

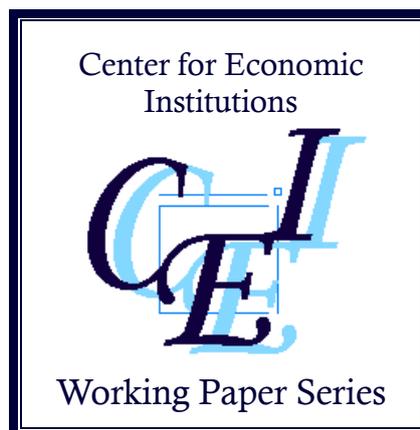
**Center for Economic Institutions**  
**Working Paper Series**

No. 2024-2

**“The Representativeness of Medical Directories in Prewar Japan  
and the Geographical Mobility of Physicians as Seen in the Directories”**

**Chihiro Inoue, Yoko Okuyama, Megumi Murakami,  
and Chiaki Moriguchi**

August, 2024



Institute of Economic Research  
Hitotsubashi University  
2-1 Naka, Kunitachi, Tokyo, 186-8603 JAPAN  
<https://cei.ier.hit-u.ac.jp/English/index.html>  
Tel:+81-42-580-8405/Fax:+81-42-580-8333

# 戦前日本の医師名簿の代表性と 医師名簿にみる医師の地理的移動\*

2024年8月21日

井上ちひろ 奥山陽子 村上愛 森口千晶\*\*

本論文では、戦前日本の医師名簿を活用した実証研究を進めるための予備的分析として、明治42年（1909年）刊行の『日本杏林要覧』、および昭和17年（1942年）刊行の『日本医籍録』について、収録されている医師の網羅性と代表性を検証する。そして、これらの名簿の履歴情報を用いて戦前の医師の地理的移動を可視化する。

キーワード：西洋医学、医師資格、医学教育、医療アクセス、地域間格差

JEL codes: I15 (health and economic development)

---

\* 本研究は、2021年度サントリー文化財団・若手研究者のためのチャレンジ研究助成「医師数の地域間格差の歴史経済分析—戦前日本の医師名簿を活用した実証研究—」、2023年度一橋大学経済研究所共同利用共同拠点研究助成、JSPS 科研費 24H00145「格差の制度的および規範的決定メカニズムの解明」の成果の一部である。本稿の執筆にあたり、猪飼周平氏、本田衛子氏をはじめとする一橋大学経済研究所定例研究会の参加者から有益な示唆を戴いたことに感謝する。また、大関智也氏、藤岡健太郎氏、JSPS 科研費 21H05172, 17H00978 によるデータ入力支援、および真次優芽氏による研究補助にも謝意を表す。

\*\* 井上ちひろ（神戸大学大学院経済学研究科）、奥山陽子（ウプサラ大学経済学部）、村上愛（東京大学大学院経済学研究科）、森口千晶（一橋大学経済研究所）。

## 1. はじめに

二十一世紀に入り、欧米の経済史では、歴史的な人口センサスの個票のテキストデータ化とそれを用いた個人レベルのパネルデータの整備が進み、革新的な実証研究が続々と生まれている (Abramitzky et al. 2014; Gutmann et al. 2018)。これに対して、日本では国勢調査を含む政府統計の個票データは 1970 年代以降のものにとどまり、マイクロデータを用いた歴史実証分析を著しく困難にしている。その一つの突破口として期待されるのが、紳士録・職員録・会社一覧・学校一覧といった戦前に編まれた名簿史料の活用である。これまでも、歴史学や社会学において名簿資料を用いた綿密な研究があるが、特定の個人を対象とする事例研究や少数の標本を抽出して記述統計をみる分析が主流を占めてきた (麻生 1991 他)。しかし、近年の OCR や自然言語処理における目覚ましい技術進歩を受けて、経済学においても日本の名簿資料を用いた精緻な実証分析が始まっている (Moriguchi et al. 2024, Tanaka et al. 2024)。さらに、国立国会図書館が戦前書籍の電子化とテキストデータ化を推進し、デジタルコレクションとして広く一般公開していることも、これらの研究への追い風となっている<sup>1</sup>。

一般に、名簿資料の利点として、①対象となる組織や職業について網羅的な調査であること、②掲載者に関する出版時の情報に加えて、学歴等の履歴情報も含まれていることが多く、遡及調査 (retrospective survey) としての性質を持つこと、③版を重ねて刊行される名簿については、同一個人を連結することでパネルデータを構築できること、等を挙げることができる。その一方で、名簿資料の問題点として、①全文のテキストデータ化に多大なコストがかかること、②自然言語の文章から必要な情報を的確に抽出する必要があること、③採録基準によっては掲載者にバイアスがあること、等が考えられる。

筆者たちは、日本における医療の地域間格差の長期的変遷を分析するプロジェクトに取り組んでおり (Inoue, Moriguchi, Murakami, and Okuyama 2022)、その一環として、各種の政府統計に加え、代表性の高い医師名簿のテキストデータ化を進めている。そこで本論文では、『日本杏林要覧』(明治 42 年) と『日本医籍録』(昭和 17 年) という二種類の医師名簿を取り上げ、これらの名簿データを実証分析に用いる上での有用性を検討していきたい。

---

<sup>1</sup> 詳しくは国立国会図書館デジタルコレクションを参照 (URL: <https://dl.ndl.go.jp>)。

本論文の構成は以下の通りである。第2節では、歴史的背景として、日本における西洋医学の導入とそれに伴う医師資格制度と医学教育制度の展開を概説する。第3節では1909年刊行の『日本杏林要覧』と1942年刊行の『日本医籍録』について、厚生省統計と比較しながらその網羅性（coverage）と代表性（representativeness）を検証し、履歴情報を用いて医師の地理的移動を可視化する。第4節に今後の展望を記す。

## 2. 歴史的背景

### 2.1 医師の資格制度と医学教育の展開

本節では、江戸時代後期から明治期にかけての医師にかかわる資格制度の展開を概説する<sup>2</sup>。江戸時代には、医師は（僧侶とともに）身分制の枠外に位置した職業であり、開業に必要な資格はなく、医師を志す者は医家の下で徒弟して修行することや独学で書物を読むことによって医術や薬の処方を学んだ。伝統的な漢方医学に加えて、十八世紀半ばからは蘭方医学も流入したが、両者は必ずしも対立関係にあったわけではなく、漢蘭の知識を併習する医師も少なくなかったといわれる。幕末には藩校に医学校を設置する藩が三十を超え、蘭方医学を採用する藩も増えていた<sup>3</sup>。しかし、体系的な西洋医学教育は、江戸幕府が招聘したオランダ海軍医が、1857年に開設された長崎医学校において行なったものが最初だとされる（坂井他 2010）。

明治政府は、近代的な衛生・医療の確立のために漢方医学から洋方医学への転換を決定し、明治7年（1874）に医学教育制度と医師資格制度を定める「医制」を公布した。医制の特徴は、以下にみるように、①新規養成する医師はすべて西洋医とする改革を断行する一方で、②（反対勢力を懐柔し、かつ医師数を確保するために）従来の開業医には無条件で医師免許を与えた点にある。

第一に、医師の新規養成に関しては、西洋医学に基づく医術開業試験と医学教育機関（以下、医育機関）が制定された<sup>4</sup>。医術開業試験の合格者には内務省から開業免状が授与されたが、初期の開業試験は府県で実施され、明治12年（1879）に全国統一試験と

---

<sup>2</sup> 日本における西洋医学の導入については医学史を中心に多くの優れた先行研究がある。詳細は厚生省医務局（1976）、布施（1979）、猪飼（2010）等を参照されたい。

<sup>3</sup> 明治4年（1871）の廃藩置県の時点で、全国272藩のうち藩校に医学校のある藩が36、藩校とは別に医学校のある藩が26、蘭方医学を採用している藩が18藩あった（山崎 1955）。

<sup>4</sup> 医学校のカリキュラムと医術開業試験の試験科目から漢方科目が除外されたことにより、漢方医はこれらのルートで医師資格を取得できなくなった。これとは対照的に、中国や韓国では現在に至るまで漢方医は正式な医師として認められている。

なるまではその難易度に地域差があったという(坂井他 2010)。また、明治 39 年(1896)の医師法制定までは、開業試験の受験資格に学歴の要件がなかったため、医育機関の学歴がない者にも医師になる門戸が開かれていた<sup>5</sup>。その一方で、政府が指定する医育機関の卒業者には開業試験を免除し、無試験で医師免状を授与する特権が与えられた。この特権は当初は官立大学(帝国大学)に限定されていたが、明治 15 年(1882)には「甲種医学校」(一定の条件を満たした公立医学校)に、明治 38 年(1895)にはさらに一部の私立医学校にまで拡大された。

第二に、明治維新以前から開業している「従来開業医」とその後継者(医業を家名相続する 25 歳以上の子弟)については、府県(地方庁)から無試験で開業免状が付与された。また、維新以降に官庁・公立医学校に奉職する医師に対しても、内務省から無試験で免状が授与された(「奉職履歴医」)。この他に、医師の少ない地域の開業医には地域限定の開業免状が与えられた(「限地開業医」)。

このように、戦前の医師資格には取得理由と学歴により多くの種類があり、やや複雑だが、本論文ではこれを以下の三種類に大別する。

- ① 大学・医学専門学校・外国医学校を卒業し無試験で資格を得た「学校卒業医」<sup>6</sup>
- ② 医術開業試験に合格して資格を得た「試験及第医」
- ③ 従来を経験を評価されて無試験で資格を得た「従来開業医等」(開業医子弟、奉職履歴医、限地開業医を含む)

ここで興味深いのは、医師資格と西洋医との対応関係であろう。学校卒業医と試験及第医は、前者は医育機関で高度な専門教育を修めた西洋医、後者は必ずしもそうではない西洋医という点で異なるものの、すべて西洋医である。これに対して従来開業医は、奉職履歴医を例外として、圧倒的に漢方医が多いものと思われる。明治初期の洋方医/漢方医別の統計は、文部省による明治 7 年(1874)調査(文部省『第二年報』)と厚生省による明治 8 年(1875)と明治 9 年(1876)調査がある(厚生省『衛生局報告』)。調査県数が最も多く信頼性も高いと思われる 1876 年調査によると、全国の従来開業医 31,268 名のうち、漢方医は 20,568 名、洋方医は 6,402 名、雑医(和医または漢洋和の折衷医)

---

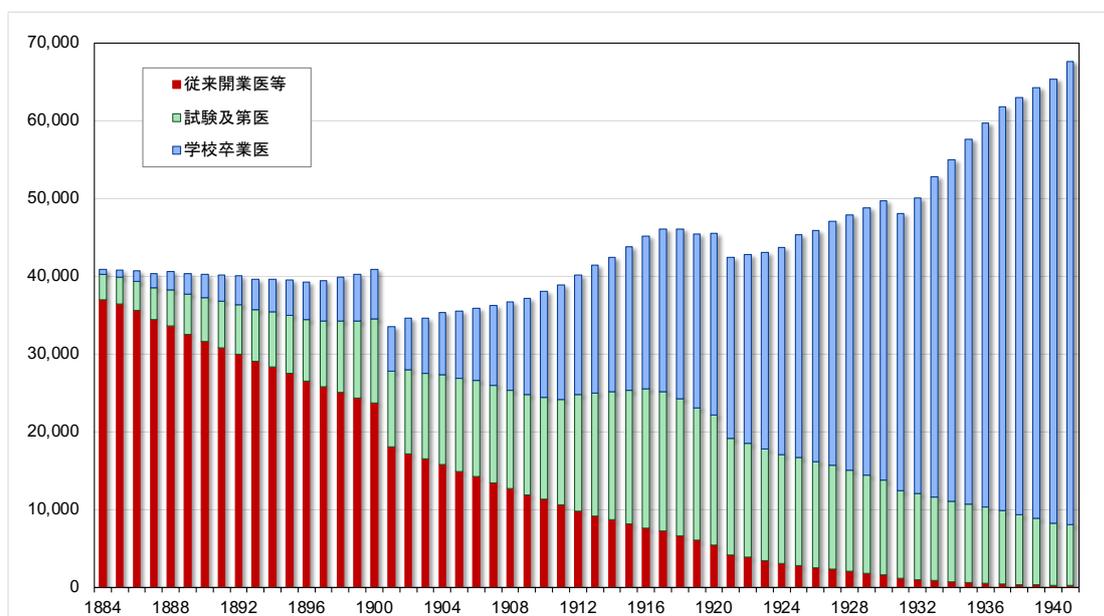
<sup>5</sup> 医師開業試験の受験者は、開業医の書生等をしながら、公立医学校や私立医学校に通って受験に必要な知識を学んだといわれる。

<sup>6</sup> さらに学校卒業医の中にも序列があり、①博士(医学博士号取得者)、②学士(帝国大学医学部卒業者)、③ドクトル(外国医学校卒業者)、④得業士(医学専門学校卒業者)の順に医師の社会階層が形成され、さらに、その下に⑤試験及第医、⑥従来開業医が位置していた(橋本 1992、表 1-1)。

は4,098名であり、漢方医が従来開業医の66.2%を占めていた。地域差も大きく、県別では漢方医の比率が最も高かったのは秋田県の86.1%、次いで熊本県の84.6%であった。したがって、明治維新の時点では日本の医師の少なくとも三分の二は漢方医だったと考えてよい。

明治17年(1884)には内務省免許医師(学校卒業医、試験及第医等)と府県免状医師(従来開業医等)を統一した「医籍」が編成され、医師免許を持つ者は医籍に登録される制度になった。図1は、1884年から1941年までの資格別の医籍登録医師数の推移を示したものである。1900年以前と以降の数値に(特に従来開業医等において)非連続性があるが、これは1901年の医籍名簿編成法の改正によって、より正確な医師数が把握されるようになったからだと考えられる<sup>7</sup>。図1によると、当初は医師の九割を占めていた従来開業医等が高齢化にしたがって退出し減少の一途をたどるものの、1901年までは医師の過半数を占めていた。一方、試験及第医は医術開業試験が大正7年(1918)に廃止されるまで着実に増加し、1917年の17,912名を頂点に減少に転じている。これに対して、学校卒業医は無試験免許授与の特権を持つ医育機関の増加に伴って増加し、1920年に初めて医師の過半数に達し、1941年には医師の88%を占めるようになった。

図1 資格別医師数の推移、1884~1941年



<sup>7</sup> 改正によって医師の動態調査が導入され、同一医師が異なる地域で複数回登録される問題が軽減されたと推測される(「医籍薬剤師名簿編成並加除訂正規定(明治34年内務省令)」国会図書館デジタルコレクション URL: <https://dl.ndl.go.jp/pid/796990>)。

このように、日本では近代化とともに漢方医学から西洋医学への転換に成功したが、その過程では多様な資格の西洋医が存在し、従来開業医が正規の医学教育を受けた西洋医に置き換えられるまでに半世紀を要したのである。

### 3. 戦前の医師名簿の有用性の検証

戦前日本における医師の地域分布の変遷とその決定要因を分析する上で、政府統計に加えて医師名簿を用いる利点は、個人単位の詳細な情報が得られること、特に、履歴情報を用いて個人の地理的移動を追うことができる点にある。

日本における医師名簿は、最初期のものに明治 15 年（1882）に刊行された『内務省免許全国医師薬舗産婆一覧』があり、内務省衛生局の保有する名簿を基に医師の診療科・姓名・医師免状番号・府県を掲載している。また、明治 17 年の医籍編成を経て、明治 22 年（1889）には内務省衛生局編纂の『日本医籍全』が刊行されている。これらを含む明治期の医師名簿の中で、生年・本籍など個人に関する情報量が最も多いのが明治 42 年（1909 年）刊行の『日本杏林要覧』である。大正期に入ると、『帝国医師名簿』、『大日本医師名簿』、『日本医籍録』などの全国的な名簿が相次いで刊行され、昭和期にその版を重ねた。なかでも、『日本医籍録』は生年・本籍・学歴などを含み、資料的価値が高い。そこで、本論文では、戦前初期の『日本杏林要覧』（1909）と戦前最後期の『日本医籍録昭和 17 年版』（1942）を取り上げて、その有用性を検証する。

なお、医師名簿の網羅性と代表性を検討するにあたり、本論文では厚生省衛生局の公式統計（以下、「衛生統計」と呼ぶ）をベンチマークに用いる。衛生統計は衛生局が管理する医籍を最も忠実に反映する統計と考えられる。ただし、医籍も医師の動態（移動・引退・死亡）を完全に把握しているわけではなく、その点には留意が必要である。

#### 3.1 『日本杏林要覧』の概要

『日本杏林要覧』（以下、杏林要覧）は工藤鉄男を中心に編纂された。同氏は明治 34 年に『日本東京医事通覧』を出しており、八年後に刊行された杏林要覧はその全国版である（樋口 2003）。出典は明記されていないが、冒頭の凡例に「医籍の調査は本書編纂に付き最も苦心せる所にして我政府に於ても明治 17 年以来殆ど医籍の整理に困し〔、〕其後内務省は府県に令して医籍調査を企てられたるが〔、〕此等に依るも何分異動多くして正確を期する能わず〔、〕且つ校正其他にも誤謬を招き易き性質の者なれば苦心せ

し」と記され、「編者は飽迄其異動を詳（つまびら）かにし毎版必ず訂正して正確を期せんとす〔。〕是又読者は其不備誤謬の点に於て必ず通報を吝（おし）む勿れ」と書かれている。すなわち、府県の医籍名簿を元にしつつ、異動の有無を調べ、読者からも情報を募って訂正したものと思われる。杏林要覧から無作為抽出した医師を対象に分析を行った橋本（1992）は、同要覧の記載内容について「内務省衛生局統計などとも一致」していて信頼性が高いと評価している（152頁）。

図2 『日本杏林要覧』の掲載例（東京府東京市麹町区の冒頭）

| 東京府    |                        | 東京     |                      |
|--------|------------------------|--------|----------------------|
| 麹町区    |                        |        |                      |
| 岩井 禎三  | 【別科十七年五月】東京平民、安政五年生    | 石井 格二  | 【試験六年九月】廣島平民、明治十二年   |
| 石塚 佐藏  | 【試験廿八年十一月】茨城平民、明治十年    | 石坂 惟寛  | 【履歴十七年五月】東京士族、天保十一年  |
| 井上 通泰  | 【博士廿三年十二月】兵庫平民、慶應二年    | 井上 豊太郎 | 【下クトル廿一年九月】山口平民、文久元年 |
| 井上 トモ  | 【下クトル廿六年三月】福岡士族、明治二年   | 井上 猛   | 【醫學校廿八年三月】愛知平民、明治十六年 |
| 五十嵐 洋庵 | 【〇〇十七年五月】群馬平民、弘化二年生    | 五十嵐 充  | 【試験廿四年八月】群馬平民、明治五年生  |
| 飯竹 彦三郎 | 【得業士四十二年三月】茨城平民、明治十七年生 |        |                      |

杏林要覧は前編と後編からなり、前編の「医籍」には、医師が府県別かつ市郡別にいろは順に掲載されている。図2にみるように、医師情報には、①姓名、②免状種類（博士、学士、ドクトル、試験など）、③医籍登録年月、④本籍（日本人の場合は道府県、外国人の場合は国籍）、⑤族籍（華族、士族、平民）、⑥生年、⑦住所、⑧電話番号、が記載されている。ただし、全医師について全項目の情報があるわけではない。また、性別と出身学校の項目はなく、国外（47道府県外）に在住する医師は掲載されていない。

### 3.2 『日本杏林要覧』の網羅性と代表性

筆者たちのプロジェクトでは、杏林要覧の「医籍」に収録されている全医師の情報をテキストデータ化し、データベースを構築した（Inoue, Moriguchi, Murakami, and Okuyama 2022）。収録されている医師の総数は39,396名であり、この中には「姓名と生年が一致する者」が二人以上存在する医師がのべ1,094名（2.8%）含まれている。しかし、これらが同一人物の重複掲載なのか、同姓同名同年生まれの別人なのか判断

できないため、以下の分析では全医師を用いる。族籍別にみると、全医師のうち、華族は17名(0.04%)、士族は10,188名(25.9%)、平民は28,468名(72.3%)、外国籍医師は50名(0.13%)、族籍不明者は658名(1.67%)である。さらに、医籍登録年別に医師数をみると、1884年の登録医師数が一万三千人と突出しているが、これは同年に医籍が編成され、それまでに医師免状を取得していた医師が一挙に登録されたものと推察される。1885年以降は毎年、五百人から千人程度の医師が登録されている。

次に、厚生省『衛生局年報 明治42年』の1908年末時点の医師数(以下、衛生統計)と杏林要覧の医師数の比較を行う。まず、資格別の医師数を比較する。杏林要覧に記載されている免状種類は多岐にわたり、博士・ドクトル・学士・得業士・別科・医学校・医学士・試験・従来開業・奉職履歴等々に加えて、判読不能な文字も含まれている。これらを当時の医師資格制度と照合して、衛生統計の区分と比較可能な形に分類したものが表1である。ここで「博士」とは医学博士号を持つ医師、「学士」とは帝国大学医学部を卒業した医師、「医専卒」とは官立・府県立・私立または外国の医学専門学校を卒業した医師、「従来開業」は従来開業医とその師弟を指す。

表1 『日本杏林要覧』と『衛生局年報』にみる資格別医師数の比較

| 医師資格             | 杏林要覧   | 衛生局年報  | 杏林要覧収録率 |
|------------------|--------|--------|---------|
| 博士               | 156    |        |         |
| 学士(帝大卒)          | 1,722  | 2,188  | 0.787   |
| 医学専門学校(官府県私立、外国) | 10,440 | 9,107  | 1.146   |
| 試験及第             | 13,476 | 12,664 | 1.064   |
| 従来開業             | 11,976 | 11,682 | 1.025   |
| 奉職履歴             | 678    | 679    | 0.999   |
| 限地開業             | 311    | 353    | 0.881   |
| 不明               | 637    |        |         |
| 合計               | 39,396 | 35,641 | 110.5%  |

表1には、衛生局年報の医師数に対する杏林要覧の医師数の比率(以下、杏林要覧の収録率と呼ぶ)も示している。これによると、杏林要覧と衛生統計の医師数は、全数で見ると杏林要覧の方がやや多く、収録率は107%である<sup>8</sup>。資格別にみると、試験及第・従来開業・奉職履歴については収録率が100%に近く、両者に大きな差はない。これに対して、学士の収録率は79%とかなり低く、逆に医専卒業医の収録率は115%

<sup>8</sup> 仮に杏林要覧から「姓名と生年が一致する医師」を重複登録とみなして重複分を除いても、杏林要覧の収録率はわずかに低下しない。

と高めになっている。その理由として、衛生統計には博士のカテゴリーがなく、その多くは学士に分類されていること、また杏林要覧の医専卒には（誤記や判別ミスにより）一定数の学士が含まれていること、等が考えられる。

図3は、杏林要覧の全医師のうち生年がわかる36,179名について、医師の年齢分布を資格別に示したものである。年齢は20歳から96歳まで幅広く分布しており、経歴によって医師免許を取得した従来開業医・奉職履歴医は高年齢層に集中し、新規養成の西洋医である医学士・医専卒業医師・試験及第医は若年層を中心に分布している。

図3 『日本杏林要覧』収録医師の資格別年齢分布

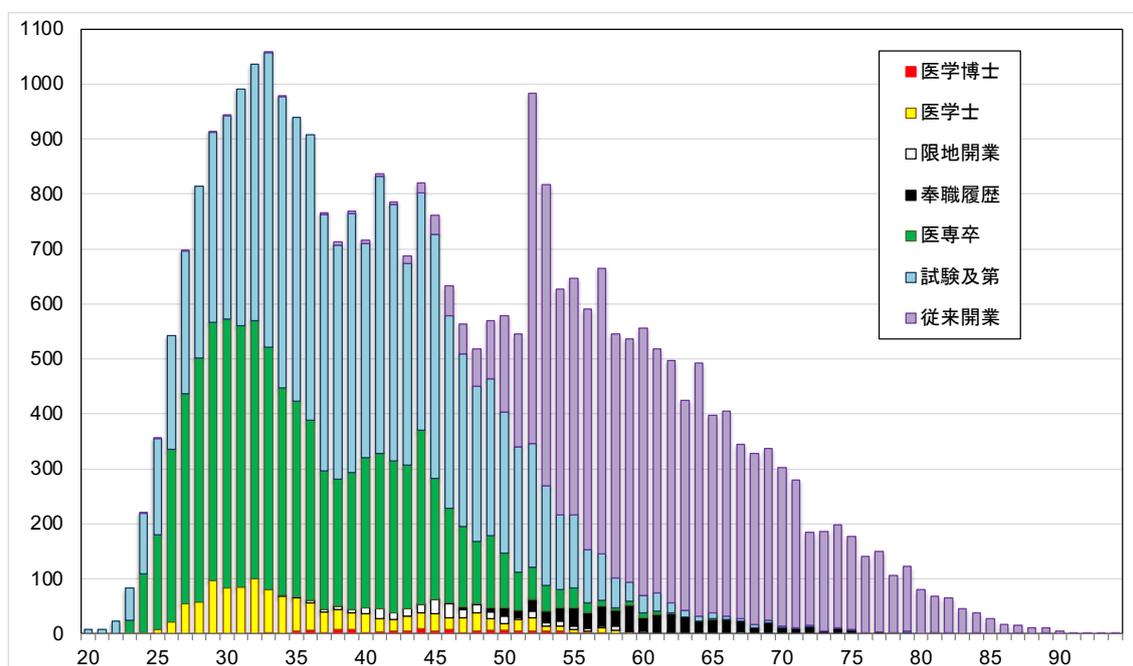


図4は、杏林要覧と衛生統計の医師数を府県別に比較したものである。北海道を除く全ての府県で杏林要覧の医師数が衛生統計の医師数より多いが、その差は大多数の府県で一割以内に収まっている。ただし、東京府については杏林要覧の医師数（4,396名）が衛生統計の医師数（3,608名）よりも二割多くなっている。

図4 『日本杏林要覧』と『衛生局年報』にみる府県別医師数の比較

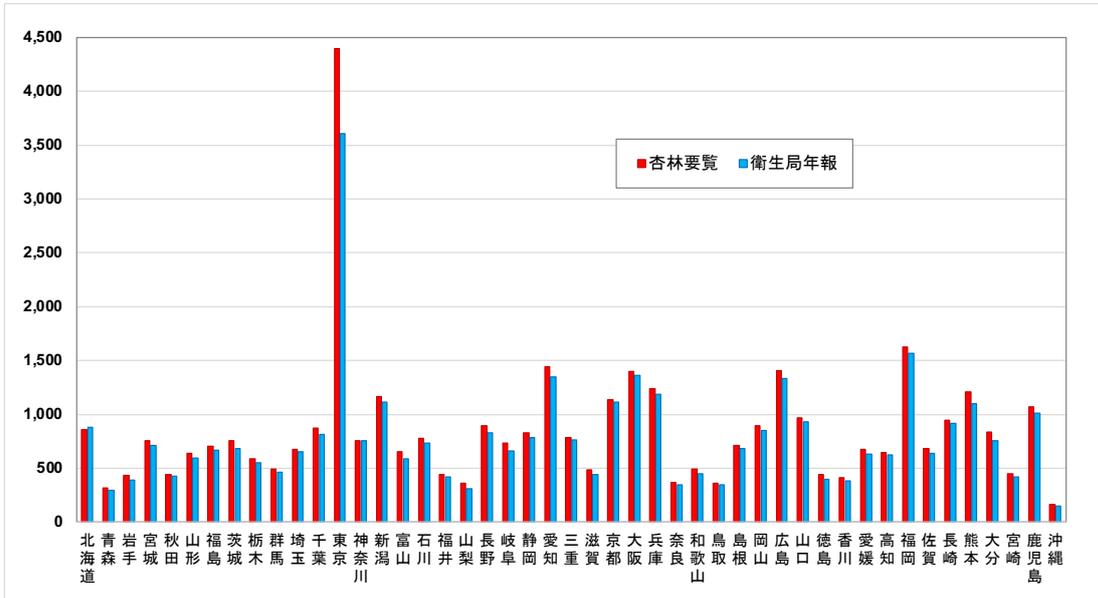
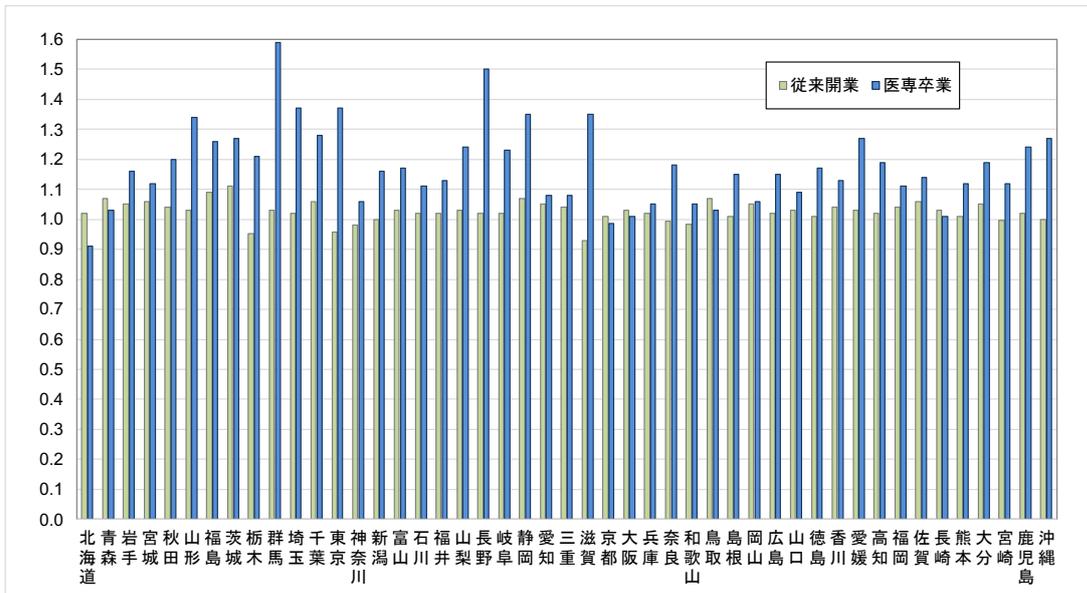


図5 『日本杏林要覧』の医師資格別の収録率の比較



さらに、資格別に府県別医師数をみよう。図5は、従来開業医と医専卒業医について、杏林要覧の収録率を府県別に比較したものである。従来開業医はどの府県においても収録率が100%の近傍にあるのに対して、医専卒業医は北海道の91%から群馬県の159%まで収録率にかなりの地域差がある。また、図には示さないが、試験及第医は東京（収録率129%）を除く全道府県において収録率は100%の近傍に収まっている。

以上をまとめると、杏林要覧に収録されている医師は衛生統計と整合性が高く、特に従来開業医と試験及第医については地域を問わず網羅性が高い。杏林要覧には衛生統計に比べて、医専卒業の医師数が多く、かつ東京在住の医師数が多い傾向はあるが、それ以外には大きな地域的な偏りや医師資格の偏りは観察されない。したがって、杏林要覧の医師データは網羅的であり代表性も高いと考えられる。

### 3.3 『日本杏林要覧』にみる医師の地理的移動

本節では、杏林要覧の医師データベースとサンキー図（Sankey diagram）を用いて、明治期の医師の地理的移動を可視化する。杏林要覧には医師の本籍地と現住所（1909年時点）の情報があり、全医師 39,396 名のうち 39,270 名（99.7%）について出身県と居住県を判別することができる。

図 6 は従来開業医（11,945 名）の地理的移動を示すサンキー図である。左の縦軸が出身県、右の縦軸が居住県を示し、県の順序は（都道府県番号に従い）北から南へ地方別に並べられている。各県のリボンは固有の色で描かれており、リボンの太さは医師数を表す。

図 6 『日本杏林要覧』の従来開業医の地理的移動

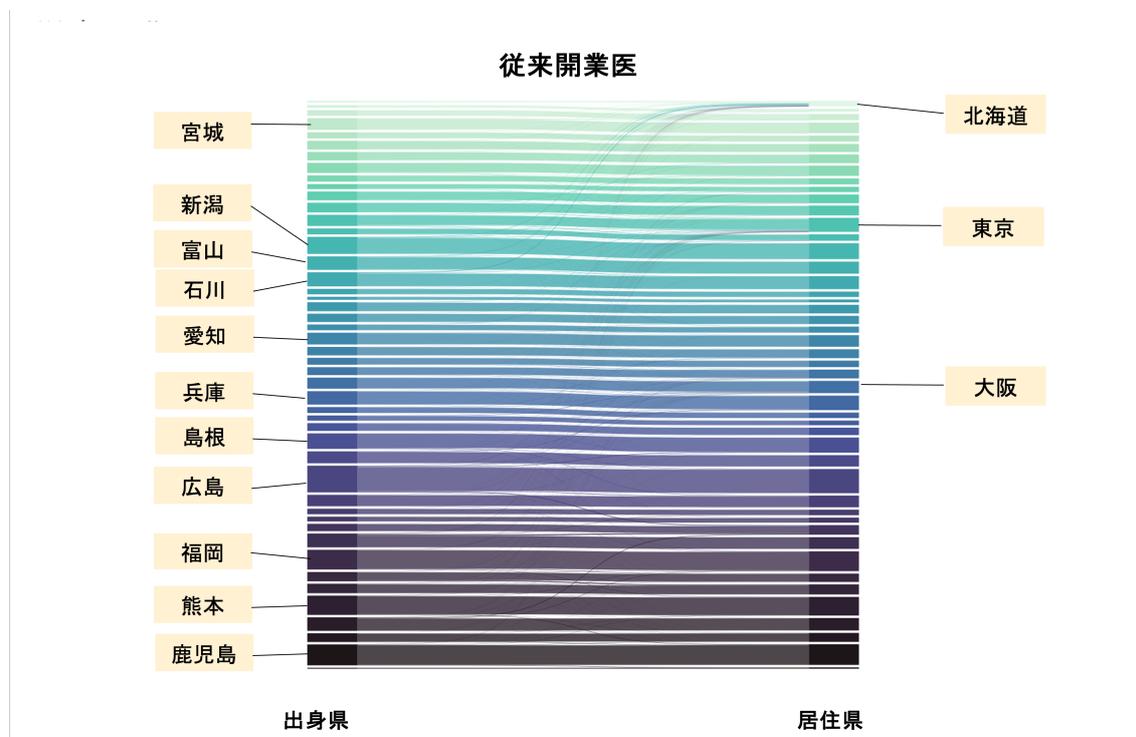


図6からは、従来開業医の出身県としては広島が最大であり、次に多いのが鹿児島・福岡・熊本・新潟・島根であることがわかる。また、従来開業医は地理的移動が極めて少なく、ほぼ全ての医師が出身県で開業していること、その中でごく少数の医師が北海道・東京・大阪へと移動していることも明らかになった。

図7は試験及第医（13,448名）の地理的移動を示している。試験及第医の出身県としては東京が最大だが、長野・福岡・山口・新潟も多くの試験及第医を生み出している。また、試験及第医は従来開業医よりも地理的移動が活発であり、特に全ての府県から東京へと医師が流入し、東京への医師の集中を高めていることがわかる。これに対して、大阪へは主に西日本から医師が流入している。

図7 『日本杏林要覧』の試験及第医の地理的移動

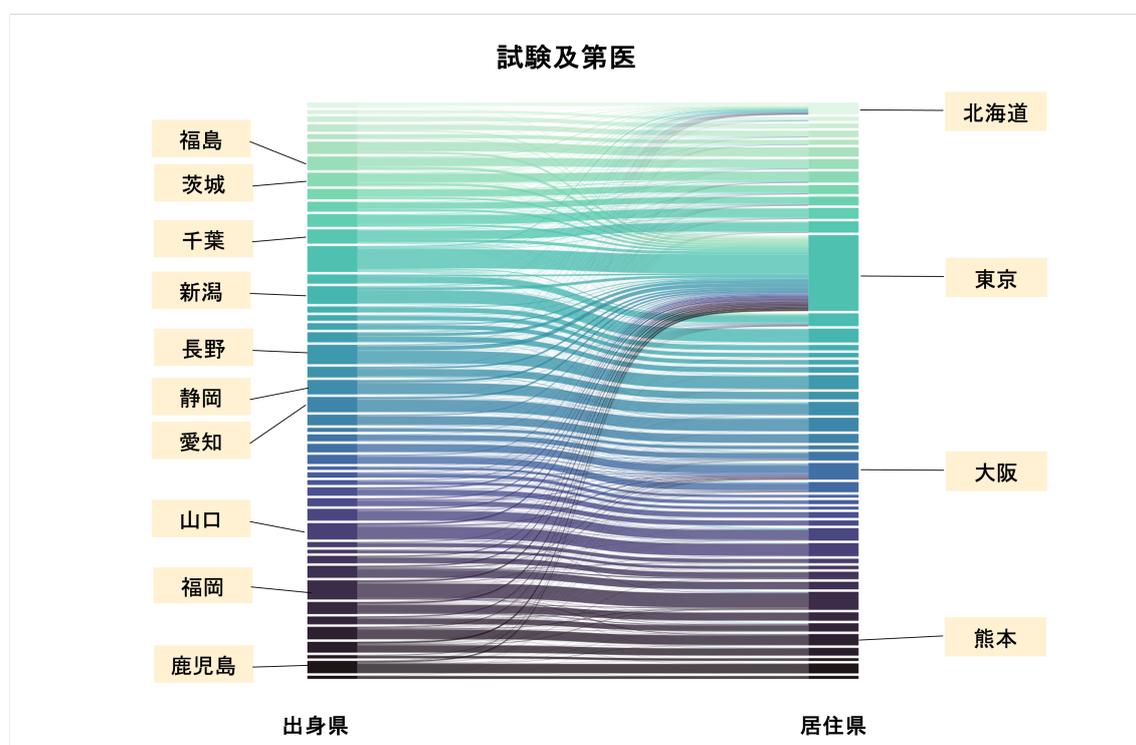
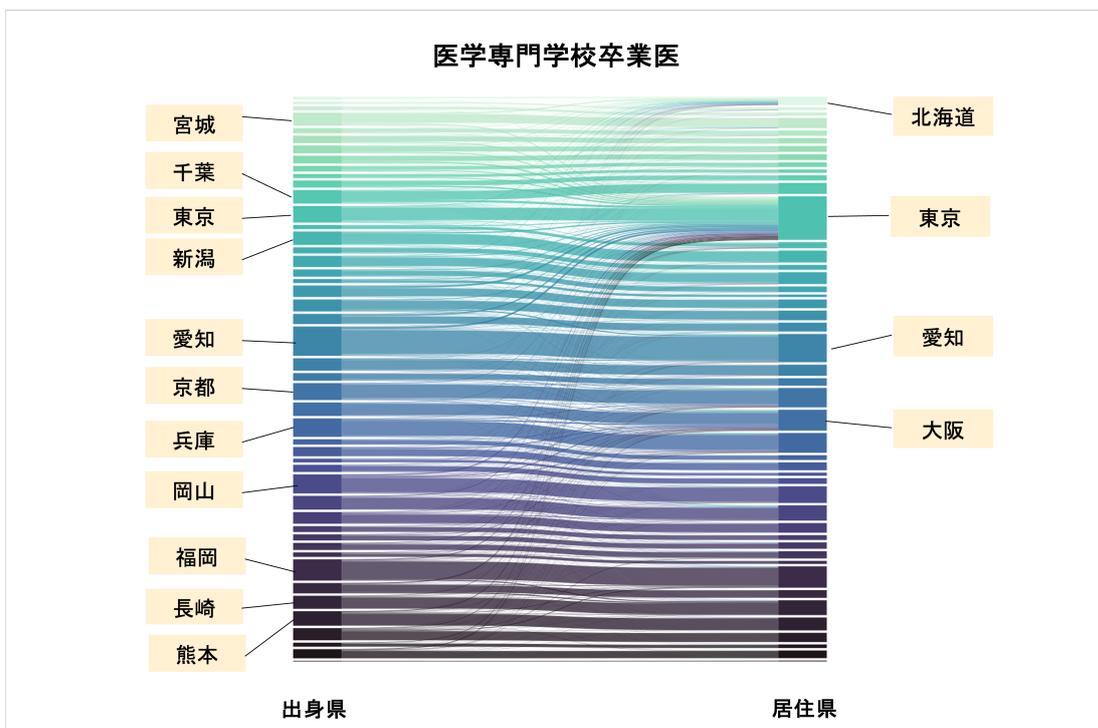


図8は医学専門学校卒業医（10,392名）の地理的移動を示している。医専卒業医の出身県としては、愛知が最大であり、福岡・岡山・兵庫・京都・長崎も多いなど、官公立医学校が早くから立地している府県の出身者が多い傾向が見られる<sup>9</sup>。また、医専

<sup>9</sup> 1888年時点では無試験免許授与の特権を持つ官立医学校は千葉・宮城・岡山・金沢・長崎に、公立医学校は京都・大阪・愛知に立地していた（坂井他 2010, p.340）。

卒業医は試験及第医よりも地理的移動が少なく、一部が北海道・東京・大阪に流入しているものの、大多数は出身県で開業または勤務している。

図 8 『日本杏林要覧』の医専卒業医の地理的移動



以上をまとめると、明治期の医師については、①医師資格によって出身地の分布が大きく異なること、②医師資格によって地理的移動には差があるものの、大多数の医師は出身県において開業または勤務していること、③東京・北海道には全国から新規に養成された西洋医が流入していること、が明らかになった。

### 3.4 『日本医籍録』の概要

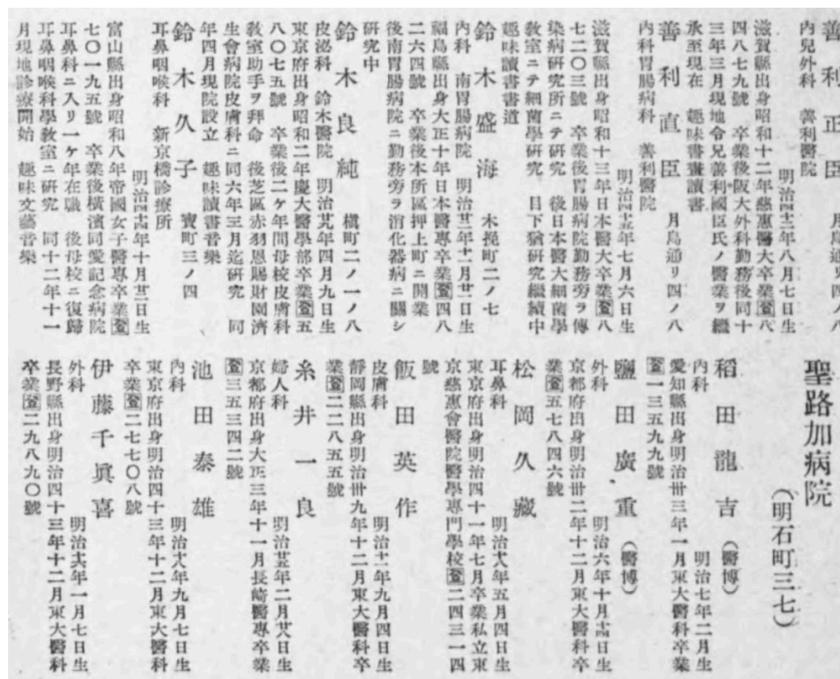
『日本医籍録』（以下、医籍録と呼ぶ）は大正 14 年（1925）に初版が刊行されて以来、毎年のように改訂されて版を重ね、『日本医籍録 昭和 17 年版』（1942）はその第 17 版である。凡例には、「本書の材料は厚生省衛生局原簿に準拠する予定なりしも、本書編纂資料としての価値に乏しく故に各府県衛生課の台帳と各医師会の名簿とを照合し、加ふるに出張の際直接聴取の原稿を更に卒業学校名簿其他の方面に厳密の調査を行ひその正確を期したり。」と記され、府県の医籍名簿に加えて医師会名簿と学校名簿を用い、さらに聴き取り調査も行って名簿を編纂していることがわかる。

複数版の医籍録を用いて研究を行っている猪飼（2010）は、『日本医籍録』においては、医師について、住所のほか、出生年、免許取得年、学歴、学位、専門科、職業歴、兼職などの記載がみられ、各医師のキャリアについて詳細を知ることができる。他方、それは、主に開業医が宣伝を兼ねて登録した名簿であることから、次のような偏りをもつ。第一に、登録されている医師が開業医に偏る。第二に、ある地域に長く留まらない医師（たとえば、開業適地を求めて短期間で開業地を替えていく層が存在したと考えられる）について掲載されていない可能性が高い。」（190頁）と指摘している。

医籍録の昭和17年版は、「医育機関一覧表」、「官公衛生職員一覧表」、「新令医事法規」、「日本医事年代表」、および医師名簿（以下、「本編」と呼ぶ）から構成される。本プロジェクトでは、「本編」の全文、および「医育機関一覧表」と「官公衛生職員一覧表」の基本情報をテキストデータ化し、データベースを構築した。

本編は府県別かつ市区郡別に整理され、47道府県の次に朝鮮、台湾、樺太の章がある。図9にみるように、各医師について、①姓名と博士号の有無、②住所、③診療科と診療所名、④生年月日、⑤出身県、⑥学歴（学校名と卒業年を含む）、⑦医籍登録番号、⑧職歴、⑨趣味、が掲載されている。ただし、全医師について全項目の情報があるわけではない。

図9 『日本医籍録』の本編の掲載例（東京府東京市京橋区の一部）



また、病院に勤務する医師については、最初に病院名と住所が記載され、その後に各勤務医の情報が掲載されているため（図9下段を参照）、本編の医師を開業医と病院勤務医の二種類に大別することができる。なお、1942年はすでに戦時下だが、召集された医師には職歴の最後に「出征中」と記載されている。

本編には総計47,238名の医師が掲載されており、その中に「姓名と生年月日が一致」する者がのべ2,119名（4.5%）含まれているが、特に除外はしない。全医師のうち、47道府県（内地）に在住する者は43,840名（92.8%）、朝鮮・台湾・樺太（外地）に在住する者は3,398名（7.2%）である。以下の分析では衛生統計との比較のために、外地在住者は除く。47道府県在住者43,840名のうち、開業医は41,596名（94.9%）、病院勤務医は2,244名（5.1%）で、開業医が大多数を占めている。出征中の医師は170名（0.004%）である。

### 3.5 『日本医籍録』の網羅性と代表性

本節では、厚生省（1947）『衛生年報 昭和16～20年』の1941年末時点の統計（以下、衛生統計）を用いて、医籍録の網羅性と代表性を検証する<sup>10</sup>。衛生統計には、47道府県について、①府県別かつ免許種別の医師数（医籍登録者数）と②府県別かつ市町村別の診療に従事する医師数の二種類の統計表がある。「診療に従事する医師」の定義は明記されていないが、診療所または病院における診療従事者を指し、医育機関の非臨床系業務従事者と行政機関の衛生業務従事者は除いたものと考えられ<sup>11</sup>、概念として医籍録の本編に収録されている開業医と病院勤務医に近い。そこで、まず最初に、「医籍録本編の医師数」と「衛生統計の診療従事医師数」を比較する。

図10は、両者の医師数を府県別に示したものである。医師数は東京が最も多く、（図からははみ出しているが）医籍録では7,540名、衛生統計では10,298名となっている。二番目に多いのが大阪、三番目は医籍録によると兵庫、衛生統計によると福岡、四番目は医籍録によると愛知、衛生統計によると京都、となっている。これに対して医師数が少ない県は、医籍録と衛生統計ともに沖縄・鳥取・奈良となっている。

<sup>10</sup> 1942年以降は戦争の影響で報告のない県が多数あるが、1941年は全府県の情報がある。

<sup>11</sup> 後続統計である厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』も類似の定義を使っている。

図 10 『日本医籍録』と『衛生年報』における診療従事医師数の比較

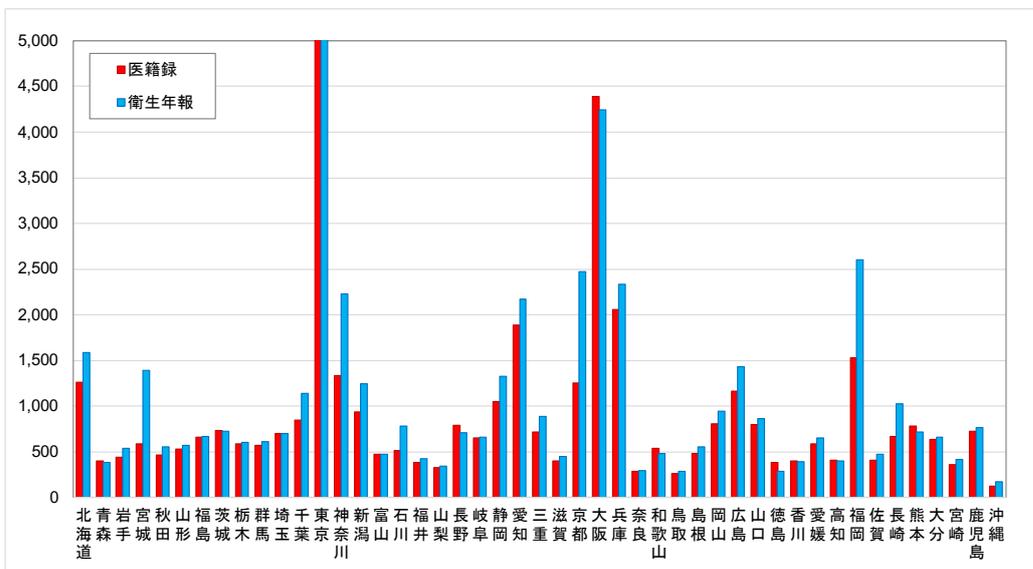
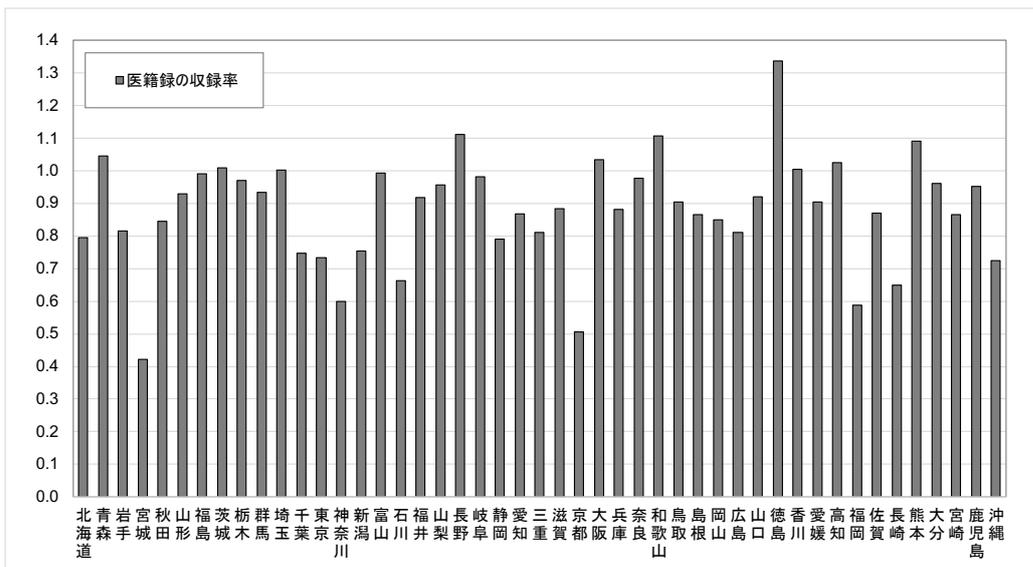


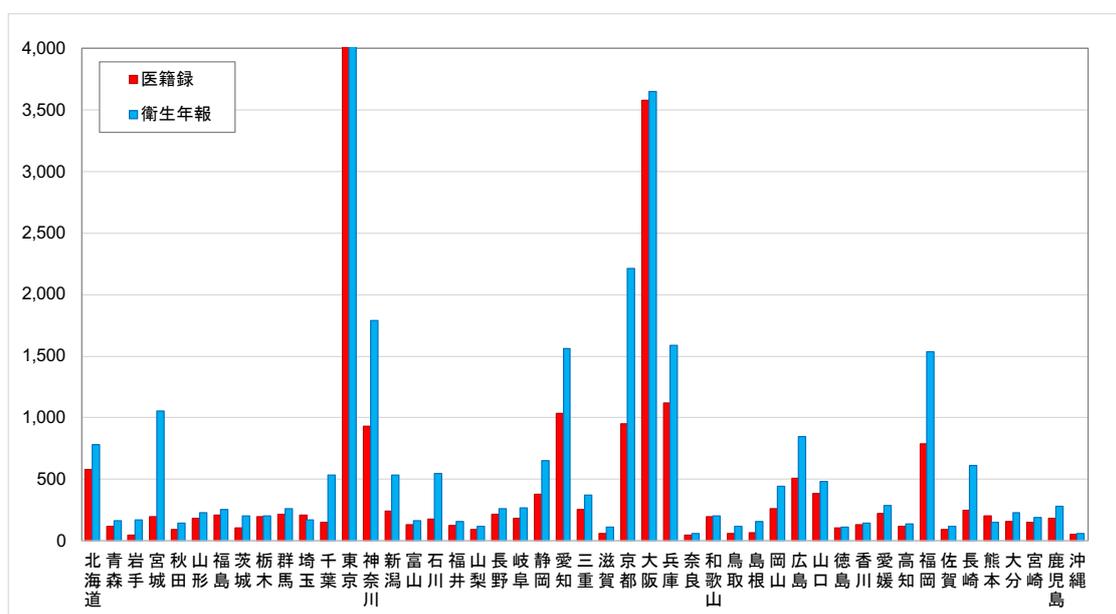
図 11 は、同じく診療従事医師数について、衛生統計の医師数に対する医籍録の医師数の比率（以下、医籍録の収録率）を府県別に示したものである。全府県の合計では、医籍録本編の医師数が 43,840 名、衛生統計の診療従事医師数が 53,960 名、収録率は 81.2%であり、一定の網羅性はあるように見える。だが、府県によって収録率が大きく異なり、収録率が最も低いのは宮城（42.2%）、京都（50.6%）、福岡（58.8%）、神奈川（59.8%）である。これに対して、徳島・長野・和歌山・熊本・青森・大阪では、逆に医籍録の医師数が衛生統計より多く、収録率が 100%を超えている。

図 11 診療従事医師に関する『日本医籍録』の収録率



次に、市郡別に診療従事医師数を比較する。医籍録の本編は市区郡別に整理されているため、市区を「市」、町村を「郡」と定義する。なお、現時点ではデータ制約から、医籍録の市郡別データには開業医のみを用いている。図 12 は医籍録と衛生統計の「市」在住の診療従事医師数を示している。市部では医師は東京を中心とする関東圏と大阪を中心とする近畿圏に集中している。全府県の合計では、医籍録は 22,285 名、衛生統計は 34,280 名、医籍録の市部の医師数の収録率は 65.0%である<sup>12</sup>。

図 12 『日本医籍録』と『衛生年報』における市部の診療従事医師数の比較



続いて、図 13 に「郡」在住の診療従事医師数を示す。郡部の医師は市部よりも地域的偏りが少なく、医籍録の収録率も高い。全府県で見ると、医籍録は 19,311 名、衛生統計は 19,680 名で、医籍録の収録率は 98.1%に達している。これは、医籍録の本編は市部よりも郡部の医師において網羅性が高いことを示す。

<sup>12</sup> 仮に全ての病院勤務医は市在住と仮定して市部に加算しても、収録率は 71.6%に留まる。

図 13 『日本医籍録』と『衛生年報』における郡部の診療従事医師数の比較

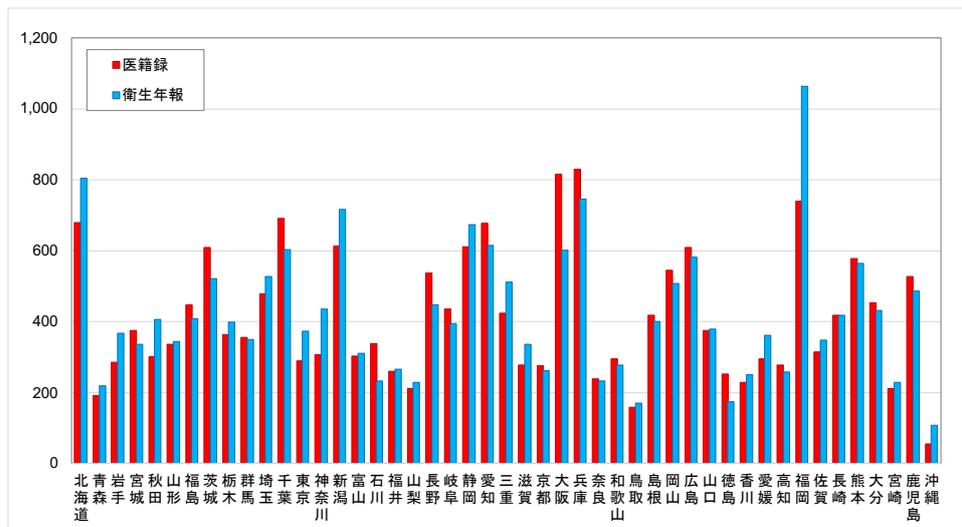
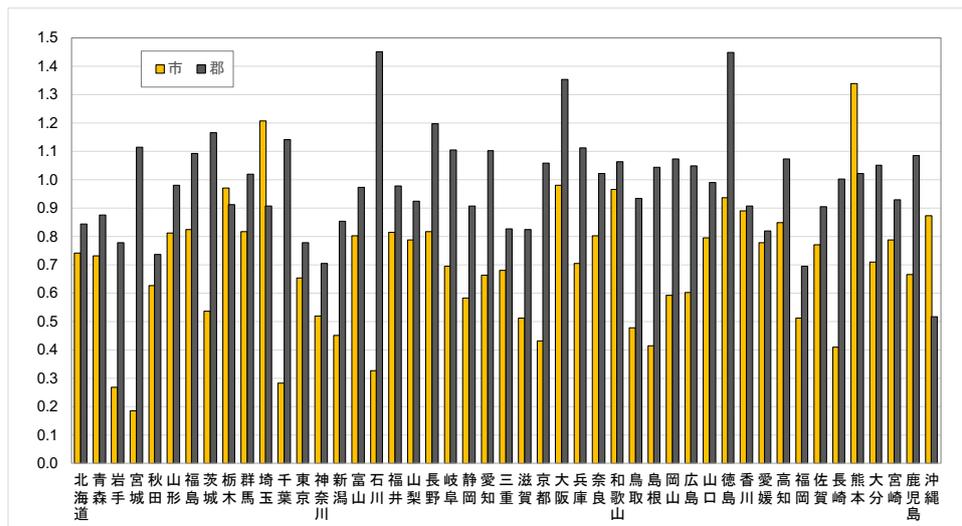


図 14 は医籍録の収録率を各府県について市郡別に比較したものである。市部では、熊本・埼玉のみ収録率が 100%を上回るが、他の全府県で収録率が 100%を下回っている。これに対して、郡部では半数近い府県で収録率が 100%を上回り、特に、石川・徳島・大阪では 140%前後と非常に高い。医籍録が開業医の宣伝を兼ねているとすれば、より競争の激しい都市の方が郡部よりも収録率が高いと予想されるが、実際には（栃木・埼玉・熊本・沖縄を例外として）ほぼ全ての府県でその逆の傾向がみられる<sup>13</sup>。

図 14 診療従事医師についての『日本医籍録』の市郡別の収録率



<sup>13</sup> その理由として、若年医師は免許取得後の数年間は開業に備えて都市の病院で経験を積むことが多く（猪飼 2010）、その間は医籍録に収録されなかった可能性が考えられる。

ここまでは診療従事医師を見てきたが、ここからは衛生統計の医籍登録医師数と医籍録の医師数の比較を行う。衛生統計の医師総数は 67,612 名であり、医籍録本編の 43,840 名よりもはるかに多い。その理由として、①衛生統計の医師数が過大、②医籍録本編に医育機関・行政機関の医師が含まれないために医師数が過小、③医籍録の医師に網羅性がないために医籍録の医師数が過小、という三点が考えられる。

第一の点について、衛生統計の「医籍登録者数」には引退または死亡した医師が含まれている可能性がある。医籍は医師免許を取得すると登録され、免許を失うと登録が抹消される制度になっており、医師免許は死亡・廃業・行政処分による取消の場合には返納が義務付けられている。しかし、引退・死亡時に登録抹消の申請がないことも多く、実態の把握は困難だとされる<sup>14</sup>。そこで、1935 年生命表と衛生統計の免許返納数を用いて試算してみると、医籍録の医師年齢分布に生命表を適用した年間推定死亡医師数は 1,155 名であるのに対して、1930 年代後半の年間免許返納数の平均値は死亡者が 889 件、廃業者が 22 件であり、年々推定死亡者数を 200 人規模で下回っていることになる。したがって、衛生統計の医籍登録医師数が累積で相当数の死亡者・引退者を含み、実働医師数よりも過大になっている可能性は高い。

第二の点について、医籍録の本編には確かに開業医と病院勤務医しか収録されていない。そこで以下では、医籍録の「医育機関一覧表」と「官公衛生職員一覧表」に収録されている医師を付け加え、医籍録全編の医師数と衛生統計の医籍登録医師数を比較する。

第三の点について、もし医籍録が網羅的ではないとすれば、その代表性を検討する必要がある。以下では衛生統計と医学博士録を用いて医師資格別の収録率を分析する。ただし、「医育機関一覧表」と「官公衛生職員一覧表」には医師の学歴の記載がないため、資格別の比較には利用できない。

まず、医籍録全編の収録医師数を算出する。医籍録の「医育機関一覧表」（東京帝国大学医学部、新潟医科大学、慶應義塾大学医学部、九州医学専門学校等）には 1,412 名の医師、「官公衛生職員一覧表」（厚生省衛生局、国立結核療養所、大阪衛生試験所、鉄道省東京鉄道病院等）には 820 名の医師が収録されている<sup>15</sup>。これらを合算しても医籍録の医師総数は 46,072 名であり、衛生統計の 67,612 名に対して、その収録率は 68.1% に留まる。先にみたように、診療従事者については医籍録本編の収録率は 81.2% と比較的高い。したがって、医育機関・行政機関については（「一覧表」と記載されているに

<sup>14</sup> 死亡医師の把握は現代でも難しく、2007 年 4 月に厚生労働省が医籍登録者にに基づく医師データベースを公開した際にも死亡者が多数含まれていることが明らかになり、問題となった。

<sup>15</sup> いずれも 47 府県在住者に限定し、職名から医師と判断できる者のみをカウントしている。

もかかわらず) 医師の網羅性が低い可能性が示唆されるが、その理由については今後の検討課題とする。

図 15 医籍登録医師数に対する『日本医籍録』全編の収録率

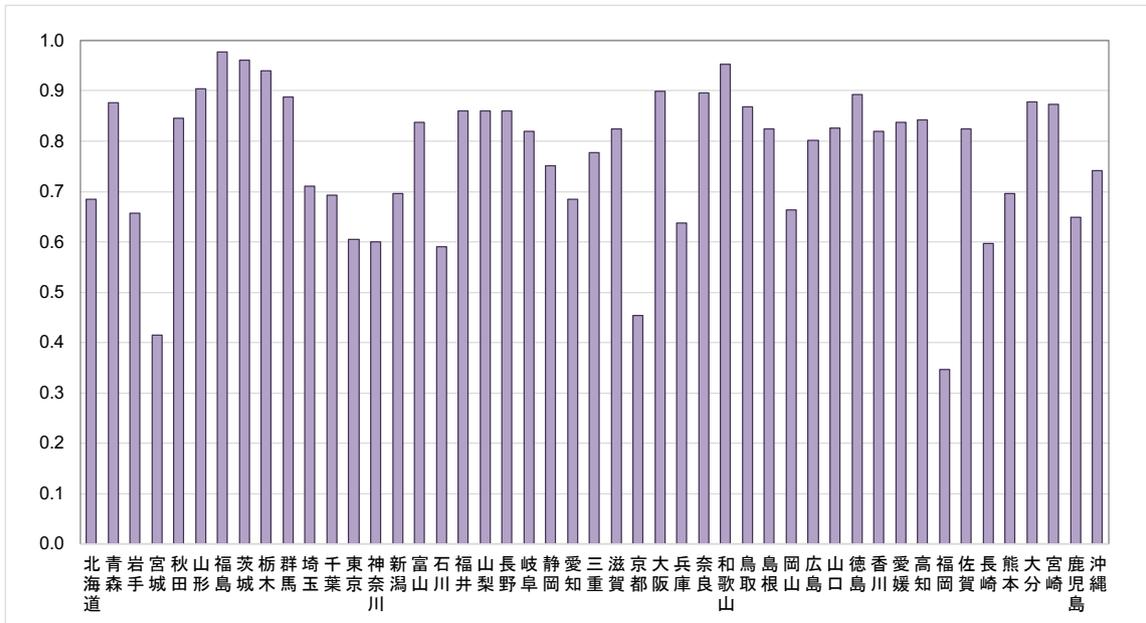


図 15 は衛生年報の医籍登録医師数に対する医籍録全編の総医師数の収録率を府県別に示したものである。全ての府県において、衛生統計よりも医籍録の医師数の方が少なく、医籍録の収録率は 100%を下回っている。しかし、府県によって収録率に大きな差があり、最も収録率が低いのは福岡 (34.6%)、宮城 (41.5%)、京都 (45.4%)、最も収録率が高いのは福島 (97.6%)、茨城 (96.1%)、和歌山 (95.2%) となっている。

次に、医師資格別の比較を行う。衛生統計には医籍登録者数が府県別かつ免許種別に報告されている。これに対して、医籍録には免許種別の項目がないため、学歴からこれを判別する必要がある。したがって、学歴情報のない医育機関医師と官公衛生職員は除外し、医籍録本編の 47 府県在住医師のみを対象に、学歴に①「従来」の文字列がある者を従来開業医、②「試験及」または「試験合格」の文字列がある者を試験及第医、③「卒業」の文字列と学校名の記載があり、かつ試験及第医ではない者を学校卒業医、④上記のいずれにも該当しない者を資格不明<sup>16</sup>、と定義する。

<sup>16</sup> 資格不明者については、医籍録の医師情報 (特に医籍登録番号と姓名) を用いて、『官報』に掲載されている医籍登録者情報と紐づけることができれば、資格がわかる可能性がある。

表 2 に、医籍録本編と衛生統計の資格別の医師数を示す。医籍録では全医師の 78.4% が学校卒業医、6.5%が試験及第医、0.1%が従来開業医、14.9%が資格不明であるのに対して、衛生統計では全医師の 88.1%が学校卒業医、11.6%が試験及第医、0.3%が従来開業医である。表 2 には医籍録の収録率（＝医籍録／衛生統計）も示すが、杏林要覧に比べるとかなり低く、学校卒業医は六割、試験及第医は四割を切っている。

表 2. 『日本医籍録』と『衛生年報』にみる資格別医師数の比較

| 医師資格 | 医籍録    | 衛生年報   | 医籍録収録率 |
|------|--------|--------|--------|
| 学校卒業 | 34,379 | 59,562 | 57.7%  |
| 試験及第 | 2,870  | 7,812  | 36.7%  |
| 従来開業 | 43     | 238    | 18.1%  |
| 資格不明 | 6,548  |        |        |
| 合計   | 43,840 | 67,612 | 64.8%  |

図 16 は、医籍録本編の医師のうち生年がわかる 38,711 名について、資格別に年齢分布を示したものである。学校卒業医は 20 歳代が少なく、30 歳代から 50 歳代までに厚く分布し、60 歳代に急減している。試験及第医は中高年層に、従来開業医は後期高齢層に集中している。資格不明者は 20 歳代から 90 歳代まで広く分布している。

図 16 『日本医籍録』本編の掲載医師の年齢分布

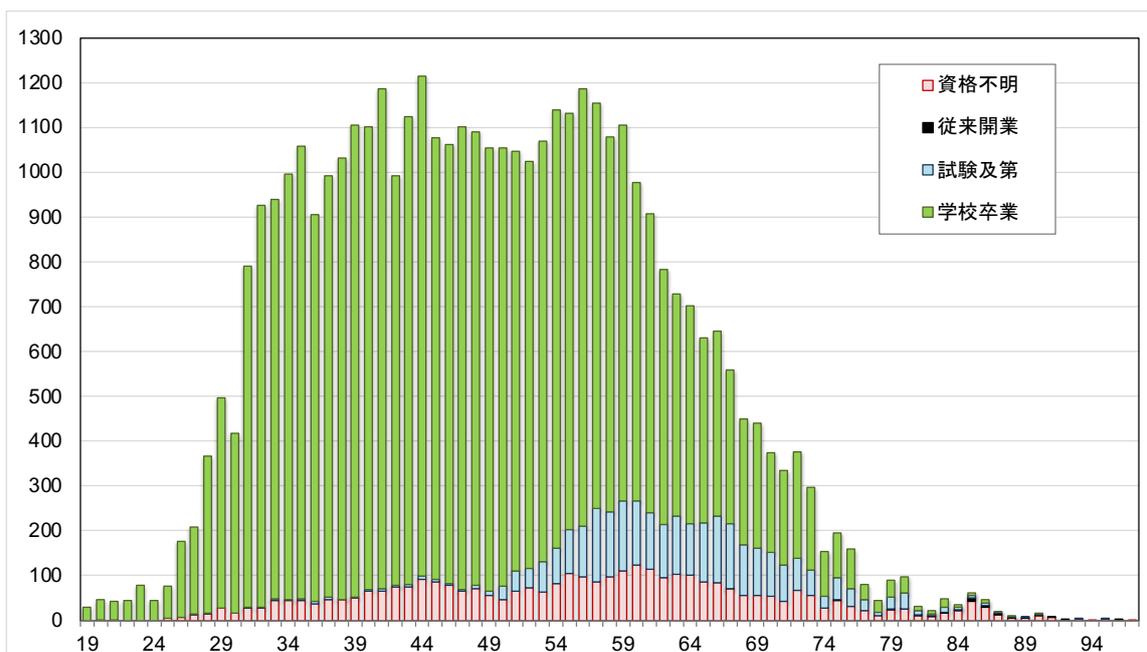


図 17 は、学校卒業医数を府県別に示したものである。医籍録については上記の定義、衛生統計については、官立大学・官公私立（指定）医学専門学校・外国学校の卒業者の総和である。医籍録については、学歴情報のない医育機関・官公職員の医師が含まれないため、これらの機関がある府県では数値が過小になるものと推測される。茨城・山梨を除く全府県で衛生統計よりも医籍録の方が医師数は少なく、最も収録率が低いのは、京都（14.2%）、福岡（28.3%）、宮城（34.8%）、北海道（38.8%）である。

図 17 『日本医籍録』と『衛生年報』における学校卒業医数の比較

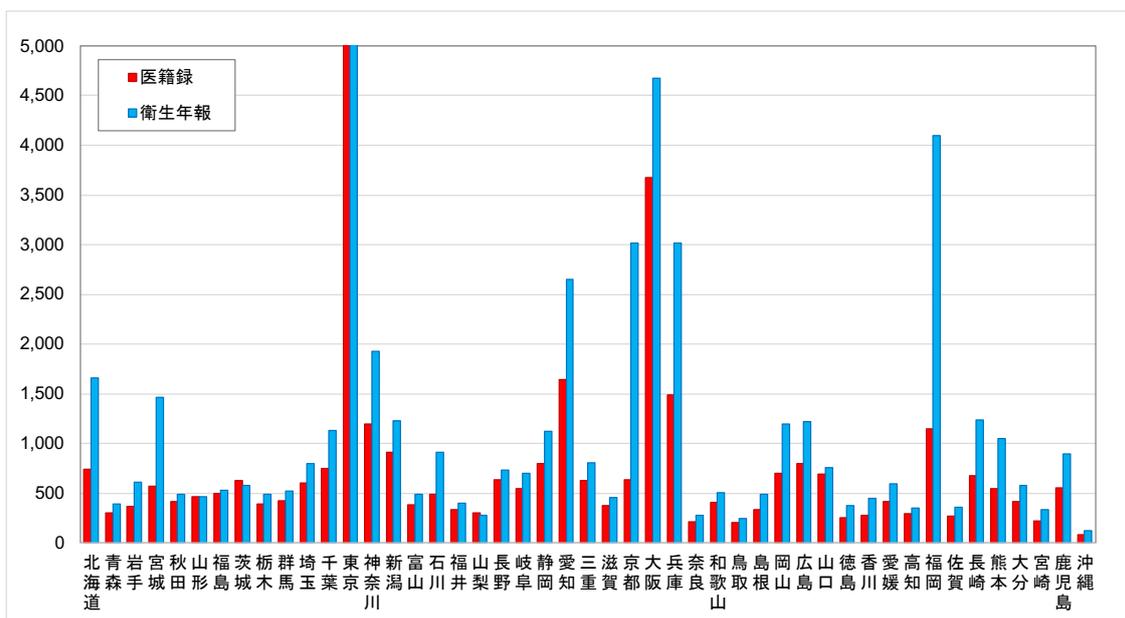


図 18 は、試験及第医数を府県別に示したものである。医籍録については、医育機関・官公職員の医師は含まれないが、これらの医師が試験及第医である可能性は少ないと思われる。図によると、どの府県も衛生統計に比べて医籍録の試験及第医数が大幅に少ないが、最も収録率が低いのは、徳島（3.8%）、高知（7.6%）、香川（9.1%）であり、衛生統計と非常に大きな乖離がある。

図 18 『日本医籍録』と『衛生年報』における試験及第医師数の比較

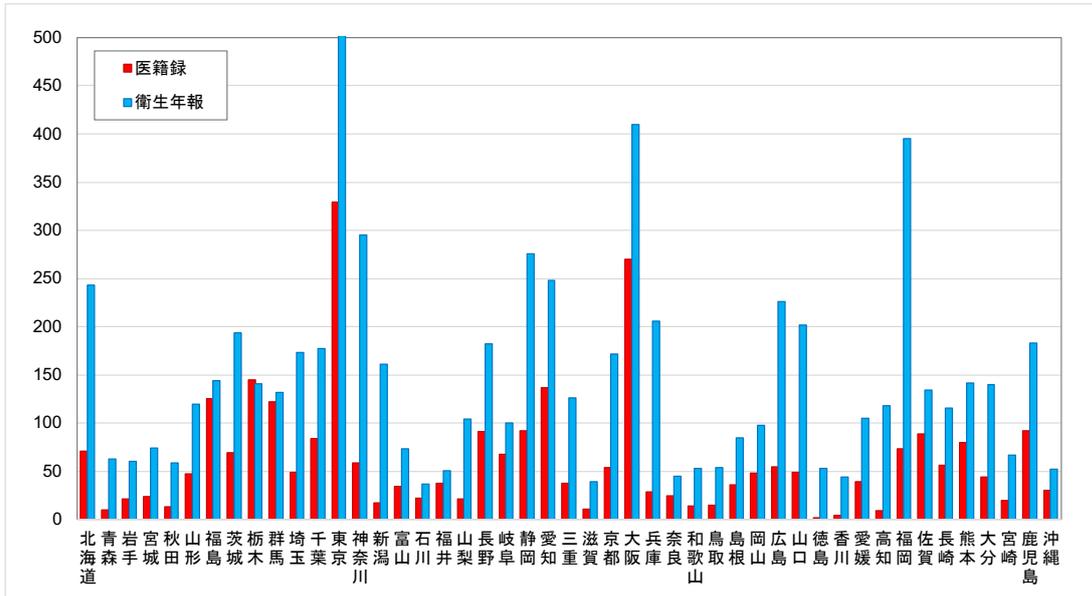


図 19 『日本医籍録』の医師資格別の収録率の比較

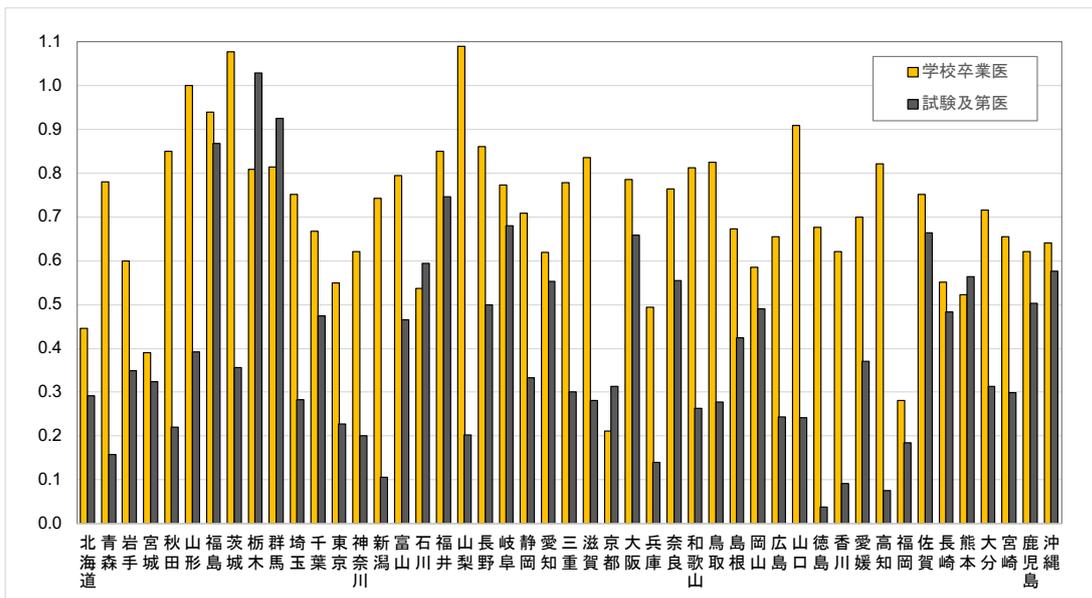
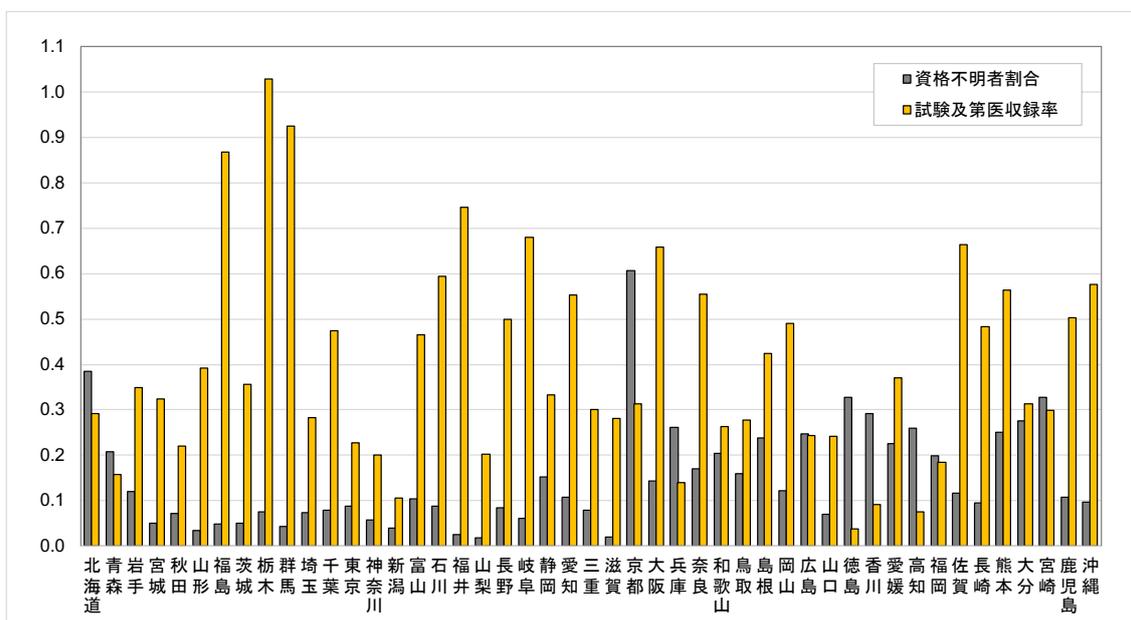


図 19 は学校卒業医と試験及第医に関する医籍録の収録率を比較したものである。栃木・群馬・石川・京都・熊本を除く全ての府県で、学校卒業医の方が試験及第医よりも収録率が高い。その理由として、①医籍録には学歴の高い医師をより多く収録するというバイアスがある、②試験及第は学校卒業よりも劣位の資格であるため、多くの医師が資格の明記を避け、資格不明に分類されている、という二つの仮説が考えられる。

第二の仮説を検証するために、各府県について、医籍録における医師に占める資格不明者の割合と試験及第医の収録率を示したのが図 20 である。図によると、資格不明者の割合が最も高いのは、京都 (60.6%)、北海道 (38.5%)、徳島 (32.8%)、宮崎 (32.7%) である。資格不明者の割合と試験及第医の収録率の相関係数は負であり (-0.348)、これは第二の仮説を支持する結果となっている。これとは別に、資格不明者の割合が西日本で高い傾向が見られ、医籍録の情報収集能力に地域差がある可能性も示唆される。

図 20 『日本医籍録』における資格不明者の割合と試験及第医の収録率



最後に、『日本医事年鑑昭和 15 年版』に掲載されている「医学博士録」を用いて、医籍録における医学博士の収録率をみておく。医学博士録によると、1940 年時点における歴代の医学博士号取得者の累計は 12,357 名である。そのうち 1940 年時点の生存者は 11,514 名である。同データには、外地在住者や海外博士号取得者も含まれているため、厳密な比較はできないが、医育機関一覧と官公衛生職員一覧を含む医籍録全編に掲載されている医学博士号取得者は 7,641 名であり、その収録率は 66.4%となっている。

以上をまとめると、『日本医籍録』は開業医（診療従事者）についてはかなり網羅性が高く、特に郡部において高いが、道府県によって収録率に大きな差があることが明らかになった。また、医師資格別にみると、博士号取得者や医育機関卒業生といった高学歴の医師については収録率が六割以上なのに対して、試験及第医については資格の未記載等からその収録率は四割に満たない。したがって、『日本医籍録』の医師の代表性に

については地域や学歴による偏りがあることが確認され、この点を十分に考慮した上で実証分析をデザインすることが重要になる。

### 3.6 『日本医籍録』にみる医師の地理的移動

最後に、医籍録の本編に掲載されている医師の履歴情報を用いて、昭和期の医師の地理的移動をみる。医籍録には、①出身県、②医育機関を卒業している場合はその名称、③開業地または勤務先住所（1941年時点）が掲載されている。ただし、出身県や学歴の記載のない医師も多く、本編に収録されている学校卒業医 34,379 名のうち、出身県・卒業校所在県・現在居住県のすべてが判明した者は 26,936 名（78.4%）であった。これらの学校卒業医について、サンキー図を用いて地理的移動を示したのが図 21 である。

図 21 『日本医籍録』の学校卒業医の地理的移動

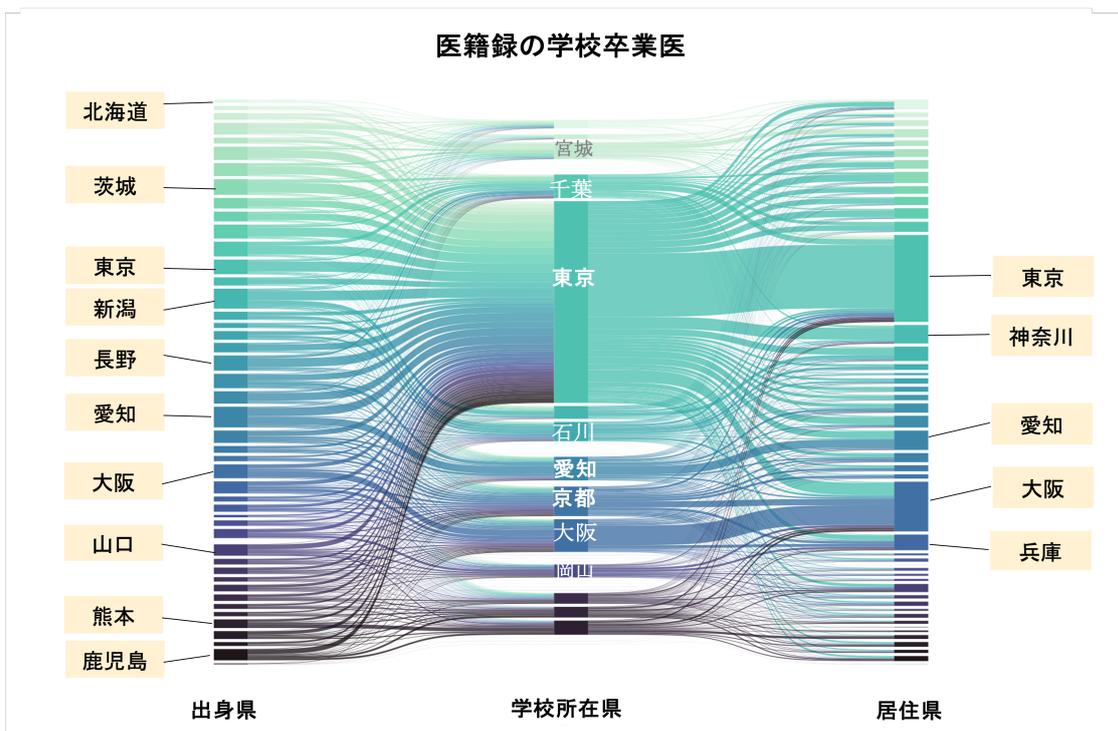


図 21 の左の縦軸は医師の出身県、中央の縦軸は学校所在県、右の縦軸は現在の居住県を示している。医師の出身県は北海道から沖縄まで広く分布しているのに対して、学校所在県は官公私立医育機関が立地する少数の道府県に集中している。なかでも、医育機関の多い東京は大きなシェアを占め、学校卒業医のおよそ半数が東京で教育を受けていたことがわかる。最後に、現在居住県をみると、東京・大阪・愛知とその近隣に学校

卒業医が集中する傾向が見られる。また、東京の医育機関は全国津々浦々から学生を集め、広く全国に卒業生を送り出すと同時に、東京在住医師の大多数は東京の医育機関卒業者であることがわかる。なお、図では四国・九州地方に在住する医師が極端に少ないが、これは医籍録の情報収集バイアスを反映している可能性が高く、その点には留意が必要である。

#### 4. おわりに

本論文では、戦前の医師名簿の中でも特に情報量が多く資料価値の高い『日本杏林要覧』(1909年)と『日本医籍録』(1942年)について、その網羅性と代表性を検証した。その結果、『日本杏林要覧』に収録されている医師は公的統計との整合性が高く、網羅性も代表性も高いことが明らかになった。これに対して、『日本医籍録』は開業医を中心とする実働医師については一定の網羅性があるものの、道府県および医師資格によって収録率に大きな差があり、医師の地域間や学歴間の比較を行う際には留意する必要があることも明白になった。

本論文ではさらに、名簿データの有用性を示す試みとして、個人単位の履歴情報を用いて明治期と昭和期の医師の地理的移動を初めて可視化した。これによって、明治期の医師は出身県で開業する比率が非常に高かったこと、これに対して昭和期の医師は大都市圏に移動する傾向が強いことを示唆する結果が得られた。今後は、明治期と昭和期の医師の移動を定量的に比較し、医師の居住県の決定要因について実証分析を行っていきたい。

## 参考文献

- Abramitzky, Ran, Leah Boustan, and Katherine Eriksson (2013) “A Nation of Immigrants: Assimilation and Economic Outcomes in the Age of Mass Migration,” *Journal of Political Economy* 122 (3): 467-506.
- Gutmann, Myron, Emily Merchant, and Evan Roberts (2018) “Big Data in Economic History,” *Journal of Economic History* 78 (1): 268-299. DOI:10.1017/S0022050718000177
- Ichimura, Hidehiko, Yasuyuki Sawada, Yutaro Takayasu, and Mari Tanaka (2024) “A Rise of New Elites? The Role of Secondary Schools in Early Development,” unpublished manuscript.
- Inoue, Chihiro, Chiaki Moriguchi, Megumi Murakami, and Yoko Okuyama (2022) “Modernizing Medicine: Spatial Distributions of Physicians in Japan, 1872-2020,” Asian Historical Economics Conference (AHEC) presentation, December 2022.
- Moriguchi, Chiaki, Yusuke Narita, and Mari Tanaka (2024) “Meritocracy and Its Discontents: Long-run Effects of Repeated School Admission Reforms,” working paper, <https://arxiv.org/abs/2402.04429>
- 麻生誠 (1991) 『日本の学歴エリート』 玉川大学出版部.
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』 有斐閣.
- 医事時論社 (1942) 『日本医籍録昭和 17 年版』 医事時論社 (国会図書館デジタルコレクション URL: <https://dl.ndl.go.jp/pid/1071103> (前半のみ)).
- 厚生省医務局 (1976) 『医制百年史』 記述編・資料編・付録.
- 厚生省公衆保健局 (1947) 『衛生年報 昭和 16~20 年』 (国会図書館デジタルコレクション URL: <https://dl.ndl.go.jp/pid/2426209>).
- 坂井建雄・澤井直・瀧澤利行・福島統・島田和幸 (2010) 「我が国の医学教育・医師資格付与制度の歴史の変遷と医学校の発展過程」『医学教育』 41 巻 5 号、337-346 頁.
- 内務省衛生局『衛生局年報』 明治 8~昭和 12 年 (1877~1937).
- 日本医事新報社 (1940) 『日本医事年鑑昭和 15 年度版』 「医学博士録」 (国会図書館デジタルコレクション URL: <https://dl.ndl.go.jp/pid/1082425>).
- 日本杏林社 (1909) 『日本杏林要覧』 (国会図書館デジタルコレクション URL: <https://dl.ndl.go.jp/pid/900147>).
- 橋本鉦市 (1985) 「近代日本における医師の階層的構造 — 『日本杏林要覧』 (M42) による実証的分析」『放送教育開発センター研究紀要』 7 号、151-176 頁.
- 樋口輝雄 (2003) 「『日本杏林要覧』 (明治四二年刊) に掲載された九州八県下の医師・歯科医師人名」『日本医史学雑誌』 49 巻 1 号、128-129 頁.
- 布施昌一 (1979) 『医師の歴史』 中央公論社.
- 山崎佐 (1955) 『各藩医学教育の展望』 国土社.