

全国厚生労働関係部局長会議資料

平成30年1月18日(木)

医政局

目次

1 医師偏在について	1
2 地域医療構想について	24
3 その他	
(1)医療に関する広告規制の見直しについて	43
(2)臨床研究法について	47
(3)再生医療等の安全性の確保に関する法律違反 について	52
(4)後発医薬品について	53
4 照会先一覧	57

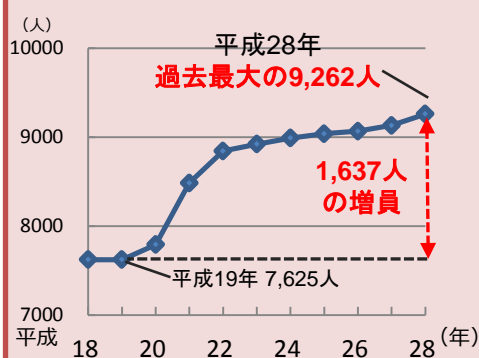
1 医師偏在について

医師偏在対策の必要性

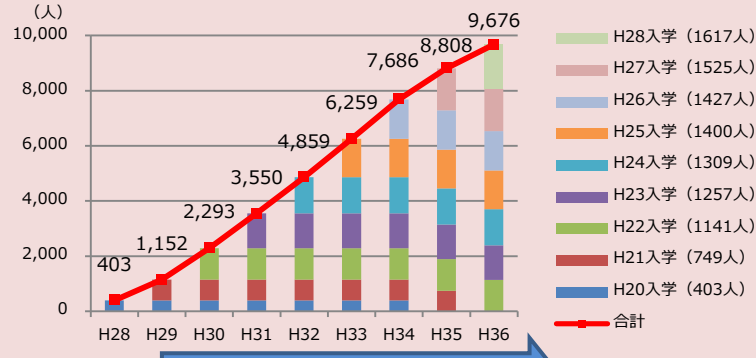
対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の派遣調整が喫緊の課題**。

医学部入学定員の年次推移



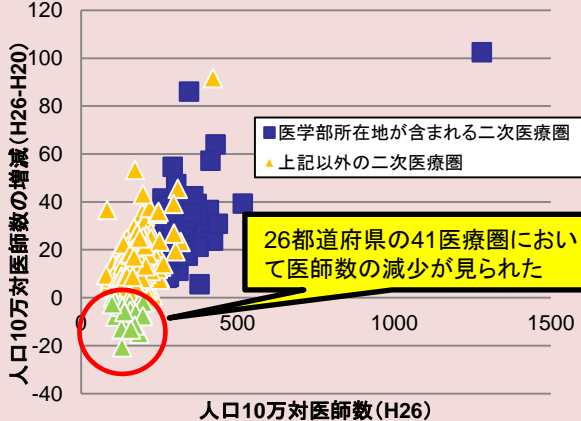
臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



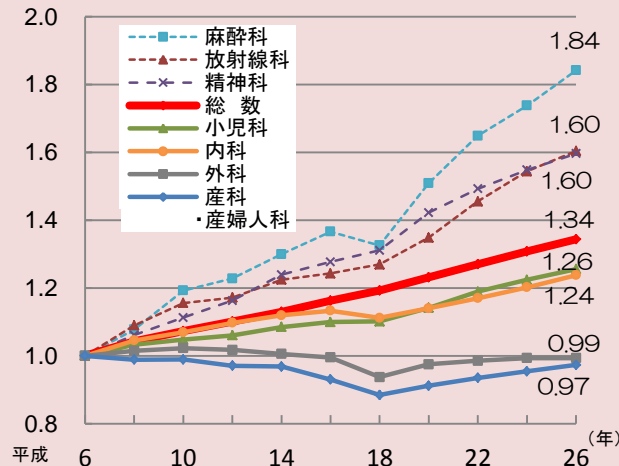
今後、地域医療に従事する医師が順次増加

- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

二次医療圏別人口10万対医療施設
従事医師数の増減状況



診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



対策の方向性

① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

② 都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成課程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

③ 外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

対策の基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すためには、医師個人の自己犠牲や負担のみに委ねるのではなく、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、（１）医師個人を後押しする取組み、（２）医師派遣を支える医療機関へのインセンティブ、（３）医師・医療機関間の適切なマッチングの３つの環境整備を図ることが必要である。

対策のコンセプト（案）

（１）医師個人を後押しする取組み

<考え方>

- 医師のキャリアの中で、医師の少ない地域での診療を魅力的な選択肢の1つとして提供し、「医師個人に対するインセンティブ」を推進することを通じて、医師の少ない地域での勤務を希望する医師を後押しする。

<具体的な対策>

- **医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進**
 - ・ 医師の少ない地域での勤務にあたり障壁となっている事項を解消し、医師が疲弊しない持続可能な環境の整備
(例) グループ診療に資する交代医師派遣、医師間の遠隔相談支援
- **医師の少ない地域での勤務を促すインセンティブの付与**
 - ・ 認定制度の創設、一定の医療機関の管理者としての評価

（２）医療機関に対するインセンティブ

<考え方>

- 医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関をはじめ、医師派遣を支える医療機関にインセンティブを付与することで、医師の少ない地域で実際に勤務する医師の受け皿を確保する。

<具体的な対策>

- **医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブの付与**
- **地域医療支援病院等の在り方の検討**
 - ・ 医師派遣及び医師の少ない地域での勤務を促す環境整備に一定の機能を果たす地域医療支援病院等の役割・機能・評価の在り方について、別途検討

（３）医師と医療機関の適切なマッチング

<考え方>

- 医師の少ない地域で診療する医師・派遣する医療機関・受け入れる医療機関の３者を適切に結びつける。

<具体的な対策>

- **都道府県が行う地域医療支援センターの実効性強化**
 - ・ 医師派遣のマッチングを地域医療支援センターにおいて実施／都道府県を越えた調整の仕組みも検討

都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制構築

基本的な考え方

- 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と整合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要。
- 特に、今後臨床研修を終える地域枠の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する必要。

都道府県の役割

(1) 医師確保に関する施策立案機能の強化

○医師偏在指標の導入

- ・医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で**医師が多い地域と少ない地域が可視化**されることになる。
- ・医師偏在指標を用いて、都道府県知事が医師偏在の度合いに応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」「医師多数区域（仮称）」を指定し、**具体的な医師確保対策に結びつけて実行**できるようにする。

○「医師確保計画」の策定

- ・医師偏在指標に基づき、地域ごとに医師確保の目標／目標達成のための対策を策定し、PDCAサイクルの下で進捗管理を行う。

(2) 医師養成過程への関与の法定化

【医学部】

- ・医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、**入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請**

【臨床研修】

- ・**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を国から**都道府県に移管**

【専門研修】

- ・国や**都道府県**が地域医療の観点から、**日本専門医機構等に対して意見を述べる仕組み**を法定

(3) 関係機関と一体となった体制の整備

○地域医療対策協議会の機能強化

- ・具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**。
- ・都道府県・大学・主要医療機関等が合意の上、**医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定**。

○地域医療支援事務の見直し

- ・地域医療支援事務の実効性を強化するため、**必ず大学医学部・大学病院との連携の下に**実施されるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施。

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

基本的な考え方

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、（１）外来機能に関する情報を可視化し、（２）その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、（３）地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要である。

都道府県の役割

（１）外来医療機能に関する情報の可視化

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能になる。

（２）新規開業者等への情報提供

- 可視化された情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として提供する。

（３）外来医療に関する協議の場の設置

○可視化する情報の内容の協議

・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報（地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等）を加えたり、機微に触れる情報（患者のプライバシー・経営情報等）を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。

○地域での機能分化・連携方針等の協議

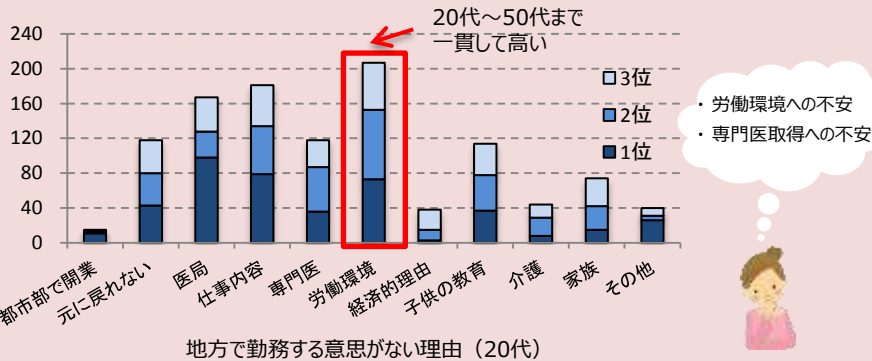
・充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間の機能分化・連携の方針等（救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等）について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにする。

上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

現状

- 調査によれば、医師の44%が今後地方で勤務する意思があるにもかかわらず、**実際の勤務に結びついていない。**
- 医師が、医師の少ない地域における勤務に不安を感じる原因となる**障壁が存在**することがその要因。



制度改正案

すべての希望する医師が、躊躇なく医師の少ない地域で勤務できる環境を整備する。

(1) 医師個人を後押しする仕組み

- ・医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進
- ・医師の少ない地域での勤務を促すインセンティブの付与 (認定制度の創設等)

(2) 医療機関に対するインセンティブ

- ・医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブの付与
- ・地域医療支援病院等の在り方の検討

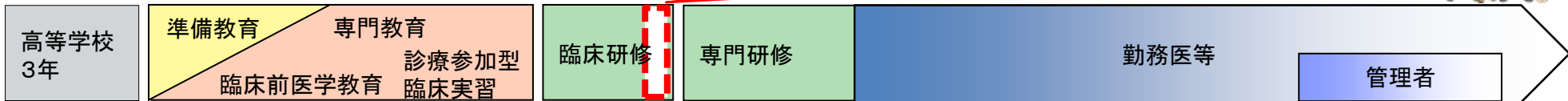
(3) 医師と医療機関の適切なマッチング

- ・都道府県が行う地域医療支援センターの実効性強化

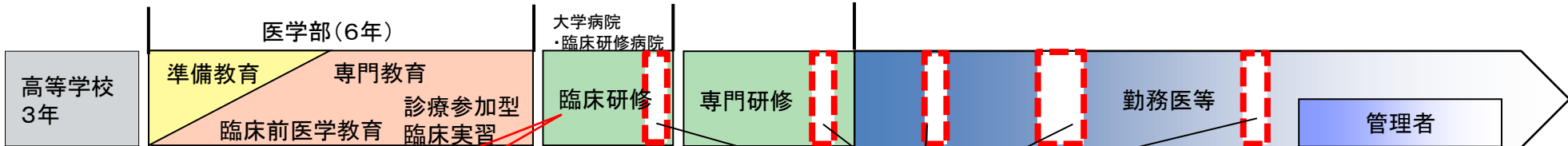
- ・初期臨床研修時に地域医療研修 (1月以上) があるのみ。
- ・それ以降は、希望があっても地域で勤務する環境が整っていない。



現状



見直し後



・一部の臨床研修病院に地域医療研修をより強化した研修プログラムを設ける。

医師少数区域での一定年数の勤務



厚生労働大臣が認定

②都道府県における体制整備

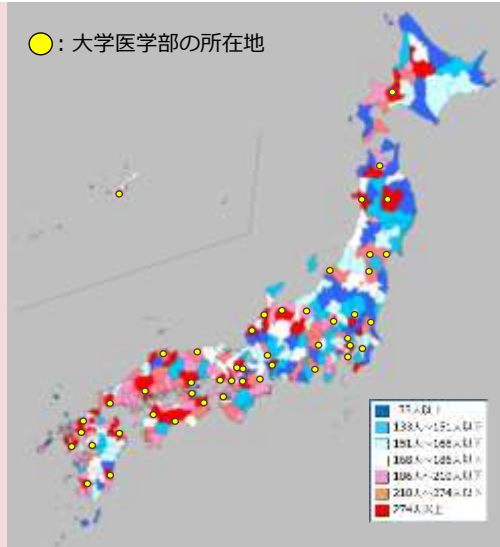
医師偏在指標の導入

現状

- 現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「ものさし」にはなっていない。

- 医療需要（ニーズ）
- 将来の人口・人口構成の変化
- 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
- 患者の流出入
- 医師の性別・年齢分布
- へき地や離島等の地理的条件

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

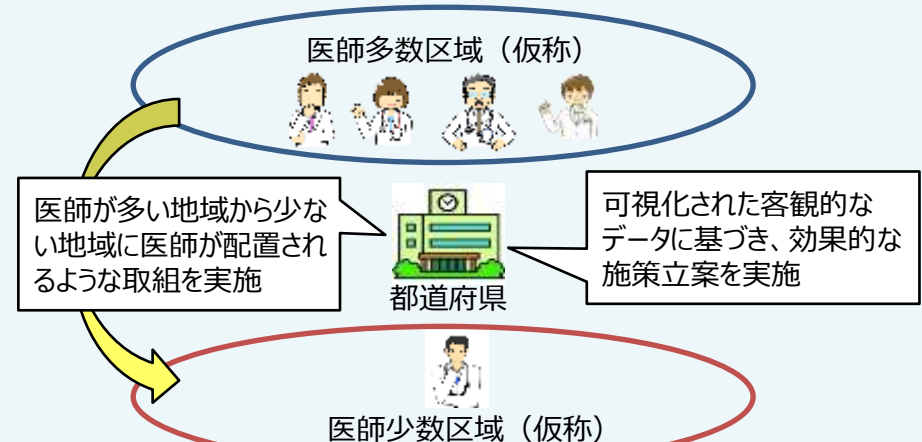


制度改正案

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が可視化されることになる。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。

※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。



② 都道府県における体制整備

都道府県における医師確保対策実施体制の強化

現状

- 医療計画における医師確保関連の記載が都道府県ごとにバラバラで、法定の「**地域医療対策**」（医師確保対策）も**17県で未策定**。
- 地域の主要な医療機関で構成される「**地域医療対策協議会**」は、**7県で未開催**（過去5年）

回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県数	7 青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県	1	-	2	3	34

- 都道府県によっては、医師確保に関する**各種会議体が乱立**。
- 地域枠等の**医師派遣について、大学と都道府県が連携できていない**。

医師確保対策について、都道府県が主体的・実効的に対策を行うことができる体制が整っていない。

制度改正案

都道府県が、大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する。

① 医師確保計画の策定

- 以下の内容を「医師確保計画」として、法律上位置付け。（3年ごとに見直し）
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容

PDCAサイクルの下で進捗管理



② 地域医療対策協議会の機能強化



- ・ 具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**
- ・ 都道府県内の医師確保関係**会議を整理・統合**

都道府県・大学・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定



地域医療対策協議会

協議に基づいた事務の実施



地域医療支援センター

③ 地域医療支援事務の見直し

- 都道府県が行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化。
 - ・ **必ず大学医学部・大学病院との連携**の下で実施
 - ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする
 - ・ 地域医療構想との整合性確保
 - ・ **地域枠の医師**について、都道府県主体での派遣方針決定
 - ・ キャリア形成プログラムの策定を徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助の実施

② 都道府県における体制整備

医師養成過程における医師確保対策（医学部・臨床研修）

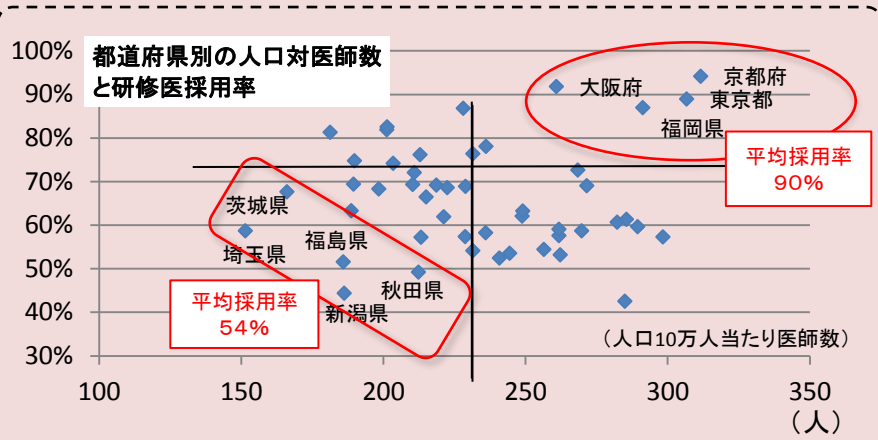
現状

- 地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高い（約80%）が、**地元出身者の入学を促す仕組みがない。**

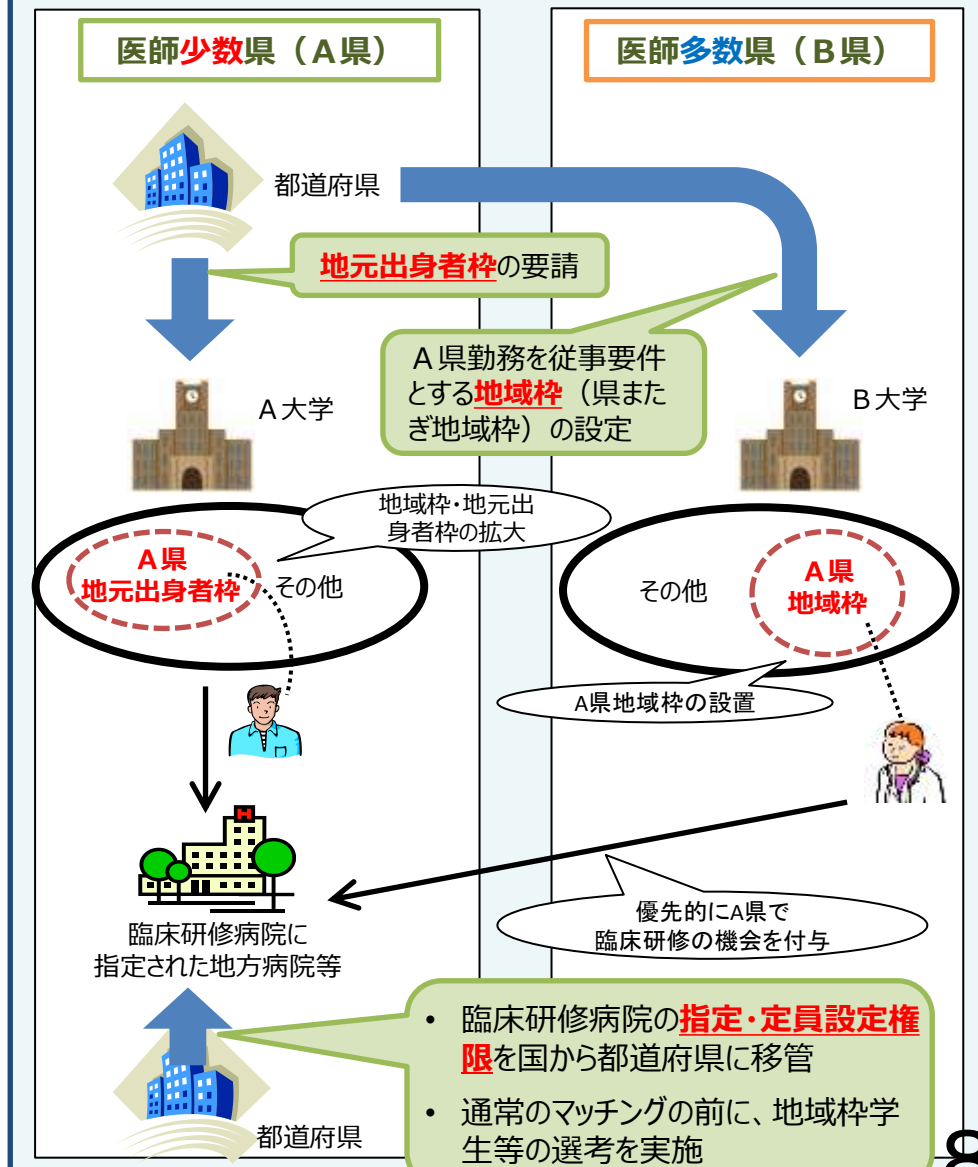
地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

	臨床研修を行った主たる都道府県		臨床研修修了後に勤務する都道府県	
	A県/卒業生 人数	割合	A県/卒業生 人数	割合
A県地域枠	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外・ 出身地A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外・ 出身地B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

- 臨床研修も、地元で行うことが定着に効果的（約90%定着）だが、**研修医が都市部に集中。**



制度改革案



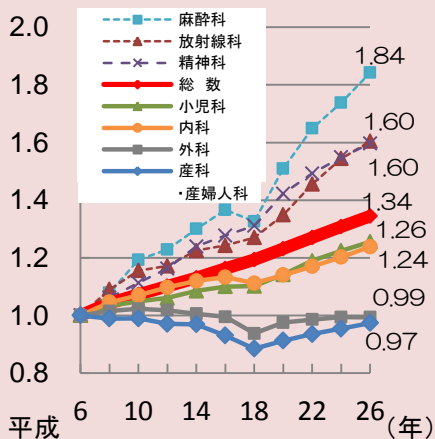
②都道府県における体制整備（その他）

医師養成過程における医師確保対策（専門研修）

現状

- 新専門医制度について、女性医師をはじめとした**医師のキャリアや地域医療に対する配慮**が、今後、継続的になされるような、安定した仕組みが存在しない。
- 現在、医師数は年々増加している一方、その増分は**一部の診療科に偏っている**。また、診療科ごとに労働時間に大きな差が存在している。
- 診療科別の医師の必要数は不明確であり、医師は臨床研修修了後に**自主的に診療科を選択**している。
- 新専門医制度においても、診療科ごとの養成数を調整する仕組みは組み込まれていない。

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



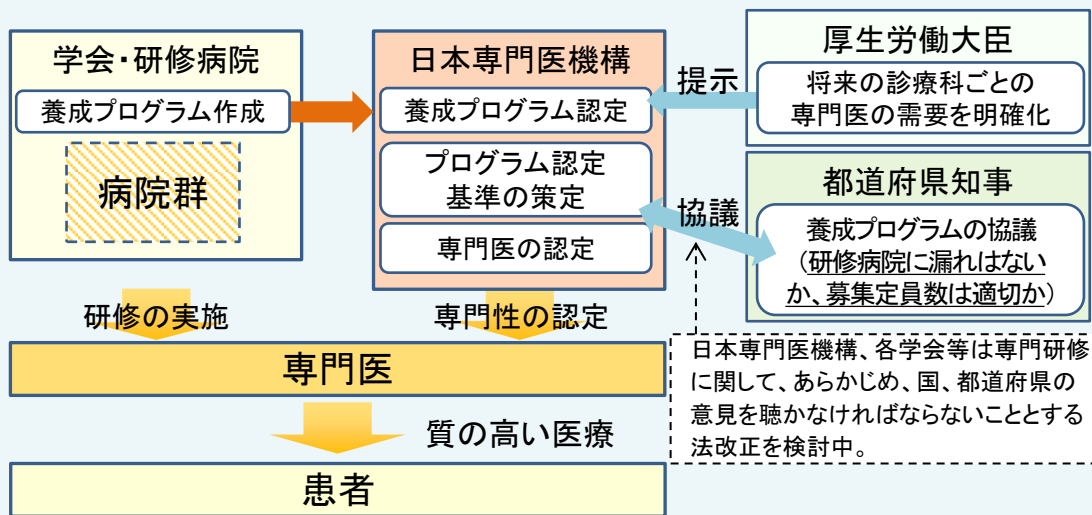
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

制度改正案

- 将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供

臨床研修修了後の適切な診療科選択に寄与し、診療科偏在の是正につながる。

- 新専門医制度において、国や都道府県が研修の機会確保や地域医療の観点から、日本専門医機構に対して意見を述べる仕組みを法定

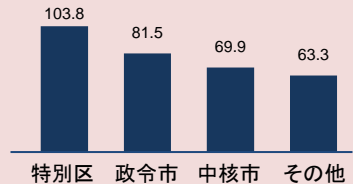


③外来医療機能の不足・偏在等への対応

現状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組**が、個々の医療機関の**自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数

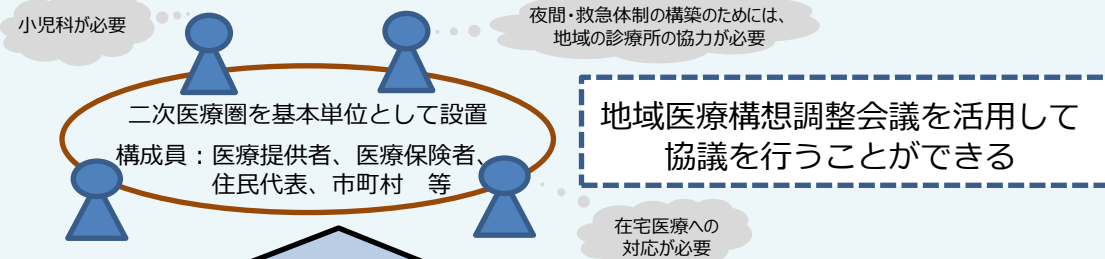


(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

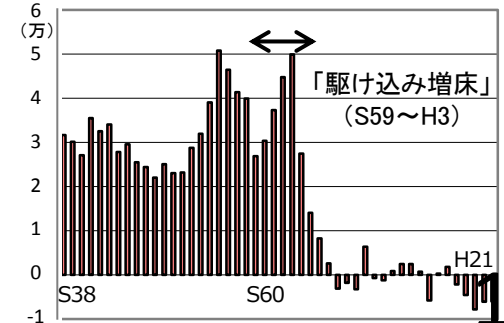
- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

以下のような課題があり、**開業規制については更なる議論が必要**

- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）
- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）

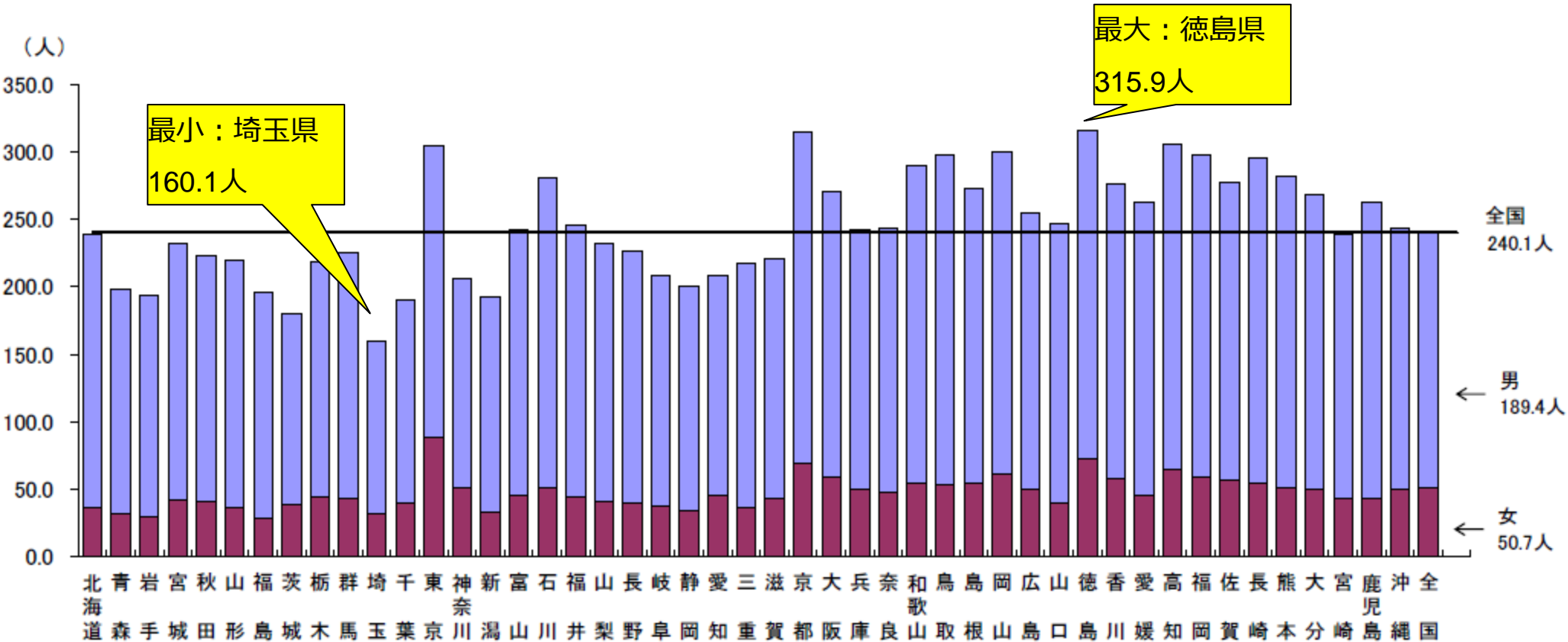
【参考】一般病床数の増加数の年次推移
 （平成12年以降は療養病床含む）



参考資料

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

- 平成28年度の医療施設に従事する人口10万対医師数の全国平均は240.1人で、前回の平成26年度（233.6人）に比べ6.5人増加している。
- これを都道府県（従業地）別にみると、徳島県が315.9人と最も多く、次いで京都府314.9人、高知県306.0人となっており、埼玉県が160.1人と最も少なく、次いで、茨城県180.4人、千葉県189.9人となっている。



(出典)平成28年(2016年)医師・歯科医師・薬剤師調査

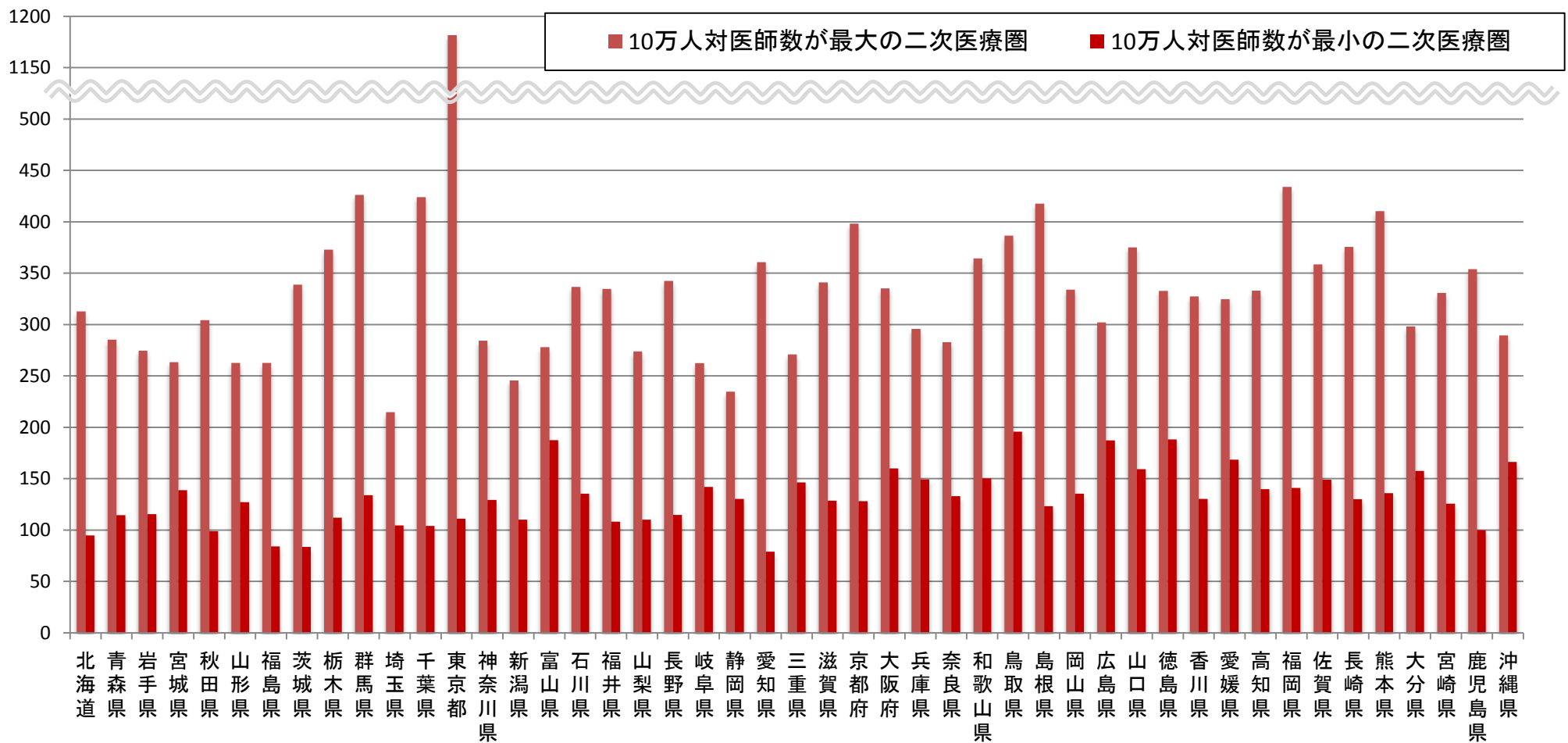
平成28年の都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数（数値）

	男	女	総数	順位
全 国	189.4	50.7	240.1	—
北 海 道	202.2	36.1	238.3	27位
青 森	166.0	32.3	198.2	41位
岩 手	163.8	30.0	193.8	43位
宮 城	189.8	42.1	231.9	28位
秋 田	182.2	41.3	223.5	32位
山 形	182.5	37.0	219.5	34位
福 島	166.6	29.1	195.7	42位
茨 城	142.2	38.2	180.4	46位
栃 木	173.5	44.5	218.0	35位
群 馬	181.5	43.7	225.2	31位
埼 玉	127.5	32.5	160.1	47位
千 葉	149.8	40.1	189.9	45位
東 京	215.3	88.9	304.2	4位
神 奈 川	154.7	50.7	205.4	39位
新 潟	158.7	33.2	191.9	44位
富 山	196.4	45.4	241.8	25位
石 川	229.9	50.7	280.6	11位
福 井	201.3	44.5	245.8	21位
山 梨	191.1	40.7	231.8	29位
長 野	186.0	40.2	226.2	30位
岐 阜	171.3	37.5	208.9	37位
静 岡	166.3	34.5	200.8	40位
愛 知	161.9	45.8	207.7	38位

	男	女	総数	順位
三 重	180.9	36.1	217.0	36位
滋 賀	178.0	42.9	220.9	33位
京 都	245.8	69.1	314.9	2位
大 阪	210.7	59.7	270.4	15位
兵 庫	192.2	50.2	242.4	24位
奈 良	195.0	48.2	243.1	22位
和 歌 山	235.1	55.0	290.1	9位
鳥 取	244.2	53.9	298.1	6位
島 根	217.5	54.8	272.3	14位
岡 山	238.5	61.8	300.4	5位
広 島	205.0	49.7	254.6	19位
山 口	206.2	40.3	246.5	20位
徳 島	243.1	72.8	315.9	1位
香 川	218.5	57.5	276.0	13位
愛 媛	216.8	45.7	262.5	18位
高 知	241.6	64.4	306.0	3位
福 岡	238.6	59.0	297.6	7位
佐 賀	219.4	57.4	276.8	12位
長 崎	241.0	54.6	295.7	8位
熊 本	230.9	51.0	281.9	10位
大 分	219.1	49.5	268.5	16位
宮 崎	195.2	43.2	238.4	26位
鹿 児 島	219.7	43.2	262.9	17位
沖 縄	193.3	49.8	243.1	23位

人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

○人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏を都道府県別に比較した場合、医師が比較的多い西日本を含め、全国的に地域間の偏在があることがわかる。



出典:「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)[平成26年12月31日現在]

備考:医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成27年1月1日住民基本台帳」を用いた。

人口10万人対医師数が最大・最小の二次医療圏の比較（数値）

各都道府県最大医療圏

	医療圏	人口10万 対医師数	最大医療圏 の多い順		医療圏	人口10万 対医師数	最大医療圏 の多い順
北海道	上川中部	312.8	28位	滋賀県	大津	341	17位
青森県	津軽	285.4	34位	京都府	京都・乙訓	398.2	7位
岩手県	盛岡	274.6	38位	大阪府	豊能	335.3	20位
宮城県	仙台	263.3	41位	兵庫県	神戸	295.8	32位
秋田県	秋田周辺	304.3	29位	奈良県	東和	282.9	36位
山形県	村山	262.7	42位	和歌山県	和歌山	364.5	12位
福島県	県北	262.7	43位	鳥取県	西部	386.5	8位
茨城県	つくば	338.8	18位	島根県	出雲	417.8	5位
栃木県	県南	373	11位	岡山県	県南東部	334	22位
群馬県	前橋	426.2	3位	広島県	呉	302.1	30位
埼玉県	川越比企	214.8	47位	山口県	宇部・小野田	375.2	10位
千葉県	安房	424.1	4位	徳島県	東部	332.7	24位
東京都	区中央部	1,181.70	1位	香川県	高松	327.4	26位
神奈川県	横浜南部	284.3	35位	愛媛県	松山	324.8	27位
新潟県	新潟	245.6	45位	高知県	中央	332.9	23位
富山県	富山	278	37位	福岡県	久留米	434	2位
石川県	石川中央	336.7	19位	佐賀県	中部	358.5	14位
福井県	福井・坂井	334.7	21位	長崎県	長崎	375.7	9位
山梨県	中北	273.8	39位	熊本県	熊本	410.4	6位
長野県	松本	342.5	16位	大分県	中部	298.1	31位
岐阜県	岐阜	262.5	44位	宮崎県	宮崎東諸県	330.7	25位
静岡県	西部	234.6	46位	鹿児島県	鹿児島	353.9	15位
愛知県	尾張東部	360.7	13位	沖縄県	南部	289.5	33位
三重県	中勢伊賀	270.9	40位				

各都道府県最小医療圏

	医療圏	人口10万 対医師数	最小医療圏 の少ない順		医療圏	人口10万 対医師数	最小医療圏 の少ない順
北海道	宗谷	94.9	4位	滋賀県	甲賀	128.6	21位
青森県	上十三	114.4	14位	京都府	山城南	128.2	20位
岩手県	宮古	115.5	16位	大阪府	中河内	159.9	41位
宮城県	仙南	138.9	31位	兵庫県	西播磨	149.3	37位
秋田県	北秋田	98.9	5位	奈良県	南和	133.1	26位
山形県	最上	127.1	19位	和歌山県	那賀	150.4	38位
福島県	相双	84.1	3位	鳥取県	中部	195.8	47位
茨城県	鹿行	83.5	2位	島根県	雲南	123.2	17位
栃木県	県東	112.1	13位	岡山県	高梁・新見	135.5	29位
群馬県	太田・館林	134	27位	広島県	広島中央	187.3	44位
埼玉県	南西部	104.5	8位	山口県	萩	159.3	40位
千葉県	山武長生夷隅	104	7位	徳島県	西部	188.2	46位
東京都	島しょ	111	12位	香川県	小豆	130.3	25位
神奈川県	県央	129.3	22位	愛媛県	八幡浜・大洲	168.6	43位
新潟県	魚沼	110.1	10位	高知県	高幡	139.8	32位
富山県	高岡	187.5	45位	福岡県	京築	141.1	33位
石川県	能登北部	135.5	28位	佐賀県	西部	149.1	36位
福井県	奥越	108.1	9位	長崎県	上五島	130.1	23位
山梨県	峡南	110.1	11位	熊本県	上益城	136	30位
長野県	木曾	114.8	15位	大分県	西部	157.7	39位
岐阜県	中濃	142.1	34位	宮崎県	西都児湯	125.6	18位
静岡県	中東遠	130.3	24位	鹿児島県	曾於	99.9	6位
愛知県	尾張中部	79.1	1位	沖縄県	宮古	166.3	42位
三重県	東紀州	146.5	35位				

出典：「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）[平成26年12月31日現在]

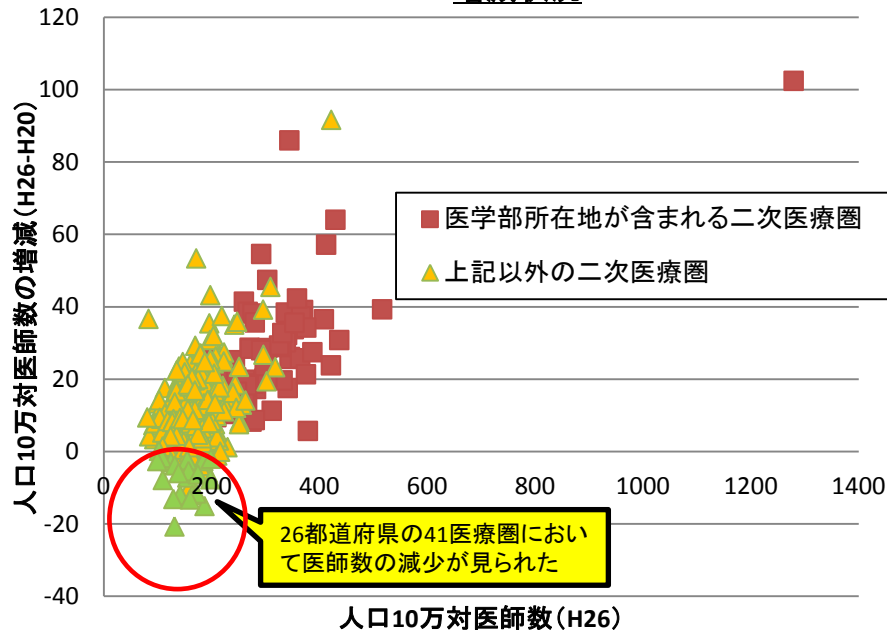
備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成27年1月1日住民基本台帳」を用いた。

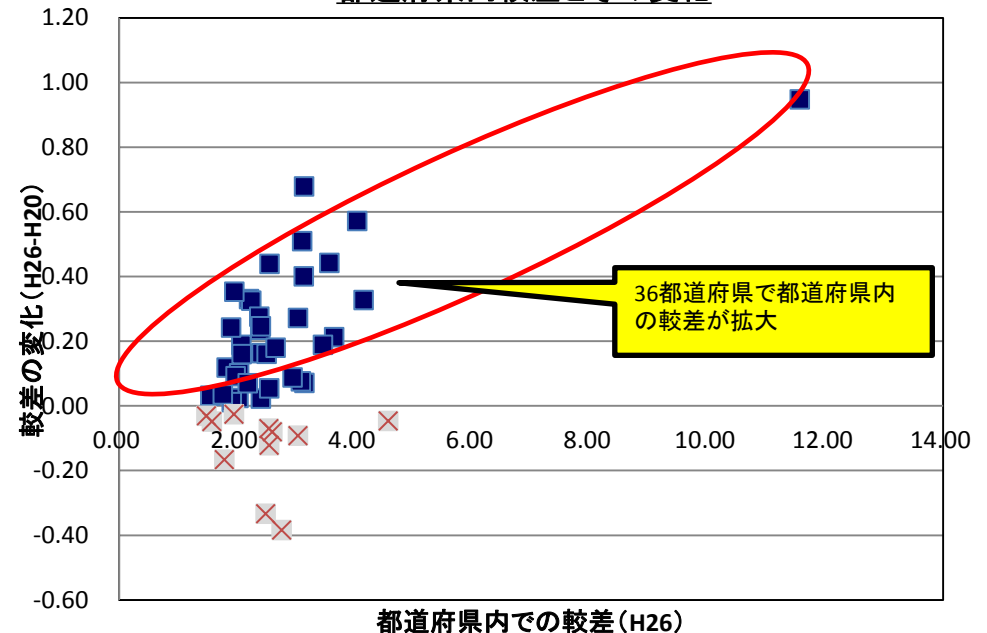
医師の地域偏在の状況（平成20-26年度）

- 全国の二次医療圏における医師数の動向に関し、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を平成20年と26年で比較したところ、**47都道府県の349医療圏中26都道府県の41医療圏**において医師数の減少がみられたのに対し、301医療圏では、特に医学部所在地が含まれる二次医療圏において医師数の増加がみられた（左グラフ）。
- また、このような状況を踏まえ、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を都道府県ごとに平成20年と26年で比較したところ、**47都道府県中36都道府県において医師数の較差（最大値／最小値）が拡大**している（右グラフ）。
- このように、都道府県内の医師の偏在は拡大しており、依然として解消されていない。

二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数の増減状況



二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数の都道府県内較差とその変化



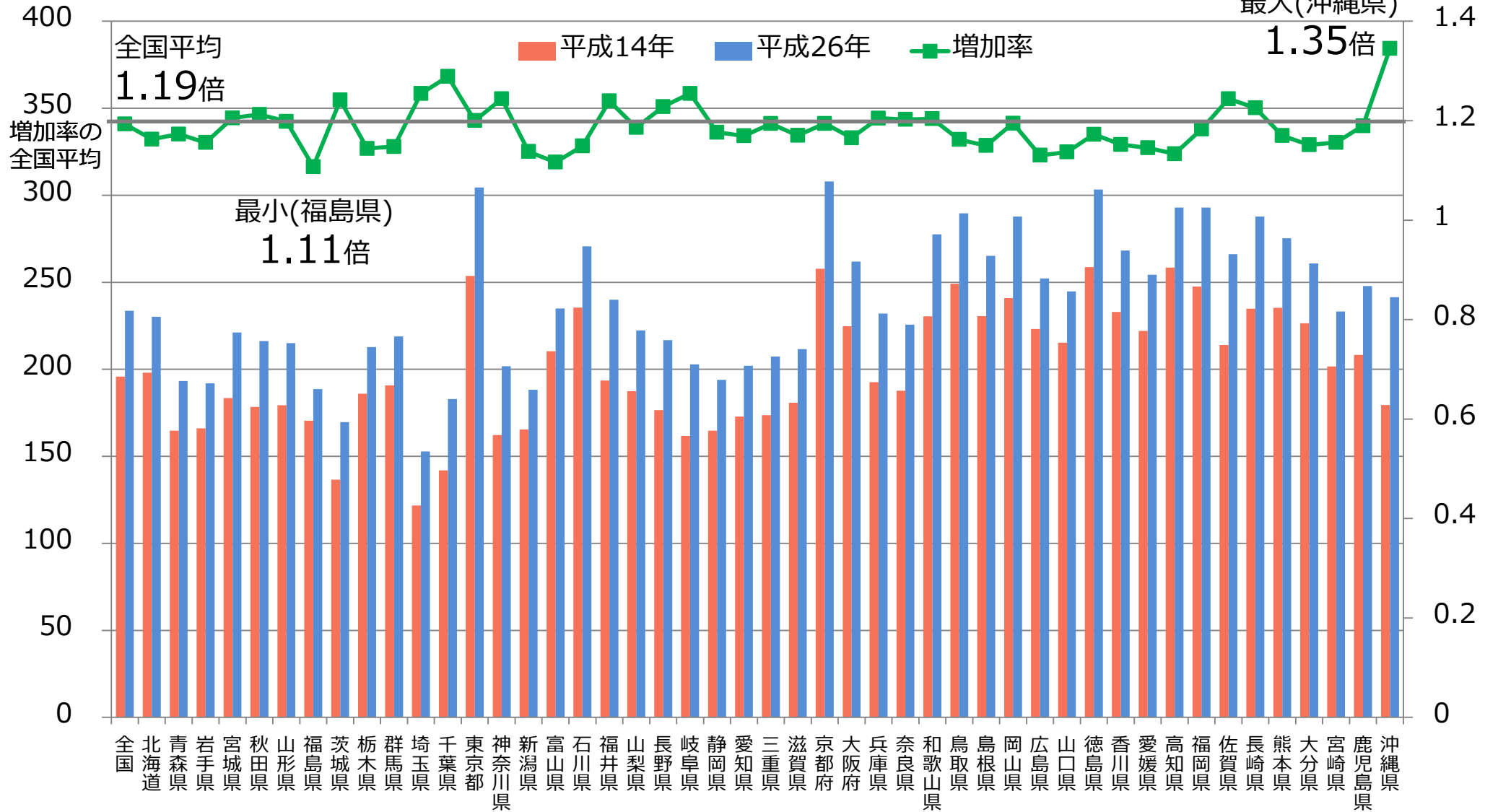
(注)

- 1 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」を基に当省が作成した。
- 2 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」については、平成25年3月31日現在の調査から調査対象に外国人が含まれることとなったが、人口10万対医療施設従事医師数について経年比較を行うため、日本人のみを集計対象とした。
- 3 平成20年と24年との比較において、この間に二次医療圏の設定の見直しが行われている場合には、25年3月31日現在の二次医療圏(349医療圏)に合わせて医師数及び人口を再集計している。

平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数
(人)

増加率
(倍)



平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率（数値）

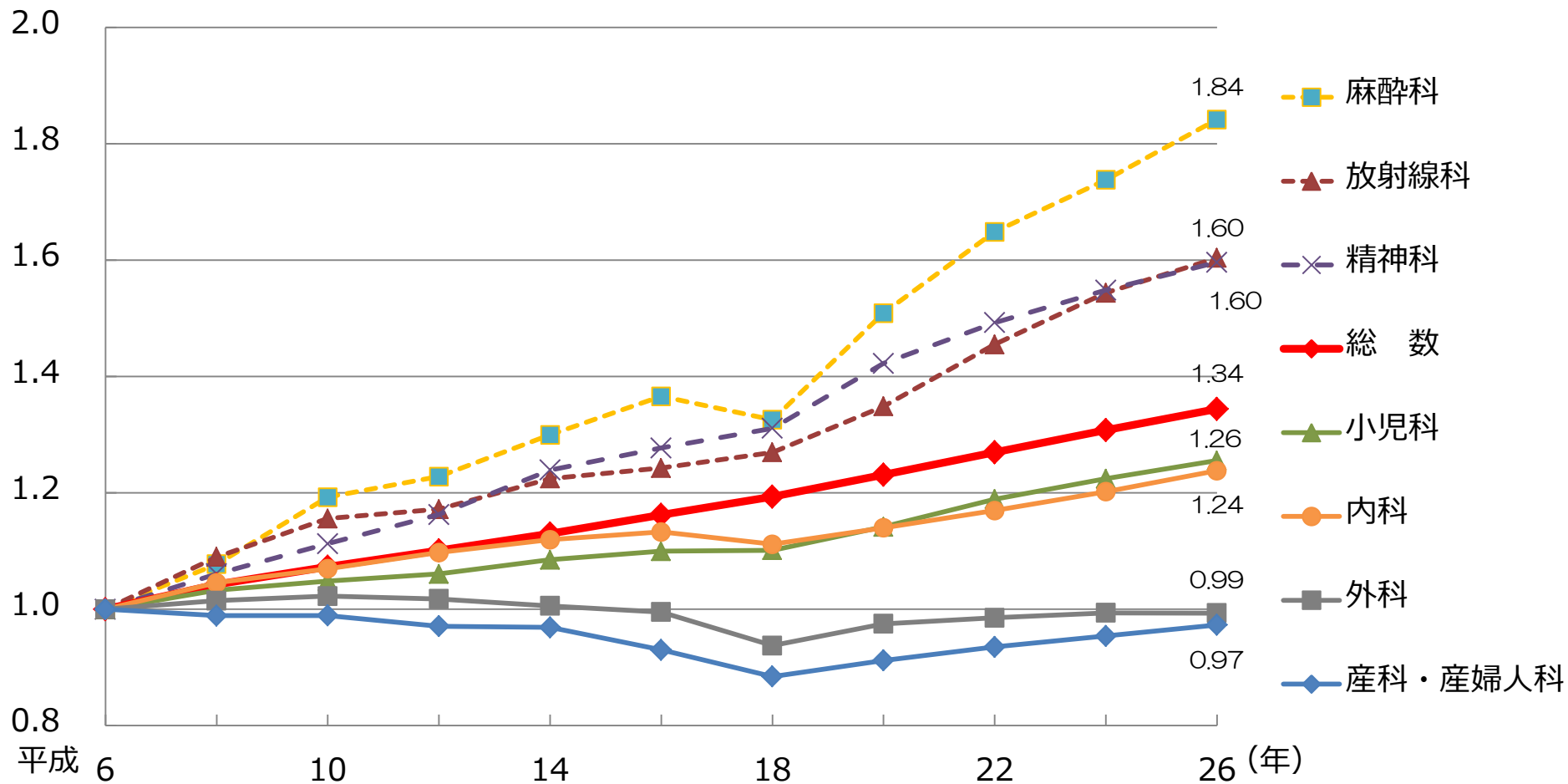
各年12月31日現在

		平成14年 ('02)	平成26年 ('14)	差引き	増加率	増加 率順			平成14年 ('02)	平成26年 ('14)	差引き	増加率	増加 率順
全	国	195.8	233.6	37.8	19%	—	三	重	173.6	207.3	33.7	19%	20位
北	海 道	198.0	230.2	32.2	16%	31位	滋	賀	180.8	211.7	30.9	17%	27位
青	森	164.8	193.3	28.5	17%	25位	京	都	257.8	307.9	50.1	19%	19位
岩	手	166.1	192.0	25.9	16%	34位	大	阪	224.7	261.8	37.1	17%	30位
宮	城	183.5	221.2	37.7	21%	12位	兵	庫	192.6	232.1	39.5	21%	13位
秋	田	178.4	216.3	37.9	21%	11位	奈	良	187.7	225.7	38.0	20%	15位
山	形	179.4	215.0	35.6	20%	17位	和	歌 山	230.5	277.4	46.9	20%	14位
福	島	170.4	188.8	18.4	11%	47位	鳥	取	249.2	289.5	40.3	16%	32位
茨	城	136.6	169.6	33.0	24%	7位	鳥	根	230.6	265.1	34.5	15%	37位
栃	木	186.0	212.8	26.8	14%	41位	岡	山	240.9	287.8	46.9	19%	18位
群	馬	190.7	218.9	28.2	15%	39位	広	島	223.1	252.2	29.1	13%	45位
埼	玉	121.8	152.8	31.0	25%	4位	山	口	215.3	244.8	29.5	14%	43位
千	葉	141.9	182.9	41.0	29%	2位	徳	島	258.7	303.3	44.6	17%	26位
東	京	253.7	304.5	50.8	20%	16位	香	川	232.9	268.3	35.4	15%	35位
神	奈 川	162.2	201.7	39.5	24%	5位	愛	媛	222.1	254.3	32.2	14%	40位
新	潟	165.4	188.2	22.8	14%	42位	高	知	258.5	293.0	34.5	13%	44位
富	山	210.4	234.9	24.5	12%	46位	福	岡	247.6	292.9	45.3	18%	23位
石	川	235.5	270.6	35.1	15%	38位	佐	賀	214.0	266.1	52.1	24%	6位
福	井	193.6	240.0	46.4	24%	8位	長	崎	234.8	287.7	52.9	23%	10位
山	梨	187.4	222.4	35.0	19%	22位	熊	本	235.3	275.3	40.0	17%	28位
長	野	176.5	216.8	40.3	23%	9位	大	分	226.5	260.8	34.3	15%	36位
岐	阜	161.7	202.9	41.2	25%	3位	宮	崎	201.7	233.2	31.5	16%	33位
静	岡	164.8	193.9	29.1	18%	24位	鹿	児 島	208.3	247.8	39.5	19%	21位
愛	知	172.8	202.1	29.3	17%	29位	沖	縄	179.5	241.5	62.0	35%	1位

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

全国的な医師の偏在の状況

人口10万人対医師数(2次医療圏毎)

○大学医学部の所在地に医師が多く、「西高東低」の傾向にある。

人口10万対医師数(全国) (中央値)176.8人
(平均)231.5人

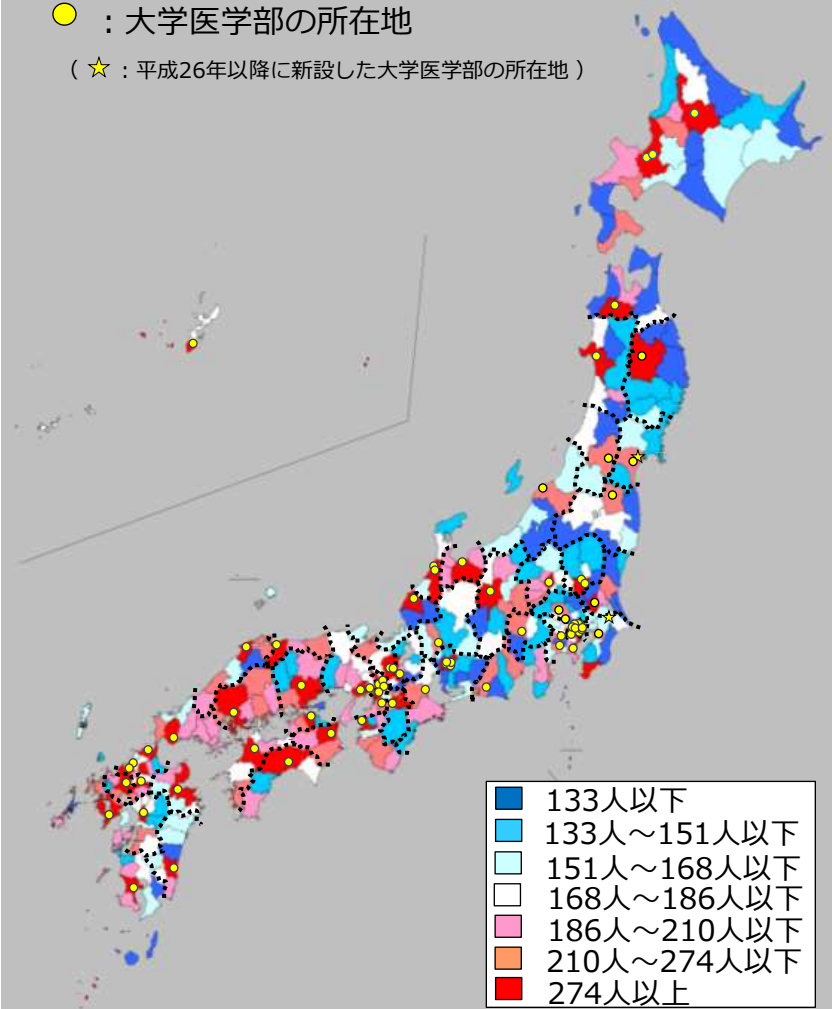
15~49歳女性人口10万人対産婦人科医師数(2次医療圏毎)

○産婦人科医が不在の2次医療圏が6つある。

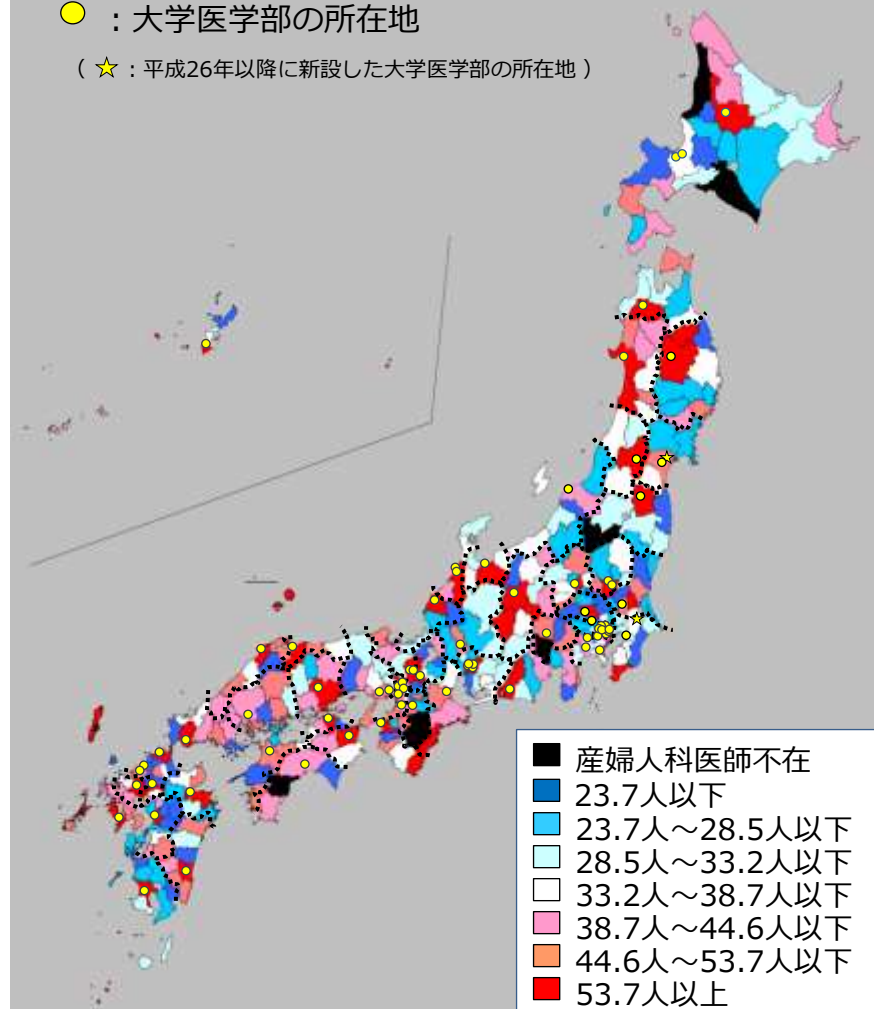
※日高(北海道)、留萌(北海道)、南会津(福島)、
峡南(山梨)、南和(奈良)、高幡(高知)

15~49歳女性人口10万対産婦人科医師数(全国) (中央値)36.1人
(平均)41.4人

● : 大学医学部の所在地
(☆ : 平成26年以降に新設した大学医学部の所在地)



● : 大学医学部の所在地
(☆ : 平成26年以降に新設した大学医学部の所在地)

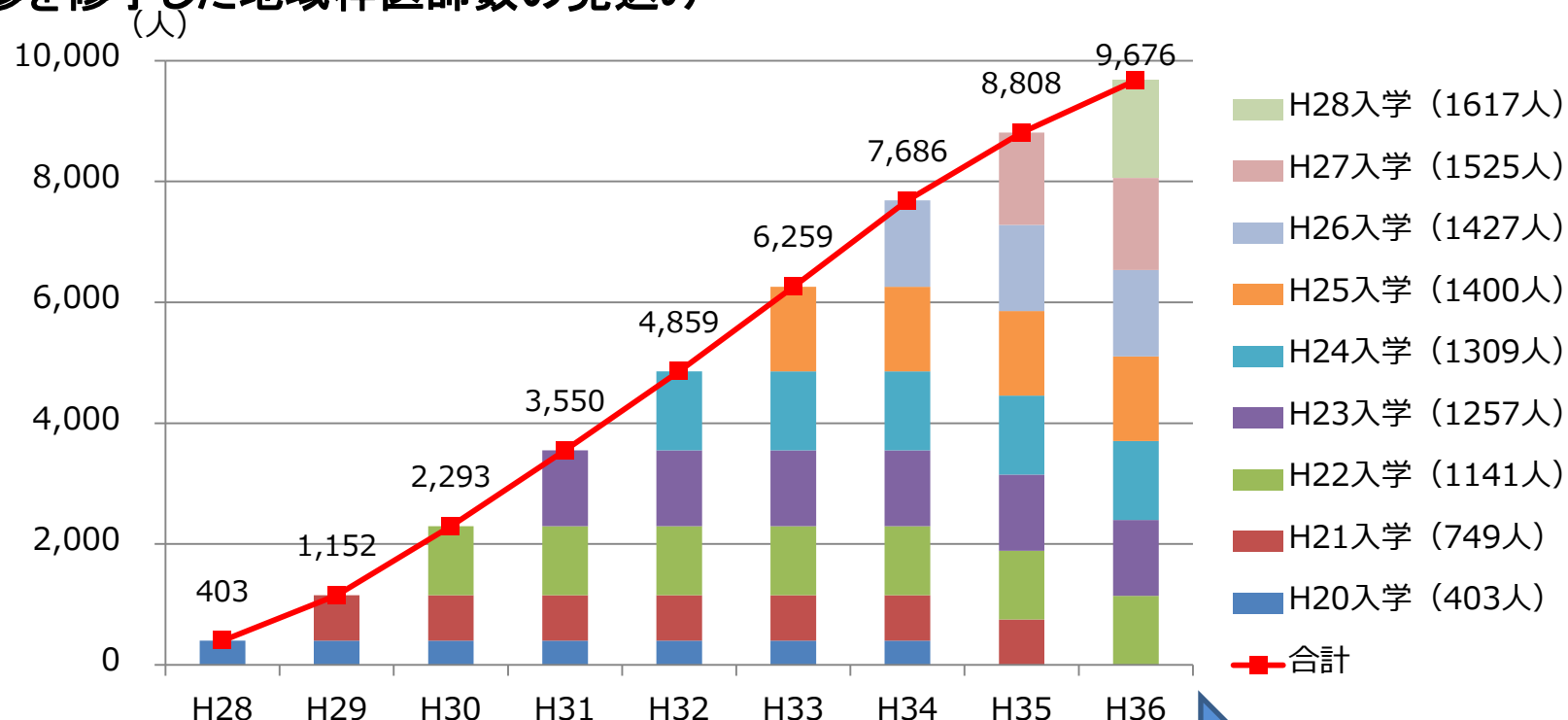


(出典)平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

※ 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。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 1 / 2

- 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
		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

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。(「〇〇人程度」「〇〇人以内」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

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、臨床研修終了後、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%）。

			臨床研修終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>

			臨床研修終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。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

※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。

厚生労働省調べ

※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）