

「国家戦略特区」をめぐる動きについて

定例記者会見

2013年9月25日

公益社団法人 日本医師会

国家戦略特区とは

2013年6月14日 「日本再興戦略」(閣議決定)

「内閣総理大臣主導で、国の成長戦略を実現するため、大胆な規制改革等を実行するための突破口として、『国家戦略特区』を創設することとする。この『国家戦略特区』では、国・自治体・民間の各主体が対峙するのではなく三者一体となって取り組む案件であって、これまでの特区では実現が期待できなかった、世界からの投資を惹きつける程度にインパクトのあるものに限って対象とし、スピード感を持って実現していく」

2013年5月9日 国家戦略特区WG設置

趣旨：産業競争力会議では、我が国産業の競争力強化や国際展開に向けた成長戦略の具現化と推進について調査審議を行っているが、その調査審議項目の一つである「立地競争力の強化」に関し、内閣総理大臣主導の下、強力な実行体制を構築して、大胆な規制改革と税制措置等を行う、これまでとは次元の違う特区制度の創設の検討が提案されているところである。このような産業競争力会議での議論を踏まえ、国家戦略特区(仮称)の具体的な制度設計等の検討を行うため、国家戦略特区ワーキンググループを開催する。

国家戦略特区の体制・スケジュール

体制(いずれも総理主導)

- 「国家戦略特区諮問会議」・・・総理を長とし、民間有識者も参画。
- 「統合推進本部」(特区ごと)・・・担当大臣・関係大臣、地方団体の長、民間事業者の代表で構成。本人出席を前提。
- 「国家戦略特区WG」・・・民間有識者(規制改革の専門家)と内閣官房事務局で構成。人選、運営等について産業競争力会議と協働。

スケジュール(2013年)

5月9日	「国家戦略特区ワーキンググループ」設置
5月～6月	関係省庁ヒアリング
7月	有識者ヒアリング
8月12日～9月11日	第1次提案募集
9月	提案についてのヒアリング、関係省庁との折衝
10月	プロジェクト候補絞り込みの後、 国主導により第一弾として数か所指定

これまでの特区の経緯

<p>2003年～ 構造改革特区</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「基本方針2002」：構造改革特区の創設などからなる「経済活性化戦略」を推進し、日本経済を強い産業競争力に裏打ちされた「民間需要主導の本格的な回復軌道」に乗せる。 2003年4月 構造改革特別区域法施行。先端医療産業特区（兵庫県神戸市）などを認定。 2006年 特区において高度美容外科医療を提供する株式会社診療所開設。
<p>2008年～ 先端医療開発特区</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「基本方針2008」：革新的技術の開発を阻害している要因を克服するため革新的技術特区（スーパー特区）を創設。iPS細胞応用、再生医療などを採択。
<p>2011年～ 総合特区</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「新成長戦略」：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。 2011年8月 総合特別区域法施行。12月に関西イノベーション国際戦略総合特区など国際戦略総合特区7か所、地域活性化総合特区26か所を認定。
<p>2011年～ 復興特区</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2011年12月 東日本大震災復興特別区域法成立。 病院医療従事者の配置要件の緩和、訪問リハビリテーション事業所の開設要件の緩和、介護施設等での医師配置の緩和など。
<p>2012年～ 機関特区</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「日本再生戦略」：大学病院、企業、研究開発機関等の先進的な取組を行う機関が全国的な規模で活動ができるよう、行政単位の特区とは異なる機関特区を創設

国家戦略特区WGが実現されるべき「規制改革事項」の例として提示したもの

2013年8月23日「国家戦略特区」の提案募集にかかる説明会配付資料に記載されている例示。このような資料が配付されたこともあり、第1次提案募集でも、外国人医師の診療、保険外併用療養の範囲拡大の要望が多い。

- **外国人への医療サービス提供の充実（外国人医師の国内医療解禁、病床規制の見直し等）**
- 有期労働契約期間（5年）の延長（契約型正規雇用制度の創設）
- 都心居住促進のための容積率・用途等集団規制の見直し
- 羽田空港国際化のための羽田・成田離着陸割当ての柔軟化（羽田への国際線割当ての成田への国内線割当ての交換促進）
- 有料道路運営の民間への開放（コンセッション方式の導入）
- 公立学校運営の民間への開放（公設民営学校の解禁）
- 海外トップスクール誘致のためのインターナショナルスクールの設置認可要件の見直し（国内校との競争条件の同一化）
- 農地流動化のための農業委員会の関与廃止等
- **先進医療等の保険外併用診療の範囲拡大（評価実施体制の柔軟化等）**

医学部新設について

定例記者会見

2013年9月25日

公益社団法人 日本医師会

国家戦略特区 第1次提案募集における医学部新設の要望

国家戦略特区の第1次提案募集(2013年8月～9月)においては、成田市・国際医療福祉大学と静岡県から医学部新設の要望があった。

<p>成田市・国際医療福祉大学 「国際医療学園都市構想」</p>	<p>国際医療学園都市構想</p> <ul style="list-style-type: none">• 医学部新設(一部海外からも学生を受け入れ、指導者となる人材として、母国に帰す。日本の医療輸出に協力する人材を育成。大学院も設置) <p>「国際医療福祉大学・成田キャンパス(仮称)」の設置</p> <ul style="list-style-type: none">• 医学科(入学定員140人) 国際医療の担い手20人、地域医療の担い手120人• 看護学部• 保健医療学部
<p>静岡県 「グローバル人材育成のための医科系大学・大学院の設置」</p>	<p>医学部(医科大学)の新設</p> <ul style="list-style-type: none">• 医科大学又は医科系大学院を本県に設置(誘致)し、県内の医療現場に従事する医師や新しい治療法等を研究・開発する研究者を育成するとともに、附属病院において、より高度で専門的な医療を提供する。

医学部新設の問題点

日本医師会は、医学部新設には以下の問題点があることから反対である。東日本大震災被災地の医療現場からも、医学部新設により医師不足が加速する懸念が強く寄せられている。

今回、国家戦略特区の提案募集においては、東日本大震災被災地以外からも医学部新設の要望があったが、喫緊の課題は医師の偏在解消である。これについて、日本医師会は医師養成と配置のあり方について具体的な提言も行っているところである。

東日本大震災の被災地をはじめ東北地方などの医師確保は急務である。医師養成には長期間かかるにも関わらず、医学部新設への期待が先行し、緊急的に対応すべき医師確保、医師偏在解消対策が進まないことは遺憾である。あらためて政府に対し、東日本大震災被災地をはじめとする地域での医師確保対策の強力な推進を要請する。

医学部新設の問題点

1. 教員確保のため、医療現場から約300人の教員(医師)を引き揚げざるを得ず、地域医療の崩壊を加速する。
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。

医学部新設が地域医療にもたらす懸念

- 学校設置基準では、必要専任教員は140人(1学年80~140人の場合)とされている。しかし、医学部教員は大学附属病院で診療も行っており、現実には約300人の教員が配置されている。
- 教育確保のため、医療現場から1大学につき約300人の教員(医師)を引き揚げざるを得ず、地域医療の崩壊を加速する。特に東日本大震災の被災地をはじめ、医師不足が深刻な地域では多大な影響がある。

医学部定員数と教員数

	1学年の定員	教員数	附属病院の医師数
岩手医科大学	130人	393人	415人
東北大学	135人	331人	557人
福島県立医科大学	130人	308人	321人

定員は2013年、教員数は2012年(福島県立医科大学は2010年。2013年にはさらに増員される可能性がある。)
附属病院の医師数は常勤数に非常勤の者を常勤換算したものを加えた数。
附属病院の医師数には教員の一部を含む。

地域医療の現場からの要請

東北医師会連合会、宮城県医師会の要望 1) 2013年2月21日 2)

•新たな医学部新設を進めることにより、多くの教員確保のために医療現場からの勤務医師の移動(引き抜き)が発生し、基幹病院、公的病院を含む地域の医療機関の医師不足を加速させ、地域医療の崩壊が決定的なものとなることが明らかです。特に東日本大震災の被災地である東北3県においては沿岸部の医療が極めて厳しい状況にあり、ここで上記の医師の移動が発生すれば、医療再建どころか沿岸部の医療が壊滅することは必至です。

岩手医科大学・東北大学医学部・福島県立医科大学 2013年2月22日 3)

•医学部新設は被災県における地域医療復興・再生のブレーキとなり、被災地の地域医療崩壊をもたらす。

1)東北医師会連合会(青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県の6県)は合同で要望書を提出したが、宮城県医師会は単独でも要望書を提出している。

2)「『大学医学部の新設』に関する東北医師会連合会の要望」、「『大学医学部の新設』に関する宮城県医師会の要望」(厚生労働大臣、文部科学大臣、厚生労働副大臣兼復興副大臣、自民党政務調査会長、「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」会長に提出)

3)文部科学大臣、厚生労働大臣、自民党政務調査会長、「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」会長に要望書を提出

医学部を新設することの問題点

- これまでに医師養成数の増加が進められてきており、医師数の確保に一定の目途は立っている。
 - －日本医師会の推計では、2020年に現在のOECD平均に到達
 - －岩手医科大学・東北大学・福島県立医科大学の推計では、被災3県では2020年に厚生労働省の必要医師数実態調査で試算された必要数を充足する。
- これから医学部を新設しても自立して診療が可能な医師を養成するまでには10年以上を要する。
- また教員(1大学約300人)を仮に被災地以外から募集するとしても、現実的には極めて困難と推察される。
 - －2013年度から被災地以外の大学において、被災地で一定期間医療に従事することを条件とした定員増が可能になったが、申請した大学はない。

医師養成数の推移

2008～2013年度の入学定員累計増員数は1,416人であり、2007年度の1.2倍になっている。新設医学部の定員数を従来の100人とすると、2013年度までに既存医学部で増加した定員数1,416人は、約14医学部分に相当する。

(人)

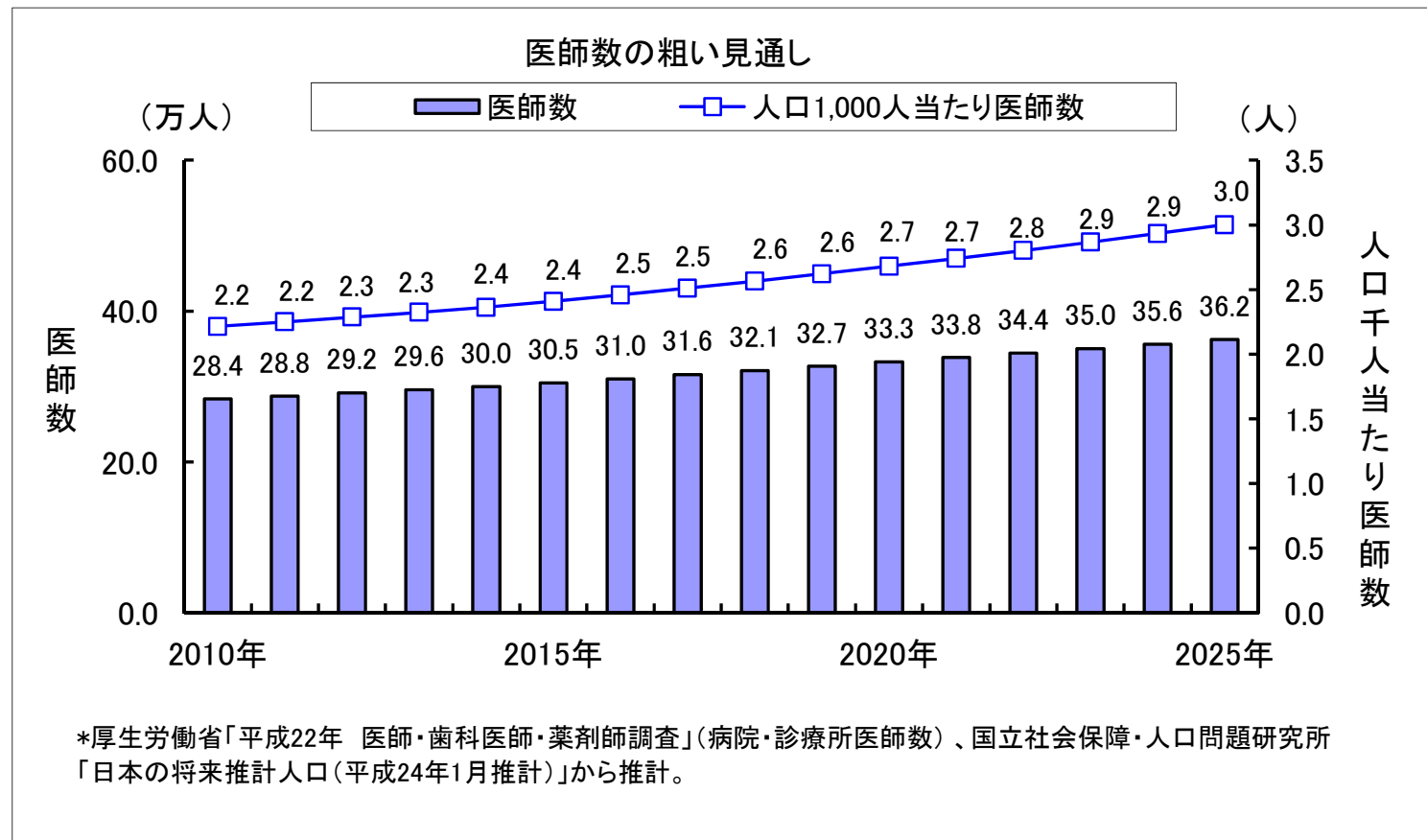
	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
国立(42大学)	4,090	4,165	4,528	4,793	4,843	4,857	4,887
公立(8大学)	655	728	787	812	817	834	839
私立(29大学)	2,880	2,900	3,171	3,241	3,263	3,300	3,315
計	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041
対2007年度(人)	0	168	861	1,221	1,298	1,366	1,416
対2007年度(倍)	1.00	1.02	1.11	1.16	1.17	1.18	1.19

厚生労働大臣	柳沢	舩添			長妻	細川	小宮山		三井	田村
文部科学大臣	伊吹	渡海	鈴木	塩谷	川端	高木	中川	平野	田中	下村

* 出所: 文部科学省「医学部入学定員の増員計画について」

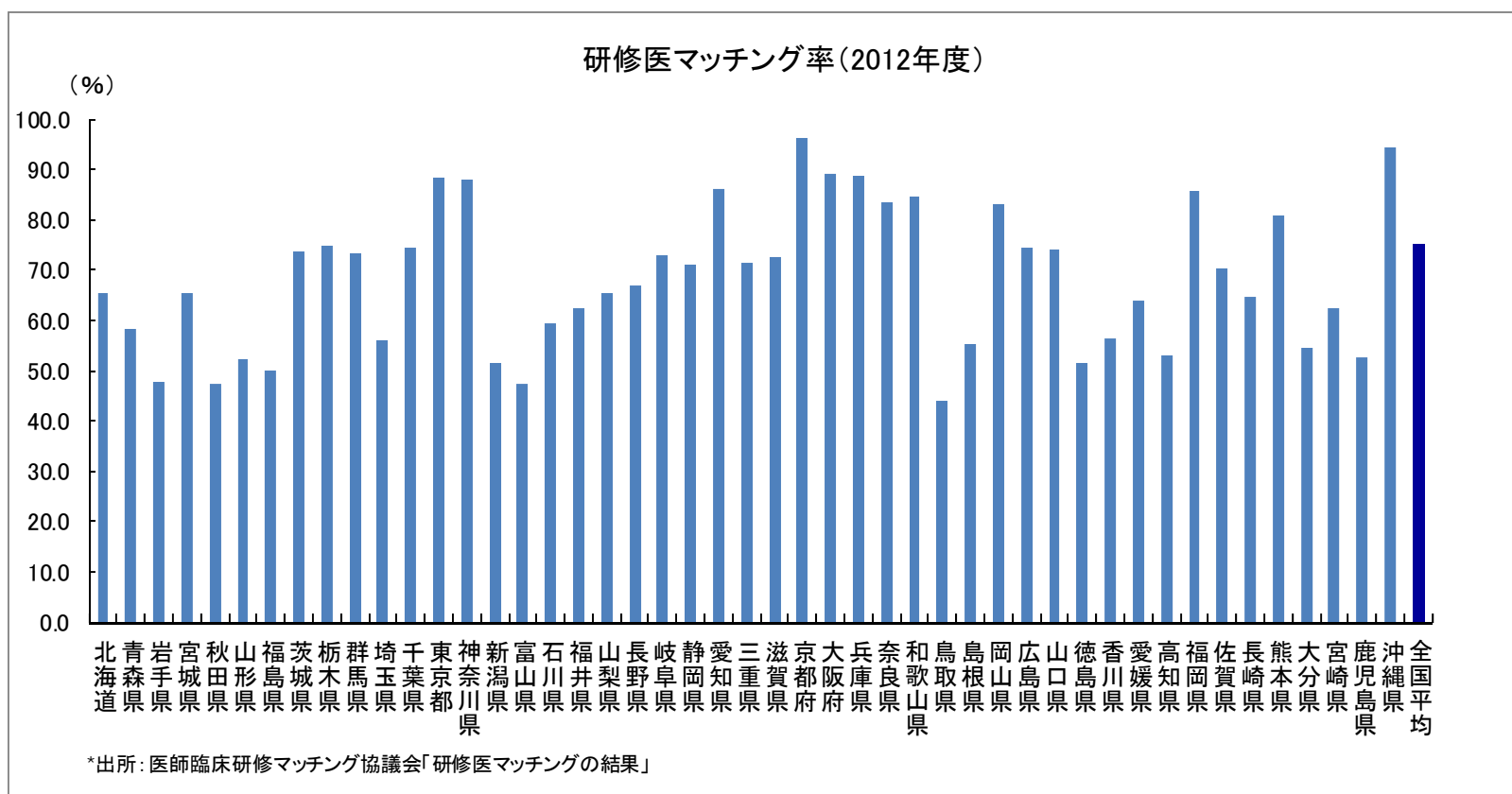
今後の医師数の見通し

これまでの医師数の伸びを踏まえ、かつ、2008年以降の医学部定員数増加分を加味して今後の医師数を推計すると、医師数は2025年には36.2万人（約1.3倍）、人口1,000人当たり医師数は3.0人（約1.4倍）になると推計される。



集中する医師

現状、臨床研修医のマッチ率¹⁾は東北地方をはじめとして、地方で低い。
 医学部を新設しても今日の医師偏在が解消できるわけではない。今こそ政治主導で医師偏在の解消を強力に推進すべきである。



¹⁾ マッチ率 = マッチ者数 ÷ 募集定員数 × 100 (%)

東日本大震災被災地の医療復興にむけて

- あらゆる手段を尽くして被災地の医療復興に取り組むべきである。
- そのひとつが、被災地への医師派遣である。これまで被災三県の医学部は医学部入学定員を増員してきた。そして、これらの医学部では医師の教育・派遣を通じた地域医療支援等に取り組もうとしている¹⁾。こうした動きを国として強力に支援すべきである。さらに現在の地域医療支援センター²⁾の機能強化も必要である。ただし、財政的支援を行っても、医師の確保は難しいため、
 - (1) 政治主導で、被災地の医学部に医療復興講座を設置するなどにより、大学医学部における役職・身分を保障し、キャリアアップにつなげること
 - (2) 国が通常の外数で運営費交付金(私学助成金)を全額措置すること
 - (3) 国がその講座の医師の採用を全面的に支援することなどによって被災地の地域医療に従事する医師を確保すること等を検討していただきたい。

1)たとえば東北大学病院では2013年1月に「地域医療復興センター」を設置し、医師の教育・派遣を通じた組織的、長期的な地域医療支援を行っている。

2)医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、実働医師を配置して地域に派遣するなどしている。厚生労働省のモデル事業で全国29道府県で運営されており(2013年9月25日現在)、岩手県、宮城県、福島県などにも設置されている。

医療復興にむけた地域医療再生基金のあり方について

- 地域医療再生基金の活用にも挺入れが必要である。2011年度第3次補正予算において、地域医療再生基金の積み増し(被災3県)が措置された。このとき、支援対象は、「民間を含む被災医療機関等の再整備」等とされ、「民間医療機関」を含むことが明記された。しかし、依然として民間医療機関からすればハードルが高く、全額補助ではないため医療機関自らの負担が少なくないという問題がある。
- さらに民間医療機関は、医師・看護師等の確保困難、二重ローン問題等を抱えている。地域医療再生基金の柔軟な運用(10割補助、条件軽減等)と、さらなる積み増しを要請したい。
- 被災地の医療復興は最優先課題である。政治的にも躊躇なく進めていただきたい。

医師養成と医師配置のあり方について — 医師養成についての日本医師会の提案 第3版 —

日本医師会は、臨床研修医は地元出身大学に軸足を置きつつ、より実践的な地域医療を身につけること、そのため地域では、医師会、行政、住民などが協力して、地域であたたく医師を養成していくことを提案する。

1. 各大学に「大学臨床研修センター(仮称)」を設置し、卒業生は「大学臨床研修センター(仮称)」と相談しつつ、研修先を決めていく。
2. 「都道府県医師研修機構(仮称)」を設置し、地域の実情を踏まえて、臨床研修医募集定員数を設定するとともに、地域で魅力ある研修プログラムを提示するほか、研修医に必要な支援を行う。
3. 中期的には、地域医療支援センターや上記組織を「都道府県地域医療対策センター(仮称)」に再編し、医師の異動を適切に把握して医師配置のあり方を検討し、かつ医師の生涯におけるキャリア形成支援を行っていく。

医師養成および医師確保のための体制(将来イメージ)

医師会、行政、大学、住民代表等で構成される「都道府県地域医療対策センター(仮称)」は、地域の医師養成および医師確保対策を推進する。

