タイトル	医師偏在の発生メカニズムに関する地域経済学的研究 - 北海道の事例 -
著者	清水, 芳行; SHIMIZU, Yoshiyuki
引用	
発行日	2022-03-21

医師偏在の発生メカニズムに関する地域経済学的研究

—— 北海道の事例 ——

【論文要旨】

北海学園大学大学院 経済学研究科

経済政策専攻 博士（後期）課程 3年

7217102 清水 芳行

序章 研究目的と課題

本論文の目的は、日本における主要な医療問題である医師偏在問題、即ち医師の都市部への集中と過疎地域での医師不足について、その発生メカニズムを地域経済学的視点から明らかにすることである。

これまで、医師偏在の要因は医療内部にあると考えられてきた。そのため、国は医師偏在や医師不足が顕在化し社会問題化するたびに医師総数を増加させることでその解決を図ろうとし、医学部新設や医学部入学定員の拡大などといった医療政策が繰り返し実行されてきた。その結果、国内医師数は大幅に増加し全体として単位人口あたり医師数も増加したが、医師偏在は解消されるどころかむしろ進行してしまった。医師偏在は医療政策だけでは解決困難な問題であることは現状がその証左である。

筆者は、医師偏在問題は人口問題との関連性が強いと考えた。人口を需要、医師を供給として捉えた場合、医師偏在は医療労働需給の変化を受けた現象といえるため、その原因を説明するためには人口の変動とその奥にある地域産業の盛衰および医師の集散との因果関係についての検討が必要である。

そのため、本論文では地域ごとの人口の変動、地域産業の盛衰、医師の動態をそれぞれ関連付け、「医療の過疎化」および「医療機関の相互関係」といった二つの分析視角から「過疎医療の地域性」を分析して、医師偏在の発生メカニズムについて地域経済学的に検討することにした。

医師偏在は地域にある医療の需給バランスが崩れることにより生まれる。この問題の出発点は供給サイドの医師の動向にあるのではなく、需要サイドの人口の減少、「地方の過疎化」にある。この「地方の過疎化」は、少子高齢化による自然減に加え、地域産業の衰退に伴い人口が移動する社会減に由来する。つまり、医師偏在という現象の奥には「地域産業の衰退」があり、地域産業が衰退した過疎地域においては「医療の過疎化」という現象が表れる。この「医療の過疎化」は医師偏在の象徴である。もちろん、地域が異なれば「医療の過疎化」の進展プロセスも異なる。なぜなら、そこには地域内の産業構成や基盤産業の盛衰、地域医療の展開などの相違から生じる地域特性が存在するからである。この地域特性により規定された「医療の過疎化」の進展プロセスの差異は、現在みられる「過疎医療の地域性」に通じるものである。

本論文では、「医療の過疎化」について地域産業の盛衰と医療の動態から分析した。医師偏在の発生メカニズムを明らかにするためには、まずは「過疎医療の地域性」がどのように形成されるのかを分析していくことが必要と考えたからである。これが第一の分析視角である。

次に、「医療機関の相互関係」とは、地域を超えた医療機関の間における医療の分担や分業から生じる関係性のことである。相互関係は地域産業の盛衰に伴う医療労働の市場構造の変化だけにかかわらず、制度、政策あるいは政治など複合的な作用を介して形成されている。

過疎地域においては、「医療の過疎化」進展の過程で医療圏内の医療需要も全体として減少するために、自治体病院の間での医療機能の分担や分業が推進されてきた。基幹的自治体病院が地域医療を支えるために医療機能を充実させた一方、産業衰退に伴い人口減少が進んだ周辺自治体では、自治体病院の規模・機能を計画的に縮小した。それにより、医療圏内部で医療の格差構造がみられるようになった。

本論文では、医療圏内部の医師偏在について、過疎地域において固有に形成されている「医療機関（自治体病院）の相互関係」という視点から分析することにした。そうすることで、「過疎医療の地域性」がより鮮明になり、医療圏内の医師偏在発生のメカニズムが見えてくると考えたからである。これが第二の分析視角である。

以上、本論文では「医療の過疎化」と「医療機関の相互関係」という二つの分析視角を通して、北海道の過疎地における「過疎医療の地域性」を描き、「医師偏在の発生メカニズム」を考察した。

第1章 北海道における医師偏在に関する地域経済学的検討

第1章では、北海道各地域の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を象徴する「医療の過疎化」が地域ごとにどのような経過を辿って生じてきたのかを検討した。

道内においては、明治期には既に医師の都市偏在が確認された。開拓初期にみられた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に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衡分布を生み出した。

また、このような傾向は大正から昭和初期にかけても継続した。札幌市、旭川市、函館市、小樽市などの人口集積都市、工業都市として発展を遂げた室蘭市、石炭産業および農業が発展した空知、農地開拓の進行により人口が増加した十勝において高い医師増加率を示していたのに対し、当時既に漁業、水産業を中心とした地域産業が衰退の兆しを見せ始めていた釧路、宗谷、留萌などの沿岸部では、医師の減少に伴う「医療の過疎化」が生じていた。

戦後の高度経済成長期から現在までの定住人口および産業就業者数の推移についての道内地域（振興局）ごとの検討からは、それらの間の因果関係が示唆された。また、このような人口および産業就業者数の動向と振興局別医師数の変動との間には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、胆振、十勝などの7振興局では医師数が大きく増加していたのに対し、石炭産業の斜陽化を背景に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。バブル経済破裂後についても道内医師数は全体として増加傾向を辿り、特に農業分野での広がりを見せた十勝や札幌への人口集中が進んだ石狩における医師数の増加が顕著であったが、檜山、宗谷、日高、留萌といった沿岸部の振興局ではやはり医師数が減少していた。

このように、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。つまり、現在みられる「医療の過疎化」は、人口移動の奥にある「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結論付けられる。「医療の過疎化」は医療労働の市場構造の変化を受けて発生しているが、そこには地域経済の違いから生じる地域特性が存在し、その結果として過疎地域において「過疎医療の地域性」が表れてくるのである。

第2章 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

第2章では、旧産炭地域である南空知医療圏を対象に、石炭産業の盛衰と医療供給動態の双方を時代的、空間的に検討することで、現在この地域で生じている「医療の過疎化」の成り立ちについての地域的差異を明らかにし、さらに特定の産業の集積と散失が地域医療に与えた影響について検討した。

旧産炭地域の医療の成り立ちや初期発展については、地域開発の歴史、特に炭鉱開発の経過との深い関係性が認められ、炭鉱病院および炭鉱診療所、開業医院といった地域の経済活動により副次的に発生した医療が展開された。特に、炭鉱病院は診療や治療の質、医療提供の量ともに地域医療の中心であった。また、美唄市、三笠市においては戦前に農民に対する医療救済を目的とした自治体病院の開設がみられ、ここでは産業構造により区分された地域内の医療格差は改善の方向へ向かった。その後の石炭産業衰退期以降は、炭鉱医療や個人開業医による医療といった私企業性の強い医療が地域から去り、その過程において自治体病院が存在感を高めた。自治体病院は、国の医療政策、特に医療機関整備に係る財政的補助により発展を遂げ、炭鉱医療縮小により浮き出た医療需要を吸収した。一方で、夕張市においては炭鉱企業の負債を引き受ける形で炭鉱病院が自治体に移管された。その後、夕張市の財政破綻により自治体病院の発展はみられず、むしろ地域医療縮小の象徴となり現在に至っている。

このように、現在この地域でみられる過疎医療には地域性があり、それは地域開発の経緯や地域が辿った歴史的経過、また地理的・自然的環境など様々な要素の影響を受けたものである。旧産炭地域では、石炭産業繁栄期において炭鉱病院や個人開業医への医療依存度が高かった地域ほど、その後の医療の過疎化が深刻な社会問題として顕在化した。つまり、ここでの「医療の過疎化」は、地域の基盤産業の崩壊に起因した医療の需給に関連する医療労働の市場構造の変化を介して発生したものであるといえよう。

第3章 過疎地域における医療提供の格差構造に関する一考察

——北海道中空知二次医療圏の事例

第3章では、中空知医療圏の内部で生じている自治体間の医療格差やその結果表れた「過疎医療の地域性」について、「医療の過疎化」および「医療機関の相互関係」から分析した。

この地域においては、大資本による炭鉱開発が相次いだ東部地区では、炭鉱病院の圧倒的

な充実と炭鉱関連企業や商工業関係者を診療対象として見込んだ個人開業医により、地域の医療は充実していた。しかし、石炭産業衰退期以降は、炭鉱閉山に伴い多くの炭鉱病院が閉鎖され、また人口の消失にともない開業医が地域から去った。特に、炭鉱医療への依存度が高かった歌志内市や上砂川町においてはその傾向が強く表出され、地域産業の衰退が直接的に医療供給の縮小につながった。

一方で、地域の要請により開設された公立・公的医療機関については、地域経済の影響を受けにくい安定した存在であるといえ、むしろ民間医療が衰退していく過程においてその存在意義を増した。これは第2章で検討した南空知医療圏と同様である。特に、中部の砂川市や滝川市では、市立病院が社会基盤としての医療を市民に提供し、さらに周辺市町の医療が急速に縮小する過程においては、圏域内の医療需要に対応する役割を担ってきた。

砂川市立病院への医療機能集中と周辺市町における過疎医療の進行については、「医療機関の相互関係」から生じたものである。二次医療圏を単位とした医療資源の効率的活用や医療の分担や分業は、採算性の高い高度な医療を提供することを使命とした地域中核病院と、採算性の低い後方支援的役割を担うその他の病院との医療格差を拡大させる要因となった。

この地域では、2004年の自治体合併協議の破綻を要因として各自治体は現在においても厳しい財政状況の中で自治体医療を展開している。医療提供そのものが地域の定住人口促進策として重要であることから、各自治体は財政負担に耐えうる範囲で医療機能を縮小させながらも自治体病院を存続させてきた。産業構造の転換の失敗による過疎進行を医療供給の維持で食い止めようとする構造が見られた。また、中空知二次医療圏域内の各自治体でこの構造が強まっていくことによって、基幹病院である砂川市立病院が衰えていく周辺の医療供給を支えようという方向性が強まり、同病院は圏域内で相対的に過剰な発展を遂げ、結果的に「人口減少下における医師増加現象」という過疎地域においては異例の医療構造を生み出したのであった。

第4章 農村過疎地域における医療の成立・展開と地域経済

——北海道北空知二次医療圏を事例として

第4章では、農村過疎地域であり平成期において最も病院勤務医師の減少が進んだ北空知医療圏に焦点を当てた。

この地域は明治期から医師不足に悩まされていたが、「医療の社会化」の潮流に乗り、昭和初期には一部事務組合による医療機関の開設や農業組合による農村医療の発展がみられ、一時期地域の医療提供体制は改善の方向に向かった。しかし、沼田町における石炭産業の衰退や当圏域の基幹産業である農業の縮小が定住人口の減少に大きな影響を与え、それに伴い農村医療の縮小、基幹病院である深川市立病院の機能縮小といった「医療の過疎化」が表れた。また医療圏内部においても地域経済の違いから生じた「過疎医療の地域性」が確認された。

この「過疎医療の地域性」について「医療機関の相互関係」から検討した場合には次のよ

うになる。

人口減少や地域経済縮小過程において、深川市を除く圏域内各市町は計画的な医療機能の縮小を実現したが、地域中核病院である深川市立病院では、圏域内における医療機能確保の必要性から大胆な医療改革が困難だったため、結果的に同病院への医療需要の一極集中が起きた。しかし、近年では同病院の医師不足や医療機能縮小、また交通網の発達を要因としたストロー効果による近隣医療圏への患者流出が増加していることなどの問題点が表面化している。

当圏域では、医療政策上設定された二次医療圏の枠組みの中での「医療機関の相互関係」から圏域内医療格差が生じた。これが第1の構造である。その後、医師不足などを背景に基幹病院（深川市立病院）の機能が衰退し、競争的關係にある周辺医療圏に属する医療機関へ医療需要が流出し圏域を超えた「医療機関の相互関係」という第2の構造が表出したのであった。

第5章 砂川市立病院への医師集積のメカニズムとその問題

第5章では、中空知医療圏内部における医療格差発生の主因である砂川市立病院への医師集積の発生メカニズムについて検討した。

国民皆保険の実現や老人保健費の無料化といった医療保険制度の導入、地域医療構想に基づいた医療機能の集約化、医療圏内での医療の分担や分業を背景に同病院は圧倒的な発展を遂げ、それに伴い医師が集積した。また、2004年の医師臨床研修必修化や2006年の診療報酬改定により導入された新たな看護体制への対応も医師をはじめとする医療従事者の集約化に作用した。これらは医療制度および医療政策の影響を受けたものである。

また、地域経済の影響も強く受けている。

特に、高度経済成長期からバブル経済期にかけては、圏域内各市町の産業衰退が著しく、そこでの医療は急激に縮小した。特に旧産炭地域である芦別市、赤平市においては、地域医療を担っていた三井芦別炭鉱病院、住友赤平病院などの大規模炭鉱病院がこの時期徐々に医療機能を縮小し、その後それぞれ閉院したことから、そこでの医療需要を砂川市立病院が吸収したと考えられる。周辺地域における産業衰退に起因し生じた医療需要の余剰を、当時既に地域の基幹病院として発展を遂げていた同病院が引き受けることで地域全体の医療の需給バランスを保った形となる。これは、周辺自治体での地域産業の衰退に伴う「医療の過疎化」の進行、および圏域内における「医療機関の相互関係」を主因としたものである。また、そこに医療機関相互の経営的な競争原理がはたらいたことにより、同病院は競争力を得ようと肥大化を続け、医師集積の程度についても相対的に過剰となったのである。

終章

北海道における医師偏在は、地域産業の衰退に伴う人口の減少から生じた地方での「医療の過疎化」の発生、および「医療機関の相互関係」から生じる圏域内における医療の格差構

造の発現、この二つの現象から説明がつくものであった。そして、これらの現象はともに「過疎医療の地域性」を規定するものであった。

医師偏在の発生メカニズムを地域経済学的に結論付けると次のようになる。

まず、医師偏在の起点は「地方の過疎化」である。もちろん、地方の過疎化の奥には「地域産業の衰退」がある。過疎地域においては、人口の減少により医療需要が縮むことから医師が去ってしまい「医療の過疎化」という現象が発現する。一方で、人口が集積する都市部においては、医療需要の高まりを受け、医療機関が競争的に医療機能を高めることなどから医師の集積が起きる。これが、都市部ー過疎地域間でみた場合の医師偏在の発生メカニズムである。医師偏在は、医療労働需給の変化を受けて生じた医師の再配分の結果といえよう。

また、過疎地域（過疎医療圏）内部においても医師偏在は発生する。これは自治体病院を主とした「医療機関の相互関係」から生じる。地域経済の衰退により著しく人口が減少した地域においては、自治体が計画的に自治体病院の医療機能を縮小する。そこでの医療需要は、圏域内で地域産業が残り人口規模が相対的に保たれている自治体が運営する基幹的自治体病院が請け負うことになる。このようにして、過疎地域（過疎医療圏）における医療の格差構造が発現する。これが、過疎地域（過疎医療圏）内部での医師偏在の発生メカニズムである。ここでの出発点もやはり「医療の過疎化」であり、その奥には地域産業の衰退がある。

本論文では、これまで医療内部にあると考えられていた医師偏在の要因について、需要サイドの人口の減少、とりわけ「地方の過疎化」を出発点に置き、北海道開拓期から現在までの地域産業や医療提供体制の構造的変容についての分析を積み上げ、それを地域経済史と併せて検討した。そうすることで医療労働の市場構造の変化に伴う「医療の過疎化」がどのように進み、その結果として「過疎医療の地域性」がどのように表れたのかについて明らかにした。

さらに、医療労働の市場構造の変化だけでは個々の医師偏在の状況を説明しきれないと考え、「医療の過疎化」に「医療機関の相互関係」の分析を加えることで「過疎医療の地域性」についての説明力を強化した。つまり、「過疎医療の地域性」を「医療の過疎化」と「医療機関の相互関係」の分析から明確にすることで「医師偏在の発生メカニズム」について地域経済学的に一定の結論を得るに至ったのである。この「過疎医療の地域性」については、「医療の過疎化」と「医療機関の相互関係」の分析でかなりの部分は説明できていると考える。

本論文の新規性は、既存研究では行われてこなかった以上の分析方法をとることにより医師偏在の発生メカニズムの解明に迫り、医師偏在問題に対する新たなアプローチ方法を地域経済学的に示した点にある。

今後、過疎地域における「医療の過疎化」への政策的対応として、まずは「広域医療連携の強化」についての議論が不可欠であろう。

現在、国によって進められている「公立・公的病院再編・統廃合」の議論は、本論文で検討した二次医療圏内部での「医療機関の相互関係」の強化そのものである。過疎地域におい

てこのような動きが加速すると、基幹的自治体病院への機能集中と周辺自治体での医療機能の縮小により圏域内医療格差を拡大させることは本論文の分析から明らかである。また、厳しい自治体財政の中で特定の自治体（自治体病院）に医療機能を集中させることは安定的な過疎地域医療の継続に対して一定のリスクを負うことにつながる。

二次医療圏を政策単位として基幹的自治体病院を中心とした医療連携体制の構築を目指してきた地域医療政策は、ここにきて地域人口の大幅な減少や患者の大規模病院志向、遠隔地への通院を可能とした交通網の発達などを背景として転換期を迎えている。1980年代に設定された二次医療圏の範囲・枠組みが、患者の医療に対する要求や人口問題を含む地域の実情と合わなくなってきた。こうした現状から、過疎地域においては今後二次医療圏の再編や二次医療圏を超えた広域医療連携についての政策的議論が求められる。

また、国は2024年4月からの医師の時間外労働規制の導入に向けて、医師の業務の一部を他の医療職へと委譲するタスクシフティングについての議論を進めてきた。このような医療政策が、過疎医療地域に勤務する医師の労働環境の改善に与える効果についての検証が必要となってくる。厚生労働省が2017年4月に公表した「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の結果では、医師が地方勤務をする意思がない理由として「労働環境への不安」が全年代で多くなっていた。政策的に医師の労働環境が改善されるとするならば、過疎地域における医師の就労促進への一定の効果が期待されよう。

今後、医師偏在の出発点である「地方の過疎化」、「地域経済の衰退」を食い止めなければ医師偏在はますます進行し地方の医療は次第に困窮化していく。だからこそ、「過疎医療の地域性」に応じた多面的な医療政策の実行に加え、地域経済を取り巻く様々な課題の解決が求められるのである。