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・開講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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
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。	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、ショートステイの事業を実施する短期入所生活介護事業について、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。同等のサービスとして指定居宅介護サービス事業としての短期入所等が認められた基準となっており、サービス供給を確保するため訪問看護ステーション等の医療保険サービスに対する地域包括ケアシステムの構築が期待されている。	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想定しているため、事業上、併設型でなければ事業を行うことができない。既定等の定形型やディイサービス等の事業所の空スペース等を利用した事業を行えるよう基準を緩和すべきである。
要望理由：
ショートステイは、事業の区域として指定している本市における利用率が１００％前後と利用ニーズが高く、介護者の急病や急な冠婚葬祭においての利用が困難な状況である。今後、高齢者の増加に伴い要介護者の増加が予想されるなか利用需要の増加が懸念されている。介護保険給付抑制による特養等の施設設置の抑制が原生労働省の方針としてあり、今後施設建設が抑制されるなかで施設に併設されたショートステイの供給が困難な状況にあり在宅生活を支えるサービスの一つとして利用ニーズに対応した供給が望まれる事案である。　また、平成18年4月の介護保険制度改革により地域密着型サービスが導入され在宅または地域でできる限り生活を継続するという考えが一つの柱となっているが、在宅生活を支えるショートステイ（定期）を提供（本体施設）が生活圏とは離れた場所にあるという問題点も生じている。民家等を利用した単独型の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6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、定床利用のため、市内民設全てが実時点後であるため短期利用が全くできない状態である。
平成19年10月全国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ことを目的とするサービスであり、それにふさわしいサービスを提供するために施設・生活相談員・栄養士等の人員配置や一定面積以上の設置の確保が義務づけられている。
○ それに対して、小規模多機能居宅介護事業は、「通い」を中心としつつ、要介護者の様態や希望に応じて「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、宿泊 を主目的とするサービスではない。また、要介護者の自宅または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の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居宅介護事業とは性質の異なるサービスであり、小規模多機能居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、現状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できる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、「誰やかな人員・設備基準とするため」に「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。	右の提案主体からの意見（特に、提案主体が別紙に提示している新基準案）を踏まえ、再度検討し回答されたい。
また、提案主体は、「求める措置の具体的内容」において、「障害福祉サービスや介護保険サービスにおける地域包括サービスの事業の基準に編和すべき」と求めている が、「障害福祉サービス」の方についても回答されたい。	C	Ⅲ	医院から徴収する強制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役を確保しつつ、安定した授業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床以下の小規模型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、医師の配置の簡易については、環境の変化により既往症の悪化等が起こるケースが多いこと、入所施設がある程度長期にあることこたえる点から、短期入所生活介護における医療ニーズとの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福祉の特徴から、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。	「措置の分類C（特区・地域再生として対応不可）の回答あり（見直し）」の意見に対する回答がなされている。また提案（新基準案）についての検討の結果（回答）についても、現行基準の実態上の問題点についても検証がなされないまま前回意見に対する回答がなされており回答内容も現状と乖離したものとなっている（補足資料参照）。新基準案では、適切なサービスの質を確保しつつ基準緩和を提案してお り、利用者等の視点に立った介護現場の実態に即したものである。地方の介護現場の現点に立ち新基準案の再検討をお願いします。	C	Ⅲ	ご提案いただいた限りでは、短期入所生活介護の経営の安定性の確保、サービスの質の確保共に、判断することができないため、特区として認めることは困難である。	1000200100	西宮市	兵庫県	厚生労働省
0920020	道州制北海道スタンダード盛入微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3項1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
・労働福祉法（昭和22年法律第164号）第56条第3項及び第10項	地方公共団体の歳入に係る債権の回収方法については、地方自治法（昭和22年法律第67号）において規定されており、国民健康保険税、介護保険料、後期高齢者医療料、保育費用については強制徴収により、水道料については裁判上の手続きにより行っている。		税収に、滞納者は税を始め給食費、公要空毛料、水道料等も納めない多重債務者が多く、滞納者の納付意識は民間債務を優先とし、町債務への支払意識は低く、とりわけ町内に対すると「逃げ得」の意識が強くなっている。
1．国庁法における強制徴収の滞納処分手法は情報化により、次の２区分となっている。
①強制徴収法の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、町債入徴収金には、それぞれ①と②の手法を与え、二刀流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効果を提案します。
【具体的に対象とする債権名】
①強制徴収公債権名：道町民税、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、し尿浄化槽分担金料、幼稚園保育料
【法の整備】共通法と個別法に滞納処分の二刀流手法を明文化	税との多重債務が多いが、例としては次のとおりです。
1．現在、下水道料と水道料の就課は別で有るも、事務の効率化と納付者の利便上、納付書は１枚で発付している。
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】の自力執行権で預貯金調査をし差押え」、【水道料は②により裁判所へ訴えの提起】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高く、かつ、滞納者も関係しながら納付する。下水道分は納付することなく滞納が続いています。原因は税（預貯金口座調査の開示と金融機関費用徴収）をなかなか、町は困っ ている。
4．これを解消し、町債入徴収金の早期回収と事務の合理化や効率的に進めるとともに、町財源と住民の公平感の確保を図るため提案するものです。	C	Ⅲ	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、原生労働省とご調整の上、具体的な解決策を探るべきと思います。その他、総務省への意見のとおり。	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。	E	—	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も地方自治法の規定の趣旨に沿って対応していただくこともある。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。	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。	E	—	地方税法及び地方自治法施行令で規定されている滞納処分の停止の要件等については当該法令の所管官庁である総務省の回答を確認願います。	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２４条第１項及び第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持ち込む場合、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業許可を得る必要がある。	院内製造されたＰＥＴ用ＦＤＧ製剤は他の医療機関に販売又は授与を行う場合、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業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。	（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本邦の輸送方法は放射線を遮蔽された鉛製容器を使用し、放射線障害防止法及び車両運搬規則等規制により、品質管理及び安全対策を講ずる。③その他保健衛生上の規制等を遵守する。（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当県は地域面積が最も狭く、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の高まりと安全性・有効性等を確認する必要があるため、品目ごとに実証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ことから、製造業の許可を得る必要がある。
しかしながら、保険薬の件については、医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医薬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。	食省の回答によれば、「医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医薬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。	食省の回答によれば、「医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医薬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	—	—	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て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、その就業用開係の下により実践的な技術、技術等を習得することができる制度である。
・技能実習制度推進事業運営基本方針に基づき、研修生送出国の十分に合致する職種かつ対象技能等の公的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認める。研修成果の基となる公的評価制度の仕組みとして「職業能力開発促進法に基づく技能検定（３２職種）」と②（財）国際研修協力機構の認定する評価制度の仕組み（１１職種）がある。
・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経たとて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、その就業用開係の下により実践的な技術、技術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１４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。サービス水準を確保、向上させるために受入施設の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時限的な運用を図る観点から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法出し国で、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、（「介護職社会実習試験受験資格要件「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ので、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なり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は、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基づく受入れは、二国間の経済連携の推進の観点から特例的に行うものであり、同制度はその目的や枠組みを異にしているが、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否か検討するにあたっては、国内の介護施設で就労する点において共通する日・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を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、技能実習生に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当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図ったりすることが、技術の定着に効果的であると考えます。」「研修生及び技能実習生の入国・在留管理に関する指針（19年改訂）」法務省入管管理局）とされており、来日前６ヶ月以内に外国の公的機関等において日本語の学習等の研修を一定以上実施した場合、入国後の非実務研修期間の短縮が認められているところである。	近隣国、極東アジア諸国が、日本の介護保険制度を視野に入れた社会支援システムを構築しようとしている。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、製造業のみならず、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示すことが可能であるとも考えられる。なお、同制度の日本語研修等のルールは約１６０時間程度を本邦内で行うとしているが十分なコミュニケーションがとれる力量が身の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求めることとしている。本邦内で行うべき研修を法出し国（厚労）でも ７月から１年研修を実施したいが如何か。回答をお願いしたい。	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ので、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なり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は、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基づく受入れは、二国間の経済連携の推進の観点から特例的に行うものであり、同制度はその目的や枠組みを異にしているが、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否か検討するにあたっては、国内の介護施設で就労する点において共通する日・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を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、技能実習生に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当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図ったりすることが、技術の定着に効果的であると考えます。」「研修生及び技能実習生の入国・在留管理に関する指針（19年改訂）」法務省入管管理局）とされており、来日前６ヶ月以内に外国の公的機関等において日本語の学習等の研修を一定以上実施した場合、入国後の非実務研修期間の短縮が認められているところである。	1006100	社会福祉法人 雲の里	宮崎県	法務省
厚生労働省
0920050	介護職員養成研修事業の拡大	・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）
・技能実習制度推進事業運営基本方針（平成5年4月5日法務省公示）	外国人向け日本版デュアル・システムの導入		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術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予定者は日本人雇用労働者同様に労働保険、社会保険等に加入する各労働関係法基準（人員配置基準）を満たす者とし、実習３年経験かつ介護職員基礎研修事業受講者は介護職員養成研修者として認定するものとする。	医療保健福祉サービス水準を確保するため、体系的理論的知識と技術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予定者は日本人雇用労働者同様に労働保険、社会保険等に加入する各労働関係法基準（人員配置基準）を満たす者とし、実習３年経験かつ介護職員基礎研修事業受講者は介護職員養成研修者として認定するものとする。	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ので、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なり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は、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基づく受入れは、二国間の経済連携の推進の観点から特例的に行うものであり、同制度はその目的や枠組みを異にしているが、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否か検討するにあたっては、国内の介護施設で就労する点において共通する日・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を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、技能実習生に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当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図ったりすることが、技術の定着に効果的であると考えます。」「研修生及び技能実習生の入国・在留管理に関する指針（19年改訂）」法務省入管管理局）とされており、来日前６ヶ月以内に外国の公的機関等において日本語の学習等の研修を一定以上実施した場合、入国後の非実務研修期間の短縮が認められているところである。	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、介護職員士資格取得ルートは「実務経験３年以上＋養成施設６月以上」が「厚生労働大臣の指定する養成施設」等に対して必要な知識、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」については同じ内容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。	C	Ⅲ	前々回、前回回答の通り、本要望については、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することを前提に述べられているが、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することについては、① 介護等のサービス分野について、業務の内容や求められる技能に各国の特徴があるので、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なり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は、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基づく受入れは、二国間の経済連携の推進の観点から特例的に行うものであり、同制度はその目的や枠組みを異にしているが、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否か検討するにあたっては、国内の介護施設で就労する点において共通する日・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を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、技能実習生に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当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図ったりすることが、技術の定着に効果的であると考えます。」「研修生及び技能実習生の入国・在留管理に関する指針（19年改訂）」法務省入管管理局）とされており、来日前６ヶ月以内に外国の公的機関等において日本語の学習等の研修を一定以上実施した場合、入国後の非実務研修期間の短縮が認められているところである。	1006020100	社会福祉法人 雲の里	宮崎県	厚生労働省
0920060	救急救命士による指示・救命行為等への下の救急隊の投与	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、医師の具体的指示を受けなければ、薬剤の投与ができない。救急救命士は、医師の指示を受けてはならない。（法第４４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、薬剤の投与ができない。救急救命士は、医師の指示を受けてはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のための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）	重識障害を呈している傷病者へ、直接メディカルコントロール下において救急救命士による酸素吸入測定器による血糖値測定と、低血糖発作が確定した際にブドウ糖溶液の投与を行う。	糖尿病の国内患者数は、この40年間で約37万人から700万人程度に達に増れとがってきています。さらに予備群（糖尿病予備軍）を含めると2500万人に及ぶとも言われます。
厚生労働省発表によると、2006年11月時点の調査データから、日本国内で糖尿病の疑いが強い人は推計820万人としています。この糖尿病患者数の増加と相まって、治療薬のインスリン使用による低血糖発作で救急搬送されるケースも増加しています。
重症低血糖発作では昏睡状態となり、症状からは脳血管障害との鑑別が困難となります。この鑑別には血糖測定が本効であると必要とされるとされています。現在の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、現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総合3次医療施設への搬送を余儀なくされます。
簡易血糖測定器の取扱いは容易であり、現場で血糖測定を行うことは低血糖発作の鑑別に有効です。さらに低血糖発作症例に対して静脈路確保を行い、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90例を数え、そのほとんどが当日または翌日に退院となっています。今後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発作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。	I	—	医療行為を十分な知識・経験を有しないまま行うことは、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等について、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遂行と提案主体の実施体制の整備や、事後検証の重要性を通じた指導など救急救命士が教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないか。和の提案主体からの提案を踏まえ、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の問題に分けて、再度検討し回答されたい。
また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないか。
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、省令事項と思われるが、如何。	回答の「医療行為を十分な知識・経験を有しないまま行うこと は、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり」は、「医師の指示の下に行う」ことは、人体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妥当であると考える。また、救急救命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。	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妥当であると考える。また、御提案の血糖測定及びブドウ糖溶液の投与を含め、医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容等を踏まえると、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認められないとのことだが、安全面や倫理な基準を設け、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施できないか。	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妥当であると考える。また、御提案の血糖測定及びブドウ糖溶液の投与を含め、医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容等を踏まえると、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。	1009090100	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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920070	救急救命士による気管フィラキシーショック患者へのエピネフリン注射薬（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、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等以外の場所において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、傷病者本人に助方されているエピネフリン注射器（エピペン®）を、直接メディカルコントロール下において救急救命士が傷病者本人に代わり使用することにより救命に寄与する。	ハチ毒や食物、薬物等が原因で起こる、急性アレルギー反応のひとつにアナフィラキシーがあります。ときに呼吸困難、意識障害等の症状を伴うことがあります。その中にはショック症状を引き起こし、短時間のうちに生命を左右するような危険な状態に陥ることがあります。 厚生労働省の人口動態統計によると、1年間にアナフィラキシーが原因で死亡届けがあったのは50～60人程度とされています。これ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1/24～16 %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そ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救命にあたる、ある1はアナフィラキショックを発症する可能性があると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、患者本人に自己注射を行えるだけの余力と時間的猶予はありません。時と場所を選ばずに発症するアナフィラキシーショック患者に、一事故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う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、救急救命士の輯製所見からオンライン医師が判断し、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。「救急救命士による輯製所見からオンライン医師が判断し、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。」とされていますが、救急救命士による輯製所見については、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していただいており、是非とも地域限定として先行的に施行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（MC）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う、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。	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、平成２０年度中に検討を行い、結論を得る予定である。	１０００９０２００	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	救急救命士による意識不明の傷病者に対する吸入と刺激薬使用	救急救命士法第４３条、第４４条 救急救命士法施行規則第２１条、第２２条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第３１条第１項及び第３２条の規定にかかわらず、診療の補助として救急救命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等以外の場所において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）		嘔吐治療中患者の重症発作時に、直接メディカルコントロール下において、助方されている吸入β刺激薬を救急救命士が使用し、病院前における嘔吐発作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2199人（男性：1583人、女性1616人）となっています。人口10万人に対する死亡率は2.5人で、この10年間で半減しているものの、喘息死に直面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臨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、救急搬送の振動や緊張のストレス、冬の冷たい外気などで重症気管支喘息は容易に容易に増悪し、命に関わってしまいます。 そこで、患者本人に助方されている吸入β刺激薬の救急救命士による使用を提案いたします。 既往、傷病者本人、または保護者のみが吸入β刺激薬を使用できるようになっておりますが、傷病者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力けの体力や思考能力は、もはや期待出来ない状態です。さらに喘息死の約４８％が病院前あるいは救急室との報告があります。病院前救護において救急救命士による吸入薬の介助が実施されれば、喘息によって死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、教育期間などふまえると、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等について、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従来主体の実施体制の整備や、事後検証の重視を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に救急実施出来ないか、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、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないか。 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、省令事項と思われるが、如何。	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ものと考える。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、現段階で今の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ものとされたが、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、印旛地域で確固たる MC体制を構築した中で、現場に戻った此と救急救命士の更なる社会貢献を目指し、船橋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、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。」とされていますが、どの段階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向上に寄与することをご理解下さい。	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、御提案の行為については、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、救急救命士に行わせることは適切でないと考える。よって、このような段階においては、特区において実験的・先駆的に救急救命士による事例・エビデンスを蓄積することは適切ではないと考える。	１０００９０３００	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等以外の場所において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、直接メディカルコントロール下において救急救命士が輸液本人に代わり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熱中症、消化管出血等の傷病者に有効であると考えられますです。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）の範疇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、教育期間などふまえると、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等について、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従来主体の実施体制の整備や、事後検証の重視を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に救急実施出来ないか、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、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないか。 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、省令事項と思われるが、如何。	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ものと考える。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、現段階で今の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ものとされたが、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、印旛地域で確固たる MC体制を構築した中で、現場に戻った此と救急救命士の更なる社会貢献を目指し、船橋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、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。」とされていますが、どの段階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向上に寄与することをご理解下さい。	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、御提案の行為については、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、救急救命士に行わせることは適切でないと考える。よって、このような段階においては、特区において実験的・先駆的に救急救命士による事例・エビデンスを蓄積することは適切ではないと考える。	１００９９０４００	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の緊急自動車としての指定追加	－	－		傾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、外来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。癌の終末期は個性性疾患、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。緊急に対応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少ないため、医師が傾そ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往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、外来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。			－	－			－	－						
0920110	地域包括支援センターに係る職員の車従規制を緩和し、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務を行うためには、介護保険法施行規則第１４０条の５２に定められる基準及び、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の人員及び運営に関する基準」を満たさなければならない。		地域包括支援センターに係る職員の車従規制を緩和し、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たのには、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、本提案職種が広大であり、また、人口の希薄な所町村も多く存在し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。 地域包括支援センターに係る職員の車従規制を緩和し、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。 障害者の地域移行を推進していたのには、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、本提案職種が広大であり、また、人口の希薄な所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構築は困難な場合がある。このため、高齢者に対する相談支援機点として整備が進捗している地域包括支援センターの機能を活用することにより、相談窓口のワンストップ化を促進するとともに、障害者の一生を通じて連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、車従車の配置すべき人員の基準を緩和することができるため、指定相談支援事業所の基準を満たせば、同一法人内で両者の業務に従事することが可能である。	多種多様な施設を整備するだけの人的資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別に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車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障害があるのか、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、社会福祉士及び主任介護支援専門員）とともに、障害者相談支援相当職員２名を配置した「高齢者・障害者」総合型のセンターを設置した場合、現行の規定上は「兼ね従事する」との規解があるため、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、障害者に対する相談支援業務に従事することはできないものと来知して おり、当方の提案を実現するためには介護保険法施行規則第１４０条の５２第２号に規定する「兼ね従事する」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３項の表のとおり、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。	貴省ご回答にあ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域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、当該規定のような極めて小規模な地域に固定した規定では、こうしたニーズに応えることはできないものである。	C	Ⅲ	○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、新たに設置されたものであり、包括的支援事業の適切な実施のためには、取組の初期の段階において、職員が一体となり重点的・集中的に取り込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。 ○包括的な支援事業等の取組状況については、各自治体との意見交換会でも、職員が専従で重点的に取り組んだ結果、介護予防ケアプランの作成に携わりつつ包括的支援事業にも概ね取り組めるようになったとの意見をいただいているところであり、地域包括支援センターにおいて事業を適切に運営するためには、引き続き職員が専従で、高齢者への相談支援を重点的に行うべきである。		１００１２００１００	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。		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はこれまでの目的を損なわない範囲で、一部を短期入所生活介護として利用することを可能とすべきと考えます。 そこで、障害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、高齢者等区に利用することは現行制度においても可能であるが、こうした指定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。	本提案にあるように、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しか認められていないところを、身障療護施設など障害者施設についても認めて頂きたいとのお申出であるが、一方、施設入所者の地域移行の観点による手厚いリハビリを行うなど、オンラインの解だけでなくオフラインの解にも成熟した体制で救急業務を遂行しております。今や地域協働型の救急救命士は、相当量の知識と経験を有するものと自負しております。重症喘息発作の収入β刺激薬の吸入の助現の方法の講習を行うとともに、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輯製所見からオンライン医師が判断し、オンライン下で収入β刺激薬の使用を必須条件とします。	C	Ⅲ	短期入所生活介護と特別養護老人ホームは、提供されるサービスの内容や利用者の状態が似通っていることから、求められる人員や施設の基準も重なっている。「空床利用型」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により、短期入所生活介護としてのサービスの質も担保されるため、特別に認めているものである。障害者支援施設については、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ができ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。	貴省ご回答のとおり、確かに、障害者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、「短期入所生活介護を行う場合には、特別養護老人ホームの基準に従って必要な人員、設備が確保されることにより、短期入所生活介護としてのサービスの質も担保されるため、特別に認めているものである。障害者支援施設については、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ができ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。	御提案については、単に短期入所生活介護の基準を上回ることで認められるものではなく、短期入所生活介護と特別養護老人ホームは、提供されるサービスの内容や利用者の状態が似通っていて、求められる人員や施設の基準も重なっており、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により、短期入所生活介護としてのサービスの質も担保されるため、特別に認めているものである。障害者支援施設については、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ができ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。	「空床利用型」は、単に短期入所生活介護の基準を上回ることで認められるものではなく、短期入所生活介護と特別養護老人ホームは、提供されるサービスの内容や利用者の状態が似通っていて、求められる人員や施設の基準も重なっており、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により、短期入所生活介護としてのサービスの質も担保されるため、特別に認めているものである。障害者支援施設については、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ができ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。 なお、現在においても、利用者の処遇に支障がない場合は、他の社会福祉施設の居室、便所、洗面設備、静養室、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。	１００１２００２００	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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
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70条第1項、第78条の4第1項、第80条第1項、第97条第2項、第110条第1項、第115条の2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。 常勤換算で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、介護給付費の抑制や、介護従業者の低賃金問題の改善にも一定の効果が期待できる。 【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。 なお、人員基準の問題は、省令事項とされたいわれが、如何。	契約の形態によっては、ボランティアでもって、その個当する業務に関し、従業員と同等の責任や義務を継続的に課することは可能ではないか。 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。 さらに、人員基準と介護保険給付との関係、人員基準外又は介護保険給付対象外のボランティアの活用に対する規制の有無及び人員基準には介護労働者の雇用保障的な意味合い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、省令事項とされわれるが、如何。	C	Ⅰ	介護保険制度は、国民から集められ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、一定の水準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、ボランティアが生活援助系のサービスを行うことについては、不可能ではない。 よって、介護保険法上の基準を満たした上で、事業者とボランティアの協同については、否定するものではない。 なお、従業員が介護保険法その他関係法令に基づき従事することは自明のことであるが、ボランティアが服すべき規律については一概に述べることはできない。		1019010100	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９９号「診療報酬の算定方法」	生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において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外来管理加算を算定する基準を、外科付属和歌山県立医科大学附属病院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外来管理加算を算定する基準を、外科付属和歌山県立医科大学附属病院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。 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。 その中で、提携医療機関としての条件では非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。現方と生活習慣病に対する総診、治療のはずが、200床以上の病院は、健診はできるが、要治療と診断された高血圧症、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 べきとの考え方に基づき、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														
0920150	家事使用人の在留許可申請にかかわる、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よで、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国外の金融機関に勤務する外国人従業員を対象として、家政の家事・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。 当協会が、昨年12月に金融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、経営難即であっても事業所の長に非すると言えないケースや、当人もの即ち不信感でいらぬ下されたケースもあります。 当協会は、金融会社の多くが、内閣官房の「国際金融拠点機能強化プラン」に記されたその区域（「東京駅・有楽町駅周辺地域」および「環状二号線新橋周辺・赤坂・六本木地域」）およびその周辺地域に集中していることから、これらの地域を対象として、家事使用人の在留許可申請に際して、雇用者たる外国人の要件緩和を要望します。 （注）別紙事業内容書あり。	C	Ⅲ	無協会の提案は、金融庁の「金融・資本市場競争力強化プラン」や内閣官房の「国際金融拠点機能強化プラン」に沿った成功に資するとの政策課題です。さらに、法務省の「第３次出入国基本計画」でも、「高度人材を始めとした質が国が特に必要とする外国人」についても、「終」、更に内閣官房入れ国及び上論されており、無協会の提案は、そうした施策に合致するものであり、認めて頂くよう要望します。なお、同「計画」における、「事門的、技術的分野」に該当するとは評価されていない分野における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。	無協会の提案は、金融庁の「金融・資本市場競争力強化プラン」や内閣官房の「国際金融拠点機能強化プラン」に沿った成功に資するとの政策課題です。さらに、法務省の「第３次出入国基本計画」でも、「高度人材を始めとした質が国が特に必要とする外国人」についても、「終」、更に内閣官房入れ国及び上論されており、無協会の提案は、そうした施策に合致するものであり、認めて頂くよう要望します。なお、同「計画」における、「事門的、技術的分野」に該当するとは評価されていない分野における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。	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．現行の在留資格要件である「投資・経営」及び「法律・会計業務」に加え、「企業内転勤」「技術」、「人文知識・国際業務」を追加することについて、その是非及び理由を、各在留資格ごとに個別に回答されたい。 ii．現行の「事務所の長又はこれに準ずる地位」の要件について、どのような場合に該当することとなるのか、判断基準を明らかにされたい。 iii．現行の「申請の時点において、（雇用者が）１３才未満の子を有する」という要件について、これを「１８歳未満」に緩和しても国内外の労働市場に影響が及ぶものと考えられないこと、また、国際化に即応した人材の受入れを容易にする観点からは、「１３歳未満」としている現行の要件に合理性はなく、緩和が可能と考えられるが、如何。 iv．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。 v．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余地がないのか。 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の優先課題であり、他の主要国際金融拠点と比べ競争力ある地位への設定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あり、これらの人材が家事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」では検討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。日本経済は外国への依存もあり世界経済と同時収斂が減速しています。金融センターを支える改革の導入は力強い経済への発展へ繋がります。		1360100100	国際銀行協会	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省
0920160	外国人の家事使用人に係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よで、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、之事業所等の長又はこれに準ずる地位にある者で、②申請の時点においては東京周辺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状況を有する者の、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、墨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、これを銀行業又は代替的手段をもって緩和する。	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①～②の要件を、簡潔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．雇用人の地位の要件（左記②）の不合理性 d．雇用人の家族構成の要件（左記②）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中国際金融拠点機能強化プランを具体化するものである (2)　本事業に実質的効果を伴わせるためには左記地域における規制緩和が必要である a．雇用人の限定により労用利効果が高い一方、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、家事使用人に係る基本政策に照らして困難である。	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、家事使用人に係る基本政策に照らして困難である。	C	Ⅲ	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに強度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て、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のである点及び単純労働者受入れの範囲をむやみに広げるものではない点を考慮し、提案の趣旨の実現に向けて検討されたい。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	者太の方針2007において、市場強化プランを政府一体となって推進することが閣議決定されたにも関わらず、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示唆する回答をしたことは残念である。法務省お よび警察庁は、外国人労働者の受入に伴う影響について検討を進めるとの姿勢であるものの、AGCの提案は特区に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規避する に足るものとなっている。本案件を新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国定範囲において実行に移すこと が、この新要を実証的に検証でき、より より制度設計へとつなげることができる。		1037010100	在日米国商工会議所	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省
0920170	ALT に係る派遣期間制限の除外	労働者派遣法第40条の2 労働者派遣法施行令第4条	専門的な業務等（26業務）を除いた業務については派遣受入可能期間が設けられている。		「人材都市ぎふ」を標榜する岐阜市では、生徒の英語能力を効率的に伸ばすため、現在、市内各中学校に派遣されているALTを中後も継続的に活用したい。 しかし、現状では労働者派遣法で派遣期間制限が設けられており、派遣可能期間を超えて派遣受け入れを継続する場合には、当市により3ヶ月間のクーリング期間を設ける必要があり、その間、ALTの派遣受け入れを停止しなければならない。 よって、ALT業務が派遣期間制限から除外されれば、労働者派遣法施行令第4条に定める業務にALT業務を位置づけていただきたい。	ＡＬＴの派遣期間制限の除外によるネイティブ・スピーカーの継続活用により、文部科学省が推進する「「英語が使える日本人」育成のための戦略構想」で示す「中学校の英語の授業に週1回以上ＡＬＴが参加すること」が可能となる。 　前回提案時の回答には、「（1）業務の専門性や恒常用雇用に及ぼす影響について具体的に検討できない」とあったが、当市のＡＬＴ業務は、下記のとおり、26業務に含まれることが適切と考える。 ①について、当市のＡＬＴは、全員が「人文科学・国際業務」の在留資格を有していること から専門性を満たす者ていると考えている。 　具体的には、法務省において、要件として、通常三年以上の経験年数を求めている場合 に、ALTの文部科学省の要件に準ずる形で、適切又は語学の指導に係る業務に従事する場合 に、経験年数を求められていない。 　これは、すなわち在留資格「人文科学・国際業務」を持ち、語学の指導に係るALTは、 前記、適切に係る業務と同等の専門的能力を持っていると国が認めていることに他ならない。 　また、26業務の１つ「通訳、翻訳業務」とALT業務には、英語を母語とする者が 大多数を占めるなど、文法上、英語の誤りを訂正する等の一部業務について、共通点があり、同様の専門的能力に基づく業務であると考える。 ②について、ＡＬＴは、そもそも全員外国人であり、数年後には母国へ戻り、人が替わることや、入国手続きや応募管理等の事門的ノウハウの必要性から、現実的な対応は、雇よりノウハウを持つ民が行うだが、一定水準以上の効果を保ていろ未来の実現へ繋ぎできると考える。 　また、ＡＬＴ業務に、長期間継続した常用雇用労働者は、抱と存在せず、雇用慣行を損なわない。	C	Ⅱ	労働者派遣法施行令第４条に掲げる業務は、公労使の意見も経て、「専門的な知識、技術等又は経験を必要とする業務」または「特別な雇用管理を行う必要があると認められる業務」であって、「当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間に渡るその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないと認められるものであること」を要されているところ。 　御提案のALT業務については、他の業務に比して特段に、専門性や雇用管理の特殊性があるとする客観的根拠が示されていないほか、JETプログラムにおける直接雇用のALT配置数の推移によれば、常用雇用労働者の派遣労働者への代替が少なくとは言えない。 　また、「英語が使える日本人」の育成のための戦略構想」においても具体的施策として「外国人（ネイティブ）の正規の教員への採用」を掲げているほか、２００８年８月時点において、JETプログラムにおける直接雇用のALT配置数も約５，０００人から伏況において、直接に雇用することができないとする理由はないものと考えざるを得ない。	ＡＬＴ業務の専門性・雇用管理の特殊性について、「英語が使える日本人」育成のための戦略構想」（平成20年7月1日）において、「ALTを外部人材の機動的な活用を支援する」とされていることから、外部人材の機動的な活用支援の一方策として、派遣期間制限を除外したALT派遣について、再度検討いただきたい。 　なお、JETプログラム等による直接雇用は、長期休暇を取得したための補充ができず、ALTをどのT一丁授業が1ヶ月中断したことや、国のJETプログラム基本問題検討会にて、ＪＥＴプログラムの問題を検討したことを踏まえると、ALT配置数減少の原因を派遣によるものとの位置づけるのは、不適切と考える。	C	Ⅱ	労働者派遣制度は、常用雇用の代替とならないことを、派遣受入期間の制限という形で担保したことにより、臨時的・一時的な労働力の需給調整に関する政策として明確に位置づけられていることは前回の回答でも示したとおりである。仮に、ALT業務を労働者派遣の形態で受け入れるに際しても、現行法制度を遵守していただくことは当然であると認識しているが、派遣受入期間の制限に抵触してしまうような恒常的な業務については、労働者派遣制度の趣旨に照らし、直接雇用とすることが基本であると考える。 　なお、構造改革特別区域基本方針において示されている事項については、各現地や必要性等が認められない提案内容も含めた全ての提案について認めるという趣旨ではないことは言うまでもないが、当省としては、当該基本方針を遵守した上で御提案に対する回答を示していくところである。		1038010100	岐阜市	岐阜県	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7条第3項 社会福祉法第2条第2項第4号の2 障害者自立支援法第42条第7項の規定により医療機関が実施できるよう規制を緩和すべきである。	障害者自立支援法第7条第3項に規定される事業としての日中一時支援事業を社会福祉法第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、短期入所事業の宿泊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）欄並び資料1に記載）ことより、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づけていただきたい。 併せて、医療機関からも日中一時支援事業を行えるようにならないかとの要望が当方に寄せられていることから早急に検討していただきたい。	C	Ⅰ	○日中一時支援事業は、障害者自立支援法制定にあたっては、障害者等の日中における活動の場を確保するため、各自治体が地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効果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目中の事業は、障害者の性質をかんがみ、社会福祉事業としての規制をかけることにより サービスの質を確保することを第よりも、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適の最善になるものと考えられたため、第二種社会福祉事業に位置づけるのは困難である。 ○なお、日中一時支援を含めた障害者等の日中における活動の場の確保については、障害者自立支援法制定に際 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要望は上のとおりであるが、ご教示いただきたい。 また、障害者自立支援法制定に際 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教示いただきたい。また、特区として実現することにより、平成２１年における見直しに向けた検証が図られるのではないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「日中一時支援事業は地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効果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の規制をかけず地域で柔軟に実施できるが、支援費制度時には、第二種社会福祉事業の規定外用事業の位置づけとして、医療機関により提供できていたことができなくなった状況の下で、効果的かつ効果的に事業を実施することのは困難である。 　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」との回答である。	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た趣旨に照らし、医療法等における 医療機関による日中一時支援事業の実施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。	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、医療法等における 医療機関による日中一時支援事業の実施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。	C	Ⅳ	日中一時支援事業については、第１次検討要請の回答にも記載したとおり第二種社会福祉事業に位置付けることは困難であり、現時点では医療機関が当該事業を行うことはできない。ただし、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、平成２０年度中に検討を行い、結論を得るべく、今後、関係団体等と調整を行う予定である。		1038020	岐阜市	岐阜県	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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920190	医学部入学定員要件の緩和	「医師の需給に関する検討会報告書」（平成19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19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、定員の暫定的な調整を容認し、現定員とは別枠の定員を認める。	（実施内容） 県が集成する本地医療従事者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を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、大学の現定員とは別枠とする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、医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。 なお、具体案のように、人口10万対医師数としては相当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意見を踏まえ、大学医学部における地域の設定・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。	D	—	○既に本県では医療対策協議会の設置状況等、一定期間地域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、・・・定員の暫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。	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「早急に過去最大規度まで増員することを含め、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。 これを受け、８月５日、文部科学省から「地域や診療科の医師確保の観点からの医師養成の推進について」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施&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。	D	—	「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、・・・定員の暫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。			1046000	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
0920200	医学部入学定員要件の緩和	「医師の需給に関する検討会報告書」（平成19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次保健医療圏毎に算定し、基準を満たす地域に新たに派遣する医師については、現定員とは別枠の定員を認める。	（実施内容） 県が集成する本地医療従事者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を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、大学の現定員とは別枠とする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。 なお、具体案のように、人口10万対医師数としては相当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意見を踏まえ、大学医学部における地域の設定・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。	D	—	○既に本県では医療対策協議会の設置状況等、一定期間地域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、・・・定員の暫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。	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「早急に過去最大規度まで増員することを含め、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。 これを受け、８月５日、文部科学省から「地域や診療科の医師確保の観点からの医師養成の推進について」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施&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。	D	—	「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、・・・定員の暫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。			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	特別の事情（待機児童がない地域、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。または一定の期会まで、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。		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、その普及に限界があると考えられる。 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、本来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がある。 現行の保育所制度は、特日保育を行うことを前提とした施設であるが、それ以外の特別なニーズ（例えば、用事がある時に一時的に子どもを預かってほしいなど）に対しては、一時保育や特定保育などの各種の保育サービスを展開し、きめ細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チボにも保護者にとって、どのような形が望ましいか、現在策定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役割を担う保育所について、仮に「保育に欠ける」要件を見直し、保育を必要とする者がだれでも利用できる施設にするならば、制度のそのものの性格、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２６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３月２５日閣議決定）でも同様の旨が決定されている。また、平成２０年４月２３日の経済財政諮問会議において、議長から「保育サービスに係る規制改革については、利用者の立場に立って、年内に結論を出して欲しい」との問題がなされている。以上を踏まえ、「保育に欠ける」要件の見直しについて、保育サービス等の子育て支援を社会的基盤の整備として検討できないか、また右の提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	1)母業主婦家庭における育児不安等が心配されるなど、児童虐待などに繋がる恐れもあるため、「保育に欠けない」乳幼児であっても、保育の必要とする事例は増えていると考える。 2)「保育に欠ける子・欠けない子」すべてを受け入れることができる認可こども園については、全国で２２９施設となっており、施設の飽和度は増加には至っていない。 3)このような状況下において、保育所制度のそのものの性格、公費負担の在り方等の保育制度についての議論の中で、「保育に欠けない」児童も一定の割合で受け入れるなど事例の結和は必要であり、再度、検討をお願いしたい。	F	I	本年５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、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おり、「保育に欠ける」要件の撤廃を前提とした検討を行うものではない。また、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、保育サービス全選択できるだけの「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。 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、保育サービスに係る規制改革については、子どもの福祉への配慮を前提に、利用者の立場に立って、平成２０年内に結論を出すこととしたところである。このことを踏まえ、規制改革の動向なども踏まえつつ、新しい保育サービス提供の仕組みを検討することとしている。	貴省の回答にある、検討の具体的スケジュールを明確にされたい。また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	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ことの方向性は理解できるが、「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現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、かつ定員まで余裕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厚労省発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－休諸不良児対応型） 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（病児・病後児保育事業（休諸不良児対応型）、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。	（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（休諸不良児対応型）、緊急サポートネットワーク事業）については、実施場所がそれぞれ会員の自宅や保育所に限定されているが、利用者の利便性を図るとともに、保育所や地域子育て支援拠点施設など、地域の実情に応じた施設で実施できるよう、実施場所の要件を緩和する。 （理由） ・緊急サポートネットワーク事業については、会員の自宅で看病することを看護師・保護者双方が敬遠し、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（休諸不良児対応型）は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	—	○　病児・病後児保育事業（休諸不良児対応型：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ところから、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、規制の法的根拠を明らかにされたい。	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、入所児童と同居されている家族等についても、感染症の発生を防ぐ観点から、自宅以外での実施は、家族の理解が得られないリスクを伴うことになるため、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。 ○　緊急サポートネットワーク事業は、会員個人の自宅であれば、通常、病気時の静養も含めた日常生活に必要な環境が確保されており、その中で1対1で子どもを預かることができることから、会員個人間の援助活動として会員個人の自宅に限り、実施を認めているものである。	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。	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、体調を崩したお現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になるため、結果として保護者の小規模保育所離れも懸念される。 「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。	C	—	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り、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られないが、登録看護師を病児・病後児保育事業で活用すること は可能である。 また、緊急サポートネットワーク事業は現行制度においても、病児・病後児保育事業を実施している施設（以下、「施設等」という。）を利用する前の医療機関での受診のための送迎や施設等への送迎、施設等では対応できない時間外の預かりや施設等が満室時の預かりなどにおいて利用されるなど、病児・病後児保育事業と相互に連携・協力することにより同事業が効果的に活用されている都道府県もあることから、他の都道府県の取組状況等を参考に利用の促進を図られたい。 なお、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。			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厚労省発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－体調不良児対応型） 体調不良児の看護を担当する看護師等を１名以上配置することとしている。	病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、職員配置基準の要件を緩和する。	（実施内容） 人材活用の観点から、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営が図れない制度となっていることから、各事業が連携して効果的に実施できる体制とする。 （理由） ・病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）については、看護師の配置が要件となっているが、利用者数が一定せず、利用者がいない場合でも配置が必要となるため、効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、規制の法的根拠を明らかにされたい。	C	IV	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現規国では、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、及び第三者との良相処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国の拡大が図られ、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。	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、体調を崩したお現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になるため、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、イ又はロに該当するものに限る。）をもって在留する者の扶養を受けるお配偶者又は子として日常的な活動を行うものについては、在留資格を「家族滞在」又は「特定活動」をもって在留を許可している。	出入国管理及び難民認定法第２条の２ 別表		貴本金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。	高度・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。	C	Ⅲ	本要望は、実質的に在留資格「家族滞在」の範囲拡大を求めるものであるところ、現行の「家族滞在」は、人道上の観点から家族としての結びつきを尊重し、在留資格を有する者の配偶者又は子に範囲を限定して国内の滞在を認めているものであり、現在、「特定活動」で在留が認められている父母は、特に高度な研究者・情報処理技術者について特例的に認めるものであって、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。	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ことなどであるが、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、人道上の観点から家族としての結びつきを尊重し、在留資格を有する者の配偶者又は子に範囲を限定して国内の滞在を認めているものであり、現在、「特定活動」で在留が認められている父母は、特に高度な研究者・情報処理技術者について特例的に認めるものであって、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。	貴省のご回答について、政府移民政策と家族滞在の範囲拡大は基本的に出発ないとか、貴が国の現状・ニーズを考慮し例外的に高度人材の親についてのみ特例扱いするとしている。一方、本要望は、上記政府の考え方を踏まえつつ、特定地域の現状・ニーズを反映させた、特区制度を活用しての提案であり、特区制度を活用して上記特例幅を新千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、法務省令で定める高度人材は特例的に承認し、本要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、本務としては、上記検討の根拠をお聞きしたい。	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。	前回も回答したとおり、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。 なお、我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、基本的には、我が国に入国する外国人について全国一律に適用するべきものと考えており、各在留資格ごとに出入国管理及び難民認定法と「国民生活に及ぼす影響」を総合的に勘案して決定しているところ。ご提案の内容については、提案主体からの高度見にある「特定地域の現状・ニーズ」を勘案しても、他の等しく考慮すべき検討事項に優先して取り扱うことは、上記の総合判断をなし崩しにするため認められない。			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	措置の分類の再見直し	措置の内容の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920250	「企業内転勤」の転勤期間延長等の保証事務の緩和	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ハ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		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」に要求される関連業務経験期間を「１年以上」から「６ヶ月以上」に緩和する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、地域経済を支える大きな柱となっている。このような中、とりわけ、成長産業分野における海外からの新たなビジネス手法やマネジメントシステムの導入の一層の促進は、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・定着にあっては、時間を失することなく多様な人材の確保と配置が重要である。このことから、成長産業分野の外国・外資系企業に対して、兵庫・神戸で勤務させることを前提に海外で雇用した従業員のうち、雇用期間において「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」の在留資格とは異なる簡易な要件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学歴要件や実務経験年数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。	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」の在留資格とは異なる簡易な要件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学歴要件や実務経験年数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。 このようななか、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、要件等にかかる再検討の可能性についてお聞きしたい	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。					1046070	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省
0920260	外国人に関する社会保障協定の見直し	社会保険に関する日本国と 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である。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もあるが、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。	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ている。 なお、二国間のあったロシア、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、保険事故が起きた場合には必要な保険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か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給付を行っているところである。 こうした我が国の年金制度において、制度からの途中離脱を給付事由とする脱退一時金制度における支給上限の設定においては、同じように、公的年金制度が強制適用されるべき、義務加入期間を満たさない限りは老齢年金が一切支給されない日本国籍の方との均衡を考えなければならない。以上のことはこれまでの回答で既に述べたとおりである。 厚生労働省としては、脱退一時金の対象期間の上限の延長のような法律改正は考えていない。	脱退一時金の対象期間の上限の延長が今なお法律改正は考えていないとの回答であるが、制度の趣旨・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に加え、日本国籍を有する者との均衡を失するものと考えられ、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。					1470100	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」の実務経験年数の撤廃	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受性を必要とする業務に従事しようとする場合は、次のいずれとも該当していること必要。 ①「技術、通訳、翻訳、語学の指導、広報、営業に関する外国人向け業務、服飾若しくは室内装飾に係るデザイン、商品開発その他これ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労するために「人文知識・国際業務」（うち国際業務）への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。 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等を撤廃することで、技術的な社会活動への参加を可能とし、外国人研究者の受入れ環境の向上を図りたい。（国に於いて、国家戦略等の相互調整など、現在の学歴・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。）	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種類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も、その脱退一時金の支払に関して見直し要望が出ていることなど、社会保障協定対象国拡大とともに、脱退一時金制度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、人材の高度な活化と、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。 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中、ドイツ連邦共和国（以下、ドイツ）等、国籍に関らず等しく適用されており、それらの国から来日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、脱退一時金を納付した保険料の一部を払い戻す義務があり、それらの国から来日研究者を迎えたいと考え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か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り、これまで３年としていた脱退一時金の対象期間を５年に延長したとしても、本人が納付した保険料の一部を払い戻すという趣旨や、特例的で暫定的という性質に影響するものではないと考える。 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か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り、これまで３年としていた脱退一時金の対象期間を５年に延長したとしても、本人が納付した保険料の一部を払い戻すという趣旨や、特例的で暫定的という性質に影響するものではないと考える。																		
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権限書類の作成）を業として行ってはならないこととしている。		政府・地方自体等に対してオンラインを利用して代理人により手続きする場合には、管轄官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、この対象特定の範囲を拡大し、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点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あり、各士業法により、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・会社設立であれば行政書士、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使っております。 このような、固定化された手続き者の制度が電子政府の進展を阻んでいると考えられますので、ここに挙げた士業においては、幅広く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担い手を大幅に増やすことが電子申請の利用率を高め、官公庁の事務処理の効率化に資すると考えますので、所要の法改正を要望します。 また、このような規則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いたします。	C	Ⅲ	右官資格「企業内転勤」は、外国で活躍している職員を、一定期間の「転勤」として、「技術」又は「人文知識・国際業務」の在留資格とは異なる簡易な要件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学歴要件や実務経験年数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。	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」の在留資格とは異なる簡易な要件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学歴要件や実務経験年数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。 このようななか、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、要件等にかかる再検討の可能性についてお聞きしたい	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。					1046070	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省
0920290	水道水における残留塩素数値の規緩和	水道法施行規則第十七条第一項第三号	給水校における水が、遊離残留塩素０・一ｍｇ／ｌ（結合残留塩素の場合は、０・８ｍｇ／ｌ）以上保持できるよう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「尾瀬の顔片品清水群」が、優れた水質に加え清掃、植林、山林保全、環境法改善等村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。 当村の水道水の原水は尾瀬の顔片品清水群（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な水の汚染防止に取り組み管理されています。その後、遠隔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る自然の恵みを自然に対し近い状態で村民や来村者に提供出来る状況が村民は望っていると考えます。 村の主産業である観光は、高原温泉を代表する尾瀬国立公園を始め、標高2,000ｍ前えを日本百名山の至仏山、白根山、武尊山の登山、夏場の冷涼な気候を生かしたスポーツ合宿やキャンプを中心に多くの来村者を迎えています。 が、平成４年の来村者３８万人をピークに平成１９年度には２６万人（－４１．６％）まで落ちぶれ村民の生活は貧困に追い込まれている。 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、観光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の活性化さ、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いて再汚染や微生物の再増殖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、簡便かつ精度よく検査することにも、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くところである。	貴省の回答による「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	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。 提案主体の再意見に対する当方の考え方は以下のとおりである。 ・再汚染の可能性は低いとの二重見てるが、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混入だけでなく、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や微生物の可能性が低くなっている。 ・残留塩素濃度を維持する趣旨は、浄水場内において当該濃度となるよう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との姿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くところである。	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。					1056011 0	片品村	群馬県	厚生労働省
0920300	産業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貿易の輸入について必要な事項の輸入について必要な事項の輸入について（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のみ 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、熟処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方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。）の含有量が畜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、「遊休地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。提案主体は事業化に向け真摯に取り組んできた。しかし、国内で唯一事業化している欧米諸国においては提共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着手できない状態にある。こうしたことから、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。 【大麻取締による効果】 ①大麻の種子を工業に活用し、繊材、断熱材、不織布、生分解性プラスチックとして利用。（繊維用の産業用大麻は、ほぼ全量が輸入されている。） ②生育速度が極めて速いことから二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。 ③無毒性変異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経費、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、畑に工場を開設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】 都道府県知事による栽培許可の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要望】 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伴せ、公的機関による機能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現行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・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大麻取締法は、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、大麻種子の採取においては、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。	C	－	大麻取締法に基づいて大麻取扱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。	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。					1058010 0	産業分23-研究会ｷｰﾜｰﾄﾞ（「麻ｱﾛﾏ」ｷｰﾜｰﾄﾞ）	北海道	厚生労働省 経済産業省
0920310	官公庁における残留塩素数値の緩和	水道法施行規則第十七条第一項第三号	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。		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いて再汚染や微生物の再増殖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、簡便かつ精度よく検査することにも、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くところである。	今回の提案事項は、未だに非常に利用率が低く、一部では職員による「なりすまし申請」までが恐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、法改正を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踏まえて伺います。	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、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、但し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、労働社会保険諸法令に係る専門知識をサポートに乗じないま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利益保護の観点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、予定していない。																		

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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920310	2003年9月1日内閣参官156第46号内閣総理大臣答弁4「医師が当該保険者に対するは当該保険者の意思を判断をすることから、医師が患者から問題があると申し出があるなど必要はないと考えている」に基づく鍼灸療養費振療同意書の規制緩和	・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 日保険医発0330001 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。	鍼灸師国家免許の要件として、鍼灸師ﾚｽﾍﾟの医学的判断で不適の場合は医師に紹介し原則鍼灸を行わない事になっています。 通ず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。 鍼灸同意書は「施術同意」ではなく「保険給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と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と技術が前提の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、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の経済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案です。 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建論及び施術方法の確立にとり更かえることこそです。 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ｻﾞｯｸﾙﾎﾞ内科、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被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾊｽﾋﾞｽを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきています。そして、内閣総理大臣も同意書は必要ないと言外されていまして、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	鍼灸師は治療と疲労回復の区別もできないのか。国は、はり師要成に関しゆ以上現代医学と解剖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確たる医療化」において鍼灸師の修業年限を増やすようあがた、「養成所の設置や教育内容について法令上厳格な規制を設けるとともに、国家試験を行うことにより、はり師・き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に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厳格な規制を設けるとともに、国家試験を行うことにより、はり師・き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。	C	Ⅳ	鍼灸療養費は、医師が患者を診断し、医師による適当な治療手段のない場合に鍼灸師の施術を受けることを医師が認め、これに同意した場合に支給されるものである。医師による適当な治療手段がない症状であることを鍼灸師が判断すべきものではない。	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者による疲労回復でない事を医師に証明する為の措置を講ず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 日保険医発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、鍼灸はマッサージと違い単なる疲労回復のみの治療であり、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日保険医発0330002号（一部改正））	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（あんまマッサージ指圧師を除く）の「保険の利くマッサージ」です。そこで、鍼灸療養費からは、鍼灸治療自体に伴う「刺す時や刺した後の痛み・違和感」や「灸の火の熱」を鍼灸とセットにする事を目的とした様々な短時間の「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が中心である事から、仮にあんまマッサージ指圧師免許も持っているような、鍼灸療養費施術の補助的なマッサージを医師試薬とする事で「保険の利くマッサージ」といわれるものを担止する事ができると考えます。 このことは医療費抑制を防ぐ為の有効な手段ともお思います。 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別を交わす事や、疲労回復に伴める割合の高いと思われるマッサージ類似行為を除外した上、科学的根拠を備えた建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	鍼灸の施術に対し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等がないことを確認する必要があること、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。最低でも法律に従って3年間養成施設で学び国家試験を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たがる。鍼灸は医学ではないとか、鍼灸はマッサージと同じなどいうとよう。鍼灸の治療効果は世界的に認められている。少しはご勉強されたい。 また、世界中の人々にも支持されていますが、わが国の鍼灸受診率は人口の7%程度。この程度の需要の急に過剰に増えると言えるのか。国として重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か。国は重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も行っていない。 あまりにも無責任である。真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、需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医師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の不支給規定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、需要がどこまで伸びるかは分が増えては、鍼灸師は貧困にあえて事になるであろう。少しはご配慮願いたい。 現在、保険医療機関での保険診療と無料鍼灸の混合治療が世界的に禁止されている。鍼灸師の死活問題である。 医師不足が叫ばれている現在、患者の痛みなどについて、少なくとも同意書のも疾患等の傷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。	C	Ⅳ	繰り返しのご回答になるが、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、鍼灸施術者の需要と供給を考慮して支給基準を設けるものではない。また6疾患については医師による適当な治療手段がなく、医師が鍼灸施術に同意したものでなければ療養費として支給することはできない。	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「療養費の指定疾患」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 日保険医発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。	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て、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の経済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案です。 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、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科学的根拠を備えた建論及び施術方法の確立にとり更かえることこそです。 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ｻﾞｯｸﾙﾎﾞ内科、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被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾊｽﾋﾞｽを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	鍼灸師は市町村の一部助成の下に受けてきた75歳以上の国保鍼灸保険者は、平成20年度より全員が新制度に移行するため、これまでと全く同じ料金で治療を受けり事ができなくなるケースが多くなっております。 75歳以上の患者は慢性の痛みを多く抱えた方が多く、本当に治療の必要な世代であるからこそ同意書の緩和された助成制度の下に鍼灸治療を続って痛みの治療をしてきた訳です。鍼灸を選択した患者のみが今回の新制度でも蚊帳の外におかれる事はないでしょうか。 国は後期高齢者医療制度の新設にあたり、様々な影響を検討してきたのでしょうが、新制度移行にあたり助成制度が組められ、患者として治療にかかりにくい状況になっているように思います。 そこで、鍼灸療養費の同意書の規制緩和を行うことで、これまで鍼灸治療を受けてきた患者が市町村単位で行われてきた助成制度と同じような手続きで鍼灸治療を行えるように措置していただくように要望いたします。 代替提案としまして、今期提案の第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120時間程度の療養費取り扱い疾患に関する歴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	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この提案を行っているのである。 国は皆保険を維持していただきたい。 このような患者を救済していただきたいのであれば、良う気がるのかないのか、はっきりとした回答を求める。	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。	これまで国保であった方は、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言う不利益が発生している。施術者は制度の違いを十分理解できず、痛みを多く抱えている75歳以上の患者に「刺激で理解いただけないか」と言うケースが多くあります。 75歳以上の患者に「刺激で理解いただけないか」と言うケースが多くあります。 ほとんどの患者は、事務手続きとの例りしさや社関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困難等の理由により鍼灸の同意書がとれず、鍼灸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ス等も見られる。更に食料品や燃料価格などの高騰も考え合わせると、ますます厳しい状況である。	C	Ⅳ	提案主体からの再意見については、宮崎県が実施している鍼灸助成制度についてであると思われる。繰り返しの説明になるが、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いない。	1062020300	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「慢性頻頻リウマチに対するは鍼灸治療の多施設ランダムな比較試験」の国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 日保険医発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条件の一つとした段階で適応と考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム比較試験により証明し申し上げます。	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経済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案です。 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、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科学的根拠を備えた建論及び施術方法の確立にとり更かえることこそです。 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ｻﾞｯｸﾙﾎﾞ内科、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被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾊｽﾋﾞｽを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	改めて言うが否定見解にも科学的根拠を持って対応していただきたい。応用不可能な根拠は何によるのか教えていただきたい。この論文は多施設ランダム比較試験による結果である。否定も多施設ランダム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要しない取扱いとすることは困難である。	1062020600	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「高齢者の筋・骨格系の痛みに対する鍼灸及び経手技治療法の治療効果に関する基礎的および臨床研究」の日医による鍼灸療養費の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 日保険医発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条件の一つとした段階で適応と考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模の研究により証明し申し上げます。	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経済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案です。 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、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科学的根拠を備えた建論及び施術方法の確立にとり更かえることこそです。 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ｻﾞｯｸﾙﾎﾞ内科、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被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾊｽﾋﾞｽを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	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要しない取扱いとすることは困難である。	1062020700	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	医療関出版の「エビデンスに基づく慢性頻頻症の鍼灸医学」中の、慢性頻頻症の「米国における ランダム化比較試験」の日医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 日保険医発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条件の一つとした段階で適応と考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム比較試験により証明し申し上げます。	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経済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案です。 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、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科学的根拠を備えた建論及び施術方法の確立にとり更かえることこそです。 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ｻﾞｯｸﾙﾎﾞ内科、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被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾊｽﾋﾞｽを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	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、良者の否定的見解も、大規模な RCT によるものかどうか返答していただきたい。ちなみにこの研究の要とあれは「昭和AC に関する症状を治療するための総合的な治療の一部として、鍼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要しない取扱いとすることは困難である。	1062020800	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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920310	医薬薬出版の「エビデンスに基づく変形性関節症の鎮痛薬医療」中の、変形性関節症のプレスペイン（ロルノキシカム）におけるランダム化比較試験」の「EBMによる鎮痛薬費用の規制緩和	・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0330009 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行うことが適当であると考えている。」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論文を添付します。 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証拠の申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸師成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払される助成金による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、鍼灸療養費の同意書なしでも問題なく受けられる事を40年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。 特に、原生労働省主導により行われた東京大学医学部ｻﾜｲ・ﾌﾙﾎﾞ内科、東京女子医科大実洋医学研究所、埼玉医科大実洋医学科、岐阜大学医学部実洋医学講座の大学病院である病院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康保険療養費に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ｴﾋﾞﾃﾞﾝｽを明らかにする有効な医学的根拠」を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。	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。			C	Ⅳ			1006200900	社団法人 宮崎鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920319	医療薬出版の「エビデンスに基づく変形性関節症の鍼灸医療」中の、変形性関節症の鍼灸「鍼治療のエビデンスの最新レビュー」の「EBMによ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））	ほり・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行うことが適当であると考えている。」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論文を添付します。 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証拠の申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸師成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払される助成金による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、鍼灸療養費の同意書なしでも問題なく受けられる事を40年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。 特に、原生労働省主導により行われた東京大学医学部ｻﾜｲ・ﾌﾙﾎﾞ内科、東京女子医科大実洋医学研究所、埼玉医科大実洋医学科、岐阜大学医学部実洋医学講座の大学病院である病院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康保険療養費に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ｴﾋﾞﾃﾞﾝｽを明らかにする有効な医学的根拠」を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。	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要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている。」とされたわけである。にもかかわらず「医師による適当な治療手段がないこと」を落にして、規制緩和を所望されるのであれば、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。 これも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。		1016210000	社団法人 宮崎鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920320	保険医療機関による鍼灸治療による医師による鍼灸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について（平成16 年10月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330009 号（一部改正））	新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みである。		鍼灸治療の中には、科学的根拠の明らかになっている鍼灸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ほどうかと思います。同時に、鍼灸施術現場においても同意書をはじめとした規制緩和を要望いたします。※マッサージ療養費は含みません。	「平成19 年3 月26 日厚生労働省告示第53 号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する医療（鍼灸）の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすいよう情報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、鍼灸についても、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に利用しやすいよう情報提供をする事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、鍼灸治療については、鍼灸師の施術所に加えて、医師の医療機関でも行われているということだけでも援護ですが、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中の施術方法は、豊富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）を同時に新行していただき、住民にかなりやさ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、鍼灸師の手段・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を理由とした提案であると思われる。	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。	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、鍼灸師の手段・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り、医師間では診療報酬上、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。	－	－	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。		1006200400	社団法人 宮崎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、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器及び電気光線器具を使用した場合は、療養費の支給対象としている。		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を新さない鍼と言って清炎鎮痛処置針としての保険診療を提供してきた医療機関も騙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知している事から結果として独占禁止法違反処罰及び電気光線器具を使用した場合は、療養費の支給対象としている。	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針師のみし か取り扱えないはずであるが、保険医療機関やより終以内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清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治療も保険取り扱いができるのに、なぜか、ほり師の施術所では、はり師が行う療養費のみは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清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。更には分の電気併用の場合はSSPと同じ低周波を刺した針に通電するのだから。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合へ不当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、無罪巻きで之又提供できるＳＳＰという名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「鍼施術」や「鍼施術の施示」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「柔道整復術の保険・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「開業はり師」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、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器及び電気光線器具を使用した場合は、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。	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、機器製作者社、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は鍼はり治療カテゴリーでない」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、うそ効果が発証している事になる。 最終的に申し上げるが、鍼でないのであれば、景品表示法違反が日本中に発証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をされた患者に不利益が出じる事になるのであるから、法的措置をお願いしたい。		1006200500	社団法人 宮崎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号に基づく、鍼灸療養費支給り扱い規制である保発32 号「医師による適当な治療手段のないもの」という文章の撤廃	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、き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られる者等に行うことときされている。		「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、一定の情報を住民等に利用しやすいよう情報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、鍼灸についても、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に利用しやすいよう情報提供をする事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、鍼灸治療については、鍼灸師の施術所に加えて、医師の医療機関でも行われているということだけでも援護ですが、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中の施術方法は、豊富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）を同時に新行していただき、住民にかなりやさい制度にしていただくよう要望いたします。	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者等に行うことときされている。このため、鍼灸師の施術に係る療養費の支給についても、「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」との要件を課していることろである。なお、医師は仕律上鍼灸に係る施術を行うことは許されているが、一般的にはこれを行っていないことから、ご指摘の保発３２号通知においては「医師による適当な治療手段のないもの」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。	C	Ⅳ	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等資として存在する。禁止であれば「医師による適当な治療手段がないもの」という「表現」になるが、たとえ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がないもの」とは言えない。 これを言うためには、「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と、禁止が解除されたら「医師による適当な治療手段がないもの」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。	医師の鍼灸が一般的になるときの定義が無い場合は、仮に一般化した時点で「医師による適当な治療手段がない」を根拠とする規制が無い。法的整備も何も無いままに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即死活問題となる。 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。 定義付け並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。		1006210000	社団法人 宮崎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））	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年度もみじ提案回答の公取委要請議回が困難な事は十分に理解できました。 よって学校関係上結果である現在の状況（柔道整復師と鍼灸師の療養費制度の違いにより広がる格差・保険医療機関における無料鍼灸の拡大・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、あん摩マッサージ指圧師や柔道整復師の施術と違い法律上医師の同意に関する条項は全くありません。また、厚労省も「はり・きゅう施術における医師の同意書は、これら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」としています。はり師きゅう師の施術は保険の対象、保険の対象（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。	C	Ⅳ	現在鍼灸師費成枝の増加が著しく、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凍ますと清炎鎮痛処置として保険を鍼灸師を受け入れる付け体力がいたため、保険医療機関や柔整院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います。国は、鍼灸に関する健保市場及び自費市場の整備も行わないまま鍼灸師養成校を認可し続け、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導いています。鍼灸師が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競争関係であるべきです。また、鍼灸師の養成教育レベルを鍼灸を行える医師レベルにまで引き上げ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。	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	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。	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は同意とは性質を異にするものであり、療養費を支給することは当たっては、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る為の対策とも鍼灸師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、医師が行う鍼灸治療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、鍼灸師の過剰な電波等から近い将来鍼灸師の就職氏が容易に予想できる。		2001010100	社団法人 宮崎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・開通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	措置の分類の再見直し	措置の内容の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920360	あん摩マッサージ指圧師養成施設の認定要件の緩和	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31日健発第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31日健発第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者から設置計画書の提出があった場合、知事は、その内容を審査し、養成施設の設置に関する意見書を付して通達するものとする。 （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知事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通達する。	《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」を目指す者のあん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師養成施設を開設できるようにしたい。 《提案理由》①あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師（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10万人対比は平成8年27.3人に対し18年27.9（人）のため、あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧（以下「あん摩業」という。）の需要に対応できなく、結果として、無免許者の摘発施術の増加に繋がり有資格者、特に、視覚障害者の生業を奪わず源泉となっている（4/18毎日新聞夕刊面付1）。②合理すべき点の77-からあん摩等の施術を求める人が増えていらようにに、医療の面でも西洋医学の戦点だけでなく、相補・代替医療の分野も取り入れた患者中心の治療が求ま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、ｽﾎﾟｰﾂの選手・愛好家が大会や運動時に求めている体調整・ﾏｯｻｰｼﾞ師の支援体制を構築する。その施術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、特区制度で養師養成施設の開設できるようにして欲しい。なお、長野県は、社会福祉法人日本盲人会連合会に係る都道府県知事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通達する。	C	Ⅳ	各府省庁からの提案に対する回答欄は、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て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方法かを御審議・御判断いただいていくところであり、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廃止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て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方法かを御審議・御判断いただいていくところであり、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廃止することは困難である。	C	Ⅳ	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生その他の必要経費を補う目的で、報酬の選択を指案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、在留状況に照し、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行うものとする。		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提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２００９）。 留学生が企業の中で就業経験を積めるインターンシップ活動は、教育を受けるとい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、留学生が企業の現場を経験し、卒業後の国内企業への就職を促進し、高度人材の受入れの拡大に貢献するものである。この場合に、インターンシップ活動は、長期にわたるばかりでなく、多くの場合、長期のインターンシップ活動は、参加者に責任感や意欲を引き出す等の観点から、有償であることが望ましいとされている。 しかしながら、このような長期インターンシップ活動を有償で行う場合には、当該活動に係る大学が提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。 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、出入国管理制度が所事業の実施の支援になっているものではないと考える。 なお、在留資格内の活動で収入を得ようとする者については、これを許可に係らしめることは、出入国管理政策や労働市場政策と適切に連行するとの視野をなすものであり、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。	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と適切に連行するとの視野をなすものであり、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際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、当該金銭が実質非課税、報酬かの判別が十分できず、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、当該許可申請の要否が不明瞭で、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楽しない実費非課の範囲を明確化し、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。	1060110	D	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と適切に連行するとの視野をなすものであり、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際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。	1060110	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他の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、一定の条件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、事務所の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ことが多くあり、高度人材の拡大に貢献するものである。 留学生が国内企業へ就労する場合は、出入国管理及び難民認定法第２０条第３項の規定により、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要件とされている（「在留資格の変更、在留期間の更新許可ガイドライン」（平成２０年３月法務省入国管理局））。 この背景には、当該基準は、留学に係る大学の専攻科目と営利の事業業務との整合性が求められており、また、大阪府内の企業に就労する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、提携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、次の要件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、専攻科目と従事業務との整合性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障になっているとは考えていない。 なお、我が国では「専門的・技術的分野」での外国人労働者の受入れを基本政策としており、これを提案する要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。	D	—	前回も回答したとおり、現在の企業においては広範な分野の知識を必要とする業務が多くなっているという実態等を踏まえ、留学生の専攻科目と就職先で従事する業務内容との関連性については、柔軟に判断されていると承知しており、現行の出入国管理制度が、留学生が国内就職する場合の支障になっているとは考えていない。 なお、我が国では「専門的・技術的分野」での外国人労働者の受入れを基本政策としており、これを提案する要件自体を緩和することは困難である。	①留学生の就職先の業務内容にかかわらず、日本の大学卒業をもって高度人材とみなすことは出来ないのか、また、現行の高度人材の範囲及び高度人材受入れに係る議論の状況知照（経済財政諮問会議、規制改革会議等）。 ②国内企業への就職を検討する留学生の便宜のため、「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」の判断基準について明確にされたい。 ③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。	今回の本府からの提案等を踏まえ、「大学における専攻科目と就職先における業務内容の関連性の柔軟な取扱いについて（通達）」（平成２０年７月１７日付け法務省管総第３３２７号）を発出し、「技術」及び「人文知識・国際業務」、「企業内転勤」等の在留資格を整備している。 なお、留学生の専攻科目と業務内容との関連性を厳早求めないということに関して更に検討するとのことである。このように、専攻科目と業務内容との関連性を厳早求めないということに関して、通達による運用に代、「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令」（平成２年法務省令第１６号）について、所要の改正を行い、当該規定を法令上明確にした上で、留学生、企業等の関係者に周知するよう お願いしたい。	1060620	大阪府	大阪府	法務省 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）	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、夜間に引続く夜間の時間帯においても可能とする。		○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～ニ時から六時までの間は義務規定もものとする。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なる。	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もの を、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教の支給による４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など地時訪問サービスの提供を可能とする。 提案理由 世田谷区では、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、訪問実施等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 や地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地自に、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、ニーズがあるにこたえ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仕組の整備まないやで、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 訪問介護と訪問介護費の方が訪問介護費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殊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、ケアプラン上時時訪問を組み込めば、「訪問介護」の枠組みの中で日中の時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、ご提案の趣意を保る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時時訪問サービスの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、時時訪問サービスの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。	C	Ⅲ	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」とされる制限撤定を緩和し、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、提案事項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撤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は「夜間において」とされる夜間対応型訪問介護サービスとは、オペレーションサービスと組み合わせて提供するサービスであり、基本的効施方針、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、訪問介護で昼間の時時訪問サービスを行うことは困難と考えます。	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基づく時時訪問について特別に評価し、介護保険上の保険対行の対象としている。一方、日中においては、そのような事情は見受けられないため、一般の訪問介護において、緊急的に時時訪問を行った場合に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基づく時時訪問については、保険給付の対象として評価していない。 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及びその連絡に基づく時時訪問に対し、新たに保険給付を行うこととなる。 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、国民の負担する保険料率の高騰を招かないよう、極めて慎重な判断が必要であり、前述のような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疑問があります。 ○　本提案を実現したとしても、法が所定の護保保険者に保障する支給限度基準額の範囲内で居宅介護サービス費等の支給がなされることに何ら変更があるとは考える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、一定のルール化も考えられます。 ○　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。	1060690 0100	C	Ⅲ	○　前回回答でお示ししたように、現行の訪問介護においては、緊急的に時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が可能となっており、制度としてもこのような運用を続けていく規制ない。 ○　あるサービスを保険給付の対象とするか否かについては、支給限度額の範囲内であるか否かに関わらず、そのサービスが国民の負担する保険料等を使って給付する必要があるか、という観点から判断すべきであり、前回回答でお示ししたような理由から、ご提案のサービスについては、保険給付の対象として評価していない。 ○　また、ご提案のサービスが社会保障財源の適切な配分に繋がるという主張や、再々検討要請における条件付きを行うとご言っていたその組織や効果が不明確であるため、現段階において保険給付の対象の判断の根拠とすることは困難である。	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関す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、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活援助、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るよう緩和する。	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る４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が、定期巡回サービス及び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仕組の整備がまないやで、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財合が想定されるが、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殊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な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　そもそも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、これら必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考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も障害者自立支援法では対象となっていないのはなぜが、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。	C	Ⅰ	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、トイレ介護やベッドからの寸り落ちなどを解消するために、時時に必要となるサービスの提供が求められております。これは、障害者自の意思でオペレーションに乗り、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。 ○　ご指摘のようなサービスを制度化するとなり、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時時訪問サービス（重度障害者のの連絡ができる場合）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。	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、御提案のように応急手当以外の場合に金箔切開・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。今後、医師による具体的な指示の在り方について、関係者による意見を踏まえて検討する予定である。	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。 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決まとし、緊急時への対応が可能であること ・医師の責任において、助産師が金箔切開・金箔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金箔切開・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。たとえば金箔切開だけなら助産師ならある程度できるのか、それとも一つ一つの構成要件いずれも助産師にはできないのか。 「すべて」の「すべて」が、「専門的・技術的分野」に係る人材であるかどうかについては、就労先の業務内容をもって判断する場合がある。なお、「専門的・技術的分野」に係る人材の受入れに関する通知については、例えば、平成20年５月９日の経済財政諮問会議などで行われている。 注・③　「一定の関連性」とは、法務省の再検討要請回答において示されているとおり、大学等における専攻科目にかかわらず、就労先において一定の勉方を求められる業務に従事するかを判断するものであり、すでに柔軟な対応が行われているものと承知している。また、その取扱いについて、法務省から地方入国管理局に対して、通達を発出し、周知徹底を図っているものと承知している。したがって、現行制度において、すでに提案主体からいただいた要望の趣旨に沿った対応を行っていくところである。	1060920	大阪府	大阪府	法務省 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	保健師看護師及び准師法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旨のたときは、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 の会陰縫合ともに付随する用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部学生も減少する傾向にあることから産婦人科医以と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。分娩の半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。しかしながら当院の経験では経産分娩の８０％以上で分娩後会陰縫合が行われている。現在の法律では緊急時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用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、産婦人科医師の当直時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、御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、再度検討のと、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、御提案のように応急手当以外の場合に金箔切開・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。今後、医師による具体的な指示の在り方について、関係者による意見を踏まえて検討する予定である。	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。 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決まとし、緊急時への対応が可能であること ・医師の責任において、助産師が金箔切開・金箔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金箔切開・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。たとえば金箔切開だけなら助産師ならある程度できるのか、それとも一つ一つの構成要件いずれも助産師にはできないのか。 「すべて」の「すべて」が、「専門的・技術的分野」に係る人材であるかどうかについては、就労先の業務内容をもって判断する場合がある。なお、「専門的・技術的分野」に係る人材の受入れに関する通知については、例えば、平成20年５月９日の経済財政諮問会議などで行われている。 注・③　「一定の関連性」とは、法務省の再検討要請回答において示されているとおり、大学等における専攻科目にかかわらず、就労先において一定の勉方を求められる業務に従事するかを判断するものであり、すでに柔軟な対応が行われているものと承知している。また、その取扱いについて、法務省から地方入国管理局に対して、通達を発出し、周知徹底を図っているものと承知している。したがって、現行制度において、すでに提案主体からいただいた要望の趣旨に沿った対応を行っていくところである。	1060920	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

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・開通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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
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3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「基本診療科の施設基準等」により一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を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、一般病室と精神病室を合わせた複合病棟を病棟単位として認められる。	1．具体的実施内容 ・離島（隠岐）には精神病床を担える病院が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、島民の居住の経済的負担も軽減 2．提案理由 （1）離島医療の特殊性 ・離島（隠岐）には精神病床を有する病院が1病院しかなく、本土と違い陸路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中長期で診ることが必要。 （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、病棟の入院患者数40名以内、夜間配置最低看護師数は2名であるが、離島の特例として、一般病室と精神病室を合わせた複合病棟を病棟単位として認められる。 ・離島（隠岐）には精神病床を有する病院が1病院しかなく、本土と違い陸路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中長期で診ることが必要。 （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、病棟の入院患者数40名以内、夜間配置最低看護師数は2名であるが、離島の特例として、一般病室と精神病室を合わせた複合病棟を病棟単位として認められる。 ・離島（隠岐）の場合、精神病床の平均入院患者数は1日2.0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、結果と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、島内患者は本土への長期入院となり、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、結果的に自殺などの悲惨なケース事態が懸念される ・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	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為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、「基本診療科の施設基準」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、病床の利用状況の事情をかいま見ると、一時的に入院患者数が増えたとしても、一時的に入院させることは差しつかえない。	複合病棟とするに当たっては、患者保護という観点は必要と認識する。 精神疾患の特性を踏まえた適切な医療を講じるために、必要な方法を講ずることが定められている。（医療法施行規則第1条第1項第6号） ご提案のように一般病床と精神病床の間が完全に遮断されており、構造上施設等のおそれがまったくないことと、また、患者がナースセンターにおいて他の病床の患者と接触できないような遮断が行われている場合には、一般病床と精神病床の間にナースセンターを設置し、このナースセンターをそれぞれの病床の共用とすることは可能であると考えられる。 一方、精神病床に係る診療報酬上の取扱いにおいては、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供や精神疾患に伴う患者の保護を図る観点の違かで、安全で安心な看護サービスを提供するために、夜間の複数看護配置を要件とし、一般病棟とは異なる基準設定を行うなど、各々の病棟に必要な体制について基準を定め、それぞれふさわした数設定が行われているところである。 このため、ご提案のような形態の病棟に対して報酬を支払うことは困難である。	C	Ⅲ	精神疾患の特性を踏まえた適切な医療を提供する観点の違かで、安全で安心な看護サービスを提供するために、夜間の複数看護配置を要件とし、一般病棟とは異なる基準設定を行うなど、各々の病棟に必要な体制について基準を定め、それぞれふさわした数設定が行われているところである。 このため、ご提案のような形態の病棟に対して報酬を支払うことは困難である。	1 0 7 0 1 0 0	隠岐広域連合	島根県	厚生労働省
0920430	東京都心部における医療計画制度による基準病床数制度（いわゆる病床規制）の撤廃	医療法第30条の4第7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	都道府県知事は医療計画に基づき、二次医療圏ごとに基準病床数を算定することとなっている。（法第30条の4第2項第12号） この基準病床数は、地域ごとにどの程度の病床数を整備すべきかという整備目標として位置づけられるとともに、それ以上の病床の増加を抑制する基準となっている。（法第30条の11） なお、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合で必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。（法第30条の4第7項） 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「高度な放射線療法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）	①手術用ロボット等の最先端医療技術の導入により国際競争力を有する超高機能医療機関の開設に当たっては、東京都心部の病床過剰地域における病床の新規参入に関わる病床規制を撤廃する。 ②東京都心部の病床過剰地域での既存の病床の開設後には、高度で多様な医療サービスの確保に必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。（法第30条の4第7項） 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「高度な放射線療法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）	D	Ⅰ	左頁の制度の現状に記載したとおり、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合でも必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。（医療法第30条の4第7項） ここにいう特定の病床の1つとして「高度な放射線療法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） したがって提案されている病院が医療機関相互の機能分担・連携の観点から、医療計画に基づいて整備する必要のあるものであれば、たとえ病床過剰地域であっても、都道府県知事から厚生労働大臣への協議を経たうえで、病床規制の例外として整備することができる。	D	Ⅰ	Ⅰ	本年6月に取りまとめた「希望と安心の医療確保ビジョン」において、「チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等を含め、看護職との協働を進める。」とされており、ご指摘のスケジュール等の進捗も含めて、検討を進めている段階である。 また、学校や教師に癌の吸引については、家族の負担軽減や生徒等の教育を受ける権利の実現を図るため、療養環境の適切な管理といった一定の条件の下で、癌の吸引を行うことを、やむを得ない処置として容認しているところである。	1 0 7 0 1 0 0	個人	東京都	厚生労働省
0920440	非医療職の看護職員による社会福祉施設等での医療的ケアの実施規制の緩和または特区申請	医師法第17条	医師でなければ、医業をなしてはならない。	社会福祉施設等において、介護職ができる業務の範囲を拡大し、重度障害者に対する社会的な医療的ケアの非医療職の職員による実施を認める	前々回の意見募集時にも申し上げたとおり、「（医政発第0324005号平成17年3月24日）在宅におけるＡＬＳ以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引について」の中でうたわれている、「ＡＬＳ患者に対して認められている限度が、同様の状態にある患者に合理的な根拠なく認められないとすれば、法の下の平等に反することから」、特別支援学校や在宅におけるすべての「一定の条件」を日中活動の場でも満たせば、日中活動の場での非医療職による癌の吸引は容認されるものと考える。 また、経済財政諮問会議資料（平成19年11月14日）にもあるように「病院勤務医の長い勤務時間や無門職者不足が深刻な問題となりつつある」や「今日、「利用者のニーズに応えられるよう、医師、看護職、介護職のレベルアップや、それぞれの業務範囲の見直しを行う」べき」であり、「介護職ができる業務範囲の拡大（癌の吸引、経管栄養の管理など）」を行わずして、どのように重度障害者の地域移行を推し進めていくのか、疑問に思う。 在宅で生活を送ることは、可能であるが、日中活動の場や生活介護、グループホームなどにおいて、重度の障害者にとっての生活の一部である「医療的ケア」を受けられる体制が整っていない現状では、実際に「施設からの在宅」の問題を解いけず、在宅のみの生活をいることになり、この状況が真の地域生活とは言えない。非医療職による、一定の範囲内で、一定の医療行為（癌の吸引等）を認めない限り、重度障害者の地域生活は成り立たないとされている。重度障害者に関わる癌場の現場職員の安心感いても、そして、病院・診療所でも看護職不足が深刻であるのに、まして中障害者施設での必要な看護師数の不足は明白である。精神ケアの必要なども、日中活動での医療的ケアが保障されていないため、入所の施設に入らざるを得ないのが現状である。重度障害者の地域移行の流れを逆行させるような現状は改善されるべきであり、ある一部の医療的ケアを保障するだけで、地域で暮らして仰ける重度障害者は数多く、また本人・家族もこの改革を強く望んでいる。また、同様の提案を行った前回の平成19年10月の意見募集時の回答には、「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えているが、今後、様々な関係者の御意見も伺いながら、このようなお行為の取扱いについて必要な検討を行ってまいりたい。」とあったが、どのようなスケジュールで、どのような機関で、どのような検討をおこなっているのか、ご提示願いたい。	C	Ⅰ	医療行為は、人体に危害を及ぼす危険性の高い行為であり、必要な医学的知識や技術を有する医師や看護師が行うことが必要と考えている。 したがって、御指摘のように医療行為の一部を「比較的安全な医療的ケア」と位置づけることで、医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは時点では困難であると考えている。また、本年6月に取りまとめた「希望と安心の医療確保ビジョン」において、「チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等を含め、看護職との協働を進める。」とされており、これに基づいて必要な検討を進めて参りたい。	「必要な検討を進めて参りたい」とあるが、具体的なスケジュール等の進捗を伺いたい。「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは時点では困難である」とあるが、一方で、在宅でヘルパーにたいしては、「医療的ケアの必要な障害者が日中活動の場を利用するには、中分な環境が整っていない。例えば、授産施設においては、医療的ケアの必要な方の入数が少なく、事業所としても癌の看護師を配置することが効率的でないために、看護師が配置されていないが、実際にはインスリン自己注射や導尿などが必要な人が通っていて現場は苦渋している。また、デイサービス型地域活動支援センターでは、看護師配置は予算的に不可能である。生活介護事業所においては、医療的ケアの必要な方が多数、通所する場合、看護師1名では対応できず、癌場の看護師配置は予算的に不可能である。また、看護師不足の上、障害者施設への看護師の実現性は少ない。以上のことから、医療的ケアの必要な方は、現実には、進んで日中活動の場がなかったり、利用回数の制限が加えられている。これは、自立支援法の趣旨に反する。また、障害者権利条約にも反する。そこで、現在は日中活動の場への訪問看護師の派遣は認められていないが、今回、日中活動の場へも、訪問看護師を認めていただけるように要望した。日中活動の場への訪問看護師派遣が認められれば、医療的ケアが必要であっても、自らの利用したい施設を選択して通うことが可能となる。すなわち、国の方針通り在宅以外での地域生活が実現に可能となり、自立支援法の契約と選択という趣旨にかなうと考える。また、障害者権利条約の趣旨にも合致する。	介護の場において介護者による「たんの吸引」を行うことが認められないが、ALSのみ限制が緩和された理由をご教示願いたい。また、「規制改革推進のための3カ年計画（改定）」（平成20年3月28日閣議決定）及び右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	C	Ⅰ	Ⅰ	本年6月に取りまとめた「希望と安心の医療確保ビジョン」において、「チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等を含め、看護職との協働を進める。」とされており、ご指摘のスケジュール等の進捗も含めて、検討を進めている段階である。 また、学校や教師に癌の吸引については、家族の負担軽減や生徒等の教育を受ける権利の実現を図るため、療養環境の適切な管理といった一定の条件の下で、癌の吸引を行うことを、やむを得ない処置として容認しているところである。	1 0 8 1 0 1 0	医療、福祉、保健、教育のネットワーク名古屋	愛知県	厚生労働省
0920450	日中活動の場への訪問看護師派遣を可能にすることについての規制緩和または特区申請	健康保険法第８０条、健康保険法施行規則第６０条	医療保険制度における訪問介護制度の対象者は、疾病又は負傷により「寝室」において継続して療養が必要である者とされている。	障害者の日中活動の場においても、訪問看護ステーションからの看護師派遣（医療保険利用）を可能とする	国は「施設」から「地域」へと福祉政策の転換をはかり、自立支援法により「措置」から「契約」へ、利用者が福祉を選択できるように力点をおくとしている。また、2007年に我が国も署名した、障害者権利条約では、障害者の固有の尊厳、個人の自律及び自立、差別をされないこと、社会への参加等を一般原則として規定し、障害者に保障されるべき個々の人権及び基本的自由について定めた上で、この人権及び基本的自由を確保し促進するための措置を締約国がとること等を定めている。しかし、我が国においては、医療的ケアの必要な障害者が日中活動の場を利用するには、中分な環境が整っていない。例えば、授産施設においては、医療的ケアの必要な方の入数が少なく、事業所としても癌の看護師を配置することが効率的でないために、看護師が配置されていないが、実際にはインスリン自己注射や導尿などが必要な人が通っていて現場は苦渋している。また、デイサービス型地域活動支援センターでは、看護師配置は予算的に不可能である。生活介護事業所においては、医療的ケアの必要な方が多数、通所する場合、看護師1名では対応できず、癌場の看護師配置は予算的に不可能である。また、看護師不足の上、障害者施設への看護師の実現性は少ない。以上のことから、医療的ケアの必要な方は、現実には、進んで日中活動の場がなかったり、利用回数の制限が加えられている。これは、自立支援法の趣旨に反する。また、障害者権利条約にも反する。そこで、現在は日中活動の場への訪問看護師の派遣は認められていないが、今回、日中活動の場へも、訪問看護師を認めていただけるように要望した。日中活動の場への訪問看護師派遣が認められれば、医療的ケアが必要であっても、自らの利用したい施設を選択して通うことが可能となる。すなわち、国の方針通り在宅以外での地域生活が実現に可能となり、自立支援法の契約と選択という趣旨にかなうと考える。また、障害者権利条約の趣旨にも合致する。	C	Ⅰ	医療保険制度において、障害者の日中活動の場など、患者が一時的に滞在するような施設に対する訪問看護を認めることは、 ○給付対象の限定を困難にし、結果としてあらゆる施設・場所について行われる訪問看護について訪問看護療養費を認めることになりかねないこと ○在宅療養に係る診療報酬上の評価の拡大につながること 等の理由から困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	C	Ⅲ	Ⅰ	医療的ケアが必要な方は、看護師の配置状況等によって、希望の施設、希望の利用日数を制限されている。医療的ケアが必要かどうかにより、サービスが受けられないものがあり、これは合理的配慮に欠ける。2007年、我が国は、障害者権利条約に署名しているにもかかわらず、これは差別にあたらないだろうか。ひとりの人が自ら選択して希望する施設に通えるように制度があるべきである。看護師が社会全体として不足している現在、医療的ケアの必要な方を、地域でどう支えていくお考えか。医療的ケアを必要とする方の権利を守るという観点、地域生活を支えるという観点から再度ご回答いただきたい。	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。	C	Ⅰ	Ⅰ	○　障害者自立支援法においては、障害福祉サービスの体系を機能別に分類し、介護が必要な人のための介護給付、訓練が必要な人のための訓練等給付と機能・目的に着目したサービス体系としているところ。 ○　介護給付のうち、療養介護や生活介護事業のように、医療的ケアや常時介護が必要な障害者が利用しているサービスについては、医師、看護師を配置することとしているが、医療的ケアや常時介護を必要とする障害者が多数利用するとは想定していないサービスに対しても、医師、看護師の配置を指定基準上義務付けることは、ご指摘のとおり事業の効率的な運営を妨げることになると考えるため、医師、看護師を設置することを義務付けてはいない。 ○　また、医療保険制度において、障害者の日中活動の場など、患者が一時的に滞在するような施設に対する訪問看護を認めることは、 ・　給付対象の限定を困難にし、結果としてあらゆる施設・場所について行われる訪問看護について訪問看護療養費を認めることになりかねないこと ・　在宅療養に係る診療報酬上の評価の拡大につながること 等の理由から困難である。 ○　したがって、ご指摘のようなケースについては、ご自身の自宅において訪問看護師によるサービスをご利用頂く、または医療的ケアが可能なサービスをご利用して頂く等により、それぞれの状況に応じてご対応頂きたい。	c	i		1 0 8 1 0 2 0	医療、福祉、保健、教育のネットワーク名古屋	愛知県	厚生労働省
0920460	地域の出産・子育て環境の確保・充実	医療法１９条	助産所の開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない。	医療法第19条の「助産所における産婦人科嘱託の義務」に関して、助産所開設者個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合には、当該助産所の存する地方公共団体に嘱託医師・病院の斡旋等の義務があること、といった趣旨を付け加える。	平成19年4月から施行された改正医療法第19条により、助産所の開設者が嘱託する産婦人科医と病院を定めることが義務化された。この改正は、助産師に診察を受ける妊婦にとって出産時の異常分娩等、緊急の場合の安全を確保するものとして評価されるが、一方で、地域によっては、歯科医師や産科病院の減少等により、助産師個人が正規の契約等を結ぶことが困難な場合も考えられ、結果的に、地域住民に負担な助産所が減少し、地域の出産・子育てのための環境が悪化する可能性も想定される。 本来、安全に子供を生み・育てる環境の確保は、地域全体の責任である。こうした点を考えれば、助産師個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合には、助産所の存する地方公共団体に斡旋等の義務を課すべきと考える。 これにより、地域の助産所のなかを防ぎつつ、助産所・病院・自治体が連携した安心して出産・子育てできる環境の確立を目指す。その際、助産師の資格は持ちながらも、結婚や出産・育児などの理由で離職した「潜在助産師」を、機動的に活用することが期待される。	C	Ⅰ	嘱託医師等の確保については、昨年来、嘱託医師等の確保が困難に陥ったことから、厚生労働省に対し、通知を発出して周知等様の徹底と協力要請を行い、平成20年1月31日時点で、今年度分現在値ヒ予定のある352箇所全てで、嘱託医師と嘱託医療機関の両方が決定したとの報告を受けたところである。今後とも、引き続き嘱託医師・嘱託医療機関確保への支援に努めて参いりたい。また、既に医療法上、地方自治体には適切な医療提供体制の確保について責務があり、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的な活用などを通じて、嘱託医等の確保に努めていただきたい。	貴省回答によれば、措置の分類は「D（現行規定により対応可能）」ではないか。	C	Ⅰ	D	前回の回答で述べたとおり、「当該助産所の存する地方公共団体に嘱託医師・病院の斡旋等の義務がある」との文言を医療法に加える必要はないと考えている。今後とも引き続き都道府県の意見交換等を通じて、嘱託医師等の確保への支援に努めて参いりたい。		c	i	前々回の回答で述べたとおり、「当該助産所の存する地方公共団体に嘱託医師・病院の斡旋等の義務がある」との文言を医療法に加える必要はないと考えている。今後とも引き続き都道府県の意見交換等を通じて、嘱託医師等の確保への支援に努めて参いりたい。	1 0 8 4 0 4 6 0	個人	東京都	厚生労働省
0920470	これまで医師に限定されていた医療行為の一部を資格化し、その資格を有する正看護士にも医療行為を認める。	医師法 保助看法	医師でなければ、医業をなしてはならない。	医師のみに認められている「絶対的医療行為」と医師の指示の元に行う「相対的医療行為」について、医療行為ごとに資格を設け、その資格を有する正看護士であれば医師の指示が無くとも医療行為を行えるようにする。	■具体的事業の実施内容 現在行われている様々な医療行為の中から、医師免許の必要性が比較的低いと考えられる医療行為を抽出する。そしてそれらの医療行為について、正看護士の資格を有する者が、専門研修の履修と資格試験に合格することにより、その医療行為の専門資格を有し、医師の指示が無くとも自らの判断でその医療行為を行うことができるものとする。 ■提案理由と背景 一向に解決の見通しが立たない医師の不足問題。医師一人当たりの年間外来患者数は、年間8千人を超え、OECDの平均人数の3倍を軽く越えている。これは、医師一人当たりにかかる負担の増大に繋がる。非効率な医療行為という悪循環を断ち切り、医療の質低下にもつながっている。そこで、正看護士の活動範囲を広げることで医師に掛かる負担を少しでも軽減できれば、一人でも多くの患者に対して効率的な医療行為が可能となり、医療の質低下を防ぐことも期待できる。また、正看護士から見れば、自分達にできる医療行為が明確化され、実動的かつ能動的な医師へのサポート体制が確立できるようになる。 専門の知識と資格を有し、自らの判断で医療行為が可能になることは、医師への依存意識が強い昨今の医療現場に対して大きな変革をもたらすことになるのではないか。	C	Ⅰ	看護職員が行う業務については、医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為について、医師又は歯科医師の指示を必要としているところであり、医師又は歯科医師の指示が必要とされる行為の範囲が明確でない現状では、実際に「医療的ケア」の問題を解いけず、在宅のみの生活をいることになり、この状況が真の地域生活とは言えない。非医療職による、一定の範囲内で、一定の医療行為（癌の吸引等）を認めない限り、重度障害者の地域生活は成り立たないとされている。重度障害者に関わる癌場の現場職員の安心感いても、そして、病院・診療所でも看護職不足が深刻であるのに、まして中障害者施設での必要な看護師数の不足は明白である。精神ケアの必要なども、日中活動での医療的ケアが保障されていないため、入所の施設に入らざるを得ないのが現状である。重度障害者の地域移行の流れを逆行させるような現状は改善されるべきであり、ある一部の医療的ケアを保障するだけで、地域で暮らして仰ける重度障害者は数多く、また本人・家族もこの改革を強く望んでいる。また、同様の提案を行った前回の平成19年10月の意見募集時の回答には、「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えているが、今後、様々な関係者の御意見も伺いながら、このようなお行為の取扱いについて必要な検討を行ってまいりたい。」とあったが、どのようなスケジュールで、どのような機関で、どのような検討をおこなっているのか、ご提示願いたい。	初めに提出した事項内容の表記「正看護士」が当方の誤りであったことをお詫びし、表記を既存の「正看護師」に訂正のこと。再度提案を提出します。 当提案の主旨は、一定の知識と経験を有する既存の正看護師に対し、一部の医療行為を「資格」という形で、医師の指示が必要かどうか個別具体的に判断されるものである。 御提案の「正看護士」については、その内容が不明であり看護師等の既存の資格との違いが明確でないことから、御提案のような新たな資格を設けることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	C	Ⅰ	Ⅰ	前回回答でも申し上げたとおり、看護職員が行う業務については、医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのあるそれぞれの行為について、医師又は歯科医師の指示を必要としているところであり、医師又は歯科医師の指示が必要とされる行為の範囲が明確でない現状では、実際に「医療的ケア」の問題を解いけず、在宅のみの生活をいることになり、この状況が真の地域生活とは言えない。非医療職による、一定の範囲内で、一定の医療行為（癌の吸引等）を認めない限り、重度障害者の地域生活は成り立たないとされている。重度障害者に関わる癌場の現場職員の安心感いても、そして、病院・診療所でも看護職不足が深刻であるのに、まして中障害者施設での必要な看護師数の不足は明白である。精神ケアの必要なども、日中活動での医療的ケアが保障されていないため、入所の施設に入らざるを得ないのが現状である。重度障害者の地域移行の流れを逆行させるような現状は改善されるべきであり、ある一部の医療的ケアを保障するだけで、地域で暮らして仰ける重度障害者は数多く、また本人・家族もこの改革を強く望んでいる。また、同様の提案を行った前回の平成19年10月の意見募集時の回答には、「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えているが、今後、様々な関係者の御意見も伺いながら、このようなお行為の取扱いについて必要な検討を行ってまいりたい。」とあったが、どのようなスケジュールで、どのような機関で、どのような検討をおこなっているのか、ご提示願いたい。	1 0 8 5 0 1 0	パンナグループ ジャパンドーキャピタルネット	東京都	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	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920480	雇用創出につながる起業を支援するために、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拠点展開しているハローワークに、起業を希望する人が専門のコンサルタントに起業までに必要な行政手続き・事業計画・組織設計までの方法を相談できるような窓口を各拠点に設ける ■提案理由）現在、厚生労働省の施策として独立行政法人雇用・能力開発機構が設置し、職業能力開発総合大学校が運営する公的機関、「創業サポートセンター」が起業希望者に対して相談窓口を設けているが、全国でも東京・大阪の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拠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ん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、社会保険関係事業所も拡大し、社会保険料の財政にも寄与するものである。	E	I	本要望については、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				E	I			1085020	パソナグループ シャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920490	労働基準法第３２条における労働時間の部分的緩和	労働基準法第３２条、第３８条	労働基準法第３２条において、使用者は労働者に、休憩時間を除き、１週間について４０時間、１日については８時間を超えて労働させてはならない旨定められている。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、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つの事業主の会社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時間まで定められており、異なる事業主の元においても、それ以上就業できない。 求職活動中に限り、この規定を現行法より８時間多く認めることで、少なくとも週に一度は自分に興味のある業界や職種の仕事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合めて４８時間労働させることは可能である。			C	I				C	I			1085030	パソナグループ シャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920500	「JOBカード制度」職業能力形成プログラム中小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条及び同規則第17条の7	該当法令等において、有期実習型訓練の対象者は、事業主が雇用する労働者と規定されており、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、期間中求職者を受入企業との雇用形態に派遣契約も可能にする。	JOBカード発行・コンサルティングの結果、就職困難者が職業訓練を受けることとなると受入企業と2~4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：8600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を策定　②助成金認定申請　③面接　④研修者勉強会　といった手続きが必要となり、助成金のメリット以上の手間がかかってしまう。特にすでに人材を抱している中小企業に関しては、このジョブカード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40万人を実現する為には、この制度に対応する受入企業を多く開拓する必要がある。その為の１つの施策として職業訓練時の雇用を派遣契約でも可能にする事により、派遣会社が各種書類の作成、事務手続きおよび運用をサポート。より現場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。 有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				C	Ⅲ			1085040	パソナグループ シャドーキャビネット	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て平等性を担保するために、原則として一律の障害者雇用率（以下「雇用率」という。）を定め、各事業主が雇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。 各市区町村ごとにその地域の障害者の実態を把握し、それに見合うような法定雇用率のポイントを付けていける権限を与える。	就業理由：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把握・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。 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、報奨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				C	i			1085050	パソナグループ シャドーキャビネット	埼玉県	厚生労働省
0920520	小規模多機能型居宅介護事業所において、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。	厚生労働関係機能強化特区域法第二条第三項に規定する省令の特例に関する規定及びその運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）	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、障害児（者）がデイサービス事業が近隣にある場合でも利用でき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定まる旨の「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」」	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必要な及ぼさない範囲で、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と５人を超えないことを前提に障害児（者）が利用できることを認めている。この特例の趣旨で、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、障害児の場合で言うと市内には一つも無く遠方までで行くことになる。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）にとっては活用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ので、馴染みのスタッフにより住み慣れた環境で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提供する宿泊サービス等を利用することは可能であることから、御指摘のような措置をとる必要はないと考える。	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際に、人員や設備等の設置基準において併任・併用等が可能なのかご御教示いただきたい。また、右の疑案者からの意見について、合わせてご回答きたい。	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、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類型があるが、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こととされている。（「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短期等を除き、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ことが必要があり、 ○　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きた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際に、人員や設備等の設置基準において併任・任用等が可能なのか、疑問にご回答いただきたい。「各府省庁からの再検討要請に対する回答」における第１段落と第３段落は、記載内容が矛盾しているように思われる。 なお、提案内容とは逆に、障害者障害者自立支援法に定める短期入所事業所が、介護保険法に定める小規模多機能型居宅介護事業所の人員の兼任、設備の兼用を例外的に認めている」ところである。 この特区については、地域に障害福祉サービスの提供事業所がない場合に、障害者のニーズに対応するため、当該サービス を実施しやすい条件で提供することが例外的に認められているものであり、ご提案のように障害福祉サービス提供事業所が近隣にある場合には、特区制度を利用するのではなく、小規模多機能型居宅介護事業及び障害者自立支援法に定める短期入所事業のそれぞれの人員・設備等の要件を満 ま、適切なサービス提供体制を整えた上で指定を受けることによって、サービスの提供に当たることが、サービスの質の確保及び サービス最低の見直の観点から適当であり、この場合、空床利用型・施設併設型いずれであっても ご提案のサービスを実施することが可能であることは第１次検討要請の回答でお示したとおりである。		1039010	社会福祉法人 樹現福祉会	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整理統合【保育士資格試験の創設、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、一度の受験で可とさようにする。 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や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や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、第二次試験を突験させる	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、ここから先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（新保育士試験の創設）と実施日の統一が、受験者にとっては便利である。もちろん、本提案は、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。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。本人の自由選択も残されており、敢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、教諭の基義及び教員の役割を理解し、適切に教育課程を編成して満3歳からの子どもの指導に当たる能力を有することに力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習解し、専門的知識を持つ0~2歳児の低年齢児を含む子どもの保育に当たる能力の養成に力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促すために実施されているものであり、多くの短期大学等において幼稚園教諭免許状及び保育士資格の両者を得ることができることとなっている現状において、保育士としての実務経験を有しない者についてまで試験により幼稚園教諭免許状を授与することは、必要性が認められないとともに、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。			C	Ⅲ	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を行うことは考えていない。 なお、保育士資格については、幼稚園教員免許所有者が、大学、短期大学等の卒業後であっても、通信教育や科目等履修生などの形で必要な単位を追加履修することにより保育士資格を取得する仕組みや、保育士試験を受験する際の科目免除の拡充など、幼稚園教員免許所有者の保育士資格取得を一層促進するための方策について検討し、平成２０年中に結論を得て、可能な限り早期に実施することとしているところ。また、幼稚園教員免許については、保育士資格所有者が幼稚園教員免許を取得することを一層促進するため、幼稚園教員資格認定試験の一次試験について運用を改善し、平成２１年度から実施することとしており、そのために必要な検討を開始し、平成２０年中に結論を得るものと聞いている。		1015010	社団法人日本ビジネス協会連合会	東京都	文部科学省 厚生労働省