

平成 23 年度学部等単独事業費

岩手県における農山村地域の  
保健・医療・福祉（介護）  
に関する総合的な連携実施事業  
【本編】

岩手県立大学総合政策学部

担当者 栗田但馬

平成 24 年 3 月 11 日

岩手県における農山村地域の保健・医療・福祉（介護）  
に関する総合的な連携実施事業

【本編】

岩手県立大学総合政策学部

担当者 栗田但馬



## 刊行の辞

岩手県立大学総合政策学部准教授

栗田但馬

本稿は岩手県立大学の平成 23 年度学部等単独事業費にもとづく総合政策学部の「岩手県における農山村地域の保健・医療・福祉（介護）に関する総合的な連携実施事業」の成果である。本事業の目的は岩手県の大半を占める農山漁村地域（以下、農山村ないし農山村地域と略称することがある）において保健・医療・福祉（介護）の総合化（一体化、包括化）を促進していくうえで、とくに（地域）医療のあり方を提言することである。

本事業は平成 22 年度とあわせて 2 ヶ年の事業となったが、既に中間的な成果として、平成 23 年 3 月 5 日に、いわて県民情報交流センター（アイーナ）において総合政策学部主催のシンポジウム等「地域医療のネクストステップ―地域・自治体へのメッセージ―」を開催し、最終的な成果としての報告書の作成に向けて、その方向性が固まりつつあった。

しかし、周知のとおり、同年 3 月 11 日に東日本大震災が発生したために、最終成果の内容の変更を余儀なくされ、地域医療の被災、復旧、復興についてできるだけ加味することが不可避となった。時間や調査の制約もあり、沿岸エリアにおいて現場としっかり向き合えたわけではないものの、本論を通して、少しでも地域貢献ができれば幸いである。

この 2 ヶ年、できる限りの努力はしてきたが、担当者（筆者）に対して何度も大きな壁が立ちほだかり、実態分析の進捗および政策提言の展開に行き詰ることがあったが、学内外の専門家（いずれも大学教員）のご協力を得ながら、多角的にアプローチすることができ、本稿を仕上げることができた。ここに紙面を借りて、厚く御礼を申し上げる次第である。一部で執筆も担っていただいております、この点に関しては本文で明示している。

また、保健・医療・福祉（介護）の総合化（一体化、包括化）に関しては、岩手県旧藤沢町（市町合併により現在は一関市）の成果から多くを学び、本論でもその一端を取り上げているが、その経済・社会の特徴を資料編（別冊）において整理している。これについては筆者のゼミナール（研究室）の学生が手がけてくれた。さらに彼ら・彼女らは個々にテーマを決めて、分析、評価もしてくれている。

本成果を地域に広く還元し、県内における議論が大々的に喚起されれば、望外の幸せである。本事業は終了するものの、沿岸を中心とする岩手の超長期におよぶ復興を鑑みれば、別の形でそれに関わっていきたい。今回、県や市町の多くの保健、医療、福祉（介護）担当者の方々に接することができたが、彼ら・彼女らの懇切丁寧な対応に感謝するばかりである。本稿に加えて今後の地域貢献をもって御礼に代えることをお許しいただきたい。

最後に、この 2 年間、いつも暖かく見守っていただいた小針司学部長に感謝を申し上げます。

平成 24 年 3 月



## 目次

刊行の辞

第1章 岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割—県立病院等の成果と課題—  
・・・・・・・・・・ 1

第2章 岩手沿岸における地域医療の被災実態と復旧・復興課題—東日本大震災における  
県立病院等の事例を中心に—  
・・・・・・・・・・ 41

第3章 過疎地域における公的医療供給に関する成果—岩手県沢内・藤沢両モデルと島根  
県隠岐モデル—  
・・・・・・・・・・ 71

資料編（別冊）



# 第1章

## 岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割

### — 県立病院等の成果と課題 —

#### はじめに

農山村地域（厳密には農山漁村地域）の医療において民間機関の力は非常に弱く、地方自治体の役割が不可欠であるが、岩手（県）は都道府県のなかで最も公立病院の比重が高く、さらに県立病院が多く、これまで60年以上にわたって、広大な農山村・過疎地できわめて重要な役割を果たし、主に小都市を中心とした広域の医療圏で県立独自のネットワーク（医療供給網）を形成してきた。

このような特徴をもつ岩手県は2006年から農村・過疎地域の小規模病院を中心に県立病院再編を加速させ、医療体制・供給を見直している。この主たる理由は経営（財政）悪化、医師不足、患者モラル（受診行動）である。近年、短期間での大規模な再編はなかったために、その意義や問題などが問われている。

医師不足や経営悪化は全国的に重大な問題であるが、中央政府の医療政策の影響を強く受けており、今に始まったわけではない。これに対して患者の受診行動の問題は地域の医療供給・体制と深く関わり、あるいは逆の関係にもある。そして、岩手の場合、県立病院等（県医療局）からみれば、町村立よりも住民（患者）との距離感に注意する必要がある。

地域医療の実情や問題を明らかにしていく場合、先行研究にしたがえば、それは（大）都市と農村・過疎地域で異なるし、公立・民間医療機関（医師や看護師等）の供給サイドと、地域住民（患者）の需要サイドの視点だけでは不十分であり、媒体者（国、県、市町村（＝国保））も加え、各々の関係を重視しなければならない。また、医療に限らず保健や福祉も加えたそれぞれの連携、さらにくらしやしごととの関わりに対して、どのようなビジョンの下でどのように、どのくらい向き合っているかが非常に重要になる。

本章の目的は小都市と農村・過疎地域からなる医療圏（二次医療圏）における県立病院を主な対象にして、岩手の地域医療の歴史を整理することによって、地方自治体とくに県の役割を巡る成果と問題を多面的に明らかにし、岩手医療の持続可能な発展、つまり岩手モデルの可能性を提起するための素材を得ることである。

本論の意義は、岩手の地域医療の歴史的な文脈で岩手県の医療政策や改革手法を位置づけることによって、とくに2006年以降の過疎地域における県立病院・診療所再編（方針）、



さらに中央政府主導の公的医療・公立病院改革（方針）を直接、間接に批判する点にある。

地域医療は次のように定義することができる。「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」、「地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」であるとすれば<sup>1)</sup>、地域住民は少なくとも医療供給者と信頼関係を醸成しながら地域の医療を構築していくことになる。

農村・過疎地域の医療の（供給）領域として、病院あるいは診療所における主に初期、一次、狭域と呼ばれる範囲の医療（救急医療、時間外診療、在宅医療等を含む）を想定し、さらに高度、二次、広域と呼ばれる医療とのグレーゾーンも視野に入れている。そして、公立病院の役割はひとまず「公立病院改革ガイドライン」が示すように、地域に必要な医療のうち民間医療機関による提供が困難な医療を提供することであり、例えば、①過疎地・へき地医療、②救急等不採算部門、③高度・先進・特殊医療、④医師派遣・養成拠点などとするが、地域によって違いがあるのは言うまでもない。

なお、本章は農村・過疎地域医療にアプローチしながら日本の地域医療問題を整理した栗田但馬の論文「日本の地域医療問題と地方自治体の役割」（岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第12巻第1号、2011年1月）、そして大槌、軽米、大船渡、高田の各県立病院と住田地域診療センターなどにおけるヒアリングを踏まえている。

## I. 県立病院等（医療局）直営開始の背景

### 1. 戦前・戦後の農山村地域の困窮

かつて「日本のチベット」と言われ、四国4県の面積に匹敵する岩手県の広大な農山村地域において（経済面をはじめ多面的な）貧困、多死（自殺や妊娠中絶を含む）、豪雪（気象条件）の三重苦がきわめて深刻であり、幾重にも及ぶ「苦」がくらし（生活）やしごと（生産）にとって大きな足枷であったことは、大牟羅良の著書『ものいわぬ農民』や大牟羅良と菊地武雄の共著『荒廃する農村と医療』などから疑いの余地はまったくない。そして、農村医療研究のパイオニアである若月俊一の著書にみるように、他県においても程度の違いはあれ同様であったことは明白である。

多重の「苦」は容易に心身いずれにもわたって病気をもたらす。農山村地域における病気の多くは老若男女問わず、農林業、農家生活、農村環境を主な原因とする。そして、治療の環境に関して重大な問題がいくつかあげられる。第一に、往診費を除いても治療費が

高すぎる。第二に、病院・診療所が近くにない。第三に、治癒しても家計が崩壊しうる。したがって、医療（治療）にはほど遠く、重症化しやすいので、労働力の維持が困難になりやすい。こうした悪循環から乳幼児の多産多死（非常に高い乳児死亡率）や高齢病人の放置状態が生まれたと言えよう。

時を経て 1960 年代になれば農山村地域で遅かれ早かれ過疎問題<sup>2)</sup>あるいは出かせぎや集団就職が激しくなり、くらしとしごとが大きく変貌していくなかで、病気に関しては感染症の比重が低下する一方で、農婦（夫）症、成人病、精神病などその他の症状が増大し、物質的な豊かさの代償を払うことになる。なお、農山漁村の住民を主な対象にし、戦争を遂行していくための人的資源の確保という意味合いが強かった 1938 年（昭和 13 年）制定の国民健康保険法は 61 年（同 36 年）に改正され、国民の全てが公的医療保険に加入する「国民皆保険」が制度上実現した。

住民（農民）・患者は経済的（家計的）事情を最優先せざるを得ないために、健康（保健）や治療（医師）にほど遠く、医療供給や保険制度の構築・確保といった場合、地方自治体や病院・診療所等は経営的事情に拘泥するのではなく、何よりも彼ら・彼女らの声に真摯に耳を傾け、対話することが不可欠になる。戦前、岩手国保のほとんどは国や県の勸奨で設立する普通組合（国保組合）<sup>3)</sup>ではなく組合代行（産業組合）という全国的に稀な「保険・保健と医療の一体化」の形で開始されたが、その性格上、農民（住民）との距離は他県と違って近く、親密であったとすれば、大いに摂取すべき点であると言えよう。

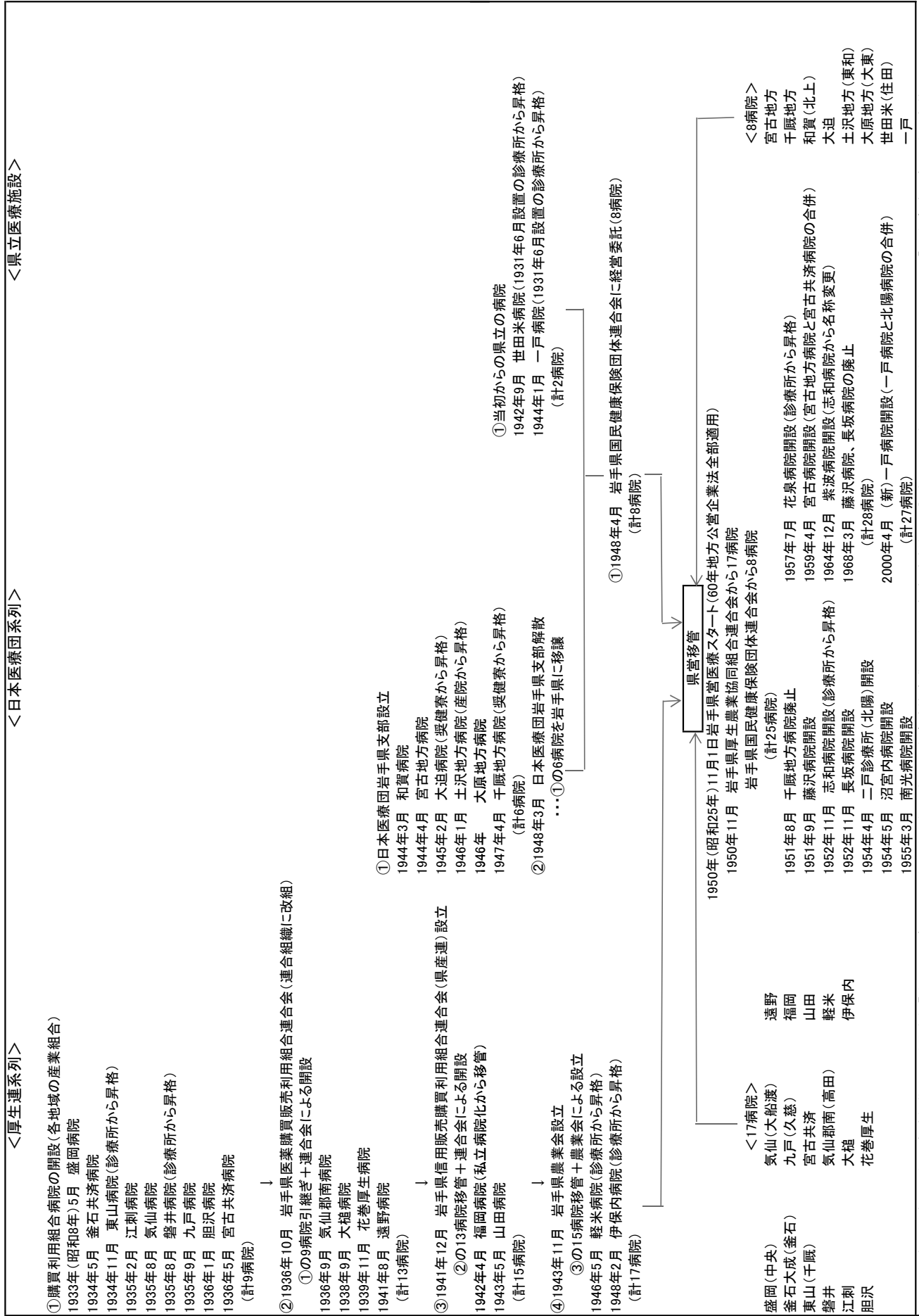
## 2. 戦前・戦後の地域医療環境

1950 年（昭和 25 年）11 月の岩手県営医療（県医療局）スタートまでのプロセスは表 1-1 のとおりである。

農民（住民）から医療（治療）があまりにも遠い存在であるがゆえに、相互扶助の精神で、1930 年（昭和 5 年）に矢作村（55 年まで、現陸前高田市）に矢作産業組合が、31 年に奥玉村（56 年まで、2005 年まで千厩町、現一関市）に奥玉産業組合が診療所を開設し、そして 31 年に千厩町と薄衣村（56 年まで、05 年まで川崎村、現一関市）に、32 年に一関町に実費診療所（住民出資による組合方式）が誕生した<sup>4)</sup>。また 31 年以降、県が無医村・地区対策として県立診療所を、世田米町（55 年まで、現住田町）を皮切りに僻地に次々と開設していった。<sup>5)</sup>

産業組合は基本的に全ての農家を組合員とするが、創設当初は富裕層を中心に構成され

表1-1 県立病院等の変遷(2000年まで)



ており、岩手ではその診療所は医師を常置したり、診療に来てもらうなど、医師のいない不便を解消することに重点を置いていたのに対して、実費診療所は「貧窮大衆に背を向けた医療制度への抗議として、医療費を安くし、貧しい者にも広く医療を開放しようとする社会運動の一環としての開設」であった（『荒廃する農村と医療』p. 109）。いずれの施設も2、3年後に開設された有限責任購買利用組合病院の前身となっている。

1936年には岩手県医薬購買販売利用組合連合会が発足し、全県単位の連合会への改組を進めていった。それは病院、診療所、出張診療所を次々に開設し、順に13、8、6にまで医療網を拡大した。こうした取組みが全国的にも先駆的に、かつ速やかに行われた背景には、経営問題の改善があったが、もう一つは各界の有力者が支えたことであり、例えば、医療利用組合設立の提唱者で、戦前戦後の岩手における地域医療の変遷の表舞台に常にいた佐藤公一に加えて、石黒英彦（県知事）や新渡戸稲造（産業組合中央会岩手支会会長）などがあげられる。<sup>6)</sup>

1941年（昭和16年）に岩手県信用販売購買利用組合連合会が医薬連等からの事業移管のために設立され、わずか約2年の寿命であったが、2病院を開設し、合計15病院を運営した。全県を網の目で覆って医療事業を実施することにより、資金繰りが円滑になり、経営も大きく改善され、「医療の社会化」の点で全国的にみて特異な形が注目される一方で、全県にくまなく普及していたのではないために、多くの貧困者は開業医を含めて他の医療機関に頼らざるを得なかったのも事実である。

1942年に「戦時体制下の国民医療の確保」を目的に制定された「国民医療法」に基づいて設立され、全国的な規模で医療事業を実施していた日本医療団（政府出資の特殊法人）の下に岩手支部（支部長知事）が設立され、7病院（4産院、1温泉療養所、5奨健寮、12診療所、1結核療養所）を開設したが、48年の解散に際して6病院（9診療所）を県に移譲し、県は当初から県立であった2病院（11診療所）と併せて岩手県国民健康保険団体連合会に経営委託した。

岩手県信用販売購買利用組合連合会（産業組合連合）は、戦時体制に即応する団体統合という大義名分によって1943年に設立された農業会（農業団体法）の傘下に統合となり、医療事業は県農業会に、代行していた国保事業や保健婦は市町村農業会に移管された。農業会は48年に農協（農業協同組合法）に改組され、これに伴い17病院と20診療所も移管される運びであったが、農協は「働く農民の協同組織」の性格や譲受資金の捻出困難といった理由で消極的になり、一時的措置として、病院経営に専念する県厚生農業協同組合連

合会を設立し、施設借用の形で経営することにし、その後、県に譲渡した。

### 3. 県立病院等直営化に至る議論の特徴

岩手県は日本医療団系列に加えて厚生連系列の病院等の買収に際して、買収後の経営形態に関する諮問機関として公的医療機関運営準備委員会を1950年3月に発足し、その委員を関係方面から集め、審議を重ねていった。当初、庶務、会計及び諸給与等の医療事業の実態からみて県の直営はきわめて困難とされていたので、県の指揮監督の下での経営代行を前提として新たな社団法人を設立する県の案と、国保連に経営を代行してもらうべきだとする国保連等の案の2つがあり、後者は町村会、町村議長会、農協協議会など圧倒的な県民の支持を受けていた。

1950年8月4日の第5回公的医療機関運営準備委員会では最終の結論を出すと期待され、県内各地から100名近い傍聴者がつめ掛け、注目の中に会議は進められた。国保連等案支持側の委員の発言が中心となるなか、議長は意見のとりまとめを渋り、結論を避ける態度をとり、議事を進めようとせず、議場が騒然となっていた時、突然、県会議員である委員から県直営案が提起され、数人の委員が賛成意見を述べた。見え透いた準備に傍聴席から嘲笑が生じたようであるが、国保連理事である委員の発言で、次のことを確認し、閉会するよう動議が提出されたのである。

「本日の委員会は国保連案を支持するものが圧倒的に多かった点、社団法人案は一人も支持者がなく、県営案を一部が支持した点を確認し、次回の準備委員会において答申の結論を出すことにして閉会されたい。」(『荒廃する農村と医療』p.151)

これ以降、エスカレートしていく駆け引きや裏工作を背景に、第6回委員会は混乱の様相を呈しながら進められた。そして、最終的に、県直営形態の選択の余地がわずかながらも残され、結論に至らないまま、半年におよぶ審議は打ち切られた。県の直営に対しては官僚独断的な支配体制、予算の統制的制約、決済機構の煩瑣、勤労意欲の減退、官僚的業務を嫌悪する医師の招聘の困難、企業的運営観念による予防医学や社会保険に対する軽視、自分たちの病院という感覚の希薄性などの批判的な理由があげられた。

これに対して県(当局)は医療施設の買収となれば、その資金は県債に頼らざるをえず、起債は大蔵省の認可を得なければならなかったが、他の法人の代理経営に関わって、中央政府の理解を得られないということで、新たな社団法人の設立案を早々に取り下げ、代わって県直営案を議論の俎上に載せざるを得なかった。その後付的な理由として、従来の団



体経営の長所のうちとくに国保事業との有機的な連繋方策を採用し、他方で県営の短所を除去し、民主的運営を行うのであれば、直営も然るべしとなったと考えられる。1950年9月以降、県は引き続き内部で県直営の具体化を議会と調整しながら図っていった。

こうして産業組合の人々が自らの力で、自分たちの病院として開設した組合系列病院と、受診しやすくするために代行してきた国保（保険）は引き裂かれ、「医療と保険の一体化」が打ち砕かれた。県立病院（県）と国保側の市町村（1948年国保法改正による）・国保連は医療費を受け取る側と支払う側に分かれ、別々の存在になったのである。これを機会に、国保連が県から代理経営を任されていた8病院、21診療所も返還され、国保連から医療事業が消え去った。国保連（・市町村）や厚生連と県の関係は悪化していったことが容易に想像される。

国保（保険）は戦後の混乱期にほとんど機能しなかったにもかかわらず、国保連が中心となって自らの医療施設を再度持つ選択をし、運動を進めたことは何ものにも代えがたいメッセージを現代に残している。また、「ひところ、226市町村中、129ヵ町村まで激減をみた国保も、昭和23年末には186、24年には187、25年には190…となり、ついに昭和30年に全国に先がけて全県普及をみた」のである。（『荒廃する農村と医療』p.146）

国保（国保連・市町村）は1946年に既に独自に直営診療所を新設し始め、県から病院・診療所の代理経営を任せられながらも、次から次へと建設を進め、47年にわずか28ヵ村だけであった県内の直営診療所は戦後10ヵ年にして「実に病院12、診療所144」にまで及んだのである。このようにみえてくると、岩手モデルを想定した場合、その重要な側面としての「保険と医療の一体化」がその運動精神とともに大きな課題になりうる。

## II. 県立病院等の動向

### 1. 県医療局と県立病院等の20年間

県営医療（医療局）は1950年（昭和25年）11月1日に病院25、診療所40、病床数1,865、職員数1,124（うち医師182）でスタートした。民間医療機関では病院が8（268床）であったので、県医療網の責務がいかに大きいかかわかるであろう。これに対して、市町村国保事業の一環として経営されている直診診療所は92（市町村立病院4）であった。「県立病院等事業の設置等に関する条例」の第1条にしたがえば、県医療局（県立病院等）は「県民医療の確保」「医療及び公衆衛生の向上」「社会保険の発達」の3点を目的として設置されている。

岩手県医療局『岩手県立病院 30 年の歩み』（1981 年）の発刊に当たって、県医療局長の黒沼静三は以下の 3 つの時期区分をし、医療政策変遷の特徴を述べている。

「昭和 25 年からの 10 年間は、厳しい財政事情のなかにあつて老朽化した施設の改築と設備の整備に最大の努力が傾注されましたが、さらに医療の機会均等化をめざして病床不足地域の病院に増床が行われるとともに、精神及び結核の特殊病院が設置される等、県営医療の総合的な体制の整備がなされ、また 35 年には、地方公営企業法の全部が適用され…。」

「昭和 36 年からの 10 年間は、めざましい医学の進歩と社会状況の安定及び経済の高度成長に伴って、医療の近代化への対応が迫られ、施設の整備と医療器械の充実及び高度化が推進された時期であります。特に中央病院に成人病センターが附設されたことなどは県立病院の医療水準を高め県民の期待と信頼を得られる医療施設づくりがなされ…。」

「第三期ともいえる昭和 46 年以降は、県民の生活水準の飛躍的な向上と生活環境の著しい変化や、人口構成の高齢化等に伴う疾病構造の変化など、複雑多様化する医療需要と医療の近代化に対応するため、建物の不燃化と相俟って施設の整備充実と高度化の必要性が一段と高まり、長期的展望に立つての本格的な施設整備に入った時期であります。」

県は創業時に施設・設備の老朽化対策（近代化）や国の対策に伴う結核病棟の新設などに要する財源（主として一般会計負担分）の捻出問題を抱えていたために、地元の要請があれば診療所の地元移管に積極的に応ずることにし、1951 年 10 月には既に要綱を制定していた<sup>7)</sup>。むしろ、それは促進されたというのが正確であり、『岩手県立病院 30 年の歩み』では「40 もある附属診療所の整備にまでなかなか手が回らなかったこと、また、整備 5 年計画の実施と財政確立に日夜追われているという内部事情も一つの要因であった。」

(p. 94) と述べられている。

同書他では「昭和の大合併」をもたらした 1953 年施行の町村合併促進法に関わる国の方針に従って積極的に対応した、ということであったが、県のアクションはあまりにも早いために、法以前のことで、診療所の存在はよほど足枷とみなされていたと言わざるを得ない。これと時期をおおよそ同じくする、国保直営診療所の建設ラッシュも背景にして、市町村が強く要請したことも考えられるが、県の方が強い姿勢を示したと考えられる。<sup>8)</sup> 県立病院等事業会計は 1952 年度から 59 年度まで黒字であったが、巨額の未収金に悩まされるなかで、診療所地元移管が少なくない効果をもたらしたのではないだろうか。

岩手県医療局『次代への書』（2000 年）では、実現しなかったが自治体立病院・診療所の一体的運営の議論に関して言及されている (p. 82～p. 83)。1955 年過ぎからの医師確保

難や財政事情悪化などによる、県立病院および市町村立病院の経営状況の著しい悪化や、60年4月からの地方公営企業法全部適用（に関する議論）を背景に、「県議会では、県政調査会に、公立病院の在り方について審議する『医療対策小委員会』を設置して審議を続けたが、この小委員から、知事と医療局長に対し『県立病院と他の公立病院の一体的運営を促進すること…』などを内容とした報告が提出された。」（1961年1月）

『岩手県立病院30年の歩み』（p.117～p.119）には答申の詳細が記されている。とくに国保直営施設の厳しい現状があげられ、県立病院は市町村直営施設と無縁の関係にあること、さらに「現在の県医療局の運営方針は企業的経営第一主義の傾向がみられ、県民の健康管理に対する意欲的活動が低調となり、国保事業との有機的提携が疎かになりがちであること。」が指摘され、県に対する国保直営施設の経営移管が要請されている。

「医療局では、この答申を受けて『市町村診療所の一体的経営に関する取扱要綱』を定め、各病院に通知したが、各病院では、自らの医療施設の運営に精一杯であったことや市町村と医療機関双方との将来への思惑などから、この構想は実現を見なかった。」（『次代への書』）なお、本要綱では「協議に応ずる前提として、当該市町村は、市町村合併により広域化した現在の事情と改善された交通事情に対応し既設診療所の適正な配置統合について、熱意を有すること。」と記されており、医療局の消極的な姿勢を垣間見ることができる。<sup>9)</sup>

全国的に自治体財政が疲弊するなかで、地方財政再建促進特別措置法が1955年（昭和30年）に施行され、54年度決算から適用されたが、都道府県の半数以上が財政再建団体となり、岩手県も含まれていた。また、厚生省が僻地医療対策事業として56年度から5ヵ年計画で全国に237ヵ所の僻地診療所を設置する方針を打ち出し、岩手には県立も含め12が予定され、実施されていった背景を鑑みると、県議会の地域医療に対する姿勢は注目値する。

医療施設の経営権の闘争にやぶれた国保連は、その主力を国保の再建と充実に向かって注いでいったが、この過程で、「10割給付制」が1949年に日頃市村（52年まで、現大船渡市）で実現し、これに追随する町村が次々に誕生した（50年15ヵ町村）。「昭和13年本県で最初に国保を始めた日頃市村が、昭和24年10月再び本県最初の国保10割給付を断行して世の注目をあびた…。…まず直営診療所を設置し、直診に依る10割給付と更に隣接盛町の厚生連気仙病院との定額契約を併用することにより10割給付を実施したのである。」

（『岩手県立病院30年の歩み』p.103）

岩手における「10割給付」の医療施設では患者が窓口負担を要せず、安心して受診でき



るために、積極的に通院してもらえることが意図されているが、市町村がその代わりに財源負担しなければならない。したがって、市町村民の負担になることから、医療費をそもそも増大させないように、病気を予防する保健活動が一層重視されるようになった。健康づくり（予防）およびこれを大きく規定する「くらし」と「しごと」にしっかりと向き合い、農林業環境、農家生活、農山村環境を見直すことになり、この趨勢のなかで、1960・70年代に乳児死亡率半減運動・ゼロ運動が積極的に行われたのである。

しかし、1958年の国民健康保険法改正（59年施行）により診療報酬の支払方式がいわゆる「出来高払い制」になったこと<sup>10)</sup>が「10割給付」の息の根を止める決定的な要因となる。この方式を実施して、医療費の抑制で大きな成果を残していた直営医療施設（62）、つまり住民主体で作り上げてきた「おらが病院・診療所」における保険と医療の一体的な取り組みは後退を余儀なくされたのである。なお、直営施設は58・59年の152をピークに70年に79まで減少した（66年度病院14、診療所85）。

『次代への書』にしたがえば、県立病院は保健所や市町村、事業所、学校等と協力し、公衆衛生活動を精力的に実施したようである。「集団検診・予防接種・母子保健・栄養相談・がん検診・人間ドッグなどがあるが、県立病院における昭和41年度の公衆衛生活動の実施回数は2186回、取扱人員35万1547人、これに従事した医師等の病院職員は、延べ5279人にも達していた。当時としてこの実績は、全国の公立病院が行った実施回数に比較してもほかの類をみないほどの高い数値を示していたが、…いかに地域住民に密着した多くの医療活動を行っていたかを如実に示している…。」（p.159）<sup>11)</sup>

県立病院等は1950～60年度の10年間で患者数（約5倍増）や病床数（1,865→4,362）、職員数（1,124→2,456 うち医師182→224）などで大幅増となり、総体的に規模拡大した一方で、（附属）診療所は大半が農山村地域に所在したが、開設と廃止・地元移管を繰り返し、61年（昭和36年）には病院30に対して15、71年には28に対して13（2000年現在27、6）となり、主に採算性の観点から大幅に縮減された。診療所の取扱患者数は66年度で約5.5万人と記録されているが、交通事情の発展や医学知識の向上などのために大病院志向が強くなり、減少していたようである。

「医療の機会均等を」と言うのであれば、経営上採算不利の地区でも医療機関を設置して供給しなければならない。逆に主として採算有利な都市部であれば、県立の施設でなくてもよいとなりうる。必要度から言えば、不採算地区ほど存在意義が大きい。1965年以降、県立病院は「救急医療告示病院」の指定を積極的に受けることにしたが、救急も同様のこ

とが言えよう。<sup>12)</sup>ただ、診療所の多くで正規医師はいないために、慢性的な医師不足のなかで、医師の自発性（過労）によって出張診療や診療応援などは成り立っていたと考えられる。この点では県民ぐるみの医師招聘が問われているかもしれない。

地域医療の機会均等も、病院等の経営黒字もとなれば、都市部の中核・基幹病院を中心に利益（余剰）を生み出し、それで農村部の病院・診療所の赤字をカバーすることが考えられる。あるいは赤字を最小限にし、一般会計からの繰出しでカバーする。採算性や広域性の観点から小規模病院を縮小し、さらに診療所を町村に移管し、主に特定の治療・入院利用に支えられる、いわば「良いとこどり」では、また医師の専門化（診療の細分化）を最優先し、総合医や家庭医のような医師の招聘・育成、保健や福祉（介護）との連携に対する責任縮小では岩手の歴史（創業の精神）に逆行することになる。

岩手県（医療局）にとって1950年度からのおおよそ20年間は大半の地域における経済・社会や気象・交通など様々な条件不利を背景にして、県立医療網を構築するための「準備期」と「再編期」の両方であったと言える。これが県財政および病院経営の健全（収支均衡）を中心にして展開された（せざるを得なかった）ことにより、最も重要な視点のいくつかが不十分になったと考えられる。

農山村・過疎地域（現場）において県立病院等は公衆衛生や診療応援なども含めて活動を増やしていったものの、総体的にみて必ずしも町村（国保病院・診療所）との良好でない関係のなかで、町村（民）との協力・連携および保健・保険との一体化・総合化はかなり不十分であっても、県（民）のための医療体制・供給の充実をそれなりに実現したので、多くの地域の住民にとって近い存在になっていったのではないだろうか。

## 2. 28 病院時代

県立病院は1967年度（昭和42年度）に28となり、99年度（平成11年度）まで続く（診療所13→6）。この間に病床数は約1.2倍（5,196床→6,233床）、職員数は約1.7倍（3,387人→5,862人）となった。患者数は約1.6倍（412.7万人→656.5万人）で、外来（249.6万人→462.5万人）の伸びが著しく、多くの住民が外来利用するほど、県立病院の存在が身近になったと考えれば、岩手における地域医療の特徴の一つを示していることになる。

ここではいわば「28病院時代」を踏まえて、世紀の変わり目までを視野に入れながら、1970・80年代の20年間を中心に県医療局および県立病院等の動向を特徴付けておく。県医務課長、医療局次長（医療局創設時）、医療局長、副知事などを歴任した中村直は79年

から 91 年まで県知事で、28 病院の維持に大きな影響力を持ったであろうが、ここでは彼について分析しない。

昭和 40 年代の県営医療の主要課題は「財政再建」「病院整備」「医師確保」「労務対策」であったとされている。

1971 年 4 月に県立久慈病院と久慈市立中央病院が統合し、新県立久慈病院が開院した。県立久慈病院では常勤医師不足、開業医院の存在もあり患者数が減少しているなか、施設の老朽化のために 69・70 年度に新築が計画され、他方、市立病院は 68・69 年度に全面改築する計画をし、別々に自治省に病院整備事業に係る起債を申請していた。しかし、当時、地方財政健全化を強力に進めていた自治省は同一地域で同時期の整備に伴う起債の認可に難色を示し、「久慈市規模の場合は、一つの公的病院が適当である」との指導を行った。

事態は一変し、県主導で統合（吸収合併）に舵を切ることになった。このプロセスでは病院運営について、久慈市は「市営または一部事務組合」、県は「県営」を主張し、意見がまとまらないまま建築工事が進行した局面もあった。1970 年（昭和 45 年）8 月に引継ぎ職員の取り扱いや市営診療所の市営継続などが確認に至っている。また、市側の起債 1.6 億円を県が引き受けることになった。

施設・設備等が充実・強化された新病院ではあったが、開院時に予定されていた 18 人の常勤医師については開業のために退職が相次ぎ、また関係医科大学からの医師派遣体制の立ち遅れなどにより、10 人の医師配置にとどまり、相変わらず小児科や皮膚科、眼科は非常勤医師による出張診療という診療体制であった。1971 年度末の常勤医師の配置は内科など 3 診療科に減少するなど医師の確保が思うに任せない状態が続き、地域住民が不安を抱えたままでの運営というのが実態であった。（『次代への書』p. 220～p. 222）

1968・69 年度の二年続きの赤字決算から財政再建を図るため、医療局は 70 年度を初年度とする「財政再建 5 ヶ年計画」を定め、効率的な運営改善等に総力を挙げて努力したが、人件費増や物価上昇が激しく、経営が好転しそうになかった。このため県本庁と話し合いを持ち、70 年から 73 年までの 4 ヶ年間で赤字解消に努めるために、一般会計から運転資金として 6 億円と、新たな赤字対策として 5 億円の貸し付けを受けることになり、経営の立て直しを図り、直接間接にせよ、76 年度から数ヵ年度はかなり安定したものになった。（『次代への書』p. 123 他）一般会計との関係が問われる重要な出来事であったと言えよう。

1971 年 12 月に勤務医師（医師代表）と医療局長及び代表病院長とのコミュニケーションを図るため「県立病院医師協議会」が設置され、医師の意見が県営医療の運営に公式に

生かされることになった。しかし、この頃、経営状況の悪化が顕著になり、県ぐるみでその改善に取り組んだが、医療局は経費節減の目標額を具体的に設定し、全院長会議や事務局長会議等を招集し、それを徹底するように指示した。これ以降も、経営悪化のたびに、概ねそうしたプロセスを踏襲することになり、医師等の現場の声がどの程度届いたのかは甚だ心もとない。

1970年前後に非常に厳しい経営状況<sup>13)</sup>となるなかで、病院長や事務局長等で構成される「病院運営研究委員会」が71年度に設置され、病院運営改善に関して協議し、①県立病院間の（診療）連携、②職員の勤労意欲の向上、③患者サービスの強化、④地域社会との協議等を骨子とした答申書を医療局長に提出した。これらのうち病院間の機能連携と診療応援体制の確立が最も重視されているが、全国的な医師不足や医師の都市集中などを背景にした医師の確保とそのための条件整備も重要であるとは言え、困難な時ほど連携・協力が強く要請されていることを示唆している。

『岩手県立病院 30年の歩み』（1981年）の発刊に当たって、県医療局長の黒沼静三は「昭和50年3月には、43年度以降続いた累積欠損金解消のため、公立病院特例債の発行により不良債務の一時たな上げ措置が講じられ、また53、54年度と2か年間黒字決算が続き、経営収支の改善が図られましたが、55年度に入ってから病院運営をめぐる諸状況は一段と厳しさを増しており、今後…経営の健全化に最大の努力を傾注し県民医療の確保を図るとともに、…新たな財政需要あるいは医療需要の増大に対しては、厳しい財政事情にありながらもこれに対応してまいらねばならないと…」と述べている。

県営医療において1981年度（昭和56年度）の欠損金は最大の21億円（累積欠損金82億円）となり、経営環境は悪化の一途を辿っていく。この背景として、中央政府主導の行財政改革（臨調行革）および医療費抑制政策があげられる。社会保険診療報酬は過去にない3年4ヶ月の空白を経て、81年6月に8.4%の改定となったが、その実態をみると、薬価基準の18.6%の大幅引き下げなどとの同時実施のために、実質改定率は1.7%で、0.86%の減になった。給与改定の抑制も追いつかず、また消費者物価の高騰も相俟って非常に厳しい状況を余儀なくされることになる。

医療局は1981・82年度に過去にない強力な体制で経営改善に臨み、県立病院に対しても要請している。当時、医療局管理課長であった岡崎竹三郎は岩手県医療局『温故而知新一生命に光あふれよ一』（1990年）において医療局の経営健全化のための対策に関して、病院関係者が「経済性の配慮に欠けるか、もしくは無関心である」、一般会計頼みの『親

方日の丸』的感覚」、「赤字慣れの感覚が潜在化している」といったことにより、「個々具体の改善措置についてはかなりの抵抗もあったし、現実的にみても、極めて困難視されたものであった」と具体的な事例をあげながら批判的に回顧している。(p. 257) <sup>14)</sup>

1982年度に「岩手県における行政改革のあり方に関する調査研究委員会」が発足し、本委員会から83年1月に「中間報告」、9月に「最終報告」が知事に提出された。その中に「県立病院のあり方について」がある。県・市町村の機能分担が取り上げられ、「医療の分野について、第一次的なものは市町村において、第二次及び第三次的なものは県等において対処することを基本とするのが適当ではないかと思われる。…県立病院の中で主としてプライマリ・ケアを受け持っている病院は将来の方向として、これを市町村経営に移行する方式が望ましいということになろう。」とされている。

県営医療事業は「県立病院等事業経営健全化計画」(1982年策定、84年改訂) <sup>15)</sup> の実践成果や、一般会計と企業会計の負担金繰り出しの適正なルールの確立(83年)もあって、83年度(昭和58年度)から88年度(同63年度)まで6ヶ年度連続で黒字となり、累積欠損金も49億円に減少した。また、この時期に過去に比して常勤医師が大きく増加している。岩手医科大学医学部の定員は80名のままであったので、72年の自治医科大学開学の効果が考えられ、81年度に医師対策室が設置されたことも多かれ少なかれ功を奏したと言えよう。

1980年代に医療サービスは量から質に大きくシフトしていったと言える。例えば、県立病院で初めて80年度に千厩病院が「訪問診療」を、81年度に住田病院が「訪問看護」を実施した(89年度末で順に15病院、16病院)。 <sup>16)</sup> また大迫病院は88年度から時間外に外来診療を行う「夜間診療」を実施し始め、86年設置の「在宅ケア委員会」は訪問診療・看護で多大な貢献を収めた。岩手町では90年代以降、各種がん検診は沼宮内病院、町医師会、町保健センターの連携と保健推進員の活躍があって高受診率を実現している。

1988年度に移転新築した紫波病院では保健や福祉をあわせた総合サービスのために、多目的ホールが併設され、接続する町のデイサービスセンターや特別養護老人ホームとの一体的な地域ケアシステムの整備が図られた。実質的に一体化、総合化しているかは分析を要するにしても、その後、町村保健センターや老人保健施設など保健・福祉施設が隣接する(併設される)ケースが増加していく(例えば東和病院、軽米病院など)。なお、この時期に結核病床の一般病床への転用や廃止が相次ぎ、入院の面でも変化が生じた。

『温故而知新』において医療局長(1989年7月～92年3月)の高橋洋介は自らが新人



職員研修会で話したことを回顧している。病院経営において医療局OBを活用すれば、「病院のサービスは一段と充実し、県民の信頼が高まることになろう。そうすると、県病と市町村病院とのサービスの格差が歴然となり、県病のない市町村の住民から批判が出てくるだろう。それだけでなくとも医師確保や職員教育そして赤字問題に苦しんでいる市町村は、しめたとばかりに県営移管を希望し、県内の全自治体病院・診療所が統合した岩手県医療団が誕生することになろう。

この岩手方式ともいえる医療供給方式は、やがて東北各県の自治体病院をまき込み遂には東北医療団が結成され、全国の自治体病院をリードすることになろう。このような私の話を聞いている新人職員の眼は、決してホラ話ではない、自分達の努力次第では県立病院の未来は大きく広がっている、とでも言っているようであった。」(p. 323) 県内の全自治体病院・診療所の統合は注目に値するが、市町村を見る目は決して対等・協力関係ではなく、だとすれば、実質的に吸収となり、市町村は様々なコストを強いられることになろう。

1980年代なかば、県営医療事業が全体として比較的安定するなかで、約2年5ヶ月をかけじっくり議論した成果である、「県立病院等事業運営調査委員会」(委員長医療局次長)の最終報告<sup>17)</sup>が88年3月に医療局長に提出され、また急速な高齢化により介護(福祉)需要が著しく高まり、保健・医療・介護の総合化が強く要請されるなかで、中村知事交替直後の91年6月に2000年度までの「県立病院等長期経営計画」(96年中間見直し)が策定された。いずれも長期的視点に立った提言である。なお、81年度から4,302人で据え置かれていた医療局職員定数が92年度に4,522人、さらに96年度に5,058人となった。

「臨調行革」を背景とした県版行革と歩調を合わせる「県立病院等長期経営計画」の策定にあたって、策定委員会が設置され、3部会(医療サービス、患者・地域サービス、経営管理)と15分科会で構成されたが、構成員は全て病院等関係者であった。基本目標は、①医療サービスの質の向上、②医療を軸とした幅広い地域サービスの展開(出て行く医療)、③地域社会からの信頼の確保(地域に根ざした病院づくり)、④効率的な医療供給体制の整備、⑤やる気のある人材の育成と活力ある組織の形成、⑥生産性の高い効率的な事業運営(経営効率の追求と財源の確保)である。

長期経営計画における数値目標をあげると、1991年度と2000年度で総収益796億円(一般会計負担金77.5億円)→1,106億円(同103.9億円)、総費用804億円→1,115億円、累積欠損金75.7億円→77.2億円、内部留保資金残高49.1億円→104.4億円、病床数6,081床→6,231床、1日平均患者数・入院5,301人→5,608人、外来13,658人→13,877人、病

床利用率 87.2%→90.0%、患者 1 人 1 日当り平均収益・入院 19,635 円→25,396 円、外来 7,316 円→10,778 円、職員数（委託職員含む）5,627 人（うち医師 478 人）→6,067 人（同 568 人）で、投資総額は同期間で 1,175 億円（うち施設整備 749 億円）である。

目標達成度をみると、総収益と総費用は上回り、一般会計負担金が急増し、150 億円超となり、そして累積欠損金も超え、80 億円台で変動している。病床数はほぼ目標どおりである。患者数（1 日平均）に関して入院は初年度からほとんど変化ないのに対して、外来はクリアし、著しく伸びている。病床利用率は 85%あたりで推移している。

患者収益（1 人 1 日当り平均）について入院は大きく上回り、外来はその逆である。<sup>18)</sup> 職員数は 6 千人を割っているが、医師数は達成し、常勤医師は過去にない大幅増である。

（『次代への書—資料編』他）1995 年度決算は 7 年ぶりに黒字となり、96 年度も続いたが、その後は 99 年度だけが黒字という大変厳しい状況を余儀なくされた。

長期経営計画の下で、①入院・外来患者数の確保と病床利用率の向上、②診療報酬の適正算定、③人的資源の有効活用、④薬品等医療材料の一層の廉価購入と節減効率化、⑤経費の削減と効率的な執行などの自助努力を継続していくことがあげられているが、その最大の特徴の一つは病院間の機能分担である。「広域中核病院」や「地域総合病院」などに類型化され、「現行の 28 病院体制の下、スクラップ・アンド・ビルドと機能分担・連携を基本に、安易な増床は避けながら、マンパワーや施設・設備の共用などにより、医療資源の効率的な配置を図ります。」と述べられている。<sup>19)</sup>

岩手県（医療局）にとって、1970 年前後からの約 20 年間は 28 病院の継続の点だけみれば、「安定期」と表現されるかもしれないが、集権的医療システムの制約の下で、県財政および病院経営の健全（収支均衡）を中心にして展開された（せざるを得なかった）のが実状である。他方、病院（現場）が医療サービスの質的向上、量的拡充に努力していることは否定されるものではないが、医療局と同様に職員の経営・参加意識やコミュニケーションをはじめ組織（内部）の体質改善や信頼される病院づくりなど基本的な点を常に課題としてきたことに事態の深刻さを強調することができる。県営医療は「県民のため」にある。

これに対して 1980 年代なかば以降、県営医療事業の方針の一部に大きな変化がみられる。いわゆる「臨調行革」を背景にした県版行革の下で県立病院間および県立・市町村立病院間の機能分担論が 83～88 年度については連続黒字のために表面的な存在であったけれども、90 年代に全面的に展開され、いわば岩手の独自性を放棄するような第二次・第三次的医療の特化を中心にして主張されるようになったと考えられる。医療局記念誌にみる

ように、医療局長をはじめ幹部職員が口を開けば経営悪化・健全化の話題ばかりであることから言えば、機能分担論は利益至上主義にもとづくことは明らかである。

多くの県立病院が超高齢社会の到来を見通して、「在宅医療」の重点化をはじめハード、ソフトの両面における保健・医療・福祉の総合化を町村と協力、連携して実践していったけれども、県（医療局）との政策的ギャップが大きくなり、他方で、主に医師不足や法制度改正により地域に出て行く、あるいは住民に向き合うことが困難になるのも多々みられるようになっていく。1978年にWHOとユニセフの呼びかけで旧ソ連のアルマ・アタに130カ国の代表が終結し、「アルマ・アタ宣言」を採択し、全ての人々の健康のために不可欠な住民の全面的な参加を提唱したが、1986年のオタワ憲章のヘルスプロモーションにおける住民参加の推進も含めて県営医療事業はほど遠いと言わざるを得ない。

### Ⅲ. 新世紀の大再編とその評価

#### 1. 新世紀の動向

岩手県とくに農村・過疎地域における医療の多面的な問題について、（県）財政に関する一面的な論点の設定で切り込もうとしても、需要と供給のバランスはとりにくいために、国の医療費抑制のための医療法の「つぎはぎ改正」、1980年代以降の医師養成抑制政策や行財政構造改革（方針）を批判する一方で、両者の均衡を図るための条件づくりに関して議論していく、という本稿におけるこれまでの方向性（到達点）を踏まえて、本節では2000年前後以降の県医療政策（方針）や県立病院等の動向を整理し、評価する。

2000年（平成12年）2月に医療局「岩手県立病院等長期経営計画—まごころと科学でささえる医療をめざして—」（1999年度～2010年度）が公表された。この策定にあたって、「新しい経営計画検討委員会」が設置され、3部会（病院機能、患者サービス、経営管理）から構成されたが、構成員は全て病院等関係者であった。基本理念は「県下にあまねく良質な医療の均てんを」、基本方針は「心のかよう、患者中心の医療の展開」「働きがいのある、人間尊重の運営」である。

基本方向は良質で効率的な医療提供体制の整備（医療機関相互の機能分担と連携）および安定した経営基盤の確立（効率性や採算性の一層の追求）である。基本方向の展開として、①効率的な県営医療システムの整備と診療機能の充実、②満足度の高い患者サービスの提供、③医療を軸とした幅広い地域サービスの展開、④環境の変化に柔軟に対応できる



ひとつづくりと組織の形成、⑤総合的な情報システムの構築、⑥良質な医療サービスを支える安定した経営基盤の確立があげられている。

これまでの経営改善計画の趨勢から、基本方向を最も具現化していると考えられる①と⑥をみると、前者の中心は病院間の機能分担であり、1991年公表の「長期経営計画」に引き続いて、病床数が最少45床の伊保内病院をはじめ9病院が地域病院（一般医療機能、地域ケア支援機能）に類型され、病床数下位8病院と、リハビリ拠点である大東病院からなる。国の医療費抑制政策や医療縮小・介護拡大スタンスから言えば、明示されなかったものの、病床数が削減の対象になることは容易に想定されよう。

⑥の中心は民間企業の経営管理手法等の導入による効率的な経営管理システムの確立および単年度収支の均衡のための健全経営である。この特徴として事務管理部門の人員削減が第一ターゲットになっている。また収支計画（1998年度～2005年度）に関しては病床数、病床利用率、1日平均患者数がほとんど変化なし、収入は右肩上がり、一般会計繰入金は微増、累積欠損金は縮減である。

2004年2月に医療局「県立病院改革（基本プラン・実施計画）」（04年度～08年度）が公表された。この最大の特徴は二次保健医療圏<sup>20)</sup>における「広域基幹病院の一層の体制強化・機能特化」および「入院需要に見合う病床数の適正化」であり、これらに「総合的な経営改善」を加えることによって単年度収支を均衡させ、内部留保資金の確保を図りながら、安定した経営基盤を確立する点にある。この背景には過去数ヶ年度しかなかった十数億円レベルの赤字（単年度）が何度も生じ、年度末累積欠損金も170億円超に及ぶ収支見通しが明らかになったことがあげられる。

本改革でも機能分担論が全面的に展開されているが、これとの関わりで病床数の縮減に重点が置かれている。地域病院のうち紫波、大迫、花泉、住田、伊保内の各病院（1病棟制）は19床以下の有床診療所化、そして江刺、高田、遠野、山田、一戸の各病院は1病棟休止であり、さらに釜石、大槌の各病院と福岡病院についても適正化の可能性を残しており、近年で最も踏み込んだ再編である。紫波病院のように、病床利用率が80%超でも対象になっている。なお大迫や花泉など5病院は医療局の方針で無床化であったが、県議会や所在地等からの反発で19床となったことは県全体でみるとあまり知られていない。

実際、いずれにおいても病床数の削減が実施され、5病院は有床診療所（花泉56床減～伊保内26床減）になった。

こうした県医療局が計画する病床数の適正化において、一般病床の病床利用率は「90%

程度」(720床減)という非常に高い数値で目標設定されている。これでは平均在院日数を縮減する限りにおいて、入院患者減の加速は病床数の一層の減を招来することになる。本改革にしたがえば、入院需要の減の理由として在院日数の短縮、介護施設の整備などがあげられ、医師不足の深刻化や診療報酬の改定とも関わっている。こうした機能分担や病床削減が大きく規定する職員配置適正化計画において医師数は2008年度に03年度650(正規・常勤臨時)比で101増の751であり、かなり明るい見通しを持っていると言えよう。

2000年2月公表の「長期経営計画」が実施計画の具体化の点で不十分であったとすれば、県にとって本改革でカバーしたということであろう。しかし、国の財政改革や医療政策、医療法の改正など地方行財政や地域医療を巡る諸環境の著しい変化に対応する必要があることはある程度理解できるが、過去からみておおよそ正反対の改革であることから言えば、03年10月の実質的な議論の開始、04年2月の公表、5ヶ年度以内の病床数の適正化について、県民・議会との関係を重視すれば、主体論や手続論で大いに議論の余地があろう。<sup>21)</sup> 今回のように、かつてないほどの膨大な文書が示されるとより強く感じざるを得ない。

小泉純一郎政権の下で国と地方の財政構造改革が進み、地方交付税も臨時財政対策債でカバーされたとは言え縮減に転じるなかで、県(本庁)は2003年度に03~06年度の4ヶ年度で1,750億円の財源不足を生じるとし、「岩手県行財政構造改革プログラム—自立した地域社会の形成に向けて—」を策定して、行財政のスリム化を進めてきた(参考:同期間の年度平均の一般会計歳入総額決算7,567億円)。<sup>22)</sup> しかし、07~10年度の4ヶ年度で2,354億円の財源不足が発生するという、県財政の中期収支見通しを公表し、医療局(病院等)も含めて抜本的な改革は避けられないという認識が広がっていく。

こうした県財政の悪化のなかで、2004年9月に県立釜石病院(272床)と釜石市立釜石市民病院(250床)の統合計画が発表され、07年4月に新県立病院(272床)が開院した。<sup>23)</sup> 釜石市「釜石市民病院と県立釜石病院の基本的な方向性」(04年11月)における統合の経緯の説明は1999年度の釜石地域保健医療協議会における協議の引用から始められ、十分な協議を行ってきたことを強調しようとしているが、医師に比して市民との直接的な協議(対話)はわずかであった。これを県立病院と県民に置き換えれば、対話はそれ以上に不十分であったことが推察される。

県医療局次長、市助役、釜石地方振興局長、釜石保健所長からなる「釜石地域医療供給体制のあり方協議会」が統合を最終的に主導し、市民病院の経営の行き詰まりから出発した協議であったものの、県にとっては県立病院として「吸収」する代わりに、市との機能

分担と病床数の削減、さらに民間機関の参入の道筋（慢性期医療の大幅縮小・肩代わり）をつけ、財政的・経営的負担の増大に対する批判をかわしながら、改革モデルとして多大な評価を得ようとするしたたかな姿勢が強くみられた。

新世紀に入って、県立病院の経営収支は2003年度－8.6億円、04年度－15.1億円、05年度4.9億円、06年度－9.7億円、07年度－10.8億円となる。入院、外来ともに患者数が減少の一途を辿り、1日平均で2006年度順に4,554人（00年度5,242人）、11,784人（同18,737人）まで低下し、外来収益は大幅減少となり、いずれも計画を下回っている。国の医療政策が重視する病床利用率は06年度に79.4%（01年度83.7%、02・03年度80.3%、04年度81.0%、05年度81.7%）まで落ち込み、一般病床の73.6%は全国最下位クラスで、県が過敏になるわけである。

岩手県の人口10万人対医師数（県全体）は2006年186.8人で、全国最低クラスで、全国平均217.5人に比して－30.7と大きな格差がある。1984年の差が11.6であったので、拡大していることがわかれる。県立病院等の医師数はいつしか03年度実績593人に対して08年度633人（非常勤医師を常勤換算した数を含む）が目標値になり、深刻な状況が考慮されている。後期研修医数を51人としているので、これでカバーするつもりである。常勤医師は01年度545人（最高）→03年度535人→07年度460人と大幅減であるが、医師不足が強調されるようになってから、この数値が発信されることが多くなる。

国の行財政構造改革（方針）や医療費抑制政策（診療報酬マイナス改定2006年度3.16%他）が加速するなかで、これまで以上に病床数および病床利用率がターゲットになり、岩手県は全国のなかで前者が多く、後者が低いので、一貫して縛りを受けることになる。これについては総務省が経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しの3本柱からなる「公立病院改革ガイドライン」（07年12月）を地方自治体に通知したことでひとまずピークに達することになる。<sup>24)</sup> いずれも3～5年以内の実施が想定され、病床利用率について過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的に見直しとされている。

「公立病院改革ガイドライン」は病院事業を行う地方自治体に対して、2008年度以内に「公立病院改革プラン」を策定し、早期に大きな成果をあげることを要請した。これにしたがって09年2月に策定されたのが県医療局「岩手県立病院等の新しい経営改革」（09～13年度）である。この改革の基本方向は、①県立病院間の役割分担の明確化と特色ある医療の提供、②良質な医療を提供できる環境の整備、③医師不足解消に向けた取組みの推進、④職員の資質と満足度の向上、⑤安定した経営基盤の確立、⑥地域連携と地域との協働に

よる病院運営である。

「岩手県立病院等の新しい経営改革」（以下、「新しい経営改革」と呼ぶ）は紫波町、花巻市（旧大迫町）、一関市（旧花泉町）、住田町、九戸村に所在する紫波、大迫、花泉、住田、九戸の全ての地域診療センター（順に中央、中央、磐井、大船渡、二戸の各病院の附属診療所）と、22病院のうち岩手町の沼宮内病院の無床化をメインとし、基幹病院等と併せてさらなる病床数の減に踏み込んでいる。

しかし、市町村との事前協議さえ皆無に等しく、「新しい経営改革」案の公表は2008年11月で、5地域診療センターの無床化が一律に09年4月、沼宮内病院（60床）については10年4月の実施であったことから県内とくに無床化の対象地域で大混乱を招くことになった。県民軽視の再現である。

県の説明不足も拍車をかけ、県議会でも反対が多数におよび混乱がみられ、無床化に関わる予算（補正）に関して知事が土下座して理解を求めて、県議会史上初めて議会に再審議を求める再議権を行使したり、さらに議会以外も含め策定経過に関して何度も謝罪する場面も生じた。

長きにわたって、二次保健医療圏のうち県立病院以外に病院が存在しない圏域＝二戸保健医療圏があり、気仙保健医療圏も1精神病院を除けば同様であることから、事の重大さを知ることができよう。この無床化によって、開業医も含め有床の病院・診療所がゼロになる町村数は6（旧大迫町と旧花泉町を除く）まで増大した。すなわち、野田村、平泉町、田野畑村に加えて九戸村、住田町、紫波町（精神病院あり）である。

「新しい経営改革（案）」の作成と同時に議論されていた、岩手県保健福祉部「岩手県公立病院改革推進指針」が2009年1月に公表された。その目的は「県全体を見据えた公立病院改革の方向性を提示することにより、『公立病院改革プラン』の策定・推進を支援すること」である。本指針の特徴は二次保健医療圏ごとに各病院に対して現状分析を踏まえて改革案を提起している点にあり、紫波、大迫、住田、花泉、九戸の各診療所は一切出でこない。なお、本指針の検討・策定にあたって、岩手県公立病院等改革検討委員会が08年5月に設置され、09年1月まで7回の委員会が開催された。<sup>25)</sup>

「岩手県公立病院改革推進指針」（資料編）は「医療圏ごとに中核的な県立病院を中心とするネットワークが形成されており、『公立病院改革ガイドライン』で想定している同一地域に機能が重複する公立病院が並存したり、民間病院と競合したりする例は多くない。」と言及しており、ガイドラインの基本的なスタンスを踏襲し、さらに市町村立病院に対し

て個別に改革案を提起している点については、経営の効率化や病床数の削減が中心となり、経営形態の見直しまで踏み込んでいない。

県立病院に関する記述をみると、大半で経営状況の改善の観点から病床の削減について検討が必要であるとされ、「県立大東病院については日常的な医療を担う医療機関としての役割を果たすために期待される機能を十分に有していない。」とまで指摘されている。病床利用率は2005～07年度の3ヶ年分が表示されているが、とくに小規模病院では資質や意欲等に違いがあるにしても、医師1人の増減だけで大きな影響が及ぶにもかかわらず、一律に設定した期間の数値で評価されている点は看過できない。

これに対して市町立病院の経営効率化について、以下のような文言が何度も使われている。<sup>26)</sup> すなわち、①圏域の中核病院との時間・距離など地域の実情を総合的に勘案すると、②ここ数年病床利用率が低下傾向にあり、経営収支も悪化していることから、③現状の病院事業を継続した場合、市町財政に与える影響の拡大が懸念されるので、といったことである。結論として、患者数の動向を踏まえ、経営状況の改善の観点から、病床の削減（あるいは診療所化など）について検討が必要である、と指摘されている。

2009年4月から5地域診療センターの無床化が実施された。<sup>27)</sup> 岩手日報をみると、九戸地域診療センターへの応援医師（二戸病院）の声では、宿直がなくなる分、施設・設備等が充実しているために、患者が集中する二戸病院における他の医師の負担が軽減され、自らも治療にあたることができるので、望ましいと評価する。他方、地域診療センターでは訪問診療に重点を置き、量的拡充、質的向上を期待でき、また宿直がないので勤務を希望する医師が増えていると言われている。

これに対して、基幹病院（「地域総合病院」）に入院患者が集中し、無床化でも医師にとって精神的、肉体的な負担はさほど解消されないという声もある。2009年4月現在で常勤医は457人まで減少しているが、医師不足は無床化だけでは根本的に改善されない。こうして今回の再編は医師の不足や激務の問題を強烈に問うことになったが、これ以上に医師の絶対的な不足を前提とする地域間・診療科・時間帯・諸待遇の偏在・格差が本質的な問題であることを再確認しなければならない。

県立であろうが、市町村立であろうが、住田や九戸などのように19床診療所化、次いで無床化になれば、経営状況を改善することができるかと問えば、現行の医療システムの下では相当困難であると言わざるを得なく、悪循環に陥ると考えられる。すなわち、施設の立地条件や職員の工夫、努力よりも、地域の実状を軽視して、診療報酬制度とくに入院



基本料が政策的に小規模病院・診療所（の供給体制）にとって不利に設定されていることによる。

外来だけになれば、その患者数が経営を大きく左右する。人口減が急速に進む過疎地域において（後期）高齢者の増加がみられ、患者のほとんどが継続的に利用する地元の高齢者であり、多くは複数の疾患を抱えているが、一刻を争うわけでない彼ら・彼女らに検査も、投薬も急に増やすというわけにはいかない。他方、2002年の診療報酬改定により薬剤の長期投薬が可能になり、患者減を避けられなくなっている。また経営の効率化と言って、工夫や努力しても、医療局が病院と同じように評価するのは甚だ疑問である。

## 2. 大再編の評価

### （1）批判的視点

公立病院の役割は「公立病院改革ガイドライン」が示すように、地域に必要な医療のうち民間医療機関による提供が困難な医療を提供することであり、例えば、①過疎地・へき地医療、②救急等不採算部門、③高度・先進・特殊医療、④医師派遣・養成拠点などがあげられる。しかし、地域と言っても、県や市町村などの行政区域、社会・経済構造や歴史・文化、地理・地形・気象条件など多様で、医療のあり方に違いがあるのは当然であろう。中央集権的システムが問い直されるなかで、岩手の医療の場合、歴史的に県（県立病院等）が農村・過疎地域に果たしてきた幅広い役割を十分に考慮する必要がある。

「新しい経営改革」では現状の認識として主に病床利用率の低下、医師の不足と過重労働<sup>28)</sup>、経営・財政悪化が大きく取り上げられ、これらを改善しようとする。

県医療局は病床利用率（一般・療養）で2011～13年度84.1%、稼働病床数は13年度5,155（07年度5,675）を見込んでいる。しかし、「84%」という数字は一見、安心感をもたらすようであるが、在院日数の減を推進する一方で、入院患者の減（例えば受療率の高い高齢者人口の増加が必ずしも入院患者数に比例しない場合）が進めば、また医師不足や経営悪化を問題にする一方で、いずれも解消できなければ、いわば平均以下の病院をはじめ他の県病を対象にした第2弾、第3弾の病床削減中心の再編の可能性はきわめて高い。したがって、病床削減に反対しようとするれば、重い課題が突きつけられることになる。

医療局（医師等）にとって無床であれば入院（夜間）・救急体制をとらなくてよいが、他方、地域住民にとって無床と1～19床の差はあまりに大きい。中核・基幹病院からの早期退院者にとって在宅治療・療養するまでの一時的入院、また特養入所者や在宅介護者に

とって容態悪化時の一時的入院が不可能になり、家族（自宅）や施設などの精神・肉体面あるいは人材・技術面におけるコストやリスクが著増し、行き場を失うような高齢者がみられる。重症化による県立病院での再度の受入れは避けられない。これが急性期の特化や経営の改善に寄与すると言うならば、人権侵害の何ものでもなく、本末転倒である。

県医療局は医師不足を解消できる見通しを持っており、医師数は2008年度532人（臨床研修医97人を含むと629人）→13年度599人（112人、711人）、看護部門については3,416人→3,487人である。全国的に絶対的な医師不足の対策が必要であるなかで、県や岩手医大（私立）の医師招聘・育成・養成（医学部定員の段階的な増他）に関する様々な努力や工夫は理解できるが、短期集中の大規模な病床削減をメインにして攻めの姿勢に転じることが県民にむしろ不安感や不信感を持たせることになりはしないだろうか。

岩手県の人口10万人対医師数にみるように、県全体（とくに盛岡市以外の地域）で医師不足が著しく、全国平均との格差も拡大しているにもかかわらず、県（本庁、医療局）がこれまでとくに勤務医の不足および過重労働を大々的に問題にし、県民と共有してこなかったことは何よりも厳しく批判されるべきである。

医師は給与を中心にした諸待遇の改善よりも、高い使命感と倫理観で過酷な状況に耐えてきたかもしれないが、そのことが災いし、また医療局とのコミュニケーションの不足という根本的な問題があったのかもしれない。だとすれば、各医師が閉鎖化し、そして局全体が患者、住民や地域との距離を次第に遠ざけていったのであろう。他方、患者の通院、受診において病院・医師のアクションがない限り、医師不足の実態を知ってというのはいかに無理があり、入院時に気付くのかかもしれない。病院利用がわずかであれば、病院・医師等への信頼がない限り、長い待ち時間や「2、3分治療」が批判の対象になりうる。

2004年4月から必修化された新臨床研修制度の影響もあって、医師招聘がこれまで以上に困難になっているなかで、知事は勤務医不足を最大の地域医療問題の一つとし、様々な場で発信し、また「新しい経営改革（案）」の公表を機に、現場の医師も次々に発言するようになり、多くの県民に気付きを与えたことは積極的に評価されるべきである。県職員と県民（患者）が一体となって医師（招聘・育成・養成対象者を含む）それぞれと向き合い、県民共有の貴重な人的資源を維持していく諸環境を整備することは不可欠である。「高い意識」がいわばブランドとなり、医師に対する魅力となろう。

小規模な病院等における病床の大幅縮減や無床化により、医師の集約化・拠点化（再配置・重点配置）が進められ、勤務環境が改善され、医師等が集まりやすくなるという論理

がみられる。しかし、基幹病院等での入院患者の受け入れが一層集中し、満床（近い）状態が継続し、追い出しや入院・手術待ち、病床探しで悪循環に陥らないだろうか。場合によっては外来も加わるのではないか。集約化・拠点化しようにもできない診療科（産科、小児科など）があろうし、広大な県土でいずれ限界に突き当たろう。また勤務条件の変更や精神的・時間的な負担増などのために退職する医師が増えることも考えられる。

医師の不足や過労に関わって、地域診療センターの事例から、救急あるいは時間外の患者の取り扱いが非常に少なく、当直・日直体制（応援体制を含む）を組むことが非効率であるという論理が考えられる。しかし、結果としての数字ではなく、患者が少ない理由なり、少なくなったプロセスが重視されなければならない。<sup>29)</sup>

患者は万が一の場合に備えて、診療所を選択肢から外していることが考えられるし、そもそもかかりつけ医にしていなくても、むしろ病院・医師との信頼関係が十分でないというきわめて人間的な判断をしているのではないだろうか。この理由の典型として、多くの病院等にみるように院長・医師が短期間で替わったり、小児科を設置していても週1回あるいは月2回で半日の非常勤であったり、手術に十分な設備・器械が整備されておらず、医師も軽微な手術さえ行わず基幹病院に回すといったことがあげられよう。

この点に関わって、基幹病院等における軽症患者の救急利用、つまり初期救急医療（主に自力で来院する、入院の必要のない比較的軽症な救急患者への対応）がターゲットにされ、救急患者の大半を占めることや、夜間・休日等の診療時間外であることが地域医療における最大の問題の一つにあげられることがある。2008年度の県立大船渡病院救命救急センターの時間外救急患者数は県立中央病院（盛岡市）とほぼ同数の約1.5万人におよぶほど際立っている。

しかし、全てを鵜呑みにするわけにはいかない。例えば、乳幼児や高齢者（後期高齢者）など自ら症状を正確に把握できず、万が一という不安・恐怖（「くらし」や「しごと」への影響も含む）から受診することは当然であろう。「コンビニ受診」が言われるが、「コンビニ」の多い都市とそうでない農村地域とは医療環境に差があり、状況が異なろう。前者では「近くにあるから」という理由で、中核・基幹病院を多くの患者（住民）が利用するのではないだろうか。また、都市に多い勤労世代の受診が問われるべきかもしれない。

小児の時間外受診の増加はとくに（大）都市部において働く母親が多く、増加したことや、核家族化により子育て経験のある祖父母が近くにいらないことなどが要因として指摘されており、「くらし」や「しごと」に深く関わっている。この点にまで踏み込んで議論する



必要がある。少なくとも「受診を控えて」と叫ぶだけでなく、日々の健康管理を奨励し、症状の程度で判断し、学習できるような仕組みづくりが欠かせない。<sup>30)</sup>

こうした結果としての軽症をことさら問題にすることは県民全体の受診行動改善の気付きへのインパクトになるが、論理としてはかなり無理があり、農村・過疎地域で故意であるのはわずかであると考えられないだろうか。

むしろ医療や救急に対する無知や情報（提供・収集）不足が問題であり、地域住民にとって独自の知識の習得や経験の蓄積に限界がある以上、自治体病院と開業医の連携も含めて、医療スタッフとの地域ぐるみの協働が問われるべきである。生命に最も深く関係しながら、決して容易な制度や手続でなく、多くの専門用語がみられる医療の各種情報について、知っているのは常識、あるいは公表しているから見ているだろ、といったいわゆる「上から目線」であれば、いつまでたっても事態は好転しないであろう。

「新しい経営改革（案）」の2008年11月公表以来、県民向けの知事講演やパンフレットでは退職者増加（定年退職を除く常勤医の退職04～07年度140人）による医師の不足と負担増（残った医師の負担増→退職者のさらなる増加）に加えて、県民の夜間・休日の救急病院利用が大きく取り上げられ、そして県民の責任を追求することによって再編の道筋がつけられようとしてきた。

しかし、患者とその家族さらに県民ぐるみで県立病院等の危機を共有し、「新しい経営改革」を機に地域で支えていこう、というメッセージが込められているにしても、無床化（改革）ありきで、県民に責任を転嫁しているようにみえただけに、逆に至る所で反発を生じる結果になったのではないだろうか。この点は非常に悔やまれるところである。

これに対して、過去の主要な計画や医療局記念誌において患者のモラルを問うたのは皆無に等しく、最近では「岩手県保健福祉計画（保健医療編）」（2008年5月）において県民の役割として言及されたに過ぎないことから、問題発信の表面的な手法に難点はあるものの、勇気ある対応と言え、住民と向き合おうとする姿勢が垣間見られ、互いの関係の変化を予感させる。<sup>31)</sup>

実際、いみじくも患者のモラル問題をストレートに受け止め、多くの事例のある患者・施設向けではなく、他県の先進事例にも触発され、地域医療の問題や課題と向き合い、受診改善の啓発や勤務医の激励などに対外的に取り組む住民グループが沿岸・県南などの地域で次々に発足したのは結果として大きな成果であった。<sup>32)</sup> それは病院（医師等）や地方自治体に対して様々な思いを持つ住民（患者）の窓口のような存在になっている。

病床や医師を巡る問題に次いで経営の悪化・健全化に関して評価しておきたい。経営収支は2011年度に黒字の転換(1.5億円)を見込み、12年度8.1億円、13年度14.3億円で、年度末累積欠損金も11年度に減少に転じることになっている。これに対して県立病院経営委員会(医療局)において収支計画の実現性を疑う意見が相次いだ。医療局が「公立病院改革ガイドライン」という全国一律の要請に応じようとする限り、明らかに無理を冒すことになる。国の医療費抑制政策(地方交付税を含む)が大きく見直されないと、実現にほど遠く、仮に達成しても、その反動が長期に及ぶ可能性を否定できない。

「新しい経営改革(確定版)」公表時点で明らかになっていた2007年度の収支をみると、収益合計921.0億円、費用合計931.8億円、差引-10.8億円、資本的収入151.3億円、資本的支出175.6億円、差引-24.4億円、一般会計からの繰入177.6億円(収益的収入分141.1億円うち医業外収益分<sup>3)3)</sup>112.0億円)、年度末累積欠損金138.4億円、内部留保資金残高37.7億円で、企業債償還は毎年度110~130億円を見込んでいます。

年度末累積欠損金は資本的収支分も含めて2010年度に180.7億円まで増大した後、13年度に156.9億円まで減少する見込みであるが、これを典型として、経営悪化さらに(県)財政悪化に比して経営改善についてはそれほど強調されなかった印象が強い。また、そもそも数値設定や根拠説明が著しく不足している。さらに、いずれにしても詳細は無床化問題の陰に隠れてほとんど議論されていない。県民から悪化の理由を問い詰められると、県にとって説明に時間を要するし、過去に遡って財務が問われ、火の粉が自らに飛びかかり、改革方向がぶれる可能性があることがあげられよう。

最も内情を知る医療・財政担当部門が医療・病院等の実態や経営・財政の悪化を早い段階から丁寧に説明することを怠り、問題を先送りしてきたことは何よりも先に問われなければならない。そして、そもそも職員間で経営さらに財政の状況を細部にわたって理解し、その問題を共有できていたかは甚だ疑問である。県民に対しても、広報で知らせています、ホームページで公開していますくらいでは明らかに不十分である。例えば都道府県別(2007年度)で、岩手県の1人当たり老人医療費(72.5千円)は最低水準(3番目)で、逆に公立病院医師月収が最高(153.3万円)であることさえ認識されていないであろう。

こうして新世紀の大再編を分析、評価すると、県本庁や医療局が見通す改革の最終的なステップとして、多くの重大な問題を抱えながら、それにあまり向き合わないということになれば、地域診療センターの廃止・町村移管、さらにその他の病院の経営形態の見直し、例えば自治体財政健全化法の対象としてわずかに該当する独立行政法人を選択することが

考えられる。<sup>34)</sup> さらに「多数派の（平均的な）県の県立病院」、つまり高度・特殊医療や精神医療のみを扱うような県立病院スタイルへの移行が提起されるかもしれない。

「新しい経営改革」において経営形態の見直しに関して大きく踏み込んでいたとすれば、今回のような県内の大混乱どころでは済まなかったであろうが、小休止を挟めば実施が許されるわけではなく、さらなる問題の先送りにしかすぎなくなろう。ではどのように多くの重大な問題に向き合えばよいのかと問えば、その手がかりを得る道のりは複雑なように思われるが、至ってシンプルである。すなわち、地方分権の推進を先導しながら、原点に戻ることである。

## （２）「小さくても輝く」分権論

日本における地方分権の推進は世紀の変わり目から顕著になり、その目的や方法などに関して多くの問題や課題を抱えているものの、国と地方の行政、財政の両面で一定の成果を収めている。<sup>35)</sup> 行財政における県と市町村の関係、県と県民の関係の見直しは国と地方の関係と同様に肝要であり、それに比して議論の質・量で見劣りするものの、諸制度の改革が少しずつ進められ、現場でも実践されている。依然として試行錯誤の状況にあると言えようが、このことはある地域・自治体の取り組みが先行事例になることを示唆する。

分権推進にとって、県と市町村、県と県民の関係の見直しは今後一層重要な課題となり、とくに県行財政における県民の参加や県民との協働に関する議論は不十分であることから、今後の展開が大いに期待される。こうしたなかで、県の地域医療における県民（住民・患者）との関係からみた住民自治の充実・強化に対する意識の低さがとくに長期経営計画にもとづく 1999 年度からの大再編（実質的に 2004 年度以降の大再編）において図らずも露呈されたと言っても過言ではない。

県営医療における新世紀の大再編を踏まえて、県立病院の病床削減・利用率増、さらに県財政や病院経営の健全化に直結させるような機能分担（役割分担）を理論的に展開すれば、県立病院の急性期一般医療に対して、市町村立病院・診療所は慢性期一般医療を主として担い、保健や福祉（介護）との連携をスムーズに進めるということになる。また経営に関しては、県内であれば、藤沢町（2011 年 3 月現在人口 9,181 人）の町立藤沢町民病院（54 床）のようにやり方によって黒字経営も可能であり、県立で慢性期医療を分担すべきであるとは単純に言い切れないという反論が想定される。

こうした主張は、平均在院日数（一般病床）の点で岩手県内の自治体立病院が 2006 年に 18 日であり、その他の機関に比して格段に短いという状況のなかで、市町村立が中心に

なって慢性期医療を担うことによって、その短縮を一時的に停滞させても強調されうる。なお、岩手ではもともと療養病床が少ないが、自治体立では主として長期療養を担う病院はない。では、現行の医療システムの下で、市町村立病院は慢性期に特化して持続的な経営が可能であろうか。

国保藤沢町民病院事業管理者の佐藤元美（病院長）は自治医科大学監修『地域医療テキスト』（医学書院、2009年）で、「町としては、新しい病院の役割として高齢者の慢性疾患の診療を中心として、施設や在宅の医療を支えてほしいという考えがあった。しかし、国の政策は全国の病院のベッド数を削減して、入院期間を短縮して、入院医療は急性期医療を中心とする方向に大きく転換し始めていた。急性期の入院医療を担わなければ、経営的には病院は維持できない時代になっていた。そこで急性期の患者を積極的に受け入れ、診断し、治療する病院となることを決意した。」と述べ、事態は単純でないことを示唆する。

これだけで藤沢町民病院・佐藤（1992年赴任）を説明したわけではない。保健・医療・介護（福祉）の包括ケア、対象患者が120人に及ぶ訪問診療、患者に対する総合診療（全身診療）や患者に寄り添う健康増進外来、さらにナイトスクールや研修医報告会などにみる住民参加型の病院運営や医師育成は今や全国的に有名である。同時に、93年の開院以来、設備投資が嵩んだ2年目を除いて、一貫して黒字経営であり、2005年度から老健ふじさわ、特養光栄荘など7事業を病院事業（09年度職員236名）として一括し、地方公営企業法の全部適用で「統合型」運営を行っている。経営第一主義と言い切るのは早計であろう。

こうした実践から構想されるのが、県立、市町村立の壁を取っ払って広域エリアで連合体方式により養成・育成する「おらが」総合医である。また自らが中心となって「いわてイーハトーブ総合診療医育成プログラム」（県）を担っている。これらの医師像を具体化すると、急性期、慢性期の区別なく、内科系を中心に広範にわたる症状を診て、軽微な手術であれば積極的に実施し、救急時を含めトリアージ（症度判定）も行う。他方、一時的な入院にも全般的に対応できるという意味で、佐藤が嫌う表現を用いると、結果的に「1.5～2.0次医療」までを担う、専門医とは明確に異なる医師＝総合医ということになる。<sup>36)</sup>

藤沢町民病院の事例を整理すると、他の病院への一般化の点で、結果として「統合型」経営がベストか否か、黒字経営が可能か否かは慎重な議論や分析を要し、ケースバイケースであろうが、農村・過疎地域における医療や医師のあり方、住民（患者）と医師の関係の点ではそれより病床数の少ない小規模病院や有床診療所にも重要な示唆を与えている。

県の経営第一主義にもとづく機能分担論をさらに批判的に展開すると、経営形態に関す

る議論を脇に置けば、藤沢町民病院のような病院は県立では望ましくないのか否かが最も重要な論点の一つになろう。これに関して、県の論理として市町村のいわば「受け皿」の拡充に対する期待があげられる。すなわち、「平成の大合併」を推進した政府与党や総務省などが理論的な拠り所にした、行財政基盤を強化する「受け皿」論であり、「合併ありき」の「近接性の原則」や「自主財源主義」などにもとづいている。

「近接性の原則」や「自主財源主義」は「合併ありき」となれば、地域住民に身近な行政サービスを市町村でできるだけ多く担えるように、合併して人材を豊富にし、行政能力を強化せよ、そして財源面において地方交付税に依存せず、自らの歳出は自らの収入、すなわち地方税を中心とした自主財源で賄えるように、合併して財源を充実せよ、ということになる。

「補完性の原則」も合併の文脈で展開される。「平成の大合併」で合併が進んだ結果、あるいはそれをさらに進めれば、それなりの病床数の病院や有床診療所を設置・経営できるから、この限りにおいて県立病院の役割を小さくすることができるという論理に至る。できるだけ多くの権限・責任を合併した「市」に移譲し、県にとって望まない事業や責任の放棄・転嫁のために都合よく原理原則が利用されることになる。

これに対して、既述のような「受け皿」論による市町村合併に関して、既に多くの批判的研究があり、実際にも、この点がどの程度意識されたのかは定かでないが、九戸村、住田町、紫波町さらに岩手町は単独継続を選択し、「小さくても輝く」地域・自治体を目指している。地域診療センター（診療所）再編を理論的に展開する場合、合併の結果としてみれば、旧大迫町と旧花泉町は最終的に新市の決断として意見集約が図られるために、それら4町村と区別されるべきであろう。

人口の多い「市」との合併によって農村・過疎町村が周辺部になる場合、その病院・診療所が縮小・廃止（吸収）されることは少なくない。合併に際して、構成自治体が多いほど、個別・少数派の政策・制度や施設の維持はよほど重要でない限り困難になることは容易に想定することができる。他県の事例をみれば、市町村間での一部事務組合や広域連合による病院運営も考えられなくもないが、岩手の地域医療の歴史から言えば、たとえ特定のエリアに限った適用にしても大再編となり、非現実的であろう。

基礎自治体（市町村）における現実の行政サービスの大半は消防（防災）、道路整備、児童福祉、義務教育など各自治体で責任を持って提供しなければならない地域住民に身近なサービスであることから言えば、医療における病院運営は各市町村で行うことにはなら



ず、例外的な位置にある。そして、面積を考慮する必要があるにしても、医療機関を要するのであれば、人口規模が小さいほど診療所ということになる。したがって、病院の利用者の居住範囲に合わせて行政区域を拡大することは合理的でない。

県立病院等は歴史的に農村・過疎地域における施設整備による直接的サービス提供を重視したうえで、「二次医療圏」における医療ネットワークを形成してきたことに大きな意義があるが、「平成の大合併」後でも、多くは人口1、2万人以内の農村・過疎市町村であり、広大な面積に加えて地理・地形・気象など多様な条件不利性を持つ。本来の意味での「補完性の原則」にしたがって、財政的・人材的責任をもって補完・代替することが望ましい。

他方で、県立病院等は県の数少ない窓口行政の一つであり、同じ「対人社会サービス」である福祉（介護）、教育、国保などに対する影響を考慮すれば、県と農村・過疎町村の行財政関係のあり方にとってきわめて重要な意味を持つと言えよう。

岩手において既存の町村立病院・診療所のほぼ全てが農村・過疎地域に所在し、基本的に維持・存続していることは多大な工夫や努力の点で積極的な評価が与えられてよい。しかし、藤沢町民病院をはじめごく少数を除いて、いずれの経営も地域の特性が影響して様々な点において厳しくならざるをえない。この点に限って言えば、それぞれ設立経緯に違いがあり、一律に論じられない側面は大きい。県立医療網の不十分さや県立からの地元移管などにより設立された施設は多いので、「補完性の原則」によって県がこれまで以上に財政的・人材的責任を部分的に担って補完・代替することがあってもよいくらいである。

「新しい経営改革（案）」を確定する最終段階で、「市町村と連携した病院運営につなげるための情報交換の場として、市町村連絡協議会を設置します。」と加筆されたが、市町村との希薄な関係を認める結果となった。県立病院から市町村への診療応援実績（延べ数）は2004年度575人、05年度394人、06年度726人、07年度820人であり、県立病院間の6,034人、5,525人、5,108人、5,729人とは格段の差がある。後者は限界超と言ったところであろうが、人的サポートに限らず、それ以外の関係の側面も含めて市町村との連携・協力の質・量的なあり方が検討されなければならない。

県の社会経済的役割や県立病院の存在意義に関する理論の整理・構築、例えば、県立医療網は不可避なのかあるいは弊害が多いのか、さらに農村・過疎町村との行財政関係や、医療政策・病院運営における住民参加は重要な課題であるが、岩手の場合、実状をみれば、医療サービスの面では他の多くの県のように、いわば「多数派の県立病院」にシフトし、そして施設・設備等の面でも農村・過疎地域において縮小しようとしており、他県に比し

て深刻な医師不足（偏在問題）と相俟って医療網（ネットワーク）それ自体が町村（病院・診療所）との関係も含めて問われている。

組織（内部）の体質問題<sup>37)</sup>は創業の精神としてあげられる「県下にあまねく良質な医療の均てんを」、また住民とのいわば遠い距離感は「県民の県民による県民のための医療」について、その条件づくりという根本から問い直している。岩手では最新で、高度な施設・設備、専門・技術化した医師、自動車で測る病院との距離が健康、安心（指標）の全てではないことがより強く意識される必要があるだろう。いわゆる「対人社会サービス」（現物給付）の増大が要請されるなかで、岩手型の地方分権の推進が問われていることをこれまで以上に認識すべきである。

経営悪化や医師不足、あるいは再編反対と声を大きくするだけでは、医療局（病院等）職員と住民（患者）、さらに組織・職員間の信頼関係も強固に築けないであろうから、互いに向き合い、協働により地域の「くらし」や「しごと」まで見通した「岩手」の公的医療や病院経営を充実、強化することが分岐となろう。単なる県民の医療ニーズに適切に対応するための県医療局・病院等のサービス供給（体制）の構築ではなく、県民のニーズ（必要）からデザイア（要望）あるいはデマンド（要求）、さらにプラクティス（実践）あるいはパーティシペイト（参加）への発展を共有できなければならないのである。

「新しい経営改革」では「对患者」から広がり「対地域住民」という視点、つまり「地域との協働による病院運営」が明記されているものの、初歩的なことから見直されなければならない。

例えば、医師の苛酷な勤務環境や病院の経営状況悪化などに関する情報発信はリーフレットや広報活動のレベルに、またボランティアや病院サポーターの受け入れも「对患者（患者向け）」の従来型にとどまっている。さらに運営協議会や地域懇談会の運営方法の見直しについては具体化されておらず、中身が伴わないことは明らかであろう。<sup>38)</sup>そもそも医師数や病床数など多くの統計は出所によって数字がばらばらで、県民の理解を妨げ、また地域から意見を提起できる場はあるとしてもほとんど知られていない。<sup>39)</sup>

分権推進の下で、県本庁や医療局が「小都市―農村・過疎型」地域において中心的な役割（施設整備による直接的サービスの提供）を果たせるかどうかは岩手の医療の特徴から言えば、できるだけ多くの局面における地域住民（県民）の参加の場づくりにかかっており、この点にこそ持続可能な医療の発展、つまり岩手モデルの可能性を見出すことができるのではないだろうか。身近な県立病院・診療所のことは当該地域の住民が中心的担い手

となって医療供給・体制を創っていくようになれば、行政サイドで無理にスリム化を進める必要はないであろう。

#### IV. 地域協働型病院等運営の課題—まとめにかえて—

本章では岩手の地域医療の歴史を県（本庁・医療局）や県立病院等に焦点をあて、農村・過疎地域との関係を強く意識しながら整理することによって、地方自治体とくに県の役割を巡る成果と問題を多面的に明らかにしてきた。最初に、この点を要約し、次いで、岩手における医療の持続可能な発展、つまり岩手モデルの可能性を若干探してみたい。

岩手の「くらし」や「しごと」における多面的、多重的な「苦」に対峙しながら、先人が相互扶助（連帯・協同）を基本とする産業組合（系列）を主たる担い手とし、広大な農村・過疎地域を重視して全县レベルで地域医療を構築、充実していくなかで、戦後の1950年（昭和25年）に大きな転換点を迎える。すなわち、県医療局による直営化である。この背景として、直営を想定していなかった県（本庁）は多くの医療施設の買収（財源調達）に関わって、それを条件にした中央政府の起債許可に従ったことがあげられる。

県医療局による直営化は岩手の地域医療の経営形態において歴史的断絶の側面を強く持っている。そして、その創設以降、県は病院等の経営において中央集権的システムの制約を強く受けることになる。他方で、「県民医療の確保」「医療及び公衆衛生の向上」「社会保険の発達」の3点が医療局の設置目的とされたが、本来的に距離感の遠い県民との、さらに保健・医療や国保（保険）を担う市町村との信頼関係の構築や対話の積み重ねが知事を筆頭に宿命づけられることになり、ここに岩手モデルの可能性を見出すことができる。

県（医療局）は1950年の船出から医療施設・設備・器械等の量的拡充と質的向上に追い立てられ、それと引き換えに慢性的に経営悪化の状態となり、日本の医療財政制度の未熟さも相俟って、いわば経営第一主義に終始することになった。診療所再編等を背景に市町村との関係は決して密なものにならず、地域ぐるみでハード・ソフトの両医療事業を積極的に実施するまでには至らず、他方、医師の専門・技術主義が広がり、その偏在問題も深刻になり、農村・過疎地域における医師不足は恒常的に重大な問題であったと言えよう。

1970・80年代には高齢社会の到来により保健・医療・介護（福祉）の連携や訪問看護・介護の推進が強く意識、実践され、次第に県立病院等のあり方も市町村との関係から強く問い直されるようになった。90年代以降、経営の極度の悪化を背景にした健全化と直結して、過去にも実施された市町村との「機能分担」（一次的・慢性期医療の大幅縮小）が積極



的に展開される。それは新世紀になれば、医師の不足と集約化に加えて国の医療費抑制政策に追随する病床削減・利用率増の観点から強力に進められる。

2006～08年度さらに09年度の病院等改革においてとくに矢継ぎ早の5病院の有床診療所化、無床化は県民（とりわけ病院等所在地の町村や住民）軽視の運営を露呈した。機能分担論は歴史的に既定路線になっていたが、最も県民や市町村との信頼関係を問う改革であっただけに、この点で岩手モデルの可能性はおおよそ潰えたと言っても過言でない。これまで他者依存、現状追認で分権の趨勢を認識せずに、互いに医療局・病院等や経営・財政の実態を十分に共有してこなかった積年の問題が全県レベルで表面化したのである。

県が展開する機能分担それ自体も問い直されるべきであるが、集権的システムの下で国の行財政構造改革（経済効率至上主義）や医療費抑制政策の影響を大きく受けたことも十分に考慮し批判していく必要がある、他方で、県立病院等の所在地である市町村の過度の依存も無視できないし、公的病院・診療所のない町村のフリーライダー的側面も問われるべきであろう。

医療にせよ、保健や福祉にせよ、人間発達の諸要素は全ての基礎（ナショナル・ミニマム）であり、誰であろうが、どこに住もうが保障されるべきである。いつの時代も医療は経済的・財政的側面との関わりを避けられないし、患者は療養において経済的側面を最も心配する一方で、病院にとっては日々診療報酬や未収金（治療費未納）との戦いであろうが、いわば目的と手段が逆転するようなことは決して許容されるものではない。

地方分権の推進、つまり行財政の分権は紆余曲折しながらも確実に進む一方で、地域医療における県と県民の関係からみた住民自治の充実・強化は全国的に顕著な成果を収めるまでに至っていないと言えようが、これに展望を見出せば、経営形態の見直し（とくに独法化）を急ぐのではなく、県立であっても、県民（とくに農村・過疎地域の町村・住民）と協働すれば、地域医療を巡る諸環境の変化のなかで、病床数の削減はある程度避けられないにしても、「無床化ありき」とは異なる手法があるのではないか。

創業の精神としてあげられる「県下にあまねく良質な医療の均てんを」を理念にとどめず、実質的に継承していくのであれば、これは何も県立病院の数が多いことだけで説明するものではない。県が集権的システムの制約の下で、自らに起因する諸問題を抱えながらも、財政的、人材的責任をもって築いてきた県立病院等の農村・過疎地域（条件不利地域）を重視したネットワークとその実績を、県民との協働や市町村との連携・協力を通して独自の手法で充実・強化していくのである。

県営医療にとって、県民と県職員（本庁、医療局）の信頼関係を構築するための条件づくり、すなわち、老若男女や知識の程度を問わない協働を土台にして、「患者」向けにとどまらず、「地域住民」向けの事業を告知方法や開催日時などに注意しながら実施し、県職員自身も一緒に「住民目線」を持ちながら「開かれた医療・病院」に関して学習し、成長するといったような、いわば「共育」（社会教育、生涯学習を通して共に育つ）の成果を収め、体系化していくのである。

例えば、職員の接遇教育・訓練、病院（医師等）見学会・体験会、医療局・病院等の情報発信・収集<sup>40)</sup>、病院等における各種講座・教室、施設・設備環境や相談業務の改善、小中学校における生命尊重教育、地域における意見交換会やアンケート調査、病院ボランティアの育成、図書室等の開放と病院等における研究報告会、医療クラーク（医師事務作業補助者）の育成などを積極的に推進する。これらに関しては自治体立病院の医師に加えて地域の医師会や開業医の協力も不可欠であろう。

これらに限らず、計画策定・政策立案や病院運営における住民参加を大規模に実践し、さらに県民と職員で医療・病院白書を執筆し、その成果をそれらに反映させるようにし、県民が医師の招聘や育成・養成、税財政負担（医療財源負担）などの制度設計にまで参画することも考えられてよい。他方で、町村は医師の招聘や育成・養成、県立病院等の維持・存続などのために、例えば医療環境や財政力、人口、面積など客観的指標によって応分の財政・人材負担をしていく。<sup>41)</sup>

県当局のように、県民に対して県民総参加の地域医療体制づくり、「医療の担い手」意識の向上と言うのは容易であるが、これらを実質化しようとするれば、基本的に「県民のために」存在する県職員が歩み寄り、場合によっては県民（とくに農村・過疎地域の町村・住民）が非営利・組合組織を含めて住民組織の形で主導して、地域ぐるみで、上記のような事業を実施しながら、「くらし」や「しごと」（のあり方）にまで踏み込んでいかなければならない。

こうして岩手モデルの展望、さらには農村・過疎地域の持続可能な発展が開けてくると言えよう。

## 注

- 1) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』（医学書院、2009）p. 2
- 2) ここで「過疎」は表面的で数量的な人口問題、つまり人口減少（という結果）による基礎的生活の困難の増大に限定するのではなく、地域の経済、社会、自治や自治体の行財政といった総合的な原因から生じる現象を意味する。
- 3) 菊地武雄『自分たちで生命を守った村』（岩波書店、1968年、p. 51）では「国保そのものを健民健兵政策の大きな一環であるという立場で、国は強く県を指揮し、市町村長を理事長とする国民健康保険組合（普通組合）を新たに設立させる方針でした。」と述べられている。
- 4) 「産業組合」とは、1900年公布の産業組合法によって設立された協同組合のことで、資本主義の進展や戦争・恐慌・天災の影響により疲弊する農山村地域の産業の維持・発展や生活安定を目指した組織であり、信用金庫や農協、生協の母体となった。それは「信用」「購買」「販売」「利用」の4種の事業を行っており、医療事業で赤字が生じて、全事業で黒字を確保することが意図されていたのである。
- 5) 岩手県は僻地の無医村・地区解消のため、1931年に世田米町と一戸町に県立診療所を開設したが、『岩手県立病院30年の歩み』をみると、「世田米診療所は町の絶大な協力で病床15床の入院施設をもったのである。世田米町民は世田米診療所を実費診療所と呼称し信頼と親しみをもって利用した。当時の県としては極度の財政難で、こうした施設はほとんどその施設費の大半を受益町村の負担にまたなければならなかったことと、さらに急を要するのは質的改善などよりも量的普及であったので、…主として無医村診療所の開設を企図したのである。」（p. 17）と記されている。
- 6) 高嶋裕子「国民健康保険法第54条の解釈をめぐって—岩手県の事例検討から—」（『人間社会環境研究』12号、2006年9月、金沢大学大学院人間社会環境研究科[編]、金沢大学）
- 7) 岩手県医療局『次代への書—心から心へ半世紀—』（2000年）では「昭和26年2月に『岩手県立病院整備計画』を策定し、病院等の施設整備に着手したが、移管した病院・診療所の抱えていた不良資産を引き継いだためその整理が進まないこと、さらには運営資金の調達極めて困難な状況であったので、…小規模病院やまして診療所の整備までには手が回らないのが実態であった。特にも引き継いだ40もの診療所は、それぞれ独立した経営形態が行われており、多額の経費がかさみ、加えて医師不足の状況などから、その運営が、極めて厳しい状況に置かれていた。」と述べられている。（p. 94）
- 8) 『次代への書』では「診療所の地元移管が進む中であって、…世田米病院の町移管問題が発生した。…30年4月に世田米町・上有住村・下有住村が合併し住田町が誕生することなどを背景に、町が自力で病院を持ちたいとして、昭和29年12月1日に県や県議会等に対して世田米病院の町移管の要請が行われたものである。しかし、県立病院が町立病院になっても、医師不足が解消される見込みがないこと、病院運営に対する町財政の支出がますます過大となることなどの疑念の声も多く、再度、町議会で検討した結果、昭和30年8月29日にこの要請の取消しが決定され、そのために県立世田米病院の町移管が行われなかったという歴史的経過もあった。」と記されており、興味深い。（p. 95）
- 9) 『岩手県立病院30年の歩み』（p. 120）
- 10) 国民健康保険法に定める医療給付については、各市町村により給付割合が異なっていたが、各医療機関では各市町村と個別に給付割合についての「協定」を締結し、被保険者の診療を行っていた。しかし、本法改正により、国保の医療給付は、全市町村が同一の給付割合（5割）とすることに統一された。すなわち、1959年に特殊国保診療協定が廃止されたことを意味する。このため各医療機関と市町村とが個別の協定を締結する必要がなくなった。地域住民のいつでも、どこでも、自由に医療機関で受診できるという国保法の趣意に沿い、1949年に気仙病院が日頃市村と国保10割給付協定を締結したのを皮切りに全県下に拡大していった本協定の締結という長年の歴史に終止符が打たれることになった。
- 11) 『次代への書』では「中央病院に付設された成人病センターに、42年に配置された胃検診車に続いて『婦人検診車』が配置され、検診車による集団の子宮がん検診が開始された。また、翌45年4月からは、乳がん検診も実施された。なお、この検診が開始されてから十数年後の昭和57年度には、『老人保健法』が施行され、がん検診事業は、行政サイドの役割として市町村が実施することになったため平成5年度末をもって終了し、25年間という検診車による婦人検診の歴史に幕を閉じ岩手県対ガン協会にその業務を引き継いだ。」（p. 145）と述べられている。県立病院等における公衆衛生活動（集団検診、個人検診、予防接種、人間ドック、出張診療、保健事業など）の状況を延人員ベースでみると、1975年度257,755人、87年度326,400人で、87年度以降減少し、99年度178,030人である。
- 12) 救急病院等を定める省令等から、「救急医療の概念」を記せば、初期救急医療とは休日・夜間の当番医制あるいは休日・夜間診療所（救急告示病院等）において、救急隊によって搬送される急患の初期医療を担当する医療をいう。第二次救急医療とは休日・夜間の重症救急患者の診療を確保するため、病院群輪番制等の方法により、概ね広域市町村圏を単位に救急医療圏を設定し、地域内の医療施設の実情に応じ

た救急医療体制を整備して、初期救急医療体制病院からの転送患者等に対応する医療をいう。第三次救急医療とは脳卒中・心筋梗塞等の重篤な救急患者を受け入れるため、高度の診療機能を有する救命救急センター等で行う第二次救急医療体制病院からの転送患者等に対応する24時間体制の医療をいう。（『次代への書』p.250）なお、県立病院等における救急患者の取扱状況をみると、1977年度34,343（1日平均94.1）であったが、増加の一途を辿り、1999年度158,563（同433.2）となっている。

13) 累積欠損金（収益収支ベース）は1960年代後半に急増している。67年度（昭和42年度）1,011億円、68年度1.2億円、69年度5.4億円、70年度9.5億円、71年度16.2億円、72年度21.3億円、73年度38.2億円、74年度49.3億円、75年度58.2億円、76年度53.9億円である。（『岩手県立病院30年の歩み』）

14) 経営健全化にあたってきわめて困難な課題（論点）として、例えば、以下の点があげられている。「①高度高額医療器械の整備にあたっては、共同利用計画を検討したうえでとしても、現実的には関連大学教室との関係や、調整はどうなるのか。②病床利用率の向上を図るにしても、各診療科との調整や、男女別の関係はどうするのか。③入院患者の投薬日数（処方箋の発行）の改善は、医師の診療行為に立ち入ることになるのではないのか。薬局の労働過重や、患者の負担増につながりはしないのか。④業務委託を進めるにあたっては、医療の質の低下に波及するのではないのか。関係職員の切り捨てにつながるのではないのか。⑤患者の確保といっても、医師個々の問題ではないのか。しかし患者は診療時間や専門外であっても、診療の機会を望んでいるのではないのか。⑥救急医療体制の整備は、医師の犠牲において成り立つのか。⑦経費の節減・効率化といっても、電気・水道・暖房などの節減方法は、患者に暗いイメージを与え、逆に、公的病院としての信頼感を失うことになりはしないのか。」（『温故而知新』p.256）

15) 「県立病院等事業経営健全化計画」は「①自己努力による経営の健全化、②負担区分の明確化、③国の財政対策の拡充強化という3つの柱と、別掲として28項目の改善項目を提示した内容で組み立てられていた」（『次代への書』p.267）。なお、その策定に際して、重要な働きをしたのが、1982年2月に開催された代表病院長会議で設置が決定された「経営改善委員会」（後に経営改善推進委員会と改称）であり、これは本庁（医療局長・次長他）と病院（病院長代表5人、医師代表2人、事務局長代表2人、総看護婦長代表2人他）の計19人で構成された。

16) 住田町は在宅ケア・ケアに関わる保健・医療・福祉の連携で1997年に「保健事業推進功労」と「在宅福祉事業推進功労」の2つの厚生大臣表彰を受賞している。なお、『生命に光あふれよ』における新里昭二東和病院院長（当時）と盛合薫夫久慈病院院長（当時）の「医療の原点は人―院長の立場から見た県営医療―」と題した対談で、盛合は1970年から75年までの住田病院長（兼務）時代を振り返って、「今もやっているかどうか分かりませんが、誰も頼んだわけでないのに住田病院は患者さんが掃除をして受付をしていました。」（p.119）と述べている。

17) 『次代への書』にしたがえば、「システム」「人」「物」の3つの観点に絞って検討、提言されており、例えば、「システム」については、「巨大な組織医療としてのメリットを生かしデメリットを少なくするという経営の基本的原則に立って、効率的な医療の供給と病院の機能分担を積極的に進めること（各病院の機能役割の明確化）という方向と、中央集権的な硬直化した組織の弊害をなくし、モラルの向上を図るための分社経営的なシステムを導入（各病院の独立採算の経営手法）する」という2つの方向を柱として提言を行った。」と整理され、また「人」については、問題認識として、「各病院が業務量に応じた適正配置数になっていないこと、公務員としての親方日の丸意識が強く企業職員としての自覚が欠如していること」があげられている。なお、構成員は病院長、副院長、総看護婦長、事務局長などである。（p.304）

18) 1990年代前半から県北、沿岸、県南の病床数が少ない県立病院で患者数の減少が目立ち、あるいは赤字が続き、高止まりしていくことになる。

19) 「第Ⅲ目標の展開」の「X効率的な経営の推進」では新たな施設運営方式として、「市町村設置施設の受託運営や第3セクター方式による施設設置など新たな施設運営方式を検討します。」と示されている。全体の位置づけから言えば、異色であり、「臨調行革」に対する配慮のように見えなくもないが、インパクトが大きいといわざるを得ない。

20) 県は「二次保健医療圏」について、入院医療を中心とした一般の医療需要に対応するほか、広域的、専門的な保健サービスを効果的、効率的に提供するために設定する区域（医療法で規定される区域）という一般的な説明に加えて、9圏域を設定し基準病床数等の計画を立てる地域的単位としている。さらに、一般道路を利用して概ね1時間以内で移動可能な範囲も加えている。（「岩手県保健福祉計画」2008年5月他）県内では葛巻町、岩泉町、西和賀町などの一部・多くが圏外になる。なお、「三次保健医療圏」は県全域となっている。

21) 改革基本プランの「第2章構造改革～一体的運営と規模の適正化等～」「4地域との連携の強化」「(2)運営協議会等の見直しと透明性の確保」において「・地域住民から意見・提言等を得て県立病院の運営に



反映するため、保健医療圏内の必要な地域において（仮称）地域懇談会を開催する。・運営協議会等の場を活用して経営の状況や一般会計繰入金等について積極的に公表・説明するとともに、ホームページにおいて診療機能および診療体制等をわかりやすく公表する。」「(3)地域に密着した運営の推進」では「地域のボランティアを積極的に受け入れるとともに、住民向けの健康講演や公衆衛生活動を推進するなど、地域に密着した運営に努める。」と述べられている。医療圏ごとの運営協議会、病院ごとの地域懇談会の開催について、そもそもそのような話し合いの場がこれまでなかったことが重大な問題であり、さらにそのあり方も地域ぐるみで議論する必要がある。

22) 「県立病院改革（基本プラン・実施計画）」（2004～08年度）の推進とは別に、県の「行財政構造改革プログラム」（2003～06年度）において新たな経営形態である地方独立行政法人化の可否について検討することとされ、外部有識者を含む「県立病院経営委員会」の意見が提出されたが、一定の結論を得るには至らなかった。なお、新しい医療計画制度への対応を通じて、県立病院を含めた地域における医療提供体制について議論されることになり、それを踏まえながら、地域独立行政法人化も含め最も適した経営形態を探っていくこととされた。

23) いわゆる「地財ショック」（2004年度の地方財政計画における歳入出総額および地方交付税の大幅縮減）のために、自治体財政の一層の悪化が懸念されるなかで、05年2月に釜石市長と県医療局長の間で「県立釜石病院と釜石市民病院の統合に関する協定書」が締結され、新県立病院が前倒しの形で07年4月に開院した。いずれの病院も慢性的な赤字経営であり、いわば経営第一主義の視点から、実質的に市民病院の閉鎖の形で、市民・県民にも、現場の医師にも、事前説明が不十分なままに公表されたので、市民から多くの批判の声があがった。開院までの移行期間に、患者の急増に対応するために、市民病院から県立病院に医師が応援で派遣されることになっていたが、十分でなく、市民病院の医師は次々に退職していった。このため県立病院は大混乱に陥ったのである。この直接間接の契機として以下のことがあげられる。県立病院は岩手医科大学から、市民病院は東北大学医学部から医師の派遣を受けているという違いがあるが、勤務医不足を加速させたと批判を受ける新臨床研修制度の開始の前年度の03年度に、東北大学医学部医局に対する公立病院からのいわゆる「献金問題」が事件となり、市民病院が関わっていたことから、両者の関係は極度に悪化し、派遣医師が引き揚げられ始めた。本件は事件的な要素が強かったとは言え、県立久慈病院と久慈市立中央病院の統合の事例のように、経営悪化を主要な根拠とし、医師供給体制に対する配慮が十分でなかったのは事実である。

24) 「公立病院改革ガイドライン」の整理と問題点の指摘などは拙稿「日本の地域医療問題と地方自治体の役割―農村・過疎地域医療へのアプローチ―」（岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第12巻第1号、2011年1月）参照。

25) 岩手県公立病院等改革検討委員会は7人からなり、市民代表委員（岩手県医療審議会委員）、学識経験委員（自治体行財政分野・県内大学教授）、自治体運営関係委員（市長1、町長1）、医師会推薦委員、医療提供関係委員（岩手医科大学医学部長）、病院運営関係委員（県赤十字血液センター所長）である。

26) 市町村立病院等の状況について、2008年4月現在、3市4町が計8病院を、10市町村が計14有床診療所を経営している。多くで厳しい経営を余儀なくされ、供給体制を縮小しており、病床利用率も全体で、70%前後で推移している。

27) 河北新報2009年11月7日付では河北新報社が岩手県民（300人）を対象に行った地域医療アンケート（電話）の結果が掲載されている。問5「（診療センターの地元の人に聞く）あなたや家族、知人に無床化の影響はありましたか。」は「あまり影響はないが、今後は心配だ」56.0%、「影響はあったが、何とか対応できている」20.0%、「影響があり、困っている」16.0%、「影響はなく、今後も心配していない」5.0%の順である。問6「診療センターは今後、どうなると思いますか。」は地域診療センターエリア（100人）で「民間運営でもいいので機能を元通りにした方がいい」と「県が元通りにした方がいい」の2つで92.0%に達した。対象人数が少ないので、それほど大きな意味をもたないが、参考にはなる。

28) 「新しい経営計画」では（県立病院）医師の勤務環境の悪化の構造として、医師不足（全国的な偏在、専門分化、開業志向）を背景にして、基本的に「少ない医師が分散し激務に」→「勤務医師の負荷の増」→「モチベーションが低下」→「開業へ」があげられ、その要因として、患者中心の医療（説明と同意＝インフォームド・コンセント…説明や面談のための時間増加、医療訴訟の増加）、医療技術の進歩（科学的根拠に基づく医療による患者に関わる密度の濃さや施術の高度・複雑化）、福祉制度の充実等（福祉施設との連絡調整業務、診断書等書類作成業務の増加）、臨床研修制度（指導医など研修医の指導業務増、関係大学からの派遣医師の減少）、救急患者の増等（救急・急性期患者、重症患者の増と24時間体制・呼び出しの増加）、医療安全対策（説明・記録、確認、委員会や予防対策等の業務の増加）があげられている。

29) 岩手県保健福祉部「岩手県公立病院改革推進指針」（p.63）では県立有床診療所救急患者受入れの

状況が示されており、例えば、最も少ない住田地域診療センターは休日の救急患者は1日当たり2005年度1.7人、06年度2.0人、07年度1.7人、08年度（診療所化年度）2.0人（8月末までの実績）である。なお河北新報2009年1月30日付では次のような記事が掲載されている。「県医療局は診療センター無床化計画の理由に、当直による医師負担の大きさを挙げるが、19床以下の診療所に医師の当直義務はなく、『市町村のように当直をやめ、入院ベッドを残す道もある』との指摘も出ている。県内の市町村立の有床診療所は14施設。このうち実際に入院患者がいるのは田老（宮古市）、雫石（雫石町）、川井中央（川井村）など7施設だった。いずれも夜間は看護師が診療所に残り、医師は近くの自宅や官舎に帰宅。急患や入院患者の急変時には駆け付けて処置している。診療所については市町村立、県立を問わず、症状が安定した高齢の入院患者が多い。設備不足などから重症者が救急車で運ばれることも少ない。」

30) 岩手県・県医師会では「子ども救急相談電話」を毎日19時から23時まで受けており、看護師が対応しているが、筆者の経験も含めてダイヤルすれば、ほぼ毎回、大変混雑しており、後ほど電話してくださいとなるのが実状である。したがって、一層不安になり、病院に駆け込む可能性は高くなる。

31) 「第3章健康安心・福祉社会づくりの基本施策」「第4節良質な医療提供体制の整備、医療機関の機能分担と連携の推進」において「全国的な傾向として、自身の都合の良い夜間など、通常の診療時間外の時間帯に安易に医療機関に受診する事例が増加していることや、症状の軽重にかかわらず大病院に受診する傾向があることなどが、勤務医の業務過重や医療機能の役割分担による効率的な医療提供が十分に行われない要因の一つと指摘されています。」「夜間や休日等においても、小児救急患者の多くが症状に関わらず小児科専門医がいる一部の医療機関や二次保健医療圏の中核的な病院に集中するため、24時間の対応を要請される当直等を行う勤務医の負担となり、翌日の診療に影響を与えていることが問題となっています。」と記されている。

32) 「新しい経営計画（案）」の公表を機に、県内では「岩手県立釜石病院サポーターズ」「山田病院と地域医療を守る会」「千厩病院を守り隊一朝顔のたねー」などが結成された。これらの特徴は、病院・医師との関わりで入院（本人・子・親）・介護経験等があげられるにしても、地域の主婦（グループ）を中心に声をあげた、いわば「素人集団」の性格が強く、とにかく地域の病院の維持・存続や医師の負担軽減、患者の受診姿勢改善などのできる限り協力したい、という目的で組織された点にある。したがって、「新しい経営計画（案）」や県の医療政策に反対し、撤回を実現することを目的としたような運動体、例えば、「紫波地域の医療と福祉を守る連絡会」や「大迫診療センターの19ベッド存続を求める市民連絡会」などとは異なる。なお、「新しい経営計画（案）」の公表前であれば、04年1月に県立花巻厚生病院の産科休診を機に13人で結成された花巻市の「お産と地域医療を考える会」などがあげられる。

33) 医業外収益分とは病院事業の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てるのが客観的に困難であると認められる経費に関わる収益をあらわし、一般会計からの繰入ということで地方交付税を中心とする一般財源となる。ここでの地方交付税は不採算地区の病院または診療所の経営、地域の医療水準の向上のための高度または特殊な医療、病院及び診療所の建設または改良などを対象として措置されるものと考えてよい。

34) 「新しい経営計画（案）」の公表以降、無床化の対象地域に一度も出向かなかった知事が無床化後に住民との懇談会で訪ねた紫波町で発言したことが波紋を広げ、河北新報2009年5月11日付で取り上げられている。「『(地域医療を)地域からつくり直す。まずは市町村が責任を持ってほしい』。達増知事は紫波町で医療行政の在り方に触れ、こう強調した。」「『基本は市町村が中心』『市町村が主役』。達増知事はさらに『県は(市町村の)手が届かないところを』と述べ、県の役割を限定するとも受け取れる考えを展開した。」

35) 筆者の行政・財政の分権化に対するスタンスは拙著『過疎自治体財政の研究』（自治体研究社、2006年）、拙稿「過疎財政研究の到達点—拙著『過疎自治体財政の研究—「小さくても輝く」ための条件—の意義—」（東北文化学園大学総合政策学部紀要『総合政策論集』Vol.6、No.1、2007年3月）、拙稿「『平成の大合併』と人口小規模自治体」（日本地域経済学会『地域経済学研究』第19号、2009年5月）を参照していただきたい。

36) 佐藤元美の農村地域医療に対する考えは個別ヒアリングに加えて、筆者が事務局を担った、岩手県立大学総合政策学部主催「地域医療のネクストステップ—地域・自治体へのメッセージ—」（2011年3月5日、いわて県民情報交流センター）において基調講演およびシンポジウムで登壇していただいた際に、その一部を拝聴することができた。例えば、ナイトスクールの成果として、①無診察投薬の要求の激減、②待ち時間のクレーム減少、③住民からの寄付増大、④患者のモラルアップ、⑤未収金の減少、⑥住民の予防意欲の向上があげられている。また、患者の視点から、「藤沢町民病院では1次医療しか行わないので、それ以外は他の病院に行ってください」とは言えない、つまり「1次」「2次」の区別は望ましくないことを述べられていた。



37) 医療局長は歴代行政職で、医師ではなく、2年交代となっており、根強い批判がある。

38) 県立5地域診療センターの無床化(計画公表)を機に、県は新たに3つの会議、すなわち無床化地域を対象にした「地域診療センター等懇談会」(医療局所管)、9つの2次医療圏で行う「地域医療に関する懇談会」(保健福祉部所管)、県内の各種企業・団体に構成する「県民みんなで支える岩手の地域医療推進会議」(同)を立ち上げたが既存の会議を含め、内容が重複するものもあり、県民や市町村にとってそれぞれの位置付けが見えにくくなっている。

39) 各種統計が出所によってばらばらであることについて、事例をあげればきりが無いが、例えば、「県立病院改革基本プラン」(2004年2月)における累積欠損金はp.6の「経営収支の見通し(試算)」で08年度172.83億円となっているのに対して、p.23の「経営収支改善計画」で08年度107.58億円と表示されている。

40) 岩手県立病院はカルテ開示の先進地である。すなわち、「岩手県立病院における診療情報提供実施要領」を定め、2000年1月からカルテの閲覧・口頭による説明・写しの提供等が実施されている。

41) 河北新報2009年7月15日付では以下の記事が掲載されており、一時的な対策として示唆的である。「サマージャンボなど宝くじの収益金を使った岩手県内の地域振興に取り組む県市町村振興協会は14日、市町村による医師養成の奨学金事業に、本年度から収益金を活用することを決めた。対象は、県内の全市町村と県が財源を負担し、県国民健康保険団体連合会(国保連)が、医師を目指す学生に資金を貸し付ける市町村医師養成事業。本年度から新規奨学生用の予算が、従来の10人分から15人分に拡充されたため、負担の増額分を助成金として市町村に交付する。交付総額は医師養成事業が終了する2022年度までの14年間で約4億円の見込み。」「市町村医師養成事業は医師を目指す大学生に、1人当たり入学一時金760万円(私立大のみ)と、月額20万円(国公立も含む)を貸し付ける制度。県内の医療機関に一定期間勤務すれば返還が免除される。本年度の新規奨学生は13人。」

## 参考文献

- ・岩手県医療局『岩手県立病院30年の歩み』岩手県医療局、1981年
- ・同『「温故而知新」生命に光あふれよ—岩手県立病院等事業40周年記念誌・県営医療従事者からの声—』岩手県医療局、1990年
- ・医療局開庁50周年記念誌編集企画委員会『「次代への書」心から心へ半世紀—岩手県立病院等事業50周年記念誌[本編]・[資料編]』岩手県医療局、2000年
- ・大牟羅良『ものいわぬ農民』岩波書店、1958年
- ・大牟羅良・菊地武雄『荒廃する農村と医療』岩波書店、1971年
- ・菊地武雄『自分たちで生命を守った村』岩波書店、1968年
- ・栗田但馬『過疎自治体財政の研究—「小さくても輝く」ための条件—』自治体研究社、2006年
- ・田淵直子『農村サードセクター論』日本経済評論社、2009年

本章は岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第13巻第1号(2011年12月)に掲載された同名の研究ノートの一部修正したものである。

## 第2章

### 岩手沿岸における地域医療の被災実態と復旧・復興課題

#### —東日本大震災における県立病院等の事例を中心に—

##### はじめに

日本の地域医療は全体として健全でなく、むしろ危機的状態にあるが、それは都市部と農村部で様相を大きく異にする。農山漁村とくに過疎地域における医療供給（体制）は、時期によって濃淡はあれ長期にわたる構造的な問題になっており、「医療過疎」と呼ばれることもあり、その打開策は独自に考察する必要がある。農山漁村（以下、農村地域あるいは農山村地域と呼ぶことがある）では民間部門が脆弱であるために、公的医療機関（地方自治体等）の役割が大きくならざるを得ない。にもかかわらず、近年、行財政や経営の問題を理由に、その大規模な縮小を余儀なくされている。

総務省は自治体立病院の経営悪化を背景に、2007年6月公布「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」にもとづき、同年12月に地方自治体に「公立病院改革ガイドライン」を通知し、「公立病院改革プラン」の策定を迫った。それをみると、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しという3つの改革手段が提示されているものの、もはや「公立」としての経営の内容を問わない、黒字化への病院間競争が促され、黒字でなければ医療供給（体制）の縮小を半ば強制される性格が濃厚であり、とくに過疎地域における公立病院は非常に厳しい局面におかれている。

農村地域における地域医療とくに公的医療機関のあり方を巡って、「公立病院改革ガイドライン」のように非常に限定的なアプローチが受け入れられるのか否かが問われるべき状況下で、2011年3月11日に東日本大震災が発生した。それは世界最大級の地震や津波、さらに原子力発電事故などからなる複合型災害を指すが、岩手、宮城、福島3県の沿岸を中心に広範にわたって地域の経済、社会に甚大な被害を及ぼし、医療も例外でない。岩手県において地域医療の中核は公立病院とりわけ県立病院であるが、それはとくに広大な農村地域をもつ沿岸南東部で全半壊となり、いわば機能停止に陥った。

岩手（県）は都道府県のなかで最も公立病院の比重が高く、さらに県立病院が多く、2010年4月現在、20病院である。それはこれまで60年以上にわたって、広大な農村・過疎地域で極めて重要な役割を果たし、沿岸エリアを典型として、主に小都市を中心とした広域の医療圏で県立独自のネットワーク（医療供給網）も形成してきた。それは病床数でみれ

ば大小様々であるが、小規模病院等では例えばいわゆる「風邪」でも診察し、開業医の不足をカバーしている。また専門医とは異なり、地域ニーズに応じて広範に診療を手がける「総合医」と呼べるような医師もみられる。

岩手県では2006年度から県立病院等の再編が農村地域の病院を中心に加速している。表2-1において県立の病院・診療所、病床数の一覧（区分は県による）を示したが、有床診療所化、さらに無床診療所化、あるいは病床数の削減が大規模に実施された。これは経営（財政）悪化、医師不足、患者モラル（受診行動）を主な理由とする。こうした状況下での震災発生であるが、県の復興方針（東日本大震災津波復興計画・復興基本計画）では被害の大きい県立病院等の機能をどれくらい、どのように再生していくかは不明瞭であり、岩手の社会さらに経済の復旧、復興にとって最大の論点の一つであると言えよう。

本章の目的は大震災からの復旧・復興に向けて、岩手県とくに沿岸南東部の県立病院の事例を中心に地域医療の課題を明らかにすることである。このために、①県立高田病院、県立大槌病院等を中心に地域医療の復旧、復興の状況およびそれに伴う問題や論点を整理する。②岩手県立病院等の歴史的な成果と問題、課題の整理から、地域医療の復旧・復興の課題に関するヒントを得る。なお、本章は高田、大船渡、大東、大槌の各県立病院・仮設診療所と住田地域診療センターなどにおける医療スタッフに対するヒアリングを踏まえている。

## I. 東日本大震災における地域医療の特徴

### 1. 社会経済的特徴

東日本大震災の全体的な特徴や社会経済的な特徴は拙論<sup>1)</sup>において整理されているので、それを参照していただきたいが、ここでは本論の展開に関わりがある後者だけを列挙しておく。

第一に、岩手、宮城、福島の3県における水産業は壊滅的な損害を受け、また農畜産業の被害は内陸にまで及び、とくに宮城では田畑の塩害が甚大であり、大半の市町村で基幹産業が崩壊した。結果として、原発事故も併せて（大）都市における暮らしに多大な影響が及んだのである。

第二に、福島県や茨城県などの水産・農畜産業は風評被害も加わり、全く見通しがつかない状況であり、福島の浜通りで企業や商店は地震や津波の影響が軽微でも休業・廃業を余儀なくされ、市役所・町村役場機能さえも移転せざるをえなくなったこと。今回の原発

表2-1 岩手県立医療機関の一覧

区分	病院名	病床数																						
		2000年2月現在		2003年6月現在		2005年3月現在		2008年4月現在				2010年4月現在												
		計	在	計	在	計	在	一般	療養	結核	精神	感染	計	一般	療養	結核	精神	感染	計					
センター病院	中央病院	730	730	730	730	730	730	685	45	14	257	730	685	45	14	257	730	685	45	14	257	685	685	
	花巻厚生病院(2009年3月まで) 北上病院(2009年3月まで) 中部病院(2009年4月から開設)	257	257	257	257	257	257	243	14	260	260	260	243	14	260	260	243	14	260	260	260	243	14	260
広域基幹病院	胆沢病院	351	351	351	351	351	351	331	20	351	351	331	20	351	351	331	20	351	351	331	20	351	351	
	磐井病院	305	315	305	305	305	305	305	10	479	479	305	10	479	479	305	10	479	479	305	10	479	479	
	大船渡病院	479	479	479	479	479	479	370	10	272	272	370	10	272	272	370	10	272	272	370	10	272	272	
	釜石病院	272	272	272	272	272	272	272	272	404	404	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272	272
	宮古病院	404	404	404	404	404	404	373	10	342	342	373	10	342	342	373	10	342	342	373	10	342	342	
	久慈病院	354	342	342	342	342	342	295	43	300	300	295	43	300	300	295	43	300	300	295	43	300	300	
地域基幹病院	二戸病院	300	300	300	300	300	290	10	194	194	290	10	194	194	290	10	194	194	290	10	194	194		
	千厩病院	194	194	194	194	194	190	4	221	221	190	4	221	221	190	4	221	221	190	4	221	221		
	遠野病院	221	221	221	221	221	199	20	210	210	199	20	210	210	199	20	210	210	199	20	210	210		
	江刺病院	210	210	210	210	210	135	15	136	136	135	15	136	136	135	15	136	136	135	15	136	136		
地域総合病院	高田病院	136	136	136	136	136	136(70)	136(70)	121	121	121	136(70)	136(70)	121	121	121	136(70)	136(70)	121	121	121	136(70)	136(70)	
	大槌病院	121	121	121	121	121	119	2	105	105	119	2	105	105	119	2	105	105	119	2	105	105		
	山田病院	135	105	105	105	105	60	48	374	374	60	48	374	374	60	48	374	374	60	48	374	374		
	一戸病院	374	374	374	374	374	97(49)	48	60	60	97(49)	48	60	60	97(49)	48	60	60	97(49)	48	60	60	97(49)	
地域病院	沼宮内病院(2011年4月から地域診療センター)	76	60	60	60	60	68	68	71	71	68	68	71	71	68	68	71	71	68	68	71	71		
	東和病院	71	71	71	71	71	80	41	140	140	80	41	140	140	80	41	140	140	80	41	140	140		
	大東病院	140	124	124	124	124	80	41	105	105	80	41	105	105	80	41	105	105	80	41	105	105		
	軽米病院	105	105	105	105	105	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	
診療所	中央病院附属紫波地域診療センター(2006年4月から)	65	65	65	65	65	19	19	52	52	19	19	52	52	19	19	52	52	19	19	52	52		
	中央病院附属大迫地域診療センター(2007年4月から)	52	52	52	52	52	19	19	75	75	19	19	75	75	19	19	75	75	19	19	75	75		
	磐井病院附属花泉地域診療センター(2006年4月から)	75	75	75	75	75	19	19	65	65	19	19	65	65	19	19	65	65	19	19	65	65		
	大船渡病院附属住田地域診療センター(2008年4月から)	65	65	65	65	65	19	19	45	45	19	19	45	45	19	19	45	45	19	19	45	45		
精神病院	二戸病院附属九戸地域診療センター(2007年4月から)	45	45	45	45	45	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	
	南光病院	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	408	

(注)1. カッコ内の数値は変更動向病床数であるが、筆者が把握している分のみしか掲載していない。

2. 花巻地域診療センターは2010年4月に民間移管された。

(出所)岩手県ホームページ・岩手県医師支援推進室における表「自治体立医療機関一覧」他より筆者作成

事故をみれば、「人災」の側面が強いことは否定されるものでない。

第三に、加工や組立を手がける製造業も大きな損害を受け、社員の（一時）解雇や「二重ローン」に直面し、沿岸に加えて内陸でも様々な産業に支障を来たしており、国内外への影響も非常に大きい。このうち原発事故に関わって避難住民や農漁家等に対する東京電力や中央政府（国）による巨額賠償・補償の問題が生じている。

第四に、役場・役所機能の大幅低下・一時停止のために、被害の全容を把握できないなかで、応援者が避難所運営、救援物資配送、住民健康調査などを相当程度担い、また専門的、継続的な業務も増大するなかで、貴重な戦力になっており、避難者の移動も相俟って各種情報収集・提供、公的サービス提供は依然として不十分であるが、改善されている。

第五に、医療・福祉施設も被災したために、非常に多くの高齢患者や要介護者などに対するケアが著しく不十分となり、生活環境・リズムの変化も相俟って状態の悪化、さらに死に至るケースも多々みられ、ケア継続などの点で多大な困難を抱えており、他方で、地域によっては医療・福祉スタッフの流出もみられ、（なかば）崩壊していること。

第六に、とくにリアス型沿岸地域では仮設住宅の建設にあたって、用地確保（浸水地域以外）が困難で、また入居に際して集落（コミュニティ）単位でまとまるのも多くのケースで不可能であり、仮の生活の場づくりさえもスムーズに進まない状況であった。結果的に教育施設が避難所として続き、生徒・児童の教育環境は乏しくならざるを得なかった。

第七に、日本経済の冷え込みが一段と進む中で、大震災により失業した人はどこであろうと就職先（とくに長期就業）の確保は非常に困難であり、また介護施設が全国的に不足し、待機者が多数いる中で、受け入れ地域が要介護者のために居場所を見つけることも同様に困難で、被災地と併せて超高齢社会の弱い側面を曝け出したことは明らかである。

第八に、被害の全容が明らかでないがゆえに、膨大な行方不明者や進行中の原発事故にみるように今回の大震災はエンドレスであると言え、だとすれば、家族や友人など、あるいは地域社会・経済にとって真の復旧、復興はありえず、国・地方自治体の財政負担の増加も避けられず、超長期にわたって特段の対策が不可避であること。

## 2. 岩手沿岸の社会と被災状況

岩手沿岸の市町村は北から洋野町、久慈市、野田村、普代村、田野畑村、岩泉町、宮古市、山田町、大槌町、釜石市、大船渡市、陸前高田市の12市町村である。いずれも寒冷地であり、大半が広大な農村地域を持つとともに、海岸沿いの地域をみれば漁村であると言

え、リアス式海岸（沿いの地形）に規定される狭小な可住地エリアがみられる。面積（震災前）は宮古市の1,260 km<sup>2</sup>から普代村の70 km<sup>2</sup>まで大小様々であり、宮古市や岩泉町は盛岡市に接する。

岩手沿岸12市町村の基本的な社会状況は表2-2のとおりである。震災前の人口については宮古市が6.0万人で最多、普代村が3千人で最少であった。2000年度から10年度までの10年間の人口減少率をみると、最大が岩泉町の16.3%、最小が久慈市の8.2%で、減少の程度は大きい。65歳以上人口の比率（2010年）については、岩泉町が37.8%で最高、久慈市が26.4%で最低で、久慈市以外の市町村はいずれも30%を超えており、いわば超高齢社会と言える。岩手沿岸とくに県北エリアは自殺率が高く、全国トップクラスであり、とくに後期高齢者の自殺が非常に多い。

地域医療の点では人口千人当たりの医師数（2008年末現在）は大船渡市、陸前高田市、住田町からなる気仙二次医療圏で1.34人（医師総数97人）、そのうち大船渡市1.72人（同71人）、陸前高田市0.86人（同21人）、住田町0.77人（同5人）ときわめて低い数値である。釜石二次医療圏は1.38人（同79人）、そのうち大槌町0.55人（同9人）、宮古二次医療圏は1.18人（同114人）、そのうち山田町0.56人（同11人）で、いずれにおいても全国平均を大幅に下回り、医師不足は顕著である（厚生労働省「平成20年医師調査」）。

公立医療機関については、中心市街地が壊滅した陸前高田市を含む気仙二次医療圏で見ると、大船渡市で県立大船渡病院、市立国保綾里診療所、同国保越喜来診療所、同国保吉浜診療所、陸前高田市で県立高田病院、市立国保二又診療所、同国保広田診療所、住田町で県立住田地域診療センター（大船渡病院附属）からなる。診療所は訪問診療を積極的に実施しており、越喜来診療所では2007年度に305件、住田地域診療センターでは病院時代の05～07年度に年度平均で500件超に及んでいた。

次に、岩手県における被災状況であるが、「岩手県東日本大震災津波復興計画・復興基本計画」（以下、岩手県復興計画と略称する）にしたがえば、人的被害は2011年7月25日現在で死者4,611人、行方不明者2,081人、両者の合計6,692人である。（p.6）家屋被害に関しては全・半壊24,534棟、一部損壊5,010棟、合計29,544棟で、産業被害・公共土木施設被害は8,660億円に及んでいる。死者・行方不明者の合計は4月に7千人超であったのに対して、11月なかばには6,090人（死者4,665人、行方不明者1,425人）と報道されている。（河北新報2011年11月16日付）

医療提供施設の被害状況であるが、岩手県復興計画（参考資料）にしたがえば、表2-3



のとおりである。病院における全壊3はいずれも県立病院で、高田病院、大槌病院、山田病院を指す。どの病院も海岸から近く、低地に位置していたので、立地それ自体が問われるべきかもしれない。高田病院および大槌病院の震災前と震災後の様子は写真2-1~2-5、山田病院の震災後の状況は写真2-6のとおりである。

沿岸市町村における医療施設の被災状況と復旧状況（2011年10月1日現在）は表2-4のとおりである。病院、診療所のいずれも被害は甚大であり、少しずつ再開に至っているものの、診療所（民間）に関しては医師の死亡等により、閉院となったケースも少なくない。また、民間医療機関の再建は公的支援の点で公立に比して大きく劣っており、資金確保をはじめ多くの難題に直面している。

他方、表2-5は社会福祉施設の被災状況であるが、被災施設数の比重は医療提供施設のそれを上回っており、同様に深刻な事態に陥っている。地域保健の領域で言えば、陸前高田市では8名の保健師のうち6名が亡くなっており、保健に限らず、介護、医療の領域においても、復旧、復興に向けて他市町村・県から応援スタッフが受け入れられている状況である。

県全体でみると病院の被害が著しく、津波の影響を受けていれば、一部損壊であっても、高額医療機器は言うまでもなく、カルテや薬剤なども使い物にならなくなっているケースが多い。また、例えば、貯水槽の一部損壊であっても、上水道の供給がストップしたことを典型とすれば、ライフライン等におけるわずかな被害でも医療供給機能が大幅に低下することが明らかになった。

こうした状況の他にも、県が災害拠点病院<sup>2)</sup>に指定する県立釜石病院が耐震補強されておらず一部損壊し、入院機能が大幅に低下し、大半の入院患者は内陸への転院を余儀なくされた。県（医療局）の財源面における制約から後回しにされていたのではないだろうか。また、気仙医師会は陸前高田市で開業していた会長と副会長のいずれも亡くなり、ほとんど機能しなかった。そして、全国自治体病院開設者協議会によると、阪神大震災で全壊した自治体病院はなかったということ<sup>3)</sup>、未曾有の被害であることは明らかである。

**表2-2 岩手沿岸の市町村の社会状況**

	住民基本台帳人口(人)		人口減少率(%)	65歳以上人口比率(%)	就業人口(人)	産業構造(%)		
	2001年3月末	2011年1月末				第1次産業	第2次産業	第3次産業
洋野町	22,054	19,295	12.5	30.5	8,610	22.8	33.4	43.9
久慈市	41,557	38,168	8.2	26.4	17,894	12.0	28.9	58.7
野田村	5,498	4,835	12.1	30.1	2,308	20.5	33.1	46.3
普代村	3,544	3,078	13.1	31.5	1,563	21.3	32.8	45.8
田野畑村	4,684	3,968	15.3	33.9	1,847	24.7	30.2	45.1
岩泉町	13,360	11,179	16.3	37.8	5,397	24.5	23.1	52.3
宮古市	67,727	60,135	11.2	30.9	28,479	11.8	25.3	62.7
山田町	21,730	19,306	11.2	31.8	9,118	20.4	29.3	50.2
大槌町	18,106	16,171	10.7	32.4	7,249	9.0	37.1	53.6
釜石市	46,733	40,018	14.4	34.8	18,922	8.4	30.3	61.1
大船渡市	44,871	41,115	8.4	30.8	20,585	11.5	29.5	58.9
陸前高田市	26,746	24,277	9.2	34.9	11,612	16.4	31.7	51.9

(注) 1. 2001年3月末住民基本台帳人口は合併市町については旧市町村の人口の合計を示している。

2. 大槌町と陸前高田市は2010年3月末人口を示している。

3. 人口減少率は2001年3月末から2011年1月末までの期間で算出している(大槌町と陸前高田市は2010年3月末まで)。

4. 65歳以上人口比率は2010年の数値である。

5. 就業人口、産業構造は2005年国勢調査による。

(出所)各市町村ホームページ、総務省ホームページ(決算カード)、平成22年国勢調査など

**表2-3 岩手県医療提供施設の被害状況**

区分	施設数	被害施設数				被害額(千円)
		計	全壊	半壊	その他	
病院	94	62	3	1	58	19,357,764
診療所(医科)	754	114	33	11	70	4,628,406
診療所(歯科)	613	127	37	11	79	3,980,353
調剤薬局	576	53	37	16	0	1,781,940
合計	2,037	356	110	39	207	29,748,463

\* 被害額は、精査中

出典: 岩手県保健福祉部調べ

(出所) 岩手県東日本大震災津波復興計画復興基本計画—参考資料—(2011年8月)p.4の表を転載

表2-4 沿岸市町村の医療施設の被災と復旧状況

	種別	既存数	被災	再開		再開見込	閉院等	未定
				自院	仮設			
陸前高田市	病院	2	1	0	1	0	0	0
	診療所	9	9	2	3	0	3	1
	歯科診療所	9	9	0	4	2	2	1
大船渡市	病院	1	1	1	0	0	0	0
	診療所	24	13	6	3	2	2	0
	歯科診療所	18	13	6	3	1	0	3
釜石市	病院	5	5	5	0	0	0	0
	診療所	13	8	3	3	0	1	1
	歯科診療所	18	11	3	5	1	1	1
大槌町	病院	1	1	0	1	0	0	0
	診療所	7	7	0	4	1	0	2
	歯科診療所	6	6	0	4	0	1	1
山田町	病院	1	1	0	1	0	0	0
	診療所	4	3	0	2	0	1	0
	歯科診療所	5	5	1	2	1	1	0
宮古市	病院	4	2	2	0	0	0	0
	診療所	28	12	10	1	0	1	0
	歯科診療所	24	13	10	1	1	0	1
岩泉町	病院	1	0	0	0	0	0	0
	診療所	6	1	0	0	0	1	0
	歯科診療所	5	0	0	0	0	0	0
田野畑村	病院	0	0	0	0	0	0	0
	診療所	1	0	0	0	0	0	0
	歯科診療所	2	1	0	0	1	0	0
普代村	病院	0	0	0	0	0	0	0
	診療所	1	0	0	0	0	0	0
	歯科診療所	1	0	0	0	0	0	0
野田村	病院	0	0	0	0	0	0	0
	診療所	1	1	0	1	0	0	0
	歯科診療所	1	1	1	0	0	0	0
久慈市	病院	3	2	2	0	0	0	0
	診療所	15	0	0	0	0	0	0
	歯科診療所	15	1	1	0	0	0	0
洋野町	病院	1	0	0	0	0	0	0
	診療所	3	0	0	0	0	0	0
	歯科診療所	5	0	0	0	0	0	0
沿岸市町村合計	病院	19	13	10	3	0	0	0
	診療所	112	54	21	17	3	9	4
	歯科診療所	109	60	22	19	7	5	7

(注)1. 10月1日現在、県まとめ。

2. 大槌町の再開・仮設4は4人の歯科医師で1カ所の仮設歯科診療所を運営  
(出所)岩手日報2011年10月30日付p.1の表を転載

表2-5 岩手県社会福祉施設の被害状況

区分	施設数	被害施設数				被害額(千円)
		計	全壊	半壊	その他	
老人福祉施設	1,087	131	11	5	103	4,625,500
障がい者(児)福祉施設	322	72	8	0	64	1,416,000
児童福祉施設	831	216	28	4	184	2,578,309
その他社会福祉施設	28	19	1	2	16	611,266
合計	2,268	438	48	11	367	9,231,075

\* 施設数は、被害があった種別ごとの施設数を合計したものであり、県内の社会福祉施設の合計数とは一致しない。

\* 被害額は、精査中

出典:岩手県保健福祉部調べ

(出所)岩手県東日本大震災津波復興計画復興基本計画—参考資料—(2011年8月)p.4の表を転載



写真 2-1 震災前の岩手県立高田病院



写真 2-2 震災後の高田病院



写真 2-3 震災前の岩手県立大槌病院



写真 2-4 震災後の大槌病院 (その1)



写真 2-5 震災後の大槌病院 (その2)



写真 2-6 震災後の岩手県立山田病院

## II. 岩手沿岸南東部における県立病院等の復旧状況

本節では岩手（沿岸）南東部における4つの県立病院および1つの県立診療所（地域診療センター）の復旧状況を実態調査や新聞報道等を踏まえて、それぞれ簡潔に整理しておく<sup>4)</sup>。

### 1. 高田病院

陸前高田市において診療所および調剤薬局の被害は甚大であり、前者については9カ所（歯科9カ所を除く）のうち8カ所が、後者については9カ所全てが全半壊となった。前者については4人の開業医が死亡、行方不明、市外転居で、残りの医師は診療再開に至ったものの、震災前の体制を前提とすれば、この水準で限界となる<sup>5)</sup>。

高田病院は大震災以降、高台にある米崎地区のコミュニティセンター（写真2-7）を救護所（仮設診療所）にしていたが、2011年7月25日から写真2-8の仮設診療所（プレハブ平屋、床面積約860㎡）になっている。診療科は内科、外科、呼吸器科、小児科などで、リハビリルームも開設されており、休日も医師と看護師が待機している。

高田病院はかつて、「毎年3億～5億円の赤字を計上する、県の『お荷物病院』だった」ようであるが、2004年に現在の院長（診療所長）が着任して以来、「日本一老人に優しい病院」をスローガンにし、「高齢化が進む地域の特性に合わせて慢性期のケアを充実。地域密着の病院に生まれ変わり、09年度には黒字転換を果たしていた。」そして、「末期がんの患者が自宅で家族と共に過ごすターミナルケアも導入した。」こうした実績が認められ、11年8月から1病棟（回復病棟）を増やし、病床数90床（震災前の実質稼働50床）まで拡充することになっていたなかでの大震災であった。（岩手日報2011年6月7日付他）

全壊した高田病院では震災時に23名の患者と職員が亡くなっており、残された医師や看護師等の医療スタッフは住居の被災状況や家族・同僚等の死亡・行方不明等を顧みず、高い使命感をもって救助、さらに（初期）復旧に尽力した一方で、医療機器や薬剤等の流失のために糖尿病、ぜんそく、在宅酸素などの患者等にほとんど医療を提供できなかった無力感に苛まれたのではないだろうか。

陸前高田市を典型として、沿岸地域の住民の大半は津波で壊滅した市町中心部の医療機関頼みだったため、通院してもらえなくなり、他方で、訪問診療も途絶えたままになった。避難所が優先となり、それ以外の被災者の医療支援は不十分で、地域の巡回診療に重点を置くのが遅くなったが、人員不足も拍車をかけた。それでも高田病院は震災前から市の中核病院であるにもかかわらず、訪問診療に重点を置いていたこともあって、震災後

の早い段階で、それを再開していた。

高田病院では訪問診療のニーズが増大し、ピーク時には震災前の5倍にあたる100人超に達するなかで、市主導の「ローラー作戦」と呼ばれる被災者の生活・健康に関する実態調査に病院のスタッフも同行し、特別なケアや見守りの必要な人を抽出する作業が一定期間（6月まで）続いた。いずれに関してもいわばチームケアがこれまで以上に重視され、多くのスタッフが精力的に地域を回り、患者・住民との独特の距離感、つまり患者目線に立った信頼関係の必要性を学び、病院内とは異なる状況を経験したのである。

開業医が減少したため、高田病院への外来患者が集中するようになり、午後診療の影響もあって1日平均200人超（月曜日、金曜日各240名程度）に及び、米崎コミュニティセンター時代の150名に比して大幅増である。震災前は200名くらいであったので、医師数の増（5人→応援医師含め7人）、仮設診療所、震災による人口減、体調悪化の住民増など診療体制や患者構造等の変化も考慮しながら総合的に評価すれば、決して良好な労働・受診環境であるわけではない。



写真2-7 震災直後から7月までの高田病院の仮設診療所



写真2-8 2011年7月以降の高田病院の仮設診療所

## 2. 住田地域診療センター

住田地域診療センター（写真2-9）<sup>6)</sup>では大震災による被害が施設・設備面で皆無に等しく、また震災前後で医療体制（常勤医師3人）にも変化はないものの、陸前高田市の被災の影響が大きく及んだ。例えば、患者数は震災前で1日平均40人強であったのが、震災後の約2ヶ月は60人弱となり、そして同市の地域医療の復旧が進んだ10月前後は50人程度になっていた。

大船渡病院、高田病院などとともに気仙二次医療圏を構成する本センターは2008年に病



院から有床診療所、09年に無床診療所となった。無床化によって、第一に、大船渡病院の附属となり、何でも報告し、何をするにも許可や承諾などを必要とし、第二に、休日・時間外・救急診療をしなくてもよくなったがゆえに、今回の大震災はその影響を検証するうえで、重要な素材になった。

本センターでは大震災直後の町内の停電により、数名の在宅酸素患者が電源（電気）を求めて来所したので、自家発電機により対応するとともに、彼ら・彼女らに電力復旧までの数日間の宿泊を認め、職員も時間外の対応にも備えて寝泊まりしたが、後日、このことについて報告を受けた大船渡病院は批判的であった。

3月12日および13日は土曜日、日曜日のために、本来であれば診療はないが、非常時ということもあって、医師がセンター内に待機し、急患を一般患者として扱い、診療したが、このことに関して同病院から良く思われなかった。（2011年10月のセンター職員に対するヒアリングにもとづく）

こうした事実だけで無床化の負の影響を全て説明したことにならないが、それに対して積極的に評価できない側面は垣間見られた。



写真 2-9 岩手県立住田地域診療センター

### 3. 大船渡病院

大船渡病院（写真 2-10）は気仙地域の基幹病院であり、職員数で 500 人超、病床数で約 500 床に及び、主に（大）手術を必要とする患者や循環器・呼吸器・消化器疾患などの急性期医療を担当し、慢性期に近い病態の入院患者の治療にあたる高田病院との役割分担ができていた。

本病院は海岸から比較的近いものの、高台に立地しているために、施設面における被害はそれほど大きくなかった。また百数十人のスタッフが自宅等の損傷、流失や家族等の被災を経験したが、正規職員で大震災を理由にして退職を申し出た者はゼロであった。他方

で、高田病院の看護師の一部を受け入れている。

大船渡病院では震災直後から重症患者は内陸の病院へ搬送したが、通院経験のない（したがってカルテもない）患者が殺到したために、4月一杯まで通常の外来診療をストップし、患者への聞き取りに多大な労力を投入しながら、薬剤の提供だけに専念した。諸検査もままならないために、入院患者も減少する結果となった。

外来患者は前年度比で3月から5月まで急増し、その後増減を繰り返したのに対して、入院患者は近年でみて最低のペースで推移しており、重症患者を除けば、6月ないし7月以降については、主に経済的理由から受診抑制の傾向が強まっているのかもしれない。いずれにしても高田病院といういわゆる「後方病院」を失ったことは大きな痛手となった。



写真 2-10 岩手県立大船渡病院

#### 4. 大東病院

大東病院（写真 2-11）は内陸の一関市（2005年の合併前大東町）に所在し、「両磐地域リハビリテーション広域支援センター」に指定され、一関市に平泉町、藤沢町（合併前）を加えた両磐地域（西磐井郡と東磐井郡の総称）のリハビリ拠点であるが、実際は、気仙地域からの（紹介）患者も多い。本病院から高田病院までの距離は約 23 km で、自動車ですら約 40 分以上を要する。診療科のうち毎日（平日）の診療は内科のみ、常勤医師 3 人で非常に厳しい医療体制となっている。

大東病院では 1969 年新築の旧棟が老朽化のために大震災の影響を受けて一部損壊となり、入院、リハの両機能は停止せざるを得なくなった。入院患者は近隣の千厩病院に転院、外来機能のみ（当初は薬剤処方のみ）とし、新患は大東町内の開業医や千厩病院に通院してもらおうという、大幅な機能低下に直面している。逆に、千厩病院は休床していた病床を再稼働することになった。大東病院ではスタッフ数も約 1/3 になっている。旧棟に対して

新棟（増築棟）は高田、大槌両病院と同様に耐震面で問題があったために、改修を経て 9 月下旬に機能充実を図る予定であったが、調整が上手くいかず、2011 年 11 月現在でも入院、リハ両機能は停止のままである。



写真 2-11 岩手県立大東病院

## 5. 大槌病院

大槌町においても診療所および調剤薬局の被害は甚大であり、診療所（歯科 6 カ所を除く）は 6 カ所あったが、全て被災し、2011 年 11 月現在、町外での再開および新規の開院などの増減を含めて 5 カ所で診療が行われている。例えば、植田医院は全壊となったが、院長は大震災直後から寺町地区で避難所となった弓道場で救護（診療）活動にあたり、その後大槌病院の仮設診療所での診療応援を経て、自力で建設した仮設診療所（写真 2-12）で診療を行うに至っている。

大槌病院（常勤医師 3 人）は大震災直後、高台にある大槌高校で救護活動を行っていたが、4 月から上町ふれあいセンター（写真 2-13）を救護所（仮設診療所）とし、6 月 27 日から内陸に入った現在の仮設診療所（写真 2-14、写真 2-15）になっている。

高田、山田両病院については県医療局が仮設診療所を建設したのに対して、大槌病院には日本ロジスティクスシステム協会からコンテナ式のそれが寄贈された。その床面積は約 460 m<sup>2</sup>であるが、高田病院の約半分で、大槌町と陸前高田市の人口差 8 千人や開業医の再開状況を考慮したとしても、あまりに差があると言わざるを得ない。他方で、15 床のベッドが備えられているが、人的資源の不足をはじめいくつかの理由により、利用に至っていない。

仮設診療所では救護所での内科に加えて外科、整形外科、皮膚科、眼科も開始したが、毎日（平日）の診療は内科（午前・午後）のみである。震災前から外科医はゼロで、他の

診療科と同様に応援診療に来てもらっている。大槌病院でもスタッフは縮減し、震災前(88人)の半分以下の33人である。外来患者は1日平均で震災前は140人程度であったが、震災後は大幅に減少し、100人弱で、大半を占めていた内科で70人台である。この理由として、死亡・行方不明や転出などの影響がみられるが、他方で、陸前高田市に比して開業医の再開が進み、そちらを利用していることも考えられる。

仮設診療所の中に入って気付いた点として、劣悪な労働環境があげられる。とくに事務室は縦(横)5m、横(縦)6mくらいのスペースであるが、そこに事務職員等に加えて院長(診療所長)、看護師長、事務局長の席がある。さらに、更衣室、休憩室はなく、職員は自分のデスクで他の職員が働くなかで食事している。その他にも、レントゲンと諸検査が同部屋になっており、仮設とは言え、能率的な仕事には程遠いと思われる。



写真 2-12 大槌町の植田病院の仮設診療所



写真 2-13 大震災後の4月から6月までの大槌病院の仮設診療所



写真 2-14 2011年6月以降の大槌病院の仮設診療所



写真 2-14 大槌病院の仮設診療所の中

## 6. 小括

病院・診療所という人間の生死に関わる施設の性格上、被害を最小限にするために、災害医療の重要性が改めて問われなければならない。それは耐震対策に言及するまでもなく、様々な条件の下での訓練（日常的な訓練も含む）を通して、災害拠点病院およびネットワーク病院、公共セクター（県、市町村あるいは保健・医療・介護セクション等）、民間セクター、多様な救援セクター、ボランティアセクターの連携・調整機能高める点に本質があると言えよう。実際には、情報交換システム、患者・器材搬送システム、県内外の緊急医療チーム派遣機能などにおいて、何をもって「完璧に行動した」と言えるのか、評価は容易でないが、それらの強化に対する不断の努力が欠かせない。

病院・診療所の復旧・復興において、全壊した高田、大槌、山田の各病院が最優先となることに異論はないであろうが、医療スタッフも被災者であり、仮設とは言え、労働環境に一定の配慮があつてしかるべきで、同時に、その他の公立、民間の医療機関との関係も機能分担・連携のあり方を踏まえて再検討されなければならない。その際、小規模病院や診療所で実施されている訪問診療の重要性も再認識しておくべきであろう。

施設を建設することが全てではなく、患者のアクセスにも最大限の配慮が必要である。高田、大槌のいずれの仮設診療所もやむを得ないとは言え、内陸に入った場所に立地しているが、後者の場合、従来の位置より徒歩で15～30分を要し、前者の場合、それ以上の水準であり、いずれもバスはほとんど運行されておらず、接続も非常に悪く、患者輸送バスがあるわけでもない。

## Ⅲ. 地域医療の復旧・復興に関する論点

本節では岩手における県立病院等を中心とした地域医療の被災状況および復旧状況を踏まえて、岩手県の地域医療に関する復興基本方針、つまり2011年8月に策定された岩手県復興計画（「岩手県東日本大震災津波復興計画・復興基本計画～いのちを守り 海と大地と共に生きる ふるさと岩手・三陸の創造～」）、さらに県が目指す岩手復興特区を整理し、復興の基本的方向に関する論点を提起してみたい。

### 1. 岩手県の復興基本方針

#### （1）岩手県東日本大震災津波復興計画・復興基本計画

岩手県復興計画（復興計画期間2011～18年度）における地域医療に関する中期的な取り組みとして、次の点が記述されている。

「新たなまちづくりと連動し、人口集積の状況や高齢者等の支援ニーズに対応した保健・医療・福祉施設を整備」

「地域の保健・医療・福祉の関係機関の機能を最大限に発揮する『遠隔医療』の導入等によるネットワークの再構築」

「高齢者等の要援護者が地域で安心して生活できる保健・医療・福祉の連携による地域包括ケアシステムの構築」

「大規模な災害の発生に備え、市町村保健センターや介護保険・障がい福祉施設に防災機能を付加するとともに、総合保健福祉機能と防災拠点機能を併せ持つ公設民営型複合施設を整備」

ここでの「地域包括ケアシステム」とは先般の介護保険法改正（2011年6月22日公布）にもとづいて目指すことになった「地域包括ケア」のシステム化と同じような意味であると考えられる。だとすれば、中学校区を生活圏域にして、おおむね30分程度で、必要な保健、医療、介護などのサービスが利用者に提供される仕組みを構築することを意味し、その中心に位置付けられるのが「24時間対応の定期巡回・臨時対応型サービス」であり、これまで施設ケアで実践されてきたことを在宅でも実施することを試みようとする。

中央政府（国）も大震災後の早期の段階で「地域包括ケア」を積極的に支援する姿勢をみせており<sup>7)</sup>、東日本大震災復興対策本部が策定した「東日本大震災からの復興の基本方針」（2011年7月29日）でも明記されている。すなわち、「少子高齢化社会のモデルとして、新しい形の地域の支え合いを基盤に、いつまでも安心してコミュニティで暮らしていけるよう保健・医療、介護・福祉、住まい等のサービスを一体的、継続的に提供する『地域包括ケア』の体制を整備するため、…」『地域包括ケア』の体制整備や地域医療提供体制の再構築の際には、民間が医療・介護機関と連携して行うサービス提供も活用する。」

## （2）岩手復興特区：保健・医療・福祉サービス提供体制特区

岩手県が目指す9の復興特区のうち保健・医療・福祉サービス提供体制特区として、次の点があげられている。

①保健・医療・福祉サービスの提供体制の早期復旧を図るための財政支援…保健・医療・福祉サービスの提供体制を早期に復旧するため、災害復旧事業について、補助率の更なる引上げや、補助対象施設の拡大等を行う。

②津波災害を踏まえた新たなまちづくりと一体となった保健・医療・福祉サービスの提供体制の構築を図るための財政支援及び規制緩和…長期的かつ地域の実情に応じた適時適



切な復興の取組を支援する新たな基金を造成し、新たなまちづくりと一体となった保健・医療・福祉サービス提供体制の構築を推進する。

③精神科医療体制の構築を図るための財政支援…被災地の実情に応じた精神科医療体制を構築するため、人材確保・養成のための財政支援を行う。

なお、特区による復興に向けた医療連携の取組イメージとして「遠隔医療の導入・災害拠点病院の機能強化」があげられている。遠隔医療の推進に関しては岩手医科大学の小川彰学長が大震災以降、これまで以上に強く主張しており、大きな影響力を持ったと思われる。

以上のように、岩手県復興計画および岩手復興特区における地域医療に関する記述を整理したが、農村・過疎地域における超高齢（社会）化や介護ニーズの著増、医療資源の不足の点で遠隔医療や包括ケアに重点を置くことは内容に議論の余地があるにしても妥当であろう。しかし、実践の枠組みの点で不十分さがある。第一に、県と市町村の役割（の分担と連携）がほとんどみえない、第二に、全半壊、一部損壊した病院を中心に県立病院等の再建のあり方が不明瞭である、第三に、需要側にあたる地域住民の役割にも言及されていない。

地域医療の復興に関しては「岩手県復興に向けた医療分野専門家会議」（事務局・県保健福祉企画室）が5月に議論し始め、大きな影響を及ぼしているようだが、県立病院の再建については議論が収斂していないのかもしれない。この点は後述したい。

## 2. 復興の基本的方向に関する論点

### （1）県の動向

県立病院の再建のあり方に関しては、岩手県復興計画から読み取れないが、以下の点は県（医療局）から公式に発表されている。

●7月中旬に山田、大槌、高田の3県立病院の仮設診療所における診療期間に関して「おおむね2～3年という見通し」が示された。（岩手日報 2011年7月12日付）

●同時に、「医療機関の災害復旧について国の補助対象が元の場所と同じ土地への再建を前提としているため、県は国に対し高台への移転新築も対象とするよう要望している。」

（同）

●9月11日の知事選まで発言に慎重だった達増知事は再選直後に、高田、大槌、山田の3県立病院の再建に関して、「地域医療の機能を低下させることはしない」と強調した。（岩

手日報 2011 年 9 月 13 日付)

●10 月に知事は 3 県立病院の再建を明言したうえで、そのあり方は市町村や地域のまちづくりプランやニーズ、実情を踏まえて検討、協議するとした。(岩手日報 2011 年 10 月 14 日付他) 県の医療局や保健福祉部の幹部も地域ごとの違いとともに人口動態、患者の受診行動、民間医療機関の(再開) 状況などを考慮する必要があることを述べている。

県の次期医療計画(2013~17 年度)の策定もあって、2012 年度内に具体的な整備内容が決められることになったが、11 年 10 月から 12 年 3 月までの 6 ヶ月間も含めて、約 1 年半の時間的猶予が県民および市町村民に与えられたことになる。既に県(医療局、保健所等)を交えて地域ぐるみ、さらに県民全体で具体的な議論を始めていても遅くないように考えられるが、こうした気配は全くみられない。

●10 月中旬に高田病院の仮設診療所に、「入院用のベッドを設置する方針を明らかにした。」県内の仮設診療所に入院機能を持たせるのは初めてで、「来年 1 月までに、診療所の隣に入院用の病棟を建てる。病床数は約 40 床で、急性期を過ぎた患者を受け入れる。」(河北新報 2011 年 10 月 14 日付) 実際、2 月 1 日から入院患者の受け入れが再開している(病床数 41)。

陸前高田市、山田町、大槌町の人口規模から言えば、入院機能を備える場合、高田病院が最初となるのは妥当であると言えよう。また、この点に関しては高田、山田、大槌の 3 病院のうち地域(地元)および病院から最も強い要望があったのも県医療局を動かすことになったと考えられる。

●県議会 9 月定例会において、県は 3 県立病院について、「仮に被災前の同規模で再建する場合、用地取得の費用を除く建物と備品、医療機械の整備で総額約 88 億 9200 万円の費用が見込まれるとの試算を示した。」医療局幹部は「地域医療再生基金の活用など国の手厚い財政支援を求め、可能な限り負担を抑えるよう方策を打ちたい」と答弁している。(岩手日報 2011 年 10 月 28 日付)

以上のように、県(医療局)の 3 県立病院再建のあり方に関する姿勢を跡付けたが、ここでもそれは不明瞭であり、例えば、「地域医療の機能」が何を指すのかは見えてこない。こうした点は 3 市町および近隣病院等を交えて、さらに県民ぐるみでほとんど議論しないまま公表され、無視できない問題であると言えよう。それゆえに新聞報道によれば、山田町長や陸前高田市長、さらに内陸部のある町長などは県立病院の再編・集約、機能縮小に関する議論は大震災復旧・復興と言う特別な状況下で許容されないと警戒感をあらわにし

ている状況である（県医療審議会他における発言<sup>8)</sup>）。

## （２）その他の動向

中長期に及ぶ復興の基本的方向に関する論点を提起するにあたって、「岩手県復興に向けた医療分野専門家会議」（以下、医療専門家会議と略称する）における議論に言及しておきたい（県ホームページの保健福祉部サイト）。この会議は県医師会会長、岩手医科大学学長（小川彰）、県看護協会会長、県歯科医師会会長、東京医科大学理事長など８名の委員で構成されているが、全て医療関係者（専門家）である。

医療専門家会議における特徴的な主張をあげれば、例えば、県立宮古病院の佐藤元昭院長いわく、「沿岸の病院は医師不足で苦しんでいる。２次保健医療圏ごとに地域の中核病院を強化していくことが必要。大槌、山田、高田の３県立病院を元通りに建て直しても医師不足の状況が続くだけ。地域ごとによく考えなければならない」「そこに我々が実は応援にも行っていたので、その分の負担がまた増えてくるだけ」「医師が来ないところに医療機関をつくったとしても、ただただ大変なことが再生産されるだけ」「中核病院も非常に大変な状態になっている」「何度も言いますが、全体に医師が少なくなったということをよく念頭に置いてやらないと、結局は不利益を被るのは住民になります」とし、震災前の規模の再建に異議を強く唱えている<sup>9)</sup>。

こうした医師不足に焦点を当てた議論は震災前の県（医療局）の県立病院等再編においても見られたが、震災後に、被災した県立病院の院長や事務局長のうち数人からも、再建の程度や入院機能の再生などに関して、医師不足さえ解消されれば、あるいは医師が何人いるかに規定されるといった声が聞かれた。大槌、山田の両病院はいずれも常勤医師３人である。これに対して、高田病院長は再建の議論の進め方に関して、住民ニーズが最も重視されるべきである、というスタンスである。そして、県医療局も真意のほどはわからないが、地域からの声がないと何ともできないと述べている。

県立病院の医師数は２００７年、０８年、０９年、１１年（１月）の順で常勤医師４６０人、４７４人、４５５人、４６７人、初期研修医１０６人、９８人、１０１人、１１１人、後期研修医４７人、５７人、６３人、５７人である。「県立病院と地域診療センターの４月１日現在の常勤医数は前年より１３人増の４７９人だったこと」（岩手日報１１年５月２９日付）を考慮すれば、増加傾向にあると言えなくもないが、少なくとも減少傾向に歯止めがかかっていると評価することはできる。

県医療局は「常勤医の増加について、退職者の減少や後期研修医から常勤医として定着

する医師が前年の10人から15人に増えたことなどを挙げる。また、即戦力となる県外医師の招聘も効果が上がり、2010年度は15人で前年を5人上回った。」(同)が、大震災の影響による医療ニーズの高まりのなかで、医師数の増減に関しては震災を機に立ち去る一方で、チャレンジしに来る医師もいるために評価は分かれようが、いずれにしても応援医師の継続的な招聘は不可欠である。

これに対して県立病院所在地における目立った動きとして、山田町と大槌町の両議会があげられる。両議会の議長は6月初旬に県議会議長を訪ねて、山田、大槌両病院の統合・移転新築(両町境付近の高台)を要望した。「県財政に負担をかけずに早く再建できる」「(両病院の)医師を集約し県立病院を再建するのが合理的」などの理由である。そして、同月中旬に「山田町・大槌町の地域医療と県立病院を守る合同委員会」が設置された<sup>10)</sup>。しかし、町民とほとんど話し合わずに、批判を覚悟のうえだったとのことであり、さらに大槌町では8月に、山田町では9月に町議選が行われ、議員構成が大きく変わったために、2011年11月現在、なかば立ち消えになった状況である。

### (3) 論点

県およびその他の動向を踏まえて、短中期的にみた論点をあげると、大槌、山田両病院の仮設診療所のあり方、とりわけ入院機能を再生するか否かに議論がシフトすることが考えられるので、両町のニーズが大きく左右する。また、その再生にとって、現在の常勤医師では過剰労働になりうるので、医師招聘が望ましいが、震災前に医師不足が顕著であったことから言えば、応援医師を得ることで凌ぐのが良いであろう。逆に、自前の範囲にこだわり、無床を継続することもありうる。地域住民等のニーズによっては高田病院の仮設診療所における入院を含む諸機能の充実に関する議論が同時進行するかもしれないが、順序としては後になる可能性が高い。

高田病院の仮設診療所およびその後のあり方は陸前高田市の開業医の再建と深く関わり、その他の県立病院にも少なくない影響を与えられようと考えられる。開業医の大幅減のままとなれば、病院の負担は大きくなり、外来、入院両機能の充実は不可欠となる。また、高田病院事務局長に対するヒアリング(2011年8月)によれば、震災前にリハビリ科の設置を予定し、リハビリスペースを確保し、作業療法・理学療法に加えて言語聴覚のスタッフも配置していたようである。気仙地域における機能訓練(リハ)拠点、さらに療養型(慢性期対応)病院として機能強化すれば、大東病院の機能縮小に関わるのかもしれない。大東病院の再建に関して県(医療局)の動きがほとんどみえないのも無視できない。

県（医療局）は2009年4月開始の県立5地域診療センターの無床化および10年4月開始（実際は11年4月開始）の沼宮内病院の無床化（の議論）に際して、県議会を含め県内で大混乱を招いた。さらに無床化した花泉地域診療センター（一関市）を10年4月に民間移管した花泉診療所（19床）に関して、それを運営する医療法人白光が12年3月末で撤退することになり、民間ノウハウを生かしながら病床を残す県の初の試みで注目を浴びたケースが不本意に終わり、これ以上県民等からの批判を受けないように、慎重になっていると言える。この点では白光の撤退表明前であったが、高田病院の仮設診療所における「約40床」の入院機能付加は合理的な理由があったにしても無難な選択であったのではないだろうか。

2009年度の地域診療センター等の大再編の理由として、医師不足に加えて、経営（財政）悪化があげられていたが、ここに病床数の縮減も含まれるとすれば、この点に関わって、大船渡病院において病床利用率が意図的な空病床の確保があるにしても70%を割っていることから言えば、そこから病床数を縮減し、その分を高田病院に上乘せし、90床（＝回復病棟の設置による増床を含む数値）あるいはそれ以上とすることが考えられる。また、住田地域診療センターのベッド復活（有床化）も選択肢になりうる。大船渡病院長やセンター事務長は消極的なのは当然であろうが、大震災を踏まえると、いずれも非現実的であると無視するわけにはいかないように思われる。

県立病院等の経営状況に関して、県医療局によれば、2010年度決算は震災前に数年ぶりの黒字が見通されており、「経常利益は8900万円で05年度以来の黒字を確保するなど一定の改革の成果が表れた」が、トータルとして主に大震災の影響により10億8900万円の最終赤字となり、累積欠損金は初めて200億円を突破した。（岩手日報11年6月7日付）大震災に伴う県立病院の再建に関しては、中央政府（国）に対する財政支援の充実・強化の要望が前面に出ているが、県（医療局）にとってこれまで以上に経営問題に敏感になっているのは間違いなく、財源を理由にした病院再編・機能縮小がいつ真正面から提起されてもおかしくない。

以上のように、論点をひとまず整理することができるが、いくつかの議論の動向をみると、以下の疑問を持たざるを得ない。すなわち、（農村）地域医療および公立病院等の公共性、非市場性という性格上、今後も人口や患者数、医師数が減少すれば、あるいは中央政府の財政支援が先細れば、県立病院の経営が悪化すれば、病院再編・機能縮小を引き続き進めますという論理が妥当なのか否か、というのがそれである。これに対して、震災前の



水準に戻すことを最終目標にするというのも同様である。これらは結果としての数字だけしかみておらず、大震災を口実にした議論にしかみえない。

大震災前後に関係なく、県立病院の経営状況の改善や中央政府の財政支援のあり方が問われるべきであるのは言うまでもないが、何よりもまずいかなる理念の下で、どのように議論を進めていくかが問われているのであって、この点で言えば、大震災を通して地域医療における重要性として実証的に明らかになったのは地方自治体および公立病院等の存在および役割、保健や福祉・介護（インフラ）の存在およびそれらとの連携であろう。県民あるいは地域（地元）住民がそうした点を踏まえて、関係者と実態を共有しながらニーズとして、あるいは運動として声をあげることが強く求められる。

第1章の冒頭で述べたように、国、県、市町村、住民の関係、病院・医師等と患者の関係が重視されなければならないし、医療と保健、福祉との連携、さらにくらしやしごととの関わりも非常に重要になり、これを踏まえた地域のビジョンまで目を向け、「市民・町民あるいは県民みんなの病院」として徹底して議論すべきである。何もアクションを起こさず、再建が進まない状況だけをみて、体調悪化を受け入れる、あるいは地域（地元）を離れるといったことでは、行政サービスのあり方としては本末転倒である。

大震災を契機に、地域医療（公的医療）および県立病院は保健や福祉、介護との連携、または一次、初期、狭域と呼ばれる医療を担う病院や診療所との連携なくして、つまり民間の開業医や介護施設、市町村およびその診療所との連携、県立病院等のネットワークの強化なくして成り立たないことが改めて明らかになった。

同時に、在宅医療のニーズや訪問診療の環境の調査あるいは把握などに関して、地域住民および（潜在的）患者のもとに出向き、寄り添うこと、そして、対象者に対する情報提供および関係者との情報交換にみるようにチームケア（医療）が不可欠であることも再確認された。

こうした広範に及ぶ領域のなかで地域医療および公立病院の再建を検討する必要がある。このように議論すると、「大震災を契機に」とするのは必ずしも正確ではなく、それは日常的に実践されていなければならないことであり、大震災を想定すれば、互いの関係をいくら強化してもしすぎることはない。

地域医療および公立病院等にとって復興（活動）が長期に及ぶことを鑑みると、県（医療局）が県立病院等の大再編において問題にしてきた、経営（財政）悪化、医師不足、患者モラル（受診行動）に関して、前2つは県それ自体だけでなく、例えば、中央政府の財



源保障や財政支援、医師育成・養成政策にも関わるために、中央政府との関係あるいはその役割、責任が重要になり、全国的な議論も要する。これに対して患者モラルのように患者・住民との関係は県全体のことで、大震災でも問われていることである。さらに、市町村との関係も同様のことが言えよう。

以上のように議論すれば、県（医療局）と患者・住民（県民）および市町村の関係はこれまでどうだったのか、そしてどうあるべきなのか、という点が検討されなければならない。この点に関して、既に部分的に第1章において展開しているので、少し結論的なことを言えば、それぞれの信頼関係の構築あるいは対話の積み重ね、連携の強化はこれまで著しく不足していたというのがそれである。これについて次節以降で第1章からの引用を含めて詳細に展開していく。

#### IV. 岩手県立病院等の経営における歴史的な課題

##### 1. 県立病院等（医療局）直営開始時の課題

県営医療（医療局）は1950年11月1日に病院25、診療所40、病床数1,865、職員数1,124（うち医師182）という、全国的にほとんどみられない、大規模な県立医療機関の体制でスタートした。病院等の経営を担う医療局は「県民医療の確保」「医療及び公衆衛生の向上」「社会保険の発達」の3点を目的として設置されている。

医療局の下での県立病院等の経営に至る背景は次のとおりである。第二次大戦以前をみれば、県立病院は2カ所しかなく、戦後、日本医療団や厚生連系統の病院等を買収する形で、医療局体制は誕生することになるが、事情は単純でない。その買収後の経営形態を巡って、医療事業の実態から直営はきわめて困難とされていたので、県は自らの指揮監督の下での経営代行を前提として新たな社団法人を設立するという案を持っていた。これに対して、医療と保険の一体化を重視し、病院経営でも実績のあった国保連（岩手県国民健康保険団体連合会）による経営代行という国保連を中心とする案があり、町村会、町村議長会、農協協議会など圧倒的な県民の支持を得ていた。

しかし、県による医療施設の買収に伴う財源、つまり県債に関わる問題が浮上し、事態は一変することになる。県は県債に頼らざるをえず、その発行には大蔵省の起債許可を得なければならなかったが、他の法人の代行経営に関わって、中央政府の理解を得られず、直営が望ましいということになり、県は早々に方針転換し、議会を含めて有力な関係者と水面下で交渉、調整し、決着をつけるに至ったのである。このプロセスにおいて県民ぐる

みで十分に議論されていたかと問えば、より詳細な分析を要すると断りをしたうえで、ノーと言わざるを得ない。

1950年およびその前後は公的病院の経営主体を巡る全国的な大転換期であったが、岩手（県）の選択、つまり県医療局の下での病院直営は病院や診療所の経営において、いわば中央集権的システムの制約を直接受けることを意味していたのである。他方で、市町村立と違って、県立がゆえに本来的に距離感の遠い県民との、さらに保健、医療や国保（保険）を担う市町村との信頼関係の構築や対話の積み重ねが知事を筆頭に宿命づけられることになり、他の都道府県との比較で言えば、こうした点に岩手モデルの可能性を見出すことができたと言えよう。

しかし、現実には、医療局の船出から慢性的な経営悪化の状態となり、日本の医療行財政制度の未熟さも相俟って、主要な政策的課題にいつも財政再建が掲げられるようになり、大半の期間においていわば経営第一主義が強くみられたのである。この限りで言えば、県（医療局）と県民、市町村の関係は歪んだ形で形成されていったのではないだろうか。

## 2. 県立病院等の経営に関する主な動向

県（医療局）と県民、市町村の関係がかつてなく問われるようになったのは新世紀に入ってからである。2000年2月に医療局「岩手県立病院等長期経営計画～まごころと科学でささえる医療をめざして～」(計画期間1999～2010年度)が公表された。次いで、04年2月に「県立病院改革(基本プラン・実施計画)」(04～08年度)が策定され、「広域基幹病院の一層の体制強化・機能特化」「入院需要に見合う病床数の適正化」「総合的な経営改善」が掲げられ、これまでの手法、つまり長期にわたる28病院体制の維持を前提とした経営改革とは大きく異なる改革に着手されていくのである。

「県立病院改革(基本プラン・実施計画)」にしたがえば、病床数の縮減に重点を置く機能分担論が提起され、「一般医療機能」と「地域ケア支援機能」を持つ「地域病院」(病床数下位8病院と大東病院)のうち紫波、大迫、花泉、住田、伊保内(九戸)の各病院(1病棟)は19床以下の有床診療所化(無床化方針からの修正)とし、同時に、江刺、高田、遠野、山田、一戸の各病院は1病棟の休止とし、実際、いずれにおいても病床数の大幅な削減が実施された。

こうした過去にないほど重大な改革であったにもかかわらず、2003年10月に実質的な議論が開始され、04年2月に県民に公表され、5ヶ年度以内の病床数の「適正化」とした

ことに関して、県民・議会、さらに市町村との関係を重視すれば、主体論や手続論で大いに議論の余地があったと言わざるを得ない。この背景には病院事業において過去数ヶ年度しかなかった十数億円レベルの赤字（単年度）が何度も生じ、年度末累積欠損金も170億円超に及ぶ収支見通しが明らかになったことがあり、中央政府の医療制度改革・医療費抑制政策と地方行財政構造改革の影響も大きかったと言える。

県（医療局）は総務省の「公立病院改革ガイドライン」（2007年12月）にしたがって、2009年2月に「岩手県立病院等の新しい経営改革」（計画期間09～13年度）を策定した。それは経営（財政）悪化、医師不足、患者モラル（受診行動）を主たる理由にして、紫波、大迫、花泉、住田、九戸の全ての地域診療センター（順に中央、中央、磐井、大船渡、二戸の各病院の附属診療所）と、22病院のうち沼宮内病院の無床化をメインとし、基幹病院等と併せてさらなる病床数の減に踏み込んでいる。

しかし、「岩手県立病院等の新しい経営改革（案）」に関して、市町村との事前協議さえ皆無に等しく、その公表は2008年11月で、さらに5地域診療センターの無床化が一律に09年4月、沼宮内病院（60床）については10年4月の実施であったことから県内とくに無床化の対象地域で大混乱を招くことになった。県民軽視の再現である。

県の説明不足も拍車をかけ、県議会でも反対が多数におよびかつてないほどの混乱がみられ、無床化に関わる予算（補正）に関して知事が土下座して理解を求めて、県議会史上初めて議会に再審議を求める再議権を行使したり、さらに議会以外も含め策定経過に関して何度も謝罪する場面も生じた。

これに対して、「岩手県立病院等の新しい経営改革（案）」の作成と同時に議論されていた、県保健福祉部「岩手県公立病院改革推進指針」が2009年1月に公表されたが、市町村立病院に関して個別に改革案を提起している点にこれまでにない特徴をみることができる。それは経営の効率化や病床数の削減を中心とし、診療所化といった大胆な内容もみられる。しかし、この指針についても市町村との事前の協議・懇談や情報共有は皆無に等しかった。

医療局の目指す方向として、県の経営・財政健全化さらに医師の負担軽減等に直結させるための機能分担（役割分担）の展開、つまり県立病院は急性期の一般医療を、市町村立病院・診療所は慢性期の一般医療（保健・福祉・介護との連携も含む）を担い、最終的に前者を他の多くの都道府県のように、高度・特殊医療や精神医療に限定した、いわば「多数派の県立病院」にすることがあげられるのではないだろうか。この点に関しては第1章で批判的に展開しているので、参照していただきたい。

なお、ここでは県・県立病院等と市町村の関係を医療と保健・介護との関わりにおいて分析できていないが、これに関しては「第4回岩手県復興に向けた医療分野専門家会議」（2011年9月30日）の際に配布された参考資料No.1「気仙・釜石・宮古保健医療圏の現状と課題について」で記述されており、参考になるので、一例として気仙保健医療圏について引用しておく。

「医療と介護の連携、医療・保健・福祉関係者の連携、民間事業者、NPO法人、住民参加によるサービスの提供などを推進するための『地域ケア体制』の構築を目指し、在宅の高齢者等の医療ニーズに対応した訪問看護、訪問リハビリテーションなどのサービス提供や、24時間体制で往診や訪問看護を行う『在宅療養支援診療所』の設置拡大などによる在宅医療体制の整備推進を図ることとしていたが、患者の退院手続き等において、病院と市町、一部介護事業者との連携はあるものの、福祉関係者間の連携が進んでおらず、在宅療養支援診療所の設置も進んでいない。」

「被災以前から医療関係者と福祉関係者の情報共有等の連携があまり進んでいなかったことから、今後の圏域の医療再生を図るための検討の場において、今後の連携（病病、病診、病福祉）のあり方に加え、『地域包括ケアネットワーク形成支援システム』の運用事例等の情報共有やシステム運用に向けた課題解決のための検討を進めていく必要がある。」この限りでは、県のスタンスに立てば、復旧、復興に向けて多くの課題が立ちほだかっていることは誰の目にも明らかであろう。

#### まとめ―地域協働型病院等運営の補足的課題―

岩手の県立病院等さらに地域医療の復旧、復興に向けて、本章で県（医療局）と市町村、県民との信頼関係の構築や対話の積み重ねがこれまで極めて不十分であったことを指摘したが、これを踏まえると、医療局の創業の精神である「県下にあまねく良質な医療の均てんを」について、その条件づくりという根本から問い直している。医療局（病院等）職員と市町村職員、住民（患者）の関係を強固に築くためには、互いに向き合い、協働により地域の「くらし」や「しごと」まで見通した岩手の公的医療を充実、強化することが分岐となる。

「県下にあまねく良質な医療の均てんを」を理念にとどめず、実質的に継承していくのであれば、これは何も経営悪化や医師不足、あるいは再編反対と声を大きくするだけではほとんど前進できないし、他の都道府県に比して県立病院の数が多いことだけで十分に説

明できるものでもない。県が集権的システムの制約の下で、自らに起因する諸問題を抱えながらも、財政的、人材的責任をもって築いてきた県立病院等の農村・過疎地域を重視したネットワークとその実績を、県民との協働や市町村との連携・協力を通して独自の手法で充実・強化していく。

県営医療にとって、県民と県職員（本庁、医療局）の信頼関係を構築するための条件づくり、すなわち、老若男女や知識の程度を問わない協働を土台にして、「患者」向けにとどまらず、「地域住民」向けの事業を実施し、県職員自身も一緒に「住民目線」を持ちながら「開かれた医療・病院」に関して学習し、成長するといったような、いわば「共育」（社会教育、生涯学習を通して共に育つ）の成果を収め、体系化していくのである。

互いの関係を重視した取り組みは県内でも先進事例がある。例えば、旧藤沢町（現一関市）における協働型（町、町民、NPO等）の包括ケアシステムであり、「市町村だからこそ可能」と決め付けずに、積極的に摂取すべきである。そして、県南や沿岸で次々に誕生しているいわば「素人集団」の性格が強い県立・町立病院（医師）サポーターもあげられ、「千厩病院を守り隊」は活動面で年々進化している。

旧沢内村（現西和賀町）の深沢晟雄村長の時代を中心とした「生命行政」における社会教育、生涯学習を重視する視点は今なお学ぶべき点が多い。他にも、県立病院、市、社会福祉協議会の連携の点では遠野方式在宅ケアシステムは歴史がある。地域によって地域（包括）ケア会議は開催回数が頻繁で、参加メンバーも多種多様である。いずれのケースも地域あるいは病院に合ったスタイルで採用、応用し、発展させればよい。

もちろん先進事例にない大胆な取り組みがあってもよい。例えば、県民と県職員による医療・病院白書づくりと改革への反映、計画策定・政策立案や病院運営における大規模な住民参加も実践し、県民は医師の招聘や育成・養成、税財政負担（医療財源負担）などの制度設計にまで参画する。

市町村は医師の招聘や育成・養成、県立病院等の維持・存続などのために、例えば医療環境や財政力、人口、面積など客観的指標によって応分の財政的負担をしていく。県は新税（法定外目的税等）を創設する。これらの取り組みが常勤医師や研修医の招聘や余剰財源の創出（経営の効率化）の点で成果となるのではないだろうか。

こうした地域協働型の病院等運営（システム化）こそが復旧、復興にとって最優先課題であり、大震災を理由にした医療供給体制の縮小ではないし、高田、大槌、山田さらに大東の4病院の再建に関しても市町（当局）および地元住民さらに県民との関係が重視され



なければならない。これらを徹底することは、公的医療における県立中心のシステムが農村的な性格の強い県における将来の医療像になる不可欠のプロセスとして重要な意味を持つてくるであろう。

---

## 注

1) 拙論「東日本大震災に伴う避難生活と集落自治の可能性—市町村合併推進に対する疑問—」(『生活協同組合研究』2011年7月号、2011)

2) 2008年度から12年度までの5ヵ年計画とする岩手県保健福祉計画(保健医療編)において災害拠点病院の求められる機能は次のとおり記載されている(p. 111)。①災害時に多発する重篤救急患者への救命医療等を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること、②多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること、③被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること、④水・食料、医薬品、医療器材等を備蓄していること、⑤対応マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を実施していること、⑥広域災害・救急医療情報システムの端末を有し、その使用方法に精通していること。

3) 北海道新聞2011年5月21日付、岩手日報2011年5月23日付

4) 高田病院および大槌病院を中心にした県内の地域医療および公立病院等の震災後約2ヶ月の救助・復旧に関わる取り組み状況については、拙論「大震災被災・復旧・復興と地域医療—岩手沿岸の事例を中心に—」(『地方自治職員研修』臨時増刊号97、2011年7月号増刊)を参照していただきたい。

5) 岩手県医師会が2011年8月7日から市立第1中学校の体育館脇にプレハブ棟とトレーラーハウスを設置し、診療を開始している。診療日時は水・木・土曜日の15時から18時まで、日曜日の11時から16時までである。小児科、眼科、耳鼻科など開業医がいない診療科を中心に担っており、岩手日報2011年12月18日付では、「8月の1日当たりの平均患者数は24人だったが、10月は32人、インフルエンザ予防接種を始めた11月は43人に上っている。」「日曜日には患者数が100人を超えることもある。」「同診療所は地域の医療体制が復旧するまでの期間を補うのが主目的。プライマリーケアを担う地元開業医らの体制構築が大きな課題だ。」と記されている。

6) 住田地域診療センターから大船渡病院、高田病院(震災前)、遠野病院までは車で順に25分前後、25分前後、35分程度の距離である。ただし、所要時間は交通量、スピード、天候などで異なるし、公共交通機関の利用となると、何倍にもなる。

7) 岩手日報2011年5月3日付では「政府は2日、東日本大震災の津波で甚大な被害を受けた本県と宮城、福島の3県沿岸部を『医療・福祉モデル地区』として優先整備する方向で検討に入った。老人福祉施設や病院などを中核に、地域の在宅医療・介護の充実を図る『地域包括ケアシステム』を本格的に導入。高齢者比率の高い被災地の復興の新たな街づくりには医療・福祉施設の充実が不可欠と判断した。」「モデル地区では、震災前から実現に向け議論が進んでいた『地域包括ケアシステム』を本格的に導入。医療機関や介護施設が連携し、高齢者が自宅などで必要な医療や介護を受けられる仕組みで、少人数の利用者に短期の宿泊などを提供する『小規模多機能型居宅介護サービス』と組み合わせることで、より利用者のニーズに応える形を取る。さらに24時間の訪問介護・看護サービスの実施で、災害時にも高齢者や在宅患者らを自宅ケアできる態勢を整える。」と記されている。

8) 岩手日報2011年5月11日付

9) 岩手日報2011年5月19日付、2011年5月18日医療専門家会議第1回会議録、同年6月23日同第2回会議録他

10) 河北新報2011年6月9日付、岩手日報2011年6月21日付



---

## 参考文献

- ・岩手県「岩手県東日本大震災津波復興計画・復興基本計画～いのちを守り 海と大地と共に生きる ふるさと岩手・三陸の創造～」(2011年8月)
- ・栗田但馬「日本の地域医療問題と地方自治体の役割―農村・過疎地域医療へのアプローチ―」(『総合政策』第12巻第1号、2011年01月、岩手県立大学総合政策学会)
- ・同「東日本大震災に伴う避難生活と集落自治の可能性―市町村合併推進に対する疑問―」(『生活協同組合研究』2011年7月号、2011年7月、生協総合研究所)
- ・同「大震災被災・復旧・復興と地域医療―岩手沿岸の事例を中心に―」(『地方自治職員研修』臨時増刊号97、2011年7月号増刊、2011年7月、公職研)
- ・同「岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割―県立病院等の成果と課題―」(『総合政策』第13巻第1号、2011年12月、岩手県立大学総合政策学会)

本章は立命館大学社会システム研究所が2011年12月2日に立命館大学びわこ・くさつキャンパスで開催した学術公開シンポジウム「『3・11』後の東北地域と日本の再生―グローバル化の新段階における地域社会システム再構築―」における報告「大震災後の北東北地域社会の実態と復旧・復興課題―岩手の地域医療の事例を中心に―」にもとづき、大幅加筆・修正したうえで社会システム研究所『社会システム研究』第24号(2012年3月)に掲載される予定の同名の報告論文を、タイトルの変更に加えて一部修正したものである。

## 第3章

### 過疎地域における公的医療供給に関する成果

#### —岩手県沢内・藤沢両モデルと島根県隠岐モデル—

#### はじめに

日本の地域医療は全体として危機的状態にあるが、それは都市部と農村部で様相を大きく異にし、その打開策はそれぞれ独自に考察する必要がある。本章では農村部（厳密には農山漁村地域）、とりわけ過疎地域、ないし条件不利地域（以下、過疎地域と呼ぶ）の医療供給の問題に焦点をあてる。地域医療に関する先行研究にしたがえば<sup>1)</sup>、農村地域医療の構造的危機のもとにあって、これを克服しようとする優れた経験が存在する。本研究は、その代表事例である岩手県沢内・藤沢両モデルと島根県隠岐モデルを病院の経営面、財政負担の面から分析し、ここから導かれた教訓を通じて農村・過疎地域医療の政策課題を提起する。

#### I. 過疎地域医療研究へのアプローチ

農村・過疎地域における医療供給の深刻な実情は、時期によって濃淡があるものの、長期にわたる構造問題である。ここでは民間医療機関が脆弱であるために、地方自治体が係わる公的医療機関の役割が大きくならざるを得ない。しかるに近年、経営、財政問題を理由に公的医療機関は厳しい局面におかれている。「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」（2007年6月公布）にもとづいて、総務省は「公立病院改革ガイドライン」（2007年12月）を策定したが、それは各自自治体に対し「公立病院改革プラン」の作成を求め、これに沿って病院経営の黒字化を図るか、それができなければ縮小、統廃合などを半ば強制する性格が濃厚である。

この5年間に自治体が関与する医療機関（公的な病院、診療所、地方行政独立法人を含む）は大幅な再編、統廃合を余儀なくされるとともに、4,991機関（2006年3月）から4,578機関（11年5月）に413（内訳・病院87、診療所326）減少した（日本経済新聞11年8月20日付）。再編、統廃合は病院の診療所化（無床化）、複数の病院の統合、県立病院の市町村への移管、民間譲渡などの手法で行われている。公立病院の経営悪化が、自治体の財政負担の増加をもたらすことは確かである。しかし、ここでは公立病院の経営内容を問うことなく、病院経営の黒字化、財政負担の軽減を至上命題とするが、この方向に地域医療

を解体に導く恐れはないのであろうか。

地域医療は次のように定義される。「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」、「地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」である<sup>2)</sup>。さらに、既述のとおり、地域医療が本来の任務を果たすためには医療の供給面、需要面の視点だけでは不十分であり、国や地方自治体といった媒体者との信頼関係の醸成、保健や福祉との連携を重視しなければならない。地域医療の構造的な危機の中にあつて、これまでもこれを克服しようとする優れた経験が生み出されてきた。本研究で取り上げる岩手県の沢内病院と藤沢町民病院、島根県の隠岐病院と島前病院などはその典型事例である。

加えて地域医療は「一定の地理的空間的範囲」を対象とするから、狭域、広域という範囲の問題に言及しておかねばならない。農村・過疎地域の医療供給面に即して言うと、公的な病院と診療所について狭域的、または広域的な機能、役割を区別する必要がある。病院が初期医療、一次医療、狭域医療を担う場合、4つの経営主体がある。①町村立（直営）。岩手県では国保沢内病院や国保藤沢町民病院がこれにあたる。②広域連合立や一部事務組合立。島根県における隠岐広域連合立の島前病院。③県立。都道府県のなかで県立病院が最も多い岩手県では、大東病院、大槌病院、（無床）診療所化（2008年度から）前の住田病院など、④厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人、医療法人などによる設立。JA長野県厚生連小海分院（佐久総合病院）や岩手県済生会岩泉病院。

これに対して高度医療、二次医療、広域医療を担う場合、3つの経営主体がある。①道県立。岩手県では釜石病院、千厩病院など。②広域連合立や一部事務組合立。隠岐広域連合立の隠岐病院、③社会福祉法人、厚生連などによる設立。JA長野県厚生連小諸厚生総合病院。そのうえに都道府県域全体で、または都道府県域を超えて高度医療、特定専門分野の医療を担う病院がある。岩手県立中央病院、盛岡赤十字病院、佐久病院などがこれに該当する。

こうした区分はいわばグレーゾーンを生むことになり、現場の医師等からすれば、医療法制度上、行財政上の便宜による設定であると批判の対象になる。本稿はその点を否定しないまでも、この区分は研究対象を明確化する利点がある。したがって、過疎地域医療研究という場合、その対象は基本的に初期医療、一次医療、狭域医療といった範囲であるが、高度医療、二次医療、広域医療といった範囲および両者のグレーゾーンも視野に入ること

になる。

岩手県の西和賀町立（旧沢内村立）沢内病院における「生命尊重行政、保健と医療の包括ケア」、一関市立（旧藤沢町立）藤沢病院における「保健・医療・福祉の包括ケアシステム」、島根県の隠岐病院、島前病院の経営における県と町の広域連合立方式は地域医療の優れた先進事例である。これらは先行研究で取り上げられてきたものの、病院の経営面、財政負担面からの分析はきわめて不十分である。本研究はこの両面から3つの事例を中心に実態分析し、過疎地域の医療像、公的病院に対する市町村や都道府県の役割や財政責任、望ましい経営形態、供給体制の条件整備、医療における住民参加のあり方を考察する。この作業は、総務省「公立病院改革ガイドライン」の難点を析出すると考えられる。

## II. 旧沢内村・沢内病院における生命尊重行政と保健・医療の包括ケア

### 1. 1960・70年代の生命行政と沢内方式

貧困、多病多死、豪雪の三重苦の軽減、克服に「生命尊重」を村是にして取り組み、とくに乳児死亡率ゼロの達成において大きな成果を収め、全国に名を轟かせたのが1957年に沢内村長（～65年）に就任した深沢晟雄である。彼が主張する「生命尊重行政」は人間の尊厳や健康（人間発達）さらにくらしを最優先する村づくりを意味し、その土台は憲法に反する人間の格差を認めないことであり、具体的な実践方法として保健を主とし、それに医療・病院等が含まれるような行政（「保健・医療の包括ケア」）があげられる。

深沢村長時代の保健行政の詳細は菊地武雄（1968）、畠山富而（1982）、太田祖電・増田進他（1983）などに委ねるが、その最大の特徴は保健婦（当時）の量と質にあり、前者については人口5千人当たりの数が県内で最多（3～5人）で、後者は多様な訪問事業、指導・相談業務、各種検診の実施、調査研究など老若男女問わず、くらしの見直し（公衆衛生）に関して多岐に及んだ点にある。

これに対して医療費負担の重みから患者が潜在化することを防止し、沢内病院とその医師・看護婦等を心身のセーフティネットにできる保健と医療の一体的システムの柱として、（新）国民健康保険法施行後の1960年から実施されたのが老人医療の窓口負担無料化、すなわち65歳以上の村民に対する国保10割給付であり、61年から60歳に引き下げられ、さらに給付対象に乳児も加えられた。これらの成果として、重症患者や乳児死亡の減少などがあげられる。

1963年に、「村立病院」、国保を扱う「保険課」（健康管理事業も部分的に担う）、「福祉

課」を組織再編して厚生部を創設した。その部長を沢内病院長とし、そのもとに両課に加えて、医療の中心である病院、健康促進と予防を担当する「健康管理課」（副院長が課長を兼務で、保健婦等を課員とし、病院の一室に設置された）を設置し、従来の縦割りではなく、保健・医療・福祉の総合化を図る横割りとした。そして、部長や課長あるいは村長のリーダーシップの下でチームワークが十全に発揮されるのである。

保健行政の民主化と一元化によって、村ぐるみの保健活動を展開した点にも生命行政の特徴がみられるが、この典型は村青連会長、村婦連会長、地域婦人会長、生活改良普及員などからなる教育委員会所管の保健委員会（後の村保健調査会）であり、それを科学的に推進するための原動力となった。そして、「各地区」で住民のなかから各種団体の推薦により選出される保健連絡員（後に保健委員）であり、保健行政・保健婦や保健委員会とのパイプ役になり、社会教育の視点から保健活動や保健政策の普及、浸透も担ったのである。

以上のことから、保健・医療の包括ケアにみるいわば「沢内方式」を列挙すれば、①保健活動における保健婦のリーダーシップ、②老人医療費の窓口負担無料制度、③健康管理課の存在、④保健委員会および保健連絡員であり、これらを通して村長と院長・医師に加えて地域住民との信頼関係が構築され、社会教育の視点から住民自治・参加が充実、強化され、健康と幸福という果実が熟していったのである。

## 2. 1980年代の生命行政とその転機

1970年代以降、いわゆる「福祉元年」（1973年）を経て、保健（健康）・医療・福祉（介護）ニーズが増大する一方で、経済の低成長や医療費の増大を背景に「社会的入院」や「バラまき福祉」といった批判が高まり、1980年代に入って国の行財政構造改革（臨調行革）および医療費抑制政策が進められるなかで、村行政は重大な分岐を迎えることになる。

1970年代・80年代前半には沢内方式によって老人医療費の低水準、老人の高受診率および国保特別会計の黒字傾向という特徴がみられ、そして沢内病院は数ヶ年ごとに黒字と赤字を繰り返す状況であったものの、比較的安定した経営が行われるようになっていた。そして、83年の老人保健法の施行に伴って、国が老人医療費の一部有料化に踏み切った時でも、それに先立って実施された全村的な協議を通してその窓口負担無料制度は死守された。

しかし、1980年代なかば以降、村は国の行財政構造改革や医療費抑制政策の影響を大きく受け、行財政の見直しを迫られる。病院の累積赤字や経営赤字が批判の主たる対象になり、医療縮小・福祉拡大という両者の分離と政策転換、病院の役割としての治療に対する

特化を余儀なくされ、いわば独自のスタイルを放棄し、診療所化も視野に入れた「普通の病院」化が村の「身の丈」とする雰囲気が強くなっていく。

この時期の村長は深沢村政の継承者である太田祖電で、結果的に1994年の5期満了まで無投票当選を繰り返したものの、国の行財政や医療に関する改革（方針）が彼をひどく悩ますことになった。

村として沢内病院が進むべき方向を決め兼ねているなかで、1992年4月には「保健・医療・福祉を考える村民大会」の開催にまで至り、太田村長と増田進院長の対論他が繰り返された。村長は院長と対立的な議論を展開したが、増田がこれまでの諸成果をあげ、保健医療の全体の収支（プラスマイナス）を重視する必要性を主張したので、決着とまでいかず、村としてのスタンスがはっきりしないまま、病院経営が続けられる。

この時期、沢内病院にとって経営感覚を高める必要があることは問題提起として重要な意味があったと言えよう。しかし、仮に立場上やむを得なかったにせよ、村長サイドと病院サイドに生まれた溝の代償は大きく、1992年の太田の村長交替、次いで99年の増田の65歳定年退職（特例による定年引き上げ）を経て、それが顕著にあらわれることになる。

### 3. 1990年代以降の生命行財政の動向

1990年代以降、国主導の相次ぐ医療制度改革、医師不足や患者数減などの影響により、沢内病院の経営における様々な対策による効果むなしく、累積欠損金の増加が顕著になり、地域経済の停滞、村財政一般会計の悪化なども相俟って生命行政が問い直されることが多くなった。そして、いわゆる「平成の大合併」のさなかの2003年に湯田町と沢内村は合併に向けて本格的に動き始め、沢内方式が実質的に変質していくことになる。最初に、80年代なかば以降の病院の経営状況を整理しておく。

#### （1）沢内病院の経営状況

沢内村歳入歳出決算書等を用いて沢内病院の経営状況を分析すると、最大の特徴は累積欠損金で、1986年度57百万円から2000年度409百万円まで増大し、04年度でも369百万円となっている点である。次いで、86年度から04年度まで収益的収入（393百万円、781百万円）は2倍になっているのに対して、医業収益（352百万円、633百万円）およびそのうちの外来収益（229百万円、384百万円）は2倍に遠く届かず、その代わりに医業外収益における他会計補助金（22百万円、134百万円）が2倍をはるかに超え大幅に増加している。

村一般会計から病院会計に対する繰出金は収益的収入分に資本的収入分もあわせると、



1986年度から89年度まで41百万円前後で推移し、90年度72百万円、91～97年度101～144百万円、98～2002年度172～236百万円（01年度最高）、03年度154百万円、04年度166百万円で、04年度はいわゆる「三位一体改革」の影響を大きく受けた。

患者数は1986年度5.7万人から91年度6.2万人まで増減するが、92年度の6.0万人以降は96年度6.9万人（最高）まで増大し続ける。96年度には1日平均患者数も231人で最高となり、それまで医科外来（163人）はおおよそ一貫して増加してきた。病院サイドでは内科担当医師の96年度2人（97年度3人）への増員および同年度の全身用CT、超音波診断装置（97年度X線テレビ装置更新）などの医療器械整備の効果が大きかったと評価されている。

患者数は1997・98年度に比較的安定したものの、その後急減し、99・01・02・03年度は5.3万人前後になり、00年度は4.7万人（1日平均185人うち入院20人（対40床））で危機的な状況に直面した。そして04年度以降ほぼ一貫して減少し、08年度3.6万人（同131人）で、とくに医科外来の落ち込みが激しい。こうした患者数減に加えて診療報酬のマイナス改定や長期投薬の推進などを鑑みれば、後述のように、患者1人1日当り診療収入の維持に関してはかなり徹底した対策が講じられていることになる。

患者1人1日当りの診療収入は1986年度2.0万円まで増大したが、87～91年度は1.9万円程度で推移し、92年度に上昇したものの、95年度まで2.1万円程度で変わらず、96年度に2.9万円となってからは01年度の3.9万円まで増大し、入院、医科外来、歯科外来のいずれも増となる。02～05年度は3.9万円程度、06年度は3.6万円程度で、医科外来の増加と違い、他2つは横ばいないし微減である。収入方法が問われるにしても、最悪の状況は回避されてきたのである。

主な財務指標をみると、経常収支比率は1995・96・97・01・02・03年度に100%を超えた一方で、89・00年度は90%を割っており、医業収支比率も93・94・99・00年度に70%台になり、きわめて深刻な状況となっている。病床利用率は増減が激しく、86～92年度61.6～78.2%、93～99年度60.5～86.1%、00年度48.7%、01～05年度56.0～66.6%で、00年度の落ち込みが目立つ。00年度はありとあらゆる指標が悪化しており、この主な要因として常勤医師が一時（12月）ゼロになり、診療応援も334名（延べ数）に達し、病院の大幅な機能低下が生じたことによる。

以上のように、2005年11月の町村合併までの経営状況を分析したうえで、同規模の病院と比較すると、患者数のうち医科外来の減少は大きな問題であるものの、累積欠損金の

規模も含めて経営状況は必ずしもトータルとして悪いとは言えない（『地方公営企業年鑑』における岩手県雫石町立雫石病院、同金ヶ崎町立金ヶ崎病院他との比較）。多くの病院が赤字続きのなか、95～97年度および01～03年度は黒字である。また、財務指標や患者数にみるように、00年度は多くの数値が悪化しているが、これは主として常勤医師が一時ゼロになったためであり、その理由は明瞭で、病院だけの責任ではなかった。

こうした点が十分に明らかにされない、あるいは重視されないまま、とくに累積欠損金の増大や時々赤字（損失）に対する批判が急速に高まり、沢内方式にメスが入っていく。

## （２） 沢内方式の変質

沢内方式は、病院の累積欠損金の増大を中心とした批判が高まるなかで徐々に変質していく。この点をフォローすると、1980年代なかば以前に対象を限定し、かつ積極的な評価だけを与えてきた先行研究の不十分さが顕著になる。

第一に、健康管理課の解体である。1999年度に庁内機構改革により健康管理課（増田の課長職は60歳時に解任）、住民福祉課、税務課の3課が保健福祉課と住民生活課の2課に編成され、保健婦、歯科衛生士、栄養士が役場内に移動し、一時代の終焉を迎えた。

第二に、老人医療費の窓口負担無料制度は湯田町との合併による西和賀町の誕生を機に終焉し、患者一部負担が導入された。両システムを主な要因として高い病院受診率と低い老人医療費が長きにわたってみられたが、今では顕著にみられない。

第三に、保健婦のリーダーシップの喪失である。保健婦の業務では自主的に各地区・家庭を訪問し、潜在的ニーズを見つけるようなことは激減し、他方で、担当課や外部組織等への橋渡しとなるコーディネーターとしての性格が強まり、とくに合併後に事務職も実質的に兼ねるようになっていく。

第四に、1990年代なかば以降、村長、医師、住民等が生命行政や病院経営の状況やあり方を巡って、かつてみられたように、地域ぐるみで対話（討論）の機会を持ち、それを深めようとしなかったことは医師不足や患者減少などに大きく影響し、根本的な問題であったと言わざるを得ない。

第五に、村保健調査会の活動、保健委員にみる住民参加である。前者は依然として町の政策決定に影響力を持っているものの、自発的な調査、審議等はほとんどみられなくなり、それらの範囲も保健、医療、福祉の縦割りのごとく縮小する一方で、保健委員（現在45名、報酬制）に関して活動量は縮減したものの、現在では精神疾患、虐待、孤独死、アル中などの問題も深刻になっており、存在意義は高いままである。

### (3) 生命行政の理念と住民主体の包括ケアの継承

沢内方式は変質したものの、合併後に NPO 法人「深沢晟雄の会」と同「輝け『いのち』ネットワーク」が設立され、生命行政の理念の継承や生命尊重のむらづくりに積極的に取り組んでいる。その理念継承は度々危機に直面しながらも絶えることなく、近年、現代的なかたちで高まる潜在性がある。また、両 NPO 法人の活動では高齢者福祉（介護）に限らず、児童・障がい者福祉組織との連携も強化され、幅の広がりを見ることができている。

両 NPO 法人を典型として、これまで見られなかったタイプの住民主体の組織が旧町村間および旧村民間の橋渡し役となり、生命行政の原点に立ち返り、保健、医療、福祉を貫く視点である社会教育（生涯学習）や青少年教育を重視しながら、地域ぐるみで現代的な生命行政を問い直し、町の政策決定にも大きな影響を及ぼす可能性を見出すことができ、持続可能なまちづくりおよび町行財政にとっても不可欠であると考えられる。

生命行政や深沢村政を取り上げた映画が最近全国的に上映されたが、町内に限らず、全国へのメッセージとなったとすれば、政策理念や住民意識など様々な点で多くを摂取しながら、各地域・自治体に合ったやり方で実践に移されることが望まれよう。本稿のように歴史的考察を踏まえると、事態はそれほど単純ではないが、青少年教育から社会人教育まで幅広いシステムの構築と実践が生命行政の展開の一般化にとって大きな分岐になる。住民主体という意味では「教育」ではなく「共育（互いに育つ）」であるべきかもしれない。

健康管理課の復活は当面の課題として現実的でないとしても、現在、沢内病院および病院内にある包括支援センターに保健師（正規）が結果的に減員でなく増員の形で配置されている。近年の法制度改正に対応する性格が強いとは言え、保健師のあり方を見直す素材を提供している。かつての沢内村のように医師に近い社会的地位の賦与、事務に忙殺される労働環境（「高度資格職の雑用化」）の改善、高度な企画立案や総合調整・評価の業務増大に伴う給与ベースアップも併せて検討されるべきであろう。

## III. 旧藤沢町・藤沢町民病院における保健・医療・福祉の包括ケアシステム

### 1. 藤沢町民病院開設の経緯と住民自治・参加

藤沢町（2011 年の合併により一関市となる）における地域医療は、全国の「医療・福祉の先進地」と言われる自治体が医師と行政のタイアップで業績を残しているのに対し、行政と医療スタッフに住民が加わり、しかも地域包括ケアシステムでは住民が主役を務めている点で優れている<sup>3)</sup>。しかし、住民自治・参加の到達点を象徴する 1993 年の町立藤沢町

民病院（54床）の開設に至るまで苦難の連続であった。岩手県医療局（1981、2000）や藤沢町史（1984）などから以下のように整理することができる。

- ・1935年に藤沢町（1955～2011年の藤沢町は藤沢町、八沢村、黄海村、大津保村の一部の合併により誕生）に購販利組合東山病院の出張診療所が開設されたが、しばらくして廃止された。

- ・黄海村には日本医療団が戦中に開設した黄海診療所（38年開設の旧村立診療所）があり、国保連経営などを経て県立診療所となり、51年には県立千厩地方病院附属診療所となった。

- ・旧町村立診療所として、36年に大津保（保呂羽）、38年に黄海、55年に八沢の各診療所が開設された。

- ・岩手県は当地方の地理的な悪条件などを考慮して、51年に千厩地方病院の県立東山病院との合併による廃止と同時期に、藤沢町に県立藤沢病院を開設した。

- ・藤沢病院の開設にあたって、八沢村に国保直営診療所があり、大津保村（大籠集落）に地区住民から絶対の信頼を得ている佐藤医院（～85年）が開業しており、病院の経営にとって困難が予想されていた。

- ・56年に地元住民（旧村民）の要望から、黄海診療所を地元に移管することになり、附属診療所は廃止され町国保直営診療所となった。

- ・68年に藤沢病院は千厩病院（旧東山病院）の整備充実に伴って、廃止と決定され、その附属診療所となった。

- ・藤沢町（合併後）における黄海、八沢、保呂羽、千厩病院附属診療所から町に移管された藤沢の4つの診療所は徐々に減少し、藤沢（19床）と黄海の2診療所だけとなり、これらは藤沢町民病院の開設とともに廃止となった（開業医ゼロ）。

病院に恵まれない地域医療にみる「暮らし」の不安あるいは貧困は1971年に助役（～79年）、79年に町長（～2006年）に就任した佐藤守の若きリーダーシップ、とりわけ住民自治・参加の強化によって克服されていく。彼は町民のもとへ出向き、町民との「対話」（各地区での町政座談会他）さらに住民の意識改革すなわち「行政依存、ボス支配の脱却」（社会教育の推進、全地区における自治会の創設および地域ミニ計画の策定）、そして町職員の意識改革すなわち「住民に目を向けた行政の推進」を徹底することから始める。そして、後に広島県御調町の公立みつぎ病院をモデルに地域包括ケアを目指し<sup>4)</sup>、1982年に藤沢診療所と特別養護老人ホームを隣接させ、福祉医療センターとしたが、住民の6、7割以上が

町外でいわば「最期」を迎える状況に変わりなく、町立病院の開設にシフトしていく。

佐藤町長から病院長として着任の要請を受けた佐藤元美（2005年から国保藤沢町民病院事業管理者）は自治医科大学監修（2009）で、「町としては、新しい病院の役割として高齢者の慢性疾患の診療を中心として、施設や在宅の医療を支えてほしいという考えがあった。しかし、国の政策は全国の病院のベッド数を削減して、入院期間を短縮して、入院医療は急性期医療を中心とする方向に大きく転換し始めていた。急性期の入院医療を担わなければ、経営的には病院は維持できない時代になっていた。そこで急性期の患者を積極的に受け入れ、診断し、治療する病院となることを決意した。」と回想する<sup>5)</sup>。そして、現行の医療システムの様々な制約の下で、小規模病院がゆえに住民・患者とのいわば「近い距離感」を重視し、急性期にも対応できるある程度の医療水準を備えることに拘ることになる。

## 2. 保健・医療・福祉の包括ケアシステムと住民自治・参加

藤沢町民病院は1993年の開院以来、ほぼ一貫して黒字経営であり、また佐藤院長の母校である自治医科大学からの医師派遣等の支援体制も構築され、2005年度から町民病院、老人保健施設ふじさわ（96年開設、入所60床他）、訪問看護ステーション（99年開設）、特養光栄荘（本館82年、新館00年の開設、定員・長期87名、短期15名）、デイサービスセンター（87年開設、定員30名）、居宅介護支援事業所（00年開設）、グループホームやまばと（03年開設、定員9名）の7事業を病院事業として一括し、地方公営企業法の全部適用で「統合型」経営を行っている。

これら7施設と保健センター等を総称する「福祉医療センター」の経営に関しては、1982年に「福祉医療センター推進会議」（センター職員会議）が設置され、施設間のそれをコーディネートする場になっている。各施設に加えて、町役場、町保健センターは互いに隣接し、外科長が老健と特養を実質的に管理しており、施設間で看護師や介護職員の定期異動もあり、研究会も合同で実施しており、とりわけ医療と福祉の連携は特筆に値する。

毎週、サービス事業所連絡会議が開催され、施設間・職員間の患者・利用者の状況やスケジュール確認などに関するいわば「情報コスト」の効率化が図られており、「統合型」経営のメリットになっている。包括ケアの住民レベルにおける医療面の成果として、国保被保険者1人当たりの療養諸費（一般+退職）、保険料のいずれも全国平均、岩手県平均を大きく下回り、例えば2006年度で229,500円、58,014円であることがあげられる。

1997年には福祉医療センター全体の経営をいわば住民目線で行っていくために、「福祉



医療センター運営推進委員会」が設置され、自治会や主要団体、センターの入所者や利用者およびその家族などから推薦された委員から構成されている。このように町内で医療や福祉はとりわけ高齢者にとって「くらし」のなかで区分なく供給される体制が整備され、多様な組織を含め住民どうしの参加や協力などによって支えられているのが実情である。

保健・医療・介護（福祉）の包括ケアにおいて、藤沢町民病院では対象患者が120人に及ぶ訪問診療、患者に対する総合診療（全身診療）や患者に寄り添う健康増進外来（糖尿病）、さらにナイトスクールや研修医報告会（住民に開かれた「オープン型」）、医学生らを対象にする地域医療セミナーなどにみる患者密着型の医療供給や住民参加型の医師育成も今や全国的に有名である。また、施設内の学習会には住民の参加も可能にしている。

あるシンポジウムにおける佐藤の講演では<sup>6)</sup>、例えば、住民のもとに向いて、互いに地域医療・介護について語り合うナイトスクールの成果として、①無診察投薬の要求の激減、②待ち時間のクレーム減少、③住民からの寄付増大、④患者のモラルアップ、⑤未収金の減少、⑥住民の予防意欲の向上があげられている。他方、病院・医師の役割として、患者の視点を重視すれば、「町民病院では1次医療しか行わないので、それ以外は他の病院に行ってください」とは言えない、つまり患者が判断しにくい「1次」「2次」の区別は望ましくないことを述べていた。

こうした実践から構想されるのが、県立、市町村立の壁を取っ払って広域エリアで連合体方式により養成・育成する「おらが」総合医である。また自らが中心となって「いわてイーハトーブ総合診療医育成プログラム」（県）を担っている。これらの医師像を具体化すると、急性期、慢性期の区別なく、内科系を中心に広範にわたる症状を診て、軽微な手術であれば積極的に実施し、救急時を含めトリアージ（症度判定）も行う。他方、一時的な入院にも全般的に対応できるという意味で、佐藤が嫌う表現を用いると、結果的に「1.5～2.0次医療」までを担う、専門医とは明確に異なる医師＝総合医ということになる。

ナイトスクールや歓迎会・懇談会、各種イベントを通じた交流など医師・研修医と住民のつなぎ役の住民組織として、2008年創設の「藤沢町民病院を支える会」があげられる。最大の目的は常勤医師の（新規）着任や長期勤務であり、そのために少しでも労働環境の整備や地域社会との交流をサポートしたいということで、多様な職種からなる約20人のメンバーが不定期に活動している。現段階ではいわば敷居の低い組織を重視しており、会費を決めて徴収しているわけではなく、規約も緩い内容になっている。

包括ケアシステムの一端を担うNPO法人藤沢町ボランティアセンター（1999年～）は93



年に福祉公社でスタートしたが、訪問介護・入浴、生活相談等を実施している。その経営に関わる議決機関である評議員会は町内 43 自治会から推薦を受けた評議員から構成されており、また町内全世帯を対象とする一般会員がサポーターとなり、世帯ごとに会費も納める。さらに地域福祉活動を推進するために、各自治会から推薦を受けた住民に地域福祉活動推進員を委嘱し、出身地区で様々な活動が行われている。

社会福祉法人ふじの実会は知的障害者更生施設ふじの実学園、通所授産施設ワークジョイふじの実会を運営しているが、その運営に関しては町内各自治会からの代表者で構成する評議員会が設置されており、また、ふじの実学園等を支援する組織として、同名の「ふじの実会」が結成され、町内全世帯を対象とする会員によって構成され、会費も納められ、様々な形で活動している。

社会福祉協議会は地域福祉活動支援、敬老会受託事業、共同募金運動などを担っているが、その運営に関しても評議員会が設置されており、各自治会から推薦された評議員から構成される。なお、医療、福祉に対して、保健に関しては、同様のやり方で町から保健推進員および食生活改善推進員が 1 名ずつ委嘱されている。町の健康づくり事業をサポーターとして実践、支援するボランティア組織である「やっぺし隊」の存在まであげると、住民参加の重層的な構造をさらに知ることができよう。

藤沢町民病院等の事例を整理すると、農村・過疎地域における医療・病院や医師・院長のあり方、住民（患者）と医師の関係の点で、それより病床数の少ない小規模病院や有床診療所にも重要な示唆を与えている。

### 3. 「統合型」経営の構造—町民病院を中心に—

「統合型」経営と呼ぶことができる「国民健康保険藤沢町民病院事業」の財政・経営的な特徴は以下のとおりである。

第一に、統合事業全体として黒字が継続されている。2006 年度から 10 年度までの 5 ヶ年度（収益的収支）を順にみると、事業収入 2,032 百万円、2,043 百万円、2,044 百万円、2,152 百万円、2,237 百万円、事業費用 2,013 百万円、1,964 百万円、1,984 百万円、2,027 百万円、2,188 百万円、経常利益 19 百万円、80 百万円、60 百万円、125 百万円、49 百万円、経常収支比率 101.0%（05 年度 105.1%）、104.0%、103.0%、106.5%、102.2%である。09 年度決算では資本的収支も合わせて黒字が 131 百万円に及んだ。センター事務局長は黒字の主たる要因として徹底したコスト削減や中長期経営計画の実践をあげている。

統合事業全体の職員数は2005年度末198人(うち常勤・非常勤の嘱託・臨時職員99人)、06年度末201人(104人)うち病院71人、07年度末199人(111人)うち病院68人、08年度末205人(118人)うち病院68人、09年度末212人(128人)うち病院77人、10年度末216人(132人)うち病院78人であるが、常勤医師が平均5人程度で、厳しい労働環境であるものの、同規模の病院のなかで高水準である一方で、全職員のうち嘱託・臨時職員が半数以上に及び、その70%程度を介護職員が占め、人件費も低く抑えられている。

第二に、町民病院の経営は医業収支ベースで赤字(2006年度、08年度、10年度)がみられるものの、その規模はわずかである。

2006年度から10年度までの5ヶ年度を順にみると、医業収益の1,100百万円(入院400百万円、外来642百万円)、1,095百万円(422百万円、614百万円)、1,082百万円(406百万円、614百万円)、1,160百万円(428百万円、656百万円)、1,228百万円(474百万円、681百万円)に対して、医業費用は1,123百万円(給与費482百万円、材料費353百万円、経費173百万円)、1,087百万円(472百万円、340百万円、181百万円)、1,084百万円(488百万円、342百万円、176百万円)、1,111百万円(518百万円、361百万円、153百万円)、1,254百万円(574百万円、452百万円、142百万円)である。

主な財務指標も含めて総合的に分析すると、2009年度が最も優れており、例えば経常利益68百万円、経常収支比率105.8%(全国平均97.3%、類似平均98.2%)、医業収支比率104.4%(89.5%、83.3%)である。同年度の職員給与費比率(対医業収益)は44.7%(05~08年度44.0~47.9%)で、全国平均55.0%、類似平均63.1%に比して格段に低い。なお、他会計からの繰入れ状況をみると、基準額159百万円に対して実繰入額も159百万円で同水準である。

医療供給(体制)に関しては、土曜日午前の外来、平日午後の外来、「禁煙専門外来」の設置、後発薬品や診療予約制の導入、町外への患者送迎バス運行、薬品購入方法の見直しなど様々な対策が講じられている。また医事会計、検体・検査、清掃・給食、患者輸送、リネンなどの業務は民間委託とし、さらに専門職以外に臨時的任用職員を配置し、人件費の抑制を進めている。正規職員(専門職を含む)の給与は目立って低いわけではないので、臨時職員を含め人的資源の活用の工夫にポイントがあると考えられる。

藤沢町民病院の患者数は2005年度から10年度までで、入院16,406人(1日平均45.0人)、15,799人(43.3人)、16,635人(45.5人)、16,645人(45.6人)、16,501人(45.2人)、17,896人(49.1人)、外来47,690人(診療実日数ベース1日平均162.4人)、46,974

人(160.0人)、42,646人(145.2人)、40,981人(139.9人)、38,454人(131.4人)、40,255人(137.0人)である。病床利用率は05～09年度80.2～84.4%で良好であり、在院日数は09年度15.5日まで短縮している。

患者1人1日当たりの診療収入は2005年度から10年度までで、入院28,544円、25,335円、25,365円、24,367円、25,931円、26,506円、外来14,015円、13,663円、14,399円、14,985円、17,052円、16,913円である。他の多くの病院と類似して、外来患者数の減少をカバーするために、診療報酬のマイナス改定の影響を受けながらも診療単価のアップが徹底されている。

以上のように、町民病院の経営データをみると、他の病院への一般化の点で、経営形態として「統合型」がベストか、さらに「統合型」により黒字が可能かといった狭い議論に陥るかもしれないが、包括ケアシステムにとってそれは単なる手段であって、農村・過疎地域医療においては住民自治・参加によって支えられるそれが最優先の課題であると言えるのではないだろうか。

#### IV. 公立病院維持と地方自治体の役割・責務—隠岐広域連合立隠岐病院を事例に—<sup>7)</sup>

本節では地域医療の供給体制について、島根県隠岐の島町に立地する隠岐病院を事例に、都道府県の役割に着目して論じる。一般に地方自治体が運営する公立病院という場合、市町村と都道府県の間で一定の役割分担がされている。すなわち、過疎地などにおいて、地域に根ざした医療を念頭に置いた場合、市町村立病院が担っていることが多く、一方、都道府県立病院は、高次救急や精神病棟などの不採算・高度特殊医療の提供や、医師派遣などを担う中核病院(県立中央病院など)といった役割を担っているというのが一般的である。

これに対して、本節で事例として扱う隠岐病院は、広域連合立という形態<sup>8)</sup>で島根県が地域の病院運営に関与し、隠岐の島町とともに地域医療の提供に責任を負っているという独自性を持つ。

このような県と市町村が融合的・重層的に公立病院維持に向けて取り組んでいる隠岐広域連合の財政的仕組みを分析し、その特色と意義を以下では明らかにする。これにより、これまではもっぱら市町村立病院が担うことが前提とされている地域医療の提供、特に条件不利地域における地域医療の提供について、都道府県が果たすべき役割を析出し、さらにこれを敷衍し国、都道府県、基礎自治体といった各公共部門の役割を明らかにする。

## 1. 隠岐広域連合立隠岐病院―県による関与の実態と意義―

### (1) 隠岐地域の概要と広域連合の設立過程

隠岐は島根半島から北東の日本海に浮かぶ群島で4つの有人島と180余りの小島からなり、隠岐病院が立地する島後は隠岐郡島の中でも最大の島である。隠岐圏域の医療体制<sup>9)</sup>としては、2つの自治体病院（隠岐島前病院と隠岐病院）と24の一般診療所が存在している。対病床数でみるならば、10万人対の病院病床は島根県1597.2で、隠岐が812.5、診療所では島根県が146.2、隠岐が25.3となっており、隠岐の病床数は県内のどの二次医療圏<sup>10)</sup>よりも低いことがわかる。

2005年の島根県患者調査の結果によれば、病院入院における自圏域内完結率<sup>11)</sup>は54.9%となっており、これをさらに島後でみると、島後（隠岐の島町）の住民が隠岐病院へ入院する割合は64.1%となっている。自圏域内完結率は県内で最も低い。こうした低い自圏域内完結率を高めることで患者が本土へ入院するといった負担を軽減していくため、診療科目を一定程度そろえ、フルセット型の総合病院が維持されることが求められた。こうした体制を整備・維持するためには、町村だけでなく、県が関与していくことが不可欠であり、広域連合の体制が組まれたのである<sup>12)</sup>。

### (2) 隠岐病院の概要

隠岐病院は、厚生労働省より救急告示病院、へき地医療拠点病院、第2次救急医療病院群輪番制病院、島根県からは災害拠点病院などの指定を受けて運営されている中核病院である。1958年に当時の日本医療団隠岐診療所を譲り受け、西郷町外七町村立隠岐病院として、内科、小児科、外科の3科目21床で始まった。2010年4月の時点で134床、診療科目は14科、常勤医師は16人（2005年20名）、医師の確保については、ほとんどが島根大学や島根県医療対策課（県立病院）からの派遣となっている。

病院の運営状況は、2001年度から赤字収支となっており、医業収支比率は80%前後で推移している。09年度の病院事業収益は22億9,409万円（医業収益18億2,691万円）であり、医業費用は23億8,275万円であった。医業収益においては患者数の減少や外来診療単価の減少、医師不足による診療件数の減少が医業収益を圧迫しているものと考えられる。一方で、医業費用においては精神科棟や小児科・耳鼻科など採算性のとれない診療科を抱えていることが影響していると考えられる。それでも医薬分業による材料費の抑制、給与費や経費の抑制など隠岐病院独自の経営努力によって、医業損失は横ばいとなっている。

### (3) 病院事業会計への繰出実態

次に、隠岐病院への繰出金を分析しよう。表 3-1 は隠岐病院への繰出金一覧の経年である。既に述べたように、県が広域連合を通じて経営に参加しているため、繰出金の負担者は、隠岐の島町と島根県である。病院会計の総収入に占める繰出金の割合に注目してみると、20%前後であり、最も低下していた時期でさえ 16%と、全国的な繰出金割合（13%前後）と比べるとその依存度が高いことが分かる。

さらにその繰出金の財源となる交付税措置額であるが、全国的に見れば 55%程度が保障されているのに対し、隠岐病院の場合、実際の繰出額のせいぜい 4 割弱の交付税措置しかされていないことがわかる（D/C）。全国平均から見ても、極めて重い繰出金負担が自治体の肩にのしかかってしまうということが見て取れよう。以上のように、条件不利地域における医療提供とその維持のためには、他地域の公立病院に比べて、地元自治体による極めて重い財政負担が生じている。

こうした地元自治体の負担は通常、地元の市町村のみが負担することになるのであるが、隠岐病院の場合は、広域連合という形態によって、県もその財政負担を負う。実際にどのようなルールのもとで県は財政支援を行っているのであろうか。この県財政支援を示すのが表 3-1 中の 3 条<sup>13)</sup> 負担金である。隠岐広域連合は設立以降、「隠岐医療財政支援事業費」（表 3-1 の「島根県財政支援」のこと、以下、県財政支援という）という県からの財政支援のルールを決定しルール化している。県財政支援の算定は、以下のように示すことができる。以下、少し詳細に検討しよう。県財政支援の算定は、以下のように示すことができる。

$$\begin{aligned} \text{県財政支援} &= (\text{隠岐病院の医業費用（経常）} - \text{医業収入（経常）} - \text{交付税措置}) \times 1/3 \\ &= (\text{隠岐病院における医業収支上の赤字（経常部分）} - \text{交付税措置}) \times 1/3 \end{aligned}$$

つまりこの決定方式は、投資的経費分は除き、隠岐病院が医療を提供したことで発生した経常赤字部分から、中央政府が措置した地方交付税額を除き、その 1/3 を島根県が支援する、ということを意味する。県は財政支援に際して、病院の経常収支（赤字）と交付税措置額の二つの要素を考慮している。ここで、医療事業で発生した赤字を一定と仮定した場合、交付税措置額が減少（増大）すると県財政支援は増大（減少）する。つまり、中央政府による交付税措置が不十分な場合は、県財政がそれを補うという役割が見えてくる。たとえば、2009 および 2010 年の県財政支援が急激に低下したのは、交付税措置額が大幅に回復したためである。

次に、隠岐の島町からの繰出基準および額の決定についてみてみよう。隠岐の島町は総



務省の基準に基づいた繰出とともに、広域連合内の意思決定に基づき（実質的には町と県および病院との折衝・協議の上）、投資的経費や医師研修費などにおいて独自の、基準外での繰出を行っている。ここで注目すべきは、表 3-1 における 2009 年度からの「不採算地区病院支援」という繰出項目の新設である<sup>14)</sup>。この項目は、中央政府によって不採算地区病院・病床割の単位費用が引き上げられ、特別地方交付税による措置額が大幅に増額されたことを受けて新設された。この繰出項目の新設をめぐっては、県側によって提起され、広域連合内における（県・町・病院間の）折衝・協議が重ねられた上で実現されたのである。

こうした経過に見られるように、広域連合制度のなかで、隠岐の島町から隠岐病院への繰出について、交付税措置の強化に相応分の繰出の増額が意思決定された。隠岐の島町にとっては、広域連合内の県・町・病院との間の折衝・協議、意思決定において、交付税措置額以上の繰出を常に促されるというシステムとなっているのである。

以上、3 条関係（経常経費）にかんする県財政支援と広域連合における繰出に関する意思決定プロセスを見てきた。ここでみたように、県は、広域連合の意思決定において、隠岐の島町による交付税措置額以上の繰出を促しつつ、交付税措置額が低下し、地元自治体による繰出増が余儀なくされる場合はそれを補完するという役割を果たしているのである。

## 2. 隠岐広域連合にみる公立病院維持に向けた都道府県の役割—その特色と意義—

以上、広域連合立隠岐病院運営の実態について分析してきた。広域連合立病院という設立形態の独自性とそれによる県の財政措置の意義はどのようなものか。この事例からどのような政策的示唆を引き出せるであろうか。

### （1） 隠岐広域連合による地域医療の提供に向けた取り組みの特色と意義

公立病院は、医師不足や診療報酬の低下による経営悪化のみならず、不十分な交付税措置によって、地方自治体の「持ち出し」による多額の繰出を余儀なくされてきた。とくにこうした「持ち出し」負担は、隠岐病院でみたように、条件不利地域の公立病院に集中した。こうした事態に対して隠岐病院においては、県財政支援が導入され、県と市町村（ここでは島根県と隠岐の島町）が、病院の運営とそれに伴い不可避免的に発生する赤字のための財政負担を互いに分担し合うという財政関係を取り結んでいた。この中で県は、中央政府が（地方交付税措置の後退により）十分に果たしえなかった財源保障機能を代替的に担ったのである。

表3-1 隠岐病院への繰出金一覧

(単位:千円)

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
収益的収入総額(A)	2,940,463	2,726,543	2,644,468	2,809,461	2,468,611	2,369,305	2,266,958	2,320,455	2,254,119	2,288,827	2,486,721
資本的収入総額(B)	264,026	270,894	243,656	223,479	318,774	234,062	140,649	148,802	108,919	218,047	1,675,927
企業償還元金	120,913	136,410	155,990	136,634	122,452	104,498	71,337	55,101	48,688	50,670	36,349
企業償還利息	37,271	42,700	27,913	22,432	17,341	13,486	9,576	8,264	7,765	15,907	19,222
建設改良に要する経費	2,335	961	1,882	194	995	522	460	28	28	80,966	292,117
4条 新病院建設に要する経費	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3条 精神病院の運営に要する経費	99,210	105,741	105,370	137,948	132,965	136,482	112,033	125,156	126,613	131,542	129,933
3条 リハビリテーション医療に要する経費	0	0	13,993	12,722	16,291	12,818	15,623	13,866	6,950	7,905	6,999
4条 看護師養成要請に要する経費(修学資金)	9,000	8,100	6,600	8,400	8,400	5,400	4,300	3,850	0	290	530
4条 医師養成に要する経費(修学資金)	0	0	0	0	0	0	0	0	1,200	2,400	3,600
3条 救急医療の確保に要する経費	45,128	50,063	41,330	66,958	55,125	92,504	83,078	93,087	103,903	110,210	118,467
3条 高度医療に要する経費	16,497	16,497	22,843	22,844	22,844	16,844	11,293	7,860	7,235	5,313	12,407
3条 経営基盤強化対策経費	128,437	126,724	3,159	19,035	52,799	56,981	50,638	50,624	38,664	37,818	41,424
3条 その他*1	91,388	94,084	17,484	14,378	18,135	19,092	24,280	21,081	32,240	32,474	33,791
3条 病院整備積立金	0	0	0	5,500	5,483	0	0	0	0	0	0
3条 赤字補てん	68,199	23,293	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3条 島根県財政支援	79,114	62,316	62,252	41,887	39,331	98,156	57,715	60,469	58,302	29,493	4,886
3条 不採算地区病院支援*2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3条計(負担金)	565,244	521,418	294,344	338,204	354,831	446,363	364,236	380,407	381,672	411,010	411,087
うち島根県負担分(3条県財政支援・再掲)	79,114	62,316	62,252	41,887	39,331	98,156	57,715	60,469	58,302	29,493	4,886
4条計(出資金)	123,248	137,371	157,872	142,328	128,930	105,020	71,797	55,129	48,716	66,577	55,571
うち島根県負担分*3	0	9,422	18,560	21,494	23,487	16,373	21,857	22,135	24,815	29,543	20,704
4条計(修学資金)	9,000	8,100	6,600	8,400	8,400	5,400	4,300	4,350	1,200	2,690	4,130
4条計(新病院)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80,966	292,117
うち島根県負担分										13,776	410
繰出金総計(C)	697,492	666,889	458,816	488,932	492,161	556,783	440,333	439,886	431,588	561,243	762,905
繰入金に占める繰出金の割合(C/(A+B))	21.8%	22.2%	15.9%	16.1%	17.7%	21.4%	18.3%	17.8%	18.3%	22.4%	18.3%
交付税措置額(D)	--	214,440	205,811	184,932	180,809	176,283	172,283	171,782	169,749	301,279	355,478
繰出金への交付税措置率(D/C)	--	32.2%	44.9%	37.8%	36.7%	31.7%	39.1%	39.1%	39.3%	53.7%	46.6%

\*1 3条その他は「基礎年金拠出公的負担経費」(総務省繰出基準内)と「医師確保関係経費」(基準外)をさす。

\*2 2009年度から大幅増額された不採算地区病院への特別地方交付税措置額のうち1/2相当額

\*3 4条計「うち島根県負担分」について、起債償還費利息分を4条として算定している。

\*4 2004年に4町村合併により隠岐の島町となった。したがって2004年以前は4町村の繰出金を合算している。

\*5 --は不明もしくは未確定。

出所: 隠岐広域連合および隠岐病院からの提供資料を改変し筆者作成。

このように中央政府の財源保障機能の不十分性を補いつつ、市町村の財政力および地理的要因によって生じる医療水準の格差を、都道府県財政によって是正するという意義を有している。隠岐広域連合は、県と市町村が融合的・重層的に、公立病院の維持に向けて協力している財政的制度として注目に値する。

また、単に島根県が条件不利地域における公立病院の維持に向けて財政支援を強化していたというだけに止まらず、地域医療の提供と公立病院の維持をめぐって、県と市町村・病院との間における「緊張関係」を見出すことができる。すなわち、隠岐病院に対しては赤字部分の全額ではなく1/3を支援するため、経営効率化のインセンティブが働いており、また、隠岐の島町に対しては交付税措置額以上の繰出しを促す牽制機能を有しているのである。

## (2) 地域医療の提供と質向上に向けた地方自治体の役割分担と機能

以上見てきたことから、地域医療の提供に際して、地方自治体および中央政府においてどのような役割・責任が考えられるのか、試論的に示してみたい。

いうまでもなく、中央政府の役割は大きい。医療保険制度の維持・充実、診療報酬の向上による医療への資源配分（厚労省）、医師不足解消のための養成（文科省）などである。そしてなによりも、地方財政計画や交付税措置による財源保障機能の向上が求められる。本稿で見たように、現状は改善されつつあるとはいえ、条件不利地域における地方交付税措置は実際の繰出額と照らし合わせて十分とはいえない。

次に、都道府県の役割である。昨今の医師不足が病院経営の悪化の大きな要因であることから、一般的には、都道府県による医師の確保と配置の重要性が強調されてきた。紙幅の関係で詳しく紹介できなかったが、島根県も医師養成と確保について強力に取り組んでいる<sup>15)</sup>。県立病院が研修基幹病院となって研修を受け入れるといった医師の教育や養成だけではなく、人員配置についても都道府県が大きな権限を持つことが医師不足解消に向けて必要となっている。都道府県が地域医療計画の策定を担っている点にみられるように、広域的な医師の配置や地域間の医療水準の格差是正といった役割が一般に指摘されている。

こうした役割に加え、本稿で析出したように、地理的な要因や市町村の財政力格差によって生じる医療水準の格差を是正しつつ、中央政府による財源保障機能が後退した際の代替的・補完的な役割を果たすことが、都道府県の役割として期待される（経常経費における財政責任）。また、単に島根県が条件不利地域における公立病院の維持に向けて財政支援を強化していたというだけに止まらず、地域医療の提供と公立病院の維持をめぐって、県

と市町村・病院との間における「緊張関係」を見出すことができる。すなわち県は、隠岐病院に対しては、赤字部分の全額ではなく1/3を支援する点など、極端な赤字もしくは黒字経営にならないよう財務状況をにらみながら繰出について調整しつつ<sup>16)</sup>、経営効率化を促している。また、隠岐の島町に対しては不採算地区病院支援という繰出項目の新設に見たように、広域連合における意思決定において交付税措置額以上の繰出しを促しているのである。

以上述べたように、地域医療の提供や公立病院維持に向けて、都道府県および市町村・病院との間における「協力と緊張関係」がひとつのモデルとして析出される。こうした隠岐広域連合の事例が示す島根県の役割とその先進性は、地域に根ざした県立病院を単純に統廃合するという事態（北海道立病院の市町村への完全移管や岩手県立病院の再編統合など）に対して再検討を迫るものといえよう。

最後に市町村の役割である。本稿では、地方交付税措置を中心に中央政府による財政責任の重要性や都道府県レベルでの財政支援・協力や、市町村レベルでの繰出を促すといった緊張関係の重要性を指摘した。ややもすれば、医療の提供や病院運営は高度な設備や施設を必要とするため、これら財政需要は市町村では担いきれないので、より広域である都道府県レベルが責任を負うべきであると考えがちである。しかしながら、直接的な医療の提供を市町村自身が担う、あるいは市町村が強く関与する意義は依然として大きいと見てよい。財政的支援を前提としつつも、地域医療の提供において市町村がどのような役割を担うべきか、これまでの分析を敷衍しつつ、最後に言及しておこう。

市町村が公立病院運営や地域医療の提供に責任を負うべきであると判断する根拠は、地域医療の質向上の担い手としてふさわしいと考えるからである。

地域医療を念頭に置いた場合、医療の質を大きく左右するのが実は人材の育成と、そのための投資（研修費等）である。それぞれの地域の固有のニーズを明確に把握し、それに対応した地域医療像を示し、適合的な人材の育成へむけて投資を行っていく主体としては、市町村が最もふさわしいといえる。具体的には、「総合医」といった新しい医師モデルに基づいた系統的な育成・研修の場を設定したり、保健婦や介護職（介護福祉士等）と病院とをつなぐ「保健・医療・介護の一体的推進」などといった取り組みがそれである<sup>17)</sup>。

実際に隠岐病院においては、2008年に総務省繰出基準外で医師確保関係費や医師および看護婦（看護師）の招聘に要する経費（就学資金）を繰出し、隠岐圏域の地域医療に適合的な医療像と人材像を明確にしつつ、人材を育成するための支出を行っている<sup>18)</sup>。全国

各地で地域医療の先進事例として挙げられるこのような事例は、市町村が運営する公立病院が多い。したがって、市町村こそが地域ニーズに対応した医療の提供主体として望ましく、質向上を追求する役割と責任を中心になって担うべきであると考えられる。都道府県や中央政府の財政的支援・補完を受けつつ、市町村が病院運営の主体として地域医療を担うことで、地域医療の質向上の可能性が広がるように思われる。

こうした市町村の役割と可能性を十全に発揮させるために、緊張関係を持ちつつも、都道府県や中央政府が徹底して財政条件を整備・充実させていくという方式が、地域医療の提供にとって望ましい姿といえよう。

### まとめ—結論と提案—

本章で考察した岩手県、島根県の地域医療の事例研究から以下のことが明らかになった。

第一に、これらの事例は公的病院を中核とする地域医療の優れた経験であるが、その豊かな内実は、まずもって病院長の優れたリーダーシップ、医師など医療従事者の協力協働システムが構築、維持されていることに基づく。この献身的な労働と取組みを土台として、自治体首長の先見性、議員の理解と協力、病院・診療所と保健・福祉施設及び行政の保健・福祉の各部課との間の連携システムが地域医療を支えるとともに、公的医療機関の経営効率化に大いに寄与している。これらの要素のどの1つが欠けても、地域医療は重大な困難に陥る。

第二に、地域医療の維持と効率化の両立を最大限に追求することである。農村地域の人口減少傾向や経済の低成長は現実の制約条件であり、住民負担や自治体の財政負担に限界があることは不可避である。公的病院・診療所の院長、所長など幹部職員だけでなく、医療従事者全体が地域医療の維持・豊富化と医療機関経営の効率化の両立に取り組んできたといえる。さらに医療関係者と行政の関連部課は、保健福祉施設を含む連携システムの改善、個々の住民、住民団体の参加と協力によって最小の費用による最大の医療効果をあげるよう、一層の創意工夫が求められる。

第三に、地域医療の維持について対等かつ共同の責任を負う都道府県と市町村は、協力的分担関係を改善することである。財政規模の大きい都道府県は地域医療の財源面の責任を強化するとともに、市町村は経営主体が誰であるかにかかわらず、住民に身近な医療提供に関与する責任がある。島根県隠岐モデルの、効率化をビルトインした県の財政負担システムは農村地域医療に対する都道府県の財政負担の在り方として全国的に普及させるこ



とが望ましい。

第四に、農村地域医療の中核的施設である公的な医療機関は住民生活と地域社会を維持する上からも、その縮小、廃止は回避しなければならない。特に公的病院が果している役割を無視して、経営を過度に重視する黒字化至上主義は医療自体、及び地域医療の公共性、非市場的性格の点から誤りである。経営赤字の原因を明確にし、かつそれを踏まえて国、都道府県は必要な財政措置を講じる必要がある。

第五に、岩手県、島根県の事例が鮮鋭に示すように、農村地域の公的病院の経営主体は狭域において市町村、広域では都道府県が望ましいと一義的に規定することはできない。ハード、ソフト両面を有する地域医療において地域的多様性、歴史的事情が決定的に重要な意味を持つからである。都道府県立病院（地方独立行政法人を含む）を11以上有する都道府県は、岩手県の20をはじめ新潟、兵庫、長崎の4県ある。このタイプを含めて、農村地域、過疎地域の公的病院の経営主体として市町村立、県立、市町村と県を含む広域連合、一部事務組合のいずれを選択するかは関係自治体、地域住民にゆだねられる問題である。

---

## 注

1) 例えば、新井光吉（2003）では都市型と農村型の区別が明確にされ、佐久総合病院（若月俊一）、国保沢内病院、京都堀川病院、諏訪中央病院、大和医療福祉センター、公立みつぎ病院などの地域医療における成果が整理されたうえで、国保沢内病院や京都堀川病院の転機や諏訪中央病院にみる地域医療の可能性が展開されており、文献レベルによるフォローが中心であるものの、アプローチの点で非常に興味深い。

2) 自治医科大学監修（2009）

3) 大久保圭二（1998）

4) 尾道市立公立みつぎ総合病院のホームページをみると、地域包括ケアシステムとは「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすものであり、包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、介護・福祉サービスのすべてを含有するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す」と定義づけられている（2011年9月15日閲覧）。

5) 佐藤元美「市町村の事例Part2 岩手県東磐井郡藤沢町」（自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年）

6) 佐藤元美の農村地域医療に対する考えは個別ヒアリングに加えて、筆者が事務局を担った、岩手県立大学総合政策学部主催のシンポジウム「地域医療のネクストステップ—地域・自治体へのメッセージ」（2011年3月5日、いわて県民情報交流センター）における基調講演およびパネル討論で、その一部を拝聴することができた。あるシンポジウムとはこのことである。なお、そこで筆者は「岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割—県立病院等の成果と課題—」と題して特別講演を行った。

7) 本節は、本章の共著者の一人（関耕平）による2011年度日本地方財政学会報告「条件不利地域における公立病院の維持に関する課題と展望」（2011年5月）の一部である。

- 
- 8) 広域連合制度は、一部事務組合よりも柔軟で複合的な広域行政制度として 1995 年に導入されている。
- 9) とくにことわりのない限り、島根県「島根県保健医療計画（隠岐圏域編）」(2008) のデータに基づく。島根県内は計 7 つに分類されており、隠岐圏域は海士町、西ノ島町、知夫村および隠岐の島を範囲としている。
- 10) 通常の入院医療に対応し、健康増進から疾病予防、リハビリテーションなどに至る包括的な医療提供体制の整備を進める圏域のことを指す（医療法第 30 条に規定）。ちなみに、三次医療圏とは県内全域を区域とする専門的な医療を提供できる範囲のことをいう。
- 11) 病院の一般病床及び療養病床に入院した患者のうち圏域内にある病院に入院した患者の割合
- 12) 当時の協議に際しての隠岐広域連合資料「広域連合設立にかかる事前協議について」（1999 年 3 月）には当時 37.9%の完結率を上昇させ、50%を目指すとして書かれている。
- 13) ここで 3 条とは、経常的収入、4 条が投資的収入を意味する用語である。
- 14) 具体的な算定方法は表 3-1 の表注\*2 を参照。
- 15) 木村清志（2009）。赤ひげバンクなどの取り組みは全国から注目を集めている。
- 16) 隠岐広域連合へのヒアリング調査によれば、繰出基準の算定や項目の決定はあくまで可変的であり、常に病院の財務状況をにらみながら、広域連合内で調整・協議しているという。
- 17) この点について先進的な事例として、岩手県の藤沢町民病院の取り組み（保健・医療・福祉一体型の中核としての町民病院）がある（佐藤元美「市町村の事例 Part2 岩手県東磐井郡藤沢町」『地域医療テキスト』医学書院、2009 年）。
- 18) この支出は、2010 年度より、総務省繰出基準に取り入れられ、現在は基準内の繰出しとして、「医師派遣受け入れに対する交付税措置」として位置づけられている（諸橋 2011）。

## 参考文献

- ・岩手県医療局『岩手県立病院 30 年の歩み』岩手県医療局、1981 年
- ・医療局開庁 50 周年記念誌編集企画委員会『「次代への書」心から心へ半世紀—岩手県立病院等事業 50 周年記念誌[本編]・[資料編]—』岩手県医療局、2000 年
- ・大久保圭二『希望のケルン—自治の中に自治を求めた藤沢町の軌跡—』ぎょうせい、1998 年
- ・太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽『沢内村奮戦記—住民の生命を守る村—』あけび書房、1983 年
- ・菊地武雄『自分たちで生命を守った村』岩波書店、1968 年
- ・自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009 年
- ・畠山富而『野の花—岩手の母子保健に生きた人々—』メディサイエンス社、1982 年
- ・新井光吉「高齢社会における地域医療の持つ可能性」（『経済学研究』第 69 巻、第 5・6 号、2003 年 3 月、九州大学）
- ・木村清志「各県の医師確保対策—島根県・島根県の医師確保の概要—」（『病院』第 68 巻第 12 号、2009 年 12 月、医学書院）
- ・諸橋省明「平成 23 年度地方公営企業に関する地方財政措置について」（『地方財政』2011 年 3 月号、地方財務協会）

本章は医療経済研究機構『医療経済研究』に投稿中の論文「過疎地域における公的医療供給に関する実証的研究—岩手県沢内・藤沢両モデルと島根県隠岐モデルの可能性—」を、タイトル変更したものであり、執筆者は「はじめに」内山昭（成美大学副学長）、「Ⅰ．過疎地域医療研究へのアプローチ」同、「Ⅱ．旧沢内村・沢内病院における生命尊重行政と保健・医療の包括

---

ケア」栗田但馬、「Ⅲ．旧藤沢町・藤沢町民病院における保健・医療・福祉の包括ケアシステム」同、「Ⅳ．公立病院維持と地方自治体の役割・責務—隠岐広域連合立隠岐病院を事例に—」関耕平（島根大学法文学部准教授）、「まとめ—結論と提案—」内山昭であり、全体にわたって、橋本貴彦氏（島根大学法文学部准教授）からアドバイスをいただいた。

岩手県における農山村地域の保健・医療・福祉（介護）  
に関する総合的な連携実施事業

【本編】

平成 24 年 3 月 11 日

編集・発行

岩手県立大学総合政策学部

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子 152-52

TEL 019-694-2000

印刷・製本

川口印刷工業株式会社

〒020-0841 岩手県盛岡市羽場 10-1-2

TEL 019-632-2211

本冊子の無断複写はかたくお断りします。