

チーム医療の推進に関する検討会

趣旨

チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催し、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討を行う。【平成22年3月19日に報告書を取りまとめ】

構成員

(○：座長)

秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長	島崎 謙治	政策研究大学院教授
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座教授	瀬尾 憲正	自治医大麻酔科学・集中治療医学講座教授
井上 智子	東京医科歯科大学大学院教授	竹股喜代子	亀田総合病院看護部長
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長	○永井 良三	東京大学大学院医学研究科教授
大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授	西澤 寛俊	全日本病院協会会長
太田 秀樹	医療法人アスムス理事長	羽生田 俊	日本医師会常任理事
加藤 尚美	日本助産師会会長	宮村 一弘	日本歯科医師会副会長
川嶋 みどり	日本赤十字看護大学教授	山本 信夫	日本薬剤師会副会長
坂本 すが	日本看護協会副会長	山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科教授
朔 元則	国立病院機構九州医療センター名誉院長		

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）①

1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急を実施

【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

<行為例>

◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時等の薬剤変更・中止

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要。

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書）②

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。
- このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師

- ① 薬剤選択等に関する積極的な処方提案
- ② 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施
- ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案
- ④ プロトコールに基づく薬剤の変更等
(医師等との協働) 等

リハビリテーション関係職種

- ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引
- ② 作業療法士の業務範囲の明確化

管理栄養士

- ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等
- ② 特別治療食の内容・形態の提案
- ③ 経腸栄養剤の種類を選択・変更の提案

臨床工学技士

- ① 喀痰等の吸引
- ② 動脈留置カテーテルからの採血

診療放射線技師

- ① 画像診断における読影の補助
- ② 放射線検査等に関する説明・相談

その他

- その他の医療スタッフの積極的な活用
- MSWや診療情報管理士等の積極的な活用
- 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

チーム医療推進会議

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。（平成22年5月12日に設置）

構成員

（○：座長）

太田 秀樹	全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長	中山 洋子	日本看護系大学協議会 会長
小川 彰	全国医学部長病院長会議 会長	半田 一登	日本理学療法士協会 会長
北村 善明	日本放射線技師会 会長	藤川 謙二	日本医師会 常任理事
堺 常雄	日本病院会 会長	藤本 晴枝	NPO法人地域医療を育てる会 理事長
坂本 すが	日本看護協会 副会長	宮村 一弘	日本歯科医師会 副会長
島崎 謙治	政策研究大学院大学 教授	山本 信夫	日本薬剤師会 副会長
○ 永井 良三	東京大学大学院医学研究科 教授	山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科 教授

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための方策について検討を行う。（平成22年10月4日にチーム医療推進会議の下に設置）

構成員

（○：座長）

市川幾恵	昭和大学統括看護部長	原口信次	東海大学医学部付属病院 診療技術部長
遠藤康弘	埼玉県済生会栗橋病院 院長	堀内成子	聖路加産科クリニック副所長
小川克巳	熊本総合医療リハビリテーション学院	松阪 淳	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 臨床工学科
小沼利光	東京都済生会向島病院 医療技術部長	三上祐司	総合病院東香里病院理事長
川越 厚	クリニック川越 院長	向井美恵	昭和大学口腔ケアセンター長
川島由起子	聖マリアンナ医科大学病院栄養部長	森田秋子	初台リハビリテーション病院 ST部門チーフ
栗原正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長	○ 山口 徹	虎の門病院 院長
鈴木紀之	筑波メディカルセンター病院 法人事務局次長・副院長	【オブザーバー】	
高本真一	三井記念病院 院長	岡本征仁	札幌市消防局警防部救急課長
田口良子	神奈川県三崎保健福祉事務所保健福祉課長	柏木一恵	財団法人浅香山病院 社会復帰部長
玉城嘉和	医療法人社団ピーエムエー理事長	須貝和則	東埼玉総合病院医事課長
近森正幸	近森病院 院長	津川律子	日本大学文理学部心理学科教授
土屋文人	東京医科歯科大学歯学部付属病院 薬剤長	取出涼子	初台リハビリテーション病院 教育研修局 SW部門チーフ
徳田貞久	医療法人禎心会 理事長	畠山仁美	須坂市社会福祉協議会 事務局次長
中村春基	兵庫県立総合リハビリテーションセンター リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長		

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ

趣旨

「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ）を受け、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための看護業務の在り方についての検討を行う。（平成22年5月26日にチーム医療推進会議の下に設置）

構成員

（○:座長）

秋山正子 ケアーズ白十字訪問看護ステーション 統括所長

○有賀 徹 昭和大学医学部救急医学講座 教授

真田弘美 東京大学大学院医学系研究科 教授

井上智子 東京医科歯科大学大学院 教授

竹股喜代子 医療法人鉄蕉会 医療管理本部 看護管理部長

大滝純司 東京医科大学医学教育学講座 教授

英 裕雄 医療法人社団 三育会 理事長

川上純一 浜松医科大学附属病院 教授 薬剤部長

星 北斗 財団法人星総合病院 理事長

神野正博 社会医療法人財団董仙会 理事長

前原正明 防衛医科大学校外科学講座 教授

小松浩子 慶應義塾大学看護医療学部 教授

山本隆司 東京大学大学院法学政治学研究科 教授

チーム医療の推進について
(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)

平成22年3月19日

厚生労働省

はじめに

本検討会は、平成21年8月に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に発足した。以来、11回にわたり、関係者からのヒアリングを行いつつ、検討を重ねてきたが、今般、その結果を報告書としてまとめるに至った。今後、厚生労働省を始めとする関係者がチーム医療を推進していく上で、本報告書を参考とすることを強く期待したい。

1. 基本的な考え方

- チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。
- また、各医療スタッフの知識・技術の高度化への取組や、ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化の浸透などが、チーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。
- 患者・家族とともにより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要である。
- チーム医療がもたらす具体的な効果としては、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待される。
- 今後、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進め、これを全国に普及させていく必要がある。
- なお、チーム医療を進めた結果、一部の医療スタッフに負担が集中したり、安全性が損なわれたりすることのないよう注意が必要である。また、我が国の医療の在り方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携等といった方向での努力をあわせて重ねていくことが不可欠である。

2. 看護師の役割の拡大

(1) 基本方針

- 看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。
- 一方で、近年、看護教育の実態は大きく変化しており、大学における看護師養成が急増するなど教育水準が全体的に高まるとともに、水準の高い看護ケアを提供し得る看護師（(社)日本看護協会が認定を実施している専門看護師・認定看護師等）の増加、看護系大学院の整備の拡大等により、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されつつある。
- このような状況を踏まえ、チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、一人一人の看護師の能力・経験の差や行為の難易度等に応じ、
 - ① 看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、
 - ② 看護師が実施し得る行為の範囲を拡大するとの方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要がある。

(2) 「包括的指示」の積極的な活用

- 保健師助産師看護師法（以下「保助看護法」という。）第37条に規定する医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること（包括的指示）も可能であると解されているが、「包括的指示」が成立するための具体的な要件はこれまで明確にされていない。
- 今後、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するためには、看護師の能力等に応じ、医師の「包括的指示」を積極的に活用することが不可欠であることから、この際、「包括的指示」が十全に成立するための要件を、例えば以下のように明確化すべきである。
 - ① 対応可能な患者の範囲が明確にされていること
 - ② 対応可能な病態の変化の範囲が明確にされていること
 - ③ 指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の規準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されていること
 - ④ 対応可能な病態の変化の範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること
- また、「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないように、原則として、指示内容が標準的プロトコール（具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する規準を整理した文書）、クリティカルパス（処置・検査・

薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画)等の文書で示されていることが望ましい。さらに、「包括的指示」による処置等が適切に実行されたかどうか事後的に検証できるよう、その指示に基づく処置等の内容を記録・管理しておくことが重要である。

(3) 看護師の実施可能な行為の拡大・明確化

- 保助看法第 37 条により、看護師は、医師の指示がある場合には、自らの業務（保助看法第 5 条の「診療の補助」）として医行為を行うことができることとされている。しかし、実施に当たり高度な医学的判断や技術を要する医行為については、本来医師が自ら行うべきものであり、「診療の補助」の範囲を超えていることから、たとえ医師の指示があったとしても看護師には行い得ないものと解されている。
- 個々の医行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らして判断されるものであり、従来、厚生労働省は、折々の状況に応じ「診療の補助」の範囲に関する見解を明らかにしてきた。最近では、平成 14 年に静脈注射、平成 19 年に薬剤の投与量の調節等が「診療の補助」の範囲に含まれることを示している。
- もっとも、これら以外の医行為についても「診療の補助」の範囲に含まれているかどうかなお不明確なものが多く、その結果、医療現場に混乱を招いているとの指摘がある。また、医療技術の進歩や看護教育の水準の全体的な向上を受けて、看護師が能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為の範囲をさらに拡大することが期待されている。
- このため、看護師が「診療の補助」として安全に実施することができる行為の範囲を拡大する方向で明確化することが適当であり、その具体化に必要な看護業務に関する実態調査や試行等を早急に実施すべきである。

(4) 行為拡大のための新たな枠組みの構築

- 上記のように、まずは看護師により実施可能な行為の範囲を拡大・明確化する方向で取り組むことが求められているが、さらに、近年、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師の養成が急速に進みつつあり、その能力を医療現場で最大限に発揮させることが期待されている。
- こうした期待に応え、医療の安全と患者の安心を十分に確保しつつ、看護師の専門性を活かして医療サービスの質や患者の QOL をより一層向上させるためには、看護師により実施することが可能な行為を拡大することと併せて、一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（以下「特定看護師」（仮称）という。）が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為（以下「特定の医行為」という。「別紙」参照）を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。
- この枠組みの構築に当たっては、特に、「特定の医行為」の範囲や特定看護師（仮称）の

要件をどう定めるかが重要となるが、これらの点については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。また、特定看護師（仮称）の養成の状況が不明確な中では、現場の混乱をできるだけ少なくしていくような配慮も必要である。

- したがって、当面、現行の保助看護の下において、医療安全の確保に十分留意しながら、特定看護師（仮称）が特定の医行為を実施することを原則とする内容の試行を行うことが適当である。また、この試行の中で、特定看護師（仮称）以外の看護師によっても安全に実施し得ると判断される行為があるかどうかも含めて検証することが望ましい。その上で、試行の結果を速やかに検証し、医療安全の確保の観点から法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべきである。
- また、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う看護師・特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要である。さらに、いわゆる「フィジシャン・アシスタント」（PA）については、看護師等の業務拡大の動向等を踏まえつつ、外科医を巡る様々な課題（外科医の業務負担、処遇、専門医養成システム等）の一環として、引き続き検討することが望まれる。
- なお、一部の委員から、「特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合には、医療現場が混乱するおそれがある」として、特定看護師（仮称）の導入について強い懸念が表明された。

（５）専門的な臨床実践能力の確認

- 特定看護師（仮称）には、その業務の性格に照らし、看護師としての豊富な実務経験とともに、さらに基礎医学・臨床医学・薬理学等の履修や特定の医行為に関する十分な実習・研修が求められる。また、全国的な通用性を確保するためには、実務経験や教育・研修の結果修得した知識・判断力・技術について、公正・中立的な第三者機関による確認も必要である。
- 以上から、特定看護師（仮称）の要件としては、基本的には、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師（仮称）の養成を目的とするものとして第三者機関が認定した大学院修士課程を修了し、③第三者機関による知識・能力・技術の確認・評価を受けること、が適当であるが、その詳細については、以下の点にも留意しながら、医療現場や類似の看護師の養成に取り組む大学院修士課程の関係者等の協力を得て専門的・実証的な検討を行った上で決定する必要がある。
 - (7) 実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に応じて②の修士課程修了の代わりに比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要があること。
 - (4) 一定期間ごと（例えば5年ごと）に能力を確認・評価する仕組み（更新制）や、業務の実施に必要とされる専門性に依って一定の分野ごとに能力を確認・評価する仕組みを

設けるなど、専門的な臨床実践能力を十分に確保できるよう配慮する必要があること。

(ウ) 特定看護師（仮称）の養成課程については、質・量ともに充実した臨床実習（医師等の実務家教員や実習病院の確保等）が可能となるよう配慮する必要があること。

○ なお、現在、多くの看護系大学院修士課程において、専門看護師の養成が行われているが、特定看護師（仮称）の新たな枠組みの構築を踏まえ、専門看護師の業務や養成の在り方についても、必要に応じ関係者による見直しが行われることが期待される。

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

(1) 薬剤師

- 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤師の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。
- また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤師の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製（ミキシング）、副作用のチェックその他薬剤師の管理業務を担っている場面も少なくない。
- さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。
- 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。
- こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

【業務例】

- ・ 医師・薬剤師等で事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、医師・看護師と協働して薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間の変更や検査のオーダーを実施
- ・ 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について積極的な処方提案
- ・ 薬物療法を受けている患者（在宅患者を含む。）に対する薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）
- ・ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、薬剤の変更等を医師に提案
- ・ 薬物療法の経過等を確認した上で、前回処方と同一内容の処方を医師に提案
- ・ 外来化学療法を受けている患者に対するインフォームドコンセントへの参画及び薬学的管理
- ・ 入院患者の持参薬の確認・管理（服薬計画の医師への提案等）
- ・ 定期的に副作用の発現の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤
- ・ 抗がん剤等の適切な無菌調製

- また、医療スタッフそれぞれの専門性を活かして薬剤の選択や使用に関する業務を行う場合も、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定される。このような場面において、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができるような体制を整えることも重要である。
- 今後は、平成 24 年度から新制度（薬学教育 6 年制）下で教育を受けた薬剤師が輩出されることを念頭に、医療現場（医師・薬剤師・患者等）における薬剤師の評価を確立する必要がある。その上で、将来的には、医療現場におけるニーズも踏まえながら、例えば
 - ・ 薬剤師の責任下における剤形の選択や薬剤の一包化等の実施
 - ・ 繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入
 - ・ 薬物療法への主体的な参加（薬物の血中濃度測定のための採血、検査オータ等の実施）
 - ・ 一定の条件の下、処方せんに記載された指示内容を変更した調剤、投薬及び服薬指導等の実施等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。

(2) 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。
- 一般的に正常分娩の範囲と考えられる場合であっても、分娩時に会陰に裂傷が生じるケースがあるが、この会陰裂傷の縫合については、従来、助産師による実施の可否が明確にされておらず、現場においても判断が分かれてきた。会陰裂傷の縫合については、安全かつ適切な助産を行う上で必要性の高い行為であることを考慮しつつ、安全性の確保の観点から、助産師が対応可能な裂傷の程度や助産師と産科医の連携の在り方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行い、その結果を踏まえて最終的な結論を得ることが適当である。

(3) リハビリテーション関係職種

- リハビリテーション関係職種については、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、例えば、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーション（ベッドサイドリハ）や在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割がより大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、リハビリテーション関係職種がそれぞれの専門性を十分に活かし、安全で質の高いリハビリテーションを提供できるよう、それぞれ業務範囲の拡大等を行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。

【理学療法士】

- 理学療法士については、呼吸機能が低下した患者に対し、呼吸リハビリテーションの一環として「体位排痰法」（痰が溜まっているところが上になるように姿勢を変えて、重力を利用して喉もとまで痰を移動させる方法）等を実施する際、口の近くまで集めた痰を患者自身が自力で外に出すことができず、吸引が必要となるケースがある。
- この喀痰等の吸引については、従来、理学療法士法第2条に規定する「理学療法」の範囲に含まれるかどうか明らかでないため、理学療法士は実施することができないと考えられてきたが、理学療法的手法である「体位排痰法」等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、理学療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【作業療法士】

- 作業療法士については、作業療法士法第2条の「作業療法」の定義中の「手芸、工作その他の作業を行わせること」という文言にとらわれ、医療現場において手工芸を行わせる職種といった認識が広がっている。しかしながら、実際には、「その他の作業を行わせること」として、例えば以下のようなリハビリテーションがある。
 - ・ 移動、食事、排泄、入浴、家事等の日常生活動作に関するADL訓練
 - ・ 発達障害や高次機能障害等に対するリハビリテーション
- これらのリハビリテーションにおける作業療法士の活用を推進し、作業療法士がチーム医療において十分に専門性を発揮できるよう、作業療法士法第2条の「その他の作業を行わせること」の内容を解釈上明確化すべきである。
- また、作業療法士についても、食事訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、食事訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、作業療法士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

【言語聴覚士】

- 言語聴覚士については、嚥下訓練を実施する際、誤嚥に対応するために喀痰等の吸引が必要となるケースがあるので、嚥下訓練を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、言語聴覚士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。

(4) 管理栄養士

- 管理栄養士については、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、管理栄養士の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下

において、

- ・ 一般治療食（常食）については、医師の包括的な指導に基づく食事内容や形態の決定・変更
- ・ 特別治療食については、医師に対する食事内容や形態の提案（変更の提案を含む。）を行うことができる旨を明確化すべきである。

- また、患者に対する栄養指導についても、クリティカルパスによる明示等、医師の包括的な指導に基づき、適切な実施時期を判断しながら実施することができる旨を明確化すべきである。
- さらに、経腸栄養療法を行う際、様々な種類の経腸栄養剤の中から各患者に合わせて選択・使用する必要があるところ、管理栄養士の専門性を活かし、経腸栄養剤の種類の選択・変更等を医師に提案することができる旨を明確化すべきである。

(5) 臨床工学技士

- 臨床工学技士については、近年、医療技術の進歩による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっており、その専門性を活かした業務が円滑に実施できるよう、業務範囲の見直しを行うべきである。また、業務範囲の拡大に当たっては、新たな業務を安全かつ円滑に実施できるよう、追加的な教育・研修等の必要性について検討を行うべきである。
- 臨床工学技士が、患者に人工呼吸器を装着させる際、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために気管挿管チューブ内の喀痰等の吸引が必要となるケースがある。この喀痰等の吸引については、昭和 63 年に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、「吸引の介助」の実施が可能である旨は明らかにされているものの、「吸引」の実施の可否については明確にされておらず、臨床工学技士は実施することはできないと考えられてきたが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として認める方向で解釈を明確化すべきである。
- また、臨床工学技士が、人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う際、血液中のガス濃度のモニターを行うため、既に動脈に留置されたカテーテルから採血を行う必要がある。この留置カテーテルからの採血については、臨床工学技師制度の創設当初（昭和 63 年）に厚生労働省が発出した「臨床工学技士業務指針」において、安全かつ適切な業務の実施を確保する観点から、臨床工学技士は行ってはならない旨業務指針として示されている。しかしながら、制度が十分に成熟し、臨床現場における臨床工学技士に対する評価が定まってきた現在の状況にかんがみれば、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であること、臨床工学技士の技術の高度化を考慮し、臨床工学技士が行い得る行為として明確化すべきである。
- なお、「臨床工学技士業務指針」については、臨床工学技士制度の施行当初は安全かつ適切な業務実施を確保する観点から、厚生労働省が業務指針を示す必要性は高かったと考え

られるが、制度施行から20年以上が経過し、十分に制度が成熟した現状においては、職能団体や関係学会の自主的な取組によって、医療技術の高度化等に対応しながら適切な業務実施が確保されるべきである。こうした観点から、当該業務指針については、廃止も含め、今後の取扱いを検討すべきである。

(6) 診療放射線技師

- 診療放射線技師については、医療技術の進歩により悪性腫瘍の放射線治療や画像検査が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、診療放射線技師の専門性のさらなる活用の観点から、現行制度の下、例えば、画像診断等における読影の補助や放射線検査等に関する説明・相談を行うことが可能である旨を明確化し、診療放射線技師の活用を促すべきである。

(7) 臨床検査技師

- 臨床検査技師については、近年の医療技術の進歩や患者の高齢化に伴い、各種検査に係る業務量が増加する中、当該業務を広く実施することができる専門家として医療現場において果たし得る役割が大きくなっている。
- こうした状況を踏まえ、臨床検査技師の専門性をさらに広い分野において発揮させるため、現在は臨床検査技師が実施することができない生理学的検査（臭覚検査、電気味覚検査等）について、専門家や関係学会等の意見を参考にしながら、追加的な教育・研修等の必要性も含め、実施の可否を検討すべきである。

(8) 事務職員等（医療クラーク等）

- 書類作成等（診断書、意見書、紹介状の作成等）に関する業務量の増加により、医師・看護師の負担が増加しており、一方で、患者側では書類作成までの時間が長期化していることなどへの不満が増大していることから、医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）を積極的に導入し、医師等の負担軽減を図るとともに、患者・家族へのサービス向上を推進する必要がある。
- こうした観点から、例えば、医療クラークの量の確保（必要養成数の把握等）、医療クラークの質の確保（認定・検定制度の導入等）、医療機関における医療クラークの導入支援（院内研修ガイドラインの作成）等、導入の推進に向けた取組を実施すべきである。
- また、医療クラークのみならず、看護業務等を補助する看護補助者、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の共有を推進する診療情報管理士、検体や諸書類・伝票等の運搬業務を担うポーターやメッセンジャー等、様々な事務職員を効果的に活用することに

より、医師等の負担軽減、提供する医療の質の向上、医療安全の確保を図ることが可能となる。こうした観点から、各種事務職員の導入の推進に向けた取組（医療現場における活用状況の把握、業務ガイドラインの作成、認定・検定制度の導入等）の実施を検討すべきである。

(9) 介護職員

- 地域における医療・介護等の連携に基づくケアの提供（地域包括ケア）を実現し、看護師の負担軽減を図るとともに、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、介護職員と看護職員の役割分担と連携をより一層進めていく必要がある。
- こうした観点から、介護職員による一定の医行為（たんの吸引や経管栄養等）の具体的な実施方策について、別途早急に検討すべきである。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

(1) 医療スタッフ間の連携の在り方

- 上記のような各医療スタッフの専門性の向上や業務範囲・役割の拡大を活かして、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、チームとしての方針の下、包括的指示を活用しつつ各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。
- 医療スタッフ間の連携・補完については、場面によって様々な取組が考えられるが、具体的には、例えば、以下のような取組が行われている。
 - ◆ 各診療科・部門の取組として、手順書やプロトコルの作成により平常時の役割分担や緊急時対応の手順・責任者を明確化するとともに、担当者への教育・訓練、医療スタッフ間における患者情報の共有や日常的なコミュニケーションを推進
 - ◆ 院内横断的な取組として、医師・歯科医師を中心に、複数の医療スタッフが連携して患者の治療に当たる医療チーム（栄養サポートチーム等）を組織

【医療チームの具体例】

- ・ 栄養サポートチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士 等
- ・ 感染制御チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床検査技師 等
- ・ 緩和ケアチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、MSW 等
- ・ 口腔ケアチーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士 等
- ・ 呼吸サポートチーム：医師、薬剤師、看護師、理学療法士、臨床工学技士 等
- ・ 摂食嚥下チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士 等
- ・ 褥瘡対策チーム：医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士 等
- ・ 周術期管理チーム：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士、理学療法士 等

- ◆ 特定の疾患（がん、糖尿病・高血圧・高脂血症等の生活習慣病等）に対する取組として、複数の医療スタッフが連携して患者の治療や生活習慣の改善に当たるチームを組織
- ◆ 地域横断的な取組として、病院・診療所（医師）、歯科診療所（歯科医師）、訪問看護ステーション（看護師）、薬局（薬剤師）、保健所（保健師等）、介護保険事業所（ケアマネジャー）等が退院時カンファレンスに参加するなど、在宅医療・介護サービスにおける役割分担と連携を推進
- ◆ 周産期医療における取組として、院内助産所・助産師外来の設置や周産期医療ネットワークにおいて地域の助産所との連携体制を構築することにより、産科医と助産師の間で、正常分娩の助産業務を自立して実施できるという助産師の専門性を活かした役割分担と連携を推進

（２）医療スタッフ間の連携の推進方策

- こうしたチーム医療の実践を全国に普及させるためには、各医療スタッフの専門性を活かした安全で質の高い医療を提供し得る環境を整えていることが社会的に認知される仕組みや、その質の高さが適正に評価される仕組みなど、医療機関に何らかのインセンティブが存在する必要がある。一方、患者・家族にとっても、こうした医療機関の存在が十分に情報提供され、医療機関を選択する際の有用な情報を容易に入手することができるような環境が整備されることが望ましい。
- こうした観点から、チーム医療の実践に必要とされる事項について、一定の客観的な基準を設けるとともに、当該基準を満たしている安全かつ良質な医療を提供し得る医療機関が社会的に認知・評価されるような新たな枠組みを構築する必要がある。
- 具体的には、例えば、チーム医療を行う体制が整えられているかどうか、チーム医療を行う設備が整備されているかどうか、チーム医療の具体的な活動が行われているかどうか、といった基準に基づき、公正・中立的な第三者機関においてチーム医療を推進する医療機関等として認定する仕組みを導入すること等を検討する必要がある。
- なお、認定基準の策定に当たっては、今後、医療現場の関係者等の協力を得ながら、医療現場の実態を踏まえた上で、安全性の確保など様々な観点から専門的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。
- また、チーム医療を推進する医療機関等として認定されたことについて、患者等が医療機関を選択する際の有用な情報として提供することができるよう、医療機関が広告することができる事項として位置づけるなど、チーム医療を推進する医療機関等が患者・医療現場から広く認知されるような仕組みを検討すべきである。
- さらに、チーム医療を推進するために必要なコストや、チーム医療の推進によって提供可能となる医療サービスの質の高さ等、種々のエビデンスについて、公正・中立的な第三者機関の協力を得ながら的確に検証・把握するとともに、必要に応じ、財政支援や診療報酬上の措置等の対策を検討すべきである。

(3) 公正な第三者機関

- チーム医療を推進する医療機関等について、その水準を検証・評価し、質を確保するとともに、その評価が医療現場においてスムーズに受け入れられるためには、特定の医療スタッフ関係者等による評価システムではなく、医療関係者の幅広い協力を得て運営される客観的かつ公正な評価システムが必要である。
- このため、多様な医療スタッフから公平な立場で、国民の多様な意見を聴取しつつ、臨床現場の関係者、医師・看護師を始めとする医療スタッフ関係者、教育・養成現場の関係者、関係学会等が参画できる検討の場としての第三者機関が必要である。
- なお、特定看護師（仮称）等、チーム医療の推進に必要な人材の検証・評価に関するシステムについても、チーム医療を推進する医療機関等の検証・評価と同様の理由から、公正・中立的な第三者機関が担うべきである。

おわりに

- 本検討会では、医療現場の関係者の方々からヒアリングを行いながら、チーム医療を推進するための具体策について検討を重ね、本報告書を取りまとめたところであるが、厚生労働省においては、本報告書を受け、今後も関係者の意見を十分に尊重しながら、各種具体策の実現のために必要な準備に取り組まれることを期待する。
- また、医療技術の進歩や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力・専門性の程度や患者・家族・医療関係者のニーズ等が日々変化していることを念頭に置き、厚生労働省においては、今後も医療現場の動向を適切に把握するとともに、必要に応じ各医療スタッフの業務範囲を見直すなど、折々の状況に応じたチーム医療の在り方について、適時検討を行うべきである。
- さらに、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においては、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種との連携に関する教育・啓発の推進といった観点から、種々の取組が積極的に進められることを期待する。

特定の医行為として想定される行為例

「特定の医行為」（従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為であり、特定看護師（仮称）が医師の指示を受けて「診療の補助」として実施。）は、例えば、重篤な合併症を誘発するリスクが低いこと、出血した場合の止血が容易であること、合併症への対処方法等が確立していること、予測し得る副作用が一時的かつ軽度であること等を基準として、以下のような行為が想定されるが、今後、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要がある。なお、以下の行為については、専門的・実証的な調査・検討の結果、特定看護師（仮称）以外の看護師であっても安全に実施することができると判断される可能性がある。

チーム医療の推進の観点から、「特定の医行為」の実施に当たっては、薬剤師その他の医療スタッフと相談するなど十分な連携を図ることが望まれる。

◆ 検査等

- ・ 患者の重症度の評価や治療の効果判定等のための身体所見の把握や検査
- ・ 動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
- ・ エコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI 等の実施時期の判断、読影の補助等（エコーについては実施を含む。）
- ・ IVR 時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理等

→ これにより、救急外来において、必要に応じた検査を実施した上でトリアージを含む初期対応を行うことが可能となり、症状の早期改善、患者の不安解消等、サービスの向上につながる事となる。

◆ 処置

- ・ 人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管挿管、抜管等
- ・ 創部ドレーンの抜去等
- ・ 縫合等の創傷処置
- ・ 褥瘡の壊死組織のデブリードマン等

→ これにより、人工呼吸器装着中の患者への対応において、呼吸状態や検査データ等の把握から酸素投与量の調整、抜管の時期の判断、抜管の実施に至るまでの一連の行為を行うことが可能となり、診療計画の円滑な実施に資することとなる。

また、創部ドレーンの抜去や創傷処置について、患者の身体的状態や療養生活の状況から適切な実施時期を判断して実施することが可能となり、患者のQOLの向上につながる事となる。

◆ 患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ・ 疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法
- ・ 副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止

→ これにより、在宅療養中の患者に対して、必要に応じ検査を実施しながら全身状態

を把握した上で必要な薬剤を使用することにより、摂食不良、便秘異常、脱水等に対応することが可能となり、在宅療養の維持に資することとなる。

また、術後管理が必要な患者に対して、患者の状態に合わせて必要な時期に必要な薬剤（種類、量）を使用することが可能となり、状態悪化の防止、術後の早期回復等、患者のQOLの向上につながる事となる。

(参考)

チーム医療の推進に関する検討会 委員名簿

(五十音順 / ○：座長)

秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション所長
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座教授
井上 智子	東京医科歯科大学大学院教授
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
太田 秀樹	医療法人アスムス理事長
加藤 尚美	日本助産師会会長
川嶋 みどり	日本赤十字看護大学教授
坂本 すが	日本看護協会副会長
朔 元則	国立病院機構九州医療センター名誉院長
島崎 謙治	政策研究大学院教授
瀬尾 憲正	自治医科大学麻醉科学・集中治療医学講座教授
竹股 喜代子	亀田総合病院看護部長
○ 永井 良三	東京大学大学院医学研究科教授
西澤 寛俊	全日本病院協会会長
羽生田 俊	日本医師会常任理事
宮村 一弘	日本歯科医師会副会長
山本 信夫	日本薬剤師会副会長
山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科教授

へき地保健医療対策検討会報告書（概要）

1 はじめに

へき地における医療の確保については、昭和31年度以来へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、緊急時の輸送手段の確保や遠隔医療の導入等を推進してきた。

平成17年度までの第9次へき地保健医療対策においては、へき地医療支援機構を創設し、平成18年度からの第10次へき地保健医療対策においては、都道府県ごとにへき地保健医療計画を整備することとなった。

2 へき地保健医療対策の現状と課題について

- 都道府県においてへき地保健医療計画を策定していたのは29都道府県であり、「協議会」の設置と活用実績があったのは8都道県であった。
- 自治医科大学卒業医師で9年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けているのは29.5%であった。一方、医師免許取得後にへき地で勤務することを義務付けた地域枠を設定しているのは11都道府県であり、特別なカリキュラムを設定しているのは3都県であった。
- へき地医療支援機構を設置しているのは39都道府県であり、へき地を有して未設置であるのは4県であった。また、当該業務の責任者である専任担当官の活動状況については地域ごとに濃淡があった。一方、へき地医療支援機構と「全く関わりがない」と回答したへき地診療所が52.4%に及んだ。
- へき地医療拠点病院やへき地診療所において、標準医師数を満たしていないのは約16%であった。へき地診療所の常勤医数は平均1.2人で、現在勤務している診療所に5年以上勤務が25.3%、10年以上勤務が14.4%存在していた。

3 国、都道府県、へき地医療を担う医療関係者等が果たすべき役割について

- (1) 都道府県は、今後、第11次へき地保健医療計画策定にあたり、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても検討することが重要である。
- (2) 国は、全国のへき地医療支援機構の専任担当官等が参加する「全国へき地医療支援機構等連絡会議（仮称）」を設け、都道府県間の格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを、国と共同して実行する必要がある。
- (3) へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる、いわゆる総合医を育成していく必要がある。
- (4) 市町村が独自に大学と提携して医師を派遣してもらうシステムや寄付講座を作っているという事例があり、このような取組を参考に、様々な取組方策について検討していただきたい。
- (5) 大学は、全学生に対する医学教育において、都道府県やへき地医療支援機構と連携し、地域医療・へき地医療に関する教育を充実することが必要である。

4 へき地医療支援機構の強化と新たな役割について

へき地医療支援機構は、代診医派遣等の従来の機能を拡充させるため、医育機関やへき地医療拠点病院と調整しながら、へき地保健医療施策の中心的機関として、地域の実情に応じたドクタープール機能やキャリアパス育成機能などに主体的に関わることが期待される。

具体的に国は、本報告書を踏まえて機構が果たすべき役割や位置づけを明確化し、都道府県等に周知・徹底していくとともに、これら新たな機能を果たすべく、へき地医療支援機構等の強化に向けて、国、都道府県等は積極的に支援する必要がある。また、配置される専任担当官はへき地での診療経験を有する医師であって、へき地医療支援機構の責任者として、へき地医療に関する業務に専念できるような環境を整えることが必要である。なお、へき地を有しているが機構未設置の県については、設置を行うようにすべきである。

5 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について

- へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣の枠組み作りに必要な対策について検討する必要がある。
- キャリアパス作成に当たっては、①へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定、②勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築、③へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備に十分留意する必要がある。
- この度、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例を作成したので、都道府県はこのモデル例を参考にして、関係者間で協議しながら地域にあったキャリアデザイン作りに取り組んでいく必要がある。
- へき地医療を担う医師のモチベーションを上げていくために、へき地・離島での診療経験や機構での勤務を評価して、キャリアになるような仕組み作りが必要であるが、新たな認定制度については現時点では様々な課題があり、直ちに制度化することは難しいものの、引き続き関係者と協議しながら研究班等で検討していく必要がある。

6 へき地等における医療提供体制に対する支援について

(1) へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について

- へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような一層の支援が求められる。
- 一方、へき地医療拠点病院については、今般、診療報酬上の評価指標に選定されたことや質を確保する観点から、指定要件の見直しも含めて実績や体制にあった新たな評価指標を設けるよう今後研究班等で検討していく必要がある。

(2) 情報通信技術（IT）による診療支援について

へき地等における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして情報ネットワークの整備は不可欠であり、引き続き支援していく必要がある。

(3) ドクターヘリの活用について

へき地医療の現場から、医師や救急車不在を回避するために、ドクターヘリの活用は、積極的に推進していく必要がある。

(4) 歯科医療、看護職等への支援方策について

へき地等における歯科医療体制、看護職等への支援方策などについても、原則、医師等に対する対策と同様の取り組みを行うことが必要であると考え。今後関係者間での協議や研究班等での検討を踏まえて、具体的な施策に結びつけるよう、国は引き続き支援していく必要がある。

八き地保健医療対策検討会報告書
(第11次)

平成22年3月

目 次

1	はじめに	1
2	へき地保健医療対策の現状と課題について	1
	(1) 都道府県の取組について	2
	(2) へき地で勤務する医師の確保について	2
	(3) へき地医療支援機構の現状について	3
	(4) へき地診療所及びへき地医療拠点病院の現状について	3
	(5) 地域医療再生計画について	4
3	へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割として	
	求められること	4
	(1) へき地医療を担う医師、医療機関等へき地医療関係者に求められること	4
	(2) 都道府県の役割として求められること	4
	(3) 市町村（へき地を有する）の役割として求められること	5
	(4) 国の役割として求められること	5
	(5) 大学の役割として求められること	6
	(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等	6
4	へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討	6
	(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について	6
	1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて	
	2) 専任担当官（医師）のあり方について	
	3) 新たな支援機構の役割について	
	4) へき地医療支援機構に対する評価について	
	5) 新たなへき地医療支援機構に対する支援方策について	
	(2) へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築について	9
	1) 医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けのあり方等について	
	2) 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について	
	(3) へき地等における医療提供体制に対する支援について	11
	1) へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について	
	2) へき地診療所に対する支援について	
	3) 情報通信技術（IT）による診療支援について	
	4) ドクターヘリの活用について	
	5) その他	
	(4) へき地等における歯科医療体制について	14

(5) へき地等の医療機関に従事する医療スタッフについて	14
5 今後のへき地保健医療施策の方向性について	15
(1) へき地医療を担う医療関係者に求められること	15
(2) 国、都道府県が果たすべき役割について	15
(3) へき地医療支援機構の強化と新たな役割について	16
(4) へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築について	16
(5) へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について	16
(6) 情報通信技術（IT）による診療支援について	16
(7) ドクターヘリの活用について	17
(8) 歯科医療、看護職等への支援方策について	17
6 終わりに	17
へき地保健医療対策検討会の審議経過	18
へき地保健医療対策検討会委員名簿	19

別添 へき地保健医療対策において先進的な取組をしている都道府県の事例集

参考資料 へき地に勤務する医師のキャリアデザインとへき地勤務の評価について

「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策及び評価指標に関する研究」 研究班

へき地保健医療対策検討会報告書

1 はじめに

- へき地保健医療対策は、昭和 31 年度から 10 次にわたってへき地・離島の保健医療対策にかかる計画に基づき実施されてきた。第 1 次から第 9 次までのへき地保健医療計画は、国が都道府県にへき地保健医療対策の方向性を示すものとして策定していたが、直近の第 10 次へき地保健医療計画は、地域の実情に応じてへき地保健医療対策の充実を図るため、国が示す策定指針に基づき、都道府県が策定することとしたものであり、平成 18 年度から実施されている。この間、へき地診療所やへき地医療拠点病院の施設・設備整備に対する財政支援やへき地医療支援機構の創設により、県全体でへき地医療支援に取り組む仕組み作りを行ってきた。こういった取組もあり、無医地区数自体は減少傾向にあるが、へき地診療所の数は一定数を維持するなど、へき地・離島における施設面の整備は拡充してきていると考えられる。
- 一方、過去のへき地保健医療対策検討会報告書で、①へき地医療支援機構やへき地医療拠点病院の強化、②キャリアデザインの検討について必要性が示されたが、具体的な検討には至っておらず、また、③へき地・離島における保健医療サービスの確保について一義的には都道府県の責務に関わることとし、具体策を構築することが必要であり、これについて国は助言や指導を行うこととしたが、その後十分な連携が図られていない状況になっている。また、へき地医療に従事する医師の確保についても、自治医科大学を卒業した医師に加え、今後は医学教育モデル・コア・カリキュラムにへき地医療が盛り込まれたことや、いわゆる地域枠出身の医師が増加していくことにより充足されていくことが期待されているが、教育段階等におけるへき地医療への意識付けや、受け皿となるきめ細やかな人事システムの構築等が併せて必要であり、そのための十分な検討や対策が求められる。
- このため、本検討会では、平成 22 年度で終了することとなっている第 10 次へき地保健医療計画に引き続いて実施すべき、へき地・離島保健医療対策のあり方について、第 10 次へき地保健医療対策検討会報告書（平成 17 年 7 月）を踏まえた、へき地保健医療を取り巻く様々な課題について、広範な視点から今般本報告書を取りまとめたところである。
- 本報告書が、今後国及び都道府県等が推進するへき地保健医療対策において有効に活用され、へき地・離島に暮らす方々への医療提供体制が一層充実されることを期待する。

2 へき地保健医療対策の現状と課題について

山村、離島等へき地における医療の確保については、昭和 31 年度以来へき地保健医療対策として取り組んできたところであり、地域の実情に応じてへき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、緊急時の輸送手段の確保や遠隔医療の導入等を推進してきた。

このような個別の施設等の整備に加え、平成 17 年度までの第 9 次へき地保健医療対策においては、へき地医療支援機構を創設して支援体制を二次医療圏ごとから都道府県単位へ拡大し、平成 18 年度からの第 10 次へき地保健医療対策においては、各都道府県ごとにへき地保健医療計画を整備し、地域の実情に応じたきめ細かい支援体制を実施する体制を構築するよう努めてきたところである。

このような状況の中で、今回の検討会において実施されたへき地医療に関する現況調査の結果、以下のような実態が明らかになった。

(1) 都道府県の取組について

第 10 次へき地保健医療計画においては、都道府県がへき地保健医療計画を策定し、平成 20 年度までに医療計画に反映させることとされていた（平成 18 年 5 月 16 日付け医政発第 0516001 号各都道府県知事宛て厚生労働省医政局長通知「第 10 次へき地保健医療計画等の策定について」）が、実際に都道府県においてへき地保健医療計画を策定していたのは 29 都道府県（67%）という状況であった。また、同通知では、へき地医療対策の各課題について検討し、医師確保の取組を進める「協議会」の設置と活用も提言していたが、平成 19 年度に実績があったのは 8 都道府県であった。

個別の取組としては、国の補助制度を活用した施設や設備の整備は多くの都道府県が行っている外、通信回線の高速化など I T の活用を促進するための環境整備、へき地医療に関する広報誌の発行等による住民への普及啓発等を行っている都道府県があった。

(2) へき地で勤務する医師の確保について

へき地に勤務する医師の多くは自治医科大学の卒業生であり、都道府県の医師確保に対する取組みも「自治医科大学の活用」というものが多いが、自治医科大学の調査によれば 9 年間の義務年限を終了した後もへき地で勤務を続けているのは、29.5%である。

一方、自治医科大学の活用以外の医師確保の方策としては、地域枠や奨学金制度があるが、その現状を見ると、医師免許取得後にへき地で勤務することを義務付けた地域枠を設定しているのは 11 都道府県であり、このうち、学生に対して、へき地医療に積極的に動機付けするような、へき地・離島における体験実習等の特別なカリキュラムを設定しているのは 3 都県であった。

また、へき地勤務を義務付ける奨学金制度を導入している都道府県は 19 都道府県であり、大学等のへき地医療に関する寄付講座を創設している県は 10 県であった。

(3) へき地医療支援機構の現状について

へき地医療支援機構の現状を見てみると、へき地を有する 43 都道府県のうち、機構を設置しているのは 39 都道府県(91%)であり、4 県が未設置であるものの、へき地を有する都道府県のほとんどで設置されている状況である。

しかし、へき地医療支援機構の業務の責任者である専任担当官の活動状況については地域ごとに濃淡があり、専任担当官がへき地医療関係業務に従事する日数を見てみると、週のうち 4～5 日従事する県が 10 県ある一方、0～1 日と回答した県が 13 県、1～2 日と回答したところが 8 府県に上る状況をみると、「専任」担当官とは言い切れないところが半数以上を占めていることがわかる。

また、今回 418 か所のへき地診療所について調査を行ったところ、へき地医療支援機構との関係について「全く関わりがない」と回答した診療所が 219 か所(52.4%)にも及んだ。この結果については、へき地診療所側がへき地医療支援機構の関与をよく理解していないための誤解も多いという指摘もあるが、機構からの支援を最も享受しているはずのへき地診療所からみると、へき地医療支援機構との関わりが低いという状況が明らかになったと言える。

(4) へき地診療所及びへき地医療拠点病院の現状について

医師の充足状況であるが、へき地医療拠点病院においては 263 施設中 44 施設(16.7%)で医療法施行規則に規定する標準医師数を満たしていないことがわかった。診療所には標準医師数の考え方が無いが、病院の標準医師数の考え方を参考に算出すると調査を行った 418 か所のへき地診療所中 69 か所(16.5%)がこれを満たしていない状況にあることが判明した。

また、へき地診療所に勤務する常勤医の数の平均は 1.2 人、常勤医の勤務年数については、現在勤務している診療所に 5 年以上勤務しているという医師は全体の 25.3%、10 年以上勤務している医師も 14.4%存在することがわかった。

なお、へき地医療拠点病院に対し、へき地医療拠点病院にとって必要な機能について意見を募ったところ、「医師派遣・研修、地域医療の提供等」、「医師等の確保・派遣機能」、「救急を含む医療提供体制に関する機能」が必要との意見が多く寄せられた。また、国や都道府県に対する要望等としては、「医師（特に総合診療のできる医師）等の確保」、「ドクタープールの創設」、「医師養成・キャリアパスの充実（総合診療のできる医師の育成、医師の生活環境への配慮等）」、「医師研修に関すること（臨床研修制度にへき地での研修期間を義務化等）」、「医療制度・医療体制に関すること（医師偏在の早期是正等）」、「財政支援に関すること（補助金・診療報酬）」等の意見があった。

また、へき地医療拠点病院と同様にへき地診療所に対して国や都道府県への要望等について意見を募ったところ、「医師等の確保への支援」、「医師研修及びキャリアパスに関すること（へき地診療所医師のスキルアップ等）」、「医療制度・体制

に関すること(代診医制度の強化等)」、「財政支援に関すること(補助金の充実等)」等について意見が寄せられたところである。

意見の提出状況については、へき地医療拠点病院から多くの意見が寄せられる一方、へき地診療所からの意見は比較的少なかったところである。

(5) 地域医療再生計画について

平成21年度第1次補正予算で創設された「地域医療再生基金」は、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づいて行う、地域の医師確保、救急医療の確保などの取組みを支援するものである。

各都道府県が策定した地域医療再生計画は合計94計画あり、その中にはへき地・離島医療対策を重視した計画もみられた。

今後、これらの都道府県において、地域医療再生計画に基づいたへき地医療対策が進められていくものと考えられる。

3 へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割として求められること

(1) へき地医療を担う医師、医療機関等へき地医療関係者に求められること

- へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる、いわゆる総合医(以下、「総合医」という。)を育成していく必要がある。具体的には、へき地においてその地域の特性を理解し、初期救急、二次救急のトリアージ、病気の予防、慢性疾患の管理、リハビリテーション、看取り等を総合的に行う医師が挙げられる。
- 総合医の確保策として、日本プライマリ・ケア学会等関連3団体(平成22年4月から日本プライマリ・ケア連合学会)の認定医制度のほか、(社)全国国民健康保険診療施設協議会及び全国自治体病院協議会の地域包括医療・ケア認定制度等があるが、現時点では制度創設して間もないこともあり、当面はその活動を見守り、必要に応じて連携していくことが肝要であると考ええる。

(2) 都道府県の役割として求められること

- 都道府県全体の医療確保対策の中でのへき地保健医療対策の位置づけ、重要性をあらかじめ確認しておくことが必要であり、大切なことは、都道府県におけるへき地保健医療対策への目標設定と目標を達成させる計画の内容をいかにするかにある。
- 都道府県は、第1次へき地保健医療計画の策定に際して、地域医療の分析を行った上で、先進事例(別添)を参考にして改善策を策定し、これらの取組みを積極的に公表するとともに、国がそのフォローアップを行うような仕組みを作ることが求められる。
- また、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても、都道府県ごとに検討することが重要である。
- 例えば、地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県(又

はへき地医療支援機構)は積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と都道府県・へき地医療支援機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組も考えられる。

- また、市町村(へき地を有する)と積極的に連携を図り、へき地勤務医師も巻き込んだ形で、医師確保や医療供給体制について協議できる場を設けることも考えられる。

(3) 市町村(へき地を有する)の役割として求められること

- 市町村は、勤務する医師がへき地での勤務を楽しみ、充実してもらえるように生活環境や勤務環境を整えるよう努力することが必要である。
- 市町村が保健・福祉・医療に関連する計画を立案していく過程において、へき地勤務医師とも積極的に意見交換しながら進めていくことが必要と考える。
- 市町村単独での医師確保は困難な時代となっており、市町村がお互いに情報共有を図り、横のつながりを密にしていくことが重要で、隣接する市町村同士の協定や高知県などで行われている市町村の枠を超えた広域連合として医師確保を目指していけるような協議の場を設けることも考えられる。
- また、市町村の各々の自助努力を促す取組として、例えば各市町村において、自治医科大学義務年限内の医師派遣を希望する場合は、給与、手当、住環境や勤務ローテーション等の現状を提示し、他施設と比較できるようにすることも考えられる。
- 一方、学生時代に、地域医療実習で家庭訪問することや現地での住民や行政を交えてのワークショップなどで地域との交流を深めることなど地域の自分たちへの期待を直接意識するような環境の醸成も重要であることから、市町村は、ワークショップや地域医療実習の受入などについて積極的に対応すべきであり、併せて受入に当たる指導医等の休暇や研修に対する代診を確保するなどの支援も必要であると考えられる。
- また、茨城県であれば市町村が独自に筑波大学と提携して医師を派遣してもらうようなシステムが作られていたり、福井県での1つの町が寄付講座を作っているという事例があり、このような取組を参考に、様々な取組方策について検討していただきたい。

(4) 国の役割として求められること

- 今回の報告書や策定指針を受けて、今後各都道府県が策定する改善案や第1次へき地保健医療計画について、国がフォローアップを行う必要がある。具体的には、各都道府県の計画の実施状況を支援する仕組みの構築として、例えば、へき地医療支援機構の活動状況などの取りまとめや公表のほか、必要に応じて技術的支援も考えられる。
- また、各都道府県のへき地医療支援機構の専任担当官等が全て参加して、全国へき地医療支援機構等連絡会議(仮称)のようなものを作り、都道府県間の

格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを、国と共同して実行する必要がある。

(5) 大学の役割として求められること

- 地域医療・へき地医療に関しては、医学教育モデル・コア・カリキュラムに盛り込まれることになったこと等から、全ての学生に対する医学教育において、へき地保健医療に関して広く、カリキュラムに盛り込んでいくなど地域医療に関する教育を充実していくことが必要である。
- この際、都道府県やへき地医療支援機構と連携して、へき地・離島医療の現場を経験できるようなカリキュラムを作成し、学生に対して地域医療やへき地医療に対する理解と意欲を育む教育を行うことが望ましい。
- また、教員の中に、へき地医療に従事した経験のある医師や総合医を加えることによって、学生が総合医と接することができる機会を増やすことが可能となるという意見があった。
- 一方、寄付講座を含めた地域医療教育を担当する部門については、長期的な展望に立ち、継続性や教員の身分の安定性に配慮した体制の確保が求められるという意見があった。

(6) 医療の提供を受ける住民側に求められる意識等

- 住民が、へき地勤務医の生活面での実情を理解するようにしていく必要がある。
現場で患者のためにいつも働いている、何でも診てくれる、そして高度医療についても理解がある人がその地域で一番重要な医師であるということについて、国民に認識してもらいたい。そのような国民の意識改革もしていく必要があるという意見があった。

4 へき地保健医療対策に係る具体的支援方策の検討

(1) 新たなへき地医療支援機構の構築について

- 第9次計画より活動してきたへき地医療支援機構は、へき地診療所に勤務する医師等の支援機能等、代診医等の派遣調整を的確に行うことが最大の任務であり、さらなる向上が必要である一方、今後機構が果たすべき役割や位置づけを明確化していく必要がある。また、へき地を有しているが機構未設置の県については、設置を行うようにすべきである。

1) 新たなへき地医療支援機構の位置づけについて

- 現行の位置づけに、第10次計画策定時に創設することが求められた「へき地保健医療対策に関する協議会」やその後の議論を踏まえ、以下のように修正することが確認された。

へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、各都道府県

に1箇所「へき地医療支援機構」を設置する。へき地医療支援機構は、専任担当官を置く。また、へき地医療拠点病院の代表、地域医師会・歯科医師会の代表、市町村の実務者、地域住民の代表等によって構成する「へき地保健医療対策に関する協議会」において、へき地医療対策の各種事業の実施について実質的な助言・調整等を行う。

へき地医療支援機構の運営主体は、これまでへき地医療支援の中核を担ってきた、あるいは担い得る都道府県又は医療機関等とし、専任担当官はへき地での診療経験を有する医師であって、へき地医療支援機構の責任者として、へき地医療に関する業務に専念できるような環境を整えることが必要である。

- なお、平成18年の医療法改正で都道府県に設置が義務付けられた地域医療対策協議会との連携、連動を密にすることに留意する必要がある。

2) 専任担当官（医師）のあり方について

- 専任担当官（医師）のあり方としては、現場の核として、機構の組織としての意識付けが重要であり、他職種を巻き込んだチームでの対応が必要である。例えば、自治医科大学卒業医師や地域枠出身者など地域医療に意識の高い医師を中心に位置づけることが考えられる。また、ある程度長く担当官として務められるようにすることが重要である。
- 専任担当官（医師）の勤務内容としては、へき地医療に関する職務に専念するような工夫が必要であり、例えば、
 - ① 現場の医師と行政とのパイプ役が必要であり、都道府県の医務主管課に、へき地医療の勤務経験を持つ臨床医を専任担当官として配置すること、
 - ② へき地診療所の現地視察を行って、状況を聞き、首長と意見交換することも必要である。
- なお、専任担当官については、実質的には必ずしも「専任」していない場合があり、「専任」でも「兼任」でも支出される補助金が同じというのは適切ではなく、兼任担当官を複数配置する方法も含めて検討するべきではないかとの意見もあった。

3) 新たな支援機構の役割について

- へき地医療支援機構の位置づけとしては単なる支援機関ではなく、ドクタープール機能やキャリアパス育成機能も持たせることが肝要であるとした上で、現行の役割を含めて、以下の役割があげられた。

なお、医師だけでなく、看護師、保健師ら医療スタッフに対しても機構の役割を拡大すべきではないかとの意見があった。

- ① へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請
- ② へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等の派遣登録業務及び当該

人材のへき地診療所等への派遣業務に係る指導・調整

- ③ へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成
 - ④ 総合的な診療支援事業の企画・調整
 - ⑤ へき地医療拠点病院の活動評価
 - ⑥ へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること
 - ⑦ へき地医療機関へ派遣する医師を確保するドクタープール機能
 - ⑧ へき地で勤務する医師のキャリアパスの構築
 - ⑨ へき地における地域医療の分析
 - ⑩ へき地医療拠点病院においてへき地医療支援に従事している医師に対する研究費の配分
 - ⑪ へき地保健医療情報システムのデータ登録、更新及び管理
 - ⑫ 就職の紹介斡旋、就職相談、その他就職に関する情報提供
- なお、ドクタープール機能を支援機構以外の医療対策協議会や地域医療学講座などに持たせることも考えられ、都道府県によって一律にすべきではないのではないかという意見があった。

4) へき地医療支援機構に対する評価について

- 支援機構に対する評価については、現在以下のような取扱いとなっている。

へき地医療支援機構の活動については、当該機構の設置されている都道府県のへき地医療担当部局が評価し、当該評価結果に基づいてへき地医療支援機構に必要な指導を行う。また、都道府県は、評価結果及び指導の内容等を含め、へき地医療支援機構の活動状況について積極的に情報公開を行う。なお、国は、都道府県に対し、評価指標・方法の研究開発等の技術的支援を行うものとする。
- これに加え、「全国へき地医療支援機構等連絡会議（仮称）」など全国のへき地医療支援機構が一堂に会する場を設けて、お互いの情報共有や協議、評価などを行うことも有効と考えられる。

5) 新たなへき地医療支援機構に対する支援方策について

- へき地医療支援機構に対しては都道府県が全面的に支援する必要がある。また、機構が派遣する、へき地診療所への医師確保の手段としては、二次医療圏内の拠点病院のみならず、都道府県単位で大学病院、自治体病院、民間病院等が支援していくとともに、地元医師会、保健所などとの連携を重視する必要がある。
- 一方、機構だけでは限界があり、医師確保の手法として、市町村が長崎や島根のように広域連合を作り、臨床研修病院を持つなどしてマンパワーの確保に努めることが考えられる。なお、この場合、内部の医師のキャリアプラ

ンや人事のネットワークなどを持ち、きめ細かな対応が必要となることから、組織全体が自ら計画し目標達成に向け公平に活動するといった状況が確保できるかについて、十分な配慮が必要である。

(2) へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築について

1) 医師の育成過程等におけるへき地医療への動機付けのあり方等について

- へき地だけにこだわらず、地域医療全体を見渡して、地域に根ざした医師をどう育てるかという仕組みが必要である。

例えば、総合医の確保策として日本プライマリ・ケア学会等関連3団体の認定医制度等も一手段として考えられる一方、本人や周囲への意識付けと、本人のステップアップの双方を満たすような制度として、医学教育の中で統一したカリキュラムを履修した医師は「地域医療修了医」というような肩書きを与えることも大きな動機付けになることも考えられるという意見があった。

- また、地域枠や奨学金枠の学生のモチベーション維持のため、都道府県やへき地医療支援機構が積極的に当該学生とコミュニケーションを図るとともに、大学と機構が協同して地域枠等の学生に対して地域医療に動機付けするような取組なども求められる。
- 一方、大学の医学教育において、へき地医療支援機構のしくみ等へき地保健医療に関して広くカリキュラムに盛り込んでいくことや、地域枠の学生へのプログラムについて、地域医療の経験者に入ってもらい、具体化することも非常に重要である。
- さらには、地元中・高校生を対象とした、体験学習、出前講座など地域医療やへき地医療に関する学習の機会を積極的に設けてはどうかとの意見があった。
- なお、医学教育における地域医療実習（特にへき地医療）を充実させるとともに、この活動を財政的に支援するような取組を求める意見もあった。

2) 安心して勤務・生活できるキャリアパスの構築について

- へき地勤務医等が、自分のキャリア形成や家族への影響について心配することなく勤務できるような、医師派遣（定期的な交代）の枠組み作りに必要な対策について検討する必要がある。

ア キャリアパスのあり方について

- キャリアパス作成に当たっては、以下の事項に十分留意する必要がある。
 - ① へき地勤務医の子育て、家族支援などを考慮に入れたキャリアデザインの策定
 - ② 勤務体制の中で休暇が臨機応変に取得できる体制の構築（産休・育休を含む）
 - ③ へき地での勤務に偏らないようにするための体制整備

- また、へき地勤務医等が安心して勤務・生活できるような、へき地医療を担う全国的なネットワーク組織が必要という意見や、自治医科大学卒業医師の場合、義務年限後のへき地勤務が片道切符になっていることから、希望すればへき地勤務と他のポストを行き来できるようなサイクルを構築する必要があるとの意見もあった。
- 以上の検討を踏まえ、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル案を厚生労働科学研究（主任研究者：鈴木正之自治医科大学教授）で作成した（参考資料）。
このモデル案について出された様々な意見を踏まえ、以下のようなモデル例が考えられる。

へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例

- ① 大学等（研修部分では大病院を含む）、へき地医療拠点病院等（地域の中核的病院を含む）、へき地診療所等（へき地にある病院も含む）の3本の柱を行き来しながらキャリアを重ねていく構造である。
このように3本柱間の長期間にわたる移動を前提にしているので、このキャリアデザインで動いている場合には、身分的な保証・年金の継続の保証などを考える必要がある。
- ② 一定の区切りごとに1年間の自由期間を設けてあり、この時は3本の柱から離れて自分のキャリアアップを図ることもできる。臓器別の専門医の研修、基礎研究、留学、行政での活動経験を得ることが可能となるとともに、次の勤務期間をどのようにするか考える期間にもなる。
- ③ 基本的に3本の柱の中であれば、どのように移動しても構わないものとする。3本柱のどこにいても、他の2本へ移動することが可能であることを保証する。これらの移動は、どこかが軸となって合意形成していく必要がある。例えば、へき地保健医療対策に関する協議会を通じてへき地医療支援機構が調整することが考えられる。この場合、へき地医療支援機構は、このようなキャリアデザインを保証し、人事面でも3本柱間の調整をする上で、このシステムの中で非常に大きな役割を果たす必要がある。
つまり、へき地医療支援機構は、大学等ともへき地医療について、緊密に連絡を図る必要がある。特に地域卒の学生のいる医科大学などにおいては、早急にキャリアデザインを明らかにする必要がある。

イ キャリアを評価する仕組みについて

- へき地医療を担う医師のモチベーションを上げていくために、へき地・離島での診療経験や機構での勤務を評価して、キャリアになるような仕組み作

りが必要である。

- 具体的な評価については、厚生労働科学研究（主任研究者：鈴木正之自治医科大学教授）での検討結果が示され（参考資料）、「へき地医療専門医（仮称）」や他の新たに考え得る認定制度については様々な課題があり、直ちに制度化することが難しいことが示された上で、名称は別として新たな称号や資格化について推進する必要があるとの意見がある一方、以下のような意見があった。
 - ・ 地域医療やへき地医療に意識の高い医師を周りの医療者が認識できていない状況を改善するため、「県の地域医療認定者」検定を作り、合格者を集めた年次総会で議論する仕組みを作ることで、資格ではないが、意識は高まるのではないか。
 - ・ 地域という角度から見て、行政も福祉も住民の性格についても最も知っている地域を「専門」とするという考え方もあるのではないか。
 - ・ 3学会による総合医ができたばかりで試行段階になっているところでもあり、この中にへき地を加味・包含するような形でとらえた方がいいのではないか。これとは別にへき地医療専門医を作ると数多くの専門医制度の中に埋没することを危惧する。
 - ・ へき地専門医というものを作っても、国民に理解してもらえるのか、適切に機能するのか危惧する。また、その資格がなく実際にへき地で診療している医師に対する住民の理解をどうするのか。
 - ・ へき地専門医については、十分な議論が必要であり、この検討会で提案すること、実現可能性についても疑問を感じる。

ウ その他

- 自治体病院等の公務員医師として採用し、給与と身分を保障するというメリットをPRすればへき地医療に専念してもよいという医師の定着が見込めるのではないかという意見があった。
- また、年齢や診療科の経験を問わず、へき地医療に意欲を持つ医師を幅広く受け入れる意識や体制作りが必要ではないかという意見があった。

(3) へき地等における医療提供体制に対する支援について

- へき地診療所を支えるへき地医療拠点病院等地域の中核的な病院を地域全体で支援する具体的な仕組みについて検討していくことが必要である。
- ### 1) へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について
- へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような一層の支援が求められる。
 - へき地医療拠点病院のほとんどは、4疾病5事業の担い手でもあり、都道府県が物的・人的・財政的支援をすることで、任せられている役割を十分担える体制を作っていくことが望まれる。
 - また、へき地に関する補助制度は出来高制であるが、これでは意識付け

できないので、例えばがん診療連携拠点病院のような1か所あたりの補助金という仕組みにすると組織が前向きになるのではないかという意見があった。時間がかかっても、組織が強化されていくような取組が求められる。

- 加えて、医師だけではなく看護師等医療スタッフの派遣を行うためには、へき地医療拠点病院単位で「へき地医療支援室（仮称）」を設置し、必要な医療スタッフを登録し、研修・教育も含めた関係者間のネットワークを構築することが重要との意見があった。
- 一方、へき地医療拠点病院の指定要件については見直すべきであり、例えば、総合医がいて、臨床研修病院であることを要件として位置づけるような指定基準の見直しやあり方の見直しを行い、指定されることによってメリットを受けられるようにできないかとの見解が示された。

具体的には、へき地医療拠点病院Ⅰ、Ⅱ等2つの指定に大きく分類し、Ⅰについては原則的に医師派遣実績があり、総合医の育成・教育機能を有すること等を条件とし、従来どおり指定する場合をⅡとすることが提案された。また、このⅠの拠点病院のうち、へき地の医師の教育研修や支援を行い、人事機能の中核的機能も有し、へき地医療を担う医師たちの拠点となる機能を有する施設を「へき地医療研修支援拠点病院（仮称）」として、へき地医療支援機構が認定し、都道府県ごとに1、2箇所確保する必要性も別に提案された。

しかし、へき地医療拠点病院の指定要件の見直しは、あくまで地域の医療機関にとっての相当程度のメリットが前提となることから、付加すべき条件も含めて引き続き検討が必要とされた。

なお、へき地医療拠点病院等の中核的な病院への支援については、医師の集約など、他の病院等から医師の引き抜きにより、これらの病院の廃止や診療所化を招くことにつながり、ひいては、地域住民の医療へのアクセスの狭小化を招きかねないことから、地域の医療機関に配慮し、慎重に進めるよう留意する必要がある。

- 一方、へき地医療に対してある一定期間支援した場合に社会医療法人の指定を受けることができるが、認定要件となるのがへき地診療所に対しての支援のみであり、へき地にある病院への支援も認定要件として認めてもらいたいとの意見もあった。

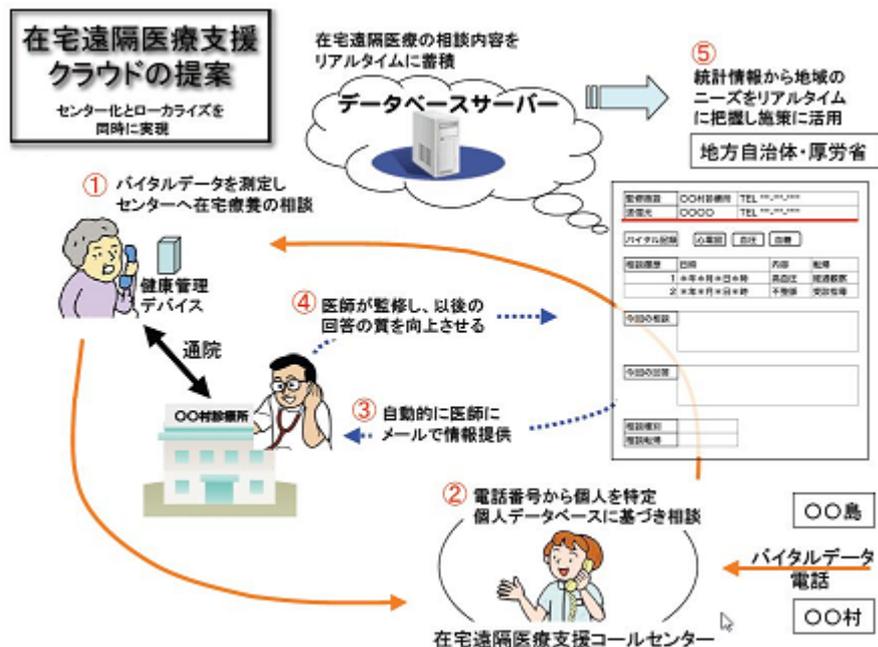
2) へき地診療所に対する支援について

- へき地診療所の施設整備の拡充について十分配慮する必要がある。現行の設備・施設整備の充実はもちろんのこと、代診医や医学生、研修医などが宿泊するための施設の充実にも配慮する必要がある。

3) 情報通信技術（IT）による診療支援について

- へき地における遠隔医療は大きく以下の2つに分けられる。へき地医療拠点病院においては、263施設中38例（14.4%）が遠隔医療を実施している。

- ① 在宅患者に対し、医師又は保健師、助産師、看護師が指導し、直接健康管理を行うもの。
 - ② 医師同士の診療支援という観点から、特に一人で診療しているような医師に対して、専門医が支援する画像診断等の診療支援の仕組み。
- へき地等における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備は不可欠であり、ITを利用した相談(遠隔画像伝送等)やTV会議などができる体制の整備が求められる。この際、できるだけ、ブロードバンド環境(光ファイバー網)であることが望ましく、また、へき地医療における新しい通信技術を活用している地域の事例集を策定するべきであるとの意見があった。
- ただし、ICTによる遠隔医療は、これまで各地域で様々な取組がなされ、結果として有効に活用されていない場合があること、へき地医療に関しても対面診療が原則であり、また標準的なシステムで財源面を含め安全性・安定性に優れたものであることが求められるなどに留意が必要となる。
- なお、電話は最も基本的かつ誰にでも容易に利用可能な通信手段であり、健康・医療の分野において、コールセンターの活用が進んでいることから、遠隔医療においても電話の活用が考えられる。コールセンターと相談データベースを活用することで、遠隔医療マネジメントの質の向上が期待されるという提案があった。



4) ドクターヘリの活用について

- へき地医療の現場から、医師や救急車不在を回避するために、ドクターヘリの活用は積極的に推進していく必要がある一方、財政上の観点も含めて有効性について十分留意する必要がある。

- へき地等の多い中山間地域では、ヘリが着陸できない地域が多いためヘリの離発着場の整備も求められる。
- また、へき地医療現場からのヘリ搬送については、利用の仕方について検討していく必要があるとの意見があった。
- なお、地理的要件によっては、海上交通の選択肢しかない場所もあり、距離が遠い離島地域については、ジェット機等の活用も検討されるべきとの意見があった。

5) その他

- 地域における病院間の連携を十分図ったうえで、へき地の位置づけを検討するべきであり、単なる医師の取り合いにならないよう留意するべきであるという意見があった。
- また、200床以下の中小病院は特に医師不足に陥っており、このような中小病院対策も考えてほしいという意見があった。
- 加えて、この度の新臨床研修制度により、基幹型臨床研修病院において、研修医が3年間にわたって確保できない場合に取り消しとなるが、へき地医療を始めとした地域医療の確保に積極的に取り組んでいる医療機関に対しては配慮してもらいたいという意見があった。

(4) へき地等における歯科医療体制について

- 歯科においても医師等に対する対策と同様の取り組みを行うとともに、特に次の点について重点的に取り組む必要があるとの提案があった。
 - ① へき地医療支援機構において、歯科医療や口腔ケアについて医科との連携を含め、コーディネートできる体制がまだ十分でないことから、へき地医療支援機構の強化の中で、地域の歯科医師会や歯科大学・歯学部との連携の推進など、歯科医療や口腔ケアの確保に向けた具体的な対応が可能となるような方向付けをすべきではないか。
 - ② 歯科大学の卒前教育や臨床研修においてへき地歯科医療に関する教育・研修が必ずしも十分でないことから、カリキュラム等のなかでへき地歯科医療に関する内容の充実を図るべきではないか。また、へき地歯科医療の確保が困難な都道府県においては、自治体などの奨学金制度の充実も検討課題のひとつではないか。
 - ③ へき地住民の必要に応じ、へき地医療拠点病院等から歯科医師を派遣するなどの機能を強化する必要があることから、へき地医療を支えるへき地医療拠点病院の機能の中に、巡回歯科診療や訪問歯科診療などの歯科医療提供体制の確保を明示するとともに、へき地住民の口腔機能の管理などを担う地域歯科保健活動についても支援できるようにすべきではないか。

(5) へき地等の医療機関に従事する医療スタッフについて

- へき地で勤務する看護師への支援等について以下の提案があった。
 - ① へき地看護に従事する看護職の実態が明らかになっていないことから、都道府県等において必要な調査を実施するべきである。
 - ② 都道府県単位の人材育成として、都道府県立の看護師養成所等が看護の十分行き届いていないところや、人材等支援が必要なところに対して寄与していく役割を強化していくことや、学生が将来も含めて働いてみたいと思えるような離島・山村等に関心を持たせる教育が必要である。
また、キャリア開発支援を視野に入れた人事交流や派遣制度等の仕組み作りができないか。都道府県看護協会等が各地域でネットワーク組織を作り、現職場での退職を検討している者などがへき地看護の従事につながるような機会を作ることができないか。
 - ③ 都道府県担当部署又はへき地医療支援機構が中心になって、看護協会、看護師養成所等、へき地医療拠点病院、日本ルーラルナース学会が協力して、支援ニーズの明確化と支援方法を検討して、支援を実施していくことが大切ではないか。
看護活動に関して相互的なコミュニケーションによる支援というものが非常に重要である。
集合研修ということでは支援が難しいへき地の状況があるので、認定看護師やへき地看護経験者の登録制度を設けて、へき地に出向いて、へき地勤務看護師の研修を支援できるような仕組みを作ることができないか。
- このように、医師だけでなく看護師をはじめとする医療スタッフの派遣も視野に入れる必要があると考えられる。常勤でのスタッフ確保が困難な場合は、隣接する市町村が広域で運営を行い、診療所を出張診療所化するなど、医療機関の再編も視野に入れて検討を行ってはどうかとの意見があった。
- また、医療スタッフのモチベーションを高めるためにも、業務の権限委譲に向けた環境整備、研修体制の必要性があるのではないかとこの意見があった。

5 今後のへき地保健医療施策の方向性について

(1) へき地医療を担う医療関係者に求められること

へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる総合医を育成していく必要がある。

(2) 国、都道府県等が果たすべき役割について

- ① 第11次へき地保健医療計画策定にあたり、今後都道府県は、へき地を中心とする地域医療の分析を行った上で、この度例示する先進事例を参考にして、改善策を具体的に策定し、これらの取り組みを積極的に公表するとともに、国は研究班を活用するなどして、そのフォローアップを行うような仕組みを作る必要がある。この際併せて、地域枠選抜出身医師や自治医科大学卒業医師の活用方法や定着率を上げるための方策についても検討することが重要である。
- ② 国は、全国のへき地医療支援機構の専任担当官等が参加する「全国へき地医

療支援機構等連絡会議（仮称）」を設け、都道府県間の格差の是正や各都道府県間にまたがる事項の調整などを、国と共同して実行する必要がある。

- ③ 市町村が独自に大学と提携して医師を派遣してもらうシステムや寄付講座を作っているという事例があり、市町村は、このような取組を参考に、様々な取組方策について検討する必要がある。
- ④ 大学は医学教育モデル・コアカリキュラム等を元に、全ての学生に対する医学教育において、都道府県やへき地医療支援機構と連携し、地域医療・へき地医療に関する教育を充実することが必要である。

（３）へき地医療支援機構の強化と新たな役割について

へき地医療支援機構は、代診医派遣等の従来の機能を拡充させるため、医育機関やへき地医療拠点病院と調整しながら、へき地保健医療施策の中心的機関として、地域の実情に応じたドクタープール機能やキャリアパス育成機能などに主体的に関わることが期待される。

具体的に国は、本報告書を踏まえて機構が果たすべき役割や位置づけを明確化し、都道府県等に周知・徹底していくとともに、これら新たな機能を果たすべく、へき地医療支援機構等の強化に向けて、国、都道府県等は積極的に支援する必要がある。なお、へき地を有しているが機構未設置の県については、設置を行うようにすべきである。

（４）へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築に向けて

この度、へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル例を作成したので、都道府県はこのモデル例を参考にして、関係者間で協議しながら地域にあったキャリアデザイン作りに取り組んでいく必要がある。

また、へき地・離島での診療経験や機構での勤務を評価して、キャリアになるような仕組み作りが必要であるが、「へき地医療専門医（仮称）」、「地域医療修了医（仮称）」等新たな称号や資格化については現時点では様々な課題があり、直ちに制度化することは難しいものの、引き続き関係者と協議しながら研究班等で検討していく必要がある。

（５）へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について

へき地医療拠点病院等に対して、医師派遣に係る動機付けを与えるような一層の支援が求められる。また、今般、診療報酬上、DPC対象病院における新たな機能評価指標に、へき地医療拠点病院が選定されたことを踏まえ、また質を確保する観点からも、拠点病院の実績や体制にあった新たな評価指標について、今後研究班等で検討していく必要がある。

（６）情報通信技術（IT）による診療支援について

へき地等における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するための

ツールとして、情報ネットワークの整備は不可欠であり、へき地診療所がへき地医療拠点病院等と常時相談できるような体制整備等に向けて、有効性・効率性も考慮しつつ、引き続き支援していく必要がある。

(7) ドクターヘリの活用について

へき地医療の現場から、医師や救急車不在を回避するために、ドクターヘリの活用は、有効性・効率性を考慮しつつ、積極的に推進していく必要がある。

(8) 歯科医療、看護職等への支援方策について

へき地等における歯科医療体制、看護職等への支援方策などについても、原則、医師等に対する対策と同様の取り組みを行うことが必要であると考えます。今後関係者間での協議や研究班等での検討を踏まえて、具体的な施策に結びつけるよう、国は引き続き支援していく必要がある。

6 終わりに

- 本検討会では、今後のへき地保健医療対策のあり方について昨年7月より6回にわたり検討を行った。
- 今後、国、都道府県及び関係機関は、本報告書において指摘した内容に基づき、十分な対応を行うことが求められる。これらの対応については適宜評価・分析を行い、必要に応じて計画の見直しを行うなど、へき地医療を取り巻く状況の推移に応じた対応が必要である。
- なお、医療計画については、平成22年度にあり方に関する検討会を実施した上で、平成24年度に各都道府県において見直しを行うこととしており、国や都道府県は、医療計画を含めた今後の医療提供体制のあり方を検討するにあたっては、本報告書を踏まえ、医療提供体制全体の枠組みの中で、へき地保健医療対策をどう位置づけていくか考えていくことが望まれる。

へき地保健医療対策検討会の審議経過

第1回：平成21年7月10日（金）

- 検討会の趣旨説明
- へき地医療について先進的な取組みを行っている4県の事例紹介
- へき地医療に関する厚生労働科学研究班の報告
- 今後検討すべき事項について

第2回：平成21年9月18日（金）

- へき地医療に関する現況調について
- 論点整理
 - ・へき地医療支援機構のあり方について 等

第3回：平成21年10月30日（金）

- 論点整理
 - ・へき地医療支援機構のあり方について
 - ・へき地勤務医のキャリアパスについて 等

第4回：平成21年12月24日（木）

- 論点整理
 - ・へき地勤務医のキャリアデザインと評価について
 - ・へき地医療拠点病院のあり方について
 - ・へき地における歯科・看護の課題について
 - ・へき地医療における遠隔医療の活用について 等

第5回：平成22年2月25日（木）

- 検討会報告書（案）について

第6回：平成22年3月19日（金）

- 検討会報告書（案）について

へき地保健医療対策検討会 委員名簿

うちだ 内田	たけお 健夫	社団法人 日本医師会常任理事
おくの 奥野	まさたか 正孝	三重県健康福祉部 へき地医療総括特命監
○ 梶井	えいじ 英治	自治医科大学教授（地域医療学センター長）
きむら 木村	きよし 清志	島根県健康福祉部 医療企画監
さわだ 澤田	つとむ 努	高知県へき地医療支援機構 専任担当官
しぶや 澁谷	いづみ いづみ	愛知県半田保健所長（全国保健所長会会長）
じん 神野	まさこ 雅子	北海道保健福祉部地域医師確保推進室
		看護政策グループ主査
すずかわ 鈴川	まさゆき 正之	自治医科大学救急医学教授
たかの 高野	こういちろう 宏一郎	新潟県佐渡市長（全国離島振興協議会会長）
つしま 対馬	いつこ 逸子	青森県西北五地域医療研究会代表
つちや 土屋	いちこ いち子	長野県訪問看護ステーションしらかば
つのまち 角町	まさかつ 正勝	社団法人 日本歯科医師会理事
ないとう 内藤	かずよ 和世	京都府立与謝の海病院長
		（全国自治体病院協議会常務理事）
なかむら 中村	しんいち 伸一	福井県おおい町国保名田庄診療所長
はたけやま 畠山	ひろし 博	岩手県藤沢町長
まえだ 前田	たかひろ 隆浩	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
		へき地・離島医療学講座教授
まえの 前野	かずお 一雄	読売新聞東京本社編集委員
みさか 三阪	たかはる 高春	鹿児島県霧島市立医師会医療センター
		地域診療部長
むらせ 村瀬	すみお 澄夫	東員病院長・三重大学客員教授
よしあら 吉新	みちやす 通康	公益社団法人 地域医療振興協会理事長

以上20名

五十音順

○：座長

オブザーバー

総務省自治財政局地域企業経営企画室

オブザーバー

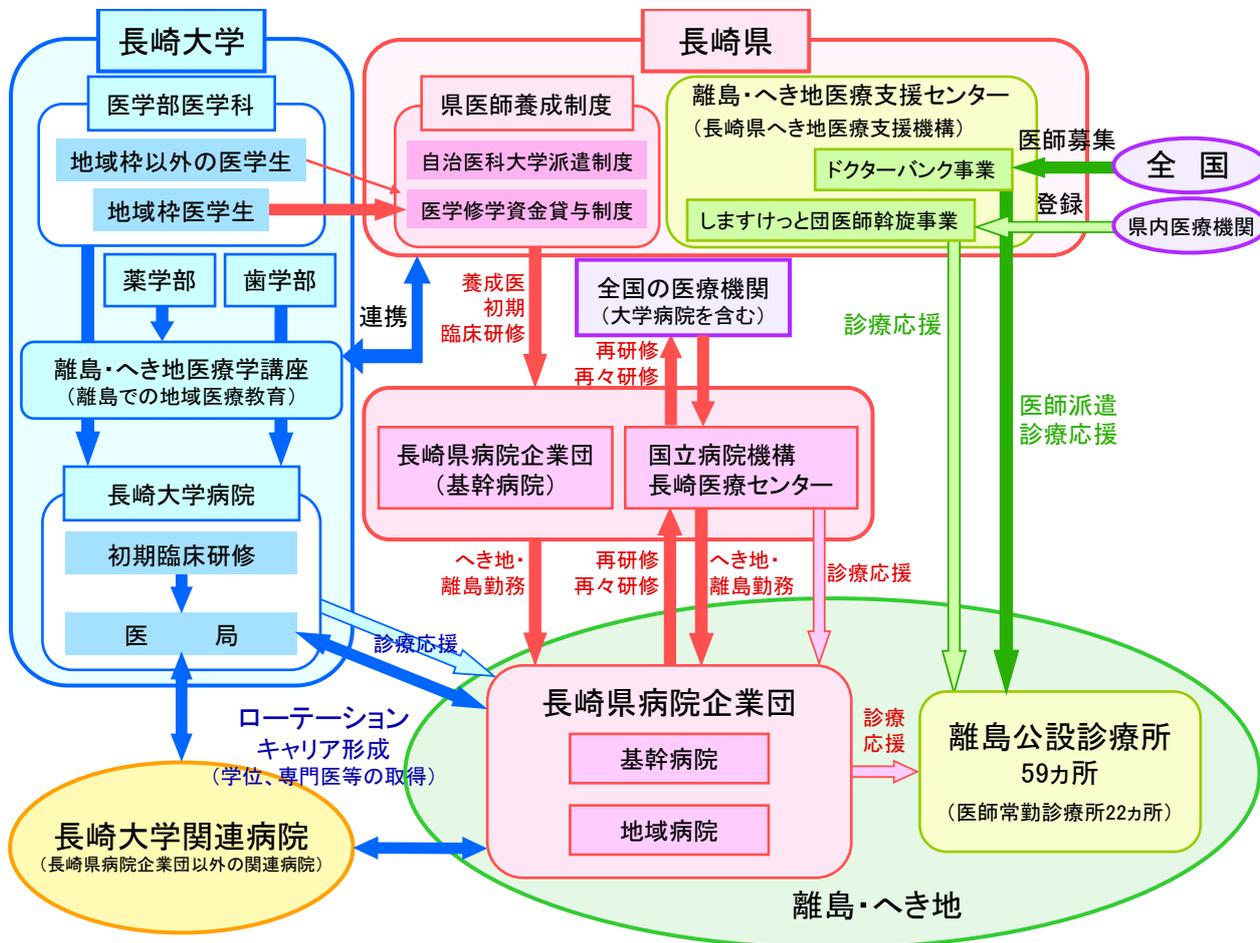
総務省情報流通行政局地域通信振興課

オブザーバー

文部科学省高等教育局医学教育課

へき地保健医療対策において先進的な取組をしている都道府県の事例集

1. 長崎県の離島医療体系図(一部抜粋)



長崎県の離島・へき地医療は、主に長崎県、関係市町、長崎大学、国立長崎医療センター、長崎県病院企業団、離島の公設診療所などが有機的に連携してマネジメントされている。こうした地域医療を支える県の養成医制度として、長崎県医学修学資金貸与制度（昭和45年創設）と自治医科大学派遣制度（昭和47年創設）があり、この制度で養成された医師は国立病院機構長崎医療センターと長崎県病院企業団の基幹病院で初期臨床研修を受け、主に離島にある長崎県病院企業団病院に勤務する。標準的な義務年限は、研修期間も含めて医学修学資金貸与制度が12年、自治医科大学派遣制度が9年で、義務期間の途中で希望する医療施設においてそれぞれ1年間の再研修、再々研修を受けることができる。

長崎県離島・へき地医療支援センター（以下、支援センター）は、従来の長崎県へき地医療支援機構の業務に加え、代診医の派遣や常勤医師を確保することで、主に離島の公設診療所を支援する目的で設置された。この支援センターの特色ある支援事業として、「ドクターバンク事業」と「しますけっと団医師斡旋事業」がある。

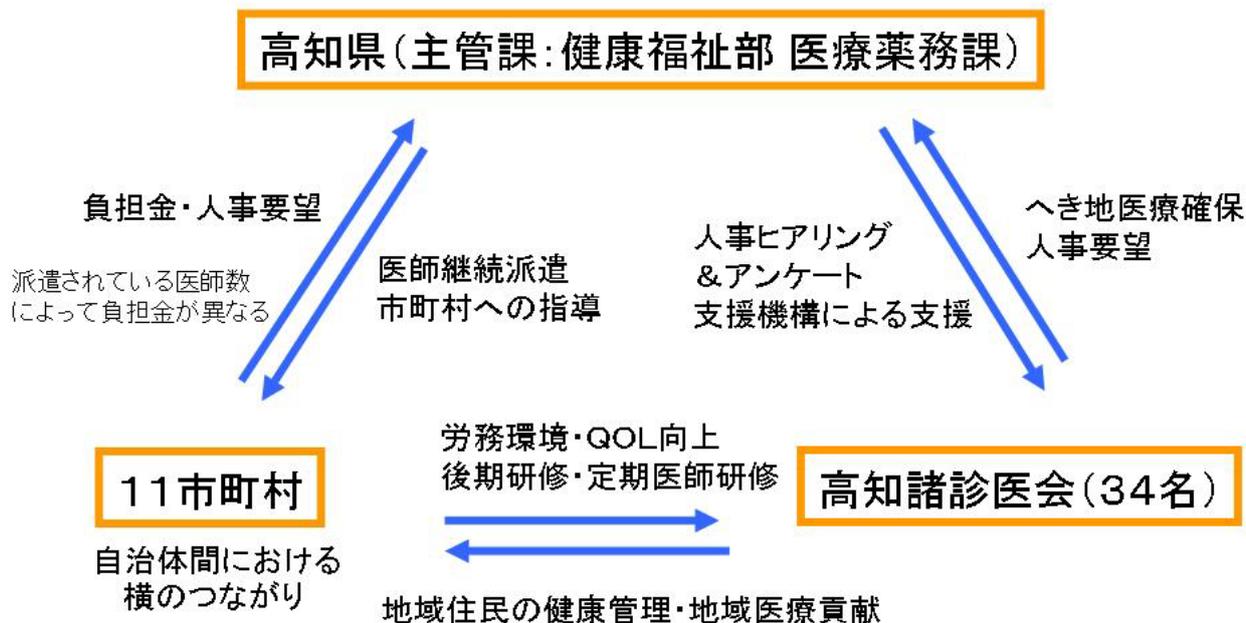
「ドクターバンク事業」では、離島の市町からの要請に応じて、全国から診療所常勤医師を公募し、県職員として採用した上で診療所へ派遣する。2年間を1単位として、1年半の離島診療所勤務の後は、希望に応じて半年間の有給の自主研修が保証されている。また、常に支援センターの専任医師が相談に応じる体制となっており、こうした連携強化によってチームで離島・へき地の医療を支えるという意識を育み、常勤医師の負担軽減を図っている。診療所常勤医師の募集のため、支援センターが主体となって毎年定期的に都市部で医師募集説明会を開催している。

「しますけっと団医師斡旋事業」は、離島・へき地の市町から代診医派遣要請を受け、支援センターが「しますけっと団」に登録した医師あるいは医療機関を調整して斡旋する事業である。常勤医師の学会出張や休暇、病気の際の代診、そして専門外の医療分野の診療応援などを行うことで、常勤医師を支援するシステムである。

2. 高知県へき地医療協議会

三権分立の関係

総 会:1回/年
幹事会:3ヶ月毎



澤田 努:「都道府県へき地・離島保健医療計画策定に向けての事例集(平成19年度版)」から

高知県のシステムは、「人の輪」で構成されている。

自治医科大学卒業医師を受入れている市町村の間の格差を解消し、どの市町村に赴任しても同じ条件で、かつ気持ちよく勤務ができる環境を作ることを目的として、市町村の枠を越えた横のつながりを持つ組織として、昭和61年に「高知県自治医科大学卒業医師勤務市町村等連絡協議会」が設置され、さまざまな課題について議論することとなった。これにより、自治医科大学卒業医師と受け入れる市町村、医師を派遣し市町村を指導する立場の県が、相互理解を深めることが可能になった。県内のへき地医療機関における勤務の条件が均一となり、各市町村から一定の負担金を拠出してもらうことで「在籍出向」の形で後期研修を行うシステムが確立した。

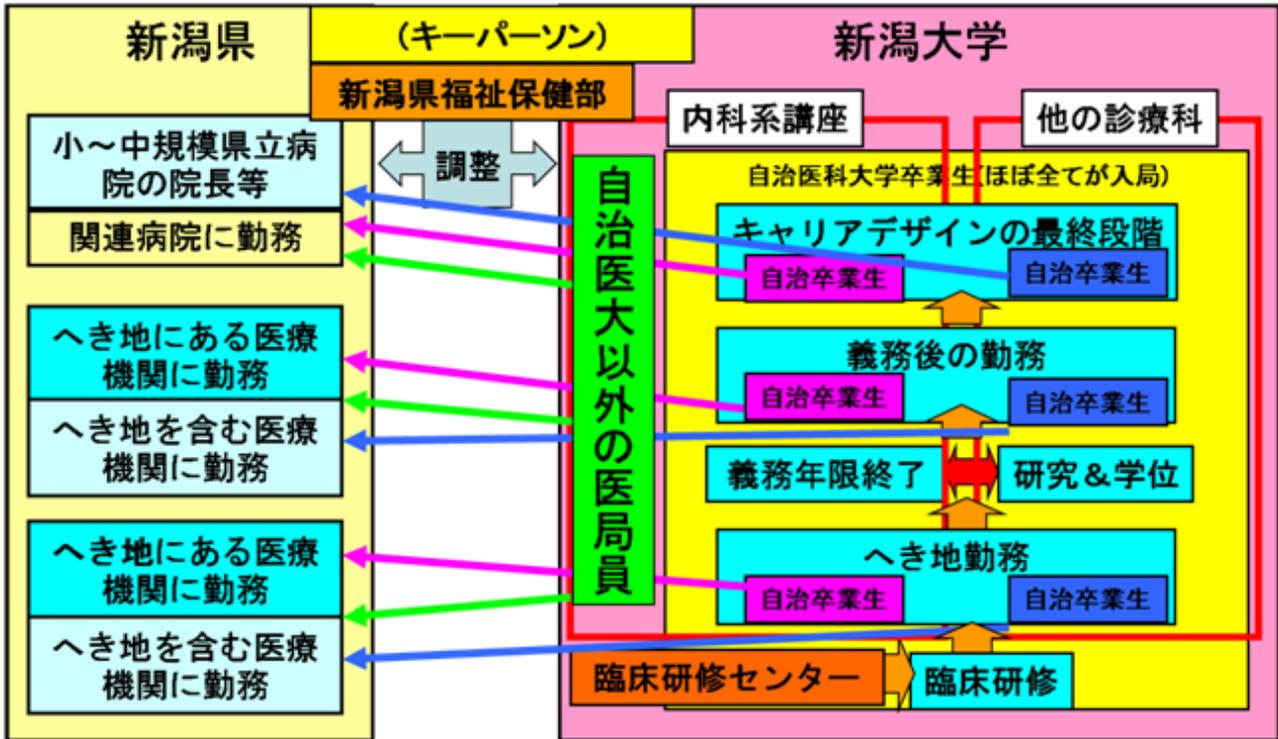
続いて、自治医科大学以外を卒業した医師にも、協議会に参加してもらうために「脱自治医大」のキーワードのもと、平成10年に名称が「高知県へき地医療協議会」に変更された。

それを機に当初、自治医科大学卒業医師のみで発足した協議会の医師部会も「高知諸診医会」と改組されて今日に至っている。

いまだ、自治医科大学卒業医師が中心ではあるが、高知大学の出身者も含んだ「高知諸診医会」が、高知県、各市町村の三者で、「三権分立」と表現されている対等な立場でマネジメントをしていることが特徴である。

3. 新潟方式

大学主導による、県との連携を持ったへき地への医師の配置



新潟大学大学院 医歯学総合研究科 総合地域医療学講座 井口 清太郎 先生の協力を得て作成

新潟は、「大学主導による、県との連携を持ったへき地への医師の配置」と言うことができる。

まず、前提として、以下の3つが新潟県の特徴としてあげられる。

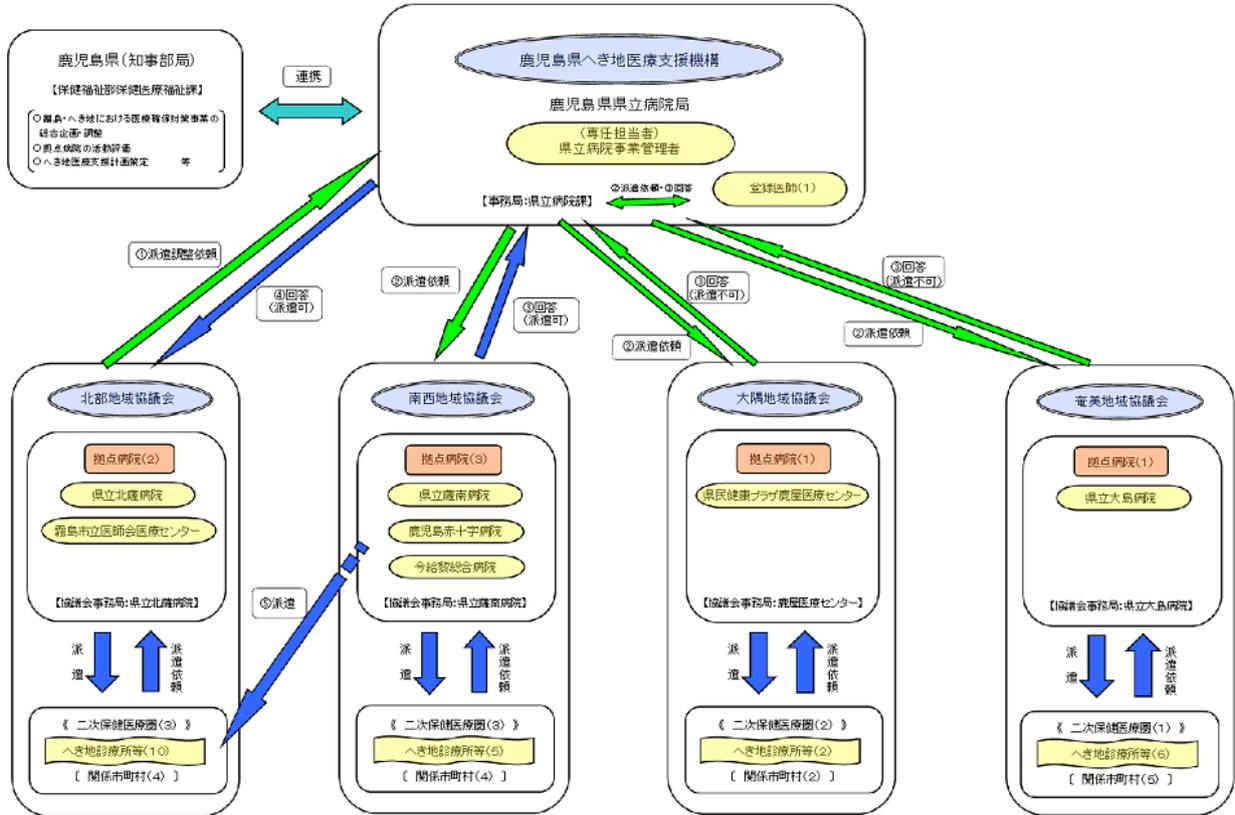
1. 自治医科大学卒業医師のほとんどが新潟大学に入局すること
2. ほかの県と違って、新潟大学の医局の組織の力がしっかり残っていること
3. 新潟大学の内部に「自治医科大学卒業医師は同じ仲間である。」という認識があること

上記の前提のもとで、図にキーパーソンと示した人物が、新潟大学と新潟県の間、現在は福祉保健部を中心として県と大学の間をうまく調整することによって派遣先をきちんと確保しており、義務内のへき地勤務を行っている。義務年限終了を待って大学で研究を行って学位を取得することや、専門医の資格を得ることもできるようになっている。義務後も医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任して、その後、キャリアデザインの最終段階としては中小の県立病院の病院長職等が考えられている。

以上のことから、医師が誇りを失わずに帰属できる場所があり、それが構造として維持されていれば、キャリアデザインがうまく機能するということと言えると考えられる。

4. 鹿児島方式

鹿児島県へき地医療支援機構 代診医派遣システム



	平成19年7月まで	平成19年8月以降
事務局	霧島市立医師会医療センター内	県立病院課内（＋4地域毎の県立病院総務課）
専任担当官	上記センター勤務医師 1名（自治医大卒）	県立病院事業管理者が兼務 1名（医師）
組織体制		<ul style="list-style-type: none"> ・本部事務局を県庁にある県立病院局に置いた。 ・県内を4つの地域に分け、各地域の県立病院に地域事務局を置き、地域毎で先ず対応する体制。（各地域には、派遣協力病院が1～3ヶ所ある。） ・各地域内で代診医の派遣が出来ない場合は、本部が他地域の協力病院や本部所属医師の中で調整する体制。 <p>◎この様に、行政組織内に位置付けたこと、また事務職も含む命令系統を整備したことで、代診医派遣業務の事務手続きをはじめ、協力医師派遣時の派遣元病院の役割等についてまで、関係者間で明確化することができた。</p>
会議開催	県庁担当課が主催（不定期。専任担当官からの要請にも関わらず、数年間、開催実績がない時期があった）	・「へき地医療支援機構運営委員会」とその下部組織である「へき地医療拠点病院長会議」を設置。本部（県庁）が主催（不定期。新体制での開催は3回）
代診医派遣の協力医師	<ul style="list-style-type: none"> ・上記センター勤務医師数名（自治医大卒） ・県立病院勤務医師数名（自治医大卒） ・鹿児島市内の協力病院（民間） 	<ul style="list-style-type: none"> ・7ヶ所の協力病院 ・派遣医師は、自治医大卒業医師に限らない体制 ・本部所属医師1名（他大学卒医師）
派遣対象	公立医療機関	原則として、常勤医のいる公立診療所の代診医派遣
メリット	・電話で気軽？に応援申請できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ネットワーク体制により、加重が分担されている。 ・病院の役割という位置づけのため、自治医大卒医師に限らない他大学卒業医師も派遣される体制である ・医師派遣中（留守中）、医師をはじめ他職種による病院内の協力体制をつくりやすい。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・霧島市立医師会医療センターだけにかかなりの過重 ・医師同士の関係性に基づいており、医師個人の責任や判断に委ねられがち（病院の他職員の理解は？） 	・現段階は、診療所への代診医派遣業務で留まっている。（小規模病院への支援、地域単位での医療従事者研修の開催等には及んでいない。）

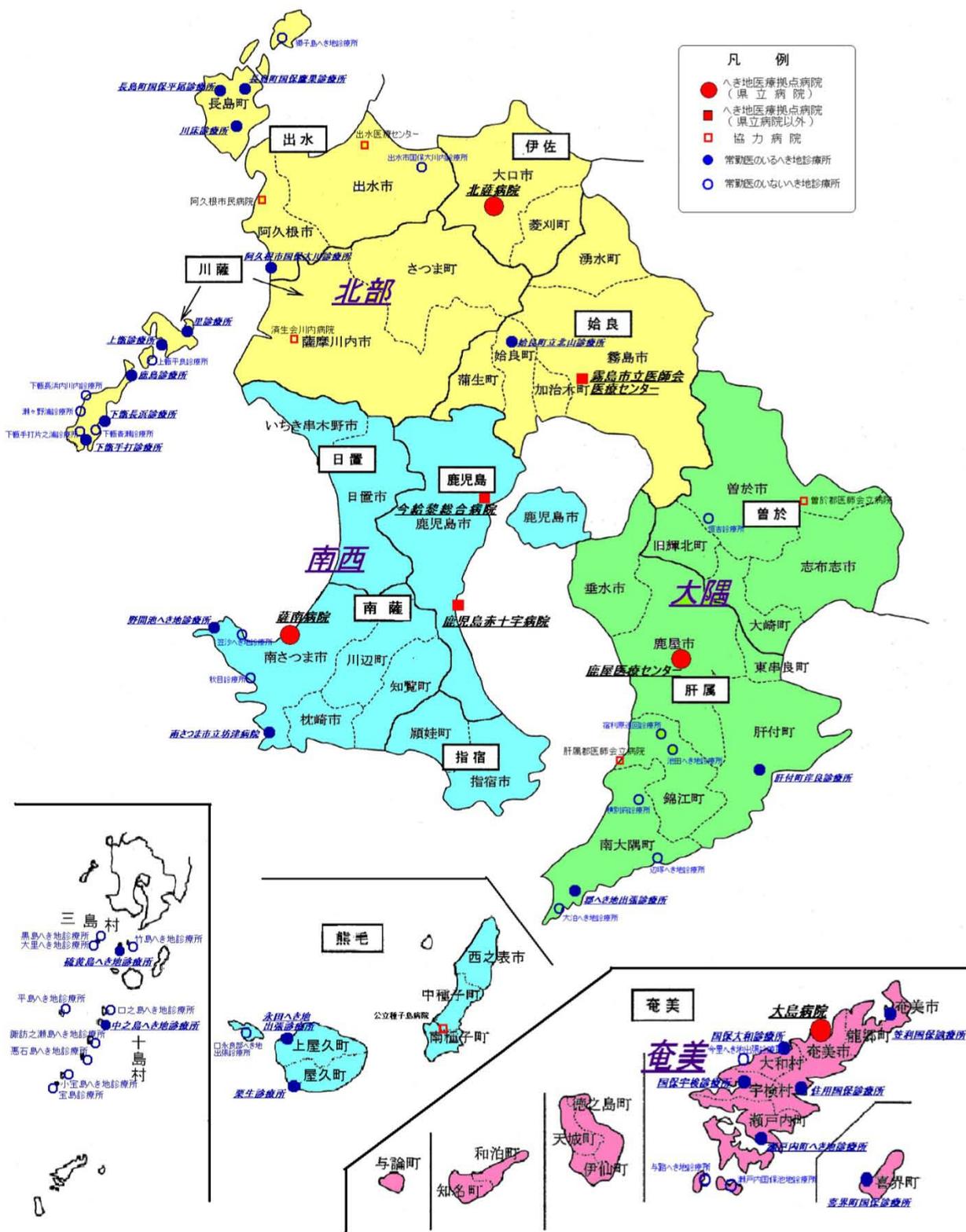
実績資料

年度	協力病院数	医師数	派遣日数	(再掲)うち「霧島市立医師会医療センター」分	
				医師数	派遣日数
平成14年度	1ヶ所	6人	21日間	6人	21日間
平成15年度	2ヶ所	11人	23日間	10人	20日間
平成16年度	3ヶ所	25人	57.5日間	20人	47.5日間
平成17年度	2ヶ所	15人	23日間	14人	22日間
平成18年度	2ヶ所	6人	7日間	4人	5日間

平成19年度 (8月下旬～)	5ヶ所	20人	23日間	3人	3日間
平成20年度	8ヶ所	61人	113日間	3人	6日間
平成21年度 (～12月末)	8ヶ所	42人	70日間	3人	6日間

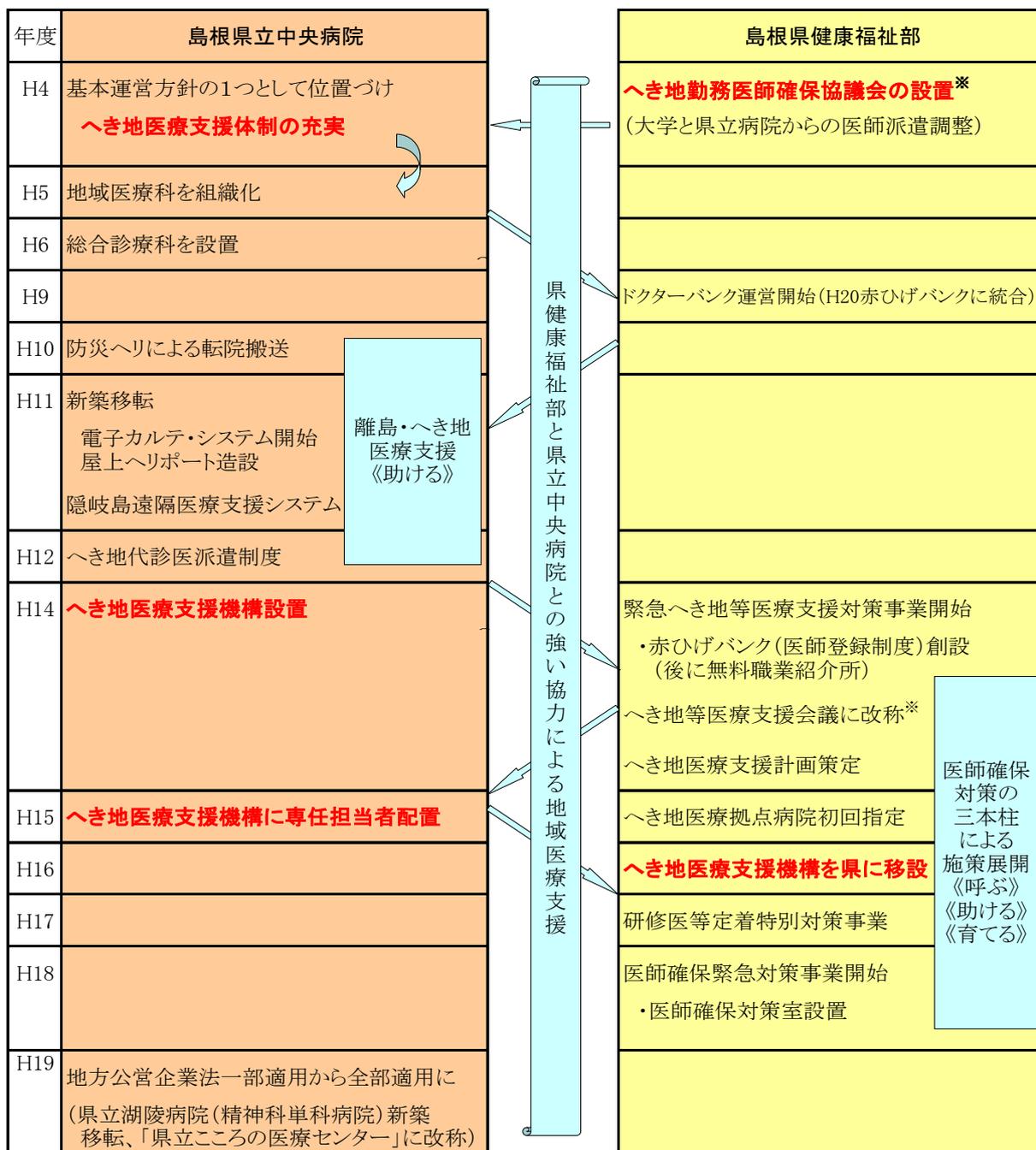
へき地医療支援機構・地域区分図

- 凡例**
- へき地医療拠点病院 (県立病院)
 - へき地医療拠点病院 (県立病院以外)
 - 協力病院
 - 常勤医のいるへき地診療所
 - 常勤医のいないへき地診療所



5. 島根方式

島根県の地域医療施策の取組経緯とポイント

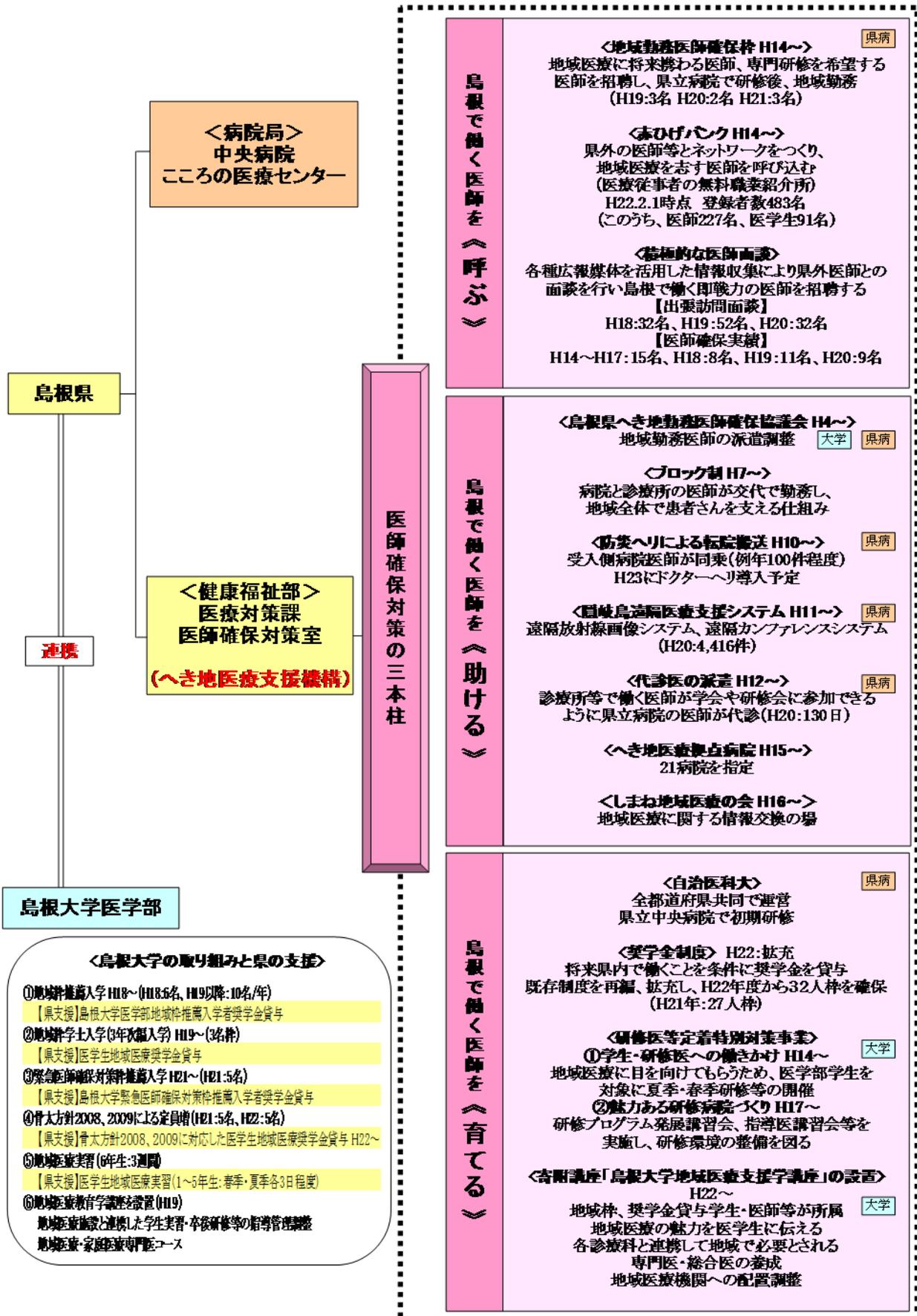


*現在の医師派遣調整は、義務年限内自治医大卒医のみ

★地域医療施策の取組のポイント

- ①へき地勤務医師確保協議会(へき地医療支援会議に改称)を県主導で大学の協力を得て設置した。
(この会で大学からの新規派遣医師と自治医の派遣調整を行うことが可能になった)
- ②県立中央病院の基本運営方針の3本柱の一つに「へき地医療支援体制の充実」が位置づけられた。
- ③へき地医療支援機構をH14に県立中央病院に設置。そして、H15には専任担当者を配置。さらに、H16には県健康福祉部内に支援機構と専任担当者を移し、県の施策として地域医療支援に取り組む姿勢を明確化した。
- ④H18には医師確保対策室を設置し、スタッフを拡充するなど推進体制を整備した。
- ⑤現在、島根大学医学部との連携を強化し、地域医療に携わる医師の育成、研修医の定着策に力を入れている。今後は、奨学金貸与医師等の配置調整についても大学との協働により実施予定。

島根県の医師確保対策事業の概要



へき地に勤務する医師のキャリアデザインとへき地勤務の評価について
「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」 研究班

1. へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデルについて 資料①

- 1) へき地の診療所等(診療所および小規模病院)、へき地医療拠点病院等(基幹的病院を含む)、大学の3つの柱の間を異動しながらキャリアを重ねていく構造である。
- 2) 初期臨床研修、へき地等の勤務、生涯研修、学位・専門医取得等について、へき地医療支援機構(へき地保健医療対策協議会)が調整を行う。
- 3) このキャリアデザインで働く間は、身分が保証され、公的年金も継続される。
- 4) 最初の10年間で、へき地医療専門医(後述)等の地域医療系の専門医を取得できる。
- 5) 10年目以降に学位の取得を希望する場合には、学費の援助等を行う。
- 6) 10年目以降には、臓器別専門医の取得についても配慮する。
- 7) このキャリアデザインで過ごした医師の最終的な地位としては、大学等の教授・部長等、へき地医療拠点病院等の部長・病院長等が考えられるが、このキャリアデザインで20年以上勤務している医師を優先する等のインセンティブを与えるものとする。
- 8) キャリアデザインと3. の評価の関係は密接であり、ともに考慮する必要がある。

2. へき地に勤務する医師を評価するシステムについて 資料②

- 1) へき地等に勤務する医師について、「へき地医療専門医」(仮称)制度を創設する。
専門医認定の条件は、a) 認定された施設で臨床研修を受けて一定の診療能力を持つ、
b) 一定期間のへき地勤務の経験の2つとする。診療報酬や補助金の増額等のためには、「へき地医療専門医」(仮称)が公的な資格である必要がある。
- 2) 「へき地医療専門医」(仮称)の勤務する施設としては、へき地等の診療所をはじめとして、へき地医療拠点病院あるいは基幹的医療機関、大学等が考えられる。
へき地等の診療所には「へき地医療専門医」(仮称)が診療する場合の診療報酬を上乗せする等のメリットを与える。へき地医療拠点病院あるいは基幹的医療機関に対しては、「へき地医療専門医」(仮称)のための定員を確保するとともに、一定数(割合)の「へき地医療専門医」(仮称)が勤務している場合は、施設に対し補助金を交付する。
- 3) 上記のシステムを円滑に運営するためには、国の積極的な関与を受けたへき地医療支援機構(へき地保健医療対策協議会)が重要な役割を果たすべきである。

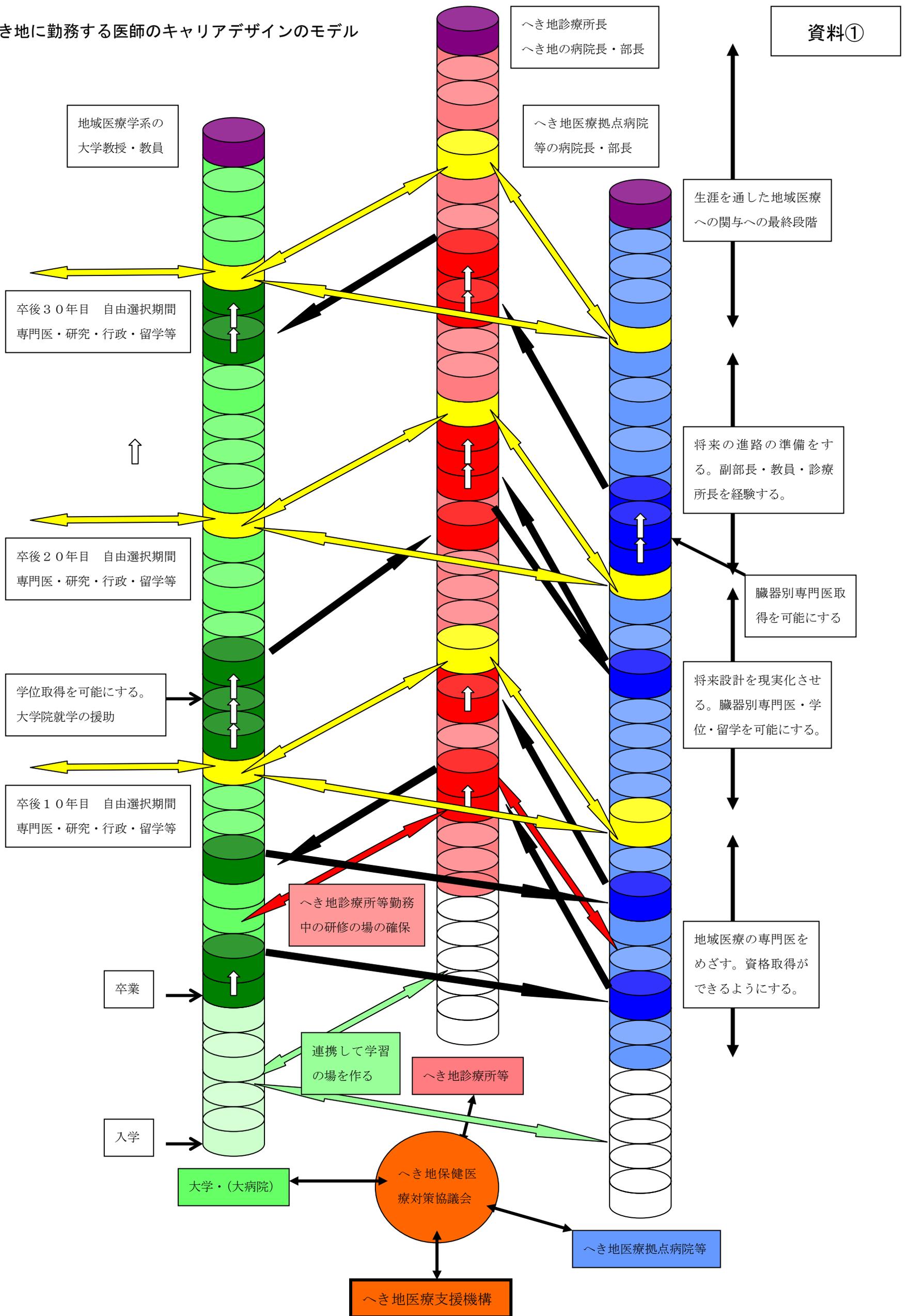
3. 「へき地医療専門医」(仮称)の認定組織について 資料③

研究班としては、へき地医療支援機構の全国組織を学術団体へ格上げして認定組織とすることを提案するが、その他の考え方についても整理したのがこの資料である。

「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」研究班

自治医科大学	鈴木正之
札幌医科大学	浅井康文
鹿児島大学	嶽崎俊郎
島根県立中央病院	大田宣弘
国立長崎医療センター	米倉正大
帝京大学	井上和男
自治医科大学	中村好一
台東区立台東病院	杉田義博
自治医科大学	今道英秋

へき地に勤務する医師のキャリアデザインのモデル

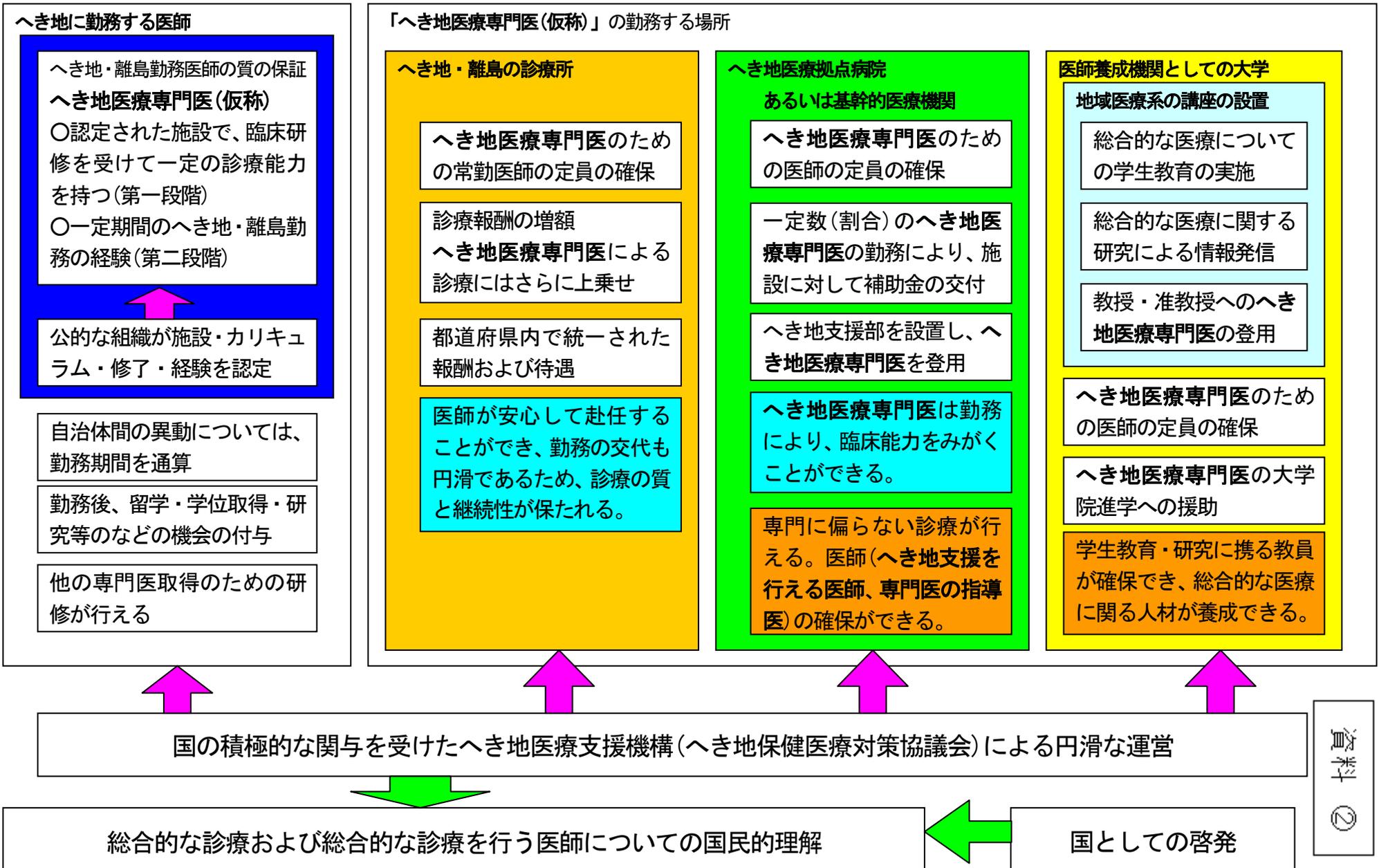


3本柱キャリアデザインの説明

1. 大学等（研修部分では大病院を含む）・へき地医療拠点病院等（地域の中核的病院を含む）・へき地診療所等（へき地にある病院も含む）の3本の柱を行き来しながらキャリアを重ねていく構造である。
2. 10年目ごとに、一年の自由期間を設けてあり、この時は3本の柱から離れて自分のキャリアアップを図ることもできる。臓器別の専門医の研修、基礎研究、留学、行政での活動経験を得ることなどが可能となるとともに、次の10年をどのように過ごすかを考える期間にもなる。
3. 基本的には3本の柱の中であれば、どのように移動していってもかまわないものとする。最初の20年においては、へき地診療所等を最低1/3含むことが前提になる？3本柱のどこにいても、他の2本へ移動することが可能であることを保証する。これらの移動は、へき地保健医療対策協議会を通じてへき地医療支援機構が調整するものである。
4. このように3本柱間の長期間にわたる移動を前提にしているので、このキャリアデザインで動いている場合には、身分的な保証・年金の継続の保証などを考える必要がある。
5. 最初の10年においては、プライマリーケア専門医を含む地域医療関係の専門医を取ることを一つの目標とする。あらたに、へき地医療専門医として専門医化するかどうかは議論のあるところである。
6. 10年を過ぎたところから後では、大学院において学位を取ることを可能とする。この間、収入が減ることについては、大学院の学費を援助するなどの方法が考えられる。また、へき地診療所等・へき地医療拠点病院等に非常勤で勤務して、収入が得られるようにする。
7. 同様に、10年を過ぎたところから後では、臓器別の専門医をサブスペシャリティとして取得できるように配慮する。大学等・へき地医療支援病院等での研修が必要になると思われるが、3本柱の移動の中でこれが可能になるようにする。
8. このキャリアデザインで過ごした医師は、最終的には、大学等の教授又は部長又は病院長・へき地医療支援病院等の部長又は病院長・へき地診療所等の所長・病院長などになることが考えられるが、その際に、このキャリアデザインによるキャリアが20年以上ある場合を優先するなどのインセンティブを考えるべきである。
9. へき地医療支援機構は、このシステムの中で非常に大きな役割を果たす必要がある。つまり、このようなキャリアデザインを保証し、三本柱間の調整をしなければならないからである。各都道府県はへき地医療計画を立てる上で、へき地医療支援機構を強化しながら、このキャリアデザインに則ってキャリアアップを図る人材を確保するように努めなければならない。

10. つまり、へき地医療支援機構は、大学等ともへき地医療について、緊密に連携を図る必要がある。とくに、地域枠の学生のいる医科大学などにおいては、早急にキャリアデザインを明らかにする必要がある、これを怠ればせつかくの地域枠の医学生が他の医学生と同様になってしまい、地域医療に従事する医師は増加しない。
11. このように、大学といえども、地域枠のあるところや自治医科大学などのようにへき地・地域医療に従事する学生を育てるところにおいては、担当教員はこのような医療に理解があり、かつ経験を持つべきであり、へき地・地域医療経験者をその教員として採用すべきであるし、教授などの地位にあるものは、少なくともへき地へ行った経験を持つべきである。この3本柱デザインでは、いずれは、このデザインで20年以上の経験があるものを地域医療関係の部署に、優先的に配置できるように考えている。
12. このような、各都道府県ごとの3本柱体制が、強化されたへき地医療支援機構の指導の下で動くことができるようになったら、さらに、各都道府県のへき地医療支援機構がすべて参加して、仮称・全国へき地医療支援機構会議のようなものが作られるべきである。
13. 全国へき地医療支援機構会議は、各都道府県間にまたがる事項の調整（結婚した医師夫婦の勤務先の調整など）や、都道府県間の格差の是正などを、国と共同して実行する必要がある。
14. このようなキャリアデザインを実施するにあたっては、へき地を含む地域医療の重要性について、国民のコンセンサスを求める必要がある。国民全体が臓器別専門医にのみ期待している現状では、総合医は重要視されず、このキャリアデザインに参加する医師は少なく、国民の評価は低いままである。もし、地域医療をセイフティネットとして扱うのであれば、警察・消防・初等教育と同様に地域医療に従事する医師を（国家）公務員的な扱いをするべきであるし、小学校の教科書においても、地域医療を学ぶべきであろう。
15. へき地医療のキャリアデザインやへき地医療の評価については、小手先の改革だけでできるものではない。それが50年にわたって検討会が行われてきてしまっていることに表れていると思われる。日本国の医療をどうするかについてよく検討して、その中でへき地・離島医療を重要かつ必要な医療・政策であることを国民として認識して、はじめて地域医療に一生をささげたいような医師が出て、このキャリアデザインプログラムでキャリアアップして行くことができるようになる。そしてこのような医師が大学等の教授や拠点病院等の部長又は現場の診療所長として働くようになる30年後には、へき地医療が国民の医療として定着するものとする。

へき地に勤務する医師の評価に関して



へき地医療専門医の認定について

	名称(仮)	概要	評価・認定のシステム	ポイント	課題
A	へき地医療専門医 (仮称)	認定された施設での臨床研修や一定期間のへき地・離島勤務経験を経て、一定の診療能力を認定された医師を「へき地医療専門医」として認定し、診療報酬面やポスト面(大学教員等)で優遇する。	全国的で公的な組織が施設・カリキュラム・修了・経験等を認定する。	①専門医制度とは別に、へき地に勤務する医師に対する称号を付与することができ、へき地勤務医に対する国民的な理解や評価、権威付けにつなげることができる。	①認定を行う組織として、全国へき地医療支援機構連絡会議(仮称)が1つの候補であるが、行政組織で可能かどうか。 ②活動場所がへき地に限定され、へき地以外でのキャリア形成には役立たない可能性がある。 ③ポストを確保する施策・インセンティブをどうするか。 ④大学院入学や留学に要する費用負担の問題。
B	各大学において個別に認定	自治医科大学および各大学医学部において大学規則等において、個別に認定制度を設け、所定のカリキュラムを修了した者等に対し、「〇〇大学認定地域医療修了医(仮称)」等の付与するもの。	各大学において、大学規則等に制度を設け、個別に認定する。(「名誉客員教授」に近い)	①法的に措置が不要。各大学の判断のみで対応可能。 ②へき地に勤務する医師に対する称号を付与することができるが、へき地勤務医に対する国民的な理解や評価、権威付けに繋げることまでは難しい。	①実際にへき地に勤務している医師にとって、メリットがあるかどうか疑問。 ②私的な称号であり、アピール面で効果が不十分であり、診療報酬や政策的な支援にリンクさせることが難しい。 ③地域枠学生に対して新しいカリキュラムを課す場合、カリキュラムが複数存在することとなる。
C	法定の資格・ポストを創設するもの (産業医認定制度に準じたシステム)	産業医のような法定資格。 (産業医の場合) 事業者が産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせるものとされ、産業医はそのために必要な医学に関する知識を備えた者でなければならないとされている。(労働安全衛生法第13条)	自治医科大学や所定のカリキュラムを修了した者等に資格を付与する。 (産業医の場合) 産業医の養成等を目的とする課程を修めた者等を規定している。(労働安全衛生規則第14条)	①資格取得者については、国が政策的に支援。 ②業務範囲を「へき地等」とし、へき地以外にも準へき地(労働者派遣法上のへき地)等医師不足地域もカバーできるようにすることを検討。	①産業医と同様に、資格を持っていない医師はへき地に勤務することができないとすることは非現実的である。 ②資格を持った医師をへき地に配置するように義務づけられない場合、「具体的にどのようなことを行うのか」「制度上なぜ必要か」という説明が必要となる。 ③例えばへき地医療等に関わる役職について「一定期間のへき地勤務」等の就任要件を法令上定めることで、結果的に「へき地医療の専門家」としてマーキングすることが可能となることから、資格制度を個別に創設する必要がないと解釈される。
D	プライマリケア系 連合学会専門医を 準用 1) 取得の際の要件の緩和 2) 試験等を要さずに資格を付与	へき地医療に一定期間従事することを総合医の能力の向上に資するものと評価し、三学会認定医の認定要件や受験資格の緩和(筆記試験免除等)につなげ、へき地勤務を、三学会総合医の資格にリンクしていく仕組みを作る。	一定のカリキュラムを修了することや、へき地医療の従事経験を評価し、 1) 認定試験の受験要件を緩和する。 2) 試験等を要さず資格を付与する。	①三学会が厚生労働大臣に届け出た後には、三学会総合医として広告が可能となる。 ②へき地医療の従事経験を三学会総合医につなげることにより、その後のキャリアがへき地に限定されなくなる。	①三学会とは目的が異なる。 ②へき地医師が、三学会総合医の資格を望むかどうか不明。 ③要件緩和案：三学会総合医の認定要件が厳しくなった場合、大多数のへき地勤務医は認定に参加できなくなる。 ④無試験案：へき地という特殊性はあるが、専門医の要件認定の厳格化の流れに逆行する。
E	三学会とは別の学会による専門医資格を創設するもの	へき地勤務医の実情になじまない三学会総合医とは別段階の専門医資格を創設し、付与する案。	一定のカリキュラムを修了することや、へき地医療の従事経験を評価し、資格を付与する。	三学会総合医の枠組みにとらわれず、へき地勤務医の実情にあった制度を作ることができる。	①新たに専門医を創設するためには、受け皿となる学会が必要となる。全国へき地医療支援機構連絡会議(仮称)が母体となり、新しい学術組織を創設することは可能か。 ②開業医との住み分けをどう行うのか。

**救急救命士の業務のあり方等
に関する検討会報告書**

平成22年4月28日

1. はじめに

- 我が国の病院前救護体制の充実を目指して、平成3年に救急救命士制度が創設され、まもなく20年目を迎えようとしている。
- これまでに救急救命士数は3万7千人を超え、救急救命士の資格を有する消防職員数は約2万3千人、救急隊のうち救急救命士を運用している割合は91.0%となっており、着実に増加している。また、メディカルコントロール体制の整備等を条件として、救急救命士の処置範囲の拡大が行われ、気管チューブによる気道確保、アドレナリン（エピネフリン）の投与等が救急救命処置に追加され、病院前救護体制の充実が図られてきた。
- 病院前救護の主たる担い手である救急救命士は、医療機関等と連携して、傷病者に対し、救急現場における処置、適切な搬送先医療機関の選定、医療機関への迅速な搬送、搬送途上における処置等を行っており、その役割はますます重要となっている。
- このような中で、さらに病院前救護を強化し、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等を図るため、次の三行為（以下「三行為」という。）について救急救命士の処置範囲に追加すべきとの要望が提起され、本検討会において、救急医療体制の一層の充実を図る観点から検討を行うこととなった。
 - ① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
 - ② 重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の使用
 - ③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施
- なお、検討に当たっては、まず、厚生労働科学研究班（「救急救命士による救急救命処置に関する研究」（分担研究者：野口宏 藤田保健衛生大学教授）。以下「研究班」という。）において、三行為の有効性や安全性等に関して分析・考察を行い、その報告を踏まえ、本検討会において、三行為の救急救命士の処置範囲への追加の適否等について検討を行った。

2. 救急救命士の処置範囲の拡大の検討について

- 研究班においては、救急救命士の処置範囲の拡大の検討対象とすべき行為に関して、次の指標を用いて整理が行われた。
 - ① 良質かつ適切な医療提供の一環であること
 - ② 診断の確実性と緊急度が高いものであること
 - ③ 国際蘇生連絡協議会のガイドラインがあるものは、クラスI（実施すべき：利益>>>リスク）又はクラスII a（実施は妥当：利益>>リスク）であること
 - ④ 迅速な搬送を妨げないこと
 - ⑤ 処置が単純明瞭でプロトコール化できること
- その結果、三行為のほか、次の行為についても救急救命士の処置範囲への追加を検討すべきものと整理されたが、これらの行為については、研究班では今回詳細な分析が行われていないこと、救急救命士の教育の実態も勘案する必要があること等から、中長期的な検討課題とすることが適当と考えられる。
 - ① 既往歴のある狭心症発作に対する冠拡張薬スプレーの使用
 - ② 心電図で所見が明らかな急性冠症候群に対するアスピリン経口投与
 - ③ アナフィラキシーに対するアドレナリン（エピネフリン）投与

- なお、救急救命士の処置範囲の拡大の検討に当たっては、今般の見直しにより救急救命士の処置範囲となった行為については、全ての地域において、全ての症例に対し、全国一律に実施しなければならないものではなく、地域の救急医療体制、傷病者の発生状況、救急救命士の教育体制等の地域の実情を勘案して、当該行為を救急救命士が実施する体制を確保できる地域において、当該行為を救急救命士が実施する適応がある症例に対し、実施できるようにしておくもの（mustではなくmay）であることに留意する必要があるという意見があった。他方、救急救命士の処置範囲となった行為については、消防本部としては、所属の救急救命士に対して、実質的に常に実施可能な状況を維持する必要があると出てくるものであり、そのためには、救急救命士に対して、十分な教育を前提とすべきものであることから、救急救命士の教育体制の確保等に要する経済的負担・人的資源等の医療資源も勘案し、有効性や必要性等の観点から慎重に検討すべきという意見もあった。

以上のような意見を踏まえ、今回の検討は、全ての症例に対応するためのものではなく、傷病者の状況に応じて必要な際に実施することを事前に許可するという考えで行った。

3. 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について

(1) 研究班での検討の概要

- 英国の疫学研究でI型糖尿病の死亡原因の2～4%程度は低血糖に関連しているとの報告があるのをはじめ、低血糖が糖尿病患者の死亡や重度の中枢神経系障害発症と関連することはよく知られている。
- 低血糖という病態を考えれば、低血糖の程度が重篤で、さらにその期間が遷延するほど、合併症が重篤になることは間違いないが、どの程度の低血糖が、どの程度遷延することで、どの程度の合併症を引き起こすかについてのコンセンサスは存在しない。
- 我が国における低血糖関連の重度後遺症症例の報告から、低血糖遷延時間（第三者が傷病者の健在を最後に確認してから病院へ到着するまでの時間）が6時間以内と比較的短時間であっても重度の後遺症を残し得る可能性が示唆される。
- 以上から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、救急救命士による血糖測定及び低血糖の補正により、重度の後遺症を回避できる可能性があると考えられる。
- また、病院前で意識消失患者が低血糖疑いと判断できれば、脳卒中等との鑑別ができ、より適切な搬送先医療機関を選択できる。
- 血糖測定及び低血糖の補正の手技については、救急救命士の教育体制の確保が必要であるが、いずれの手技も容易であり、また手技に伴い予測し得る合併症も軽度であるため、実施に当たって特に問題となる点はない。
- 低血糖を疑い血糖測定を行う傷病者については、次のすべての要件に該当する者になると考えられ、傷病者本人や家族等から治療歴等の聴取ができない場合は、糖尿病手帳や薬手帳等により、治療歴等の確認を行うべきである。
 - ① 意識障害を認めること
 - ② 抗糖尿病薬（血糖降下剤又はインスリン自己注射）による治療歴があること
 - ③ 病歴により、低血糖発作が疑われること

(2) 基本的な方向性について

- 研究班の調査では、極めてエビデンスの高い報告は世界規模でも見当たらなかった。しかし、「低血糖遷延時間（第三者が傷病者の健在を最後に確認してから病院へ到着するまでの時間）が6時間以内と比較的短時間であっても重度の後遺症を残し得る可能性が示唆される」という国内の報告があったこと、意識障害の傷病者に病院前で血糖測定を行い、低血糖疑いと判断できれば、より適切な搬送先医療機関を選定できること等から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、必要な教育を受けた救急救命士が血糖測定及び低血糖の補正を実施することについては、救急救命士の処置範囲に追加する方向で検討することが適当である。
- その際、救急現場からの意見として、病院前で当該行為を実施する必要性について慎重に検討すべきとの意見があったこと、また、当該行為については、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域であることが条件となること等から、まずは、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討を行うべきである。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものに留意するとともに、血糖測定等を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。その際、低血糖の補正の方法については、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により、経口投与又は経静脈投与を行うものである。
- また、傷病者の糖尿病の治療歴等を周囲の人が迅速に把握できるようにするため、糖尿病等のIDタグ等を身に付けるよう患者に対する指導・教育が重要であるという意見があった。

4. 重症喘息患者に対する吸入 β 刺激薬の使用について

(1) 研究班での検討の概要

- 重症喘息を疑う患者に対する短時間作用性 β_2 刺激薬（short-acting beta agonist; SABA）の吸入投与は、手技が簡便で、少量の薬剤で攣縮した気管支平滑筋に直接作用して急速に気管支を弛緩させることから、喘息発作時の第一選択の治療と位置付けられている。
- また、重症発作であっても、心肺機能が維持され救急医療機関に搬送された場合は、救命率が高まることが報告されている。
- 発作中のSABAの再吸入又は持続吸入については、重症発作時に完全閉塞している細気管支へのSABAの沈着は期待できないが、気管支の攣縮は肺内で一様に生じるわけではなく、閉塞部位も変化するので、再吸入又は持続吸入により、発作の寛解を得るには不十分であっても、開存している気管支への薬剤沈着が期待できる。また、口腔・気管に沈着したSABAが粘膜から吸収され気道に到達し、効果が発現することも期待できる。

- 以上から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、重症喘息疑いの傷病者に対する救急救命士による SABA の吸入投与は、重症喘息発作による死亡を減少させる可能性があると考えられる。
- SABA の吸入投与の手技については、救急救命士の教育体制の確保が必要であるが、手技そのものは簡便であり、我が国の喘息ガイドラインの範囲内での使用であれば、安全性は確保されるものと考えられる。
- 重症喘息を疑い SABA の吸入投与を行う傷病者については、意識障害の有無に関わらず、次の要件に該当する者になると考えられる。
 - ① SABA の処方歴があり、重症な副作用を認めていないこと
 - ② 喘鳴を伴う呼吸困難、陥没呼吸を認めること
 - ③ SpO₂ 値が大気下で 95% 以下であること
 - ④ 救急隊現着時より 20 分以内に SABA の吸入がないこと
 ※ ①～③は必須であるが、④は必須ではない。
- なお、傷病者本人に処方されている吸入器・吸入液を使用することが適当であり、SABA 吸入器の救急隊への装備は今後の課題である。また、SABA の吸入投与後に、著しい動悸、振戦等が生じた場合は、追加投与を中止する必要がある。

(2) 基本的な方向性について

- SABA の吸入投与は喘息発作時の第一選択の治療と位置付けられていること、重症発作であっても、心肺機能が維持され救急医療機関に搬送された場合は、救命率が高まることが報告されていること等から、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、必要な教育を受けた救急救命士が、重症喘息疑いの傷病者に対して SABA の吸入投与を実施することについては、救急救命士の処置範囲に追加する方向で検討することが適当である。
- その際、救急現場からの意見として、病院前で当該行為を実施する必要性について慎重に検討すべきとの意見があること、また、当該行為については、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域であることが条件となること等から、まずは、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討を行うべきである。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものであることに留意するとともに、SABA の吸入投与を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。

5. 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施について

(1) 研究班での検討の概要

- 重症外傷、重症脱水症、吐下血やアナフィラキシーショックにおいては、静脈路確保と輸液

は極めて妥当な処置であり、医療機関に搬送されれば直ちに実施されるものである。

- 重症外傷傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液の必要性については、個々にその都度判断する必要があるが、例えば、多発外傷や明らかな中等量以上の外出血を認める重症外傷は、搬送中に状態が急変する可能性が高く、搬送中に不可逆的なショックとならないようにするとともに、心肺機能停止状態に陥った場合にすぐに対応できるようにする等のため、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、あらかじめ静脈路確保と輸液を実施しながら搬送することを考慮することが適当である。
- 明らかな吐下血、喀血によってショック状態を呈している傷病者に対して、医療機関到着前に救急救命士が静脈路確保と輸液を実施することは、ショックの程度、搬送時間や距離等を考慮すべきであるが、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下であれば可能であろう。
- 血管拡張による前負荷の低下を来しているアナフィラキシーショックについては、静脈路確保と輸液はアドレナリンの投与と並んで有効な処置であり、気道確保、呼吸管理が適切に実施され、静脈路確保と輸液が遅滞なく行われる場合には、バイタルサインの悪化を招くことなく医療機関へ搬送されることが期待できる。しかし、そのためには十分な患者観察に基づく判断が極めて重要であり、救急救命士の医学的知識、観察能力、技術等にこれまでより遙かに高度な到達点が課せられることとなる。この条件を満たすならば、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、アナフィラキシーショック状態である傷病者に対して、救急救命士が静脈路確保と輸液を行うことは可能であると考えられる。
- また、搬送時間が長くならざるを得ない地域（郡部、離島等）や状況（交通事故や工場における事故等で救出に時間を要する症例等）においては、心肺機能停止前の重症傷病者に対して、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示の下、救急救命士が静脈路確保と輸液を実施することは望ましいものと考えられる。
- 静脈路確保と輸液の手技については、救急救命士はすでに心肺機能停止状態の傷病者に静脈路確保と輸液を行っており、基本的に問題ないと考えられるが、経験症例の違いから生じる技術の個人差や技術の維持を踏まえ、救急救命士の教育体制の確保が必要である。

(2) 基本的な方向性について

- 重症外傷、重症脱水症、吐下血や血管拡張による前負荷の低下を来しているアナフィラキシーショックにおいては、静脈路確保と輸液は妥当な処置であり、医療機関に搬送されれば直ちに実施されるものである。また、搬送時間が長くならざるを得ない地域や、災害時や交通事故、工場における事故等で救出に時間を要し傷病者がクラッシュシンドローム（圧挫症候群）となる可能性がある状況においては、心肺機能停止前の重症傷病者に対して、静脈路確保と輸液の実施することが望ましいものと考えられる。
- 他方、心肺機能停止前の傷病者に静脈路確保と輸液を行うことの有効性を示す明らかなデータがないことを指摘する意見があった。また、特に、出血性ショックの傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、静脈路の確保に時間を要するおそれがあること、輸液を行うことにより出血を増加させるおそれがあること等から、慎重な検討が必要であるという意見があった。

- このため、重症外傷、重症脱水症、吐下血やアナフィラキシーショック、クラッシュシンドローム等の傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、まずは、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討することが適当である。
- 特に、出血性ショックの傷病者に対する病院前の静脈路確保と輸液については、現時点では、有効性・安全性に関するデータが乏しいものの、傷病者の救命率に大きく関わり、その必要性が高いことから実証研究を行うものであり、安全性に十分配慮する必要がある。
- なお、実証研究においては、当該行為について、適応となるすべての傷病者に実施するものではなく、必要な教育を受けた救急救命士が、オンライン・メディカルコントロールの医師の具体的な指示により必要とされた場合に、必要なインフォームド・コンセントの下で実施するものであることに留意するとともに、静脈路確保と輸液を試みることで搬送が著しく遅滞しないよう留意する必要がある。また、あらかじめ、研究班が中心となって、実証研究の実施地域、適応となる傷病者及びその確認方法、実施プロトコル、インフォームド・コンセントの取り方、救急救命士の教育内容、事後検証の方法等を検討する必要がある。
- また、救急救命士の処置範囲の拡大だけでなく、搬送時間が長くならざるを得ない地域等においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリやドクターカーの活用についても検討する必要があるという意見があった。

6. 実証研究について

- 実証研究の実施体制については、厚生労働省と総務省消防庁が協力し、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行う体制を構築する必要がある。その際、総務省消防庁の救急業務高度化推進検討会との連携が図られるようにする必要がある。
- 実証研究においては、まずは、研究班において、実証地域、教育内容・体制、対象疾患（病態）を含めた実施プロトコル、医師の具体的な指示体制、事後検証体制、データのモニタリング・マネジメント・分析法等の研究デザインを検討する必要がある。その際、実証地域となる地域のメディカルコントロール協議会関係者、都道府県担当者等と事前に十分に調整を行う必要がある。また、研究デザインの検討内容について、本検討会のメンバーに情報提供を行い、助言等を求めることが適当である。
- 実証研究において救急救命士による三行為を実施する際には、安全性に十分配慮し、救急救命士に対する教育、医師の具体的な指示、必要なインフォームド・コンセント、事後検証等を適切に行う必要がある。
- 実証研究によるデータについて、研究班は、医学的有効性、安全性、必要性、必要となる体制等を分析・評価し、その結果を本検討会に報告することとし、本検討会において、三行為に関する救急救命士の処置範囲の拡大についてさらに検討することが適当である。

7. おわりに

- 本検討会では、傷病者の救命率を向上させ、後遺症を軽減させる等の観点から、救急救命士の処置範囲の拡大について検討を行ってきた。

- 三行為について、まずは、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、その結果を踏まえ、本検討会において、さらに検討することが適当であるという結論に至った。
- 厚生労働省においては、総務省消防庁と連携し、本報告書に基づき、三行為に関する実証研究が安全性に十分配慮しながら適切に行われるよう、早急に必要な対応を行うべきである。
- また、救急救命士の処置範囲の拡大とともに、救急救命士の質の担保も重要な課題である。本来、すべての地域において、救急救命士の教育体制、医師の具体的な指示体制等のメディカルコントロール体制が十分に確保されている必要がある。都道府県においては、衛生部局と消防部局が協力し、都道府県内全域で適切な病院前救護が確保されるよう、救急救命士の教育体制、医師による指示体制、事後検証体制等のメディカルコントロール体制の一層の充実に取り組み、国民の病院前救護に関する安全・安心に寄与することが期待される。

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」メンバー

(委員)

- 石井 正三 (社) 日本医師会常任理事
- 葛西 龍樹 福島県立医科大学地域・家庭医療部教授
- 郡山 一明 救急振興財団救急救命九州研修所教授
- 佐々木 靖 札幌市消防局救急課長
- 島崎 修次 杏林大学救急医学教授
- 杉本 壽 星ヶ丘厚生年金病院病院長
- 永池 京子 (社) 日本看護協会常任理事
- 野口 英一 東京消防庁救急部長
- 野口 宏 藤田保健衛生大学医学部救急科教授
- 樋口 範雄 東京大学法学部教授
- 前野 一雄 読売新聞東京本社編集委員

(参考人)

- 中川隆 愛知医科大学病院救命救急科教授
- 松本尚 日本医科大学救急医学講座准教授

(オブザーバー)

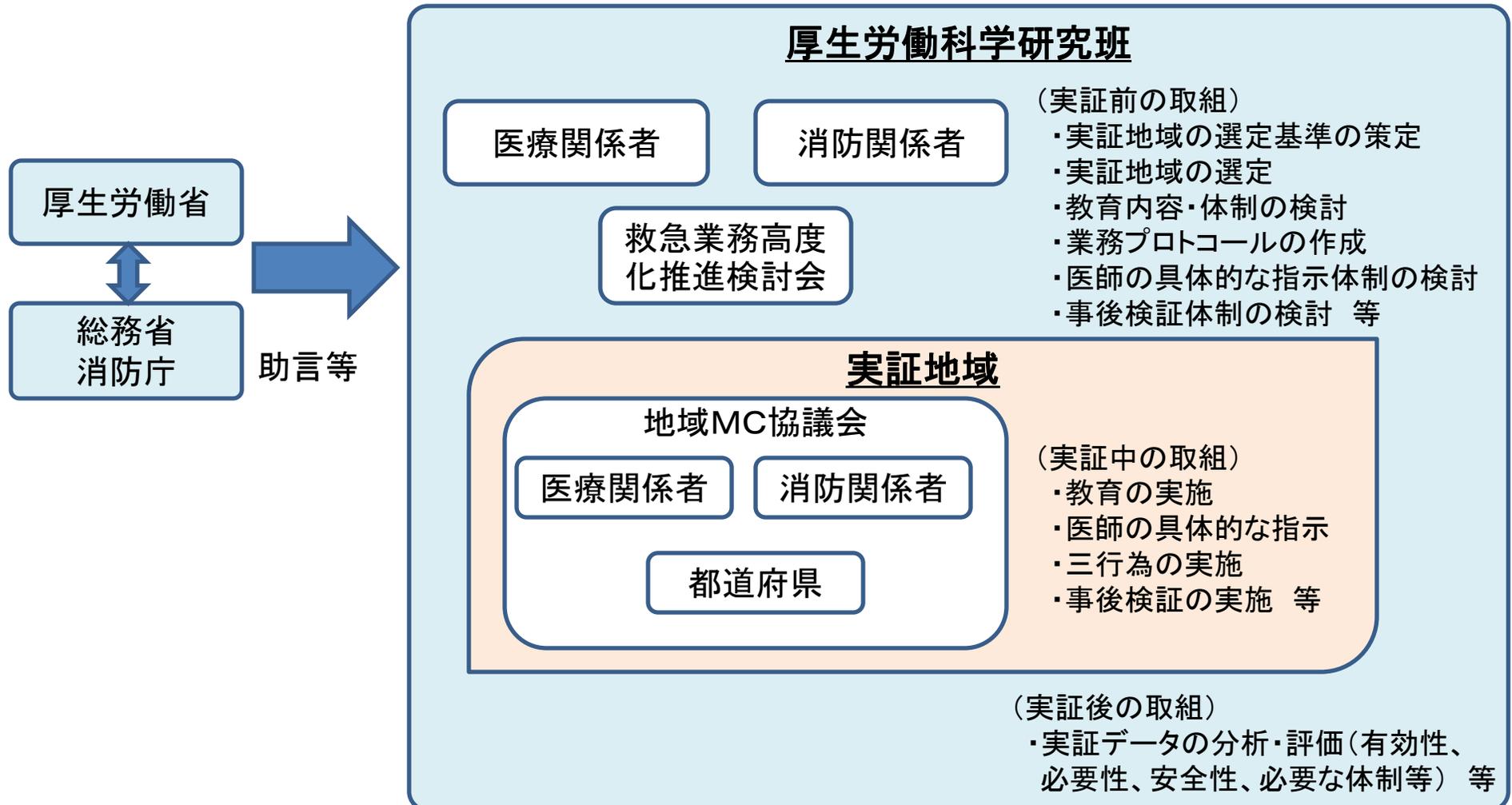
- 総務省消防庁 救急企画室
- 海上保安庁 警備救難部救難課

(敬称略 五十音順、○：座長)

救急救命士の処置範囲の拡大に関する実証研究（イメージ）

次の三行為について、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、救急救命士による実施の有効性、必要性、安全性、必要となる体制等を分析・評価する。

- ① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
- ② 重症喘息患者に対する吸入β 刺激薬の使用
- ③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施



「新成長戦略」について

平成22年6月18日
閣議決定

「新成長戦略」を別紙のとおり定める。

新成長戦略

～「元気な日本」復活のシナリオ～

2010年6月18日

【目次】

第1章 新成長戦略－「強い経済」「強い財政」「強い社会保障」の実現 （第三の道による建て直し）	1
（「強い経済」の実現）	2
第2章 新たな成長戦略の基本方針－経済・財政・社会保障の一体的 建て直し－	6
<u>日本経済の成長力と政策対応の基本的考え方</u>	7
（1）需要面からの成長	7
（2）供給面からの制約	8
（3）資金循環面からの制約	9
<u>マクロ経済運営を中心とする経済財政運営の基本方針</u>	11
<u>「新成長戦略」のマクロ経済目標</u>	12
<u>政策の優先順位の判断基準</u>	13
第3章 7つの戦略分野の基本方針と目標とする成果	15
<u>強みを活かす成長分野</u>	15
<u>（1）グリーン・イノベーションによる環境・エネルギー大国戦略</u>	15
（「世界最高の技術」を活かす）	15
（総合的な政策パッケージにより世界ナンバーワンの環境・エネルギー 大国へ）	16
（グリーン・イノベーションによる成長とそれを支える資源確保の推進）	16
（快適性・生活の質の向上によるライフスタイルの変革）	17
（老朽化した建築物の建替え・改修の促進等による「緑の都市」化）	17
（地方から経済社会構造を変革するモデル）	17
<u>（2）ライフ・イノベーションによる健康大国戦略</u>	18
（医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ）	18

(日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進)	18
(アジア等海外市場への展開促進)	18
(バリアフリー住宅の供給促進)	19
(不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化)	19
(地域における高齢者の安心な暮らしの実現)	19

フロンティアの開拓による成長 20

(3) アジア経済戦略	20
～「架け橋国家」として成長する国・日本～	20
(日本の強みを大いに活かすうるアジア市場)	20
(アジアの「架け橋」としての日本)	20
(切れ目ないアジア市場の創出)	21
(日本の「安全・安心」等の制度のアジア展開)	21
(日本の「安全・安心」等の技術のアジアそして世界への普及)	21
(アジア市場一体化のための国内改革、日本と世界とのヒト・モノ・カネの流れ倍増)	22
(「アジア所得倍増」を通じた成長機会の拡大)	22

(4) 観光立国・地域活性化戦略	23
～観光立国の推進～	23
(観光は少子高齢化時代の地域活性化の切り札)	23
(訪日外国人を2020年初めまでに2,500万人に)	23
(休暇取得の分散化等)	24

～地域資源の活用による地方都市の再生、成長の牽引役としての大都市の再生～	24
(地域政策の方向転換)	24
(緑の分権改革等)	25
(定住自立圏構想の推進等)	25
(大都市の再生)	25
(社会資本ストックの戦略的維持管理等)	25

～農林水産分野の成長産業化～	26
(課題が山積する農林水産分野)	26
(「地域資源」の活用と技術開発による成長潜在力の発揮)	26

（森林・林業の再生）	27
（検疫協議や販売ルートの開拓等を通じた輸出の拡大）	27
（幅広い視点に立った「食」に関する将来ビジョンの策定）	27
～ストック重視の住宅政策への転換～	27
（住宅投資の活性化）	27
（中古住宅の流通市場、リフォーム市場等の環境整備）	28
（住宅・建築物の耐震改修の促進）	28
<u>成長を支えるプラットフォーム</u>	28
（5）科学・技術・情報通信立国戦略	28
～「知恵」と「人材」のあふれる国・日本～	29
（科学・技術力による成長力の強化）	29
（研究環境・イノベーション創出条件の整備、推進体制の強化）	29
～IT立国・日本～	30
（情報通信技術は新たなイノベーションを生む基盤）	30
（情報通信技術の利活用による国民生活向上・国際競争力強化）	30
（6）雇用・人材戦略	31
～「出番」と「居場所」のある国・日本～	31
（雇用が内需拡大と成長力を支える）	31
（国民参加と「新しい公共」の支援）	33
（成長力を支える「トランポリン型社会」の構築）	33
（地域雇用創造と「ディーセント・ワーク」の実現）	33
～子どもの笑顔あふれる国・日本～	33
（子どもは成長の源泉）	33
（人口減少と超高齢化の中での活力の維持）	33
（質の高い教育による厚い人材層）	34
（7）金融戦略	35

《21世紀日本の復活に向けた21の国家戦略プロジェクト》	37
(21の国家戦略プロジェクトの選定)	37
強みを活かす成長分野	38
I. グリーン・イノベーションにおける国家戦略プロジェクト	
(1. 「固定価格買取制度」の導入等による再生可能エネルギー・急拡大)	38
(2. 「環境未来都市」構想)	38
(3. 森林・林業再生プラン)	39
II. ライフ・イノベーションにおける国家戦略プロジェクト	
(4. 医療の実用化促進のための医療機関の選定制度等)	40
(5. 国際医療交流(外国人患者の受入れ))	40
フロンティアの開拓による成長	41
III. アジア展開における国家戦略プロジェクト	
(6. パッケージ型インフラ海外展開)	41
(7. 法人実効税率引下げとアジア拠点化の推進等)	42
(8. グローバル人材の育成と高度人材等の受入れ拡大)	42
(9. 知的財産・標準化戦略とクール・ジャパンの海外展開)	43
(10. アジア太平洋自由貿易圏(FTAAP)の構築を通じた経済連携戦略)	44
IV. 観光立国・地域活性化における国家戦略プロジェクト	
(11. 「総合特区制度」の創設と徹底したオープンスカイの推進等)	45
(12. 「訪日外国人3,000万人プログラム」と「休暇取得の分散化」)	45
(13. 中古住宅・リフォーム市場の倍増等)	46
(14. 公共施設の民間開放と民間資金活用事業の推進)	46
成長を支えるプラットフォーム	47
V. 科学・技術・情報通信立国における国家戦略プロジェクト	
(15. 「リーディング大学院」構想等による国際競争力強化と人材育成)	47
(16. 情報通信技術の利活用の促進)	48
(17. 研究開発投資の充実)	48
VI. 雇用・人材分野における国家戦略プロジェクト	49
(18. 幼保一体化等)	49
(19. 「キャリア段位制度」とパーソナル・サポート制度の導入)	50
(20. 新しい公共)	50
VII. 金融分野における国家戦略プロジェクト	51

(21. 総合的な取引所（証券・金融・商品）の創設を推進）	51
第4章 新しい成長と政策実現の確保	52
（新しい成長）	52
（「新成長戦略」の政策実現の確保）	53
（別表）「成長戦略実行計画（工程表）」	

第1章 新成長戦略－「強い経済」「強い財政」「強い社会保障」の実現

90年代初頭のバブル崩壊から約20年、日本経済が低迷を続けた結果、国民はかつての自信を失い、将来への漠たる不安に萎縮している。こうした閉塞感が続く主たる要因は、低迷する経済、拡大する財政赤字、そして信頼感が低下した社会保障である。新内閣は、「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」を一体的に実現する。「強い経済」の実現に向けた戦略を示した「新成長戦略」を実行し、20年近く続く閉塞状況を打ち破り、元気な日本を復活させる。

（第三の道による建て直し）

我が国の経済政策の呪縛となってきたのは、産業構造・社会構造の変化に合わない二つの道による政策の失敗である。

第一の道は、公共事業中心の経済政策である。60年代、70年代にかけての高度経済成長の時代には、道路、港湾、空港などの整備が生産性の向上をもたらし、経済成長の原動力となった。

しかし、基礎的なインフラが整備された80年代になると、この投資と経済効果の関係が崩壊し、90年代以降は様相が変わり、社会構造・産業構造が変化し、従来型のインフラへの投資効率が低下してもなお、将来の成長産業を育てる明確な意思のないまま、既得権保護のためのばら撒きを続けてきた。不況対策の名の下、財政出動として行われた非効率な公共投資の拡大は、成長にも国民生活の向上にもつながらず、地域はますます活力を失うという悪循環に陥った。不況対策としても行われた公共事業の拡大は、効率的な投資でなかったため、結局有効な効果を上げなかった。

第二の道は、行き過ぎた市場原理主義に基づき、供給サイドに偏った生産性重視の経済政策である。

一企業の視点では、リストラの断行による業績回復が、妥当な場合もあるが、国全体として見れば、この政策によって多くの人が失業する中で、国民生活は更に厳しくなり、デフレが深刻化している。また、いわゆる「ワーキングプア」に代表される格差拡大が強く認識され、社会全体の不安が急速に高まった。「企業は従業員をリストラできても、国は国

民をリストラすることができない」のである。生産性の向上は重要であるが、同時に需要や雇用の拡大がより一層重要である。

我々は、過去の失敗に学び、現在の状況に適した政策として、「第三の道」を進む。それは、経済社会が抱える課題の解決を新たな需要や雇用創出のきっかけとし、それを成長につなげようとする政策であり、その実現のための戦略が、「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」の一体的実現に主眼を置く「新成長戦略」である。

持続可能な財政・社会保障制度の構築や生活の安全網（セーフティネット）の充実を図ることが、雇用を創出するとともに、国民の将来不安を払拭し、経済成長の礎となる。セーフティネットの確立、経済活性化、財政健全化は一体の関係にあり、「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」の確保が互いに好影響を与える「Win-Win」の関係にあると捉えるべきである。

（「強い経済」の実現）

一昨年の世界金融危機は、外需に過度に依存していた我が国経済を直撃し、他の国以上に深刻なダメージを与えた。強い経済を実現するためには、安定した内需と外需を創造し、産業競争力の強化とあわせて、富が広く循環する経済構造を築く必要がある。

需要を創造するための鍵が、「課題解決型」の国家戦略である。現在の経済社会に山積する新たな課題に正面から向き合い、その処方等を提示することにより、新たな需要と雇用の創造を目指す。この考え方に立ち「新成長戦略」では、「グリーン・イノベーション」、「ライフ・イノベーション」、「アジア経済」、「観光・地域」を成長分野に掲げ、これらを支える基盤として「科学・技術・情報通信」、「雇用・人材」、「金融」に関する戦略を実施する。

第一の「グリーン・イノベーション」には、2020年における温室効果ガスの25%削減目標を掲げた地球温暖化対策も含まれる。運輸部門や生活関連部門、原子力や再生可能エネルギー産業を含むエネルギー部門、さらにはまちづくりの分野で新技術の開発や新事業の展開が期待される分野が数多く存在し、その向こうには巨大な需要が広がっている。

第二は、「ライフ・イノベーション」による健康大国の実現である。社会

保障は、少子高齢化を背景に負担面ばかりが強調され、経済成長の足を引っ張るものと見なされてきたが、医療・介護や年金、子育てなどの社会保障に不安や不信を抱いていては、国民は、安心してお金を消費に回すことができない。一方、社会保障には雇用創出を通じて成長をもたらす分野が数多く含まれており、社会保障の充実が雇用創出を通じ、同時に成長をもたらすことが可能である。

こうした「強い社会保障」を実現し「少子高齢社会を克服する日本モデル」の確立のため、年金、医療、介護、各制度の建て直しを進める。また、子育て支援の充実は待ったなしの課題である。子ども手当に加え、待機児童の解消や幼保一体化による子育てサービスの充実に、政府を挙げて取り組む。

第三は、「アジア経済戦略」である。急速な成長を続けるアジアの多くの地域では、都市化や工業化、それに伴う環境問題の発生が課題となるだけでなく、少子高齢化も懸念されている。また、日本では充足されつつある鉄道、道路、電力、水道などは、今後整備が必要な社会資本である。世界に先駆けて、課題を解決するモデルを提示することで、アジア市場の新たな需要に応えるとともに、こうした需要を捉えるため、海外との人的交流の強化、ハブ機能を強化するインフラ整備や規制改革を進める。

第四の「観光立国・地域活性化戦略」のうち、観光は、文化遺産や自然環境を活かして振興することにより、地域活性化の切り札になる。既に、中国からの観光客の拡大に向け、ビザの発行条件の大幅緩和が開始されている。

農山漁村が生産、加工、流通までを一体的に担い、付加価値を創造することができれば、そこに雇用が生まれ、子どもを産み育てる健全な地域社会が育まれる。農林水産業を地域の中核産業として発展させることにより、食料自給率の向上も期待される。特に、低炭素社会で新たな役割も期待される林業は、戦後植林された樹木が生長しており、路網整備等の支援により林業再生を期待できる好機にある。戸別所得補償制度の導入を始めとする農林水産行政は、こうした観点に立って進める。

さらに、地域の活性化に向け、真に必要な社会資本整備については、民間の知恵と資金を活用して戦略的に進めるとともに、意欲あふれる中小企業を応援する。

これらの成長分野を支えるため、第五の「科学・技術・情報通信立国戦略」の下で、我が国が培ってきた科学・技術力を増強する。効果的・効率的

な技術開発を促進するための規制改革や支援体制の見直しを進め、我が国の未来を担う若者が夢を抱いて科学の道を選べるような教育環境を整備するとともに、世界中から優れた研究者を惹きつける研究環境の整備を進める。イノベーション促進の基盤となるデジタルコンテンツ等の知的財産や産業の競争力を高めるクラウドコンピューティング等の情報通信技術の利活用も促進する。

第六の「雇用・人材戦略」により、成長分野を担う人材の育成を推進する。少子高齢化に伴う労働人口の減少という制約を跳ね返すため、若者や女性、高齢者の就業率向上を目指す。さらに、非正規労働者の正規雇用化を含めた雇用の安定確保、産業構造の変化に対応した成長分野を中心とする実践的な能力育成の推進、ディーセント・ワーク、すなわち、人間らしい働きがいのある仕事の実現を目指す。女性の能力を発揮する機会を増やす環境を抜本的に整備し、「男女共同参画社会」の実現を推進する。

「強い人材」すなわち将来にわたって付加価値を創出し、持続可能な成長を担う若年層や知的創造性（知恵）（ソフトパワー）の育成は、成長の原動力である。教育、スポーツ、文化など様々な分野で、国民一人ひとりの能力を高めることにより、厚みのある人材層を形成する。

「強い人材」の実現が、成長の原動力として未来への投資であることを踏まえ、教育力や研究開発力に関し世界最高水準を目指し、効果的な施策に対する公的投資を拡充する。

第七の「金融戦略」により、①金融が実体経済、企業のバックアップ役としてそのサポートを行うこと、②金融自身が成長産業として経済をリードする。そのために、投融資や支援対象のカテゴリー・特性に適した成長資金を供給できる新たな金融産業を構築する。長期的な視点で、イノベーション重視の経営をサポートできるように、「金融システムの進化」を目指す。また、金融自身も成長産業として発展できるよう、市場や取引所の整備、金融法制の改革等を進め、ユーザーにとって信頼できる利便性の高い金融産業を構築することによって、金融市場と金融産業の国際競争力を高める。

これら7つの戦略分野の具体策を盛り込んだ「新成長戦略」では、官民を挙げて「強い経済」の実現を図り、2020年度までの年平均で、名目3%、実質2%を上回る経済成長を目指す。また、当面はデフレの終結をマクロ経済運営上の最重要課題と位置付け、日本銀行と一体となって、強力かつ総合的な政策努力を行う。

20年近く続く閉塞状況を打ち破り、元気な日本を復活させるには、「新成長戦略」で示した戦略が実行できるかどうかにかかっている。

これまで、日本において国家レベルの目標を掲げた改革が進まなかったのは、政治的リーダーシップの欠如に最大の原因がある。個々の団体や個別地域の利益を代表する政治はあっても、国全体の将来を考え改革を進める大きな政治的リーダーシップが欠如していた。日本の将来ビジョンを明確に示した上で国民的合意を形成し、リーダーシップを持って目標に向けての政策を推し進める。

第2章 新たな成長戦略の基本方針

－経済・財政・社会保障の一体的建て直し－

日本の経済成長はバブル崩壊の後、約20年にわたり極めて低い水準にとどまり、その間、国民は、失業や給与の減少といった厳しい生活を余儀なくされ、閉塞状況におかれている。「新成長戦略」は、過去の低成長の原因についての冷静で的確な認識と、それが目指す新たな成長を実現するための政策理念と政策体系を備えたものでなければならない。

以下では、日本経済の成長力を需要面、供給面、資金循環面から多面的に分析し、日本経済の抱える問題とその解決に向けた政府の基本哲学を明らかにする。その上で、「新成長戦略」におけるマクロ経済運営を中心とする政策の基本方針を明確にするとともに、実現を目指すマクロ経済目標を明示する。さらに、限られた資源の下でこれらの目標を達成するために不可欠となる政策の優先順位の判断基準を示す。政府はこの基本方針、経済目標、政策の判断基準に沿って、「新成長戦略」を、一体的、整合的に推進する。

「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」の実現という3つの課題は、相互に密接に関連し合っており、どれも単独で実現できるものではない。経済成長による税収は財政健全化のために不可欠であり、他方、経済成長のためには、財政の持続可能性の確立と財政面からのメリハリの効いた成長戦略が必須である。また、社会保障は財政の最大支出項目であるとともに、極めて重要な成長分野である。同時に、安心できる社会保障制度が確立されることで、国民は消費を拡大することが可能になる。

過去20年間の失敗の最大の原因は、政治がリーダーシップを持ってこの3つの課題に持続的に取り組むことを怠ってきたことである。この「新成長戦略」は「財政運営戦略」及び「中期財政フレーム」、さらには社会保障制度の改革と整合性をとり、かつ一体的に推進するものとする。また、時々の経済動向や将来展望の変化を定期的に点検し、それを踏まえて適切に対応する。

日本経済の成長力と政策対応の基本的考え方

(1) 需要面からの成長

(i) 過去の低成長と優先順位第一の課題

過去 10 年間、日本の実質成長率は平均で 1% を下回り、名目ではマイナス成長と、OECD 諸国の中で最低の水準にとどまった。国民のニーズに応える適切な政策が実行されず、また、企業が本来持つ力を発揮できる環境が整備されない場合には、今後も日本の成長率はこのように低い水準を続けるおそれが高い。

こうした認識の下、経済財政運営の最重要課題は、過去の政権が残してきた規制・制度の束縛や、適切な政策及びそのために必要となる財源確保の努力の欠如を是正し、本来の需要を実現することである。医療、介護、保育を始め様々な分野で、国民が必要性を強く感じているにもかかわらず実現されていない需要がある。さらには、これまで日本が発掘してこなかった海外の需要が存在する。ルールの変更や需要面からの政策を呼び水として実行することによって、これらの需要を顕在化させるとともに雇用を創出し、日本が本来持つ成長力を実現することが、優先順位第一の課題である。

(ii) 需要面からの成長戦略

今後、2020 年度までの期間において、必要な政策が全く行われなかった場合には、実質成長率は過去 10 年と同程度の 1% 程度にとどまるものと想定される。しかし、需要面を重視する政策対応を実行することにより、成長率を 1% 以上引上げ、外需の寄与を含め、平均で 2% を上回る実質成長を実現することは、困難を伴うが実現可能と判断される。

特に、最大の需要が存在するのは、①社会保障・福祉分野（少子高齢化に対応した医療、介護、保育サービス等への需要、安心できる社会保障制度の構築や雇用情勢の改善等により顕在化される消費需要等）と、②環境分野（地球温暖化の防止に向けた再生可能エネルギーや製品への需要、森林の整備・活用等）である。これらに次ぐものとして、③安全・安心な食品、④エコ、耐震、バリアフリーの住宅などにも大きな潜在需要がある。これらの分野において、需要を喚起する

ために必要な規制・制度の見直し、予算編成、税制改革、政策金融による対応等を進める。

また、日本の製品、サービス等に対する海外の潜在需要、とりわけ環境面で優れ、安全・安心な製品や食品、交通やエネルギー等のインフラ整備、日本での観光や高度医療の受診などに対する需要は大きい。規制の見直し、政策金融などの対応により、アジア等の経済成長もあいまって、日本の輸出は増加し、その成長寄与度は過去 10 年の平均(約 0.4%)を上回ることも予想される。

(注) 上記の需要面からの成長戦略は、後述する成長 7 分野の、グリーン・イノベーション、ライフ・イノベーション、アジア経済戦略、観光立国・地域活性化戦略等と密接に関連している。

さらに、国民の生活実感を直接左右する名目成長率についても、上記のような政策対応に加え、適切に金融政策が実行され、デフレからの脱却と適度で安定的な物価上昇が実現されることにより、3%を上回る成長を達成することが可能と考えられる。

(2) 供給面からの制約

(i) 需給ギャップの存在と潜在成長率

現在、日本経済は大きな需給ギャップ(5%程度)を抱えており、経済全体としてみれば供給力が成長の制約になっているわけではない。失業率も5%と高水準を続けている。しかし、景気が順調に回復を続ければ、需給ギャップの解消に伴って、やがて供給面からの成長制約は徐々に強まっていくと考えられる。また、現状においても、マクロ的にみれば供給余力があるものの、個別に見ると、例えば、医療、介護、保育など供給力が不足している分野もある。さらに、高齢化の進展により労働供給は減少せざるを得ず、供給能力の伸びを表す潜在成長率は、過去 10 年の平均(約 1%)を下回るおそれがある。

(ii) 供給面からの成長戦略

適切な政策対応を行うことにより、供給能力を高めていくことは可能である。特に、①高齢者、女性、若者等が就業しやすい環境を整備

すること、②意欲ある人々がベンチャー、社会的企業、NPO 等を含め起業しやすい環境、国内に立地しやすい環境を整備することの重要性が高い。また、③人的資本の形成、④イノベーションの促進、知的資産の蓄積も重要な課題である。数年後には供給制約が強まることを想定し、現時点でも供給力が不足している成長産業を中心に、規制・制度の改革を進めるとともに、必要な能力を備えた人材の育成・定着、起業の促進、リスク・マネーの円滑な供給などを着実に推進していく必要がある。

(注) 上記の供給面からの成長戦略は、後述する成長7分野の科学・技術・情報通信立国戦略、雇用・人材戦略等と密接に関連している。

他方、こうした取組により、就業が最大限促進されたとしても、2020年度の就業者数は現在の水準を下回る見込みであり、2%を上回る実質成長率を実現するためには、それを上回る労働生産性（GDP/就業者数）の伸びが必要である。今後の成長産業には、労働生産性が必ずしも高くない分野が含まれていることも踏まえれば、規制・制度の改革等に取り組むことを通じ、全ての産業において、労働生産性を高めていくことが不可欠である。

以上のような対応がとられれば、供給面から成長が強く制約されることはないと思われる。また、景気回復局面においては、需要面からの成長戦略による需要の拡大とともに、企業等の中で十分活用されていない労働が減少するため、この面からも労働生産性の上昇が期待できる。

(3) 資金循環面からの制約

(i) 資金需給のタイト化と信認確保の重要性

現在、日本では、政府の大幅な赤字（資金不足＝投資超過）を家計と企業の黒字（資金過剰＝貯蓄超過）が埋め合わせ、国内全体では黒字（資金過剰＝貯蓄超過＝経常収支黒字）となっている。

ただし、高齢化の進展により家計の貯蓄率は近年低下してきている。また、企業部門も低成長の下で投資が低水準であることなどから近年

黒字を続けているが、景気回復が続けば、本来の姿である赤字主体に戻る可能性が高い。このため、仮に、政府が大幅な財政赤字を続ける場合には、これを国内で吸収することが困難となり、金利の高騰等の問題が生じるのではないかという指摘もなされており、長期金利の動向には引き続き注意を要する。

幸い、国債等の長期金利は現在まで基本的には低い水準で安定的に推移している。これは、我が国が財政健全化への取組を続けていること、また、リーマン・ショック後の景気後退により財政赤字は急拡大したが、景気要因による赤字は今後縮小すると見込まれること、インフレは起こりにくいとみられること、さらには、中長期的にみた日本経済の成長余力や社会の安定性に対する信認があることなどが背景にあると考えられる。

今後予想される、家計、企業の黒字の縮小（ないしは赤字化）は、消費や設備投資の拡大の結果であり、需要の拡大という観点から、むしろ望ましいことである。従って、金利の高騰などの問題を生まないようにするためには、政府が財政健全化を成し遂げる確固たる方針を示すとともに、財政赤字の削減に全力で取り組むこと、同時に、経済成長を実現し、安定した社会を維持していくことなどにより、内外の投資家やマーケットの信認を引き続き確保することが決定的に重要である。

(ii) 金融・資本市場の健全な発展とリスク・マネーの供給

円滑な資金循環を確保するためには、上記のような対応と同時に、国際的な動向も踏まえつつ、金融・資本市場の健全な発展を支える規制・制度の改革を進める必要がある。また、国際的な金融危機等に機動的に対応するため国際協調体制の強化を進める必要がある。

さらに、日本経済の成長を支える資金、とりわけ、リスクの高い投資や研究開発等のためのリスク・マネーの供給、さらには、起業や新規参入を行う企業、社会的企業、NPO 等に対する資金供給を確保することが不可欠である。リスク・マネーの供給や NPO 等への資金供給を円滑化するため、規制・制度や税制の改革を進める。また、こうした分野における政策金融の役割は重要である。

以上のような取組を通じ、資金循環面から成長が制約されることのないよう最大限の努力を行う。

(注) 上記の金融・資本市場の健全な発展とリスク・マネーの供給は、後述する成長7分野の金融戦略等と密接に関連している。

マクロ経済運営を中心とする経済財政運営の基本方針

「新成長戦略」においては、2020年度までの11年間でデフレ終結の前後で二つの期間（「フェーズⅠ」、「フェーズⅡ」）に区切り、基本方針を定める。

フェーズⅠは、需要面を中心とする新たな政策体系と政策理念の下、リーマン・ショック後の景気後退から日本経済を蘇らせ、本格的な回復軌道に乗せるとともにデフレを終結させる期間であり、新成長戦略全体の成否を左右する重要性を持つ。フェーズⅡは、フェーズⅠの成果を確かなものとしつつ、需要、供給両面から日本経済の成長力を高める期間である。

この「新成長戦略」と「財政運営戦略」は、相互に補完し合う関係にあり、両者を一体的に推進していくことが必要不可欠である。フェーズⅠ及びフェーズⅡの両期間を通じ、「財政運営戦略」に基づき財政健全化を着実に進めるとともに、成長のために必要な分野への財源の重点配分、税制による対応等に取り組む。日本銀行には、政府とここで述べるようなマクロ経済運営に関する基本的視点を共有し、最大限の努力がなされることを期待する。

<フェーズⅠの基本方針>

デフレは実質金利の上昇をもたらし、需要の伸びを抑制するなど、経済に大きな問題を生じさせている。政府は、フェーズⅠを「デフレ清算期間」と位置付け、景気を回復させ、2011年度中には消費者物価上昇率をプラスにするとともに、速やかに安定的な物価上昇を実現し、デフレを終結させることを目指す。デフレの終結をマクロ経済運営上の最重要課題と位置付け、デフレによって抑えられている需要の回復を中心に、政策努力を行う。

この間、財政金融政策のポリシー・ミックスについては、財政面では、「中期財政フレーム」の下、事業仕分け等を通じ、歳出の無駄を削減す

ると同時に、需要・雇用の創出効果の高い政策・事業を重視して、需給ギャップの解消を目指すとともに、金融面では、日本銀行にデフレの終結に向けた最大限の努力を期待する。世界の中で日本だけがデフレに陥っている現状を踏まえ、財政・金融両面からの、さらには規制・制度の見直しなどを含めた適切な対応が求められる。こうした取組により、過度の円高は回避し、内需とともに外需も下支えする経済成長を実現する。

また、財政運営においては、国民が必要と感じている社会保障・福祉のサービス給付等を拡充すると同時に、国民にその分担（税、保険料）を求める政策パッケージは、安全・安心な社会の構築とともに、需要や雇用を拡大する効果を持つ（均衡財政乗数はプラスである）。それによって需給ギャップが縮小し、デフレと雇用不安が緩和されて消費需要を刺激し、税収の増加も期待される。こうした点を踏まえ、国民のニーズに的確に対応し、かつ、経済成長と財政健全化の双方に寄与する政策として検討を進める。

<フェーズⅡの基本方針>

デフレ終結後のフェーズⅡにおいては、二度とデフレに戻ることをないよう、更に安定的な物価上昇を維持するとともに、着実な経済成長を実現する。財政面では「財政運営戦略」で示す財政健全化目標の実現に向け、更なる取組を進める。

また、需給ギャップの解消を受け、需要と供給のバランスのとれた成長を促す政策を実行する。特に、フェーズⅡにおいては、労働生産性の向上が重要な課題となることから、規制・制度改革を始めとする取組を更に推進する。

「新成長戦略」のマクロ経済目標

上記のような経済財政運営の下、「新成長戦略」においては、2020年度までの平均で、名目3%、実質2%を上回る成長を目指す。特に、景気回復の継続が予想されるフェーズⅠにおいては、実質成長率を3%に近づけるべく取組を行う。物価については、デフレを終わらせ、GDPデフレータでみて1%程度の適度で安定的な上昇を目指す。失業率については、

できるだけ早期に3%台に低下させる。過去10年の低成長等を考慮すれば、これらの目標の達成には困難を伴うと考えられるが、政策努力の目標と位置付け、全力で取り組む。

国民の満足度や幸福度には、所得などの経済的要素だけではなく家族や社会との関わり合いなどの要素も大きな影響を持つ。「新しい公共」の考え方の下、全ての国民に「居場所」と「出番」が確保され、市民や企業、NPOなど様々な主体が「公（おおやけ）」に参画する社会を再構築することは重要な課題である。政府は、マクロ経済目標の実現に向け全力を尽くすとともに、官では行うことが困難な、国民の多様なニーズにきめ細かく応えるサービスを無駄のない形で市民、企業、NPO等が提供できる社会の構築に向け、国民各層による取組を支える。

政策の優先順位の判断基準

「新成長戦略」に掲げる諸目標を達成するためには、予算編成において政策に優先順位を付け、限られた財源を最も効果的に使う必要がある。需要・雇用の創出効果の大きさなど、以下に示す基準に沿って政策・事業の評価を行い、重点的な資源配分を行う。

(i) 需要・雇用創出基準

需要、雇用の創出効果を評価し、その効果の高い政策・事業を最優先する。その際、例えば、現金給付より現物・サービス給付（利用券等の活用を含め）を優先し、国民が必要とするサービスが確実に提供されるようにするとともに、雇用が拡大する点を重視する。

また、海外需要を発掘し、対外競争力を高める効果の高い政策・事業を重視するとともに、グローバル化に対応し得る規制・制度の改革やハブ空港、ハブ港湾等への重点化した投資を進める。

(ii) 「選択と集中」基準

国民目線で政策や事業の必要性を総点検し、「選択と集中」の観点から、真に必要性の高い分野への重点化、各分野における政策・事業の重点化、類似事業の重複排除（省庁をまたがるものも含め）などを推進する。

その際、以下の点に留意する。

(国民参加基準)

行政が独占してきた「公」を企業、NPO 等に関き、国民が積極的に公に参画することを重視する。このため、行政による直轄事業を見直し、企業、NPO 等の参画を認める事業、民間資金等活用事業や公共サービス改革を進める事業を重視する。また、何が必要かの選択について、国民が積極的に意見を述べる機会の拡大を目指す。

(制度・政策一体基準)

制度改革と一体的に実施することで相乗的な効果が期待される政策・事業を重視する。特に、潜在的な需要を抑えているルールを変更すること（規制・制度の改革、総合特区の創設等）は極めて重要である。その際、これと一体的に行うことが必要となる事後チェック体制の強化、安全性の確保のための体制強化、弱い立場の人々への対応、個人情報保護の強化等に十分配慮する。

(iii) 最適手段基準

限られた財源の下で、最大限の効果を得るために、最適な政策手段を選択する。例えば、デフレ下の実質高金利で抑えられている住宅等の需要の回復、インフラの海外展開の支援、種々の分野における民間企業、NPO 等の参入支援などのために、政策金融や公的資金と民間資金を組み合わせる様々な仕組みは効果的な政策手段である。制度の見直しや創設も含め検討する。

また、税制は、個人貯蓄の一層の活用や起業促進などに関して重要な役割を果たす。

さらに、社会資本の整備や維持管理・更新を効率的に実施するために、民間資金等を活用する手法（PFI 等）をより積極的に活用できるよう、制度の見直しを行う。

第3章 7つの戦略分野の基本方針と目標とする成果

日本は、世界に冠たる健康長寿国であり、環境大国、科学・技術・情報通信立国、治安の良い国というブランドを有している。こうした日本が元来持つ強み、個人金融資産（1,400兆円）や住宅・土地等実物資産（1,000兆円）を活かしつつ、アジア、地域を成長のフロンティアと位置付けて取り組めば、成長の機会は十分存在する。また、我が国は、自然、文化遺産、多様な地域性等豊富な観光資源を有しており、観光のポテンシャルは極めて高い。さらに、科学・技術・情報通信、雇用・人材は、成長を支えるプラットフォームであり、持続的な成長のためには長期的視点に立った戦略が必要である。

以上の観点から、我が国の「新成長戦略」を、

- ・ 強みを活かす成長分野（環境・エネルギー、健康）、
- ・ フロンティアの開拓による成長分野（アジア、観光・地域活性化）、
- ・ 成長を支えるプラットフォーム（科学・技術・情報通信、雇用・人材、金融）

として、2020年までに達成すべき目標と、主な施策を中心に方向性を明確にする。

強みを活かす成長分野

(1) グリーン・イノベーションによる環境・エネルギー大国戦略

【2020年までの目標】

『50兆円超の環境関連新規市場』、『140万人の環境分野の新規雇用』、『日本の民間ベースの技術を活かした世界の温室効果ガス削減量を13億トン以上とすること（日本全体の総排出量に相当）を目標とする』

（「世界最高の技術」を活かす）

我が国は高度成長期の負の側面である公害問題や二度にわたる石油危機を技術革新の契機として活用することで克服し、世界最高の環境技術を獲得するに至った。

ところが今日では、数年前まで世界一を誇った太陽光発電が今ではドイツ・スペインの後塵を拝していることに象徴されるように、国際競争戦略なき環境政策によって、我が国が本来持つ環境分野での強みを、必

ずしも活かすことができなくなっている。

（総合的な政策パッケージにより世界ナンバーワンの環境・エネルギー大国へ）

気候変動問題は、もはや個々の要素技術で対応できる範囲を超えており、新たな制度設計や制度の変更、新たな規制・規制緩和などの総合的な政策パッケージにより、低炭素社会づくりを推進するとともに、環境技術・製品の急速な普及拡大を後押しすることが不可欠である。

したがって、グリーン・イノベーション（環境エネルギー分野革新）の促進や総合的な政策パッケージによって、我が国のトップレベルの環境技術を普及・促進し、世界ナンバーワンの「環境・エネルギー大国」を目指す。

このため、すべての主要国による公平かつ実効性ある国際的枠組みの構築や意欲的な目標の合意を前提として、2020年に、温室効果ガスを1990年比で25%削減するとの目標を掲げ、あらゆる政策を総動員した「チャレンジ25」の取組を推進する。

（グリーン・イノベーションによる成長とそれを支える資源確保の推進）

電力の固定価格買取制度の拡充等による再生可能エネルギー（太陽光、風力、小水力、バイオマス、地熱等）の普及拡大支援策や、低炭素投融資の促進、情報通信技術の活用等を通じて日本の経済社会を低炭素型に革新する。安全を第一として、国民の理解と信頼を得ながら、原子力利用について着実に取り組む。

蓄電池や次世代自動車、火力発電所の効率化、情報通信システムの低消費電力化など、革新的技術開発の前倒しを行う。さらに、モーダルシフトの推進、省エネ家電の普及等により、運輸・家庭部門での総合的な温室効果ガス削減を実現する。

電力供給側と電力ユーザー側を情報システムでつなぐ日本型スマートグリッドにより効率的な電力需給を実現し、家庭における関連機器等の新たな需要を喚起することで、成長産業として振興を図る。さらに、成長する海外の関連市場の獲得を支援する。

リサイクルの推進による国内資源の循環的な利用の徹底や、レアメタル、レアアース等の代替材料などの技術開発を推進するとともに、総合的な資源エネルギー確保戦略を推進する。

(快適性・生活の質の向上によるライフスタイルの変革)

エコ住宅の普及、再生可能エネルギーの利用拡大や、ヒートポンプの普及拡大、LED や有機 EL などの次世代照明の 100%化の実現などにより、住宅・オフィス等のゼロエミッション化を推進する。これはまた、居住空間の快適性・生活の質を高めることにも直結し、人々のライフスタイルを自発的に低炭素型へと転換させる大きなきっかけとなる。

こうした家庭部門でのゼロエミッション化を進めるため、各家庭にアドバイザーをする「環境コンシェルジュ制度」を創設する。

(老朽化した建築物の建替え・改修の促進等による「緑の都市」化)

日本の都市を、温室効果ガスの排出が少ない「緑の都市」としていくため、中長期的な環境基準の在り方を明らかにしていくとともに、都市計画の在り方や都市再生・再開発の在り方を環境・低炭素化の観点から抜本的に見直す。

老朽化し、温室効果ガスの排出や安全性の面で問題を抱えるオフィスビル等の再開発・建替えや改修を促進するため、必要な規制緩和措置や支援策を講じる。

(地方から経済社会構造を変革するモデル)

公共交通の利用促進等による都市・地域構造の低炭素化、再生可能エネルギーやそれを支えるスマートグリッドの構築、適正な資源リサイクルの徹底、情報通信技術の活用、住宅等のゼロエミッション化など、エコ社会形成の取組を支援する。そのため、規制改革、税制のグリーン化を含めた総合的な政策パッケージを活用しながら、環境、健康、観光を柱とする集中投資事業を行い、自立した地方からの持続可能な経済社会構造の変革を実現する第一歩を踏み出す。

これらの施策を総合的に実施することにより、2020 年までに 50 兆円超の環境関連新規市場、140 万人の環境分野の新規雇用、日本の民間ベースの技術を活かした世界の温室効果ガスの削減を 13 億トン以上とすること（日本全体の総排出量に相当）を目標とする。

(2) ライフ・イノベーションによる健康大国戦略

【2020年までの目標】

『医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約50兆円、新規雇用284万人』

(医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ)

我が国は、国民皆保険制度の下、低コストで質の高い医療サービスを国民に提供してきた結果、世界一の健康長寿国となった。世界のフロンティアを進む日本の高齢化は、ライフ・イノベーション（医療・介護分野革新）を力強く推進することにより新たなサービス成長産業と新・ものづくり産業を育てるチャンスでもある。

したがって、高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する。誰もが必要なサービスにアクセスできる体制を維持しながら、そのために必要な制度・ルールの変更等を進める。

(日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進)

安全性が高く優れた日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発を推進する。産官学が一体となった取組や、創薬ベンチャーの育成を推進し、新薬、再生医療等の先端医療技術、情報通信技術を駆使した遠隔医療システム、ものづくり技術を活用した高齢者用パーソナルモビリティ、医療・介護ロボット等の研究開発・実用化を促進する。その前提として、ドラッグラグ、デバイスラグの解消は喫緊の課題であり、治験環境の整備、承認審査の迅速化を進める。

(アジア等海外市場への展開促進)

医療・介護・健康関連産業は、今後、高齢社会を迎えるアジア諸国等においても高い成長が見込まれる。医薬品等の海外販売やアジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進していく。また、成長するアジア市場との連携（共同の臨床研究・治験拠点の構築等）も目指していく。

（バリアフリー住宅の供給促進）

今後、一人暮らしや介護を必要とする高齢者の増加が見込まれており、高齢者が居住する住宅内での安全な移動の確保や転倒防止、介助者の負担軽減等のため、手すりの設置や屋内の段差解消等、住宅のバリアフリー化の促進が急務である。このため、バリアフリー性能が優れた住宅取得や、バリアフリー改修促進のための支援を充実するとともに、民間事業者等による高齢者向けのバリアフリー化された賃貸住宅の供給促進等に重点的に取り組む。

（不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化）

高齢者が元気に活動している姿は、健全な社会の象徴であり、経済成長の礎である。しかし、既存の制度や供給体制は、近年の急速な高齢化や医療技術の進歩、それに伴う多様で質の高いサービスへの需要の高まり等の環境変化に十分に対応できていない。高齢者が将来の不安を払拭し、不安のための貯蓄から、生涯を楽しむための支出を行えるように医療・介護サービスの基盤を強化する。

具体的には、医師養成数の増加、勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保とともに、医療・介護従事者間の役割分担を見直す。また、医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化、介護施設、居住系サービスの増加を加速させ、質の高い医療・介護サービスを安定的に提供できる体制を整備する。

（地域における高齢者の安心な暮らしの実現）

医療、介護は地域密着型のサービス産業であり、地方の経済、内需を支えている。住み慣れた地域で生涯を過ごしたいと願っている高齢者は多く、地域主導による地域医療の再生を図ることが、これからの地域社会において重要である。具体的には、医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携と、情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備などを進め、そこに暮らす高齢者が自らの希望するサービスを受けることができる社会を構築する。

高齢者が安心して健康な生活が送れるようになることで、生涯学習や、教養・知識を吸収するための旅行など、新たなシニア向けサービスの需要も創造される。また、高齢者の起業や雇用にもつながるほか、高齢者が有する技術・知識等が次世代へも継承される。こうした好循環を可能

とする環境を整備していく。

これらの施策を進めるとともに、持続可能な社会保障制度の実現に向けた改革を進めることで、超高齢社会に対応した社会システムを構築し、2020年までに医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出により、新規市場約50兆円、新規雇用284万人を目標とし、すべての高齢者が、家族と社会のつながりの中で生涯生活を楽しむことができる社会をつくる。また、日本の新たな社会システムを「高齢社会の先進モデル」として、アジアそして世界へと発信していく。

フロンティアの開拓による成長

(3) アジア経済戦略

【2020年までの目標】

『アジア太平洋自由貿易圏（FTAAP）を構築』、『アジアの成長を取り込むための国内改革の推進、ヒト・モノ・カネの流れ倍増』、『「アジアの所得倍増」を通じた成長機会の拡大』

～「架け橋国家」として成長する国・日本～

（日本の強みを大いに活かしうるアジア市場）

近年、アジア諸国は、日本企業と共に産業集積を形成し、豊富で勤勉な労働力を背景に力強く、急速な成長を遂げてきた。アジア各国は昨今のサブプライムローン問題に端を発した金融危機にも適切に対応し、今や世界経済の牽引役として堅調な経済回復をみせている。特にアジアにおける中間所得者層の成長が著しいこと、また、環境問題や都市化等、我が国が先に直面し、克服してきた制約要因や課題を抱えながら成長していることは、日本にとって、大きなビジネス機会である。

（アジアの「架け橋」としての日本）

今日のアジアの著しい成長を更に着実なものとしつつ、アジアの成長を日本の成長に確実に結実させるためには、日本がこれまでの経済発展

の過程で学んだ多くの経験をアジア諸国と共有し、日本がアジアの成長の「架け橋」となるとともに、環境やインフラ分野等で固有の強みを集結し、総合的かつ戦略的にアジア地域でビジネスを展開する必要がある。

（切れ目ないアジア市場の創出）

まず、日本企業が活躍するフィールドであるアジア地域において、あらゆる経済活動の障壁を取り除くことが必要である。このため、より積極的に貿易・投資を自由化・円滑化し、また知的財産権の保護体制の構築などを行うことにより、アジアに切れ目のない市場を作り出す。そのきっかけとして、2010年に日本がホスト国となるAPECの枠組みを活用し、2020年を目標にアジア太平洋自由貿易圏（FTAAP）を構築するための我が国としての道筋（ロードマップ）を策定する。

（日本の「安全・安心」等の制度のアジア展開）

また、アジア諸国が経済・社会のセーフティネットをより厚いものにするために、日本の「安全・安心」の考え方が貢献できる部分は大きく、経済成長の基盤ともなる。環境分野や製品安全問題等にかかる日本の技術や規制・基準・規格を、アジア諸国等とも共同で国際標準化する作業を行い、国際社会へ発信・提案することなどにより、アジア諸国の成長と「安全・安心」の普及を実現しつつ、日本企業がより活動しやすい環境を作り出す。また、スマートグリッド、燃料電池、電気自動車など日本が技術的優位性を有している分野においては、特に戦略的な国際標準化作業を早急に進める。食品においても、流通の多様化・国際化等を踏まえ、アジア諸国とも共同しつつ、食品安全基準の国際標準化作業等に積極的に貢献する。

（日本の「安全・安心」等の技術のアジアそして世界への普及）

その上で、環境技術において日本が強みを持つインフラ整備をパッケージでアジア地域に展開・浸透させるとともに、アジア諸国の経済成長に伴う地球環境への負荷を軽減し、日本の技術・経験をアジアの持続可能な成長のエンジンとして活用する。具体的には、新幹線・都市交通、水、エネルギーなどのインフラ整備支援や、環境共生型都市の開発支援に官民あげて取り組む。同時に、土木・建築等で高度な技術を有する日本企業のビジネス機会も拡大する。さらには、建築士等の資格の相互承

認も推進し、日本の建設業のアジア展開を後押しする。また、アジアにおけるこれらの分野のビジネス拡大につながる途上国産業人材の育成を官民が協力して進めていく。これらにより日本も輸出や投資を通じて相乗的に成長するという好循環を作り出す。また、日本の「安全・安心」の製品の輸出を促進するとともに、インフラ・プロジェクトの契約・管理・運営ノウハウの強化に取り組む。これらの取組は、アジアを起点に広く世界に展開していく。

（アジア市場一体化のための国内改革、日本と世界とのヒト・モノ・カネの流れ倍増）

同時に、日本国内においても、アジアを中心に世界とのヒト・モノ・カネの流れの障壁をできるだけ除去することが必要である。ヒト・モノ・カネの日本への流れを倍増させることを目標とし、例えば、その流れの阻害要因となっている規制を大胆に見直すなど、日本としても重点的な国内改革も積極的に進める。具体的には、羽田の24時間国際拠点空港化やオープン・スカイ構想の推進、ポスト・パナマックス船対応の国際コンテナ・バルク戦略港湾の整備等により、外国人観光客やビジネスマン等のヒトの流れやモノの流れを作り出す。また、外国人学生の受入れ拡大、研究者や専門性を必要とする職種の海外人材が働きやすい国内体制の整備を行うほか、貿易関連手続の一層の円滑化を図るとともに、海外進出した企業が現地であげた収益を国内に戻しやすくする。加えて、金融や運輸等のサービス分野の国際競争力を強化し、その流れの円滑化を図る。さらには、アジアや世界との大学、科学・技術、文化、スポーツ、青少年等の交流・協力を促進しつつ、国際的に活躍できる人材の育成を進める。

（「アジア所得倍増」を通じた成長機会の拡大）

これらを通じて、アジアの一員としてアジア全体の活力ある発展を促し、アジア市場における取引活動を拡大させ、アジアの所得倍増に貢献することでアジア市場と一体化しつつ、日本の大きな成長機会を創出する。拡大したアジア市場に対して、日本のコンテンツ、デザイン、ファッション、料理、伝統文化、メディア芸術等の「クリエイティブ産業」を対外発信し、日本のブランド力の向上や外交力の強化につなげるとともに、著作権等の侵害対策についても国際的に協調して取り組む。

加えて、都市化・地球環境・地球規模での格差の解消など、世界規模の問題を共に解決していくことにも貢献する。

(4) 観光立国・地域活性化戦略

～観光立国の推進～

【2020年までの目標】

『訪日外国人を2020年初めまでに2,500万人、将来的には3,000万人。2,500万人による経済波及効果約10兆円、新規雇用56万人』

(観光は少子高齢化時代の地域活性化の切り札)

我が国は、自然、文化遺産、多様な地域性等豊富な観光資源を有しており、観光のポテンシャルは極めて高い。例えば、南国の台湾の人々は雪を見に北海道を訪ね、欧州の人々は伝統文化からポップカルチャーまで日本の文化面に関心を持ち、朝の築地市場など生活文化への関心も高くなっている。このように、日本を訪れる外国人の間では、国によって訪れる場所や楽しむ内容に大きな相違があるが、その多様性を受け入れるだけの観光資源を地方都市は有している。また、日本全国には、エコツーリズム、グリーンツーリズム、産業観光など観光資源が豊富にあり、外国人のみならず、日本人にとっても魅力的な観光メニューを提供することができる。公的支出による地域活性化を期待することが難しい現在、人口減少・急激な少子高齢化に悩む地方都市にとって、観光による国内外の交流人口の拡大や我が国独自の文化財・伝統芸能等の文化遺産の活用は、地域経済の活性化や雇用機会の増大の切り札である。

(訪日外国人を2020年初めまでに2,500万人に)

急速に経済成長するアジア、特に中国は、観光需要の拡大の可能性に満ちている。例えば、中国から日本を訪問している旅行者数は年間約100万人、日本から中国を訪問している旅行者数は年間約340万人(いずれも2008年ベース)と大きな開きがある。人口増加や経済成長のスピードを考えれば、中国を含めたアジアからの観光客をどう取り込むかが大きな課題である。今後、アジアからの訪日観光客を始めとした各国からの訪日外国人の増加に向けて、訪日観光査証の取得容易化、魅力ある観光

地づくり、留学環境の整備、広報活動等を図ることにより、訪日外国人を2020年初めまでに2,500万人、将来的には3,000万人まで伸ばす。また、観光立国にとって不可欠な要素として、交通アクセスの改善と合わせて安全・安心なまちづくりを進める必要がある。

(休暇取得の分散化等)

国内旅行は約20兆円規模の市場である。しかしながら、休日が集中しているため繁閑の差が大きく、需要がゴールデンウィークや年末年始の一定期間に集中する結果、顕在化しない内需が多いと言われている。このため、休暇取得の分散化など「ローカル・ホリデー制度(仮称)」の検討や国際競争力の高い魅力ある観光地づくり等を通じた国内の観光需要の顕在化等の総合的な観光政策を推進し、地域を支える観光産業を育て、新しい雇用と需要を生み出す。

～地域資源の活用による地方都市の再生、成長の牽引役としての大都市の再生～

【2020年までの目標】

『地域資源を最大限活用し地域力を向上』

『大都市圏の空港、港湾、道路等のインフラの戦略的重点投資』

(地域政策の方向転換)

この10年間、大都市への人口集中が進む一方で、地方の中心市街地はシャッター通りと化し、地域経済の地盤沈下が著しい。このような地方都市の状況は結果として国全体の成長のマイナス要因となってきた。地方都市が空洞化した背景には、これまでの国の地域振興策が、「選択と集中」の視点に欠け、ハコモノ偏重で、地方の個性を伸ばし自立を促してこなかったことに他ならない。一方で、地方にはその土地固有の歴史と文化・芸術がある。例えば、フランスで最も住みやすい街として知られるナント市が、かつての産業・工業都市から歴史遺産の「文化」と「芸術」により都市の再生を果たしたように、これからの国の地域振興策は、NPO等の「新しい公共」との連携の下で、特区制度等の活用により、地方の「創造力」と「文化力」の芽を育てる施策に転換しなければならない。

（緑の分権改革等）

それぞれの地域資源を最大限活用する仕組みを地方公共団体と住民、NPO等の協働・連携により創り上げ、分散自立型・地産地消型としていくことにより、地域の自給力と創富力を高める地域主権型社会の構築を図る「緑の分権改革」を推進し、地域からの成長の道筋を示すモデルを構築する。

また、地域のことは地域に住む住民が決める、活気に満ちた地域社会をつくるための「地域主権」改革を断行する。

（定住自立圏構想の推進等）

都市は都市らしく、農山漁村は農山漁村らしい地域振興を進めるため、圏域ごとに生活機能等を確保し、地方圏における定住の受け皿を形成する定住自立圏構想を推進する。また、離島・過疎地域等の条件不利地域の自立・活性化の支援を着実に進める。

高速道路の無料化により、地域間のヒト・モノの移動コストの低減が実現されれば、地域産品の需要地への進出拡大、地域の観光産業の活性化、地方への企業進出等の経済効果が期待される。

（大都市の再生）

大都市は、これまでは国の成長の牽引役としての役割を果たしてきたが、ソウル、シンガポール、上海、天津等の他のアジア都市は国を挙げて競争力向上のための取組を推進しており、国としての国際的、広域的視点を踏まえた都市戦略がなければ、少子高齢化もあいまって東京でさえ活力が失われ、国の成長の足を引っ張ることになりかねない。

このため、成長の足がかりとなる、投資効果の高い大都市圏の空港、港湾、道路等の真に必要なインフラの重点投資と魅力向上のための拠点整備を戦略的に進め、世界、アジアのヒト・モノの交流の拠点を目指す必要がある。この整備に当たっては、厳しい財政事情の中で、特区制度、PFI、PPP等の積極的な活用により、民間の知恵と資金を積極的に活用する。

（社会資本ストックの戦略的維持管理等）

我が国の道路は高度経済成長期に集中的に整備され、現在、50年以上経過した橋梁は8%、トンネルは18%であるが、20年後には橋梁は51%、

トンネルは47%に急増すると言われており、農業用水利施設は500箇所前後の施設が毎年更新時期を迎えることになり、今後は、国・地方の財政状況の逼迫等により、社会資本ストックが更新できなくなるおそれがある。このように高度経済成長期に集中投資した社会資本ストックが今後急速に老朽化することを踏まえ、維持修繕、更新投資等の戦略的な維持管理を進め、国民の安全・安心の確保の観点からリスク管理を徹底することが必要である。さらに、社会資本ストックについては、厳しい財政事情の中で、維持管理のみならず新設も効果的・効率的に進めるため、PFI、PPPの積極的な活用を図る。

～農林水産分野の成長産業化～

【2020年までの目標】

『食料自給率50%』、『木材自給率50%以上』

『農林水産物・食品の輸出額を2.2倍の1兆円』（2017年まで）

（課題が山積する農林水産分野）

農林水産分野については、食の安全・安心確保、食料自給率の低下、農林水産業者の高齢化・後継者難、低収益性等、将来に向けての課題は山積しているものの、我が国の「食」の目指すべき姿や具体的方針が定まらず、消費者、生産者ともに不安に陥っているのが現状である。

（「地域資源」の活用と技術開発による成長潜在力の発揮）

こうした不安を解消し、農山漁村の潜在力が十分に発揮されるよう、「戸別所得補償制度」の導入など意欲ある農林漁業者が安心して事業を継続できる環境整備を行い、農林水産業を再生し、食料自給率を50%に向上させることを目指す。

今後、自然資源、伝統、文化、芸術などそれぞれの地域が有するいわば「地域資源」と融合しつつ技術開発を進め、成長への潜在力の発揮及び需要喚起に結びつけていく。また、農山漁村に広く賦存するバイオマス資源の利活用を更に促進する。

また、いわゆる6次産業化（生産・加工・流通の一体化等）や農商工連携、縦割り型規制の見直し等により、農林水産業の川下に広がる潜在需要を発掘し、新たな産業を創出していく。

(森林・林業の再生)

戦後植林した人工林資源を持続可能な形で本格的に利用するため、国産材利用の環境面での効用に対する理解を深めていくとともに、路網の整備、森林管理の専門家（フォレスター）等の人材の育成、間伐材を始めとした国産材の利用の拡大、木質バイオマスとしての活用等を柱として、森林・林業の再生を図り、木材自給率を 50%以上に向上させることを目指す。

(検疫協議や販売ルートの開拓等を通じた輸出の拡大)

日本の農林水産物・食品の輸出の拡大に向け、特に潜在需要が高いと見込まれる品目・地域を中心に検疫協議や販売ルートの開拓に注力し、現在の 2.2 倍の 1 兆円水準を目指す。

(幅広い視点に立った「食」に関する将来ビジョンの策定)

「食」は我が国成長の基盤ともいうべき最も重要なテーマの一つである。安全・安心・健康で豊かな食生活を守るための方策やそれを支える農山漁村の在り方について、子ども・大人・お年寄りの視点に立ち、消費者・生産者も含め広く産官学横断的に検討する場を設け、「食」に関する将来ビジョンを早急に策定する。

～ストック重視の住宅政策への転換～

【2020 年までの目標】

『中古住宅流通市場・リフォーム市場の規模倍増』

『耐震性が不十分な住宅割合を 5%に』

(住宅投資の活性化)

住宅投資の効果は、住宅関連産業が多岐にわたり、家具などの耐久消費財への消費などその裾野が広いことから、内需主導の経済成長を実現するためには、今後とも住宅投資の促進は重要な課題である。

このため、1,400 兆円の個人金融資産の活用など住宅投資の拡大に向けた資金循環の形成を図るとともに、住宅金融・住宅税制の拡充等による省エネ住宅の普及など質の高い住宅の供給の拡大を図る。

(中古住宅の流通市場、リフォーム市場等の環境整備)

また、「住宅を作っては壊す」社会から「良いものを作って、きちんと手入れして、長く大切に使う」という観点に立ち、1,000兆円の住宅・土地等実物資産の有効利用を図る必要がある。このため、数世代にわたり利用できる長期優良住宅の建設、適切な維持管理、流通に至るシステムを構築するとともに、消費者が安心して適切なリフォームを行える市場環境の整備を図る。また、急増する高齢者向けの生活支援サービス、医療・福祉サービスと一体となった住宅の供給を拡大するとともに、リバースモーゲージの拡充・活用促進などによる高齢者の資産の有効利用を図る。さらに、地域材等を利用した住宅・建築物の供給促進を図る。

これらを通じて、2020年までに、中古住宅流通市場やリフォーム市場の規模を倍増させるとともに、良質な住宅ストックの形成を図る。

（住宅・建築物の耐震改修の促進）

現在、我が国の既存住宅ストック約4,950万戸のうち、約21%に当たる1,050万戸が耐震性不十分と言われている。2036年までに70%の確率で首都直下地震が起こると言われており、阪神・淡路大震災の被害を考えれば、尊い人命が住宅等の全壊・半壊による危機にさらされているのが現状である。

このため、住宅等の耐震化を徹底することにより、2020年までに耐震性が不十分な住宅の割合を5%に下げ、安全・安心な住宅ストックの形成を図る。

成長を支えるプラットフォーム

（5）科学・技術・情報通信立国戦略

【2020年までの目標】

『世界をリードするグリーン・イノベーションとライフ・イノベーション』、
『独自の分野で世界トップに立つ大学・研究機関の数の増』、
『理工系博士課程修了者の完全雇用を達成』、
『中小企業の知財活用の促進』、
『情報通信技術の活用による国民生活の利便性の向上、生産コストの低減』、
『官民合わせた研究開発投資をGDP比4%以上』

～「知恵」と「人材」のあふれる国・日本～

(科学・技術力による成長力の強化)

人類を人類たらしめたのは科学・技術の進歩に他ならない。地球温暖化、感染症対策、防災などの人類共通の課題を抱える中、未来に向けて世界の繁栄を切り拓くのも科学・技術である。

我が国は、世界有数の科学・技術力、そして国民の教育水準の高さによって高度成長を成し遂げた。しかし、世界第二の経済大国になるとともに、科学・技術への期待と尊敬は薄れ、更なる高みを目指した人材育成と研究機関改革を怠ってきた。我が国は、今改めて、優れた人材を育成し、研究環境改善と産業化推進の取組を一体として進めることにより、イノベーションとソフトパワーを持続的に生み出し、成長の源となる新たな技術及び産業のフロンティアを開拓していかなければならない。

(研究環境・イノベーション創出条件の整備、推進体制の強化)

このため、大学・公的研究機関改革を加速して、若者が希望を持って科学の道を選べるように、自立的研究環境と多様なキャリアパスを整備し、また、研究資金、研究支援体制、生活条件などを含め、世界中から優れた研究者を惹きつける魅力的な環境を用意する。基礎研究の振興と宇宙・海洋分野など新フロンティアの開拓を進めるとともに、シーズ研究から産業化に至る円滑な資金・支援の供給や実証試験を容易にする規制の合理的見直しなど、イノベーション創出のための制度・規制改革と知的財産の適切な保護・活用を行う。科学・技術力を核とするベンチャー創出や、産学連携など大学・研究機関における研究成果を地域の活性化につなげる取組を進める。

科学・技術は、未来への先行投資として極めて重要であることから、2020年度までに、官民合わせた研究開発投資をGDP比の4%以上にする。他国の追従を許さない先端的研究開発とイノベーションを強力かつ効率的に推進していくため、科学・技術政策推進体制を抜本的に見直す。また、国際共同研究の推進や途上国への科学・技術協力など、科学・技術外交を推進する。

これらの取組を総合的に実施することにより、2020年までに、世界をリードするグリーン・イノベーション（環境エネルギー分野革新）やラ

イフ・イノベーション（医療・介護分野革新）等を推進し、独自の分野で世界トップに立つ大学・研究機関の数を増やすとともに、理工系博士課程修了者の完全雇用を達成することを目指す。また、中小企業の知財活用を促進する。

～IT立国・日本～

（情報通信技術は新たなイノベーションを生む基盤）

情報通信技術は、距離や時間を超越して、ヒト、モノ、カネ、情報を結びつける。未来の成長に向け、「コンクリートの道」から「光の道」へと発想を転換し、情報通信技術が国民生活や経済活動の全般に組み込まれることにより、経済社会システムが抜本的に効率化し、新たなイノベーションを生み出す基盤となる。

（情報通信技術の利活用による国民生活向上・国際競争力強化）

我が国の情報通信技術は、その技術水準やインフラ整備の面では世界最高レベルに達しているが、その利活用は先進諸外国に遅れを取っており、潜在的な効果が実現されていない。

個人情報保護、セキュリティ強化などの対策を進めて国民の安心を確保しつつ、情報通信技術を使いこなせる人材の育成などを強化して情報通信技術の利活用を徹底的に進め、国民生活の利便性の向上、情報通信技術に係る分野の生産性の伸び三倍増、生産コストの低減による国際競争力の強化、新産業の創出に結びつける。行政の効率化を図るため、各種の行政手続の電子化・ワンストップ化を進めるとともに、住民票コードとの連携による各種番号の整備・利用に向けた検討を加速する。子ども同士が教え合い、学び合う「協働教育」の実現など、教育現場や医療現場などにおける情報通信技術の利活用によるサービスの質の改善や利便性の向上を全国民が享受できるようにするため、光などのブロードバンドサービスの利用を更に進める。加えて、温室効果ガス排出量の削減、事業活動の効率化、海外との取引拡大、チャレンジドの就労推進等の観点からも情報通信技術の利活用を推進する。あわせて、情報通信技術利活用を促進するための規制・制度の見直しを行う。

(6) 雇用・人材戦略

～「出番」と「居場所」のある国・日本～

【2020年までの目標】

『20～64歳の就業率80%、15歳以上の就業率57%』、『20～34歳の就業率77%』、『若者フリーター数124万人、地域若者サポートステーション事業によるニートの進路決定者数10万人』、『25歳～44歳までの女性就業率73%、第1子出産前後の女性の継続就業率55%、男性の育児休業取得率13%』、『60歳～64歳までの就業率63%』、『障がい者の実雇用率1.8%、国における障がい者就労施設等への発注拡大8億円』、『ジョブ・カード取得者300万人、大学のインターンシップ実施率100%、大学への社会人入学者数9万人、専修学校での社会人受入れ総数15万人、自己啓発を行っているの労働者の割合：正社員70%、非正社員50%、公共職業訓練受講者の就職率：施設内80%、委託65%』、『年次有給休暇取得率70%、週労働時間60時間以上の雇用者の割合5割減』、『最低賃金引上げ：全国最低800円、全国平均1000円』、『労働災害発生件数3割減、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%、受動喫煙の無い職場の実現』

これらの目標値は、内閣総理大臣主宰の「雇用戦略対話」において、労使のリーダー、有識者の参加の下、政労使の合意を得たもの。また、これらの目標値は、「新成長戦略」において、「2020年度までの平均で、名目3%、実質2%を上回る成長」等としていることを前提。

(雇用が内需拡大と成長力を支える)

内需を中心とする「需要創造型経済」は、雇用によって支えられる。国民は、安心して働き、能力を発揮する「雇用」の場が与えられることによって、所得を得て消費を拡大することが可能となる。雇用の確保なくして、冷え切った個人消費が拡大し、需要不足が解消することはあり得ない。

また、「雇用・人材戦略」は、少子高齢化という制約要因を跳ね返し、「成長力」を支える役割を果たす。少子高齢化による「労働力人口の減少」は、我が国の潜在的な成長エンジンの出力を弱めるおそれがある。そのため、出生率回復を目指す「少子化対策」の推進が不可欠であるが、それが労働力人口増加に結びつくまでには20年以上かかる。したがって、今すぐ我が国が注力しなければならないのは、若者・女性・高齢者など

潜在的な能力を有する人々の労働市場への参加を促進し、しかも社会全体で職業能力開発等の人材育成を行う「雇用・人材戦略」の推進である。

（国民参加と「新しい公共」の支援）

国民すべてが意欲と能力に応じ労働市場やさまざまな社会活動に参加できる社会（「出番」と「居場所」）を実現し、成長力を高めていくことに基本を置く。

このため、国民各層の就業率向上のために政策を総動員し、労働力人口の減少を跳ね返す。すなわち、若者・女性・高齢者・障がい者の就業率向上のための政策目標を設定し、そのために、就労阻害要因となっている制度・慣行の是正、保育サービスなど就労環境の整備等に2年間で集中的に取り組む。

また、官だけでなく、市民、NPO、企業などが積極的に公共的な財・サービスの提供主体となり、教育や子育て、まちづくり、介護や福祉などの身近な分野において、共助の精神で活動する「新しい公共」を支援する。

（成長力を支える「トランポリン型社会」の構築）

北欧の「積極的労働市場政策」の視点を踏まえ、生活保障とともに、失業をリスクに終わらせることなく、新たな職業能力や技術を身につけるチャンスに変える社会を構築することが、成長力を支えることとなる。このため、「第二セーフティネット」の整備（求職者支援制度の創設等）や雇用保険制度の機能強化に取り組む。また、非正規労働者を含めた、社会全体に通ずる職業能力開発・評価制度を構築するため、現在の「ジョブ・カード制度」を「日本版 NVQ (National Vocational Qualification)」へと発展させていく。

※NVQ は、英国で 20 年以上前から導入されている国民共通の職業能力評価制度。訓練や仕事の実績を客観的に評価し、再就職やキャリアアップにつなげる役割を果たしている。

（地域雇用創造と「ディーセント・ワーク」の実現）

国民の新たな参加と活躍が期待される雇用の場の確保のために、雇用の「量的拡大」を図る。このため、成長分野を中心に、地域に根ざした雇用創造を推進する。また、「新しい公共」の担い手育成の観点から、NPO

や社会起業家など「社会的企業」が主導する「地域社会雇用創造」を推進する。

また、雇用の安定・質の向上と生活不安の払拭が、内需主導型経済成長の基盤であり、雇用の質の向上が、企業の競争力強化・成長へとつながり、その果実の適正な分配が国内消費の拡大、次の経済成長へとつながる。そこで、「ディーセント・ワーク（人間らしい働きがいのある仕事）」の実現に向けて、「同一価値労働同一賃金」に向けた均等・均衡待遇の推進、給付付き税額控除の検討、最低賃金の引上げ、ワーク・ライフ・バランスの実現（年次有給休暇の取得促進、労働時間短縮、育児休業等の取得促進）に取り組む。

～子どもの笑顔あふれる国・日本～

【2020年までの目標】

- 『誰もが安心して子どもを産み育てられる環境の実現による出生率の継続的上昇を通じ、人口の急激な減少傾向に歯止め』
- 『速やかに就学前・就学期の待機児童を解消』
- 『出産・子育ての後、働くことを希望するすべての人が仕事に復帰』
- 『国際的な学習到達度調査で常に世界トップレベルの順位へ』

（子どもは成長の源泉）

我々は周りの人々の笑顔を我が喜びと感じ、幸せを実感することにより、生きていく力を与えられる。子どもの笑顔が、家族の笑顔に広がり、地域や職場での笑顔に広がる。社会が笑顔であふれることが、日本が活力を取り戻し、再び成長に向かうための必要条件である。我々は、将来の成長の担い手である子どもたちを、社会全体で育てていかなければならない。

（人口減少と超高齢化の中での活力の維持）

70年代後半以降、出生率が低下傾向に転じ、深刻な少子化が顕在した90年代以降、累次の対策が講じられたが、公的支出や制度・規制改革において抜本的な対策が実施されず、少子化傾向に歯止めがかかっていない。2005年には日本の総人口は減少に転じ、現在の出生率の見通しのままでは2050年の人口は9,500万人と推計される。将来にわたって、良質

な労働力を生み出し、日本の活力を維持するために、今こそ大きな政策転換が求められる。

このため、子ども手当の支給や高校の実質無償化を実行に移し、すべての子どもたちの成長を支える必要がある。また、子育て世代は、消費性向が高く、これらの支援は消費拡大・需要創造の面からも効果が高い上、子ども関連産業の成長にも高い効果をもたらす。

誰もが安心して子どもを産み育てられる環境を実現することは、女性が働き続けることを可能にするのみならず、女性の能力を発揮する機会を飛躍的に増加させ、新たな労働力を生み出すとともに、出生率の継続的上昇にもつながり、急激な人口減少に対する中長期的不安を取り除くことになる。また、子どもの安全を守り、安心して暮らせる社会環境を整備する。

このため、幼保一体化の推進、利用者本位の保育制度に向けた抜本的な改革、各種制度・規制の見直しによる多様な事業主体の参入促進、放課後児童クラブの開所時間や対象年齢の拡大などにより、保育の多様化と量的拡大を図り、2020年までに速やかに就学前・就学期の潜在需要も含めた待機児童問題を解消する。また、育児休業の取得期間・方法の弾力化（育児期の短時間勤務の活用等）、育児休業取得先進企業への優遇策などにより、出産・育児後の復職・再就職の支援を充実させ、少なくとも、2017年には、出産・育児後に働くことを希望するすべての人が仕事に復帰することができるようにする。

（質の高い教育による厚い人材層）

成長の原動力として何より重要なことは、国民全員に質の高い教育を受ける機会を保障し、様々な分野において厚みのある人材層を形成することである。すべての子どもが希望する教育を受け、人生の基盤となる力を蓄えるとともに、将来の日本、世界を支える人材となるよう育てていく。

このため、初等・中等教育においては、教員の資質向上や民間人の活用を含めた地域での教育支援体制の強化等による教育の質の向上とともに、高校の実質無償化により、社会全体のサポートの下、すべての子どもが後期中等教育を受けられるようにする。その結果、国際的な学習到達度調査において日本が世界トップレベルの順位となることを目指す。

また、高等教育においては、奨学金制度の充実、大学の質の保証や国際化、大学院教育の充実・強化、学生の起業力の育成を含めた職業教育の推進など、進学機会拡大と高等教育の充実のための取組を進め、未来に挑戦する心を持って国際的に活躍できる人材を育成する。

さらに、教育に対する需要を作り出し、これを成長分野としていくため、外国人学生の積極的受入れとともに、民間の教育サービスの健全な発展を図る。

(7) 金融戦略

【2020年までの目標】

『官民総動員による成長マネーの供給』

『企業のグローバルなプレゼンス向上』

『アジアのメインマーケット・メインプレーヤーとしての地位の確立』

『国民が豊かさを享受できるような国民金融資産の運用拡大』

成長戦略における金融の役割は、①実体経済、企業のバックアップ役としてそのサポートを行うこと、②金融自身が成長産業として経済をリードすることである。2020年までの期間において、これら2つの役割を十分に果たしうる金融を実現し、実体経済と金融との新たな「Win-Win」の関係を目指す。

そのために、大企業、中堅企業、中小企業、個人事業者、海外での本邦企業活動、国内プロジェクト、海外プロジェクトなど、投融資や支援対象のカテゴリー・特性に適した成長資金が供給できる金融産業を構築する。長期的な視点で、イノベーション重視の経営をサポートできるように、「金融システムの進化」を目指す。

また、金融自身も成長産業として発展できるよう、市場や取引所の整備、金融法制の改革等を進め、ユーザーにとって信頼できる利便性の高い金融産業を構築することによって、金融市場と金融産業の国際競争力を高める。

具体的には、ユーロ市場と比肩する市場を我が国に実現するため、プロ向け社債発行・流通市場を整備するとともに、外国企業等による我が国での資金調達を促進するための英文開示の範囲拡大等を実施する。

あわせて、中堅・中小企業に係る会計基準・内部統制報告制度等の見直し、四半期報告の大幅簡素化など、所要の改革を2010年中に行う。また、国民金融資産を成長分野や地域に活用するための方策として、民間金融機関の積極的な取組を促す。さらに、政府系金融機関・財政投融资等の活用やファンドスキームの活用・検討など、官民総動員による対応を進める。

これらの取組を含め、アジアを中心とした新興国が牽引する世界経済の成長に、我が国がアジアの金融センターとして大いに関与しつつ、国民の金融資産の運用を可能とする「新金融立国」を目指し、2010年中から速やかに具体的なアクションを起こす。

《21 世紀の日本の復活に向けた 21 の国家戦略プロジェクト》

(21 の国家戦略プロジェクトの選定)

「新成長戦略」においては、各戦略分野での成果を確実なものとするため、規制の緩和や府省の壁を乗り越えた推進体制を構築するとともに、成長を支えるプラットフォームに「金融戦略」を加え、7つの戦略分野における有効な施策を選定している。そのうち、経済成長に特に貢献度が高いと考えられる 21 の施策を、国家戦略プロジェクトとし、これをブレークスルーとして、各分野の攻略を強力に進めることにする。

21 の国家戦略プロジェクトは、第 2 章にある経済成長に大きな貢献が期待される分野から、政策の優先順位の判断基準に照らして選定する。

強みを活かす成長分野

I. グリーン・イノベーションにおける国家戦略プロジェクト

グリーン・イノベーションを成長の原動力として位置づけ、制度設計、規制改革、税制のグリーン化、事業性評価などによる総合的な政策パッケージにより、将来への投資とする事業を行い、我が国のトップレベルの環境技術・製品・サービスを普及させ、環境・エネルギー大国を目指す。

1. 「固定価格買取制度」の導入等による再生可能エネルギー・急拡大

再生可能エネルギーの普及拡大のため、買取対象をこれまでの太陽光発電から風力、中小水力、地熱、バイオマス発電に拡大、全量買取方式の固定価格買取制度の導入を軸とする、以下の政策パッケージを導入する。

第一に、スマートグリッド導入、系統運用ルール策定、系統連系量の拡大施策等を通じて電力システムの高度化を図る。第二に、風力発電・地熱発電立地のゾーニングを行い、建設を迅速化する。また、公有水面の利用促進、漁業協同組合との連携等による洋上風力開発の推進等への道を開く。第三に、グローバルな新産業ベンチャー育成、リスクマネー補完、地域の事業・便益に繋がるファイナンスの仕組みを強化する。第四に、木質バイオマスの熱利用、空気熱利用、地中熱・太陽熱の温水利用等の普及を推進する。

これにより、2020年までに再生可能エネルギー関連市場 10兆円を目指す。

2. 「環境未来都市」構想

未来に向けた技術、仕組み、サービス、まちづくりで世界トップクラスの成功事例を生み出し、国内外への普及展開を図る「環境未来都市」を創設する。具体的には、内外に誇れる「緑豊かな、人の温もりの感じ

られる」まちづくりのもとで、「事業性、他の都市への波及効果」を十分に勘案し、スマートグリッド、再生可能エネルギー、次世代自動車を組み合わせた都市のエネルギーマネジメントシステムの構築、事業再編や関連産業の育成、再生可能エネルギーの総合的な利用拡大等の施策を、環境モデル都市等から厳選された戦略的都市・地域に集中投入する。

このための新法を整備する（環境未来都市整備促進法（仮称））。関係府省は、次世代社会システム、設備補助等関連予算を集中し、規制改革、税制のグリーン化等の制度改革を含め徹底的な支援を行う。また、都市全体を輸出パッケージとして、アジア諸国との政府間提携を進める。

3. 森林・林業再生プラン

森林所有者をサポートするシステムを構築した上で、施業の集約化、路網の計画的な整備、林業機械の導入を一体的に進め、スケールメリットによる林業経営を可能とする。

森林計画制度については、行政が策定する計画を現場に分かりやすく、使いやすいものにするとともに、森林経営者が策定する「森林経営計画（仮称）」を創設し、施業の集約化や路網の整備を認定要件とする。また、「日本型フォレスター」、「森林施業プランナー」、「技能者」の資格制度及びこれらの人材育成のための仕組みを整備する。

さらに、無秩序な伐採を防止し、持続的な森林経営を確保する観点から、伐採面積の上限の設定や伐採後の確実な更新を確保する仕組みの導入等、伐採・更新ルールを抜本的に見直す。

あわせて、林野関係予算を「選択と集中」の観点から抜本的に見直し、努力する者が報われるものとし、新たに「森林管理・環境保全直接支払制度（仮称）」を導入する。

これにより、今後 10 年以内に外材に対抗できる国内林業の基盤を確立するとともに、木材の需要拡大を図り、木材自給率 50%以上を見込む。

Ⅱ. ライフ・イノベーションにおける国家戦略プロジェクト

今後、飛躍的な成長が望まれる医薬品・医療機器・再生医療等のライ

フサイエンス分野において、我が国の技術力・創造力を発揮できる仕組みづくりに重点に置いたプロジェクトに取り組む。また、医療分野での日本の「安心」技術を世界に発信し、提供する。

4. 医療の実用化促進のための医療機関の選定制度等

がんや認知症などの重点疾患ごとに、専門的医療機関を中心としたコンソーシアムを形成し、研究費や人材を重点的に投入するほか、先進医療に対する規制緩和を図ることにより、国民を守る新医療の実用化を促進する。

また、患者保護、最新医療の知見保持の観点で選定した医療機関において、先進医療の評価・確認手続を簡素化する。

これにより、必要な患者に対し世界標準の国内未承認又は適応外の医薬品・医療機器を保険外併用にて提供することで、難治療疾患と闘う患者により多くの治療の選択肢を提供し、そのような患者にとってのドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消する。

新たな医薬品・医療機器の創出、再生医療市場の顕在化などにより、2020年までに年間約7,000億円の経済効果が期待される。

5. 国際医療交流（外国人患者の受入れ）

アジア等で急増する医療ニーズに対し、最先端の機器による診断やがん・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供しながら、国際交流と更なる高度化につなげる。そのため、いわゆる「医療滞在ビザ」を設置し、査証・在留資格の取扱を明確化して渡航回数、期限等を弾力化するほか、外国人医師・看護師による国内診療を可能とするなどの規制緩和を行う。

また、外国人患者の受入れに資する医療機関の認証制度の創設や、医療機関ネットワークを構築することで、円滑な外国人患者の受入れを図るとともに、海外プロモーションや医療言語人材の育成などの受入れ推進体制を整備するほか、アジア諸国などの医療機関等との連携に対する支援を行う。

これらの取組を推進することで、2020年には日本の高度医療及び健診に対するアジアトップ水準の評価・地位の獲得を目指す。

フロンティアの開拓による成長

Ⅲ. アジア展開における国家戦略プロジェクト

近年のアジア諸国の目覚ましい発展は、我が国に大きなビジネス機会を与えている。そうしたビジネス機会を活かすため、日本の特色である「安全・安心」の技術力や多様な文化力を強化し、アジアへの展開を図るとともに、日本の特色を支える人材育成にも注力する。

6. パッケージ型インフラ海外展開

アジアを中心とする旺盛なインフラ需要に応えるため、「ワンボイス・ワンパッケージ」でインフラ分野の民間企業の取組を支援する枠組みを整備する。具体的には、国家横断的かつ政治主導で機動的な判断を行うため、内閣総理大臣を委員長（国家戦略担当大臣を委員長代理）とし、官民合同の委員からなる「国家戦略プロジェクト委員会（仮称）」を設置する。同委員会では、国として重点的に推進するプロジェクトに対し、我が国経済への波及効果・インパクト等を判断し、パッケージ化の対応も含めた省庁間の政策調整や調査審議を行う。また、「インフラプロジェクト専門官（仮称）」を重点国を中心に在外公館内に指名する等、在外公館の拠点性を強化する。さらに、適切なファイナンス機能の確保や展開の基盤整備支援を含む関係政府機関の機能・取組を強化する。特に、パッケージ型インフラ海外展開推進会議（※）の検討を踏まえ、先進国向け投資金融においても、国際協力銀行（JBIC）が民間と連携して支援できる分野を拡充する。国際協力機構（JICA）の海外投融資については、既存の金融機関では対応できない、開発効果の高い案件に対応するため、過去の実施案件の成功例・失敗例等を十分研究・評価し、リスク審査・管理体制を構築した上で、再開を図る。国際協力銀行（JBIC）の在り方についても、機動性、専門性及び対外交渉力を強化する観点から検討す

る。また、自治体の水道局等の公益事業体の海外展開策を策定・推進する。

これらの体制・制度を整備し、官民連携して海外展開を推進することにより、2020年までに、19.7兆円の市場規模を目指す。

(※) 国家戦略室を中心に、関係省庁間で、パッケージ型インフラの展開を推進するための官民連携した取組について検討する会議。

7. 法人実効税率引下げとアジア拠点化の推進等

日本に立地する企業の競争力強化と外資系企業の立地促進のため、法人実効税率を主要国並みに引き下げる。その際、租税特別措置などあらゆる税制措置を抜本的に見直し、課税ベースの拡大を含め財源確保に留意し、雇用の確保及び企業の立地環境の改善が緊急の課題であることも踏まえ、税率を段階的に引き下げる。

また、日本を「アジア拠点」として復活させるため、高度人材等雇用への貢献度等と連動したアジア本社・研究開発拠点等の誘致・集積を促す税制措置を含むインセンティブ制度について、2011年度からの実施を目指して検討する。

加えて、日本の事業環境の魅力を向上させるためのヒト・モノ・カネの流れを円滑化する制度改革等を盛り込んだ「アジア拠点化・対日直接投資促進プログラム(仮称)」を2010年末を目途に策定する。あわせて、輸出貨物に係るいわゆる「保税搬入原則」の見直し等を含む、貿易関連手続の一層の円滑化を行う。

これにより、日本に立地する企業の競争力を向上させ、雇用増につなげる。また、高付加価値型外資企業の立地促進等により外資企業による雇用倍増を実現し、対内直接投資を倍増させる。

8. グローバル人材の育成と高度人材等の受入れ拡大

我が国の教育機関・企業を、積極的に海外との交流を求め、又は国内のグローバル化に対応する人材を生み出す場とするため、外国語教育や

外国人学生・日本人学生の垣根を越えた協働教育をはじめとする高等教育の国際化を支援するほか、外国大学との単位相互認定の拡大や、外国人教職員・外国人学生の戦略的受入れの促進、外国人学生の日系企業への就職支援等を進める。一方、日本人学生等の留学・研修への支援等海外経験を増やすための取組についても強化する。

さらに、優秀な海外人材を我が国に引き寄せるため、欧米やアジアの一部で導入されている「ポイント制」を導入し、職歴や実績等に優れた外国人に対し、出入国管理制度上の優遇措置を講じる仕組みを導入する。また、現行の基準では学歴や職歴等で要件が満たせず、就業可能な在留資格が付与されない専門・技術人材についても、ポイント制を活用することなどにより入国管理上の要件を見直し、我が国の労働市場や産業、国民生活に与える影響等を勘案しつつ、海外人材受入れ制度を検討し、結論を得る。

これらの施策を通じ、海外人材の我が国における集積を拡大することにより、在留高度外国人材の倍増を目指す。また、我が国から海外への日本人学生等の留学・研修等の交流を30万人、質の高い外国人学生の受入れを30万人にすることを目指す。

あわせて、海外の現地人材の育成も官民が協力して進める。

9. 知的財産・標準化戦略とクール・ジャパンの海外展開

日本の強みを成長につなげる取組を強化する。

知的財産の積極的な取得・活用、特定戦略分野の国際標準獲得に向けたロードマップの策定、今後創設される「科学・技術・イノベーション戦略本部（仮称）」（総合科学技術会議の改組、知的財産戦略本部の見直し）の活用を進める。

また、我が国のファッション、コンテンツ、デザイン、食、伝統・文化・観光、音楽などの「クール・ジャパン」は、その潜在力が成長に結びついておらず、今後はこれらのソフトパワーを活用し、その魅力と一体となった製品・サービスを世界に提供することが鍵となっている。

このため、海外の番組枠の買取り、デジタル配信の強化、海外のコンテンツ流通規制の緩和・撤廃、海賊版の防止、番組の権利処理の迅速化とともに、民間を中心としたチームによるクール・ジャパン関連産業や

地域産品の売込みと海外ビジネス展開支援、人材育成の強化、海外クリエイター誘致のための在留資格要件の緩和等を行う。

これらの施策を通じ、戦略分野における日本の国際競争力を強化するとともに、アジアにおけるコンテンツ収入 1 兆円を実現する。

10. アジア太平洋自由貿易圏（FTAAP）の構築を通じた経済連携戦略

アジア諸国を含めた主要国・地域との経済連携の進め方などの検討を行い、2010 年秋までに「包括的経済連携に関する基本方針」を策定する。

上記基本方針を踏まえて、国内産業との共生を目指しつつ、関税などの貿易上の措置や非関税措置（投資規制、国際的な人の移動に関する制限等を含む）の見直しなど、質の高い経済連携を加速するとともに、国内制度改革等を一体的に推進する。

特に、「東アジア共同体構想」の具体化の一環として、2010 年に APEC（アジア太平洋経済協力）をホストする機会を通じて、アジア太平洋を広く包含する FTAAP（アジア太平洋自由貿易圏）の構築のためのあり得べき道筋を探求するに当たって強いリーダーシップを発揮する。

また、EPA に基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れを確かなものとしていくことを通じ、我が国の病院・介護施設において就労する外国人が増え、医療・介護の技術や知識を海外に広めることにより、看護・介護サービスの質・量が充実し、潜在的な看護・介護サービス需要が喚起されることが期待される。

これらにより、アジアにおける「ヒト・モノ・カネの流れ倍増」に大きく貢献し、貿易促進、外資系企業による日本への立地促進、人材の集積を図る。

IV. 観光立国・地域活性化における国家戦略プロジェクト

公共事業費減少の中、「財政に頼らない成長」を大原則とした上で、これまでの再配分政策であった地域振興策からの脱却を図り、成長の足かせとなってきた各種規制の緩和やルールの変更を大胆に進め、「選択と集中」の観点と「民間の知恵と資金」を積極的に活用した仕組みを導

入して、埋蔵需要の掘り起こしを図る。

11. 「総合特区制度」の創設と徹底したオープンスカイの推進等

地域の責任ある戦略、民間の知恵と資金、国の施策の「選択と集中」の観点を最大限活かす「総合特区制度」を創設する。具体的には、①我が国全体の成長を牽引し、国際レベルでの競争優位性を持ちうる大都市等の特定地域を対象とする「国際戦略総合特区（仮称）」を設け、我が国経済の成長エンジンとなる産業や外資系企業等の集積を促進するため、必要な規制の特例措置及び税制・財政・金融上の支援措置等を総合的に盛り込む。その際、法人税等の措置についても検討を行う。また、②全国で展開する「地域活性化総合特区（仮称）」では、地域の知恵と工夫を最大限活かす規制の特例措置及び税制・財政・金融上の支援措置等、「新しい公共」との連携を含めた政策パッケージを講じる。

これら総合特区制度の創設により、拠点形成による国際競争力等の向上、地域資源を最大限活用した地域力の向上が期待される。

また、アジア・世界からのヒト・モノ・カネの流れ倍増を目指し、羽田の「24時間国際拠点空港化」、首都圏空港を含めた徹底したオープンスカイを進めるとともに、港湾の「選択と集中」を進め、民間の知恵と資金を活用した港湾経営の実現等を図る。

12. 「訪日外国人 3,000 万人プログラム」と「休暇取得の分散化」

本年7月1日から、中国人訪日観光の査証取得要件の緩和、申請受付公館の拡大など、査証の取得容易化を実現し、同時に「選択と集中」による効果的なプロモーションの実施や、医療など成長分野と連携した観光の促進、通訳案内士以外にも有償ガイドを認めるなど受入体制の充実等に取り組むことで、訪日中国人旅行者数の大幅な増加を図り、2020年初めまでに訪日外国人 2,500 万人、将来的には 3,000 万人の達成に向けた取組を進める。

また、ピーク時に依存した需要構造を平準化し、混雑等のために顕在化していない需要を掘り起こすため、地域ブロック別に分散して大型連休を取得する取組など「休暇取得の分散化」を実施する。このための祝

日法の改正について検討を進め、十分な周知・準備期間を設けた上で、早ければ平成 24 年度中の実現を目指す。あわせて、年次有給休暇の一層の取得促進を図る。

2020 年初めまでに訪日外国人 2,500 万人達成により、経済波及効果 10 兆円、新規雇用 56 万人が見込まれ、休暇取得の分散化により需要創出効果約 1 兆円が見込まれる。

13. 中古住宅・リフォーム市場の倍増等

内需の要である住宅投資の活性化を促す。具体的には、これまでの新築重視の住宅政策からストック重視の住宅政策への転換を促進するため、建物検査・保証、住宅履歴情報の普及促進等の市場環境整備・規制改革、老朽化マンションの再生等を盛り込んだ中古・リフォーム市場整備のためのトータルプランを策定する。

また、省エネ・耐震・バリアフリー、長期優良住宅等の質の高い新築住宅の普及促進を図るため、住宅エコポイント等に加え、住宅等のネット・ゼロ・エネルギー化に向けた新たな省エネ基準を策定する。さらに、建築基準法の見直しやリバースモーゲージの活用促進を図る。これにより、新たな成長産業としての住宅市場の活性化を図るとともに、「二地域居住」など生活の質の向上を実感する新たなライフスタイルの変革を促す。

これにより、中古住宅流通市場・リフォーム市場を 20 兆円まで倍増を図るとともに、ネット・ゼロ・エネルギー住宅を標準的な新築住宅とすることを旨とする。

14. 公共施設の民間開放と民間資金活用事業の推進

国、地方ともに財政状況が極めて厳しい中、必要な社会資本整備や既存施設の維持管理・更新需要に最大限民間で対応していく必要がある。そのため、PFI 制度にコンセッション方式（※）を導入し、既存の法制度（いわゆる公物管理法）の特例を設けることにより公物管理権の民間への部分開放を進める。あわせて、公務員の民間への出向の円滑化、民間

資金導入のための制度整備、地方公共団体への支援体制の充実など、PFI制度の拡充を2011年に行う。

これにより、PFI事業規模について、2020年までの11年間で、少なくとも約10兆円以上（民間資金等の活用による公共施設等の整備等に関する法律施行から2009年末までの11年間の事業規模累計約4.7兆円の2倍以上）の拡大を目指す。

（※）公共施設の所有権を民間に移転しないまま、民間事業者に対して、インフラ等の事業権（事業運営・開発に関する権利）を長期間にわたって民間に付与する方式。

成長を支えるプラットフォーム

V. 科学・技術・情報通信立国における国家戦略プロジェクト

我が国の最大の強みである科学・技術・情報通信分野で、今後も世界をリードする。新しい知の創造とイノベーション創出を両輪として制度改革や基盤整備に果敢に取り組むとともに、科学・技術人材の育成を進め、彼らが活躍する道を社会に広げていく。政策推進体制の抜本的強化のため、総合科学技術会議を改組し、「科学・技術・イノベーション戦略本部（仮称）」を創設する。

15. 「リーディング大学院」構想等による国際競争力強化と人材育成

拠点形成と集中投資により、我が国の研究開発・人材育成における国際競争力を強化する。すなわち、我が国が強みを持つ学問分野を結集したリーディング大学院を構築し、成長分野などで世界を牽引するリーダーとなる博士人材を国際ネットワークの中で養成する。最先端研究施設・設備や支援体制等の環境整備により国内外から優秀な研究者を引き付けて国際頭脳循環の核となる研究拠点や、つくばナノテクアリーナ等世界的な産学官集中連携拠点を形成する。また、「国立研究開発機関（仮称）」制度の検討を進める。

大学・大学院の理系カリキュラム改善を産学官連携で推進し、「特別

奨励研究員事業（仮称）」の創設を含む若手研究者支援制度の再構築や大学等におけるテニユアトラック制（※）の普及により優秀な若手研究者の自立的な研究環境を整備する。また、研究開発独法を活用した取組等により、産業を担う研究開発人材や研究マネジメント人材等を育成する。

これらの取組により、特定分野で世界トップ 50 に入る研究・教育拠点を 100 以上構築し、イノベーション創出環境を整備するとともに、博士課程修了者の完全雇用と社会での活用を実現する。

（※）若手研究者が、厳格な審査を経てより安定的な職を得る前に、任期付きの雇用形態で自立した研究者としての経験を積むことができる仕組み

16. 情報通信技術の利活用の促進

我が国は情報通信技術の技術水準やインフラ整備では世界最高レベルに達しているが、その利活用は先進諸国に比べ遅れ、国際競争力低下の一因ともなっている。特に、今後のサービス産業の生産性向上には、情報通信技術の利活用による業務プロセスの改革が不可欠である。自治体クラウドなどを推進するとともに、週 7 日 24 時間ワンストップで利用できる電子行政を実現し、国民・企業の手間（コスト）を軽減するとともに、医療、介護、教育など専門性の高い分野での徹底した利活用による生産性の向上に取り組むことが急務である。このため、個人情報保護を確保することとした上で、社会保障や税の番号制度の検討と整合性を図りつつ、国民 ID 制度の導入を検討する。また、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT 戦略本部）を中心に、情報通信技術の利活用を阻害する制度・規制等の徹底的な洗い出し等を実施する。あわせて、「光の道」構想（2015 年頃を目途にすべての世帯でブロードバンドサービスを利用）の実現を目標とし、速やかに必要な具体的措置を確定した上で、所要の法案等を提出する。

17. 研究開発投資の充実

2020 年度までに官民合わせた研究開発投資を GDP 比の 4 % 以上にする。

そのため、政府の関与する研究開発投資を第4期科学技術基本計画に沿って拡充することとし、効果的、効率的な技術開発を促進するための規制改革や支援体制の見直し、官民連携の強化、民間研究開発投資への税制優遇措置など研究開発投資の促進に向けた各種施策を検討・実施する。

これらの施策を進めるに当たり、国民の理解を得られるよう、科学・技術予算編成プロセスの抜本的改革などのシステム改革を進める。すなわち、科学・技術政策の総合司令塔である「科学・技術・イノベーション戦略本部（仮称）」の下、府省横断の科学・技術重要施策アクションプランの実施により、予算の「選択と集中」を強化し、重複の排除や透明性の向上を徹底する。また、基礎研究力の向上と研究のデスバレーの克服やオープン・イノベーションの実現に向けた科学・技術・イノベーションシステムを構築する。

Ⅶ. 雇用・人材分野における国家戦略プロジェクト

我が国は、「人づくり」を社会全体で再構築すべき時期に直面している。急激な少子高齢化の中での成長を実現するため、就学前の子どもから社会に出て様々な経験を積んだ後の大人まで、生涯を通じた能力・スキル向上の機会を社会全体で提供する。

18. 幼保一体化等

すべての子どもたちに質の高い幼児教育と保育を保障することが「人づくり」の起点として必要であり、このため、幼保一体化を含む制度改革と環境整備に全力で取り組む。

具体的には、幼稚園教育要領と保育所保育指針を統合した「こども指針（仮称）」の策定、幼稚園・保育所の垣根を取り払い（「保育に欠ける要件」の撤廃等）、新たな指針に基づき、幼児教育と保育をともに提供する「こども園（仮称）」に一体化、実施体制の一元化を行うとともに、指定制度の導入、利用者が自ら選択する事業者と契約する利用者補助方式への転換、「こども園（仮称）」について価格制度を一本化等により多様な事業主体の参入促進による様々な子どもの事情に応じた幅広いサービス提供を行う。

2017年には待機児童が解消し、保護者の就労形態等によらず、すべての子どもに質のよい成育環境が整備されることが期待される。

19. 「キャリア段位」制度とパーソナル・サポート制度の導入

時代の要請に合った人材を育成・確保するため、実践的な職業能力育成・評価を推進する「実践キャリア・アップ制度」では、介護、保育、農林水産、環境・エネルギー、観光など新たな成長分野を中心に、英国の職業能力評価制度（NVQ：National Vocational Qualification）を参考とし、ジョブ・カード制度などの既存のツールを活用した『キャリア段位』を導入・普及する（日本版 NVQ の創設）。あわせて、育成プログラムでは、企業内 OJT を重視するほか、若者や母子家庭の母親など、まとまった時間が取れない人やリカレント教育向けの「学習ユニット積上げ方式」の活用や、実践キャリア・アップ制度と専門学校・大学等との連携による学習しやすい効果的なプログラムの構築を図る。

同時に、失業をリスクに終わらせず、新たなチャンスに変えるための「セーフティ・ネットワーク」の実現を目指し、長期失業などで生活上の困難に直面している人々を個別的・継続的・制度横断的に支える「パーソナル・サポート」を導入するほか、就労・自立を支える「居住セーフティネット」を整備する。

20. 新しい公共

「新しい公共」が目指すのは、一人ひとりに居場所と出番があり、人に役立つ幸せを大切にする社会である。そこでは、国民の多様なニーズにきめ細かく応えるサービスを、市民、企業、NPO 等がムダのない形で提供することで、活発な経済活動が展開され、その果実が社会や生活に還元される。「新しい公共」を通じて、このような新しい成長を可能にする。政府は、大胆な制度改革や仕組みの見直し等を通じ、これまで官が独占してきた領域を「公（おおやけ）」に開く。このため、「新しい公共」円卓会議」や「社会的責任に関する円卓会議」の提案等を踏まえ、市民公益税制の具体的制度設計や NPO 等を支える小規模金融制度の見直し等、

国民が支える公共の構築に向けた取組を着実に実施・推進する。また、新しい成長及び幸福度について調査研究を推進する。

官が独占していた領域を「公」に開き、ともに支え合う仕組みを構築することを通じ、「新しい公共」への国民参加割合を26%（「平成21年度国民生活選好度調査」による）から約5割に拡大する。

VII. 金融分野における国家戦略プロジェクト

成長戦略における金融の役割は、①実体経済、企業のバックアップ役としてそのサポートを行うこと、②金融自身が成長産業として経済をリードすることである。2020年までの期間において、これら2つの役割を十分に果たしうる金融を実現し、実体経済と金融との新たな「Win-Win」の関係を目指す。

21. 総合的な取引所（証券・金融・商品）の創設を推進

「新金融立国」に向けた施策として、証券・金融、商品を扱う取引所が別々に設立・運営されているという現状に鑑み、2013年度までに、この垣根を取り払い、全てを横断的に一括して取り扱うことのできる総合的な取引所創設を図る制度・施策の可能な限りの早期実施を行う。

総合的な取引所においては、市場としての機能を再生・発展させるため、投資家・利用者の利便性を第一の仕組みとし、「国を開き」、世界から資本を呼び込む市場を作り上げるための具体的な対応をできるだけ速やかに実行することにより、アジアの資金を集め、アジアに投資するアジアの一大金融センターとして「新金融立国」を目指す。

第4章 新しい成長と政策実現の確保

新しい成長

「新成長戦略」では、官民を挙げて「強い経済」の実現を図り、2020年度までの年平均で、名目3%、実質2%を上回る経済成長を目指している。強い経済を実現するためには、安定した内需と外需を創造し、産業競争力の強化と併せて、富が広く循環する経済構造を築く必要がある。需要を創り出す鍵が、「課題解決型」の国家戦略である。すなわち、地球温暖化や少子高齢化など我が国を取り巻く重要課題への処方箋を示すことが、社会変革と新たな価値を育み、結果として雇用を創り出すことにつながる。

従来、環境や社会保障は、温暖化や少子高齢化を背景に負担面ばかりが強調され、経済成長の足を引っ張るものと見なされる傾向があった。しかし、このような分野にこそ、雇用創出を通じて成長をもたらす分野が数多く含まれている。地球温暖化や少子高齢化などの課題に正面から向き合うことで、日本が世界に先駆けて課題を解決する「モデル国」となるとともに、需要の創造と供給力の強化の好循環を作り出す。我が国が目指すのは、こうした経済・環境・社会の3つが相互に高め合い、人々の幸福度に寄与する「三方よし」の国である。

また、2000年代の「構造改革」の名の下に進められた、供給サイドの生産性向上による成長戦略により、いわゆる「ワーキングプア」に代表される格差拡大も社会問題化している。新たな成長戦略では、このような経済政策によって生み出された、失業や貧困など国民の幸福度が低下する要素を取り除かなければならない。

とりわけ、近年、「孤立化」という新たな社会リスクが急激に増加している。人は誰しも独りでは生きていけず、悩み、挫け、倒れたときに、寄り添ってくれる人がいるからこそ、再び立ち上げられる。かつて我が国では、家族や地域社会、そして企業による支えが、そうした機能を担ってきた。それが急速に失われる中で、社会的排除や格差が増大しており、老若男女を問わず「孤立化」する人々が急増している。

「新成長戦略」は、「強い経済」の実現により、できる限り早期に3%台の失業率を実現し、失業のリスクを減らす。加えて、長期失業や非正規就業で生活上の困難に直面している「孤立化」した人々を、個別的・

継続的・制度横断的に支える「パーソナル・サポート」制度を導入する。また、こうした活動の可能性を支援する「新しい公共」すなわち、従来の行政機関ではなく、地域の住民が、教育や子育て、まちづくり、防犯・防災、医療・福祉、消費者保護などに共助の精神で参加する公共的な活動を、応援する。

世界各国が、世界同時不況を一つの契機に、より公正で持続可能な資本主義と成長の在り方についての本質的な検討を深めている。日本政府としては、幸福度に直結する、経済・環境・社会が相互に高め合う、世界の範となる次世代の社会システムを構築し、それを深め、検証し、発信すべく、各国政府および国際機関と連携して、新しい成長および幸福度（well-being）について調査研究を推進し、関連指標の統計の整備と充実を図る。このことにより、新しい成長、新しい環境政策、新しい公共を、一体的に推進するための基盤を構築する。

「新成長戦略」の政策実現の確保

（１）成長戦略実行計画（工程表）の提示

21 の国家戦略プロジェクトをはじめ7つの戦略分野の施策を計画倒れに終わらせずに確実に実現するため、別表の成長戦略実行計画（工程表）に実施スケジュールを示す。

（２）予算編成や税制改革の優先順位付け

予算編成や税制改革に当たっては、無駄遣いの根絶を強力に進めるとともに、「新成長戦略」を着実に推進する。「財政運営戦略」との整合性を保ちつつ、第2章にある経済成長や雇用創出への寄与度等も基準とした優先順位付けを行う。

（３）施策執行の進捗管理

成長戦略実行計画に示された各施策については、国家戦略室を中心に、効果的・効率的な執行を図る観点から関係者に進捗状況の報告を求め、必要に応じ改善措置を講じさせるなど、PDCA サイクルに立脚した進捗管理を徹底する。

こうした措置により、将来の予見可能性を高め民間部門の投資を促す。

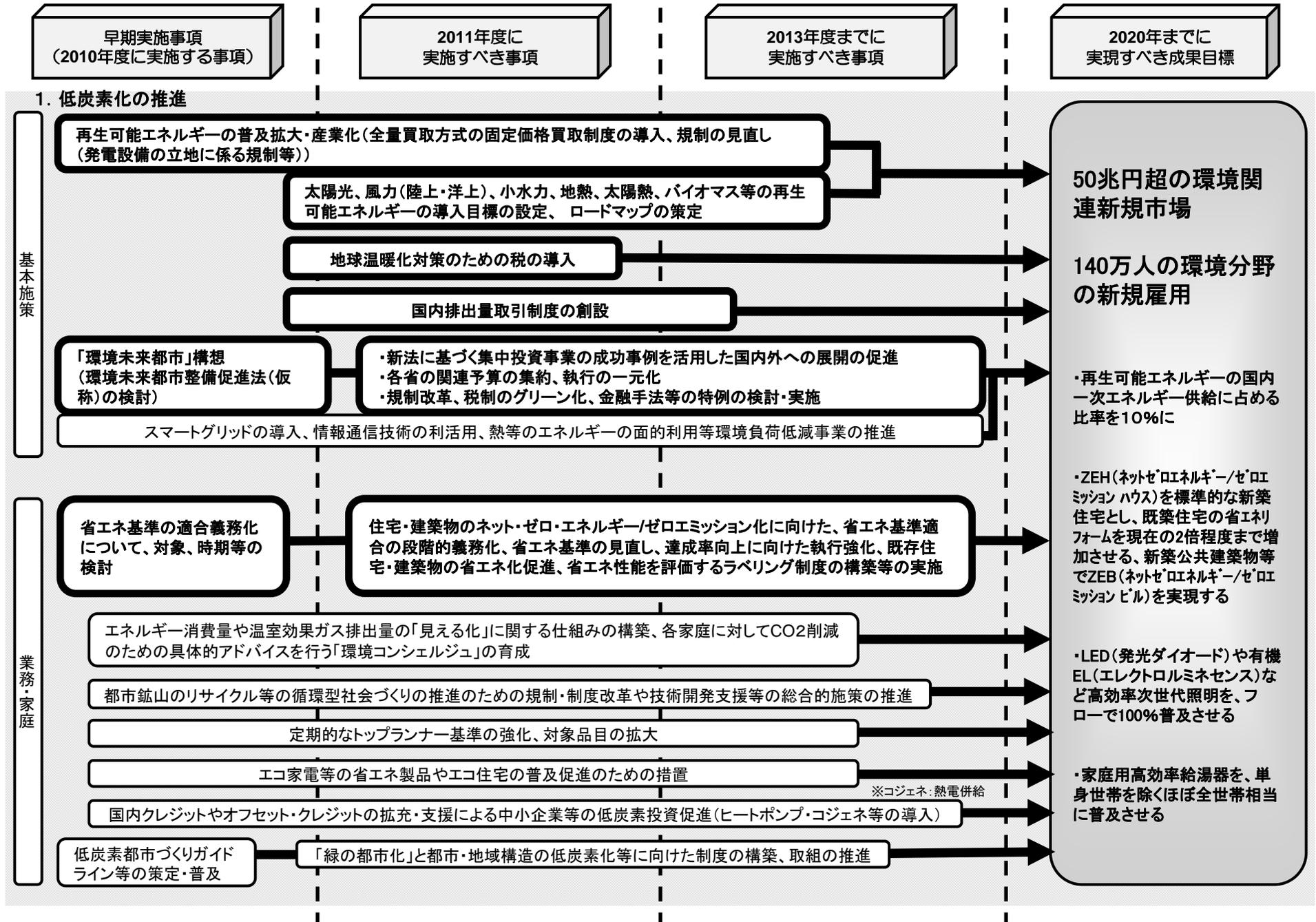
(別表)

成長戦略実行計画（工程表）

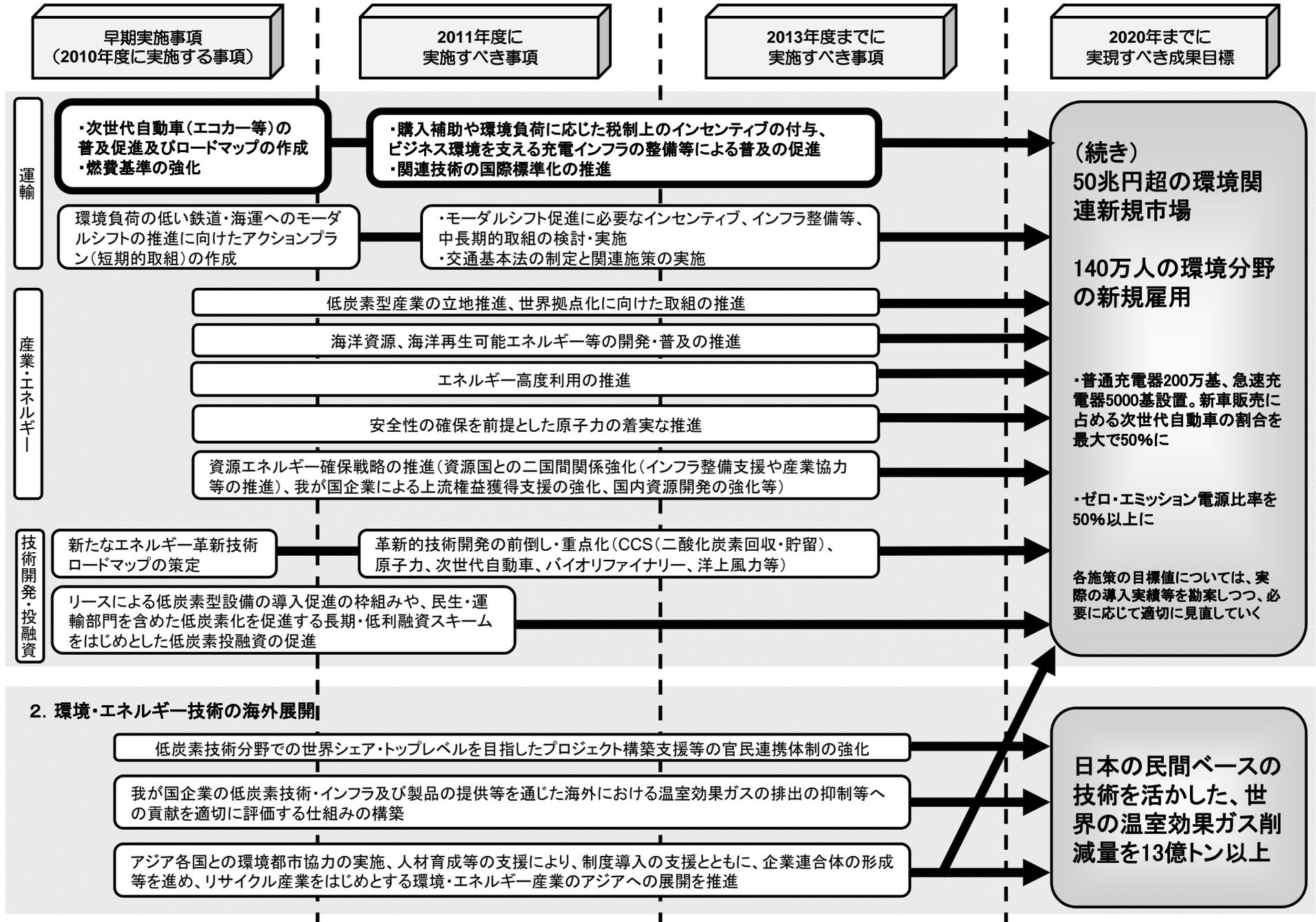
目次

- I 環境・エネルギー一大国戦略
- II 健康大国戦略
- III アジア経済戦略
- IV 観光・地域活性化戦略
- V 科学・技術・情報通信立国戦略
- VI 雇用・人材戦略
- VII 金融戦略

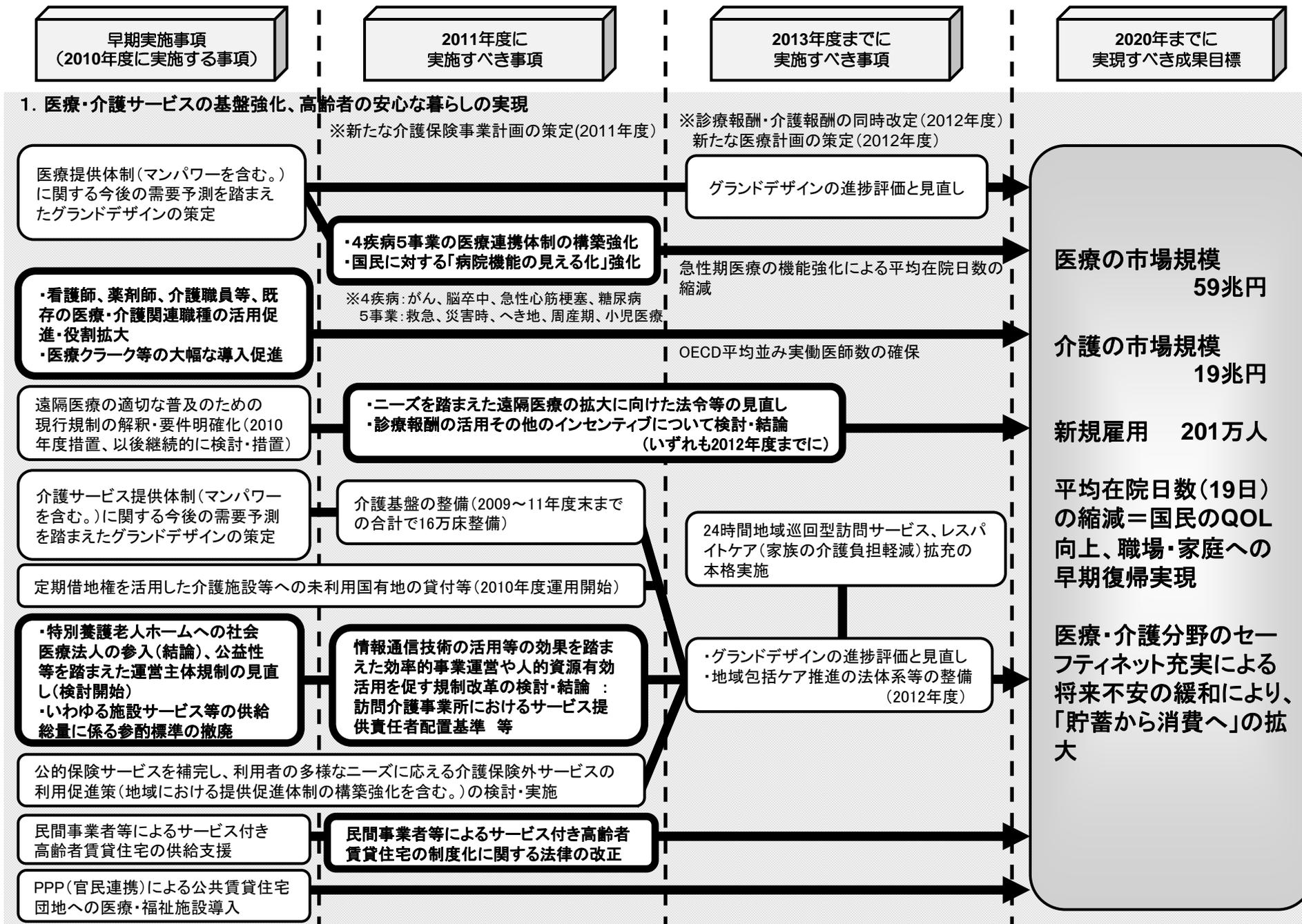
I 環境・エネルギー大国戦略



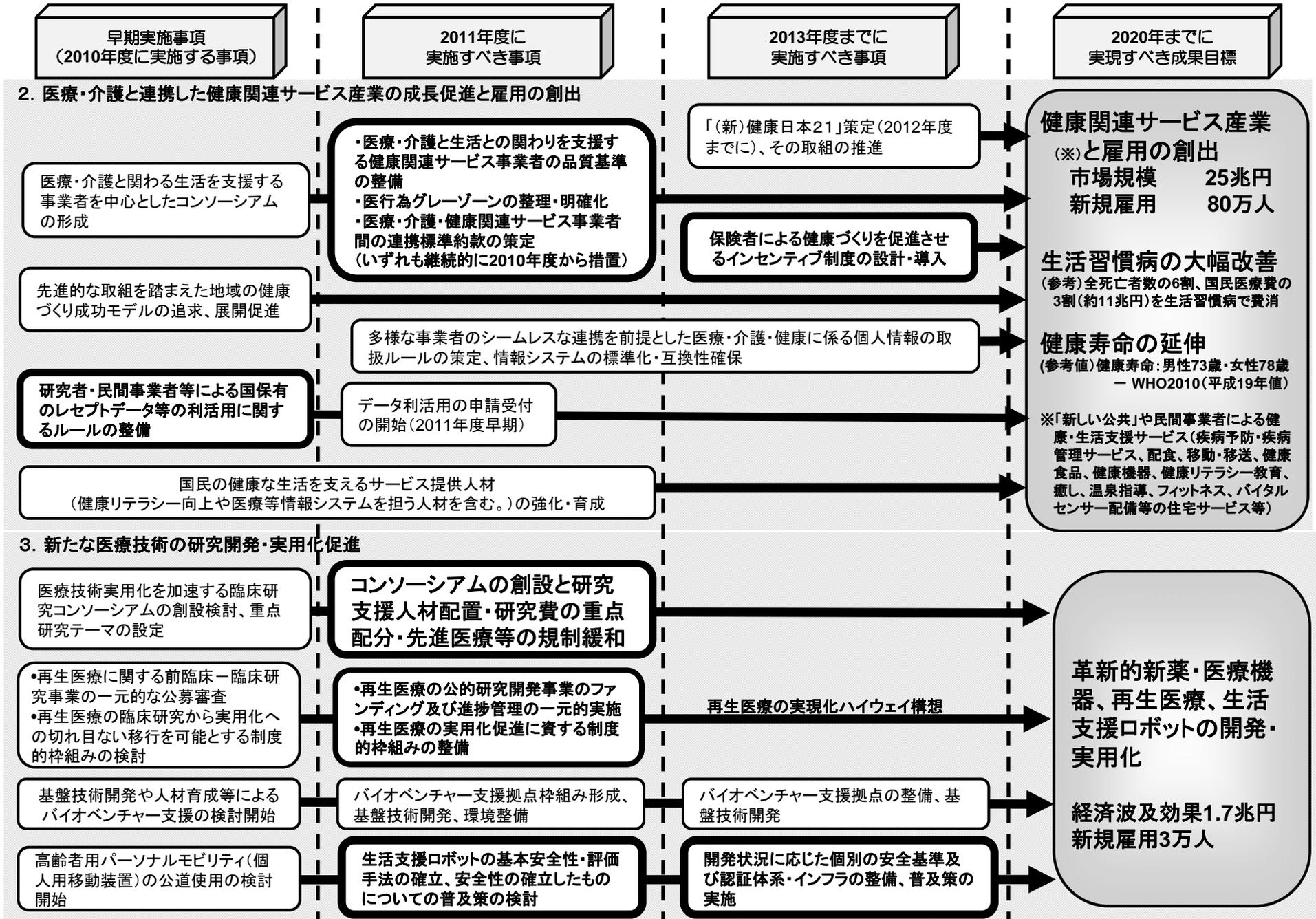
I 環境・エネルギー大国戦略



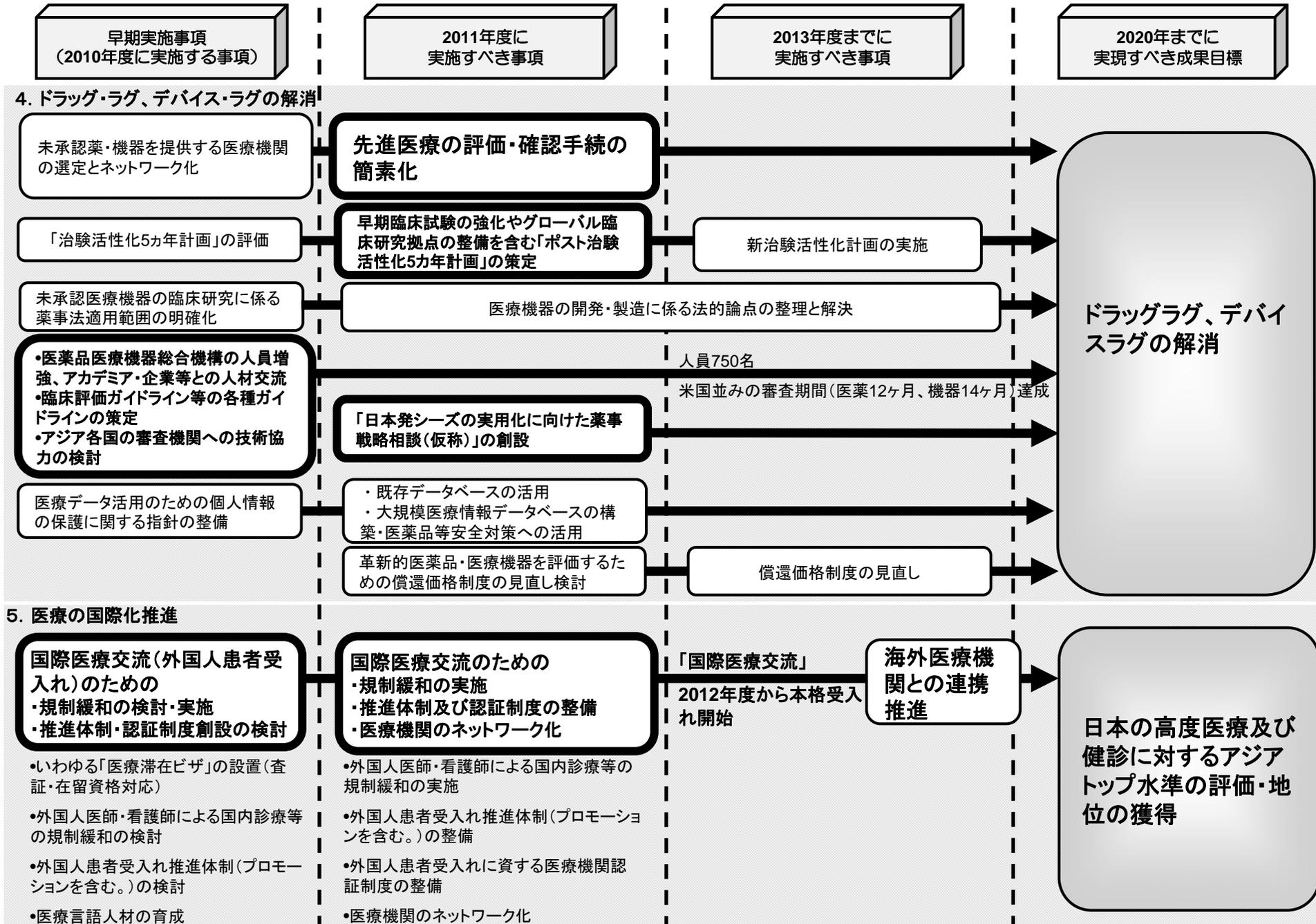
II 健康大国戦略



II 健康大国戦略



II 健康大国戦略



Ⅲ アジア経済戦略 ～FTAAP(アジア太平洋自由貿易圏)の構築を通じた経済連携戦略～

早期実施事項
(2010年度に実施する事項)

2011年度に
実施すべき事項

2013年度までに
実施すべき事項

2020年までに
実現すべき成果目標

包括的経済連携の基本方針の策定

・主要国・地域との経済連携の進め方等

APECエコノミーとの交渉

- ・APECにおけるFTAAPの議論を加速、FTAAP実現のための道筋の検討 (2010年日本APEC議長)
- ・ASEAN+3政府間議論の加速
- ・ASEAN+6政府間議論の加速
- ・日中韓FTA共同研究への積極的参画
- ・日韓EPA交渉早期再開
- ・日ペルーEPA交渉の推進
- ・日豪EPA交渉の推進
- ・日米間の経済連携の在り方の検討

・2012年終了
(長期的に地域共通市場を含む経済統合を目指す)

アジア太平洋自由貿易圏
(FTAAP)の構築を含む
経済連携の推進

APEC域外国との交渉

- ・WTOドーハ・ラウンド交渉妥結への対応
- ・日印EPA交渉の推進
- ・日EU 共同検討作業

日EU EPA交渉開始

日本企業が活躍しやすい
海外フィールドの環境整備
(ヒト・モノ・カネの流れ倍増)

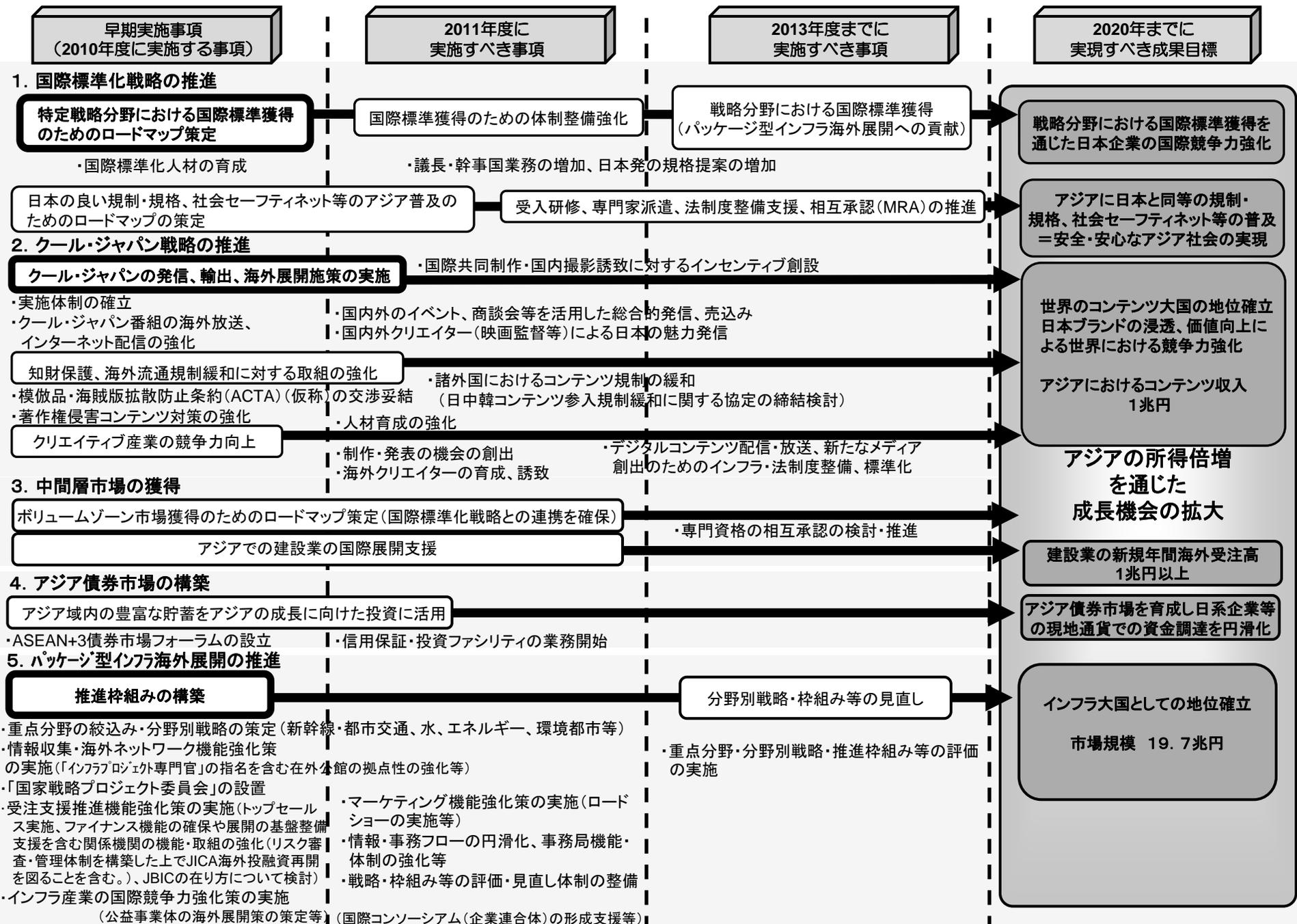
経済連携強化のための国内制度改革等の実施

- ・関税の削減・撤廃
- ・基準認証制度の国際調和化
- ・人の移動に関する制限の緩和
- ・投資規制(サービス分野等)の自由化・緩和
- ・政府調達市場の透明性向上等

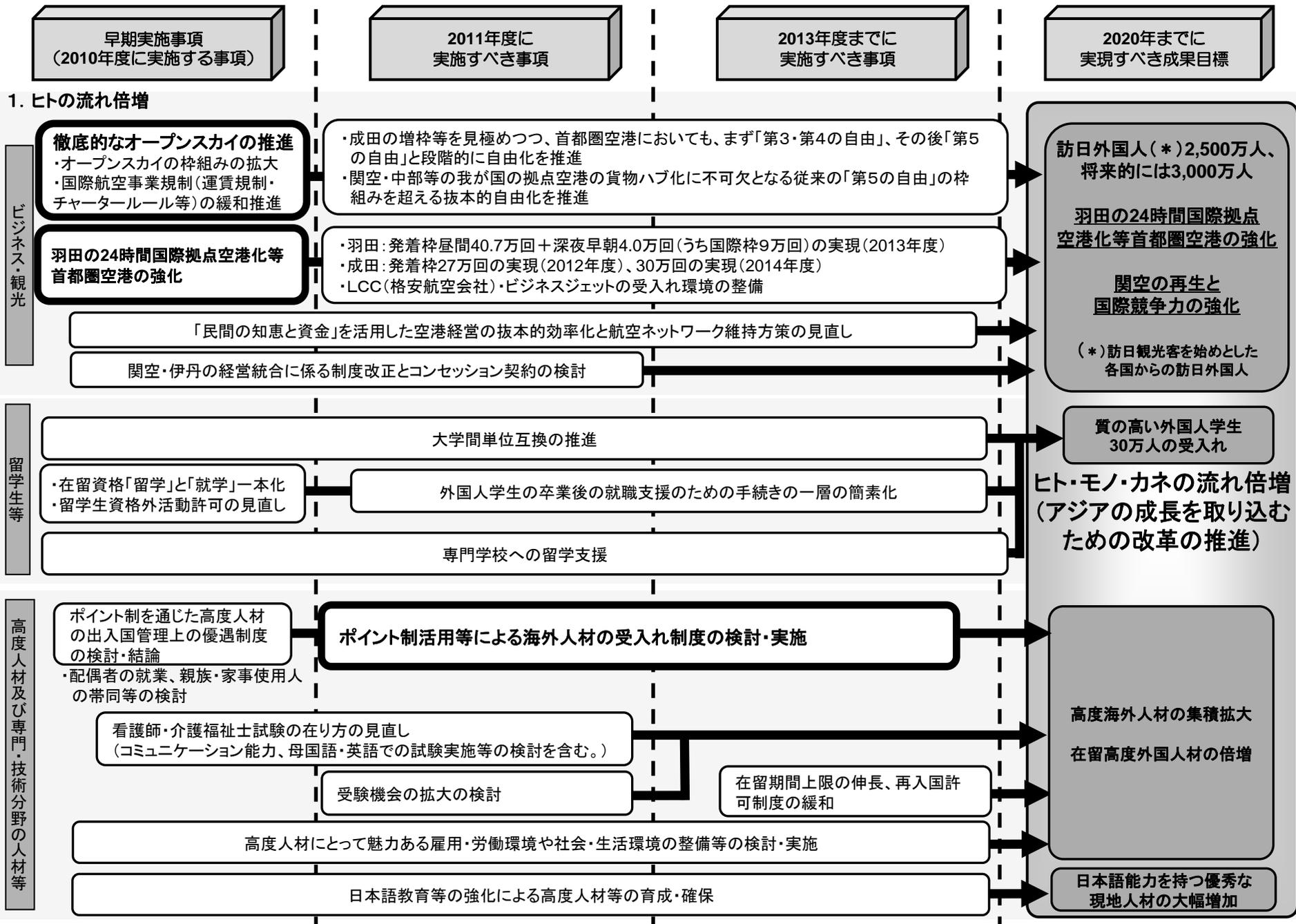
必要な制度改革の検討・実施

- ・知的財産権の保護強化
- ・検疫体制の強化
- ・貿易関連手続の一層の円滑化
- ・セーフティネットの強化
- ・国内対策の実施等

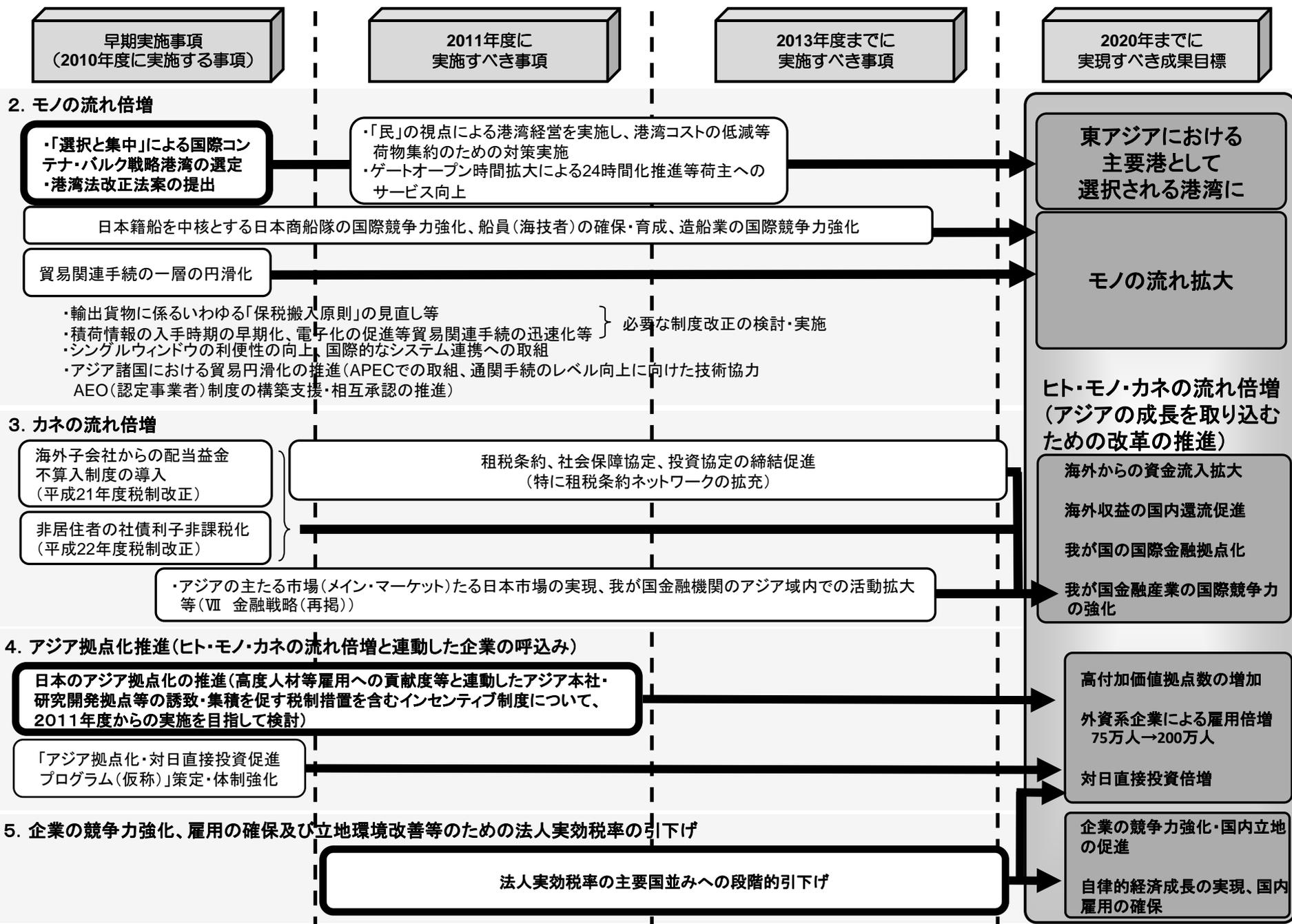
Ⅲ アジア経済戦略 ～アジアの所得倍増を通じた成長機会の拡大～



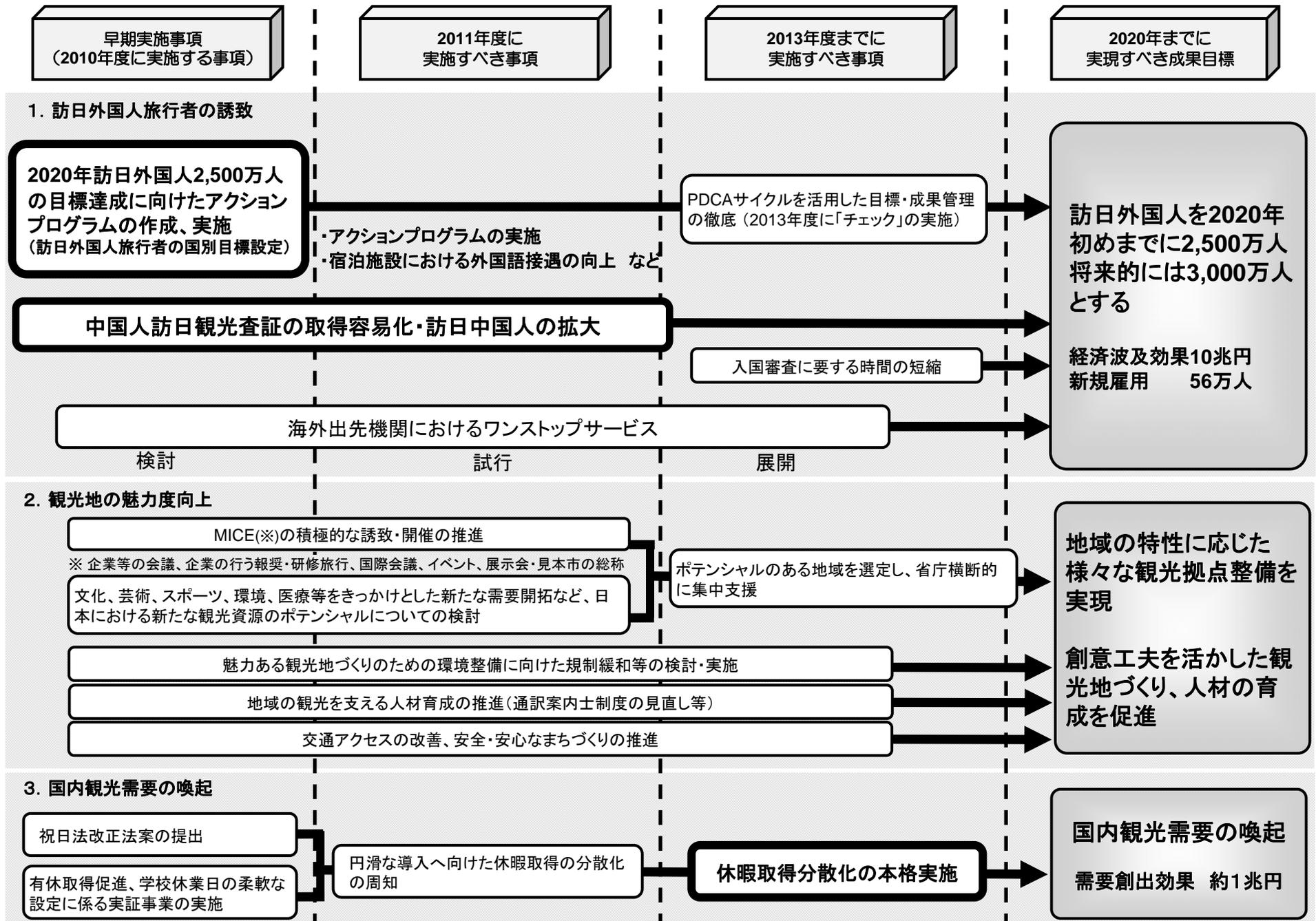
Ⅲ アジア経済戦略 ～ヒト・モノ・カネの流れ倍増(アジアの成長を取り込むための改革の推進)～①



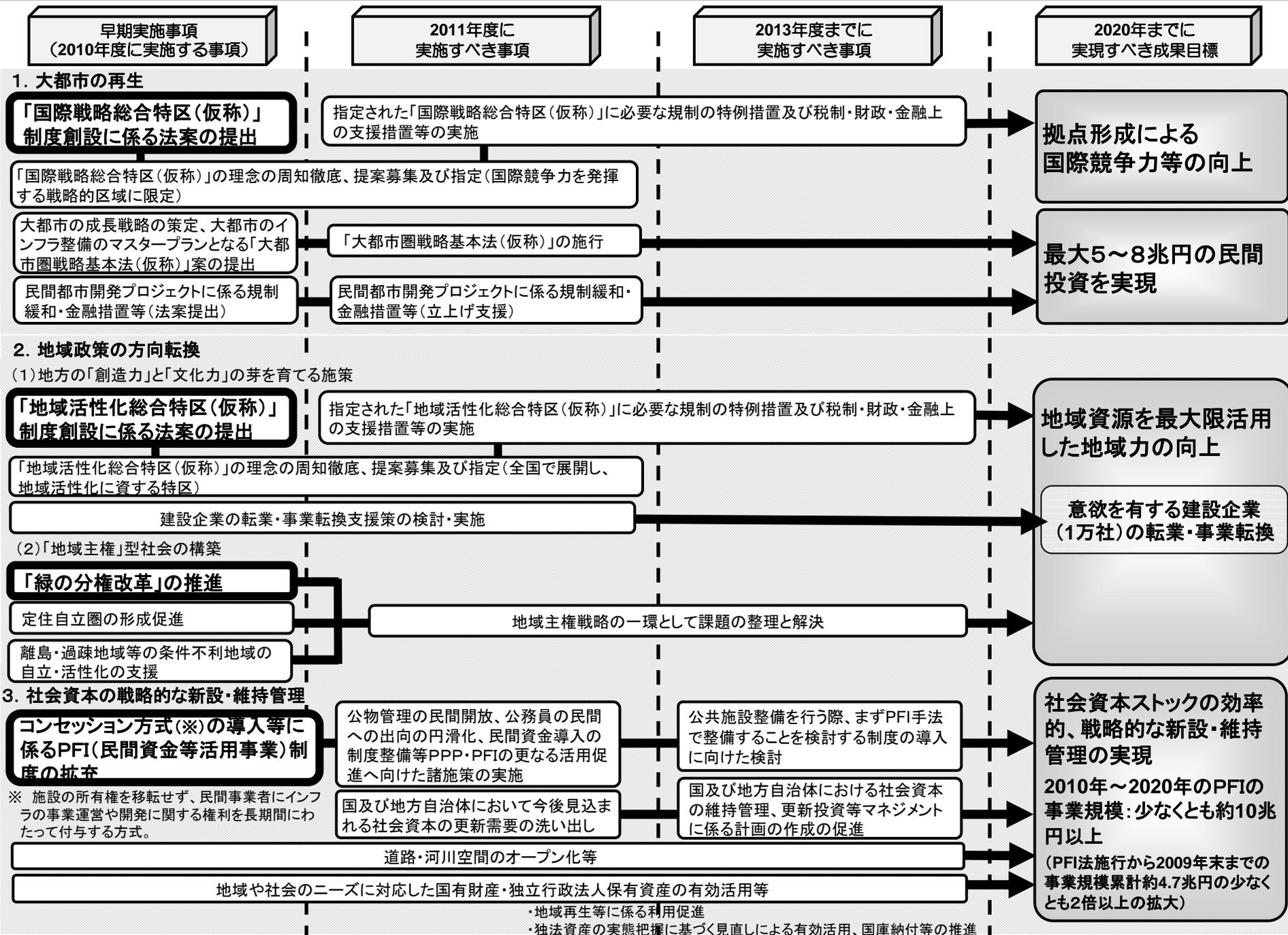
Ⅲ アジア経済戦略 ～ヒト・モノ・カネの流れ倍増(アジアの成長を取り込むための改革の推進)～②



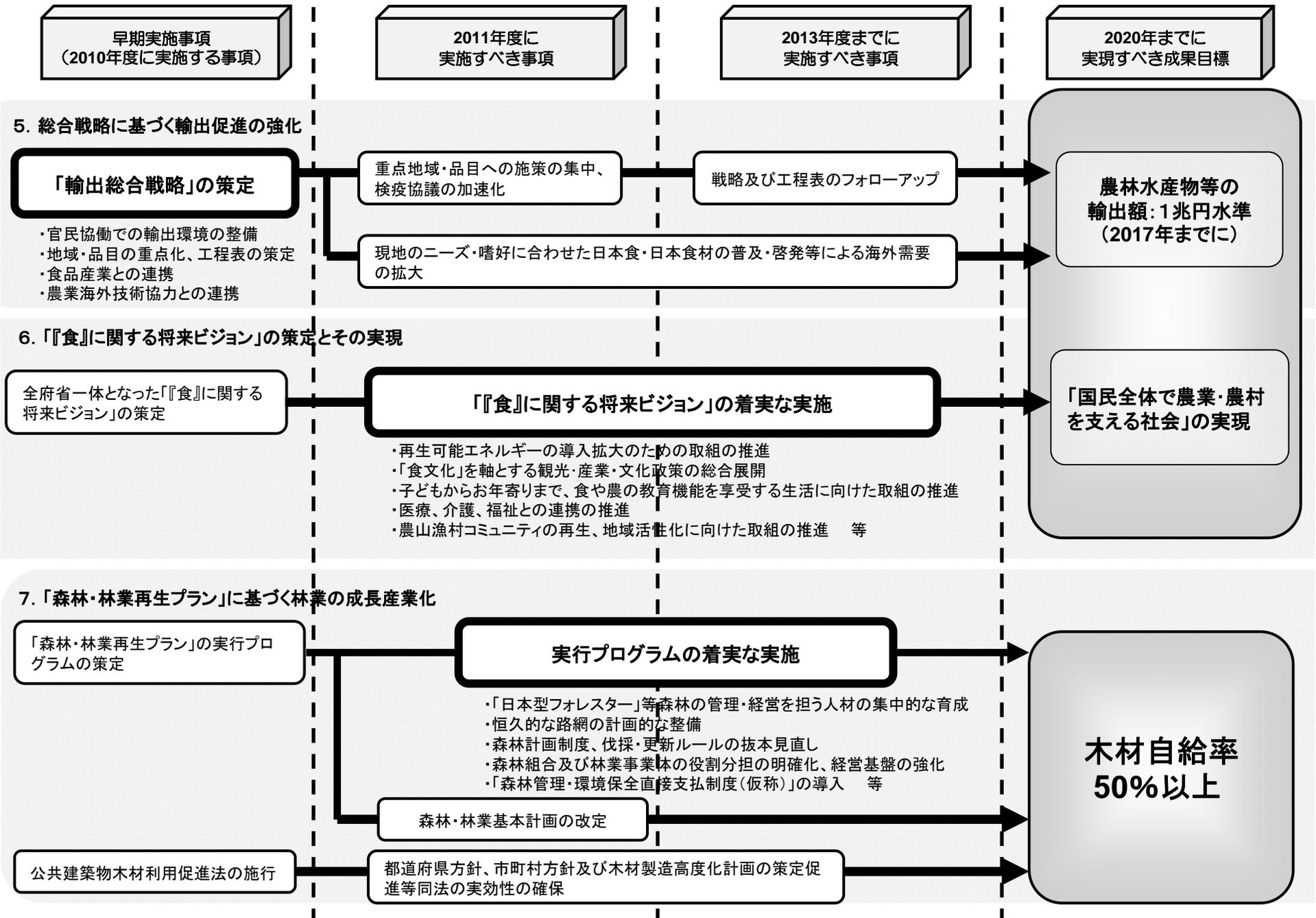
IV 観光・地域活性化戦略 ～観光立国の推進～



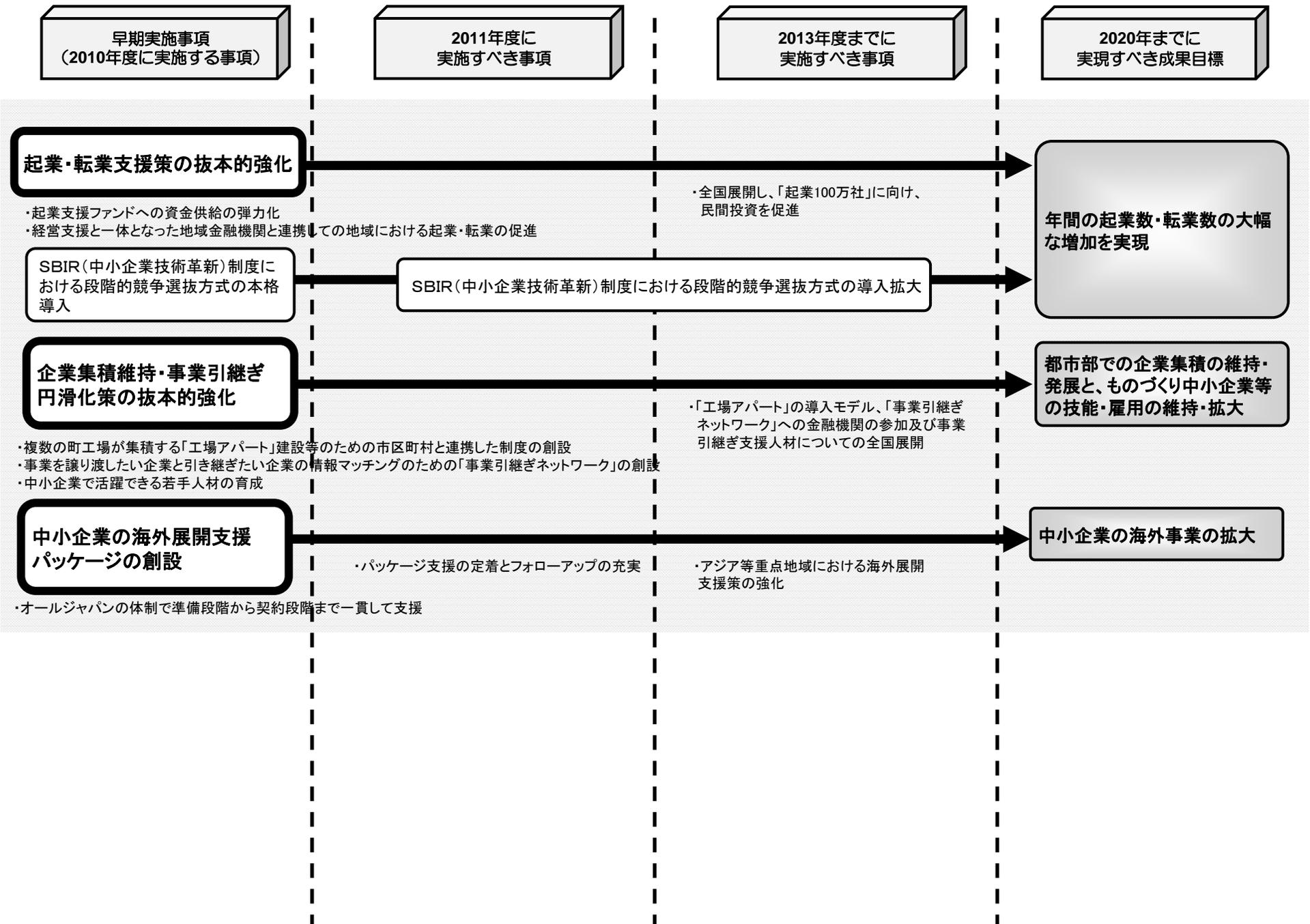
IV 観光・地域活性化戦略 ～地域資源の活用による地方都市再生、成長の牽引役としての大都市の再生～



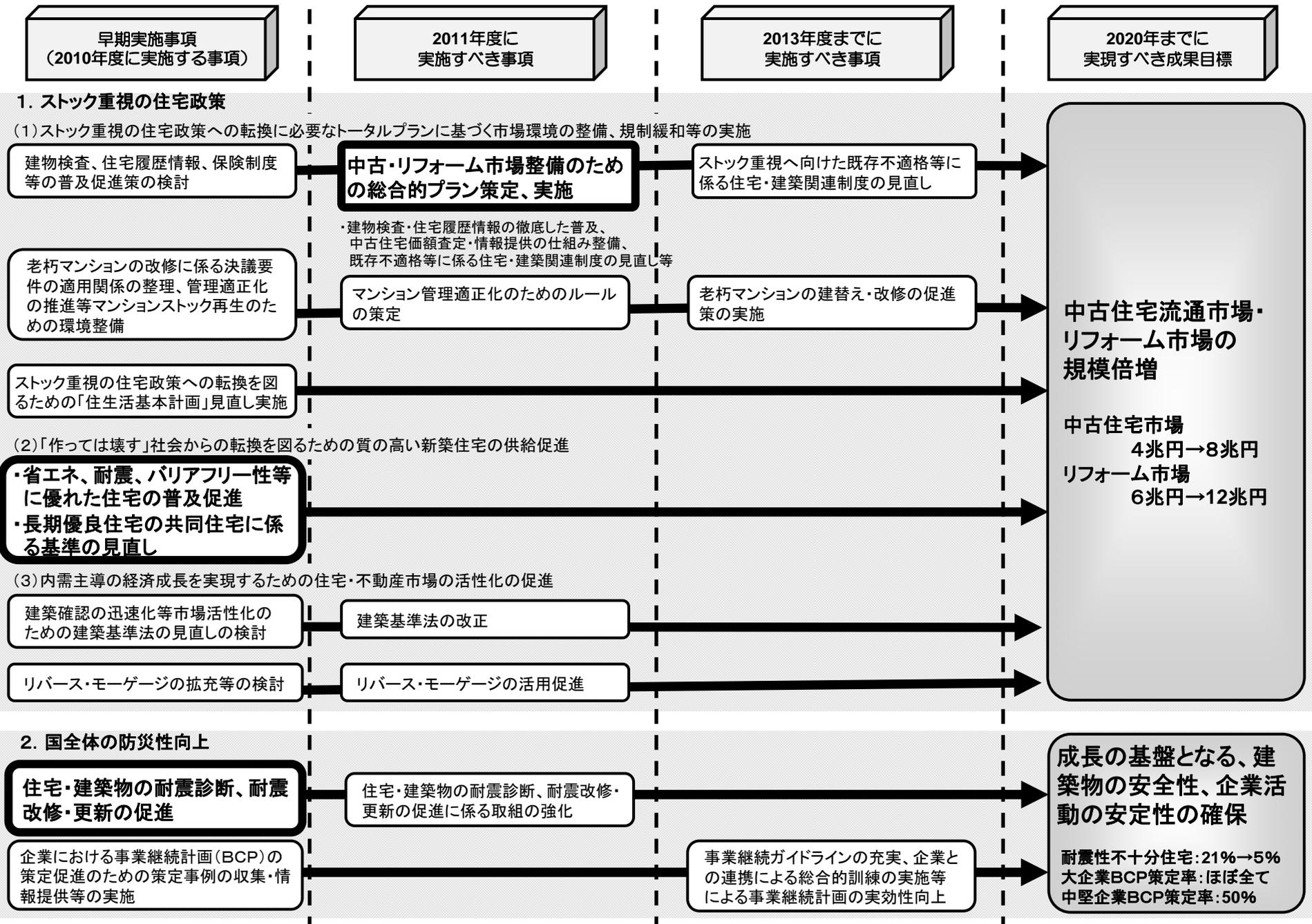
IV 観光・地域活性化戦略 ～農林水産分野の成長産業化～ ②



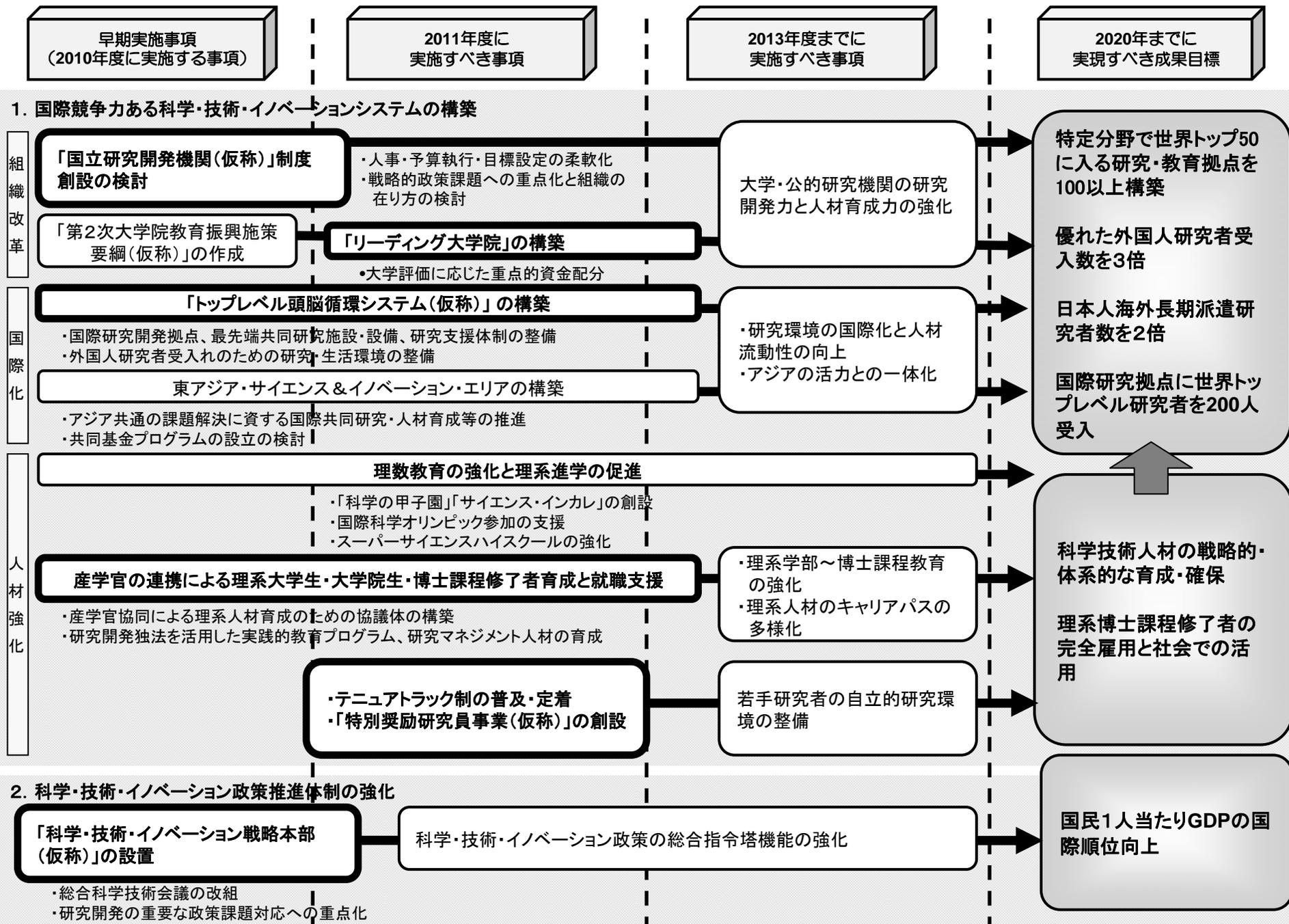
IV 観光・地域活性化戦略 ～中小企業の活性化～



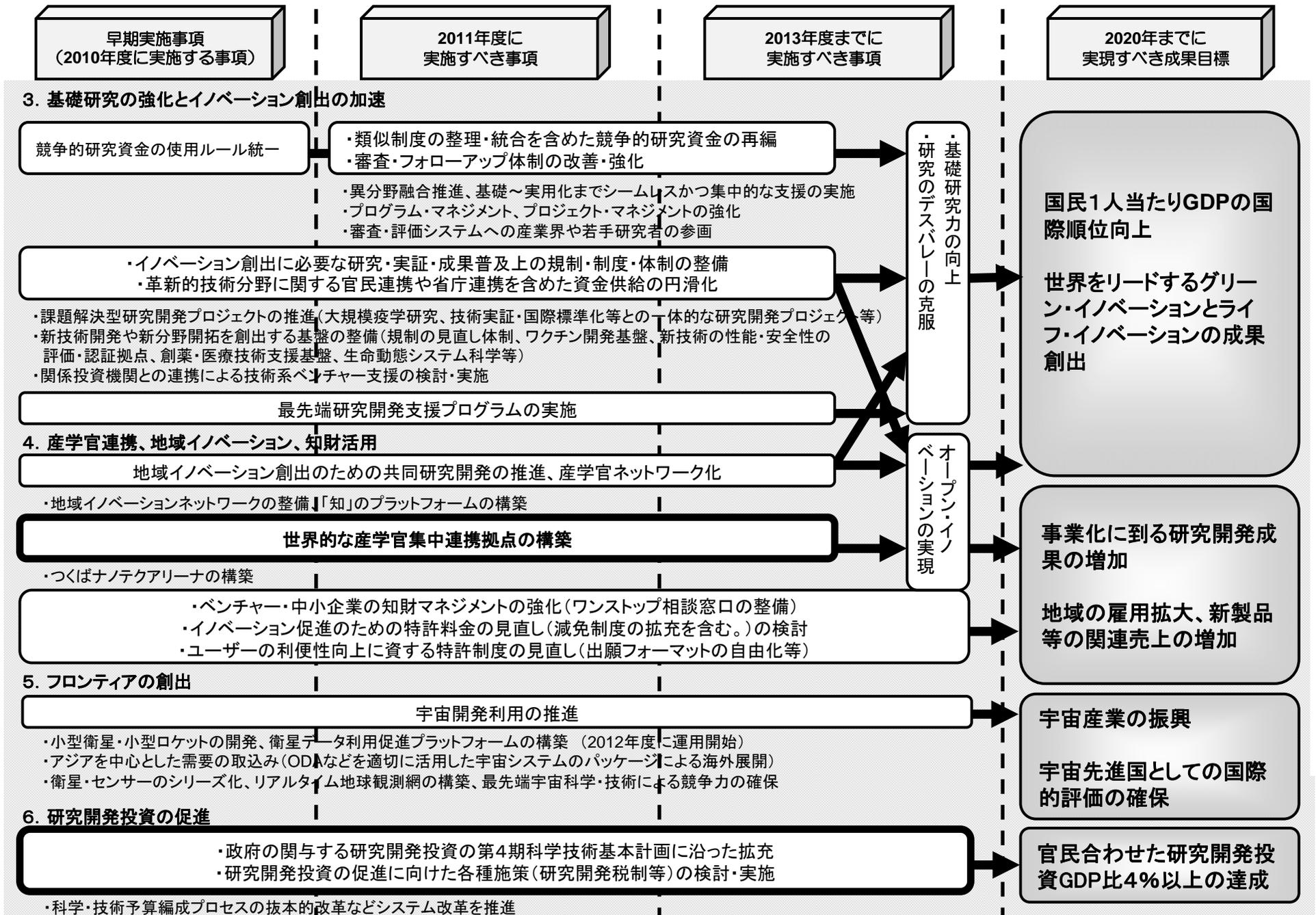
IV 観光・地域活性化戦略 ～ストック重視の住宅政策への転換～



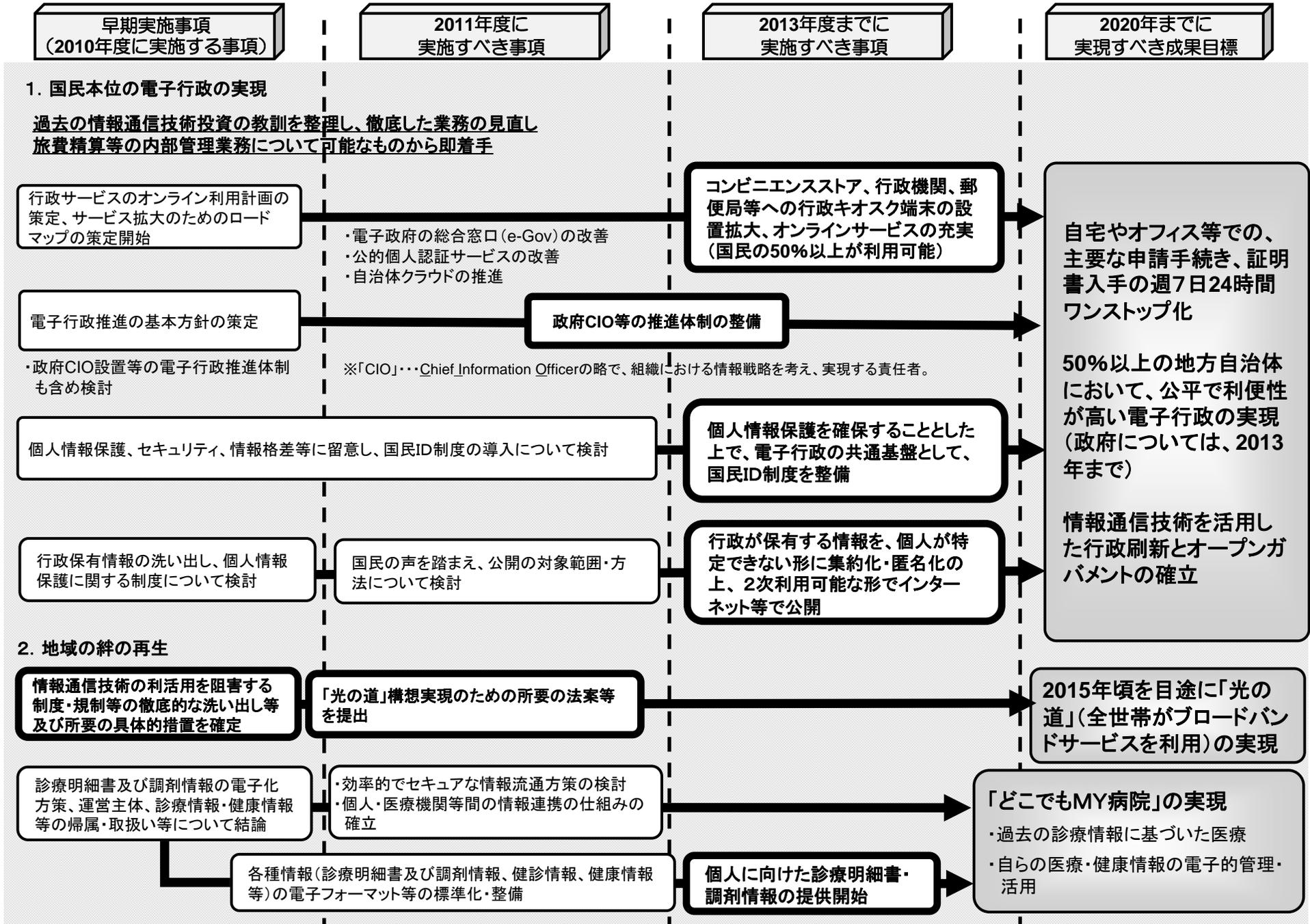
V 科学・技術・情報通信立国戦略 ～知恵と人材のあふれる国・日本～①



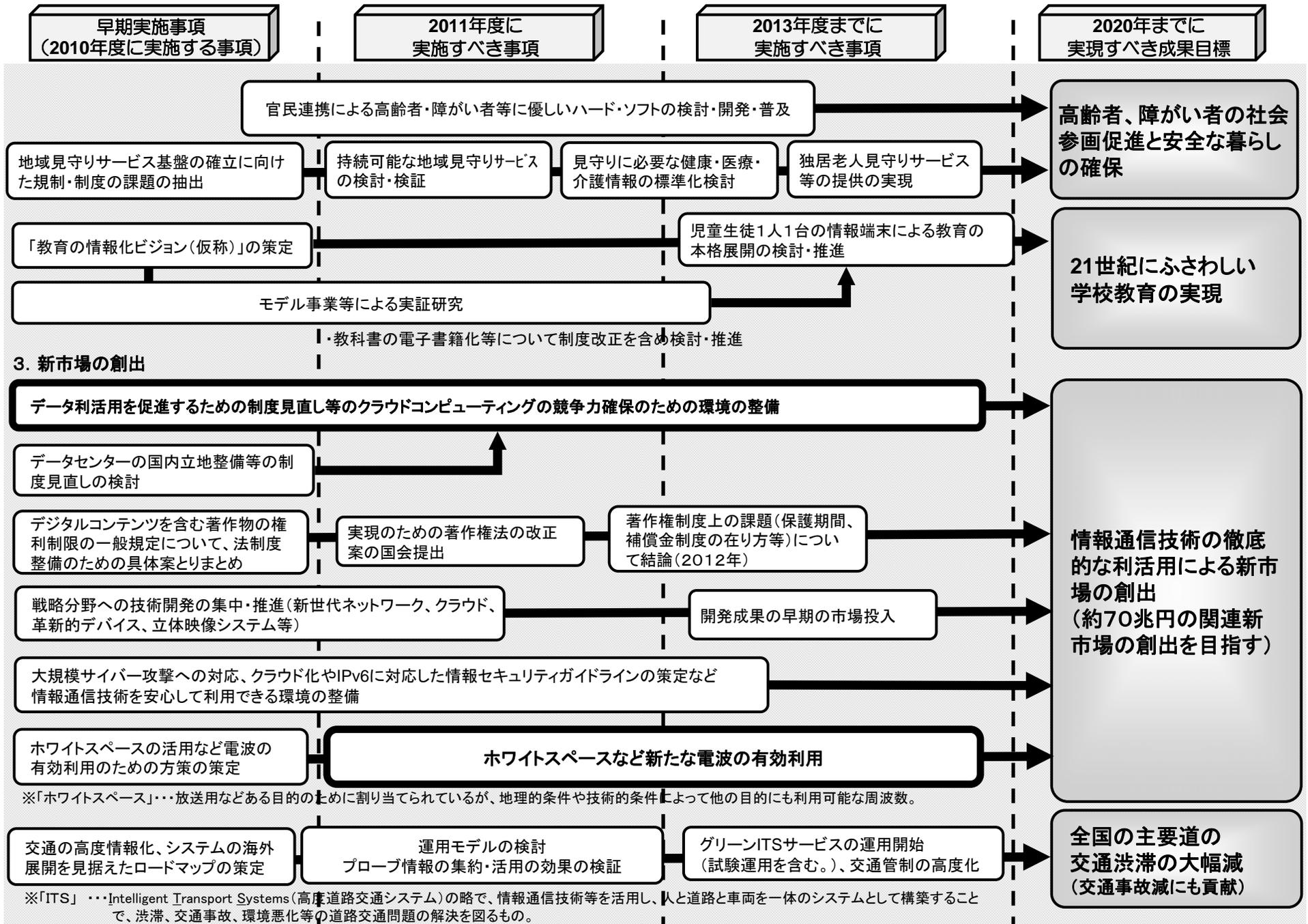
V 科学・技術・情報通信立国戦略 ～知恵と人材のあふれる国・日本～②



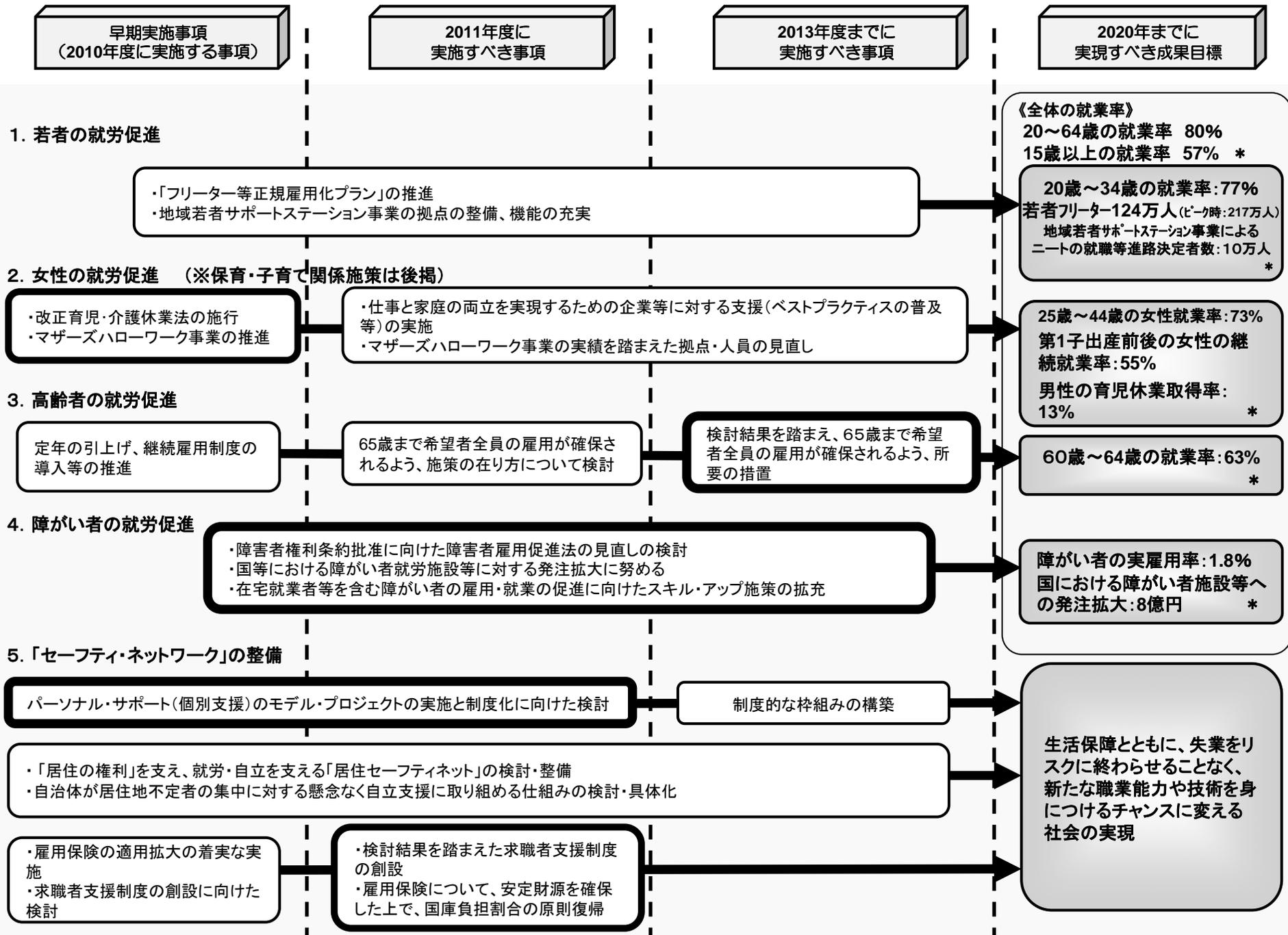
V 科学・技術・情報通信立国戦略 ～IT立国・日本～①



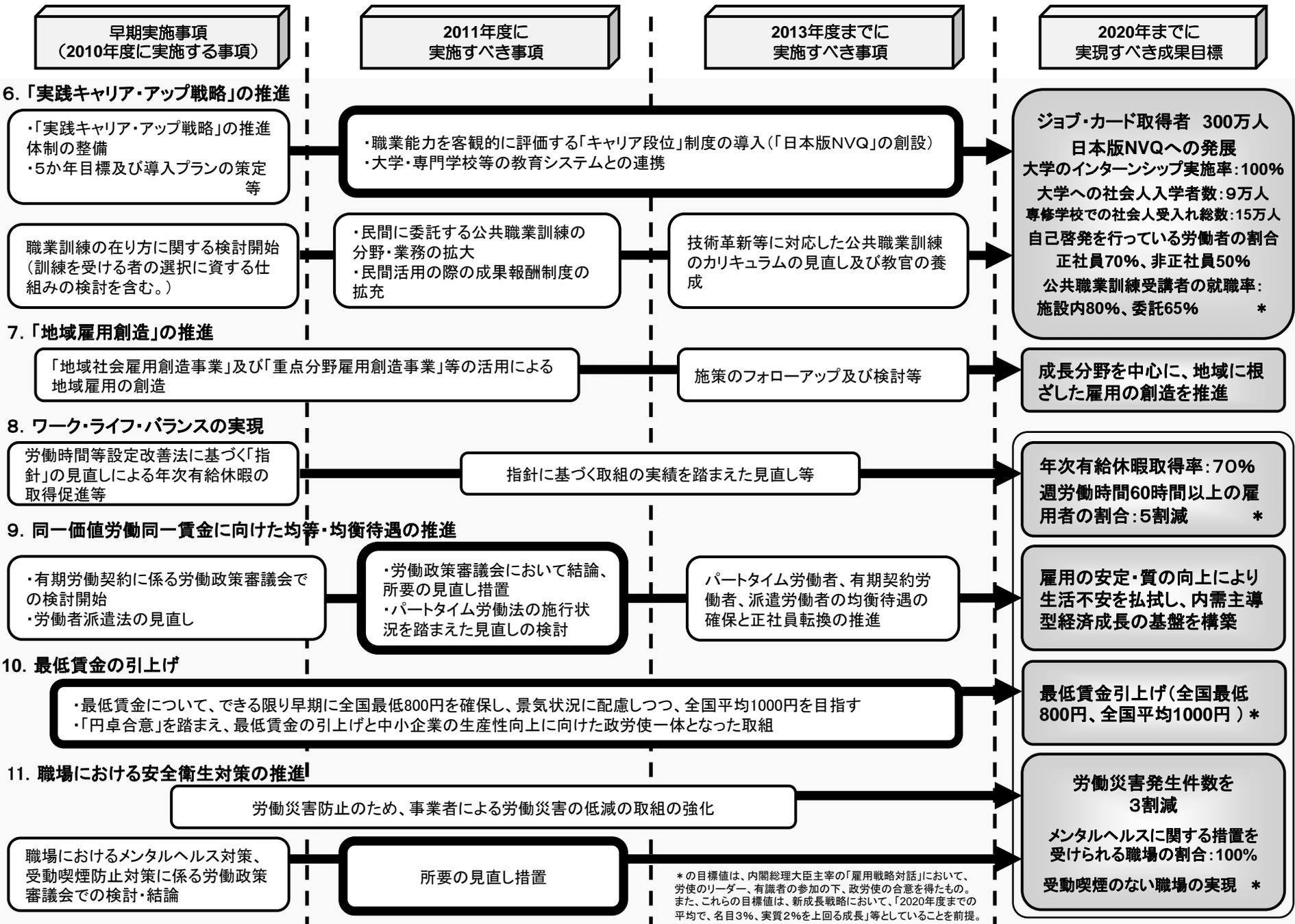
V 科学・技術・情報通信立国戦略 ～IT立国・日本～②



VI 雇用・人材戦略 ～「出番」と「居場所」のある国・日本～ ①

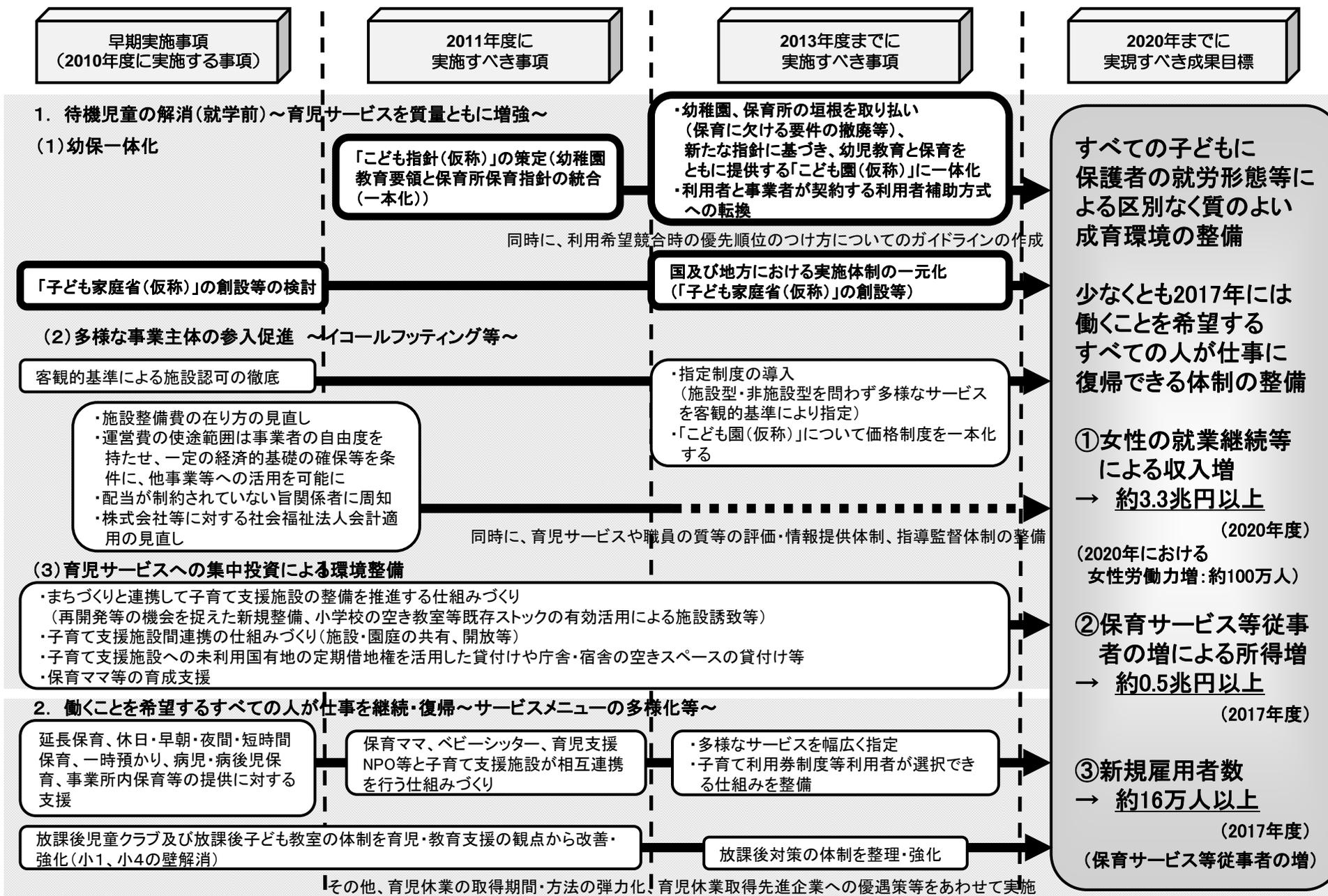


VI 雇用・人材戦略 ～「出番」と「居場所」のある国・日本～ ②



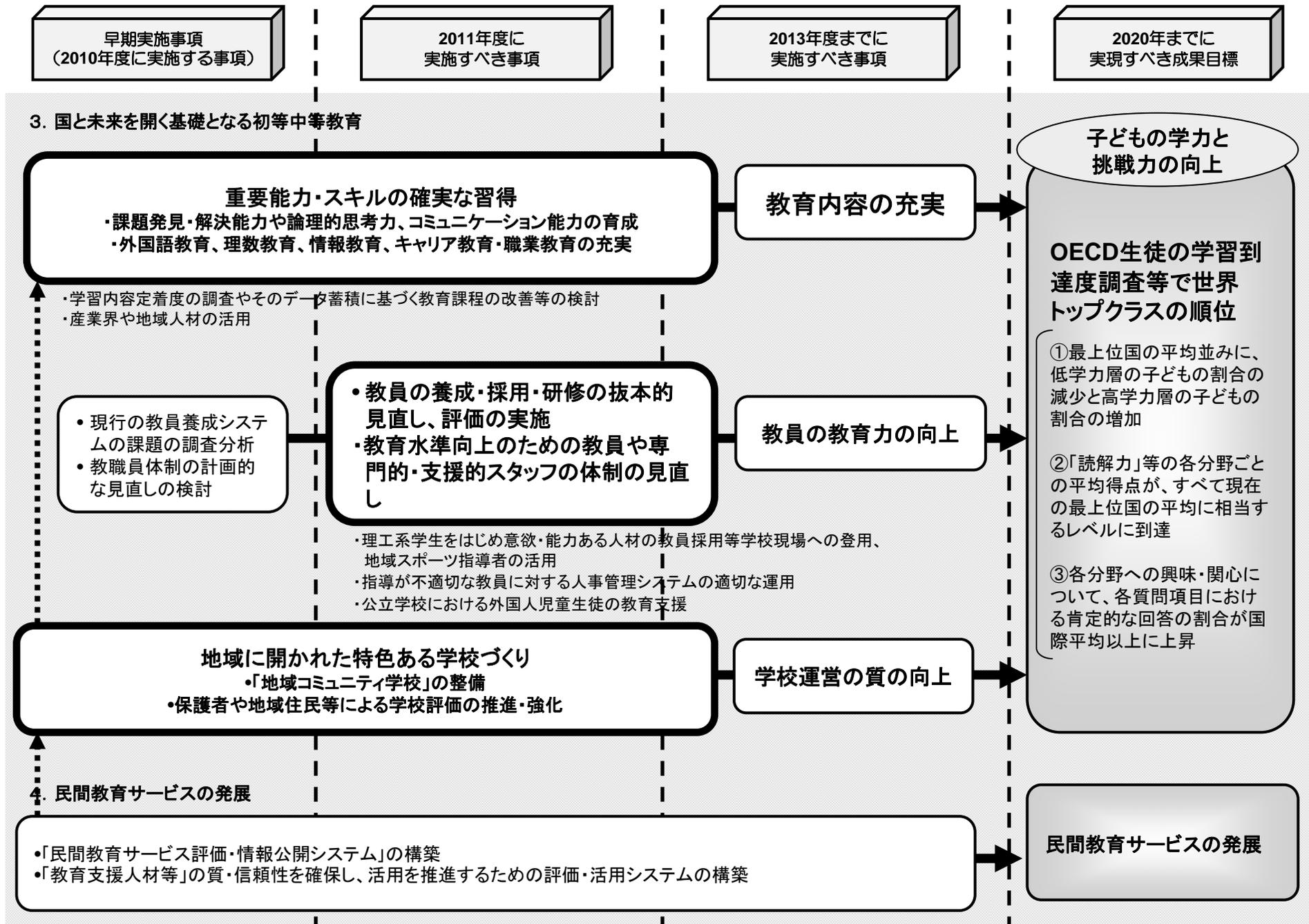
* の目標値は、内閣総理大臣主宰の「雇用戦略対話」において、労使のリーダー、有識者の参加の下、政労使の合意を得たもの。また、これらの目標値は、新成長戦略において、「2020年度までの平均で、名目3%、実質2%を上回る成長」としていることを前提。

VI 雇用・人材戦略 ～子どもの笑顔あふれる国・日本～①

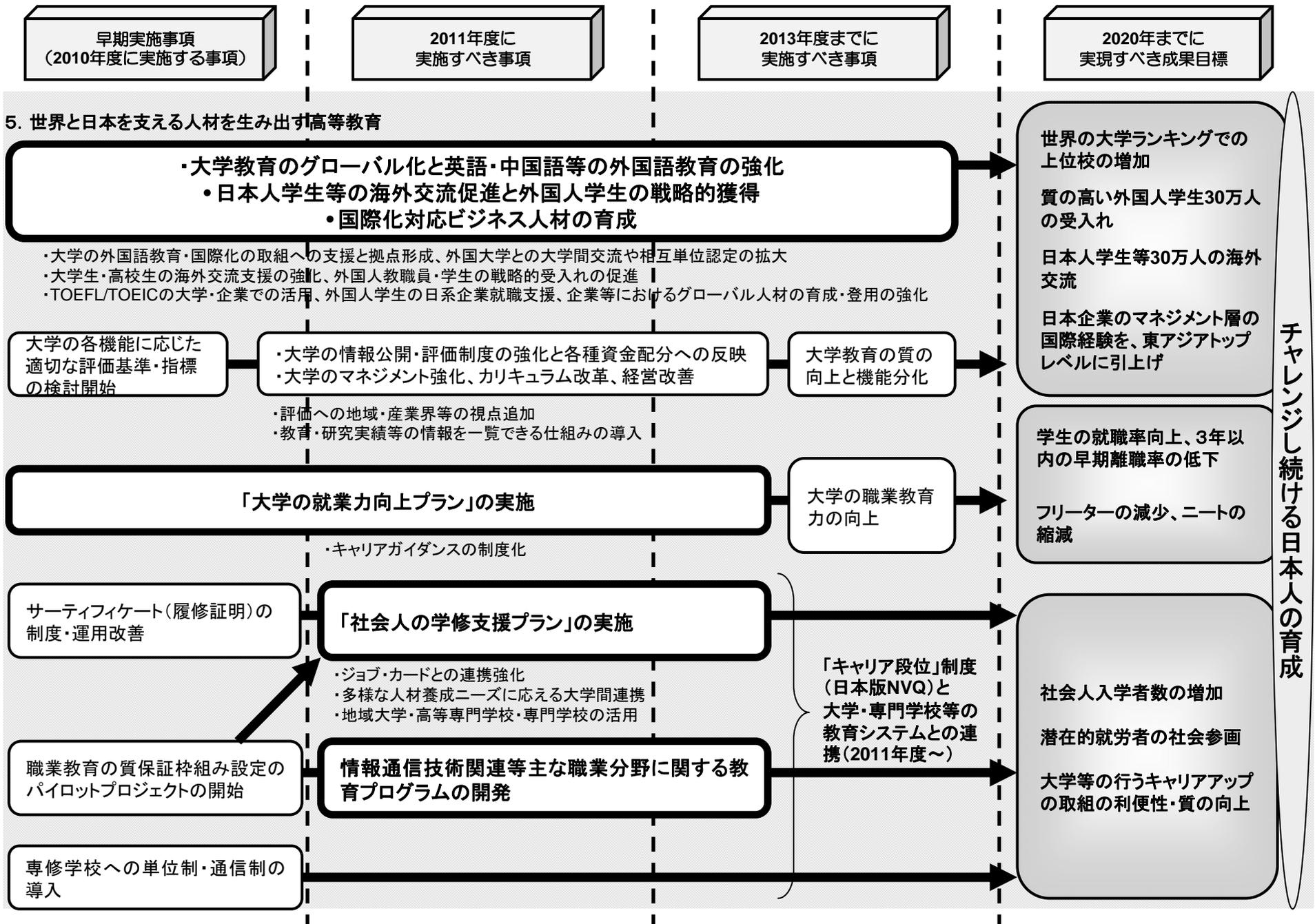


※ 上記の施策の具体化など詳細については、引き続き「子ども・子育て新システム検討会議」において検討(2011年通常国会までに所要の法案を提出)

VI 雇用・人材戦略 ～子どもの笑顔あふれる国・日本～②



VI 雇用・人材戦略 ～子どもの笑顔あふれる国・日本～③



チャレンジし続ける日本人の育成

VI 雇用・人材戦略 ～「新しい公共」－支えあいと活気のある社会の構築～①

早期実施事項
(2010年度に実施する事項)

2011年度に
実施すべき事項

2013年度までに
実施すべき事項

2020年までに
実現すべき成果目標

1. 官が独占していた領域を公に開き、ともに支えあう仕組みを構築

(1) 「新しい公共」円卓会議からの提案に対する対応の実現

・夏に会議を設置し、12月までに政府の対応をフォローアップ、結果を踏まえて提案
・政府と市民セクター等との公契約や協約の在り方等を議論

・「新しい公共」円卓会議提案の着実な実現
・民間提案型の業務委託、市民参加型の公共事業の導入

(2) マルチステークホルダーからなる「社会的責任に関する円卓会議」を通じた協働

・平成23年春頃までに「安全・安心で持続可能な未来に向けた協働戦略」を策定し、実行
・平成22～23年度にかけて消費者・市民教育モデル事業・地域円卓会議のモデル開催

(3) 事前チェック型から事後チェック中心の行政への移行(認定NPO法人の認定基準における仮認定の導入等)

・具体的に制度設計し、平成23年度税制改正において実現
・公益法人の認定等について、平成22年度以降の申請について、原則として認定等までの期間を4ヶ月以内に迅速化

(4) 社会イノベーションを促進するための必要な規制改革及び公的支援等を一体として実施する地域活性化総合特区等の検討

広く提案募集を行い、検討の場を設けて新たな法制化を含む具体的な制度設計を推進

具体的内容及び実施地域等を決定

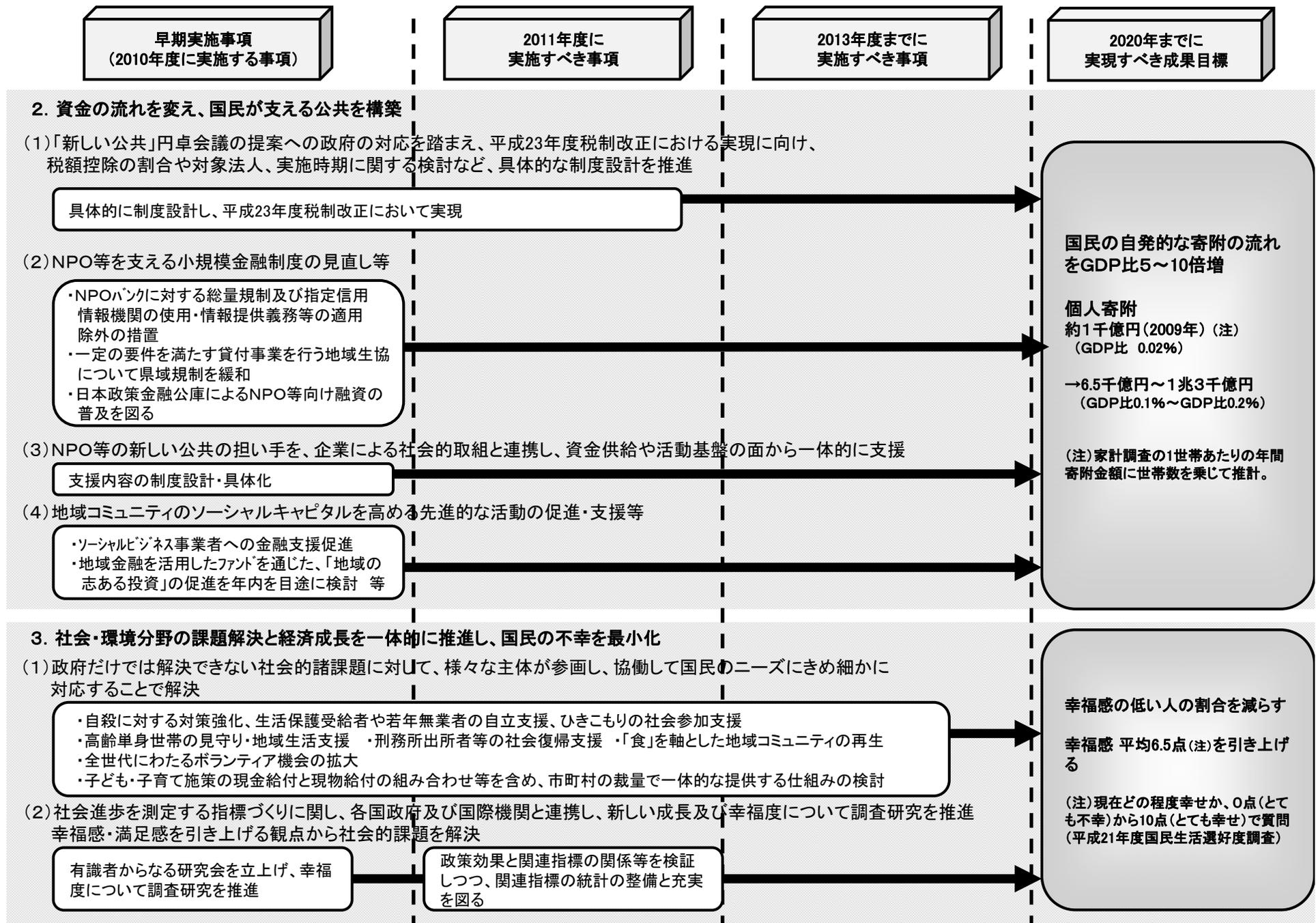
(5) 現場対話とインターネット活用等による「熟議」を通じた政策形成メカニズムの導入

「熟議」に基づく政策形成を先行的に実施するとともに、市町村等の取組も支援

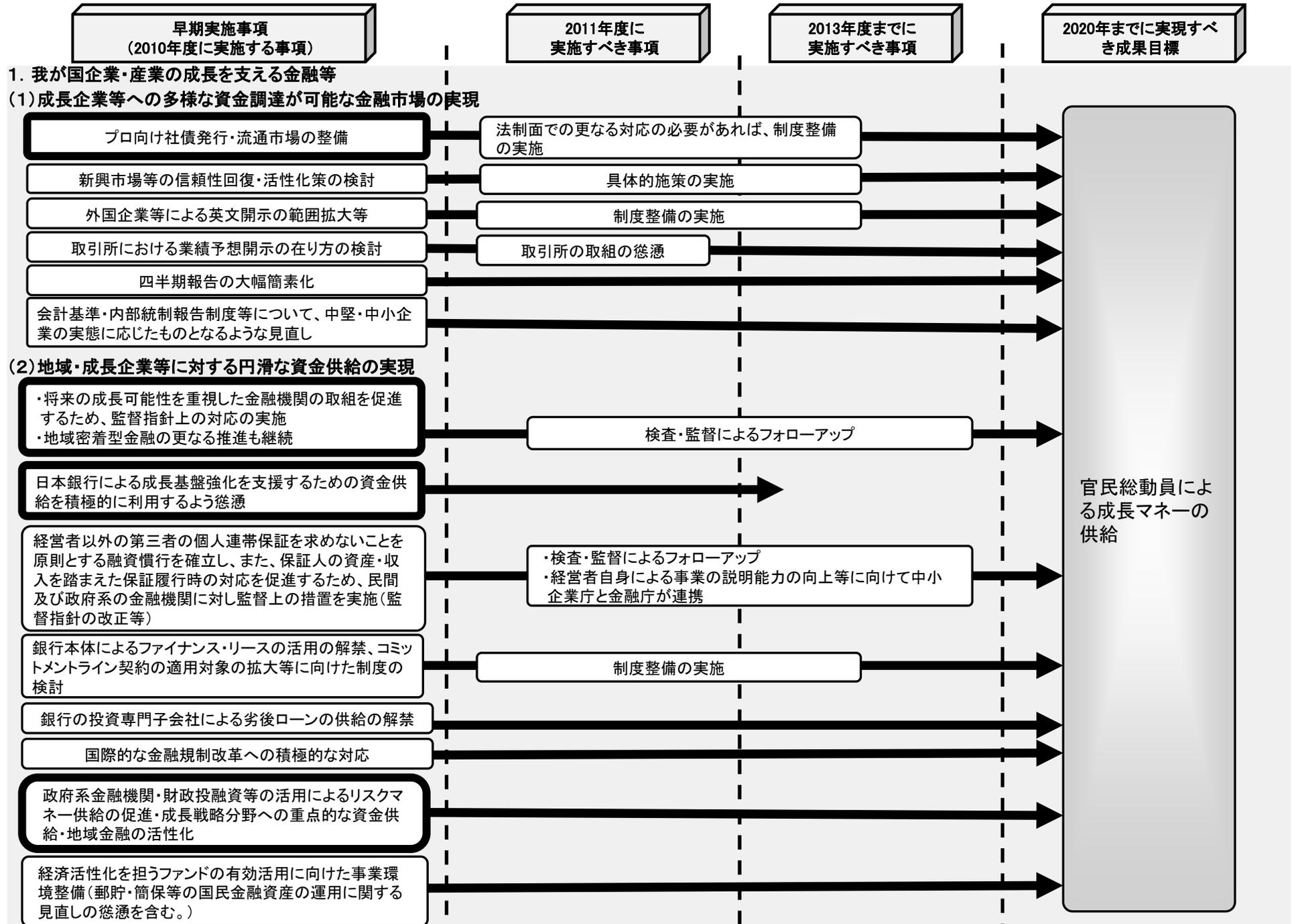
先行事例により得られた知見を踏まえ、「熟議」に基づく政策形成を政府内で浸透させるとともに、引き続き支援

「新しい公共」への参加割合の拡大
26% (2010年) → 約5割
(注)平成21年度国民生活選好度調査による

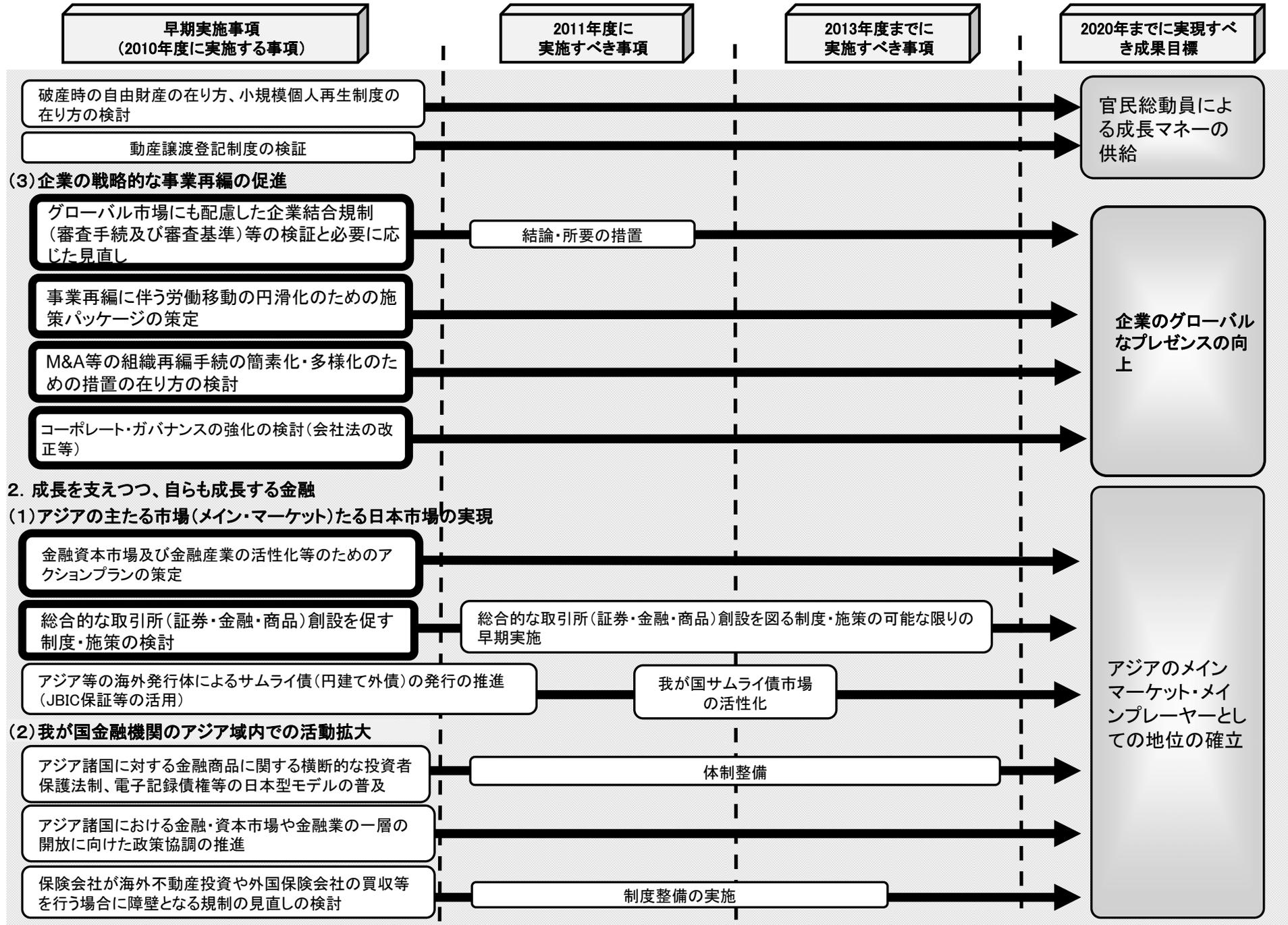
VI 雇用・人材戦略 ～「新しい公共」－支えあいと活気のある社会の構築～ ②



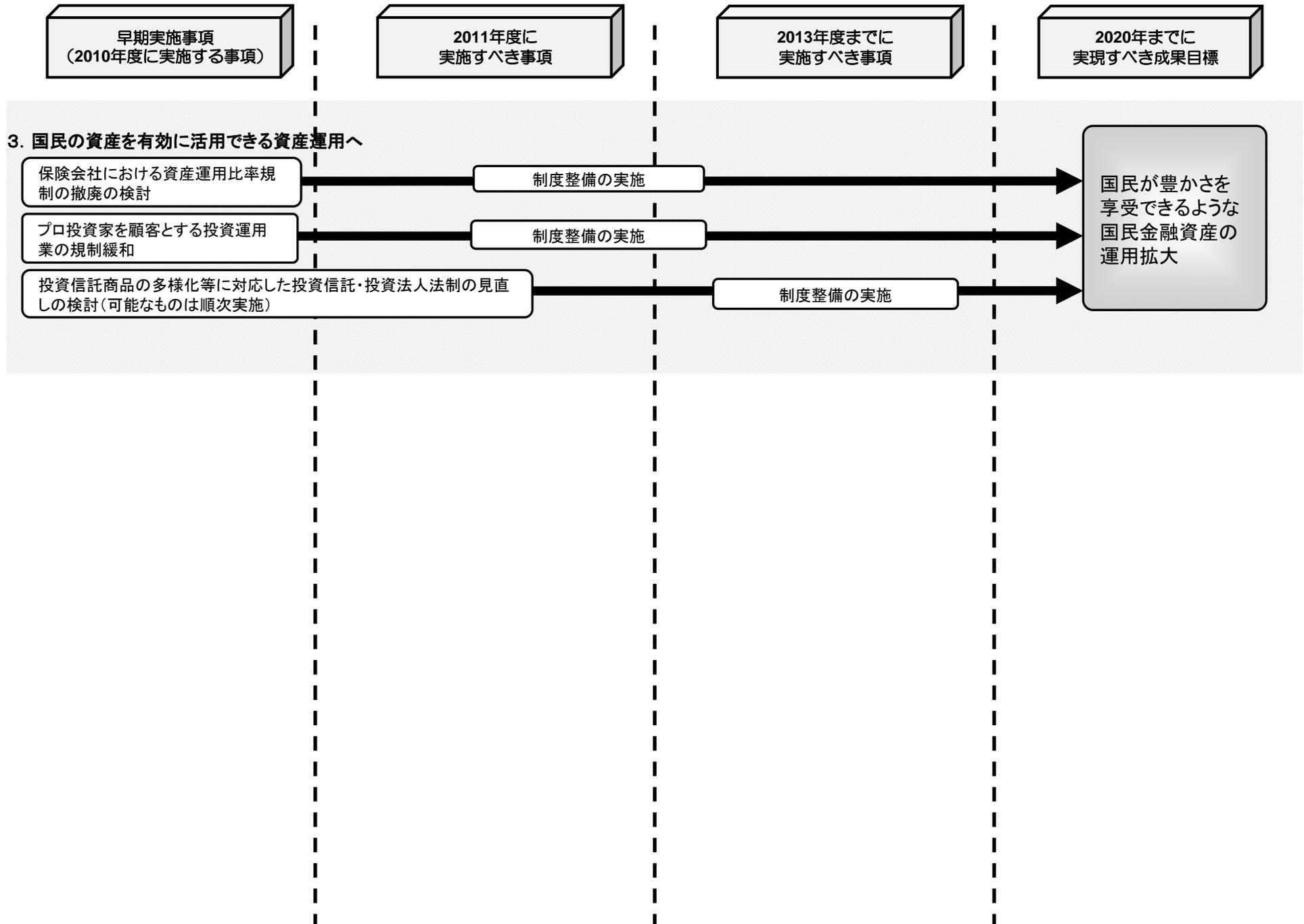
VII 金融戦略



VII 金融戦略



VII 金融戦略



医師数増加に関する日本医師会の見解
— 医学部を新設すべきか —

目 次

1. これまでの日本医師会の見解	1
2. 人口 1,000 人当たり医師数の国際比較	2
3. 医師養成数と医師数	4
3.1. 医学部入学定員.....	4
3.2. 医師数の推移.....	6
3.3. 今後の医師数の見通し（粗い計算）	10
4. 医師数増加についての見解	14
4.1. 医学部新設による医師数の増加について.....	14
4.2. 医師の偏在解消に向けて.....	16

1. これまでの日本医師会の見解

日本医師会は、2010年2月24日、医学部の新設に対し、以下の問題点をあげて医学部の新設をもって、医師数の増加を図ることに反対意見を表明した。

(2010年2月24日 定例記者会見資料より抜粋)

医学部新設の問題点

医学部新設に係る具体的な問題点は以下のとおりである。

1. 教員確保のため、医療現場から医師を引き揚げざるを得ず、地域医療崩壊を加速する。
2. 教員が分散し、医学教育の水準、ひいては、医療の質の低下をまねく。
3. 人口減少など社会の変化に対応した医師養成数の柔軟な見直しを行いにくくなる。

1 医育機関当たり医師数は289人であるが、二次医療圏の約4割では、医療施設従事医師数が289人以下である。医学部が新設されることにより、地域でさらに医療崩壊が進むことを否定できない。

また、2010年5月7日には、原中会長が、日本記者クラブの講演において、上記の問題点をあげ、「日本医師会は、医師不足の解決を緊急課題と考えるが、医学部の新設をもってこれを実現することには反対である」と述べた。

2010年6月30日の定例記者会見では、医学部新設に反対意見を表明したうえで、医師養成数の増員だけでは、地域の医師偏在は解消しないため、改めて地域で医師を育てるための仕組みを検討すること、そのために、各地域で進められている医師偏在の解消に向けた取り組みについて、情報を収集・分析する

考えを示した。

また、医師偏在の解消に向けては、一定の制約をもたせた仕組みを検討する方向であることも明らかにした。

2. 人口 1,000 人当たり医師数の国際比較

医師数増加にあたり、現政権では、OECD 平均の人口 1,000 人当たり医師数を目指すことを公約に掲げており、医師養成数（資料によっては医師数）を 1.5 倍に増加する方向を示してきた。

OECD Health Data は、必ずしも各国の医師の定義が完璧に統一されているわけではないが、政策判断等の局面において、目安として使用されることが多いため、ここではまず OECD 加盟国と、日本の医師数を示しておく。

人口 1,000 人当たり医師数は、日本では 2008 年には 2.2 人、OECD 加盟国平均では 3.1 人である（表 2.1）。日本の人口 1,000 人当たり医師数は、2006 年には 2.1 人であったが、医師数の増加（医師養成数の増加によるものではなく、従事医師数の増加によるもの）および人口減により、2006 年から 2008 年にかけて 0.1 人増加した。

仮に日本の人口 1,000 人当たり医師数を OECD 加盟国平均なみに引き上げるとすると、現状の人口を前提に医師数を 1.4 倍に増加させる必要がある。

また、G7 平均（G8 からロシアを除く）の人口 1,000 人当たり医師数は 2.9 人である。仮に日本の人口 1,000 人当たり医師数を G7 平均なみに引き上げるとすると、現状の人口を前提に医師数を 1.3 倍に増加させる必要がある。

表 2.1 人口 1,000 人当たり医師数の国際比較

Practising physicians, Density per 1 000 population (head counts) (人)

	2005	2006	2007	2008	2009	最近の値	
						最近の値	順位
オーストラリア	2.8	2.8	3.0	—	—	3.0	15
オーストリア	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.7	2
ベルギー	4.0	4.0	4.0	3.0	—	3.0	15
カナダ※	2.1	2.2	2.2	—	—	2.2	22
チリ	—	—	—	—	—	—	—
チェコ	3.6	3.6	3.6	3.6	—	3.6	8
デンマーク	3.3	3.4	3.4	—	—	3.4	11
フィンランド	2.6	2.7	2.7	2.7	—	2.7	18
フランス※	3.4	3.4	3.4	—	—	3.4	12
ドイツ	3.4	3.5	3.5	3.6	—	3.6	10
ギリシャ※	5.0	5.4	—	—	—	5.4	1
ハンガリー	2.8	3.0	2.8	3.1	—	3.1	13
アイスランド	3.7	3.7	3.7	3.7	—	3.7	5
アイルランド	—	—	—	—	—	—	—
イタリア※	3.8	3.7	3.7	—	—	3.7	6
日本	—	2.1	—	2.2	—	2.2	24
韓国	1.6	1.7	1.7	1.9	1.9	1.9	26
ルクセンブルグ	2.4	2.7	2.8	—	—	2.8	17
メキシコ	1.8	1.9	2.0	2.0	—	2.0	25
オランダ	—	—	—	—	—	—	—
ニュージーランド	2.1	2.3	2.3	2.5	—	2.5	20
ノルウェー	3.6	3.8	3.9	4.0	—	4.0	3
ポーランド	2.1	2.2	2.2	2.2	—	2.2	23
ポルトガル	—	—	—	—	—	—	—
スロバキア	—	—	3.0	—	—	3.0	14
スペイン	3.8	3.6	3.7	3.6	3.7	3.7	6
スウェーデン	3.5	3.6	—	—	—	3.6	9
スイス	—	—	—	3.8	3.8	3.8	4
トルコ※	1.5	1.4	1.5	—	—	1.5	27
イギリス	2.4	2.5	2.5	2.6	2.7	2.7	19
アメリカ	2.4	2.4	2.4	2.4	—	2.4	21
平均	3.0	3.0	3.0	3.0	—	3.1	—

*出所: OECD Health Data 2010 Release version - June 2010 ※はOECD Health Data 2009

G7平均(G8からロシアを除く)	2.9 人
平均(G8から、日本およびロシアを除く)	3.0 人

3. 医師養成数と医師数

3.1. 医学部入学定員

日本では、1960年頃から1980年頃まで、医学部入学定員が大幅に増加していた（図 3.1）。

しかし1982年に「医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」¹ことが決定され、医師数が抑制されることになった。さらに1997年にも、引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認された²。

2008年6月、従来の閣議決定に代えて医師数を増加させる方針が打ち出され、「基本方針 2008」では、医学部定員を過去最大程度まで増員することとされた³。2008年9月には、『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会において、「OECDの平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し」「将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」⁴との報告書がまとめられた。

これらを受けて、2008年11月、文部科学省は2009年度の医学部定員を、過去最大規模を上回る8,486人にすると発表した⁵。

2010年度医学部入学定員については、「経済財政改革の基本方針 2009」（2009年6月23日閣議決定）を踏まえ、文部科学省は地域の医師確保等の観点から、2009年7月17日に、「地域枠」「研究医枠」「歯学部定員振替枠」の3つの枠組みで最大369人の増員を認めることを示した。その後、2009年12月7日、文部科学省は2010年度の医学部入学定員を8,846人にすることを公表した⁶。

¹ 「医学部入学定員削減に関する経緯」中央教育審議会 大学分科会、2007年6月29日

² 同上

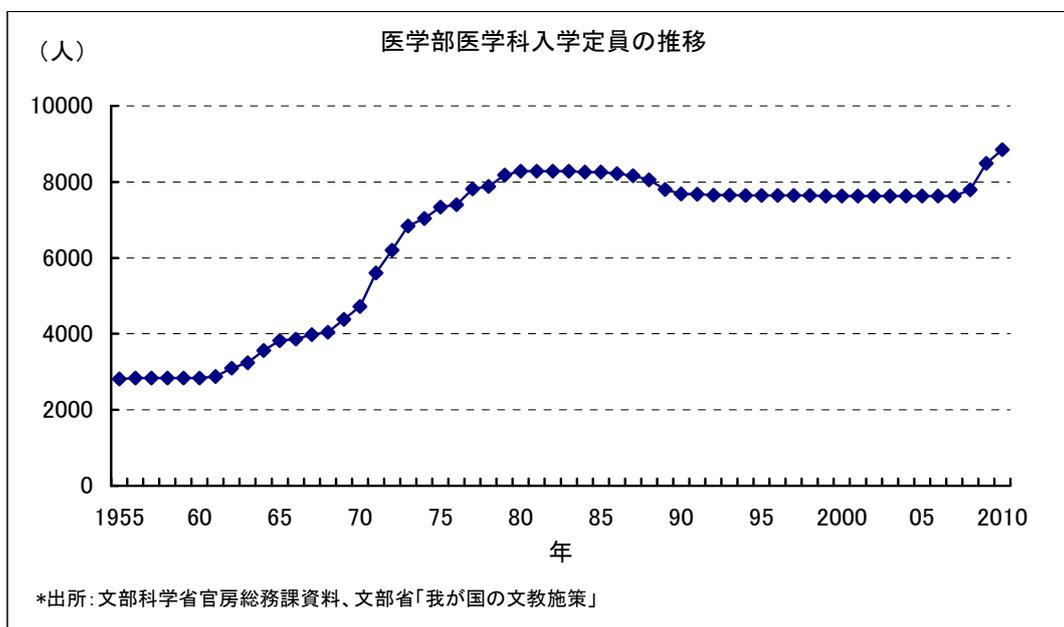
³ 「経済財政改革の基本方針 2008 について」2008年6月27日

⁴ 厚生労働省『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会中間とりまとめ 2008年9月22日

⁵ 文部科学省「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」2008年11月4日

⁶ 文部科学省「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」2009年12月7日

図 3.1 医学部医学科入学定員の推移



医学部入学定員は、2007年度を基準とすると、2008年度には168人増、2009年度には861人増、2010年度には1,221人増である(表3.1)。新設医学部の定員数を仮に100人とすると、2010年度までに既存医学部で増加した定員数1,221人は、約12大学分に相当する。

表 3.1 医学部入学定員の推移

(人)

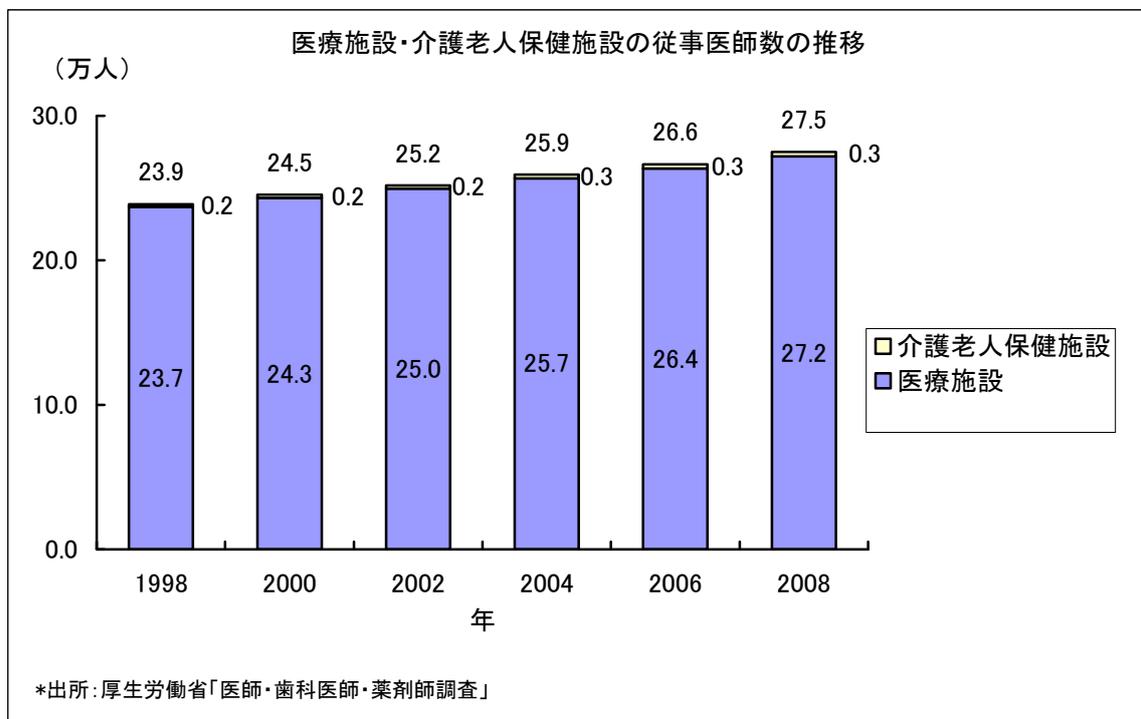
	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
国立(42大学)	4,090	4,090	4,165	4,528	4,793
公立(8大学)	655	655	728	787	812
私立(29大学)	2,880	2,880	2,900	3,171	3,241
計	7,625	7,625	7,793	8,486	8,846
対2006年度(人)	0	0	168	861	1,221
対2006年度(倍)	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2

* 出所: 文部科学省「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」
「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」

3.2. 医師数の推移

日本では、医学部定員数は1981年度をピークに抑制されているが、医療施設・介護老人保健施設の従事医師数は1998年23.9万人、2008年27.5万人であり、10年間で3.6万人増加している（図3.2）。

図 3.2 医療施設・介護老人保健施設の従事医師数の推移

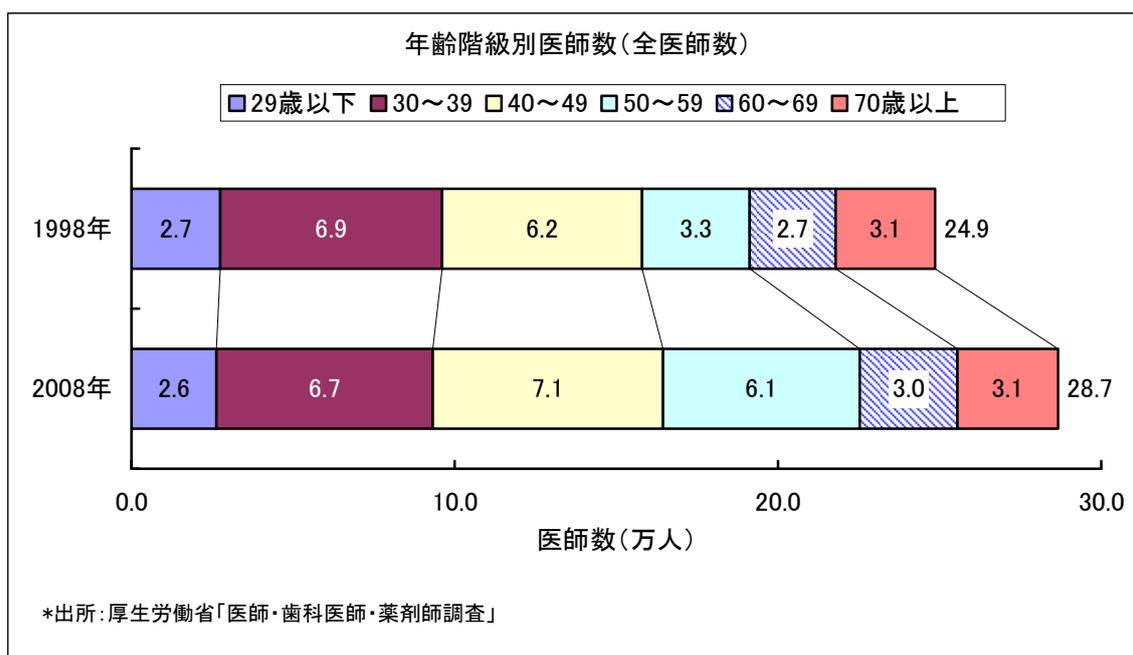


医療施設・介護老人保健施設の従事医師数に含まれない医師

医育機関の臨床系以外の勤務者または大学院生、医育機関以外の教育機関または研究機関の勤務者、行政機関・保健衛生業務の従事者、その他、無職、不詳

年齢階級別に見ると、1998年から2008年にかけて、39歳以下の医師数は減少しているが、50歳代（10年前は40歳代）、60歳代の医師数が増加している（図 3.3）。医師数抑制が決まるまでに養成された世代の医師である。

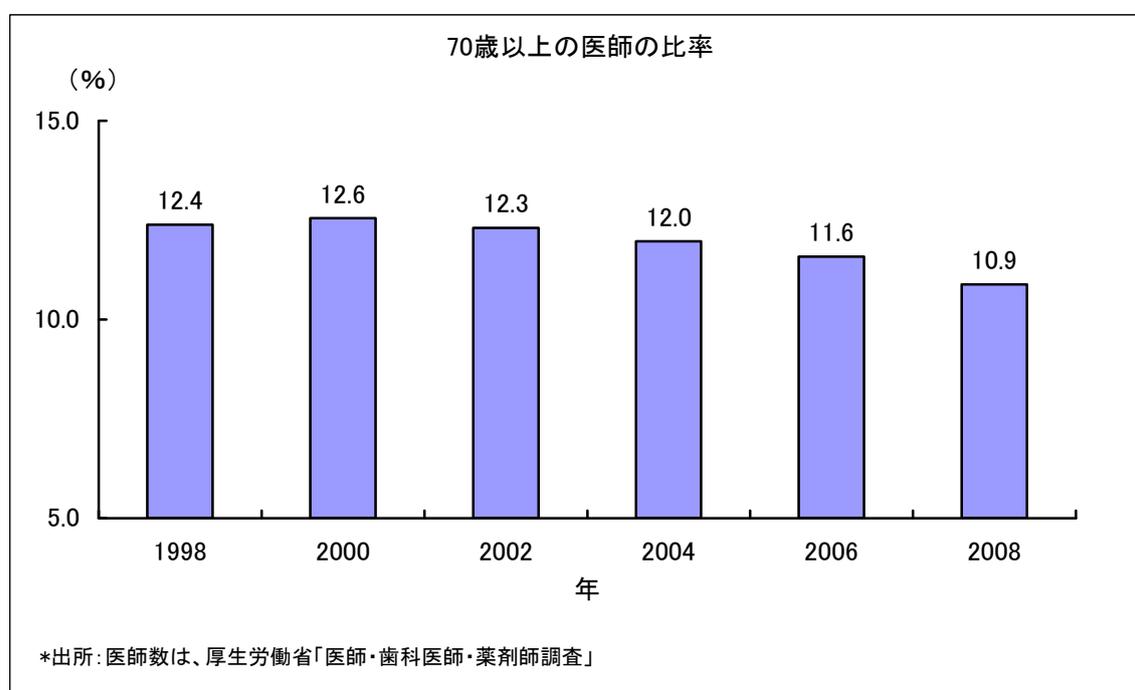
図 3.3 年齢階級別医師数



70歳以上の医師の比率は、1998年には12.4%、2008年には10.9%である（図3.4）。日本の人口全体では高齢化が進んでいるが、医師は、かつて養成数が増加していた時代に養成された医師が、50～60歳代であるため、今のところ70歳以上の医師の割合は低い。

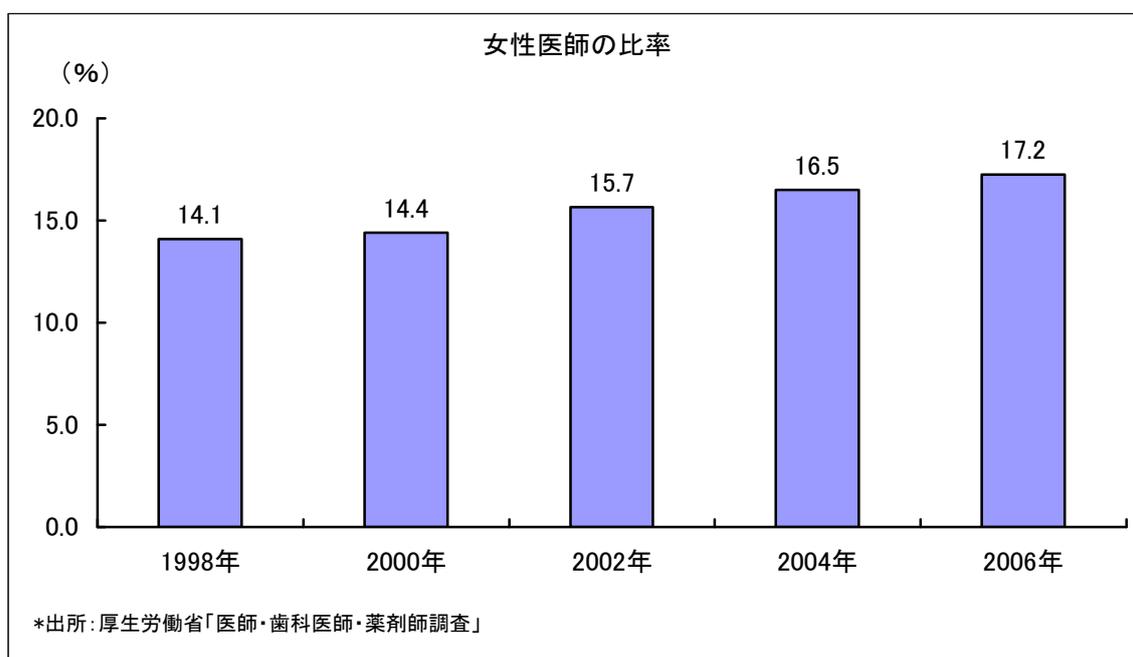
今後、高齢医師が増加し、かつ就業年齢が高くなれば、それだけでも従事医師数が増加する可能性がある。

図 3.4 70歳以上の医師の比率



性別では、女性医師の比率が 2006 年には 17.2%になっている（図 3.5）。今後、就業環境が改善されれば、医療施設等の実働医師数がより高まる可能性がある。

図 3.5 女性医師の比率



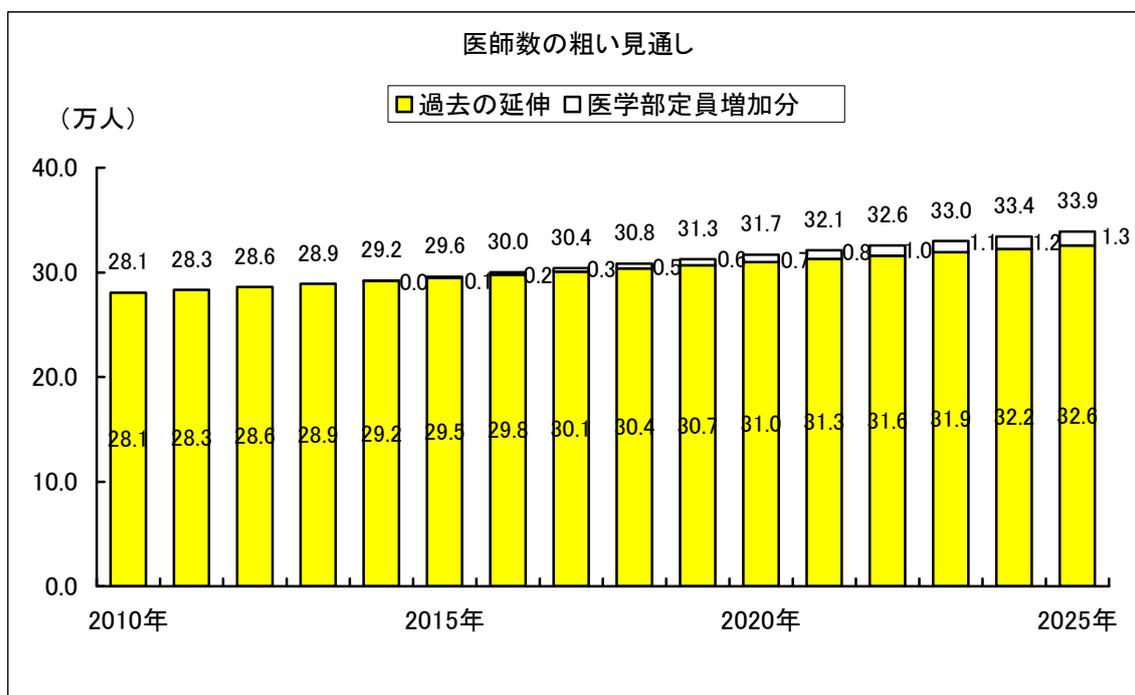
3.3. 今後の医師数の見通し（粗い計算）

今後、2025年頃までは、医療施設・介護老人保健施設の従事医師数が年1%増加すると仮定する。

過去10年間の医療施設・介護老人保健施設の従事医師数の伸びは年平均1.4%であった。2025年までは、医師数抑制が決まる以前に養成された医師が、現役を続行していると考えられる一方、医師養成数が減少に転じた後は、若手医師が減っているため、約1%の伸びとした。

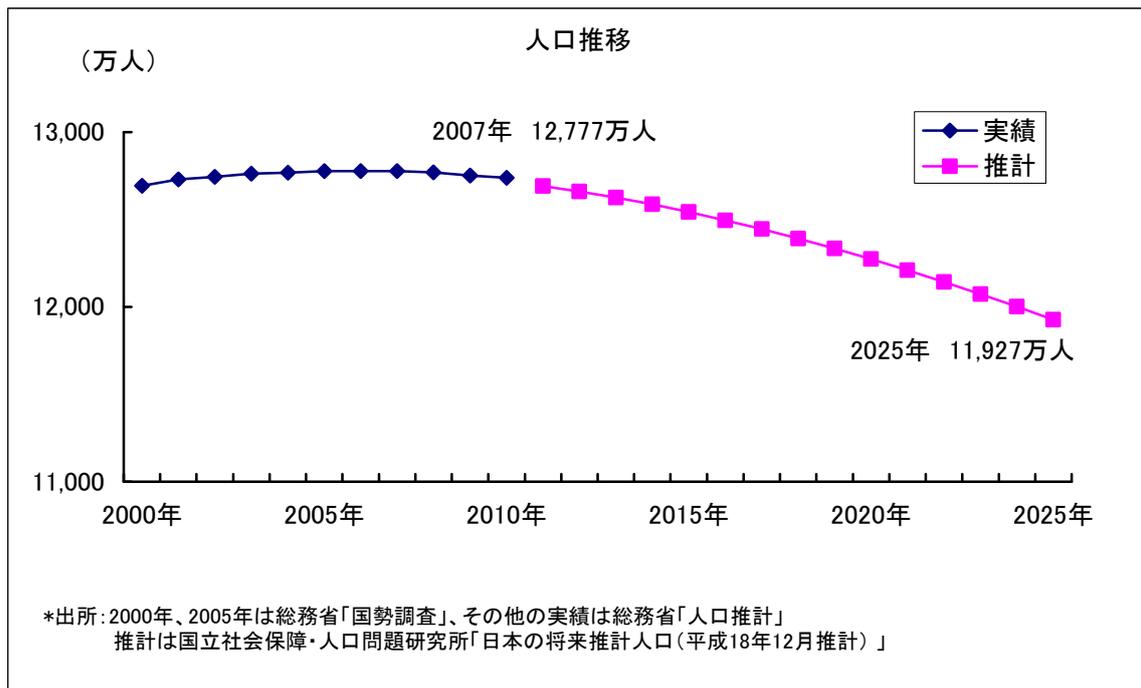
そして、すでに決まっている医学部定員増加分の医師数を卒業年次以降、上乘せする。さらに今後10年（2019年度入学生まで）、医学部定員が現状（2010年度8,846人）と同水準であるとする。その結果、2025年度には医師数は33.9万人になると推計された（図3.6）。

図 3.6 医療施設・介護老人保健施設従事医師数の粗い見通し



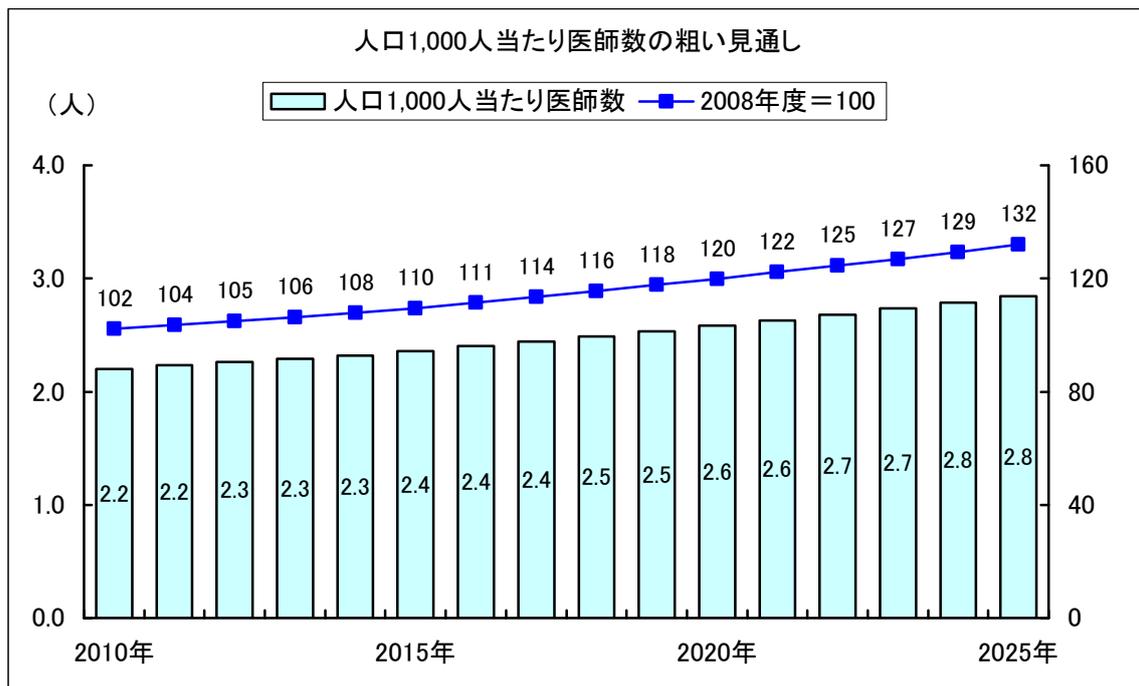
一方で、日本では2007年をピークに人口が減少している。2007年の人口は、1億2,777万人であり、2025年の人口は1億1,927万人と見込まれている（図3.7）。

図 3.7 人口推移



2025年に医師数が33.9万人になったとき、日本の人口1,000人当たり医師数は2.8人になると見込まれる(図3.8)。これは現在のG7平均の2.9人に近い水準である。

図 3.8 人口1,000人当たり医師数の粗い見通し

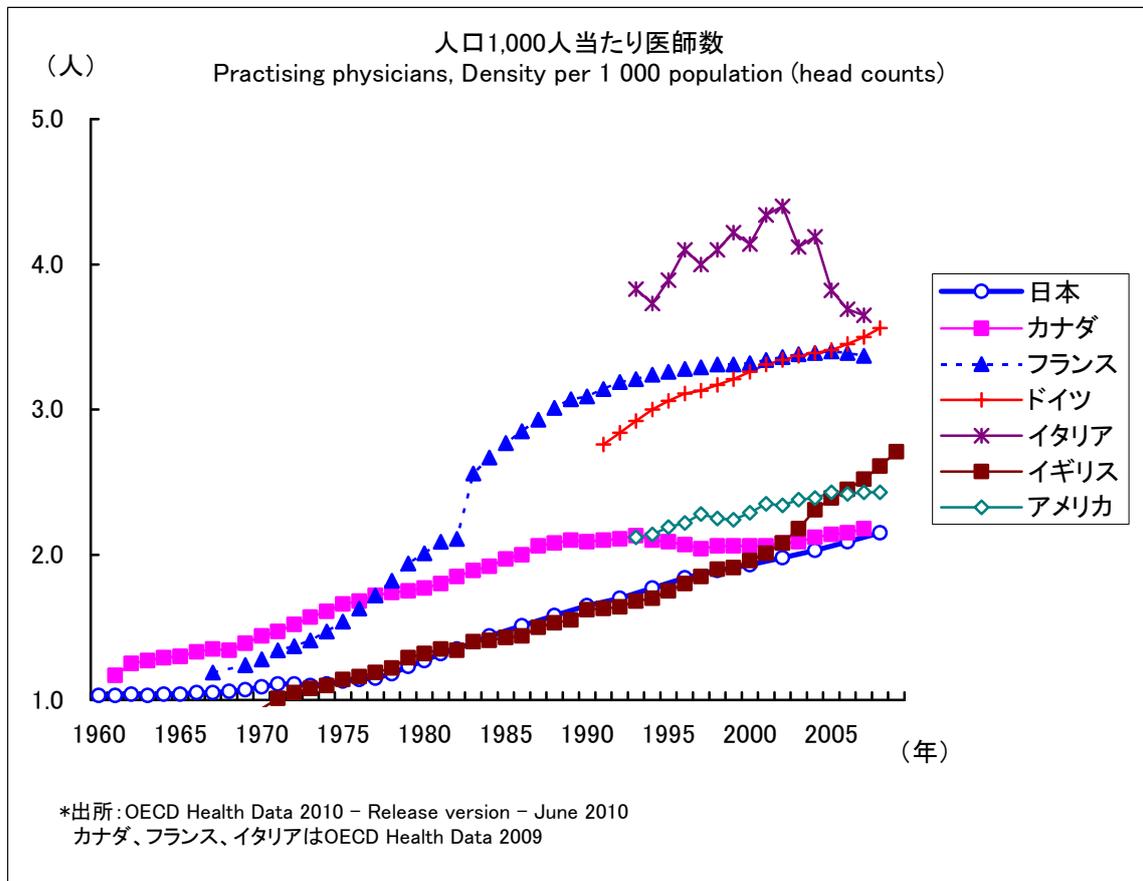


4. 医師数増加についての見解

4.1. 医学部新設による医師数の増加について

- 日本では 1982 年以降、医師養成数が抑制されてきたが、それまでは医師養成数は増加しており、医師数自体は増加してきた。一方で、日本では 2007 年をピークに人口減少に転じており、人口 1,000 人当たり医師数も増加傾向にある。
- 2010 年度の医学部定員数は 8,846 人であり、2007 年度に比べて 1,221 人増加した。つまり既存医学部において、かなりの定員増加に対応できることを示している。また仮に、今後 10 年間、この定員数を維持すれば、2025 年には、日本の人口 1,000 人当たり医師数は 2.8 人になり、現在の G7 平均 2.9 人に近い水準に到達する。なお、将来は G7 平均もさらに増加するのではないかと指摘もあろう。しかし、最近では、人口 1,000 人当たり医師数が低いイギリスが大幅に伸ばす一方、医師数が多いイタリアは大幅に減少させており、一定の水準に収束されつつある（図 4.1）
- 医学部を新設すべきとの意見もあるが、現在、少しずつ人口 1,000 人対医師数は増えている。まずは、既存医学部における現在の定員数（2010 年度 8,846 人）を当面維持し、人口減少等を踏まえて、医師数の在り方を検討すべきである。そのため、厚生労働省に医師数の需給見通しを、継続的に分析、公開することを求めたい。

図 4.1 人口 1,000 人当たり医師数



4.2. 医師の偏在解消に向けて

医師養成数の増員だけでは、地域の医師偏在は解消しない。現在、医学部増員は、主として地域枠の拡大によって行なわれているが（表 4.1）、これを拡大することを提案する。また、一定の制約をもたせた仕組みについても検討していきたい。

表 4.1 国公立大学医学部の地域枠（2010年度増員分）

国立大学 (人)				公立大学 (人)			
	定員(計画)	2010年度増員計画			定員(計画)	2010年度増員計画	
			うち地域枠				うち地域枠
北海道大学	112	7	0	札幌医科大学	110	0	0
旭川医科大学	122	10	10	福島県立医科大学	105	5	5
弘前大学	125	5	5	横浜市立大学	90	0	0
東北大学	119	9	7	名古屋市立大学	95	3	3
秋田大学	122	7	7	京都府立医科大学	107	2	2
山形大学	125	5	5	大阪市立大学	92	2	2
筑波大学	110	2	2	奈良県立医科大学	113	8	8
群馬大学	117	7	7	和歌山県立医科大学	100	5	5
千葉大学	115	5	5	計	812	25	25
東京大学	110	2	0	私立大学 (人)			
東京医科歯科大学	100	10	4		定員(計画)	2010年度増員計画	
新潟大学	125	5	5			うち地域枠	
富山大学	110	5	5	岩手医科大学	125	15	10
金沢大学	117	7	7	自治医科大学	113	-	-
福井大学	115	5	5	獨協医科大学	115	5	5
山梨大学	125	5	5	埼玉医科大学	115	5	5
信州大学	113	3	3	杏林大学	111	6	6
岐阜大学	107	7	7	慶應義塾大学	112	2	-
浜松医科大学	120	10	10	順天堂大学	119	9	8
名古屋大学	112	4	2	昭和大学	110	-	-
三重大学	125	5	5	帝京大学	112	2	1
滋賀医科大学	115	5	5	東京医科大学	115	2	2
京都大学	107	2	0	東京慈恵会医科大学	105	-	-
大阪大学	110	5	0	東京女子医科大学	110	-	-
神戸大学	108	3	3	東邦大学	110	-	-
鳥取大学	103	13	13	日本大学	120	-	-
島根大学	110	5	5	日本医科大学	112	2	2
岡山大学	117	7	7	北里大学	112	2	2
広島大学	117	7	7	聖マリアンナ医科大学	115	5	5
山口大学	114	9	8	東海大学	110	-	-
徳島大学	112	7	7	金沢医科大学	110	-	-
香川大学	112	7	7	愛知医科大学	105	-	-
愛媛大学	112	7	7	藤田保健衛生大学	110	-	-
高知大学	112	7	7	大阪医科大学	110	-	-
九州大学	110	5	0	関西医科大学	110	-	-
佐賀大学	106	6	6	近畿大学	105	10	10
長崎大学	120	15	9	兵庫医科大学	110	-	-
熊本大学	115	5	5	川崎医科大学	110	-	-
大分大学	110	5	5	久留米大学	115	5	5
宮崎大学	110	5	5	産業医科大学	105	-	-
鹿児島大学	115	10	10	福岡大学	110	-	-
琉球大学	112	5	5	計	3,241	70	61
計	4,793	265	227				

国民皆保険の崩壊につながりかねない
最近の諸問題について
—混合診療の全面解禁と医療ツーリズム—

社団法人 日本医師会

目 次

1. 産業としての医療、介護	1
1.1. 日本医師会の考え.....	1
1.2. 最近の規制改革の動き.....	2
1.3. 「産業構造ビジョン 2010」の概要	5
2. 保険外併用療養と混合診療の全面解禁	6
2.1. 保険外併用療養の現状.....	6
2.2. 保険外併用療養の見直しについて.....	8
2.3. 混合診療禁止の論拠.....	10
2.4. 混合診療に係る論点.....	12
2.5. 混合診療全面解禁の問題点.....	13
2.5.1. 公的医療保険の給付範囲の縮小	13
2.5.2. 公的医療保険に対する信頼性の低下	14
2.5.3. 患者負担の増加	15
2.5.4. いわゆる「ビジネスクラス理論」の幻想	16
2.6. 公的医療保険縮小の動き.....	18
3. 医療ツーリズム	20
3.1. 医療ツーリズムに係る最近の動き.....	20
3.2. 外国人患者の受け入れについて.....	24
3.3. 医療ツーリズムと混合診療の全面解禁.....	25
3.4. 医療における株式会社参入の問題点.....	27
3.5. 株式会社特区について.....	29

1. 産業としての医療、介護

1.1. 日本医師会の考え

2009年12月30日、「新成長戦略（基本方針）」が閣議決定された。医療については、ライフイノベーションによる健康大国戦略が掲げられ、2020年の目標は、「医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人」となっている¹。

日本医師会は、2000年に医療の経済波及効果を推計し、「医療・介護は、国民にとって、『医療・介護サービス機能』として重要であるとともに、21世紀において、国民経済への波及効果の高い力強い産業として、非常に重要な位置づけがなされるべきものである」ことを明らかにした²。

さらに、2009年10月には、雇用誘発者数を推計し、医療、介護にそれぞれ税金を1兆円投入すれば、約45万人の雇創出できるとの試算を示した³。

医療・介護は他の産業に比べて、大きな雇用誘発力をもつ。雇用拡大のための財政出動は、将来の経済成長をもたらす可能性も高い。経済成長はまた、税収増をもたらし、国民に充実した社会保障給付として還元される。日本医師会は、医療費、介護費は、成長社会実現のための投資であると考えている。

しかし、最近、市場原理主義的な考え方で私的医療費支出を拡大しようとする考えが出てきている。

日本医師会は、国民皆保険の下、公的医療保険の範囲を拡充すべきと考えている。私的医療費を拡大し、公的医療費支出を抑制するようなことになれば、所得によって受けられる医療に格差が生じる。医療、介護は市場原理主義の下での成長産業として位置づけられるべきではない。

¹ 「新成長戦略（基本方針）～輝きのある日本へ～」2009年12月30日 閣議決定

² 社団法人 日本医師会「2015年医療のグランドデザイン」2000年8月

³ 社団法人 日本医師会「日本医師会の提言－新政権に期待する－」2009年10月

1.2. 最近の規制改革の動き

2010年3月29日、規制改革会議の後継組織として、行政刷新会議に規制・制度改革に関する分科会が設置された。医療については、ライフイノベーションWGにおいて検討されているが、その構成員は大学教授や企業人で占められている（表 1.2.1）。地域医療の現場を担う医師は構成員にはなく、医療崩壊を食い止め、地域医療を建て直すための視点が入る余地はない。

表 1.2.1 ライフイノベーションWGの構成員

田村謙治(主査)	内閣府大臣政務官
阿曾沼元博	国際医療福祉大学教授、順天堂大学客員教授
大上二三雄	エム・アイ・コンサルティンググループ株式会社代表取締役社長
大橋弘	東京大学大学院経済学研究科准教授
川淵孝一	東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授
黒岩祐治	ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
角南篤	政策研究大学院大学准教授
土屋了介	財団法人癌研究会顧問(4月1日～)
椿慎美	公認会計士
松井道夫	松井証券株式会社代表取締役社長
真野俊樹	多摩大学統合リスクマネジメント研究所医療リスクマネジメントセンター教授
三谷宏幸	ノバルティスファーマ株式会社代表取締役社長

*出所: 第1回 ライフイノベーションWG(2010年4月5日) 資料1 規制・制度改革に関する分科会・WG構成員名簿
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0405/item_100405_01.pdf

2010年4月5日、第1回ライフイノベーションWGが開催された。そのときに提出された資料には、検討テーマとして、保険外併用療養（いわゆる「混合診療」）の原則解禁、医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和が挙げられていた（表 1.2.2）。

表 1.2.2 ライフイノベーションWGの検討テーマ（4月5日資料抜粋）

① 保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁
② 一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和
③ 医行為の範囲の明確化(各医療スタッフ等の役割の拡大) a. 診療看護師資格の新設 b. 介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等
④ 再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、PMDA審査体制)
⑤ レセプト等医療データの利活用促進(傷病名統一、診療年月日記載など様式改善等)
⑥ ICTの活用促進(遠隔医療、特定健診保健指導)
⑦ 医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和(医療ビザ、外国人医師の国内診療)
⑧ 特別養護老人ホームへの民間参入拡大(運営主体規制の見直し)
⑨ 介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃
⑩ 訪問看護ステーションの開業要件の緩和(一人開業の解禁)
⑪ 各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和(サービス提供責任者の配置基準、ユニット型施設の入所定員比率目標等)
⑫ 高齢者用パーソナルモビリティの公道での使用
⑬ EPAに基づく看護師、介護士候補者への配慮(受験回数、試験問題の英語表記or 漢字へのルビ等)

* 出所: 第1回 ライフイノベーションWG(2010年4月5日) 資料3 検討テーマ各項目
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0405/item_100405_03.pdf

4月29日には、第4回ライフイノベーションWGが開催された。この時に提出された資料からは、「混合診療」「医療ツーリズム」という表現がいったん削除された。翌4月30日に開催された第2回規制・制度改革に関する分科会に提出されたライフイノベーションWGの資料では、「医療ツーリズム」という言葉が復活したが、6月7日にとりまとめられた「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」では「国際医療交流」という表現になった(表1.2.3)。

表 1.2.3 ライフイノベーション分野の検討項目の変化

4月29日 ライフイノベーションWG資料から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 外国人受診者に対する査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等

* 出所: 第4回 ライフイノベーションWG(2010年4月29日) 資料2 検討項目一覧表
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0429/item_100429_02.pdf

4月30日 規制・制度改革に関する分科会資料から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる医療ツーリズムへの取り組み等－

* 出所: 第2回 規制・制度改革に関する分科会(2010年4月30日) 資料2-2 ライフイノベーションWG 検討項目一覧
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0430/item10_02_07.pdf

6月7日 規制・制度改革に関する分科会

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる国際医療交流への取組等－

* 出所: 第3回 規制・制度改革に関する分科会(2010年6月7日)
「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

なお、5月18日、枝野内閣府特命担当大臣(当時)が、記者会見で、規制改革について「特に厚生労働省で頑張っていたいておりまして、かなり前に進んでいる」⁴と述べている。「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」には、混合診療、医療ツーリズムという表現はない。しかし、根底にある考え方は混合診療の全面解禁、医療ツーリズムそのものである。国民皆保険を守るべき厚生労働省が、その考え方に同意したというのであれば非常に問題が大きい。

⁴ 枝野内閣府特命担当大臣オープン記者会見要旨, 2010年5月18日
<http://www.cao.go.jp/kaiken/1002edano/2010/0518-2kaiken.html>

1.3. 「産業構造ビジョン2010」の概要

2010年6月1日、経済産業省の産業構造審議会産業競争力部会が、報告書「産業構造ビジョン2010」を発表した（表1.3.1）。医療は戦略5分野のひとつと位置づけられており、公的保険外の健康関連産業の創出、医療ツーリズムの受け入れ拡大などが挙げられている。

表 1.3.1 産業構造ビジョン2010 骨子案に示されている戦略5分野

<p>産業構造ビジョン 戦略5分野</p> <ol style="list-style-type: none">1. インフラ関連/ システム輸出(原子力、水、鉄道等)2. 環境・エネルギー課題解決産業3. 文化産業を輸出産業に(ファッション、コンテンツ、食、観光等)4. 医療・介護・健康・子育てサービス<ol style="list-style-type: none">(1) 公的保険外の健康関連産業の創出 (医療機関と民間サービス事業者との連携促進(例:業務連携約款の整備、関連制度やルールの見直し等))(2) 医薬品・医療機器の研究開発環境改善(薬事審査の迅速化等)(3) 医療ツーリズムの受け入れ拡大(医療滞在ビザの創設、国内外の医療機関のネットワーク化等)(4) 子育てサービスの産業化(経営効率化、認可・認可外共通の事業環境の整備、幼保一体化等)5. 先端分野

*出所: 経済産業省「産業構造ビジョン2010骨子案」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a03j.pdf>

2. 保険外併用療養と混合診療の全面解禁

2.1. 保険外併用療養の現状

公的医療保険で認められている診療（保険診療）と、認められていない診療（保険外診療）を同時に受けることを「混合診療」という。たとえば、保険診療と国内未承認薬の処方（保険外）を同時に受ける場合である。

保険診療と保険外診療を併用して問題が発生した場合には、診療は不可分一体であるので、公的医療保険の信頼性も損なわれる。そのため現在では、混合診療については、自己責任による全額自己負担（保険診療の全額自己負担＋保険外診療の全額自己負担）になっており、混合診療は原則として認められていない。

ただし、現在も、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められている（以下、あわせて保険外併用療養という。表 2.1.1, 健康保険法第 86 条⁵⁾）。たとえば、評価療養として認められた先進医療を受ける場合、「先進医療の全額自己負担＋その他の診療の一部負担」で良い。

⁵⁾ 第 86 条 被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、第 63 条第 3 項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」と総称する。）のうち自己の選定するものから、評価療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

表 2.1.1 保険外併用療養

「評価療養(または選定療養)の全額自己負担+その他の診療の一部負担」
で受けることができる

評価療養

安全性や有効性の観点から保険導入のための評価を行うもの

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・ 保険収載医薬品の適応外使用

選定療養

患者の選択に任せるべきであり、保険導入が前提とならないもの

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 200床以上の病院の初診
- ・ 200床以上の病院の再診
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う触の指導管理

2.2. 保険外併用療養の見直しについて

日本医師会は、安全性、有効性が確認された普遍性のある医療は速やかに公的医療保険に収載するべきであると考えている。また保険収載までの間は評価療養で対応できるよう、その機動性を高めていくべきであると考えている。

規制・制度改革に関する分科会は、保険外併用療養の見直しを掲げているが、日本医師会は保険外併用療養を現行の仕組みの中で拡大していくことや、評価のスピードアップを図ることには賛成である（表 2.2.1）。

また、規制・制度改革に関する分科会の報告書（案）は、「一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである」として、「対象となる医療機関の『一定の要件』は、「倫理審査委員会を設置している医療機関」を想定」と注記している。

日本医師会は、安全性・有効性を確保するため、一定の要件を確保することは必須条件であると考えている。

しかし、事前規制から事後チェックへの転換には反対である。医療は生死にかかわる問題であり、被害者が出てからでは手遅れである。

さらに、倫理審査委員会を設置できるような医療機関は、大学病院や大規模病院に限定され、結果的にいわゆる「勝ち組」病院を優遇することになりかねない。医療機関の規模や種類にとらわれず、真に患者にとって必要な医療であり、一定の水準を確保できている医療機関がきちんと選定される仕組みにしていくべきである。

表 2.2.1 規制・制度改革に関する分科会の保険外併用療養についての考え方

規制・制度改革に関する分科会「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」から抜粋

保険外併用療養の範囲拡大	
対処方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の先進医療制度よりも手続が柔軟かつ迅速な新たな仕組みを検討し、結論を得る。具体的には、例えば、再生医療等を含めた先進的な医療や、我が国では未承認又は適応外の医薬品を用いるものの海外では標準的治療として認められている療法、或いは、他に代替治療の存在しない重篤な患者に対する治験中又は臨床研究中の療法の一部について、一定の施設要件を満たす医療機関において実施する場合には、その安全性・有効性の評価を厚生労働省の外部の機関において行うこと等について検討する。〈平成22年度中に結論〉
当該規制改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者主権の医療を推進するためには、患者が受けたい医療を受けられないという状況を可能な限り解消すべきであり、患者のニーズに応じて保険外併用療養費の給付対象を見直す必要がある。 ○ しかし、日進月歩で医療が高度化する中、患者の切実な要望に対し、すべての保険外併用療養を迅速かつ的確に当局が示すことには限界がある。 ○ そこで、一定の要件^{〔※1〕}を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである。 <ul style="list-style-type: none"> ※1: 対象となる医療機関の『一定の要件』は、「倫理審査委員会を設置している医療機関」を想定。 ○ その際、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化しないよう、例えば、以下の措置を設けることが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 届出には倫理審査委員会の承認を要するものとする ・ 保険外併用療養に関しては、現行どおり必ず患者への情報提供を行い、同意書を取り付ける ・ 差額ベッド代など診療内容と直接関係のない費用(いわゆるアメニティにかかる費用)の徴収基準は、当面の間現行の選定療養から拡大しない ・ 届出によっても保険外併用療養を認められない事例を定め、モニタリングを強化して患者保護に努める ○ また、治療法として認められるまで目の前で苦しむ患者に最先端の治療を施せない現状をかんがみれば、欧米に見られるようなコンパッションートユース(人道的使用)などの制度も検討する必要がある。 ○ なお、新たな医療技術や画期的な新薬等を公的保険に組み入れようとするインセンティブが働きにくくなるとの指摘も存在することから、国内未承認の医薬品等や新たな医療技術等については、保険外併用療養のモニタリング結果も参考に、従来どおり安全性、有効性のエビデンスが得られた段階で速やかに保険収載する仕組みを維持し、当該制度改革により新規保険収載が遅れることがないようにする。

* 出所: 第3回 規制・制度改革に関する分科会(2010年6月7日)

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」

http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

2.3. 混合診療禁止の論拠

健康保険法では、一部負担金を支払えば、医師の診察や薬剤の支給、処置、手術などの療養の給付を受けることができる⁶。また、健康保険法の第 86 条には、評価療養または選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給すると定められている。

一方、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない」（第 18 条）とある。また、療養の給付に要する費用は厚生労働大臣が定めるところにより算定することとなっている⁷。

混合診療全面禁止の論拠は、健康保険法第 86 条の反対解釈（評価療養、選定療養以外の費用は支給されない）と療担規則である。

2006 年 3 月 24 日、保険診療（インターフェロン療法）と保険外診療の活性化自己リンパ球移入療法（LAK療法）とを併用した診療を受けることができる権利の確認等を求めた訴訟が提訴された⁸。

2007 年 11 月 7 日、東京地裁は、「本来、健康保険法による保険診療の対象となるインターフェロン療法について、健康保険法に基づく療養の給付を受けることができる権利を有することを確認する」⁹との判決を下し、混合診療（保険診療の一部負担＋保険外診療の全額自己負担）が認められるとした。

またその理由として法律等から混合診療を禁止する根拠を見出すことは難しいとしたが、あくまでも法律上の解釈を示したものであり、「このような法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題

⁶ 健康保険法第 52 条, 第 63 条, 第 74 条

⁷ 「診療報酬の算定方法」（診療報酬改定のたびに見直される。最近のものでは、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」平成 22 年厚生労働省告示）、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」

⁸ 東京地裁 平成 18（行ウ）第 124 号 健康保険受給権確認請求事件

⁹ <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20071112151712.pdf>

とは、次元の異なる問題であることは言うまでもない」¹⁰とも示された。

これに対して国は 2007 年 11 月 16 日に控訴¹¹、2009 年 9 月 29 日に東京高裁は「(健康保険法は) 混合診療を原則として禁止したものと解するのが相当」として、1 審の東京地裁判決を取り消し、原告の請求を棄却した¹²。

また判決では、「保険により提供する医療について、保険財源の面からの制約や、提供する医療の質(安全性、有効性等)の確保等の観点から、その範囲を限定することは、やむを得ず、かつ、相当なものといわざるを得ない」とされた。

¹⁰ 9 に同じ

¹¹ 東京高裁 平成 19 (行コ) 405 健康保険受給権確認請求控訴事件

¹² <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20100405102504.pdf>

2.4. 混合診療に係る論点

混合診療に係る論点は主に2つある。ひとつめは、「混合診療原則禁止の根拠は明確か」であり、ふたつめは「混合診療の全面解禁はなぜ問題か」である。

第一の論点について、東京高裁は、健康保険法によって混合診療が原則禁止されているとの解釈を示したが、日本医師会は、混合診療原則禁止の法的根拠があいまいな点は否めないと考える。したがって、日本医師会は、国民に対するわかりやすさという視点からも、国に対して法律の見直しを要望する。

第二の論点に対する日本医師会の見解は次のとおりである。

混合診療が全面解禁されれば、混合診療を受けた場合の負担は、「保険診療の一部負担+保険外診療の全額自己負担」になる。「保険診療の全額自己負担+保険外診療の全額自己負担」に比べて負担が少ないことから、規制改革を進めるグループはこれを「消費者の権利」とであると主張する。しかし、一部だけとはいえ、全額自己負担の治療費を支払えるのは、一定以上の所得者だけである。

また、混合診療が全面解禁されれば、新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働かなくなり、公的医療保険で受けられる医療の範囲が縮小していくおそれがある。

日本医師会は、国民皆保険の堅持という立場から、混合診療の全面解禁には反対である。

2.5. 混合診療全面解禁の問題点

2.5.1. 公的医療保険の給付範囲の縮小

混合診療の全面解禁によって、公的医療保険の給付範囲が縮小する懸念がある。

現在、国内未承認薬の医薬品（A）を使うと、「治療費の全額自己負担＋医薬品（A）の全額自己負担」になる。しかし、有効性、安全性が確認されれば、医薬品（A）が公的医療保険の対象になる。そして誰もが「治療費の一部負担＋医薬品（A）の一部負担」で医療を受けられる。

その後、混合診療が全面的に解禁されたとする。未承認の医薬品（B）は、「治療費の一部負担＋医薬品（B）の全額自己負担」で使用できる。その時点では、医薬品（B）の全額自己負担分は一部の人しか負担できず、国民の多くは公的医療保険の対象になることを望んでいる。しかし、医薬品（B）は、なかなか公的医療保険の対象にならない。財政当局が、そのほうが公的医療費支出を抑制できると考えるためである。

さらに後になって未承認の医薬品（C）が登場し、いまやかなり普及している。しかし公的医療保険には組み込まれず、「治療費の一部負担＋医薬品（C）の全額自己負担」のままである。多くの人々にとって、保険で受けられるのはずいぶん昔に承認された医薬品（A）だけになった。

混合診療が全面解禁されれば、新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働かなくなる。そして、第一段階として、公的医療保険の給付範囲が相対的に縮小する。第二段階として、時代遅れの治療は公的医療保険から外されていく。公的医療保険の範囲は総量としても縮小する。

このようにひとたび混合診療が解禁されれば、公的医療保険から給付される医療の範囲は、とめどなく縮小する。混合診療の全面解禁は社会保障を後退させ、自己責任原則の社会に向かわせることになる。

2.5.2. 公的医療保険に対する信頼性の低下

日本では、安全性、有効性が認められた普遍的な医療は、公的医療保険の下で給付される。混合診療を全面解禁するということは、国として安全性、有効性に責任を負わない治療や医薬品が普及するということである。

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会も「一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである」¹³との考え方を示しており、安全性は担保されていない。

他方、東京高裁は2009年9月29日の判決で、「保険により提供する医療について、保険財源の面からの制約や、提供する医療の質（安全性、有効性等）の確保等の観点から、その範囲を限定することは、やむを得ず、かつ、相当なものといわざるを得ない」とし、公的医療保険の下で一定の安全性、有効性が確保されているとの見解を示している。

混合診療が解禁され、保険診療と保険外診療が併用されて何らかの問題が生じた場合、診療は不可分一体であるため、問題の所在を限定することは困難である。保険外診療だけでなく、保険診療に対する信頼性、ひいては公的医療保険制度全体に対する信頼性が損なわれる。

¹³ 第3回 規制・制度改革に関する分科会（2010年6月7日）「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書（案）」p.31

http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

2.5.3. 患者負担の増加

現在は、医薬品については薬事承認を受けた後、製薬メーカーが保険収載を希望し、それが認められて初めて薬価（公的保険から給付する際の価格）が決まり、公的医療保険に収載される。

しかし、混合診療が解禁されれば、たとえば新しい医薬品を使用した診療は「保険診療の一部負担＋新しい医薬品の全額自己負担」になる。全額自己負担の医薬品は自由価格で提供できるので、製薬メーカーはあえて、保険収載を希望せず、医薬品を自由価格のまま高止まりさせる可能性もある。

混合診療を受けることができない低所得者はもちろん、高所得者にとっても新しい医薬品などは手が出ないものになる。

2.5.4. いわゆる「ビジネスクラス理論」の幻想

混合診療の全面解禁に関連して、いわゆる「ビジネスクラス理論」を主張するグループがある。「ビジネスクラス理論」とは、次のような理論である。

航空業界が「ビジネスクラス」を発明することにより、経営が改善し、最新鋭機の購入が可能になって、航空機事故が激減し、その恩恵がエコノミークラスの乗客にも等しく行き渡るようになった。病院にもビジネスクラス＝混合診療を導入すると、病院経営が改善するだけでなく、一般の患者も最新の医療サービスを受けられるようになる。

(参考資料：二木立日本福祉大学教授・副学長「混合診療原則解禁論の新種『ビジネスクラス理論』を検討する」日経メディカルオンライン、2010年4月9日号)

これに対して日本福祉大学教授・副学長の二木立氏は以下のように反論する。

- (1) 世界の航空会社の平均収入額は、1960年代～1990年代末まではほぼ一直線に低下し続けており、ビジネスクラス導入による「反転」はみられない。
- (2) 世界の航空会社の収益性は伝統的に低く、しかも国際航空会社の当期利益率は経済の影響を受け、好況期には高まるが、不況期には低下する。
- (3) 世界の民間定期航空会社の事故率(100万離陸当たり)、死亡事故・機体全損事故とも1950～60年代に急減した後、1970年～2008年まで漸減を続けており、ビジネスクラス導入による「急減」はない。

混合診療の全面解禁によって、革新的な医療技術、医薬品、医療機器等が、公的医療保険の給付外で自由価格によって提供されるようになれば、高所得者が恩恵を受ける。しかし、その結果、幅広く国民が幸福になるという主張にはまったくエビデンスがないのである。

「ビジネスクラス理論」は、「トリクル・ダウン理論」から派生している。「ト

リクル・ダウン理論」とは、「豊かなものをより豊かにしていく政策をすると、豊かなもののおこぼれがしたたり落ちていって、自然に貧しい人々の所得が上がってくる」¹⁴という考え方である。

これに対して、東京大学名誉教授の神野直彦氏は、「現在の社会は、そういう富の役割以外に、政府が撤退していきますから、富が権力を握る手段になるのです。そうすると、人を動かすために富を持つようになります。つまり、使うための目的ではないのです」¹⁵とし、富がトリクル・ダウンしないことを説いている。

¹⁴ 日本医師会 平成 19 年度医療政策シンポジウム 「脱『格差社会』と医療のあり方」(2008 年 3 月 9 日)における神野直彦東京大学大学院経済学研究科教授(当時)の基調講演より
<http://dl.med.or.jp/dl-med/nichikara/19issympo/pamphlet/19issympo2.pdf>

¹⁵ 同上

2.6. 公的医療保険縮小の動き

規制・制度改革に関する分科会のライフイノベーション WG は、当初「保険外併用療養（いわゆる『混合診療』）の原則解禁」を検討項目のひとつに掲げていたが、その後、「混合診療」という表現を削除し、「保険外併用療養の拡大」に修正した。

しかし、経済産業省の報告書「産業構造ビジョン 2010」では、公的保険を縮小しようとする流れが打ち出されており、要約すると「財源の負担が大きくなるため、公的医療保険への依存から脱却すべき」とされている（表 2.6.1）。これは、まさに財源ありきの議論であり、日本医師会としては大変遺憾である。国民皆保険は絶対に堅持すべきであり、そのための財源の確保を放棄してはならない。

表 2.6.1 「産業構造ビジョン2010」の医療・介護等の産業創出戦略コンセプト

産業構造審議会産業競争力部会報告書「産業構造ビジョン2010」から抜粋

多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業」創出戦略

戦略のコンセプト

医療・介護・高齢者生活支援については、前述した通り、今後、健康維持期における疾病予防や介護予防、慢性期・終末期における介護・疾病管理・リハビリ・看取りなど、急性期前後でのサービス需要が多様化してくる。こうした中で、全てのサービス供給を医療・介護機関が行い、その財源も公的保険に依存することは、医療・介護機関及び我が国財政の負担が加速的に大きくなることを意味するが、現実としてその持続性を確保していくことは大きな課題である。

そのため、今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業（「生活医療産業」）の創出を促す。こうした産業の創出によって、患者・消費者本位の多様で質の高いサービスが供給されるとともに、医療・介護機関の負担減や医療費の適正化も期待される。

*出所：「産業構造審議会産業競争力部会報告書(案)～産業構造ビジョン2010～」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a12j.pdf>

3. 医療ツーリズム

3.1. 医療ツーリズムに係る最近の動き

医療ツーリズム（メディカル・ツーリズム）については、経済産業省が 2009 年度に医療機関 9 施設に外国人顧客（患者ではなく顧客と呼ばれている）24 人を受け入れて健診、人間ドックを行なう調査事業を行なった¹⁶。参加した団体の中には、JTBや野村総合研究所といった株式会社もある。

経済産業省が 2010 年 3 月にまとめた報告書¹⁷には、「日本の医療機関が、そのような世界の患者の高い期待に答えていくことは、日本の医療サービスが世界の医療サービスと共に向上することにつながり、結果として、外国人・日本人双方に裨益する」¹⁸とある。

また、2010 年 4 月には、同調査事業に参画したJTBが、メディカルツーリズムに取り組む専門部署を立ち上げた¹⁹。

2010 年 6 月 1 日には、経済産業省から「産業構造ビジョン 2010」が発表された。この中でも、医療の国外需要を喚起するため、医療滞在ビザを創設すべきとされている（表 3.1.1）。

2010 年 5 月 26 日には、厚生労働省の政策会議に、「平成 22 年版厚生労働白書（暫定版）」が提出された。これに関して議員から「『メディカルツーリズム』について、厚生労働省としてもそろそろ検討して白書に載せれば良いのではないか」との指摘があった²⁰。これに対して、厚生労働省は「国家戦略室を中心に、他省庁でも詰めてきているが、厚生労働白書に入れるのには多少フライングだと思っている。国家戦略室で一旦方針が打ち出されたら厚生労働省でも打ち出

¹⁶ 経済産業省「国際メディカルツーリズム調査事業報告書」2010年3月

¹⁷ 報告書作成は、株式会社野村総合研究所

¹⁸ 経済産業省「国際メディカルツーリズム調査事業報告書」2010年3月

¹⁹ http://www.jtbcorp.jp/scripts_hd/image_view.asp?menu=news&id=00001&news_no=1269

²⁰ 2010年5月26日、第18回厚生労働省政策会議 議事要旨

していくことだと思っている」「白書の記述に6月中の動きは反映できるので、その時点でご指摘の点も反映が必要であれば盛り込むことは可能」と答えており、厚生労働省政務三役、事務局ともに、医療ツーリズムに否定的ではなく、むしろ前向きであることがうかがえる。

表 3.1.1 「産業構造ビジョン2010」の医療サービスの国際化に向けた考え方

<p>産業構造審議会産業競争力部会報告書「産業構造ビジョン2010」から抜粋</p> <p>医療サービスの国際化に向けた戦略的取組展開</p> <p>i) 受入支援機能の強化 (前略)必要な機能を個々の医療機関や仲介事業者だけで抱えるのは難しいことから、今後、官民一体となって受入を支援する組織を立ち上げる必要がある。</p> <p>ii) 供給体制の強化 (前略)外国人受診者を受け入れるに当たって求められるサービスを提供できる医療機関については、国として支援すべき外国人受入医療機関として認証し、外国人医師臨床修練制度の緩和による外国人医師の受け入れなど、受け入れを推進するに必要な規制緩和を進めていくべきである。</p> <p>iii) 国外需要の喚起 (前略)現地医療機関や医師の診断書や、日本の医療機関又は医師の招聘状を有していることなどを要件として、十分に余裕のある滞在許可期間の付与や弾力的な期間延長、数次ビザの容易な発給などを可能とする「医療滞在ビザ」(仮)を創設・発給すべきである。</p> <p>iv) 日本の医療サービスの国外展開 (前略)これまで国のODAなどを活用して医療機器を中心に国外展開が行われてきたが、今後は医療機器に加えて、医療サービスの担い手である医療機関や医師、さらには医薬品をも併せて、この3つを有機的に連携させた形で、日本の医療サービスそのものをシステムとして輸出していくという視点が重要である。(後略)</p>
--

*出所:「産業構造審議会産業競争力部会報告書(案)～産業構造ビジョン2010～」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a12j.pdf>

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書（案）」の規制改革事項にも、外国人受診者に対する査証発給要件等の緩和が挙げられている。

表 3.1.2 規制・制度改革に関する分科会の外国人受診者の受け入れについての考え方

<p>規制・制度改革に関する分科会「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」から抜粋 「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の 国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる国際医療交流への取組等－</p>
<p>当該規制改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 我が国の医療技術の進歩、さらには医療を成長産業として捉える観点から、開かれた医療を実現すべきである。 ○ そのためには、外国人患者受入れの基盤整備をすすめるべきである。病床規制の見直し、国内の医師不足の解消、医療機関の広告規制、未承認薬の使用規制など課題は多いが、当面取り組むべきものとして、医療ビザについて、早急に検討する必要がある。 ○ また、外国人医師・看護師の受入れについても積極的に進めるべきである。 <p>[医療ビザ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現行の「商用」または「観光」目的の申請で問題なく対応可能との意見もあるが、現実的には取得に困難を伴う場合が多く、特に、患者本人ではなく同行者にビザが下りないことが多いとの指摘がある。 ○ わかりやすさの観点からも、明確に医療を目的としたビザを創設すべき。また、医療ビザを創設すること自体が、我が国が外国人患者受入れに積極的であることを示すアピールにもなる。 ○ その際、複数回の来日を可能とするようビザの有効回数を弾力化するとともに、外国人患者本人だけでなく、その同行者(家族等)についても同様に認めるべきである。 ○ なお、治療が長引いた場合のビザ延長申請に関して、申請者が患者であることに鑑み、病院関係者等による代理人申請を認めるべきであるとの意見があるため、手続をよりわかりやすくするための措置が望まれる。 <p>[外国人医師の国内診療]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外国人医師については、臨床修練制度の要件を緩和し、医療研修目的以外にも対象を広げ、医療機関の要件も緩和・撤廃すべきである。 ○ 我が国の看護師免許を持つ外国人看護師については、現行7年の滞在年限を撤廃するとともに、医師と同様に臨床修練制度を活用した受け入れを段階的に緩和すべきである。

* 出所: 第3回 規制・制度改革に関する分科会(2010年6月7日)

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」

http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

なお、「医療ツーリズム」を広義に解釈すれば、その中には「移植ツーリズム」がある。2004年、WHO（世界保健機関）は、「人の組織や臓器の国際的な取引という広範な問題へ配慮して、最も貧しく虐げられやすい人々を移植ツーリズムや、組織や臓器の売買から保護するための対策を講じるように」との呼びかけを行なった²¹。

また、2008年には、国際移植学会が「臓器取引と移植ツーリズムは、公平、正義、人間の尊厳の尊重といった原則を踏みにじるため、禁止されるべきである。移植商業主義は、貧困層や弱者層のドナーを標的にしており、容赦なく不公平や不正義を導くため、禁止されるべきである」「国外患者への治療は、それによって自国民が受ける移植医療の機会が減少しない場合にのみ許容される」などの原則を織り込んだイスタンブール宣言を発表した²²。

日本医師会は、当然、WHOの呼びかけとイスタンブール宣言を遵守し、移植ツーリズムについては容認できない。

²¹ World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ and tissue transplantation, 22 May 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf

また、WHOは2008年に発表した「ヒトの細胞、組織および臓器の移植に関する行動原則」において、あらためて、細胞・組織、臓器の購入等を禁止している。WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation, EB123/5 Executive Board 123d session, 26 May 2008（日本医師会私訳）

²² 国際移植学会「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」2008年5月2日（翻訳 日本移植学会アドホック翻訳委員会）

3.2. 外国人患者の受け入れについて

「産業構造ビジョン 2010」、規制・制度改革に関する分科会はともに、医療を成長産業として捉えている。日本医師会も、これまで経済波及効果や雇用誘発数を推計して医療が産業として重要な位置づけにあると認識してきたところであり、医療への投資は、将来の経済成長をもたらすものとする。

しかし、現在は、地域医療崩壊の危機にある。医療を成長産業として捉えるのは良いが、まずは、地域医療再生の道筋を示すべきである。「産業構造ビジョン 2010」は、日本国内の医療再生への道筋とは関係なしに、官民一体となった外国人患者の受け入れを支援する組織の立ち上げ、国による外国人受け入れ医療機関の認証が必要であるとしているが、それは順序が違うといわざるを得ない。

その上で、日本医師会は、日本人であれ、外国人であれ、患者を診察、治療することは医師の当然の責務であり、人道的見地からも不合理な規制は緩和すべきであるとする。

現在も外国人患者を診察、治療している医師は少なくない。良心的に診療報酬なみの治療費で診察し、医療機関が持ち出しをして対応しているところもある。医療機関には、日本人、外国人問わず十分な診察、治療を行なうことができるような経営体力が必要であり、そのためには、診療報酬を全体的に引き上げて、医業経営を支える必要がある。

ただし、日本人の保険診療患者が締め出されていたり、日本人の自由診療患者も含めて膨大な治療費が請求されていたりすれば問題である。日本医師会としても実態把握に努めるが、日本の医療を混乱させないためのガイドラインが不可欠である。

3.3. 医療ツーリズムと混合診療の全面解禁

日本医師会は、営利企業が関与する組織的な医療ツーリズムには反対である。営利企業は、診療報酬に縛られず、自由価格の医療市場が拡大することを期待する。医療の質が担保できなくなるだけでなく、混合診療の全面解禁が後押しされ、公的医療保険の保険給付範囲を縮小させるおそれがある。

医療ツーリズムで日本を訪れる富裕層の外国人は、全額自己負担で診療を受け、現金やカードで支払う。医療機関からすれば、レセプトの請求をする必要がなく、かつ現金収入にもなる。診療報酬上の点数よりもはるかに高い金額を設定することもあるだろう。そして、全額自己負担で、高い診療費を支払う外国人患者は優先的に扱われることになる。

現在、医療ツーリズムの外国人患者を受け入れたいとしている医療機関は、PET や MRI などによる健診（自費で行なう場合は健診）が空いているところかもしれない。しかし、それらの医療機関が、外国人患者に対して自由価格を設定して収益をあげ、経営状況が好転するようになれば、最新の画像診断機器を装備した近隣の医療機関も、それにならうことは容易に想定できる。そうになると、画像診断などの公的医療保険診療による検診（公的医療保険で給付される場合は検診）が混んでいる医療機関も外国人患者の受け入れを始めるだろう。そして、保険診療で受診している多くの日本人の患者は、これまでよりも後回しにされる。

そうすると、「全額自己負担でもいいから、優先的に検査、治療をしてほしい」という日本人患者が出てくることになり、全額自己負担できない日本人との格差が生じる。また、すでに病気で通院中の、ある程度の高所得者は、検査については全額自己負担するので優先的に受けたいと思うようになる。このことが混合診療の全面解禁を後押しすることになるだろう。

また MRI など最新の医療機器による診断は全額自己負担ということが一般化

すると、最新の医療機器による診断を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働きにくくなる。そのほうが医療費、特に公費支出が抑制されるからである。その結果、多くの患者は最新設備の整った日本にいながら、適切な検診を受けられないという事態になる。

さらに、日本人および外国人患者を自由価格のみで診療するようになった医療機関は、診療報酬とは関係がなくなる。これらの医療機関は診療報酬を引き上げる動きに同調する必要がないので、公的医療保険を拡充しようという働きが全体的に弱まり、診療報酬はますます抑制される。

その結果、都市部などで、外国人患者や富裕層の日本人患者が見込める地域と、そうではない地方との格差が拡大する。地方の医療機関では、診療報酬が伸びない中で苦戦を強いられ、最悪の場合には、地域医療が完全に崩壊する。

もちろん、現在、個別に外国人患者を受け入れている医療機関、医師がそうであるように、医療ツーリズムを受け入れる多くの医療機関は、健診や治療に良心的な価格で対応すると考えられる。しかし、ここに、株主への配当を至上命令とする株式会社の関係してくれば、どうしても経営効率を重視せざるを得なくなる。

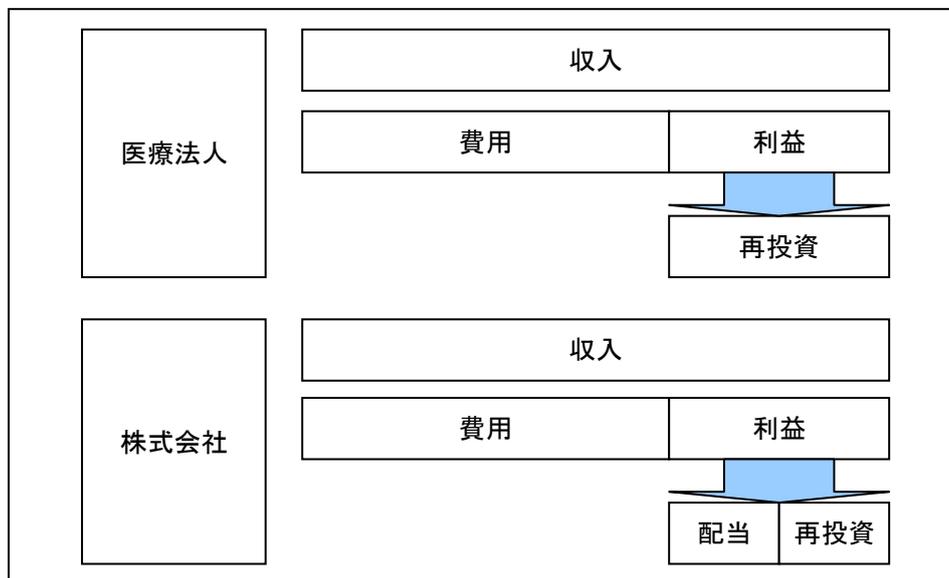
3.4. 医療における株式会社参入の問題点

経済産業省の実証事業には株式会社である旅行会社が参画している。医療ツーリズムが進展しても、株式会社は、最初のうちは旅行業など限定された範囲にしか参入しないかもしれない。しかし、医療機関と連携して事業を進めるうちに、医療機関にも株式会社の発想を求めるようになる。株式会社自らが医療機関の経営に参画したほうが効率的だと考え始めるようになる。

病院、診療所は営利を目的とせず、医療法第 54 条には「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」とある。

これに対して、株式会社は株式の引き受けを前提にした会社である²³。株主は高い配当を得ることを目的に株式を購入する。したがって、株式会社にとって配当は至上命令であり、株式会社は医療法人に比べて、より大きな利益を確保する必要がある。その結果、次頁に示すような問題が発生する。

図 3.4.1 医療法人と株式会社の違い



²³ 会社法第二十五条 株式会社は、次に掲げるいずれかの方法により設立することができる。

1 次節から第八節までに規定するところにより、発起人が設立時発行株式（株式会社の設立に際して発行する株式をいう。以下同じ。）の全部を引き受ける方法

2 次節、第三節、第三十九条及び第六節から第九節までに規定するところにより、発起人が設立時発行株式を引き受けるほか、設立時発行株式を引き受ける者の募集をする方法

医療への株式会社参入の問題点

① 医療の質の低下

保険診療において、コスト圧縮と医療の質を両立させることは、非常に困難である。収入拡大やコスト圧縮を追求するあまり、乱診乱療、粗診粗療が行なわれかねず、安全性への懸念が高まる。

② 不採算部門等からの撤退

利益を追求するため、不採算な患者や部門、地域から撤退することはもちろん、医療機関経営自体から撤退することもある。

③ 公的医療保険範囲の縮小

コスト圧縮にも限界がある。そこで、株式会社は政策的に医療費が抑制されない自由診療の増収を図ろうとし、公的医療保険給付範囲の縮小、自由診療市場の拡大を期待する。

④ 患者の選別

本業が保険、金融業などの場合、患者情報を顧客情報として活用できる。医療、民間保険、金融といった資本の輪が完成すれば、患者（顧客）の選別、囲い込みは容易である。そして、いつでも、どこでも、同じ医療を受けられる権利は失われる。

⑤ 患者負担の増大

株式会社が医療に参入した地域では、競争原理上、他の医療法人の株式会社化が進んでいく。株式会社がこぞって利益を追求すれば、医療費が高騰する。保険料や患者負担も増大し、低所得者が医療から締め出される。

3.5. 株式会社特区について

2010年4月30日、国家戦略室の成長戦略事務局チームが地域活性化統合本部に対してヒアリングを行なった。その際、「総合特区制度」の創設が議論の俎上にあがっており、資料には「医療（機関特区、地域特区）」とある²⁴。資料にこれ以上の説明はなく、また議事録も公開されていないが、株式会社特区の構想が再び浮上している可能性がある。

株式会社特区については、2004年5月28日に、構造改革特区法が改正され、同18条にもとづき、株式会社が特区において、高度医療の提供を目的とする病院または診療所を開設することが認められた²⁵。

高度医療とは、再生医療、遺伝子治療、高度な技術を用いる美容外科医療、提供精子による体外受精などを指す²⁶。特区では保険医療機関の指定は行なわれず、自由診療のみである。

これを受けて、2005年7月19日に、神奈川県全域を対象にした「かながわバイオ医療産業特区」において、株式会社による病院等の開設が認定された²⁷。そして2006年7月に、株式会社バイオマスターが、高度美容外科医療を提供する診療所を開設した²⁸。

当該株式会社特区に対しては、「株式会社による開設を可能にすることで、資金調達力等を活かし、研究成果の円滑な事業化、新たな研究開発への投資促進、関連産業への経済的波及を図り、民間主導による地域産業活性化、県民の長寿・健康、心豊かな暮らしのニーズの充足を図る」²⁹ことが期待されていた。

²⁴ 2010年4月30日、成長戦略事務局チーム各府省ヒアリング配付資料

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokkasenryaku/image/20100430_jimukyokuhear_kinyuu_haihu_2.pdf

²⁵ 構造改革特別区域法の一部を改正する法律（平成16年法律第60号）2004年5月28日公布、2004年10月1日施行 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/hourei/031105/kaisei08.pdf>

²⁶ 「構造改革特別区域法第18条第1項に規定する高度医療の提供を行う病院又は診療所の構造設備、その有する人員等に関する基準（平成16年9月30日厚生労働省令第145号）」

²⁷ 内閣府 構造改革特区担当室・地域再生事業推進室「第8回認定 構造改革特別区域計画の概要（都道府県別）」2005年7月7日

²⁸ 株式会社バイオマスターのホームページより <http://www.biomaster.jp/>

²⁹ 内閣府 構造改革特区担当室・地域再生事業推進室「第8回認定 構造改革特別区域計画の概要（都道府県別）」2005年7月19日認定分 かながわバイオ医療産業特区

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/kouhyou/050719/dai8/22.pdf>

しかし、2009年現在、構造改革特別区域推進本部の評価・調査委員会が、かながわバイオ医療産業特区について調査し、把握している現状は、主として以下のとおりである（括弧内は回答者）³⁰。

1. (効果の発現について) わからない。(地方公共団体)
2. 特区計画認定時の予定より遅れている。(開設会社が) 診療所経営に注力していると思われる。(地方公共団体)
3. (1年前と比べて、患者数や手術件数) ほとんど変わらない。(当該病院)
4. 事業性の実証がない限り、適用事例は増加しないと考える。事業性の実証には、新技術の場合は5年かかる。(当該病院)

評価を下すには時期尚早かもしれないが、目標と現実には大きな乖離がある。また、地元の地方公共団体は、当該診療所が経営に注力しているため、関連産業への波及などが進む状況にないと認識している。このことから、株式会社特区としては理想を掲げたものの、参入企業は経営を優先していることがうかがえる。

現状の株式会社特区について、その成果が十分確認されていない中で、再び医療の機関特区、地域特区の構想が出てきたが、これが株式会社特区を含む構想であれば理解できない。まずはこれまでの株式会社特区の検証をしっかりと行なうべきである。

日本医師会は、必要な医療はすべての国民が受けることができる国民皆保険の堅持が大原則であると考えます。したがって、株式会社特区を創設し、医療という生死にかかわる分野で、当該医療機関または地域の患者、住民の不利益になりうる懸念を抱きながら試行することに、原則として反対である。

なお、「経済財政改革の基本方針2008」に基づき、iPS細胞応用、再生医療などの開発を促進する革新的技術特区（スーパー特区）が創設され、24件が採択

³⁰ 「特例措置番号910の関連資料」構造改革特別区域推進本部 評価・調査委員会 医療・福祉・労働部会（第26回）資料, 2009年12月10日

されている³¹。これらはここで問題にしている株式会社特区とは異なるものであることを付記しておく。

³¹ 内閣府「先端医療開発特区（スーパー特区）の課題の採択について」2008年11月18日
<http://www8.cao.go.jp/cstp/project/tokku/081117tokkusaitaku1.pdf>