えば、SPA-7の選手・愛好家が大会や運動時に求める「体調ケア」の支援体制を構築する。その活動に視覚障害者である有資格者も参加し収入増を図る。以上のような観点から、特区制度で長野県内に養成施設が開設できるようにして欲しい。なお、長野県内に関する理由は、(7)長野市の体育施設がケガ対策として「鍼灸」の導入を推進されたことによる競技者様々への需要が求められていること。(8)特設の養成施設が大都市周辺に集中していること及び地方振興の観点から既存の養成施設の入学定員を見直ししてほしいこと。(9)長野県の視覚障害者の有資格者は人口10万人対比率で平成8年が28.8人、18年が14.6人となっている。また、長野県内の盲学校(2校)に学ぶ児童生徒数も減少している。	「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師(以下「有資格者」という。)養成施設を開設できるようにして欲しい。養成施設を開設できるようにして欲しいのは、無資格者の類似施設の増加が外れ、さらに、視覚障害者である有資格者の生計の維持が難しく困難にならないように、視覚障害者以外のあん摩マッサージ指圧師の学校・養成施設の新設又は生徒の増加の承認をしないことができる旨規定したものである。現在においても、当該規定が、視覚障害者が生計を維持する上で重要な役割を果たしているものであり、所望の手続きに従って、判断が行われるべきものである。なお、医道審議会において、御指摘の意見書も勘案し、総合的な観点から、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計が著しく困難にならないよう確保することを旨とし、御指摘の意見書も勘案し、総合的な観点から、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計が著しく困難にならないか否かを御審議・御判断いただいているところであり、当該意見書はその参考資料の一つとして必要であるため、御提案のように養成施設を増やすようにして欲しいためである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師(以下「有資格者」という。)養成施設を開設できるようにして欲しい。養成施設を開設できるようにして欲しいのは、無資格者の類似施設の増加が外れ、さらに、視覚障害者である有資格者の生計の維持が難しく困難にならないように、視覚障害者以外のあん摩マッサージ指圧師の学校・養成施設の新設又は生徒の増加の承認をしないことができる旨規定したものである。現在においても、当該規定が、視覚障害者が生計を維持する上で重要な役割を果たしているものであり、所望の手続きに従って、判断が行われるべきものである。なお、医道審議会において、御指摘の意見書も勘案し、総合的な観点から、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計が著しく困難にならないか否かを御審議・御判断いただいているところであり、当該意見書はその参考資料の一つとして必要であるため、御提案のように養成施設を増やすようにして欲しいためである。	1 0 6 5 0 1 0	個人	長野県	厚生労働省		
0920370	大学が単位認定する有償・長期インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可の要請	出入国管理及び難民認定法第9条第2項	出入国管理及び難民認定法第9条第2項		我が国では、少子高齢化に伴い、労働人口が減少する中で、世界から高度人材の受入れを拡大することが喫緊の課題となっている(経済財政改革の基本方針2008)。留学生が企業の中で就業経験を積めるインターンシップ活動は、教育を受けるといって留学生の在留目的に合致するばかりでなく、インターンシップ活動を通じて、留学生と企業が相互理解を深めることにより、卒業後に国内企業への就職を促進し、高度人材の受入れの拡大に貢献するものである。この場合に、インターンシップ活動は、長期にわたる活動であり、さらに、長期のインターンシップ活動は、参加者に責任感や意欲を引き出す等の観点から、有償であることが望ましいとされている。しかしながら、このような長期インターンシップ活動を有償で行う場合には、当該インターンシップ活動に参加する留学生は、出入国管理及び難民認定法第9条第2項の規定に基づき、在留資格外活動の許可が必要で、活動期間の上限等の制約があることとなる。当該インターンシップ活動は、留学生、企業の双方にとって有用に関わらず、十分に活用されていないのが実態である。このため、大阪府内の企業が大学と連携して行う有償の長期インターンシップ活動で、次の要件を満たすものについては、当該インターンシップ活動に係る大学が法務大臣に届出を行うことにより、在留資格外活動として、当該インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可を不要とする。① 大学が授業の一環として単位を付与するものであること。② インターンシップ活動が1カ月を超える期間であること。	大阪府内の企業が大学と連携して行う有償の長期インターンシップ活動で、一定の要件を満たすものについては、当該インターンシップ活動に係る大学が届出を行うことにより、在留資格外活動として、当該インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可を不要とする。① 大学が授業の一環として単位を付与するものであること。② インターンシップ活動が1カ月を超える期間であること。	C	I	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	有償・長期のインターンシップ活動は、資格外活動の許可を得ることで実施可能であり、出入国管理制度が同事業の実施の支障にならないものではないと考えられる。なお、在留資格外活動で収入を得ようとする者については、これを許可に係らぬことは、出入国管理政策や労働市場政策を適切に実行する上で根幹をなすものであり、これを不要とすることは困難である。	大学は、教育上有益と認められるときに単位を付与することであり、インターンシップ活動が有償の場合でも、その大部分は実費程度である。また、入管制度等の改正により、在留資格外活動許可の運用が改善傾向にあるが、当該許可が基準が不明確であり、インターンシップ活動の支障となっている。このため、大学が単位を付与する有償の長期インターンシップ活動については、在留資格外活動として、在留資格外活動許可を不要とされた。	1 0 6 6 0 1 0	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省				
0920380	留学生が国内企業に就職する際の在留資格の変更許可基準の緩和	出入国管理及び難民認定法第20条	出入国管理及び難民認定法第20条		我が国では、少子高齢化に伴い、労働人口が減少する中で、世界から高度人材の受入れを拡大することが喫緊の課題となっている(経済財政改革の基本方針2008)。我が国の大学に就学する留学生の多数が、卒業後の進路として国内企業への就職を希望するものである。高度人材の受入れの拡大に貢献するものである。留学生が国内企業へ就職する場合は、出入国管理及び難民認定法第20条第3項の規定に基づき、在留資格を留学から「経済目的」に「就労」するための法務大臣の許可が必要であるが、当該許可は、専ら法務大臣の自由な裁量に委ねられるもの、原則として上乗許可基準に適合していることが考慮されることとされている(「在留資格の変更」)。在留期間の更新許可のガイドライン(平成20年3月法務省入国管理局)において、この場合に、当該基準は、留学に係る大学の専攻科目と就労先の従事業務との整合性が認められているが、特に、文系科目を専攻した留学生が就労する場合には、このような整合性の立証が困難で在留資格の変更の許可がなされないことが多いと、優秀な留学生を十分に活用できないのが実態である。このため、留学生が大阪府内の企業に就職する場合であって、次の要件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、専攻科目と従事業務との整合性を要しないこととする。① 4年制大学又は大学院を卒業していること。② 一定以上の日本語の能力があること。	留学生が大阪府内の企業に就労する場合で、一定の要件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、専攻科目と従事業務との整合性を要しないこととする。① 4年制大学又は大学院を卒業していること。② 一定以上の日本語の能力があること。	D	—	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答された。	近年、我が国の企業は、留学生について、日本人学生と同様に、専攻科目にかかわらず総合的な人材として採用することを希望する傾向にある。一方、我が国の企業では、学歴横断的な学歴が新たに設置されてきており、狭義の専門性で留学生の能力を測ることに困難となりつつある。このように、在留資格の変更許可の要請(大学の専攻科目と就労先の従事業務との関連性)を求めることは、最も、合理性を喪失しており、新たな観点から在留資格を判断することが求められる。こうした中で、留学について当該関連性の要件を適用しないことにより、高度専門人材の受入れという基本政策は担保されるものと考えられる。	前回は回答したとおり、現在の企業においては広範な分野の知識を必要とする業務が多くなっているという実態等を踏まえ、留学生の専攻科目と就職先で従事する業務内容との関連性については、柔軟に判断されていると承知しており、現行の出入国管理制度が、留学生が国内企業に就職する際の支障になっているとは考えていない。なお、我が国では「専門的・技術的分野」での外国人労働者の受入れを基本政策としており、これを担保する要件自体を緩和することは困難である。	1 0 6 6 0 2 0	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省				

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特異措置の概要	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁
0920440	非医療職の福祉職員による社会福祉施設等での医療的ケアの実施規制の緩和または特区申請	医師法第17条	医師でなければ、医療をなしてはならない。		社会福祉施設等において、介護職ができる業務の範囲を拡大し、重度障害者に対する比較的安全的な医療的ケアの非医療職の職員による実施を認める	前々回の意見募集時にも申し上げたとおり、「(医政発第0324006平成17年3月24日)在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引について」の中でうたわれている、『ALS患者に対して認められている措置が、同様の状態にある者に合理的な理由もなく認められないとすれば、法の下の平等に反することから』、特別支援学校や在宅における「一定の条件」を自活動の場でも満たせば、自活動の場での非医療職による痰の吸引は容認されるものと考えられる。 また、経済財政諮問会議資料(平成19年11月14日)にもあるように『病院勤務医の厳しい勤務環境や専門職不足が深刻な問題となりつつある』今日、『利用者のニーズに応えられるよう、医療、看護職、介護職のレスポンスアップ、それぞれの業務範囲の見直しを行うべき』であり、『介護職ができる業務範囲の拡大(痰の吸引、経管栄養の管理など)』を行わずして、どのように重度障害者の地域移行を推進していくのか。在宅での生活を支える地域資源である、自活動の場や生活の場、日常的に医療を必要とする障害者にとっての生活の一部である『医療的ケア』を受けられる体制が整っていない現状では、家庭に『医療的ケア』の問題を押し付け、在宅のみでの生活を強いることになり、この状況が真の地域生活とは言いえない。非医療職による、一定の範囲内での、一定の医療行為(痰の吸引等)を認めない限り、重度障害者の地域生活は成り立たないというものは、重度障害者に関わる現場の福祉職員の切なる思いである。そして、病院・診療所でも看護師不足が深刻であるのに、ましてや障害者施設での必要な看護師数の不足は明白である。軽微な医療的ケアが必要な人も、自活動での医療的ケアが保障されていないため、入所の施設に入らざるを得ないのが現状である。重度障害者の地域移行の流れを逆行させるような規制は改革されるべきである。ある一部の医療的ケアを保障するだけで、地域で暮らしてゆく重度障害者は数多く、また本人、家族もこの改革を強く望んでいる。また、同様の提案を行った前回の平成19年10月の意見募集時の回答には、『医療的ケアを有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えているが、今後、様々な関係者の御意見も伺いながら、このような行為の取扱いについて必要な検討を行ってまいりたい。』とあったが、どのようなスケジュールで、どのような機関で、どのような検討をおこなっているのか、ご提示願いたい。	C I	医療行為は、人体に危害を及ぼす危険性の高い行為であり、必要な医学的知識や技術を有する医師や看護師が行うことが必要と考えている。 介護の場において介護者による「たんの吸引」を行うことが認められない中、ALSのみ規制が緩和された理由をご教示いただきたい。また、「規制改革推進のための3カ年計画(改定)」(平成20年3月25日閣議決定)及び右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答させていただきます。	「必ずな検討を進めて参りたい」とあるが、具体的なスケジュール等の進捗を指示願いたい。「医療的ケアを有さない者に医療行為を行わせることは現時点で困難である」とあるが、一方で、在宅でヘルパーに、学校で教師に痰の吸引を容認している現状の中で、福祉施設で施設職員に痰の吸引を認められない理由をご回答いただきたい。看護師が不足しているという今の時代に聞かない規制は緩和されるべきである。また、「規制改革推進 第2次骨子(成果例)」の中の「1. 安心と豊かな施設内でのたんの吸引についての検討」との記述があるが、それも踏まえた上で、再度回答をいただきたい。	本年6月に取りまとめた「希望と安心の医療確保ビジョン」において、「チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職との協働を進める。」とされており、ご指摘のスケジュール等の進捗もあわせて、検討を進めている段階である。 また、学校で教師に痰の吸引については、家族の負担軽減や生徒等の教育を受ける権利の実現を図るため、適量環境の適切な管理といった一定の条件の下で、痰の吸引を行うことを、やむを得ない措置として容認しているところである。									
0920450	自活動の場への訪問看護師派遣を可能にするところについての規制緩和または特区申請	健康保険法第88条、健康保険法施行規則第69条	医療保険制度における訪問介護制度の対象者は、疾病又は負傷により「居宅」において継続して療養が必要である者とされている。		障害者の自活動の場においても、訪問看護ステーションからの看護師派遣(医療保険利用)を可能とする	障害者の自活動の場においても、訪問看護ステーションからの看護師派遣(医療保険利用)を可能とする	C I	医療保険制度において、障害者の自活動の場など、患者が一時的に滞在するような施設に対する訪問看護を認めることは、 ○給付対象の限定を困難にし、結果としてあらゆる施設・場所について行われる訪問看護について訪問看護費を認めることになりかねないこと ○在宅療養に係る診療報酬上の評価の拡大につながる 等の理由から困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答させていただきます。		C I	○ 障害者自立支援法においては、障害福祉サービスの体系を機能別に分類し、介護が必要な人のための介護報酬、訓練が必要なおとなのための訓練給付と機能・目的に着目したサービス体系としていること。 ○ 介護給付のうち、療養介護や生活介護事業のように、医療的ケアや常時介護が必要な障害者が利用しているサービスにおいては、医師、看護師を配置することとしているが、医療的ケアや常時介護を必要とする障害者が多数利用するとは想定していないサービスに対しては、医師、看護師の配置を基準上義務付けることは、ご指摘のとおり事業の効率的な運営を妨げることになると考えるため、医師、看護師の配置することを義務付けてはならない。 ○ また、医療保険制度において、障害者の自活動の場など、患者が一時的に滞在するような施設に対する訪問看護を認めることは、 ・ 給付対象の限定を困難にし、結果としてあらゆる施設・場所について行われる訪問看護について訪問看護費を認めることになりかねないこと ・ 在宅療養に係る診療報酬上の評価の拡大につながる 等の理由から困難である。 ○ したがって、ご指摘のようなケースについては、ご自身の自宅において訪問看護によるサービスをご利用頂く、または医療的ケアが可能サービスをご利用頂く等により、それぞれの状況に応じてご対応頂きたい。							
0920460	地域の出生・子育て環境の確保・充実	医療法19条	助産所の開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めなければならない。		医療法第19条の「助産所における産婦人科嘱託の義務」に関して、助産所開設者個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合は、当該助産所の存する地方公共団体に嘱託医師・病院の斡旋等の義務があること、といった趣旨を付け加える。	平成19年4月から施行された改正医療法第19条により、助産所の開設者が嘱託する産婦人科医と嘱託産科医との間で、この改正は、助産所に診察を受ける妊婦にとつて出産時の異常分娩等、緊急の場合の安全を確保するものとして評価されるが、一方で、地域によっては、産科医師や産科病院の減少等により、助産所が上記の契約等を経ることが困難な場合も考えられ、結果的に、地域住民に身近な助産所が減少し、地域の出生・子育てのための環境が悪化する可能性も想定される。本来、安全に子供を産み、育てる環境の確保は、地域全体の責任である。こうした点を考えれば、助産所個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合には、助産所の存する地方公共団体に斡旋等の義務を課すべきと考えられる。これにより、地域の助産所の減少を防ぎつつ、助産所一病院一自治体が連携した安心した出産・子育てできる環境の確立を目指す。その際、助産師の資格は持ちながらも、結婚や出産、育児などの理由で離職した「潜在助産師」を、積極的に活用することが期待される。	C I	嘱託医師等の確保については、昨年末、嘱託医師等の確保が着実に進められるよう、都道府県に対し通知を発生して周知事項の徹底と協力要請を行い、平成20年3月31日時点で、今年度分娩を扱う予定のある282施設全てで、嘱託医師と嘱託医療機関の両方が決定したとの報告を受けたところである。今後とも、引き続き嘱託医師・嘱託医療機関確保への支援に努めてまいりたい。また、既に医療法上、地方自治体には適切な医療提供体制の確保について義務があり、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的な活用などを通じて、嘱託医師等の確保に努めていただきたい。	貴省回答によれば、措置の分類は「D(現行規定により対応可能)」ではない。	前回の回答で述べたとおり、「当該助産所の存する地方公共団体に嘱託医師・病院の斡旋等の義務がある」との文言を医療法に追加する必要はないと考えている。									
0920470	これまで医師に限定されていた医療行為の一部を資格化し、その資格を有する正看護士も医療行為を認める	医師法	医師でなければ、医療をなしてはならない。		医師のみに認められている「絶対的医療行為」と医師の指示の元に行う「相対的医療行為」について、医療行為ごとに資格を設け、その資格を有する正看護士であれば医師の指示が無くとも医療行為を行えるようにする。	■具体的事業の実施内容 現在行われている様々な医療行為の中から、医師免許の必要性が比較的低いと考えられる医療行為を抽出する。そしてそれらの医療行為について、正看護士の資格を有する者が、専門研修の履修と資格試験に合格することにより、その医療行為の専門資格を有し、医師の指示が無くとも自らの判断でその医療行為を行うことができるものとする。 ■提案理由と背景 一向に解決の見通しが立たない医師の不足問題。医師一人当たりの年間外来患者数は、年間8千人を越え、OECDの平均数の3倍を有している。これは、医師一人当たりにかかる負担の増大による、非効率な医療行為という悪循環を招き、医療の質低下にもつながっている。そこで、正看護士の活動範囲を広げることで医師に掛かる負担を少しでも軽減できれば、一人でも多くの患者に対して効率的な医療行為が可能となり、医療の質低下を防ぐことも可能となる。また、正看護士から見れば、自分達にできる医療行為が明確化され、受動的から能動的な医師へのサポート体制が確立できるようになる。 専門的知識と資格を有し、自らの判断で医療行為が可能になることは、医師への依存意識が強い昨今の医療現場に対して大きな改革をもたらすことにはなるのではないかと。	C I	看護職員が行う業務については、医師又は歯科医師が行うのであれば衛生上危害を生ずるおそれのある行為について、医師又は歯科医師の指示を必要とするところであり、医師又は歯科医師の指示が必要かどうかは個別具体的に判断されるものである。 御提案の「正看護士」については、その内容が不明であり看護師等の既存の資格との違いが明確でないことから、御提案のような新たな資格を設けることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答させていただきます。	初めに提出した事項内容の表記「正看護士」が当方の誤りであったことをお詫言し、表記を既存の「正看護師」に訂正の上、再度意見を提出します。当提案の主旨は、一定の知識と経験を有する看護師に對し、一部の医療行為を「資格」という形で、医師の指示が必要かどうか個別具体的に判断なくその医療行為を行えるようにすることである。これは限られた人員の中で正看護師の業務範囲を徐々に広げていくことで、医師に掛かる負担を軽減でき、医療の質低下の抑止にもつながるはずである。	前回の回答でも申し上げたとおり、看護職員が行う業務については、医師又は歯科医師が行うのであれば衛生上危害を生ずるおそれのある行為について、医師又は歯科医師の指示を必要とするところであり、医師又は歯科医師の指示が必要かどうかは個別具体的に判断されるものである。 御提案の「正看護師」については、医師の指示が必要かどうか個別具体的に判断なく特定の医療行為を行えるようにすることであり、「正看護師」に医師と同等水準の知識と経験が求められるが、そのような研修体制が整っていない現状では、御提案のような新たな資格を設けることは困難である。								
0920480	雇用創出につながる起業を支援するための、ハローワークの機能を拡充する。	職業安定法第5条、雇用対策法第4条	ハローワークにおいては、無料の職業紹介事業や求職者に対する職業指導等の業務を行っている。		相違法文の改正 ①「雇用対策法」第13条 第2項追加 「求職者が、就業の選択肢として、起業の機会を得るために、起業に関する調査研究の成果等を提供し、起業行為が促進されるように努めなければならない」 ②「職業安定法」第5条 8項追加 「就業の選択肢として、起業の機会を与えるために、必要な政策を樹立し、その実施に努めること」	■内容) 全国576拠点展開しているハローワークに、起業を希望する人が専門のコンサルタントに起業までに必要な行政手続き・事業計画・組織設計までの方法を相談できるような窓口を各拠点に設ける ■提案理由) 現在、厚生労働省の施策として独立行政法人雇用・能力開発機構が設置し、職業能力開発総合大学校が運営する公的機関、「創業サポートセンター」が起業希望者に対して相談窓口を設けているが、全国でも東京・大阪の箇所しかなく、地方で起業を希望する人にとっては大変不便なものとなっている。より身近にあり全国76拠点で展開しているハローワークの機能を有効活用するべきと考えている。 ■効果) 日本全国で地方にいても起業することがより身近となり、起業が活発になることで経済が活性化され、雇用創出ももたらされる。起業による法人設立に伴い、社会保険適用事業所も拡大し、社会保険料の財源にも寄与するものである。	E I	本要望については、雇用対策法及び職業安定法等で特設規制しているわけではない。 なお、起業支援については、国(中小企業庁)、都道府県、商工会議所などでは、専門家と相談できる窓口(支援センター)を既に設置しているものと認識している。											

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・廃止提案に係る規制の特例措置の番号	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管(関係府庁)			
0920490	労働基準法第32条における労働時間の部分的緩和	労働基準法第32条、第38条	労働基準法第32条において、使用者は労働者に、休憩時間を除き、1週間について40時間、1日について8時間を超えて労働させるはならないと定められている。また、同法第38条において、労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については適用すると定められている。		労働時間は労働基準法第32条において、「使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間を超えて、労働させるはならない」と規定している。現行法では、就業時間は1週間までと定められており、異なる事業主の元においても、それ以上は就業できない。求職活動中にも、これ以上就業できない。求職活動中に限り、この規定を現行法より8時間多く認めることで、少なくとも週に一度は自分に興味のある業界や職種の仕事に積極的に挑戦することが可能になる。なお、現行規定においても、法定の手続きをれば、1週間において時間外労働を含めて48時間労働させることは可能である。		C	I				C	I			1 0 8 5 0 3 0	パソナグループ シャドークャビネット	東京都	厚生労働省			
0920500	「JOBカード制度」職業能力形成プログラム中の企業実習の雇用形態に派遣契約も可能にする	雇用保険法施行規則第125条及び附則第17条の7	該当法令等において、有期実習型訓練の対象者は、事業主が雇用する労働者と指定されており、また、実習については、当該事業主が行う業務の遂行の過程における実務を通じた実践的な技能及びこれに関する知識の習得に係る職業訓練とされている。		「JOBカード制度」の大きな柱の1つである有期実習型企業訓練に関して、期間中求職者と受入企業との雇用形態に派遣契約も可能にする。	JOBカード発行・コンサルティングの結果、就職困難者が職業訓練を受けることとなると受入企業と3~6ヶ月の雇用契約を結び企業実習を行うこととなる。その際、受入企業には0.1時(約10分)程度を「off(1時)賃金を得ない(中小企業)」が助成金として支払われる。しかし実際は受入が決定後、①現場実習と産学を組み合わせたカリキュラムを策定 ②助成金認定申請 ③面接 ④評価者勉強会 といった手続きが必要となり、助成金のメリット以上の手間がかかってしまう。特にすぐに入材を欲している中小企業に関しては、このJOBカード制度を有効活用しきれない可能性が高い。今後5年度でカード取得者100万人、訓練終了者40万人を実現するためには、この制度に賛同する受入企業を多く開拓する必要がある。その為の1つの施策として職業訓練時の雇用を派遣契約でも可能にする事により、派遣会社が各種書類の作成、事務手続きおよび運用をサポート。より煩雑な手続きを簡単に出来るようにし、多くの中小企業が今回の制度を受け入れやすい環境を作る。		C	III				C	III			1 0 8 5 0 4 0	パソナグループ シャドークャビネット	東京都	厚生労働省		
0920510	法定雇用率にポイント決定権を与える。	障害者の雇用の促進等に関する法律第37条、第38条、第43条、障害者の雇用の促進に関する法律施行令第2条、第9条	障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「障害者雇用促進法」という。)は、障害者の職業の安定を図ることを目的として、労働者を雇用して事業活動を行うすべての事業主に、身体障害者又は知的障害者(以下「身体障害者等」という。)を雇用する共同の責任があるという基本的な考え方に基づき、身体障害者等の雇用義務を課している。この共同責任を分担する上で平等性を担保するために、原則として一律の障害者雇用率(以下「雇用率」という。)を定め、各事業主が雇う労働者数に応じて、身体障害者等の雇用義務を負うこととしているところである。		地域によって精神・身体・知的障害者の数が多い地域・少ない地域がある。各市区町村ごとにその地域の障害者の実態を把握し、それに見合うような法定雇用率のポイントを付けていける権限を与える。	提案理由: 法定雇用率の権限を市区町村に与えることにより、障害者雇用の実施や、その地域の障害者の実態を把握し、関心を深める。また、この施策によって、その地域に合わせた法定雇用率の配分ができるようになる。 実施内容: 例: 知的障害者雇用を課題としている地域 ⇒知的障害者を採用したら1.5ポイントを与える等。		C	I				C	I		1 0 8 5 0 5 0	パソナグループ シャドークャビネット	埼玉県	厚生労働省			
0920520	小規模多機能型居宅介護施設における(者)サービス事業の利用者であっても受入を可能にする。	厚生労働省令第7号	現行では、近隣において障害者サービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害者及び障害児が、介護保険法の規定に基づく指定小規模多機能型居宅介護事業所を利用できるとなっている(特例措置9-3「指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害者(者)の受入事業」)	934 指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害者(者)の受入事業	介護保険制度においては、平成18年度より、高齢者が住み慣れた地域でこれまでと同じような生活を継続できるように、通いを中心に宿泊や訪問を組み合わせた新たなサービスとして、小規模多機能型居宅介護サービスが創設されている。このサービスの特例において、当該サービス利用対象者に対するサービス提供に影響を及ぼさない範囲で、小規模多機能型居宅介護の登録者と障害児(者)の登録の合算数が上限である5人を超えないことを前提に「障害児(者)」が利用できることを認めている。この特例の趣意で、近隣において障害者サービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害者(者)が対象となっている。しかし、近隣においてサービス事業所があるが短期入所事業所の宿泊施設は、障害児の場合で言うところには一つも遠方まで行くことになる。さらに、そこで受入がままならず緊急時に対応できない等、宿泊を利用するのが困難な状況となっている。このように、障害児(者)にとっては泊りづらい部分があるため、近隣のサービス事業等の利用者も利用対象者になれば、障害者(者)の受入に柔軟に対応できる。また、当法人においては同一敷地内において、児童デイサービス事業と小規模多機能型居宅介護事業を行っており、目的的に障害児と高齢者の交流が行われているので、単体のスタッフによる住み慣れた環境の下でのサービス提供は、利用者にとっても安心した生活ができるようになるものと考えられる。		D	I						D	I		1 0 3 9 0 1 0	社会福祉法人権福福祉会	熊本県	厚生労働省		
0920530	幼稚園教員資格認定試験【新資格試験の創設、試験日の統一】	児童福祉法第8条の6	保育士となる資格を有する者は、①厚生労働大臣の指定する保育士を養成する学校その他の施設を卒業した者、②保育士試験に合格した者のいずれかに該当する者としている。	①「幼稚園教員資格認定試験第一次試験」と「保育士試験」を兼ねた新資格試験を創設すべく、試験科目・内容、出題形式を整理統合し、一度の受験で済むようにする②前述①に伴ない、幼稚園教員資格認定試験第二次試験の内容等を整理する③幼稚園教員資格取得を志す者は、第一次試験合格後、別途の日時に幼稚園教員資格認定第二次試験を受験する④過渡的措置として、既に幼稚園教員の資格を有する者で保育士資格取得を志す者は、現行の保育士試験を受験する⑤過渡的措置として、既に保育士の資格を有する者で幼稚園教員資格取得を志す者については、現行の幼稚園教員資格認定試験第一次試験は免除し、第二次試験を受験させる	①「幼稚園教員資格認定試験第一次試験」と「保育士試験」を兼ねた新資格試験を創設すべく、試験科目・内容、出題形式を整理統合し、一度の受験で済むようにする②前述①に伴ない、幼稚園教員資格認定試験第二次試験の内容等を整理する③幼稚園教員資格取得を志す者は、第一次試験合格後、別途の日時に幼稚園教員資格認定第二次試験を受験する④過渡的措置として、既に幼稚園教員の資格を有する者で保育士資格取得を志す者については、現行の幼稚園教員資格認定試験第一次試験は免除し、第二次試験を受験させる	幼稚園教諭免許と保育士資格については、①満3歳からの子どもを対象に1日に4時間を標準とした教育を行う学校である幼稚園と、②保護者の就労等の事情により保育に欠ける0歳から2歳までの子どもを対象に1日原則8時間の保育を行う児童福祉施設である保育所という両施設を目的・役割の違いを踏まえたものとなっている。このため、①幼稚園教諭免許保有者は、教職の意義及び教員の役割を理解し、適切に教育課程を編成して満3歳からの子どもの指導に当たる能力を有することに力が置かれているのに対し、②保育士資格保有者は、児童福祉、小児保健、小児栄養、保育原理、基礎的な教育原理を幅広く理解し、専門的知識を持って0~2歳児の低年齢児を含む子どもの保育に当たる能力の養成に力が置かれているものとなっており、これらを統合する新たな新資格制度を創設することは困難である。(参考: 文部科学省の回答)幼稚園教諭免許状は、必要な単位と学位を得ることによって授与されることが原則となっています。一方、現行の幼稚園教員資格認定試験は、単位と学位による授与を原則としつつ、保育士資格と3年以上の実務経験を有する者に限って、幼稚園教諭の免許状の併有を促すために実施されているものであり、多くの短期大学等において幼稚園教諭免許状及び保育士資格の両者を得ることができることとなっている現状において、保育士としての実務経験を有しない者についてまで試験により幼稚園教諭免許状を授与することは、必要性が認められないととも、幼稚園教諭の質の低下を招くおそれがあるため、特区として対応することはできないと考えます。		C	III						C	III			1 0 1 5 0 0 0	社団法人日本ニュービジュネス協議会	東京都	文部科学省 厚生労働省
0920540	労働基準法第32条における労働時間の部分的緩和	労働基準法第32条、第38条	労働基準法第32条において、使用者は労働者に、休憩時間を除き、1週間について40時間、1日について8時間を超えて労働させるはならないと定められている。また、同法第38条において、労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については適用すると定められている。		労働時間は労働基準法第32条において、「使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間を超えて、労働させるはならない」と規定している。現行法では、就業時間は1週間までと定められており、異なる事業主の元においても、それ以上は就業できない。求職活動中にも、これ以上就業できない。求職活動中に限り、この規定を現行法より8時間多く認めることで、少なくとも週に一度は自分に興味のある業界や職種の仕事に積極的に挑戦することが可能になる。なお、現行規定においても、法定の手続きをれば、1週間において時間外労働を含めて48時間労働させることは可能である。		C	I				C	I			1 0 8 5 0 3 0	パソナグループ シャドークャビネット	東京都	厚生労働省			
0920550	「JOBカード制度」職業能力形成プログラム中の企業実習の雇用形態に派遣契約も可能にする	雇用保険法施行規則第125条及び附則第17条の7	該当法令等において、有期実習型訓練の対象者は、事業主が雇用する労働者と指定されており、また、実習については、当該事業主が行う業務の遂行の過程における実務を通じた実践的な技能及びこれに関する知識の習得に係る職業訓練とされている。		「JOBカード制度」の大きな柱の1つである有期実習型企業訓練に関して、期間中求職者と受入企業との雇用形態に派遣契約も可能にする。	JOBカード発行・コンサルティングの結果、就職困難者が職業訓練を受けることとなると受入企業と3~6ヶ月の雇用契約を結び企業実習を行うこととなる。その際、受入企業には0.1時(約10分)程度を「off(1時)賃金を得ない(中小企業)」が助成金として支払われる。しかし実際は受入が決定後、①現場実習と産学を組み合わせたカリキュラムを策定 ②助成金認定申請 ③面接 ④評価者勉強会 といった手続きが必要となり、助成金のメリット以上の手間がかかってしまう。特にすぐに入材を欲している中小企業に関しては、このJOBカード制度を有効活用しきれない可能性が高い。今後5年度でカード取得者100万人、訓練終了者40万人を実現するためには、この制度に賛同する受入企業を多く開拓する必要がある。その為の1つの施策として職業訓練時の雇用を派遣契約でも可能にする事により、派遣会社が各種書類の作成、事務手続きおよび運用をサポート。より煩雑な手続きを簡単に出来るようにし、多くの中小企業が今回の制度を受け入れやすい環境を作る。		C	III				C	III		1 0 8 5 0 4 0	パソナグループ シャドークャビネット	東京都	厚生労働省			
0920560	法定雇用率にポイント決定権を与える。	障害者の雇用の促進等に関する法律第37条、第38条、第43条、障害者の雇用の促進に関する法律施行令第2条、第9条	障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「障害者雇用促進法」という。)は、障害者の職業の安定を図ることを目的として、労働者を雇用して事業活動を行うすべての事業主に、身体障害者又は知的障害者(以下「身体障害者等」という。)を雇用する共同の責任があるという基本的な考え方に基づき、身体障害者等の雇用義務を課している。この共同責任を分担する上で平等性を担保するために、原則として一律の障害者雇用率(以下「雇用率」という。)を定め、各事業主が雇う労働者数に応じて、身体障害者等の雇用義務を負うこととしているところである。		地域によって精神・身体・知的障害者の数が多い地域・少ない地域がある。各市区町村ごとにその地域の障害者の実態を把握し、それに見合うような法定雇用率のポイントを付けていける権限を与える。	提案理由: 法定雇用率の権限を市区町村に与えることにより、障害者雇用の実施や、その地域の障害者の実態を把握し、関心を深める。また、この施策によって、その地域に合わせた法定雇用率の配分ができるようになる。 実施内容: 例: 知的障害者雇用を課題としている地域 ⇒知的障害者を採用したら1.5ポイントを与える等。		C	I				C	I		1 0 8 5 0 5 0	パソナグループ シャドークャビネット	埼玉県	厚生労働省			
0920570	小規模多機能型居宅介護施設における(者)サービス事業の利用者であっても受入を可能にする。	厚生労働省令第7号	現行では、近隣において障害者サービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害者及び障害児が、介護保険法の規定に基づく指定小規模多機能型居宅介護事業所を利用できるとなっている(特例措置9-3「指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害者(者)の受入事業」)	934 指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害者(者)の受入事業	介護保険制度においては、平成18年度より、高齢者が住み慣れた地域でこれまでと同じような生活を継続できるように、通いを中心に宿泊や訪問を組み合わせた新たなサービスとして、小規模多機能型居宅介護サービスが創設されている。このサービスの特例において、当該サービス利用対象者に対するサービス提供に影響を及ぼさない範囲で、小規模多機能型居宅介護の登録者と障害児(者)の登録の合算数が上限である5人を超えないことを前提に「障害児(者)」が利用できることを認めている。この特例の趣意で、近隣において障害者サービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害者(者)が対象となっている。しかし、近隣においてサービス事業所があるが短期入所事業所の宿泊施設は、障害児の場合で言うところには一つも遠方まで行くことになる。さらに、そこで受入がままならず緊急時に対応できない等、宿泊を利用するのが困難な状況となっている。このように、障害児(者)にとっては泊りづらい部分があるため、近隣のサービス事業等の利用者も利用対象者になれば、障害者(者)の受入に柔軟に対応できる。また、当法人においては同一敷地内において、児童デイサービス事業と小規模多機能型居宅介護事業を行っており、目的的に障害児と高齢者の交流が行われているので、単体のスタッフによる住み慣れた環境の下でのサービス提供は、利用者にとっても安心した生活ができるようになるものと考えられる。		D	I					D	I		1 0 3 9 0 1 0	社会福祉法人権福福祉会	熊本県	厚生労働省			
0920580	幼稚園教員資格認定試験【新資格試験の創設、試験日の統一】	児童福祉法第8条の6	保育士となる資格を有する者は、①厚生労働大臣の指定する保育士を養成する学校その他の施設を卒業した者、②保育士試験に合格した者のいずれかに該当する者としている。	①「幼稚園教員資格認定試験第一次試験」と「保育士試験」を兼ねた新資格試験を創設すべく、試験科目・内容、出題形式を整理統合し、一度の受験で済むようにする②前述①に伴ない、幼稚園教員資格認定試験第二次試験の内容等を整理する③幼稚園教員資格取得を志す者は、第一次試験合格後、別途の日時に幼稚園教員資格認定第二次試験を受験する④過渡的措置として、既に幼稚園教員の資格を有する者で保育士資格取得を志す者については、現行の保育士試験を受験する⑤過渡的措置として、既に保育士の資格を有する者で幼稚園教員資格取得を志す者については、現行の幼稚園教員資格認定試験第一次試験は免除し、第二次試験を受験させる	①「幼稚園教員資格認定試験第一次試験」と「保育士試験」を兼ねた新資格試験を創設すべく、試験科目・内容、出題形式を整理統合し、一度の受験で済むようにする②前述①に伴ない、幼稚園教員資格認定試験第二次試験の内容等を整理する③幼稚園教員資格取得を志す者は、第一次試験合格後、別途の日時に幼稚園教員資格認定第二次試験を受験する④過渡的措置として、既に幼稚園教員の資格を有する者で保育士資格取得を志す者については、現行の保育士試験を受験する⑤過渡的措置として、既に保育士の資格を有する者で幼稚園教員資格取得を志す者については、現行の幼稚園教員資格認定試験第一次試験は免除し、第二次試験を受験させる	幼稚園教諭免許と保育士資格については、①満3歳からの子どもを対象に1日に4時間を標準とした教育を行う学校である幼稚園と、②保護者の就労等の事情により保育に欠ける0歳から2歳までの子どもを対象に1日原則8時間の保育を行う児童福祉施設である保育所という両施設を目的・役割の違いを踏まえたものとなっている。このため、①幼稚園教諭免許保有者は、教職の意義及び教員の役割を理解し、適切に教育課程を編成して満3歳からの子どもの指導に当たる能力を有することに力が置かれているのに対し、②保育士資格保有者は、児童福祉、小児保健、小児栄養、保育原理、基礎的な教育原理を幅広く理解し、専門的知識を持って0~2歳児の低年齢児を含む子どもの保育に当たる能力の養成に力が置かれているものとなっており、これらを統合する新たな新資格制度を創設することは困難である。(参考: 文部科学省の回答)幼稚園教諭免許状は、必要な単位と学位を得ることによって授与されることが原則となっています。一方、現行の幼稚園教員資格認定試験は、単位と学位による授与を原則としつつ、保育士資格と3年以上の実務経験を有する者に限って、幼稚園教諭の免許状の併有を促すために実施されているものであり、多くの短期大学等において幼稚園教諭免許状及び保育士資格の両者を得ることができることとなっている現状において、保育士としての実務経験を有しない者についてまで試験により幼稚園教諭免許状を授与することは、必要性が認められないととも、幼稚園教諭の質の低下を招くおそれがあるため、特区として対応することはできないと考えます。		C	III						C	III		1 0 1 5 0 0 0	社団法人日本ニュービジュネス協議会	東京都	文部科学省 厚生労働省	