

令和6年度都道府県医師会 新たな地域医療構想・医師偏在対策担当 理事連絡協議会

理事 出口 宝



令和6年度都道府県医師会 新たな地域医療構想・医師偏在対策担当理事連絡協議会 議事次第

日時：令和7年3月19日（水）13時～17時
場所：日本医師会館小講堂・ホール /WEB

開会

会長挨拶 日本医師会会長 松本 吉郎

議事

第1部：新たな地域医療構想について

- ・日本医師会による説明
日本医師会常任理事 江澤 和彦
- ・秋田県医師会からの報告
「第八次医療計画における二次医療圏再編を経て」
秋田県医師会会長 小泉ひろみ
- ・協議

～休憩 10 分～

第2部：医師偏在対策について

- ・日本医師会による説明
日本医師会常任理事 今村 英仁
- ・新潟県医師会からの報告
「新潟県の医師偏在対策新潟県医師会・新潟県・新潟大学医学部の連携」
新潟県医師会会長 堂前洋一郎
- ・協議

総括 日本医師会副会長 角田 徹

開会

日本医師会の今村英仁常任理事より開会が宣言された。

会長挨拶

日本医師会会長 松本吉郎

昨年末、国の検討会において新たな地域医療構想および医師偏在対策に関する関連法案が審議されている。今日は大きな二つのテーマについて、長時間にわたり議論を行うので、よろしくお願いしたい。法案成立後、新たな地域医療構想では、令和8年10月より医療機関機能報告を開始し、翌年以降に策定される。また、医師偏在対策は、令和8年度から本格実施する。医師会全体でこの取り組みについては、万全な体制を整える必要があるため、やや厳しいスケジュールとなるが、皆様の協力をお願いしたい。新たな地域医療構想では、日本医師会から地域医療・介護構想や包括期機能の提案を行った。

2040 年を見据え、在宅医療介護にも十分配慮しながら、将来を予測し、現行の構想の反省点を踏まえた対応を進めていく。一方、医師偏在対策では、厚生労働省や財務省と協議を重ね、8 月 21 日に 6 項目の対策案を公表した。昨年 12 月 17 日には、広域マッチングや事業承継支援など日本医師会の意向に沿った形で令和 9 年度補正予算が成立している。また、厚生労働省から日本医師会に対して、技術的な側面を取り入れた総合対策パッケージも公表されている。これまでどおり、地域医療を面で支えるための活動を推進しつつ、新たな枠組みにとらわれず、その地域で真に必要な医療が提供される体制の構築を最優先に考えている。本日は、厚生労働省の方々からの説明ではなく、日本医師会の考えをしっかりと伝えるため、担当役員から詳細な説明を行う。また、医師会の好事例として、新たな地域医療構想については秋田県医師会の小泉会長より、医師偏在対策については新潟県医師会の堂前会長から、それぞれ説明させていただく。大学等の関係者と連携しながら、社会的な取り組みを進めている。日本医師会としては、診療所の開設者や病院の勤務医の先生方をしっかりと支援していくことが、非常に重要な使命であると考えている。

議事

第 1 部：新たな地域医療構想について

・日本医師会による説明

日本医師会常任理事 江澤和彦

日本の地域医療構想は、2040 年に向けた医療提供体制の抜本的な改革を目指している。現在の医療環境は、急速な人口動態の変化と医療需要の転換期に直面しており、従来の病床削減政策から、より包括的で柔軟な医療提供体制の構築へと方針を転換している。まず、病床数の推移に注目すると、これまでの地域医療構想により、一般病床と療養病床を合わせて 3 万床が減少し、年間平均 9,000 床の自然減が続いている。2023 年の病床機能報告の速報値によれば、当初の 2025 年目標 119.1 万床に対し、実際は 119.0 万床程度となる見込みであり、おおむね

計画通りに進捗していると評価されている。興味深いのは、入院患者数の推移である。2005 年をピークに、入院患者数は継続的に減少しており、2005 年から 2023 年の間に約 30 万人の減少が確認されている。同期間に、高齢者人口は 1,046 万人増加し、要介護認定者も 270 万人増加している。この背景には、高齢者の医療に対する考え方の変化、在宅医療・介護サービスの拡充、介護保険施設の整備などが影響している。訪問診療の算定件数も大きく変化しており、地域医療構想開始以降、約 28.3 万件増加している。現在、訪問診療の約 83 万人のうち、60% が施設や高齢者住宅で提供されており、医療提供の場が多様化していることを示している。死亡場所の推移も注目に値する。2005 年には医療機関での死亡がピークを迎え、その後、自宅や介護施設での看取りが増加している。現在では、3 人に 1 人が医療機関以外で亡くなっており、医療と介護の連携の重要性が高まっている。新たな地域医療構想では、従来の病床機能報告から脱却し、医療と介護の複合的なアプローチを重視している。2040 年に向けて、85 歳以上の人口増加に対応するため、外来、在宅医療、介護の連携を含む包括的な医療提供体制の構築を目指している。医療機関の機能分類も大きく変更される。高度急性期、急性期、包括的、慢性期に加え、各医療機関の具体的な役割を明確にする医療機関機能報告が導入される。特に、高齢者救急への対応、在宅医療との連携、大学病院や拠点病院の役割などが重点的に議論されている。地域包括ケア病棟の創設や、介護施設と医療機関の連携強化も重要な施策である。特養や老健施設の約 7 割が、協力病院との連携協定を締結しており、医療と介護の境界が徐々に曖昧になりつつある。在宅医療の需要は地域によって大きく異なり、都市部と地方で全く異なる戦略が必要となっている。人口 50 万人以上の自治体では在宅医療の重要性が高く、5 万人未満の自治体では需要にばらつきがある。2026 年度に新たな構想が策定され、2027 年度から実質的に運用が開始される。日本医師会は、この構想を単なる医療費削減策ではなく、人口推計に基

づいた最適な医療提供体制の構築と位置づけている。最終的に、この地域医療構想が目指すのは、「医療の縮小」ではなく「地域の存続を支える医療」の実現である。厳しい人口動態と医療環境の中で、質の高い医療サービスを持続的に提供するための挑戦が続けられている。地域の特性を踏まえ、住民とともに歩む医療体制の構築が、日本の地域医療の未来を形作るのである。

・秋田県医師会からの報告

「第八次医療計画における二次医療圏再編を経て」

秋田県医師会会長 小泉ひろみ

秋田県の人口動態は極めて深刻な状況にある。かつては130万人を超えていた人口は、現在89万人台まで減少し、2040年には70万人前後、最悪のシナリオでは60万人程度にまで落ち込むと予測されている。この人口減少は自然減と社会減の両面で全国平均を上回るスピードで進行しており、コロナ禍によってさらに加速している。こうした人口動態の変化は、医療環境にも大きな影響を与えている。入院患者数は継続的に減少し、全国平均を上回る減少幅を示している。2019年以降はコロナの影響も加わり、医療提供体制の再構築が喫緊の課題となっている。医療圏の再編は、この状況に対応するための重要な戦略である。従来の8医療圏から3医療圏への再編は、地域住民に不安を与えたが、慎重かつ丁寧な説明により理解を求めてきた。疾患の特性に応じて、3医療圏で体制を構築する分野と従来の医療圏を維持する分野を明確に区分し、柔軟な対応を図っている。医

師不足の問題も深刻だ。東北地方全体で、医師数は2022年の6,229人から2040年には1,899人にまで減少すると予測されている。秋田県に限れば、現在の670人から314人にまで減少する見込みであり、地域医療の存続そのものが危ぶまれている。これらの課題に対し、秋田県は積極的な対策を講じている。地域医療連携推進法人の設立支援、在宅医療推進センター事業の展開、ITの活用による医療連携の強化などが、その中心的な取り組みとなっている。単に医療資源を縮小するのではなく、地域の特性に応じた柔軟で持続可能な医療体制の構築を目指している。特に注目すべきは、「地域完結型」医療への転換である。従来の病院完結型から、地域全体で医療と介護を支える仕組みへの移行を進めている。医療機関同士の連携はもちろん、住民の理解と参画を重視し、地域の実情に合わせた医療提供体制の再構築を図っている。将来展望としては、東北地方での広域的な医療連携も視野に入れている。単一の県域を超えた、より広範囲での医療資源の共有と連携を模索している。これは、人口減少と医療資源の縮小という共通の課題に直面する地域にとって、重要な戦略となり得る。最終的に、この地域医療構想が目指すのは、「医療の縮小」ではなく「地域の存続を支える医療」の実現である。厳しい人口動態と医療環境の中で、質の高い医療サービスを持続的に提供するための挑戦が続けられている。地域の特性を踏まえ、住民とともに歩む医療体制の構築が、秋田県の地域医療構想の本質的な目標なのである。



・協議

【山口県医師会の質問】山口県では、医師の高齢化が進み、在宅医療の需要が高まっている。診療所の機能が不十分な中、病院としての役割をどのように考えればよいか。

回答：地域の連携推進法人を中心に、在宅医療を担う体制づくりを進めている。総合診療医の養成も進めており、地域の病院の参加を求めている。各地域で役割分担が徐々に明確になってきており、例えば市立病院では在宅医療や訪問診療に特化するなど、地域の実情に応じた機能分担が進んでいる。

【静岡県医師会の質問】地域医療構想において、都道府県と市町村の関係性、特に在宅医療の推進における役割分担をどのように考えればよいか。

回答：これまで市町村は在宅医療・介護連携推進事業に取り組んできたが、医療行政への関与は限定的であった。今後は、都道府県、医師会、市町村が縦割りを排除し、密接に連携することが重要である。特に医師会が調整役として重要な役割を果たすべきである。

【兵庫県医師会の質問】病床機能報告における「包括的機能」の定義と、診療報酬上の取り扱いについて教えていただきたい。

回答：「包括的機能」は、主に高齢者救急への対応を想定している。在宅や介護施設からの患者受け入れ、誤嚥性肺炎や心不全などの高齢者に多い疾患への対応を重視している。診療報酬においても、地域包括ケア病棟の新設など、この機能に対応した評価を検討している。

【千葉県医師会の質問】二次医療圏の再編について、人口規模や地理的アクセスをどのように考慮すべきか。

回答：二次医療圏の再編は、各都道府県の実情に応じて柔軟に対応すべきである。人口が少ない地域では、隣接する医療圏との連携も検討する必要がある。高度急性期医療などは、より広域での対応が求められる場合もある。重要なのは、地域の実情に合わせて最適な医療提供体制を構築することである。

【北海道医師会の質問】医療圏の再編や病床機能の集約化について、住民の理解をどのように得たらよいか。

回答：住民への説明は、記者会見、地域医療構想会議への住民参加、市民団体での講演、パブリックコメントなど、多様な機会を通じて行った。重要なのは、医療の縮小ではなく、地域の医療体制を充実させることを丁寧に説明することである。アクセス改善や医療の質の向上など、具体的なメリットを示すことが理解を得るカギとなる。

第2部：医師偏在対策について

・日本医師会による説明

日本医師会常任理事 今村英仁

日本の医師偏在対策は、2040年に向けた医療提供体制の抜本的な改革の一環として、喫緊の課題となっている。現在の医療環境は、医師の地域偏在と診療科偏在という深刻な問題に直面しており、国は包括的な対策パッケージを策定した。医師偏在対策の根幹は、地域の実情に応じた柔軟な対応にある。厚生労働省は、全国109の重点医師偏在対策支援区域を設定し、各都道府県に対して地域の特性を踏まえた医師偏在是正プランの策定を求めている。この取り組みは、単なる数値目標の達成ではなく、地域の医療ニーズに即した医師配置を目指している。特に注目すべきは、外来医師多数区域における新規開業規制の導入である。国は、特定の大都市圏において、新規開業希望者に対して地域で

必要な医療機能の提供を求める方針を打ち出した。これは、医療資源の偏在を是正し、地域間の医療格差を縮小するための戦略的な取り組みである。医療機関の管理者要件も大幅に見直される。これまで診療所に限定されていた勤務経験要件が、自治体病院や公的医療機関にも拡大される。具体的には、保険医療機関での5年間の診療従事を管理者の条件とし、地域医療への貢献を促進する仕組みを構築している。医師のキャリア形成支援も重要な柱となっている。医学部入学段階からの地域枠の設定、初期臨床研修、専門研修における地域医療への誘導など、医師養成課程全体を通じた総合的なアプローチが採用されている。特に、若手医師にとって魅力的な研修環境の整備が重視されている。経済的インセンティブの導入も、医師偏在対策の重要な手段である。へき地や医師不足地域での勤務に対する財政支援、キャリア形成支援、医療機関の承継支援など、多角的な支援策が検討されている。令和8年度から本格的に実施される予定で、地域医療を支える医師への具体的な支援策が明確化されつつある。全国的なマッチング機能の支援も新たに導入される。令和7年度から開始予定のこの事業は、医師の地域間移動を円滑にし、医療資源の効率的な配置を目指している。日本医師会も、この取り組みに積極的に参画し、地域医療の質の向上に貢献する方針である。医療法改正に伴い、オンライン診療や遠隔医療の規定も整備される。これらの新技術は、医師不足地域における医療提供体制の補完的な役割を果たすことが期待されている。特に、へき地や高齢化が進む地域において、医療アクセスの改善に寄与すると考えられている。日本医師会は、これらの対策に対して慎重かつ建設的な姿勢を示している。単なる数値目標の達成ではなく、地域の実情に即した柔軟な対応を重視し、医療界全体の意見を反映させる努力を続けている。特に、かかりつけ医機能の強化や、地域における医療・介護の連携を重要視している。最終的に、この医師偏在対策が目指すのは、「医師の地域偏在解消」だけではない。地域の特性を踏まえ、住民に質の高い医療サービスを持

続的に提供するための包括的なアプローチなのである。2040年に向けて、日本の医療提供体制は大きな転換期を迎えており、医師偏在対策はその重要な一翼を担っている。医療を取り巻く環境は急速に変化しており、この対策は単なる制度改革ではなく、地域社会の存続と発展に直結する重要な取り組みとして位置づけられている。医師、行政、地域社会が一体となって、持続可能な医療提供体制の構築に挑戦している。

・新潟県医師会からの報告

「新潟県の医師偏在対策 新潟県医師会・新潟県・新潟大学医学部の連携」

新潟県医師会会長 堂前洋一郎

新潟県の医師確保対策は、深刻化する地域医療の課題に対する包括的かつ戦略的な取り組みとして注目されている。2040年問題を見据え、医師の確保と地域医療の質的向上を目指す新潟県の施策は、日本の地域医療政策のモデルケースとして高く評価されている。医師確保の最大の課題は、医師の高齢化と地域偏在である。現在、新潟県の医師年齢構成は50代、60代が中心となっており、10年後には大幅な医師数の減少が予測されている。特に、若手医師の地域定着が喫緊の課題となっている。令和3年には4つの病院が消滅するなど、地域医療の存続が危ぶまれる状況にある。新潟県の対策の特徴は、医師会、大学、行政の三位一体のアプローチにある。具体的には、新潟大学と連携し、地域枠の拡大や初期臨床研修の魅力向上に注力している。令和5年には、初期臨床研修医の数を147名から167名へと大幅に増加させ、全国rankingでも上位に躍進した。特に注目すべきは、医学生 of 早期段階からの地域医療への動機づけである。中学生や高校生を対象とした医師の仕事体験プログラムや、医学部1年生を対象とした地域医療 exposure プログラムを実施している。これらの取り組みは、単なる人材確保策を超えて、地域医療への理解と愛着を育む戦略となっている。初期臨床研修プログラムの特色化も大きな特徴である。海外留学支援制度、イノベーター育成コース、産業医資格取得支援

など、多様なキャリアパスを提供している。特に、ハーバード大学への留学支援や、県外病院との連携研修プログラムは、若手医師のモチベーション向上に大きく貢献している。経済的支援も重要な柱となっている。私立大学に対する月 30 万円の支援、新潟大学の地域枠学生への 6 年間で 800 万円の支援など、経済的インセンティブを通じて地域医療への貢献を促進している。これらの支援は、単なる金銭的援助ではなく、地域医療を担う医師の育成という明確な目的を持っている。女性医師や若手医師の支援も積極的に行われている。女性医師の交流会や、法曹界、メディア関係者との交流イベントなど、キャリアと生活の両立を支援する取り組みが展開されている。これらの施策は、多様な人材の地域医療への参画を促進する重要な戦略となっている。専攻医の確保も大きな課題となっている。現在、新潟大学の医学部卒業生 100 名のうち、県内定着率は 30% に留まっており、70% が県外に流出している。この状況を改善するため、1 年生からの地域医療 exposure、地域の魅力発見プログラムなど、多角的なアプローチを展開している。特に注目すべきは、上越地区における家庭医療専門医の育成構想である。地域の特性を活かした専門医育成は、地域医療の持続可能性を高める重要な戦略となっている。医師会、行政、大学が連携し、地域に根ざした医療人材の育成に取り組んでいる。コロナ禍における医療対応も、新潟県の地域医療の底力を示した。宿泊療養施設や在宅医療における死亡者ゼロを達成し、全国最下位の医療費を実現するなど、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築している。最終的に、新潟県の医師確保対策が目指すのは、単なる医師数の確保ではない。地域の特性を踏まえ、地域に根ざし、地域とともに歩む医療人材の育成である。2040 年に向けて、持続可能な地域医療体制の構築は、日本の地域社会の存続に直結する重要な挑戦となっている。医師、行政、大学が一体となって取り組むこの包括的なアプローチは、地域医療の未来を切り開く希望の光となっている。新潟県の取り組みは、日本の地域医療政策に新たな可能性を示す先駆

的な事例として高く評価されるべきである。

・協議

【医師偏在指標に関する質問】 医師偏在指標の算定方法に課題があると聞く。具体的な問題点と今後の改善の見通しはどうか。

回答：現行の医師偏在指標には、いくつかの課題があることを認識している。特に外来医療に関する指標が不十分で、診療所の医師数のみを反映し、病院の外来部門が考慮されていない点が問題である。第 8 期計画期間中は現行の指標を維持するが、第 9 期に向けて見直しを検討している。医師会として、より正確で実態に即した指標の開発に取り組んでいく。

【地域医療支援区域に関する質問】 重点支援区域の選定基準について、特に定住人口や地域の実情をどのように考慮するのか。

回答：現時点では、定住人口に関する明確な基準は設定されていない。各都道府県が地域の実情に応じて柔軟に対応できるよう配慮している。特に、医師の高齢化が進む地域や、後継者不足に悩む診療所がある地域を重点的に支援する方針である。国が示した 109 の区域は参考であり、各都道府県の地域医療対策協議会で最終的な判断を行う。

【大学の地域医療への関与に関する質問】 大学病院の地域医療への取り組みが不十分だと感じている。教授陣の意識改革や、若手医師の地域医療への動機づけについてどのようにお考えか。

回答：大学病院の地域医療への関与は重要な課題である。現状では、研究に特化した教授が多く、地域医療への関心が低い傾向がある。医学教育のカリキュラムにおいても、地域医療に関する教育が十分に組み込まれていない状況である。文部科学

省と連携し、医学部教育の改革を進めている。具体的には、地域医療の重要性を早期から教育に取り入れ、若手医師の意識改革を図っている。

【開業医の地域貢献に関する質問】 外来医師多数区域における開業規制と、地域に不足する医療機能の確保について、どのように考えているか。

回答：外来医師多数区域での開業に際しては、地域で不足している医療機能への貢献を求めている。初期救急、在宅医療、公衆衛生などの分野で、地域のニーズに応える開業を推奨している。単に数的な規制ではなく、地域医療の質の向上を目指している。開業を検討する医師には、地域医師会と十分に協議し、地域の実情を理解することを求める。

【医師の働き方改革に関する質問】 医師の働き方改革における研修医の勤務制限について、現場への影響をどのように考えているか。

回答：研修医の勤務制限は、医師の労働環境改善に必要な施策であるが、同時に医療現場への影響も懸念される。原則として3年間は病院勤務を求める現行の方針については、柔軟な運用が必要だと認識している。研究活動や地域の実情に応じて、例外的な対応も検討すべきと考える。

【大学病院等に対する医師の待遇に関する質問】 指導的立場にある医師の待遇が十分でなく、これが医師確保や地域医療への貢献に大きな障壁となっている。特に、国立病院の医師と大学病院の医師の処遇は、同等の待遇が必要である。また、専攻医が大学に集まるためのインセンティブが重要である。単に給与だけでなく、教育環境や研修プログラムの魅力、指導体制の充実が専攻医の選択に大きく影響する。特に地方大学においては、この点が顕著な課題となっている。さらに、大学の医師派遣機能に焦点を当

て、地域医療における大学の役割が重要である。大学が地域の医療ニーズに応じた適切な医師派遣を行うことが、診療科偏在の解消に不可欠である。最後に、これらの課題解決には財源確保が必要不可欠であり、国や関係機関の支援が重要である。大学病院の指導医の処遇改善、専攻医にとって魅力的な環境づくり、地域医療への貢献を可能にする支援体制の構築が、医師偏在問題解決の鍵となる。

回答：特定機能病院のあり方検討会でも同様の問題が議論されており、大学病院の指導医の処遇改善が重要な課題であることを認識している。単なる規制的手法ではなく、自発的な解決策を模索したい。国や厚生労働省との協議を継続しながら、医師会として状況を注視し、改善に向けて取り組んでいく。

総括

日本医師会副会長 角田 徹

基本的な方針として、2040年頃を目途に、地域の医師会を中心とした事業を展開すべきであると考えている。また、秋田県医師会の小泉会長、新潟県医師会の堂前会長からの事例紹介や、課題解決に向けた取り組みに感謝する。我が国においても、地域の実情に応じた柔軟な対応が求められている。一方、国の補正予算における医療機関への支援事業も承知のとおりである。現在、医療機関は非常に厳しい状況にあり、これまでの各種計画や実行は極めて困難な状況である。新たな地域医療構想や医師偏在対策とともに、医療機関の健全経営の確保など、多くの課題に取り組まなければならない。補正予算による支援事業を適切に実施し、これらの課題に真摯に向き合っていく。来年度から、新たな地域医療構想や医師確保計画のためのガイドライン作成に向けた検討が国レベルで開始される。ガイドライン策定後の計画実施において、まだ解決すべき課題が残されている。医師会全体として、地域に根差した医療提供体制の構築に向けた取り組みが円滑に進むよう、引き続き

要望していく。最後に、我が国の政治状況は非常に不安定であることを指摘させていただく。改めて二つのお願いがある。組織力の強化と夏の参議院選挙に関して、現場の状況を十分に理

解した上で、大きな力を発揮していただきたい。これは極めて重要な点であり、皆様の尽力をお願いしたい。

印象記

理事 出口 宝

標記協議会が3月19日に日本医師会館3階小講堂において開催され、現地で参加しました。新たな地域医療構想については2040年頃を視野に入れて、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想となっています。キーワードは「治す医療と治し支える医療の役割分担」と「連携・再編・集約」です。既に全国では人口減や過疎化が急速に進んでおり「連携・再編・集約」は避けて通れません。秋田県は二次医療圏の再編を行い、現在の8医療圏から3医療圏とするそうです。住民の理解を得るための相当な努力が必要であったと想像できます。

これまで地域医療構想は医療計画の中で行われてきましたが、新たな地域医療構想は医療計画の上位に位置づけられました。これをもって、今後は病床区分毎の必要量の推計、医療機関機能の明確化、そして医療機能報告により、病床機能・医療機関機能の整理が図られ医療提供体制を構築されていくこととなります。そこにはかかりつけ医機能も深く関与し、外来・在宅医療、医療介護連携が重要となるなど市町村レベルでの協議も必要となってきます。これまで以上に郡市地区医師会の関与が大きく求められることとなります。

さて、医師偏在対策における国の動きは、2024年4月に当時の武見敬三厚生労働省大臣が突然「地域ごとに医師数を割り当てることも検討するべき」と発言したことからスイッチが入り、骨太の方針、近未来健康活躍社会戦略、総合的なパッケージの策定、そして今年に入り医療法改正法案へと動いています。具体的な詳細は報告記事をご覧ください。そして、財務省は財政制度等審議会で「自由開業・自由標榜の見直し」「医学部定員の適正化」「外来医師多数区域での保険医新規参入の制限」といった規制的手法を持って対応しようとする姿勢を見せました。ここにも財務省の「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」というシーリングの考え方が見え隠れしています。各県医師会や関係機関では様々な取り組みを行われているようですが一発ホームランはありません。宮崎大学では医学部定員を110人から100人に減らす一方で地域枠を40人に増やしました。また、かつての様に大学が地域の医療ニーズに応じた適切な医師派遣を行うことが診療科偏在の解消には大きな力を持ちます。新たな地域医療構想では「大学病院からの医師派遣」を位置付けて、「特定機能病院」の基準を見直して大学病院本院には「医師を派遣する機能」を追加する方針案が出されています。そのためには、大学病院の指導医の処遇改善、専攻医にとって魅力的な環境づくりも必要です。日医も状況を注視して取り組んでいくとしていました。

最後になりましたが、ユニークな取り組みとして、新潟県医師会から地域で活躍する人材を確保するための戦略として、女性医師の交流会や、法曹界、メディア関係者との交流イベント（婚活だそうです）が紹介されていました。