医療従事者の需給に関する検討会 第11回　医師需給分科会	資料3
平成29年９月13日	

年末までに検討する
医師偏在対策の主な論点について

１．医師偏在対策に関するこれまでの経緯について

医師偏在対策についての議論の流れについて

平成27年６月 「経済財政運営と改革の基本方針2015」（抜粋）

「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在 等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」

平成27年12月 「医療従事者の需給に関する検討会」

平成28年６月 医師需給分科会中間取りまとめ（抜粋）

「医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない。」

「医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、「保健医療2035」、分科会における各構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、（中略）年末に向けて具体的に検討を進め、取りまとめを行うこととする。」

「本年中に各都道府県が策定する地域医療構想やあるべき医療の姿を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン（仮称）」を策定し、その上で必要な医師数を検討する。」

（「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」開催のため中断）

平成28年10月 「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」

平成29年４月 報告書（抜粋）

「医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、（条件が合えば）「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在することが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。（中略）規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、「へき地等に『当てがう』」との発想に依存すべきではない。」

「敢えて医師数を増やす必要がない環境を作り上げていくことが重要と考える。」

「医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等で行うタスク・シフティング（業務の移管）／タスク・シェアリング（業務の共同化）を、これまでの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである。」

平成29年４月 「医療従事者の需給に関する検討会」 再開

平成29年６月 早期に実行可能な医師偏在対策について

平成29年９月13日 「医師需給分科会」 において医師偏在対策の本格的議論開始予定

経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～（平成29年６月９日）（抜粋）

「増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、（中略）抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。」

医師の需給推計の結果について（暫定）

平成28年3月30日　第4回
医師需給分科会　資料（改）

○　本推計は、平成20･21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて早急に結論を得るために行った暫定的な推計であり、今後、全国調査等を行った上で、より精緻な推計を行う。

○　需要推計においては、

①　地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む

②　国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む

③　医師の勤務時間の短縮を見込む

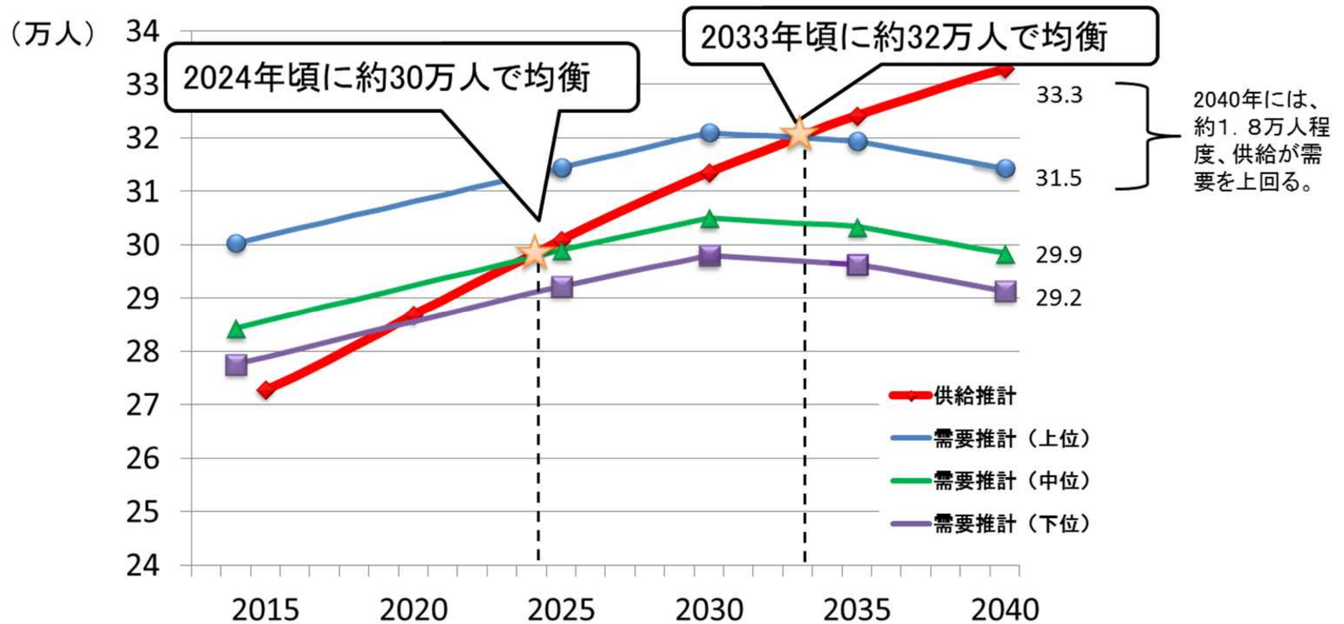
など、精緻に推計。

※１　国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等

※２　上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）

○　供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。

※３　女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0．８、高齢医師0．８、研修医１年目0．３、研修医２年目0．５として推計



中間取りまとめにおける医師偏在対策のポイント

平成28年9月15日　第7回
医師需給分科会　資料

○　平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
・　平成34年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない
・　医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある
とされた。

○　これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。

○　また、医師の地域定着につながるよう、**医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重**しつつ、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。

【例】
・　診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
・　地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
・　医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
・　医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等

○　これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。

○　医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながらない。

○　このため、自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、**さらに強力な医師偏在対策について議論**し、**年内のとりまとめ**を目指す。

年末までに検討すべき医師偏在対策

平成28年9月15日　第7回
医師需給分科会　資料

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することを検討

(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

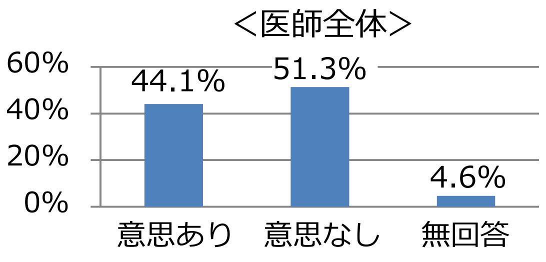
(4) サービス受益者に係る対策
○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

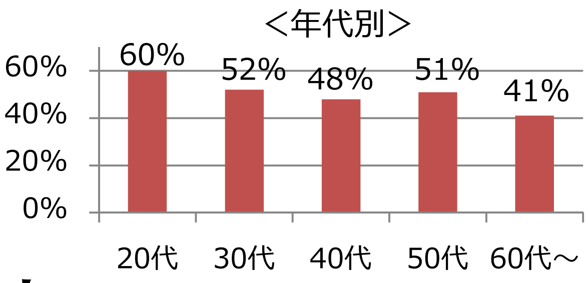
「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」で示された医師偏在対策の主な考え方

働き方実態調査の結果

地方勤務する意思

※地方：東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外





→ 多くの医師、特に若手は、潜在的には地方勤務に魅力を感じている

※地方勤務の期間の希望は、20代は2～4年が多いが、30代以上は10年以上が多い

地方勤務の意思がない理由

- 労働環境への不安
- 希望する内容の仕事ができない

※　20代は「専門医の資格取得が困難」、30・40代は「子どもの教育環境が整っていない」も障壁

→ キャリア形成や生活への障壁が除かれれば、地方で従事する可能性

報告書で提言された具体的なアクション（例）

地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上

- 地域医療支援センターが、医療勤務環境改善支援センターと協力し、へき地等への派遣医師の勤務負担軽減　例）複数医師によるグループ診療、週4日勤務制の導入、遠隔診療支援等
- 地域医療支援センターが、大学医局等と協力し、キャリア形成プログラムを作成

都道府県に権限を移譲し、主体的な地域医療の取り組みを促進

- 地元出身者枠の創設・拡大の要請
- 国の研修病院指定権限等を都道府県に移管
- 日本専門医機構と都道府県との協議の枠組み

外来医療の最適化に向けた枠組み

- 外来に関する需給ギャップを把握し、資源の分析と必要な診療科の方向付け等に関する（地域医療構想調整会議類似の）協議体制の構築

都道府県に保健医療政策に精通した人材を育成・確保

経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～
（平成29年６月９日）（抜粋）

　2008年度（平成20年度）以降臨時増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング（業務の移管）、タスクシェアリング（業務の共同化）を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

２．都道府県主体の実効的な医師確保対策

①　都道府県における計画的な医師確保対策の実施

都道府県における計画的な医師確保対策の実施

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 ➡ PDCAサイクルに基づく計画の運用がなされず

- 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

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

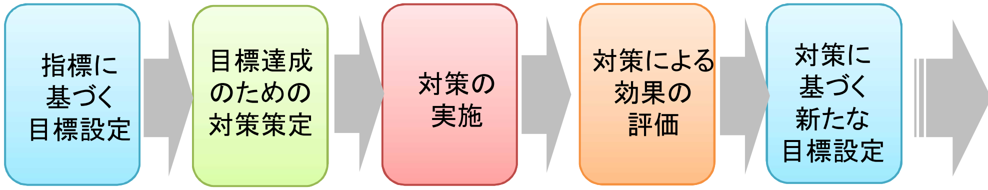
専門研修 ➡ **日本専門医機構**（現在は各学会）

- 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

医師確保に係る現行の医療計画の規定

○　現行の医療法上、医療計画には、「医療従事者の確保に関する事項」を記載するよう法定されている。

医療計画

医療法（抄）

第三十条の四　都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2　医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～九　（略）

十　医療従事者の確保に関する事項

十一～十四　（略）

3～13　（略）

14　都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第百五十七条の二第一項 の保険者協議会の意見を聴かなければならない。

15　（略）

※都道府県医療審議会の構成

医療法施行令（抄）

第五条の十七　委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2・3　（略）

現行の「医療従事者の確保に関する事項」の医師確保に関する記載における問題点

○記載が不十分と考えられる都道府県の例①

現状分析	・医師数（人口10万人当たり）●●人（全国●位・平成22年） ・５疾病５事業の現状の課題の分析 ・これまでの取組の列記
目標	・医師臨床研修マッチング数の向上（全国平均を目標） ・UIターン医師の還流（毎年度５名確保）
対策	≪策定済の基本方針に基づく取組の推進≫ ・女性医師の就労環境の整備 ・地域医療支援センターが教育機関と連携して行う医師のキャリア形成支援 ・医師の定着促進のための効果的な対策の実施

○記載が不十分と考えられる都道府県の例②

現状分析	・医師数（人口10万人当たり）●●人（全国●位・平成22年） ・診療科や地域間の医師偏在、産婦人科医不足、大学病院の負担軽減、女性医師支援、無医地区の解消、研修医の確保
目標	・明確な目標設定なし
対策	≪主な取組≫ ・修学資金貸付制度の運用 ・地域枠の設置 ・女性医師の就労環境整備 ・臨床研修医確保のための説明会の実施等 ・医師登録制度による情報発信 ・自治医科大学における地域医療担当者の継続的養成 ・医師の資質向上のための研修 ・地域医療支援センターにおける総合的な支援

現行の「医療従事者の確保に関する事項」の医師確保に関する記載における問題点

○記載が不十分と考えられる都道府県の例③

現状分析	・医師数（人口10万人当たり）●●人（全国●位・平成22年）
目標	・医師数（人口10万人当たり）全国順位を向上（平成28年）
対策	≪主な取組≫ ・産科・小児科・救急などを担当する医師の確保促進 ・医師の養成方策の検討や定着の支援 ・開業医の支援による病院勤務医の負担軽減 ・女性医師に対する就業支援策の推進 ・保健・医療・福祉従事者の養成と社会人を対象とした教育の強化 ・医師等の充足状況の調査・分析 ・就業を希望する医師等の情報や医療機関の求人情報の提供 ・医師等に対するキャリア形成の支援 ・本県出身医学生への支援　等

○問題点

現状分析	○　現状値が県全体の人口10万人当たり医師数のみ、かつ課題事項の列挙のみ （地域ごと、診療科ごとなど、より詳細な現状分析がない）
目標	○　目標値が全国順位の向上等、定性的な記載　（※　都道府県によっては記載なし） （具体的な目標設定がない）
対策	○　主な取組が施策名の列記のみ （目標達成のためのより具体的な対策が定められていない）

② 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

現状・課題

現状 都道府県は、都道府県内の主要な医療機関等を中心に構成する地域医療対策協議会の協議を経て、地域医療対策を実施することが法定

地域医療対策協議会のメンバー （医療法に規定）

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 公的医療機関
- 臨床研修病院
- 診療に関する学識経験者の団体
- 大学等の医療従事者養成機関
- 社会医療法人
- 国立病院機構
- 地域医療機能推進機構
- 地域の医療関係者団体
- 関係市町村
- 地域住民を代表する団体

➡ 現在、都道府県によっては、地域医療対策協議会が開催・活用されず（地域医療対策未策定：17県）

地域医療対策協議会の開催回数（平成24年4月～平成29年3月）

開催回数	0	1	2	3	4	5	6以上
都道府県数	7	1	0	2	3	3	31

現状 都道府県には、地域医療対策協議会以外に、医師確保に関係する協議会等が複数存在

（医師確保に直接関係するもの）
- 地域医療支援センター運営委員会
- へき地保健医療支援対策に関する協議会
- 専門医協議会

（医師確保に間接的に関係するもの）
- 地域医療構想調整会議
- 医療勤務環境改善支援センター

検討の方向性（案）

医師養成を含め、医師確保対策には管内の医療機関の協力・合意形成が不可欠

○ 計画的な医師確保対策の実効性を高めるためには、地域医療対策協議会を中心に、管内の医療機関が主体的に役割分担・協議する体制が必要

○ その上で、医師確保に関係する協議会等について、関係性を整理・統合するとともに、関係政策と医師確保対策の整合性を確保

地域医療対策について

○　地域医療対策は、医療法第30条の23第１項において、「救急医療等確保事業（いわゆる「５事業」）に係る医療従事者の確保その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策」と定義されており、各都道府県が、医師確保対策を中心に、地域医療対策協議会における協議を踏まえて定め、公表することとされている。

○　地域医療対策協議会は、平成16年の関係省庁会議の報告書に基づき、医師確保を行うための具体的施策を協議する場として都道府県に設置することとされたものであり、平成18年の第５次医療法改正において、地域医療対策について議論する場として法制化された。

現行の地域医療対策の規定

地域医療対策

医療法（抄）

第三十条の二十三　都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。

一　特定機能病院
二　地域医療支援病院
三　第三十一条に規定する公的医療機関
四　医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
五　診療に関する学識経験者の団体
六　大学その他の医療従事者の養成に関係する機関
七　当該都道府県知事の認定を受けた第四十二条の二第一項に規定する社会医療法人
八　その他厚生労働省令で定める者（※国立病院機構、地域医療機能推進機構、地域の医療関係団体、関係市町村、地域住民を代表する団体）

２　前項各号に掲げる者の管理者その他の関係者は、同項の規定に基づき都道府県が行う協議に参画するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めなければならない。

第三十条の二十四　都道府県知事は、前条第一項の規定により定めた施策（以下「地域医療対策」という。）を踏まえ、特に必要があると認めるときは、同項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師が不足している地域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

第三十条の二十七　第三十条の二十三第一項各号（第三号を除く。）に掲げる者及び医療従事者は、地域医療対策の実施に協力するよう努めるとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力するよう努めなければならない。

第三十一条　公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、地域医療対策の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。

地域医療対策協議会の開催実績

○　地域医療対策協議会は、そもそも開催されていない県もあるなど、十分に活用されていない。

開催回数　　（平成２４年4月～平成２９年３月）

回　数	0	1	2	3	4	5	6以上
都道府県名	青森県　山形県 新潟県　山梨県 香川県　福岡県 佐賀県	奈良県	－	滋賀県 和歌山県	埼玉県　千葉県 大分県	石川県　宮崎県 沖縄県	北海道　岩手県　宮城県　秋田県　福島県 茨城県　栃木県　群馬県　東京都　神奈川県 富山県　福井県　長野県　岐阜県　静岡県 愛知県　三重県　京都府　大阪府　兵庫県 鳥取県　島根県　岡山県　広島県　山口県 徳島県　愛媛県　高知県　長崎県　熊本県 鹿児島県

主な議題

○　地域医療介護総合確保基金について
　地域医療介護総合確保基金事業の都道府県計画、事業実績報告、地域医療構想

○　医師確保対策について
　医師不足・偏在改善計画の進捗状況、医師確保の現状と今後の対策、地域枠医師の配置方針、医療計画、臨床研修医の配分

○　地域医療支援センターについて
　地域医療支援センターの事業計画、事業実施状況

○　新たな専門医の仕組みについて
　制度概要、最近の動向、調整方針、プログラムの申請状況

○　修学資金制度について
　制度改正、実施状況、地域枠医師のキャリアパス等支援内容

医師養成過程と地域定着との関係

○　医師の地域定着を図るためには、養成過程から対策を行うことが重要。

（参考１）地域枠と地元出身者の定着割合　[後述]

地域枠の入学者よりも、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い（78%）。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠	地域枠で入学（大学A県）		348	68%	167	32%
地域枠	地域枠ではない（大学A県）		5625	51%	5359	49%
地元出身	出身地A県	大学A県	3101	78%	872	22%
地元出身	出身地A県	大学B県	2926	38%	4685	62%

（参考２）大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合　[後述]

初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85%）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84%）。

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		A県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

※１　出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
※２　出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
※３　A県は任意の都道府県、B県はA県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

地域医療対策の推進に関する各種会議体の設置根拠

会議体	設置根拠	参照条文
地域医療対策協議会	法定	医療法第30条の23第1項 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。（各号略）
地域医療支援センター	都道府県事務 （努力義務）として法定	医療法第30条の25第1項 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。（各号略）
へき地医療支援機構	予算要綱	－
新たな専門医の 仕組みにおける 都道府県協議会	通知	－
地域医療構想調整会議	法定	医療法第30条の14第1項 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
医療勤務環境 改善支援センター	都道府県事務 （努力義務）として法定	医療法第30条の21第1項 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。（各号略）

地域医療支援センター運営事業

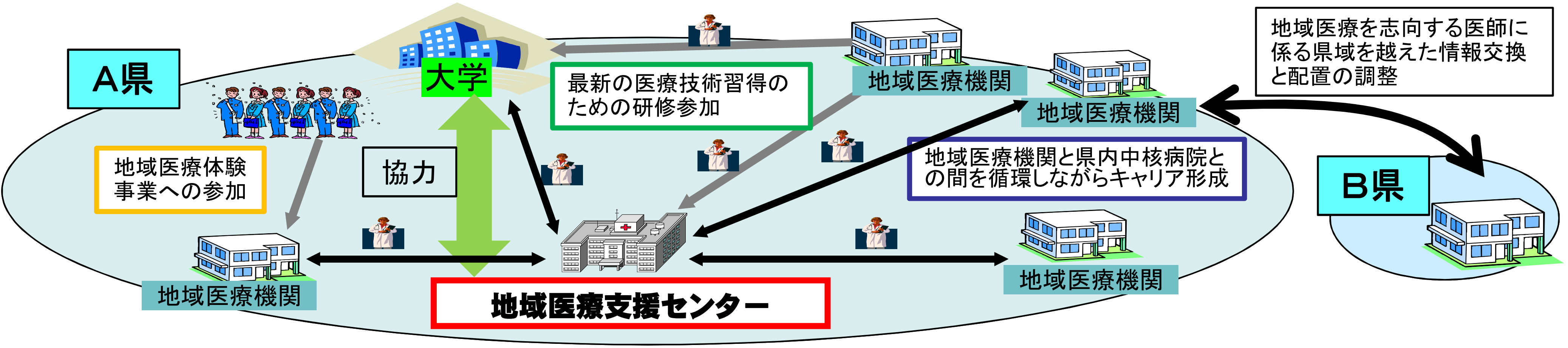
平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景
- 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取組む<u>コントロールタワーの確立。</u>
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- <u>専任の実働部隊</u>として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取組む。

・人員体制 ： 専任医師２名、専従事務職員３名　　・ 設置場所 ：都道府県庁、○○大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

○ 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

○ 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

運営委員会

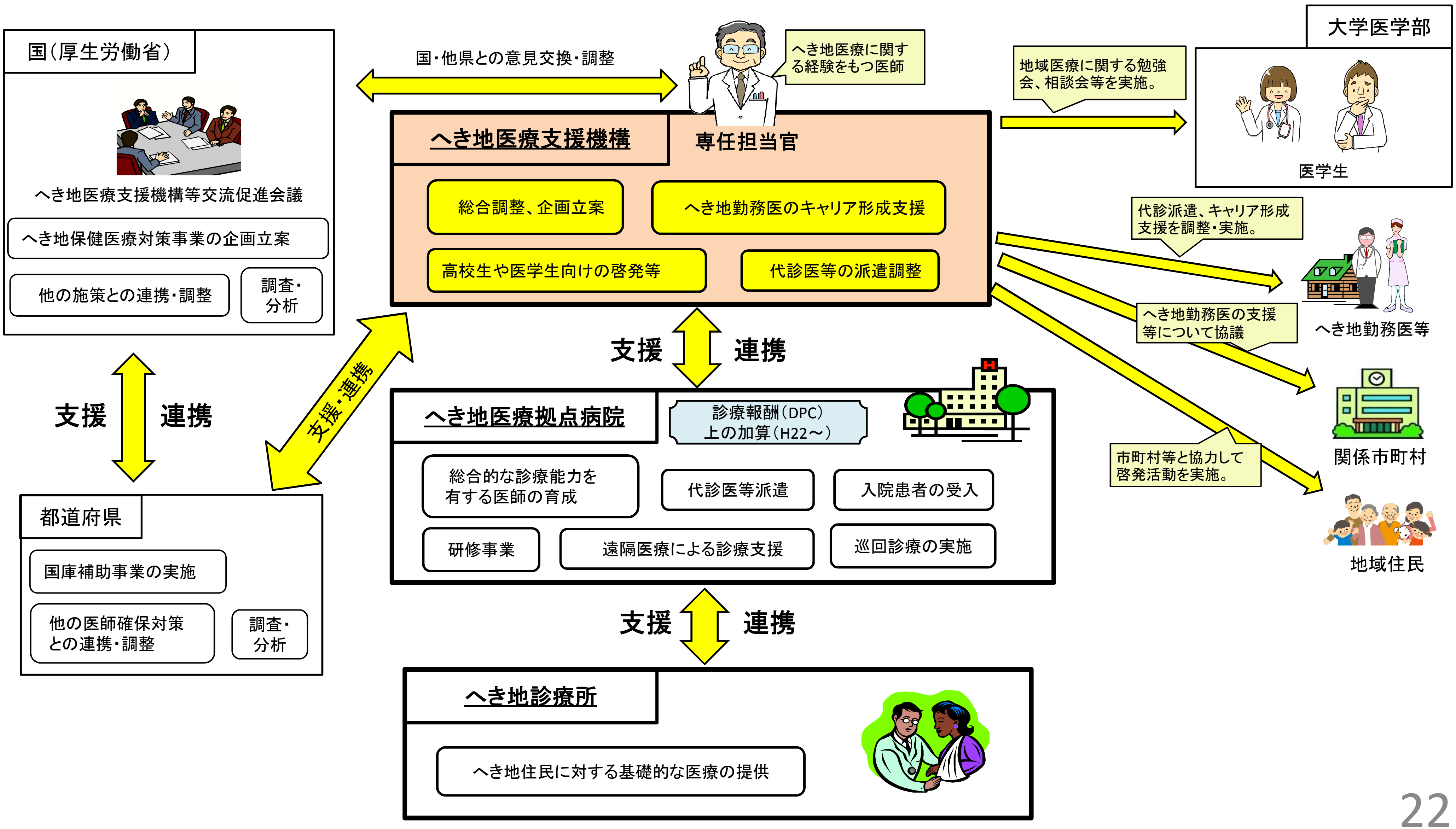
○ 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場

○ 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年４月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
（設置場所：都道府県庁（21都道府県）、大学病院（9県）、都道府県庁及び大学病院（13県）、その他（4府県）（平成28年7月時点））
- 平成23年度以降、都道府県合計4，530名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成28年7月時点）

へき地医療支援機構について

へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的とし、各都道府県単位で設置。

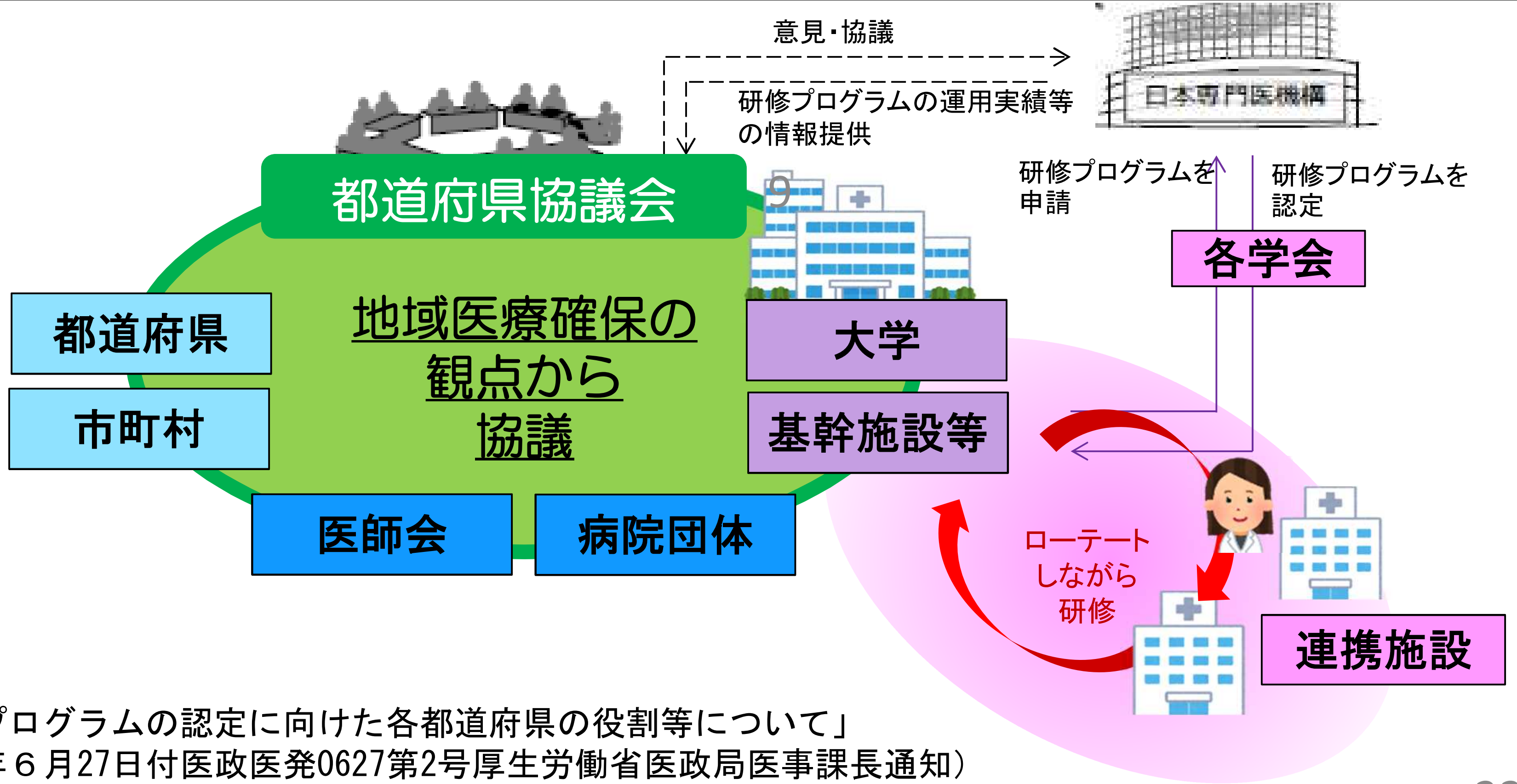


新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会について

○　新たな専門医の仕組みについては、地域医療へ与える影響への懸念を踏まえ、養成開始を1年延期し、平成30年度からの開始に向けて、日本専門医機構において準備中である。

○　新たな専門医の仕組みの実施に当たって、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制が構築されるよう、各都道府県に設置される協議会において、地域医療確保の観点から、関係者間で協議を行う。

○　都道府県協議会は、プログラムの認定に当たって、地域医療提供体制を現状より悪化させることがないか協議し、日本専門医機構が調整を行う。また、プログラム認定後も、運用実績を踏まえて協議し、日本専門医機構が調整を行い、必要な改善を図る。



（参考）「専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県の役割等について」
（平成29年６月27日付医政医発0627第2号厚生労働省医政局医事課長通知）
「専門医制度新整備指針（第二版）」（平成29年６月）

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
（医療計画の一部）

医療計画

都道府県医療審議会

（医療法第71条の2）

・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

地域医療対策協議会

（医療法第30条の23）

・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1　二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

二次医療圏
（平成27年2月末現在344圏域）

地域医療構想調整会議

・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
・ 病床機能報告制度による情報等の共有
・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
・ 地域医療構想の策定段階から設置し、地域医療構想の案について、二次医療圏（構想区域）としての意見を議論

活用※3

※3　圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

圏域連携会議

（医療計画作成指針平成24年3月30日）

・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

地域医療構想調整会議 | 地域医療構想調整会議 | 地域医療構想調整会議

・複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2　都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画
消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域連携会議 | 圏域連携会議 | 圏域連携会議

医療勤務環境改善支援センターについて

○　都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、個別の医療機関における勤務環境改善の取組を支援している。

○　「地域医療支援センター」と「医療勤務環境改善支援センター」は、同じ都道府県が設置（委託も可）しているものであるが、現行、特に連携は図られていない。

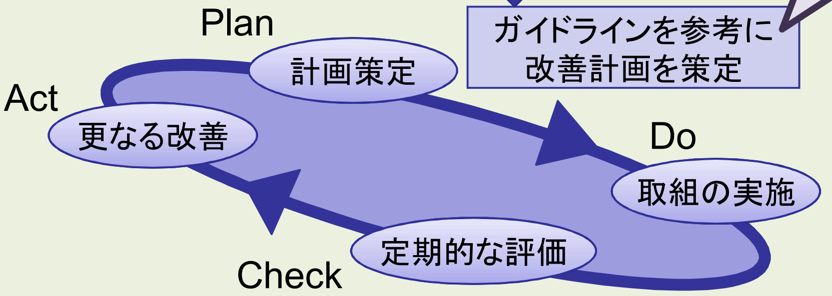
勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム

院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議

現状の分析 → 課題の抽出 → 改善計画の策定

ガイドラインを参考に改善計画を策定



- ➢ **医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）**
- ➢ **勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）**

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例
- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進　　など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例
- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援　　など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等

都道府県　医療勤務環境改善支援センター

- ➢ **医療労務管理アドバイザー**（社会保険労務士等）と**医業経営アドバイザー**（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- ➢ **センターの運営協議会**等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

３．外来医療提供体制の在り方

基準病床数制度における病院開設等の制限

○　病院・有床診療所については、基準病床数制度を通じた一定の偏在解消策が存在。

○　病院・有床診療所の１床当たり従事医師数は、病床規模別に一定割合で増加しており、病床数が間接的に医師数に影響を与えていると考えられる。

基準病床数制度

【公的医療機関等】※　　　【その他の医療機関】

病院の開設又は診療所の病床設置（増床含む）の許可申請

↓

当該申請に係る二次医療圏の既存病床数の数が既に基準病床数に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる

↓

- 【公的医療機関等】医療審議会の意見を聴いて、許可を与えないことができる
- 【その他の医療機関】医療審議会の意見を聴いて、申請の中止又は申請病床数の削減を勧告することができる

【医療法】

↓

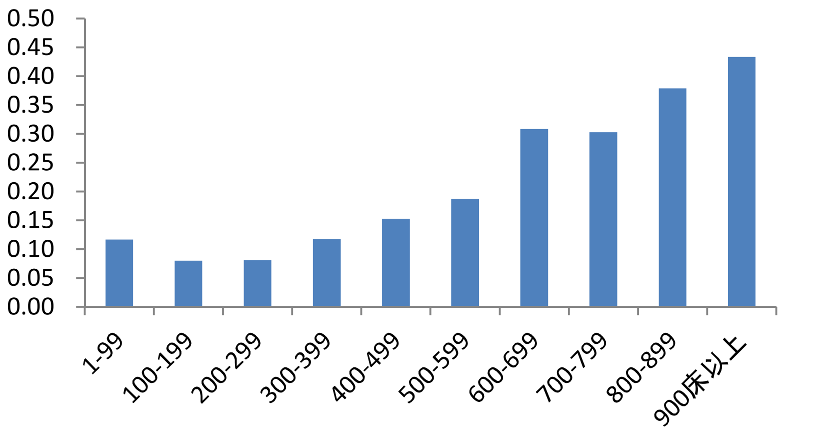
保険医療機関の指定の申請

↓

勧告に従わなかったときは、勧告を受けた病床数の全部又は一部を除いて、保険医療機関の指定を行うことができる

【健康保険法】

病床規模別・病床当たり医師数（常勤換算）



平成26年病院報告・医療施設調査

※　公的医療機関等：　医療法第３１条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第７条の２第１項２号から８号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

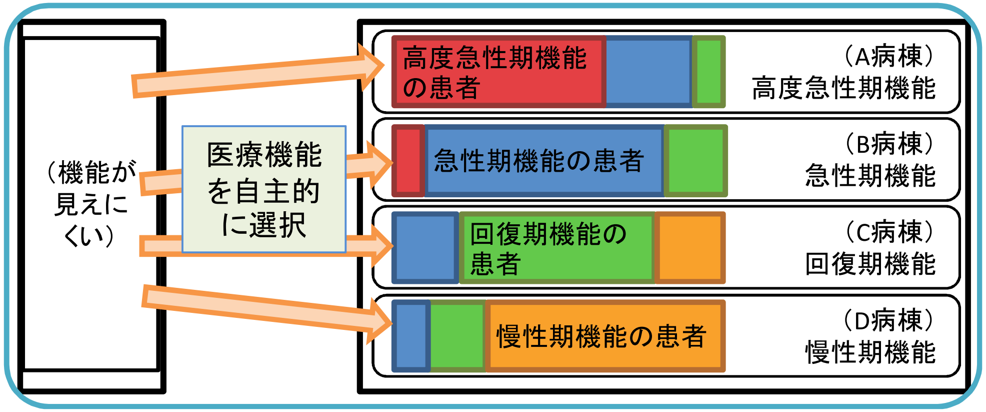
地域医療構想について

○ 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

医療機関



病床機能報告

医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- 在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例） 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

無床診療所における現状と課題

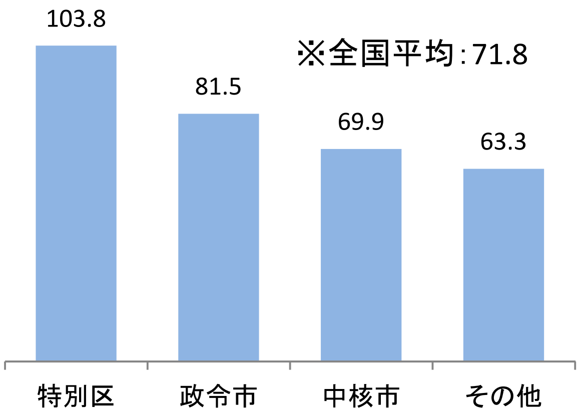
○ 無床診療所の従事医師数は、病院・診療所の約1／3。

○ 無床診療所は都市部に開設が偏る傾向があるが、病床規制や地域医療構想のある病院・有床診療所と異なり、偏在解消策が不十分。

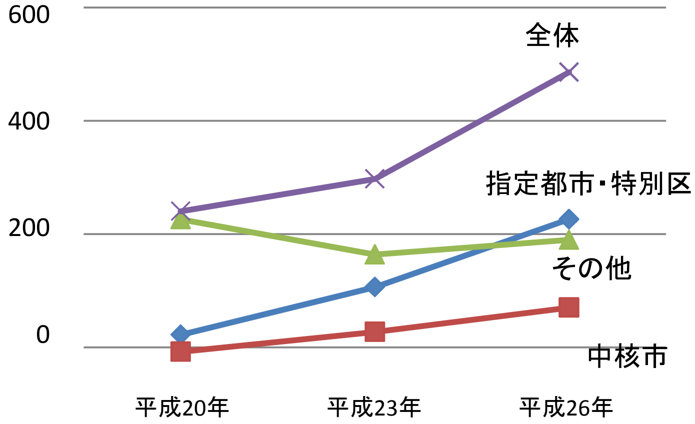
医療施設別の施設数・医師数 （常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8, 493 （ 8%）	204, 700 （61%）
有床診療所	8, 355 （ 8%）	15, 605 （ 5%）
無床診療所	92, 106 （84%）	115, 074 （34%）

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移（開設－廃止）



二次医療圏別の人口10万対無床診療所数

（上位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
区中央部	東京	248.8
大阪市	大阪	123.1
区西南部	東京	119.1
益田	島根	114.3
区西部	東京	113.5

（下位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
鹿行	茨城	37.1
熊毛	鹿児島	36.2
相双	福島	35.2
遠紋	北海道	32.9
根室	北海道	26.5

出典：平成20・23・26年医療施設調査

４．医師養成過程と医師偏在対策

医師養成過程と医師偏在対策の関係

(1) 医学部

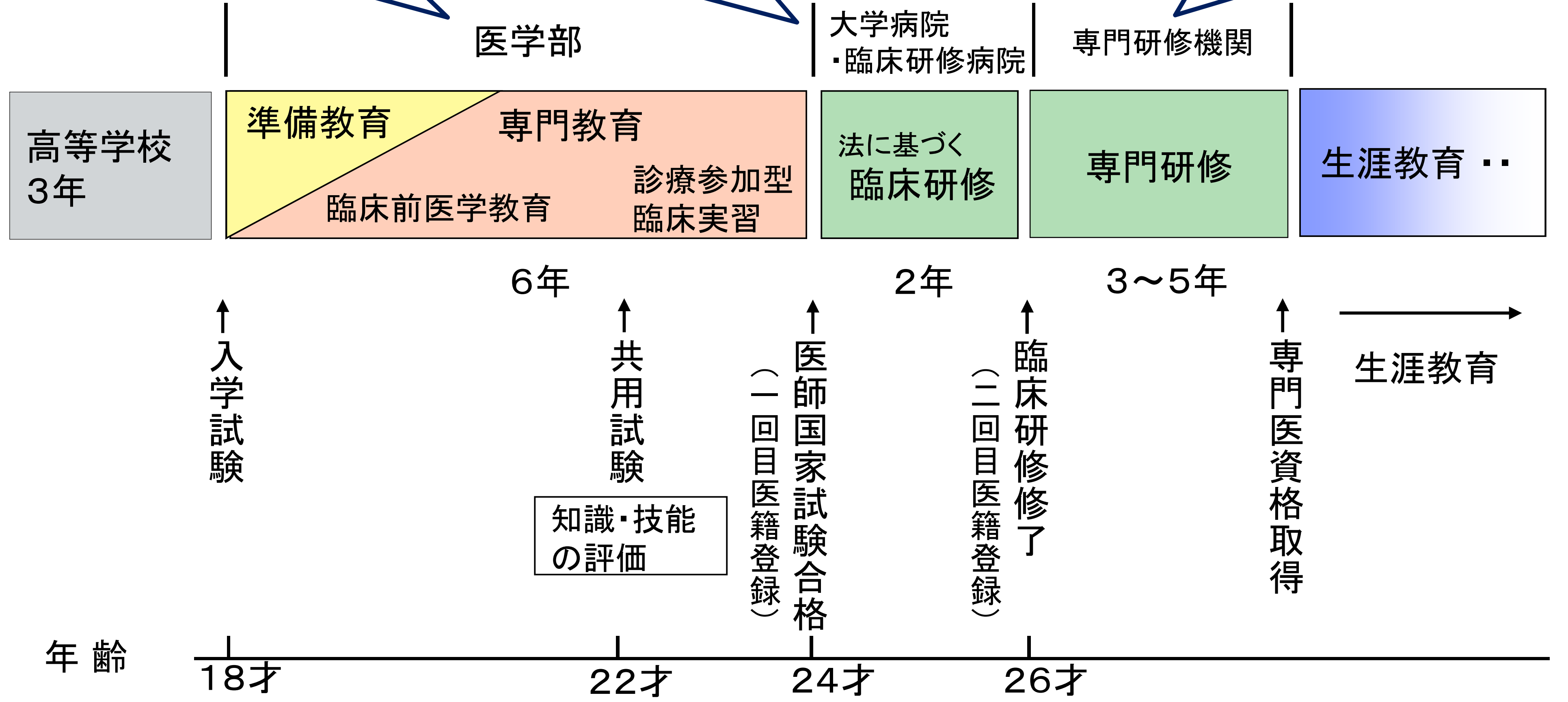
○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討

(2) 臨床研修

○都道府県が管内の臨床研修の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

○地域の診療科偏在是正の仕組みの確保を検討
○専門医の養成において、都道府県が関与する仕組みが必要



①　医学部

医学部卒業後の地域定着がより見込まれる医学部入学について

現状・課題

現状

○　平成20年度以降、医学部定員を過去最大規模まで増員

○　増員枠に、医師の地域への定着を目的とした「地域枠」が設定

	H19	H28
医学部定員	7,625	9,262
地域枠	183	1,617
地域枠の割合	2.4%	17.5%

※　地域枠
・　地域医療や不足診療科等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠
・　奨学金の有無や出身地域を問わない

しかし

○　地元県と別の県に「地域枠」で入学すると、臨床研修修了後、35%しか大学所在県に定着しない

○　地元枠（783）は「地域枠」（1,617）の半数程度

検討の方向性（案）

医学部に地元出身者の入学生が増えるような仕組みの工夫が必要

※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

＜参考データ：出身大学が所在する都道府県で勤務する割合＞

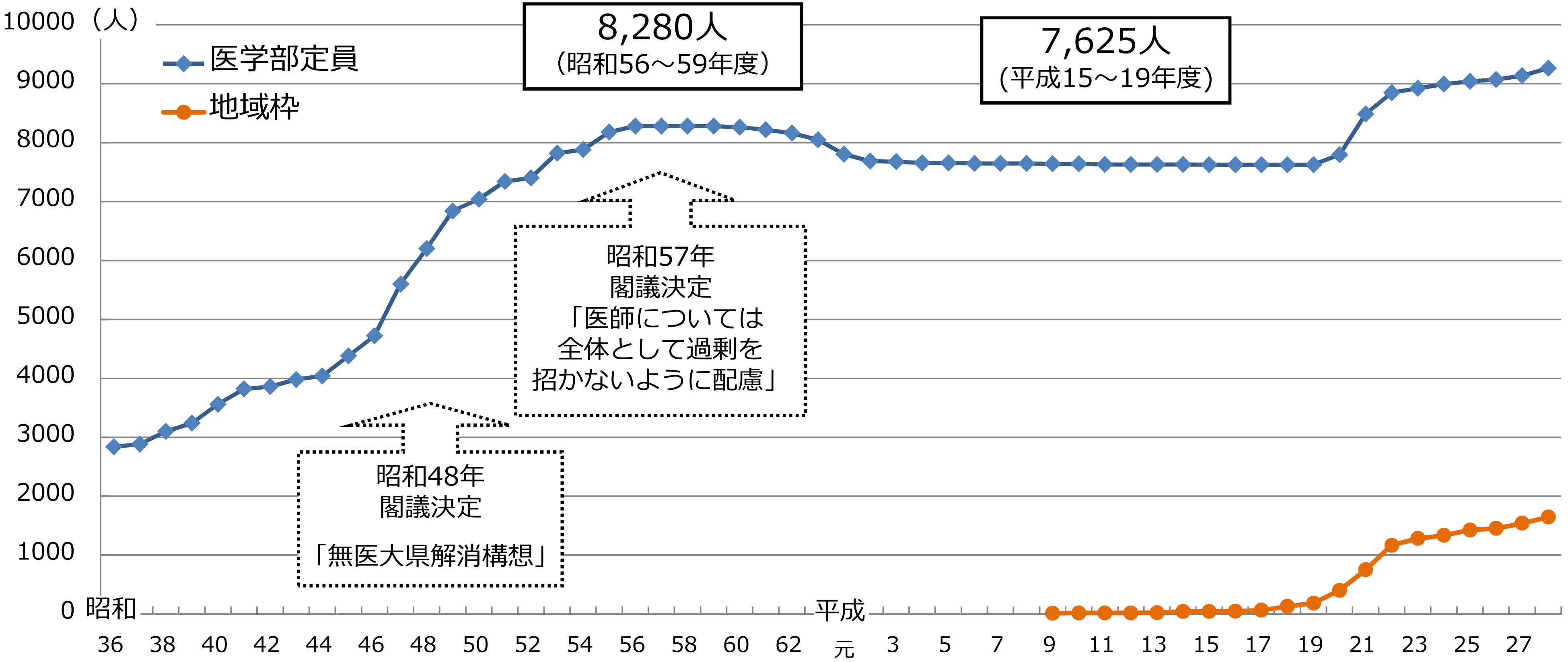
	枠あり	枠なし
地域枠	68%	51%
地元枠	78%	38%

地元枠：大学所在地と出身地（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）が同じ都道府県であるケース

医学部入学定員と地域枠の年次推移

平成28年9月15日　第7回
医師需給分科会　資料（改）

○　平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
○　医学部定員に占める地域枠*の数・割合も、増加してきている。
（平成19年度183人（2.4%）→平成28年1617人（17.7%））
地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」

〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

医学教育（6年間）

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1．貸与額

○月額１０～１５万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○６年間で概ね１２００万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は
国公立大学で約140万/年、 私立大学で約200万/年
出典（独）日本学生支援機構　学生生活調査（平成20年度）

2．返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（９年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1．都道府県内の特定の地域や医療機関
（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）

2．指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

平成28年度以降、新たな
医師として地域医療等へ貢献：

- 平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- 平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- 平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み
- 平成25年度地域枠入学定員（476名）→平成31年に卒業見込み
- 平成26年度地域枠入学定員（500名）→平成32年に卒業見込み
- 平成27年度地域枠入学定員（564名）→平成33年に卒業見込み
- 平成28年度地域枠入学定員（592名）→平成34年に卒業見込み
- 平成29年度地域枠入学定員（610名）→平成35年に卒業見込み

（参考）地域枠の導入状況（大学別一覧） １／２

平成29年6月15日　第10回
医師需給分科会　資料

○　79大学中、地域枠を設定しているのは71大学（90%）。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学（65%）。
○　大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48%（＝783/1617）。

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		（うち２年次編入学）	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		（うち２年次編入学）	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		（うち２年次編入学）	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
東京都	私立	杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		（うち２年次編入学）	5	5	5

（参考）地域枠の導入状況（大学別一覧） ２／２

平成29年6月15日　第10回
医師需給分科会　資料

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
愛知県	国立	名古屋大学	112	5	0
愛知県	公立	名古屋市立大学	97	27	7
愛知県	私立	愛知医科大学	115	10	0
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120	10	0
三重県	国立	三重大学	125	35	30
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117	28	18
		（うち２年次編入学）	17	7	5
京都府	公立	京都府立医科大学	107	7	7
大阪府	公立	大阪市立大学	95	15	0
大阪府	私立	大阪医科大学	112	22	0
大阪府	私立	関西医科大学	117	15	0
大阪府	私立	近畿大学	115	20	0
兵庫県	国立	神戸大学	117	10	10
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112	13	0
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115	38	25
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100	36	10
鳥取県	国立	鳥取大学	110	32	10
島根県	国立	島根大学	112	25	13
		（うち３年次編入学）	10	3	3
岡山県	国立	岡山大学	120	17	7
		（うち２年次編入学）	5	5	0

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
岡山県	私立	川崎医科大学	120	30	20
広島県	国立	広島大学	120	20	18
山口県	国立	山口大学	117	33	18
		（うち２年次編入学）	10	3	3
徳島県	国立	徳島大学	114	17	17
香川県	国立	香川大学	114	24	19
愛媛県	国立	愛媛大学	115	20	20
高知県	国立	高知大学	115	25	15
福岡県	私立	久留米大学	115	20	0
福岡県	私立	福岡大学	110	10	10
佐賀県	国立	佐賀大学	106	26	23
長崎県	国立	長崎大学	123	32	23
		（うち２年次編入学）	5	5	0
熊本県	国立	熊本大学	115	10	5
大分県	国立	大分大学	110	13	13
宮崎県	国立	宮崎大学	110	20	20
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117	20	17
		（うち２年次編入学）	10	3	0
沖縄県	国立	琉球大学	117	17	17
計		71大学	8,261	1,617	783
		（うち２年次編入学）	97	40	23
		（うち３年次編入学）	10	3	3

※１　自治医科大学は大学の目的に鑑み除外。　※２　私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。
※３　地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。（「○○人程度」「○○人以内」を含む）
※４　地元出身枠には、大学の位置する都道府県出身者、大学の位置する都道府県及び近隣の都道府県の出身者、特定の地域（へき地）出身者を応募資格としているものを含む。
地域枠募集人員：文部科学省医学教育課調べ
地元出身枠：文部科学省平成28年度委託事業「地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究」を参考に作成

地域枠と地元出身者の定着割合

平成28年9月15日　第7回
医師需給分科会　資料（改）

○　地域枠の入学者よりも、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い（78%）。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			Ａ県		Ａ県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠	地域枠で入学（大学Ａ県）		348	68%	167	32%
地域枠	地域枠ではない（大学Ａ県）		5625	51%	5359	49%
地元出身	出身地Ａ県	大学Ａ県	3101	78%	872	22%
地元出身	出身地Ａ県	大学Ｂ県	2926	38%	4685	62%

※１　出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
※２　出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
※３　Ａ県は任意の都道府県。Ｂ県はＡ県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

地域枠における地元出身者・県外出身者の定着割合

平成28年10月6日　第8回
医師需給分科会　資料（改）

○　地域枠の入学者であるかどうかによらず、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			Ａ県		**Ａ県以外**	
			人数	割合	人数	割合
地域枠で入学	出身地Ａ県	大学Ａ県	282	85%	49	15%
	出身地Ａ県	大学Ｂ県	63	35%	116	65%
地域枠ではない	出身地Ａ県	大学Ａ県	2766	77%	810	23%
	出身地Ａ県	大学Ｂ県	2810	39%	4479	61%

※１　出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
※２　出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
※３　Ａ県は任意の都道府県。Ｂ県はＡ県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

地方への医師の定着に関する研究（ノルウェーの例）

○　ノルウェーの地方都市であるトロムソ（北部ノルウェー）に位置するトロムソ大学の卒業生について、出身地等を調査し、卒業後の北部ノルウェーへの定着率を評価。

○　北部ノルウェー出身者の北部ノルウェーへの定着率は、1979-1983年の卒業生は82.9%、1984-1988年の卒業生は82.5%であるのに対し、南部ノルウェー出身者の北部ノルウェーへの定着率は、33.7-42.9%であった。

○　本研究は、地方で教育された地方出身の医学生は、卒業後、地元に定着する確率が高いことを示している。（homecoming salmon仮説）

卒業年	北部ノルウェー出身			南部ノルウェー出身		
	現住所			現住所		
	人数	南部ノルウェー（%）	北部ノルウェー（%）	人数	南部ノルウェー（%）	北部ノルウェー（%）
1979-83※1	41	17.1	82.9	98	66.3	33.7
1984-88※2	81	18.5	82.5	77	57.1	42.9
合計	122	18.0	82.0	175	62.0	38.0

※1：インターンシップ修了後6-10年
※2：インターンシップ修了後1-5年

出典：Rural doctor recruitment: Does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? Medical Education 1993, 27, 250-253

遠隔地・地方での医療従事者確保のためのWHOガイドライン（2010年）<地方出身学生関係部分>

○　遠隔地・地方での医療従事者確保に関して、世界中のエビデンスを評価し、エビデンスに基づいた施策を推奨。

※　エビデンスの多くは、医師（医学生）を対象とした調査・研究。

○　教育に関する介入では、地方出身の学生を対象とした入学者の受け入れが、強く推奨されている。

<教育に関する介入>

	エビデンスレベル	推奨度
地方出身の学生を対象とした入学者を受け入れる	中等	強い推奨

<エビデンスの要約>

○　高・中・低所得の国々において、地方出身であることは、卒業生が地方に戻ってきて診療を行う可能性を増加させる、という説得力のあるエビデンスがある。地方出身者が、少なくとも10年間、地方で診療を継続する、と示した研究もある。

○　Cochrane*のシステマチック・レビューには、「地方出身であることが、地方での診療と最も強く関連した、唯一の要素と思われる」と記載されている。

Cochrane*：世界中のエビデンスを評価したもの。

○　アメリカの医師の診療場所を長期に追跡した複数の研究では、地方出身の学生は卒業後、平均11～16年、地方で診療することが示されている。

○　南アフリカでは、地方出身の学生が地方で診療する可能性は、都会出身の学生と比較して、３倍である。

出典：World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. 2010

② 臨床研修

地域における医師の確保・定着を進めるための臨床研修の在り方

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

○都市部への研修医の集中抑制のため、

$$\frac{\text{全国の募集定員}}{\text{全国の研修希望者数}}$$

を毎年圧縮（平成32年度に1.1倍）

→ 臨床研修病院の募集定員をさらに圧縮していく必要

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%）

→ 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

大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

平成28年9月15日　第7回
医師需給分科会　資料（改）

○　初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85%）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84%）。

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		**A県以外**	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

※１　出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
※２　出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
※３　Ａ県は任意の都道府県。Ｂ県はＡ県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

○　出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
○　出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1　出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
※2　出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
※3　A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）
厚生労働省調べ

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
- 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

⇩

平成22年度
- 都道府県の募集定員について上限設定

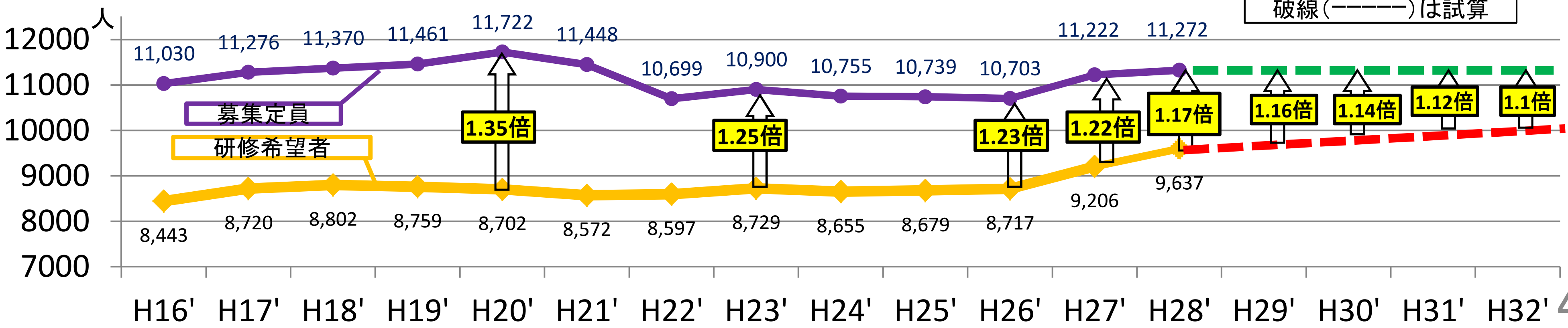
⇩

平成27年度
- 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

$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率}$$

（平成27年度　約1.2倍）

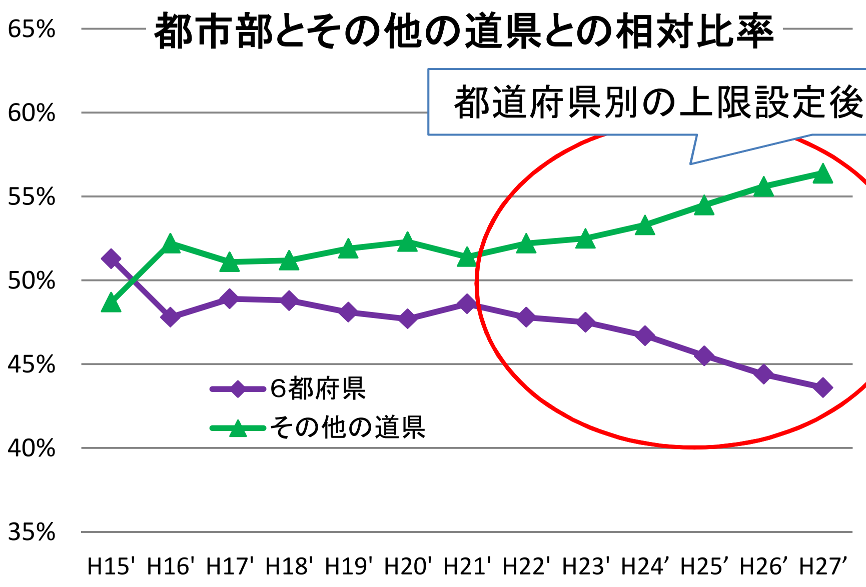
研修医の募集定員・研修希望者数の推移

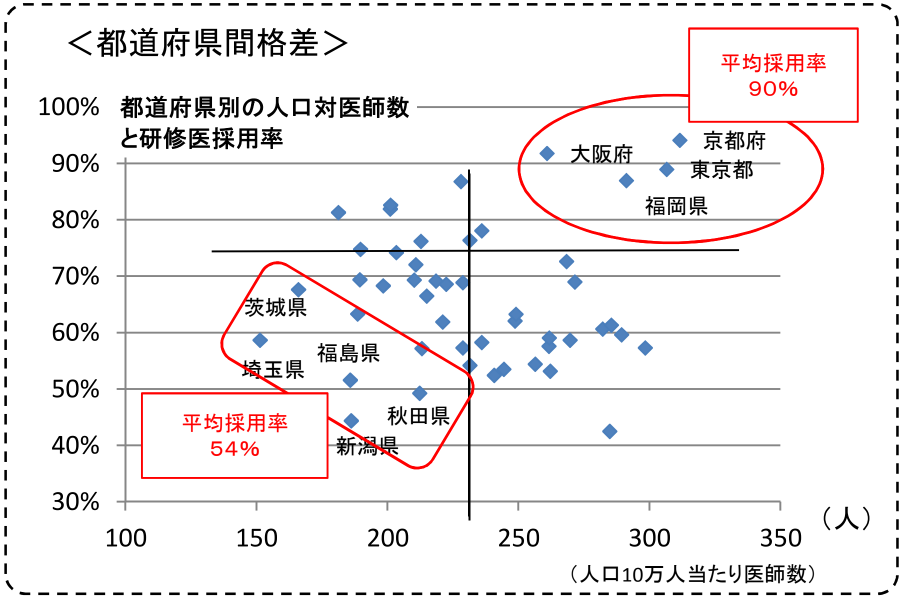


研修医の採用実績＜６都府県とその他の道県、医師数と採用率＞

○　研修医採用実績における、大都市部（６都府県）とその他の道県との相対比率
・大都市部のある６都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率は減少傾向にあり、
・その他の道県の比率は増加傾向にある。

○　人口当たり医師数と研修医採用率※との関係　　※ 研修医採用率＝採用実績／募集定員
・人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県の平均採用率が90%である一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない４県の平均採用率は50%で研修医の確保に困難を抱える。





	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'
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%
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%

都道府県別の募集定員上限

①人口分布

全国の研修医総数 × 都道府県の人口 / 日本の総人口

②医師養成状況

全国の研修医総数 × 医学部入学定員 / 全国の医学部入学定員

多いほうの割合で按分 研修医総数を①と②の

＋

③地理的条件等の加算

(a) 面積当たり医師数（100㎢当たり医師数）
(b) 離島の人口
(c) 高齢化率（65歳以上の割合）
(d) 人口当たり医師数

募集定員倍率に **影響されない**

都道府県別の基礎数

＋

募集定員倍率を下げると **調整枠が減少**

都道府県の調整枠 ※

→ 都道府県別の募集定員上限

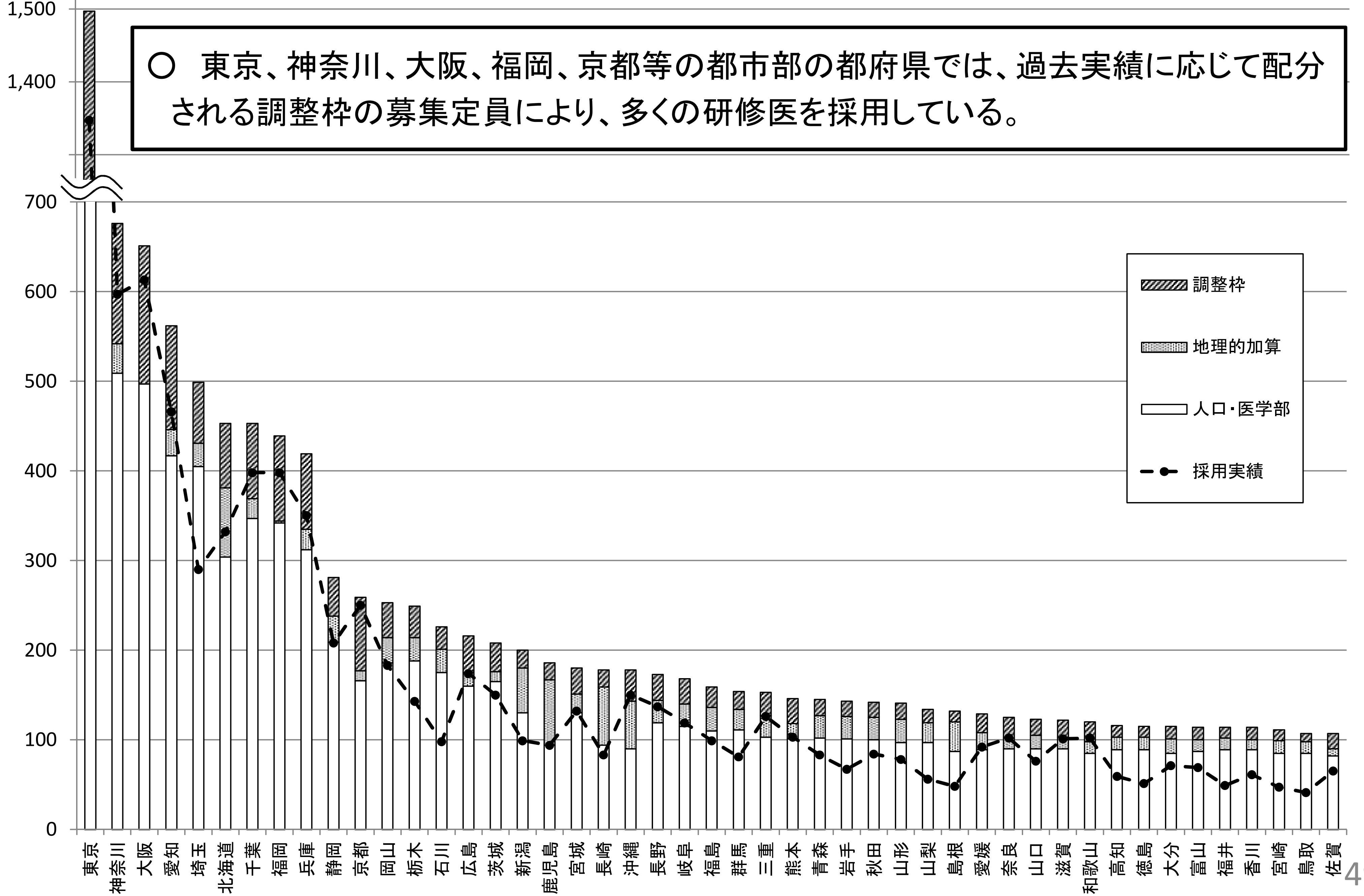
※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限※1と都道府県別基礎数の合計との差を**各県の採用実績で按分**

※1 全国の募集定員上限＝研修希望者数×募集定員倍率※2(H28：1.18倍)

※2 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

都道府県別の募集定員と採用実績（平成28年度）

○ 東京、神奈川、大阪、福岡、京都等の都市部の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用している。



③　専門研修

診療科偏在を助長しない専門研修の在り方と都道府県の役割

現状・課題

現状

○専門研修については、これまで学会が独自に認定基準を設定し、医師が自由に診療科を選択
⇔ 医師が診療科選択をするための情報は不足

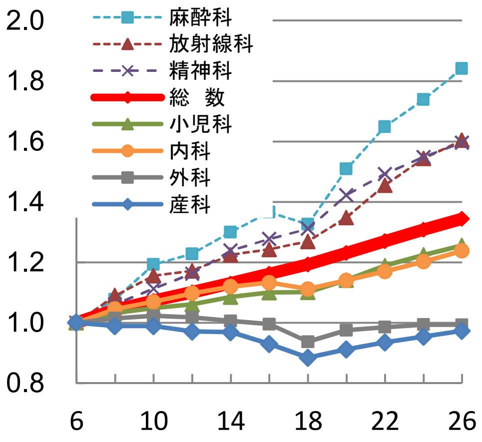
○医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中

○診療科ごとの労働時間には大きな差が存在

○新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない

➡ 診療科ごとの専門医の需要が不明

➡ 専門研修体制が地域医療に影響を与える場合にも、日本専門医機構が地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されていない



週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

検討の方向性（案）

医師が、将来の診療科別の医療需給を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要

働き方改革の観点からも、診療科の偏在を是正する仕組みが必要

地域医療に大きな影響を与える専門研修が、これ以上偏在を助長しないような仕組みとすることが不可欠

専門研修体制構築に当たっては、

○ 将来の診療科ごとの専門医の需要を明確化していくことが必要

○ 法律上、地方自治体の意見を踏まえる仕組みとすることが必要

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 *・地域医療に配慮するため、病院群の設定等に当たり、都道府県協議会の了解を得る*
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 ・学会には平成29年度は従来どおりの研修とするよう、プログラム制を行う学会に対しては地域医療への配慮を要請
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
6月27日	厚労省	*医事課長通知　(都道府県協議会における調整等を要請)*
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

専門研修に関する関係者の要望①

平成28年6月7日　日本医師会・四病院団体協議会要望書　※ 専門医機構及び基本領域学会宛て

地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）は尊重されるべきである。

プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。

平成28年7月21日　全国知事会社会保障常任委員会 「新たな専門医制度に対する要望」

新たな制度には、国が主体的に関与するとともに、都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

専門研修に関する関係者の要望②

平成28年3月　全国衛生部長会　衛生行政の施策及び予算に関する重点要望書

「新たな専門医制度」において、人口10万対医療施設従事医師数や地域の人口、面積、症例数などの基準により、専門医の診療科ごと、地域ごとの医師の適正数や専門医等の認定基準の設定等による診療科間、地域間の医師偏在の解消に努め（中略）ていただきたい。

平成28年7月21日　全国知事会社会保障常任委員会「新たな専門医制度に対する要望」

医師の地域偏在及び診療科偏在を助長することのない仕組みを構築するために、それぞれの地域の実情を踏まえた上で、国と日本専門医機構、基本診療領域学会は、責任をもって、研修施設や定員の設定等を行うこと。

専門研修に関する関係者の要望③

日本医師会要望（概要） （平成28年11月18日）	対応の内容 （平成29年4月24日現在）
1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。	● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ※専攻医の多い診療科（内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形、麻酔）では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準
2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。	● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。
3. 専攻医のローテートは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。	● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。
4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。	● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。 ※5都府県（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。	● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。
6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。	● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。
7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。	● 特定の理由（海外への留学、妊娠・出産・育児など）で専門研修が困難な場合は、中断することができる。 ● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。 ● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。

専門研修に関する関係者の要望④

○　全国市長会会長代理　松浦正人　平成29年４月12日
「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」　（抜粋）

2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

•大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げることにより、地域医療にとって重大な支障を来す

6. 専門職自律という国民不在の議論

- 自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき。

○　奈良県知事　荒井正吾　平成29年４月24日
「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」　（抜粋）

1. 基本的な考え方について

専門医制度を導入するに当たり、制度の設計・運営の内容次第で、地域医療の確保に多大な影響が生じうる可能性がある場合は、医師偏在への対策を含めた地域医療の確保に関する観点から、公の介入が必要になるものと考えます。

本検討会の専門医制度の主要なテーマは、プロフェッショナル・オートノミーの領域に属する医師の資質の向上と、行政が責任を負うべき地域医療の確保について、どのように知恵を出して両立を図るかという点にあると考えます。

2. 地域医療の確保に関する懸念について

都道府県内の偏在に関して、整備指針によれば、専門医機構は、研修プログラムの認定にあたり、地域医療の影響の観点について、都道府県に協議することとなっていますが、ひとたび研修プログラムが認定された後には、専門研修基幹施設に、医師の配置を委ねることとなります。

専門医制度がプロフェッショナル・オートノミーに立脚する限りは、地域の医師偏在に主体的な責任を持てるものとは考え難く、その場合は、国と地方公共団体がしっかりと関与し、医師偏在の懸念を払拭すべきと考えます。

そのような観点から、専門医機構又は専門研修基幹施設が、専門研修連携施設の医師配置の状況を含め、研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。

「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こられました。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、
○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。

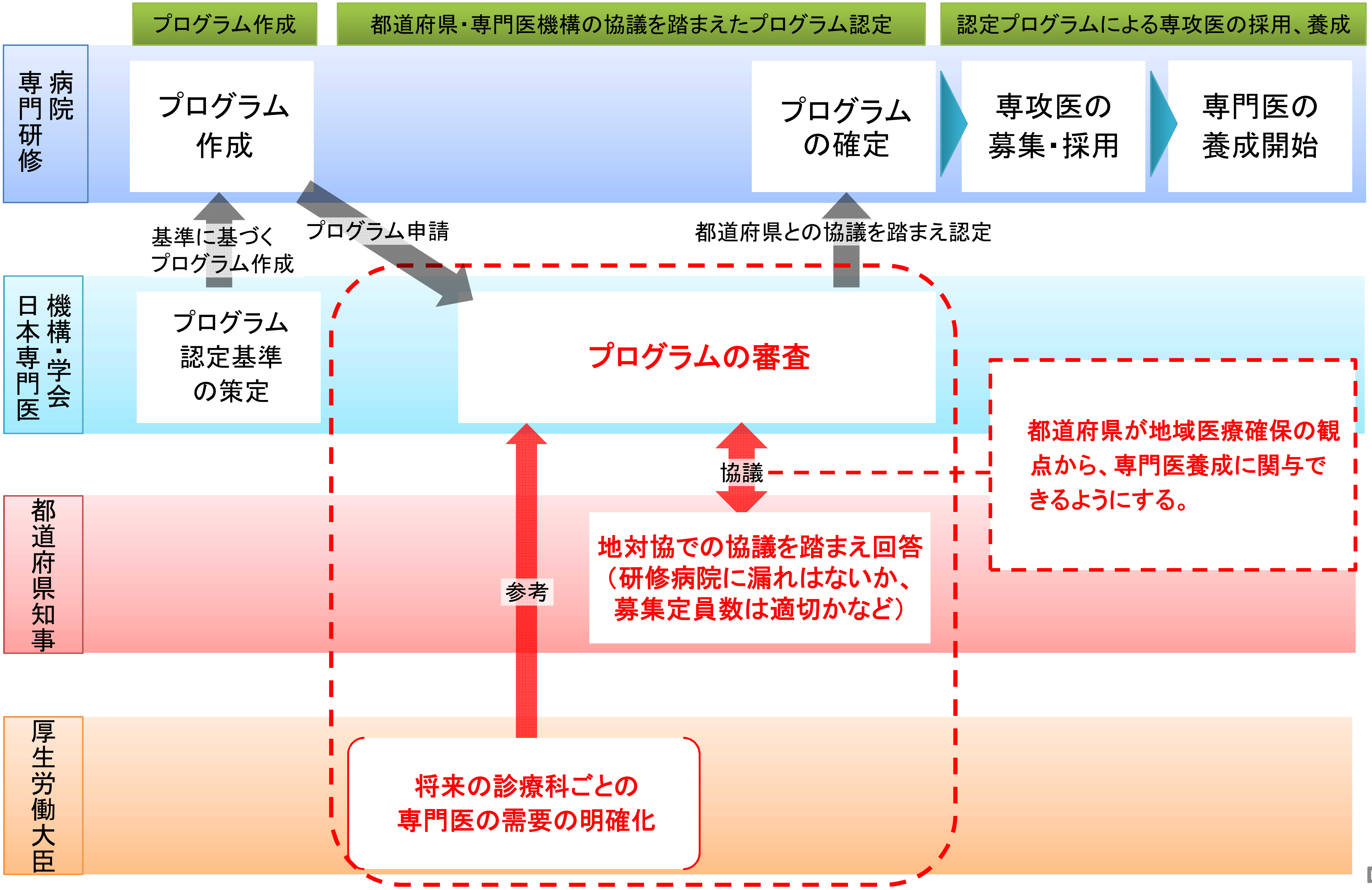
新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

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。

専門研修の流れ（プログラム制の場合）

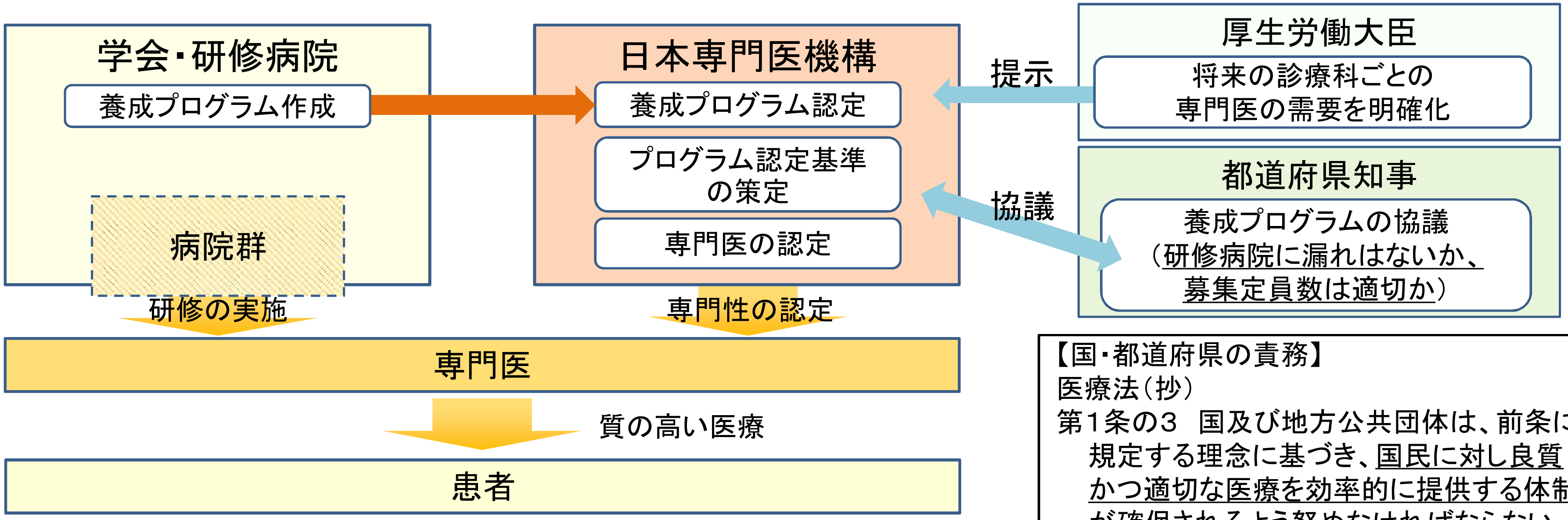


プロフェッショナル・オートノミーとの関係について

○ 専門研修におけるプロフェッショナル・オートノミーとは、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）によれば「専門家による自律性」とされており、**医師が自ら専門医の制度の設計や運営を行うこと**を指すと考えられる。

○ **地域医療確保の観点から、行政が関与することは、このプロフェッショナル・オートノミーに反していない**と考えられる。

- **医療関係団体及び学会に有識者も加えた日本専門医機構において制度設計し、制度が運営**される（※）。
  ※日本専門医機構が、養成プログラムの認定や認定基準の策定、専門医認定を実施
- 医療法上、医療提供体制の確保に責任を持つ**国や都道府県**は、あくまでも**地域医療確保の観点から意見を述べる**。



【国・都道府県の責務】
医療法（抄）
第１条の３　国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、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が確保されるよう努めなければならない。