

# Medi

メディペーパー京都

P A P E R  
K Y O T O

2013.6

第168号(通巻412号)

## CONTENTS

情勢トピックス	3
医療・社会保障編	3
■骨太方針を閣議決定、成長戦略と規制改革実施計画も／政府 …ほか	
調査・データ編	26
出生数は過去最少、死亡数は戦後最大／12年人口動態統計	
政策資料	
資料1：専門医の在り方に関する検討会 報告書	28
資料2：経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～	37
資料3：日本再興戦略-JAPAN is BACK-	58
協会だより	
7月の催し物(予定)、その他	65



休業補償、医賠償等損害保険  
自動車・火災保険も  
(有) アミスへ (Tel.075-212-0303)





# マルコーメール便

台車一台から始まった運送会社が、京都府全域をカバー出来る企業になりました。信頼と実績による確かな配送、それが私達の基本姿勢です。



やさしい配達、笑顔で配達。

## 主なお取り扱い商品／内容

- メー ル 便 : お届け先のポストへ投函します。
- 配 達 記 録 便 : 重要書類にご利用ください。お届け先で受領印を頂きます。
- 仕 分 け ・ 封 入 : 大量配布物を必要な部数封入し、メール便または配達記録便でお届けします。
- 引 越 し : 事務所の移転にも対応します。
- 貸 切 : 軽ワゴンから4 t車までご用意します。

## お取り扱い実績

平成22年度	957万通	
平成23年度	965万通	
平成24年度	1051万通	
平成25年度	385万通 (5月末現在)	

京都市上京区千本下立売下ル東入ル  
小山町908-10

株式会社 ウィングスマルコー



まずはお電話ください  
受付時間 9:00~17:00 (平日のみ) ☎ 0120-050-240

# 情勢 トピックス

## 今月の主な動き

政府はいわゆる骨太方針の「経済財政運営と改革の基本方針」、「アベノミクス」第三の矢である成長戦略の「日本再興戦略」、規制改革実施計画を6月14日に閣議決定。

また医療事故調査制度の創設に向け、厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」は5月29日、制度の大枠について意見を取りまとめた。厚労省は内閣法制局などと検討し、秋の臨時国会への提出を想定している「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）」に盛り込む。

# 医療・社会保障編

## 成長戦略

### ■骨太方針を閣議決定、成長戦略と規制改革実施計画も／政府

政府は6月14日、いわゆる骨太方針の「経済財政運営と改革の基本方針」と成長戦略の「日本再興戦略」、規制改革実施計画をそれぞれ閣議決定した。

骨太方針は、アベノミクスで「3本の矢」とする「大胆な金融政策」「機動的な財政政策」「民間投資を喚起する成長戦略」によって長引くデフレから早期に脱却し、経済成長と財政再建の両立を図ることが基軸。中長期の財政健全化に向け、国と地方のプライマリーバランス（基礎的財政収支）のGDP比の赤字を、2015年度までに10年度比で半減させ、20年度までに黒字化する目標を掲げる。

社会保障支出については「聖域とはせず、見直し

行 事	開始時間	場 所
2日(火) 各部会	午後2時	
5日(金) 保険審査通信検討委員会	午後2時	ルームA
9日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
10日(水) 建築士との相談日	午後2時	ルームB
17日(水) 医療事務担当者勉強会	午後7時	ルームA
18日(木) ファイナンシャルプランナーとの相談日	午後1時	アミス
18日(木) 雇用管理相談日	午後2時	アミス
18日(木) 保険講習会B	午後2時	ルームA
23日(火) 定例理事会	午後2時	ルームA
24日(水) 金融共済委員会	午後2時	ルームA
24日(水) 税理士との相談日	午後2時	ルームB
25日(木) 経営対策セミナー	午後2時	ルームA・B・C
28日(日) 第66回定期総会	午後1時	京都ホテルオークラ

7月の保険医協会の行事予定

行 事	開始時間	場 所
8月24日(土) 第649回社会保険研究会	午後2時	ルームA・B・C

今後の予定

※「ルームA、B、C」、「応接室」及び「アミス」は京都府保険医協会事務所内の会議室の名称です。

※法律相談室は必要な時に随時開催いたします。お申込は協会・総務部会まで。

※太字は一般参加の行事、詳細は後掲67～69ページ

情勢トピックス

医療・社会保障運動トピックス

政策解説資料

協会だより

に取り組む」と明記し、いっそうの重点化と効率化を進める方針を示した。国民皆保険制度を将来にわたって堅持し、社会保障制度を持続可能にするための取り組みとして「健康長寿化」「医療・介護のICT化」「後発医薬品の使用促進」などが示された。

成長戦略では、その中の「戦略市場創造プラン」で最初に「国民の健康寿命の延伸」を取り上げた。医療分野の研究開発の司令塔機能として「日本版NIH」を創設することや、「最先端医療迅速評価制度（仮称）」（先進医療ハイウェイ構想）を推進させて先進医療の対象範囲を大幅に拡大することも打ち出した。全ての健保組合がレセプトのデータを分析し、加入者の健康増進のための事業計画「データヘルス計画（仮称）」を作成して実行することも求めるとした。

規制改革実施計画には、医療のICT化の一環で「遠隔医療の推進」も盛り込まれている。対面診療と組み合わせた遠隔診療で、安全性や有効性などのエビデンスが得られたものから、診療報酬の特定疾患治療管理料、在宅療養指導管理料などの算定を認められるよう中医協で検討すると記載。遠隔診療で処方箋料の算定はどのような場合に可能となるか明確化することも盛り込んだ。遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理料については、4カ月ごととされている対面診療の間隔の延長などを中医協で検討するとした。いずれも14年度診療報酬改定に合わせて結論を得るとした。

カルテや処方箋の電子化も取り上げた。カルテについては、貼付が求められている各種文書についても電子媒体での管理のみでよいことを明確化する。実施時期の案として、13年7月までの措置を求めた。処方箋については電子化の実現に向けた工程表を策定するとした。実施時期については、案として13年度上期の措置とした。（6/17MEDIFAXより）

## ■先進医療を拡大、外国人医師診療も／成長戦略第3弾で安倍首相

安倍晋三首相は6月5日、東京都内で講演し「成長戦略の第3弾」について自ら語った。医療分野では、最新の医療技術を普及させるため先進医療の評価体制を見直す方針を示したほか、「国際戦略特区」の創設と併せてトップクラスの外国人医師が日本で診療することができるよう制度を見直すことを明言した。

安倍首相は「保険外併用の対象となる先進医療に

ついては、技術の有効性や安全性を証明する手間を、申請する医療機関が全面的に負担してきた」と指摘。「これを学会などからの申し出を踏まえ、国が全面的にサポートする形へと切り替える」と述べた。外部の評価機関を活用し、先進医療の審査期間を半減させることや、最先端の医療技術を速やかに先進医療と認定し、保険外併用の範囲を拡大させていく方針も示した。

また、小泉政権時代の構造改革特区を進化させる形で「国家戦略特区」を創設すると表明。国際化を進める中で「外国人でも安心して病院に通える環境が必要」と訴える一方で、トップクラスの外国人医師の受け入れにも前向きな姿勢を見せた。

医療費抑制の観点から予防医療に取り組む必要性にも言及し、健康予防サービスに新規参入する事業者を公的に認定する仕組みを設けることを明らかにした。電子レセプトの活用にも触れ「さまざまなサービスを生み出し得る宝の山」と表現。電子レセプト情報を分析・評価して健康管理につなげると強調した。

これら成長戦略を実行するために必要な法改正や税制改正については、従来のスケジュール感にとらわれず早期に実行していく考えを強調した。

## ●OTCネット販売「解禁する」

一般用医薬品のインターネット販売についても言及し「ネットの取引がこれだけ定着した時代で、対面でもネットでも、とにかく消費者の安全性と利便性を高めるアプローチが筋。消費者の安全性を確保しつつ、しっかりとしたルールの下で、全ての一般用医薬品の販売を解禁する」と述べた。

（6/6MEDIFAXより）

## ■「最先端医療迅速評価制度」を創設へ／成長戦略第3弾で厚労省

安倍晋三首相が6月5日の講演で「成長戦略の第3弾」を披露したことを受け、厚生労働省は、保険外併用療養の評価を迅速化・効率化するため、再生医療や医療機器、抗がん剤を含めた「最先端医療迅速評価制度」（仮称）を創設する構想を明らかにした。同制度を通じて、患者が安全かつ早期に最先端の医療を受けることができるよう取り組む。

これまでは医療機関からの申請を受け、厚労省の先進医療会議が▽個別技術▽実施医療機関▽実施計画一の適否を判断。先進医療として保険併用を開始するまでに、申請からおおむね6-7カ月要してい

た。

最先端医療迅速評価制度では、学会などの要望を踏まえ先進医療会議があらかじめ対象技術を選定し、実施医療機関群も設定しておく。その後、医療機関からの申請を受け、専門評価体制（外部評価機関）が実施計画の適否を判断する。あらかじめ対象技術の選定や実施医療機関群の設定を行っているため、外部評価機関は実施計画の適否を判断するだけでよく、先進医療として保険併用を開始するまでの期間を、申請からおおむね3カ月に短縮することが期待できるという。

学会などが前もって示している安全性や有効性のエビデンスを基に、先進医療会議が対象技術を選定するため、医療機関にとっては申請時に文献を集める手間が省ける。

抗がん剤については、もともと2013度中をめどに新たな専門評価体制を整備する計画だったが、今回新たに再生医療や医療機器を対象に加え、最先端医療迅速評価制度の枠組みを固めた。新制度は抗がん剤から先行して秋ごろをめどに整備する。再生医療や医療機器の専門評価体制の構築や実施時期についてはまだ決まっていないという。

#### ●外国人医師診療は「臨床修練」の見直しで

安倍首相が5日の講演で、トップクラスの外国人医師が日本で診療することができるよう制度を見直すとした点について、厚労省は外国人医師の臨床修練制度の見直しを通じて対応していく考えだ。「外国人でも安心して病院に通える環境」についても、外国人患者受け入れ医療機関認証制度（JMIP）の仕組みの中で整備を進める。

一方、健康増進・予防分野では、安心して事業を行うことができるよう事業者の取り組みが適法かどうかを確認する仕組みを創設する。

（6/6MEDIFAXより）

#### ■保険外併用療養拡大や「データヘルス計画」も／成長戦略素案

甘利明経済再生（一体改革）担当相は6月5日の産業競争力会議に、成長戦略の素案を示した。保険外併用療養を外部審査方式を取り入れて拡大させることや、全ての健保組合に加入者の健康保持増進の事業計画「データヘルス計画（仮称）」を作成するよう求めるなど、医療関係施策も大きな位置を占めている。実現に向けた工程表も示した。

成長戦略の素案は「日本産業再興プラン」「戦略

市場創造プラン」「国際展開戦略」の3つのプランで構成し、戦略市場創造プランには「健康寿命の延伸」が盛り込まれている。健康寿命の延伸では「健康予防・介護関連産業の市場規模を2020年に9兆円（現状2兆円）に拡大」「医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模を20年に12兆円（現状9兆円）に拡大」の2つを成果目標に掲げた。

具体的な施策には▽保険外併用療養の拡大▽日本版NIHの創設▽一般用医薬品のインターネット販売解禁▽医療・介護・予防分野のICT利活用を加速化▽医薬品医療機器総合機構の体制強化で20年までに医薬品・医療機器の審査ラグゼロを実現—などがある。

#### ●全健保組合にレセプト分析を

予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりとしては、全ての健保組合にレセプトデータの分析と、それに基づいた加入者の健康保持増進のための事業計画「データヘルス計画」の作成・公表・事業実施・評価の取り組みを求める。そのために健康保険法関連の厚生労働大臣指針（告示）を2013度中に改正する。計画に着手するのは14年度となる。厚労省は「国として後押しや指導をしたい」（保険局保険課）としている。まずは健保組合から始めるが、素案には「市町村国保が同様の取り組みを行うことを推進する」とも記載した。

医療分野の研究開発の司令塔になる日本版NIHは、新たな独立行政法人として創設することを明記した。

#### ●“混合診療”は保険外併用療養で／甘利担当相

甘利担当相は会合終了後の記者会見で「混合診療については保険外併用療養として取り組んでいく」と発言したことを明かした。「混合診療の全面解禁」ではなく、現行制度の中で対応していくことを明言した形だ。（6/6MEDIFAXより）

#### 規制改革会議

#### ■医療のICT化や再生医療を推進／規制改革会議が首相に答申

政府の規制改革会議（議長＝岡素之・住友商事相談役）は6月5日、127項目にわたる規制改革事項を盛り込んだ答申を取りまとめ、岡議長が安倍晋三首相に手渡した。健康・医療分野では、医療のICT化、再生医療、医療機器の規制改革、一般健康食品の機能性表示を可能にする仕組みの整備を盛り込ん

だ。当初、検討課題に挙がっていた保険外併用療養の拡大については今回は盛り込まなかったが「さらに、議論を掘り下げ、思い切った規制改革に取り組む必要がある」とし、会見した岡議長も「（7月からの）来期には優先項目に入るだろう」との見解を示した。

### ●保険外併用療養の拡大は来期

保険外併用療養については再生医療の項目で「革新的な再生医療等製品が早期に患者に提供されるよう、保険外併用療養費制度を積極的に活用する」と言及した。岡議長は、健康・医療ワーキング・グループ（WG）の項目に保険外併用療養の拡大は掲げられたが、時間の制約もあり優先事項にはならなかったと説明。一方で、最先端の医療機器の実用化を推進する中、その医療機器が使用されなければ意味がないと指摘。使用促進に当たって岡議長は「保険外併用療養の拡大、いわゆる混合診療が密接に関係してくる」と述べ、来期の議論で取り上げる意向を示した。

医療のICT化については、医療サービス全体の効率化が進んでおらず、国民が自身の診療情報を管理できる仕組みが構築されていないとして、本格的に加速化する必要性に言及した。ICT化に向けて▽医療機関の機能分化や連携▽個人や保険者による健康管理▽匿名化された医療データの活用一など、厚生労働省が主体となって5年後・10年後の全体構想と工程表を早急に策定することとした。

遠隔医療の推進にも言及し、テレビ電話による遠隔診療は従来の電話診療と比較し効果が高いにもかかわらず、特定疾患治療管理料や在宅療養指導管理料を算定できない事例があると指摘。安全性・有効性が認められたものから2014年度診療報酬改定に合わせて検討を行う必要があるとした。

社会福祉法人の財務諸表については、13年度分以降全ての社会福祉法人が公表すると記載した。健康・医療WGの（座長＝翁百合・日本総合研究所理事）は、これは一つの大きなきっかけだとし「社会福祉法人の経営の健全化も含めて取り組んでまいりたい」と述べた。

政府は、答申内容の実現に向けて「規制改革実施計画」（仮称）を策定し、14日の閣議決定を目指す。（6/6MEDIFAXより）

## 経財諮問会議

### ■経済再生で財政健全化につなげる／骨太素案「皆保険は堅持」

政府の経済財政諮問会議は6月6日、予算編成の基本方針となる「骨太方針」の素案をまとめた。アベノミクスの「3本の矢」（金融政策・財政政策・成長戦略）で経済を再生し、財政健全化につなげるという内容。国・地方の基礎的財政収支（プライマリーバランス）の目標も盛り込んだ。「2015年度までに10年度比で赤字の対GDP比を半減し、20年度までに黒字化、その後も債務残高の対GDP比の安定的な引き下げを目指す」と記載した。政府は7日以降、与党と調整する。来週の諮問会議で正式に決定・答申した後、閣議決定する予定。

### ●「中福祉・中負担」を目指す

社会保障分野については、第3章「経済再生と財政健全化の両立」の中で重点的に触れている。財政健全化の観点から「社会保障以外の支出について、一層の重点化・効率化を進める。また、社会保障支出についても聖域とはせず、見直しに取り組む」と記載した。社会保障の規模は「中福祉・中負担」を目指す。国民皆保険制度を将来にわたって堅持する方針も明示。健康長寿化やICT化、後発医薬品の使用促進などに取り組む。健康増進を図りつつ、効率的な社会保障サービス提供体制を構築する方針だ。

医療提供体制の改革については、地域ニーズに合致しているかを検証した上で、医療提供体制の効率化や、平均在院日数の縮減、地域包括ケアシステムの構築などに取り組む。ICTを活用しながらエビデンスに基づき医療計画を策定するほか、医療法人間の合併や権利移転などの制度改革も検討する。高齢者医療の自己負担の見直しについても検討し、早期に結論を得る。国保の都道府県単位化などについても検討を進める。具体的な政策については社会保障制度改革国民会議で議論を深めていく。

医療・介護のICT化をめぐるのは、健康管理やサービスの質向上・効率化に向け、5年間をめどにICT化の工程表を策定し、データ活用の先進国に育成する。保険者が外来受診の適正化などを図るためにもICTを活用できる仕組みを早急に整える。

### ●「社会保障も聖域ではない」

諮問会議後の会見では、一般紙記者から「具体的な項目が少ない」などと厳しい指摘が相次いだ。これに対して甘利明経済再生（一体改革）担当相は「社

会保障も聖域ではないと書いた。それ以外もしっかりやる。ほぼ全ての分野を網羅した書き方だ」と述べ、14年度予算編成過程で具体的な効率化策が絞り込まれていくとの考えを示した。

（6/7MEDIFAXより）

## 国民会議

### ■伊藤委員「将来は混合診療を」／国民会議「むしろ支出増」の声も

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤・慶應義塾長）は6月3日開かれ、経済財政の視点から見た社会保障改革をテーマに伊藤元重委員（東京大大学院教授）がプレゼンテーションし、将来的な課題として保険医療の根幹を守るために“混合診療”を進めることが「必要となるかもしれない」と提案した。委員からは、現行の保険外併用療養費制度との関係性を問う声や、混合診療の全面解禁でむしろ公的医療支出が増える可能性があるとの指摘など、牽制する意見が出た。

経済財政諮問会議の民間議員でもある伊藤委員は、社会保障改革抜きに財政健全化を実現することは不可能だと指摘。社会保障の改革メニューは現状でも数多く出されており、対応可能なものはすぐに実施し、利害調整や世論形成に時間を要するものについても、すぐに検討は始めるべきだと求めた。

#### ●「受診時定額負担」の再検討も

速やかに対応できる取り組みには、70-74歳の自己負担を2割にすることや、後発医薬品の使用促進に向けた具体策の導入を挙げた。「政治的な合意が得られれば」と前置きした上で、かつて議論され導入が見送られた経緯がある「受診時定額負担」の再検討も例示した。成果が出るまでに時間がかかるが、すぐにでも検討・導入を始めることとしては、保険者機能の強化を目的とした国保運営の都道府県化を挙げた。

“混合診療”は「将来、より大胆な改革が求められるときに必要な検討」として例示。提出した資料には「混合診療を進めていき、保険医療でカバーする部分を限定する、というのは批判が多いと予想されるが、将来的に日本の保険医療の根幹を守るために必要となるかもしれない」と記した。このほか、フリーアクセスの制限を前提に、ゲートキーパー制度の導入を検討することも示している。

伊藤委員はこうした制度改革を挙げた上で、税と

保険料の役割分担をどう考えるかや、公的財源でカバーすべき部分とそうでない部分の境界の設定などを、現時点で固めておくべきだと提言した。

“混合診療”については宮武剛委員（目白大大学院客員教授）が反論。保険医療を守るための導入という考え方について「有効性や安全性が疑わしい医療にも保険給付をすることになれば、むしろ公的な医療支出が増える可能性もある」と慎重な検討を求めた。権丈善一委員（慶応大教授）も、保険外併用療養費制度との関係をどう捉えるかが重要との趣旨の発言をした。

年金分野の議論が中心だったが、国民会議は次回10日の会合で医療・介護分野を再び集中的に議論する予定。その後は、年金と少子化対策を含んだ4分野の議論を総合的に進めていく。

（6/4MEDIFAXより）

### ■国民会議、在宅移行と医介連携が焦点に／国保広域化は一致

政府の社会保障制度改革国民会議は6月10日、医療分野の集中討議をした。医療提供体制の議論では遠藤久夫委員（学習院大経済学部長）が、医療と介護の関係者が特別部会のような形で集中的に審議することが重要だと主張し、在宅医療や医療・介護連携の重要性に焦点が当たった。国保の運営は、市町村に保険料の徴収業務などを残したまま広域化する「分権制」が浮上した。

国民会議は2巡目の議論に入った。事務局は「さらに、議論すべき事項①」として▽国保制度▽被用者保険・高齢者医療制度▽医療提供体制—の3つの課題を提示。議論では権丈善一委員（慶応大教授）が「提供体制の改革が最優先課題。改革をしないと2025年までの医療は持たない」と危機感をあらわにすると、大島伸一委員（国立長寿医療研究センター総長）は「1つの臓器を治し、50-60代の生命予後を延長させることが目標だった20世紀型の医療はもう通用しない。医療は大きな転換点にある。全身を診ることができなければ、80歳、90歳の高齢者医療はうまくいかない。専門医ばかりを養成するシステムを変えなければ医療は変わらない」と問題提起した。

遠藤委員は社会保障審議会・医療保険部会の議論の内容を紹介した上で、制度論に言及した。「全ての機能の病院で平均在院日数の短縮を目指す以上、最終的な受け皿は在宅になる。在宅医療や、医療と

介護の連携の進み方は重要だ」と指摘。「制度横断的な議論をするため、介護と医療の関係者を集めた社保審の特別部会のようなもので集中審議をし、提供体制と診療報酬の在り方を調整することが必要」と提案した。遠藤委員は会合終了後の記者会見で自身の発言について「医療と介護はカルチャーが違う。厚生労働省内の部局も違う。私は医療側の人間で、在宅医療の話は丁寧にやるが、介護との連携はあまり詳しくやらない。逆もそうではないか。そこがネックとすれば、形はともかく両方の関係者で議論したらどうかということ」と説明。

一方、国保の広域化には多くの委員が賛同した。運営主体を都道府県化した場合でも、保険料の徴収などは市町村が責任を持つ「分権制」が賛同を集めた。宮武剛委員（目白大大学院客員教授）は「都道府県が運営しても県内で均一の保険料にはならない」とし、遠藤委員も同調した。山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大名誉教授）は「保険料の未納には市町村が責任を持つ。そうした分権的広域化になる」と述べた。

清家会長は、分権的要素を持つ都道府県単位への広域化は共通認識だと整理。総報酬割で浮く財源については、少なくともその一部を国保の持続可能性向上に活用する方向だとの認識を示した。

(6/11MEDIFAXより)

## ■パブコメは計714件／国民会議

社会保障制度改革国民会議事務局は6月10日、4月から5月にかけて募った社会保障制度改革に関する意見が714件あったと発表した。個人から572件、団体から142件が寄せられた。

医療分野では▽国民皆保険制度の維持▽医療従事者の確保と医療連携の強化▽現役世代と高齢世代の負担の公平性、高齢者医療制度▽地域での看取りの体制整備、終末期医療の在り方などの項目について多く意見が寄せられた。介護分野では、地域包括ケアシステムの構築や軽度者に対する支援などに関する意見が多かった。(6/11MEDIFAXより)

## 医療事故調

### ■医療事故調創設へ、大枠を取りまとめ／厚生労働省検討部会が報告書

厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」（座長＝山本和彦・一橋大

大学院教授）は5月29日、再発防止と原因究明を目的とする医療事故調査制度の創設に向け、予期せぬ診療関連死を対象とする制度の大枠について意見を取りまとめた。厚生労働省は内閣法制局などと法制化が必要な事項について検討し、秋の臨時国会への提出を想定している「医療法等の一部を改正する法律案（仮称）」に盛り込む予定だ。

#### ●詳細はGLで、6月にも検討の場

制度の大前提となる各医療機関における院内事故調の手順や、新たに設置する中立的な第三者機関への届け出など、制度運用上の詳細についてはガイドライン（GL）を策定する。GL策定については厚生労働省が新たに検討の場を設け、早ければ6月中にも検討を開始する。

これまでの議論を踏まえて厚生労働省が提示した「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方案」に基づき議論した。文言の修正と、一部の事項に反対意見があったことを盛り込むことも決め、同検討部会の総意をまとめた報告書とした。

報告書は▽調査の目的▽調査の対象▽調査の流れ▽院内調査の在り方▽第三者機関の在り方で構成。予期しない診療関連死が発生した場合、医療機関がまずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに速やかに院内事故調査を実施することとした。院内調査の結果は第三者機関に報告する。第三者機関は医療機関からの報告を確認・検証・分析し、再発防止策の普及・啓発に取り組む。

#### ●都道府県医師会など支援組織に登録

院内調査は、第三者性の担保として外部の医療専門家に支援を求めることが原則。規模の小さい医療機関など必要な専門家をそろえることが難しい場合に対する支援や連絡・調整の窓口機能を担う体制として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体を「支援法人・組織」として登録する仕組みを設けることも決めた。

第三者機関の業務としてはこのほか▽医療機関からの求めに応じて院内調査の方法などを助言▽遺族または医療機関の求めに応じて実施する医療事故調査▽「支援法人・組織」や医療機関で事故調査などに携わる者への研修—を挙げた。

(5/30MEDIFAXより)

### ■医師法21条の解釈、整理して周知／厚生労働省・田原医事課長

厚生労働省医政局医事課の田原克志課長は5月29

日の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」（座長＝山本和彦・一橋大大学院教授）で、医師法21条の解釈について整理し、周知する考えを示した。周知する時期については言及しなかった。医師法21条の解釈については医療界で「全ての医療事故を警察に届け出なければならないとの誤解が広がっている」との指摘があり、厚労省に対応を求める声がある。

同検討部会は会合で、予期せぬ診療関連死を対象に再発防止と原因究明を目的とする医療事故調査制度の創設に向け、同検討部会の総意を報告書に取りまとめた。取りまとめに際して厚労省は、これまでの議論の経緯やこれまでに上がった意見・反対意見などを報告書に追加するための文章案を提示。その中に「医師法第21条の解釈についてあらためて周知を図るべきとの意見があった」との記載があり、議論になった。

飯田修平構成員（練馬総合病院長）は「（今回まとめる医療事故調については）医師法21条は関係ないということで議論している。誤解を招くので削除してください」と求めた。加藤良夫構成員（南山大大学院教授、弁護士）も削除すべきとした。このため今回の報告書には記載しないことになった。

ただ、有賀徹構成員（昭和大病院長）は厚労省が文章案に記載した趣旨について「医師法21条の解釈とは、この間（2012年10月26日の同検討部会での）医事課長が発言したことよいか」と質問。これに対し田原課長は「そのことも含めて、整理をした方がよいのではないかという趣旨」と説明し、「整理したものを周知することになる」と述べた。

12年10月の同検討部会の議事録によると、田原課長は「厚労省が診療関連死について届け出るべきだ、というようなことを申し上げたことはないと思っております」とした上で、「検案をして、死体の外表を見て、異状があるという場合に警察署の方に届け出るということでございます」と述べている。

（5/30MEDIFAXより）

## 機能分化

### ■機能分化は「地域多機能」など5分類／報告制度で厚労省案

厚生労働省は病床の機能分化を推進するために導入する報告制度について、各医療機関が選択する医療機能の名称や具体的な報告事項などを厚労省案と

してまとめ、5月30日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）に「たたき台」として提示した。医療機能は▽急性期▽亜急性期（仮称）▽回復期リハビリテーション▽地域多機能（仮称）▽長期療養一の5つに分類した。厚労省医政局の原徳壽局長は「主として担う機能であり、亜急性期で急性期患者を診てはいけないということではない」と述べ、弾力的に考えていると説明した。

構成員からは特に、初めて示された「地域多機能」について異論が続出した。厚労省は、医療資源が少なく機能分化できない地域で、病棟数が2つ以下の医療機関を対象にすると提案した。

これに対し相澤孝夫構成員（日本病院会副会長）は「多機能を持っている病院は、医療資源が少なく機能分化ができない所にだけ存在しているという偏見があると思う」と指摘し、医療機関の多い都市部でも認めるべきと反論。三上裕司構成員（日本医師会常任理事）も「都市部でも地域に密着して全般的な医療を提供している場合が多い」と同意した。加納繁照構成員（日本医療法人協会会長代行）も「資源が少ない所、と明文化されるのはよくない」と反対した。山崎理構成員（新潟県福祉保健部副部長）も「同感」と述べた。

「亜急性期」については、急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態の「ポストアキュート」に加え、重装備な急性期入院医療までは必要としないが在宅や介護施設で療養中に急性増悪した状態「サブアキュート」に対する機能を一体化させ、在宅復帰に向けた医療機能として位置付けたのに対し、異論が続出。「ポストアキュート」に限るべきとの意見や、一般国民には分かりにくいとの意見が上がった。

### ●「地域多機能＝亜急性期＝地域一般病棟」では？ ／西澤構成員

西澤寛俊構成員（全日本病院協会会長）は、厚労省が「亜急性期」として示した医療機能こそ、都市部で多機能を担う医療機関を指しているとの見方を示し、「それをわれわれは『地域一般病棟』と言っている」と述べ、全日病の考えをあらためて主張。▽複数の構成員が認めるよう求めている都市部の「地域多機能」▽厚労省が示した「亜急性期」の考え方▽全日病などが提唱している「地域一般病棟」一は同義であるとし、「もう少し整理していただければ、すっきりするのではないかと述べた。

(5/31MEDIFAXより)

## 臨床研修

### ■激変緩和は廃止へ、都市部の定員大幅減も ／臨床研修部会

厚生労働省の医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会（部会長＝桐野高明・国立病院機構理事長）は5月23日、募集定員の激変緩和措置を2015年度の臨床研修制度の見直し後は継続しないこととおおむね一致した。激変緩和措置が廃止されると、募集定員の計算式の関係で、東京、大阪、兵庫、京都などの都市部で定員上限が大幅にダウンする可能性がある。桐野部会長は「相当なインパクトがあるだろう」とした上で、混乱を起こさないためにも段階的な変更が必要との考えを示した。

募集定員数についてはこのほか「（都市部への集中を避け医師偏在解消のためにも）激変緩和措置をなくすだけでは不十分」（小川彰委員＝岩手医科大理事長・学長）、「地域医療や高齢者医療の経験という意味では、募集定員に65歳以上の割合などを加味する制度設計にすべき」（山下英俊委員＝山形大医学部長）などの意見もあった。

地域の医師不足解消を目的に、地域医療に従事する意欲のある医学生を対象とする地域枠については、現行通り一般枠の学生と同様にマッチングに参加して臨床研修病院を決定すべきとの意見が相次ぎ、反対意見は出なかった。

#### ●研修病院群の外形基準で賛否

研修病院群の形成については山下委員が、大学病院と大小さまざまな医療機関が病院群を形成する外形基準を定めるべきとの意見を繰り返し強調。大学病院を含めた臨床研修病院群構想は全国医学部長病院長会議が提唱しており、同会議顧問でもある小川委員も同様の意見を示した。

これに対し神野正博委員（社会医療法人財団董仙会理事長）は、研修プログラム責任者と指導者講習会を確実に受けた指導医がいるなど、研修に必要な人員が確保されており、研修プログラムも評価されている病院であれば十分とし「（外形基準を定めるなど）とやかく言う筋合いの問題ではない」と反論した。清水貴子委員（聖隷浜松病院副院長）も「どういふ内容の病院群かがとても大切」とし、病院群を形成する範囲や形態、病院の規模などの外形基準ではなく研修内容が重要との考えを示した。

現在月1回の頻度で開いている会合を状況次第で8月以降は月2回に増やすことを決めた。厚労省が提案し、委員から反対はなかった。厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室の植木誠室長は会合後、記者団に「早ければ9月中にも見直しの大枠はまとめていただきたいと思っている」と述べた。

(5/24MEDIFAXより)

## 規制緩和

### ■米国の破滅した医療に「日本はすべきでない」 ／米経済学者ら

内閣府経済社会総合研究所が主催したESRI国際コンファレンスは5月31日、「日本経済の再生に向けて」と題したパネル討論で、産業競争力会議で民間議員を務める竹中平蔵氏（慶応大教授）と米国のジェフリー・サックス氏、ジョセフ・スティグリッツ氏（共にコロンビア大教授）が規制緩和をめぐる意見を戦わせた。成長戦略の一環である規制緩和は日本に必要とする竹中氏に対し、サックス、スティグリッツ両氏は米国の医療などを事例に反論。会議を通して金融緩和と財政出動の有効性については意見が一致していただけに、成長戦略の難しさを際立たせる形となった。

冒頭、竹中氏は「政府は民間の自由度を上げることが優先すべき」と述べ、企業経営者の委員らが企業の新陳代謝を進める改革を拒んでいるとして、政府の規制改革会議の議論は有望ではないと指摘した。7月の参院選後は、さらに、族議員らの力が増すと考えられるとして、「安倍首相には、規制緩和を含めた経済改革に最優先で政治資源を傾けてほしい」と述べた。

#### ●規制緩和は危険な方向／サックス氏

一方、サックス氏は「米国では規制緩和で民間企業にリーダーシップを与えた結果、強力な利益団体・ロビイストを生み出した。無駄が多く、入院コスト・医薬品が高額な破滅した医療制度に、日本はすべきではない。規制緩和・民営化は危険な方向性だ」と警告した。

#### ●規制緩和に失敗、貧民から搾取／スティグリッツ氏

スティグリッツ氏も「米国は規制緩和に失敗し、貧しい人を搾取している。民間の首を絞めてはいけませんが、市場には失敗があり、政府には重要な役割がある」と述べた。

### ●副作用含め慎重な議論必要／竹中氏

これに対し竹中氏は「日本と米国では規制緩和のイメージとレベルが違う。日本では15年間も農業の株式会社化を議論している。（全体として）規制緩和の善しあしを議論しても仕方ないので、個別の政策で副作用も含めた慎重な議論が必要」と応じた。

スティグリッツ氏は「日本の状況を考えると、個々の分野では規制緩和は必要だろう」とした上で、「慎重に行うべき」とくぎを刺した。

（6/3MEDIFAXより）

### ■医療は公共部門が行う方が効率良い／米・スティグリッツ氏

米国の著名な経済学者であるジョセフ・スティグリッツ氏（コロンビア大）が5月30日、内閣府経済社会総合研究所の主催するESRI国際コンファレンスのため来日し、「公共部門の行う医療の方が民間部門よりも効率性が高い」と述べ、日本の増税による社会保障の充実に理解を示した。

スティグリッツ氏は「米国では民間部門が担っている医療の効率が悪いため、負担が多くなっている。公的医療制度のフランスはGDPの11%が税ベースの医療費だが、米国よりもアウトカムが高い。国が行う社会保障の方が効率性が高いのは、民間部門よりも問題への対応力があり、取引コストも低くできる可能性があるからだ」と述べた。

### ●「TPPは透明性がない」と警鐘

シンポジウムに同席した日本のエコノミストらが環太平洋連携協定（TPP）の交渉参加を前向きに捉える発言をする中で、スティグリッツ氏は参加に警鐘を鳴らした。日本はグローバル化を進める必要があるとしながらも「TPPは自由貿易協定ではなく、透明性がない。薬へのアクセスが難しくなる」と述べた。

スティグリッツ氏は2001年に「情報の経済学」を築き上げた貢献により、ノーベル経済学賞を受賞。07年からの世界金融危機を予言したことで知られ、米国の格差問題などに関する著作も多い。

（5/31MEDIFAXより）

## 金融庁

### ■現物給付は将来課題も、直接支払いは可能／金融庁WGが報告書

金融庁は6月7日の「保険商品・サービスの提供等

の在り方に関するワーキング・グループ」で、前回合合の議論を受けて修正した報告書案を提示し、了承された。医療関係では▽生命保険契約等での現物給付の解禁は将来の検討課題▽直接支払いサービスを顧客に提供することは可能である旨を明確化し、顧客サービスの充実を図る▽不妊治療に係る保険はモラルリスクなどの問題に対応すれば社会的意義がある一などを盛り込んだ。報告書は金融審議会に提出する予定。

報告書では、現物給付について「保険会社が将来時点で提供する財・サービスの質等についてどのように担保するか」「保険会社が財務の健全性を確保する観点から、財・サービスの価格変動リスクにどのように対処するか」などの課題が指摘されているとし、解禁は将来の検討課題となった。

一方、直接支払いサービスについては、保険会社は保険金額の範囲内で提携事業者に支払いをすればよく、価格変動リスクを負わないことなどから現物給付を認めた場合の懸念の大部分を回避することができる」と記載した。ただし提携事業者の提供する財・サービスの内容などの情報提供や、適切な提携事業者を提示するための体制整備を義務付けることが適当としている。

委員からは「直接支払いサービスは現物給付に向けた一歩であって、保険会社が提携事業者との連携を深めることで、サービスの質の向上や顧客との情報の非対称性を解消できる」との声が上がった。

金融庁保険企画室の担当者は会合後、「直接支払いサービスは報告書に沿って監督指針を作れば時間をかけずにできる。保険会社の要望・スケジュール次第」と話した。（6/10MEDIFAXより）

### ■医療機関に「金融コンシェルジュ」／金融庁などが促進

金融庁と日本ファイナンシャル・プランナーズ協会（日本FP協会）は、医療・介護サービス利用者が抱える金銭面の悩みに対して相談に乗る「金融コンシェルジュ（仮称）」について、医療機関や介護施設に設置を促す取り組みに乗り出す。日本FP協会が6月から、河北総合病院（東京杉並区）でファイナンシャルプランナーによる週1回のパイロットプロジェクトを開始し、徐々に実施医療機関を拡大する。実施施設の目標数は定めていない。

金融庁によると▽保険金・給付金の受け取り▽費用を捻出するための家計のやりくり方法▽資産運用

方法一などについて相談したいという患者や介護サービス利用者のニーズがあったという。金融コンシェルジュは、中立的な立場から家計のやりくりのこつや一般的な金融知識を伝え、個別の金融商品や不動産の個別取引などの助言は行わない。

河北総合病院の運営状況をみながら、東京都病院協会の協力の下で、設置する医療機関や介護施設を拡大していく。金融庁は「パイロットプロジェクトの評判次第で、医療機関から要請があるのではないか」としている。(5/14MEDIFAXより)

## 財政審

### ■吉川分科会長、画一的な医療費削減は否定／財政審が報告書

財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会の財政制度分科会（分科会長＝吉川洋・東京大大学院教授）は5月27日、「財政健全化に向けた基本的考え方」をまとめ、麻生太郎財務相に提出した。社会保障分野では、税との一体改革の中で、重点化・効率化を図るための新たな制度改革に踏み込むことが必要だと強調。医療・介護保険制度や医療・介護サービスの提供体制を改革する必要性にも言及したが、吉川分科会長は記者会見で、医療費に関する画一的な削減には否定的な見方を示した。

医療・介護保険制度の改革については、社会保障制度改革国民会議で話題に上っている「軽度者に対する介護保険給付の見直し」「高額療養費制度の見直しや、一定病床数以上の一般病床における紹介のない外来受診への定額負担の導入」などについて、速やかな実現を図るべきだとした。

医療・介護サービスの提供体制についても、国民会議で議論されている取り組みに言及。「医療計画上の病床規制（基準病床数の算定）を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別にする」「医療機能の分化・連携のための医療機関の再編などができるよう、医療法人制度を見直す」などについて、検討が深まり、早急に制度化されていくことに期待感を示した。

さらに、報告書では、医療・介護サービスの提供体制を改革する上での公費の追加手法に注目を付けた。「医療機能ごとの診療報酬の重点配分が所期の効果を発揮するためには、病院と診療所間の連携を含め、医療機能の分化・連携が一定程度進捗していることが前提とならなければならない」と強調した。

麻生財務相への報告書提出を終え、記者会見した吉川氏は「医療については、病院と診療所の関係など見直さなければならないことはある。将来の医療提供体制にとって大変重要だ。こうした供給体制の改革に沿った形でお金を使っていく必要があるということを、かなり立ち入って（報告書に）書いてある。ただ単に医療費を削ることを書いてあるわけではない」と述べ、画一的な削減ではなく効率化が重要と説明した。

財政運営の在り方については、報告書の中で、国と地方の基礎的財政収支（プライマリーバランス＝P B）について、2015年度までに対GDP比の赤字を10年度の水準から半減させる政府目標を、確実に達成することが不可欠だと強調。財政健全化を進めていく上では、歳出抑制や増税といった取り組みを避けて通ることはできないと訴えた。

(5/28MEDIFAXより)

## 中医協

### ■日帰り・短期入院の包括化を推進／厚労省、中医協総会で論点提示

厚生労働省は5月15日の中医協総会に、短期滞在手術基本料1（日帰り）と同基本料2（1泊2日）の対象手術を受けた患者の多くが規定を超えた入院期間になっており、出来高算定する医療機関が多い現状があるとして問題意識を示した。論点として包括化の推進を提示。診療側も支払い側も反対はしなかったが、より豊富なデータを基に慎重な議論が必要との姿勢を示した。

厚労省は今後、DPC以外のデータなども可能な範囲で集めて資料を再度示し、議論を継続させる方針。包括化を推進する場合、例えば、15歳未満の一部のヘルニア手術だけを対象にしている基本料3（4泊5日）の対象手術を増やすことなども考えられるという。

短期滞在手術基本料1と同基本料2は2000年度診療報酬改定で新設された。基本診療料や検査料、麻酔料などの一部を包括した点数で、基本料1は入院当日に退院する眼内レンズ挿入術などが対象。基本料2は入院翌日までに退院する顎下腺腫瘍摘出術などが対象。1も2も、医療機関は出来高算定も選択できる。08年度改定では、標準的治療法が確立されており入院期間や費用に大きな変動のない手術を対象に基本料3を新設した。

厚労省はD P Cデータから、短期滞在手術基本料の対象となる手術症例の在院日数分布を提示。日帰りの基本料1では、眼内レンズを挿入する水晶体再建術の平均在院日数が4.35日、1泊2日の基本料2では、子宮頸部（膣部）切除術が3.98日などだった。

これらのデータから▽基本料1と基本料2の対象手術をする際、出来高算定が多い▽定めた入院期間を超えはするが、多くの症例が在院日数5日未満に収まる一などを課題に挙げ、今後の論点に、治療・検査の方法や入院期間が標準化されてきているものについて包括的評価を推進することをどう考えるかと示した。

### ●包括議論「条件と点数が必要」

議論ではデータ不足を指摘する声が多く上がった。在院日数分布がD P C病院のものだけだったことなどから安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「これ以上の議論はできない。包括化は実態に合わない」と駄目だ。また、包括化をどう考えるかと言われても、条件設定と点数が一緒に来ないと議論のしようがない」と指摘。嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は、包括化は良いことだとしながらも「単純な手術でもこれだけ幅がある治療がされているということだ」と、その難しさも指摘した。

支払い側からは、日帰りのケースと3-4泊かかるケースで何が違うのかを調べるべきとの問題意識が示された。白川修二委員（健保連専務理事）は「（急性期入院はD P Cで包括されており）短期も包括化すべきだが、現実と理屈の乖離が大きい実態などを整理すべき」と述べた。

## ■訪看S Tの焦点に「大規模化」／中医協総会で厚労省

中医協総会（会長＝森田朗・学習院大教授）は5月29日、次期改定に向け在宅医療を議論した。厚生労働省は訪問看護の推進に向け、訪問看護ステーションの規模や機能の評価を論点に提示。大規模化の方向性を示す厚労省に対し、規模だけの評価に反対する声や、小規模事業者の連携を重視すべきなどの意見が診療側委員を中心に出了。厚労省保険局の宇都宮啓医療課長は「今回は、小規模では管理業務に時間を取られてしまうというデータも示す。その上で議論をいただきたい」と、大規模事業所を増やす方針に強い意欲を示した。

厚労省は会合に、2012年度改定の結果検証調査の結果概要（速報）を示した。訪問看護ステーション

の規模については、職員数5人以上の事業所の割合が11年の31.7%から36.9%に増加。事業所の規模が小さいほど看護職員1人当たりの看取り数や緊急訪問回数が少ない傾向があり、規模が大きいほど要介護度の高い利用者が多かった。小規模ほど複数のステーションからの訪問看護を利用している患者が多かった。

厚労省は調査結果から、訪問看護の課題に▽需要の増加と利用者像の多様化▽患者の求めの上位は「24時間対応」「病状が重くなった際の対応」「頻回訪問の対応」▽看護職員5人以上のステーションやその従事者は増加傾向で、規模の大きい事業所ほど頻回訪問が必要な重度者を多く抱えている一を挙げた。規模が大きい方が効率的に充実した訪問看護ができており、大規模事業所を増やす方向性を示した。

### ●大規模化は「サテライト含む」

これに対して嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は「現状の小規模の機能を評価してネットワークをつくることに診療報酬を充てる方が訪問看護は充実するのではないかと問題提起した。宇都宮医療課長はネットワーク化に理解を示した上で「大規模化とは単に規模を大きくすることではない。コアの事業所を持ち、他にサテライトを持つことを含んでの大規模化」と説明。小規模事業所の問題点として「管理業務に時間を取られ、訪問看護の時間が少ない」ことも挙げた。だが万代恭嗣委員（日本病院会常任理事）が「連携で規模の小ささを補うことも論点にすべき。管理業務が煩雑で小規模ではこなさきれないのなら、IT使用に手当てをする方策も考えられる」と発言した。今回の訪問看護の議論で厚労省は意見も含んだ論点を示す見込み。

「大規模」の具体的なイメージも議論になった。厚労省は現段階で何人以上という想定はないと回答。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）は「適正規模について議論すべき。24時間体制を取るための適正規模として5人は必要ではないか。ただ、数十人のステーションは大きすぎる。規模が大きいほど良いわけではない」と指摘した。（5/30MEDIFAXより）

## ■亜急性期の機能とは、明確化へ議論開始／中医協・入院分科会

厚生労働省の中医協「入院医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）は5月30日、亜急性期医療の機能や、亜急

性期入院医療管理料の議論に着手した。亜急性期の機能をより明確化して検討を進めることで、ほぼ一致。回復期リハビリテーション病棟と分けている意味を問う意見も出た。

亜急性期入院医療管理料は2004年度診療報酬改定で新設。12年度改定では評価体系を一部見直し、リハビリなしの管理料1を2061点、リハビリありの管理料2を1911点とした。管理料2は回復期リハビリテーション病棟入院料1と同じ点数にそろえた。

厚生省は12年度の入院医療調査結果を示し、亜急性期入院管理料の患者の特徴などを説明。亜急性期のない一般病棟13対1や回復期リハビリ1の患者と、病名がおおむね重複していることや、レセプト請求金額が回復期リハビリ1の患者より少なく、13対1の患者より高いことを示した。亜急性期入院管理料の算定内訳では、リハビリありの管理料2が88.2%を占めた。在宅復帰率は7対1病棟よりも高い病室が多かった。

議論では、亜急性期病床が約1万7500床にとどまっていることなどから「概念が十分に定まっていない。もう一度きちんと定義付けすべき」（石川広己委員＝千葉県勤労者医療協会理事長）、「このような病床だと役割をはっきりさせるべき」（香月進委員＝福岡県保健医療介護部医監）など、「亜急性期とは何か」という論点が浮上。高智英太郎委員（健保連理事）は「亜急性期入院医療管理料を算定している患者像は、13対1と回復期リハビリに比べ大差ない。しかし、レセプト請求額は13対1を上回る。今後も管理料を継続させるなら、亜急性期の病院機能を明確化しておく必要がある。急性期患者の受け入れや在宅復帰率の強化について深掘りした検討が必要だ」と問題提起した。

亜急性期の存在意義については、武久洋三委員（医療法人平成博愛会理事長）が「急性期の要素を持つ慢性期病床は必要だが、今の亜急性期をそのまま拡大しても意味がない」と指摘。対して佐柳進委員（国立病院機構関門医療センター病院長）は「今後のベッドシフトのために魅力的な誘導装置だ」と評価した。議論は亜急性期と回復期リハビリの関係性にも及び「両者の差はあまりなく、分けなくてもよい」（嶋森好子委員＝東京都看護協会会長）、「分ける必要があるのか」（武久委員）などの疑義が出た。

### ●論点に「病棟単位への移行」も

厚生省は会合に、今後の亜急性期医療に求められる機能として▽急性期からの受け入れ▽在宅・生活

復帰支援▽緊急時の受け入れ—の3点を示し、複数の委員が賛同した。3つの機能を基に位置付けを明確化する。議論の論点としては▽現行の病室単位から病棟単位の評価に移行させることをどう考えるか▽亜急性期機能を持つ療養病棟の存在をどう考えるか—などを挙げた。（5/31MEDIFAXより）

## 医療保険部会

### ■国保の都道府県化に慎重論も／医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は5月10日、社会保障制度改革国民会議の議論から浮上した論点について検討した。主な議題は後期高齢者支援金への総報酬割の導入と、それにより生じる財源の使い道のほか、国保運営の都道府県化の是非。4月の国民会議では国保運営の都道府県化に多くの委員が賛同したが、知事会の代表などが委員に名を連ねる医療保険部会では拙速な都道府県化に異を唱える慎重論が出た。

国保保険者の都道府県化に議論が及ぶと福田富一委員（全国知事会社会保障常任委員会委員長）が挙手し、不満を吐露するように発言した。「国民会議では構造的問題の抜本解決を図った上で検討すべきと主張した。しかし、今の国民会議は都道府県を保険者とする結論ありきだ。総報酬割でできた財源を充当するのは一つの有効な手段だが、各保険者の理解が必要であり、それで持続可能な制度が実現するとは考えにくい」と主張。齋藤正寧委員（全国町村会副会長）の代理で出席した久保雅氏（同会行政部長）も「構造問題を解決せずに都道府県が保険者になるだけでは、巨大な赤字団体をつくるだけ」と同調した。

都道府県では保険者機能を果たせないのではないか、という視点からの意見も出た。岩村正彦部会長代理（東京大大学院教授）は「保険料の付加や徴収のほか、地域包括ケア化を進めている介護保険との整合性など、解決すべき点が多い」と指摘。齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は「市町村が行っているきめ細やかなサービスが広域化してもできるのか。サービスの担保が前提」と述べた。一方で横尾俊彦委員（全国後期高齢者医療広域連合協議会長）が「規模が大きくなるとサービスの質が落ちるといえるのはおかしい。マネジメントの問題だ」と反論す

る場面もあった。

「市町村国保は破綻寸前」（岡崎誠也委員＝全国市長会国民健康保険対策特別委員長）など、国保運営の逼迫は共通認識だが、医療保険部会ではすんなり都道府県化とはいかない情勢だ。

### ●総報酬割の財源、意見割れる

総報酬割を導入した場合に生じる2000億円規模の財源の用途については意見が割れた。国民会議で多くの賛同者が出た国保財政に充てる案について「大変心強い。限られた財源の中での有力な解決策の一つ」（久保氏）とする一方で、「国保に充てるのは理不尽」（白川修二委員＝健保連専務理事）、「被用者保険の財政基盤の強化に必要」（岩村部会長代理）などさまざまな意見が出た。

（5/13MEDIFAXより）

## ■保険機関の指定権限「都道府県へ付与」に反対／医療保険部会

社会保障制度改革国民会議の「議論の整理案」に示された「都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を付与する」との提案をめぐり、5月10日の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）では、現行法に基づき地方厚生局の下で全国一律の基準で行うべきとの意見が大勢を占めた。国民会議委員の提案には否定的な意見が強かった。

白川修二委員（健保連専務理事）は「現在の仕組みに問題があるのか。地方の事情もあるだろうが、保険者としては公平な目で全国一律な基準で進めてもらいたい」と述べた。堀憲郎委員（日本歯科医師会常務理事）も、都道府県に付与した場合、ばらつきが出る可能性があるとして慎重な議論を求めた。

岩村正彦部会長代理（東京大大学院教授）も「公的医療保険は国保だけではなく、全国的に展開している協会けんぽや健保組合なども関わっており、国が指定・取り消しの権限を持つべきという意見の方が、法の趣旨にはかなうと思う」と述べた。

その上で「国民会議の考え方の詳細は分からないが、医療計画ののりこった地域の医療提供体制の整備という目的で、補助金のメカニズムとセットで都道府県に指定・取り消しの権限を与えようという考えであって、現在、診療報酬体系でやっている病院の機能分化などの施策を、医療法による地域の医療供給体制の整備に移すという構想ではないか」と説明。「補助金のメカニズムとセットで都道府県に指

定・取り消し権限を与えて地域の医療供給体制を進める仕組みには必ずしも賛成できない」と強調した。

国民会議の議論の整理案では「医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とし、さらに、は都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じ、医療法改正に明示すべき」とされている。

### ●診療報酬は全国一物一価で

一方、白川委員は、国民会議の整理案で「都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要」との記載に言及し、「診療報酬は全国一物一価でいくべきだ」と反論した。（5/13MEDIFAXより）

## ■国民会議は大きなビジョンを／医療保険部会で注文相次ぐ

5月10日に開かれた医療保険部会では、多くの委員が社会保障制度改革国民会議への不満を口にし、より大きなビジョンを描くような議論をしてほしいと注文した。白川修二委員（健保連専務理事）は「国民会議の議論に失望した」と率直に語った。

小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は「国民会議には、医療保険制度全体をどうするのかという大所高所に立った議論が期待されている」と主張し、武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は「国民会議は2025年の問題への対応など、医療費が莫大に増大するのをどう抑えるかを論議する場かと思っていたが、外側の議論をしている」と指摘した。

樋口恵子委員（高齢社会をよくする女性の会理事長）は「国民会議では全体のビジョンを示すような議論をしてほしい」と要望。白川委員は「国民会議で議論してほしい最大のテーマは、皆保険制度の持続性をどう担保するかというビジョンだ。そのためには高齢者医療制度をどうしていくのが最大の問題だ」と求めた。（5/13MEDIFAXより）

## ■政策誘導は「診療報酬重視」が大勢／医療保険部会、補助金と連携

社会保障審議会・医療保険部会は5月16日、前回に引き続き社会保障制度改革国民会議の議論から浮かび上がった論点を検討した。国民会議では医療提供体制の改革に当たり、診療報酬で誘導するより補助金の活用が効果的だというアイデアが出ていたが、医療保険部会では複数の委員が、診療報酬による誘導の効果の高さに言及。そこに補助金的政策を連携

させるべきとの認識を示した。

診療報酬は全国一律の価格で診療行為に支払われ、補助金は特定の政策目的を果たすため、条件を満たした対象に出されるという違いがある。国民会議では権丈善一委員（慶応大教授）が、都道府県の地域医療計画と市町村の地域包括ケア計画に沿った医療機能改革を促すために、消費税収を財源にした基金を造成して補助金的手法で改革を誘導すべきと主張。一方、同じ席上で会長代理を務める遠藤医療保険部会長は、まず診療報酬で誘導し、その間に地域医療計画と連動させる仕組みをつくるべきとの見方を示していた。

### ●双方が必要

医療保険部会は16日の会合で、補助金的手法と診療報酬を論点の一つに挙げて議論した。鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）は「診療報酬と補助金の両方が必要」との認識を前提にした上で「診療報酬改定の影響は非常に大きい。わずかな上げ下げで非常に効果的に誘導される。メーンは診療報酬で、補助金はサブだろう。補助金はどうしても公的なところが中心になりがちだ」と述べた。

武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）は「補助金はもらうことが目標になることがある。診療報酬で点数を付けると、それを取るために自己改革する。それが地域の医療機能を向上させる」とし、岩本康志委員（東京大大学院教授）は「補助金の活用はしっかり検討しないと難しい」と述べた。

白川修二委員（健保連専務理事）は「診療報酬、医療法（改正）、補助金などで医療提供体制を充実するわけだが、相互の連携があまりよくなかったのが反省点」と振り返った。

診療報酬と補助金の連携については岩村正彦部会長代理（東京大大学院教授）も「どちらも一長一短があり、利点を組み合わせるのがよい」と指摘。「補助金には年度による財源の限度がある。機能分化に対応しためりはり付けを補助金（だけ）でやると過激な手法になり、混乱を引き起こす危険性が高い」との懸念も示した。（5/17MEDIFAXより）

## ■「紹介状なしは1万円負担」の是非は／医療保険部会で議論

社会保障審議会・医療保険部会は5月16日の会合で、外来の役割分担について議論した。紹介状を持たずに一定病床数以上の病院を外来受診した場合の自己負担と、かかりつけ医の在り方が論点。社会保

障制度改革国民会議で提案された初診・再診の両方に一定額（例えば1万円）を支払うというアイデアが議論の中心になった。そのまま賛成する意見はなかったが、「断固反対」という雰囲気ではなく、何らかの改革をしてフリーアクセスを守らなければならないという問題意識がにじんだ。

国民会議では、フリーアクセスを守るためにも、紹介状なしで一定病床数以上の病院を外来受診する場合には、一定額の自己負担を支払う制度を導入すべきという意見が出ていた。再診時にも採用することを念頭に置いており、一定額については例として「1万円」が示されていた。患者から特別の料金を徴収できる現行の選定療養からさらに、踏み込んだ意見といえる。

白川修二委員（健保連専務理事）は「フリーアクセスが少し行き過ぎているとは感じている」としつつも、一定額の自己負担導入については「やりすぎると低所得者が病院に行きづらくなる懸念がある」と指摘。岡崎誠也委員（全国市長会国民健康保険対策特別委員長）は、かつて医療保険部会で「受診時定額負担」に対する反対意見が強かったことに触れ「低所得者からは受け取れないが、それを病院の窓口でどう判定するのか」と述べた。

岩本康志委員（東京大大学院教授）は「金銭的インセンティブでは解決できない。病院に行きたがるという意識を変えない限り、仮に1万円の定額負担制度を採用しても必要のない人が病院に行くことは起り得る」と問題提起。小林剛委員（全国健康保険協会理事長）は、フリーアクセスを守るために緩やかな制限を加えるという考え方に賛同した上で「選定療養に替えて定額の自己負担を導入するなどの提案は、医療保険部会でも検討を進めるべき」と求めた。（5/17MEDIFAXより）

## ■「主な議論」を了承、国民会議に提示へ／社保審・医療保険部会

厚生労働省の社会保障審議会・医療保険部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大教授）は5月27日、社会保障制度改革国民会議の過去の議論を題材にした医療保険部会での「主な議論」をまとめた。どのような形で国民会議に伝えるかは厚労省と遠藤部会長が調整する。

医療保険部会は前回、前々回と2回にわたり、国民会議の議論から生じた論点について議論した。厚労省は27日の会合に、過去2回の同部会で出た意見

を「基本的な考え方」「補助金的手法と診療報酬」「外来の役割分担の在り方」「外来受診の定額自己負担等」「在宅医療と在宅介護の連携の在り方等」など、テーマ別に記載した資料を提示。「基本的な考え方」には、国民会議に対して「全体のビジョンを示す議論をしてほしい」などの意見を明記したほか、外来受診の定額自己負担については「フリーアクセスの緩やかな制限に賛成」「大病院の一般外来の在り方については、1万円定額負担が必ずしも良いわけではないが見直しが必要」などの意見を列記した。

会合では小林剛委員（全国健康保険協会理事長）が「国民会議は被用者保険間の保険料率格差の解消について方向性を示すべき」と述べ、この意見を追加するよう求めた。

今後は、会合で出た意見を含めるなどした上で、何らかの形で医療保険部会の意見を国民会議に伝える。遠藤部会長は「できるだけ正確に伝えられる機会をつくりたいと考えている」と述べた。

(5/28MEDIFAXより)

## 社会保障

### ■高齢者医療の抜本改革「前提でない」／社会保障改革で安倍首相

安倍晋三首相は5月10日の衆院本会議で、社会保障と税の一体改革をめぐり、2012年6月に民主、自民、公明の3党が合意した内容に「消費税率の引き上げに当たっては、社会保障と税の一体改革を行うため、社会保障制度改革国民会議の議を経た社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進することを確認する」と盛り込まれている点について、「必ずしも公的年金制度や高齢者医療制度の抜本改革を前提としたものではないと理解している」との認識を示した。その上で一体改革については、3党実務者協議の状況や国民会議での議論を踏まえて対応する考えを強調した。民主党の長妻昭氏の質問に答えた。

一方、長妻氏は質疑で3党実務者協議をめぐり自民党の対応を批判。「政局抜きであるはずの3党協議が『国会不正常』という政局や、『多忙』との自民党からの一方的な通告によって4月4日から開催されていない。改革の優先度が下がったのか。審議拒否の理由を総理・総裁として答えてほしい」と求めた。

これに対し安倍首相は「公党間の協議であり、その具体的な日程調整や議論の進め方について、答え

る立場にはないが、自民党として社会保障制度改革の優先度が下がったということではない」と説明した。

さらに、長妻氏は「3党合意には『今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について3党間で合意に向けて協議する』とある。協議すら拒む状況では、確認書は破棄されたということか」と迫ったが、安倍首相は「確認書に基づき3党実務者協議は2013年1月以降11回にわたり開催されており、確認書が破棄されているという認識もない」と応じた。

(5/13MEDIFAXより)

### ■立法府不在の一体改革に異論／国会版国民会議

社会保障制度改革に関する超党派議員連盟「国会版社会保障制度改革国民会議」は5月8日、大型連休前に取りまとめた中間論点整理や今後の方針をめぐって意見を交わした。世話人を務める河野太郎議員（自民）は「政府の社会保障制度改革国民会議が、当初の抜本改正論議からややずれている感じがする。政府の国民会議に、一度われわれを呼び、話を聞いてほしいとお願いしている。国会版国民会議側からも丁寧に情報発信していきたい」と述べた。

また、出席者からは、自公民3党による「社会保障制度改革に関する実務者協議」が開かれず、立法府での合意形成が図れないまま政府の国民会議で制度の細部を議論している状況に疑問を投げ掛ける意見が相次いだ。「(国会版国民会議で)立法府での合意形成を図ることにチャレンジしてほしい」という声や、国会版国民会議が掲げる「改革の3原則」(分かりやすく簡素な制度、持続可能な制度、税や保険料などの一体的な議論)にこだわり、「立法府が政府をチェックすべきだ」といった声が上がった。

今枝宗一郎議員（自民）は「中福祉・中負担は無理ではないか。低福祉・中負担なのか、中福祉・高負担なのか。そういった話が目安になるのではないか」と指摘した。(5/9MEDIFAXより)

### ■新ポスト「社会保障財政企画官」に岡本氏／厚労省

厚生労働省は5月16日、他省庁も含む社会保障費の総合的な収支を管理・調整する新管理職ポスト「社会保障財政企画官」を新設する。初代企画官には大臣官房会計課で課長補佐を務めていた岡本利久氏が

就任した。2013年度予算の成立を受け発表した。

社会保障財政企画官は、政策統括官社会保障担当参事官室に配置。総務省などの他省庁が管理する収支も含めた社会保障費全体を束ね、消費税分の用途などを含む総合的な収支を整理し、明確化する役割を担う。

岡本氏は1995年、旧厚生省入省。老人保健福祉局、大蔵省出向、保険局、内閣府出向などを経て12年4月から厚労省大臣官房会計課長補佐。40歳。（5/16MEDIFAXより）

## 医療保険

### ■公費負担引き上げ検討を／医療保険で厚労相

田村憲久厚生労働相は5月27日、高齢化の進行に対応するため、医療保険制度の公費負担引き上げを検討するべきだとの認識を示した。都内で開かれた財界人らの政策提言組織「日本アカデメイア」の会合で講演した。

田村氏は「高齢化に伴うリスクは社会全体で支えるべきではないか」と指摘。給付費等の約50%が公費負担の後期高齢者医療制度について「50以上入れる考えもある」と述べた。

後期医療制度の給付費等の負担割合は公費約50%のほか、健康保険組合や協会けんぽなど現役世代が加入する保険が約40%、高齢者自身の保険料が約10%。健康保険組合連合会（健保連）などから高齢者医療向け支援金について「負担が重い」と不満の声が出ている。保険料を引き上げる健保組合も多く、そうした点を考慮した発言とみられる。

田村氏は、協会けんぽなどからの納付金による65-74歳の医療給付費の財政調整に、公費を投入する考えにも言及。介護保険への公費負担引き上げも含め「消費税（増税）を機に、そういう使い道をするか、議論しなければならない」と強調した。【共同】（5/28MEDIFAXより）

## 特定機能病院

### ■特定機能病院「16科標榜必須、半数は専門医」／厚労省が新要件案

厚生労働省は5月30日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）に、特定機能病院の

承認要件改正案を示した。病院全体の医師の半数以上を専門医とする基準を新たに設けることや、必須とする標榜科をこれまでの10診療科から基本領域16診療科に拡大することなどを提案した。

このほか▽逆紹介率の算定式設定▽紹介率は救急搬送患者の受け入れを評価する算定式に改める▽査読のある学術雑誌への英語論文掲載数を年間100件以上とする▽指導医配置の要件化として、標榜科ごとに臨床経験5年以上の研修統括者を配置—などを提案した。

また、「がん」「脳卒中」「心臓病」など特定領域に特化した医療機関を特定領域の特定機能病院とすることの是非や、そのための要件などについて議論を求めた。

新しい承認要件の施行を2014年4月とした場合、それまでに特定機能病院の認定を受けている医療機関の更新スケジュール案も示した。申請を15年3月末までとし、15-16年度に審査し、順次認定するとした。（5/31MEDIFAXより）

### ■地域支援病院、要件に「救急受け入れ基準」／厚労省が改正案

厚生労働省は5月30日、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）に、地域医療支援病院の承認要件改正案を提示した。新たな要件として、救急搬送患者受け入れ数の基準を設けることを提案。それに伴い、承認要件の一つである紹介率・逆紹介率の算定式から救急患者数を除く新算定式案なども示した。

#### ●紹介率基準の引き上げ、算定式見直しも

改正案のポイントは▽紹介率・逆紹介率基準の引き上げと算定式の見直し▽施設の共同利用に関する基準の設定▽救急患者の受け入れに関する基準の設定▽地域の医療従事者への研修実績に関する基準の設定—の4点。施設の共同利用については、地域医療支援病院の開設者と直接の関係がない医療機関が占める割合を5割以上とする現行維持を提案した。

紹介率・逆紹介率については厳格化する方針を示した上で、算定式の見直しとともに現行のような複数パターンとするか一元化するかの議論を求めた。現在は▽紹介率80%以上▽60%以上かつ逆紹介率30%以上▽紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上—の3パターンから選べる。

救急搬送患者数については、2次医療圏の全搬送

件数の5%程度以上を担うことを要件の目安として提示。ただ、人口密集地域や地域の医療資源の配置状況などによって全国一律の基準値を満たすことが困難な場合が想定されることから、何らかの配慮について次回以降議論する。(5/31MEDIFAXより)

## 社会保障

### ■増税分、年金だけでなく医療にも／3党実務者協議で自民

自民・公明・民主の3党による「社会保障制度改革に関する実務者協議」は、5月31日も年金制度をテーマに議論した。

民主側は、麻生太郎財務相が基礎年金を全額税方式とするよう提唱した過去の記事を引用し、こうしたアイデアを踏まえ議論すべきだと訴えた。これに対し自民側は、消費税率の8%、10%への引き上げを視野に入れ、財政的な制約を考慮した上で改革を進めるべきだと主張。増税分は、年金だけでなく医療・介護にも振り分けていくことを念頭に置かなければならないとの考えを示した。

協議を終え、民主の長妻昭衆院議員は記者団に対し「(自民側は)消費税を10%に引き上げた時の財源の使い道を議論すると言っている。その先は党から権限を与えられていないとしきりに言ってくるが、それでは将来を議論しないことになってしまう」と批判した。一方、自民の福岡資麿参院議員は、年金について若者の未納・未加入や、受給者側の低年金・無年金をどう解決していくのかという点は各党の共通認識だと説明した。(6/3MEDIFAXより)

### ■予防医療を提言、診療報酬は「受診しない」対価に

在日米商工会議所(ACCJ)と欧州ビジネス協会(IBC)は5月31日、日本経済の成長を促進するための医療政策をまとめた白書を発表した。健康寿命を延ばすために、非感染性疾患の予防医療と早期発見の重要性を強調した。診療報酬は治療への対価ではなく、医療機関に受診しないことへの対価に転換すべきだとの提言も盛り込んだ。白書は国会議員らへ配布する。

白書は、疾病による経済的負担や、疾病を未然に防ぐ予防接種政策などに言及した上で、糖尿病や脳卒中、感染症、女性関連の疾患など36項目に分け、経済成長に向けた医療政策を打ち出した。世界の科

学的調査のデータと成功事例を基に、予防と早期発見に重点を置いた取り組みを推進するよう提案している。

会見でACCJのローレンス・ベイツ会頭は、予防医療への投資が成長を促すと指摘し、健康寿命の延長が日本の経済活性化には重要と提言した。IBCのデューコ・デルゴージュ会長も「健康増進への支出は有意義な経済投資」と述べ、提言が反映されることを期待した。(6/4MEDIFAXより)

## 介護保険部会

### ■要支援者の給付範囲も議論に／社保審・介護保険部会

厚生労働省は5月15日の社会保障審議会・介護保険部会に、これまでの議論や社会保障制度改革国民会議での整理案を踏まえ、持続可能な介護保険制度を運営するための論点案を提示した。地域包括支援センターの運営や生活支援・介護予防など「市町村での体制整備」と、利用者負担の在り方など「制度関係」について議論した。生活支援・介護予防に関して、厚労省は要支援者1・2の在り方までは議論を求めなかったものの、委員からは関連した意見が多く出た。

#### ●効果なければ外すべき

河原四良委員(UAゼンセン日本介護クラフトユニオン顧問・政策主幹)は介護予防に関連して給付範囲の適正化に言及し「給付サービスを適正化するためには、軽度・重度に関係なく自立に役立っているかの検証が大事」と指摘。財源の視点ではなく、自立の視点が大事だとして「自立に役立たないサービスがあれば介護給付から外すべき」と述べた。小林剛委員(全国健康保険協会理事長)は「効果がないものは、給付から外すことも視野に検討すべき」と述べた。

#### ●要支援と要介護の境も踏まえて

結城康博委員(淑徳大総合福祉学部教授)は、予防給付の在り方を議論する際は要支援2と要介護1の境など、軽度者の状態像や認定状況を踏まえて議論することが重要だと指摘した。木村隆次委員(日本介護支援専門員協会会長)は「単に給付を切る切らないの議論ではなく、元気な高齢者に元気なままで過ごしてもらう仕組みづくりの議論が必要」と述べた。

#### ●地域支援事業に期待も

市町村が地域の実情に応じ、介護予防事業や介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業を行うことができる「地域支援事業」に対しては、さまざまな意見が出た。要支援者に対する予防給付を見直した場合の受け皿とみなす指摘があった一方、土居丈朗委員（慶応大経済学部教授）は「保険者機能を積極的に発揮できれば、地域支援事業でそれぞれの地域の高齢者のニーズに応じたサービスをオーダーメイドで行える」とし、保険者の役割を強調した。

厚生省老健局振興課の朝川知昭課長は「予防給付を見直す議論は決まった話ではない」と述べた。

市町村の体制整備では、在宅医療・介護の連携推進も論点に挙がった。連携について医療のハードルが高いとの指摘に対して、高杉敬久委員（日本医師会常任理事）は「地域の医師会の頭を切り替え、在宅医療へ視点を向かせる」と述べ、介護関係者に理解を求めた。

6月に開く次回の部会では▽在宅サービス▽施設サービス▽介護人材の確保▽認知症施策一を取り上げる。事務局によると、部会での議論内容が国民会議に反映されるかどうかは、国民会議事務局次第だという。国民会議の結果も踏まえ、秋以降さらに、本格的な議論に入る。（5/16MEDIFAXより）

## ■地域包括センターや地域ケア会議、課題を指摘／介護保険部会

5月15日に開かれた厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、保険者機能の観点から地域包括支援センターや地域ケア会議の在り方についても議論した。両者ともに運営上の問題点が指摘された。

地域包括支援センターは2012年4月現在で全ての保険者に設置されており、全国4328カ所に上る。ただ、設置主体を見ると、保険者が直営しているセンターが約3割、委託が7割となっており、委託が増加傾向にある。この実態に対し「委託方式で市町村が現場を理解できるのか」「保険者直営でなければ、現場に伝わらない」と設置主体の在り方に疑問を呈す意見が出た。

多職種による個別課題の検討から地域の課題を導き出す「地域ケア会議」は、12年6月現在で1202保険者で実施されている。国は地域ケア会議を法制度上に位置付けることも検討しているが、委員からは▽利用者不在の現状がある▽保険者と介護従事者の間に上下関係ができないよう運営に工夫が必要▽地

域ケア会議を十分に把握していない保険者もいる—といった意見が出た。

社会保障制度改革国民会議の議論も踏まえつつ、秋以降も議論する。（5/17MEDIFAXより）

## ■認知症施策についても議論／社保審・介護保険部会

6月6日の社会保障審議会・介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授）では、政府の社会保障制度改革国民会議がまとめた整理案に盛り込まれていない認知症施策についても意見が出た。

厚生労働省は部会に、厚生労働科学研究（代表研究者＝朝田隆・筑波大教授）で推計された認知症の有病者数のデータを示した。同研究によると、全国の65歳以上高齢者について、2010年時点で認知症有病者数は約439万人、「正常と認知症の間」とされるMC I有病者数は約380万人と推計した。

勝田登志子委員（認知症の人と家族の会副代表理事）は認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）について、推計を視野に入れて見直すべきと指摘。これに対し勝又浜子認知症・虐待防止対策推進室長は、推計に含まれる早期の認知症高齢者も存在することを前提にオレンジプランを立てているとし、今後も認知症に関する啓発を行っていくと説明した。

また、齊藤正身委員（医療法人真正会理事長）はオレンジプランについて「国民会議ではほとんど触れられていないが、もっと具体的なアクションプランになるように、もっと明確に位置付けていくべき」と述べた。

### ●若年性認知症は介護保険外で

厚生労働省は、若年性認知症者数のデータについても提示した。全国の若年性認知症者数は3万7800人と推計し、人口10万人当たりの有病率は「35-39歳」で8.9人、「40-44歳」で14.8人とした。木村隆次委員（日本介護支援専門員協会会長）は若年性認知症は制度のはざまにあるとし「介護保険制度だけでは無理だと思う。いろんな政策を考えなければいけない」と指摘。高杉敬久委員（日本医師会常任理事）も若年性認知症は今の認知症の施策とは違うと指摘し「介護保険の中ではなく、もっと違う形でやらないと救えない」と述べた。

## ■要支援の給付など「主な議論」まとめ／10日の国民会議に提示へ

厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会は6月6日、部会での過去の議論や社会保障制度改革国民会議での整理案を踏まえた議論を終えた。議論した在宅サービス、施設サービス、介護人材の確保、認知症施策については部会長一任で「介護保険部会の主な議論」に盛り込み、10日の国民会議に提示する。

### ●「効果あり」「外す方向」で両論

国民会議の整理案では、要支援者の給付範囲の適正化も挙げられている。厚労省は、要介護度認定率については、要支援1・2で都道府県間でばらつきが見られることや、要支援者が対象の予防給付は一定の効果が見られるとのデータを示した。結城康博委員（淑徳大総合福祉学部教授）は「要介護認定システムの妥当性・公平性は疑問があるので、この辺を（介護保険給付の見直しにおいて）見据えながら議論すべき」と主張。山本敏幸委員（民間介護事業推進委員会代表委員）は予防給付について一定の効果があると見受けられるとし「制度の中に引き続き予防給付を位置付けてほしい」と述べた。

一方、大西秀人委員（全国市長会介護保険対策特別委員会委員長）は、地域でばらつきがあることは合理的な理由もあると指摘。要支援制度には限界があるので、市町村や地域包括支援センターの事業に移行していくことも考えられるとした。土居丈朗委員（慶応大経済学部教授）も「地域差を認めるところについては、介護保険の給付としては外す方向で検討すべき」と述べた。

### ●介護療養の在り方も議論を

施設系サービスについては介護療養病床についても意見が上がった。高杉敬久委員（日本医師会常任理事）は介護療養病床は地域で重要な役割をしていると指摘。「医療度が高い人を介護療養病床が見ている事実を無視し、廃止して大丈夫なのか」と述べた。結城委員も地域によっては必要だとし、介護療養病床の意義を議論する必要性に言及した。

（6/7MEDIFAXより）

## 新型インフル

### ■新型インフル対策行動計画を閣議決定／政府

政府は6月7日、新型インフルエンザ等対策政府

行動計画を閣議決定した。2013年4月に施行された新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、病原性が高い新型インフルエンザなどの発生時に講じる対策をまとめた。病原性が高い新型インフルエンザへの対応を念頭に置きつつ、病原性が低い場合など、発生した感染症の特性を踏まえてさまざまなケースに対応することを想定。感染拡大をできるだけ抑え国民の生命と健康を守ることと、国民生活や経済に及ぼす影響を最小限に食い止めることの2つに主眼を置き、有事に取り組むべき対策を示した。

医療機関の役割としては、診療継続計画の策定や地域で医療連携体制を整備する重要性を強調している。また、新型インフルエンザなどが発生する前から、院内感染対策を進めることや必要な医療資器材を確保しておくよう求めている。

医療提供体制と国民生活、経済の安定を図るため予防接種（特定接種）を行うことも盛り込んだ。特定接種の優先順位は▽医療関係者▽新型インフルエンザなどの対策に当たる公務員▽介護福祉事業者を含む、指定公共機関制度を中心とした基準による事業者一の順とした。

鳥インフルエンザは特措法の対象ではないが、行動計画の「参考」という位置付けで「国内外で鳥インフルエンザが人で発症した場合などの対策」も示した。（6/10MEDIFAXより）

## 生活保護

### ■生活保護の後発品促進に本腰／厚労省

厚生労働省は、生活保護受給者に対する後発医薬品の使用促進に本腰を入れる。5月17日に閣議決定された生活保護法改正案には、医師が後発品の使用を認めた場合は生活保護受給者に可能な限り後発品の使用を促すことを盛り込んだ。厚労省社会・援護局保護課が16日付で都道府県などに出した課長通知では、薬局の取り組みを中心とする促進策を展開した。厚労省は法改正と制度運用の両面で、生活保護制度下での後発品促進を図る。

生活保護の後発品使用割合は、医療保険の後発品金額シェア8.5%に対し、7.5%にとどまっている（2011年6月審査分）。厚労省は4月に発表したロードマップで後発品のさらなる使用促進と数値目標を打ち出しており、生活保護受給者に対してもいっそうの理解を求める。

16日付の保護課長通知では、医師が後発品の使用

を認めている場合、生活保護受給者には後発品の使用を原則とすることを示した。どうしても先発品を希望する者には、事情を確認した上で、いったん先発品を調剤する。その後、薬局は把握した事情を福祉事務所に伝達する必要がある。福祉事務所が先発品希望の理由に妥当性なしと判断した場合、その受給者は健康管理指導の対象にする。こうした促進策について保護課医療係は「薬局の理解と取り組みが不可欠」としている。

厚生省は関連の事務連絡も16日付で出した。事務連絡では、後発品に切り替え可能な先発品を使用している生活保護受給者などを抽出・把握できる「生活保護版電子レセプト管理システム」の積極的な活用を求めている。

生活保護法改正案の試行日は14年4月1日となっているが、後発品の使用促進については13年10月1日に前倒しして実施する。(5/21MEDIFAXより)

## 提供体制

### ■在宅医療・介護の体制構築、市町村中心に／厚生省が方向性

厚生労働省は、在宅医療・介護を一体的に提供するため、市町村を中心とする体制構築を推進する。厚生省の関係部局で形成する「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」が、2013年度に実施する施策などについてまとめた「在宅医療・介護の推進について」の中で方向性を打ち出した。5月16日に公表した。

#### ●地域医師会との緊密な連携で

市町村が地域医師会などとの緊密な連携に基づき、地域の関係機関と連携体制を構築するためのイメージ図も示した。市町村や地域医師会が在宅医療連携拠点機能を担い、介護予防ケアマネジメントや総合相談・支援などの包括的支援事業を展開している地域包括支援センターと連携し、提供体制構築を支援する。在宅医療を支える関係機関の例としては▽地域の医療機関▽在宅療養支援病院・診療所（有床）▽訪問看護事業所▽介護サービス事業所一を挙げ、それぞれ役割例も示した。

地域の医療機関については定期的な訪問診療の実施、在宅療養支援病院・診療所（有床）は急変時の一時的な入院受け入れの実施、訪問看護事業所は医療機関との連携による服薬管理や点眼、褥瘡予防、浣腸などの看護ケアを実施、介護サービス事業所は

入浴、排せつ、食事などの介護を実施するとした。

#### ●在宅医療を積極的に担う医療機関も位置付け

在宅医療において積極的役割を担う医療機関を位置付ける方向性も示した。在宅医療を24時間提供する体制の支援として、一人開業医の夜間対応支援や、急変時の一時入院、レスパイトケアとしての受け入れなどを担うことを想定している。

同P Tは、医政局長が主査を、老健局長と保険局長が副主査を務める。(5/17MEDIFAXより)

### ■地域支援センター、全国30カ所に拡充／厚生省、1府9県に内示

厚生労働省は5月17日、地域の医師不足・偏在の解消に取り組むために都道府県が設置する「地域医療支援センター」について、2013年度から10カ所拡充する補助金交付先を決めた。群馬、埼玉、石川、山梨、大阪、奈良、和歌山、岡山、愛媛、長崎の1府9県で、内示した。今回の拡充で、地域医療支援センターは全都道府県の6割を超える30道府県での設置となる。厚生省は、地域医療支援センターの整備拡充として13年度予算に9億6000万円を計上している。

地域医療支援センターは11年度に15カ所からスタート。12年度に5カ所増の20カ所となった。すでに地域医療支援センターを設置しているのは、北海道、青森、岩手、宮城、福島、茨城、千葉、新潟、長野、静岡、岐阜、三重、滋賀、京都、鳥根、広島、徳島、高知、大分、宮崎の1道1府18県。(5/20MEDIFAXより)

## 産科補償

### ■14年からの制度刷新内容を決定／産科補償制度運営委

日本医療機能評価機構の産科医療補償制度運営委員会（座長＝小林廉毅・東京大大学院教授）は6月10日、同制度を2014年1月から刷新するための報告書を承認した。一部の文言修正は座長一任。今回の制度見直しは運用面が中心で、同制度が妊産婦に支払う「補償金」と、分娩機関側が保険会社などを通じて妊産婦に支払う「損害賠償金」の調整について、同制度が主体的に開始する判断基準などを盛り込んだ。

補償金と賠償金の調整を開始する基準の明確化としては、まず医学的観点から「一般的な医療から著

しくかけ離れていることが明らかで、かつ産科医療として極めて悪質であることが明らかなケース」と判断し、次に法律的観点から検証し損害賠償責任が明らかと判断した場合とした。法律的観点で検証を開始する基準の具体例としては「極めて怠慢な医療行為」「著しく無謀な医療行為」「本来の医療とは全く無関係な医療行為」を挙げた。

新制度では原因分析の迅速化を図る。原因分析報告書を1年以内に送付できるよう、6つある原因分析委員会部会の委員をそれぞれ増員し、現在の2倍の件数に対応できるよう体制を強化する。12年公表分の実績では、補償対象として認定後、分娩機関に原因分析報告書が送付されるまで平均14.5カ月となっているのが実態だが、分娩機関側には半年から1年で送付すると案内している。補償対象の増加に応じて、さらなる体制強化を検討する方針も明記する。

#### ●補償対象や掛け金、検討は7月から

同運営委は7月1日に予定する次回会合から、補償対象範囲や補償水準、掛け金の水準、剰余金の使途などについて15年1月から刷新するための議論を開始する。「医学的調査専門委員会」がまとめる同制度の補償対象者数推計値などに基づいて議論する。会合では委員から、満5歳の誕生日となっている同制度への申請期限を過ぎた場合への対応について、特例的な延長も議論すべきとの意見や、同制度を今後はどのように見直していくか検討する必要があるとの意見が上がった。同制度は09年以降の出生が対象のため、14年1月から順次申請期限を迎える。

#### ●剰余金の申し立て「厚労省と相談し対応」

会合で同機構は、剰余金をめぐる問題に言及。制度を開始した09年の補償対象者が最終的に確定するのが15年中頃となるため、まだ収支は確定していないとし「厚生労働省や弁護士らと相談の上、対応する」との見解を示した。同制度の剰余金をめぐっては、分娩機関28施設が同機構に年間200億円（5年間で合計1000億円）を超える剰余金が生じているとし、分娩機関を通じて妊産婦（合計約500万人）に1人当たり2万円ずつ返還すべきとして、国民生活センターに和解の仲介申請書を提出し、受理されている。（6/11MEDIFAXより）

## 予防接種

### ■子宮頸がんワクチン、勧奨差し控えへ／副反応検討部会が決定

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の副反応検討部会（座長＝桃井眞里子・国際医療福祉大副学長）は6月14日、子宮頸がん予防ワクチン（HPVワクチン）の副反応について議論し、定期接種の積極的な勧奨を一時差し控えるとの結論を出した。極めて少数の慢性疼痛が長引く症例があることを理由とし、頻度や医学的評価を明らかにした上で再度、検討する。

同日は厚生労働省が、全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会が提出したカルテや、海外の疼痛関連症例など新たなデータを提示。前回同様、部会の総意として、明確な因果関係はなく、接種とは関連ない事例が散見されるとした。しかし桃井座長ほか一部の委員が慢性疼痛の症例を問題視。最終的に、利益相反で議決権のない委員を除く5人による多数決の結果、勧奨差し控え3票、継続2票となった。

委員からは、2005年～10年に日本脳炎の予防接種勧奨を差し控えた際、国民の接種が減少したことから、中止ではないことをしっかり伝えるべきとの意見が上がった。桃井座長は「安全性に問題があって接種しない方がよいとの結論ではない。より安心して接種してもらうための措置」としている。

部会の決定により厚労省は、対象期間の通知や、学校現場での推奨リーフレットの配布は一時中断するとしたが、接種を実施していることは引き続き伝えていくとしている。次回の議論に向け、サーバリックスとガーダシルの2剤について副反応比較を行うためのデータを集めることになる。

（6/17MEDIFAXより）

## 高齢化対策

### ■都市部高齢化で「互助促進」「地方移住」／厚労省検討会が初会合

急速な高齢化が見込まれる都市部での高齢化対策を検討する厚生労働省の「都市部の高齢化対策に関する検討会」の初会合が5月20日開かれた。都市部の自治体担当者を交え、「互助」などを活用した都市部でのサービス確保策や、地方部による都市部高齢者の受け入れ策について検討していく。検討会に先だって挨拶した老健局の原勝則局長は、介護保険

制度を持続可能なものにするには、高齢者自身が積極的に社会参加に取り組み、できるだけ元気でいる「自助」と、見守りや生活支援を地域でインフォーマルに提供する「互助」を併せて拡充していくことが不可欠との見解を示した。

原局長は、都市部での地域包括ケア構築の阻害要因として地域住民の絆が弱いことを挙げる一方、利点として民間サービスや若年人口が多い点を指摘し「都市部の保険者は都市の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を目指して計画的に取り組んでいただきたい」と述べた。スケジュールについても言及し「当面は（2015年度からの）第6期介護保険事業計画に向けて、必要な意見を頂戴したい」と述べた。

座長の大森彌・東京大名誉教授は都市部での高齢化に加え、地方部の過疎化問題も指摘した。「地方部は1人でも人が欲しい。何とかして大都市とそれ以外の地域がうまく結び合うような仕組みが考えられないだろうか」と述べた。地方と都市部の高齢者を結び付けることと、地域完結を前提としている地域包括ケアとの整合性を図ることについては「意外と難しいのではないか」との見解を示した。

### ●日本が解決できなければ、世界も

日本総合研究所調査部主席研究員の藻谷浩介氏は、急速な高齢化は日本だけの問題ではないと指摘した。ただ、日本は世界に先駆けて高齢化が進行しているため「日本が解決できないと、世界的にどこも解決できない」と都市部の高齢化問題に取り組む重要性を述べた。

今後、月に1回検討会を開き、9月にも一定の取りまとめを行う。次回以降の検討会では地方自治体や有識者のほか、サービス提供者からのヒアリングを予定している。（5/21MEDIFAXより）

## リハビリ

### ■急性期後のリハビリ機能「特出しで重点化」 ／原医政局長

厚生労働省の原徳壽医政局長は5月18日、日本プライマリ・ケア連合学会が仙台市内で開いた学術大会で講演し、団塊世代が75歳以上になる2025年に向け、急性期医療後の病院でのリハビリテーション機能の特出しで重点化するとの考えを示した。

原局長は「高齢化が進めば進むほど脳卒中系統の病気が増えてくる。リハビリをしっかりとすることが

非常に重要」とした上で、「リハビリをして、できるだけ介護の手間が省けるように自立度を高めるため、早期からのリハビリや回復期のリハビリをしっかりとやっていく必要がある。特出しをして重点化していく」と述べた。「急性期医療も含めた医療全体を新しい医療に変えていかなければ、とてつもなく増加する疾病に対応できなくなる」とも述べ、危機感を前提に医療提供体制改革に臨むとの姿勢を示した。

### ●地域包括ケアのキーパーソンは医師

原局長は「病院以外でも介護施設や居住系サービスの中にも医療が入っていかなければいけない」と指摘した上で、「地域包括ケアでもキーパーソンは医師」と述べた。その上で「介護サイド、福祉サイドの人がいくら頑張っても在宅ケアは完結しない。ほとんどの方が医療を必要としている」とし、「密度の差はあっても必ず在宅でも医療をどうやって提供するか。うまくケアができているところは病院や診療所が関わっていただいている」と述べた。「医者が（地域へ）出ていくという部分も必ず必要になってくる。それが一つのキーになる」と強調した。

### ●地域支援センターを全都道府県に

また、原局長は、地域の医師不足・偏在解消に取り組む地域医療支援センターを全国に増やす考えを示した。2013年度予算で地域医療支援センターを30カ所まで増やすことができると説明した上で「全都道府県に増やして、大学と協力しながら、技術習得の研修機会を与えるなども考える必要がある」と述べ、医学部の協力も得ながら、地域での医師養成体制の整備と合わせて医師不足・偏在解消に取り組む考えを示した。（5/21MEDIFAXより）

## 保団連

### ■保険金の「直接支払い」を問題視／保団連「事実上の現物給付」

保険金を契約者本人ではなくサービスを提供した医療機関に支払う「直接支払い」を認める方針を金融庁が示していることについて、保団連は5月23日、事実上の現物給付型商品であるとして懸念を表明した。

保団連は、現物給付を可能にするには保険法改正が必要なのに、同法を所管する法務省の法制審議会で検討されていないと指摘し「金融庁は現物給付が無理だという想定の下で、はじめから直接支払いと

いう手段をまとめるのが目的だった」と指摘。「事実上の現物給付」「迂回路的な現物給付」が実現すると非難した。

さらに、2012年6月の金融審議会「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキンググループ」の第1回会合で、すでに医療への「現物給付」が議論されていたと指摘。民間医療保険の市場拡大のために公的医療保険の縮小が始まる可能性があるとしたほか、保険会社が医療機関との連携を進めることで病院の囲い込みや選別が起これ、医療機関の窓口で「民間保険証」の有無の確認などが日常の姿になると警戒感を示した。また、保険請求用の診断書に書き込む内容が従来より踏み込んだものになるとして、契約者のプライバシーなどへの影響も否定できないと訴えた。（5/24MEDIFAXより）

## 日医

### ■マイナンバー、医療分野の環境整備を／日医・横倉会長

日本医師会の横倉義武会長は5月24日、日本記者クラブで講演し、参院本会議で可決、成立したマイナンバー関連法について「医療の情報は機微性が高く、個別法でしっかり守ってほしい。今回はその対応は間に合っておらず、時期尚早だと言ってきた」と述べ、個人情報保護などの観点から医療情報が今回のマイナンバーの枠組みに入らなかった背景を説明した。

同法は国民に番号を割り振ることで年金や納税の情報を一元的に管理できる内容。番号を利用できる範囲は社会保障と税、災害対策に限定されているが、施行から3年をめどに範囲の拡大が検討される。

横倉会長は制度に医療情報を含める場合の課題に「情報の範囲」を挙げ、「投与した薬や処置の種類など、保険給付の個別の内容が入ることで疾病を類推できるようになってしまうと困る」として今後の政府の議論などを見守る考えを示した。

（5/28MEDIFAXより）

### ■TPPは究極の規制緩和、動向を注視／日医・中川副会長

日本医師会の中川俊男副会長は5月26日、東京都内で開かれた「ドクターズ・デモンストレーション2013シンポジウム」で環太平洋連携協定（TPP）について「TPPは究極の規制緩和だと思う」と述

べ、政府による交渉の動向を注意深く見守る認識を示した。関連して日医が警戒する「混合診療の全面解禁」にも触れ、「政府の産業競争力会議で議論されているのが混合診療の全面解禁なのか、保険外併用療養の拡大なのかは大きな論点だ」として警戒感を示した。

日医はTPPに関する見解として、国民皆保険を守るための条件に▽公的な医療給付範囲を将来にわたって維持する▽混合診療を全面解禁しない▽営利企業（株式会社）を医療経営に参入させない—の3点を掲げている。このうち混合診療の全面解禁について中川副会長は、仮に全面解禁されれば先進医療などの「新しい医療」が保険適用されなくなると強調し「全面解禁から5年、10年、15年とたったとき、気が付けば新しい医療が保険適用されず、保険診療部分が少なくなってしまう問題がある」と述べた。

「保険外併用療養のさらなる範囲拡大」についても言及し、仮に先進医療から保険適用への流れが滞ってしまう事態になれば、保険外併用療養の対象が膨らむだけだと主張。「先進医療が評価療養の枠の中にとどまっていくことになれば“混合診療全面解禁”と同じことになる。このことは注視していかなければならない」と述べた。（5/28MEDIFAXより）

### ■OTCネット販売「大局的な見地で判断を」／日医が見解

一般用医薬品（OTC）のインターネット販売に関する対応をめぐる、日本医師会は6月5日、「政府には国民の生命や健康を脅かさないため、大局的な見地から適切な判断を期待する」との見解を発表した。

日医は厚生労働省の「一般用医薬品のインターネット販売等の新たなルールに関する検討会」について「必ずしも冷静かつ建設的な議論が行われなかったことは遺憾」とした上で、消費者の利便性を追求することで国民の安全や安心が脅かされないよう求めた。インターネットは手軽にリスクの高いOTCを手に入れることができ、購入者の判断で常備薬として服用できるため、国民に大きな自己責任を負わせることにつながるとし「非常に危惧される事態」と懸念を示した。

その上で、今後の検討会の取りまとめに従う形でOTC販売に関するルールを具体化するための検討会の開催を提案。OTCの安全性を確保する仕組みの再構築を医学、薬学などの専門家でも検討すること

も求めた。OTCは多くが医療用からのスイッチで、OTCとしてのリスクが確立していないものが存在するとして「今後はスイッチOTC化を慎重に検討するとともに、スイッチOTC化から一定期間は例えば経過期間として扱い、問題事例が発生した場合は一度、医療用のみに戻すことも必要だ」と訴えた。（6/6MEDIFAXより）

## 調査・データ編

### ■出生数は過去最少、死亡数は戦後最大／12年人口動態統計

厚生労働省は6月5日、2012年人口動態統計月報年計の概数を公表した。12年の出生数は103万7101人で11年より1万3705人減少し、過去最少となった。死亡数は125万6254人で前年から3188人増加し、戦後最大だった。出生数から死亡数を引いた差である自然増減数はマイナス21万9153人で、前年のマイナス20万2260人と比べて差が1万6893人広がり、過去最大のマイナス幅となった。自然増減率（人口千対）はマイナス1.7で、07年以来6年連続のマイナス値となっている。

死因別死亡数を見ると、順位は11年と変わらず、1位が悪性新生物36万790人、2位が心疾患19万8622人、3位が肺炎12万3818人、4位が脳血管疾患12万1505人と続く。悪性新生物と心疾患の死亡数は11年よりも増加している。

悪性新生物の死亡数を部位別に見ると、男性の1位は肺がんで5万1362人だった。肺がんは12年を含めて近年増加傾向が続いており、女性は2万142人で2位だった。女性の1位は大腸がんで2万142人だった。大腸がんも増加傾向が続き、男性は2万5515人に上った。

#### ●合計特殊出生率微増も「少子化は変わらない」

合計特殊出生率は1.41と前年の1.39から微増し、1996年以来の1.4台の水準まで回復した。厚労省担当者は「団塊ジュニア近辺の方が30代以上になって子どもを産むようになってきていることが影響しているのではないかと述べる一方で、「少子化は変わらない」としている。母親の年齢別の出生数では、前年と比較して15-34歳は減少、35-49歳は増加という傾向がここ数年続いている。（6/6MEDIFAXより）

### ■10年末時点の潜在看護職員71万人／厚労科研で推計

看護師・准看護師免許取得者のうち33.9%に当たる71万4669人が2010年末時点で就業していない潜在状態にあるとの推計がまとまった。千葉大大学院看護学研究科の小林美亜准教授が研究代表者を務めた12年度の厚生労働科学研究費補助金事業「日本における潜在看護職員数の推計」の報告書で明らかになった。看護師と准看を分けた推計値は、看護師が潜在看護職員率23.0%の30万6393人、准看は同52.6%の40万8276人だった。

同報告書は、都道府県レベルで潜在看護職員数を推計する方法を検討し、把握に努めるべきと指摘している。

潜在看護職員推計値はこれまで、厚生労働省が推計した02年末時点の54万9783人や、厚労科研費事業で推計した04年末時点の64万5967人などが指標として用いられてきた。（6/5MEDIFAXより）

### ■「慢性期リハ」、算定日数上限後に効果／日慢協調査

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は5月8日の会見で、日慢協が実施した慢性期リハビリテーション調査の結果を報告した。標準的算定日数を超えて行われる脳血管疾患や運動器疾患の維持期リハビリ（1カ月13単位）は、原則2014年4月から医療保険で算定できなくなるが、調査結果では算定日数を超えた後に患者のADLが大きく改善した。武久会長は「医療保険を切ってしまうと、これからはますます家に帰れない人が出てくる」と指摘した。

調査は、標準的算定日数を迎えた後に6カ月間のリハビリを継続した207人（脳血管疾患93人、廃用症候群53人、運動器疾患61人）について調べた。リハビリ介入開始から算定日数上限までのFIM（機能的自立度評価表）は5.1ポイント増加したが、算定日数上限から6カ月後にはさらに、10.8ポイント増加した。顕著に向上したのは食事、トイレ動作、トイレ移乗、移動についてだった。武久会長は「これらの項目は家に帰れることを意味している。14年から医療保険で適用されなくなると、ますます家へ帰れなくなる人が慢性期病院の中でたくさん発生してくる」と問題視した。武久会長は、全会員から2000例ほどの症例を集め、再び結果をまとめる意向を示した。

また、慢性期リハビリテーションの必要性を訴え

るために「慢性期リハビリテーション研究会」を立ち上げることも報告した。同研究会は発足後に「協会」に移行する考えも示した。（5/9MEDIFAXより）

## ■産婦人科医、総数増も12府県で減／日産婦医会調査

日本産婦人科医会（木下勝之会長）が会員施設を対象に実施している調査によると、2012年は06年に比べて12府県で産婦人科医数が減少した。分娩施設の医師数に絞ると17府県で減少。一方で12年の産婦人科医の総数は1万953人と06年比で888人増加した。同医会が5月8日、東京都内で開いた記者懇談会で12年調査の結果を公表した。木下会長は「医師数は増えたが、偏在は直っていない。このままではこの状況が続いてしまう」と述べ、さらなる対策が必要と訴えた。

調査は、同医会が会員施設を対象に実施。06年の回収率は96%（分娩施設＝1223病院、1755診療所、婦人科施設＝337病院、2590診療所）、12年も回収率は96%（分娩施設＝1077病院、1508診療所、婦人科施設＝397病院、2512診療所）だった。

### ●「計画配置」の高まりに危機感／木下会長

医師偏在が解消されていない実態が明らかになったことについて木下会長は、このままでは国が関与して医師を計画的に配置する必要性が高まってしまうと危機感を示した。国による管理は本来あるべき姿ではないとした上で、個人的な考えとして「人気が集中する東京などの都会を選ぼうとする場合は、試験で競争させるようなことも必要になってくるのではないか」と述べた。（5/9MEDIFAXより）

## ■日本、長寿世界一を維持／WHO統計、2国と並び

世界保健機関（WHO）は5月15日、2013年版の「世界保健統計」を発表した。11年の男女合わせた日本の平均寿命は83歳で、イタリア中部にある内陸国サンマリノ、スイスと共に首位だった。

WHO当局者によると、日本は20年以上連続で首位を維持している。しかし、喫煙率が高いことから、日本に追いつく国は今後も増えたとし、引き続き長寿世界一の座を保てるかどうかは危うい状況という。

サンマリノは前年版に引き続き首位。スイスは2013年版で初めて首位になった。

男女別では、日本は女性の平均寿命が86歳と単独

首位を維持したが、男性は12年版の80歳から79歳に落ち込んだ。

13年版の男性の平均寿命首位は中東のカタール（83歳）。日本はカタールをはじめ、スウェーデンやシンガポールなどにも追い抜かれる結果となった。

データが得られた中で平均寿命が最も短かったのは西アフリカのシエラレオネで47歳。中央アフリカも48歳で、アフリカ地域の平均寿命の短さが目立つ。

世界の平均寿命は70歳で、女性は72歳、男性は68歳だった。（5/17MEDIFAXより）

記事文末に（MEDIFAXより）と記載しているものは、契約に基づき株式会社じほう発行の「MEDIFAX」より転載・一部改変を許諾されたものです。

## 資料1

**専門医の在り方に関する検討会 報告書**

■ 専門医の在り方に関する検討会 2013年4月22日 ■

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r9852000003001b.pdf>

厚生労働省は4月22日に、「専門医の在り方に関する検討会」の報告書を公表。報告書では、①専門医を「各診療領域の適切な教育を受けて、十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義②専門医の質を担保するため、中立的な第三者機関を設置し、そこで認定③第三者機関は、専門医養成プログラムの評価・認定も統一的に行う—という仕組みを導入する。また、総合診療医の専門医としての名称を「総合診療専門医」とし、専門医制度の中に位置づけ、その養成プログラムは、関係学会や医師会等が協力し、第三者機関において作成することとしている。

**専門医の在り方に関する検討会  
報告書**

平成25年4月22日

目 次

はじめに

- わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度<sup>※</sup>を設け、運用してきた。
- ※ 現在の専門医制度では、学会が専門医認定を受けるために必要な基準を作成し、医師免許取得後の一定の経歴等を評価し、主に試験による能力確認を行った専門医を認定している。
- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されおらず、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は国民にとつて分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。

- また、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。
- 今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要がある。

- このため、改めて国民の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医の在り方に関して幅広く検討を行うこととなった。

- 本検討会は、平成23年10月に第1回の会合を開催し、以降、関係者からのヒアリング等を参考に活発な意見交換を重ね、同24年8月には、それまでの議論を中間的に取りまとめたとしたところであるが、その後、引き続き議論すべき項目等について議論を深め、今後、以下のとおり報告書を取りまとめられたものである。

1. 検討にあたっての視点

- 専門医の在り方を議論するにあたっては、専門医を「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについて議論するにあたっては、これから臨床研修を修了し、専門医の資格を取得しようとする若い医師をどのように育てるかという育成する側の視点のみならず、育成される側のキャリア形成の視点も踏まえて考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについては、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築すべきである。そのような仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される。

はじめに ..... 1

1. 検討にあたっての視点 ..... 1

2. 求められる専門医像について ..... 2

3. 専門医の質の一層の向上について ..... 2

    (1) 基本的な考え方 ..... 2

    (2) 専門医の位置づけについて ..... 2

    (3) 専門医に関する情報の在り方について ..... 3

    (4) 専門医の認定機関について ..... 3

    (5) 専門医の領域について ..... 4

    (6) 専門医の養成・認定・更新について ..... 5

    (7) 学会認定専門医の移行措置について ..... 6

4. 総合診療専門医について ..... 7

    (1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について ..... 7

    (2) 総合診療専門医の位置づけについて ..... 7

    (3) 総合診療専門医の養成について ..... 7

5. 専門医の養成と地域医療との関係について ..... 8

    (1) 医療提供体制における専門医について ..... 8

    (2) 専門医の養成数について ..... 9

6. 医師養成に関する他制度との関係について ..... 9

おわりに ..... 10

構成員名簿 ..... 11

検討経緯 ..... 12

- 専門医の広告に関しては、患者の適切な選択に資する観点から、今後、第三者機関において、専門医の認定基準やサブスペシャリティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、同機関が認定する専門医を広告可能とすべきである。
- 第三者機関以外の学会等が認定する資格名(厚生労働省告示に規定する外形的な基準を満たす学会認定の専門医を含む。)の広告の取扱いについては、今後、引き続き検討する必要がある。その際、第三者機関が認定する専門医と学会等が認定する資格名との間に、名称等において何らかの区別を設けることが必要である。
- わが国における専門医の領域は概ね診療科に応じて設定されているため、新たな仕組みのもとでの専門医について、標榜科<sup>※</sup>と関連させることも将来的には考えるべきである。
- ※ 現在、診療科名については、政省令に定められたものについて、原則として自由に標榜することが可能となっている。
- 新しい専門医の仕組みについては、新たな専門医の認定・更新状況等を踏まえつつ、将来的には、関係制度等への位置づけを検討することが望ましい。

(3) 専門医に関する情報の在り方について

- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけではなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあることから、専門医のキャリアや認定・更新基準など専門医に関する情報を国民に分かりやすく示すなどの仕組みが必要である。
- 専門医に関する専門性の高い情報は、医師が必要に応じて他の領域の専門医や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるような医師間のネットワークで活用できるようにすべきである。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医及び専攻医<sup>※</sup>に関する情報の収集・管理等を円滑に行うことが重要であり、そのためのデータベースの構築が必要である。
- ※ 臨床研修修了後に、専門医を取得するための研修を行っている医師
- データベースは、医療提供体制の現状把握に必要不可欠であり、国や都道府県においても基礎資料として活用することも考えられるため、その構築に対する国の支援が必要である。

(4) 専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、第三者機関が学会との密接な連携のもとで行うべきであり、そのような第三者機関を速やかに設立すべきである。このため、医療関係者や国民の代表等からなる準備組織を設ける必要がある。

2. 求められる専門医像について
- 専門医とは「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するのではなく、例えば、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当である。
  - 「専門医」に類似する名称として、学会等が認定する資格名である「認定医」<sup>※1</sup>や、医療法にもとづき厚生労働大臣の標榜許可を受けた診療科についての「標榜医」<sup>※2</sup>等が挙げられる。
  - ※1 「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。
  - ※2 「標榜医」としては、現在、麻酔科のみが許可されている。
  - 「専門医」と「認定医」との関係については、今後、新たな専門医の仕組みの構築の中で、関係学会等との連携のもと、国民にとって分かりやすい形で統一的に整理していく必要がある。
  - 「標榜医」の在り方については、麻酔科専門医の養成状況等を踏まえつつ、今後、検討を行うことが考えられる。

3. 専門医の質の一層の向上について

- (1) 基本的な考え方
- 専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、現在の学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。
- (2) 専門医の位置づけについて
- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として、設計されるべきである。
  - 新たな専門医の仕組みにおいて、養成プログラムを充実させることにより、①医師の診療レベルが向上すること、②医師が習得した知識・技能・態度について認定を受けて開示できること、その結果、③患者が医療機関を受診するにあたって医師の専門性を確認できること、などの意義がある。
  - 広告が可能な医師の専門性に関する資格名等<sup>※</sup>については、新たな専門医の仕組みの構築に併せて見直すことが必要である。
  - ※ 現在、研修体制、試験制度等に関する一定の外形的な基準(厚生労働省告示に規定)を満たす団体が認定する専門医について、広告することが可能となっている。

- 専門医の定義や位置づけに鑑み、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。
  - 専門医の領域については、国民が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、名称も含め、国民から見て分かりやすいものとする必要がある。
  - 専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。
  - 基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師を加えるべきである。
  - 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として認定することが適当である。
  - ただし、例外的な取扱いとして、特殊な技能や診療領域等に関するより専門分化した領域をサブスペシャリティ領域として設定する場合は、第三者機関において、今後、その基準を明確にした上で、検討する必要がある。
- (6) 専門医の養成・認定・更新について
- 専門医が、患者から信頼される標準的な医療を提供するために、その認定については、経験症例数等の活動実績を基本的な要件とすることが必要である。このため、専門医の養成プログラムの基準は、どのような専門医を養成するのかという目標を明確にした上で、そのために必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが必要である。
  - 専門医資格の更新についても、専門医の資格取得後も生涯にわたって標準的な医療を提供するという視点から、現在、一部の学会認定の専門医制度において手術経験数や症例数、eラーニングを含めた学習などを要件としていることを踏まえ、専門医としての活動実績を基本的な要件とすべきである。
  - 1人の医師が複数の基本領域の認定・更新を受けることについては、原則として複数の認定・更新を念頭に置いた制度設計は行わないこととしつつ、自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、許容することが考えられる。ただし、このことが安易なものとならないよう、各領域の活動実績を要件とする適切な認定・更新基準が必要である。

- 中立的な第三者機関は、医療の質の保証を目的として、プロフェッションナルオورتノミーにもとづき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とし、医療を受ける患者の視点に立つて新たな専門医の仕組みを運用すべきである。
- 中立的な第三者機関は、以下のとおり運営すべきである。
  - ① 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担うとともに、その際の専門医の認定・更新基準や養成プログラム<sup>※</sup>・研修施設の基準の作成も第三者機関で統一に行うこと。
  - ※ 個別の養成プログラムは、基準を踏まえ、各研修施設が作成することとなる。
  - ② 専門医の質の一層の向上に資するよう、各領域が満たすべき到達目標、経験症例数、指導体制等について共通の指針を作成し、この指針に沿って各領域の専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成すること。
  - ③ 専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門のもとに、各領域の専門委員会を設け、それぞれの領域の学会等の協力を得て運営すること。
  - ④ 専門医の認定や基準の作成はプロフェッションナルオורתノミーを基盤として行うとともに、情報公開や実施体制等の制度全般について国民の視点やニーズを反映するため、運営に国民の代表が参画できるような仕組みとし、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせるような体制とすること。
  - ⑤ 専門医に係るデータの把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、諸外国とも比較しながら、専門医の質を確保する視点から専門医の認定・更新基準等について継続的な見直しを行いつつ、望ましい専門医の在り方について検討を行うこと。

(5) 専門医の領域について

- 基本的な診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医<sup>※1</sup>を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医<sup>※2</sup>を取得するよう二段階階級の仕組みを基本とすべきである。

- ※1 基本領域の専門医の例(現在、日本専門医制評価・認定機構が認定している18領域)
- ・ 総合内科専門医
  - ・ 小児科専門医
  - ・ 皮膚科専門医
  - ・ 精神科専門医
  - ・ 外科専門医
  - ・ 整形外科専門医
  - ・ 産婦人科専門医
  - ・ 眼科専門医
  - ・ 耳鼻咽喉科専門医
  - ・ 泌尿器科専門医
  - ・ 脳神経外科専門医
  - ・ 放射線科専門医
  - ・ 麻酔科専門医
  - ・ 病理専門医
  - ・ 臨床検査専門医
  - ・ 救急科専門医
  - ・ 形成外科専門医
  - ・ リハビリテーション専門医

- ※2 サブスペシャリティ領域の専門医の例(現在、日本専門医制評価・認定機構が認定しているもの)
- ・ 循環器専門医
  - ・ 血液専門医
  - ・ 腎臓専門医
  - ・ 消化器外科専門医
  - ・ 消化器外科専門医
  - ・ 消化器外科専門医

#### 4. 総合診療専門医について

##### (1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

- 総合的な診療能力を有する医師（以下「総合診療医」という。）の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること、②複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後増えること、などの視点が挙げられる。
- 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。

##### (2) 総合診療専門医の位置づけについて

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当である。
- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とすることが適当である。
- 総合診療専門医は、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- 総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

##### (3) 総合診療専門医の養成について

- 多くの若い医師が従来の領域別専門医志向を持っている中で、総合診療専門医が、若い医師や国民に評価されるよう、養成プログラムの一層の充実と国民への周知が必要である。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医への移行や、総合診療専門医から他の領域の専門医への移行を可能とするプログラムについても別に用意する必要がある。移行にあたってどのような追加研修を受ける必要があるか等については、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。

- 専門医の認定・更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点が重要であり、日本医師会生涯教育制度などを活用することも考えられる。また、各領域の専門性に加えて、卒業2年間の臨床研修で求められている到達目標である、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力（以下「基本診療能力」という。）を維持し、向上させるといった視点も必要である。

- 新たな専門医の仕組みが若い医師や国民に評価され、専門医の取得や更新が促進されるようにすることが必要である。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成の過程において、例えば、研修の目標や内容を維持した上で、養成プログラムの期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである。また、男女を問わず、出産・育児・介護等と専門医の取得・更新とが両立できようような仕組みとすることも、養成プログラム・研修施設の基準等についても、キャリア形成に配慮することが望ましい。

- 新たな専門医の養成は、今後、第三者機関における認定基準等の作成や、各研修施設における養成プログラムの作成を経て、平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間については、例えば3年間を基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

#### (7) 学会認定専門医の移行措置について

- 既存の学会認定の専門医から新たな第三者機関認定の専門医への移行については、専門医の質を担保する観点から、同機関が設定した領域について、同機関において適切な移行基準を作成することが必要である。
- 移行については、各学会認定の専門医の更新のタイミング等に合わせ、移行基準を満たす者から順次移行を可能とすることが適当である。その際、各学会が更新基準を見直し、第三者機関が作成する移行基準の水準とすることにより、円滑な移行に資することが期待される。
- 移行を開始する時期については、新たな専門医研修が開始される見込みの平成29年度から移行可能とすべきとする見方と、新たな仕組みのもとでの専門医研修が修了する見込みの平成32年度以降とすべきとする見方があり、今後、第三者機関において、新たに専門医を取得しようとする医師への事前の周知の必要性や、移行基準の作成状況等を踏まえ、速やかに検討する必要がある。

- 新たな専門医の仕組みにおいて、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要である。研修施設については、都道府県（地域医療支援センター等）と連携しつつ、指導体制等の研修の質を確保した上で、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む。）が病院群を構成することが適当である。
- 研修施設が専門医の養成プログラムを作成するには、先進的な都道府県等の例を参考としつつ、国や都道府県、大学、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図ることが期待されるとともに、初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中には、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れられることが必要である。また、いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。
- 専門医が地域に走着するよう、専門医の資格取得後も、都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研修施設等が連携し、キャリア形成支援を進めることが期待される。

(2) 専門医の養成数について

- 新たな専門医の仕組みの議論においては、専門医の質に加えて、専門医の数も重要な問題である。
- 専門医の養成数については、患者数や疾病頻度、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等を活用しつつ、地域の実情を総合的に勘案する必要がある。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

- 新しい仕組みのもとで専門医が基本診療能力を維持し、向上させるためには、臨床研修における基本診療能力の養成とともに、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である。
- 臨床研修制度については、平成27年度の研修医から適用することを念頭に、別途、制度の見直しが議論されているが、当該見直しにあたっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要である。
- 新たな専門医の仕組みは、基本的には、2年間の臨床研修後に専門医の養成プログラムが実施されることが前提として構築することが適当であるが、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。これらの基準は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等への対応能力が修得できる内容であることを基本とし、日本医師会生涯教育カリキュラムの活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、診療所や、中小病院、地域の中核病院における内科、小児科、救急等を含められる。
- 総合診療専門医の養成には、幅広い臨床能力を有する指導者も必要であり、地域で中核となつて指導のできる医師を養成することも重要である。また、大学病院や大病院のみならず、地域の中小病院や診療所も含めて総合診療専門医の養成に取り組むべきであり、地域医療を支えているかかりつけ医等が指導医として関与することも必要であることから、医師会等の協力が必要である。
- 総合診療専門医を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテーションするだけでなく、総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設等の協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要である。
- 地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、総合診療専門医と基本診療能力のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要である。
- 総合診療専門医については、現段階で具体的に養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関において、今後、検討する必要がある。

5. 専門医の養成と地域医療との関係について

(1) 医療提供体制における専門医について

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布については、グラウンドゼロインを作ることが重要である。
- 国民のニーズに応え、かつ適切な医療を提供するためには、現在のフリーアクセスを前提としつつ、総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要である。
- 新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮すべきである。

おわりに

- 今後、専門医の質が高まり、良質な医療が提供されるよう、本報告書をもとに、新たに設置される中立的な第三者機関が、関係者との連携のもと、新たな専門医の仕組みを推進することが求められる。また、このような仕組みを通じて医療提供体制が改善されることを期待したい。
- 専門医の在り方については、新たな仕組みの導入以降、プロフェッショナルオートのノミニーを基盤とした上で、専門医の質の一層の向上や医療提供体制の改善等の観点から、その進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

専門医の在り方に関する検討会 構成員

平成25年3月7日現在

- 池田 康夫 (日本専門医制評価・認定機構理事長)
- 金澤 一郎 (国際医療福祉大学大学院長)
- 桐野 高明 (独立行政法人国立病院機構理事長)
- 小森 貴 (小森耳鼻咽喉科医院長) ※平成24年4月から構成員
- 今 明秀 (八戸市立市民病院副院長)
- ◎高久 史麿 (日本医学会長)
- 高杉 敬久 (博愛クリニック院長)
- 高山 佳洋 (大阪府健康医療部長)
- 富田 保志 (国立病院機構名古屋医療センター教育研修部長)
- 平林 勝政 (國學院大學法科大学院特任教授)
- 福井 次矢 (聖路加国際病院長)
- 藤本 晴枝 (NPO法人地域医療を育てる会理事長)
- 松尾 清一 (名古屋大学医学部附属病院長)
- 三上 裕司 (東香里病院理事長) ※平成24年3月まで構成員
- 桃井 眞里子 (前自治医科大学小児科学教授)
- 森山 寛 (東京慈恵会医科大学附属病院長)
- 門田 守人 (がん研究会有明病院長)
- 山口 徹 (虎の門病院長)

◎印は座長 ○印は座長代理 (五十音順)

専門医の在り方に関する検討会 検討経緯

第1回 平成23年10月13日

○自由討議

第2回 平成23年11月4日

○ヒアリング

- ・日本専門医制評価・認定機構 理事長 池田 康夫委員
- ・日本内科学会 認定医制度担当理事 渡辺 毅先生
- ・日本外科学会 監事(外科関連専門医制度委員会委員長) 兼松 隆之先生

第3回 平成23年12月1日

○ヒアリング

- ・がん研究会 理事 土屋 了介先生
- ・日本産科婦人科学会 常務理事(専門医制度担当) 吉川 史隆先生
- ・日本救急医学会 専門医認定委員会委員長 遠藤 裕先生

第4回 平成24年1月11日

○ヒアリング

- ・日本プライマリ・ケア連合学会 理事長 前沢 政次先生
- ・日本医師会 三上 裕司委員、高杉 敬久委員
- ・福井 次矢委員

第5回 平成24年2月16日

○ヒアリング

- ・江別市立病院 副院長 阿部 昌彦先生
- ・一関市国民健康保険藤沢病院 院長 佐藤 元美先生
- ・高山 佳洋委員

第6回 平成24年3月8日

○ヒアリング

- ・日本専門医制評価・認定機構 理事 八木 聡明先生
- ・藤本 晴枝委員

第7回 平成24年5月18日

○「論点項目の素案」の検討

○ヒアリング

- ・東京医科大学 全国共同利用施設医歯学教育システム研究センター長 奈良 信雄先生
- ・日本病理学会 理事長 深山 正久先生

第8回 平成24年6月15日

○「論点項目の修正案」の検討

○ヒアリング

- ・秋田大学医学部総合地域医療推進講座医学教育部 教授 長谷川 仁志先生
- ・文部科学省高等教育局医学教育課

第9回 平成24年7月6日

○「中間まとめ(案)」の検討

第10回 平成24年8月3日

○「中間まとめ(案)」の検討

平成24年8月31日 「中間まとめ」とりまとめ 公表

第11回 平成24年9月7日

○「引き続き議論が必要な課題」の検討

第12回 平成24年10月3日

○「専門医の養成・認定・更新」等の検討

第13回 平成24年11月29日

○「専門医の養成数や医療提供体制における専門医」等の検討

第14回 平成24年12月26日

○「総合医」「総合診療医」等の検討

第15回 平成25年1月18日

○「さらに議論が必要な論点」の検討

第16回 平成25年2月6日

○「新たな専門医の仕組みにおける広告」の検討

○「報告書(素案)」の検討

第17回 平成25年3月7日

○「報告書(案)」の検討

## 新たな専門医に関する仕組みについて①(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)

H25.4.22

### 視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

### 現状

＜専門医の質＞ 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。  
 ＜求められる専門医像＞ 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。  
 ＜地域医療との関係＞ 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

### 新たな仕組みの概要

#### (基本的な考え方)

- 新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。（「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。）
- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

#### (中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医に関するデータベースを構築。

#### (総合診療専門医)

- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。  
 ※ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。  
 ※ 「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。
- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。  
 ※ 臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも別に用意。

1

## 新たな専門医に関する仕組みについて②(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)

H25.4.22

### (専門医の養成・認定・更新)

- 医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。  
 ※ 自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

### (地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。  
 ※ 研修施設は、必要に応じて都道府県（地域医療支援センター等）と連携。
- 研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討。
- 専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。
- 少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

### (既存の学会認定専門医からの移行)

- 専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成。  
 （移行の時期は第三者機関において速やかに検討。）

### (スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

### 期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 医療提供体制の改善

2

## 資料2

## 経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～

■ 閣議決定 2013年6月14日 ■

[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2013/2013\\_basicpolicies.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2013/2013_basicpolicies.pdf)

内閣府は6月13日に、経済財政諮問会議を開き「経済財政運営と改革の基本方針」をとりまとめ、安倍首相に答申。14日の閣議で決定した。骨太方針は「財政再建のためには社会保障費の伸びを抑制することが必要不可欠である」とし、具体的な方策を提言。社会保障費の伸びを抑制するための基本的な考え方としては、①健康長寿、生涯現役、頑張る者が報われる社会の構築②中福祉・中負担を目指す③時間軸を踏まえた改革④医療・介護分野のICTビッグバン⑤地域の構造変化に対応した医療・介護提供体制の再構築⑥社会保障・税一体改革の推進一の6点を示した。

経済財政運営と改革の基本方針について

〔平成 25 年 6 月 14 日〕  
閣 議 決 定

経済財政運営と改革の基本方針について、別紙のとおり決定する。

経済財政運営と改革の基本方針  
(目次)

第1章 デフレ脱却・日本経済再生と目指すべき姿 ————— 1

- 1. 停滞の20年 1
- 2. デフレからの早期脱却と「再生の10年」に向けた基本戦略 2
  - (1) 第一の矢「大胆な金融政策」 3
  - (2) 第二の矢「機動的な財政政策」 4
  - (3) 第三の矢「民間投資を喚起する成長戦略」 4
  - (4) 企業から家計への波及、雇用と所得の増加へ 4
  - (5) 経済再生と財政健全化の好循環 5
  - (6) 「再生の10年」を通じたマクロ経済の姿とその道筋 6
- 3. 目指すべき経済社会の姿 7

第2章 強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活の実現 ——— 10

- 1. 「日本再興戦略」の基本設計 10
  - (1) 生産性の向上を生む科学技術イノベーションなどの基盤強化(日本産業再興プラン) 10
  - (2) 新たな成長分野の開拓(戦略市場創造プラン) 13
  - (3) グローバル化を活かした成長(国際展開戦略) 13
- 2. 復興の加速等 14
  - (1) 教育等を通じた能力・個性を發揮するための基盤強化 15
  - (2) 女性の力の最大限の發揮 15
  - (3) 少子化危機突破 16
  - (4) 若者・高齢者等の活躍推進、セーフティネットの整備 16
- 4. 地域・農林水産業・中小企業等の再生なくして、日本の再生なし 16
  - (1) 特色を活かした地域づくり 17
  - (2) 農林水産業・地域の活力創造 18
  - (3) 中小企業・小規模事業者の躍進 18
- 5. 長期的に持続可能な経済社会の基盤確保 19
  - (1) 持続可能性を重視した中長期投資の推進等 19
  - (2) 地球環境への貢献 19
  - (3) 国土強靱化(ナショナル・レジリエンス)、防災・減災の取組 19
  - (4) 安全・安心な社会の実現等(消費者行政、治安・司法、防衛等) 20
  - (5) 資源・エネルギーの経済安全保障の確立、戦略的外交の推進等 21

経済財政運営と改革の基本方針  
～脱デフレ・経済再生～

平成25年6月14日

第1章 デフレ脱却・日本経済再生と目指すべき姿

1. 停滞の20年

(低成長とデフレ)

1990年代初頭におけるバブル崩壊を大きな節目として、日本経済は現在に至る約20年間、総じて低い経済成長に甘んじてきた。この間の日本の実質国内総生産(実質GDP)成長率は0.8%、名目国内総生産(名目GDP)成長率は▲0.2%にとどまり、日本人の実質的な購買力の大きさを表す実質国民総所得(実質GNI)<sup>1)</sup>の成長率も0.6%とOECD諸国の中で最も低いパフォーマンスとなった。さらに、このプロセスの中で、日本経済は戦後初めて、また、世界の中でも例外的に、デフレを経験することとなり、多くの国民が生活の豊かさを実感できなくなってきた。

とりわけ、2008年後半に生じたリーマンショック及びその後の欧州政府債務危機により生じた世界経済の信用収縮と成長鈍化は日本経済に大きな影響を及ぼした。欧米で大胆な金融緩和策が講じられ、内外の金利差が縮小する中、我が国ではデフレから脱却できない状況が続き、円高とデフレの悪循環の懸念もあって、いわゆる産業空洞化も進んだ。

(構造問題)

こうしたマクロ経済(景気)の悪化はミクロ面(構造問題)をも悪化させ、長期にわたり停滞が続くこととなった。すなわち、長期化する景気低迷とデフレは、設備、研究開発、さらには人材に対する投資意欲や新規事業・起業への意欲を萎縮させるなど、日本経済の基礎体力に悪影響を及ぼしてきた。また、少子・高齢化、新興国の台頭とそれに伴う比較優位構造の変化、IT化等の技術革新など経済に大きなインパクトを与える構造変化に対しても、本来採られるべき対応が遅れた。

例えば、新興国等との競争が激化する中で、産業再編などの対応が遅れ、原料価格の高騰により企業のコストが上昇してもそれを製品価格に転嫁することができず、結果として、日本人が受け取る所得(賃金や利潤)が抑えられてきた。

さらに、金融、資本市場のグローバル化により、世界各国で繰り返し発生する金融・通貨危機など市場経済の脆弱性への対応も十分に進んでいない。また、グローバル化の下、イノベーションはわずかな時間のうちに市場環境を一変させ、企業は国・地域を選別する姿勢を強めることとなり、国家間の制度競争も激しくなっている。

<sup>1)</sup> 国内総生産(GDP: Gross Domestic Product)とは、ある国の国内で、一定期間内に生産されたモノやサービスの付加価値の総額。  
<sup>2)</sup> 国民総所得計算における「実質価格」とは、基準時点の物価で評価したもの(物価変動の影響を除去)。「名目値」とは、実際に市場で取引される時点の物価で評価したものの。  
<sup>3)</sup> 国民総所得(GNI: Gross National Income)とは、ある国の国民(居住者)が一定期間内に受け取った所得(雇用人報酬、財産所得、企業所得等)の総額。

- 6. 強い経済、豊かな生活を支える公的部門の改革 22
  - (1) 行政改革等の推進 22
  - (2) 地方分権改革の推進等 23
  - (3) 公的部門への民間参入促進 23
  - (4) 世界最高水準の電子政府の実現 24

第3章 経済再生と財政健全化の両立 25

- 1. 経済再生と財政健全化の両立に向けた基本的考え方 25
- 2. 財政健全化への取組方針 25
- 3. 主な輸出分野における重点化・効率化の考え方 26
  - (1) 持続可能な社会保障の実現に向けて 26
  - (2) 21世紀型の社会資本整備に向けて 29
  - (3) 地方行政制度の再構築に向けて 31
- 4. 実効性あるPDCAの実行 32

第4章 平成26年度予算編成に向けた基本的考え方 34

- 1. 景気の現状と経済の先行き 34
- 2. 中長期の経済財政の展望を踏まえた取組 34
- 3. 平成26年度予算編成の在り方 34
- 4. 今後の取組 35

本再興戦略』を取りまとめた。以下に示すのが「再生の10年」の実現に向けた基本戦略である。

### (1) 第一の矢「大胆な金融政策」

本年1月22日、政府・日本銀行は、デフレからの早期脱却と物価安定の下での持続的な経済成長の実現に向け、政策連携の強化とそれぞれの取組等を明記した共同声明<sup>1)</sup>を発表した。この中で、日本銀行は消費者物価の対前年比上昇率2%を「物価安定目標」とすることを初めて明確にし、できるだけ早期にこれを実現することとした。

さらに、4月4日には、新たな日本銀行正副総裁の下での最初の金融政策決定会合において、2%の物価安定目標を2年程度の期間を念頭に置いて、できるだけ早期に実現すること、その実現のため、マネタリーベースを2年で2倍にすることなどを内容とする「量的・質的金融緩和」の導入を決定した<sup>2)</sup>。

こうした金融政策の「レジーム・チェンジ」によって、過去20年近く、大きく変えることができなかった市場のデフレ予想が今や変化しつつあり、实体经济にも好影響をもたらす始めている。さらに、デフレ予想が払拭されていくことにより、「機動的な財政政策」の需要創出効果や「成長戦略」の民間投資喚起効果が十分に発揮されていくことが期待される。

今後とも、日本銀行による量的・質的金融緩和の着実な推進と、政府による機動的なマクロ経済政策運営や成長力強化への取組等が相まって、デフレからの早期脱却と持続的な経済成長を実現していく。

経済財政諮問会議は、政府・日本銀行の共同声明に沿って、金融政策を含むマクロ経済財政運営の状況、その下での物価安定の目標に照らした物価の現状と見通し、雇用情勢を含む経済・財政状況、経済構造改革の取組状況などについて、原則として四半期ごとに検証を行う。

### (2) 第二の矢「機動的な財政政策」

政府は、本年1月11日、景気の底割れを回避し、成長戦略につなげていくことを目的として、平成25年度当初予算と合わせた15か月予算の考え方の下、「日本経済再生に向けた緊急経済対策」及びこれを具体化する13兆円に上る過去最大額(1)ーマンジョック後の非常事態を除く)の平成24年度補正予算を決定した。また、5月15日には、同じく日本経済の活性化や国民生活の安心につながる施策に重点化した平成25年度予算が成立した。

<sup>1)</sup>「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)

<sup>2)</sup>「デフレ脱却と持続的な経済成長の实现のための政府・日本銀行の政策連携について(共同声明)」(平成25

年1月22日、内閣府・財務省・日本銀行)

<sup>3)</sup>「量的・質的金融緩和の導入について(平成25年4月4日、日本銀行)

<sup>4)</sup>「日本経済再生に向けた緊急経済対策」(平成25年7月11日閣議決定)

る。高齢化と人口減少が進展し、資源や食糧を輸入に依存する日本としては、グローバル化に対処しつつ、新たな価値を生み出していくことが待ったなしの課題となっている。

また、近年では、2011年の東日本大震災と原発事故を受け、被災地の復興の加速に向けた取組はもとより、国土や生産基盤の脆弱性、エネルギー制約といった構造問題への対応が新たな課題となっている。

### (政策対応)

この間のマクロ経済運営を振り返ると、政府は景気対策や金融機関の不良債権の処理促進策など累次にわたる政策対応を行い、日本銀行も量的緩和やゼロ金利政策などの対応を行ってきた。しかし、こうした対応により景気が一定期間回復に転じたものの、政策の転換が行われる中、海外の大幅な景気後退などを転機に景気回復は腰折れし、その結果、低成長やデフレから脱出することはできなかつた。こうした中、国民や市場が抱く低成長やデフレ継続の予想は徐々に根強いものとなり、それが更に实体经济を抑制することとなった。この間、我が国の財政は、低迷する経済や進展する高齢化等により、赤字が継続し、債務残高が極めて高い水準となっている。

### (停滞の20年を踏まえて)

こうした停滞の20年の経験を踏まえれば、我が国が取り組むべき課題は、まず第1に、長期にわたるデフレと景気低迷から脱出することである。そして、第2に、この間、十分な対応が採られてこなかつた上記のような構造的諸課題に政府、民間企業、そして国民一人ひとりが積極的に取り組むことである。第3に、今後の日本経済の発展と高齢化社会を支える基盤となる持続可能な財政と社会保障を構築し、対応力を回復していくことである。このような課題の解決を通じて、後述する、我が国が目指すべき経済社会の姿を実現していく。

## 2. デフレからの早期脱却と「再生の10年」に向けた基本戦略

安倍内閣は、相互に補強し合う関係にある「大胆な金融政策」、「機動的な財政政策」、「民間投資を喚起する成長戦略」の「三本の矢」(いわゆるアベノミクス)を一体として、これまでで次元の異なるレベルで強力に推進していく。

現下の最優先課題である長期にわたるデフレと景気低迷からの脱却を実現するためには、停滞の20年の反省に立ち、これまでとは質・量ともに次元の異なる対応が必要である。安倍内閣発足直後から矢継ぎ早に、第一の矢「大胆な金融政策」、第二の矢「機動的な財政政策」を実行に移している。そして今回、上述したような構造的諸課題に積極的に取り組むため、第三の矢である成長戦略として、「日

をたどってきた。勤労者世帯の1年間の平均実収入がこの10年で20万円以上低下するなど、家計を取り巻く環境は極めて厳しい状況にある。

本年の番闘においては、政府の企業に対する要請もあって、業績の改善した企業を中心に報酬の引上げが決定された。企業業績は為替相場の動向、景気の着実な持ち直し、さらには海外での業績改善などを受けて2013年3月期には改善し、2014年3月期に向けて更に改善すると予想されている。こうした企業業績の改善が迅速に賃金上昇や雇用の拡大に結び付き、デフレ脱却につながっていくことが期待される。

今後、物価の上昇が想定される中、賃金や家計の所得が増加しなければ、景気回復の原動力となっていない消費の拡大は息切れし、景気が腰折れすることにもなりかねない。三本の矢を推進することにより景気回復、経済成長を着実に実現し、企業収益の改善、国内投資の拡大、生産性の高い部門への労働移動、賃金上昇と雇用の拡大、さらには消費の拡大という好循環を実現していく必要がある。こうした課題に包括的に取り組むため、今後、政府、経営者、労働者が、それぞれの役割を果たしつつ、一体となって、連携することにより、上記の好循環を起動させていくことが重要である。

また、上で述べたように過去10年、輸入品のコスト上昇を価格転嫁できないことで、結果として日本人が受け取る所得が抑えられてきた。その大きさは10年間で26兆円<sup>9)</sup>に及び、「日本再興戦略」を推進することにより、グローバル化を活かす企業競争力を高め、コスト増を製品価格に転嫁できる市場構造を作るとともに、輸入に依存するエネルギー等の節減、調達先の多角化等による価格交渉力の強化などを通じて、実質国民総所得(実質GNI)の成長率を高める。

(5) 経済再生と財政健全化の好循環

急速な高齢化の進展による社会保障関係費の増大や、リーマンショック等による景気後退などにより、我が国の財政状況は悪化を続けてきた。今後、日本経済の再生を実現していくためには、日本経済の発展を支えるとともに少子高齢化が進展する中にある人々が安心して暮らしていくための基礎となるべき、持続可能な財政と社会保障を構築していくことが必要不可欠である。

さらに、日本銀行が金融緩和を円滑に推進していくためには、財政ファイナンスといった疑念を生まないよう、政府が財政規律を堅持していくことが求められる。また、民間需要主導の成長を実現するためには、財政健全化を通じて、国債に対する信認を確保し、長期金利が急上昇するリスクに対応するとともに、家計や企業の財政に対する不安を払拭しつつ、より多くの民間貯蓄が民間投資に向かう環境を整備し、個人消費や投資の拡大を促すことが不可欠である。こうした観点から、第

<sup>9)</sup> 「家計調査」で2002年と2012年を比較。勤労者世帯には非正規雇用の雇用者も含む。  
<sup>10)</sup> 交易利益・損失の2002年度から2012年度への変化額(2005年を基準時点として詳細)。

緊急経済対策に基づき平成24年度補正予算の各事業は、順調に進捗し、景気回復に重要なプラス効果をもたらしている。引き続き、対策の早期執行に取り組むこと、効果をあまねく浸透させるとともに、平成25年度予算を着実に執行していく。この結果、地方でもその効果が今夏以降実感されることが期待される。

(3) 第三の矢「民間投資を喚起する成長戦略」

日本経済が景気回復を超えて、その後も長期的に安定した成長を実現していくためには、内外の潜在需要を顕在化させつつ、民間投資を喚起する成長戦略を実行し、労働生産性を高め、我が国の潜在成長力を強化することが不可欠である。また、国民一人ひとりが豊かさを実感できるよう、国民の購買力を高めるとともに、地域を再生し、全国隅々に成長の成果を行き渡らせていく必要がある。

第一の矢、第二の矢によるマクロ経済環境の好転が、企業の決断を促し、成長戦略を大きく前進させる。また、成長戦略を推進することで、構造問題への取組が進捗し、マクロ経済の持続的な改善がもたらされる。相互に補強し合う三本の矢を一体化することで生まれる推進力がこれまでの成長戦略との大きな違いである。また、過去約20年、大きな成長制約要因となってきた金融機関の不良債権問題や企業の過剰設備・過剰債務問題は、総じてみれば解消されつつある。この点も、新たな成長を後押しする大きな力となる。

過去の停滞の経験を踏まえ、成長戦略においては、①市場機能を活用し民間の力を引き出すとともに、民間投資の拡大、人材の活用、育成、イノベーションの促進により労働生産性を高めること、②課題先進国として世界に先駆けて課題を解決することで新たな需要を創造すること、③グローバル化を活かしヒト・モノ・カネが自由に行き来できる環境を整備すること、などにより、潜在成長力を高め、実質所得の増加を伴う成長を実現することが必要不可欠である。

上記のような問題意識を踏まえ、安倍内閣の「日本再興戦略」を早期に推進し、「チャレンジ」、「オープン」、「イノベーション」を具体化していかなければならない。政府は今後長期にわたり安定的に成長戦略に取り組んでいくことに強くコミットし、リスクを伴う投資や起業などに個人や企業が積極的に取り組むことを可能にしていく。また、政策分野ごとに達成すべき成果目標(KPI<sup>8)</sup>)と工程表を掲げるとともに、責任主体を明確化し、政府が一体となって迅速かつ強力に「日本再興戦略」を推進する。

(4) 企業から家計への波及、雇用と所得の増加へ

長期にわたるデフレと低成長の下で、1990年代後半以降、正規雇用が減少傾向にある一方で、非正規雇用が増加したことなどにより、雇用者所得は減少傾向

<sup>8)</sup> KPI(Key Performance Indicator):政策目標毎に達成すべき成果目標。

る。2013年度においては、引き続き三本の矢の推進に全力を挙げるとともに、その効果が広く国民に感じられるよう、景気回復と連動して実質賃金が上昇し、雇用の拡大する影響が顕著にある。また、金融資本市場の動向や輸入物価の上昇等による影響にも万全の注意を払いつつ、適切に対応する。

2014年度においては、消費税率の引上げによる懸念み必要の反動減など経済への一定の影響が想定されるが<sup>13</sup>、これに対しては住宅ローン減税の拡充などの措置を講じるとともに、民間需要の回復力が2014年度に向け強化されるよう配慮する必要がある。こうしたことにより、堅実な成長を遂げ、賃金が上昇し、消費者物価上昇率が2%に近づいていくことが期待される。

一 中長期の道筋

今後の中長期の GDP 成長率については、構造的な成長制約への対応が行われない場合には、過去 10 年間の実績と同水準(実質1%程度)にとどまる可能性が高い。労働生産性を上昇させていくことが重要であり、成長戦略により民間投資を喚起し、競争力を強化する。2%の物価上昇の下、それを上回る賃金上昇につなげることで、消費の拡大を実現し、所得と支出、生産の好循環を形成する。女性、若者、高齢者、障害者等の就業率の向上により、労働人口の減少の影響を最小限に抑える。こうした取組を通じ、今後 10 年間の平均で2%程度の実質 GDP 成長率を目指す。また、消費者物価2%の「物価安定目標」が実現されていく中で、名目 GDP 成長率は平均で3%程度の実現を目指す<sup>14</sup>。

GDP の成長に加え、投資収益の拡大などを通じて海外からの純受取が増加する。産業の新陳代謝を通じた比較優位産業の成長により輸出競争力が強化されるとともに、省エネ・省資源や海外の資源権益確保などにより輸入品に対する価格交渉力が強化される。交易条件を改善するこうした取組の強化により、実質国民総所得(実質 GNI)が中長期的に年2%を上回る伸びとなることが期待される。また、こうした取組は、GDP デフレーター上昇率のプラスへの転換、定着にも寄与することとなる。

3. 目指すべき経済社会の姿

強い日本、強い経済を実現することを通じて、全ての日本人が日本に生まれ喜びと誇りを持つ国を創る。これが日本経済再生の先に目指すべき姿である。グローバルな市場経済は、大きな可能性を与えてくれるが、時に暴走するエネ

<sup>13</sup> 消費税率の引上げについては、本年秋に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年法律第68号、以下「税制抜本改革法」という。)附則第18条にのっとり、経済状況等を総合的に勘案して、判断を行う。  
<sup>14</sup> それぞれの統計の対象範囲等の違いにより、GDP デフレーターの上昇率は、消費者物価上昇率を下回る傾向にある。

二の矢「機動的な財政政策」を具体化する平成24年度補正予算と一体のものとして編成した平成25年度予算については、財政健全化目標を踏まえたものとしている。このように、三本の矢が持続的に効果を発揮するためにも、財政健全化への取組は極めて重要である。また、成長の促進は税収の増加などを通じて財政健全化に貢献する。

こうした取組により、経済再生が財政健全化を促し、財政健全化の進展が経済再生の一段の進展に寄与するという好循環を目指す。

今後は景気回復が進むことで需給ギャップが解消に向かうと考えられるが、経済財政運営においては、内外のリスク要因に十分な注意を払いつつ、財政による景気下支えから、民需主導の成長に切り替えていくことが重要である。

(6) 「再生の10年」を通じたマクロ経済の姿とその道筋

(「再生の10年」を通じて目指すマクロ経済の姿)

上記のような取組を行うことにより、「再生の10年」を通じ、以下に掲げるマクロ経済の姿の実現を目指す。

- 中長期的に、2%以上の労働生産性の向上を実現することを通じ、賃金の伸びが物価上昇率を上回るとともに、雇用機会が拡大し、広く国民が景気回復の恩恵を得ることのできる経済を確立する。
- 今後10年間(2013年度から2022年度)の平均で、名目 GDP 成長率3%程度、実質 GDP 成長率2%程度の成長を実現する。2010年代後半には、より高い成長の実現を目指す。その下で、実質的な購買力を表す実質国民総所得(実質 GNI)は中長期的に年2%を上回る伸びとなることが期待される。1人当たり名目国民総所得(名目 GNI)<sup>15</sup>は中長期的に年3%を上回る伸びとなり、10年後には150万円以上増加することが期待される。

(実現に向けた道筋)

一 当面の経済動向と対応

政権交代後のロケットスタートにより、市場の期待は大きく変化し、デフレ予想は払拭されつつあり、実体経済面でも、個人消費を中心に景気は着実に持ち直していることから、2013年度の実質 GDP 成長率は前年度の1.2%を上回る2.5%程度に、名目 GDP 成長率も前年度の0.3%を大きく上回る2.7%程度に達するものと見込んでいる<sup>12</sup>。消費者物価上昇率も、年央以降、徐々にプラス傾向を強めていくと見られ

<sup>15</sup> 1人当たり名目国民総所得(名目 GNI)とは、名目国民総所得を総人口で除いたもの、「国民総所得」については、脚注を参照。各指標の関係については、(参考)を参照。

<sup>16</sup> 「平成25年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(平成25年2月28日閣議決定)

ルギーを内包している。グローバル化する世界をより良いものにしていくためには、ルール作りがカギを握る。

開かれた市場における自由な競争と同時に、勤勉を尊び道義を守り、各国・各地域の伝統や文化を尊重する。日本人が、自らのアイデンティティを自覚しつつ、理想を具体化し、国際的にも誇ることのできる市場経済を追求する。TPP等の経済連携や国際金融に関する協議の場等を通じて、積極的に国際的なルール作りをリードしていく。日本の文化や伝統に確固とした基礎を持ちつつ、課題先進国として、グローバル経済・社会に共有される新たなモデルを生み出し、世界と共に自らが発展していくことを目指す。

以下のような経済社会の姿を目指し、強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活を実現していく。

- 自由で公正な競争、オープンな経済環境が確保され、グローバルに魅力ある経済社会
  - ⇒ 国際競争力・成長力・雇用創出力のある産業が発展する社会
  - ⇒ 躍動感とスピード感をもって、ヒト・モノ・カネ・情報が自由に移動する社会
  - ⇒ 確たるものが報われ、何度でも挑戦できる社会、やり直し・学び直しがきく社会
  - ⇒ 経済安全保障(資源・エネルギー)が確保されている社会
- 豊かで安全・安心な生活を実現できる経済社会
  - ⇒ 多様な雇用が拡大し、労働生産性に見合った賃金上昇等を通じて、豊かで、満足度の高い生活水準が確保される社会
  - ⇒ 健康長寿、IT、食、文化・芸術・スポーツ、安全・安心など、質の高い生活環境や消費生活が実現する社会
- 多様な担い手が参画し、活力と知恵を生み出す経済社会
  - ⇒ 女性、若者、高齢者、障害者を始め、国民一人ひとりの能力と個性が最大限に活かせる社会
  - ⇒ 多様な伝統と文化、地域資源に育まれ、地域の現場から生み出される活力と知恵により、それぞれの豊かさを実感できる社会
- 長期的に持続可能な経済社会
  - ⇒ 未来につながる長期的投資を可能とし、人材を育み、環境とともに生きる経済社会を担保する市場システムが形成された社会

⇒ ステークホルダー<sup>1)</sup>が共に意欲を持って企業の成長、科学技術イノベーションの創造、さらには地域社会・国際社会の発展に貢献する経済

⇒ グローバルな課題を克服するためにルール作りに貢献し、リードしていく力を持ち、世界から信用される国

⇒ 低炭素・循環・自然共生を可能とする社会

⇒ 市場の脆弱性を補完する仕組みが整備され、柔軟かつ強靱に対応できる社会

強い日本、強い経済を実現するためには、政府の取組について、国民から十分な理解を得ることが必要不可欠である。また、世界に対しても発信を強化することが重要である。このため、ITを含め、多様な手法を有効に活用し、安倍内閣の最重要政策である、いわゆるアベノミクスを始め、内閣の基本方針について、更に理解が深められるよう、内外広報の積極的展開を図る。

<sup>1)</sup> ある組織にとっての利害関係者のこと。企業の場合は、株主、従業員、顧客、取引先、地域社会などの多様な主体が挙げられる。

新たなイノベーションを生み出し、企業収益を拡大するとともに雇用・所得を増大させる。また、サービス産業の生産性の向上を図るとともに、中小企業・小規模事業者の競争力強化を図る。

### ② 人材活用と人材育成の強化

経済を新たな成長動向に乗せるためには、人材こそ我が国の最大の資源であるという認識に立ち、生産従事者中心から、高度知識集約型の人材や、多様な働き方を必要とするサービス業などの人材に対するニーズなどが高まっていることを踏まえ、雇用や教育のシステムの見直しを行い、全ての人材が持てる限りの能力を活かせるよう環境整備を進める。特に、女性、若者、高齢者、障害者等の活躍の機会の拡大、我が国のグローバル人材の育成と高度外国人材の活用、ワーク・ライフ・バランスの更なる推進等に取り組む。

### ③ 科学技術イノベーションの促進等

「科学技術創造立国」の下、その力を復活させるため、総合科学技術会議の司令塔機能を強化し、戦略分野にメリハリをつけて政策資源を投入することなど「日本再興戦略」の実現にとって鍵となる「科学技術イノベーション総合戦略」<sup>16</sup>を着実に推進する。研究開発法人については、関係府省が一体となって、独立行政法人全体の制度・組織の見直しを踏まえつつ、研究開発の特性を踏まえた世界最高水準の法人運営を可能とする新たな制度を創設する。研究開発を推進するとともに、その成果を実用化し、市場獲得につなげるため、知的財産戦略や標準化戦略を推進することにより、世界最高の「知的財産立国」を目指す。新たなIT戦略を積極的に推進し、規制改革の徹底と基盤整備を進め、世界最高水準のIT活用社会の実現を図り、ITを活用した民主導のイノベーションを活性化させる。

また、基礎研究を含めた科学技術イノベーションを担う人材の育成は、我が国の発展の礎であり、多様な場で活躍できる人材、独創的で優れた研究者の養成を進めることが必要である。このため、研究者のキャリアパスの整備、女性研究者の活躍の促進、次代を担う人材の育成などの取組を進める。

### ④ 成長を促進する金融・公的・準公的資金の運用等

企業投資やリスクファイナンスを通じて新たな成長が生まれるよう、金融面の環境整備をすることが重要であり、少額投資非課税制度(NISA)の普及を通じた家計資産の多様化の促進等に取り組む。

アジアの成長も取り込みつつ、証券市場の活性化や資産運用マーケットの強化を図ること等により、アジア金融市場をリードする国際拠点となることを目指す。

<sup>16</sup> 「科学技術イノベーション総合戦略」(平成25年6月7日閣議決定)

## 第2章 強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活の実現

第1章で述べた過去の停滞の経験を踏まえ、目指すべき経済社会の姿を念頭に、以下に掲げた基本設計を踏まえて成長戦略を具体化し、推進する。さらに、教育再生等を通じ国民一人ひとりの能力向上、個性の発揮を支える。また、復興を加速し、地域を再生する。将来を今から見据えて、持続可能な経済社会の基盤を構築する。同時に、行政改革や地方分権改革等を通じて公的部門を改革する。こうした政策の実行・推進を通じて、強い日本、強い経済、豊かで安全・安心な生活を実現する。

### 1. 「日本再興戦略」の基本設計

リスクを伴う投資や起業、転業・転職などに現実挑戦するのは、国民一人ひとりであり、企業である。国民が未来は明るいと信じて前進し、企業経営者は、改革を決断し、強い指導力を発揮する。それを促し、後押しするのがこの「日本再興戦略」である。そして、政府が、長期にわたり、また着実に、成長戦略の実行にコミットする姿勢を明確にすることが極めて重要である。

「日本再興戦略」の基本設計は、①民間投資を喚起するとともに、人材の育成やイノベーションを創造する力を強化して労働生産性を高め、民間の潜在活力を最大限に発揮させるよう市場機能を高め、産業基盤を強化する(日本産業再興プラン)、②規制改革を進めるとともに、ビジネス展開を支えるインフラを整備することで、社会課題をバネに新たな成長分野を開拓する(戦略市場創造プラン)、③国民が豊かさを実感できるように、我が国の強みを活かして拡大する国際市場を獲得し、世界のヒト・モノ・カネを日本に惹きつけることにより、世界の経済成長を取り込んでいく(国際展開戦略)ことである。

「日本再興戦略」の実行に向け、各府省が縦割りを排して連携し、政府を挙げて全力で取り組む。その推進に当たっては、規制改革、予算の重点化、税制の活用等を含め広範な政策対応を行うことが重要である。経済財政諮問会議と日本経済再生本部が緊密に政策連携するとともに、総合科学技術会議、規制改革会議等、関係機関が一体となって取り組む。

### (1) 生産性の向上を促す科学技術イノベーションなどの基盤強化(日本産業再興プラン)

#### ① 民間投資の拡大等

民間設備投資や研究開発投資の拡大、事業再編・事業組換えを促進し、産業の新陳代謝を進める。また、内外の資源を最大限活用したベンチャー投資・再チャレンジへの取組を促進する。こうした未来への投資や競争力強化のための産業転換が、

**(2)新たな成長分野の開拓(戦略市場創造プラン)**

日本が国際的に強みを持ち、将来グローバル市場として成長が見込まれる分野について、新たなビジネスを展開するための社会インフラを整備するとともに、これまでまでの規制・制度を風直し、世界に先駆けて課題解決していくことが重要である。

これらに該当する、「健康寿命」の延伸、クリーン・経済的なエネルギー供給、安全・便利で経済的な次世代インフラ、世界を惹きつける地域資源といった分野では、巨大な潜在的な需要や、市場化に伴う雇用創出も見込まれ、将来の日本の成長の中核となることが期待される。同時に、需要の顕在化を妨げている障害を除去し、満足度の高い財・サービスが消費されることを通じて、国民生活の質的水準・満足度の向上がもたらされる。

**(3)グローバル化を活かした成長(国際展開戦略)**

グローバル化を活用して持続的な成長を実現するためには、貿易と投資の双方の拡大を目指し、ヒト・モノ・カネが自由に行き来できる環境の整備、日本と円に対する信用の維持、グローバルに稼げる分野の確保、ビジネス環境の整備やグローバル人材・現地人材の育成等に取り組むことが重要である。

**① 実質国民総所得(GNI)の増加に向けて**

実質国民総所得(実質 GNI)を増加させていくためには、a)その大半を占める実質 GDP が、買金上昇を伴う内需の拡大等により成長することが不可欠であること(もとより、b)グローバル化の推進、特に成長する新興国市場への事業投資により海外活動からの所得を拡大すること、c)イノベーション等を通じた国際競争力のあり方やサービスを創出しその輸出を増加させる一方、エネルギー・資源等の安価な輸入を確保する等により貿易利得を拡大することが必要であり、こうした取組を推進する。

**② TPP 等の経済連携**

国益に資する経済連携交渉を推進するため、関係府省庁などの体制強化を図る。TPP(環太平洋パートナーシップ)協定交渉に積極的に取り組むことにより、アジア太平洋地域の新たなルールを作り上げていくとともに、RCEP(東アジア地域包括的経済連携)や日韓 FTA といった広域経済連携と併せ、その先にある、より大きな構想である FTAAP(アジア太平洋自由貿易圏)のルールづくりのたたき台としていく。また、欧州等との経済連携も同時並行で推進し、世界全体の貿易・投資のルールづくりが前進するよう、中核的な役割を果たす。

また、公的年金、独立行政法人等が保有する金融資産(公的・準公的資金)の運用等の在り方について検討を行う。

**⑤ 規制改革等**

規制改革は、民間投資を喚起し、生産性を高めるとともに、潜在的な需要を顕在化させるなど、豊かな国民生活を実現するために不可欠な政策ツールである。新たな成長分野や人材、雇用等の分野において、骨太な規制改革を進めることに伴い、新たなフロントティアを切り開くとともに、自由な市場環境を整備する。

再生医療の推進、医療機器に係る規制改革の推進、石炭火力発電に対する環境アセスメントの明確化・迅速化、一般用医薬品のインターネット等販売規制の見直しなど、特に緊急性・重要性の高いテーマを含め、規制改革会議の答申<sup>7)</sup>がもとめられた。これを踏まえ、政府の取組方針をまとめた「規制改革実施計画」<sup>8)</sup>を着実に推進し、毎年度末にその実施状況に関するフォローアップを行う。今後、我が国の規制が世界最先端になっているかを検証する国際先端テストの実施等を通じ、規制の多くが内包する利害対立の構造を突破し、大胆な改革を進める。また、規制改革会議において、農業、保険外併用療養費制度などについて議論を掘り下げ、思い切った規制改革に取り組むとともに、所管府省による規制見直しの PDCA<sup>9)</sup>サイクルの仕組みについて検討を行う。

内閣総理大臣主導の下、大胆な規制改革等を実行するための強力な体制を構築して国家戦略として取り組む「国家戦略特区」を創設する。

**⑥ 安価で安定的なエネルギーの確保**

安価で安定的なエネルギーを環境に配慮しつつ確保するため、多様な供給体制、高効率な火力発電(石炭・LNG)の導入、LNG 調達コストの低減、石油・LP ガスサブライチエーションの維持・強化の促進、エネルギー・マネジメント等を含めた省エネの最大限の導入等を推進するとともに、中長期的なエネルギー政策の軸、方向性を明らかにする必要がある。電力システム改革については、遅くとも 2020 年を目途に完了する。

原子力発電所の安全性については、原子力規制委員会の専門的な判断に委ね、原子力規制委員会により規制基準に適合すると認められた場合には、その判断を尊重し原子力発電所の再稼働を進める。その際、立地自治体等関係者の理解と協力を得るよう取り組む。

<sup>7)</sup> 「規制改革に関する答申」(平成 25 年 6 月 5 日、規制改革会議)  
<sup>8)</sup> 「規制改革実施計画」(平成 25 年 6 月 14 日閣議決定)  
<sup>9)</sup> 計画(Plan)→実施(Do)→点検・評価(Check)→施策の改善(Action)のサイクルのこと。

の方向性に沿って、早急に施策の具体化を図る。さらに、被災地において、「日本再興戦略」、「科学技術イノベーション総合戦略」、「規制改革実施計画」の一環として行われる社会実験や研究開発・環境支援プロジェクト等を迅速に進め、全国に先駆けて新しい持続可能な経済社会のモデルとなる「創造と可能性ある未来社会」を創り出し、発信していく。

3. 教育等を通じた能力・個性を発揮するための基盤強化

(1) 教育再生の推進と文化・スポーツの振興

(教育再生)

「教育基本法」<sup>24</sup>の理念を始め、教育再生実行会議の提言を踏まえつつ、第2期教育振興基本計画<sup>25</sup>等に基づき、人材養成のための施策を総合的にを行い、教育再生を実行する。

世界トップレベルの学力の達成等に向け、英語教育・理数教育・ICT教育・道徳教育・特別支援教育の強化など社会を生き抜く力の養成を行う。意欲と能力に富む若者の留学環境の整備や大学の国際化によるグローバル化等に対応する人材の強化や高度外国人材の活用、ガバナンスの強化による大学改革とその教育研究基盤の確立を通じて人材教育研究の活性化など、未来への飛躍を実現する人材の養成を行う。就学支援を行うとともに高校無償化制度の見直しを行う。幼児教育の無償化に向けた取組を財源を確保しながら段階的に進める。

その際、少子化の進展も踏まえエビデンスに基づき効果的・効率的に施策を進め、PDCAを確実に実施する。

(文化芸術・スポーツの振興)

文化芸術立国を目指し、国として、日本文化・価値の発信や文化財の保存・活用・継承、国立文化施設の機能強化、文化芸術の担い手の育成と子どもの文化芸術体験機会の確保など文化芸術を振興するとともに、スポーツ立国を目指し、生涯スポーツ社会の実現や、オリンピック・パラリンピックの招致、国際競技力の向上、障害者スポーツの推進などスポーツを振興する。

(2) 女性の力の最大限の発揮

女性の力が民間、政府、NPOなど社会の様々な分野で最大限発揮される「女性が輝く社会」を実現する。このため、「待機児童解消加速化プラン」<sup>26</sup>の展開、「放課

③貿易・投資促進によるハイブリッド成長  
官民連携により、ODA等の公的資金も活用したインフラシステム輸出の促進<sup>29</sup>、中堅・中小企業・小規模事業者、サービス業の海外展開、日本食・日本産酒類、コンテナや文化の輸出等クールジャパンの推進<sup>27</sup>、観光立国の実現等を促進する。さらに、海外展開に対する金融面での支援として、特に成長著しいアジア諸国との間で、日系企業の現地通貨建て資金調達支援を含む二国間金融協力、金融インフラ整備の技術支援等を推進する。

また、特区制度の抜本的改革、政府の外国企業誘致・支援体制の抜本強化等により対内直接投資を促進するとともに、海外からの高度人材の積極的受入れなど、魅力的なビジネス環境を整備する。さらに、グローバル化を支える人材の育成、我が国が強みを持つ分野での法制度を含む制度整備・制度金融や貿易保険等を活用した海外への投資の拡大、産業・物流拠点の整備・利便性の向上を図る。こうした取組を進めるため、在外公館、国際協力機構(JICA)、日本貿易振興機構(JETRO)等の拠点を確保し、相互連携を図る。

2. 復興の加速等

東日本大震災からの復興を加速する。①復興庁の司令塔機能の強化と現場主義の徹底、②復興予算に関するフレームの見直し、③復興の加速策の具体化と推進、④について早急に対応すべきの方針の下、住宅の早期再建、生業の再生等について矢継ぎ早に必要な施策が講じられており、引き続き更なる復興の加速に取り組んでいく。

原子力災害により深刻な被害を受けた福島県の復興・再生については、まず何よりも原発事故の収束に向けた取組を安全、確実に進めることが大前提であり、地元を尊重しつつ、国が前面に出て廃炉・事故収束や除染を進めていく。その上で、住民の健康確保に万全を期し、インフラ整備、生活再建等を着実に進めるとともに、賠償や復興政策等の一体的な取組みにより復興・再生を加速する。

また、単に従前に復旧するのではなく、震災復興を契機として、我が国や世界のモデルとなる「新しい東北」<sup>28</sup>の創造が必要である。このため、①元気で健やかかな子どもの成長を見守る安心な社会、②「高齢者標準」<sup>29</sup>による活力ある超高齢社会、③持続可能なエネルギー社会(自律・分散型エネルギー社会)、④頑健で高い回復力を持った社会基盤(システム)の導入で先進する社会、⑤高い発信力を持った地域資源を活用する社会、といった「新しい東北」の要素となる5つの目指すべき政策

<sup>29</sup> 「インフラシステム輸出戦略」(平成25年5月17日、経産インフラ戦略会議)

<sup>27</sup> 「クールジャパン戦略推進委員会」(平成25年5月28日、クールジャパン推進会議)

<sup>28</sup> 「新しい東北の創造に向けて(中略)」(平成25年6月15日、復興推進委員会)

<sup>29</sup> 高齢者を抱えつくりの標準に据えること。

<sup>24</sup> 「教育基本法」(平成18年法律第120号)

<sup>25</sup> 「教育振興基本計画」(平成25年6月14日閣議決定)

<sup>26</sup> 「待機児童解消加速化プラン」(平成25年4月19日総理発表)

農林水産業は、地域の活力を創造する上で極めて重要である。多面的機能を發揮しつつ、農林水産業が成長産業となり、美しく伝統ある農山漁村の次世代への継承を目指す。

また、地域の中小企業・小規模事業者は、製造業からサービス産業まで我が国の産業基盤を広範に形成しており、その躍進を図ることは、地域経済の再生をもたらす。さらには我が国の国際競争力の底上げにつながるものである。一方で、地域の中小企業・小規模事業者には景気回復の効果が及んでいないという声もあり、政府としては、こうした地域・中小企業・小規模事業者の実情を正確に把握するよう努めるとともに、その特性に応じた対応を講ずることにより、地域経済の活性化を図る。

(1) 特色を活かした地域づくり

(都市再生・まちづくり、地域活性化等)

国際競争力のある大都市を形成する。官民の地域の多様な関係者が連携して地域の戦略に基づき、民間の知恵や資金を活かした都市再生や公共交通の活性化を、不動産証券化等の手法も活用しつつ、多様な支援策を通じて推進する。上記の取組を可能とする不動産情報や関連する基礎の整備を推進する。国際会議の誘致やシティ・セールスの推進、都市災害に対する脆弱性の克服、競争力を強化する交通インフラの整備や老朽化したインフラの対策を集中的に進める。人口減少や高齢化が進展する地方都市においては、上記の連携を活かし、民間の知恵や資金を活用しつつ、それぞれの地域戦略に基づき、コンパクト・シティやスマート・シティを実現・拡大するとともに、公共交通の充実や高齢者等が安心して暮らせる住宅の整備等を行う。また、環境モデル都市等の地域活性化や持続可能な地域づくりに向けた取組を推進する。

さらに、まちづくり等においてグリーン成長のための仕組みの活用を推進する。広域的な交通基盤を通じて、地域独自の資源や伝統文化などを活かした観光振興等により交流人口を増やす。

「地域の元気創造プラン」を通じて、産・学・官の連携のもと、民間の資金を活用して、地域のイノベーションなどの地域の基盤整備を進める。

また、過疎地域や、離島・奄美等、半島を含む条件不利地域においては、航路、航空路等を含めた必要な交通基盤を維持するとともに、民間活力を導入しながら生活支援機能及び定住環境を確保し、集落の活性化を図る。

地域における課題解決や地域活性化の上で重要な役割を果たしている NPO の

※ 地方自治体の情報システム基盤とクラウド技術を活用して、システムの統合化・電脳化を図り、行政サービスを公開することを通じて、民間事業者を含む様々な主体が共同で利用できる情報インフラ。

後子どもプランの推進等による子育て環境の抜本的改善、継続就業・再就職支援等女性のライフステージに対応した活躍支援、女性の起業・創業や地域におけるコミュニティ活動等の支援、テレワークの推進など働き方の見直しを含めたワーク・ライフ・バランスや男女が共に仕事と子育てを両立できる環境整備、母子家庭の母等への就業支援等を進める。また、女性の活躍促進や仕事と子育て等の両立支援に取り組む企業に対するインセンティブ付与、女性の役員・管理職等への登用促進に向けたポジティブ・アクションの取組促進等を進める。

(3) 少子化危機突破

少子化危機ともいべき現状を突破するため、子育て支援の強化、働き方改革、結婚・妊娠・出産支援の三本の矢からなる、「少子化危機突破のための緊急対策」<sup>2)</sup>を着実に実行する。

(4) 若者・高齢者等の活躍推進、セーフティネットの整備

大学等の就職活動システムの見直し、民間の知恵を活用したキャリア教育充実、中小企業・小規模事業者の魅力発信、企業ニーズに即した社会人の学び直し、ハローワークにおける積極的民間活用、起業しようとする若者への支援等により、若者の活躍を推進する。

行き過ぎた雇用維持型から労働移動支援型への大胆な政策転換、民間人材ビジネスの活用等により、成熟分野から成長分野に失業なき労働移動を進める。

また、中小企業・小規模事業者への支援を図りつつ最低賃金引上げに努めるほか、柔軟で多様な働き方が可能となる制度見直し、産業構造の変化に伴う学び直しの拡大や教育内容の見直し、民間人材ビジネスの活用によるマッチング機能の強化等を進める。

これらの取組等により、若者、高齢者等、国民一人ひとりが自分の能力を最大限発揮できる職に就けるようになり、その活躍を推進する。

自助・自立を第一に、共助と公助を組み合わせ、障害者を含め弱い立場の者には必要なセーフティネットを整備することで、自立できる安心を提供し、意欲ある全ての人々が就労などにより社会参加できる環境を整備する。

4. 地域・農林水産業・中小企業等の再生なくして、日本の再生なし

地域自らが経営改革に取り組むとともに、それぞれの地域が独自の付加価値を創造し、自立的に発展できるよう、現場の視点に立つて、環境整備を進めることを通じて、地域を再生する。

※ 「少子化危機突破のための緊急対策」(平成25年6月7日、少子化対策会議決定)

壊しやすくするための環境を整備する。さらに、地域経済の安定と我が国経済社会の発展に寄与するという観点から、小規模事業者の事業活動を活性化させるための施策を推進する。

**5. 長期的に持続可能な経済社会の基盤確保**

強い日本、強い経済、豊かな生活の実現のため、国際環境等の変化に対応しつつ、国民生活の安全・安心が確保されるよう持続可能な経済社会の構築に必要な対応を進める。

**(1) 持続可能性を重視した中長期投資の推進等**

持続可能な経済社会の実現のためには、①経済社会の発展を可能にする中長期投資、リスクテイクが行われ、イノベーションを通じて革新的技術と新たな基幹産業が生み出され、②多様なステークホルダーに価値が還元され、③企業や社会において価値創造を担う人材が育ち、④異なる文化・伝統を持つ国・地域が受容され、世界経済の発展に貢献し、⑤自然や環境と共生することが必要である<sup>39</sup>。これを可能とする市場経済の在り方について、経済財政諮問会議を中心に検討する。

**(2) 地球環境への貢献**

長期的視点も踏まえつつ、環境と経済の両立を図り、地球環境問題の解決に向けて最大限貢献する。我が国の優れた環境技術や経験を生かし、二国間オフセット・クレジット制度の本格導入や革新的環境技術開発の推進を始めとする攻めの地球温暖化外交戦略を進め、地球環境問題解決に積極的に貢献していくとともに、国民が良好な環境を享受することができるように、環境汚染への対策、自然との共生、循環型社会の実現に取り組む。

地球温暖化対策については、本年11月の国連気候変動枠組条約第19回締約国会議(COP19)までに、従来の25%削減目標をゼロベースで見直す。また、新たな計画策定に至るまでの間においても、それぞれの取組状況を踏まえ、「京都議定書目標達成計画」と同等以上の取組の推進を図る。

さらに、社会全体として低炭素化に取り組み、そのためのイノベーションや投資を促進させることで国際競争力を高め、日本の技術で世界の温室効果ガス排出削減・吸収や持続可能な経済社会の実現に貢献する。

**(3) 国土強靱化(ナショナル・レジリエンス)、防災・減災の取組**

切迫する大規模災害が懸念される中、東日本大震災等の教訓を踏まえ、いかに

<sup>39</sup> 「目指すべき市場経済システムに関する専門調査会」中間報告(平成25年6月6日)

活動、ソーシャルビジネス等を、人材、資金、信頼性向上の観点から支援するため、中間支援組織の体制強化や地域における協力・連携体制の整備等を促進する。

また、特区の取組を活性化させる。

**(沖繩振興)**

沖繩は、成長するアジアの玄関口に位置付けられるなど、大きな優位性と潜在力を有しており、日本のフロントランナーとして21世紀の成長モデルとなり日本経済活性化の牽引役となるよう、国家戦略として、沖繩振興策を総合的・積極的に推進する。こうした中で、「国家戦略特区」の議論を踏まえ、沖繩をイノベーションの拠点とすることを検討する。また、世界最高水準を目指して先端的・学際的な研究活動を進める沖繩科学技術大学院大学(OIST)等を核としたグローバルな知的・産業クラスターの形成を進める。

**(2) 農林水産業・地域の活力創造**

生産者の減少と高齢化の進展、耕作放棄地の増加等の構造的問題に対応し、競争力強化の観点から、担い手への農地集積・集約、6次産業化、農林水産物・食品の輸出拡大、科学技術イノベーションの活用等を進めるとともに、経営所得安定対策(旧・戸別所得補償制度)を適切に見直し、あわせて、農林水産業の多面的機能の発揮を図る取組を進め、新たな直接支払制度の創設を検討する。また、森林・林業について、新たな木材需要の創出や国産材の安定的・効率的な供給体制の構築等に取り組む。さらに、水産業について、水産物の消費・輸出拡大、持続可能な漁船漁業・養殖業の実現に不可欠な基盤整備の推進等を図る。攻めの農林水産業を展開し、農林水産業を成長産業にする。美しく伝統ある農山漁村を次世代に継承する。また、食の安全を確保し、消費者からの信頼を確保する。このため、「農林水産業・地域の活力創造本部」において、具体的な方策をできるだけ早期に取りまとめ、実行に移す。

**(3) 中小企業・小規模事業者の躍進**

全国420万の中小企業・小規模事業者は、地域経済のみならず、日本経済の活力の源泉であり、またその成長を支える原動力でもある。これら中小企業・小規模事業者の更なる躍進を促すため、地域資源等の活用・結集・ブランド化、参入障壁の低減による医療、環境分野等新たな成長分野への進出促進、海外展開を目指す企業に対する支援体制の拡充・強化等を通じた国際展開の支援に取り組むとともに、ものづくり産業の強化を図る。あわせて、地域の起業・創業、事業引継ぎ・事業承継、再チャレンジを促進し、新陳代謝を図る。コンバクト・シティの形成、商店街や中心市街地の活性化を支援する。また、地域の実態を踏まえ、公共調達における地域の中企業・小規模事業者に対応する。消費税率の引上げに際しては消費税を価格に転

の実施等を通じて、国民に身近で頼りがいのある司法を実現する。  
 さらに、ITSの活用等「第9次交通安全基本計画」<sup>32)</sup>に基づく取組、「サイバーセキュリティ戦略」<sup>33)</sup>に基づく取組、海洋の安全確保、危機管理の充実強化等を通じ国民の安全・安心の確保に取り組みとともに、都市部における地籍整備を推進する。宇宙インフラを安全保障・防災等に活用するため、衛星の整備・活用のほか、安全かつ安定した宇宙利用に資する取組を推進する。

**(安全保障・防衛等)**

我が国を取り巻く厳しい安全保障環境に的確に対応するため、我が国の外交・安全保障政策の司令塔となる「国家安全保障会議」を早期に設置しこれを稼働させるとともに、政府の情報機能を強化する。  
 また、厳しさを増す安全保障環境に即応し、我が国の防衛態勢を強化していく観点から現防衛大綱を見直し、自衛隊が求められる役割に十分対応できる実効的な防衛力の効率的な整備に向けて取り組み、本年中にその結論を得る。この際、精密性向上の観点から人事制度改革を図るとともに、規格の共通化、ライフサイクルを通じたプロジェクト管理の強化等の調達改革を進める。

**(5) 資源・エネルギーの経済安全保障の確立、戦略的外交の推進等**

**(経済安全保障の確立)**

自由な競争のある開かれた国家であり続け、日本の経済安全を確保するため、輸入依存の高い資源・エネルギーを安価かつ安定的に確保するとともに、我が国の権益を適正に保護する必要がある。こうした観点から、世界的な需給構造の変化に対応しつつ、海洋開発による新たな資源・エネルギー源の開拓、再生可能エネルギーの最大限の導入、地域間連系線等の増強を後押しするための環境整備、資源の有効利用等に取組み、ほか、戦略的な協力関係を構築しつつ、資源外交を展開する。LNG等の供給源の多角化、価格の低廉化を図るため、日本企業の開発参画等を支援する。

また、途上国の経済が健全に発展し、かつ、その発展に我が国を含めた世界各国の優れたノウハウや技術が十分寄与できるよう、国際的なルール・枠組み作りや途上国における各種制度の設計に、我が国の経験を活かして、ODAも活用しつつ積極的に貢献する。

さらに、国際的な金融規制改革への対応、金融システムの安定のための制度整備は、グローバル化した金融資本市場の安定にとつて重要な影響を及ぼす。こ

<sup>32)</sup> 「交通安全基本計画」(平成23年3月31日、中央交通安全対策会議)  
<sup>33)</sup> 「サイバーセキュリティ戦略」(平成25年6月10日、情報セキュリティ政策会議)

なる事態が発生しても人命を守り、行政・経済社会の重要機能に係る致命的損傷を回避すること等の事前防災・減災の考え方に立ち、国土政策・産業政策・エネルギー政策、政府機能のバックアップ、行政の業務継続計画(BCP)の充実、人材の育成等も含めた総合的な対応を進めるため、政府横断的な国土強靱化(ナショナル・レジリエンス)への取組を行う。

各府省による脆弱性評価を踏まえて5月に取りまとめられた「国土強靱化推進に向けた当面の対応」<sup>34)</sup>で示されたハード・ソフトの連携、重点化・優先順位付けの考え方に基づき、施策を具体化し、その推進を加速する。特に、公共事業と非公共事業の連携や関連省庁間の連携・予算の適正配分を進める。

また、南海トラフ巨大地震、首都直下地震などの大規模災害対策を推進するとともに、広域広域等を円滑に実施するための災害対応の標準化に向けた検討や公共施設等の耐震化を含めた防災・減災の取組を進める。

**(4) 安全・安心な社会の実現等(消費者行政、治安・司法、防衛等)**

安全・安心な社会を実現していくため、国民生活の安定の基盤となる社会保障制度を持続可能なものとしていくとともに、以下の取組を推進する。

**(消費者行政の推進)**

消費者の安全・安心の確保は消費の拡大と成熟した社会の形成にとつて大前提となる。悪質な事業者による消費者被害の防止、被害者救済、安全性の確保、食品と放射能に関するリスクコミュニケーション、分かりやすい食品の表示のための取組を強化する。地方における消費者教育や消費者が安心して相談できる環境の整備等を推進することにより、消費者の安全・安心を確保する。

**(治安・司法・危機管理等)**

良好な治安を確保するため、本年5月に犯罪対策関係会議で決定された「基本方針」<sup>35)</sup>に基づき、各府省連携を強化し、サイバー犯罪・サイバー攻撃対策、テロ対策・カウンタートーテリジエンス、組織犯罪対策、ストーカー、配偶者からの暴力など生活の安全や国民の安心感を脅かす犯罪への対策、不法滞在対策、治安や海上保安の人的・物的基盤の強化等に取り組みとともに、本年12月を目的に犯罪に強い社会の実現に向けた新たな行動計画を策定し、着実に実施する。

また、非行少年や刑務所出所者等の再犯防止対策等を推進する。総合法律支援

<sup>34)</sup> 「国土強靱化(ナショナル・レジリエンス(防災・減災))推進に向けた当面の対応」(平成25年5月28日、国土強靱化の推進に関する関係府省庁連絡会議)  
<sup>35)</sup> 「犯罪に強い社会の実現のための新たな行動計画の策定の基本方針について」(平成25年5月28日、犯罪対策関係会議)

れまでの金融危機の経験を活かした制度整備において引き続き国際的な貢献を果たすとともに、国内においてマクロブルーデンス政策を適切に実行する<sup>34</sup>。

**(戦略的外交の推進、在外企業の安全確保)**

「国益を守る、主張する外交」を戦略的に展開することとし、経済連携の推進、戦略的国際協力の推進、対外発信力の発揮、資源・エネルギーの確保などの政府の対外的機能について、人的体制及び在外公館等の物的基盤の整備を含め、総合的外交力を強化する。

また、官民連携、危機管理、情報収集等の強化を通して、在留邦人及び在外企業の安全確保に取り組む。

**6. 強い経済、豊かな生活を支える公的部門の改革**

強い経済、豊かな国民生活を実現していくためには、民間でできることは民間に任せるとともに、地域の自主性に任ずることは地方に任せることが重要である。こうした環境をつくるために、徹底した無駄の排除、ガバナンスの仕組みの改革、人材育成などを通じて、効率的・効果的な公的部門を構築する。

**(1) 行政改革等の推進**

事業の効果的、効率的な実施を通じた高い行政を実現し、また、行政の透明性を高め、国民への説明責任を果たしていく。また、公務員制度改革を積極的に推進する。

**(徹底した無駄の排除)**

- 行政事業レビューや新たに導入されることとなった基金の執行状況等調べ<sup>35</sup>を活用し、事業の必要性、効率性、有効性を徹底検証し、その結果を概算要求や予算編成、予算の執行に的確に反映することにより、無駄を徹底排除する。その際、外部チェック体制の明確化と外部チェック対象の重点化により、客観的かつ効果的・効率的な事業点検を実施する。

- 政府調達に関して、随意契約の見直し、共同調達の拡大等の課題を踏まえ、各府省が調達改善計画を策定し、PDCA サイクルにより改善を図る。政府全体で調達改善に関するノウハウ等を共有化・標準化し、各府省横断的な見直しを推進するとともに、継続した取組を進める。行政改革推進会議がこれをチェックし、

<sup>34</sup> マクロブルーデンスとは、金融システム全体のリスクの状況を分析・評価し、それに基づき制度設計、政策対応を図ることを加じ、金融システム全体の健全性を確保することをいう。個々の金融機関の健全性を確保すること（マクロブルーデンス）と区別される。

<sup>35</sup> 「行政事業レビューの実施等について」(平成25年4月5日閣議決定)

政府全体として調達改善を推進する。

**(特別会計改革、独立行政法人改革)**

- 特別会計改革については、行政改革推進会議のとおり<sup>36</sup>に沿って、国が自ら事業を行う必要性や区分経理の必要性の検証等の方針の下で改革を実現するものとし、平成26年度から順次の改革実施を目指して、必要な法制上の措置を早期に講ずるものとする。

- 独立行政法人改革については、行政改革推進会議における中間的整理を踏まえ、各法人の共通の規律を前提として、各法人の事務・事業の特性を踏まえ、制度を構築し、各法人に期待される政策実施機能を高めるべく、平成27年4月からの改革実施を目指して、必要な法制上の措置を早期に講ずるものとする。

**(2) 地方分権改革の推進等**

個性を活かし自立した地方をつくるため、地方分権改革推進委員会の勧告を基礎に、義務付け・枠付けの見直し、都道府県から基礎自治体への権限移譲、国から地方への事務・権限の移譲等を、これまでの経緯や地方の声を踏まえつつ、引き続き着実に進める。道州制について、道州制に関する基本法案の動向を踏まえ、必要な検討を進める。

事業効果をあげるため、ハード・ソフト両面から、地方自治体間の連携、官民連携を進め、効率的な公共サービスを提供できるような体制整備を進める。

**(3) 公的部門への民間参入促進**

公共投資などの分野への民間参入を促し、民間の資金やノウハウを活用することが重要である。

インフラの老朽化が急速に進展する中、「新しく造ること」から「賢く使うこと」への重点化が課題である。今後は、民間の資金・ノウハウを活用することにより、インフラの運営・更新等の効率化、サービスの質的向上、財政負担の軽減が図られる事業については、PPP/PFI<sup>37</sup>を積極的に活用する。

PPP/PFIの抜本改革を通じて、公的負担の軽減を図りつつ、民間投資も喚起し、官民連携によるシナジー効果を高め、経済再生や豊かな国民生活に資するインフラの整備・運営・更新を実現する。

<sup>36</sup> 「特別会計改革に関するとりまとめ」(平成25年6月5日、行政改革推進会議)

<sup>37</sup> Public Private Partnership 行政と民間が連携して、それぞれお互いの強みを活かすことにより、最適な公共サービスの提供を実現し、地域価値や市民満足度の最大化を図るもの。

<sup>38</sup> Private Finance Initiative 「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」(平成11年法律第117号)に基づき、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法。

**第3章 経済再生と財政健全化の両立**

日本経済の発展を支えるとともに少子高齢化が進展する中にあっても人々が安心して暮らしていけるよう、持続可能な財政と社会保障を構築していくことが必要不可欠である。また、三本の矢が持続的に効果を発揮するためにも、財政健全化への取組は極めて重要である。

**1. 経済再生と財政健全化の両立に向けた基本的考え方**

以下の5つの基本的考え方に基づき、民需主導の持続的成長と財政健全化を両立させる。

- 1 予フレからの脱却、景気回復、経済再生を実現する
- 2 経済社会構造の変化に対応した成長戦略と財政構造の構築に取り組み
- 3 財政の質を歳出・歳入両面で徹底して高める
- 4 頑張るもの（人、企業、地域）が報われる仕組みへ改革を進めると同時に助けを必要とする人を支援し、再チャレンジの仕組みを整備する
- 5 持続的成長と財政健全化をともに実現する税制とする

**2. 財政健全化への取組方針**

プライマリーバランスの対象となる歳出総額については、高齢化等に伴う社会保障支出の累増に加え、リーマンショック後の緊急対応等で更に増加した。こうした中で、以前にも増して財政健全化が求められており、国・地方双方で徹底した取組が必要である。このため、社会保障以外の支出について、一層の重点化・効率化を進める。また、社会保障支出についても聖域とはせず、見直しに取り組み。歳入面においても、経済社会構造の変化を踏まえながら、あるべき税制の在り方を検討するなど、必要な取組を進める。

**（歳出の見直し）**

歳出の重点化・効率化に当たっては、各年度において、経済成長の実現等の課題に重点を置くとともに、大胆なスクラップアンドビルドを行うことによりメリハリをつける。例えば、行政サービスのコスト低減・質の向上を進めるとともに、民間需要の誘発効果を高める。また、物価上昇が見込まれる中で、安易な歳出増とならないよう留意する。前政権の政策をしっかりと見直し、経済社会の構造変化に対応した歳出構造に転換する。

5年を経過した施策については、施策の必要性、効率性、有効性の検証を行った上で、その後の対応を判断する。

このため、本年6月に取りまとめられたアクションプラン<sup>38)</sup>において示した方針に沿って、各府省庁における取組の工程管理により、今後10年間で平成25年から平成34年）で12兆円規模に及ぶ事業を着実に推進する。

また、市場化テストについても引き続き推進する。

**(4) 世界最高水準の電子政府の実現**

電子政府・電子自治体の構築は、政府業務の効率化と国民の利便性の向上の力ぎである。IT総合戦略本部を中心に、関係府省と連携して、世界最高水準の電子政府・電子自治体を早期に実現する。

- 内閣情報通信政策監（政府CIO）の下での政府業務の徹底的な見直し、政府情報システムのクラウド化や自治体クラウド<sup>40)</sup>の推進、府省共通業務・システムの着実な開発・導入によるバック・オフィス業務の効率化等により、行政コストの削減とサービスの質の向上を図る。あわせて、政府情報システムのコストを徹底して見直す。
- 短期・中長期のコスト削減効果、利便性の向上を表す、国民にとって分かりやすい指標に基づく目標を定め、その実現に向けた具体的な工程表を策定する。特に、社会保障・税番号の利活用、医療情報の電子化・活用を最優先課題として、明確な進捗目標を掲げる。
- 社会保障・税番号制度<sup>41)</sup>について、国民の理解を得ながら、その着実な導入を図るとともに、ワンストップ・プッシュ型<sup>42)</sup>の個人向けサービス等を推進し、国民の利便性の向上を図る。
- 統計データについては、透明化・オープン化、オンライン調査の徹底を、公的統計の整備に関する新5か年計画の策定に反映させ、その推進を図る。

<sup>38)</sup> PPP/PFIの抜本改革に向けたアクションプラン（平成25年6月6日、民間資金等活用事業推進会議決定）  
<sup>39)</sup> 地方公共団体の情報システムを庁舎内で保有・管理することによって、外郭のデータセンターで保有・管理し、通信回線を経由して利用できるようにする取組。複数の地方公共団体の情報システムの契約と共同利用を進めることにより、経費の削減及び住民サービスの向上等を図るもの。  
<sup>40)</sup> IT行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）の施行後1年を目途として整備される情報提供等記録開示システム（マイポータル）における、行政機関などの手続を一度で済ませる機能（ワンストップサービス）及び一人ひとりが合った行政機関などからのお知らせを表示する機能（ワンストップ・プッシュ型サービス）。

持続可能なものとするため、以下の基本的考え方の下、健康長寿化、ICT化、後発医薬品の使用促進などを通じて、国民の健康が増進され、効率的に社会保障サービスが提供される体制を目指す。経済財政と社会保障の相互連関を踏まえ、こうした取組がマクロ経済と社会保障の給付と負担に与える影響について、経済財政諮問会議において定期的に検討を行う。

① 基本的考え方

- **健康長寿、生涯現役、頑張る者が報われる社会の構築**  
健康長寿、生涯現役に向けて社会の在り方を変え、高齢者の社会参加を促し、社会保障に過度に依存をしないで済む社会を構築する。また、子育て支援の充実、何度でも挑戦できる環境の整備を通じて、女性、若者、高齢者、障害者等の社会参加を促し、社会保障の担い手を増やす。
- **目指すべき社会保障の規模は中福祉・中負担**  
自助、共助、公助のバランスを考え、給付・負担両面で人口構成の変化に対応した世代間・世代内の公平性が確保された制度へ変革し、堅固で持続可能な中福祉・中負担の社会保障を構築する。人生前半型の社会保障(子ども・子育て支援等)に取り組み。
- **時間を踏まえた改革の実施**  
実施可能性、効果が期待できるが、基盤整備や人材確保等に時間を要するものについては、計画の策定や早急に着手し、工程を明確化する。
- **医療・介護分野での ICT ビッグバン**  
健康管理、医療・介護サービスの質の向上・効率化に向け、5年間を目標とする医療 ICT 化の工程表を策定し、データ利活用の先進国になる。
- **地域の構造変化に対応した医療・介護の提供体制の再構築**  
地域ごとの実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築する。広域行政での機能分担・連携・集約化、地域包括ケアを推進するとともに、国民健康保険(国保)の都道府県単位化などの保険者の在り方について検討を進める。
- **社会保障・税一体改革の推進**  
社会保障制度改革については、社会保障制度改革推進法<sup>4)</sup>に基づき、社会保障制度改革国民会議で議論を深め、更なる具体化に向け検討を進めるなど、社会保障・税一体改革を推進する。

<sup>4)</sup>「社会保障制度改革推進法」(平成 24 年法律第 61 号)

(中長期の財政健全化に向けて)  
「三本の矢」により強い経済を実現し、経済再生が財政健全化を促し、財政健全化の進展が経済再生の一段の進展に寄与するという好循環を目指し、持続的成長と財政健全化の双方の実現に取り組む。

そうした取組の下、国・地方のプライマリーバランスについて、2015 年度までに 2010 年度に比べ赤字の対 GDP 比の半減、2020 年度までに黒字化、その後の債務残高の対 GDP 比の安定的な引下げを目指す。

(「中期財政計画」の策定等)

財政健全化目標達成に向けた取組を着実に進めることが重要であり、本基本方針等を踏まえた今後の取組内容を具体化した「中期財政計画」を早期に策定するとともに、中長期の経済財政の展望を示す。これらにより、財政健全化目標への道筋を明確にし、国民の安心や、国際社会、市場からの信頼を確かなものとする。

2015 年度の目標達成に向けては、歳出面では、義務的経費を含めて踏み込んだ見直しを行う。地方財政については、国の取組と歩調を合わせて抑制を図るとともに、地方の安定的な財政運営に必要な一般財源の総額を確保する。また、行政事業レビュー・政策評価の適切な反映など PDCA を徹底し、歳出の無駄の排除、予算の重点化・効率化と政策規制の適正化を進める。さらに、2020 年度のプライマリーバランス黒字化に向けて、プライマリーバランスの対象となる歳出と歳入の対 GDP 比の乖離を着実に解消していく必要がある。

また、経済成長を通じた税収増を図るとともに、税制抜本改革の実現について、昨年8月に成立した税制抜本改革法にのっとり、着実に取り組む。

3. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

歳出の重点化・効率化に当たっては、裁量的経費、義務的経費を通じて聖域なき見直しを行う必要がある。ここでは、個別の歳出分野として国の一般会計歳出に占める割合が高い社会保障、社会資本整備、地方財政を中心に、個別に基本的な考え方を示すが、他の分野においても、経済社会の構造変化に対応しつつ、歳出の重点化・効率化を進めていく。

(1) 持続可能な社会保障の実現に向けて

高齢化や医療の高度化等を背景に、社会保障の給付水準は名目成長率を大きく上回って上昇しており、公費負担が増大し財政赤字拡大の大きな要因になるとともに、後世代に負担を先送りすることとなっている。  
国民皆保険制度を将来にわたり堅持し、国民の安心を支える社会保障制度を

② 社会保障の主要分野における重点化

(健康・予防)

- ・ 健康管理・疾病予防に向け、医療関連情報の電子化・利活用を推進するとともに、医療保険者による疾病予防の促進、並びに取組状況及び成果の情報公開を徹底する。
- ・ ライフステージに応じた健康力の強化に向け、啓発活動、予防取組を推進するとともに、費用対効果を検証する。

(医療・介護)

- ・ 電子レセプトの活用、診断群分類の活用を進める仕組みの構築、介護・医療関連情報の「見える化」の推進等を通じた医療・介護サービスの効率的・効果的な提供を実現する。
- ・ 後発医薬品の使用促進については、早期に効果が発現するよう必要な対応を進める。
- ・ 保険者機能強化については、国保の広域化を進めるとともに、保険者が外来受診の適正化等を図るための ICT を利活用できる環境を整備し、保険者にとって保険者機能を発揮するインセンティブがある仕組みづくり等を早急に行う。
- ・ 医療提供体制の改革については、医療提供体制が地域のニーズに合致しているかを検証した上で、医療提供体制の効率化、平均在院日数の縮減を図るとともに、市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める。また、ICT を活用したエビデンスに基づく効果的な医療計画の策定や、医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討する。
- ・ 高齢者医療の自己負担の見直しについて検討し、早期に結論を得る。<sup>43</sup>

(年金)

- ・ マクロ経済スライドについては、物価・賃金の上昇が想定される下で、特例水準を速やかに解消した後、法律にのっとり直ちに実施する。
- ・ 来年度実施される財政検証を踏まえ、健康長寿時代に対応した年金制度とする観点から、在職者年金制度の見直し等年金給付の在り方について検討する。
- ・ 国民年金保険料の納付率向上等について幅広い観点から検討し、取組を推進する。

<sup>43</sup> 「日本経済再生に向けた緊急経済対策」(平成25年1月11日閣議決定)では70～74歳の保険者自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の有効性については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得るとされた。

(生活保護・生活困窮者支援)

- ・ 支援の在り方(加算制度や各種扶助の給付水準)を速やかに検討し、見直す。不適正・非効率な給付を是正する。
- ・ 働くことの可能な被保護者には、本人の就労へのインセンティブを強化するとともに、被保護者を取り巻く支援環境を整える。
- ・ 生活困窮者に対する早期支援と貧困の連鎖の防止対策を強化する。

(待機児童解消)

- ・ 「子ども・子育て支援新制度」<sup>44</sup>の着実な実施への取組を進めるとともに、2年後の新制度を待たずに、地方自治体に対してできる限りの支援策を講じるため、「待機児童解消加速化プラン」を展開し、平成25・26年度の2年間を「緊急集中取組期間」として、約20万人分の保育の受け皿を集中的に整備し、平成29年度末までに、潜在的な保育ニーズを含め、約40万人分の保育の受け皿を確保し、保育の質を確保しつつ、「待機児童ゼロ」を目指す。
- ・ 「緊急集中取組期間」には、①賃貸方式や国有地も活用した保育所整備、②保育士の処遇改善など保育士確保、③新制度の先取りとして20人未満の小規模保育や幼稚園での長時間預かり保育も新たに支援の対象とすること、④認可外保育施設を将来的の認可を目指し、⑤事業所内保育施設への支援、⑥事業所内保育施設への支援、⑦自治体からの認可を目指すこと、⑧認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑨認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑩認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑪認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑫認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑬認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑭認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑮認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑯認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑰認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑱認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑲認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、⑳認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉑認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉒認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉓認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉔認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉕認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉖認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉗認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉘認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉙認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉚認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉛認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉜認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉝認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉞認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㉟認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊱認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊲認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊳認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊴認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊵認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊶認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊷認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊸認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊹認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊺認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊻認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊼認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊽認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊾認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、㊿認可外保育施設を将来的の認可を目指すこと、

(2) 21世紀型の社会資本整備に向けて

社会資本整備に当たっては、財政制約、人口構造等の変化、巨大災害・社会資本の老朽化への対応等の課題に直面しており、これまでもは違う新しい発想と仕組みで取り組む必要がある。こうした観点から、新たな社会資本整備の基本方針を策定する。その際、以下の基本的考え方と重点的取組を踏まえ、「施設ありき」ではなく、真に必要なサービスは何かという観点から、選択と集中を徹底し、適切なアセットマネジメントを行う。

(基本的考え方と重点的取組)

- ① 選択と集中の徹底実行へ
  - ・ 民需誘発効果や投資効率等を踏まえながら、選択と集中を徹底実行する。投資対象の選定、ハード・ソフト面の選択を含めて、大胆に民間提案を取り入れる。
  - ・ 国は、国際競争力を強化するインフラ(首都圏空港・国際コンテナ戦略港湾・三

<sup>44</sup> 「子ども・子育て支援法」(平成24年法律第65号)等子ども・子育て関連3法に基づき。

るため、PPP/PFI の拡大、維持管理コストの縮減、入札・契約を始めとする調達改革、ICT 等の技術イノベーションの活用等、実効性のある取組を大胆に進める。

**(3) 地方行財政制度の再構築に向けて**

日本経済の再生と財政健全化の両立を実現するためには、地方財政を健全化し自立を促進することと、地方自治体が経済社会構造の変化に円滑に対応できるよう環境整備することが極めて重要となる。

**① 基本的考え方**

地方税収は未だ十分な水準まで回復しておらず、緊急的に創設された歳出特別枠等も存置されているなど、地方財政は、リーマンショック後の経済危機の影響を引き続き受けている。必要な財源を確保しながら、経済再生に合わせ、こうした危機対応モードから危機以前の状況、すなわち平時モードへの切替えを進めていく必要がある。

そのためには、今後の経済成長の動きと合わせた地方税収の確保や歳出の重点化・効率化などにより、地方財政を歳入面、歳出面から改革するとともに、地域活性化や経営改革にチャレンジする地方自治体が報われ、経済社会構造の変化に適切に対応することを可能とする地方行財政制度を整備していくことが重要である。

**② 重点的取組**

**(地方財政の健全化、自立促進)**

地方財政を健全化し自立を促進する。このため、地方税収を増やすなど歳入を充実し、国の取組と歩調を合わせて歳出抑制を図るなど、歳入・歳出面の改革に取り組むとともに、地方の安定的な財政運営に必要な一般財源の総額を確保する。また、不交付団体数をリーマンショック以前の水準にすることを旨とする。

**-歳入改革-**

- ・「日本再興戦略」・「地域の元氣創造プラン」の推進等により、地方税収を増やす。
- ・社会保障・税一体改革を着実に推進する。
- ・「ふるさと寄附金制度」の一環の活用に向けた制度整備を進める。

**-歳出改革-**

- ・地方の安定的な財政運営に配慮しながら、地方歳出の質を高めるため、その重点化・効率化を図る。
- ・PPP/PFI の導入領域を大幅に拡大し、行政サービスの質の向上や効率性を高めるとともに、地方自治体の行財政改革を促していく。

大都市圏環状道路等)、民需誘致効果や投資効率の高い社会資本を選択し集中投資する。また、ハード・ソフト面の選択を踏まえ、関係する予算の適正配分を進める。

- ・産官官が参画する協議会等を活用し地域のイニシアティブにより、ハードとソフトの施策をパッケージ化する戦略を明確化する。優先順位を付けて民間資金の活用を含め関係者の連携により、戦略を推進する。国は、地域の創発工夫を支援する効果的な仕組みを検討する。地方は、インフラ機能の集約・減量化を反映するよう都市計画を見直す。
- ・道徳地域、離島、半島を含む条件不利地域では、地域の将来展望を見据えて、国・地域の協力でハード・ソフト両面からの効率的対応を推進する。
- ・総合評価(プログラム評価)を活用し、必要と考えられるサービスを生み出すプログラムを一体として評価し、必要性を判断し、その上でプログラムの事業・施策の必要性、優先順位を評価する。

**② 新しく造ることから賢く使うことへ**

社会資本の老朽化が急速に進展する中、民間提案を大胆に取り入れ、整備・管理における官民連携、総合的・広域的なアセットマネジメントを推進するほか、ライフサイクルの長期化・コスト低減等を通じて社会資本を効率的効果的に活用する。

・今後策定する社会資本整備の基本方針に基づき、安全性を確保しつつつータルコストを縮減するため、維持管理技術の開発促進と導入、ストック情報の整備とICT の維持管理への利活用、長寿命化計画の策定推進、メンテナンスエンジニアリングの基盤強化とそれのための体制整備等を進める。

・国土強靱化(ナショナル・レジリエンス)を含め、ハード・ソフトの適正な選択、重点化・優先順位付けを行う取組を推進する。

**③ 民間能力の活用等による効率的な社会資本整備**

厳しい財政制約の下、国民にとって真に必要なサービスを提供する観点から、選択と集中の徹底、国・地方の適切な分担、民間の資金・ノウハウを活用するPPP/PFI への抜本的転換、コスト構造の改善を進める。

・PPP/PFI への抜本的転換に向けたアクションプランの下、民間提案の活用、官民連携体制の構築、コンセッション方式の空港、上下水道、道路等への積極的導入を進めるほか、収益施設等を活用した PFI 事業による維持管理・更新を推進し、PPP を活用した高速道路の大規模改修方策の導入について検討を進める。さらに、企業会計ベースの資産評価など財務情報の整備促進を図る。

・このような PPP/PFI の抜本的改革に向けた各省庁・地方公共団体の取組を適切に評価し、官民連携効果の高い投資への重点化を図る。

・これまでのコスト構造改善の仕組み・内容を見直し、総合的なコストの縮減を図る。

- 各府省において政策評価と行政事業レビューの連携強化を図り一体的な取組を促進する。第三者評価等を通じて政策効果を客観的に確認する等により、PDCAを確実に実行し、資源配分を大胆に見直し、歳出を固定化させない。また、政策評価を形式的なものにとせず、効果的に行うため、メリハリのある取組を進める。
- 内閣の主要な政策分野の会議においては、それぞれの政策分野の司令塔として各種計画・プログラムにおけるPDCAサイクルの推進を徹底する。
- 発足後5年を経過した規制に依る事前評価制度の改善については引き続き検討するとともに、政策税制の政策評価については租特透明化法<sup>45</sup>に基づく適用実態調査を活用するなど改善を図る。
- 予算執行の効率化・適正化・透明化に向けて、現在の「国の財務書類」等の作成・公表の取組を進めるとともに、PDCAサイクルでの活用を視野に入れつつ、政策別コスト情報等の開示の更なる改善に取り組む。

<sup>45</sup>「租税特別措置の適用状況の透明化等に関する法律」（平成22年法律第8号）

一頑張る地方の支援—

- 地方分権を強力に推し進め地方の自由度を高めるとともに、地方交付税において、新たに、地域経済の活性化に資する算定方式努力と地域経済活性化の成果の2つの観点から行うこととし、頑張る地方を息長く支援するため一定程度の期間継続する。

**（人口構造の変化等に適合した地方行政制度の構築）**

- 大都市における急速な高齢化や地方における過疎化の進展といった経済社会構造の変化に対し、国と県と市町村の役割分担等の再整理を進めるとともに、広域連携・広域での機能分担等が進むよう、制度面から仕組みを見直す。
- 定住自立圏構想を強力に進めていくため、圏域において各地方自治体が果たすべき役割に応じた適切な財政措置の在り方を検討する。
- 市町村と都道府県間や市町村間の連携を促進するため、市町村の事務の都道府県による補完や市町村間の水平連携を柔軟に行うことができる仕組みを構築する。
- 「公立病院改革プラン（5か年計画）」の進捗状況を評価し、総務省、厚生労働省が連携し、実効性ある公立病院の再編・ネットワーク化を推進する。

**（地方における公共サービスの「可視化」の推進）**

- 企業会計原則による公会計は、経営改革を進める上での基礎インフラであり、その導入を促進し、自治体財政の更なる「可視化」を推進する。あわせて、公共施設資産について、量・質両面から見直し、経営改革することが重要である。
- 地域レベルの身近なデータの利活用を促すとともに、自治体クラウドの取組を加速させ、地方自治体のオープンガバメント化を進める。
- ストックも含めた財務情報の透明化を進め、企業会計原則を前提とした地方公会計の整備を促進する。

**4. 実効性あるPDCAの実行**

政策評価は、政策の効果と質を高めるための政策インフラである。以下の取組を通じて実効性あるPDCAサイクルを確立し、行政サービスのコスト削減・質の向上を図るとともに、政策目的に照らして効果の高いものに重点的に資源配分する。

- 経済財政諮問会議において、経済再生、財政健全化に資する重要な対象分野について、実行取組状況を踏まえながら適時検討を行い、PDCAの実効性向上を図る。その後も、経済財政諮問会議と総務省・各府省の政策評価に関する連携を強化することにより、重点課題に係る政策について、PDCAの徹底（総合的な観点からの評価を重視）、エビデンスに基づく政策評価を確立する。あわせて、こうした評価に必要な統計整備を各政策実施府省において進める。

**第4章 平成26年度予算編成に向けた基本的考え方**

**1. 景気の現状と経済の先行き**

我が国経済は、着実に持ち直している。平成25年度においては、世界経済の緩やかな回復が期待される中で、大胆な金融政策、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略の「三本の矢」に一体的に取り組むことにより、着実な需要の発現と雇用創出が見込まれ、民需主導の景気回復が進むと見込まれる。

平成26年度においては、世界経済の回復が期待される中、第1章2.(6)の経済政策運営の考え方に基づく施策の推進により、引き続き民需に支えられた、雇用や所得の増加を伴う景気回復が続くことが期待される。ただし、先行きのリスクとして、海外経済の動向、金融資本市場の動向、電力供給の制約等があることに留意する必要がある。

**2. 中長期の経済財政の展望を踏まえた取組**

相互に関連する経済と財政について、定量的な分析や試算を活用しつつ、中長期的に一体的かつ整合的に展望し、政策運営や制度改革等を検討することが重要である。こうしたことから、毎年度の予算は、日本経済再生と財政健全化の双方を実現する道筋を踏まえて、編成される必要がある。

このため、2020年頃までを展望した「中長期の経済財政試算」を示し、名目・実質GDP、物価動向等の将来展望を明らかにするとともに、第1章2.(6)で示した中長期的に目指すマクロ経済の姿の動向をフォローアップする。あわせて、財政健全化目標達成に向けた国・地方の取組を具体化した「中期財政計画」を策定する。

**3. 平成26年度予算編成の在り方**

平成26年度予算については、中期財政計画等に基づき、平成25年度予算に引き続き、民需主導の経済成長と財政健全化目標の双方の達成を目指し、メリハリのついた予算とする。

その際、本基本方針や「日本再興戦略」を踏まえ、民間需要や民間のイノベーションの誘発効果が高いもの、緊急性の高いもの、規制改革と一体として講じるものを重視する。

社会保障については、少子高齢化が進展する中で、将来にわたって持続可能な制度の構築に取り組む。国民負担の増大を極力抑制する観点から、後発医薬品の使用促進を始めとする医療費適正化やICT化の推進など社会保障の重点化を進めるとともに、頑張る者が報われる社会の構築に取り組む。

社会資本整備については、国際競争力の強化、地域の活性化、国土強靱化（ナショナル・レジリエンス）、防災・減災等の諸課題に対し、ソフト施策と連携しつつ、投資効果の高い事業への重点化を図るとともに、効率的なアセットマネジメントを推進する。また、受益者負担の考え方のもと、民間の資金・ノウハウを引き出す官民連携の案件形成に取り組む。

地方財政については、今後、第3章で示した基本的な考え方や中期財政計画で示される国・地方の財政健全化に向けた取組内容を踏まえて、国の取組と歩調を合わせて抑制を図るとともに、地方の安定的な財政運営に必要な一般財源の総額を確保する。また、地方交付税において頑張る地方を支援するための算定の仕組みを取り入れる。

さらに、第2章6.並びに第3章3.及び4.を踏まえ、各分野にわたる財政の質の向上を進めるとともに、行財政改革及び実効性あるPDCAサイクルを推進する。

**4. 今後の取組**

民需主導の持続的成長と財政健全化の両立に向けた道筋を明らかにするため、今夏に、次年度の経済財政の姿と予算に係る「予算の全体像」を経済財政諮問会議において取りまとめるとともに、中長期の経済財政試算を示し、中期財政計画及び概算要求基準を策定する。

本年秋には、消費税率の引上げに関して、税制抜本改革法附則第18条のつとって、経済状況等を総合的に勘案して、判断を行う。経済財政諮問会議では、経済状況等の総合的な動向に向けた必要な検討を行う。

本章に掲げた基本的な考え方に基づき、経済財政諮問会議等で更に議論を深め、平成26年度予算編成の基本方針及び平成26年度政府経済見通しを策定した上で、平成26年度予算案を決定する。また、経済財政諮問会議において、引き続き経済財政の動向の点検を行いながら、中長期の経済財政政策について審議する。

「経済財政運営と改革の基本方針」のポイント

～「再生の10年」に向けた今後の経済財政運営及び基本戦略～

○相互に補強し合う関係にある「三本の矢」(いわゆるアベノミクス)を一体的に推進。市場の期待は大きく変化、実体経済面でも景気は持ち直し。目指すマクロ経済の姿及び実現の道筋を明示。  
 ○成長戦略をはじめとして、本方針に掲げた重要政策を今後長期にわたり着実に推進することをコミット。デフレから早期脱却し日本経済を再生。また、そうした政策実行の先に目指すべき経済社会の姿を明示。



三つの好循環の起動



政策解説資料

(参考)

国内総生産 (GDP) と国民総所得 (GNI) の関係

	名目	実質
国内総生産 (GDP)	・ 国内で生産されたモノやサービスの付加価値の総額について、取引時点の物価で評価したものである。	・ 国内で生産されたモノやサービスの付加価値の総額について、基準時点の物価で生産数量を評価したものである。
国民総所得 (GNI)	・ 国民(居住者)が受け取った所得(雇業者報酬、財産所得、企業所得等)の総額について、取引時点の物価で評価したものである。(注1) ・ 名目 GNI = 名目 GDP + 海外からの名目所得の純受取	・ 国民(居住者)が受け取った所得(雇業者報酬、財産所得、企業所得等)の総額について、基準時点の物価で購買力を評価したものである。 ・ 実質 GNI = 実質 GDP + 海外からの実質所得の純受取 + 交易利得・損失(注2)

(注1) 2011年度(確報)の名目 GNI (488兆円)は、雇業者報酬(245兆円、構成比50%)、財産所得(非企業部門)(20兆円、同4%)、企業所得(82兆円、同17%)等で構成されている。

(注2) 交易利得・損失とは、基準時点からの交易条件(輸出物価と輸入物価の比)の変化による購買力(実質所得)の変化を表す。交易条件が改善する(輸出物価と輸入物価の比が大きくなる)場合、交易利得・損失の変化は実質 GNI の増加に寄与する。

## 資料3

**日本再興戦略 -JAPAN is BACK- (抜粋)**

■ 閣議決定 2013年6月14日 ■

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou\\_jpn.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf)

政府は6月12日に産業競争力会議を開き成長戦略をとりまとめ、14日の閣議で決定した。成長戦略は、大胆な金融政策、機動的な財政政策に続く、安倍内閣の「3本の矢」の最後の1本にあたる。「日本産業再興プラン」「戦略市場創造プラン」「国際展開戦略」という三つのアクションプランを打出しており、「戦略市場創造プラン」には、健康増進・予防サービス等の振興などで、2030年に国内で37兆円、海外で525兆円の市場を開拓することが盛り込まれている。本紙では「戦略市場創造プラン」の「テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸」のみを抜粋して掲載。

## 日本再興戦略

-JAPAN is BACK-

平成 25 年 6 月 14 日

二. 戦略市場創造プラン

エネルギー制約や健康医療などの社会課題は、今後確実に巨大なグローバル市場を形成。日本はこれら課題の先進国であり、高度な技術力で市場を獲得する潜在力を有するが、

一規制制度や慣習に縛られていること、  
一ビジネスを展開するインフラが未整備であること、  
などにより市場形成に至っていない。世界でも最先端の研究開発でしのぎを削っている分野での取組の遅れは、容易に取り戻すことが困難である。

このため、世界や我が国が直面している社会課題のうち、「日本が国際的に強み」を持ち、「グローバル市場の成長が期待」でき、「一定の戦略分野が見込めるテーマ」として、以下の4テーマを選定し、集中改革期間経過後の「2020年」、中期的な政策展開の観点から「2030年」を時間軸とし、研究開発から規制緩和に至るまで政策資源を一貫通貫で集中投入するための「ロードマップ」を策定する。

- テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸
- テーマ2：クリーンかつ経済的なエネルギー供給の実現
- テーマ3：安全・便利で経済的な次世代インフラの構築
- テーマ4：世界を惹きつける地域資源で稼ぐ地域社会の実現

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

社会像	： 予防から治療、早期在宅復帰に至る適正なケアサイクルの確立		
戦略分野	： 健康増進・予防サービス、生活支援サービス、医薬品・医療機器、高齢者向け住宅等		
市場規模	国内	26兆円(2020年)、37兆円(2030年)	Cf. 16兆円(現在)
	海外	311兆円(2020年)、525兆円(2030年)	Cf. 163兆円
雇規模		160万人(2020年)、223万人(2030年)	Cf. 73万人

(1) 2030年の在るべき姿  
我が国の健康寿命は、世界で最高水準となっている。我が国の医療・介護システムは、国民皆保険制度の下、フリーアクセスを維持しつつ、比較的安価な費用負担で、質の高いサービスを提供し、これに寄与している。

しかしながら、

- ・慢性疾患による受療が多い、疾病の罹患率が高い、要介護率が高いなどの特徴を有する75歳以上の高齢者の増加、
- ・一人暮らし世帯など、家庭内の相互扶助が期待できない高齢者の増加、
- ・医療・介護技術の進歩による、サービス提供水準の高度化、

などにより、国民の需要が増大している。

2030年には、予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより、『国民の健康寿命が延伸する社会』を目指すべきである。

このため、「健康・医療戦略」(本年6月14日関係大臣申合せ)も踏まえ、次の3つの社会像の実現を目指す。

- ① 効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会
  - ② 医療関連産業の活性化により、必要な最先端の医療等が受けられる社会
  - ③ 病氣やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会
- これにより、国民自身が疾病予防や健康維持に努めるとともに、必要な予防サービスを多様な選択肢の中で購入でき、必要な場合には、世界最先端の医療やリハビリが受けられる、適正なケアサイクルが確立された社会を目指す。

(2) 個別の社会像と実現に向けた取組

① 効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会

- I) 社会像と現状の問題点  
個人や企業が自ら健康管理や予防に高い意識で取り組むとともに、必要なサービスがどこでも簡単に受けられる社会を目指す。

○予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり

- ・健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針（告示）を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。
- ・糖尿病性腎症患者の人工透析導入を予防する重症化予防事業等の好事例について、来年度内に横展開を開始できるよう、本年8月末までに検討を進め結論を得た上で、概要要求等に反映させる。
- ・特定健診・保健指導の効果に関し、特定保健指導を終了した人と利用していない人とで健康状態や生活習慣の改善状況を比較するとともに、特定保健指導の医療費適正化効果の分析にも着手することにより、当年来年度までの2か年において一定の効果検証の成果を得て、その周知を行い、保険者の保健事業等の取組を促進する。
- ・後期高齢者支援金の加算・減算制度については、今年度からの実施状況、関係者の意見に加え、特定保健指導の効果の検証を踏まえ、より良い仕組みを今後検討していく。
- ・自治体や企業による市民や社員の健康づくりに関するモデル的な取組を横展開するとともに、健康づくりに向けた幅広い企業連携を主体とした取組である「スマート・ライフ・プロジェクト」の更なる推進などにより、個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図る。
- ・薬局を地域に密着した健康情報の拠点として、一般用医薬品等の適正な使用に関する助言や健康に関する相談、情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬剤師の活用を促進する。

○食の有する健康増進機能の活用

- ・いわゆる健康食品等の加工食品及び農林水産物に関し、企業等の責任において科学的根拠をもとに機能性を表示できる新たな方策について、今年度中に検討を開始し、来年度中に結論を得た上で実施する。検討に当たっては、国ではなく企業等が自らその科学的根拠を評価した上でその旨及び機能を表示できる米国のダイエタリーサプリメントの表示制度を参考にしつつ、安全性の確保も含めた運用が可能な仕組みとすることを念頭に行う。
- ・食の有する健康増進機能の解明・評価や、健康増進機能を有する食材・食品の開発・普及促進を図る。

さらに、健康・疾病データベースなど、世界最先端の研究・分析基盤を確立すること等により、こうした市場・産業の拡大・発展を図る。

一方、現状では、次のような要因で予防への動機付けが乏しい。

- 個人は、健康なときは、食事管理や運動などの予防・健康管理を継続して行う意識が弱くなる傾向がある。
  - 保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分に講じていない。
  - 企業にとっても、本来、社員の健康を維持することは、人材の有効活用や保険料の抑制を通じ、会社の収益にも資するものであるが、こうした問題意識が経営者に浸透しているとは言い難い。
  - これらも要因となり、健康管理や予防サービスが産業界・市場として成長していない。
- 特に、公的分野との境界で制度的な不明確さもあり、サービスの提供者が参入にちゅうちょしたり、消費者にとっても安心してサービスを受けにくい状況にある。

II) 解決の方向性と戦略分野（市場・産業界）及び当面の主要施策

こうした現状を打開するため、個人・保険者・企業の意識・動機付けを高めることと健康寿命延伸産業の創出を両輪で取り組む。これにより、どこでも簡単にサービスを受けられる仕組みを作り、自己健康管理を進める「セルフメディケーション」等を実現する。

すなわち、意識・動機付けにより潜在市場の拡大を図るとともに、規制・制度の改革・明確化を始めとして、最も効果的・効率的な政策手段を採用すること、健康増進・予防（医療機関からの指示を受けて運動・食事指導を行うサービス、簡易な検査を行うサービスなど）や生活支援（医療と連携した配食サービスを提供する仕組みづくり等）を担う市場・産業界を戦略分野として創出・育成する。

○健康寿命延伸産業の育成

- ・適正なケアサイクルの確立と、公的保険に依存しない新たな健康寿命延伸産業を育成するための包括的な政策パッケージを策定する。関連規制に関するグレーゾーンの解消、新製品・サービスの品質保証・情報共有の仕組み、リリース方式の活用等を通じた市場の創造・リスク補填に取り組み、本年8月末までに検討を進め結論を得た上で、法制上の措置等必要な措置を講ずる。
- ・また、法制上の措置を待たず、各企業が新たに実施しようとする事業の実施が可能（適法）であることを確認するため、個別に相談を受け付ける体制を直ちに整備するとともに、民間サービスの品質を確保する枠組みを整備するため、「次世代ヘルスクエア産業協議会（仮称）」を法制度整備にあわせて設置する。
- ・疾病予防効果のエビデンスに基づく適正な運動量や健康な食事の基準を策定する。

○医療・介護情報の電子化の促進

- ・ 医療の質の向上や研究基盤の強化を進めるため、国が保有するレセプト等データの利活用を促進する。このため、民間企業も、行おうとする研究が国の行政機関から費用の助成を受けているものである場合には、レセプト等データの提供を申し出ることができ、幅広い主体による提供の範囲について周知徹底する。さらに、幅広い主体による適時の利活用を促すため、データ提供の円滑化や申出者の範囲について検討する。
- ・ 保険者において、ICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりに関する推進や医療費の適正化等に取り組む好事例の全国展開を図る。
- ・ 地域でのカルテ・介護情報の共有により、ICTを活用した在宅を含めた地域医療介護連携の全国普及を図る。
- ・ 医薬品の副作用データベースシステムについて、データ収集の拠点となる病院の拡充や地域連携の推進を図ることにより、利活用できる十分な情報を確保し、医薬品の有効性・安全性評価や健康寿命の延伸につなげる。
- ・ 医療の質を向上させるため、関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ(診療行為の効果)を、全国的に各分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進する。

○医療情報の利活用推進と番号制度導入

- ・ 地域で行われている医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開を進め、医療情報の利活用と保護を図るため必要な措置を講ずるなど環境整備を行う。また、個人一人ひとりが自分の医療・健康データを利活用できる環境を整備・促進し、適正な情報の活用により適切な健康産業の振興につなげるべく検討を進め、国民的理解を得た上で、医療情報の番号制度の導入を図る。このため、まずはデータやシステム仕様の標準化、ガイドライン作成等の運用ルールの検討等の環境整備を行う。

○一般用医薬品のインターネット販売

- ・ 一般用医薬品については、インターネット販売を認めることとする。その際、消費者の安全性を確保しつつ、適切なルールの下で行うこととする。
- ・ ただし、「スイッチ直後品目」及び「劇薬指定品目」については、他の一般用医薬品とはその性質が異なるため、医療用に準じた形での慎重な販売や使用を促すための仕組みについて、その成分、用法、用量、副作用の発現状況等の観点から、医学・薬学等それぞれの分野の専門家による所要の検討を行う。本年秋頃までに結論を得て、所要の制度的な措置を講ずる。
- ・ 検討に当たっては、インターネット販売か対面販売かを問わず、合理的かつ客観的な検討を行うものとする。

- 62 -

○ヘルスケアポイントの付与

- ・ 総合特区の枠組みを活用し、地方自治体の国民健康保険や企業の健康保険組合等におけるICTシステムや健診データ等を活用した健康づくりモデル(予防)の確立のための大規模実証を実施(来年度より)。この取組の中で、ヘルスケアポイント(運動等の健康増進に関する取組・成果に対して付与され、健康・介護サービス施設や地域商店街等で利用するポイント)自体を用いた大規模実証実験を、今後推進する。

② 医療関連産業の活性化により、必要な最先端の医療等が受けられる社会

I) 社会像と現状の問題点

がん、難病・希少疾病、感染症、認知症等の克服に必要な我が国発の優れた革新的医療技術の核となる医薬品・医療機器・再生医療製品等を世界に先駆けて開発し、素早い承認を経て導入し、同時に世界に輸出することで、日本の革新的医療技術の更なる発展につながる好循環が形成されている社会を目指す。しかし、現実には、2011年時点で、医薬品・医療機器合わせて約2兆円の輸入超過である。また、2012年12月における再生医療製品の承認状況を見ると、米国9品目、韓国14品目に対して、日本は2品目にとどまっている。

II) 解決の方向性と戦略分野(市場・産業)及び当面の主要施策

こうした現状を打開すべく、優れた医療技術の核となる医薬品・医療機器・再生医療製品等について、日本の強みとなるものづくり技術も活かしながら、その実用化を推進し、世界で拡大するマーケットを獲得できる世界最先端の革新的製品を創出する。このため、国家の課題としての、疾病克服のための研究を俯瞰する司令塔機能を創設する。

○医療分野の研究開発の司令塔機能(「日本版NIH」)の創設

- ・ 革新的な医療技術の実用化を加速するため、医療分野の研究開発の司令塔機能(「日本版NIH」)を創設する。具体的には、
  - 司令塔の本部として、内閣に、内閣総理大臣・担当大臣・関係閣僚からなる推進本部を設置する。
  - 司令塔の強力を一ターゲティングにより、①医療分野の研究開発に關する総合戦略を策定し、重点化すべき研究分野とその目標を決定するとともに、②同戦略の実施のために必要な、各省に計上されている医療分野の研究開発関連予算を一元化(調整費など)することにより、司令塔機能の発揮に必要な予算を確保し、戦略的・重点的な予算配分を行う。
  - 一元的な研究管理の実務を担う独立行政法人を創設する。総合戦略に基づき、個別の研究テーマの選定、研究の進捗管理、事後評価など、国として戦略的に行うべき実用化のための研究を基礎段階から一貫通貫で管理することとし、そのため、プロ

- 63 -

医療情報新聞

グラムディレクター、プログラマオフィサー等を活用しつつ、実務レベルの中核機能を果たす独立行政法人を設置する。

研究を臨床につなげるため、国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施される仕組みを構築する。

臨床研究・治験の実験拠点を早期・探索的臨床試験拠点において、企業の要求水準を満たすような国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施されるよう、所要の措置を講ずる。

臨床研究・治験の実験状況(対象疾患、実施内容、進捗状況等)を適切に把握するため、知的財産の保護等に十分に留意しつつ、こうした状況を網羅的に俯瞰できるデータベースを構築する。

民間資金も積極的に活用し、臨床研究・治験機能を高める等の措置を講ずる。

- これらに基づき、本年8月末までに推進本部を設置するほか、詳細な制度設計に取り組み、その結果を概算要求等に反映させるとともに、所要の法案を次期通常国会に提出し、早期に新制度を設立することを旨とする。

(注) 独立行政法人の設置は、スクラップアンドビルド原則に基づき行うこととし、公的部門の肥大化は行わない。

さらに、革新的な製品を世界に先駆けて実用化し、世界初承認とするため、審査の迅速化と質の向上を実現する体制整備を進める等、研究開発から実用化につなげる体制整備を進める。加えて、医療関連産業の国際競争力を抜本的に向上させる。このため、国際競争を意識した、規制・制度改革、研究開発及び海外展開支援を集中的に講ずる。

#### ○先進医療の大幅拡大

- 保険診療と保険外の安全な先進医療を幅広く併用して受けられるようにするため、新たに外部機関等による専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図る「最先端医療迅速評価制度(仮称)」(先進医療ハイウェイ構想)を推進することにより、先進医療の対象範囲を大幅に拡大する。このため、本年秋を目途にまず抗がん剤から開始する。

#### ○医薬品・医療機器開発、再生医療研究を加速させる規制・制度改革

- 薬事法等改正法案(医療機器の民間の第三者機関による認証の拡大、再生医療等製品の条件・期限付での早期承認制度の創設等)、再生医療等安全性確保法案(再生医療等を提供する場合の計画の提出、細胞培養加工の医療機関から企業への委託を可能とする制度の創設等)について、早期の成立を目指す。
- 審査当局である独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)や国立医薬品食品衛生研究所と大学等との人材交流を促進し、各種ガイドラインの策定により、再生医療製品、医療機器を含め革新的な製品の開

- 発・評価方法を確立する。
- 大学等の基礎的研究成果を革新的医薬品として実用化に導くため、医薬品基盤研究所に設置した創薬支援戦略室が本部機能を担い、理化学研究所、産業技術総合研究所等の連携による創薬支援ネットワークを「日本版NIH」の創設に先行して構築し、新薬創出に向けた研究開発を支援する。

- 産官学が一体となって、再生医療に用いる細胞等を培養加工又は製造する際の品質管理等の基準を新たに作成するとともに、投与されたヒト幹細胞等を長期間保管する体制整備を行うなど、再生医療の実用化を促進するための環境の整備を図る。
- 中小企業等の有する高度なものづくり技術を活かした医工連携により、医療現場のニーズ・課題解決を図るため、産官と医療機関との連携による健康・医療戦略クラスターについて、「日本版NIH」の創設に先行して構築を促進することにより、医療機器開発・実用化の推進と支援体制の整備を行う。
- 「再生医療実現化ハイウェイ構想」等に基づき、研究開発から実用化までの一貫した支援体制を構築することにより、ヒト幹細胞を用いた研究について、薬事戦略相談を活用しつつ、質の高い臨床研究・治験への迅速な導出を図る。
- 「日本版NIH」の創設に向けた検討とも整合した形で、臨床研究中核病院等を中核的な医療機関として医療法に位置付ける他、必要に応じて所要の措置を講じ、高度な専門家と十分な体制を有する中央治療審査委員会及び中央倫理審査委員会の整備、ARO(多施設共同研究を始めることとする臨床研究・治験を実施・支援する機関)構築により、ニーズを踏まえた、高度かつ専門的な臨床研究や治験の実施体制を整備する。
- 「総合科学技術会議」の関与により2008年度から2012年度まで取り組み、企業出身者等を活用した早期からの薬事相談や研究資金の柔軟な運用を目指した先端医療開発特区(「スーパースペシャル」)の成果を踏まえ、PMDAが実施する薬事戦略相談を拡充するとともに、規制改革による研究開発の実用化、事業化が促進される制度(ポスト「スーパースペシャル」(仮称))を構築する。
- 有用な医療機器・再生医療製品を迅速かつ安全に国民に提供するため、関係学会等との連携により、長期に安全性を確認するシステム構築等の市販後情報収集体制の強化を図る。
- 医薬品、医療機器やそれらを組み合わせた新規医療材料の評価において、臨床的に有用性の高い革新的なイノベーションがより適切に反映されるよう、さらに検討を進め、来年度診療報酬改定において検討し、結論を得る。

交戦略との連携、ODA、政策金融等の活用も図り、真に相手国の医療の発展に寄与する持続的な事業展開を産業界とともに実現する。

- ・ その実現に向け、上記の取組とともに、日本の良質な医療を普及する観点から、①相手国の実情に適した医療機器・医薬品、インフラ等の輸出等の促進、②外国人が安心して医療サービスを受けられる環境整備等に係る諸施策も着実に推進する。
- ・ 財務状況の健全性など一定の要件を満たす医療法人が、現地法人に出資可能であることを明確化する。
- ・ 日本の製薬産業の優れた研究開発力を活かして、開発途上国向けの医薬品研究開発と供給支援を官民連携で促進する。

③ 病气やけがをしなくても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会

I) 社会像と現状の問題点

自宅にいても円滑に必要な医療・介護サービスが利用でき、リハビリ等によって施設から早期に社会復帰できるケアサイクルの構築を目指す。特に、高齢者の増加に伴い、こうした復帰支援、在宅支援への潜在的な需要は更に高まる。

しかし、現状では、

- i) 特に単身の高齢者が安心して必要な医療・介護サービスを受けながら生活できる環境整備が不十分である、
- ii) 現在の介護支援機器は、潜在ニーズはあるものの、高価・大型で使いにくい等の理由により普及が進まない、といった課題があり、社会のニーズに応えられていない状態にある。

II) 解決の方向性と戦略分野(市場・産業)及び当面の主要施策

健康増進・予防や生活支援に関する市場・産業を創出する(前述)ことに加え、医療・介護提供体制の強化、高齢者向け住宅の整備等に取り組み、良質な医療やリハビリサービスへのアクセス、介護ロボット産業の活性化を実現し、高齢者、障害者等が、地域で安心して暮らせるようにする。

○健康寿命延伸産業の育成【再掲】

○医療・介護情報の電子化の促進【再掲】

○医療・介護サービスの高度化

- ・ 質の高い介護サービス等を安定的に供給するため、社会福祉法人の財務諸表の公表推進により透明性を高めるとともに、法人規模拡大の推進等の経営を高度化するための仕組みの構築や、地域医療介護連携のための医療情報連携ネットワークの普及・展開、介護・医療関連情報等の「見える化」を実施する。

-67-

○革新的な研究開発の推進

- ・ 革新的な医薬品・医療機器の研究開発、再生医療等の先端医療研究を推進するとともに、人材育成や革新的医薬品・医療機器・再生医療製品の安全性と有効性の評価法の確立に資する研究の充実、スーパーコンピュータを活用したシミュレーション手法による医療、創薬プロセスの高度化及びその製薬会社等による利用の促進等の基盤強化を図る。
- ・ 再生医療の実用化やバイオ医薬品の効率的な開発、個別化医療等の推進とともに、生活習慣病を非侵襲で早期発見するシステムやがん、脳血管疾患、心臓病等を低侵襲で早期診断・治療する装置、小型で患者に対するストレスの少ない手術支援ロボット、ニューロロリハビリ(脳神経の機能改善・回復)など身体機能再生等の最先端医療技術の研究開発・実証を、治験・承認まで一気通貫で2020年までに推進する。
- ・ iPS細胞等の再生医療の研究と実用化推進のための研究を集中的かつ継続的に推進する。

○独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の強化

- ・ 世界に先駆けて革新的医薬品・医療機器、再生医療製品の実用化を促進するため、市販後の製品の品質確保や安全対策にも留意しつつ、更なる審査の迅速化と質の向上を図る。具体的には、2020年までの医薬品・医療機器の審査ラグ(※)「0」の実現を目指すとともに、審査の質の向上等に必要な体制強化を行う。
- ※ ラグとは、米国と日本の審査期間(申請から承認までの期間)の差である審査ラグと、企業が米国と日本の審査機関に申請する時期の差で示されるラグに大別される。
- ・ 開発初期からの明確なロードマップ相談ができるよう、薬事戦略相談を拡充する。
- ・ 併せて、PMDA-WEST 構想への対応として、先行して関西地区でも薬事戦略相談を実施する体制を本年秋までに整備し、その後速やかに製造所の製造管理・品質管理に係る実地調査を実施する体制を整備する。

○難病患者等の全国規模のデータベースの構築

- ・ 治療法がなく患者数が少ない難病及び小児慢性特定疾患について、全国規模の患者データベースを構築し、治療法の開発・実用化を目指す研究を推進する。

○医療の国際展開

- ・ 一般社団法人メディカル・エクスセレンス・ジャパン(MEJ)を活用し、官民一体となって、日本の医療技術・サービスの国際展開を推進する。新興国を中心に日本の医療拠点について2020年までに10か所程度創設し、2030年までに5兆円の市場獲得を目指す。その際、国際保健外

-66-

### ○生活支援サービス・住まいの提供体制の強化

- ・高齢者生活関連産業等を活性化し、地域で暮らせる社会を実現するため、自助・互助の考え方に基づく、高齢者自身やNPO、ボランティア、社会福祉法人、民間企業等による多様な生活支援サービスを充実する。
- ・中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、空家や学校跡地などの有効活用による新たな住まいの確保を図る。

### ○安心して歩いて暮らせるまちづくり

- ・安心・健康・省エネでバリアフリーにも配慮した歩いて暮らせるまちづくり「スマートウェルネス住宅・シティ」を実現し、次世代の住宅・まちづくり産業を創出するため、以下の取組を行う。
  - ① 民間資金の活用を図るため、ヘルスクエアアリオートの活用に向け、高齢者向け住宅等の取得・運用に関するガイドラインの整備、普及啓発等（来年度中）
  - ② 高齢者向け住宅や生活拠点の集約化、ICTを活用した見守り等を推進するとともに、公民のストックを活用するため、既存住宅の建物評価に係る指針策定（今年度中）、既存住宅・リフォームの性能評価基準等の策定（今年度中）等による住宅価値向上や事業者間連携の強化、住み替えの円滑化等の支援
  - ③ コンパクトシティの実現及び移動機会の増大を図るため、地域関係者間の役割分担と合意の下で公共交通の充実を図る仕組みの構築（今年度中に結論）及び高齢化社会に適応した公共交通を補完する取組の実施

### ○都市部での高齢化対策としての地域包括ケアシステムの構築

- ・都市部での急速な高齢化の進展に対して、住まい、生活支援、介護などのサービス提供確保方策（民間企業や互助の活用、在宅・施設サービス整備の課題等）、地方での都市部高齢者の受入れ時の課題と対応策等について、有識者と自治体関係者で構成する検討会で検討を進め、本年秋季を目途に取りまとめめる。

### ○ロボット介護機器開発5ヵ年計画の実施等

- ・急速な普及拡大に向けて、移乗介助、見守り支援等、安価で利便性の高いロボット介護機器の開発をコンテスト方式で進めること等を内容とする「ロボット介護機器開発5ヵ年計画」を今年度より開始する。
- ・また、研究開発に先立ち、開発された機器の実用化を確実にするため、安全基準及びそれに基づく認証制度を今後1年以内に整備する。
- ・ロボット技術を利用した機器が、障害者の自立や生活支援に活かされるよう、企業が行う開発を更に促進するためのシーズ・ニーズマッチング等を行う。

## 協会だより (定例理事会要録から)

2012年度(平成24年度)第22回 2013年5月14日

### I. 文書報告の確認

#### 【総務部会】

1. 前回理事会(4月23日)要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認

#### 【経営部会】

1. 保団連近畿ブロック共済担当事務局会議(4月17日)状況
2. 金融共済委員会(4月24日)状況
3. 税理士との相談日(4月24日)状況
4. 保団連経税担当事務局小委員会(4月25日)状況
5. 保団連近畿ブロック経税担当事務局会議(4月26日)状況
6. 保団連経税担当事務局小委員会(4月27日)状況
7. 保団連経税部会(4月28日)状況
8. 第8回保団連共済部会(4月28日)状況

#### 【医療安全対策部会】

1. 医療事故案件調査委員会(4月19日)状況
2. 医師賠償責任保険処理室会(4月22日)状況
3. 医療機関側との懇談(4月30日)状況

#### 【政策部会】

1. 保団連近畿ブロック本会議(4月20日)状況の件
2. 市民公開講演会・反核京都医師の会第33回定期総会(4月20日)状況
3. 第5回T P P反対京都ネットワーク会議(4月25日)状況
4. 出版編集会議(4月25日)状況

#### 【保険部会】

1. 眼科診療内容向上会(4月20日)状況
2. 保険講習会A+個別指導対策講習会(南部)(4月20日)状況
3. 保険講習会A+個別指導対策講習会(北部)(4月23日)状況
4. 第6回医事担当者連絡会議(4月25日)状況
5. 保団連診療報酬改善対策委員会(5月9日)状況

### II. 確認・承認事項

#### 【総務部会】

1. 代議員会議長・副議長選挙締切り(4月26日)状況及び無投票当選人の確定の件

2. 2012年度第12回正副理事長会議(5月9日)状況確認の件
3. 総務部会(5月7日)状況確認の件
4. 亀岡市・船井医師会との懇談会(4月13日)状況確認の件
5. 2012年度3月分収支月計表報告状況確認の件
6. 4月度会員増減状況確認の件
7. 会員入退会及び異動(4月23日～5月14日)に関する承認の件
8. 会費免除申請の件

#### 【経営部会】

1. 経営部会(5月7日)状況確認の件

#### 【医療安全対策部会】

1. 医療安全対策部会(5月7日)状況確認の件

#### 【政策部会】

1. 保団連12～13年度第15回理事会(4月21日)状況確認の件
2. 京都市リハ政策に関する民主・都みらい市議員団との懇談(4月25日)状況確認の件
3. 政策部会(5月7日)状況確認の件
4. どうなるの? 京都のリハビリテーション(5月11日)状況確認の件
5. 第14回ICT検討委員会(4月25日)状況確認の件
6. メディーパー京都166号、京都保険医新聞(第2856号)合評の件

#### 【保険部会】

1. 保険部会(5月7日、10日)状況確認の件

### III. 開催・出席確認事項

#### 【総務部会】

1. 2013年度理事会等年間スケジュール(案)確認の件

#### 【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談開催の件

### IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

#### ①国をめぐる動き

- ・社会保障制度改革国民会議の議論3とパブリックコメント
- ・医療産業化に関する読売新聞社提言

### V. 診療報酬関連情報

1. 2013年4月度国保合同審査委員会(4月18日)状況確認の件

## VI. 要討議事項

## 【経営部会】

1. 「保険医年金」と「日医年金」の違いについて

## 【医療安全対策部会】

1. 医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方の動向等について

## VII. その他

1. 日本維新の会共同代表の橋下徹大阪市長の発言についての抗議の件

◀上記25件を承認、1件を継続審議▶

## 2012年度（平成24年度）第23回 2013年5月28日

## I. 文書報告の確認

## 【総務部会】

1. 前回理事会（5月14日）要録と決定事項の確認
2. 週間行事予定表の確認
3. 新規開業未入会会員訪問（5月10日）状況
4. 新規開業未入会会員訪問（5月13日）状況
5. 新規開業未入会会員訪問（5月16日）状況
6. 新規開業未入会会員訪問（5月17日）状況

## 【経営部会】

1. 医院継承講習会（5月9日）状況
2. 新規開業予定者のための講習会（5月19日）状況
3. 傷害疾病保険審査会（5月21日）状況
4. 金融共済委員会（5月22日）状況
5. 税理士との相談日（5月22日）状況
6. 税務記帳講習会（5月23日）状況
7. ファイナンシャルプランナーとの相談日（5月23日）状況

## 【医療安全対策部会】

1. 医療機関側との懇談（5月14日）状況
2. 第285回関西医事法研究会（5月18日）状況

## 【政策部会】

1. 避難者子ども健康相談会きょうと実行委員会（5月11日）状況
2. TPP参加反対京都ネットワーク事務局会議（5月10日）状況
3. TPP参加反対京都ネットワーク議会陳情（5月20日）状況
4. 「憲法記念春のつどい」（5月25日）でのTPPについての報告状況

## 【保険部会】

1. 医事担当者勉強会（5月15日）状況
2. 保険講習会B（5月16日）状

3. 長崎協会病院適時調査対策セミナー「失敗しない『届出医療管理』入院、食事、リハビリも、多額の返還金を回避せよ！」（5月18日）状況

## II. 確認・承認事項

## 【総務部会】

1. 理事者覚え書き等の提出の件
2. 舞鶴医師会との懇談会（4月20日）状況確認の件
3. 会員入退会及び異動（5月14日～5月28日）に関する承認の件
4. 会費免除申請の件

## 【政策部会】

1. 京都の開業医が展望する地域ケア（5月18日）状況確認の件
2. 保団連理事会（5月19日）状況確認の件
3. メディペーパー京都167号、京都保険医新聞（第2857号）合評の件

## 【保険部会】

1. 指導・監査対策講習会「訴訟に見る指導・監査・取消処分現状と、その改善に向けて」（4月27日）状況

## III. 開催・出席確認事項

## 【総務部会】

1. 6月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
2. 各部会開催の件

## 【政策部会】

1. 医療保険制度学習会講師依頼の件
2. 避難者子ども健康相談会きょうと出席の件

## IV. 医療政策関連情勢

1. 医療・社会保障をめぐるこの間の動き

## ①国をめぐる動き

- ・生活保護法の一部を改正する法律案
- ・民間医療保険

## V. 診療報酬関連情報

1. 保険審査通信検討委員会（5月10日）状況
2. 中医協（第241回中医協総会、第56回保険医材料専門部会）（5月15日）概要報告

## VI. 重要討議事項

## 【医療安全対策部会】

1. 医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方の動向等について

## VII. 特別討議

## 【総務部会】

1. 2012年度下半期各部会会務報告確認の件

## VIII. 2012年度を終えるにあたって

1. 2011・2012年度を終えて

- ①理事長挨拶
- ②退任理事者の挨拶
- ③新旧理事・役員歓送迎会開催
- ④2013年度第1回理事会開催日

《上記22件を承認》

2013年度（平成25年度）第1回 2013年6月4日

I. 2013・2014年度理事会開催に当たり

- ①理事長挨拶
- ②2013年度・2014年度理事者紹介と担当部会、理事会開催日程等の確認
- ③事務局紹介
- ④理事者執務必携の説明
- ⑤災害等緊急時事業継続計画

II. 各部会よりの文書報告の確認

【総務部会】

- 1. 前回理事会（5月28日）要録と決定事項の確認

【医療安全対策部会】

- 1. 医療事故案件調査委員会（5月24日）状況
- 2. 医療事故案件調査委員との懇談会（5月25日）状況

- 3. 医師賠償責任保険処理室会（5月27日）状況

【政策部会】

- 1. 出版編集会議（5月23日）状況

- 2. 環境対策委員会（5月24日）状況

【保険部会】

- 1. 第648回社会保険研究会（5月11日）状況
- 2. 「リハビリ施設基準対策」と「リハビリ点数の動向」学習会（5月25日）状況

III. 確認・承認事項

【総務部会】

- 1. 5月度会員増減状況確認の件
- 2. 会員入退会及び異動（5月28日～6月4日）に関する承認の件

IV. 開催・出席確認事項

【総務部会】

- 1. 6月中の会合等諸行事及び出席者確認の件
- 2. 各部会開催の件

【政策部会】

- 1. 第5回T P P参加反対京都ネットワーク出席の件
- 2. どうなるの？ 京都市のリハビリ行政実行委員会出席の件
- 3. 出版編集会議開催の件

V. 特別討議

【総会関連議事検討の件】

- 1. 定期総会並びに講演会・懇親会開催確認の件
- 2. 「2013年度活動方針」検討の件

《上記8件を承認、1件を継続審議》

7月のレセプト受取・締切

基金	9日(火)	10日(水)	労災	10日(水)
国保	○	◎		◎

※○は受付窓口設置日、◎は締切日。

受付時間：基金 午前9時～午後5時30分

国保 午前8時30分～午後5時15分

労災 午前9時～午後5時

7月の無料相談日

専門家が無料でご相談に応じます（30分間）。協会事務局へお申込み下さい。

建築士 7月10日(水) 午後2時～ 担当=竹内建築士

雇用管理 7月18日(木) 午後2時～ 担当=河原社会保険労務士

ファイナンシャルプランナー 7月18日(木) 午後1時～ 担当=三井生命FC (ファイナンシャルコンサルタント)

法律 随時受付 担当=顧問弁護士、協力弁護士よりお選びいただけます

税理士 7月24日(水) 午後2時～ 担当=木谷税理士 ※別日程をご希望の場合はご相談に応じます。



join us!!

## 「医事担当者勉強会」を開催しています！

従来の講習会形式の勉強会ではなく、参加者が問題や課題を持ち寄り、参加者みんなで解決策を探っています。医事担当者による医事担当者のための医事担当者勉強会にぜひ顔を出してみてください。普段、疑問に思っていることが解決される糸口となるかもしれません。

日 時 **7月17日(水) 午後7時～(1時間程度)**

場 所 京都府保険医協会ルームA

内 容 ①参加者からの話題提供

テーマ「病院における紙カルテから電子カルテへの移行の実際」

②保険医協会事務局からのワンポイントレクチャー

テーマ「入院料5対策と医療法4対策」

対 象 医療機関で医事業務に従事する方

参加費 資料のコピー代のみ（100～300円程度）

申 込 不要（自由にご参加下さい）

※開催は原則奇数月の第3水曜日です。

※警報発令などの急な中止の連絡は、京都府保険医協会のホームページにてご案内します。

### 新規開業医向け「保険講習会B」のご案内

日 時 **7月18日(木) 午後2時～4時**

場 所 京都府保険医協会ルームA

内 容 ①新規個別指導 ②医療法立入検査対策

対 象 新規開業前後の医師、従事者の方

（新規開業の先生でなくても、日常診療整備の目的でご参加下さい）

\*資料準備の都合上、前日までにお電話にてお申し込み下さい  
（保険部会 ☎ 075-212-8877）。

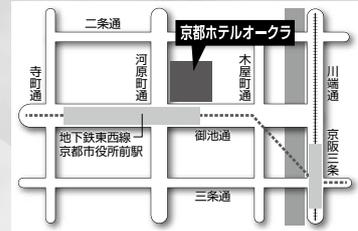
隔月で開催  
しています

※次回（保険講習会A）

- ①保険基礎知識
- ②レセプト審査

# 第66回 定期総会

(第185回定時代議員会合併)



日時 **7月28日**  
午後1時～7時30分

場所 **京都ホテルオークラ**  
4階「暁雲」  
(京都市中京区河原町御池)

**1 総会** (第185回定時代議員会合併) 午後1時～3時

- ① 2012年度活動報告並びに決算報告
- ② 2013年度活動方針(案)並びに予算(案)承認

講演会・懇親会はご家族・従業員の方も参加いただけます

**2 講演会** 午後3時10分～5時20分

演題 **アフガニスタンに命の水を ～国際医療協力の30年～**

講師 ピース・ジャパン・メディカル・サービス総院長  
ベシヤワール会現地代表



中村 哲氏

**要旨**

アフガニスタンで30年に及び医療と農業の復興支援活動続ける、PMS(ピース・ジャパン・メディカルサービス)総院長=ベシヤワール会現地代表の中村哲医師。中村医師は1984年、パキスタン・ベシヤワールでハンセン病診療を開始。現在中村氏らの診療活動を妨げているのは、外国軍駐留による治安悪化だけではなく、2000年に顕在化し現在も進行中の大旱魃による渇水、砂漠化がさらに追い討ちをかけた。そこで、「飢えと渇きは薬では治せない」と1600本の井戸を掘り、2003年からは農業用水路の建設を開始され、その結果、25.5kmの用水路によって復興した田畑は3000ヘクタールにも及び、およそ15万人の生存が確保されました。用水路工事が巧みして地域の治安安定に寄与したのです。講演会では、灌漑用水建設にける中村哲氏の「思い」や建設時の苦労話など国際医療協力で従事した30年間について語っていただきます。

**3 懇親会** 午後5時30分～7時30分

音楽演奏  
(ラテン・ジャズ演奏)

ワイン  
テイasting



福引き

豪華賞品をご用意しています!



※写真はイメージ

マルシェ・アミス2013

恒例のアミス  
おすすめ商品の  
展示即売会を行います。  
ジュエリーなどの  
宝飾品からワイン・  
お茶などの食品まで!



参加費 会 員：1,000円 家族・従事者：3,000円

案内ハガキの「返信用ハガキ」にて7月19日(金)までにお申し込み下さい。

協  
会  
だ  
よ  
り

京都府保険医協会では医学書を斡旋しています。  
案内にない書籍もお気軽にお問い合わせください。



〈申込書〉 FAX 075-212-0707までお送りください。

★京都府保険医協会の会員の先生は書店でご購入いただくより割安になります。  
(表記価格は全て税込価格ですが、会員の先生には消費税抜きの価格で斡旋します)

※商品は神陵文庫より発送。申込価格5,000円以上は送料無料。

ご注文のタイトルに(し)してください 【医学書・新刊 2013年6月】

比類なき内科学のグローバルスタンダードの(原著最新18版)待望の日本語版	
初版以来定価据え置き、廉価を堅持。今ならオリジナルバッグをプレゼント	
<input type="checkbox"/>	<b>ハリソン内科学 (第4版)</b> 31,290円 福井次矢・他監 ●A4変型判 3,500頁 ●MEDSI
小児を診る開業医、プライマリ・ケア医の診察室に必携の書！ 第一線の小児科医が実践している独自のノウハウやコツをわかりやすく解説	
<input type="checkbox"/>	<b>開業医の外来小児科学 (第6版)</b> 23,100円 豊原清臣・他監 ●B5判 1,056頁 ●南山堂
初版刊行以来60余年。整形外科専門医の座右の書	
<input type="checkbox"/>	<b>神中整形外科学 (第23版)</b> □ 上巻 ●1,108頁 31,500円 岩本幸英・編 ●四六判 ●南山堂 □ 下巻 ●1,320頁 35,700円

全医療関係者必携の医薬品情報書、2013年1月発行	
<input type="checkbox"/>	<b>今日の治療薬 解説と便覧 2013</b> 4,830円 浦部晶夫・他編 ●B6判 1,376頁 ●南江堂
<input type="checkbox"/>	<b>治療薬マニュアル 2013</b> 5,250円 高久史郎・他監修 ●B6判 2,500頁 ●医学書院
毎年全面書き下ろし、信頼と実績の治療年鑑 2013年1月発売	
<input type="checkbox"/>	<b>今日の治療指針 2013</b> 私はこう治療している 18,950円 山口 徹他・総編集 ●2,064頁 ●医学書院
<input type="checkbox"/>	デスク判 18,950円
<input type="checkbox"/>	ポケット判 15,750円

<input type="checkbox"/>	<b>Dr.森の腹部超音波診断パーフェクト</b> 9,975円 森 秀明・著 ●B5判 488頁 ●診断と治療社
<input type="checkbox"/>	<b>めざせ！血管エコー職人</b> 8,190円 山本哲也・著 ●B5判 212頁 ●中外医学社
<input type="checkbox"/>	<b>がんの痛み アセスメント、診断、管理</b> 15,750円 中根 実・監訳 ●A4変型判 408頁 ●MEDSI
<input type="checkbox"/>	<b>感染予防、そしてコントロールのマニュアル</b> 4,725円 すべてのICTのために 岩田健太郎・監 ●A5変型判 400頁 ●MEDSI
<input type="checkbox"/>	<b>最新 内分泌代謝学</b> 14,700円 中尾一和・編 ●B5判 1,004頁 ●診断と治療社
<input type="checkbox"/>	<b>糖尿病学 2013</b> 9,975円 門脇 孝・編 ●B5判 192頁 ●診断と治療社
<input type="checkbox"/>	<b>科学的根拠に基づく 糖尿病診療ガイドライン2013</b> 3,990円 日本糖尿病学会・編 ●B5判 368頁 ●南江堂
<input type="checkbox"/>	<b>CKDブック 慢性腎臓病管理の手引</b> 9,450円 南学正臣・監訳 ●B5判 640頁 ●MEDSI
<input type="checkbox"/>	<b>すべてがわかる ALS(筋萎縮性側索硬化症)</b> 12,600円 ・運動ニューロン疾患 <アクチュアル脳・神経疾患の臨床> 祖父江 元・編 ●B5判 384頁 ●中山書店
<input type="checkbox"/>	<b>ICD-10精神科診断ガイドブック</b> 9,975円 中根允文・他監 ●A5判 792頁 ●中山書店
<input type="checkbox"/>	<b>統合失調症</b> 16,800円 日本統合失調症学会・監 ●B5判 768頁 ●医学書院
<input type="checkbox"/>	<b>消化管癌カラーアトラス 内視鏡所見から病理診断へ迫る</b> 14,700円 田尻久雄・他編 ●B5判 450頁 ●南江堂
<input type="checkbox"/>	<b>EOB-MRI/Sonazoid 超音波による肝癌の診断と治療</b> 12,600円 工藤正俊・他編 ●B5判 360頁 ●医学書院

<input type="checkbox"/>	<b>ここがツボ！患者に伝える皮膚外用剤の使い方</b> 3,570円 (改訂第2版) 段野貴一郎・著 ●B5判 148頁 ●金芳堂
<input type="checkbox"/>	<b>見落とさない！見間違えない！この皮膚病変</b> 6,300円 石川 治・編 ●B5判 184頁 ●全日本病院出版社
<input type="checkbox"/>	<b>消化器外科学レビュー2013-'14</b> 最新主要文献と解説 9,975円 渡邊昌彦・監 ●A5判 250頁 ●総合医学社
<input type="checkbox"/>	<b>しこりをみたらどう考える？</b> 4,935円 <b>日常診療で遭遇するしこりへの対応法</b> 生越 章・著 ●B5判 168頁 ●南江堂
<input type="checkbox"/>	<b>脊椎内視鏡下手術 &lt;スキル関節鏡下手術アトラス&gt;</b> 21,000円 吉田宗人・編 ●B5判 400頁 ●文光堂
<input type="checkbox"/>	<b>今日のリハビリテーション指針</b> 9,450円 伊藤利之・他編 ●A5判 624頁 ●医学書院
<input type="checkbox"/>	<b>EBM婦人科疾患の治療2013-2014</b> 13,125円 杉山 徹・他編 ●B5判 522頁 ●中外医学社
<input type="checkbox"/>	<b>「妊娠と糖尿病」母児管理のエッセンス</b> 7,980円 難波光義・他編 ●B5判 305頁 ●金芳堂
<input type="checkbox"/>	<b>耳鼻咽喉科・頭頸部外科Q&amp;A</b> 日常診療の疑問を解決 9,030円 岡本美孝・編 ●B5判 300頁 ●中外医学社
<input type="checkbox"/>	<b>経食道心エコーハンドブック -2D TEE-</b> 8,190円 清部俊樹・監訳 ●A5変型判 240頁 ●克誠堂出版
<input type="checkbox"/>	<b>手術後鎮痛のすべて &lt;痛みのScience &amp; Practice 1&gt;</b> 12,600円 川真田樹人・編 ●B5判 276頁 ●文光堂
<input type="checkbox"/>	<b>実践臨床麻酔マニュアル</b> 12,600円 竹内 護・他編 ●B5判 460頁 ●中外医学社
<input type="checkbox"/>	<b>麻酔科医のための循環管理の実際</b> 12,600円 <新戦略に基づく麻酔・周術期医学> 横山正尚・編 ●B5判 320頁 ●中山書店

日常診療に必要な、信頼ある最新情報を網羅。国内最大級のリファレンス 2013年6月発売につきご予約承り中です！

<input type="checkbox"/>	<b>今日の診療プレミアム Vol.23 DVD-ROM for Windows</b> 81,900円 永田 啓・監 ●DVD-ROM ●医学書院	<input type="checkbox"/>	<b>今日の診療ベーシック Vol.23 DVD-ROM for Windows</b> 61,950円 永田 啓・監 ●DVD-ROM ●医学書院
--------------------------	---	--------------------------	---

お名前	医療機関名
送付先 〒	
TEL :	FAX :

お問い合わせ・申込 京都府保険医協会 TEL075-212-8877 FAX075-212-0707  
 有限会社アミス TEL075-212-0303  
 〒604-8162 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637 第41長栄カーニープレイス四条烏丸6階

# メッセージツール作成をお手伝いします

## 地域に根ざす医療をめざして



### 医院・医療機関のリーフレット

- <参考価格>  
 ※ご相談の上、御見積を提出いたします。  
 ●A4判三つ折カラー刷り  
 500部 ..... ¥120,000 ~  
 ●B5判4頁カラー刷り  
 500部 ..... ¥135,000 ~

医療機関のリーフレットは、診療科目・時間・設備、理念などを  
 患者様、地域の皆様に広げるツールです。

**きかんしコムでは、リーフレットの外、広報誌、web サイトなど、  
 信頼される医療をめざすツール制作を、お手伝いします。**

社会を動かす宣伝力。

# きかんしコム

〒601-8205 京都市南区久世殿城町330-1  
 TEL.075-935-1115(代) FAX.075-935-5100  
 e-mail:com@mediapark.co.jp http://www.mediapark.co.jp

エッセイ集や自分史などの自費出版、お気軽にご相談ください。

### 株式会社 つむぎ出版

TEL.075-252-1788  
 FAX.075-254-2341  
 e-mail : tsumugi-pub@nifty.com

搭載率・搭載容量 No.1! 太陽光発電と言えば一条工務店!



一条の「夢発電システム」創エネ四冠達成!  
第9回 エコプロダクツ大賞 / エコサービス部門  
国土交通大臣賞受賞

「2011年度グッドデザイン賞 ビジネスモデル・デザイン部門」受賞・「環境メッセージEXPO2012 オルタナ賞」受賞・「低炭素杯2013 最優秀ソーシャルイノベーション賞」受賞と併せて、創エネ四冠を達成しました。



環境に優しい太陽光発電を  
もっと身近にするために。

私たち一条工務店は、考えました。

初期費用0円で始められる太陽光発電システム。

太陽光発電  
ご採用率  
85%<sup>※2</sup>

# 「夢発電システム」



## 「夢のキーワード」

一条工務店オリジナル「夢発電システム」を3つの「夢のキーワード」でご紹介します。



### 1 初期費用0円

初期搭載費用を全額、一条工務店グループ<sup>※3</sup>が金利1%でお立替え。  
建築予算をそのままに、思い通りのマイホームをご建築ください。



### 2 発電払い

お住まいになった後からお支払い開始。  
毎月の発電で得たメリットで、初期搭載費用を分割でお支払いください。



### 3 太陽光貯蓄

搭載費用のお支払い後は、まるまる収入に。  
大容量を搭載するほど、発電で得られるメリットは大きく、とってもおトクです。

※1.(株)住宅産業研究所/住宅産業エクスプレス(2011.6.20/2012.10.1)  
※2.2011年2月~5月の弊社受注数より算出。※3.一条工務店グループ 株式会社日本産業がお立替えます。



家は、性能。

一条工務店



問い合わせ先・業務推進グループ(法人)

0120-447-812

Mail:houjin@ichijo.co.jp/FAX:053-447-8024

本社: 〒135-0042 東京都江東区木場5-10-10

浜松本社: 〒432-8006 静岡県浜松市西区大久保町1227番6

営業時間: 9時~17時 / 定休日: 土・日・祝

発行所 京都府保険医協会 京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町六三七

第41長栄カーニープレイス四条烏丸六階

購読料年八、〇〇〇円(会員は会費に含まれる) 久保佐世

本号に限り六〇〇円