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番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920010	介護保険における短期入所生活介護基準の緩和	○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）第121条、第125条等	○指定短期入所生活介護事業者の指定を受けるには、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）に従って定める基準を満たさなければならない。		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）により指定される短期入所生活介護事業所については、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いるため単独で事業を行うことは事業上不可能となっている。そのためサービス供給量が不足しており多数の施設入所待機者を生む要因となっている。同様の事情は、ユニットケアを行う特別養護老人ホームとしての短期入所等が減収された基準となっており、サービス供給を確保するための障害福祉サービスの介護保険サービスにおける他類似サービス同等の基準に緩和すべきである。	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）の事業を実施するとその人員配置、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安定して設定されているため、事業上、併設型でなければ事業を行うことができない。既定の定員型のサイドサービス等の事業所の空スペース等を利用した単独型としても事業が行えるよう基準を緩和すべきである。 参証理由： ショートステイは、事業の区域として指定している未市における利用率が１００％前後と利用ニーズが高く、介護者の負担や急な短期療養においての利用が困難な状況である。中後、高齢者の増加に伴い要介護者の増加が今後さらなる利用需要の増加が懸念されている。介護保険制付保険による特養等の施設設備の即制が限定的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型型サービスが導入され在宅または地域で可能な限り生活を継続するという考え方の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（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。既型事業を利用した単独型の設置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る。さらに、特区第5次提案により認められることとなった「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、市内施設全てが実特減床であるため短期利用が全くできない状態である。平成18年10月全国的規制改革提案からの改善策： 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ためのサービスである。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、小規模多機能型在宅介護事業は、「通い」を中心としつつ、要介護者の移設や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供するものであり、原則としたた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。 ○ 以上のように、短期入所生活介護事業は小規模多機能型在宅介護事業とは性質の異なるサービスであり、小規模多機能型在宅介護事業に準じた人員・設備基準とした場合には適切なサービスの質を確保できなくなることから、現提案の基準緩和を認めることは困難である。 ○ また、平成18年の制度改正においては、認知症の高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、地域に根ざしたかたちでサービスを提供することが効果的と考えられるサービスについて「地域密着型サービス」として位置づけたものであり、「縦やみな人員・設備基準とすべきである。」とされている。「事業所所在市域（特区）の住民のみが利用する小規模事業所」として位置づけることは妥当ではないと考える。	現行制度の下では、現に保育料や国民健康保険税（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、厚生労働省としても、関係省庁との調整のと、具体的な解決の道を探るべきと思います。その他、総務省への要望のとおり。	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、提案の基準においてもサービスの質の確保については厳密に考えた人員・設備基準としている。 また、提案主体は、「求める質面の具体的内容」において、「障害福祉サービスや介護保険サービスにおける他類似サービス同等の基準に緩和すべき」と求めている。「障害福祉サービス」の方についても回答されたい。	C	Ⅲ	国民から徴収する保険料により運営する介護保険制度においては、安定したサービス提供を確保する必要がある。短期入所生活介護の指定基準では、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としての質を確保しつつ、安定した経営を維持できる水準として、単独型の場合２０床以上の規模を求めている。ご提案では、現行の２０床以上という利用定員を緩和し、９床以下の小規模施設とすることを前提とした人員・設備基準としているが、小規模施設における短期入所生活介護では、安定した経営の維持は困難であると考えられることから、特区として認めることは困難である。 また、その他の具体的なご提案については、例えば、医師の配置の徹底については、緊急の変化により病状悪の要因となケースが多いこと、入所期間がある程度長期に及ぶことが多かり、短期入所生活介護における医療ニーズ及び小規模多機能型居宅介護に比べて高いと考えられ、単に看護職員等が医療機関との連携体制をとることで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種目の特徴から、サービス量の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。	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。		1000020110	西宮市	兵庫県	厚生労働省
0920020	道州制北海道スタンダード歳入徴収金回収プロジェクト	・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123号）第144条 ・高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第113条 ・思春期法（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、国民健康保険税、介護保険料、長寿医療保険料、保育費用については独制度に従い、水道料については歳料と の手続きにより行っている。		始めに、滞納者は税を始め給食費、公営住宅料、水道料等も滞納しているを家庭数者がを、、滞納者の納付意識は長関係者を要見とし、税債務の支払意識は低く、とりわけ町に転出すると「逃げ得」の意識が強くなっている。 1、現行法における町歳入徴収金の滞納処分手法は債権により、次のとおりとなっている。 ①税債権は自力執行権により町が執行機関として実施 ②私債権は自力執行権がなく、執行機関の裁判所へ訴えの提起。 2、これを、町歳入徴収金には、それぞれ①と②の手法を与え、二方法とし滞納者の状況により町が滞納処分の手法を自由に選択できるよう設定を提案します。 【具体的に対象とする債権名】 ①強制徴収公債権名　道府県税、法人町民税、入湯税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料、後期高齢保険料、保育所保育料、下水道料、下水道受益者負担金 ②非強制徴収公債権名：水道料、給食費、町営住宅使用料、し尿浄化取り手数料、幼稚園保育料 【法令根拠】共通法と個別法に滞納処分の二刀流手法を明文化	別とのる要債務が多いが、例としては次のとおりです。 1、既定、下水道料と水道料の就課は別で有るも、事務の効率化と納付者の利便上、納付書は１枚で発付しています。 2、現行法では滞納者が発生すると、次の滞納処分をしている。 【下水道料は①の自力執行権で強的金調査を義務付】【水道料は②により裁判へ訴えの提起】をしている。 3、結果、①と②によりそれぞれの滞納処分に必要な事務をすることは時間と費用で非常に効果が悪く、かつ、滞納者も困惑しながら訴訟分の納付しも、下水道分は納付することなく滞納が続いています。原因は我：「我呼金口座調査の義務と金融機関質用増加」をなのもも、裁判は怖い。 4、これを解消し、町歳入徴収金の早期回収と事務の合理化や効率的に進めることをにも、町財源と住民の公平感の確保を図るための提案するものです。	C	Ⅲ	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する旨が定められていることから、地方自治法を所管する総務省の回答をご確認ください。	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。	繰り返しになりますが、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する旨が定められており、ご指摘の債権については地方自治法の規定の趣旨に沿って対応しているところであり、ご提案は地方公共団体の歳入の徴収方法そのものについての検討を要するものであるため、総務省の回答をご参照願います。	C	Ⅲ	国民から徴収する保険料により運営する介護保険制度においては、安定したサービス提供を確保する必要がある。短期入所生活介護の指定基準では、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としての質を確保しつつ、安定した経営を維持できる水準として、単独型の場合２０床以上の規模を求めている。ご提案では、現行の２０床以上という利用定員を緩和し、９床以下の小規模施設とすることを前提とした人員・設備基準としているが、小規模施設における短期入所生活介護では、安定した経営の維持は困難であると考えられることから、特区として認めることは困難である。 また、その他の具体的なご提案については、例えば、医師の配置の徹底については、緊急の変化により病状悪の要因となケースが多いこと、入所期間がある程度長期に及ぶことが多かり、短期入所生活介護における医療ニーズ及び小規模多機能型居宅介護に比べて高いと考えられ、単に看護職員等が医療機関との連携体制をとることで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種目の特徴から、サービス量の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。	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。	自治体歳入徴収金の強制回収手法について税法と民事訴訟・執行法による二刀流の選択適用が施策であれば、そもそもの法の目的からしてメリットとデメリットがありますので、将来的民間委託も見据え、まず、所手法の比較分析を行い可能な事項については、速やかなる一部導入の改正を図り、地方税法第１５条の７と地方自治法施行令第１７１条の５第１項第２号と第３号への該当、とりわけ「逃げ得」を減らすべき思われます。可能と思われる事項例として、民事では執行に伴う調査権、訴訟・執行費用、域外対象者に係る訴訟費負担費や他自治体への嘱託で為り、税では、滞納処分費負担費や差押え基準（課税の根拠である給料が差押え以下）と思います。		1000300100	新得町	北海道	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製剤を同一医療法人内（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１項	薬事法上の医薬品である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提与を行う場合、薬事法に基づく医薬品の製造販売業許可、製造業許可、製造販売承認及び販売許可を得る必要がある。　これを同一医療法人内（同一敷地外のサテライト施設等）に限定した使用を特例的に認める。	院内製造されたＰＥＴ用ＦＤＧ製剤は他の医療機関に販売又は提与を行う場合、薬事法に基づく医薬品の製造販売業許可、製造業許可、製造販売承認及び販売許可を得る必要がある。　これを同一医療法人内（同一敷地外のサテライト施設等）に限定した使用を特例的に認める。 ■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	（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本邦の輸送方法及び経路を成績されたRO取容器を使用し、放射線障害防止法及び薬務課放射等規制により、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を遵守する。（現状）①長崎県においては、悪性新生物による死亡率は他都道府県に比較し非常に高く、１８年度全国ワースト１０位となっている。②当県は地域的に離島く、更に離島を多く抱えており、利用者の交通手段等の経済的、身体的負担は大きい。③ＰＥＴ－ＣＴ検診に対するニーズが年々大きくなって来ている中で、サイクロトロン施設の効率的な活用が出来ていない。（不所医験制（デリバリー）の使用については、コストの問題、半減期及び安定供給等の問題がある。（効果）イ．サテライト施設へのＦＤＧ製剤が使用可能となれば、サイクロトロン施設の効率的運用ができることから、修設料等の削減、機械低減が可能。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・身体的な負担が軽減できる。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期待できると考える。ニ．ＰＥＴ－ＣＴ検査はがんの発見だけでなく、炎症、代謝性疾患まで も発見できることから、国が策定推進している総合がん対策指針の普及において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	—	薬事法上の医薬品であるＰＥＴ用ＦＤＧ製剤について、仮に同一法人であっても、他の医療機関に販売又は提与を行うために、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じる必要があることから、品質管理のシステム等に関する要件を満たした上で製造販売業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とともに、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される必要があるとから、製造業の許可を得る必要がある。 しかしながら、御提案の件については、医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該製剤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業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、当該製剤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業許可等の規制の対象外である。」とあるが、この条件の下では、全国でこのような対応が可能なのか。	D	—	前回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が）地域による制限はない。			1000500100	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と研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係のでてより実践的な技術、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等に基づき、研修生送出国のニーズに合致する職種かつ対象技術等の公評価制度が整備されている職種を技能実習対象職種として「技能修得（52職種）」と（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と研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係のでてより実践的な技術、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年以内とされている。	・技能実習制度推進事業運営基本方針等に基づき、研修生送出国のニーズに合致する職種かつ対象技術等の公評価制度が整備されている職種を技能実習対象職種として「技能修得（52職種）」と（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と研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係のでてより実践的な技術、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年以内とされている。 ■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	医療保健福祉分野への政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（看護師）候補者の受入れを本年度より行う。サービス大準を確保、向上させるために日受入国日のＯＪＴ指導や標準化された教育研修を行うことが肝要。外国人研修・技能実習制度の趣旨を踏まえ効果的かつ規模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・技能実習の関係は日本語教育等は送出し国で、日本国内では技能実習を重点化、効率化を図る。技能実習は実習と教育を一体的に行うプログラム提供。（介護福祉士国家試験受験資格条件「３年以上の経験+６００時間程度の養成研修」システム化）	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なかで、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むとしまない可能性があること、② 介護業務について、アジア諸国において、既に労働力としての諸外国への送出し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・技能実習制度の枠組みにおいては、介護分野の受入れが可能か否かを検討するにあたっては、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精査することが不可欠である。	関係国とはインドネシア共和国である。技実業務付資料に記述する「日本で勤務した医療保健福祉に係わる知識と技術の習熟体制、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実践授の要向を踏まえた提案であり、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、その目的に整合するものと理解している。また、期間延長等については、介護福祉士国家受験資格要件を満たす３年の実務経験が延長されれば、実務経験者として看護としている。ＥＰＡの現行再実習制度を活用する方法も考えられるが、当人国管理事務局現上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」を位置づけたとて、在留期間を４年に延長することにより対応することを要望するものである。	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なかで、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むとしまない可能性があること、② 介護業務について、アジア諸国において、既に労働力としての諸外国への送出し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・技能実習制度の枠組みにおいては、介護分野の受入れが可能か否かを検討するにあたっては、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精査することが不可欠である。 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、修得した技術等を母国の発展のために役立てることが制度の趣旨であるため、技能実習の期間を延長し、母国に帰国してから技能移転を遅らせることは適当ではない。また、その際として、「介護」を位置づけたとて、在留期間を４年に延長することにより対応することを要望するものである。	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。	近隣国、極東アジア諸国が、日本の介護保険制度を視範にした社会支援システムを構築しようとしていると き、外国人研修制度の本来の目的である発展途上国への技術移転を踏まえるならば、関連業等の みならず、介護分野を拡大することにより、医療保健福祉先進国として存在感を高め国際貢献できるものと考えられる。なお、同制度の日本語研修等のルール仕約１６９時間程度を本邦内で行うとしている約+分なコミュニケーションがとれる力量が備わるとは言いがたいため、日常会話や医療福祉専門用語を使う会話に耐えられる語学力を高めることとして、本邦内で行うべき研修を送出し国（機関）で６ヶ月から１年の研修を実施したいが如何か。回答をお願いしたい。		1000600110	社会福祉法人恩の里	宮崎県	法務省 厚生労働省
0920050	介護職員基礎研修事業の拡大	・技能実習制度に係る出入国管理上の取扱いに関する指針 （平成5年4月5日法務省告示第141号） ・技能実習推進事業運営基本方針 （平成5年4月5日労働大臣公示）	・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経たと研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係のでてより実践的な技術、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等に基づき、研修生送出国のニーズに合致する職種かつ対象技術等の公評価制度が整備されている職種を技能実習対象職種として「技能修得（52職種）」と（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と研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係のでてより実践的な技術、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年以内とされている。	外国人向け日本版デュアル・システムの導入	C	Ⅲ	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・実務連結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人雇用労働者同様に労働保護、社会保険等に加入する介護保険制度基準（人員配置基準）を満たす者とし、実務3年経験かつ介護職員基礎研修事業受講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。	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。	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、業務の内容や求められる技能に各国の特徴があるなかで、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むとしまない可能性があること、② 介護業務について、アジア諸国において、既に労働力としての諸外国への送出し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精査することが不可欠である。	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。	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なかで、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むとしまない可能性があること、② 介護業務について、アジア諸国において、既に労働力としての諸外国への送出し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精査することが不可欠である。 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、修得した技術等を母国の発展のために役立てることが制度の趣旨であるため、技能実習の期間を延長し、母国に帰国してから技能移転を遅らせることは適当ではない。また、その際として、「介護」を位置づけたとて、在留期間を４年に延長することにより対応することを要望するものである。	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。	平成１９年１１月２８日可決成立した社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正により、介護福祉士資格取得国家試験実施年内のうち、実務経験ルートは「実務経験３年以上+養成施設９月以上」となり「厚生労働大臣の指定する養成施設」等において必要な知識、技術を修得した場合に資格を取得することができるとなっているが、社会福祉法人が行う「介護職員基礎研修事業」についても同等の取扱いとすることにより、介護福祉士国家受験資格を付与することの見込みはないか、回答をお願いしたい。		1000600200	社会福祉法人恩の里	宮崎県	厚生労働省
0920060	救急救命士による血糖測定と低血糖発作症状への 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処置を行うことを業としてはならない。（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、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。（法第４４条第１項） 救急救命士は救急用自動車以外の場所において救命処置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に乗せるまでの間において救急救命処置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を介において救急救命士による簡易血糖測定値による血糖値測定と、低血糖発作が確定した時にブドウ糖溶液の投与を行う。	C	Ⅰ	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、教育期間を必ずまえると、救急救命士に当該知識を付与することは適切ではないと考えられる。 適切な地域メディカルコントロール体制が充実されていることが必須の条件としたとて、本提案を認めていただきたいと思います。	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。 厚生労働省の発表によると、2006年1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、症状から公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 早期できることは周知することで、救急救命士法では現場血糖測定器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是非とも、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4年間で60例を数え、その逆とんどが当日または翌日に退院となっています。 今後も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充実されていることが必須の条件としたとて、本提案を認めていただきたいと思います。	C	Ⅲ	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、教育期間を必ずまえると、救急救命士に当該知識を付与することは適切ではないと考えられる。 適切な地域メディカルコントロール体制が充実されていることが必須の条件としたとて、本提案を認めていただきたいと思います。	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」は、いかなる医療行為も人体にかならず影響を及ぼすこと、に異論はありません。しかし今回の申請内容はそこまでは ないと考えております。また、「現在の救急救命士の養成課程における教育内容等を踏まえると、救急救命士に当該知識を付与することは適切ではない」は、当回答はMC協議会は年間約1700件の手厚い事後検証体制を敷き、その細かく指導を行っています。現実的運用実習器の使用方法やブドウ糖投与方法の講習を行い、その使用には救急救命士のみで医学的判断を行わず、オンラインで医師が判断し、オンライン下での使用を必須条件とします。	C	Ⅲ	御提案については、専門実等の意見を踏まえて検討を行う予定である。 なお、救急救命処置については、重ちに生命に影響を及ぼすものであり、特区においても実験的に事例を提案することは新後すといいのと考えた。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を踏まえると、救急救命士に当該知識を付与することは適切ではないと考える。専門実等の意見を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。	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、貴省の回答では、実験的に特区として実施することは制約なくないとのことだが、安全面で最終な基準を設け、基準を満たすメデイカルコントロール体制の地域を対象に特区として実施できないか。	今回の提案は救急救命士制度発足から16年が経過し、印旛地域での検討たる成体制を構築したかで、現場に高っ力に赴く救急救命士の更なる活躍を目指し、処置可能な内容を提出しました。「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」とは、どの医療行為が、どの程度の知識と経験の者によって行われることで、どのような危険があるのか、具体的に示して頂きたいと考えます。厳格な解体制下で行う救急救命士の特定行為は、「特区において実験的に事例を蓄積する」のではなく、「特区において先駆的にエビデンスを蓄積する」ことが、本邦のプレホスピタルケアの質の向上に寄与することご理解下さい。		1000900100	印旛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

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番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920070	救急救命士によるアナフィラキシーショック患者へのエピネフリン注射器（エピペン®）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、医師の具体的指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。（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不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処置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（エピペン®）を、医療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危ない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，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。これに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1.24～1.76%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され、アナフィラキシーは決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（エピペン®）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ます。エピネフリン注射器（エピペン®）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、患者は常時携行することを指導されます。 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、患者本人は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。神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、一番先に接触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出来れば、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（エピペン®）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完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	救急救命士によるエピペンの使用については，昨年度行った厚生労働科学研究の結果や、関係者の意見を踏まえて、今年度中の検討を行う予定。	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。	今回の提案内容であるエピネフリン注射器の使用に関しては、救急救命士への講習を行う予定にしております。また現場活動において使用する場合には、救急救命士の観察所見からオンライン下で医師が判断し、オンライン下でエピネフリン注射器の使用を行う体制を必須の条件にしたいと考えております。「救急救命士によるエピペン使用については、昨年度行った厚生労働科学研究の結果や、関係者の意見を踏まえて、今年度中の検討を行う予定」とされていたが、昨年度中の検討を行う予定とされていたが、是非とも当地域限定で先行的に当付することを御検討いただきたく思います。	C	Ⅳ	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。	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。	印旛地域メディカルコントロール（IMC）協議会においては、十分な事前教育・研修、オンライン指示体制、特定行為実施例の全例事後検証体制を確保していることから、今回提案の事項については地域住民の安全を確保しながら、より高度なプレホスピタルケアを提供できると確信しております。救急救命士によるエピペンの使用については「今年度中に検討を行い、結論を得る予定」とされていますが、検討の結果、使用が見送られた場合、特区として当地域で先駆的に使用することをご許可ください。	1 0 0 9 0 2 0	印旛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傷病患者に対する投与薬剤の多剤激薬使用	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処置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、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。（法第４４条第１項） 救急救命士は救急用自動車以外の場所において不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処置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）	嘔吐中毒や患者の重症化件時に、責任メディカルコントロールで許可されている吸入２剤激薬を救急救命士が使用し、病院前における嘔吐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）となっています。人口100万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、喘息死に直結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来る応急処置は、酸素投与のみとなっています。 重症発作時には、救急搬送の振動や騒音のストレス、冬の冷たい外気などで重症気管支喘息患者は容易に心肺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２剤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、または同乗者のみが吸入２剤激薬を使用できるようになっておりますが、傷病者１名のみしか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。 重症喘息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。さらに嘔吐死の約４８％が病院前あるいは救急車との搬送のあいだに発生している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投与が実施されれば、嘔吐によって死にいたる患者を救命することに非常に有効と考えます。 適切な地域メディカルコントロール体制が完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	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、教育期間をふまえると、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について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	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、事後検証の要請を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による国の確保を条件に提案を実施出来ないか、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、事例の蓄積を図る重要があるのではないか。 さらに、検討スケジュールを明らかにされたい。 なお、救急救命士が行いうる行為の範囲は、各令事項と思われるが、如何。	印旛ＭＣ協議会では、救急救命士の知識や技術の向上を目的に、症例検討会や JPTECコース、さらに認定救急救命士を対象にシナリオ演習による特定行為確認訓練などを幅広く開催し、年間700件以上の事後検証による手厚いフィードバックを行うなど、オンラインの和だけでなくフライングの和にも成熟した体制で救急業務を遂行しております。今や救当隊員管内の救急救命士は、相当量の知識と技量を有するものと自負しております。重症喘息患者の吸入２剤激薬の介助使用の方法の講習を行うことも、使用には救急救命士のみで医学的判断を行わずに救急救命士の観察所見からオンラインで医師が判断し、オンラインで吸入２剤激薬の使用を必須条件とします。	C	Ⅲ	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、救急救命処置については、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駄目まないのと考える。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を踏まえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切ではないと考える。専門家等の意見も踏まえて検討を行う必要があり、現段階で検討スケジュールをお示しすることはできない。	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。 また、貴省の回答では、実験的に特区として実施することは駄目まないとのことだが、安全面で厳格な基準を設け、基準を満たすメディカルコントロール体制の地域を対象に特区として実現できないか。	今回の提案は救急救命士制度発足から16年が経過し、印旛地域での確固たる組織体制を構築したlittle、現場に真っ先に駆け救急救命士の更なる社会貢献を目指し、処置可能な内容を提出しました。「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」とは、どの医療行為が、どの程度の知識と経験の者によって行われることで、どのような危険があるのか、具体的に示して頂きたいと考えます。厳格なMC体制下で行う救急救命士の特定行為は、「特区において実験的に事例を蓄積する」のではなく、「特区において先駆的にエビデンスを蓄積する」ことが、本邦のプレホスピタルケアの質の向上に寄与することをご理解下さい。	1 0 0 9 0 9 0 3 0	印旛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肺機能停止前の静脈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処置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、厚生労働省令で定める救急救命処置を行ってはならない。（法第４４条第１項） 救急救命士は救急用自動車以外の場所において不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処置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、責任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、救急救命士は、者やにより心肺機能停止状態の患者に対し、医師の指示のもとに安められた医療行為（特定行為）が許されておりますが、重度傷病者に対しても心肺機能停止前に静脈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肺機能停止前の静脈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脳中毒者、消化管出血等の傷病者に有効であると考えるからであります。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停止に陥る前に、救急救命士により静脈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ます。 適切な地域メディカルコントロール体制が完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	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、教育期間をふまえると、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について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	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、事後検証の要請を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による国の確保を条件に提案を実施出来ないか、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、事例の蓄積を図る重要があるのではないか。 さらに、検討スケジュールを明らかにされたい。 なお、救急救命士が行いうる行為の範囲は、各令事項と思われるが、如何。	印旛ＭＣ協議会では、救急救命士の知識や技術の向上を目的に、症例検討会や JPTECコース、さらに認定救急救命士を対象にシナリオ演習による特定行為確認訓練などを幅広く開催し、年間700件以上の事後検証による手厚いフィードバックを行うなど、オンラインの和だけでなくフライングの和にも成熟した体制で救急業務を遂行しております。今や当隊員管内の救急救命士は、相当量の知識と技量を有するものと自負しております。心停止前の静脈路確保と輸液は現段階でも低く、高い有効性のある治療と考えられますし、国内のエビデンスの集積にたえず貢献できるものと思われます。是非とも当地域限定として先行的に当付を御検討いただきたいと思います。	C	Ⅲ	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、救急救命処置については、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駄目まないのと考える。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を踏まえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切ではないと考える。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。	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、貴省の回答では、実験的に特区として実施することは駄目まないとのことだが、安全面で厳格な基準を設け、基準を満たすメディカルコントロール体制の地域を対象に特区として実現できないか。	今回の提案は救急救命士制度発足から16年が経過し、印旛地域での確固たるMC体制を構築したlittle、現場に真っ先に駆け救急救命士の更なる社会貢献を目指し、処置可能な内容を提出しました。「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」とは、どの医療行為が、どの程度の知識と経験の者によって行われることで、どのような危険があるのか、具体的に示して頂きたいと考えます。厳格なMC体制下で行う救急救命士の特定行為は、「特区において実験的に事例を蓄積する」のではなく、「特区において先駆的にエビデンスを蓄積する」ことが、本邦のプレホスピタルケアの質の向上に寄与することをご理解下さい。	1 0 0 9 0 9 0 4 0	印旛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としての指定追加	－	－	救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、政府は自宅での終末期医療を推進している。癌の終末期は他性疼痛、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するようになっている。緊急に対処すべき症状が出現する頃には、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さ少ないため、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って、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。	－	－	規制を所管していないが、必要に応じて警察庁、国交省からの協議に応じる。			—	—						1 0 1 0 0 1 0 0	医療法人隣気会　在宅ホスピスとちの木	栃木県	警察庁 厚生労働省 国土交通省
0920110	地域包括支援センターに係る職員の専従規制を緩和し、地域包括支援センターに配属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５２	○地域包括支援センターと指定相談支援事業を行うためには、介護保険法施行規則第１４０条の５２に定められる条件及び、「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従規制を緩和し、地域包括支援センターに配属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。こういっ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確保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められ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、障害者の一生を通して途切れることのない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、同一法人内で関者の業務に従事することが可能である。	多様多様な施設を整備するだけの人的資源や財源が十分でない過疎地域においては、施設の有効利用や行政サービスの向上の観点から、障害者に対する相談と高齢者に対する相談という類似業務を一元的に行う必要性があると思われるが、地域包括支援センターに係る職員の専従規制を緩和することはできないのか。また、規制を緩和することについてどのような弊害があるのか。あ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。	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、社会保険社士及び主任介護支援専門員）とともに、障害者相談支援担当職員２名を配置した「高齢者・障害者」総合窓口のセンターを設置した場合、現行の規定は「専ら従事する」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のと実態としてあり、当方の認案を実現するためには介護保険法施行規則第１４０条の５２第２号に規定する「専ら従事する」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的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５２第３号の規定により、「地域的条件その他の条件を勘案して特定の生活圏域に一の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２項の数のとおり、職員の専従要件が緩和されているところであり、現行法上においても柔軟な対応が可能である。	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。	貴省ご回答による介護保険法施行規則第１４０条の５２の規定は、あくまでも第一号被保険者数や地理的条件などの条件を付した上での規定である。当方の提案は、高齢者への包括的相談支援と障害者への包括的相談支援を一体的かつ包括的に実施することにより、地域ニーズに応えた質の高い相談支援を行うべき、という趣旨であり、当該規定のような緩和で小規模な地域に限定した措置では、こうしたニーズに応えることはできないものである。	1 0 1 1 2 0 1 0 0	北海道	北海道	厚生労働省
0920120	障害者支援施設における高齢者の介護保険法に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）の利用	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には、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）において定める基準を満たさなければならない。	但法の身体障害者療護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（空床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等による空きベッドが存在しており、その効率的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わない範囲で、一般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、当該施設の本来の目的を損なわ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。	本提案におけるように、短期入所生活介護の受入れを特例的に認めている特別養護老人ホームと同様の人員配置が行われている障害者支援施設においては、介護保険制度による新たな指定を受けることなく、同施設の空床を利用して介護保険制度における短期生活介護の事業を行うことはできないのか。あ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。	いわゆる「空床利用型」短期入所生活介護（ショートステイ）について、現行の指定基準上は特別養護老人ホームにとして認められていないところ、身障療護施設など障害施設においても、同様の状況にあるものと思われる。 一方で、施設入所者の地域移行の基準によって障害者施設の空床が増加するが、こうした未活用の社会資本を、高齢者のショートステイサービス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現点からの提案である。 だからこそ、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というのでは、「空床利用型」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ものと考える。	C	Ⅲ	短期入所生活介護と特別養護老ホームは、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。「空床利用型」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床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としより、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、特別に認めているものである。障害者支援施設については、例えば医務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、「空床利用型」を認めることは妥当ではない。 なお、現在においても、利用者の負担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、静養室、介護職員室及び看護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。	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。	貴省ご回答のとおり、確かに、障害入所施設について無条件一律に空床利用型ショートステイを認めるのは困難であることについて異論はないが、特別養護老人ホームと同水準を担保するため、例えば、特養と同様に、嘱託医師の確保を条件とするなど、「短期入所生活介護」の質を満たすための一定の条件を満たしたものについて認容することとすれば差し支えないものと考える。なお、障害施設のうち、現行基準においても、例えば、身体障害者療護施設などのように、特別養護老人ホーム以上の水準を満たしているものも存在するところ。	1 0 1 1 2 0 2 0	北海道	北海道	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例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
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78条の4第1項、第83条第1項、第87条第2項、第110条第1項、第115条の4第1項、第115条の13第1項等	○介護保険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。 実勤務要で１の介護職員を、常勤換算で２～３の介護ボランティアで代替することを想定	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、介護時間数の抑制や、介護従業者の低賃金問題の改善にも一定の効果が期待できる。 【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通所系サービス・施設系サービス 介護職員１人に代わりボランティア２～３名が配置されることにより、マンパワーが増大し、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	Ⅰ	○介護保険サービスは、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ている。 ○ご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、従業者を配置した場合と同様の質の高いサービスの提供が担保できないものと考えられることから、施設等の最低限必要な人員として位置づけることは適当ではないと考える。	契約の形態によっては、ボランティアでもって、その担当する業務に関し、従業者と同等の責任や義務を継続的に課すことは可能ではないか。 　また、そ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。 　さらに、人員基準と介護保険給付との関係、人員基準内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労働者の雇用保険加入義務付けがあるのか否かについて、回答されたい。 　なお、人員基準の問題は、省令事項と思われるが、如何。	○１点目について 人材については、一定の介護研修を義務づけることとしており、確実かつ継続してサービスが提供できるよう地域支援事業を活用。 ○２点目について 介護ボランティアは、その自由意志に基づき契約し使用者の指揮命令下におかれる。 ○３点目について 当初提案に関ずいる対策により、質の高いサービス提供を担保している。 　昨年度提案に対する回答を受け、サービスの質からみたデメリットが比較的少ないと考えられる生活援助系のサービス中心に担うものとして再提案しているが、上記の点で、どの対策がサービス水準が担保できないと言われるのかご教示いただきたい。	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、従業者を配置した場合と同様の質の高いサービスの提供が担保できないものと考えられることから、施設等の最低限必要な人員として位置づけることは適当ではないと考える。 　なお、介護保険法に基づく指定を受けずに、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になるところである。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。	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。 　なお、介護保険法に基づく指定を受けた施設・サービスにおいて、人員基準外でボランティアを活用することは可能なのか、可能な場合は従業員とボランティアとが異なる規律に服しているのか、併せて回答されたい。	介護ボランティアの配置が基準上で認められ、生活援助系のサービスを中心に担うことができれば、従業者が身体介護のサービスに割ける時間が増える ほか、特遇改善も図られることから、なお一層の質の高い人材による質の高いサービスが確保できると考える。 　当提案は、公費負担・利用者負担・従業者待遇そ れぞれにメリットがある提案としているが、デメリットとして、二階級のサービスの質の確保がある ことは承知しており、その対策も示している。 　質の確保については、制度設計において対処可能 であると考えられ、介護保険制度の中で事業者とボ ランティアとの協同によるサービス提供体制が重要 と考えるがどうか。		1019001010	愛媛県	愛媛県	厚生労働省
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５９号「診療報酬の算定方法」	生活習慣病管理料は、指質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において生活習慣に関する総合的な治療管理が重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、服薬、運動、休養、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2の保険点数が算定できる基準を、金件付て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。	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、加入されている医療保険者が実施主体として多くの医療機関と提携し事業を進めています。 　そのので、提携医療機関との条件では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。双方とも生活習慣に対する検診、治療のはずが、200床以上の病院は、健診はできるが、重治療と診断され高血圧症、糖尿病等の生活習慣に関する総合的な治療管理が必要となった場合、算定できないというケースも考えられるため、特定健診において提携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来管理については、診療所等が担うべきの考え方に基づき、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っているところである。このため、２００床以上の特定健診における提携医療機関については生活習慣病管理料を算定することは不適当であると考える。			C	Ⅲ	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、加入されている医療保険者が実施主体として多くの医療機関と提携し事業を進めています。 　そのので、提携医療機関との条件では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。双方とも生活習慣に対する検診、治療のはずが、200床以上の病院は、健診はできるが、重治療と診断され高血圧症、糖尿病等の生活習慣に関する総合的な治療管理が必要となった場合、算定できないというケースも考えられるため、特定健診において提携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。		1028010010	稲城市	東京都	厚生労働省
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とて、個人的使用人として、「投資・経営」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に雇用された外国人が、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により、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・育児を担う家事使用人の在留許可申請に関して、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環として、金融・資本市場の競争力を高めることが重要であり、高度な金融技術を備えた外国人を誘致することは、金融ガが昨年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す。 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、上記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高りますが、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・育児を担う家事使用人が在留資格を取得することが最大で問題だ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高幹部のみです。このため、高度な金融技術を備えていながら、東京での勤務を諦めざるを得ないケースもあります。 当協会が、昨年12月に会員会社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くみられ、経営幹部であっても事業所の長に準ずるまでは言えないケースや、外人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、内閣官房の「国際金融拠点機能強化プラン」に記されたエコの区域（「東京駅・有楽町新開発地域」および「羽田ニ号線新規延伸・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関して、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。					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に際し、その要件の緩和を求めるものである。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り、法務省および警察庁は、外国人労働者の受入に伴う影響については慎重な検討が必要であるとされ、AIGの提案は特区においても制度利用者に条件をつけるなど、想定されるリスクを軽減すべ き旨に関しても、本案件を私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、その影響を実証的に検証でき、よりよい制度設計へとつなげることができる。	警察白書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関議決定されたにも関わらず、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申請する旨記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に伴う影響については慎重な検討が必要であるとされ、AIGの提案は特区においても制度利用者に条件をつけるなど、想定されるリスクを軽減すべ き旨に関しても、本案件を私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、その影響を実証的に検証でき、よりよい制度設計へとつなげることができる。 　また、そ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	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関して、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就労を拡大させることは、我が国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。	①　本提案は、単純労働者の受入れ範囲をむやみに広げるものではなく、「国際化に即応した人材の受入れを容易にする観点から、金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」（地域活性化統合本部会合了承）ことを目的とするものであることを踏まえ、以下の事項に回答されたい。 ⅰ　外国人家事使用人の雇用について、「雇用者の社会的地位を考慮し、例外的に認めている」ということであるが、そのような趣旨にかんがみれば、提案内容のように、収入等の「経済的要件」をもって代替要件とするのが合理的ではないか。 ⅱ　上記の ほか、国内労働市場に影響が出ることがないよう、現行の要件の全部又は一部に対し、代替要件又は異なる選択肢を設けることで、雇用者の要件の緩和が可能と考えられるが、如何。 ⅲ　その他、現行の要件の柔軟な運用によって、提案内容の趣旨の全部又は一部の実現に近づけることができる点があるのではないか。 ②また、右の提案主体からの再意見に対し検討し、回答されたい。 ③外国人家事使用人の雇用の実態に関するデータを明らかにされたい。また、日本人家事使用人が雇用されている実態があれば、併せてデータを明らかにされたい。 ④「金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」観点から、経済財政諮問会議、規制改革会議等における外国人受入れの議論の現状及び今後の見通しについて、貴省の把握している範囲で明らかにされたい。	①　本提案は、単純労働者の受入れ範囲をむやみに広げるものではなく、「国際化に即応した人材の受入れを容易にする観点から、金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」（地域活性化統合本部会了承）ことを目的とするものであることを踏まえ、以下の事項に回答されたい。 ⅰ　外国人家事使用人の雇用について、「雇用者の社会的地位を考慮し、例外的に認めている」ということであるが、そのような趣旨にかんがみれば、提案内容のように、収入等の「経済的要件」をもって代替要件とするのが合理的ではないか。 ⅱ　上記の ほか、国内労働市場に影響が出ることがないよう、現行の要件の全部又は一部に対し、代替要件又は異なる選択肢を設けることで、雇用者の要件の緩和が可能と考えられるが、如何。 ⅲ　その他、現行の要件の柔軟な運用によって、提案内容の趣旨の全部又は一部の実現に近づけることができる点があるのではないか。 ②また、右の提案主体からの再意見に対し検討し、回答されたい。 ③外国人家事使用人の雇用の実態に関するデータを明らかにされたい。また、日本人家事使用人が雇用されている実態があれば、併せてデータを明らかにされたい。 ④「金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」観点から、経済財政諮問会議、規制改革会議等における外国人受入れの議論の現状及び今後の見通しについて、貴省の把握している範囲で明らかにされたい。	政府と国会は今年、東京を一層重要な国際金融拠点とすることが国家的優先課題であり、他の主要国際金融拠点と比べ競争力ある地位への回復には早急な改革の導入が必要と決議しました。国際金融拠点として成功する都市の主要因には豊富な国内外の高度人材の存在が挙げられます。金融セクターに従事する者の多くは家事使用人のサポートが不可欠です。「第３次出入国基本計画」では規制が必要とされていますが、高度技能を持つ外国人を日本へ呼び込む家事使用人の在留許可申請制度の改正は先送りできません。日本経済は外需への依存もあり世界経済と同様成長が減速しています。金融セクターを支える国内経済の導入はより力強い経済への発展へ繋がります。		1036001010	国際銀行協会	東京都	警視庁 法務省 厚生労働省
0920160	外国人の家事使用人にかか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とて、個人的使用人として、「投資・経営」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に雇用された外国人が、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」の資格をもって在留する、②事業所等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1歳未満の子又は病気等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区の特定の地域（新宿区、港区、品川区、渋谷区、千代田区、豊田区及び中央区の全域）内に所在する事業所等に勤務し、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、これを機関又は代替的手段をもって緩和する。	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」の資格をもって在留する。②事業所等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1歳未満の子又は病気等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区の特定の地域（新宿区、港区、品川区、渋谷区、千代田区、豊田区及び中央区の全域）内に所在する事業所等に勤務し、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限定する。 左記の特定の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、機関又は雇用人に一定の経済的要件を求めるなど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.　雇用人の他社の要件（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.　競合国においては左記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 g.　本事業に実現的効果を伴たせるためには本記地域における規制緩和が必要である (2)　事業の許容性 a.　雇用人の限定により貴所対効果が高い一方、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する者に限ることから、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関して、雇用者たる外国人の要件緩和を行うことは、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。	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に際し、その要件の緩和を求めるものである。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り、法務省および警察庁は、外国人労働者の受入に伴う影響については慎重な検討が必要であるとされ、AIGの提案は特区においても制度利用者に条件をつけるなど、想定されるリスクを軽減すべ き旨に関しても、本案件を私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、その影響を実証的に検証でき、よりよい制度設計へとつなげることができる。 　また、そ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	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関して、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就労を拡大させることは、我が国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。	①　本提案は、単純労働者の受入れ範囲をむやみに広げるものではなく、「国際化に即応した人材の受入れを容易にする観点から、金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」（地域活性化統合本部会了承）ことを目的とするものであることを踏まえ、以下の事項に回答されたい。 ⅰ　外国人家事使用人の雇用について、「雇用者の社会的地位を考慮し、例外的に認めている」ということであるが、そのような趣旨にかんがみれば、提案内容のように、収入等の「経済的要件」をもって代替要件とするのが合理的ではないか。 ⅱ　上記の ほか、国内労働市場に影響が出ることがないよう、現行の要件の全部又は一部に対し、代替要件又は異なる選択肢を設けることで、雇用者の要件の緩和が可能と考えられるが、如何。 ⅲ　その他、現行の要件の柔軟な運用によって、提案内容の趣旨の全部又は一部の実現に近づけることができる点があるのではないか。 ②また、右の提案主体からの再意見に対し検討し、回答されたい。 ③外国人家事使用人の雇用の実態に関するデータを明らかにされたい。また、日本人家事使用人が雇用されている実態があれば、併せてデータを明らかにされたい。 ④「金融関連企業に勤務する外国人ビジネスパーソン家庭の家事・育児をサポートする者の円滑な入国を促進する」観点から、経済財政諮問会議、規制改革会議等における外国人受入れの議論の現状及び今後の見通しについて、貴省の把握している範囲で明らかにされたい。	貴大の方針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にも関わらず、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申請する旨記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に伴う影響については慎重な検討が必要であるとされ、AIGの提案は特区においても制度利用者に条件をつけるなど、想定されるリスクを軽減すべ き旨に関しても、本案件を私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、その影響を実証的に検証でき、よりよい制度設計へとつなげることができる。 　また、そ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。 　さらに、人員基準と介護保険給付との関係、人員基準内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労働者の雇用保険加入義務付けがあるのか否かについて、回答されたい。 　なお、人員基準の問題は、省令事項と思われるが、如何。		1039001010	在日米国商工会議所	東京都	警視庁 法務省 厚生労働省
0920180	障害児・者福祉事業の日中一時支援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1項 医療法第42条第7号の規定	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項に規定される事業として、「社会福祉法第2条第3項第4号の2に規定する事業として第二種社会福祉事業に位置づけることにより、医療法第42条第7号の規定により医療機関が実施できなう預制を緩和すべきである。	重症心身障害児・者に対する日中一時支援事業は、医療設備・スタッフの整った医療機関での利用を希望される。しかし、障害者自立支援法施行以前は、短期入所事業の延治を伴わない事業として医療機関で行え、実績があったが、障害者自立支援法の施行により、地域生活支援事業のその他事業として整理された（詳細は「その他（特記事項）概況付資料3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てしまった。 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3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付けていただきたい。 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、障害者自立支援法附則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を確保するため、各自治体が地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な対応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、障害福祉サービス事業ではなく地域生活支援事業として位置づけたところ。 ○障害者等の日中における活動の場を確保するという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位置づけることにより サービスの質を確保することを等よりも、社会福祉事業としての規制をかけず地域で柔軟に実施できる事業とすることが法の趣旨になじむものであると考えているところ。第二種社会福祉事業に位置づける必要は認識できる。 ○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、障害者自立支援法附則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い。	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ってしまったことについて真実はどのようにお考えか、ご教示いただきたい。 貴省の回答に、「障害者自立支援法附則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い」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は検討状況についてご教示いただきたい。また、特区として実施することができないのであれば、その理由を明確にされたい。	「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対応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、その規制をかけないとのご回答であるが、支援費制度時代は、第二種社会福祉事業の知那入所事業の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い」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は検討状況についてご教示いただきたい。また、特区として実施することができないのであれば、その理由を明確にされたい。 　また、「障害者自立支援法附則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」とのご回答であるが、具体的な検討の場及び検討スケジュールを明確にしたうえで、日中一時支援事業を医療機関で提供することが可能となるのか問いたい。	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関しての限定を付さないこととしたところ、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付けることについて、速やかに検討し、結論を得る予定である。	障害者自立支援法施行により、サービス提供主体に関する規制の緩和が行われた趣旨に照らし、従前は可能であった医療機関による日中一時支援事業が できないのは矛盾していることから、早急に対応されたい。 　また、検討スケジュールの明示など、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。	「日中一時支援事業を医療法人の附帯業務に位置付けることについて、速やかに検討し、結論を得る予定である。」との回答であるが、支援費制度時代は医療機関による サービス提供が可能であり、利用されていた事実である。 　よって、早急に、サービスを必要とする障害者・児が、医療機関でサービスを受けられるよう、措置される時期を明確に示されたい。		1038020020	岐阜市	岐阜県	厚生労働省

管理コード	要望事項（事業名）	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番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920190	医学部入学定員案件の緩和	「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年に限り１０名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の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、人口に比して国公立大学医学部等の定員が少ない県に対して、定員の恒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～各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ことにより、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前提と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返還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16年の人口100万人当たりの医学部定員は全国平均59.7人に対して本県は35.8人（全国41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	—	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10万対医師数としては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、各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より、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、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを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ところである。 ○「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、・・・定員の恒定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、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	—	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」こととされている。 これを受け、６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」が、各国公私立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実効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。		1046010	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
0920200	医学部入学定員案件の緩和	「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年に限り１０名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の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次保健医療圏毎に変更し、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～各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ことにより、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前提と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返還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	—	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10万対医師数としては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、各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より、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、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを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ところである。 ○「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、・・・定員の恒定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、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	—	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」こととされている。 これを受け、６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」が、各国公私立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実効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。		1046020	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
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（特殊児童がない地域、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係なく、保育所へ入所することが可能となるよう、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歳から小学校入学前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離職も多く見られる現在、親の就労状況の変化により、保育所に通えなくなることによって、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、その普及にも国民がみると考えられる。 このため、全ての就学前児童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、用事があるお稽古ごとなどのため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、きめ細かく対応しているところ。必ずしもすべての保育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を保護者にとって、どのような形が望ましいか、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て考える必要がある。 いずれにせよ、福祉施設としての性格から手厚い公費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広くも利用できる施設にするならば、制度のそのものの性格、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次勧告」（平成２０年５月２８日）において、「保育所について、「保育に欠ける」入所要件の見直し、直接契約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、利用者の立場に立って、年内に結論を出してほしい」との問諮がなされり、以上を踏まえ、「保育に欠ける」要件の見直しについて、保育サービス等の多様な選択肢を提供する観点から、保育サービスに係る規制の見直しについて、保育サービス等の質の確保の観点から、慎重に検討されたい。	①準富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（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、利用者の立場に立って、年内に結論を出してほしい」との問諮がなされり万等の保育制度についての課題の中で、「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、検討されたい。 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、事業の枠組みが別のままで、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が強い。 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、検討されたい。	F	I	本年６月に社会保障審議会少子化対策特別部会において取りまとめられた「次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に向けた基本的考え方」において、利用者の多様な選択を可能とするため、「保育に欠ける」要件等について、子どもの視点に立って、対人社会サービスである保育の公的性格や特性も踏まえ、新しい仕組みを検討していく必要があるとされている。その際には、保育の必要度の高い子どもの利用の確保等のための市町村等の適切な関与や、保育サービスを選択できる仕組みの「量」の保障、そしてそれを裏付ける財源確保が必要であるとされており、これを踏まえて新しい保育サービス提供の仕組みを検討していくこととしている。	社会保障審議会少子化対策特別部会での「保育に欠ける」要件等について、子どもの視点に立って新しい仕組みを検討していく必要があるとの意見を踏まえ、新しい保育サービス提供の仕組みを検討していくとのことであるが、「保育に欠ける」要件の撤廃を前提として検討していくという理解でよいのかご教示いただきたい。 また、その場合でも、保育サービスを選択できる「量」の保障と財源確保が必要であるということであるが、現在の財政状況下では、一朝一夕には進まないものと考える。そのため、待機児童の発生がなく、かつ定員まで市町村がある場合に限って、保育に欠けない児童の入所を認めることについて、再検討をお願いしたい。		1046030	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－休調不良児対応型） 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。	（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・保護者双方が敬遠し、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（休調不良児対応型）は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	（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） ○　病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防等を実施することとしているので、実施場所の要件緩和は困難である。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては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、各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より、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。	c	–	○　病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防等を実施することとしているので、実施場所の要件緩和は困難である。 ○　緊急サポートネットワーク事業は、育児中の労働者と保育士、看護師及び育児経験者等を会員として、会員個人間の相互援助活動として自宅で病児の預かり等を実施するものであることから、自宅以外での実施は緊急サポートネットワーク事業として認めることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業から、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と投稿困難ではないか。体調不良児の発生が少ないと、実施は困難である。 ②一方、通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は十分に図られるものと考える。 ③このため、人の配置要件を緩和し、看護の必要な体調不良児が発生したときのみ、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	–	○　病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防等を実施することとしているため、専門性の高い看護師を常時保育所に配置する必要があることから、実施場所の要件緩和は困難である。 なお、ご指摘のとおり、病児・病後児保育事業は、予算事業である。	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。	現行の病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）の制度のままでは、運営規模の小さな保育所での事業実施は困難であり、体調を崩した小規模保育所の子どもの保護者は、勤務途中でも自宅まで連れ帰らなければならないリスクを背負うこととなるため、結果として保護者の小規模保育所離れも懸念される。 一定の条件を付しても緊急サポートネットワーク事業の実施場所に関する要件緩和が実現すれば、緊急サポートネットワーク事業も拡大することもに、前述の課題解決にも繋がる。 緊急サポートネットワーク事業実施主体からの要望もあるため、実施場所の要件緩和について再検討をお願いしたい。		1046050	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－休調不良児対応型） 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） 人材活用の観点から、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国からの団体委託事業とされ、看護師の有効活用などの運携が図れない制度となっていることから、各事業が運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、効率的な運営が難しい。 ・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	病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防、子育て家庭等に対する健康管理等についての相談支援を実施することとしており、看護師等は保育所に常駐している必要があることから、職員配置の要件緩和は困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業から、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と投稿困難では、人件費の負担が重く、実施は困難である。 ②一方、通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は十分に図られるものと考える。 ③このため、人の配置要件を緩和し、看護の必要な体調不良児が発生したときのみ、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	病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防、子育て家庭等に対する健康管理等についての相談支援を実施することとしているため、専門性の高い看護師を常時保育所に配置する必要があることから、職員配置の要件緩和は困難である。 なお、ご指摘のとおり、病児・病後児保育事業は、予算事業である。	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。	現行の病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）の制度のままでは、運営規模の小さな保育所での事業実施は困難であり、体調を崩した小規模保育所の子どもの保護者は、勤務途中でも自宅まで連れ帰らなければならないリスクを背負うこととなるため、保護者の小規模保育所離れも懸念される。 そのため、小規模保育所でも病児・病後児保育事業が実施できるよう、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師の活用や、一人の看護師が複数の園を担当する場合も補助対象とするなど職員配置要件の緩和について再検討をお願いしたい。		1046050	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別表第一の一から五の表の上欄の在留資格（外交、公用、短期滞在、家族滞在をのぞき、特定活動に あっては、イヲ以ロに該当するものに限 る。）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」もって在留を許可している。	出入国管理及び難民認定法別表第二の２別表	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。高度人材の親の在留が認められたことを踏まえ、当地域にとって同程度に重要な人材である外国人企業関係者が、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、親の活動を「特定活動」に加えることを求めるものの。	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、入国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って、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識見・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」を踏まえた「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	前回も回答したとおり、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、入国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って、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。	貴省のご回答について、政府移民政策上家族滞在の範囲拡大は基本的に出来ないなか、我が国の現状・ニーズを考慮し例外的に高度人材の親についての特例扱いするとしている。一方、本質は、上記政府の考え方を踏まえつつ、特定地域の現状・ニーズを反映させるため、特区制度を活用して上記特例幅を若干再検討いただくことを提案しているものである。貴省からは、法務省等で定める高度人材は特例的に承認し、本県の提案については検討の対象外であるというご回答であるが、本県としては、上記線引きの根拠をお聞きしたい。		1046060	兵庫県	兵庫県	警察庁 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例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920250	「企業内転勤」の転勤期間緩和及び要件の緩和	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	転勤の直前に外国にある本店、支店その他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表の技術の項又は人文知識・国際業務の項の下欄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」に下記のような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。	産業・神戸は、関連以来、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一層の促進は、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。上記に鑑み、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、同時にこれら企業の立地・定着においては、特異な存在であるとされている人材の確保と配置が重要である。このような、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、転勤前の従事期間を「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」の在留資格と法務省令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、外国での実務従事経験がなくとも、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国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、本国が提案することの要件は、現行の要件に比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対極を迫さないよう迅速に事業を展開する必要があるなか、本国から の長先から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る。	C	Ⅲ	前回も回答したとおり、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」の在留資格と法務省令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。	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。	これまでもご説明したとおり、本県は、中国・アジア企業を中心とするビジネス復行を念頭に、要件の再検討・変更にかから提案を行っているものであり、要件の単純緩和を求めているものではない。このようなかん、貴省には、ビジネスの実態・ニーズを今後改めて調査したうえでの、要件等にかから再検討の可能性についてお聞きたい		1046070	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省
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イツ連邦共和国との間の協定等、厚生年金保険法附則第２９条、国民年金法附則第９条の３の２	＜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発効済み、オーストラリア、オランダ及びチェ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、スウェーデン及びスイスとの間では当局間協議を行っているところ。さらに、ルクセンブルクとの間では、2008年1月に両国実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、国籍に関らず等しく適用されており、年金制度の保障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老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あるが、このような解決が図られるまでの間の当分の間の臨時的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通算されるよう、日本と母国との間の社会保障協定締結国を拡大するとともに、未締結国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れ促進を図ってきた。 外国人研究者に加入が義務付けられている年金について、その脱退一時金の支払いに関して見直し要望があることから、社会保障協定対象国の拡大を求めるとともに、脱退一時金支給の見直しを行うことにより、外国人研究者の受入環境を整え、人材の集積を強化し、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目指す。 提案理由 社会保障協定により年金の二重加入等の問題の解決が図られてきているが、未だ協定未締結の国があり、それらの国からも実際に研究者を受け入れている（ロシア、ポーランド等）ことから、受け入れた外国人研究者の年金について、取扱いの検討をなくすため、早急に当該協定の締結を試みたい。 また、外国人研究者に対しては、受給資格を満たさない場合に脱退一時金の請求が可能であるが、保険料納付期間が3年までの場合はその期間にあわせて段階的に脱退一時金が支給されるものの、3年以上は一定額しか支給されない。脱退一時金は納付した保険料の一部を払い戻す趣旨であり、保険料を多く納めた人ほどそれだけ見合う額を返還する必要があると考えるため、在留期間の上限の5年に合わせ、年金保険の脱退一時金については5年までの納付期間に対応した支払いを可能としていただきたい。	C	Ⅰ	＜社会保障協定締結の推進について＞ 社会保障協定締結に向けた取組については、今後とも、相手国の社会保障制度における社会保険料の負担の規模、在留邦人や進出日系企業等の状況、経済界からの具体的要望の多寡、二国間関係、我が国と相手国の社会保障制度の違いなどを総合的に考慮しつつ、一層推進していくこととしたい。 なお、ご指摘のあったロシア、ポーランドとは、現時点において、社会保障協定の締結に向けた具体的な予定はないものの、これらの国との交渉についても上記に照らし判断すべきものと考えている。 ＜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、すなわち国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が起こった場合には必要な保障を行っているところであり、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といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 一方、こうした方の保険料納付が老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、特に開発途上国などでは、母国の年金制度が未成熟であるなどの理由で、協定による解決に時間がかかる場合があるのも事実であり、こうした実態を踏まえ、脱退一時金という特例的な制度を暫定的に設けているところである。 そもそも、我が国の年金制度は、社会連帯と相互扶助の理念に基づき、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として、保険事故の際に給付を行う社会保険制度であって、制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いである。脱退一時金の支給額についてもこうした取扱いであることを踏まえて設定しているものである。 脱退一時金の対象期間の上限の延長は、このような制度創設時の趣旨・目的や特例的な制度としての法律上の位置付けと整合しないことから、厚生労働省としては、このような法律改正は考えていない。	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い。	脱退一時金の対象期間の上限の延長が制度創設時の趣旨・目的や特例的な制度としての法律上の位置付けと整合せず、日本国籍を有する者との均衡を失するとのご意見であるが、ともども脱退一時金という特例が設けられていることは自体が日本国籍者との扱いの差異であり、脱退一時金の対象期間の延長が法律上の位置付け中国籍による均衡に影響を与えるものではないと考える。		1047010	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	外務省 厚生労働省
0920270	在留資格「人文知識・国際業務」の実務経験年数の緩和	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	申請人が外国の文化に基礎を有する思想又は感覚性を必要とする業務に従事しようとする場合は、次のいずれにも該当していることが必要。 （１）翻訳、通訳、語学の指導、広報、宣伝又は法律分野引業務、販路拡大は国内調査に係るデザイン、商品開発その他これらに類似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学するために「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。	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れ促進を図ってきた。 外国人研究者の配偶者について社会活動への間接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目指す。 提案理由 播磨科学公園都市では外国人研究者が特例措置を活用し、長期（最大５年間）で研究プロジェクト等へ参加している。多くの外国人研究者は家族での滞在を望んでいるが、長期滞在のための家族も経験的な社会活動への参加を希望しており、日本の生活における障害となっている。「資格外活動許可」を得ることで一定の活動は可能となるが、週28時間以内といった制約があるため、フルタイムでの活動ができず不十分である。 そこで、「特定家族滞在活動」の資格を持つ外国人研究者の配偶者が母国語を活用して外国語学校等で就労するため、「人文知識・国際業務」（うち国際業務）に在留資格を変更する場合に要求される実務経験年数要件を撤廃することで、経験的な社会活動への参加が可能となり、外国人研究者の受入れ環境の向上を図りたい。（国に おいて、国家資格等の相互認証など、現状の学歴・実務経験要件と同等レベルであることの客観的な評価体制の整備に取り組むよう求める。）	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理及び難民認定法は「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り、実務経験年数要件の撤廃・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものであることから、政府としての外国人労働者受入れに係る規定を行うことは困難である。 なお、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	外国人研究者が家族滞在しやすい魅力的な環境を整えることは、優秀な人材を確保し新産業創出につながる研究を促進して地域経済を活性化させることを目指しており、その一環として研究者の配偶者が社会参加できる道を開くことが重要と考えている。 資格外活動の許可を得ることで可能となる活動は、週に２８時間以内と定められており不十分であるのに対し、この活動時間の見直し、又は日本文化には入り難い感性に基づく一定水準以上の専門的能力を持った人材が母国語を活用して就労できるような新たな基準作り、又は資格外活動の許可にかかる週２８時間以内という制約の見直しをお願いしたい。	C	Ⅲ	我が国では、「専門性・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、在留資格「人文知識・国際業務」に係る基準は、外国人労働者の専門性・技術性を担保するために設けているものであることから、現行要件の実務経験年数等の撤廃・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものであることから、上記の外国人労働者の受入れに係る基本政策に照らして困難である。 また、前回も回答したとおり、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	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い。	外国語学校等の母国語を活用した就労については、大学卒業者に３年以上の実務経験が不要とされていることからも、専門性・技術性の担保に必ずしも実務要件は必須ではないと考える。単純労働者の受け入れではなく、すでに本邦での滞在が認められている外国人研究者の配偶者が社会参加できる道を開くことを目指しており、日本文化には心思考・感受性に基づく一定水準以上の専門的能力を持った人材が母国語を活用して就労できるような新たな基準作り、又は資格外活動の許可にかかる週２８時間以内という制約の見直しをお願いしたい。		1046070	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	法務省 厚生労働省
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、業利を目的として、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電磁書類の作成）を業として行ってはならないこととしている。		政府・地方自治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、警務官公庁の各手続き毎に特定の有資格者のみに限定されているが、この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ますが、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おります。 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のが一因であると考えられますが、これを補完するのが、行政書士等の専門職ですが、他士業法により、そのできる範囲は限定されております。 例えば、許認可関係・会社定款であれば行政書士、登記関係は司法書士、税務関係は税理士、社会保険関係は社会保険労務士、というように行政庁と士業が正に縦割りの関係で繋がっており、電子申請も各々その限られた士業が扱っております。 このような、固定化された手続き者の制度が電子政府の浸展を阻んでいると考えられますので、ここに挙げた４士業に対しては、相互に自由に代理人として手続きが行える ようにし、各手続きにおける電子申請の問い手を欠相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、所要の法改正を要望します。 また、このような縦割り士業は一般市民からみたときには、誰に何を頼んだら良いのかわかり難く、また、各手続き毎に依頼先を探さなければならず、一般市民にとって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われました。	C	Ⅰ	労働社会保険諸法令に係る申請、届出等の手続きは多岐にわたり、その申告漏れや誤った申請等は、国民の権利義務に重大な影響を及ぼすことから、社会保険労務士法第２７条において、社会保険労務士または社会保険労務士法人でないものは、他人の求めに応じ報酬を得て、第２条第１項第１号から第２号までに掲げる事務を業として行ってはならないこととされており、仮にオンライン による申請の場合であったとしても、４士業相互に自由に代理人として手続きが行えるようにし、労働社会保険諸法令に係る専門知識を十分に有しない者がこれを行うことなれば、事務処理を委託しようとする者の社会保険労務士等から問題を生ずると考えられ忌避されるおそれ。	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。	今回の提案事項は、余だに非常に利用率が低く、一部では職員による「なりすまし申請」までが懸起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の利便性の向上という観点から、現行法の解釈をお伺いしているのではなく、法改正も含めて提案しているものです。今後、オンライン申請に関しては、利用者の拡充等、貴省におかれましては、どのように改善していく予定であるのか御見解を聞りたく伺います。	C	Ⅰ	労働社会保険諸法令に係る申請、届出等の手続きは多岐にわたり、その申告漏れや誤った申請等は、国民の権利義務に重大な影響を及ぼすことから、社会保険労務士法第２７条において、社会保険労務士または社会保険労務士法人でないものは、その申請、届出等の代理を業として行ってはならないこととされている。したがって、オンラインにおける申請に ついても、労働社会保険諸法令に係る専門知識を十分に有しない者がこれを行うことは、事務処理を委託しようとする者の社会保険労務士等から問題を生ずると考えられることから適当ではなく、社会保険労務士法第２７条の改正については、今後		1050220	個人	東京都	総務省 法務省 財務省 厚生労働省
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・一ｍｇ／ｌ（結合残留塩素の場合は、０・四ｍｇ／ｌ）以上保持するように塩素消毒をすること。		水道法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・一ｍｇ／ｌを０・０５ｍｇ／ｌ程度とする数値緩和。	片品村は群馬県の北東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「尾瀬の観光品薄決算」が、優れた水質に加え清麗、穏林、山林保全、環境活動等村民による長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。 当村の水道水の源泉は尾瀬の観光品薄決算（平成の名水百選）を全て使用し、空気に触れることなく配水池まで送水され細菌や大腸菌が入り込むことのないよう水の汚染防止に取り組み管理されています。その上、遊閉管理装置により安全で安心な水道水を村民に提供しています。水道法施行規則に基づく塩素消毒を行い遊離残留塩素０・一ｍｇ／ｌを確保していますが、塩素消毒を極力減少させ、自然の浄化力から生まれた自然の恵みを自然により近い状態で村民や来村者に提供出来る状況が片品村には整っていると考えます。 村の主産業である観光は、高原湿原を代表する尾瀬国立公園を始め、標高２０００ｍを超える日本百名山の至仏山、白根山、武尊山の登山、至福の決定反既を生かしたスポーツ合宿や冬のスキーなど年間を通して多くの来村者を迎えていますが、平成４年の来村者３８７万人をピークに平成１９年度には２２６万人（－４１．６％）まで落ち込み村民の生活は窮地に追い込まれています。 状況を打破する施策の一つとして、水道水の遊離残留塩素の数値緩和をすることは、健康への関心が高まる現在、エコツーリズム・ヘルスツーリズム等が注目され、多くの来村者の増加が見込まれ、宿泊、飲食業、加工食品の三次産業、二次産業に至る村全体の経済が活性化され、よって村民生活の安定及び向上が図れると確信致します。	C	Ⅲ	水道水は、浄水場で一旦消毒されたとしても、送水、配水等の過程において、再汚染等のおそれがあるため、消毒の効果を給水栓に至るまで保持させておく必要があることから、給水栓における残留塩素濃度の保持を求めているところである。 この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ないと考えている。 ・現行の規制は、送配水管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実なものとするために定められたものであり、現在もなお感染症の発生が見られていることを踏まえれば、遊離残留塩素に係る基準について緩和することは適切ではないこと。 ・原水水質が良好な水道においても、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の懸念等の再検討の可能性については他の地域と変わることはないこと。 ・０．０５ｍｇ／ｌという低濃度の残留塩素を、無便かつ頻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。	貴省の回答にある「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」について、検討の具体的な内容及び スケジュールを お示し願いたい。あわせて、近年では電気式により塩素を正確に投入している。一定量の取水に対する正確な塩素投入で遊離残留塩素０．０５ｍｇ／ｌ以上を確保できると考える。 ・残留塩素測定器は百分の一まで測定できるデジタル測定器を使用し正確な管理、検査を行っている。	・過去に多く使われた水道用石綿セメント管は耐久性が弱く、強度が低いため、配水管の過程において再汚染の可能性が高かった。これに代わり塩ビ管や鋼管など製造技術等の高度化により導水管、配水管等の品質が強化され、再汚染等の可能性は低くなっている。 ・清水地から取水は必要な分だけで行い、年間を通して一定量を取水してスケジュールを お示し願いたい。あわせて、近年では電気式により塩素を正確に投入している。一定量の取水に対する正確な塩素投入で遊離残留塩素０．０５ｍｇ／ｌ以上を確保できると考える。 ・残留塩素測定器は百分の一まで測定できるデジタル測定器を使用し正確な管理、検査を行っている。	C	Ⅲ	繰り返しになるが、遊離残留塩素0.1mg/Lという濃度は、通常の場合において、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実なものとするために定められたものであり、現在もなお感染症の発生が見られていることを踏まえれば、遊離残留塩素に係る基準について緩和することは適切ではない。 提案主体の再提案に対する当方の考えクは以下のとおりである。 ・再汚染の可能性は低いとのご意見であるが、配水過程での再汚染や微生物の再増殖は、老朽化した水道管への汚染物質の浸入だけでなく、残留塩素濃度、配水管内の滞留時間、水温、管材質によるバイオフィルムの増殖のしやすさの違い等さまざまな要因によって左右されるものであり、石綿セメント管の不使用のみをもって再汚染等の可能性がないとは言えない。 ・残留塩素濃度を維持する調整は、浄水場内において当該濃度となるように正確に原水に塩素を注入することではなく、給水栓において当該濃度を維持するということである。そのためには、水の使用状況や水温等に応じて浄水場における塩素注入量及び浄水場出口における塩素濃度をきめ細かく制御する必要があるが、特に残留塩素を低濃度で維持することは、技術的に困難であること。 ・なお、現在市販されているデジタル測定器には最小濃度で0.01mg/L や0.02mg/Lといった表示がされるものがあるが、いずれも0.1mg/L以上での測定を想定して開発されたものであり、一般的に、最小表示濃度付近では無視し得ない測定誤差が含まれるものと承知している。 また、前回回答で言及した研究については、厚生労働科学研究費を活用し、平成20～22年度の3箇年で実施することとしており、水道水の配水過程における化学的・微生物学的な水質変化を最小限に抑えるための水質管理や管路の維持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い。	欧米諸国の水道水の基準では消毒を義務化していない国や、湧水は無消毒、表流水からの取水の小消毒を義務づけているなど状況により基準を設けているようです。また、給水栓での残留塩素濃度を日本のように下限設定でなく、上限設定している国も多くあります。国内での水道水を取り巻く現状は、年間降水量、地質、森林環境、気温等、原水も表流水や湧水、湖沼等、厳寒の北海道から亜熱帯の沖縄県までさまざまです。このような現状の中、全国一律に残留塩素濃度を下限設定させなければいけないのでしょうか。安全で良質な原水を持つ地域には、状況に応じた基準が必要であると考えます。また、厚生労働省が進める、研究に期待します。		1056010	片品村	群馬県	厚生労働省
0920300	麻薬用大麻種子の流通体制構築（輸入規制緩和あるいは国内調達体制の確立）	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう旨の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入の行し、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務一第238号）	輸入される大麻の種子については、熱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（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。		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・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール(以下「THC」という。）の含有量が従無である品種の大麻（以下無毒種）について、発芽不能処理を行わずその種子を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種子の流通体制の確立、または無毒種の開発に向けた研究の実施	【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、「遺伝体を活用した産業用大麻の栽培及び繊材等の開発」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、提案主体は事業化に向け具体に取り組んでまた。しかし、国内で唯一事業化している栃木県においては異外への種子持ち出しを条例で禁じており、輸入についても法で制限されていることから、工業製品製造のノウハウを持ちながらも事業化に至ることができない状態にある。このことから、輸入、国内調達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望するものである。 【大麻産業の効果】 ①大麻の繊維と茎を活用し、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抑制に寄与。） ②生育期間が短く、二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。 ③硫黄性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用に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水汚染が広がっている。） ④雑草、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農地保全を図るだけでなく、畑に土壌を開放して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。 【代替措置】 栽培所属知事による栽培時間の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要望】 地球環境保全が重要となる中、成長速度の速いバイオマスが注目されていることも併せ、公的機関による積新的な無毒品種の開発等を要望する。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、大麻乱用による保健衛生上の危害を防止するために、大麻の栽培を原則禁止としている法の趣旨にかんがみれば、大麻の違法な栽培を助長することのないように行政の輸入体制を維持し、厳正に対処する必要があり、また、支援措置を講じる状況でもなく、その必要もないと認識している。 また、大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法により乱用に悪用につながる危険性は十分に認められる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。	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、「専門性・技術的分野」以外の国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触するものではなく、すでに本邦での滞在が認められている外国人研究者の配偶者の中の有為の人材の活用を図るものであり、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	Ⅲ	我が国では、「専門性・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、在留資格「人文知識・国際業務」に係る基準は、外国人労働者の専門性・技術性を担保するために設けているものであることから、現行要件の実務経験年数等の撤廃・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものであることから、上記の外国人労働者の受入れに係る基本政策に照らして困難である。 また、前回も回答したとおり、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	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い。	外国語学校等の母国語を活用した就労については、大学卒業者に３年以上の実務経験が不要とされていることからも、専門性・技術性の担保に必ずしも実務要件は必須ではないと考える。単純労働者の受け入れではなく、すでに本邦での滞在が認められている外国人研究者の配偶者が社会参加できる道を開くことを目指しており、日本文化には心思考・感受性に基づく一定水準以上の専門的能力を持った人材が母国語を活用して就労できるような新たな基準作り、又は資格外活動の許可にかかる週２８時間以内という制約の見直しをお願いしたい。		1046070	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	法務省 厚生労働省
0920300	麻薬用大麻種子の流通体制構築（輸入規制緩和あるいは国内調達体制の確立）		輸入される大麻の種子については、熱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（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。		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・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール(以下「THC」という。）の含有量が従無である品種の大麻（以下無毒種）について、発芽不能処理を行わずその種子を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種子の流通体制の確立、または無毒種の開発に向けた研究の実施	【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、「遺伝体を活用した産業用大麻の栽培及び繊材等の開発」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、提案主体は事業化に向け具体に取り組んでまた。しかし、国内で唯一事業化している栃木県においては異外への種子持ち出しを条例で禁じており、輸入についても法で制限されていることから、工業製品製造のノウハウを持ちながらも事業化に至ることができない状態にある。このことから、輸入、国内調達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望するものである。 【大麻産業の効果】 ①大麻の繊維と茎を活用し、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抑制に寄与。） ②生育期間が短く、二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。 ③硫黄性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用に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水汚染が広がっている。） ④雑草、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農地保全を図るだけでなく、畑に土壌を開放して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。 【代替措置】 栽培所属知事による栽培時間の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要望】 地球環境保全が重要となる中、成長速度の速いバイオマスが注目されていることも併せ、公的機関による積新的な無毒品種の開発等を要望する。	C	Ⅲ	大麻取締法に基づいて大麻取締者免許を受けた者は、繊維又は種子を採取する目的で、大麻草を栽培することが可能であり、また、支援措置を講じる状況ではなく、その必要もないと認識している。 ・ついては、「大麻取締免許を受けた者」が「繊維又は種子を採取する目的」で種子を輸入する場合に限って緩和措置を講ずることについて、再度ご検討願います。 なお、緩和にあたっての代替措置（譲渡の禁止措置や保管、管理方法ほか）については貴省の指示に従うことといたします。	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い。	貴省の再検討回答にありますとおり、「大麻取締法に基づいて大麻取締者免許を受けた者は、繊維又は種子を採取する目的で、大麻草を栽培することが可能」であるものと申請者も同様の認識に立っております。 ・ついては、「大麻取締免許を受けた者」が「繊維又は種子を採取する目的」で種子を輸入する場合に限って緩和措置を講ずることについて、再度ご検討願います。 なお、緩和にあたっての代替措置（譲渡の禁止措置や保管、管理方法ほか）については貴省の指示に従うことといたします。		1058010	産業クラスター研究会ネット「IRT ロジ」	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・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920310		・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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330001 号（一部改正）） ・「医師所が当該健保険者に対するはり施術等の適否判断をする必要はないと考えている」に基づく鍼灸療養費療養費の適正化の規制緩和	はり・きゅ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。	鍼灸師国家免許の要件として、鍼灸師ﾊﾞｶﾛﾘｱの医学的判断で不適の場合は医師に紹介し原則鍼灸行わない事になっています。適する場合は患者の状態を診て鍼灸学的に判断を下し治療します。鍼灸師意識は「施術所型」ではなく「保険制付の適否を判断するための同意」であることから、鍼灸師が患者から問診をする段階で適応と判断できた場合、同意書がなくても給付適応にしていただきたい。そして鍼灸師の知識を上回る給付判断が必要な場合は医科の判断を仰いで「同意書」をいただきたい。※マッサージ療養費は含みません。	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、同意書無して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り鍼灸治療がきちん受けられる事。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ｱｲﾃﾞﾝﾀﾙｰ内科、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てしかるべきであり鍼灸師保険者等に研究補助金を提示すべきです。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「鍼灸の科学的ﾊｴﾞﾚを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出ていますので、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、慢性病であって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か否かを判断するために、①単なる疲労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がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていただく取扱いとしている。なお、ご指摘の2003年9月2日内閣参質156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤廃について言及したものではない。	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い。	鍼灸師は治療と疲労回復の区別もできないのか。国は、はり師養成に関し3年以上現代医学と実践医学を学ばせた後に国家試験を受験させるのである。平成18年度提案の「日本国における鍼灸医療の現状と医療化」において鍼灸師の修業年限を増やすよう求めたが、「養成所の設置や教育内容について法令上義務と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・きゅ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「単なる疲労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い。	C	Ⅳ	鍼灸療養費における医師の同意書は、保険者が保険料等を財源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り、医学的知見により単なる疲労回復等のために行われるものでないことや、医師による適当な治療手段等がないことを保険者において確認する必要があるものである。	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。	改めて申し上げるが、はり師・きゅう師国家免許は、医学的知見により単なる疲労回復等のための鍼灸治療でないことを確認する事もできないような医学的レベルの低い免許なのか。「養成所の設置や教育内容について法令上義務と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・きゅ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」を踏まえてお答えいただきたい。		1062020100	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疲労回復でない事を根拠に証明するための健康を謳える事による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圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330002 号（一部改正））	はり・きゅ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。	鍼灸経験者は療養費の有無に関係なく人口の10%以下という事実より、鍼灸はｱﾝﾁｴｲｼﾞと言い単なる疲労回復のみの治療では無いので同意書の規制緩和は可能です。 第1項目の提案に加え、受診の際、患者の目に付く所に「単なる疲労での保険鍼灸は適法であり、処罰の対象にな る事がある」というような張り紙を掲げ又疲労に関する項目を含めた療養費取り扱い契約書を患者、施術者と取り交わし、その旨しを保険者に提出する事で、単なる疲労回復での鍼灸治療ではないことを証明する事等を要件とする。 ※マッサージ療養費は含みません。	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圧師を除く）の「保険」の適用です。鍼灸師には、そもそも「鍼灸師が一次診療」を行っている国が多く、「鍼灸師・柔道整復師」や「灸の火の熱さ」を経験させる事を目的としたほんの短時間の「鍼柔法」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、鍼灸療養費の場合は、あくまでも鍼灸施術所が中心である事から、仮にあん摩マッサージ指圧師免許も持っていようとも、鍼灸療養費施術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」といわれるものを限止する事ができると考えます。 このことは医療費削減を目でみての有効な手法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、鍼灸療養費の医師同意書は、発生原因が明確で治療と疲労回復の境界が明確となるような契約を交わす事や、疲労回復にかの日かかるこの鍼灸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、慢性病であって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か否かを判断するために、①単なる疲労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がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていただく取扱いとしている。	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い。	鍼灸師は国家免許である。裏返しでも法律に従って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。国は鍼灸師を無尽蔵に増やしておきながら、鍼灸は医学ではないのか、疲労と治療の区別もできないなどという。鍼灸の治療効果は世界中医学者、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。わが国の鍼灸受診率は人口の7%程度。この程度の需要の為に過剰に養成する要義があるのか。国として要義があるとすれば規制を緩和して国民に広く鍼灸を受けさせるべきではないのか。国は養成施設のみの規制を緩和し、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。貴省は誠実に返答すべきである。	C	Ⅳ	療養費は、保険料等を財源とする医療保険から給付を行うものであり、一定の基準に基づいて支給されるものである。したがって、養成施設の規制緩和に伴って需要を増やすためにこの基準を緩和するという考えはない。なお、患者が鍼灸の施術を受けることを自体に規制をかけてはいない。	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い。	この提案は自費による治療ではなく療養費による鍼灸施術の規制緩和についてである。鍼灸療養費に関する疲労回復か否かの判断程度は鍼灸師にさせていただきたい。 需給バランスについてであるが、需要が少ないのに供給だけが増えては、鍼灸師は貧困にあえく事になるであろう。少しは配慮願きたい。 現在、保険医療機関での保険診療と無料鍼灸の抱き合わせ診療が頻繁されている。鍼灸師の死活問題である。 医師不足が叫ばれている現在、患者の痛みなどに対して少なくとも同意書のら病意等の複病であれば鍼灸師も医師の代替ができる部分もある。規制を緩和し国家免許であるはりきゅう師免許を医師不足解消に活用してみてはどうか。		1062020200	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」が同一の場合の、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圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330003 号（一部改正））	はり・きゅ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、同意書無して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り鍼灸治療がきちん受けられる事。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。 鍼灸師と医療費削減の観点から、鍼灸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。 代替提案として、今現提案の第1・第2項目の提案に加えて、研修プログラム受講の義務付けを行います。年間129時間程度の療養費取り扱い疾患に関する履修とその疾患の科学的有効性の証明された施術方法の修得を義務とし、各保険者に研修プログラム修了者名簿を提出することで同意書に代えることができると考えています。	C	Ⅳ	療養費は現物給付方式の特死的・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保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がや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としており、保険者が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い。	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のではないか。国は、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。」との再提案の主旨が不明である。なお、治療のために必要な施術に対しては、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はご理解いただきたい。	C	Ⅳ	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」との再提案の主旨が不明である。なお、治療のために必要な施術に対しては、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はご理解いただきたい。	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。	これまで国民であった方は、助成制度のもとに鍼灸を受けられたが、後期高齢者医療制度への移行により、助成額や助成回数が激減し結果として自己負担が増えるという不利益が発生している。施術者は国の違いを十分に理解できるが、痛みを多く抱えている75歳以上の患者には到底ご理解いただけないようである。 75歳以上の患者において、事務手続き上の煩わしさや保険不良などにより同意書の為にわざわざ保険医療機関に出向く事が既経験の理由により施術の同意書がとれず、結局全額自己負担になり、治療回数を減らしたりやむなく治療を断念するケース等も見られる。更に食料品や燃料価格などの高騰も重なり金銭的にかなり厳しい状態である。		1062030300	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長寿科学研究「慢性関節リウマチに対する鍼灸治療の多施設ランダム化比較試験」の臨床による鍼灸療養費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330004 号（一部改正））	はり・きゅ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けうことが適当であると考えていると」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くる場合は、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、同意書無して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り鍼灸治療がきちん受けられる事。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ｱｲﾃﾞﾝﾀﾙｰ内科、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てしかるべきであり鍼灸師保険者等に研究補助金を提示すべきです。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「鍼灸の科学的ﾊｴﾞﾚを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出ていますので、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徴収を行う等、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い。	改めて言うが否定見解にも科学的根拠を持って対処していただきたい。応用不可能な根拠は何によるのか答えていただきたい。この論文は本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。	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妨しない取扱いとすることは困難である。				1062060600	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長寿科学研究「高齢者の肢・骨格系の痛みに対する鍼灸及び徒手的治療法の除痛効果に関する基礎的および臨床的研究」の課による鍼灸療養費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330005 号（一部改正））	はり・きゅ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けうことが適当であると考えていると」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くる場合は、同規模の研究により 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、同意書無して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り鍼灸治療がきちん受けられる事。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ｱｲﾃﾞﾝﾀﾙｰ内科、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てしかるべきであり鍼灸師保険者等に研究補助金を提示すべきです。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「鍼灸の科学的ﾊｴﾞﾚを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出ていますので、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徴収を行う等、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い。	この否定的見解についても、根拠となる論文等を示していただきたい。	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妨しない取扱いとすることは困難である。				1062070700	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	西南薬出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学」中の、変形性膝関節症の「米国におけるランダム化比較試験」のEBMによる鍼灸療養費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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・きゅ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けうことが適当であると考えていると」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くる場合は、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、同意書無して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り鍼灸治療がきちん受けられる事。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ｱｲﾃﾞﾝﾀﾙｰ内科、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てしかるべきであり鍼灸師保険者等に研究補助金を提示すべきです。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「鍼灸の科学的ﾊｴﾞﾚを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出ていますので、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徴収を行う等、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い。	この研究は、プラセボ対照をおいた最も大規模な RCTの１つだということであるが、貴省の否定的見解も、大規模は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は「膝OAに関する低侵襲治療のための総合的な治療の一部として、鍼治療は補助的医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妨しない取扱いとすることは困難である。				1062080800	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・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920310	医薬薬出版の「エビデンスに基づく変形性顎関節症の鍼灸医学」中の、変形性顎関節症の「スペインにおけるランダムな比較試験」の邦訳による鍼灸療養費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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）） ・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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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））	はり・きゅ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条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旨を示します。 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示し申し上げます。	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負担軽減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当たり前となっている事。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長期間継続されている事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提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ｳｲﾘｱﾑ･ｵｰﾙﾗｰ内科、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てしかるべきであり健保鍼保険者等に研究補助金を提元すべきです。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、最近では変形性顎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呼止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾒｶﾆｽﾞﾑ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徴収を行う上で同意書の徴収を行うものとは考えていない。	このランダム化比較試験では、「鍼は顎DA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、開節機能を改善させる効果的で安全な治療である」との結論である。この研究結果も科学的根拠をもとに患者のために応用可能であろうが、なぜ、不可能なのか科学的根拠を持って説明いただきたい。今後、科学的な説明は認められない。	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。			1062020900	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	医薬薬出版の「エビデンスに基づく変形性顎関節症の鍼灸医学」中の、変形性顎関節症の「鍼治療の効果の系統的レビュー」の邦訳による鍼灸療養費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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・きゅ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条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」との二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旨を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、コクラン共同計画ハンドブックに詳しく解説されている国際的にも確立された系統的レビューの方法論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負担軽減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当たり前となっている事。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長期間継続されている事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提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ｳｲﾘｱﾑ･ｵｰﾙﾗｰ内科、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てしかるべきであり健保鍼保険者等に研究補助金を提元すべきです。これ以保険者の求めるＥＢＭであり、この施術方法は科学補完的検証書を組える科学的根拠となります。最近では変形性顎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呼止を要望します。 昭和25年厚生省保発4号が発出される直前まで鍼灸療養費制度における今日のような規制は無く、順調に鍼灸保険取り扱いが進んでいたのですが、この通知により鍼灸業界は保険医療療養費から ほぼ全に排除されました。そして、内閣総理大臣答弁があろうとも排除は未だに続いており、鍼灸市場の正常な発展が困難な状態が続いています。	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徴収を行う上で同意書の徴収を行う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い。	系統的ﾚﾋﾞｭｰとは、特定のﾃｰﾏに関するすべての出版物を調べるための研究ﾌﾟﾛﾄｺﾙである。その結果は総合・要約され、ｳｪﾌﾞｻｲﾄに関する政策立案者及び患者に役立てられる。EBDAの系統的ﾚﾋﾞｭｰのそれぞれの論文は他の学術雑誌に発表されている。 この EBDAに対する系統的ﾚﾋﾞｭｰの一つつの結論では「実際問題として患者に鍼の利点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「EBDA患者の疼痛と機能に ついて鍼はｳｪﾙﾍﾞﾙﾈﾝ無処置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EBDAにたれられるのとして鍼は考慮されるべき」である。 貴省の科学的倫理的回答を頂きたい。	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。	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。	しかしながら貴省は特区１２次提案の回答の中で、「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条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。」とされたわけであり、にもかかわらず「医師による適当な治療手段がないこと」を根にして、鍼灸師側を排除されるのであれば、結局は、第１２次提案回答は無意味なものであったのか。 鍼灸の研究者たちは皆必死にがんばっている。 これらすばらしい研究結果を患者の為に活かす事が「なぜできないのか」教えていただきたい。		1062100100	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費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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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））	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施術方法もあります。 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を踏まえた上で、このあたりで、科学的根拠のある鍼灸施術方法から順次保険医療機関における保険診療として採用してみてはどうかと思います。同時に、鍼灸施術師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。	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。		「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、一定の情報を医療機関等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」 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、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に提供しやすいよう情報提供させる事を義務とした法令です。 この第12次特区提案からも明らかなように、鍼灸師の施術所に対して、医師の医療機関でも行われているということだけでも規模ですが、ここに、有料無料等の料金の問題や保険問題（療養の給付や療養費）など複雑な問題が絡み、住民等にとっては複雑すぎて訳が分からないのではないでしょうか。 また、鍼灸分野において治療効果の有効性が科学的根拠の基に明らかとなった世界中の研究論文での施術方法は、曾々からの鍼灸治療の術式を用いてはいますが、科学化をもって、すでに現代医学の範疇にあるのではないでしょうか。 これらのことから、医師の鍼灸治療に関する規制緩和（療養の給付化）と鍼灸師の鍼灸治療の規制緩和（療養費の医師同意書等の規制緩和）を同時に断行していただき、住民に分かりやすい制度にしていただくよう要望いたします。	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が、医師が行う鍼灸治療については、治療の手段・方式や成績判定基準等が明確ではなく、客観的な治療効果の判定が困難であることから、現段階では保険診療機関と、評価することは困難であると思われる。	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。	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施術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鍼灸療法文献をご提示しもしないと無視して「治療手段・方式や成績判定基準等が明確ではなく、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)宮崎県鍼灸行ｾﾝﾀｰ師会などの団体でもいいのか。	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。なお、新しい医療技術等の保険適用について、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。	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。	今後、新しい医療技術としての鍼灸について、検討したい。		1062020400	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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、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致します。※マッサージ療養費は含みません。		SSPが鍼灸の業務範囲で無いとすれば、販売元は虚偽の広告を続けてきた事になり、また、SSPを例さない鍼と異って消炎鎮痛鎮痛としての保険診療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、さらに、厚生労働省もこの医療費を療養の給付の対象として認可している事から結果として独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致します。※マッサージ療養費は含みません。	SSPは鍼治療を簡単にしたものであるが、これも鍼治療である。本来、このSSPは鍼治療であるのだから医師又は鍼灸師のみしか取り扱えないはずであるが、保険医療機関や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、法令上鍼治療を行えない者（PT等）がSSPという鍼治療をした場合であっても消炎鎮痛処置と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治療でも保険取り扱いができるのに、なぜか、はり師の施術所では、はり師が行う療養費のはり治療に医師の同意書を要する。SSPという名の鍼治療が保険医療機関において消炎鎮痛の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、人体に対して針を直接刺入する鍼師の行う鍼治療には同様以上の効果があるのである。更にはりの電気併用の場合はSSPと同じ低周波を刺したり流電するのだから、この点について厚生労働省は、貴省見解の「はり・きゅうの施術については、科学的メカニズムが未だ解明されていない」という文言を撤回しなければ、やはり、鍼灸師の施術所を健康保険医療機関の場から未だに排除していることになる。よって、はり師の施術について「科学的メカニズムが未だ解明されていない」といわれる解釈を、無資格者でさえ提供できるＳＳＰというその鍼治療と同様以上の評価にしていただくと同時に、無資格者によるSSPと言うその「解施所」や「解施所の設置」の禁止を要望します。 代替措置：「保険医療機関の保険・消炎鎮痛」や「柔道整復師の保険・後療法」で使用される保険SSPを、今後は「医療機関勤務はり師」や「関業はり師」が担当する。	C	Ⅳ	鍼灸師の施術に係る療養費では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務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灸器具を使用した場合は、療養費の支給対象としているが、SSPは低周波通電を目的とする導子であり、はり施術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。	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。	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、安全性はどうかなど総合的に勘案して検討していかなければならないものである」に基づくものである。主旨を間違わないようにしていただきたい。 鍼灸師は「SSPは鍼治療である」と思っている。それは貴省等認可の養成施設において教えられてきたからである。SSPがはり施術のﾎﾘｰでないとすれば、養成施設の学生や患者に「針さないはり治療=SSP」という、うその教育や宣伝・効果が浸透していることになる。 本当に鍼でないので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導子であり、はり施術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。	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。	SSPの開発者、研究者、機器製作会社、鍼灸師、医師、保険医療機関、柔道整復師、患者等はSSPを鍼と思っている。できれば規制緩和をしていただきたかったが、貴省の「SSPは鍼のカテゴリーでない」との考え方からすると、日本中に、うその教育やうその宣伝、うそ効果が蔓延している事になる。 義務的に申し上げるが、鍼でないのであれば、景品表示法違反が日本中に蔓延していることになる。つまり、鍼でないものを鍼と偽り消炎鎮痛処置などとされて患者に不利益が生じる事になるのであるから、法的措置をお願いしたい。		1062005 50	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920340	平成19 年3 月26 日の厚生労働省告示第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、一定の情報を医療機関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 の事であり、貴省は実質的に鍼灸が医師の適当な治療手段であることを認めたわけです。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上げます。	・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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330011 号（一部改正））	療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認めるとき等に行うこととされている。		「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、一定の情報を医療機関等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」 この治療法は鍼灸師の国家資格保険者に ど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提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ｳｲﾘｱﾑ･ｵｰﾙﾗｰ内科、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てしかるべきであり健保鍼保険者等に研究補助金を提元すべきです。これ以保険者の求めるＥＢＭであり、この施術方法は科学補完的検証書を組える科学的根拠となります。最近では変形性顎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呼止を要望します。 昭和25年厚生省保発4号が発出される直前まで鍼灸療養費制度における今日のような規制は無く、順調に鍼灸保険取り扱いが進んでいたのですが、この通知により鍼灸業界は保険医療療養費から ほぼ全に排除されました。そして、内閣総理大臣答弁があろうとも排除は未だに続いており、鍼灸市場の正常な発展が困難な状態が続いています。	C	Ⅳ	療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認められるとき等に行うこととされている。このため、鍼灸師の施術に係る療養費の支給については、「療養の給付を行うことが困難である」という範囲内で行われる必要があり、具体的な条件として「医師による適当な治療手段がないもの」との要件を頂いているところである。なお、医師は法律上鍼灸に係る施術を行うことが許されているが、一般的にはこれを行っていないことから、ご指摘の保険３２項目において「医師による適当な治療手段がない」という表現を行っているものである。	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。	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実在して存在する。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」にしるが、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の表現にもなる。この文言は、鍼灸師、鍼灸を行う少数の医師にとって規制を強化するものである。 医師の鍼灸が一般的になるときには、例えば、保険医療機関内やその機関と同じ敷地内などでどの程度増えた時を指すのか答えていただきたい。	C	Ⅳ	療養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来ない役割を補完するものであり、医師により現存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）は、療養費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はなく、また、「医師の鍼灸が一般的になると」との具体的な定義はない。	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い。	医師の鍼灸が一般的になるときの定義が無い場合は、仮に一般化した時が来ていたとしても、それを把握する手段が無い。法的整備も何ら無い事まで医師の鍼灸が一般化するようなことになれば、それは鍼灸師にとって邪死活問題となる。 それを避けるためには、「医師の鍼灸が一般的になるとき」の具体的な定義が必要である。 定義付け及びに鍼灸を行う医療機関のデータ収集等を要請する。 これにより「医師による適当な治療手段のないもの」が自然と解除されるものと認識できないこともない。		1062110 10	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、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・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0330012 号（一部改正））	はり・きゅ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。		平成19年度もみじ接家回答の公取委某諸施設が困難な事は十分に理解できました。よって学校設置是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力がる格差・保険医療機関における料料鍼灸の拡大・SSP療法の問題など）についての競争規制の緩和を要望します。 はり師きゅう師は、あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師や柔道整復師の指圧と違い法律上医師の同意に関する条項は全くありません。また、厚労省も「はり・きゅ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、医療者が鍼施術を財政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」としています。はり師きゅう師の施術は保険の有無、臨病の程度（施術適応外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。	現在鍼灸師要成校の増加が著しく、第15回はり師、きゅう師国家試験では約4,000人の鍼灸師が誕生し今も増え続けています。開業鍼灸師業界は国の通まにと接制により新たに誕生する鍼灸師を受け入れるだけの体力がないため、保険医療機関や柔整界に新卒者の多くが就職し無料鍼灸や不当廉売的鍼灸の拡大が懸念されて国は、国は、鍼灸に関する健保市場及び自費市場の競争も行わないまま鍼灸師要成校を認可し続け、鍼灸師の保険医療機関への就業を可とする事で、開業鍼灸師をますます排除の方向へ追いています。鍼灸師の鍼灸業界と医師の鍼灸業界の競争は、健保市場及び自費市場のどちらにおいても公正な競争関係であるべきです。また、鍼灸師の接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なければ不公正です。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	柔道整復師の施術に係る療養費の支給対象疾患は外傷性である骨折、脱臼、打撲、捻挫等に限られており、骨折及び脱臼の場合は応急手当を除き医師の同意が必要である。したがって「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していただきたい。」との要望趣旨が不明である。	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。	趣旨は、平成19年度もみじ5079001（厚労省・公取委）の経きについてであり、柔道整復師要成施設に関する公取委要請や医協（国の既族）から生じた鍼灸医療市場のいびつな競争の是正（保険者の支給判断規制見直し）を求めているものである。 なお、柔整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、貴省が何度も述べられている通り「はり・きゅうの施術を受けるための条件とされるものではなく、保険者が保険料等を財源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。	C	Ⅳ	柔道整復師の施術については法律上「骨折及び脱臼の場合は応急手当を除き医師の同意が必要である」と定められており、鍼灸における医師による同意とは性質を異にするものであるが、療養費を支給するに当たっては、いずれも医師による同意が保険者において支給の判断を行うためには必要である。	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。	これは厚生、労働、競争の政策不一致を改善させ鍼灸市場でも健全な競争ができるよう提案しているのである。 柔整師の施術は法律上骨折脱臼の場合は応急手当を除き医師の同意が必要であるが打撲捻挫については施術者自ら判断し「医師の施術同意書」及び「保険者の給付判断に必要な医師同意書」の両方とも必要なく療養費の支給が行われている。 一方鍼灸師の施術は法律上医師による施術同意を全く必要としない。しかし実際には「保険者の給付判断に必要な医師同意書」添付を条件とされ療養費が支給される。 鍼灸師と柔整師の療養費支給条件の差異、医師の無料鍼灸、鍼灸師の過剰な養成等から近い将来鍼灸師の就職化が容易に予想できる。		2006010 10	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・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920360	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第19条	あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師養成施設指導要領について（平成12年3月22日健政発第412号）１の（２）	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第19条 あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師養成施設指導要領について（平成12年3月22日健政発第412号）１の（２）		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、次の条件が付されているので、（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）養成施設を設置しようとする前から開業されていることができる開業試験を行なう。 （２）社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、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る団体並びに盲学校の意見書を添えて連絡する。	【具体的事業の実施内容】「治療のできるスポーツトレーナー」を目指すあ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。）の増加が微増（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8年が77.9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、結果として、無免許者の開業施術の増加に繋がり有資格者、特に、視覚障害者の生業を脅かす原因となっている（4/9毎日新聞夕刊参照）。②介護する者の17-からあん摩等の施術を求める人が増えているように、医療の面でも西洋医学の観点だけでなく、相補・代替医療の分野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需要の拡大を図るため、例えば、ｽﾎｰﾂ選手・愛好家が大会や運動時に求めている体調ﾁｪｯｸ・ｻﾎﾟｰﾄ体制を構築する。その活動に視覚障害者である有資格者も参加し収入増加を図る。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、長野県内とする理由は、①長野県の体育施設がﾊﾟﾗﾘﾝﾋﾟｯｸﾄﾚｰﾆﾝｸﾞｾﾝﾀｰの強化拠点に指定されたことによる競技専門ｰｺｰﾁ等の充実が求められていること、②1時間程の養成施設が大都市周辺に集中していること及び地方施病の観点から既存の養成施設の入学定員を見直して欲しいこと、③長野県の視覚障害者の有資格者は人口10万人対比で平成8年が28.8人、18年が14.6人となっていて、また、長野県内の盲学校（校）に学ぶ児童生徒数も減少している。	C	Ⅳ	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第１９条は、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計の維持が著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。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と不重要な役割を果たしているものであり、所要の手続に従って、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中で合理運営・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、御提案のように意見書の添付を義務とすることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	C	Ⅳ	前回回答でも申し上げたとおり、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第１９条は、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計の維持が著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。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と重要な役割を果たしているものであり、所要の手続に従って、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中で合理運営・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、御提案のように意見書の添付を義務とすることは困難である。			1065010	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不要化	出入国管理及び難民認定法第１９条第２項	在留資格「留学」及び「就学」をもって在留する外国人から在留中の学費その他の必要経費を補う目的で、勉学の遂行を回害しない範囲内で報酬を受ける活動等を行うことを希望する旨の申請がなされた場合には、在留状況に関し、特段の問題が認められない限り、一定の時間の範囲内で、一律かつ包括的な許可を付与している。	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、在留資格内の活動として、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。	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実践的な職務を積みインターンシップ活動は、教育を受けるという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希望する人材の育成という観点からも有益であるものである。この場合に、インターンシップ活動は、長期になるほど効果が高いとされており、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事の観点から、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１９条第２項の規定に基づく在留資格外活動の許可が必要で、活動時間の上限等の制限があることから、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も関わらず、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、在留資格内の活動として、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	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、出入国管理制度が将来の実施の支援になっているものではないと考える。 なお、在留資格の活動で収入を得ようとする者について、これを許可に係らしめることは、出入国管理政策や労働市場政策を適切に運行するための規制をなすものであり、これを不要とすることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	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から、「大学設置基準第２９条第１項」、大学が単位を付与するインターンシップ活動は、学生が「学生が行う学習その在留目的に合致しており、「在留資格の活動」と解釈することは適当でないと考える。インターンシップ活動が有償の場合でも、その大部分は実質報酬であり、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、当該許可の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、在留資格内の活動とし、在留資格外活動許可を不要とされたい。	C	Ⅰ	前回も回答したとおり、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、また、資格外活動の許可は、出入国管理政策や労働市場政策を適切に運行するとの観点をなすものであり、これを不要とすることは困難である。	留学生のインターンシップ活動に限して支払われる実費について、在留資格外活動の許可が不用とされる範囲を明確にされたい。 また、右の提案主体からの再意見についても検討し、回答されたい。	金銭の支給が伴うインターンシップ活動は、交通費、食費、実習手当等の名目で企業から支払われることが多いが、留学生等は、当該金銭が実費が使わ、報酬かの判別が十分でなく、資格外活動の許可申請を行っている。また、企業が活動支援金等の名目で日当程度の金額を支給する場合に、地方入国管理局等により判断が異なるため、当該許可申請の妥否が不明瞭で、インターンシップという教育活動の実施上の障壁となっている。このため、資格外活動の許可申請を要しない実費弁償の範囲を明確化し、地方入国管理局等に周知徹底を図るとともに、インターンシップ活動を実施する企業、大学、留学生等の関係者に対しても、同様の周知を お願いしたい。	1066010	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	在留資格の変更については、在留中の外国人がその在留目的の活動を変更して新たな活動を行おうとして在留資格の取得を希望する場合には法務大臣が許可を与えるものである。	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もの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、事攻科目と従事業務との整合性の要件を適用しないこととする。	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選択するのであれば、高度人材の拡大に貢献するものである。 留学生が国内企業に就労する場合は、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就労目的に変更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の、原則として上陸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））。 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求められているが、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など、優秀な留学生を十分活用できていないのが現状である。 このため、留学生が大阪府内の企業に就労する場合であって、次の要件を満たすもの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、事攻科目と従事業務との整合性の要件を適用しないこととする。 ① ４年生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	—	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、留学生が国内就職する場合の支援になっていない。 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、これを前提する条件自体を緩和することは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	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との報告がある。一方、留学生の側からは、学問機解的な学問が新たに設置され、専門的な知識を学ぶ場合、日本語の専門性で留学生の能力を測ることが困難となりつつある。このように、在留資格の変更等の際に文字面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、最新、合理性を欠いたものとなっており、新たな観点から在留資格を判断することが求められている。こうした中で、留学生について当該関連性の要件を適用しないとしても、一定の能力等の要件を課すことにより、高度専門人材の受入れという基本政策は損なわれるものと考える。	C	Ⅲ	現在の夜間対応型訪問介護は、夜間において、緊急時の対応のための社会資源の絶対量が少ないという実情を勘案し、夜間のオペレーションセンターサービス及びその連絡に為って随時訪問ついて特別に評価し、介護保険による保険給付の対象としている。一方、日中においては、そのような事情は発受けられないため、一般の訪問介護において、緊急的に随時訪問を行った場合には事後にケアマネジャーの承認を得ることにより保険給付の対象とすることが可能であり、日中におけるオペレーションセンターサービス及びその連絡に為って随時訪問ついて評価している。 このため、仮に夜間対応型訪問介護につき「夜間において」との制限を撤廃した場合、現状では介護保険による保険給付の対象として評価していない日中におけるオペレーションセンターサービスおよびその連絡に為って随時訪問に対し、新たに保険給付を行うことになる。 今後の高齢化のさらなる進行等を勘案すれば、保険給付の対象の拡大については、国民の負担すう保険料率の高騰を招かないよう、他めて慎重な判断が必要であり、前述のように他の社会資源による対応が可能であるサービスを新たに給付の対象とすることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、下記のような一定の条件を付すことで、提案の趣旨が実現できないか検討し回答されたい。 ・特別養護老人ホーム入所待機者の多い地域を対象にすること ・利用できる要介護者を限定すること ・同サービス利用者には保険給付費を抑制するため別のサービス利用に条件を付すこと	○　現行制度でも保険給付が可能との回答の扱いについては、運用面から、共通の理解になっているか疑問があります。 ○　本提案を実現したとしても、法が居宅要介護被保険者に保障する支給限度基準額の範囲内での居宅介護サービス費等の支給であることに何ら変更を及ぼすものではありません。 ○　本提案の実現にあっては、居宅介護支援等の運営基準及び地域密着型サービスの運営基準において、一定のルールにも考えられます。 ○　特養入所希望者が多い中で、本提案の実現により居宅生活の継続可能性が広がることは、社会保障財源の適切な配分、ニーズへの的確な対応により、介護保険制度の信頼性と持続可能性の確保が図られると考えます。	1069001	世田谷区、株式会社ジャパンケアサービス	東京都	厚生労働省
0920390	夜間対応型訪問介護における サービス提供時間帯の緩和	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）	○指定夜間対応型訪問介護を提供する時間帯は、各事業所において設定することになるが、夜間におけるサービス提供という性格を踏まえ、ニャニ時から六時までの間は最低限含むものとする。なお、八時から十八時までの間の時間帯を含むことは認められないものであり、この間の時間帯については、指定訪問介護を利用することとなる。		現行法で「夜間において」とされる夜間対応型訪問介護のサービス提供を、夜間に引続く昼間の時間帯においても可能とする。	住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う居宅要介護被保険者が、在宅で安心して生活できる地域基盤の整備を目指す。 具体的には、現行法で夜間対応型訪問介護は「夜間において」行うサービスと定義されているが、夜間に引続く昼間における サービスも含めることで、居宅要介護被保険者に対し、地域密着型介護サービス費の支給による２４時間対応の定期巡回サービス、オペレーションセンターサービス及び随時訪問サービスの提供を可能とする。 提案理由： 昨日谷区では、夜間対応型訪問介護が導入される前に全国に先駆け「ナイトケアパトロール」事業を実施してきた。しかし、同既実験事が仕事などにより昼間不在にする居宅要介護被保険者が日中独居となる事例があり、夜間に限らず昼間においてもオペレーションセンターサービスや随時訪問サービスの必要性が明らかになった。現在、夜間対応型訪問介護事業者が独自に、介護保険外の利用者自己負担の昼間サービスを提供しているが、ニーズがあることが明らかになっている。介護ニーズに的確に応えることができる施設や住宅の整備が進まない中で、住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたい と願う居宅要介護被保険者にとって、在宅での介護不安が解消される。 代替措置： 訪問介護との競合が想定されるが、サービスの提供方法が異なるほか、費用は、夜間対応型訪問介護費の方が訪問介護員より高く設定されていることから、定期的に訪問介護を必要とする居宅要介護被保険者が残更に夜間対応型訪問介護を利用することは無いものと考える。	D	—	現行制度においても、ケアプランと随時訪問を組み込めば、「訪問介護」の枠組みの中で日中の随時訪問のニーズに対応することは可能であり、「夜間対応型訪問介護」の利用者もこれを利用可能である。したがって、ご提案の趣意を踏まえ必要はないものと考える。	オペレーションを利用した夜間対応型訪問介護の随時訪問サービスの２４時間化が提案内容であり、貴省からの回答では提案の趣旨が実現できないとの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、随時訪問サービスの２４時間化について、訪問介護サービスの在り方や介護報酬・保険財政との関係上、問題があるのか。	今回の提案は、地域密着型サービスの一つである夜間対応型訪問介護について、「夜間において」とされる制限規定を緩和し、２４時間サービスを利用、提供できるよう求めるものです。ご回答は、提案実現を別の制度を活用することにより対応できる趣旨であり「夜間において」とされる夜間対応型訪問介護の制限規定の緩和を求める提案内容を実現するものではないと考えております。夜間対応型訪問介護における随時訪問サービスは、オペレーションサービスとの組み合わせで提供するサービスであり、基本的取扱方針、サービス内容及び報酬基準等において訪問介護とは異なることから、訪問介護で昼間の随時訪問サービスを行うことは困難と考えます。	C	Ⅲ	現在の夜間対応型訪問介護は、夜間において、緊急時の対応のための社会資源の絶対量が少ないという実情を勘案し、夜間のオペレーションセンターサービス及びその連絡に為って随時訪問ついて特別に評価し、介護保険による保険給付の対象としている。一方、日中においては、そのような事情は発受けられないため、一般の訪問介護において、緊急的に随時訪問を行った場合には事後にケアマネジャーの承認を得ることにより保険給付の対象とすることが可能であり、日中における オペレーションセンターサービス及びその連絡に為って随時訪問ついて評価している。 このため、仮に夜間対応型訪問介護につき「夜間において」との制限を撤廃した場合、現状では介護保険による保険給付の対象として評価していない日中における オペレーションセンターサービスおよびその連絡に為って随時訪問に対し、新たに保険給付を行うことになる。 今後の高齢化のさらなる進行等を勘案すれば、保険給付の対象の拡大については、国民の負担すう保険料率の高騰を招かないよう、他めて慎重な判断が必要であり、前述のように他の社会資源による対応が可能であるサービスを新たに給付の対象とすることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、下記のような一定の条件を付すことで、提案の趣旨が実現できないか検討し回答されたい。 ・特別養護老人ホーム入所待機者の多い地域を対象にすること ・利用できる要介護者を限定すること ・同サービス利用者には保険給付費を抑制するため別のサービス利用に条件を付すこと	○　現行制度でも保険給付が可能との回答の扱いについては、運用面から、共通の理解になっているか疑問があります。 ○　本提案を実現したとしても、法が居宅要介護被保険者に保障する支給限度基準額の範囲内での居宅介護サービス費等の支給であることに何ら変更を及ぼすものではありません。 ○　本提案の実現にあっては、居宅介護支援等の運営基準及び地域密着型サービスの運営基準において、一定のルールにも考えられます。 ○　特養入所希望者が多い中で、本提案の実現により居宅生活の継続可能性が広がることは、社会保障財源の適切な配分、ニーズへの的確な対応により、介護保険制度の信頼性と持続可能性の確保が図られると考えます。	1069001	世田谷区、株式会社ジャパンケアサービス	東京都	厚生労働省
0920400	障害者自立支援法による介護給付費の支給におけるオペレーションセンターサービス等の緩和	障害者自立支援法第２８条第１項 障害者自立支援法第２９条第１項 障害者自立支援法施行規則第２５条	障害者自立支援法において介護給付費を支給する障害福祉サービスは、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、児童ディサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援とされている。	現行法令で介護給付費の支給を受けることができないオペレーションセンターサービス、定期巡回サービス及び随時訪問サービスについて、これを支給の対象とすべきよう緩和する。	住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う在宅障害者等が、在宅で安心して生活できる地域基盤の整備を目指す。 具体的には、現行法で介護給付費の支給対象の「居宅介護」及び「重度訪問介護」において類型化されていない２４時間対応の定期巡回サービス、オペレーションセンターサービス、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの提供について、介護給付費の支給を可能とする。 提案理由： 近年、障害者等が増加する中で、介護保険制度においてサービスが制度化された夜間対応型訪問介護を発展させ、障害者福祉において、２４時間対応のオペレーションセンターサービス・随時訪問サービス等の必要性を認識するに至った。これにより、介護ニーズに的確に応えることができる施設や住宅の整備が進まない中で、住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う在宅障害者等にとって、在宅での介護不安が解消される。 代替措置： 居宅介護及び重度訪問介護との競合が想定されるが、サービスの提供方法が異なるほか、費用は、居宅介護サービス費及び重度訪問介護サービス費と差を設定するなど、定期的に訪問介護及び重度訪問介護を必要とする居宅要介護被保険者が残更にオペレーションセンターサービスや定期巡回サービス、随時訪問サービスを利用することは無いものと考える。	C	Ⅰ	○　障害者自立支援法（以下「法」という。）における介護給付費については、公費の適正な支出という観点から、障害者の生活に必要不可欠な事業を介護給付費の支給対象とする障害福祉サービスとして法に定め、また、その基準・費用についても全国一律に提供する必要性から、関連法令において定めているところ。 ○　ご要望のサービスを介護給付費の対象とすることについては、 ①　もともとご指摘のサービスが障害者の生活に必要不可欠なものであるかどうか、 ②　ご指摘のサービスについて、どのような内容を実施した場合に介護給付費の対象とするか（基準） ③　ご指摘のサービスに関する報酬について、どのように設定するか（報酬）、 等についての検討が必要であり、これらの内容が示されていない現状においては、ご指摘のサービスについて介護給付費の対象とすることは困難である。	夜間の緊急的なケア（医療ケアはのぞく）を行うことは介護保険対象者だけでなく重度障害者においてもニーズがあると思われるが、介護保険制度には あって障害者自立支援法では対象となっていないのはなぜか。ご教示頂きたい。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。	重度障害者の方の地域での自立生活を支援するため、定期巡回サービスに加え、トイレ誘導やベッドからのずり落ちなどを解消するために、随時に必要となるサービスの提供が求められていると承知しております。これは、障害者自らの意思でオペレーションに連絡し、サービスを選択することで、障害者の自立に繋がると考え提案させていただきました。また、今回の提案のサービス内容や報酬については、介護保険制度の体系を取り入れるべきだと考えております。	C	Ⅰ	○　介護サービスの提供時間が短時間であり、夜間の緊急的なケアの必要性が生じ得る介護保険制度とは異なり、障害者自立支援法においては、入工呼吸器が外れた場合等の緊急時にも即対応可能とするため、見守りを含めた長時間にわたる介護サービスを提供する重度訪問介護を創設しており、すでに現行制度において充分に対応が可能となっているところ。 ○　重度訪問介護とは、重度障害者（障害程度区分４以上でこ目以上に麻痺等があり、障害程度区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定）に対して、食事や排せつ等の身体介護、調理や洗濯等の家事援助、コミュニケーション支援や社会生活上必要な行動の見守り等の支援等が長時間にわたり、総合的かつ断続的に提供されるサービスである。夜間の対応については、朝鮮と、早朝・夜間帯は２５％加算、深夜帯は５０％加算を設けているところ。また、同一の事業者が１日に複数回重度訪問介護を行う場合には、１日分の所要時間を通算して算定している。重度障害者については、日中・夜間を通じたサービス提供が必要なため、これらの方々に対しては重度訪問介護が支給決定される と考えられる。その他、障害程度区分６に該当する者で特に老芸疾患に著しい困難を有する者等については、重度障害者等包括支援により支援を行っているところ。 ○　ご指摘のようなサービスを創設することにより、本来、重度訪問介護が提供されるべき重度障害者に対し、定期的な巡回サービスや連絡があった場合の随時訪問サービス（重度障害者のため連絡ができない場合もある）のみのサービス提供が行われた場合、当該重度障害者の福祉が低下することにもつながりかねないため、ご指摘のサービスを認めることはできない。	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。	○「重度訪問介護」「重度障害者等包括支援」以外のサービスの必要性 重度障害者の方の中には、長時間にわたる見守りサービスではなく、緊急時に自分の意志で連絡がとれ、介護体制が整えられるのあれば、安心して自立した地域生活が可能となる方もいらっしゃいます。 「重度訪問等介護」や「重度障害者等包括支援」のほかに、提案したオペレーションサービス、随時訪問サービスをメニューに加えることを想定し、当該重度障害者の福祉の低下に繋がるとは考えておりません。選択肢が増えることお考えいただきたい。	1069002	世田谷区、株式会社ジャパンケアサービス	東京都	厚生労働省
0920410	医師管理下の助産師による会陰切開と会陰縫合	保健師看護師助産師法３７条、３８条	助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めたときは、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当については、この限りでない。	問一病院内に産婦人科医師が勤務あるいは当直している場合、教育を受けた助産師が分娩時の会陰切開と第２度会陰裂傷までの会陰縫合とそれに付随する周所麻酔を単独で実施することを認める。	現在日本では産婦人科医師が不足しており、今後一層事態は深刻化すると予想される。産婦人科医不足対策として産婦人科医の数を増やすこと、産婦人科医の年間担当分娩件数を増やすことの二通りの方法がある。望ましいのは産婦人科医の数を増加させることであるが産婦人科医師の育成には時間がかかりまた産婦人科を希望する医学生もあるのが、現状としては助手可能者に適合していることが産婦人科医より当たりの年間分娩件数を増やすことも考えなければならない。分娩の平数以上は正常に進行し、特に医師の立会いがなくても母児の安全性にそれほど影響があるとは考えられない。しかしながら病院の統計では総聖分娩の８０％以上が分娩後会陰縫合が行われている。現在の法律では総合病以外に助産師の会陰切開、あるいは会陰縫合は認められていないので、その結果ほとんどがすべての分娩に医師の関与が必要となる。分娩時の会陰切開、第２度会陰裂傷での会陰縫合とそれに付随する局所麻酔を教育を受けた助産師が単独で実施することを認めることにより、産婦人科医師の負担等などの負担を軽減し、それにより年間の担当分娩件数を増やすことにより産婦人科医不足対策の一助とするのが本提案の目的である。	C	Ⅰ	母子の安全を確保する観点から、助産師と医師が適切な役割分担の下で分娩に取り組んでいただく必要があると考えており、現提案のように応急手当以外の場合に会陰切開・縫合や局所麻酔を助産師が すべて行うのは適当ではない。	貴省の回答にある「助産師と医師が適切な役割分担」とはどのようなものか、詳細をご教示いただきたい。特に、病院、助産所のそれぞれにおける助産師と医師の役割分担の現状について明らかにされたい。また、産婦人科医の不足を補うために、医師による管理下において一定の安全策を講じることで提案を実現できないか、再度検討の上、ご回答いただきたい。			C	Ⅰ	前回回答でも申し上げたとおり、母子の安全を確保する観点から、助産師と医師が適切な役割分担の下で分娩に取り組んでいただく必要があると考えており、現提案のように応急手当以外の場合に会陰切開・縫合や局所麻酔を助産師が すべて行うのは適当ではない。 なお、貴省の回答にある「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、これを前提する条件自体を緩和することは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、下記のような一定の条件を付すことで、提案の趣旨が実現できないか検討されたい。 ・助産師へ一定の教育を行い、技術の習得を義務づけること ・患者からの事前の同意を得られた場合に限定すること ・院内に産科医が勤務・当直していることを必須とし、緊急時への対応が可能であること ・医師の責任において、助産師が会陰切開・会陰縫合を実施すること	前回の回答では「応急手当以外の場合に会陰切開・縫合や局所麻酔を助産師がすべて行うのは適当でない」とあったが、ここの「すべて」の構成要件は何か。たとえば会陰切開だけなら認める可能性があるという意味でしょうか、それともいろいろつ一つの構成要件いずれも認めないという意味でしょうか？また「院内助産所」のように助産師独自なら病院内でも認めるということなのでしょうか？病院で特区として認められたならば、同意を得た患者だけを対象に教育を受けた助産師のみが会陰縫合などを行い、医師が翌日の回診時にはチェックする予定です。また縫合不全などが生じた場合は医師がすべて責任を持って対応する予定です。	1073010	天使病院産婦人科	北海道	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例措置の番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920420	離島においては、一般病床と精神病床を合わせた複合病棟を１病棟単位とする要件の緩和	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項により、病床の種別として一般病床と精神病床が区分されており、精神病室の設置については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講ずることが定められている。	厚生労働省が定める「基本診療料の施設基準等」により一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟とそれぞれ区分して病棟単位とするものを、離島の特例として、一般病床と精神病床を合わせた複合病棟を病棟単位として認める旨の。	１．具体的実施内容 ・離島（隠岐）には精神病床を有する病院が１病院（隠岐広域連合立隠岐病院）であるが、一般病床と精神病床の複合病棟が認められれば、病院経営の改善（自治体繰り出しの軽減）が図られ、さらには島民の医療水準が維持され、生活条件が安定するとともに、島外への入院が回避され、島民の滞在の経済的負担も軽減。 ・提案理由 （１）離島医療の特性性 ・離島（隠岐）には精神病床を有する病院が１病院しかなく、本土と違い環境での連やかな他病院への移送が困難なため、島民の健康と安心な暮らしを維持するためには平保算であっても、病床の維持が必要 （２）離島の医療水準の確保と特例措置の必要性 ・施設基準では、１病棟の入院患者は５０名以内、夜間配置看護師数は２名であり、夜勤回数の関係から、病棟には最低１７名の看護師配置が必要 ・離島（隠岐病院）の場合、精神病床の平均入院患者数は１８２０名弱と少ないが、夜勤配置看護師数から、１７名の配置が必要であり、経営上精神病床の収支は構造的かつ大幅な赤字 ・しかし、島内から精神病床がなくなった場合、島内患者はまたその長期入院となり、家族の経済的 ・介護負担が大きく、島内での生活を継続するうえでも大きな障害要因である。また、こうした状況が原因で本土での入院を控えることが予想され、結果的に目前なその医療すべき事態が惹きされる ・このため、離島の特殊性を踏まえ、一定の条件下で一般病床と精神病床を合わせた複合病棟の運営を認めることが必要	医療法第７条第２項により、病床の種別として一般病床と精神病床が区分されており、精神病室の設置については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講ずることが定められている。（法第30条の4第2項第12号） 医療法第30条の11 医療法第30条の4第7項 医療法施行令第5条の4 医療法施行規則第30条の32の2 対象となる病床として13種類が規定され、そのなかの１つとして「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」が規定されている。（医療法施行令第5条の4、医療法施行規則第30条の32の2）	C	Ⅰ	患者の病態は多様で、一律的な基準により区分することは困難であることから、医療法は、主として急性期の患者が入院する病床を「一般病床」というように区分して、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設けているところ。 精神病床については、病状が慢性化した入院患者だけでなく、精神疾患以外の重度の身体的疾患（合併症）をもつ入院患者など、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療を提供するだけでなく、精神疾患に伴う患者保護のための方策を講ずる必要があることから、精神病床と一般病床を統合するのは患者保護の観点から困難であり、「基本診療料の施設基準」についても、その考え方に沿って定められているものである。 なお、病床の利用状況等の事情から中心を得ず病状の急変した精神患者を一般病床に一時的に入院させることは差しつかえない。	対象となる住民が限定される離島のような特殊な地域性を考慮し、代替措置を講じる等によって患者の保護に資し支えのない範囲で入員配置基準、構造設備基準を緩和できないか。その提案主体からの意見と合わせて再度ご検討いただき、ご回答されたい。	D	Ⅰ	「病床機能報告制度」の創設に伴い、医療法施行規則第30条の32の2の規定が削除され、「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」が規定されていることから、当該規定の適用は、医療法施行規則第30条の32の2に基づき、「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」として整備することができる。 ただし、「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」の整備に当たっては、医療法第30条の4第7項に基づき、医療提供体制の確保に資する観点から、医療計画に記載する必要があることから、医療計画の作成・変更の際に、当該病床の整備について

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番号・名称	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	再々検討要請	提案主体からの再意見	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・関係官庁
0920480	雇用創出につながる起業を支援するため、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。		全国に展開しているハローワークの拠点を活用し、主要な都市にある拠点に起業に関する相談窓口を設け、コンサルタントを設置する。 根拠法文の改正 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箇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2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576箇点を有するハローワークの基盤を有効利用するべきと考える。 ■効果）日本全国で地方にいる人で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、雇用創出にもつながる。 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、社会保険料の財政にも寄与するものである。	E	I	未要望については、雇用対策法及び職業安定法等で特段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。			E	I					1085020	パソナグループ シャドーキャピタルネット	東京都	厚生労働省
0920490	労働基準法第３２条に対す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日については８時間を超えて労働させて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通算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、労働させてはならない。」と規定している。 この規定について、求職活動を理由とし、かつ２つの事業主の元での就業に限定する形で、1週間４８時間まで緩和する。また期間は６ヶ月以内とする。	求職者の仕事の可能性を広げることを目的としている。 現行法では、就業時間は１週間に４０時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を積極的に挑戦することが可能になる。	C	I	労働基準法第３２条及び第３８条は、生活時間の確保、健康の維持等の労働者保護の観点から、労働時間に関する最低基準を定めるものであり、求職活動中であっても同様に最低限の労働者保護は必要であることから、御要望にお応えすることはできない。 なお、現行規定においても、法定の手続をとれば、一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					1085030	パソナグループ シャドーキャピタルネット	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1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規定されており、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内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、期間中求職者を派遣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なうこととなる。その際、受入企業には　OJT時：#600円/時間　off-JT時：賃金&費用1/3（中小企業1/2）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現場実習と座学を組み合わせたカリキュラム作成支　②助成金認定申請　③面接　④評価管理提出書　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います。特にすでに人材を欲している中小企業に関しては、このジョブ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。そのあめ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。より簡単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入れ安い環境を作る。	C	Ⅲ	提案の内容は、派遣元事業主で労働者を雇用し、当該施設内で座学（off-JT）を実施し、派遣先で実習を実施するというものと想定される。 実期実習型企業訓練は、雇用主の下での実習と雇用主の責任の下で一定の要件を満たす座学を組み合わせた制度であるが、派遣元事業主にとって派遣先は顧客という関係であるため、派遣元事業主が派遣先での訓練実施状況の確認や指導等を十分に行える保証が得られにくいといった課題等があることから、対応することは困難である。			C	Ⅲ					1085040	パソナグループ シャドーキャピタルネット	東京都	厚生労働省
0920510	法定雇用率について、市区町村ごとに 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（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とで平等性を担保するために、原則として一律の障害雇用率（以下「雇用率」という。）を定め、各事業主が雇用する労働者数に応じて、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、障害者雇用の実態や、その地域の障害者の現状を理解・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分配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ポイント与える等。	C	I	障害者雇用率制度は、官民を問わず労働者を雇用するすべての事業主に一定割合の雇用義務を課すとともに、雇用義務を果たしていない事業主から納付金を徴収し、義務を果たしている事業主に対して障害者数に応じた調整金、奨励金等を支給することにより、事業主間の障害者雇用に伴う、経済的負担の調整を図る制度である。 御要望の趣旨が不明であるが、障害者雇用率制度は、障害者の雇用に関し、社会連帯の理念に基づき、広く事業主に障害者の雇用義務を課すものであり、地域によってその義務に差が生じるものではないことから、市区町村ごとにポイント決定権を与えることはできない。			C	I					1085050	パソナグループ シャドーキャピタルネット	埼玉県	厚生労働省
0920520	小規模多機能型居宅介護事業所において、障害児（者）デイサービス事業の利用者であっても受入を可能にする。	厚生労働関係構造改革特区域法第二条第三項に規定する省令の特例に関する措置及びその適用を受け る特定事業を定める省令の一部を改正する省令（平成19年厚生労働省令第７号）	現行では、通園において障害者デイ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９３４「指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害児（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児（者）の受入事業	障害児（者）において、近隣に指定短期入所事業所等の宿泊施設の利用が困難な場合においてはデイサービス事業が近隣にある場合でも小規模多機能型居宅介護事業所の利用をできるようにする。	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数と障害児（者）の登録の合算数が上限である２５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。この特例の趣旨で、近隣において障害者デイ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児（者）が対象となっている。しかし、近隣においてデイサービス事業所はあるが短期入所事業所等の宿泊施設は、障害児の場合で遠方と市内には一つも無く遠方まで行くことになる。さらに、そこで定員が埋まっており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）にとっては法所しづらい部分があるため、近隣のデイサービス事業等の利用者も利用対象者になれば、障害児（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、日常的に障害児と高齢者の交流が行われているもので、馴染み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る。	D	－	現行制度においても、介護保険法に定める小規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受けることにより、障害児（者）が当該事業所において短期入所事業所の設置基準において併せ・併用等が可能なことから、御指摘のような措置とする必要はないと考える。	介護保険法に定めるの規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受ける際に、人員や設備等の設置基準において併せ・併用等が可能なのかご教示いただきたい。また、右の提案からの意見について、合わせて回答願えたい。	介護保険法に定めるの規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受けることにより、この場合は短期入所事業所の種類は併設として考えてよいのか、また、その他の要件等はないのか。	D	－	○　障害者自立支援法における短期入所は「併設型」、「空床利用型」、「単独型」の３種類があるが、このうち「併設型」及び「空床利用型」については、短期入所を実施する本体施設の人員と設備を兼務・兼用することができるとされている。（「併設型」は障害者の短期入所専用の居室を設ける必要があるが、「空床利用型」は居室に空きがある場合に短期入所としての利用が可能。） ○　その際、当該施設が短期入所の指定を受けるためには、障害者自立支援法の運営基準に準拠していることが必要である。 ○　また、小規模多機能型居宅介護の指定基準においては、認知症高齢者グループホームなどの一部の施設等を除き、併設施設等との間における人員の兼務を認めていないため、当該事業所が障害者自立支援法の短期入所の指定を受ける場合は、短期入所のための独自の人員を配置する必要がある。 ○　さらに、設備についても、空床利用型短期入所の基準においては、本体施設として必要とされる設備を有することで足りるとされているものの、小規模多機能型居宅介護の指定基準においては、小規模多機能型居宅介護の提供に支障がない場合のみ設備の共用を認めることとしていることから、障害児（者）の宿泊は小規模多機能型居宅介護の利用者の宿泊に支障が生じない場合に限ること、障害児（者）による日中における居間及び食堂の利用は行わないようにすることなどの配慮が必要である。 ○　その他、小規模多機能型居宅介護の運営基準についても準拠した運営を行う必要がある。	介護保険法に定めるの規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受ける際に、人員や設備等の設置基準において併せ・併用等が可能なことを踏まえ、再度検討し、回答されたい。			1039001	社会福祉法人慶現福会	熊本県	厚生労働省
0920530	幼稚園教員資格認定試験と保育士試験の登録統合（新資格試験の創設、試験日の統一）	児童福祉法第１８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なっている。		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、一度の受験ですむようにする ②前述①に伴ない、「幼稚園教員資格認定試験第二次試験」の内容等を見直す 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保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	保育士の仕事と幼稚園教員の仕事は、その性格内容は自ずから異なるものの、子どもの成長過程からすれば、ここまでが保育、ここからが幼稚園教育と一線を画することは難しい。昨今の幼保一体教育ニーズに対応するには、同一人物が両資格を保有していることが望ましい。そのためには、両資格試験の整理統合（新資格試験の創設）と実施日の統一が、受験生にとっては便利である。もちろん、本措置は、保育士資格のみを希望する者に、幼稚園教員の資格取得を強制するものではないし、幼稚園教員資格認定試験の質的レベルダウンをもたらすものでもない。また、過渡的措置として、第一次試験を免除しても、第二次試験合格が必須であるから、幼稚園教員のレベルダウンをもたらすものでもない。本人の自由選択も高きれており、総じて必要かつ妥当な措置である。	c	Ⅲ	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の目的・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、教職の是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歳からの子どもの発達に当たる能力を有することに力点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要成に力点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従ず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同時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に、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。	構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会における調査審議の状況を踏まえ、再度検討し、回答されたい。		c	Ⅲ	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の目的・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、教職の是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歳からの子どもの発達に当たる能力を有することに力点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要成に力点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。	幼稚園教員免許及び保育士資格について、一元化に関する検討状況のほか、相互取得の簡易化に関する検討状況も併せて回答されたい。			1015501	社団法人日本ニュービジネス協議会連合会	東京都	文部科学省 厚生労働省