

平成24年度

医学部調査・検討プロジェクトチーム
報告書

平成25年3月

目 次

1	はじめに	1
2	国及び他県の動向	
(1)	医学部入学定員の推移	2
(2)	文科省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」 検討状況	
ア	設置要綱	3
イ	検討会委員	4
ウ	会議コメント	4
エ	論点整理に関する意見募集の結果について	6
(3)	その後の国の状況	7
(4)	他県の動向	
ア	北海道函館市	7
イ	北海道医療大学	7
ウ	宮城県	8
エ	茨城県	8
オ	国際医療福祉大学	8
カ	神奈川県	9
キ	新潟県	9
ク	静岡県	9
3	有識者ヒアリング結果概要	
(1)	千葉大学医学部での主な考えや意見	
ア	千葉県（千葉大学）の状況	10
イ	課題	11
ウ	医学部	11
(2)	政策研究大学院大学での主な考えや意見	
ア	医学部新設・医師確保	12
イ	総合医・医療提供体制	12
ウ	在宅医療・地域包括ケア	13
エ	総括	13
(3)	日本医科大学での主な考えや意見	
ア	今後の高齢化の進展と医師不足等について	14
イ	日本医科大学・平成23年度研究結果について	14
(4)-1	東北福祉大学での主な考えや意見	
ア	医学部新設の経緯	15
イ	検討状況	15
ウ	へき地医療対策	16
エ	将来予測について	16
オ	新設認可に向けた準備等	16
(4)-2	仙台厚生病院での主な考えや意見	

ア 医師不足について	16
イ 東北地方におけるへき地医療	17
ウ なぜ医学部新設を目指すのか	17
エ 医療における選択と集中	17
(5) 東京大学医科学研究所での主な考えや意見	
ア 医学部が必要と考える理由	18
イ 医療状況の悪化についての考え	18
(6) まとめ（医学部新設についての主な意見）	19

4 本県の医療提供体制の現状

(1) 平成 23 年度「受診動向・医療機能等実態調査」結果分析	
ア 目的	20
イ 調査の視点	20
ウ 調査時点	20
エ 回答	20
オ 主な結果	
ア 医師数の不足	21
イ 医師の出身大学・非常勤医師の派遣元大学	23
ウ 常勤医師の勤務地及び住所地	23
エ 医師の年齢階層	24
オ 救急対応	25
カ 患者の受診動向	25
キ 医療従事者	27
ク 電子カルテシステム	27
ケ 実施している医師確保対策	27
カ 分析結果（まとめ）	28
(2) 医療圏ごとの医療の状況	
ア 二次医療圏ごとの病院数と病床の種別	28
イ 二次医療圏ごとの病床数	28
ウ 二次医療圏別の一般病床数、診療所数	29
エ 二次医療圏別人口 10 万人対医師数の推移	31
オ 二次医療圏人口 10 万人対診療科別の医師数	32
カ 二次医療圏別 100 床あたりの医師数	33
キ 二次医療圏別に見た流出患者数割合	34
ク 二次医療圏別流出の割合	35
ケ 産科	35
コ 救急及び災害時医療	37
(3) 他都県における受療動向	
ア 施設所在地別/年齢区分別/入院・外来別の受診状況	39
イ 近隣他都県の二次医療圏内/二次医療圏外の入院状況	41
ウ 県外受診者の受診状況	43
エ D P C データを用いた分析	46

オ	他県における受療動向（まとめ）	47
5	今後必要となる医療と提供体制のシミュレーション	
(1)	高齢化の進展による医療・介護ニーズの将来推計	
ア	人口の将来推計	49
イ	医療ニーズの将来推計	
(ア)	患者数（入院・外来）の推移	52
(イ)	悪性新生物の患者数の推移	61
(ウ)	その他の高齢者に多い代表的な疾患の患者数の推移	62
(エ)	死亡者数の推計	67
ウ	医療ニーズの将来推計を行う上での課題	69
エ	介護ニーズの将来推計	71
(2)	2060年までの医師需給シミュレーション	
ア	医師自身の高齢化	75
イ	女性医師の増加	76
ウ	勤務医の労働時間の適正化	77
エ	在宅医療の進展ほか	77
オ	まとめ	78
(3)	超高齢化の進展及び先進高度医療の進展で必要となる医療人材	
ア	超高齢化の進展	79
イ	予防へのシフト	80
ウ	多職種による機能分化と連携	80
エ	先進高度医療の進展	80
オ	個別化医療の進展	81
6	考えられる医学部のモデルと課題	
(1)	本県の特徴を活かした医学部モデル	
ア	医学部のシナリオ	82
イ	附属病院のシナリオ	82
ウ	上記ア、イを組み合わせたモデルの検討	83
(2)	医学部設置の課題（費用、施設、人材確保等）整理及びその解決策	
ア	パターン1について	84
イ	パターン2について	84
ウ	パターン3について	84
エ	パターン4について	84
オ	パターン5について	85
補足1	3県立医科大学調査について	86
補足2	県民アンケート	103
参考	都道府県別医学部設置大学名一覧	119
	医師国家試験合格者の地元残留率	120

	大学設置基準	124
	認可の基準	143
7	二次医療圏ごとの課題整理及び解決策	147
8	医師不足に対応するための施策	150
	(1) 医師不足への対応	
	ア 医師を増やす	
	(ア) 医学部の設置	151
	(イ) 医療資源の県内誘導	151
	(ウ) 医師（研修医含む）の確保	152
	(エ) 医学生の誘導	153
	イ 医師の仕事を減らす	
	(ア) コメディカルの活用	153
	(イ) 在宅医療の推進	154
	(ウ) 疾病・介護予防	154
	(エ) 適正な受療行動の推進	154
	(2) 医療資源偏在の是正	
	ア 診療科による医師偏在を解消する	
	(ア) 医局機能の確保	155
	(イ) 小児・周産期・救急医療への緊急対応	155
	イ 地域による医師偏在に対応する	
	(ア) 医局機能の確保（再掲）	155
	(イ) 公による医療資源の充実	155
	(ウ) ドクターヘリやICTの活用	155
	(3) 医療の質の変化への対応	
	ア 超高齢化や医療の高度化に対応できる医師を養成する	
	(ア) 医学部の設置（再掲）	156
	(イ) 医局機能の確保（再掲）	157
	(4) 地域医療についての県民理解の促進	
	ア 県民総ぐるみで医療を守り育てる気運を醸成する	
	(ア) 県民と医療機関・県による協定	157
9	本県に求められる医学部像	
	(1) 時代の要請を踏まえた医学部	158
	(2) 発展性のある医学部	158
	(3) 「医学部」を見据えた環境整備	159
10	おわりに	160

1 はじめに

近い将来、救急、周産期、小児救急において医療提供体制が崩壊するのではないかと危惧される状況にある。平成23年度から24年度にかけて、志木市民病院、さいたま赤十字病院、国立西埼玉中央病院において、小児科医の一斉退職に伴い診療科が休止する事態が発生した。

また、県北や秩父地域で医療の過疎化も進行し、北部保健医療圏においては深谷赤十字病院しか第三次医療を担う中核病院が存在しない。秩父保健医療圏では産科クリニックが1か所に減少している。

本県の人口10万人当たり医師数は142.6人(平成22年)で全国一少ない。これは京都府の286.2人、東京都の285.4人、徳島県の283.0人の約50%であり、全国平均219.0人の65%程度に留まっている。

720万県民を擁する本県に国公立大学の医学部がないことが医療提供体制の構築に向けて支障になる懸念があるとして、平成23年9月「県立大学医学部設置推進埼玉県議会議員連盟」が発足、10月には知事に県立大学医学部設置を前提とした組織体制を早急に講じるよう要望がなされた。これを受けて、同月、庁内に各部局横断の「医学部調査・検討プロジェクトチーム」が設置され、検討を開始した。平成24年度からは民間シンクタンクも活用しながら検討を進めた。

本県はこれまで、比較的若い県民性から病気にかかる割合の高い高齢者が少なく、また隣接する東京都などの医療機関を活用することにより、少ない県内の医療資源でも比較的支障なく医療サービスを受けることができたと考えられる。しかし、今回の調査・検討から、今後、生産年齢層が減少する中、高齢者の激増に伴い医療・介護ニーズが大幅に増加するため、東京都内の医療機関を含めた医療サービスがこれまでのようには円滑に享受できなくなるのではないかと思われる。団塊世代や団塊ジュニアの高齢化に伴う医療・介護ニーズの増加に対し、今後どのような医療体制を構築するかは本県の大きな課題である。

医学部の設置は、医師の養成や偏在の是正に大きな役割を果たすものと考えられる。反面、費用や人材確保の問題、さらには卒後の本県への定着率をどう確保するかなど課題も多い。

医師を養成するには学部6年と臨床研修2年の最低8年を要する。医学部新設を考える場合、10年、20年後の医療・介護需要がどう変化するのか、医師を増やして過剰となるおそれはないかといった将来推計を行う必要がある。

今回、医学部調査・検討プロジェクトチームでは、医師不足への対応策として医学部など新たな手法を含めた医師確保策のほか、看護師等のコメディカルの活用など総合的に諸施策を検討することとした。

医師不足の問題を解決していくためには、県内の医療事情について県民が共通の理解・認識を持つことが、これらの施策を進める前提となる。

「長寿化」それ自体は大変望ましいことではあるが、人口減少下で長寿社会を支えるコストがどれくらい急速に増加するかを正しく認識し、適切な社会保障システムをデザインし構築することが求められる。

日本は世界で最も高齢化のスピードが速い国であり、本県は日本の中でも特に急激に高齢化が進むと予測されている。このプロジェクトチームの検討が本県の医師不足問題の一助になれば幸いである。

2 国及び他県の動向

(1) 医学部入学定員の推移

医学部入学定員は、昭和50年代の後半から平成19年まで抑制されてきた。その後順次定員増が図られ、現在は9千名(9,041名)超となっている。

S56 8,280名 過去最大定員(琉球大学医学部開学)

S57 医師数抑制閣議決定

医師については、全体として過剰を招かないように配意し、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

S61 厚生省「将来の医師需給に関する検討委員会」最終意見

平成7年を目途として医師の新規参入を最小限10%削減すべき

H9 医師数抑制閣議決定

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

8,260名(S60)→7,625名(H19)

H16 臨床研修医制度導入

H19 緊急医師確保対策

最大285名(各都道府県最大5名(北海道15名等)の期限付増員)

H20 「経済財政改革の基本方針2008」

「これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立」とし、「早急に過去最大程度まで増員する」と記載

7,793名

H22 「新成長戦略」閣議決定

H24 8,991名

H25 9,041名

医師の確保・養成の問題は、国政上最大関心事の1つであり、平成22年参議院選挙においても、あるいは平成21年の衆議院選挙においても、国民的な議論となった。

地域医療の崩壊に対応するため、民主党は医師数を1.5倍とするマニフェストで平成21年の衆議院選挙に臨んだ。また文部科学省は、医学部入学定員を平成19年4月の7,625名から平成21年4月には8,486名(平成19年4月比861名増)、平成22年4月には8,846名(同比1,221名増)、平成23年4月には8,923名(同比1,298名)と拡大を図ってきた。

平成23年12月、地域医療人材の確保の点について、①これまでの取り組みと検証と評価、並びに②今後少し中長期的スパンで、平成24年度以降の医学部入学定員の在り方(医学部新設を含む)について、同省は外部委員による検討会(「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」)を設け議論することとした。

同省が検討会を設け、昭和56年の琉球大学医学部開学を最後に認可していない医学部の新設についても議論されることとなったため、全国で4大学(①北海道医療大学(北海道当別町)、②仙台厚生病院と東北福祉大学(宮城県仙台市)、③国際医療福祉大学(栃木県大田原市)、④聖隷クリストファー大学(静岡県浜松市))が医学部新設に向けて取り組みを開始した。

また、医師不足に悩む北海道函館市、茨城県、静岡県などでも医学部新設や大学誘致に向けて動き出している。

(要約)

- ・文部科学省の検討会は平成22年12月～平成23年11月まで計9回開催された。平成23年12月、検討会での議論の論点を整理しパブリックコメントを実施、平成24年2月に寄せられた意見(992件)を公表した。
- ・検討会では、医学部新設に賛成の委員と反対の委員の溝は深く、両者の溝が埋まらないまま、平成24年12月、自然消滅に近い形で終了した。
- ・平成24年9月、「地域の医師確保対策2012」を発表した文部科学大臣は、
 - ①喫緊の医師不足の解消には既存医学部の定員増で対応する。
 - ②医学部新設についてはメディカルスクールと併せて、地域枠などこれまでの定員増の効果検証、今後の社会保障在り方全体の議論を踏まえ、引き続き検討することを発表した。
- ・他県の医学部新設の検討状況をタイプ分けすると、
 - ①既存の私立大学(あるいは民間病院)が医学部新設を検討
 - ②地方公共団体が私立大学医学部を誘致、附属病院として公立病院を活用することを検討
 - ③構造改革特区を活用し、既存医学部にはない新たな医学部新設を検討となる。今のところ公立大学に医学部を新設する動きは見受けられない。

(2) 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」検討状況 ア 設置要綱

○趣旨

将来における我が国の医学・医療ニーズに対応した医師の養成を図るため、医学部入学定員の在り方等について、調査研究を行うことを目的とする。

○検討事項

- (ア) 医学部入学定員増に係るこれまでの取組の検証・評価に関すること
- (イ) 平成24年度以降の医学部入学定員の在り方に関すること
- (ウ) その他必要な事項

○実施方法

- (ア) 有識者の協力を得て検討を行う。
- (イ) 必要に応じて、他の関係者を参画させることができる。

○委員の委嘱期間

平成22年12月14日から平成24年12月13日

○その他

- (ア) 検討会に関する庶務は、高等教育局医学教育課において処理する。
- (イ) その他検討会の運営に関する事項は、必要に応じて検討会に諮って定める。

イ 検討会委員（所属等は平成 22 年 12 月当時）

安西 祐一郎	慶應義塾学事顧問（ <u>座長</u> ）
今井 浩三	東京大学医科学研究所附属病院長
片峰 茂	長崎大学学長
木場 弘子	キャスター、千葉大学特命教授
栗原 敏	社団法人日本私立医科大学協会副会長、慈恵会医科大学理事長・学長（ <u>副座長</u> ）
黒岩 義之	全国医学部長病院長会議会長、横浜市立大学医学部長
桑江 千鶴子	都立多摩総合医療センター産婦人科部長
坂本 すが	社団法人日本看護協会副会長
妙中 義之	独立行政法人国立循環器病研究センター研究開発基盤センター長
竹中 登一	アステラス製薬株式会社 代表取締役会長
丹生 裕子	県立柏原病院の小児科を守る会代表
永井 和之	中央大学総長・学長
中川 俊男	社団法人日本医師会副会長
中村 孝志	京都大学医学部附属病院長
西村 周三	国立社会保障・人口問題研究所所長
濱口 道成	名古屋大学総長（ <u>副座長</u> ）
平井 伸治	鳥取県知事
森 民夫	新潟県長岡市長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
山本 修三	株式会社日本病院共済会代表取締役社長

ウ 会議コメント（医学部新設に係るもの）

第 1 回（H22. 12. 22）

（報告）

○現在の医療・医学を取り巻く状況について（文科省、厚労省資料）

（意見）

○今井委員（東京大学医学研究科附属病院長）

医師不足に対して、新たな医学部を立ち上げて対応する方が早いと思う。

○中川委員（日本医師会副会長）

今井委員から医学部新設の話があったが、あり得ない話だ。

○濱口委員（名古屋大学総長）

人口減少が見込まれる中で医学部定員の増加はどうか議論する必要がある。

第2回(H23. 1. 28)

(報告)

○本田宏(済生会栗橋病院副院長)

「医師は充足しているのか?—医療現場の状況について—」

- ・医師不足の現状を説明(日本医師会は医療現場で医師の足りない状況をどう考えているのか)。

第3回(H23. 2. 18)

(報告)

○寺島光一(北海道乙部町長)

「北海道における医師の現状と対策等について」

- ・大学医学部の新設を要請。

○河野陽一(千葉大医学部附属病院長)

「医療システムと必要医師数」

- ・「目先だけではなく、20、30年後を見据えた議論が必要」と医学部新設に慎重な立場を示す。

第4回(H23. 3. 11)

(報告)

○中川委員(日本医師会副会長)

「医師の需給に関する検討会報告書について」

- ・2022年に医師が供給過剰となる資料を提出。

第5回(H23. 5. 13)

(報告)

○矢野右人(長崎県病院企業団企業長)

「自治体病院より見た医師不足の要因と対策」

- ・単純に養成医師数を拡大しても医師不足は解消しない。

○小川彰(岩手医科大学長)

「医師養成増は医療崩壊を救うか」

- ・医学部定員の拡大は不要。定員拡大は医師不足に拍車をかける。

○上昌弘(東大医科学研究所特任教授)

「医師不足に関する見解」

- ・医師総数の拡大は必要である。東日本の医学部定員の拡大が必要。

第6回(H23. 6. 18)

(報告)

○山本雅之(東北大学医学部長)

「東日本大震災と東北大学医学部定員増計画」

- ・医学部の臨時定員増の方が新設に比べて効果的である。

第7回(H23. 7. 7)

医学部新設に係る議題なし。

第8回(H23. 8. 10)

第7回までの検討会の議論を踏まえ、文部科学省が論点整理（素案）を提出。

（意見）

○中川委員（日本医師会副会長）

- ・ 第7回までの検討の論点整理を行うとの合意はされていない。
- ・ 検討会で発言のないことまで記載されている。事務局が勝手なことをしては困る。

○今井委員（東京大学医学研究科附属病院長）

- ・ 「医療ニーズのある65歳以上人口は25～30%増えるが、医師数の増加は10%程度」、「医師の高齢化により60歳以下の医師数はそれほど増えないこと」「茨城、千葉、埼玉や東北地方に医学部が少なく、東日本の医学部を増やすこと」「医師の勤務時間が長く、今後女性医師も増えることから、医学部を新設すること」を論点整理に加えるべき。

○安西座長（慶應義塾大学学事顧問）

- ・ 医学部新設に反対の委員に対して、小児・救急等の医師不足やへき地の医師不足問題に対して、これまでの対策の効果が見えてこない。このことに具体的に反論し、更なる対応案をデータに基づき示していただきたい。
- ・ 医学部新設に賛成の委員に対して将来、医師が過剰となるとする意見に対して、具体的反論を求める。
医学部新設でへき地への医師派遣が増えるとも思えない。このことも具体的なデータに基づく説明を求めたい。
- ・ 論点整理は今後の検討会の進行に必要なので行う。また、国民にも医療問題について勉強してほしいと思っている。

第9回(H23. 11. 29)

第8回までの検討会の論点整理（素案）を自由討議。

（要点）

- 医学部新設については具体的方向性を示さず、賛成・反対両論併記で、今後国民の意見を募集する。
- 「社会保障と税の一体改革」などの議論も参考として検討会で議論する。
- 第8回での座長宿題に対する資料提出はなし。
- 検討会で、医師需給見込み調査を行う方向が示された。

エ 論点整理に関する意見募集の結果について

○募集期間 平成23年12月15日～平成24年1月15日

○提出意見総数 992件

○意見提出者の概要

(ア) 都道府県別分類

宮城県：223件、新潟県：153件、東京都：134件

(イ) 職業

大学関係者：169件、医師：209件、その他の職業：488件

(ウ) 年齢

～30代：272件、40～50代：405件、60～70代：221件

○主な意見

- ・ 医学部定員の増員、新設に大賛成。数を増やすことで医療機関と医師に競争と自浄作用が働くようになる。
- ・ 現状の医師数では十分とはいえず、偏在も解消すべき。偏在を解消するための具体的方策として、自治体と大学が連携しての医学部新設の申請を行うことを提案する。
- ・ 医学部新設には反対。診療科の偏在は医師数を増やすことでは解決しない。増員しても眼科や精神科にいくだけ。また、医学部新設には莫大な費用がかかる。

(3) その後の国の状況

平成24年9月に平野博文文部科学大臣は突如、医学部新設に次のような発言を行った。

平成24年9月10日

「地域の医師確保対策2012」発表（文科省、厚労省）

※医学部新設はこれまでの医学部入学定員増の効果を検証するとともに、今後の社会保障全体の議論を踏まえ、引き続き検討する

9月11日 平野文部科学大臣記者会見

医学部新設については賛否両論がある。当面の医師不足解消のためには、既存医学部で設備、教官、病院機能が十分備わっているところの定員増で対応した方が良い(当面の医師不足解消のためには医学部新設を行わない) 旨の発言

(4) 他県の動向

ア 北海道函館市

北海道は北海道大学、道立札幌医科大学、旭川医科大学の3つの医学部を有するが、函館市のある道南には医学部がなく医師不足の地域であった。

前西尾市長は、公立はこだて未来大学に医学部を新設し、函館市立病院を附属病院化する構想を持っていた。

現工藤市長（平成23年4月統一地方選で当選）は、公立はこだて未来大学に医学部を新設する構想を撤回した。その後、同志社大学が医学部新設を検討していることから同大に対して誘致活動を展開している。

○平成24年3月 同志社理事が函館市訪問

○ 5月 函館市長が同志社理事長を訪問。医学部誘致を打診

○ 6月 同志社理事長と函館市長が会談

※同志社大学は医学部を有していないが、国が新設を認めれば申請する考えである。

イ 北海道医療大学（北海道石狩郡当別町）

北海道医療大学は平成22年から医学部設置の検討を開始した。薬学部、歯学部、看護学部等はある。また北海道医療大学病院を当別町の隣の札幌市に持つ。

医学部附属病院として、釧路労災病院（500床）、釧路赤十字病院（489床）を含め、ネットワーク化を考えている。従って、現行の医学部ではなくメディカルスクールを想定している。

ウ 宮城県

宮城県には東北大学医学部しかなく、医師不足の深刻な地域である。都市部の仙台市にはある程度の医師がいるが、南三陸町から石巻市にかけての三陸沿岸地区は医療過疎地と言われている。

東北大学医学部の特色として①地域医療を担う臨床医ではなく医学研究者志向の者が多い、②地元出身の入学者が少ない等地元定着率の低さが挙げられる。

そもそも東北大学以外の旧6帝大のある都市には、旧帝大医学部のほかもう1校（以上）別の大学医学部があり、そちらが臨床医を養成する役割を担う状況になっている。

仙台厚生病院は文部科学省において検討会が設けられるのを機に、臨床医養成に重点をおく医学部新設を目指すこととなった。同病院を附属病院化するが、仙台市内の他の複数病院の協力でネットワーク化することも検討している。なお学部は東北福祉大学に置くこととし相互に連携して医学新設を目指している。

平成23年3月11日の東日本大震災により、岩手、宮城、福島県の沿岸部は壊滅的な被害を受けた。医療機関の喪失や医療従事者の減少があり、地元地方公共団体も新設の取組を支援している。

しかし、地元医師会や地元（医科）大学医学部長などは医学部新設に反対の立場である。

○平成24年2月 東北16市長（代表石巻市長）が復興大臣、文科大臣に医学部新設の要望書提出

○ 6月 東北市長会（75市、代表仙台市長）が文部科学大臣に医学部新設の要望書提出

※被災3県の医学部長（岩手医大、東北大医学部、福島県立医大）が新設反対を表明（平成24年5月）

※宮城県医師会も反対声明（平成24年5月）

○平成25年2月 宮城県知事が、文部科学省、厚生労働省、自由民主党（東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟）、公明党に要望書を提出

東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟が決議

エ 茨城県

茨城県は本県に次いで人口10万人あたりの医師数が少ない県である。

約300万人の県において、医学部は筑波大学医学部（つくば市）しかなく、県庁所在地の水戸市などでも医師不足が深刻である。

橋本知事は、茨城県の医師不足は地元の医師養成機関を増やさない限り解決しないとの考えである。

○平成23年9月 茨城県知事が早稲田大学に医学部誘致を打診

※候補地は笠間市の県畜産試験場跡地、直ちに茨城県医師会が反対決議

○平成24年6月 茨城県議会が早稲田大学医学部誘致を決議

オ 国際医療福祉大学（栃木県大田原市）

国際医療福祉大学は、平成22年3月、医学部の設立準備委員会を設置した。

またそれ以前から有識者を含め、医療の在り方など広く検討している。

那須塩原市に大学病院（208床）、矢板市に塩谷病院（300床）、東京

都港区に三田病院（291床）、熱海市に熱海病院（265床）を持っている。

カ 神奈川県

神奈川県はテレビキャスター時代から医療問題に関心を持っていた黒岩知事の就任後（平成23年4月）、医学部新設に取り組んでいる。

なお、神奈川県には横浜市立大学（横浜市）、北里大学（相模原市）、聖マリアンナ医科大学（川崎市）、東海大学（茅ヶ崎市）の4つの医学部がある。

○平成23年12月 宮城県、神奈川県、新潟県、静岡県知事が医学部新設について文科省に要望書提出

○平成24年 4月 神奈川県医療のグランドデザインで医学部新設について両論併記

○ 5月 知事が京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区内に、新しいタイプの「医学部」新設を目指すと表明

※神奈川県医師会は反対を表明

※「新しいタイプの医学部」：黒岩神奈川県知事の考えでは、外国人医師による英語による授業（講義）を行い、日本の医療界に新風を吹き込みたいとしている。

○ 6月 古川国家戦略大臣が神奈川県の医学部新設を支持

キ 新潟県

泉田新潟県知事は、新潟大学医学部の入学定員増だけでは県内の医師不足は解消しないと考え、同じく医師不足に悩む知事と連名で、医学部新設の規制緩和の要望書を提出した（平成22年度、平成23年度）。

また、大学医学部の県内誘致についても明言している。

ク 静岡県

静岡県は国立の浜松医科大学（浜松市）1校である。同県は東西に長く、医学部のある浜松市は西端に位置するため、特に県東部の医師不足が深刻である。

聖隷クリストファー大学（浜松市）も医学部新設を検討しているが、静岡県は同大学の新設の検討に深く関与はしていない。

○平成21年 6月 川勝静岡県知事が県東部への医学部新設をマニフェストに掲げる

※静岡県医師会は反対を表明

※ 川勝静岡県知事は三島市など県東部に早稲田大学医学部誘致を進めている（平成22年4月9日毎日新聞静岡県版）

3 有識者ヒアリング結果概要

本県の医師不足対策として、医学部設置が有効な手法となりえるか、また実現にはどんな課題と解決策があるか、先行の事例や研究から学ぶことは有益である。このため、特に先進的な研究を行っている識者や医学部新設を検討している大学・病院関係者からヒアリング調査（5大学）を行った。

（要約）

医学部設置に賛成する主な意見として、次のものがあつた。

- ・卒業生の定着率の低い地域では既存医学部の定員増ではなく、地域医療を重視する新たな臨床教育を行う医学部が必要である。（東北福祉大学・仙台厚生病院）
- ・「高齢社会の進展（死亡者数の増加）」「医師自身の高齢化」「女性医師の増加」等の複数の要素を総合的に考えると、既存医学部の定員増では焼け石に水であり、医学部新設しか解決策はない。（東京大学医科学研究所）

一方、医学部新設に反対する主な意見として、次のものがあつた。

- ・2025年問題に医学部新設で対応しようとしても間に合わない。（千葉大学）
- ・首都圏の公立医学部となるとおそらく卒業後は東京に行き、埼玉県医師増にはあまり寄与しないだろう。（日本医科大学）

このほか、次の意見もあつた。

- ・仮に医学部新設が認められるとしても、従来の医学部とは全く異なる特色ある医学部が求められるだろう。（政策研究大学院大学）
- ・今後どのような医療を提供していくかの「グランドデザイン」なくして、医師を増やすための医学部新設を考えることは意味がない。（日本医科大学）

これまで見てきたことから考察すると、今後の医療ニーズの増加等から推計すると2050年時点でも医師不足は解消しない。医学部の設置は一つ的手段であるが、実現までのスピードや医師の定着率の問題を考えると、これだけでは医師不足を解消することはできない。現行施策の充実と併せて、医学部の検討など新たな施策を含め、医師不足に対応するための総合的な取組を進める必要がある。

(1) 千葉大学医学部での主な考えや意見（平成24年8月24日意見交換）

ア 千葉県（千葉大学）の状況

- 首都圏における今後の超高齢化の課題（医療・介護）について強い危機感を持っている。
- 千葉大学医学部附属病院 高齢社会医療政策研究部（高林副病院長がリーダー）から学長に進言、学長命で全学部を挙げて課題解決のプロジェクトに取り組むこととなった（2年間）。
- 本学だけではなく千葉県健康福祉部長も同様の危機感を持っており、本学に県が寄附研究を設けた（研究費4,000万円/2年間）。県、市町村等とも連携を取る。
- 当研究部では2年間に、①千葉県における高齢社会の現状、今後の人口推移と医療需要、及びこれに必要な医療資源の算出、②今までに提唱された高齢社会の医療計画、グランドデザインの収集、検証、③千葉県内の健康教育や啓発事業との連携、④上記を踏まえた上で、具体的な医療政策の

提言、の4つを研究する予定である。

- ①については、まずは既存の国調査（患者調査等）を基に現状分析、将来推計を行うこととしている。その中で、現状の過不足を議論したりするのではなく、患者の動向を現状と将来で比較し、实际的・対応可能な解決策を提言することを目指している。
- 首都圏における超高齢化は人類史上空前・絶後の速度・数（量）である。千葉県では都市部で高齢者の急増、他の地域（太平洋側など）では医師の流出が進むと見込まれる。

イ 課題

- 国が病床規制を緩和しない限り、千葉県では2030年時点で病床は満杯となり、医療あるいは介護を受けることのできない難民が多数生じることが避けられないと推察している（千葉市で入院患者は現在の1.6倍、死亡者は2.0倍となる。）。
- 医療・介護の問題だけではない。老朽化した公団団地（かつてのマンモス団地）のバリアフリー問題、電車・バスなど交通インフラにおける超高齢化対応、人口減社会における空き家増と治安問題（孤独死の増加に伴う検死の増加による警察の業務増）（千葉県では不法入国者の潜伏）など課題は多岐にわたると考える。
- 超高齢化の問題の発生は、救急搬送（消防）の現場が何かを感じ始めていないか（一時、妊婦のたらい回しが社会問題となったが、高齢者の受け入れ困難事例の増加や事例発見の遅れの増加等）、ヒアリングを行う予定である。
- これは千葉県だけの課題ではない、埼玉や神奈川を含めた首都圏の問題であると考え。千葉大学医学部は筑波大学医学部と連携して対応していくため、意見交換を始めた。

ウ 医学部

- 医学部を新設して医師を増やしたいという考えは千葉県も同じである。しかし、医学部新設では2025年には新設の効果が間に合わないため、この問題の解決策とはならない。2025年問題を乗り切るためには他の医療・介護施策を考える必要がある。
- 医学部の卒業生の卒後の定着率（50%程度）の問題がある。卒後東京の医療機関に行ってしまう悩みを千葉大学医学部は持っている。
- 5年・10年先の課題の解決策としては、医学部新設よりも、後期研修修了後の脂ののった医師を外からどう連れてくるか、そしてその医師に寂しい思いをさせずにいかに残ってもらうか、ということが最も有効な策だと考える。
- 2025年問題の解決手段と切り離して、医学部を新設して医師数を増やすことは良いと思うが、魅力ある医療機関を埼玉県内で整備し（マグネットホスピタルとなるような総合病院の誘致を含む）、臨床研修後の働き盛りの医師を引きつけることを考えてはどうか。西日本の地方の県では今後確実に医師の過剰が生じる。

(2) 政策研究大学院大学での主な考えや意見（平成24年8月29日意見交換）

ア 医学部新設・医師確保

- 医学部を新設した場合、指導医確保に伴う医師不足が生じかねない。現研修制度が招いた医師引き上げに伴う医師偏在の問題と同じ事象をどう解決するのか解を持っていない。
- 医師養成は長いターム（50年）で考えるべきことである。2025年問題に対応するには、あまりに期間が短すぎる。また、2035年ごろはいったん医療需要が減少するのではないか。
- 2040年以降は、年100万人ずつ人口が減少する中、高齢者が増加する。
- 諸事情が変化する中であって、20～30年先の政策を打ち出すのは口で言うほど容易ではない。
- 仮に医学部を設置する場合、従来の医学部とは違い、こういう医師が必要だという、既存のコンセプトとは異なる特色ある医学部でないと認められないのではないか。（21世紀後半を見据えたチャレンジングな医学部）
- 単に医師数が少ない地域に医学部を新設したいと言っても、国には話合いの場にさえついてもらえない。
- 医学部新設の大学の状況を見ると、医局のマネジメントが非常に困難であるようである。（例：香川県では、岡山大と徳島大の医局機能が県立病院にも入り込み、トップは他県の顔色を伺っている。）

イ 総合医・医療供給体制

- 我が国は（経営を優先する）民間セクター中心の医療供給体制であるため、公的性格が強く適正配置が可能なイギリスやスウェーデンの病院とは異なり、ダイレクトに政策を展開できない。特に埼玉県は自治体病院の比率が低く民間の比重が高いため、施策の展開が困難ではないだろうか。
- ただし、公的性格が強いイギリスやスウェーデンの病院では「何があっても潰れることはないだろう」というお上意識が働いてしまっていたが、民間セクター中心の我が国では高いパフォーマンスが実現したという点で、両者とも功罪はある。
- 過疎化が進む地方では総合医の養成は必要かもしれないが、都心に近い埼玉では、何でも診られる総合医を養成しても住民の満足を得られるか疑問である。相当高いレベルの総合医が求められる。
- 県域を超えての相互連携も必要となる。
- これまでは臓器別医師が養成されてきた。これにより治らなかった病気が治る（医療の高度化）というメリットがある。一方、一人の患者が部位ごとに複数の医師を持つということが果たして適正なのか、また、医療資源の配分として許されるのか疑問を感じる。
- 1985年ころ、国では「家庭医」を養成しようという動きもあったが、イギリスと同じ人頭払いになるのではないかと医師会等から強い反対があって実現しなかった。
- 「かかりつけ医」は日医から出てきた考え。大学病院の医師がかかりつけ医だとか、臓器別に複数のかかりつけ医がいるといった言葉の使い方さえできるあいまいな概念である。
- 「総合医」という言葉も、在宅中心の医師か、病院勤務のホスピタリストか、へき地医療の医師か、捉え方が皆違う。

- 我が国では「総合診療医」に対しては、(どこの診療科にも属さない) その他の診療科、へき地医療、在宅医療といったイメージと結び付けられ、専門分野を重んじる傾向のある医学部内では、ゼネラリストは格下に見られているようである。優秀な人材も集まらないと聞いている。
- 民間病院では経営者と病院長の考えが異なることはありえない。そんな病院には銀行が金を貸さない。また、診療報酬の改定があった場合も、病院長自らが先頭に立ってスタッフに方針を伝え、一体となって対応する様子が見られる。
- 一方、自治体病院では首長と病院長の考えが一致しない。経営担当課の課長に人事出身者が就く例が多いことに象徴されるように、病院経営を医療問題としてではなく組合問題として捉えている。
- 社会保障の中でも年金はファイナンスだけの問題で、ある意味単純だが、医療・介護はファイナンスとデリバリー(供給)を同時に解決しなければならず、複雑な問題である。

ウ 在宅医療・地域包括ケア

- 地域包括ケアの単位としては市町村域でも広い。小中学校区が最適だろう。
- 在宅医療について、市町村と連携して在宅医療、地域包括ケアを推進するという理想は理解できるが、実際には市町村としてはこれ以上負担を負いたくないというのが正直なところであり、口で言うほど容易ではないのではないかな。
- しかし、高齢化が進み、病床も増えない、(首都圏の地価の関係で)特養など入所施設も増えない状況では、在宅医療は今後とるべき道の一つと考える。
- 県：医療、市町村：介護といった縦割りで考えるべきではない。
- 福祉は、医療・介護と異なり、時間軸で患者の状態の変化を捉えるということができない。
- ケアマネジメントについて、ケアマネジャーのスキルの問題だけでなく、学問が確立している医療と比べ、ケアマネは学問的裏付けがない。課題はもっと根深い。
- 今後の在宅医療の対応としては、これから総合医を養成するのでは量的に全く間に合わない。既存の開業医を利用するしかない。
- 在宅医療について、1人で24時間365日対応では済まない。柏市の主治医-副主治医制など、支援システムが必要である。この場合、質・量ともに良い人材の確保が課題である。
- 地域のリソースは地域ごとに異なる。誰が高齢者と医療・介護資源をコーディネートするべきかは、地域によって異なる。コーディネートする人材が不足している。

エ 総括

- 人類が経験したことのない高齢社会を迎えるに当たり、従来の国のパッケージに頼っていては乗り切ることができないことは明白である。それぞれ異なる地域の実情・特性に合わせ、保健医療部局だけではなく全庁的な総合計画づくりが県には求められる。また、市町村・民間をも巻き込んだ対応が必要である。

(3) 日本医科大学での主な考えや意見（平成24年9月5日意見交換）

ア 今後の高齢化の進展と医師不足等について

- これまで本学・長谷川教授も携わってきた厚生労働省の「医療受給研究班」大島代表（国立長寿医療センター総長）が言うように、今後、どのような医療を提供していくかといったグランドデザインの中身の議論を抜きに単に医師の頭数を増減させても何の意味もない。高齢社会に対応できる体制を作ることが最優先の課題だと考える。
- 例えば、これまでの専門医が患者の単一の疾患を治療すれば終了、という医療と異なり、一人で複数の病気を抱え急性期～介護のケアサイクルを繰り返す高齢者が多くなれば、複数の病気を診られる総合診療医の養成が必要になってくるかと考えられるが、医師養成カリキュラムの変更等の議論がない。これでは高齢社会、地域医療に対応できるとは考えられない。
- 診療科ごとの必要医師数を論じるならともかく、頭数だけ推計しても意味がない。また、診療科標榜の自由等がある日本では、医師数を増やしても不足する診療科や勤務医不足はそのままとなる。
- 医師不足＝正しくは病院勤務医不足、もっと言えば院内の特定の診療科医の不足というのが正確なのではないか。
- 高齢者が増加しても人口が減る分、有病者はあまり増えないと考える（2010年→2030年で2～5%増）。ただし、疾病構造が劇的に変化し、「要介護者」や「認知症」は激増する（2010年→2030年で60%増）。ほかに特徴的に増えるのは、「複数疾患を持つ者」、「死亡者（看取り）」、「脳卒中」と考えている。
- 埼玉に医学部を設置しても、都内や地方からの入学者が卒後出て行ってしまう可能性が高いと考えられる。（秋田大学・鳥取大学医学部は、東京の私立高の卒業生はもとより、地元出身の卒業生さえも多くは地元に着していない。）

イ 日本医科大学・平成23年度研究結果について

- 本学では研究を進めていく過程で、7つの発見と提言を見出した。
- ①将来需要の量を推計するのは困難である。世界を見ても需要を推計する確立されたモデルはない。
- ②複数疾患を抱えケアサイクルを繰り返す高齢者が増えれば、当然、需要の質も変化する。また、今まで東京の医療資源を利用していた県民も、高齢化により通院での長距離移動はできなくなり地域全体で診る体制が必要となる。複数疾患・ケアサイクルを特徴とする高齢者を診るためには総合診療医が不可欠である。
- ③M字カーブにおける1番目の落ち込みが深い。近年の特徴として落ち込み後のリカバリーが悪化している。出産・子育て期の女性医師による要因のほか、男性も含めてワークライフバランスのライフを重視する労働観や、救急や当直を好まない医師が増えているようである。健診医やコンタクトレンズ眼科医で収入を得る医師も少なくない。
- 関連して、医局制度の崩壊により、かつてのタテのつながりがなくなり、フリーター医師が増えているようであるが、正確な数は把握されていない。前期研修はリクルートがあっせんしたりしているが、後期研修はそうした仕組みがなくドロップアウトする若手が多い（一説では10%）。医師不足解消に向けては、医学部設置よりも、こうした医療資源の再活用のほうが有効かもしれない。

- ④地域によって医師の需給が異なっている。(大都市、郊外、中核都市、中小都市、へき地)
- ⑤国交省の82圏域を基に分類して地域ごとに見ると、大都市郊外の医師供給が危ない。埼玉県もそうかもしれないが、これまでは東京都のような医療資源が豊富な地域に依存できていた。ところが、今後急増する高齢者は都内で治療するということは考えにくく地域に頼らざるを得ない一方、これまで医療資源が少なかった大都市郊外が必要となる医療サービスを供給できるかどうか不安である。また、この高齢化問題については、新たな医師養成による対応では間に合わない。
- (開業医は現状でも一定の総合診療医的な機能を果たしているとの考えを前提とし)勤務医から人材を見出し総合診療医として活躍するトレーニングを開始する必要がある。
- 救急や夜勤に対応できる若い医師を養成するためなら、医学部定員増は意味がある。
- なお、二次医療圏は300あり、人口が少ない医療圏では医療提供が非効率である。
- ⑥診療報酬優遇等の政策誘導によって、産科・小児科・救急等は医師が増加(=「勝ち組」)した一方、皮膚科・耳鼻科等はそうした傾向がない。
- また、産科学会は医学生にサマースクールを開催するなどして、医師の確保に努力し、成果が上がっている。
- 専門学会としても、症例数を基に必要医師数を算出するなどの自主的な努力が必要である。
- ⑦少子化が進む中で、医学部が定員を増やし偏差値の高い人材を集めることが果たして日本全体を考えて良いことか国民的な議論が必要である。
- 以前、医師業務のタイムスタディをしたところ、書類作成などの事務的な仕事に多くの時間がさかれていることがわかった。
- OECD平均で薬剤師の割合が高いにもかかわらず、医療現場で活躍できていない現状がある。歯科医師も併せ、医療資源の有効活用を図るべきである。

(4)-1 東北福祉大学での主な考えや意見(平成24年9月20日(木)意見交換)

ア 医学部新設の経緯

- 自大学の福祉系学部の教育内容に自信を持っている。学生の志願者増が続いているのは本学だけである。
- 福祉系学部、看護系学部の学生の実践(実習)の場として、自前の病院を持ちたいと考えていた。今は学長を含め、理事会全体の総意として検討を進めている。
- 経済政策として「医療」「介護」「福祉」は内需拡大の主要分野であると考えている。

イ 検討状況

- 医学部新設については仙台厚生病院の目黒理事長が主導している。同病院を附属病院として寄附するので、座学の間を東北福祉大学で用意してほしいと話をいただいた。
- 本学で東北大学医学部の調査を行った。入学者の3分の2から6割が関東地方や中部地方の高校出身者であった。また、「研究第一主義」の東北大

学ではへき地医療を担う医師養成は期待できないと判断した。

- 今の日本の医療制度では、単に医師の養成数を増やしても診療科偏在や地域偏在が解消しないことは分かっている。学生の中からへき地医療を担うよう教育する必要がある。既存医学部、特に国立の医学部にへき地医療は期待できないと考えている。
- 新たな医学部の新設が認められても2、3校で、それは私学であると聞いている。国公立だと画一的になり、臨床やへき地医療重視の新たなタイプの医学部になり得ない。

ウ ヘき地医療対策

- ヘき地に医師が行くシステム構築も不可欠だ。今考えているのはへき地に一人で行かせるのではなく、「3人で一チーム」として行かせる。そしていずれは仙台に戻すことを約束して安心を与えることを考えている。

エ 将来予測について

- 医療ニーズの将来予測については、対応する医師について、単に医師免許取得者数だけで考えては駄目である。65歳以上でメスも握れない医師、産休等のことがある女性医師の増加等を考慮すれば、医師が将来余ることはない。
- 東北地方と埼玉県では医師不足は共通するが実状が異なる。埼玉県はへき地のエリアは狭いかもしれないが、今後の高齢化のスピードと量が桁違いだ。

オ 新設認可に向けた準備等

- 自民党も東北地方に医学部新設を進める議連を立ち上げた。やがては超党派の議連にしたい考えのようである。
- いずれにしても文部科学省の動きを考えると、新設認可は数年先となるだろう。本学も少し長期的に検討を進めるつもりだ。
- 村井宮城県知事は医学部新設には賛成だが、宮城県医師会や東北大学医学部とも良好な関係が保たれるよう配慮している。
- 医学部新設の場合、臨床系の医師（教官）の確保は全く心配していない。問題は基礎系の教官である。私学であれば定年が国公立より遅い。東京大学医学部や東北大医学部を定年退官した教授でつなぎながら回すつもりだ。

(4)-2 仙台厚生病院での主な考えや意見（平成24年9月20日意見交換）

ア 医師不足について

- 厚生労働省は「医師の偏在」と言っているが、明らかに「医師の絶対数の不足」がある。それに地域偏在と診療科偏在が加わったものである。
- 団塊の世代が高齢者（65歳以上）の仲間入りを始めた。そのスピードと量の増加において、埼玉県で医師が余ることは決してない。岩手医大、東北大学医学部、福島県立医大の3大学の学部長が2017年に医師が余ると言っているが不思議でならない。
- 各地で医学部新設の動きがあるがバラバラの対応では日本医師会、官僚、医学部長会等の変容は期待できない。共同してことに当たりたい。

イ 東北地方におけるへき地医療

- 東北地方は過疎化に加えて、医師が絶対に行きたがらない地域が面積的に広い（県庁所在地＋新幹線沿線地域以外は医師が行かない）。
- そこに医師を派遣するには既存医学部の定員増では解決しない。また医療制度を変えることも困難であるので、新たな派遣システムを構築したいと考えている。
- 一つは自治医大のような「奨学金システム」である。
- もう一つは、医師（勤務医）にも人間らしい生活を保証することである。月60～100時間の超過勤務、しかも若手医師を一人でへき地に落下傘的に落とすのでは、不真面目でサボるか、真面目で体を壊すかいずれかである。
- 私も心臓内科医として一人で24時間365日を経験した。このアブノーマルなことを今の若い医師には絶対に行かせない。
- これまでの医療は、患者（需要者）側に寄りすぎている。医師もまた1市民である。市民としての医師の人権や生活あるいは夢を保証できれば、勤務医を続けるものも増えるし、へき地にも行こうということになる。
- それをこの仙台厚生病院で実践してきた。へき地に医師を派遣する場合、「3人を一チーム」で派遣する。そうすれば3日に1日は安心して寝ることができる。そして3人でディスカッションして患者に対応することができ、医師を孤立化させることもない。そして40歳台になれば仙台に家を持てるようにする。40歳にもなると子どもの教育をどうするか心配も出る。それもケアしたい。（また、へき地に行った若手医師をフォローする24時間365日のコンサルティングセンターの構築を検討している。）
- 「へき地勤務や勤務医生活はつらくない。夢がある。」といったことを新たな医学部における教育でも実践していきたい。

ウ なぜ医学部新設を目指すのか

- 仙台厚生病院は元々東北大学医学部附属病院の結核療養機能から発展した。国の庇護がなくなり、一時潰れかかったが理事長中心に経営を立て直し、医学部新設もできる資金を蓄えている。
- そうした経緯等があるので理事会で理事長の意見が通りやすい。また、病院を拡大するより東北地方の医療に貢献したい気持ちが強い。
- 仙台厚生病院の医師や職員も「東北地方の医療は大変なんだ」、「公」に貢献したいという気持ちを持ってきている。だから1つの病院を上手く経営し、楽しい私生活を送りたいということより、東北福祉大学にこの病院を寄附して医学部新設に挑戦することに面白みや意気を感じてくれると思う。
- 医学部や附属病院を一から立ち上げると財政負担は大きいと思う。岩手医大は500～600億円要すると言っている。
- 新設のやり方はいろいろあるのだと思う。県立病院や協力病院のネットワーク化で附属病院化しても良いのだと思う。

エ 医療における選択と集中

- 病院における選択と集中で、私は3者2択論を展開している。病院機能として「救急」「高度」「総合」があるが、3つすべてを求めても上手く行かない。

- 仙台のような都市部では「救急」「高度」に特化すれば本院のように上手くいく。気仙沼のような地方都市では「総合」と「救急」の2つに特化し、高度医療は諦める。高度医療は仙台に搬送すれば良い。
- 選択と集中を行えば、この仙台でも医療機関数を少なくし、医療費の適正化ができるはずである。

(5) 東京大学医科学研究所での主な考えや意見

ア 医学部が必要と考える理由

- 人口 10 万人あたり医師数は大きく改善する。
2010 年と 2035 年を比較
人口は 13%減となり医師数は 37%増となる。
一見すると医師不足は改善すると考えられる。
- ただし、以下の点を考慮すると、医師不足は改善するどころかむしろ悪化する。
 - ①現役医師の高齢化
今後増加する医師は高齢の医師である。
高齢医師は、
「管理業務が主となり臨床は行わない。」
「徹夜勤務等の過度の超過勤務が困難となる。」
 - ②女性医師の割合が多くなる。
「出産・育児により労働時間の減少や離職が見込まれる。」
 - ③現在のように時間制限なく勤務医に労働を強いることはできない。
「宿直明けの連続勤務が常態化となっている現状が改善される。」
 - ④医療ニーズを超高齢化社会を見据えて捉える必要がある。
「人口 10 万人あたり医師数で考えることは妥当ではない。」
「「死亡者数」「後期高齢者」「高齢者」など特に医療ニーズの高いと思われる指標で判断することが適当である。」

イ 医療状況の悪化についての考え

- 「患者何名を看取ったか」を指標（一例）
(理由)
医師は、死に至るほどの重症患者を抱えれば抱えるほど、急変の際の対応や処置などに忙殺される。その結果、一般患者の診察や治療がおろそかとなる。
- ◆2010 年（平成 22 年）
 - ①患者の死亡者数/医師の総労働時間×100 時間当たりに換算=0.158
- ◆2035 年（平成 47 年）
 - ②：労働時間制限なし
患者の死亡者数/医師の総労働時間×100 時間当たりに換算=0.221
②/①=悪化率 140%
 - ③：週 60 時間勤務制限(英米並み)
患者の死亡者数/医師の総労働時間×100 時間当たりに換算=0.258
③/①=悪化率 164%
 - ④：週 48 時間勤務制限（欧州やEU並み）
患者の死亡者数/医師の総労働時間×100 時間当たりに換算=0.311
④/①=悪化率 197%

④について、197%を100%に戻す(する)ためには、医師数を約2倍としなければならない。医師数を倍とすることは既存大学の定員増ではなく、新設が必要なレベル。

※医師の総労働時間＝年齢別医師の労働時間×年齢別医師数

(6) まとめ(医学部新設についての主な意見)

- まず今後の埼玉医療をどうするかといった提供体制の在り方(グランドデザイン)をどうするかを考えるべきである。そこで医学部新設をどうするかを考えた方がよい。
- 人口当たり医師数が全国一少ないという理由だけでは国は医学部新設を認めないだろう。21世紀後半を見据えたチャレンジングな医学部モデルの提示が必要だ。
- 医学部新設だけで医師の診療科偏在、地域偏在の問題は解決しない。医学部卒業生や病院勤務医が地域に定着する仕組みづくりを併せて考える必要がある。

4 本県の医療提供体制の現状

本県の医療提供体制の現状を把握するため、平成23年度において「受診動向・医療機能等調査」を実施した。

この調査自体は本来地域保健医療計画策定の基礎資料とするためのものであるが、今回は特に医学部設置の可能性を検討するために必要な項目を追加した。

本県にある唯一の医学部は埼玉医科大学であるが、昭和47年の開学以来、本県に勤務する医師の養成にどの程度貢献があったのかや医師の性別、年齢別構成などについて調べた。

一方、県内には10の保健医療圏があり、それぞれが抱える課題も異なる。その現状及び課題を整理し、課題解決の手立てを検討する必要がある。

(1) 平成23年度「受診動向・医療機能等調査」結果分析

ア 目的

県内の医療機関の医療従事者や診療機能の状況及び患者の受診動向の調査を行うことで第6次地域保健医療計画の策定や医学部調査・検討の資料を得る。

イ 調査の視点

- (ア) 医師不足や医師の出身大学等の実態の把握
- (イ) 診療分野（あるいは地域）別の課題把握
- (ウ) 効果的な医師確保方策についての現場の考えの把握

ウ 調査時点

平成23年10月1日

エ 回答

病院 219 機関/ 348 機関 (回答率62.9%)
 診療所 2,479 機関/4,097 機関 (回答率60.5%)
 計 2,698 機関/4,445 機関 (回答率60.7%)

	調査対象機関数	回答機関数	回答率
病院	348	219	62.9%
診療所	4,097	2,479	60.5%
内有床※	337	180	53.4%
計	4,445	2,698	60.7%

(二次保健医療圏別)

		南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
対象	病院	29	30	48	40	19	49	55	35	34	9
	診療所	405	335	543	854	279	457	428	341	368	87
	計	434	365	591	894	298	506	483	376	402	96
回答	病院	16	14	31	29	14	30	38	22	19	6
	診療所	255	191	340	474	173	306	249	208	228	55
	計	271	205	371	503	187	336	287	230	247	61
回答率	病院	55.2%	46.7%	64.6%	72.5%	73.7%	61.2%	69.1%	62.9%	55.9%	66.7%
	診療所	63.0%	57.0%	62.6%	55.5%	62.0%	67.0%	58.2%	61.0%	62.0%	63.2%
	計	62.4%	56.2%	62.8%	56.3%	62.8%	66.4%	59.4%	61.2%	61.4%	63.5%

オ 主な結果

(7) 医師数の不足

- 今回の調査で明らかとなった医師数は、常勤換算での医師数は 9,809 人（常勤医師 7,472 人、非常勤医師 2,337 人）であり、医師の要増員数は全診療科を合わせて 433 人である。
 - ・ 433 人/9,809 人=4.4%
 - ・ 433 人/7,472 人=5.8%
- 厚生労働省が実施した平成 22 年度「病院等における必要医師数実態調査」結果では本県における要医師数 705 人、不足率 10%である。
- 平成 22 年度厚生労働省調査と今回の本県独自調査では必要医師数に隔たりが生じる結果となった。
- また、要増員数については、医師よりも看護師等のコメディカルに対する希望が多い。
- 増員を必要とする具体的な人数は、看護師 976.6 人（171 機関）、准看護師 216.3 人（57 機関）、看護補助者 175.7 人（30 機関）であり、事務職員についても、166.3 人（53 機関）となっており、医師 433 人（158 機関）と比較して多い。

	標榜科		医師数(常勤換算)			非常勤 医率	要増員数		患者数	
	機関数	割合	男	女	計		人数	不足率	外来(9月中)	入院(9月末)
内科	1,390	51.5%	1,913	387	2,301	29.0%	84	3.5%	764,092	11,369
呼吸器内科	162	6.0%	167	32	199	16.5%	15	6.8%	26,065	446
循環器内科	312	11.6%	422	47	469	19.0%	23	4.6%	92,631	773
消化器内科(胃腸内科)	386	14.3%	367	57	425	18.7%	24	5.3%	75,145	762
腎臓内科	31	1.1%	68	14	83	30.8%	14	14.7%	26,346	282
神経内科	90	3.3%	118	23	141	20.1%	6	4.1%	21,737	431
糖尿病内科(代謝内科)	63	2.3%	53	13	66	34.3%	10	13.4%	10,648	36
血液内科	7	0.3%	18	5	23	35.6%	5	18.2%	1,025	55
皮膚科	396	14.7%	229	145	373	21.9%	4	1.1%	214,039	78
アレルギー科	160	5.9%	83	19	102	10.0%	2	1.9%	11,960	0
リウマチ科	89	3.3%	59	7	66	15.2%	0	0.0%	7,896	73
感染症内科	3	0.1%	1	1	2	0.0%	1	33.3%	1,027	0
小児科	642	23.8%	665	198	863	20.3%	27	3.1%	189,925	656
精神科	145	5.4%	361	116	476	28.9%	16	3.2%	107,971	7,868
心療内科	78	2.9%	40	13	53	45.6%	0	0.0%	10,317	16
外科	371	13.8%	614	64	678	17.0%	20	2.9%	101,358	2,364
呼吸器外科	21	0.8%	36	3	39	6.2%	5	11.5%	3,278	107
心臓血管外科	25	0.9%	84	9	93	6.7%	5	5.1%	6,186	244
乳腺外科	18	0.7%	25	2	27	27.8%	4	13.1%	4,796	19
気管食道外科	11	0.4%	1	0	1	0.0%	0	0.0%	13	0
消化器外科(胃腸外科)	56	2.1%	110	7	117	23.0%	5	4.1%	18,949	326
泌尿器科	150	5.6%	198	13	211	21.3%	10	4.5%	69,528	538
肛門外科	96	3.6%	46	3	48	13.8%	1	2.0%	7,362	55
脳神経外科	101	3.7%	225	12	237	23.8%	22	8.5%	54,215	1,301
整形外科	380	14.1%	584	57	641	29.7%	24	3.6%	464,112	2,389
形成外科	71	2.6%	51	19	70	28.2%	2	2.8%	13,090	125
美容外科	23	0.9%	17	7	23	20.2%	1	2.1%	1,791	0
眼科	282	10.5%	287	169	455	24.3%	14	2.9%	232,392	206
耳鼻いんこう科	195	7.2%	210	76	286	19.0%	10	3.5%	154,234	229
小児外科	16	0.6%	23	7	30	10.6%	1	3.2%	3,320	60
産婦人科	104	3.9%	238	91	329	23.5%	16	4.6%	104,989	972
産科	12	0.4%	13	7	20	22.9%	3	13.0%	2,085	66
婦人科	70	2.6%	54	36	90	28.4%	3	3.4%	20,291	134
リハビリテーション科	304	11.3%	179	20	199	19.8%	7	3.2%	117,977	785
放射線科	94	3.5%	132	42	174	24.3%	12	6.5%	12,488	22
麻酔科	99	3.7%	228	101	329	28.8%	18	5.1%	4,468	0
病理診断科	7	0.3%	19	5	25	25.2%	5	16.9%	9	0
臨床検査科	4	0.1%	10	2	12	3.2%	3	19.5%	0	0
救急科	5	0.2%	27	5	32	15.0%	13	29.0%	476	17
計			7,975	1,834	9,809	23.8%	433	4.2%	2,958,231	32,804

○医師1人あたりの外来患者数(1月あたり)

- ・総計 301.6人 (=2,958,231人÷9,809人)
- ・小児科 220.1人 (=189,925人÷863人)
- ・産婦人科(産科) 306.8人 (=107,074人÷349人)
- ・救急科 14.9人 (=476人÷32人)

医師不足が叫ばれている小児科、産婦人科(産科)、救急科は、診療時間や診療内容を考慮せず単純に比較すると医師1人に対する患者数が特に多いわけではない。

(イ) 医師の出身大学・非常勤医師の派遣元大学

○常勤医師の出身大学

- ①埼玉医大 750 人(11.6%)
- ②日大 348 人(5.4%)
- ③群大 276 人(4.3%)

○埼玉医科大学卒の勤務医は関連 3 病院（大学病院、総合、国際）に多く(371 人/750 人=49.5%)、公的・公立病院には多くはない。

大学	人数	大学	人数
埼玉医科大学	750	杏林大学	109
日本大学	348	自治医科大学	102
群馬大学	276	東邦大学	102
獨協医科大学	270	北里大学	89
東京医科大学	270	山形大学	83
東京慈恵会医科大学	244	信州大学	82
日本医科大学	217	聖マリアンナ医科大学	82
東京大学	213	弘前大学	81
帝京大学	198	金沢大学	79
東京医科歯科大学	195	福島県立医科大学	76
慶應義塾大学	191	筑波大学	70
順天堂大学	165	東北大学	68
東京女子医科大学	161	秋田大学	65
千葉大学	154	北海道大学	58
防衛医科大学校	149	浜松医科大学	53
新潟大学	128	その他の大学	1,082
昭和大学	116	計	6,456

○常勤医師の卒業大学院

- ①日本大学 99 人(11.6%)、②日本医科大学 61 人(7.1%)、③埼玉医科大学 54 人(6.3%)。

→埼玉医大の大学院修了者の数は相対的に少ない。同大の入学者の多くは、将来、研究者よりも開業医になることを希望している割合が高いことが推測される。

○埼玉医大は非常勤医師についても供給元となっている。

非常勤医師の本務機関

- ①埼玉医科大学 757 人、②日本大学 275 人、③順天堂大学 241 人

(ウ) 常勤医師の勤務地及び住所地

- 勤務地と住所地が同一の医療圏の医師の割合は南部（39.9%）、南西部（44.6%）で低い（最も高いのは秩父医療圏の 78.6%）。
- 南部医療圏、南西部医療圏で東京都に居住している医師の割合は、それぞれ 37.3%、42.2%と高い。
- 東部医療圏、西部医療圏も勤務地と住所地が同一の医療圏の医師の割合は、それぞれ 50.2%、45.7%と高くなく、東京都に居住する者は 30.2%、29.8%である。
- 職住が分離していると、休日・夜間の救急対応などに支障が生じやすいと考えられる。

(人数)

		勤務地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
住所地	計	7,614	874	415	987	1,693	540	1,225	808	522	452	98
	南部	426	349	3	18	31	8	7	2	6	2	0
	南西部	293	12	185	8	10	2	66	8	0	2	0
	東部	573	16	1	495	27	1	2	3	28	0	0
	さいたま	1,545	113	25	59	1,094	118	56	6	50	22	2
	県央	369	4	3	3	52	277	16	1	9	4	0
	川越比企	960	6	9	2	31	11	733	144	2	21	1
	西部	442	3	10	1	9	4	34	369	3	1	8
	利根	393	9	0	12	56	18	5	1	288	4	0
	北部	374	3	1	1	6	3	21	2	12	321	4
	秩父	82	0	0	0	1	0	2	0	1	1	77
	茨城県	38	1	0	9	2	1	5	0	20	0	0
	栃木県	42	3	0	9	7	2	4	3	13	1	0
	群馬県	60	0	1	4	2	5	10	1	5	32	0
	千葉県	90	11	0	42	13	1	9	3	10	1	0
	東京都	1,789	326	175	298	310	82	244	241	74	35	4
	神奈川	82	14	2	22	20	4	4	10	0	4	2
その他	56	4	0	4	22	3	7	14	1	1	0	

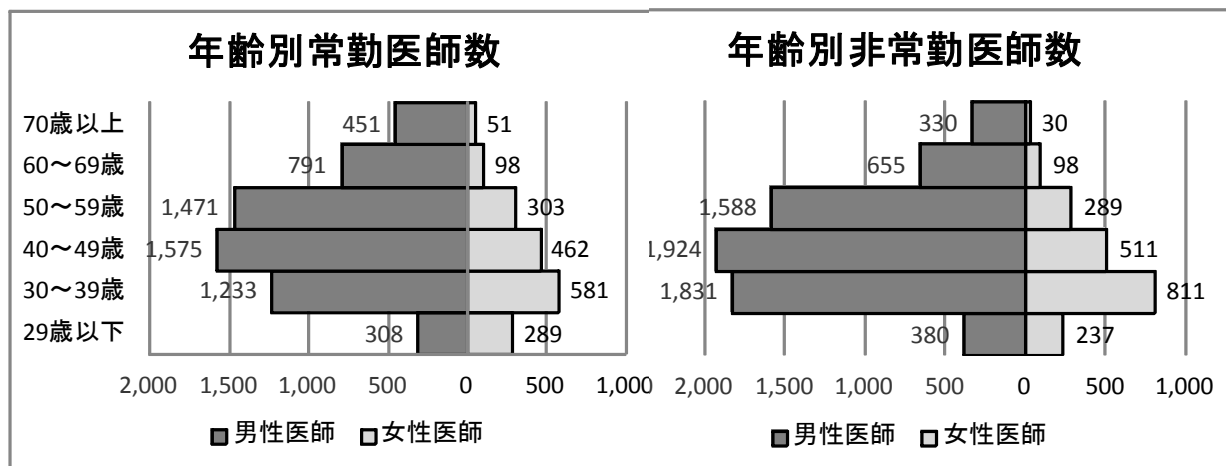
(割合)

		勤務地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
住所地	南部	5.6%	39.9%	0.7%	1.8%	1.8%	1.5%	0.6%	0.2%	1.1%	0.4%	0.0%
	南西部	3.8%	1.4%	44.6%	0.8%	0.6%	0.4%	5.4%	1.0%	0.0%	0.4%	0.0%
	東部	7.5%	1.8%	0.2%	50.2%	1.6%	0.2%	0.2%	0.4%	5.4%	0.0%	0.0%
	さいたま	20.3%	12.9%	6.0%	6.0%	64.6%	21.9%	4.6%	0.7%	9.6%	4.9%	2.0%
	県央	4.8%	0.5%	0.7%	0.3%	3.1%	51.3%	1.3%	0.1%	1.7%	0.9%	0.0%
	川越比企	12.6%	0.7%	2.2%	0.2%	1.8%	2.0%	59.8%	17.8%	0.4%	4.6%	1.0%
	西部	5.8%	0.3%	2.4%	0.1%	0.5%	0.7%	2.8%	45.7%	0.6%	0.2%	8.2%
	利根	5.2%	1.0%	0.0%	1.2%	3.3%	3.3%	0.4%	0.1%	55.2%	0.9%	0.0%
	北部	4.9%	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%	0.6%	1.7%	0.2%	2.3%	71.0%	4.1%
	秩父	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.2%	78.6%
	茨城県	0.5%	0.1%	0.0%	0.9%	0.1%	0.2%	0.4%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%
	栃木県	0.6%	0.3%	0.0%	0.9%	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%	2.5%	0.2%	0.0%
	群馬県	0.8%	0.0%	0.2%	0.4%	0.1%	0.9%	0.8%	0.1%	1.0%	7.1%	0.0%
	千葉県	1.2%	1.3%	0.0%	4.3%	0.8%	0.2%	0.7%	0.4%	1.9%	0.2%	0.0%
	東京都	23.5%	37.3%	42.2%	30.2%	18.3%	15.2%	19.9%	29.8%	14.2%	7.7%	4.1%
	神奈川	1.1%	1.6%	0.5%	2.2%	1.2%	0.7%	0.3%	1.2%	0.0%	0.9%	2.0%
	その他	0.7%	0.5%	0.0%	0.4%	1.3%	0.6%	0.6%	1.7%	0.2%	0.2%	0.0%

(I) 医師の年齢階層

- 20歳代(7.8%)、30歳代(23.8%)、40歳代(26.8%)、50歳代(23.3%)、60歳代(11.7%)。
- 50歳代の医師の多さは、一県一医大制や埼玉医大の開学(昭和47年)の効果と推察される。
- 昭和57年から平成19年までの医師数の抑制政策により、30、40歳代の医師数は50歳代の医師と比較し相対的に多くない。
- 今後の医師年齢の構成は60歳代以上の比率が高まり、医師の高齢化が予測される。

- 若年層では女性医師の割合が高い(20歳代(48.4%)、30歳代(32.0%))。



(オ) 救急対応

- 小児救急で「毎日対応が可能」とする病院の回答率は20.0%であり、小児救急体制が脆弱であることが確認された。
- 診療所を含む全体では「毎日対応が可能」が8.9%に留まる。

(カ) 患者の受診動向

- 入院
圏域内の医療機関に入院する人が多いが、利根医療圏は圏域内が64.4%、秩父医療圏は67.6%と少なく、他圏域の医療機関に入院する人も多くなっている。

(患者住所地基準：表側の住所地の患者が表頭の所在地の医療機関を受診する割合)

		医療機関所在地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
患者 住所 地	計	100%	6.6%	9.2%	12.5%	15.5%	7.9%	14.1%	17.1%	7.4%	8.3%	1.4%
	南部	100%	76.1%	1.1%	5.1%	10.1%	2.7%	1.6%	1.3%	1.0%	0.9%	0.1%
	南西部	100%	0.6%	81.4%	0.8%	2.2%	1.2%	7.2%	5.9%	0.2%	0.6%	0.0%
	東部	100%	1.5%	0.6%	86.3%	3.9%	1.5%	0.6%	0.3%	4.8%	0.4%	0.0%
	さいたま	100%	4.0%	0.9%	2.9%	77.2%	6.2%	3.6%	1.1%	3.6%	0.7%	0.0%
	県央	100%	0.3%	0.4%	0.6%	10.5%	71.7%	6.5%	1.1%	5.1%	3.7%	0.0%
	川越比企	100%	0.0%	3.1%	0.2%	1.5%	1.5%	78.2%	11.8%	0.2%	3.3%	0.1%
	西部	100%	0.2%	2.2%	0.1%	0.6%	0.3%	9.2%	86.9%	0.1%	0.3%	0.1%
	利根	100%	0.2%	0.4%	5.1%	8.2%	11.6%	1.6%	0.6%	64.4%	7.9%	0.1%
	北部	100%	0.2%	0.2%	0.2%	0.8%	2.5%	9.7%	1.7%	0.3%	84.1%	0.4%
	秩父	100%	0.0%	0.1%	0.1%	0.6%	0.4%	8.8%	10.0%	0.3%	12.0%	67.6%
	茨城県	100%	3.2%	3.2%	18.1%	8.5%	3.2%	3.2%	7.4%	51.1%	2.1%	0.0%
	栃木県	100%	2.4%	4.9%	22.0%	22.0%	4.9%	4.9%	12.2%	17.1%	9.8%	0.0%
	群馬県	100%	2.7%	1.1%	2.1%	7.0%	2.7%	5.3%	7.0%	15.0%	57.2%	0.0%
	千葉県	100%	1.8%	7.3%	60.7%	10.9%	3.3%	7.3%	1.5%	6.5%	0.7%	0.0%
東京都	100%	2.6%	25.6%	10.1%	5.5%	2.1%	9.3%	42.0%	1.6%	0.9%	0.2%	
神奈川	100%	3.6%	11.4%	14.3%	12.1%	7.9%	17.1%	29.3%	2.1%	2.1%	0.0%	
その他	100%	13.3%	7.6%	7.3%	24.3%	6.5%	9.6%	19.8%	6.8%	4.5%	0.3%	

(医療機関所在地基準：表頭の所在地の医療機関を表側の住所地の患者が受診する割合)

		医療機関所在地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
患者 住所 地	計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	南部	7.0%	80.2%	0.8%	2.8%	4.6%	2.4%	0.8%	0.5%	1.0%	0.7%	0.4%
	南西部	6.9%	0.6%	60.7%	0.4%	1.0%	1.1%	3.5%	2.4%	0.2%	0.5%	0.2%
	東部	11.0%	2.4%	0.8%	76.0%	2.8%	2.1%	0.5%	0.2%	7.2%	0.5%	0.0%
	さいたま	14.9%	9.0%	1.4%	3.4%	74.2%	11.6%	3.8%	0.9%	7.2%	1.2%	0.0%
	県央	6.7%	0.4%	0.3%	0.3%	4.6%	61.1%	3.1%	0.4%	4.7%	3.0%	0.2%
	川越比企	11.8%	0.1%	4.0%	0.2%	1.1%	2.3%	65.4%	8.2%	0.4%	4.6%	0.6%
	西部	11.6%	0.3%	2.7%	0.1%	0.5%	0.4%	7.6%	59.2%	0.2%	0.5%	0.8%
	利根	8.2%	0.2%	0.3%	3.3%	4.3%	12.0%	1.0%	0.3%	71.5%	7.7%	0.4%
	北部	7.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.4%	2.3%	5.0%	0.7%	0.3%	72.8%	2.2%
	秩父	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	1.2%	1.2%	0.1%	2.9%	93.7%
	茨城県	0.3%	0.1%	0.1%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	1.9%	0.1%	0.0%
	栃木県	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
	群馬県	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	1.1%	3.7%	0.0%
	千葉県	0.8%	0.2%	0.6%	3.9%	0.6%	0.3%	0.4%	0.1%	0.7%	0.1%	0.0%
	東京都	9.6%	3.8%	26.6%	7.7%	3.4%	2.6%	6.3%	23.5%	2.1%	1.0%	1.2%
	神奈川	0.4%	0.2%	0.5%	0.5%	0.3%	0.4%	0.5%	0.7%	0.1%	0.1%	0.0%
	その他	1.0%	2.1%	0.9%	0.6%	1.6%	0.8%	0.7%	1.2%	1.0%	0.6%	0.2%

○ 外来

圏域内の医療機関を受診する人が多いが、県央医療圏は県域内が 81.7%、利根医療圏は 83.9%と少なく、他圏域の医療機関を受診する人も多くなっている。

(患者住所地基準：表側の住所地の患者が表頭の所在地の医療機関を受診する割合)

		医療機関所在地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
患者 住所 地	計	100%	11.6%	6.5%	14.2%	21.2%	7.1%	12.7%	9.5%	8.5%	7.3%	1.5%
	南部	100%	90.3%	0.1%	2.1%	6.8%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
	南西部	100%	0.4%	90.8%	0.1%	1.2%	0.2%	6.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	東部	100%	1.2%	0.0%	95.1%	2.6%	0.2%	0.1%	0.0%	0.6%	0.1%	0.0%
	さいたま	100%	2.9%	0.4%	1.1%	93.0%	1.1%	0.7%	0.1%	0.7%	0.1%	0.0%
	県央	100%	0.2%	0.8%	0.1%	8.4%	81.7%	3.9%	0.1%	3.8%	1.0%	0.0%
	川越比企	100%	0.2%	1.6%	0.1%	0.7%	0.7%	93.3%	2.6%	0.1%	0.8%	0.0%
	西部	100%	0.0%	0.5%	0.0%	0.4%	0.1%	5.4%	93.5%	0.0%	0.0%	0.1%
	利根	100%	0.1%	0.0%	2.9%	3.9%	4.9%	1.0%	0.1%	83.9%	2.9%	0.3%
	北部	100%	0.7%	0.0%	0.0%	0.5%	0.6%	4.2%	0.2%	1.1%	92.6%	0.2%
	秩父	100%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	3.9%	1.8%	0.1%	2.6%	91.3%
	茨城県	100%	2.2%	0.3%	11.7%	8.0%	1.9%	11.7%	0.6%	63.3%	0.3%	0.0%
	栃木県	100%	2.8%	1.4%	12.5%	34.7%	0.0%	9.7%	2.8%	30.6%	5.6%	0.0%
	群馬県	100%	0.3%	0.3%	3.3%	5.7%	1.2%	8.0%	1.5%	33.3%	46.4%	0.0%
	千葉県	100%	6.0%	1.3%	67.2%	13.9%	0.5%	3.4%	1.5%	5.7%	0.5%	0.0%
	東京都	100%	17.6%	21.0%	15.7%	11.5%	1.6%	7.9%	21.1%	2.0%	1.4%	0.1%
	神奈川	100%	21.7%	6.4%	8.9%	26.8%	3.2%	9.6%	11.5%	6.4%	3.8%	1.9%
	その他	100%	10.8%	4.9%	4.3%	55.8%	4.8%	6.0%	4.7%	4.7%	3.7%	0.3%

(医療機関所在地基準：表頭の所在地の医療機関を表側の住所地の患者が受診する割合)

		医療機関所在地										
		計	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
患者 住所 地	計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	南部	11.6%	90.1%	0.1%	1.7%	3.7%	0.8%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
	南西部	6.4%	0.2%	90.0%	0.1%	0.4%	0.2%	3.2%	0.6%	0.0%	0.0%	0.1%
	東部	13.6%	1.5%	0.1%	91.6%	1.7%	0.3%	0.1%	0.0%	1.0%	0.2%	0.0%
	さいたま	19.7%	4.9%	1.2%	1.5%	86.6%	3.1%	1.0%	0.2%	1.5%	0.1%	0.0%
	県央	7.5%	0.1%	1.0%	0.0%	3.0%	86.9%	2.3%	0.1%	3.3%	1.0%	0.0%
	川越比企	11.5%	0.2%	2.8%	0.0%	0.4%	1.1%	84.4%	3.1%	0.1%	1.3%	0.1%
	西部	9.4%	0.0%	0.7%	0.0%	0.2%	0.1%	4.0%	92.7%	0.0%	0.1%	0.5%
	利根	9.2%	0.1%	0.0%	1.9%	1.7%	6.3%	0.7%	0.1%	90.3%	3.6%	1.8%
	北部	7.2%	0.4%	0.0%	0.0%	0.2%	0.6%	2.4%	0.2%	0.9%	91.3%	0.9%
	秩父	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.3%	0.0%	0.5%	96.2%
	茨城県	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%
	栃木県	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%
	群馬県	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.6%	1.1%	0.0%
	千葉県	0.3%	0.2%	0.1%	1.4%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
	東京都	1.1%	1.7%	3.5%	1.2%	0.6%	0.3%	0.7%	2.4%	0.3%	0.2%	0.1%
神奈川	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	
その他	0.5%	0.4%	0.4%	0.1%	1.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	

(キ) 医療従事者

- 増員が必要とする人数について、医師は 433 人(158 機関)となっている。
- 看護師 976.6 人 (171 機関)、准看護師 216.3 人 (57 機関)、看護補助者 175.7 人 (30 機関) であり、事務職員についても、166.3 人(53 機関)となっており、医師以外の医療従事者の増員希望も多い。

(ク) 電子カルテシステム

- 電子カルテシステムは、598 機関が導入しているものの、他機関との連携に活用していると回答した医療機関は 39 機関であり、医療機関のネットワーク化には十分に活用されているとは言い難い状況にある。

(ケ) 実施している医師確保対策

- 現在実施している対策
 - ①勤務手当等の処遇改善(208 機関)、②医療事務補助者の配置(128 機関)、③弾力的な勤務形態(106 機関)
- 実施すれば効果的と考えられる対策
 - ①勤務手当等の処遇改善(245 機関)、②弾力的な勤務形態(154 機関)、③医療事務補助者の配置(140 機関)

項目	実施中	効果的
勤務手当等の処遇改善	208	245
短時間正規雇用等弾力的な勤務形態の導入	106	154
院内保育所の設置	95	67
交替制勤務の実施	76	103
看護師等との業務分担見直しによる業務負担軽減	105	93
医師事務補助者の配置	128	140
その他	41	40

カ 分析結果（まとめ）

- 県内の医療機関には非常勤医師が少なからずいる。
（常勤医師 76.2%、常勤換算した非常勤医師 23.8%）
- 増員が必要な医療従事者について聞いたところ、医師より看護師不足が顕著となった。
（医師増員希望数：433人、看護職員（看護師・准看護師・看護補助者）：1,368.6人）
- 埼玉医科大学は県内に常勤医師 750人を輩出している。自大学の3病院のほか、県西部に勤務する医師が多い（2番目に常勤医師を多く輩出しているのは日本大学（348人））。
- 非常勤医師の本務機関で最も多いのは埼玉医科大学（757人）である。次いで日本大学（275人）、順天堂大学（241人）である。

→医師数を増やすには地元の医師養成機関を充実することが一つの有効な方策となる。
- 60歳以上の医師が少ないのは、一県一医大制以前の者が多いからである。昭和40年代の医学部新設に伴う医師数の増は今後も継続する見込であるが、増えるのは60歳以上の層となる。
- 患者の受診動向を見ると秩父や利根といった地域で、相対的に他地域の医療機関を受診する人が多い傾向が見られた。

(2) 医療圏ごとの医療の状況

ア 二次医療圏ごとの病院数と病床の種別

病院数と病棟の種別については、表3-1の通りである。

一般病院数を二次医療圏別にみると、西部医療圏が46施設と最も多く、次いで東部医療圏と川越比企医療圏が40施設となっている。

表3-1 施設数（二次医療圏別）

施設数		総数	精神病院	結核療養所	一般病院総数	療養病床を有する病院（再掲）	地域医療支援病院（再掲）	救急告示病院（再掲）
施設名	施設数							
埼玉県	埼玉県全体	348	52	-	296	136	11	175
二次医療圏	南部医療圏	29	3	0	26	15	1	22
	南西部医療圏	30	4	0	26	10	1	16
	東部医療圏	48	8	0	40	19	0	20
	さいたま医療圏	40	4	0	36	12	2	23
	県央医療圏	19	3	0	16	9	1	10
	川越比企医療圏	49	9	0	40	16	1	19
	西部医療圏	55	9	0	46	21	1	22
	利根医療圏	35	6	0	29	14	2	20
	北部医療圏	34	5	0	29	14	2	18
	秩父医療圏	9	1	0	8	6	0	5

出典）平成22年医療施設（動態）調査

イ 二次医療圏ごとの病床数

病床数（病院）については表3-2の通りである。

総病床数を二次医療圏別にみると、西部医療圏が9,789床と最も多く、次いで川越比企医療圏が9,713床、東部医療圏が9,265床となっている。

西部医療圏には防衛医科大学校病院、川越比企医療圏には埼玉医科大学の病院群があることが大きく寄与している。

人口 10 万人あたりの総病床数については、埼玉県全体は 872.7 床である。

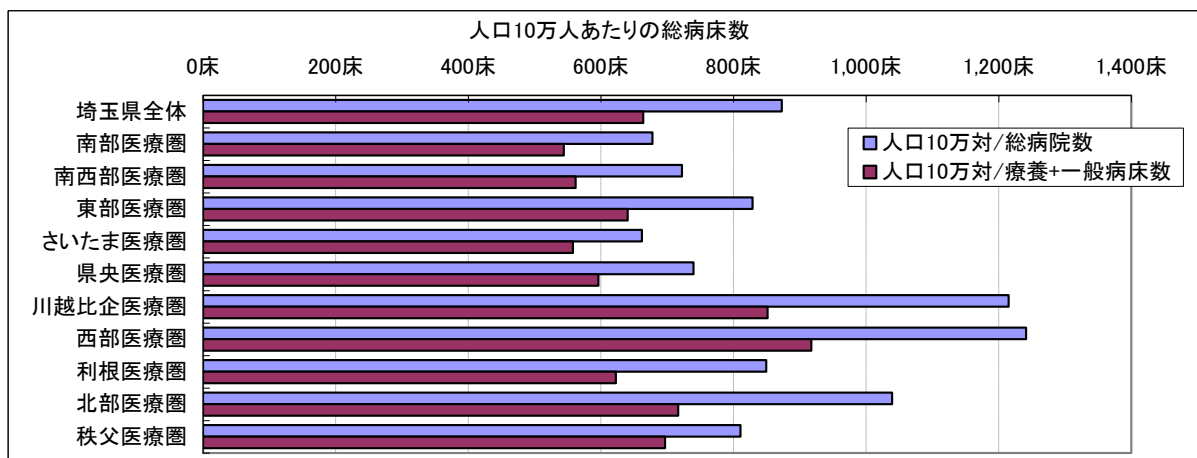
二次医療圏別にみると、西部医療圏が最も多く 1,241.4 床、次いで川越比企医療圏が 1,214.9 床、北部医療圏が 1,039.2 床で埼玉県全体平均を上回っている。

秩父医療圏については 810.3 床である。これは、さいたま医療圏の 662.0 床や南部医療圏の 677.6 床より多い。

秩父医療圏や北部医療圏は医療過疎と言われるが、これは人口に対する病床が少ないからではなく、特定の診療科そのものがないことや、医師や看護師の不足により救急や入院患者の受入が困難な状態を指して言われているものと推察される。

表 3-2 病床数（病院）（二次医療圏別）

病床数（病院）		総数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	地域医療支援病院（再掲）	人口10万対/総病床数	人口10万対/療養+一般病床数
埼玉県	埼玉県全体									
二次医療圏	南部医療圏	5,123	988	0	20	1,018	3,097	400	677.6	544.2
	南西部医療圏	4,982	1,106	0	0	1,077	2,799	350	722.1	561.8
	東部医療圏	9,265	2,104	0	0	1,662	5,499	0	828.6	640.4
	さいたま医療圏	8,092	1,240	10	20	1,587	5,235	640	662.0	558.1
	県央医療圏	3,918	759	0	0	711	2,448	372	739.7	596.4
	川越比企医療圏	9,713	2,895	10	0	1,916	4,892	265	1,214.9	851.6
	西部医療圏	9,789	2,555	0	0	2,807	4,427	349	1,241.4	917.4
	利根医療圏	5,601	1,390	4	100	779	3,328	722	849.3	622.8
	北部医療圏	5,430	1,629	6	51	1,085	2,659	825	1,039.2	716.5
	秩父医療圏	877	123	0	0	297	457	0	810.3	696.7



出典）平成 22 年医療施設（動態）調査、国勢調査（2010 年）

ウ 二次医療圏別の一般病床数、診療所数

一般診療所数及び病床の有無については、表 3-3 の通りである。

一般診療所数を二次医療圏別にみると、さいたま医療圏が 845 ヶ所と最も多く、次いで東部医療圏が 541 ヶ所、川越比企医療圏が 451 ヶ所となっている。

総数に占める有床診療所の割合は、秩父医療圏が 12.9%と最も多く、次いで東部医療圏が 10.2%、利根医療圏が 9.4%となっている。

秩父、東部、利根地域などは地域の中核となる病院（大病院）が少ないため、中小病院や有床診療所を上手くネットワーク化するなどの方策を検討する必要がある。

表 3-3 一般診療所数と病床の有無（一般診療所、二次医療圏別）

一般診療所数		総数	有床		無床	総数に占める有床の割合
				療養病床を有する一般診療所(再掲)		
埼玉県	埼玉県全体	4,055	345	5	3,710	8.5%
二次医療圏	南部医療圏	397	33	1	364	8.3%
	南西部医療圏	329	25	0	304	7.6%
	東部医療圏	541	55	0	486	10.2%
	さいたま医療圏	845	57	1	788	6.7%
	県央医療圏	274	25	1	249	9.1%
	川越比企医療圏	451	42	0	409	9.3%
	西部医療圏	420	34	0	386	8.1%
	利根医療圏	342	32	1	310	9.4%
	北部医療圏	371	31	1	340	8.4%
	秩父医療圏	85	11	0	74	12.9%

出典) 平成 22 年医療施設(動態)調査

病床数(一般診療所)については表 3-4 の通りである。

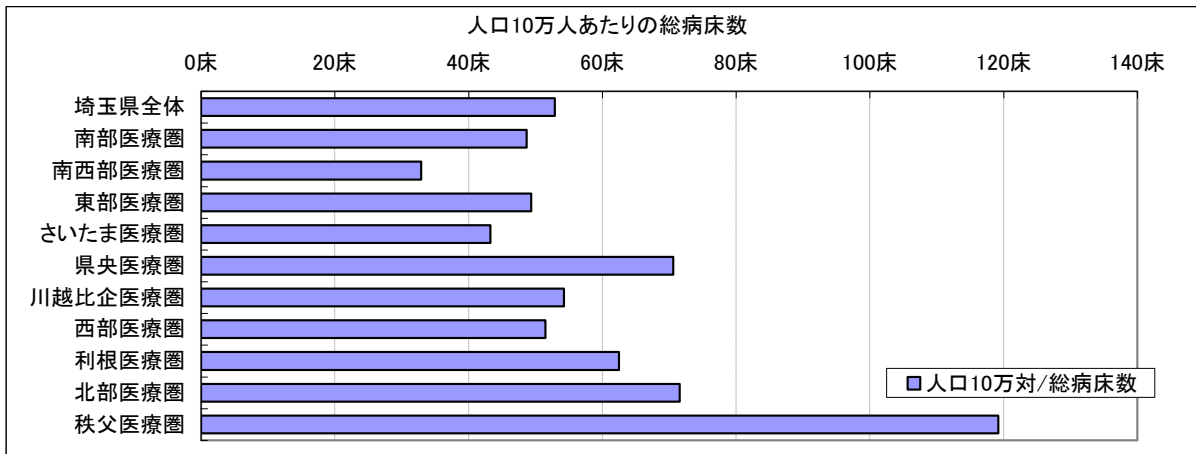
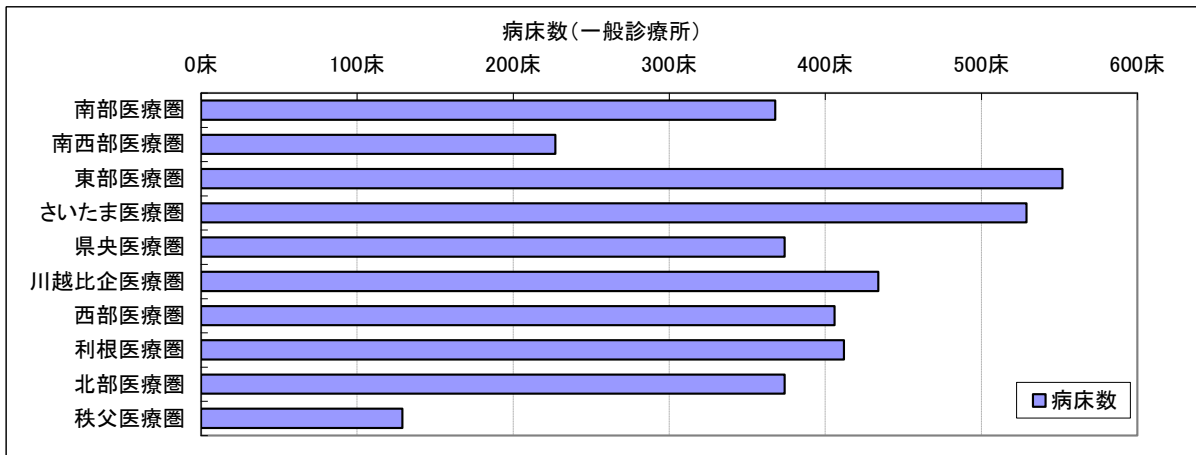
総病床数を二次医療圏別にみると、東部医療圏が 552 床と最も多く、次いで、さいたま医療圏が 529 床、川越比企医療圏が 434 床となっている。

人口 10 万人あたりの総病床数は、埼玉県全体は 52.9 床である。二次医療圏別では、秩父医療圏が最も多く 119.2 床、次いで北部医療圏が 71.6 床、県央医療圏が 70.6 床で、秩父医療圏は埼玉県全体の 2 倍となっている。

しかし、このことは病床数における診療所の割合が高いことを示しており、病院機能が弱い現れであると思われる。

表 3-4 一般診療所病床数

病床数(一般診療所)		総数	療養病床(再掲)	人口10万対/総病床数
二次医療圏	南部医療圏	368	19	48.7
	南西部医療圏	227	0	32.9
	東部医療圏	552	0	49.4
	さいたま医療圏	529	17	43.3
	県央医療圏	374	12	70.6
	川越比企医療圏	434	0	54.3
	西部医療圏	406	0	51.5
	利根医療圏	412	4	62.5
	北部医療圏	374	11	71.6
	秩父医療圏	129	0	119.2



出典) 平成 22 年医療施設 (動態) 調査、国勢調査 (2010 年)

エ 二次医療圏別人口 10 万人対医師数の推移

埼玉県及び二次医療圏ごとの医師数の推移は表 3-5 の通りである。

平成 18 年から平成 22 年にかけて、人口 10 万人あたりの医師数は 135.3 人から 142.6 人へ 5.4% 増加となった。

二次医療圏別にみると、東部、さいたま、西部医療圏が 1 割以上増加した。一方、川越比企、北部、秩父医療圏では減少し、川越比企医療圏は 1 割近い減少となる。川越比企医療圏における「人口 10 万人対医師数」の大幅な減少は、町村部における医師数の実減と圏域の人口増が原因と考えられる。

表 3-5 医療圏別人口 10 万人対医師数の推移

		医師数(総数)			人口10万人対医師数			
		平成18年	平成20年	平成22年	平成18年	平成20年	平成22年	平成22年/ 平成18年
埼玉県	埼玉県全体	9,578	9,954	10,259	135.32	139.46	142.59	105.38
二次医療圏	南部医療圏	889	951	980	121.35	127.00	129.61	106.81
	南西部医療圏	638	659	700	95.25	96.79	101.46	106.51
	東部医療圏	1,297	1,381	1,497	119.01	125.51	133.88	112.50
	さいたま医療圏	1,718	1,831	1,965	145.26	152.49	160.74	110.66
	県央医療圏	679	694	715	129.78	131.51	134.99	104.02
	川越比企医療圏	1,707	1,546	1,587	214.67	194.06	198.51	92.47
	西部医療圏	1,153	1,405	1,295	147.51	179.19	164.23	111.33
	利根医療圏	668	685	714	100.91	103.64	108.27	107.30
	北部医療圏	673	660	665	127.53	125.37	127.26	99.79
	秩父医療圏	156	142	141	137.58	127.99	130.28	94.70

出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査、埼玉県推計人口 (各年 10 月 1 日現在)、国勢調査 (2010 年)

オ 二次医療圏人口 10 万人対診療科別の医師数

埼玉県及び二次医療圏ごとの人口 10 万人あたりの主たる診療科別の医師数は表 3-6 の通りである。

埼玉県全体では、内科 (34.8 人) が最も多く、次いで整形外科 (10.1 人)、小児科 (9.7 人)、外科 (8.2 人)、精神科 (7.6 人) となっている。

医療提供体制の維持が急務である北部医療圏及び秩父医療圏については、内科については埼玉県平均より多いものの、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科など専門診療科の医師が少ない。救急科の医師数も同様に少ない。産婦人科・産科及の医師数は県平均並みである。

表 3-6 人口対 10 万人対医師数 (主たる診療科別、二次医療圏別) (平成 22 年)

□	総数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科 (胃腸内科)	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科 (代謝内科)	血液内科
埼玉県全体	142.59	34.75	2.11	4.68	4.59	1.50	1.85	1.26	0.57
南部医療圏	129.61	31.08	1.32	4.36	4.89	1.98	1.06	1.19	0.13
南西部医療圏	101.46	27.68	0.58	3.04	3.04	0.87	1.01	0.58	0.14
東部医療圏	133.88	29.42	2.50	5.37	4.65	1.07	1.16	1.70	0.63
さいたま医療圏	160.74	41.47	1.47	5.56	4.42	0.90	1.47	0.74	0.25
県央医療圏	134.99	35.87	1.13	2.83	6.80	0.57	2.08	0.57	0.76
川越比企医療圏	198.51	36.27	4.25	3.63	7.00	5.00	4.13	3.88	1.50
西部医療圏	164.23	36.02	2.79	7.10	5.07	1.52	3.04	1.27	1.65
利根医療圏	108.27	29.11	1.82	3.49	2.88	1.06	2.12	0.76	0.00
北部医療圏	127.26	41.15	3.44	5.74	2.68	0.19	0.77	0.19	0.00
秩父医療圏	130.28	61.91	0.00	1.85	0.92	0.92	0.00	0.00	0.00
□	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科
埼玉県全体	4.91	0.08	0.47	0.11	9.67	7.58	0.25	8.16	0.61
南部医療圏	4.23	0.13	0.26	0.00	11.77	3.97	0.13	8.60	0.26
南西部医療圏	4.20	0.00	0.00	0.00	8.55	4.78	0.29	7.54	0.87
東部医療圏	4.56	0.00	0.27	0.00	9.21	7.51	0.09	7.96	0.36
さいたま医療圏	5.48	0.16	0.25	0.08	13.09	6.95	0.90	9.57	0.25
県央医療圏	3.96	0.19	0.00	0.00	5.29	8.87	0.19	7.55	0.94
川越比企医療圏	7.00	0.13	2.75	0.38	12.76	12.01	0.13	8.63	0.75
西部医療圏	5.71	0.00	0.38	0.38	8.24	10.02	0.00	7.10	1.01
利根医療圏	4.40	0.00	0.15	0.00	7.73	5.46	0.00	7.43	0.61
北部医療圏	3.83	0.19	0.00	0.19	5.93	9.57	0.19	8.04	1.15
秩父医療圏	2.77	0.00	0.00	0.00	7.39	4.62	0.00	7.39	0.00
□	心臓血管外	乳腺外科	気管食道外	消化器外科	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科
埼玉県全体	1.25	0.65	-	2.35	3.16	0.22	3.66	10.06	1.04
南部医療圏	0.53	0.66	0.00	1.72	2.38	0.00	2.65	9.92	0.79
南西部医療圏	0.58	0.14	0.00	0.72	2.61	0.00	2.75	6.52	0.58
東部医療圏	1.07	0.27	0.00	1.70	3.13	0.09	4.20	8.76	0.36
さいたま医療圏	2.05	0.82	0.00	1.80	3.93	0.49	3.35	11.37	0.65
県央医療圏	0.76	1.13	0.00	2.45	3.40	0.00	3.59	11.71	1.13
川越比企医療圏	0.88	1.00	0.00	5.25	3.50	0.00	3.00	13.13	3.38
西部医療圏	3.04	1.27	0.00	4.06	3.30	0.89	5.58	9.51	1.90
利根医療圏	0.15	0.30	0.00	1.82	3.03	0.00	2.58	9.25	0.15
北部医療圏	1.72	0.38	0.00	1.53	2.11	0.38	5.17	10.14	0.77
秩父医療圏	0.00	0.00	0.00	2.77	4.62	0.00	4.62	10.16	0.00
□	美容外科	眼科	耳鼻いんこ	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリ テーション	放射線科
埼玉県全体	0.18	7.46	4.91	0.50	5.94	0.19	1.06	0.88	1.86
南部医療圏	0.00	7.54	4.10	0.00	6.61	0.00	0.79	1.19	1.19
南西部医療圏	0.00	5.07	4.35	0.29	4.78	0.14	0.58	0.29	0.29
東部医療圏	0.09	8.05	4.83	0.72	4.47	0.45	1.43	0.80	1.34
さいたま医療圏	0.74	9.49	6.63	0.74	5.56	0.41	1.15	0.57	2.37
県央医療圏	0.00	6.04	4.72	0.00	3.96	0.00	1.51	1.32	2.45
川越比企医療圏	0.00	9.13	5.63	1.25	11.76	0.00	0.63	1.50	2.50
西部医療圏	0.38	7.10	5.71	0.38	5.20	0.13	1.65	1.01	4.31
利根医療圏	0.00	7.73	3.34	0.15	5.00	0.00	1.06	1.06	0.61
北部医療圏	0.00	4.02	3.06	0.38	5.93	0.19	0.38	0.38	1.53
秩父医療圏	0.00	5.54	3.70	0.92	5.54	0.92	0.92	0.00	0.00

	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全科	その他	不詳
□								
埼玉県全体	3.89	0.78	0.19	1.06	5.17	0.07	1.60	1.31
南部医療圏	2.25	0.53	0.26	1.72	7.54	0.00	0.66	1.19
南西部医療圏	2.90	0.00	0.14	0.00	1.30	0.29	0.72	3.19
東部医療圏	4.11	0.72	0.36	1.07	6.53	0.09	1.25	1.52
さいたま医療圏	4.66	0.65	0.00	0.82	7.28	0.00	1.47	0.74
県央医療圏	3.59	1.13	0.38	0.19	3.02	0.00	3.21	1.70
川越比企医療圏	6.25	0.75	0.38	1.50	10.63	0.00	4.00	2.25
西部医療圏	4.57	2.41	0.25	3.30	3.68	0.25	2.54	0.51
利根医療圏	2.27	0.45	0.00	0.30	0.91	0.00	0.45	0.61
北部医療圏	3.44	0.38	0.00	0.00	1.53	0.00	0.19	0.38
秩父医療圏	1.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

出典)平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査、国勢調査(2010年)

カ 二次医療圏別100床あたりの医師数

埼玉県及び二次医療圏ごとの100床あたりの主たる診療科別の医師数は表3-7の通りである。

埼玉県全体では、内科(3.8人)が最も多く、次いで整形外科(1.1人)、小児科(1.1人)、外科(0.9人)、精神科(0.8人)となっている。二次医療圏別でみた場合、西部、利根、北部医療圏は相対的に低くなっている。

産婦人科・産科では100床あたりの医師数がそれほど医療圏ごとの大きな差がみられない。

表3-7 100床対医師数(主たる診療科別、二次医療圏別)(平成22年)

□	総数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科 (胃腸内科)	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科 (代謝内科)	血液内科
埼玉県全体	15.41	3.75	0.23	0.51	0.50	0.16	0.20	0.14	0.06
南部医療圏	17.85	4.28	0.18	0.60	0.67	0.27	0.15	0.16	0.02
南西部医療圏	13.44	3.67	0.08	0.40	0.40	0.12	0.13	0.08	0.02
東部医療圏	15.25	3.35	0.29	0.61	0.53	0.12	0.13	0.19	0.07
さいたま医療圏	22.79	5.88	0.21	0.79	0.63	0.13	0.21	0.10	0.03
県央医療圏	16.66	4.43	0.14	0.35	0.84	0.07	0.26	0.07	0.09
川越比企医療圏	15.64	2.86	0.34	0.29	0.55	0.39	0.33	0.31	0.12
西部医療圏	12.70	2.79	0.22	0.55	0.39	0.12	0.24	0.10	0.13
利根医療圏	11.87	3.19	0.20	0.38	0.32	0.12	0.23	0.08	0.00
北部医療圏	11.46	3.70	0.31	0.52	0.24	0.02	0.07	0.02	0.00
秩父医療圏	14.02	6.66	0.00	0.20	0.10	0.10	0.10	0.00	0.00
□	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科
埼玉県全体	0.53	0.01	0.05	0.01	1.05	0.82	0.03	0.88	0.07
南部医療圏	0.58	0.02	0.04	0.00	1.62	0.55	0.02	1.18	0.04
南西部医療圏	0.56	0.00	0.00	0.00	1.13	0.63	0.04	1.00	0.12
東部医療圏	0.52	0.00	0.03	0.00	1.05	0.86	0.01	0.91	0.04
さいたま医療圏	0.78	0.02	0.03	0.01	1.86	0.99	0.13	1.36	0.03
県央医療圏	0.49	0.02	0.00	0.00	0.65	1.10	0.02	0.93	0.12
川越比企医療圏	0.55	0.01	0.22	0.03	1.01	0.95	0.01	0.68	0.06
西部医療圏	0.44	0.00	0.03	0.03	0.64	0.77	0.00	0.55	0.08
利根医療圏	0.48	0.00	0.02	0.00	0.85	0.60	0.00	0.81	0.07
北部医療圏	0.34	0.02	0.00	0.02	0.53	0.86	0.02	0.72	0.10
秩父医療圏	0.30	0.00	0.00	0.00	0.80	0.50	0.00	0.80	0.00

□	心臓血管外科	乳腺外科	気管食道外科	消化器外科 (胃腸外科)	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科
埼玉県全体	0.14	0.07	-	0.25	0.34	0.02	0.39	1.09	0.11
南部医療圏	0.07	0.09	0.00	0.24	0.33	0.00	0.36	1.37	0.11
南西部医療圏	0.08	0.02	0.00	0.10	0.35	0.00	0.36	0.86	0.08
東部医療圏	0.12	0.03	0.00	0.19	0.36	0.01	0.48	1.00	0.04
さいたま医療圏	0.29	0.12	0.00	0.26	0.56	0.07	0.48	1.61	0.09
県央医療圏	0.09	0.14	0.00	0.30	0.42	0.00	0.44	1.44	0.14
川越比企医療圏	0.07	0.08	0.00	0.41	0.28	0.00	0.24	1.03	0.27
西部医療圏	0.24	0.10	0.00	0.31	0.26	0.07	0.43	0.74	0.15
利根医療圏	0.02	0.03	0.00	0.20	0.33	0.00	0.28	1.01	0.02
北部医療圏	0.16	0.03	0.00	0.14	0.19	0.03	0.47	0.91	0.07
秩父医療圏	0.00	0.00	0.00	0.30	0.50	0.00	0.50	1.09	0.00
□	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリテーション	放射線科
埼玉県全体	0.02	0.81	0.53	0.05	0.64	0.02	0.11	0.09	0.20
南部医療圏	0.00	1.04	0.56	0.00	0.91	0.00	0.11	0.16	0.16
南西部医療圏	0.00	0.67	0.58	0.04	0.63	0.02	0.08	0.04	0.04
東部医療圏	0.01	0.92	0.55	0.08	0.51	0.05	0.16	0.09	0.15
さいたま医療圏	0.10	1.35	0.94	0.10	0.79	0.06	0.16	0.08	0.34
県央医療圏	0.00	0.75	0.58	0.00	0.49	0.00	0.19	0.16	0.30
川越比企医療圏	0.00	0.72	0.44	0.10	0.93	0.00	0.05	0.12	0.20
西部医療圏	0.03	0.55	0.44	0.03	0.40	0.01	0.13	0.08	0.33
利根医療圏	0.00	0.85	0.37	0.02	0.55	0.00	0.12	0.12	0.07
北部医療圏	0.00	0.36	0.28	0.03	0.53	0.02	0.03	0.03	0.14
秩父医療圏	0.00	0.60	0.40	0.10	0.60	0.10	0.10	0.00	0.00
□	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全科	その他	不詳	
埼玉県全体	0.42	0.08	0.02	0.11	0.56	0.01	0.17	0.14	
南部医療圏	0.31	0.07	0.04	0.24	1.04	0.00	0.09	0.16	
南西部医療圏	0.38	0.00	0.02	0.00	0.17	0.04	0.10	0.42	
東部医療圏	0.47	0.08	0.04	0.12	0.74	0.01	0.14	0.17	
さいたま医療圏	0.66	0.09	0.00	0.12	1.03	0.00	0.21	0.10	
県央医療圏	0.44	0.14	0.05	0.02	0.37	0.00	0.40	0.21	
川越比企医療圏	0.49	0.06	0.03	0.12	0.84	0.00	0.32	0.18	
西部医療圏	0.35	0.19	0.02	0.26	0.28	0.02	0.20	0.04	
利根医療圏	0.25	0.05	0.00	0.03	0.10	0.00	0.05	0.07	
北部医療圏	0.31	0.03	0.00	0.00	0.14	0.00	0.02	0.03	
秩父医療圏	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

出典)平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査、平成22年医療施設(動態)調査

キ 二次医療圏別に見た流出患者数割合

二次医療圏別に見た流出患者数(入院患者数)について、総数に占める二次医療圏外の割合をみると、南西部医療圏が44.9%と最も多く、次いで利根医療圏37.3%、さいたま医療圏36.6%、南部医療圏35.4%、県央医療圏35.3%と続いている。

埼玉県全体では、33.0%となっている。

表 3-8 県全体及び二次医療圏ごとの推計患者数 (単位：千人)

	総数	二次医療圏内	二次医療圏外			総数に占める二次医療圏外の総数割合
			総数	県内	県外	
11 埼玉県	52.4	35.1	17.3	9.4	7.8	33.0%
1101 南部	4.8	3.1	1.7	0.7	1.0	35.4%
1102 南西部	4.9	2.7	2.2	1.0	1.2	44.9%
1103 東部	7.9	5.5	2.4	0.9	1.5	30.4%
1104 さいたま	7.1	4.6	2.6	1.8	0.8	36.6%
1105 県央	3.4	2.2	1.2	1.0	0.2	35.3%
1106 川越比企	6.9	5.2	1.7	1.2	0.5	24.6%
1107 西部	6.7	4.8	1.9	0.8	1.1	28.4%
1108 利根	5.1	3.2	1.9	1.2	0.7	37.3%
1109 北部	4.6	3.2	1.5	0.6	0.8	32.6%
1110 秩父	0.9	0.6	0.3	0.2	0.1	33.3%

出典) 平成 23 年患者調査

※ここでの患者数とは病院の推計入院患者数である (期間は特定の日 1 日)。

ク 二次医療圏別流入の割合

推計流入入院患者数の割合についてみると、川越比企医療圏が 14.7%と最も多く、次いで西部医療圏が 14.2%と流入が流出を上回っている。一方、秩父医療圏では△28.9%と流出が流入を大きく上回っている。

埼玉県全体の流入の割合は、△0.6%と大きな差はみられない。

表 3-9 県全体及び二次医療圏ごとの流入・流出比率

	推計流入患者割合	推計流出患者割合	流入 - 流出
11 埼玉県	32.4%	33.0%	-0.6%
1101 南部	26.0%	34.6%	-8.6%
1102 南西部	38.7%	45.2%	-6.5%
1103 東部	28.1%	30.0%	-1.9%
1104 さいたま	24.4%	36.2%	-11.8%
1105 県央	33.5%	36.1%	-2.6%
1106 川越比企	39.0%	24.3%	14.7%
1107 西部	42.7%	28.5%	14.2%
1108 利根	27.0%	37.3%	-10.3%
1109 北部	25.8%	31.4%	-5.6%
1110 秩父	5.2%	34.1%	-28.9%

出典) 平成 23 年患者調査

注：病院の推計入院患者数の圏内への流入患者割合－圏外への流出患者割合
(二次医療圏内－二次医療圏外が不詳の者を推計患者数から除いて算出)

ケ 産科

(7) 旧二次医療圏別分娩に関する病院数・件数

旧二次医療圏別で見た分娩に関する病院数、件数については、表 3-10 の通りである。

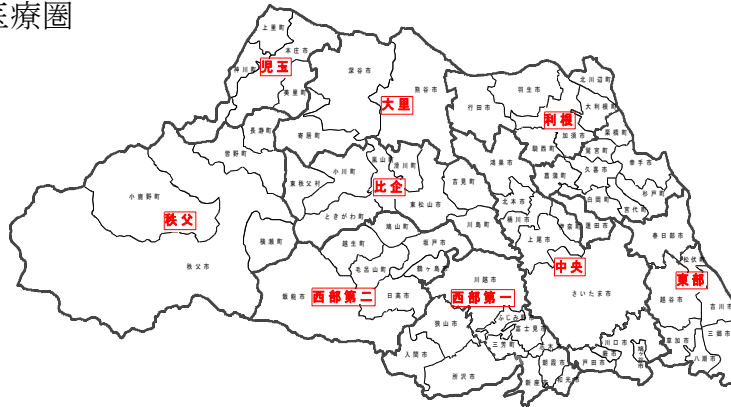
埼玉県全体で分娩を取り扱う病院は 39 病院である。うち担当医師数が 200 人、担当助産師数が 465 人となっている。

旧二次医療圏のうち、秩父、児玉医療圏は分娩を取り扱う施設がなく、比企医療圏についても 1 施設で、担当医師数 (常勤換算) は 2 人となっている。

旧二次医療圏：平成20年度～21年度、保健医療面のみならず、日常生活圏、交通条件、生活基盤の整備状況等を総合的な観点から設定した9の医療圏である。

「ゆとりとチャンスの埼玉プラン」地域別計画が策定されたことからこの地域区分と整合性を図るため、現在は10医療圏となっている。

旧二次医療圏



現在の二次医療圏

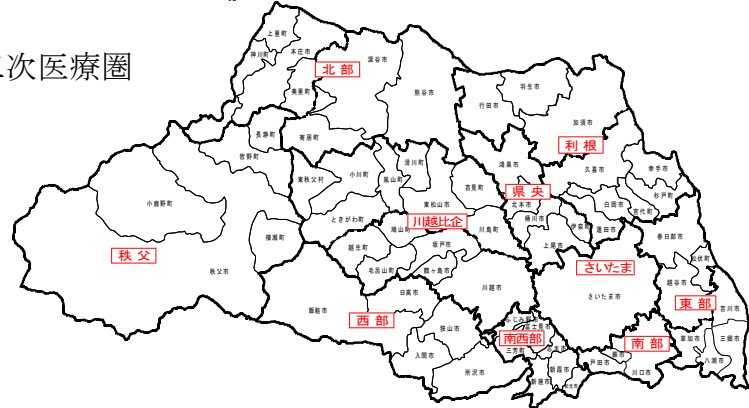


表 3-10 分娩に関する病院数・件数（旧二次医療圏）

病院数・分娩の状況		総数	分娩取扱施設数				
			担当医師数	担当助産師数(常)	LDR有の施設数	LDR病床数	
埼玉県	埼玉県全体	355	39	200	465	10	25
旧二次医療圏	東部医療圏	51	4	28	60	2	3
	中央医療圏	91	14	70	202	3	8
	西部第一医療圏	101	9	51	126	4	13
	西部第二医療圏	24	2	19	27	1	1
	比企医療圏	14	1	2	-	-	-
	秩父医療圏	9	-	-	-	-	-
	児玉医療圏	10	-	-	-	-	-
	大里医療圏	24	5	17	43	-	-
	利根医療圏	31	4	14	8	-	-

出典) 平成22年医療施設(動態)調査

(イ) 旧二次医療圏別分娩に関する診療所数・件数

旧二次医療圏別分娩に関する一般診療所数、件数については、表3-11の通りである。

埼玉県全体で分娩を取り扱う施設は68施設である。うち担当医師数(常勤換算)が129人、担当助産師数(常勤換算)が188人となっている。

旧二次医療圏のうち中央医療圏（21施設）と西部第一医療圏（14施設）で、埼玉県全体の約半分となっている。

表 3-11 分娩に関する診療所数・件数（旧二次医療圏）

一般診療所数・分娩の状況		総数	分娩取扱		
			施設数	担当医師数 (常勤換算)	担当助産師数 (常勤換算)
埼玉県	埼玉県全体	3,960	68	129	188
旧二次医療圏	東部医療圏	554	9	25	35
	中央医療圏	1,478	21	41	66
	西部第一医療圏	857	14	25	37
	西部第二医療圏	187	4	7	11
	比企医療圏	129	4	8	7
	秩父医療圏	87	3	4	3
	児玉医療圏	91	3	4	3
	大里医療圏	273	5	11	11
	利根医療圏	304	5	3	15

出典) 平成 22 年医療施設（動態）調査

コ 救急及び災害時医療

旧二次医療圏別救急体制の状況については、表 3-12 の通りである。

救急医療体制に参加している病院総数は、埼玉県全体では 187 病院である。うち「初期救急医療体制」が 44 病院、「入院を要する救急医療体制」（2 次救急）が 136 病院、「救命救急センター」（3 次救急）が 7 病院となっている。

表 3-12 救急体制（病院）（旧二次医療圏）

病院数(重複計上)・救急体制		総数	救急医療体制に参加している			救急告示 有の病院 (再掲)	
			総数	初期救急 医療体制	入院を要 する救急 医療体制		救命救急 センター
埼玉県	埼玉県全体	355	187	44	136	7	178
旧二次医療圏	東部医療圏	51	25	8	16	1	22
	中央医療圏	91	56	11	43	2	57
	西部第一医療圏	101	46	6	38	2	44
	西部第二医療圏	24	8	2	5	1	8
	比企医療圏	14	7	-	7	-	6
	秩父医療圏	9	6	4	2	-	5
	児玉医療圏	10	6	-	6	-	6
	大里医療圏	24	15	8	6	1	12
	利根医療圏	31	18	5	13	-	18

出典) 平成 22 年医療施設（動態）調査

救命救急センターは、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷など、二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対し高度な医療技術を提供する三次救急医療機関である。

2010 年 3 月 31 日現在、7 の病院が指定されている。

なお、特に高度な診療機能を提供するものを高度救命救急センターとして埼玉医科大学総合医療センターが指定されている。

表 3-13 救命救急センター

二次医療圏	高度救命救急	ドクターヘリ	医療機関名
南部			川口市立医療センター
西部			防衛医科大学校病院
西部			埼玉医科大学国際医療センター
東部			獨協医科大学越谷病院
さいたま			さいたま赤十字病院
川越比企	○	○	埼玉医科大学総合医療センター
北部			深谷赤十字病院

周産期母子医療センターは周産期（出産の前後の時期という意味）を対象とした医療施設で、産科と新生児科の両方が組み合わされた施設のことである。救命救急センターの指定を受けているところが4か所ある。

周産期母子医療センターには総合周産期母子医療センターと総合周産期母子医療センターを補助する地域周産期母子医療センターがある。

埼玉県内には、2012年6月12日現在で、10の施設（総合1、地域9）が指定されている。

表 3-14 周産期母子医療センター

二次医療圏	総合	医療機関名
南部		川口市立医療センター
南部		済生会川口総合病院
西部		独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院
さいたま		さいたま市立病院
さいたま		埼玉県立小児医療センター
さいたま		自治医科大学附属さいたま医療センター
さいたま		さいたま赤十字病院
川越比企		埼玉医科大学病院
川越比企	○	埼玉医科大学総合医療センター
北部		深谷赤十字病院

災害拠点病院は県内や近県で災害が発生し、通常の医療体制では被災者に対する適切な医療を確保することが困難な状況となった場合に、埼玉県知事の要請により傷病者の受け入れや医療救護班の派遣等を行う医療機関である。2010年3月31日現在、13の病院が指定されている。二次医療圏のうち、秩父医療圏において病院の確保ができていない状況である。

表 3-15 災害拠点病院

二次医療圏	医療機関名
東部	獨協医科大学越谷病院
南部	川口市立医療センター
	済生会川口総合病院
さいたま	さいたま赤十字病院
	さいたま市立病院
	自治医科大学附属さいたま医療センター
県央	北里大学メディカルセンター
川越比企	埼玉医科大学総合医療センター
西部	防衛医科大学校病院
	埼玉医科大学国際医療センター
南西部	独立行政法人国立病院機構埼玉病院
北部	深谷赤十字病院
利根	行田総合病院
	済生会栗橋病院
	久喜総合病院

(3) 他都県における受療動向

ア 施設所在地別／年齢区分別／入院・外来別の受診状況

平成 23 年患者調査によれば、埼玉県内にある医療機関で入院した患者（1 日あたり）は 54.3 千人であり、外来では 362.8 千人となっている。この人数は茨城や栃木、群馬県と比較しても 2～3 倍多い。年齢別では、55 歳以上の利用が入院・外来共に多くなっている。また、埼玉県内の医療機関の県民以外の利用率は入院で 14.2%、外来で 2.7%となっている。入院については、他都県からもある程度の受入があることが伺える。なお、東京都の外来の他県からの利用率は 8.0%と大変多い。

表 3-16 施設所在地別／年齢区分別／入院・外来別の受診状況

近隣他都県		入院(千人)			外来(千人)		
		総数	県内	県外	総数	県内	県外
埼玉県	総数	54.3	46.3	7.7	362.8	350.4	9.8
	0～4歳	0.8	0.8	0.1	13.1	12.8	0.2
	5～14	0.3	0.3	0.0	23.5	23.0	0.2
	15～24	0.7	0.6	0.1	13.7	12.7	0.8
	25～34	1.7	1.4	0.2	20.8	19.9	0.9
	35～44	2.6	2.3	0.3	37.3	36.2	0.8
	45～54	3.2	2.7	0.4	34.4	32.5	1.6
	55～64	7.2	6.2	0.9	60.5	57.5	2.5
	65～74	11.3	9.8	1.4	83.6	81.2	1.8
	75～84	14.8	12.3	2.3	59.2	58.1	0.8
	85歳以上	11.6	9.6	1.9	15.2	15.0	0.2
	不詳	0.2	0.1	0.0	1.5	1.4	-
	65歳以上(再掲)	37.7	31.7	5.7	158.0	154.3	2.7
	75歳以上(再掲)	26.4	21.9	4.3	74.4	73.1	1.0
茨城県	総数	26.4	23.9	2.4	148.7	142.8	4.7
	0～4歳	0.3	0.3	0.0	7.1	6.8	0.2
	5～14	0.2	0.2	0.0	10.0	9.7	0.2
	15～24	0.4	0.4	0.0	5.7	5.4	0.2
	25～34	0.8	0.8	0.0	9.7	9.3	0.4
	35～44	1.3	1.2	0.1	14.0	13.3	0.5
	45～54	1.8	1.7	0.2	13.9	13.1	0.6
	55～64	4.6	4.0	0.5	25.0	23.9	0.9
	65～74	5.3	4.7	0.6	30.6	29.7	0.8
	75～84	6.5	6.0	0.6	24.3	23.7	0.5
	85歳以上	5.0	4.7	0.3	7.9	7.5	0.4
	不詳	0.1	0.0	0.0	0.6	0.5	0.0
	65歳以上(再掲)	16.9	15.4	1.5	62.8	60.8	1.7
	75歳以上(再掲)	11.6	10.6	0.9	32.2	31.1	0.9
栃木県	総数	18.7	16.9	1.6	114.7	110.7	3.4
	0～4歳	0.3	0.3	0.1	7.7	7.5	0.1
	5～14	0.2	0.2	0.0	7.0	6.9	0.1
	15～24	0.3	0.2	0.0	3.6	3.4	0.1
	25～34	0.7	0.5	0.1	7.2	6.9	0.2
	35～44	0.9	0.8	0.1	9.7	9.2	0.5
	45～54	1.4	1.3	0.2	10.6	10.1	0.5
	55～64	2.9	2.6	0.3	20.1	19.3	0.7
	65～74	3.6	3.2	0.3	22.8	22.0	0.7
	75～84	4.7	4.4	0.3	19.4	18.9	0.4
	85歳以上	3.7	3.4	0.2	5.8	5.7	0.1
	不詳	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.0
	65歳以上(再掲)	12.0	11.0	0.8	48.0	46.5	1.2
	75歳以上(再掲)	8.4	7.8	0.5	25.2	24.6	0.5
群馬県	総数	21.2	19.4	1.8	113.9	111.0	2.1
	0～4歳	0.3	0.3	0.0	7.0	6.9	0.1
	5～14	0.2	0.2	0.0	8.6	8.6	0.0
	15～24	0.3	0.3	0.0	3.7	3.7	0.1
	25～34	0.6	0.6	0.1	7.6	7.4	0.2
	35～44	0.9	0.8	0.1	10.6	10.2	0.3
	45～54	1.3	1.2	0.2	10.0	9.6	0.2
	55～64	3.2	2.9	0.3	18.8	18.3	0.4
	65～74	4.2	3.7	0.4	22.6	22.1	0.3
	75～84	5.5	5.1	0.4	18.1	17.7	0.4
	85歳以上	4.5	4.3	0.3	6.5	6.4	0.1
	不詳	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	-
	65歳以上(再掲)	14.2	13.1	1.1	47.2	46.2	0.8
	75歳以上(再掲)	10.0	9.4	0.6	24.6	24.0	0.5

近隣他都県		入院(千人)			外来(千人)		
		総数	県内	県外	総数	県内	県外
千葉県	総数	48.1	42.5	5.4	294.8	283.9	10.0
	0～4歳	0.8	0.7	0.1	15.3	14.9	0.4
	5～14	0.5	0.4	0.0	17.9	17.5	0.4
	15～24	0.7	0.6	0.1	11.8	11.2	0.6
	25～34	1.5	1.3	0.2	18.8	17.5	1.1
	35～44	2.5	2.1	0.3	29.0	27.6	1.2
	45～54	3.2	2.7	0.5	28.2	26.7	1.2
	55～64	7.6	6.4	1.1	48.1	46.0	2.0
	65～74	10.4	9.0	1.3	64.3	62.6	1.7
	75～84	12.0	10.9	1.0	47.8	46.6	1.1
	85歳以上	8.9	8.2	0.7	12.7	12.4	0.3
	不詳	0.1	0.1	0.0	0.9	0.8	0.1
	65歳以上(再掲)	31.2	28.1	3.0	124.9	121.6	3.1
	75歳以上(再掲)	20.9	19.1	1.7	60.5	59.0	1.4
東京都	総数	105.2	90.7	13.6	880.4	804.6	70.6
	0～4歳	1.9	1.6	0.3	41.5	41.0	0.5
	5～14	1.3	1.0	0.3	45.4	44.4	0.9
	15～24	1.8	1.3	0.4	34.3	30.2	3.6
	25～34	3.6	2.9	0.7	56.7	47.9	8.7
	35～44	6.0	4.9	1.1	84.5	72.7	11.5
	45～54	7.6	6.0	1.6	85.7	75.1	9.5
	55～64	14.8	12.0	2.5	131.8	115.7	14.5
	65～74	20.9	17.6	3.1	180.6	168.0	12.3
	75～84	27.3	24.7	2.4	170.0	162.0	7.0
	85歳以上	19.7	18.5	1.1	44.7	43.0	1.6
	不詳	0.3	0.2	0.1	5.2	4.5	0.6
	65歳以上(再掲)	67.9	60.7	6.7	395.2	373.0	20.8
	75歳以上(再掲)	47.0	43.2	3.5	214.6	205.0	8.5
神奈川県	総数	59.8	54.8	4.7	464.4	450.5	11.9
	0～4歳	0.9	0.9	0.0	18.1	18.0	0.1
	5～14	0.6	0.6	0.0	23.5	23.2	0.3
	15～24	1.0	0.9	0.1	15.9	15.3	0.6
	25～34	2.0	1.8	0.2	28.6	27.7	0.8
	35～44	3.3	3.1	0.3	46.4	44.5	1.8
	45～54	3.8	3.5	0.3	44.8	43.4	1.2
	55～64	8.1	7.4	0.7	71.2	68.6	2.0
	65～74	12.4	11.4	0.9	104.6	101.8	2.2
	75～84	15.8	14.6	1.1	84.2	81.8	2.2
	85歳以上	11.5	10.4	1.1	25.2	24.4	0.5
	不詳	0.2	0.1	0.0	1.8	1.8	0.1
	65歳以上(再掲)	39.8	36.5	3.1	214.0	208.0	5.0
	75歳以上(再掲)	27.3	25.1	2.2	109.4	106.2	2.8

注) 県内－県外の総数には、不詳を含む。

近隣他都県	推計流入患者				推計流出患者数			
	推計流入患者数(千人)		推計流入患者割合		推計流出患者数(千人)		推計流出患者割合(%)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
埼玉県	7.7	9.8	14.2 %	2.7 %	7.9	29.6	14.6 %	7.8 %
茨城県	2.4	4.7	9.0 %	3.2 %	2.1	7.5	8.2 %	5.0 %
栃木県	1.6	3.4	8.6 %	3.0 %	1.0	2.7	5.7 %	2.4 %
群馬県	1.8	2.1	8.5 %	1.8 %	0.9	2.6	4.5 %	2.3 %
千葉県	5.4	10.0	11.2 %	3.4 %	3.8	20.6	8.2 %	6.8 %
東京都	13.6	70.6	13.1 %	8.1 %	15.3	21.0	14.5 %	2.5 %
神奈川県	4.7	11.9	7.8 %	2.6 %	6.2	26.2	10.1 %	5.5 %
全国	76.3	197.3	5.7 %	2.7 %	76.3	197.3	5.7 %	2.7 %

注) : 県内－県外の総数には、不詳を含む。

出典) 平成 23 年厚労省患者調査

イ 近隣他都県の二次医療圏内／二次医療圏外の入院状況

二次医療圏での医療の完結及び他二次医療圏からの患者受入状況を埼玉県及び近隣他都県と比較した。流出状況を示す「二次医療圏外総数/総数」は埼玉県全体では 33.0%である。これは全国平均の 23.6%より高く、患者が広域的に医療機関を選択している特色がある。近隣都県では東京都(45.5%)、神奈川県(38.8%)より低い、千葉県(28.0%)より高い。ただし、二次医療圏別では東部、川越比企、西部、北部のように低い二次医療圏もあれば、40%を越えている二次医療圏もある。県内では南西部医療圏が 44.9%と最も高い。

表 3-17 他都県の疾患別の推計患者の状況（外来）

□	総数 (千人)	二次医療圏内 (千人)	二次医療圏外(千人)			
			総数	県内	県外	二次医療圏外総数/総数
全国	1290.1	978.5	303.9	229.6	74.3	23.6%
11 埼玉県	52.4	35.1	17.3	9.4	7.8	33.0%
1101 南部	4.8	3.1	1.7	0.7	1.0	35.4%
1102 南西部	4.9	2.7	2.2	1.0	1.2	44.9%
1103 東部	7.9	5.5	2.4	0.9	1.5	30.4%
1104 さいたま	7.1	4.6	2.6	1.8	0.8	36.6%
1105 県央	3.4	2.2	1.2	1.0	0.2	35.3%
1106 川越比企	6.9	5.2	1.7	1.2	0.5	24.6%
1107 西部	6.7	4.8	1.9	0.8	1.1	28.4%
1108 利根	5.1	3.2	1.9	1.2	0.7	37.3%
1109 北部	4.6	3.2	1.5	0.6	0.8	32.6%
1110 秩父	0.9	0.6	0.3	0.2	0.1	33.3%
08 茨城県	25.1	16.7	8.4	6.3	2.1	33.5%
0801 水戸	4.1	3.2	0.9	0.8	0.1	22.0%
0802 日立	2.9	2.3	0.6	0.3	0.2	20.7%
0803 常陸太田・ひたちなか	3.0	1.5	1.5	1.4	0.1	50.0%
0804 鹿行	2.1	1.1	1.0	0.6	0.4	47.6%
0805 土浦	2.3	1.6	0.7	0.6	0.1	30.4%
0806 つくば	2.4	1.5	0.9	0.8	0.1	37.5%
0807 取手・竜ヶ崎	3.7	2.6	1.1	0.7	0.4	29.7%
0808 筑西・下妻	2.8	1.7	1.1	0.8	0.4	39.3%
0809 古河・坂東	1.9	1.3	0.6	0.3	0.3	31.6%
09 栃木県	17.0	12.5	4.5	3.6	0.9	26.5%
0901 県北	3.4	2.5	0.8	0.7	0.1	23.5%
0902 県西	2.0	1.3	0.7	0.7	0.0	35.0%
0903 県東・央	5.6	4.3	1.3	1.1	0.2	23.2%
0904 県南	3.7	2.5	1.2	0.8	0.4	32.4%
0905 両毛	2.3	1.8	0.5	0.2	0.3	21.7%
10 群馬県	19.8	13.5	6.4	5.5	0.9	32.3%
1001 前橋	3.2	2.3	0.9	0.9	0.1	28.1%
1002 高崎・安中	4.0	2.6	1.4	1.3	0.1	35.0%
1003 渋川	1.4	0.8	0.6	0.6	0.0	42.9%
1004 藤岡	0.8	0.4	0.4	0.3	0.1	50.0%
1005 富岡	0.9	0.7	0.2	0.2	0.0	22.2%
1006 吾妻	1.1	0.8	0.3	0.3	0.0	27.3%
1007 沼田	1.2	0.8	0.4	0.4	0.0	33.3%
1008 伊勢崎	2.1	1.5	0.6	0.5	0.1	28.6%
1009 桐生	2.0	1.5	0.5	0.5	0.1	25.0%
1010 太田・館林	3.2	2.2	1.0	0.6	0.4	31.3%
12 千葉県	45.4	32.7	12.7	9.0	3.7	28.0%
1201 千葉	6.2	4.6	1.7	1.3	0.3	27.4%
1202 東葛南部	11.3	8.3	3.0	1.6	1.4	26.5%
1203 東葛北部	9.2	6.9	2.3	1.1	1.2	25.0%
1204 印旛	5.1	3.3	1.8	1.5	0.2	35.3%
1205 香取海匝	2.8	2.0	0.8	0.5	0.3	28.6%
1206 山武長生夷隅	4.4	2.6	1.8	1.7	0.1	40.9%
1207 安房	1.7	1.6	0.1	0.1	0.0	5.9%
1208 君津	2.6	2.0	0.7	0.6	0.1	26.9%
1209 市原	1.9	1.3	0.7	0.6	0.1	36.8%
13 東京都	104.3	56.9	47.5	32.5	14.9	45.5%
1301 区中央部	6.3	2.7	3.6	2.4	1.1	57.1%
1302 区南部	8.4	4.7	3.7	2.3	1.4	44.0%
1303 区西南部	9.5	4.6	4.9	3.6	1.3	51.6%
1304 区西部	9.7	4.5	5.2	4.0	1.3	53.6%
1305 区西北部	16.7	9.5	7.2	4.5	2.7	43.1%
1306 区東北部	10.8	5.8	5.0	3.1	1.8	46.3%
1307 区東部	9.0	4.2	4.8	3.1	1.8	53.3%
1308 西多摩	3.7	2.7	0.9	0.8	0.2	24.3%
1309 南多摩	11.2	7.9	3.3	1.7	1.6	29.5%
1310 北多摩西部	4.7	2.0	2.7	2.4	0.4	57.4%
1311 北多摩南部	7.6	4.5	3.1	2.6	0.6	40.8%
1312 北多摩北部	6.5	3.7	2.7	1.9	0.9	41.5%
1313 島しょ	0.3	0.0	0.3	0.3	0.0	100.0%
14 神奈川県	60.0	36.7	23.3	17.1	6.1	38.8%
1401 横浜北部	8.2	4.0	4.2	3.1	1.1	51.2%
1402 横浜西部	7.4	5.0	2.4	1.9	0.5	32.4%
1403 横浜南部	7.8	4.4	3.3	2.9	0.5	42.3%
1404 川崎北部	4.6	2.4	2.2	1.2	1.0	47.8%
1405 川崎南部	4.5	2.4	2.1	1.3	0.8	46.7%
1406 横須賀・三浦	4.8	3.0	1.8	1.4	0.4	37.5%
1407 湘南東部	4.6	3.1	1.5	1.2	0.3	32.6%
1408 湘南西部	4.7	3.5	1.2	1.0	0.2	25.5%
1409 県央	5.5	3.3	2.2	1.8	0.4	40.0%
1410 相模原	4.4	3.1	1.3	0.7	0.6	29.5%
1411 県西	3.5	2.5	1.0	0.7	0.3	28.6%

出典) 平成 23 年患者調査

ウ 県外受診者の受診状況

高度な医療は遠距離医療機関、慢性的な医療は近距離の医療機関を受診するかを検証した。

県外において受診した患者の比率は、入院で東京 10.95%、群馬 1.16%、千葉 0.99%、入院外で東京 5.82%、群馬 0.37%、千葉 0.26%の順となっており、全患者のうち入院 15.42%、入院外 7.34%が県外受診となっている。最も多い東京は 10.95%の状況であり、1 件あたり入院医療費は埼玉 498,130 円に対し東京は 632,420 円で 134,290 円高く、入院外医療費は埼玉 13,440 円に対し東京 20,230 円で 6,790 円高い状況となっている。

この医療費の状況から見ると、高度な医療は遠距離医療機関を利用する傾向があることが分かった。

表 3-18 県外受診者受診状況

県外受診者受診状況 H22～H24

	入院					入院外				
	件数		1件当たり 点数	1件当たり 日数	1日当たり 点数	件数		1件当たり 点数	1件当たり 日数	1日当たり 点数
北海道	17	0.04	71,436	10.94	6,529	472	0.03	1,333	1.45	921
青森	11	0.03	28,491	16.91	1,685	163	0.01	1,003	1.47	681
岩手	16	0.04	37,806	19.13	1,977	148	0.01	1,088	1.47	739
宮城	11	0.03	73,464	21.09	3,483	284	0.02	1,125	1.26	890
秋田	9	0.02	32,988	9.89	3,336	192	0.01	1,047	1.41	742
山形	12	0.03	22,597	9.08	2,488	176	0.01	986	1.47	673
福島	32	0.08	46,109	16.47	2,800	389	0.02	1,154	1.48	782
茨城	227	0.54	42,075	17.47	2,409	4,644	0.26	1,712	1.76	975
栃木	180	0.43	54,582	17.92	3,046	2,128	0.12	1,931	1.43	1,348
群馬	487	1.16	52,423	14.17	3,698	6,515	0.37	1,977	1.60	1,232
埼玉	35,407	84.58	49,813	15.03	3,314	1,631,678	92.66	1,344	1.75	770
千葉	416	0.99	50,289	18.07	2,783	4,603	0.26	1,841	1.48	1,243
東京	4,585	10.95	63,242	13.28	4,762	102,425	5.82	2,023	1.44	1,409
神奈川	163	0.39	47,582	13.88	3,429	3,007	0.17	1,534	1.38	1,109
新潟	31	0.07	28,336	17.42	1,627	304	0.02	1,428	1.41	1,010
富山	3	0.01	24,694	8.33	2,963	43	0.00	1,668	1.44	1,157
石川	10	0.02	27,594	13.80	2,000	85	0.00	1,540	1.75	878
福井	1	0.00	10,885	3.00	3,628	30	0.00	1,144	1.53	746
山梨	28	0.07	67,384	23.93	2,816	204	0.01	1,457	1.61	906
長野	44	0.11	50,702	15.11	3,355	524	0.03	1,465	1.45	1,008
岐阜	4	0.01	62,093	15.00	4,140	63	0.00	1,682	1.59	1,060
静岡	42	0.10	61,591	17.79	3,463	482	0.03	1,224	1.45	842
愛知	9	0.02	36,395	15.89	2,291	214	0.01	1,214	1.35	902
三重	3	0.01	11,696	4.00	2,924	62	0.00	1,181	1.77	665
滋賀	2	0.00	117,843	13.50	8,729	44	0.00	1,168	1.84	634
京都	9	0.02	47,035	11.78	3,994	169	0.01	1,232	1.49	826
大阪	8	0.02	40,420	14.50	2,788	325	0.02	1,412	1.56	903
兵庫	15	0.04	37,846	17.53	2,159	125	0.01	1,197	1.38	865
奈良	0	0.00	0	0.00	0	56	0.00	803	1.29	624
和歌山	3	0.01	28,694	8.00	3,587	45	0.00	1,246	1.27	983
鳥取	0	0.00	0	0.00	0	31	0.00	1,482	1.32	1,121
島根	4	0.01	22,795	11.00	2,072	35	0.00	1,000	1.31	761
岡山	5	0.01	28,357	12.60	2,251	80	0.00	2,880	1.85	1,557
広島	5	0.01	34,862	9.60	3,632	90	0.01	2,163	1.88	1,152
山口	10	0.02	43,626	23.10	1,889	80	0.00	1,292	1.85	698
徳島	0	0.00	0	0.00	0	28	0.00	626	1.36	461
香川	0	0.00	0	0.00	0	31	0.00	867	1.58	548
愛媛	2	0.00	83,148	16.50	5,039	42	0.00	2,733	1.31	2,087
高知	1	0.00	80,292	11.00	7,299	44	0.00	999	1.52	656
福岡	15	0.04	64,714	11.00	5,883	205	0.01	1,243	1.45	855
佐賀	3	0.01	25,323	13.00	1,948	19	0.00	1,631	1.53	1,069
長崎	8	0.02	71,573	18.25	3,922	65	0.00	1,764	2.03	868
熊本	5	0.01	47,380	16.40	2,889	98	0.01	1,405	2.32	607
大分	1	0.00	25,891	15.00	1,726	58	0.00	949	1.34	706
宮崎	2	0.00	39,767	19.00	2,093	70	0.00	1,475	2.33	634
鹿児島	7	0.02	42,430	5.57	7,616	145	0.01	1,448	1.59	909
沖縄	10	0.02	30,808	4.90	6,287	177	0.01	1,355	1.46	926
計	41,863	100.00				1,760,897	100.00			

※県外受診者が自県の10%以上:

県外受診の状況を保険者別にみると、東京で受診する患者は朝霞市 29.18%、川口市 19.62%、狭山市 13.29%の順となっており、県北では群馬において受診する患者は熊谷市で 10.54%、茨城において受診する患者は加須市で 6.64%となっている。

入院が地域内（二次医療圏内）で完結していないところがある。

表 3-19 地域別受診行動レセプト件数（入院）

地域別受診行動レセプト件数(入院) H24年													(件・%)	
	川越市	熊谷市	川口市	秩父市	加須市	東松山市	春日部市	狭山市	鴻巣市	朝霞市	さいたま市			
北海道	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	0.14	0.00	
青森	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.00	0.00	
岩手	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	0.07	0.00	
宮城	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0.00	0.00	
秋田	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	5	0.00	0.00	
山形	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.07	0.00	
福島	0	1	5	0	0	1	0	0	1	0	13	0.00	0.11	
茨城	1	1	5	0	39	0	9	0	2	1	69	0.07	0.11	
栃木	1	2	5	0	19	1	11	1	0	0	60	0.07	0.22	
群馬	1	94	3	4	11	1	7	2	7	2	150	0.07	10.54	
埼玉	1,320	763	1,784	319	490	420	920	567	466	308	11,066	89.25	85.54	
千葉	10	2	14	2	1	1	61	2	2	2	124	0.68	0.22	
東京	129	25	452	8	25	16	121	90	30	131	1,463	8.72	2.80	
神奈川	5	1	10	0	0	0	8	5	0	1	46	0.34	0.11	
新潟	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	8	0.00	0.00	
富山	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
石川	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0.07	0.00	
福井	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
山梨	0	0	9	0	0	0	0	1	0	0	13	0.00	0.39	
長野	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	11	0.14	0.22	
岐阜	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	
静岡	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	12	0.07	0.11	
愛知	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.14	0.00	
三重	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
滋賀	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
京都	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	5	0.00	0.09	
大阪	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	4	0.00	0.04	
兵庫	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	5	0.00	0.04	
奈良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
和歌山	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.00	0.00	
鳥取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
島根	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
岡山	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	
広島	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.14	0.00	
山口	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0.00	0.00	
徳島	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
香川	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
愛媛	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.00	0.04	
高知	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
福岡	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	6	0.00	0.09	
佐賀	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.00	0.00	
長崎	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	0.00	0.23	
熊本	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0.00	0.00	
大分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	
宮崎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
鹿児島	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.00	0.00	
沖縄	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0.00	0.23	
計	1,479	892	2,304	333	587	443	1,147	677	511	449	13,114			

※自保険者の患者が県外を受診している先の背景色：10%

入院外の県外受診状況は、入院より低いものの東京において受診する患者は県南で朝霞市 14.55%、川口市 9.82%、狭山市 6.85%の順であり、県北では群馬において受診する患者は熊谷市 3.22%、加須市 2.03%、茨城において受診する患者は加須市 5.24%となっている。

表 3-20 地域別受診行動レセプト件数（入院外）

地域別受診行動レセプト件数(入院外) H24 (件・%)

	川崎市	熊谷市	川口市	秩父市	加須市	東松山市	春日部市	狭山市	鴻巣市	朝霞市	さいたま市
北海道	11 0.02	6 0.02	35 0.03	3 0.02	3 0.01	5 0.03	9 0.02	8 0.03	3 0.01	6 0.03	132 0.02
青森	5 0.01	3 0.01	11 0.01	0 0.00	2 0.01	1 0.01	2 0.00	4 0.01	2 0.01	2 0.01	50 0.01
岩手	4 0.01	2 0.01	10 0.01	0 0.00	2 0.01	0 0.00	5 0.01	4 0.01	1 0.00	0 0.00	53 0.01
宮城	5 0.01	0 0.00	14 0.01	2 0.02	6 0.03	0 0.00	3 0.01	6 0.02	2 0.01	8 0.04	89 0.02
秋田	4 0.01	4 0.01	9 0.01	0 0.00	2 0.01	2 0.01	2 0.00	7 0.03	0 0.00	4 0.02	56 0.01
山形	5 0.01	0 0.00	14 0.01	0 0.00	2 0.01	2 0.01	3 0.01	4 0.01	1 0.00	1 0.01	56 0.01
福島	18 0.03	3 0.01	30 0.03	0 0.00	2 0.01	3 0.02	5 0.01	7 0.03	2 0.01	4 0.02	134 0.02
茨城	11 0.02	6 0.02	87 0.09	2 0.02	1,126 5.24	7 0.04	55 0.12	1 0.00	14 0.06	8 0.04	1,435 0.26
栃木	30 0.05	43 0.12	66 0.07	5 0.04	247 1.15	3 0.02	67 0.15	14 0.05	19 0.09	11 0.06	673 0.12
群馬	40 0.07	1,161 3.22	34 0.03	70 0.53	436 2.03	26 0.16	35 0.08	12 0.04	77 0.36	8 0.04	2,020 0.36
埼玉	57,220 94.53	34,116 94.56	89,245 89.22	12,827 97.10	19,085 88.86	15,151 96.12	41,737 92.89	24,900 92.28	20,858 96.20	15,699 84.49	519,368 92.74
千葉	72 0.12	30 0.08	224 0.22	10 0.08	17 0.08	14 0.09	578 1.29	48 0.18	16 0.07	27 0.15	1,443 0.26
東京	2,877 4.75	611 1.69	9,820 9.82	246 1.86	504 2.35	489 3.10	2,278 5.07	1,849 6.85	615 2.84	2,703 14.55	32,392 5.78
神奈川	82 0.14	38 0.11	204 0.20	16 0.12	19 0.09	32 0.20	60 0.13	37 0.14	27 0.12	46 0.25	906 0.16
新潟	12 0.02	9 0.02	14 0.01	0 0.00	0 0.00	1 0.01	3 0.01	5 0.02	5 0.02	8 0.04	89 0.02
富山	1 0.00	0 0.00	2 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.01	0 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	8 0.00
石川	2 0.00	1 0.00	2 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.00	4 0.01	0 0.00	0 0.00	18 0.00
福井	0 0.00	0 0.00	1 0.00	1 0.01	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	1 0.01	7 0.00
山梨	7 0.01	0 0.00	10 0.01	9 0.07	0 0.00	0 0.00	1 0.00	7 0.03	2 0.01	2 0.01	54 0.01
長野	11 0.02	13 0.04	20 0.02	1 0.01	2 0.01	4 0.03	13 0.03	7 0.03	7 0.03	8 0.04	154 0.03
岐阜	3 0.00	1 0.00	3 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.01	6 0.01	1 0.00	0 0.00	0 0.00	27 0.00
静岡	11 0.02	6 0.02	23 0.02	5 0.04	4 0.02	2 0.01	11 0.02	16 0.06	1 0.00	2 0.01	134 0.02
愛知	11 0.02	7 0.02	21 0.02	0 0.00	4 0.02	3 0.02	4 0.01	1 0.00	6 0.03	1 0.01	80 0.01
三重	3 0.00	0 0.00	6 0.01	0 0.00	0 0.00	1 0.01	0 0.00	2 0.01	1 0.00	2 0.01	20 0.00
滋賀	0 0.00	2 0.01	2 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	3 0.01	0 0.00	0 0.00	0 0.00	16 0.00
京都	6 0.01	0 0.00	14 0.01	1 0.01	1 0.00	2 0.01	2 0.00	3 0.01	2 0.01	1 0.01	50 0.01
大阪	12 0.02	2 0.01	28 0.03	2 0.02	2 0.01	4 0.03	8 0.02	2 0.01	1 0.00	2 0.01	108 0.02
兵庫	5 0.01	0 0.00	11 0.01	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.00	0 0.00	3 0.01	1 0.01	49 0.01
奈良	5 0.01	0 0.00	3 0.00	1 0.01	1 0.00	0 0.00	0 0.00	3 0.01	3 0.01	1 0.01	20 0.00
和歌山	2 0.00	0 0.00	4 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.01	2 0.00	0 0.00	2 0.01	0 0.00	16 0.00
鳥取	4 0.01	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3 0.02	1 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	10 0.00
島根	0 0.00	0 0.00	5 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	13 0.00
岡山	5 0.01	0 0.00	1 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.01	0 0.00	2 0.01	21 0.00
広島	3 0.00	1 0.00	5 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.01	2 0.00	5 0.02	0 0.00	0 0.00	21 0.00
山口	2 0.00	3 0.01	0 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	2 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	20 0.00
徳島	1 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	4 0.01	0 0.00	0 0.00	7 0.00
香川	2 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.00	1 0.00	0 0.00	0 0.00	10 0.00
愛媛	2 0.00	0 0.00	3 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	3 0.01	0 0.00	2 0.01	3 0.02	16 0.00
高知	4 0.01	1 0.00	1 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.00	1 0.00	0 0.00	5 0.03	17 0.00
福岡	9 0.01	0 0.00	9 0.01	0 0.00	1 0.00	0 0.00	2 0.00	3 0.01	2 0.01	2 0.01	55 0.01
佐賀	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.00
長崎	0 0.00	0 0.00	2 0.00	1 0.01	1 0.00	0 0.00	3 0.01	2 0.01	5 0.02	1 0.01	26 0.00
熊本	4 0.01	0 0.00	6 0.01	4 0.03	4 0.02	0 0.00	3 0.01	0 0.00	0 0.00	1 0.01	31 0.01
大分	6 0.01	1 0.00	2 0.00	0 0.00	0 0.00	2 0.01	2 0.00	5 0.02	0 0.00	1 0.01	23 0.00
宮崎	3 0.00	0 0.00	3 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 0.00	2 0.01	0 0.00	3 0.02	19 0.00
鹿児島	5 0.01	7 0.02	12 0.01	4 0.03	1 0.00	0 0.00	6 0.01	2 0.01	0 0.00	5 0.03	59 0.01
沖縄	3 0.00	2 0.01	8 0.01	0 0.00	1 0.00	2 0.01	5 0.01	1 0.00	1 0.00	2 0.01	49 0.01
計	60,528	36,079	100,025	13,210	21,477	15,763	44,930	26,982	21,681	18,581	560,056

※自保険者の患者が県外を受診している先の背景色： 10%

エ DPCデータを用いた分析

平成22年10月から平成23年3月の6か月間の電子レセプトデータ（「医科レセプト」「DPCレセプト」（調剤レセプトは含まない）、全保険者分）を分析した結果を表3-21に示す。

東京都への流出の多い4つの地域いずれも、65～74歳の流出率が高く、75歳以上となると流出率が下がる。

表 3-21 疾病別年齢別東京都への流出率（外来）

		南部 医療圏	南西部 医療圏	東部 医療圏	西部 医療圏
がん	全体	19.83	27.48	15.72	15.69
	65～74 歳	21.26	29.27	17.57	16.55
	75 歳以上	15.12	23.81	11.65	13.24
生活習慣病	全体	7.26	14.31	6.62	6.92
	65～74 歳	7.34	14.23	6.77	7.32
	75 歳以上	5.57	12.30	5.28	5.74
心臓疾患	全体	8.80	16.95	8.35	6.93
	65～74 歳	10.22	18.54	9.36	7.98
	75 歳以上	6.89	14.85	6.71	5.83
脳疾患	全体	7.59	14.24	7.57	6.83
	65～74 歳	8.24	15.47	8.22	7.83
	75 歳以上	6.26	12.84	6.54	5.78

オ 他県における受療動向（まとめ）

高度な医療については遠距離にある医療機関を利用する傾向にある。県南部は東京の医療機関、北部は群馬の医療機関で高度医療を受けている傾向がある。

「がん」「生活習慣病」「心臓疾患」「脳疾患」で見ると、75 歳以上となると東京への流出率が低下する。しかし、極端に流出率が低下する傾向にはない。団塊世代が後期高齢者となる 2025 年頃に、都内の医療機関を利用していた県民が県内の医療機関を利用するようになり、例えば病院で亡くなることのできない「看取り難民」問題等が懸念されるが、この課題についてはもう少し検討が必要と思われる。

5 今後必要となる医療と提供体制のシミュレーション

医学部新設の検討に当たっては、10年後、20年度の医療ニーズがどう変化するか、これに伴い医師の需給がどうなるかを推計することが必要となる。

(要約)

本県の人口は2015年までにピークを迎え、その後は減少すると見込まれている。65歳以上人口は2030年に2010年現在の1.7倍の2,045,407人、高齢化率は現在の17%から31%となる。75歳以上人口の増加は著しく、2030年に現在の2倍を超える1,270,318人となると予測される。

現在の年齢階層別受療率が今後も変化しないと仮定すると、入院患者数は2050年にピークを迎え、現在の1.7倍の79,550人、外来患者数は2025年にピークを迎え、現在の1.1倍の413,727人となる。

死亡者数は2030年まで急激に増加し現在の2倍の105,601人となり、その後は穏やかな増加を続ける。

医療ニーズの増加に伴い必要医師数も増加するが、今後も現在の医師数の増加の伸びが継続すれば、2030年頃には需給一致の見込である。

しかし、「医師自身の高齢化」「女性医師の増加」「勤務医の労働時間の適正化」を加味すると、2050年の必要医師数は16,500人に達する可能性がある。医師の供給も増加するものの、2050年時点でも必要数には達せず、同時点で最大1,300人を超える医師不足が見込まれる。

求められる医師の質も変化すると予測される。

高齢化が進む後は、医師には、高齢者に特有の疾患を専門とし、高齢者の特性を理解した上で患者の生活習慣や価値観なども考慮しながら総合的に患者を診ることができる医師が求められる時代が来ると考えられる。

そのほか、予防へのシフト、多職種協働、先進高度医療や個別化医療の進展といった変化に対応できる医師が求められると考えられる。

(1) 高齢化の進展による医療・介護ニーズの将来推計

ア 人口の将来推計

人口推計は以下の前提条件を設定した上で行った。

① 圏域

- ・ 推計に用いる二次医療圏は、平成 24 年時点の 10 区分とする。

② 人口

- ・ 各二次医療圏の性・年齢階級別人口は、社会保障・人口問題研究所の『日本の市区町村別将来推計人口』（平成 20 年 12 月推計）を使用する。
- ・ 社会保障・人口問題研究所の将来推計人口は、市町村別に算出されている。ここから各圏域に属する市町村の数値を合計して、各圏域の性・年齢階級別人口を算出する。
- ・ 社会保障・人口問題研究所の将来推計人口は、2035 年までしか示されていない。2040 年以降の推計値は、以下のような仮定を置いて算出する。
 - $(t \sim t+4)$ 歳のコホートが 5 年後に $(t+5 \sim t+9)$ 歳になっている比率をトレンドで伸ばして、各年の $(t+5 \sim t+9)$ 歳の人口を推計
 - $(0 \sim 4)$ 歳の人口については、2005 年～2035 年の $(0 \sim 4)$ 歳人口のトレンドを伸ばして、2040 年以降の $(0 \sim 4)$ 歳人口を推計

本県における 2005 年から 2060 年までの人口推計の結果を表 4-1 及び 図 4-1、4-2 に示す。表 4-1 のうち色が塗られたセルは、各年齢階級において人口が最大となる年次を示している。

人口は 2015 年までにピークを迎え、その後は減少する。65 歳以上人口は 2030 年までに 2,045,407 人、2060 年に 2,016,832 人で、高齢化率(65 歳以上人口)は増加し、2030 年 31%、2060 年に 43%となる。75 歳以上人口は 2030 年までに 1,270,318 人、2060 年 1,369,899 人で、75 歳以上人口割合も増加し、2030 年 20%、2060 年に 29%となる。

表 4-1 によると、34 歳までの世代は 2005 年に人口のピークを迎えており以降は減少傾向となる。また、35 歳から 54 歳までの世代はそれぞれ「団塊ジュニア」、55 歳から 84 歳までの世代は「団塊世代」の影響を受けており、「団塊世代」が世代人口をけん引していくことが示されている。75 歳以上は単純増加する。

圏域別にみると人口の傾向は東京都や千葉県に近い南側の医療圏と、それ以外の北部や西部医療圏とで異なる。

表 4-1 年齢階級別推計人口と年齢別増加率（埼玉県全体）

人口(人)	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
合計	7,054,243	7,082,299	7,034,924	6,923,453	6,752,045	6,526,931	6,257,923	5,981,716	5,700,687	5,402,691	5,081,149	4,741,510
0～4歳	315,754	273,820	234,333	211,962	199,291	190,187	177,916	165,638	153,365	141,092	128,819	116,546
5～9歳	334,679	312,759	271,482	232,327	210,151	197,602	188,591	176,415	164,217	152,019	139,821	127,622
10～14歳	338,556	333,649	311,991	270,822	231,783	209,684	197,179	188,196	176,040	163,858	151,677	139,495
15～19歳	367,363	350,040	342,817	320,407	278,137	238,311	215,824	203,181	193,917	181,389	168,835	156,280
20～24歳	431,929	387,404	367,912	359,997	336,571	292,816	252,231	229,600	216,253	206,531	193,372	180,185
25～29歳	481,630	423,336	382,752	364,255	356,714	333,942	291,239	251,319	228,832	215,650	206,128	193,197
30～34歳	598,242	479,058	421,775	381,622	363,349	355,860	333,177	290,630	250,847	228,430	215,316	205,871
35～39歳	536,071	593,527	475,549	418,723	378,914	360,817	353,395	330,867	288,618	249,114	226,857	213,839
40～44歳	463,745	530,053	587,557	470,766	414,549	375,195	357,334	350,001	327,684	285,838	246,720	224,682
45～49歳	421,211	458,831	524,740	581,812	466,225	410,647	371,752	354,167	346,941	324,830	283,361	244,590
50～54歳	490,465	414,789	452,228	517,454	573,964	460,043	405,333	367,095	349,791	342,719	320,904	279,962
55～59歳	596,736	479,217	405,897	442,979	507,329	563,048	451,451	397,882	360,344	343,367	336,430	315,021
60～64歳	517,901	577,347	464,313	393,728	430,281	493,359	547,842	439,466	387,337	350,772	334,200	327,388
65～69歳	410,523	495,107	554,328	446,276	379,061	414,875	476,304	529,653	424,883	374,484	339,119	323,077
70～74歳	304,500	383,819	465,202	524,168	422,749	360,214	395,227	454,934	505,923	405,822	357,645	323,855
75～79歳	207,743	271,873	345,140	421,542	479,226	387,452	331,637	365,578	420,785	467,948	375,324	330,680
80～84歳	128,637	171,331	226,886	291,556	360,191	415,359	336,933	289,294	318,790	366,917	408,037	327,217
85歳～	108,523	146,344	200,030	273,048	363,551	467,507	574,551	597,799	586,120	601,910	648,586	712,002

図 4-1 年齢階級別推計人口（埼玉県全体）

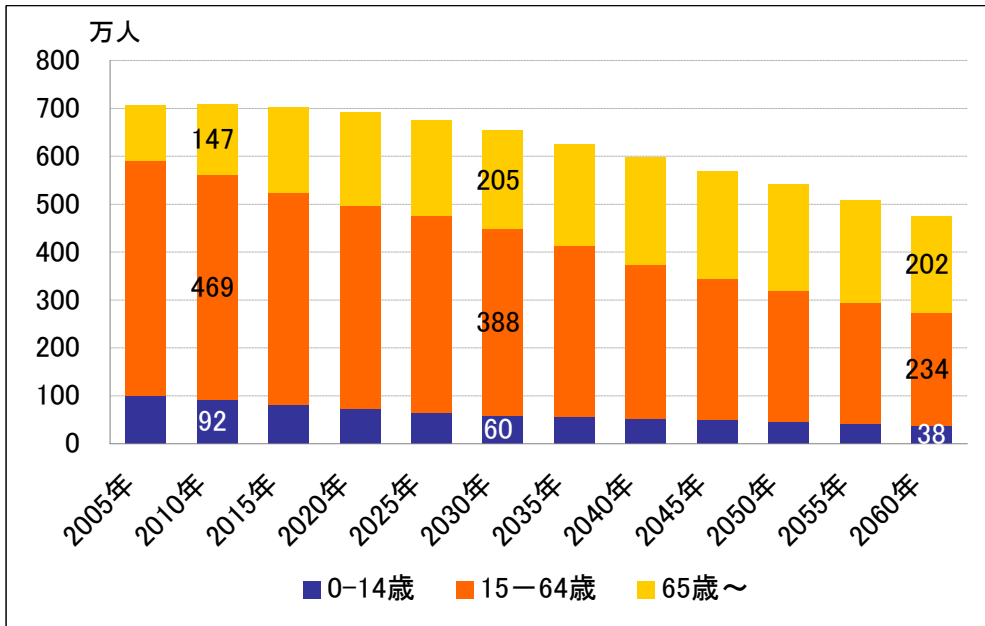
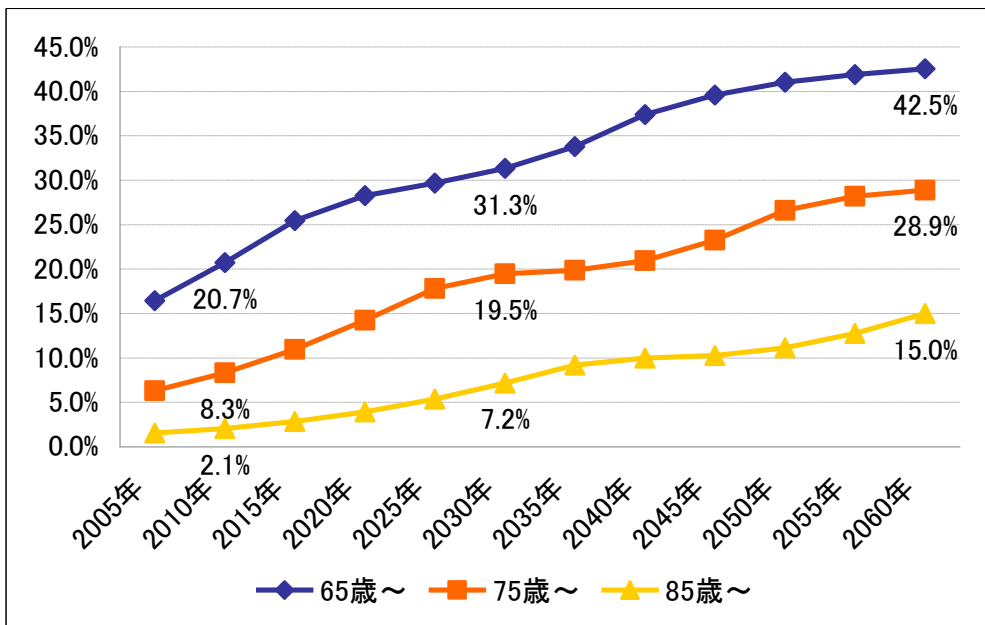


図 4-2 65歳以上の人口割合の変化（埼玉県全体）



イ 医療ニーズの将来推計

推計は以下の方法により行った。

- ・ 現時点（2010年）の患者数については、厚生労働省「平成23年患者調査」の埼玉県の疾病中分類別の数値を使用する。
- ・ 現時点の受療率（人口10万人に対する患者数）の算出にあたっては、厚生労働省「平成23年患者調査」の疾病中分類別の患者数（入院・外来別）を総務省「平成22年国勢調査」の人口で割った数値を使用する。
 - 従って、患者数は平成23年の患者調査に基づく数値を平成22年（2010年）の数値とみなして推計することになる。
 - 患者調査では、二次医療圏別の疾病中分類別患者数が示されていないため、埼玉県全体における受療率を、埼玉県内の各二次医療圏で共通の数値と仮定して、推計を行う。
- ・ 埼玉県の性・年齢階級別・疾病中分類の中で、患者数が計上されていない（ごく少数なため「－」となっている）ケースについては、全国ベースの患者数が計上されていれば、全国受療率を代入している。ただし、全国で患者数が計上されていない場合は、「0（ゼロ）」扱いとしている。
- ・ 受療率を各年次の性・年齢階級別推計人口に掛け合わせて、各年次の患者数（入院・外来）を算出する。

(7) 患者数（入院・外来）の推移

前述の推計人口に現在の受療率を乗じて得られる入院患者数の推計結果を表4-2に示す。表中の色が塗られたセルは、各二次医療圏において推計患者数が最大となる年次を示している。

本県全体の入院患者数は2050年にピークを迎え、2030年に73,788人、2060年には78,503人（2010年の171%）と推計される。また人口10万人あたりでは2060年まで増加すると推計され、2030年に1,131人、2060年には1,656人（2010年の256%）となる。

入院患者数は団塊世代が後期高齢者となる2025年ごろまでは急激な増加を示すが、その後の増加率は緩やかなものとなる。

本県全体の外来患者数は2025年にピークを迎え、2030年に412,007人、2060年には339,163人（2010年の91%）と推計される。人口10万人あたりで見ると2060年まで増加すると推計され、2030年に6,312人、2060年には7,153人（2010年の136%）となる。

二次医療圏別に見ると、すべての二次医療圏において入院患者数は増加傾向にあるが、人口の推移により患者数がピークとなる年代は異なる。最も早くピークを迎えるのは秩父圏域で2030年、次いで川越比企圏域と利根圏域が2035年、北部圏域が2040年となっている。東京都や千葉県にアクセスがよい南部、南西部、東部、さいたま、県央、西部においては2050年以降にピークを迎える。入院患者の増加率は2050年時点で2010年の174%に達する。

人口10万人あたり入院患者数はいずれの圏域においても単調増加となっている。これは人口構成が高齢化し、受療率の高い高齢者が多く含まれるようになるためである。

外来患者数は、秩父圏域、南部圏域、南西部圏域、さいたま圏域を除くと2020年～2030年にピークを迎えており、入院患者数のピークよりも早い。外来患者の増加率は2025年時点で2010年の111%に達する。

(参考：平成23年患者調査に基づく埼玉県の受療率（入院・外来）)

		入院	外来
		総数	総数
男	総数	709	4,603
	0～4歳	389	4,665
	5～14	90	3,892
	15～24	130	1,531
	25～34	148	2,073
	35～44	235	2,900
	45～54	463	3,306
	55～64	892	5,279
	65～74	1,481	8,792
	75～84	3,200	13,358
	85歳以上	6,831	13,408
女	総数	795	5,968
	0～4歳	272	4,210
	5～14	63	3,301
	15～24	83	2,333
	25～34	272	3,054
	35～44	273	4,318
	45～54	351	4,917
	55～64	559	6,676
	65～74	1,189	10,970
	75～84	3,036	14,088
	85歳以上	7,347	9,763

表 4-2 圏域別入院患者数

入院患者数 (人)	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
埼玉県(圏域計)	38,982	45,822	53,379	61,120	68,617	73,788	76,919	77,994	78,254	79,550	79,400	78,503
南部圏域	3,748	4,416	5,140	5,880	6,573	7,049	7,374	7,614	7,841	8,184	8,334	8,336
南西部圏域	3,365	4,048	4,811	5,610	6,374	6,904	7,263	7,486	7,703	8,035	8,218	8,246
東部圏域	5,541	6,634	7,899	9,225	10,495	11,301	11,698	11,749	11,728	11,924	11,896	11,719
さいたま圏域	6,364	7,515	8,773	10,061	11,337	12,268	12,978	13,427	13,813	14,354	14,552	14,545
県央圏域	2,816	3,349	3,952	4,578	5,165	5,566	5,780	5,834	5,826	5,904	5,875	5,805
川越比企圏域	4,540	5,297	6,138	7,004	7,852	8,433	8,738	8,729	8,581	8,552	8,409	8,253
西部圏域	4,462	5,359	6,346	7,383	8,387	9,140	9,601	9,749	9,703	9,770	9,686	9,560
利根圏域	3,942	4,515	5,142	5,763	6,377	6,777	6,963	6,893	6,678	6,537	6,314	6,100
北部圏域	3,306	3,709	4,133	4,529	4,940	5,221	5,398	5,409	5,319	5,265	5,143	5,009
秩父圏域	897	979	1,045	1,087	1,117	1,130	1,127	1,107	1,061	1,025	973	930

表 4-3 圏域別人口 10 万人あたり入院患者数

人口10万人当たり 入院患者数 (人)	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
埼玉県(圏域計)	553	647	759	883	1,016	1,131	1,229	1,304	1,373	1,472	1,563	1,656
南部圏域	517	595	687	788	890	971	1,041	1,105	1,173	1,270	1,351	1,421
南西部圏域	506	597	705	826	951	1,052	1,139	1,211	1,289	1,400	1,502	1,591
東部圏域	510	608	727	861	1,006	1,124	1,216	1,278	1,339	1,436	1,524	1,609
さいたま圏域	541	626	725	833	949	1,046	1,137	1,211	1,287	1,391	1,477	1,556
県央圏域	541	640	758	891	1,030	1,149	1,244	1,313	1,374	1,466	1,548	1,635
川越比企圏域	571	673	793	928	1,078	1,211	1,326	1,406	1,470	1,568	1,664	1,780
西部圏域	571	687	824	980	1,149	1,306	1,445	1,552	1,640	1,765	1,887	2,030
利根圏域	595	694	812	944	1,093	1,228	1,349	1,436	1,502	1,596	1,688	1,807
北部圏域	626	715	816	923	1,047	1,159	1,267	1,349	1,416	1,504	1,588	1,687
秩父圏域	783	900	1,016	1,126	1,236	1,342	1,444	1,539	1,608	1,699	1,774	1,877

表 4-4 圏域別外来患者数

外来患者数 (人)	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
埼玉県(圏域計)	346,714	372,120	394,171	407,344	413,727	412,007	403,011	397,816	390,703	380,751	362,377	339,163
南部圏域	34,765	37,645	40,011	41,408	42,292	42,772	42,837	43,371	43,517	43,032	41,439	39,289
南西部圏域	31,683	34,578	37,015	38,487	39,293	39,540	39,452	39,831	39,947	39,454	37,888	35,781
東部圏域	52,310	56,919	60,974	63,300	64,093	63,365	61,602	60,747	59,758	58,267	55,213	51,386
さいたま圏域	57,116	61,818	65,846	68,560	70,570	71,554	71,557	72,175	72,046	71,029	68,403	64,899
県央圏域	25,599	27,719	29,549	30,644	31,081	30,832	30,055	29,602	29,047	28,332	26,997	25,274
川越比企圏域	39,384	41,963	44,317	45,698	46,213	45,493	43,693	42,313	40,911	39,503	37,315	34,590
西部圏域	38,794	41,880	44,560	46,299	47,093	46,740	45,321	44,258	43,049	41,665	39,434	36,642
利根圏域	33,486	35,151	36,679	37,478	37,620	36,795	34,949	33,290	31,628	30,068	28,081	25,744
北部圏域	27,040	27,978	28,871	29,299	29,488	29,148	28,102	27,108	26,025	24,949	23,500	21,799
秩父圏域	6,537	6,469	6,348	6,170	5,983	5,769	5,443	5,120	4,775	4,454	4,107	3,759

表 4-5 圏域別人口 10 万人あたり外来患者数

人口10万人当たり 外来患者数 (人)	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2055年	2060年
埼玉県(圏域計)	4,915	5,254	5,603	5,884	6,127	6,312	6,440	6,651	6,854	7,047	7,132	7,153
南部圏域	4,794	5,073	5,351	5,550	5,727	5,895	6,049	6,293	6,511	6,679	6,720	6,697
南西部圏域	4,760	5,101	5,427	5,665	5,861	6,027	6,188	6,443	6,685	6,872	6,924	6,906
東部圏域	4,819	5,212	5,608	5,911	6,144	6,299	6,402	6,610	6,822	7,016	7,071	7,055
さいたま圏域	4,856	5,146	5,443	5,679	5,908	6,104	6,267	6,508	6,713	6,881	6,941	6,944
県央圏域	4,921	5,294	5,667	5,963	6,199	6,363	6,469	6,661	6,849	7,036	7,114	7,121
川越比企圏域	4,955	5,331	5,725	6,055	6,342	6,534	6,633	6,815	7,011	7,242	7,382	7,461
西部圏域	4,966	5,370	5,786	6,146	6,453	6,680	6,820	7,045	7,277	7,528	7,683	7,779
利根圏域	5,052	5,403	5,794	6,137	6,448	6,669	6,773	6,936	7,113	7,342	7,509	7,626
北部圏域	5,121	5,390	5,699	5,970	6,247	6,468	6,594	6,760	6,928	7,126	7,255	7,339
秩父圏域	5,705	5,947	6,174	6,390	6,623	6,849	6,977	7,121	7,234	7,384	7,490	7,590

图 4-3 患者数推計（南部二次医療圏）

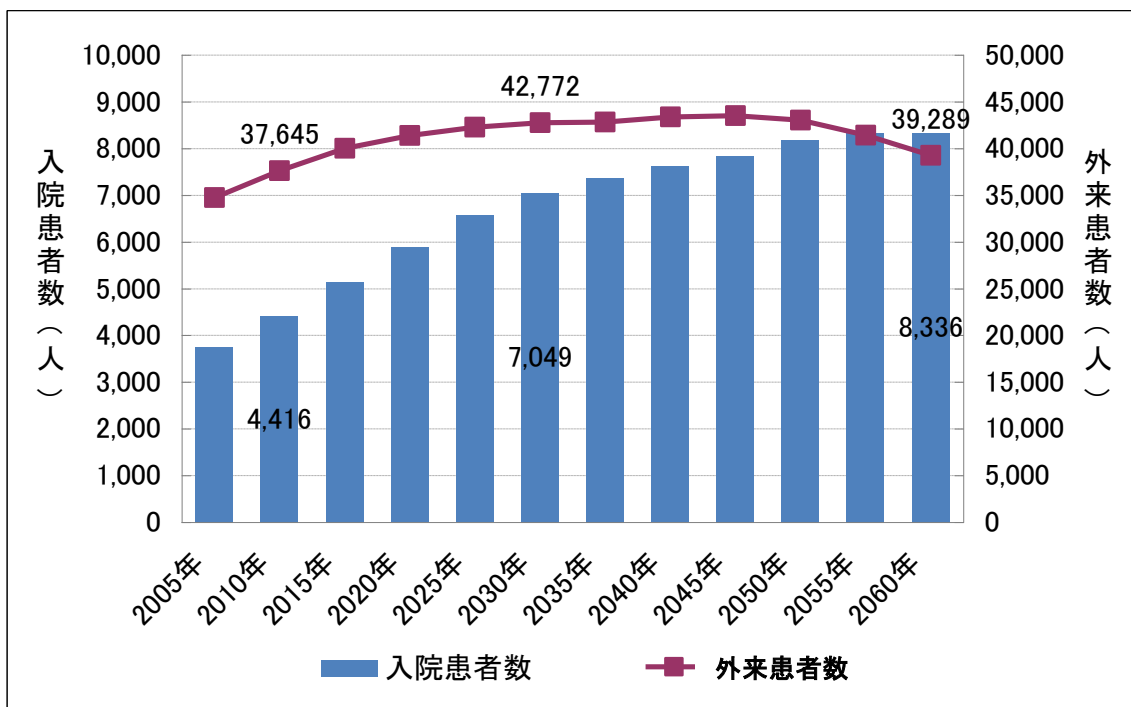


图 4-4 患者数推計（南西部二次医療圏）

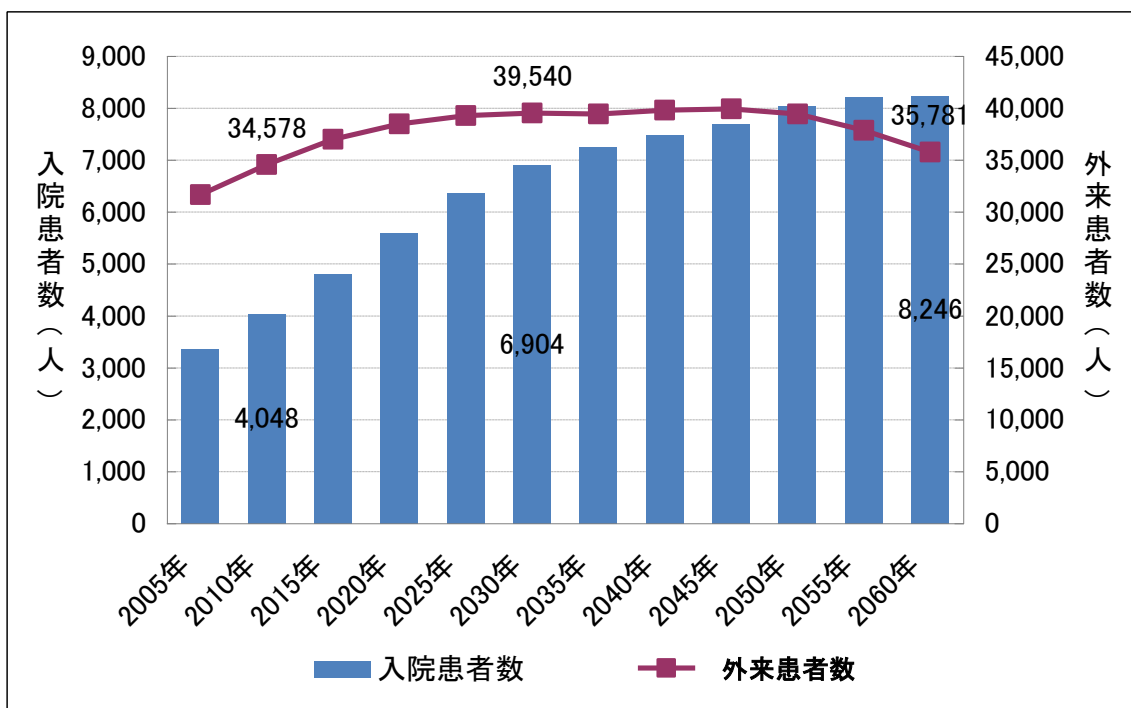


図 4-6 患者数推計（東部二次医療圏）

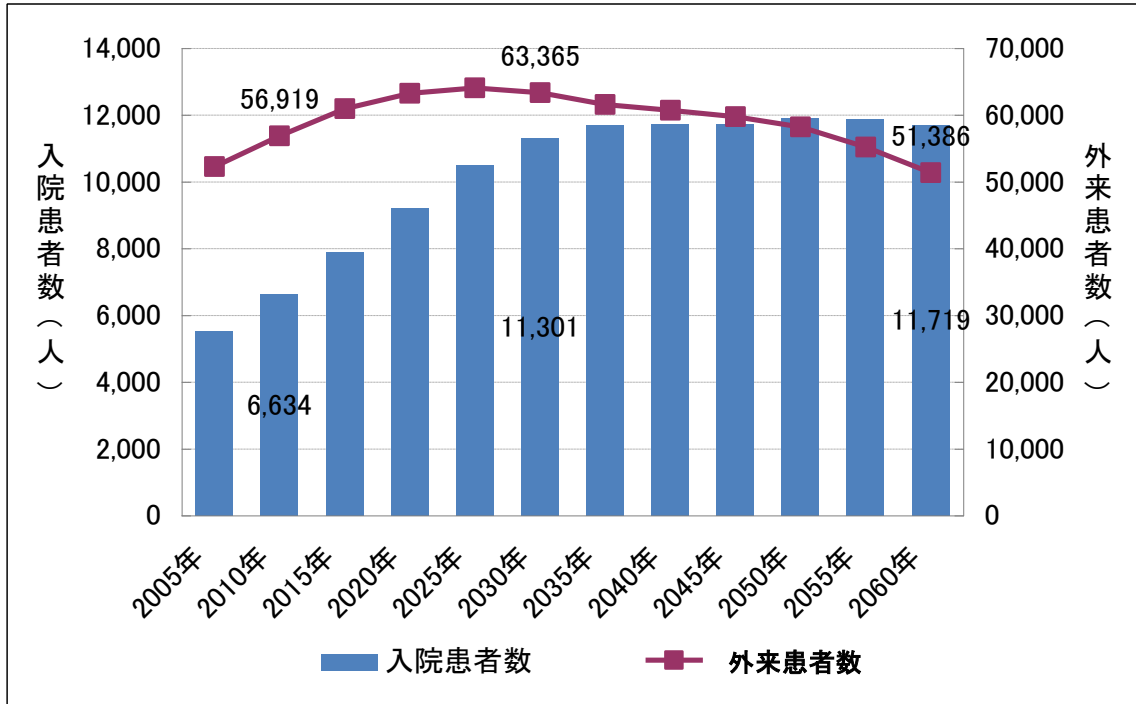


図 4-7 患者数推計（さいたま二次医療圏）

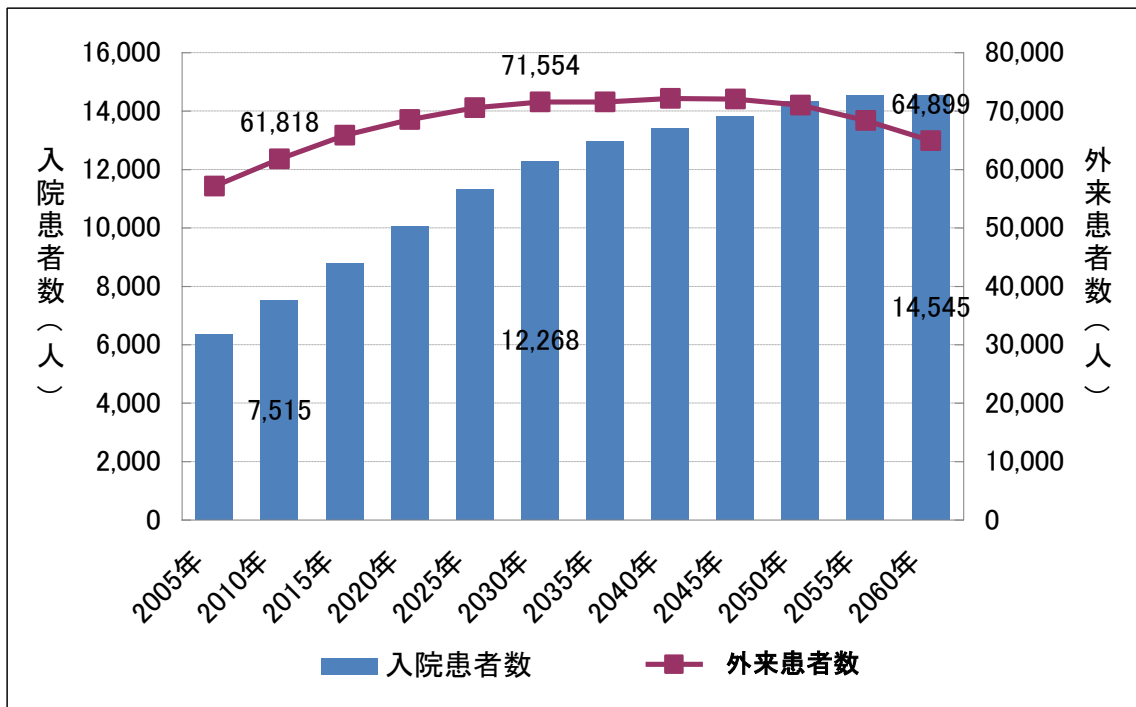


图 4-8 患者数推計（県央二次医療圏）

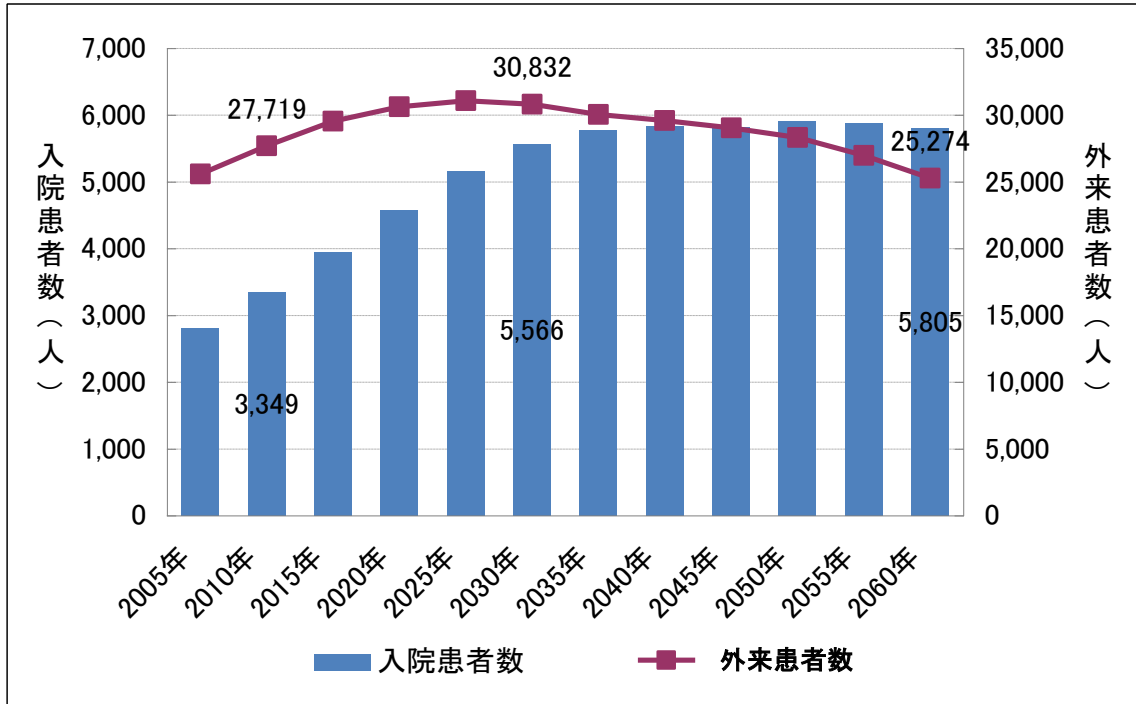


图 4-9 患者数推計（川越比企二次医療圏）

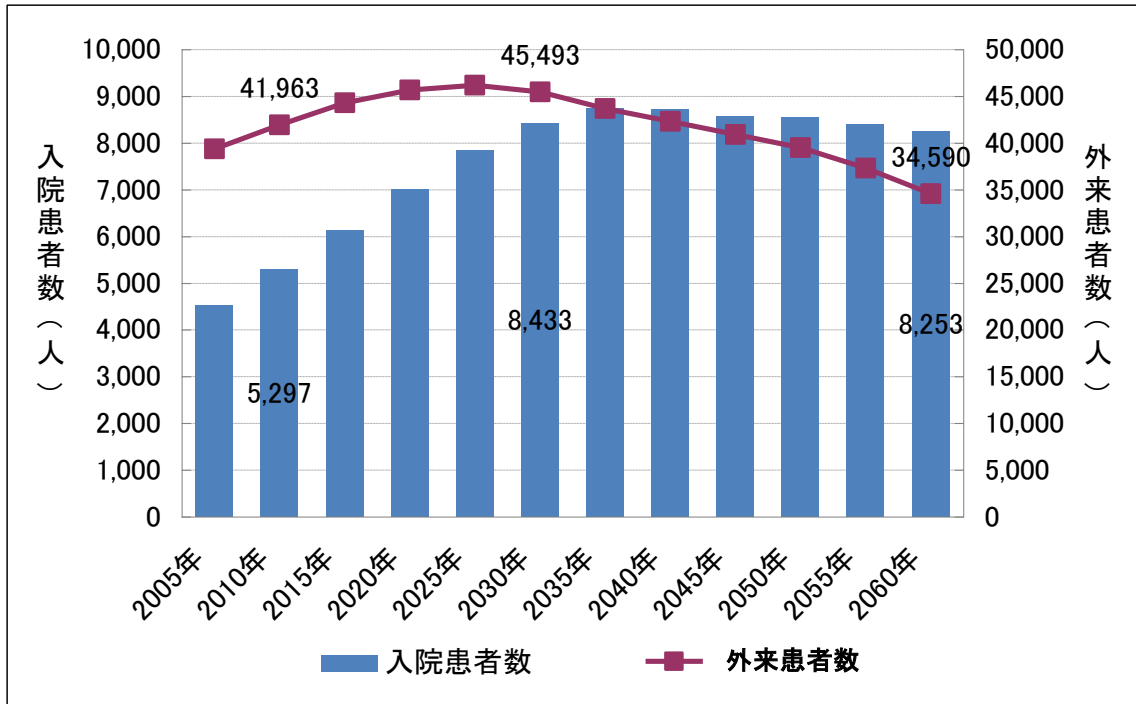


图 4-10 患者数推計（西部二次医療圏）

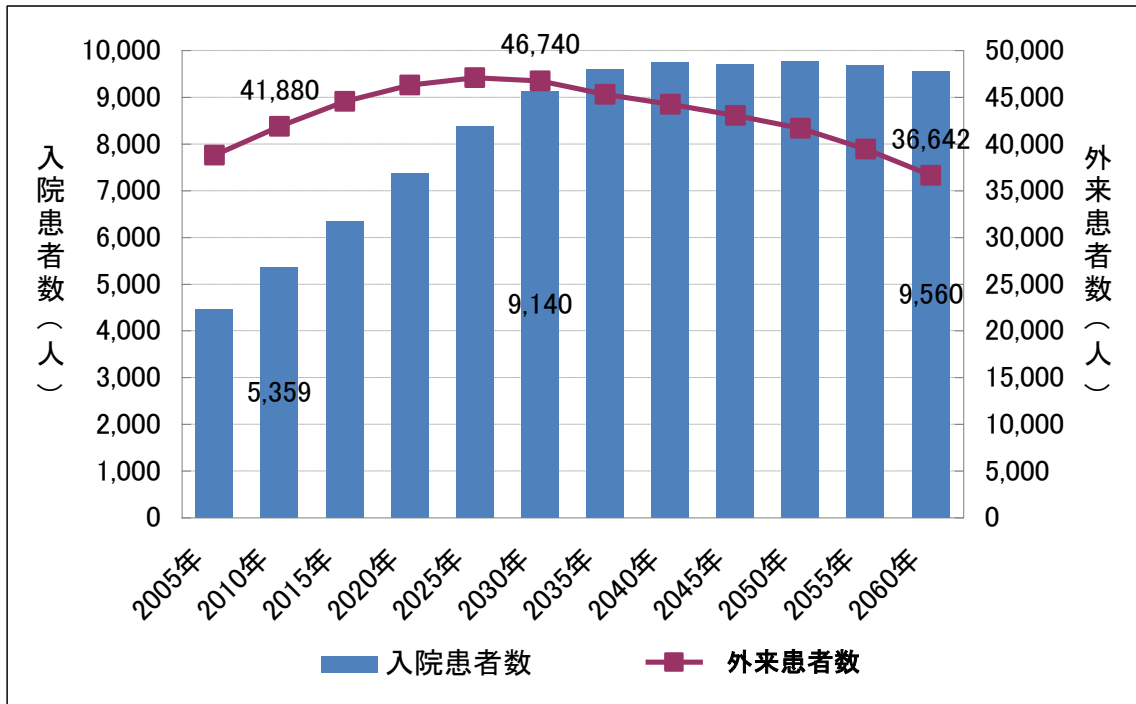


图 4-11 患者数推計（利根二次医療圏）

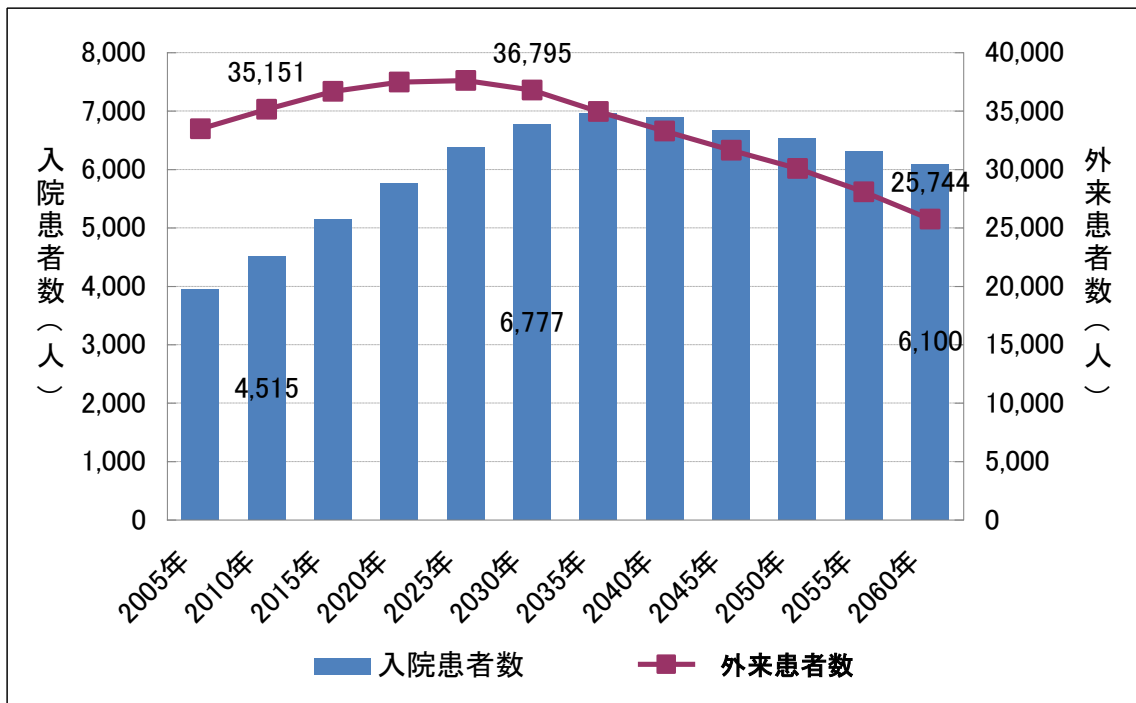


图 4-12 患者数推計（北部二次医療圏）

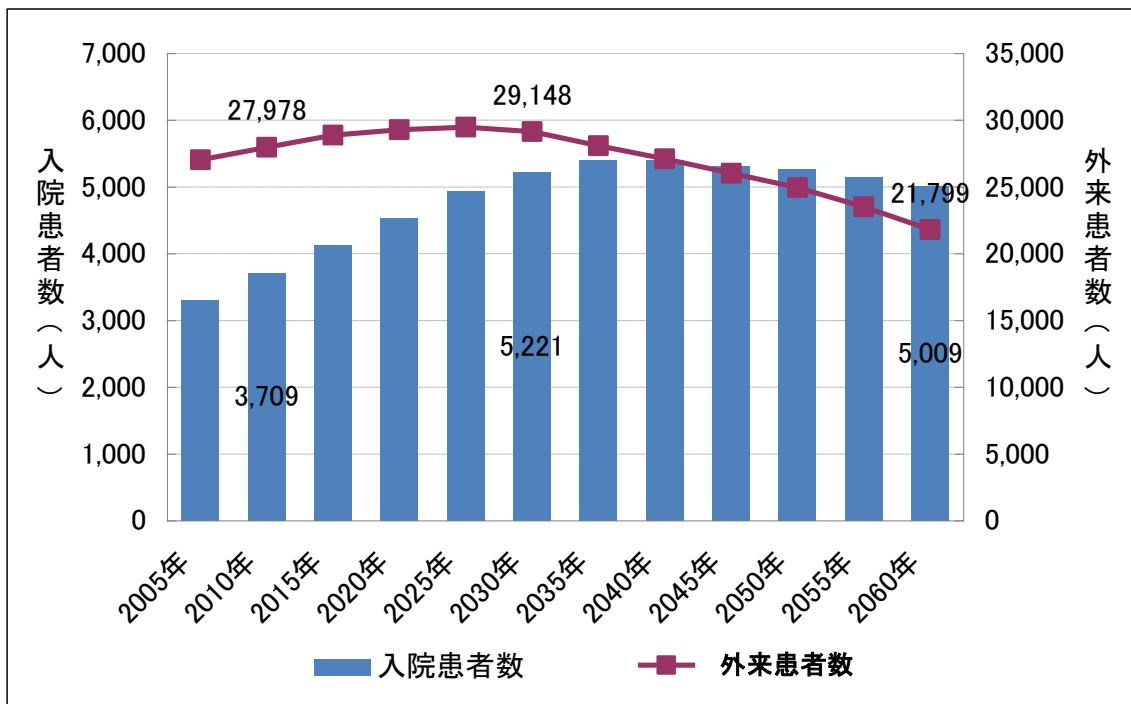
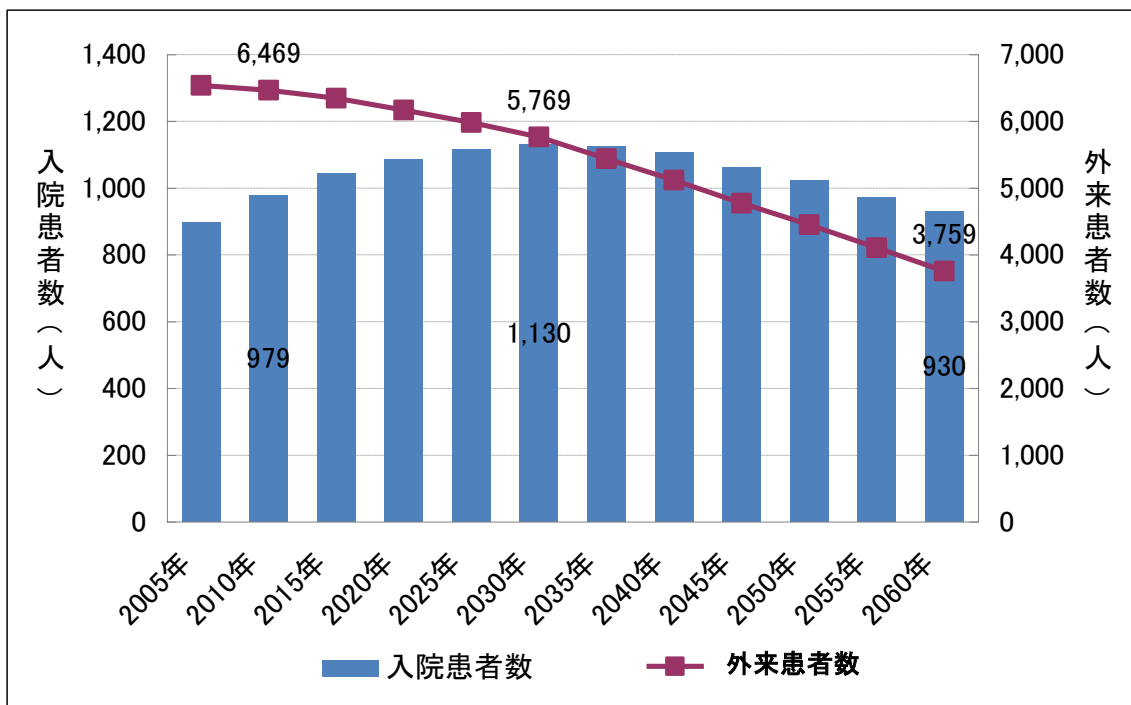


图 4-13 患者数推計（秩父二次医療圏）



(イ) 悪性新生物の患者数の推移

疾病別の患者数のうち、高齢化の影響として悪性新生物の患者数の増加がある。患者数推計結果から、以下の疾病中分類の患者数を抽出した。この結果を図 4-14 と 4-15 に示す。表中の色が塗られたセルは、推計患者数が最大となる年次を示している。

- ・ 胃の悪性新生物
- ・ 結腸の悪性新生物
- ・ 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
- ・ 肝、肝内胆管、気管、気管支及び肺の悪性新生物
- ・ 乳房の悪性新生物
- ・ 子宮の悪性新生物
- ・ 悪性リンパ腫白血病
- ・ その他の悪性新生物
- ・ 良性新生物及びその他の新生物

悪性新生物による入院患者数は2030年にピークを迎え、1日あたり8,005人となり2010年に比べて約1.3倍となる。その後減少に転じるものの2060年においても2010年に比べて約1.1倍の患者数となる。

悪性新生物の外来患者数は2025年にピークを迎え、1日あたり13,500人となり2010年に比べて約1.2倍となる。その後減少に転じ患者数が2010年水準となるのは2055年から2060年の間である。

図 4-14 悪性新生物の推計患者数

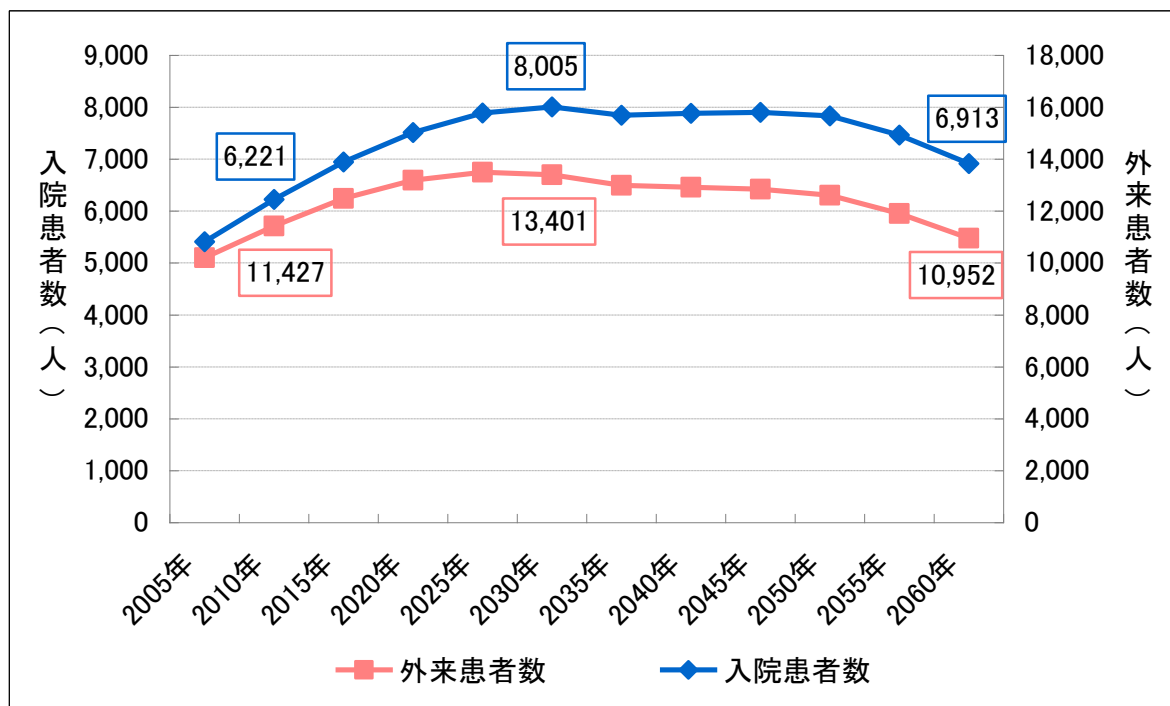
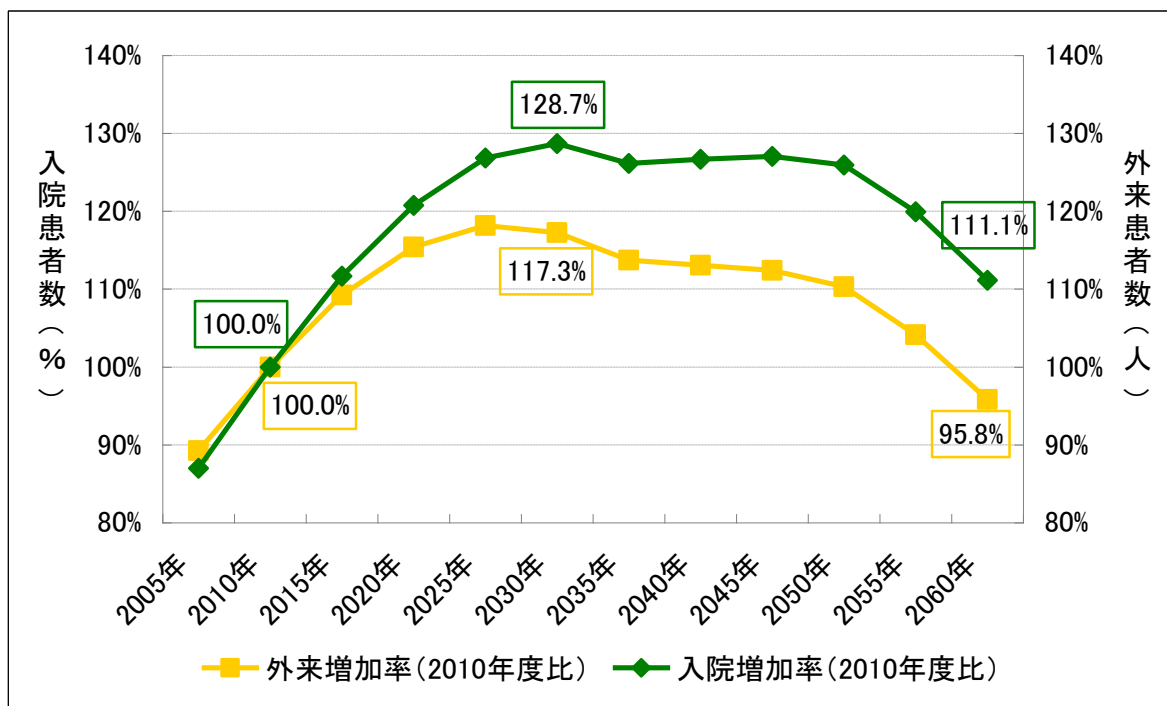


図 4-15 悪性新生物の患者数増加率（2010 年を 100 とした場合）



(ウ) その他の高齢者に多い代表的な疾患の患者数の推移

高齢者は加齢に伴う機能低下により様々な疾病に罹患する。特に高齢者に多く、また、要介護状態に至る主な要因となる疾病としては、脳血管疾患、虚血性心疾患、転倒・骨折、認知症などがある。

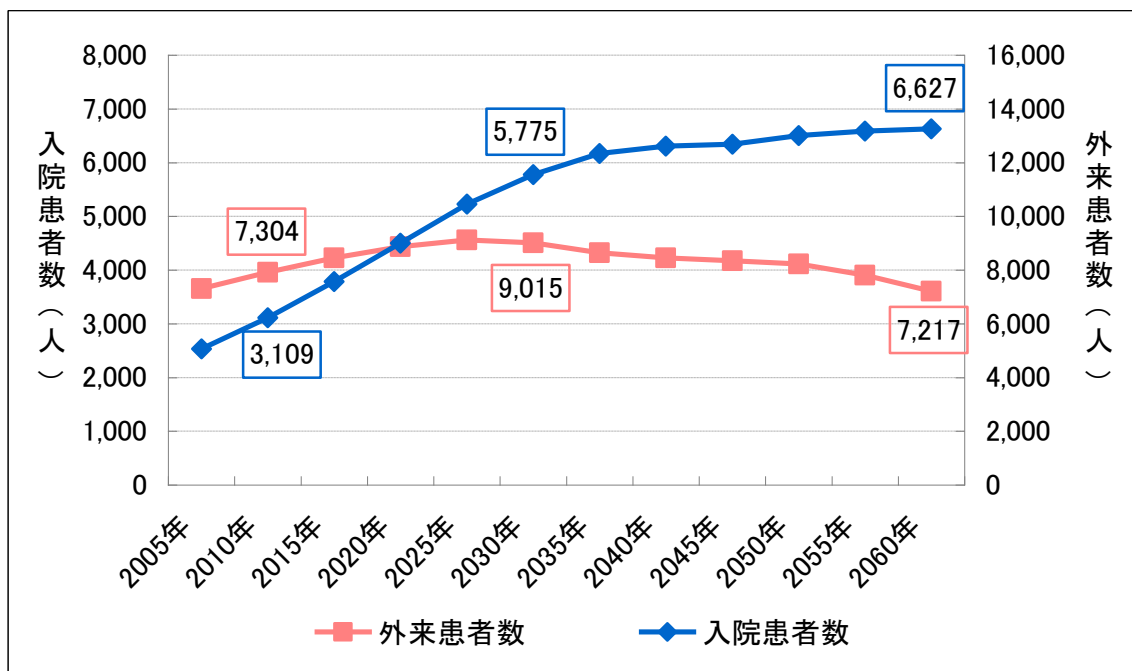
転倒・骨折は、加齢に伴う運動機能低下や骨量の低下等によるものである。糖尿病に代表される生活習慣病は、罹患期間が長期化するだけでなく虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクを高める。認知症は加齢に伴い患者数が増加しており、我が国の65歳以上の高齢者における有病率は8～10%程度と推定されている。以上の背景を踏まえ、本県における骨折、糖尿病、認知症、脳血管疾患、虚血性心疾患の推計患者数の推移を整理した。

なお、この推計は受療率が現在と変わらないことを前提としている。実際には、将来の社会保障制度改革や医療提供体制の見直しなどにより受療率は変化することが考えられる。例えば、認知症に対する医療的ケアが重視されるようになることで認知症の受療率は上昇する。一方、精神科疾患患者が地域の中で生活するようになると受療率を押し下げる可能性もある。

① 骨折

ここでは、平成23年度患者調査において「XIX 損傷中毒及びその他の外因の影響－骨折」として掲載されたものを骨折と定義し、集計した。骨折による推計入院患者数は2060年まで単調増加する。2060年時点の推計入院患者数は約6,600人、2010年からの増加率は約210%となる。推計外来患者数は2025年にピークを迎え、2025年時点の推計外来患者数は約9,100人、2010年からの増加率は約115%となる。

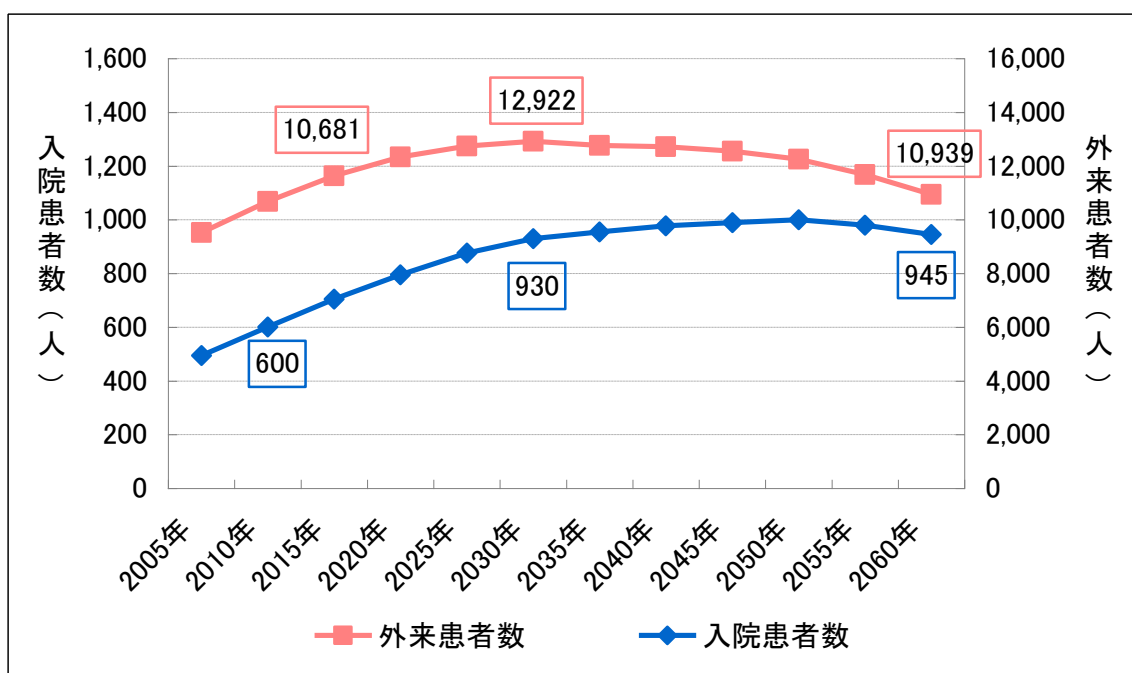
図 4-16 骨折の推計患者数



② 糖尿病

ここでは、平成 23 年度患者調査において「IV内分泌，栄養及び代謝疾患－糖尿病」として掲載されたものを糖尿病と定義し、集計した。糖尿病による推計入院患者数は 2050 年にピークを迎え、2050 年時点の推計入院患者数は 1,000 人、2010 年からの増加率は約 170%となる。推計外来患者数は 2030 年にピークを迎え、2030 年時点の推計外来患者数は約 13,000 人、2010 年からの増加率は約 120%となる。

図 4-17 糖尿病の推計患者数

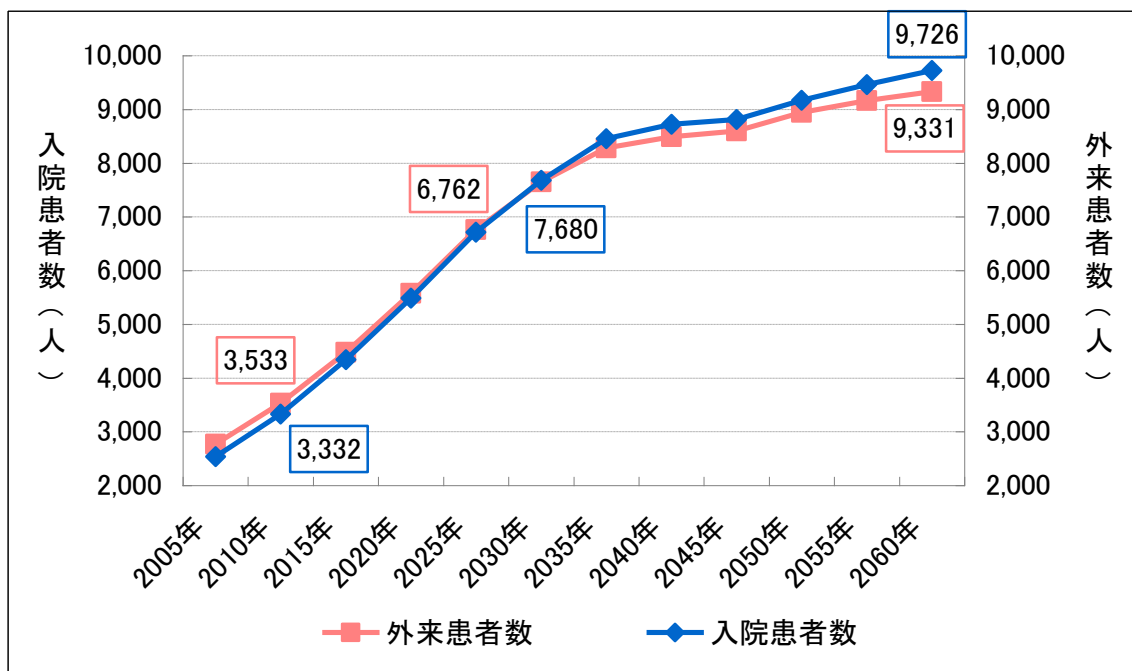


③ 認知症

ここでは、平成 23 年度患者調査において「V精神及び行動の障害－血管性及び詳細不明の認知症」及び「V精神及び行動の障害－アルツハイマー病」の 2 つを合わせたものを認知症と定義し、集計した。

認知症による推計入院患者数は 2060 年まで単調増加する。2060 年時点の推計入院患者数は約 9,700 人、2010 年からの増加率は約 290%となる。推計外来患者数も 2060 年まで単調増加し、2060 年時点の推計外来患者数は約 9,300 人、2010 年からの増加率は約 260%となる。

図 4-18 認知症の推計患者数

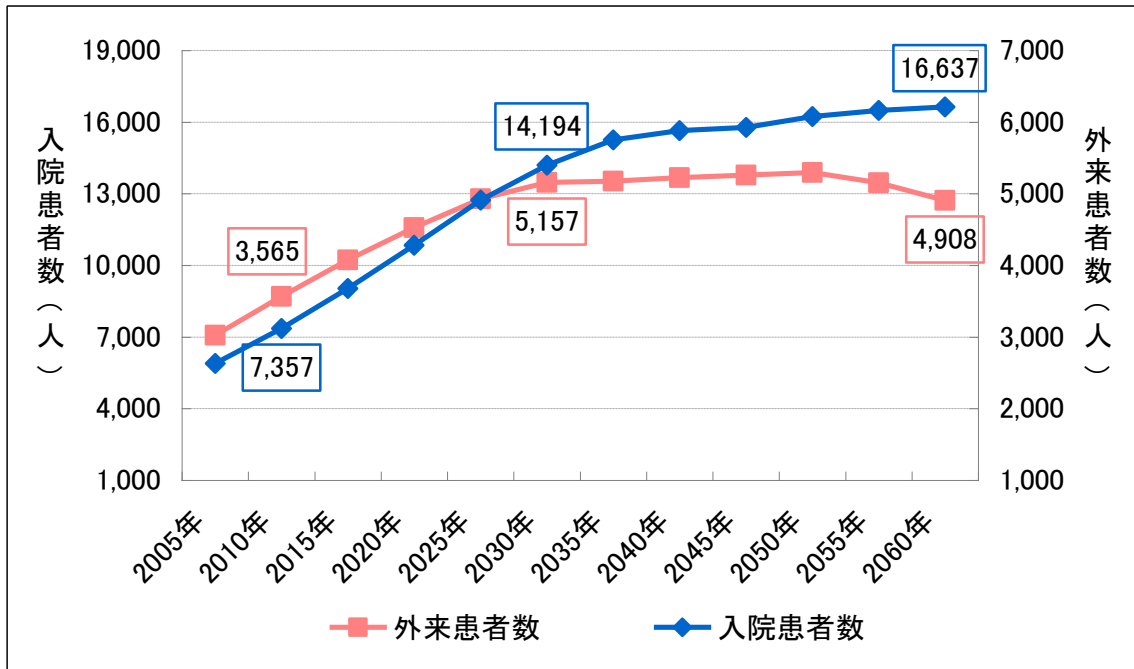


④ 脳血管疾患

ここでは、平成 23 年度患者調査において「IX循環器系の疾患」のうち「くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患」の 5 つを合わせたものを脳血管疾患と定義し、集計した。

脳血管疾患による推計入院患者数は 2060 年まで単調増加する。2060 年時点の推計入院患者数は約 16,600 人、2010 年からの増加率は約 230%となる。推計外来患者数は 2050 年にピークを迎え、2050 年時点の推計外来患者数は約 5,300 人、2010 年からの増加率は約 150%となる。

図 4-19 脳血管疾患の推計患者数

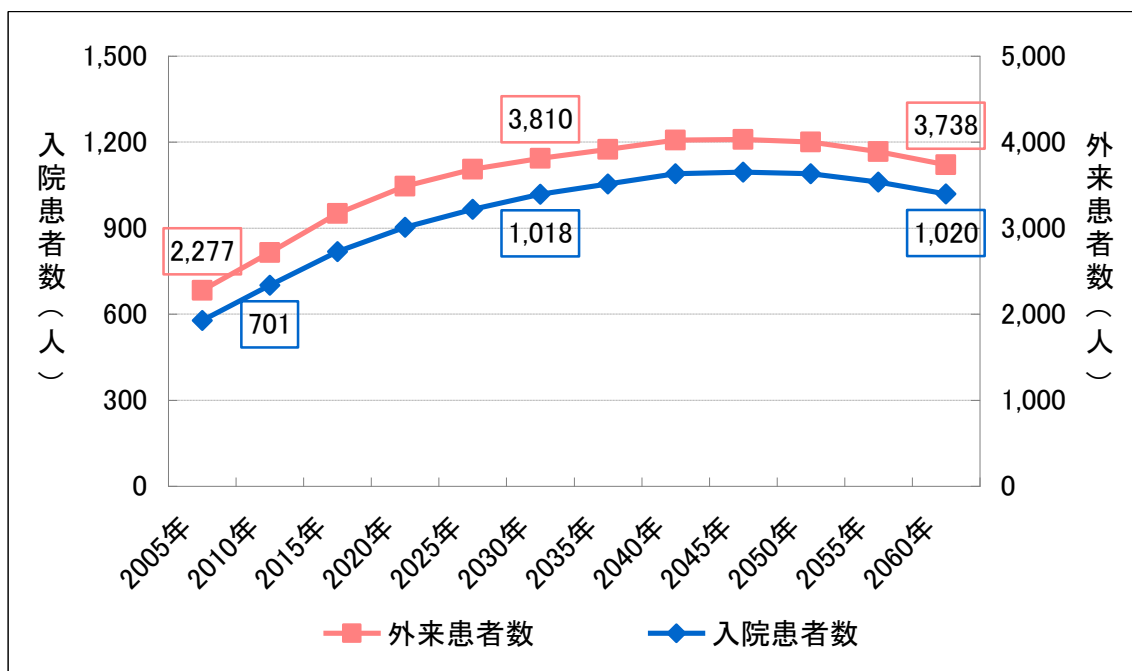


⑤ 虚血性心疾患

ここでは、平成 23 年度患者調査において「IX循環器系の疾患－虚血性心疾患」を虚血性心疾患と定義し、集計した。

虚血性心疾患による推計入院患者数は 2045 年にピークを迎え、2045 年時点の推計入院患者数は約 1,100 人、2010 年からの増加率は約 160%となる。推計外来患者数は 2045 年にピークを迎え、2045 年時点の推計外来患者数は約 4,000 人、2010 年からの増加率は約 150%となる。

図 4-20 虚血性心疾患の推計患者数



(I) 死亡者数の推計

死亡者の推計には平成 23 年簡易生命表によって示されている性年齢別の死亡率を利用した。性年齢階級別の死亡率を表のように算出し、性年齢階級別の推計人口を乗じることで各年次における死亡者数を推計した。

表 4-7 年齢階級別死亡率

男	死亡率 (※1)	女	死亡率 (※1)
合計		合計	
0～4 歳	0.00070	0～4 歳	0.00068
5～9 歳	0.00014	5～9 歳	0.00013
10～14 歳	0.00014	10～14 歳	0.00010
15～19 歳	0.00037	15～19 歳	0.00021
20～24 歳	0.00062	20～24 歳	0.00032
25～29 歳	0.00067	25～29 歳	0.00037
30～34 歳	0.00077	30～34 歳	0.00045
35～39 歳	0.00102	35～39 歳	0.00064
40～44 歳	0.00157	40～44 歳	0.00092
45～49 歳	0.00240	45～49 歳	0.00140
50～54 歳	0.00388	50～54 歳	0.00203
55～59 歳	0.00604	55～59 歳	0.00290
60～64 歳	0.00966	60～64 歳	0.00417
65～69 歳	0.01472	65～69 歳	0.00610
70～74 歳	0.02279	70～74 歳	0.00999
75～79 歳	0.03963	75～79 歳	0.01823
80～84 歳	0.07057	80～84 歳	0.03540
85 歳～ (※2)	0.19617	85 歳～ (※2)	0.13869

※1 年齢階級別に単純平均にて算出 ※2 85～99 歳の死亡率を加重平均

出典) 平成 23 年簡易生命表を基に作成

推計の結果、本県の死亡者数は単調増加するが、2035 年を境にして、その伸び率は緩やかになる。1 日あたりの死亡者数は 2010 年の 147 人から増加し、2060 年には 338 人と約 2.3 倍になると推計された。

図 4-21 県内の年間死亡者数の推計

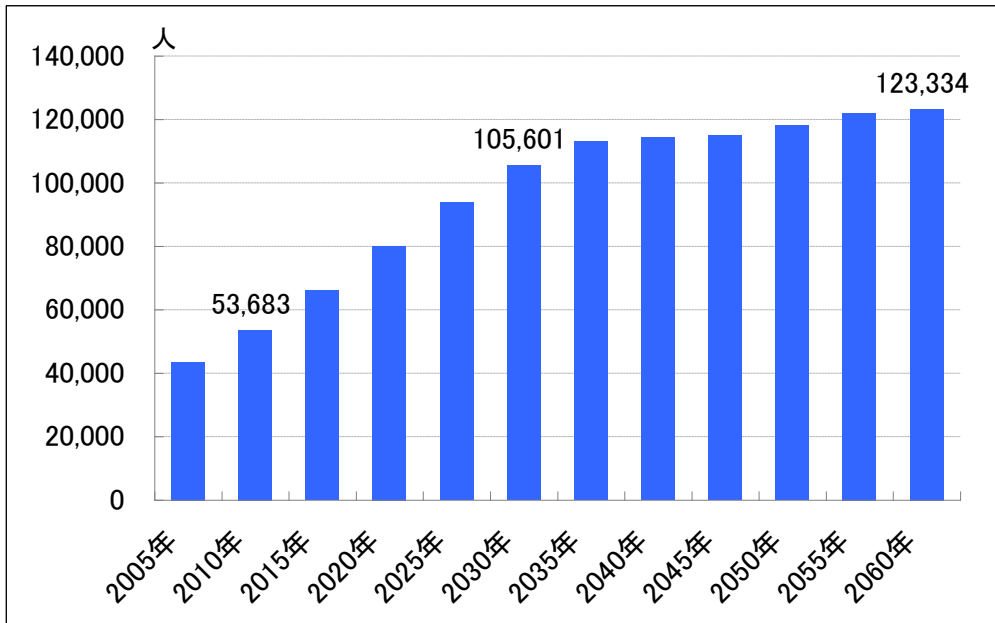
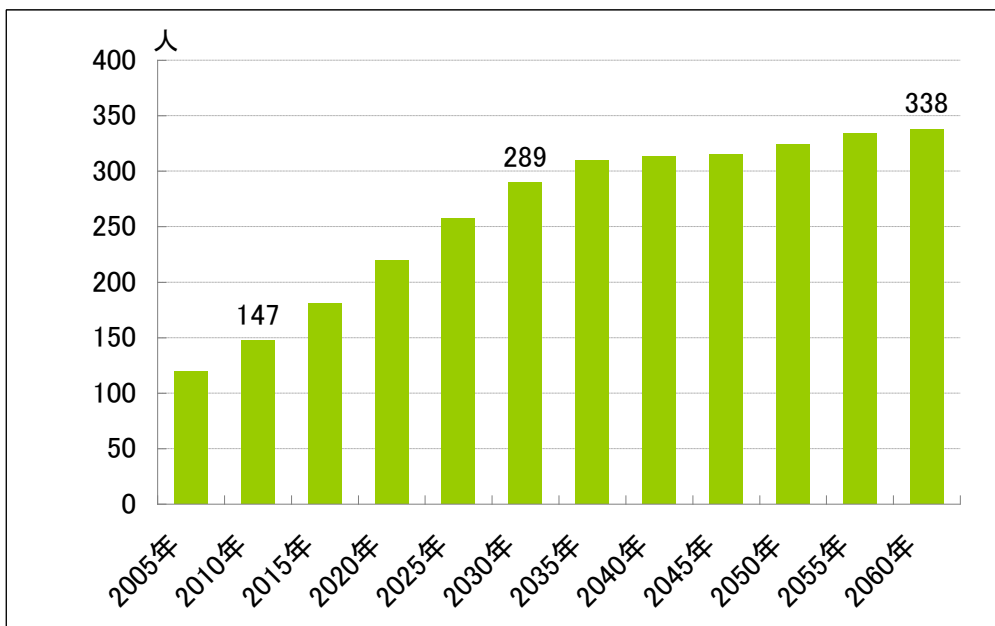


図 4-22 県内の1日あたり死亡者数の推計



ウ 医療ニーズの将来推計を行う上での課題

今回の患者数の推計は2011年時点の受療率を前提としている。

将来の受療率は、政策や技術に関連する動向の影響を受ける可能性がある。いずれも現時点ではその影響の方向性が明確には確定していないが、概ね以下のような影響が考えられる。

- 〔+：医療ニーズが増える要因となり得るもの
- 〔-：医療ニーズが減る要因となり得るもの

(7) 医療の進歩による医療内容の変化（+／-）

医療技術の進展等により平均在院日数が短縮される等の可能性がある。平均在院日数の短縮により入院患者の疾病構成が変化する可能性がある（主に（-）の要因と考えられるもの）。

また陽子線治療や各種手術関連技術等の先進医療の実現によっても医療内容が変化する可能性がある（主に（+）の要因と考えられるもの）。

(イ) 疾病構造の変化（+）

高齢化に伴い生活習慣病など非感染性疾患（NCDs）が今後さらに増加する可能性がある。心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患などのNCDsは、一度罹患すると長期間受療する必要がある一方で、予防や重症化を遅らせることも可能である。

また、精神疾患による患者がさらに増加する可能性がある。具体的には、うつ病、統合失調症、不安障害などに著しい増加がみられている。これらの疾患も一度罹患すると長期間受療する必要がある。

(ウ) 病院の機能分化の進展（-）

急性期病院／亜急性期／慢性期の機能分化、入院と外来の機能分化により、基準病床数、入院と外来の患者配分等が変動する可能性がある。社会保障国民会議のシミュレーションでは、機能分化により2025年時点の病院の1日あたり入院患者数が309万人から260万人まで抑制することが示されている。

(エ) 在宅医療の推進（-）

在宅医療や緩和ケア医療が推進され、在宅で診られる範囲が広がることにより、受療動向が変化する可能性がある。平成22年の社会医療診療行為別調査によると、医療費総額に占める在宅医療費の割合は約3%であるが、在宅医療の比率は今後さらに増加すると考えられる。これにより診療所の患者数が増加し、病院の患者数は現在の比率より減少する可能性がある。

(オ) 疾病予防の推進（-）

生活習慣病予防や介護予防の取組による効果があらわれ、受療率が低下する可能性がある。

(カ) 受療動向（二次医療圏外の流出入）の変化（+／-）

本業務で行った患者数推計では二次医療圏外の流出入を考慮していない。実際には、埼玉県内の他の二次医療圏や他都県への流出入が起こっており、西

部第二は流入が多く、秩父・児玉・利根の二次医療圏では流出が多い。したがって推計結果で大幅な病床不足が起きていたとしても実際には他医療圏や他都県で受療しており、推計結果ほどの不足が起きているとは限らない。

一方、高齢化に伴い、これまで勤務地周辺など県外で受療していた県民が県内、特に自身の居住する医療圏で受療することも考えられる。特に東京都で受療していた県民が、今後、県内で受療するケースが増える可能性がある。

(キ) 医療と介護の連携による需要の変化（＋／－）

地域包括ケアの推進などにより医療と介護の連携が進み、受療率や医師の役割が変化し、受療率が増減する可能性がある。

(ク) 健康寿命の延伸による変化（－）

日本人の健康寿命が延伸することにより、受療率が下がる可能性がある。

(ケ) 転居による変化（＋／－）

高齢期の住み替え等により住民の転入・転出の動向が変化し、推計人口が変化する可能性がある。転出の場合人口は減少し、転入の場合人口は増加する方向に推移する。

(コ) 高齢期のライフスタイルの変化（－）

労働者の定年延長などにより高齢者の雇用環境が変化し、高齢期の就労やボランティア等地域活動が増加することが考えられる。これにより、高齢者の身体状況が変化し健康度が上がった場合には年代によっては受療率が下がる可能性がある。

(カ) 受療に対する価値観や死生観の変化（－）

終末期医療・延命措置のあり方等が議論されている中で、終末期の在り方、在宅医療や在宅での看取りなどの重要性が増すことで入院患者が減る可能性がある。

エ 介護ニーズの将来推計

推計は以下の前提条件を設定した上で行った。

- ① 圏域
 - ・ 老人福祉圏域は、平成 24 年時点のものを用いる。これは医療需要推計で用いた二次医療圏と同一の区分である。
- ② 人口
 - ・ 医療需要推計と同様のデータ及び仮定を用いて推計する。
- ③ 要介護（要支援）認定者数・受給者数等
 - ・ 年齢階級別の要介護認定率は、厚生労働省の介護給付費実態調査から算出された全国平均（2009 年）を利用する。

年齢階級	要介護認定率 (%)
65～69 歳	2.6
70～74 歳	6.3
75～79 歳	13.7
80～84 歳	26.9
85 歳～	53.8

- ・ 現時点（2010 年）の人数については、平成 22 年 4 月末現在の埼玉県介護事業報告の数値を使用する。数値は、市町村別に算出されているため、各圏域に属する市町村の数値を合計して、各圏域の認定者数・受給者数を算出する。
- ・ 上記の要介護（要支援）認定者数と認定率に基づいて、2010 年の人口で割った数値（要介護（要支援）認定者発生割合）が各年次で共通であると仮定して、2005～2060 年の人口を掛け合わせて、各年次の要介護（要支援）認定者数を算出する。

（要約）

県全体の要介護（要支援）認定者数及び介護サービス受給者数は 2050 年頃にピークを迎え、要介護認定者数は約 43.2 万人、介護サービス受給者数の内訳は、居宅（介護予防）サービスが約 24.2 万人、地域密着型（介護予防）サービスが約 1.4 万人、施設サービスが約 8.2 万人となると推計された（図 4-23）。すべての医療圏において要介護（要支援）認定者数は増加傾向にあるが、人口の推移によりピークとなる年代は異なる。65 歳以上人口に対する要介護（要支援）認定者数の割合は、秩父、川越比企、利根、北部医療圏で 2030 年頃にピークを迎え、それ以外では 2050 年頃がピークとなっている。東京都や千葉県にアクセスがよい南部、南西部、東部、さいたま、県央、西部医療圏においては 2050 年以降にピークを迎える。県全体の要介護（要支援）認定者数の 2050 年の増加率は、2010 年時点の 208%となる。

図 4-23 要介護（要支援）認定者数及び介護サービス受給者数の推計結果

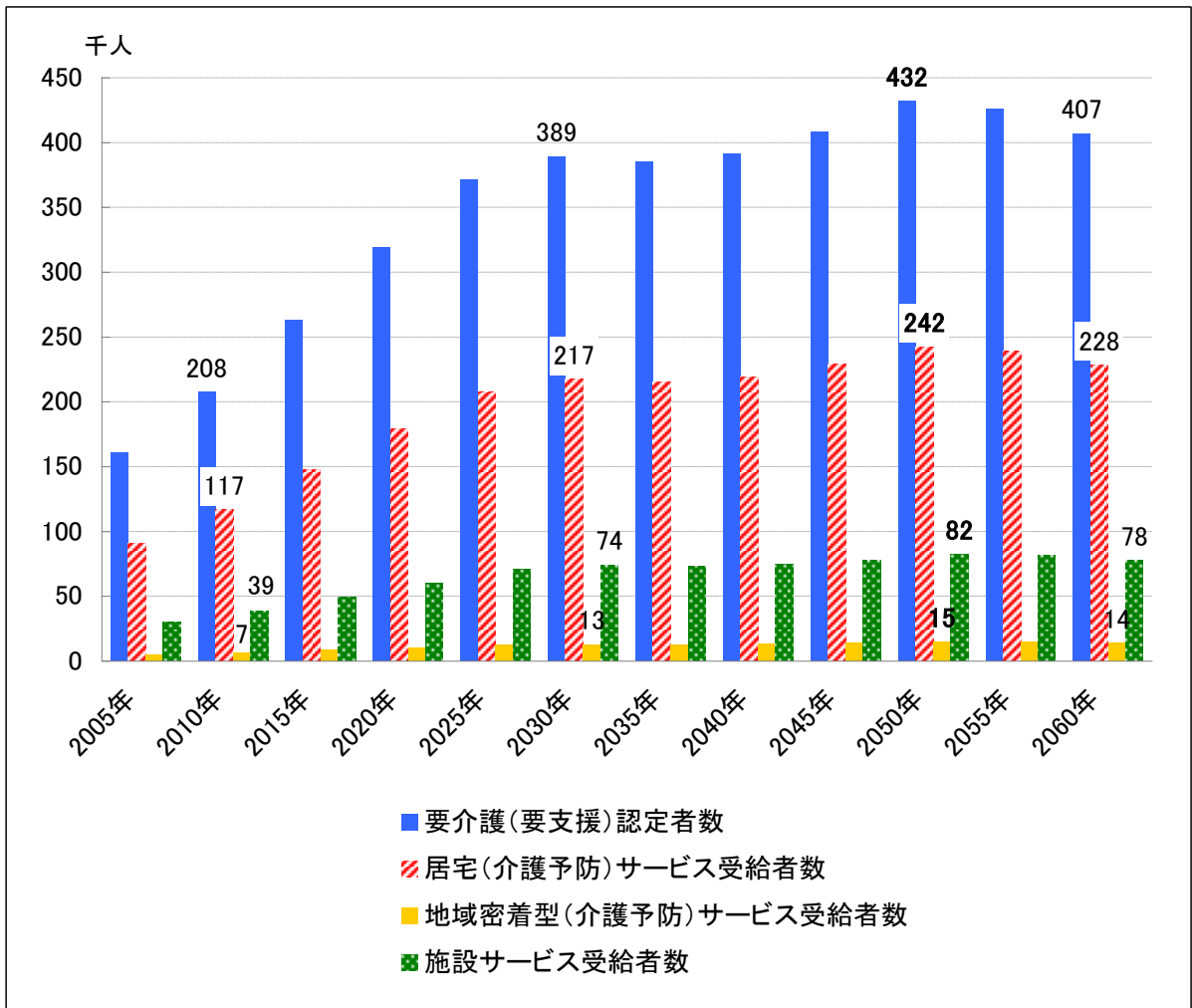


図 4-24 要介護（要支援）認定者数

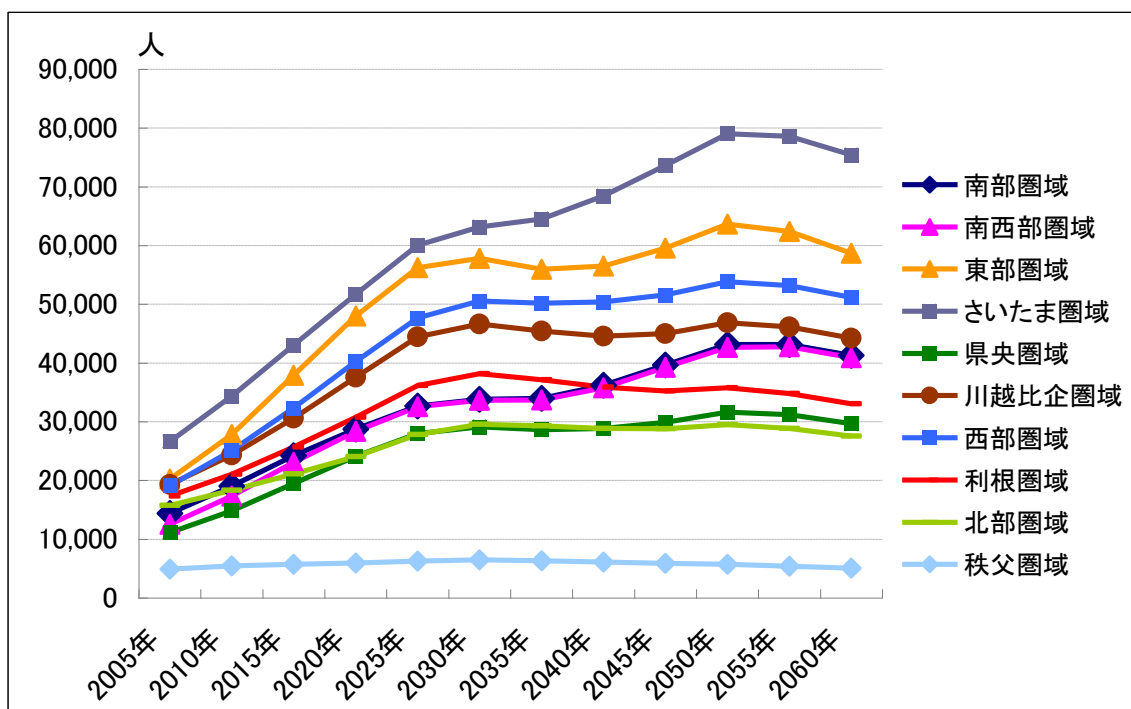
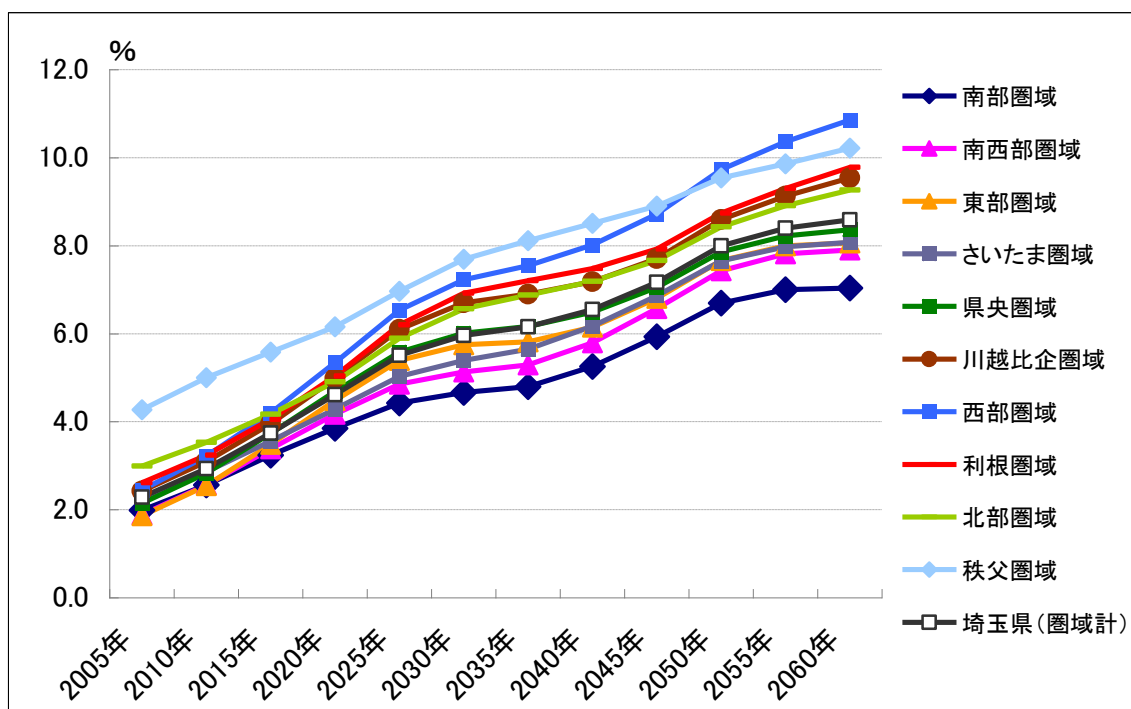


図 4-25 人口に対する要介護（要支援）認定者数の割合



(2) 2060年までの医師需給シミュレーション

必要医師数の推計は以下の3つの方法を用いて実施した。

- ① 現状の需給バランス（医療需要に対応するために投入されている医師数）を維持するために必要な医師数
 - ・ 本業務において医療需要の将来推計を実施。（現在の受療率と人口推計に基づいて算出）
 - ・ 埼玉県においては、ここ20年間、患者総数あたりの医師数はほぼ年々増加傾向であることから、直近の患者総数あたりの医師数が維持されると仮定し、2011年時点の埼玉県の患者推計と医療施設従事医師数（平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査）における患者総数10万人あたり医師数（2,445人）をベースとして算出。
 - ・ 医師1人が入院患者と外来患者にかける労力（時間や難易度）は実態としては違いがあるが、ここでは等価と仮定して算出。
- ② 現状の需給バランスよりも、「病院等における必要医師数実態調査（平成22年）」結果を反映した必要医師数
 - ・ 厚生労働省が平成22年に実施した「病院等における必要医師数実態調査」においては、地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数をアンケート調査によって把握し、都道府県別の結果を公表している。
 - ・ この結果として埼玉県においては、病院勤務医については現在の医師数の1.1倍の医師が必要という結論に至っていることから、これを埼玉県における、現状の需給バランスよりも手厚く医療を提供するために必要な医師数と仮定して算出。
- ③ OECDによる各国の人口1,000人あたり医師数の平均水準を達成するために必要な医師数
 - ・ 社会保険旬報No.2483（2012.1.11）社会保険研究所医師需給将来推計チームにより公表済み。医療需要の考え方については国際福祉大学高橋泰教授に基づく。
 - ・ 医療需要と必要医師数は連動すると仮定。
 - ・ 同チームの推計でカバーされない2035年以降は直近10年のトレンド（直線回帰）により算出。

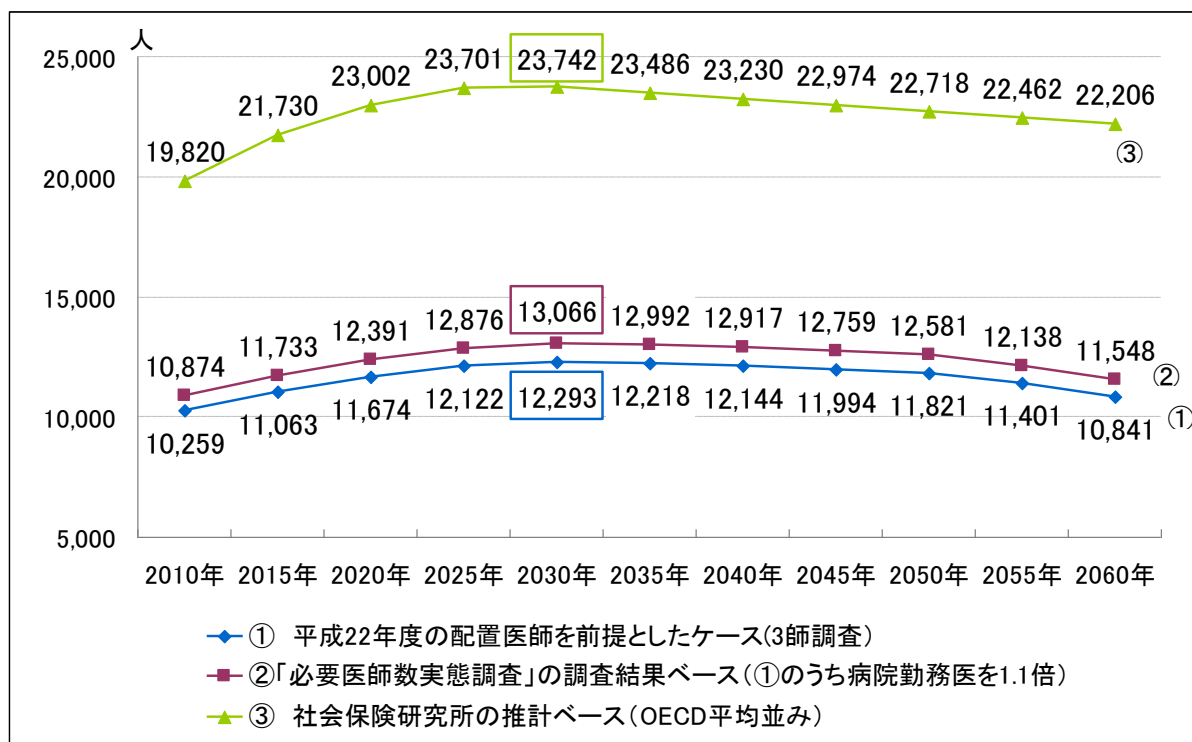
推計結果を図4-25図に示す。現在の県内の医療需要を支えている医師数の水準を維持することを前提とした場合、今後の医療需要を支えるためには、2060年まで現在以上の医師数が必要である。

推計①では、2030年時点に必要な医師数がピークとなり12,293人となる。その後必要医師数は減少し、2060年時点で2015年とほぼ同水準まで戻る。

推計②では、2030年時点に必要な医師数がピークとなり13,066人となる。その後必要医師数は減少するが、2060年時点でも2010年水準より約1,300人多く必要となる。

推計③では、本県の医師数をOECD並にするものであり、現在よりもおよそ2倍の医師を養成・配置しなければならない。

図 4-25 必要医師数の推計結果



将来の必要医師数に影響を及ぼす要因として、「医師自身の高齢化」、「女性医師の増加」及び「勤務医の労働時間の適正化」について考察した。

ア 医師自身の高齢化

医師の平均勤務時間は年代によって差があると考えられ、一般的に若年層の方が長く、高年齢層の方が短い。そのため高齢医師の比率が高まった場合には、必要医師数の上積みが必要となる。

平成 23 年 5 月「医師数・患者数等医療需要調査報告書」(秋田県)によると、年齢階級別勤務種別による平均労働時間は表 4-8 の通りである。勤務種別により平均労働時間の分布は異なるが、64 歳までと 65 歳以上で分けて単純平均を取ると、平均の 65 歳以上の医師の週あたり平均勤務時間(単純平均値 40.9 時間)は、65 歳未満の医師の週あたり平均勤務時間(単純平均値 51.8 時間)の概ね 8 割である。したがって、仮に 65 歳以上の医師の比率が 10 ポイント増になると、医師数全体で概ね 2%増が必要となる。

表 4-8 医師の年齢階級別勤務種別週あたり平均労働時間

年齢階級	中核病院 (時間)	その他病院 (時間)	診療所 (時間)	平均 (時間)	
29歳以下	61.2	50.4	-	58.9	単純平均値 51.8時間
30～34歳	58.2	52.8	43.7	56.3	
35～39歳	55.7	47.1	43.9	52.3	
40～44歳	54.8	50.3	45.7	51.5	
45～49歳	53.7	50.1	48.8	51.3	
50～54歳	55.2	50.6	47.1	50.0	
55～59歳	54.9	43.6	45.7	47.6	
60～64歳	53.5	44.8	44.4	46.3	
65～69歳	56.4	40.0	43.1	43.4	単純平均値 40.9時間
70～74歳	-	40.7	43.0	42.4	
75～79歳	34.0	36.0	39.0	38.3	
80～84歳	-	41.9	37.6	38.3	
85歳以上	-	54.0	39.3	42.2	

出典) 医師数・患者数等医療需要調査報告書(秋田県)

イ 女性医師の増加

「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、女性医師の比率は増加し続けており、その割合は、2010年は18.9%となっている。厚生労働科学研究の結果を踏まえると、女性医師の週あたり平均労働時間は男性医師のおよそ75%である。

したがって、仮に女性医師の比率が10ポイント増になると、医師数全体で概ね3%増が必要となる。

表 4-9 女性医師比率

調査年	女性医師比率 (%)
1996年	13.4
1998年	14.1
2000年	14.4
2002年	15.7
2004年	16.5
2006年	17.2
2008年	18.1
2010年	18.9

表 4-10 性別卒後年数別週あたり平均労働時間

卒後年数	男性医師 (時間)	女性医師 (時間)
卒後 5 年以下	60.2	49.8
卒後 10 年以下	59.6	38.1
卒後 15 年以下	47.3	40.1
卒後 20 年以下	50.6	37.8
卒後 25 年以下	51.6	33.1
卒後 25 年超	44.4	39.3
平均	52.3	39.7

出典) 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業

「新たな概念に基づく超高齢社会の医師需給の研究」(研究代表者:大島伸一)

ウ 勤務医の労働時間の適正化

診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 20 年度調査)によると、医師の 1 週間の実勤務時間は 61.3 時間であり、全産業の週あたり労働時間(43.1 時間)を大きく上回る。

勤務医の労働時間がこの全産業労働時間並みまで軽減された場合、医師数全体で概ね 30%増が必要となる。

勤務医の労働時間の適正化については、長時間の労働は医師の注意力欠如等につながり、医療事故のリスクも高まることも懸念されており、適正化が不可欠と言われている。

表 4-11 医師の週あたり平均労働時間

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者(時間)	58.0	14.9	120.0	0.0	57.6
医師(時間)	61.3	18.3	128.0	0.3	60.0

(注) 有効回答数: 医師責任者 n=2,278、医師 n=3,963。

出典) 「病院勤務医の負担軽減の実態調査」(診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 20 年度調査))

図表 105 より抜粋

エ 在宅医療の進展ほか

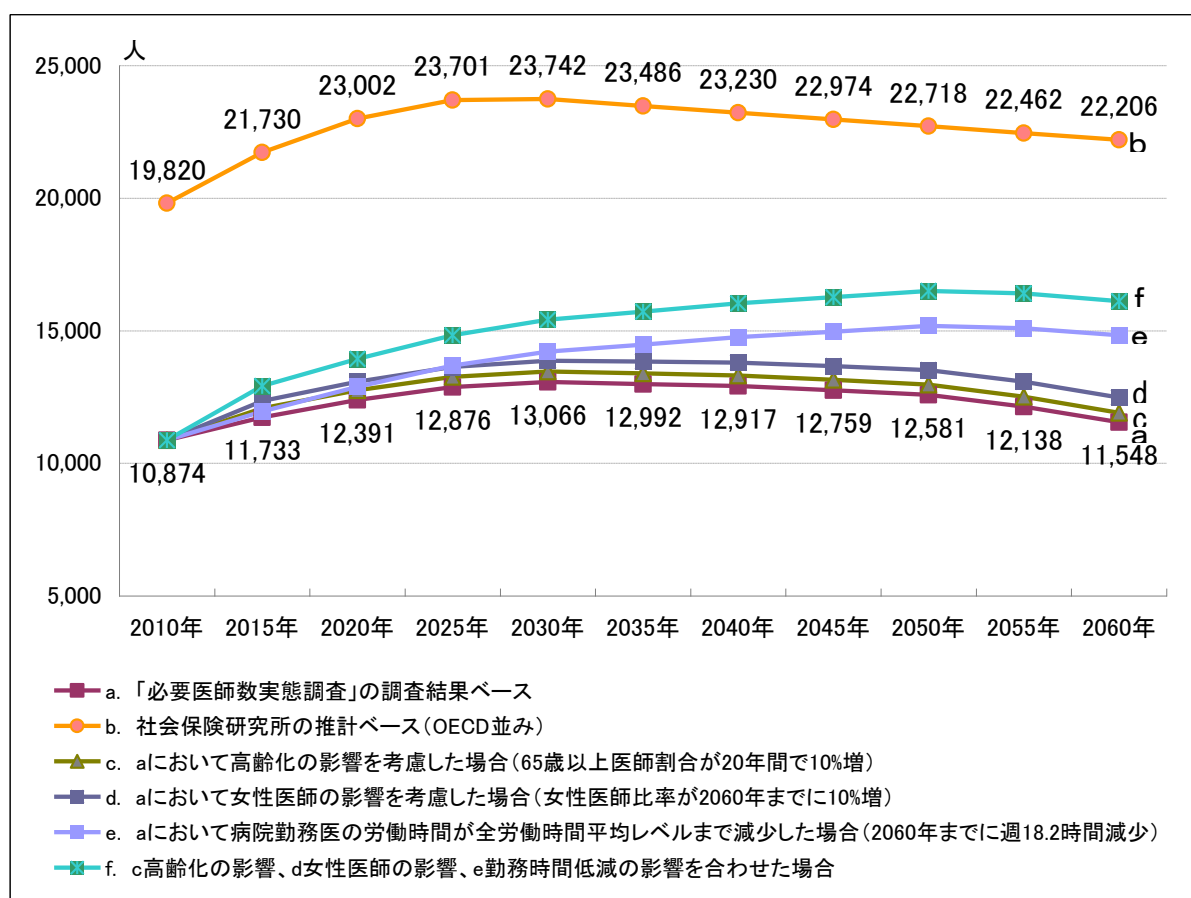
前節で示した通り、介護需要の推計によれば在宅介護の需要も増える。このうちの一部は在宅医療支援を受けることになる。現在の推計値中の入院患者、外来患者のうち何割かは病院での受療だけではなく、在宅医療に変えてサービスを受けることになる。この場合、診療所の患者が増え、病院の患者が減ることにより病院勤務医の必要数が減る可能性がある。ただし、在宅医療は入院・外来診療に比べて効率が低下するため、医師の効率が低下する分を補うための(診療所も含めた)医師の増員が必要となるとも考えられる。

さらに、上記以外に医師数の主な変動要因として、医療需要側の変化がある。具体的には、疾病構造の変化、県外で受療していた患者の県内への流入、介護サービスニーズの増加に伴う医療ニーズの増加などの要因の影響が考えられる。

オ まとめ

上記のアからウの変動要素を考慮した必要医師数の推計結果を図 4-26 に示す。この場合、必要医師数は 2050 年にピークとなり約 16,500 人に達する可能性がある。ただし、上記エの変動要素は、量的な推定が困難であり、下図には示していない。

図 4-26 変動要素を考慮した必要医師数の推計結果

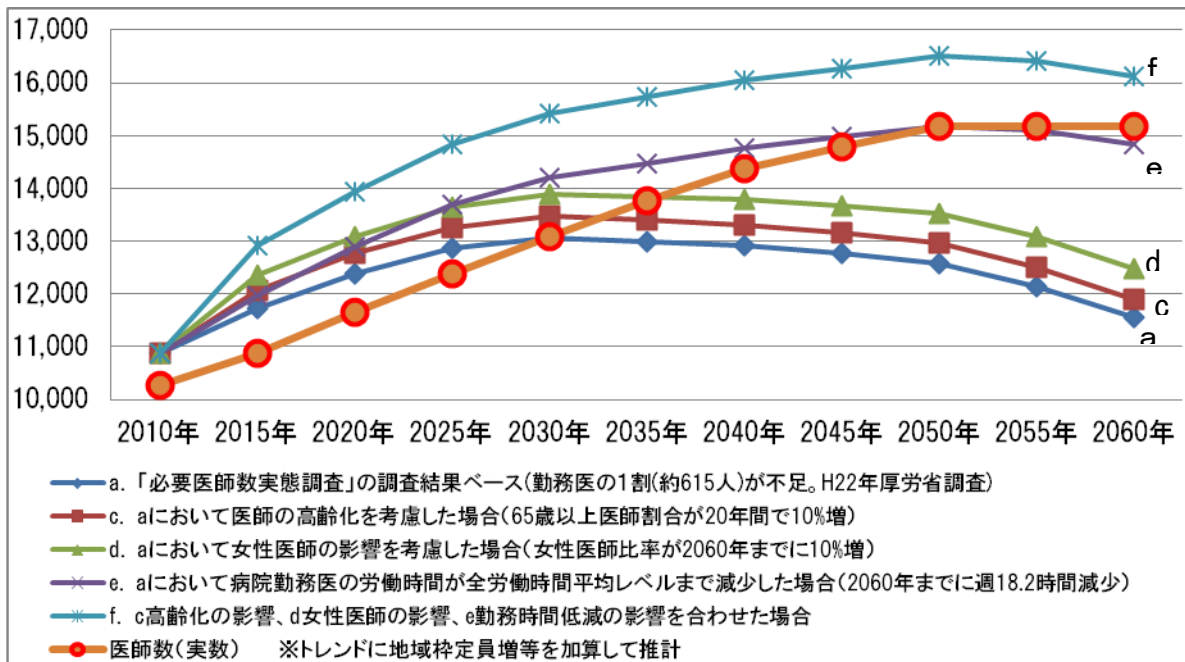


また、昭和63年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」から平成20年までの同調査結果に、最近の地域枠医学生等の効果を上乘せして今後の本県の医師数(実数)の推計線を図 4-27 に加えた。

平成22年に病院勤務医が約1割不足との前提で、今後の医療ニーズ(入院・外来患者数)の伸びと医師数の伸びを比較した場合では、国や日本医師会がいうように近い将来供給が需要を上回ることが見込まれる。

しかし「医師自身の高齢化」「女性医師の増加」「勤務医の労働時間の適正化」の3点を加味すると、2050年でも医師不足が継続する試算となった。

図 4-27 必要医師数及び医師数の将来推計



(3) 超高齢化の進展及び先進高度医療の進展で必要となる医療人材

ア 超高齢化の進展

人口推計によると、本県の人口は 2015 年までにピークを迎え、その後は減少すると予測されている。しかしながら、高齢化率は上昇を続け、2010年時点で20%程度だった高齢化率は2060年には45%近くに達することが見込まれる。

2005年には高齢化率(65歳以上の人口割合)が15%程度であったが、2020年頃には75歳以上人口割合がこの水準に達し、さらに2060年頃には85歳以上人口割合がこの水準にまで達する。

高齢者数が増加することで医療需要は増大するが、その際に求められる医療の内容は、若年者が多数である時代に必要とされた医療内容とは必然的に異なるものになる。

これまでは病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、今後は病気を抱えつつ生活する患者を「支える医療」の視点が求められる。このような「治し支える医療」においては、医療従事者と患者・家族の連携・協働が重要である。

医師に対しても、今後は高齢期に特有の疾患または合併症を有した患者を診ることが求められる。疾患としては、がん、脳血管疾患、高血圧、糖尿病(糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症を含む)、大腿骨骨折、認知症、パーキンソン病、慢性関節リウマチ、変形性関節症、白内障、加齢黄斑変性などが増加するものと考えられ、これらの疾患に関する診断・治療・手術・リハビリテーションなどを専門とする医師が必要となる。

さらに、生活習慣の改善指導やリハビリテーション、在宅医療、介護との連携、看取り・終末期医療などに対するニーズが高まり、高齢期の心身の特性を理解した上で患者本人の生活習慣や価値観なども考慮しながら総合的に患者を診ることができる医師が求められる時代になると考えられる。その際には、高齢期の認知特性に合わせたコミュニケーションスキルや患者・家族と対等な関係を築く姿勢なども

これからの医師が身につけるべき素養となっていくことが予想される。

イ 予防へのシフト

これまでの医師は、医療保険制度の中で「病気を治す」ことに重点を置いてきた面があるが、疾病構造が生活習慣病中心にシフトしていることを背景に、「病気とうまく付き合う」「病気を予防する」といった新しい視点が必要になることが考えられる。予防に関しては、これまで医療保険の給付の対象となっていないために医師が取り組むインセンティブが十分ではなかったが、特定健診・特定保健指導制度の創設により予防が制度化された。さらにますます悪化する医療保険財政上の課題を背景に、今後医療保険者がさらに予防への取り組みを強化していくことも考えられる。

また、予防から一歩進んで「アンチエイジング」のような美容的な観点の医療ニーズが高まることも考えられる。

さらに予防へのシフトは患者行動にも影響を及ぼすことも考えられる。患者の自己管理（セルフケア）による慢性疾患の発症予防や重症化予防が進めば、患者が自身のデータを管理し医師のアドバイスを踏まえて自己選択を行うことになるだろう。その場合、医師の患者との向き合い方や診察に要する時間も変わる可能性がある。

このように、今後は今まで以上に「予防」の視点からの医療サービスが普及していく可能性がある。

ウ 多職種による機能分化と連携

一方、急速な高齢化に伴い増大する医療需要に対して、育成までに多大な時間とコストを要する医師を増やすという方策がどこまで効果的に機能するかは未知数である。アメリカやイギリスなどの諸外国の例を見ても、医師が不足した場合に医師の数を増やすだけでなく医師以外のコメディカルの裁量を増やすことも選択肢の1つとして検討されることも考えられる。

今後の医療人材は、超高齢社会におけるニーズに的確に応じるための新しい専門性を身につけるとともに、多職種が機能分化し協働して1人の患者を診るといった方向性に進むことが考えられる。

エ 先進高度医療の進展

現代において医療技術の進歩は目覚ましく、特に遺伝子やiPS細胞といったバイオテクノロジー分野は、コンピューターの情報処理能力の向上もあって急速に進展しており、遺伝子治療は既に臨床研究段階に、iPS細胞治療は10～20年後の実用化が視野に入っている段階にある。

また、IT技術等工学分野の技術の進展により、医療においても電子化やロボット化が進んでいる。手術支援ロボットda Vinci（ダ・ヴィンチ）は2012年4月から前立腺がんの全摘出手術に対して保険が適用されることとなり、今後のさらなる普及が見込まれている。さらに、将来的には遠隔医療やマイクロマシンによる治療などが実用化されることが期待されている。

今後の医療人材は、このような新しい学問領域や新しい技術についても精通していることが求められると考えられる。

オ 個別化医療の進展

遺伝子診断・治療の実用化により、治療の効果、薬の効きやすさ、副作用の出方といった、患者個人の体質に合わせた治療が行えると言われる。このような医療は個別化医療またはテーラーメイド医療と呼ばれている。

このような個別化医療の実現はまだ始まったばかりであるが、今後さらに発展・普及していくことが考えられ、新しい医療の方向性の1つであると言える。

今後の医療人材には、このような新しい医学の知識・スキルを習得していることも期待される。

6 考えられる医学部のモデルと課題

(1) 本県の特徴を活かした医学部モデル

医学部のモデルは臨床・教育・研修機能をどのように整備するのか、それを運営する主体をどうするかである。

このため、医学部設置の問題と附属病院の整備の問題はわけて検討を行う。医学部と附属病院には以下のようなバリエーションが考えられる。

ア 医学部のシナリオ

表 6-1 医学部のシナリオ

	シナリオ	メリット、良い点	課題
1	県立大学を活用し医学部を設置する	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 自前で医師の育成、キャリア形成、地域病院への派遣のリーダーシップが取れる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 設立・認可に行政・大学として時間を要する ✓ 初期投資がかかる。 ✓ 指導教官の確保を考える必要がある。
2	医学部を持つ大学を誘致する	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 自前で医学部を設置しなくとも済む。 (行政や大学から見た時間・コストが1よりも効率的になる可能性がある) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師の教育・地域への派遣に行政のイニシアチブを発揮づらい懸念がある

イ 附属病院のシナリオ

表 6-2 附属病院のシナリオ

	シナリオ	メリット、良い点	課題
1	新しく附属病院を設立する	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ゼロベースから医学教育にふさわしい、医育機関を考えることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 初期投資が大きい。 ✓ 医療スタッフを大幅に増やす必要がある。 ✓ 地域の医療費が増加する
2	県立病院の機能を拡充し、附属病院化を図る	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 既存の施設・設備を生かしながら、投資コストを抑制できる可能性がある。 ✓ 県立病院職員を活用することで、新たな職員の増を抑えることができる。 ✓ 県の職員としての医師を医学教育や医学部、卒後臨床研修、寄附講座と連携しながら地域に派遣しやすくなる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 対象となる現病院を新たに移転させるのか、現有敷地(県立病院地内)で増築等を実施するのか検討が必要
3	公的病院、民間病院等を M&A で取得、附属病院化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 既存の施設・設備を生かしながら、投資コストを抑制できる可能性がある。 ✓ 県立病院職員を活用することで、新たな職員の増を抑えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 行政または独法の職員の身分を付与することになる。 ✓ 行政や医学部で医師の派遣をコントロールすることが困難であることが懸念される。

ウ 上記ア、イを組み合わせたモデルの検討

医学部、附属病院のシナリオから組み合わせを行い、5つのパターンを設定する。

図 6-1 モデルの検討 (5パターン)



パターン3とパターン5の違いは、主に時間軸の違いで説明できる。医学部設置は難易度が極めて高い。かつ医師を一人前に育成するためには入学から8~10年を要する。一方で医師不足に関連する地域医療の衰退や格差問題の解消は待ったなしである。

このため、学校法人等の運営する大学の分院を誘致し、地域医療についての支援を行っていただく。そこに社会情勢を鑑みながら、医学部新設の時期を模索していくといったことが考えられる。

(2) 医学部設置の課題(費用、施設、人材確保等)整理及びその解決策

先の5パターンについて医学部設置の課題(費用、施設、人材確保)についてまとめた。

医学部や病院誘致については相手のあることだが、「パターン4」大学を誘致、(臨床研修病院として)県立病院を活用」は、大学医学部の運営を学校法人に任せ、病院については既存の県立病院を活用するため他のパターンに比べ県からの財政負担や経営効率が良い。

また、「パターン5」既存医学部の病院(分院)を誘致、(その後医学部を新設(誘致))」については、国の医学部新設の認可を待たずとも医師数の確保がされ、大学の医局機能を通じた医師の安定的な供給が期待できるなどのメリットがあると考えられる。ただし、学校法人や民間病院の誘致については、条件により県の財政負担が大きくなるおそれもあることに留意する必要がある。以下、パターンの特徴や課題を整理する。

ア パターン1について

4パターンの中では、最もハードルが高く、初期投資や運営コストを県が責任を持つパターンとなる。県として地域医療政策の推進が可能な反面、土地、資金、医学部設置、教員の確保などハードルが高い。埼玉県立大学に医学部と附属病院の両方を新設することは医療スタッフの確保、費用の面でも大変厳しい。また、省庁との調整についても、文部科学省をはじめ、厚生労働省や県内市町村などと連携を模索する必要がある。

なお、平成 23 年度の埼玉県の病院事業は、繰越欠損金が解消された。(前年度は 10 億円の繰越欠損金)。とはいえ、県立 4 病院へは多額の繰入金があるが毎年あり、現在もがんセンターの建替が進んでいる。更なる投資(財政支出)の是非は慎重に検討すべきである。

イ パターン2について

埼玉県の県立 4 病院は循環器・呼吸器、がん、小児、精神と専門特化されており、このままの状態では学校教育法に定める医育機関としては不十分である。(＝原則、附属病院はフルラインでの診療科・診療機能の整備を基本的に要求されるため)このため、既存の病院を活用して医学部附属病院として位置づけるためには、診療科(構成)や病床数の充実を図ることが求められる。

県立病院の敷地を有効に活用し、医学部と病院の連携が取れることが必要となる。このため既存病院の拡充や医学部との連携が取れるだけのスペース(空地)があることが必要となる。既存の県立病院の医師に教育や研究に関する指導力も求められる。

ウ パターン3について

他大学の医学部を誘致することは戦略の一つと考えられる。誘致の最大の魅力は、医学部を新設するという労力を回避し、その分のコストや時間を買えること、学校法人の医学部からの教員の派遣や診療・教育・研究面での支援を期待できることである。医学部及び附属病院の設置場所についてはゼロベースでの検討となる。また、土地や建物の整備費用や、事業の運営費の支援などをどうするかといった県からの誘致条件が、パターン3のポイントとなる。パターン1同様、誘致先の学校法人、病院整備の建設費等が相当かかるため、財政力のある相手にアプローチする必要がある。

エ パターン4について

パターン2、3の変形(バリエーション)のケースである。県立病院を総合化させることはパターン2同様ハードルが高い。また、誘致先の学校法人の意向や要望に、県の考えが合致するかということについてもパターン4では問われることになる。

このため、すべてのパターンでいえることではあるが、フルラインの診療機能(医局講座)ではなく、ある程度、附属病院の規模や機能を絞ることの検討も必要である。

財政面から考えると、フルライン(100名定員 600床規模の病院新設)での医学部&附属病院は相当厳しい。学生の定員数や附属病院の病床数はできるだけスリム化が望ましい。

医療特区を活用して、かつ県立病院のリソース（敷地の空きスペース、県立病院の勤務医等）を活用することも一考である。

スリム化とは、先述の通り、例えば地域医療（プライマリーケア、初期救急、災害医療）などに絞ったスリムな医局講座とし、テーマやターゲットを絞るなど、重点・集中することでスピートやコストをクリアすることが重要と考えられる。

なお、パターン3、4で、他大学を誘致することは、時間やコストと引き換えに医学部機能を保有する半面、医師配置や医局人事のイニシアチブを学校法人に取られないよう、最初の基本合意や契約条件で担保する必要がある。

オ パターン5について

医学部、附属病院を誘致することで、自前の立ち上げを回避する。医学部設置は難易度が極めて高い。かつ医師を一人前に育成するためには入学から8～10年を要する。一方で医師不足に関連する地域医療の衰退や格差問題の解消は待ったなしである。

それであれば、まずは学校法人等の運営する大学の分院を先に誘致し、地域医療についての支援を行っていただく。それと並行して社会情勢を鑑みながら、医学部新設の時期を、模索していくといったことが考えられる。パターン3の変形となる。

補足 1 3 県立医科大学調査について（平成 22 年度保健医療政策課調査結果）

(1) 結果概要

- ・福島県立医科大学（医学部：105名、附属病院：778床）
- ・奈良県立医科大学（医学部：113名、附属病院：980床）
- ・和歌山県立医科大学（医学部：100名、附属病院：800床）

○各大学設置の経緯

福島県立医科大学		奈良県立医科大学		和歌山県立医科大学	
S19	福島県立女子医学専門学校	S20	奈良県立医学専門学校	S19	和歌山県立医学専門学校
戦時下における医師不足に対応するため、各地に医学専門学校が設置された。					
S25	大学化（旧制）	S23	大学化（旧制）	S23	大学化（旧制）
S27	新制大学化（学制改革）	S27	新制大学化（学制改革）	S27	新制大学化（学制改革）

○概要

		福島県立医科大学	奈良県立医科大学	和歌山県立医科大学
設立年度		昭和 25 年度	昭和 23 年度	昭和 23 年度
医学部入学定員		105 名	113 名	100 名
附属病院病床数		778 床	980 床	800 床
建設費		341.8 億円 (S62 築)	不明	684.3 億円 (H11 築)
職員数		1321 名	1337 名	1214 名
主な 職員数	医師	358 名	295 名	291 名
	看護師	680 名	747 名	670 名
財政上の補充額（年間）		64.8 億円	25.9 億円	23.6 億円
卒業生のうち県内医療 機関等の勤務率		52%	41%	48%

○参考（各大学の決算状況 単位：百万円）

ア 福島県立医科大学

	単位：百万円					
	法人化前		法人化後			
	H16	H17	H18	H19	H20	H21
授業料	708	708	672	584	614	713
診療収入	13,689	14,333	14,533	15,023	15,978	17,860
繰入金・運営費交付金・補助金	7,250	7,318	6,858	7,438	7,557	7,602
県債(県からの長期借入金)	1,118	1,056	(597)	(932)	(1467)	(710)
その他	471	525	2,018	2,733	3,599	2,227
歳入計	23,236	23,939	23,484	24,846	26,281	28,402
大学費	5,601	5,674	5,746	6,403	7,015	8,011
附属病院費	16,420	17,103	17,394	17,757	18,739	19,996
公債費(長期借入金返済金)	1,133	1,159	(0)	(9)	(96)	(284)
歳出計	23,154	23,936	23,140	24,161	25,754	28,007
収支差	82	3	344	685	527	395

イ 奈良県立医科大学

	単位：百万円					
	法人化前		法人化後			
	H16	H17	H18	H19	H20	H21
授業料	565	568	571	598	612	665
診療収入	21,801	22,680	22,016	23,068	23,137	25,099
繰入金・運営費交付金・補助金	5,789	4,634	5,460	1,628	1,766	1,745
県債(県からの長期借入金)	3,908	1,715	4,929	(680)	(824)	(516)
その他	914	1,462	1,065	2,527	2,741	1,637
歳入計	32,977	31,059	34,041	27,141	27,432	29,146
大学費	6,391	5,963	7,457	4,517	4,680	4,275
附属病院費	22,567	20,691	21,091	23,302	23,754	24,836
公債費(長期借入金返済金)	3,100	3,933	5,437	(0)	(6)	(162)
歳出計	32,058	30,587	33,985	27,819	28,434	29,111
収支差	920	472	56	△ 678	△ 1,002	35

ウ 和歌山県立医科大学

	単位：百万円					
	法人化前		法人化後			
	H16	H17	H18	H19	H20	H21
授業料	507	548	493	560	613	631
診療収入	18,220	18,274	19,576	19,918	20,217	20,941
繰入金・運営費交付金・補助金	5,322	6,150	4,308	4,402	4,329	4,321
県債(県からの長期借入金)	1,660	1,244	(673)	(700)	(700)	(2,391)
その他	1,319	628	2,233	2,516	2,573	4,386
歳入計	27,028	26,844	25,937	26,696	27,032	29,740
大学費	3,575	4,182	4,614	4,974	5,318	4,978
附属病院費	23,189	19,522	20,611	20,645	20,845	24,508
公債費(長期借入金返済金)	150	2,912	(0)	(0)	(168)	(343)
歳出計	26,914	26,616	25,225	25,619	26,163	29,486
収支差	114	228	712	1,077	869	254

○附属紀北分院(126床)事業分を含む。なお21年度から紀北分院建替事業に着手。

(2) 公立大学法人福島県立医科大学

ア 総論

- ・昭和19年設立の福島県立女子医学専門学校及び同附属病院が前身。
(昭和23年に第一期卒業生を輩出)
- ・昭和62年末、現在の福島市光が丘（福島市中心地から約10キロ南）に移転。
- ・平成18年4月、公立大学法人に移行。
- ・附属病院は、778床の総合病院（福島県最大）。
特定機能病院、災害拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター
県がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院など
- ・県内唯一の医科大学で、卒業者総数に占める県内勤務者の割合は52.1%。
- ・入学定員が80名から順次増員しており、平成22年4月現在で105名。
- ・県内の医師不足の状況に関して、格差がある。

(人口10万人あたり医療施設従事医師数が県北地域231.7人に対し南会津地域89.5人)

イ 附属病院の自大出身臨床研修医の割合（既卒者含む）

年度	採用者	うち自大学出身者	歩留率
H22	20	17	85.0%
H21	16	13	81.3%
H20	14	10	71.4%
H19	22	16	72.7%
H18	19	14	73.7%
H17	22	11	50.0%
H16	25	20	80.0%
平均	19.7	14.4	73.2%

ウ 医学部卒業生の県内医療機関への定着率（就職率）

年度	卒業者数	国家試験 合格者数	臨床研修病院		
			県内	県外	県内比率
H21	79	76	40	36	52.6%
H20	79	77	40	37	51.9%
H19	79	78	35	43	44.9%
H18	85	82	41	41	50.0%
H17	79	74	35	39	47.3%
平均	80.2	77.4	38.2	39.2	50.6%

福島県立医科大学医学部は、平成20年5月時点で卒業者総数3,729名である。うち、福島県内勤務者は1,942名で、県内定着率は52%。
また、福島県立医科大学の勤務者は412名で、3,729名のうち11.0%。
なお、福島県内の6つの県立病院に常勤医師が55名おり、うち31名が自大出身者。

エ 県内への貢献状況（附属病院）

救命救急センターを設置し、県北地方の3次救急医療を担うとともに、ドクターヘリを1機運行して県内全域をカバーする等、県の救急医療の中核となっている。

※中核病院等への医師派遣

地域の医師不足解消のため、80名の助手・助教を大学の医学部地域医療支援センターに配置し、医師の偏在に悩む地域に非常勤で派遣している。

へき地医療拠点センターである会津総合病院、公的医療機関、地域医療や救急災害等に貢献している民間病院等に医師を週1回程度派遣し、地域医療の充実を図っている。

このスキームは、当時の県副知事が考案したもので、福島県から医師1人あたり年間1,000万円を補助して運営している。事実上の医局機能を果たしている。

平成21年度実績ベースでは、68名の医師派遣に対して、県から約7億円の補助を受けている。この結果、年間派遣回数3,844回、医師一人あたり派遣平均4.71回/月である。

- ・へき地医療支援担当教員 15名（平成16年度～）
 - ・公的病院支援教員 33名（平成18年度～）
 - ・政策医療等支援教員 20名（平成19年度～）
 - ・県東部医療施設支援教員 12名（平成22年度～）
- ※医師不足が続く県東部における医師派遣を開始

オ 医学部及び附属病院の運営状況

【教職員等確保策】

医学部の教職員確保については、医学部各講座が一義的な役割を果たしている。しかし、新臨床研修制度（臨床研修先を自由に選べる制度）が導入された平成16年以降からの医師不足は現在も続いている。

このため、国に対する医師不足解消関係の予算要望や、研修医・医学生への働きかけとして誘致説明会等への参加・開催を行っている。

〈教授等〉

教授については、医学部に選考委員会を設置し、全国の大学医学部・病院・研究機関等に対して公募を行い、選考を経て、教授会に諮った上で採用を決定している。

助教授以下については、教授の内申に基づき、医学部教員資格審査委員会の審査を経て、教授会に諮った上で採用を決定している。

〈看護師〉

従来、患者と看護師に対する比率は10：1だったが、平成22年度から7：1とした。

〈事務職員〉

平成22年4月現在で事務職員117名。うち県からの派遣が92名で、プロパー職員が25名となっている。平成20年度からの年度計画において、プロパー職員を毎年6名ずつ採用することを掲げている。

【学生確保策】

平成22年度選抜試験では、105名の募集定員に対して687名の応募。平成22年度入学生105名のうち県内出身者は44名（42%）。

医学部の学生募集は、HP等により県内県外に広く周知している。学生採用に関

しても県内定着率の向上にむけた取組として、入試時に県内出身者推薦枠を設けることで、県内出身者や卒業後に県内に残る学生を確保している。

ただし、県内でも特に優秀な生徒は他県の医大に進学してしまう傾向があり、入学者のレベルの低下を懸念する意見もある、とのことであった。

年度	入学定員	うち県内生	県内生の割合	推薦枠(うち県内生)
H19	80名	44名	55%	8名(0名)
H20	95名	40名	42%	25名(20名)
H21	100名	42名	42%	30名(23名)
H22	105名	44名	42%	35名(28名)

※平成16年度から推薦入試を導入。

※推薦枠入学者は、福島県緊急医師確保修学資金の貸与を受けることが条件。

※平成22年度における県内推薦枠は、第1種貸与者(県が指定する公的医療機関において9年間勤務することを条件に貸与額の返還免除)が8名。

第2種貸与者(同様に6年勤務することを条件に貸与額の返還免除)が20名。

※就学資金額・・・第1種貸与：23.5万円/月、第2種貸与：10万円/月

【県内貢献度(自大出身研修医率、県内定着率など)】

国の医師抑制策の変更を受けて、平成22年度は入学定員を105名と順次増員している。

医大研修医の自大出身者の割合は全体の85.0%。

【施設及び設備(適正規模・不足、更新の必要性、経費など)】

昭和63年度までの大学移転整備に要した事業費は、関係総工費約427.9億円。このうち、医学部に係る事業費は108.5億円、附属病院等にかかる事業費は319.4億円。

なお、昭和63年度から約20年使用している大学施設及び附属病院は、今後5年程度のうちに大規模修繕が必要になるとのこと。

カ 財政状況(収支、県の負担(交付金))

○平成21年度決算収支

医学部：約1.1億円の黒字(収益約66.0億円、費用約64.9億円)

附属病院：約5.7億円の黒字(収益約214.4億円、費用約208.7億円)

なお、平成18年4月の法人化以降、連続して利益を計上している。

○運営費交付金

- ・交付金制度の中で算定ルールを設け、これに基づいて県に所要額を要求している。経営改善努力を明確にするため、算定式に効率化係数や経営改善係数を乗じている。
- ・教育研究及び管理に関する運営費の算出は、収支差額を基本式として、一般経費について効率化係数(年△1%)を乗ずる。
- ・附属病院に関する運営費の算出には、収支差額を基本式として、収入については経営改善係数(年2%)を乗ずる。

キ その他

- ・平成19年4月、福島県は県立の9病院1診療所を6病院体制に統合・効率化した。平成25年2月、県立病院6か所のうち、会津総合病院と喜多方病院を統合して、福島県立医科大学附属病院となる会津医療センター（仮称）を設置する予定。

ク 特徴

(ア) 卒業生の県内定着率を高める取組

- ・入試時に県内出身者推薦枠を設け、県内出身者や卒業後に県内に残る学生を確保している。平成22年度入学者にかかる県内推薦者は、105名中28名（26.6%）。
- ・医学部の必修単位のなかに「福島講座」を設置。県内定着率を高めるため、福島への愛着を植え付ける試みを実施している。

(イ) 中核病院への医師派遣の取組

- ・地域の医師不足解消のため、80名の助手・助教授を大学の医学部地域医療支援センターに配置し、医師の偏在に悩む地域に非常勤で派遣している。（再掲）

(3) 公立大学法人奈良県立医科大学

ア 総論

- ・奈良市から約15km南部の橿原市に立地
 - ・軍医養成のため、奈良県農業会経営奈良県協同病院を買収して設置。(昭和20年)
 - ・平成19年4月に独立法人化
 - ・附属病院は980床の総合病院(奈良県最大)
特定機能病院、災害拠点病院(基幹)、高度救命救急センター、県がん診療拠点病院、総合周産期母子医療センター、基幹型臨床研修病院
 - ・県内唯一の医科大学で、県内医師需要をほぼ賄っている。
(県内医師数 3,018人(H20.12) 県立医科大卒業者 4,162人(~H19))
 - ・入学定員 40人(~S38)、60人(~S51)、100人(~H8)、95人(~H19)、100人(H20)、105人(H21)、113人(H22) 113名は公立大学では全国一の定員数
- ※H20, 21(緊急医師確保対策)、H22(骨太の方針2009に基づく地域医師確保対策)による
- ・建設費(施設整備費)は施設が古いため不明。

イ 附属病院の自大出身臨床研修医の割合

90.2%(46人/51人 H21)

ウ 医学部卒業生の県内医療機関への定着率(就職率)

(後期研修医の段階やその他のいずれかの時点における卒業生の県内定着率)
H22.3卒業 97名(県内臨床研修 52名 53.6%)

エ 県内への貢献状況(附属病院)

- ・県内18の公的病院の全てに卒業生または派遣医師が従事しており、15病院は全ての医師が大学関係者。
- ・県内全医師数に占める卒業生の割合 41%
- ・県外出身の学生の割合が高い中で県内定着率は高い。
(22年度卒業生の県外出身者の割合72%)
- ・県医師会員に占める大学関係者の割合は65%
- ・民間病院に対しても派遣機能を果たしている。
派遣数(公民計)は県内50施設659名である(H21.7時点)

オ 教職員数及び確保策

〈医師について〉

- ・医学部医学科教授に関しては、広く公募を行い、学内外から人材を確保している。
- ・欠員となった医局の准教授、講師が応募するが、学外の応募者が選考(教授会)される場合もある。
- ・その他の教員は、各教室(医局)が人材を募集し、一部の教室においては欠員が生じている。

〈職員について〉

- ・看護師については、H22.4.1に7:1看護体制を導入し、さらに毎月の採用試験を実施し、増員を図っているが、応募者が少なく、確保が難しい。
- ・その他の医療技術者については、職によっては、欠員が生じている。

カ 学生の確保(県内出身者)

- ・地域枠による県内出身者の確保15名（後期入試、卒業後の義務はなし）
- ・緊急医師確保修学資金貸付金による県内医師の確保13名
（推薦入試、入学金+月20万円の貸付、卒業後に県が指定する特定診療科やへき地診療所に勤務した場合返済免除）
- ・県内高校の進路担当者を集めた説明会の開催。

キ 施設及び設備

施設が老朽化。狭隘。緑が少ない。

ク 財務状況（H20）

(ア) 平成20年度決算

10億円の赤字決算となっている。（収益 274億円 費用 284億円）

(イ) 大学部門と病院部門の経理状況

大学部門 19億円の赤字（収益 28億円 費用 47億円）

病院部門 9億円の黒字（収益 246億円 費用 237億円）

○附属病院の収入が多い

- ・院外処方率が低い（7%程度）ため、院外処方を行っている他院とくらべ、医薬品収入が多い。
- ・近隣に競合する病院が少ない（立地している橿原市には市民病院などの公的病院がない）ため、外来患者が多数受診（1日2,000人程度）しており、外来収入が多い。（1400～1600人が適正）

(ウ) 運営費交付金

・交付基準

①運営費分

附属病院

政策医療（総務省の公営企業繰出基準による）+法人化前の既発行県債の元利償還金（1/3）+退職手当（法人化前の県職員の勤務年数分）

※病院施設は診療報酬収入が見込めるため、元利償還金の2/3を法人負担。

大学

運営費（交付税基準財政需要額算定額）+法人化前の既発行県債の元利償還金+退職手当（法人化前の県職員の勤務年数分）

②運営費補助分

- ・法人化により新たに発生する経費（雇用保険事業主負担・銀行手数料）
- ・法人化により、法人が負担すべき経費となった経費（公務災害補償基金負担金、互助会負担金）
- ・外的要因により負担増となる経費（共済長期給付負担金率上昇分、地域手当率上昇分）

(エ) 県補助金

1億8千万円

（臨床研修、感染症指定病院、周産期母子医療センター、がん診療拠点病院等の補助）

(オ) 長期借入金 8億円:施設整備に要する費用を県から借り入れ(県は起債で手当て)

(カ) 寄附金

- ・大和ハウスから6億円(H18-23 各年1億円)の提供を受け寄附講座を開設(シックハウス症候群等の研究)
- ・その他製薬会社等からの寄付による研究など。

ケ 特徴

(ア) 卒業生の県内定着率が高い

学生の県内出身者が低い中で、県内定着率は高い。

22年度卒業生の県内出身者の割合28%、卒業生のうち県内医療機関等勤務41%、県内全医師数に占める卒業生の割合53%)

(イ) 県内への医師派遣機能が高い

県内18の公的病院の全てに卒業生または派遣医師が従事、うち15病院は全ての医師が大学関係者

県立医大からの医師派遣により、県内の公立病院では医師確保の苦勞が少ない。医局員の派遣数は、83施設838名(うち県内50施設659名)

(ウ) 附属病院収入が高い

業務収益のうちの附属病院収益の割合は93.9%。

外来患者が多く(1日2000人)外来収入が多い。

院外処方率が低い(7%程度)ため医薬品収入が多い。

医学部・附属病院 調査票（奈良県立医科大学）

名称		校舎面積	建設費	土地面積	学生数			教職員数						財政規模(千円)																		
								教員					職員	合計	支出			収入														
			千円		入学定員	総定員	総現員	教授	准教授	講師	助教等	小計						人件費	人件費以外	計	大学収入	運営費交付金	その他	計								
奈良県立医科大学	医学部 (大学)	(大学全体)	年度	51,300㎡ (クラウド含)	113人	773人	690人	医学部					11人	271人	3,070,034	1,609,713	4,679,747	611,961	1,166,776	1,011,754	2,790,491											
		(うち医学部)						医学部																								
		(設置基準上)						看護学科																								
		㎡						80人																								
		主な設備(金額面、重要度面で10品程度)																														
		共焦点レーザー走査型顕微鏡						15,000																								
		組織培養ユニット						34,860																								
		細胞分離解析装置						31,683																								
		ホルマリン消毒装置						16,432																								
		蛍光発光解析装置						10,800																								
		生化学自動分析装置						133,875																								
																						計										
								50人																								
								32人																								
								60人																								
								159人																								
								301人																								
								72人																								
								373人																								
附属病院		病院面積	千円	土地面積	病院概要				教職員数						財政規模(千円)																	
		91,527㎡ (看護師宿舎含) (設置基準上) ㎡			年度	49,020㎡ (看護師宿舎含)	診療科数	病床数	利用状況		教員			職員			合計	支出			収入											
									入院	外来	医師	医師以外	小計	医療系	事務系他	小計		人件費	人件費以外	計	病院収入	運営費交付金	その他	計								
主な設備(金額面、重要度面で10品程度)																																
CT				139,650																												
多目的IVR撮影装置				47,250																												
医療画像情報システム				106,050																												
MR				177,450																												
人工呼吸器				41,892																												
CT・MR				300,000																												
生体情報モニタリングシステム				23,625																												
手術用滅菌コンテナシステム				68,932																												
高エネルギー放射線治療装置				151,830																												
定位放射線治療装置				567,000																												

注)「教職員数」については、役員を除く。(平成21年5月末現在)

「財政規模」については、平成20年度財務諸表より抜粋。

(4) 公立大学法人和歌山県立医科大学

ア 総論

- ・軍医養成のために設置され、当時の教員は、大阪大学出身者が多くを占めていた。
- ・教授は公募により採用しているが、現在は多くが和歌山県立医科大学出身者であり、医師では8割程度を占めている。
- ・教員は教養教育系、基礎医学系、臨床医学系の三つに分けられる。
- ・1人の教授を頂点として診療科単位で「教室」＝「医局」が構成されている。

イ 附属病院の自大出身臨床研修医の割合

年度	採用者	うち自大学出身者	歩留率
H 2 2	5 0	2 2	4 4. 0%
H 2 1	5 5	3 7	6 7. 3%
H 2 0	5 1	3 7	7 2. 5%
H 1 9	4 5	3 2	7 1. 1%
H 1 8	3 9	2 2	5 6. 4%
H 1 7	4 2	2 5	5 9. 5%
H 1 6	3 3	2 0	6 0. 6%
平 均	4 5	2 7	6 0. 0%

ウ 医学部卒業生の県内医療機関への定着率（臨床研修医時点）

年度	卒業生数	国家試験合格者数	臨床研修病院		
			県内	県外	県内比率
H 2 1	5 6	4 9	2 2	2 7	4 4. 9%
H 2 0	6 3	6 0	3 5	2 5	5 8. 3%
H 1 9	5 8	5 6	3 5	2 1	6 2. 5%
H 1 8	6 5	6 0	2 9	3 1	4 8. 3%
H 1 7	5 6	5 3	2 0	3 3	3 7. 7%
平 均	5 9. 6	5 5. 6	2 8. 2	2 7. 4	5 0. 7%

エ 県内への貢献状況

- ・県内唯一の医科大学であるとともに、唯一の医師養成機関でもあり、県内公的病院への医師の派遣を一手に引き受けている。
- ・県内の公的病院に派遣されている医師の7～8割を卒業生が占める。
- ・県内には県立病院が立地しておらず、附属病院が所在する和歌山市には市民病院も立地していないため、地域の拠点病院としての機能を果たしている。
- ・県内唯一の特定機能病院。また、がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、エイズ治療拠点病院などにも指定。各分野での高度で先進的な治療を実施。
- ・救命救急センター及び周産期総合医療センターに指定。ドクターヘリも運航。救急患者や妊産婦の受け入れ等、県内の救急医療の中心的役割を果たす。
- ・所属教員は、各自治体等の審議委員として地域に貢献。

オ 医学部及び附属病院の状況

【教職員等確保策】

〈教員〉

- ・教員については、ホームページ等に公募情報を掲載するとともに、大学等関係機関に通知。教授を中心に公募している。
- ・学生の定員増(H19:60名→H22:100名)に伴い、教員50名を計画的に採用予定。

〈看護職員〉

- ・看護職員については、ワンルームマンション形式の宿舎や24時間保育が可能な院内託児所を完備するとともに、充実した教育研修体制を設けて、ホームページによる誘引や病院見学会の開催。また、看護師の養成機関である本学保健看護学部生向けの交流会を開催し誘引することにより、看護職員を確保。

〈事務職員〉

- ・県からの職員派遣のほか、法人化後の平成19年度からは毎年、プロパー職員を採用。

〈臨床研修医〉

- ・臨床研修先を自由に選べる制度ができてから、全国的に見ると自大出身者が7～8割だったものが5割を切るようになった。
- ・大学に研修医として残ることを条件に奨学金(5万又は10万/月)を交付する仕組みを設けている。

【学生確保策】

- ・平成22年度入学生100名中、県内出身者は44名。(44%)
- ・入試時の次の仕組みにより県内出身者や卒業後県内に残る学生を確保。

試験区分	志願枠		募集人員	入学者数	うち県内生
推薦	一般枠	県内募集 各校3名以内	6名程度	6名	6名
	県民医療枠	全国募集 各校2名	5名程度	4名	4名
	地域医療枠	県内募集 各校3名以内	10名	4名	4名
一般	一般枠	全国募集	64名程度	64名	20名
	県民医療枠	全国募集	15名程度	22名	10名
合計			100名	100名	44名

※県民医療枠：卒後9年間、県内での勤務を誓約

地域医療枠：卒後9年間地域医療への従事を条件に、修学資金の貸与・返還の免除。修学資金額：月額15万円(自宅外通学)

- ・高等学校校長会に対し説明会を開催。各高校を通じて学生の志願を呼びかけ。
- ・オープンキャンパスを開催し、志願学生を誘引。

【県内貢献度(自大出身研修医率、県内定着率など)】

- ・医学部の定員は従来、60名であり県内定着率が低いことが課題。
- ・国の医師抑制策の変更を受けて、最終的に入学定員を100名とし、地域医療枠の設定や大学に研修医として残ることを条件とした奨学金(5万又は10万/月)を交付する仕組みにより県内医師を確保。

【施設及び設備(適正規模・不足、更新の必要性、経費など)】

- ・医学部入学定員の増加を受けて、県助成により新校舎を建設するとともに、従来

の設備についても、新定員を収容するため改修を実施した。

- ・新校舎建設の県補助金は8億円。（整備年度：平成19年度～平成21年度）
- ・地元大手企業である住友金属が医師不足の解消と、医療従事者の育成及び技術向上を図るため、教育・研修機能と地域医療ネットワーク機能を有する高度医療人育成センター施設を寄附。（延べ床面積約3000㎡）

カ 財政状況（収支、県の負担(交付金)）

- ・医学部入学定員の増加に係る教員増などの必要経費として、定員の増加に合わせて、各年度に1億円を加算。（上限6億円）

<運営費交付金の推移>

	H18	H19	H20	H21	H22
業務費及び一般管理費	3,266,841	3,234,173	3,201,505	3,168,837	3,136,169
定員増に伴う必要経費	0	0	0	100,000	200,000
退職手当	768,318	875,223	854,356	585,085	469,743
合計	4,039,459	4,109,396	4,055,861	3,853,922	3,805,912

<利益の状況>

	当期利益	積立金	目的積立金
H18	3,991,934	3,280,510	711,424
H19	1,072,125	0	1,072,125
H20	874,995	0	874,995

キ 特徴

(ア) 卒業生の県内定着率を高める取組

- ・県民医療枠や地域医療枠により県内定着を促進
- ・県内出身者の枠を設定（推薦入試16名(一般枠6名+地域医療枠10名)）
- ・大学に研修医として残ることを条件とした奨学金制度の設定。

(イ) 県内への医師派遣機能が大きい

- ・県内の公的病院に派遣されている医師の7～8割が和歌山県立医大の卒業生。

(ウ) 県の唯一の拠点病院

- ・他に県立病院がなく、和歌山市には市民病院もないため地域の拠点病院として機能。

医学部・附属病院 調査票(和歌山県立医科大学)

名 称	校舎面積	建設費	土地面積	学生数			教職員数							財政規模(千円)									
				入学定員	総定員	総現員	教員					職員	合計	支出			収入						
							教授	准教授	講師	助教等	小計			人件費	人件費以外	計	大学収入	運営費交付金	その他	計			
和歌山県立 医科大学 医学部	(大学全体)	21,950,783	105,994㎡	95人	420人	421人	43人	46人	70人	147人	306人	69人	375人	3,448,882	1,869,053	5,317,935	613,291	3,279,419	1,371,254	5,263,964			
	52,041㎡ (うち医学部)	千円		(医学部)																			
	41,579㎡	H11年度		(その他)																			
	主な設備と金額			56人	196人	145人	一般教養系内訳 (7人) (5人) (0人) (2人) (14人)																
	設備名称			金額	保健看護学部			基礎医学系内訳 (12人) (9人) (11人) (20人) (52人)															
スキルラボ備品			2億円	80人	332人	333人	臨床医学系内訳 (24人) (32人) (59人) (125人) (240人) ⇒ 紀北分院を含む																
解剖実習関連				12人	24人	31人	<参考>																
				10人	10人	10人	保健看護学部 13人 3人 8人 16人 40人 9人 49人																
和歌山県立 医科大学 附属病院	病院面積	建設費	土地面積	病院概要			教職員数							財政規模(千円)									
	107,619㎡	46,475,651 千円 H10年度	10,993㎡	診療科数	病床数	利用状況	教員			職員				合計	支出			収入					
				入院	外来	医師	医師以外	小計	医療系	事務系他	小計	人件費	人件費以外		計	病院収入	運営費交付金	その他	計				
	主な設備と金額			21	800床	680人 1,417人	臨床系内訳 225人 0人 225人 815人 39人 854人			1079人	7,706,101	11,242,093	18,481,194	18,992,582	399,577	926,066	20,318,225						
	設備名称			金額	<参考(紀北分院)>			240人															
医療情報システム			17億円	7	126床	59人 252人	15人 0人 15人 89人 19人 108人			123人	1,235,136	661,633	1,896,769	1,224,370	177,981	46,957	1,449,308						

○参考：公立医科大学(医療系学部のための公立医科大学)の事業状況

道立 札幌医科大学	大学	概要(H22)		職員数【非常勤等を含まない】(H22)			決算(H21)										
		学部・学科	学年定員	医師	医師以外		歳入計	学生納付金・診療収入	一般財源	国・県支出金	科研費・寄附金受託研究費	その他	歳出計	人件費	物件費	臨時費	収支差
		医学部	110	238	228		10,402,615	888,749	7,105,076	758,036	1,610,629	40,125	9,203,078	5,178,184	2,755,624	1,269,270	1,199,537
		保健医療学部	90				割合	8.5%	68.3%	7.3%	15.5%	0.4%	割合	56.3%	29.9%	13.8%	
	附属病院	診療科	病床数	医師	医療系	その他	21,094,288	19,028,611	767,000	539,025	-	759,652	21,049,961	9,372,655	10,577,852	1,099,454	44,327
			24 938	62	860	90	割合	90.2%	3.6%	2.6%	-	3.6%	割合	44.5%	50.3%	5.2%	
	計			医師	医師以外		31,496,903	19,917,360	7,872,076	1,297,061	1,610,629	799,777	30,253,039	14,550,839	13,333,476	2,368,724	1,243,864
				300	1,178		割合	63.2%	25.0%	4.1%	5.1%	2.5%	割合	48.1%	44.1%	7.8%	
県立 福島医科大学	大学	学部・学科	学年定員	医師	医師以外		歳入計	学生納付金・診療収入	一般財源	国・県支出金	科研費・寄附金受託研究費	その他	歳出計	人件費	物件費	臨時費	収支差
		医学部	105	308	183		8,120,499	712,401	5,912,958	349,590	1,037,401	108,149	8,010,566	5,114,992	2,500,801	394,773	109,933
		看護学部	80				割合	8.8%	72.8%	4.3%	12.8%	1.3%	割合	63.9%	31.2%	4.9%	
	附属病院	診療科	病床数	医師	医療系	その他	20,282,233	17,859,638	1,453,090	369,828	-	599,677	19,996,127	8,108,834	11,868,335	18,958	286,106
			24 778	60	830	79	割合	88.1%	7.2%	1.8%	-	3.0%	割合	40.6%	59.4%	0.1%	
	計			医師	医師以外		28,402,732	18,572,039	7,366,048	719,418	1,037,401	707,826	28,006,693	13,223,826	14,369,136	413,731	396,039
				368	1,092		割合	65.4%	25.9%	2.5%	3.7%	2.5%	割合	47.2%	51.3%	1.5%	
府立 京都医科大学	大学	学部・学科	学年定員	医師	医師以外		歳入計	学生納付金・診療収入	一般財源	国・県支出金	科研費・寄附金受託研究費	その他	歳出計	人件費	物件費	臨時費	収支差
		医学科	107	115	149		6,215,067	757,503	3,465,894	36,383	1,648,560	306,727	6,814,394	4,874,735	1,939,659	0	△ 599,327
		看護学科	85				割合	12.2%	55.8%	0.6%	26.5%	4.9%	割合	71.5%	28.5%	0.0%	
	附属病院	診療科	病床数	医師	医療系	その他	22,294,647	19,490,808	1,516,155	348,308	-	939,376	22,173,270	10,605,207	10,163,947	1,404,116	121,377
			31 1065	201	827	95	割合	87.4%	6.8%	1.6%	-	4.2%	割合	47.8%	45.8%	6.3%	
	計			医師	医師以外		28,509,714	20,248,311	4,982,049	384,691	1,648,560	1,246,103	28,987,664	15,479,942	12,103,606	1,404,116	△ 477,950
				316	1,071		割合	71.0%	17.5%	1.3%	5.8%	4.4%	割合	53.4%	41.8%	4.8%	
県立 奈良医科大学	大学	学部・学科	学年定員	医師	医師以外		歳入計	学生納付金・診療収入	一般財源	国・県支出金	科研費・寄附金受託研究費	その他	歳出計	人件費	物件費	臨時費	収支差
		医学科	113	194	118		2,888,288	664,976	1,130,229	20,785	1,021,945	50,353	4,274,979	2,952,513	1,248,610	73,856	△ 1,386,691
		看護学科	80				割合	23.0%	39.1%	0.7%	35.4%	1.7%	割合	69.1%	29.2%	1.7%	
	附属病院	診療科	病床数	医師	医療系	その他	26,257,886	25,098,869	0	621,759	-	537,258	24,836,185	9,752,170	14,287,629	796,386	1,421,701
			22 980	97	988	61	割合	95.6%	0.0%	2.4%	-	2.0%	割合	39.3%	57.5%	3.2%	
	計			医師	医師以外		29,146,174	25,763,845	1,130,229	642,544	1,021,945	587,611	29,111,164	12,704,683	15,536,239	870,242	35,010
				291	1,167		割合	88.4%	3.9%	2.2%	3.5%	2.0%	割合	43.6%	53.4%	3.0%	
県立 和歌山医科大学	大学	学部・学科	学年定員	医師	医師以外		歳入計	学生納付金・診療収入	一般財源	国・県支出金	科研費・寄附金受託研究費	その他	歳出計	人件費	物件費	臨時費	収支差
		医学部	100	154	129		5,728,694	630,965	3,406,185	236,082	1,023,363	432,099	4,977,848	2,811,193	1,834,222	332,433	750,846
		保健看護学部	80				割合	11.0%	59.5%	4.1%	17.9%	7.5%	割合	56.5%	36.8%	6.7%	
	附属病院	診療科	病床数	医師	医療系	その他	23,231,804	19,797,508	258,069	476,350	-	2,699,877	23,331,707	8,737,936	12,098,140	2,495,631	△ 99,903
			20 800	133	807	52	割合	85.2%	1.1%	2.1%	-	11.6%	割合	37.5%	51.9%	10.7%	
	計			医師	医師以外		28,960,498	20,428,473	3,664,254	712,432	1,023,363	3,131,976	28,309,555	11,549,129	13,932,362	2,828,064	650,943
				287	988		割合	70.5%	12.7%	2.5%	3.5%	10.8%	割合	40.8%	49.2%	10.0%	
計	大学			医師	医師以外		33,355,163	3,654,594	21,020,342	1,400,876	6,341,898	937,453	33,280,865	20,931,617	10,278,916	2,070,332	74,298
				1,009	807		割合	11.0%	63.0%	4.2%	19.0%	2.8%	割合	62.9%	30.9%	6.2%	
	附属病院		病床数	医師	医療系	その他	113,160,858	101,275,434	3,994,314	2,355,270	-	5,535,840	111,387,250	46,576,802	58,995,903	5,814,545	1,773,608
			4,561	553	4,312	377	割合	89.5%	3.5%	2.1%	-	4.9%	割合	41.8%	53.0%	5.2%	
	計			医師	医師以外		146,516,021	104,930,028	25,014,656	3,756,146	6,341,898	6,473,293	144,668,115	67,508,419	69,274,819	7,884,877	1,847,906
				1,562	5,496		割合	71.6%	17.1%	2.6%	4.3%	4.4%	割合	46.7%	47.9%	5.5%	

○参考：医学部及び附属病院運営に関する交付税額について(平成22年度基準)

- ・医学部：医学生 1人 4,092千円(普通交付税)
600人の場合 $600人 \times 4,092千円/人 = 2,455,200千円$

 - ・附属病院
 - 総病床数に対し 病床あたり 490.7千円(普通交付税)
(附属病院の単価はその他の病院の70%)
800床の場合 $800床 \times 490.7千円/人 = 392,560千円$

 - 救急告示病院の場合 $1,697千円 \times 救急病床数 + 32,900千円$ (普通交付税)
救急病床数 20床の場合 $20床 \times 1,697千円/床 + 32,900千円 = 66,840千円$

 - 周産期医療病床を有する場合(特別交付税)
NICU 3,986千円 NICUの後方支援病床 1,871千円
GCU 3,189千円 GCUの後方支援病床 1,496千円
NICU:10床、GCU:10床、後方支援病床それぞれ10床の場合
 $(3,986千円 + 1,871千円 + 3,189千円 + 1,496千円) \times 10床 = 105,420千円$

 - 小児医療病床を有する場合 病床あたり1,465千円(特別交付税)
小児専門病床 40床の場合 $40床 \times 1,465千円/床 = 58,600千円$

 - 小児救急医療提供病院の場合 12,762千円(特別交付税)

 - 救命救急センターの場合 $4,472千円 \times 病床数(30床未満の場合)$
(特別交付税) 134,166千円(30床以上の場合定額)
30床の救命救急センターがある場合 134,166千円

 - 結核病床 病床あたり 877千円(特別交付税)
20床の結核病床を有する場合 $20床 \times 877千円 = 17,540千円$

 - 精神病床 病床あたり 731千円(特別交付税)
50床の結核病床を有する場合 $50床 \times 877千円 = 36,550千円$

 - リハビリテーション専門病床 病床あたり 500千円(特別交付税)
40床の結核病床を有する場合 $40床 \times 500千円 = 20,000千円$

 - 感染症病床 病床あたり 4,107千円(特別交付税)
5床の感染症病床を有する場合 $5床 \times 4,107千円 = 20,535千円$
- ※仮定したケースの場合の附属病院運営費分の交付税：864,973千円
◎病院及び附属病院運営費に対する交付税試算額 3,320,173千円

(補足2) 県民アンケート (三菱総合研究所報告書から抜粋)

1.1 医療機関受診者アンケート

埼玉県民で県内外の医療機関を受診したことのある人を対象としたアンケートを実施した。

このアンケート調査では、埼玉県内の医療機関を受診する患者の意識と埼玉県外の医療機関を受診する意識を把握することを目的とした。アンケート調査の集計結果を元に県民のニーズを整理する。

アンケートの概要

- ✓ アンケートの対象：埼玉県民を対象とした医療機関の受診状況
 - 埼玉県内に住所を有し、過去5年間に県内の医療機関を通院または入院したことのある患者またはその家族
 - 埼玉県内に住所を有し、過去5年間に県外の医療機関を通院または入院したことのある患者またはその家族
- ✓ 実施時期：2012年11月
- ✓ 有効回答数
 - 県内 1,068 (通院：537、入院 531)
 - 県外 663 (通院：334、入院 329)
- ✓ 実施媒体 WEB アンケート

○アンケート結果から分かったこと

- ✓ 埼玉県外医療機関を受診した患者または家族について、県立病院の受診歴は15%以下と低い。
- ✓ 同様に埼玉県内の医療機関を受診したことのある患者も県立病院の受診経験は県内医療機関の通院経験のある者で8.2%、入院経験のある者で13.7%となった。
- ✓ 県外医療機関の受診経験者、県内医療機関の受診経験者ともに、埼玉県立病院は「民間病院では担えない公立病院としての機能を果たすべき」との回答が60%を超えていた。
- ✓ 「税金を投入しても民間病院のような総合病院に転換を図るべき」との回答は、年齢別でばらつきが見られるが、平均では16.5%となっており、多いとは言えない。ただし、「わからない」との回答も21.4%とあることには留意が必要である。

アンケートの結果

(1) 埼玉県の医療機関を受診する上で不便・不安なこと

1) 県内医療機関受診者の意識 (3つ以内)

県内の医療機関受診者では、「病院で大変長時間待たされる」が623件で最も多く、どの医療圏においても最も多い回答であった。ついで、「夜間や休日にみてる医療機関がない」が254件、「病院までの交通アクセスが悪い」253件、「診てほしい診療科の専門医が地域にいない」227件と続いた。

図表 0-1 県内の医療機関を利用する上で不便・不安なこと（3LA）×医療圏

		Q5. 埼玉県内の医療機関を利用する上で不便・不安なこと(3LA)											
		全体	入院したくとも、地域に医療機関がない	医療機関はあるが、ベッドが空いていなくて入院を待たされる	病院までの交通手段やアクセスが悪い	病院への送迎で家族に負担をかけるしまう	病院で大変長時間待たされる	夜間や休日にみてる医療機関がない	診てほしい診療科の専門医が地域にいない	地域で病院や診療科の閉鎖があった	お産や分娩を扱う医療機関がない	その他	不便と感じていたり、不安に思うことはない
医療圏	全体	1068 100.0	59 5.5	112 10.5	253 23.7	133 12.5	623 58.3	254 23.8	227 21.3	31 2.9	53 5.0	32 3.0	197 18.4
	南部	114 100.0	4 3.5	16 14.0	28 24.6	15 13.2	67 58.8	24 21.1	24 21.1	2 1.8	6 5.3	2 1.8	23 20.2
	南西部	112 100.0	7 6.3	11 9.8	24 21.4	14 12.5	60 53.6	25 22.3	14 12.5	6 5.4	5 4.5	2 1.8	26 23.2
	東部	114 100.0	4 3.5	20 17.5	29 25.4	18 15.8	76 66.7	30 26.3	30 26.3	4 3.5	8 7.0	9 7.9	16 14.0
	さいたま	113 100.0	2 1.8	13 11.5	29 25.7	13 11.5	71 62.8	29 25.7	27 23.9	2 1.8	8 7.1	4 3.5	16 14.2
	県央	113 100.0	9 8.0	13 11.5	23 20.4	13 11.5	71 62.8	34 30.1	22 19.5	4 3.5	6 5.3	5 4.4	15 13.3
	川越比企	113 100.0	4 3.5	16 14.2	28 24.8	17 15.0	66 58.4	21 18.6	15 13.3	2 1.8	3 2.7	1 0.9	26 23.0
	西部	113 100.0	3 2.7	10 8.8	26 23.0	12 10.6	59 52.2	23 20.4	20 17.7	2 1.8	2 1.8	1 0.9	30 26.5
	利根	112 100.0	10 8.9	2 1.8	24 21.4	13 11.6	63 56.3	29 25.9	31 27.7	2 1.8	1 0.9	3 2.7	18 16.1
	北部	112 100.0	7 6.3	9 8.0	25 22.3	13 11.6	65 58.0	29 25.9	23 20.5	4 3.6	7 6.3	3 2.7	19 17.0
	秩父	52 100.0	9 17.3	2 3.8	17 32.7	5 9.6	25 48.1	10 19.2	21 40.4	3 5.8	7 13.5	2 3.8	8 15.4

(上段：回答数、下段：%)

2) 県外医療機関受診者の意識（3つ以内）

県外の医療機関を受診する意識としても、「病院で長時間待たされる」が299件と最も多い。次いで多いのが「診てほしい診療科の専門医が地域にいない」が228件、「病院までの交通手段やアクセスが悪い」194件と続いている。

図表 0-2 埼玉県内の医療機関を利用する上で不便・不安なこと（3LA）×医療圏

		Q6. 埼玉県内の医療機関を利用する上で不便・不安なこと(3LA)											
		全体	入院したくとも、地域に医療機関がない	医療機関はあるが、ベッドが空いていなくて入院を待たされる	病院までの交通手段やアクセスが悪い	病院への送迎で家族に負担をかけるしまう	病院で大変長時間待たされる	夜間や休日にみてる医療機関がない	診てほしい診療科の専門医が地域にいない	地域で病院や診療科の閉鎖があった	お産や分娩を扱う医療機関がない	その他	不便と感じていたり、不安に思うことはない
医療圏	全体	663 100.0	66 10.0	54 8.1	194 29.3	47 7.1	299 45.1	154 23.2	228 34.4	29 4.4	32 4.8	52 7.8	126 19.0
	南部	77 100.0	6 7.8	7 9.1	18 23.4	1 1.3	31 40.3	16 20.8	23 29.9	1 1.3	6 7.8	7 9.1	20 26.0
	南西部	77 100.0	5 6.5	3 3.9	29 37.7	7 9.1	35 45.5	18 23.4	18 26.0	4 5.2	5 6.5	5 6.5	13 16.9
	東部	75 100.0	4 5.3	11 14.7	13 17.3	5 6.7	40 53.3	20 26.7	29 38.7	6 8.0	6 8.0	6 8.0	11 14.7
	さいたま	76 100.0	8 10.5	6 7.9	26 34.2	4 5.3	31 40.8	24 31.6	20 26.3	3 3.9	2 2.6	9 11.8	14 18.4
	県央	67 100.0	7 10.4	2 3.0	15 22.4	6 9.0	32 47.8	16 23.9	24 35.8	4 6.0	5 7.5	3 4.5	14 20.9
	川越比企	68 100.0	6 8.8	8 11.8	19 27.9	4 5.9	31 45.6	18 26.5	25 36.8	2 2.9	1 1.5	4 5.9	15 22.1
	西部	76 100.0	9 11.8	10 13.2	26 34.2	4 5.3	32 42.1	17 22.4	29 38.2	3 3.9	1 1.3	7 9.2	14 18.4
	利根	70 100.0	8 11.4	4 5.7	26 37.1	8 11.4	34 48.6	11 15.7	32 45.7	1 1.4	2 2.9	6 8.6	10 14.3
	北部	68 100.0	13 19.1	2 2.9	20 29.4	7 10.3	31 45.6	14 20.6	22 32.4	3 4.4	3 4.4	5 7.4	14 20.6
	秩父	9 100.0	-	1 11.1	2 22.2	1 11.1	2 22.2	-	4 44.4	2 22.2	1 11.1	-	1 11.1

(上段：回答数、下段：%)

(2) 県内の医療機関を受診する理由（3つ以内）

県内の医療機関を受診する理由としては、通院では、「自宅や実家に近い」が313件と最も多く、次いで「通勤・通学に利用しやすい」が105件と続いた。入院については、「自宅や実家に近い」が348件と最も多く、次いで「医師に勧められて」が126件と続いた。

図表 0-3 県内の医療機関を利用する上で不便・不安なこと（3LA）×
対象者区分（県内／通院・入院）

□		Q3. 県内の医療機関を受診する理由(3LA)										
		全体	自宅や実家に近く入院しやすい	通勤・通学先に近く受診しやすい	その診療分野に優れた実績の医師がいる	入院環境(療養環境)やイメージが良い	本やインターネット等で評判が良い	医師に勧められて	家族や知人に勧められて	公的病院で(部屋代等の)医療費が安いから	その他	特に理由はない
院へ対象者区分(県内/通院/入院)	全体	1068 100.0	661 61.9	157 14.7	153 14.3	84 7.9	46 4.3	162 15.2	121 11.3	23 2.2	61 5.7	82 7.7
	県内通院	537 100.0	313 58.3	105 19.6	60 11.2	20 3.7	30 5.6	36 6.7	78 14.5	4 0.7	22 4.1	58 10.8
	県内入院	531 100.0	348 65.5	52 9.8	93 17.5	64 12.1	16 3.0	126 23.7	43 8.1	19 3.6	39 7.3	24 4.5

(上段：回答数、下段：%)

年齢別で見ても、「自宅や実家に近い」がどの年齢層で見ても最も多い。「通勤・通学に利用しやすい」は45～54歳、35～44歳がボリュームゾーンとなっている。

図表 0-4 県内の医療機関を受診する理由（3LA）×年齢

□		Q3. 県内の医療機関を受診する理由(3LA)										
		全体	自宅や実家に近く入院しやすい	通勤・通学先に近く受診しやすい	その診療分野に優れた実績の医師がいる	入院環境(療養環境)やイメージが良い	本やインターネット等で評判が良い	医師に勧められて	家族や知人に勧められて	公的病院で(部屋代等の)医療費が安いから	その他	特に理由はない
F2 年齢	全体	1068 100.0	661 61.9	157 14.7	153 14.3	84 7.9	46 4.3	162 15.2	121 11.3	23 2.2	61 5.7	82 7.7
	0～14歳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15～24歳	9 100.0	7 77.8	2 22.2	-	-	-	-	2 22.2	1 11.1	-	1 11.1
	25～34歳	104 100.0	61 58.7	20 19.2	12 11.5	10 9.6	9 8.7	11 10.6	13 12.5	2 1.9	2 1.9	11 10.6
	35～44歳	321 100.0	201 62.6	48 15.0	47 14.6	21 6.5	16 5.0	52 16.2	41 12.8	6 1.9	17 5.3	22 6.9
	45～54歳	346 100.0	206 59.5	62 17.9	41 11.8	25 7.2	15 4.3	44 12.7	45 13.0	8 2.3	21 6.1	24 6.9
	55～64歳	183 100.0	120 65.6	22 12.0	34 18.6	18 9.8	6 3.3	30 16.4	15 8.2	2 1.1	13 7.1	13 7.1
	65歳以上	105 100.0	66 62.9	3 2.9	19 18.1	10 9.5	-	25 23.8	5 4.8	4 3.8	8 7.6	11 10.5

(上段：回答数、下段：%)

(3) 県外の医療機関を受診する理由（3つ以内）

県外の医療機関を受診する理由としては、通院では、「その分野に優れた実績の医師がいる」が106件と最も多く、次いで「県内の医療機関よりも通勤・通学先に近く受診しやすい」が97件と続いた。入院については、「その分野に優れた実績の医師がいる」が144件と最も多く、次いで「医師に勧められて」が122件と続いた。

図表 0-5 県外の医療機関を受診する理由（3LA）×対象者区分（県内／通院・入院）

□		Q3. 県外の医療機関を受診する理由(3LA)										
		全体	県内の医療機関より自宅に近く受診しやすい	県内の医療機関より通勤・通学先に近く受診しやすい	その診療分野に優れた実績の医師がいる	入院環境(療養環境)やイメージが良い	本やインターネット等で評判が良い	医師に勧められて	家族や知人に勧められて	公的病院で(部屋代等の)医療費が安いから	その他	特に理由はない
対象者区分(県外/通院)	全体	663 100.0	34 5.1	122 18.4	250 37.7	49 7.4	41 6.2	167 25.2	73 11.0	12 1.8	147 22.2	24 3.6
	県外通院	334 100.0	18 5.4	97 29.0	106 31.7	12 3.6	26 7.8	45 13.5	38 11.4	2 0.6	70 21.0	17 5.1
	県外入院	329 100.0	16 4.9	25 7.6	144 43.8	37 11.2	15 4.6	122 37.1	35 10.6	10 3.0	77 23.4	7 2.1

(上段：回答数、下段：%)

年齢区分別にみた場合、どの年齢層においても、「その分野に優れた実績の医師がいる」が最も多い。次いで「医師に勧められて」が167件と多く、35～44歳、45～54歳でボリュームが多い。「県内の医療機関よりも通勤・通学先に近く受診しやすい」は45～54歳で51件と最も多かった。

図表 0-6 県外の医療機関を受診する理由（3LA）×年齢

□		Q3. 県外の医療機関を受診する理由（3LA）										
		全 体	県内の医療機関より自宅に近く受診しやすい	県内の医療機関より通勤・通学先に近く受診しやすい	その診療分野に優れた実績の医師がいる	入院環境（療養環境）やイメージが良い	本やインターネット等で評判が良い	医師に勧められて	家族や知人に勧められて	公的病院で（部屋代等の）医療費が安いから	その他	特に理由は無い
F 2 ・ 年 齢	全 体	663 100.0	34 5.1	122 18.4	250 37.7	49 7.4	41 6.2	167 25.2	73 11.0	12 1.8	147 22.2	24 3.6
	0～14歳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15～24歳	7 100.0	2 28.6	1 14.3	4 57.1	-	-	-	2 28.6	-	-	1 14.3
	25～34歳	81 100.0	4 4.9	10 12.3	23 28.4	1 1.2	7 8.6	14 17.3	12 14.8	2 2.5	26 32.1	2 2.5
	35～44歳	185 100.0	13 7.0	29 15.7	64 34.6	16 8.6	11 5.9	48 25.9	25 13.5	1 0.5	35 18.9	9 4.9
	45～54歳	219 100.0	7 3.2	51 23.3	87 39.7	14 6.4	11 5.0	51 23.3	22 10.0	3 1.4	45 20.5	7 3.2
	55～64歳	122 100.0	4 3.3	27 22.1	46 37.7	9 7.4	11 9.0	37 30.3	11 9.0	4 3.3	27 22.1	3 2.5
	65歳以上	49 100.0	4 8.2	4 8.2	26 53.1	9 18.4	1 2.0	15 30.6	3 6.1	2 4.1	14 28.6	2 4.1

（上段：回答数、下段：％）

（4）埼玉県内の医療機関に対して今後望むこと（3つ以内）

1）県内受診

埼玉県内の医療機関受診者は、「外来の待ち時間の改善」が通院・入院共に多い（692名）。次いで、「医療従事者を増やしてほしい」（345名）、「医療機器や設備を充実させてほしい」（267名）と続いている。

図表 0-7 埼玉県内の医療機関に対して今後望むこと（3LA）×対象者区分（県内／通院・入院）

□		Q7. 埼玉県内の医療機関に対して今後望むこと(3LA)									
		全 体	医療従事者を増やしてほしい	県立病院の診療科を充実させてほしい	自宅の近くに総合病院をつくってほしい	医療機器や設備を充実させてほしい	病室などの療養環境を改善してほしい	外来での待ち時間の改善を図ってほしい	終末期の医療やターミナルケアを充実させてほしい	その他	特になし
院へ対 ・ 県 象 入 内 者 入 院 ／ 区 ～ 通 分	全 体	1068 100.0	345 32.3	178 16.7	244 22.8	267 25.0	120 11.2	692 64.8	162 15.2	34 3.2	92 8.6
	県内通院	537 100.0	172 32.0	91 16.9	121 22.5	139 25.9	51 9.5	342 63.7	65 12.1	16 3.0	52 9.7
	県内入院	531 100.0	173 32.6	87 16.4	123 23.2	128 24.1	69 13.0	350 65.9	97 18.3	18 3.4	40 7.5

（上段：回答数、下段：％）

2）県外受診

埼玉県外の医療機関受診者も、「外来の待ち時間の改善」が通院・入院共に多い。次いで、「医療従事者を増やしてほしい」、「医療機器や設備を充実させてほしい」も多い。また、「自宅の近くに総合病院をつくってほしい」という希望も多い。

図表 0-8 埼玉県内の医療機関に対して今後望むこと (3LA) × 対象者区分 (県外/通院・入院)

□		Q8. 埼玉県内の医療機関に対して今後望むこと(3LA)									
		全体	医療従事者を増やしてほしい	県立病院の診療科を充実させてほしい	自宅の近くに総合病院をつかってほしい	医療機器や設備を充実させてほしい	病室などの療養環境を改善してほしい	外来での待ち時間の改善を図ってほしい	終末期の医療やターミナルケアを充実させてほしい	その他	特になし
対象者区分 (県外/入院/通院)	全体	663	225	140	181	186	77	366	92	47	71
		100.0	33.9	21.1	27.3	28.1	11.6	55.2	13.9	7.1	10.7
	県外通院	334	107	66	90	87	28	191	45	23	35
		100.0	32.0	19.8	26.9	26.0	8.4	57.2	13.5	6.9	10.5
県外入院	329	118	74	91	99	49	175	47	24	36	
	100.0	35.9	22.5	27.7	30.1	14.9	53.2	14.3	7.3	10.9	

(上段：回答数、下段：%)

(5) 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野 (3つ以内)

1) 埼玉県内の医療機関の受診者

a. 二次医療圏別

二次医療圏別にみるとどの医療圏においても、「救急医療および高度な治療」のニーズが大変高い。次いで「あらゆる疾患をみてくれる外来機能(身近なかかりつけ医の充実)」や「一般的な急性期医療(入院)」となっている。「外科的対応の充実は」利根や秩父医療圏で割合が高い。「がん治療の充実」についても東部、さいたま、県央医療圏で割合が高い。小児・新生児医療については南西部、川越比企、北部医療圏で割合が高い。

図表 0-9 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野 (3LA) × 医療圏

□		Q4. 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野(3LA)														
		全体	救急医療および高度な治療(緊急を要する脳卒中等)	一般的な急性期医療(病棟における入院治療の充実)	外科的対応の充実(外科手術・内視鏡的手術・日帰り手術等)	生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満)への対応	あらゆる疾患をみてくれる外来機能(身近なかかりつけ医)の充実	リハビリテーションの充実	がん治療の充実(手術・放射線治療・化学療法)	小児・乳幼児・新生児対応の充実	妊産婦・婦人科対応の充実	認知症をはじめ精神医療の充実	長期入院(療養)に対応できる医療機関	ある程度の在宅医療(介護)で、充実した入院生活が可能となる医療機関	地震や火災発生時の患者や介護者に対する受入や支援の充実	その他
医療圏	全体	1088	623	231	197	168	366	81	189	213	159	125	137	28	117	33
		100.0	58.3	21.6	17.5	15.7	34.3	7.6	17.7	19.9	14.9	11.7	12.8	2.6	11.0	3.1
	南部	114	72	25	18	19	39	10	18	18	20	10	15	4	17	3
		100.0	63.2	21.9	15.8	16.7	34.2	8.8	15.8	15.8	17.5	8.8	13.2	3.5	14.9	2.6
	南西部	112	64	23	21	19	30	12	15	29	14	11	13	3	13	4
		100.0	57.1	20.5	18.8	17.0	26.8	10.7	13.4	25.9	12.5	9.8	11.6	2.7	11.6	3.6
	東部	114	65	24	24	20	46	7	26	22	18	13	10	-	10	2
		100.0	57.0	21.1	21.1	17.5	40.4	6.1	22.8	19.3	15.8	11.4	8.8	-	8.8	1.8
	さいたま	113	59	20	21	15	30	14	26	21	16	13	20	4	15	7
		100.0	52.2	17.7	18.6	13.3	26.5	12.4	23.0	18.6	14.2	11.5	17.7	3.5	13.3	6.2
	県央	113	65	25	17	16	41	7	23	16	19	11	21	3	17	3
		100.0	57.5	22.1	15.0	14.2	36.3	6.2	20.4	14.2	16.8	9.7	18.6	2.7	15.0	2.7
	川越比企	113	67	24	9	22	37	6	16	27	14	20	20	5	13	1
		100.0	59.3	21.2	8.0	19.5	32.7	5.3	14.2	23.9	12.4	17.7	17.7	4.4	11.5	0.9
	西部	113	63	30	20	18	45	10	22	21	16	15	9	3	10	2
		100.0	55.8	26.5	17.7	15.9	39.8	8.8	19.5	18.6	14.2	13.3	8.0	2.7	8.8	1.8
	利根	112	71	28	29	18	45	9	16	18	11	13	13	3	9	3
	100.0	63.4	25.0	25.9	16.1	40.2	4.5	14.3	16.1	9.9	11.6	11.6	2.7	4.5	2.7	
北部	112	62	23	14	14	38	10	19	32	18	14	10	3	15	4	
	100.0	55.4	20.5	12.5	12.5	33.9	8.9	17.0	28.6	16.1	12.5	8.9	2.7	13.4	3.6	
秩父	52	35	9	14	7	15	-	8	9	13	5	6	-	2	4	
	100.0	67.3	17.3	26.9	13.5	28.8	-	15.4	17.3	25.0	9.6	11.5	-	3.8	7.7	

(上段：回答数、下段：%)

b. 通院/入院別

通院患者については、救急医療、あらゆる疾患をみてくれる外来機能、一般的な急性期医療と続いた。入院患者については、救急医療、あらゆる疾患をみてくれる外来機能に次いで小児・新生児医療の充実やがん治療の充実を求めるニーズが高い。

図表 0-10 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野（3LA）×
対象者区分（県内／通院・入院）

		Q4. 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野(3LA)														
		全体	救急医療および高度な治療(緊急を要する脳卒中等)	一般的な急性期医療(病棟における入院治療の充実)	外科的対応の充実(外科手術・内視鏡的手術・日帰り手術等)	生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満)への対応	あらゆる疾患を診てくれる外来機能(身近なかかりつけ医)の充実	リハビリテーションの充実	がん治療の充実(手術・放射線治療・化学療法)	小児・乳幼児・新生児対応の充実	妊産婦・婦人科対応の充実	認知症をはじめ精神医療の充実	長期入院(療養)に対応できる医療機関	ある程度の差額料金をで、充実した入院生活が可能な医療機関	地震や火災発生時の患者や救護者に対する受入や支援の充実	その他
院へ対象入内者区分	全体	1068	623	231	187	168	366	81	189	213	159	125	137	28	117	33
	県内通院	537	299	123	94	92	188	37	80	99	73	62	53	8	67	23
	県内入院	531	324	108	93	76	178	44	109	114	86	63	84	20	50	10
	100.0	61.0	20.3	17.5	14.3	33.5	8.3	20.5	21.5	16.2	11.9	15.8	3.8	9.4	1.9	

(上段：回答数、下段：%)

2) 埼玉県外の医療機関の受診者（3つ以内）

a. 二次医療圏別

県外の医療機関の受診者においても、救急医療やあらゆる疾患を診てくれる外来機能のニーズは高い。その他については、一般的な急性期医療、外科的対応、がん治療、小児・新生児医療などのニーズも高くなっている。

図表 0-11 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野（3LA）× 医療圏

		Q5. 埼玉県内の医療機関が今後充実していくべき分野(3LA)														
		全体	救急医療および高度な治療(緊急を要する脳卒中等)	一般的な急性期医療(病棟における入院治療の充実)	外科的対応の充実(外科手術・内視鏡的手術・日帰り手術等)	生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満)への対応	あらゆる疾患を診てくれる外来機能(身近なかかりつけ医)の充実	リハビリテーションの充実	がん治療の充実(手術・放射線治療・化学療法)	小児・乳幼児・新生児対応の充実	妊産婦・婦人科対応の充実	認知症をはじめ精神医療の充実	長期入院(療養)に対応できる医療機関	ある程度の差額料金をで、充実した入院生活が可能な医療機関	地震や火災発生時の患者や救護者に対する受入や支援の充実	その他
医療圏	全体	683	373	145	135	72	239	48	130	124	98	82	75	19	77	55
	100.0	56.3	21.9	20.4	10.9	36.0	7.2	19.6	18.7	14.8	9.4	11.3	2.9	11.6	8.3	
	南部	77	42	22	18	7	32	2	12	12	8	6	7	3	13	7
	100.0	54.5	28.6	23.4	9.1	41.6	2.6	15.6	15.6	10.4	7.8	9.1	3.9	16.9	9.1	
	南西部	77	35	15	15	10	26	4	11	19	10	5	7	-	11	10
	100.0	45.5	19.5	19.5	13.0	33.8	5.2	14.3	24.7	13.0	6.5	9.1	-	14.3	13.0	
	東部	75	48	18	19	5	27	4	19	14	20	7	11	2	3	6
	100.0	64.0	24.0	25.3	6.7	36.0	5.3	25.3	18.7	26.7	9.3	14.7	2.7	4.0	8.0	
	さいたま	76	44	23	17	9	24	6	13	16	10	10	5	1	7	3
	100.0	57.9	30.3	22.4	11.8	31.6	7.9	17.1	21.1	13.2	13.2	6.6	1.3	9.2	3.9	
	県央	67	47	9	15	13	24	3	15	9	8	5	9	2	9	3
	100.0	70.1	13.4	22.4	19.4	35.8	4.5	22.4	13.4	11.9	7.5	13.4	3.0	13.4	4.5	
	川越比企	68	34	15	15	7	25	4	14	11	12	7	7	2	8	8
	100.0	50.0	22.1	22.1	10.3	36.8	5.9	20.6	16.2	17.6	10.3	10.3	2.9	11.8	11.8	
	西部	76	39	18	11	5	23	7	18	20	8	9	9	5	9	8
	100.0	51.3	23.7	14.5	6.6	30.3	9.2	23.7	26.3	10.5	11.8	11.8	6.6	11.8	10.5	
	利根	70	44	15	13	10	27	10	11	11	9	5	11	2	2	6
	100.0	62.9	21.4	18.6	14.3	38.6	14.3	15.7	15.7	12.9	7.1	15.7	2.9	2.9	8.6	
	北部	68	35	8	11	5	29	8	16	11	12	5	8	2	15	4
	100.0	51.5	11.8	16.2	7.4	42.6	11.8	23.5	16.2	17.6	7.4	11.8	2.9	22.1	5.9	
秩父	9	5	2	1	1	2	-	1	1	1	3	1	-	-	-	
100.0	55.6	22.2	11.1	11.1	22.2	-	11.1	11.1	11.1	11.1	33.3	11.1	-	-		

(上段：回答数、下段：%)

(6) 身近な地域におけるかかりつけ医の充足の必要性

1) 埼玉県内の受診者

a. 二次医療圏別

かかりつけ医の充足については、「大変重必要である」と「必要である」を合わせて 80%～90%となっており、回答者のニーズ（必要性も含めて）が高い。

図表 0-12 身近な地域における医師（かかりつけ医）の充足の必要性について（県内）
× 医療圏

		Q8. 身近な地域における医師(かかりつけ医)の充足の必要性について						
		全 体	かかりつけ 医の充足は 大変必要で ある	かかりつけ医の 充足は必要であ る	かかりつけ 医の充足は あまり必要 でない	かかりつけ 医の充足は 必要ない	どちらとも いえない	わからない
医療圏	全 体	1068 100.0	412 38.6	484 45.3	36 3.4	5 0.5	81 7.6	50 4.7
	南部	114 100.0	51 44.7	50 43.9	1 0.9	1 0.9	9 7.9	2 1.8
	南西部	112 100.0	43 38.4	48 42.9	8 7.1	1 0.9	5 4.5	7 6.3
	東部	114 100.0	47 41.2	51 44.7	2 1.8	-	10 8.8	4 3.5
	さいたま	113 100.0	40 35.4	54 47.8	5 4.4	1 0.9	9 8.0	4 3.5
	県央	113 100.0	39 34.5	58 51.3	4 3.5	-	10 8.8	2 1.8
	川越比企	113 100.0	38 33.6	48 42.5	4 3.5	-	13 11.5	10 8.8
	西部	113 100.0	47 41.6	48 42.5	2 1.8	2 1.8	7 6.2	7 6.2
	利根	112 100.0	48 42.9	48 42.9	3 2.7	-	6 5.4	7 6.3
	北部	112 100.0	38 33.9	56 50.0	5 4.5	-	9 8.0	4 3.6
	秩父	52 100.0	21 40.4	23 44.2	2 3.8	-	3 5.8	3 5.8

(上段：回答数、下段：%)

b. 通院／入院別

通院と入院患者のどちらを取っても、かかりつけ医の必要性は高い。

図表 0-13 身近な地域における医師（かかりつけ医）の充足の必要性について×
対象者区分（県内／通院・入院）

		Q8. 身近な地域における医師(かかりつけ医)の充足の必要性について						
		全 体	かかりつけ 医の充足は 大変必要で ある	かかりつけ医の 充足は必要であ る	かかりつけ 医の充足は あまり必要 でない	かかりつけ 医の充足は 必要ない	どちらとも いえない	わからない
院（対象 ・県象 入院者 院／区 ）通分	全 体	1068 100.0	412 38.6	484 45.3	36 3.4	5 0.5	81 7.6	50 4.7
	県内通院	537 100.0	190 35.4	247 46.0	23 4.3	4 0.7	46 8.6	27 5.0
	県内入院	531 100.0	222 41.8	237 44.6	13 2.4	1 0.2	35 6.6	23 4.3

(上段：回答数、下段：%)

2) 埼玉県外の受診者

a. 二次医療圏別

県内受診者の意識と同様、かかりつけ医の充足については、「大変重必要である」と「必要である」を合わせて80%~90%となっており、回答者のニーズ（必要性も含めて）が高い。

図表 0-14 身近な地域における医師（かかりつけ医）の充足の必要性について（県外）
× 医療圏

□		Q9. 身近な地域における医師（かかりつけ医）の充足の必要性について						
		全 体	かかりつけ 医の充足は 大変必要で ある	かかりつけ医 の充足は必要 である	かかりつけ 医の充足は あまり必要 でない	かかりつけ 医の充足は 必要ない	どちらとも いえない	わからない
医療圏	全 体	663 100.0	276 41.6	290 43.7	13 2.0	5 0.8	47 7.1	32 4.8
	南部	77 100.0	34 44.2	33 42.9	1 1.3	1 1.3	4 5.2	4 5.2
	南西部	77 100.0	32 41.6	32 41.6	-	-	9 11.7	4 5.2
	東部	75 100.0	33 44.0	28 37.3	2 2.7	-	10 13.3	2 2.7
	さいたま	76 100.0	33 43.4	30 39.5	2 2.6	1 1.3	8 10.5	2 2.6
	県央	67 100.0	24 35.8	34 50.7	2 3.0	1 1.5	2 3.0	4 6.0
	川越比企	68 100.0	27 39.7	33 48.5	1 1.5	-	4 5.9	3 4.4
	西部	76 100.0	35 46.1	33 43.4	1 1.3	-	5 6.6	2 2.6
	利根	70 100.0	28 40.0	27 38.6	4 5.7	1 1.4	4 5.7	6 8.6
	北部	68 100.0	27 39.7	36 52.9	-	-	-	5 7.4
	秩父	9 100.0	3 33.3	4 44.4	-	1 11.1	1 11.1	-

（上段：回答数、下段：％）

(7) 埼玉県外医療機関受診者の意識

1) 過去の県立病院の受診歴の有無

図表 0-15 過去に一度でも埼玉県立病院の利用歴があるか（入院・外来問わず）
× 対象者区分（県外／通院・入院）

□		Q14. 過去に一度でも埼玉県立病院 の利用履歴があるか（入院・外来問 わず）		
		全 体	あり	なし
院（対 ・ 県 象 入 外 者 院 / 区 ） 通 分	全 体	663 100.0	89 13.4	574 86.6
	県外通院	334 100.0	42 12.6	292 87.4
	県外入院	329 100.0	47 14.3	282 85.7

（上段：人、下段：％）

図表 0-16 過去に一度でも埼玉県立病院の利用歴があるか（入院・外来問わず）×年齢

□		Q14. 過去に一度でも埼玉県立病院の利用履歴があるか(入院・外来問わず)		
		全 体	あり	なし
F 2 ・ 年 齢	全 体	663 100.0	89 13.4	574 86.6
	0～14歳	- -	- -	- -
	15～24歳	7 100.0	2 28.6	5 71.4
	25～34歳	81 100.0	3 3.7	78 96.3
	35～44歳	185 100.0	23 12.4	162 87.6
	45～54歳	219 100.0	37 16.9	182 83.1
	55～64歳	122 100.0	19 15.6	103 84.4
	65歳以上	49 100.0	5 10.2	44 89.8

(上段：人、下段：%)

2) 県立病院にどのような機能を求めるか

図表 0-17 現存の県立病院にどんな機能を求めるか×対象者区分（県外／通院・入院）

□		Q15. 現存の県立病院にどんな機能を求めるか			
		全 体	民間病院では担えない 公立病院としての機能を 果たすべき	税金を投入しても民間 病院のような総合病院 に転換を図るべき	わからない
院（対 ・象 入外者 院／区 ）通分	全 体	663 100.0	405 61.1	114 17.2	144 21.7
	県外通院	334 100.0	204 61.1	59 17.7	71 21.3
	県外入院	329 100.0	201 61.1	55 16.7	73 22.2

(上段：人、下段：%)

図表 0-18 現存の県立病院にどんな機能を求めるか×年齢

□		Q15. 現存の県立病院にどんな機能を求めるか			
		全 体	民間病院では担えない 公立病院としての機能を 果たすべき	税金を投入しても民間 病院のような総合病院 に転換を図るべき	わからない
F 2 ・ 年 齢	全 体	663 100.0	405 61.1	114 17.2	144 21.7
	0～14歳	- -	- -	- -	- -
	15～24歳	7 100.0	3 42.9	2 28.6	2 28.6
	25～34歳	81 100.0	46 56.8	7 8.6	28 34.6
	35～44歳	185 100.0	121 65.4	31 16.8	33 17.8
	45～54歳	219 100.0	128 58.4	41 18.7	50 22.8
	55～64歳	122 100.0	76 62.3	28 23.0	18 14.8
	65歳以上	49 100.0	31 63.3	5 10.2	13 26.5

(上段：人、下段：%)

(8) 県内医療機関受診者の意識

1) 過去の県立病院の受診歴の有無

図表 0-19 過去に一度でも埼玉県立病院の利用歴があるか（入院・外来問わず）

×対象者区分（県内／通院・入院）

□		Q13. 過去に一度でも埼玉県立病院の利用履歴があるか(入院・外来問わず)		
		全体	あり	なし
院へ対 ・県象 入内者 院／区 ～通分	全体	1068	117	951
		100.0	11.0	89.0
	県内通院	537	44	493
		100.0	8.2	91.8
	県内入院	531	73	458
		100.0	13.7	86.3

(上段：人、下段：%)

2) 県立病院にどのような機能を求めるか

図表 0-20 現存の県立病院にどんな機能を求めるか×対象者区分（県内／通院・入院）

□		Q14. 現存の県立病院にどんな機能を求めるか			
		全体	民間病院では担えない公立病院としての機能を果たすべき	税金を投入しても民間病院のような総合病院に転換を図るべき	わからない
院へ対 ・県象 入内者 院／区 ～通分	全体	1068	663	176	229
		100.0	62.1	16.5	21.4
	県内通院	537	333	98	106
		100.0	62.0	18.2	19.7
	県内入院	531	330	78	123
		100.0	62.1	14.7	23.2

(上段：人、下段：%)

1.2 保護者アンケート

アンケートの概要

県立大学や県立病院に求められる機能について把握するため、埼玉県内に住所を有し、高校生の子供を一人以上有する保護者へウェブアンケートを実施した。

調査モニターとして手を挙げた 8,511 人の中から、子供を医師にすることに興味があると回答した 1,741 名を抽出し、さらにそこから高校生の子どもを持つ親 303 名を抽出し、調査対象とした。

【調査概要】

- 目的：子を有する保護者の立場から、埼玉県が医学部を設置することについての関心や期待について把握する。
- 対象：埼玉県内に住所を有し、高校生の子供を一人以上有し、子どもを医師にすることに関心や期待のある保護者
- 実施方法：WEB によるアンケート（匿名）
- 実施時期：2012 年 11 月
- 有効回答：303 件（うち、医師・歯科医師からの回答は 5 名）
- 男女比：男性 203 名、女性 100 名
- 回答者の年齢区分：30 代：8 名、40 代：200 名、50 代：94 名、60 代：1 名

○アンケート調査から分かったこと

- ✓ 今回のモニターではこどもの数が2人で、県内の公立高校に通わせている親が多かった。
- ✓ 世帯年収の多寡に限らず、子どもを医師にすることに關心のある親が存在する。
- ✓ ただし、埼玉県には私立の医科大学しか存在しないため、年収や子どもの数に限らず、県外の国公立大学の医学部を希望する声が多い。
- ✓ 受験校を選定する際のポイントでは、“学費”、“教育水準”、“国試合格率”、“自宅から通える”の順が多かった。
- ✓ 医学部に進学した際の1年間の学費の上限は、100万～400万円が最も多かった。奨学金については、5～10万円（月額）、6年間の貸与を希望する声が多かった。
- ✓ 埼玉県立大学に期待することは、就職の支援、学費の見直し、教員の充実の順で多かった。
- ✓ 埼玉県立大学が医学部を設置することについての必要性については、“必要である”との回答が全体の76.2%を占めた。（注：調査対象を医学部設置に關心のある埼玉県民としていることもあり、県民全体の意識ではない）

アンケートの結果

(1) 回答者の年齢と同居している子どもの人数

40代で子ども2人が123名と最も多く、次いで50代で2名が多かった。

図表 0-21 同居している子どもの人数×年齢

		同居している子どもの人数				
		全体	1人	2人	3人	4人
年齢	全体	303 100.0	59 19.5	175 57.8	68 22.4	1 0.3
	10代	-	-	-	-	-
	20代	-	-	-	-	-
	30代	8 100.0	4 50.0	3 37.5	1 12.5	-
	40代	200 100.0	33 16.5	123 61.5	44 22.0	-
	50代	94 100.0	22 23.4	49 52.1	22 23.4	1 1.1
	60代以上	1 100.0	-	-	1 100.0	-

(上段：人、下段：%)

(2) 同居の子どもの人数と在学高校の種別

同居の子どもが2名で、県内の公立高校に通わせている人が94名と最も多く、次いで県内の私立高校が53名となっている。

図表 0-22 同居している子どもの人数×年齢

□		同居している子どもの人数				
		全 体	1人	2人	3人	4人
在学 高校の 種別	全 体	303 100.0	59 19.5	175 57.8	68 22.4	1 0.3
	県内の公立高校	160 100.0	23 14.4	94 58.8	42 26.3	1 0.6
	県外の公立高校	6 100.0	1 16.7	4 66.7	1 16.7	-
	県内の私立高校	94 100.0	22 23.4	53 56.4	19 20.2	-
	県外の私立高校	50 100.0	13 26.0	30 60.0	7 14.0	-

(上段：人、下段：%)

(3) 同居の子どもの人数と世帯年収

世帯年収は750～1000万円が93名と最も多く、次いで500～750万が79名、1000～1500万が72名と続いた。同居の子ども人数2人で500～750、750～1000、1000～1500万円の回答者がボリュームゾーンとなっている。

図表 0-23 同居している子どもの人数×世帯年収

□		同居している子どもの人数				
		全 体	1人	2人	3人	4人
世帯 年収	全 体	303 100.0	59 19.5	175 57.8	68 22.4	1 0.3
	300万円未満	7 100.0	2 28.6	4 57.1	1 14.3	-
	300～500万円未満	35 100.0	8 22.9	19 54.3	8 22.9	-
	500～750万円未満	79 100.0	15 19.0	46 58.2	18 22.8	-
	750～1000万円未満	93 100.0	19 20.4	53 57.0	20 21.5	1 1.1
	1000～1500万円未満	72 100.0	11 15.3	48 66.7	13 18.1	-
	1500～2000万円未満	12 100.0	4 33.3	4 33.3	4 33.3	-
	2000万円以上	5 100.0	-	1 20.0	4 80.0	-

(上段：人、下段：%)

(4) 世帯年収別の医学部希望

図表 0-24 子どもを大学医学部に進学させる場合どの大学を選ぶか×世帯年収

□		子どもを大学医学部に進学させる場合どの大学を選ぶか			
		全 体	埼玉県外の 国公立大学	埼玉県外の 私立大学	埼玉県内の私 立大学
世帯 年 収	全 体	303 100.0	247 81.5	106 35.0	52 17.2
	300万円未満	7 100.0	4 57.1	1 14.3	4 57.1
	300～500万円未満	35 100.0	27 77.1	7 20.0	6 17.1
	500～750万円未満	79 100.0	65 82.3	30 38.0	15 19.0
	750～1000万円未満	93 100.0	79 84.9	34 36.6	14 15.1
	1000～1500万円未 満	72 100.0	59 81.9	26 36.1	11 15.3
	1500～2000万円未 満	12 100.0	10 83.3	5 41.7	- -
	2000万円以上	5 100.0	3 60.0	3 60.0	2 40.0

(上段：人、下段：%)

(5) 同居をしている子どもの数と医学部の希望

図表 0-25 子どもを大学医学部に進学させる場合どの大学を選ぶか
×同居している子どもの人数

□		子どもを大学医学部に進学させる場合どの大学を選ぶか			
		全 体	埼玉県外の 国公立大学	埼玉県外の 私立大学	埼玉県内の私 立大学
同 居 し て い る 子 ど も の 人 数	全 体	303 100.0	247 81.5	106 35.0	52 17.2
	1人	59 100.0	44 74.6	22 37.3	7 11.9
	2人	175 100.0	148 84.6	57 32.6	32 18.3
	3人	68 100.0	54 79.4	27 39.7	13 19.1
	4人	1 100.0	1 100.0	-	-

(上段：人、下段：%)

(6) 受験校を選定する際の重視すべき点／年齢区分別

図表 0-26 受験校を選定する際に重視する点×年齢

□		受験校を選定する際に重視する点(3つまで)									
		全 体	学費	立地	ブランド	教育内容	研究水準	国試合格率	就職のしやすさ	自宅から通える	その他
年 齢	全 体	303 100.0	246 81.2	82 27.1	35 11.6	124 40.9	48 15.8	120 39.6	53 17.5	105 34.7	6 2.0
	10代	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20代	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30代	8 100.0	7 87.5	1 12.5	1 12.5	4 50.0	-	4 50.0	3 37.5	3 37.5	-
	40代	200 100.0	159 79.5	55 27.5	21 10.5	88 44.0	25 12.5	77 38.5	41 20.5	67 33.5	5 2.5
	50代	94 100.0	79 84.0	26 27.7	13 13.8	32 34.0	22 23.4	39 41.5	9 9.6	35 37.2	1 1.1
	60代以上	1 100.0	1 100.0	-	-	-	-	1 100.0	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(7) 受験校を選定する際の重視すべき点／世帯年収

図表 0-27 受験校を選定する際に重視する点×世帯年収

		受験校を選定する際に重視する点(3つまで)									
		全 体	学費	立地	ブランド	教育内容	研究水準	国試合格率	就職のしやすさ	自宅から通える	その他
世帯年収	全 体	303 100.0	246 81.2	82 27.1	35 11.6	124 40.9	48 15.8	120 39.6	53 17.5	105 34.7	6 2.0
	300万円未満	7 100.0	6 85.7	1 14.3	-	2 28.6	-	3 42.9	2 28.6	2 28.6	-
	300～500万円未満	35 100.0	30 85.7	7 20.0	4 11.4	9 25.7	4 11.4	19 54.3	8 22.9	14 40.0	-
	500～750万円未満	79 100.0	67 84.8	17 21.5	3 3.8	39 49.4	9 11.4	26 32.9	16 20.3	30 38.0	3 3.8
	750～1000万円未満	93 100.0	76 81.7	22 23.7	11 11.8	39 41.9	16 17.2	33 35.5	20 21.5	30 32.3	3 3.2
	1000～1500万円未満	72 100.0	57 79.2	28 38.9	11 15.3	27 37.5	14 19.4	28 38.9	7 9.7	26 36.1	-
	1500～2000万円未満	12 100.0	9 75.0	6 50.0	3 25.0	5 41.7	3 25.0	8 66.7	-	1 8.3	-
	2000万円以上	5 100.0	1 20.0	1 20.0	3 60.0	3 60.0	2 40.0	3 60.0	-	2 40.0	-

(上段：人、下段：%)

(8) 受験校を選定する際の重視すべき点／世帯年収

図表 0-28 受験校を選定する際に重視する点×同居している子どもの人数

		受験校を選定する際に重視する点(3つまで)									
		全 体	学費	立地	ブランド	教育内容	研究水準	国試合格率	就職のしやすさ	自宅から通える	その他
同居している子どもの人数	全 体	303 100.0	246 81.2	82 27.1	35 11.6	124 40.9	48 15.8	120 39.6	53 17.5	105 34.7	6 2.0
	1人	59 100.0	46 78.0	14 23.7	7 11.9	23 39.0	9 15.3	27 45.8	10 16.9	16 27.1	3 5.1
	2人	175 100.0	145 82.9	52 29.7	20 11.4	74 42.3	30 17.1	61 34.9	34 19.4	59 33.7	2 1.1
	3人	68 100.0	54 79.4	16 23.5	8 11.8	27 39.7	9 13.2	32 47.1	9 13.2	30 44.1	1 1.5
	4人	1 100.0	1 100.0	-	-	-	-	-	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(9) 医学部に進学した場合の1年間の学費の上限／世帯年収

図表 0-29 医大に進学した場合の1年間の学費の上限×世帯年収

		医大に進学した場合の1年間の学費の上限				
		全 体	100万円未満	100～400万円未満	400～800万円未満	800万円以上
世帯年収	全 体	303 100.0	50 16.5	204 67.3	38 12.5	11 3.6
	300万円未満	7 100.0	4 57.1	2 28.6	1 14.3	-
	300～500万円未満	35 100.0	8 22.9	26 74.3	1 2.9	-
	500～750万円未満	79 100.0	18 22.8	52 65.8	8 10.1	1 1.3
	750～1000万円未満	93 100.0	10 10.8	72 77.4	9 9.7	2 2.2
	1000～1500万円未満	72 100.0	9 12.5	45 62.5	15 20.8	3 4.2
	1500～2000万円未満	12 100.0	1 8.3	4 33.3	2 16.7	5 41.7
	2000万円以上	5 100.0	-	3 60.0	2 40.0	-

(上段：人、下段：%)

(10) 医学部に進学した場合の1年間の学費上限／こどもの数

図表 0-30 医大に進学した場合の1年間の学費の上限×同居している子どもの人数

□		医大に進学した場合の1年間の学費の上限				
		全 体	100万円未 満	100~40 0万円未 満	400~800万 円未 満	800万円以 上
同居 して いる 子 ど も の 人 数	全 体	303 100.0	50 16.5	204 67.3	38 12.5	11 3.6
	1人	59 100.0	6 10.2	38 64.4	11 18.6	4 6.8
	2人	175 100.0	32 18.3	120 68.6	19 10.9	4 2.3
	3人	68 100.0	11 16.2	46 67.6	8 11.8	3 4.4
	4人	1 100.0	1 100.0	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(11) 埼玉県立大学に期待すること／年齢区分別

図表 0-31 埼玉県立大学に期待すること×年齢

□		埼玉県立大学に期待すること(MA)						
		全 体	学部・学科 の充実	教員の充実	学費の見直し	就職の支援	その他	特にない
年 齢	全 体	303 100.0	62 20.5	118 38.9	121 39.9	158 52.1	7 2.3	53 17.5
	10代	-	-	-	-	-	-	-
	20代	-	-	-	-	-	-	-
	30代	8 100.0	-	5 62.5	5 62.5	4 50.0	-	-
	40代	200 100.0	39 19.5	77 38.5	88 44.0	108 54.0	6 3.0	35 17.5
	50代	94 100.0	23 24.5	36 38.3	27 28.7	46 48.9	1 1.1	18 19.1
	60代以上	1 100.0	-	-	1 100.0	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(12) 埼玉県立大学に期待すること／こどもの数

図表 0-32 埼玉県立大学に期待すること×同居している子どもの人数

□		埼玉県立大学に期待すること(MA)						
		全 体	学部・学科 の充実	教員の充実	学費の見直し	就職の支援	その他	特にない
同居 して いる 子 ど も の 人 数	全 体	303 100.0	62 20.5	118 38.9	121 39.9	158 52.1	7 2.3	53 17.5
	1人	59 100.0	12 20.3	24 40.7	14 23.7	29 49.2	1 1.7	12 20.3
	2人	175 100.0	39 22.3	71 40.6	83 47.4	96 54.9	4 2.3	28 16.0
	3人	68 100.0	11 16.2	23 33.8	23 33.8	33 48.5	2 2.9	13 19.1
	4人	1 100.0	-	-	1 100.0	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(13) 埼玉県立大学に医学部を設置することについて関心あるか／こどもの数

図表 0-33 埼玉県立大学に医学部を設置することについて関心があるか
×同居している子どもの人数

□		埼玉県が医学部を設置することについて、関心はあるか				
		全 体	関心がある	関心が無い	どちらでもない	わからない
同居している子どもの人数	全 体	303 100.0	246 81.2	6 2.0	36 11.9	15 5.0
	1人	59 100.0	44 74.6	2 3.4	7 11.9	6 10.2
	2人	175 100.0	148 84.6	2 1.1	18 10.3	7 4.0
	3人	68 100.0	53 77.9	2 2.9	11 16.2	2 2.9
	4人	1 100.0	1 100.0	-	-	-

(上段：人、下段：%)

(14) 埼玉県立大学に医学部を設置の必要性／年齢区分

図表 0-34 埼玉県が医学部を設置することについて、必要性を感じるか×年齢

□		埼玉県が医学部を設置することについて、必要性を感じるか					
		全 体	必要である	必要でない	どちらでもない	わからない	その他
年齢	全 体	303 100.0	231 76.2	4 1.3	42 13.9	25 8.3	1 0.3
	10代	-	-	-	-	-	-
	20代	-	-	-	-	-	-
	30代	8 100.0	3 37.5	-	1 12.5	4 50.0	-
	40代	200 100.0	149 74.5	4 2.0	29 14.5	17 8.5	1 0.5
	50代	94 100.0	78 83.0	-	12 12.8	4 4.3	-
	60代以上	1 100.0	1 100.0	-	-	-	-

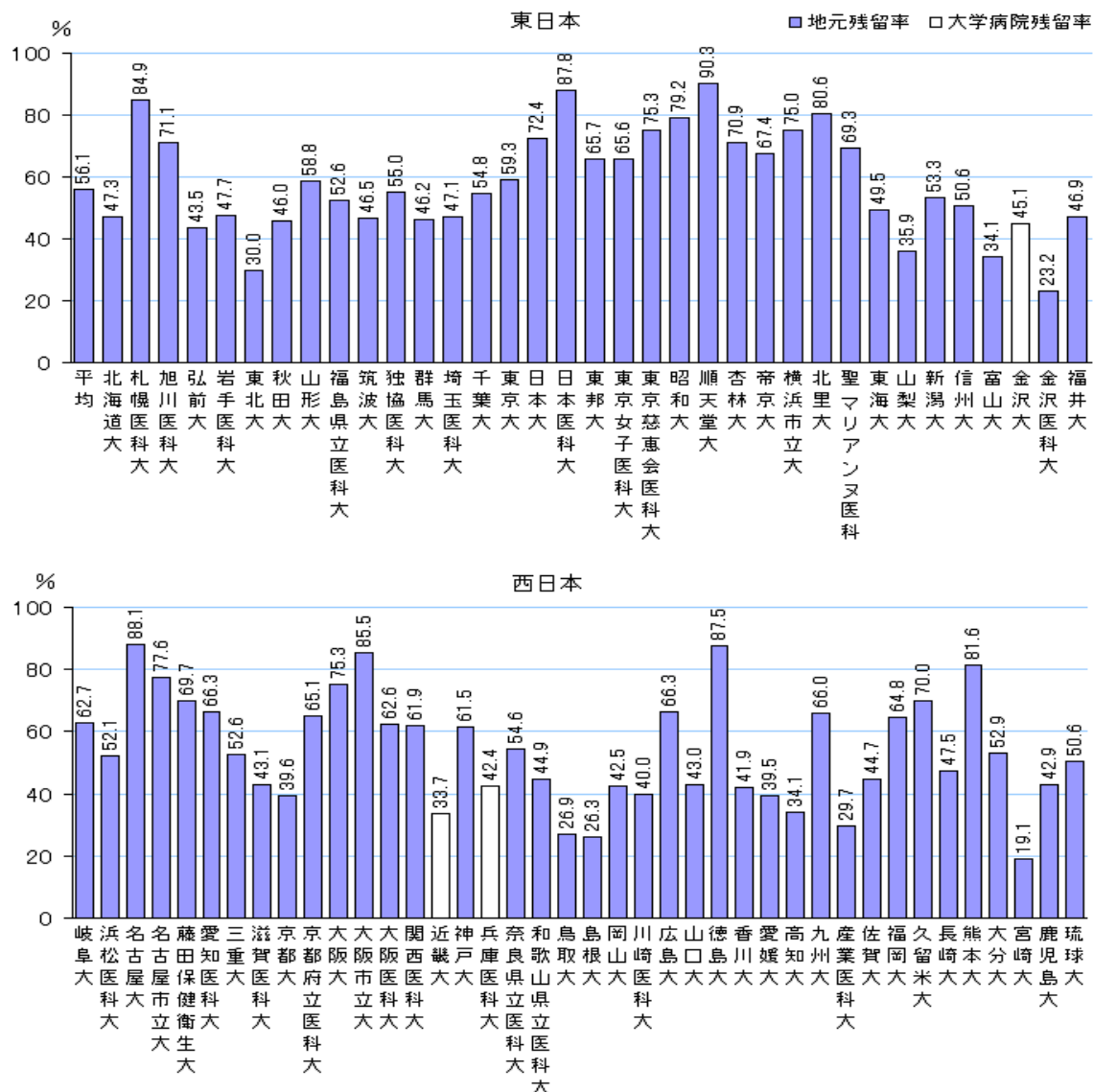
(上段：人、下段：%)

(参考)

都道府県別医学部設置大学名一覧

No.	都道府県名	国立1	国立2	公立	私立1	私立2	私立3	私立4	私立5	私立6
1	北海道	北海道大学	旭川医科大学	札幌医科大学						
2	青森県	弘前大学								
3	岩手県				岩手医科大学					
4	宮城県	東北大学								
5	秋田県	秋田大学								
6	山形県	山形大学								
7	福島県			福島県立医科大学						
8	茨城県	筑波大学								
9	栃木県				自治医科大学	獨協医科大学				
10	群馬県	群馬大学								
11	埼玉県				埼玉医科大学					
12	千葉県	千葉大学								
13	東京都	東京大学	東京医科歯科大学		杏林大学 東京慈恵会医科大学	慶應義塾大学 東京女子医科大学	順天堂大学 東邦大学	昭和大学 日本大学	帝京大学 日本医科大学	東京医科大学
14	神奈川県			横浜市立大学	北里大学	聖マリアンナ医科大学	東海大学			
15	新潟県	新潟大学								
16	富山県	富山大学								
17	石川県	金沢大学			金沢医科大学					
18	福井県	福井大学								
19	山梨県	山梨大学								
20	長野県	信州大学								
21	岐阜県	岐阜大学								
22	静岡県	浜松医科大学								
23	愛知県	名古屋大学		名古屋市立大学	愛知医科大学	藤田保健衛生大学				
24	三重県	三重大学								
25	滋賀県	滋賀医科大学								
26	京都府	京都大学		京都府立医科大学						
27	大阪府	大阪大学		大阪市立大学	大阪医科大学	関西医科大学	近畿大学			
28	兵庫県	神戸大学			兵庫医科大学					
29	奈良県			奈良県立医科大学						
30	和歌山県			和歌山県立医科大学						
31	鳥取県	鳥取大学								
32	島根県	島根大学								
33	岡山県	岡山大学			川崎医科大学					
34	広島県	広島大学								
35	山口県	山口大学								
36	徳島県	徳島大学								
37	香川県	香川大学								
38	愛媛県	愛媛大学								
39	高知県	高知大学								
40	福岡県	九州大学			久留米大学	産業医科大学	福岡大学			
41	佐賀県	佐賀大学								
42	長崎県	長崎大学								
43	熊本県	熊本大学								
44	大分県	大分大学								
45	宮崎県	宮崎大学								
46	鹿児島県	鹿児島大学								
47	沖縄県	琉球大学								
	合計		42	8			29			

医師国家試験合格者の地元残留率(2010年春)



(注) 毎日新聞による全国80大学医学部のうち進路制約がある防衛医大、自治医大を除く78大学への調査結果。
 地元残留率は、出身大学の付属病院か大学がある都道府県内の病院で研修を受けている割合である。
 出身大学病院残留率のデータしか得られない大学についてはこれを表示した。
 (資料) 毎日新聞2010年8月2日

医師数の地域偏在は、日本の場合、諸外国と比較して相対的には小さい(図録 1931)。これが日本の平均寿命の地域格差の小ささ(図録 1650)と世界一の平均寿命につながっている。

しかし、近年、地方の自治体病院などの医師不足による地域医療の危機が問題となり、地方大学の医学部卒業医師の数の増加とともに、地元就業率の向上が課題となっている。

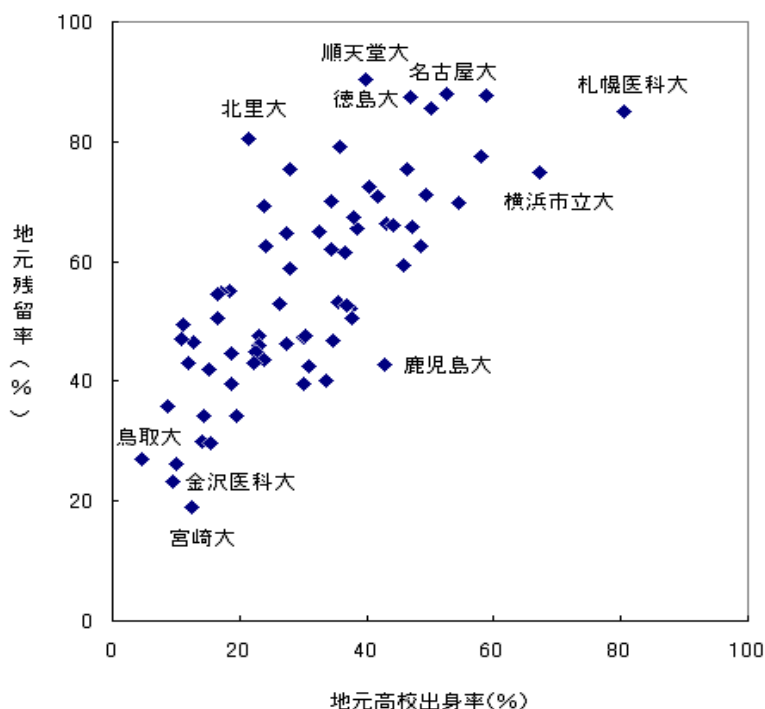
各地方の大学医学部の卒業生は、必ずしもその地方の医師となるとは限らない。ここでは、毎日新聞の調査結果から、2010年春の医師国家試験合格者の地元残留率(出身大学の付属病院か大学がある都道府県内の病院で研修を受けている割合)をグラフにした。

最も高い地元残留率は順天堂大の90.3%、第2位は名古屋大の88.1%であった。最低は宮崎大の19.1%、次に低いのは、金沢医科大学の23.2%であった。

地元残留率は、東京、大阪、愛知の大都市圏では平均7割以上と高いが、それ以外の地方圏では、概して低くなっている。

地元高校出身率と地元残留率の相関図(下図)を描くと、両者には正の相関があることが分かる。

医師国家試験合格者の地元高校出身率と地元残留率(2010年春)



(資料)毎日新聞2010年8月2日

大都市圏では、地元出身者が多く、その分、地元残留率も高くなっている。地方の大学医学部では、都会など他地域からの入学者が多く、その分、地元残留率も低くなっている様子が見える。地方圏でも札幌医科大のように地元高校出身者が多く、その分、地元残留率が高い場合もある。

地元高校出身率が高ければ地元残留率が高いという一般傾向があるとはいえ、各大学ともに、地元高校出身率よりは地元残留率の方が概して高くなっている(45°線より上にある)。すなわち地元高校出身者で他県に転出してしまふ医師より、他県から入学した医学部生で地元に残る卒業生の方が多いのである。つまり、地元で医学部がある効果が無いわけではないことが分かる。

どれだけ地元高校出身率より地元残留率が高いかで地方の大学医学部の医師数増加効果がだいたい測れるであろう。これを地元残留効果と呼ぶことにしよう。大都市圏以外の地方圏だと徳島大が地元高校出身率を地元残留率が40.6%ポイント上回っており、地元残留効果が高い。逆に鹿児島大では同じ引き算の結果がゼロと地元残留効果が低くなっている。

医師国家試験合格者(2010年春)が地元や大学病院に残る割合と地元の高校出身者の割合(%)

	地元残留率 a	大学病院残留率	地元高校出身率 b	地元残留効果 (a-b)
平均	56.1	33.3	30.4	25.7
北海道大	47.3	16.1	30.1	17.2
札幌医科大	84.9	48.4	80.6	4.3
旭川医科大	71.1	34.9	49.4	21.7
弘前大	43.5	8.7	23.9	19.6
岩手医科大	47.7	10.8	23.1	24.6
東北大	30.0	6.0	14.0	16.0
秋田大	46.0	9.0	23.0	23.0
山形大	58.8	36.1	27.8	31.0
福島県立医科大	52.6	18.4	36.8	15.8
筑波大	46.5	37.2	12.8	33.7
独協医科大	55.0	47.7	18.3	36.7
群馬大	46.2	18.7	27.5	18.7

埼玉医科大	47.1	38.2	10.8	36.3
千葉大	54.8	15.1	17.2	37.6
東京大	59.3	18.5	45.7	13.6
日本大	72.4	59.5	40.5	31.9
日本医科大	87.8	53.3	58.9	28.9
東邦大	65.7	45.1	47.1	18.6
東京女子医科大	65.6	34.4	38.5	27.1
東京慈恵会医科大	75.3	57.7	46.4	28.9
昭和大	79.2	50.9	35.8	43.4
順天堂大	90.3	71.0	39.8	50.5
杏林大	70.9	49.4	41.8	29.1
帝京大	67.4	46.7	38.0	29.4
横浜市立大	75.0	23.1	67.3	7.7
北里大	80.6	55.9	21.5	59.1
聖マリアンヌ医科大	69.3	62.5	23.9	45.4
東海大	49.5	40.4	11.1	38.4
山梨大	35.9	27.2	8.7	27.2
新潟大	53.3	14.4	35.6	17.7
信州大	50.6	16.5	16.5	34.1
富山大	34.1	27.5	14.3	19.8
金沢大		45.1	16.5	
金沢医科大	23.2	17.9	9.5	13.7
福井大	46.9	37.8	34.7	12.2
岐阜大	62.7	16.0	24.0	38.7
浜松医科大	52.1	30.2	37.5	14.6
名古屋大	88.1	1.0	52.5	35.6
名古屋市立大	77.6	14.5	57.9	19.7
藤田保健衛生大	69.7	26.3	54.5	15.2
愛知医科大	66.3	38.0		
三重大	52.6	14.7	36.8	15.8
滋賀医科大	43.1	32.4	11.8	31.3
京都大	39.6	41.7	18.8	20.8
京都府立医科大	65.1	22.9	32.5	32.6
大阪大	75.3	16.5	27.8	47.5
大阪市立大	85.5	28.9	50.0	35.5
大阪医科大	62.6	37.4	48.4	14.2
関西医科大	61.9	40.5	34.5	27.4
近畿大		33.7	25.3	
神戸大	61.5	12.5	36.5	25.0
兵庫医科大		42.4	20.7	
奈良県立医科大	54.6	47.4	16.5	38.1
和歌山県立医科大	44.9	44.9	22.4	22.5
鳥取大	26.9	1.5	4.5	22.4
島根大	26.3	22.5	10.0	16.3
岡山大	42.5	20.7	31.0	11.5
川崎医科大	40.0	33.7	33.7	6.3
広島大	66.3	24.2	43.2	23.1
山口大	43.0	20.9	22.1	20.9
徳島大	87.5	78.1	46.9	40.6
香川大	41.9	41.0	15.2	26.7
愛媛大	39.5	14.0	30.2	9.3
高知大	34.1	28.0	19.5	14.6
九州大	66.0	24.7	44.3	21.7
産業医科大	29.7	8.8	15.4	14.3
佐賀大	44.7	42.4	18.8	25.9
福岡大	64.8	42.0	27.3	37.5
久留米大	70.0	41.1	34.4	35.6
長崎大	47.5	37.4	30.3	17.2

熊本大	81.6	71.4		
大分大	52.9	40.2	26.4	26.5
宮崎大	19.1	14.6	12.4	6.7
鹿児島大	42.9	12.2	42.9	0.0
琉球大	50.6	11.8	37.6	13.0

(注)毎日新聞による全国80大学医学部のうち進路制約がある防衛医大、自治医大を除く78大学への調査結果。地元残留率は、出身大学の付属病院か大学がある都道府県内の病院で研修を受けている割合である。地元残留効果は当図録の用語・計算

(資料)毎日新聞 2010年8月2日

(2010年8月5日収録、6日コメント修正)

○大学設置基準

(昭和三十一年十月二十二日)

(文部省令第二十八号)

学校教育法第三条、第八条、第六十三条及び第八十八条の規定に基き、大学設置基準を次のように定める。

大学設置基準

目次

- 第一章 総則(第一条—第二条の三)
- 第二章 教育研究上の基本組織(第三条—第六条)
- 第三章 教員組織(第七条—第十三条)
- 第四章 教員の資格(第十三条の二—第十七条)
- 第五章 収容定員(第十八条)
- 第六章 教育課程(第十九条—第二十六条)
- 第七章 卒業の要件等(第二十七条—第三十三条)
- 第八章 校地、校舎等の施設及び設備等(第三十四条—第四十条の四)
- 第九章 事務組織等(第四十一条・第四十二条)
- 第十章 共同教育課程に関する特例(第四十三条—第四十九条)
- 第十一章 雑則(第五十条—第五十三条)

附則

第一章 総則

(趣旨)

第一条 大学(短期大学を除く。以下同じ。)は、学校教育法(昭和三十二年法律第二十六号)その他の法令の規定によるほか、この省令の定めるところにより設置するものとする。

2 この省令で定める設置基準は、大学を設置するのに必要な最低の基準とする。

3 大学は、この省令で定める設置基準より低下した状態にならないようにすることはもとより、その水準の向上を図ることに努めなければならない。

(平三文令二四・一部改正)

(教育研究上の目的)

第二条 大学は、学部、学科又は課程ごとに、人材の養成に関する目的その他の教育研究上の目的を学則等に定めるものとする。

(平一九文科令二二・追加、平二二文科令一五・旧第二条の二繰上・一部改正)

(入学者選抜)

第二条の二 入学者の選抜は、公正かつ妥当な方法により、適切な体制を整えて行うものとする。

(平一五文科令一五・追加、平一六文科令八・旧第二条の三繰上、平一九文科令二二・旧第二条の二繰下、平二二文科令一五・旧第二条の三繰上・一部改正)

第二章 教育研究上の基本組織

(平三文令二四・改称)

(学部)

第三条 学部は、専攻により教育研究の必要に応じ組織されるものであつて、教育研究上適当な規模内容を有し、教員組織、教員数その他が学部として適当であると認められるものとする。

(平三文令二四・旧第二条繰下・一部改正、平一八文科令一一・一部改正)

(学科)

第四条 学部には、専攻により学科を設ける。

2 前項の学科は、それぞれの専攻分野を教育研究するのに必要な組織を備えたものとする。

(平三文令二四・旧第三条繰下・一部改正)

(課程)

第五条 学部の教育上の目的を達成するため有益かつ適切であると認められる場合には、学科に代えて学生の履修上の区分に応じて組織される課程を設けることができる。

(平三文令二四・追加)

(学部以外の基本組織)

第六条 学校教育法第八十五条ただし書に規定する学部以外の教育研究上の基本となる組織(以下「学部以外の基本組織」という。)は、当該大学の教育研究上の目的を達成するため有益かつ適

切であると認められるものであつて、次の各号に掲げる要件を備えるものとする。

- 一 教育研究上適当な規模内容を有すること。
 - 二 教育研究上必要な教員組織、施設設備その他の諸条件を備えること。
 - 三 教育研究を適切に遂行するためにふさわしい運営の仕組みを有すること。
- 2 学部以外の基本組織に係る専任教員数、校舎の面積及び学部以外の基本組織の教育研究に必要な附属施設の基準は、当該学部以外の基本組織の教育研究上の分野に相当すると認められる分野の学部又は学科に係るこれらの基準(第四十五条第一項に規定する共同学科(第十三条及び第三十七条の二において単に「共同学科」という。)に係るものを含む。)に準ずるものとする。

3 この省令において、この章、第十三条、第三十七条の二、第三十九条、第四十六条、第四十八条、第四十九条(第三十九条の規定に係る附属施設について適用する場合に限る。)、別表第一、別表第二及び別表第三を除き、「学部」には学部以外の基本組織を、「学科」には学部以外の基本組織を置く場合における相当の組織を含むものとする。

(昭四八文令二九・追加、昭五〇文令四〇・一部改正、平三文令二四・旧第四条の二繰下・一部改正、平一六文科令四三・平一九文科令四〇・平二〇文科令三五・一部改正)

第三章 教員組織

(平三文令二四・改称)

(教員組織)

第七条 大学は、その教育研究上の目的を達成するため、教育研究組織の規模並びに授与する学位の種類及び分野に応じ、必要な教員を置くものとする。

2 大学は、教育研究の実施に当たり、教員の適切な役割分担の下で、組織的な連携体制を確保し、教育研究に係る責任の所在が明確になるように教員組織を編制するものとする。

3 大学は、教育研究水準の維持向上及び教育研究の活性化を図るため、教員の構成が特定の範囲の年齢に著しく偏ることのないよう配慮するものとする。

4 大学は、二以上の校地において教育を行う場合においては、それぞれの校地ごとに必要な教員を置くものとする。なお、それぞれの校地には、当該校地における教育に支障のないよう、原則として専任の教授又は准教授を少なくとも一人以上置くものとする。ただし、その校地が隣接している場合は、この限りでない。

(平三文令二四・旧第五条繰下、平一三文科令四四・平一五文科令一五・平一八文科令一一・平一九文科令二二・一部改正)

第八条及び第九条 削除

(平一八文科令一一)

(授業科目の担当)

第十条 大学は、教育上主要と認める授業科目(以下「主要授業科目」という。)については原則として専任の教授又は准教授に、主要授業科目以外の授業科目についてはなるべく専任の教授、准教授、講師又は助教(第十三条及び第四十六条第一項において「教授等」という。)に担当させるものとする。

2 大学は、演習、実験、実習又は実技を伴う授業科目については、なるべく助手に補助させるものとする。

(平一八文科令一一・全改、平二〇文科令三五・一部改正)

(授業を担当しない教員)

第十一条 大学には、教育研究上必要があるときは、授業を担当しない教員を置くことができる。

(昭四八文令二九・一部改正、平三文令二四・旧第九条繰下・一部改正)

(専任教員)

第十二条 教員は、一の大学に限り、専任教員となるものとする。

2 専任教員は、専ら前項の大学における教育研究に従事するものとする。

3 前項の規定にかかわらず、大学は、教育研究上特に必要があり、かつ、当該大学における教育研究の遂行に支障がないと認められる場合には、当該大学における教育研究以外の業務に従事する者を、当該大学の専任教員とすることができる。

(平一八文科令一一・全改)

(専任教員数)

第十三条 大学における専任教員の数、別表第一により当該大学に置く学部の種類及び規模に応じ定める教授等の数(共同学科を置く学部にあつては、当該学部における共同学科以外の学科を

一の学部とみなして同表を適用して得られる教授等の数と第四十六条の規定により得られる当該共同学科に係る専任教員の数を合計した数)と別表第二により大学全体の収容定員に応じ定める教授等の数を合計した数以上とする。

(昭五〇文令四〇・一部改正、平三文令二四・旧第十一条繰下・一部改正、平一八文科令一一・平二〇文科令三五・一部改正)

第四章 教員の資格

(学長の資格)

第十三条の二 学長となることのできる者は、人格が高潔で、学識が優れ、かつ、大学運営に関し識見を有すると認められる者とする。

(平一五文科令一五・追加)

(教授の資格)

第十四条 教授となることのできる者は、次の各号のいずれかに該当し、かつ、大学における教育を担当するにふさわしい教育上の能力を有すると認められる者とする。

一 博士の学位(外国において授与されたこれに相当する学位を含む。)を有し、研究上の業績を有する者

二 研究上の業績が前号の者に準ずると認められる者

三 学位規則(昭和二十八年文部省令第九号)第五条の二に規定する専門職学位(外国において授与されたこれに相当する学位を含む。)を有し、当該専門職学位の専攻分野に関する実務上の業績を有する者

四 大学において教授、准教授又は専任の講師の経歴(外国におけるこれらに相当する教員としての経歴を含む。)のある者

五 芸術、体育等については、特殊な技能に秀でていと認められる者

六 専攻分野について、特に優れた知識及び経験を有すると認められる者

(昭六〇文令一・一部改正、平三文令二四・旧第十三条繰下・一部改正、平一三文科令四四・平一五文科令一五・平一八文科令一一・一部改正)

(准教授の資格)

第十五条 准教授となることのできる者は、次の各号のいずれかに該当し、かつ、大学における教育を担当するにふさわしい教育上の能力を有すると認められる者とする。

一 前条各号のいずれかに該当する者

二 大学において助教又はこれに準ずる職員としての経歴(外国におけるこれらに相当する職員としての経歴を含む。)のある者

三 修士の学位又は学位規則第五条の二に規定する専門職学位(外国において授与されたこれらに相当する学位を含む。)を有する者

四 研究所、試験所、調査所等に在職し、研究上の業績を有する者

五 専攻分野について、優れた知識及び経験を有すると認められる者

(昭六〇文令一・一部改正、平三文令二四・旧第十四条繰下・一部改正、平一三文科令四四・平一五文科令一五・平一八文科令一一・一部改正)

(講師の資格)

第十六条 講師となることのできる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

一 第十四条又は前条に規定する教授又は准教授となることのできる者

二 その他特殊な専攻分野について、大学における教育を担当するにふさわしい教育上の能力を有すると認められる者

(平三文令二四・旧第十五条繰下・一部改正、平一三文科令四四・平一八文科令一一・一部改正)

(助教の資格)

第十六条の二 助教となることのできる者は、次の各号のいずれかに該当し、かつ、大学における教育を担当するにふさわしい教育上の能力を有すると認められる者とする。

一 第十四条各号又は第十五条各号のいずれかに該当する者

二 修士の学位(医学を履修する課程、歯学を履修する課程、薬学を履修する課程のうち臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするもの又は獣医学を履修する課程を修了した者については、学士の学位)又は学位規則第五条の二に規定する専門職学位(外国において授与されたこれらに相当する学位を含む。)を有する者

三 専攻分野について、知識及び経験を有すると認められる者

(平一八文科令一一・追加)

(助手の資格)

第十七条 助手となることのできる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- 一 学士の学位(外国において授与されたこれに相当する学位を含む。)を有する者
- 二 前号の者に準ずる能力を有すると認められる者

(昭四八文令二九・一部改正、平三文令二四・旧第十六条繰下・一部改正、平一三文科令四四・一部改正)

第五章 収容定員

(平三文令二四・改称)

(収容定員)

第十八条 収容定員は、学科又は課程を単位とし、学部ごとに学則で定めるものとする。この場合において、第二十六条の規定による昼夜開講制を実施するときはこれに係る収容定員を、第五十条の規定により外国に学部、学科その他の組織を設けるときはこれに係る収容定員を、編入学定員を設けるときは入学定員及び編入学定員を、それぞれ明示するものとする。

2 収容定員は、教員組織、校地、校舎等の施設、設備その他の教育上の諸条件を総合的に考慮して定めるものとする。

3 大学は、教育にふさわしい環境の確保のため、在学する学生の数を収容定員に基づき適正に管理するものとする。

(昭四八文令二九・一部改正、平三文令二四・旧第十七条繰下・一部改正、平一五文科令一五・平一六文科令四二・平二〇文科令三五(平二一文科令一)・一部改正)

第六章 教育課程

(平三文令二四・章名追加)

(教育課程の編成方針)

第十九条 大学は、当該大学、学部及び学科又は課程等の教育上の目的を達成するために必要な授業科目を自ら開設し、体系的に教育課程を編成するものとする。

2 教育課程の編成に当たっては、大学は、学部等の専攻に係る専門の学芸を教授するとともに、幅広く深い教養及び総合的な判断力を培い、豊かな人間性を^{かん}涵養するよう適切に配慮しなければならない。

(平三文令二四・全改、平一九文科令二二・一部改正)

(教育課程の編成方法)

第二十条 教育課程は、各授業科目を必修科目、選択科目及び自由科目に分け、これを各年次に配当して編成するものとする。

(平三文令二四・全改)

(単位)

第二十一条 各授業科目の単位数は、大学において定めるものとする。

2 前項の単位数を定めるに当たっては、一単位の授業科目を四十五時間の学修を必要とする内容をもって構成することを標準とし、授業の方法に応じ、当該授業による教育効果、授業時間外に必要な学修等を考慮して、次の基準により単位数を計算するものとする。

一 講義及び演習については、十五時間から三十時間までの範囲で大学が定める時間の授業をもって一単位とする。

二 実験、実習及び実技については、三十時間から四十五時間までの範囲で大学が定める時間の授業をもって一単位とする。ただし、芸術等の分野における個人指導による実技の授業については、大学が定める時間の授業をもって一単位とすることができる。

三 一の授業科目について、講義、演習、実験、実習又は実技のうち二以上の方法の併用により行う場合については、その組み合わせに応じ、前二号に規定する基準を考慮して大学が定める時間の授業をもって一単位とする。

3 前項の規定にかかわらず、卒業論文、卒業研究、卒業制作等の授業科目については、これらの学修の成果を評価して単位を授与することが適切と認められる場合には、これらに必要な学修等を考慮して、単位数を定めることができる。

(昭四五文令二一・全改、平三文令二四・旧第二十五条繰上・一部改正、平一九文科令二二・一部改正)

(一年間の授業期間)

第二十二條 一年間の授業を行う期間は、定期試験等の期間を含め、三十五週にわたることを原則とする。

(平三文令二四・旧第二十七條繰上・一部改正)

(各授業科目の授業期間)

第二十三條 各授業科目の授業は、十週又は十五週にわたる期間を単位として行うものとする。ただし、教育上特別の必要があると認められる場合は、これらの期間より短い特定の期間において授業を行うことができる。

(昭四八文令二九・追加、平三文令二四・旧第二十八條の二繰上・一部改正)

(授業を行う学生数)

第二十四條 大学が一の授業科目について同時に授業を行う学生数は、授業の方法及び施設、設備その他の教育上の諸条件を考慮して、教育効果を十分にあげられるような適当な人数とするものとする。

(昭四五文令二一・一部改正、平三文令二四・旧第二十九條繰上・一部改正)

(授業の方法)

第二十五條 授業は、講義、演習、実験、実習若しくは実技のいずれかにより又はこれらの併用により行うものとする。

2 大学は、文部科学大臣が別に定めるところにより、前項の授業を、多様なメディアを高度に利用して、当該授業を行う教室等以外の場所で履修させることができる。

3 大学は、第一項の授業を、外国において履修させることができる。前項の規定により、多様なメディアを高度に利用して、当該授業を行う教室等以外の場所で履修させる場合についても、同様とする。

4 大学は、文部科学大臣が別に定めるところにより、第一項の授業の一部を、校舎及び附属施設以外の場所で行うことができる。

(平三文令二四・旧第三十條繰上・一部改正、平一〇文令一一・平一二文令五三・平一三文科令四四・平一五文科令一五・一部改正)

(成績評価基準等の明示等)

第二十五條の二 大学は、学生に対して、授業の方法及び内容並びに一年間の授業の計画をあらかじめ明示するものとする。

2 大学は、学修の成果に係る評価及び卒業の認定に当たっては、客観性及び厳格性を確保するため、学生に対してその基準をあらかじめ明示するとともに、当該基準にしたがって適切に行うものとする。

(平一九文科令二二・追加)

(教育内容等の改善のための組織的な研修等)

第二十五條の三 大学は、当該大学の授業の内容及び方法の改善を図るための組織的な研修及び研究を実施するものとする。

(平一一文令四〇・追加、平一九文科令二二・旧第二十五條の二繰下・一部改正)

(昼夜開講制)

第二十六條 大学は、教育上必要と認められる場合には、昼夜開講制(同一学部において昼間及び夜間の双方の時間帯において授業を行うことをいう。)により授業を行うことができる。

(平三文令二四・追加)

第七章 卒業の要件等

(平三文令二四・旧第九章繰上・改称)

(単位の授与)

第二十七條 大学は、一の授業科目を履修した学生に対しては、試験の上単位を与えるものとする。ただし、第二十一条第三項の授業科目については、大学の定める適切な方法により学修の成果を評価して単位を与えることができる。

(平三文令二四・旧第三十一条繰上・一部改正)

(履修科目の登録の上限)

第二十七條の二 大学は、学生が各年次にわたって適切に授業科目を履修するため、卒業の要件として学生が修得すべき単位数について、学生が一年間又は一学期に履修科目として登録することができる単位数の上限を定めるよう努めなければならない。

2 大学は、その定めるところにより、所定の単位を優れた成績をもつて修得した学生については、前項に定める上限を超えて履修科目の登録を認めることができる。

(平一文令四〇・追加)

(他の大学又は短期大学における授業科目の履修等)

第二十八条 大学は、教育上有益と認めるときは、学生が大学の定めるところにより他の大学又は短期大学において履修した授業科目について修得した単位を、六十単位を超えない範囲で当該大学における授業科目の履修により修得したものとみなすことができる。

2 前項の規定は、学生が、外国の大学又は短期大学に留学する場合、外国の大学又は短期大学が行う通信教育における授業科目を我が国において履修する場合及び外国の大学又は短期大学の教育課程を有するものとして当該外国の学校教育制度において位置付けられた教育施設であつて、文部科学大臣が別に指定するものの当該教育課程における授業科目を我が国において履修する場合について準用する。

(昭四七文令五・追加、昭五七文令一・一部改正、平三文令二四・旧第三十一条の二繰上・一部改正、平一文令一九・平一三文科令四四・平一六文科令四二・一部改正)

(大学以外の教育施設等における学修)

第二十九条 大学は、教育上有益と認めるときは、学生が行う短期大学又は高等専門学校の専攻科における学修その他文部科学大臣が別に定める学修を、当該大学における授業科目の履修とみなし、大学の定めるところにより単位を与えることができる。

2 前項により与えることができる単位数は、前条第一項及び第二項により当該大学において修得したものとみなす単位数と合わせて六十単位を超えないものとする。

(平三文令二四・追加、平一文令一九・平一二文令五三・一部改正)

(入学前の既修得単位等の認定)

第三十条 大学は、教育上有益と認めるときは、学生が当該大学に入学する前に大学又は短期大学において履修した授業科目について修得した単位(第三十一条第一項の規定により修得した単位を含む。)を、当該大学に入学した後の当該大学における授業科目の履修により修得したものとみなすことができる。

2 大学は、教育上有益と認めるときは、学生が当該大学に入学する前に行つた前条第一項に規定する学修を、当該大学における授業科目の履修とみなし、大学の定めるところにより単位を与えることができる。

3 前二項により修得したものとみなし、又は与えることのできる単位数は、編入学、転学等の場合を除き、当該大学において修得した単位以外のものについては、第二十八条第一項(同条第二項において準用する場合を含む。)及び前条第一項により当該大学において修得したものとみなす単位数と合わせて六十単位を超えないものとする。

(平三文令二四・追加、平一文令一九・平一四文科令九・平一九文科令二二・平二〇文科令三五・一部改正)

(長期にわたる教育課程の履修)

第三十条の二 大学は、大学の定めるところにより、学生が、職業を有している等の事情により、修業年限を超えて一定の期間にわたり計画的に教育課程を履修し卒業することを希望する旨を申し出たときは、その計画的な履修を認めることができる。

(平一四文科令九・追加)

(科目等履修生等)

第三十一条 大学は、大学の定めるところにより、当該大学の学生以外の者で一又は複数の授業科目を履修する者(以下「科目等履修生」という。)に対し、単位を与えることができる。

2 科目等履修生に対する単位の授与については、第二十七条の規定を準用する。

3 大学は、科目等履修生その他の学生以外の者(次項において「科目等履修生等」という。)を相当数受け入れる場合においては、第十三条、第三十七条及び第三十七条の二に規定する基準を考慮して、教育に支障のないよう、それぞれ相当の専任教員並びに校地及び校舎の面積を増加するものとする。

4 大学は、科目等履修生等を受け入れる場合においては、一の授業科目について同時に授業を行うこれらの者の人数は、第二十四条の規定を踏まえ、適当な人数とするものとする。

(平三文令二四・追加、平一九文科令二二・一部改正)

(卒業の要件)

第三十二条 卒業の要件は、大学に四年以上在学し、百二十四単位以上を修得することとする。

2 前項の規定にかかわらず、医学又は歯学に関する学科に係る卒業の要件は、大学に六年以上在学し、百八十八単位以上を修得することとする。ただし、教育上必要と認められる場合には、大学は、修得すべき単位の一部の修得について、これに相当する授業時間の履修をもって代えることができる。

3 第一項の規定にかかわらず、薬学に関する学科のうち臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするものに係る卒業の要件は、大学に六年以上在学し、百八十六単位以上(将来の薬剤師としての実務に必要な薬学に関する臨床に係る実践的な能力を培うことを目的として大学の附属病院その他の病院及び薬局で行う実習(以下「薬学実務実習」という。)に係る二十単位以上を含む。)を修得することとする。

4 第一項の規定にかかわらず、獣医学に関する学科に係る卒業の要件は、大学に六年以上在学し、百八十二単位以上を修得することとする。

5 第一項の規定により卒業の要件として修得すべき百二十四単位のうち、第二十五条第二項の授業の方法により修得する単位数は六十単位を超えないものとする。

(昭四五文令二一・昭五八文令二三・平三文令二四・平一〇文令一一・平一一文令一九・平一六文科令四三・一部改正)

(授業時間制をとる場合の特例)

第三十三条 前条第二項ただし書により授業時間の履修をもって単位の修得に代える授業科目に係る第二十一条第一項又は第二十七条の規定の適用については、第二十一条第一項中「単位数」とあるのは「授業時間数」と、第二十七条中「一の授業科目」とあるのは「授業科目」と、「単位を与えるものとする」とあるのは「修了を認定するものとする」とする。

2 授業時間数を定めた授業科目については、当該授業科目の授業時間数をこれに相当する単位数とみなして第二十八条第一項(同条第二項において準用する場合を含む。)、第二十九条第一項又は第三十条第一項若しくは第二項の規定を適用することができる。

(平三文令二四・全改)

第八章 校地、校舎等の施設及び設備等

(平三文令二四・旧第十章繰上・改称、平一五文科令一五・改称)

(校地)

第三十四条 校地は、教育にふさわしい環境をもち、校舎の敷地には、学生が休息その他に利用するのに適当な空地を有するものとする。

(平三文令二四・旧第三十五条繰上)

(運動場)

第三十五条 運動場は、教育に支障のないよう、原則として校舎と同一の敷地内又はその隣接地に設けるものとし、やむを得ない場合には適当な位置にこれを設けるものとする。

(平三文令二四・旧第三十六条繰上)

(校舎等施設)

第三十六条 大学は、その組織及び規模に応じ、少なくとも次に掲げる専用の施設を備えた校舎を有するものとする。ただし、特別の事情があり、かつ、教育研究に支障がないと認められるときは、この限りでない。

一 学長室、会議室、事務室

二 研究室、教室(講義室、演習室、実験・実習室等とする。)

三 図書館、医務室、学生自習室、学生控室

2 研究室は、専任の教員に対しては必ず備えるものとする。

3 教室は、学科又は課程に応じ、必要な種類と数を備えるものとする。

4 校舎には、第一項に掲げる施設のほか、なるべく情報処理及び語学の学習のための施設を備えるものとする。

5 大学は、校舎のほか、原則として体育館を備えるとともに、なるべく体育館以外のスポーツ施設及び講堂並びに寄宿舎、課外活動施設その他の厚生補導に関する施設を備えるものとする。

6 夜間において授業を行う学部(以下「夜間学部」という。)を置く大学又は昼夜開講制を実施する大学にあつては、研究室、教室、図書館その他の施設の利用について、教育研究に支障のないようにするものとする。

(昭四八文令二九・一部改正、平三文令二四・旧第三十七条繰上・一部改正、平一五文科令一五・

平一九文科令二二・一部改正)

(校地の面積)

第三十七条 大学における校地の面積(附属病院以外の附属施設用地及び寄宿舎の面積を除く。)は、収容定員上の学生一人当たり十平方メートルとして算定した面積に附属病院建築面積を加えた面積とする。

2 前項の規定にかかわらず、同じ種類の昼間学部(昼間において授業を行う学部をいう。以下同じ。)及び夜間学部が近接した施設等を使用し、又は施設等を共用する場合の校地の面積は、当該昼間学部及び夜間学部における教育研究に支障のない面積とする。

3 昼夜開講制を実施する場合においては、これに係る収容定員、履修方法、施設の使用状況等を考慮して、教育に支障のない限度において、第一項に規定する面積を減ずることができる。

(平一五文科令一五・全改)

(校舎の面積)

第三十七条の二 校舎の面積は、一個の学部のみを置く大学にあつては、別表第三イ又はロの表に定める面積(共同学科を置く場合にあつては、当該学部における共同学科以外の学科を一の学部とみなして同表を適用して得られる面積に第四十八条第一項の規定により得られる当該共同学科に係る面積を加えた面積)以上とし、複数の学部を置く大学にあつては、当該複数の学部のうち同表に定める面積(共同学科を置く学部については、当該学部における共同学科以外の学科を一の学部とみなして同表を適用して得られる面積)が最大である学部についての同表に定める面積(共同学科を置く学部については、当該学部における共同学科以外の学科を一の学部とみなして同表を適用して得られる面積)に当該学部以外の学部についてのそれぞれ別表第三ロ又はハの表に定める面積(共同学科を置く学部については、当該学部における共同学科以外の学科を一の学部とみなして同表を適用して得られる面積)を合計した面積を加えた面積(共同学科を置く場合にあつては、第四十八条第一項の規定により得られる当該学科に係る面積を加えた面積)以上とする。

(平一五文科令一五・追加、平二〇文科令三五・一部改正)

(図書等の資料及び図書館)

第三十八条 大学は、学部の種類、規模等に応じ、図書、学術雑誌、視聴覚資料その他の教育研究上必要な資料を、図書館を中心に系統的に備えるものとする。

2 図書館は、前項の資料の収集、整理及び提供を行うほか、情報の処理及び提供のシステムを整備して学術情報の提供に努めるとともに、前項の資料の提供に関し、他の大学の図書館等との協力を努めるものとする。

3 図書館には、その機能を十分に発揮させるために必要な専門的職員その他の専任の職員を置くものとする。

4 図書館には、大学の教育研究を促進できるような適当な規模の閲覧室、レファレンス・ルーム、整理室、書庫等を備えるものとする。

5 前項の閲覧室には、学生の学習及び教員の教育研究のために十分な数の座席を備えるものとする。

(平三文令二四・追加)

(附属施設)

第三十九条 次の表の上欄に掲げる学部を置き、又は学科を設ける大学には、その学部又は学科の教育研究に必要な施設として、それぞれ下欄に掲げる附属施設を置くものとする。

学部又は学科	附属施設
教員養成に関する学部又は学科	附属学校
医学又は歯学に関する学部	附属病院
農学に関する学部	農場
林学に関する学科	演習林
獣医学に関する学部又は学科	家畜病院
畜産学に関する学部又は学科	飼育場又は牧場
水産学又は商船に関する学部	練習船(共同利用による場合を含む。)
水産増殖に関する学科	養殖施設

薬学に関する学部又は学科	薬用植物園(薬草園)
体育に関する学部又は学科	体育館

2 工学に関する学部を置く大学には、原則として実験・実習工場を置くものとする。

(昭五〇文令四〇・一部改正、平三文令二四・旧第四十一条繰上・一部改正)

(薬学実務実習に必要な施設)

第三十九条の二 薬学に関する学部又は学科のうち臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするものを置き、又は設ける大学は、薬学実務実習に必要な施設を確保するものとする。

(平一六文科令四三・追加)

(機械、器具等)

第四十条 大学は、学部又は学科の種類、教員数及び学生数に応じて必要な種類及び数の機械、器具及び標本を備えるものとする。

(平三文令二四・追加)

(二以上の校地において教育研究を行う場合における施設及び設備)

第四十条の二 大学は、二以上の校地において教育研究を行う場合においては、それぞれの校地ごとに教育研究に支障のないよう必要な施設及び設備を備えるものとする。ただし、その校地が隣接している場合は、この限りでない。

(平一九文科令二二・追加)

(教育研究環境の整備)

第四十条の三 大学は、その教育研究上の目的を達成するため、必要な経費の確保等により、教育研究にふさわしい環境の整備に努めるものとする。

(平一五文科令一五・追加、平一九文科令二二・旧第四十条の二繰下)

(大学等の名称)

第四十条の四 大学、学部及び学科(以下「大学等」という。)の名称は、大学等として適当であるとともに、当該大学等の教育研究上の目的にふさわしいものとする。

(平一五文科令一五・追加、平一九文科令二二・旧第四十条の三繰下)

第九章 事務組織等

(昭五七文令一・改称、平三文令二四・旧第十二章繰上)

(事務組織)

第四十一条 大学は、その事務を処理するため、専任の職員を置く適当な事務組織を設けるものとする。

(平三文令二四・旧第四十二条繰上)

(厚生補導の組織)

第四十二条 大学は、学生の厚生補導を行うため、専任の職員を置く適当な組織を設けるものとする。

(平三文令二四・旧第四十三条繰上)

(社会的及び職業的自立を図るために必要な能力を培うための体制)

第四十二条の二 大学は、当該大学及び学部等の教育上の目的に応じ、学生が卒業後自らの資質を向上させ、社会的及び職業的自立を図るために必要な能力を、教育課程の実施及び厚生補導を通じて培うことができるよう、大学内の組織間の有機的な連携を図り、適切な体制を整えるものとする。

(平二二文科令三・追加)

第十章 共同教育課程に関する特例

(平二〇文科令三五・追加)

(共同教育課程の編成)

第四十三条 二以上の大学は、その大学、学部及び学科の教育上の目的を達成するために必要があると認められる場合には、第十九条第一項の規定にかかわらず、当該二以上の大学のうち一の大学が開設する授業科目を、当該二以上の大学のうち他の大学の教育課程の一部とみなして、それぞれの大学ごとに同一内容の教育課程(通信教育に係るもの及び大学が外国に設ける学部、学科その他の組織において開設される授業科目の履修により修得する単位を当該学科に係る卒業の要件として修得すべき単位の全部又は一部として修得するものを除く。以下「共同教育課程」という。)を編成することができる。ただし、共同教育課程を編成する大学(以下「構成大学」という。)

は、それぞれ当該共同教育課程に係る主要授業科目の一部を必修科目として自ら開設するものとする。

2 大学は、共同教育課程(大学院の課程に係るものを含む。)のみを編成することはできない。

3 構成大学は、当該共同教育課程を編成し、及び実施するための協議の場を設けるものとする。
(平二〇文科令三五・追加)

(共同教育課程に係る単位の認定)

第四十四条 構成大学は、学生が当該構成大学のうち一の大学において履修した共同教育課程に係る授業科目について修得した単位(第三十二条第二項ただし書により授業時間の履修をもつて代えるものを含む。)を、当該構成大学のうち他の大学における当該共同教育課程に係る授業科目の履修により修得したものとそれぞれみなすものとする。

(平二〇文科令三五・追加)

(共同学科に係る卒業の要件)

第四十五条 共同教育課程を編成する学科(以下「共同学科」という。)に係る卒業の要件は、第三十二条第一項、第三項又は第四項に定めるもののほか、それぞれの大学において当該共同教育課程に係る授業科目の履修により三十一単位以上を修得することとする。

2 前項の規定にかかわらず、医学又は歯学に関する共同学科に係る卒業の要件は、第三十二条第二項に定めるもののほか、それぞれの大学において当該共同教育課程に係る授業科目の履修により三十二単位(同項ただし書により授業時間の履修をもつて代えるものを含む。)以上を修得することとする。

3 前二項の規定によりそれぞれの大学において当該共同教育課程に係る授業科目の履修により修得する単位数には、第二十八条第一項(同条第二項において準用する場合を含む。)、第二十九条第一項、第三十条第一項若しくは第二項又は前条の規定により修得したものとみなし、若しくは与えることができ、又はみなすものとする単位を含まないものとする。

(平二〇文科令三五・追加)

(共同学科に係る専任教員数)

第四十六条 共同学科に係る専任教員の数は、それぞれの大学に置く当該共同教育課程を編成する学科を合わせて一の学部とみなして、その種類及び規模に応じ別表第一イの表の中欄又はロの表を適用して得られる教授等の数(次項において「全体専任教員数」という。)をこれらの学科に係る収容定員の割合に応じて按分した数(その数に一に満たない端数があるときはこれを切り捨てる。以下この条において「大学別専任教員数」という。)以上とする。

2 前項に規定する当該共同教育課程を編成する学科に係る大学別専任教員数の合計が全体専任教員数に満たないときは、その不足する数の専任教員をいずれかの大学の当該共同教育課程を編成する学科に置くものとする。

3 第一項の規定による当該共同教育課程を編成する学科に係る大学別専任教員数(前項の規定により当該学科に不足する数の専任教員を置くときは、当該専任教員の数を加えた数)が、当該学科の種類に応じ、別表第一イの表の下欄(保健衛生学関係(看護学関係)にあつては、中欄)に定める専任教員数の数の八割に相当する数又は別表第一ロの表の収容定員三六〇人までの場合の専任教員数の欄の数(以下これらをこの項において「最小大学別専任教員数」という。)に満たないときは、前二項の規定にかかわらず、当該学科に係る専任教員数は、最小大学別専任教員数以上とする。

(平二〇文科令三五・追加)

(共同学科に係る校地の面積)

第四十七条 第三十七条第一項の規定にかかわらず、共同学科に係る校地の面積については、それぞれの大学に置く当該共同教育課程を編成する学科に係る校地の面積を合計した面積がこれらの学科に係る収容定員を合計した数に十平方メートルを乗じて得た面積を超え、かつ、教育研究に支障がないと認められる場合には、それぞれの大学ごとに当該学科に係る収容定員上の学生一人当たり十平方メートルとして算定した面積を有することを要しない。

(平二〇文科令三五・追加)

(共同学科に係る校舎の面積)

第四十八条 共同学科に係る校舎の面積は、それぞれの大学に置く当該共同教育課程を編成する学科を合わせて一の学部とみなしてその種類に応じ別表第三イ又はロの表を適用して得られる面積(次項において「全体校舎面積」という。)をこれらの学科に係る収容定員の割合に応じて按分した面積(次項において「大学別校舎面積」という。)以上とする。

2 第三十七条の二及び前項の規定にかかわらず、共同学科に係る校舎の面積については、それぞれの大学に置く当該共同教育課程を編成する学科に係る校舎の面積を合計した面積が全体校舎面積を超え、かつ、教育研究に支障がないと認められる場合には、それぞれの大学ごとに大学別校舎面積を有することを要しない。

(平二〇文科令三五・追加)

(共同学科に係る施設及び設備)

第四十九条 前二条に定めるもののほか、第三十四条から第三十六条まで及び第三十八条から第四十条までの規定にかかわらず、共同学科に係る施設及び設備については、それぞれの大学に置く当該共同教育課程を編成する学科を合わせて一の学部又は学科とみなしてその種類、教員数及び学生数に応じて必要な施設及び設備を備え、かつ、教育研究に支障がないと認められる場合には、それぞれの大学ごとに当該学科に係る施設及び設備を備えることを要しない。

(平二〇文科令三五・追加)

第十一章 雑則

(昭五七文令一・章名追加、平三文令二四・旧第十三章繰上、平二〇文科令三五・旧第十章繰下)

(外国に設ける組織)

第五十条 大学は、文部科学大臣が別に定めるところにより、外国に学部、学科その他の組織を設けることができる。

(平一六文科令四二・追加、平二〇文科令三五・旧第四十三条繰下)

(学校教育法第百三条に定める大学についての適用除外)

第五十一条 第三十四条、第三十五条、第三十六条第四項及び第五項、第三十七条、第三十七条の二、第四十七条、第四十八条並びに第四十九条(第三十四条、第三十五条並びに第三十六条第四項及び第五項の規定に係る施設及び設備について適用する場合に限る。)の規定は、学校教育法第百三条に定める大学には適用しない。

(平元文令三四・追加、平三文令二四・旧第四十八条繰上・一部改正、平一五文科令一五・一部改正、平一六文科令四二・旧第四十三条繰下、平一九文科令四〇・一部改正、平二〇文科令三五・旧第四十四条繰下・一部改正)

(その他の基準)

第五十二条 大学院その他に関する基準は、別に定める。

(昭三七文令二一・旧第四十五条繰下、昭五〇文令二一・一部改正、昭五七文令一・旧第四十六条繰下、平元文令三四・旧第四十八条繰下、平三文令二四・旧第四十九条繰上、平一六文科令四二・旧第四十四条繰下、平二〇文科令三五・旧第四十五条繰下)

(段階的整備)

第五十三条 新たに大学等を設置し、又は棄学を履修する課程の修業年限を変更する場合の教員組織、校舎等の施設及び設備については、別に定めるところにより、段階的に整備することができる。

(平一五文科令一五・追加、平一六文科令四二・旧第四十五条繰下、平一六文科令四三・一部改正、平二〇文科令三五・旧第四十六条繰下)

附 則

1 この省令は、公布の日から施行する。

2 この省令施行の際、現に設置されている大学に在職する教員については、その教員が現に在職する教員の職に在る限り、この省令の教員の資格に関する規定は、適用しない。

(昭五八文令二三・旧第四項繰下、平一五文科令一五・旧第五項繰上)

3 この省令施行の際、現に設置されている大学の組織、編制、施設及び設備でこの省令施行の日前に係るものについては、当分の間、なお従前の例によることができる。

(昭五八文令二三・旧第五項繰下、平一五文科令一五・旧第六項繰上)

4 昭和六十一年度から平成四年度までの間に期間(昭和六十一年度から平成十一年度までの間の年度間に限る。)を付して入学定員を増加する大学(次項において「期間を付して入学定員を増加する大学」という。)の専任教員数については、第十三条の規定により算定し、当該入学定員の増加に伴い必要とされる専任教員数が増加することとなるときは、当該増加することとなる専任教員数は、教育に支障のない限度において、兼任の教員をもつて充てることができるものとする。

(昭五九文令四六・全改、平三文令二四・一部改正、平一五文科令一五・旧第七項繰上)

5 期間を付して入学定員を増加する大学の校地の面積の算定については、当該入学定員の増加は

ないものとみなして第三十七条第一項の規定を適用する。

(昭五九文令四六・追加、平一五文科令一五・旧第八項繰上・一部改正)

6 昭和六十一年度以降に期間(平成十一年度を終期とするものに限る。)を付して入学定員を増加又は設定した大学であつて、当該期間の経過後引き続き、当該入学定員の範囲内で期間(平成十二年度から平成十六年度までの間の年度間に限る。)を付して入学定員を増加するものの専任教員数及び校地の面積の算定については、前二項の例による。

(平九文令二七・追加、平一五文科令一五・旧第九項繰上)

7 平成二十二年度以降に期間(平成三十六年度までの間の年度間に限る。)を付して医学に関する学部の学科に係る収容定員を、七百二十人を超えて、地域医療再生臨時特例交付金の申請に際して都道府県が策定する地域医療の再生に関する計画に記載された大学の入学定員及び編入学定員の増加により算出される収容定員の増加のみにより八百四十人までの範囲で増加する大学(次項及び附則第九項において「医学部の収容定員を七百二十人を超えて増加する大学」という。)の専任教員数の算定については、別表第一ロに定める医学関係の専任教員数は、収容定員が七百八十人までの場合にあつては百五十人、収容定員が八百四十人までの場合にあつては百六十人とし、かつ、文部科学大臣が別に定める基準に適合することとして、第十三条の規定を適用する。

(平二一文科令三四・追加、平二四文科令三六・一部改正)

8 医学部の収容定員を七百二十人を超えて増加する大学の校地の面積の算定については、当該大学の医学に関する学部の学科における七百二十人を超える部分の収容定員の増加はないものとみなして第三十七条第一項の規定を適用する。

(平二一文科令三四・追加)

9 医学部の収容定員を七百二十人を超えて増加する大学の校舎の面積の算定については、別表第三ロに定める医学関係の校舎の面積を別表第三ロに定める収容定員七百二十人までの場合の医学関係の校舎の面積に七百二十人を超える収容定員に応じて六人につき七十五平方メートルの割合により算出される面積を増加した面積とし、及び別表第三ロに定める医学関係の附属病院の面積を別表第三ロに定める収容定員七百二十人までの場合の医学関係の附属病院の面積に七百二十人を超える収容定員に応じて六人につき百平方メートルの割合により算出される面積を増加した面積として、第三十七条の二の規定を適用する。

(平二一文科令三四・追加)

附 則(昭和三七年四月一八日文部省令第二一号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭四〇年三月六日文部省令第七号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭四一年七月一日文部省令第三七号)

この省令は、公布の日から施行し、昭四十一年四月一日から適用する。

附 則(昭四三年四月一日文部省令第七号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭四五年八月三十一日文部省令第二一号)

この省令は、昭四十六年四月一日から施行する。

附 則(昭四七年三月一八日文部省令第五号)

この省令は、昭四十七年四月一日から施行する。

附 則(昭四八年一月二八日文部省令第二九号) 抄

1 この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭五〇年四月二八日文部省令第二一号) 抄

1 この省令は、昭五十一年四月一日から施行する。

附 則(昭五〇年一月二五日文部省令第四〇号)

1 この省令は、昭五十一年四月一日から施行する。

2 この省令施行の際、現に設置されている医学又は歯学の学部を置く大学の組織、編制、施設及び設備でこの省令施行の日前に係るものについては、当分の間、なお従前の例によることができる。

附 則(昭五六年一月一七日文部省令第二号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭五七年三月二三日文部省令第一号)

この省令は、昭和五十七年四月一日から施行する。

附 則(昭和五十八年六月二四日文部省令第二三号)

1 この省令は、昭和五十九年四月一日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

2 昭和五十九年度に開設しようとする公立の大学、公立の大学の学部及び私立の大学の学部の学科の設置の認可の申請、昭和五十九年度に行おうとする私立の大学の収容定員の変更に係る学則の変更の認可の申請並びに昭和六十年年度に開設しようとする私立の大学及び私立の大学の学部の設置の認可の申請に係る審査に当たっては、この省令による改正後の大学設置基準の規定の適用があるものとする。

3 学校教育法の一部を改正する法律(昭和五十八年法律第五十五号)附則第二項各号の一に該当する者に係る卒業の要件は、この省令による改正後の大学設置基準第三十二条第四項の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附 則(昭和五十八年九月一日文部省令第二四号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭和五十九年八月一三日文部省令第四六号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭和六〇年二月五日文部省令第一号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(昭和六〇年九月四日文部省令第二六号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成元年九月一日文部省令第三四号) 抄

1 この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成三年六月三日文部省令第二四号)

1 この省令は、平成三年七月一日から施行する。

2 この省令施行の際、現に設置されている大学における体育館の設置に係る改正後の第三十六条第五項の規定の適用については、当分の間、なお従前の例によることができる。

附 則(平成九年六月五日文部省令第二七号)

この省令は、平成九年六月五日から施行する。

附 則(平成一〇年三月三十一日文部省令第一一号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成一一年三月三十一日文部省令第一九号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成一一年九月一四日文部省令第四〇号)

1 この省令は、公布の日から施行する。

2 平成十二年度を開設年度とする大学、学部及び学科の設置認可を受けようとする場合の審査については、なお従前の例による。

附 則(平成一二年一〇月三十一日文部省令第五三号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、内閣法の一部を改正する法律(平成十一年法律第八十八号)の施行の日(平成十三年一月六日)から施行する。

附 則(平成一三年三月三〇日文部科学省令第四四号) 抄

(施行期日)

1 この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成一四年三月二八日文部科学省令第九号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成一五年三月三十一日文部科学省令第一五号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、平成十五年四月一日から施行する。

附 則(平成一六年三月一二日文部科学省令第八号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、平成十六年四月一日から施行する。

附 則(平成一六年一二月一三日文部科学省令第四二号)

この省令は、公布の日から施行する。ただし、第一条中学校教育法施行規則第二条中第五号を第六号とし、第四号を第五号とし、第三号を第四号とし、第二号の次に一号を加える改正規定及び同令第六条の次に一条を加える改正規定、第二条中大学設置基準第十八条第一項の改正規定及び同令第四十五条を同令第四十六条とし、同令第四十四条を同令第四十五条とし、同令第四十三条を同令第四十四条とし、同令第十章中同条の前に一条を加える改正規定、第三条の規定並びに第四条中短期大学設置基準第四条第二項の改正規定及び同令第三十七条を同令第三十八条とし、同令第三十六条を同令第三十七条とし、同令第十章中同条の前に一条を加える改正規定は、平成十七年四月一日から施行する。

附 則(平成一六年一二月一五日文部科学省令第四三号) 抄
(施行期日)

第一条 この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

附 則(平成一八年三月三十一日文部科学省令第一一号) 抄
(施行期日)

第一条 この省令は、平成十九年四月一日から施行する。
(助教授の在職に関する経過措置)

第二条 この省令の規定による改正後の次に掲げる省令の規定の適用については、この省令の施行前における助教授としての在職は、准教授としての在職とみなす。

一及び二 略

三 大学設置基準第十四条第四号

附 則(平成一九年七月三十一日文部科学省令第二二号) 抄
(施行期日)

第一条 この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

附 則(平成一九年一二月二五日文部科学省令第四〇号) 抄

この省令は、学校教育法等の一部を改正する法律の施行の日(平成十九年十二月二十六日)から施行する。

附 則(平成二〇年一二月一三日文部科学省令第三五号)

この省令は、平成二十一年三月一日から施行する。

附 則(平成二一年二月二七日文部科学省令第一号) 抄
(施行期日)

1 この省令は、平成二十一年三月一日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

附 則(平成二一年一二月一一日部科学省令第三四号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則(平成二二年二月二五日文部科学省令第三号)

この省令は、平成二十三年四月一日から施行する。

附 則(平成二二年六月一五日文部科学省令第一五号)

この省令は、平成二十三年四月一日から施行する。

附 則(平成二四年一二月一九日文部科学省令第三六号)

この省令は、公布の日から施行する。

別表第一 学部の種類及び規模に応じ定める専任教員数(第十三条関係)

(平一五文科令一五・全改、平一六文科令四三・平一八文科令一一・一部改正)

イ 医学又は歯学に関する学部以外の学部に係るもの

学部の種類	一学科で組織する場合の専任教員数		二以上の学科で組織する場合の一学科の収容定員並びに専任教員数	
	収容定員	専任教員数	収容定員	専任教員数
文学関係	三二〇—六〇〇	一〇	二〇〇—四〇〇	六
教育学・保育学関係	三二〇—六〇〇	一〇	二〇〇—四〇〇	六
法学関係	四〇〇—八〇〇	一四	四〇〇—六〇〇	一〇
経済学関係	四〇〇—八〇〇	一四	四〇〇—六〇〇	一〇
社会学・社会福祉学関係	四〇〇—八〇〇	一四	四〇〇—六〇〇	一〇
理学関係	二〇〇—四〇〇	一四	一六〇—三二〇	八
工学関係	二〇〇—四〇〇	一四	一六〇—三二〇	八
農学関係	二〇〇—四〇〇	一四	一六〇—三二〇	八
獣医学関係	三〇〇—六〇〇	二八	二四〇—四八〇	一六
薬学関係(臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするもの)	三〇〇—六〇〇	二八	二四〇—三六〇	一六
薬学関係(臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするものを除く。)	二〇〇—四〇〇	一四	一六〇—二四〇	八
家政関係	二〇〇—四〇〇	一〇	一六〇—二四〇	六
美術関係	二〇〇—四〇〇	一〇	一六〇—二四〇	六
音楽関係	二〇〇—四〇〇	一〇	一六〇—二四〇	六
体育関係	二〇〇—四〇〇	一二	一六〇—三二〇	八
保健衛生学関係(看護学関係)	二〇〇—四〇〇	一二	—	—
保健衛生学関係(看護学関係を除く。)	二〇〇—四〇〇	一四	一六〇—三二〇	八

備考

- 一 この表に定める教員数の半数以上は原則として教授とする(別表第二において同じ。)
- 二 この表に定める教員数には、第十一条の授業を担当しない教員を含まないこととする(以下口の表及び別表第二において同じ。)
- 三 収容定員がこの表に定める数に満たない場合の専任教員数は、その二割の範囲内において兼任の教員に代えることができる(別表第二において同じ。)
- 四 収容定員がこの表の定める数を超える場合は、その超える収容定員に応じて四〇〇人につき教員三人(獣医学関係又は薬学関係(臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするもの)にあつては、収容定員六〇〇人につき教員六人)の割合により算出される数の教員を増加するものとする(口の表において同じ。)
- 五 夜間学部がこれと同じ種類の昼間学部と同一の施設等を使用する場合の教員数は、この表に定める教員数の三分の一以上とする。ただし、夜間学部の収容定員が当該昼間学部の収容定員を超える場合は、夜間学部の教員数はこの表に定める教員数とし、当該昼間学部の教員数はこの表に定める教員数の三分の一以上とする(別表第二において同じ。)
- 六 昼夜間講制を実施する場合は、これに係る収容定員、履修方法、授業の開設状況等を考慮して、教育に支障のない限度において、この表に定める教員数を減ずることができる(別表第二において同じ。)

七 二以上の学科で組織する学部における教員数は、同一分野に属する二以上の学科ごとにそれぞれこの表の下欄から算出される教員数の合計数とする。ただし、同一分野に属する学科がない場合には、当該学科については、この表の中欄から算出される教員数とする。

八 二以上の学科で組織される学部で獣医学関係の学科を置く場合における教員数は、それぞれの学科が属する分野のこの表の下欄から算出される教員数の合計数とする。

九 薬学分野に属する二以上の学科で組織される学部で薬学関係(臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするもの)の一学科を置く場合における当該一学科に対するこの表の適用については、下欄中「一六」とあるのは、「二二」とする。

十 薬学関係(臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的とするもの)の学部に係る専任教員のうちには、文部科学大臣が別に定めるところにより、薬剤師としての実務の経験を有する者を含むものとする。

十一 この表に掲げる学部以外の学部に係る教員数については、当該学部に類似するこの表に掲げる学部の例によるものとする。ただし、教員養成に関する学部については、免許状の種類に応じ、教育職員免許法(昭和二十四年法律第百四十七号)及び教育職員免許法施行規則(昭和二十九年文部省令第二十六号)に規定する教科及び教職に関する科目の所要単位を修得させるのに必要な数の教員を置くものとするほか、この表によることが適当でない場合については、別に定める。

ロ 医学又は歯学に関する学部に係るもの

学部の種類	収容定員 三六〇人までの場合の専任教員数	収容定員四八〇人までの場合の専任教員数	収容定員六〇〇人までの場合の専任教員数	収容定員七二〇人までの場合の専任教員数	収容定員八四〇人までの場合の専任教員数	収容定員九六〇人までの場合の専任教員数
医学関係	一三〇	一四〇	一四〇	一四〇	—	—
歯学関係	七五	八五	九二	九九	一〇六	一一三

備考

一 この表に定める医学に関する学部に係る専任教員数のうち教授、准教授又は講師の合計数は、六十人以上とし、そのうち三十人以上は教授とする。

二 この表に定める歯学に関する学部に係る専任教員数のうち、教授、准教授又は講師の合計数は、三十六人以上とし、そのうち十八人以上は教授とする。

三 附属病院における教育、研究及び診療に主として従事する相当数の専任教員を別に置くものとする。

四 この表に定める専任教員数は、医学又は歯学に関する学科のみを置く場合に係る専任教員数とし、その他の学科を置く場合に係る専任教員数については、医学又は歯学に関する学科についてこの表に定める教員数と当該医学又は歯学に関する学科以外の学科についてイの表に定める教員数の合計数とする。

別表第二 大学全体の収容定員に応じ定める専任教員数(第十三条関係)

(平一五文科令一五・全改)

大学全体の収容定員	四〇〇人	八〇〇人
専任教員数	七	一二

備考

一 この表に定める収容定員は、医学又は歯学に関する学部以外の学部の収容定員を合計した数とする。

二 収容定員がこの表に定める数を超える場合は、収容定員が四〇〇人を超え八〇〇人未満の場合にあつては収容定員八〇人につき教員一人の割合により、収容定員が八〇〇人を超える場合にあつては収容定員四〇〇人につき教員三人の割合により算出される数の教員を増加するものとする。

三 医学又は歯学に関する学部を置く場合(当該学部に医学又は歯学に関する学科のみを置く場合に限る。)においては、当該学部の収容定員が四八〇人の場合にあつては七人、七二〇人の場合にあつては八人をこの表に定める数に加えるものとする。ただし、当該学部の収容定員が四八〇人未満の場合には、その加える数を六人とする事ができる。

四 医学又は歯学に関する学部を置く場合で当該学部に医学又は歯学に関する学科以外の学科を

置く場合においては、当該医学又は歯学に関する学科については前号により算出される教員数とし、当該医学又は歯学に関する学科以外の学科についてはその収容定員と他の学部の収容定員の合計数から第一号により算出される教員数とする。

別表第三 学部の種類に応じ定める校舎の面積(第三十七条の二関係)

(平一五文科令一五・追加、平一六文科令四三・平一九文科令二二・平二〇文科令三五・一部改正)

イ 医学又は歯学に関する学部以外の学部に係る基準校舎面積

学部の種類	収容定員	二〇〇人までの場合の面積(平方メートル)	四〇〇人までの場合の面積(平方メートル)	八〇〇人までの場合の面積(平方メートル)	八〇一人以上の場合の面積(平方メートル)
文学関係	2,644		$(\text{収容定員} - 200) \times 661 \div 200 + 2,644$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,653 \div 400 + 3,305$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,322 \div 400 + 4,958$
教育学・保育学関係	2,644		$(\text{収容定員} - 200) \times 661 \div 200 + 2,644$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,653 \div 400 + 3,305$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,322 \div 400 + 4,958$
法学関係	2,644		$(\text{収容定員} - 200) \times 661 \div 200 + 2,644$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,653 \div 400 + 3,305$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,322 \div 400 + 4,958$
経済学関係	2,644		$(\text{収容定員} - 200) \times 661 \div 200 + 2,644$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,653 \div 400 + 3,305$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,322 \div 400 + 4,958$
社会学・社会福祉学関係	2,644		$(\text{収容定員} - 200) \times 661 \div 200 + 2,644$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,653 \div 400 + 3,305$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,322 \div 400 + 4,958$
理学関係	4,628		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,157 \div 200 + 4,628$	$(\text{収容定員} - 400) \times 3,140 \div 400 + 5,785$	$(\text{収容定員} - 800) \times 3,140 \div 400 + 8,925$
工学関係	5,289		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,322 \div 200 + 5,289$	$(\text{収容定員} - 400) \times 4,628 \div 400 + 6,611$	$(\text{収容定員} - 800) \times 4,628 \div 400 + 11,239$
農学関係	5,024		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,256 \div 200 + 5,024$	$(\text{収容定員} - 400) \times 4,629 \div 400 + 6,280$	$(\text{収容定員} - 800) \times 4,629 \div 400 + 10,909$
獣医学関係	5,024		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,256 \div 200 + 5,024$	$(\text{収容定員} - 400) \times 4,629 \div 400 + 6,280$	$(\text{収容定員} - 800) \times 4,629 \div 400 + 10,909$
薬学関係	4,628		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,157 \div 200 + 4,628$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,983 \div 400 + 5,785$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,983 \div 400 + 7,768$
家政関係	3,966		$(\text{収容定員} - 200) \times 992 \div 200 + 3,966$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,984 \div 400 + 4,958$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,984 \div 400 + 6,942$
美術関係	3,834		$(\text{収容定員} - 200) \times 959 \div 200 + 3,834$	$(\text{収容定員} - 400) \times 3,140 \div 400 + 4,793$	$(\text{収容定員} - 800) \times 3,140 \div 400 + 7,933$
音楽関係	3,438		$(\text{収容定員} - 200) \times 859 \div 200 + 3,438$	$(\text{収容定員} - 400) \times 2,975 \div 400 + 4,297$	$(\text{収容定員} - 800) \times 2,975 \div 400 + 7,272$
体育関係	3,438		$(\text{収容定員} - 200) \times 859 \div 200 + 3,438$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,983 \div 400 + 4,297$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,983 \div 400 + 6,280$
保健衛生学関係(看護学関係)	3,966		$(\text{収容定員} - 200) \times 992 \div 200 + 3,966$	$(\text{収容定員} - 400) \times 1,984 \div 400 + 4,958$	$(\text{収容定員} - 800) \times 1,984 \div 400 + 6,942$
保健衛生学関係(看護学関係を除く。)	4,628		$(\text{収容定員} - 200) \times 1,157 \div 200 + 4,628$	$(\text{収容定員} - 400) \times 3,140 \div 400 + 5,785$	$(\text{収容定員} - 800) \times 3,140 \div 400 + 8,925$

備考

- 一 この表に掲げる面積には、第三十六条第五項の施設、第三十九条の附属施設及び第三十九条の二の薬学実務実習に必要な施設の面積は含まない(ロ及びハの表において同じ。)
- 二 夜間学部(同じ種類の昼間学部と同一の施設等を使用するものを除く。)における面積について

ては、この表に掲げる学部の場合によるものとする(ハの表において同じ。)

三 夜間学部が同じ種類の昼間学部と同一の施設等を使用する場合は、夜間学部又は昼間学部の収容定員のいずれが多い数によりこの表に定める面積とする(ハの表において同じ。)

四 昼夜開講制を実施する場合においては、これに係る収容定員、履修方法、授業の開設備状況等を考慮して、教育に支障のない限度において、この表に定める面積を減ずることができる(ハの表において同じ。)

五 この表に掲げる学部以外の学部における面積については、当該学部に類似するこの表に掲げる学部の例によるものとする。

六 この表に定める面積は、専用部分の面積とする。ただし、当該大学と他の学校、専修学校又は各種学校(以下この号において「学校等」という。)が同一の敷地内又は隣接地に所在する場合であつて、それぞれの学校等の校舎の専用部分の面積及び共用部分の面積を合算した面積が、それぞれの学校等が設置の認可を受ける場合において基準となる校舎の面積を合算した面積以上のものであるときは、当該大学の教育研究に支障がない限度において、この表に定める面積に当該学校等との共用部分の面積を含めることができる(ロ及びハの表において同じ。)

ロ 医学又は歯学に関する学部に係るもの

学部の種類	区分	収容定員	収容定員三六〇人までの場合の面積(平方メートル)	収容定員四八〇人までの場合の面積(平方メートル)	収容定員六〇〇人までの場合の面積(平方メートル)	収容定員七二〇人までの場合の面積(平方メートル)	収容定員八四〇人までの場合の面積(平方メートル)	収容定員九六〇人までの場合の面積(平方メートル)
		医学関係	校舎	一、二、六五〇	一、四、三〇〇	一、六、七五〇	一、八、二五〇	—
	附属病院	二、八、〇五〇	三、一、一〇〇	三、三、一〇〇	三、五、一〇〇	—	—	
歯学関係	校舎	八、八五〇	九、六〇〇	一〇、三五〇	一一、二〇〇	一一、九五〇	一三、一〇〇	
	附属病院	五、七〇〇	五、八〇〇	五、九〇〇	六、〇〇〇	六、一〇〇	六、二〇〇	

備考 この表に定める面積は、医学又は歯学に関する学科のみを置く場合に係る面積とし、その他の学科を置く場合に係る面積については、医学又は歯学に関する学科についてこの表に定める面積と当該医学又は歯学に関する学科以外の学科についてイの表に定める面積の合計とする。

ハ 医学又は歯学に関する学部以外の学部に係る加算校舎面積

学部の種類	収容定員	二〇〇人までの面積(平方メートル)	四〇〇人までの面積(平方メートル)	六〇〇人までの面積(平方メートル)	八〇〇人までの面積(平方メートル)	一〇〇〇人までの面積(平方メートル)	一二〇〇人までの面積(平方メートル)	一四〇〇人までの面積(平方メートル)	一六〇〇人までの面積(平方メートル)	一八〇〇人までの面積(平方メートル)	二〇〇〇人までの面積(平方メートル)
文学関係	一、七一九	二、一四八	二、九七五	三、八〇一	四、四六二	五、一二三	五、七八五	六、四四六	七、一〇七	七、七六八	
教育学・保育学関係	一、七一九	二、一四八	二、九七五	三、八〇一	四、四六二	五、一二三	五、七八五	六、四四六	七、一〇七	七、七六八	
法学関係	一、七一九	二、一四八	二、九七五	三、八〇一	四、四六二	五、一二三	五、七八五	六、四四六	七、一〇七	七、七六八	
経済学関係	一、七一九	二、一四八	二、九七五	三、八〇一	四、四六二	五、一二三	五、七八五	六、四四六	七、一〇七	七、七六八	

社会学・社会福祉学関係	一、七一九	二、一四八	二、九七五	三、八〇一	四、四六二	五、一二三	五、七八五	六、四四六	七、一〇七	七、七六八
理学関係	三、一七三	三、九六六	五、六一九	七、一〇七	八、七六〇	一〇、二四七	一一、七三四	一三、二二一	一四、七〇八	一六、一九五
工学関係	三、八三四	四、七九三	七、一〇七	九、四二一	一一、七三五	一四、〇四九	一六、三六三	一八、六七七	二〇、九九一	二三、三〇五
農学関係	三、六三六	四、六二八	六、九四二	九、二五六	一一、五七〇	一三、八八四	一六、一九八	一八、五一二	二〇、八二六	二三、一四〇
獣医学関係	三、六三六	四、六二八	六、九四二	九、二五六	一一、五七〇	一三、八八四	一六、一九八	一八、五一二	二〇、八二六	二三、一四〇
薬学関係	三、三〇五	四、一三二	五、一二三	六、一一五	七、一〇七	八、〇九九	九、〇九一	一〇、〇八三	一一、〇七五	一二、〇六七
家政関係	二、五一二	三、一四〇	四、一三二	五、一二三	六、一一五	七、一〇七	八、〇九九	九、〇九一	一〇、〇八三	一一、〇七五
美術関係	二、六四四	三、三〇五	四、九五八	六、六一一	八、〇九九	九、五八六	一一、〇七三	一二、五六〇	一四、〇四七	一五、五三四
音楽関係	二、五一二	三、一四〇	四、六二八	六、二八〇	七、六〇三	九、〇九〇	一〇、五七七	一二、〇六四	一三、五五一	一五、〇三八
体育関係	二、七七六	三、四七一	四、四六二	五、四五四	六、四四六	七、七六八	九、〇九〇	一〇、四一二	一一、七三四	一三、〇五六
保健衛生学関係 (看護学関係)	二、五一二	三、一四〇	四、一三二	五、一二三	六、一一五	七、一〇七	八、〇九九	九、〇九一	一〇、〇八三	一一、〇七五
保健衛生学関係 (看護学関係を除く。)	三、一七三	三、九六六	五、六一九	七、一〇七	八、七六〇	一〇、二四七	一一、七三四	一三、二二一	一四、七〇八	一六、一九五

備考 収容定員が二、〇〇〇人を超える場合は、二〇〇人を増すごとに、この表に定める二、〇〇〇人までの面積から一、八〇〇人までの面積を減じて算出される数を加算するものとする。

○ 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校
の設置等に係る認可の基準

(平成十五年三月三十一日文科省告示第四十五号)

最終改正 平二五・二・二八文科告二一

大学、大学院、短期大学及び高等専門学校の設置等
に係る認可の基準

第一条 文部科学大臣は、大学、短期大学及び高等専門学校(以下この条及び附則第二項において「大学等」という。)並びに大学院に関する学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号。以下「法」という。)第四条第一項の認可(設置者の変更及び廃止に係るものを除く。次条第一号を除き、以下同じ。)の申請の審査に関しては、法、大学設置基準(昭和三十一年文部省令第二十八号)、高等専門学校設置基準(昭和三十六年文部省令第二十三号)、大学院設置基準(昭和四十九年文部省令第二十八号)、短期大学設置基準(昭和五十六年文部省令第二十一号)、大学通信教育設置基準(昭和五十七年文部省令第三十三号)、短期大学通信教育設置基準(昭和五十七年文部省令第三号)、専門職大学院設置基準(平成十五年文部省令第十六号)その他の法令に適合すること及び次に掲げる要件を満たすことを審査の基準とする。

- 一 長期的かつ安定的に学生の確保を図ることができる見通しがあること。
- 二 人材の養成に関する目的その他の教育研究上の目的が、人材の需要の動向を考慮して定められている等社会の要請を十分に踏まえたものであること。
- 三 大学等及び大学院に関する法第四条第一項の認可の申請を行った者(以下「認可申請者」という。)が設置する大学等における開設前年度から過去四年間(修業年限が六年の学部にあつては過去六年間、短期大学において修業年限が二年の学科にあつては過去二年間、修業年限が三年の学科にあつては過去三年間、高等専門学校にあつては過去五年間)の入学定員に対する

る入学者の割合の平均(以下「平均入学定員超過率」という。)が一定値未満(大学にあつては学部単位(学部の学科ごと)に修業年限が異なる場合には学科単位)で一・三倍未満、短期大学及び高等専門学校にあつては学科単位(学科の専攻課程ごと)に修業年限が異なる場合には専攻課程単位)で一・三倍未満)であること。

- 四 歯科医師、獣医師及び船舶職員の養成に係る大学等の設置若しくは収容定員増又は医師の養成に係る大学等の設置でないこと。

第二条 文部科学大臣は、大学、大学院、短期大学及び高等専門学校(以下この条において「大学等」という。)に関する法第四条第一項の認可の申請を審査する場合において、認可申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該認可をしないものとする。

- 一 大学等に関する法第四条第一項の認可の申請又は同条第二項の届出において、偽りその他不正の行為があつた者であつて、当該行為が判明した日から起算して五年以内で相当と認められる期間を経過していない者
 - 二 認可申請者が設置する大学等について、法第四条第三項に規定する命令、法第十五条第一項に規定する勸告又は同条第二項及び第三項に規定する命令(以下この号において「命令等」という。)を受けたにもかかわらず、当該命令等に係る事項の改善が認められない者
 - 三 大学の設置等の認可の申請及び届出に係る手続等に関する規則(平成十八年文部科学省令第十二号)第十三条に規定する設置計画の履行の状況が著しく不適当と認められる大学等を設置する者
- 第三条 文部科学大臣は、法第四条第一項の認可の申請のうち医師の養成に係る収容定員増に係る学則の変更の認可の申請については、平成二十二年度以降に期間(平成三十六年度までの間の年度間に限る。)を付して医学に関する学部の学科(この条において「医学部」という。)

に係る収容定員増を行うとする大学が、平成二十一年度の当該大学の医学部に係る入学定員及び編入学定員(この項及び第二項において「入学定員等」という。)に次の各号に掲げる増加を行うことにより算出される収容定員増を行うとするものである場合に限り認可を行うことができる。

- 一 地域医療再生臨時特例交付金の申請に関して都道府県が策定する地域医療の再生に関する計画に当該大学の医学部に係る入学定員等の増加として記載された人数の増加又は各都道府県における医療を確保するため特に必要があると認められる場合の自治医科大学における人数の増加
 - 二 当該大学の医学部において、他の大学と協力して教育研究を行い、基礎医学及び社会医学に関する優れた研究者の養成を重点的に担おうとする場合の当該医学部における三人以内の増加
 - 三 歯学に関する学部の学科に係る入学定員等の減少に係る学則の変更の認可の申請を行うとする当該大学の医学部における当該減少の人数以内の増加
- 2 文部科学大臣は、前項の学則の変更の認可の申請を審査する場合において、当該学則を変更する年度における全国の大学の医学部に係る入学定員等の合計数の見込みが九千四十九人を超えない範囲で認可を行うものとする。
- 3 第一項の認可の申請の審査については、前二条に掲げる基準のほか、当該大学に係る地域における社会的な医師の養成に係る需要に照らした大学の医学部に係る収容定員の状況に照らして行うものとする。

附則

- 1 この告示は、平成十五年四月一日から施行する。
- 2 大学等及び大学院の設置又は収容定員増の認可の申請のうち、平成十六年度から平成十九年度までの間に開設しようとするものに対する審査については、平均入学定員超過率に係る要件については、平成十九年度までの間、第一条第一号の規定にかかわらず、次の表の上欄に掲げ

る開設年度の区分に応じ、それぞれ同表の下欄に定めるところによるものとする。

開設年度	大		短		大		高等専門学校
	平均入学定員超過率に係る要件	入学定員が二〇〇人以上又は医歯系の学部	入学定員が二〇〇人未満の学部	入学定員が一〇〇人以上の学科	入学定員が一〇〇人未満の学科	学科	
平成十六年度	平均入学定員超過率が一・五〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・七五倍未満であり、かつ、開設前年度から過去四年間（修業年限が六年の学部にあつては過去六年間）の学部全体の入学者数の平均が三〇〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・五〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・七五倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一五〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・五〇倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一四五人未満であること。	平均入学定員超過率が一・五〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・五〇倍未満であること。
平成十七年度	平均入学定員超過率が一・四五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・六四倍未満であり、かつ、開設前年度から過去四年間（修業年限が六年の学部にあつては過去六年間）の学部全体の入学者数の平均が二九〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・六四倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一四五人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四五倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一四〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・四五倍未満であること。
平成十八年度	平均入学定員超過率が一・四〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・五三倍未満であり、かつ、開設前年度から過去四年間（修業年限が六年の学部にあつては過去六年間）の学部全体の入学者数の平均が二八〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・五三倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一四〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・五三倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一四〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四〇倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・四〇倍未満であること。
平成十九年度	平均入学定員超過率が一・三五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・四二倍未満であり、かつ、開設前年度から過去四年間（修業年限が六年の学部にあつては過去六年間）の学部全体の入学者数の平均が二七〇人未満であること。	平均入学定員超過率が一・三五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・四二倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一三五人未満であること。	平均入学定員超過率が一・四二倍未満であり、かつ、開設前年度から過去二年間（修業年限が三年の学科にあつては過去三年間）の学科全体の入学者数の平均が一三五人未満であること。	平均入学定員超過率が一・三五倍未満であること。	平均入学定員超過率が一・三五倍未満であること。

附則 (平一五・六・一九文科省告示一六一)
この告示は、公布の日から施行し、平成十五年四月一日から適用する。

附則 (平一七・三・三一文科告五二)
この告示は、平成十七年四月一日から施行する。

附則 (平一八・三・三一文科告五一)
この告示は、平成十八年四月一日から施行する。

附則 (平一九・三・三〇文科告五〇)
この告示は、平成十九年四月一日から施行する。

附則 (平二一・一・一一文科告一七二)
この告示は、公布の日から施行する。

附則 (平二二・一・一〇文科告一四七)
この告示は、公布の日から施行する。

附 則 (平二三・一一・一四文科告一五八)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則 (平二五・二・二八文科告二二)

この告示は、平成二十五年三月一日から施行する。

7 二次医療圏ごとの課題整理及び解決策

県内10の医療圏を整理すると以下のとおりとなる。

グループA（南部、南西部、東部、さいたま、県央）

（現状）

- 県民が比較的若く、有病率が低かった。
- 多くの県民が東京都心に勤務し、病気になった時に東京の医療機関を受診し、地元の医療機関の利用率が相対的に低い。
- 中央地区では小児二次救急の輪番空白日が生じている。
- 朝霞地区では志木市立市民病院の小児救急休止に伴い、小児二次救急の輪番体制の再構築が行われている。

（解決策）

- 高齢化に伴い今後「有病率の上昇」「多くの県民が定年を迎え、地元の医療機関を受診するようになる」→医師・看護師等の医療従事者の充実が必要である。
- 医療ニーズを減少させる仕組 → 健康長寿の取組の充実

グループB（川越比企、西部）

（現状）

- 埼玉医科大学、防衛医科大学校があり、県内では医療資源の充実した地域である。
- 県民が比較的若く、有病率が低かった。
- 多くの県民が東京都心に勤務し、病気になった時に東京の医療機関を受診し、地元の医療機関の利用率が相対的に低い。
- 所沢地区では小児二次救急の輪番空白日が生じている。
- 比企地区には小児二次救急医療機関がなく、隣接地区の埼玉医科大学総合医療センターが受入れを担っている。

（解決策）

- 比較的医療資源が充実しているこの地域でも、今後の超高齢化を考えた場合、現在の医療資源で対応しきれないことが予想される。

グループC（利根、北部）

（現状）

- 少ない医療資源でも患者の総数が相対的には少ないこと、また、東京依存ではなく群馬県依存であるなど、グループAに近い構造の面を持つ。
- しかしこの地域は、他の圏域と比べれば人口密度が低く高齢者数も少ない。今後の高齢化の進展も県南に比べれば緩やかであるという違いを持つ。
- 北部では救急医療機関の不足により群馬県への搬送割合が高くなっている。また、小児二次救急の輪番空白日が生じている。

（解決策）

- 他の地域同様、医療人材の確保が必要であるが、今後の医療ニーズの増加が緩やかであるので、既存の医療機関のネットワーク化等を視野に入れて対応することが必要である。

グループD（秩父）

（現状）

- 秩父医療圏は、医療資源（医療従事者）が他の医療圏と比較して少ない。
- 高齢者人口や医療ニーズは現状も少なく、将来的にも横ばいもしくは減少が見込まれる。
- 救急医療機関の不足により二次救急輪番体制の維持が困難になっている。
- 小児二次救急医療機関がなく、隣接地区の埼玉医科大学病院が受入れを担っている。

（解決策）

- 産科や救急などの医療機関の新規確保はかなり困難で厳しい状況にある。また医療従事者の確保も難しく、今後は公立病院の充実による対応のほか、ドクターヘリの活用など他圏域との連携強化が不可欠である。

表 3-22 県内 10 医療圏の現状の課題と将来推計

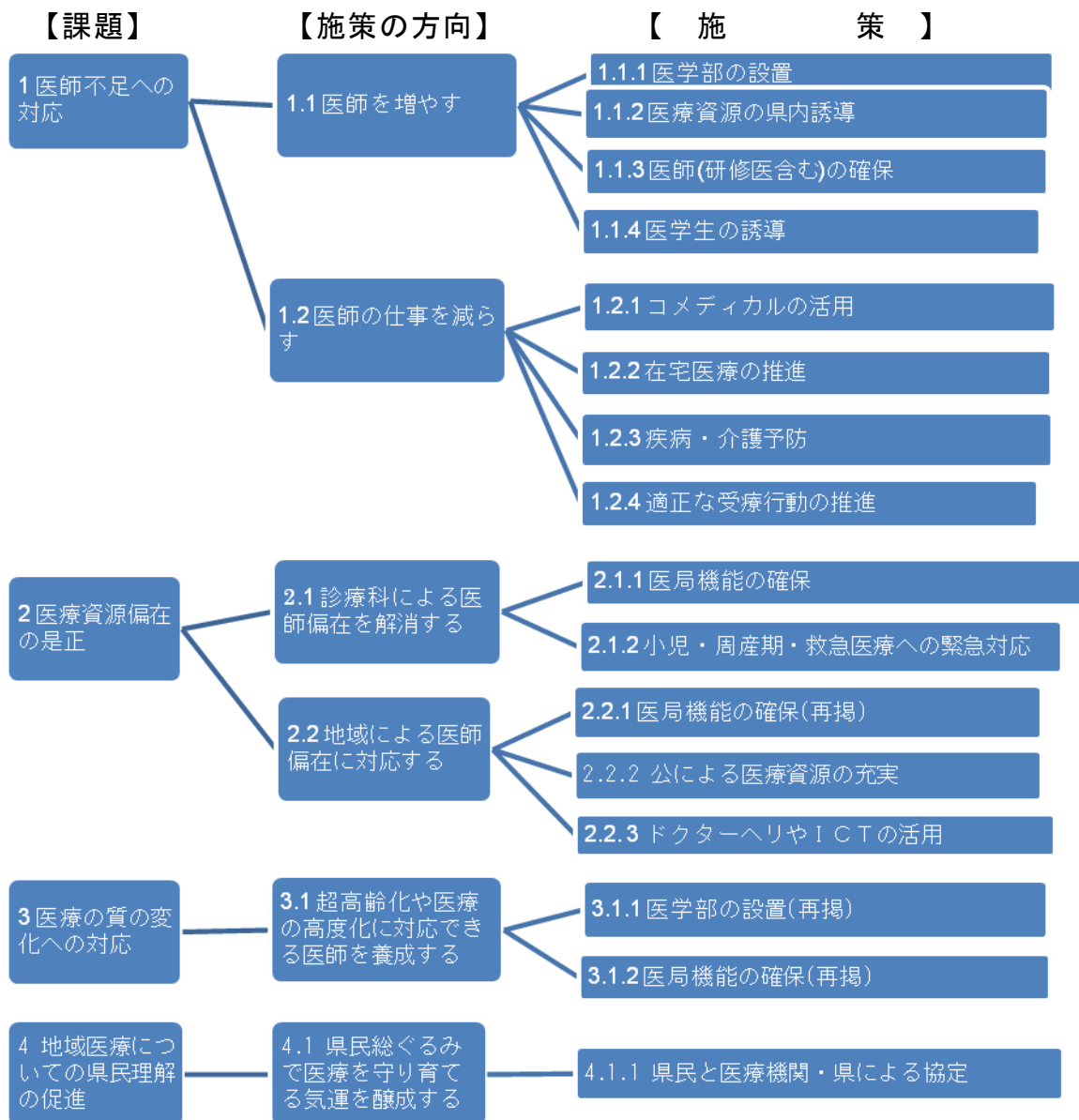
	医療圏	現状	2010 年→2035 年	特色	救急
グループ1	南部医療圏	<u>人口密度</u> 3,062 人(県央)~8,870 人(南部) ※グループ3と比較して高い <u>人口 10 万人あたり病院勤務医</u> 47 人(南西部)~81 人(さいたま)	<u>後期高齢者人口の増加率</u> 99%(南部)~141%(東部)増加→高 <u>総医療需要の増加率</u> 18%(東部)~24%(さいたま)増加→高 <u>総介護需要の増加率</u> 81%(南部)~108%(東部)増加→高	現状の医療人材 → 中 今後の医療・介護需要 → 大幅増加 医療資源の充実が不可欠	○「照会回数」「滞在 30 分以上」 の割合が高い ○人口に比して搬送実績が高い ○救命救急センターの負担大
	南西部医療圏				
	東部医療圏				
	さいたま医療圏				
	県央医療圏				
グループ2	川越比企医療圏	<u>人口密度</u> 1,275 人(川越比企)~1,940 人(西部) <u>人口 10 万人あたり病院勤務医</u> 118 人(西部)~131 人(川越比企) 埼玉医大、防衛医大があり病院勤務医多	<u>後期高齢者人口の増加率</u> 116%(川越比企)~139%(西部)増加→高 <u>総医療需要の増加率</u> 14%(川越比企)~22%(西部)増加→高 <u>総介護需要の増加率</u> 92%(川越比企)~111%(西部)増加→高	現状の医療人材→ 高 今後の医療・介護需要 → 大幅増加 医療資源の充実が不可欠	○高度救命救急センターの負担大 ○救命救急センターの負担大
	西部医療圏				
グループ3	利根医療圏	<u>人口密度</u> 1,391 人(利根)~929 人(北部) ※グループ1と比較して低い <u>人口 10 万人あたり病院勤務医</u> 52 人(利根)~61 人(北部)	<u>後期高齢者人口の増加率</u> 72%(北部)~96%(利根)増加→中 <u>総医療需要の増加率</u> 8%(北部)~9%(利根)増加→低 <u>総介護需要の増加率</u> 60%(北部)~77%(利根)増加→中	現状の医療人材→ 弱 今後の医療・介護需要 → 緩やか 医療資源の充実が不可欠	○救命救急センターの負担大 ○他圏域への搬送が多い
	北部医療圏				
グループ4	秩父医療圏	<u>人口密度</u> 121 人 <u>人口 10 万人あたり病院勤務医</u> 46 人	<u>後期高齢者人口の増加率</u> 23% → 低 <u>総医療需要の増加率</u> ▲9% → 減少 <u>総介護需要の増加率</u> 17% → 低	現状の医療人材→ 弱 今後の医療・介護需要 → 少(あるいは減少) 他圏域との連携強化	○他圏域への搬送が多い ドクヘリの活用が不可欠 ○「照会回数」「滞在 30 分以上」 の割合が多い

8 医師不足に対応するための施策

これまで見てきたことから考察すると、現在の医師確保策や患者の受療動向を前提とし、「医師自身の高齢化」「女性医師の増加」「勤務医の勤務環境の改善」を加味すると、2050年時点でも医師不足は解消しないことが予想される。医学部の設置は一つの対応策であるが、実現までのスピードや医師の定着率の問題を考えると、これだけでは今の医師不足を解消することはできない。現行施策の充実と併せて、医学部の検討など新たな施策を含め、医師不足に対応するための総合的な取組を進める必要があるのではないかと考える。

さらに、県民に良質な医療を提供するためには、「医師不足への対応」に加え、「医療資源偏在への対応」「医療の質の変化への対応」や、これらの前提となる「地域医療についての県民理解の促進」も必要となる。

それらの施策を体系的に示すと以下のとおりである。



(1) 医師不足への対応

ア 医師を増やす

(7) 医学部の設置

県が自ら地域医療を支える医師の養成に関わることが、医師不足の解決策の1つとして考えられる。

ただし、国は現在、医学部新設について判断を示していない。

また、1学年100名で、800床規模の附属病院を有することは、県の財政としても初期投資、運営交付金が大きな負担となる。学生を指導する教員の確保も大きな課題である。

このため、県内に新たに医学部を設置する場合には、本県で不足している、または需要が増加する、県民ニーズが高い機能について重点的に人材育成と機能の整備を図ることが求められるのではないかと。

なお、医学部を設置しても、一人前の医師の育成には10年以上の時間がかかること、医学部で育成できる医師の数は100人程度であること、卒業生の県内残留率（初期研修）は大学により20%台%から90%を超えるところまで幅があることなどから、県内の医師数確保に与える効果についてはさらに慎重に検討する必要がある。

以下では、上記を前提にしつつも、県内に新たに医学部を設置すると仮定した場合に考えられるオプションの例を示す。

① 医療特区等を活用して、機能を絞った医学部/附属病院を設置

今後県内で必要または不足すると想定される機能に可能な限り限定した、「コンパクトな医学部/病院」について、特区等を活用して実施するということが考えられる。

- | | |
|----|------------------------------------|
| 例1 | 地域医療（プライマリーケア、かかりつけ医機能）に特化した医学部/病院 |
| 例2 | 災害医療や救急医療を重点強化した医学部/病院 |
| 例3 | 高齢化を見据え、在宅医療や認知症医療に特化した医学部/病院 |

② がん医療に特化した医師を育成する医学部の設置

上記とも関連するが、現在県立がんセンター新病院の工事が進んでいる。このハードを生かすことを前提に、具体的にはこの病院に教育的な要素（医学部）を併設し、がんの専門人材の育成を図る。県内においてもがん患者が増加することが考えられることから、県の対がん計画と連携し、二次医療圏におけるがんの予防、診断、治療を支援していく医師の養成を図る医学部設置も考えられる。

※ただし、①、②ともに全診療科から隈無く出題される「医師国家試験」の在り方など医学部教育と併せ、制度全般の改正を含めて検討する必要がある。

(4) 医療資源の県内誘導

① 総合病院及び大学院の誘致

大学病院の分院を誘致し、そこで働く医師を確保することがアイディアの1つとして考えられる。また、大学病院分院の中に講座を設置する

ことで、研修医への魅力づくりをすることも考えられる。

これは、医学部設置よりも大学院の講座開設の方が、認可基準のハードルが低いことが第一に挙げられる。また、単なる臨床研修指定研修病院よりも研究設備が充実していることが、付加価値（魅力）となり、研修医を呼び込みやすくなる可能性も考えられる。

誘致に際しては、2次、3次医療への貢献など公的な役割を果たすことを条件に、行政が必要な支援を行う必要がある。県内でも地域により、医療ニーズや必要な支援の条件が異なるため、複数地点で誘致のためのマーケティング調査を行う必要がある。

なお、病院の県内誘致、県内進出にあたって、基準病床制度に基づく病床規制が支障となるケースが考えられる。基準病床数は昭和60年当時で作られた規定がそのまま生きていて、やや西日本に厚く東日本の方が薄いベッド数の規定になっている。また、総枠（ベッド総数）だけ決められており、それぞれの必要なベッド数を加算した枠組みが出来ればと考えられる。

② 他都県(特に東京都)で勤務する医師の県内へのリクルート

本県出身者で、50歳代の医師を県内にリクルートすることが考えられる。

専門医指向の医師であっても、年齢と共に判断力や視力、体力が低下する。具体的には夜間の当直や救急医療、外科手術等に不安を覚えるのがこの年代である。家族構成も子供が就職する頃の年齢であり、生活のライフスタイルや必要となる収入にも変化が現れる時期でもある。特に東京都は、医学部の数も多く、1学年あたりの定員も、直近では合計で200名程度の定員増となっている。本県と隣接しており、第一優先で検討すべきと考えられる。

このような医師に対して、県内での開業や地域医療を担う市中病院への就職を県で斡旋することが考えられる。当然それなりのメリットやインセンティブ（社宅、開業支援費、患者、スタッフ募集）についても県で支援する必要がある。

(ウ) 医師(研修医含む)の確保

特に不足する小児科、産科、救命救急センターについては、非常勤医師の確保や処遇(手当)を含めた勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することが必要である。

平成25年度に、医師のキャリア形成支援や医師不足病院への支援など総合的な医療人材確保対策を実施する「総合医局機構」の設置を予定している。機構を有効に活用し、後期研修医の確保や女性医師の復職支援などを進めていく必要がある。

機構には、将来「地域医療教育センター(仮称)」を設置することも想定しており、さいたま新都心医療拠点という立地条件もあり、一層研修医を呼び込みやすくなると考えられる。

現在行っている、自治医科大学卒業生の採用や研修医への研修資金貸与などは引き続き実施していく必要がある。

【各年度の貸与実績と 25 年度貸与枠】

	H21	H22	H23	H24	H25
臨床研修医研修資金 () は新規		(9 人)	14 人 (9 人)	11 人 (7 人)	25 人 (5 人)
後期研修医研修資金 () は新規	(16 人)	29 人 (19 人)	31 人 (14 人)	26 人 (12 人)	35 人 (20 人)

平成 25 年 1 月末現在

(I) 医学生の誘導

県内高校から毎年 200 人程度の卒業生が、東京など他都県の医科大学に入学している。高校生に対して、将来、地域医療に従事する志を養成することは、将来の本県の勤務医確保に一定の効果が期待できる。

現在行っている、地域枠医学生や県外医学生への奨学金貸与などは引き続き実施していく必要がある。

【各年度の貸与実績と 25 年度貸与枠】

	H22	H23	H24	H25
地域枠医学生奨学金 () は新規	(5 人)	15 人 (10 人)	25 人 (10 人)	35 人 (10 人)
医師育成奨学金 () は新規			〔新入生 5 人 5・6 年生 9 人〕	〔新入生 10 人 5 年生 5 人〕

平成 25 年 1 月末現在

イ 医師の仕事減らす

(7) コメディカルの活用

医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護職員など多職種が互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートする体制を構築する必要がある。

(参考：ナース・プラクティショナー (NP))

アメリカ合衆国等では、上級の看護職には、ナース・プラクティショナー (以下、NP) として、医師の補助のほか、一定レベルの診断や治療などを行うことが許されている場合もある。初期症状の診断、処方、投薬などを行うことが可能である。(州法によって異なる)

日本の医師法は、医師・歯科医師以外が、診断や薬剤の処方などを行うことを認めておらず、現状では NP に相当する職種は存在し得ない。

社団法人日本看護協会は 2010 年 2 月 18 日、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」に対し、「医師との連携・協働の下に自律して一定の医療行為が行える看護師 (以下、日本版ナースプラクティショナー) の創設・法制化」「保健師の役割拡大」について提言した意見書を提出した。

特定看護師＝日本版 NP についても「患者の安全性の確保」「医師の過重な負担の解決」「在宅や介護保険施設での看護師の役割への期待」などの観点から、法改正を視野に入れた検討を進めることが喫緊の課題として提言した。

2008年(平成20年)4月、大分県立看護科学大学大学院の修士課程において、老年及び小児のナース・プラクティショナー養成教育が始められている。

ナース・プラクティショナーは法制化までは至っていないものの、解禁されれば、埼玉県内に勤務する看護師をNPとして育成し、医師の業務の一部を代替することも考えられる。

(イ) 在宅医療の推進

疾病構造の変化や高齢化、患者のQOL(生活の質)の向上を重視した医療への期待の高まりにより、在宅医療のニーズが増加・多様化している。

在宅医療を支援するため、「病院からの退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「在宅における看取り」を担う機関相互の連携を強化する必要がある。これらの機関は医療・介護・福祉にまたがる広範なものであり、地域に身近な保健所が連携強化に積極的な役割を果たす必要がある。

取組の推進に当たっては、現状の各機関の機能や連携の状況を十分に把握し、それぞれが情報を共有して、顔の見える関係づくりから始める必要がある。その上で、がん患者、認知症患者などの在宅医療体制づくりからスタートし、順次包括的なシステムを構築することが効果的かつ効率的と考えられる。

また、在宅医療にICTを活用することで効率化が期待されており、2010年秋から東京都と宮城県で行われた実証実験の検証結果を踏まえた導入の検討も必要と考えられる。

現在行っている、連携拠点の整備、在宅医療支援診療所の拡大などは引き続き実施していくことが必要である。

在宅療養支援診療所	455か所(平成25年1月1日現在)
-----------	--------------------

(ウ) 疾病・介護予防

「健康長寿プロジェクト」としてモデル地域において実証実験が行われている。科学的なエビデンスに基づく効果的なプログラムを開発・普及し、予防、健康づくりを推進することが期待される。

現在行っている特定健診受診とこれに基づく保健指導の促進、がん検診の受診促進などは、保険者と連携しながら引き続き実施していくことが必要である。

(イ) 適正な受療行動の推進

「コンビニ受診」と言われる夜間や休日の安易な受診は病院勤務医の勤務環境を悪化させる要因となっている。こうした認識の県民への共有を図り、小児救急電話相談#8000の普及などを通じ、適正受診を推進する必要がある。

また、近年、終末期医療において、延命治療の範囲を患者自身が指定する「事前指定書」などの取組が生まれている。国においても「尊厳死

法制化を考える議員連盟」で患者の意思に基づいて延命措置をとらない医師を免責する法案の提出を目指す動きがある。

(2) 医療資源偏在の是正

ア 診療科による医師偏在を解消する

(7) 医局機能の確保

平成 25 年度に、医師のキャリア形成支援や医師不足病院への支援など総合的な医療人材確保対策を実施する「総合医局機構」の設置を予定している。機構を有効に活用し、診療科による医師偏在の解消を進める必要がある。

(4) 小児・周産期・救急医療への緊急対応

本県においても、小児科医の退職により一部病院において診療科が休止されるなど、いわゆる医療崩壊の危機が生じた。特に不足感の高い小児・周産期・救急医療については、医師の退職が残った医師の勤務環境を悪化させ、さらなる退職を誘発する負の連鎖に落ち込む恐れがある。これらの診療科においては、非常勤医師の確保や処遇(手当)を含めた勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援することが必要である。

また、現在、NICU は必要数の 6 割程度しか稼働していない。ハイリスク妊産婦の救急受入は、多くを東京都をはじめとする他都県に頼る不安定な状態に置かれている。今後 NICU の整備を予定しているものの、当面は他都県との円滑な連携を確保する必要がある。

イ 地域による医師偏在に対応する

(7) 〇医局機能の確保

総合医局機構を有効に活用し、地域による医師偏在に対応する必要がある。

(4) 公による医療資源の充実

民間病院の進出が期待できない県北地域においては、県立病院をはじめ公的病院を活用し医療資源の確保を図ることも検討する必要がある。

現在行っている、寄附講座等による医師派遣などは引き続き実施する必要がある。

(7) ドクターヘリや ICT の活用

秩父地域の医療資源は極めて不足している状態にある。地域内の医師確保を引き続き支援するとともに、ドクターヘリの運航などにより他圏域への搬送体制を強化することが必要である。

また、大学病院及びその教育関連病院と連携し、放射線医や病理医、救急専門医等に遠隔画像診断や読影などで地域医療の支援を依頼することも考えられる。

利根地域においては、平成 24 年度から医療連携ネットワーク「とねっと」の運用を開始している。その効果を検証し、一層の効果的な運用を図ることが必要である。

(3) 医療の質の変化への対応

ア 超高齢化や医療の高度化に対応できる医師を養成する

(7) 〻医学部の設置

高齢者数が増加することで医療需要は増大するが、その際に求められる医療の内容は、若年者が多数である時代に必要とされた医療内容とは必然的に異なるものになる。

これまでは病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、今後は病気を抱えつつ生活する患者を「支える医療」の視点が求められる。このような「治し支える医療」においては、医療従事者と患者・家族の連携・協働が重要である。

医師に対しても、今後は高齢期に特有の疾患または合併症を有した患者を診ることが求められる。疾患としては、がん、脳血管疾患、高血圧、糖尿病（糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症を含む）、大腿骨骨折、認知症、パーキンソン病、慢性関節リウマチ、変形性関節症、白内障、加齢黄斑変性などが増加するものと考えられ、これらの疾患に関する診断・治療・手術・リハビリテーションなどを専門とする医師が必要となる。

さらに、生活習慣の改善指導やリハビリテーション、在宅医療、介護との連携、看取り・終末期医療などに対するニーズが高まり、高齢期の心身の特性を理解した上で患者本人の生活習慣や価値観なども考慮しながら総合的に患者を診ることができる医師が求められる時代になると考えられる。その際には、高齢期の認知特性に合わせたコミュニケーションスキルや患者・家族と対等な関係を築く姿勢などもこれからの医師が身につけるべき素養となっていくことが予想される。

一方、現代において医療技術の進歩は目覚ましく、特に遺伝子や iPS 細胞といったバイオテクノロジー分野は、コンピューターの情報処理能力の向上もあって急速に進展しており、遺伝子治療は既に臨床研究段階に、iPS 細胞治療は 10～20 年後の実用化が視野に入っている段階にある。

また、IT 技術等工学分野の技術の進展により、医療においても電子化やロボット化が進んでいる。手術支援ロボット da Vinci (ダ・ヴィンチ) は 2012 年 4 月から前立腺がんの全摘出手術に対して保険が適用されることとなり、今後のさらなる普及が見込まれている。さらに、将来的には遠隔医療やマイクロマシンによる治療などが実用化されることが期待されている。

今後の医療人材は、このような新しい学問領域や新しい技術についても精通していることが求められると考えられる。

医学部設置の検討に当たっては、こうした超高齢化や医療の高度化に対応できる医師を養成する観点も必要となる。

さらに、国では医学部新設と併せて、メディカルスクールについても検討していくとしている。メディカルスクールとは、米国やカナダなどで設置されている医学教育機関を参考に、一般の大学卒業生や社会人を対象にした 4 年制の大学院で、診療チームのメンバーとして現場体験するなど実践を重視した大学である。

我が国でも 2005 年度あたりから各地で検討が進んでおり、東京都、病院団体協議会、聖路加国際病院、亀田総合病院等が検討を行っている。

医師不足の解消といった視点だけでなく、豊かな教養と多様な経験を踏まえ、患者とのコミュニケーションを図れる医師を養成することや、臨床のリーダーや国際的に通用する医師の育成を目指すこととされている。今後の医師養成機関の検討に当たっては、医学部新設のみでなくメディカルスクールも視野に入れて、幅広く検討を進める必要がある。

(1) ⑧ 医局機能の確保

平成 28 年度には、「総合医局機構」に医療従事者の教育訓練を行う「地域医療教育センター（仮称）」を設置することも視野に入れている。こうした整備を進め、医療の質の変化に対応できる医師の育成を進める必要がある。

さらに、大学病院の分院の誘致と併せ、大学院を開設し、超高齢化や医療の高度化に関する講座を設けることで、研究医や研修医を確保することが期待できる。

(4) 地域医療についての県民理解の促進

ア 県民総ぐるみで医療を守り育てる気運を醸成する

(7) 県民と医療機関・県による協定

これまでの述べてきた施策を進める前提として、県民（医療受給者）と医療提供者、行政が本県の医療事情や対応策について共通の認識・理解を持つことが不可欠である。

特定の医療分野や医療人材を「公共財（コモンズ）」と位置づけ、県民全体で守り育てるための協定を締結して、各主体がやるべきことを宣言し実践する、医療分野での「共助」の取組を進める必要がある。

9 本県に求められる医学部像

本県に求められるのは「時代の要請を踏まえた発展性のある医学部」である。

超高齢社会を展望した教育を行い、輩出した医師は地域医療に積極的に貢献するものでなくてはならない。また、本県における超高齢化はそう遠くない将来に訪れる。医学部新設で今後の本県における地域医療課題に対応することを考えた場合、医学部や附属病院をいかに短時間で整備するかが大きなポイントとなる。

設置の形態も、既存医学部のように医学部と附属病院を同じ学校法人が設置管理し、同一敷地内に整備するものではなく、既存資源（病院群）の活用や機能の柔軟な拡張が図れるような、21世紀にふさわしいものでなければならぬ。メディカルスクール構想も含めた幅広い検討が求められる。

国が医学部新設に判断を下さない中では、当面優先的に、総合病院の誘致に取り組み、医学部設置を見据えた環境整備を進めるべきであると考えられる。

(1) 時代の要請を踏まえた医学部

これまで述べてきたとおり、本県では今後一層の高齢化の進展が見込まれ、しかもそのスピードと量は、人類が経験したことのないものである。複数疾患などにも対応できる総合診療や看取りの問題を含めた医療体制の拡充が望まれる。

このため、本県には特に、「超高齢社会に対応した『高齢者医療』に重点を置いた医学部」が求められると考えられる。設置方法となればスピード感を持つ一方、団塊ジュニアの後期高齢者入り（2050年）を見越した中長期的な視野も持つ必要がある。

本県は現在でも人口10万人当たりの医師数が全国一少なく、今後の医療・介護ニーズの増加などによる医師不足の懸念が全国でも高い県である。医師の確保や定着は現在及び将来の課題である。

また、医師の地域偏在や診療科偏在は本県に限らず全国的な問題である。今後設置する医学部には、全国的な医師不足、地域偏在の解消等も視野に入れた機能を持たせることが望まれる。

本県は平成25年度に設置を予定している「埼玉県総合医局機構」の運営に県や県立大学が深く関与することを予定している。将来的にはこの医局機構を活用するなどして県が積極的に医療施策を行うことができるよう「行政との強い連携による医師の地域偏在等の解消に資する医学部」が求められると考えられる。

(2) 発展性のある医学部

医学部は、昭和56年に開学した琉球大学以来、新設されていない。

これまで、文部科学省は大学設置基準で医学部には附属病院を必置とし、その運用において附属病院は医学部に隣接した総合病院とされてきた。

現在、国は医学部新設について検討中であるが、新設を認める場合、昭和56年以降の医療を取り巻く環境変化を踏まえた大学設置基準やその運用の見直しが期待される。

具体的には、医学生の実習機能を一つの附属病院でなく、誘致した総合病院や県立病院や民間の協力病院をネットワーク化した複数の病院群で

行えるようにすることで、既存資源の有効活用やその後の環境変化に応じた拡張や再編が図れるようにすることが適当と考えられる。

本県では、平成25年度に県立がんセンター新病院がオープンし、平成27年度にはさいたま新都心に県立小児医療センターとさいたま赤十字病院、さらには埼玉県総合医局機構などの付加機能を備えた医療拠点の竣工を予定している。ネットワークを活用した実習を実現すれば、これらの施設を最大限に活用することが可能となる。

さらに、国では医学部新設と併せてメディカルスクール構想が検討されている。メディカルスクールは米国やカナダにおける医師養成のための大学院制度である。米国等の大学は、日本の医学部に相当するものではなく、4年制大学の卒業生がメディカルスクールに進学し、4年間の教育課程を経て医師試験受験の資格を得る。日本においては導入について検討がされているが、ロースクール（法科大学院）制度導入の例から慎重論も多い。

メディカルスクールの利点として、大学で幅広い教養を身につけた学士が入学するので、医療に対する志の高い者に臨床実習を中心に教育できる点などが挙げられている。

メディカルスクールのもう一つの利点は、既存病院群が活用できる点で医学部（医師養成機関）の設置コストが低く抑えることができる点にある。また、メディカルスクール機能を備えた病院は、研修医など若手医師を引きつける「マグネットホスピタル」になると唱える研究者もいる。

本県に最適な医師確保策を検討するに当たり、新たな医学教育システムであるメディカルスクールを含めた幅広い検討が必要と考えられる。

(3) 「医学部」を見据えた環境整備

以上の「本県に求められる医学部」の実現に当たり、最大の課題となるのは、実習を行う病院とそこで働く医療従事者の確保である。しかも、それを早急に行う必要がある。

国が医学部新設に判断を下さない中では、当面優先的に、総合病院の誘致に取り組み、これを実現することで、医学部設置を見据えた環境整備を進めるべきであると考えられる。

10 おわりに

医療・介護ニーズの将来推計を正確に行うことは大変困難である。まして必要医師数の見込を行うことは欧米でも行っておらず、不可能であるとすら公言する研究者さえいる。

医学部調査・検討プロジェクトチームにおいては、この困難な課題について(株)三菱総合研究所の力もお借りして調査・検討を行った。

医療・介護ニーズは人口構成に影響されることは疑いようもない。そこで社会保障・人口問題研究所が公表している2035年まで市区町村別年齢別人口推計を活用し、2060年まで長期推計を行った。

県全体では2015年までに人口のピークを迎える。その後団塊世代や団塊ジュニアの影響を受けながら人口は減少する。大きな特徴は64歳以下の生産年齢人口や年少人口が大幅に減少する一方、老年人口（特に75歳以上の後期高齢者）はむしろ急増することである。これは、社会保障費の担い手が減る一方で、医療・介護ニーズが急増することを意味する。

医療・介護ニーズの将来推計は、上記の人口構成の変化に現状の「受療率」等を適用して行った。この単純化した推計については批判や疑問はあると思うが、むしろ恣意性を排除したシンプルな推計に基づき算出された結果に基づき、議論を行うことは重要であると考ええる。「エビデンス（証拠）やデータ」に基づく医療施策の重要性が唱えられているからである。

今回の調査結果から、高齢となることで発症する「認知症」や「要介護者」などは団塊ジュニアが後期高齢者になる年代まで増加することが明らかとなった。国などは団塊世代が後期高齢者となる「2025年問題」を唱えているが、それは問題の第1波に過ぎず、2050年いわゆる21世紀後半を見据えた医療・介護施策を考える必要がある。

必要医師数については、現状において、病院勤務医の10%が不足しているとする平成22年度の厚生労働省調査結果を基に、上記医療ニーズの伸びを考慮して推計した。

一部の研究者が唱えるように、医師の需給推計を「医師数」と「患者数（人口）」のみで考慮するのではなく、「医師自身の高齢化」「女性医師の増加」「勤務医の労働時間の適正化」を考慮すると、本県においては2050年でも医師不足となるおそれがあることが分かった。これは、医学部を新設し医師数を増やすことを含め、様々な施策を総合的に検討・実施する必要があることを意味する。

2025年まで残された時間は少ない。平成25年度は今年度の医学部調査・検討プロジェクトチームの調査・分析結果を踏まえ、以下の3点を重点的に検討する必要があると考える。

- ①医学部の実習病院化を見据えた総合病院の誘致の調査
- ②超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方
- ③時代の要請に応え、発展性を備えた医師養成大学院（いわゆるメディカルスクール）調査

〔参考文献〕

三菱総合研究所：医学部調査及び埼玉県内医療提供体制等将来推計業務報告書、平成24年。

高橋泰：地域の医療提供体制現状と将来－都道府県別・二次医療圏データ集－日医総研ワーキングペーパー、平成24年。

〔平成24年度医学部調査・検討プロジェクトチーム〕

役職	所属	職名
リーダー	保健医療部（保健医療政策課所管）	石川稔（副部長）
サブリーダー	保健医療政策課	三田一夫（課長）
構成員	企画財政部計画調整課	杉野勝也（課長）
構成員	企画財政部新都心医療拠点企画室	武藤彰（室長）
構成員	福祉部高齢介護課	沢辺範男（課長）
構成員	保健医療部医療整備課	井原正裕（課長）
構成員	病院局経営管理課	笠原実（課長）
構成員	公立大学法人埼玉県立大学事務局	小山有一朗（副局長）

（検討メンバー）

計画調整課	坂田主幹
新都心医療医拠点企画室	武田副室長
高齢介護課	斎藤主幹
医療整備課	中村副課長、武井主幹
経営管理課	塚田主幹
埼玉県立大学	大関部長、関課長

事務局（保健医療政策課） 唐橋副課長、池澤主幹、千野主幹、東主査

〔活動実績〕

平成23年	10月18日	調査・検討会議
	11月29日	県立大学視察同行
	12月20日	調査・検討会議
平成24年	2月9日	調査・検討会議
	5月24日	調査・検討会議
	7月9日	調査・検討会議
	8月24日	千葉大学附属病院高齢社会政策研究部との意見交換
	8月29日	政策研究大学院大学との意見交換
	9月5日	日本医科大学との意見交換
	9月20日	東北福祉大学、宮城県、仙台厚生病院との意見交換
	10月15日	調査・検討会議
	11月22日	調査・検討会議
平成25年	1月17日	三菱総合研究所調査結果報告会
	3月21日	調査・検討会議