

略語

JCQHC	Japan Council for Quality Health Care	日本医療機能評価機構
PISA	Programme for International Student Assessment	ピサ

要約

日本は、国民皆保険制度により、質の高い医療サービスを、全国どこであっても、誰もが低い自己負担額で利用できるユニバーサルヘルスカバレッジを達成している。また、国・都道府県・市町村の一貫した保健医療行政体制は、今日の健康ニーズに即した地域保健サービスを、すべての国民に提供することを可能にしている。このように体系化された保健医療サービスの提供により、日本では、乳幼児死亡および妊産婦死亡の低さ、そして平均寿命の長さにおいても世界最高レベルの、高い健康水準を維持することができている。そして、保健医療人材に関する量、質にかかる体系的な対応が、こうした高い水準の保健医療サービスを提供可能な人材の養成、供給、定着に寄与してきた。

まず保健医療人材の供給面において、日本では、医師や看護職等において定期的に需給見直しを行い、人材登録制度等を活用した調査結果等に基づき、適切な人材確保策を講じることにより、安定的に人材を供給してきた。一方で、医師の診療科による偏在や、保健医療人材の多数を占める女性職員の離職等、さらなる対応が必要な課題もあり、今後、労働力人口が減少する中で、適切な保健医療人材確保策を講じていくことが求められている。

また、いったん輩出された保健医療人材に関しては、継続教育の機会や、職場環境の改善など、金銭面以外にも、定着の動機づけになる仕組みがあり、職場の異動はあっても、生涯、保健医療専門職として勤務できるような社会環境が整備されている。とくに、へき地における勤務に関しては、国によるへき地対策に加え、大学の奨学金制度や医局制度などフォーマル・インフォーマルに、保健医療人材が安定的に配置されるような仕組みが整備されている。

保健医療人材の質に関しては、専門職ごとに法制度が整備されており、その職種は 24 種に上る。法律では、所掌業務、資格、試験、教育（卒前教育と継続教育）等を規定することにより、一定の質を担保できる仕組みが整備されている。また、個々の保健医療人材に関わる法制度により、保健医療人材の質を担保するだけでなく、医療法など保健医療システム全体にまたがる制度整備により、保健医療サービス全体の質を担保・向上させることが可能になっている。

このように日本では、保健人材の質と量の担保における種々の取り組みにより、高い水準の保健医療サービスを提供してきた。今日、日本では、世界に類がない速さで人口の高齢化が進んでおり、世帯構成の変化や国民のライフスタイルや価値観の多様化と相まって、国民の保健医療に関するニーズが多様化、高度化している。このように保健医療システムの変革が求められている状況下において、日本では、保健医療人材の質・量の両面においての一層の充実が求められている。

1. はじめに

1.1. 人口動態、社会・政治的背景

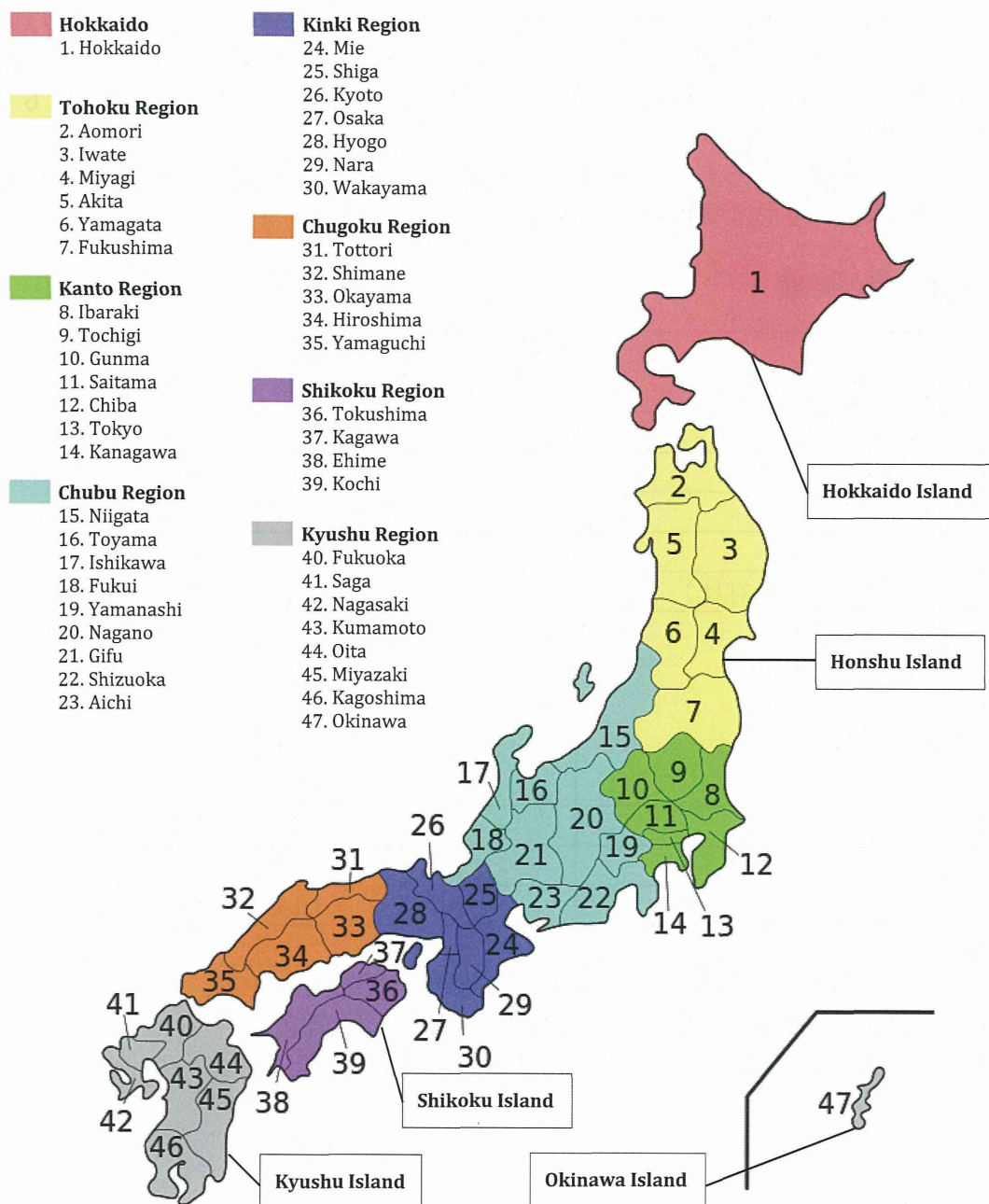
日本国は 6,851 の島々（合計面積 362,176 平方キロメートル）から構成される（全国都道府県市区町村別面積調、2014 年）。このうち人が居住する島は 422（6.2%）島であるが、居住地は面積の比較的大きな 5 島に集中している。

（本 5 島は図 1 に、1.北海道、2~35 本州、36~39 四国、40~46 九州、47 沖縄として示す。）

国の直下にある行政区は 47 の都道府県である。地域は通常、北海道、東北地域、関東地域、中部地域、近畿地域、中国地域、四国地域、九州地域の 8 地区に分けられる。

図 1. 日本の地方・行政区分

Regions and Administrative Divisions of Japan



出典: (日本地図センター等のデータをもとに筆者作成)

平成 25 年 10 月 1 日現在の総人口（推計人口）は 1 億 2730 万人、男性は 6191 万人、女性は 6539 万人である。人口増減率は -0.17 で、2005 年以降人口は減少を続けており、今後も長期にわたり人口が減少すると予測されている。人口の年齢別割合は、年少人口（14 歳以下）が 12.9%、生産年齢人口（15-64 歳）が 62.1%、老年人口（65 歳以上）が 25.1% で、高齢者割合は世界でも最高レベルで、今後も少子高齢化は進み、50 年後には人口の約 40% が老年人口になると予測されている。2012 年の全人口に占める外国籍保有者の割合は 1.2% である。また、人口の 8 割は本州本島に居住し、全人口の 4 割は都市部に、6 割が地方部に暮らしている。

教育水準は世界の中でも比較的高く、高等学校への進学率は 98.6% である¹。公用語は日本語、通貨は日本円が使用される²。

表 1. 人口動態の特徴

指標	数値	年
人口（1,000 人）	127,298	2013
地方人口（%）	59.4	2010
人口密度（人/k m ² ）	343	2010
人口増減率（%）*	-0.17	2013
移動率	4.04	2010
性別比率（女性 100 人対比）	94.8	2013
年齢構成		2013
0～4 歳	4.1	
5～14 歳	9.0	
15～64 歳	62.1	
65 歳以上	25.1	
合計特殊出生率*	1.43	2013
粗出生率*	8.2	2013
粗死亡率*	10.1	2013
成人識字率**	-	-

出典: (厚生統計協会 (2014 年) 「国民衛生の動向 2014/2015」)

* 厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年度人口動態調査」

** 総務省 (2012 年度) 「平成 24 年度日本の統計年鑑」

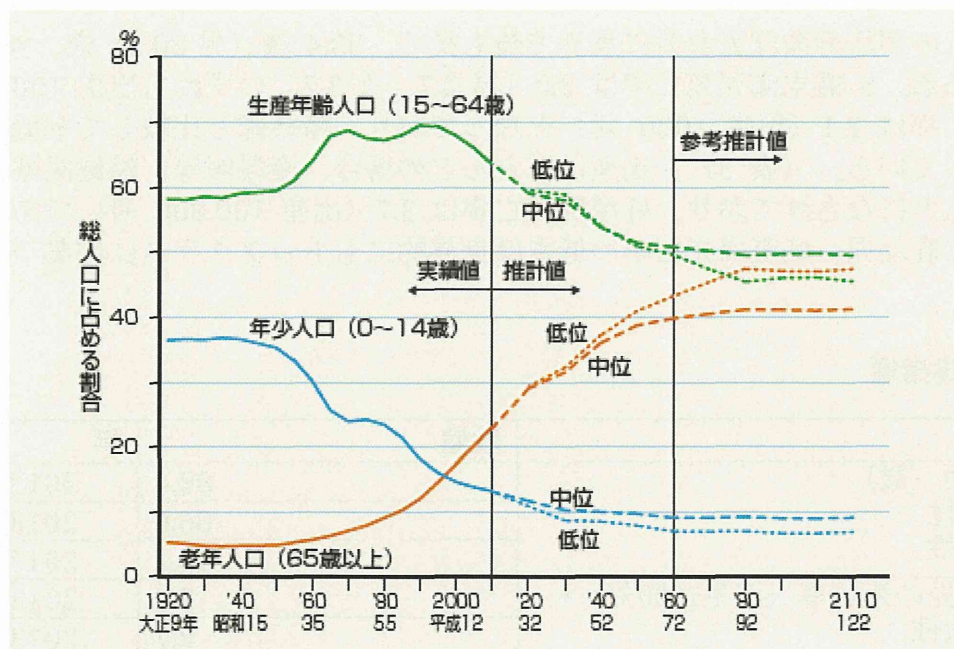
¹ 文部科学省ウェブサイト (2014 年 12 月アクセス) 「高等学校教育の現状」

(http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2011/09/27/1299178_01.pdf)

² 財務省ウェブサイト (2014 年 12 月アクセス) 「外国為替相場 1 米ドル=117.4 円 (課税価格の換算) (2014 年 11 月 30 日～12 月 6 日)」

(<http://www.customs.go.jp/tetsuzuki/kawase/kawase2014/kouji-rate20141214-1220.pdf>)

図 2. 将来推計人口



資料 総務省統計局「国勢調査報告」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」
 出典: (厚生統計協会（2014年）「国民衛生の動向2014/2015」)

1.2. 経済状況

2013年の（名目）国内総生産（Gross Domestic Product: GDP）は4兆072億米ドル、一人当たりのGDPは31,935米ドルである（表2）。

労働力人口比率は48.9%、完全失業率（労働人口に占める完全失業者の割合）は3.7%であり、いずれも過去10年ほどは大きな変動は見られていない。

表 2. 社会経済の特徴

指標	数値	年
GDP（10億米ドル）	4,072	2013
一人当たりGDP（米ドル）	31,935	2013
GDP成長率（%）	0.9	2013
完全失業率（%）*	3.7	2013
労働力人口比率（%）**	48.9	2013

出典: (内閣府ウェブサイト（2014年12月アクセス）)

* 総務省(2014年度)「平成26年度労働力調査」

** 総務省(2012年度)「平成24年度労働力調査」

1.3. 保健指標の概要

日本人の平均寿命は男女共に世界で最も長く、83.4 歳（男 80.21 歳、女 86.61 歳）である。5 歳未満児死亡率は 3.0（男 2.7、女 3.2、いずれも出生 1000 対）、乳児死亡率は 2.1（出生 1000 対）となっており、諸外国と比較しても低い水準を維持している。（表 3）。出産はほとんどの場合、産科医等、保健医療人材の介助のもとになされており、妊産婦死亡率は 3.7（出産 100,000 対）である。このように乳幼児、妊産婦死亡率の低さは世界的にもトップクラスに位置づけられる。

表 3. 保健指標

指標	数値	年
平均余命（歳）	83.4	2013
- 女性	86.6	2013
- 男性	80.2	2013
5歳未満児の死亡率（出生1000対）*	3.0	2013
- 女性	2.7	2013
- 男性	3.2	2013
乳児死亡率（出生 1000 対）*	2.1	2013
新生児死亡率（出生 1000 対）*	1.0	2013
妊産婦死亡率（出産 100,000 対）*	3.4	2013
有資格者による分娩介助率（%）	99.98	2013

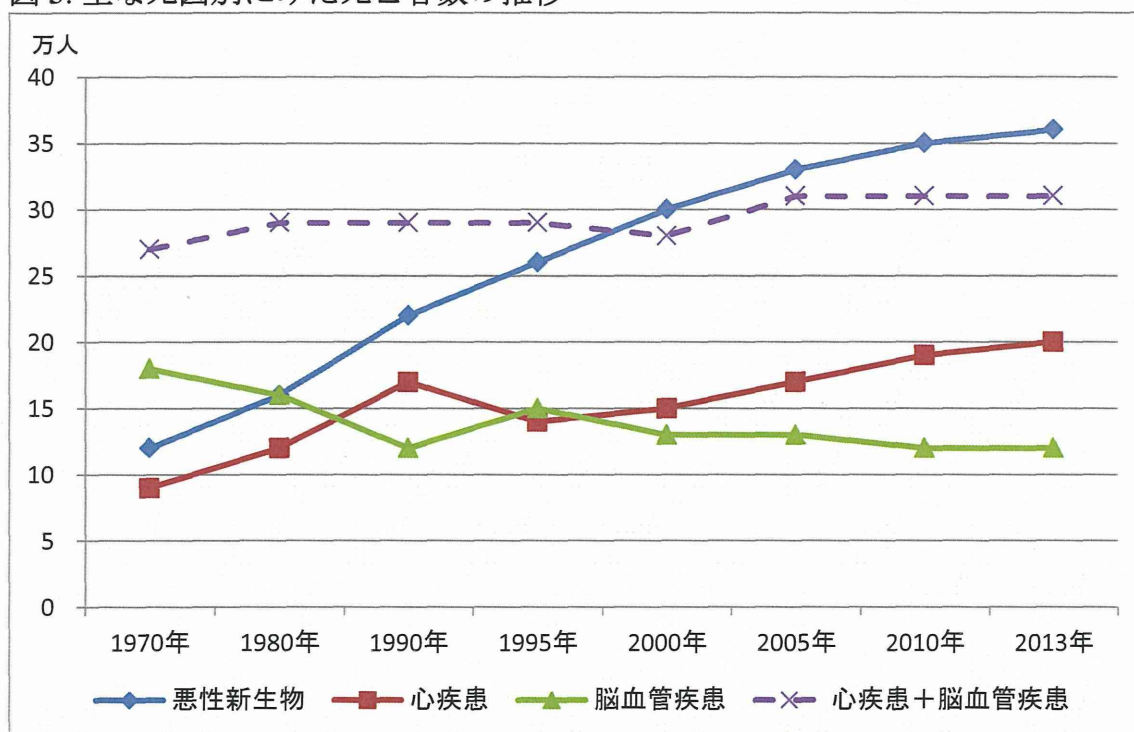
出典: (厚生労働省（2013 年度）「平成 25 年度厚生統計要覧」)

* 厚生労働省（2013 年度）「平成 25 年度人口動態調査」

日本における今日の主な死因は男女ともに生活習慣病であり、死因の第 1 位は悪性新生物、第 2 位が心疾患、第 3 位が肺炎、第 4 位が脳血管疾患である。

また、乳幼児の主な死因は、先天奇形や変形および染色体異常、および不慮の事故等である。

図 3. 主な死因別にみた死亡者数の推移

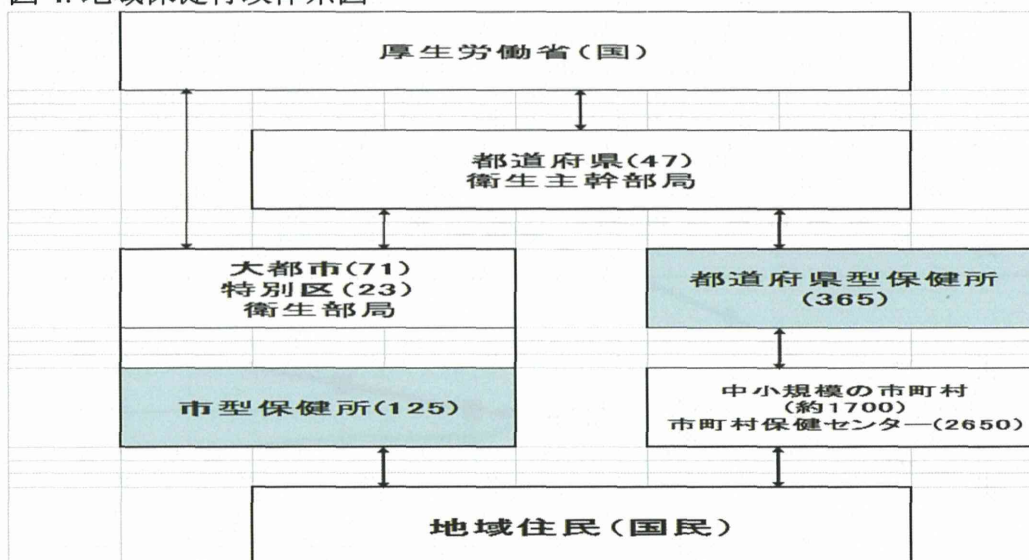


出典: (厚生労働省 (2014 年度) 「平成 26 年度厚生労働白書」をもとに筆者作成)

1.4. 保健医療制度

日本における保健医療行政は、基本的には国（厚生労働省）－都道府県（衛生主管部局）－市町村（衛生主管課係）の一貫した体系である。厚生労働省は、一般衛生行政・労働衛生行政を担当しており、大臣官房ほか 11 局と、その他の外局および研究機関（国立保健医療科学院、国立感染症研究所を含む）等からなっている。都道府県あるいは政令市等が設置主体である保健所は、設置主体によって機能は異なるものの、概ね地域保健の広域的・専門的・技術的拠点として、管轄地域の母子・高齢者・精神・難病・感染症等に関する指導や関連した事業を行う。これに対し、市町村（市町村保健センター）では、健康相談、保健指導および健康診査など地域住民に身近な対人保健サービスを総合的に行う拠点となっている。

図 4. 地域保健行政体系図



出典: (筆者作成)

医療供給体制にかかる基本的事項は医療法に定められており、医療施設の基準、医師や看護師等の人員配置基準、都道府県における医療圏の設定および地域医療計画の策定の義務付けなどが規定されている。こうした制度整備により、全国どこの病院であっても、一定の医療の質を維持することが可能になっている。また、同法では、医師の自由開業制についても定めており、病院の開設基準を満たせば、医師は病院を開設することができる。こうした理由から、日本の医療施設は、そのほとんど（約 82%）が民間セクターによって運営されている。

図 5. 開設者別病院数及び病床規模別病院数の推移

	2001 (平成13)	2002 (平成14)	2003 (平成15)	2004 (平成16)	2005 (平成17)	2006 (平成18)	2007 (平成19)	2008 (平成20)	2009 (平成21)	2010 (平成22)	2011 (平成23)	2012 (平成24)
総数	9,239	9,187	9,122	9,077	9,026	8,943	8,862	8,794	8,739	8,670	8,605	8,565
国	349	336	323	304	294	292	291	276	275	274	274	274
公的医療機関	1,375	1,377	1,382	1,377	1,362	1,351	1,325	1,320	1,296	1,278	1,258	1,252
社会保険団体	130	130	129	129	129	125	123	122	122	121	121	118
医療法人	5,445	5,533	5,588	5,644	5,695	5,694	5,702	5,728	5,726	5,719	5,712	5,709
個人	1,085	954	838	760	677	604	533	476	448	409	373	348
その他	855	857	862	863	869	877	888	872	872	869	867	864
20～99床	3,781	3,726	3,667	3,616	3,558	3,482	3,391	3,339	3,296	3,232	3,182	3,147
100～299床	3,851	3,862	3,860	3,855	3,865	3,862	3,875	3,876	3,875	3,882	3,877	3,882
300～499床	1,111	1,110	1,110	1,125	1,118	1,120	1,123	1,111	1,106	1,096	1,090	1,087
500床～	496	489	485	481	485	479	473	468	462	460	456	449

出典: (厚生労働省 (2014 年度) 「平成 26 年度厚生労働白書」をもとに筆者作成)

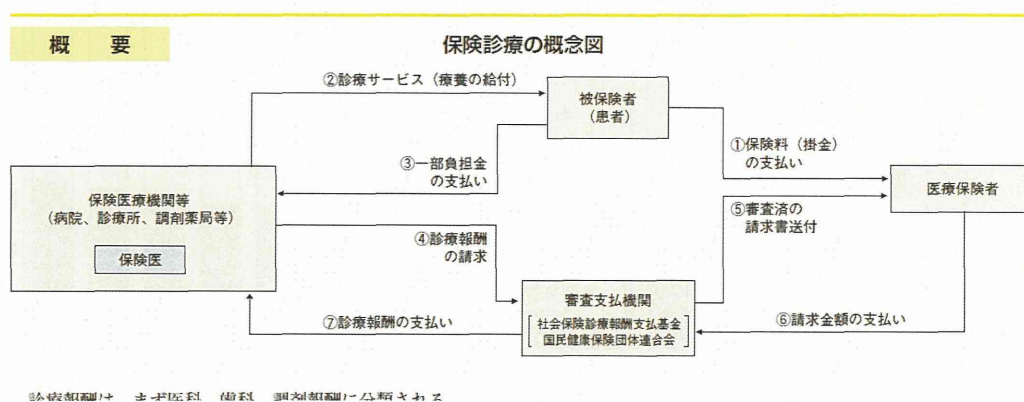
そのほかの日本の医療の提供体制の特徴として、国民皆保険制度がある。日本では、1961 年以降、すべての国民が公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることができる国民皆保険制度を採用しているため、国民は疾病

や外傷で診療が必要となった際には、医療機関を自由に選択（フリーアクセス）し、受診することが可能になっている。

日本の医療保険制度は、基本的には社会保険方式であり、一定の保険料を保険者に支払うことにより、患者として医療機関を受診する場合、診療等にかかる費用の一部のみを窓口負担することとなる。窓口での負担金は1割から3割と、年齢等により段階的に設定されている。

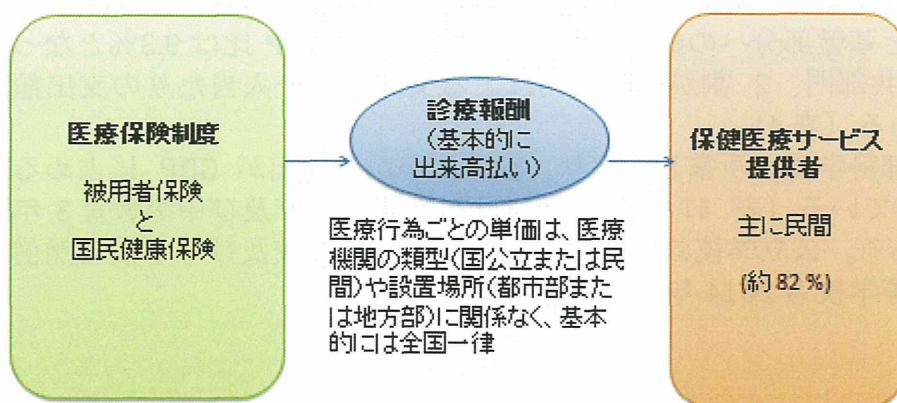
なお、診療の際の医療および看護行為や、医薬品にかかる単価は、厚生労働省の下に設置されている中央社会保険医療協議会において審議され、全国一律である。したがって、国民はどの病院を受診しても、つまり、民間病院であっても公的病院であっても、一定の質の医療を同じ金額で利用することができるのが日本の医療提供体制の特徴といえる。

図 6. 保険診療の概念図



出典: (厚生労働省（2014年度）「平成26年度厚生労働白書」)

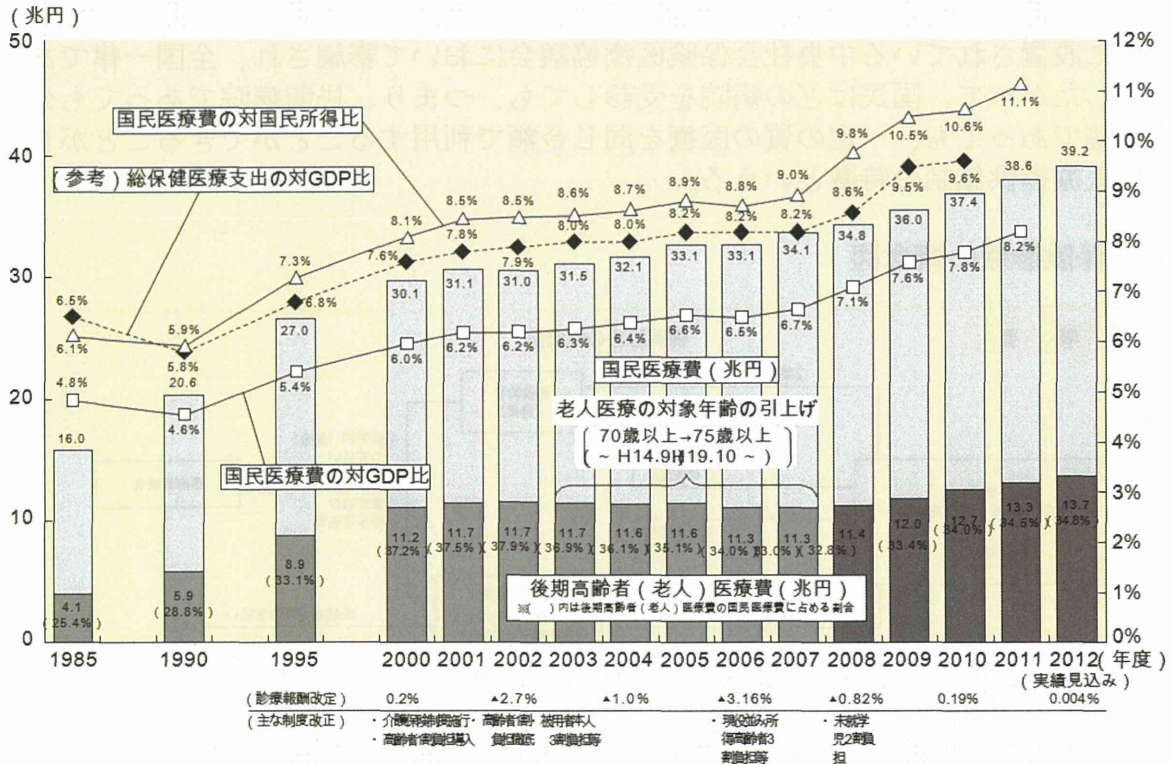
図 7. 保険制度・診療報酬体系と医療提供者との関係



出典: (筆者作成)

こうした、国民皆保険やフリーアクセス等の医療提供体制の特徴により、日本は諸外国と比較し低い医療費でありながら、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を維持することが可能になっている。総医療費の対 GDP 比は 9.6%と OECD 平均の 9.3%とほぼ同率で、加盟国 34 カ国中 16 位である。

図 8. 医療費の動向



出典: (厚生労働省 (2014 年度) 「平成 26 年度厚生労働白書」)

なお、保健医療支出は、公共部門と民間部門による保健医療分野の財・サービスの最終消費額と基盤部分への投資額を示しており、対 GDP 比は 9.3%となっている。8 割が公共部門、2 割が民間部門による支出で、一人当たりの支出額は 3,958 米ドルである (表 4)。

学校教育は文部科学省が所掌しており、教育にかかる歳出が GDP に占める割合は 0.9%となっている (表 4)。義務教育は初等教育 6 年及び中等教育 3 年間の計 9 年間である。公立学校の授業料に関しては、小学校及び中学校で無償である。また、高等学校も 2014 年に無償化されている。

表 4. 保健指標

指標	数値	年
保健医療支出総額 (% GDP 比)	9.6	2013
一人当たり保健医療支出額 (年額、米ドル)	3,958	2011
自己負担率 (保健医療支出総額比)	20.0	2011
公共教育支出 (% GDP 比) *	0.9	2014

出典: (OECD Health Data 2013、総務省 (2014 年度) 「世界の統計 2014」)

* 「平成 26 年度主要経費「文教及び科学振興費」(一般会計)」文部科学省、2014 年度のうち「文教関係費 (41,049 億円)」を 2013 年 GDP (4,780,763 億円) で除した。

2. 保健医療人材の供給

2.1. 保健医療人材の供給

本節で標記するデータは、保健・医療・医薬品等に関する国家資格 24 職種、都道府県免許 1 種（准看護師）、職能団体等の認定資格 3 種（認定看護師、専門看護師、認定看護管理者）、民間団体等による認定がある 3 職種（診療情報管理士、医療情報技師、医療事務）、及び医療機関や行政機関等に勤務する保健医療専門職（栄養士、臨床心理士、環境衛生監視員、食品衛生監視員）等に加え、医療機関等に勤務する看護補助者（無資格）等）について、ISCO2008 の職業カテゴリーに沿って集計したものである。（各職種の定義は別添 Annex C を参照されたい）

厚生労働省が所管する医療、医薬品、健康、食品衛生関連の国家資格（24 種）

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 保健師
5. 助産師
6. 看護師
7. 理学療法士
8. 作業療法士
9. 視能訓練士
10. 言語聴覚士
11. 義肢装具士
12. 診療放射線技師
13. 臨床検査技師
14. 臨床工学技士
15. 歯科衛生士
16. 歯科技工士
17. あん摩マッサージ指圧師
18. はり師国家試験
19. きゅう師国家試験
20. 柔道整復師
21. 救急救命士
22. 管理栄養士
23. 精神保健福祉士
24. 社会福祉士

日本では、医師、看護師等、主要な保健医療人材に関しては、需給見通しを策定する等により計画的な供給が行われている。

医師の場合は、医療需要の推計と、2年ごとに行われる医師・歯科医師・薬剤師調査の結果等から、必要医師数を算定し、それをもとに、医学部定員をコントロールするなど、需給バランス維持のための対策が講じられてきた。とくに、今日の喫緊の医師不足に対しては、平成31年度（2019年度）までを期限として、医学部の入学定員の増加することにより、医師数の増加を図っている。なお、社会保障審議会において、2025年度に必要な医師数として32～33万人と推計しているが、近年の医療の高度化、病院勤務医の負担の増加、女性医師の割合の増加などを踏まえて、現在、新たな推計方法の開発が進められている。

また、看護職員に関しては、1974年以降概ね5年ごとに、看護職員確保の基本的な資料として看護職員需給見通しを策定し、人材確保に関する対策を講じている。1994年には「看護師等の人材確保の促進に関する法律」を制定し、これに基づく基本指針に基づき、資質の向上、養成力の確保、再就業の促進、離職の防止等総合的な看護職員確保対策が総合的に講じられている。

こうした計画的な対応により、保健医療人材全体の、総数自体は、年々増加の傾向にある。2012年時点の保健医療従事者の総数をみると3,362,918人（非専門職を含め3,561,261人）となっており、2010年から2012年の2年間で4.3（4.1）%増加した（表5）。

職種別の増減傾向をみると、医師は295,049人から8,219人（2.8%）増加して303,268人、看護職（看護師・准看護師・助産師・保健師）は1,395,571人から57,064人（4.1%）増加して1,452,635人である。

ただし、全体的には需要の増大に対し供給が不足しているのが現状であり、とくに今後は、少子化の進展により、新たな保健医療人材の育成が困難になっていくことが予測されている。現在、厚生労働省では、女性医師の復職支援や、潜在看護師の活用に関する体制整備など、人材確保のためのさまざまな対策を実施しているが、今後も、人材の供給と定着に向けた対策を講じていくことが求められている。

なお、人口当たりの供給数に関しては、医師数は人口1000対比2.38で、OECD加盟国平均の3.1より少ない（OECD Health Statistics (database)、2012年）が、看護職（2012年）が人口1000対比で11.39と、OECD加盟国平均の8.8（2011年時）³より多く、諸外国と比較し、看護職者の比率が高いことは日本の特徴の一つといえる。

³ OECD “Health at a Glance 2013 OECD indicators” (2013), p77

表 5. 全国における保健医療人材の供給

職種	2010年		2012年	
	人数	人口1000 対比	人数	人口1000 対比
医師*	295,049	2.30	303,268	2.38
専門医師	-	-	-	-
伝統(補完代替)医療従事者	338,176	2.64	367,881	2.89
外科補助員/職員	-	-	-	-
高度実践看護師(再掲)**	615	0.00	1,048	0.01
看護師***	952,723	7.44	1,015,744	7.97
准看護師***	368,148	2.88	357,777	2.81
看護補助者(無資格)	(196,073)	(1.53)	(198,343)	(1.56)
助産師	29,672	0.23	31,835	0.25
助産師補助	-	-	-	-
保健師	45,028	0.35	47,279	0.37
産業保健師(再掲)****	3,532	0.03	4,119	0.03
歯科医師*	101,576	0.79	102,551	0.80
歯科衛生士***	103,180	0.81	108,123	0.85
薬剤師*	276,517	2.16	280,052	2.20
環境・公衆衛生従事者***	130,355	1.02	139,428	1.09
理学療法士	47,541	0.37	56,851	0.45
視能訓練士	3,340	0.03	3,633	0.03
診療放射線技師	39,155	0.31	40,834	0.32
言語聴覚士	9,663	0.08	11,531	0.09
医療・歯科技工士	35,472	0.28	34,676	0.27
コミュニティーヘルスワーカー	-	-	-	-
医療事務員	176,280	1.38	194,006	1.52
その他の保健医療従事者(専門職) ⁴	272,794	2.13	267,449	2.10
その他の保健医療従事者(非専門職)	-	-	-	-
総数	3,224,669	25.18	3,362,918	26.37
総数(非専門職・看護補助者を含む)	(3,420,742)	(26.72)	(3,561,261)	(27.94)

出典: (厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年度厚生統計要覧」)

* 厚生労働省 (2012/2014 年度) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」

** 日本看護協会「専門看護師認定者推移」

*** 厚生労働省 (2010/2012 年度) 「平成 24 年度衛生行政報告例」

**** 保健師のうち、一般企業に勤務する保健師

⁴ 臨床工学技士、臨床検査技師、臨床心理士、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、診療情報管理士、医療情報技師、救急救命士

2.2. 保健医療人材の分布

性別比

日本では、医師・歯科医師を除き、女性の保健医療人材が多く、保健医療人材の総数の 3/4 を女性が占めている。とくに、保健医療人材の多数を占める看護職者の 9 割が女性である（助産師は法律上、女性のみ）。ただし、医師や歯科医師では、男女比が、男性約 8 割に対して女性 2 割となっている（表 6）。

女性の割合が多いため、保健医療人材の確保においては、結婚や出産などのライフイベントに配慮した対策が重要である。医師に関しては、医師会が不定期に実態調査を行い、その結果などを踏まえ、女性医師の離職防止・復職支援として、育児支援や勤務環境の改善などによって、潜在女性医師の活用の推進を図るなどの対応が進められている⁵。その結果、今日では、20 歳代の医師のうち 3 割近くが女性となった。

表 6. 職種ごとの性別割合 (2012)

職種	総数	女	% 女
医師 *	303,268	59,641	19.7
専門医師	-	-	-
伝統(補完代替)医療従事者	-	-	-
外科補助員/職員	-	-	-
高度実践看護師(再掲) **	-	-	-
看護師 ***	1,015,744	952,423	93.8
准看護師 ***	357,777	334,629	93.5
看護補助者(無資格)	-	-	-
助産師	31,835	31,835	100
助産師補助	-	-	-
保健師	47,279	46,549	98.5
産業保健師(再掲)***	4,119	4,096	99.4
歯科医師 *	102,551	22,295	21.7
歯科衛生士 ***	-	-	-
薬剤師 *	280,052	170,788	61.0
環境・公衆衛生従事者 ***	-	-	-
理学療法士	-	-	-
視能訓練士	-	-	-
診療放射線技師	-	-	-
言語聴覚士	-	-	-

⁵ 厚生労働省 (2015 年 2 月アクセス) 「女性医師離職防止・復職支援について」
(www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kinkyu/rishoku_fukushoku/)

医療・歯科技工士	-	-	-
コミュニティーヘルスワーカー	-	-	-
医療事務員	-	-	-
その他の保健医療従事者(専門職)	-	-	-
その他の保健医療従事者(非専門職)	-	-	-
不明	1,943,101	-	-
総数	1,618,160	1,618,160	73.5
総数(非専門職を含む)	(3,561,261)	-	-

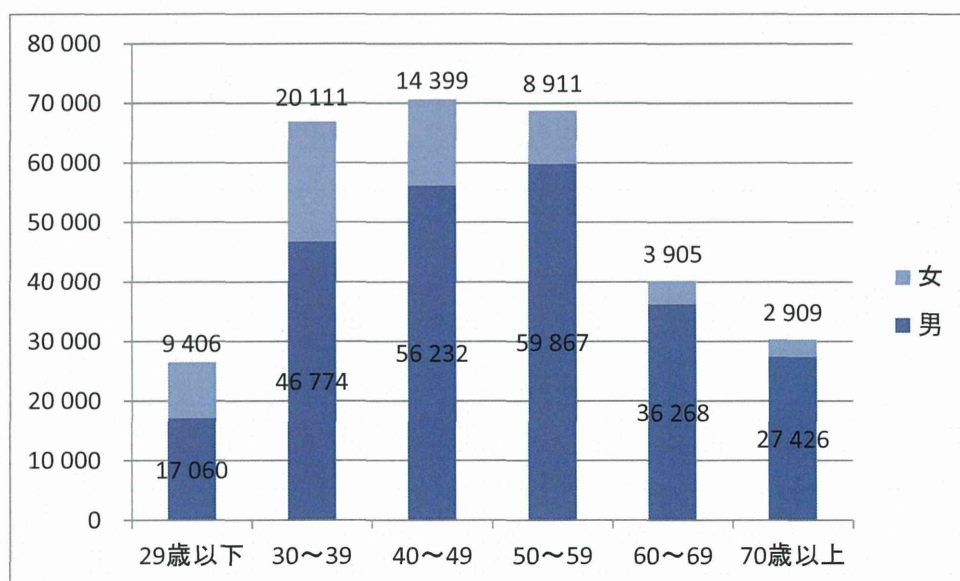
出典: (厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年度厚生統計要覧」)

* 厚生労働省 (2012 年度) 「平成 24 年度医師・歯科医師・薬剤師調査」

** 日本看護協会「専門看護師認定者推移」

*** 厚生労働省 (2012 年度) 「平成 24 年度衛生行政報告例」

図 9. 年齢階級別医師数の男女比



出典: (厚生労働省 (2012 年度) 「平成 24 年度医師・歯科医師・薬剤師調査」
をもとに筆者作成)

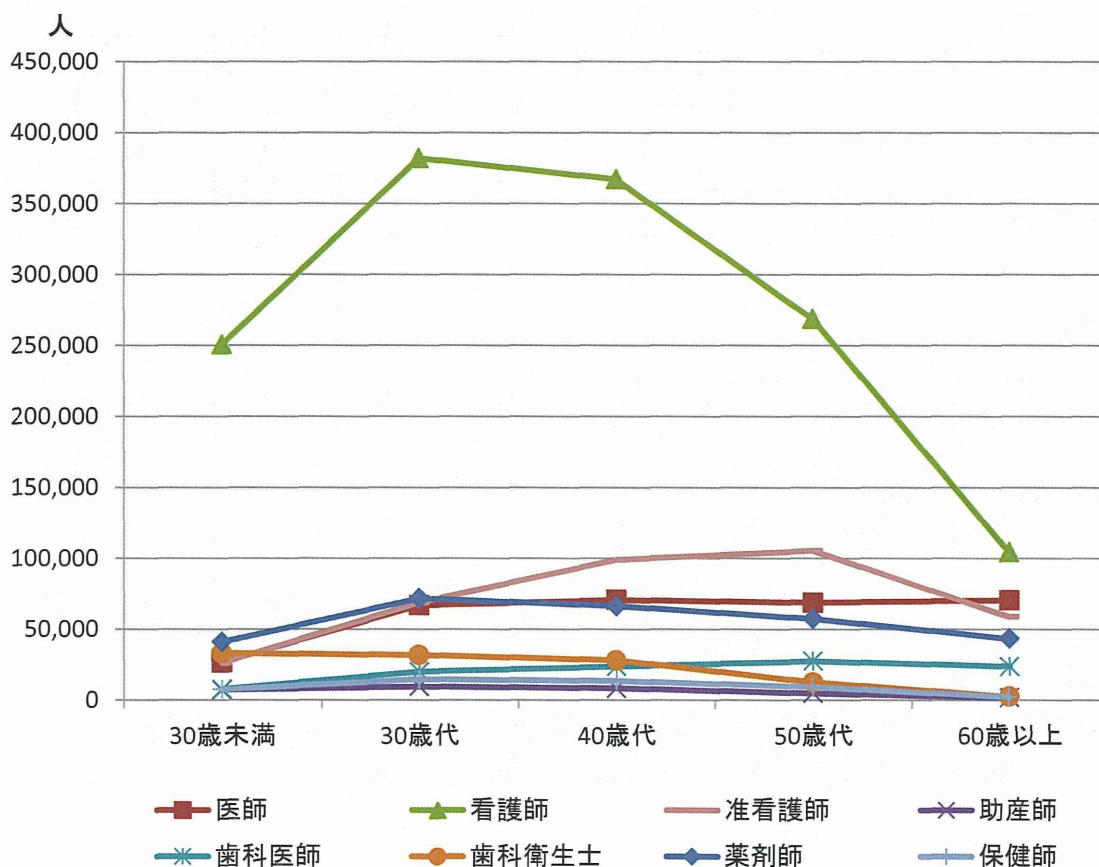
年齢分布

年齢分布に関しては、保健医療人材全体に占める看護職者の多さから、看護職の年齢分布の影響が反映され、全体として 30 歳代をピークに、40 歳以降は減少しているように見えるが (図 2・表 7)、看護職を除けば、保健医療人材の年齢によるばらつきは比較的少ない。

例えば医師では、30歳未満 8.7%、30歳代 22.1%、40歳代 23.3%、50歳代 22.7%、60歳以上 23.2%となっている。つまり、医師として勤務できる最少年齢は24歳であるため、30歳未満は少ないがそれ以降は各年代で23%前後とほぼ同数である。こうした状況は、先述のとおり、需給見積もり等に基づき、需要と供給のバランスを維持するための対策の効果が反映されていると考えられる。

一方、看護師（看護師及び准看護師の合計）については、30歳代が最も多く381,996人で、30歳代をピークに、以降は急激に人数が減少する。これは、先述のとおり、看護職者には女性が多いため、結婚・妊娠・出産等のライフイベントと離職との関係や、復職者の少なさ等が反映されているものと考えられる。

図 10. 年齢分布(2012 年)



出典: (厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年度厚生統計要覧」等をもとに筆者作成)

表 7. 年齢分布 (2012 年)

職種	総数	30歳未満	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
医師 *	303,268	26,466	66,885	70,631	68,778	70,508
専門医師	-	-	-	-	-	-
伝統(補完代替)医療従事者	-	-	-	-	-	-
外科補助員/職員	-	-	-	-	-	-
高度実践看護師(再掲)	-	-	-	-	-	-
看護師 **	1,015,744	224,878	313,243	268,422	163,633	45,568
准看護師 **	357,777	26,037	68,753	98,829	105,328	58,830
看護補助者(無資格)	-	-	-	-	-	-
助産師	31,835	7,167	9,571	8,350	4,848	1,899
助産師補助	-	-	-	-	-	-
保健師	47,279	7,553	14,584	13,539	9,365	2,238
産業保健師(再掲)	4,119	533	1,298	1,249	811	228
歯科医師 *	102,551	7,602	20,034	23,650	27,478	23,787
歯科衛生士 **	108,123	33,019	31,772	28,142	12,595	2,595
薬剤師 *	280,052	41,004	71,782	66,292	57,451	43,523
環境・公衆衛生従事者	-	-	-	-	-	-
理学療法士	-	-	-	-	-	-
視能訓練士	-	-	-	-	-	-
診療放射線技師	-	-	-	-	-	-
言語聴覚士	-	-	-	-	-	-
歯科技工士(医療・歯科技工士)	34,676	4,602	6,933	8,128	9,681	5,269
コミュニティーヘルスワーカー	-	-	-	-	-	-
医療事務員	-	-	-	-	-	-
その他の保健医療従事者(専門職)	-	-	-	-	-	-
その他の保健医療従事者(非専門職)	-	-	-	-	-	-
不明	1,280,019	-	-	-	-	-
総数	2,281,242	378,328	603,557	585,983	459,157	254,217
総数(非専門職を含む)	(3,561,261)	-	-	-	-	-

出典: (厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年度厚生統計要覧」)

* 厚生労働省 (2012 年度) 「平成 24 年度医師・歯科医師・薬剤師調査」

** 厚生労働省 (2012 年度) 「平成 24 年度衛生行政報告例」

地理的分布

日本の行政単位は国の直下に 47 都道府県、次に 1,718 の市・町・村がある。地域は、多くの場合、都道府県単位をまとめて 7 つあるいは 8 区分する。ここでは、下表のとおり 8 地域区分を使用した。（地図は「図 1」を参照されたい）

	地域	都道府県
1	北海道地方	北海道
2	東北地方	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
3	関東地方	東京、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川
4	中部地方	新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知
5	近畿地方	京都、大阪、三重、滋賀、兵庫、奈良、和歌山
6	中国地方	鳥取、島根、岡山、広島、山口
7	四国地方	徳島、香川、愛媛、高知
8	九州地方	福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

地域別の人口 1000 あたりの保健医療人材数（総数）で、最も多い地域は四国（23.91）、次いで九州（23.26）となり、逆に最も少ない地域は関東（15.28）、次いで中部（17.23）となっている。ただし、この数値には、人口密度の違いが影響しており、見かけ上は人材不足が生じている関東や中部で、保健医療人材の絶対数が最も多い。