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	補足資料	「措置の分類」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	再意見補足資料	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	整理・統合提案事項	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規定すること	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33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式で算定していること	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 国が定める同一の算定式に、病数、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、高度なか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 基準病床数の算定規則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2/3、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、現状において、地域間の事情を反映するため、都道府県知事による「不の判断」などの事情があるとされ、基準病床数については、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、即時施術の「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、緊急な整備を進めるとの提案になっているが、これらの病床が地域に必要かどうか、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り、基本、医師不足については、特殊病床のみならず、病院開設・増床に対して、中止を勧告している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、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。 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、当該施設の設置が地域に必要かどうか、地域の医療機関の状況、医療資源の地域偏在の状況、病床ニーズなどを勘案した上で、地域で必要とされる病床が適切に整備されるよう、特例病床の運用が適切に行われていることが、必要な要件であると考えている。 また、特例病床に係る大臣協議については、「特例病床の運用について」（平成22年3月31日付け医政発0331第15号）の通知により、「地域における医療の確保に支障を来すおそれがないと認められる場合に限り、厚生労働大臣の協議を経て、特例病床の運用を認めることができる。」旨を通知しているところであり、特例病床の運用が適切に行われていることが、必要な要件であると考えている。	医師不足は別に方策を講じるべきであり、これを理由として地域に必要な病床整備が阻害されるべきではない。 特例病床制度は、大臣への協議要件は前に行う事前協議に相当の期間を要する。また、厚生労働省からの要求に基づく資料提出後、次の協議期日まで、相当程度の期間を要する場合もあり、適時適切な病床整備という観点から活用が難しい。 医療機関の病棟統合は、医療機関の意向に基づく行われるものであり、都道府県が強制することはできない。 ・医療資源が集中する地域では、医療機関の意向に基づく行われるものであり、都道府県が強制することはできない。 ・地域の実情を考慮した医療提供体制を構築していくこと ・医療資源が集中する地域では、医療機関の意向に基づく行われるものであり、都道府県が強制することはできない。 ・地域の実情を考慮した医療提供体制を構築していくこと ・　　 ・　　 ・

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	提案法体からの意見	補足資料	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案法体からの意見を踏まえ、再度検討し回答を求める。	再度思考補足資料	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	整理用提案番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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41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日厚生労働省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が10人を超えないこと、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ことから、指定していない。	○基準該当共同生活援助の新設	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、設備基準等を適守する必要がある。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・障害者が生き甲い 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	豆	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、「さらに論点を広げて検討するのに時間をかけたくない」とのことである。 （※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）の関係機関を交ぜて、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、受け皿を増やさない限	共生型グループホームについては、本来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）では生活の本質が異なるが、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。 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た上で、指定障害福祉サービス事業所の指定を受けた場合、地域経済に与える影響の可否を含めて結論を出すことを希望する。	F	豆	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実現、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がなされていることから、平成 年度中への法案提出を目指すとされている。 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おり、今回の提案についても、この枠組を踏まえ検討していきたい。 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た上で、指定障害福祉サービス事業所の指定を受けた場合、地域経済に与える影響の可否を含めて結論を出すことを希望する。	厚生労働省	1000001-0001	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40条第2項 ○障害者自立支援法に基づく指定福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準第3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、地域移行支援の必要、居室面積を7.43㎡以上とする加定されている。 また、社会福祉事業として宿泊型自立訓練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）は「標準」、人員配置基準及び居室面積基準は「従うべき基準」と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要義務の「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38人所1ヶ所、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生活に、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を事業所がない 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	豆	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、人員に関わる基準であるとからも、「参酌すべき基準」化は困難である。	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一実りある地域主権改革の実現に向けて一」において、「従うべき基準」の限定に関して、「「福祉施設」配置する職員の数、居室面積等に関し「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、とは、「原則」としたところである。 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。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答を求める。	C	豆	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、人員に関わる基準であるとからも、「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、再度検討し回答を求める。	国の回答にあるように、現行の人員配置基準や居室面積等が参酌基準化が困難な「従うべき基準」であるとするなら、その具体的な根拠等を示されたい。 ・最低定員について、なぜ、小規模作業所からの移行の場合のように「将来的に札幌周辺の障害の重い方がいないので都道府県知事が認める地域については10人以上とする」と限定されているのか ・生活支援員に加え、地域移行支援員（生活支援員と同時特に資格等は問わない安定員）を設置することにより、障害者の長期生活の支援が可能であるとの考えられることから、指定等の長期生活の適正な機能と職員配置、他類型における居室面積との整合性等を勘案し、定めている。	C	豆	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、人員に関わる基準であるとからも、「参酌すべき基準」化は困難である。 なお、これらの基準については、事業の効率性・安定性を図るとともに適正な職員配置、他類型における居室面積との整合性等を勘案し、定めている。	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従業ラッシュ者の活用	介護保険法第78条の4第1項、第80条第1項第2号	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従ラッシュれる者は、当該施設・事業所の従業者であることとされている。	介護保険施設や居宅サービス等において、ラッシュ者を活用することにより、人員基準上の人員として従ラッシュれる者の範囲を拡大する。 ※介護保険法 第78条の4第1項 …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 第80条第1項第2号 …指定居宅サービス事業、指定居宅介護支援事業、指定介護予防サービス事業、指定介護予防支援事業 ※ラッシュ者の範囲 介護保険施設・居宅サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準	○主治医の診断のみで訪問リハビリテーションを提供する場合の事例を追加する。 ○訪問リハビリ事業所開設時の体制届施設 ○訪問看護ステーション ○訪問リハビリ事業所開設時の体制届施設 ○訪問リハビリテーション事業所 ○訪問看護ステーション ○訪問リハビリ事業所開設時の体制届施設 ○訪問リハビリテーション事業所	1）C 2）C	—	（1）について ア 介護保険制度における居宅サービス事業の人員・設備・運営基準は、「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、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、今後益々増大すると予測される要援護者に応えられる地域の介護力の向上を図ることが目的である。 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ことにも、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的処遇】 ・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、一定ボランティア研修を義務付ける ・介護ボランティアは生活援助系の介護サービス本中心に担う ・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 ・ボランティアに対する人件費相当額の受入れ促進 ①現状 高齢者の進展による介護需要が増大した状況下において、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関わらず要勉強対象者から勉強、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勉強時間が介護職種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回しか受験機会をもえられていない。 ・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、介護職員等の人員基準（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勉強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要件を伴せて、以下の事項の措置も求める。 ・介護福祉士資格取得者の在留期間が最長10年となるよう更新回数の限度を引き上げる。 ・看護師資格者が国家で受入れ施設にて介護保険施設を加えることもに、介護保険施設に外国人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引き上げる。 ④効果 ・これまでの単なる経験を受入れてはなくなり、有人程社会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。 ・すべて、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。 ・外国人看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：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に、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みには、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おらない場合があるため、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と。 2について（対応不可） 在宅訪問薬剤管理指導事業（以下「訪問薬剤管理」という。）の調査によると、「大いに不足」「全く不足」の回答が58.9%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、開設主体の限定されており、より行政関係の必要が高いハードルとなっている。 一方、通所リハビリは実施況についても、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より通院（通所）可能な年程度や利用者に対してサービスを提供できていない。 3解決策 ①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。） ②訪問主体についても訪問看護事業所と同様に、株式会社等にも参入を認める。 このことで、重度者を主体とした、「ケアプラランで必要性を認める場合には中程度者への訪問リハビリサービス提供を認める」。 4効果 ①利用者の負担軽減ともたに訪問リハビリ事業所に医師必要の必要がなくなる。 ②医師必要ふ」ラハールが下がることにより、セラピスト(PT、OT、ST)による起案が促進されると見込まれ、民間主体の新規参入にも事業所の増加が期待される。 ③在宅でのリハビリは実施況に即したものであり、住居の構造等に着目したきめ細かなアドバイスが可能となるとともに、日常全体にあった家族等の習熟と相まってさらに効果的であり、医療費、急性期・回復期既院数との シームレスな連携も可能となる。 ④また、供給体制の増加とさらなる中間ス需要の拡大が図られることにより、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がにいて、若年層の雇用拡大にも大きく寄与する。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答を求める。	1：C 2：C 3：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、「介護保険施設等における、介護職員等の人員基準上の人員として従ラッシュれる者は、当該施設・事業所の従業者であることとされている。」旨、「従ラッシュれる者の範囲を拡大する。」ことが必ずしもこれらの問題の解決に資するものとは、直ちに考えられない。 ①「意欲経験課題の地域生地度第一規模進法案」において、人員基準は従ラッシュ者基準とされている。 ②「介護ボランティア」は、「規模が小規模」サービスを提供する義務がある。このため、施設等においてサービスを提供する義務がある。 ③「意欲いたいている介護ボランティア」については、あくまでも自発的な活動であるとされており、従業者と同様に義務を負わせることはできないと考えられる。 ④「従業者を配置した場合と同様の質の高いサービスを提供する義務がある。」とされていますが、従業者と同様に義務を負わせ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、施設等の長期生活の適正な機能と職員配置、他類型における居室面積との整合性等を勘案し、定めている。 ②「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、これを従業者に含めることは、差し支えないものと考えられる。」旨、「従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合」とは、どのような場合なのか。 ・「従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合」の具体的な内容について、ご教示願いたい。 ・「従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合」であれば、「従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合」であれば、「従業者と同一の指揮命令に従うものとした場合」であれば、

管理コード	要望事項（事業名）	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	補足資料	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	再意見補足資料	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	整理用提案番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
090150	介護予防サービス計画の策定に係る外部委託制度の撤廃	○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及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は、事業所の指定介護予防支援に対する取り組み状況を考慮した適切な配置を行うこと。	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は、委託件数の上限（3件）を撤廃する。 国における通知（平成18年3月31日付け老振発第0331001号）において、「地域包括支援センターの運営について、委託件数の上限（3件）を設定する。」とされていることを、「地域包括支援センターの運営について、委託件数の上限（3件）を設定する。ただし、1件に限ずる業務量が多く、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。」と修正する。	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取り扱いについては、「「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29日構造改革特区推進本部）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、要支援度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みが問題であり、介護予防の制度そのものの取り方に関しても事項であり、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。 ○改善 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民営化することにより、介護プランの策定における居宅事例の後方支援、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の地域ケア業務所を専門的に取り組むこと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取り扱いについては、「「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29日構造改革特区推進本部）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、要支援度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みが問題であり、介護予防の制度そのものの取り方に関しても事項であり、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。 ○改善 介護予防の見直しを図る中で、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、また、当該課題意見は、介護保険法上、社会保障審議会の議論が貴分科会において検討を行う。	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。	○介護保険審議会介護保険部会から出された意見は、介護予防全体の見直しを図るとされた医療費抑制策全体（改革工程表）とは別に、「地域包括支援センターの運営について、委託件数の上限（3件）を設定する。ただし、1件に限ずる業務量が多く、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。」と修正する旨、提案されている。 ○本提案に対する回答として、社会保障審議会の議結が貴分科会において「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、また、当該課題意見は、介護保険法上、社会保障審議会の議結が貴分科会において検討を行う。	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。	○介護保険審議会介護保険部会から出された意見は、介護予防全体の見直しを図るとされた医療費抑制策全体（改革工程表）とは別に、「地域包括支援センターの運営について、委託件数の上限（3件）を設定する。ただし、1件に限ずる業務量が多く、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。」と修正する旨、提案されている。 ○本提案に対する回答として、社会保障審議会の議結が貴分科会において「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、また、当該課題意見は、介護保険法上、社会保障審議会の議結が貴分科会において検討を行う。 ○介護予防の見直しを図る中で、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。	F	—	1 1 1 7 0 0	京都府44都道府県	京都府44都道府県	厚生労働省
090190	小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービスの事業）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裁量化 ②小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）における登録者及び通いサービス、宿泊サービスの基本単位の見直し ③ケアマネジメントの改善のためのサービスの所用時間の見直し ④小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）の人員、設備及び運営に関する基準	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件に限ずる業務量が多く、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。 国においては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遅めるとして、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居宅事例の後方支援、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の地域ケア業務所を専門的に取り組むことが可能となるメリットもある。	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。	「定員（第2）国の回答では、定員について「小規模で顔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「顔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「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べきである。よって定員の規模の提示と再検討をあらためて。 ②（介護報酬）国の回答では、市町村の裁量の上乗せが可能としているが、これは、「市町村長の判断に委ねる」に過ぎず、「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。このように、特段変更の求める「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、地方が規模や責任を持って制度を運営するためにも、提案の趣旨に沿った再検討を求める。なお、社会保障審議会の議結が貴分科会において介護報酬の見直しも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 サービス提案のための必要な改善が行われると期待する。 ③（ケアマネジメント）小規模多機能型居宅介護が重宝している原因の一つは、サービスを利用するために、ケアマネジメントの回数がきわめて少ない事にあるとも言われている。小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーにとっては、高齢者にとって顔染みの居宅がそれ、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。	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「小規模で顔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「顔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「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べきである。よって定員の規模の提示と再検討をあらためて。 ②（介護報酬）国の回答では、市町村の裁量の上乗せが可能としているが、これは、「市町村長の判断に委ねる」に過ぎず、「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。このように、特段変更の求める「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、地方が規模や責任を持って制度を運営するためにも、提案の趣旨に沿った再検討を求める。なお、社会保障審議会の議結が貴分科会において検討を行う。 ③（ケアマネジメント）小規模多機能型居宅介護が重宝している原因の一つは、サービスを利用するために、ケアマネジメントの回数がきわめて少ない事にあるとも言われている。小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーにとっては、高齢者にとって顔染みの居宅がそれ、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。	1 1 1 7 0 0	京都府44都道府県	京都府44都道府県	厚生労働省
090210	小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービスの事業）に向けた人員、設備及び運営に関する基準の緩和	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）については、左記の基準において定められている。	小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）における登録者及び利用定員の緩和又は市町村裁量化 ②小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）における登録者及び通いサービス、宿泊サービスの基本単位の見直し ③ケアマネジメントの改善のためのサービスの所用時間の見直し ④小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）の人員、設備及び運営に関する基準	現在の開設者要件は企業利用の実態等を通じてかかりつけ医等と地域医療機関との連携・協働を支援する能力を備え、かかる病院と密につながれい構造設備等を有する、月7日間付け厚生省令第105号に基づき、医療施設等の共同利用の実態等を通じてかかりつけ医等と地域医療機関との連携・協働の実態の可能性があるとされているが、それ以外の病院に対象とする。 ②地域医療支援病院制度は、医療施設等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態等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、かかる病院と密につながれい構造設備等を有する、月7日付け厚生省令第105号に基づき、医療施設等の共同利用の実態等を通じてかかりつけ医等と地域医療機関との連携・協働の実態の可能性があるとされているが、それ以外の病院に対象とする。 ③地域医療支援病院の名称を承認するものであること。	日本の医師免許を持たない外国人医師による医療行為を可能とする。 ①医療機関での実施 ②現行の規制の実施を求める。 ③臨床修練制度における、その目的の場合に限ることで、医療技術の教授目的の場合であることに、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ない。 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 ・診療対象は、その日本人あるいは外国人医師の患者に限ること ・期間は2年間に限られる などが挙げられている。 そこで、臨床修練制度において、その目的の場合に限ることで、医療技術の教授目的の場合であることに、認可基準の規制緩和を求める。 ①現状 ▼原則、保健所長は医師の者もしくで充てるとされている。 ▼保健所長医師の指定については、医療従事者の養成・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って保健所長の医師資格要件を緩和するよう要望されているが、平成17年4月1日から医師以外の者でも可能とすることができるよう緩和され、平成21年4月1日からは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はない。 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 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 ▼従来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。 ▼しかして、特に所クラスの公衆衛生医師の保健所長は、所長以外の職員が保健所長職務代理者を務めてもらえるのと、引き継ぎ、この制度を活用することにより対応すべきと考える。 ②効果 ▼柔軟な人事配置が可能となる。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	医療関連産業は、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はず。最適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、医療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を備えた医師の技術の一つであり、経験が豊富な方に任せる。日本医師が、こうしたプレインと行く連携し的な診療を行うことで医療改革の重要度の一歩と考える	C	□	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に限ずけてなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の高度研究目的の場合に拡大することについて、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年中に措置方策の提言を講ずる」とされたことを受けて、平成22年度中に制度・運用の見直しを図る観点から、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。日本医師が、こうしたプレインと行く連携し的な診療を行うことで医療改革の重要度の一歩と考える	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	医師免許は、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はず。最適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、医師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を備えた医師の技術の一つであり、経験が豊富な方に任せる。日本医師が、こうしたプレインと行く連携し的な診療を行うことで医療改革の重要度の一歩と考える	1 1 1 7 0 0	京都府44都道府県	京都府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を修了した者 3）厚生労働大臣が、前２号に掲げる者と同等以上の知識を有すると認められる者 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者	保健所長以外の職員に医師を配置する場合は、保健所の医師資格要件を廃止し職務できるとする。	①現状 ▼原則、保健所長は医師の者もしくで充てるとされている。 ▼保健所長医師の指定については、医療従事者の養成・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って保健所長の医師資格要件を緩和するよう要望されているが、平成17年4月1日から医師以外の者でも可能とすることができるよう緩和され、平成21年4月1日からは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はない。 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 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 ▼従来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。 ▼しかして、特に所クラスの公衆衛生医師の保健所長は、所長以外の職員が保健所長職務代理者を務めてもらえるのと、引き継ぎ、この制度を活用することにより対応すべきと考える。 ②効果 ▼柔軟な人事配置が可能となる。	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ものであり、平成21年度の見直しは、保健所に医師がいるにもかかわらず、保健所長になる医師と同等以上の専門知識等の要件を満たすことを求めるものであり、本来、医師が行政職員として保健所に配置されていることを考えれば、ハードルが高すぎる。 また、医師を配置する場合、公衆衛生の行政経験を有する医師であれば、保健所長以外の職員が保健所長職務代理者を務めることは、実務的な対応策であり、行政の現場を熟知した医師が、保健所長以外の職員として配置されることは、公衆衛生の観点からも、より望ましい。 よって、保健所長以外の職員に医師を配置する場合に限っては、医師の資格要件を撤廃し、医師を配置できるとする。 ①現状 ▼原則、保健所長は医師の者もしくで充てるとされている。 ▼保健所長医師の指定については、医療従事者の養成・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って保健所長の医師資格要件を緩和するよう要望されているが、平成17年4月1日から医師以外の者でも可能とすることができるよう緩和され、平成21年4月1日からは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はない。 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 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 ▼従来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。 ▼しかして、特に所クラスの公衆衛生医師の保健所長は、所長以外の職員が保健所長職務代理者を務めてもらえるのと、引き継ぎ、この制度を活用することにより対応すべきと考える。 ②効果 ▼柔軟な人事配置が可能となる。	C	□	保健所長は行政を配置していれば、「科学的かつ医学的見地から組織的に対処する能力を有する」ことは担保されることになる。回答いただいた地方自治体の事例からも、保健所の長が医師であることは、医師としての知識・技能以外にも、公衆衛生行政に関する能力を有する者を配置することの効果が高まる。また、保健所長は、保健医療計画を策定し、保健医療に「医療機関相互の連携・調整・協力関係を構築する機能」という観点から、地域の医療機関の状況を把握する能力、すなわち、医療機関の実情を理解する能力を有する者を配置する。 ○ 医療機関の実情を理解する能力は、医師であれば、医療機関の実情を理解する能力を有する者を配置することは、医師としての知識・技能に加え、医療機関に「医療機関相互の連携・調整・協力関係を構築する機能」という観点から、地域の医療機関の状況を把握する能力を有する者を配置する。 ○ 医療機関の実情を理解する能力は、医師であれば、医療機関の実情を理解する能力を有する者を配置することは、医師としての知識・技能に加え、医療機関に「医療機関相互の連携・調整・協力関係を構築する機能」という観点から、地域の医療機関の状況を把握する能力を有する者を配置する。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	保健所長は行政を配置していれば、「科学的かつ医学的見地から組織的に対処する能力を有する」ことは担保されることになる。回答いただいた地方自治体の事例からも、保健所の長が医師であることは、医師としての知識・技能以外にも、公衆衛生行政に関する能力を有する者を配置することの効果が高まる。また、保健所長は、保健医療計画を策定し、保健医療に「医療機関相互の連携・調整・協力関係を構築する機能」という観点から、地域の医療機関の状況を把握する能力を有する者を配置する。 ○ 医療機関の実情を理解する能力は、医師であれば、医療機関の実情を理解する能力を有する者を配置することは、医師としての知識・技能に加え、医療機関に「医療機関相互の連携・調整・協力関係を構築する機能」という観点から、地域の医療機関の状況を把握する能力を有する者を配置する。	C	□	1 2 0 0 0 0	京都府、埼玉県外30都府県	京都府、埼玉県外30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・管理の下での訪問看護（「ロコネクター義歯」への歯科技工士の補助的作業と医師への一部歩入の緩和	○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発生と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、歯科技工士の訪問・診療所内における義務（歯科医師による直接の指示）を撤廃する。 ②歯科技工士による義歯作製に関する補助業務、外国製機器等が、診療業務等に関して、日本での医療機器（歯科技工士が使用した機器）に対する、歯科技工士による義歯作製に関する補助業務、歯科技工士による義歯作製に関する補助業務、歯科技工士による義歯作製に関する補助業務

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	補足資料	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	再意見補足資料	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	総理・議長等指摘事項	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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こと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、看護師の他治験を適正かつ円滑に行うために必要な職員が1～2名則少なくとも置かれていること等が規定されている。 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」（以下「GCP省令」という）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。治験薬品メーカーは試験薬品の分析等を依頼する。 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、看護師の他治験を適正かつ円滑に行うために必要な職員が1～2名則少なくとも置かれていること 上記の条件を満たす医療機関が多く、これが主た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。	病院では平成16年のGCP省令治験活性化3ヶ年計画に沿って、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4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てもらえないため、ネットワークとして1ヒロイン分症例機関の集約化を検討してきた。 (1) 患者の他の機関への移動は患者の了承が得られない。 (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、次の要望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傘下のSMO(1)に依頼する。 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、症状によ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、治験責任医師等の資格等の責務、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、特区として対応は困難である。	C	Ⅲ・Ⅳ																
090250	「小学校における障害のある児童生徒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接する機会の所属のある、小学校の教職員が、主治医などと連携による指導や保護者との連携において、実施のお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、癌の吸引、（イ）経管栄養等を、看護師資格を有する介助員の業務を補完して、癌の吸引、（イ）経管栄養等を行うことができる。 （条件） ■主治医等による指導・講習のもと、実施校の研修を行う。■緊急的な対応などの場合、救職員が行う医療的行為は、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。■対象児童生徒に対し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、諮問委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・中学校については、その二ーズ等を踏まえ、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。 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深い教職員が実践的な研修を受けることが、一番良いと思います。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。																	
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205号）第42条	○医療法人は、その開設する病院、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者を運用し、「横浜保育室」は平成16年度から「市単独予算」により助成しています。 「横浜保育室」は平成16年度からの開設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。	医療法人が市独自に認定する「横浜保育室」の運営に参入可能となっている。 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る。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附帯業務として保育所を運営することは可能である。 横浜市は平成16年度から「横浜保育室」の運営に参入可能となっている。	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。 医療法人が市内に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：市機関整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厚生労働省の規程型の定義（新定義）で平成14年通知では「横浜保育室」のような地域事業を利用する児童数を、入所時点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。	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。 ○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。 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算定する。 区単独事業 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、そのための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。 しかし多くの第一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念み出じない状況にある。 原因としては、知的障害者が本来持つ勤労観・作業の正確性が欠如されていないこと、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挙げられる。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環境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おいて各自治体のみならず民間企業の障害者雇用の底上げをリードができる。																		
090270	①定員の保育事業の共同実施の容認（委託の運用緩和） ②定員の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2①、第24条、第34条の14～16、第35条 ○児童福祉法施行規則第39条の3ハ～ヨ ○「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（雇用労政0420第1号；平成22年4月20日通知 ○「保育対策等促進事業の実施の運用補助について（一部改正）」（雇用労政0420第2号；平成22年4月20日通知 （「厚生労働省保育園等の認可外保育施設の届出等の免除	定員の保育事業の共同実施（マンション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保育を実施してい る。 保育士又は市町村長が認定した家庭的保育者が、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児童5人以下）の主に3歳未満児を保育する。 （「厚生労働省保育園等の認可外保育施設の届出等の免除	家庭的保育事業の共同実施 （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度性の高さが、普及を図る3大での阻害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、密度性の緩和、家庭的保育者の確保に繋がり、事業の普及が進み、低年齢児の待機児童の解消が図られる。	①Ⅳ（別令又は通常の手当てを必要とするもの） ②Ⅲ（別令、告示上の手当を必要とするもの）	①B－2 全国的に対応（平成26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年度伝陳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5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、これらを発除すると、指導監査の観点で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取り方について、現在「子ども・子育て新システム」において検討中である。	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強制しても支障がないと考えられ、事業と施設の届出を一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。	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。																	
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）により規定されている。 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に同様、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が可能であるが、学校法人立保育所の場合は、文部科学省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、社会福祉法人立保育所の場合は、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	「措置の分類」の見直し	措置の内容の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの意見	再意見補足資料	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府省庁
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、また欧米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のもいっぷホーピアが管内酪農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。 生乳の利用制限期間を短縮することで、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、管内の食質乳生産への取り組みも活性化される。 期待効果 ・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、子牛の免疫抗体に利用されるほか圧倒的に多くが廃棄されており、 ・ヒト介入試験を行い、初乳はカゼインが多くの素晴らしい成分が豊富であるため、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北海道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新求め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	要	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面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度にそぐわない。 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、被験者を公的研究機関に依頼していただくなど現実的に認められるかどうか、現実的な実現に向けて必要な手続を示されたい。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。	地域では歪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供数を認めていただき、データの収集に努めたいと考えております。改めて御検討をお願いします。 ・介入試験について、現在、北留萌で取り組まれている取組の活性化のため、研究機関の協力の下、ヒトの健康への影響について明らかにした上で牛乳の詳細の進め方について協議していきたいと考えております。 ・介入試験について、現在、北留萌で取り組まれている取組の活性化のため、研究機関の協力の下、ヒトの健康への影響について明らかにした上で牛乳の詳細の進め方について協議していきたいと考えております。 ・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面として問題ないと考えています。 ・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度にそぐわないと考えています。 ・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とのご説明は理解しております。 ・食品として初乳を利用するためには、安全性を確認していただき、データの収集に努めていただくとともに、安全性の確認されていない初乳を、酪農家が家族で食べるのに留まらず、地域の酪農家に供することは、食品衛生の観点から、問題があると考えております。 ・ヒト介入試験について、現在、北留萌で取り組まれている取組の活性化のため、研究機関の協力の下、ヒトの健康への影響について明らかにした上で牛乳の詳細の進め方について協議していきたいと考え