

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	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	各府県からの提案に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
090030	基準病床数を算定する際の加減算についての権限付与	医療法(昭和23年法律第206号)第30条の4第2項、第4項及び第5項、医療法施行令(昭和23年政令第326号)第5条の2	各都道府県が地域で必要とされる「基準病床数」を全国統一の算定式により算定し、「既存病床数」が「基準病床数」を超える地域(病床過剰地域)では、都道府県は、病院開設・増床に対して、中止を勧告している。	基準病床数の算定方法を都道府県独自の加減ができるようにする	①現状 基準病床数は全国一律の算定方法が定められており、基準病床数を超える地域では、特殊な病床に該当する場合に限り、厚生労働大臣に協議し同意を得た場合にのみ病床を整備できる。 ②問題点 画が定める画一的な計算式、係数、上限規定、病床総数によるマクロ的な規制などがネックとなり、高度ながん医療を提供する病床や緩和ケアなど地域に必要な病床が、基準病床超過を理由に整備困難となっている。 ③解決策 基準病床数の算定根拠となっている医療法施行規則の算定方法を都道府県が地域の実情に応じ独自に加減算できるようにする。 ④効果 従来、基準病床数を超えていた地域でも、がん、緩和ケアなど地域医療のニーズに応じた病床を整備することが可能になり、地域住民の生命と安心の確保につながる。	C	I	我が国の千人当たりの病床数は13.9となっており、フランスやドイツの約2倍、アメリカやイギリスの約4倍と、人口当たりの病床数が多い状況にある。一方、病床百床当たりの医師数は14.9となっており、フランスやドイツの約1/3、アメリカやイギリスの約1/5と、病床当たりの医師数が少ない状況にあり、医師の不足・地域偏在、地方の医療機関の休止・廃止等が問題となっている。 また、我が国の病床利用率は一般病床75%と低く、空床が多い状況となっている。 都道府県において独自の加減算が可能となる特区を措置する場合、既に病床が過剰となった地域において、地域で必要とされる病床数を超えた病院の増床・開設が行われ、医療資源が他の地域から集まり、許可を行った都道府県内のみならず、他の都道府県も含めて医療資源の配分に影響を与え、都道府県内外の医師不足地域の問題が深刻化し、地方の医療機関の休止・廃止につながるおそれがあるため、適当でない。 また、我が国の病床利用率は一般病床75%と低く、空床が多い状況となっている。 都道府県においては、以下の事情があるときは、基準病床数について、厚生労働省の示す算定式によらず、異定を行うことができる。 ・高齢な人口の増加が見込まれること ・特定の疾患に罹患する者が異常に多いこと ・高度の医療を提供する能力を有する病院が集中すること等 また、指前議の「高度ながん医療を提供する病床の増設やア」に係る病床については、更なる整備を進めることが必要であると認識しており、病床過剰地域であっても整備することができるとして特例措置を設けているところである。	1003010	埼玉県3都道府県	厚生労働省		
090040	特例病床の許可に際して必要な厚生労働大臣への協議の廃止	医療法(昭和23年法律第206号)第30条の4第6項、第7項及び第30条の11、医療法施行令(昭和23年政令第326号)第5条の3及び第5条の4、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第30号)第30条の32の第2第1項	既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、都道府県は、病院開設・増床に対して、中止を勧告している。 医療法施行規則第30条の32の第1項各号に掲げる病床については、及び第5条の4、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第30号)第30条の32の第2第1項	特例病床の許可に際して必要な厚生労働大臣への協議を廃止	①現状 現行法では、病床過剰地域では新たな病床の許可は認められないが、特例病床については、厚生労働大臣に協議の上、同意が得られれば、許可できるとされている。 ②問題点 特例病床の許可については、要件が厳しく、厚生労働大臣の同意が必要であることから、都道府県の地域実情に即した臨機応変な対応が困難である。 ③解決策 同意を要する協議を廃止し、特例病床の可否を知事の判断で可とする。 なお、今回の提案は地域に真に必要とされる最低限の増床を想定しており、無秩序な増床とは異なる。 ④効果 緩和ケア病床やリハビリテーション病床等特例病床の増床に関し、知事判断で地域事情に即した臨機応変な対応が可能になる。	C	II	我が国の千人当たりの病床数は13.9となっており、フランスやドイツの約2倍、アメリカやイギリスの約4倍と、人口当たりの病床数が多い状況にある。一方、病床百床当たりの医師数は14.9となっており、フランスやドイツの約1/3、アメリカやイギリスの約1/5と、病床当たりの医師数が少ない状況にあり、医師の不足・地域偏在、地方の医療機関の休止・廃止等が問題となっている。 また、我が国の病床利用率は一般病床75%と低く、空床が多い状況となっている。 都道府県において特例病床の許可に際して必要な厚生労働大臣への協議を廃止した特区を措置する場合、既に病床が過剰となった地域において、地域で必要とされる病床数を超えた病院の増床・開設が行われ、医療資源が他の地域から集まり、許可を行った都道府県内のみならず、他の都道府県も含めて医療資源の配分に影響を与え、都道府県内外の医師不足地域の問題が深刻化し、地方の医療機関の休止・廃止につながるおそれがあるため、適当でない。 なお、特例病床に係る大臣協議については、病床の増加が他の都道府県に与える影響等の観点から、当該施設の病床利用率や待機患者数を勘案しているが、地域の既存の医療機能を活用し、必要と認められるものであるが等について必要な確認を行っているところである。	1004010	京都府外41都道府県	京都府外41都道府県	厚生労働省	
090140	回復期リハビリテーション病床の廊下幅基準を廃止する	健康保険法第7第6条第2号、診療報酬の算定方法(平成22年3月5日厚生労働省告示第59号)	回復期リハビリテーション病床は、A・D能力の向上による寝たきり防止と実態復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病床であり、廊下においても数多くの方が歩行訓練を行っているものである。 そのため、車いすと歩行訓練者及びその介助者が絡みつきやすい観点からも幅広い廊下は必要であり、療養病棟、老人保健施設等での介護施設と同様の廊下幅に関する基準が採用され、回復期リハビリテーション病床の廊下幅の基準は1.8m(両側に居室がある場合は2.7m)としているところである(車いす2台がすれ違える最低幅が1.8mであることから1.8mと設定され、両側に居室がある場合は、さらに1人が通行出来る幅を確保する観点から2.7mと設定)。	診療報酬上の回復期リハビリテーション病床に係る施設基準の一部廃止	①現状 患者の社会復帰を促進するためには、リハビリが不可欠であるが、回復期リハビリテーション病床について、例えば京都府では、府内医療圏の内、山城南、南丹は同病床が無く、他の医療圏も京都乙訓以外は、非常に少ない。 ②問題点 既存の一般病床を回復期リハビリ病棟に転換する場合に、診療報酬上の施設基準を充たすには、医療の質に直接関係しない廊下幅の基準がネックとなり大規模な改修が必要となることから、転換が進まない。 <廊下幅の基準> 一般病床 2.1m 回復期リハビリ病棟 2.7m ※基準値は2.7mが望ましいとされているが、具体的数値が明記されていることから、医療機関側から見れば実質的に2.7mが基準となっている。 ③解決策 既存の一般病床から回復期リハビリ病棟への転換を容易にするため、診療報酬上の施設基準のうち、廊下幅についての基準を廃止する。 ④効果 回復期リハビリ病棟の増加により、府内どこでも必要なリハビリを容易に受けることが可能となる。	C		一般病床の廊下幅の基準は医療法施行規則第16条11のロに定められており、両側に居室がある場合は、1mとされている。しかし、1mでは、車いす2台がすれ違えない人が入ることのできなくなってしまうなど、回復期リハビリテーション病棟で実施することが想定されリハビリテーションを提供することができない。このような病床を数多くの方が廊下において歩行訓練を行う回復期リハビリテーション病棟とすることで、回復期リハビリテーション病棟の趣旨にもとめるものである。以上のことから既存の一般病床から回復期リハビリテーション病棟へと転換するために、廊下幅に関する基準を廃止することは、困難である。なお、このような要望は質の高いリハビリテーションを提供しようとする現行の流れと逆行しており、不適切であると考ええる。	1016010	京都府外37都道府県	京都府外37都道府県	厚生労働省	
090010	・保育所最低基準を「参酌すべき基準」 ・施設認可、45床<最低基準>、46床<立入、検査、改善命令・事業停止> ・児童福祉施設最低基準(昭和23年12月29日厚生省令第63号)	保育所の設置認可、指導監督権限は都道府県等(政令市、中核市を含む)にある。また、保育所の面積基準や保育士の配置基準などの最低基準については画が定めている。	・保育所の人員、設備、運営に関する基準を「参酌すべき基準」とすること。 ・同基準を定める権限、施設認可・指導監督権限を保育の実施主体である市町村に移譲。	①現状 継続審議となっている「地域主権推進一括法案」が成立した場合、最低基準を定める権限が都道府県・政令・中核市に条例委任される予定。待機児童数は、2010年4月1日時点で2万6000人を超え、3年連続増加している状況である。 ②問題点 保育所の設備の面積基準や保育士の配置基準等については、現在、継続審議となっている「地域主権改革一括法案」において、「従うべき基準」とされており、固く定める基準に縛られることとなり、児童の年齢などの状況に応じた職員配置基準や地域の事情を踏まえた面積基準の設定など、自治体が主体的に決定することができないままである。中でも特に、児童1人につき3.3㎡という面積基準には、合理的な根拠がなく、一律に全国統一の基準として維持するには問題がある(3.3㎡という面積基準に合理的な根拠がある場合は、その根拠を示していた)。また、保育の実施主体は市町村であるにも関わらず、施設認可・指導権限は都道府県であり、施設整備やサービス提供に必要な財源は、都道府県及び市町村が法定負担する仕組みである。 ③解決策 児童福祉法第45条第2項及び同法第1項を受けた厚生労働大臣が定める「児童福祉施設最低基準」について、地域の実情に合った基準を自治体が制定できるように、同基準について「参酌すべき基準」とする。 保育サービスという住民に身近なサービス提供にあたっては、保育の実施主体である市町村が住民のニーズ等を勘案のうえに判断することが望ましい。このため、最低基準を定める権限を都道府県・政令・中核市に委任するのではなく、市町村に条例委任が可能な法体系とすることが望ましい。このため、施設認可・指導監督権限を都道府県内の全市町村へ移譲又は希望する市町村へ事務処理特例条例による移譲を行う。 ④効果 地域の多様な保育サービスの提供にあたり、各自自治体が保育所の設置・運営の基準設定を行うことが可能となること、また市町村が自ら取組により児童に取り組む施策を選択することが可能となること、保育所における児童処遇や待機児童の解消など、地域の実情に応じた保育施策の展開が可能となる。 ※画においては、内閣府に設けられた「子ども・子育て新システム検討会議」の中で新たな保育制度が議論されており、また、6月18日に閣議決定された「新制度戦略」においても、幼保一体化の推進、利用者本位の保育制度に向けた抜本的な改革など、保育施策の充実が明記され、「保育における要件の撤廃・全ての就学前児童に対する保育サービスの提供」が検討されている。	C	I	保育所については、その施設の運営の基準を適切に定めることにより、子どもの健やかな育ちを保障することが重要であると考えられており、現在衆議院で継続審議中である地域主権改革推進法案においても、保育士の配置基準や保育室の面積等は、直接保育の質に大きな影響を与える基準であることから、「従うべき基準」として、全国一律の最低基準を維持することとしたところである。 また、施設認可や指導監督権限については、市町村において、財政規模や人員が十分でない場合も多く、特に内閣府自治体においては、社会福祉施設等の専門知識を有する人材の確保が難しく、財政的・人材的に多大な負担を強いることになると考えられる。そのため、全国一律に権限を譲渡するのではなく、事務処理特例の制度を活用し、各市町村の意向を踏まえて、対応すべきと考えられる。以上のことから、現段階においては、特区制度による取組を行うことは適切でないと考える。なお、「子ども・子育て新システム検討会議」の中で、新たな制度において、施設認可等については、検討しているところである。加えて、保育所のほくふく室の面積基準(3.3㎡)については、昭和23年の基準制定時に、当時の外国の基準を参考に制定されたものであるが、この基準については、諸外国と比べて高い水準と書かないとの最近の研究結果もあり、すべての子どもに良質な育成環境を保障する観点から、最低基準についても「子ども・子育て新システム検討会議」の中で検討してまいりたい。	1001010	大阪府外40都道府県	大阪府外40都道府県	厚生労働省		

管理コード	要請事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	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	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
090050	家庭的保育事業（保育ママ）における面積基準・保育者の配置基準を「参酌すべき基準」とし、それら基準の設定権限、指導監督権限の市町村への移譲	児童福祉法第24条、第34条の16 児童福祉法施行規則第36条の38	家庭的保育事業の実施主体は市区町村、指導監督権限は都道府県等（政令市、中核市を含む）にある。また、家庭的保育事業の面積基準や保育士の配置基準などの最低基準については国が定めている。	家庭的保育事業（保育ママ）における面積基準及び保育者の配置基準を「参酌すべき基準」とすること ・同基準の設定権限、指導監督権限を保育の実施主体である市町村に移譲すること	①現状 構造改革特区第18次提案にて、大阪府より家庭的保育事業（保育ママ事業）の面積基準及び保育者の配置基準の撤廃について提案したところ、国より面積基準や保育者の配置基準については、家庭的保育事業において、子どもの健やかな育ちを保障する保育に深刻な影響を与えるものであることから、一定の量の確保が必要であり、基準の撤廃はできない」との最終回答が示され、特区対応不可となった。ただし、保育専用室の解釈について、「なお、家庭的保育事業は、居宅等の家庭環境の中で行うものであるから、保育を行う専用の部屋というものは、保育時間以外はその居室として使うことを制限するものではなく、また複数の部屋を合併することも可能である。また、保育者の児童が保育を行う部屋にいても別けていない、保育を行う専用の部屋という規定が、事業者及の発行になると判断される恐れを排除するため、こちらを保育を行う部屋の考え方を平成23年度以降の国庫補助要綱に記述を加えることとする。」との回答が示され、面積基準については、実質要件緩和された。 ②問題点 面積基準について、専用室の解釈により実質要件緩和されたが、解釈により柔軟対応が可能であるならば、国が一律に基準を設定する必要性乏しい。また、面積が9.9㎡以上、ただし、児童が3人を超える場合は、3人を超える児童1人につき3.3㎡を加算する、という面積基準には、合理的な根拠がなく、一律に全国統一の基準として維持するには問題がある（面積基準に合理的な根拠がある場合は、その根拠を示していただきたい）。また、保育者の配置基準についても、国が一律の配置基準を定めることは、地方分権の観点から問題である。 ③解決策 事業の実施主体である市町村が地域の保育ニーズ及び保育実施環境を踏まえて主体的に設定できるよう、面積基準（専用の部屋を有し、面積が9.9平方メートル以上）及び保育者の配置基準について参酌基準とする。 ・同基準を定める権限、指導監督権限を都道府県内の全市町村へ移譲又は希望する市町村へ事務処理特例条例による移譲を行う。 ※国が定めた「地方分権改革推進計画」において、認可保育所について「東京都の一部の区域に限り、待機児童解消までの一時的措置として、居室の面積に関する基準に係る規定は、地方自治体が合理的な旨の説明責任を負い条例で定めることとされている。 ④効果 市町村が地域の保育ニーズ及び保育実施環境を踏まえて主体的に面積基準や保育者の配置基準を設定できるようになれば、より地域のニーズにあった多様な保育サービスの提供が可能となり、それが、待機児童解消及び就労機会の拡大につながる。	C	III	家庭的保育事業においては、その事業の運営の基準を適切に定めることにより、子どもの健やかな育ちを保障することが重要であるとされており、家庭的保育者が保育できる乳幼児の数及び保育を行う場所については、直接保育の質に大きな影響を与えるものであることから、全国一律の基準の維持が必要である。 また、指導監督権限については、市町村において、財政規模や人員が十分でない場合も多く、財政的・人材的に多大な負担を強いことになるため、現段階において、特区制度による取組を行うことは適切でないと考えられる。 なお、「子ども・子育て新システム検討会議」の中で、家庭的保育サービスを含む、多様な保育サービスのあり方について、検討しているところである。		1009010	大阪府外39都道府県	大阪府外39都道府県	厚生労働省
090020	私立保育所における給食の外部搬入	児童福祉法第12条の11 厚生労働省関係構造改革特別区域法第2条第3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	3歳未満児の給食の外部搬入については、特区の認定を受けた市町村の公立の保育所のみ行うことが可能である。	私立保育所の満3歳に満たない児童への給食の外部搬入を認める（児童福祉施設最低基準第22条の2第1項の一部改正）	①現状 公立保育所については、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」についての通知で給食の外部搬入が認められることとなった。 また、平成22年6月1日付け児発第0601第4号の通知により、3歳以上児に対する給食の外部搬入を認める特区の内容が、私立保育所も含めて全国展開されることとなったが、私立保育所の満3歳に満たない児童については、依然として自園調理が求められている。 ②問題点 公立保育所では、満3歳に満たない児童の食事の外部搬入が認められている（構造改革特区の認定が必要）ものの、私立保育所では認められていないことから、公立保育所とのバランスを欠くため。 ③解決策 私立保育所の満3歳に満たない児童への給食の外部搬入を認める。 ④効果 全年齢において給食の外部搬入対応が可能となり、保育所運営の合理化が図られる。	C	III	「特区において講じられた規制の特例措置のあり方に関する評価意見」（平成22年2月4日構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会）において、3歳未満児の給食の外部搬入について、咀嚼機能発達等の観点から特に配慮が必要であったため、公立保育所においては特区として継続し、認定される事業者を除くための適切な方策の検討を行い、私立保育所については、上記方策の検討を踏まえ、対応することとしており、現段階では御指摘のような特区制度による取組を行うことは適切でない。	1002010	兵庫県外36都道府県	兵庫県外36都道府県	厚生労働省	
090170	児童相談所長、児童自立支援施設長の任命基準の柔軟化	児童福祉法第12条の2 児童福祉法施行規則第2条 児童福祉施設最低基準第8-1条	児童相談所長の要件として医師、社会福祉士、児童福祉司として2年以上勤務した者などが、児童自立支援施設長の要件として医師、社会福祉士、児童自立支援事業に5年以上従事した者などが法令で定められている。	児童相談所長、児童自立支援施設長に照し、現任命基準を参酌基準として、地方自治体が定められるようにする。	①現状 所長の要件として医師、社会福祉士、児童福祉司後2年以上の経験など、施設長の要件として医師、社会福祉士、児童自立支援事業5年以上などが法令により規定されている。 ②問題点 危機管理、自立支援等の今日的課題に対応する所長及び施設長の選任が困難 ③解決策 現任命基準を参酌基準として、地方自治体が地域の実情に合わせて決められるようにする。 ④効果 危機管理、自立支援など、児童相談所や児童自立支援施設が抱えている課題に適したリーダーシップを発揮できる人材の登用が可能になる。	C	I、III	児童相談所長は、子どもを守る最後の砦として、一時保護や親子分離といった強力な行政権限が与えられた行政機関である児童相談所の責任者であり、その判断を誤れば、子どもの命を奪うことにもつながりかねない極めて重大な職責を担っていること、児童の意思の尊重を確保する上で、児童相談所の児童に対する処遇等に係る専門性について、一定の水準・質を維持する必要があることから、児童相談所長の任命については、全国一律の基準とする必要がある。 なお、現在でも、同等以上の能力を有すると認められる者として、児童福祉司となる資格を有し、かつ社会福祉士主事として本府児童担当課等に2年以上従事した者なども登用できることとなっている。 児童自立支援施設においては、本府執行をとし、又は必ずそのあるある児童及び家庭環境その他の場地上の自由により生活指導等を要する児童を対象としているが、虐待歴がある、行動障害を有する等により特別なケアが必要な児童が多く、児童発達施設等からの転送種別ケースの受け出しとしても機能している。また、児童自立支援施設については、少年法に基づく保護観察や少年院送致と並び、家庭裁判所が決定する保護命令の送致先となっている。こうした児童に適切なケアを行うため、施設長の高い専門性を確保することが必要であることから、児童自立支援施設長の任命については、全国一律の基準とする必要がある。 なお、現在でも、同等以上の能力を有すると認められる者として、児童福祉司となる資格を有し、かつ児童相談所又は本府児童担当課等に5年以上従事した者なども登用できることとなっている。	1019010	京都府外43都道府県	京都府外43都道府県	厚生労働省	
090060	就労継続支援B型に定める条件の緩和	障害者自立支援法第43条第2項 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者等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）第203条 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者等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年12月6日障発第1206001号厚生労働省令）第14の4	指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、厚生労働省令（「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者等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）」）により定められている。 就労継続支援B型に係る基準は、当該指定障害福祉サービスの実施主体は、上記省令により「社会福祉法第2条第2号に掲げる指定障害福祉サービスの事業者等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年12月6日障発第1206001号厚生労働省令）第14の4の(1)に規定する旨の規定（第14の4の(1)）がある。	指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準を条例に委任する。 条例制定基準については、地方分権改革推進委員会第3次勧告の考え方による。（就労継続支援B型）に係る基準は参酌基準とする。）	①現状 一般雇用による職業的自立が困難な障害者等の就労の場を確保するため、就労継続支援事業等々の設置促進が求められている。 ②問題点 地域共生ホーム（富山型サービス等）において、障害福祉サービス（生活介護、児童デイサービス）の受給者であった者が、有償ボランティアとして就労しながら事業所スタッフによる福祉的な支援を受けている例が多数みられるが、この支援に対する範囲上の評価が行われていない。 ③解決策 社会福祉法人に限定されている福祉的就労（基準該当就労継続支援B型）の実施主体を、地域共生ホームの運営主体であるNPO法人等に拡大する。 ④効果 小規模で地域に密着した福祉の現場は障害者の就労の場としてだけでなく、社会活動への参加、自己実現の場としても過しており、多様な障害福祉サービスの提供に資するとともに、就労機会の拡大にもつながる。	C	III	就労継続支援B型に係る基準は当該障害福祉サービスは、障害者自立支援法施行前において、補助金の交付対象であった社会福祉法又は生活保護法に基づく施設施設に対する代替措置として整理されたものであること、現在、障がい者制度改革推進会議が福祉的就労において福祉的就労の在り方について議論されてきたことを踏まえ、慎重な検討が必要である。	1007010	富山県外46都道府県	富山県外46都道府県	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	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	各府庁からの提案に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁
090070	認知症対応型共同生活介護事業所への障害者受入れ		○障害者自立支援法第43条第2項 ○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者等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省令第171号) ○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者の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日障発第1206001号厚生労働省社会・福祉局長通知)	○障害者自立支援法に基づく共同生活介護(グループホーム)を行うにあたっては、共同生活住居の入居定員や職員配置などを必要最低限の基準としているため、共同生活介護(グループホーム)における基準該当サービスは設けていないところ。	○基準該当共同生活介護の創設		Ⅲ	今回の提案については、別途、総合特区制度において、同内容の提案が出たことであり、これに対し、当省としては、「さらに論点を詰めて検討するもの」と回答させていただきます。 (※総合特区提案に対する回答) 更に具体的な提案内容について情報提供いただくことを前提として、現在実施している特区(介護保険法に基づく指定小規模多機能型居宅介護事業所において障害児(者)に対し短期入所等を行う事業)の関係者を含めて、更に検討させていただきます。		1008010	富山県外41都道府県	富山県外41都道府県	厚生労働省
090160	宿泊型自立訓練に係る定員規模等の緩和		○障害者自立支援法第43条第2項 ○障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準第57条 ○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者の人員、設備及び運営に関する基準第166条 ○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者の人員、設備及び運営に関する基準第168条 ○社会福祉法第2条第4項第4号	○最低定員(20人)の「参酌すべき基準」化 ②地域移行支援員の必要職務の「参酌すべき基準」化 ③居住面積(743㎡以上)の「参酌すべき基準」化	①現状 兵庫県を例にとると、県内には指定生活訓練事業所は39(入所12、通所27)箇所があるが、指定宿泊型自立訓練事業所がない ②問題点 宿泊型自立訓練事業は、特別支援学校を卒業した者や日中の生活訓練サービスを受けた障害者が、グループホームや一般住宅で一人暮らしを目指す、生活能力の向上を図るために一定のニーズがあるが、兵庫県内では未だ申請する事業所がない ③解決策 指定申請のネックとなっている定員規模(20人)、人員配置基準、居居面積等を緩和し、参入を促進する ※ 最低定員は、20人を10人に緩和することを想定 ④効果 基準を緩和することにより、参入事業者が増え、障害者の自立生活の促進に寄与する		Ⅲ	最低定員や人員配置基準、居居面積基準については、事業の安定的な運営の確保やサービスの質の確保、人権に関わる基準であることから、「参酌すべき基準」化は困難である。		1018010	兵庫県外46都道府県	兵庫県外46都道府県	厚生労働省
090080	介護保険施設等における介護ロボット利用の活用		介護保険施設等における介護ロボット利用の活用	介護保険施設等における介護ロボット利用の活用	介護保険施設等における介護ロボット利用の活用		(1) C (2) C	○ 地方分権推進計画(平成21年12月15日閣議決定)において、特別養護老人ホーム等の設備及び運営に関する基準等については、人員基準、居室面積基準、利用者及びその家族に対する人権尊重の観点に照らして、必要と認められる範囲内で、必要最低限の基準に引き上げ、その基準を定めていくこととしている。そのほか、地方自治体の職員の確保等については、必要と認められる範囲内で、必要最低限の基準に引き上げ、その基準を定めていくこととしている。 ○ 介護保険施設等においては、介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。また、介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。 ○ 介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。また、介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。 ○ 介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。また、介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。 ○ 介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。また、介護ロボット利用に関する取り組みを進め、その効果を検証していくこととしている。		1009010	静岡県、愛知県、兵庫県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、徳島県、香川県、高松県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県	静岡県、愛知県、兵庫県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、徳島県、香川県、高松県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県	法務省、外務省、厚生労働省
090090	小規模多機能型居宅介護事業所の利用制限緩和		小規模多機能型居宅介護については、登録者に対して「通い・訪問・宿泊サービス」を組み合わせて提供し、24時間365日、在宅での生活を総合的に支援するもの。 現在、当該事業所で登録者以外が宿泊した場合は、介護報酬の給付対象とならない。また、登録者に対する介護報酬は月当たりの包括報酬額とされており、「宿泊」のみ利用した場合を想定した報酬体系にはしていない。	○登録者以外が利用が認められていない小規模多機能型居宅介護事業所の緊急ショートステイの利用について、登録者の優先を前提に、登録者以外も利用できるように緊急ショートステイの利用者を優遇する。 ○登録者以外が利用が認められていない小規模多機能型居宅介護事業所の緊急ショートステイの利用者を優遇する。 ○登録者以外が利用が認められていない小規模多機能型居宅介護事業所の緊急ショートステイの利用者を優遇する。	※「小規模多機能型居宅介護」とは、登録利用者を対象に地域のサービス拠点に「通い」、又は短期間「泊り」、訪問等により、入浴・排泄・食事等の介護、日常生活上の世話や機能訓練等を提供するもの。 ①現状 小規模多機能型において、「泊まり」利用が少なく、一方、ショートステイサービスを提供する施設が不足 ②問題点 宿泊機能としての資源が有効活用されていない。(空床状態あり) ③解決策 小規模多機能型の空き室を利用して、登録者を優先しつつ、登録者以外の「(緊急用)空床ショートステイサービス」を認める。宿泊に対する報酬は、個別に請求可能とする(夜勤要員の賃金が補える程度の報酬を確保)。 ④効果 1~2ヶ月前から予約しなければ利用できないなどショートステイ施設が不足する中、小規模多機能型居宅介護事業所において登録者以外の緊急利用を可能とすることにより、日常介護する家族等の利便向上を図ることができる。		D	○ 小規模多機能型居宅介護事業所は、「専ら当該小規模多機能型居宅介護の事業の用に供する」宿泊室を備えなければならないが、「利用者に対する小規模多機能型居宅介護の提供に支障がない場合は、この限りでない。」とされており、現行制度下においても市区町村の判断で、登録者に対する宿泊サービスの提供を優先した上で、登録者以外の者が小規模多機能型居宅介護事業所に宿泊することは可能である。 なお、その際は、小規模多機能型居宅介護が「なじみの関係によるケア」を想定していること、利用者の状態等に応じて当初計画していない宿泊サービスを柔軟に提供する場合があることに配慮する必要がある。 ○ 登録者以外の者への宿泊サービスを介護報酬で評価することについては、①小規模多機能型居宅介護としての評価は「登録者へのみ向けられること」「通い・訪問」を組み合わせることで提供することを想定して包括化していること、②短期入所生活介護(ショートステイ)としての評価は、小規模多機能型居宅介護が「なじみの関係によるケア」「民衆等の既存施設を活用した効率的なサービス提供」を基本として制度設計されている関係上、短期入所生活介護とは人員、設備・運営基準等が異なる(例：医師の配置は小規模多機能型居宅介護には不要、小規模多機能型居宅介護の宿泊は7.43㎡/人、短期入所の居室10.65㎡/人等)ため、困難である。		1010010	京都府外44都道府県	京都府外44都道府県	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	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	各府県からの提案に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁
090100	短期入所療養介護サービスの充実	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第141条	短期入所療養介護は、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等において実施されているところ。	介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において併設型ショートステイの実施を可能にする	①現状 - 医療的ケアが必要な方のショートステイは、実施主体が介護老人保健施設や介護療養型医療施設等に限定されており、かつ、入所者の退所等が空床ができた場合のみ利用を認める「空床利用型」しか認められていないため、十分なサービスが提供できていない。(生活リハにおけるショートステイは、特養等のショートステイで対応可) ②問題点 - 集中的なリハビリなどが提供できるショートステイ(短期入所療養介護)に特化した施設が制度上無い。 ③解決策 - ショートステイ(短期入所療養介護)の専用ベッドを設けるため、例えば、通常厚い人員配置がなされている介護老人保健施設及び介護療養型医療施設において、併設型ショートステイを可能とする新たな制度を創設する。 ④効果 - 在宅におけるリハビリが必要な方に短期集中的なリハビリが提供可能。 - 医療的ケアが必要な方の利用が可能。	D	-	提案については、都道府県において、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の入所定員数を必要に応じて増やし、優先的に短期入所療養介護に用いることで、対応可能である。		1011010	京都府外45都道府県	京都府外45都道府県	厚生労働省
090110	訪問介護の充実	介護保険法第70条第1項	訪問看護サービスは、訪問看護事業所としての指定を受けた事業所において提供することとしている。	訪問看護サービスを提供する者が看護師資格を持つ場合、居宅医療ケアサービスの提供を認める	①現状 - 訪問介護事業所に一定数看護職員がいる場合でも、別途「訪問看護」の指定を受けなければ居宅医療ケアサービスの提供ができない。 ②問題点 - 訪問看護事業所が少ない。 ③解決策 - 訪問介護サービスを提供する者が看護師資格を持つ場合、居宅医療ケアサービス(例: 痰吸引)の提供を認める。そのため、例えば、訪問介護事業所において、看護職員を一定数以上配置(例: 常勤看護師1名必要)した場合には、訪問看護事業所としてみなし指定を認めることにより、大きく制度を変えることなく、医師の指示書に基づき当該居宅医療ケアサービスを行うことが可能となるとともに、報酬制度上のサービスに位置づけられることもできる。 ④効果 - 訪問看護事業所数が伸び悩む中、看護師資格者の有効活用を図ることにより、居宅医療ケアサービスの提供量の増加に資する。	F	I 又は III	訪問介護事業所と訪問看護事業所の一体的な指定によるサービス提供のあり方については、社会保障審議会介護保険部会において、12月間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や若取りの一体的な対応も可能となることと期待される」とされたところであり、法制化に向けた検討しているところ。		1012010	京都府外43都道府県	京都府外43都道府県	厚生労働省
090120	訪問リハビリサービスの利便向上及び供給拡大並びに従業者の雇用拡大	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(訪問通所サービス)の留意事項において第2の5(1)に従業者の雇用拡大 介護保険法第74条第2項 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第77条第1項 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 別表の4	介護保険制度における訪問リハビリテーションは、通院が困難な利用者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設から提供するサービスである。その際、指示を行う医師の診療の日から1ヶ月以内に訪問リハビリテーションを実施する必要がある。	○主治医の診断のみで訪問リハビリサービスを提供可能にする ○訪問リハビリ事業所開設主体の制限撤廃 ○訪問リハビリサービス提供対象の拡大	①現状 ○訪問リハビリサービス利用者は主治医とは別に改めて訪問リハビリ事業所の医師による診断を受ける必要がある。 ○訪問リハビリ事業所の開設主体は病院・診療所及び介護老人保健施設といった医師必置機関に限られている。 ○訪問リハビリサービスは、介護報酬上、原則として通所リハビリが困難な利用者(重度)への提供に限られている。 ②問題点 ○利用者は主治医及び訪問リハビリ事業所の医師双方の受診が必要となっており、負担感が強い。 ○訪問リハビリサービスについては、ケアマネジャーへのアンケート調査(平成22年7月、京都府実施)によると、「大いに不足」「全く不足」の回答が56.5%となっており、高齢化の更なる進展を考えると事業所数増加による供給拡大が急務であるが、開設主体が限定されており、とりわけ医師の必要が高いハードルとなっている。 ○一方、通所リハビリサービスについても「大いに不足」「全く不足」の回答が44.2%となっており、通所リハビリサービス提供事業所が少ないことにより通院(通所)可能な中重度な利用者に対してサービスを提供できていない。 ③解決策 ○訪問看護利用時と同様に主治医の指示書のみで訪問リハビリサービスを提供可能とする。(ただし、リハビリに関する知識を有する主治医に限る) ○開設主体についても訪問看護事業所と同様に、株式会社等による参入を認め、 ○その上で、重度者を主体としつつ、「ケアプランで必要性を認める場合には中重度者への訪問リハビリサービス提供を認める」。 ④効果 ○利用者の負担軽減とともに訪問リハビリ事業所に医師必置の必要がなくなる。 ○医師必置というハードルが下がることにより、セラピスト(PT、OT、ST)による起業が促進されると見込まれ、民間主体の新規参入による事業所の増加が期待される。 ○在宅でのリハビリは美生活に即したものであり、住居の構造等に着目したきめ細やかなアドバイスが可能となるとともに、日常介護にあった家族等の習熟と相まってさらに効果的であり、遠隔後、急性期・回復期施設とのシームレスな連携も可能となる。 ○また、供給体制の増加とらなるセラピスト需要の拡大を図ることにより、例えば、全国のPT就業総数が5.3万人といわれる中、今後毎年1.3万人ずつ新たなPTが誕生するという見込みにおいて、若年層の雇用拡大にも大きく寄与する。	1 : D 2 : C 3 : E	-	1) について(移行機運により利店可能) 訪問リハビリテーションは、利用者の日常の健康状態を的確に把握している主治医又は、主治医の指示を受けたリハビリ職によって提供することが基本であるため、主治医の属する医療機関から提供することが望ましい。 そのため、サービスの円滑な提供に資するよう、主治医の属する医療機関が保険医療機関である場合には、介護保険法の指定を受けずとも、サービスを提供できることとしている。 なお、主治医の属する医療機関の中には、リハビリ機能を備えていないなど、リハビリ機能を十分に有していない状況もあるため、主治医から利用者に関する情報提供を受けた場合に限り、リハビリ機能を有する別の医療機関からサービスを提供することとし、こうした仕組みが必要である。 2) について(別定非可) 在宅の介護ができるだけ住み慣れた自宅で生活を送ることができるよう、リハビリテーションの提供にあたっては、 ○訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを一体的に提供することが必要であり、訪問リハビリテーションについても、通所リハビリテーションと同様、医療提供施設からの提供の要望しに。 その一方で、従属的な異なる利用者にのみ提供しサービスを提供する必要性があるため、利用者の日常の健康状態を的確に把握している医師と協働したサービスの提供が望ましいこととなる。 なお、病院、診療所、老健施設に限定しているところであり、こうした仕組みは重要であると考えている。 また、社会保障審議会介護保険部会においては、リハビリテーションの充実に向けて、開設事業の増設だけでなく、訪問・通所・短期入所・入院療養によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ推進の取組を推進することが必要とされている。 訪問リハビリテーションは、通院が困難な利用者に対して提供することとされており、通院によるリハビリテーションのみでは容認し得ない状況がある場合の容認の状況の把握を求めた訪問リハビリテーションの取組など、ケアマネジアンにより必要と判断された場合には、通院が困難な利用者以外のものに対しても提供可能である。		1013010	京都府外44都道府県	京都府外44都道府県	厚生労働省
090150	介護予防サービスの策定に係る外部委託制限の撤廃	○介護保険法第115条の2第3項 ○指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号)第12条第6号 ○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生労働省令第36号)第13条第5号	地域包括支援センターの指定介護予防支援業務については、指定居宅介護支援事業所に委託することができるが、当該指定居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の数に八を乗じて得た数以下であること。	介護保険法に定める「地域包括支援センター」の業務の一つである「介護予防サービス計画(予防プラン)」の策定に係る外部委託について、委託件数の上限(8件まで)を撤廃する。	①現状 - 地域包括支援センターの多くは、「介護予防サービス計画(予防プラン)」の策定の業務に忙殺されており、その他の本来業務が果せない状況にある。 - 国は、介護予防全体の見直しについて、社会保障審議会の議論を経て、平成23年度中に結論を出すとしている。 ②問題点 - 高齢化の進行に伴い増加する高齢者を地域で支えていくためには、「地域包括支援センター」の充実強化は不可欠であるが、「介護予防サービス計画」の膨大な件数に加え、1件に要する業務量が多く、総合相談支援、権利擁護などその他の本来業務が十分に果たせていない。国においても議論されているところであるが、見直されたとしても平成24年度以降の実施となり、地域包括支援センターの充実強化を進める上で、支障が生じかねない。 ③解決策 - 外部委託の制限を撤廃し、余力のある介護サービス事業所等への委託を増加する。これにより、地域包括支援センターが本来果たすべき機能の充実強化を図る。 ④効果 - 地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメント業務を軽減することにより、介護プランの策定における困難事例の後方支援、高齢者の権利擁護業務、医療機関等訪問看護ステーション等との連携強化などを充実強化する。また、外部委託先として、介護サービス事業所を考えており、既に介護予防から要介護に移行した場合も通常のケアマネジャーで一貫したケアマネジメントが可能になるメリットもある。	F	-	地域包括支援センターにおける介護予防サービス計画(ケアプラン)作成業務の委託先数制限のあり方については、「『明日の安心と成長のための緊急経済対策』における構造改革特区に係る臨時提案等に対する政府の対応方針」(平成22年6月2日構造改革特別区域推進本部)において、介護予防全体の見直しを図る中で検討が必要とされ、社会保障審議会における議論を経て、平成23年度中に結論を得ることとした。 その上で、要支援等に対する予防ケアプランの作成については、要支援・要介護状態になる前からの一貫性・連続性のある介護予防マネジメント体制を確立するという観点から、市町村を責任主体とし、原則として、地域包括支援センターが作成するものとし、一定の制限の下で委託することが定められているものである。したがって、介護予防ケアプランの委託先数制限のあり方については、介護予防の制度そのものあり方に関わる事項であり、介護予防全体の見直しを図る中で、検討していくべき事項である。 介護予防の見直しを含め、介護保険制度全体の在り方については、社会保障審議会介護保険部会において「地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべき」との意見が出されていることと踏まえ、検討を行う。		1017010	京都府外44都道府県	京都府外44都道府県	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	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	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
090130	小規模多機能型居宅介護(地域密着型サービス)における登録定員や利用定員の緩和又は市町村権限委任の緩和	介護保険法第78条の4 平成18年3月厚生労働省令第34号「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」	小規模多機能型居宅介護(地域密着型サービス)における登録定員や利用定員については、左記の基準において定められている。	①小規模多機能型居宅介護(地域密着型サービス)における登録定員や利用定員の緩和又は市町村権限委任 ②小規模多機能型居宅介護を普及させるための基本報酬の見直し ③ケアマネジメントの改善や他サービスとの併用など制度の柔軟運用 ④医療機能付加型の小規模多機能型居宅介護の創設	現状 利用者のニーズに応じたきめ細やかなサービスを提供する「小規模多機能型居宅介護」は、利用定員や介護報酬等が事業普及の障壁となりが、従うべき基準として定められていない。同基準は、「地域主権推進改革一括法案」において最低基準を定める趣旨が市町村に条例委任される予定であるが、「従うべき基準」とされており、全国一律の基準として定められる予定。 問題点 登録定員や利用定員が少なく、利用者のニーズに応じたサービス提供や事業採算確保の障壁となっている(25人以下という登録定員や通いは入まで、宿泊は入までという利用定員に合理的な根拠がある場合は、その根拠を提示していただきたい)。また、サービスの利用にケアマネの変更が伴うことなどにより普及が進んでいない。さらに、介護ケアに併せた医療ケアのニーズへの対応が必要である。 解決策 登録定員や利用定員の緩和又は市町村権限委任、地域のニーズに応じた基本報酬の見直し、ケアマネジメントの改善などPT、OTの配置や地域医療と連携した「医療機能付加型の小規模多機能型居宅介護」の制度化 効果 事業者参加が促進されるとともに医療と介護の連携が図られ、地域包括ケア体制の構築に資する。	①C ②D ③D ④F	①について ○登録定員・利用定員については、小規模で解決の空間で革新的なケアを行うことを要する小規模多機能型居宅介護の創設を行うとともに、利用者の適切な確保を図る必要がある。また、「地域主権推進改革一括法案」において、従うべき基準として整備されたものである。 ○なお、社会保険審査会介護保険部会に対して小規模多機能型居宅介護の関係団体から「柔軟なケアマネジメントに基づき、臨応対応が可能な範囲は、25人以下又は18人以下、介護報酬(床25人)の取組は希望すべきではない」とする提案があったほか、実施として1事業所当たり平均登録数は18人程度となっている。以上のことから、登録定員・利用定員の緩和を行うことは、妥当でない。なお、 ②について ○現行制度においても、小規模多機能型居宅介護の介護報酬については、「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(平成18年厚生労働省令第26号)」を根拠に基づき、市町村長等の申請に基づき厚生労働大臣が認められた場合に市町村独自の上限を超過して給付することは可能である。なお、小規模多機能型居宅介護の介護報酬については平成23年度の社会保険審査会介護給付費分科会において議論を行い、必要に応じて見直しを行う予定。 ③について ○小規模多機能型居宅介護については、「適い」「訪問」「泊まり」を柔軟に組み合わせ、利用者の日常生活の継続を支援するサービスであり、小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が登録者の全体のケアマネジメントを行っており、介護報酬も月単位の包括報酬制としている。なお、小規模多機能型居宅介護の報酬に含められていない協働型報酬制としている。なお、小規模多機能型居宅介護の報酬については併用可能である。 ④について ○「医療機能付加型小規模多機能型居宅介護」については、社会保険審査会介護保険部会において、「重要になるほど登録サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、併せて小規模多機能型居宅介護と連携を図るべきである」との複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある」とされたところであり、法制化に向けて検討しているところ。	1014010	大阪府外44都府県	大阪府外44都府県	厚生労働省		
090180	保健所長の医師資格要件の見直し	地域保健法第10条 地域保健法施行令第4条	保健所の所長は、医師又は医師でない職員とされ、それぞれ地域保健法施行令において規定 1 医師の場合 次のいずれか1該当 1) 3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者 2) 国立保健医療科学院の行う養成訓練課程を経た者 3) 厚生労働大臣が、前2号に掲げる者と同等以上の技術又は経験を有する者 2 医師でない職員の場合 次のいずれか1該当 1) 厚生労働大臣が、公衆衛生行政に必要な医学に関する専門的知識に關し医師と同等以上の知識を有すると認められた者 2) 5年以上公衆衛生の実務に従事した経験があるもの 3) 養成訓練課程を経た者	保健所長以外の職員に医師を配置する場合は、保健所長の医師資格要件を廃止撤廃できることとする。	①現状 ▼原則、保健所長は医師の者をもって充てるとされている。 ▼保健所長医師の確保については、公衆衛生医師の養成・確保に努めているが、所長クラス医師の確保は非常に困難な状況。 ▼このため、例外的措置として、地方分権改革推進会議による「保健所長の医師資格要件の廃止を求める要望」等を受けて、平成17年4月1日からは医師以外の者も保健所長に充てることができるよう緩和され、平成21年4月1日からはその資格要件の緩和が拡充された。 ②問題点 ▼しかしながら、医師以外の者も保健所長にできるとされた例外的措置は、その資格要件が次のとおり非常に厳しく、現実的には該当職員が存在しない状況である。全国的にも適用事例なし。 1 公衆衛生行政に必要な医学知識に關し、医師と同等以上の知識を有すると認められた者 2 5年以上の公衆衛生の実務に従事した経験がある者(20年以上の公衆衛生実務の従事経験があれば、1の要件は不要) 3 国立保健医療科学院の専門課程研修を終了した者 ※いずれにも該当すること ③解決策 ▼近年の保健所の健康危機管理への役割を考慮すると、公衆衛生に精通した医師の配置は一定必要である。 ▼したがって、特に所長クラス公衆衛生医師の確保が困難な実態を踏まえ、所長以外の職員に医師を配置する場合は、保健所長の医師資格要件を撤廃できるものとする。 ④効果 ▼柔軟な人事配置が可能となる。	C	II	保健所長は、新型インフルエンザ等健康危機管理発生時における地域の拠点であるなど、地域住民の健康の保持及び増進を図る重要な業務を担っており、保健所長にはこれら業務の遂行、並びに地域住民のニーズに応えるために必要となる医学及び公衆衛生学的専門知識が必要である。 具体的には、新型インフルエンザや大規模集中事件といった感染症等の健康危機発生時に、科学的かつ的確の見地から瞬時的な確な判断及び意思決定をするとともに、医療機関を初めとした関係機関との連携・調整、協力関係を構築する能力が求められる。また、組織の長として、多様な専門職種から構成される保健所を指揮・管理する能力を有する者であることが必要。このため、公衆衛生行政経験を有する医師を原則として充てたい。 今回の提案は、保健所長に充てる医師の確保が困難であることに起因するものと思料するが、そうした課題に対応するため、平成21年度から、保健所に医師がいる場合に限り医師以外の職員を保健所長に充てることができる要件を緩和したところ。その効果として、今年度において保健所長資格要件を満たした医師以外の職員が確保された自治体があることから、引き続き、この制度を活用することにより対応すべきと考える。	1020010	京都府、埼玉県外38都府県	京都府、埼玉県外38都府県	厚生労働省	
090190	同一診療所内における歯科医師の管理の下でのMTC(歯科技術士)への歯科技術士(歯科)への補助的作業と業務の一併参入の緩和	○歯科医師法(昭和23年法律第202号)第17条 ○歯科技術士法(昭和30年法律第168号)第20条	○歯科医師でなければ、歯科医業を営むことはならない。 ○歯科技術士は、その業務を行うにあたっては、印章採得、咬合採得、試通、装着その他歯科医師が行うのでない限り衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。	現行法で規定されている。歯科技術士の同一診療所内、歯科医師の監督・管理の下でのMTC(MTC歯科技術士)という特殊業務の調整等に対しての対面・歯科医師業務への一部補助的支援の参入によるチーム医療の実現を可能とするものである。	今後予想される高齢化社会における高齢者人口の増加に伴い、現在の義歯装着者で不適合で困っている患者や潜在的な将来の義歯装着者の多大な増加からくる医療保険費への過剰負担・財政への圧迫を未然に防ぐ為、MTC特区採用によるMTC取扱医の増加促進によって、適合の良い義歯を患者に提供し、医療費を軽減させる経済効果に加え、歯科技術士の新規雇用からの雇用増加・技工士雇いの防止・国内の技術の継承に大きく貢献するものと考えられる。この特許をもつMTCコネクタという特殊義歯(歯科技術士が考案した義歯)は特殊構造を有するため、作製した歯科技術士との連携が不可欠であり、その為同一診療所内での連携作業・口腔外技工行為が必要である。今回、医療制度改革に伴い、歯科技術士就業導入の背景の下、当該で開発されたMTC、並びに義歯全般は咬合装置上での作製は半完成品であり、顎関節・顎脛・筋力・唾液といった複動的な環境への適応を考慮して初めて完全完成となすのは周知の事実である。しかしながら、作製する技工士の口腔外調整と補助的作業・アドバイスとしては困難と考えられる。よって、作製した歯科技術士・歯科医師・患者三者による対面環境を実現することが完全な義歯の作製に不可欠である。留意すべき点として、対面する歯科技術士は卒業7年以上の実務経験のある者、又、本格的には医療行為自体は歯科医師自身が行い、あらゆる結果・事象の責任は管理者である歯科医師自身が負うものである。具体的内容としては、咬合装置の口腔内での咬合・頰運動(中心咬合・側方運動・咀嚼の咬合運動)の確認と最終製作を認めることでより完全な義歯の完成を目的とする。	C	I	○御要望の行為には、歯科医行為(当該行為を行うに当たり、歯科医師の医学的判断及び技術をもってするのなれば他人に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為)が含まれているものと思料する。こうした行為を安全かつ適切に実施するためには、解剖学、生理学、病理学、微生物学等、幅広い内容の体系的な知識等が必要とされる。 ○しかしながら、歯科技術士の養成課程においては、歯科技術に関する内容に特化した教育が実施されており、歯科医行為を行うに当たり必要とされる知識等については十分に教育がなされていない。 ○また、歯科技術士の業務が歯科医行為である以上、その実務経験の中で、上記知識等を修得することはできない。 ○よって、御提案の内容について対応することは困難である。	1036010	株式会社A	大阪府	厚生労働省	
090200	日本国内において診療行為を行える医師資格の特例措置	○外国人医師等が行う臨床研修に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律(昭和62年法律第29号)	○原則、外国人医師が日本で医業に従事する場合、日本の免許の取得が不可欠である。 ○例外的に、日本の医師免許等を有しない外国人医師が、厚生労働大臣の許可を受けて、適切な指導能力を有する日本の医師の現地指導の下で、診療を行うことが可能である。(臨床研修制度)	現行法で規定されている。欧米の優れた医師を招聘し、国民の診療治療を許可する。日本の医療は進歩したと言われるが、まだまだ課題がある。医療ミスや患者のたらい回しなど、医師や医療従事者の生命倫理の根本に触れる諸問題は明らかになってきた許、国としての対応は不可欠である。病気の治療で重要な要素である「診断技術」は世界に誇らなければならない。検査機器、手術器具は、医療では重要なファクターであるが、最終的にそれを診断するのは医師である。診断の間違いは治療方針に大きく左右するため、そこは医師の能力にすべてかかっている。世界の優れたブレイン(診断技術)を日本の患者が受診できると、日本の医師が学ぶことができれば、日本社会にとって大きな利益をもたらすことは間違いないと考える。米国の優れた医療大学と日本とのネットワーク化をはかる当社の長年の経験より、[欧米の医師による診療許可特例]が医療改革の大きな前進となると考える。医療については早急の対応を求めます。	現在、「新成長戦略実現に向けた3段階エの経済対策」(平成22年9月10日閣議決定)を受けて、外国医師の医療研究目的の場合だけでなく、日本の医師への医療技術の授受目的の場合にも、外国医師による国内の診療を認めることについて、制度・運用の見直しを検討しているところである。	F	I	1049010	ジオジャパン株式会社	東京都	厚生労働省		

管理コード	要請事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	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	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
090210	地域医療支援病院の開設者要件の緩和	○医療法(昭和23年法律第205号)第4条 ○「厚生労働大臣の定める地域医療支援病院の開設者」(平成10年3月27日付厚生省告示第105号)	○地域医療支援病院制度は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、かかる病院としてふさわしい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が地域医療支援病院の名称を承認するものであること。	現在の開設者要件は企業立病院の場合、エイズ拠点病院もしくは地域がん拠点病院のいずれかであることとなっているが、それ以外の病院も対象とする。	当院は山口県宇部市にある病床数406床の総合病院で、宇部興産株式会社を開設者とする企業立病院である。市立病院を持たない宇部市において、実質的に市民病院的な機能を果たしている。また、当院は宇部市では山口大学医学部附属病院に次ぐ規模の病院であり、救急医療においては、現在山口大学病院を上回る救急搬送入件数で、宇部・山陽小野田・美祢医療圏の二次救急当番日の年間三分の一を引き受けていることからも、当院が果たしている役割は大きいものと認識している。また、地域の医療機関や診療所とは密接な連携を持って、患者紹介、遠隔介行、入院が必要な重症患者の医療を積極的にしている。さらに、CTやMRIなどの高度医療機器を保有し、他医療機関からの検査・診断目的の紹介にも応じている。今後も、以上のような当院に求められる地域のニーズを充分把握し、救急医療体制の強化、新しい医療技術の導入、医師をはじめとした医療スタッフの確保などの努力を行いながら、より一層の地域貢献を果たしていきたいと考えている。以上の実施を行う上で、宇部市当局や宇部保健所、宇部市医師会などの公的機関並びに診療所との連携は必須要件である。しかしながら、当院は企業立病院であるが、地域医療支援病院に認定して頂くことにより、前述の公的機関との連携をより円滑に行うことが出来る。この際にも市民病院的な基幹病院が必要であり、それが市町村立であったり、日本のような非公立、あるいは企業立等の病院のこともある。宇部市には当院がその基幹病院に該当し、地域医療支援病院の開設者要件を企業立病院にまで広げて頂くことを提案したい。	F	I	○現在社会保険審議会医療部において、医療提供体制の在り方について御議論いただいているところであり、地域医療支援病院の在り方についても併せて御議論いただくこととしている。	1077010	宇部興産株式会社中央病院	山口県	厚生労働省	
090220	日本の医師免許を持たない外国人医師による診療行為の規制緩和	○外国人医師等が行う臨床研修に係る医師法第十七条等の特別等に関する法律(昭和62年法律第29号)	○原則、外国人医師が日本で医療に従事する場合、日本の免許の取得が不可欠である。 ○例外的に、日本の医師免許等を有しない外国人医師が、厚生労働大臣の許可を受けて、適切な指導力を有する日本の医師の適切な指導の下で、診療を行うことが可能である。(臨床研修制度)	日本の医師免許を持たない外国人医師による診療行為の規制緩和の実施を求め、臨床研修制度において、その目的の場合に限らず、医療技術の教習目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合においても認めるとし、認可基準の規制緩和を求め。	医療関連産業などライフィノベーション分野における大阪・関西のポテンシャルは高く、今後、大きな成長が期待できるが、その際、日本の医師免許を持たない外国人医師が日本国内で医療行為をはじめとした活動に従事できる環境整備が重要である。現在、臨床研修制度が適用される場合のみ外国人医師の国内での医療行為が可能となっているが、臨床研修目的の場合に限られている。 ・厚生労働省の認可基準の中には、 ○指定病院の実施 ・日本人指導医師の監督に基づく実施 ・診療対価としての収入にあたる報酬が認められていない ・期間が2年間に限られる などがあり、規制となっている。 ○臨床研修制度において、その目的の場合に限らず、医療技術の教習目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合においても認めるとし、 ・従来の指定病院に限らず、日常的な医療サービスの提供を可能とする ・日本人指導医師の監督を置かなくても医療行為を可能とする ・診療対価としての収入にあたる報酬を認める ・2年間という年限の弾力化を図る など認可基準の規制緩和を提案する。 これらの規制緩和の実施は、医療技術の向上と医療関連産業の国際競争力形成に寄与するものと考え。	C	I	○現在、「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」(平成22年9月10日閣議決定)を受け、臨床研修制度の活用を促進するために「2年間」という年限の弾力化を図ることや、外国医師の医療研修目的の場合だけでなく、日本の医師への医療技術の教習目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも、外国医師による国内での診療を認めることについて、制度・運用の見直しを検討しているところである。 ○一方、現在の臨床研修制度は、我が国が高い水準を誇る医療に関する知識及び技能の習得を目的として来日する外国の医師が充実した医療研修を受けることができるように医師法の特例を認めたものである。この趣旨にかなひれば、十分な指導体制を整え、日本人の指導医の適切な指導監督の下での実施を認めることは当然であるから、御提案の「従来の指定病院に限らず、日常的な医療サービスの提供を可能とする」及び「日本人指導医師の監督を置かなくても医療行為を可能とする」について対応することは困難である。 ○また、医療研修を目的として来日した外国の医師に対して、診療対価としての報酬を支払い可能とした場合、制度の趣旨に反し、安価な労働力として外国の医師の受入れが拡大し、充実した医療研修が行われなくなるおそれがあることから、御提案の「診療対価としての収入にあたる報酬を認める」について対応することは困難である。	成長戦略拠点特区	1079010	大阪市	大阪府	厚生労働省
090230	外国医師等臨床研修制度に係る規制緩和	○外国人医師等が行う臨床研修に係る医師法第十七条等の特別等に関する法律(昭和62年法律第29号)第2条、第3条、第9条 ○臨床研修制度の運営について(昭和63年健康増進法第38条)	○原則、外国人医師が日本で医療に従事する場合、日本の免許の取得が不可欠である。 ○例外的に、日本の医師免許等を有しない外国人医師が、厚生労働大臣の許可を受けて、適切な指導力を有する日本の医師の適切な指導の下で、診療を行うことが可能である。(臨床研修制度)	日本の免許を持たない外国人医師等が、有する診療業務に従事して日本の優れた医療に関する知識・技能を習得したり、病院や医師間の交流を促進するための、診療所における臨床研修を認めるなど、臨床研修制度及びその運用を緩和する。	①現状②問題点 ①) 現行では、厚生労働大臣の指定は病院のみ。臨床研修を受入れる十分な体制があれば診療所の指定も可能であるが、実際、特殊、高度な技術を持つ診療所が、外国医師等の臨床研修受け入れに意欲あるケースがある。診療所が指定を受れない合理的な根拠がある場合は、具体的に示していただきたい。 ②) 現行の標準処理期間は約2ヶ月で、臨床研修する者、受入病院双方の負担となっている。2ヶ月という期間の根拠について、具体的に示さなければならない。 ③) 許可は滞在期間2年(外国看護師等については1年)であり、臨床研修の効果を十分に得るには短い期間。滞在期間について合理的な根拠がある場合は、具体的に示されたい。 ④) 厚生省通知では、臨床研修中の外国医師等が行う診療に対しては、報酬を支給しないが、研修には報酬が支払われない合理的な根拠を具体的に示されたい。また、就労活動が可能なら賃資格を取得している外国医師等が、医療に関する知識及び技能の修得に付随する教習を行う場合には、報酬を支給するとされているが、運用では、デモンストラシヨウや実技による研修をする場合も含まれているとされており、解釈を明確にすべき。 ③解決策 ①) 診療所も厚生労働大臣の指定を受けることができるようにする。 ②) 標準処理期間を概1ヶ月に短縮する。 ③) 許可の有効期限を3年程度に延長する。 ④) 「教習を行う場合」を「研修を行う場合」に変更し、報酬を支払うことができる場合を明確化する。 ④効果 臨床研修制度の弾力化により、臨床研修の受け入れが進み、外国人患者に対するホスピタリティ向上を図るとともに、国際医療交流による相互の医療技術の向上に期待することができる。	C	I	○現在、「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」(平成22年9月10日閣議決定)を受け、臨床研修制度の活用を促進するために「2年間」という年限の弾力化を図ることについて、制度・運用の見直しを検討しているところである。 ○一方、現在の臨床研修制度は、我が国が高い水準を誇る医療に関する知識及び技能の習得を目的として来日する外国の医師が充実した医療研修を受けることができるように医師法の特例を認めたものである。この趣旨にかなひれば、十分な指導体制を整え、日本人の指導医の適切な指導監督の下での実施を認めることは当然であるから、御提案の「従来の指定病院に限らず、日常的な医療サービスの提供を可能とする」及び「日本人指導医師の監督を置かなくても医療行為を可能とする」について対応することは困難である。 ○また、医療研修を目的として来日した外国の医師に対して、診療対価としての報酬を支払い可能とした場合、制度の趣旨に反し、安価な労働力として外国の医師の受入れが拡大し、充実した医療研修が行われなくなるおそれがあることから、御提案の「教習を行う場合」を「研修を行う場合」に変更し、報酬を支払うことができる場合を明確化する」について対応することは困難である。	1063020	大阪府	大阪府	厚生労働省	
090240	複数医療機関での一括診療受託	医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令(以下「GCP省令」という)第13条、第35条	治験実施医療機関は、GCP省令第35条において 1)十分な臨床観察及び試験を行う設備及び人員を有している 2)緊急時に被験者に対して必要な措置を講ずることができる 3)治験責任医師等、薬剤師、看護師その他治験を適正かつ円滑に行うために必要な職員が十分に確保されていること と要件とし、治験の依頼をしようとする者が治験の実施が可能と判断した実施医療機関との間で、GCP省令第13条に基づき委託の契約が締結される。	治験は医薬品メーカーが開発医薬品の安全性、有効性、使用方法、使用用量等を人体で調査する為、医療機関に依頼してその試験をメーカーは試験の公平性を確保するため1ヶ所の医療機関で被験者が4～5例以上の試験が可能な医療機関を選定している。 地方の中、小の医療機関では設備や費用に適合する被験者が1～2症例と少ない医療機関が多く、これが地方の医療機関で治験が進まない原因となっている。この状況を踏まえ(医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令)第6条の医療機関の選定の範囲を治験特区については特例を設けて中小医療機関の臨床試験の促進を図ることとする。	当院では平成16年の「全国治験活性化3ヵ年計画」に関連して、医薬品医療機器総合機構が行った、「治験推進地域ネットワーク事業」の選定を受け、福山治験ネットワークを立ち上げた。その結果、参加医療機関48機関にSMO1機関となったが、この事業の中で特に問題となった点は、参加医療機関からの実施可能症例数が4例未満の機関が多く、メーカーから機関での症例不足として、治験対象機関として取り上げられなかった。ネットワークとしてはこの様な症例機関の集約化を検討してきてが (1)患者の他の機関への移動は患者の了承が得られなく (2)患者の了承が得られたとしても患者を出す機関は患者減少となる。 (3)GCP上患者紹介方式についての制度的ものが無い。 (4)GCP上治験は医療機関とメーカーによる契約とされ2～3機関の共同治験受託が許されていない。 等の治験推進のネックが生じている。そこで、福山治験ネットワークでは治験特区を立ち上げ、次の要領で特区内治験事業を行うこととする。 ○ 特区内での治験実施について 1. 治験実施医療機関は福山治験ネットワーク加入医療機関とする。 2. 治験実施業者(SMO)は、福山治験ネットワーク専属(SMO)に依頼をする。 3. 特区内での治験は、1医療単独治験実施可能な医療機関を除いて、他の少敷実施可能医療機関を集合調整し、その代表機関で責任医師を勤めて頂き、他の医療機関は分担医師を勤めて頂くよう調整をし、このグループで1プロトコルの治験を行うこととする。 4. 治験実施結果報告書は、従前どおり治験分担医師が報告書を作成し、責任医師の承認を得て治験依頼者へ報告する。 5. この間の依頼書等モニタリング等については、責任医師機関へ治験カルテ等を送付し、責任医師が対応するが、必要がある場合は、分担医師機関も対応に協力する。	C	Ⅲ・Ⅳ	GCP省令においては、被験者の安全の確保など、適切な治験の実施のために実施医療機関の良、治験責任医師等の責務、果たすべき業務について、規定されており、これは国際基準に準拠している。提案の内容で、これらの責任の所在が曖昧であるため、特区としての対応は困難である。	1042010	社会医療法人神松会 脳神経センター 田記念病院	広島県	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	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	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
090250	「小中学校における児童生徒への介助業務の医療的支援特区」	○医師法(昭和23年法律第201号)第17条	○医師でなければ医業をしてはならない。	医師法第17条の特例により、医療的支援が必要な児童生徒と保護者の同意のもと、学校の教職員が、主治医など、医師による指導や保護者との連携において、実践的な研修を受けることにより、常駐する看護師資格を有する介助員の業務の補充として、医の吸引や経管栄養等を、直接対象児童生徒に行うことができるとし、万全の学校体制を確立する。	【提案理由】本市では、「ノーマライゼーション社会」及び「地域の学校でともに学び、ともに育つ教育」の考えのもと、希望するすべての子どもたちを地域の学校で受け入れ教育を進めており、医の吸引や経管栄養等は、医療行為として看護師資格を有する介助員を配置し実施している。しかし、この行為は生活上必要不可欠なものであるため、緊急的な対応などの場合、その子どもをよく知り信頼関係も深くもてる立場にある教職員が実践的な研修を受け、看護師の業務の補充として、対象児童生徒の医療的な行為が実施できる万全の学校体制を実現させる。 【具体的事業の実施内容】学校の教職員が以下の条件で、直接対象の児童生徒に(ア)医の吸引、(イ)経管栄養(胃ろうを含む、ただしチューブの交換等は含まない)、(ウ)自己導尿の補助、(エ)定期的な投薬管理等、対象児童生徒が、学校生活上必要不可欠し、家庭では家族が常時行っている医療的な行為を実施することができることとする。 【条件】■主治医等による指導・連携のもと、実践的な研修を行う。■緊急的な対応などの場合、教職員が行う医療的な行為は、常駐する看護師資格を有する介助員の業務を補充する範囲とする。■対象児童生徒について所要となる個別の研修を受けた教職員だけが医療的な行為を行ふ。■医療的支援マニュアルを作成し、諸問題や手順について校内委員会にて確認する。	F	I	○現在の、厚生労働大臣の主宰により「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」を設置し、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方等について検討を進めているところである。本検討会の議論を踏まえ、小・中学校についても、そのニーズ等を踏まえ、文部科学省とともに対応方針について検討してまいりたい。		1074010	浜南市教育委員会	大阪府	文部科学省 厚生労働省
090260	市が認定する保育室の運営を医療法人が担えるようにすること	○医療法(昭和23年法律第205号)第42条	○医療法人は、その開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の業務に支障のない限り、医療法第42条各号に掲げる業務を附帯業務として行うことができる。	医療法人が、市独自に認定する「横浜保育室」の運営に参入可能となることを求めます。 横浜市は、認可保育所に準じた基準により認可外保育施設を「横浜保育室」として認定し、市単独予算により助成しています。医療法第42条に規定する、医療法人が本来の業務に支障がない限り行うことができる業務(附帯業務)として、児童福祉法による「保育所」は可能となっており、横浜保育室のような市単独予算により助成する保育施設についても、同様に附帯業務認可が可能となることを求めます。	医療法人(市内に1,177法人)が市独自に認定する「横浜保育室」の運営に参入可能となる。 提案理由：①特健児童の解消は市政の最重要課題で、横浜保育室は特健解消に資する事業。②横浜保育室は認可と並び重要な受け入れ先として市民に受け入れられている事業。③厚生労働省の特健児童の定義(新定義)で平成14年通知までは、「横浜保育室」のような地方単独事業を利用する児童数を、入所待機の児童数から除くことが可能。④助成金の交付や会計処理の適正化の指導により、医療法人の本来の業務に支障が出る可能性は少ないこと。	F	IV	○地方単独事業による認可外保育施設の運営を医療法人の附帯業務に加えることについて、速やかに検討を行い結論を得る。		1058010	横浜市	神奈川県	厚生労働省
090270	①家庭的保育事業の共同実施の容認(要綱の運用緩和) ②家庭的保育事業の共同実施の場合の認可外保育施設の出展等の免除	○児童福祉法第6条の2③、第24条、第34条の14～16、第59条 ○児童福祉法施行規則第36条の36～39 ○「保育対策等促進事業の実施について」の届出 ○児童福祉法第59条の1 ○「保育対策等促進事業費の国庫補助について」の一部改正について(厚生労働省発雇児0420第2号)平成22年4月20日通知	家庭的保育事業は、多様な保育サービスへのニーズに対応する事業として、家庭的な環境による保育を実施している。 届出又は市町村長が認められた家庭的保育者が、保育所等と連携しながら1人につき児童3人以下、補助者を雇用する場合は5人以下の主に3歳未満児を保育する。	家庭的保育事業の共同実施(マンツールの一斉や空き店舗などを活用して複数の家庭的保育者が担当する児童の保育をいながら、必要に応じて相互に援助しあう)が可能とするため、国の家園の運用緩和と共同実施の場合に認可外保育施設としての届出等(児童福祉法第59条)を免除する。	(現状) 家庭的保育者が自宅等で0～2歳児を保育する家庭的保育事業は、平成22年度から児童福祉法に市町村事業として位置付けられ、低年齢児の特健児童解消対策の一つとして期待されている。 【課題】 都道府県では要件を満たす自宅の提供が困難な場合が多いことや自宅での保育の密室性の高さが、普及を図るうえでの隘路の一つとなっている。 【効果】 家庭的保育事業の実施場所の確保が容易になるとともに、密室性の緩和、家庭的保育者の確保に繋がりが、事業の普及が進み、低年齢児の保育所入所待機児童の解消が図られる。	①IV(訓令又は通達等) ②B-1(全国的に対応(平成23年度中に対応) ②C(特区として対応不可)	①複数の家庭的保育者が同一の場所で実施する家庭的保育については、平成23年度以降の実施要綱に保育する児童数等について明記していくこととする。 一方、児童福祉法第59条には、認可外保育施設に関する指導や届出に関する規定があり、これを免除すると、指導監査が適切に実施できなくなる等、保育の質を確保する観点から、必要に对应することは困難である。なお、家庭的保育事業を含む小規模保育サービスのあり方について、現在「子ども・子育て新システム」において検討中である。		1033010	神奈川県	神奈川県	厚生労働省	
090280	○学校法人立の保育所における各種立預金の目的外使用の承認(都道府県知事等への協議手続きの免除)	○「保育所運営費の経理等について」(児発第299号)平成12年3月30日通知	保育所運営費の弾力運用については、「保育所運営費の経理等について」(児発第299号)により規定している。	社会福祉法人立保育所と同様、学校法人立保育所においても、法人理事会の承認によって各種立預金の目的外使用や前期末支払資金残高の取崩しを認めることで、法人間の格差を是正し、事業者負担を軽減する。	【実施内容】 社会福祉法人立保育所と同様、学校法人立保育所においても、「保育所運営費の経理等について」(平成12年3月30日児発第299号通知)1(5)の要件を満たす場合は、法人理事会の承認によって積立金の目的外使用や前期末支払資金残高の取崩しを認めることで、法人間の格差を是正し、事業者負担を軽減する。 【提案理由】 社会福祉法人立保育所においては、「保育所運営費の経理等について」(平成12年3月30日児発第299号通知)1(5)の要件を満たす場合は、法人理事会の承認によって積立金の目的外使用や前期末支払資金残高の取崩しが可能であるが、学校法人立保育所の場合は、同通知の1(5)を満たす場合であっても、県知事の承認が必要となっている。 県内では認定こども園の推進により幼稚園を経営している学校法人が保育所を新設するケースが増加しているが、社会福祉法人立保育所の取扱いと異なるため、法人間で取扱い格差が生じている。 また、幼保一体化の推進に伴い会計基準の緩和、施設整備の対象事業者の拡充など、法人間の格差が是正されている中で、当該規定のみ社会福祉法人立保育所に限定する必要性がない。 このため、当該規定を学校法人立の保育所にも適用させることで、法人間の格差を是正し、事業者負担を軽減するとともに、幼保一体化を推進することができる。	F(提案の実現に向けて対応を検討)	IV(訓令又は通達等の手当を必要とするもの)	学校法人立の保育所において各種立預金の目的外使用及び前期末支払資金残高の充当を行う場合、社会福祉法人立の保育所と同様に理事会の承認を足ることとする方向でその条件について検討を行う。		1045030	佐賀県	佐賀県	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	求める措置の具体的な内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	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
090290	共同生活介護 (以下「ケア ホーム」とい う。)におけ る入居定員 の緩和及び短期 入所施設の新 設の緩和	〇【法律】障害者自立支援法第5条第8項及び第10項 〇【省令】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に関する基準第114条から第125条、第140条第4項	【共同生活介護（ケアホーム）における共同生活起居の入居定員緩和】 共同生活介護（ケアホーム）における共同生活起居の入居定員については、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に関する基準（以下「指定基準」という。）の第140条第4項の規定により、新築の場合、10名以下としている。 【短期入所施設の緩和】 指定短期入所の事業所の形態としては、指定障害者支援施設等が指定短期入所事業所として一体的に運営を行う事業所（併設事業所）、指定障害者支援施設等であって、入所に利用されていない居室を利用して短期短期入所事業を行う事業所（空床利用型事業所）、それ以外の事業所（単独型事業所）がある。	①現行法で規定されているケアホームの入居定員について、一定の条件を満たした場合には市町村判断によって、地域の特性に応じたユニットの入居定員を決めることを可能とする。 ②短期入所施設について、一定の条件を満たした場合には市町村の判断によって、ケアホームでの短期入所事業の実施を可能とする。	障害者自立支援法に基づくケアホームについて、同法基準令で規定されている新設ケアホームの入居定員(2〜10名)を緩和し、地域の特性に応じた利用定員とする。または、同法第5条第8項に規定されている短期入居施設の要件を緩和することにより、当該ケアホームにおいて短期入所事業の実施を可能とする。 提案理由： 平成22年4月1日に草加市楠木町に開所したケアホーム「ひまわりの郷」(1棟10名入居定員の棟(ユニット)が同一敷地内に3つある。)には、現在29名が入居しており、各棟には居室と同じ作りの空室が1室ずつ計3室ある。現行法の規制を緩和することにより、当該部屋を居室として使用する、または、当該部屋で短期入所事業を実施することにより、障がい者を介護する家族の介護負担を軽減するサービス(息抜き)に繋げるとともに、緊急ニーズ(虐待・介護者不在)への対応を図るものである。 代替措置： 居室として使用する場合には、現行法の設備基準を遵守する。また、短期入所事業を行う場合は、他人居に対して家族的なきめ細かいサービスが提供できるよう、職員を指定基準以上に配置する。更に、各棟の設備利用に支障が生じないよう配慮することにより、入居利用者及び短期入所事業利用者の安全を確保する。	D		共同生活介護（ケアホーム）は、利用者に対して、家庭的な雰囲気の下で、介護等のサービスを提供するために、新築の場合は定員を10名以下としているところであり、これを超える定員は認めることについては、障害当事者からも施設と同じようになってしまうとの非常に大きな懸念が寄せられていることもあり、当省としては認められない。 共同生活介護事業所における居室の短期入所事業としての利用については、「単独型事業所」として事業を行うことが可能であり、現行制度において対応可能である。		1039010	草加市	埼玉県	厚生労働省
090300	区と社会福祉法人が事業所を協力して運営し、業務を委託した場合の障害者の雇用率算定における特例制度の創設	障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「法」という。)、障害者の職業の安定を図ることを目的として、社会連帯の理念に基づき、労働者を雇用して事業活動を行うすべての事業主に、障害者の雇用義務を課している。 このため、事業主の雇用する労働者に対する雇用する障害者の割合(実雇用率)と、(前掲35年法律第123号)第43条において、当該事業主において自ら障害者を雇用していることが必要であるとされており、事業主が採用していない障害者を実雇用率の算定の対象とすることはできず、また、障害者を雇用している事業主に対する法定を行ったことをもって実雇用率の算定の対象とすることはできないところである。	現行法で規定されている親事業主のもとにある子会社が一一定の要件を満たしている場合、親事業主の事業所と同様に見なされ、親事業主の雇用数に合算することを認める(特許会社)の方法を、行政機関等に拡大する。	地域の障害者の雇用機会の拡大を図ることを目的に、行政特例子会社方式を運用する。また、福祉的訓練の環境を整備し、社会福祉人と連携して業務の集中管理を行う。 1. 具体的に、区と区内社会福祉法人が協力して、庁舎内に障害者自立支援サービス事業所の「就労継続支援A型事業所」を設置する。 2. 「就労継続支援A型事業所」の利用者は、区内社会福祉法人の仕事を請け負うことで、業務量を按分し区と社会福祉法人の雇用率にも反映する。 提案理由 障害者自立支援法では障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現を目指し、そのために就労支援を抜本的に強化している。また平成20年度からチャレンジ雇用の拡大を図る等の取り組みも進んでいる。 しかし、多くの国・地方公共団体では障害者雇用は身体障害者を中心に法定雇用率は達成しているが、知的障害者や精神障害者は雇用に結びついていないのが現状である。また、社会福祉法人においても障害者雇用を生み出していない状況にある。 原因としては、知的障害者が体業持つ動向性・作業の正確性が理解されていないこと、障害者の一般就労に結びつ直接的な訓練が不十分なことなどがあげられる。これらのことを乗り越えるには、雇用を固定するための、雇用と福祉の両面のメルクを持つ「就労継続A型事業所」の環境の中心で一定期間(3年程度)訓練をし、いずれは地域内の企業や法人へ就職できる循環型の仕組みを確立することが必要である。このことを行政が率先して取り組むことにより各自治体のみならず民間企業の障害者雇用の底上げを行うことができる。	C	I	ご提案の内容は、区が設置した就労継続支援A型事業所において、社会福祉法人の職員を在籍出向により当該事業所に勤務させ、かつ、当該事業所が当該社会福祉法人の業務を請け負った場合に、区と雇用契約を結んでいる障害者に関し、当該社会福祉法人の実雇用率に算定するとの要望であるが、法における実雇用率の算定は、事業主と障害者の間で雇用関係が成立していることを前提としていることから、区と雇用契約を結んでいる障害者について、障害者との間に雇用関係が成立していない社会福祉法人の実雇用率に算定することは困難である。	1053010	品川区	東京都	厚生労働省		
090310	指定市町村事務受託法人の事業の基準(人員基準)の緩和	介護保険法第24条の2第2項、介護保険法施行令第11条の2第2項第1号、介護保険法施行規則第34条の7	指定市町村事務受託法人は、認定調査の事務を受託しようとする場合、業務を遂行するために必要な数以上の介護支援専門員を有していなければならないが、看護職、介護士、介護福祉士、社会福祉士等、保健、医療、福祉に関する専門的知識を有している者、都道府県及び指定都市が行う研修を修了した者についても、調査を行うことが可能とする。	療田町の要介護認定数は平成21年度で1,144人、平成26年度には1,406人になると推計され、認定数の増加に伴い要介護認定調査(以下「認定調査」という。)件数も増加している。現在当町では人員費抑制政策の下、臨時採用の非常勤職員5人が全体の約8割、現行法で規定されている居室介護支援事業所等への委託が全体の約2割の割合で認定調査を実施している。臨時採用の非常勤職員には任用期間があり、任期満了の際に新たにその職務の遂行に必要な資格要件を備える者を確保することは困難で、慢性的な人材不足の問題を抱えている。この状況の中、当町では指定市町村事務受託法人(以下「受託法人」といふ。)指定申請の動きがある。受託法人は、都道府県が指定し、市町村からの委託を受け、要介護・区分変更に係る認定調査を行うことができ、中央・公立で安定した認定調査の実施が可能となるものとして町では期待している。しかし、介護保険法施行規則第34条の規定により、受託法人は認定調査を遂行するために必要な数以上の介護支援専門員を有していなければならないと規定されており、人員確保が難しい状況の中、この規定が受託法人立ち上げの妨げになっている。認定調査は、保健、医療、福祉に関する専門知識を有している者、都道府県及び指定都市が行う研修を修了した者であれば、介護支援専門員でなくとも適正に遂行が可能であることが市町村職員が認定調査を適切に行っていることでも裏証されている。介護保険事業運営には、調査員の安定確保が不可欠で、今後更に増加することが想定される認定調査を適正に実施する体制を整備するためには、受託法人の人員基準を緩和する必要がある。		F	I、II、III 要介護認定等に係る調査(以下「認定調査」という。)を実施する場合、原則として介護保険制度の運営主体である市町村の職員が対応することとしている。その上で、認定調査に係る事務の効率的な実施に資するよう、市町村の判断で、指定市町村事務受託法人に委託することが可能とし、具体的な事業の実施については、保健・医療・福祉等の専門的知識を有する介護支援専門員に限定して認めていることである。 ご提案にもあるように、今後、少子高齢化の更なる進展により、認定調査の件数の増加が見込まれる中で、地域によっては、この事務が膨大になることが予想されるため、今後、特区制度において具体的などのような対応が可能か検討することとする。 なお、この場合、認定調査が適切に行われるよう、介護支援専門員以外で当該業務を担当することができる者の範囲については、例えば、介護支援専門員と同程度の知識を有する者に限定することなど、留意が必要。	1046010	奥田町	宮城県	厚生労働省		
090320	乳牛の分娩後5日以内の搾乳制限の緩和	乳牛の分娩後5日及び乳製品の成分規格等に関する省令別表第二(二)	分娩後5日以内の牛、山羊又はめん羊から乳を搾取してはならない。	現在、北留町で取り組まれている管内の乳質向上の取組の活性化のため、初乳について医療研究機関と連携してヒトの健康への影響を明らかにした上で、初乳の特性を活かした新たな乳製品の開発を通じた産業の活性化を図る。 初乳の食品利用については、海外において既に実用化されており、また古くから国内でも牛乳豆腐等による食経験もあることから、毒性がないことは明らかであるものの、人体に与える影響については検討が必要である。 そこで、NPOももいふカードや管内医療機関の協力の下でヒトへ当該を実施し、初乳の食品利用が問題ないことを証明したい。生乳の利用制限緩和と併進することで、初乳の処分に係るコスト削減及び有効利用による利益拡大につながり、管内の良質乳生産への取り組みも活性化される。 提案理由 現在分娩後5日以内の初乳は乳等省令により食品への利用が規制されているため、牛牛の免疫活性化に利用される以外は産業廃棄物として処分されている。一方、初乳はカゼイン等テーマの素となる成分が豊富であるが、その資源も有効に活用できていないことになる。事業展開の中心となる天塩町は留南管内の主要な酪農産地であり、これまで有効に活用できなかった初乳を用い、付加価値と希少性を備えた訴求力のある乳製品開発を可能とすることで、乳価低迷に苦しむ地域活性化の起爆剤となることを期待される。	C	III	食品として初乳の安全性が確認できれば、当該規制を撤廃又は緩和することは当然性として問題ないと考えているが、初乳は通常食用に用いる乳と比較すると、固形分、タンパク質等の成分が著しく異なっており、現時点でヒトの健康に与える影響等について十分な情報がない。 このため、安全性の確認されていない初乳を、地域が限定されているとはいえ、多数の被験者が飲食に供することは制限されている。 なお、当該規制を改正するためには、安全性に係るデータが収集された後、食品安全委員会による食品健康影響評価を受け、更に厚生労働省の事業・食品衛生審議会の審議を受ける必要がある。	1054010	北海道留萌南興町	北海道	厚生労働省		

管理コード	要望事項(事項名)	該当法令等	制度の現状	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	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	
090330	自治体による「救急業務」の実施			消防の「救急隊員」に限定されている「救急業務」の応急処置を人口が少なく広い面積を抱える山間部の過疎地域の町村が実施する特定の医療機関への「疾病者搬送」に開放する。 具体的措置: 「救急隊」による「救急業務」は「消防職員」と規定されている。この「消防職員」を特区内においては「地方公務員(地方公務員法第4条の地方公務員に限る。ただし、消防法施行令第44条第3項第1号の講習の受講については従前どおり。)」も可能とする。	実施内容: 那賀町の非常備消防区域内に限って、傷病者を搬送する「救急業務」を実施する要員として、「救急隊員」に代えて「町職員」(ただし、「救急隊員」に準じた「応急処置」が可能となるよう、技術取得のための研修や実習を、身近な消防学校や消防本部で受講した者「準救急隊員(仮称)」)で構成する「準救急隊(仮称)」を傷病者搬送に従事させ、「救急業務」を実施する。 提案理由: 那賀町は、県土の6分の1を占める山間部の過疎地域で、現在の消防事務に関する業務量、厳しい財政状況、今後も減少していく人口動態を鑑み「常備消防体制」の整備は困難であることから、「救急隊」の搬送に代わるものとして、町が地域の実情にあわせて工夫を凝らして独自の「傷病者搬送」を行っている。 しかしながら、「救急隊」が搬送に行かず「応急処置」は常備消防の「救急隊」を前提に制度が構築されていることから、町が「傷病者搬送」を行う場合、限られた「応急処置」しか行えず救命率を高める対策を早急に講じる必要がある。 このための措置としての提案であり、住民の安心安全を確保し、活力に満ちた町づくりを行うことを目的とする。			○御提案については、厚生労働省においては規制を所管していないが必要に応じて総務省より協議を受ける。			1066010	那賀町	徳島県	総務省 厚生労働省
090340	調理師指定養成施設の教室等の兼用について	調理師法施行規則第6条第九号	調理師養成施設の指定の基準において、校舎は、同時に授業を行う学級の数を下らない数の専用の普通教室及び調理実習室並びに集団給食調理実習室、調理実習準備室、更衣室、図書室、教員室、事務室及び医務室を備えているものであることとしている。	調理師の指定養成施設として使用している教室や調理実習室等の校舎を、海外からの留学生を対象とした日本料理を中心とするカリキュラム(「指定養成外の教育」)において兼用できること、指定養成施設基準を緩和する。	①現状 欧米、アジア地域では、日本料理への関心が高まり、調理指導のニーズも膨らんでいる中、大阪にある複数の調理師指定養成施設では、日本料理を学ぶ留学生を受け入れている。 調理師指定養成施設におけるカリキュラムは、日本の調理師免許取得を目的としていることから、調理師免許を取得しても日本で就労することが認められていない留学生であっても、日本の法規に関する講義や日本料理以外の実習を受けなければならない。 ②問題点 卒業後は、自国で日本料理に携わることとなる留学生にとっては、より深く日本料理を学びたいというニーズが高い。しかし、留学生のニーズに合った日本料理中心の専用カリキュラムを設けた場合には「指定養成外の教育」との扱いとなることから、調理師法施行規則の定めにより、指定養成施設の教室や調理実習室等を兼用することができない(兼用が不可能な合理的な根拠がある場合は、具体的に示された)。 ③解決策 留学生用のカリキュラムについて、調理師養成カリキュラムに準じた授業内容・授業時間とするなど一定の要件を満たす場合には、指定養成施設の教室や調理実習室の兼用を可能とする。 ④効果 日本料理に関する職業技術・文化・サービスを学ぶ留学生の受入れ拡大につながるだけでなく、日本食という世界に誇る日本文化の魅力発信という観点からも非常に有意義である。	C	Ⅲ	調理師養成施設は、その卒業により無試験で調理師免許を取得できる施設であって、職業人としての調理師養成の質を確保するため養成施設指定の基準を設けているものである。 校舎については、教室が不足することや十分な設備により生徒に不利益が生じないよう同時に授業を行う学級の数を下回らない数の専用の普通教室及び調理実習室等を備えることを指定の基準としているものであるが、従来より不使用時に営利を目的としない公共事業等に使用しても差し支えないとしている。 なお、今回具体的な実施内容・提案理由から上記の公共事業等に該当するの判断は困難であるため、措置の分類をCとしている。		1063030	大阪府	大阪府	厚生労働省	
090350	調理師指定養成施設等で学んだ留学生の在留・就労可能性	出入国管理及び難民認定法第2条の2、第20条	入管法別表第1の1及び第1の2に就労目的の在留資格が規定されている。	日本料理を学ぶため、調理師指定養成施設等に留学した外国人が、卒業後、海外において日本料理の魅力を十分に発信していくために、一定期間(2年又は3年未満)日本料理の分野で就労することができるよう、「特定活動」などの在留資格を認める。	①現状 欧米、アジア地域では、日本料理への関心が高まり、調理指導のニーズも膨らんでいる中、大阪にある複数の調理師指定養成施設では、日本料理を学ぶ留学生を受け入れている。 ②問題点 外国人は、調理師免許を取得しても日本で就労することが認められていないため、留学生は、養成施設卒業後は、海外で日本料理人として就労することを希望している。しかし、養成施設等における履修だけでは、日本料理人として十分な実践力がついたとは言えず、海外で日本料理の技術・文化を正しく伝えるためには、卒業後、日本料理の現場で「見習い期間」として一定期間就労することが必要である。(就労を不可能とする合理的な根拠がある場合は、具体的に示していただきたい) ③解決策 調理師指定養成施設等で日本料理を学んだ留学生に限り、一定の要件(例えば、就労先は指定養成施設との契約先に限定する等)を満たした場合、一定期間(2～3年間)、「特定活動」等の在留資格を認める。 ④効果 外国人の就労については、我が国の産業及び国民生活に与える影響を十分に勘案し、国民のコンセンサスを踏まえつつ、多方面から慎重に検討していくことが必要であるものの、実践的な技能を身につけた留学生が現地で日本料理を正しく広めることで、日本が世界に誇る文化のひとつである日本料理の職業技術、文化、サービスなどを世界にPRしていくことが可能となる。また、カリキュラムの魅力が高まることで、留学生の受入れ拡大にもつながる。 食文化を誇る大阪には、留学生の受け入れ可能な調理師指定養成施設や日本料理店も十分にあり、本件について、特区として取組むにふさわしいと考える。	C	Ⅰ・Ⅲ	専門的・技術的分野に該当するとは評価されていない分野における外国人労働者の受入れについては、外国人労働者の安易な受入れ範囲の拡大につながり、国内の労働市場の二重構造化とともに、労働条件の改善を妨げ、ひいては国内の求人充足・人材確保を阻害する懸念もあり、国民生活全体にわたる幅広い現地に立った慎重な対応が必要である。 ①そもそも日本国内で料理人として就労が認められるのは、日本人のみでは確保が困難な外国料理のみであること、②外国人が調理し養成施設卒業後に日本料理の現場で「見習い期間」として一定期間就労することは、専門的・技術的分野での就労とは認められず、実質的な単純労働者の受け入れにつながりかねないことから、御要望の実現は困難である。		1063040	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省	