管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920010	緊急の分娩に対応するために、従事する医師が使用する自動車の緊急自動車としての指定追加	－	－		有床診療所が保有し、分娩に従事する医師が緊急の分娩に対応するために使用する外見上一般車両と変わりがない自動車を緊急自動車として指定する	産婦人科医、なかでも分娩に従事する産科医の不足により、分娩を扱う施設の閉鎖が相次いでいる。埼玉県は人口713万人と全国で5番目に多い県だが、出産が出来る産科施設(病院、診療所)数は、20～39歳の女性1万人あたり0.98施設と全国で最も少ない。わが国で誕生する新生児の約50%は有床診療所で出生している。大部分の有床診療所では、分娩に従事している医師が1人か2人しかいないため、緊急を要する帝王切開手術の時など、お互いに車を飛ばして駆け付け協力しながら乗り切っている。大学の医局などからの当直医の派遣といった後方支援も難しい現状のため、ほぼ24時間、365日待機を強いられている状況で、体力的にも精神的にも負担が大きい。さらに最新の専門知識習得のために必要な研究会や勉強会への出席もままならない。当然休日も例外ではなく、「いつ呼び出しがあるか」とたえず意識しながら行動している。実際、外出中にかなり分娩が進行した状況で妊婦が入院され、ほどなく分娩に至ることもある。入院の連絡を受け、急遽診療所への帰路を急いでいる時にも、渋滞に巻き込まれ冷や冷やした経験も少なくない。また、分娩を扱っている施設では24時間電話が繋がるため周産期医療の分野においては、1次に留まらず、一部2次救急医療も担っている。分娩を扱う1次施設(有床診療所)のこれ以上の減少は、更なる地域中核病院への負担増に直結し、周産期医療の崩壊に追い打ちをかける結果となりかねない。母児二人の命を同時に預かる産科医が安心、安全に分娩の場に駆け付け業務に従事できるように、その際に使用する自動車を緊急自動車として指定していただきたい。	－	－	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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本提案の主旨は、「臨床の現場で、母児二人の命を同時に預かる産科医が安心、安全に分娩の場に駆け付け業務に従事出来るように」体制作りをご検討いただきたいというものです。警察庁からの回答により却下されましたが、例えば代替案として、差し迫った緊急の場合に限り、所轄の警察署への依頼に基づき、パトカーなどで先導していただき、分娩施設へ安全に速やかに到着するための手段(システム)を講じていただけますように、厳しい周産期医療の実情をご存じの厚生労働省から警察庁への協力要請など働きかけをお願いしたく存じます。	E	－	代替案については、規制の特例措置を整備する特区制度とはいえないものである。 なお、厚生労働省としては現在、国民が安心して子どもを産むことができるよう、産科医や産科を志望する医師の処遇の改善等による産科医の確保、周産期母子医療センター等への支援による産科医療機関の整備等に取り組んでいるところであり、今後とも必要な対策を講じてまいりたい。	－	－		1002010	医療法人　大宮林医院	埼玉県	警察庁 厚生労働省 国土交通省
0920020	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、高血圧症の患者に対して包括的健康アセスメントを行えるように規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記の条件を全て満たす場合には、診療看護師が包括的健康アセスメントを実施することができるよう規制を緩和する。 ① 医師により「本態性高血圧症」と診断され、病状が安定していることから、医師が包括的健康アセスメントを診療看護師に対して指示した患者であること ② 検査の範囲は、判断基準が数量的に示されている検査で予め医師が指示した血液検査および尿検査と脈波測定、心電図検査および胸部レントゲン検査（心胸比）とする ③ 医師による診察の結果、下記のハイリスク患者でないこと 透析患者、腎機能低下の患者、虚血性心疾患の患者、不整脈のある患者、糖尿病患者 および脳出血・脳梗塞の既往をもつ患者 ④ 病状にあらかじめ医師が示した範囲を超える変化があった場合、速やかに医師に報告し、指示を受けること [包括的健康アセスメント: 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査を行い、患者の健康状態を判断すること]	高血圧症は、日常診療の場で最も多くみられる疾患の一つで、人口の約20%が罹患している。「本態性高血圧症」は、日本人の高血圧症のうち90%以上を占め、過度のストレス、塩分の過剰摂取、喫煙、過度の飲酒、運動不足などが関与する生活習慣病の代表的疾患で、生活習慣の改善が特に重要である。 「本態性高血圧症」と診断され、病状が安定している患者が定期的に再診のため来院した場合や、患者の居宅を訪問した場合は、診療看護師が包括的健康アセスメントを行い、その結果を患者に説明することとする。それにより、丁寧に時間をかけた適切な生活習慣の改善指導や健康教育が可能となり、患者および家族の生活状態の総合的な管理ができる。 ただし、包括的健康アセスメントの結果、病状に変化があると判断した場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けることとする。 【効果】 ① 診療看護師が検査結果について分かりやすく説明し、指導を十分に行うことにより、患者や家族の満足度を高めることができ、患者サービスに寄与できる。 ② 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ③ 医師の負担軽減により医師が専門性の高い業務に専念することができ、医療の効率化および医療の高度化・先進化に繋がる。	C	I	・放射線を人体に照射することは、医学を総合的に学んだ医師や専門教育を受けた診療放射線技師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師が行うことは認められない。 ・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」(平成21年3月31日閣議決定)では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・放射線を人体に照射することについて：人体に放射線を照射してX線撮影を行う者は、診療放射線技師であり診療看護師が撮影することはない。診療看護師は、X線撮影（単純撮影）が必要かどうかの判断を行い、撮影を依頼する。 ・包括的健康アセスメントについて：診療看護師が行う行為は包括的健康アセスメントである。医師と協働で開発したプロトコールに基づいて実施し、判断は医師の助言の下で作成した判断基準によって行う。また、医師が示した判断基準を超える変化が認められた場合には、個々の事例ごとに医師の指示（事前指示や包括指示ではない）を受けることにしている。 ・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。包括的健康アセスメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「フィジカルアセスメント」「診察診断学」「疾病学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う包括的健康アセスメントに関する医学的知識は修得できると考えている。 ・包括的健康アセスメントの定義について：「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	I	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」(平成21年3月31日閣議決定)の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・ご回答のとおり、提案した包括的健康アセスメントを、「医師の診断の補助」として行うとすれば、診療看護師でなくとも、看護師でも行える行為であることは十分理解している。提案の主旨は、本態性高血圧症という限定的した疾患に対して大学院修士課程で、医学に関する総合的な教育を受けた診療看護師が、医師の診断の補助としての行為ではなく、あらかじめその専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、自ら判断し実行できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、本態性高血圧症の包括的健康アセスメントさえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。 ・厚生労働省のご回答をみると、「診断」という行為は、医師の独占業務であり、看護師には認められない行為であると指摘されているように思われる。しかし、看護師が患者の状態を判断する「看護診断」という用語は、看護教育、看護現場で汎用され、電子カルテを導入している全国の多くの病院では、看護師が行う判断は電子カルテ上、「看護診断」とされており、診断は医師の独占業務とはいえない現状がある。		1003010	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920030	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、高血圧症の患者に対して、既に医師により処方されている薬剤を継続して処方（継続処方）できるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記の条件を全て満たす場合には、診療看護師が薬剤の継続処方を行うことができるよう規制を緩和する。 ① 医師により「本態性高血圧症」と診断され、病状が安定していることから、医師が薬剤の投与を診療看護師に対して指示した患者であること [illegible]	高血圧症は、日常診療の場で最も多くみられる疾患の一つで、人口の約20%が罹患している。「本態性高血圧症」は、日本人の高血圧症のうち90%以上を占め、過度のストレス、塩分の過剰摂取、喫煙、過度の飲酒、運動不足などが関与する生活習慣病の代表的疾患で、生活習慣の改善が特に重要である。 「本態性高血圧症」と診断され病状が安定している患者が定期的に再診のため来院した場合や、患者の居宅を訪問した場合は、診療看護師が包括的健康アセスメントの結果に基づき継続処方できることとする。 ただし、包括的健康アセスメントの結果、病状に変化があると判断した [illegible]	C	I	・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 [illegible]	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」(平成21年3月31日閣議決定)では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討 [illegible]	・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。看護的治療マネージメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「疾病学」「臨床薬理学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う限定的な処方に関する医学的知識は修得できると考えている。 ・「継続処方」について：診療看護師は「既に医師により処方されている [illegible]	C	I	[illegible]	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」(平成21年3月31日閣議決定)の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラク [illegible]	・提案した診療看護師の行う看護的治療マネージメントは、限定した対象者（本態性高血圧症の患者）に対し、限定した範囲内の薬物の処方を行うものであり、この看護的治療マネージメントに必要とされる教育は、大学院修士課程で総合的に行われている。提案の主旨は、このような限定的な範囲において総合的に教育を受けた診療看護師が、その専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、医師の事前の指示なしでも実施できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設 [illegible]		1003020	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920040	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、褥瘡に対して、ドレッシング剤および外用薬の処方と処置が行えるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		[illegible]	[illegible]	D	－	[illegible]	[illegible]	[illegible]	D		[illegible]	[illegible]	[illegible]		1003030	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920050	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、除細動器を使用できるように規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		[illegible]	[illegible]	D	－	[illegible]	[illegible]	[illegible]	D		[illegible]	[illegible]	[illegible]		1003040	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920060	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、インフルエンザの予防接種および簡易検査キットによる検査ができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		[illegible]	[illegible]	C	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]	C	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]		1003050	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920070	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、下肢末梢血管閉塞症の患者に対して包括的健康アセスメントが行えるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		[illegible]	[illegible]	C	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]	C	I	[illegible]	[illegible]	[illegible]		1003060	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省

管理コード	要望事項 （事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920080	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、下肢末梢血管閉塞症の患者に対して、既に医師により処方されている運動療法・処置および薬剤を継続して処方（継続処方）を行えるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記の条件を全て満たす場合には、診療看護師が運動療法・処置および薬剤の継続処方が行えるよう規制を緩和する。 ① 医師により「下肢末梢血管閉塞症」と診断され、病状が安定していることから、医師が包括的健康アセスメントを診療看護師に対して指示した患者であること ② 運動療法は、既に医師により指示されている範囲内とする ③ 処置は、外用薬、ドレッシング剤による処置や陥入爪の予防のための処置とする ④ 薬剤は既に医師により処方されている下記の範囲のものとする 外用薬、ドレッシング剤、抗血小板薬、プロスタサイクリン製剤、血管拡張剤（アンギオテンシン変換酵素阻害薬（ACE阻害薬）、アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）） ⑤ ハイリスク（腎疾患、肝疾患、心疾患）患者でないこと ⑥ 病状にあらかじめ医師が示した範囲を超える変化があった場合、速やかに医師に報告し、指示を受けること	高齢化および糖尿病や慢性腎不全患者の増加に伴い、下肢の末梢血管閉塞症の患者が増加している。この疾患は、肥満、高血圧、脂質異常、喫煙などが高血糖と重なって発症するため、個別的な生活習慣の改善や健康教育などを行うことが必要である。「下肢末梢血管閉塞症」は、局所的な障害で直接生命を脅かすものではないが、徐々に進行し、悪化すれば安静時疼痛、潰瘍形成、大腿切断へ進行しQOL（生活の質）は著しく低下する。また、心筋梗塞や脳梗塞などを合併すると生命の危険を伴うこともある。 診療看護師が包括的健康アセスメントの結果に基づき、既に医師により処方されている運動療法・処置、薬剤の継続処方ができることとする。 ただし、包括的健康アセスメントの結果、病状に変化があると判断した場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けることとする。 【効果】 ① 診療看護師による適切で継続的な処置が可能となり、血行再建手術や下肢切断の回避が可能となる。 ② 継続的な処置により症状悪化の防止に繋がり、患者の身体的苦痛の軽減、家族の介護負担の軽減に寄与できる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師の負担軽減により医師が専門性の高い業務に専念することができ、医療の効率化および医療の高度化・先進化に繋がる。 [包括的健康アセスメント： 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査のなかから必要な検査を行い、患者の包括的な健康状態を判断すること]	C	Ⅰ	・看護師が医師の指示のもと、診療の補助として運動療法や処置を行うことは可能である。 ・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調節することは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。包括的健康アセスメントや看護的治療マネージメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「フィジカルアセスメント」「診察診断学」「疾病学」「臨床薬理学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が分掌する予定の医学的知識は修得できると考えている。 ・限定的な処方は、「既に医師により処方されている薬剤」を、処方するものである。結果は、担当の医師が最終的に確認することとしており、医師との連携の下で行っている。 ・医政局長通知解釈について：平成19年12月28日に医政局長から提示された通知で「医師の事前の指示に基づき、その範囲内で投与量を調節することができる」の中には、「薬剤の量を0にする」すなわち、中止する場合も含まれると解釈してよいことを確認したい。（高血圧症などの慢性疾患の患者に対する薬剤の投与を中止することは、継続処方より難しい判断を必要とする。） ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・看護師が医師の指示の下、診療の補助として運動療法や処置を行うことは可能である。 ・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で、薬剤の投与を一時的に中断することも含め、投与量を調節することは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・提案した診療看護師の行う看護的治療マネージメントは、限定した対象者（下肢末梢血管閉塞症の患者）に対し、限定した範囲内の薬物の処方を行うものであり、この看護的治療マネージメントに必要とされる教育は、大学院修士課程で総合的に行われている。提案の主旨は、このような限定的な範囲において総合的に教育を受けた診療看護師が、その専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、医師の事前の指示なしでも実施できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、下肢末梢血管閉塞症の包括的健康アセスメントの結果に基づき、専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、限定的な薬物の処方さえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・薬物の投与を一時的に中断することを含め投与量を調整することは、平成19年12月28日の厚労省医政局長通知により、診療看護師でなくとも、看護師が医師の事前の指示に基づき実施できることは十分理解している。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。		1003070	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920090	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを履修している学生（以下「診療看護師学生」という）が、包括的健康アセスメント（検査を含む。）、処方、処置を実習として実施することを許容すること。	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記の条件を全て満たす場合には、診療看護師学生が医療機関等における実習として、包括的健康アセスメント（検査を含む。）、処方、処置を実施することを許容すること。 ① 事前に医師の了承を得ること ② 医師の指導監督の下で行うこと ③ 医師に報告し確認を得ること ④ 医師は別途実習対象になった患者に対し自ら診察を行うこと	診療看護師養成コースの履修を修了するには、医療機関等において実際の患者に接して包括的健康アセスメント（検査を含む。）、処置、処方を実践することが不可欠である。 この場合、診療看護師学生の行う包括的健康アセスメント、処置、処方に関しては、実際に行う前に必ず医師の了承を得た上で、医師の指導監督下で行うこととする。また、包括的健康アセスメント（検査を含む。）の経過および結果についても、診療看護師学生は必ず医師に報告する。 医師は自らの責任において別途実習対象になった患者に対し、自ら診察を行うこととする。 将来診療看護師となるために教育上不可欠な医師の指導監督の下での実習としての医療行為は、医師が自らの責任の下に行っているものと法的な性格においては差異はないと考えられる。以上について確認の上、円滑に履修を実行したい。	C	Ⅰ	・看護師の養成課程においては、看護師として行うことが可能な業務を指導教官の監督の下、実習を行うことは可能であるが、今回提案事項管理番号「1003010」等で御提案されている全ての行為を実習で行うことは認められない。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・臨地実習は診療看護師の質の向上を図る上で不可欠である。厚生労働省等からの政策提案が行われている医療職間の業務拡大を実現していく過程では欠かすことができない。 ・診療看護師学生の医療機関等での実習については、医師の指導・監督の下で行うものである。また、実習にかかわる医師は個々の事例ごとに医師が自ら診察等を行い確認することとしている。したがって、医療安全の視点から、患者の医師の診断を受けるという権利を保障する視点からも問題はないと考えている。 ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・看護師の養成課程においては、看護師として行うことが可能な業務を指導教官の監督の下、実習を行うことは可能であるが、今回「1003010」等で御提案されている全ての行為を実習で行うことは認められない。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	提案事項管理番号1003010等に対しては「チーム医療の中で、医師の診療の補助として行うことは可能」とのご回答をいただいている。提案している実習内容は、提案事項管理番号1003010等でご回答いただいた医師の指示の下で看護師が実施できる範囲内の行為である。そのため、既に看護師免許を持ち看護師として活動している診療看護師を目指す学生が、提案した実習を「医師の監督の下」に行うことは、実習の場において、「診療の補助」行為を、医師の直接指導の下で実施していると解釈すれば実施可能であると判断できる。したがって、「措置の分類」が「C」とされたことは理解できない。これに対する説明をしていただきたい。		1003080	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920100	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が病状の安定している慢性疾患（高血圧症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患など）患者に対して包括的健康アセスメントを行うことができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記条件の全てを満たす場合は、診療看護師が包括的健康アセスメントを実施することができるようにする。 ① 医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅で行うものとする ② 病状が安定していると診断されている慢性疾患（高血圧症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患など）患者とする ③ 検査項目は、予め決められた範囲内とする ④ 患者の病状が想定外に変化した場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けること [包括的健康アセスメント： 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め決められた検査の中から必要な検査を行い、患者の包括的な健康状態を判断すること]	医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅では、病状の安定した慢性疾患患者が外来等で長時間待たされたり、わざわざ来院しなければならないなど、様々な不便が生じている。 【効果】 ① 診療看護師が患者の病状について患者および家族と時間をかけてコミュニケーションすることにより、包括的な健康状態をアセスメントすることができ、患者や家族の満足度を高め、さらに、居宅を訪問することにより利便性に繋がる。 ② 現状において十分な医療サービスが提供されていない地域住民に対し、きめ細かい医療サービスを提供することが可能となる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師は医師でなければ行えない専門的な医療に専念できるようになり、医療の効率化、高度化、先進化に繋がる。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・包括的健康アセスメントについて：診療看護師が行う行為は包括的健康アセスメントである。医師と協働で開発したプロトコールに基づいて実施し、判断は医師の助言の下で作成した判断基準によって行う。また、医師が示した判断基準を超える変化が認められた場合には、個々の事例ごとに医師の指示（事前指示や包括指示ではない）を受けることにしている。 ・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。包括的健康アセスメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「フィジカルアセスメント」「診察診断学」「疾病学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う包括的健康アセスメントに関する医学的知識は修得できると考えている。 ・提案事項管理番号1003010の本態性高血圧症に比べて、高血圧症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患は範囲が広いにもかかわらず、回答に放射線に関する記述がないなど、回答が緩いのは納得がいかない。 ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・ご回答のとおり、提案した包括的健康アセスメントを、「医師の診断の補助」として行うとすれば、診療看護師でなくとも、看護師でも行える行為であることは十分理解している。提案の主旨は、高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患という限定した疾患に対して大学院修士課程で、医学に関する総合的な教育を受けた診療看護師が、医師の診断の補助としての行為ではなく、あらかじめその専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、自ら判断し実行できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患の包括的健康アセスメントさえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。 ・厚生労働省のご回答をみると、「診断」という行為は、医師の独占業務であり、看護師には認められない行為であると指摘されているように思われる。しかし、看護師が患者の状態を判断する「看護診断」という用語は、看護教育、看護現場で汎用され、電子カルテを導入している全国の多くの病院では、看護師が行う判断は電子カルテ上、「看護診断」とされており、診断は医師の独占業務とはいえない現状がある。		1003090	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920110	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、症状の安定している慢性疾患（高血圧症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患など）患者に対して、看護的治療マネージメントを行うことができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記条件の全てを満たす場合は、診療看護師が看護的治療マネジメントを実施できるようにする。 ① 医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅で行うものとする ② 症状が安定していると診断されている慢性疾患（高血圧症、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患など）患者とする ③ 処方する薬剤と処置は予め決められた範囲内とする ④ 行為の中で疑義が生じた場合あるいは診療看護師が自ら判断することが難しい場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けること [包括的健康アセスメント： 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め決められた検査の中から必要な検査を行い、患者の包括的な健康状態を判断すること] [看護的治療マネージメント： 患者の病状に応じた生活指導、健康指導等を行い、必要な場合には予め決められた範囲内の処置および薬剤の処方も行うこと]	医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅では、病状の安定した慢性疾患患者が外来等で長時間待たされたり、わざわざ来院しなければならないなど、様々な不便が生じている。 【効果】 ① 診療看護師が患者の病状について丁寧に説明し、患者の生活状態に応じた個別的な生活指導、健康指導等を行うことにより、患者や家族の満足度を高めることができ、不必要な薬剤投与が避けられ、医療費の節減につながる。 ② 現状において十分な医療サービスが提供されていない地域住民に対し、きめ細かい医療サービスを提供することが可能となる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師は医師でなければ行えない専門的な医療に専念できるようになり、医療の効率化、高度化、先進化に繋がる。	C	Ⅰ	・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調節することは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。看護的治療マネージメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「疾病学」「臨床薬理学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う限定的な処方に関する医学的知識は修得できると考えている。 ・「継続処方」について：診療看護師は「既に医師により処方されている薬剤（限定的な薬剤）」を継続して処方するものである。処方にあたっては医師と協働で開発したプロトコールに基づいて行われる。結果は、医師が最終的に確認することとしており、医師と連携をとり行なわれる。 ・医政局長通知解釈について：平成19年12月28日に医政局長から提示された通知で「医師の事前の指示に基づき、その範囲内で投与量を調節することができる」の中には、「薬剤の量を0にする」すなわち、中止する場合も含まれると解釈してよいことを確認したい。（高血圧症などの慢性疾患の患者に対する薬剤の投与を中止することは、継続処方より難しい判断が必要である。） ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で、薬剤の投与を一時的に中断することも含め、投与量を調節することは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・提案した診療看護師の行う看護的治療マネージメントは、限定した対象者（高血圧症、糖尿病、COPDなどの慢性疾患患者）に対し、限定した範囲内の薬物の処方を行うものであり、この看護的治療マネージメントに必要とされる教育は、大学院修士課程で総合的に行われている。提案の主旨は、このような限定的な範囲において総合的に教育を受けた診療看護師が、その専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、医師の事前の指示なしでも実施できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護養護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患の包括的健康アセスメントの結果に基づき、専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、限定的な薬物の処方さえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・薬物の投与を一時的に中断することを含め投与量を調整することは、平成19年12月28日の厚労省医政局長通知により、診療看護師でなくとも、看護師が医師の事前の指示に基づき実施できることは十分理解している。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。		1003100	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920120	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、発熱、下痢、便秘、悪心・嘔吐、頭部を除く打撲、捻挫などを訴える患者に包括的健康アセスメントを行うことができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記条件の全てを満たす場合は、診療看護師が包括的健康アセスメントを実施することができるようにする。 ① 医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅で行うものとする ② 発熱、下痢、便秘、悪心・嘔吐、頭部を除く打撲、捻挫などの症状を訴える患者とする ③ 検査項目は、予め決められた範囲内とする ④ 患者の病状が、あらかじめ示された範囲の疾患の症状を超えていると判断した場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けること [包括的健康アセスメント： 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め決められた範囲の検査の中から必要な検査を行い、患者の包括的な健康状態を判断すること]	医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅では、軽症の患者が外来等で長時間待たされたり、わざわざ来院しなければならないなど、様々な不便が生じている。 【効果】 ① 診療看護師が患者の病状について患者および家族と時間をかけてコミュニケーションすることにより、包括的な健康状態をアセスメントすることができ、患者や家族の満足度を高め、さらに、居宅を訪問することにより利便性に繋がる。 ② 現状において十分な医療サービスが提供されていない地域住民に対し、きめ細かい医療サービスを提供することが可能となる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師は医師でなければ行えない専門的な医療に専念できるようになり、医療の効率化、高度化、先進化に繋がる。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・包括的健康アセスメントについて：診療看護師が行う行為は包括的健康アセスメントである。医師と協働で開発したプロトコールに基づいて実施し、判断は医師の助言の下で作成した判断基準によって行う。また、医師が示した判断基準を超える変化が認められた場合には、個々の事例ごとに医師の指示（事前指示や包括指示ではない）を受けることにしている。 ・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。包括的健康アセスメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「フィジカルアセスメント」「診察診断学」「疾病学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う包括的健康アセスメントに関する医学的知識は修得できると考えている。 ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成２１年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・ご回答のとおり、提案した包括的健康アセスメントを、「医師の診断の補助」として行うとすれば、診療看護師でなくとも、看護師でも行える行為であることは十分理解している。提案の主旨は、発熱、下痢、便秘等という限定した症状に対して大学院修士課程で、医学に関する総合的な教育を受けた診療看護師が、医師の診断の補助としての行為ではなく、あらかじめその専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、自ら判断し実行できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、発熱、下痢、便秘などを訴える患者の包括的健康アセスメントさえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。 ・厚生労働省のご回答をみると、「診断」という行為は、医師の独占業務であり、看護師には認められない行為であると指摘されているように思われる。しかし、看護師が患者の状態を判断する「看護診断」という用語は、看護教育、看護現場で汎用され、電子カルテを導入している全国の多くの病院では、看護師が行う判断は電子カルテ上、「看護診断」とされており、診断は医師の独占業務とはいえない現状がある。		1003110	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920130	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、発熱、下痢、便秘、悪心・嘔吐、頭部を除く打撲、捻挫などを訴える患者に対して、看護的治療マネージメントを行うことができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記条件の全てを満たす場合は、診療看護師が包括的健康アセスメントを行い、病状が軽微であると判断した場合、看護的治療マネージメントを実施できることとする。 ① 医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅で行うものとする ② 発熱、下痢、便秘、悪心・嘔吐、頭部を除く打撲、捻挫などの症状を訴える患者に行うものとする ③ 処方薬剤と処置は予め決められた範囲内とする ④ 疑義が生じた場合あるいは診療看護師では自ら判断することが難しい場合は、直ちに医師に報告し、指示を受けること [包括的健康アセスメント： 生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め決められた検査の中から必要な検査を行い、患者の包括的な健康状態を判断すること] [看護的治療マネージメント： 患者の病状に応じた生活指導、健康指導等を行い、必要な場合には予め決められた範囲内の処置および薬剤の処方も行うこと]	医師不足の医療施設等または医療サービスが十分に行き届かない在宅では、軽症の患者が外来等で長時間待たされたり、わざわざ来院しなければならないなど、様々な不便が生じている。 【効果】 ① 診療看護師が患者の病状について丁寧に説明し、患者の生活状態に応じた個別的な生活指導、健康指導等を行うことにより、患者や家族の満足度を高めることができ、不必要な薬剤投与が避けられ、医療費の節減につながる。 ② 現状において十分な医療サービスが提供されていない地域住民に対し、きめ細かい医療サービスを提供することが可能となる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師は医師でなければ行えない専門的な医療に専念できるようになり、医療の効率化、高度化、先進化に繋がる。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。 ・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調節することは可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、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。	・「医学を総合的に学ぶ」ことについて：診療看護師は、5年以上の臨床経験を持つ者を2年以上の大学院修士課程で養成する。看護的治療マネージメントに必要とされる医学的知識は、医師と協働で開発したカリキュラムに基づいて教授され、医学的知識（「疾病学」「臨床薬理学」など）に関する講義、演習、実習はそれぞれの専門領域の医師によって教授される。したがって、診療看護師が行う限定的な処方に関するに関する医学的知識は修得できると考えている。 ・「継続処方」について：診療看護師は「既に医師により処方されている薬剤（限定的な薬剤）」を継続して処方するものである。処方にあたっては医師と協働で開発したプロトコールに基づいて行われる。結果は、医師が最終的に確認することとしており、医師と連携をとり行なわれる。 ・医政局長通知解釈について：平成19年12月28日に医政局長から提示された通知で「医師の事前の指示に基づき、その範囲内で投与量を調節することができる」の中には、「薬剤の量を0にする」すなわち、中止する場合も含まれると解釈してよいことを確認したい。（高血圧症などの慢性疾患の患者に対する薬剤の投与を中止することは、継続処方より難しい判断が必要である。） ・包括的健康アセスメントの定義について：提案書にある「包括的健康アセスメント」の定義を、[生活状態や病状について問診、視診、打診、触診、聴診を実施し、予め医師が指示した検査の中から必要な検査項目を判断し、自ら実施またはオーダーし、その結果から患者の健康状態を判断すること]に変更する。	C	Ⅰ	・御提案の内容で診療行為が終了するのであれば、御提案の「患者の健康状態を判断すること」は診断であり、看護師が診断を行うことは認められないが、チーム医療の中で、医師の診断の補助として、必要な検査を行い、検査結果を医師に報告し、医師が診断を行うことは可能である。 ・薬剤の処方を行うことは、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為であり、看護師のみで行うことは認められない。 ・なお、在宅等で看護にあたる看護師等が、医師から処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理において、患者の病態を観察した上で、医師の事前の指示に基づきその範囲内で、薬剤の投与を一時的に中断することも含め、投与量を調節することは可能である。 ・なお、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成２１年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・提案した診療看護師の行う看護的治療マネージメントは、限定した対象者（発熱、下痢、便秘等を訴える患者）に対し、限定した範囲内の薬物の処方を行うものであり、この看護的治療マネージメントに必要とされる教育は、大学院修士課程で総合的に行われている。提案の主旨は、このような限定的な範囲において総合的に教育を受けた診療看護師が、その専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、医師の事前の指示なしでも実施できるようにすることである。 ・医師が不在の地域（無医地区等）あるいは、医師の常駐しない施設（訪問看護ステーション、介護老人福祉施設等）において、患者の状態を最も把握している診療看護師が、医師の指示がなければ、発熱、下痢、便秘等を訴える患者の包括的健康アセスメントの結果に基づき、専門領域の医師と協働で開発したプロトコールに則り、限定的な薬物の処方さえできないという状況は、患者および家族に計り知れない不便あるいは不利益を与える。チーム医療の中で、診療看護師の能力を活用することが、医療保健サービスに対する患者や家族の満足度につながり、医師の負担軽減にもなる。 ・薬物の投与を一時的に中断することを含め投与量を調整することは、平成19年12月28日の厚労省医政局長通知により、診療看護師でなくとも、看護師が医師の事前の指示に基づき実施できることは十分理解している。 ・専門家会議においては、専門看護師の業務拡大ではなく、規制改革会議の第二次答申（2007年）、第三次答申（2008年）で提案されている「ナースプラクティショナー」が実現する方向で検討することを強く望む。		1003120	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省
0920140	大分県立看護科学大学大学院修士課程（看護学）のナースプラクティショナー養成コースを修了し、一定の専門知識と技能を有すると厚生労働大臣が認める者（以下「診療看護師」という）が、在宅で終末期ケアを行ってきた患者の死亡を確認することができるよう規制を緩和	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		下記条件の全てを満たす場合は、診療看護師が死亡を確認することができるようにする。 ① 医療サービスが十分行き届かない在宅であること ② 在宅で終末期ケアを行ってきた患者であること ③ 死亡原因および死亡に至る経過が予測した範囲内であること ④ 事後に診療看護師は死亡の報告書を作成し、医師に報告すること	医療サービスが十分に行き届かない在宅医療では、死亡した時点から医師による死亡の確認まで時間を要し、死後の処置や弔いに関する措置ができないことなどから、様々な不便が生じている。 【効果】 ① 診療看護師が死亡を確認することが可能となれば患者の家族等の利便性が向上する。 ② 在宅での臨終を希望する患者および家族の意向に沿うことが可能となる。 ③ 裁量範囲の拡大により看護職の自律の促進、キャリアアップの機会の拡大となり、質の高い看護職の確保に繋がる。 ④ 医師不足地域の医師の負担軽減につながる。	C	Ⅰ	・「死亡の確認」は、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼす行為であり、看護師のみで当該行為を実施することは認められない。 ・なお、診断書を医師が最終的に確認し署名することを条件に、看護師等が医師の補助者として記載を代行することは、可能である。	「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）では、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」としており、「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）においては、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。」としていること等から、右の提案主体から提案されている個々の業務について、その是非、具体的な対応方法についても、それぞれ個別具体的に検討の対象とすべきである。この点を中心に、検討スケジュールや内容等について明らかにされたい。 また、これに加え、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	・本提案では、診療看護師は、「死亡の確認を行い、死亡の報告書を作成し、医師に報告する」ことができることを求めており、法的な死亡診断書を記載し作成することを求めているのではない。提案にお答えいただきたい。 ・死亡されているご遺体に対して「人体に危害を及ぼす行為」とは何かをご教授いただきたい。それに対応した教育を大学院修士課程（養成課程）で実施したい。	C	Ⅰ	・「死亡の確認」は、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼす行為であり、看護師のみで当該行為を実施することは認められない。 ・上記の記述は、死亡の確認の誤りが存命の患者の処置の誤りにつながり、結果的に死に至らしめることもあるという主旨であり、御指摘の「「死亡されているご遺体」に対して人体に危害を及ぼす」という主旨ではない。 ・なお、診断書を医師が最終的に確認し署名することを条件に、看護師等が医師の補助者として記載を代行することは、可能である。 ・また、看護師等の業務拡大については、「経済財政改革の基本方針2009」において、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる」こととされており、今後、早急に検討に着手してまいりたい。	専門家会議における検討に当たっては、「規制改革推進のための3か年計画（再改定）」（平成21年3月31日閣議決定）の「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。」とされていることを踏まえ、構造改革特別区域推進本部長から諮問を受けた評価・調査委員会が十分な調査審議を行うことが可能となるように、また、当該委員会における調査審議での意見・論点等を考慮しつつ、提案主体からの提案を十分に汲み取った上で議論を進められたい。 また、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。	・医師不足や医師の偏在が指摘されている現在の状況の下、在宅で療養している患者が死を迎えるとき、医師がすべての患者の臨終に立ち会うことは困難であり、このことが家族の利便性を損ない、医師の過重労働にもなっている。例えば、終末期ケアを行ってきた家族や訪問看護師が患者の死亡の通報をしてから、かかりつけ医等が死亡診断に訪れるまでの時間が、長い場合には12時間近くかかることが調査の結果からも分かっている。在宅で終末期ケアを担当してきた診療看護師が死亡の確認を行えれば、遺族の利便性に繋がると考えたことが提案の主旨である。 ・本提案で対象としている死亡の確認は、診療看護師が総合的に医学を学んだ医師と協働で死亡に至るまでの終末期ケアを行ってきた患者で、死亡に至る原因がはっきりしているものである。したがって、死亡の確認の誤りが入り込む余地はないと考えている。このような患者の生死の判断を誤ることを危惧するような回答は、現状の看護師の知識・技術を理解していないとしか言いようがない。 ・保健師助産師看護師法第39条2項に助産師は「出生証明書、死産証明書、または死胎検案書の交付の求めがあった場合、正当な理由がなければこれを拒むことはできない」とされ、教育期間が6ヶ月とされている助産師は、死産証明書等の交付ができる。提案の主旨は、大学院修士課程で死亡の確認ができる教育を受けた診療看護師が、限定的な患者（終末期ケアを行い、死亡の原因がはっきりしている患者）に対して死亡の確認を行うことができるようにすることである。		1003130	大分県立看護科学大学、社会医療法人敬和会大分岡病院	大分県	厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920150	障害福祉サービス就労移行支援事業の職場定着支援の充実	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号）	障害者自立支援法においては、就労継続支援（A型及びB型）を利用者に提供した場合、報酬として、1日につき481単位（※）を算定でき、一方、就労移行支援を提供した場合は、1日につき759単位（※）を算定できる。 （※）報酬単価は、いずれも利用定員が21人以上40人以下の場合		就労移行支援事業での定着支援の報酬算定対象者の拡大	障害者自立支援法において障害者の一般就労への充実を図るため、就労移行支援事業が創設された。障害者自立支援法施行規則第6条の9 において「就労移行支援事業においては就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援とする。」とされ、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、整備及び運営に関する基準（平成18 年厚生労働省令第171 号）第182条においては「指定就労移行支援事業者は、利用者が就職した日から6月以上、職業生活における相談等の支援を継続しなければならない。」とされている。障害を持たれている就労支援においては、職場での定着支援により不可欠である。 しかしながら施設外支援（障障発第0328002 号通知）の範囲に入っているトライアル雇用、ステップアップ雇用を除き、就労移行支援サービス費（障発第1031001号通知）の就労移行支援は利用者が就職した日の前日まで算定とされている。就労移行支援体制加算はあるが個別支援への対価とは直接繋がらない。今後多くの支援対象者や障害者雇用事業所への個別支援の充実を図るため、施設外支援対象範囲を最低でも就職後6カ月までは定着支援に対する個別支援に対する就労移行支援サービス費Ⅰとしての報酬算定が可能になることを要望する。	D	Ⅲ	企業等への就労が困難な障害者に対して訓練等の支援を行う就労継続支援A型及び就労継続支援B型のサービス費は、1日につき481単位（※）を算定できることとなっているが、就労移行支援のサービス費は、1日につき759単位（※）を算定できることとなっており、就労継続支援と比較して高い報酬が設定されている。 これは、就労移行支援の中で、利用者が就職した後6ヶ月以上の相談支援などについて、すでに報酬上で加味しているためであり、ご要望の点については、すでに現行制度において対応済みである。 （※）報酬単価は、いずれも利用定員が21人以上40人以下の場合	−	−	D	Ⅲ	−	−	−		1006010	社会福祉法人 みぎわ会	福岡県	厚生労働省
0920160	特定不況業種の最低賃金規制緩和について	最低賃金法	すべての労働者に適用されている。		タクシーなどの特定不況認定業種を対象にし、地区別最低賃金の70%を下限とし、使用者の都道府県労働局長への届出制を条件として、最低賃金の適用除外について認可してもらいたい。	最低賃金法は、憲法に規定する健康で文化的な生活を営む目的を達成する、一つの手段として存在するので、通常の社会状態であるならば厳格に実施されるべきである。しかし赤字財政と失業者の増大という特殊な時代においては、基本を守りながら地域の実情に合ったニーズにこたえるべく、弾力的に運用されるべきである。 また健康で文化的な生活は、有職者以外にも広く適用されるべきものであるので、最低賃金規制の緩和を用いた社会全体での雇用確保は、憲法の理念にも合致する。そのため最低賃金を地域の実情に合わせて部分的に引き下げても、現実には最低賃金以下での労働が行われているので、直ちに国民生活に影響するとは考えにくい。一例をあげると一地方のタクシー労働者の拘束時間は月240〜300時間で、実質時間給は、300〜400円程度であり地区別最低賃金の約55%にすぎない。そのため最低賃金法の適用除外による、使用者の支払可能な時間給の設定は、低賃金労働者に賃金の実質的最低額を保障し、労働時間の短縮が促進されて労働条件の向上を図ることができる。 従ってタクシーなどの特定不況認定業種を対象にし、地区別最低賃金の70%を下限とし、使用者の都道府県労働局長への届出制を条件として、最低賃金の適用除外について認可されるべきである。	C	Ⅰ	最低賃金は、労働者の生活の安定、事業の公正な競争の確保に資すること等を目的としている。具体的な最低賃金の水準については、「労働者の生計費」、「労働者の賃金」及び「通常の事業の賃金支払能力」を考慮し、地域の実情を踏まえた公労使三者構成による各地方最低賃金審議会における調査審議を経て、毎年、適切に決定されている。また、その決定に当たっては、生活保護との整合性に配慮することとされており、労働者が安定的に生活できる賃金の最低水準として最低賃金が設定されているところである。 これらの最低賃金の目的や決定過程をかんがみると、御要望の特定不況業種の最低賃金規制緩和については、労働者の生活の安定等に支障をきたすおそれがあり、適当ではないと考える。	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。	特定不況業種は、いくら最低賃金を設定しても使用者は支払うことができない。現状維持では長時間拘束されるだけで低賃金が是正されず、労働条件が改善されない。 本案件は一時的な救護措置でもあるので、仮に一万人の労働者に適用されても、全労働者からみた割合は0.01%程度にすぎず、社会全体への悪影響は少なくメリットの方が大きい。 また低賃金労働者は、時間給における生活保護支給額との差額分が補助されるわけでもないので、生活保護を基準とすることは無意味である。 時間給における最低保障額を届出制にし、使用者に法を遵守させた方が労使双方にとって合理的である。そのため再検討を要望するものである。	C	Ⅰ	最低賃金は、労働者の賃金の最低額を保証するセーフティネットであるという性質上、すべての労働者に一律に適用されるものであり、事業主の届出により適用除外とすることは、最低賃金制度の根幹に関わり、制度趣旨に反する。この最低賃金を担保するため、最低賃金を下回る賃金を支払っている労働実態が明らかとなった場合には、最低賃金法により罰金が科されることとなっている。また、最低賃金の具体的な水準については、前述のとおり、「通常の事業の賃金支払能力」等を考慮した上で、御指摘の特定不況業種も含めた地域の実情を踏まえ、適切に決定されているところである。したがって、御指摘のような特定業種のみについて、最低賃金を下回る賃金での労働契約を認める合理的・客観的な根拠はないものと考えられる。 なお、最低賃金制度は、平成19年の最低賃金法の改正により、生活保護に係る施策との整合性に配慮することが明確化されている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	事業主の届出制により特定不況業種を適用除外とすることは、一時的な労使双方への救済措置であり、労働者保護を目的とする最低賃金法の趣旨に反しない。 平均的給与支払額に対し拘束時間を割れば、時間給が簡単に割り出される。 罰則規定があるというだけで積極的な調査を行わず、現状を維持するだけでは国が違法行為を認めているようなものある。 最低賃金について「地域の実情を踏まえ、適切に決定されている」とされているが。生活保護との同一性の方が重視されており、必ずしも地域の実情を理解しているとはいえない。 特区法はこのような制度疲労に対し、具体的方策をもうけるものである。よって再検討を要望する。		1008020	個人	青森県	厚生労働省
0920170	私立保育所における給食の外部搬入方式の容認	児童福祉施設最低基準第11条、第32条第1項、第5項	児童福祉施設において、入所している者に食事を提供する時は、当該児童福祉施設内で調理する方法（当該児童福祉施設の調理室を兼ねている他の社会福祉施設の調理室において調理する方法を含む。）により行わなければならない。 また、保育所には調理室の設置が必要。	920 公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業	平成20年4月の児童福祉施設最低基準の改正により、原則として明示的に禁止された給食の外部搬入方式について、学校給食センター等からの搬入、体調不良児やアレルギー児へのきめ細やかな対応など、一定の条件を満たし、特例措置920を活用することで給食の外部搬入が容認されている（特区計画が認定されている）公立保育所と同等の条件を満たす場合には、私立保育所についても外部搬入容認事業の対象とする。	特区計画の適用対象を私立保育所に拡大することにより、市全体の児童福祉の更なる向上を目指す。具体的には、学校給食センター等からの給食の外部搬入方式により、私立保育所運営の更なる合理化と子育て支援施策充実のための財源確保を図り、他の保育サービスの充実及び子育て家庭の負担軽減を図る。 提案理由： 外部搬入の給食の質が担保されているか否かは、保育所が公立か私立かという問題ではなく、調理・搬入を受託する業者によるところが大きい。また、自園調理でなくても、体調不良児等へのきめ細やかな対応は可能であり、私立保育所でも外部搬入が容認されている公立保育所と同等の対応が可能である。本市では、子どもは皆同じとの観点から、授業料と保育料の統一等様々な幼保一体化策に取り組んでいるが、私立保育所だけ外部搬入による給食の提供が認められないことが、施策上の弊害となっている。給食センターの活用により、私立保育所の経費節減のほか、幼児期から一貫した食育も可能となり、私立保育所の児童にも正しい食習慣の形成を図ることができ、生産者にとっても地元での購入・消費が拡大し、本市の構造改革特別区域での更なる経済的社会的効果が期待できる。 代替措置： 外部搬入の対象は3〜5歳児とする。学校給食と同じ献立とするが、市保育課栄養士が児童の年齢に応じて、大きさ、量、食材の変更など、給食内容を工夫し、提供する。体調不良児やアレルギーを持つ児童には、保育士、調理員、給食センターの栄養士が協議し、供与量の調整、代替食の提供等、個々の児童の体調に合わせた配慮を行う。 「その他（特記事項）」欄に別紙資料あり	C	Ⅲ	保育所における給食は、体や心が十分に成長していない乳幼児に対して提供されるものであることから、給食の外部搬入については、発達段階に応じた給食の提供、アレルギー児への対応、体調不良児への対応、食育の実施などといった課題をしっかりと整理した上で、これらの課題にしっかりと対応できるようにすることが必要である。 このような考えのもと、給食の外部搬入については、公立保育所につき特区の中で検証等を行っているが、現在においても外部搬入に係る弊害等が指摘されており、このため、本年2月の構造改革特別区域推進本部において、今後、「地方自治体や栄養・保健衛生の専門家に対するヒアリング等を行い、保育所の質の確保及び資源の有効利用の観点から、保育所における給食提供にあたっての留意点、本特例措置を全国展開して外部搬入方式により給食を行う場合の改善方法や留意点等の検討を行うこと」とし、その結果も踏まえ、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされているところ。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点から、外部搬入について弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めるのは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。	公立保育所における給食の外部搬入については、現在、全国展開に当たっての調査を行っているところであり、この結果を踏まえ、全国展開に向けて、懸念される弊害を除去するための方策についての検討を進め、平成21年度に評価を行うこととされている。 そのため、「まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討していく」とのことであるが、保育所の役割については、公立、私立とも違いはなく、当該検討を踏まえて得られた結論・評価に従い、私立保育所についても給食の外部搬入の必要性・是非について、検討・判断すべきと考えるが、如何。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	私立保育所においても、子どもの年齢や発育状態、日々の体調などに応じたきめ細やかな対応や、食物アレルギー児等へのきめ細やかな対応は、可能である。 また、今後整理されるであろう弊害の除去のための必要な要件等についても、公立保育所では対応が可能で、私立保育所では不可能であるとは考えられない。 公立か私立かという問題ではなく、公立保育所と同等の条件を満たす私立保育所についても、公立保育所と同様の対応をお願いしたい。	C	Ⅲ	現在、構造改革特区において実施している「公立保育所における給食の外部搬入容認事業」については、公立に係る要望がとりわけ多かったことを踏まえ、まずは公立に限定して特例措置を講じることとしたものである。 この特例措置について平成20年に実施した弊害調査において、体調不良児への対応等について、自園調理を行っている保育所の方が、きめ細やかな対応を行っているとの現場の認識が多かった。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点から、外部搬入についてこのような弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めることは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。	特例措置920による給食の外部搬入については、全国展開に向けて、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされていることを踏まえ、保育所の役割等が公立、私立とも違いがないことを考えれば、私立保育所についても、当該評価・結論を踏まえ、給食外部搬入方式の導入について、併せて検討すべきではないか。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本市では、昭和43年から幼稚園給食を開始し、現在、85園（公・私立幼稚園33、公立保育所47、へき地5）に給食を提供するとともに、給食センターと保育所・幼稚園が連携して食育の推進や地産地消の拡大を進めている。しかし、その一方で、私立保育所10園については、給食の外部搬入が認められていない状況にある。 構造改革特区においては、保育所運営の合理化を進める等の観点から、一定の条件のもと、公立、私立を問わず外部搬入を認める内容に拡充すべきであると考えている。 当該容認事業の全国展開の時期や、特例措置の私立保育所への拡大時期など、今後の具体的スケジュールがあればお示しいただきたい。		2001010	豊田市	愛知県	厚生労働省
0920180	社会福祉法人が運営する養護老人ホームでのサテライト養護施設設置の緩和	・老人福祉法第17条 ・養護老人ホームの設備及び運営に関する基準	現在、サテライト型養護老人ホームの本体施設としては、会老人保健施設又は病院若しくは診療所と定められている。 また、養護老人ホームの施設長においては、「もっぱらその職務に従事する常勤の者でなければならない」とされている。		老人福祉法の養護老人ホームの設備及び運営に関する基準①サテライト型養護老人ホームの設置要件の緩和、現在の設置要件ではサテライト型養護老人ホームの設置主体として病院・診療所・介護老人保健施設に限られている、よって当会が運営する養護老人ホームにおいても可能となるよう措置する。②設備基準の緩和について、現行の基準では一〜十六の設置基準となっているが、現在あるサテライト型特養と同様の設置基準に緩和。③職員の配置基準の緩和について、現行の基準に含め、施設長の兼務についても可能となるよう基準の緩和。	青森県六戸町に現存する晴ヶ丘養護老人ホームは、老朽も含め、主に多床室となっていることから、そこで生活するお客様の尊厳を重視したケアの実現を考えると個室化の整備が必要となっております。しかし、現状の用地内での改築が敷地面積上、不可能。また、改めて違う場所での改築では用地買収コスト及び面積等の設定が非常に困難であります。また、「住み慣れた街で安心して生活し続けるための環境整備」として、現在この養護老人ホームには隣接する三沢市のお客様が約20名生活されております。そのようなことから、今回の計画では三沢市の「堀口地区」（新三沢市立病院付近）に施設の一部（20名程度のサテライト型養護老人ホーム）を分離し、お客様には住み慣れた環境でご家族、ご友人と身近な環境で暮らすことによって生きがいのある生活の継続、また、小規模ホームとして設置することにより、両地域（三沢市・六戸町）におけるホーム入居者の地域密着化と、雇用、社会関係の醸成など、地域再生ニーズを満たす拠点施設の構築を計画しております。その計画はサテライト型養護老人ホームに加え、ショートスティ・無認可保育事業の機能を併設した、現施策にない小規模施設のサービスと共に、介護予防、世代間交流スペースの整備等を計画しており、各拠点相互の連携を図ることにより、地域においても包括的な高齢者ケア、次世代対策拠点の体制を構築したいと考えております。	C	Ⅲ	○サテライト型養護老人ホームの本体施設は病院、診療所、介護老人保健施設に限定されているが、これは療養病床転換のための特例措置である。 ○養護老人ホームは、そもそも経済的理由及び身体上若しくは精神上の理由又は環境上の理由により在宅での生活が困難な高齢者向けの入所措置施設であるが、その指定は都道府県が各地域における利用者のニーズに応じて行っているものである。 ○サテライト型施設は、効率的に介護拠点を整備し、施設サービスを充実させるものであるが、養護老人ホームについては、上記の様に都道府県が利用者のニーズに応じて指定しているところ、そうした養護老人ホームの整備について都道府県から要望も特段あがっておらず、本体施設を養護老人ホームとするサテライト型養護老人ホームを認めることについて合理的な理由はなく、左記要望は認められない。	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。	○養護老人ホームは特養よりも古い歴史があること。当初より定員が大きくなり発展した。○古い歴史のため老朽化している。○特養の必要性が高まり、一時建設が滞った。しかし、その後再び不景気による低所得者層の増加、虐待ケースの増など改めて必要性が増している。○しかし、定員が大きい分建て替えは困難である。○又、施設も全国的に県レベルの数が限られており当会の声は大きな声になりにくい。○しかし実は広域から措置されていてより公的な反面、人権上も住み慣れた地域に暮らせない。○従ってこれらを解消するためには、分散サテライトで地域に戻していく。是非認めてほしい。	C	Ⅲ	○都道府県及び市町村が策定する老人福祉計画において見込まれる養護老人ホームの必要量が増大した場合においては、それに対応して施設の新築及び既存施設の増改築が行われるものである。 ○養護老人ホームの整備に係る費用については都道府県等に財源が移譲されているものであり、地域におけるニーズを踏まえた計画を元に指定することで地域の実情に応じた整備が可能となっている。 ○また、老朽化に伴う修繕費等については、都道府県等に財源が移譲された措置費において既に勘案されているものである。 ○サテライト型施設は、効率的に介護拠点を整備し、施設サービスを充実させるものであるが、養護老人ホームについては、都道府県が利用者のニーズに応じて指定しているところ、そうした養護老人ホームの整備については都道府県から要望も特段あがっておらず、本体施設を養護老人ホームとするサテライト型養護老人ホームを認めることについて合理的な理由はない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	養護老人ホームは、「経済的理由及び精神・身体的理由により、地域での生活が困難な高齢者等に生活の場を提供する役割をになってた。現在では他の福祉施策の充実になどにより、地域での生活が期待できる人が多くなっている」そのような中、養護で暮らす方でも住み慣れた地域で生活を希望されている方が多い。今回の計画は、青森県関係課と協議しているが、分散についてほぼ同意を頂いているが今後さらに検討をする予定。当然分散する三沢市とも協議を行い同意は得ている。以上のことから、分散を行うことにより、地域の老人ホームが地域福祉の一つとなっていくことが期待できる。		1010010	社会福祉法人 楽晴会	青森市	厚生労働省
0920190	狂犬病予防法 の第18条（けい留されていない犬の抑留）に関連して、一般マナーとして犬の飼い放しは禁止されているが、野生の鹿・猿・猪の追い払い効果を出すための、けい留しないモンキードッグを認める要望	狂犬病予防法（昭和25年法律第247号）第18条	狂犬病が発生したと認められる地域において区域及び期間を定めて都道府県知事が命じる区域内の犬のけい留について、命令に反してけい留されていない犬を狂犬病予防員が抑留できるとしているもの。		獣害に悩む自治体において、モンキードッグの訓練を受けた犬であれば、追い払いの役割を果たすように、飼い放しを許可する。 提案理由： 鹿・猿の被害が耐えない理由のひとつに、昔ながらの飼い放しがなくなったために、害獣は自由に人家に近づけるようになった、という分析もある。当村においては、『モンキードッグ（野生の鹿・猿・猪を追い払う犬）』を飼うことを推奨し、それらの被害を軽減させ、一次産業振興の安定を図り、所得の向上につなげることを目的とする。	①既存の飼い犬のモンキードッグ登録： 狩猟犬等の素質のある犬においては、モンキードッグの研修を受けたのち、所定の申請書を村に提出することで、飼い放しを許可する。ただし、その役割犬と分かるように、所定のタグプレート（首輪）を常時装着しておく。 ②新規のモンキードッグ導入： 新規の導入においては、最寄の保健所や熊本市（生活衛生課 動物愛護センター）等の保護犬から素質のある犬を探すか、ブリーダー等から素質のある犬を購入し、経験のある犬の訓練校において養成する。 この購入経費や養成経費を村は負担する。 ③新規のモンキードッグ所有者の募集： 新たにモンキードッグを飼う人や、既存の飼い犬とともにこれを追加で飼う人には、所定の申請書を村に提出することで、養成したモンキードッグを無償で供与し、この飼い放しを許可する。これにかかる経費や、導入後の狂犬病予防注射、餌等の維持費を助成する。	C	−	狂犬病予防法第18条の規定は、我が国で狂犬病が発生した際に、区域及び期間を定めて、区域内の犬にけい留の命令が発せられることを前提としたものである。このため、国民の生命及び健康を守る観点から、本条項に基づくけい留を行わなくてよいとする要望であれば、それを認めることはできない。 （なお、現在、我が国において狂犬病の発生は認められておらず、法第10条に基づくけい留等の命令は出されていない。狂犬病未発生時の放し飼いについては、動物愛護管理法に基づいて管理されるべきものである。）	−	−	C	−	−	−	−		1015010	五木村	熊本県	厚生労働省 環境省
0920200	学校園用務業務に係る継続的人材派遣委託契約事業	労働者派遣法施行令第4条	専門的な業務等（いわゆる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。		労働者派遣法施行令（政令）第4条（いわゆる、政令指定26業務）への、「学校園用務業務」の追加認定	本市における行財政構造の改革の推進、とりわけ、業務のアウトソーシングについては、行政責任の下、多様な実施主体で公共サービスを担うべきという観点から積極的な取り組みをおこない、全国的にも稀と思われる、学校園用務業務の人材派遣委託契約を、平成19年度から締結しているところである。 しかしながら、本年度（平成21年度）末をもって3年を迎え労働者派遣法等の規制から、用務担当職員の任用・補完方策を検討する必要に直面している。 未だ、学校園における用務担当職員の直接配置の希望は根強いが、いわゆる単労職員の採用の新規雇用が困難を極めており、特に高齢者の雇用創出に資する本業務の規制緩和を要望するものである。	C	Ⅱ	労働者派遣事業は、その利用の仕方によっては、労働者の安定した雇用機会の確保、長期雇用慣行を前提とした雇用の安定、職業能力の有効発揮、安定した労使関係など我が国の雇用慣行に悪影響を及ぼすおそれがあること等から、派遣受入期間の制限が適用されない業務（いわゆる26業務）としては、公労使の合意も経て、「専門的な知識、技術又は経験を必要とす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わた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」を要するものとされているところである。 いわゆる26業務に含める業務については、当該業務の専門性や常用労働者の雇用の安定に及ぼす影響などについて具体的に検討することが必要であり、具体的要望、業務の実態等を踏まえ、必要に応じて検討すべきであると考えているところであるが、御提案の学校園用務業務については、その専門性や常用労働者の雇用の安定に及ぼす影響などについて検討するための具体性がなく、これをもっていわゆる26業務に含めることの可否について回答することは困難である。	−	−	C	Ⅱ	−	−	−		1016010	堺市教育委員会	大阪府	文部科学省 厚生労働省
0920210	地域密着型介護老人福祉施設のうち、サテライト型居住施設における介護報酬加算対象となる人員配置基準の緩和	・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準 ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について	サテライト型居住施設において、常勤医師配置加算を算定しようとする場合には、常勤かつ専従の医師の配置、栄養マネジメント加算を算定しようとする場合には常勤の管理栄養士の配置、個別機能訓練加算を算定しようとする場合には常勤かつ専従の理学療法士等の配置が要求されている。		サテライト型居住施設の創設主旨に鑑み、サテライト居住施設における、常勤医師配置加算、栄養マネジメント加算、個別機能訓練加算の介護報酬・加算算定する為の人員配置要件に関して、現行の常勤・専従を必要とする配置要件から、 ①本体施設と一体的に見なした配置基準への緩和、若しくは ②サテライト型居住施設での常勤換算方式へと緩和することが望まれる。	サテライト型居住施設は、本体施設と密接な連携を図ることを前提として一定の人員配置基準の緩和が行われているが、サテライト型居住施設においては、常勤医師配置加算、栄養マネジメント加算、個別機能訓練加算等の加算算定する場合には、それぞれの職種に対して常勤・専従者1名以上の配置が求められる。 サテライト型居住施設を増床整備ではなく、本体施設からの分床整備の（総定員数の変動が無い）場合でも、上記基準の適用となる為に、分離する前に算定していた加算を引き続き算定する為には、新たに専門職の雇用が生じる。 これは事業所として更なる人件費負担が生じるだけでなく、少子化社会の中で効率的・効果的な人材活用とは言えない。 同時に、サテライト分離前と同じサービスを提供しようとした際に、より人件費支出が掛かるとなると、サテライト型居住整備が進まず、要介護高齢者が地域で安心して暮らすことへの阻害要因ともなる。	C	Ⅲ	○サテライト型居住施設における人員配置基準に関しては、本体施設と密接な連携を取ることを前提として、事業者が効率的な経営を行えるようにするために、一定の人員配置基準の緩和が行われているところである。 ○また、常勤医師配置加算、栄養マネジメント加算及び個別機能訓練加算については、一定の資格又は技能を有した職員が当該施設において常勤職員として勤務すること等による一定程度質の高いサービスの提供体制を評価するものである。 ○本体施設とサテライト型居住施設については、施設整備を効率的に進めるための措置ではあるが、介護サービスの質については、確実に担保されるものである。そのため、サテライト型居住施設と本体施設はサービス提供について密接な連携を図るものではあるが、あくまで別の施設であり、サービス提供体制の評価である加算の算定においては、それぞれ要件を満たす必要があると考える。 ○介護報酬は事業者のサービスへの対価であって、当該加算における人員配置用件を緩和された状態においては、本来加算の算定にて整えるべきサービスの提供体制が未整備となってしまうことから不適切と考える。	−	−	C	Ⅲ	−	−	−		1018010	社会福祉法人 新生会	岐阜県	厚生労働省
0920220	私人の公金取扱いの制限の緩和	健康増進法第17条及び19条の2 高齢者の医療の確保に関する法律第20条及び第125条第1項	健康増進法においては、費用徴収を禁ずる規定を設けていない。 高齢者の医療の確保に関する法律に規定されている特定健診の自己負担金の取扱いは、保険者と委託先の契約関係に基づいて決まる。		現在、徴収又は収納の事務を委託できる歳入について地方自治法施行令において「使用料」など限定列挙されているが、その項目に「高齢者の医療の確保に関する法律第20条に規定されている特定健康診査（以下「特定健康診査」）」、「高齢者の医療の確保に関する法律第125条に基づく健康診査（以下「健康診査」）」及び「健康増進法第19条の2に基づく健康増進事業（以下「健康増進事業」）」に係る「自己負担金」を加えること、又は各法律施行令に「自己負担金」の徴収又は収納の事務を私人に委託できる旨の規定を行うこと。	平成20年度から保険者に実施が義務づけられた特定健康診査を市町村国民健康保険が委託により実施する場合、公金の徴収又は収納を私人に委託することができないことから特定健康診査に係る受診者の「自己負担金」は、受診日前に納付書を用いて受診者から市町村に納入されている。 その後、受診機関（医療機関等）から特定健康診査委託料の請求が行われるが、「自己負担金」納入者と受診機関から報告のある受診者に齟齬が生じる場合があり、後日、「自己負担金」の還付や納入の催告の必要性が生じている。 私人の公金取扱いの制限を緩和し、受診機関が「自己負担金」の徴収を可能とすることで受診者は、受診日当日に受診機関で「自己負担金」を納めることとなり、事前に納付する手間を省くことができる。更に「自己負担金」納入者と受診者が必ず一致し、還付や請求の必要がなくなることなど収入がより確実に確保され、収入に要する事務的負担が大幅に軽減できる。 また、健診機関に業務委託し行っている健康診査又は健康増進事業に係る受診者の「自己負担金」については、職員が健診会場に出向き、受診者の「自己負担金」を徴収している。しかしながら当市は14市町村が合併し市域が広いことから、集団健診会場は地区ごとに設置し、年間222回を予定しており、その都度職員が負担金徴収に出務している現状である。私人の公金取扱いの制限を緩和し、受診機関が「自己負担金」の徴収を可能とすることで「自己負担金」の徴収に係る事務的負担が大幅に軽減できる。	E	−	健康増進法における健康増進事業については、同法あるいは同法施行令において費用徴収に関する特別の定めが設けられていないが、地方公共団体が健康増進事業に要する費用の一部又は全部を受診者等から費用徴収することを禁ずる規定はなく、地方自治法に則り費用徴収等を行うことは差し支えないこととしている。 特定健康診査を実施機関に委託して行う場合、受診者の「自己負担金」の取扱いについては、各自治体・保険者と委託先の実施機関との間の契約関係に基づき決まるものであり、これを市町村の歳入として取り扱わなければならない仕組みとはなっていない。	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。	特定健康診査以外の事業（「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく健康診査」や「健康増進法に基づく健康増進事業（各種がん検診など）」）においても特定健康診査同様に委託先の実施機関との間の委託契約に基づき決まるものとし「自己負担金」を歳入として取り扱わなくてよいか。 特定健康診査などの実施主体は「市町村保険者」だが、受診者の「自己負担金」は委託先の実施機関の歳入としてよいということか。実施主体が「市町村保険者」ということは、「自己負担金」の受け取りはあくまでも「市町村保険者」であり、歳入は歳入（自己負担金）、歳出は歳出（委託料）として（総計予算主義として）予算計上すべきではないのか。	E	−	健康増進法に基づく健康増進事業は、一律に費用徴収を前提としているものではなく、同法に費用徴収に関する定めはないことから、地方公共団体が健康増進事業に要する費用の一部又は全部を受診者等から費用徴収する場合には、地方自治法に則り行われるが、地方自治法に定める使用料又は手数料として費用徴収を行う場合、地方自治法施行令第158条に基づき、費用徴収を私人に委託することは可能である。徴収した費用は、市町村の歳入として処理されたい。 特定健康診査又は高齢者の医療の確保に関する法律に基づく健康診査を実施機関に委託して行う場合、受診者の「自己負担金」の取扱いについては、各自治体・保険者と委託先の実施機関との間の契約関係に基づき決まるものであり、これを市町村の歳入として取り扱わなければならない仕組みとはなっていない。	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。	受診者が受診時に委託先の実施機関の窓口で支払う「自己負担金」の取扱いは、市町村（国民健康保険の保険者）と委託先（実施機関）との間の契約関係に基づき決めて差し支えないものであり、例えば、委託先の実施機関が「自己負担金」を徴収し、実施機関の歳入として取扱い、市町村は実施機関が徴収（受領）した「自己負担金」を差し引いた委託料を支払うこととし、「自己負担金」を市町村（国民健康保険の保険者）の歳入として取り扱わなくてもよい（総計予算主義に反しないし、私人の公金取扱いの制限にも抵触しない。）。という解釈でよろしいでしょうか。		1019010	上越市	新潟県	総務省 厚生労働省

管理コード	要望事項 （事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案 に係る規制の特例措 置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920230	居宅介護支援事業所における特定事業所集中減算要件の緩和	平成12年厚生省告示第20号別表イ注5 平成12年厚生省告示第25号18 平成12年老企第36号第3の9	居宅介護支援費の特定事業所集中減算に係る正当な理由の範囲は、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを都道府県知事において適正に判断することとされている。		指定居宅ｻｰﾋﾞｽに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所ｻｰﾋﾞｽ及び居宅療養管理指導に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号)にある正当な理由の範囲④として例示される「サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合等により特定の事業所に集中していると認められる場合」の判断基準として訪問介護の「特定事業所加算」通所介護事業所等の「サービス提供体制強化加算Ⅰ」を算定する事業所を該当とすること	①訪問介護の「特定事業所加算」、通所介護事業所等の「サービス提供体制強化加算Ⅰ」を算定する事業所は、質を評価した加算に他ならず、老企第36号通知の正当な理由の範囲④の判断基準として該当とすべきである。 ②利用者は、当該事業所の居宅サービスの利用を希望して、同事業所併設、または同法人のケアマネジャーを担当として選択する。また、訪問介護の場合には頻繁な日程変更があり、重度者の場合には日々の変化を把握して対応する必要があり、利用者から利便性を理由に訪問介護と同事業所のケアマネジャーへ変更希望も多いのが実情である。しかし、特定事業所集中減算によって90%を超えないように、ケアマネジャーは意図的に他事業所サービスを紹介したり、或いは他事業所ケアマネジャーに担当変更を行う等の対応を行っている現状にある。このことは、介護保険の基本理念である利用者のサービスの自己選択、自己決定の阻害要因となっており、適切なマネジメントとは言えない。 上記①のみでは、サービス選択の自由が担保されないのであれば、「サービス事業所を選択できることの説明を受け、その上で当該サービスを選択した」旨の書面に利用者・家族の署名をすることも付加要件とすることで足りると考える。	D	－	ご指摘の「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年3月1日付け老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の第三(居宅介護支援費に関する事項)の9(特定事業所集中減算の取扱いについて)の(4)正当な理由の範囲①～④については、例示したものであり、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを都道府県知事において適正に判断することとされており、ご提案の内容を都道府県知事が正当な理由に該当するとした場合は、現行規定により対応可能と考える。	-	-	D	－	-	-	-		1022010	株式会社新生メディカル	岐阜県	厚生労働省
0920240	介護保険の居宅サービスにおける支給限度額オーバーとなる利用者の自己負担軽減措置の要望	介護保険法（平成9年法律第123号）第43条、第51条、第55条、第61条 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第68条第3項、第86条第3項 介護保険法施行規則第68条第3項及び第87条第3項に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した費用の額（平成12年厚生省告示第38号）第1号～第9号	区分支給限度基準額は厚生労働省令で定める額に関わらず、市町村条例で定めるところにより、その額を上回る額を当該市町村における区分支給限度基準額とすることができる。		①訪問介護の特定事業所加算を限度額管理対象外とする。 又は、 ②訪問介護の特定事業所加算によって支給限度額を上回った分については、市町村が行う、高額介護サービス費の対象とする。	訪問介護の特定事業所加算とは、質を保つ仕組みの基本に、「重度者への提供率」、「職員の介護福祉士が占める率」での加算であり、重度者を支えられる技量と実績を評価した加算である。しかし、利用料の10～20%のこの加算は、重度者（頻回なヘルパーの訪問により支えられている）にとっては限度額オーバーに直結する。そのため今まで利用してきたサービスを減らさざるを得ず、在宅生活の継続を困難にしている。また、量を必要とする重度利用者に、質のよい事業所を経済的に選択できない現状にしている。 当社の2008年12月のデータでは、533人の全利用者のうち支給限度額の90%以上利用する人が15%、100%以上の人が14%である。つまり、2009年4月の報酬改定でサービスの加算や単価が上がることにより支給限度額を超える、または更に負担増になる利用者が30%ということである。支給限度額をオーバーした場合、全額自己負担であり、医療費控除・高額介護サービス費等の対象にも該当しないため、経済的負担は大きい。従って、経済的負担ができず現在利用するサービスを減らさざるを得ない利用者が20～30%いることになる（図-1）。 一方、施設では、サービス料は常に介護保険の枠内であるため、常に1割負担である上に、低所得者への補足給付措置もあり経済的支援が手厚くなっており、在宅との格差は大きい。（表-1、ケース別シュミレーション）。施設は、入所すれば自動的に10割介護保険利用となることを考えれば、在宅でのサービス利用の平均は、支給限度額の6割と厚生労働省は公表しており、利用されていない4割で賄えるのではないかと考える。	D	Ⅰ、Ⅲ	区分支給限度額は、介護保険という社会保険制度にあって、過剰利用を防ぐ一方で、サービスを選択して受ける人と受けない人との公平・コスト意識の喚起といった観点から設定され、介護保険で手当する居宅サービスの範囲を設定しているものである。そのため、制度創設時に、必要な居宅サービスの利用例を用いて、それらのうち最も高い単位数を区分支給限度額として設定したものであり、介護保険制度を導入しているドイツ、フランスと比較しても、最も高い水準にある。 そうした中、区分支給限度額に対する居宅介護サービスの平均利用割合は、要介護状態区分ごとに異なるが、概ね4割から6割程度といった現状にあり、また、平成19年度介護給付費実態調査において、千単位ごとに受給額を区分して受給者数を推計しているが、この結果によると、区分支給限度基準額を含む単位数階級より上の階級に属する受給者は居宅サービス受給者の約1．6%、区分支給限度基準額を含む単位数階級に属する受給者は居宅サービス受給者の約3．4%となっている。また、区分支給限度額は、介護保険という社会保険制度にあって、過剰利用を防ぐ一方で、サービスを選択して受ける人と受けない人との公平・コスト意識の喚起といった観点から設定されたことを踏まえ、 ○　地域に着目した加算 ○　事業開始間もない事業所を支援する加算 ○　医療サービスに対する出来高評価 ○　看取りに対する加算 といった、利用者による選択及び利用者の状態に基づかずに算定される加算、算定がなされるか事前には予測不可能な加算について区分支給限度額管理の対象外としているところ、特定事業所加算についてはそのような加算に該当しないものである。 また、高額介護サービス費については、区分支給限度額が、上述のようにサービスを選択して受ける人と受けない人との公平・コスト意識の喚起といった観点から設定されたことを踏まえれば、区分支給限度額を超えた保険外の給付について、保険給付の一つである高額介護サービス費を支給することは適切でない。 なお、介護保険法第43条第3項に基づき、市町村は、国が決めた区分支給限度基準額にかかわらず、条例によって、区分支給限度基準額を超える額を当該市町村における区分支給限度額とすることは可能となっており、この制度を活用することで、区分支給限度額を超える利用者の負担を軽減することは可能であり、提案については、実質的に対応済みであると考える。	-	-	D	Ⅰ、Ⅲ	-	-	-		1022020	株式会社新生メディカル	岐阜県	厚生労働省
0920250	京都府において、がん患者に対し混合診療を認めること	健康保険法（大正１１年法律第７０号） 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和３２年厚生省令第１５号） 診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省令第５９号）	いわゆる混合診療については、一定のルールのもとで認められている。		一部例外を除いて禁止されている混合診療につき、京都府において、がん患者（悪性新生物を以下、がんと称す）が自由診療によるがん治療の受診を求めた場合に限定し、規制対象外とする。	国民の3人に1人が、がんで亡くなる今日、健康保険適用となる標準治療だけで、がんを克服するのは困難な場合が多く、保険適用の治療法がない「がん難民」が数多く存在します。他の主要な疾病と異なり、がんの死亡率は下がる傾向を見せず、治療の副作用による合併症に苦しまれる患者さんが続出しています。 行き場のないがん患者さんは必死に代替医療を探されます。 弊社では、京都に細胞培養センターを所有し、在京都の医療機関がこれを用いて、がん免疫細胞療法を実施しております。 自由診療である当該療法を望まれるがん患者さんにとって、混合診療規制は重大な障壁となります。 ①　標準治療による激しい合併症を発症しておられ、大病院での保険診療による合併症のケアと、自由診療である免疫細胞療法によるがん治療との二者択一を迫られてしまう。 ②　自由診療である免疫細胞療法を選択した場合、一般的な検査費用や入院費用まで全て自由診療となり高額の費用負担となる。 ③　免疫細胞療法と分子標的薬等の併用を望まれても、薬剤使用に健康保険を使えず、高額な費用負担となる。 患者さんの病状、治療歴、さらには経済的事情と言う別次元の要素も含めて、状況は千差万別であり、しかも状況に合わせた適宜治療を余儀なくされるため、治験を前提とする先進医療制度を適用するのは無理があります。 京都にはiPSの研究拠点もあり、新しい医療を実際の臨床に適用するには柔軟な制度運用も重要です。 細胞医療の世界的中心を目指す京都にて、既存療法と先端医療との最適な組み合わせを模索できる環境作りは、患者、医療現場、産業界いずれにとっても有益です。	C	Ⅰ	保険診療と保険外診療の併用については、 ① 患者に対して保険外の負担を求めることが一般化し、患者の負担が不当に拡大するおそれがあることや ② 安全性・有効性等が確認されていない医療の実施を助長するおそれがあることから適切ではなく、一定の適切なルールを設定し、その枠組みの下で実施することが重要であると考えている。 新規の医療技術に関しては、将来的な保険導入のための評価を行う目的で、安全性・有効性等が確認されたものについて、保険診療との併用を認めているところであり、このような制度を適切に活用して対応していくべきものと考えている。	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。	回答「①患者に対して保険外の負担を求めることが一般化し、患者の負担が不当に拡大するおそれがあること」について:　遠隔転移を伴う末期進行がんの5年生存率は主だった部位において2－3%と非常に低い。保険診療では「治らない」と言っていい状況にあります。「がん難民」があくまで生存を求め、保険診療外の治療を模索するのは現状すでに発生している事態であって、混合診療容認によって患者負担を低減することはあっても新たな負担増とはなりません。②免疫ががんを抑える科学的根拠は存在し、また患者本人の細胞を用いる免疫細胞療法の安全性が高いことは自明です。	C	Ⅰ	「患者負担の不当な拡大」と「安全性・有効性等が確認されていない医療の実施の助長」については、保険外診療と保険診療の併用を包括的に認めた場合に、一般的に生じる問題について述べたものである。 例えば、ご指摘の「がん免疫細胞療法」について、安全性・有効性等が確認されたものであれば、現行の先進医療に申請していただくことで十分に対応可能であると考えている。	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。	①先進医療制度は適用条件が画一的な治験を前提としており、現実の末期進行がん患者さんの治療状況に合わない。②適用となったとしても、対象となり得るがん患者はごく僅かに過ぎない。③そもそも日本の標準治療自体が免疫重視の世界標準から完全に遅れており、先進医療制度の考え方は新世代の治療法に対応できない。④保険適用、更に全てのがんに適用拡大されるまで何十年もかかる、今、亡くなっていく患者さんをどうするのか？⑤先進医療は既存の療法の適用拡大を想定したもので、全く新しい治療法を審査する体制になっていない。		1032010	リンパ球バンク株式会社、社団法人日本ニュービジネス協議会連合会	東京都	厚生労働省
0920260	医薬部外品の対象の拡大及び効能表示に係る規制の緩和	・薬事法第2条第2項及び第68条 ・薬事法第2条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の指定する医薬部外品（昭和36年厚生省告示第14号）	医薬部外品は、薬事法第2条第2項及び昭和36年厚生省告示第14号により定められており、薬事法第14条に基づき品目ごとにその製造販売についての承認を得なければならない。		人の身体の構造又は機能に影響を及ぼすことを目的とし、主に自己の健康の管理、疾病の予防等のために使用される、人体に対する作用が緩和な、いわゆるサプリメントについて、薬事法第2条第2項に定める「医薬部外品」に分類し、同条同項第3号に基づく厚生労働大臣の指定の対象とすることを求めるとともに、同法第68条の適用にあっては医薬品と同等の取扱とすることを求める。	いわゆるサプリメントは、人の身体の構造又は機能に影響を及ぼしうるものであり、その使用は日常的な健康管理において有効な方法である。しかし、薬事法に基づく分類が行われていないことから、科学的に効能等が証明されている良品から、全く科学的根拠のない粗悪品まで様々なものが無秩序に流通している。良品については薬事法を遵守して効能が記載されることはないが、粗悪品については、多くの場合において、誇大広告ともとらえうる宣伝が行われているようであり、それらが低価格であることとあいまって、宣伝を誤信して購入した使用者においては健康被害も発生している。昨今、医薬品、医薬部外品等の誤使用による健康被害を防止する目的で薬事法が改正され最近施行されたところであるが、その目的を達成するためには本提案が措置されることも必要である。 また、安心社会の実現の観点からは、地域の医療の再生・強化において日常的な健康管理は不可欠な要素であり、この点についてもサプリメントの適正な生産、流通・販売及び使用は極めて重要であって、そのための措置を薬事法において講じることが必要である。 併せて、サプリメントの生産、流通等の担い手の多くは地域の中小企業であるが、現行制度は、地域特性を生かし法令を遵守して真面目に事業活動を行う企業にとっては不利に作用し、結果として地域経済の停滞や地域における雇用の不安定化にもつながりうると考えられる。未来開拓戦略においては、地域医療強化、健康産業創出等を通じた健康長寿社会を実現するとともに、医療、健康サービスを新たな内需型産業として成長させることとされているが、本提案はそれに資するものと考えられる。	C	Ⅲ	○　医薬部外品としての範囲は、その物の使用目的及び人体に対する作用について、その成分、分量、効能、効果等を総合的に判断して決めるべきものであり、いわゆるサプリメントについては、医薬部外品として規制を行わなければならないような状況ではないと考える。	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。	○ 現に粗悪なサプリメントが市場に流通することによる健康被害は発生しており、これについて所管行政庁として何らの措置も講じないのは、医薬品のインターネット販売を健康被害の発生を理由に禁止したことを考えると、作為義務に反するもの。 ○ 独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ等においてはサプリメントによる健康被害の情報が外国政府が発信した情報を中心に多数掲載されているが、貴省としてサプリメントによる健康被害を問題と認識し、その実態の積極的に把握に努めようという認識はあるのか。 ○ また、一般的な注意喚起も掲載されているが、そうした情報提供のみで十分であると考えているのか。 （詳細は補足資料）	C	Ⅲ	○　食品について、健康被害が発生した場合等は、保健所等から報告を受け、連携を図りつつ、必要に応じ、製品名の公表や販売禁止等の措置を行っている。そのような情報については厚生労働省ホームページにおいて情報を提供しているほか、事業者に対して適正な製造に係る基本的考え方のガイドラインを作成する等、周知に努めている。 ○　一方で、医薬部外品としての範囲は、その物の使用目的及び人体に対する作用について、その成分、分量、効能、効果等を総合的に判断して決めるべきものであり、いわゆるサプリメントについては、医薬部外品として規制を行わなければならないような状況ではないと考える。 ○　なお、改正薬事法の基本的な考え方は、医薬品の販売に当たっては、購入者に対し、専門家が対面で情報提供を行って販売することにより、医薬品の安全・適切な選択使用を確保するというものであり、郵便等販売については、このことが確保される状況にはないため、専門家による販売時の情報提供が不要な第3類医薬品に限ることとしたものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	貴省ご回答においては、「医薬部外品としての範囲は、その物の使用目的及び人体に対する作用について、その成分、分量、効能、効果等を総合的に判断して決めるべき」とのことであるが、使用目的、人体に対する作用等が医薬部外品と酷似し、不適切な製造等による健康被害が現に発生している状況にあって、サプリメントが医薬部外品として規制されない明確な根拠は何か、教示されたい。また、健康被害について、情報提供や必要に応じた販売禁止等の措置によって対処しているとしているが、そうした発生後の個別の対処で十分であると考えているのか。		1034010	(株)三井物産戦略研究所	東京都	厚生労働省
0920270	慢性期医療拠点病院を設置	医療法第7条	病院を開設しようとするときは、都道府県知事の許可を受けなければならない。		急性期救急病院に介護士の配置（介護報酬）を認める。	目的: 大田区に慢性期医療拠点病院を設置し、要介護高齢者に発生した医療ニーズをトリアージし、適切な医療機関へ振り分けることにより、救急医療機関が本来の業務を滞りなく遂行出来る様にする。 提案理由: 都市部に於ける救急医療崩壊の原因の一つに、要介護高齢者の長期入院による病床回転率低下がある。これを解消するには、要介護高齢者の急性期・亜急性期・慢性期へと続く流れをスムースにする必要がある。 実施内容: 大田区内で在宅介護や特養・老健・有料老人ホーム・グループホーム等で介護を受けている要介護高齢者に医療ニーズが発生した場合、慢性期医療拠点病院に連絡を入れ、相談する。必要なら同病院に搬送し、初期診断と治療方針を立てる。同病院は、大田区内の一般救急病院や医療療養病床及び介護療養病床を持つ病院との間で、空床及び受け入れ可能か情報交換を行い、病態により急性期・亜急性期・慢性期に分けて、入院を要請する。さらに在宅療養支援診療所にも連絡をいれ、前記医療機関における治療が終了した後に、在宅ないしは介護施設においても治療が継続できるよう要請する。	D	-	「慢性期医療拠点病院」の設置について、御要望の内容が明確ではないが、医療法上、慢性期における医療提供の中核を担う病院を設置することは可能である。また、救急医療を担う病院に介護職員を配置することは可能である。なお、介護報酬は介護保険法上の指定を受けた事業所が提供する介護保険サービスに対して支払われるものである。	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。	医療法上、慢性期医療中核病院を設置すること、救急病院に介護職員を配置することが可能であったとしても、経営的に成り立つ報酬の裏付けがなければ、長期的には困難であり、参入もありえないのではないでしょうか。しかも、介護報酬は介護保険法上の指定がなければ支払われておりません。現行法の求めるものは、医療保険適用か介護保険適用かの選択であります。専ら急性期医療を担う病院に、介護保険指定事業所としての条件を求めれば、さらに採算を割り込む可能性が高くなり、その様な病院は現れないと考えられます。	D	-	御要望の慢性期医療拠点病院において行われるのは、医療ニーズが発生した場合の医療サービスの提供であると思われることから、このような医療サービスの提供に対して介護保険を適用することはできない。 急性期病院等も含め医療保険が適用となる医療機関において提供される医療については、それに付随して行われる介護職員等の看護補助者によるサービスも含めて、医療保険制度内において診療報酬上評価している。こうしたサービスについてさらに介護報酬において評価すると二重給付となり、保険料及び公金によって賄う保険制度上適切ではない。 なお、介護保険制度における指定は、利用者に提供される介護保険サービスについて、一定水準以上の質を担保するため行っている。	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。	「病院において行われるのは、医療ニーズが発生した場合の医療サービスの提供だから介護保険を適用できない」との回答をいただきました。例えば動ける認知症で、重症な見当識障害があり、且つ介護に抵抗や暴言暴力等BPSDが見られる要介護高齢者が急性期一般病院に入院した場合、排尿便の始末や食事介助、徘徊の監視等に多大な手間がかかったとしても、これらは全て医療ニーズであり、医療サービスとして提供すべきである、と承りました。すると介護ニーズは、合併症が全くない健康な高齢者、例えば要支援や要介護度の低い人が主な対象となりますが、そのような場合なら問題は生じません。		1035010	個人	東京都	厚生労働省
0920280	要介護高齢者に、医療保険と介護保険の併用を認める。	健康保険法（大正１１年法律第７０号） 診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省令第５９号）	要介護被保険者に対しては介護保険が優先されるが、一定の場合には医療保険との併用が認められている。		要介護高齢者に、医療保険と介護保険の併用を認める。	目的: 大田区内を医療介護特区に指定し、要介護高齢者に発生した医療介護ニーズに対し、医療保険と介護保険の併用を認める。 提案理由: 現行法では、要介護高齢者に医療介護ニーズが発生した場合、原則としてどちらか一方の保険のみが適用となる。しかし現実には、医療の中で介護が行われ、介護の中で医療が行われており、どの場面においてもサービスが不自由分との不満が聞かれる。しかも保険適用外のサービスに対する報酬は与えられないのが原則である。保険外サービスを利用者が求めても、提供するシステムがない。 実施内容: 特区内において医療保険と介護保険の併用を認め、それぞれ出来高払いとする。(一つ一つの介護サービスに対する個別評価が必要)これにより、利用者が必要とする医療介護を十分に提供した場合のサービスの必要量とコストが計算でき、費用対効果を考える資料となる。	D	Ⅰ	介護保険制度においては、日常的な医療ニーズへの対応についてもその給付に含まれており、要介護被保険者等に対しては、原則として介護保険給付が優先されることとなっている。しかし、介護保険給付では対応できないような医療ニーズに対しては医療保険給付を認めているところである。 このように、要介護高齢者については必要な範囲で医療保険と介護保険の併用が認められている。 なお、医療保険制度において、保険診療と保険外診療を併用することについては、 ① 患者に対して保険外の負担を求めることが一般化し、患者の負担が不当に拡大するおそれがあることや ② 安全性・有効性等が確認されていない医療の実施を助長するおそれがあることから適切ではなく、一定の適切なルールを設定し、その枠組みの下で実施することが重要であると考えている。	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。	介護保険制度では、介護保険給付では対応できない医療ニーズに対して、医療保険給付を認めているとのご回答ですが、無条件に認められているわけではなく、十分でないから問題が生じているのではないでしょうか。「必要な範囲で認められている」という点に対し疑問が生じております。例えば、介護療養型医療施設では薬代、検査代は包括されており、高額の薬剤を服用する難病やがん末期患者、又は、頻回の検査を必要とする重症患者の受け入れは、採算ベースを割り込む可能性が高いのが現状です。	D	Ⅰ	高齢者に対する医療保険と介護保険の連携・分担については、今後検討を行うべき重要なテーマの一つと考えている。しかしながら医療保険と介護保険を併用することを無条件に認めれば、公金の二重給付となり、公費の適正な配分を損なうおそれがあることから、慎重な対応を要する。 介護報酬は、施設・事業者の経営実態を踏まえた上で、医師の配置に要する費用や、利用者に対して行われる一般的な医療に要する費用を含め、介護サービスに要する平均的な費用を勘案し、適切に設定しているところである。 ご指摘の点については、 ① 介護療養型医療施設においても、がん患者に対する抗悪性腫瘍剤などは医療保険から給付されるほか ② 特別養護老人ホームにおいては、配置されている医師が日常的な医療ニーズに対応するが、緊急の場合や患者の疾病が配置医師の専門外の場合には往診が認められている など、日常的な医療ニーズを超える部分については、医療保険からの給付が認められており、必要な医療は適切に提供されているものと考えている。 また、医療保険のリハビリテーションについては、 ① 医師が医学的に改善が見込まれると判断した場合については、日数上限を超えても診療報酬を算定することができるようになっているほか ② 一日あたり制限日数を超えた分については、現在すでに保険診療との併用が認められている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「併給が公金の二重給付となり、公費の適正な配分を損なう」との指摘については、何か違法になるのでしょうか。 「介護報酬は医療に要する費用も含め、平均的費用を勘案し、適切に設定している」とあります。東京都の物価及び人件費は全国平均に対して20%以上高いといわれております。東京都在住の国家公務員は、全国一律給与に15%の特別地域加算が加えられていると聞き及びます。介護報酬の地域加算はそれに比べてかなり低いものです。都市部に関しては、介護報酬が適切であるとは思われません。		1035020	個人	東京都	厚生労働省
0920290	在宅療養支援システムの構築	医療法第15条の2、医師法第17条	病院や診療所の管理者は、人体から採取された検体の血液学的検査等を委託しようとするときは、必要な検査設備を備えた医療機関又は衛生検査所等に委託しなければならない。 医師でなければ、医業をなしてはならない。		一般救急病院で、診断なしに検査結果のみを提供することを認める。	目的: 在宅や施設で介護を受ける要介護高齢者が安心して看取りを受けられる在宅療養支援システムを構築する。 提案理由: 在宅や施設介護で介護を受けている高齢者が急変した場合、診断をつけ予後を判定し、治療方針を立てるには、救急車を要請して救急病院に搬送するしか手段がないのが現状である。しかしそれは、患者も介護者も救急医療担当者にとっても本意ではない。 実施内容: 要介護高齢者の急変時に、救急医療体制を利用する以前に簡易診断がつけられる体制を構築する。夜間等急変時に往診した医師が、検査のみを依頼できる検査センターを設置する。例として急性期対応の救急病院で、診断なしに検査結果のみを提供できるサービス体制を認める。処方すれば投薬も受けられるシステムにする。これにより、要介護者は在宅等で介護を受けながら診療も同時に受けられる。	D	―	御要望の内容が明確ではないが、医療法や医師法上、診療所等の管理者である医師が、患者を往診し、診察した上で、当該患者の血液等の被検査物を採取し、必要な検査設備を備えた医療機関や衛生検査所に採取した被検査物の検査を依頼することは可能である。	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。	在宅や介護施設入所者から採取した検体を、検査センターに運ぶことは現状でも行われています。しかし、レントゲン撮影やCT撮影を行うには、患者を検査機器のある所まで搬送する必要があり、なおかつ検査データのみを渡してくれる仕組みになっておりません。 現状では、救急車を要請し、2次救急病院を受診し、そこで初診を受け、検査が行われ、検査結果に対し診断を受け、治療方針が立てられています。もし、入院が必要となれば、ベッドを確保しなければならない為、入院ベッドの確保がなければ、最初から救急の受け入れを制限することになります。	D	－	御要望のレントゲン撮影やCT撮影等を医療機関が行い、その結果を他の医療機関に提供することについては、個人情報の保護に関する法律（平成一五年五月三十日法律第五十七号）等の規定に反しない限りにおいて、既に認められている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現在、レントゲン撮影やCT撮影等を他の医療機関に依頼して行う場合、かかりつけ医師が依頼先病院に予約し、指定された日に患者を依頼先病院に受診させ検査を受け、（その日に検査データと読影結果を渡される場合もあるが、）後日に結果が郵送されている。ここで想定しているのは、在宅又は介護施設入所者が夜間休日時間帯に急変した場合、往診医師または配置医師が求める緊急検査の依頼である。通常このような場合、患者は救急車を要請して依頼病院の救急外来を受診し、当直医師又は救急担当医師の判断で緊急検査が行われている。		1035030	個人	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	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920300	自家製混合生薬リキュール（薬酒）の素材（混合生薬）販売の緩和	薬事法	薬事法（昭和35年法律第145号）は、保健衛生の向上を図る観点から、人の疾病の診断、治療、予防に使用されることが目的とされている物等を医薬品として、その品質、有効性及び安全性を確保するために必要な規制を行うものであり、同法において定義されている医薬品に該当するか否かは、通常人の理解において、「人又は動物の疾病の診断、治療又は予防等に使用されることが目的とされている」と認められるか否かにより判断されるものである。		薬剤師および登録販売者は、医薬品生薬のうち、毒性・危険性の高いものや麻薬性・向精神神経性を有するものを除いた、比較的危険度の低い生薬類の中で、薬膳・薬用酒に多用される生薬を、薬膳・薬膳酒素材の準食品生薬として調合・販売できるようにする。	予防医学として、食育や薬膳・漢方が叫ばれる中、中国薬膳・薬膳酒（漢方保健薬酒）に利用される生薬類が、現在日本においては医薬品となっており、調合・調理に利用できません。この措置により、本来の薬膳・薬膳酒、漢方生薬・薬草の利用と啓蒙が進み、予防医学の一助となるとともに、山間地における生薬資源の開発や栽培の促進、併せて自然と健康をアピールする地域づくりに寄与できる。 なお、準食品生薬のリスト（案）は別表1を参照。	C	Ⅰ	○ 薬事法（昭和35年法律第145号）は、保健衛生の向上を図る観点から、人の疾病の診断、治療又は予防に使用されることが目的とされている物等を医薬品として、その品質、有効性及び安全性を確保するために必要な規制を行うものであり、医薬品に該当するか否かは、通常人の理解において、「人の疾病の診断、治療又は予防等に使用されることが目的とされている」と認められるか否かにより判断されるものである。 ○ ご要望について、個々の製品が医薬品に該当するものであるかどうかは個別に判断すべきものであるが、医薬品に該当する場合には、その物の品質、有効性及び安全性について評価を行い、医薬品として承認した上で、承認の範囲内で効能効果を表示した販売、授与等を認めているところであり、こうした規制は、医薬品による保健衛生上の危害の発生を防ぐために必要不可欠なものであると考える。	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。	・医療現場において、漢方は西洋医学を中心とした医師の指示で処方されている。しかも、限定された漢方処方が、病名に対応して患者に出される。漢方薬を化学薬品と同様に扱うのが現代の医学体系ならば、薬局製剤漢方処方だけを医薬品として登録すべきで、単独の生薬を医薬品として法律で縛るのは、薬膳や薬酒などの予防医学の範囲を著しく制限するものであり、国民の健康を守るためという詭弁で医師の権限を擁護する悪法である。一部の危険植物を除き、国家が制約すべきものではない。段階を踏む必要があるなら、薬剤師と登録販売者に調合販売の権限を与えるのが、代替医療・予防医療の進展に必要な第一歩でしょう。	C	Ⅰ	○ 薬事法（昭和35年法律第145号）は、保健衛生の向上を図る観点から、人の疾病の診断、治療又は予防に使用されることが目的とされている物等を医薬品として、その品質、有効性及び安全性を確保するために必要な規制を行うものであり、医薬品に該当するか否かは、通常人の理解において、「人の疾病の診断、治療又は予防等に使用されることが目的とされている」と認められるか否かについて、個々の製品の成分本質（原材料）、形状及びその物に表示された使用目的・効能効果・用法用量並びに販売方法、販売の際の演述等から、総合的に判断すべきものである。 ○ ご要望の生薬についても、医薬品としての使用実態のある成分や毒劇薬指定成分に相当する成分等の専ら医薬品として使用される成分を含有する場合や、疾病の診断、治療又は予防等人体への効果を期待する旨の標ぼうを行っている場合など、医薬品に該当すると判断される場合には、その物の品質、有効性及び安全性について評価を行い、医薬品として承認した上で、承認の範囲内で効能効果を表示した販売、授与等を認めているところであり、こうした規制は、医薬品による保健衛生上の危害の発生を防ぐために必要不可欠なものであると考える。	－	－		1 0 3 6 0 2 0	個人	群馬県	厚生労働省
0920310	療育を主な目的としたダウン症児の保育所への入所	児童福祉法第24条第1項、第39条 児童福祉法施行令第27条の1	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。		児童福祉法第39条第1項において、「保育所は、日日保護者の委託を受けて、保育に欠けるその乳児又は幼児を保育することを目的とする施設とする。」とあり、「保育に欠ける」という要件を満たさない子どもは保育所に入所することができない。この規制を部分的に撤廃し、「保育に欠ける」要件を満たさないダウン症児の保育所入所を認めていただきたい。	ダウン症児の障害の程度は個人差が大きいが、ダウン症児の特性から、健常児と一緒に集団生活を体験することが社会生活上の自立度を高めることになる。また、早期の健常児との生活体験は小学校における普通学級就学の可能性を高める。 茅ヶ崎市には、市立幼稚園・認定こども園ともになく、現状では両親どちらかが非就労のダウン症児は知的障害児通園施設しか行き先がない。ダウン症児は定期的な通院が必要な場合が多く、父母ともにフルタイムで就労し続けることは非常に難しい。保育所は元々保育に欠ける児童を保育する施設ではあるが、障害児にとっては生活の場、自立訓練の場としての二次的価値も高く、保育所での体験がそれからの人生において大きな意味を持つ。社会保障審議会少子化対策部会の会議資料、「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今後の検討課題等」中、「第1次報告を踏まえた今後の主な検討課題」の中に「保護者が非就労である障害児の取り扱い」が挙げられているが、本提案を認めることで試験的な先行事例として今後の議論にも有意義な材料を提供することができる。 なお、ダウン症児の保育所受け入れについて茅ヶ崎市役所と何回か交渉しているが、国の規制のため両親どちらかが非就労の場合は受け入れができないと断られている。 「保育に欠ける」要件を部分的に撤廃することで保育所入所対象者は特区認定区域で微増するが、社会生活上の自立度が高まりその後必要となる障害サービス量が減少し、全体としての社会負担は減少することが予想される。	C	Ⅰ	現在、社会保障審議会少子化対策特別部会において、次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に係る検討を行っており、本年2月に議論の中間的なとりまとめとして、「第1次報告」が示されたところ。 少子化対策特別部会においては、「保育に欠ける」要件の検討課題の一つとして、障害児の保育所入所についても現在議論されており、この「第1次報告」においては、「保護者が非就労である障害児については、障害者施策との関係も含め、さらに検討する。」こととされているところ。 今後、この「第1次報告」に基づき、さらに詳細な検討を進めることとしており、当該議論を踏まえて、必要な制度改正等を行ってまいりたい。	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。	構造改革特区基本方針では、全国一律の規制からの転換を図り地域が自発性を持って特例措置を活用することで活性化を促進するとあるが、すでに社会保障審議会で議論中の事項については構造改革特区の対象にならないという姿勢であると理解してよろしいか。また、障害児の保育所受入れについては、現状では両親がともに就労しているなど現行法解釈上の「保育に欠ける要件」を満たす事例しか存在しないため、パイロット事業として本提案を認めていただくことに意義があると考えるが、本提案が認められず、社会保障審議会での議論を待たないと保育に欠ける要件の一切の緩和が認められないとするのであればその合理的な理由をお示しいただきたい。	C	Ⅰ	現在、社会保障審議会少子化対策特別部会において、次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に係る検討を行っているところ。 本年2月にとりまとめられた同部会の「第1次報告」においては、障害児の保育所入所について、「保護者が非就労である障害児については、障害者施策との関係も含め、さらに検討する。」こととされているところ。 今後、この「第1次報告」に基づき、全国的な制度としての詳細設計段階において、現場の実状や保育関係者のご意見も踏まえ、さらに検討を進めていくこととしており、検討中の段階でご指摘のような特区制度による先行した取り組みの実施を行うことは適切でない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の回答は当初の回答の順序を入れ替えただけで、審議会で検討中の事項が特区で認められない具体的な理由が一切示されていない。審議会の結論が出る時期も明らかでない中で、全国一律の新しい規制を検討中なので認められないというのは特区基本方針の基本理念にも「特区は、地方公共団体が自発的な立案に基づき責任を持って実施し、国はそれを事後的に評価する制度であることを十分踏まえ、地方公共団体や民間等からの提案を少なくとも特区において実現するためにはどうすればいいかという方向で検討する」という文言とも反する。このような回答は特区制度そのものを否定するものと考える。提案が認められない理由を明確にお示しいただきたい。		1 0 3 8 0 1 0	トムボーイ（茅ヶ崎市内のダウン症児の親の会）	神奈川県	厚生労働省
0920320	介護サービス事業所の人員基準の緩和による介護ボランティアの活用	介護保険法第74条第1項、第78条の4第1項、第88条第1項、第97条第2項、第110条第1項、第115条の4第1項、第115条の13第1項　等	介護保健施設や居宅サービス等において必要な人員基準上の人員として位置づけられる者は、当該施設・事業所の「従業者」であることとされている。		介護保険制度の求める一定水準以上のサービス提供が確保できると認められる場合には、人員基準上の介護職員に代わり介護ボランティアを活用できるよう人員基準を緩和する。 介護職員（生活支援業務に従事する非常勤職員を想定）の常勤換算で2人分を、介護ボランティア（常勤換算3人）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、介護ボランティアの導入状況に応じた介護報酬の割引を行うことで、介護給付費の抑制を図るとともに、介護ボランティアのマンパワーの活用により介護職員の処遇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介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む） ②介護職員（生活支援業務を担う非常勤職員）2人に代わり、介護ボランティアが常勤換算で3人配置することによって、当該人件費の削減分を、他の職員の処遇向上やケアの質の向上対策に充当し、効率的な経営やケアの質の向上につなげる。 【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、一定の介護研修を義務付け、事業者の指示に従うよう誓約を求める（当然ながら、介護ボランティアの自由意志に基づくもの） ・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 ・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 ・定期的にサービスの質について確認を行う	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。 ○これらの介護保険施設や居宅サービス事業所等（以下「施設等」という）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、施設等においては、従業者が使用者（管理者等）の指揮命令下で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することが必要であると考えている。 ○ご提案のボランティアについては、あくまでも自発性に基づく活動に携わるものであり、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。	－	－	C	Ⅰ	－	－	－		1 0 4 5 0 1 0	愛媛県	愛媛県	厚生労働省
0920330	救急救命士による血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条	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。 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。		意識障害を呈している傷病者へ、直接メディカルコントロール下において救急救命士による簡易血糖測定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3万人から700万人程度にまで増加し、さらに境界型（糖尿病予備軍）を含めると2000万人に及ぶとも言われます。この糖尿病患者数の増加と相まって、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重要となります。この鑑別には血糖測定が有効ですが、現在の救急救命士法では簡易血糖測定器による血糖測定を実施することはできません。そのため、強く低血糖発作が疑われる患者であっても、救急隊は脳血管障害にも対応可能な3次医療施設への搬送を余儀なくされます。簡易血糖測定器の取扱いは容易であり、患者本人だけでなく医学知識の全くない患者家族でさえも外来での短時間の練習で施行可能です。ある程度の医学知識を備えた救急救命士が施行することに何ら支障はないと考えます。さらに血糖測定は低血糖発作の鑑別だけでなく、適正な医療機関の選択にも大変有効です。また、低血糖発作症例に対しては静脈路確保を行い、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では、救急救命士に糖尿病の病態生理・低血糖症状の鑑別方法・血糖測定器の使用実習・ブドウ糖液の使用方法など独自のカリキュラムを組み、救急救命士の医学知識と医療技術を担保し、MCにて認定を行った上での施行を考えております。 今後も増加が予想される低血糖発作患者への救急救命士の血糖測定と低血糖時のブドウ糖溶液の投与を、医師の直接の指示下である直接メディカルコントロール下に認めていただきたいと思います。	C	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところである。	右の提案主体からの意見にもあるように、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における具体的な検討スケジュールや検討内容等について明らかにされたい。 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。	本提案は、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討中ということですが、今後の検討スケジュール、実現の予定時期など、検討内容について早急にご回答いただければと思います。また、本提案については、現場で活躍する救命士からの意見でもあり、今現在も活動に苦慮している救命士の存在、更には本提案が受け入れられないことで、国民が被る多大な不利益があることにもご考慮いただければと思います。今回のこの提案に関する誠意ある回答を求めます。全国展開の足がかりとして、メディカルコントロール体制の整備された本協議会から特区として実現させるべきと考えます。	C	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところであり、厚生労働科学研究班による医学的有効性、安全性等に関する検証の結果がまとまった後、その結果を踏まえ、議論を進めることとしている。 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馴染まないものと考える。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本提案に関して有効性、安全性等を検証中とのことですが、その検証内容、検証方法、検証後の方向性等、提示いただくことを希望します。また、本提案が「特区において実験的に事例を蓄積」となることに神経質になられているようですが、本提案の実現には成熟したメディカルコントロール体制の存在が絶対条件となります。しかし、現実はMC体制の地域格差は非常に大きく、貴省のお考えの「全国足並みをそろえて」開始をすることは到底無理であることは明白です。そこで体制が充実している当MCで特区として先駆的に開始し、その結果を以って全国のMC体制の充実にも寄与できるものと考えます。決して「実験的」では無い事をご理解下さい。		1 0 5 2 0 1 0	印旛地域救急業務メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920340	救急救命士による重症喘息患者に対する吸入β刺激薬使用	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条	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。 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。		喘息治療中患者の重症発作時に、直接メディカルコントロール下において、処方されている吸入β刺激薬を救急救命士が使用し、病院前における喘息死を防ぐことに寄与する。	本邦における気管支喘息での年間死亡数は、平成17年の人口動態統計によると3198人（男性：1565人、女性1633人）となっています。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、喘息死に遭遇することは稀ではありません。 現在、救急救命士が重症化した気管支喘息の傷病者に対して行うことの出来る応急処置は、酸素投与のみとなっております。重症喘息発作時には、救急搬送の振動や騒音のストレス、冬の冷たい外気などで患者は容易に心肺機能停止状態に陥ってしまいます。 そこで、患者本人に処方されている吸入β刺激薬の本人使用を救急救命士が代行することを提案いたします。 現在、傷病者本人、または保護者のみが吸入β刺激薬を使用できるようになっておりますが、救急救命士には使用できないのが現状です。救急現場に患者本人のみで重症喘息発作時には、患者本人が自力で吸入を行うだけの体力や思考能力はもはや期待出来ない状態です。さらに喘息死の約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。 当MCでは、救急救命士に気管支喘息の病態生理・重症喘息発作の鑑別方法・β刺激薬の作用と副作用・吸入器の使用方法など独自のカリキュラムを組み、救急救命士の医学知識と医療技術を担保し、MCにて認定を行った上での施行を考えております。 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と、医師の直接の指示下である直接メディカルコントロール下であ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	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところである。	右の提案主体からの意見にもあるように、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における具体的な検討スケジュールや検討内容等について明らかにされたい。 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。	本提案は、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討中ということですが、今後の検討スケジュール、実現の予定時期など、検討内容について早急にご回答いただければと思います。また、本提案については、現場で活躍する救命士からの意見でもあり、今現在も活動に苦慮している救命士の存在、更には本提案が受け入れられないことで、国民が被る多大な不利益があることにもご考慮いただければと思います。今回のこの提案に関する誠意ある回答を求めます。全国展開の足がかりとして、メディカルコントロール体制の整備された本協議会から特区として実現させるべきと考えます。	C	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところであり、厚生労働科学研究班による医学的有効性、安全性等に関する検証の結果がまとまった後、その結果を踏まえ、議論を進めることとしている。 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馴染まないものと考える。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本提案に関して有効性、安全性等を検証中とのことですが、その検証内容、検証方法、検証後の方向性等、提示いただくことを希望します。また、本提案が「特区において実験的に事例を蓄積」となることに神経質になられているようですが、本提案の実現には成熟したメディカルコントロール体制の存在が絶対条件となります。しかし、現実はMC体制の地域格差は非常に大きく、貴省のお考えの「全国足並みをそろえて」開始をすることは到底無理であることは明白です。そこで体制が充実している当MCで特区として先駆的に開始し、その結果を以って全国のMC体制の充実にも寄与できるものと考えます。決して「実験的」では無い事をご理解下さい。		1 0 5 2 0 2 0	印旛地域救急業務メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920350	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	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。 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。		出血性ショックや、明らかな脱水等を呈している傷病者に対し、直接メディカルコントロール下において救急救命士による静脈路確保、輸液処置により、防ぎ得た死亡の削減に寄与する。	現在の救急救命士法では、省令により心肺機能停止状態の患者に対して医師の指示のもとに定められた医療行為（特定行為）が許されておりますが、交通事故等の外傷傷病者や熱中症者、消化管出血等の出血性ショックの傷病者に対して心肺機能停止前に静脈路確保と輸液を実施することは出来ません。つまり現状では、救急救命士は目前で血圧が低下し、生命徴候が失われてゆく傷病者を見守るしかなく、心停止を待ってようやく輸液が施行可能となる状況です。これは、防ぎ得た死亡（Preventable Death）以外のなにものでもありません。 実際、ドクターヘリで出動し現場で輸液のみの医療行為を施行した28例の検討では、現場の平均血圧68.3±17.4mmHgが病着時には99.5±29.3mmHgへ回復しており、統計学的に有意差を持って循環動態の改善に輸液の効果が実証されました。さらに現場で循環動態が不安定であった32例の検討では、現場でその全例に輸液を行い、さらに9例に気管挿管と5例に胸腔穿刺を施行することで、予測生存率が現場の0.56±0.38から病着時には0.65±0.38に改善し、輸液の効果は予後にも影響することが示唆されました。 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。 傷病者が出血性ショックの状態から心停止に陥る前に、救急救命士により静脈路確保が実施されれば、防ぎ得た死亡（Preventable Death）の削減に大きく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、さらに実際の現場で施行する際は医師の直接の指示下である直接メディカルコントロールとした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところである。	右の提案主体からの意見にもあるように、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における具体的な検討スケジュールや検討内容等について明らかにされたい。 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。	本提案は、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討中ということですが、今後の検討スケジュール、実現の予定時期など、検討内容について早急にご回答いただければと思います。また、本提案については、現場で活躍する救命士からの意見でもあり、今現在も活動に苦慮している救命士の存在、更には本提案が受け入れられないことで、国民が被る多大な不利益があることにもご考慮いただければと思います。今回のこの提案に関する誠意ある回答を求めます。全国展開の足がかりとして、メディカルコントロール体制の整備された本協議会から特区として実現させるべきと考えます。	C	Ⅲ	御提案については、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において検討を行っているところであり、厚生労働科学研究班による医学的有効性、安全性等に関する検証の結果がまとまった後、その結果を踏まえ、議論を進めることとしている。 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馴染まないものと考える。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	本提案に関して有効性、安全性等を検証中とのことですが、その検証内容、検証方法、検証後の方向性等、提示いただくことを希望します。また、本提案が「特区において実験的に事例を蓄積」となることに神経質になられているようですが、本提案の実現には成熟したメディカルコントロール体制の存在が絶対条件となります。しかし、現実はMC体制の地域格差は非常に大きく、貴省のお考えの「全国足並みをそろえて」開始をすることは到底無理であることは明白です。そこで体制が充実している当MCで特区として先駆的に開始し、その結果を以って全国のMC体制の充実にも寄与できるものと考えます。決して「実験的」では無い事をご理解下さい。		1 0 5 2 0 3 0	印旛地域救急業務メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920360	新医薬品の製造販売承認後に係るGMP調査（医薬品等の製造所における製造管理及び品質管理の方法に関する基準適合調査）の実施主体の拡大	薬事法 薬事法施行令	薬事法第14条6項に規定するGMP適合性調査について、薬事法14条の4の新医薬品に該当する場合は、施行令80条2項7号により、総合機構が実施している。		厚生労働大臣が独立行政法人医薬品医療機器総合機構に行わせているGMP調査のうち、新医薬品（生物学的製剤等を除く。）の製造販売承認後に行うもので、大阪府内の製造所に係るものは、大阪府が実施できるよう措置する。	厚生労働大臣が独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「総合機構」という。）に行わせている新医薬品（生物学的製剤等を除く。以下同じ。）に係るGMP調査について、第14次提案により、大阪府が実施できるよう措置を求めたところである。これに対し、厚生労働省からは、製造販売の承認時、承認後にかかわらず、新医薬品のGMP調査は、総合機構において行うことが適当であるとの回答をいただいたところである。 しかしながら、新医薬品の製造販売の承認後、5年を経過するごとに行われるGMP調査（以下「GMP定期調査」という。）は、承認時に審査と一体的に行われるものとは異なり、再審査とは独立して行われており、品質の確保に特化したものである。また、仮に承認後に重篤な副作用等が発現したとしても、副作用等の安全性情報は、GVP省令（医薬品等の製造販売後安全管理の基準に関する省令）により製造販売業者に作成が義務付けられている「安全管理情報の収集に関する手順書」で確認することが可能である。 一方、現状制度の弊害として、新医薬品の製造販売の承認後、当該医薬品を輸出する場合に、製造販売業者は、上記の総合機構によるGMP定期調査とは別に、大阪府知事によるGMP調査を受ける必要があるが、このような調査手続及び調査内容が全く同一の二重の調査は、製造販売業者に大きな負担となっていることが挙げられる。 このため、新医薬品に係るGMP調査のうち、今回はGMP定期調査に限定し、改めて大阪府知事が実施できるよう措置することを提案するものである。	C	Ⅱ	○新医薬品は、その新規性のため、既存の医薬品にはない新たなリスクを伴うおそれがあり、この観点から、平成14年改正薬事法（平成17年施行部分）においてその製造管理及び品質管理に係る調査主体を従来の都道府県から総合機構に移管するとともに、GMP適合を新たに承認の要件と位置付け、承認前から再審査結果通知までの期間におけるGMP調査実施主体を総合機構と規定したものである。 ○ 新医薬品については、新規の化合物を、安定的に一定の品質を確保して製造するために、新たな製造管理・品質管理の方法を設定するものであるため、承認後の実生産段階においても、承認審査を行った総合機構がGMPへの適合状況を確認することが必要であり、現在の枠組みを維持する必要があると考える。	平成17年から施行された改正薬事法において、新医薬品のGMP定期調査の実施主体が都道府県から独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ移管されたが、改正法施行後の初回の新医薬品に関するGMP定期調査により一定の実績データが得られた段階で、輸入医薬品や高度な専門性が要求される生物学的製剤等、GMP調査の実施主体となる多くの品目を抱えている機構の状況も踏まえ、人的能力の選択・集中化という観点から、新医薬品に関するGMP定期調査を都道府県へ権限委譲することについて検討・判断していくべきではないか。 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。	新医薬品の承認時におけるGMP調査は、治験薬と市販後製品の同等性を保証することにより、実生産段階のGMP適合状況を確認するものである。また、当該承認後のGMP定期調査は、新医薬品であっても、その承認時のGMP適合状況が実生産段階においても継続して確保されていることを確認するものであり、大阪府が現在実施している後発医薬品や輸出用医薬品に係るGMP調査と異なるものではない。したがって、新医薬品の製造販売承認後におけるGMP定期調査の主体は、承認審査主体と同一である必要はなく、大阪府が実施することが可能である。	C	Ⅱ	○ 新医薬品の販売開始後には、承認前の治験時に比べてその使用患者数が急激に増加し、使用患者の状況も治験時に比べて多様化することから、承認前には判明していなかった重篤な副作用等が発現する可能性がある。 ○ そのため、平成14年改正薬事法（平成17年施行）において、新医薬品については、承認時に品質、有効性・安全性評価を行った総合機構が引き続き、承認後の実生産段階における当該医薬品のGMP適合状況についても、調査を行うこととしたところである。 ○ 平成17年の制度施行から5年を経過しておらず、承認後の実生産段階におけるGMP定期調査が一巡していない現時点においては、その妥当性を評価するには早計にすぎる。まずは、各自治体の意見も踏まえつつ、評価を行っていくことが適切であると考える。	平成17年に施行された改正薬事法に基づき機構が実施する新医薬品の承認後のGMP調査については、輸入医薬品や高度な専門性が要求される生物学的製剤等、GMP調査の実施主体となる多くの品目を抱えている機構の状況も踏まえ、人的能力の選択・集中化という観点から、改正法の施行から5年経過し、当該新医薬品の承認後の実生産段階における実績データが得られた段階で、各自治体の意見も踏まえつつ、速やかに評価を行い、都道府県へ権限委譲することについて検討・判断していくべきではないか。 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。	現状の新医薬品に係る承認後のGMP調査の実施主体について、お示しのように、各自治体の意見も踏まえつつ、その妥当性の評価を速やかに実施いただき、そのあり方についてご検討願いたい。		1 0 5 8 0 1 0	大阪府 大阪バイオ戦略推進会議 大阪医薬品協会	大阪府	厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920370	・NPO法人が整備する「有料老人ホーム」、「適合高齢者専用賃貸住宅」の高齢者／身障者対応賃貸住宅に対する認定等の緩和。	独立行政法人福祉医療機構法第12条第1項 独立行政法人福祉医療機構法施行令第1条、第2条	独立行政法人福祉医療機構施行令第1条及び第2条において、機構が行う福祉貸付の対象は、社会福祉事業施設の設置者等としている。		・NPO法人による高齢者／身障者対応賃貸住宅整備において、介護士・看護士・ヘルパーの基準を「セーフティーネットワーク」によって補完することで、事業の効率化を図り、生活保護者でも利用可能なサービスを提供する為、施設整備融資を独立行政法人・福祉医療機構からの融資＆金利を活用できるように緩和。	【提案理由】 ・NPO法人が「特別養護老人ホーム」、「有料老人ホーム」に入所できない高齢者／身障者の受け皿として、「医療サービス」、「看護・介護サービス」、「処方薬サービス」、「食事サービス」をサポートし、生活保護者認定受給者も利用可能な賃貸住宅の整備と周辺事業への雇用による自立支援を図る。また、2011年度の介護療養病床の廃止に伴い、現在入院中の高齢者（全国で8万人）の受皿も一部担う。 ・NPO法人によるホームの整備＆運営によって、市町村の財政負担を軽減する。 ・介護職員育成を図る。 【措置】 ・「医療、看護、介護、処方薬等のセーフティーネットワーク」という外部組織を構築することで、介護士・看護士・ヘルパー等の認定基準の代替措置とする。これによって、事業の効率化を図る。	C	Ⅱ	独立行政法人福祉医療機構が行う福祉貸付事業については、「独立行政法人整理合理化計画」（平成19年12月24日閣議決定）においても「貸付対象の重点化」等を図るとされているところ。御指摘の「高齢者／身障者対応賃貸住宅」が高齢者や身体障害者の入居を拒まない賃貸住宅ということであれば、必ずしも福祉施設とはいえず、福祉施設とはいえないものに対してまで、機構の融資対象とすることは民業圧迫となるおそれもあるため困難である。	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。	・高齢者と身障者のみを対象とした賃貸住宅です。但し、「有料老人ホームや高専賃」といった基準に準拠したものではありません。 ・目的：本来は「特養や老健などの保険施設」へ入所したいが、「空きが無い。予約しても200～300待ちで順番が廻ってこない。料金が高い。」等の理由で介護難民となっている方々へ 「低額賃料＆健康管理＆医療・介護サポート」を手助けするには、少し狭くとも生活に支障ない居室（高齢者＝11㎡、身障者＝18㎡）で料金を安くし、これを必要とする方々へ提供します。また、許認可の必要な施設では原則65歳以上ですが、それよりも若い要介護者もおり、本施設で受入れます。	C	Ⅱ	御提案の賃貸住宅の詳細は承知していないが、「高齢者と身障者のみを対象とした賃貸住宅」は必ずしも福祉施設とはいえず、前回お答えしたとおり、福祉施設とはいえないものに対してまで、機構の融資対象とすることは民業圧迫となるおそれもあるため困難である。 なお、老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護等を行うなど、老人福祉法第29条に規定する有料老人ホームに該当する場合は、施設の名称等を都道府県知事に事前に届け出なければならない。	－	－	地域活性化モデル事業	1059030	㈱ドゥプラコン	高知県	厚生労働省
0920380	薬草利用の規制緩和	・薬事法第2条第2項 ・薬事法第2条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の指定する医薬部外品（昭和36年厚生省告示第14号） ・平成10年3月24日医薬発第293号厚生労働省医薬局長通知「浴用剤製造（輸入）承認基準」	薬事法（昭和35年法律第145号）は、保健衛生の向上を図る観点から、人の疾病の診断、治療、予防に使用されることが目的とされている物等を医薬品として、その品質、有効性及び安全性を確保するために必要な規制を行うものであり、同法において定義されている医薬品に該当するか否かは、通常人の理解において、「人又は動物の疾病の診断、治療又は予防等に使用されることが目的とされている」と認められるか否かにより判断されるものである。 医薬品・医薬部外品の製造販売については、厚生労働大臣の承認が必要であるが、厚生労働省において「浴用剤製造（輸入）承認基準（平成10年3月24日医薬発第293号厚生労働省医薬局長通知）が定められ、かつその基準によって画一的な審査を行うことができるとされている。		【薬草利用の利用及び販売を、一定の地域圏については規制の対象外とする】 ①伝統的に使用されている伊吹百草を選定し、薬事法で規制されている伊吹百草を利用販売できるように規制の緩和をする。 ②伝統的に使用されている風呂用の伊吹百草を選定し、国が定める浴用剤承認基準範囲に認められるよう規制の緩和をする。 ③伝統的に使用されている飲用（お茶）としての伊吹百草を選定し、効能効果を標ぼうできる特例を出し、伝統的な配合にて利用販売できるようにする。	伊吹百草における利用制限の緩和を図ることにより、岐阜県選定「じまんの原石」でもある≪薬草≫のブランド力を高め、地域の活性化、伝統文化の保存、地域福祉の発展を目指す。 【対象地域】揖斐川町春日地区 【地域の背景】薬草の宝庫として知られる伊吹山麓に位置する岐阜県揖斐川町春日地区においては古くから「薬草」を用いた文化と歴史が今も色濃く残っている。昔から地区住民の生活になくてはならないものであり、生活を助ける換金作物でもあった。しかし、薬事法という規制の結果、医薬品、医薬部外品とされる薬草の換金が出来なくなり、地区住民の生活スタイルを大きく変化させてしまっている。加えて、山間地の抱える問題でもある過疎化に、この問題が大きく影響している結果、住民の流出が止まらない現状にある。 【問題点】伊吹百草利用の歴史はおよそ1,000年以上あり、地元住民はお茶や入浴剤として利用しているが、一部の薬草が医薬品指定されていることや、入浴剤原料として国が定めた承認基準に示されていないことから、当地区伝統の配合による入浴剤として市場出荷できない現状にある。薬草利用（お茶・入浴剤）で人体に及ぼす影響（効果・副作用など）については、科学的なデータを持ち合わせないが、過去の歴史と現在の利用実態が安全性を実証している。	（①～③） C	①Ⅰ ②Ⅳ ③Ⅰ	（①、③について） ○ 薬事法（昭和35年法律第145号）は、保健衛生の向上を図る観点から、人の疾病の診断、治療又は予防に使用されることが目的とされている物等を医薬品等として、その品質、有効性及び安全性を確保するために必要な規制を行うものであり、医薬品等に該当するか否かは、通常人の理解において、「人の疾病の診断、治療又は予防等に使用されることが目的とされている」と認められるか否か等により判断されるものである。 ○ ご要望については、個々の製品が医薬品等に該当するものであるかどうか、個別に判断すべきものであるが、医薬品等に該当する場合には、その物の品質、有効性及び安全性について評価を行い、医薬品等として承認した上で、承認の範囲内で効能効果を表示した販売、授与等を認めているところであり、こうした規制は、医薬品等による保健衛生上の危害の発生を防ぐために必要不可欠なものであると考える。 （②について） ○ 医薬部外品については、薬事法第14条において、品質・性状が適切であり、有効かつ安全な医薬部外品であることとされているため、人体に影響を及ぼすような科学的なデータを持ち合わせていない「風呂用の伊吹薬草」について、ご提案のような規制緩和を図ることは困難であると考える。	－	－	（①～③） C	①Ⅰ ②Ⅳ ③Ⅰ	－	－	－		1061010	山菜の里いび	岐阜県	厚生労働省
0920390	認可保育所における給食調理室の設備基準にかかる規制の緩和	児童福祉施設最低基準第11条、第32条第1項、第5項	児童福祉施設において、入所している者に食事を提供する時は、当該児童福祉施設内で調理する方法（当該児童福祉施設の調理室を兼ねている他の社会福祉施設の調理室において調理する方法を含む。）により行わなければならない。 また、保育所には調理室の設置が必要。	920 公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業	私立認可保育所においても、3歳以上の入所児童について、施設外で調理し搬入する食事の提供方法を認めるとともに、調理設備に関する基準を緩和すること（認定こども園と同様の特例。又は、公立保育所のみに認められている特区の特例措置920の対象を、3歳以上の児童に限り、私立認可保育 所にも広げること。）を提案する。	認定こども園（保育所型を除く。）では、公立・私立を問わず、3歳以上の入所児童について、施設外で調理し搬入する食事の提供方法が認められるとともに、調理設備に関する基準が緩和されている。 また、「公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業」（特区の特例措置920）を活用する公立保育所では、入所児童の年齢にかかわらず、施設外で調理し搬入する食事の提供方法が認められるとともに、調理設備に関する基準が緩和されている。 一方、私立認可保育所では、施設外で調理し搬入する食事の提供方法が認められず、全ての入所児童に対して食事を提供するための設備が必要であることとされている。 こうした状況を踏まえ、今後の待機児童解消のための新規事業者の参入や保育所経営の合理化に資するべく、私立認可保育所においても、3歳以上の入所児童について、施設外で調理し搬入する食事の提供方法を認めるとともに、調理設備に関する基準を緩和すること（認定こども園と同様の特例。又は、公立保育所のみに認められている特区の特例措置920の対象を、3歳以上の児童に限り、私立認可保育所にも広げること）を提案する。	C	Ⅲ	保育所における給食は、体や心が十分に成長していない乳幼児に対して提供されるものであることから、給食の外部搬入については、発達段階に応じた給食の提供、アレルギー児への対応、体調不良児への対応、食育の実施などといった課題をしっかりと整理した上で、これらの課題にしっかりと対応できるようにすることが必要である。 このような考えのもと、給食の外部搬入については、公立保育所につき特区の中で検証等を行っているが、現在においても外部搬入に係る弊害等も指摘されており、そこで、本年2月の構造改革特別区域推進本部において、今後、「地方自治体や栄養・保健衛生の専門家に対するヒアリング等を行い、保育所の質の確保及び資源の有効利用の観点から、保育所における給食提供にあたっての留意点、本特例措置を全国展開して外部搬入方式により給食を行う場合の改善方法や留意点等の検討を行うこと」とし、その結果も踏まえ、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされているところ。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点からすると、外部搬入について弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めるのは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。	公立保育所における給食の外部搬入については、現在、全国展開に当たっての調査を行っているところであり、この結果を踏まえ、全国展開に向けて、懸念される弊害を除去するための方策についての検討を進め、平成21年度に評価を行うこととされている。 そのため、「まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討していく」とのことであるが、保育所の役割については、公立、私立とも違いはなく、当該検討を踏まえて得られた結論・評価に従い、私立保育所についても給食の外部搬入の必要性・是非について、検討・判断すべきと考えるが、如何。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	公立保育所において外部搬入に係る弊害等も指摘されているとのことであるが、それは具体的にはどのような弊害であるのか。また、同じ3歳以上児の取扱いにもかかわらず、認定こども園においては基準の緩和が認められていることの具体的根拠はあるか。	C	Ⅲ	現在、構造改革特区において実施している「公立保育所における給食の外部搬入容認事業」については、公立に係る要望がとりわけ多かったことを踏まえ、まずは公立に限定して特例措置を講じることとしたものである。 この特例措置について平成20年に実施した弊害調査において、体調不良児への対応等について、自園調理を行っている保育所の方が、きめ細やかな対応を行っているとの現場の認識が多かった。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点から、外部搬入についてこのような弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めることは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。 認定こども園については、幼稚園等の既存の施設が可能な限り転換しやすくする必要があることから、一定の条件の下で外部搬入を認めている。	特例措置920による給食の外部搬入については、全国展開に向けて、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされていることを踏まえ、保育所の役割等が公立、私立とも違いがないことを考えれば、私立保育所についても、当該評価・結論を踏まえ、給食外部搬入方式の導入について、併せて検討すべきではないか。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	－		2003010	松山市	愛媛県	厚生労働省
0920400	民間立保育所における給食の外部搬入	児童福祉施設最低基準第11条、第32条第1項、第5項	児童福祉施設において、入所している者に食事を提供する時は、当該児童福祉施設内で調理する方法（当該児童福祉施設の調理室を兼ねている他の社会福祉施設の調理室において調理する方法を含む。）により行わなければならない。 また、保育所には調理室の設置が必要。	920 公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業	特区による公立保育所の給食の外部搬入実施地域において、市町が運営の合理化を図るために、民間立保育所での給食の外部搬入を実施する場合のみ、特区として認可する。	公立保育所については、厚生労働省関係構造改革特別区域法第二条第三項に規定する省令の特例に関する措置及びその適用を受ける特定事業を定める省令及び平成20年4月1日付け児発第0401002号の構造改革特別区域における「公立保育所における給食の外部搬入方式の容認事業」についての通知で特区により給食の外部搬入が認められることとなった。 一方、郡部においては、児童数、施設数も少なく、運営の合理化を図るため、学校施設などと一緒に、公立保育所、民間立保育所を一体的に運営することを余儀なくされている。 給食事業も、公立保育所は特区として給食の外部搬入が認められたことにより、学校施設と一体的に運用することが可能となったが、民間立保育所については、同一市町内でありながら、他の学校施設と同一の取り扱いができず、運営の効率化が進んでいないため。	C	Ⅲ	保育所における給食は、体や心が十分に成長していない乳幼児に対して提供されるものであることから、給食の外部搬入については、発達段階に応じた給食の提供、アレルギー児への対応、体調不良児への対応、食育の実施などといった課題をしっかりと整理した上で、これらの課題にしっかりと対応できるようにすることが必要である。 このような考えのもと、給食の外部搬入については、公立保育所につき特区の中で検証等を行っているが、現在においても外部搬入に係る弊害等も指摘されており、そこで、本年2月の構造改革特別区域推進本部において、今後、「地方自治体や栄養・保健衛生の専門家に対するヒアリング等を行い、保育所の質の確保及び資源の有効利用の観点から、保育所における給食提供にあたっての留意点、本特例措置を全国展開して外部搬入方式により給食を行う場合の改善方法や留意点等の検討を行うこと」とし、その結果も踏まえ、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされているところ。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点からすると、外部搬入について弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めるのは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。	公立保育所における給食の外部搬入については、現在、全国展開に当たっての調査を行っているところであり、この結果を踏まえ、全国展開に向けて、懸念される弊害を除去するための方策についての検討を進め、平成21年度に評価を行うこととされている。 そのため、「まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討していく」とのことであるが、保育所の役割については、公立、私立とも違いはなく、当該検討を踏まえて得られた結論・評価に従い、私立保育所についても給食の外部搬入の必要性・是非について、検討・判断すべきと考えるが、如何。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	保育所への給食の外部搬入について市町が設置する給食センター等で一括調理・提供することにより、①一括購入により食材単価が抑えられる分、多彩な食材の購入が可能。②一元実施することで、調理師や栄養士の人材確保も可能。で栄養士による様々なアレルギー児対応メニューの提供も可能となると考える。また、公立保育所のみで検証を行っているが、本特例措置を全国展開して外部搬入方式により給食を行う場合の改善方法や留意点等の検討を行うのであれば、公立保育所の外部搬入の特区で民間保育所の参入も認めて、公民合わせて検証しても差し支えないものと考える。	C	Ⅲ	現在、構造改革特区において実施している「公立保育所における給食の外部搬入容認事業」については、公立に係る要望がとりわけ多かったことを踏まえ、まずは公立に限定して特例措置を講じることとしたものである。 この特例措置について平成20年に実施した弊害調査において、体調不良児への対応等について、自園調理を行っている保育所の方が、きめ細やかな対応を行っているとの現場の認識が多かった。 したがって、厚生労働省としては、子どもの育ちを支えるという観点から、外部搬入についてこのような弊害が指摘されているにも関わらず、弊害の除去のための必要な要件等が整っていない現状において、さらに私立保育所も外部搬入の特区として認めることは困難であり、まずは構造改革特別区域推進本部における方針に従い、子どもの健全な育ちを支援するという保育所の役割を踏まえつつ、公立保育所につきその弊害の除去のための必要な要件等について検討してまいりたい。	特例措置920による給食の外部搬入については、全国展開に向けて、「平成21年度に評価を行い、弊害の除去のために必要な要件を含め結論を得る」こととされていることを踏まえ、保育所の役割等が公立、私立とも違いがないことを考えれば、私立保育所についても、当該評価・結論を踏まえ、給食外部搬入方式の導入について、併せて検討すべきではないか。 また、これに加え、右提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の提案は、公立保育所が実施している地域内であること、公立保育所と一体的に実施すること を特区認定の前提としており、すべての民間立保育所が給食の外部搬入を実施することを容認するものではない。また、現行の特区認定を継続しながら、給食の外部搬入の弊害除去に必要な要件等を検討していくということであれば、特区認定を受けている市町管内の民間立保育所が希望する場合に限り認定し、公立保育所と併せて検証していくこととしても、さほど問題は生じないものと考える。故に公立保育所が給食の外部搬入を実施している地域の民間立保育所の給食の外部搬入について、再検討願いたい。		2004010	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920410	保育所入所要件の撤廃・緩和	児童福祉法第24条第1項、第39条 児童福祉法施行令第27条の1	保育所は日々保護者の委託を受けて、保育に欠ける乳幼児を保育する施設である。		特別の事情（待機児童がおらず、地域に幼稚園または「認定こども園」の認定を受けることができる保育所がない等）のある地域において、保護者の就労の有無等の要件に関係なく、保育所へ入所することが可能となるよう、保育所入所要件（保育の実施基準）を撤廃する、または一定の割合まで、保育に欠けない児童の入所を認めるなど要件を緩和する。	保育所の入所要件については、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、現代社会においては、核家族化が進むとともに、地域社会、特に世代間のコミュニケーションが激減し、地域社会による子育ての意識も希薄化しており、専業主婦においても育児に関する悩みや不安等が増大しており、育児放棄や児童虐待につながる恐れも否定できない中、現行の制度においては、前述の児童に対し、保育所では対応できない状況にある。 また、パートタイムの増加や不況による派遣切り等よる離職も多く見られる現在、親の就労の多様化や失職により、保育所に通えなくなる児童も想定され、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っている。 さらに、郡部では幼稚園が統合・廃園となる傾向にあり、保育に欠けないこどもに地域で集団活動等の場を提供できない状況が生じている。 前述のような児童に対応していくためには、一定の条件を満たす地域において保育所入所要件（保育の実施基準）を撤廃または緩和し、保育を実施する必要があるため。	C（一部D）	Ⅰ	現在、社会保障審議会少子化対策特別部会において、次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に係る検討を行っており、本年2月に議論の中間的なとりまとめとして、「第1次報告」が示されたところ。 その「第一次報告」においては、保育の対象範囲としてパートタイム就労者に対しても就労量に応じた必要量を判断するとしたとともに、求職者に対しても必要性を認めるとしたところ。 また、専業主婦家庭に対しても一定量の一時預かりを保障するとしたところである。 今後、この「第1次報告」に基づき、さらに詳細な検討を進めることとしており、当該議論を踏まえて、必要な制度改正等を行ってまいりたい。 なお、ご指摘の育児放棄や児童虐待のおそれのある子どもや、親が失業等のため求職を行っている家庭の子ども、親がパートタイムである家庭の子どもは、現行制度においても、「保育に欠ける子ども」として保育所の入所することは可能である。 専業主婦についても、子育ての疲れ等で保育所を一時的に利用することは可能であり、また、専業主婦家庭も含めた全ての子育て家庭の悩みや不安といった子育ての心配事に対する相談支援等も保育所等で行っているところ。	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。	現行の保育に欠ける要件には該当しないが、保育が必要なケースがあるなど多様化する保育ニーズに合わせた保育所入所要件を見直す必要がある。また、一時預かり、子育て問題などへの相談支援に対する財政支援についても、補助単価が低いなど十分な予算が確保されず、全ての保育所で対応できているとは言えない。また、就学前児童の保育を「保育に欠ける児童」「それ以外の児童」で保育サービスを分けるのではなく、一体的に提供する必要があり、再考をお願いしたい。	C	Ⅰ	現在、社会保障審議会少子化対策特別部会において、次世代育成支援のための新たな制度体系の設計に係る検討を行っており、本年２月に議論の中間的なとりまとめとして、「第１次報告」が示されたところである。 保育所入所要件については、ご指摘の多様化する保育ニーズへの対応も含め、今後、この「第１次報告」に基づき、さらに詳細な検討を進めることとしており、当該議論を踏まえて、必要な制度改正等を行ってまいりたい。	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。	現行制度では多様化する保育ニーズへの対応が十分であるとは言えない。さらに、付近に幼稚園がなく就学前に集団生活を体験することができない地域があり、その地域に住む「保育に欠けない児童」への対応策を早急に考える必要がある。少子化対策特別部会の「第一次報告」に基づき、詳細を検討し、必要な制度改正等を行うとのことであるが、具体的なスケジュール、改正を検討する項目等をお示しいただきたい。また、制度の改正に時間を要するようであれば、上記課題の当面の対応策として、保育所の入所定員に一定割合以上の余裕がある等の複数条件を付して入所要件を緩和することについて、再検討願いたい。		1071020	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920420	「投資・経営」、「技術」、「人文知識・国際業務」の在留資格を有する外国人の親への長期在留資格の付与	出入国管理及び難民認定法第2条の2 出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の規定に基づき同法別表第1の5の表の下欄（ニに係る部分に限る。）に掲げる活動を定める件	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。		成長産業分野であって資本金1億円以上の本社設置外資系企業について、在留資格「投資・経営」「技術」「人文知識・国際業務」を有する外国人在籍者の親の活動を、在留資格「特定活動」に追加する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、世界的な外資系企業が本社を設置している。これら大企業は地域経済に大きく寄与するなか、とりわけ、成長事業を展開する企業活動は、今後の地域経済の発展において極めて重要である。 これら成長事業を展開する大企業の外国人経営者や社員は当地域において必要不可欠な人材である。これら外国人企業関係者については、親の扶養を必要とする場合、親の在留期間が短期であるために、自身の活動のための入国や必要な期間での在留にも影響が生じているという問題があり、そうした課題に向けた対応方策を求めるものである。	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。	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。	政府が設置した「高度人材受入推進会議」の報告書（H21.5）によれば、経済成長や雇用創出に必要不可欠な人材として、研究者、技術者だけでなく、経営幹部層なども範囲に含む、グローバルな高度人材の獲得の必要性が提言されている。現在、「特に高度な研究者・情報処理技術者」の在留資格の場合、長期間の親の在留資格が認められることとなっているが、「高度人材受入推進会議」の提言の趣旨に鑑み、成長産業であり、資本金1億円以上の本社設置外資系企業に勤務する「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について、新たに対象に加えるよう、高度人材の範囲、対象の見直しを検討願いたい。	C	Ⅲ	「外国高度人材受入政策の本格的展開を（報告書）」を受けた今後の具体的な対応については、関係省庁間で検討されていくと思われるが、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。	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。	新たに取りまとめられた政府の「高度人材受入推進会議（内閣府）」の報告書（H21.5）においては、研究者、技術者と同様に、経営幹部層なども範囲に含むグローバルな高度人材の獲得の必要性が提言されている。 さらには、各省庁が協力して速やかなアクション・プログラムのとりまとめと、可能なものについては速やかに実行に移していくべきとの意見が付されている。本県の提案は、この報告書の提言の趣旨に沿うものであると考えており、、引き続き、高度人材の範囲、対象の速やかな見直しを進めていただきたい。		1071050	兵庫県	兵庫県	警察庁 法務省 厚生労働省
0920430	高齢者住宅、4人部屋居室の認可	－	－		現在の高齢者専用賃貸住宅では複数人の高齢者が低額でルームシェアする事が不可能である認定基準の為、この問題点を解決するにあたり以下の2点を提案し高齢者専用賃貸住宅の認定基準の緩和を求める。 ①一戸の部屋において（一人／18㎡を確保しつつ）家具等での簡易な居住区分の間仕切りによるルームシェア。 ②現在の一人・一部屋・一水洗便所を複数人（4人）・一部屋・一水洗便所（共用）とする共用部分の拡大。	＜高齢者専用賃貸住宅（100名収容）の必要性＞ 当地域は現在でも高齢者の入居施設が不足しており（当会既存施設においても常に100名以上が入居待ちの状態）今後の地域高齢者の増加に対応できない。また在宅介護においても古い農家が多く多額の住宅改修や点在する高齢者に対し介護ヘルパー移動効率が悪く、高齢者も通院や買物の不便さや緊急時の不安抱え生活しております。地域高齢者が安心して老後をおくれ、都市部と格差なく医療や介護サービスが受ける事のできる施設が必要です。また地域住民に対して雇用の確保、老後の安心感が過疎を抑制し地域の活力になると信じます。現状制度では、面積と建築コスト／運営コストが増し実現が不可能となります。制度が緩和されれば、4人部屋（間仕切り家具等での区分）で居室便所等100箇所から25箇所に削減し設備費、保全費と水道光熱費の削減、介護と清掃の作業効率の向上が見込めます。 ＜入居者のプライバシーと安全性について＞ ロッカーや家具内金庫設置、IDカードでの売店等キャシュレス化や来訪者チェックなどセキリティシステムの導入により入居者の財産保護と安全性を確保いたします。 ＜入居者のコミニケーションについて＞ 現在、当会の既存施設でも費用面だけでなく一人になる不安や寂しさから個室より多床部屋を希望される方が多くプライバシーよりもコミニケーションを優先する傾向があります。	－	－	規制を所管していないが、必要に応じて国土交通省からの協議に応じる。	－	－	－	－	－	－	－	筑前町 梨木城 土地再活用計画	1072020	社会福祉法人 寿泉会	福岡県	厚生労働省 国土交通省

管理コード	要望事項 （事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920440	特定求職者雇用開発助成金 高年齢者雇用開発特別奨励金 支給要件、時期の見直し	・雇用保険法第62条第1項第3号及び第5号 ・雇用保険法施行規則第109条及び第110条 ・雇用対策法第18条第6号 ・雇用対策法施行令第2条第2号 ・雇用対策法施行規則第6条の2	・高年齢者や障害者などの就職困難者をハローワーク又は適正な運用を期すことのできる有料・無料職業紹介事業者の紹介により、継続して雇用する労働者として雇い入れる事業者に対して賃金相当額の一部の助成を行う。 ・雇入れ日の満年齢が65歳以上の離職者をハローワーク又は適正な運用を期すことのできる有料・無料職業紹介事業者の紹介により、1週間の所定労働時間が20時間以上の労働者として雇い入れる事業者（1年以上継続して雇用することが確実な場合に限る。）に対して賃金相当額の一部の助成を行う。		週当たりの所定労働時間が30時間以上の者を1年以上雇用する ⇒6ヶ月以上の雇用 派遣労働者も対象とする。 支給対象に派遣契約も含める。 支給時期：雇用して6ヶ月経過した時点で支給額の半額を支給 ◆週当たりの所定労働時間が30時間以上の者 大企業：6ヶ月経過時点で25万円、 1年経過時点で25万円 中小企業：6ヶ月経過時点で45万円、 1年経過時点で45万円 ◆週当たりの所定労働時間が20時間以上30時間未満の者 大企業：6ヶ月経過時点で15万円、 1年経過時点で15万円 中小企業：6ヶ月経過時点で30万円、 1年経過時点で30万円	55歳～64歳　就業希望者：1,705,000人、65歳以上　就業希望者：1,624,000人　（平成19年調べ） （参考：45歳～54歳　就業希望者：1,232,000人）と60歳前後の就業希望者は多いものの 継続勤務者の勤務形態の内訳は「フルタイム勤務」という企業が9割を占め 短時間勤務、短期間（1年未満）・短日勤務の希望が増大する60歳以上の就業ニーズとの間にミスマッチが生じている。 【支給対象に派遣契約も含める理由】 高齢者の多様な就業ニーズに応える。 【対象雇用期間を6ヶ月以上にする理由】 ①雇用保険加入要件（6ヶ月）に合わせる。 ②派遣契約期間で最も多いものが3ヶ月～6ヶ月未満（全体の34%）となっており6ヶ月以上の契約・雇用促進のため。	C（一部D）	Ⅲ	特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）は高齢者（60歳以上65歳未満の者）、障害者その他就職が特に困難な者を継続して雇用する労働者として雇い入れた事業主に対して、賃金の一部を助成するものであり、継続して雇用しない形態での雇入れは助成対象としていない。 現在、派遣社員や有期契約労働者等の不安定な雇用形態にある労働者の処遇について問題が提起されており、厚生労働省としてもそのような労働者の正社員転換等、雇用の安定化を支援している状況においては、特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）の対象範囲を拡大し、労働者を継続して雇用しない形態での雇入れを促進することは不適切であると考えられる。なお、いわゆる常用型派遣や有期労働契約については、助成金の趣旨に鑑み、契約の実態が継続雇用である場合については、既に対象としているところである。 一方、高年齢者雇用開発特別奨励金は、65歳以上の離職者が引き続きその経験等を生かして働き、社会で活躍することへの支援を強化する趣旨で創設されたものであり、離職者が安心して職業能力を発揮するためには一定程度安定した雇用の場が必要であることから、1年以上継続して労働者を雇用する事業主に対して助成するものである。このような本奨励金の趣旨から、派遣労働者の場合も雇入れの段階で1年以上の継続雇用が客観的かつ確実に見込まれる場合は助成対象としているところであり、この点については既に対応済みである。 また、雇用して6ヶ月経過した時点で支給額の半額を支給するというご要望については、特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）及び高年齢者雇用開発特別奨励金とも、高年齢者の助成期間は1年となっており、申請は支給対象期間（6ヶ月）経過ごとに行うことになっているため、現行制度において既に対応済みである。一方、障害者については、助成対象期間が1年を超える対象労働者もいる中で、支給対象期間（6ヶ月）ごとに雇用状況を確認しながら助成金を支給することとしているため、雇用して6ヶ月経過した時点で支給額の半額を支給することはできない。 なお、特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）においては、最終の支給対象期が経過する前に対象労働者を事業主の都合で雇用しなくなった場合については、継続して雇用する労働者を雇い入れたことにならず、継続して雇用する労働者として雇い入れた事業主に対して賃金相当額の一部を助成するという特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）の趣旨に反するため、対象労働者が事業主都合で離職した支給対象期について助成金の支給を受けることができないこととし、既に支給が行われた支給対象期分も返還することとしている。（ただし、高年齢者雇用開発特別奨励金については、1年以上継続して労働者を雇用する事業主を助成するという趣旨を踏まえ、支給対象期間中に対象労働者を事業主都合で雇用しなくなった場合については、当該支給対象期についてのみ助成金の支給を受けることができないこととしているところである。） 一方、支給対象期間中に対象労働者が自己の都合等で退職した場合は、支給対象期間の日数に対する支給対象期間の初日から離職日までの期間の日数の割合を乗じた額を支給することとしている。 （備考） ・常用型派遣又は有期雇用契約については、契約の実態が継続雇用である場合については、既に対象としている。 ・登録型派遣については、不安定な雇用形態にある労働者の雇用の促進は不適切との観点から、対応不可である。 ・障害者以外の助成期間は1年となっており、申請は支給対象期間（6ヶ月）経過ごとに行うことになっているため、現行制度において既に対応済みである。 ・障害者については、助成対象期間が1年を超える場合もあり、支給対象期間（6ヶ月）ごとに雇用状況を確認しながら助成金を支給することとしているため、雇用して6ヶ月経過した時点で支給額の半額を支給することはできず、対応不可である。	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。	常用型派遣や有期労働契約については、助成金の趣旨に鑑み、契約の実態が継続雇用である場合については既に対象済みとご回答いただいておりますが、雇用形態につきましてもしっかりと（特定求職者雇用開発助成金　説明記載のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ等）明記することで制度利用促進につながると考えます。 現行の制度が1年以上継続して労働者を雇用する事業主を助成する趣旨ということは認識しております。 下記理由により助成金申請対象を1年以上継続雇用を前提とする事業主⇒6ヶ月以上継続雇用を前提とする事業主へ緩和を検討いただきたい。【理由】雇用保険加入要件（6ヶ月）に合わせる。6ヶ月以上の派遣契約・雇用促進のため。	C（一部B-1）	Ⅲ	高年齢者雇用開発助成金において、1年以上の継続雇用を要件とする趣旨は、高年齢者がその職業能力を安心して発揮するためには一定程度安定した雇用の場を確保する必要があるためである。6か月以上の有期雇用契約では、このような政策目的が達成できない上、派遣社員や有期契約労働者等の不安定な雇用形態にある労働者の処遇について問題が提起され、厚生労働省としてもそのような労働者の正社員転換等、雇用の安定化を支援している状況においては、雇用期間に係る要件緩和を行うことは不適切であると考えられる。なお、雇用保険制度においては、非正規労働者に対するセーフティネットの機能を強化するため、雇用保険の適用基準を1年以上の雇用見込みから6か月の雇用見込みに緩和したものであり、特定求職者雇用開発助成金制度における継続的な雇用機会の増大とは趣旨目的が異なるものである。 助成対象となる雇用形態の周知については、いわゆる常用型派遣や有期労働契約も契約の実態が継続雇用である場合は助成対象となる旨周知する。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現行の制度が1年以上継続して労働者を雇用する事業主を助成する趣旨ということは認識しております。 下記理由により助成金申請対象を1年以上継続雇用を前提とする事業主⇒6ヶ月以上継続雇用を前提とする事業主へ緩和を検討いただきたい。【理由】雇用保険加入要件（6ヶ月）に合わせる。6ヶ月以上の派遣契約・雇用促進のため。 常用型派遣契約においても初回より1年以上の契約を取り交わすケースは少ないため。		1073010	株式会社パソナグループ　シャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920450	メンタルケアに関する新たな創職提案 ～エキスパートメンタルドクター～	医師法第17条	医師法（昭和23年法律第201号）第31条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。		現在、医師が担当している医療業務を分化して、臨床心理士の資格保有者に対する創職の提案。 具体的には治療領域と予防領域へ業務を細分化し臨床心理士が予防再発防止に特化して医療業務に従事して医師、看護師と連携した効率的・総合的医療行為を実施。	■提案理由）　教育領域（公立・私立学校）・産業領域（民間企業）・医療領域（医療機関）等 様々な現場で心理専門職として臨床心理士の雇用の必要性が問われている 医師不足に対して、看護師の医療行為拡大を国会で検討するなど対策が必要。 1995年の阪神・淡路大震災時等に臨床心理士の活躍が目立ち、PTSD患者へ多大な効果を発揮。 うつ病患者が増加する中で心理援助職に関心が高まっている社会的背景がある。 現在、臨床心理士は指定大学院での修士課程を経た後、資格受験資格を得ることが出来る。 資格取得後も医療領域を中心とした臨床経験が求められるが常勤職への就職難が問題となっている。 ■内容）　現在、医師が担当している業務は多岐に渡る為、業務領域を治療分野（診断・治療・処方等）、 予防分野（主に精神領域を担当し、心理的なアセスメント・カウンセリング）を分化し、 心理専門家として臨床心理士資格保有者が予防分野業務を担う。必要に応じて医師・看護師とも 連携した効率的・総合的な心理治療が可能になる。 ■効果）　①臨床心理士資格保有者の就職口拡大、常勤化によるカウンセラーの経済的支援 ②心理援助職の地位向上・社会的認知度を広められる ③予防分野への注力により、うつ病等の発生を未然に防ぎ、医療費削減への一助となる。	C	Ⅰ	・精神保健における医療行為は、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為である。	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。	ご回答いただいたとおり、医療行為までを緩和するのではなく、心療内科の精神科医と連携して、投薬を必要としない軽・中度症状の患者への治療カウンセリング、投薬を経た後、再発防止する際のリハビリカウンセリングまでを業務範囲としたい。 例えば、メディカルクラークや上級看護士のように、精神科医のサポート的役割を担う。 必要に応じて、精神保健福祉士と連携して社会復帰の領域もサポートしていくことを想定している。	C	Ⅰ	・ご提案の「治療カウンセリング」及び「リハビリカウンセリング」の内容が明らかではないが、精神保健における医療行為は、医学を総合的に学んだ医師が行わなければ患者の健康に危害を及ぼすおそれのある行為である。 ・なお、（財）日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士は、現状においても、医療行為以外の心理カウンセリングを行うことにより、精神科医療の補完的役割を担っている。	-	-		1073030	株式会社パソナグループ　シャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920460	「登録販売者」の受験資格の要件緩和	薬事法（昭和35年法律第145号）第36条の4 薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第159条の5	○　薬事法第36条の4にあるとおり、登録販売者試験は、都道府県知事が、一般用医薬品の販売又は授与に従事しようとする者がそれに必要な資質を有することを確認するために行われる試験である。 ○　現行は、薬事法施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第159条の5において、登録販売者受験資格を定めている。		「登録販売者」資格受験のための要件に ・1年間の実務経験を求める という規定があるが、実務経験の要件を緩和し、 ・試験を受け合格した者で、1年間の実務経験を積んだ者は、「登録販売者」の資格を取得可能とする ことを認める	今後、一般医薬品の「通信販売」の規制がスタートし、「対面販売」が原則化されると、地域における「登録販売者」へのニーズは急激に拡大すると思われる。 しかし、地域によっては実務経験を積める場所が少ない地域もあり、それが「一般医薬品 販売体制の地域格差」につながる可能性も考えられる。 しかし、試験に合格した者が1年の実務経験を積むことで資格が取得できるようになれば、（スーパー、ドラックストア、コンビニ、家電量販店などの）民間企業も将来の「登録販売者」が確保できる地域に出店を考えるようになり、それが将来的な全国における一般医薬品 販売体制の格差解消につながると思われる。 また、全国各地において未経験でも「登録販売者」として働けるチャンスが増えることにより、地域の中でしか働くことが難しい主婦層などの地域における雇用創出に繋がると考えられる。	C	Ⅲ	○　登録販売者試験は、薬事法第36条の4に定められているように、都道府県知事が、一般用医薬品の販売又は授与に従事しようとする者がそれに必要な資質を有することを確認するために行われる試験である。試験に合格した者は、登録販売者に必要な資質を有する者として確認され、都道府県に登録後、すぐに一人でも、店舗販売業又は配置販売業の許可を受けた店舗等で医薬品を販売等することができるものである。そのため登録販売者試験においては、その実施要領により、確認すべき知識は実務的な内容とすることとなっている。 ○　前述の通り、登録販売者は、試験に合格し都道府県に登録後、すぐに一人でも医薬品を販売等することができる。そのような場合に、その役割をしっかりと果たすことができるようにするためには、あらかじめ、専門家である薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下、受験資格として実務経験を積むことを通じて実践的な資質を身につけている必要がある。 ○　登録販売者として業務を行うに当たっては、医薬品の販売等の現場において、医薬品の取扱いを知ることや、購入者等からの要望を聞きそれを専門家に伝えて応答の仕方を知ることなどを通じて座学では習得しにくい知識を身につけ、かつ、習得した知識の実践への生かし方を学ぶことが必要である。 ○　従って、登録販売者試験の受験資格として実務経験を求めることが適当である。	実際に店舗販売に従事する際には、「販売従事者登録」を申請し、登録を受ける必要があるので、その申請時点で、試験合格と実務経験の要件の両方が満たされていれば、登録販売者に必要な資質を有するものとして認められるのではないか。試験の前に、必ず実務を経験する必要があるとするならば、その理由を明確にされたい。 また、受験資格において、「平成18年3月31日以前に学校教育法に基づく大学に入学し、当該大学において薬学の正規課程を修めて卒業した者（課程において実務経験を行っていない）」については、実務経験が求められていないが、実務経験の必要性、その他の実務経験を要件とする者との整合性をどのように考えるか さらに、貴省回答の中に、「試験に合格し都道府県に登録後、すぐに一人でも医薬品を販売等する」とあるが、試験合格後、一定期間が経過した後に、従事登録をする者もいることが想定され、時間の経過により、試験合格時に確認した資質が担保されるか疑問であるがどのように考えるか。 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。	資格を取得してから、実務を積むこと自体に"どのような支障があるのか"、詳細をお教えいただきたい。 例えば、"都道府県に登録後、すぐに一人でも販売できることができるよう、試験内容は確認しておくべき実務的な内容にしている"ため、ということであれば、試験内容により基本的な知識を習得できる内容を盛り込むなど、内容の拡充などで対応できるのではないか。基礎知識をしっかりと身につけた上で、1年の実務経験を積むことの方が自然の流れであり、より専門性の高い人材を育成できるのではないかと考える。 またそうすることで、登録販売者として働きたい人々が増え、より資質の高い人材が集まる機会になるのではないかと考える。	C	Ⅲ	○ 学校教育法に基づく大学に入学し、薬学の正規課程を修めて卒業した者は、薬剤師法第15条に規定されるとおり、薬剤師国家試験を受験する資格を有し、合格すれば薬剤師となる資格を有するものである。一般用医薬品の販売又は授与に必要な資質において、薬剤師国家試験の受験資格を持つ者とそれ以外の者を同列に比較することは適当でない。 ○ なお、平成18年度から施行された薬剤師法（昭和35年8月10日法律第146号。平成16年6月23日法律第134号により一部改正）により、薬学教育の6年制課程が導入されて以降については、病院・薬局における実務実習をはじめ、教育課程の充実が図られた6年制課程の卒業者についてのみ、薬剤師国家試験の受験資格が認められることとなった。登録販売者試験においても、同様に6年制課程の卒業者についてのみ、実務経験が免除されることとなっている（薬事法施行規則第159条第2項第3号）。経過措置として、改正薬剤師法（平成16年6月23日法律第134号）附則第2条により、旧4年制課程の卒業生も薬剤師国家試験を受験できることとされているが、登録販売者試験における旧4年制課程の卒業生に係る取扱についても、同様の考え方に基づくものである。 ○ 登録販売者試験の受験資格として実務経験を求める理由については、一部繰り返しになるが以下による。 ○ 登録販売者試験は、薬事法第36条の4に定められているように、都道府県知事が、一般用医薬品の販売又は授与に従事しようとする者がそれに必要な資質を有することを確認するために行われる試験であり、ここで確認されるべき資質には、実務経験を通じて身につけることが必要な実践的なものが含まれる。（具体的には、医薬品の販売等の現場において、医薬品の取扱いを知ることや、購入者等からの要望を聞きそれを専門家に伝えて応答の仕方を知ることなどを通じて座学では習得しにくい知識を身につけ、かつ、習得した知識の実践への生かし方を学ぶことなど。） ○ 従って、登録販売者試験の受験資格として実務経験を求めることが適当である。	現行の試験内容は、知識として事前に十分に習得することが可能であり、受験資格としている1年の実務経験でのみ得られた資質を確認する内容となっていないと考えられるが如何。 また、実務経験とはいっても、薬剤師や登録販売者の補助であり、登録販売者として試験で問うとしている必要な実務を積んでいるわけではないと考えられるが如何。 これを踏まえると、実際に店舗販売に従事する際には、「販売従事者登録」を申請し、登録を受ける必要があるので、その申請時点で、試験合格と実務経験の要件の両方が満たされていれば、登録販売者に必要な資質を有するものとして認められるのではないか。試験の前に、必ず実務を経験する必要があるとするならば、その理由を明確にされたい。 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。	必要な知識を身につけるためにまずは資格試験を受け、合格後は現場で一定期間研修生等の扱いとし、有資格者の指導の下実務経験を積むという形はどうか。 知識のない状態で実務経験を積み、後付で知識をつけるよりも自然な流れではないかと考える。		1073040	株式会社パソナグループ　シャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920470	「障害者の働く場に対する発注促進税制」の拡充	租税特別措置法	青色申告書を提出する法人又は個人が、障害者就労支援事業所（障害者の「働く場」）への発注額を前年度より増加させた場合に、法人税等の軽減措置を受けられる。		発注側規制改革 ①現行、青色申告をする企業が対象であるが、白色申告企業も対象とする。 ②前年度の発注増加額ではなく年度ごとの発注額自体を算出基準とする。 受注側規制改革 ③営業代行の業務委託費を予算編成する。 ④特例子会社を持たない障害者を雇用する企業にも対象を拡大し、民間企業全体の障害者雇用を促す。	提案理由 現在時限立法として「障害者の働く場に対する発注促進税制」が制定され、公的福祉施設である就労継続支援事業所や企業においても障害者雇用促進法の特例子会社に業務を発注した場合に税制上の優遇措置が時限立法として成立。 大変意義のある法律であるが現在の景況感の中、発注できる業務の減少、また障害者の雇用自体も悪化している。大幅な制度拡充を行い障害者雇用の増進の起爆剤とし、障害者の社会参加を法的に促したい。 早急に追加施策を行うことが急務と思っております。 効果の見込(求める具体的措置の番号に対応し記載） ①企業規模の大きな会社に、障害者に適した仕事内容と仕事量が存在すると想定され、大きな発注量の増大が見込まれる。 ②現在の景況感から発注する業務が前年度額から大幅に増加することは難しいと思われる。時限的に、差額ではなく年間発注費そのものを対象とすることでメリットが拡充する。 ③当該税制優遇は意義あるものであるが法人の発注をを促す営業活動が重要であると考えます。営業のプロに営業業務を代行することで認知向上と障害者施設の受注量拡大を図る。 ④一定の法定雇用を達成する民間企業にも間口を広げることで社会全体の障害者雇用の拡大を図れる。	①②C ③E ④D	①②Ⅰ	①②の要望については、特区・地域再生に関する要望になじまないものと考える。 ③障害者就労支援事業所の受注量の拡大等により工賃倍増につながるよう、現在、都道府県において定めた「工賃倍増5か年計画」に基づく事業（経営コンサルタントの派遣その他の企業的な経営手法の導入の支援、企業等からの発注及び官公需の発注等の積極的推進等）に対しての補助事業を行っているところである。 ④特例子会社だけでなく、①障害者の雇用者数が5人以上であること、②労働者の総数に占める障害者の割合が20%以上であること、③雇用障害者に占める重度身体障害者、知的障害者及び精神障害者の割合が30%以上であること、の要件を満たす事業所についても税制優遇の対象となる発注先となっている。	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。	回答①②について　特区・地域再生に関する要望に馴染まないとのご回答ですが、障害者が働く為の公的施設等は民間企業とも競合する中で、受注を増やす必要があります。発注元企業の優遇拡大を実施し、絶対的発注量の増加が急務です。障害者雇用がCSRであり企業としての義務であり企業にとってのメリットである事を民間企業が意識するレベルまで引き上げる必要があります。求める具体的内容の②「前年度からの発注増加額ではなく年度ごとの発注額事態を算出基準とする」特区を制定し障害者雇用を促進する効果について検証する価値があると考えます。 回答④について　重度障害者多数雇用事業所の用件は「障害者雇用5人以上」「障害者の割合が従業員の20%以上」「雇用障害者に占める重度身体障害者、知的障害者及び精神障害者の割合が30%以上」という全ての用件を満たす必要があります。現在の障害者雇用の状況下ではこのような民間企業は限られます。3用件のいずれかを満たす民間企業とする条件緩和をするなど特区を制定するべきと考えます。	①②④C	①②④Ⅰ	①②④本税制は、企業の障害者の働く場への発注を増加させ、障害者の働く場を確保するとともに賃金や工賃を引き上げることを目的としているが、全国的にこの目的の達成を目指していることを踏まえると、一律の基準で実施すべきものであり、特区・地域再生に関する要望になじまないものと考える。 なお、本税制措置は、障害者就労支援事業所の工賃を増加させることや、障害者を多数雇用する事業所に対する経済的な負担を軽減すること等を目的として設定されているものであるから、現在設定している要件を緩和することにより結果として障害者就労支援事業所等に対する発注額が減った場合や、重度障害者多数雇用事業所の要件に満たない障害者しか雇用していない事業所に発注した場合等にまでも、本税制措置を適用することは適切ではないと考えている。	-	-		1073090	株式会社パソナグループ　シャドーキャビネット	13 東京都	厚生労働省
0920480	マゴットセラピー（医療用無菌ウジ療法）実施についての提案	薬事法	薬事法（昭和35年法律第145号）における医療機器は、「人若しくは動物の疾病の診断、治療若しくは予防に使用されること、又は人若しくは動物の身体の構造若しくは機能に影響を及ぼすことが目的とされている機械器具等であって、政令で定めるものをいう」とされているところである。		難治性創傷、褥瘡に対して有効な治療法であるマゴットセラピー（医療用無菌ウジ療法）を現在自費診療で実施中ですが、医療材料として御承認頂きたく存じます（米国FDAではすでに医療材料として承認済み）	すでに当科のみでも50例以上の難治性創傷に対して本治療法を実施し，前医で患肢大切断と診断された重症難治性創傷（その70%が糖尿病性壊疽）患者の約90%で大切断を回避して，自立歩行による退院を果たしておりますが，自費診療のためこの治療を受けたい患者さんも実施出来ない場合が多く，何とか医療材料に御承認頂き，この治療法を普及したく存じます． 現在すでに全国50病院以上で実施されています．	C	Ⅱ	○　ご要望のマゴット療法に用いるウジは、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第4項に規定する医療機器に該当しない。 ○　薬事法における医療機器は、「人若しくは動物の疾病の診断、治療若しくは予防に使用されること、又は人若しくは動物の身体の構造若しくは機能に影響を及ぼすことが目的とされている機械器具等であって、政令で定めるものをいう」とされており、当該ウジは、政令で定める医療機器の範囲のいずれにも含まれないからである。	-	-	C	Ⅱ	-	-	-		1077010	日本医科大学付属病院，株式会社バイオセラピーメディカル	東京都	厚生労働省
0920490	日本版「コンパッショネート・ユース」制度の導入	薬事法	厚生労働大臣の製造販売の承認を受けていない医薬品は製造販売することはできない		重篤な疾病であり、代替的治療法がない場合などについては、人道的見地から、限定的に未承認薬の製造、輸入、販売等の禁止を解除する制度を導入する。	治験としては認められているが、治療としては認められていない新薬投与を可能とする道を作ることで、重篤であり、代替治療法がない疾患の患者が、承認のスピードに関わらず、未承認の薬を使うことが出来るようになる。但し、医師の説明責任や、患者本人の承諾を得ることを条件とする。	C	Ⅰ	国内で製造承認されていない医薬品を限定的に製造販売するいわゆるコンパッショネート・ユース制度については、「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」の「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（第一次提言）」において、「安易な導入によってかえって薬害を引き起こすことにならないよう、慎重な制度設計と検討が必要である。」と提言されており、慎重な検討を要すると考えている。	-	-	C	Ⅰ	-	-	-		1081010	個人	神奈川県	厚生労働省

管理コード	要望事項 （事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案 に係る規制の特例措 置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
0920500	町家の空家を活用して旅館業を営む場合の玄関帳場要件緩和	旅館業法第3条第2項 旅館業法施行令第1条第2項第4号 平成12年12月15日付生衛発第1811号生活衛生局長通知の別添3「旅館業における衛生等管理要領」のⅡの第2の3	宿泊しようとする者との面接に適する玄関帳場その他これに類する設備を有すること。 適当な規模の玄関、玄関帳場又はフロント及びこれに類する設備を設けること。		歴史的な町並み保全や都市部との交流促進による地域の活性化を図るため、重要伝統的建造物群保存地区及びその隣接地区で歴史的な町並みを一体的に形成している区域において、町家の空家を活用して旅館業（旅館営業又は簡易宿所営業）を営む場合、同一区域内の別敷地の事務所で、事業者が宿泊者全員との面接を行うことを条件に、当該事務所を玄関帳場に類する設備に当たるものとみなす（以下この欄において「当該事務所」を「別棟帳場事務所」という）。 実施に当たっては、以下の条件を付するものとする。 ・旅館業（旅館営業又は簡易宿所営業）のために使用する町家は、宿泊客の管理が可能な範囲内の区画に存在すること。 ・別棟帳場事務所において宿泊者との面接を行い、宿泊者名簿への記入を行っていただくこと。 ・最初の入室時には、別棟帳場事務所から町家まで、職員が宿泊客に付き添って案内し、職員が解錠の上、宿泊客に鍵を引き渡すこと。 ・事業者において、宿泊客の安全等を確保するためのマニュアルを整備すること。その中で、「玄関帳場の監視機能」を代替する具体的手段を定めること（例えば、街角や町家の入口へのカメラの設置、近隣の家屋や商店への監視の委託又は街角への番小屋の設置、宿泊者の出入りを記録するカードリーダー等による在室状況の把握等）。 ・町家と別棟帳場事務所との間を連絡する通話機器を設置すること。 ・健全な経営と宿泊客の安全を確保する観点から、地元の自治体が協力すること。	（提案内容） 事業を想定している豊岡市出石（いずし）地区は江戸時代の城下町の街路構成がよく継承された城下町で、但馬（たじま）の小京都とも呼ばれ多くの観光客が訪れる地域である。この歴史的な町並み保全や都市部との交流促進による地域の活性化を図るため、重要伝統的建造物群保存地区及びその隣接地区で歴史的な町並みを一体的に形成している区域において、町家の空家を活用して旅館業を営む場合、同一区域内の別敷地の事務所で事業者が宿泊者全員との面接を行うことを条件に、当該事務所を玄関帳場に類する設備に当たるものとみなす。 ※重要伝統的建造物群保存地区及びその隣接地区で歴史的な町並みを一体的に形成している区域（別紙参考資料参照） ※町家　用途：町中にある家・商家、建築年代：江戸時代から概ね終戦前まで、工法：伝統的工法である木造軸工法 （提案理由） 出石は城跡を中心として町家等が古い町並みを形成しているが、なかには空家となっている町家も点在している。その多くは利用されることもなく、維持していくことに苦慮されている状況であり、このまま放置すれば、出石の町並み維持に大きな影響が生じ、ひいては地域の衰退につながる。 このため、空家を旅館業法に基づく旅館ないし簡易宿所として運営し、都市部を中心とした観光客等に提供することで、出石の町並み保全、都市部との交流促進を図り、地域の活性化につなげる。	A	Ⅱ、Ⅳ	玄関帳場については、旅館業における不健全な営業形態の排除、宿泊者の安全の確保、感染症対策やテロ対策等の観点から重要な設備であるが、玄関帳場に代わる具体的な措置について一定の要件が満たされ、一定の条件が整った地域で限定的に利用されることを前提に、特区として認めることは可能と考えている。 当該提案については、構造改革特別区域推進本部による調査審議事項となっていることから、その状況も踏まえたうえで、どのような要件を設定すべきか検討する。	－	－	A	Ⅱ、Ⅳ	－	－	－		1 0 8 6 0 1 0	兵庫県 豊岡市 NPO法人但馬國出石観光協会 (株)出石まちづくり公社 出石町商工会 (株)川嶋建設	兵庫県	厚生労働省
0920510	外国人に関する脱退一時金制度の見直し	国民年金法附則第9条の3の2 厚生年金保険法附則第29条	我が国の年金制度は、一定の要件を満たした者については国籍に関わらず等しく適用されており、老齢のみならず障害や死亡のリスクについても保障の対象とされている。日本での滞在期間が短い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、本来的には社会保障協定の締結により解決すべき問題であるが、このような解決が図られるまでの間の臨時的かつ暫定的な特例措置として、外国人の方に対する脱退一時金制度を設けている。		社会保障協定未締結国の外国人研究者が受給資格期間を満たさずに帰国する場合の脱退一時金について、在留期間5年の納付期間に対応した支給を行う。	世界最大の大型放射光施設SPring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入れ促進を図ってきた。 外国人研究者に加入が義務付けられている年金について、脱退一時金支給額の見直しを行うことにより、外国人研究者の受入環境を整え、人材の集積を強化し、研究開発成果の実用化や新産業創出による地域全体の経済活性化を目指す。 提案理由： 社会保障協定未締結国の外国人研究者は、年金受給資格を満たさない場合に脱退一時金を請求することが可能であるが、保険料納付期間が3年までの場合はその期間にあわせて段階的に脱退一時金が支給されるものの、3年以上では一定額しか支給されない。在留資格「特定活動」を有する外国人研究者の在留期間が3年から5年に延長された以上、脱退一時金の上限も5年とするのが適当であり、納付期間に対応した支払いを可能としていただきたい。	C	Ⅰ	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障を行っているところであり、短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 一方、こうした方の保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題は、本来的に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、現役世代が受給者世代を支える賦課方式を採用し、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として保険事故の際に給付を行うこととしている。このため、制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いである。脱退一時金の支給額についてもこうした取扱いを踏まえて設定しているものである。 また、一部の在留期間の上限が延長になったことは承知しているが、脱退一時金の対象期間の上限は、上記のような脱退一時金制度の極めて例外的な趣旨・目的や、外国人全体の滞在期間の実態等を考慮したものであるため、厚生労働省としては、上限の見直しといった法律改正は考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	脱退一時金の対象期間の上限は、脱退一時金制度の趣旨・目的や外国人全体の滞在期間の実態等を考慮したものとのことであるが、制度が特例的で暫定的であることは対象期間と直接に結びつくものではなく、第171回国会において改正出入国管理法などが成立し、在留期間の上限が5年に延長されるという流れの中、脱退一時金も上限を5年とすることが適切である。	C	Ⅰ	第171回通常国会において出入国管理法の一部改正法が成立し、在留期間の上限が延長されることとなったことは承知しているが、脱退一時金の対象期間の上限は、我が国に在留する外国人全体の滞在期間の実態や、日本人については、制度からの中途脱退を理由とした給付は一切なされないこととの均衡等を考慮して定められているものであり、また、既に申し上げたような脱退一時金制度の極めて例外的な趣旨・目的に照らしても、厚生労働省としては、このような法律改正は考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	脱退一時金の対象期間の上限が外国人全体の滞在期間の実態等を考慮したものであれば、対象者を限定した在留期間の5年への延長に対して、その実態を考慮した特例を設定することは合理的であり、かつ脱退一時金制度の例外的な趣旨・目的に影響を及ぼすものではないことから、外国人研究者の受入環境の整備や人材集積の強化のために、保険料の納付期間に応じた脱退一時金の支給に向けた見直しをお願いしたい。		1 0 8 7 0 1 0	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	厚生労働省
0920520	在留資格「人文知識・国際業務」の実務経験年数の緩和等	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	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、次のいずれにも該当していることが必要。 ①翻訳、通訳、語学の指導、広報、宣伝又は海外取引業務、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らに類似する業務に従事すること ②従事しようとする業務に関連する業務について3年以上の実務経験を有すること（ただし、大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合は、この限りではない。）		「特定家族滞在活動」で在留している外国人研究者の配偶者について、母国語を活用して就労するために「人文知識・国際業務」（うち国際業務）へ在留資格の変更を行う場合に要求される実務経験年数（3年以上）の緩和、あるいは当該要件に替わる新たな評価基準の設定を求める。	世界最大の大型放射光施設SPring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入れ促進を図ってきた。 外国人研究者の配偶者についても社会活動への積極的な参加を可能とすることで、家族での滞在がしやすくなり、より魅力的な研究環境の提供が可能となる。これにより、優秀な人材の集積を図り、研究開発成果の実用化や新産業創出による地域全体の経済活性化を目指す。 提案理由： 播磨科学公園都市では外国人研究者が特例措置を活用し、長期（最大5年間）で研究プロジェクト等へ参加している。多くの外国人研究者は家族での滞在を望んでいるが、長期滞在のため家族も積極的な社会活動への参加を希望しており、日本の生活における障害となっている。 そこで、「特定家族滞在活動」の資格を持つ外国人研究者の配偶者が母国語を活用して外国語学校等で就労するため、「人文知識・国際業務」（うち国際業務）に在留資格を変更する場合に要求される実務経験年数要件の緩和、あるいはこれに替わる新たな評価基準を設定することで、積極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。	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理および難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであり、実務経験年数要件の緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものであることから、政府としての外国人労働者受入れに係る方針に照らして、本要望に対する措置を行うことは困難である。 なお、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	大学を卒業していない外国人研究者の配偶者であっても、日本文化にはない思考・感受性に基づく一定水準以上の能力を活用し、就労時間の制約なしに積極的な社会参加ができる道を開くために、英会話学校の講師採用基準（英検準一級、TOEIC850点以上、TOEFL530点以上）などを利用して、現状の学歴要件に替わる客観的な評価体制の整備をお願いしたい。	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、在留資格「人文知識・国際業務」に係る基準は、外国人労働者の専門性・技術性を担保するために設けているものであるところ、現行要件の実務経験年数等の廃止・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものであることから、上記の外国人労働者の受入れに係る基本政策に照らして困難である。 また、前回も回答したとおり、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	外国人が翻訳、通訳、語学の指導等に係る業務に従事しようとする場合には、3年以上の実務経験又は大学卒業資格が必要とされているが、現行の要件を来日後に満たすことは困難であるため、外国人研究者の配偶者等の有する専門的・技術的能力が活用されないことが多い。こうした者の能力を活用し社会参加できる道を開くために、専門性・技術性を担保しながらも来日後に満たすことができるような新たな要件及び評価基準の設定をお願いしたい。		1 0 8 7 0 3 0	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	法務省 厚生労働省