

臨床研修医在籍状況等の推移

○医師臨床研修マッチング結果

区分 研修開始年度	臨床研修病院		大学病院		合計	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率
平成15年度						
平成16年度	3,193	41.2	4,563	58.8	7,756	100.0
平成17年度	3,784	47.3	4,216	52.7	8,000	100.0
平成18年度	4,184	51.7	3,916	48.3	8,100	100.0
平成19年度	4,148	51.2	3,946	48.8	8,094	100.0

○研修医在籍状況

区分 研修開始年度	臨床研修病院		大学病院		合計	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率
平成15年度	2,243	27.5	5,923	72.5	8,166	100.0
平成16年度	3,262	44.2	4,110	55.8	7,372	100.0
平成17年度	3,824	50.8	3,702	49.2	7,526	100.0
平成18年度	4,266	55.3	3,451	44.7	7,717	100.0
平成19年度						

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ

※※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含まない

都道府県別研修医在籍状況推移

都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成17年度 採用実績 ②	増 減 ②-①	平成18年度 採用実績 ③	増 減 ③-②	増 減 ③-①
北海道	288	319	31	302	△ 17	14
青森県	56	49	△ 7	50	1	△ 6
岩手県	38	65	27	75	10	37
宮城県	88	103	15	113	10	25
秋田県	61	63	2	71	8	10
山形県	56	58	2	56	△ 2	0
福島県	79	68	△ 11	82	14	3
茨城県	85	105	20	117	12	32
栃木県	119	114	△ 5	113	△ 1	△ 6
群馬県	119	88	△ 31	98	10	△ 21
埼玉県	118	177	59	216	39	98
千葉県	268	276	8	295	19	27
東京都	1,707	1,290	△ 417	1,323	33	△ 384
神奈川県	404	545	141	578	33	174
新潟県	89	91	2	87	△ 4	△ 2
富山県	59	54	△ 5	62	8	3
石川県	95	66	△ 29	55	△ 11	△ 40
福井県	48	31	△ 17	44	13	△ 4
山梨県	54	46	△ 8	41	△ 5	△ 13
長野県	104	112	8	109	△ 3	5
岐阜県	116	86	△ 30	100	14	△ 16
静岡県	109	146	37	178	32	69
愛知県	436	482	46	483	1	47
三重県	77	61	△ 16	64	3	△ 13
滋賀県	83	79	△ 4	66	△ 13	△ 17
京都府	411	312	△ 99	280	△ 32	△ 131
大阪府	689	588	△ 101	633	45	△ 56
兵庫県	310	282	△ 28	302	20	△ 8
奈良県	101	71	△ 30	61	△ 10	△ 40
和歌山県	68	56	△ 12	60	4	△ 8
鳥取県	51	40	△ 11	30	△ 10	△ 21
島根県	30	42	12	60	18	30
岡山県	146	134	△ 12	142	8	△ 4
広島県	181	143	△ 38	125	△ 18	△ 56
山口県	93	67	△ 26	61	△ 6	△ 32
徳島県	68	36	△ 32	46	10	△ 22
香川県	50	46	△ 4	46	0	△ 4
愛媛県	65	69	4	55	△ 14	△ 10
高知県	47	44	△ 3	36	△ 8	△ 11
福岡県	546	463	△ 83	469	6	△ 77
佐賀県	58	54	△ 4	43	△ 11	△ 15
長崎県	105	103	△ 2	88	△ 15	△ 17
熊本県	115	107	△ 8	90	△ 17	△ 25
大分県	54	47	△ 7	41	△ 6	△ 13
宮崎県	50	34	△ 16	35	1	△ 15
鹿児島県	91	87	△ 4	87	0	△ 4
沖縄県	81	127	46	149	22	68
計	8,166	7,526	△ 640	7,717	191	△ 449

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

都道府県別医療従事医師数等の推移

○都道府県別医療従事医師数の推移(平成10年～16年)

	平成10(A)	平成12	平成14	平成16(B)	B-A
全 国	248,611	255,792	262,687	270,371	21,760
北 海 道	10,990	11,540	11,898	12,201	1,211
青 森	2,487	2,516	2,564	2,522	35
岩 手	2,390	2,469	2,457	2,499	109
宮 城	4,350	4,481	4,620	4,765	415
秋 田	2,127	2,155	2,217	2,239	112
山 形	2,220	2,307	2,383	2,431	211
福 島	3,580	3,686	3,768	3,750	170
茨 城	4,087	4,248	4,312	4,483	396
栃 木	3,635	3,782	3,916	4,030	395
群 馬	3,805	3,858	4,071	4,094	289
埼 玉	8,031	8,447	8,932	9,454	1,423
千 葉	8,140	8,426	8,843	9,179	1,039
東 京	31,283	32,157	32,696	34,463	3,180
神 奈 川	13,778	14,195	14,503	15,209	1,431
新 潟	4,209	4,270	4,350	4,400	191
富 山	2,338	2,452	2,521	2,574	236
石 川	3,004	2,809	2,941	2,981	△ 23
福 井	1,636	1,685	1,699	1,752	116
山 梨	1,613	1,679	1,750	1,710	97
長 野	3,816	3,948	4,102	4,221	405
岐 阜	3,317	3,476	3,548	3,614	297
静 岡	5,946	6,223	6,467	6,639	693
愛 知	12,207	12,637	13,049	13,295	1,088
三 重	3,268	3,319	3,377	3,435	167
滋 賀	2,333	2,498	2,619	2,755	422
京 都	6,925	7,093	7,245	7,250	325
大 阪	20,154	20,586	20,914	21,563	1,409
兵 庫	10,576	10,879	11,223	11,569	993
奈 良	2,607	2,706	2,801	2,923	316
和 歌 山	2,382	2,472	2,548	2,602	220
鳥 取	1,573	1,615	1,651	1,709	136
島 根	1,747	1,807	1,850	1,895	148
岡 山	4,640	4,673	4,955	5,051	411
広 島	6,427	6,588	6,743	6,821	394
山 口	3,342	3,488	3,478	3,578	236
徳 島	2,188	2,222	2,261	2,296	108
香 川	2,405	2,482	2,486	2,542	137
愛 媛	3,294	3,363	3,432	3,444	150
高 知	2,097	2,128	2,185	2,197	100
福 岡	12,575	12,822	13,228	13,556	981
佐 賀	1,854	1,910	1,958	1,985	131
長 崎	3,638	3,637	3,747	3,924	286
熊 本	4,471	4,585	4,595	4,584	113
大 分	2,694	2,750	2,885	2,898	204
宮 崎	2,343	2,440	2,492	2,538	195
鹿 児 島	3,791	3,818	3,890	3,967	176
沖 縄	2,298	2,465	2,517	2,784	486

○都道府県別人口10万人対医療従事医師数の推移(平成10年～16年)

	平成10(A)	平成12	平成14	平成16(B)	平成10年を基準 とした平成16年 の伸び率 B/A
全 国	187.3	191.6	195.8	201.0	107.3%
北 海 道	184.5	192.2	198.0	203.6	110.4%
青 森	158.3	160.9	164.8	164.0	103.6%
岩 手	159.7	165.0	166.1	167.9	105.1%
宮 城	176.1	178.9	183.5	188.0	106.8%
秋 田	168.1	172.1	178.4	181.9	108.2%
山 形	167.0	173.5	179.4	184.2	110.3%
福 島	161.0	166.9	170.4	171.0	106.2%
茨 城	129.8	135.4	136.6	142.3	109.6%
栃 木	172.1	180.1	186.0	189.8	110.3%
群 馬	178.5	182.2	190.7	192.2	107.7%
埼 玉	112.1	117.3	121.8	129.4	115.4%
千 葉	133.3	136.4	141.9	146.0	109.5%
東 京	250.6	253.4	253.7	264.2	105.4%
神 奈 川	158.2	161.1	162.2	167.4	105.8%
新 潟	158.3	162.5	165.4	166.9	105.4%
富 山	195.3	204.2	210.4	213.6	109.4%
石 川	232.7	222.2	235.5	238.8	102.6%
福 井	187.6	192.5	193.6	202.7	108.0%
山 梨	172.4	179.4	187.4	186.8	108.4%
長 野	163.8	170.0	176.5	181.8	111.0%
岐 阜	150.4	158.8	161.7	165.0	109.7%
静 岡	152.8	160.0	164.8	168.5	110.3%
愛 知	165.9	170.0	172.8	174.9	105.4%
三 重	168.0	170.7	173.6	176.8	105.2%
滋 賀	167.2	175.7	180.8	189.7	113.5%
京 都	250.7	251.7	257.8	258.3	103.0%
大 阪	218.0	222.3	224.7	231.2	106.1%
兵 庫	185.6	187.5	192.6	197.3	106.3%
奈 良	174.2	180.1	187.7	196.7	112.9%
和 歌 山	212.7	221.8	230.5	236.8	111.3%
鳥 取	235.6	243.3	249.2	258.3	109.6%
島 根	216.4	225.1	230.6	238.1	110.0%
岡 山	225.3	227.7	240.9	246.3	109.3%
広 島	213.9	218.0	223.1	224.9	105.1%
山 口	208.6	217.1	215.3	224.1	107.4%
徳 島	245.4	250.1	258.7	262.4	106.9%
香 川	222.3	231.3	232.9	236.6	106.4%
愛 媛	210.5	216.4	222.1	223.9	106.4%
高 知	247.7	250.8	258.5	261.4	105.5%
福 岡	237.8	238.7	247.6	253.2	106.5%
佐 賀	199.1	205.9	214.0	216.4	108.7%
長 崎	226.4	226.4	234.8	247.2	109.2%
熊 本	229.5	233.4	235.3	235.4	102.6%
大 分	208.5	213.7	226.5	226.9	108.8%
宮 崎	191.2	196.9	201.7	206.9	108.2%
鹿 児 島	203.4	204.5	208.3	212.9	104.7%
沖 縄	168.7	177.2	179.5	196.3	116.4%

臨床研修制度の検討に関する規定

- 医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令
(平成14年12月11日厚生労働省令第百五十八号) (抜粋)

附 則

- 4 厚生労働大臣は、この省令の施行後五年以内に、この省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

臨床研修制度の検討に関する指摘等

○少子化社会対策大綱（平成16年6月閣議決定）（抜粋）

重点課題に取り組むための28の行動

(22) 小児医療体制を充実する

- ・ 病院小児医療の不採算、医師の過重労働等の構造的問題を解決し、子どもが地域において、いつでも安心して医療サービスを受けられるよう、救急医療体制を含め、小児医療の充実を図る。そのため、小児科・産科医師の確保・育成を図るとともに、小児医療についての診療報酬上の評価についても引き続き検討を行う。卒後臨床研修における小児科研修の必修化を踏まえ、小児科研修の充実を図る。研修科目全般の見直しの中で小児科を初期研修の基本研修科目とする方向で検討する。医療機関において臨床心理士、保育士など小児医療を支援する職種の十分な確保や、児童福祉、教育など関係機関との十分な連携体制の整備を図る。

○へき地保健医療対策検討会報告書（平成17年7月）（抜粋）

5 へき地・離島の保健医療サービスを担う医師を確保するための新たな方策

(4) へき地・離島での診療を動機づける方策

4) 臨床研修におけるへき地・離島の保健医療サービスの体得

- 現在は、保健所での研修を含む地域保健・医療については義務化されているが、一步進めて、へき地・離島の保健医療サービスを体得できるような研修プログラムづくりを促す必要がある。

○医師の需給に関する検討会報告書（平成18年7月）（抜粋）

4 今後の対応の基本的考え方

(5) 臨床研修制度の活用等

- 臨床研修制度により全ての医師がプライマリ・ケアのための基本的な診療能力を身につけることは、中長期的には専門細分化された非効率的な医療提供の解消に資するものであり、今後とも推進することが必要である。なお、臨床研修制度については、施行5年以内の見直しが規定されているが、それを待たずに地域別、診療科別の医師偏在緩和に資することができるよう、補助制度の見直しを含めて、適切な措置を講じることが必要である。また、臨床研修修了後のいわゆる後期研修において、特定の大学・病院に医師が集中しないような措置を検討することが必要である。

○新医師確保総合対策（平成18年8月31日地域医療に関する関係省庁連絡会議）（抜粋）

【制度創設等についての中期的検討】

<地域医療確保の観点に立った臨床研修プログラムの改善>

- 臨床研修については、「臨床研修に関する調査」の最終報告も踏まえ、秋以降開催予定の医道審議会臨床研修部会において、地域医療確保の観点に立った臨床研修プログラムの改善を検討課題の一つ位置付けて検討する。