

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—

栗田 但馬*

I 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、農村地域と呼ぶ）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

* 執筆者：栗田但馬
機関/役職：岩手県立大学総合政策学部/准教授
連絡先：岩手県滝沢村滝沢字菓子152-52
E-mail：kuwada@iwate-pu.ac.jp

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。

本論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。

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¹⁾、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。

地域医療の実情や問題を鮮明にするためには、公立・民間医療機関(医師や看護師等)の供給側と地域住民(患者)の需要側の視点だけでは不十分であり、国、県、市町村といった媒体者も加え、各々の関係が重視されなければならない。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にまで目を向ける必要がある。

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。なお、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

表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	一般	計	一般	計	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	685	45	730	685	45	730	685	45	730	685	45	730	685	45	730
	花巻厚生病院(2009年3月まで)	257	257	257	243	14	257	243	14	257	243	14	257	243	14	257	243	14	257
	北上病院(2009年3月まで)	260	260	260	250	10	260	250	10	260	250	10	260	250	10	260	250	10	260
	中部病院(2009年4月から開設)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	胆沢病院	351	351	351	331	20	351	331	20	351	331	20	351	331	20	351	331	20	351
広域基幹 病院	磐井病院	305	315	305	305	10	315	305	10	315	305	10	315	305	10	315	305	10	315
	大船渡病院	479	479	479	370	10	489	370	10	489	370	10	489	370	10	489	370	10	489
	釜石病院	272	272	272	272	—	272	272	—	272	272	—	272	272	—	272	272	—	272
	釜石病院	404	404	404	373	10	4	387	373	10	4	387	373	10	4	387	373	10	4
	宮古病院	354	342	342	295	43	4	342	295	43	4	342	295	43	4	342	295	43	4
	久慈病院	300	300	300	290	10	300	290	10	300	290	10	300	290	10	300	290	10	300
地域基幹 病院	二戸病院	194	194	194	190	4	194	190	4	194	190	4	194	190	4	194	190	4	194
	千厩病院	221	221	221	199	20	221	199	20	221	199	20	221	199	20	221	199	20	221
	遠野病院	210	210	210	135	15	150	135	15	150	135	15	150	135	15	150	135	15	150
地域総合 病院	江刺病院	136	136	136(70)	136(70)	—	136(70)	136(70)	—	136(70)	136(70)	—	136(70)	136(70)	—	136(70)	136(70)	—	136(70)
	高田病院	121	121	121	119	2	121	119	2	121	119	2	121	119	2	121	119	2	121
	大槌病院	135	105	125(72)	60	—	60	60	—	60	60	—	60	60	—	60	60	—	60
	山田病院	374	374	374(326)	97(49)	48	225	4	374(326)	48	48	225	4	374(326)	48	48	225	4	374(326)
	一戸病院	76	60	60	60	—	60	60	—	60	60	—	60	60	—	60	60	—	60
地域病院	沼宮内病院(2011年4月から地域診療センター)	71	71	71	68	—	68	68	—	68	68	—	68	68	—	68	68	—	68
	東和病院	140	124	124	80	41	121	80	41	121	80	41	121	80	41	121	80	41	121
	大東病院	105	105	105	60	45	105	60	45	105	60	45	105	60	45	105	60	45	105
診療所	軽米病院	65	65	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65
	中央病院附属紫波地診療センター(2006年4月から)	52	52	52	52	—	52	52	—	52	52	—	52	52	—	52	52	—	52
	中央病院附属大迫地診療センター(2007年4月から)	75	75	75	75	—	75	75	—	75	75	—	75	75	—	75	75	—	75
	磐井病院附属花巻地診療センター(2006年4月から)	65	65	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65	65	—	65
	大船渡病院附属田子地診療センター(2008年4月から)	45	45	45	45	—	45	45	—	45	45	—	45	45	—	45	45	—	45
精神病院	二戸病院附属九戸地診療センター(2007年4月から)	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

(注) 1. カッコ内の数値は実稼働病床数であるが、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・岩手県医師会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

いがあるのは言うまでもない。

Ⅱ 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²⁾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³⁾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⁴⁾。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、全く見通しが見つからない状況であり、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1,260km²から普代村の70km²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

表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

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みると、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1~5、山田病院の震災後の状況は写真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4のとおり

表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

写真1 震災前の岩手県立高田病院



写真2 震災後の高田病院



写真3 震災前の岩手県立大槌病院



写真4 震災後の大槌病院（その1）



写真5 震災後の大槌病院（その2）



写真6 震災後の岩手県立山田病院



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5は社会福祉施設の被害状況であるが、被害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、

表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

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³⁾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⁴⁾、未曾有の被害であることは明らかである。

Ⅲ 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⁵⁾。

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⁶⁾。

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、通院してもらうことができず、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

写真7 大震災直後から7月までの高田病院の仮設診療所



写真8 2011年7月以降の高田病院の仮設診療所



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。

2. 住田地域診療センター

住田地域診療センター（写真9）⁷⁾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、何をすること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

写真9 岩手県立住田地域診療センター



とに関しても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。

3. 大船渡病院

大船渡病院(写真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。

4. 大東病院

大東病院(写真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

写真10 岩手県立大船渡病院



写真11 岩手県立大東病院



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。例えば、本病院から高田病院まで約23kmで、自動車でも約40分以上を要する距離にある。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、大植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、リハの両機能は停止のままである。

5. 大植病院

大植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、その後大植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12）で診療を行うに至っている。

大植病院（常勤医師3人）は大震災直後、高台にある大植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14、写真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、大植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㎡であるが、高田病院の約半分で、大植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

写真12 大植町の植田医院の仮設診療所



写真13 大震災後の4月から6月までの大植病院の仮設診療所



写真14 2011年6月以降の大槌病院の仮設診療所



写真15 大槌病院の仮設診療所の中



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、人的資源の不足等といった様々な理由により、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。

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・調整機能を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ってしかるべきで、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。

IV 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⁸⁾、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）
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）

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)⁹⁾。

(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¹⁰⁾。

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日現在の常勤医師数は前年より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¹¹⁾。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ると考えられる。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。

本論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、既に部分的に拙論「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—」において展開しており、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詳細に展開していく。

V 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」としたことに關して、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、「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場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,最終的には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.この点に関しては拙論で批判的に展開しているので,それを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はだかっていることは誰の目にも明らかであろう.

VI まとめ—地域協働型病院等経営の課題—

岩手の県立病院等さらに地域医療の復旧,復興に向けて,本稿で県(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明らかにしたが,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経営（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病院の再建についても市町（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) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』(医学書院, 2009) p.2
- 2) 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)
- 3) 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。
- 4) 北海道新聞2011年5月21日付, 岩手日報2011年5月23日付
- 5) 高田病院および大槌病院を中心にした県内の公立病院等の震災から約2ヶ月の救助・復旧に関わる取り組み状況および医療供給(体制)の当面の課題については, 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。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) 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でケアできる態勢を整える。」と記されている。

- 9) 岩手日報2011年5月11日付
- 10) 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
- 11) 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)
- ・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)
- ・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)
- ・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)

