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	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・関係官庁
090010	在宅家族介護サービスの介護保険事業	○介護保険法第42条	○市町村は、指定居宅サービス及び基準該当サービスの確保が著しく困難である地域であって、居宅要介護被保険者が、指定居宅サービス及び基準該当居宅サービス以外の居宅サービス又はこれに相当するサービスを受けた場合において、必要があると認めたとき、特例居宅介護サービス費を支給する。	介護サービスを実施した事業者に保険給付する場合、指定事業所になることが必須となっております。 事業者要件として、法人格を有すること、人員基準、設置基準があります。 また、同居家族に対する介護サービスの制限もあります。 在宅家族が介護サービスをする時、指定事業者となることについて、介護保険法第42条で特例がありますが、微妙となっている。 上小阿仁村については、振興山村、豪雪寒冷地帯、過疎地域となっているのでその解釈が拡大されるものと期待している。	在宅家族が要介護3、4、5の人に介護サービスをケアプランに基づいて実施している場合、その家族に対して、12万円を限度として介護サービス料を支給する。 他の事業所の介護サービスを受けている人については、12万円以下の部分について介護サービス料を家族に支給する。 家族に対するケアプランに基づく介護サービスの確認については、村の地域包括支援センターの保健師、看護師等の職員によりチェックをする。 他の事業所でのサービスが12万円を超える場合は、通常の介護保険事業で対応する。介護保険事業については、自宅で自立して日常生活ができるようにサポートすることだと思います。 長年生活を共にしてきた家族の介護が最高であると考えます。 在宅家族介護については、他の事業所の介護サービスを受けても受けなくても、家族がトータル的に介護サービスをしているので日常生活ができているものと理解しております。これに伴うサービス料は、30万円を超えているものと思われます。就業活動をしながら他の事業所の介護サービスを受けている家族と専任で介護サービスをしている家族とのバランスについて、考慮することが求められております。少子高齢化により将来、益々、介護保険料の負担や介護の負担が介護者にのしかかってくることが予想されます。 在宅家族介護を主体として対応し、家族で対応できない部分について、他事業所による介護サービスで補完する。 それによって、施設での高額サービスに対する負担軽減と家族介護に対する報酬の支給をすることで、財政的にも継続的な介護保険事業の存続が将来的にも可能になることが期待できます。	D	－	○市町村が、介護保険法第42条第1項第3号の規定に基づき、家族に対して特例居宅介護サービス費を支給することについて、特に禁じていない。 ○ただし、御提案の事業実施内容をそのまま行った場合、 ①家族の心身の負担増、 ②事業（サービス提供）継続性、 等が問題となる可能性が高い。このため、例えば、住民が複数人集まりNPO等として介護サービスを提供するのであれば、上記問題を解決できると考えられ、介護保険法第42条に基づき特例居宅介護サービス費の支給も可能であることから、家族個人に対する給付よりも、NPO等の組織に対する給付の方が好ましいと考えている。	市町村が、家族に対して介護保険法第42条第1項第3号の規定に基づく特例居宅介護サービス費を給付した場合、その財源は、当該市町村が単独で負担することになるのか。財源の負担割合について、ご教示いただきたい。また、本提案の事例においては、提案主体の判断によって、家族に対する特例居宅介護サービス費の給付が可能であるという理解で良いか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	(法的に特に禁じていない)在宅家族介護ｻｰﾋﾞｽ事業を全国的に展開していく場合、介護保険法第42条第1項第3号で除外される地域が生ずる。このため、当該事業を第42条の特例居宅介護ｻｰﾋﾞｽ費の支給対象とし、在宅家族介護者に12万円/月を上限とする給付費の支給を法令化することで、将来的に保険料の低下につながる。(家族の心身の負担増)在宅家族介護を強要するものではなく、これまでのように介護ｻｰﾋﾞｽを活用できます。(事業の継続性、NPO等への給付)これまで無報酬の家族が給付費を受給するため継続性に富む。NPO等は、居宅から訪問ｻｰﾋﾞｽとなり資格者の制限が生じてしまいます。詳細は別紙参照。	D	－	○　介護保険法第42条第1項第3項の規定に基づき、市町村が必要であると認めた場合においては、特例居宅介護サービス費が支給されることとなる。また、その財源については、当該市町村が単独で負担するのではなく、他の介護給付と同様の財源負担割合であり、国等の負担がある。(介護保険法第121条等) ○　ただし、介護保険法第42条第1項第3項は、サービス確保が困難な地域におけるサービス確保の為に設けられた特例であり、御提案主体である上小阿仁村においては可能であるが、全国的に認めることは以下の問題点等から困難である。 (家族の心身の負担増) 介護保険制度創設前、家族介護に関する社会的配慮が不十分であり、家族の心身の負担が重くなった結果、家族間の人間関係が損なわれ、要介護者等が在宅で生活を続けることが困難になるという問題があった。 これを解決するため、家族がいたとしても介護サービスを上手に利用してもらうことにより、要介護者等が住み慣れた家庭や地域で親しい家族とともに生活できるよう、法2条4項において在宅介護の重視を明確に規定している。 御提案の内容を全国実施した場合、外部の介護サービスではなく保険給付を受け取ることができる在宅家族介護サービスを優先的に行うことが考えられ、制度創設前と同様、家族の心身の負担が重くなり、家族間の人間関係が損なわれること等が考えられるため、介護保険制度導入前の問題が再度顕在化するおそれがある。 (事業継続性について) 事業者は要介護者等が安心して介護サービスを受けることができるよう、継続的なサービス提供を行う必要があるが、御提案のように家族をサービス事業者とみなした場合、介護を行う者の体調不良時等、事業者として継続してサービス提供を行うことが困難となる問題が考えられる。 (新たな費用負担増) 御提案の内容は、家族をサービス事業者とみなし、家族に対して現金を給付するものである。これにより、既存の事業者の介護サービスに加えた、新たな介護サービスにつながる可能性があり、費用負担の大幅な引き上げ等につながることが考えられるため、結果として保険料が上昇するおそれがある。 ○　なお、介護保険法第42条第1項第3号に基づくサービスであれば、サービス提供者の人員基準等は定められていないため、資格等の制限はない。	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。	介護保険法第42条の離島その他の地域であれば、特例で介護サービスを償還払いで可能となりました。福祉用具の購入や住宅改修工事費は限度額を告示によって明記しています。特例の介護サービスの場合も12万円の限度額を決定していただきたい。当村よりも困難な地域で在宅家族介護サービスを実施している特例以外の地域では給付を受けられないという法のもとの不平等が心配されます。在宅家族介護サービスを余儀なくされている家族と就業をしながら事業所のサービスを受けている家族との社会的、経済的、精神的な格差是正をすることと全国での実施により将来的な保険料の軽減により現制度の長期的な継続を目的としております。 詳細は別紙参照	D	－	○特例居宅介護サービス費は、要介護度別の支給限度の枠中で、利用者の必要の程度等に応じて支給されるものであり、12万円の限度額を示すことは困難である。 ○今回の御提案は、サービス確保が困難な地域において、家族を事業者とみなして保険給付を行うものであるが、その全国展開については前回お示ししたとおり困難であると考えている。		1028010	上小阿仁村	秋田県	厚生労働省
090020	訪問介護サービスにかかる規制の緩和	○介護保険法第8条、介護保険法施行規則第4条	○訪問介護は、介護福祉士等の訪問介護員等が要介護者の居宅を訪問して、介護サービスを行う。	第二種社会福祉事業に基づく無料低額宿泊所に実質的に居住している介護保険加入者が訪問介護サービスを受けることができるようにする	第二種社会福祉事業に基づく無料低額宿泊所（以下宿泊所）に対して介護保険サービスの利用ができない現状を打開するために規制を緩和してもらいたい。宿泊所の利用者の中には高齢者も多く、要介護者の比率も年々高くなってきています。介護保険を収めてきた、本来サービスを利用できる人が利用できない現状を改善してもらいたい。 【訪問介護サービス】を受ける為には、居宅、また施設では軽費老人ホーム、有料老人ホーム、厚生労働省令で定めるものに限られます宿泊所は介護保険法上居宅ではなく、記載されているどの施設にも該当しない為、現在は介護サービスを利用することができません	D	－	○ 介護保険法において、訪問介護を始めとする居宅サービスは、軽費老人ホーム、有料老人ホームその他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む居宅において行われることとされており、これらにおいて指定居宅サービスを受けた費用について保険給付が行われることとなる。 ○ 居宅の範囲については、特段の数値基準等による定義を置いていないものの、対象者等の実態を踏まえつつ、介護保険の保険者が総合的に判断し、無料定額宿泊所が居宅とみなされることもある。	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。	介護保険法施行規則第4条では居宅の範囲が明確に限定されている。こうした法令の現状では保険者も居宅に含めるかどうかの判断に困難をきたしている。宿泊所は自前でサービスを提供し、公的なサービスの受けられない被保険者は不利益を被っている。添付資料は、首都圏にある宿泊所の要介護認定者の概況を示しているが、在籍日数が千日を超え、実際に居住していると考えられるにも関わらず、公的なサービスを受けられない。そこで法令上において、宿泊所を居宅に含める特例措置、あるいは宿泊所を居宅に含める場合の基準を明確化する措置をお願いしたい。また、行政手続法及び行政手続関連条例上の趣旨からも、こうした措置が必要と思われる。	D	－	○前回お示ししたとおり、社会福祉法第2条第3項第8号に規定されている無料低額宿泊所（以下宿泊所）については、訪問介護サービスを受けられない取扱いとはしていないところである。 ○また、宿泊所が居宅に該当するか否かについては、個々の事例に応じて個別具体的に判断されることになるため、一律に基準をお示し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。	「個々の事例に応じて個別具体的に判断される」とのことであるが、たとえば、東京都台東区では「特定非営利活動法人ふるさとの会」と「NPO法人ぽたらか」の宿泊所が「居宅」として認められている一方、「特定非営利活動法人エスエスエス」は認められておらず、川崎市における「エスエスエス」の宿泊所は認められている。つまり自治体により判断が異なり、同じ自治体でも宿泊所の運営団体によって対応が異なっている。ところが、これらの施設条件に大きな違いはなく、前回の資料でお示しした通り、要介護認定者が同様に居住している。判断基準が不明であるために、少なくない要介護認定者が不利益を被っている現状をご理解頂きたい。	D	－	○前回お示ししたとおり、宿泊所が居宅に該当するか否かについては、個々の事例に応じて個別具体的に判断されることになるため、一律に基準をお示しすることは困難である。		1044010	個人	東京都	厚生労働省
090030	認知症高齢者対応型共同生活介護事業所への障害者受入事業	・介護保険法第8条第18項 ・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第89条 ・指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について第3、四、1及び3	「認知症対応型共同生活介護」は、介護保険法において要介護者であって認知症である者を対象にサービスを提供することを前提として、地域密着型サービスに位置づけられている。	認知症高齢者グループホームの設備については他のサービス利用者の利用が原則禁じられているが、地域の実情に応じて障害者の利用も可能とする。	年齢や障害の有無にとらわれず、住み慣れた身近な地域において暮らすことができるよう高齢者と障害者の共生型地域づくりをめざす。 提案理由： 障害者の地域移行を推進してゆくためには、障害者のニーズにあった様々なサービスが必要となるが、本道は面積が広大であり、また、人口の希薄な市町村も多く存在している。こういった市町村においては、障害者のみを対象としたサービスメニューを身近な地域で提供することは困難な場合が多い。このため、高齢者と障害者の類似したサービスについては一体とした提供を可能とすることで、住み慣れた地域での生活が確保できる。	D	－	「認知症対応型共同生活介護」の人員、設備及び運営基準の遵守に支障がない限りにおいて、「認知症対応型共同生活介護」を行う共同生活住居が、指定を受けた居室以外の居室において、介護保険の枠外で独自に入居者を受け入れることについては、介護保険法上、特段の制限はない。	本提案は、特定事業934（指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害児（者）の受入事業）と同様の考え方に基づき、介護保険法の指定を受けた「認知症対応型共同生活介護事業所」において空室がある場合、障害者自立支援法に基づき給付を受ける障害者が、その空室を利用できるようにすることを求めるものである。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	例えば、9室の認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を想定した場合、貴省回答においては、9室とは別に居室を設置することとすれば制限はないというものであると解されるが、当方の提案は、指定施設である当該9室のうちに障害者の利用も認めていただきたい（例えば、7室は認知症高齢者、2室は障害者）というものである。	D	—	再検討要請の記述内容の趣旨が必ずしも明らかでないが、前回お答えしたとおり、「認知症対応型共同生活介護」の人員、設備及び運営基準の遵守に支障がない限りにおいて、「認知症対応型共同生活介護」を行う共同生活住居が、介護保険の枠外で独自に入居者を受け入れることについては、介護保険法上、特段の制限はないところである。			D	—			1104010	北海道	北海道	厚生労働省
090040	地域包括支援センターにおいて障害者自立支援法に基づく相談支援事業を実施する場合の人員配置基準の緩和化	○介護保険法施行規則第140条の52	○地域包括支援センターと指定相談支援業務を行うためには、介護保険法施行規則第140条の52に定められる基準及び、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の人員及び運営に関する基準」を満たさなければならない。	地域包括支援センターに係る職員の専従規制を緩和し、地域包括支援センターに配置されている専門職が障害者に対する相談支援に従事することを可能とする。	年齢や障害の有無にとらわれず、住み慣れた身近な地域において暮らすことができるよう高齢者と障害者の共生型地域づくりをめざす。 提案理由： 障害者の地域移行を推進してゆくためには、障害者のニーズにあった様々なサービスが必要となるが、本道は面積が広大であり、また、人口の希薄な市町村も多く存在している。こういった市町村においては、障害者のみを対象とした相談支援体制の構築は困難な場合が多い。このため、高齢者に対する相談支援拠点として整備が進捗している地域包括支援センターの機能を活用することにより、相談窓口のワンストップ化を促進するとともに、障害者の一生を通じて途切れることのない支援体制の整備を図る。	D	－	○事業の適切な運営の観点から、「地域包括支援センターとして」指定相談支援業務を行うことはできないが、地域包括支援センターは、地域の実情を勘案して、運営協議会において認められた場合には、専従等の配置すべき人員の基準を緩和することができるため、指定相談支援事業所の基準を満たせば、同一法人内で両者の業務に従事することが可能である。	多種多様な施設を整備するだけの人的資源や財源が十分ではない過疎地域においては、施設の有効利用や行政サービスの向上の観点から、障害者に対する相談と高齢者に対する相談という類似の業務を一元的に行う必要があると思われる。そこで、地域包括支援センターに係る職員の専従規制を緩和することはできないのか、また専従規制を緩和することはどのような弊害があるのか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	介護保険法施行規則上、地域包括支援センターの職員については「専従」要件が規定されているところであり、例えば、地域包括支援センターの3人の職員（保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員）とともに、障害の相談支援担当職員2名を配置した「高齢者・障害者」総合型のセンターを設置した場合、現行の規定上は「専ら従事する」との規制があるため、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、障害者に対する相談支援業務に従事することはできないものと承知しており、当方の提案を実現するためには介護保険法施行規則第140条の52第2号に規定する「専ら従事する」規制の例外を特区省令において認める必要がある。	D	－	○地域包括支援センターは、地域包括ケアの実現のために、平成18年度の制度改正により、地域の中核機関として新たに設置されたところである。 地域包括ケアの実現にあたっては包括的支援事業を地域において、職員が一体となって重点的・集中的に取り組むことが必要不可欠であるため、 基本的には専従で配置すべきものとしている。 ○ただし、介護保険法施行規則第140条の52第3号の規定により、「地理的条件その他の条件を勘案して特定の生活圏域に一の地域包括支援センターを設置することが必要であると地域包括支援センター運営協議会において認められた場合」には、同条第3項の表のとおり、職員の専従要件が緩和されているところであり、現行法上においても柔軟な対応が可能である。	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。	提案は、介護保険法施行規則第140条の52第3号ハ規定する必要の有無にかかわらず、市町村の障害者相談支援に係る事業と地域包括支援センターを一体的に行うことを認めていただきたいというものであり、提案の背景には、人口が広域分散型の北海道では、障害者や高齢者に対する支援を一体的に行う方が効率的で、かつ、様々なニーズに一体的に対応できる効果が高いものと認められるということがある。詳細は別葉とする。	C	Ⅲ	○地域包括支援センターは、地域包括ケアの実現のために、平成18年度の制度改正により、新たに設置されたものであり、包括的支援事業の適切な実施のためには、取組みの初期の段階において、職員が一体となり重点的・集中的に取り組むことが必要不可欠であるため、基本的には専従で配置すべきものとしている。 ○包括的支援事業等の取組み状況については、各自治体との意見交換会でも、包括的支援事業・介護予防支援業務が十分に果たせていないとの意見もあり、まずは高齢者への相談支援を重点的に行うべきと考える。		1104020	北海道	北海道	厚生労働省
090050	障害者支援施設における高齢者の介護保険法に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）の利用	○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（平成11年厚生省令第37号）第９章	○指定短期入所生活介護事業者の指定を受けるには、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（平成11年厚生省令第37号）において定める基準を満たさなければならない。	旧法の身体障害者療護施設や知的障害者入所更正施設など特別養護老人ホームと同等の人員配置が行われている障害者支援施設の一部（空きベッド）について、介護保険法の指定に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）サービスを提供することを可能とする（空床利用型ショートステイ）。	高齢者の在宅介護支援のためには、介護保険法の短期入所生活介護の利用が重要である。一方、障害者支援施設においては利用者の地域移行等による空きベッドが存在しており、その効率的な活用が求められている。このため、障害者支援施設について本来の目的を損なわない範囲で、一部を短期入所生活介護として利用することを可能とし、これにより、高齢者が身近な地域で生活できる環境をを整備すると共に地域資源である障害者支援施設の有効活用を図る。 提案理由： 短期入所事業所については各法の指定を受けている場合であって空きがある場合には、身体障害、高齢者相互に利用することは現行制度においても可能であり、こうした措置を障害者支援施設にも、当該施設の本来の目的を損なわない範囲で適用する。 また、介護保険法において、障害者支援施設の指定（空きベッドの利用）は想定されていないことから、別途人員の配置が必要となっている。	C	Ⅲ	○介護保険制度においては、被保険者の要介護状態等に関し必要な保険給付を行うこととしており、当該保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅においても、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に配慮することとされており、介護保険サービスを提供する事業者については、高齢者に適切な介護サービスを提供するために必要な人員、設備等を有すること等としているところである。 ○なお、特養以外の施設においては、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（平成11年厚生省令第37号）に定める基準を満たすものとして都道府県知事から短期入所生活介護の指定を受けたのであれば、介護保険制度における短期入所生活介護の事業を行うことは可能である。	多種多様な施設を整備するだけの人的資源や財源が十分ではない過疎地域においては、類似の施設について有効利用を図ることが必要であると思われる。そこで、本提案のように、短期入所生活介護の受入を特例的に認めている特別養護老人ホームと同等の人員配置が行われている障害者支援施設においては、介護保険制度による新たな指定を受けることなく、同施設の空床を利用して、介護保険制度における短期生活介護の事業を行うことはできないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	当方の提案は、いわゆる「空床利用型」短期入所生活介護（ショートステイ）サービスについて、現行の指定基準上は特別養護老人ホームにしか認められていないところを、身障療護施設など障害者関係施設についても認めていただきたいというものであり、今後、障害者施設入所者の地域移行の進展によって障害者施設の空床が増加するが、こうした未活用の社会資本を、高齢者のショートステイサービスのニーズに対応するために有効活用を図る必要があるという視点からの提案である。したがって、貴省回答にあるような、一般的な短期入所生活介護を利用できるというのでは、「空床利用型」短期入所生活介護についての規制緩和を求める当方の提案への回答にはなっていないものと考える。	C	Ⅲ	○介護保険制度の短期入所生活介護（ショートステイ）において、他の施設の空床を利用したサービス提供は、高齢者に入居系のサービスを提供する施設（いわゆる「老人ホーム」）の中でも、要介護状態である高齢者等を入居させ、養護することを目的としている特別養護老人ホームにおいてのみその提供するサービスの性質をふまえて認められているものであり、身体障害者に対するサービスを主とする身体障害者療護施設等において認めることはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	提案の前提として、ご指摘のような「高齢者に適切な介護サービスを提供するために必要な人員、設備等を有すること」が必要であることに異存はないが、そうした前提を考えても、空床利用型のショートステイを特別養護老人ホームに限定する合理的理由は見当たらず、身体障害者療護施設など特別養護老人ホーム以上に「適切な介護サービスを提供するために必要な人員、設備等を有する」施設を排除する必要はない。また、障害者の地域移行により空床が発生する障害施設を、地域資源として効率的に活用することにもつながるものと考える。詳細は別様とする。	C	Ⅲ	○施設の空床を利用したサービス提供は、要介護状態である高齢者等を入居させ、養護することを目的としている特別養護老人ホームにおいてのみその提供するサービスの性質をふまえて認められているものであり、身体障害者に対するサービスを主とする身体障害者療護施設等において認めることはできない。		1104030	北海道	北海道	厚生労働省
090060	民間や地域の知恵が主導する経済社会システムの構築のための地域福祉連携センター設置	—	—	地域福祉連携センターは、①福祉サービスのニーズの把握、②福祉サービスの提供に関する、地域の連絡協議会を開催、③福祉サービスを提供する、社会資源の紹介や情報提供、④相談受付、といった機能を有するものである。このようなセンターの設置にあたっては、民間と市町村において公共性を保持した新たな関係性の模索として、第三者的な立場での設置を実現したい。（詳細は別紙参照）	現在、地域包括支援センターが、保健、医療、福祉に関する総合的な支援を行う拠点として、市内に設置されているが、残念ながら総合的な支援ができるシステムの構築はなされていない。そこで、地域福祉連携センターの設置が実現できれば、福祉、医療、保健の連携を具体的な取り組みや事例検討を積極的に行うことができる。また、保健、医療、福祉の連携強化を図り、地域の皆さんと問題を共有し、解決していける関係性をつくる中、バリヤフリーの考え方、地域で支える福祉の新しい形が必ず出来上がるはずである。行政だけの力だけの力ではなく、地域住民の切実な思いと熱意により、地域福祉連携センターが機能することを目指し、福祉財源の限界を超え民間の力を最大限に生かし、新たな取り組みをあくまでも地域住民や施設に入所、通所されている方々を守るために、このシステムを創っていきたい。（詳細は別紙参照）	D	—	現行制度においても、ご提案の、①福祉サービスのニーズの把握、②福祉サービスの提供に関する、地域の連絡協議会を開催、③福祉サービスを提供する、社会資源の紹介や情報提供、④相談受付、といった機能を有する地域福祉連携センターを設置することは可能である。			D	—				D	—			1022010	個人	岡山県	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	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	管理番号 提案事項	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
090070	地域ケア会議のチェック機関の整備	○介護保険法第76条、第115条の39等	○市町村は、地域包括支援センターの責任主体として位置づけられている。また、市町村はサービス事業者に対して、必要があると認めるときは報告等を求めることができる。	地方自治体の外部監査制度を活用し、地域ケア会議を社会資源との情報共有や問題の共有をはかる場にし、市町村に対しても福祉における監査の権限を行使できるようにする。	地域包括支援センターにおいて行われている違法行為、また民間企業が行っている虚偽申請に対する監査機能を、第三者的な立場において行使できるようにすることで、監査の機能がはたらいていない機能の拡充を図っていく。本来は在宅介護支援センターにあるシステムであるが、社会資源との有効な会議としていく。人材としては、委任という形をとり、コストを下げ、第三者としての管理、チェック機能を果たしていく。	C	Ⅰ	○福祉関係において、市町村が行っている監査等の事務については、公平・中立性が求められるものであり、介護保険法において、市町村が行う監査機能を第三者に渡すことについては定めていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	ショートステイを利用した高齢者4名を有料老人ホームに入居したことにし、銀行から2千万の融資を受けることができた経営者がいる。もちろん入居者のいない有料老人ホームである。融資をした銀行も書類を持って現場に来れば、だまされなかっただろう。銀行融資にも虚偽申請は影響を及ぼしている。	C	Ⅰ	○お尋ねの趣旨が明らかではないが、提案主体からの意見は事業者が市町村に対して行った虚偽申請ではなく、事業者が銀行に対して行った虚偽申請であり、介護保険法の規定による市町村の権限外である。 ○市町村が行う監査機能については、公平・中立性が求められるものであり、当該監査機能を第三者に渡すことについては定めていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	岡山県では介護サービス情報の公表制度において、指定調査機関及び指定情報公表センター（岡山県社協）があります。指定調査機関が調査公表計画に基づく調査（中立性、公平性及び調査の均質性の確保）を行う。調査員が介護サービス事業者の事実確認を行い指定情報公表センターが介護サービス情報の受理、公表を行っている。岡山県知事から社会福祉法人である社会福祉協議会が指定され行えるのであるならば、指定調査機関としての役割を地域ケア会議も担えるはずであ。（一部情報公開に関しては、地域福祉連携センターも担う）。さらに監査権限も行使できる。成年後見制度においても重要な役割を果たしていく。別紙補足資料あり	C	Ⅰ	○介護サービス情報の公表の仕組みでは、都道府県知事は、事業者から報告を受けた介護サービス情報のうち、客観的に調査することが必要な情報について、その内容が正しいかどうかを確認するための調査を行うこととしており、制度を効率的かつ円滑に実施する観点から当該事務を民間に行わせることができるようにしている。 ○ただし、御提案の民間企業が行っている虚偽申請に対する監査機能を、第三者的な立場において行使できるようにすること等については、公平・中立性が求められるものであり、当該監査機能を第三者に渡すことについては定めていない。		1022020	個人	岡山県	総務省 厚生労働省
090080	病児・病後児保育の利用促進（実施場所の要件緩和）	（自園型） 「保育対策等促進事業の実施について」 （H12.3.29児第247号厚生省児童家庭局長通知） （オープン型） 「次世代育成支援対策交付金の国庫補助について」 （H19.1.22厚生労働省発雇児第0122002号厚生労働事務次官通知） （緊急サポートネットワーク事業） 特になし	実施場所： （オープン型） あらかじめ市町村が指定した保育所等の厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の児童福祉施設または病院もしくは診療所に付設された施設あるいは本事業のための専用施設であって適当と認めたもの （自園型） 当該事業を実施する保育所 （緊急サポートネットワーク事業） 会員の自宅	病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、実施場所の要件を緩和する。	(実施内容)病児・病後児保育に係る国の各施策（病児・病後児保育事業（オープン型・自園型）、緊急サポートネットワーク事業）については、実施場所がそれぞれ会員の自宅や保育所に限定されているが、利用者の利便性を図るとともに、保育所や地域子育て支援拠点施設など、地域の実情に応じた施設で実施できるよう、実施場所の要件を緩和する。また、オープン型は交付金、自園型は補助金、緊急サポートネットワーク事業は国からの団体委託事業とされ、看護師の有効活用などの連携が図れない制度となっていることから、各事業が連携して効果的に実施できる体制とする。 （理由） ・緊急サポートネットワーク事業については、会員の自宅で看病することを看護師・保護者双方が敬遠し、利用が進んでいない。 ・緊急サポートネットワーク事業、オープン型、自園型の各事業は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	－	○ 病児・病後児保育事業（自園型）は、保育所登所後に、突発的な発熱等により体調不良となった子どもに対して、保護者が迎えに来るまでの間、看護師等が安全かつ安心な体制で預かる当日の緊急対応であること、及び、常日頃から、保育所の衛生管理・感染防止等に努める必要があることから、実施場所は、当該保育所でなければならい。 ○ 緊急サポートネットワーク事業は、育児中の労働者と保育士、看護師及び育児経験者等を会員として、会員個人間の相互援助活動として自宅で病児の預かり等を実施するものであり、自宅以外での実施は緊急サポートネットワーク事業として認められないが、登録看護師を病児・病後児保育事業（オープン型）で活用することは可能である。 ○ なお、病児・病後児保育事業（オープン型）においては、実施場所について、あらかじめ市町村が指定した保育所等の厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の児童福祉施設または病院もしくは診療所に付設された施設あるいは本事業のための専用施設であって適当と認めたものとすることとしており、地域の実情に応じて実施が可能である。	各々の補助金等の内容については理解するが、これらの補助金は「病児・病後児保育への対応」ということで、その趣旨を同じくしているものと思われる。そこで、各々の補助金の使い勝手を向上させるため、補助金の要件を見直すことはできないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	病児・病後児保育事業（自園型）は、いつ体調不良児が生じてもよいように職員を配置しているため、現行制度では、体調不良児の発生が少ない小規模園では実施困難である。また、通園中に体調不良となった場合、保護者が自宅に帰ってからでないと緊急サポートネットワーク事業が活用できないのであれば、事業効果が見込まれないことから、早急に実施場所を緩和する必要がある。	C	－	○ 病児・病後児保育事業（自園型）において、看護師を常時配置することの趣旨は、自園における体調不良児への対応のほか、健康な児童が体調不良とならないよう配慮するために、常日頃から保育所全体の衛生管理・感染防止等に努めることが必要であるためであり、体調不良児への対応のみを看護師が対応する事業ではないことから、要件緩和することは困難。 なお、体調不良児の受入人数の要件に関しては、限られた財源を効果的に執行する観点から設けているものであり、対応は困難である。 ○ 緊急サポートネットワーク事業は、会員個人の自宅であれば、通常、病気時の静養も含めた日常生活に必要な環境が確保されており、その中で1対1で子どもを預かることができることから、会員個人間の援助活動として会員個人の自宅に限り、実施を認めているものである。 緊急サポートネットワーク事業では、保育所での保育中に体調不良となった子どもを、看護師等のサポート会員が迎えに行き、そのままサポート会員宅で預かることも可能であり、保護者が帰宅しなくても利用が可能である。 また、施設における病児・病後児保育への対応は、通園中に体調不良となった場合も含め、病児・病後児保育事業の活用が可能である。	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。	平成20年度予算案で病児・病後児保育事業（病児対応型・病後児対応型・体調不良児対応型）に統合されたが、緊急サポートネットワーク事業は事業の枠組みが別のままで、従来どおり実施場所が会員の自宅に限られ、利用が進んでいないことから、利用が促進されるよう、病児・病後児保育事業の実施場所の活用を検討願いたい。	C	－	○ 緊急サポートネットワーク事業は、育児中の労働者と保育士、看護師及び育児経験者等を会員として、会員個人間の相互援助活動として自宅で病児の預かり等を実施するものであり、自宅以外での実施は緊急サポートネットワーク事業として認められないが、登録看護師を病児・病後児保育事業で活用することは可能である。 また、緊急サポートネットワーク事業は現行制度においても、病児・病後児保育事業を実施している施設等（以下、「施設等」という。）を利用する前の医療機関での受診のための送迎や施設等への送迎、施設等では対応できない時間外の預かりや施設等が満室時の預かりなどにおいて利用されるなど、病児・病後児保育事業と相互に連携・協力することにより両事業が効果的に活用されている都道府県もあることから、他の都道府県の取組状況等を参考に利用の促進を図られたい。 なお、病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防、子育て家庭等に対する相談支援を実施することとしているので、実施場所は自園でなければならない。		1093010	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
090090	病児・病後児保育の利用促進（職員配置基準の要件緩和）	・次世代育成支援対策交付金の交付対象事業及び評価基準について（平成19年1月22日雇児発第0122003号） ・「保育対策等促進事業の実施について」（H12.3.29児第247号厚生省児童家庭局長通知）	（オープン型）職員配置について、病後児保育・病児保育を専門に担当する職員として、看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師をいう。）を配置し、利用定員に応じて保育士等を配置することとしている。 （自園型）保育中に体調不良となった児童を保護者が迎えに来るまでの間、保育所の静養室等にて看護師等が安心・安全な体制で預かる事業	病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、職員配置基準の要件を緩和する。	（実施内容）人材活用の観点から、事業の実施にあたっては、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師や医療機関の看護師がオープン型や自園型に派遣できるよう、柔軟な対応を可能とする。また、オープン型は交付金、自園型は補助金、緊急サポートネットワーク事業は国からの団体委託事業とされ、看護師の有効活用などの連携が図れない制度となっていることから、各事業が連携して効果的に実施できる体制とする。 （理由） ・オープン型、自園型については、常勤看護師の配置が要件となっているが、利用者数が一定せず、利用者がいない場合でも配置が必要となるため、効率的な運営が難しい。 ・緊急サポートネットワーク事業、オープン型、自園型の各事業は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	―	○ 病児・病後児保育事業（オープン型）においては、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師や医療機関の看護師を派遣することが可能である。 ○ 一方で、病児・病後児保育事業（自園型）は、保育所登所後に、突発的な発熱等により体調不良となった子どもに対して、保護者が迎えに来るまでの間、看護師等が安全かつ安心な体制で預かる当日の緊急対応であること、及び、常日頃から、保育所の衛生管理・感染防止等に努める必要があることから、看護師等は保育所に常駐している必要があり、派遣による看護師で対応することはできない。 したがって、国の補助事業として、提案の様な事業実施体制をとることは困難である。	各々の補助金等の内容については理解するが、これらの補助金は「病児・病後児保育への対応」ということで、その趣旨を同じくしているものと思われる。そこで、各々の補助金の使い勝手を向上させるため、補助金の要件を見直すことはできないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	通園中の児童については、体調不良と確認されてから職員を派遣しても児童の安全確保及び保育士の負担軽減を図ることができると考えられるが、現行制度では常時、職員を配置する必要があることから、人件費負担が重く、実施が進んでいない。そこで、人の配置要件を緩和し、病児・病後児保育事業（オープン型）又は緊急サポートネットワーク担当職員を派遣することで、より効率的な病児・病後児保育を行うことができ、事業の推進を図ることができることから、要件を緩和する必要がある。	C	―	○ 病児・病後児保育事業（自園型）において、看護師を常時配置することの趣旨は、自園における体調不良児への対応のほか、健康な児童が体調不良とならないよう配慮するために、常日頃から保育所全体の衛生管理・感染防止等に努めることが必要であるためであり、体調不良児への対応のみを看護師が対応する事業ではないことから、要件緩和することは困難。 なお、オープン型及び自園型については、平成20年度より補助金の統合を行い、あわせて補助基準額等の見直しを行うこととしている。	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。	平成20年度予算案で病児・病後児保育事業（病児対応型・病後児対応型・体調不良児対応型）に統合されたが、人の配置基準については従来と大きく変わっていないことから、職員の相互利用を行うことにより更なる効率化が図られるよう職員配置要件の緩和を検討願いたい。	C	―	○ 病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全般の健康管理や感染症予防、子育て家庭等に対する相談支援を実施することとしているので、要件緩和は困難である。		1093020	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
090100	保育所入所要件の撤廃	児童福祉法 第24条第1項 第39条 児童福祉法施行令 第27条	保育所は日々保護者の委託を受けて、保育に欠ける乳幼児を保育する施設である。	特別の事情（待機児童がない地域、地域の保育所が「認定こども園」の認定を受けることが困難等）のある地域において、保護者の就労の有無等に関係なく、保育所へ入所することが可能となるよう、保育所入所要件（保育の実施基準）を撤廃する。	保育所への入所要件は、保護者が就労、疾病等で十分な保育が受けられない0歳から小学校入学前の乳幼児ということになっている。 一方、核家族化や地域のコミュニケーションの希薄化などにより、近年は、専業主婦家庭における育児不安や悩み等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れがあるなどの保育を必要とする乳幼児は、現行の制度では対応できない状況である。 また、非正規雇用者の増加やリストラ等による離職も多く見られる現在、親の就労状況の変化により、保育所に通えなくなることによって、児童の健全な幼児教育・保育環境が確保されない状況となる。 なお、認定こども園制度では、認可保育所・認可幼稚園以外の部分は、国制度の助成の対象とならないことから、その普及にも限界があると考えられる。 このため、全ての就学前児童が保育所を利用できるよう入所要件（保育の実施基準）の撤廃を行う必要がある。	C	Ⅰ	○ 「保育に欠ける」要件を見直すことについては、対象者の大幅な増大が予想され、それに見合う財源の確保が必要不可欠であることから慎重な検討が必要である。 ○ 現実に保育サービスの量的拡大が図られ、保育の受け皿が用意されなければ、すべての対象者にサービスが行き渡らず、保育の必要性の高い児童が保育サービスを利用できなくなるなど、大きな混乱が生じるおそれもある。 ○ 現行の保育所制度は、終日保育を行うことを前提とした施設であるが、それ以外の特別なニーズ（例えば、用事がある時に一時的に子どもを預かってほしいなど）に対しては、一時保育や特定保育などの各種の保育サービスを展開し、きめ細かく対応しているところ。必ずしもすべての保育ニーズを保育所の通常保育の部分で対応する必要はないのではないかと考えており、サービスを利用する子どもと保護者にとって、どのような形が望ましいのか、現在実施している各種の保育サービスの実施状況等も踏まえて考える必要がある。 ○ いずれにせよ、福祉施設としての性格から手厚い公費を投入している保育所について、仮に「保育に欠ける」要件を見直し、保育を必要とする者がだれでも利用できる施設にするならば、制度のそのものの性格、公費負担の在り方、就労と育児の両立の観点からの根本的な制度設計の議論が必要な課題であると考えている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	①全業種府専業主婦家庭における育児不安等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れがあるなど保育を必要とする乳幼児は、現行制度では対応できないこと等から、保育所の入所要件を撤廃する必要がある。②「保育に欠ける子・欠けない子」全てを受け入れることが出来る認定こども園については、全国で121施設の認定にとどまっているが、公費負担の在り方を含めて、今後の普及促進策について示されたい。③保育所制度のそのものの性格、公費負担の在り方等の保育制度についての議論を今後どのような方向性で行っていくのか、又どのようなスケジュールで行っていくのかを示されたい。	C	Ⅰ	○ 「保育に欠ける」要件を見直すことについては、対象者の大幅な増大が予想され、それに見合う財源の確保が必要不可欠であることから慎重な検討が必要である。 ○ 現実に保育サービスの量的拡大が図られ、保育の受け皿が用意されなければ、すべての対象者にサービスが行き渡らず、保育の必要性の高い児童が保育サービスを利用できなくなるなど、大きな混乱が生じるおそれもある。 ○ また、認定こども園制度については、地方公共団体や施設に対する（認定こども園運用上の課題、保護者等に好評な点、県独自に工夫した点などの）実態調査を、年度内にも実施したいと考えており、それらの調査を通じて把握した課題に対する改善方策等について、両省で検討を進めてまいりたい。 ○ なお、保育制度の検討については、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議の議論を踏まえ、包括的な次世代育成支援の制度的枠組みを構築していく中で検討していくこととなる。	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。	政府の規制改革会議の2次答申では、「包括的な次世代育成支援の枠組み」を構築していく中で、認定こども園の実施状況等を踏まえ、保育所の入所基準の見直しの可否について検討するとされているが、認定こども園の実施状況が進んでいない中で、認定こども園の実施状況をどのように調査し、検討する予定なのか今後のスケジュールとあわせて示されたい。	C	Ⅰ	○「保育に欠ける」要件の見直しについては、対象者の大幅な増大が予想されるため、サービス量が不足している現状の下では、 ・売り手市場のため、事業者が利用者を選別することとなり、障害児などの配慮を要する児童や低所得家庭の児童等の保育の必要度の高い児童が保育所を利用できなくなる ・財源が薄まきになり、保護者負担が増大する などの問題が生じることは容易に予想されるところであり、まずは、待機児童の解消を図るため、保育所受入児童数を拡大することが先決である。 上記の項目については、昨年12月に決定された規制改革会議の「規制改革推進のための第2次答申」において、「認定こども園の実施状況等を踏まえ、保育所の入所基準の見直しの可否について、包括的な次世代育成支援の枠組みを構築する中で検討」とされ、これを尊重する旨の閣議決定もされているところであり、これに沿って検討してまいりたい。 ○ また、認定こども園制度については、地方公共団体や施設に対する（認定こども園運用上の課題などの）実態調査を、今年度内にも実施したいと考えており、それらの調査を通じて把握した課題に対する改善方策等も含め、両省で検討を進めてまいりたい。		1093060	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
090110	臨床研修病院の指定基準の緩和	医師法第16条の2 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令	臨床研修病院の指定を受けるためには、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第6項に規定する指定の基準を満たす必要がある。	臨床研修病院の指定基準となっている「産婦人科を必修科目とする」等を初めとする要件を病院のおかれている事情により緩和してほしい。	新臨床研修制度が始まって以来、医師不足が深刻となっている地方自治体病院については、産婦人科医等が不在の場合も多く、そのため臨床研修病院として申請できないためさらに医師の確保に苦慮する悪循環に陥っている。特に市立根室病院においては、第2次医療圏の地域センター病院であっても産婦人科の医師がいない、有名無実の状態となっている。1人でも2人でも最低一年間は医師を確保できるよう配慮してほしい。	D	Ⅲ	病院において臨床研修に必要な診療科の一部を確保できない場合でも、当該病院が管理型臨床研修病院や協力型臨床研修病院として、他の医療機関と協力して指定申請を行うことは可能である。			D	Ⅲ				D	Ⅲ			1014010	個人	北海道	厚生労働省
090120	医師充足率を満たさない病院の診療報酬減額の特例	医師法 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）	医療法上の医師の配置標準を満たさない医療機関については、診療報酬における入院基本料が減額となる。	新医療研修制度導入のため、結果として医師充足率を満たさなくなったと思われる病院については、診療報酬減額を行わないでほしい。	新医療研修制度導入のため、特に地方の自治体病院においては、医育大学等からの派遣医師の引揚げにより医師の確保ができず、今後も医師充足率を満たすことが困難であることが予想される。このことから、過去の医師確保状況と比較し、明らかに新医療研修制度導入に起因し医師不足が生じたと確認できる病院においては、診療報酬の減額を行わないでいただきたい。	C	Ⅲ	「明らかに臨床研修制度の導入により医師不足が起こった医療機関」を特定するのは困難である上、そもそも医療法における医師の配置標準については、適切な医療の提供を行うために設定しているものであり、これを下回るものについては、提供される医療サービスの質の確保が図れない可能性があることから、診療報酬における入院基本料の減額措置を講じているところである。このため、御指摘のような医療機関全てに対して、診療報酬の減額措置の緩和を行うことは困難である。なお、地域や診療科において、医師の確保が困難になっている現状に対応し、本年5月末には政府・与党で「緊急医師確保対策」をとりまとめ、現在、この対策の具体化を進め、医師確保に努めているところ。			C	Ⅲ				C	Ⅲ			1014020	個人	北海道	厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	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・関係官庁
090130	高度先進医療の国際的交流(教育、医療) 【求める措置の具体的内容①について】 （①我々が小児心臓疾患、特に新生児複雑心疾患の治療や高度先進医療を、東南アジアや発展途上国を中心とした国々の医師だけでなく医療チームの一員である看護師、MEなどすべての医療関係者に教育、臨床研修できるよう規制緩和をしていただきたい。）	外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律	医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入国した外国医師若しくは外国歯科医師または外国看護師等が医業もしくは歯科医業又は保健師助産師看護師法第5条に規定する業等を行うことができるように、医師法第17条及び歯科医師法第17条並び保健師助産師看護師法第31条第1項等の特例等を定めている。	①我々が小児心臓疾患、特に新生児複雑心疾患の治療や高度先進医療を、東南アジアや発展途上国を中心とした国々の医師だけでなく医療チームの一員である看護師、MEなどすべての医療関係者に教育、臨床研修できるよう規制緩和をしていただきたい。②また日本語研修の必修義務を廃止していただきたい。③さらに、これらの治療に対し金銭面での自由診療的裁量が出来るような措置を講じていただきたい。 上記事項が可能になるよう、岡山大学心臓血管外科を中心とした循環器治療部門を医療特区として申請いたします。【別添補足資料参照】	岡山大学医学部心臓血管外科では以前より東南アジアを中心に心臓血管外科手術の技術指導を行ってきました。インドネシア国ジャカルタ心臓病センター、やフィリッピン心臓病センターなどです。小児心臓疾患に対する外科治療を主に、その他大動脈瘤、弁形成術など日本が、そして我々が進んでいる心臓手術分野のデモンストレーション、教育が主たる目的でした。 ２－３年前より心臓外科医の教育だけでなく、麻酔医、小児循環器医、循環器内科医、人工心肺技師、看護師など循環器治療に携わるすべての部門の専門家の教育、研修を熱望されるようになりました。ご存知のように心臓病治療、手術は1人の力で出来るものではなく、治療に携わるチーム全員の力、技術が無いと成功しません。すべてはチームワークとチーム力なのです。 平成１６年より、外国人医師の日本での臨床研修に門戸は少しずつ開かれてきましたが、未だ十分とは言えません。さらに看護師や人工心肺技師などの医療従事者に対する臨床研修には多くの制約が存在するのは明らかです。東南アジア、中国を始め多くの国のこれらの医療関係者は日本でのそして岡山大学での臨床研修を強く望んでいます。今までのように我々がそれぞれの国に行って手術や治療をすることも大切なことではありますが、岡山大学で彼ら・彼女らをトレーニングするほうがより充実した研修と効果を与えることが出来るのは誰の目にも明らかです。 四肢の壊死などに対するうじ虫治療など、我々にしかない高度先進医療を、わが国だけでなく、東南アジアを初めとする多くの国の患者様に提供することも我々医療人の勤めであり、使命であると思われます。またこれ以外の高度医療も、現在の我が国の規制下では十分な提供は出来ず、これでは真の国際貢献は出来ません。【別添補足資料参照】	D	Ⅰ	平成18年の医療法等の改正に伴い、臨床修練制度の対象職種の拡大が行われたところであり、平成19年4月より従来の医師・歯科医師に加え、新たに看護師を始めとしたコメディカルについても臨床修練制度の対象職種とされたところであり、当該制度を活用することで、御提案は実現可能である。	貴省回答において「平成19年4月より従来の医師・歯科医師に加え、新たに看護師を始めとしたコメディカルについても臨床修練制度の対象職種とされたところ」とあるが、提案者の言う"人工心肺技師"も対象職種に含まれると解してよろしいか。		D	Ⅰ	御提案中「人工心肺技師」が何を指すのか明らかではないが、診療の補助として、生命維持管理装置（人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替し、又は補助することが目的とされている装置）の操作を行う職種(臨床工学技士)に相当する資格を有するのであれば、臨床修練の対象となるものである。			D	Ⅰ			1030010	岡山大学心臓血管外科、循環器治療部	岡山県	厚生労働省
090140	高度先進医療の国際的交流(教育、医療) 【求める措置の具体的内容②について】 （②また日本語研修の必修義務を廃止していただきたい。）	外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律第3条第4号	臨床修練の許可の基準として、臨床修練を行うのに支障のない程度に日本語、中国語、フランス語、ロシア語、英語、スペイン語又はドイツ語を理解し、使用する能力を有していることを求めている。	①我々が小児心臓疾患、特に新生児複雑心疾患の治療や高度先進医療を、東南アジアや発展途上国を中心とした国々の医師だけでなく医療チームの一員である看護師、MEなどすべての医療関係者に教育、臨床研修できるよう規制緩和をしていただきたい。②また日本語研修の必修義務を廃止していただきたい。③さらに、これらの治療に対し金銭面での自由診療的裁量が出来るような措置を講じていただきたい。 上記事項が可能になるよう、岡山大学心臓血管外科を中心とした循環器治療部門を医療特区として申請いたします。【別添補足資料参照】	岡山大学医学部心臓血管外科では以前より東南アジアを中心に心臓血管外科手術の技術指導を行ってきました。インドネシア国ジャカルタ心臓病センター、やフィリッピン心臓病センターなどです。小児心臓疾患に対する外科治療を主に、その他大動脈瘤、弁形成術など日本が、そして我々が進んでいる心臓手術分野のデモンストレーション、教育が主たる目的でした。 ２－３年前より心臓外科医の教育だけでなく、麻酔医、小児循環器医、循環器内科医、人工心肺技師、看護師など循環器治療に携わるすべての部門の専門家の教育、研修を熱望されるようになりました。ご存知のように心臓病治療、手術は1人の力で出来るものではなく、治療に携わるチーム全員の力、技術が無いと成功しません。すべてはチームワークとチーム力なのです。 平成１６年より、外国人医師の日本での臨床研修に門戸は少しずつ開かれてきましたが、未だ十分とは言えません。さらに看護師や人工心肺技師などの医療従事者に対する臨床研修には多くの制約が存在するのは明らかです。東南アジア、中国を始め多くの国のこれらの医療関係者は日本でのそして岡山大学での臨床研修を強く望んでいます。今までのように我々がそれぞれの国に行って手術や治療をすることも大切なことではありますが、岡山大学で彼ら・彼女らをトレーニングするほうがより充実した研修と効果を与えることが出来るのは誰の目にも明らかです。 四肢の壊死などに対するうじ虫治療など、我々にしかない高度先進医療を、わが国だけでなく、東南アジアを初めとする多くの国の患者様に提供することも我々医療人の勤めであり、使命であると思われます。またこれ以外の高度医療も、現在の我が国の規制下では十分な提供は出来ず、これでは真の国際貢献は出来ません。【別添補足資料参照】	E	Ⅰ	御指摘の「日本語研修の必修義務」が何を指すのか明らかではないが、臨床修練の許可を与えるための基準として、臨床修練を行うのに支障のない程度の語学能力を求めているが、日本語・中国語・フランス語・ロシア語・英語・スペイン語・ドイツ語のうち、いずれかの言語で語学能力を有していれば、語学能力についての基準を満たすこととなり、特段日本語の語学能力を必修として求めているものではない。			E	Ⅰ				E	Ⅰ			1030011	岡山大学心臓血管外科、循環器治療部	岡山県	厚生労働省
090150	高度先進医療の国際的交流(教育、医療) 【求める措置の具体的内容③について】 （③さらに、これらの治療に対し金銭面での自由診療的裁量が出来るような措置を講じていただきたい。）		公的保険が適用されない自由診療に関して、費用負担などについて特段の規定は設けられていないところである。	①我々が小児心臓疾患、特に新生児複雑心疾患の治療や高度先進医療を、東南アジアや発展途上国を中心とした国々の医師だけでなく医療チームの一員である看護師、MEなどすべての医療関係者に教育、臨床研修できるよう規制緩和をしていただきたい。②また日本語研修の必修義務を廃止していただきたい。③さらに、これらの治療に対し金銭面での自由診療的裁量が出来るような措置を講じていただきたい。 上記事項が可能になるよう、岡山大学心臓血管外科を中心とした循環器治療部門を医療特区として申請いたします。【別添補足資料参照】	岡山大学医学部心臓血管外科では以前より東南アジアを中心に心臓血管外科手術の技術指導を行ってきました。インドネシア国ジャカルタ心臓病センター、やフィリッピン心臓病センターなどです。小児心臓疾患に対する外科治療を主に、その他大動脈瘤、弁形成術など日本が、そして我々が進んでいる心臓手術分野のデモンストレーション、教育が主たる目的でした。 ２－３年前より心臓外科医の教育だけでなく、麻酔医、小児循環器医、循環器内科医、人工心肺技師、看護師など循環器治療に携わるすべての部門の専門家の教育、研修を熱望されるようになりました。ご存知のように心臓病治療、手術は1人の力で出来るものではなく、治療に携わるチーム全員の力、技術が無いと成功しません。すべてはチームワークとチーム力なのです。 平成１６年より、外国人医師の日本での臨床研修に門戸は少しずつ開かれてきましたが、未だ十分とは言えません。さらに看護師や人工心肺技師などの医療従事者に対する臨床研修には多くの制約が存在するのは明らかです。東南アジア、中国を始め多くの国のこれらの医療関係者は日本でのそして岡山大学での臨床研修を強く望んでいます。今までのように我々がそれぞれの国に行って手術や治療をすることも大切なことではありますが、岡山大学で彼ら・彼女らをトレーニングするほうがより充実した研修と効果を与えることが出来るのは誰の目にも明らかです。 四肢の壊死などに対するうじ虫治療など、我々にしかない高度先進医療を、わが国だけでなく、東南アジアを初めとする多くの国の患者様に提供することも我々医療人の勤めであり、使命であると思われます。またこれ以外の高度医療も、現在の我が国の規制下では十分な提供は出来ず、これでは真の国際貢献は出来ません。【別添補足資料参照】	E	—	本要望について、医療法等で特段規制しているわけではない。	自由診療範囲内で行う前提条件において、うじ虫治療などの高度先進医療を、日本人・外国人問わず、行うことは、特段規制されていないと解してよろしいか。		E	—	保険診療との併用など、医療保険の枠組みの下で行わない限り、特段規制しているわけではない。			E	—			1030012	岡山大学心臓血管外科、循環器治療部	岡山県	厚生労働省
090160	先端医療広域連携（クラスター）特区実現のための規制緩和（先進医療（混合医療）に関する規制緩和）	健康保険法（大正１１年法律第８０号） 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成１８年厚生労働省告示第４９５号） 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（平成１８年厚生労働省告示第５７４号）	我が国の医療保険制度においては、保険診療と保険外診療を併用することは原則として禁止している。 薬事法上の治験や、一定の安全性、有効性等の認められた先進的な医療技術等については、今後保険導入のための議論を行う評価療養として、例外的に保険診療との併用を認めているものである。	先端医療広域連携（クラスター）特区で、先端医療に関する研究開発と臨床試験／治験に特化した病院／研究所／大学院大学から成るアジアにおける先端医療ハブを産学官民連携で運営し、ロボット医療／バイオ医療を中心として、高齢化社会における医療崩壊を解決可能な、先端医療の実用化を促進する。そのためには、先進医療（混合医療）に関する規制緩和を必要とする。	医療技術の迅速な発展にもかかわらず、高齢化社会における新たな難病や生活習慣病の出現により、生活の質が脅かされている。同時に医療従事者の不足や保険制度の不安定化などによる医療崩壊の到来により、医療システムの改革が求められている。先端医療の研究開発と迅速な実用化は、上記の問題を解決するために必須であり、臨床試験／治験に特化した医療を行なう先端医療病院はアジアにおける学際的ハブセンターとしてきわめて重要である。私どもはロボット技術を病院に導入し、先端医療病院の一部をロボット化病院とし、ロボット医療／バイオ医療を中心とした先端医療の研究開発と臨床試験／治験を迅速に推進し、医療／産業／社会のそれぞれに貢献する。コアとなる病院／研究所／大学院大学はスリム化し、1都道府県にとどまらずに最適の連携機関と広域連携し、特区における規制緩和の基で、研究開発と実用化を迅速に行なう。本事業により、1）未認可薬、医療技術の迅速な実用化　2）高度技術を有する医療従事者の育成　3）ベンチャー企業を含む新産業の創成　4）新しい医療システムの構築　5）保険制度の安定化　などの効果が国内的に認められ、また国際的にはアジアにおける先端医療ハブとして海外からの患者、外国人医療従事者の窓口として、国際競争力を有する医療機関としての知名度が上がると考えられる。	D	Ⅲ	御要望の趣旨が不明であるが、保険との併用を希望される療養について、薬事法上の治験、先進医療等として認められることで、保険との併用が可能となるものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	厚生労働省が特定療養または先進医療として、「一定の安全性、有効性等認められた先進医療技術」を一部認可するのは了解している。しかし、我々はアジアにおける先端医療ハブとして開発した医療技術や治験の迅速な実用化を目指している。従って、新たに開発された医療技術の第1相からの臨床試験及び未承認医薬品の第1相からの治験を特区内での実施する場合、都道府県または特区内の審査機関での裁量で先進医療（混合医療）が行なえるように求める	C	Ⅲ	我が国の医療保険制度においては、 ・　保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化し、患者の負担が不当に拡大するおそれがあること ・　安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまうことにより、科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれがあること から混合診療を禁止し、一定のルールの下で保険診療と保険外診療の併用を認めているものである。 御指摘の先進医療及び治験については、 ・　先進医療については、各医療技術ごとに、先進医療専門家会議において、各分野の専門家による審査を行い、実施医師及び実施医療機関の基準を設けることで、一定の安全性、有効性等が担保されていること ・　治験については、薬事法に基づく承認に必要な臨床試験に関するデータの収集を目的とするものであり、またその実施にあたっては、日米欧で合意された基準に基づき実施されるものであること から、将来的に保険導入の検討を行うものとしての評価療養に位置付け、例外的に保険との併用を認めているものである。 このため、御要望のように、安全性、有効性等の確立していない研究等について保険との併用を認めることは極めて困難である。	貴省回答において、「先進医療については、各医療技術ごとに、先進医療専門家会議において、各分野の専門家による審査を行い、…（中略）…、評価療養に位置付け、例外的に保険との併用を認めているものである。」とあるが、実際にどのくらいの医療技術が保険との併用を認められているのか、ご教授願いたい。 また、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。	国の策定する先進医療審査委員会にて認められた医療技術のみを先進医療技術と認め、いわゆる混合医療が可能となる現在の仕組みでは、我々が構想する先端医療センターで、新たに開発され、有効性までが一部確認された医療技術や医療材料、医療機器を用いた先端医療を待ち望む患者が先進医療として享受する機会は明らかに延期され、場合によっては自由診療として、全額負担により医療を受ける必要が生じる。従って私どもは、ある一定の基準を満たす特区内審査委員会での審査または都道府県での審査により、患者が先進医療として混合医療を受ける権利を得ることが可能となるシステムを提案いただきたい。	C	Ⅲ	我が国の医療保険制度においては、 ・　保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化し、患者の負担が不当に拡大するおそれがあること ・　安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまうことにより、科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれがあること から混合診療を禁止し、一定のルールの下で保険診療と保険外診療の併用を認めているものである。 御指摘の先進医療ついては、医療機関から届出のあった医療技術について、届出から原則90日以内に先進医療専門家会議において各分野の専門家による審査を行い、各医療技術について実施医師及び実施医療機関の基準を設けることで、一定の安全性、有効性等が担保されていることから、将来的に保険導入の検討を行うものとしての評価療養に位置付けて、例外的に保険との併用を認めているものである。 御要望のように、各地域において先進医療の基準を審査し、地域ごとに異なる先進医療を設定する仕組みについては、審査における安全性、有効性等の基準が各地域でばらつくことで、 ・　同じ医療技術であっても地域によって先進医療として認められないなど、地域ごとに受けられる医療に不平等生じるおそれがあること ・　安全性、有効性等が十分確認されていない医療技術が特定の地域で患者に対して提供される可能性があること など、いつでも、どこでも、誰でも必要かつ適切な医療を受けられるという、国民皆保険制度の理念に反する場合が想定されることから、困難であると考えている。 なお、平成20年1月1日現在で、125の先進医療を、延べ980の医療機関で実施することが認められており、安全性及び有効性が担保された先進的な医療技術について、保険併用を希望される患者のニーズに応えているものと考えている。		1083010	特定非営利活動法人先端医療推進機構	愛知県	厚生労働省
090170	先端医療広域連携（クラスター）特区実現のための規制緩和（ロボットによる医療行為を含む病院内使用の適法化）	医師法第１７条	医師でなければ、医業をしてはならない	先端医療広域連携（クラスター）特区で、先端医療に関する研究開発と臨床試験／治験に特化した病院／研究所／大学院大学から成るアジアにおける先端医療ハブを産学官民連携で運営し、ロボット医療／バイオ医療を中心として、高齢化社会における医療崩壊を解決可能な、先端医療の実用化を促進する。そのためには、ロボットによる医療行為を含む病院内使用の適法化を必要とする。	医療技術の迅速な発展にもかかわらず、高齢化社会における新たな難病や生活習慣病の出現により、生活の質が脅かされている。同時に医療従事者の不足や保険制度の不安定化などによる医療崩壊の到来により、医療システムの改革が求められている。先端医療の研究開発と迅速な実用化は、上記の問題を解決するために必須であり、臨床試験／治験に特化した医療を行なう先端医療病院はアジアにおける学際的ハブセンターとしてきわめて重要である。私どもはロボット技術を病院に導入し、先端医療病院の一部をロボット化病院とし、ロボット医療／バイオ医療を中心とした先端医療の研究開発と臨床試験／治験を迅速に推進し、医療／産業／社会のそれぞれに貢献する。コアとなる病院／研究所／大学院大学はスリム化し、1都道府県にとどまらずに最適の連携機関と広域連携し、特区における規制緩和の基で、研究開発と実用化を迅速に行なう。本事業により、1）未認可薬、医療技術の迅速な実用化　2）高度技術を有する医療従事者の育成　3）ベンチャー企業を含む新産業の創成　4）新しい医療システムの構築　5）保険制度の安定化　などの効果が国内的に認められ、また国際的にはアジアにおける先端医療ハブとして海外からの患者、外国人医療従事者の窓口として、国際競争力を有する医療機関としての知名度が上がると考えられる。	D	Ⅰ	ご提案のロボットが何を指すのか必ずしも明らかではないが、ロボットを使用することにより医行為を行うのであれば、医師等が行う必要がある。	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。	手術のような医師の診療にかかわるロボットを、医師の管理下で用いるのは当然と考える。我々は、今回、手術や診療のみならず看護、検査、リハビリ、事務サービスを含む病院機能支援ロボットの包括的病院内実証実験に関する規制緩和を求めており、必ずしも手術ロボットだけを想定するものではない。従って、特区病院のロボットは、医師の裁量で用いることができるように求める。	D	Ⅰ	ご提案のロボットが何を指すのか必ずしも明らかではないが、ロボットを使用することにより診療の補助等を行うのであれば、看護師をはじめとする必要な資格を有する医療従事者が行う必要がある。	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。	我々は、医師および看護師などの医療資格者不足による医療現場の崩壊を解決するための手段として、医療支援ロボットの研究開発と実証試験を計画している。医療支援とは、手術を含めた診療、看護、検査、リハビリ、薬剤、医療事務などの医療従事者に対する支援を総称する。以上のような医療支援ロボットの病院内利用を認めて頂きたい。	D	Ⅰ	ご提案のロボットを使用した医療支援が何を指すのか必ずしも明らかではないが、ロボットを使用することにより医療行為等を行うのであれば、人の生命・身体に重大な影響を及ぼす行為である以上、医師をはじめとする必要な資格を有する医療従事者が行う必要がある。		1083011	特定非営利活動法人先端医療推進機構	愛知県	厚生労働省
090180	先端医療広域連携（クラスター）特区実現のための規制緩和（治験および先進医療専門病院の病床規制の除外）	医療法第30条の4第2項第12号 医療法第30条の11 医療法第30条の4第7項 医療法施行令第5条の4 医療法施行規則第30条の32の2	都道府県知事は医療計画に基づき、二次医療圏ごとに基準病床数を算定することとなっている。（法第30条の4第2項第12号） この基準病床数は、地域ごとにどの程度の病床数を整備すべきかという整備目標として位置づけられるとともに、それ以上の病床の増加を抑制する基準となっている。（法第30条の11） なお、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合でも必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。（法第30条の4第7項） 対象となる病床として、がんの専門病床等13種類が規定され、そのなかの1つとして「第Ⅰ相臨床試験に係る病床」が規定されている。（医療法施行令第5条の4、医療法施行規則第30条の32の2）	先端医療広域連携（クラスター）特区で、先端医療に関する研究開発と臨床試験／治験に特化した病院／研究所／大学院大学から成るアジアにおける先端医療ハブを産学官民連携で運営し、ロボット医療／バイオ医療を中心として、高齢化社会における医療崩壊を解決可能な、先端医療の実用化を促進する。そのためには、治験および先進医療専門病院の病床規制の除外を必要とする。	医療技術の迅速な発展にもかかわらず、高齢化社会における新たな難病や生活習慣病の出現により、生活の質が脅かされている。同時に医療従事者の不足や保険制度の不安定化などによる医療崩壊の到来により、医療システムの改革が求められている。先端医療の研究開発と迅速な実用化は、上記の問題を解決するために必須であり、臨床試験／治験に特化した医療を行なう先端医療病院はアジアにおける学際的ハブセンターとしてきわめて重要である。私どもはロボット技術を病院に導入し、先端医療病院の一部をロボット化病院とし、ロボット医療／バイオ医療を中心とした先端医療の研究開発と臨床試験／治験を迅速に推進し、医療／産業／社会のそれぞれに貢献する。コアとなる病院／研究所／大学院大学はスリム化し、1都道府県にとどまらずに最適の連携機関と広域連携し、特区における規制緩和の基で、研究開発と実用化を迅速に行なう。本事業により、1）未認可薬、医療技術の迅速な実用化　2）高度技術を有する医療従事者の育成　3）ベンチャー企業を含む新産業の創成　4）新しい医療システムの構築　5）保険制度の安定化　などの効果が国内的に認められ、また国際的にはアジアにおける先端医療ハブとして海外からの患者、外国人医療従事者の窓口として、国際競争力を有する医療機関としての知名度が上がると考えられる。	D	Ⅰ	求める措置の具体的な内容が定かではないが、左欄の制度の現状にも記載したとおり、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合でも必要に応じ例外的に（都道府県知事の勧告が行われることなく）整備できるものとされている。（法第30条の4第7項） 対象となる病床として、がんの専門病床等13種類が規定され、そのなかの1つとして「第Ⅰ相臨床試験に係る病床」が規定されている。（医療法施行令第5条の4、医療法施行規則第30条の32の2） したがって提案されている病院が第Ⅰ相臨床試験を行うものであれば、都道府県知事から厚生労働大臣への協議を経たうえで、病床規制の例外として整備することができる。	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。	我々は、治験及び臨床試験専門病院として、「第1相臨床試験」に限らず『第2、3相臨床試験』に対しても、病床規制の撤廃を求めている。なお、厚生労働省の認可を必要とする規制を緩和し、都道府県の裁量で、特区内では整備できるようにしていただきたい。	B－2	Ⅲ	第Ⅱ相、第Ⅲ相の臨床試験は患者を対象とするものであるが、第Ⅰ相臨床試験に係る病床と同様に、基準病床制度における特例病床とする省令改正を行う。			B－2	Ⅲ			1083012	特定非営利活動法人先端医療推進機構	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	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「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・関係官庁
090190	先端医療広域連携（クラスター）特区実現のための規制緩和（医療従事者の資格（外国人医師等）の医療従事制限の緩和）	外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律	医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入国した外国医師若しくは外国歯科医師または外国看護師等が医業もしくは歯科医業又は保健師助産師看護師法第5条に規定する業等を行うことができるように、医師法第17条及び歯科医師法第17条並びに保健師助産師看護師法第31条第1項等の特例等を定めている。	先端医療広域連携（クラスター）特区で、先端医療に関する研究開発と臨床試験／治験に特化した病院／研究所／大学院大学から成るアジアにおける先端医療ハブを産学官民連携で運営し、ロボット医療／バイオ医療を中心として、高齢化社会における医療崩壊を解決可能な、先端医療の実用化を促進する。そのためには、外国人医師による高度医療の研究または研修を可能とし、日本人医師の管理下で医療行為を認めることが必要である。	医療技術の迅速な発展にもかかわらず、高齢化社会における新たな難病や生活習慣病の出現により、生活の質が脅かされている。同時に医療従事者の不足や保険制度の不安定化などによる医療崩壊の到来により、医療システムの改革が求められている。先端医療の研究開発と迅速な実用化は、上記の問題を解決するために必須であり、臨床試験／治験に特化した医療を行なう先端医療病院はアジアにおける学際的ハブセンターとしてきわめて重要である。私どもはロボット技術を病院に導入し、先端医療病院の一部をロボット化病院とし、ロボット医療／バイオ医療を中心とした先端医療の研究開発と臨床試験／治験を迅速に推進し、医療／産業／社会のそれぞれに貢献する。コアとなる病院／研究所／大学院大学はスリム化し、1都道府県にとどまらずに最適の連携機関と広域連携し、特区における規制緩和の基で、研究開発と実用化を迅速に行なう。本事業により、1）未認可薬、医療技術の迅速な実用化　2）高度技術を有する医療従事者の育成　3）ベンチャー企業を含む新産業の創成　4）新しい医療システムの構築　5）保険制度の安定化　などの効果が国内的に認められ、また国際的にはアジアにおける先端医療ハブとして海外からの患者、外国人医療従事者の窓口として、国際競争力を有する医療機関としての知名度が上がると考えられる。	D	Ⅰ	医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入国した外国医師等が、臨床修練指定病院において、臨床修練指導医の実地の指導監督の下、医療行為を行うことは現在でも可能である。	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。	回答にある「臨床修練専門病院」の指定条件が不明ではあるが、我々が行なう先端医療技術は臨床修練技能に相当しないと予想される。従って、たとえば再生医療技術の習得やロボット手術の習得などを我々の特区では臨床修練として認めていただく必要がある。なお、臨床修練にともなう診療の対価が禁じられているが、卒後臨床研修医でも診療の対価を得る権利があるので、この部分の規制緩和は必要である。	一部D 一部C	Ⅰ	臨床修練制度は、医療に関する知識及び技能の修得を目的として行われるものであり、適切な臨床修練指導医の実地の指導監督の下に行うのであれば、御提案のような内容について研修することを特に禁止しているものではない。 なお、臨床修練制度は就労を目的とするものではないため、原則として外国医師に報酬を支給することはできないが、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ことは可能である。			一部D 一部C	Ⅰ			1083013	特定非営利活動法人先端医療推進機構	愛知県	法務省 厚生労働省
090200	留学・研修経験のある外国人医師のへき地医療特区又はへき地における規制緩和	医師法第2条 医師法第13条第3号 外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律	医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。 外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で厚生労働大臣が認定したものは、医師国家試験を受けることができる。 医療に関する知識及び技能の修得を目的として本邦に入国した外国医師若しくは外国歯科医師または外国看護師等が医業もしくは歯科医業又は保健師助産師看護師法第5条に規定する業等を行うことができるように、医師法第17条及び歯科医師法第17条並びに保健師助産師看護師法第31条第1項等の特例等を定めている。	日本に留学・研修した経験のある、日本の医師と同等の技能を有する外国人医師が、へき地等の医師不足地域において医療行為に従事することを可能にする。	地方における医師確保は医師不足地域において、優先度の最も高い政策課題の1つとなっている。特に、医師の専門医志向や大病院志向による都市部への集中、卒後臨床研修導入後の研修医の都市部への流出などの影響で、医師の偏在が拡大しており、へき地等の条件不利地域における医師不足の状況は悪化の一途をたどり、勤務医の就業条件は過酷を極めているとともに、地域住民への医療供給体制に重大な影響が生じている。 現在、日本の医師免許をもたない外国人医師は、日本国内での医療行為は認められていない。一方、日本は、毎年多くの医療技術を学ぶ外国人留学生、研修生を受け入れており、日本の生活文化や医療環境に慣れ親しんだ経験を持つ外国人医師が、世界各国で医師として活躍しているが、これらの留学経験等のある医師は、日本の医療環境にも適応でき、へき地医療拠点病院等においても地域医療を担う医師としての活躍が期待できる。 医師は、高度な専門的知識、技能を有することを求められるため、日本で医療活動を行うにあたっては、日本の専門医に相当する医療技術を有することについて、医療関係者による評価を行うことにより、医療技術を担保する。 現在国では、緊急臨時的な医師派遣制度を構築するなど、地方の医師不足解消に御尽力いただいているが、「臨時的」である上に、派遣人数についても限定された人数となっている。 本特区もしくは規制緩和の実施を行うことで、へき地等における医師不足解消の一助となることが期待される。 （別紙　補足資料あり）	D	Ⅰ	地域で必要な医師を確保する観点から、医師の地域定着を促進する施策の推進は重要と考えており、御提案のように、地元の大学や病院において留学・研修経験のある外国人医師に活躍していただけるような環境を整備することは有意義な方策の一つと考えている。 御提案については、日本の医師国家試験の受験資格の認定や臨床修練制度の活用等により実施可能なものであり、県においてもこれらの制度を外国人医師が積極的に利用できるよう、外国人医師の方に対する支援を合わせて講じるなど、必要な措置に取り組んでいただきたい。	外国人医師が、外国の医師免許は有しているが、日本の医師免許を取得していない場合に、日本の医師免許を取らずに日本国内で医療行為を行うことを可能とする余地はないのか。提案の実現に向けた方策を再度検討し、回答されたい。 また、臨床修練制度の場合、臨床修練は臨床修練指定医療機関において実施されるものと理解しているが、当該指定医療機関はどのくらい存在するのか。提案者の地域においてはどうか。合わせて、回答されたい。 さらに加えて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	外国人医師は、医療技術を有するにもかかわらず医師国家試験の免許取得の要件が厳しく合格者数が少ないことから、免許取得を前提としない提案をしたところであります。また、研修を主な目的とする臨床修練制度には、①指導医の実地の指導監督のもとでの医療従事が前提で、医師充足としての効果が極めて少ない②原則報酬の支給が認められていない③許可の期間が2年　などの制約があり、医師確保対策として活用困難です。へき地等における医師確保は喫緊の課題であり、留学・研修経験を有し、日本人と同等の医療技術と一定の日本語能力を有する外国人医師の活用が可能となる本県の提案を、即効性のある対策として再度検討願います。	D	Ⅰ	御指摘のような制度として臨床修練制度があり、この臨床修練制度においては、医療に関する研修等を目的として来日した外国人医師が、指定病院において、日本人の指導医の指導監督の下で行うなど、一定の条件を満たす場合には、日本の医師免許を受けなくとも医療行為が認められているところ。 従って御提案の内容については、こうした現行制度を効果的に活用することで実現可能であり、県においても外国人医師を支援し、現行制度の活用を促すために必要な措置に取り組んでいただきたい。 なお、臨床修練病院は、必要に応じて一定の基準に基づき、適時指定されるものであるが、平成19年11月末現在、338病院が指定を受けており、このうち新潟県に所在するものは7病院である。	貴省回答において、「御提案の内容については、こうした現行制度を効果的に活用することで実現可能であり、」と、臨床修練制度の活用によって提案の実現が可能とあるが、右の提案主体からの意見を踏まえると実現可能と言い切れないのではないか。 右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し、回答されたい。	臨床修練制度は研修を主な目的としており、前回述べたように、①指導医の実地の指導監督のもとでの医療従事が前提、②原則報酬の支給が認められていない、③ 許可の期間が2年　などの制約があり、医師確保対策としては活用困難です。 従って、医師確保対策として臨床修練制度を活用できるよう、へき地等の医療機関において、①オンコール体制での指導を可とする、②教授目的以外の場合も報酬の支給を認める、③許可の期間を延長する、④臨床修練病院の指定基準を緩和する　等の措置を検討願います。	D	Ⅰ	御提案の内容については、臨床修練制度を効果的に活用することで実現可能であり、県においても外国人医師を支援し、現行制度の活用を促すために必要な措置に取り組んでいただきたい。 具体的には、例えば外国人医師への支援として、臨床修練を目的として来日する外国人医師に対し、県において独自に奨学金等を給付することは可能であり、こうした取組等により、現行制度のさらなる活用に努めていただきたい。 また、臨床修練の許可については、更新は禁止されておらず、条件を満たす限りは更新は可能であるほか、臨床修練病院の指定基準は、臨床修練を行うのに必要な体制を備えているかという観点から、大学病院や臨床研修病院等やこれらと同等の機能を有する病院であることを求めているものであり、新潟県においても現に7病院が指定されているところであるが、提案者のさらなる具体的なご要望をうかがいながら、どのような対応が可能かを含め検討してまいりたい。 臨床修練を行う外国人医師を指定病院において活用していただくことにより、当該病院において他の医師の業務負担を軽減することが可能であり、病院からのへき地等への医師派遣等地域医療への一層の貢献を行う余地が増大するものであり、臨床修練制度の効果的な活用等も地域医療の充実策となるものであると考えられる。 なお、臨床修練は、医師免許を有しない者が医療行為を行うことを特例的に認める制度であることに鑑み、医療安全の観点から、臨床修練指導医の実地の指導監督の下において行う必要があり、すべてオンコール体制で指導監督を行うことを可とすることは困難であると考えている。		1024010	新潟県	新潟県	法務省 厚生労働省
090210	医学部入学定員要件の緩和	「新医師確保総合対策」（平成18年8月31日、地域医療に関する関係省庁連絡会議） 「緊急医師確保対策について」（平成19年5月31日、政府・与党） 「緊急医師確保対策」に関する取組について（平成19年8月30日地域医療に関する関係省庁連絡者会議）	医師不足が特に深刻と認められる10県において、平成20年度から最大10年に限り10名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の医師養成数の増を認める。	「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）の内容を踏まえ、人口に比して国公立大学医学部等の定員が少ない県に対して、定員の暫定的な調整を容認し、現定員とは別枠の定員を認める。	（実施内容） 県が養成するへき地医療従事を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とすることにより、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事を前提とした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金返還を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該圏域の医療機関へ派遣する。 （提案理由） 平成16年の人口100万人当たりの医学部定員は全国平均59.7人に対して本県は35.8人（全国41位）と非常に低位にあり、本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	—	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	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。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、･･定員の暫定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。	D	—	前回回答でも申し上げたとおり、平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	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。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「緊急医師確保対策」により、全都道府県で医師養成数5名増が認められたことは承知している。 ○それとは別に、10道県で医師養成増を認めた「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）の内容を踏まえた提案の実現を求めているところであり、本県の実情に鑑み、提案の実現を図っていただきたい。	D	—	前回回答及び前々回回答でも申し上げたとおり、平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。		1093040	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
090220	医学部入学定員要件の緩和	「新医師確保総合対策」（平成18年8月31日、地域医療に関する関係省庁連絡会議） 「緊急医師確保対策について」（平成19年5月31日、政府・与党） 「緊急医師確保対策」に関する取組について（平成19年8月30日　地域医療に関する関係省庁連絡者会議）	医師不足が特に深刻と認められる１０県において、平成２０年度から最大１０年に限り１０名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の医師養成数の増を認める。	新医師確保総合対策での大学医学部定員増の基準を2次保健医療圏毎に算定し、基準を満たす地域に新たに派遣する医師については、現定員とは別枠の定員を認める。	（実施内容） 県が養成するへき地医療従事を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とすることにより、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事を前提とした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金返還を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該圏域の医療機関へ派遣する。 （提案理由） 本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	—	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	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。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、･･定員の暫定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。	D	—	前回回答でも申し上げたとおり、平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	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。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「緊急医師確保対策」により、全都道府県で医師養成数5名増が認められたことは承知している。 ○それとは別に、10道県で医師養成増を認めた「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月28日）の内容を踏まえた提案の実現を求めているところであり、本県の実情に鑑み、提案の実現を図っていただきたい。	D	—	前回回答及び前々回回答でも申し上げたとおり、平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増を容認したところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることにより、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。		1093050	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
090230	訪問歯科診療半径16km圏内制限の緩和	診療報酬の算定方法（平成１８年厚生労働省告示第92号）	保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超える歯科診療訪問については、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められる。	現行法で規定されている訪問診療報酬を半径16kmの圏内外問わず算定する。訪問歯科診療の範囲、半径16km圏内の撤廃もしくは範囲拡大する。	訪問診療適用範囲（半径16km）圏外での歯科診療。圏外で歯科診療を希望されている患者様（歯科医院に通えない方）のご自宅や入所、入院されている病院、施設までスタッフが、車で移動し、機材等を運んで、患者様に負担がかからないようその場所で治療を行う。圏外という枠がない為に患者様、そのご家族様の要望に応えることができる。圏外ではない為、歯科医院も積極的に診療を行なえ、お互いの信頼関係もより強いものとなる。 本件については、第9次提案募集において提案書の提出をさせていただいている。（管理コード0920170・提案事項管理番号1068010）提案に対する厚生労働省からの回答は、現状の制度で保険医療機関から患家の所在地が16kmを超える場合であってもやむを得ない絶対理由がある場合には訪問診療の算定を認めているという事から変更する必要はないが、絶対理由の条件が明確でないので、文章において例示を示すことにより明確化していきたい。と回答をいただいたが、未だその例示が出ていない。	C	Ⅲ	「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、「①患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合等が考えられる。」と、既に例示をお示ししているところである。 なお、半径16キロメートルの範囲を拡大することについては、 ・　我が国の医療保険制度が、地域における医療は地域において確保するという観点を尊重したものになっていること ・　遠方の患者に対して、歯科訪問診療のを設定している趣旨である、定期的・計画的な歯科治療を行うことが困難な場合が想定されること ・　一般的に歯科治療は観血的な処置やX線検査、麻酔等を伴うことが多く、歯科訪問診療時にも緊急の場合というものが想定されるため、患家の所在地から一定の範囲内にあって、緊急の状況に対応できる設備や人員を有する保険医療機関により歯科訪問診療が行われることが、医療安全の観点からも必要であること 等から、適切ではないと考えている。	貴省回答では、「「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、（中略）、既に例示をお示ししているところである。」とあるが、事務連絡はどのような主体に対して、どのような内容で発出されたものなのか。 また、貴省回答において、「患家の所在地から一定の範囲内にあって」とあるが、一定の範囲内が何故16キロメートル以内となっているのかご教授願いたい。		E	Ⅲ	「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）は、地方社会保険事務局並びに都道府県民生主管部（局）国民健康保険主管課（部）及び老人医療主管部（局）老人医療主管課（部）に対して、診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）等の取扱いに係る疑義資料を取りまとめ、参考までに送付しているものである。 我が国の医療保険制度においては、必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保することを原則としつつ、地域において必要な医療は地域で確保するという観点を尊重したものとなっている。 歯科医療についても、地域において必要な歯科医療は地域で確保するという観点から、歯科訪問診療の保険適用範囲として、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域という範囲を原則としているものである。 ただし、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合であっても、やむを得ない絶対的理由のある場合には歯科訪問診療料の算定を認めている。一般的には、例えば患家の所在地から半径16キロメートル以内に歯科訪問診療に対応できる保険医療機関が存在しない等の理由により、患者が必要かつ適切な歯科医療を受けられないという場合においては、患家の所在地から半径16キロメートル以上離れたところに存在する保険医療機関が歯科訪問診療を行ったときにも、歯科訪問診療料は算定しうるものであり、御要望の事例の詳細を承知しているわけではないが、これに該当するものであれば、現状の制度で十分対応できるものと考えている。			E	Ⅲ			1074010	医療法人社団　郁栄会	千葉県	厚生労働省
090240	訪問歯科診療半径16km圏内制限の基準の明確化	診療報酬の算定方法（平成１８年厚生労働省告示第92号）	保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超える歯科診療訪問については、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められる。	第9次提案募集において厚生労働省からの再々検討要請に対する回答では、「…（中略）…当該「やむを得ない絶対的理由」について医療機関や患者から算定基準が明確でなく、診療後に請求が返戻されるかどうか予測しがたいとの指摘であるので、これに対応できる歯科訪問診療の算定が認められるケースについては、御指摘を踏まえ文書において例示を示すことなどにより、明確化していきたいと考えている。」と回答をいただいたが、未だその例示が出ていない。文書において例示を示して欲しい。	訪問診療適用範囲（半径16km）圏外での歯科診療。圏外で歯科診療を希望されている患者様（歯科医院に通えない方）のご自宅や入所、入院されている病院、施設までスタッフが、車で移動し、機材等を運んで、患者様に負担がかからないようその場所で治療を行う。圏外という枠がない為に患者様、そのご家族様の要望に応えることができる。圏外ではない為、歯科医院も積極的に診療を行なえ、お互いの信頼関係もより強いものとなる。 本件については、第9次提案募集において提案書の提出をさせていただいている。（管理コード0920170・提案事項管理番号1068010）提案に対する厚生労働省からの回答は、現状の制度で保険医療機関から患家の所在地が16kmを超える場合であってもやむを得ない絶対理由がある場合には訪問診療の算定を認めているという事から変更する必要はないが、絶対理由の条件が明確でないので、文章において例示を示すことにより明確化していきたい。と回答をいただいたが、未だその例示が出ていない。	E	Ⅳ	「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、「①患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合等が考えられる。」と、既に例示をお示ししているところである。	貴省回答では、「「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、（中略）、既に例示をお示ししているところである。」とあるが、事務連絡はどのような主体に対して、どのような内容で発出されたものなのか。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の回答にある①患家の所在地から半径16km以内に患家の求める診療に専門的に対応ができる保険医療機関が存在しない場合、②患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該医院が往診等を行っていない場合であれば例外として16キロを越えても保険診療の提供及び保険での訪問診療算定が可能との事であるが、実際このような場合には上記理由の証明をどのようにすれば良いのか。具体的に例示していただきたい。	E	–	絶対的理由及びその事実関係の分かる文書をレセプトの摘要欄に記載又は書面をレセプトに添付されたい。 また、これにより対応が困難である場合については、管轄の地方社会保険事務局に相談されたい。			E	–			1074020	医療法人社団　郁栄会	千葉県	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	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・関係官庁
090250	地域医療支援において使用する移動型診療車両を保険医療機関とする事の承認	健康保険法（大正１１年法律第８０号）	我が国の医療保険制度においては、医療法上の医療機関であり、健康保険法等に抵触しないものであれば、基本的に保険医療機関の指定がなされるものである。	当院が行うへき地・離島などの医療過疎地域への支援活動は、それら地域の方が都心部の方と同等に平等な医療行為を受けられることを目指すものである。この医療支援において、それら地域の保険医療機関の医師の要請により「移動型診療車両」で出向いて行き、現地医師の指示による治療のための専門検査を実施した場合に限り、保険診療を認めて頂きたいことである。 このことにより、医療過疎地域の方も地元で迅速に平等な医療行為が受けられることとなるため、地元医療の充実と医療費の削減効果が図られる。	当院はへき地・離島などの医療過疎地域が抱える地域医療格差の問題を解決するために、これら地域へ診療所機能を備えた「移動型診療車両」と専門医とで出向いて行っての診療活動の実践による医療支援を目指している。 このへき地医療支援で使用する移動型診療車両は、「診療所」（当院は脳神経外科専門医院のためMRIを搭載、診察室など診療に必要な一連の機器を装備）としての機能を備えており、へき地・離島などへ移動しての医療活動を行う際、十分な効果を期待できるものである。この移動診療の目的は医療過疎地などの医師と連携し、プライマリケア（一次診療）の充実を図ることにより、それら地域の方々へ国民の権利である自由な医療が受けられるようにするものである。したがって、現地医師がそれら地域の患者で精密検査の必要性を認めた場合に、この移動型診療車両（当院）へ要請があればその場所に出向き、MRI撮影などの診療を実施する。現在このようなケースに関しては自費診療となり患者の費用負担が増大している。 その患者に対して保険診療が認められなければ公平な医療の提供にならないため、このようなケースの「移動型診療車両」での医療行為については保険診療として認めてもらいたい。当然ながら、現地の病医院で実施する一般検査に関しては、当該医療機関の保険適用となるものであり、当院の「移動式診療所」においては、MRI撮影料と読影料のみの請求となる。【添付資料参照】	D	Ⅰ	我が国の医療保険制度においては、医療法上位置付けられる医療機関であり、健康保険法等に抵触しないものであれば、基本的に保険医療機関の指定がなされるものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	回答では健康保険法に抵触しないものであれば、現行法令のもと保険医療機関の指定がなされるとのことであり、「移動型診療車両」が完成次第申請し、へき地・離島などへ平等な医療の提供と医療費圧縮に貢献するための地域医療支援を実施予定である。当院の地域医療支援は当院休診日の実施で、通常診療日と同日・同時に稼働しない医療支援であり、この「移動式診療車両」を保険医療機関として指定を受ける際の手続き及び位置づけは、現行保険医療機関である当院の一部（第2診察室のような）としてのものなのか、若しくは新たに別の診療所を開設（管理医師新設・保険医療コード取得する分院）するものなのかを確認したい。新たに別の診療所を開設せねばならないのなら現実的でないため、この「移動型診療車両」を当院の一部としての保険医療機関の指定を受けられるように規制緩和を求めたい。	D	Ⅰ	我が国の医療保険制度においては、医療法上に位置付けられる医療機関であり、健康保険法等に抵触しないものであれば、基本的に保険医療機関の指定がなされるものである。なお、巡回診療における診療所開設の手続きの取扱いについては、090260の回答を参照されたい。	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。	我々は地域医療支援において「移動型診療車両」を使い、へき地などへの巡回診療による医療支援と、当院休診日に医師を含む全スタッフで「移動型診療車両」と共にへき地などへ向かい、一定期間（数日）滞在しての、固定診療所を開設し、それら地域の方々へのプライマリケア充実を目標に、保険診療での医療支援を希望している。 本提案は巡回診療ではなく、へき地などの保険医療機関からの要請を受けた後、当院の一部である「移動型診療車両」を現地に送り込んでの、医療支援を行うことである。これら医療支援を行うにあたり、ある一定条件下（現地の保険医療機関の医師の要請による出動）においては、保険診療が適切だとの考えから、「移動型診療車両」を保険医療機関としての指定を求めているものである。	C	Ⅰ	医療法上の医療機関については、それが、公衆又は特定多数人に対し、医療という高度に患者の生命・健康にかかわる行為を提供するものであるため、当該医療機関による診療が行われる場所について、行政が一定程度管理・把握する必要がある。そのため、御要望の場合を含め、医療機関の所在地が変更する場合は、その所在地ごとに医療機関開設の手続が必要となるものである。 医療機関として医療法の許可を得た後であれば、特段の支障がないものについては、健康保険法に規定する保険医療機関の指定を受け得るものとなることから、まずは医療機関としての許可を得られたい。	移動型保険医療機関による地域医療支援	1098010	河村クリニック、（株）大阪ワールドトレードセンタービルディング	大阪府	厚生労働省
090260	へき地・離島などの地域医療支援のための移動型診療車両における診療手続きの簡素化要請	医療法第8条 医療法第9条 医療法施行令第4条の2第1項及び第2項 医療法施行規則第1条の14 昭和37・6・20 医発554 各都道府県知事宛厚生省医務局長通知［巡回診療の医療法上の取扱いについて］	巡回診療の実施場所ごとに診療所開設の手続きをとらなければならない。	当院が行うへき地・離島などの医療過疎地への支援活動において、それら地域へのプライマリケア充実のため、「移動型診療車両」で現地に出向き診療を行うには、開設届などの手続きが必要である。また、現地保険医療機関に「移動型診療車両」を横付けしての診療では、現地医療機関から構造設備変更届などの提出や視察確認などの諸手続きも必要となる。我々のへき地医療支援は、1カ所での滞在は短期間が大半であり、数多くの地域に出向いてこそ価値あるものとなり、迅速さが要求される。 そのためこれら諸手続きの簡素化を願うものである	当院はへき地・離島などの医療過疎地域が抱える地域医療格差の問題を解決するために、これら地域へ診療所機能を備えた「移動型診療車両」と専門医とで出向いて行っての診療活動の実践による医療支援を目指している。この医療支援は医療過疎地などの医師と連携し、プライマリケア（一次診療）の充実を図ることにより、それら地域の方々が遠方都心部の基幹病院などに出向かなくとも地元で手軽に診察を受けられるようにすることを目的としており、その成果を十分に発揮するためには迅速さが要求される。しかし、へき地・離島などへ巡回診療を行うには医療法施行規則第一条に基づいて診療所開設届、平面図、周辺見取り図、などの提出と終了後の廃止届の提出が必要となる。また現地保険医療機関の要請によって、その施設に横付けしての医療支援などでは構造設備変更届の提出及び設備の視察を受ける必要があり、時間的制約を受けることとなる。このことはへき地医療支援のため、現地へ出向き直ちに診療を開始する障害となるため、一定期間内に数多くの場所へ出向いて行くことが困難となる。医療格差問題を抱えている多くの方々へ平等な医療の提供を実施し、国民の権利である自由な医療を受けることを可能とするために、これら手続きの簡素化を求めるものである。【添付資料参照】	B-2	Ⅳ	巡回診療といえど、公衆又は特定多数人に対し、医療という高度に患者の生命・健康にかかわる行為を提供するものであるため、診療が行われる場所で一定程度管理・把握する必要がある。そのため、診療が行われる場所ごとに診療所開設の手続きを必要としているところである。一方で、地方公共団体、公的医療機関の開設者又は公益法人等が行う巡回診療については、無医地区における医療の確保等特に必要である場合に限り、手続きの簡素化を認めているところである。よって、医療法人等が行う巡回診療についても、同様の取扱いとする旨の通知を発出し、都道府県に周知し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。	回答によると平成２０年度内に全国対応していくとのことであり、当院としても手続きの簡素化が行われるなら、移動型診療車両での積極的な医療支援活動が可能となるため喜ばしい限りである。しかし、「無医地区における医療の確保等特に必要である場合に限り」との条件が付帯するならば、無医地区の定義から外れる「無医地区に準ずる地区」や無医地区に準ずるまでもないがへき地・離島などの医療過疎地域での医療支援活動の場合はどのような処置となるのかを再確認したい。これら地区でも、都心部と同等の医療を受けることが困難な地域が全国には多数存在すると認識している。我々はそれら地域へも医療支援を迅速に実施し、平等な医療の提供と医療費の圧縮に貢献したいと考えているため、無医地区以外での医療活動の手続きに関しても簡素化を求めたい。	B-2	Ⅳ	「巡回診療の医療法上の取り扱いについて」においては、無医地区に限って診療所開設の手続を簡素化しても差し支えない旨を都道府県等に対して示したわけではなく、各都道府県が認めればご提案のような医療過疎地域に関しても手続の簡素化は可能である。	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。	回答によると、公的医療機関や公益法人と同様の取扱いで、無医地区以外の地域においても、手続きの簡素化は可能になるとのことであるが、この同様の取扱いとはどのようなものか、また巡回診療が診療所の所在する都道府県以外で実施する場合の取扱いについても具体的にご教示いただけないでしょうか。また、都道府県が認めれば当院が提案したような手続きの簡素化は可能とありますが、不可能な場合はどのようなケースかも合わせて確認いたし度。（補足資料有）	B-2	Ⅳ	おたずねについては、「巡回診療の医療法上の取扱いについて（昭和37・6・20 医発554 各都道府県知事宛厚生省医務局長通知）」を参照されたい。	移動型保険医療機関による地域医療支援	1098020	河村クリニック、（株）大阪ワールドトレードセンタービルディング	大阪府	厚生労働省
090270	2か所管理医師兼務許可	医療法第10条、第12条	病院、診療所又は助産所を管理する医師、歯科医師又は助産師は、その病院、診療所又は助産所の所在地の都道府県の許可を受けた場合を除くほか、他の病院、診療所又は助産所を管理しないものでなければならない。	現在保険医療機関として地域医療充実のためにクリニックを開設しているが、より的確な診断を実施するために、最新医療機器の増設を予定している。しかし、限られた現行クリニック内では、最新機器を複数導入することは物理的に不可能であるため、別の場所へ保険医療機関を開設し（管理医師は同じ）、新開設の医療機関へ最新機器を導入し、患者への医療活動に幅を持たせたいため、同一医師による医療機関の2か所開設の承認を願うものである。	当院は「脳神経外科専門医院」であり、保険医療機関として地元地域医療の充実と、医療過疎地への医療支援を実施し、地域医療格差の解消を目指している。その目的の一つである地域医療の現場で的確な診断を行うためには、高度医療機器や最新医療機器を兼ね備える必要があるため、医療機器の進歩に合わせて最新の医療機器の導入を予定しているが、現在クリニックを運営している場所では複数の最新機器を設置するためのスペースの確保ができず、物理的に設置が不可能な状況である。しかし地元の方々が、健康で長生きして頂けるための「かかりつけ医」としては、これら機器の導入により医療水準を高めていくことも医療従事者としての任務であると考えている。そこで、現在のクリニックの診療日と重複しない曜日に新規のクリニックを開設することにより、その新開設の場所へそれら医療機器を導入し患者への貢献を図ることとした。具体的な新規開設について、既存クリニックの休診日である土・日のみの診療とし、（既存クリニックは月～金／新開設後、管理医師は1日の休暇を取得）現行クリニックへの影響は無いものとする。地元医療の充実のために2か所管理医師の兼務規制の緩和を求めるものである。【添付資料参照】	D	Ⅰ	医療法第１２条第２項の規定により、都道府県知事の許可があれば本要望の内容は実現可能であるため、現行制度上で対応可能である。	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。	回答によると都道府県知事の許可があれば現行制度上で対応可能とあるが、どのような場合に許可がおりるか（又はおりないか）を明確に確認できないものか。今次申請と全く別の目的ではあったが、以前隣県の郡部へ地域医療支援のために、現行運営の診療日以外の土曜日・日曜日限定で2か所管理医師兼務での診療所開設を申し出たことがあったが、県知事の許可がおりず（H7/3/13付　六医第六九九号を理由に）断念した。今次回答では現行制度上の開設手続きを踏まえれば、府知事の許可がおり開設が可能と考えて良いのか。添付資料有り	D	Ⅰ	医療法第１２条にあるように、あくまで個別事例に関する許可の可否については、最終的には都道府県知事の判断に委ねられるべきものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	前回に引き続き回答では、現行法令対応により都道府県の判断に委ねられるとある。都道府県判断での適否であるが、その内容によっては国の指導の基に判断するケースがあるのではないでしょうか。前回答申した内容の、隣県での2か所開設の申請時、県は厚生労働省に照会した結果、六医第六九九号を理由に許可できないとの判断であった。このような都道府県の判断結果を踏まえ、特区申請を実施し、国の判断を願い出ている次第であります。地域医療の充実を目標としている我々としては、都道府県の判断において許可がおりず、具体的な施策の提示がなければ次のステップを踏み出せないでいる状況をご理解いただき、これら判断の基幹を成し統一性を司る国へ、再度本案件に関する特区による規制緩和を求めたい。（補足資料有）	D	Ⅰ	国としても必要な助言等は行うが、医療法第１２条にあるように、あくまで個別事例に関する許可の可否については、最終的には都道府県知事の判断に委ねられるべきものである。		1098050	河村クリニック、（株）大阪ワールドトレードセンタービルディング	大阪府	厚生労働省
090280	保険医療機関一体性に関する規制緩和	医療法第２０条	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。	現在テナントビルで、保険医療機関としてクリニックを運営しており、更に充実した地域医療への貢献のために最新医療機器の導入を考えている。しかし、現在のクリニックの場所には、最新医療機器を設置するスペースが確保できないため、現在入居している同ビル敷地内1階駐車場への設置を考えている。地域医療充実のため、この検査機器と当クリニックとの一体性を認めて頂きたい。	当院は「脳神経外科専門医院」であり、保険医療機関として地元地域医療の充実と、医療過疎地への医療支援を実施し、地域医療格差の解消を目指している。その目的の一つである地元地域医療の充実のため「脳神経外科」では欠かせない最新の高性能MRIの導入を予定しているが、現行のテナントビル内のクリニックへの設置は、物理的に不可能であるため、設置場所を同ビル敷地内にある1階の専用駐車スペースとした。 この場所への設置理由は、厚労省医政局より、各都道府県及び病院団体等に平成１７年７月１日（医政局発第０７０１００１号）として通知された内容で「従来手術部門や病棟部門などが公道を隔てて位置する場合、原則、渡り廊下等を設け施設の一体性を確保する必要があったが、一体性があると認められるための要件を満たせば渡り廊下等を設けなくても認められる」旨が示されたため、これら要件を比較したうえで結論づけたものである。本通知では「公道等を隔てて位置する医療施設」の一体性を認めるにあたり、①公道を隔てた両施設の敷地が面していなければならない。（管理面） ②安全性の確保　が挙げられており、本提案での当施設が予定している内容と、これら内容のものとを比較すれば、同一敷地内で公道などを隔てていないため、①管理面での問題 ②安全面の問題　双方とも、より十分に確保されているため、何ら医療上の問題は無いとの判断からである。当然ながら、運用面では、患者の移動時は当院のスタッフが完全介助を行う。本医療機器を保険医療機器として当クリニックとの一体性が認められることは、患者へより的確な診断を行うことが可能となり、地域医療の充実をより高めることができるため、一体性の承認を求めるものである。【添付資料参照】	D	Ⅰ	本要望に係る許可の権限は都道府県にあり、許可の是非は都道府県の判断によるものである。なお、病院、診療所又は助産所が、医療機関としての一体性があり、その構造設備が衛生上、防火上及び保安上安全と認められるものであれば、都道府県の判断により許可しても差し支えないものと考えている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	回答では許可の是非は都道府県の判断によるもので、都道府県が問題なしとの判断をすれば認められるとあるが、当院管轄区において平成17年7月1日（医政局発第0701001号）として通知された「従来手術部門や病棟部門などが公道を隔てて位置する場合、原則、渡り廊下等を設け施設の一体性を確保する必要があったが、一体性があると認められるための要件を満たせば渡り廊下等を設けなくても認められる」をもとに確認を求めたところ、入居テナントビルの天井高などの構造上の問題でMRIの設置が物理的に不可能なことや、近隣にはMRI設置の脳神経外科は無く、地域医療充実のためには必要不可欠な医療機器であることを理解していただいたが、一体性とは認められなかった。各都道府県の①一体性に関する基準は同一か②その具体的基準は何か③どの程度まで基準を満たせば一体性と認められるのか。を確認したいと共に、当院のケースのように渡り廊下の設置を含め物理的に設置が不可能な場合での「同一敷地内で若干の隔たりがある場合についての一体性」を、地域医療貢献のために特区として認めて頂けるよう再度緩和を求めたい。	D	—	医療機関の施設の一体性の具体的な基準については、各都道府県において定められるべきものであり、その基準の適否等、個別具体的な事例については患者の診療への影響や医療機関の管理者による管理への影響、施設の機能等諸要素を総合的に考慮し、各都道府県が判断する必要がある。	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。	前回に引き続き回答では、現行法令対応により都道府県の判断に委ねられるとある。本事案についても決して医療充実の妨げになる案件でないと確信した上での申請であり、都道府県判断での適否において許可されず、具体的な理由や施策の明示がない状況であるため、特区申請を実施し、国への判断を願い出ている次第であります。我々の個別具体的な事例は、初回に資料を提出していますが、国が通知した医政局発第0701001号で示された内容より「安全な範疇」と判断の上での申請であります。不足の資料があれば追加提出も可能でありますので、管理者による管理への影響や、施設の機能等の諸要素を総合的に考慮し、再度確認いただいた上で、地方改革として特区としての規制緩和を認めていただき度。（補足資料有）	D	—	医療機関の施設の一体性の具体的な基準については、国としても必要な助言を行うとしても各都道府県において定められるべきものであり、その基準の適否等、個別具体的な事例については患者の診療への影響や医療機関の管理者による管理への影響、施設の機能等諸要素を総合的に考慮し、各都道府県が判断する必要がある。なお、不許可に対する理由や県の施策について住民の方々にわかりやすく明示するよう、国としても必要な助言を行ってまいりたい。		1098060	河村クリニック、（株）大阪ワールドトレードセンタービルディング	大阪府	厚生労働省
090290	院内製造されたPET用のFDG製剤を、県内の特定の医療機関に提供することの容認	薬事法第12条第1項、第13条第1項、第14条第1項及び第24条第1項	薬事法上の医薬品であるPET用FDG製剤については、院内で製造し、他の医療機関に販売又は授与を行う授与を行う場合、薬事法に基づく医薬品の製造販売業許可、製造業許可、製造販売承認及び販売業許可を得る必要がある。	院内製造したPET用のFDG製剤を他の医療機関に提供する場合は、薬事法上の医薬品として、製造販売の許可、製造販売の承認、製造業の許可及び販売業の許可が必要とされている。これを、次の要件を充足した場合に限り、薬事法の許可、承認を経ずに他の医療機関に提供することを特例的に認める。①当該FDG製剤を用いた診療が保険診療の対象となっていること。②当該FDG製剤の輸送中の品質保持、放射線防護対策が整っていること。③提供する医療機関は都道府県知事が必要と認める特定の医療機関に限定すること。	平成20年度にPET－CTを設置する国立大学法人秋田大学医学部附属病院（以下「秋大病院」という。）に対し、秋田県立脳血管研究センター（以下「県脳研センター」という。）で院内製剤されているFDG製剤を提供し、現在、県内では、県脳研センターで年間約500件程度と限定的にしか実施されていないPET－CTを用いた検査や診断を、秋大病院において、年間約1，200件（1日6件）の検査・診断を安定的に実施することが可能となり、がんの早期発見や、より的確な診断・治療により、全国1位となっている本県のがん死亡率低減に大いに寄与することが期待される。また、県脳研センターは、平成10年には院内製造されたFDGを用いたPET検査について、「高度先進医療」の承認を受けており、現在、保険診療の対象となっており、当該FDG製剤の品質、安全性、有効性については特に問題ないと考えている。また、秋大病院は、車で約10分間の近距離にあり、輸送中の品質保持、放射線防護対策を講ずることにより、秋大病院での使用にあたっても、品質、安全性、有効性の確保は可能である。さらに、不特定多数の医療機関に提供するのではなく、秋大病院（都道府県がん診療拠点病院）に限定して提供するものであることから、仮に当該FDG製剤について不具合があった場合でも、県と秋大病院との契約において具体的に定めることにより問題の解決は可能であると考えられる。なお、隣県の岩手県北上市にFDGの製造工場が竣工したが、放射性同位元素の半減期が約2時間と短いことから、同工場からの安定的供給、特に冬期間の供給に著しい難点があることからも、本提案を行うものである。	C	Ⅰ	薬事法上の医薬品であるPET用FDG製剤について、製造販売を行う場合には、製造数量、販売先等に関わらず、適切な品質管理、副作用情報等の安全性に関する情報の収集・提供、不良品の自主回収等の危害防止措置等を講じる必要があることから、品質管理のシステム等に関する審査を受けた上で製造販売業許可を得る必要がある。（医療機関に販売・授与を行う場合には、販売業の許可も得る必要がある。）また、個別の品目ごとに安全性・有効性等を確認する必要があることから、品目ごとの　承認を得る必要がある。 さらに、その製造については、製造管理・品質管理体制が整備された施設でなされる必要があることから、その構造設備の状況等に関する審査を受けた上で製造業の許可を得る必要がある。	提案者は、不特定多数の者に対して製造販売を行うのではなく、特定の医療機関に限定した製造販売を予定しており、いくつかの弊害予防策（別添補足資料参照）も検討している。右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。	本県の提案は、県立脳研センターで院内製剤したPET用のFDG製剤について、一般市場での販売でなく、平成20年にPET－CTを設置する秋田大学附属病院（県がん診療連携拠点病院、脳研センターから車で10分）に限定して、薬事法上の許可等を経ずに提供できるようにとの提案である。当該FDG製剤は、日本核医学会のガイドラインを遵守して製造されており、品質、安全性、有効性については、県が保証し保健衛生上の問題はない。以上から本提案について再検討願いたい。（以上意見の概要であり、別様補足資料に意見全文を記載します。）	C	Ⅰ	院内で製造されたＰＥＴ用ＦＤＧ製剤は、その病院内において使用するという前提で製造されたものである。このため、提案主体から示された条件及び予防策を実施した場合であっても、品質・安全性の確保された製品を継続的に提供するためのＧＭＰ、ＧＱＰ、ＧＶＰ等の各種基準に基づき、薬事法上の製造業許可を受けた施設において、適切な品質管理の下に製造された上で、製造販売承認及び製造販売業許可を受けた者により、副作用情報等の安全性に関する情報の収集・提供、不良品の自主回収等の危害防止措置等が行われている市販のＰＥＴ用ＦＤＧ製剤と比較した場合、必ずしも同程度の品質管理・安全対策が行われているとは言えない。よって、品質・安全性を継続的に保証することができない等の理由により、当該製剤を他の医療機関に提供することは、保健衛生上の観点から認められない。 なお、提案主体から示された資料から、院内で製造されたＰＥＴ用ＦＤＧ製剤の安定性が継続的に保証されていると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。	「脳研センター」で院内製造しているPET用FDG製剤は、日本核医学界のガイドラインを遵守して製造されており、使用実績から品質、安全性、有効性については問題はなく、この製剤を適切な容器を用いて院外に移動することにより、品質、安全性、有効性に影響が生じるとは考えられません。（なお、薬事法第22条の規定により、GQP・GVP・GMP等の基準の適用を受けずに販売されている医薬品があることを付言します。）「脳研センター」のサイクロトロンを活用し、「秋大病院」にFDG製剤を安定供給することにより、本県のがん診療の充実を図ろうとする提案であり、再度検討願います。	C	Ⅰ	日本核医学会によるガイドラインや、院内製造時に使用されるFDG製剤の合成装置は、いずれもFDG製剤を同一医療機関内で自家消費することを前提としており、仮に当該ガイドラインを遵守したとしても、院外に供給した場合の製剤の品質、安全性は担保されておらず、市販製剤と比較して、必ずしも同程度の品質管理や安全対策が行われているとはいえないため、保健衛生上の観点から、今回の提案を認めることはできない。 また、薬事法第22条における薬局製造販売医薬品の規定については、混和、溶解等の簡単な物理的操作により製造することができること、他の医薬品に比べ保健衛生上の危害の発生のおそれが低いこと等が認められる場合に限り、その製造販売にあたって一部の特例が設けられているものであり、リスクの高い放射性医薬品であるFDG製剤にこれらの特例を適用することはできない。さらに、薬局製造販売医薬品についても、他の医薬品と同様に、製造販売業許可を取得し、品目ごとの製造販売承認を受ける等、製剤の安全性や品質を確保するために必要な措置を行っている。 なお、医師が、その医療行為の一環として、自らの責任においてFDG製剤を外部の医療機関の施設を利用して製造し、自らの患者の治療に使用する行為については、薬事法上の製造販売業許可等の規制の対象外である。		1094030	秋田県	秋田県	厚生労働省
090300	第二種感染症指定医療機関の感染症病床への結核患者収容禁止の解除	1. 医療法第7条2項 2. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	医療法第7条第2項により、病床の種別として感染症病床、結核病床等の区分が規定されている。感染症病床とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する一類感染症、二類感染症（結核を除く。）及び指定感染症の患者並びに新感染症の所見がある者を入院させるものである。結核病床は、結核の患者を入院させるためのものである。	感染症法及び医療法では、第二種感染症指定医療機関の感染症病床と結核指定医療機関の結核病床は区分されており、結核患者を感染症病床に収容することは出来ないが、医療法施行規則における病床の施設基準は同様に規定されている。 よって、感染症病床に結核患者を収容することは施設基準においては問題はないと考えられることから、重症な結核患者については、第二種感染症指定医療機関の感染症病床への結核患者収容禁止を解除するよう構造改革特区提案として提出する。	【提案理由】 1. 結核病床の確保 結核病床指定の返上、休止が相次いでおり、今後の継続的な結核病床の確保が課題となっているため、感染症病床を活用して、結核病床の確保を図りたいと考えている。 2. 結核患者の利便性の向上 結核病床が確保されていない保健医療圏があり、結核病床のない保健医療圏の患者は、遠隔地の医療機関への入院を余儀なくされている。一方、結核病床はないが、感染症病は整備されている保健医療圏もあるため、感染症病床を活用した入院が可能となれば、結核患者の利便性向上が図られる。 3. 結核医療と感染症医療の両立 これまで、地域の中核病院においては、施設上の制約から、感染症病床と結核病床をそれぞれ確保することができないという課題があった。しかし、感染症病床への結核患者収容が可能となれば、感染症病床の指定を行い、現行の施設スペースの中で、結核医療と感染症医療の両立を図ることが可能となる。 4. 感染症病床の有効利用 第二種感染症指定医療機関は、二類感染症（急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群）及び指定感染症（インフルエンザ（H5N1））の患者が収容対象であり、患者は極めて稀であるため、結核患者を収容することで施設の有効活用が図られる。	D	Ⅰ	感染症病床及び結核病床は、それぞれ感染症患者及び結核患者を入院させるための病床である。一方、感染症病床及び結核病床とは、感染症患者及び結核患者それぞれの専用病床にしか入院できないというものではなく、療養病床及び一般病床に感染症患者及び結核患者が緊急避難的に入院することは可能である。ただしその場合は、医療法施行規則第16条第1項第7号に規定する病室として、また、感染症予防法等に規定する必要な整備を満たした上でなければならない。	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。	厚生労働省回答では、緊急避難的な場合であれば、医療法、感染症法に定める規定を満たした一般病床及び療養病床に入院することが可能であり、現行規定により対応が可能としているが、本提案は、緊急避難的な場合の対応を求めているのではなく、「重症な結核患者が恒常的に感染症病床に入院可能な仕組の構築」のために規制の解除を求めているものであり、現行規定では対応できない。また、「医療法、感染症法に定める規定を満たした一般病床及び療養病床」という条件については、まさに、感染症病床と同一の基準であり、感染症病床を活用することが適切と考える。（詳細は、別紙意見書のとおり。）	C	Ⅰ	結核患者は原則結核病床に入院するものである。ただし、結核病床が満床などの場合、緊急避難的にその他病床に入院することは可能であり、感染症病床も例外ではない。御提案のとおり重症な結核患者が恒常的に感染症病床に入院可能となることを許可した場合、感染症病床に入院する必要がある患者への医療の提供の阻害要因となり得るため、不適切である。	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。	「感染症病床に入院する必要がある患者への医療の提供の阻害要因となるため不適切である」について、結核以外の二類感染症発生は極めて稀であることから、県として「結核患者の感染症病床入院に係る運用指針」を策定し、感染症患者発生時の結核患者の転院・転床等対策を定めておくことにより、感染症対策を全うすることが可能と考える。なお、今回の特区提案は、感染症病床や結核病床の確保が困難で、厳しい地理的条件からアクセスも困難な都道府県において、「地域の実情に応じた医療資源の運用」を可能とするものであり、構造改革特別区域基本方針の「国から地方へ」の精神に合致するものと考えている。（詳細は、別添意見書のとおり。）	C	Ⅰ	結核患者は原則結核病床に入院するものである。ただし、結核病床が満床などの場合、緊急避難的にその他病床に入院することは可能であり、感染症病床も例外ではない。御提案のとおり結核患者が恒常的に感染症病床に入院可能となることを許可した場合、極めて稀であるとしても、感染症発生時の際、不測の事態を生じさせずに感染症病床に入院する必要がある患者への医療を提供することへの阻害要因となり得るため、不適切である。		1065010	青森県、佐賀県	青森県、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	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・関係官庁
090310	医師に引き継ぐ救命救急活動特区	救急救命士法第44条、救急救命士法施行規則第21条・第22条	救急救命士は、救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。	救急救命士による救命救急活動が可能な範囲を医師へ引き継ぐまでとし、救急搬送後、医療施設内であっても、医師に引き継ぐまでの間は救急救命処置を継続するができるものとする。	現在、救急救命士が救急救命処置を行えるのは、救急救命士法第44条第2項により、重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間、及び救急用自動車等の車内とされている。このため、搬送先で、不測の事態などにより直ちに医師に引き継ぐことが困難な場合であっても、救命救急士は医療施設内で救急救命処置を継続することができない。緊急避難措置として認められることがあるとしても、その判断基準は明確でなく、法令で禁止されている以上、必要な処置をとりにくいのが実情である。 そこで、医療施設内であっても、医師に引き継ぐまでの間は救急救命士が救急救命処置を継続することを法令により可能としたい。 本件は、第9次において同様の提案をさせていただいたが、救急救命士の制度は、医師の指示の下で搬送途上において必要性の高い救急救命処置を行わせることにより、搬送途上の医療の充実を図るために創設されたものであり、医師と救命士では制度が違うことから、医療施設内で処置を行わせることはできないとの回答を得ている。しかし、医療行為を行うのは医師であり、医療施設そのものが医療を行うのではない。救急救命士は、高度な教育訓練を受けた救命処置の専門家であり、医師がいない医療施設内において、救命処置を最も的確に行える者である蓋然性も高い。 よって、医療施設内であっても、医師に引き継ぐまでの間は、必要な救急救命処置を継続できるよう法令に明記し、救急救命士から医師に引き継ぐ間に生じる救命処置の空白時間を無くすことを制度の上で担保していただきたい。	C	I	診療行為は医師が行うものである。しかしながら、医師が現場にかけつけられない医療施設外において重度傷病者が発生した場合、あくまでも緊急的に病状の悪化防止や生命の危険回避を図るため、救急救命士制度が導入され、現場から医療施設までの搬送過程において、医師の指示の下、処置を行うことができるとしている。したがって、医療施設内において医師や看護師などの医療従事者に引き継ぐまでの間の空白時間は想定されず、確実に医療施設内では医師や看護師などの医療従事者による診療体制の確保・充実が図られるべきである。	貴省回答において「医療施設内において医師や看護師などの医療従事者に引き継ぐまでの間の空白時間は想定されず」とあるが、提案者の意見によれば現実には空白時間が発生しており、仮に発生していないとしても、昨今の医師不足と言われる状況下においては空白時間が発生する可能性は否定できないものと考えられる。現場への責任のしわ寄せはあってはならないことであり、以上を踏まえ、また右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。	貴省回答に従えば、医療機関は、救急患者受け入れに際して空白期間を生じさせてはならないこととなりますが、それが救急医療現場に与える影響をどうお考えでしょうか。確かに、救命救急指定病院（三次医療機関）は、即時受け入れを前提にしています。しかし、そのために数少ない指定病院では救急搬送患者の受け入れ余地がなお乏しくなり、順次、二次、一次医療機関へと搬送先を変えなければなりません。その場合、各医療機関には様々な事情があり、受け入れ態勢が整うまでの対応が患者の命にかかわることとなります。人命を助けたくとも助けられない救急現場のジレンマを直視いただき、人命を重視する観点に立った回答を期待いたします。	C	I	救急救命士に認められている救急救命処置とは、医師が現場にかけつけられない医療施設外において重度傷病者が発生した場合、病院又は診療所に搬送されるまでのあくまでも緊急的に病状の悪化防止や生命の危険回避を図るための処置である。 患者の救命のためには、医療機関への搬送後、当該医療機関の責任の下、速やかに手術等の根本的治療が開始されるべきであり、これが救命率の向上や重症化の防止につながると考える。 すなわち、引継がれた医療機関側において空白時間が生じないよう努めることが重要であり、この点において貴市提案に応ずることは不適切であると考える。	貴省回答では、「引継がれた医療機関側において空白時間が生じないよう努めることが重要であり」とあるが、空白時間を生じさせないため、救急救命士側、病院側それぞれで、貴省としてどのような対策をとっていくのか、教示されたい。また併せて、右の提案主体からの意見意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	貴省回答は「引き継がれた医療機関において空白期間が生じないよう努めることが重要」とされ、だから空白期間の存在を前提にした本市提案は不適切とされているが、制度の建前にこだわり現実の問題を軽視するもので、遺憾と言わざるを得ない。ここで重要なことは、救命処置を要する救急患者をスムーズに医師に引き継げない場合の最善の措置をどうするかということである。制度の建前だけをことさら強調しても生まれるものは何もなく、命が失われる確率が高まるだけである。そのことに思いを致され、国民の命と健康に責任を持つ厚生労働省としての責任と見識ある回答をいただきたい。	C	I	救急搬送された患者の救命のためには、貴市御指摘のとおり、搬送後に空白時間が生じないよう努めることが重要であるという問題認識は共通している。 そこで、厚生労働省としては、種々の方策により救急患者を円滑に医療機関に引き継げる体制を整備するよう努めているところ。 すなわち、救急搬送支援に係る指示・助言を行う体制を整えるべく、 ①救命救急センター等の主要な医療機関への救急患者受入コーディネーターの配置 ②医療機関・消防機関の連携を強めるために、各都道府県、地域に設置されているメディカルコントロール協議会の活用 等に関する取組への支援を行っているところ。 これらを通じて患者受入後の迅速な根本的治療の開始につなげてまいりたい。 なお、医師の過重労働が問題視されていることから、医療補助者の配置等により、医師の過重労働に対する負担軽減を図ることを通じて、医師による迅速な治療体制の確保についても併せて努めてまいりたい。また、医師と看護師等の医療関係職との役割分担については、従来実情に応じた対応がなされてきたところであるが、一定の条件の下、医師と看護師等との役割分担が可能である業務について整理し、都道府県に対して、昨年12月末に改めてお示ししたところであり、このような取組を通じて医師が専門性を必要とする業務に専念できる環境が整うことが期待される。		1082050	草加市	埼玉県	厚生労働省
090320	あん摩マッサージ指圧師養成施設の認定要件の緩和	あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第19条 あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師養成施設指導要領について（平成12年3月31日健政発第412号）1の(2)	厚生労働大臣は、視覚障害者であるあん摩マツサージ指圧師の生計の維持が著しく困難とならないようにするため必要があると認めるときは、あん摩マツサージ指圧師に係る学校又は養成施設で視覚障害者以外の者を教育し、又は養成するものについての認定又はその生徒の定員の増加についての承認をしないことができる。 あん摩マツサージ指圧師に係る養成施設の設置計画書の提出があった場合は、都道府県知事は、都道府県知事の意見に、関係団体等の意見書を添えて、当該計画書を地方厚生局長に進達するものとされている。	あん摩マッサージ指圧師養成施設を開設しようとする場合、次の条件が付されているので、(2)に定める関係団体の意見書を添付認定要件を緩和する。 (1)養成施設を設置しようとする者から設置計画書の提出があった場合、知事は、その内容を審査し、養成施設の設置に関する意見書を付して進達するものとする。 (2)社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会及び社会福祉法人日本盲人会連合会に係る都道府県段階の組織及び知事が必要と認める団体並びに盲学校の意見書を添えて進達する。	(具体的事業の実施内容)「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師養成施設を開設できるようにしたい。 (提案理由)①長野市の運動施設がナショナルトレーニングセンターの強化拠点に指定され、競技者サポート体制の充実が求められている。北信越ベースボールチャレンジリーグやサッカーチームが発足し、プロを目指す競技人口も増加している。②スポーツ愛好家や選手などが施術所に通ったり、スポーツ大会や練習時にトレーナー等からあん摩マッサージ指圧を受ける機会が増えている。県内の競技団体からもあん摩マッサージ指圧師の資格を持つトレーナーの支援を求められている。支援に当たっては視覚障害者も参加する法人化した団体を組織して行う。③長野県では高齢者が増加すると見込まれており、かつ、介護する者のケアーからあん摩マッサージ指圧の施術を求める人が増えている。④有資格者の人口10万人対比率が長野県では平成18年の全国平均(約79人)よりも約13人少ない。加えて、視覚障害者の有資格者の人口10万人対比率は長野県は平成8年が28.8人(全国平均34.1人)、18年が14.6人(全国平均19.9人)となっている。また長野県内の盲学校(2校)に学ぶ児童生徒数も減少している。⑤視覚障害者の有資格者の高齢化と晴眼者の養成施設の開設に係る制約が施術業に従事する有資格者の増加が見込めず、結果、無免許者の類似施術の増加に繋がり視覚障害者の有資格者の生業を脅かす原因となっている。⑥晴眼者の養成施設が大都市周辺に集中していること及び地方振興の観点から既存の養成施設の入学定員を見直し、前記のような理由により特区制度で養成施設が開設できるようにして欲しい。	C	Ⅳ	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第19条は、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計の維持が著しく困難にならないように、視覚障害者以外のあん摩マッサージ指圧師の学校・養成施設の新設又は生徒の増加の承認をしないことができる旨規定したもの。現在においても、当該規定が、視覚障害者が生計を維持する上で重要な役割を果たしているものであり、所要の手続きに従って、判断が行われるべきものである。 なお、医道審議会において、御指摘の意見書も勘案し、総合的な観点から、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計が著しく困難にならないか否かを御審議・御判断いただいているところであり、その参考資料の一つとして必要であるため、御提案のように意見書の添付を廃止することは困難である。			C	Ⅳ				C	Ⅳ			1052010	個人	長野県	厚生労働省
090330	鍼灸医療の療養費取り扱いに関する医師の同意書を、内閣総理大臣答弁に基づき撤廃	健康保険法（大正11年法律第70号） あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保険医発0330001号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。	2003年9月2日内閣参質156第46号内閣総理大臣答弁の4の「医師が当該被保険者に対するはり施術等の適否判断をする必要はないと考えている。」の通り同意書撤廃をきちんと履行していただくとともに、健康保険の保険者に対し通知などでの周知徹底をお願い申し上げます。 はり師、きゅう師は、憲法25条によって課せられた国民生活向上等に関する国の義務の一部を分担するものと位置付けされており、鍼灸師はその職務に関し他の者の干渉を受けない最高かつ排他的な専門職として国より任務を負わされているのである。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちん受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部ﾘｳﾏﾁ･ｱﾚﾙｷﾞｰ内科、東京女子医科大東洋医学研究所、埼玉医科大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾒｶﾆｽﾞﾑを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきています。そして、内閣総理大臣も同意書は必要ないと答弁されているので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象か否かを判断するために、①単なる疲労回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていただく取扱いとしている。 なお、ご指摘の2003年9月2日内閣参質156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤廃について言及したものではない。	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。	過去の提案において、鍼灸師はレベルが低いので医学的な評価ができないのであろうから教育レベルを上げて欲しいと貴省に問うたところ、「養成所設置や教育内容について法令上厳格な規制を設け、国家試験により鍼灸師として必要な知識・技術が身に付いているかどうかの確認を行うなど、その質の確保を図っている」との事でした。内閣総理大臣も療養費の鍼灸施術についても医師の適否判断は必要ないと述べられ、鍼灸師の適否判断で十分となりました。即ち、鍼灸師は国家により厳格に管理された質により疲労と治療を区別する医学的な判断ができると保証されているのです。なぜ、保険者のみが認めないのか？その差別的対応を止めて頂きたい。	C	Ⅳ	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象か否かを判断するために、①単なる疲労回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていただく取扱いとしている。 なお、ご指摘の2003年9月2日内閣参質156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤廃について言及したものではない。	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。	総理大臣答弁は貴省のご指摘の通り「同意書の撤廃」に言及したものではなく、「鍼灸施術の適否判断は、医師ではなくとも鍼灸師で十分である。」と言及されたものです。鍼灸師の適否判断も患者の状態を診て医学的に判断を下すということでは医師と同じあり、患者に対して全責任を負わなければならないわけです。鍼灸師はその責任において保険者の求める療養費の支給対象の為の適否判断もできるのです。 鍼灸同意書は「施術同意」ではなく「保険給付のための同意」であることから、同意書撤廃又は鍼灸師にも同意書発行ができるようしていただきたい。 戦後から現在までの間くり返され続けているいつものご回答は止めていただきたいと存じます。	C	Ⅳ	2003年9月2日内閣参質156第46号内閣総理大臣答弁は「鍼灸施術の適否判断は、医師ではなくとも鍼灸師で十分である。」と言及したものではない。ご指摘のとおり、はり・きゅうの施術における医師の同意書は、これらの施術を受けるための条件とされるものではなく、保険者が保険料等を財源とする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるものであり、前回回答のとおり、保険者がこの判断を行うために、①単なる疲労回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があるため、医師の同意書を添付する取扱いを行っているものである。	鍼灸医療に関する自由診療市場及び健康保険医療市場における身分隔離政策の徹底排除に関するプロジェクト	1102010	社団法人 宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
090340	平成19年3月26日の厚生労働省告示第五十三号に基づく、鍼灸医療療養費取り扱い規制である保発32号「医師による適当な治療手段のないもの」という文章の撤廃	健康保険法（大正11年法律第70号） あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保険医発0330001号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。	鍼灸治療は、平成十九年三月二十六日厚生労働省告示第五十三号第十一条26項ロの厚生労働大臣の指定する治療です。つまり鍼灸治療（SSP療法を含む）は、厚生労働大臣の指定する医師の治療手段の一つであり、また、この治療を行っている医療機関は都道府県知事に報告する義務を課せられています。よって、昭和42年9月18日保発32号の「医師による適当な治療手段のないもの」は鍼灸治療に関し完全に該当しませんので、規制緩和を要望します。	健康保険の鍼灸治療は1傷病につき鍼灸2術電気併用で初回2,710円、2回目以降1,520円です。患者負担は2回目以降の場合、1割152円、2割304円、3割456円です。また、宮崎県内には昭和39年から国民健康保険被保険者を対象とした鍼灸の補助制度があります。 この制度では同意書の規制が緩和され、慢性の痛み等に対して力を発揮してきました。 この治療を規制緩和の基に国保被保険者にとどまらず広げる事で社会性のある事業を実現できます。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部ﾘｳﾏﾁ･ｱﾚﾙｷﾞｰ内科、東京女子医科大東洋医学研究所、埼玉医科大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。これは保険者の求めるEBMであり、この施術方法は科学補完的確認書を超える科学的根拠となります。最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 昭和25年厚生省保発4号が発出される直前まで鍼灸療養費制度における今日のような規制は無く、順調に鍼灸保険取り扱いが進んでいたのですが、この通知により鍼灸業界は保険医療市場からほぼ完全に排除されました。そして、内閣総理大臣答弁があろうとも排除は未だに続いており、鍼灸市場の正常な発展が困難な状態が続いています。	C	Ⅳ	療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認めるとき等に行うこととされている。このため、鍼灸師の施術に係る療養費の支給についても、「療養の給付を行うことが困難である」という範囲内で行われる必要があり、具体的な条件として「医師による適当な治療手段のないもの」との要件を課しているところである。 なお、医師は法律上鍼灸に係る施術を行うことは許されているが、一般的にはこれを行っていないことから、ご指摘の保発32号通知においては「医師による適当な治療手段のないもの」という表現を行っているものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	平成十九年三月二十六日厚生労働省告示第五十三号により医療機関における無料という名目での鍼灸混合診療の実施状況が明らかになっているはずです。この数字を明らかにされたい。 鍼灸治療が療養の給付に付随するサービスとしての医師の治療手段である事はすでに明らかです。今後は『医師→同意書→鍼灸師』ではなく、『医師→紹介状→医師』になるでしょう。主治医が鍼灸治療を行えない場合は鍼灸の出来る医師を紹介することになり、結果どうあっても鍼灸は医師の治療手段の一つになるのです。 鍼灸治療に限定すれば医師（無料）と鍼灸師（有料）は同じ治療を行えます。53号により開業鍼灸師淘汰の体制が確立したものと確信致しました。	C	Ⅳ	御指摘の「鍼灸混合診療」の意味するところが明らかではないが、療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認めるとき等に行うこととされている。このため、鍼灸師の施術に係る療養費の支給についても、「療養の給付を行うことが困難である」という範囲内で行われる必要があり、具体的な条件として「医師による適当な治療手段のないもの」との要件を課しているところである。 なお、医師は法律上鍼灸に係る施術を行うことは許されているが、一般的にはこれを行っていないことから、ご指摘の保発32号通知においては「医師による適当な治療手段のないもの」という表現を行っているものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	鍼灸混合診療とは医療機関での「療養の給付」と「補完医療としての無料鍼灸治療」の併用のことです。鍼灸治療は国家免許はり師・きゅう師の生業であり無料はありません。貴省は医療機関での「療養の給付が困難な鍼灸」を有料で行えば混合診療となることから苦し紛れに無料であれば良いと通達したのであり「その意味するところが明らかではない」とは不合理です。 平成19年3月26日厚生労働省告示第53号の中において、鍼灸治療を行う保険医療機関は都道府県知事に報告することが義務付けられた結果、一般的であろうがなかろうが鍼灸も医師の治療になったのです。義務報告数を明らかにした上で提案の再検討を要請します。	C	Ⅳ	療養費はあくまで療養の給付で果たすことのできない役割を補完するものであり、療養の給付を行うことが困難である（具体的な条件として「医師による適当な治療手段のないもの」）場合に支給されるものであって、この「医師による適当な治療手段のないもの」との支給要件を撤廃することはできない。 なお、平成19年3月26日厚生労働省告示第53号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する医療の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすい形で提供する目的で定められたものであり、厚生労働省として、都道府県知事に報告された件数を把握する仕組みにはなっていない。	鍼灸医療に関する自由診療市場及び健康保険医療市場における身分隔離政策の徹底排除に関するプロジェクト	1102020	社団法人 宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
090350	鍼灸治療の有効性を証明する医科学的研究結果に対する、厚生労働省の非科学的な根拠による否定の即時停止と鍼灸療養費の規制緩和	健康保険法（大正11年法律第70号） あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保険医発0330001号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。	① 厚生労働省厚生労働科学研究事業の長寿科学研究 ・「慢性関節リウマチに対する鍼灸治療の多施設ランダム化比較試験」 ・「高齢者の筋・骨格系の痛みに対する鍼灸及び徒手的治療法の除痛効果に関する基礎的および臨床的研究」 ② 医歯薬出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学」 ①②に対する厚生労働省の非科学的否定の停止及び再評価、並びに、国民に対する科学的根拠に基づく同意書によらない健康保険による適切な鍼灸医療の提供を要望します。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちん受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部ﾘｳﾏﾁ･ｱﾚﾙｷﾞｰ内科、東京女子医科大東洋医学研究所、埼玉医科大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的ﾒｶﾆｽﾞﾑを明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきています。そして、内閣総理大臣も同意書は必要ないと答弁されているので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	鍼灸の施術における医師の同意書は、保険者が保険料等を財源とする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるものであり、はり・きゅうの施術を受けるための条件とされているものではないものである。 また、医師の同意を要件としているのは、①施術の手段・方式や成績判定基準等が明確でないため、客観的な治療効果の判定が困難であること、②治療と疲労回復等との境界が明確でないこと等を理由とするものであることから、廃止や省略はできないものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	再度申し上げるが、今回も、施術の手段・方式や成績判定基準等が明確で、客観的な治療効果の判定ができるものについての規制緩和を要望しているのです。そして、これらは鍼灸治療の有効性を科学的に証明しているものです。 貴省はいつも科学的根拠を求めるが、貴省自身が提案を却下するときはいつも非科学的に否定しています。貴省が有効性のある研究結果を否定するのであれば、有効性の証明された研究と同規模の臨床試験等を行い否定のための科学的根拠を示すべきです。 また治療と疲労の区別は、内閣総理大臣の答弁の通り、鍼灸施術の適否判断は鍼灸師自身が行うものであり、保険者が鍼灸師の適否判断を拒否するのは道理が通りません。	C	Ⅳ	鍼灸の施術における医師の同意書は、保険者が保険料等を財源とする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるものであり、はり・きゅうの施術を受けるための条件とされているものではないものである。 また、医師の同意を要件としているのは、①施術の手段・方式や成績判定基準等が明確でないため、客観的な治療効果の判定が困難であること、②治療と疲労回復等との境界が明確でないこと等を理由とするものであることから、廃止や省略はできないものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の提案は、①施術の手段・方式や成績判定基準等が明確であり、客観的な治療効果の判定ができる場合、②治療と疲労回復等との境界が明確な場合は、非論理的な否定をせず、しかるべき法的措置をとっていただけないかと問うているのであって、貴省の昔（戦後以降）ながらの返答内容の繰り返しから判断すると、いくら科学的な証明をもってしてもすべて否定（鍼灸だけは否定）するという立場であると認識せざるを得ないし、これは、世界の潮流に逆行する行為でもあります。 再々度、提案内容に対する誠意あるご回答を要望いたします。提案内容から論点がずれないようにお願い申し上げます。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。 今後、引き続き検討を行っていかなければならないものであるが、施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている。	鍼灸医療に関する自由診療市場及び健康保険医療市場における身分隔離政策の徹底排除に関するプロジェクト	1102030	社団法人 宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
090360	鍼灸療養費に関する規制緩和	健康保険法（大正11年法律第70号） あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16年10月1日保医発1001002号、平成17年3月30日保険医発0330001号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。	保険医療機関におけるSSP療法という鍼治療は消炎鎮痛処置として保険がきく。保険医療機関及び柔道整復術後療法で使用されるSSPは鍼麻酔という実践を通して生まれたもので、まさに鍼灸療養費の「はり電気併用」を簡単にしたものです。鍼灸師はSSPも使用でき又、鍼治療自体にSSPと同様以上の効果がある事から、貴省の「科学的メカニズムが未だ解明されていない」の削除と、鍼灸施術所においても保険医療機関及び柔道整復のSSP対象疾患について、少なくとも柔道整復並みの保険取り扱いができるよう規制緩和を要望します。	SSPは鍼治療を簡単にしたものであるが、これも鍼治療である。本来、このSSPは鍼治療であるのだから医師又ははり師のみしか取り扱えないはずであるが、保険医療機関やはり師以外の施術所等において、実際はそれ以外の者が扱っている。更に、法令上鍼治療を行えない者（PT等）がSSPという鍼治療をした場合であっても消炎鎮痛処置とし保険請求ができることになっている。保険医療機関では無資格者のSSP治療でも保険取り扱いができるのに、なぜか、はり師の施術所では、はり師が行う療養費のはり治療に医師の同意書を要する。SSPという名の鍼治療が保険医療機関において消炎鎮痛の治療に効果があるという科学的根拠の基に保険請求ができるのであれば、当然、人体に対して針を直接刺入する鍼師の行う鍼治療には同様以上の効果があるのである。更にはりの電気併用の場合はSSPと同じ低周波を刺した針に通電するのだから、この点について厚生労働省は、貴省見解の「はり・きゅうの施術については、科学的メカニズムが未だ解明されていない」という文言を撤回しなければ、やはり、鍼灸師の施術所を健康保険医療市場から不当に排除していることになる。よって、はり師の施術について「科学的メカニズムが未だ解明されていない」といわれる解釈を、無資格者でさえ提供できるSSPという名の鍼治療と同様以上の評価にしていただくと同時に、無資格者によるSSPと言う名の「鍼施術」や「鍼施術の指示」の禁止を要望します。 代替措置：「保険医療機関の保険・消炎鎮痛」や「柔道整復術の保険・後療法」で使用される保険SSPを、今後は「医療機関勤務はり師」や「開業はり師」が担当する。	C	Ⅳ	鍼灸師の施術に係る療養費では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器を使用した場合は、療養費の支給対象としているが、SSPは低周波通電を目的とする導子であり、はり施術の本来のカテゴリーに組み入れられないものであり、療養費の支給対象にはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	SSPがはり施術のカテゴリーに組み込まれないと言う発言はとても容認できるものではない。貴省には鍼灸師から鍼灸師の業務の範囲である治療方法までも取り上げる権利は無いはずである。尚、SSPは鍼灸師養成施設でも教育される立派なはり治療である。この発言は鍼灸師排除のための差別的発言である。発言の即時撤回を要望します。 このSSPが保険医療機関や柔道整復施術所において保険請求できるのに、鍼灸施術所においてこのように屈辱的な排除を受ける理由が分からない。 よって、再度、規制緩和を要望します。	C	Ⅳ	鍼灸師の施術に係る療養費では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針又は電気温灸器を使用した場合は、療養費の支給対象としているが、SSPは低周波通電を目的とする導子であり、はり施術の本来のカテゴリーに組み入れられないものであり、療養費の支給対象にはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	はり施術の電気併用の「はり」は通常の鍼治療に使うと同時に、SSP同様、低周波通電を目的とする導子でもある。開発元曰く「SSP電極はコマのような形をしていますがこの形状に効果的にツボを刺激する秘密があります。円錐の先端は90度の鋭角でツボを有効に圧迫できるように工夫されており…」と言うように、「ツボを有効に圧迫」と、まさに鍼治療の一術式が採用されているわけです。 SSPが「刺さない針」として普及してきたことは周知の事実である。 そもそもツボという表現自体東洋医学であり、ツボを業としての治療に使う場合は、国家免許が必要な行為なのである。 再々度、規制緩和を要望します。	C	Ⅳ	はり施術は、一定の方式に従い、鍼をもって、身体表面の一定部位に接触または穿刺刺入し、生体に一定の機械的刺激を与え、それによって起こる効果的な生体反応を利用し、生活機能の変調を矯正するものであり、療養費においては、はり師の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気針についても支給対象としているところである。 低周波通電を目的とするSSP療法については、鍼灸の業務の範囲内であるのか、安全性はどうかなど総合的に勘案して検討していかなければならないものであるが、現時点においては療養費の支給対象として認められない。	鍼灸医療に関する自由診療市場及び健康保険医療市場における身分隔離政策の徹底排除に関するプロジェクト	1102040	社団法人 宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	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	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	管理番号 提案事項	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
090370	連続運転認定された第一種圧力容器と同種同形式容器の認定要領の緩和	労働安全衛生法第41条第2項 ボイラー及び圧力容器安全規則第75条第1項 平成14年3月29日付け基発第0329018号「ボイラー等の連続運転に係る認定制度について」	ボイラー及び第一種圧力容器については、原則開放による性能検査を毎年受検しなければならないが、安全管理等が優良な事業場についてはその性能検査を連続運転により行うことができる期間を最大4年まで認めている。 　ボイラー等の連続運転認定事業場において、認定を受けようとするボイラー等を追加する場合には、変更の認定を受けなければならない。	ボイラー等の連続運転事業場において、連続運転認定を取得した第一種圧力容器と同種(材料等)同形式(形状、サイズ等)、同一使用する第一種圧力容器を予備機として追加設置する場合、現行法では追加容器は新たに認定取得が必要だが、本提案では、自動的に連続運転認定を可能にする。	現行法では、連続運転認定を取得した第一種圧力容器を同種・同形式の容器に更新する場合は、更新機器の認定は継続できる。本提案における追加容器は、認定継続ができる更新機器と同様であり、認定を可能にしても技術的に問題ないと考える。第8次提案においても同種の提案を行ったが、その提案（0930010)では、予備機の追設に限定していなかった。今回の提案は、予備機としての追設に限定することで、第8次提案と、以下の2点において異なっている。 ①予備機の追設による、全体プロセスへの影響はない（上下流プロセスも使用条件は不変である） ②制御装置及び運転管理には本質的な変更はない。切り替えに関する僅かな変更があるが、連続運転が認められている事業場でもあり、設備管理上も運転管理上も問題のない範囲内である。 この提案が実現すれば、追加機器の停止中性能検査費用の削減につながる。	C	Ⅳ	第一種圧力容器の予備機を追加する場合、本機と予備機では運転頻度が異なり、運転を停止している間の管理状況によっては、内部の残留物が濃縮して腐食が進むおそれや雨水により腐食が起こるおそれがある。 　連続運転認定事業場において、連続運転が認められた第1種圧力容器と同種のものを予備機として設置する場合にあっても上記のような理由から、当該容器の安全性、当該容器に係る事業場の安全管理等について別途確認した上で連続運転の可否を判断する必要がある。	腐食の防止法等予備機の管理方法を定めることで、弊害の発生を防止することができるのではないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	停止中の管理についても、連続運転認定事業所は稼動機器と同等の設備管理・安全管理を行っている。連続運転を達成するためには特に内面・外面の防食管理は重要であり、連続運転認定事業所ではご指摘のような問題はないと考える。	C	Ⅳ	停止中の容器の管理方法は、運転中の容器の管理方法と異なること、運転期間や起動停止回数が異なることから、連続運転を認めるためには、当該容器の運転実績、管理の状況等について確認を行う必要がある。			C	Ⅳ			1035010	大分コンビナート立地企業連絡協議会	大分県	厚生労働省
090380	ボイラー安全弁の止め弁の設置	労働安全衛生法第37条第2項 ボイラー構造規格第62条、第65条	蒸気ボイラーには、安全弁を2個以上備えなければならない。ただし、伝熱面積50平方メートル以下の蒸気ボイラーにあっては安全弁を1個とすることができる。安全弁は、ボイラー本体の容易に検査できる位置に直接取り付けなければならない。 　水の温度が120度以下の温水ボイラーには、逃がし弁を備えなければならない。水の温度が120度を超える温水ボイラーには、安全弁を備えなければならない。	ボイラーと安全弁との間に条件付で止め弁の設置を可能とする。	安全弁の検査または修理を行う場合、ボイラーと安全弁との間に止め弁を設置すれば、ボイラーを止めずに行うことができる。このような状況は、第一種圧力容器と安全弁の間の止め弁でも同様であり、第一種圧力容器の場合は、2個以上の安全弁の設置等の条件を満たせば、止め弁の設置が認められている（基発第0430004号）。ボイラーの場合も全く同様で、2個以上の安全弁の設置等の条件を満たせば、ボイラーと安全弁との間に止め弁を設置しても問題ないと考える。	C	Ⅲ、Ⅳ	ボイラーは圧力容器と異なり、本体に火気等の熱源を有し、直接水、蒸気を熱するもので、負荷変動などにより圧力の異常上昇の危険が高いことから、本体と安全弁の間に止め弁を設置することは適当ではない。	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。	ボイラーに止め弁設置を行っても、圧力の異常上昇に対しては下記の措置を行うことで安全は保たれると考えられるので、再検討願いたい。 ・複数の安全弁を設け、たとえ1基が機能停止しても残りの安全弁で放出能力の100%を確保できている(補足資料1参照) ・基発第0430004号ただし書きに従い、通常運転時の全開を維持するための措置、閉止時の措置がなされている	F	Ⅲ、Ⅳ	JIS規格においても、安全弁はボイラー本体に直接取り付けることが原則とされていること、そもそも最終的な安全装置である安全弁の機能を失わせる止め弁を設置することは安全を確保する上で大きな問題であることから、止め弁の安全な設置は困難であると考えるが、提案主体からの意見も踏まえ、検討を行うこととする。	検討方法、検討スケジュールについて、再度検討し、回答されたい。		F	Ⅲ、Ⅳ	平成20年から、海外における取扱い状況等の調査を行う。その結果を踏まえ、専門家による検討等を行い、平成20年度中を目途に検討結果を得る予定。		1035020	大分コンビナート立地企業連絡協議会	大分県	厚生労働省
090390	第一種低層住居専用地域規制緩和	・旅館業法（昭和23年法律第138号）第2条第3項及び第4項並びに第3条第1項及び第2項 ・旅館業法施行令（昭和32年政令第152号）第1条第2項及び第3項	宿泊料を受けて、人を宿泊させるものを旅館業法の適用対象としている。	宗教活動（研修）に伴う宿泊の容認	第一種低層住居専用地域においての宿泊施設（旅館業）の禁止があるが、一般宿泊ではなく体験学習として宿泊が必要な場合、旅館業ではなく、別施設としての扱いを望む。当法人は当寺院にて、広く宗教活動を行っている。その中で、宗教活動（研修）に伴う宿泊が必要になる。例えば座禅である。日中ではざわめきや騒音があり神経を集中できない。よって、朝1番や夜中の静かな時間の体験学習となるため宿泊の必要性がある。この場合、研修費として一人当たり5,000円を検討している。それは宿泊費ではなく、研修費である。この費用に食事代を含む。宿泊の有無にて料金を変えることなく、統一の料金とする。宿泊に対しての対価ではないため、研修費の割り増しはしない。これらを実施できれば、京都の歴史や文化を身近に触れ、情操教育としての役割を果たせる効果を願います。	C	Ⅰ	本件提案について、宿泊の有無を問わず料金は統一、宿泊費ではなく研修費を徴収、とされているが、他方、朝1番や夜中の静かな時間の体験学習となるため宿泊の必要性があるとされており、基本的には宿泊を伴う研修が想定されていること、また、旅館業法上の「宿泊料」とは、宿泊という役務の提供に伴う対価に当たるものすべてを包含するものであり、名目の如何を問わないものであるところ、提案内容に伴う宿泊に係る寝具関連費用や水道光熱費等には研修費として徴収される費用の一部が充てられると見込まれることからすれば、本件提案は、宿泊料を受けて人を宿泊させようとするものであり、旅館業法の対象となる。 　旅館業法は、旅館業の適正な運営を確保することにより、公衆衛生の向上を図ることを目的としており、利用者である国民の身体・生命の安全を確保するなどの観点から、施行令により構造設備基準を定め、これに適合するものでなければ都道府県知事が許可を与えてはならないこととしている。このような旅館業法の目的に照らすと、宿泊料を受けて、人を宿泊させる営業を行う以上は、当該施設について一定の衛生基準を満たしていることを行政において事前に確認する必要があり、これについての地域的な例外を認めたり、宿泊者又は営業者の主観的な意図・目的如何により例外を認めたりすることは、公衆衛生の向上を図るという旅館業法の目的に反することとなる。 　よって、本件提案について旅館業法の適用を除外することは不適当である。	本提案は、宿泊した場合も宿泊しない場合も、同一の料金設定となっており、客観的には「宿泊料」に該当しないものと思われる。そこで、旅館業法によると旅館業を営む場合は都道府県知事の許可が必要となっているので、本提案について、仮に、当該都道府県知事が「宿泊料」に該当しないと判断した場合は、提案主体が想定している事業を実施できるという理解で良いか、再度検討し回答されたい。		C	Ⅰ	本件提案内容を見る限り、宿泊料を受けて人を宿泊させようとする旅館業法の対象となる営業であると考えられ、このような類型の営業を旅館業法の対象から除外することは困難である。 なお、提案内容に記されていない事情等も含め、実態を踏まえて個別事案についての旅館業法上の許可の要否を判断するのは、旅館業法第3条第1項に基づく都道府県知事等の権限である。	「旅館業法の許可の要否を判断するのは、都道府県知事等の権限」との貴省の回答からすると、提案主体の地元都道府県知事等の許可を受ければ、提案者の意図は「現行規定で対応可能」であるため、貴省の回答は「C；対応困難」ではなく、「D；現行規定で対応可能」ではないのか。再度検討し回答されたい。		C	Ⅰ	旅館業法に基づく都道府県知事等の許可を受ければ営業が可能なことは当然であるが、本件提案は、「一般宿泊ではなく体験学習として宿泊が必要な場合、旅館業ではなく、別施設としての扱いを望む」ものであり、旅館業法の対象外とすることを求めているものであって、これに対して、当省としては、このような営業を旅館業法の対象から除外することは困難と考えているので、「C；特区として対応不可」と回答しているものである。		1032010	宗教法人　真正極楽寺	京都府	厚生労働省 国土交通省
090400	同一給水区域内、未普及地域解消事業に伴う地域料金の設定の容認	水道法第１４条第2項第4号	水道法第14条第2項第4号に基づき、水道事業者が定める供給規程の適合すべき要件として、「特定の者に対して不当な差別的取扱いをするものでないこと」とされている。	現行法「特別なものに対して不当な差別的取り扱いをするものでないこと」の法解説では、新たに拡張した区域に対する割高の料金設定は差別的取り扱いとしているが、未普及地域のすべての給水希望者が給水を受けられる範囲の妥当な一戸あたりの負担額とするため、未普及地域解消事業で同一給水区域となっても、期間を限定してその地区の実情に応じた水道料金設定を可能とする。	水道未普及地域解消にあたり、補助対象事業として既存の水道事業の区域拡張となるが、未普及解消地域だけの水道料金設定を期間を限定して可能とすることで、未普及地域解消の早期実現と給水希望全戸が参加可能な対応を目指す。 具体的には、既存の水道事業の区域となることから、同一給水区域内同一水道料金となるため整備事業費の内、地元負担金の一括清算が必要となる。一戸あたりの負担額は国、府の補助及び市の支援を受けても高額となり、給水を希望したくても負担金の確保ができない等により現状維持をやむなくされる場合も想定される。そのため、一括負担金は必要最低金額とし残りの地元負担金は地域全体で借り入れ、水道料金と合わせ返済できる「その地域だけの水道料金」を期間を限定して設定可能とすることですべての給水希望者が受益を受けられる状況が作れ、後に残る問題もなくなる。 提案理由： 当該地域は山村地域であり、地形的条件、集落の拡散等事業費が大きくなる要素が多い割に、対象人口が少なく、一戸あたりの負担額は高額となり、高齢世帯等も多く給水を受けたくても参加できずやむなく現状維持を選択せざるを得ない現状もある。 そうした実態の中、独自の水道料金設定の出来る簡易水道事業として計画を進めていましたが、補助採択基準により簡易水道事業としては計画できず、上水道区域拡張となったものであり、別途料金設定は出来ないため本提案の実施により給水を希望する全戸の対応が可能となるものです。 代替措置： 未普及地域解消事業に伴う地域料金は給水条例で料金、期間を明確にすることにより、対応の意志を明らかに出来る。	C	Ⅰ	水道法第１４条第2項第4号に基づき、あらゆる人の生活に不可欠な水を供給する水道の料金は、「特定の者に対して不当な差別的取扱いをするもの」であってはならないが、本提案の内容については、料金設定等の詳細が不明であるため、特定の者に対する不当な差別的取扱いに該当するか否か判断できない。 　提案主体の提案理由の中で、地元負担金の一括精算について触れられているが、分担金の分割納付等の方法も考えられるものと思料される。 　また、提案理由の中で、補助採択基準について触れられているが、当該事業が水道事業に係る国庫補助金の補助採択基準に該当するか否か等については、補助要望の取りまとめを行う都道府県衛生部局を通じ相談いただきたい。	貴省回答からすると、料金設定の内容如何によっては、提案主体が求める、「同一給水区域内における地域料金の設定」は可能なように思えるが、このような理解で良いか。また、「特定の者に対し不当な差別的取扱いをするもの」となる料金体系とはどのようなものか、その判断基準を文書等で措置することにより明確にする必要があるのではないか。合わせて、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	料金設定については次のとおり考えている。①事業開始時に一括負担分については、妥当な範囲の額へ低減を行い一戸当たり負担額1,200 千円のうち約50%とする。②残りの分担金分については施設整備に要した費用が、その水道使用量に応じた公平な負担と出来るよう、超過料金に加算し清算できる料金体系とする。③地域料金期間については、支払い可能な状況を維持できる期間とするため、20年間が妥当と考えている。④試算による既存水道料金との格差は約2.8倍となる。⑥本対応は、地元の実情からの切実な要望に基づくものである。⑤地域の給水希望全戸に供給可能とする対応案である。⑦詳細案は補足資料のとおりです。	C	Ⅰ	・前回回答において「本提案の内容については、料金設定等の詳細が不明であるため、特定の者に対する不当な差別的取扱いに該当するか否か判断できない」としたのは、本提案内容の料金設定等が特定の者に対し不当な差別的取扱いに該当するか否かを確認するためであり、水道法第14条第2項第4号の「特定の者に対し不当な差別的取扱いをするものでないこと」を適用するについて必要な技術的細目は、水道法施行規則第12条の3において規定されているところ。 ・提案主体が考えている料金設定は、同一の水道事業の給水区域において、新たに拡張しようとする地域の工事費を勘案してその地域の水道料金を割高にかつ長期間にわたり設定しようとするものであり、水道法施行規則第12条の3第1号に照らし、このような水道料金設定が特定の者に対し不当な差別的取扱いをするものではないとは言えない。 ・なお、新たに拡張しようとする地域の整備事業費のうち自己負担分として必要とされる費用を徴収する場合、水道法施行規則第12条の3第2号に基づき、その金額が合理的かつ明確な根拠に基づき設定されたものであるとともに、水道料金と区別されるものとして費用や徴収方法等が供給規程に適正かつ明確に定められていれば、水道料金とともに当該費用を徴収することは可能であると思料される。	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。	今回の地元分担金は、その金額が合理的かつ明確な根拠に基づき設定されていることから、供給規程に適正かつ明確に定めれば、料金とあわせ徴収することは可能とのご回答と解釈いたしますが、あわせて徴収する内容としては、一枚の納付書に合算金額で請求することも、可能と判断してもよいでしょうか。本分担金は当該地域の水道の需要者が負担すべき費用であることに鑑み、市としてはこれまでの特区提案結果を踏まえ、現状況下及び現制度の中での最良の対応として、地域全体として公平負担ができ、将来の問題も最小限にできる方法として、分割分担金分を使用水量に応じ一定期間をもって料金とあわせ徴収する方法を検討していきたいと考えております	D	Ⅰ	分担金の金額が合理的かつ明確な根拠に基づき設定されているとともに、当該分担金の費用や徴収方法等が水道料金と区別されるものとして供給規程に適正かつ明確に定められており、納付書の記載内容においても供給規定の内容と整合が図られていれば、水道料金とともに当該分担金を徴収することは水道法上は支障ない。		1080010	亀岡市	京都府	厚生労働省
090410	港湾における貿易関係行政機関の窓口の一元化による民間事業者の行う貿易関係業務の簡素化、迅速化	該当なし	食品衛生法第27条では「販売の用に供し、又は営業上使用する食品、添加物、器具又は容器包装を輸入しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、その都度厚生労働大臣に届け出なければならない。」とされており、届出を受けた検疫所では食品衛生法に適合した食品等であるか食品衛生監視員が審査を行い、個々の輸入食品の違反率並びに輸入数重量等を勘案し、必要に応じてモニタリング検査等の検査を行っている。 　また、動物検疫所、植物防疫所及び税関においても、各官署がそれぞれ所管する法律の規定に基づき必要な検査が行われている。	各港湾の貿易にかかる各府省システムについて「府省共通ポータル」化への取り組みがなされているが、貿易サービスの高度化のためには、現地における各種検査業務等も併せてポータル化（窓口一元化）を構築する必要がある。このためには、貿易関係の現地検査業務等の窓口一元化が可能となるよう各関係省庁の設置法を緩和すべきである。	下関港は、朝鮮半島や中国との近接性から、貿易のスピードを要求する貨物が集まる港湾である。 　このような港湾となるにあたり、税関など貿易に関する業務を行う関係官庁にも多大なご協力をいただき、下関港は、円滑な貿易の基盤となってきたが、東アジアの経済発展に伴い、貿易スピードの向上に対する要求は、下関港においても増加していく傾向にあり、貿易にかかる諸業務を円滑に行うことが、ますます重要となってきている。 　わが国の貿易にかかる手続きは、それぞれの所管の省庁が多く関与していることに特徴があり、手続きの煩雑になっているとの指摘がある。 　これについは、税関を中心とした積極的な取り組みにより、平成20年10月に、「次世代シングルウィンドウ」（府省共通ポータル）として、貿易にかかる各省庁のシステムが調和し、各種ドキュメントの電子化が促進され、迅速化が期待される。 　しかし、港湾における手続きの簡素化等は図れるが、一方で、この申請手続きに伴い現地で行われる貿易にかかる各種検査業務等についてはポータル化されないため、煩雑性は引き続き残ることとなる。 　これらを解消するためには、植物検疫、食品検疫、税関等の現地検査業務等もポータル化（窓口一元化）を行う必要がある。これにより、申請手続きの簡素化に併せ現地検査業務等も窓口が一元化されれば、さらなる簡素化、通関スピードの向上及び民間事業者の負担軽減等が図れる。	C（運用により対応）	－	検疫所においてモニタリング検査等の行政検査を実施する場合には、当該貨物について、輸入者等から動物検疫所、植物防疫所及び税関が行う検査との時間調整に係る要請がなされた際には、これらの関係官署と連携し、対応しているところである。 　今後とも、検疫所が実施するモニタリング検査等の行政検査については、引き続き関係官署と連携のうえ適切に対応してまいりたい。			C（運用により対応）	－				C（運用により対応）	－			1054010	下関市	山口県	財務省 厚生労働省 農林水産省
090420	特定の養殖方法と検査を経た養殖トラフグの肝（肝臓）の可食	食品衛生法（昭和22年法律第233号） 食品衛生法施行規制（昭和23年厚生省令第23号） ＜関連通知＞ 「フグの衛生確保について」（昭和58年12月2日付環乳第59号厚生省環境衛生局長通知） 「フグの衛生確保について」（昭和58年12月2日付環乳第59号厚生省環境衛生局乳肉衛生課長通知）	食品衛生法第6条第2号及び食品衛生法施行規則第1条第1号の規定により、有毒な物質が含まれる食品については、当該有毒な物質の処理等により一般に人の健康を損なうおそれがないと認められる場合には、販売等の禁止の対象とならないこととされている。 　「フグの衛生確保について」（昭和58年12月2日付環乳第59号）において、有毒部位の除去という処理により人の健康を損なうおそれがないと認められるフグの種類（トラフグ等22種類）及び有毒物質の程度により人の健康を損なうおそれがないと認められる部位（筋肉等）等を定めている。	フグ毒を生成するとされる「底生生物」及び「バクテリア」の混入のない、水槽の水を循環ろ過して使用する「閉鎖型循環式陸上養殖システム」にて養殖したトラフグの肝を全量毒性検査して安全性を確保することにより、「みがき」もしくは「肝」として可食できないか	「閉鎖型循環式陸上養殖システム」（※別紙資料参照）にてフグの毒化の原因と考えられる「バクテリア」と「底生生物」の養殖場への混入を使用する海水を精密ろ過することで防ぎ、管理された毒化しない環境でトラフグを養殖する。　そして魚体を解体し解体した肝の全ての毒性検査を行い、検査期間中は肝本体を真空パックによるロット管理の上急速冷凍保存し、検査の結果毒性の無かったものについてのみ冷凍のまま出荷することとする。なお、出荷する区域は主に宮城県内とし、その他の地域においてはアンテナショップやPRのために提携する飲食店へ出荷するものとする。栗原市は、年に約1,000人ずつ人口が減るなど年々過疎が進んでおり、その中で何か地域の活性化につながるような明るい材料が必要だと考えています。沿岸地域ではない里山においてフグの肝を提供することにより、やりようによって新たな地場産品の創出もできるということを地域の人達にも示したい。	C	Ⅳ	一般的に、フグはテトロドトキシンという極めて致死性の高い有毒物質を持っているため、食用可能な部位等を制限し食品としての安全性を担保しているところであり、現在、フグ肝は有毒部位であることから食用とすることを認めていないことを踏まえ、特区においても、以下の理由によりフグ肝の可食化は認められない。 ・フグの肝を可食部位と認めるに当たっては、無毒であるとの科学的知見が得られていることが前提であるが、フグが毒化する機構が完全に明らかであるとはいえない現時点において、肝が無毒のフグを確実に生産する方法が科学的見地から確立されているとは言い難いこと ・仮に特区区域において、生産から流通、消費に至る全ての行程において、毒性検査、認定業者制、タグによる流通管理等の措置を講じ得たとしても、人的ミスによる食中毒発生の可能性が否定できないこと ・仮に特区区域において、適正かつ確実に毒性検査、認定業者制、タグによる流通管理等の措置を講じたとしても、認定業者以外の者のフグ毒に関する誤った認識による食中毒の発生が否定できないこと 　なお、トラフグの肝については、構造改革特別区域法（平成14年法律第189号）に基づき実施された第5次提案募集において同様の提案があった際、厚生労働省から食品安全委員会に対し、食品安全基本法（平成15年法律第48号）第11条第1項に規定する食品健康影響評価を依頼したところ、平成17年8月5日付府食第796号にて厚生労働大臣あて通知された評価結果の中で、 ・現在までの知見において、テトロドトキシンによるトラフグの毒化機構は十分に明らかとは言えないこと ・フグの毒化機構が十分に解明されていない以上、養殖方法における危害要因及び制御するべきポイントを特定することが不可能であること 等により、現時点において、提案された方法により養殖されたトラフグの肝について、食品としての安全性が確保されていることを確認することができないと結論付けられたところである。その後新たな科学的知見が明らかになっていない以上、仮に本件について食品健康影響評価を行ったとしても、同様の結論になると考えられる。	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。	フグが毒化する機構が完全にあきらかでなくても、現在天然のフグの可食、不可食を部位や種類で判定していますがその判定基準はどのようなものなのですか。またその判定基準を参考にさせてもらうことはかのうでしょうか。「トラフグの肝」という商品であれば養殖から製造出荷までのプロセスをキチンとPRし、石川県の「フグの卵巣の糠づけ」のように毒化機構がされてなくても予防医学協会の検査を経て出荷すれば、逆に許可されている天然のフグの部位より安全なものもあるのではないでしょうか。	C	Ⅳ	厚生労働省としては、フグの毒性等に関する調査研究を行うとともに、「有毒魚介類に関する検討委員会」を設置し、フグの衛生対策について総合的な検討を行い、各都道府県等と協議の上現在の取扱いを定めているところであり、トラフグの肝臓が強力な毒性を有するということは、科学的に周知の事実である。 　また、トラフグの肝については、構造改革特別区域法に基づき実施された第5次提案募集において同様の提案があった際、厚生労働省から食品安全委員会に対し、食品安全基本法第１１条第１項に規定する食品健康影響評価を依頼したところ、平成１７年８月５日付府食第796号にて厚生労働大臣あて通知された評価結果の中で、 ・現在までの知見において、テトロドトキシンによるトラフグの毒化機構は十分に明らかとは言えないこと ・フグの毒化機構が十分に解明されていない以上、養殖方法における危害要因及び制御するべきポイントを特定することが不可能であること 等により、現時点において、提案された方法により養殖されたトラフグの肝について、食品としての安全性が確保されていることを確認することができないと結論付けられたところである。その後新たな科学的知見が明らかになっていない以上、仮に本件について食品健康影響評価を行ったとしても、同様の結論になると考えられる。			C	Ⅳ			1125010	（有）築館クリーンセンター高森ファーム事業部	宮城県	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	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・関係官庁
090430	調理師免許の取得に係る要件の緩和	調理師法 調理師法施行規則	調理師免許の取得に係る要件は、調理師法第3条において、厚生労働大臣の指定する調理師養成施設において、1年以上、調理、栄養及び衛生に関して調理師たるに必要な知識及び技能を修得したもの、もしくは、多数人に対して飲食物を調理して供与する施設又は営業で厚生労働省令の定めるものにおいて2年以上調理の業務に従事した後、調理師試験に合格したものと規定されている。	特区において、特例措置510を活用して民間事業者により実施される特定刑事施設の運営等に係る事業に関連して、社会復帰促進センターに収容された受刑者であって、当該施設において2年以上調理の業務に従事した者については、法第3条第1項第2号の適用については、多数人に対して飲食物を調理して供与する施設において従事したものとみなすことを求めるもの。	喜連川社会復帰促進センター等PFI特区においては、特例措置510「特定刑事施設における収容及び処遇に関する事務の委託促進事業」を活用して、国の刑務所における収容及び処遇に関する事務の民間委託が行われることとされている。その一環として、受刑者の社会復帰に向けた調理師免許取得のための訓練等の職業訓練が民間企業によって行われている。しかし、調理師免許に関して、現行制度においては、刑事施設は「多数人に対して飲食物を調理して供与する施設」に当たらないとされることから、当該施設において調理の業務に従事し、調理師試験に合格したとしても調理師免許が取得できない。社会復帰促進センターは、国の刑務所のうち、犯罪傾向の進んでいない者を収容する刑務所であり、そこに収容される受刑者は、刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律に基づき処遇を実施することにより、健全な社会人として円滑な社会復帰を実現できる可能性が高い者の集団である。したがって、当該施設において調理師法に基づく必要な業務に従事し、調理師免許の取得が可能とすることにより受刑者の就労と円滑な社会復帰が促進されると考えられる。併せて、調理師に関する職業訓練を中心として食に関する関連産業の当該地域への集積が期待され、雇用の拡大、定住人口の増大、消費の拡大等を通じた地域経済の活性化が期待できる。	C	Ⅰ	調理師資格は全国で通用する資格であり、資格要件としての実務経験は全国統一的である必要があるため、特区として認めることにはそぐわないものである。 なお、調理師免許については、調理師法第3条おいて「多数人に対して飲食物を調理して供与する施設又は営業で厚生労働省令の定めるものにおいて2年以上調理の業務に従事した後、調理師試験に合格したもの」と定められており、矯正施設が当該施設に当たらないとはいえないという点で、事実誤認がある。また、受刑中に訓練として行う調理は、反復継続して調理の行為に専ら従事しているとはいえないと考えられるため、「調理の業務に従事した」とはいえない。 加えて、受刑終了後に業務として調理の実務を行うことで、調理師試験を受験することが可能であり、受刑者について将来の調理師免許取得を妨げるものではない。	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。	資格要件としての実務経験は全国統一的である必要があるとのことであるが、当方の提案はその内容の変更を求めるものではない。貴省ご回答においては、矯正施設が「多数人に対して飲食物を調理して供与する施設」に当たらないとはいえないとし、受刑中に訓練として行う調理は反復継続して専ら従事しているとはいえないとしているが、反復継続して調理の行為に専ら従事していれば「調理の業務に従事した」と考えてよろしいか。また、そう認められる基準について教示されたい。そもそも受刑終了後に業務として調理の実務を行うのでは、さらに2年間調理師試験を受験することができず、受刑者の円滑な社会復帰の促進に支障をきたすものと考えられる。	D	Ⅳ	「調理師試験の実施について（平成9年6月11日付通知健医発第880号）」において示しているとおり、「調理の業務に従事した」といえるためには、専ら調理品の運搬、配達、食器洗浄等に従事しているものを除き、最低でも週4日以上かつ1日6時間以上、反復継続して調理の行為に専ら従事していることが必要である。 受刑中に訓練として調理を行う場合については、矯正施設が「多数人に対して飲食物を調理して供与する施設」に該当し、かつ、当該施設において、上記の基準を満たしている場合に限り、「調理の業務に従事した」といえる。			D	Ⅳ			1085040	（株）三井物産戦略研究所	東京都	厚生労働省
090440	・化製場等に関する法律及びと畜場法施行令の規制緩和	化製場等に関する法律（昭和23年法律第140号） と畜場法（昭和28年法律第114号） と畜場法施行令（昭和23年政令第216号）	化製場等に関する法律第2条第2項の規定により、死亡獣畜の解体、埋却又は焼却は、死亡獣畜取扱場以外の施設又は区域で行ってはならないこととされているが、同項ただし書の規定により、食用に供する目的で解体する場合及び都道府県知事の許可を受けた場合はこの限りではないとされている。 また、牛、馬、豚、めん羊及び山羊については、と畜場法第13条第1項の規定により、と畜場以外の場所において、食用に供する目的でとさつしてはならないとされているが、同項ただし書第4号及びと畜場法施行令第4条第2号の規定により、離島であるため、その他土地の状況により、と畜場以外の場所においてとさつすることがやむを得ない場合であって、かつ、都道府県知事が指定した地域において、又は都道府県知事の許可を受けてとさつする場合はこの限りではないとされている。	奄美大島のノヤギは、化製場等に関する法律第2条第2項のただし書き及びと畜場法施行令第4条第2項について、1件ごとの許可でなく、区域としての許可とする。	提案理由 奄美大島では貴重なタンパク源・滋養強壮に効果がある食材として、家庭で山羊を飼育し、祝い事や集落行事の際に食する文化が受け継がれているが、社会環境の変化等により飼育世帯が減少し、伝統食文化継承の懸念材料となっている。 一方、本島では野生化した山羊（ノヤギ）による食害が拡大しており、有害鳥獣として捕獲が実施され、と畜場で処理した後、食材として活用されている。 奄美大島の特異な自然、希少動植物を保護する観点から捕獲したノヤギを、伝統食の食材として活用することは、食文化継承の有効な策であるが、現行、食材活用するには、生体で捕獲する必要があり、ノヤギの多くが生息する崖地での生体捕獲・運搬等は、非効率なうえ危険を伴うものである。 そこで、本特例措置及び衛生管理マニュアル等により、捕殺した場合に放血・解体処置等を行えるよう条件を整備する。 このことで、銃による捕獲も可能となり、捕獲の効率及び安全性が高まる。また、ノヤギを伝統食食材の安定した供給源の一つとして、さらに有効活用することが可能となる。 代替措置 山羊とノヤギの区別を図るため、適正管理条例を制定する。また、公衆衛生上問題が発生しないよう、鹿児島県と畜場法施行規則第9条（と畜場外のとさつ又は解体方法）の遵守、併せて独自の衛生管理マニュアルを策定・運用することで、安全性の確保に努める。	化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ	食用に供する目的で死亡獣畜を解体等する場合には、化製場等に関する法律第2条第2項ただし書の規定により、同項の規定は適用されない。 また、と畜場法第13条第1項ただし書第4号及びと畜場法施行令第4条第1項第2号の規定により、離島であるため、その他土地の状況により、と畜場以外の場所においてとさつすることがやむを得ない場合には、都道府県知事が指定した地域において獣畜をとさつすることが認められている。 なお、当該都道府県知事による地域の指定は自治事務である。			化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ				化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ		奄美自然保護と食文化継承特区	1059020	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町	鹿児島県	厚生労働省
090450	・獣畜からの除外	化製場等に関する法律（昭和23年法律第140号） と畜場法（昭和28年法律第114号） と畜場法施行令（昭和23年政令第216号）	化製場等に関する法律第2条第2項の規定により、死亡獣畜の解体、埋却又は焼却は、死亡獣畜取扱場以外の施設又は区域で行ってはならないこととされているが、同項ただし書の規定により、食用に供する目的で解体する場合及び都道府県知事の許可を受けた場合はこの限りではないとされている。 また、牛、馬、豚、めん羊及び山羊については、と畜場法第13条第1項の規定により、と畜場以外の場所において、食用に供する目的でとさつしてはならないとされているが、同項ただし書第4号及びと畜場法施行令第4条第2号の規定により、離島であるため、その他土地の状況により、と畜場以外の場所においてとさつすることがやむを得ない場合であって、かつ、都道府県知事が指定した地域において、又は都道府県知事の許可を受けてとさつする場合はこの限りではないとされている。	奄美大島のノヤギを、「と畜場法」及び「化製場等に関する法律」の「獣畜」としての規定から除外する。	提案理由 奄美大島では貴重なタンパク源・滋養強壮に効果がある食材として、家庭で山羊を飼育し、祝い事や集落行事の際に食する文化が受け継がれているが、社会環境の変化等により飼育世帯が減少し、伝統食文化継承の懸念材料となっている。 一方、本島では野生化した山羊（ノヤギ）による食害が拡大しており、有害鳥獣として捕獲が実施され、と畜場で処理した後、食材として活用されている。 奄美大島の特異な自然、希少動植物を保護する観点から捕獲したノヤギを、伝統食の食材として活用することは、食文化継承の有効な策であるが、現行、食材活用するには、生体で捕獲する必要があり、ノヤギの多くが生息する崖地での生体捕獲・運搬等は、非効率なうえ危険を伴うものである。 そこで、本特例措置及び衛生管理マニュアル等により、捕殺した場合に放血・解体処置等を行えるよう条件を整備する。 このことで、銃による捕獲も可能となり、捕獲の効率及び安全性が高まる。また、ノヤギを伝統食食材の安定した供給源の一つとして、さらに有効活用することが可能となる。 代替措置 山羊とノヤギの区別を図るため、適正管理条例を制定する。また、公衆衛生上問題が発生しないよう、鹿児島県と畜場法施行規則第9条（と畜場外のとさつ又は解体方法）の遵守、併せて独自の衛生管理マニュアルを策定・運用することで、安全性の確保に努める。	化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ	食用に供する目的で死亡獣畜を解体等する場合には、化製場等に関する法律第2条第2項ただし書の規定により、同項の規定は適用されない。 また、と畜場法においては、食肉の安全性を確保するため、同法に規定する「獣畜」について、獣医師であると畜検査員による食肉検査、と畜場や獣畜の処理の衛生管理等を規定しているところ、本提案のようにノヤギをこれらの規定の対象である「獣畜」から除外することについては、国民の健康を損なうおそれがあることから、認めることは困難である。 なお、現在のと畜場法の枠組みにおいても、と畜場以外の場所においてとさつすることがやむを得ない場合には、都道府県知事が指定した地域において獣畜をとさつすることが認められており（上記090440の回答参照）、本提案については合理的理由がないと考える。			化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ				化製場法（E）と畜場法（D）	Ⅰ		奄美自然保護と食文化継承特区	1059030	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町	鹿児島県	厚生労働省
090460	ALTに係る派遣期間制限の除外	○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40条の2第1項 ○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4条	・専門的な業務等（26業務）を除いた業務については派遣受入可能期間が設けられている。	「人材都市ぎふ」を標榜する岐阜市では、生徒の英語能力を効率的に伸ばすため、本年、市内全中学校に22名のALTを派遣により配置した。今後も継続的にALTを活用したいが、現状では労働者派遣法で派遣期間制限が設けられており、派遣可能期間を超えて派遣受け入れを継続する場合には、告示により3ヶ月間超のクーリング期間を設ける必要があり、その間、ALTの派遣受け入れを停止しなければならない。 よって、ALT業務が派遣期間制限から除外されるよう、労働者派遣法施行令第4条に定める業務にALT業務を位置づける。	前回提案時の貴省回答「ALT業務は①業務の専門性や②常用労働者の雇用の安定に及ぼす影響　について具体的に検討できないため、派遣期間制限のない26業務に含めることの可否について回答困難」に対し、どのような条件や材料が揃えば検討できるのか省庁へ確認したが回答頂けなかったため、再度ご教授頂きたい。 ①については、岐阜市はALT派遣受入れに際し、英語を母語とし、出身国にて大学以上の教育機関を卒業した者、ALTとして十分な経験がある・あるいは研修を受けた者、英語の発音、リズム等において優秀かつ現代の標準的な語学力がある者等、多くの条件を付しており、専門性を担保している。また、26業務の1つ「通訳、翻訳等業務」とALT業務には、英語を母語とする者が文章等をチェックし文法上等の誤りを訂正する等共通点があり、同様の専門性があると考えられる。 ②については、前回提案時にも述べたが、岐阜市におけるALTは英語を母語とし、そのほとんどが数年後には母国へ戻り、数年で人が入れ替わるという特殊事情がある。更にビザの手続きや日常生活の世話など雇用管理も通常の業務と比べ極めて特殊であり、通常の就業形態とは異なる。このようにALT業務には具体的な特殊性があり、労働者派遣法において派遣期間制限から除外される業務として定められている「就業形態、雇用形態等の特殊性により、特別の雇用管理を行う必要があると認められる業務」に位置づけることが可能と考える。 以上からALT業務を派遣期間制限から除外するため、ALT業務の専門性と常用労働者の雇用の安定に及ぼす影響について具体的に検討できないかご教授頂きたい。	C	Ⅱ	労働者派遣法施行令第4条に掲げる業務は、公労使の意見も経て、「専門的な知識、技術等又は経験を必要とする業務」または「特別な雇用管理を行う必要があると認められる業務」であって、「当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間に渡るその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないと認められるものであること」を要されているところであるが、御提案のALT業務については、他の業務に比して特段に、専門性や雇用管理の特殊性があるとする客観的根拠が示されておらず、常用労働者の雇用の安定に及ぼす影響などについて具体的に検討するための整理もなされていないため、公労使の意見を経て具体的に検討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。	岐阜市のALT業務の専門性等については提案書のとおりだが、貴省回答中の「専門性等の客観的根拠の提示」等とは、具体的に誰によってどのようになされるものであるか。本提案は特区制度の趣旨に基づき、教育立市を目指す岐阜市の現状を踏まえたものであり、提案実現のためにはどうすべきかとの観点からご教示頂きたい。 また、貴省はALTの雇用形態について、直接雇用か派遣か請負か、どれが適当とお考えか。提案の目的は「効率的かつ継続的なALTの活用」であり、派遣以外で実現できるのであれば形態にはこだわらない。ただし、直接雇用はコスト面や学校の長期休業中の活用、欠員が出た際の補充への対応等から効率的ではないと考える。	C	Ⅱ	労働者派遣法施行令第4条に掲げる業務は、①その業務を迅速かつ的確に遂行するためには、単純な労働者ではなく、専門的な知識、技術又は経験を有する労働者に行わせることが一般的に必要とされる業務又は②その業務に従事する労働者について、就業場所や就業時間等の就業形態や雇用形態等の特殊性により、特別の雇用管理を行う必要があると認められる業務のいずれかに該当し、③当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間にわたるその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないと認められ、常用雇用労働者の派遣労働者への代替が少ないものに限っている。当該業務の拡大については、各種要望等をはじめ、業務実施の態様や労働市場の状況にかんがみ、検討に足りる具体性等があると判断された場合に、労働政策審議会における検討等を行うものであるところ、御提案の内容については、専門性又は雇用管理の特殊性について上記①及び②を満たす説明が十分になされていないとともに、常用雇用労働者の雇用の安定に及ぼす影響についての説明がなされていないため、具体的に検討することは困難である。 また、当省は、ALT業務の雇用形態についてどの形態が適当かを示す立場にはないが、いずれの形態であっても法令に則して実施していただくべきものと考えている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	前回から述べるとおり、岐阜市のALT業務は、英語を母語とし、優秀な語学力や教科指導の知識・経験等を必要としており専門的業務と考える。また学期毎で長期休暇があるなど労働期間が特殊で、不慣れな異国での職務である上、数年で母国へ戻る人が多いという特殊事情から特別の雇用管理が必要である。 本市中学校にALTを拡大配置する上では、前述の特殊事情や欠員の際の補充対応、コスト面等からALT業務はそもそも常用雇用にはなじまず、影響は少ないと考える。 提案実現のため、ALT業務と類似する「通訳・翻訳等業務」について、専門性と雇用管理の特殊性があるとする根拠、常用雇用安定への影響に関する整理をご教示頂きたい。	C	Ⅱ	労働者派遣法施行令第4条第6号の通訳、翻訳の業務については、通常、通訳技能検定等に合格した者等が従事する専門的な業務であり、通常、一般企業が専門の通訳等を自ら雇用することは少なく当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間にわたるその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないものとして、審議会における公労使の意見も経て、認められたものである。御提案の業務については、専門性又は雇用管理の特殊性及び常用雇用労働者の雇用の安定に及ぼす影響についての説明が不十分であり、具体的に検討することは困難である。		1112010	岐阜市	岐阜県	厚生労働省
090470	市所有施設を管理するための人材派遣	○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7条第1項第1号第40条の2第1項 ○派遣先が講ずべき措置に関する指針	・専ら労働者派遣の役務の提供を特定の者に提供することを目的として行われる労働者派遣事業は認められない。 ・専門的な業務等（26業務）を除いた業務については派遣受入可能期間が設けられている。 ・新たな労働者派遣の開始と新たな労働者派遣の受入の直前に受け入れていた労働者派遣の終了との間の期間が3箇月を超えない場合には、当該派遣先は継続して労働者派遣の役務の提供を受けているものとみなす。	自治体が出資している公益法人が派遣元となって、市所有施設を管理するための労働者を派遣をできるよう、規制を緩和してもらいたい。さらに、労働者派遣を行うにあったては、クーリングオフ期間をなくしてほしい。	市所有の施設を効率よく管理するため、財団法人恵那市施設管理公社から市の施設に人材を派遣するシステムを構築したい。（給食センターなどの施設は、市の直営では非常にコストがかかり、完全に民間委託するには安定した供給ができなくなる恐れがあるため、公社からの人材派遣を切望している）そこで、上記の労働者派遣が可能となるよう、規制を緩和してほしい。 さらに、労働者派遣が可能となったとしても、労働者派遣における現行のクーリングオフ期間（3年受入れ後は、3ヶ月間の派遣を受入れない期間が必要）があるため、安定した行政サービスの提供が出来ないおそれがある。そこで、市出資の公益法人から市の施設に労働者を派遣する場合にあっては、このクーリングオフ期間をなくしてほしい。	C	前段について Ⅰ 後段について Ⅲ	労働者派遣制度においては、自治体が出資している公益法人であっても、一般労働者派遣事業の許可又は特定労働者派遣事業の届出がなされていれば、派遣元事業主として労働者派遣事業を行うことはできるが、当該事業が専ら労働者派遣の役務を特定の者に提供することを目的として行われるものであってはならない。 また、26業務以外の業務に対する労働者派遣は、臨時的・一時的な業務への受入れであると位置付けられ、派遣受入可能期間の制限が設けられているところであるが、派遣受入可能期間の算定に当たり、新たな労働者派遣の開始とその直前に行われた労働者派遣の終了との間が3箇月を超えない場合には継続して労働者派遣の役務の提供を受けているものとみなし、他方その期間が3箇月を超える場合にはもはや継続して労働者派遣の役務の提供を受けているものとはしない（いわゆるクーリング期間）ものである。このクーリング期間とは、あくまで派遣受入期間の算定に当たっての「継続して」役務の提供をしているか否かの判断基準となるものであり、業務によってその内容が変わる性質のものではない。従って、御提案の場合において特例を設けることは適当ではない。	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。	当事業を、派遣ではなく請負で行った場合、当該公益法人の労務管理上の独立性と事業経営上の独立性が求められる。これは当該公益法人に大きな財務負担（原材料費、光熱水費、備品等修繕費、施設・設備・備品のリース料、損害保険等）を課すことになる。昨今の地方財政が脆弱な時期、また、行財政改革が急務な時期に、自治体からの委託料を上記経費の分だけ増やすことは、到底住民の理解が得られない。派遣形式であれば、上記の必要物品（材料・車両等）を市が無償で提供することができるため、今回の要望に至ったものである。	C	前段について Ⅰ 後段について Ⅲ	労働者派遣制度においては、自治体が出資している公益法人であっても、一般労働者派遣事業の許可又は特定労働者派遣事業の届出がなされていれば、派遣元事業主として労働者派遣事業を行うことはできるものである。なお、労働者派遣事業は、労働力需給の適正な調整の観点から、専ら労働者派遣の役務を特定の者に提供することを目的として行われるものであってはならず、これは、事業主が御提案のような公益法人であっても特例を設けるべきものではない。 御提案のクーリング期間はあくまで派遣受入期間の算定に当たっての「継続して」役務の提供をしているか否かの判断基準となるものであり、業務によってその内容が変わる性質のものではないため、御提案の市所有施設の管理という業務について、地方公共団体の財政上の問題をもって、特別に派遣受入期間の算定方法の特例を設けることは適当ではない。なお、当該業務に係る派遣受入期間制限そのものを撤廃することについては、労働者派遣事業は臨時的・一時的な労働力の需給調整に関する対策であり、常用雇用の代替のおそれが少ない専門的な業務等の26業務以外の業務については、派遣受入期間の制限を設けているところであるところ、地方公共団体を派遣先とする当該業務についてのみ特例を設けることは適当ではない。			C	前段について Ⅰ 後段について Ⅲ			1091010	恵那市	岐阜県	総務省 厚生労働省
090480	外国人に対する年金制度の見直し	厚生年金保険法附則第29条、国民年金法附則第9条の3の2	我が国の年金制度は、国籍にかかわらず等しく適用されており、年金制度の保障の対象となっている。日本に短期滞在する外国人の方について保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、このような解決が図られるまでの間の当分の間の臨時的かつ暫定的な特例措置として、短期滞在の外国人の方に対し脱退一時金を給付している。	日本と母国との間で年金加入期間が通算される社会保障協定が未締結の国の外国人研究者が、受給資格期間を満たさず帰国する場合の脱退一時金について、在留期間5年の保険料納付期間に対応した支給を行う。	世界最大の大型放射光施設SPring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入れ促進を図ってきた。 これら外国人研究者は、年金制度へ加入が義務づけられているものの、短期加入で受給資格を満たさないまま制度から途中離脱する可能性が高く、社会保障協定未締結国（ロシア、ポーランド等）の研究者については、脱退一時金を請求することができる。 しかしながら、保険料納付期間が3年までの場合はその期間にあわせて段階的に脱退一時金が支給されるものの、3年以上では一定額しか支給されず、「特定研究活動」で在留している播磨科学公園都市内の研究者にとっては、最大5年の在留期間中保険料を払い続けたとしても、3年を超えると実質払い捨ての状態になってしまう。したがって、保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題が社会保障協定により解決されるまでの間の特例措置として脱退一時金制度が設けられていることからも、保険料納付期間（在留期間の上限（5年））に対応した段階的な脱退一時金の支給をお願いしたい。 なお、このことが法附則の「当分の間」支給する旨の規定と整合しないということであれば、その「当分の間」の解釈（「当分の間」を3年と想定している理由）をご教示いただきたい。	C	Ⅰ	我が国の年金制度は、内外人平等、すなわち国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が起きた場合には必要な保障を行っているところであり、短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 一方、こうした方の保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、特に開発途上国などでは、母国の年金制度が未成熟であるなどの理由で、協定による解決に時間がかかる場合があるのも事実であり、こうした実態を踏まえ、脱退一時金という特例的な制度を設けているところである。 そもそも、我が国の年金制度は、社会連帯と相互扶助の理念に基づき、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として、保険事故の際に給付を行う賦課方式の社会保険制度であって、制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いである。脱退一時金の支給額についてもこうした取扱いであることを踏まえて設定しているものである。 脱退一時金の対象期間の上限の延長は、このような制度創設時の趣旨・目的に反し、特例的な制度としての法律上の位置付け（厚生年金保険法附則第29条において「当分の間」支給するものと規定）と整合しないことから、厚生労働省としては、このような法律改正は考えていない。なお、御質問のあった「当分の間」の解釈については、脱退一時金制度は、厚生年金保険法上臨時的かつ暫定的な措置として設けられているものであることを意味するものであり、脱退一時金の支給対象期間と関係はない。	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。	①保険料納付が老齢給付に結びつかない問題について、社会保障協定締結までの間の特例的な対応策として、脱退一時金制度が設けられている →保険料が払い捨てになることを防ぐため、保険料納付期間（最大5年）に対応した脱退一時金を支給してもらいたい。（「特定研究活動」については）法改正により在留期間が3年から5年に延長されており、一時金の段階的支給期間を5年にすることが妥当と考える。 ②社会保障制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的であることから、脱退一時金は臨時的かつ暫定的な措置である →これまで3年としていた支給対象期間を5年に延長したとしても、臨時的かつ暫定的なものであるという性質は変わるものではないと考える。 「科学技術の振興及び成果の社会への還元に向けた制度改革について（平成18年12月25日総合科学技術会議）」においても同様の問題が提起され、「必要に応じて検討すべき」とされており、引き続き最大5年の保険料納付期間に対応した脱退一時金の支給を求める。	C	Ⅰ	我が国の年金制度は、内外人平等、すなわち国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が起きた場合には必要な保障を行っているところであり、短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 そもそも、我が国の年金制度は、社会連帯と相互扶助の理念に基づき、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として、保険事故の際に給付を行う賦課方式の社会保険制度である。こうした我が国の公的年金制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いであり、日本国籍を有する方については、一切このような取扱いは認めていない。脱退一時金の支給額についてもこうした極めて例外的な取扱いであることを踏まえて設定しているものである。 脱退一時金の対象期間の上限の延長は、このような制度創設時の趣旨・目的に反し、特例的な制度としての法律上の位置付け（厚生年金保険法附則第29条において「当分の間」支給するものと規定）と整合しないことに加え、日本国籍を有する者との均衡を失するものと考えられ、厚生労働省としては、このような法律改正は考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	日本国籍を有する方が年金制度からの途中離脱を給付事由とする取扱いを認めていないこととの均衡を失するため、外国人に対する脱退一時金の見直しを行わないとのことであるが、我が国の保険制度の中で二重納付の問題が発生しない日本国籍保有者とは異なり、外国人の方は保険料納付が老齢給付に結びつかず、保険料が払い捨てになってしまうことから、それを防ぐため、保険料納付期間（最大5年）に対応した脱退一時金の支給が妥当と考える。 なお、これまで3年としていた支給対象期間を5年に延長したとしても、臨時的かつ暫定的なものであるという性質は変わるものではなく、特例的な制度としての法律上の位置づけと整合しないとは言えない。	C	Ⅰ	我が国の年金制度は、内外人平等、すなわち国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が起きた場合には必要な保障を行っているところであり、短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 そもそも、我が国の年金制度は、社会連帯と相互扶助の理念に基づき、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として、保険事故の際に給付を行う賦課方式の社会保険制度である。こうした我が国の公的年金制度からの途中離脱を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いであり、日本国籍を有する方については、企業により他国へ派遣され、派遣先国の社会保障制度が強制適用されることにより、保険料の二重負担が生じる場合も含め、一切このような取扱いは認めていない。脱退一時金の支給額についてもこうした極めて例外的な取扱いであることを踏まえて設定しているものである。 脱退一時金の対象期間の上限の延長は、このような制度創設時の趣旨・目的に反し、特例的な制度としての法律上の位置付け（厚生年金保険法附則第29条において「当分の間」支給するものと規定）と整合しないことに加え、日本国籍を有する者との均衡を失するものと考えられ、厚生労働省としては、このような法律改正は考えていない。		1122010	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	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	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	管理番号 提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
090490	在留資格「人文知識・国際業務」（うち国際業務）の要件撤廃	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	申請人が外国の文化に基盤を有する思考又は感受性を必要とする業務に従事しようとする場合は、次のいずれにも該当していることが必要。 ①翻訳、通訳、語学の指導、広報、宣伝又は海外取引業務、服飾若しくは室内装飾に係るデザイン、商品開発その他これらに類似する業務に従事すること。 ②従事しようとする業務に関連する業務について3年以上の実務経験を有すること。（ただし、大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合は、この限りでない。）	「特定家族滞在活動」で在留している外国人研究者の配偶者が、母国語を活用して就労するため、「人文知識・国際業務」（うち国際業務）へ在留資格変更を行う際に要求される現行要件（学歴、実務経験年数（3年以上））以外の評価基準の整備を求める。	世界最大の大型放射光施設SPring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かして外国人研究者の受入れ促進を図っている。 現在、当該研究者は長期（最大5年）に渡る研究プロジェクト等で研究活動を行っているため、家族での滞在を希望しているが、長期滞在ゆえ家族自身も積極的な社会活動への参加を望んでいる。家族での滞在がしやすい、より魅力的な研究環境を提供することが、ひいては優秀な人材の集積、新産業創出による地域経済の活性化につながるものと考えているが、現在、「人文知識・国際業務」（うち国際業務）へ在留資格の変更を行う際には、学歴又は実務経験年数（3年以上）が要求されており、母国語の能力を活用した社会参加への道を困難なものにしている。 ついては、現行要件を撤廃して、外国人研究者の配偶者が社会活動へ参加できる道を開いていただきたい。また、単純に現行要件を撤廃することが困難ということであれば、現行要件に代わる別の基準でもってその能力を評価できる体制を国において整備いただきたい（相互認証、国家資格等）。	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理及び難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであり、実務経験年数要件の廃止・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものでもあることから、政府としての外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして、措置を行うことは困難である。 また、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	外国人研究者が家族滞在しやすい魅力的な環境を整えることで、優秀な人材を確保し新産業創出につながる研究を促進して地域経済を活性化させることを目指しており、その一環として研究者配偶者が社会参加できる道を開くことが重要と考えている。 現在、それを困難なものにしているのが「実務経験年数」要件であるが、たとえ当要件を満たしていなくとも、日本文化にはない思考・感受性に基づく一定水準以上の専門的能力を持ち、母国語を活かした就労が可能な人材はあるはずであり、それら人材を発掘する新たな基準づくりをお願いしたい。	C	Ⅲ	前回も回答したとおり、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知していないところである。 なお、外国人研究者の配偶者については、現行制度においても、資格外活動許可を得ることにより、一定の範囲内で社会参加することが可能なところである。	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。	「家族滞在」で来日している外国人であっても、長い日本滞在の間、就労をして社会参加したいと願うのは当然のことであり、また、実務経験がなくとも、一定水準以上の専門的能力を持った優秀な人材はあるはずである。現在、「3年以上」という実務経験年数以外に、「現行要件と同等の専門性等が確保される評価基準があるとは承知していない」とのことであるが、新たな評価体制を整備いただき、実務経験以外の基準でも能力を判断できるようご検討願いたい。 なお、資格外活動許可については、包括的許可が与えられることにはなったものの、週28時間以内の活動という制限もあり、全面的な問題解消にはならないと考える。	C	Ⅲ	前回も回答したとおり、現在のところ、現行要件と同等の専門性・技術性が確保されることが客観的に確認できる国家資格等の評価基準があるとは承知しておらず、こうした状況において、検討・措置を行うことは困難である。		1122020	兵庫県、たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	法務省 厚生労働省
090500	「技術」の必要経験年数の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	申請人が従事しようとする業務について、これに必要な技術若しくは知識に係る科目を専攻して大学を卒業し若しくはこれと同等以上の教育を受け又は10年以上の実務経験（大学、高等専門学校、高等学校、中等教育学校の後期課程又は専修学校の専門課程において当該技術又は知識に係る科目を専攻した期間を含む。）により、当該技術若しくは知識を修得していることが必要。	現在相互認証されている資格・試験以外の民間ベンダー資格などについても相互認証の対象となるよう、国における考え方及び拡大にむけた整備を求め、新たに対象となった資格等を有する外国人について、在留資格「技術」において要求される実務経験年数を「10年以上」から「4年以上」に緩和する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、地域経済を支える大きな柱となっている。このようななか、情報産業等においてIT技術者が不足し、海外から優秀なIT技術者を確保しなければならない状況である。即戦力を求める企業では、技術者を雇用する際に民間ベンダー資格など様々な資格・試験を指標としており、相互認証されている国家資格以外のものも専門分野での能力を確認し得るといえることから、当地域において優秀な人材を幅広く確保するために、現在相互認証されている資格等を拡大し、新たに相互認証の対象となった資格等を有する外国人について、実務経験年数を「10年以上」から「4年以上」に緩和することを求めるもの。	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理及び難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであり、単純に実務経験年数の緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるものでもあることから、政府としての外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして、措置を行うことは困難である。 なお、現行制度においても、情報処理に関する技術又は知識を要する業務について、法務大臣が告示をもって定める情報処理技術に関する試験に合格し又は法務大臣が告示をもって定める情報処理技術に関する資格を有している場合には、実務経験年数要件は必要とされていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	多くのIT技術者は、自身の情報技術能力の証明として民間ベンダー資格を取得して企業に雇用されており、同資格は情報産業界において広く認められている現状にあることから、相互認証の対象となるよう検討を要望しているところである。 しかしながら、同資格の相互認証が難しい場合、国家資格・試験が相互認証されているものの法務大臣告示で定められていない国（インド、タイ、台湾、マレーシア、モンゴル）についても告示に追加し、必要経験年数に関わりなく入国できる国が拡大されるよう検討していただきたい。	C	Ⅲ	御指摘の国家資格・試験が、平成13年法務省告示第579号で定める国家資格・試験に追加されるためには、専門性・技術性の点で同等性が確保されていることが広く社会一般に認められるものであることが必要である。 なお、当該告示は、「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案する際の要件である学歴要件及び実務経験年数要件に代わるものとして定められているものであることに留意する必要がある。			C	Ⅲ			1093080	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省 経済産業省
090510	「企業内転勤」の転勤前関連業務従事要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	転勤の直前に外国にある本店、支店その他の事業所において1年以上継続して法別表第一の二の表の技術の項又は人文知識・国際業務の項の下欄に掲げる業務に従事していることが必要。	在留資格「企業内転勤」において要求される関連業務経験期間を「1年以上」から「6ヶ月以上」に緩和する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、地域経済を支える大きな柱となっている。これらの企業において、事業展開の時機を失することなく人材を確保することが重要であることから、ひょうご・神戸で勤務させることを前提に外国で新たに雇った者のうち、雇用前の別会社において「技術」「人文知識・国際業務（うち人文知識）」分野で3年以上の実務経験を有する者について、転勤前の従事期間を「1年以上」から「6ヶ月以上」に緩和することを求めるもの。	C	Ⅲ	在留資格「企業内転勤」は、外国で活躍している職員を技術又は人文知識・国際業務の在留資格とは異なる簡易な要件の下に受け入れるものであることから、在留資格「技術」等の在留資格で規定している実務経験年数等の要件を課していないものであり、活動に従事した期間を短縮することは困難である。 なお、外国での業務従事経験がない者であっても、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」に係る要件を満たす場合には、入国が可能である。	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。	転勤前関連業務従事期間を緩和する要件として、転勤前従事期間「6ヶ月以上」に加え、雇用前の別会社で「技術」及び「人文知識・国際業務（うち人文知識）」分野での「3年以上」の実務経験年数を課している。本県が提案するこの要件は、現行の要件に比して条件を単純に緩和するものではないと認識している。 また、中国をはじめとした各国の企業が対日投資を行う場合、ビジネス情勢が目まぐるしく変化するなかで好機を逃さないよう迅速に事業を展開する必要がある。このようななか、兵庫・神戸において、本国からの優秀かつ適切な人材の早期確保が可能となれば、対日投資の促進及び地域経済の活性化を図ることができる。	C	Ⅲ	在留資格「企業内転勤」は、外国で活躍している職員を「技術」、「人文知識・国際業務」の在留資格とは異なる簡易な要件の下に受け入れるものである。 これは、本来課されるべき学歴要件（「従事しようとする業務について、これに必要な知識に係る科目を専攻して大学を卒業」）及び実務経験年数要件（「従事しようとする業務について10年以上の実務経験」）を、特別に課していないものであるため、これ以上の要件の緩和は困難である。	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。	本県が提案している要件は、「雇用前の別会社での3年以上の実務経験」を課しており、単純に現行要件の緩和を要望しているものではなく、両者に差はないものと考える。政府が推進する対日投資の拡大にあたっては、企業活動が円滑に行える環境を整えることが重要であるが、本提案の実現により新たな受け入れ環境が整備されるため、地域経済の発展に資するものとなる。	C	Ⅲ	前回も回答したとおり、在留資格「企業内転勤」は、本来であれば在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」の上陸許可基準において規定されている学歴要件等を満たさなければ入国できないところを、一定期間の「転勤」として、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」とは異なる簡易な要件の下で受け入れるものであり、これ以上の要件の緩和は困難である。 なお、現在も、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」に係る要件を満たすような優秀な人材については、外国での業務従事経験がなくとも、入国が可能である。		1093090	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省
090520	在留資格「人文知識・国際業務」の必要な知識に係る科目専攻要件の撤廃	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	申請人が人文科学の分野に属する知識を必要とする業務に従事しようとする場合は、従事しようとする業務について、これに必要な知識に係る科目を専攻して大学を卒業し若しくはこれと同等以上の教育を受け又は従事しようとする業務について10年以上の実務経験（大学、高等専門学校、高等学校、中等教育学校の後期課程又は専修学校の専門課程において当該知識に係る科目を専攻した期間を含む。）により、当該知識を修得していることが必要。	「人文知識・国際業務」の在留資格認定基準の1つである「従事しようとする業務について、これに必要な知識に係る科目を専攻して大学を卒業する」ことの業務必要知識の専攻要件を緩和し、大学を卒業すれば、日本人の就職と同様に、一般事務、営業、企画業務等に就労することを認める。	優秀な外国人が姫路に留学、就職することにより、姫路地域における活性化を図る。 具体的には、現状においては学歴要件により専攻課程修了後の留学生に在留資格が付与されず、日本で就職できないケースも少なくない。運用として『専攻科目の内容と従事しようとする業務に関連性が認められれば』在留資格を許可されるとのことであるが、どのような場合に関連性を認められるのか明確ではないため、企業としても優秀な人材の採用機会を逸することにもなりかねない。 姫路獨協大学留学生が卒業後姫路で就職する場合に、通訳業務、貿易業務に捕らわれず、一般事務、営業、企画業務等の職種の就労を認めることにより、就職の機会が増大することになる。日本で就職を希望する留学生が、当大学への入学を希望することにつながり、また、その留学生が姫路商工会議所会員企業に就職することが期待できるため、優秀な人材を姫路地域に招聘できることとなる。 また、人口減少が必至となる日本において、将来、外国人受入れを拡大する場合のモデルケースとなる。 提案理由： 単純労働者とは専門知識や技術を有しない労働者とされているが、留学生は4年間の高等教育により専攻科目の知識を修得し、留学生活における様々な経験から得た知識を身に付けており、総合的に見て「専門知識」と有する者と考える。 また、日本人労働者との競合・代替の問題、労働条件面への悪影響等については、単純労働者の受入れに起因するものなので、単純労働に従事することがなければ問題は発生しないと考える。更に、就職先の企業を姫路商工会議所会員企業に限定し採用職種や就職後の就業状況を確認することでも、単純労働への従事が防止できる。	C	Ⅲ	我が国は、出入国管理及び難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して、外国人労働者を受け入れるべき職種の範囲を決定しており、外国人労働者の学歴のみをもって受け入れているわけではない。 単純に科目専攻要件の緩和を行うことは、「専門的・技術的分野」に係る外国人労働者を受け入れるという政府としての基本政策に照らして、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。	政府としての基本政策に照らして困難との回答であるが、少子高齢化の現在、今後ますます就労人口の高齢化も進み、より一極集中に拍車がかかるように思われ、地方都市は衰退が懸念されます。従って、次代の日本就労構造を考慮すると、政府の基本政策も再考すべき時に来ているように思われる。	C	Ⅲ	前回回答及び法務省回答にもあるように、当該要件を撤廃することは、専門的・技術的分野において外国人労働者を受け入れるという政府の基本方針に照らし、困難である。 なお、労働力確保については、高齢者、女性、若者などすべての人の意欲と能力が最大限発揮できるような環境整備を図ることにより、より多くの国民の就業参加の実現を図っていくことが重要である。			C	Ⅲ			1081010	学校法人獨協学園、姫路獨協大学、姫路商工会議所	兵庫県	法務省 厚生労働省
090530	島おこしのための外国人の在留資格の拡大	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	申請人が、外国に特有の製品の製造又は修理に係る技能について10年以上の実務経験（外国の教育機関において当該製品の製造又は修理に係る科目を専攻した期間を含む。）を有する者で、当該技能を要する業務に従事するもの等の要件に該当していることが必要。	外国人の在留について「技能」の資格で在留するものが本邦でできる活動に「国内で生産が困難になった製品の製造」も含める。	・実施内容 離島での地域活性化を図るひとつの手段として，石材産業に使われていた廃工場や廃倉庫を使って，中国から靴縫製の職人100人を招致し皮革靴の国内生産工場を立ち上げる。それにより国外に流出した技術の再導入と後継者の育成及び住民の雇用の場創出と商店やサービス業の活性化を図る。 ・提案理由 皮革靴完成品を輸入する場合大変高額な関税がかかるため，日本の皮革靴メーカーのほとんどはアッパー部を海外生産し，国内で完成品としています。そのため国内では靴縫製職人の後継者が育たず，また現在の職人も高齢化がすすみ国内で皮革靴を生産することは難しくなっています。 一方で，離島では運送コストがかさむため，産業が根づきにくいという地理的条件があります。笠岡諸島（有人七島。人口約2，700人）ではかつて石材産業で栄えていましたが，外国産の石材に押され衰退し，人口減少が続き，高齢化率も60%に近くなっており，生活に必要な機能の喪失や地域の維持管理上でも問題が発生し始めています。10年ほど前からこうした状況をどうにかしたいと島の住民が島おこしの組織を設立し，医療福祉や観光開発，特産品開発，移住対策などを手がけ，昨年NPO法人格を取得し活発に活動しています。とはいえ，小規模な事業所を設置し事業を行っても住民のニーズに応えることはできますが，島の置かれている状況を大きく転換するには力不足といわざるをえません。産業おこしが今の島の活性化にとって必要不可欠となっています。 国外に流出した技術の再導入を図りたい皮革靴メーカーと産業おこしを望む島の住民団体がつながり，プロジェクトの実現に向けて協働しています。	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理及び難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであり、「技能」の在留資格で本邦に在留する者が本邦で行うことができる活動に「国内で生産が困難になった製品の製造」を含めることは、単純労働者の受入れにつながるものでもあることから、政府としての外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして、措置を行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。	単純労働者の受け入れにつながるものでもあるとのことですが、革靴の縫製技能を持った中国人に日本人後継者を指導してもらうことを主眼としており、工場は実際の製造を行いながら、技術者の養成所として機能し、中国人指導者を順次日本人に切り替え、国内での革靴産業の復活を推進する施設としていくこととしております。また、笠岡諸島では、高齢化の厳しい状況や働く場所が少ないために島から出ていくこと等で人口が減り、地域の持続的運営も難しくなっており、待ったなしの状況です。そのため、ある程度の規模を確保し、すぐにでも産業として成り立たせる事で、そうした状況に歯止めをかけたいと考えております。	C	Ⅲ	ご提案については、前回回答したとおり、外国人労働者の受入れ拡大に係る要望であるため、我が国の産業及び国民生活に与える影響等を勘案するに、措置を行うことは困難である。			C	Ⅲ			1101010	特定非営利活動法人かさおか島づくり海社	岡山県	法務省 厚生労働省
090540	入国管理行政	出入国管理及び難民認定法別表第一	外国人の単純労働者の受入れは認められていない。	外国人の単純労働者の受入れ	現在、就労目的でありながら、結婚や留学のビザを持って日本に入国する外国人が少なくないと考える。一方、このような目的を偽って入国する外国人の労働力が不可欠な業種もあると思われる。このような不正目的の外国人は自身が不正であるとの認識があるから、納税をすることもないし、雇入れ側も、弱みに付け込んで付与しなくてはならない福利厚生を施さなかったり賃金の未払いをしたりすることがあるようである。80兆円もの国債のある我が国であるから、せっかくの労働者を正規に認め、税収を増やすことが必要であると考える。	C	Ⅰ	単純労働者の受入れについては、 ① 若者・女性等の雇用機会の拡大を妨げ、労働市場の二層化等の悪影響が生じる ② 低賃金分野の温存等、生産性の向上や、産業構造の高度化が阻害される 等の懸念があることから、政府としての外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして、措置を行うことは困難である。			C	Ⅰ				C	Ⅰ			1027020	個人	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省

管理コード	要望事項（事項名）	該当法令等	制度の現状	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	「措置の分類」の見直し	「措置の内容」の見直し	各府省庁からの再検討要請に対する回答	再々検討要請	提案主体からの再意見	「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	管理番号提案事項	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
090550	大麻取締法第1条に規定する「大麻」の定義から低THC品種の除外し、葉と花穂が産業利用を可能とする	大麻取締法第1条	大麻取締法第1条は、規制対象となる「大麻」について、THCの含有量の多寡にかかわらず、「大麻草（カンナビス・サティバ・エル）及びその製品をいう」と定義している。	テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が著しく低い（THC含有率0.3%程度以下）品種の大麻草については、EUのように葉と花穂を使った加工及び製品を販売できるようにする	大麻草の花穂と葉からエッセンシャルオイル（精油）が抽出でき、非常によい匂いをもち、地域の特産品として商品化ができる。 平成8年5月23日 衛化第56号 厚生省生活衛生局長通知「食品衛生法に基づく添加物の表示等について」別添2　天然香料基原物質リストに「アサ、麻、Hemp」が掲載されている。 【提案理由】 ①低THC品種の大麻草の花穂と葉から取れるエッセンシャルオイルには、THC成分は全く含まれておらず、悪用する危険性がない。 ②離農が進む過疎地等における地域活性化の切り札として精油ビジネスは有望であり、例えば高知県のユズの精油は高品質でアロマテラピー効果が高いと評判であり、1リットルで20万円以上で取引されている。大麻草の花穂や葉は、海外では精油や香水や化粧品、ハーブティーなどに応用されている。当社のコスメティック商品シリーズにアサ精油が商品化できれば、各地の大麻農業でもっとも付加価値の高い原料となる。大麻草は、利用離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な作物と考えられることからも、農業の振興に寄与するばかりでなく、関連産業の創出も期待でき、ひいては日本経済の活性化が期待できる。	C	Ⅰ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められ、THCの含有量が少ない大麻から含有量が多い大麻への転換も容易である。 また、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量の多寡にかかわらず規制対象とされている。 よって、大麻の乱用によって生じる保健衛生上の危害を防止するためには、我が国においても、THCの含有量の多寡にかかわらず、すべての大麻を規制対象とする必要がある。	幻覚成分が微量の産業用大麻をその他の大麻と区別して、保健衛生上の危害を防止するための適切な代替措置を講じる場合においては、葉と花穂の産業利用を可能とすることはできないか。再度検討し回答されたい。		C	Ⅰ	ＴＨＣ含有量の少ない大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用されうる。また、国際条約において、ＴＨＣを含有している大麻については、その量の多寡にかかわらず規制対象とされている。よって、我が国においても、ＴＨＣの含有量の多寡にかかわらず、すべての大麻を規制対象とする必要がある。			C	Ⅰ			1107010	株式会社ニュー・エイジ・トレーディング	東京都	厚生労働省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務ー第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今次提案においては、THC成分が皆無である品種についての検討を求めており、「抽出、濃縮によるTHC乱用の危険性」は対応不可の理由とはなり得ない。 また、フランスにおいてはTHC成分が皆無である品種が開発されており、種子の管理・販売は政府委託の下に行われていることから、THC含有については事前に容易に判別でき、その証明は国レベルで保障されるものである。（第11次提案にて参考書類提出済） 併せて、「国際条約において、THCを含有している大麻については、その量の多寡にかかわらず規制対象とされている。」とのことであるが、換言すれば「THC成分が皆無の品種は規制対象となるない」と理解するが如何か。	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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。	THC成分が皆無である品種の存在及びフランス政府がこれを証明することについて「承知していない」とのことであるが、次回においてはこれらの事実関係を踏まえた回答を求める。 これらが事実であることを前提とすれば、THC成分が皆無の種子の判別は可能であるが、輸入時の公的機関等における抜き取り検査（DNA検査等）の実施や、国の主導による種子管理システムの構築を併せて実施することにより違法品種の輸入、流通は完全に防止できるものと考える。 併せて、大麻の栽培に際し目的や品種などに係る申請を経て、都道府県知事が栽培許可を与えている制度も、大麻種子の流通、違法栽培の防止を担保しているものと考える。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（「国の主導による種子管理システムの構築」することや我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1038010	産業ｸﾗｽﾀｰ研究会オﾎｰﾂｸ「麻ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ」	北海道	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務ー第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、再度検討し回答されたい。		C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1070010	株式会社グラスマイル	長崎県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務ー第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現在の大麻取締法とその関連制度にはTHC濃度の規制がない。これは法律解説書でも指摘されている。構造改革特区の趣旨と目的から、法的根拠がなくても（この場合、省令を変えなくても）、特区として先進的な事例をつくって検証することはできないのか。種子証明、輸入手続の体制、栃木県と同じ管理体制をどのように整えればよいか。単一条約では薬物防止体制を組んだ上で、産業目的には適応しないと明記している。EUやカナダで薬物防止と産業利用を区別し、THC濃度規制ができている。日本でそのような制度構築が実験的にもできない理由はない。もし、できないなら、諸外国と比較して行政能力が著しく劣っていると解してよいか。	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1072010	株式会社日本ヘンプ	東京都	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務ー第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現在の大麻取締法とその関連制度にはTHC濃度の規制がない。これは法律解説書でも指摘されている。構造改革特区の趣旨と目的から、法的根拠がなくても（この場合、省令を変えなくても）、特区として先進的な事例をつくって検証することはできないのか。種子証明、輸入手続の体制、栃木県と同じ管理体制をどのように整えればよいか。単一条約では薬物防止体制を組んだ上で、産業目的には適応しないと明記している。EUやカナダで薬物防止と産業利用を区別し、THC濃度規制ができている。日本でそのような制度構築が実験的にもできない理由はない。もし、できないなら、諸外国と比較して行政能力が著しく劣っていると解してよいか。	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1086010	KAYA	静岡県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務ー第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	【THCの含有量が低い大麻であっても～危険性は十分に認めらる。】→THC含有率0%の品種も対象でしょうか？【乱用につながる危険性】→栃木県と同じ管理体制をすることで対応可能ではないでしょうか？【大麻種子の段階～判別することは極めて困難である。】→フランス政府から認められた種子会社の証明書で対応可能であり、輸入手続制度の整備によって対応可能ではないでしょうか？【国際条約～規制対象とされている】→その規制は、同条約第28条2で産業上の目的のためならば適用しないことが明記されているので、日本国で発芽不能処理をTHCのない栽培用種子まで適用できる輸入規制は、国際条約違反ではないでしょうか？	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。			C	Ⅲ			1089010	（有）ジャパンエコロジープロダクション	東京都	厚生労働省 経済産業省

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	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・関係官庁
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。） の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	【THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。】→THC含有率0%の品種も対象なのでしょうか？【乱用につながる危険性】→栃木県の長年による栽培でも、乱用の危険性は報告されていません。【大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。】→フランス政府から認められた種子会社の証明書で対応可能であり、日本でも輸入手続制度をつくることによって対応可能です。	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。			C	Ⅲ			1090010	岐阜県産業用麻協会	岐阜県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が著しく低い（THC含有率0.3%程度以下）品種の大麻草について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、この規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案理由】 ①持続可能な社会を再構築する上で、大麻は木材、プラスチックの代替として繊維と茎に活用でき、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、喫緊の問題である地球温暖化対策として有効であるばかりでなく、離農が進む過疎地等における二酸化炭素排出権取引ビジネスが確立する可能性に期待できる。 更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な作物と考えられることからも、農業の振興に寄与するばかりでなく、関連産業の創出も期待でき、ひいては日本経済の活性化が期待できる。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現在の大麻取締法とその関連制度にはTHC濃度の規制がない。これは法律解説書でも指摘されている。構造改革特区の趣旨と目的から、法的根拠がなくても（この場合、省令を変えなくても）、特区として先進的な事例をつくって検証することはできないのか。種子証明、輸入手続の体制、栃木県と同じ管理体制をどのように整えればよいか。単一条約では薬物防止体制を組んだ上で、産業目的には適応しないと明記している。EUやカナダで薬物防止と産業利用を区別し、THC濃度規制ができている。日本でそのような制度構築が実験的にもできない理由はない。もし、できないなら、諸外国と比較して行政能力が著しく劣っていると解してよいか。	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられれば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1099010	バイオマスタウン宮古島産業用ヘンプ促進プロジェクト	沖縄県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。） の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、この規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案理由】 広島県では、大朝町（昔は大麻町）、安佐南区（旧佐東町）など麻に由来した地名があり、麻づくり（広島市教育委員会）によると戦前は国内でも有数の産地であったことが伺える。戦後、発展した化学繊維によって、その歴史的な役割は終わったかに見えたが、特に佐東町史によると「農業が大自然の新陳代謝能力を輪廻応用する生産技術であり、資源有限を、資源無限に延長する職責を担うものである以上、麻栽培が復活する機会が、永久に来ないと考えるよりも『歴史は繰り返す』事実を待つべきかもしれない」とあり、地球環境と地域活性化のための機会が2007年現在、再び来たと解釈できる。諸外国のように大規模栽培できない広島では、中山間地域のために国産麻の実原料の供給を担うことを計画している。幸いなことに「あずま」と呼ばれる鯛、いわしなどの小魚の中に炒った麻の実とおからの煮物を詰めたものが郷土料理にあり、これらを背景にした新しい食品産業をつくりだしていきたい。県内に栽培農家がいないため、種子は海外からの導入になってしまうが、現在の規制によって、次世代に広島の歴史を受け継ぐ事業ができないのは非常にもったいないことである。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	【THCの含有量が低い大麻であっても～危険性は十分に認めらる。】→THC含有率0%の品種も対象でしょうか？【乱用につながる危険性】→栃木県と同じ管理体制をすることで対応可能ではないでしょうか？【大麻種子の段階～判別することは極めて困難である。】→フランス政府から認められた種子会社の証明書で対応可能であり、輸入手続制度の整備によって対応可能ではないでしょうか？【国際条約～規制対象とされている】→その規制は、同条約第28条2で産業上の目的のためならば適用しないことが明記されているので、日本国で発芽不能処理をTHCのない栽培用種子まで適用できる輸入規制は、国際条約違反ではないでしょうか？	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられれば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1108010	有限会社イー・コーポレーション	広島県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。） の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②熊本県は畳製造とイグサの産地であり、同時に畳表に使う縦糸は、麻糸を使用しており、昔から大麻栽培もさかんであった。当社では、麻の実をつかった豆腐を製造販売しているが、カナダからの輸入原料に頼っている。熊本県内に麻栽培農家がいないため、来年度栽培免許を取得する予定である。そのためにも栽培用の種子の確保は必須事項である。麻はいろいろな製品加工ができ、無駄のない植物であるため、県内の離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図り、農業の振興に寄与するばかりでなく、関連産業の創出も期待できる。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	【THCの含有量が低い大麻であっても～危険性は十分に認めらる。】→THC含有率0%の品種も対象でしょうか？【乱用につながる危険性】→栃木県と同じ管理体制をすることで対応可能ではないでしょうか？【大麻種子の段階～判別することは極めて困難である。】→フランス政府から認められた種子会社の証明書で対応可能であり、輸入手続制度の整備によって対応可能ではないでしょうか？【国際条約～規制対象とされている】→その規制は、同条約第28条2で産業上の目的のためならば適用しないことが明記されているので、日本国で発芽不能処理をTHCのない栽培用種子まで適用できる輸入規制は、国際条約違反ではないでしょうか？	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられれば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1109010	たしろ屋	熊本県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。） の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	【THCの含有量が低い大麻であっても～危険性は十分に認めらる。】→THC含有率0%の品種も対象でしょうか？【乱用につながる危険性】→栃木県と同じ管理体制をすることで対応可能ではないでしょうか？【大麻種子の段階～判別することは極めて困難である。】→フランス政府から認められた種子会社の証明書で対応可能であり、輸入手続制度の整備によって対応可能ではないでしょうか？【国際条約～規制対象とされている】→その規制は、同条約第28条2で産業上の目的のためならば適用しないことが明記されているので、日本国で発芽不能処理をTHCのない栽培用種子まで適用できる輸入規制は、国際条約違反ではないでしょうか？	C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられれば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1110010	高知ヘンプユニオン	高知県	厚生労働省 経済産業省
090560	産業用大麻の種子の輸入規制緩和	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船積地域その他貨物の輸入について必要な事項の公表を行なう等の件（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日薬務－第238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。	学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。） の含有量が皆無である品種の大麻について、発芽不能処理を行わずその種子を輸入することができるものとする。	国内における産業用大麻の耕作面積は10ha程度に過ぎず、栽培者等が新規に工業製品の製造を目指すような大規模な栽培を行おうとする際には、種子の入手は輸入に頼らざるを得ない。 しかし、種子の輸入にあたって、加熱等による発芽不能処理を施すことが規定されており、栽培許可等を受けた者であっても事業を視野に入れた栽培は事実上不可能であり、THC成分が皆無である品種に限ってこの規定を緩和することにより、環境保全対策及び農業の振興を図ることができる。 【提案実現後の事業構想】 ①木材・プラスチックの代替として大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布として欧州諸国で事業化実績があり、国内でも実現は容易であると考える。また、大麻を原料とした生分解性プラスチックが欧州の自動車メーカーの内装品として採用され、廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与しており、国内の諸問題解決の有効な手段と考えられる。 ②生育速度が極めて速いことから温室効果ガスである二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料への転換などが期待できる。また、硝酸性窒素のクリーニングクロップとして地下水の浄化作用にもっとも貢献できる作物である。更には、離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地の農地保全を図る上で最適な次世代作物である。農業の振興に寄与するばかりでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。	C	Ⅲ	大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認めらる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。 なお、国際条約（千九百六十一年の麻薬に関する単一条約）において、THCを含有している大麻については、その量にかかわらず規制対象とされている。このことにかんがみても、すべての大麻種子の輸入について、厳正に対処する必要がある。	①規制所管省庁としてTHC含有量が皆無である品種の大麻の存在を把握しているか。存在しているとして、このような品種の大麻を種子の段階で在来種と区別することは可能か。②提案主体からEUやカナダにおける事例が紹介されているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に、事実関係が異なる場合、どのような現状か説明されたい。③提案主体は、フランス政府がTHCを含有しない大麻種子の証明書を認定しているとしているが、貴省において、これらは把握しているか。仮に事実関係が異なるという場合、どのような事情か説明されたい。④提案主体が引用している、国際条約第28条第2項の解釈について説明されたい。以上について、再度検討し回答されたい。		C	Ⅲ	①ＴＨＣ含有量が皆無である品種の大麻については承知していない。また、大麻種子については、成育した大麻のＴＨＣ含有量が皆無であることについて種子の段階で判別することは極めて困難である。②ＥＵ諸国等においては、麻薬に関する単一条約を批准しつつ、産業用大麻の栽培が行われている国があるが、国際麻薬統制委員会（ＩＮＣＢ）の年次報告（1999年）によると、1998年中に、合法的と称する目的のために栽培・収穫されて100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。③フランス政府がＴＨＣを含有しない大麻種子の証明書を認定しているということについては承知していない。④麻薬に関する単一条約第39条において、「この条約のいかなる規定にもかかわらず、締約国は、この条約で定める措置より詳細な又は厳重な統制措置を執ること・・（中略）・・を妨げられないものとする。」と規定されているところである。 これらのことにかんがみて、大麻種子の輸入については、ＴＨＣ含有量にかかわらず、現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある。	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産業用大麻の品種は、EU諸国の国内法に優先するEU規則に基づいている。添付1、2。これらの品種は、主にフランス政府認可の種子会社が管理しており、証明書を発行することは可能である。添付3。種子の段階で判別しなくても、種子会社の証明書によってTHC含有量を把握し、EU域内で商業栽培されている。よって、同じように種子管理会社の証明書があればTHCの把握は可能である。輸入後の管理体制は、栃木県と同じ管理体制（添付4）を整えられれば問題ないと思うがいかがでしょうか。②EU諸国やカナダで実現できている薬物防止と産業利用の区別するには、何がポイントになるか貴省の考え方を教えていただきたい。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、国際麻薬統制委員会（INCB）の年次報告（1999年）にもあるように、1998年中に合法と称する目的のために栽培・収穫された100トン以上もの違法な大麻がヨーロッパ諸国に流通したと推定され懸念を示している。このような国際的な状況において、発芽可能な種子の輸入を認めることは、大麻の違法な栽培を助長することになりかねないことから現行の輸入規制を維持し、厳正に対処する必要がある（我が国が外国政府による証明書のある種子の輸入を認めることが必要である理由はなく、これを図ることは考えていない。）。		1111010	ヘンプリズム志国プロジェクト	愛媛県	厚生労働省 経済産業省