管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920010	「伝統工芸」分野に従事する外国人職人の永住許可要件の緩和及び「伝統工芸」分野に従事する活動に対する在留資格の創設	出入国管理及び難民認定法第二条の二,第二十二条	収入を伴う音楽、美術、文学その他の芸術上の活動については、在留資格「芸術」により、収入を伴わない我が国特有の文化若しくは技芸について専門家の指導を受けてこれを修得する活動を行おうとする場合は在留資格「文化活動」により、それぞれ本邦に入国・在留することが可能となっている。		永住許可に関する緩和措置の要件に、伝統工芸分野に従事する職人を対象とした内容を盛り込み、かつ「伝統工芸」分野に従事する活動に対する在留資格の創設	海外職人の受入による伝統工芸分野の活性化及び国際化を目的とする。 日本での永住許可を取得するには、１０年間の生活実績が必要となる。日本への貢献度が高いと認められた場合には短縮できる緩和措置（特定事業５０５）があるが、他の特定事業と併用せねばならず、弊害がある。この緩和措置を併用しなくとも適用できる様にし、且つ、伝統工芸分野に従事する海外職人を対象とすることとする。さらに、現状の入管制度では伝統工芸分野に従事する活動での在留資格は認められていないため、新たにこれを創設する。これらにより、当該分野の発展を目指す。 提案理由： 少子高齢化等により、伝統工芸分野の後継者育成問題が深刻化しつつある。 金沢市が実施したアンケート結果によると、後継者が「いる」との回答は２０％未満。従事者の年齢層は４０～６０代が８割を占めており、２０代は０．６%にとどまっている。これに加え、過去５年間の売上推移について「減少傾向」との回答が７７．４%となっており、早急に対策を講じる必要がある（別紙　補足資料参照）。年間１２万人の観光等外国人宿泊客が訪れる金沢で、現状の新規参入率（０．３%）を外国人向けに開放しても、年間３６０人の従事者拡大に繋がる。また情熱や目的意識を持って来日する外国人においては、修業に従事するにあたり、ほとんどが不安定な生活のまま過ごしている。そのため、石川県の伝統工芸分野３６業種に従事する人材で受入先が証明出来るものがあれば、永住許可を取る生活実績を３年程度にすることで、外国人就労者の雇用による国際化と後継者育成問題を解消する。	C	Ⅰ・Ⅲ	専門的・技術的分野に該当するとは評価されていない分野における外国人労働者の受入れについては、外国人労働者の安易な受入れ範囲の拡大につながり、国内の労働市場の二重構造化とともに、労働条件の改善を妨げ、ひいては国内の求人充足・人材確保を妨げる懸念もあり、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。 伝統工芸分野の「修行」に従事する外国人は、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と見なさざるを得ない。また、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れ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。			C	Ⅰ・Ⅲ				C	Ⅰ・Ⅲ			1004010	社団法人　金沢青年会議所	石川県	法務省 厚生労働省
0920020	保険医療機関である病院に近接する場所での民間保険調剤薬局による店舗運営の規制緩和	健康保険法（大正１１年法律第７０号）第７２条第１項 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和３２年厚生省令第１６号）第２条の３第１項第１号 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）（平12.７保険発137） 第2　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の一部改正に関する事項　１（２）	保険薬剤師及び保険薬局療養担当規則第2条の３において、保険薬局は保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行ってはならないこととされている。 これについては、「保険医療機関及び保険医療担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成８年３月８日　保険発第２２号）において、「保険医療機関と一体的な構造とは，保険薬局の土地又は建物が保険医療機関の土地又は建物と分離しておらず，公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来するような形態のものをいうものであること。」等、詳細について示しているところ。		院外薬局の開設については、病院と公道を挟んだ所で可となるが、町の施設を利用し、構造的、機能的、経済的には独立し、調剤薬局としての適格性を欠くことなく、民間薬局参入による院外薬局誘致を現状の規制撤廃により行い、病院経営改善の一助としたい。	現在病院の運営は、長年にわたる赤字経営により、病院だけでなく、町役場全体の財政圧迫の大きな要因となっている。病院としても病院経営改革プランに沿い改革に取り組んでいるところ。特に医業費用に占める割合の多い医薬品の在庫圧縮にも取り組んでいるが、経費の圧縮も限界があり、医薬分業の趣旨にのっとり全面院外処方化を推進するため、院外薬局を新規に誘致し、病院の経営改善の一つの対策と患者様へのサービスの向上を図りたいと考えている。 ところが、過疎地に位置する本町では、町外からの院外薬局の新規参入は皆無であり、町内の３軒の院外薬局についても、病院から３００mから６００m以上離れており、特に高齢の患者様が多い当院にとっては、院外処方は大変不便であり、院外処方を推進することが大変困難な状況でである。 そこで病院に隣接する高野町の施設の２階に町内の院外薬局を賃貸借契約により誘致することを計画している。 しかしながら、現状は「調剤薬局の取り扱いについて」で示されているように調剤薬局としての適格性が問われているため、特に病院と院外薬局との位置の規制を緩和する特例措置の創設により、調剤薬局としての適格性を堅持した上で、院外薬局が参入しやすい環境を整備できるよう提案する。	C		保険薬局の指定に当たっては、①薬剤師が医師と独立した立場から処方のチェックを行うこと、②患者が複数の医療機関を受診した場合でも、重複投与の防止や薬剤の相互作用確認を行うこと等の重要性から医薬分業を推進しており、保険薬局について、保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行ってはならないと規定している。 また、我が国においては全国一律な制度として、国民皆保険を実現しており、診療報酬制度及び薬価が全国一律に公定し、全国どこでも同一の保険による医療を受けることができるものである。保険薬局の指定はこの保険診療を提供する側の適正性を確保するものであるから、全国的に同一の基準で行うべきである。こうした理由から当該規定は全国的に必要なものである。 なお、個別の事例については、それが保険医療機関と一体的構造となっているか等について、保険医療機関の指定等を担当する地方厚生局が個別に判断するため、所轄の厚生局にご相談頂きたい。	違う個所に出入り口を設けることができれば公道を介すこととなり、保険薬局の運営が認められるが、現実的には新たな出入り口の設置すなわち保険薬局の開設は困難であり、その場合に患者等関係者が被ることとなる不利益も勘案しつつ、地域の特性に応じた規制を行っていくという考え方のもと、右の提案主体の意見を踏まえ、回答されたい。	今回提案の病院に近接する町の候補施設については、病院と土地、建物は分離していますが、公道又はこれに準ずる道路等を介さずに専用通路等により患者が行き来できる場所であり、一体的な構造であると解釈される場所でもあります。所管の近畿厚生局和歌山事務所との相談では、道路に面した出入り口を設けることにより、道路を介すことになる薬局の設置は可能との見解をいただいておりますが、新たな入り口を設置することは、建物の構造上困難であるのが現状でございます。また、全国一律な制度、同一の基準があるなかで、個別の事例として近畿厚生局和歌山事務所の判断を求めるのは、困難と思われますので、道路を介していない施設であることから「構造」の部分での規制緩和措置の創設をお願いするものです。	C		医薬分業の趣旨は、①薬の専門家である薬局薬剤師が、医師の処方せんに基づき服薬指導を行うこと、②患者の薬歴管理を通じて複数の医療機関からの薬剤の重複投与や飲み合わせによる副作用を防ぐことなど、患者による薬の適正な使用を促進することにある。 このような医薬分業の趣旨を踏まえ、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和３２年４月厚生省令第１６号）第２条の３においては、保険薬局が、保険医療機関と一体的な構造とし、又は保険医療機関と一体的な経営を行うことを禁止しているところである。 また、我が国においては全国一律な制度として、国民皆保険を実現しており、診療報酬制度及び薬価が全国一律で公定され、全国どこでも同一の保険による医療を受けることができるものである。保険薬局の指定はこの保険診療を提供する側の適正性を確保するものであるから、全国的に同一の基準で行うべきである。こうした理由から当該規定は全国的に必要なものであり、ご提案の地区について、あえて特区として特別の制度を設けることは不適切であると考える。 なお、今回のご要望をみると、近畿厚生局和歌山事務所より、「道路に面した出入り口を設けることにより、保険薬局としての指定は可能」との回答も行っているとのことであり、ある特定の建物が構造上、出入り口を設けることができないことのみをもって特区として特別の制度を設けることは、その必要性が乏しい。 よって、特区として対応することは困難である。			C	―			1010010	高野町	和歌山県	厚生労働省
0920030	薬局薬剤師によるクリーンルーム（無菌調剤室）の共同使用による調剤	薬剤師法第22条 薬事法第７条・第８条	薬剤師法第２２条において　薬剤師は、医療を受ける者の居宅等(居宅その他の厚生労働省令で定める場所をいう。)において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより、当該居宅等において調剤の業務のうち厚生労働省令で定めるものを行う場合を除き、薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならないとされている。		調剤業務において薬剤の準備（計量、注射薬の混合、錠剤の粉砕等）については、構造設備上一定の基準を満たしている薬局で行うこととあるが、無菌状態による調剤をしなければならない場合、当該薬局にクリーンルーム（無菌調剤室）が無い薬局は、薬局薬剤師が、調剤の一部（薬剤の準備）を構造設備上一定の基準を満たしている「薬局以外の施設」で行うことを認めて頂きたい。 ※「薬局以外の施設」とは、その他医療機関の調剤所等（クリーンルーム）を指す。	●実施内容 現在、東近江医療圏内にはクリーンルームを設置している調剤薬局がないため、「薬局以外の施設」のクリーンルームを圏内の薬局薬剤師が共同使用できるようにする。実施形態としては以下の２点を想定。 ①圏内では平成25年度までに地域医療再生基金により「地域医療支援センター」を整備することとなっており、当センターにクリーンルームを設置し共同使用できるようにする。なお、当センターには休日急患診療所が併設される見込みであり、クリーンルームの管理薬剤師は使用する薬局の管理薬剤師となる。 ②既設の医療機関のクリーンルームを契約等により共同使用できるようにする。この場合、クリーンルームの管理薬剤師は使用する薬局の管理薬剤師となる。 ●提案理由 今後ますます在宅による診療が進むこととなり、退院後の輸液の調合などの必要性は大きくなる。 しかしながら、当地域には現在クリーンルームを設置している薬局は無く、各々の薬局でクリーンルームを整備することは容易でない。 今後ますます高齢化が進展し、国民の医療費は飛躍的に増大することが見込まれている。そんな中、入院患者の退院を促進し、地域の医療関係者が支えるしくみづくりが、今、求められている。 「薬局以外の施設」のクリーンルームを地域の薬局薬剤師が共同使用出来れば、入院しクリーンルームによる調剤を要する患者であっても、在宅患者で無菌調剤を要する者への対応が可能となり、入院患者の退院を促進することができるようになる。 薬局薬剤師によるクリーンルームの共同使用による調剤が出来ないままであれば、在宅患者で無菌調剤を要する者への対応が不十分であり、入院患者の退院を促進することが危ぶまれる。	C	Ⅰ	調剤業務については、調剤された薬剤の品質を確保するとともに調剤時に使用する器具や構造設備の管理責任等を明確化するため、原則として薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならないものとしている。 このためご提案の場所において、販売又は授与の目的で調剤を行うことを認めることは、困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「薬局以外の施設」のクリーンルームは、既存の医療機関の調剤所等であり、構造設備上一定の基準を満たしている施設（薬局と同等以上の構造を備える）であるため、品質の確保は可能である。また、器具や構造設備においても既に管理者が設置されているので、薬局薬剤師が調剤業務を行う場合には、利用契約書等を定めることで、利用の区分とその責任範囲を明確化出来ると考えております。上記により担保できると考えているが、不十分であればどのような基準を設ければ管理責任等を明確化できるのか、ご回答いただきたい。	C	Ⅰ	薬局の管理者には、従業員の監督、薬局の構造設備及び医薬品その他の物品の管理等が求められ、当該薬局に常時勤務し、実地に管理する必要がある。薬局の管理者は、自ら薬局を実地に管理することで、保健衛生上の問題が生じないよう責任を持つ者であり、他の薬局・施設での管理者の兼務を行うと、実地における十分な薬局の管理ができないことから、管理者の兼務を認めることは困難である。 また、最初の提案では「クリーンルームの管理薬剤師は使用する薬局の管理薬剤師となる」とあるが、一方で再検討要請では「器具や構造設備においても既に管理者が設置されている」とあり、クリーンルームの管理者をどのように設定するのか不明である。 以上のことから、提案の実施の可否を判断できないので、クリーンルームやそこで行われる調剤業務の管理者の選定方法も含め、ご提案全体について具体的に示していただきたい。			C	Ⅰ			1013010	東近江薬剤師会	滋賀県	厚生労働省
0920040	有料職業紹介事業の要件緩和	職業安定法第３２条の１１	有料職業紹介事業者は、港湾運送業務に就く職業、建設業務に就く職業を求職者に紹介してはならない。		有料職業紹介において、港湾運送業務や建設業務に就く職業については、求職者に紹介してはならないと規制されているが、災害復旧・復興に携わる上記職業については、労働者の雇用環境の確保や雇用者の労働衛生管理等を条件の上、規制を緩和し、有料職業紹介の対象としていただきたい。	本市は、東日本大震災によって、沿岸部に甚大な被害を受けた。そのため、沿岸部の住宅地においては、瓦礫の処理や道路整備等による建設関係業務、さらに、本市の基幹産業である工業にとって重要な拠点である小名浜港周辺では、早期復旧・復興のために、港湾関係業務が必要となり、相当程度の雇用が創出されることが考えられる。 提案理由： 災害復旧・復興作業には、建設・港湾関係業務に関する求人が増えることが予想されることから、これらの業務について有料職業紹介の対象とすることで、これまで以上に、職業紹介の場が増える。 雇用者にとっては、多くの求人を広告費、費用、労力を抑えて求人できるとともに、希望に沿った労働者を確保することができる。 求職者にとっては、多くの求人を知る機会が増え、職業選択の幅が広がるとともに、より希望に近い職業条件を選択することができる。	C	Ⅰ	有料職業紹介事業者による港湾運送業務及び建設業務への職業紹介は、悪質な仲介者により中間搾取が行われるおそれが強いなどの理由から禁止しており、災害復旧・復興作業に伴う建設・港湾関係業務に関する求人であるとしても、これらの業務について有料職業紹介の対象とすることは適当でない。 なお、無料職業紹介については、上記の業務を含め原則としてすべての職業について行うことができる。			C	Ⅰ				C	Ⅰ			1017020	いわき市	福島県	厚生労働省
0920050	介護施設に関する規制の緩和	老人福祉法第15条第1項、同条第3項、同条第4項、第35条、附則第6条の2	特別養護老人ホームの設置主体については、社会福祉法人や地方公共団体に限定している。		株式会社等民間の一般法人に特別養護老人ホームの開設・運用を認める。	介護保険事業の開設運営主体及び医療事業の病床規制緩和等により、先進的な介護･医療特区を作り社会福祉の向上を目的とする。 <事業内容>介護保険事業について、株式会社等民間の一般法人に特別養護老人ホームの開設・運営を認め、医療事業について、病床規制を緩和し、病院設立を認めるようにする。 <特区申請対象地域>介護・医療施設を建設する場合、地価（土地購入費・借地代）の多寡が計画の成否を左右するため、名古屋駅から近く、比較的地価が安価な港区・中川区）を特区指定地区と想定している。 提案理由：現在特別養護老人ホームの開設・運営を認められているのは地方公共団体、社会福祉法人または社会医療法人である。社会福祉法人が特別養護老人ホームを建設する場合、地方公共団体が建設費の約半分を負担してきた過去の経緯があり、地方自治体の財政負担面の問題から、特別養護老人ホームが需要に対して供給が少なく、特別養護老人ホーム入所希望待機者が増加している。一方、経営不振が続くあおなみ線沿線地域は、雇用創出や経済活性化が望まれる地域と思われる。本特区指定が、当該地域活性化と名古屋市のあおなみ線に投下した資本約460億円の毀損防止に資すると考えられる。更に民間会社に特養開設・運営を認めることにより、ア.建築費の公的補助が不要となるイ.　黒字法人の場合納税を行うので地方公共団体の財政にプラス効果が期待される。なお、老人福祉の観点から民間企業参画にあたり入口基準（参入企業の認定基準）と出口基準（廃業・倒産時の対応）を明確化する。	C	―	特別養護老人ホームは、要介護高齢者が人生の最後を過ごす「終の棲家」であり、事業の実施に当たっては、高い安定性を担保することが必要不可欠である。 株式会社等の営利法人においては、剰余金の配当が可能であり、他の事業の影響や株主等の判断によって事業が廃止される可能性が社会福祉法人より高いため、安定的な介護サービスの提供の面で懸念がある。 そのため、特別養護老人ホームにおける安定した介護サービスの提供を担保するには、その設置主体を社会福祉法人や地方自治体に限定することが必要であると考えている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	株式会社等の民間法人が特別養護老人ホーム（以下、特養）経営を行う際、入口出口要件を設定し要介護高齢者の終の棲家に高い安定性を担保する 入口要件 特養経営に必要な経済的基礎があること 特養経営者が社会的信望を有すること 実務担当幹部社員が社会福祉事業に関する経験、熱意及び能力を有すること等 出口要件 他の事業等の影響で経営破綻が不可避な場合、入居者の行き場を担保（社会福祉法人に準ずる） 株主等の判断によって廃業しない 利益を他の目的に転用せず（特養継続の再投資に限定）剰余金の配当を行わない	C	―	構造改革特別区域法の規定により、ＰＦＩ方式の下であれば、構造改革特別区域内の特別養護老人ホーム不足区域において、選定された民間事業者が特別養護老人ホームを設置できるとされているところ。ただし、都道府県知事により、以下の基準に適合していると認められることが必要である。 ①老人福祉法の規定による施設基準（居室面積、人員配置等）を満たしていること ②特別養護老人ホームを経営するために必要な経済的基礎があること ③特別養護老人ホームの経営者が社会的信望を有すること ④実務を担当する幹部職員が社会福祉事業に関する経験、熱意及び能力を有すること ⑤特別養護老人ホームの経理が他の経理と分離できる等その性格が社会福祉法人に準ずるものであること ⑥脱税その他不正の目的で特別養護老人ホームを経営しようとするものでないこと 上記の規定のとおり、民間事業者が特別養護老人ホームを設置する場合において、特別養護老人ホームにおける安定した介護サービスの提供を確保するためには、地方公共団体が十分関与できるＰＦＩ方式によることが必要不可欠であると考えている。			C	―		いちょうタウンプロジェクト	1018010	個人	愛知県	厚生労働省
0920060	医療施設に関する規制の緩和	・医療法第30条の４第７項、同法第30条の11 ・医療法施行令第５条の４ ・同法施行規則第30条の32の２第1項	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。		県が定める病床数規制を緩和し、特区における病院設立を認める。	介護保険事業の開設運営主体及び医療事業の病床規制緩和等により、先進的な介護･医療特区を作り社会福祉の向上に資することを目的とする。 <事業内容>介護保険事業について、株式会社等民間の一般法人に特別養護老人ホームの開設・運営を認め、医療事業について、病床規制を緩和し、病院設立を認めるようにする。 <特区申請対象地域>介護・医療施設を建設する場合、地価（土地購入費・借地代）の多寡が計画の成否を左右するため、名古屋駅から至近距離、比較的地価が安価、かつ地域活性化余地が見られる「あおなみ線沿線（港区・中川区）」を特区指定地区と想定している。 提案理由：社会福祉法人が特別養護老人ホームを建設する場合、地方公共団体が建設費の約半分を負担してきた過去の経緯がある。地方公共団体の財政負担面の問題から、特別養護老人ホームが需要に対して供給が少なく、特別養護老人ホーム入所希望待機者が増加している。一方、経営不振が続くあおなみ線沿線地域は、雇用創出や地域経済の活性化が望まれる地域と思われる。当該地域の活性化は、名古屋市があおなみ線に投下した資本約460億円の毀損防止に資すると考えられる。 更に、介護事業を展開する以上、当該地区で有床診療所や病院の新規開設を含めた医療機能強化が必要である。現在、名古屋医療圏では既存病床数が基準病少数を上回るため、新規病院開設は困難であるので規制緩和が求められる。なお、医療保険の公的負担が病床数の多寡との関係で語られる事が多いがドイツ・オランダ等では両者間に相関関係が見出しにくいとのことから病床規制撤廃に踏み切るケースが増加傾向にある事を付言しておく。	D	Ⅰ	「有床診療所や病院の新規開設を含めた医療機能強化」の具体的な内容が不明であるが、病床過剰地域においては、一般的な医療の提供体制は十分に確保されていると考える。なお、がん、循環器疾患、緩和ケア等、更なる整備が必要な一定の病床については、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り、本制度の実施主体の愛知県と共に、ご検討されたい。			D	Ⅰ				D	Ⅰ		いちょうタウンプロジェクト	1018030	個人	愛知県	厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920070	介護保険法における被保険者資格の住所地特例について	介護保険法第9条、13条	住所地特例制度は介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）に適用されている。		６５歳以上の第１号被保険者の住所地の異動に際して、前住所地に１５年以上継続的に居住し、住民税、介護保険料（第１号及び第２号）を納めてきた場合に限り、居宅サービス、地域密着型サービスであっても保険資格は前住所地の被保険者のまま残し、要介護の状態となり介護サービスを利用するときは、前住所地の保険者から給付を受ける保険資格の住所地特例を提案する。（※）１５年以上の継続的な居住を目安とする理由 第２号被保険者となる４０歳から第１号被保険者となる６５歳までの２５年間のうち、半数以上の期間、生活を維持し、住民税や介護保険料を負担する居住地を主たる住所地とすることが望ましいことから１５年以上を目安とする。	当市郊外には多くの別荘分譲地があり、豊かな自然や温暖な気候を求め、定年退職後に転入する高齢者も多く、当市の平成２３年４月の高齢化率は３２．４％で、全国平均を大きく上回っている。転入により当市の被保険者となった高齢者が、転入後に要介護の状態となったときには、当市の被保険者として保険給付を受けることとなり、転入する高齢者の増加は、介護保険財政の負担増につながる。本提案の効果として、当市は、他市から転入する高齢者が増加した場合であっても、介護給付費の増加を心配することなく介護サービスの一層の充実を図り、介護を産業として雇用の充実など地域の活性化を図るまちづくりを進めることができる。あわせて、首都圏など大都市部では、今後、団塊の世代の高齢化が進み、介護施設での受入れは今以上に困難な状況となり、都市部から２時間エリアでの受入れ可能な自治体を探しているとの報告が全国市町村議会議員研修会でされたと伺った。そのような大都市部の抱える介護の課題を改善する方法として、本提案により、当市において転居後に安心して介護サービス全般が受けられる体制を整え、大都市部から高齢者の積極的な受入れを大都市部と当市が連携し、進めることが可能となる。	C	Ⅰ	○介護保険制度においては、①市町村が住民にもっとも身近な基礎的自治体であって、地域の実情を踏まえ高齢者のニーズにきめ細かく対応することができることを踏まえ、市町村を介護保険の保険者とし（住所地主義）、②市民に対するサービス提供及び保険財政の両面について一体的に責任を負う主体として市町村を位置づけるとともに、③介護保険施設等によるサービスについては、その所在する市町村に過大な財政負担が生じ、他の市町村の介護保険給付費が減少するという財政の不均衡を回避するため、特例的に住所地主義を修正して、入所者は、入所前に住所のあった市町村が保険者として保険給付を行うこととしているところ（住所地主義の特例）。○ご提案のように、住所地主義の特例の適用を、長期にわたり継続的に他の市町村に居住していた者が転入先において居宅サービスや地域密着型サービスを利用する場合にまで拡大することについては、各市町村において、その自治体におけるサービス水準に見合った保険料を設定するという健全な介護保険制度運営の観点から妥当ではないものと考える。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	首都圏においては、地価の高騰から需要がありながら介護施設の建設が難しい状況があると言われています。また、地方においては、深刻な経済不況に喘いでいる実情があり、当市においても、質の高い豊富な温泉と、青い海、緑の山などの豊かな自然環境がありながら、観光産業は低迷を続け、今後の活路が見出せない状況にあります。そこで、介護保険は、住所地の自治体が保険者として制度運営することが基本と考えますが、自治体間の合意があれば、当該自治体間に限り、住所地特例を居宅サービス、地域密着型サービスにも適用することを再提案いたします。首都圏自治体の住民は、引き続き首都圏の自治体の被保険者となるため、地方に転居しても安心して介護サービスを利用したり、地方のグループホームを利用したりすること等が可能となり、介護施設入所に当たっても介護施設が所在する自治体の住民と同様の扱い（優先度）にすれば、介護施設入所の選択肢が広がります。また、地方にとっては、介護産業の活性化による地域再生の可能性が開けます。首都圏と地方が介護保険制度の中で連携することにより、都市交流が活性化し、首都圏と地方都市との間で広がる深刻な格差の解消にもつながることと思います。	C	Ⅰ	前回お答えしたとおり、また、貴市においてご認識いただいているとおり、健全な介護保険制度運営の観点から、住所地の市町村が保険者として介護保険制度を運営することが基本であると考える。また、介護保険制度においては、一定年齢以上のすべての国民に対して介護サービスを保障するため、全国一律のルールに基づき保険者と被保険者の関係を定めているところであり、自治体間で任意に被保険者資格を変更することを可能にすることは、被保険者の地位及び権利義務関係を不安定にするものであり適切ではない。なお、再検討要請意見中「地方に転居しても安心して介護サービスを利用したり」以下に記載いただいたご意見については、住所地主義の特例の適用とは無関係であると考える。			C	Ⅰ			1019010	伊東市	静岡県	厚生労働省
0920080	理容業・美容業に関する規制の見直し	理容師法　第6条の2、第11条の4、第12条 美容師法　第7条、第12条の3、第13条	・理容師（美容師）は、理容所（美容所）以外の場所において、その業をしてはならない。・理容師（美容師）である従業者の数が常時２人以上である理容所（美容所）の開設者は、当該理容所（当該美容所）を衛生的に管理させるため、理容所（美容所）ごとに、管理者を置かなければならない。		１　病院・特別養護老人ホーム等医療・福祉施設に設置する理・美容所の作業場の共用化 ２　上記１の場合、理・美容師である従業者の数がそれぞれ常時2名以上である場合の、管理理・美容師の配置基準の緩和	【現状】病院、特別養護老人ホーム等医療・福祉施設への理容所・美容所の併設は、利用者の利便性向上等に有効だが、その作業場は、各々、別個に設けることとされ共用は認められていないこと、従業者として理容師、美容師がそれぞれ２名以上配置される場合、各々に管理理容師、管理美容師を配置する必要があることから、併設は進んでいない。【実施内容・提案理由】１　医療・福祉施設に理・美容所を設置する場合、スペースが限られているため、理・美容所の施設を共用できることとする。２　理・美容師である従業者数がそれぞれ常時2名以上である場合に、配置が必要な管理理・美容師は管理理容師、管理美容師いずれか1名で可とする。　上記により、施設への理・美容所設置を促進し、利用者の利便性の向上と雇用機会の拡大を図る。　作業所の共有化で理容師が美容行為を、美容師が理容行為を行う事例の懸念もあるが、対象を病院、福祉施設に特定しているため、立入の強化等で担保することが可能と考える。	C	Ⅰ	理容所、美容所はそれぞれ理容業務又は美容業務を行うために設けられた施設であり、構造基準も異なっていることから混在することは困難である。また、理容師、美容師は、異なった教科課程を有する理容師養成施設、美容師養成施設において、それぞれ理容、美容を業として行うに際して必要な法令の内容、理容、美容においてそれぞれ使用する器具の取扱方法、それぞれの専門技術等を修得し、養成施設を卒業後、それぞれ異なった試験内容の理容師試験、美容師試験に合格した者に免許が与えられている。理容師試験、美容師試験における実技試験の内容も、養成施設における教育内容と同様、それぞれ異なったものとなっている。以上のような相違も含め、理容師、美容師の制度は異なるものであり、その相互受入れを認めることは、制度の根幹を揺るがしかねず、実現は困難である。			C	Ⅰ				C	Ⅰ			1029010	長野県	長野県	厚生労働省
0920090	麻薬小売業に係る規制の見直し	麻薬及び向精神薬取締法（以下、「法」という）第24条第11項 麻薬及び向精神薬取締法施行規則（以下、「施行規則」という）第9条の2	麻薬小売業者が麻薬処方せんを所持する者以外の者に麻薬を譲り渡そうとする場合、法第24条第11項の規定により厚生労働大臣の許可を受ける必要がある。同許可は、法第55条により地方厚生局長に委任されている。施行規則第9条の2の規定により、同一の都道府県の区域内にある二以上の麻薬小売業者は、法第24条第11項の規定による麻薬の譲渡しの許可を共同して申請し、他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡すことができる。当該麻薬小売業者間譲渡許可の有効期間は、許可の日からその日の属する年の12月31日（又は期間を限定して許可を受けようとする場合の期間の最後の日のいずれか早い日）までとされている。		１ 麻薬小売業者間譲渡に係る許可権限を厚生労働省地方厚生局（麻薬取締部）から都道府県に委譲 ２ 上記許可の期間を、現行の最長１年から２年に改正	【現状】麻薬小売業者間譲渡の許可は、厚生労働省地方厚生局麻薬取締部が行い、その許可期間は最長１年である。【実施内容・提案理由】１　この制度は、そもそも麻薬小売業者の免許を有しなければ譲渡を行うことができないもので、当該許可については麻薬小売業者免許の権限を持つ都道府県知事が行うことが適当である。　　また、申請者が事前相談のために、厚生労働省地方厚生局麻薬取締部を訪問する場合もあるが、移動距離や時間、また、経済的にも過分な負担となるものであり、これらのことからも都道府県知事が許可を行うことが適当である。２　麻薬小売業者免許の許可期間は最長2年であり、両許可の整合性を図るため、許可期間を延長し２年に改正するのが適当である。　上記により、麻薬小売業者が譲渡許可を取得しやすくなるため、麻薬小売業者免許を持つ薬局の対応が向上し、ひいては患者の利便性の向上に資する。	C	Ⅰ・Ⅲ	1）施行規則第9条の2に規定する麻薬小売業者間譲渡許可は、平成19年4月に施行されたがん対策基本法に基づき、疼痛等の緩和を目的とする在宅医療を推進すべく、麻薬小売業者が自らの在庫不足により急な麻薬処方せんに対応できない場合であっても、医療用麻薬が適切かつ円滑に患者に対し提供されるよう、法第24条第11項の規定による許可として定められたものである。医療用麻薬については、国際条約に基づき、適切な流通管理が求められており、現行の法においては条約の趣旨に沿った麻薬の流通規制が定められている。法第24条第11項は、特別の場合における麻薬譲渡の規制解除条項となっており、同項による麻薬譲渡許可は麻薬の国内流通管理の最終責任者である厚生労働大臣の権能としているところ。したがって、ご要望にお応えすることは困難である。2）施行規則第9条の2に規定する麻薬小売業者間譲渡許可については、法第2条第17号に規定する麻薬小売業者に対して与えられるものであり、麻薬小売業者の免許は2年に一度の更新となっている。同譲渡許可の申請を行う二以上の麻薬小売業者のグループについては、免許の有効期限がその年の12月31日の者と翌年の12月31日の者が混在すると考えられることから、同許可の有効期限はグループ内における麻薬小売業者免許の最短有効期限であるその年の12月31日と設定しており、単純に許可の有効期間を2年とすることは困難である。			C	Ⅰ・Ⅲ				C	Ⅰ・Ⅲ			1029020	長野県	長野県	厚生労働省
0920100	別々の法人による、病院施設の他用途との時間区分兼用	医療法(昭和23年法律第205号)第20条「医療施設と疾病予防施設の合築について」(平成７年４月26日付健政発第390号)	・病院、診療所又は助産所は、清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなければならない。・同一開設者が医療機関と疾病予防施設を併設する場合で、機能訓練室を共用する場合には、病院又は診療所の患者に対する治療その他のサービスに支障がない場合は認められる。		病院のリハビリテーションに使用される機能訓練室を、時間区分により他の法人（株式会社など）が運営するフィットネスクラブのトレーニング室として兼用できるようにする。	・提案理由　現在の診療報酬体系では、所定の日数を超えると原則的に点数が算定できないいわゆる「180日ルール」があり、患者はこの日数を超えて医療施設でリハを受け続けることができないことが問題となっている。一方で、民間のフィットネスクラブ事業者としては疾患を抱えた患者にサービスを提供することはリスクの観点から受け入れづらい。このことから、患者にとっては病院でのリハと民間のフィットネスサービスがどちらも利用できない「隙間の時間」が発生しており、社会復帰を目指す患者にとっては大きな問題である。　平成23年3月に発出された通知によって、同一医療法人の運営する疾病予防施設については適切な措置を行えば施設の時間区分兼用が認められることとなったが、いまだ別の事業者が運営するフィットネスクラブとの時間区分による兼用は認められていない。　時間区分により医療施設のリハ室をフィットネスクラブとして利用することが可能になれば、医療関係者が近くにいることで民間事業者にとっての上記リスクを軽減できるだけでなく、患者にとっても同じ施設で継続的にサービスを受けることができ、また効率的な施設利用という経済的な面からもメリットは大きいと考えられる。・代替措置 清潔保持を確実なものにするため、フィットネスクラブとして利用している時間帯には医療施設へ直通する通路は施錠し、一般利用者と患者が動線上交錯しないようにするなど、管理区分を明確にするための措置を講じる。また、医療施設をフィットネスクラブ事業者に時間貸しで賃貸することは収益業務に当たるため、特別医療法人、社会医療法人のみを対象とする。	C	Ⅳ	○医療機関が設置した機能訓練室の疾病予防施設による共用については、「医療法と疾病予防施設の合築について」(平成７年４月26日付健政発第390号厚生省健康政策局長通知)及び同名通知（平成23年３月30日付医政発0330第11号厚生労働省医政局長通知)により、両施設の利用者にとって必要なサービスの提供に支障がない範囲で共用が認められている。○これは、仮に開設者と異なる主体(株式会社)に対して医療機関内の機能訓練室の共有を認めた場合、医療機関の患者に対し必要なときに適切な医療を提供することが困難となる等、医療機関の本来業務の運営に支障が生じるおそれがあるため、医療機関の開設主体による共用のみ認めているものである。○なお、御提案いただいた内容も含めて、医療法人が多様なニーズに応えられる事業を実施できるよう、医療法人の附帯業務として疾病予防施設の設置を認めてきたところであるため、御提案の内容については、本制度の活用による対応をお願いしたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	一般的に、機能訓練室の利用については日中常時行われているものではない。特に近年、理学療法士が病棟へ出向き、早い段階から行う「ベッドサイドリハ・病棟リハ」を行う病院が多く、その時間帯においては機能訓練室を使用することがないため、他の事業者が利用することとなっても差し支えないと考える。	C	Ⅳ	○機能訓練室は院内における医療の提供にとって重要な設備であり、医療と密接に関連して運用されるべきものである。また、機能訓練室はその性質上、患者の利用を最優先にし、患者の状態に応じて弾力的に運用される必要性がある。○仮に開設者と異なる主体(株式会社)に対して医療機関内の機能訓練室の共有を認めた場合、患者が必要なときに利用出来なくなるおそれがあるため、弾力的運用を担保しうる、医療機関の開設主体による共用のみ認めているものである。○御提案いただいた内容も含めて、医療法人が多様なニーズに応えられる事業を　実施できるよう、医療法人の附帯業務として疾病予防施設の設置を認めてきたところであるため、御提案の内容については、本制度の活用による対応をお願いしたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	他の法人によるフィットネスクラブとの時間区分兼用とする場合においても、機能訓練室は患者の利用を最優先とすることは可能であると考える。1. 医療法人自らが疾病予防施設の制度を活用し、病院機能訓練室と時間区分兼用を行う場合においても、患者が使うことができない時間帯が発生するが、実際には機能訓練室を病院が常時使用することはないため時間区分兼用が可能となっているものと考える。この前提は医療法人以外の開設者がフィットネスクラブを時間区分によって運営する場合にも変わらないはずである。（以下、補足資料参照）	C	Ⅳ	○以前御回答したとおり、機能訓練室は患者の早期退院・健康の促進のための施設という性質上、患者の利用を最優先にし、患者の状態に応じて弾力的に運用される必要性がある。○この点で、他の営利法人と機能訓練室を共用する場合、同一法人の場合と比べて弾力的な運用に支障をきたすおそれがあり、結果患者のQOLに悪影響を与えかねないと考える。　具体的には、他の法人と機能訓練室を共用することとすると、衛生上、保安上等の安全が確保されず、問題が発生した際の責任の所在も不明瞭となる。○また、スタッフの確保など効率的な施設運営という点については、現行の仕組みの中で対応をお願いしたい。		1031010	特定・特別医療法人社団十全会	岡山県	厚生労働省
0920110	別々の法人による、病院施設の他用途との常時兼用	医療法（昭和23年法律第205号）第20条「医療施設と疾病予防施設の合築について」(平成７年４月26日付健政発第390号)	・病院、診療所又は助産所は、清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなければならない。・同一開設者が医療機関と疾病予防施設を併設する場合で、機能訓練室を共用する場合には、病院又は診療所の患者に対する治療その他のサービスに支障がない場合は認められる。		病院のリハビリテーションに使用される機能訓練室を、常時他の法人（株式会社など）が運営するフィットネスクラブのトレーニング室として兼用できるようにする。	・提案理由　現在の診療報酬体系では、所定の日数を超えると原則的に点数が算定できないいわゆる「180日ルール」があり、患者はこの日数を超えて医療施設でリハを受け続けることができないことが問題となっている。一方で、民間のフィットネスクラブ事業者としては疾患を抱えた患者にサービスを提供することはリスクの観点から受け入れづらい。このことから、患者にとっては病院でのリハと民間のフィットネスサービスがどちらも利用できない「隙間の時間」が発生しており、社会復帰を目指す患者にとっては大きな問題である。　平成23年3月に発出された通知によって、同一医療法人の運営する疾病予防施設については適切な措置を行えば施設の時間区分兼用が認められることとなったが、いまだ別の事業者が運営するフィットネスクラブとの時間区分による兼用は認められていない。　医療施設のリハ室をフィットネスクラブとして共用することが可能になれば、医療関係者が近くにいることで民間事業者にとっての上記リスクを軽減できるだけでなく、患者にとっても同じ施設で継続的にサービスを受けることができ、また効率的な施設利用という経済的な面からもメリットは大きいと考えられる。・代替措置　常時兼用できることとした場合には、医療施設部分と他用途の部分とを自由に往来できることから、清潔保持を確保するため患者に対して事前にメディカルチェックを行い、感染症の罹患がないか、また体力低下などから易感染性になっていないかを確認し、リスクのある患者に対してはリハ室でのリハを行わないようにする。さらに管理上、フィットネスクラブの利用者と病院のリハを区別できるよう名札やリストタグなどで明示を行い、サービスの提供者と利用者との関係が曖昧にならないようにする。なお、医療施設をフィットネスクラブ事業者に時間貸しで賃貸することは収益業務に当たるため、病院建物の貸主としては特別医療法人、社会医療法人のみを対象とする。	C	Ⅳ	○医療機関が設置した機能訓練室の疾病予防施設による共用については、「医療法と疾病予防施設の合築について」(平成７年４月26日付健政発第390号厚生省健康政策局長通知)及び同名通知（平成23年３月30日付医政発0330第11号厚生労働省医政局長通知)により、両施設の利用者にとって必要なサービスの提供に支障がない範囲で共用が認められている。○これは、仮に開設者と異なる主体(株式会社)に対して医療機関内の機能訓練室の共有を認めた場合、医療機関の患者に対し必要なときに適切な医療を提供することが困難となる等、医療機関の本来業務の運営に支障が生じるおそれがあるため、医療機関の開設主体による共用のみ認めているものである。○御提案の内容については、衛生上、保安上等の安全が確保されない等、医療機関の本来業務の運営に支障が生じるおそれがあるため、対応することは困難である。			C	Ⅳ				C	Ⅳ			1031020	特定・特別医療法人社団十全会	岡山県	厚生労働省
0920120	被災地における「個人事業主」に対する「労働者性の判断基準」の適用除外	労働基準法第９条	労働基準法第9条で、「労働者」とは「職業の種類を問わず、事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」と規定されている。　労働基準法上の労働者に該当するかは、労務の提供が使用者の指揮監督下において行われているか否か、労務の対象として報酬が支払われているか否かを勘案し総合的に判断される。		被災地における労働者性の判断基準を緩和することで、企業の積極的な自営業者等の受入れを促し、就労機会の増大を目指す。	被災地においては自営業者等の復興のために、早急な「職の創出」が必要である。　昭和60年に示された「労働者性の判断基準」により個人事業主と委託・請負契約を締結する企業は、就業場所や業務実施時間を指定せず、業務の指示も行わないこと等とされている。企業が労働者として雇用する場合は、厳格な義務に拘束される。　一方、被災地の企業が独立して働く「自営業者」（個人事業主）等を自社内で社員と連携させ、未経験の分野について指導しながら「職」を提供できる環境にすれば、柔軟に受入れ計画が立てられ、幅広く「職」の機会が生まれる。その結果、自営業者にとっては復興を果たすまでの期間の就労機会が増大し、また、新たな能力開発の機会にもつながる。被災地においては早急な「職の創出」が必要なことから、労働者性の判断基準の適用除外とすることで、就労機会の増大を目指す。	C	Ⅰ	労働条件の最低基準を定める労働基準法の第9条において、「労働者」とは「職業の種類を問わず、事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者をいう」と規定されており、この「労働者」に該当する者には労働基準法が適用され、保護が及ぶこととなる。労働基準法上の労働者に該当するか否かは、労務の提供が使用者の指揮監督下において行われているか、労務の対償として報酬が支払われているかなどを勘案し総合的に判断することとされており、契約形態が形式上請負などの形をとっていても、「労働者」に該当すれば労働基準法等が適用される。なお、御提案中の「労働者性の判断基準」は、労働基準法研究会報告「労働基準法の『労働者』の判断基準について」（昭和60年）のことと思料するところ、これは労働者性の判断基準について従来の裁判例等をもとに整理したものである。　御提案のように、被災地において個人事業主に「労働者性の判断基準」を適用しないこととすれば、個人事業主が実態として労働者に該当する場合であっても労働者として扱われず、労働基準法等に定める最低労働基準等が適用されず、保護が及ばなくなるため、御提案に対応することは困難である。			C	Ⅰ				C	Ⅰ		被災地での個人事業主へのセーフティネットの拡充	1032010	株式会社パソナグループ	東京都	厚生労働省
0920130	復興支援に関わる労働者派遣法の緩和措置：医療機関等への看護師派遣の実現（期間限定措置：3年間）	労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律第4条 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律施行令第2条	病院等における医療関係業務（当該業務について紹介予定派遣を行う場合、産前産後休業中等の医療関係労働者の業務を代替する場合及びへき地にあり、又は地域における医療の確保のためには労働者派遣により派遣労働者を従事させる必要があると認められるものとして厚生労働省令で定める場所（へき地にあるものを除く。）の病院等において医業を行う場合を除く。）については、労働者派遣事業を行うことはできない。		復興支援に関わる労働者派遣法の緩和措置を要望します。[医療分野への迅速な人材提供] 被災者への迅速な救済対応として、医療分野での人員不足が問題となっている。人材派遣のスキームを活かし、病院等における医業等の医療関連業務を紹介予定派遣のみの制限を緩和し、通常の派遣においても可能とする。（期間限定措置：3年間）	[医療分野への迅速な人材提供] 被災者への迅速な救済対応として、医療分野での人員不足が問題となっている。人材派遣のスキームを活かし、病院等における医業等の医療関連業務を紹介予定派遣のみの制限を緩和し、医療機関等に対する看護師の派遣も可能とする。実施理由：震災によって被災を受けた病院数は、被災3県で380病院となっており、緊急対応だけでなく、全壊した病院の新設までは長期間に及ぶ可能性もあり、復興状況に応じた柔軟な人材提供が被災地現場では必要となる。そのため、人材派遣のメリットを活かすことで、迅速な医療対応に貢献するため。	C	Ⅱ	派遣労働者の決定・変更は派遣元事業主が行うものであり、派遣先が労働者を特定できないと医療の現場では十分な意思疎通が阻害されるおそれがあるなど、チーム医療への影響が懸念される。このような医療政策上の配慮から、原則として禁止しているものであり、震災の影響による医療分野での人手不足の解消を図る目的であっても、これを緩和することは適当でない。　なお、職業紹介事業者による職業紹介は禁止されていないことから、職業紹介事業者を通じて人材の確保を図ることは可能である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	回答いただいた内容から2つの観点で政令緩和を実現いただきたい。・医療の現場への懸念解消：派遣という形態上、あくまでも医療現場の医師による指揮命令の下、業務が遂行されます。「緊急性」の観点で迅速に対応する必要があり、本要望が実現されなければ、被災者の病死やインフルエンザ等の季節的な疾病に繋がる恐れもあり早急な手当てが必要。3年間の時限措置として再検討いただきたい。・医療法人等での人材活用：広範囲にわたる被災地では、日々変化する医療需要にあわせて、「人数」「期間」「場所」等の基準に応じて柔軟な対応が必要とされる中では派遣という雇用形態が最適な対応手段の1つであります。	C	Ⅱ	前回回答したとおり、派遣労働者の決定・変更は派遣元事業主が行うものであり、派遣先が労働者を特定できないと医療の現場では十分な意思疎通が阻害されるおそれがあるなど、チーム医療への影響が懸念される。このような医療政策上の配慮から、原則として禁止しているものであり、震災の影響による医療分野での人手不足の解消を図る目的であっても、これを緩和することは適当でない。　なお、職業紹介事業者による職業紹介は禁止されていないことから、職業紹介事業者を通じて人材の確保を図ることは可能である。　被災地のニーズは、短期かつ大多数の医療従事者の派遣ではなく、本当に必要な場所で中長期的に人材確保されることに移っており、被災地における医療人材の確保対策としては、医療関係団体で構成される「被災者健康支援連絡協議会」において、被災地のニーズを把握しながら、医療従事者の確保を進めていくこととしており、すでに対応が図られているところ。国としてはその活動を支援するなど、幅広い医療従事者について継続的な確保ができるよう努めていくこととしている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	日本看護協会の「災害支援ナース」や「被災者健康支援連絡協議会」での派遣は、基本的にボランティアでの活動に委ねられています。これらの取り組みでは長期的な活動は困難です。収入を得る形での就労の場の提供が必須です。被災地の医療現場でのチーム医療のコア業務は直接雇用の人材が中心となりますが、被災医療従事者の負担軽減や業務見直しにより一定の業務範囲を、派遣のメリットを活用して遂行することがもとめらえると考えます。受け入れ側の効果的な業務遂行、働く側も柔軟的な働き方を得ることで、「原則として」禁止の部分を被災地域に限り、時限的な措置として対応いただきたく重ねて検討いただきたく存じます。	C	Ⅱ	○前回回答したとおり、派遣労働者の決定・変更は派遣元事業主が行うものであり、派遣先が労働者を特定できないと医療の現場では十分な意思疎通が阻害されるおそれがあるなど、チーム医療への影響が懸念される。このような医療政策上の配慮から、原則として禁止しているものであり、震災の影響による医療分野での人手不足の解消を図る目的であっても、これを緩和することは適当でない。　なお、職業紹介事業者による職業紹介は禁止されていないことから、職業紹介事業者を通じて人材の確保を図ることは可能である。○「被災者健康支援連絡協議会」については、給与を支払う形で、医療従事者の確保を行っていくことを基本としていると認識しているため、御指摘の内容は当てはまらないものと考える。なお、被災地においては、医療従事者を現地（被災地）に定着させる形で人材確保を行っていくことが重要であると考えている。	パソナグループシャドーキャビネット復興支援省	1032030	株式会社パソナグループ	東京都	厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事実の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920140	児童デイサービスにおける学校送迎	○障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等の費用の額の算定に関する基準	○道路運送法による一般的な規制を除き、送迎を行うことを規制はしていない。 ○送迎加算の適用は、利用者の居宅と指定児童デイサービス事業所等との間の送迎を行った場合に、片道につき所定単位数（54単位）を加算する。		児童デイサービスの送迎については、居宅と事業所間に限定されているが、児童が放課後に児童デイサービスを利用する場合には、学校に送迎できるよう緩和する。	就学前に利用していた児童デイサービスを就学後も継続して利用したいという声は多く、放課後や土曜日・日曜日に児童デイサービスを利用をしているという現状がある。児童デイサービスでの送迎は居宅と事業所間に限られているため、放課後児童デイサービスを利用する場合は、一度保護者が自宅まで連れて帰り（児童デイサービスの利用を希望する児童は自力登下校できない場合が多い。）自宅に送迎に来てもらうか、保護者が学校に迎えに行きそのまま児童デイサービス事業所に連れて行くことになる。そのため、保護者が就労している場合や体調不良の場合は、放課後に児童デイサービスを利用することが難しい状況であり、学校から事業所に送迎してもらいたいという保護者からの要望は多い。また、特別支援学校では、児童クラブがなく、児童デイサービス事業所が学校に送迎できるよう緩和されれば、保護者の就労支援や介護の負担軽減となると考えられる。	F	Ⅲ	○学校と事業所間の送迎を規制するものはなく、道路運送法に違反しない限り、自主的に送迎を行うことを妨げるものではない。 ○障害者自立支援法等の一部改正により、平成２４年４月から就学児を対象とした放課後等デイサービスが創設されるが、送迎の取扱いについては、学校との役割分担等を関係省庁と整理した上で、検討することとしている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、また、検討主体・内容・プロセス・検討を開始し結論を得る時期等について、再度検討し回答されたい。	報酬告示において、児童デイサービスの送迎加算は「居宅と指定児童デイサービス事業所等との間の送迎を行った場合に」算定することが可能とされている。これについて、学校と事業所等との間の送迎も送迎加算の対象となるよう、報酬告示の見直しを行うことを要望する。この見直しにより、サービス事業所が送迎を行いやすい環境を整備することができ、ひいては障害児の保護者の就労支援や介護負担の軽減につながることが見込まれる。	F	Ⅲ	障害者自立支援法等の一部改正により、平成２４年４月から児童デイサービスを廃止し、就学児を対象とする放課後等デイサービスが創設されることになっている。送迎加算を含む放課後等デイサービスに係る報酬については、平成２４年度予算編成過程において検討することとしている。	本提案は制度改革を求めているものではなく、予算措置の有無とは別に、放課後等デイサービスにおいて、学校と事業所間の送迎を対象とすべき内容について、今後どのように検討するのか、検討主体・内容・プロセス・検討を開始し結論を得る時期等について明記されたい。	F	Ⅲ	○現在、学校と事業所間の送迎については、送迎費用を国庫負担の対象としていないだけであって、児童デイサービスを行う者が送迎を行うこと自体を規制しているものではない。 ○本提案は「送迎加算の対象となるよう」国庫負担の対象範囲の見直しを要望しているものと理解しており、予算措置などにより国庫負担することは不可能であるため、予算編成過程において検討することとしている。		1036010	松山市	愛媛県	厚生労働省
0920150	就労継続支援Ｂ型の対象者要件の緩和	●障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年10月31日　障発第1031001号　厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二－３－（５）－①	就労継続支援B型の対象者は次のとおりである。 （一）就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者 （二）就労移行支援事業を利用（暫定支給決定における利用を含む。）した結果、本事業の利用が適当と判断された者 （三）（一）及び（二）のいずれにも該当しない者であって、50歳に達している者又は障害基礎年金１級受給者 （四）平成24年3月31日までの間に限り、（一）から（三）までのいずれにも該当しない者であって、地域に一般就労や就労継続支援A型事業所による雇用の場が乏しいこと等、就労移行支援事業者数が少なく、一般就労へ移行することが困難と市町村が判断した地域における本事業の利用希望者		就労経験がない障がい者が就労継続支援Ｂ型（以下「Ｂ型」という。）を利用する場合、就労移行支援事業を利用し、Ｂ型の利用可否についての評価を受けなければならない。これに関して、明らかにＢ型の利用が適当と思われる障がい者については、別の指標等を用いることによって、就労移行支援を利用することなくＢ型の支給決定ができるよう、所要の規定の改正を行う。	Ｂ型の対象者は、原則として次の（１）～（３）のいずれかに該当する者であると規定されている。 （１）就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者 （２）就労移行支援を利用した結果、本事業の利用が適当と判断された者 （３）（１）及び（２）のいずれにも該当しない者であって、５０歳に達している者又は障害基礎年金１級受給者 このため、特別支援学校高等部を卒業後すぐにＢ型を利用したい場合は、学校の職場実習等の際に就労移行支援の暫定支給決定を受け、評価のための短期間（１～２週間）の利用を行わざるを得ない。これは、重度の知的障がい者など、一般的にＢ型の利用が適当と考えられる場合も同様である。 現行制度の問題であるが、利用者側に関しては、①受け入れ可能な就労移行支援事業所を探すことが難しい、②障がいの程度に適さない就労移行支援事業所の利用による心身の負担が大きい、③発達障がい等による場所・人へのこだわりが強い場合、短期間とは言え、その後利用しない事業所に通所することが難しい、などが挙げられる。一方、就労移行支援事業所側に関しては、①本来の事業の目的（一般就労に必要な知識及び能力の向上等）とは異なる支援を行わなければならない、②短期間でアセスメントや評価を行わなければならない、などが挙げられる。 なお、能力的に一般就労や就労移行支援・就労継続支援Ａ型の利用が可能な障がい者が、Ｂ型事業所の都合によってＢ型を利用することがないよう、第三者の判断は必要である。具体的には、相談支援事業所による支援計画の立案を条件とする、といった代替案が考えられる。	F	Ⅳ	就労継続支援Ｂ型の対象要件のうち、平成24年3月までの経過措置については、その継続の可否等の判断に資するための調査を行い、その結果を踏まえ検討することと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、また、検討主体・内容・プロセス・検討を開始し結論を得る時期等について、再度検討し回答されたい。	留意事項通知において、就労継続支援Ｂ型の対象者が（一）～（四）まで規定されているが、本市においては、一般就労や就労継続支援Ａ型・就労移行支援の事業所が比較的充実しているため、（四）の経過措置を適用することは困難であり、他の都市部の市町村も同様であると思われる。そのため、就労経験がない障害者がＢ型を利用する場合、就労移行支援を利用しなければならず、本人・事業所ともに負担が大きい。そこで、留意事項通知を見直し、第三者（相談支援事業所等）の評価等の条件を満たした場合、ただちにＢ型の支給決定を行えるよう改正することを要望する。これにより、利用者に応じた適切なサービスの支給決定が行えることが見込まれる。	F	Ⅳ	就労継続支援Ｂ型の利用の取り扱い等については現在実態を調査中であり、出来るだけ早急に結果を取りまとめ、遅くとも年内には結論を得ることとしたい。	年内に結論を得るというのは、提案主体の意見について検討し実現可能となる検討なのか、回答されたい。	F	Ⅳ	提案主体のご意見については、実現可能性も含め、現在実態を調査中の就労継続支援Ｂ型の利用の取り扱い等についての調査結果も踏まえ、対応することとしている。		1036020	松山市	愛媛県	厚生労働省
0920160	介護保険による訪問介護サービス内容の拡大		介護保険制度は、介護・機能訓練等を要する、要介護状態となった高齢者に寄に対して必要な保健医療サービス・福祉サービスに係る給付を行うものである。一方、障害者自立支援制度は障害者及び障害児に対して、その自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付を行うものである。 現在のところ、介護保険法上の訪問介護において、代読・代筆等の行為のみでは、身体介護・生活援助に当たらないとされている。 また、障害者自立支援法による障害者福祉サービスで認められているとのことだが、明文の規定で認められているという事実はない。	介護保険による訪問介護のサービスとして、代読や代筆の行為が認められていないが、視覚障がい者については、サービスの範囲として認められるよう提案したい。	介護保険法による訪問介護の業務の中に視覚障がい者や聴覚障がい者、知的障がい者等の代読、代筆等のコミュニケーションに関する補償を業務の対象とする。 （提案理由） 介護保険法における訪問介護の業務としては、代読、代筆は身体介護にも生活援助にも該当しないため訪問介護としてできないサービスとされてきた。しかし、障がい者（視覚障がい者、聴覚障がい者、知的障がい者等）も年齢や疾患により障害者自立支援法による障害福祉サービスから介護保険法によるサービスを優先して利用することとされている。そこで、介護保険による訪問介護としても、障害福祉サービスで認められる代読、代筆等のコミュニケーション等にかかる行為もサービスの対象としていただきたい。（代読、代筆等にかかるサービスのみを障害福祉サービスで対応するというのは、運用上、本人の利便性ともに妥当ではないと思われる。） ただし、ヘルパーの行為が、明らかな違法行為となったり、本人が希望しない内容とならないよう、サービス提供者の倫理問題には注意が必要。また、対象者の限定や場合によっては委任状等が必要と思われる。	D（一部E）	－	介護保険は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その要介護状態等の軽減・悪化の防止に資するよう必要な給付を行うことを目的としている。 一方、障害者自立支援法に基づく自立支援給付は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付等を行うものである。 このような整理に基づいて、それぞれ給付が行われているところであるが、現在、介護保険及び障害福祉とも、代読・代筆等については、その行為のみでは給付の対象には当たらないとされている。 しかしながら、障害者自立支援法に基づく地域生活支援事業のコミュニケーション支援事業は、音声訳等による支援事業など意思疎通を図ることに支障がある障害者等とその他の者の意思疎通を仲介する事業であり、地域の特性や利用者の状況に応じて代読・代筆等のコミュニケーション支援を行うことができるため、特区としての措置を講じなくとも、視覚障害者等の利用者が代読・代筆等のサービスを受けることは可能である。	D（一部E）	－			D（一部E）	－			1036030	松山市	愛媛県	厚生労働省
0920170	障害児通所施設における給食業務の緩和	○児童福祉施設最低基準 ○児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の人員、設備及び運営に関する基準	○障害児通所施設においては、調理業務については全部を委託することが可能であるが、外部搬入については認めてはいない。		現在障害児通所施設の給食について、基準により、自園での調理とされている。同じ児童福祉施設の保育所では、特区（番号920）により、一定の条件を持って、外部搬入が認められている。一般的に障害児通所施設は、通園児童数が３０～５０名と、保育所に比べ少なく、給食調理業務のコスト面からも厳しい運営となる。外部搬入への緩和により、結果的にコスト面でのゆとりができ、サービスの向上に繋がると考える。	保育所における特区では、調理室、調理設備の設置、食育プログラムに基づく食事を提供できることなど、一定の条件がある。障害児施設においても、障害児に対する食事の提供上必要と思われる再加熱、刻み食、アレルギー除去食等の対応を行うための設備及び調理士の配置、配食等衛生上管理できる体制、設備など一定の条件を設けることにより、安全な食の提供については、確保できると考える。給食該当にかかる費用については、国県の補助及び利用者の負担あるが、市町村等施設運営主体の持出しもあり、厳しい運営状況と考えられる。外部搬入により、コスト面での効率化さられることにより、結果、調理員や栄養士等の常勤雇用も可能となり、雇用面での改善が図られるなどにより、給食サービスの向上に繋がるものと考える。	A	Ⅲ	○児童福祉施設最低基準第１１条の第２項から第５項に定める健全な発育に必要な栄養量の確保や各々の身体的状況や嗜好に配慮するなどの食事を提供する場合の留意点を考慮し、一定の条件を設けた上で、特区として認める。			A	Ⅲ			A	Ⅲ			1041010	日進市	愛知県	厚生労働省
0920180	医療型短期入所サービス費を算定すべき指定短期入所事業所の施設基準の緩和	○　障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号） 別表第7　注5、6 ○　厚生労働大臣が定める施設基準（平成18年厚生労働省告示第551号）　ニのニ　イ、ロ	医療型短期入所については、遷延性意識障害児・者、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者及び重症心身障害児・者等に対し、病院、診療所、介護老人保健施設において実施可能となっている。		医療型短期入所サービス費の算定に伴う施設基準については、医療法に規定する病院、診療所及び介護保険法に規定する介護老人保健施設に限定せず、障害者支援施設や障害福祉サービス事業所においても医療型短期入所サービスが提供できるように、施設基準の緩和をしていただきたい。	本市では、障害者や高齢者を含め誰もが地域で安全に安心して暮らすことができる地域社会を目指し、「指定小規模多機能居宅介護事業所における障害児（者）の受入事業」の特区認定など地域の実情に応じた取組みを行っています。 しかしながら、医療的ケアが必要な障害児（者）が、家族の病気の際や家族の介護負担軽減のために一泊以上の短期入所をするには、短期入所を実施している事業者が、久留米市内では田主丸町にある第2ゆうかり学園（重度心身障害児施設）1箇所のみであり、医療的ケアが必要な障害児（者）の家族から、環境の変化に敏感な子どもたちのために、身近な施設で対応できるように要望があっています。 短期入所を受け入れる施設が増えない理由としましては、安全に医療的ケアが必要な障害児（者）を受け入れるためには、医師の指示のもとでの痰の吸引を始めとする医療行為を安全に行うため、医療的ケアを専門に対応する看護師を確保する必要があります。しかしながら、新たに看護師を確保したとしても、サービス提供に関する報酬への対応がなく通常の指定短期入所の報酬単価では赤字となるため、施設は受入れることができないと考えています。 看護師を新たに確保して医療的ケアが必要な障害児（者）への支援に対応する施設については、医療型短期入所サービス費算定の施設となるよう見直していただくように提案するものです。これにより、誰もが安心して地域社会で暮らすことが出来るまちづくりにつながるものと考えています。また、新たな雇用創出と、介護する家族の負担軽減等、経済的・社会的にも効果が高いものと考えています。	C	Ⅲ	短期入所を行う施設において、追加的に看護師を配置した場合には、報酬上の評価を行っているところである。 医療機関において提供する短期入所は、看護師のみならず、医師や理学療法士などが、「医療チーム」として手厚い体制により支援を行うことを報酬上で評価されているものであり、医療機関以外の施設で、単に新たに看護師を配置した場合について、「医療型短期入所」とすることは困難である。 （報酬評価の例） ○知的障害児施設　→　看護師配置加算（６単位／日～１４１単位／日） ○盲ろう唖児施設　→　看護師配置加算（１４単位／日～１４１単位／日）		C	Ⅲ			C	Ⅲ			1046010	久留米市	福岡県	厚生労働省
0920190	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6条、第13条、第35条、第36条、第42条	被験者の人権の保護、安全の保持等を確保するため、治験実施医療機関において 1）十分な臨床経験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こと 3）治験責任医師等、薬剤師、看護師その他治験を適正活性内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等を要件とし、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、契約が締結される。		治験は医療品メーカーが開発医療品の安全性、有効性、使用方法、使用容量等を人体で調査するため、医療機関に依頼してその試験を行っているが医療品メーカーは試験薬の公平性等を保つため一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、特区内の複数の同一治験医療機関をグループ化し１グループを１医療機関との間で、契約が締結される。	福山治験ネットワークでは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、次の要領で特区内治験事業を行う事とする。 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プロトコールの制度的なものが無い。 ４．治験実施結果報告書はGCPに基づき、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。責任医師が最終責任者として責任医師所在の医療機関でモニタリングを受けることで、地域の治験ネットワーク内でGCPに沿った治験が可能であると考える。 なお、本提案について、２～３社の医療品メーカーに意見を求めたところ、モニタリングまで責任医師医療機関でまとめていただければ経済性も高まりおおいに賛成との意見があった。	C	Ⅲ・Ⅳ	治験では、被験者の人権の保護、安全の保持及び福祉の向上を確保することが重要であり、この点をふまえてGCP省令において、実施医療機関、実施医療機関の長、及び治験責任医師の要件や責務等を規定するとともに、治験依頼者がこれらの要件を満たす医療機関や治験責任医師を選定することとしている。御提案の内容では、これらの責任の所在が曖昧であり、被験者の安全確保に懸念を生じさせるため、特区としての対応は困難である。	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。	当院の提案は、ネットワーク内の複数医療機関が同一プロトコルの治験を行う場合、この治験実施医療機関のグループをＧＣＰ３５条の一つの実施医療機関とみなすことを前提としている。治験依頼者は被験者の人権の保護、安全の保持確保の観点からグループの代表医療機関を治験実施医療機関とし、その代表医療機関の医師を責任医師として選定する、グループ治験参加医療機関の医師は治験分担医師となる。そして、それぞれの機関で被験者に対する治験を分担し対応し、グループ治験参加医療機関の治験業務はすべてＧＣＰ各条項に従い治験を実施することとしている。代表医療機関、参加医療機関の責任医師、分担医師の要件責務等は被験者の安全確保のため全てＧＣＰを尊守して行うこととしている。この間の依頼者等モニタリング等は責任医師所在の代表医療機関で受けることで、地域の治験ネットワーク内でのＧＣＰに沿った治験が可能であると考える。また、これらの意見について、なお責任の所在が曖昧であり、被験者の安全確保に懸念を生じるとのことであれば、その対応策を検討させて頂きたいので、不具合等を具体的に明示頂きたく お願いいたします。	C	Ⅲ・Ⅳ	各医療機関において、治験が安全に実施されるように、治験の内容に応じて必要な要件を満たす医療機関及び医師が、治験依頼者により治験実施医療機関、治験責任医師として選定され、それぞれ必要な責務が課されている。具体的に言えば、GCP省令では、実施医療機関の要件として「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こと。」などを、また、治験責任医師の要件として「治験を適正に行うことができる十分な教育及び訓練を受け、かつ、十分な臨床経験を有すること。」などを規定しており、各実施医療機関・治験責任医師が必要な施設要件・人的要件を満たしていることなどをもって被験者の安全を確保している。 一方、御提案のように一人の医師が複数の実施医療機関の治験責任医師を兼ねた場合、治験責任医師の勤務実績が無い医療機関等で重篤な有害事象が生じたときに、適切な処置・対応が遅れるなど被験者の安全確保がおろそかになるおそれがあり、また、各実施医療機関の責任が不明確となることから、適切とは判断できない。	右の提案主体からの意見を踏まえ	この回答の前段は当院の提案の通り、参加医療機関はGCPの要件を備えた医療機関で、当院GCPに沿っているものを提案している。後段については当院の提案に対してずれた回答であり、当院の提案は複数医療機関が参加した共同体を１医療機関とみなし、このみなし医療機関は１単独医療機関とみなして代表機関を定めて治験をGCPに沿って行う。代表医療機関には責任医師を選定し、責任医師機関がそう責任を持ち、参加医療機関は、みなし医療機関の分担医師の一員を担当することとし、それぞれはGCPに沿ってそれぞれの分野の責任を負うことを提案している。従って、医療機関・責任医師・分担医師の責任等はGCPに沿うことを提案しており、それぞれの責任はGCPに沿って極めて明確に行われ、不明確とは当当を得ていない回答である。再考の上、英断を頂きたい。		1052010	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

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・名称	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「措置の分類」の再見直し	「措置の内容」の再見直し	各府省庁からの再々検討要請に対する回答	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920200	保育所における准看護師特区	児童福祉施設最低基準第33条、附則第２項	乳児6人以上を入所させる保育所の保育士の定数について、当該保育所に勤務する看護師又は保健師を1人に限って保育士とみなすことができる。		児童福祉施設最低基準附則において、乳児６名以上を入所させる保育所に係る保育士の数の算定は、当該保育所に勤務する保健師又は看護師を、１人に限って保育士とみなすことができると規定されているが、これを准看護師まで拡大するもの。	【実施内容】 保育所に勤務する准看護師も保育士定数に算入することができるようにすることで、安心してこどもを育てることができる環境を整備する。 【提案内容】 ・　児童福祉施設最低基準附則で保育士定数に算入できるのは看護師（保健師）に限定されており、准看護師は認められていない しかしながら ・　准看護師は、園医の指導の下、適切な保健指導が可能であるなど、保育所では看護師と同様の役割を担っており、県内２９保育所で３０名の准看護師が配置されている（H22.4.1） ・　また、保育対策等促進事業の病児・病後児保育事業においては、看護師のほか准看護師の配置も認められている ことから、保育士定数の算入を准看護師まで拡大することで、こどもの体調急変への適切な対応や感染症対策などを推進し、安心してこどもを育てることができる環境を整備する。	C	Ⅲ	保健師助産師看護師法において、看護師は療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者とされているが、准看護師については、療養上の世話を業とするためには、医師、歯科医師又は看護師の指示が必要とされている。 保育所には、嘱託医を置かなければならないが、常駐していないことから、必ずしも適切な指導を受けられる体制とは言えず、また、資格取得に係る要件も異なることから、現時点では看護師と准看護師を同等とみなすことは困難であると考えるが、どのような事情で今回の提案に至ったのか、その背景を教えていただきたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	病児・病後児保育事業の実施施設は、病院のほか保育所も認められており、担当職員に准看護師が認められています。 嘱託医が常駐していない「保育所」で「地域の病気のこどもなど」（病児病後児）を預かる担当職員には准看護師が認められ、「保育所」で「園児の怪我への対応や乳児保育」を担当する職員には准看護師が認められない制度に矛盾を感じ、今回提案しました。 また、保育士と看護師の給与格差や看護師不足等の問題により、保育所から准看護師を求める声があがっています。 病児病後児保育と異なり保育所の看護師には何が求められ、何故准看護師ではなく看護師でなければならないのか明確な根拠を示してご説明いただきたい。	C	Ⅲ	病児・病後児保育の基準は、医療関係の業務に携わる人員の基準であることから、准看護師が含まれている。 一方、児童福祉施設最低基準における保育士の配置基準は、保育に携わる人員の基準であり、保育士に準じて保育を行うことができると認められることが前提となるため、両者をただちに同様ものとして取り扱うことはできない。 したがって、現時点では准看護師をこの措置の対象とすることはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、研修等の代替措置を要件に准看護師を保育士の定数とみなせるか、再度検討されたい。 代替措置を講じても定数とみなせない場合は、その理由を具体的に明記されたい。	看護師と准看護師で保育能力に相当な格差があり、看護師は保育士に準じた保育業務ができるとの仮説に立った場合、例えば、両者の保育能力のギャップを解消するために、県内保育団体が実施する乳児保育などの研修課程の修了を要件に、准看護師も保育士定数算入の対象にするという方法も可能ではないでしょうか。 両者の保育能力に格差がないとした場合、准看護師を対象としても保育能力が低下することはなく、また、病児・病後児保育と同等の健康管理や感染症対策の効果が期待されることから、本県の提案どおり准看護師を対象とすることは可能であると考えられます。	C	Ⅲ	当該措置は、過去に６人以上の乳児を入所させる保育所には、看護師又は保健師（以下「看護師等」という。）配置の努力義務があり、配置した場合には配置基準上保育士に含むものとしていたが、平成10年に乳児に対する保育士の配置基準を６：１から３：１に引き上げ、看護師の配置努力義務を廃止した際に、当分の間の経過措置として、乳児６人以上を入所させる保育所については、看護師等1人に限り、保育士とみなすことができることとしたものである。 保育の実施については、保育士がその専門性を活かし実施することが本来の姿と考えており、当該措置が当分の間の経過措置であったこと等からも、ご要望に対応することは困難である。 加えて、御提案にある研修課程修了を要件に准看護師を最低基準上の保育士としてみなすことについても、研修を受けたことをもって、保育士養成課程における保育の専門的教育を受け、または資格試験に合格して保育士資格を取得した者と同等のものとして認めることは困難である。		1054010	佐賀県	佐賀県	厚生労働省
0920210	日本の免許を持たない外国医師等の診療所における修練を認める等、臨床修練制度とその運用の緩和	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）		日本の免許を持たない外国医師等が、診療業務に従事して日本の優れた医療に関する知識・技能を習得したり、病院や医師間の交流を促進するため、診療所における修練を認める等、臨床修練制度とその運用を緩和すること。	１．指定対象医療機関に診療所を追加 ①現状、②問題点 ・府内には、特殊・高度な技術を持ち、外国医師等の臨床修練受入を希望する診療所が存在するが、現行の臨床修練制度は対象が病院に限定されている。 ・H23.3国から「『大学病院等と同等の教育機能等を有する診療所は想定しがたい』ため、診療所を追加することは不可。」と回答を受けた。 ・しかし、臨床修練病院の指定基準である「高度かつ専門的な診療機能を有すること」「受入体制が確立していること」「外国医師等の研修や医療に関する国際交流などの実績又は具体的な計画があること」について、診療所もクリア不可能ではなく、結果として病床数のみをもって対象から排除されていることになる。仮に大学病院等と同等の教育機能等を有する診療所が存在しないなら、その合理的根拠を示されたい。 ③解決策 ・診療所についても外国医師等臨床修練の指定可能な医療機関とする。 ２．報酬の支払い ①現状、②問題点 ・厚生労働省通知では、原則として、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こととされている。但し、就労活動が可能な在留資格（資格外活動許可）を取得し、教授を行う場合には報酬の支給が可能とされている。 ・臨床修練で訪日する場合は、通常は就労を伴わない研修ビザであるのが実態であり、診療を行うにも関わらず報酬支給されないことが外国医師等受入の障壁となり、医師等の国際交流が進まないことになる。 ・そもそも本制度は、医師法第17条等（医業）の特例を法制度化したものであり、当然診療を行い、一定の報酬を与えるべきものである。 ③解決策 ・外国医師等が行う診療に対し、教授以外にも報酬を支払うこととした上で、臨床修練で訪日する場合は、就労活動が可能な在留資格（例えば「医療」）を付与することを原則とする。 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、医師等の国際交流により、相互の医療技術の向上や国際貢献につながる。	1 F 2 C	Ⅰ	１について ○厚生労働省では、「規制・制度改革に係る対処方針」（平成２２年６月１８日）等を踏まえ、臨床修練制度の見直しの方針について、平成２２年度末に取りまとめ、第１８回社会保障審議会医療部会（平成２３年６月８日開催）において報告したところ。 ○当該方針の中では、臨床修練受入病院と緊密な連携体制が確保されている診療所における臨床修練の実施を許容する方向で見直しを行うこととしており、引き続き、詳細な制度設計について検討してまいりたい。 ２について ○医療研修を目的として来日した外国の医師等に対して、診療対価としての報酬の支払いを可能とした場合には、制度の趣旨に反し、外国の医師等が安価な労働力として受け入れられ、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、御提案のように「外国医師等が行う診療に対し、教授以外にも報酬を支払うこと」は困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、また、１については検討主体・内容・プロセス・検討を開始し結論を得る時期等について、再度検討し回答されたい。	（１．診療所の指定）現在、「臨床修練受入病院と緊密な連携体制が確保されている診療所における臨床修練の実施を許容する方向で見直し」を検討中とのことだが、臨床修練病院の指定基準を満たす診療所は自律的に臨床修練を実施できるよう、他病院との連携体制の有無に関わらず、指定可能な医療機関となることを含めて検討されたい。 （２．報酬）研修目的であるため無報酬とのことだが、臨床修練を通じ、一定の労務が提供されていることも事実。研修＝無報酬とする合理的な根拠をお示しいただきたい。また、臨床修練で訪日する場合には、改めて資格外活動許可を取るのではなく、当初から就労可能な在留資格で対応するように取り扱うべきである。	C	Ⅰ	（１．診療所の指定） 高度な水準の医療に関する知識・技術を習得するためには、充実した設備や指導医による実地の指導体制を十分確保する必要があり、このような体制を診療所のみにおいて確保することは、人員配置基準等が法的に担保されていないという点で困難であると考える。 御提案のように、診療所が単独で臨床修練を行うことは困難であるが、厚生労働省としては、前回回答したとおり臨床修練受入病院と緊密な連携体制が確保されている診療所における臨床修練の実施を許容する方向で見直すこととしており、今回御提示いただいた、がん治療に関して専門的な知見を有するクリニックについても、臨床修練受入病院と緊密な連携体制を確保していただいた上で、研修を行うことは可能であると考えている。 （２．報酬） 臨床修練は、医療に関する知識及び技能の習得を目的としたものであり、必ず日本人指導医の実地の指導監督の下で行わなければならず、「労務」を提供しているとは言えない。従って、御提案のように「外国医師等が行う診療に対し、教授以外にも報酬を支払うこと」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。	１．診療所の指定 ・診療所は、人員配置基準等が法的に担保されていないため、単独で臨床修練を行うことは困難とのことだが、臨床修練受入病院の人員配置基準を満たす診療所を指定することは可能であると考える。臨床修練受入病院との連携体制がない診療所についても、指定の対象となるよう検討いただきたい。 ・詳細な制度設計時期及び国民への公表時期もお示しいただきたい。 ２．報酬 ・日本人指導医の指導監督の下で行う場合「労務」と言えないとのご指摘であるが、「労務」に当たるか否かについては、その労働の実態に鑑みて個別判断がされる場合もあると考えられる。本医療行為が「労務」に該当しない根拠を詳細に説明いただきたい。	C	Ⅰ	１．診療所の指定 ・臨床修練受入病院については、外国医師等に高度な水準の医療に関する知識・技術を習得させるため、充実した設備や指導医による実地の指導体制が十分確保されていることが担保されている病院から指定することとしており、人員配置基準等が法的に担保されていない診療所を指定の対象とすることは困難である。 ・外国人臨床修練制度の見直しについては、現時点において詳細な制度設計時期等についてお示しすることは困難であるが、「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）を踏まえつつ、詳細な制度設計について、広く関係者のご意見をお聞きした上で決定することとしたい。 ２．報酬 ・実態に鑑みて「労務」に該当するような場合は、臨床修練制度の目的を逸脱しており、そのような場合は臨床修練として認められないと考える。		1055040	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省
0920220	ブリッジ社会福祉法人の認可	社会福祉法第三十一条第一項、第四項、第三十六条、障第890号、社援第2618号、老発794号、児発第908号、社会福祉法人定款準則、障企第59号、社援企第35号、老計第52号、児企第33号	社会福祉法人を設立するためには、理事や評議員を必要数確保するなど、所定の手続に則った上で、所轄庁の認可を受けなければならない。		ブリッジ社会福祉法人は、その名の通り、あくまで避難している社会福祉施設を運営する複数の社会福祉法人が、避難が解除され戻るまでの“繋ぎ”の社会福祉法人である。つまり近い将来確実に解散する事を前提とした社会福祉法人である。また、このブリッジ社会福祉法人は、原発事故を抱える福島県の特異な事情の為、ブリッジ社会福祉法人の設立は福島県のみとする。よって、設立要件については次のように設立基準を緩和すること。	①ブリッジ社会福祉法人の認可申請においては、活動場所は、市町村ではなく福島県とする。 ②役員に関して、理事定数は現状6名以上とすべきところ3名以上とし、福島県社会福祉協議会老人福祉施設協議会会長、社会福祉法人福島県社会福祉協議会、福島県の避難している社会福祉施設の施設長、福島県の社会福祉事業に注力しているものとする。 ③評議員は、福島県、避難している福祉施設が所属する自治体、福島県、福島県内の社会福祉関係者より組織し、ブリッジ社会福祉法人が適正に運営されているか常に見定める。 施設の整備又は運営と密接に関連する業務を行う者が評議員総数の3分の1を超えても構わないこととする。 ④資産は、ブリッジ社会福祉法人に参加する社会福祉法人の基本財産、運用財産をもって、ブリッジ社会福祉法人の資産とみなす。 ⑤ブリッジ社会福祉法人の認可申請においては、福島県の調査を必要としない。（代わりに評議員として県が参加し、適切に運営しているかどうか見定める。またブリッジ社会福祉法人は既存の社会福祉施設の集合体であるので、調査省略は差し障りないものと考える）	C	—	社会福祉法人は、地域福祉の担い手として、公益性・公共性・非営利性を備えた法人であることが求められる。 そのためには、ガバナンスが十分に機能する体制であることが求められ、御提案のように、所轄庁の認可を必要としない、特定の関係者が多数を占める評議員会の構成を認める等といった場合には、社会福祉法人に求められる役割・機能が十分に発揮されないおそれがあることから、これを認めることはできない。 なお、既存の社会福祉法人が、例えば、今回の震災により理事や評議員に欠員が生じ、定足数を満たさなくなった等といった場合には、それをもって直ちに認可を取り消すような運用を行っておらず、柔軟な対応を講じ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。	本提案におけるブリッジ社会福祉法人の理事、評議員の定員、構成は、法人設立の主旨が既存の法人、その施設の事業継続を目的としていることから、当該既存の法人の理事、及びこの施設長等のいわゆる関係者を中心として、この運営のガバナンス機能の中で既存の社会福祉法人の利害を調整することが必要と考えられることから提案しているものである。 当該社会福祉法人でいう、理事、評議員の関係者とは、そもそも、自治体、社会福祉法人の代表者となるので、これらを役員とすることで公益性、公共性、非営利性が損なわれるとは考えにくく、逆に、これらの透明性を高めることを目的に「関係者」に絞込みをしていると理解頂きたい。 なお、県の調査を不要とする提案については、県が当該法人の運営に関わることを前提としていることから、認可の為の調査が不要ではないかという主旨であるが、ガバナンス機能として必要であれば、当該事項についてこだわるものではない。	C	—	社会福祉法人は、地域福祉の担い手として、高い公益性・公共性・非営利性が求められる。 これを担保するには、法人の機関を構成する者について、一定の欠格事項や兼職の制限を設けることにより、いわばその質を確保することに加え、各機関について、一定数以上の者による意思決定を求めることにより、民主的な法人運営を確保することが必要となる。 ご指摘のように、自治体や社会福祉法人の代表者を機関の構成員とする点については、そのいわば質の観点からは、公益性等を損なうおそれは低いものと思われる。 しかしながら、社会福祉法人に求められる高い公益性等を確保するには、一定数以上の構成員による民主的な法人運営が必要であり、ご提案のように、法人役員の数又は構成要件を緩和した場合、社会福祉法人に求められる公益性等が十分に発揮されないおそれがあることから、認められないものとご理解願いたい。 なお、「②（役員）、③（評議員）、④（資産）、⑤（調査）」の提案を提案者が取り下げた場合であって、社会福祉法人としての法令上の要件を具備したときには、所轄庁である福島県がブリッジ社会福祉法人を認可することは可能である。（社会福祉法人は、公益性の高い事業を安定的・継続的に経営していくことが求められており、社会福祉事業を行うために必要な資産を備えておかなければならないため、原則として直接必要な物件について所有権を有している必要がある。このため、ブリッジ社会福祉法人に限り、資産要件の特例を認めることはできない。）			C	—		福島県福祉復興プロジェクト	1057010	株式会社青木会計	福島県	厚生労働省
0920230	特設介護施設の職員配置基準について	特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第十二条、三十二条、五十六条 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第二条、第二十五条 厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数基準並びに通所介護費等の算定方法	特別養護老人ホームの基準については、以下のとおりとなっている。 ○多床室の居室定員：4人以下 ○1ユニット当たりの入居定員：おおむね10人以下 ○入所者数が入所定員を超えた場合は、原則として減算の対象 ○介護職員及び看護職員の総数：常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに1以上 ○看護職員の数 ・入所者の数が30を超えない特別養護老人ホーム：常勤換算方法で1以上 ・入所者の数が30を超えて50を超えない特別養護老人ホーム：常勤換算方法で2以上 ・入所者の数が50を超えて130を超えない特別養護老人ホーム：常勤換算方法で3以上 ・入所者の数が130を超える特別養護老人ホーム：常勤換算方法で3に、入所者の数が130を超えて50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上 ○栄養士の数：施設ごとに1以上 ○生活相談員の数：入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上 ○介護支援専門員の数：1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準）		特設介護施設の職員配置基準は、老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホームであるので、それに準じた職員配置をするのが妥当だが、原発事故により避難せざるを得なくなった施設の職員を優先的に雇用していく為に、呼び戻すまでに時間がかかる場合が考えられる。これを考慮し、さらに避難している利用者を受け入れた場合に適切な介護サービスを提供する為、特別養護老人ホームの職員配置基準を次の通り基準を緩和すること。	多床室とし１部屋あたり利用者２から４人部屋とする。５部屋で１ユニットと考える。 定員は地域密着型特別養護老人ホーム並みの小規模なものから、100名以上の規模まで想定される。 定員超過の場合の介護報酬の減算については、半年程度の経過措置をとり、弾力的な見方をすること。 ①介護員 現行利用者3名に対し介護員1名以上を配置するところ、利用者４名に対し介護員１名をユニット単位で配置することとする。 １ユニットの利用者１０人に対し介護員３名（夜勤１名） １ユニットの利用者１５人に対し介護員６名（夜勤１名） １ユニットの利用者２０人に対し介護員８名（夜勤１名） ※避難前の施設入所者ごとにユニットを形成することを想定しており、ユニット利用者数が多い場合は、介護員の割合を増やして対応する。 ②看護師 利用者１００人に看護師２名配置する。１施設１名は夜勤対応。 ③その他 利用者１００人に対し管理栄養士１名配置する。 施設ごとに生活相談員１名以上配置する。 利用者１００人に介護支援専門員１名配置。	D	—	特別養護老人ホームの職員配置基準に関するご提案の内容については、基本的には現行規定の範囲内で対応可能となっている。 また、災害等のやむを得ない場合には、特別養護老人ホームにおいて定員超過利用が認められているところであり、東日本大震災に関しても、定員超過利用の場合の介護保険施設等における介護報酬や人員基準、設備基準等については、柔軟な取扱を可能とする旨の事務連絡を各都道府県に発しているところである。			D	—				D	—		福島県福祉復興プロジェクト	1057040	株式会社青木会計	福島県	厚生労働省
0920240	介護保険法の運用について	老人福祉法第一五条、第二十条の五 介護保険法第八条の二十、第八条の二十四、第七十八条の二、第八十六条、九十四条	特別養護老人ホームの設置及び介護福祉施設の開設については、配置すべき職員の数や、設置すべき設備等に関する基準が定められており、その基準を満たした上で、都道府県知事の許認可を受けることが必要である。		介護保険法に定める指定介護老人福祉施設の指定においては、特設介護施設は、老人福祉法第二十条の五に規定する特別養護老人ホームであることを前提として次の通り運用すること。	①特設介護施設を運営するブリッジ社会福祉法人が、当該施設の運用上、有効且つ必要とされる各介護保険給付事業の指定、認可においては、特別養護老人ホームであることを前提として運用すること。 ②介護保険法に定める市町村が行う各事業者の指定、指導、監督においては、当該ブリッジ社会福祉法人に対して、福島県は必要に応じてこれを代理執行することができる。 ③地域密着型特別養護老人ホーム並みの小規模な特設介護施設の利用者は、原則避難時において既に入居していた利用者である為、複数の市町村に亘ることになること。	C	—	ブリッジ社会福祉法人については、0920220のご提案に対する回答をご参照頂きたい。 なお、特別養護老人ホームの設置や介護老人福祉施設の開設については、配置すべき職員の数や、設置すべき設備等に関する基準等を満たした上で、都道府県知事の許認可を受けることが必要である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	ブリッジ社会福祉法人については、管理コード090220への意見を参照されたい。 なお、管理コード090220の提案にある特例措置が認められれば、本提案についても認められるものと理解してよろしいか。	C	—	仮に、管理コード090220のご提案にある特例措置が認められた場合においても、特別養護老人ホームの設置や介護老人福祉施設の開設については、配置すべき職員の数や、設置すべき設備等に関する基準等を満たした上で、都道府県知事の許認可を受けることが必要であり、ご提案の施設について、特別養護老人ホームであることを前提とした運用を認めることはできない。 なお、災害等のやむを得ない場合には、特別養護老人ホームにおいて定員超過利用が認められているところであり、東日本大震災に関しても、定員超過利用の場合の介護保険施設等における介護報酬や人員基準、設備基準等については、柔軟な取扱を可能とする旨の事務連絡を各都道府県に発しているところである。			C	—		福島県福祉復興プロジェクト	1057050	株式会社青木会計	福島県	厚生労働省
0920250	民生委員・児童委員の定数基準の緩和	民生委員・児童委員の定数基準について（民生委員法） （平成13年6月29日）（雇児発第433号／社援第1145号） （厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、厚生労働省社会・援護局長通知）	民生委員・児童委員の定数は、国の基準に基づき、都道府県知事が市町村長の意見をきいて定める。		厚生労働省の定める基準では、世帯数に応じて民生委員児童委員の数が定められているが、町内会（自治会）で高齢者等の要支援者の見守り活動を推進するため、当該定数基準について、民生委員児童委員の増員に限って緩和することで、規模の小さい町内会にも１人以上配置可能とする。	民生委員児童委員を規模の小さい町内会（自治会）にも１人以上配置し、区長（自治会長）、民生委員児童委員等で構成される町内福祉連絡会を市内の全ての町内に設置して、要支援者の見守り活動を継続的に行う。 提案理由： 越前市では、現在、町内福祉連絡会の設置を区長や民生児童委員に呼びかけている。町内福祉連絡会を設置することにより、高齢者等の熱中症、孤独死の対策や児童虐待防止などの要支援者の見守り活動の強化と継続性を確保することができるとともに、区長等との連携強化、近年増加する民生委員児童委員の業務量の増加による負担の軽減、災害時における救護活動の強化等を図ることができ、助け合い、支え合う地域社会の形成が推進される。 しかしながら、複数の町内を担当する民生委員児童委員（約４割）の区域においては、地域住民や町内会との関係が希薄となり、町内単位で見守り活動を行うことが困難な状況である。	D		通知において、住民に対するサービスが適切に行われるよう地域の実情を踏まえた弾力的な定数設定を認めているところであり、ご指摘の趣旨で定員を緩和することは、特段問題ないと考えている。	右の提案主体からの確認に対し回答されたい。	現行基準では、人口１０万人未満の当市の場合、１２０から２８０までの世帯ごとに民生委員・児童委員１人と定められているが、今般いただいた回答によれば、例えば５０世帯以下の町内会にも１人の民生委員・児童委員を配置できることとなり、市全体としては概ね９８世帯に１人の定数となる。 このように解してよいか確認いたしたい。	D		お見込みのとおり。			D	—			1028010	越前市	福井県	厚生労働省