

タイトル	北海道における医師偏在に関する地域経済学的検討
著者	清水, 芳行; SHIMIZU, Yoshiyuki
引用	季刊北海学園大学経済論集, 69(1): 19-42
発行日	2021-06-30

《論説》

北海道における医師偏在に関する地域経済学的検討

清 水 芳 行

1. はじめに

北海道において現在みられる医師偏在¹⁾は、明治初期に既にみられていた。1887年の道内医師配置についてみると、函館県、札幌県を含む札幌地方、根室郡、小樽郡といった都市部に全体の4割の医師が集中しており、また旧開地であった檜山、松前の医師数も多かった。一方で、その他多くの郡部の医師数はそれぞれひとりから数人程度であり、そこでの医療提供体制は極めて乏しいものであった²⁾。

この時期の医師偏在は、開拓の歴史に由来する。開拓使は、移民の医療対策を北海道の開拓の成否に関わる重点課題として認識し、開拓使庁が置かれた函館、札幌、根室を医療行政の拠点として位置づけていた。それぞれの都市に開設された基幹病院（函館病院・札幌病院・根室病院）を核に、各地方に官立病院を設置し、道内医療行政を掌握した。つまり、明治初期の北海道の医師偏在は、開拓を円滑に進めるために意図的に形成された「作られた医師偏在」であったと言える³⁾。

その後、この医師偏在は、「医師の自由開業制⁴⁾」を根源にしたものへと様相を変えていく。都市形成や人口動態、地域産業の盛衰にしたがい医師の集積地は異動し、現在では全体の約半数の医師が札幌圏に集中している⁵⁾。

本稿の問題意識は、「医師偏在問題」の未

解決に対する危機感である。この問題に対して、国や道は様々な政策的対応を講じてきたが、近年、都市部への医師偏在のさらなる進行から、道内の大部分を占める過疎地域の医療体制は崩壊に向かっている。このことは、医師の自由性を担保した医師偏在対策の限界を示している。また、医師偏在問題が地域社会の変容に対応する流動性を持つ医療問題であるとの前提に立てば、もはやそれは地域社会問題に包括されている。

本稿の目的は一義的に、北海道における医療提供体制に関連する諸事項について、時間的・空間的に検討することで、今後の医師偏在対策についての示唆を得ることである。

関連先行研究については、北海道の地域問題として小田（2013）、高原（2014）、医療政策の歴史として、島崎（2011）、中島（2017）道内の医学教育に関連して有末（1982）、医師不足、医師偏在問題として山田（2007）、武田（2010）、池上（2014）、堤（2017）、を挙げておく。

これらはそれぞれ、本稿の課題である「道内地域経済の変化を通じて人的医療提供体制の変遷を時間軸上で捉えることで、現在みられる医師偏在と過疎医療とが地域ごとにどのようなプロセスを辿って生じてきたのか」といった分析の論拠となるものである。しかし、本来「医療」と「地域」は密接な関係性を持ち、地域医療問題、特に過疎医療問題を論じる上では、地域人口と直結する地域経済の動

態を併せて検討する必要があると考えるが、先に挙げたこれら既存研究を含め現在までにそのような視点をもった研究は見受けられなかった。つまり、医療と地域経済とを関連付ける分析がこれまで行われてこなかったと言えよう。

そこで筆者は、北海道内で見られた次の現象に注目することにした。一つ目は、農地開拓の過程において産業組合(戦後は農協)等による農村医療が勃興したが、人口減少地域においてはその医療も去ってしまったこと。二つ目は、炭鉱地帯などでは地域開発の過程で大規模企業立病院が地域の主要な、しかも高度な医療供給体となったが、企業撤退に伴う企業立病院の廃止に起因した医療の空洞化が見られこと。三つ目は、戦後の景気拡大の中で医療供給が充実化する企業城下町の住民と、農業地帯など二次産業が発展しなかった地域の住民との間で医療格差が生じたため、その格差を是正するために自治体病院が次々と開設されていったことである。筆者は、調査においてこのような医療と地域経済の関係を察知できたことで、過疎医療問題は人口問題の奥にある「産業構造の変遷」と強く結びついていると推察したのであった。本研究ではこの推察にしたがって、医療問題と地域経済問題とを同軸上で関連付けて医師偏在の問題を分析することにしたのである。

本稿では新北海道史や主要病院の病院史、医師会史、道庁発行の統計資料などを基に、史実を確認し整理する。また、各地域における医師の動態と地域産業の構造変化とを関連付けることで、医師偏在問題に対する新たな視角を提示したい。

本稿の医師偏在問題に対する立場は、それを解決することで今後の地域医療の持続的展開に寄与するといった点において、現在、国や道が進めようとしている新たな枠組みの医師偏在対策⁶⁾と相違はない。しかし、次節からの検討に先立って強調しておくべきは、医

師偏在問題は医療政策だけでは解決困難な社会問題であるといった認識の必要性である。

本稿の構成については、はじめに道内における医療の成り立ちと医療提供体制の変遷について、明治から大正、昭和初期にかけて順に整理する。また、医師偏在問題との関連が深い道内医師養成の歴史や医師配置問題についても検討する。最後に高度経済成長期以降における道内各地域の経済、産業就業の動向と医療の動態とを関連付けて考察する。

2. 明治期における道内医療の成立と発展

北海道において西洋医学が発展をみせたのは明治開拓期以降のことである。

北海道医療の成立過程における特徴としてまず挙げられるのは、医療が開拓の成功にとって欠かすことのできない要素のひとつであったことから、当初から医師派遣や医療行政などについては中央に所轄されていたことであろう⁷⁾。また、明治中期にかけては、開拓使やそれに続く3県1局時代、道庁設置といった行政組織の度重なる再編が、道内医療機関の配置や統廃合、経営主体の変更といった医療提供体制に影響を与えたことも特徴的である。道内各地に設置された官立病院は、開拓使の抱える財政的問題などを要因にやがて廃止・統廃合され、その多くは公立化された。また、道内において医師が増加した明治中期以降は、開業医院、私立病院が増加し、医師の自由開業制を背景にこの時期には既に医師の都市集中がみられた。このような明治期における医療の成立、発展の経過は、現在の道内医療に対し少なからず影響を及ぼしている。

(1) 開拓使の医療行政

明治初頭における北海道の医療は、開拓政策上重要な課題として捉えられていた。北海道の開拓が、気候風土の異なる本州からの移

民に依存しなければならなかったことから、医師の確保・派遣や病院建設、医師の養成および教育が急務であった⁸⁾。

開拓使は、まず函館病院を開拓使直轄病院として位置づけ、中央との顕密な連携体制を構築した。大学東校（現在の東京大学医学部の前身）の管轄下において、北海道の医療政策、特に医師派遣については早くから協議され、1869年頃から北海道医療の拠点として位置づけられた函館病院をはじめ、根室、宗谷、石狩、札幌、小樽などの各病院に医師が派遣された⁹⁾。

その後、1870年に東京の開拓使本庁が廃止され函館出張所が本庁となったと同時に、函館病院は大学東校の管轄となり、大学東校は全道の病院（函館・札幌・小樽・石狩・宗谷・根室・別海）を統括し、医師の人事を掌握した。医師の役職や待遇等についても、医師側に優位な交渉がなされていたようである¹⁰⁾。しかし、翌1871年11月には、函館病院は大学東校の所轄を離れ、再び開拓使の所轄となった。これは、同年7月に実施された中央の行政・教育機関改革により文部省が設置され、大学東校が文部省直轄の医学教育機関となったことと関連があるとされるが、いずれにしても当時の開拓使行政の混乱が、北海道の医療政策について影響を与えていたことは明らかであろう。また、同年5月に開拓使本庁が函館から札幌に移転して札幌開拓使庁が設置され、函館および根室に開拓使出張所が置かれたことは、その後北海道の医療の拠点が函館から札幌へと移行する契機となった。

札幌では、1870年1月に札幌元村仮病院が発足し、当時本格化していた札幌本府建設に従事する官員、人夫、職人等に対する医療活動の中心となった。しかし、農家の納屋を改造した程度の仮病院では増加する患者に対応することが次第に困難となり、同年11月、東創生町の官舎を札幌仮病院とした。翌

1871年6月、札幌仮病院は1棟40坪の入院室の新築と、従来の仮病院部分の増築をもって、札幌病院としての新たなスタートを切った。このように頻繁に変更される開拓使の組織構造や札幌本府建設といった政治的背景が、北海道における初期の医療展開に影響を与えた。

1872年になると開拓使10年計画が策定され、開拓事業の多角的展開が図られた。札幌開拓使庁を札幌本庁と改称し、函館、根室、宗谷（後に留萌支庁に移転）、浦河、樺太に支庁を設置した。

医療政策については、全道各地への官立地方病院の設置が推進された。当時の各本庁・支庁管下官立地方病院と基幹病院（札幌病院、函館病院、根室病院）との関係性は、地方病院の薬品、医療機器、事務処理等を基幹病院が管掌していたことから、基幹病院を頂点としたピラミッド型医療体制が構築されていたとされる¹¹⁾。

その後、開拓使の財政不足から移民に対する官費治療が事実上廃止され、開拓使は地方分署を徐々に整理するとともに、官立地方病院を統廃合する政策をとった。1877年に21あった官立地方病院のうち8病院が廃止され、その廃止された官立病院を母体とする公立病院が設立された。このような行政組織の再編あるいは財政難を背景とした病院の廃止、統廃合、経営母体の変更に至る構図は、現在の北海道医療においても共通してみられる現象である¹²⁾。

北海道におけるもっとも古い公立病院は、1877年5月に古平、美国、積丹の3郡が協議・拠出し、官立病院の建物を利用し設立した古平公立病院である。その後は道内各地に公立病院の設立が相次ぎ、開拓使時代に設立された公立病院は札幌本庁管下で8病院、函館支庁管下で15病院と1出張所、根室支庁管下で2病院であった。また、1880年7月には、北海道初の私立病院として忍路病院が

設立された。後志国忍路郡忍路村は 1873 年の官立忍路病院廃止以降無医村となっており、住民の医療は小樽・余市病院に頼らざるを得ない状態であった。そうした状況の中、1879 年に忍路港に入港した商船からのコレラ発生・蔓延を契機に、有志が拠金し病院が設立されたのである。

このように、開拓使 10 年計画において北海道の病院設置は官主導で行われ、地方各地に官立病院が設置されたが、行政組織の再編や財政難などにより、短期間で多くの官立病院が廃止または統合された。このことは、開拓使の医療政策の失敗・迷走を意味しており、医療的に切り捨てられた地方においては、独自の医療展開の必要性から公立病院の設置に至ったと考えられる。ただし、医師の派遣や給与の支払い等については、札幌・函館・根室の各基幹病院や各支庁がそれぞれ担っていたことから、官の地方医療への影響力については継続されていたものと考えられた。

(2) 3 県 1 局から道庁時代にかけての医療

1881 年末で開拓使 10 年計画が満期となり、翌年 2 月に開拓使が廃止され、札幌、函館、根室にそれぞれ県庁が置かれた。3 県は開拓使から一般地方行政事務を引き継いだ、その他の官営事業は関係省庁に引き継がれ、官立病院についても同様であった。北海道の官営事業は新しい体制・組織で進められたが、各省庁間の調整の不備等から停滞したため、1883 年 1 月に官営事業の管理の一元化を目的として北海道事業管理局が設置された。しかし、中央政府の緊縮財政に伴い北海道も厳しい不況に見舞われたことなどから、官営事業の停滞は解消に至らずむしろ後退した。

こうした背景から、3 県時代になると官立病院の廃止が更に進み、1890 年には全て廃止され、その代替として各地に公立病院が設置された。この公立病院の設置の際や医師の給与については、官費補助が与えられた。また、地方の医師不足に対応するため、「町村

表 1 明治期における経営主体別病院数

年次	官立	公立	私立	計
1869	2	—	—	2
1873	40	—	—	40
1877	33	1	—	34
1881	37	13	1	51
1887	12	52	7	71
1891	—	54	15	69
1895	—	46	16	62
1899	—	33	29	62
1903	—	24	39	63
1907	—	20	71	91
1911	—	12	110	122

出所：『北海道医師会誌』

医設置規則」(1885 年)や「限地開業医制度」(1884 年)により、官立病院廃止後の医療過疎地域や新開地への医師の招聘や定着を図る措置が取られたが、十分な効果が得られず、医師不足や医師の都市偏在は解消されなかった。

北海道庁設置(1886 年)以降の病院の設置母体については、官立病院の完全廃止に続き、公立病院の統廃合による減少が顕著で、代わりに私立病院が増加した(表 1)。特に 1899 年頃から私立病院数が著しく増加し、その後 10 年間で 3 倍以上となった。この私立病院増加の要因は、それまで公立病院で勤務していた医師の開業や拓殖計画の推進による新開町村での新規開業者の増加などによるとされている¹³⁾が、その詳細は不明である。いずれにしても、私立病院の多くは札幌、函館、小樽の都市部およびその周辺、また当時の産業発展地域に集中し、医療過疎地域の医療充実や無医村の解消には至らなかった。

(3) 道内における医師養成および医師数の推移

先に述べたように、開拓使は北海道における医療の発展を重要な課題として位置づけ、医師の招聘、派遣については大学東校との連携の下で積極的に推進するとともに、函館および札幌に設置した医学校での医師養成に着手した。

表2 医師資格別数の推移

年次	各学校卒業	試験合格	奉職履歴	従来開業	現地開業	計
1887	15	51	92	204	6	368
1892	57	108	87	238	11	501
1897	60	160	62	202	14	498
1902	140	236	70	197	13	656
1907	231	372	58	202	13	876

出所：『新北海道史 第四巻 通説三』

函館医学校は1872年8月頃、米国人外科医エルドリッジにより開設され、その後、比較的短い周期で廃校と設置を繰り返し、官立函館医学教授、函館病院仮医学所、函館病院医学所、函館病院附属医学講習所といった医学教育体制の変遷を経て、最終的には1890年に廃校となった。また、札幌仮医学所は1873年1月に開校式が行われ、1期生は官費、自費含む27名であった。しかし、翌1874年3月には、開拓使の財政悪化のため廃校となった。

このように、明治初期における道内での教育政策は失敗し、その後1922年4月に北海道帝国大学医学部において講義が開始されるまでの約50年間、いくつかの医育機関設立の動きはあったものの実現せず、道内教育機関において系統立った医学教育が行われることはなかった。また、3県1局時代の1885年からは、札幌県が県費補助給付により毎年5名を金沢医学校に派遣する形での医師養成を開始した。これは、医学校卒業後に道内において医業に従事することを誓約することを条件としたもので、現在、道内では札幌医科大学、旭川医科大学が導入している「地域枠入学制度」に類似したものであり、この時期にすでにこのような医師不足解消策が講じられていたことは興味深い。ただし、この制度はその後の3県廃止とともに消滅した。

当時の医師資格については、1904年制定の医師法により医学学校卒業者で資格試験を経たもの以外は医師になることができなく

表3 道内医師数、単位人口対医師数の推移

年次	医師数	医師1人対人口	人口1万人対医師数
1887	367	973	12.1
1892	501	1,017	10.7
1897	498	1,579	7.0
1902	656	1,594	6.5
1907	876	1,587	6.8
1912	1,057	1,582	6.3

出所：『北海道衛生誌』

なったが、それ以前からの制度により、医術開業試験に合格したもの、奉職履歴により免許が与えられたもの、限地開業のもの、などが混在していた(表2)。

各学校卒業者は、1884年では15人であったものが、1897年には60人、1907年には231人と急増しているが、この時期北海道には医学学校が存在しなかったため、これらのは多くは道外からの移住医師、他地域の医学校卒業者、官主導の派遣医師などであったと推測される。

次に、明治期における道内医師数、単位人口あたり医師数の推移について表3に示す。

医師数は、1912年時点において1,057人と1887年対比188.0%増加しており、一見すると道内医療提供体制は充実したようにみえる。しかし、人口1万人対医師数は1887年以降徐々に減少しており、人口の急増に対し医師配置の対応が不十分であったことが示されている。

明治期における道内の医師養成については、

表4 主要区・郡医師数の変遷

	1887年	1902年	増減率(%) (1887-1902年)
札幌区	18	36	100.0
函館区	69	84	21.7
小樽区	15	41	173.3
根室郡	17	12	▲29.4
桧山郡	20	19	▲5.0
松前郡	14	11	▲21.4
有珠郡	10	8	▲20.0
上川郡	0	66	-
空知郡	6	29	383.3
釧路郡	6	11	83.3
利尻郡	2	11	450.0
札幌郡	8	22	175.0
その他諸郡	138	306	121.7
計	323	656	103.1

出所：『北海道医師会誌』

開拓使設置早期から重点的に取り組まれてきたが、度重なる行政改革や組織改編、財政悪化などを要因としてうまくいかず、医師養成および医師派遣に関しては道外依存の状態が継続した。また、医療制度が整備され、医師の免許についての規制が厳格化された明治後期においては、人口の増加も相まって医師不足の深刻度は増したと言える¹⁴⁾。

(4) 医師および病院の道内配置

1887年および1902年道内主要区・郡における医師数を表4に示す。

医師総数についてはこの期間において103.1%の増加率であった。特に、札幌、小樽などの都市部や、炭鉱開発、農地開拓が進んだ空知、上川などでの医師増加が著しく、また依然として函館区の医師数が多い。一方で、かつての県庁所在地であった根室、旧開地である桧山、松前、有珠といった沿岸部では減少傾向を示している。

そして、この医師偏在傾向は明治後期にかけてさらに進行する。1913年の支庁・県別医師数を表5に示す。

当時、最も医師数が多かったのは上川支庁で134人、次いで空知支庁の125人で、この

表5 支庁・県別医師数(1913年)

支庁県役所名	医師数	医師1人あたり 人口
札幌支庁	50	2,054
空知支庁	125	1,847
上川支庁	134	1,679
後志支庁	96	2,079
檜山支庁	34	2,085
函館支庁	58	2,255
室蘭支庁	48	2,306
浦河支庁	22	1,793
河西支庁	38	1,967
釧路支庁	50	1,184
根室支庁	30	962
網走支庁	49	1,344
宗谷支庁	37	1,131
増毛支庁	43	1,750
札幌県	92	1,037
小樽県	68	1,361
函館県	95	956
合計	1,069	1,631

出所：『北海道衛生誌』

2支庁で全体の約4分の1を占めていた。また、都市部の札幌県、小樽県、函館県、およびそれぞれの周辺支庁においても医師の集積がみられ、それらの合計は全体の半数近くに上った¹⁵⁾。

また、病院の配置については、1886年時点では庁立の札幌病院、函館病院、根室病院を基幹として、日本海側および太平洋側沿岸部を中心に52の町村立病院が設置されていた。私立病院は岩内、有珠、留萌などのわずか7病院のみであった。

その後1913年になると、公立病院として札幌、函館、七重、寿都、月形、室蘭、釧路、厚岸、根室、紗那の10病院、私立病院は全道各地に130病院が開設されていたが、札幌(18病院)、函館(15病院)、小樽(26病院)、旭川(12病院)といった都市部への偏在が著しかった。また、空知には炭鉱病院をはじめとして16病院が開設されていた。診療科についても専門分化が進み、従来の内科、外科の他に、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、小児

科などの専門病院の開設がみられた。

(5) 明治期における道内医療のまとめ

本節の内容について簡潔にまとめる。

明治維新以降、開拓政策の重要課題として位置づけられてきた北海道における医療体制の構築は、度重なる行政改革や組織再編、財政難などにより難航した。医師の派遣や充足については、当初は大学東校との連携による基幹病院、官立病院への医師派遣制度が機能していたが、官立病院の段階的廃止やそれに伴う公立病院の設置と衰退、町村医制度の限界などにより、官による医師の人事権の掌握や医師配置についての権限継続が次第に困難となった。また、私立病院の急増や医師の都市部への偏在は、医師の自由開業制に基づいた経済現象の発現であり、すでに医療経済が社会経済活動に包括されていたことを示している。都市形成や産業開発に伴う人口集積地における医療が充実に向かった一方で、主に漁業に依存していた沿岸部の医療体制は徐々に衰退した¹⁶⁾。

道内においては、開拓に必要な社会保障としての医療行政が、医療制度の整備の過程において医師の自由性を根源とした経済性の強い医療へと変容し、その結果、地域間の医療格差を生んだと考えられた。

3. 大正から昭和初期の道内医療

この時期は、「医療の近代化」の時代と位置づけられる。道内においても、明治期にみられた医療供給の混乱が落ち着きをみせ、医療機関数の著しい変動はなくなった。また、1922年に北海道帝国大学医学部が開設されたことは、その後の道内医療の発展に大きな影響を与えた。全国的な「医療の社会化」の流れの中で、農村過疎地域における医療救済、農村医療の発展、自治体病院の開設がみられたことも、この時期の道内医療の特徴であった¹⁷⁾。一方で、明治期に既にみられ始めてい

た道内医療の地域間格差については、特に都市部-郡部間において更に拡大した。

(1) 当時の医療提供体制

1919年および1931年における支庁・市別医師数について表6に示す。

この兩年の比較において、最も医師増加率が高かったのは札幌市で159.2%の増加、次いで旭川市の71.8%の増加であった。また、函館市、小樽市、根室支庁においてもそれぞれ30%以上の増加率であった。一方、後志、網走、宗谷、留萌といった沿岸部では医師数が減少していた。また、1931年の医師実数については、札幌市の381人が最多で、空知支庁217人、函館市166人、旭川市146人と続き、当時の6市および空知支庁に所在した医師数は計1,129人となり、これは道内医師総数の60.2%であった。人口1万人対医師数について、1931年時点において1919年対比で増加していたのは、札幌市、旭川市、室蘭市、石狩支庁、空知支庁、檜山支庁の3市3支庁のみであった。札幌市の人口1万人対医師数が21.98人であったのに対し、最も少なかった上川支庁では3.23人と、実に7倍近い格差が生じていた。

こうした医師の都市偏在の進行は、北海道第二期拓殖計画によって開拓が進捗した十勝、釧路、上川、北見地方の移住住民の医療不安を惹起したため、移住推奨事業として拓殖医師、嘱託医師、拓殖産婆の配置といった医療政策がとられた。これにより医師が全道各地にある程度普遍的に配置されるようになるなど一定の成果を挙げたとされるが、一方で、拓殖医に対する生活環境の不備が、医師の新開地における長期的・継続的な勤務を困難にしたとの指摘もある¹⁸⁾。

医療機関数については、1929年時点において公立病院11、公立診療所2、公的病院1、公立結核病院1、公立精神病院1と、公立・公的病院の増加や専門分化がみられ、また新しく空知の町立岩見沢病院や浦河の町立

表6 支庁・市別医師数

	1919年		1931年		医師増減率(%) (1919-1931年)
	医師数	人口1万人 対医師数	医師数	人口1万人 対医師数	
石狩	56	4.97	70	5.36	25.0
空知	168	5.09	217	5.92	29.2
上川	91	4.05	86	3.23	▲5.5
後志	116	5.97	91	5.34	▲21.6
檜山	37	4.96	45	6.25	21.6
渡島	62	4.30	68	4.13	9.7
胆振	47	5.35	51	5.13	8.5
日高	23	5.12	27	4.43	17.4
十勝	70	5.90	82	4.38	17.1
釧路	66	7.73	30	3.97	▲54.5
根室	35	8.80	50	7.39	42.9
網走	103	5.67	83	3.55	▲19.4
宗谷	50	8.05	31	4.55	▲38.0
留萌	45	5.82	33	4.10	▲26.7
札幌市	147	14.90	381	21.98	159.2
小樽市	101	9.44	132	8.90	30.7
函館市	126	9.24	166	8.52	31.7
旭川市	85	12.63	146	18.69	71.8
室蘭市	38	6.50	46	8.21	21.1
釧路市	***	***	41	7.99	***
計/平均	1,466	7.1	1,876	7.1	16.8

出所：『新北海道史 第五巻 通説四』

浦河病院が開設された。私立病院に関しても、道内病院数155病院、道内病床数3,804床とともに大きく増加していたが、やはり都市部や空知への偏在が顕著であった。

(2) 道内における医師養成—北海道帝国大学医学部の開設と道内医療への影響—

1926年3月に初めての卒業生を送り出した北海道帝国大学医学部が、その後の道内医療に与えた影響は極めて大きいものであった。

有末(1982)が指摘しているように、北大医学部の開設によって医師の資質が著しく向上し、1919年には学校卒業業者である医師の割合は全体の55%であったものが、1931年には74%に達した。また、北大医学部開設以降、道内医育体制の整備が進み、北大臨時医専、樺太医専、道立女子医専(後の道立札幌医科大学)が次々と開設され、1977年には道内医育機関出身者は道内医師総数の

74.2%を占めるようになっていた。

また、昭和初期以降の北大病院医局の充実に伴い、地方医療機関、特に自治体立病院が次々と開設され、北大医学部出身者がその多くで病院長として地域医療を担った。具体的には、町立岩見沢、市立小樽、市立旭川、町立寿都、町立留萌、町立滝川、深川他八ヶ町村組合立(後の市立深川)奈井江協済、町立名寄、町立砂川、町立美唄など、新設公立・公的病院のほとんどを北大医局が掌握した。

さらに企業体病院として住友奔別、三菱大夕張などの炭鉱病院や室蘭の日鉄病院、北海道社会事業協会の札幌、小樽、函館、帯広、岩内、富良野の各病院、日本赤十字社の北見、浦河、伊達、小清水病院など、新設、増設された病院についても、北大医学部出身者を中心に運営された。また、1940年に結成された北海道農業協同組合連合会(後の北海道厚

生連)の上湧別, 遠軽, 沼田, 網走, 倶知安, 帯広の各病院についても北大医局からの医師派遣を受け運営された¹⁹⁾。

このように、北大医学部の開設以降、大学医局からの医師派遣により地方病院への医師配置が可能となり、医療の社会化に伴い急増した地方公立・公的病院による地域医療の発展に大きく貢献した。明治初頭、大学東校からの医師派遣に依存していた道内医療が、医師の質を担保した上で内発的な発展を遂げていく契機は、この北大医学部開設であったと言えよう。このような大学医局を医師供給源とした医師派遣システムは、開業医の都市偏在傾向を補完するものであったとも言えるが、一方で、大学医局と地方自治体、地方医療機関との間の主従関係を決定づけるものでもあり、医療政策上の医師配置が実現されたものと言うよりは、大学医局と地方との関係性による個々の政治的な要素が強いものであったとの見方もできる。

(3) 医師数の推移

1919年の時点で1,466人であった道内医師数は、1942年では2,085人と42.2%増加していた。同期間において最も増加していたのが札幌市で増加率270.1%、次いで工業都市の室蘭市で同102.6%、石炭産業および農業が発展した空知支庁が同69.0%と続く。また、農地開拓の進行により人口が増加した十勝支庁においても31.4%の増加率であった。一方、最も減少したのは宗谷支庁(減少率50.0%)で、次いで後志支庁(同37.1%)、檜山支庁(同29.7%)、留萌支庁(同24.4%)と、主に沿岸部での医療提供体制の縮小が顕著であった。

1942年の市・支庁別医師数については、札幌市が544人(全体の26.1%)と最も多く、次いで空知支庁284人(同13.6%)であった。また同年の都市部および郡部の医師数を比較すると、札幌、小樽、函館、旭川、室蘭、釧路の6都市の医師総数が1,086人で

あり、これはその他郡部計999人を上回っていた。

これら6都市部所在の医師の割合は、1925年で44.8%、1931年48.6%、1942年52.1%と漸増していることから、医師の都市偏在がこの時期更に進行したことがわかる。

(4) 小括

本節では、大正から戦前までの道内医療提供体制について検討した。

この時期は、医師および医療機関が比較的安定的に増加し、医療の社会化の潮流の中、農村過疎地域の医療提供体制についても、昭和恐慌以降、厚生連病院や自治体病院を中心として徐々に整備されていった。また、営利企業を母体とする空知の各炭鉱病院や室蘭の日鉄病院などが開設されたことは、その後の北海道における地域産業の盛衰と医療供給との関連性を検討する上でも重要である。さらに、厚生連による医療供給についても人口や産業構造の変遷との関連が深いことを含め、この時代の道内医療の動態は、その後の医療供給を地域経済と関連付けて考える場合に大きな意味を持つ。明治期の医療が北海道開拓に対しての政治的・政策的な要素が強いものであったとするならば、大正から昭和初期にかけての医療は、都市形成や開拓の進行に伴う社会の成熟に対応した医療であったと捉えることができる。

もちろん、このような道内医療の発展を可能としたのは、北大医学部の開設により道内での医師自給が可能となったところも大きい。先に述べたように、この時期以降、北大医局からの医師派遣により道内各地の基幹病院への安定的な医師供給が可能となった。医局所属医師の就業地選択の自由を医局による人事権の行使により事実上一部制限し、地方病院への派遣により地域医療を確立したことは、結果的に医療政策とは異なる方法で一部道内医療の普遍化が図られたことになる²⁰⁾。一方で、都市-郡部間における医師数の格差拡大

に着目した場合には、変わらず医師の自由開業制や、地域産業の動向と医療供給との関連性が強く示唆されるものと考えられた。

4. 日本における医師偏在対策—医師問題と医学部入学定員についての整理—

次節での道内医師配置と地域経済との関連性の検討に先立ち、日本における医師不足、医師偏在への政策的対応について、島崎(2011)、堤(2017)などに依拠しながら整理しておく。また、道がこれまでに取り組んできた医師確保対策、医師偏在対策についても検討する。

(1) 医師不足に対応する医療政策の変遷

日本における医師の養成数、即ち医学部入学定員の増減については、昭和40年代以降およそ15~20年の周期をもって変遷してきた。医師不足の社会問題化を背景として医師養成の量的拡大が図られるものの、一定期間経過後、医療費の抑制や医療供給の合理化についての要請、また、医師会側からの医療費の増大や医師の質の低下を中心とした医師過剰への懸念を契機として医学部入学定員の削減に政策転換されるといった経過を繰り返してきた。

医学部入学定員は、1961年の国民皆保険の実現以降、医療需要の増加に応じるために増員する方針がとられた。1973年に閣議決定された「経済社会基本計画」において、いわゆる「一県一医大構想」が打ち出され、この構想に基づき、1974年の旭川医科大学、山形大学医学部、愛媛大学医学部、筑波大学医学専門学群の新設を皮切りに、1981年の琉球大学医学部までの7年間で16校の国立医科大学(医学部)が計画的に新設され、構想は達成された。入学定員は、1965年度が3,560人、1975年度7,040人、「一県一医大構想」が実現した1981年には、新設医学部

および既存医学部の定員増を含め8,280名に達した。

しかし、この頃から日本医師会をはじめ医療関係者からの医師過剰への懸念、また医師過剰による医療費の増大への懸念などを背景として、医師数抑制の動きが活発化した。1982年には「今後における行政改革の具体化方策について」(閣議決定)に医師抑制の方針が盛り込まれ、その後、1986年6月には厚生省(当時)の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、将来医師が過剰になるとの推計から1995年を目途に医師の新規参入、つまり医学部の定員を10%程度削減すべきであるとの提言がなされた。その後、段階的に定員が削減され、1985年度の8,260人から1995年度では7,645人と7.5%程度の削減を実現した。

しかし、2004年度から実施された新たな医師臨床研修制度が、それまでの医師数抑制の議論を医師不足問題へと転換させた。同研修制度は、臨床能力の向上を目的にそれまで努力義務であった臨床研修を義務化する一方、研修医が自由に研修先を選び、病院側の希望や条件と突き合わせるマッチングが行われるものとなった。これにより、従来は多くの研修医が出身大学病院で研修を行っていたものが、勤務条件や研修内容がより優れている都市部の臨床研修病院を選択するケースが増加した²¹⁾。

こうした状況の下、大学医学部の医局は医師不足に陥った。そのため医局は、関連病院からの中堅医師の引揚げを余儀なくされ、結果的に地方の医療機関での医師不足を招いた。

また、次のような議論も抑えておく必要がある。

それは、病院勤務医の労働環境問題についてであるが、入院期間の短縮による医療密度の濃縮、医療安全への配慮、医療の高度化、患者の権利意識の向上などを背景に、2006年頃から病院における過度な医師の繁忙が指

摘されてきた。また、同年に発生した福島県立大野病院事件²²⁾は、医師が刑事訴訟の対象となるリスク、社会的評価の低下などを医師自身に改めて認識させるきっかけとなり、繁忙感や勤務に見合った処遇が得られないとの不満から、医師の退職が増加したとの指摘もある。つまり、新医師臨床研修制度の実施や医師労働環境の改善の必要性などの議論の高まりが、医学部定員増の動きに向かわせたといえる。

また、2006年7月の「医師の需給に関する検討会報告書」において、「すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにもかかわらず、人口に比して医学部定員が少ないために、いまだ医師が不足している県の大学医学部に対してさらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整をする必要がある」との見解が示され、これは単に医師数の増加を図るだけでなく、医師の偏在、特に地域における医師不足の解消を意図した、それまでよりも踏み込んだ内容であった。

その後、2006年8月「新医師確保総合対策」(地域医療に関する関係省庁連絡会議)、2007年5月「緊急医師確保対策」に基づき、暫定的な定員増が実施された。さらに、2008年6月に閣議決定された「経済財政改革基本方針2008」(いわゆる骨太の方針2008)においては、早急に過去最大程度まで定員を増員することとされ、医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保する観点から大幅な定員増が実施された。2007年度に7,625人であった入学定員は、2010年度8,846人、2015年度9,134人、2016年度9,262人、2017年度9,420人と増加の一途を辿った。

しかし、こうした流れに歯止めをかける提言が、2015年12月に日本医師会と全国医学部長病院長会議より出された。「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」と題された

この提言では、2008年度以降の医学部定員増を踏まえると、2025年頃には人口千人当たりの医師数がOECD加盟国の加重平均を超えること、医学生への学力低下が懸念されること、勤務医の過重労働が外来診療について徐々に軽減されていることなどを理由に、医学部の新設に強く反対している。しかし、結果的にはこれらの主張を退ける形で、2016年4月に東北医科薬科大学、2017年4月には国際医療福祉大学医学部の新設により、医学部定員の増員がなされた。

また、同提言からは、医師不足はすでに解消されつつあるとの見方から、医師問題を医師の地域偏在や診療科偏在へシフトさせる意図も読み取れる。「一部にはさらに医学部を新設し、医師養成数の増加を図るべきだとの意見もあるが、現状の医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそが喫緊の課題であると考えられる。この課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない。」とし、医師養成数増加への強い危機感を表明している。ここで示された「新たな規制」とは、「一定期間、医師不足地域で勤務したことを病院・診療所の管理者の要件とする。」ことを指すが、この要件については、厚生労働省が2006年1月に医師偏在対策のひとつとして同省の審議会で提案されたものの、日本医師会に所属する審議会委員等から、医師の職業選択や居住の自由を奪いかねないといった指摘があり実現しなかったものである。いずれにしても、この提言はその後の医師問題解決の方向性に一定のインパクトを与え、医師問題は、医師不足問題から医師の偏在や医師の働き方改革、キャリア支援など、どちらかという質的な議論にシフトした。

このように、日本においては国民皆保険の実現、医療の社会化の達成以降、医療の供給主体である医師の養成について、医学部入学定員の増員・削減といった量的な調整を主体

とする政策が実行されてきたが、それらの政策が転換した契機は大きくふたつあった。

一つは、行政改革、経済政策の観点から推進された医療の効率化・合理化によるものである。

1982 年 9 月に閣議決定された「今後における行政改革の具体化方策について」においては、3 公社（日本国有鉄道、日本電信電話公社、日本専売公社）事業再建および合理化、公務員給与の見直し、行政組織の整理及び再編成、国・地方を通ずる行政改革とならび、「重要政策分野における制度、施策の合理化及び行政体制の効率化等」として、年金、農業、医療が挙げられている。

医療に関しては、1) 医療費の適正化について、医療費総額の抑制と医療資源の効率的利用についての対策、2) 医療保険制度の見直し、3) 医療供給の合理化、を柱とする行政改革の手法が述べられている。医師数については、「全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」とし、これ以降医学部入学定員の削減が推進された。

二つ目は、2004 年の新医師臨床研修制度の開始である。いわゆる医師不足問題や地域医療の崩壊、医師の疲弊などが表面化し、社会問題化したことが、医学部入学定員増へ向かわせたといえる。「医師の需給に関する検討会報告書」（2006 年 7 月）、「新医師確保総合対策」（2006 年 8 月）、「緊急医師確保対策」（2007 年 5 月）、と立て続けに医学部入学定員増の方針が示され、政府の強い危機感が滲む。さらに、「経済財政改革基本方針 2008」（2008 年 6 月）においては、「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する」とした上で、「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」と、強力な定員増員方針が示された。

今後は、現在厚生労働省に設置されている「医療従事者の需給に関する検討会医師需要分科会」において議論が進められている医師偏在対策の文脈の中で、医学部入学定員については、入学制度（地域枠の拡充や地元出身者枠の創設）や、医学生に対する修学資金の貸与といった、卒後の就労地域に一定の制限性を与えた医師養成枠の拡大が予想される。

(2) 道の医師不足への対応

道においても、特に 2004 年以降、地方での医師不足への対応が本格化した。

例えば、道知事を会長とする「北海道医療対策協議会」では、①医師派遣（紹介）連絡調整分科会、②地域医療を担う医師養成検討分科会、③自治体病院等広域化検討分科会を設置し、地域医療の充実に向けて 3 医育大学、行政機関等との連携の下、具体的な取り組みを推進してきた。また、国の緊急医師確保対策の枠組みの中で、3 医育大学では医学部入学定員増の措置が取られ、札幌医科大学、旭川医科大学においては地域枠入学制度の拡充が図られた²³⁾。

道内医療施設従事医師数は、1998 年時点で 10,519 人であったものが、2018 年では 12,848 人と 20 年間で 22.1%増加した。また人口 10 万人あたり医師数についても、同期間において 184.5 人から 243.1 人と大幅な増加をみせており、道内における人的な医療供給体制は充実したと言えよう。つまり、国の医師数増加政策を背景とした道内医育大学の定員増や地域枠医師の設定、また自治医科大学²⁴⁾との連携やドクターバンクの活用などから、道内の医師不足については解消の方向へと向かったことが示唆される。

しかし、医師の都市偏在については好転の兆しが見えない。札幌および旭川への医師集中が進行する一方で、2018 年の通常国会において成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の中で示された「医師偏在指標」の算出からは、宗谷、北渡島檜山、根室、

北空知など、道内 21 の二次医療圏中 10 医療圏が「医師少数区域」に指定された。また、人口 10 万人あたり医師数は、最も多い上川中部医療圏が 351.6 人、次いで札幌医療圏が 293.4 人であるのに対し、最も少ない根室医療圏ではわずか 96.1 人であり、21 医療圏中 19 医療圏で全国・全道平均を下回っている。

こうした現状からは、医師不足問題については医学部定員増をはじめとする医療政策において一定程度の解決が可能であるとの見解が示される一方、医師偏在問題に対する解決の困難性が強調されるのである。

(3) 医師の地域偏在についての議論

医師の地域偏在問題についての指摘は古くから存在する。例えば、『北海道衛生誌』(1914)には、「最近即ち大正 2 年末に於いては(道内医師数が) 1,068 人にして、医師 1 人対人口 1,631 人に達したり、斯の如く医師の数に於いては全国府県の平均数以上に達し最早缺乏を訴ふるが如き事なきもの如くなるも、事実に於いては県若しくは大なる市街に集まりつつあるを以て現に函館県の如きは医師 1 人対人口 956 人、札幌県は同 1,037 人、小樽県は同 1,361 人にして之れを室蘭支庁管内の 2,306 人に比するに甚だしき偏重あり、爲に島嶼若しくは僻陬の地にありては未だ甚だしき缺乏を告げつつあるの實況なり²⁵⁾」との記述があり、この頃既に医師不足問題と医師偏在問題双方の発現が認識されていたことがわかる。また、全国的な議論に目を向けると、戦後では青柳(1969)によるものが比較的早い²⁶⁾。

近年では、冒頭で挙げたものの他に野村(2011)、遠藤(2019)など、医師偏在の原因を 2004 年の医師臨床研修制度の必修化に求めているものが散見される。また、医師偏在の要因を回帰分析の結果から検討し、医師偏在の解消に向けた政策提言を行っているものとして、西部・壽福(2009)、岡川・菅沼ほか(2012)があり、それらの議論の中では、

医師偏在の要因として、①地方病院勤務医師の業務量の増大、②大学院重点化、③女性医師の増加、④医師年齢構成の高齢化による開業、⑤医師臨床研修制度の必修化、が挙げられている。

しかし、本稿においてこれまで整理してきたように、少なくとも北海道においての医師偏在は、現行の医療制度、医育制度、医療圏を単位とした医療計画よりも前から継続していることから、これらの先行研究で指摘されている要因以外の関与についての検討は必要であろう。先に挙げた先行研究での議論、即ち医師偏在問題に対する医療政策からの接近に加え、本稿の課題はこの医師偏在の要因の一端を地域経済の動向に求めることの妥当性の検証でもあることから、次節では、地域ごとの医師数と人的産業規模の変遷について検討し、医師偏在の要因に対する地域経済学的アプローチの必要性についての新たな視角を提示したい。

5. 道内地域産業と医療提供体制の変遷—医師偏在と地域経済—

一般に、地域間の医師偏在問題を扱う場合には二次医療圏を単位として医師数や単位人口あたり医師数等について検討されることが多いが、ここでは道内 14 振興局間の人的医療提供体制について比較し分析する。その理由として、①医師数、産業就業者数に関するデータについて、市町村別あるいは保健所別といったように、出所によって、また年代によって取りまとめの地域単位が異なっていること、②それに加え、度重なる行政区域の変更や市町村合併などにより、個別のデータを個々の二次医療圏に正しく当てはめることが困難であること、などから、分析の正当性を損なわないためには振興局ごとの比較が妥当であるとの帰結による²⁷⁾。各振興局の範囲は二次医療圏に比し広大であることが多いが、

道内における地域ごとの産業と医療供給の歴史的動向や医師偏在の傾向についての分析には十分足るものであると考える。

検討に先立ち、本節の要点を簡潔に述べる。

一つは地域人口と産業就業者数の関係性についてである。道内振興局別に検討した場合、経済動向のどのフェーズにおいてもその両者は対応をみせていた。つまり、地域経済と地域人口とは密接な関係性を持つ。さらに、それらは地域の医師数の動態とも因果関係を有する。そして、医師の自由開業制を根拠とした医師偏在に注目した場合、医師をはじめとする医療資源の均等化を目指した医療政策は、地域経済の動向に付随した医師の経済原理を上回るほどの政策的強度を持っていなかった。

二つ目は地域産業と地域医療との関係性についてである。これについては、炭鉱企業立病院が地域医療に対して大きな影響を与えていた空知を例に挙げ分析を加える。

三つ目は医師偏在の進行についてである。既存研究では、医師偏在の進行についての原因を2004年の医師臨床研修必修化に求めるものが散見される。ここではそのような前提に立った上で、道内のどのような地域において医師の集積および散失が生じたのかについて、地域経済の動向と関連付けて考察する。

(1) 人口・産業就業者数の推移と地域別傾向

表7に1955年から2015年の期間における振興局別人口、産業就業者数の推移を示す。

高度経済成長期には、札幌を含む石狩、室蘭、苫小牧といった工業都市を抱える胆振、農畜産業の十勝、漁業・水産業の釧路、根室、紙パルプ製造、食品加工、家具・木工製造業で成長した旭川を含む上川の6振興局においては、人口、産業就業者数ともに増加傾向にあった。また、船舶輸送、漁業、造船、観光で発展した函館を中心とした渡島をはじめ、オホーツク、日高、後志、宗谷では人口は減少傾向にあったものの産業就業者数は増加していた。一方、旧産炭地域を含む空知、日本

海側沿岸部の留萌、檜山においては、地域産業の衰退に伴い、人口、産業就業者数ともに大きく減少していた。その後の低成長期においては、石狩、胆振、十勝、釧路の4振興局では人口、産業就業者ともに引き続き増加傾向にあったが、その他の10振興局においてはどちらも減少し、バブル経済の破裂後では、石狩のみで人口・産業就業者の増加がみられているが、その他すべての振興局ではどちらも減少し、釧路、オホーツク、日高、後志、宗谷、空知、留萌、檜山においてはその傾向が顕著であった。

この人口、産業就業者数について2015年時点における1955年対比増減率の振興局別道内順位をみると、両者はほとんどの地域で対応していたことから、人口の変動と人的産業規模の変遷との因果関係が示唆された。また、この順位は後述する同時期における振興局別医師数の増減率と強い関係性が認められた。高度成長期においては、地域経済が活性化した石狩から渡島までの上位7振興局では医師数が大きく増加していたのに対し、この時期既に地域経済が衰退へ向かっていた空知、留萌では医師数の減少も著しかった。

次に、振興局別の産業構造の変容について検討する(表8)。

第1次産業就業者については、全ての振興局で大きく減少しており、根室、日高を除く12振興局で2015年時点において1955年対比70%以上の大幅な減少率となっていた。特に、檜山、留萌、上川、空知などでは減少率が80%を超えていた。檜山では1955年から1980年の25年間で、農業就業者が68.3%、漁業・水産養殖業就業者が77.9%減少しており、地域が依存していた基幹地場産業の人的規模が大きく縮小していたことがわかる。また、空知では同期間において農業就業者が60.1%減少、上川では農業就業者が63.6%、林業・狩猟業就業者が48.3%それぞれ減少していた。留萌においても同様に、

表7 人口および産業就業者数の推移
(各振興局 上段：人口 下段：産業就業者数)

振興局	1955年	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2005年	2015年	順位
石狩	645,096	779,644	1,218,050	1,694,196	2,024,041	2,242,564	2,310,015	2,375,449	1
	265,033	337,815	572,499	761,051	939,471	1,026,852	1,004,857	951,875	1
胆振	314,873	358,488	426,673	476,929	445,024	434,655	426,639	401,755	2
	118,238	145,513	193,319	210,095	202,264	200,865	189,565	169,573	2
十勝	342,953	345,500	344,446	353,686	356,095	357,858	354,146	343,436	3
	158,380	162,541	171,190	176,858	181,906	182,474	173,269	160,308	5
釧路	239,847	276,961	285,157	307,195	295,380	276,654	261,891	236,516	4
	90,742	112,265	131,952	143,657	140,601	134,482	120,117	102,325	3
根室	82,444	94,685	97,513	99,131	92,224	86,493	84,057	76,621	5
	37,346	45,972	49,470	50,390	48,348	47,268	44,840	40,734	4
上川	551,863	581,110	573,807	586,229	564,228	549,921	537,432	503,458	6
	249,456	269,608	282,840	283,959	277,956	243,387	251,516	226,689	6
渡島	493,504	482,418	483,215	510,842	483,183	461,677	449,435	404,798	7
	196,675	195,741	219,613	226,617	217,672	212,533	199,100	173,772	7
オホーツク	415,031	425,126	380,919	371,629	353,528	338,481	324,849	293,542	8
	182,887	165,610	190,028	186,580	178,851	157,345	157,162	134,854	8
日高	116,035	123,095	112,175	103,107	93,592	86,020	81,407	69,015	9
	51,230	57,532	55,568	51,527	48,946	45,902	42,373	35,335	9
後志	395,617	389,121	347,682	318,915	287,580	262,811	250,066	215,552	10
	156,374	160,888	164,790	146,468	135,829	124,571	113,172	95,082	10
宗谷	135,688	138,343	124,097	109,990	96,105	83,602	78,452	67,503	11
	55,775	57,623	58,034	54,269	48,644	44,426	40,187	33,309	11
空知	817,539	824,386	599,006	488,630	420,006	386,657	365,594	308,336	12
	305,843	327,815	276,741	228,299	196,082	180,021	164,326	135,029	12
留萌	130,514	127,335	113,556	85,301	72,935	63,056	58,710	47,912	13
	57,795	59,303	53,854	43,146	38,544	34,364	30,918	23,407	13
檜山	104,190	105,010	85,274	73,949	62,359	54,830	46,996	37,870	14
	47,827	49,279	39,283	34,170	30,155	27,008	21,998	17,866	14

出所：各年国勢調査報告から筆者作成

農業就業者が73.4%、林業・狩猟業従事者が56.1%、漁業・水産養殖業就業者が58.3%それぞれ減少しており、これらの地域では高度経済成長期において既に基幹産業の衰退がみられていた。

第2次産業就業者については、高度経済成長期から低成長期にかけて炭鉱の閉山などにより鉱業就業者数の減少が著しかった空知

(1955年から1980年における鉱業就業者の減少率：74.6%)と留萌(同：95.6%)以外の振興局ではそれぞれ増加していたが、バブル経済破裂後ではすべての振興局において減少に転じ、特に檜山、留萌、日高、後志では減少が著しい。

第3次産業就業者についてみると、高度経済成長期から低成長期にかけては全ての

表8 産業構造の変容

振興局	産業分類	1955年	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2005年	2015年
石狩	第1次産業	54,928	52,073	33,490	21,729	17,133	13,501	12,761	11,493
	第2次産業	53,547	74,089	145,977	181,633	204,677	203,090	174,143	154,827
	第3次産業	156,558	211,653	393,032	557,689	717,661	810,261	817,953	785,555
胆振	第1次産業	35,794	30,409	21,028	14,615	12,736	10,174	9,826	9,173
	第2次産業	33,503	50,426	63,174	68,064	57,641	55,068	47,857	41,235
	第3次産業	48,941	64,678	109,117	127,416	131,887	135,623	131,882	119,165
十勝	第1次産業	87,171	83,695	56,624	40,163	35,388	28,234	26,963	24,279
	第2次産業	23,971	21,672	33,253	41,160	40,086	40,228	33,052	28,408
	第3次産業	47,238	57,174	81,313	95,535	106,432	114,012	113,254	107,621
釧路	第1次産業	31,378	28,910	21,839	18,335	15,512	11,175	10,448	8,834
	第2次産業	23,587	34,415	35,523	37,800	34,374	32,237	25,093	19,919
	第3次産業	35,777	48,940	74,590	87,522	90,715	91,070	84,576	73,572
根室	第1次産業	22,510	22,574	18,022	16,520	14,560	11,811	10,997	9,898
	第2次産業	5,271	10,105	11,849	10,873	10,198	10,561	9,302	7,847
	第3次産業	9,565	13,293	19,599	22,997	23,590	24,896	24,541	22,989
上川	第1次産業	131,482	124,751	80,305	49,062	39,397	25,456	26,118	20,816
	第2次産業	38,045	43,468	60,816	66,925	63,154	54,807	46,163	37,352
	第3次産業	79,929	101,389	141,719	167,972	175,405	163,124	179,235	168,521
渡島	第1次産業	80,197	65,960	45,514	31,534	24,891	17,916	16,388	13,475
	第2次産業	37,589	43,625	53,514	55,678	51,696	50,760	42,651	34,802
	第3次産業	78,889	86,156	120,585	139,405	141,085	143,857	140,061	125,495
オホーツク	第1次産業	104,771	64,993	59,188	40,914	34,117	23,738	23,243	20,467
	第2次産業	27,809	36,716	45,014	48,409	44,621	38,635	33,222	25,683
	第3次産業	50,307	63,901	85,826	97,257	100,113	94,972	100,697	88,704
日高	第1次産業	31,212	29,999	21,857	17,055	15,615	13,428	12,264	10,096
	第2次産業	8,494	12,367	13,181	12,186	10,335	8,526	6,986	4,875
	第3次産業	11,524	15,166	20,530	22,286	22,996	23,948	23,123	20,364
後志	第1次産業	55,272	48,699	32,120	21,336	16,314	11,450	10,734	9,037
	第2次産業	30,646	36,859	43,014	37,066	34,530	28,055	22,404	16,818
	第3次産業	70,456	75,330	89,656	88,066	84,985	85,066	80,034	69,227
宗谷	第1次産業	31,280	27,371	19,866	15,329	11,552	7,554	6,713	5,877
	第2次産業	8,308	11,526	13,664	13,186	11,943	11,215	9,141	6,783
	第3次産業	16,187	18,726	24,504	25,754	25,149	25,657	24,333	20,649
空知	第1次産業	118,282	112,041	73,184	47,621	37,644	27,807	24,680	19,351
	第2次産業	105,821	116,563	85,912	66,899	49,322	43,207	33,927	25,560
	第3次産業	81,740	99,211	117,645	113,779	109,116	109,007	105,719	90,118
留萌	第1次産業	28,730	25,938	15,275	8,735	7,812	5,605	5,185	3,772
	第2次産業	12,674	15,015	14,818	11,915	10,040	9,109	6,785	4,294
	第3次産業	16,391	18,350	23,761	22,496	20,692	19,650	18,948	15,341
檜山	第1次産業	34,959	31,316	17,872	10,210	8,196	5,335	4,502	3,768
	第2次産業	4,353	7,468	8,469	9,794	8,192	7,406	4,770	3,166
	第3次産業	8,515	10,495	12,942	14,166	13,767	14,267	12,726	10,932

出所：各年国勢調査報告から筆者作成

振興局で増加しており、特に人口集積都市を含む石狩、胆振、釧路など6振興局では大きく増加していた。一方で、後志、留萌、空知

では、他と比べ産業構造の転換が進んでいなかったことがわかる。その後は、石狩、十勝を除く12振興局で減少傾向にあった。

表9 振興局別医師数の推移

	1955年	1963年	1973年	1984年	1990年	1994年	1998年	2002年	2006年	2010年	2016年	増減率(%) (1955-2016年)
石狩	1,178	1,580	2,432	3,656	4,473	4,765	5,235	5,782	6,216	6,563	7,187	510.1
上川	357	411	485	932	1,125	1,272	1,337	1,430	1,426	1,494	1,549	333.9
十勝	176	194	204	284	360	437	472	526	563	581	634	260.2
胆振	232	303	371	498	616	685	668	807	795	756	776	234.5
釧路	136	185	211	277	362	402	421	406	396	403	395	190.4
渡島	341	398	483	609	719	812	871	916	958	960	955	180.1
根室	31	38	39	52	55	63	62	83	74	78	79	154.8
オホーツク	209	219	219	256	315	414	467	461	475	459	444	112.4
宗谷	43	55	47	56	69	73	89	85	74	69	59	37.2
日高	53	60	65	66	77	87	93	97	92	82	71	34.0
後志	346	327	316	383	424	466	494	515	476	436	455	31.5
空知	584	555	461	506	590	652	653	664	647	624	607	3.9
留萌	74	70	60	63	69	72	87	83	84	73	68	▲8.1
檜山	44	45	47	45	47	49	41	43	40	34	30	▲31.8

出所：『北海道衛生統計年報』、『北海道保健統計年報』各年版より筆者作成

このように、1950年代から現在までの道内地域ごとの人的産業規模の増減については、高度経済成長期における第1次産業の衰退を第3次産業への構造転換により補完し得たか否かがひとつのポイントとなる。札幌市を含む石狩は別格としても、やはり都市型産業構造への転換が図られた胆振、十勝、釧路、上川などにおいてはバブル経済破裂以降の人的産業規模の縮小を、結果的にそれまでの地域経済の成長が補う形となっていた。一方で、農業、漁業・水産加工業への依存が高かった後志、宗谷、空知、留萌では、第1次産業の衰退が地域経済に強い影響を与え、またそれ以外に目ぼしい産業の発展がみられなかったことから地域が急速に衰退し、その傾向は景気の後退に伴いさらに加速した。それに加え、空知、留萌については、石炭産業の衰退が地域経済に与えたダメージが甚大であった。檜山では、高度経済成長期においては第1次産業の衰退を建設業や製造業の発展により一時期補完する形となっていたが、その後地域産業全体が急速に縮小し、2015年時点における1955年対比産業就業者数の減少率は62.6%と、道内で最も人的産業規模が縮小し

た地域となっている。

(2) 振興局別医師数の推移

次に、振興局別の医師数の推移について検討する(表9)。

1955年から2016年の期間における医師数の増減率を基に上から順に並べた場合、上位7振興局と下位7振興局は、先に検討した同期間における人口および産業就業者数の増減率から示されたものと完全に一致した。このことから、地域産業の動態と地域医師数の推移との因果関係が示唆され、現在も地域経済に勢いがある地域、あるいは高度経済成長期において地域経済の活性化がみられた地域においては医師数の大幅な増加がみられ、他方、産業衰退地域においては医師数の増加率が低い、あるいは医師数が減少傾向にあることが確認された²⁸⁾。

この期間における医師の増加率が最も高かったのは石狩の510.1%、次に上川の333.9%、十勝260.2%、胆振234.5%と続く。産業就業者数が減少していた上川および渡島における医師数増加の要因についてはそれぞれ異なり、上川については旭川医科大学が所在する2次医療圏を含んでいること、渡島に

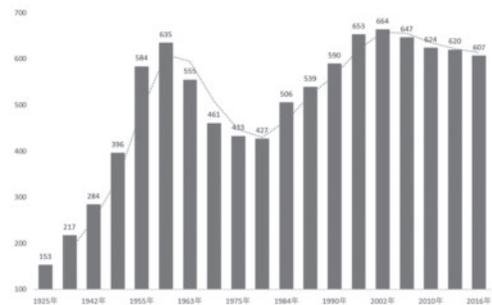
については観光都市である函館市を含み、また明治期から道内医療の拠点として医療的發展を遂げたこと、などと推察される。

経済の動向と道内医師数の推移について併せて検討すると、高度経済成長期からバブル経済期にかけては道内医師数が大きく増加していた(1990年時点で1955年対比144.5%の増加率)。これは国の医師不足への対応や旭川医科大学の新設による影響が大きかったものと考えられる。それ以降についても、道内医師数は全体として増加傾向にあり、特に十勝や石狩での医師数の増加が顕著であったが、全体的な増加率自体はそれまでと比べ抑制され、檜山、宗谷、留萌、檜山の4振興局においては医師数が減少していた。

また、空知の医師数については石炭産業の盛衰の影響から極めて特異な経過を辿っていたことから、改めて取り上げておく(図1)。

空知では明治・大正以降、大規模な炭鉱開発が相次ぎ、主に炭鉱関係者を診療対象とした炭鉱病院が開設された。また、石炭産業の発展に伴う人口の増加に医療経営の安定を求めた開業医院の開設も相次いだ。さらに、昭和に入ると農村部においても自治体病院や厚生連病院などの公的病院が各地域に設立された²⁹⁾。こうした医療機関の増加を背景に、医師数についても1950年代までは増加の一端を辿り、1955年の医師数は584人と振興局別でみると石狩に次いで2番目の多さであった。しかし、1960年以降の石炭産業の斜陽化により大規模炭鉱の閉山が続き、それに伴い炭鉱病院の閉鎖が相次いだ。また、人口の減少を受けて開業医も地域から去り、その結果1970年代にかけて全体の医師数が急減し地域医療が急速に縮小した。その後1980年代からは、中空知における医療の産業化等を主要因として再び医師数が増加した。このように、地域経済の動向と関連したドラスティックな医師の動態が発現していたことは、空知における地域産業の盛衰と地域の医療供

図1 空知の医師数の推移



出所：『北海道衛生統計年報』、『北海道保健統計年報』各年版などより筆者作成

給との因果関係についての特異性を示すものであった。

医師の地域偏在については、それぞれが人口集積都市を含む上位7振興局と下位7振興局に属する医師総数の割合を見た場合に、1955年時点では上位グループ64.4%、下位グループ35.6%であったものが、1990年では同82.9%、17.1%、2016年では同87.0%、13.0%と明らかに都市偏在が進行していた。これらから、地域経済の動向は地域ごとの医師数の増減だけではなく、医師の地域偏在の進行に対しても影響を与えていたことは明らかであろう。地域産業の衰退に伴う人口および産業就業者数の減少は、そのような衰退地域に対する大学医局による医師派遣の意思を阻害し、また、医師の個人開業についての経済的根拠を喪失させるのである。つまり、医師の配置については、地域の医療需要の変化にしたがい経済原理に基づいて恣意的に決定される側面を持ち、それは現時点では政策的な医師偏在対策の作用を上回るものなのであろう。

(3) 医師臨床研修制度の必修化が道内医師配置に与えた影響

前節で述べたように、いくつかの先行研究では医師偏在の要因を2004年の医師臨床研修の必修化に求めていることから、道内にお

表 10 医師臨床研修必修化前後の道内振興局別医師数の推移

	2002年	2006年	2008年	2010年	2012年	増減率(%) (2002-2012年)
石狩	5,782	6,216	6,371	6,563	6,813	17.8
上川	1,430	1,426	1,470	1,494	1,482	3.6
十勝	526	563	583	581	603	14.6
胆振	807	795	759	756	770	▲4.6
釧路	406	396	400	403	402	▲1.0
渡島	916	958	955	960	952	3.9
根室	83	74	74	78	78	▲6.0
オホーツク	461	475	475	459	458	▲0.7
宗谷	85	74	68	69	66	▲22.4
日高	97	92	86	82	75	▲22.7
後志	515	476	455	436	428	▲16.9
空知	664	647	643	624	620	▲6.6
留萌	83	84	74	73	74	▲10.8
檜山	43	40	34	34	32	▲25.6

出所：『北海道保健統計年報』各年版より筆者作成

いても同様の現象が生じていたのかについて検証しておく。

表 10 に医師臨床研修必修化直前の 2002 年から 10 年間の振興局別医師数の推移を示す。

確かにこの時期、札幌、旭川、帯広、函館といった都市部を含む振興局における医師数が増加傾向にあった一方、その他多くの道内地域の医師数が減少していたことから、医師臨床研修の必修化が道内医師の都市偏在の進行に対して一定のインパクトを与えていたことが確認された。こうした現象の発現が、先行研究で指摘されているように大学医局による地方医療機関からの医師の引き上げや、地方医師の疲弊による都市部での開業の増加を要因としたものであるとするのならば、むしろ本稿ではどのような地域において医師が減少したのかについての検討が必要であろう。

医師臨床研修必修化前後において、道内で最も医師数が減少していた地域は檜山、次いで日高、宗谷、後志、留萌、空知と続く。この 6 支庁は、先に述べた 1955 年以降における人口および産業就業者数の増減率についての下位 6 振興局と完全に一致する。

もちろん、これらの地域において、実際に

医局主導の医師引き上げがどれくらいあったのか、医療需要減少に伴う医療機関の規模縮小の程度はどうであったのか、開業医院の地域からの消失は発生していたのか、等についての詳細な検討は今後の研究課題となるが、いずれにしても、医師臨床研修の必修化の影響が産業衰退地域において特に色濃く表出されていたことから、やはり地域経済と医師偏在との関連性が類推されるのである。

6. ま と め

以上、明治期以降の北海道における医療提供体制の変遷について、主に地域経済と医師偏在との関係性の中で論じた。最後に、本稿で明らかにした内容について簡潔にまとめた。

一つ目は、道内においては医師の地域偏在が明治期に既に確認され、それが現在まで解決されることなく継続しているという事実である。官主導の医療資源の配置が、明治後期には医師の経済原理の基づく人口集積地への医師集中へと変容し、医師の自由開業制を根拠とした医師の就業地決定が結果的に都市部

一郡部間の医師の不均等分布を生み出した。その後、医療の社会化により増加した地方公立・公的病院への医師配置が進んだことから、一定程度の地域医療の充実がもたらされた一方、戦後復興期における旧産炭地域への医師集中は、地域経済と医療提供体制との関係性を如実に示している。また、国民皆保険の達成以降は、国の医師不足への対応から道内医師数は増加の一途を辿ったが、都市部と産業衰退地域との医師の数的格差はさらに拡大した。2004年の医師臨床研修必修化以降には、医師不足問題は医師偏在問題として再定義され、卒後の就業地に一定の制限を持たせた医学部入学定員枠の拡充などから政策的に医師偏在を解消する方向に向かったが、それでも現時点においてもなお医師偏在問題は解決されていない。

二つ目は、医師偏在と地域経済との関連性についてである。これまでの医師偏在に関する議論は、主に医療側の視点からその要因や対策について分析されているものが多かった。その中で、わずかに西部・壽福(2009)では、当該自治体病院が所在する二次医療圏の65歳人口割合と病院勤務医師数との関係性について分析している³⁰⁾が、このような地域における高齢化問題などを包括した地域経済問題と医師偏在に代表される医療問題との因果関係にまで踏み込んだ研究は把握する限り見当たらない。そうした意味では、本稿の第5節で分析したような地域産業の盛衰と医師の動態の因果関係の検討は、今後の医師偏在問題への対応についての新たな視角となり得ると考える。つまり、定住人口と産業就業人口を捉えれば、医師偏在問題は理解しやすい。北海道においては国策産業が栄えた地域に医師が集積し、その産業の衰退に伴う医師の行動変容から新たな産業発展地域へと医師の移動が起きていたことから、現在の医師偏在や過疎医療問題は「産業構造の変遷」をひとつの要因として生じたものであると言えよう³¹⁾。

人口問題と医療格差問題との関連性はあくまで表面的なものであり、地域人口に与える地域経済の影響、またその奥にある地域経済と「産業構造の変遷」の関係性といった三層の構造的問題を立体的に捉える必要がある。

また、道内で唯一、医師数変動曲線に明確な2峰性を認めた空知については、今後さらに研究を深めたい。空知振興局管内各自治体の産業開発の歴史やその後の経過、産業衰退期における医療提供体制の変遷、先に述べた中空知を中心とした医療の産業化やその過程で生じた自治体間の医療調整等についての検討からは、今後の道内過疎地域における医療問題の解決、特に産業振興との関連性についての新たな着想が得られるであろう。さらに、檜山については、地域産業および人的医療提供体制の縮小が道内で最も著しいことから、今後、この地域における地域医療が継続されるのか、住民にとっての医療の機会均等が担保されるのか、等については継続して観察していく必要がある。

最後に、今後の道内における医師偏在解消についての展望を、2020年3月に策定された『北海道医師確保計画』とあわせて考察したい。

この計画は、二次医療圏間の医師偏在の是正を目的に道の医療計画の一部として策定されたもので、2019年3月に国から示された「医師確保計画策定ガイドライン」等を参考にまとめられた。その中で示された「医師偏在指標」の算出から、「医師少数区域」に区分されたのは道内21医療圏中10医療圏であり、本稿での検討において産業衰退地域として位置づけた振興局に属する宗谷、北渡島檜山、北空知、日高、北網、遠紋、南檜山がそれに該当する。これら7医療圏では、今後設定された目標医師数を確保するために、合計82人の医師の追加確保の必要性が示されている。しかし、具体的な医師確保に向けた取り組みについては、医師派遣元の医育大学と

の連携強化、医師派遣等に関する医師会との連携・協力体制の構築、総合診療医の養成、地域枠医師の養成、などといった従来からの対策の提示にとどまっておき、これまでの経過からしてもその実効性については危惧されるところである³²⁾。そして、仮に計画通りにこれらの地域への医師の配置が進んだとした場合、政策医療の受け皿である自治体病院の機能充実や医師の人件費等に係る財政負担に、地域の衰退が進む過疎自治体が耐えられるのかについての議論が求められよう。人口減少に伴う地方交付税の減額、地域経済の衰退などによる地方自治体の厳しい財政状況の中、単に二次医療圏間の医療格差の是正の解消だけを求めた医療政策の在り方については、今後の地域医療の動向を含め注視する必要がある。また、不採算医療を担う自治体病院の安定的な運営には、医療についての自主財源を得られるような地域経済の活性化が肝要³³⁾なのであり、地域の活性化や魅力のあるまちづくりの達成は、その先の医師の就業地選択に係る意思決定や医師定住にもつながるのである³⁴⁾。

本稿の検討から、医師偏在と地域経済との関連性が示唆されたことから、医師偏在問題に対しては、医療政策的な接近とともに、地域経済的アプローチが求められるのである。

注

- 1) 本稿において単に医師偏在とした場合には、医師の地域偏在のことを指す。他に最近では、医師の診療科偏在といった概念も定着している。
- 2) 1887年の道内医師総数は323人で、函館県69人、札幌県18人、札幌郡8人、根室郡17人、小樽郡15人、檜山郡20人、松前郡14人、などであった。
- 3) 開拓使の医療政策、医療機関の配置等については、北海道(1971)『新北海道史 第三巻 通説二』pp.841-854参照。
- 4) 「医師の自由開業制」は、1874年に発布された

日本における医療制度、医師養成制度などの根拠となる「医制」により保護されている。

- 5) 2018年末時点における二次医療圏別医師数をみると、道内医療施設勤務医師の54.2%が札幌医療圏(札幌市・江別市・千歳市・恵庭市・北広島市・石狩市・当別町・新篠津村)に集中している。
- 6) 2018年の通常国会によって成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」においては、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設、②都道府県における医師確保対策の実施体制の強化、③医師養成過程を通じた医師確保対策の充実、など地域間の医師偏在の解消を目的とした種々の対応策が示された。
- 7) 北海道開拓当初に道内医療行政および医療組織の中核として位置づけられた箱館病院は、1869年9月の函館開拓使庁開庁に伴い開拓使の管轄となった。また、道内拠点病院への医師派遣などについては、旧幕府医学所の後身であった大学東校(後の東京大学医学部)との連携により進められた。その後、1870年10月に同病院は大学東校の管轄となり、道内医療全般に関わるセンターとして位置づけられた。1871年4月には、文部省設置に伴う中央の行政・教育機構改革の影響から、再び開拓使に移管された。このように、北海道の開拓に必要であった医療体制の整備は、開拓使、大学東校といった中央行政機関との連携の下で進められた。
- 8) 北海道(1971)『新北海道史 第三巻 通説二』、pp.841-842。
- 9) 開拓使は道内の医療行政と組織の確立のため、①旧時代以来横行していたいかがわしき町医者の取り締まり、開業免許制の実施、②西洋医学修業希望者の養成機関の設置、③医学・薬学などの研究と普及のための機関の設置、④全道各地の病院を指導管理する機関の設置、⑤直接施療にあたる病院の整備、等の政策をとった。
- 10) 北海道医学研究会 編(1996)、pp.36-37。
- 11) 開拓使当初に函館病院が有していた全道の医療及び医療病勢に関する機能を、基幹3病院がそれぞれ自己の管轄の範囲で発揮するようになった。
- 12) 例えば、北空知の沼田町では北海道厚生連沼田厚生クリニックが2016年に沼田町に移管された。また現在では、上川北部の士別市立病院と名寄市

- 立病院、南空知の岩見沢市立病院と北海道中央労災病院、などの再編・統合の議論が進行している。
- 13) 北海道 (1977) 『新北海道史 第六巻 通説五』, p.632。
 - 14) 1906 年制定の「医師法」により、医学学校卒業業者で資格試験に合格したもの以外は医師となることが出来なくなった。
 - 15) 1913 年末の時点で、札幌県、小樽県、函館県およびそれぞれの周辺支庁である札幌支庁、後志支庁、函館支庁の医師数は合計 459 人で、道内全体の約 43% を占めていた。北海道庁 (1914) 『北海道衛生誌』, pp.648-649 参照。
 - 16) 1899 年に農業生産額がはじめて水産業を上回った。
 - 17) 医療の社会化については、佐口 (1982) に詳しい。その中で佐口は、医療の社会化の定義として、塚本哲他編『社会福祉事業辞典』(1966) から、「医療の一般的普及、医療の社会保険化または社会サービス化、医療の公営あるいは非私営化、医療費負担の社会化、医療業務の社会的組織化、医療施設または制度の運営の民主化等」との部分を用いている。また、前田信雄の定義として、「医療の社会化とは医療の機会均等化を意味するものに他ならないのである。とすれば、医療の社会化という問題には二つの側面、即ちまず医療機関の普及、そしてこれの利用条件の確保としての医療費負担の軽減が考えられなければならない」との部分で医療制度面から整理している(前田信雄「国民健康保険制度成立史」『東北大学経済学会 経済学』66・67号, p.221)。佐口自身は、これらを含めて、「医療の社会化とは、国民が医療を必要とするときにすみやかに受診受療の機会が社会的に確保されることである。」と総括しており、この表現は国民の立場になって医療の社会化を包括的に説明しうるものであろうとしている。
 - 18) 北海道史学研究会 編 (1996), p.68。
 - 19) ここで示した自治体病院、企業体病院などと北大病院医局との関係性については、有末 (1982) から引用した。
 - 20) この医局人事というものは、学外医療機関からの医師派遣の要請を受け、医局に属する医師への紹介・斡旋を行うものであり、一般的には当該教授がその決定を行う。
 - 21) この医師臨床研修制度の必修化により、①専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる、②受入れ病院の指導体制に格差が生じている、③大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化、④募集定員が研修希望者の 1.3 倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中、などの問題点が指摘され、2009 年には臨床研修制度の一部見直しが図られた。
 - 22) 2004 年 12 月に福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡した件で、執刀医が業務上過失致死罪および医師法違反の容疑で 2006 年 2 月に逮捕・起訴された事件である。
 - 23) 両大学における地域枠定員の総数は、2008 年で 25 人であったものが、2018 年では 142 人まで増加した。
 - 24) 自治医科大学は、へき地医療、地域医療の充実を目的に 1972 年に開設された。医学部では、各都道府県の採用枠により入学者が選抜され、卒業後は採用枠都道府県の公立病院などにおいて 9 年間地域医療に従事することが義務付けられている。
 - 25) 北海道庁 (1914) 『北海道衛生誌』, p.646 引用。(カッコ)内は筆者。
 - 26) 青柳 (1969) は、1965 年末時点での人口 10 万人対医師数を、7 大都市、その他の都市、郡部の 3 群で検討し、それぞれ 151.5 人、125.2 人、66.0 人であった結果から、都市部への明らかな医師偏在がみられると述べている。
 - 27) 北海道の振興局とは、道庁の出先機関として各地域に置かれたものであり、2010 年に北海道総合振興局及び振興局の設置による条例により支庁を廃止して設置された。現在、9 の総合振興局と 5 の振興局があるが、本稿においては振興局と言った場合にはその双方を指す。
 - 28) 1984 年時点における 1955 年対比振興局別医師増減率は、石狩が 210.4% と最も高く、次いで上川 161.1%、胆振 114.7%、釧路 103.7%、渡島 78.6%、根室 67.7%、十勝 61.4% であった。一方、その他振興局では医師増加率が抑えられ、特に留萌、空知ではそれぞれマイナス 14.9%、マイナス 13.4% と減少していた。
 - 29) 例えば、深川町外八箇町村組合病院 (1934 年)、滝川町立社会病院 (1934 年)、奈井江協済病院 (1935 年)、砂川町立社会病院 (1940 年) 北聯沼田村久美愛病院 (1942 年) など。

- 30) 西部・壽福 (2009), pp.27-28。
- 31) 単一医療圏内における医療提供体制と産業構造の変遷との関連性については清水 (2021) を参照。
- 32) 他方、「道外からの医師確保」については、道外医学生や道外在住医師に対する地域医療体験等を含め積極的な働きかけも計画されている。道内での医師自給をベースとしたこれまでの医師不足、医師偏在対策に加え、道外からの移住医師によって不足分を一部補完しようとする動きについては、今後その効果が注目される。
- 33) 産業衰退地域においては、人口流出の防止や移住促進のために、産業の振興とともに医療の確保が必要である。北海道の多くの過疎地域では地域医療のほとんどを自治体病院が担っていることから、行政サービスとして医療提供を継続する必要があり、そのためには病院経営の安定化とともに自治体財政の健全化が求められるのである。
- 34) 武田 (2010) は、医師の就業地決定には、医師のキャリア形成や上級医による指導体制の充実度などのほかに、医師自身や家族のライフスタイル、子供の教育環境なども関与すると指摘している。

【参考文献】

- 青柳精一 (1969) 「日本における医師不足と偏在」『医学史研究』第 31 号, pp.8-10。
- 旭川市史編集会議 編 (2002) 『新旭川市史 第二巻・通史二』。
- 阿部龍夫 (1964) 『市立函館病院百年史』。
- 有末二郎 (1982) 「北海道の医療と北大医学部一開発計画と結核医療の流れを中心として」『北大百年史 通説』, pp.921-935。
- 池上直己 (2014) 『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓』, (公財) 日本国際交流センター。
- 遠藤久夫 (2019) 「医師の卒後研修の現状と課題—医師の地域偏在問題を中心に—」『社会保障研究』Vol.3 No.4, pp.476-491。
- 岡川知史・菅沼格ほか「病院勤務医の地域偏在が起る要因—二次医療圏および指定都市・中核市データを用いた分析—」『WEST 論文研究会論文集 2012 年』pp.1-34。
- 菊池芳樹 (1981) 「国内人口移動の研究—北海道の人口変動: 1869~1925—」『慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要』第 21 号, pp.21-34。
- 経済地理学会北東支部 編 (2012) 『北東日本の地域経済』八潮社。
- 小竹英夫 (2003) 『北海道医学教育史攷』北海道出版企画センター。
- 小田清 (2013) 『地域問題をどう解決するのか—地域開発政策概論—』日本経済評論社。
- 佐口卓 (1982) 『医療の社会化 第二版』勁草書房。
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会。
- 清水芳行 (2021) 「北海道旧産炭地域における医療提供体制の変遷と地域経済—南空知医療圏における過疎医療問題についての検討—」『地域経済学研究』(印刷中)。
- 市立札幌病院百年史編さん委員会 編 (1972) 『市立札幌病院百年史』。
- 新村拓 編 (2006) 『日本医療史』古川弘文館。
- 総務省統計局『国勢調査統計書』各年版。
- 高原一隆 (2014) 『地域構造の多様性と内発的發展—北海道の地域分析—』日本経済評論社。
- 武田裕子 (2010) 「医師偏在の背景因子に関する研究: 診療科ならびに診療地域選択の影響要因の解析」科学研究費補助金研究成果報告書。
- 地方史研究協議会 編 (1960) 『日本産業史大系 2 北海道地方編』東京大学出版会。
- 堤健造 (2017) 「医師不足の現状と対策—医師養成数と医師の配置を中心に—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』No.954, pp.1-13。
- 中島明彦 (2017) 『医療供給政策の政策過程—地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容—』同友館。
- 野村恭子 (2011) 「我が国の医師不足問題: 医師臨床研修制度と医師の人的医療資源の活用」『日本衛生学雑誌』66 巻 1 号, pp.22-28。
- 函館市史編さん室 編 (1990) 『函館市史 通説編 第 2 巻』。
- 平井松午 (1991) 「第二次世界大戦前における北海道民の空間移動と定着状況」『地理学評論』66A-7, pp.447-471。
- 藤井隆至 編 (1997) 『明治前期全国府県別統計集成 1 北海道の統計』東洋書林。
- 北海道 (1956) 『北海道統計書 第 4 巻 (衛生)』。
- 北海道 (1971) 『新北海道史 第三巻 通説二』。
- 北海道 (1973) 『新北海道史 第四巻 通説三』。

- 北海道(1975)『新北海道史 第五巻 通説四』。
北海道(1977)『新北海道史 第六巻 通説五』。
北海道(2020)『北海道医師確保計画』。
北海道医史学研究会 編(1996)『北海道の医療
その歩み』北海道医療新聞社。
北海道医師会(1979)『北海道医師会史 1979』。
北海道衛生部・北海道保健環境部等編『北海道衛生
(保健)統計年報』(1942-2016年各年版)。
北海道厚生農業協同組合連合会(1978)『北海道厚
生連30年史』。
北海道総務部統計課・北海道統計協会『北海道市町
村勢要覧』各年版
- 北海道地域医師連携支援センター(2020)『北海道
の医師確保対策について』。
北海道庁(1914)『北海道衛生誌』。
北海道庁警察部衛生課(1925・1927・1929)『北海
道衛生統計要覧(大正14年・昭和2年・昭和4
年)』。
山崎一彦(1987)「北海道開発の歴史的選択」『オペ
レーションズ・リサーチ』Vol.32 No.10,
pp.647-652。
山田章吾(2007)「医師偏在問題の原因を考える」
『学術の動向』平成19年5月号, pp.34-39。