

表 8a. 保健医療人材の地域分布(2012 年)

職種	総数	人口 1000 対比							
		北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州
医師 *	303,268	2.35	2.10	2.25	2.13	2.56	2.70	2.79	2.75
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	9.99	8.34	6.31	7.87	7.84	9.88	10.60	10.47
准看護師 **	357,777	3.72	3.31	1.76	2.53	2.48	4.14	4.67	4.93
看護補助者(無資格)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
助産師	31,835	0.29	0.26	0.22	0.28	0.25	0.26	0.24	0.25
助産師補助	-	-	-	-	-	-	-	-	-
保健師	47,279	0.53	0.46	0.28	0.43	0.31	0.47	0.52	0.45
産業保健師 ***	4,119	0.03	0.02	0.03	0.04	0.02	0.05	0.06	0.04
歯科医師 *	102,551	0.82	0.69	0.89	0.72	0.75	0.79	0.77	0.84
歯科衛生士 **	108,123	0.94	0.70	0.75	0.81	0.82	1.12	1.18	1.07
薬剤師 *	280,052	1.94	1.77	2.45	1.93	2.39	2.10	2.34	1.91
環境・公衆衛生従事者	29,125	0.32	0.26	0.17	0.25	0.24	0.22	0.35	0.28
理学療法士	-	-	-	-	-	-	-	-	-
視能訓練士	-	-	-	-	-	-	-	-	-
診療放射線技師	-	-	-	-	-	-	-	-	-
言語聴覚士	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医療・歯科技工士	34,676	0.36	0.40	0.21	0.28	0.23	0.35	0.46	0.31
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)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他の保健医療従事者(非専門)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
不明	1,250,894	-	-	-	-	-	-	-	-
総数	2,310,367	21.26	18.29	15.28	17.23	17.89	22.04	23.91	23.26
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」

表 8b. 病床数の地域分布(2013 年)

地方	病院	診療所	小計	保健医療人材人口比	人口 1000 対比
北海道地方	97,341	7,259	104,600	0.90	19.2
東北地方	118,065	11,032	129,097	0.77	14.1
関東地方	399,445	19,449	418,894	0.64	9.8
中部地方	238,385	15,693	254,078	0.68	11.8
近畿地方	274,977	11,717	286,694	0.71	12.6
中国地方	117,380	9,860	127,240	0.77	17.0
四国地方	71,576	9,407	80,983	0.86	20.6
九州地方	256,603	36,925	293,528	0.87	20.2
総数	1,573,772	121,342	1,695,114	0.73	13.3

出典: (: 厚生労働省「平成 25 年医療施設調査」2013 年)

職種別では、医師数の 1000 人口対比は四国が最も多く 2.79、次いで九州の 2.75 となっている。一方、最も少ないのは東北の 2.1、次いで中部の 2.13 である。

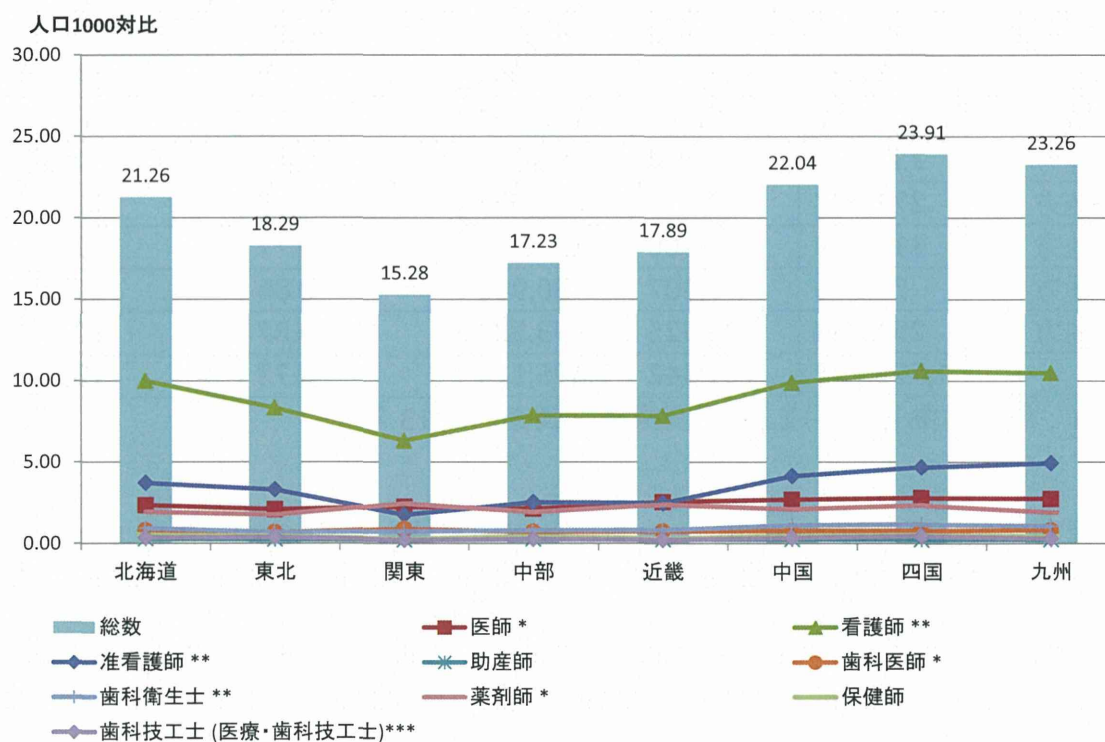
看護師・准看護師については、九州が最も多く、看護師 10.47、准看護師 4.93 となっている。関東が最も少なく、看護師 6.31、准看護師 1.76 である。(表 8 a)。

以上のように、四国や九州に保健医療人材が多い理由の一つは、同地域の病床数の多さが影響しているためと考えられる(表 8b)。

全国的に、人口減少と高齢化が進む地方部では需要の増加に対応した人材の確保が困難となっており、政府は、保健医療人材配置の地域差を緩和するために、地方大学における医学部の定員を拡大する等の措置を取っている⁶。

⁶ 「地域の医師確保対策 2012～医師のキャリア形成と社会構造の変化に対応した医師養成・確保の推進～」文部科学省・厚生労働省、2012 年

図 11. 保健医療人材の地域分布(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)

都市及び地方の 2 区分による比較では、都市は人口規模に対して保健医療人材が多く、地方は少ないことが伺える (表 9)。医師の人口 1000 対比をみると、都市 3.02 に対して地方 1.93 となっている。

なお、比較参考のため、OECD の都市・地方の定義に基づく医師の人口 1000 対比を算出すると、都市 2.37 に対して地方 2.39 となり、ほぼ均等になる。

表 9. 保健医療人材の都市部・地方部の配置 (2012 年)

職種	総数	%都市*	%地方*	都市の人口 1000 対比	地方の人口 1000 対比
医師**	303,268	52.6	47.4	3.02	1.93
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***	-	-	-	-	-
准看護師***	-	-	-	-	-
看護補助者(無資格)	-	-	-	-	-

助産師	-	-	-	-	-
助産師補助	-	-	-	-	-
保健師	-	-	-	-	-
産業保健師 ****	-	-	-	-	-
歯科医師 **	102,551	51.8	48.2	1.01	0.66
歯科衛生士 ***	-	-	-	-	-
薬剤師 *	280,052	52.2	47.8	2.76	1.79
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	-	-	-	-	-
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)	-	-	-	-	-
その他の保健医療従事者(非専門)	-	-	-	-	-
不明	2,875,390	-	-	-	-
総数	685,871	52.3	47.7	6.78	4.38
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」)

* 都市・地方の区分けは、日本政府 (総務省統計局) の定義によるもので、一行政区域の人口密度 3,000 人/km²あるいは 5,000 人/km²が基準となっている。

なお、OECD により定義では人口密度 150 人/km²が基準である。

** 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」

**** 環境・公衆衛生従事者に含まれる保健師のうち、一般企業に勤務する保健師

「1.はじめに」で示したように、日本国は 6,851 の島々から構成されるうえ、山地が多く、中山間地域は国土面積の 73%を占めている。このような地理環境の中、厚生労働省は無医及び無歯科医地区を調査しており、医師が居ない地区は 705 箇所、歯科医師が居ない地区は 930 箇所存在する (2009 年 10 月時点) (厚生労働省、2009 年度) ⁷。

こうした状況を受け、厚生労働省では、1951 年から、へき地保健医療対策を実施している。同省では、無医地区を、「医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径 4km の区域内に人口 50 人以上が居住している地域であって、通常交通機関を利用して医療機関まで片道 1 時間超を要する地域」と定義したうえで、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、緊急時の輸送手段の確保や遠隔

⁷ 「無歯科医地区等調査 (平成 21 年度)」厚生労働省、2009 年度

医療の導入、地域医療支援センターの設立等、都道府県や大学、病院等と連携した医師の地域偏在の解消に向けた対策等を推進している。

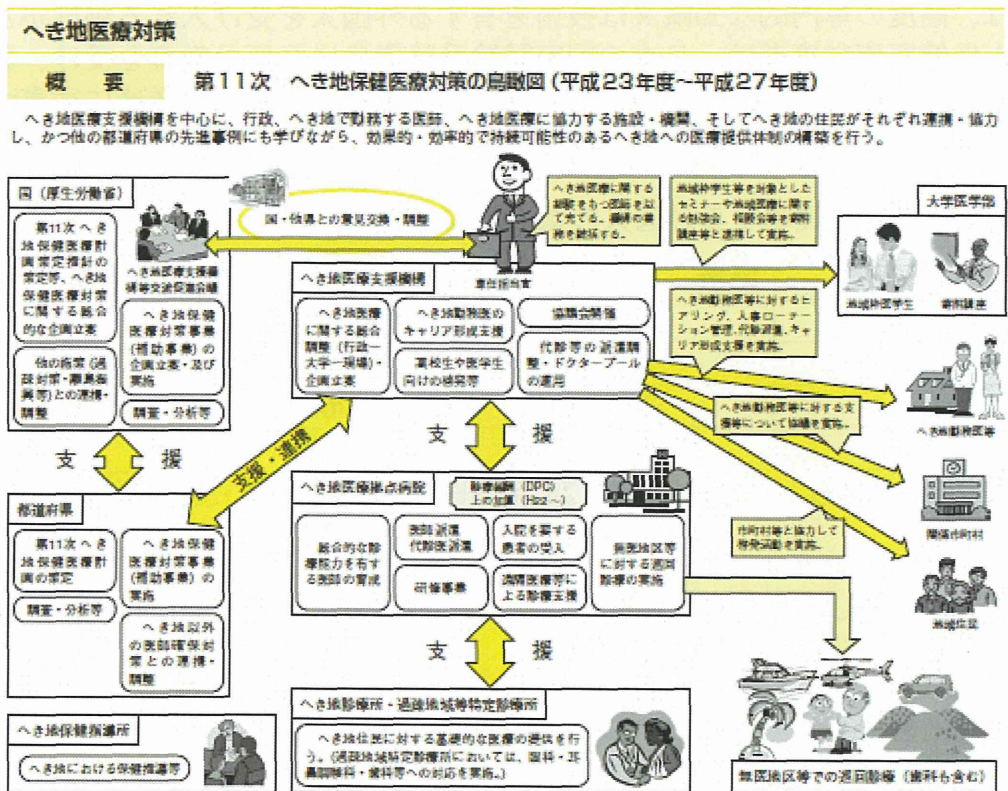
また、へき地に暮らす人々に医療の確保と地域住民の福祉の増進を図ることを理念に設立された自治医科大学がへき地対策に果たしてきた役割も大きい。同大学は、1972年に全国の都道府県が共同で設立した学校法人により運営されている。同大学の入学試験に合格した学生は、各都道府県からの奨学金を得て就学し、卒後は同都道府県が指定する公立病院等に一定期間就職することになる。同大学の卒業生らの活躍により、離島や山間地など医師の確保が困難な多くの地域において、住民に医療を提供することが可能になっている。

加えて、大学の医局制度は、へき地へのインフォーマルな医師の誘導装置として機能してきた。臨床研修医制度（後述）により、現在は医局の影響力は小さくなったものの、かつては、多くの医師は医学部を卒業した後、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。また、地域の病院は、関連大学医局人事により医師派遣を受け、地方とくにへき地における病院の医師確保が維持されていた。⁸

こうしたフォーマル・インフォーマルな対応により、1971年の調査開始以来、無医及び無歯科医地区の数は減少してきている。

⁸ 日本医師会、「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－」2011年

図 12. へき地医療対策



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

公民セクターの比率

2013 年の病院数では、合計 8,540 箇所のうち公営機関 2,245 箇所 (26.3%)、民営機関 6,295 箇所 (73.7%) となっており、民営機関の数が多い (厚生労働省、2013 年)。

ただし、日本では、「1.4 保健医療制度」で述べたように、民間セクターにおいても、公的セクターにおいても、診療費、サービスの質を一定に保つ仕組みがあり、諸外国における公民セクターとは、その意味合いが異なる。例えば、公営医療機関はへき地や人材の地域偏在で医療供給が担保できない地域等において、国や自治体の財政投入によりサービス提供を担うことが多い。

病床数規模別に医療機関数を見ると、99 床未満では民営機関が 81.2% (2,544 箇所) であるのに対して公営機関は 18.8% (590 箇所) となる。500 床以上の医療機関は民営機関が 28.2% (127 箇所)、公営機関が 71.8% (323 箇所) と、民営機関は小規模のところが多いことが分かる。

外国籍保有者の労働

日本では、高度の専門的な知識又は技術を有する外国人を受け入れる制度があり、外国人保健医療従事者は、日本の国家試験受験資格に必要な教育を受け、試験に合格し免許を取得すれば、日本において外国籍の者が保健医療業務に従事することができる。

表 10. 保健医療業務に従事する外国人の数 (2012 年)

職種	総数	外国籍保有者	%外国籍保有者
医師	303,268	2,468	0.8
歯科医師	102,551	699	0.7
薬剤師	280,052	965	0.3
総数	685,871	4,132	0.6

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」)

また、看護師に関しては、経済連携協定(Economic Partnership Agreement: EPA)に基づき、インドネシア (2008 年～)、フィリピン (2009 年～)、ベトナム (2014 年～) の 3 カ国から外国人看護師候補者を受入れている。なお、候補者の受入れは看護分野の労働力不足への対応ではなく、経済連携協定に基づき、公的な枠組みで特例的に行うものである。

職種・診療科による分布

日本の保健医療に関する技術専門職には、国家資格を要するものが 24 種類ある。それらのほかに、都道府県の知事が免許を授与するもの、職能団体や、民間団体が認定資格を与える業種等がある。

医師の場合、日本では、厚生労働省から医師の国家資格を与えられたものはすべて医師として分類され、専門医に関する国家資格は存在しない。ただし、国家資格を取得後に、学会等が認定する専門医資格を取得することにより専門診療科を標榜することができるようになる。

また、看護職には、国家資格である看護師、助産師、保健師、都道府県知事が免許を与える免許を受ける准看護師がある。また、日本看護協会の資格認定制度である、専門看護師、認定看護師、認定看護管理者の資格が存在する。

また、日本は OECD 加盟国のなかでも CT (Computed Tomography : CT) 及び MRI (Magnetic Resonance Imaging : MRI) の普及率が突出して高く⁹、診療放射線技師や視能訓練士等、専門医療器具を扱う職種も多数存在する。また、伝統的な医療として、柔道整復師といった日本特有の技術職がある。

⁹ OECD “Health at a Glance 2013 OECD indicators” (2013), p87

2012年時点の看護師数（看護師及び准看護師数の合計 1,373,521 人）と医師数（303,268 人）との比率は、4.53 となっている（表 11）。

また、先述の通り、日本では、医師は国家資格取得後、学会等の研修や認定を受けて、専門医資格を取得することが可能であり、医師の自由開業制と相まって、診療科の偏在が生じやすい構造になっている。3年に一度厚生労働省が実施する医療施設調査（2013年）では、診療科別では外科、小児科などで施設数が減少している。また、別途実施された医師会の調査（2011年）では、特に救急医療、産科・産婦人科、内科、麻酔科などにおいて、医師不足が指摘されている¹⁰。厚生労働省では、医療機関への財政支援等による、救急、産婦人科、小児科等における医師確保策を講じている。

表 11. 保健医療技術の分布

看護師数：医師数の比率（2012年）	4.53
--------------------	------

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」及び「平成24年度衛生行政報告例」）

¹⁰日本医師会。「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－」2011年

3. 保健医療人材の育成

3.1. 学校教育制度

保健医療人材の育成は、大きく卒前教育と継続教育に分類できるが、このうち、本項では卒前教育について説明し、継続教育については「3.5 現任研修・継続教育」で述べる。

卒前教育の内容、就学期間、養成機関等は、取得する国家資格によって異なる。医師、歯科医師、薬剤師になるためには、高校卒業後、大学にて最低6年間の教育を受けることが法律で定められている。また、医師に関しては、2004年から、将来専門とする分野にかかわらず、プライマリケアにかかる能力を習得できるよう、医師の国家試験合格後の2年間の臨床研修が義務化された。研修先は、大学病院または厚生労働大臣の指定する病院のなかから研修医が選択し、マッチング制度をとっている。各研修病院によって、独自の研修プログラムを策定するが、内科（6か月）と救急（3か月）は必修科目となっている。

看護師になるためには、高等学校・高等学校専攻科、専修学校のほか、短期大学（2～3年間）、大学のいずれかにおいて3年以上の専門教育を受けることが必要である。近年は、看護系大学数の増加に伴い、就職している看護職の約3割が大学卒である。

なお、保健師及び助産師の国家試験受験資格を取得するためには、4年制大学で保健師又は助産師を選択するコースか、看護師資格を取得したうえでさらに1年以上の教育を受けるコースがある。また、准看護師は専門学校等にて2年就学することとされている。

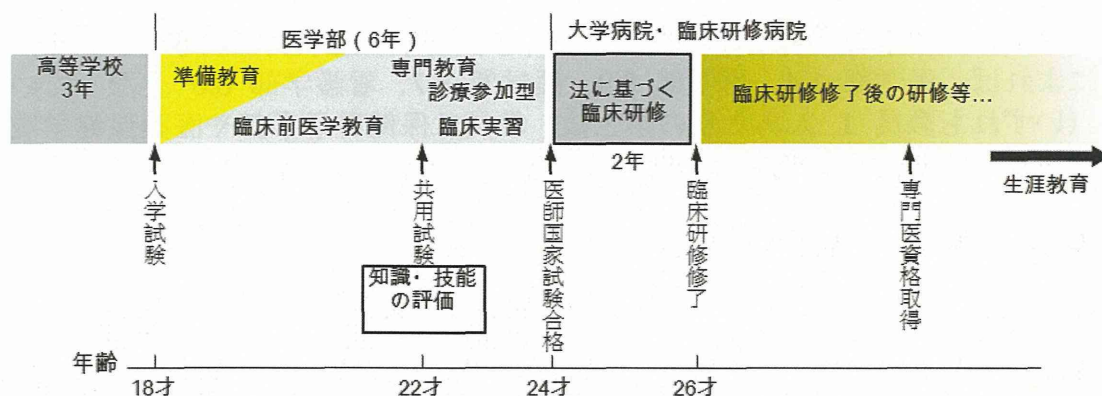
理学・作業療法士や視能訓練士等、そのほかの職種は概ね3年以上の専門教育を受ける必要がある。

以上、医学部や看護学部、理学・作業療法等では講義、演習および実習からなるカリキュラムが採用されており、各科目の時間数や実習時間については、基本的には、医師ではコアカリキュラムに、看護職では指定規則に基づき決定されている。

医療保険事務等、国家資格がない職種については、業務内容に即した学習コースを提供する専修学校が多数あり、業界団体等が認定を行っている。

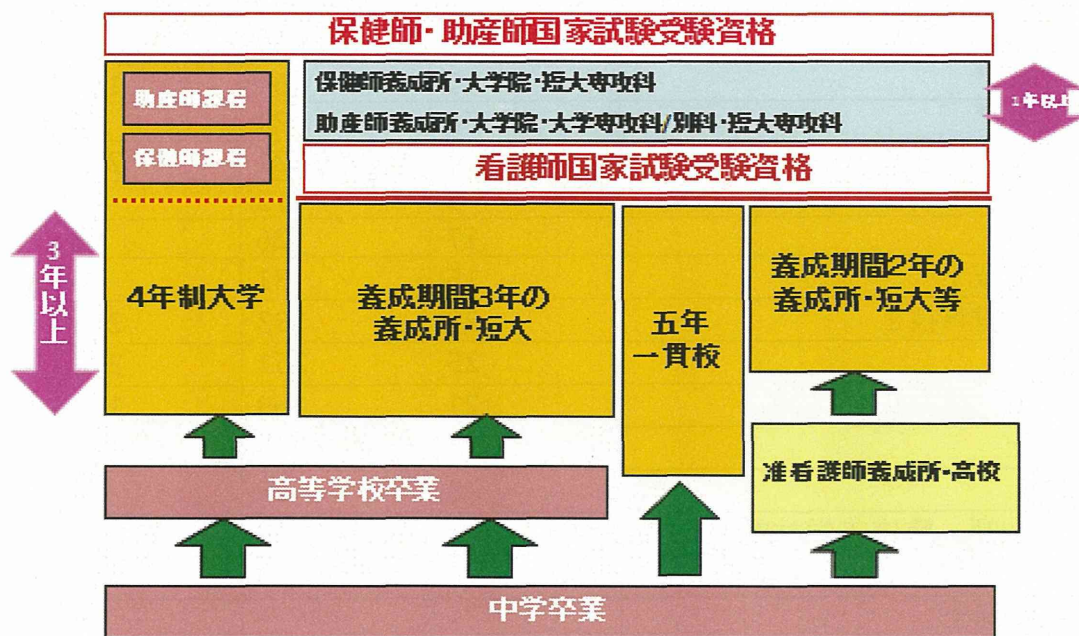
資格によっては、高等学校、専修学校、短期大学、大学に、夜間部や通信教育（distance learning）を開設しているところがあり、就学者は、個人のライフステージに合わせて、就業や自宅での育児等をしながら学習できる。

図 13. 医師の卒前教育および研修医制度の概要



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

図 14. 看護職の卒前教育制度の概要



出典: (厚生労働省看護課資料をもとに筆者改変)

3.2. 教育機関の収容量

文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定を受けている保健医療人材の育成機関は、全国に 5,797 校ある。そのうち、国公立は 1,078 校 (18.6%)、私立は 2,809 校 (46.5%)、不明 (32.9%) である。学術ごとにみると、医学部を除くすべての学科について私立校が多く、特に看護学、保健科学 (歯科衛生士等)、

及びその他（伝統療法等）については、私立校数が国公立校数の 2 倍を超える（表 13）。

大学における教員と学生の人数比は、学校基本調査（文部科学省、2013 年）によれば、医学部 1.4、歯学部 0.8、薬学部 3.7、看護学部 8.0 となっている。

（いずれも教員 1 人あたりの学生数。教員は保健科学学部や医薬保健学域等の関連学部に所属する教員、及び付属病院に勤務する教員を含む）

表 12. 設置者別の養成学校の数

学術分類	設置者の種別		小計*
	国公立	私立	
医学	51	29	80
- 博士課程	51	29	80
歯学	12	15	27
- 博士課程	12	15	27
薬学	17	56	73
- 博士課程	17	45	62
看護学	330	678	1,008
- 修士課程**	85	64	149
- 博士課程**	50	24	74
准看護師	14	221	235
保健師***	5	13	18
助産師***	17	26	43
診療放射線技士	15	31	46
歯科衛生・歯科技工	23	183	206
理学療法士	25	251	276
作業療法士	21	169	190
言語聴覚士	1	75	76
視能訓練士	0	35	35
臨床検査技師・臨床工学技師	3	88	91
義肢装具士	1	10	11
診療情報管理士	-	-	75
管理栄養士****	-	-	135
栄養士****	-	-	147
その他*****	320	694	1,407
- 伝統療法 ¹¹ (再掲)	269	544	813
- 救急救命(再掲)	13	38	51
- その他の保健医療 ¹² (再掲)	38	112	543
総数*****	1,070	2751	4,571

出典: (文部科学省¹³・地方厚生(支)局ウェブサイト等(2014年12月アクセス))

¹¹ あん摩マッサージ指圧師、はり師国家試験、きゅう師国家試験、柔道整復師

¹² 社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士

- * 設置者の法人格が不明なものは小計に含めたため、小計は国公立と私立の合計とならないものがある。
- ** 文部科学省（2014年）「文部科学省資料」
- *** 専修学校及び厚生労働大臣指定校養成所の数(4年制大学等における保健師および助産師コースは看護学養成学校において述べ数として算出)
- **** 全国栄養士養成施設協会ウェブサイト（2014年12月アクセス）
- ***** 地域厚生局ウェブサイト、日本臨床心理士資格認定協会ウェブサイト等（2014年12月アクセス）
- ***** 各校に設置された課程の述べ数

3.3. 選考と入学

日本では、保健医療人材育成のための教育機関における学生の選考は各教育機関によって実施される。ただし、医師に関しては、厚生労働省が行う需給見積もりの結果を踏まえて、大学の入学定員が決定される。

学生の選考方法は、学校ごとに異なり、入学試験を実施する場合も、試験科目や選考方法は各学校及び学科により異なる。

保健医療に係る学科への入学者は増加傾向にあり、2009年の134,930人から2012年の143,931人までの3年間で6.7%増加した（表13）。

途中退学者の統計はとられていないが、入学者数及び卒業者数（表13及び表14）から推計すると、全体で2割前後の途中退学者がいると考えられる。学科別では、医学科は1割前後、看護科及び助産は2割弱、このほかの学科は2～3割の途中退学者と推計される。

表 13. 保健医療に関する学科・課程の入学者（2009-2012年）

学科・課程	入学者数			
	2009年	2010年	2011年	2012年
医学	8,223	8,532	8,520	8,606
看護*	69,016	72,215	71,853	72,426
保健師**	1,252	1,302	1,240	1,062**
助産**	1,278	1,462	1,520	1,505**
歯科学	2,383	2,172	2,115	2,260
薬学	12,843	12,631	12,621	12,969
歯科衛生・歯科技工	6,736	7,112	7,314	7,430
臨床工学技士	-	-	-	-
臨床検査技師	1,364	1,544	1,352	1,424
義肢装具士	-	-	-	-
診療情報管理士	-	-	-	-
医療情報技師	-	-	-	-

¹³ www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2014/01/23/1314031_2.pdf

管理栄養士	2,297	2,721	2,849	2,939
診療放射線技士	769	859	927	905
理学療法士・作業療法士	9,701	10,515	11,118	11,088
言語聴覚士	-	-	-	-
視能訓練士	-	-	-	-
その他	11,914	12,418	12,477	13,118
- 伝統療法 ¹⁴ (再掲)	9,880	9,816	10,197	10,462
- 救急救命(再掲)	-	-	-	-
- 社会福祉士 (再掲)	2,034	2,602	2,280	2,656
総数	127,776	133,483	133,906	133,165

出典: (文部科学省 (2009-2014 年度) 「学校基本調査 (平成 21-24 年度)」)

* 厚生労働省 (2009-2014 年度) 「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 (平成 21-24 年度)」

** 「助産師」「保健師」に大学の入学者数は含まれない。

表 14. 保健医療に関する学科・課程の卒業生 (2009-2012 年)

学科・課程	卒業生数			
	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
医学	7,561	7,619	7,631	7,501
看護師 *	57,529	59,014	59,629	60,508
保健師	975	784	825	908**
助産師	1,055	1,194	1,427	1427**
歯科学	2,539	2,359	2,423	2,328
薬学	11,896	3,846	1,365	9,912
歯科衛生・歯科技工	5,928	5,971	3,896	6,063
臨床工学技士	-	-	-	-
臨床検査技師	1,290	995	979	1,089
義肢装具士	-	-	-	-
診療情報管理士	-	-	-	-
医療情報技師	-	-	-	-
管理栄養士	2,232	2,060	2,520	2,358
診療放射線技士	629	604	541	675
理学療法士・作業療法士	9,163	9,123	8,284	8,229
言語聴覚士	-	-	-	-
視能訓練士	-	-	-	-
その他	11,318	10,863	10,720	10,739
- 伝統療法 (再掲)	8,893	8,776	8,284	8,458
- 救急救命(再掲)				
- 社会福祉士 (再掲)	2,425	2,087	2,436	2,281

¹⁴ はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師

総数	112,115	104,432	100,240	109,402
----	---------	---------	---------	---------

出典: (文部科学省 (2009-2014 年度) 「学校基本調査 (平成 21-24 年度) 」)

* 厚生労働省 (2009-2014 年度) 「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 (平成 21-24 年度) 」

** 「保健師」の新卒受験者数

11,357 (2009 年)、12,717 (2010 年)、13,748 (2011 年)、14,528 (2012 年) (保健師国家試験合格状況調べ)

** 「助産師」の新卒受験者数

1,709 (2009 年)、1,896 (2010 年)、2,097 (2011 年)、2,064 (2012 年) (助産師国家試験合格状況調べ)

3.4. 人材育成機関の規定と認定

保健医療人材の卒前教育には、いわゆる学校教育としての目的に加え、専門職として国家試験の受験資格を取得するという目的がある。このため、医師を除く、看護職およびその他厚生労働大臣が免許を与える保健医療人材の多くの職種では、育成に関わる教育機関は、学校教育法に加え、各職種の免許等を規定する法律と専門職の養成所指定規則の制約を受ける。

文部科学省が管轄する学校教育法およびその設置基準では、一般的な教育機関としての学校の目的、入学資格、修業年限、教員数や教員の技能、生徒数、授業料、運営者の条件等の基準を示すものである。また、厚生労働省が管轄する専門職種の資格等にかかる法律と養成所指定規則は、国家試験に必要な学科等を規定している。

医師及び歯科医師のカリキュラムに関しては、大学関係者らによる検討会を設置し、医学教育モデルコアカリキュラムを策定している。各大学の特性を生かしたカリキュラムの策定を推進しつつも、医師免許に必要な内容を確実に教授できるよう、同カリキュラムを学習内容のガイドラインとして提示し、各大学がカリキュラム策定の参考にできるようにしている。なお、コアカリキュラムは、健康課題の変化等社会のニーズに合わせ、文部科学省と厚生労働省において医学教育に関する検討会を開き、その提言を踏まえて定期的に見直しが行われている。また、保健医療人材の卒前教育を実施する大学は、その他の大学同様、文部科学大臣の認証を受けた評価機関による評価を7年以内の周期で受けることが義務づけられており、公益財団法人大学基準協会による評価を受け、認定を受けることが定められている。

3.5. 現任教育 (院内・院外研修) ・継続教育

就職後の教育は、各組織が新人等を対象に実施する現任教育と個々のキャリア形成を目的とした継続教育がある。

先述のとおり、新人医師及び歯科医師に対しては、厚生労働省が、国家資格を取得した者に基本的な診療能力を修得させることを目的として、大学付属病院又は厚生労働大臣の指定する病院（臨床研修指定病院）において、歯科医師候補者は1年以上、医師候補者は2年以上の臨床研修を受けることを義務付けている。本研修に必要な経費は、厚生労働省が補助金あるいは委託費等として負担している。研修プログラムや修了基準は臨床研修を提供する機関が計画し、事前に厚生労働大臣に提出し、認可を得ることになっている。臨床研修の修了判定は研修実施機関が行い、修了者には修了証を交付することができる¹⁵。

医師及び歯科医師の継続教育として、中規模以上の病院には、臨床研修に引続き専門診療科において1-3年間の実地研修の機会を提供するところがある。また、学会等による専門医認定も、医師の継続教育としての機能を果たしている。

看護職員については、2010年より、新人看護職員に対する研修が法律の一部改正によって努力義務化され、これを受け、厚生労働省では新人看護職員研修のガイドラインを策定し、当該ガイドラインに沿った研修を実施する医療機関等に対する財政支援を実施している。また、継続教育として、5年以上の看護職員を対象とした実務研修やがんや糖尿病における質の高い看護師を育成するための研修等を実施しており、看護職員の資質向上を推進している。専門分野に関する継続教育に関しては、先述のとおり日本看護協会が実施している認定制度がある。

地域保健従事者に関する現任教育に関しては、長年、国立公衆衛生院（1938年設立）と国立医療・病院管理研究所（1949年設立）が、地方自治体や基幹病院等の保健医療人材に対して研修を行ってきた。2002年には、両者が統合され国立保健医療科学院となり、現在は同院が、保健医療事業、生活衛生及び社会福祉事業に従事する自治体職員等に対し、幅広いテーマの研修機会を無料で提供している（研修生数年間約2500名）。また、都道府県等の総合的な現任教育推進体制に関しても、国が、国立保健医療科学院を通じ、現任教育にかかる総合的な企画及び調整にかかる指導者の資質の向上に重点を置いた研修を実施することで、都道府県等の体制強化を支援している。

¹⁵ 厚生労働省ウェブサイト（2014年12月アクセス）「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818a.html>)

4. 保健医療人材の配置と活用

4.1. 採用活動

保健医療人材の求人・求職活動は、各種の情報収集ツールを活用して機関及び個人が行っている。情報収集ツールには、インターネット（医療機関のホームページや各種団体、専門仲介業者）のほか、全国の市町村に設置されている公共職業安定所や、看護師等に関して無料職業紹介事業等を行っているナースセンター等があり、求人・求職情報の配布・収集は容易にできる。

また、国公立病院や医療人材不足の地域においては、自治体や公益団体が人材募集や人材の紹介支援を行い、地域偏在の緩和に取り組んでいる¹⁶。

4.2. 人材の配置に関する政策とメカニズム

人材の配置は、「4.1 採用活動」で述べたように、主に医療機関・地域・個人単位で行われる。ただし、保健医療に係る人材の不足や偏在の是正、あるいは定着を促す仕組みづくりに関し厚生労働省では定期的に調査を実施しており、その結果に基づき、各医療機関で質の高い保健医療サービスの供給体制が確保できるよう、労働環境の改善等に関する国としての支援策を策定している。

表 15. 職種別空席数

職種	地域								
	全国	北海道東北	関東	北陸甲信越	東海	近畿	中国	四国	九州
医師	92.5	83.3	96.4	87.7	94.7	96.8	92.4	90.1	93.3
看護師	99.4	99.4	98.8	99.2	99.9	99.3	99.7	99.6	99.9

全国の充足状況 *

	医師数充足	医師数未充足	計
看護師数充足	7,466 (91.5)	597 (7.3)	8,063 (98.8)
看護師数未充足	80 (1.0)	15 (0.2)	95 (1.2)
計	7,546 (92.5)	612 (7.5)	8,158 (100.0)

* 数値は病院数（歯科病院を除く）、（ ）内は構成割合（%）。

（用語の説明）

- ・ **標準数** 医療法で定められている病院に置くべき医師、看護師の法定人数のこと。
- ・ **適合率** 「立入検査病院数」に対する「法定人員を満たしている病院数の割合」のこと。
- ・ **充足・未充足** 立入検査病院数のうち、標準数を満たしている病院は「充足」、満たしていない病院は、「未充足」として計上。

¹⁶ へき地医療情報センターウェブサイト (<http://www.hekichi.net/>)

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

4.3. 有資格者の非就労

日本の労働力人口比率は 5 割程度 (表 2) であり、保健医療人材に関しても資格を有するが就労していない潜在的な人材が多数存在する。社会保障審議会医療部会の資料 (厚生労働省、2013 年) 等によると、看護師等免許保持者のうち約 71 万人 (2010 年時) が、医療機関等に勤務していないと推計されている。先述のとおり、潜在看護師等の活用に向けては、都道府県ごとに設置されている都道府県ナースセンターに、看護師等が離職時等に連絡先等の情報を届け出る制度を 2015 年 10 月 1 日に創設するとともに、復職を希望する者に対しては研修を実施するなどの対応を実施している。

4.4. 民間セクターの雇用

1.4 の医療保健制度で述べたとおり、日本では、医療法(医師・看護師等の配置基準を含む)や診療報酬制度により、公営セクターにおいても民間セクターにおいても、医療制度上大きな差が生じないように制度化されている。

4.5. 保健医療サービスの質

適正で質の高い医療を提供するためには、一定水準以上の人員を確保する必要がある。こうした観点から、医療法では、病院等において有すべき人員の「標準」が示されている。また、医療法における人員配置標準を踏まえ、診療報酬により、手厚い配置に加算、標準を下回る配置に減算するなどの対応により、経済的評価を行うだけでなく、質の高いサービスの提供を誘導できるように制度化されている。

また、国の制度とは別に、保健医療サービスの質を担保・向上させるため、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価する日本医療機能評価機構 (Japan Council for Quality Health Care : JCQHC) という組織がある。JCQHC は、①病院の基本姿勢や患者の視点に立った病院の意思決定方法、②安全な診療ケア、③安全な診療ケアを実施するための各部門の役割、④病院組織の運営管理状況、の 4 つの領域で病院を評価し、基準を満たした医療機関に認定を付与していくことで、病院機能のパフォーマンス向上に寄与している¹⁷。

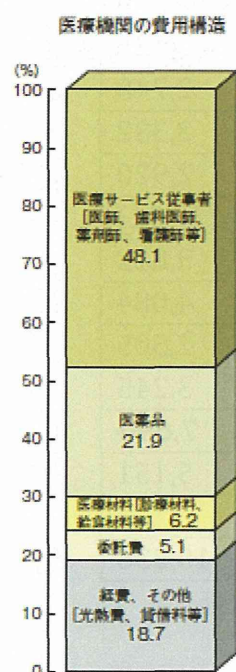
¹⁷ 「病院機能評価ガイドブック～病院機能評価ってなんだろう～第 2 版」日本医療機能評価機構ウェブサイト、2015 年 2 月アクセス (http://jqhc.or.jp/pdf/works/guidebook_nandarou.pdf)

5. 保健医療人材財政

5.1. 医療費に占める保健人材関係費

各医療機関において、保健医療人材にかかる費用（人件費）は全体のおよそ半分であり、経年的な変化は見られていない。ただし、病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局によって、人件費の割合に違いがある。人件費の内訳は、給与と交通費である。

図 15. 国民医療費・医療機関の費用構造の構造



出典：(厚生労働省（2014年度）「平成26年度厚生労働白書」¹⁸⁾

5.2. 保健医療人材の報酬（給与）

日本の保健医療人材が得る平均収入は、全産業の平均水準ではあるが、職種により大きな偏りがある（表 16）。なお、表 16 に示す額は定額給与と賞与であり、時間外手当等は含まない。正規職員や常勤者へは、給与のほか、祝祭日勤務、夜勤、住宅費、扶養、交通費、時間外等に対する手当てが支給される場合が多い。

2014年の全産業の平均収入は月額 3,059 米ドルであり、保健医療業の平均収入は月額 3,292 米ドルとなっている。ただし、医師の月収は他の保健医療職と比

¹⁸⁾ <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/dl/02.pdf>

べて 2 倍以上の開きがあり、医師を除く保健医療従事者の平均収入は月額 2,839 米ドルと、全産業の平均を下回る。

表 16. 職種別平均月収

職種	職能級 (年齢)	平均月収 (米ドル)*
医療業	41	4,255
医療業(非専門職を含む)	(42)	(3,878)
医師	41	8,396
診療放射線・診療エックス線技師	38	3,799
理学療法士・作業療法士	30	2,830
看護職	43	3,126
看護職(非専門職を含む)	43	2,748
- 看護師	38	3,332
- 准看護師	47	2,920
- 看護補助者(無資格)	(44)	(1,991)
薬剤師	37	3,812
歯科医師	33	4,084
歯科衛生士	35	2,505
歯科技工士	39	3,245
その他の産業	41	7,694
教員(高等学校)	44	5,151
裁判官	-	-
弁護士	39	10,236

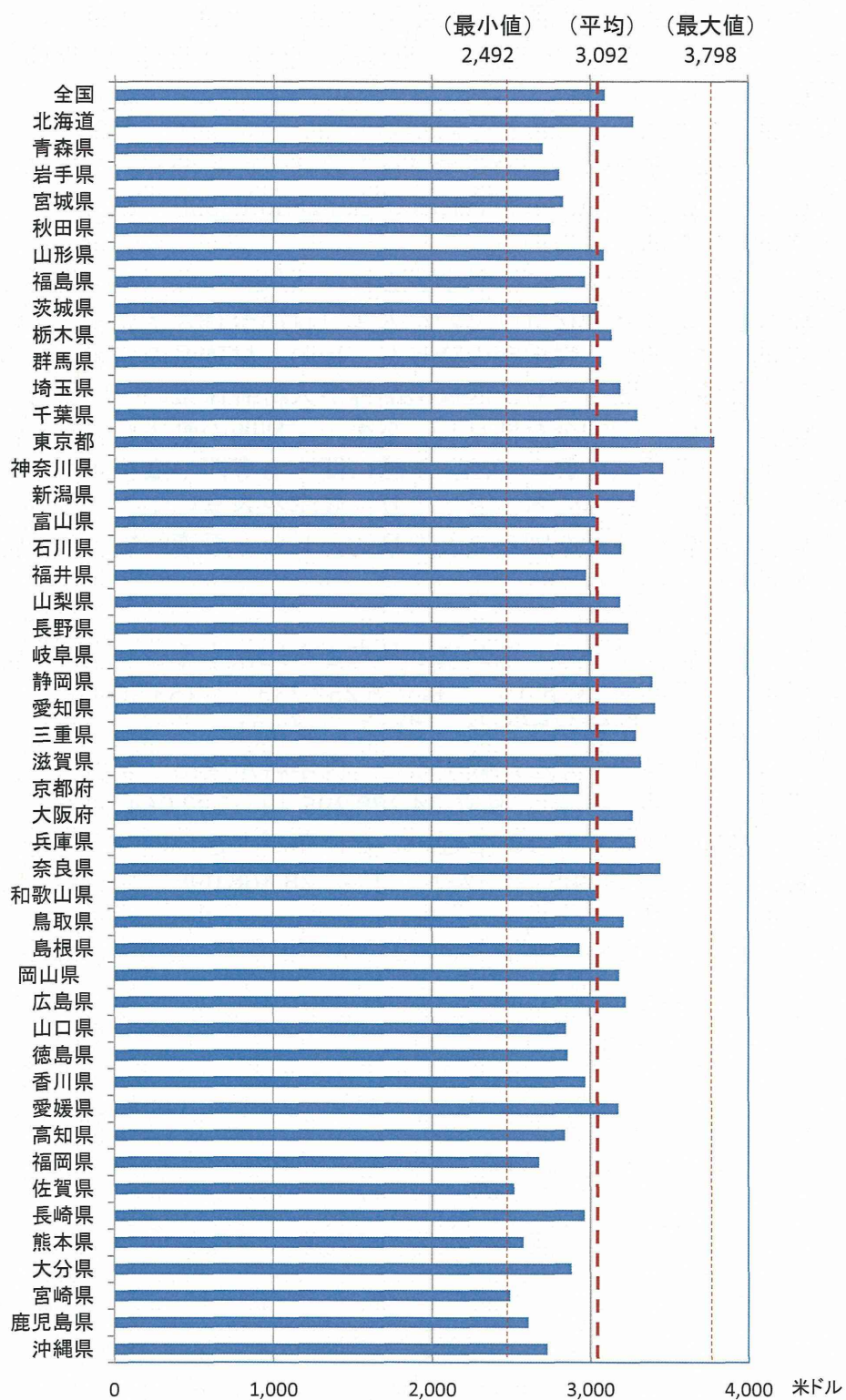
出典: (厚生労働省(2013年度)「平成25年賃金構造基本統計調査」)

* 全企業規模の平均値

都市と地方部の給与差に関しては、医師においては都道府県別の医師の絶対数や人口 1000 人対比によって、見かけの違いが大きくなるため、平均値を参考にすることはできない。とくに、日本では、雇用は病院単位であるため、給与の設定は病院ごとで異なり、平均値を出しても、それが地域の平均的な状況を反映しているとは言い難い。ただし、へき地等医師の確保が困難な地域を抱える自治体や、病院が比較的高額な給与を支払う場合もあるため、地方部や医師が不足している地域の方が、給与が高い可能性がある(図 16)。

一方、看護師や作業療法士等、医師以外の保健医療職種の給与に関しては、都市部の方が高い傾向にある。

図 16. 都道府県別の看護師・准看護師の平均月収(企業規模 10 人以上)



出典: (厚生労働省 (2013 年度) 「平成 25 年賃金構造基本統計調査」をもとに
筆者作成)