

医師臨床研修制度と新たな専門医に関する仕組み ～最近の動向～

平成29年9月28日(木)
卒後臨床研修評価機構10周年記念会

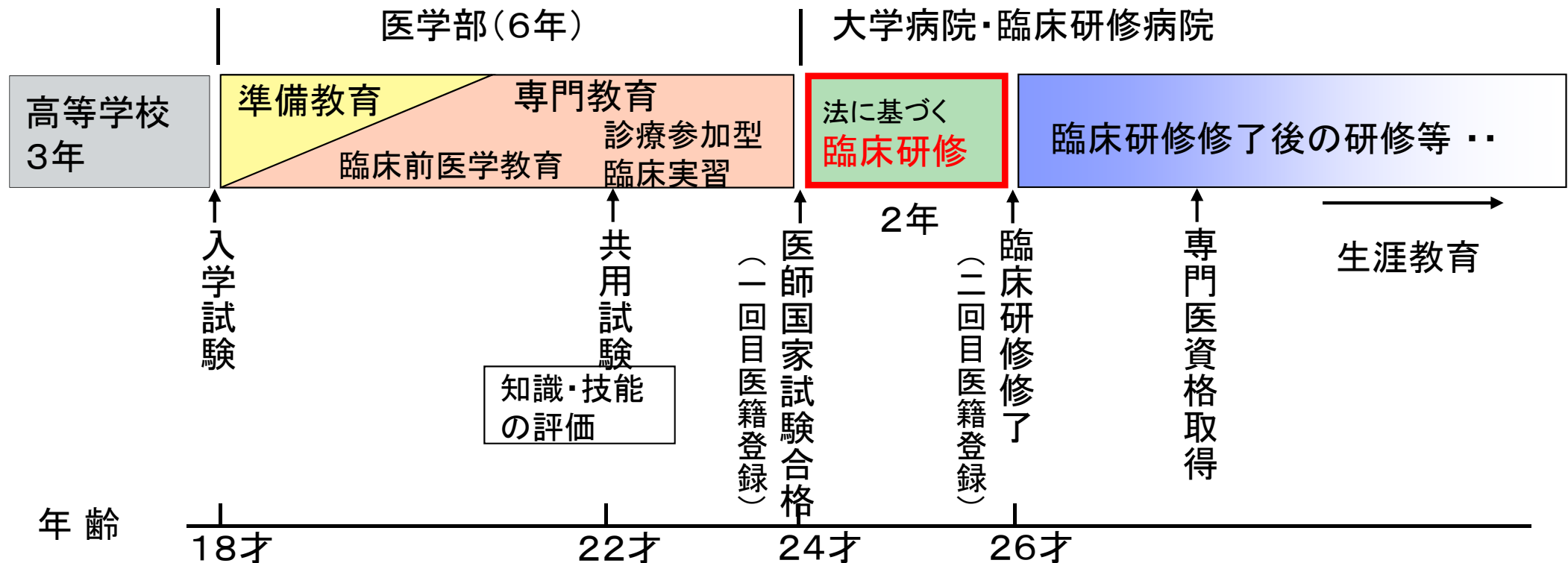
厚生労働省医政局医事課
医事課長 武井 貞治

臨床研修制度の概要

1. 医学教育における臨床研修

○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

○臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、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よう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

臨床研修制度に関する経緯

○昭和23年 インターン制度を開始(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)
(当時の問題点) インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

○昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力義務)

【指摘された問題点】

1. 専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 処遇の確保が不十分で、アルバイトによる生計維持
4. 限られた範囲(出身大学等)での研修

○平成16年度 新制度の施行(医師法改正)＜臨床研修の必修化＞

臨床研修制度に関する経緯

○平成16年度 新制度の施行(医師法改正)＜臨床研修の必修化＞

制度の見直しを検討(平成20年9月～)

【指摘された問題点】

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○平成22年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修プログラムの弾力化(7科目必修から3科目必修＋2科目選択必修へ)
- (2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化(年間入院患者数3000人以上の設定)
- (3) 研修医の募集定員の見直し(都道府県別の上限の設定等)

○平成27年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修希望者に対する募集定員の割合を縮小(1.2倍から次回見直し(平成32年度)に向けて1.1倍)
- (2) 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加

臨床研修の到達目標(現行)

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1)患者－医師関係、(2)チーム医療、(3)問題対応能力、(4)安全管理、(5)症例呈示、(6)医療の社会性

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1)医療面接、(2)基本的な身体診察法、(3)基本的な臨床検査、(4)基本的手技、(5)基本的治療法、(6)医療記録、(7)診療計画

B 経験すべき症状・病態・疾患

- 1. 頻度の高い症状(35項目。うち20項目は必修、レポート提出)
- 2. 緊急を要する症状・病態(17項目。うち11項目は必修)
- 3. 経験が求められる疾患・病態(88項目。うち70%以上の経験が望ましい)
 - ・A疾患:入院症例レポートが必修: 10項目(脳梗塞、腎不全、認知症等)
 - ・B疾患:外来、入院での経験が必修: 38項目(骨折、肝炎、小児喘息等)
 - ・外科症例(手術を含む)1例以上の受け持ち → 症例レポート

C 特定の医療現場の経験

- (1)救急医療、(2)予防医療、(3)地域医療、(4)周産・小児・成育医療、(5)精神保健・医療、(6)緩和ケア、終末期医療、(7)地域保健

臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係について

医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

医師として求められる基本的な資質・能力

1 プロフェッショナリズム

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

臨床研修の到達目標(卒後)

医師としての基本的価値観
(プロフェッショナリズム)

1 社会的使命と公衆衛生への寄与

2 利他的な態度

3 人間性の尊重

4 自らを高める姿勢

資質・能力

1 医学・医療における倫理性

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

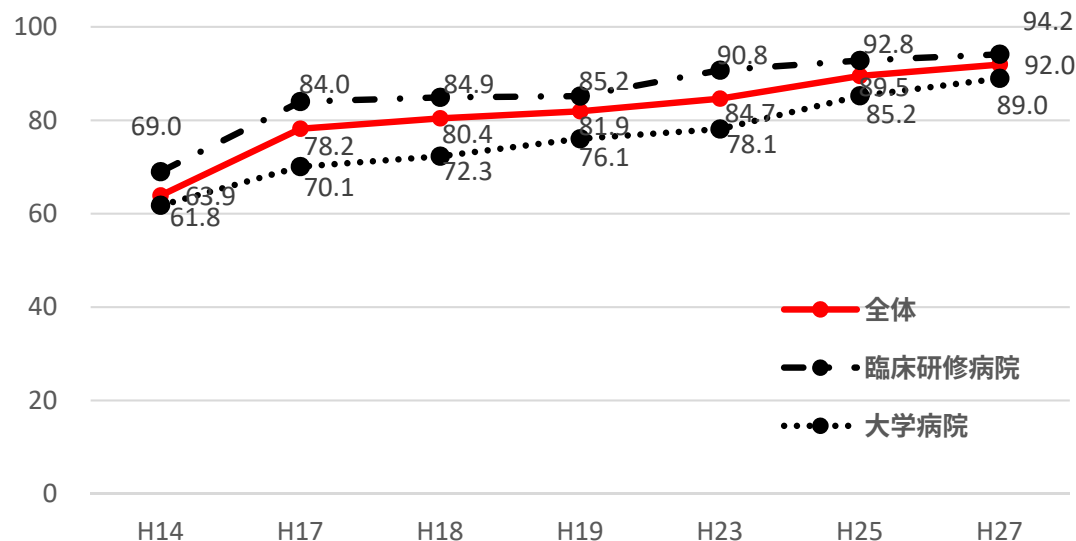
8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

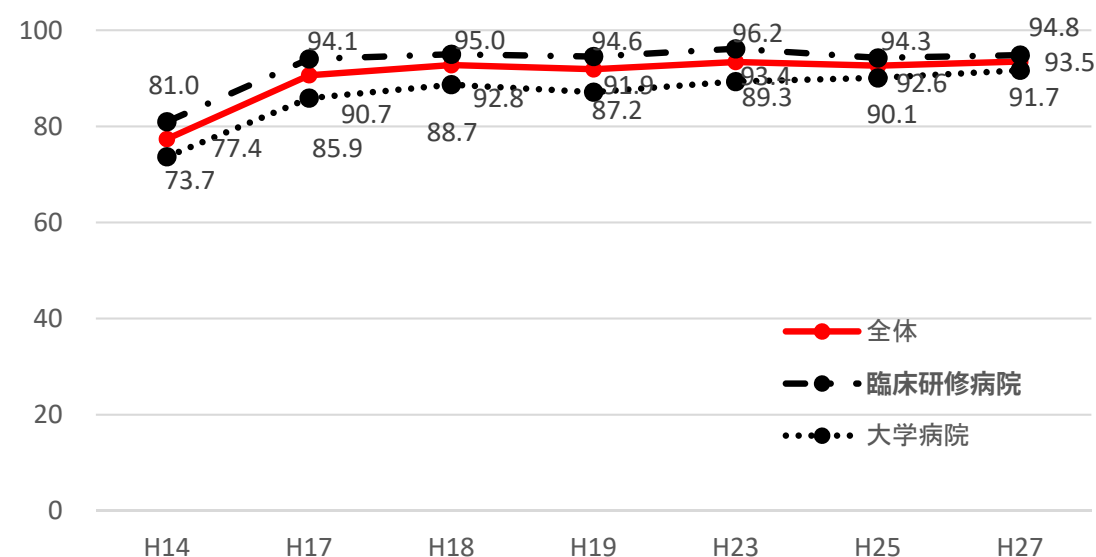
研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

○基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇。

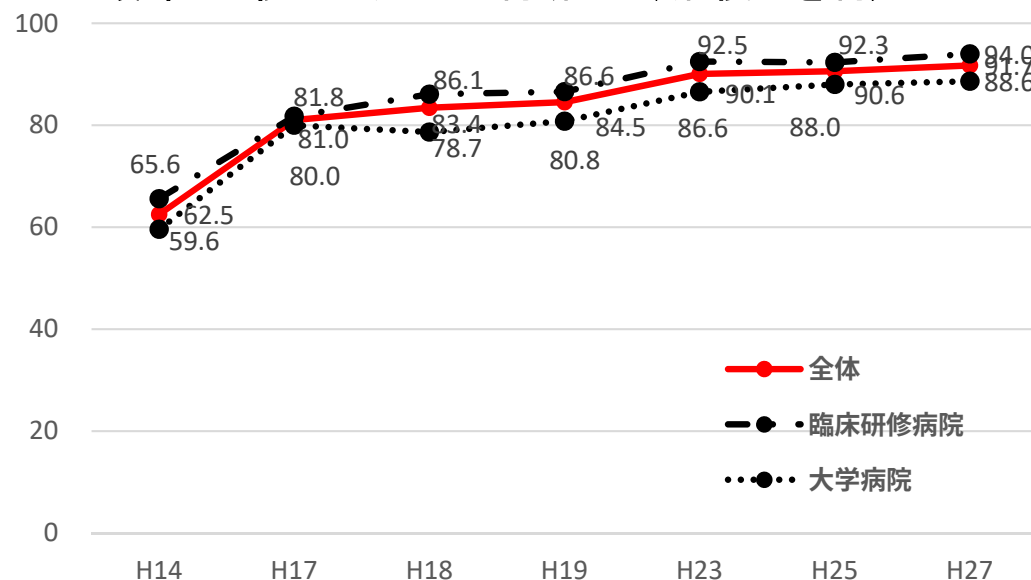
救急患者の重症度および緊急度を判断できる



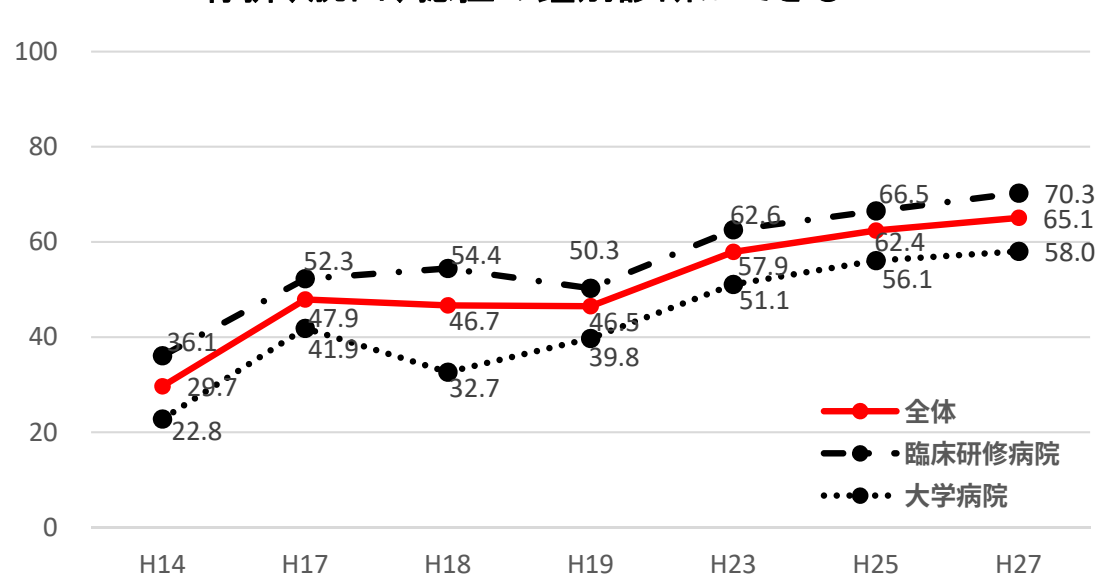
気管挿管ができる



頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる

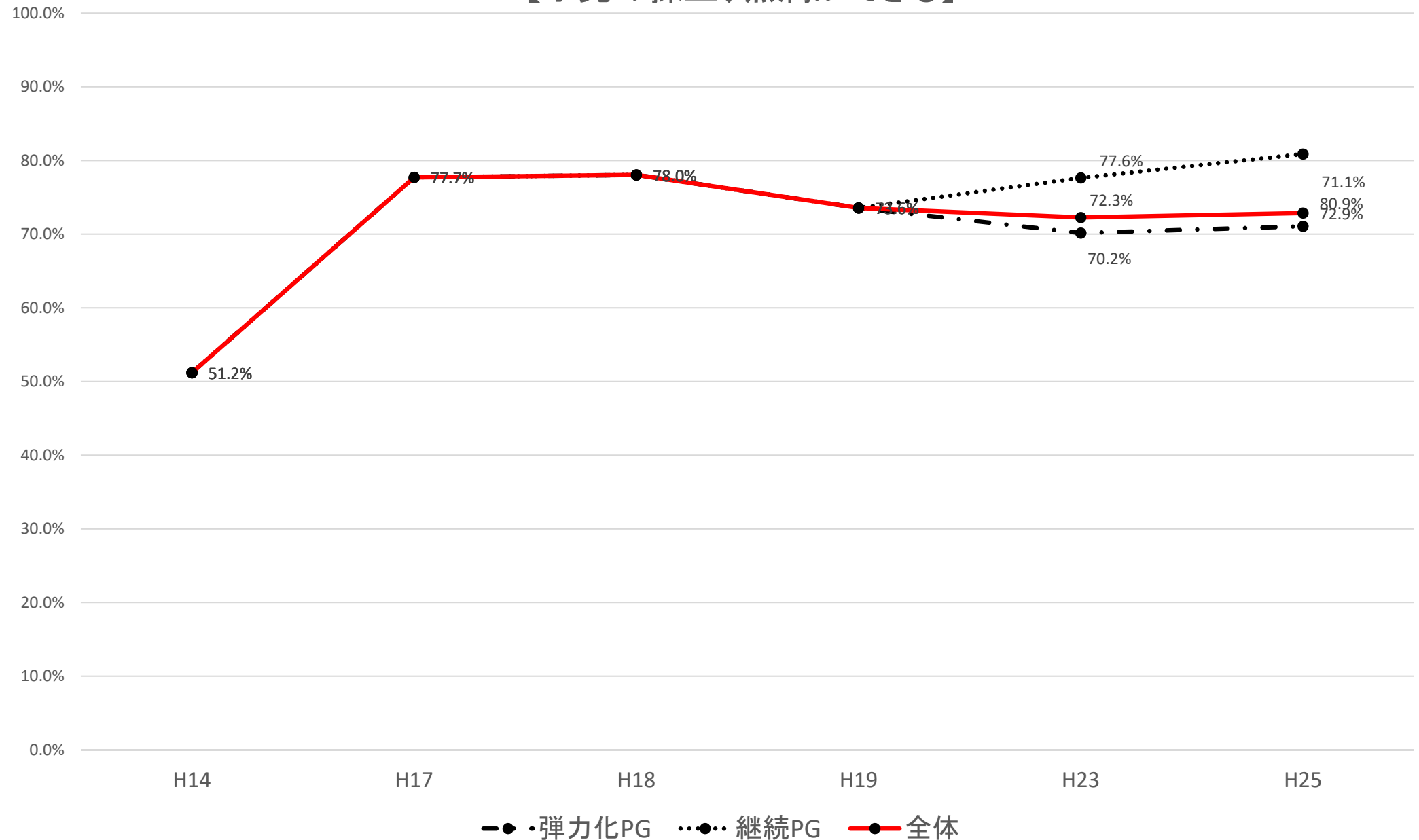


骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる



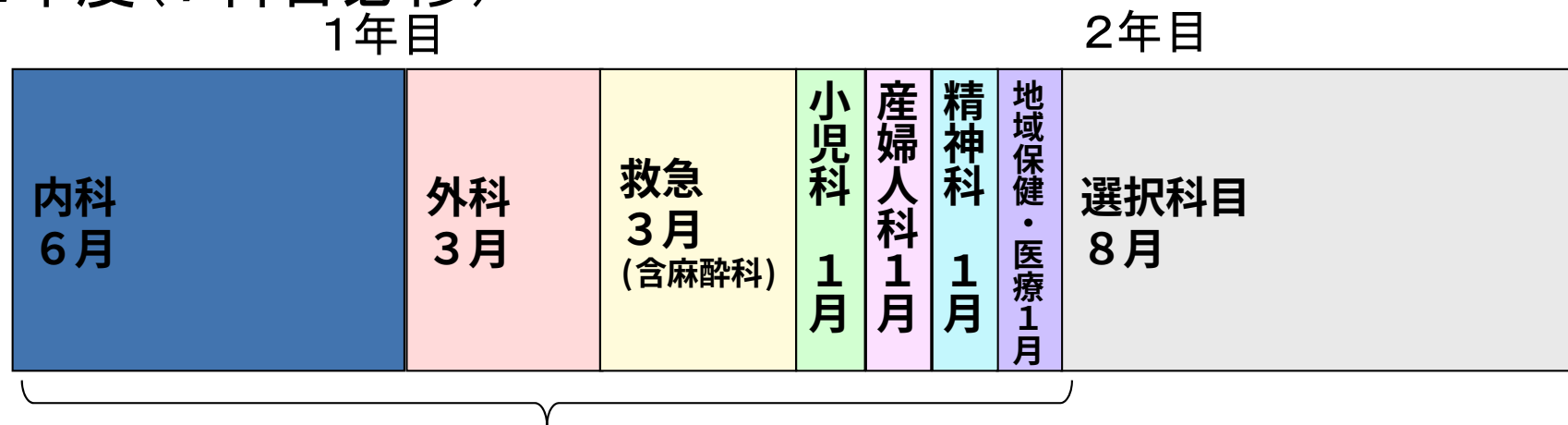
基本的な臨床知識・技術等について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合（研修プログラム別）

【小児の採血、点滴ができる】

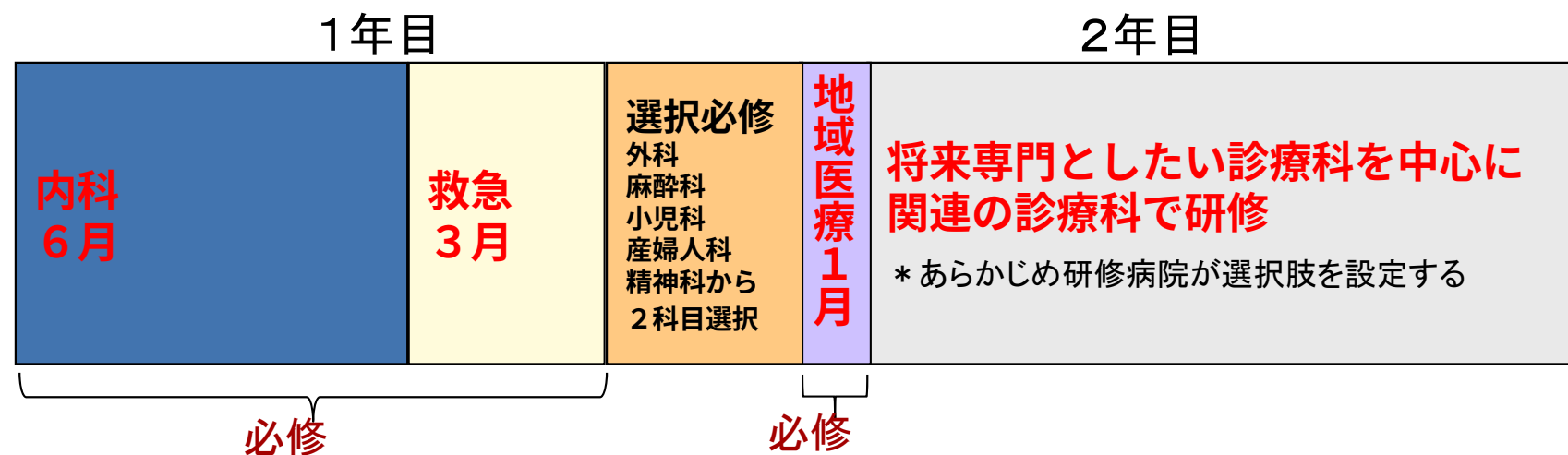


必修診療科の見直し(イメージ例)

H16年度～H21年度(7科目必修)



H22年度～(3科目必修)



医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ

趣旨

医師臨床研修の実施状況や診療能力の修得状況等を把握し、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における臨床研修制度の次回の見直しに向けて、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的に、本ワーキンググループを開催する。（医政局長が主催）

構成員

氏名	所属・役職
伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
羽鳥 裕	日本医師会常任理事
清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院副院長
高橋 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
田中 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療科長
◎ 福井 次矢	聖路加国際病院長
古谷 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
前野 哲博	筑波大医学医療系臨床医学域教授

（五十音順、敬称略、◎座長）

臨床研修医の募集定員倍率

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度の研修から都道府県別の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる。

臨床研修必修化



平成22年度



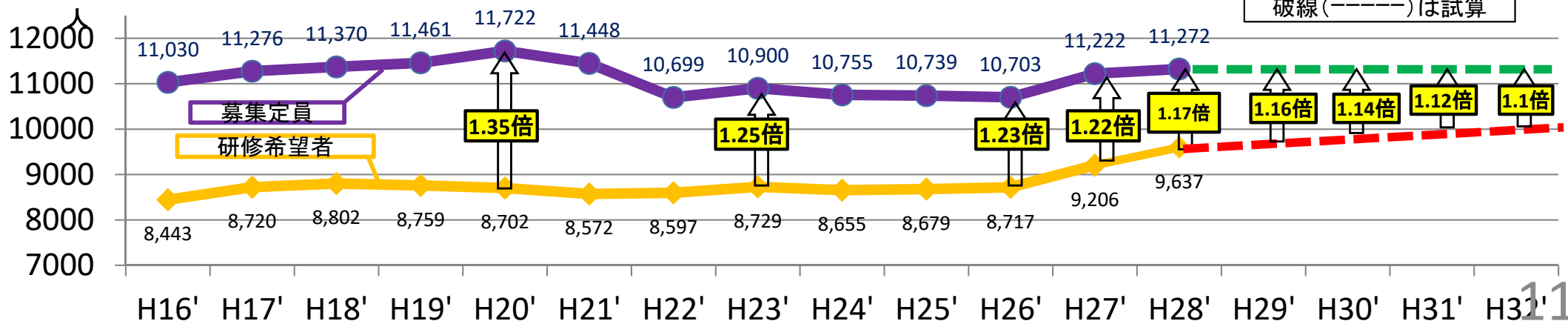
平成27年度

- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

全国の臨床研修募集定員数
= 全国の臨床研修希望者数

臨床研修医の募集定員倍率
(平成27年度 約1.2倍)

研修医の募集定員・研修希望者数の推移



研修医の平成28年度採用実績 < 6 都府県とその他の道県 >

- 臨床研修医の採用実績の割合について、平成22年度からの都道府県別の募集定員上限設定後、
- ・ 大都市部のある 6 都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡） では減少傾向にあり、
 - ・ その他の道県では増加傾向にある。

6 都府県以外の採用実績の割合

26年度 55.6%

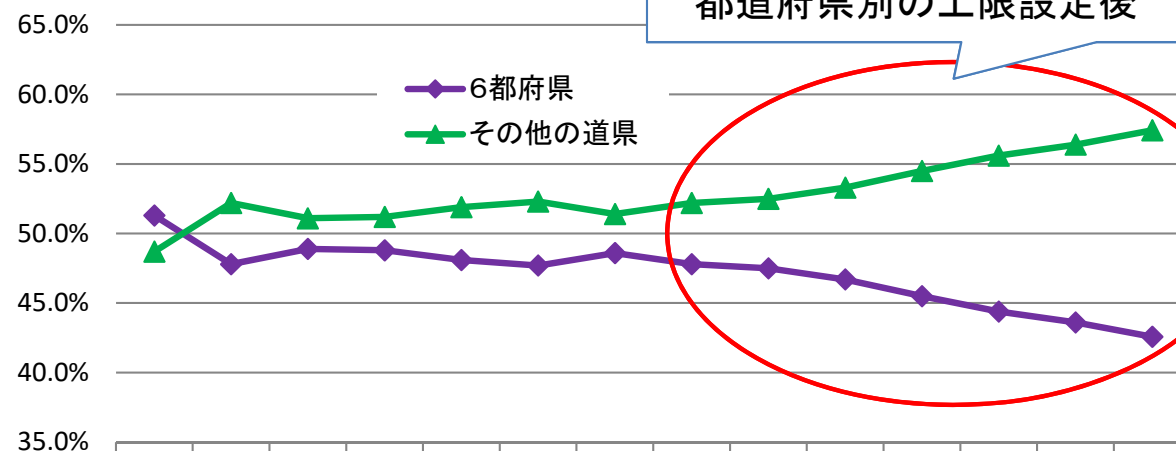


27年度 56.4% (+0.8%)



28年度 57.4% (+1.0%)

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%

(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493	3,462	3,595	3,671
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181	4,330	4,649	4,951
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674	7,792	8,244	8,622

年末までに検討すべき医師偏在対策

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員倍率のなお一層の縮小を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、都道府県等の調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件として検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

臨床研修病院の指定・募集定員設定

○幅広い診療能力の習得等を目的として、卒後2年間の臨床研修を必修化

○臨床研修病院の指定、募集定員設定は厚労大臣が実施

→ 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的

○都市部への研修医の集中抑制のため、

全国の募集定員 を毎年圧縮
全国の研修希望者数 (平成32年度に1.1倍)

研修医の地域定着

出身地・出身大学と異なる地域で臨床研修を行う医師が一定程度存在

しかし 臨床研修の際に出身県以外に出ると、出身県への定着率が大きく低下
(90% → 36%)

都道府県が管内の臨床研修病院の指定・定員設定に主体的に関わり、格差是正を進める必要

臨床研修病院の募集定員をさらに圧縮していく必要

臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図る必要

※ただし、相対的に医師不足でない都道府県や、人口に比して医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要

現状・課題

現状 医療計画には、「医療従事者の確保に関する事項」について定める旨のみ法定

➡ 現状分析・目標・対策の記載は都道府県ごとにバラバラ

記載が不十分な県

- ・ 現状分析：地域ごとの分析なし
- ・ 目標：記載なし、定性的
- ・ 対策：具体的ではない

PDCAサイクルに基づく計画の運用がなされず

現状 都道府県が実施できる実効的な医師偏在解消のツールが少ない

特に、都道府県は、管内の医師確保・定着に重要な医師養成への関与が小さい

医学部 ➡ 大学

- ・ 医学部定員設定・学生選抜

臨床研修 ➡ 厚生労働大臣

- ・ 臨床研修病院の指定、病院ごとの研修定員設定

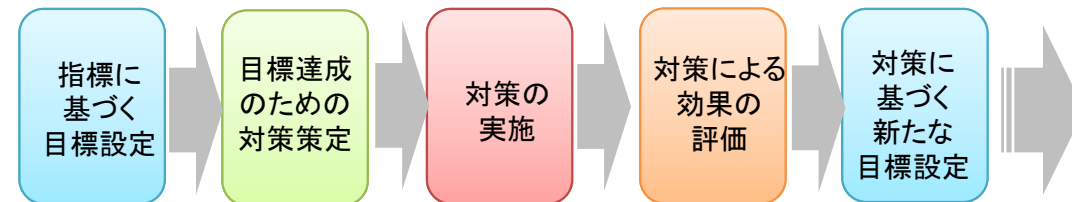
専門研修 ➡ 日本専門医機構（現在は各学会）

- ・ 専門医・研修プログラム（研修施設群・研修定員等）認定

検討の方向性（案）

医師の多寡を把握できる指標の導入

○ 都道府県が、PDCAサイクルを通じて医師確保できる実効的な計画とする必要



全国ベースで比較可能な指標により、各地域ごとの医師の多寡を客観的に評価・位置付け

○ 医師が多い都道府県・地域ではなく、医師が不足する都道府県・地域で医師が重点的に確保されるような、実効的な医師偏在対策が必要

○ 中長期的な医師確保対策となりうる医師養成に都道府県が関与できる仕組みが必要

専門医に関する議論の背景

専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

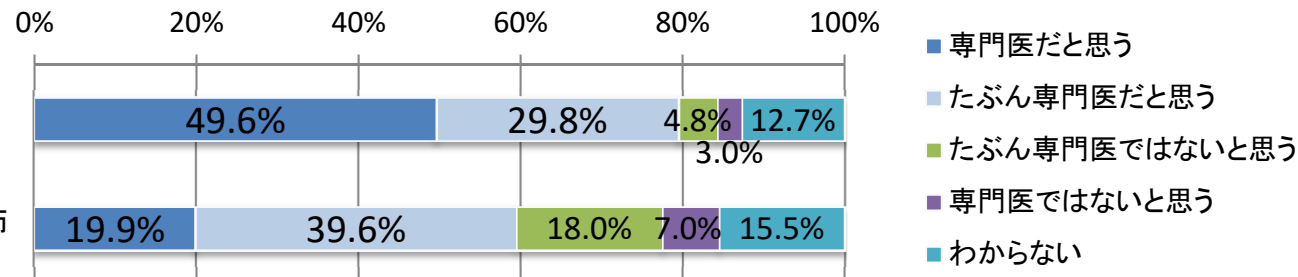
求められる専門医像

- ・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が存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

<イメージする専門医像>

テレビなどで取り上げられているスーパードクター

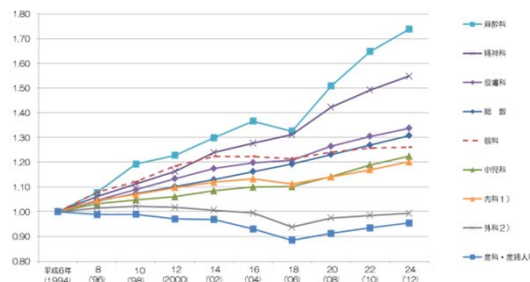
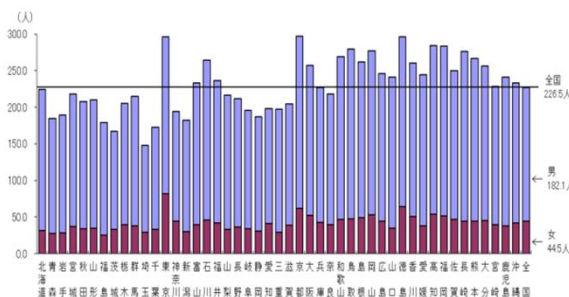
診療所(医院・クリニック)から紹介された医療機関の医師



出典: (社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

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。



新たな専門医に関する仕組みについて

(専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長)報告書 概要)

H25.4.22

趣旨

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検討会を開催。

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)

- 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。
- 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。

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等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。

(総合診療専門医)

- 「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。

(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。

(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。

※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

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

新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日 医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始
11月18日	日 医	「要望書」 ※専門医機構に対する要望書(新たな整備指針に関する要望)
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を決定
4月12日	市長会	「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 ※厚生労働大臣に対する要望書(2月に全国医系市長会から厚生労働大臣に対して同趣旨の要望あり)
4月24日	厚労省	第1回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催
6月2日	機 構	理事会を開催し、「専門医制度新整備指針(第二版)」を決定
7月7日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則の修正を決定
8月2日	大臣談話	「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話を公表

今後の予定(案) ※スケジュールについては議論が多く、慎重な対応が必要

8月～9月 機構は、研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と事前に協議
10月 専攻医の仮登録開始 → 地域医療に影響を与えていないか領域ごとに確認

今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会

1. 開催趣旨

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前段階の臨床実習を一層充実することが予定されている。また、平成16年度の臨床研修必修化が地域医療に大きな影響を与えたと指摘される一方で、専門研修についても医師偏在の懸念が地域医療関係者より示され、研修開始が1年延期され、現在、平成30年度の研修開始に向けて、標準的な医療を行う専門医の研修方法が日本専門医機構において検討されている。

これらの新しい研修制度において、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとすることが重要である。

こうした観点から、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討するため、本検討会を開催する。

2. 検討課題

- ・ 地域医療に求められる専門医制度の在り方
- ・ 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
- ・ 医師養成の制度における地域医療への配慮

3. 構成員（◎座長、○副座長）

荒井 正吾	奈良県知事	奈良 信雄	日本医学教育評価機構理事、順天堂大学特任教授
新井 一	一般社団法人全国医学部長病院長会議会長	南学 正臣	東京大学医学部腎臓・内分泌内科教授
今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長	邊見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
◎遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長	堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
押淵 徹	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長	山内 英子	聖路加国際病院副院長・プレストセンター長 ・乳腺外科部長
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長		
○桐野 高明	東京大学名誉教授	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
渋谷 健司	東京大学大学院国際保健政策学教授	吉村 博邦	一般社団法人日本専門医機構理事長
立谷 秀清	相馬市長、全国市長会副会長		

4. スケジュール

平成29年4月より開催

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」 が対応を求めた主要内容と日本専門医機構の対応

対応を求めた主要内容

※第1回、第2回及び第3回検討会で、日本専門医機構に対応を求め

- 専門医の取得は義務ではなく自発的な自己研さんとして位置付けられるものであることの明確化
- 地域医療従事者や女性医師等のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置等柔軟な研修制度の設置
- 研修の中心は大学病院のみでなく、地域の中核病院等であること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、研修プログラムを改善すること

日本専門医機構の対応

※日本専門医機構が専門医制度新整備指針及び運用細則を改正

- 専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、医師として自律的な取組として位置付けられることを明確化
- 出産や育児、介護、留学等相当の合理的理由がある医師等は研修カリキュラム制による専門研修等柔軟な対応を行い、研修に関する相談窓口を設置すること
- 幅広い疾患の症例が豊富な市中病院を重要な研修拠点とすること、連携病院で採用した医師は専攻医の希望があった場合、できる限り長期間連携病院で研修できるようにすること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、機構が関係学会と調整を行い、研修プログラムを改善すること

「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話（平成29年8月2日）

国民の求める医療ニーズは、「量」から「質」へと大きく転換しています。こうした中、若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって研鑽を続け、医療の質の向上を図るには、国際的な水準を担保し、世界にも評価される専門医を養成する制度の確立・運営が喫緊の課題です。

こうした中、新たな専門医制度の構築に当たっては、平成29年度の養成開始を目指し、日本専門医機構において準備が進められてきました。しかし、昨年6月に日本医師会及び四病院団体協議会から、新たな制度が施行されることにより地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があるため、一度立ち止まって、集中的な精査を早急に行うこと等が要望され、私からも、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望やご意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを求めました。

これを受け、日本専門医機構におかれては、地域医療関係者や地方自治体を加えた体制を整備するなど、ガバナンスの抜本的見直しを図ってられました。また、厚生労働省においては、本年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々が加わった場で意見交換を行って頂きました。

日本専門医機構においては、こうした議論の積み重ねを踏まえ、専門医の取得は義務ではなく医師として自律的な取組として位置付けられるものであることや、研修の中心は大学病院のみではなく症例の豊富な地域の中核病院等も含むことの明確化、女性医師等の多様な働き方に配慮したカリキュラム制の設置などを専門医制度新整備指針等に明記され、新たな制度の施行により地域医療に影響を与えないような配慮がなされていると理解しております。

他方、来年度より実施する新たな専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでに無い新たな仕組みであり、
○実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかと、
○専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないかなどの懸念を完全に払拭するには至っておりません。

新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。
厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

その結果、万が一、新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求めることといたします。

新たな専門医制度が、日本の医療をより一層質の高いものとする新たな礎となり、地域の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが必要です。そのためには、日本専門医機構及び各関係学会が協力し合い、様々な意見に耳を傾け、厚生労働省や都道府県などとも協議しながら、新たな専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮したものとなることを強く期待します。

「働き方改革実現会議」の概要

- ◎ 一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである「働き方改革」について、その実行計画の策定等に係る審議を行うもの。
- ◎ 総理自らを議長、働き方改革担当大臣・厚生労働大臣を議長代理として、関係大臣・有識者（労使双方の代表、専門的知見や現場での活動経験を有する者）が参加。

議長 長 安倍晋三 内閣総理大臣
議長代理 加藤勝信 働き方改革担当大臣
構成員 麻生太郎 副総理 兼 財務大臣
石原伸晃 経済再生担当大臣
世耕弘成 経済産業大臣

塩崎恭久 厚生労働大臣
菅 義偉 内閣官房長官
松野博一 文部科学大臣
石井啓一 国土交通大臣

(有識者)

生稲晃子	女優
岩村正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
大村功作	全国中小企業団体中央会会長
岡崎瑞穂	株式会社オーザック専務取締役
金丸恭文	フューチャー代表取締役会長兼社長グループCEO
神津里季生	日本労働組合総連合会会長
榊原定征	日本経済団体連合会会長
白河桃子	相模女子大学客員教授、少子化ジャーナリスト
新屋和代	りそなホールディングス執行役 人材サービス部長
高橋 進	日本総合研究所理事長
武田洋子	三菱総合研究所政策・経済研究センター副センター長 チーフエコノミスト
田中弘樹	株式会社イトーヨーカ堂 執行役員人事部長
樋口美雄	慶應義塾大学商学部教授
水町勇一郎	東京大学社会科学研究所教授
三村明夫	日本商工会議所会頭

働く人の視点に立った働き方改革の意義（基本的考え方）

- 日本経済再生に向けて、最大のチャレンジは働き方改革。働く人の視点に立って、労働制度の抜本改革を行い、企業文化や風土も含めて変えようとするもの。働く方一人ひとりが、より良い将来の展望を持ち得るようにする。
- 働き方改革こそが、労働生産性を改善するための最良の手段。生産性向上の成果を働く人に分配することで、賃金の上昇、需要の拡大を通じた成長を図る「成長と分配の好循環」が構築される。社会問題であるとともに経済問題。
- 雇用情勢が好転している今こそ、政労使が3本の矢となって一体となって取り組んでいくことが必要。これにより、人々が人生を豊かに生きていく、中間層が厚みを増し、消費を押し上げ、より多くの方が心豊かな家庭を持てるようになる。

経済社会の現状

- 4年間のアベノミクスは、大きな成果を生み出した。
 - ✓ [名目GDP]47兆円増加、9 %成長
 - ✓ [賃上げ]バースアップが4年連続で実現しつつある
 - ✓ [有効求人倍率]25年ぶりの高水準、史上初めて47全ての都道府県で1倍超。
 - ✓ [正規雇用]26か月連続で前年を上回る勢い。
 - ✓ [相対的貧困率]足元で減少、子供の相対的貧困率は初めて減少に転じた。
- 他方、個人消費や設備投資といった民需は、持ち直しつつあるものの、足踏みがみられる。
- 経済成長の隘路の根本は、人口問題という構造的な問題に加え、イノベーションの欠如による生産性向上の低迷、革新的技術への投資不足。
- 日本経済の再生を実現するためには、投資やイノベーションの促進を通じた付加価値生産性の向上と、労働参加率の向上を図ることが必要。
- 一億総活躍の明るい未来を切り拓くことができれば、少子高齢化に伴う様々な課題も克服可能。

日本の労働制度と働き方にある課題

正規、非正規の不合理な処遇の差

=

正当な処遇がなされていないという気持ちを「非正規」労働者に起こさせ、頑張ろうという意欲をなくす。

世の中から「非正規」という言葉を一掃していく

正規と非正規の理由なき格差を埋めていけば、自分の能力を評価されている納得感が醸成。納得感は労働者が働くモチベーションを誘引するインセンティブとして重要、それによって労働生産性が向上していく。

長時間労働

=

健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因。

長時間労働を自慢するかのよう風潮が蔓延・常識化している現状を変えていく

長時間労働を是正すれば、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり、労働参加率の向上に結びつく。経営者は、どのように働いてもらうかに関心を高め、単位時間（マンアワー）当たりの労働生産性向上につながる。

単線型の日本のキャリアパス

=

ライフステージに合った仕事の仕方を選択しにくい。

単線型の日本のキャリアパスを変えていく

転職が不利にならない柔軟な労働市場や企業慣行を確立すれば、自分に合った働き方を選択して自らキャリアを設計可能に。付加価値の高い産業への転職・再就職を通じて国全体の生産性の向上にも寄与。