

# 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 ——

栗田 但馬\*

**要 旨** 本稿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。

地域医療の発展にとって、県医療局や県立病院と県民あるいは市町村との信頼関係の構築や対話の積み重ねが歴史的に不可欠であったにもかかわらず、それらが不十分であったことが最大の問題である。経営の黒字化や機能分担ではなく、分権推進の下でそれらを最優先することこそ岩手モデルの可能性を高めることになる。

**キーワード** 岩手県医療局、県立病院経営、医療機能分担、県立病院再編

### はじめに

農村地域（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。

地域医療の諸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。

本研究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。

\* 岩手県立大学総合政策学部 〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字菓子 152-52

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。

なお、本稿は農村・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拙論「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」が暮らし（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、治療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>1)</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勧奨で設立する普通組合（国保組合）<sup>2)</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>3)</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>4)</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>5)</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目目される一方で、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も期待され、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、従来は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されながらでも、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。このようにみえてみると、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、長期的展望に立っ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>6)</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か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>7)</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の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>8)</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に値する。

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>9)</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に上げてきた「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>10)</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>11)</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ろう。

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ヵ年計画」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ヵ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>12)</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年間黒字決算が続き、経営収支の改善が図られました。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ー』（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」、「赤字慣れた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>13)</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ー・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る。」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>14)</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>15)</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る。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る。」

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る。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る。

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

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」（委員長医療局長）の最終報告<sup>16</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日当たり平均収益・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わらないのに対して、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日当たり平均）について入院は大きく上回り、外来はその逆である<sup>17</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>18</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・第三次の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>19)</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る<sup>20)</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>21)</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>22)</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って。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、岩手県は全国的なかで前者が多く、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>23)</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てこない。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>24)</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>25)</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>26)</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のできるので、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。中央集権の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>27)</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）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は県民にむしろ不安感や不信感を持たせることにはほしくないだろうか。

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なり無理があり、入院時に気付くのものかもしれない。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る。

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と。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、患者が少ない理由より、少なくなったプロセスが重視されなければならない<sup>28)</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いかもしれないが、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、状況が異なるだろう。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>29)</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>30)</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>31)</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、資本金収入151.3億円、資本金支出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>32)</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る。

年度末累積欠損金は資本金的収支分も含めて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>33)</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る。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>34)</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、設備投資が高んだ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>35)</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>36)</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「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。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る。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「対患者」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「対患者（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>37)</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>38)</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・診療所のことは当こ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—

本稿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ってみたい。

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県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り、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く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>39)</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>40)</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。

\*本稿は公益財団法人医療科学研究所の助成による研究である。

### 【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
- ・柴田但馬『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

### 【注】

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 「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も、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。
- 4) 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。

- 5) 高嶋裕子「国民健康保険法第 54 条の解釈をめぐって—岩手県の実例検討から—」(『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)
- 6) 岩手県医療局『次代への書—一心から心へ半世紀—』(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に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)
- 7) 『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)
- 8) 『岩手県立病院 30年の歩み』(p.120)
- 9) 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。

- 10) 『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がん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。
- 11) 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。
- 12) 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 万円、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』)
- 13) 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)
- 14) 「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。
- 15) 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。
- 16) 『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)
- 17) 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。
- 18) 「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いわざるを得ない。
- 19) 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の単位としている。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。
- 20) 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。
- 21) 「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。
- 22) 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はいたが、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いう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。

- 23) 「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。
- 24) 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。
- 25) 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有床診療所を運営している。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。
- 26) 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%、「影響があったが、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。
- 27) 「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。

- 28) 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。」
- 29) 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。
- 30) 「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を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を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。
- 31) 「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—朝顔のたね—」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に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。
- 32) 医療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こと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。
- 33) 「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。」
- 34) 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。
- 35) 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。
- 36) 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。
- 37) 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。
- 38) 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。
- 39) 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。
- 40) 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。」

(2011年5月12日原稿提出)

(2011年8月1日受理)