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	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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205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 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の30及び第30条の31、 「医療法第30条の４第２項第12号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（昭和61年厚生省告示第165号）」	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 国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。 なお、現状においても、地域固有の事情を反映するため、都道府県知事は、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、算定を行うことができる。 ・急激な人口の増加が見込まれること ・特定の疾患にり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、御指摘の「高度ながん医療を提供する病床や緩和ケア」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特例制度を設けているところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	病床利用率はあくまで病床種別ごとの利用状況を示すものであり、地域において課題となっている病床の利用状況まで示すものではない。また、都道府県における独自の加減算が医師不足地域問題の深刻化、地方の医療機関の廃止等につながるおそれがあるとの意見は推論の域を出ない。特例制度については、厚生労働大臣の同意を得るまでに相当の期間を要し、地域に必要な病床の適時適切な整備に支障を来す場合がある。そもそも提案の趣旨は地域において真に必要な病床を必要最小限度整備し、地域住民の生命と安心の確保につなげるためのものであり、無秩序な増床を認めるものではない。以上を踏まえさらなる御検討をいただきたい。	C	Ⅰ	○増床による医療資源の偏在の拡大の可能性は、合理性のある推論である。例えば50床程度の増床の場合、医療法上、最低でも常勤医師3名の人員配置が新たに必要となること、また、地域ごとの人口10万対病床数（病院）及び勤務医数（病院）には一定の相関関係があることからも、一部地域での増床が他地域の流入を招く蓋然性が高い。また、御提案の「真に必要な」病床を「最低限度」整備することを担保する方策も不明確である。 ○また、現状においても、地域固有の事情を反映するため、高度の医療を提供する能力を有する病院が集中する場合等は厚生労働省の示す算定式によらず、基準病床数を算定することができ、また、別に特例病床制度も設けていることから、これらの制度を活用することで、検討要請において示された高度ながん医療、緩和ケア等の病床を整備することは可能であり、こうした方策の活用を図るべき。 ○さらに、公的医療機関等を含めた医療機関の再編統合に伴う個別の増床も、一定の場合認められていることから、こうした方策も御活用いただきたい。 ○なお、特例病床に係る大臣協議の期間については、平均して約5ヶ月(都道府県医療審議会の答申から大臣同意までの期間)であるが、このうち都道府県に対して疑義照会をして回答を得るまでの期間が長く、やむを得ないものと考える。		1003010	埼玉県34都道府県	埼玉県34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205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50号）第30条の32 の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２第１項各号に掲げる病床については、病床過剰地域であっても、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えて、病院開設・増床の許可を行うことができる。	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、特例病床の適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度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等を勘案しているか、地域の既存の医療機能を強化してもなお必要と認められるものであるか等について必要な確認を行っているところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	特例病床は、難病など、特定分野の医療を提供するための病床である。一方、基準病床は分野を限定せず広く医療を提供するための病床であることから、基準病床数に着目して特定分野の病床の必要性の有無を判断することは適当でない。これらの病床が地域に必要かどうかは、地域の実情に通じている都道府県が判断することが適切である。また、医師不足については、特例病床のみに起因するものではなく、養成や確保定着の困難等種々の要因が大きく関与しているものである。なお、回答中「都道府県において特例病床の許可に際して～（略）～適当でない。」とあるが、それを裏付ける客観的データ等を示していただきたい。	C	Ⅱ	○増床による医療資源の偏在の拡大の可能性は、客観性のある推論である。例えば50床程度の増床の場合、医療法上、最低でも常勤医師３名の人員配置が新たに必要となること、また、地域ごとの人口10万対病床数（病院）及び勤務医数（病院）には一定の相関関係があることからも、一部地域での増床が他地域の流入を招く蓋然性が高い。このため、大臣協議の際に、都道府県において当該施設の病床利用率や待機患者数等を勘案しているか、地域の既存の医療機能を強化してもなお必要と認められるものであるか等、必要な確認を行うことにより適正な運用を担保しているところであり、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設置することは適当でない。 ○また、公的医療機関等を含めた医療機関の再編統合に伴う個別の増床は、一定の場合認められていることから、こうした方策も併せて御活用いただきたい。		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棟の廊下幅基準を廃止する	健康保険法第７６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棟は、ＡＤＬ能力の向上による寝たきり防止と家庭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棟であり、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。 このため、車いすと歩行訓練者及びその介助者が危険なくすれ違う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棟の廊下幅の基準は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、さらに人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棟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リハ病床に転換する場合に、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＞ 一般病棟：２．１ｍ 回復リハ病棟：２．７ｍ ※基準上は「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リハ病床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 回復リハ病床の増加により、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２．１mとされている。 しかし２．1mでは、車いす二台がすれ違うと人が一人通ることが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るリハビリテーションを提供することができない。このような病棟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は、回復期リハビリテーション病棟の趣旨にもとるものである。 以上のことから既存の一般病棟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。	廊下で歩行訓練を行う場合でも、訓練者には必ずリハビリスタッフが付き添っており、訓練者の安全には十分な配慮がされている。このように、車いす2台等のすれ違いで通行困難な場合があっても、病院内での創意工夫で対応することは可能。そもそも、病院内で車いす2台と人1人が同時に通るという状況は、病院の運営実態からみて想定できない。また、廊下幅の基準が障害となって回復リハビリ病棟への転換が進まないことこそ、現状に必要な対応に逆行しているのではないか。	C		「回復期リハビリテーション病棟入院料」は質の高いリハビリテーションを提供している病棟に対して設定された点数であり、基準を満たせない場合、「一般病棟入院基本料」等の別の入院料を算定しつつ、リハビリテーションを提供することを否定するものではない。 ご提案については、費用負担をしている患者や保険者の理解を得るという観点から、より質の高いリハビリテーションをおこなう際に要求される安全面に配慮された構造施設を整えていない病棟に対して、「回復期リハビリテーション病棟入院料」の算定を認めることは困難である。 なお、「病院内の創意工夫で対応することは可能」とあるが、スタッフが患者の安全に配慮することは当然であり、これは構造設備を不要とする理由とは言えないと考えている。		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」とし、その基準を定める権限、保育所の設置認可、指導監督権限を保育の実施主体である市町村に移譲	児童福祉法第24条<保育の実施主体>、35条<設置認可>、45条<最低基準>、46条<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国が定めている。	・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、施設の設置認可、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。待機児童は、2010年4月1日時点で2万6000人超と、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、国が定める基準に縛られることになると、児童の年齢などの状況に応じた職員配置基準や地域の実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だきたい)。 また、保育の実施主体は市町村であるにも関わらず、施設の認可・指導権限は都道府県にあり、施設整備やサービス提供に必要な財源は国・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、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保育ニーズ等を勘案のうえで判断することが望ましいため、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、設置・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、また市町村が自らの判断により重点的に取り組む施策を選択することが可能となることで、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。 ※国においては、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「新成長戦略」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、「保育に欠ける要件の撤廃・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整備法案においても、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、設置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、特に小規模自治体においては、社会福祉会計等の専門的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る。そのため、全国一律に権限委譲するのではなく、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、対応すべきと考える。　以上のことから、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、設置認可等について、検討しているところである。　加えて、保育所のほふく室の面積基準（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、諸外国と比較して高い水準と言え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成育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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	・特に児童一人当たり３．３㎡とする面積基準には合理的根拠がない。このため、全国一律に規制する場合は、基準の合理的な根拠と規制する必要性についても明らかにされたい。 ・「機能面に着目した保育所の環境・空間に係る研究事業」（H21.3・全社協）報告書では、調査対象６カ国のうち、全国共通の義務的基準の定めは２か国、残る４か国は、義務的／推奨的基準の制定が地方に委ねられており、我が国でも地方に基準設定の権限を与えるべき。 ・新たな保育制度の開始は、早くとも平成２５年度であるが、今回提案の「参酌基準化」は現時点の待機児童対策にも有効であり、例え平成２５年度までの期間限定であっても、実現を強く求める。	C	Ⅰ	「機能面に着目した保育所の環境・空間に係る研究事業」（平成21年3月 社会福祉法人全国社会福祉協議会）によると、２歳未満児の保育のために必要な部屋の面積については、「食寝分離」や「単位空間」の考え方に基づき科学的・実証的に検証した結果、4.11㎡/人という面積が算出され、現行の最低基準を下回ることは問題であるとの報告がなされている。 このことを踏まえると、現段階においては、全国一律の最低基準を維持することが望ましく、特区制度により各自治体に最低基準設定の権限を与えることは適切でないと考える。		1001010	大阪府外40都道府県	大阪府外40都道府県	厚生労働省
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、一定の室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のは、保育時間以外は他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ることも妨げていない。保育を行う専用の部屋という規定が、事業普及の妨げになると判断される恐れを排除するため、これら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に乏しい。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『東京等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』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、より地域のﾆｰｽﾞ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考えており、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ることになるため、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。	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。	・面積基準について、９．９㎡以上、ただし児童が3人を超える場合、3人を超える児童一人につき３．３㎡を加算する、との面積基準には合理的根拠がない。このため、全国一律に規制をする場合は、基準の合理的な根拠と規制する必要性についても明らかにされたい。 ・新たな保育制度の開始は、早くとも平成25年度であるが、今回提案の「参酌基準化」は現時点の待機児童対策にも有効であり、例え平成25年度までの期間限定であっても、実現を強く求める。	C	Ⅰ	「機能面に着目した保育所の環境・空間に係る研究事業」（平成21年3月 社会福祉法人全国社会福祉協議会）によると、2歳未満児の保育のために必要な部屋の面積については、「食寝分離」や「単位空間」の考え方に基づき科学的・実証的に検証した結果、4.11㎡/人という面積が算出され、現行の最低基準を下回ることは問題であるとの報告がなされている。 家庭的保育事業の面積基準についても児童福祉施設最低基準を基に策定されたことを踏まえると、現段階においては、全国一律の最低基準を維持することが望ましく、特区制度により各自治体に最低基準設定の権限を与えることは適切でないと考える。		1006010	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	・児童福祉施設最低基準第11条 ・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32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日付け雇児発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るため、公立保育所においては特区として継続し、懸念される弊害を除去するための適切な方策の検討を行いつつ、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。	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の懸念される弊害を除去するための適切な方策の検討にあたっては、公立保育所同様、民間立保育所も協力できると考えられるので、特区の対象として民間立保育所を加えていただきたい。	C	Ⅲ	繰り返しとなるが、「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るため、公立保育所においては特区として継続し、懸念される弊害を除去するための適切な方策の検討を行いつつ、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」と結論づけられたものであり、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はないと考える。 また、3歳以上に対する給食の外部搬入についても、平成22年6月1日から全国展開したところであり、その検証も十分でないことから現時点においては、御指摘のような特区制度による取り組みを行う段階ではないと考える。		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３ ○児童福祉法施行規則第２条 ○児童福祉施設最低基準第８１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関し、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、また、児童の最善の利益を担保する上で、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、かつ社会福祉主事として本庁児童担当課等に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、不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理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、児童養護施設等からの処遇困難なケースの受け皿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処分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、かつ児童相談所または本庁児童担当課等に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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。また、現行の要件に加え、専門性を有する外部有識者等で、虐待の予防・養育支援等に携わってきた者を対象に追加することはできないか検討されたい。	児相長等の要件として専門資格や経験の大切さは十分理解するものの、そのことで児相長等の要件が全国一律の基準でなければならないとは言えない。児相等を管理・監督する児相長等には、福祉分野に精通した上で、情勢を大所・高所的見地から的確に判断する行政遂行能力が必要であり、むしろ職員全体の中から適材適所に人材登用できる制度が求められる。さらに、対人援助部門が市町村に委譲されてきている中で現行の要件に見合う職員からの登用だけでは人材が限られることから危機管理、自立支援など地域の実情に応じた課題に適したリーダーシップを発揮できる職員を全職員の中から登用することが可能となるようにすべきであると考える。	B-2	Ⅲ、Ⅳ	児童相談所長については、民間の児童虐待防止対策等に取り組むNPO法人や社会福祉法人の責任者等の専門性を有する外部有識者などで、児童福祉に関する実務等に携わってきた者についても対象に追加することを検討し、平成23年度中に省令の改正を行う。 児童自立支援施設長については、現行でも、「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、民間で児童福祉事業に一定期間携わってきた者や、本庁児童担当課に一定期間従事した者なども施設長に登用できることとなっており、幅広く外部の経験者や庁内から登用可能となっているが、更に本庁児童担当行政に携わった者にも拡大するよう検討を行う。		1019010	京都府外43都道府県	京都府外43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	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	管理番号	提案事項	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
090060	就労継続支援Ｂ型に係る基準該当障害福祉サービスの実施主体に関する条件の緩和	○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等の人員、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・援護局障害保健福祉部長通知）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」等）により定められている。 就労継続支援Ｂ型に係る基準該当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７号に掲げる授産施設又は生活保護法第３８条第１項第４号に掲げる授産施設を経営する者」（第203条）とされている。また、「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、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・援護局障害保健福祉部長通知）において、省令の規定に関し、社会福祉法人に対象を限定する旨の規定（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型に係る基準該当障害福祉サービスの実施主体に係る基準は参酌すべき基準とする。)	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、就労継続支援事業所等の設置促進が求められている。 ②問題点 地域共生ホーム（富山型デイサービス等）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、この支援に対する報酬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はなく、社会活動への参加、自己実現の場としても適しており、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型に係る基準該当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授産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、また、現在、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において福祉的就労の在り方について議論されてこと等を踏まえ、慎重な検討が必要である。	授産施設を経営するNPO法人や一定の要件を満たす地域共生ホーム等を基準該当就労継続支援Ｂ型の実施主体の対象とすること等について、資源の有効活用により障害者のサービス提供の拡大を図る観点から検討し、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度回答されたい。	小規模で家庭的な雰囲気の中で、赤ちゃんからお年寄りまでを受け入れる地域共生ホーム（富山型デイサービス等）における就労は、「働く場」や「訓練の場」としてだけではなく、なじみの人間関係の中で自分の居場所を見つけ、「仕事に向き合う」きっかけづくりにも大きな役割を果たすことができると考えている。 また、現在、小規模な福祉現場など様々な障害者の「働く場」等がある中で、過去に補助金の交付対象であった授産施設のみを基準該当障害福祉サービスとして限定することは、就労機会拡大の妨げ（新規参入の障壁）になると考える。 福祉的就労の在り方について議論されていることは承知しているが、本県の実例（有償ボランティアによる福祉作業への従事）から特段の問題がないことも踏まえ、速やかな実施について再検討をお願いしたい。	B-1	Ⅳ	「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、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・援護局障害保健福祉部長通知）において、基準該当就労継続支援B型の実施主体を社会福祉法又は生活保護法に基づく授産施設を経営する社会福祉法人に限定しているが、これを社会福祉法又は生活保護法に基づく授産施設を経営する者と改正し、社会福祉法人以外の者も実施主体として認めることとする。 なお、福祉的就労の在り方については、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において議論されていること等を踏まえ、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
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等の人員、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・援護局障害保健福祉部長通知）	障害者自立支援法に基づく共同生活援助（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、共同生活援助（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。	○基準該当共同生活援助の創設	①現状 地域に密着した住まいの場として、高齢者向けのグループホーム、障害者向けのグループホームの整備が進められている。 ②問題点 地域において障害者グループホームの設置が進まないため、サービスを受けることが困難な障害者の受け皿が必要である。 それぞれのグループホームは、介護保険法、障害者自立支援法によりそれぞれ定員、設備基準等を遵守する必要がある。また、各法律の枠外で利用者を受け入れる場合は報酬が算定できない。 ③解決策 障害者が、障害者自立支援法に基づく共同生活援助（グループホーム）を利用することが困難な場合に、介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の利用を定員の範囲内で可能とし、基準該当共同生活援助として自立支援給付の対象とするための特例を求める。 ④効果 年齢や障害の内容・程度を超えた交流により、高齢者・障害者が生きがいや役割を持ちながら豊かに生活できるとともに、職員や設備等を効率的に活用することが可能となる。	F	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ところであり、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」と回答したところである。 （※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）に対して短期入所等を行う事業）の関係等を含めて、更に検討させていただきたい。	地域において障害者グループホームが不足している中、認知症対応型グループホームとの一体的な運用を認め、受け皿を増やすという観点から検討し、右提案主体からの意見を踏まえ、再度回答されたい。その際、具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にされたい。	共生型グループホームについては、本県の実例からも問題はないと考えており、規制の緩和に向けた早急な検討をお願いしたい。 また、グループホームと現在実施している特区（短期入所等）では生活の本拠が異なるが、これらについて、どのような関係を想定しているのかご教示いただきたい。	F	Ⅲ	現在、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会において、障害者自立支援法を廃止し、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法」（仮称）の制定に向けて必要な検討を行っているところであり、平成24 年常会への法案提出を目指すこととしている。 具体的には、本年8月に総合福祉部会より新法の骨格提言を予定しており、これを受けて、「障害者総合福祉法」（仮称）の法制化を進めることとしているが、今回の提案についても、この状況を見ながら検討してまいりたい。 なお、現在特区として、指定小規模多機能型居宅介護事業所において短期入所等を実施しており、今年度中にも全国展開の可否も含めて結論を出すこととしている。 また、提案主体の言う「本県の実例」については承知していない。	－	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基準等の人員、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基準等の人員、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	宿泊型自立訓練は、現行の指定基準において、最低定員を20人、地域移行支援員の必置、居室面積を7.43㎡以上とする旨定めている。 また、社会福祉事業として宿泊型自立訓練を行うためには、定員が20人以上であることが必要である。 今後、国会に提出されている「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」により、最低定員は「標準」、人員配置基準及び居室面積基準は「従うべき基準」することとしている。	①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置義務のの「参酌すべき基準」化 ③居室面積（7.43㎡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の一人暮らしを目指し、生活能力の更なる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（※）、人員配置基準、居室面積等を緩和し、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	C	Ⅲ	最低定員や人員配置基準、居室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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	平成22年7月に全国知事会から提出した『「義務付け・枠付けの見直し」「基礎自治体への権限委譲」の更なる推進に向けて～実りある地域主権改革の実現に向けて～』において、「従うべき基準」の限定に関して、『「福祉施設に配置する職員の数、居室の面積等に関し「従うべき基準」とされている条項については、廃止または「参酌すべき基準」など地方の実情を反映できる規定へ移行するよう、速やかに見直しを行うとともに、今後の見直しに当たっては、「従うべき基準」の設定は、第3次勧告に従い真に必要な場合に限定すること。』と強く要望したところである。 今回の回答は、この要望の趣旨を全く反映していないため、再検討を求める。	C	Ⅲ	最低定員や人員配置基準、居室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ボランティアの活用	介護保険法第78条の４第１項、第88条第１項等	介護保険施設や居宅サービス等において、必要な人員基準上の人員として位置づけられる者は、当該施設・事業所の「従業者」であることとされている。	介護保険施設等の人員、設備及び運営に関する基準を条例委任する。 条例委任する場合の条例制定基準は、地方分権改革推進委員会の第3次勧告のとおりとする。 ※介護保険施設等 老人福祉法：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム 介護保険法：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設	介護保険施設等の人員、設備及び運営については、国が法令において基準を定めているが、地域の実情に合った行政サービスを提供するためには、それらの基準について地方が定められるようにすべきである。地方が基準を定めた場合の、具体的な事業の実施内容等は、例えば次のようなものである。 （1）介護ボランティアの活用 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指定介護老人福祉施設 ②介護職員（生活支援業務を担う常勤職員）1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る ・介護ボランティアは生活援助系の介護サービスを中心に担う ・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 （2）EPAによる外国人介護福祉士候補者等の受入れ促進 ①現状 高齢化の進展による介護需要の増大に対して、介護の現場においては、介護職員等の慢性的な不足が続いている。 こうした状況を受けて、県内の介護保険施設等では、EPA（経済連携協定）により、意欲ある外国人介護福祉士候補者の受入れを行っている。 しかしながら、当該対象者と直接雇用にも関わらず常勤換算対象からの除外、受入れ施設の限定、在留期間不足による受験回数の制限など厳しい条件となっており、受入れが進まない状況にある。 ②問題点 ・外国人介護福祉士候補者の勤務時間が介護報酬制度における介護職員としての常勤換算対象外である。このため、人件費がすべて施設負担になっている。 ・在留期間は、3～4年（看護3年、介護4年）であり、介護・看護の国家試験合格に必要な日本語や介護、看護に関する知識、技術を在留期間内に習得することは大変困難である。さらに、介護福祉士候補者は、受験資格に実務経験3年以上を要することから、事実上在留期間内に1回しか受験機会を与えられていない。 ・外国人看護師候補者の受入れは病院に限定されており、看護師の配置が必須の介護保険施設は対象外となっているため、対象の拡大が必要である。 ③解決策 ・介護保険施設等における、介護保険法等の人員基準（従業員の員数）において、EPAにより受入れた介護福祉士候補者及び外国人看護師候補者の勤務時間を介護職員等として常勤換算できることとする。 ※介護保険施設等の人員、設備及び運営に関する基準の条例委任と併せて、以下の事項の措置も求める。 ・介護福祉士資格取得前の在留期間が最長10年となるよう更新回数の限度を9回とする。 ・看護師候補者が就労する受入れ施設に介護保険施設を加えるとともに、介護保険施設に受入れた看護師候補者の在留期間が最長10年となるよう更新回数の限度を9回とする。 ④効果 ・これまでの単なる研修生の受入れではなくなり、老人福祉法や介護保険法に基づく人員基準の員数として換算できることや、新たに外国人看護師候補者の就労先が介護保険施設等に拡大することから施設側の受入れが促進される。 ・介護保険施設等の介護、看護人材の確保が図られ施設の安定的な運営と介護サービスの提供基盤が充実する。 ・併せて、外国人がもつ性格の明るさなどが日本人職員に好影響を与えることなどから介護の質の向上につながる。 ・外国人雇用のノウハウが確立され、在日外国人雇用にも結びつくことから、地域経済に好影響が期待される。	（1） C （2） C		（1）について ○ 地方分権改革推進計画（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侵害の防止等に係る規定は従うべき基準、施設利用者の数は標準、その他の基準については参酌すべき基準とされている。それらの基準は従うべき基準を除き、地方公共団体の制定する条例に委任することとされており、現在地域主権改革一括推進法案が継続審議されている。 ○ 介護保険制度においては、確実かつ継続して質の高いサービスを提供することが求められており、これは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。）が基準を満たすことにより担保されているところである。 ○ 施設等においては、確実かつ継続してサービスを提供する義務がある。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体制が確保される必要がある。 ○ ご提案いただいているボランティアについては、あくまでも自発的な活動であることから、使用者の指揮命令下になく、従業者と同じ責任や義務を負わせることはできず、従業者と同様の取り扱いをすることはできないと考えられる。このため、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付けることは適当ではないと考えられる。 ○ なお、契約等を行い、従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合、その使用従属性等に鑑み、実態として労働者性が認められれば、労働基準法の「労働者」に該当しうることに留意が必要である。 （2）について ＥＰＡに基づく看護師及び介護福祉士候補者の受入れは、日本からの輸出品にかかる関税を引き下げること等の代償として、相手国からの強い要望に基づき、日本の法令に基づいて「看護師」・「介護福祉士」としての国家資格を取得することを目的とする活動のみを最大３年・４年の滞在期間に限って、特例として約束したものであり、労働力不足対策ではない。 介護福祉士候補者については、あくまでも研修生であり、国家試験の合格に向けて、介護福祉士の監督の下で研修を行っているため、人員配置基準には含めていない。 また、今年行った「インドネシア人介護福祉士候補者受入実態調査」によれば、「コミュニケーション不足により問題事例が発生した」との回答が３～５割あり、中には「服薬もれがあった」等といった回答もあったところ。 このように、日本語でのコミュニケーション能力に大きな課題がある中で、候補者を日本人介護職員と同様の取扱いとした場合、利用者への安全確保にも著しい支障が生じるおそれがあるため、人員配置基準に含めることはできない。 看護師候補者についても、単なる就労ではなく、国家資格を取得することを目的とした研修の性格を有するため、受入れ施設は、候補者に対して国家試験の合格に向けて充実した研修環境を提供する必要がある。このため、看護師候補者が就労する施設は看護師学校養成所の臨地実習受入れ病院と同等の体制が整備された病院に制限する必要があり、ご提案への対応は困難である。 また、外国人労働者の受入れは、いわゆる高度に専門的・技術的分野での就業は積極的に促進する一方、それ以外の分野（看護補助分野や介護分野などのいわゆる単純労働分野）での就業は、若者、女性、高齢者等の雇用機会の喪失など、国内労働市場に悪影響を与える懸念がある等により、認められていない。日本の国家資格を取得する前の候補者は、高度な技術を有する者とみなすことはできないので、滞在期間に上述の制限を設けており、滞在期間の延長は不適切である。候補者や施設の側も、国家試験合格のために努力する動機が乏しくなるほか、今後資格取得を目指さず出稼ぎのみを目的として入国してくる候補者が現れかねず、制度の適正運用が著しく困難となることも予想される。 なお、候補者としての滞在期間を終えて帰国した後でも、何度でも再入国して受験することが可能であり、合格後は、在留及び就労が可能となるよう、協定に定めている。	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）について ・少子高齢化が進展し、介護人材の確保が困難となることが懸念される中、介護ボランティアを活用し、施設等のサービス提供を補完する仕組みの構築は、サービスの質を確保していくうえで有効な手段の一つであり、地域の実情に応じた取組みの推進が可能となるようにすべきである。 （2）について ・平成21年度における静岡県の介護関係の有効求人倍率は、年平均1.43倍の高い状態にあり、今後も介護ニーズは拡大傾向にある。また、団塊の世代が80歳代となる15年後には、更に介護職員25,000人、看護職員5,000人が必要である。 ・外国人候補者受入施設は、受入前にあっせん手数料等の受入費用を負担し、受入後は、介護職員としての給与、日本語習得、国家試験対策等、様々な人的、経済的に過重な負担を強いられており、人員基準に算入し、受入施設の負担を軽減すべきである。 ・外国人候補者は、ゆっくり話せば、内容が概ね伝わる者が大半で、一律にコミュニケーション不足を論じることはできない。	（1） C （2） C		（1）について 少子高齢化の進展や介護人材の確保の問題は重要な課題であると認識しているが、介護ボランティアの活用への対応は、以下の理由により困難である。 ○ 介護保険制度においては、確実かつ継続して質の高いサービスを提供することが求められており、これは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。）が基準を満たすことにより担保されているところである。 ○ 現在継続審議中の地域主権改革一括推進法案においては、人員基準は従うべき基準とされている。 ○ 施設等においては、確実かつ継続してサービスを提供する義務がある。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体制が確保される必要がある。 ○ ご提案いただいているボランティアについては、あくまでも自発的な活動であることから、使用者の指揮命令下になく、従業者と同じ責任や義務を負わせることはできず、従業者と同様の取り扱いをすることはできないと考えられる。このため、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付けることは適当ではないと考えられる。 ○ なお、契約等を行い、従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合、その使用従属性等に鑑み、実態として労働者性が認められれば、労働基準法の「労働者」に該当しうることに留意が必要である。 （2） 繰り返しになるが、ＥＰＡに基づく看護師及び介護福祉士候補者の受入れは、日本からの輸出品にかかる関税を引き下げること等とパッケージにした上で、相手国からの強い要望に基づき交渉を行った結果、特例として約束したものであり、労働力不足対策として活用することを意図した仕組みではない。 また、これも繰り返しになるが、昨年行った「インドネシア人介護福祉士候補者受入実態調査」によれば、以下のような実態が明らかになったところ。 ① 「コミュニケーション不足により問題事例が発生した」との回答が３～５割あり、中には「指示内容を理解していなくても「分かりました」と回答」「業務内容が伝わらず、業務に支障」「服薬もれ」「軽い事故」等といった回答があった。 ② 「平易な言葉でゆっくり話をしても、引き継ぎ・申し送りに一部支障あり（あるいは、ほとんどできない）」との回答が２～４割あった。 このように、日本語でのコミュニケーション能力に大きな課題がある中で、候補者を日本人介護職員と同様の取扱いとした場合、利用者への安全確保にも著しい支障が生じるおそれがあるため、人員配置基準に含めることはできない。 なお、介護人材確保対策としては、①介護報酬のプラス改定や処遇改善交付金の活用など、介護現場で働く方々の処遇改善に努めるとともに、②離職者訓練や介護雇用プログラム等を通して、他産業から介護分野への就業を支援するなどの対策を講じているところ。 看護職員についても、看護職員確保対策を推進していくこととしている。 受入れ前の費用であるあっせん手数料等は、いずれも、最低限必要な実費相当（求人申請書の審査、求人情報の翻訳等）であり、また、これら費用負担を了解の上で希望する介護施設が雇用するものであることから、受入れ施設に負担いただいているものである。なお、施設側負担軽減のため、あっせん手数料等は一定の場合について累次の減額を行っている。また、候補者の日本語能力向上や国家試験対策支援のために、今年度は厚生労働省の予算額を10倍に拡充したところである。平成23年度以降も支援を充実できるよう取り組んでおり、受入れ施設の負担軽減にもつながるものと考えている。		1009010		静岡県、愛媛県外38都道府県	静岡県、愛媛県外38都道府県	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	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、介護報酬の給付対象となっていない。また、登録者に対する介護報酬は月当たりの包括定額報酬としており、「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。	登録者しか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、登録利用者以外も利用できるよう緊急ショートステイの利用者制限を撤廃する。	※「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」利用が少ない。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（夜勤要員の賃金が賄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。」としており、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「登録者にのみ給付されること」「通い・訪問・宿泊を組み合わせて提供すること」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」「民家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室7.43㎡／人・短期入所の居室10.65㎡／人。等）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。	○貴省の回答中、「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支援事業所に宿泊することは可能である。」とあるが、介護報酬上評価されないため、自治体又は利用者本人の負担となり実施は困難。本提案は、家族の急病など日常的な事情や家族介護者のレスパイトによる緊急ショートの需要が多く、現行制度では十分な対応ができないため行ったもの。緊急ショートステイに対して新たに介護報酬上の評価を行うことで利用の促進につなげ、小規模多機能型居宅介護事業所の資源を有効活用するための特区提案であり、貴省の回答は提案の趣旨と合致していない。	C	Ⅲ	①小規模多機能型居宅介護としての評価は「登録者にのみ給付されること」「通い・訪問・宿泊を組み合わせて提供すること」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」「民家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室7.43㎡／人・短期入所の居室10.65㎡／人。等）こと、③認知症高齢者に対応するためには、なじみの関係を維持する必要があることから、小規模多機能型居宅介護において、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、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
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 ・医療的ケアの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、入所者の退所等で空床がで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ができていない。（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、通常手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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	○貴省の回答は、老健等の入所定員を増やし、空床利用を行うことで対応すべきとの趣旨と解されるが、本提案は、入所定員外の併設の「短期入所療養介護」を可能にすべきということであり、貴省の回答は、その趣旨を理解されていない。現状としては、老健等は満床に近く、入所定員を増やしたとしても、本来の入所すべき申込者に優先的に提供されることになり、ショートステイの利用には直接的に寄与しないことが予想される。あくまでも「併設の短期入所療養介護」が可能となる特区を提案するものである。	D	－	提案については、現行制度において、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、入所に優先して短期入所療養介護に用いることにより、対応可能である。この場合、提案の「併設の短期入所療養介護」を設置することと同様の効果がある。		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名必置）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、「24時間対応の定期巡回・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看取りといった対応も可能となることが期待される」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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にし、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。	○「24時間対応の定期巡回・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」よう、法制化の検討について大いに期待するが、法案の国会提出が平成23年度通常国会よりも遅い場合は、特区での速やかな対応を認めていただきたい。 なお、本件は、例えば看護職員を一定数以上配置する訪問介護事業所を訪問看護事業所としてみなし、医師の指示書に基づき居宅医療ケアサービスを提供するなど、訪問介護・看護の一体的提供が可能となる特区提案であり、当該24時間対応型サービスで網羅できない地域においては特区による対応を認めていただきたい。	F	Ⅰ又はⅢ	24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設を含む、介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）は、平成23年の通常国会に提出する予定である。		1012010		京都府外43都道府県	京都府外43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	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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の制定に伴う実施上の留意事項について第２の５（１） 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、ケアマネー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、とりわけ医師の必置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、同アンケート調査によると「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）可能な中軽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、「ケアプアランで必要性を認める場合には中軽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実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、日常介護にあたる家族等の習熟と相まってさらに効果的であり、退院後、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、供給体制の増加とさ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（現行規定により対応可能） 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、リハビリ職を配置していないなど、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って、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できることとしており、こうした仕組みは必要である。 2について（対応不可） 在宅の高齢者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、 ①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が望ましいこと、 ②その上で、状態像の異なる利用者にきめ細かい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、 などから、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。 なお、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、開設基準の撤廃ではなく、訪問・通所・短期入所・入所等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拠点の整備を推進することが必要とされている。 3について（事実誤認） 訪問リハビリテーションは、通院が困難な利用者に提供することが原則であるが、通院によるリハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋の状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメント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。	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。	○主治医の属する医療機関が訪問リハビリを提供する場合は貴省回答のとおりであるが、整形外科等主治医がリハビリの指示はできるが訪問リハビリを提供できる体制になく、老健等他の医療機関に訪問リハビリを依頼する場合は、既に主治医（専門医）が診療しているので、改めて老健等の医師の診療は不要とする特区を認めるべきとの考えである。 ○今後、地域包括ケアシステムで在宅サービスを拡充する観点からの喫緊の課題は、リハビリ提供事業所の絶対数の増加である。そのため、拠点の整備のみではなく、多様な主体による訪問リハビリステーションの検討も必要ではないかと考える。貴省回答のとおり、必要性の判断は主治医の診療に基づくべきであるが、上記①のように整形外科等の主治医の属する医療機関との十分な連携を行うことにより、医師のいない事業所でも訪問リハ提供は可能である。ついては、多様な設置主体による訪問リハの創設を可能とする特区を提案するものである。 ○貴省回答のとおり、確かに現行制度においても、ケアマネジメントにより必要と判断された場合には、通所可能な者に対しても訪問リハビリの提供は可能である。しかしながら、これは解釈通知で補足された見解であり、「通所優先」という考え方が明記されている。訪問リハの普及を図るために、この「通所優先」の制限を撤廃する特区を提案するものである。	1：C 2：C 3：C	–	○　状態像の異なる利用者にきめ細かいサービスを提供する必要性があるため、医師以外のリハビリテーション専門職が訪問リハビリテーションを提供する場合、指示を出す医師が診療により利用者の日常の健康状態を的確に把握していることが必要であり、こうした仕組みは必要である。 ○　繰り返しになるが、リハビリテーションの提供にあたっては、 ①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が望ましいこと、 ②その上で、状態像の異なる利用者にきめ細かい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、 などから、訪問リハビリテーション事業所の設置主体については、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。 なお、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、開設基準の撤廃ではなく、訪問・通所・短期入所・入所等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拠点の整備を推進することが必要とされている。 ○　介護保険のリハビリテーションは、住み慣れた地域における日常生活活動と社会参加の向上を目的とするものであることから、通所リハビリテーションを基本とするものとし、訪問リハビリテーションについては通院が困難な利用者に提供することが原則であり、こうした仕組みを維持することは必要である。		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	介護予防サービス計画の策定に係る外部委託制限の撤廃	○介護保険法第115条の23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等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５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38号）第13条25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者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たせない状況にある。 また、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、医療機関や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、仮に介護予防から要介護に移行した場合も同一のケアマネジャーで一貫したマネジメントが可能と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）作成業務の委託件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の検討が必要とされ、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された。 そもそも、要支援者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され、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件数の制限のあり方については、介護予防の制度そのもの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を踏まえ、検討を行う。	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。	○介護保険部会から出された「意見」では、「地域包括支援ｾﾝﾀｰの運営の円滑化」として、総合相談等の機能の発揮及びﾈｯﾄﾜｰｸ構築等の機能強化に加え、要支援者に対するｹｱﾌﾟﾗﾝ作成業務については、「居宅介護支援事業所に移管すべき」及び「地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにした上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することにより対応すべき」とある。 ○本提案への回答として、介護保険部会の意見を踏まえ検討し、「平成23年度中に結論を得る」とあるが、意見は本提案の趣旨と一致するものであり、特区での速やかな対応を認めていただきたい。	F	–	○　繰り返しになるが、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）作成業務の委託件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の検討が必要とされ、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された。 ○　そもそも、要支援者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され、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件数の制限のあり方については、介護予防の制度そのもの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を踏まえ、今年の社会保障審議会介護給付費分科会において検討を行う。		1017010	京都府外44都道府県	京都府外44都道府県	厚生労働省
090130	小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービスの普及）に向けた基準等の緩和	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可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普及が進んでいない。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権限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15人まで、宿泊は9人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 事業者参入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	④Ⅲ	①について ○　登録定員・利用定員については、小規模で馴染みの空間で家族的なケアを行うことを本旨とする小規模多機能型居宅介護の根幹を損なうとともに、利用者の適切な処遇を損なうことになるから、「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理されたものである。 ○　なお、社会保障審議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、臨機応変な対応が可能な範囲は、25人以下でなければ困難であり、登録定員（最大25人）の規模は増やすべきではない。」とする提案があったほか、実態としても1事業所当たり平均登録者数は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、妥当ではない。 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年厚生労働省告示第126号）」第4号に基づき、市区町村長の申請に基づき厚生労働大臣が認めた場合に市区町村独自の上乗せ報酬を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年度の社会保障審議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、「通い」「訪問」「泊まり」を柔軟に組み合わせて、利用者の在宅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定額報酬としている。なお、小規模多機能型居宅介護の機能に含まれていない訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・福祉用具貸与については併用可能である。 ④について ○　「医療機能付加型の小規模多機能型居宅介護」については、社会保障審議会介護保険部会において、「重度になるほど看護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、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど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。	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（定員）国の回答では、定員について「小規模で馴染みの空間で家族的なケアを行うことを本旨とする」ためと定性的に表現されているが、「小規模」でなければ「馴染みの空間で家族的なケア」ができないとは言えず、現行定員の変更を一切禁ずるような合理的な根拠があればお示しいただきたい。そうした根拠が無いのであれば、国の定める基準は「参酌すべき基準」とし、市町村はそれを参考として、それぞれの地域の実情に応じ、利用者のニーズを考慮して事業運営を適切に行うことができるような独自の定員設定を可能とするべきである。よって定員の根拠の提示と再検討を求める。 ②（介護報酬）国の回答では、市町村独自の上乗せが可能としているが、これは、「市町村長の申請」に基づき、「厚生労働大臣が認めた場合に限り」可能となっており、また、その内容も一月に、100～300単位の加算に限られ、基本報酬は変更できない。これでは、特区提案の求める「地域のニーズに応じた基本報酬の見直し」は不可能であり、地方が権限や責任を持てる制度とは言えないため、提案の趣旨に沿った再検討を求める。なお、社会保障審議会介護給付費分科会において介護報酬の見直しを議論し必要に応じて見直すとのことであるが、現場の実態を踏まえた議論によりサービス普及のための必要な改善が行われるよう要望する。 ③（ケアマネジメント）小規模多機能型居宅介護が普及しない原因の一つは、サービスを利用するために、ケアマネジメントの担当がそれまで利用していた居宅介護支援事業所のケアマネジャーから、小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーに代わり、高齢者にとって馴染みの関係が失われることにある。提案ではケアマネジャーの交代そのものを問題としており、小規模多機能型居宅介護の普及には、ケアマネジャーの交代を不要とする仕組みや、利用者の納得の上にケアマネジメントを円滑に引き継ぐ仕組みなど、ケアマネジメントの改善が必要である。よって提案の趣旨に沿った再検討を求める。	①C ②C ③C ④F	①～④Ⅲ	① 繰り返しになるが、登録定員・利用定員については、小規模で馴染みの空間で家族的なケアを行うことを本旨とする小規模多機能型居宅介護の根幹を損なうとともに、利用者の適切な処遇を損なうことになるから、「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理されたものである。 なお、社会保障審議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、臨機応変な対応が可能な範囲は、25人以下でなければ困難であり、登録定員（最大25人）の規模は増やすべきではない。」とする提案があったほか、実態としても1事業所当たり平均登録者数は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、妥当ではない。 ② 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年厚生労働省告示第126号）」第4号に基づき、市区町村長の申請に基づき厚生労働大臣が認めた場合に市区町村独自の上乗せ報酬を給付することは可能であり、地域のニーズに応じた介護報酬の見直しは可能である。 ③ 小規模多機能型居宅介護については、「通い」「訪問」「泊まり」を柔軟に組み合わせて、利用者の在宅生活の継続を支援するため、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うことが必要である。		1014010	大阪府外44都道府県	大阪府外44都道府県	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 次のいずれかに該当 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と認めた者 ２　医師でない職員の場合 次のいずれにも該当 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関し医師と同等以上の知識を有すると認めた者 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、所長クラスの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関し、医師と同等以上の知識を有すると認めた者 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修了した者 ※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、特に所長クラスの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食中毒事件といった感染症等の健康危機発生時に、科学的かつ医学的見地から瞬時に的確な判断及び意志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、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、公衆衛生の行政経験を有する医師を原則とすべきと考えている。 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も、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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の提案は、公衆衛生行政における医師の役割を理解した上で、保健所長以外に医師を配置する場合に限っては、公衆衛生面における科学的・医学的見地に基づく判断が担保されることから、保健所長の医師資格要件撤廃を提案しているのものであり、平成21年度の見直しでは、保健所に医師がいるにもかかわらず、保健所長になお医師と同等以上の専門知識等が要求されており提案の趣旨に合致するものではない。　最終的に地域住民に責任を負うこととなるのは都道府県であることから、地域主権の趣旨にも立ち返り再検討いただくようお願いする。	C	Ⅱ	○繰り返しになるが、保健所は、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食中毒事件といった感染症等の健康危機発生時に、科学的かつ医学的見地から瞬時に的確な判断及び意志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、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、公衆衛生の行政経験を有する医師を原則とすべきと考えている。 ○再検討要請において、医師の配置により公衆衛生面における科学的・医学的見地に基づく判断が担保されるとのことであるが、公衆衛生行政の最前線である保健所の長は、科学的かつ医学的見地に基づく瞬時に的確な責任をもった意志決定・業務遂行する必要があるため、原則として医師であることを求め、保健所長以外に医師が配置されている場合であっても、保健所長には少なくとも医学及び公衆衛生学的専門知識などを有することとしているところ。 ○また、健康危機管理発生時における保健所の業務は、全国で一定以上の高いレベルを維持するものでなければならない。仮に、１カ所でもそれに逸脱し、対応に失敗するところがあれば、周りの地域に多大な影響を及ぼす可能性があることも考慮する必要がある。 ○なお、前回回答した保健所長資格要件を満たした医師以外の職員とは、２０年以上の公衆衛生実務を経験し、国立保健医療科学院の専門課程Ⅰ（３ヶ月コース）（前回緩和部分）を修了した者である。		1020010	京都府、埼玉県外36都府県	京都府、埼玉県外36都府県	厚生労働省
090190	同一診療所内における歯科医師監督・管理の下でのMTC（MTコネクター義歯）への歯科技工士の補助的作業と業務への一部参入の緩和	○歯科医師法（昭和23年法律第202号）第17条 ○歯科技工士法（昭和30年法律第168号）第20条	○歯科医師でなければ、歯科医業をしてはならない。 ○歯科技工士は、その業務を行うにあたっては、印象採得、咬合採得、試適、装着その他歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。	現行法で規定されている、歯科技工士の同一診療所内、歯科医師の監督・管理下でのMTC（MTコネクター義歯）という特殊義歯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。	今後予想されう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する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取扱医院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以外に、歯科技工士の新規雇用からの雇用増加・技工士離れの防止・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MTコネクターという特殊義歯（歯科技工士が考案した義歯）は特殊構造設定を有するため、作製した歯科技工士との連携が必要不可欠であり、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、保険制度改正に伴い、歯科技工加算導入の背景の下、当院で開発されたMTC、並びに義歯全般は咬合器上での作製は半完成品であり、顎関節・顎提・筋肉・唾液といった複雑な三次元的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や補助的作業・アドバイスなくしては困難と考えられる。よって、作製した歯科技工士・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、対面する歯科技工士は卒後7年以上の実務経験のある者、又、基本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、咬合紙のみによる口腔内の咬合・顎の運動（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でなければ人体に危害を及ぼし、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、歯科技工士の養成課程においては、歯科技工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、歯科技工士の業務が歯科技工である以上、その実務経験の中で、上記の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。			C	Ⅰ			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修練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実地指導の下で、診療を行うことが可能である。（臨床修練制度）	現行法で規定されている、国内において診療行為を行える医師資格について、一定の要件及び条件を満たしている場合は、海外の医師資格保持者が一時的に診療行為を行えるものとする。	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、まだまだ課題が多い。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が明るみになってきた昨今、国としての対応は必要不可欠である。 病気の治療で最重要である“診断技術”は世界に倣う必要がある。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、最終的にそれを操る（診断する）のは人であり医師である。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こと、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。	F	Ⅰ	○現在、「新成長戦略実現に向けた３段構えの経済対策」（平成22年9月10日閣議決定）を受けて、外国医師の医療研修目的の場合だけでなく、日本の医師への医療技術の教授目的の場合にも、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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にし、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。	医療改革は、医療行為がその性質上、慎重に最善の策を講じる必要があることは理解に足る。しかし同様に生命につながる以上、最速の対応が急務である。検討は速やかに、現場の最前線で取り組む欧米の経験豊富な医師を交えて行うことを強く希望する。また、直接的な治療行為を認めるに当たり、相当の時間（法整備、制度整備など）を要することが想像される場合は、『診断』のみ特例として早期に開始することを望む。属性情報や検査データ等から診断する能力も優れた医師の技術の一つであり、経験が凝縮された全てである。日本医師が、こうしたブレインと巧く連携し的確な診療を行うことこそ医療改革の最重要の一歩と考える	F	Ⅰ	○「新成長戦略実現に向けた３段構えの経済対策」（平成22年9月10日閣議決定）において「国内での診療について、臨床修練目的の場合だけでなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも認めることについて、制度・運用の見直しを早期に検討し、平成22年度中に結論を得て、できる限り平成23年中に順次所要の措置を講ずる」とされたことを受けて、平成22年度中に制度・運用の見直しについて結論を得るべく、社会保障審議会医療部会において検討を進めているところである。厚生労働省としては、その結論を踏まえ、できる限り平成23年中に、所要の措置を講じることとしたい。		1049010	ジオジャパン株式会社	東京都	厚生労働省
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日付け厚生省告示第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受入件数で、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、逆紹介を行い、入院が必要な重症患者の医療を積極的に行っている。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。以上の施策を行う上で、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。どの都市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、日赤のような準公立、あるいは企業立等の病院のこともある。宇部市で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	○現在社会保障審議会医療部会において、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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にされたい。		F	Ⅰ	○社会保障審議会医療部会を、昨年10月から４回開催し、医療を支える基盤（ソフト・ハード）や地域における医療体制について御議論いただいているところである。		1077010	宇部興産株式会社中央病院	山口県	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	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
090220	日本の医師免許を持たない外国人医師による医療行為の規制緩和	○外国人医師等が行う臨床修練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実地指導の下で、診療を行うことが可能である。（臨床修練制度）	日本の医師免許を持たない外国人医師による医療行為の規制緩和の実施を求める。臨床修練制度において、その目的の場合に限らず、医療技術の教授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ともに、認可基準の規制緩和を求める。	医療関連産業などライフイ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、臨床修練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、臨床修練目的の場合に限られている。 また、厚生労働省の認可基準の中には、 ・指定病院での実施 ・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 ・期間は2年間に限られる などがあり、規制となっている。 そこで、臨床修練制度において、その目的の場合に限らず、医療技術の教授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ともに、 ・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拠点形成に寄与するものと考える。	C	Ⅰ	○現在、「新成長戦略実現に向けた３段構えの経済対策」（平成22年９月10日閣議決定）を受け、臨床修練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授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、現在の臨床修練制度は、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。この趣旨にかんがみれば、十分な指導体制を整え、日本人の指導医の実地の指導監督の下でのみ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の支払いを可能とした場合、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。	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。	回答に、「日本の医師への医療技術の教授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」とあるが、予定時期など見通しについて具体的に示されたい。 また、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では、「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受けて従事すること」とあるが、「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」という回答との関係について説明を願いたい。	C	Ⅰ	○前回回答した制度・運用の見直しについては、平成22年度中に結論を得るべく、社会保障審議会医療部会において検討を進めているところ。厚生労働省としては、その結論を踏まえ、できる限り平成23年中に、所要の措置を講じる。 ○また、臨床修練制度を活用して外国医師が診療行為を行う際には、日本人の指導医による実地の指導監督が必要とされているが、こうした業務形態により日本人医師が従事することは想定できない。このため、臨床修練によって入国している外国人医師が低い報酬に抑えられるおそれがあり、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	外国医師等臨床修練制度に係る規制緩和	○外国人医師等が行う臨床修練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）第２条、第３条、第９条 ○臨床修練制度の運営について（昭和63年健政発387厚生省健康政策局長通知）	○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実地指導の下で、診療を行うことが可能である。（臨床修練制度）	日本の免許を持たない外国医師等、外国看護師等が、診療業務等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、診療所における臨床修練を認めるなど、臨床修練制度及びその運用を緩和する。	①現状②問題点 イ)現行では、厚生労働大臣の指定は病院のみ。臨床修練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はず。実際、特殊、高度な技術を持つ診療所が、外国医師等の臨床修練受入れに意欲あるケースがある。診療所が指定を受けら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。 ロ)現行の標準処理期間は約2ヶ月で、臨床修練する者、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、具体的に示されたい。 ハ)許可は滞在期間2年(外国看護師等にあっては1年)であり、臨床修練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根拠がある場合は、具体的に示されたい。 ニ)厚生省通知では、臨床修練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、修練には報酬が支払われない合理的根拠を具体的に示されたい。また、就労活動が可能な在留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授を行う場合には、報酬を支給するとされているが、運用では、デモンストレーションや実技による修練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 イ)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。 ロ)標準処理期間を概ね1ヶ月に短縮する。 ハ)許可の有効期限を3年程度に延長する。 ニ)「教授を行う場合」を「修練を行う場合」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 臨床修練制度の弾力化により、臨床修練の受入れが進み、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段構えの経済対策」（平成22年９月10日閣議決定）を受け、臨床修練制度の活用を促進するために手続の簡素化や「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、現在の臨床修練制度は、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。この趣旨にかんがみれば、十分な指導体制を整え、日本人の指導医の実地の指導監督の下でのみ実施を認めることは当然であるから、御提案の「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」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の支払いを可能とした場合、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「教授を行う場合」を「修練を行う場合」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。	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。	イ）診療所では十分な指導体制を整えることができない合理的な理由を、例を挙げながら示されたい。 ロ）標準処理期間の短縮化については制度見直しの項目に入っているか示されたい。 ハ）滞在期間の弾力化は引き続きの検討をお願いしたい。 ニ）修練における報酬についても基準（診療報酬と同額程度）を示すことにより、「安価な労働力として外国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」という懸念はなくなるのではないか。また、新成長戦略では既に国際医療交流が方向づけられているため、元来の修練制度の趣旨に固執することなく、修練を通じた国際医療交流の実現を目的として付加することができるのではないか。	C	Ⅰ	○臨床修練指定病院については、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、大学付属病院、臨床研修指定病院、高度かつ専門的な診療機能を有する病院（独立行政法人国立がん研究センター等）又はこれらと同等の教育機能等を有する病院であることを指定基準の一つとしている。これらの病院と同等の教育機能等を有する診療所は想定しがたいことから、御提案の「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」について対応することは困難である。 ○許可申請の審査期間の短縮については、平成22年12月22日開催の第15回社会保障審議会医療部会において、入国後速やかに医療研修を開始できるよう、来年度から運用を見直す方向で検討を進める旨の方針を示したところである。 ○許可年限の弾力化については、第15回社会保障審議会医療部会において、制度改正に向けた論点として提示した上で委員に御議論いただいたところであり、引き続き同部会において検討を進めてまいりたい。 ○また、臨床修練制度を活用して外国医師が診療行為を行う際には、日本人の指導医による実地の指導監督が必要とされているが、こうした業務形態により日本人医師が従事することは想定できない。このため、臨床修練によって入国している外国人医師が低い報酬に抑えられるおそれがあり、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。		1083020	大阪府	大阪府	厚生労働省
090240	複数医療機関での一括治験受託	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 ことを要件とし、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条に基づき委受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行っているが医薬品メーカーは試験薬の公平性を保つため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、小の医療機関では症例適用要件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で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46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1機関での症例不足として、治験対象機関として取り上げてもらえなかった。ネットワークとしてはこの様な少症例機関の集約化を検討してきたが （1）患者の他の機関への移動は患者の了承が得られにくい。 （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なものが無い。 （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事とする。 ○　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.　治験支援業者（SMO）は、福山治験ネットワーク専属の（SMO）に依頼をする。 3.　特区内での治験は、1医院単独治験実施可能の医療機関を除いて、他の少数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プロトコールの治験を行う事とする。 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・この間の依頼者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長、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。提案の内容では、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。			C	Ⅲ・Ⅳ			1042010	社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院	広島県	厚生労働省
090250	「小中学校における障害のあ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、医療的支援の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完として、痰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こととし、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、痰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、看護師の業務の補完として、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)痰の吸引、(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とし、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完する範囲内とする。■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う。■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で確認する。	F	Ⅰ	○現在、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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にし、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。	医療的な行為が必要な子どもの就学を保障するため、看護師の配置など国による制度の構築が必要と考えています。安心して子どもも保護者も教職員も関わっていける環境を整えるべく、国が早急に対策を立てて行くことが必要です。 　小中学校における就学を保障するため、緊急的な対応として、保護者と同様に対象児童・生徒をよく知り信頼関係も厚い教職員が実践的な研修を受けること等により、看護師の業務の補完として、医療的な行為を実施する特区提案を認めていただきたい。	F	Ⅰ	○現在、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、平成22年12月13日に中間取りまとめを取りまとめたところであり、これを踏まえ、平成23年の通常国会に法案を提出できるよう、具体的な検討を進めているところである。 ○当該中間取りまとめにおいては、たんの吸引等の実施の条件として、「介護の現場等において、一定のニーズはあるが、看護職員だけでは十分なケアができない施設、在宅等として、医師・看護職員と介護職員等の適切な連携・協働が確保されていること」を挙げた上で、「介護職員等にたんの吸引等を行わせることができるものとして、一定の基準を満たす施設、事業所等を特定する」こととしている。 ○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	箕面市教育委員会	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ますが、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待機児童の解消は市政の最重要課題で、横浜保育室は待機解消に資する事業。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厚生労働省の待機児童の定義（新定義）＜平成14年通知＞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、入所待ち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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にされたい。		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、平成23年度まで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届出等の免除	○児童福祉法第6条の２⑨、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」の一部改正について（雇児発0420第１号）平成22年４月20日通知 ○「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。 保育士又は市町村長が認めた家庭的保育者が、保育所等と連携しながら自身の居宅等において少数（保育者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（マンションの一室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行いながら、必要に応じて相互に援助しあう）を可能とするため、国の要綱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、低年齢児の待機児童解消対策の一つとして期待されている。 （課題） 都市部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、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。	①Ｂ－２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）	①Ⅳ（訓令又は通達等の手当てを必要とするもの） ②Ⅲ（省令・告示上の手当を必要とするもの）	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。 ②一方、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、これらを免除すると、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、ご要望に対応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。	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。	要望事項①の「全国的に対応」に当たっては、家庭的保育者の負担軽減、複数対応による事故防止効果、家庭的保育事業普及の観点から、必要に応じて相互に援助しあう保育も可能とする対応内容とすべきである。 要望事項②の回答にある「家庭的保育事業の指導監査」は、都道府県の責務として児童福祉法上、明確に位置付けられていることに加え、「認可外保育施設の指導監督基準に準じて行う。」との国の見解も踏まえると、認可外保育施設としての届出を免除しても支障が生じることはない。事業実施主体、施設設置者ともに市町村となると考えられ、事業と施設の届出を二重に課す必要はなく、①の対応と併せて届出免除とすべきである。	①B-2 ②Ｆ	①Ⅳ ②Ⅲ	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事業については、平成23年度から相互に援助しあう保育として実施することとしている。 ②児童福祉法第59条の２に規定する認可外保育施設の届出について、家庭的保育事業を行う場合については届出対象外とすること検討する。		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積立預金の目的外使用等に伴う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。 保育所における各積立預金の目的外使用及び前期末支払資金残高の充当に当たっては、あらかじめ都道府県知事等に協議を行い、承認を得ることとなっているが、社会福祉法人立の保育所である場合は理事会の承認で足りることとなっている。	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積立金の目的外使用や前期末支払資金残高の取り崩しを認めること	【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り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り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、法人間で取扱に格差が生じている。 ・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然性がない。 ・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てを必要とするもの）	学校法人立の保育所において各積立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で足りることとする方向でその条件について検討を行う。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にされたい。		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てを必要とするもの）	学校法人立の保育所において各種積立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で足りることとするために、「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）の改正を行う必要があるが、その改正に付す条件等を検討するため、平成23年度中に都道府県等への意見照会の実施等により結論を得た上で、平成24年度からの実施を検討する。		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内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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緩和	○【法律】障害者自立支援法第５条第８項及び第１０項 ○【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の人員、設備及び運営に関する基準第114条から第125条、第140条第4項	【共同生活介護（ケアホーム）における共同生活住居の入居定員緩和】 共同生活介護（ケアホーム）における共同生活住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の人員、設備及び運営に関する基準（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、入所者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にする、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日に草加市柿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レスパイト（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ついては、現行法の設備基準を順守する。また、短期入所事業を行う場合は、他入居者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。	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。	２０人が定員の既存施設によるケアホームの場合、都道府県知事が特に必要があると認めたときは、本来の定員より１０名を超えて入居させることができるとされている。ついては、新規の建物においても、都道府県知事が特に必要と認めた場合には、本来の定員より超えて入居させることが可能となるよう、再度ご検討願いたい。 また、短期入所施設における単独型事業の場合、専用の設備を別に設けなければならないため、相互の交流を図ることができず、期待していた効果が得られない。双方のサービス提供に支障がないと認められる場合、併設事業所としての事業を行うことができるよう、再度ご検討願いたい。	D	―	新規に設置する共同生活介護（ケアホーム）については、入所施設から地域へと移行し、施設のように大規模なものではなく、地域に分散し溶け込み、小規模で日常生活を送ることを目指しているため、原則として、定員を１０名以下としているものであり、緩和は認められない。 なお、既存の建物を利用する場合に１０名を超えた定員を認めているのは、入所施設等から障害者自立支援法に定める共同生活介護（ケアホーム）への移行を図る場合や、新築の利用が困難で既存の社会資源を活用する場合等における措置である。 また、短期入所事業における単独型事業所については、設備基準において専用要件を規定していないことから、設備の兼用は可能であり、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、業務を発注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(昭和35年法律第123号)第43条	障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「法」という。)は、障害者の職業の安定を図ることを目的として、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(実雇用率という。)の算定については、法第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、事業主が雇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発注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していないところである。	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定の要件を備えている場合、親事業主の事業所と同様に見なして、親事業主の雇用数に合算することを認める「特例子会社」の方式を、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、行政版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、社会福祉法人と連携して業務の集中管理を行う。 1. 具体的には、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法サービス事業の「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も請け負うことで、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行っている。 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づらい状況にある。 原因としては、知的障害者が本来持つ勤勉性・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く直接的な訓練が不充分なことがあげられる。これらのことを乗り越えるには、雇用を固定するのではなく、雇用と福祉の両面のメリットを持つ「就労継続A型事業所」の環境の中で一定期間(3年程度)訓練をし、いずれは地域内の企業や法人へ就職が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、事業主と障害者と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、障害者との間で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。	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。	各府省庁からの提案に対する回答によると、区と雇用関係を結んでいる障害者について、障害者との間で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。とＣの判定であるが、法人と協力するのではなく、区役所単独で、区のなかにＡ型事業所を作り、施設長と運営職員が区採用の職員で行なった場合に、Ａ型事業所の利用者を区役所として障害者の法定雇用率に算入できるのか。引き続き検討をお願いしたい。	D	-	ご提案のとおり、区が設置運営を行い、その職員が全て区の職員であるＡ型事業所において、当該事業所の利用者である障害者が、区と雇用契約を結び働く場合、当該障害者は、現在でも、区の実雇用率の算定対象となる。		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、事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ず、認定調査を行う時は、介護支援専門員に行わせることとされている。	指定市町村事務受託法人において要介護認定調査を行うにあたり、現行法の規定では、介護支援専門員のみが調査を行うことが可能であるが、介護支援専門員だけではなく、看護師、准看護師、介護福祉士、社会福祉士等、保健、医療、福祉に関しての専門的な知識を有している者で、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、調査を行うことを可能とする。	柴田町の要介護認定者数は平成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、認定者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。現在当町では人件費抑制政策の下、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宅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」という。）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新規・更新・区分変更に係る認定調査を行うことができ、中立・公平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7において、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、福祉に関しての専門知識を有している者で、都道府県及び指定都市が行う研修修了者であれば、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現に行っていることでも実証されている。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を可能とし、具体的な事務の実施については、保健・医療・福祉等の専門的な知識を有する介護支援専門員に限定して認めているところ。 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、そ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にどういう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事務を担う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。	具体的な検討の内容・プロセス、結論を得る時期、実施時期を明確にし、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。	回答で「検討することとする」としているが、結論を得る時期、実施時期についてお示し願いたい。介護保険事業運営において安定的な認定調査員の確保は必要不可欠であり、既に生じている慢性的な人材不足の解決は当町において喫緊の課題であり、早急な対応が必要である。また、回答にもあるように、介護支援専門員以外で当該事務を担うことのできる者の範囲については、認定調査が適切に行われるよう留意が必要であり、介護支援専門員と同程度の知識を有する者として、保健・医療・福祉分野の法定資格を有する者で、当該資格に係る業務に一定期間従事し、かつ都道府県及び指定都市が行う研修を修了した者等に限定することが考えられるが如何か。	F	Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ	今後、具体的にどのような対応が可能か平成２３年度末までに検討し、結論を得る。		1046010	柴田町	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	乳及び乳製品の成分規格等に関する省令別表二（２）１	分べん後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。	現行省令で規定されている乳牛の分娩後5日以内の搾乳制限を緩和し、初乳（分娩後1～5日目に搾乳された乳）を用いた加工食品（牛乳豆腐等）の利用を可能とする。その前段階として、初乳のヒトへの健康に与える影響を証明するために、医療研究機関の協力を得た上で、初乳を摂取するヒト介入試験を行う。	現在、北留萌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検討が必要である。 そこで、NPOるもいコホートピアや管内医療機関の協力の下でヒト介入試験を実施し、初乳の食品利用が問題ないことを証明したい。生乳の利用制限期限を短縮することで、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、子牛の免疫強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、初乳はカゼイン等チーズ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萌管内の主要な酪農地帯であり、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が期待される。	C	Ⅲ	食品として初乳の安全性が確認されれば、当該規制を撤廃又は緩和することは当省として問題ないと考えているが、初乳は通常飲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得られていない。 そのため、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、更に厚生労働省の薬事･食品衛生審議会の審議を受ける必要がある。	「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」とあるが、具体的にどのようなデータが必要になるのか、また、被験者によるデータ収集についてはどの程度が認められるかなど、提案の実現に向けて必要な手続きを示されたい。さらに、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。	地域では古くから初乳を用いて調理された牛乳豆腐等が自家消費により食べ続けられており、基本的な安全性には問題がないと考えています。 しかしながら、初乳の安全性を立証するためには、酪農家による自家消費だけではなく、ヒト介入試験による幅広いデータ収集が重要だと考えています。 このため、特区により自家消費以外の初乳の摂取を認めていただき、データの収集に努めたいと考えておりますので、改めてご検討をお願いします。 もし、このような進め方に問題があれば、どのような方法により安全性に係るデータの収集を進めるべきか御教示をお願いします。	c	Ⅲ	ご要望の規制緩和等に当たっては、科学的な評価が必要であり、安全性が確認されれば特区ではなく省令改正により全国的に初乳の摂取が可能となります。 評価のためには、通常飲用に用いる乳に比べ初乳に多く含まれる成分の安全性を確認するためのデータが必要となりますが、その成分・含有量等により、安全性を確認するためのデータが異なり、食品安全委員会等から追加のデータを求められることがあるので、現時点で収集すべき十分なデータの範囲をお示しすることができません。 まずはお手持ちのデータをご提示いただいた上で今後の評価の進め方について協議していきたいと考えております。 なお、通常、動物等を用いた実験により安全性を確認しており、ヒト介入試験については安全性を確認するための必須要件ではなく、仮に一定条件でヒトが摂食して健康危害が生じなかったとしても直ちに安全とは言えません。		1054010	北海道留萌振興局	北海道	厚生労働省
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: 那賀町の未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ると「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」が搬送中に行う「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」扱い）において兼用できるよう、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、日本料理を学びたい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、具体的に示されたい）。 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不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、今回具体的事業の実施内容・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。	公共事業等に該当すると判断する基準について具体的に示した上で、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。	本提案が、該当法令の公共事業等に該当するのが難しいことは当然に理解している。本府の提案は、留学生カリキュラムによる留学生の受入拡大・日本文化の魅力発信といった効果を期待するものである。頂いた回答は、法令の解釈に留まり、規制緩和要請自体に対する判断をされていない。ついては判断の合理的な根拠を示されたい。なお、留学生カリキュラム設置にあたっては、調理師養成施設がその本来目的に支障が生じないよう、授業を行う学級の数等を調整するなど、特別の配慮を行うことを条件とすることで、要件緩和による問題は生じないと考える。	C	Ⅲ	調理師養成施設は、その卒業により無試験で法に基づく調理師免許を取得できる施設として指定しているものであり、また学校法人等が運営を行うものであって営利を目的としないことが前提である。したがって、営利を目的としない場合は、不使用時に教室を使用することは差し支えないこととしている。 なお、調理師養成施設については、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って、校舎について、教室が不足することや不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ことから基準の緩和は困難である。	留学生受入れ拡大･日本文化の魅力発信	1083030	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・就労可能化	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年で更新なし）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、日本料理を学びたい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、労働条件等の改善を妨げ、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見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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「日本料理人」としての能力を確立するには、調理師指定養成施設での教育のみならず現場での実践が必須である。本提案は、調理師指定養成機関等が提携するホテル等においてのみ留学生を受け入れ、一定期間後は確実に母国に帰る条件での在留資格であるので、懸念されているような外国人労働者の安易な受入範囲の拡大につながるものではない。逆に、留学生が帰国後日本料理を正しく広めることを通じて日本との架け橋となる効果の方が高いと考える。さらには、本府における調理師指定養成施設は9施設に留まり、本提案が国内の労働市場の阻害といった大きな影響をもたらすことは考えにくい。判断の合理的な根拠を示されたい。	C	Ⅰ・Ⅲ	前回も回答したとおり、我が国では、専門的・技術的分野での外国人労働者の就労を促進する一方、それらに該当しない労働者の受け入れ範囲の拡大は慎重に対応することとしている。調理師養成施設を卒業した外国人とはいえ、日本料理の現場における就労が「見習い」にすぎない以上、専門的・技術的分野での就労ではなく、実質的な単純労働者と見なさざるを得ない。そして、このような例外を容認すれば、多方面への波及が生じ、結局のところ、外国人労働者の安易な受入範囲拡大につながることから、御要望の実現は困難である。	留学生受入れ拡大･日本文化の魅力発信	1083040	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省