

平成20・21年度
勤務医委員会答申

医師の不足、偏在の是正を図るための方策
- 勤務医の労働環境(過重労働)を改善するために -

平成22年3月

日本医師会勤務医委員会

平成 22 年 3 月

日本医師会
会長 唐 澤 祥 人 殿

勤務医委員会
委員長 池 田 俊 彦

勤務医委員会答申

勤務医委員会は、平成 20 年 7 月 16 日の第 1 回委員会において、貴職から「医師不足、偏在の是正を図るための方策 - 勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために - 」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年間にわたり鋭意検討を続けてまいりました。

ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

はじめに

本来、経済成長の実りは、安心安全で豊かな社会の構築に向けられるべきであるが、この国では、経済成長そのものが目的化し、経済成長の実りは、ひたすら、さらなる経済成長へと注ぎ込まれてきた。

そのため、国民生活にとって最も重要な社会保障に綻びが生じ、医療も崩壊の度合いを深めつつある。医師の不足は極に達し、偏在は顕著となり、医師、特に勤務医の、過密、過重、長時間労働という過酷な勤務環境をもたらしした。

勤務医の疲弊はともかく、国民に対し、質の高い医療の提供が危ぶまれるだけでなく、特に医療安全の面でも大きな影を落としている。

このような時に、唐澤会長から、当勤務医委員会に、「医師の不足、偏在の是正を図るための方策 - 勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために - 」という諮問をいただいた。極めて時宜を得た御下問と受けとめている。

もちろん、少々議論し、知恵を集めたからといって、簡単に解決策が結論できるものではないが、医師不足の解消は、一刻の猶予もならない喫緊の課題であり、焦眉の急であることから、真摯に取り組み議論を続けてきたところである。

医師不足を判断するための的確な指標に乏しく、直感や風評で捉えられがちだが、できるだけ、科学的、論理的に解析し、あるべき方向への解決を目指したい。

根本的には、社会保障を充実させていくという強い理念と、医療に必要な財源を投入するという具体的な施策の実施が重要であるが、医療提供のあり方や受診のあり方にも改善の余地があるかも知れない。

医師不足、偏在の捉え方やその解決策についても、委員間で、意見、理念、価値観において、微妙な相違があり、多少一貫性の欠ける点があるかも知れないが、できるだけ、共通認識で、広い視野、深い洞察のうえ、しかも、医師の視点だけでなく、国民の視点に立って、現実的課題と中長期の展望からの課題に分けて、この答申をまとめた。

・ 医師不足問題概観

1961(昭和36)年に制定された国民皆保険制度が、日本の医療の原点といえる。それ以前の医療は、盲腸と診断されても手術料金を払えない低所得者は手術を受けられず、疫癘になれば子どもは点滴を受けられず死を待つだけであった。この悲惨な状況を救ったのが国民皆保険制度であり、いつでも、どこでも、誰でも十分な医療が受けられるすばらしい制度である。

国民皆保険制度は国民に大きな恩恵をもたらしたが、患者の増大が医師不足を引き起こし、そのため1県1医大構想が実施され、1979(昭和54)年に琉球大学医学部が開設されて、全都道府県の医大構想が完成した。

しかし一方で、「医療従事者について、将来の需給バランスを見直し、医師の過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」などとした、1982年の第二次臨時行政調査会の答申を受けた厚生省(当時)は、1985年に医学部の入学定員をはじめ削減した。

1984年に8,280人だった医学部入学定員は、医師不足が課題となった2007年でも7,625人に抑制されたままであった。世界各国が将来の高齢化社会と医療高度化を予測して医師数を増やしたが、日本は世界の流れに逆行し、医師数抑制に走ったのである。

医師不足が表面化したのは、2004年の「医師の名義貸し事件」であった。病院の医師定数は医療法に決められており、定数を満たさない病院は入院基本料が減額される仕組みになっていた。そのため医師定数を満たさない病院は、医師の名義を借りて定数を偽装したのである。ちなみに、医師定数は1948年に定められたものであり、その後約60年もの間この見直しが行われていないのは大きな問題である。

医師定数の偽装は法律違反であるが、北海道、東北地方では48%の病院が、全国では25%の病院が医師の定数を満たしていなかった。北海道など医師不足に悩むべき地の病院にとって「医師の名義貸しは必要悪」であった。べき地の病院は医師不足に悩み、都市部の医学部大学院生たちは、身分保証のない無給だった。これを調節したのが名義貸しである。しかし、医師定数を偽っていた病院は詐欺罪同様に罰せられ、悪質とされたべき地の病院は閉院になった。国が定めた医師定数を病院が守れなかったのは、医師の絶対数不足によるもので、「病院の医師不足は、医師育成を怠った

政策の結果」といえる。2007 年ごろから医師不足が騒がれたが、それ以前から日本は医師不足だったのである。

経済協力開発機構(OECD)加盟国の医師数は、OECD Health Data(Ver. June 2009)によると、人口千人当たり平均 3.1 人であるが、日本の医師数は 2.1 人と少なく、OECD 加盟国の平均医師数より約 13 万人不足しており、世界との格差は年々拡大している。現在、日本の人口千人当たりの医師数は、OECD 加盟国の下から 4 番目、2006 年の世界保健機関(WHO)の報告によると、世界では 63 位になる。なお、欧米の医師数は患者を診察している医師の実数であるが、日本の医師数約 28 万人は保健所に届けた医師数をもとにしてカウントされている。患者を診察していない研究者や、80 歳以上の引退した医師も含まれており、臨床現場での実働数をカウントしたものではない。また、結婚して苗字を変えた女性医師が二重登録されていた例もある。このような算定では、日本の医師の絶対数はさらに少なくなると考えられる。

フランスの人口千人当たりの医師数は 3.4 人であるが、それでも足りないとして医師数を 5 年間で 1.5 倍に増員、アメリカも同様に 1.3 倍の増員をすでに実行している。欧米各国とも医療の専門化と高齢者増加に対応するため医師数を増やしているが、日本は減らし続けたため、その付けが回ってきたのである。日本の医師数は世界標準の 3 分の 2 にすぎないのに、2000 年の厚生省「医師の需給に関する検討会」では、医師は将来過剰になると報告した。また、2006 年には「医師は満たされている」とし、翌 2007 年になっても「医師不足は医師の地域偏在、診療科偏在」と主張したのである。

日本の医師数を都道府県別で見ると、最も多い県ですら OECD 平均の 3.1 人に達していない。各都道府県における医師の地域格差は事実だが、それ以前に医師の絶対数が少なすぎるのである。

医師不足は過疎地を直撃した。過疎地の病院が減少したため高齢者は山を越え、隣の県の病院で治療を受けるようになった。そして医師不足は過疎地から地方都市へ、地方都市から大都市へ波及し、首都圏でも妊婦は出産できる病院を探すようになり、救急隊員も患者を受け入れる病院を探し回るようになった。このような危機的状態が起きているにもかかわらず、厚生労働省(以下、厚労省)のなかには、たとえ診療報酬の削減等により、

半数くらいの病院が閉院になるとしても、閉院となる病院から医師や看護師がほかの病院に移るので、必要な医師数は確保できるといった考えがあったとも聞いているが、国民の健康を考えない、まったくあきれた理屈である。日本の病院の人手不足は、医師や看護師の過重労働を引き起こし、多忙と精神的疲労から医療にとって最も大切な人材が病院から立ち去ったのである。

． 医師不足について

1． 医師不足の現状

この四半世紀の間に、医療の進歩、急速な高齢化社会の到来、財政問題など医療を取り巻く環境は急速に変化してきた。国民の権利意識の高揚もあり、安全確保のための手順のコストが増加し、病状説明の時間、文書作成、会議、電子カルテの操作など、医師、特に勤務医の労働環境が悪化していった。

2004年に導入された新医師臨床研修制度は、医師不足をより顕在化させた。すなわち、研修先として都市部の病院を選ぶ新人医師が増え、地方の大学病院などの人手不足が深刻になった。時代とともに研修医の考え方が変わって臨床能力主義になってきたことも一因と思われる。そのため、大学では市中病院から中堅医師の引き揚げを行い、市中病院では医師不足が生じることとなった。市中病院における労働環境の悪化は、勤務医が燃え尽きて病院を“立ち去って”開業し、さらに勤務医不足を加速するという悪循環を進行させ、医療崩壊とも称される事態が現出するに至った。新制度の導入により大学に研修医が減少し、大学医学部の医師派遣機能が弱体化したが、もともと従事医師数が手薄な地域で派遣医師数が最も減少しており、地域間格差が広がっている。

日本医師会が2008年10月、都道府県医師会と病院を対象に行った「医師確保のための実態調査」の報告によると、47都道府県医師会の回答では42医師会が病院医師数を不足と考えている一方、診療所医師については18医師会が不足、14医師会が充足と考えており、各県で差があることが分かった。また、病院医師の不足は335の二次医療圏のうち281圏域、83.9%で見られ、不足している診療科目としては産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科が多い。

次に、病院調査では2,668病院が回答しているが、5年前と比較して病院全体で医師数が減少した病院の割合は39.6%（増減なし26.0%、増加した34.4%）であり、診療科別では産科・産婦人科、内科などで減少の割合が高い。病院属性別で見ると、医師数が減少した病院の比率は大学以外の研修病院が一番高い。医師数が減少した病院の比率を見ると東北地区、中国四国地区が高い。都道府県別では三重、鳥取、山形、和歌山、栃木な

どである。大学・公的病院からの供給医師数が減少した病院の比率が高いのは、中国四国地区、東北地区、中部地区であった。医師不足を理由として起きた問題は、外来の閉鎖・休止・縮小が最多で 487 病院、病棟閉鎖・病床縮小が 253 病院、夜間等の救急対応休止が 189 病院であった。病院長の回答では、病院全体で医師不足を感じている比率は 71.5%で、特に救急医療、産科・産婦人科、内科、麻酔科などが高く、この医師不足感は大学以外の研修病院が 78.2%と最も高かった。

日本医師会は、この実態調査で病院長に質問した必要医師数と現状の医師数とを比較し、現状の約 1.10 倍の医師数が必要と推計した。現状と比較して必要な医師数が大きい県は、島根、青森、新潟、三重、高知、富山、山口などとなっている。また、日本の人口千人当たりの医師数は 2.1 人であるが、この平均未満の二次医療圏で一律 2.1 人に引き上げるとすると必要な医師数は 1.15 倍であるとした。以上のデータや考え方を踏まえ、日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の 1.1~1.2 倍にすることが妥当と考えている。なお、2008 年 9 月には厚労省「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」において、「OECD の平均医師数がわが国のその約 1.5 倍であることも考慮し」、「将来的には 50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」との報告書がまとめられている。

医師の適正数は何人かという根源的な問いに対しては、わが国のあるべき医療の姿（グランドデザイン）をまず示さなければならない。そのためには地域ごとの保健医療計画による対応が不可欠と思われる。都道府県の役割を明確にして、病診連携、病院の集約化などを含めて医療提供体制を構築しなければならない。他の社会保障分野との関連や財源のあり方について幅広い検討が必要である。

2008 年、国はようやく医師不足を認め、医師養成数の抑制方針を 23 年ぶりに転換した。しかし、医師数の増加が実現し始めるのは約 10 年後からであり、医師数が充足するまでの対策が早急に必要である。また同時に医師の養成機関である大学の教育の質を維持していくことも喫緊の課題である。

2 . 医師不足の原因

わが国の医師不足は、医師数の絶対的不足、病院における必要な勤務医

不足、地域や診療科における医師の遍在、医療の高度化・専門化による患者の期待度増加に対する専門医の需要と供給のアンバランスによる不足などが考えられるが、それらの原因は決して単純ではなく、種々の複合的誘因が相俟って現在の医師不足を惹起している。

(1) 医師不足をもたらした直接的要因

医療費抑制政策

WHO の発表する健康達成度の各国比較によると、日本人の健康寿命は世界一であり、健康達成度の総合評価も世界一である。しかし、医療に投下されている対 GDP 比総医療費は OECD 加盟国中 21 位という低い状況である。国民医療費の増加は、人口の高齢化、医療の高度化・専門細分化、医療技術の進歩、交通網などのインフラ整備などによる自然増に負うところが大きい。しかし 1970 年代後半、高度経済成長の鈍化により GDP 上昇率が低下し、国民総医療費の伸び率が問題となった。そして、第二次臨時行政調査会の答申を受け、わが国は約四半世紀にわたり、医療費抑制政策を実行してきた。この低医療費政策が、診療報酬の抑制や医学部入学定員数の削減、さらに医療技術の進歩と相俟って勤務医の過重労働や疲弊を促進し、医師のモチベーションの低下につながり、現在の医師不足や医療崩壊の主要因となった。

医学部入学定員数の削減

医学部の入学定員数は、1970 年に 4,040 人であったが、「最小限必要な医師数を人口 10 万対 150 人」との政策提言を受けて、1 県 1 医大構想の実施、さらには私立新設医学部の急増により、医学部入学定員数は 8,280 人（1981～84 年）と大幅に増加していた。しかし、医療費抑制政策のもとに「医師数抑制閣議決定」が出された結果、医学部入学定員数は 1985 年に 8,260 人、1999 年には 7,630 人と削減され、さらに 1997 年の「医師数抑制継続閣議決定」により 2003 年から 2007 年にかけては 7,625 人まで抑制されていた。このため、前述のとおり OECD 諸国の人口千人対医師数（スウェーデン 3.6 人、ドイツ 3.5 人、フランス 3.4 人、アメリカ・イギリス 2.4 人）に比し、わが国では 2.1 人と絶対的に医師数が少なくなっている。

(2) 医師不足をもたらした間接的要因

医療の専門化・細分化

近年、医師法・医療法、医療保険制度や各学会の専門医制度推進などにより、医療内容の専門化・細分化は著しく医師の仕事量を増加させた。従来のパターンリズム的医療からの脱皮は、患者・家族への説明と同意（インフォームドコンセント）が必要となり、また各種の説明文書や同意書、診断書の作成に要する時間は医師の労力を奪っていた。各診療科はそれぞれ臓器別、疾患別診療体制を要求され、1人の患者に複数の医師が専門医的立場からの診療に携わることを求められるようになり、結果として相対的医師数不足に拍車を掛けている。

労働に見合わない給与水準や勤務環境

わが国における医師数の絶対的不足は、次第に1人の医師の労働時間を増加させ、時間外勤務や日当直などは明らかに労働基準法から逸脱していたが、永年医師は職業的倫理観・使命感・義務感からそれらを当然のものとして頑張ってきた。しかし近年、社会や住民、患者などが、医師としての価値観や倫理観、職業人としての誇りを傷つけ、奪う事例が多く見られ、医師自身にも労働環境に対する評価に大きな変化が起こってきた。同時に、医療費抑制政策により多くの公的病院を中心に経営が困難となり、慢性的な赤字を計上するようになった。しかし、社会や住民は病院に過剰とも言える医療期待度や経営の効率化を要求している。そのため、公立病院を中心に一律に職員給与の削減策が実行され、その報酬額が労働対価に見合わないと感じた医師は病院を去って行き、残された医師の労働環境は益々悪化し、勤務医不足を加速させた。

医療訴訟の増加や患者要求（期待度）の高まり

さらに、労働対価の低下や勤務環境の悪化に負けず努力していた医師の勤務意欲を失わせ、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる勤務医不足に輪を掛けたのが、医療訴訟の増加、マスメディアの恣意的報道、住民・患者モラルの低下であった。これらは、医師としての価値観や義務感、倫理観を崩壊させる大きな間接的要因となって勤務医不足を助長させた。

(3) 医師不足を顕在化させた要因

新医師臨床研修制度

2004年4月より開始された「新医師臨床研修制度」がわが国の医師不足をより顕在化させた。それまで多くの医師は医学部を卒業した後は出身大学の大学病院に残り、自分が選んだ診療科の医局に属していた。地域の病院は、関連大学医局人事により医師派遣を受け、医師の交代などの人事は、各科医局の一存により決定され、地方の病院医師確保が維持されていた。しかし、この研修制度により指定病院の要件が緩和され、研修医は大学医局に属することなく自由に研修病院を選択できるようになった。その結果、新人医師はこぞって症例の多い都会の大病院を目指すようになり、大学病院や地方の総合病院を避ける傾向になった。新制度導入前は72.1%の研修医が大学病院に残っていたが、導入後は50%以下になり、地方の大学病院ほどその傾向が強い。しかも、都市部の民間病院でも医師不足は深刻であり、これらの都会に集中した研修医の大半は地方の大学病院に戻ることはなかった。この一連の流れにより、地方大学病院での医師不足が逼迫し、中山間地、へき地などの地方病院に派遣していた医師の引き揚げとなり、その結果各地の病院での医師不足が顕著となった。

女性医師の労働環境の未整備

近年、女性の社会的進出や地位の上昇とともに、医学部入学者における女性の増加は著しく、大学によっては40～50%が女子医学生となり、女性医師数は10年前に比し約1.5倍となっている。しかしながら、女性医師が結婚・出産・育児等と医師業務とを両立させる社会的環境の整備はいまだ進んでおらず、病院における就労環境もまったく未成熟なため、第一線を離脱もしくは医業そのものを辞めざるを得ない女性も多い。その結果、臨床の現場における医師数の減少に大きな影響を与え、医師不足を顕在化させる一因ともなった。

3. 医師不足対策

医師不足解消への施策も数多く提案されているが、実現には財政面からの画期的支援も不可欠である。今回の政権交代によりどの程度改善される

のか不透明な感もあるが、今後の見守りが必要であろう。日本医師会は医療側の問題点やあるべき姿を国民および国に提示し、理解が得られるよう努力を続ける責務があると考えます。

医師不足対策を考えるに当たっては、医師不足の原因を考慮しなければならない。医療費抑制政策が根本にあるからには、財源の確保は必須である。すなわち、(1)診療報酬の引き上げ、(2)公的財政支援の確保(公立病院の赤字解消、救急医療、産科医療、へき地医療への公的補助、勤務医の就業環境の改善)、(3)医学教育に対する公的支出の引き上げ、がある。

財源確保が十分になされれば、以下の施策も実行性が高まる。

医師養成数の増員

ただし、増員数の決定のため、医師の実際数と人員配置標準の見直しを含めた適正数の算出が必要である。また、指導教員の増員処遇改善、ハード面での整備は当然である

医学教育の見直し

奨学金制度の推進、地域枠の設定、総合医を視野においた学部教育の見直し、新医師臨床研修制度の見直し、メディカルスクール構想

勤務医の就業環境の改善

交代勤務制の導入、主治医制・当直制の見直し、訴訟上のリスク低減、存院日数短縮政策の是正、給与水準の改善確保等

女性医師への支援

離職の防止策、再就業支援策の実施、短時間正規雇用の推進、院内保育所の整備、特に長時間保育や病児保育の完全実施

ドクターバンク

定年後の雇用継続で、社会的貢献は十分果たし得ると考える

医療連携の推進

開業医と勤務医の連携、救急医療の連携、各医療機関の機能分担と連携等

医師、コメディカル等の業務分担

看護職員等の業務拡大、医療秘書の養成、院内助産所、助産師外来等
住民・患者とともに考える取り組み

住民・患者の医療への理解と協力を得る取り組み(市民フォーラム等)

住民、医療者、行政がともに地域の医療に取り組み実効を上げる等

各地域でそれぞれどのような対策を行っているのかは不詳であるが、北海道では次ページの医師確保関連対策を実行し、これに対して5億円の予算を計上している。一地域のことだが、医師不足対策を考えるうえでの参考にはなるかも知れない。

‡V•DãŽt•î•Ý ,É,Â,ç,Ä

,P•DãŽt•î •Ý,ì ŽÀó

ã Žt,ì î •Ý,^a ŽĐ%ořâ'è %o»µ ,Ä,ç,é •B•î•Ý ,É,Í •A'á,«,- 'n^æŠŦì •î•Ý ,Æ•f
—ŦooÈŠĐ•î•Ý ,ì,Q,Â,^a , ,è •A—ŽŦ^a—,Ý, ,Á,Ä 'n^æ^ã—Ŧ OE»•êÉ%oe,ð—Ž,Æ
,µ ,Ä,ç,é •B—{•€Á,Íff•[f^,É Šî,Ä,« •A,±,ì ,Q“_©,ç ^ãŽt•î•Ý ,ì ŽÀó,ð•q,x
,é•B

(1)'n ^æ•î•Ý

ã Žt” ,ì 'S••½'ĭ ,Í•A•\,P,ì,Æ,“è 2006”N,Á•IOEû•ç•Í 2.19 •I•A“s
“1 {OEŠ•É,Á,Í •A'á,^a ç“s {,ì 3.01 •I•A•Ä—,^ •é'É OEŠì 1.42 •I ,Á , ,Á,½ •B
“s “1 { OEŠ Ši•,Í 2.12 ”{,Á•A'n ^æ•É,Á,Í -kŠC“1•A“OE-kA“OE ç“s,ð•œ,-ŠŦ
“CEb•M%oza't” •A'ß'É,ì ^ê•” ,Á 'S••½'ĭ^È%o° ,Á , ,è •A't'• •AŽI'• ,“æ,Ñ
%o«ê OEŠð•œ,-ã•B,Í 'S^æ,Á 'S••½'ĭ^È•ã ,Á , ,Á,½•B2002”N,©,ç 2006”N
,É,©,“ ,Ä•A•IOEû•ç•I“— ,½,è ^ãŽt” ,ì '•%oÁ—;^a•, ,ç OEŠ,ì,µ,ç •AŠâŽè OEŠA“‡
•a OEŠA'•è OEŠ,Á,Í •A,±,ì ŠŦ,ì IOEû,^a Q“ ^È•ã OE,•- ,µ,Ä,“è •A•a•ê ,Á , ,é
•I OEû OE, •IOEû•ç•I“— ,½,è ^ãŽt” ,ì '•%oÁ,É Šñ—^,é —â, ,é •B

“^ê OEŠ,Á,à •A OEŠ'j•Š•Ý'n ,ðŠÜ,ßsŽs” ,Æ'n•û ,Á,Í •A^ãŽt” ,ì^á ,ç,Í OE°
“ ,Á , ,é •BŠâŽè OEŠ “ñŽŸ^ã—Ä OE—,ÉÈ IOEû•ç•I“— ,½,è,ì ^ãŽt” ,ð OE@,Æ•A
OEŠ•Š•Ý 'n,Á , ,é •%o^a,É,Í ^ã%oÈ'áŠŸ ,è •A2.80 •I,Æ'S••½'ĭ ,ì 2.19
•I,ð'á ,«,- •ã%oňÁ,Ä,ç ,é •B,µ,©,µ •A'n•û ,ì“ñ ŽŸ^ã—Ä OE,½,Æ,Í,Î —OEõ-¾
>Z,ÈŽO—ŠC ŠÝ%o^ŠŸv ŽœA {OEÄ•AŠ~•î , Í 1.14 •I•A 1.19 •I•A 1.28 •I,Æ•[
••,È ^ãŽt•s'« ,Á , ,é •i •\,Q•B ,Ü,½•A—Ê•ĭ,P•½•û,ç,• “—,½,è,ì ^ãŽt” ,ð
^ãŽt—š“x,Æ,ç,µ,^a •ŠâŽè OEŠ 0.17 •I,Á -kŠC“1,É ŽŸç,Á ,Q”Ŧ—ÚÉ•- ,È,- •A
“OEž“s ,ì-ñ 100 •a,ì,P ,Á , ,é •BŠâŽè OEŠ,Í “s%oĭ,ì ^ãŽt•s'« ,Æ,Í ^Ù,È,è •A
^ãŽt•s'« fCfR•[f^—Äs'« ,Æ,È,Á,Ä,ç,é •B

•à-±•É,Í 2009”N,S OE Ž1 “ú•A“Æ Ž© ŽZ•µ,½ •u ^ãŽt—š“x Žw•” •v,ð OEö•\,µ
,½•B±,ì ff•[f^,Í ^ãŽt” ,ð Še OEŠ,Æ ,É•u—Ê•ĭ“— ,½,è •vu •IOEû“—,½,è •v,Á
ŽZ•o•B,» ,ì ,µ,Í ,Á 'S••½'ĭ ,ð•u,P•v,Æ,µ,½•ê•‡ ,ì'l,ð OEv ŽZµ•A,» ,é,ð,³
,ç ,É•u•IOEû,X•A—Ê•ĭ,P•v,Á”z•a ,µ,Ä •u ^ãŽt—š“x Žw•”•v,ð “±,«•o,µ,½,à,ì
,Á , ,é •B'á,« ,ç •û,^a ^ãŽt,ì —š“x,^a , ,ç,±,Æ,ð ^Ó-j,•,é,à,ì,Á •A•IOEû,ìŠ,,
‡,É,æ,é ^ãŽt•” ,ì '½•- ,É•d“_ ,ð'u,« ,Á,Á •A^Ú“@,ð •I—¶,µ —Ê•ĭ”ä ,É,à ”z—¶

,μ, 1/2' l ,Æ,È,Á,Ä,ç,é •B“CEž“s,a,à,Á,Æ,à 'á,«, - •A•Å•- ,í ĩ•éœš•AŠâŽèœš
,Æ'±, «•A.56”{ ,à,ì • ,a, ,é,±,Æ,a -3/4ç,©,É,È,Á,1/2 •i •\, R •B

(2) •f —Ã%È•î•Ý

Še•f—Ã%È, ðÚãŽt•” ,ì ‘œ, ð œÿ“μ, 1/2 •B•}, P, ðfO f%oft, í 1996”N, ©, ç
2006”N, Ü, Å, ð Žã—v•f—Ã%È, ðÚãŽt•”•ĩ%» , ð•\ , μ, 1/2, à, ð, Å, , é •B1996”N
Žž, ð Še•f—Ã%È—ÚãŽt, ð 100, Æ, μ, Ä, ç, é •BãŽt, ð ‘••’ , í 8.3•“ ‘•%Á, μ, Ä
, ç, é, a •A•f —Ã%È, ÉÚæ, Á, ÄãŽt•” , ð ‘œ, œœœÿá ,«, - ^Ù, È, é, ±, Æ, a •a, ©
, é•B•, •_ %ÈA”ã”AŠí%ÈA”ç•†%ÈA•®œ ŠO%Æ—Ž™%Èî•ÛŠúŠÔ, ð'É, ¶, Ä
œœœ“l ,ÉãŽt•” , a ‘• %Á, μ, Ä, ç, é •BŠá%È 2002”N, ©, ç, â, â œ, •-, É“], ¶, Ä
, ç, é •B“à%Ë 2006”N, É, È, è œ, •- œœœÉ“], ¶•AŠO%ÆŽY•w•i%Ë ð”N'ã
••, ÉãŽt•” , a œ, •-, μ, Ä, ç, é •B

•\, S ,É“s“1•{œš•É , ð ŽY•w•i%ÈãŽt•” , ð •ĩ%» , ðŽl , μ, 1/2 •B996”N, ©, ç 2006
”N, ð 10”NŠÔÉ, , , é •ĩ%» , Å•AãŽt, ð •â'í” , ð•\ , μ, Ä, ç, é •B'S•“l , É 10
”NŠÔÅ 10.6•“ œ, •-, μ, Ä, ç, é, a •A“Á, ÉŠâŽèœš 26.2•“œ, , ð•M“a , É“œ—kA
—kŠC“1•AŽl' , È, Ç •A'n•û , É, , , é œ, •-, a •[••%» , μ, Ä, ç, é •B

^Èã•AãŽt, ð î•Ý , ð ŽÀó, ð 'n^æî•Ý •A•f—Ã%È•î•Ý ð'†•S , É•q, x, 1/2 •B
, È, , •A—{“š•\ , Å, í Žæ, è•æ, Ä , ç, È, ç, a •AŠî'b ^ãŠw—l^æÉ•i, P ^ãŽt , a œ, ,
•-, μ•A•iœã, ð ã—ÆEãŠw, ð ”-“W, É^Ä, ç%œ, ð—ÆŽ, μ, Ä, ç, é •BŠî'b ,Æ—Ö•Æ
, ç, Á, 1/2 î•Ý—â'è, É, à ‘• } , É'î%ž, μ, È, , é, î, È, ç, È, ç •B

〃、P “s“1・{OEŞ・Ê 〃IOEÛ・ç・I“— ,½,è ^ã Žt‘••” 〃i %••ü•E Žİ Žš,í 〃½ ĩ `È %••j
 ^ã Žt•” 〃F OEŨŨ~J“•Ê 〃u 〃½ 〃~ 18 “N ^ã Žt •E Ž•%•E ^ã Žt •E -ò •ÜŽt‘2•, 〃v
 〃IOEÛ•F“•± 〃Ê•u•Z-Šî-‘ä’ ,É Šî,Ä,- 〃IOEÊ•IOEÛ“@‘Ô y,Ũ•ç‘Ũ•” (〃½•~ 19”N,R OE Žİ “ú OE»•Ÿ•v

都道府県	2002年	2006年	増減 (人/1,000人)	増加率	増加率 順位	2006年 全国平均 との差
北海道	2.1	2.20	0.10	4.6%	30	0.01
青森県	1.72	1.77	0.05	2.8%	39	-0.42
岩手県	1.74	1.86	0.12	7.1%	9	-0.32
宮城県	1.97	2.10	0.13	6.8%	11	-0.09
秋田県	1.88	1.99	0.12	6.2%	15	-0.20
山形県	1.93	2.04	0.10	5.3%	24	-0.15
福島県	1.78	1.83	0.05	2.9%	38	-0.36
茨城県	1.44	1.54	0.10	7.2%	8	-0.64
栃木県	1.95	2.06	0.10	5.3%	26	-0.13
群馬県	2.01	2.09	0.08	3.9%	34	-0.10
埼玉県	1.28	1.42	0.14	10.7%	2	-0.77
千葉県	1.48	1.59	0.12	7.8%	4	-0.59
東京都	2.73	2.89	0.16	5.9%	18	0.70
神奈川県	1.70	1.80	0.10	6.1%	16	-0.39
新潟県	1.77	1.85	0.08	4.6%	31	-0.34
富山県	2.25	2.38	0.13	5.9%	20	0.19
石川県	2.50	2.55	0.05	1.9%	42	0.36
福井県	2.06	2.16	0.10	5.1%	28	-0.03
山梨県	1.98	2.00	0.02	1.1%	45	-0.19
長野県	1.86	1.99	0.13	7.0%	10	-0.19
岐阜県	1.68	1.80	0.12	7.2%	7	-0.38
静岡県	1.72	1.78	0.07	3.9%	35	-0.41
愛知県	1.86	1.97	0.10	5.4%	23	-0.22
三重県	1.82	1.88	0.06	3.3%	37	-0.31
滋賀県	1.94	2.05	0.11	5.5%	22	-0.14
京都府	2.83	3.01	0.19	6.6%	12	0.83
大阪府	2.42	2.55	0.13	5.3%	25	0.36
兵庫県	2.02	2.14	0.12	6.1%	17	-0.05
奈良県	1.94	2.07	0.13	6.6%	13	-0.12
和歌山県	2.36	2.51	0.15	6.4%	14	0.32
鳥取県	2.68	2.80	0.12	4.3%	33	0.61
島根県	2.44	2.62	0.18	7.3%	6	0.44
岡山県	2.53	2.65	0.11	4.5%	32	0.46
広島県	2.35	2.35	0.00	0.1%	47	0.16
山口県	2.29	2.41	0.12	5.2%	27	0.22
徳島県	2.73	2.90	0.16	5.9%	19	0.71
香川県	2.41	2.47	0.06	2.6%	40	0.29
愛媛県	2.28	2.30	0.01	0.6%	46	0.11
高知県	2.69	2.75	0.06	2.2%	41	0.56
福岡県	2.64	2.80	0.15	5.7%	21	0.61
佐賀県	2.23	2.39	0.17	7.4%	5	0.21
長崎県	2.47	2.68	0.21	8.6%	3	0.50
熊本県	2.46	2.50	0.04	1.7%	43	0.32
大分県	2.35	2.38	0.04	1.6%	44	0.20
宮崎県	2.11	2.19	0.08	3.7%	36	0.00
鹿児島県	2.19	2.30	0.11	4.8%	29	0.11
沖縄県	1.86	2.14	0.28	14.8%	1	-0.05
全国平均	2.07	2.19	0.11	-	-	-

・\,Q “ñ Žÿ^ã—ĂŒ—•ĤŒŰ•ç•I“— ,½,è ^ã Žt•” •i 2006”N•j

医師数：厚生労働省「平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

人口：総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（平成19年3月31日現在）」

(人)

都道府県	二次医療圏	総数	別掲				病院+大学
			病院 (除大学)	大学	診療所	その他	
岩手県	盛岡	2.80	0.93	0.82	0.80	0.24	1.76
岩手県	岩手中部	1.36	0.62	0.05	0.61	0.07	0.67
岩手県	胆江	1.53	0.81	0.00	0.63	0.09	0.81
岩手県	両磐	1.49	0.88	0.00	0.56	0.05	0.88
岩手県	気仙	1.43	0.73	0.01	0.57	0.12	0.74
岩手県	釜石	1.28	0.87	0.00	0.35	0.05	0.87
岩手県	宮古	1.19	0.71	0.00	0.44	0.04	0.71
岩手県	久慈	1.14	0.86	0.00	0.28	0.00	0.86
岩手県	二戸	1.22	0.81	0.00	0.33	0.08	0.81

・\,R “s“1•{ŒŒŒ•Ĥ, ì ^ã Žt•” ,ì •ó µ (•½•~ 18”N“x, ì ^ã Žt•” ,đfx•[fX,É Žw•”%o»

	人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数		人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数		人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数
1 東京都	3.36	22.04	1.29	17 島根県	1.12	0.38	1.20	33 滋賀県	0.93	0.96	0.92
2 大阪府	2.56	15.23	1.15	18 佐賀県	1.11	1.12	1.11	34 千葉県	0.92	2.53	0.74
3 神奈川県	1.62	8.67	0.83	19 沖縄県	1.08	1.73	1.01	35 北海道	0.92	0.19	1.00
4 福岡県	1.52	3.78	1.27	20 大分県	1.08	0.75	1.11	36 山梨県	0.90	0.56	0.93
5 京都府	1.41	2.16	1.32	21 広島県	1.07	1.04	1.08	37 長野県	0.87	0.44	0.92
6 徳島県	1.25	0.72	1.31	22 兵庫県	1.07	1.87	0.99	38 山形県	0.87	0.47	0.91
7 長崎県	1.25	1.27	1.24	23 山口県	1.07	0.76	1.10	39 静岡県	0.86	1.21	0.82
8 香川県	1.22	1.78	1.16	24 愛媛県	1.06	0.80	1.09	40 三重県	0.86	0.80	0.86
9 鳥取県	1.20	0.62	1.26	25 鹿児島県	1.02	0.59	1.07	41 秋田県	0.85	0.26	0.92
10 岡山県	1.19	0.97	1.22	26 奈良県	0.98	1.06	0.97	42 岐阜県	0.81	0.51	0.84
11 高知県	1.19	0.40	1.28	27 宮崎県	0.97	0.52	1.02	43 福島県	0.80	0.37	0.85
12 和歌山県	1.15	0.74	1.19	28 群馬県	0.96	0.87	0.97	44 新潟県	0.80	0.53	0.83
13 愛知県	1.14	3.56	0.88	29 福井県	0.95	0.56	1.00	45 青森県	0.78	0.38	0.83
14 熊本県	1.14	0.95	1.16	30 宮城県	0.95	0.93	0.95	46 岩手県	0.78	0.22	0.84
15 石川県	1.14	0.93	1.16	31 埼玉県	0.94	3.51	0.66	47 茨城県	0.74	0.99	0.71
16 富山県	1.12	1.65	1.07	32 栃木県	0.94	0.85	0.95				

(注) 都道府県ごとの医師数について、面積当たり及び人口当たりで、それぞれ全国平均を1として指数化。これを人口:面積を9:1に配分し、上位(医師数が相対的に多い)の都道府県から順に並べたもの。

