

# 日医総研ワーキングペーパー

医学部定員増員後の医師数の見通し  
ー成長戦略と医療関係職種への業務移転も踏まえてー

No. 313

2014年4月8日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子



## 医学部定員増員後の医師数の見通し

ー成長戦略と医療関係職種への業務移転も踏まえてー

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

公益社団法人 日本医師会 総合医療政策課

## キーワード

- ◆ 医師
- ◆ 歯科医師
- ◆ 薬剤師
- ◆ 医学部定員
- ◆ 医学部新設
- ◆ 成長戦略
- ◆ セルフメディケーション
- ◆ 理学療法士・作業療法士
- ◆ 看護師
- ◆ 管理栄養士
- ◆ 医療費
- ◆ 介護費

## ポイント

- ◆ 医学部新設により医師養成数を増加しようとする動きがある。しかし、歯学部、薬学部の例を見ると、いったん増員された入学定員の削減がきわめて困難であることが明らかである。
- ◆ 医師養成数は、2008年に本格的にその増加に舵を切った（それまでは暫定的な増加）。国は医療提供体制の改革を行う方針を示しており、その前提で国が推計している必要医師数は、これまでの医学部定員増により充足する。
- ◆ 今後は、必ずしも医学部定員増を継続する必要がなくなるかもしれない。成長戦略の下、医療周辺産業の成長が期待されており、セルフメディケーションが推進されている。これらの是非は別として、この結果、医師の業務範囲が縮小し、医療関係職種、さらには営利市場に業務が移転する可能性があるからである。

- ◆ 薬剤師や、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士数はそれぞれかなり増加している。医療関係職種を確保できないため診療報酬上の要件をクリアできない医療機関もあるが、医師と同様、全体としては充足しており、偏在が深刻なのではないかと考えられる。このまま医療関係職種の増加がつづけば、その雇用を支えるために公的医療保険外の市場を開拓する必要に迫られ、その面からも医師の業務範囲が縮小する可能性もある。
- ◆ どこまでを医師の業務範囲にするかどうかについては、『必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する』という国民皆保険制度の理念（2004年12月「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」）がひとつの拠り所となるだろう。また公的医療保険においては安全性の確保がより重要であり、医師の指示の下での業務分担を堅持すべきと考える。

## 目 次

1. はじめに（検討の視点）	1
2. 医師数増加に係る動き	2
2.1. これまでの経緯	2
2.1.1. 医師数抑制の時代	2
2.1.2. 最近の医師養成数	3
2.1.3. 医学部定員の現状	5
2.2. 医学部新設の動き	10
2.2.1. 東北地方での医学部新設	10
2.2.2. 国家戦略特区での医学部新設	12
2.3. 歯科医師・薬剤師養成数	14
2.3.1. 歯学部定員	14
2.3.2. 薬学部定員	18
2.3.3. 医師養成数増加への示唆	20
3. 必要医師数の検討にあたって	22
3.1. 医師数の粗い推計	22
3.2. 医師から医療関係職種への業務移転の可能性	26
3.2.1. セルフメディケーションと医療関係職種	26
3.2.2. 介護保険と看護職員	40
4. おわりに（今後の医師数について）	44
5. 参考資料	48



## 1. はじめに（検討の視点）

医師養成数は、1982年に医学部定員の削減が決定された後、その抑制がつづいていた。2002年には医師の名義貸しが発覚し、2004年には新医師臨床研修制度の導入によって医師の偏在が深刻化し、これを通じて医師不足が顕在化した。医師数増加に本格的に舵を切ったのは2008年のことであり、現在、2019年まで医学部定員増を継続する方針がとられている。これに加えて、東北地方において復興のための医学部新設の道が開かれ、国家戦略特区からも医学部新設の申請があがっている。

一方で、保険給付範囲を縮小すると同時に、医療周辺産業を成長させようという動きがある。また高齢化に伴い医療よりもむしろ介護サービスへのニーズが高まっている。これらの動きは、将来の医師の業務範囲を変容あるいは縮小する可能性があり、必要医師数にも影響を与える。つまり、医師養成数については現状の延伸で考えるのではなく、医師の業務の範囲のあり方の見通しも踏まえつつ、将来の必要性を検討することが重要である。そこで、これまでの医師数の推移を踏まえて、今後予測される医師の業務範囲のあり方と必要医師数について考察する。

なお、本稿では、現状医師数については主に厚生労働省「**医師・歯科医師・薬剤師調査**」の結果を用いている。同調査は、医療法にもとづいて実施される2年に1回の調査である。医師個人に調査票が配付され、従事先や診療科等を回答する。病院から派遣されている医師については、派遣元がとりまとめて提出することがあるが、従事先は1つしか選択できないので、**派遣先での勤務がなくても派遣元従業地でカウントされるケースがある<sup>1</sup>**。

また、厚生労働省は本調査票の届出をもとに「**医師等資格確認検索**」ホームページ<sup>2</sup>を開設しているが、**すべての医師から届出があるわけではないので、検索にヒットしない医師もある。**

---

<sup>1</sup> たとえば静岡県牧之原市の病院医師数は、2008年は45人であったが、2010年には0人になった。同市では2010年に公立病院の運営が指定管理者である医療法人に移行された。医師は当該医療法人の所在地で届出をしており、同市の病院医師数が0人になっている可能性がある。その後、2012年調査では病院医師数は16人になっている。

<sup>2</sup> <https://licenseif.mhlw.go.jp/search/>

## 2. 医師数増加に係る動き

### 2.1. これまでの経緯

#### 2.1.1. 医師数抑制の時代

1961年に国民皆保険が達成された後、医療機関数の増加、医療技術の高度化などのため医師不足が深刻化した。1970年、厚生省（当時）は、人口10万人対医師数を1985年までに最小限150人確保することを目標とし、1973年（第二次田中内閣）の「経済社会基本計画」には、無医大県の解消（いわゆる一県一医大構想）が盛り込まれた。「一県一医大構想」は、1979年に琉球大学に医学部が設置されて完成した。そしてその直後に医師数抑制がはじまっていく。最初に医師数抑制を閣議決定したのは1982年（鈴木内閣）である。

1973年（昭和48）年「経済社会基本計画」<sup>3</sup>（田中内閣）

医科大学（医学部）のない県を目途として整備を進めることとした。

1982（昭和57）年「今後における行政改革の具体化方策について」<sup>4</sup>閣議決定（鈴木内閣）

医師について、全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について検討を進めることを決定した。

---

<sup>3</sup> 1973年2月13日「経済社会基本計画－活力ある福祉社会のために－」を経済運営の指針とすることを閣議決定。「医科大学については、計画期間中（筆者注：1977年）に医科大学（医学部）のない県を目途として整備を進める。」

「日本社会保障資料IV(1980-2000) 社会福祉関係 1980年以前 67」国立社会保障・人口問題研究所  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/shiryu.html>

<sup>4</sup> 「今後における行政改革の具体化方策について（行政改革大綱）」1982年9月24日閣議決定

「医療従事者については、将来の需給バランスを見通しつつ養成計画の適正化に努める。特に医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないよう配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める。」

「日本社会保障資料IV(1980-2000) 総論 4」

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/shiryu.html>

1986年（昭和61）年「将来の医師需給に関する検討委員会」<sup>5</sup>最終意見

医師の新規参入を最小限10%削減するという数値目標を設定した。

1997（平成9）年「財政構造改革の推進について」<sup>6</sup>閣議決定（橋本内閣）

大学医学部の整理・合理化も視野に入れ、引き続き**医学部定員の削減**に取り組むことになった。

## 2.1.2. 最近の医師養成数

2002年、札幌医科大学で医師が不正に報酬を得ていたことが発覚し、その後、北海道大学、旭川医科大学、東北大学でも医師の名義貸しが明らかになった<sup>7</sup>。これを受けて文部科学省が2003年9月に全国79大学73,562人を対象に調査を行なったところ、2002年4月から2003年9月までの間に、51大学で延べ1,161人が名義貸しを行っていたことが判明した<sup>8</sup>。

2004年4月、新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなり、大学病院では医師が不足したため、地域の医療機関への医師の派遣を中止した。地域の医療機関では、新たな医師を確保することができず、外来を中止したり、病棟を閉鎖したりした。こうして医師の偏在が深刻化するとともに、医師不足が顕在化した<sup>9</sup>。

<sup>5</sup> 厚生省「『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見要約」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4e1.pdf>

「医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向は否定できない事実」「昭和70年を目標として医師の新規参入を最小限10%削減することを再提案し、その実現に各界の努力を養成する。」

<sup>6</sup> 「財政構造改革の推進について」1997年6月3日閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/1997/0604zaisei-kaku.html>

「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。あわせて、医師国家試験の合格者数を抑制する等の措置により医療提供体制の合理化を図る。」

<sup>7</sup> 「地域医療に関する関係省庁連絡会議」2003年11月25日

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256deb001bc17a/\\$FILE/siryoun.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/49256fe9001ac4c749256deb001bc17a/$FILE/siryoun.pdf)、「医療法第25条第1項に基づく立入検査について」平成16年全国厚生労働関係部局長会議資料

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/isei/r2.html#9>

<sup>8</sup> 2004年4月5日参議院決算委員会 河村建夫文部科学大臣（当時）の答弁

<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/159/0015/main.html>

<sup>9</sup> 前田由美子・森宏一郎「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178, 2008年12月9日, <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>

こうしたことから、将来の医師養成の前倒しであると断ったうえではあるが、2006年から**暫定的な医師数養成数の増加**が図られた。

2006年8月31日「新医師確保総合対策」<sup>10</sup>

医師不足県での暫定的な養成数増加を容認した。

2007年「緊急医師確保対策」<sup>11</sup>

医師養成数が少ない県での医師養成数の増加を決定した<sup>12</sup>。

本格的に医師養成数増加に舵を切ったのは2008年の「安心と希望の医療確保ビジョン」（舛添厚生労働大臣）である。

2008年6月 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」<sup>13</sup>

従来の閣議決定に代えて、**医師養成数を増加させることとした**。

2008年6月「経済財政改革の基本方針2008」<sup>14</sup>閣議決定（福田内閣）

医学部定員を**過去最大程度**まで増員することとした。

---

<sup>10</sup> 地域医療に関する関係省庁連絡会議「新医師確保総合対策」2006年8月31日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf>

「医師の不足が特に深刻と認められる県において、当該県内への医師の定着を目的として、一定期間、将来の医師の養成を前倒しするとの趣旨の下、現行の当該県内における医師の養成数に上乘せする暫定的な調整の計画を容認する。」対象県：青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、新潟県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県。最大10人、2008年度から最大10年間。

<sup>11</sup> 政府・与党「緊急医師確保対策」2007年5月31日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01a.pdf>

<sup>12</sup> 「医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成の推進について」2007年8月30日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01c.pdf>

都道府県ごとに最大5人、北海道は15人。2009年度から最大9年間。

<sup>13</sup> 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日（舛添要一厚生労働大臣）

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>

「現下の医師不足の現状にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。」

<sup>14</sup> 「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/080627kettei.pdf>

「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な養成数について検討する。」

2009年6月「経済財政改革の基本方針2009」閣議決定<sup>15</sup>

医師等人材確保策を講じることとした。

2010年6月「新成長戦略」<sup>16</sup>

ライフ・イノベーションによる健康大国戦略の中で、医師養成数の増加、勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保などを掲げた。

### 2.1.3. 医学部定員の現状

2010（平成22）年度以降、医学部入学定員の増員については、「地域枠」「研究医枠」（全国で10人を上限）、「歯学部定員振替枠」（全国で30人を上限）の3つの枠組みで認められている<sup>17</sup>。

- 地域の医師確保のための定員増「地域枠」
  1. 都道府県が策定する地域医療再生計画に定員増を位置付け、医師確保のための**奨学金**を設定すること
  2. 大学が地域医療を担う意思を持つ者を選抜し、**地域医療に関する教育**に取り組むこと
- 研究医養成のための定員増「研究医枠」
  1. 研究医養成の観点から学部・大学院教育を一貫して見通した特別コースを設定すること
  2. 研究医確保のための奨学金を設定すること
- 歯学部入学定員の削減を行う大学の特例「歯学部定員振替枠」
  - ・ 歯学部を併せて有する大学が、当該歯学部の入学定員を減員する場合の定員増

---

<sup>15</sup> 「経済財政改革の基本方針2009」2009年6月23日閣議決定  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/090623kettei.pdf>

<sup>16</sup> 「新成長戦略」2010年6月18日閣議決定19頁  
<http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/sinseichou01.pdf>

<sup>17</sup> 文部科学省「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」2009年12月7日  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/21/12/attach/1287640.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/12/attach/1287640.htm)

2014年度の医学部定員数は9,069人であり(図2.1.1)、増員に転じた2008年度以降の累計増員数は1,444人である(表2.1.1)。医学部定員増員期間は2019(平成31)年度までであり、その後は、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断することとなっている<sup>18</sup>。

図 2.1.1 医学部入学定員数の推移

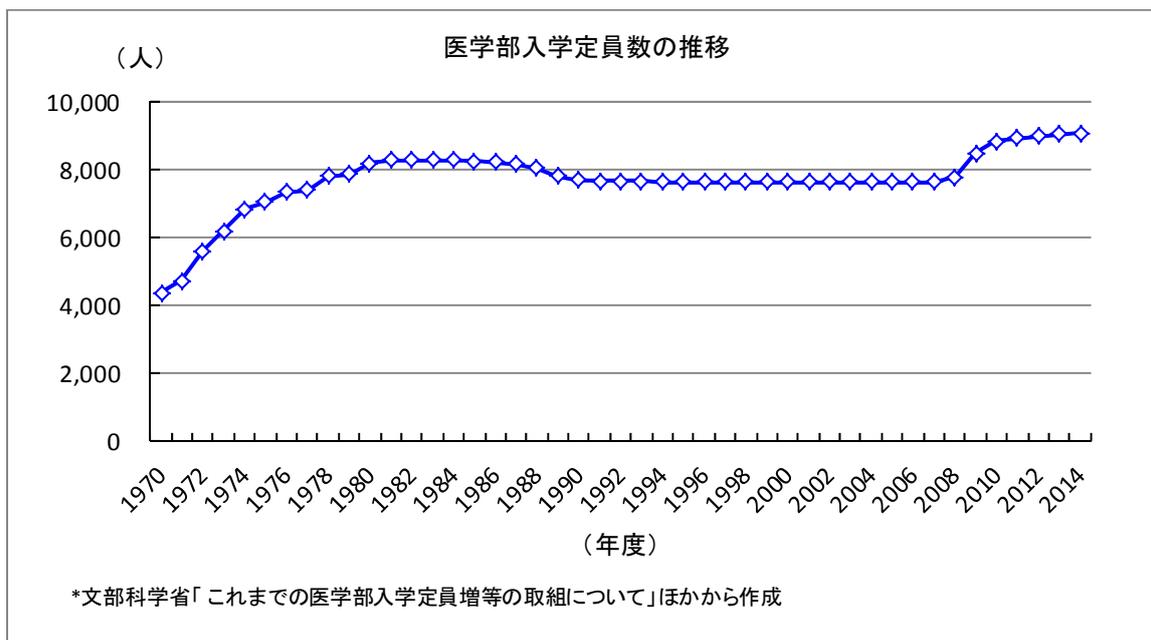


表 2.1.1 最近の医学部入学定員

	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069
対2007年度	—	168	861	1,221	1,298	1,366	1,416	1,444
対前年度	—	168	693	360	77	68	50	28

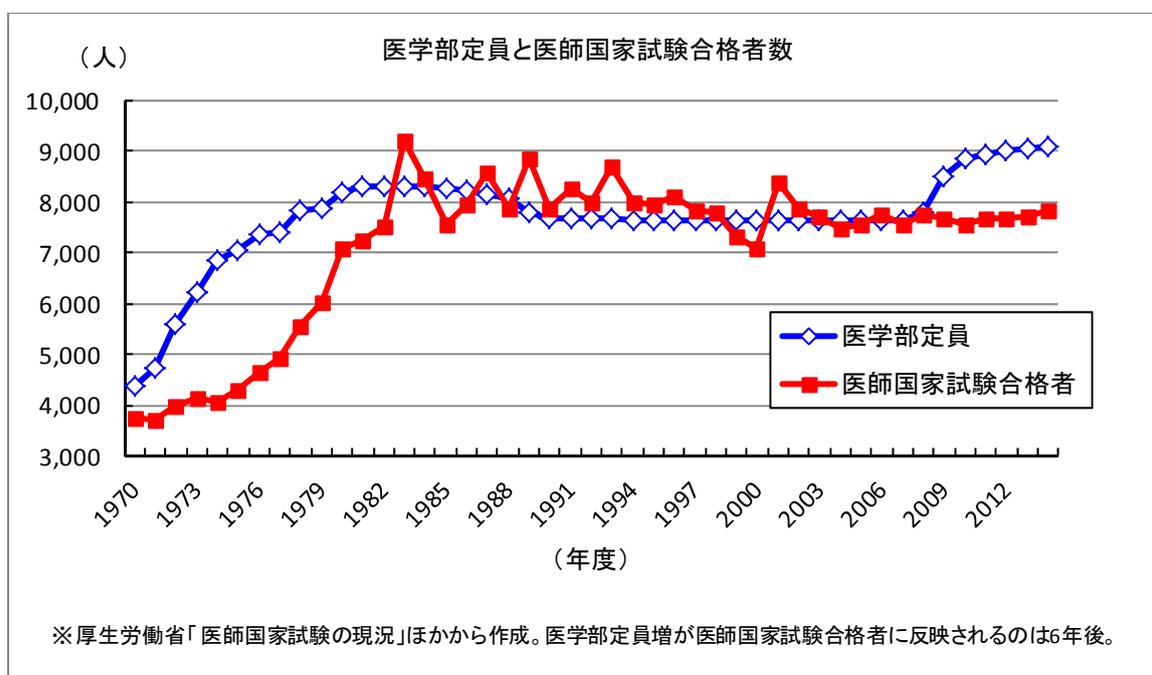
\*文部科学省「平成26年度医学部入学定員の増員について」から作成

<sup>18</sup> 文部科学省「平成26年度医学部入学定員の増員について」  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/26/01/\\_icsFiles/afieldfile/2014/01/27/1343622\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/01/_icsFiles/afieldfile/2014/01/27/1343622_01.pdf)

医師国家試験合格率は高位安定して 90%程度であるので、医学部入学定員に対して 6 年後の医師国家試験合格者は約 9 割で推移する。

医学部入学定員が増員された 2008 年度の入学者（当時の入学定員は 7,793 人で前年比 168 人増）は最短で 2014 年（2013 年度）の医師国家試験を受験した。同年の医師国家試験合格者数は 7,820 人で、前年比 124 人増であった（図 2.1.2）。

図 2.1.2 医学部定員と医師国家試験合格者数



医学部定員が増員された後、全国医学部長病院長会議は、学力不足による留年者が有意に増加しているというデータを発表している（図 2.1.3）<sup>19</sup>。

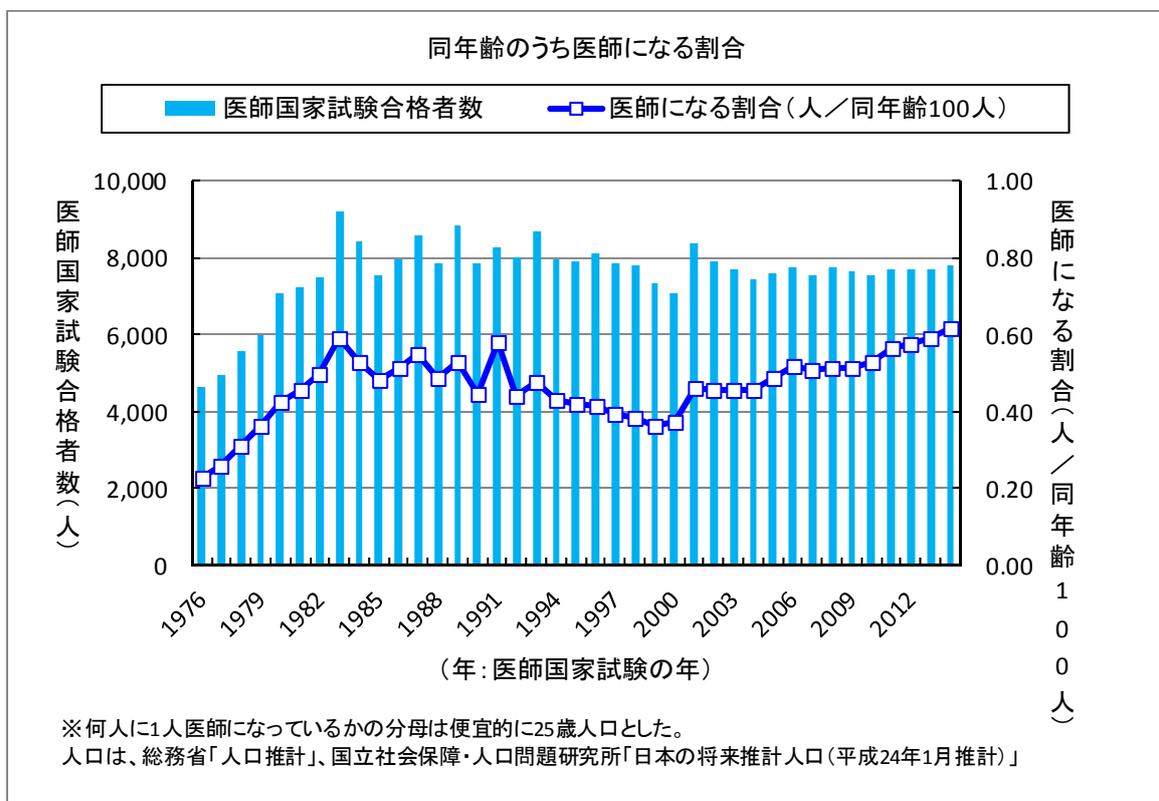
図 2.1.3 医学部1年生留年比率



<sup>19</sup> 社団法人日本専門医制評価・認定機構・監事／全国医学部長病院長会議・顧問 吉村博邦「専門医制度の現状」(2013年10月9日 規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ資料) 17～18頁  
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/131009/item2.pdf>

同年齢のうち医師になる割合を試算した。分子は医師国家試験合格者数、分母については、医師国家試験合格年齢はさまざまであるが便宜的に 25 歳人口とした。その結果、たとえば 1976 年でみると 0.23%（437 人に 1 人が医師になる）であったが、2014 年には 0.62%（162 人に 1 人が医師になる）になっている（図 2.1.4）。

図 2.1.4 同年齢のうち医師になる割合



## 2.2. 医学部新設の動き

### 2.2.1. 東北地方での医学部新設

厚生労働省の検討会は 2006 年に、医学部定員を増やさなくても将来の医師需給が均衡するとの見通しを示していた<sup>20</sup>。その後、2010 年に文部科学省に「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」が設置され、2012 年度以降の医学部入学定員のあり方について、医学部新設も含めて検討を行った。同検討会は、2011 年 11 月に医学部新設について両論併記の論点整理を行って終結した<sup>21</sup>。しかし 2011 年 12 月には宮城県、神奈川県、新潟県、静岡県 の 4 県知事が、2012 年 2 月には、岩手県、宮城県、福島県の 15 市長<sup>22</sup>が、医学部新設を求める要望書を提出した。

2013 年 10 月 4 日には、村井宮城県知事から安倍総理大臣に、東北地方への医学部新設の要望がなされ、安倍総理大臣は下村文部科学大臣に対し実現するよう指示を出した。

これを受けて 2013 年 11 月 29 日、文部科学省は、「震災からの復興、今後の超高齢化と東北地方における医師不足、原子力事故からの再生といった要請を踏まえつつ、将来の医師需給や地域医療への影響も勘案し、東北地方に 1 校に限定して、一定の条件を満たす場合に医学部新設について認可を行うことを可能とする」と発表した<sup>23</sup>。必要な条件は以下の 4 点である。

- ① 震災後の東北地方の地域医療ニーズに対応した教育を行うこと
- ② 教員や医師、看護師の確保に際し引き抜き等で地域医療に支障を来さな

---

<sup>20</sup> 厚生労働省「医師の需給に関する検討会報告書」2006 年 7 月 28 日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>

<sup>21</sup> 文部科学省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会 論点整理（素案）」2013 年 11 月 29 日 [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/attach/1313638.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/attach/1313638.htm)

<sup>22</sup> 岩手県：宮古市、大船渡市、久慈市、陸前高田市、釜石市

宮城県：石巻市、気仙沼市、名取市、多賀城市、岩沼市、登米市、東松島市、大崎市

福島県：相馬市、南相馬市

<sup>23</sup> 文部科学省「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針について」2011 年 11 月 29 日

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/25/11/\\_icsFiles/afieldfile/2013/12/03/1341992\\_02\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/25/11/_icsFiles/afieldfile/2013/12/03/1341992_02_1.pdf)

いような方策を講じること

- ③ 大学と地方公共団体が連携し、卒業生が東北地方に残り地域の医師不足の解消に寄与する方策を講じること
- ④ 将来の医師需給等に対応して定員を調整する仕組みを講じること

2013年12月5日に閣議決定された「好循環実現のための経済対策」<sup>24</sup>でも、復興まちづくりの一環として、「東北地方における復興のための医学部新設の特例措置」を講じることが示された。12月17日には、復興庁・文部科学省・厚生労働省が、「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針」<sup>25</sup>を発表した（内容は同年11月の文部科学省の基本方針とほぼ同じ）。今後、最短で2015（平成27）年4月に開学することが可能である。

2014年2月28日、一般財団法人厚生会仙台厚生病院（以下、仙台厚生病院）は、医学部新設について、東北福祉大学との連携を正式に発表した。医学部定員は100人と報道されており<sup>26</sup>、栗原市立栗原中央病院、宮城県立循環器・呼吸器病センター（栗原市）を再編するなどして、新設医学部附属病院を整備することを提案している<sup>27</sup>。

東北学院大学も仙台厚生病院と協議を進めてきたが合意にいたらず、2014年2月25日に協議を終了し、医学部新設を断念した<sup>28</sup>。このほか、東北薬科大学が2013年10月に医学部設置構想を発表している<sup>29</sup>。

---

<sup>24</sup> 「好循環実現のための経済対策」2013年12月5日閣議決定

[http://www5.cao.go.jp/keizai1/keizaitaisaku/2013/131205\\_koujyunkan.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai1/keizaitaisaku/2013/131205_koujyunkan.pdf)

<sup>25</sup> 「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針について（3省庁合意）」2013年12月17日

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/25/12/\\_icsFiles/afieldfile/2013/12/17/1342540\\_02\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/25/12/_icsFiles/afieldfile/2013/12/17/1342540_02_1.pdf)

「震災からの復興、今後の超高齢化と東北地方における医師不足、原子力事故からの再生といった要請を踏まえつつ、将来の医師需給や地域医療への影響も勘案し、東北地方に1校に限定して、一定の条件を満たす場合に医学部新設について認可を行うことを可能とする。」

<sup>26</sup> 2014年3月1日付 河北新報

[http://www.kahoku.co.jp/tohokunews/201403/20140301\\_15020.html](http://www.kahoku.co.jp/tohokunews/201403/20140301_15020.html)

<sup>27</sup> 2014年3月1日付 朝日新聞朝刊, 2014年3月2日付 毎日新聞地方版

<sup>28</sup> 学校法人東北学院「医学部設置に関しての東北学院大学と一般財団法人厚生会仙台厚生病院との協議の終了について（お知らせ）」2014年2月28日

[http://www.tohoku-gakuin.ac.jp/info/content/140228-1\\_04.pdf](http://www.tohoku-gakuin.ac.jp/info/content/140228-1_04.pdf)

<sup>29</sup> 東北薬科大学「東北薬科大学医学部設置構想の概要」2013年10月11日

[http://www.tohoku-pharm.ac.jp/new/pdf/h25igakubu\\_kouso.pdf](http://www.tohoku-pharm.ac.jp/new/pdf/h25igakubu_kouso.pdf)

## 2.2.2. 国家戦略特区での医学部新設

国家戦略特区においても医学部新設が提案されている。国家戦略特区は、2013年6月の「日本再興戦略」<sup>30</sup>でその設置が決定されたものであり、規制改革その他の施策を総合的かつ集中的に推進し、産業の国際競争力を強化するとともに、国際的な経済活動の拠点を形成することを目指している。

国家戦略特区は2013年8月から9月にかけて提案募集を行い、成田市・国際医療福祉大学、静岡県から医学部新設の提案があった。

### 成田市・国際医療福祉大学「国際医療学園都市構想」<sup>31</sup>

- 国内における医師不足の解消、海外で活躍できる医療スタッフの育成等を目指して医学部新設
  - 一部海外からも学生を受け入れ、指導者となる人材として、母国に帰す。日本の医療輸出に協力する人材を育成。大学院も設置。
- 「国際医療福祉大学・成田キャンパス（仮称）」の設置
  - 医学部医学科（入学定員140人）、看護学部看護学科、保健医療学部（医学検査学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科）
- 医学部において国際医療の担い手と地域医療の担い手を教育
  - 医学部の入学定員140人の内20人は、海外からの留学生を含め、国際舞台で医療の担い手となる人材として教育、国内の医師不足の解消を図るため、120人は地域医療の担い手として教育。

### 静岡県「グローバル人材育成のための医科系大学・大学院の設置」<sup>32</sup>

- 医科大学又は医科系大学院を本県に設置（誘致）し、県内の医療現場に従事する医師や新しい治療法等を研究・開発する研究者を育成するとと

<sup>30</sup> 「日本再興戦略－JAPAN is BACK－」2013年6月14日閣議決定

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou\\_jpn.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf)

<sup>31</sup> 「国家戦略特区国際医療学園都市構想～『世界に打って出る』『世界を取り込む』都市の実現へ向けて～構想～『世界に打って出る』『世界を取り込む』都市の実現へ向けて～」

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc\\_wg/pdf/16-kokusaiiryoy.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc_wg/pdf/16-kokusaiiryoy.pdf)

<sup>32</sup> 「静岡県の『国家戦略特区』への提案」

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc\\_wg/pdf/25-shizuoka.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc_wg/pdf/25-shizuoka.pdf)

もに、附属病院において、より高度で専門的な医療を提供する。

成田市・国際医療福祉大学は、日本の医療輸出に協力する人材を育成することを掲げている。この背景に、「日本再興戦略」（2013年6月）が、日本の医療技術・サービスの国際展開を推進しようとしていることが挙げられる。具体的には、経済産業省が、日本の医療圏の拡大（日系の医療機関や診断センターの設置）、日本の医療機器、医薬品、情報システム等進出のバックボーン形成、国内医療機関への外国人患者の受け入れを推進している<sup>33</sup>。

政府は、国家戦略特区で議論する医学部新設について、東北地方における医学部新設とは異なるものであるとの見解を示しており<sup>34</sup>、今後、以下の点に留意して引き続き検討を行うことになっている<sup>35</sup>。

『医学部の新設に関する検討』の今後の方向性（2014年3月28日、国家戦略特別区域諮問会議資料から抜粋要約）

- 既存の医学部等とは次元の異なる、例えば、以下のような点に際立った特徴を有する大学とすることが必要。
  - 例1：医療分野の研究者養成（卒業生の多数が大学・研究機関等において、世界トップレベルの研究者となることを目指す）
  - 例2：海外（新興諸国等）で活躍する医師の養成（卒業生の多数が、日本の医療を国際展開し、新興諸国等の医療の発展に寄与する人材となることを目指す）
- 医学部を新設するとしても**1校**とし、十分な検証が必要。

<sup>33</sup> 経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課「医療の国際化～世界の需要に応える医療産業～」2013年5月 [http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/about.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/about.pdf)

<sup>34</sup> 「衆議院議員階猛君提出 東北地方における医学部新設に関する質問に対する答弁書」2014年2月14日 [http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b186019.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/b186019.htm)

『国家戦略特区で進める規制緩和』として議論された医学部新設は、『東北地方における医学部設置認可に関する基本方針』（平成25年12月17日復興庁・文部科学省・厚生労働省決定）に係る東北地方における医学部新設とは異なるものである。」

<sup>35</sup> 『医学部の新設に関する検討』の今後の方向性 2014年3月28日、国家戦略特別区域諮問会議資料 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kokusentoc/dai4/siryoy2.pdf>

## 2.3. 歯科医師・薬剤師養成数

### 2.3.1. 歯学部定員

歯学部入学定員は1981（昭和56）年に過去最大の3,380人になった。しかし1982年には、歯科医師についても医師と同様、全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について検討を進めることが決定した<sup>36</sup>。

1986（昭和61）年には、厚生省（当時）の検討会が、1995（平成7）年を目途として歯科医師の新規参入を最小限20%削減すべきという意見をまとめ<sup>37</sup>、1985（昭和60）年に3,380人だった定員は、1998（平成10）年には2,714人（▲19.8%）に減少し、ほぼ目標を達成した。

さらに1998（平成10）年、厚生省の検討会が、「入学定員の削減と歯科医師国家試験の見直しを行うことにより、新規参入歯科医師を10%程度抑制する」ことを提言したが<sup>38</sup>、しばらく歯学部入学定員はほぼ横ばいで推移した。

2006（平成18）年には、文部科学大臣、厚生労働大臣が各大学に定員減を要請した<sup>39</sup>。2009（平成21）年には、文部科学省の検討会が入学者レベルの低下している大学、歯科医師国家試験の合格率が低い大学は入学定員を見直すべきと提言した<sup>40</sup>。これらを受けてようやく私立大学の中に募集定員を減らすと

---

<sup>36</sup> 「今後における行政改革の具体化方策について（行政改革大綱）」1982年9月24日閣議決定  
「医療従事者については、将来の需給バランスを見通しつつ養成計画の適正化に努める。特に医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないよう配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める。」

<sup>37</sup> 「歯学教育の改善・充実に関するこれまでの取組」歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（2012年7月17日）資料  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2012/07/20/1323562\\_2.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2012/07/20/1323562_2.pdf)

<sup>38</sup> 厚生労働省「歯科医師の需給に関する検討会報告書（概要）」1998年5月29日  
<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1005/h0529-1.html>

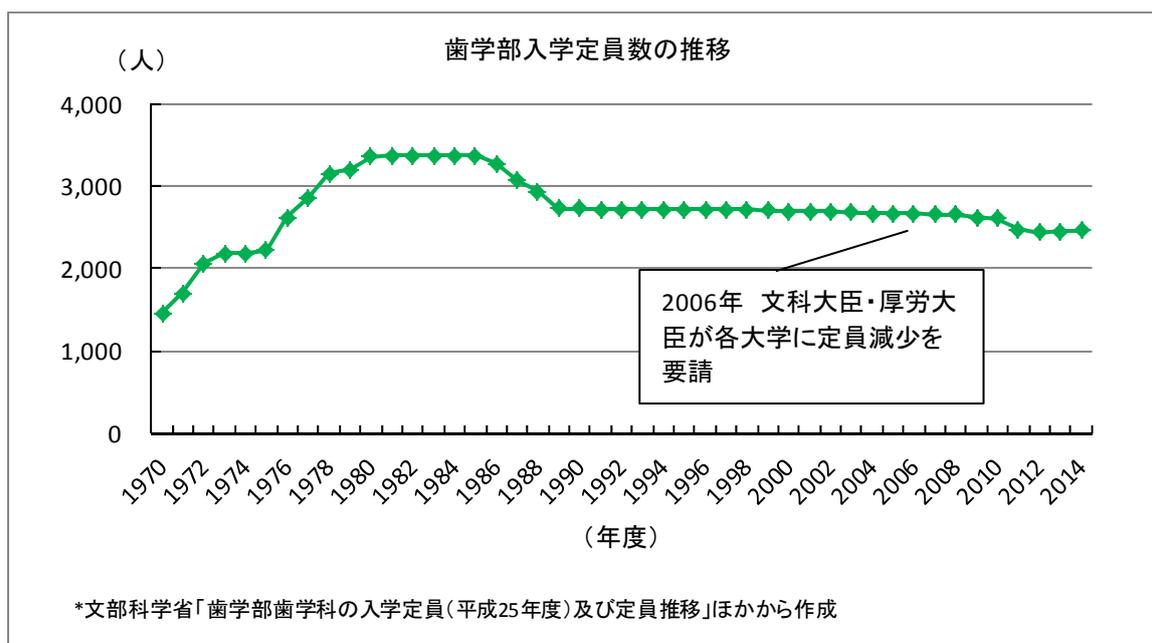
<sup>39</sup> 文部科学大臣・厚生労働大臣「歯科医師数の養成数等に関する確認書」2006年8月31日  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1222-5d.pdf>

「歯科医師については、以下のとおり、養成数の削減等に一層取り組む。（1）歯学部定員については、各大学に対して更に一層の定員減を要請する。（2）歯科医師国家試験の合格基準を引き上げる。」

<sup>40</sup> 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者

ころが出てきたが、その後再び募集定員を増加したところもあり、大幅な削減にはいたっていない（図 2.3.1）<sup>41</sup>。

図 2.3.1 歯学部入学定員数の推移



会議第1次報告(案) 2009年1月30日

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2010/01/19/1285734\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2010/01/19/1285734_1.pdf)

「①入試の選抜機能が低下し優れた入学者の確保が困難な大学、②歯科医師国家試験合格率の低迷する大学、③学生に対する臨床実習に必要な患者数の確保が困難な大学、④留年(修業年限超過)の学生の多い大学などは、安易な入学者数の確保を優先するのではなく、学生が将来歯科医師として活躍し得るかなどの将来性を考え、入学定員の見直しを検討する。」

<sup>41</sup> 「平成26年度 歯学部歯学科入学定員」歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議(2014年2月27日)資料

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/\\_icsFiles/afieldfile/2014/02/27/1344618\\_7.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2014/02/27/1344618_7.pdf)

2006年の文部科学大臣・厚生労働大臣の確認書（前述）では、歯科医師国家試験の合格率を引き下げる（＝合格基準を引き上げる）方針も示され、合格率が低下している（図 2.3.2）。

そしてその結果、最低修業年限での歯科医師国家試験合格率が低下し、最近では60%を切っている（図 2.3.3）。

図 2.3.2 歯科医師国家試験合格率の推移

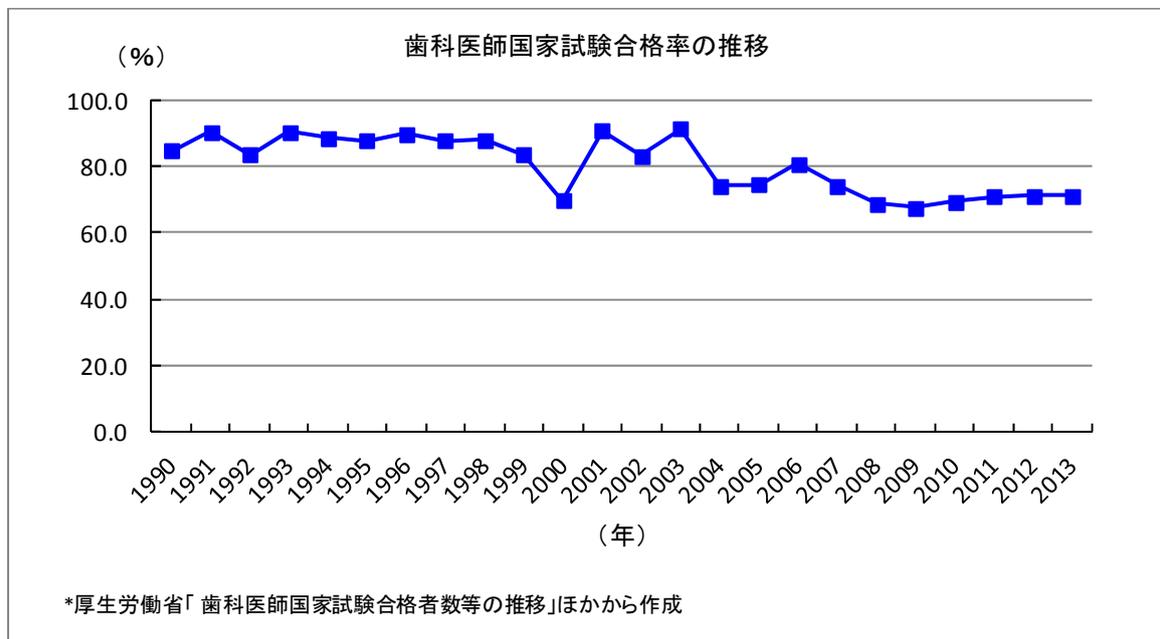
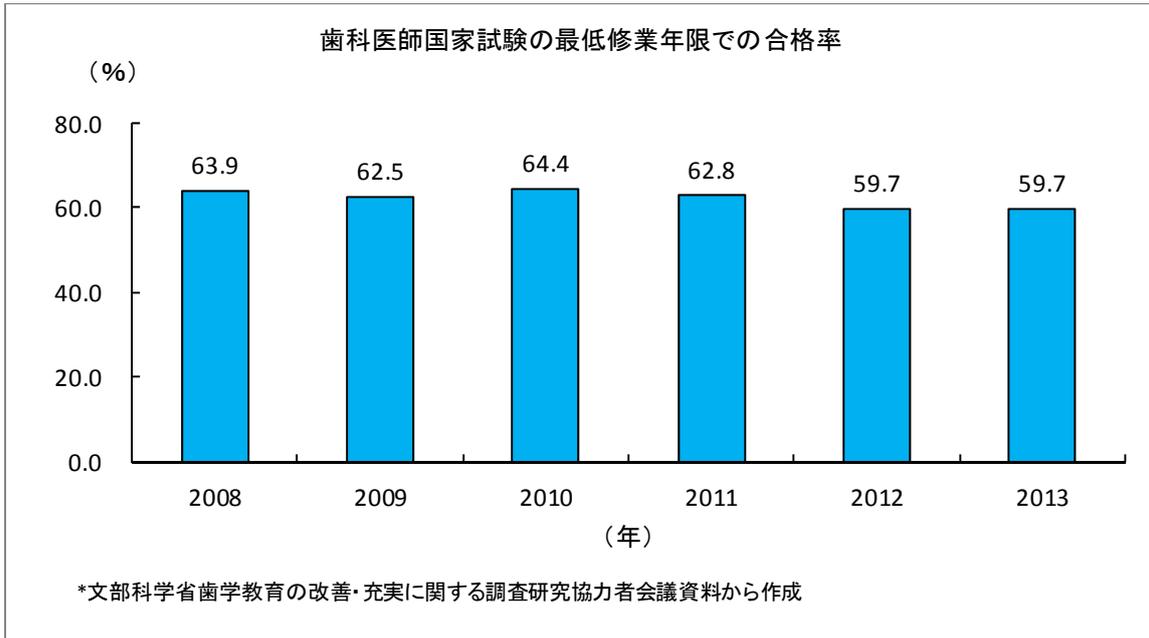


図 2.3.3 歯科医師国家試験の最低修業年限での合格率



### 2.3.2. 薬学部定員

薬学部定員は、医学部定員増よりも早い段階で増員された（図 2.3.4）。きっかけは 2001 年の総合規制改革会議（当時）の答申<sup>42</sup>であり、ここで学部・学科の設置規制の柔軟化、大学等の新增設に関する規制の見直しが求められた。**2003 年に大学学部・学科の設置基準が緩和され、薬学部入学定員は 2004 年度に 1 万人を超過した。**

それ以前の 2002 年には、厚生労働省の研究会が、薬剤師需給の予測を行い、**医薬分業が進展しても薬剤師不足が生じることはなく、むしろ、新規薬剤師を 20%程度減少することが重要**であるという見解を示していた<sup>43</sup>。しかし、薬学部の修業年限は 4 年制を継続しつつ、原則 6 年に延長されたことも相まって、**薬学部定員は 2008 年度まで増加**をつづけた。

2011 年には、文部科学省の検討会では「委員のほとんどが規制緩和によって増えた定員数についての危機感を持っている。一番に議論する必要がある」とのことであり<sup>44</sup>、今後の定員数の推移が注目される。

2002 年の検討会（上述）は、薬剤師免許を取得したにもかかわらずその専門性を活用できないという点も問題にしていた。実際、病院・診療所に勤務する薬剤師の割合は減少傾向にあり、民間企業やドラッグストア等で必ずしも専門性を必要とされない業務に従事する者が増えているものと推察される（図 2.3.5）。

<sup>42</sup> 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第 1 次答申」2001 年 12 月 11 日

<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/011211/>

総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第 2 次答申」2002 年 12 月 12 日

<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/021212/index.html>

第 2 次答申では、教育分野における株式会社等の参入も求められた。

<sup>43</sup> 薬剤師問題研究会「薬剤師需給の予測について」2002 年 9 月 27 日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0528-3j.pdf>

「平成 19 年以降に各年の新規参入薬剤師が段階的に減少し、最終的には 20%程度減少することが、薬剤師免許を取得したにもかかわらずその専門性を活用できないという状況を防ぎ、薬剤師の適正数を保ちつつ薬剤師全体の資質の向上を図り、患者により質の高い安心・安全な医療を提供するために、重要であるとの結論を得た。」

<sup>44</sup> 「薬学系人材養成の在り方に関する検討会（第 7 回）での主な意見（入学に関する事項）」薬学系人材養成の在り方に関する検討会 2011 年 6 月 27 日

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/039/attach/1309701.](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/039/attach/1309701)

図 2.3.4 薬学部入学定員数の推移

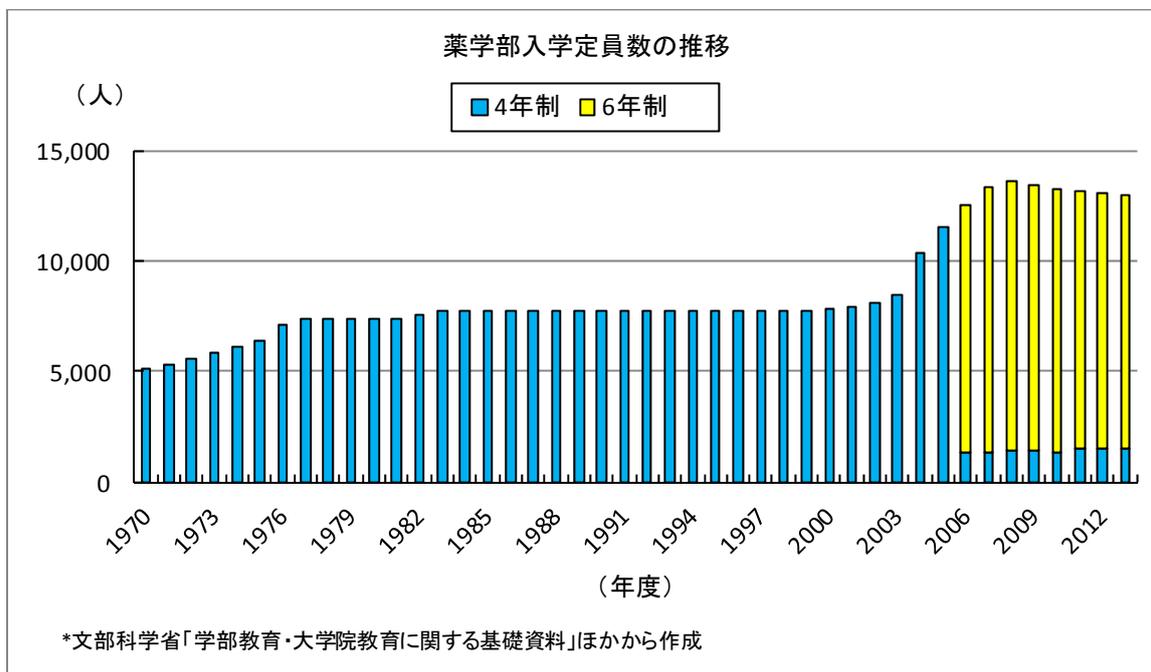
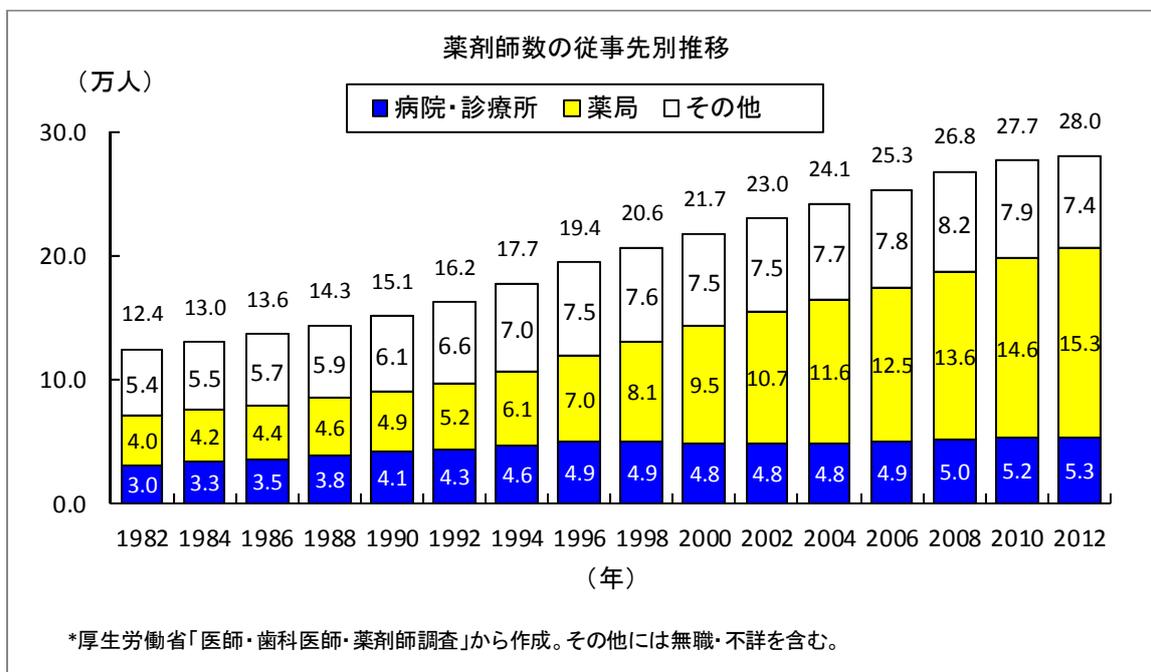


図 2.3.5 薬剤師数の従事先別推移



### 2.3.3. 医師養成数増加への示唆

歯科医師は供給過剰になったため、長年にわたり歯科医師養成数を抑制しようとしてきたが、入学定員数はなかなか減らなかった。いったん増員された入学定員の削減がいかに困難であるかを示している。歯科医師国家試験の合格率の引き下げも試みられたが、そうはいつでもある程度の合格率にせざるを得ず、大胆な改革にはいたっていない。また合格率低下により留年者が増加している。

供給過剰になれば、新たな市場を開拓しない限り過当競争になる。

歯科医師の場合、日本歯科医師会の「歯科医療白書 2008 年度版」では、2000 年末のデータではあるが、**就業歯科医師総数の 9.5%が年間所得 200 万円以下**であるとの推計を示している<sup>45</sup>。

また「医療経済実態調査」では、歯科診療所（個人）の 4.3%が赤字、7.5%が黒字ではあるが損益差額 423 万円（収益×損益率 10%）未満である。個人立診療所の損益差額には院長報酬以外に、設備投資や借入金返済に充てられるので、院長報酬自体はこれより低い。

薬剤師は、医薬分業という新たな市場開拓の流れに乗ってきた。しかし、最近の医薬分業はやや頭打ちになっており、薬剤師数の伸びが医薬分業率の伸びを上回っている（図 2.3.7）。

---

<sup>45</sup> 社団法人 日本歯科医師会「歯科医療白書 2008 年度版 持続可能な歯科医療社会を目指して」169 頁，2009 年 2 月 28 日

図 2.3.6 歯科診療所（個人）の損益状況

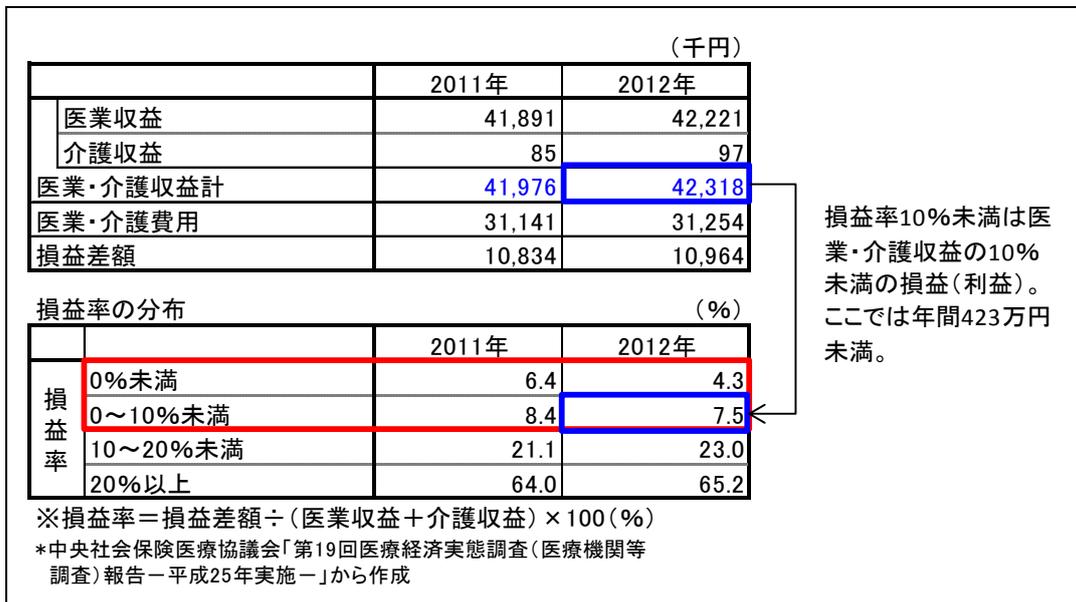
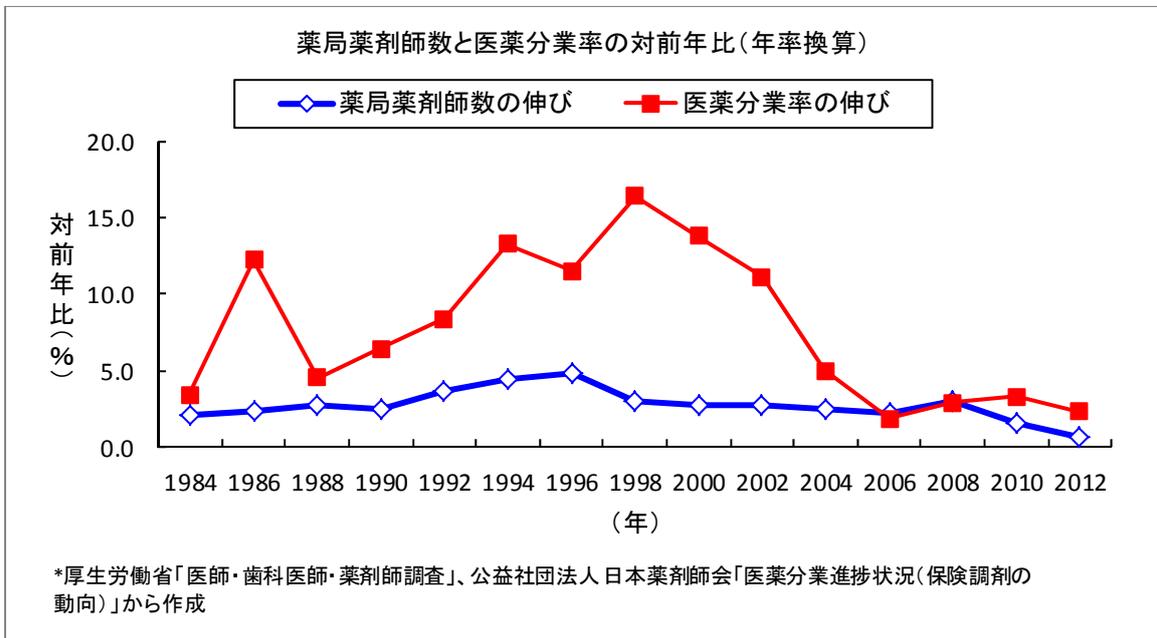


図 2.3.7 薬局薬剤師数と医薬分業率の対前年比



### 3. 必要医師数の検討にあたって

#### 3.1. 医師数の粗い推計

これまでの医学部定員増を踏まえて、将来の病院・診療所医師数を予測した。女性医師の増加、就業環境の改善、医師の高齢化、医師の引退時期の延長など、実働医師数に与える影響はさまざまであるが、ここでは次の方法で粗い推計を行っている。

① 最短で医師になる者の割合は今後も変わらないとした。

2012年において24歳の医師は483人（うち病院・診療所482人）である。24歳で医師になるということは現役で入学し、最低修業年限での医師国家試験に合格したということである。彼らの入学時点での医学部入学定員は7,625人なので、最短で医師になった者の割合は6.3%であり（注：12月31日までに誕生日を迎えた者のみ。「医師・歯科医師・薬剤師調査」は12月31日現在）、25歳を過ぎて医師になるケースも多い。入学時の医学部定員に対して、何歳で何人が医師になっているかという関係は今後も変わらないとする。

また、医師養成数の増加は2019年まで継続されることになっているが、何人増員されるか未定なので、今後も2014年度の定員数で推移すると仮定する。

図 3.1.1 最短で医師になるケース

		2012年12月31日時点 医師数 (人)		
		年齢	総数 (人)	(再掲)病院・ 診療所
2007年度 医学部定員	7,625	24歳	483	482
		25	2,816	2,810
		26	4,696	4,686
		27	5,697	5,659
		28	6,247	6,164
		29	6,527	6,425
		30	6,736	6,604
		31	6,468	6,319
		32	6,400	6,243
		33	6,675	6,498
		34	6,912	6,700
		35	6,511	6,304
		36	6,628	6,429
		.	.	.
		.	.	.
		.	.	.

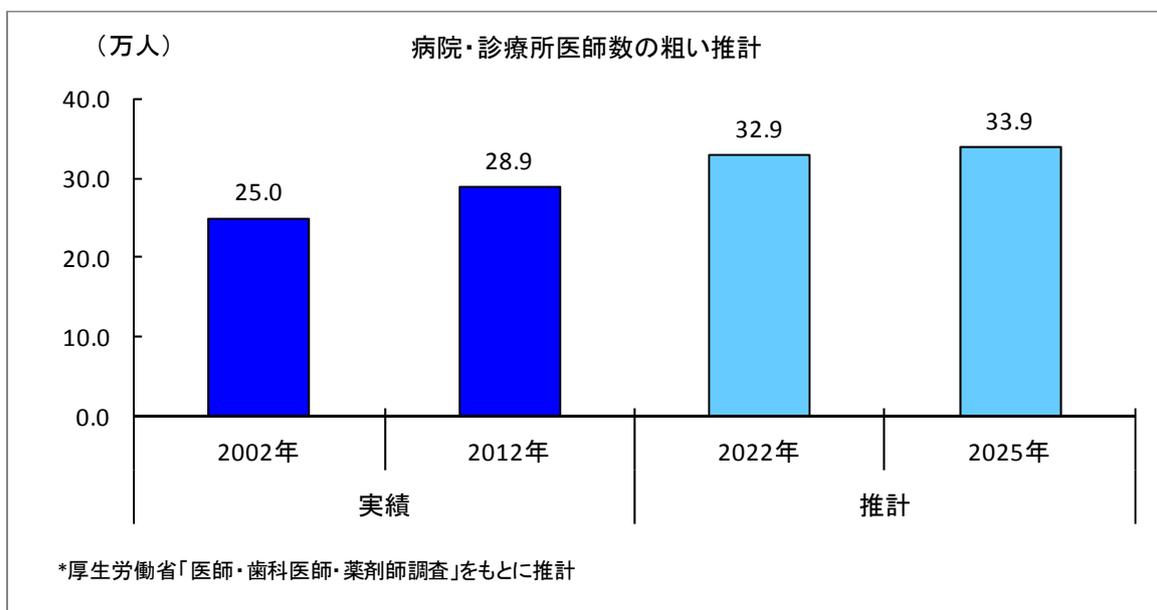
② 各年齢で過去と同様の異動（引退による離職など）が発生すると仮定する。

2002年に50歳だった病院・診療所医師は5,283人であり、2012年に60歳になったときには離職等により5,066人（95.9%）に減少している（表3.1.1）。他の従事先からの流入もなくはないが、わずかであると推察されるため考慮しない。そして、過去10年と同様に2012年に50歳だった医師が2022年に60歳になったときには95.9%になっていると仮定する。

③ 2012年を起点に10年単位で2022年、2032年を推計し、2022年から2032年までの年率が同じであるとして、2025年を推計した。

以上の結果、病院・診療所医師数は2025年に約34万人（人口1,000人当たり2.8人）になると推計された（図3.1.2）。国は、一定の医療提供体制の改革を行った上で、2025年に必要な医師数は32～34万人と推計している<sup>46</sup>。これを前提とすれば将来の医師総数はほぼ充足しているといえる。

図 3.1.2 病院・診療所医師数の粗い推計



<sup>46</sup> 「医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）」（2011年6月），社会保障改革に関する集中検討会議（第10回）参考資料  
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryoku1-2.pdf>

表 3.1.1 病院・診療所医師の10年後の異動（50歳以上の例）

2002年・医師数(人)			2012年・医師数(人)			変化率(%)	
年齢	総数 ①	(再掲)病院・ 診療所 ②	年齢	総数 ③	(再掲)病院・ 診療所 ④	総数 ①→③	(再掲)病院・ 診療所 ②→④
50歳	5,521	5,283	60歳	5,344	5,066	96.8	95.9
51	5,177	4,985	61	5,022	4,777	97.0	95.8
52	4,968	4,748	62	4,768	4,505	96.0	94.9
53	5,485	5,237	63	5,247	4,944	95.7	94.4
54	5,272	5,049	64	4,936	4,663	93.6	92.4
55	5,247	5,016	65	4,800	4,532	91.5	90.4
56	3,064	2,911	66	2,696	2,520	88.0	86.6
57	2,666	2,511	67	2,334	2,184	87.5	87.0
58	2,952	2,796	68	2,535	2,376	85.9	85.0
59	2,943	2,789	69	2,491	2,313	84.6	82.9
60	2,607	2,457	70	2,175	1,999	83.4	81.4
61	2,704	2,549	71	2,253	2,056	83.3	80.7
62	2,517	2,348	72	2,051	1,868	81.5	79.6
63	2,304	2,172	73	1,779	1,617	77.2	74.4
64	2,264	2,098	74	1,712	1,557	75.6	74.2
65	2,417	2,263	75	1,786	1,612	73.9	71.2
66	2,458	2,324	76	1,887	1,678	76.8	72.2
67	2,530	2,364	77	1,789	1,576	70.7	66.7
68	2,391	2,223	78	1,604	1,413	67.1	63.6
69	2,382	2,217	79	1,568	1,367	65.8	61.7
70	2,428	2,223	80	1,435	1,228	59.1	55.2
71	2,306	2,104	81	1,327	1,133	57.5	53.8
72	2,161	1,974	82	1,174	1,012	54.3	51.3
73	2,437	2,228	83	1,170	997	48.0	44.7
74	3,218	2,947	84	1,387	1,150	43.1	39.0
75	3,345	3,022	85	1,341	1,083	40.1	35.8
76	3,263	2,956	86	1,206	983	37.0	33.3
77	2,623	2,374	87	803	635	30.6	26.7
78	2,006	1,790	88	548	436	27.3	24.4
79	1,710	1,520	89	378	299	22.1	19.7
80	1,425	1,250	90歳以上	962	693	14.1	12.0
81	1,066	939	計	70,508	64,272	70.4	68.9
82	859	746					
83	629	543					
84	489	418					
85	454	395					
86	408	331					
87	313	246					
88	331	254					
89	242	201					
90歳以上	607	461					
計	100,189	93,262					

\*厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成。総数には無職を含む。

## 3.2. 医師から医療関係職種への業務移転の可能性

必要医師数は環境変化によっても変動する。患者ニーズの変化、医師の業務範囲の変化などである。たとえば医薬分業の進展は、医師の業務を減らし、薬剤師の業務を拡大し、多くの薬剤師をまかなうにいたっている。患者ニーズは、患者自身のニーズが変化するだけでなく、在宅医療の推進や急性期病床の削減など、政策によって方向付けられる場合がある。ここでは医師の業務範囲に特に影響を与えると予想されるセルフメディケーションを中心に整理した。

### 3.2.1. セルフメディケーションと医療関係職種

2010年6月、「新成長戦略」（菅内閣）<sup>47</sup>が閣議決定され、ライフ・イノベーションによる健康大国戦略において「医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進」することになった。

2013年6月には、「日本再興戦略」（安倍内閣）で、「健康増進・予防（医療機関からの指示を受けて運動・食事指導を行うサービス、簡易な検査を行うサービスなど）や生活支援（医療と連携した配食サービスを提供する仕組みづくり等）を担う市場・産業を戦略分野として創出・育成する」こととされた。

これらは、産業競争力会議医療・介護等分科会でより具体化されていく。

---

<sup>47</sup> 「新成長戦略」2010年6月18日閣議決定  
<http://www.kantei.go.jp/jp/sinseichousenryaku/sinseichou01.pdf>

2013年10月、産業競争力会議医療・介護等分科会は、公的保険外のサービスの活性化にむけてセルフメディケーションの推進を打ち出した<sup>48</sup>。2013年12月の産業競争力会議医療・介護等分科会「中間整理」にも、上記と同様の項目が織り込まれている<sup>49</sup>。

産業競争力会議医療・介護等分科会 2013年10月29日

セルフメディケーションの一層の推進

- 予防・健康増進分野のビジネスモデル実現のため、関連規制のグレーゾーンの積極的明確化
- 薬局等を拠点とした地域に密着したセルフメディケーション体制を構築（薬剤師等を積極的活用（一般用医薬品等の助言、健康相談、店頭で自己採血を含む簡易検査等））
- フィットネスクラブなど民間サービス事業者と医療機関との連携による食事指導や運動指導の実施
- 「スイッチ OTC 化」の促進
  - スイッチ OTC 後のリスク評価期間（原則3年+1年）、製造販売後調査の症例数（内用薬3,000例、外用薬1,000例）の見直し
  - より透明性の高いスイッチ OTC 化の承認審査スキームの検討

<sup>48</sup> 産業競争力会議医療・介護等分科会「医療・介護等分科会の今後の具体的な検討項目（概要）」2013年10月29日 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/bunka/iryoku/dai2/siryoku3.pdf>

<sup>49</sup> 産業競争力会議医療・介護等分科会「中間整理」2013年12月26日 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/bunka/iryoku/pdf/tyuukanseiri.pdf>

ここで問題なのは「セルフメディケーションの推進」が独り歩きしていることである。それが国民のニーズであるという十分な裏付けがないばかりでなく、「セルフメディケーション」の定義自体があいまいである。

WHO ではセルフメディケーションは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」<sup>50</sup>としている。

日本医師会は、セルフメディケーションではなく、セルフケアに限って、規制改革会議において「セルフケア（自己健康管理）の促進につきましては、日本医師会としては、国民が自らの健康管理に意識を高めるのは当然」といった見解を述べている<sup>51</sup>。

厚生労働省は、2002年の「医薬品産業ビジョン」において、大衆薬を利用することがセルフメディケーションであるかのような認識を示していた。

厚生労働省「医薬品産業ビジョン」<sup>52</sup> 2002年8月

「自分の健康・身体は自分で管理し自分で守る」というセルフケア（自己健康管理）の思想が浸透し、なかでも薬局や薬店の薬剤師などの専門家による適切なアドバイスのもとで、身近にある大衆薬を利用する「セルフメディケーション」が広がりつつある。

「医薬品産業ビジョン」発表後、2002年11月に厚生労働省の検討会が「セルフメディケーションにおける一般用医薬品のあり方について」という報告書を取りまとめ、生活習慣病をはじめとする分野で一般用医薬品の拡充を図るべきとした<sup>53</sup>。これが、その後の生活習慣病治療薬スイッチ OTC 化の第一歩に

<sup>50</sup> Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication, WHO Geneva 2000, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>

日本訳は厚生労働省のホームページ「一般用医薬品販売制度の改正について」より。

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/06/02.html>

<sup>51</sup> 規制改革会議健康・医療 WG（第16回 2014年1月30日）議事概要

<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/140130/summary0130.pdf>

<sup>52</sup> 厚生労働省『『生命の世紀』を支える医薬品産業の国際競争力強化に向けて～医薬品産業ビジョン～』

2002年8月30日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/08/dl/s0830-1c.pdf>

<sup>53</sup> 厚生労働省一般用医薬品承認審査合理化等検討会「中間報告書『セルフメディケーションにおける一般用医薬品のあり方について』～求められ、信頼され、安心して使用できる一般用医薬品であるために～」

なった経緯がある（2013年4月15日、生活習慣病分野で初めてのスイッチOTC「エパデールT」発売）<sup>54</sup>。

現在議論の俎上に上がっているセルフメディケーションを担うのは、薬剤師、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）、管理栄養士などである（図 3.2.1）。

いわゆるセルフメディケーションが行き過ぎると、医師の業務が医療関係職種にシフトし、医師の相対的業務範囲が狭まる。さらに医療関係職種が自由価格の営利市場を拡大しようとして、公的医療保険で給付されていた治療などを公的保険外に持って出るおそれがある。それ以前に安全性をいかに確保するかという重大な課題がある。

図 3.2.1 セルフメディケーションと医療関係職種

セルフメディケーションと医療関係職種		
項目	医療関係職種	業界(事業)など
一般用医薬品等の助言、健康相談	薬剤師	薬局
簡易な検査 (いわゆるワンコイン検診)	薬剤師、臨床検査技師	薬局、検査測定室
スイッチOTC化	薬剤師	薬局
運動指導	理学療法士、作業療法士、 (柔道整復師)	フィットネスクラブ
栄養指導	管理栄養士	配食サービス

2002年11月8日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/11/s1108-4.html>

<sup>54</sup> この報告書については、2012年12月15日薬事・食品衛生審議会薬事分科会でこれを見直すために新たな検討の場を設置することで合意している。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000379t5.html>

## 薬剤師

2014年1月20日に施行された「産業競争力強化法」(2013年12月4日成立)は、いわゆる「グレーゾーン解消制度(通称)」(第9条)について規定している。新規事業分野で規制の適用の有無があいまいな場合、事業者が参入を躊躇するため、関係大臣が適法(ホワイト)であることをすみやかに明確化しようというものである。

これにもとづき、2014年3月に「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」(以下、「グレーゾーン解消制度」)<sup>55</sup>が発出された。そこでは、以下のような事業のガイドラインを定めている。

- 薬局等の店頭において、自己採血による簡易な検査(測定)を実施すること。
- 民間事業者が、医師からの運動又は栄養に関する指導・助言に基づいた運動指導や食事指導等のサービスを提供すること。

薬剤師については、前述したように近年その養成数が大きく増加しているが、医薬分業率の伸びは鈍ってきている。薬局における一般用医薬品等の助言、健康相談、自己採血による簡易検査、スイッチ OTC 化は、薬剤師の雇用を支えるために期待されるであろう。

ただしスイッチ OTC 化については、スイッチした一般用医薬品のインターネット販売規制がさらに緩和されれば、薬剤師自体の業務も縮小しかねない。

---

<sup>55</sup> 「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」厚生労働省・経済産業省, 2014年3月31日, <http://www.meti.go.jp/press/2013/03/20140331008/20140331008-3.pdf>

なお、一般用医薬品については、省令で第1類・第2類医薬品のインターネット販売が禁止されていたが、2013年12月13日に公布された薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律（改正薬事法）で原則すべてインターネット販売が可能になった（要指導医薬品<sup>56</sup>を除く。また第1類は薬剤師が販売<sup>57</sup>）。

改正薬事法の概要 2013年12月13日公布

- **一般用医薬品：適切なルールの下、全てネット販売可能**
  - ・第1類医薬品は薬剤師が販売
- **スイッチ直後品目・劇薬（＝要指導医薬品）：対面販売**
  - ・スイッチ直後品目・劇薬は、要指導医薬品に指定し、薬剤師が対面で情報提供・指導
  - ・スイッチ直後品目については、原則3年で一般用医薬品へ移行させ、ネット販売可能
- **医療用医薬品（処方薬）：引き続き対面販売**

<sup>56</sup> 一般用医薬品のうち、スイッチ直後品目（医療用から一般用に移行して間もなく、一般用としてのリスクが確定していない薬）・劇薬については、他の一般用医薬品とは性質が異なることから、改正薬事法で「要指導医薬品」という区分を新設した。

<sup>57</sup> 厚生労働省「薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律（概要）」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/pdf/131218-1-1.pdf>

## 理学療法士・作業療法士

「日本再興戦略」には、運動指導を行うサービスを創出・育成するとある。これに関連して 2010 年 6 月の経済産業省「医療産業研究会報告書」<sup>58</sup>に、次のような記述がある。

### 経済産業省「医療産業研究会報告書」2010 年 6 月

現状：発症後、半年で医療保険でのリハビリは低減。退院後の在宅リハビリを支える体制が不十分。結局悪化して、入退院を繰り返すことになり、次第に身体機能が損なわれていく。

理想像：フィットネス事業者などが、退院後のリハビリを支える体制を充実させれば、退院後も身体機能の維持がしやすくなる。

リハビリテーションを医療から民間事業にシフトしかねない考えであり、この背景に理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の増加もある。

PT・OT は 2000 年以降増加した（図 3.2.2）。1998 年に、柔道整復師養成施設がその指定基準を満たしているにもかかわらず厚生大臣（当時）が指定を行わないのは違法であるとの判決が下されたこと<sup>59</sup>、規制緩和で「許可制・認可制等から届出制へ」<sup>60</sup>の移行が求められたことにより、医療関係職種の養成校の開設が増加したためである。

<sup>58</sup> 「医療産業研究会報告書－国民皆保険制度の維持・改善に向けて－」18 頁 2010 年 6 月 30 日

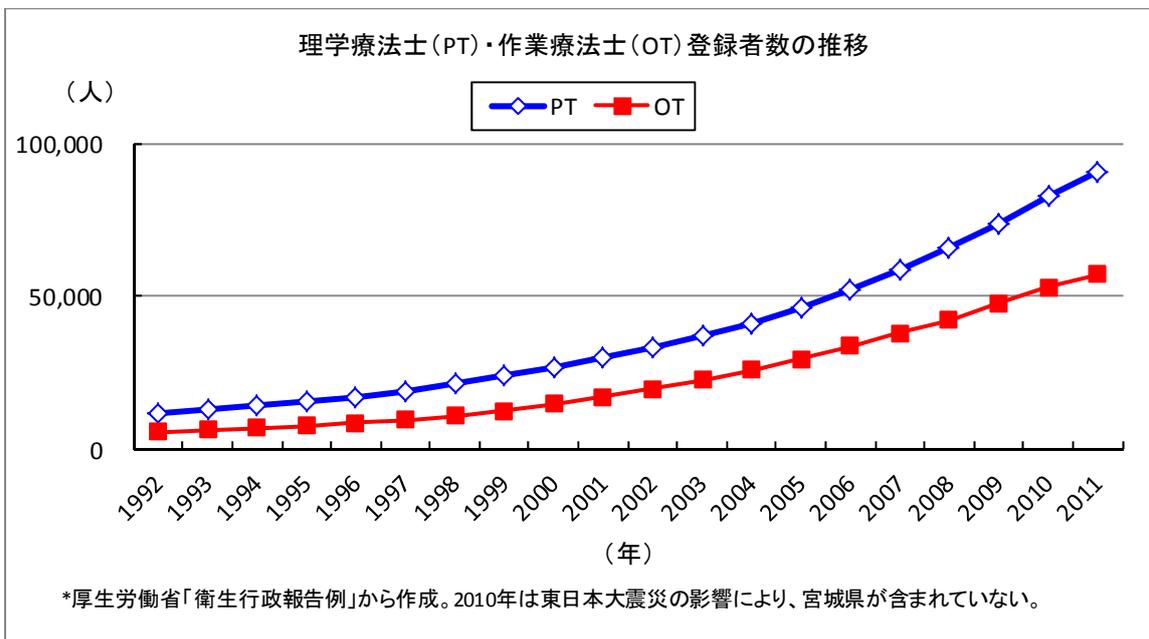
<http://www.meti.go.jp/press/20100630001/20100630001-4.pdf>

<sup>59</sup> 平成 9（行ウ）31 柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件 1998 年 08 月 27 日 福岡地方裁判所 <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/AFC4CEDD28B71BE849256D41000B08F7.pdf>

<sup>60</sup> 「規制緩和推進 3 か年計画（改定）」1999 年 3 月 30 日閣議決定

[http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/281922/www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/cologne99/k\\_kanwa.html](http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/281922/www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/cologne99/k_kanwa.html)

図 3.2.2 理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT) 登録者数の推移



(参考) 理学療法士法及び作業療法士法第 2 条

「**理学療法**」身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えること。

「**作業療法**」身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせること。

これまで、PT・OTは病院、診療所におけるリハビリテーションの充実を担ってきた（図 3.2.3, 図 3.2.4）。2000年度の診療報酬改定では回復期リハビリテーション入院料（現在の回復期リハビリテーション病棟入院料）が新設された。2002年度改定では、リハビリテーションについてより高い人員配置を要件とした類型が設けられた（総合リハビリテーション施設の要件の見直し）。その後も、より多くのPT・OTの配置を評価する診療報酬改定が行われている<sup>61</sup>。これらは厚生労働省が述べているように「理学療法士や作業療法士の増加を踏まえ」で行われたものでもあった<sup>62</sup>。しかし、PT・OTの増加は病院、診療所での雇用では吸収できず、就職先は介護サービス事業者、スポーツクラブ、フィットネス事業者などに拡大している。

PT・OTの業務は、医師の指示の下での診療の補助に限定されているので<sup>63</sup>、独立開業することはできない。理学療法士の団体は、「開業権を主張すると他団体から反感をかう可能性が高い」ので、訪問看護ステーションのように「独立した活動ができるようになるためであることを主張していく」と述べている<sup>64</sup>。

東日本大震災復興特区では病院、診療所以外でも訪問リハビリを行う事業所を開設することができるようになったが<sup>65</sup>、これはあくまで公的保険下でのものである。今後、仮に民間事業者がリハビリテーションを行うことが現実化し、PT・OTへ開業権が付与されれば、独立したPT・OTがその雇用を支えるために公的保険下のリハビリテーションを公的保険外に持ち出すということも懸念される。

---

<sup>61</sup> 2010（平成22）年度改定では、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置が評価されるようになった。厚生労働省「平成22年度診療報酬改定の概要【医科診療報酬】」

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/setumei\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/setumei_03.pdf)

2012（平成24）年改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料1では、理学療法士については、専従3名以上が要件になった。改定前は2名以上。厚生労働省「平成24年度診療報酬改定の概要」108頁

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24\\_01-03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf)

<sup>62</sup> 厚生労働省「平成14年度社会保険診療報酬等の改定概要」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html>

<sup>63</sup> 理学療法士及び作業療法士法第15条「理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。」

<sup>64</sup> 「平成21年度全国都道府県会長会議報告」（社団法人福岡県理学療法士会平成21年度第4回理事会第2回拡大理事会 議事録）<https://fukuoka-pt.jp/contents/files/pages/000471/2009121503.pdf>

<sup>65</sup> 厚生労働省「東日本大震災復興特別区域法の施行について」2011年12月26日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001yywf-att/2r9852000001yyxw.pdf>

図 3.2.3 理学療法士 (PT) 数の推移

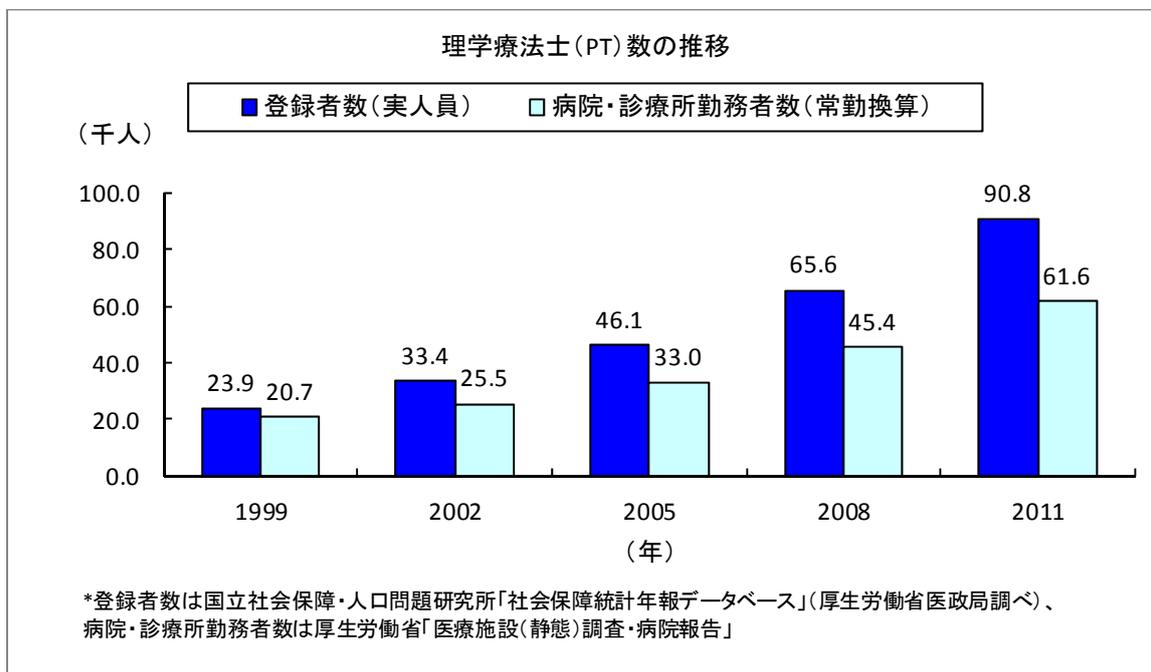
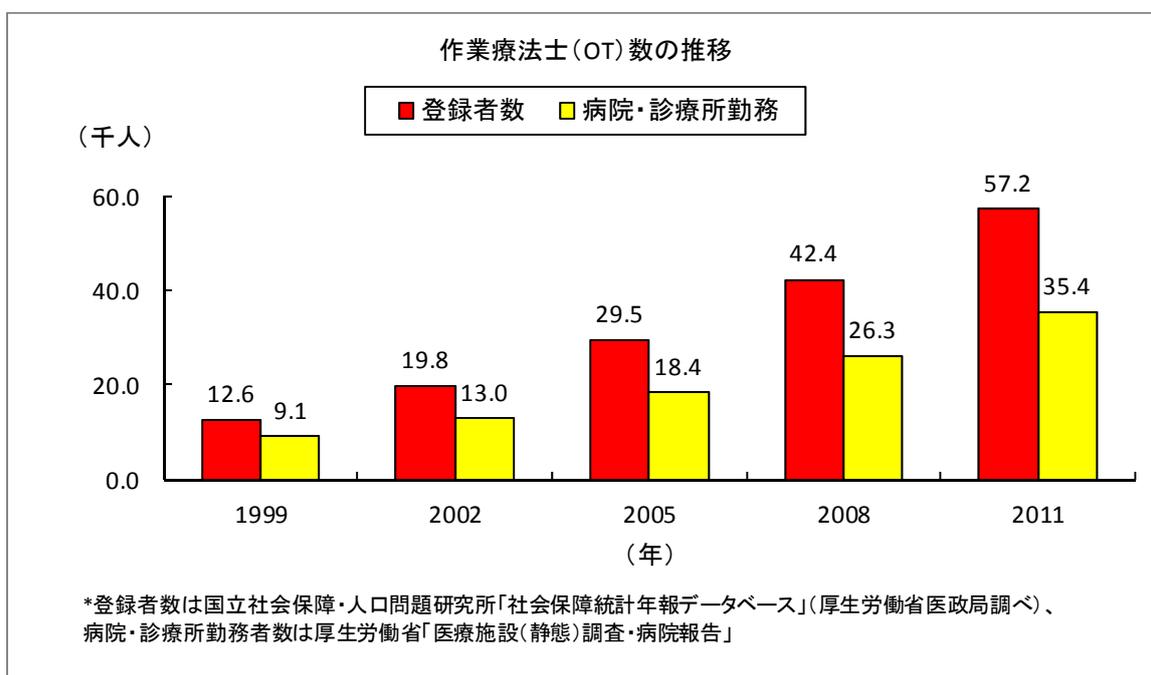


図 3.2.4 作業療法士 (OT) 数の推移



## 柔道整復師

柔道整復師は、PT・OT と異なり、動作能力の回復を担うわけではないが、病院・診療所のリハビリテーション科で従事することもあり、介護保険サービスにおいて配置が求められる機能訓練指導員<sup>66</sup>の資格要件のひとつでもある。また柔道整復師は、施術所において独立開業をすることができる。

### 柔道整復師法第 17 条

「柔道整復師は、医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術をしてはならない。ただし、応急手当をする場合は、この限りでない。」

### 柔道整復師法第 2 条 2

「この法律において「施術所」とは、柔道整復師が柔道整復の業務を行なう場所をいう。」

柔道整復師数は、2000 年以降増加している（図 3.2.5）。PT・OT のところで述べたように、養成校の開設規制が緩和されたためである。

柔道整復師の行う施術のうち、骨折、脱臼、打撲及び捻挫は公的医療保険から給付される<sup>67</sup>。一部の柔道整復師による不正請求が増加しているとの報道等もあるが、柔道整復師数の増加ほどには、公的医療保険下の柔道整復療養費<sup>68</sup>は増加していない（図 3.2.6）。診療報酬と同様、公的医療保険であるがゆえに柔道整復の施術に係る療養費<sup>69</sup>も一定程度抑制されているのではないかと推察される。全額自費として施術されている分の費用（市場）は不明である。

<sup>66</sup> 通所介護事業所や介護老人福祉施設に配置することが義務付けられている。資格要件は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有するものである。

<sup>67</sup> 「柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について（通知）」別紙「柔道整復師の施術に係る算定基準の実施上の留意事項」第 1・通則の 5

<sup>68</sup> 健康保険の給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等に係る費用を「療養費」という。患者が費用の全額を支払った後、自ら保険者へ請求をおこない支給を受ける「償還払い」が原則であるが、柔道整復の場合には、患者が自己負担分を柔道整復師に支払い、柔道整復師が患者に代わって残りの費用を保険者に請求する「受領委任」方式がとられている。

厚生労働省ホームページ「柔道整復師等の施術にかかる療養費の取扱いについて」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/jyuudou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/jyuudou/index.html)

<sup>69</sup> 診療報酬と同じように改定があり、これまで中医協のような場で議論されるのではなく、厚生労働省が決定していたが、2012 年度診療報酬改定に伴う療養費改定からは、医療保険部会柔道整復療養費検討専門委員会にて議論されている。最近の改定は 2010 年 0.00%、2013 年 0.00%。

図 3.2.5 柔道整復師従事者数の推移

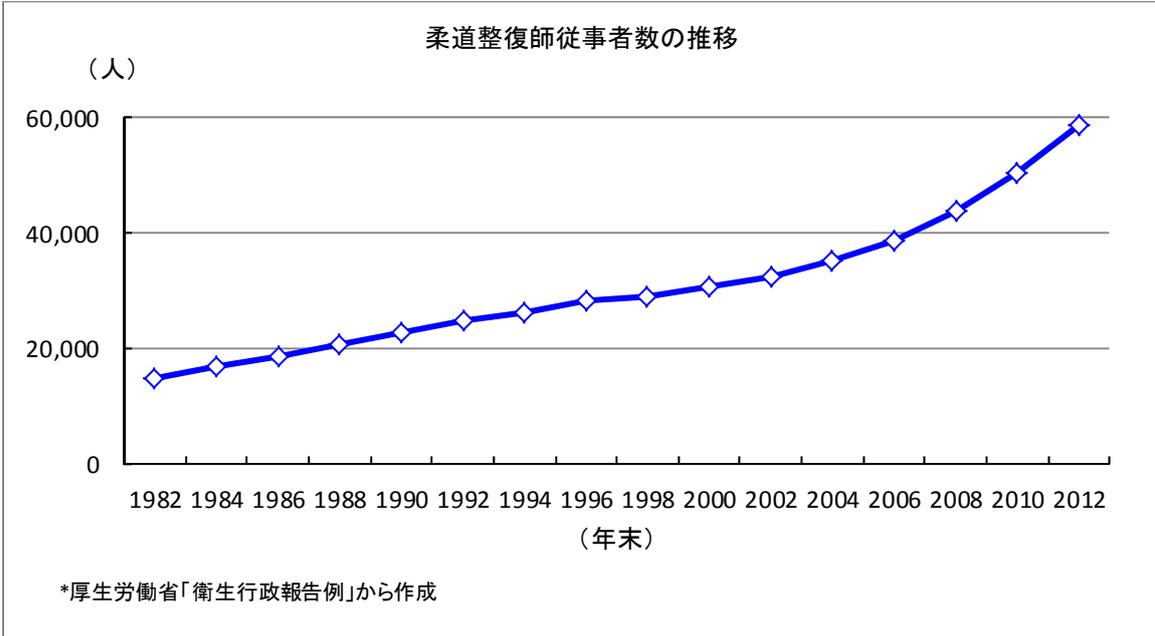
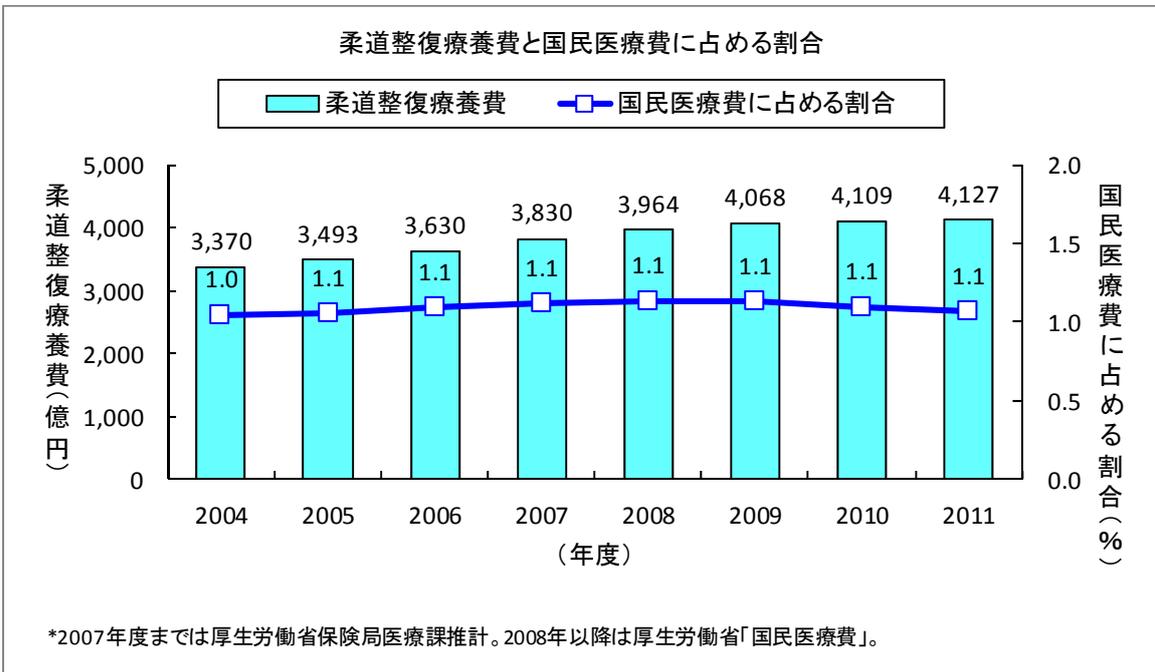


図 3.2.6 柔道整復療養費と国民医療費に占める割合



## 管理栄養士

「産業競争力強化法」は、民間事業者が、医師からの栄養に関する指導・助言に基づいた食事指導サービスを提供できることを明確化するように求めている。この件に関して、管理栄養士数に着目すると、管理栄養士は過去 10 年間に 2 倍近くに増えている（図 3.2.7）。

管理栄養士については、2012 年度の診療報酬改定で入院基本料及び特定入院料の施設基準としてその配置が要件化（必須化）された<sup>70</sup>。このとき医療機関で管理栄養士を確保できないという問題が生じた。これにより**管理栄養士は全体としては十分であっても、地域的に偏在していることが明らかになった**。なお、2014 年度の診療報酬改定で管理栄養士の配置の見直しが行われ、病院については常勤管理栄養士が不在の場合には減算、有床診療所では非常勤でも良くなった。

グリーゾーン解消制度の下で示されたガイドライン<sup>71</sup>では、民間事業者が医師の指導に従って利用者に栄養指導サービスを提供する場合には、**管理栄養士、栄養士を関与させることが望ましい**とされている。

また同ガイドラインは、医療法人が通院患者に配食サービスを提供して良いとしており、主体が医療法人であれば民間事業者に委託することを明確に禁止していないので、今後、民間事業者が参入する可能性もある。

今のところあくまで民間サービスとしての提供であるが、入院時の食事療養費が一部公的保険外に出された前例もあることから<sup>72</sup>、**入院時の栄養指導が公的保険外に出ていくことが懸念される**。

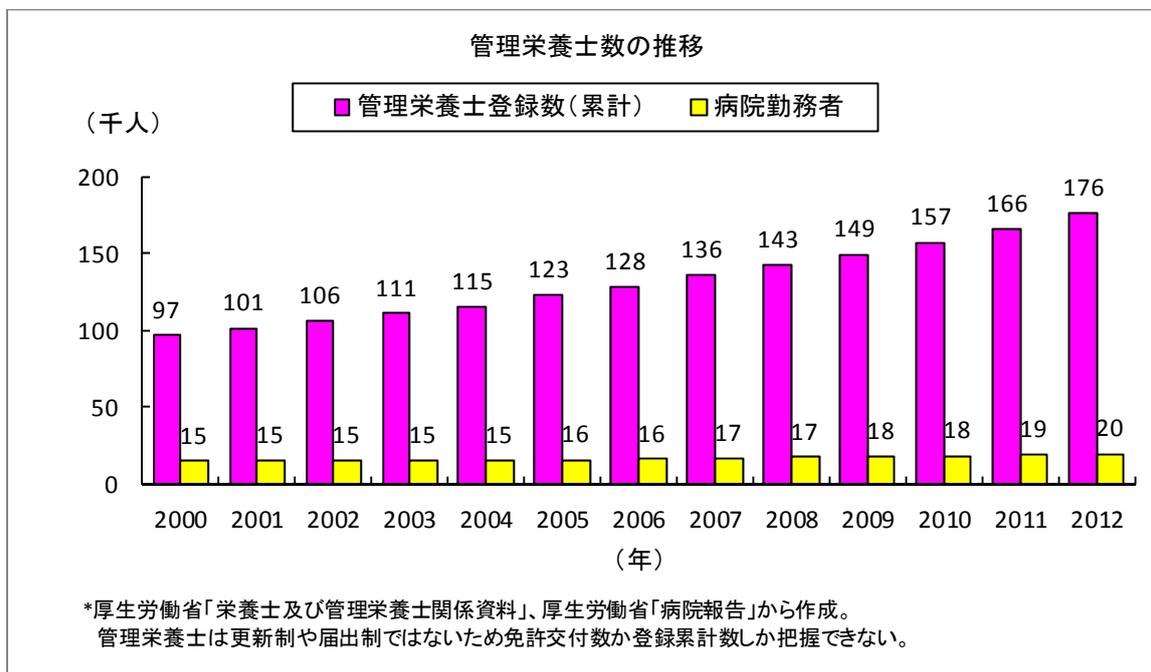
---

<sup>70</sup> 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。

<sup>71</sup> 「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」（前述）

<sup>72</sup> 入院時の食事については、かつては公的医療保険から給付されていたが、1994 年の健康保険法改正で、入院時食事療養費が導入され、患者も標準負担額分を負担するようになった（健康保険法第 85 条）。

図 3.2.7 管理栄養士数の推移



### まとめ

ここまで見てきたように、医療関係従事者数はそれぞれ増加してきている。診療報酬上で看護師やPT・OT、管理栄養士などを要件にした場合、必ずそれらの職種を確保できないというケースが出てくるが、医療関係職種全体としては充足しており、医師同様、偏在が深刻であると考えられる。

今後もさらに医療関係職種の増加がつづき、かつ経済成長重視でセルフメディケーションが推進されれば、公的医療保険外の市場を開拓する必要に迫られ、医師の業務を縮小させる可能性がある。

まず、セルフメディケーションについては安全性を確保できる範囲に限定し、国民にも十分な教育を行うべきである。さもなければ、病気の疑いのある人までもが受診をせずにセルフメディケーションで済ますようになりかねない。それは、国民の生命を脅かし、医療費の増加をまねくことになる。病気の判断をできるのは医師のみであり、医療関係職種の業務は医師の指示の下で行うということを堅持しつつ、それぞれのケースについて慎重に検討すべきである。

### 3.2.2. 介護保険と看護職員

2000年度に介護保険が導入されて以降、介護報酬改定年（2006年度）を除いて、その伸び率は医療費を上回って伸びている（図 3.2.8）。

さらに高齢者では、医療費・介護費合計のうち介護費の割合が高まり現在では3割近くに達しており（図 3.2.9）、年々医療から介護分野へのシフトが進んでいることがわかる。

公的介護保険には営利企業も参入している。たとえば訪問看護ステーションでは、当初は医療法人が開設するケースが多かったが、最近では営利企業が席卷している（図 3.2.10）。

図 3.2.8 国民医療費と介護費用の推移

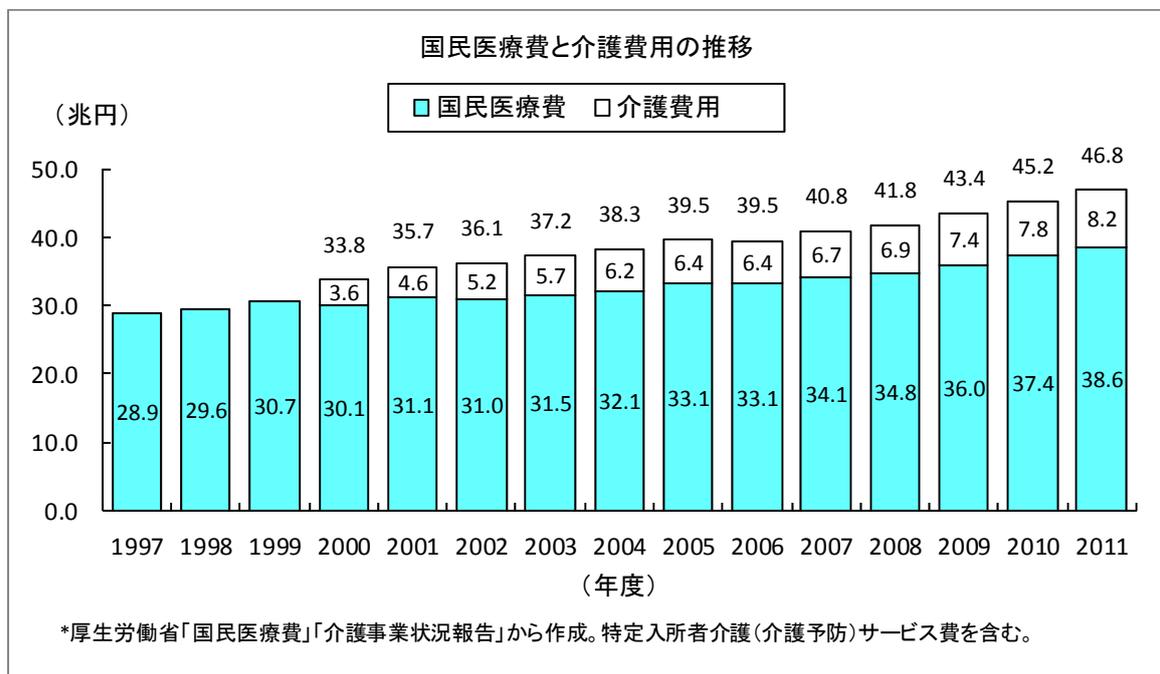


図 3.2.9 高齢者の医療費と介護費の構成比

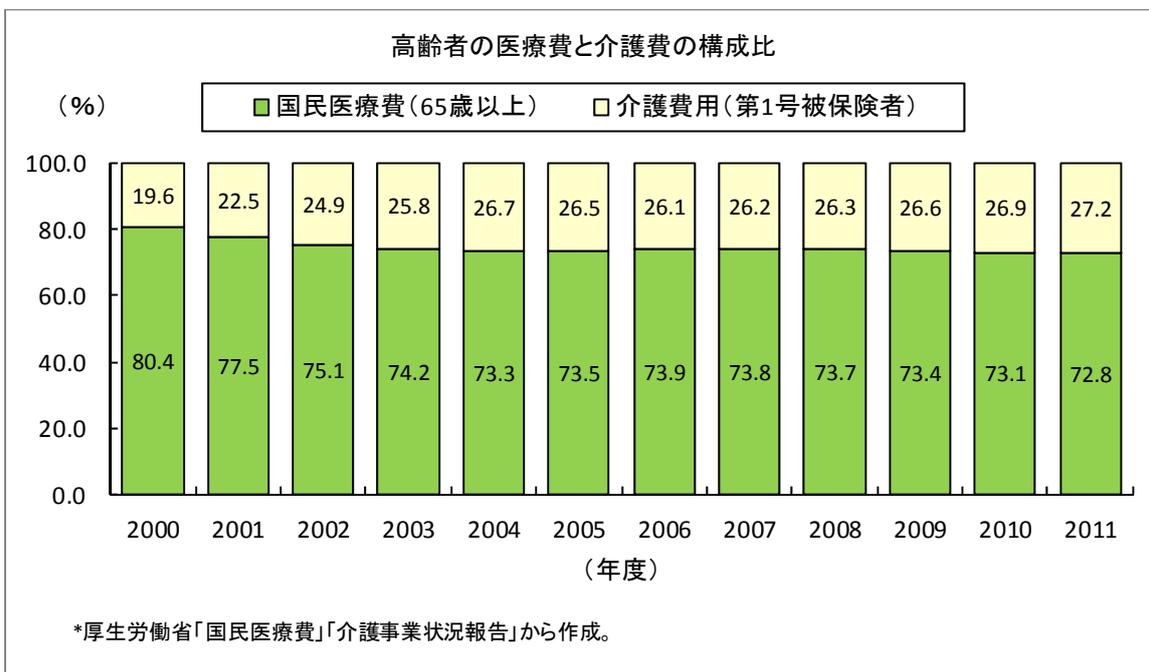
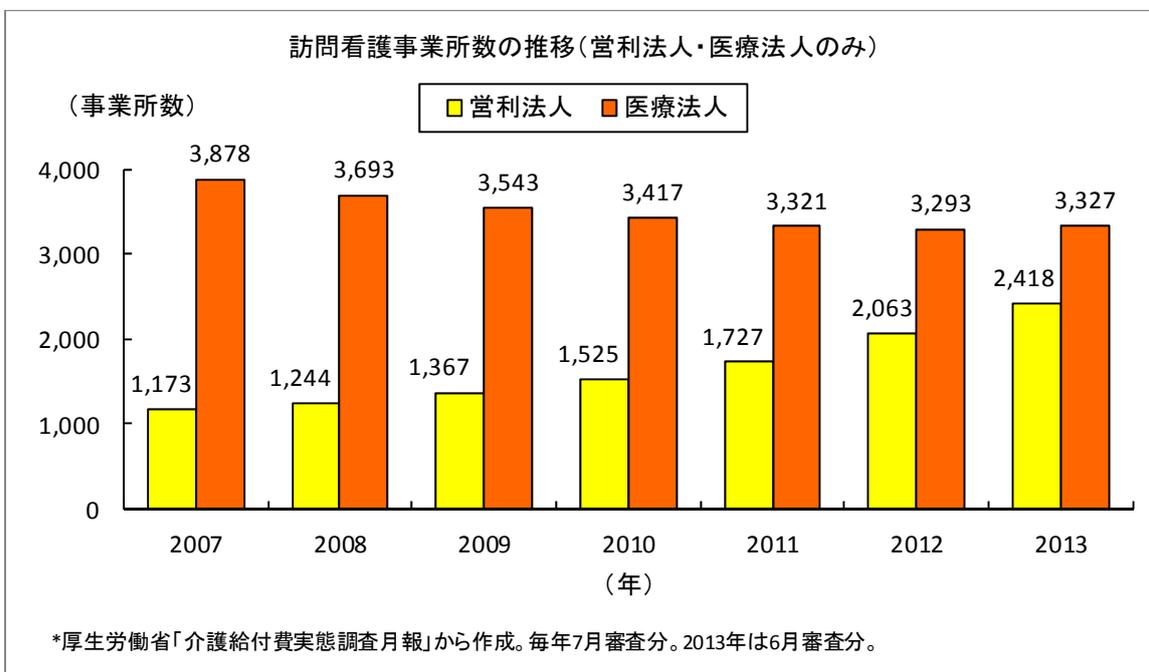


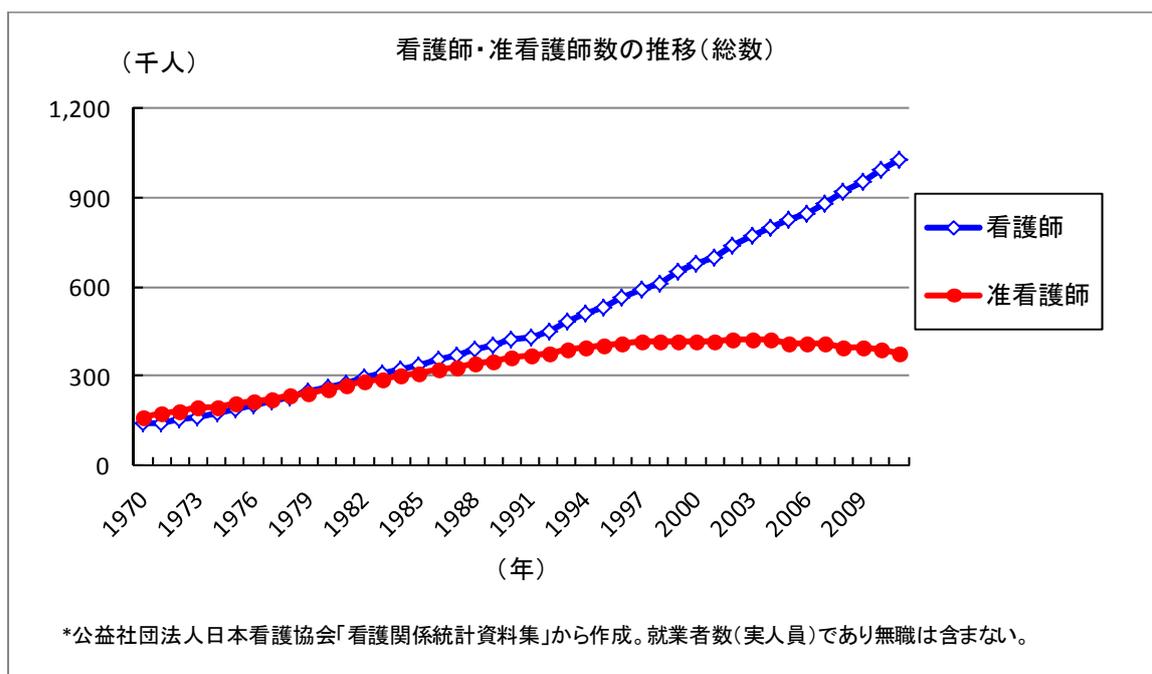
図 3.2.10 訪問看護事業所数の推移



介護サービスの主たる担い手である看護師数は、長期的に増加をつづけているが（図 3.2.11）、病院に勤務する者の割合が減少している（図 3.2.12）。看護職員は介護サービス事業所の人員基準になっており（必ずしも必須ではない介護保険サービスもある）、介護サービスに従事する看護師の割合が増えているためである。

介護サービス事業所のうち、看護師がもっとも多いのは、看護師が独立して開設することができる訪問看護ステーションである<sup>73</sup>。ついで最近では、施設サービス以上に、訪問介護などの居宅サービスで看護師数が増加している（図 3.2.13）。

図 3.2.11 看護師・准看護師数の推移



<sup>73</sup> 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

第 61 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

3 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

図 3.2.12 看護師の就業場所別構成比

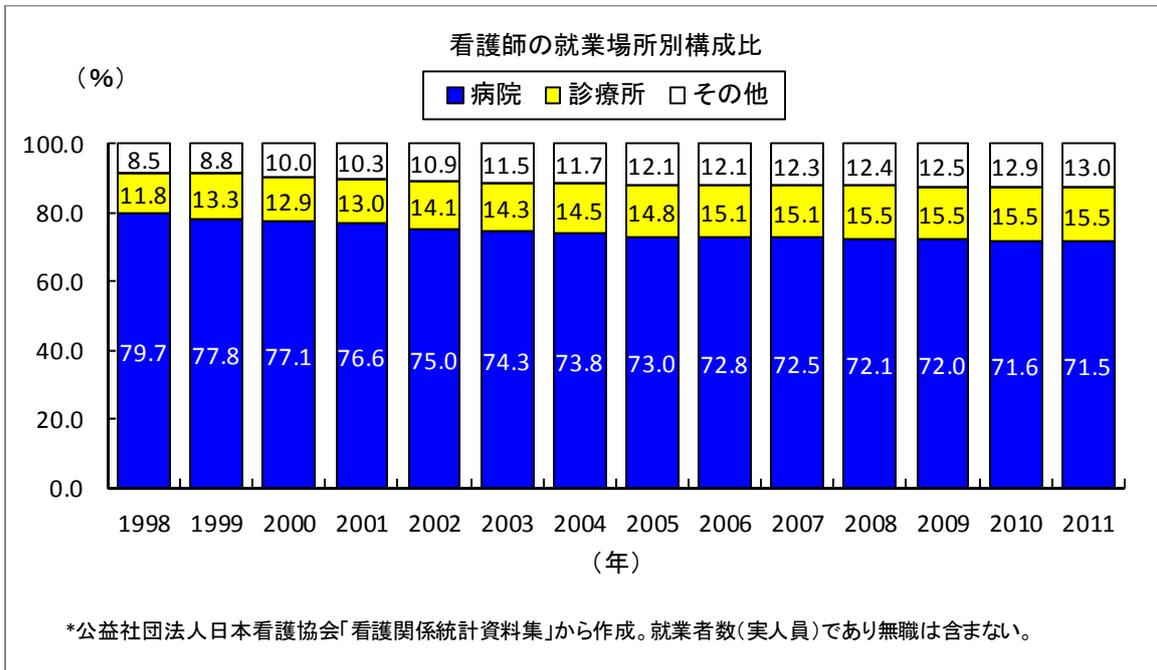
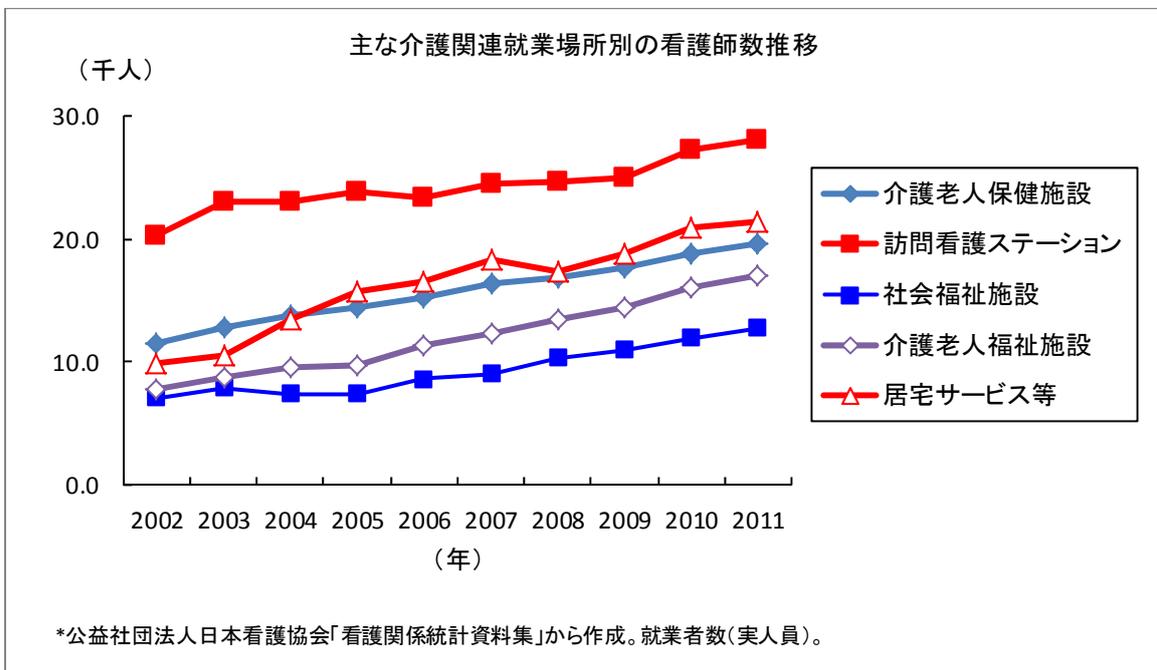


図 3.2.13 主な介護関連就業場所別の看護師数推移



#### 4. おわりに（今後の医師数について）

医師が増えれば医療需要を生み出し、医療費が増えるといった意見が過去にあり<sup>74</sup>、そのことも踏まえて医師数抑制がはじまった経緯がある。たしかに、これまで医師数の増加と国民医療費の増加には高い相関がある（図 3.2.1）。

しかし逆にいえば、医師が増えた分しか（あるいはそれ以下しか）医療費が伸びていないということであり、医師 1 人当たり医療費は抑制的に推移している（図 3.2.2）。ここまで見てきたように、病院・診療所においては医師だけでなく、医師以外の職種も増加しているが、昨今の医療費の伸びではこうした医療関係職種の増加分はまったく吸収できない。

将来の医師数は粗く推計した場合、2025 年に 34 万人であり、年平均伸び率は 1.2% である。医師の生産性（医師 1 人当たり医療費）が今後も上昇しないとすれば、政府の経済成長見通し<sup>75</sup>を下回って推移する。

---

<sup>74</sup> 厚生省「『将来の医師需給に関する検討委員会』最終意見要約」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4e1.pdf>

「医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向は否定できない事実」

<sup>75</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針」2013 年 6 月 14 日閣議決定

[http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2013/\\_icsFiles/afieldfile/2013/06/20/20130614-05.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2013/_icsFiles/afieldfile/2013/06/20/20130614-05.pdf)

2013 年度から 2022 年度の平均で、名目 GDP 成長率 3% 程度、実質 GDP 成長率 2% 程度を実現している。

図 3.2.1 医師数と医科診療医療費の関係

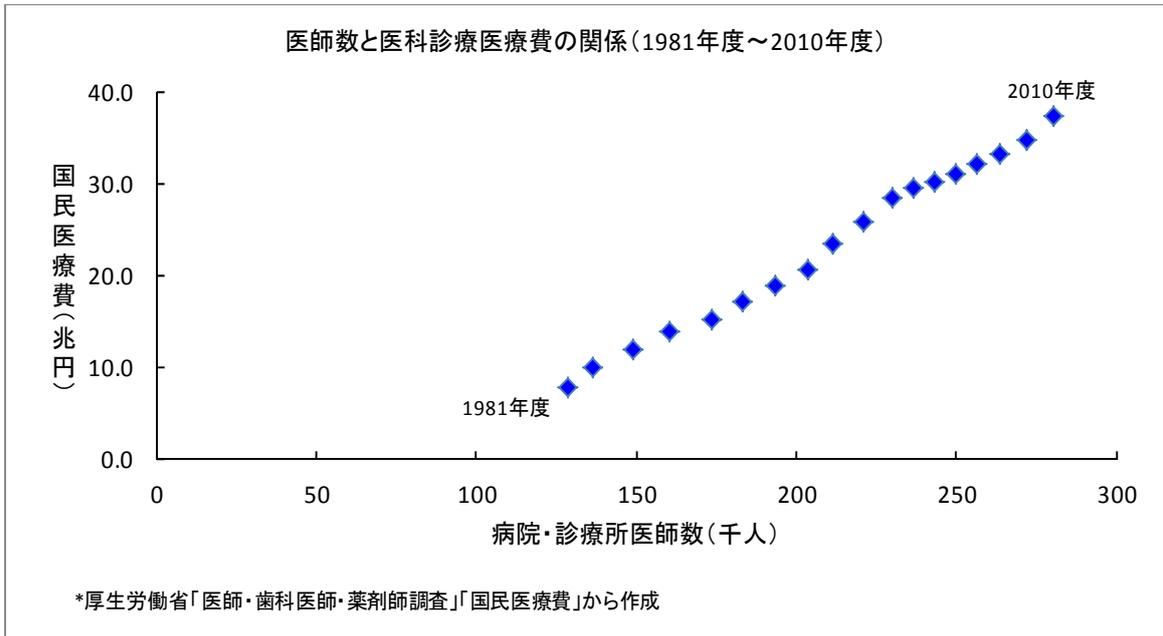
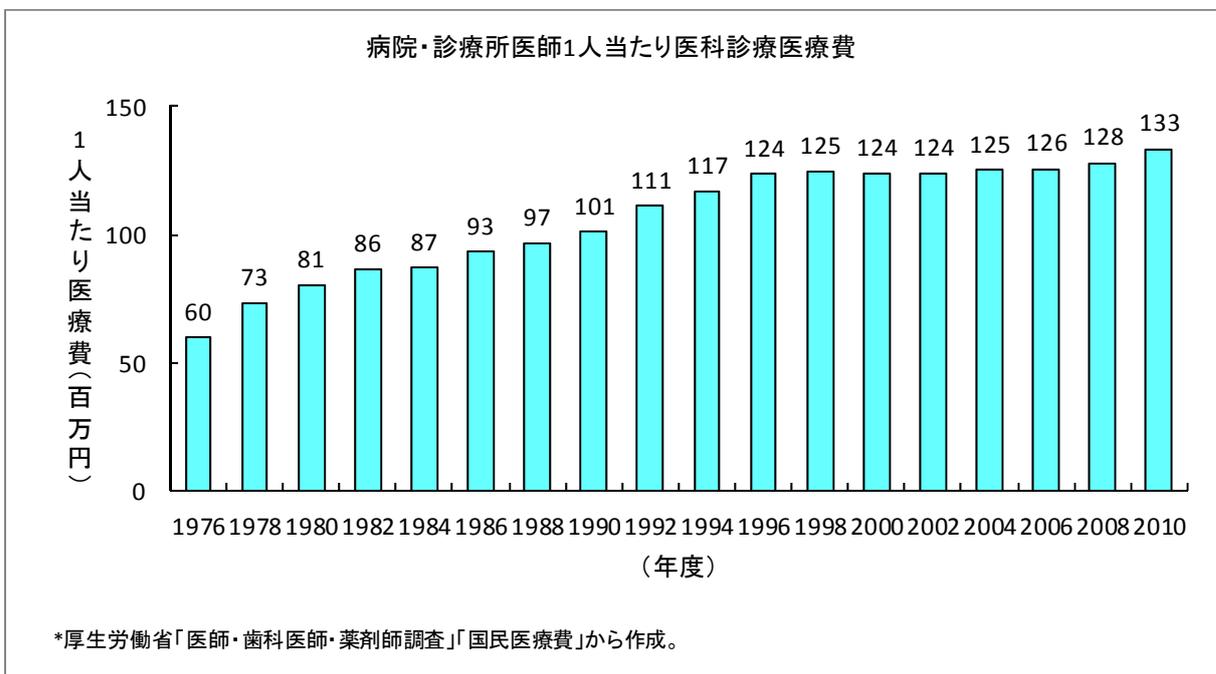
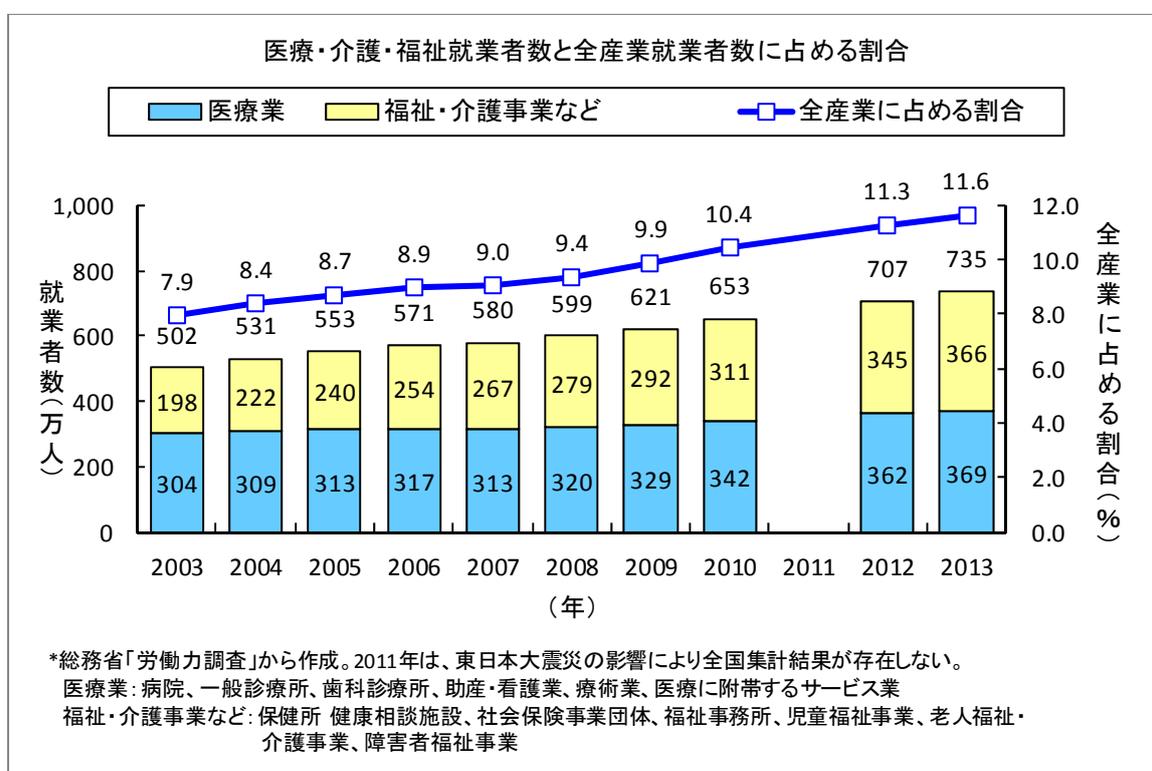


図 3.2.2 病院・診療所医師1人当たり医科診療医療費



医療・介護・福祉の就業者数は、2013年においては735万人、全産業に占める割合は11.6%であり、まさに日本の雇用を支えている（図3.2.3）。「日本再興戦略」は、「成長分野への投資や人材の移動を加速することができれば、企業の収益も改善し、それが従業員の給与アップ、雇用の増大という形で国民に還元される」と言っているが、医療・介護・福祉の担い手を十分に処遇することが求められよう。

図 3.2.3 医療・介護・福祉就業者数と全産業就業者数に占める割合



さて、将来の必要医師数は充足するのであろうか。足下の推計では、医師数は一定の水準に達する見込みである。

今後、医療を取り巻く営利市場の拡大によっては、医師養成数増加を継続する必要がなくなるかもしれない。医療関係職種が増加もあって、医師から医師以外へ、ひいては公的医療保険から営利市場に業務が移転し、医師の関与度が減る可能性があるからである。しかし、国民皆保険においては「**必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する**」<sup>76</sup>ことが基本である。医師と医療関係職種の業務分担はこれまでどおり慎重に検討すべきであり、業務移転を加速させるべきではない。

一方、今後も、医師が全体として不足するという可能性もある。高齢化により、どちらかというとも慢性期医療、在宅医療のニーズが高まるものの、高齢者の絶対数も増加するので、急性期医療のニーズが増えることも予想される。また昨今では医師の専門分化が進んでおり、**総合的な診療能力を有する「かかりつけ医」**が不足する懸念がある。この点については医師の意識改革、生涯教育の充実が必要である。医療の高度化が進めば、専門能力の高い医師も必要になる。これについては医療機関の分化・連携によつての対応も重要であろう。

将来の必要医師数は医師が将来担うべき業務のあり方と一体的に検討しなければならない。医学部新設の動きもあるが、歯学部、薬学部の前例に見られるように、いったん増員された入学定員の削減はきわめて困難である。東北地方での医学部新設は、「将来の医師需給等に対応して定員を調整する仕組みを講じること」が条件になっているが、こうした柔軟性をもちつつ限定的に進めるべきと考える。

---

<sup>76</sup> 厚生労働大臣、内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）、行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」2004年12月15日  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1216-1a.pdf>

## 5. 参考資料

閣議決定資料、政府関係会議（規制改革会議など）、各省庁の審議会および検討会資料は脚注に示したが、主なものを以下に再掲した。URL へのアクセスは 2014 年 4 月 8 日である。

### 成長戦略

- 「日本再興戦略」2013 年 6 月 14 日閣議決定  
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou\\_jpn.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf)
- 「産業競争力会議 医療・介護等分科会 中間整理」2013 年 12 月 26 日  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/bunka/iryuu/pdf/tyuukanseiri.pdf>
- 「医療産業研究会報告書－国民皆保険制度の維持・改善に向けて－」2010 年 6 月 30 日 <http://www.meti.go.jp/press/20100630001/20100630001-4.pdf>
- 「医療の国際化～世界の需要に応える医療産業へ」経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課, 2013 年 5 月  
[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/about.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/about.pdf)

### 医師・歯科医師・薬剤師および関係職種

- 前田由美子・森宏一郎「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178, 2008 年 12 月 9 日  
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>
- 「医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>
- 「医療施設（静態）調査・病院報告」厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>
- 「社会保障統計年報データベース」国立社会保障・人口問題研究所  
<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp>
- 「衛生行政報告例」厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html>

- 「栄養士及び管理栄養士関係資料」厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/eiyou\\_d.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/eiyou_d.pdf)
- 「医師の需給に関する検討会報告書」厚生労働省, 2006年7月28日  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
- 「歯科医療白書 2008年度版 持続可能な歯科医療社会を目指して」社団法人日本歯科医師会, 2009年2月
- 「看護関係統計資料集」公益社団法人日本看護協会  
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/>
- 「労働力調査」総務省  
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/index.htm>

#### 医師・歯科医師・薬剤師養成

- 「学校基本調査」文部科学省  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm)
- 「これまでの医学部入学定員増等の取組について」文部科学省高等教育局医学教育課, 今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会, 2010年12月22日  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryu/\\_icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryu/_icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf)
- 「医師国家試験の現況」厚生労働省医師国家試験改善検討部, 2010年12月24日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zqxg-att/2r9852000000zrau.pdf>
- 「歯学部歯学科の入学定員（平成25年度）及び定員推移」文部科学省  
[http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2013/11/15/1324090\\_2.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2013/11/15/1324090_2.pdf)
- 「歯科医師国家試験合格者数等の推移」厚生労働省歯科医師国家試験制度改善検討部会, 2011年8月28日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qfr6-att/2r9852000001qfxh.pdf>

- 「薬科大学（薬学部）の数と入学定員・入学者数の推移」薬剤師需給の将来動向に関する検討会, 2007年6月12日  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0612-9g.pdf>
- 「学部教育・大学院教育に関する基礎資料」薬学系人材養成の在り方に関する検討会, 2012年11月8日  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/039/siryo/\\_icsFiles/fieldfile/2012/12/16/1328920\\_003.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/039/siryo/_icsFiles/fieldfile/2012/12/16/1328920_003.pdf)

#### 医療費・介護費

- 「国民医療費」厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>
- 厚生労働省「介護事業状況報告」厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html>

#### セルフメディケーション

- 「『生命の世紀』を支える医薬品産業の国際競争力強化に向けて～医薬品産業ビジョン～」厚生労働省, 2002年8月30日  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/08/dl/s0830-1c.pdf>
- 「健康寿命延伸産業分野における新事業活動のガイドライン」厚生労働省・経済産業省, 2014年3月31日  
<http://www.meti.go.jp/press/2013/03/20140331008/20140331008-3.pdf>

#### 社会保障政策

- 「日本社会保障資料IV(1980-2000) 社会福祉関係」関係国立社会保障・人口問題研究所  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/shiryo.html>

