

岩手の地域医療における住民参加の実態と課題 (I)

栗田 但馬

要 旨 本研究の目的は、岩手県を主たるフィールドにして、地域医療・公立病院等における住民の役割、とりわけ住民参加・地域協働の実態を明らかにし、岩手モデルを展望することである。岩手モデルの可能性は、当面、県内の一部の地域で実践されているケース、すなわち「交流型」を全県レベルに拡大すれば、大いに高まる。何よりも「医療機関と住民、行政を『つなぐ』こと」「住民が同じ住民に対して働きかけること」を共有、実践する必要がある。

キーワード 参加・協働の類型化、「政治運動型」、「協働型」、「交流型」、「ボランティア型」

- 目 次**
1. はじめに
 2. 農村における公立病院の概況と地域医療政策の基本課題
 - (1) 農村における地域医療・公立病院
 - (2) 農村における地域包括ケアシステム
 - (3) 地域包括ケア推進の課題
 - (4) 地域医療における住民参加・地域協働
 3. 岩手農村の地域医療・公立病院における住民参加・地域協働の政策課題
 - (1) 地域医療における参加・協働とは
 - (2) 地域医療における参加・協働の先進事例 (以上、本号)
 - (3) 岩手地域医療における参加・協働の事例 (以下、次号)
 4. 岩手農村の地域医療における参加・協働の課題

1. 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する。農村（厳密には農山漁村）における医療供給は、時期によって濃淡はあれ長期にわたる構造的な問題であり、その打開策は独自に考察する必要がある。農村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）の役割が大きくなるを得ない。これに対して、近年の国（中央政府）の基本的政策や法制度改正の位相は歴史的に最も「私（民間）」に軸足が置かれているという評価があるが¹⁾、行財政や経営の問題を理由に、公的医療機関は大規模な縮小を余儀なくされている。この主たる背景の1つに総務省「公立病院改革ガイドライン」があげられる。

総務省は公立病院の経営悪化を背景に、2007年6月公布の「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つの改革手段がその実施の期限設定も含めて提示されているが、経営指標に関する数値目標の設定、二次医療圏における再編・ネットワーク化の推進、地方独立行政法人化・指定管理者制度導入・民間譲渡等の経営形態の見直しという条件の下で、農村の公立病院は厳しい局面におかれている。

地域医療は「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」であると定義することができ、「地域医療の主人公は地域住民」である²⁾。そうだとすれば、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。医療における役割の分担と連携、医療と保健、福祉との連携・統合など、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。

このように地域医療を広く捉えるアプローチは多くの先行研究にみられるが、農村における医療を対象にする場合に非常に重視され、ケーススタディによって展開されている³⁾。したがって、ケーススタディの蓄積を通して農村医療研究の体系を構築することが考えられ、本稿でも農村に意識を向けながら、その手法を踏襲する。そして、先行研究が課題にしてきた主人公たる住民の役割を主な研究対象とする。ここでの地域医療あるいは公的医療は初期、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）を主に想定し、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。

本研究の目的は、広大な農村が広がり、公立病院の比重がきわめて高い岩手（県）を主たるフィールドにして、地域医療・公立病院等における住民の役割、とりわけ住民参加・地域協働の実態を明らかにし、岩手モデルを展望することである⁴⁾。

2. 農村における公立病院の概況と地域医療政策の基本課題⁵⁾

(1) 農村における地域医療・公立病院

『地方公営企業年鑑』（総務省）によれば、2011年度で地方自治体の病院事業（地方公営企業法適

用）の数は652（2003年度754）である。これらの事業が有する公立病院の数は863（同1,003）で、近年、地方独立行政法人化や診療所化などにより大幅に減少している。経営主体別にみると、町村立は181病院（173町村）で、2003年度に比して136減である。経営形態の見直しに加えて、市町村合併による影響が大きいと考えられる。

町村立病院の特徴としては、①多くが各町村において入院機能を持つ唯一の病院であること、②大半が100床未満の病床数で、小規模病院であること、③大半が救急告示病院であり、救急機能（不採算部門）を担っていることがあげられる。こうした点から、地域の開業医にせよ、介護事業所にせよ、町村立病院との関わりは必然となる。

町村立病院の診療科は内科を中心に構成されており、また無床診療所と違い、基本的に時間外・夜間の（救急）診療も実施されている。町村立病院は全国的な動向と同様に、医師の絶対的不足と過重労働に直面し、病床数が大幅に減少しており、また市立の動向と同様に、診療科の縮減を伴いながら小規模化が進んでいる。

患者数は長期にわたって減少している。入院であれば平均在院日数の短縮化、日帰り手術の増大、介護保険施設や在宅介護サービスの普及、外来であれば薬剤の長期投与、患者負担の引き上げ、介護保険施設の利用などが考えられる。医業収益増の点では患者数減に歯止めをかけられないと、患者1人当たりの収益を増やすことに目が向けられることになる。

経営の黒字あるいは赤字をあらわす損益収支の状況を2011年度でみると、町村立の46.7%（2010年度41.3%）が経常損失を生じており、市立の46.6%と並んで最も高い。しかし、近年60、70%台が続いていたので、大きく改善されている。経営が悪化している病院の改革が進み、また、不採算医療や救急医療などに対する国の財政措置が拡充されたり、診療報酬が引き上げられたりしたことなどがあげられる。

こうして地方自治体の病院事業の概況を整理すると、「公立病院改革ガイドライン」にもとづく「公

立病院改革プラン」の実施が大きなインパクトを与えていることが考えられる。それでも総務省からは「原則として、全ての公立病院に対して、…経常収支の黒字化を達成するよう要請していたことからすると、半数近くの病院が…黒字化を達成できなかったことは、改革の成果が十分に上がったとは言い難い状況にある」と指摘される始末である⁶⁾。

農村における地域医療の縮小は地域社会の構造変動、すなわち超高齢化からアプローチすれば地域介護の拡充および介護と医療の連携の推進等として理解することができる（栗田 2014）。

2000年に公的介護保険制度が創設され、介護は「家族間の私的扶養」から「社会全体で負担」する対象となったが、2005年に介護保険法が改正され、地域包括ケアシステムの確立に向けたその第一歩が踏み出された。地域包括ケアシステムは日常生活圏域で医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく継続的かつ一体的に提供される体制といったように定義されることが多い。そして、高齢者限定ではなく地域住民全てにとっての仕組みとされている。要するに、いかなる心身の状態であっても、看取りも含めて命や暮らしの質を地域ぐるみで追求するシステムづくりである。

地域包括ケアシステムの実践にとっては、理念的に言えば、『厚生労働白書 平成23年版』が言及するように、在宅系あるいは居住系の包括的なケアをどのように提供し、地域で支える仕組みをどうつくるのが重要なポイントになる。自宅やその代替の場は、要介護者等が生活に関して物事を主体的に決めることができる場であることにもとづく。また「日常生活圏域」とは中学校区程度の範囲で、人口1、2万人程度が想定されているが、農村とくに過疎地域は想定外となりうるので、固有のやり方も論点となろう。したがって、国と自治体、自治体と民間部門（企業、住民、非営利・協同組織など）の間の役割分担にもとづく地域・自治体の自主性・主体性が問われる。

（2）農村における地域包括ケアシステム

農村の地域医療において公立病院が減少するなかで、地域包括ケアシステムの重要性は高まっているが、とりわけ保健・医療・福祉の連携は、内容に違いがあるものの以前から指摘されてきた。そして、大橋（2008）によれば、その近年の背景として「大きく分ければ2つの要因がある。第1には、疾病構造が大きく変わり、慢性疾患が増え、かつ医療機器の開発・改善にともない在宅医療が可能になってきたこと等もあって、地域における在宅での医療と社会福祉との関係性が求められる事例が急速に増えてきていること。第2には、高齢者の増大にともなう高齢者医療の増加による医療費の抑制対策の一つとして、医療機能の構造化や疾病予防、健康増進と社会福祉との連携、棲み分けが求められてきたことがあげられる」。

保健・医療・福祉の連携の他にも統合化、総合化、複合化という用語が用いられ、それぞれ異なる意味があるが、小磯（2013）、三重野・平岡（2005）などによれば、連携が別個の組織によって行われるのに対して、統合（化）とは一つの組織をさすことがある。また、連携や総合（化）はサービスや活動のシステムに焦点を当てて用いることがある。武川（1997）では総合化が求められる理由として、①各種社会サービスの総合化が進めば進むほど、利用者に対するサービスの効果が大きくなる、②各種サービスが十分に総合化されていないと、利用者間の公正を保つことが困難となる、③供給者側にとってサービスが効率的になる（サービスの重複・過剰等の発生防止）ことがあげられている。

地域包括ケアあるいは保健・医療・福祉の連携や統合などは少なくない農村地域・自治体が先進事例となり、それぞれに応じた形で実践されてきた。その原点として頻繁に取り上げられる広島県旧御調町（現尾道市）の町立国保御調病院（現公立みつぎ総合病院）で言えば、1970年代後半に始まる医療・介護（訪問・在宅）を中心とするケアスタイルとなる。山口（2012）にしたがえば、その成果は、①寝たきりが減少したこと、②老人

医療費の伸び率が鈍化したこと、③経済効果があったこと、④地域の活性化(まちづくり)につながったことなどである。これに対して地域包括ケアシステムの課題として、次の四点があげられている。すなわち、①マンパワー(専門職)の確保、②健全経営、③切れ目ないサービス提供、④首長と住民の理解と協力である。

御調病院は1970年代以降、病床数を増やし、今では240床の中規模病院であり、保健福祉総合施設を加えると550床超になるが、地域包括ケアでは公的病院(自治体病院ほか)が中心となるという事例が、規模の大小に関係なく全国的に散見される。農村の公立病院の主たる特徴である「小規模」に着目すると、岩手県旧藤沢町の町立藤沢町民病院(現一関市立藤沢病院)や鳥取県日南町の町立日南病院などがあげられる。これらでは職域や職種をこえてケアネットワークが構築されており、情報共有の場づくりにも重点が置かれている。他方で、様々な工夫や努力によって医療や介護等の現行システムの弊害もかなり除去している。黒字経営も特筆に値する。スタッフが地域に積極的に出向き交流しているために、地域住民にもいわば「おらが施設」という意識が強い。

(3) 地域包括ケア推進の課題

藤沢町民病院や日南病院では十分な数の常勤医師がいるわけではないにしても、保健・医療・福祉の連携等にもみるように、経営方針に共感して医師が集まっている。とは言うものの、都市、農村に関係なく医師が絶対的に不足しているなかで、その他の病院に関しては先進事例に追随したとしても、医師の招聘が困難であることに変わりないかもしれない。また、在宅医療をそれほど展開することができないことが考えられる。ここでの「医師」とは農村部では、臓器別の専門医の性格が強いというよりも、それとは明らかに異なる、「ひと」を診て、幅広い疾病に対応できる一般医あるいは総合医である。国レベルで医師養成・育成政策が見直されなければならないが、多大な時間を要するようであれば、地域包括ケアは地域によ

ては医療中心というよりも介護中心とするのが現実的であろう。

地方分権が紆余曲折しながらも推進されている介護の領域であれば何とかできるという、ハードおよびソフトのインフラ整備が中央政府や地域・自治体に強く求められる。おむつ外し、自力歩行、経管栄養・胃ろう装置の除去など、人間の尊厳や生活の質(クオリティ・オブ・ライフ)に関わる最も重要な介護に力を入れるほど経営が苦しくなったり、人材が足りなくなったりするという介護保険システムでは、いつまでも「介護」の展望は開けてこないであろう。また、施設、在宅など介護の実状に合わせて、介護職の専門性を可能な限り発揮してもらうために、介護職が担える医療行為の範囲を拡大していくことは、資格取得後の研修システムのあり方と併せて検討に値する。

多くの病院が地域包括ケアを積極的に展開しようとしても、マンパワーの確保、健全経営などが高いハードルとなっている。地域包括ケアが病院財政や国保財政などに及ぼす影響を考える場合、それに関する研究はほとんどないが、先進事例の多くは特徴的なスタイルによって病院経営等を黒字(基調)にしており、重要なヒントを与えている。他方で、その逆である赤字もみられるので、個別事例の分析の蓄積が待たれる。また、先進事例の多くは地域包括ケアの定着に長期を要しており、この点に鑑みれば、中央政府も地域・自治体と協力しながら、地域包括ケア推進に継続的、かつ多角的に取り組まない限り、その他の公立病院に対して財政面や体制面などで大きな効果を期待できないかもしれない。

農村の公立病院等が減少する一方で、超高齢化によって医療や介護の需要は大きくなっている。住民生活を維持するうえで、公立病院は地域医療の中核施設であり、不可欠の存在である。公立病院の経営改革については、黒字ケースに学びながら、経営の効率化を追求するとともに、大・中規模病院や診療所との役割の分担と連携を図る。他方で、地域医療の公共性あるいは非市場的性格、保健や福祉との関わりに留意して経営赤字の原因

を明確にし、それを踏まえて国・都道府県・市町村を通じて必要な財政措置が講じられるべきではないだろうか。総務省の「公立病院改革ガイドライン」にもとづく改革の成果に対する評価にみるように、経営を過度に重視する「黒字至上主義」は住民（患者）不在・軽視となり、地域医療を解体に導く恐れが強い。地域医療が解体すれば、地域包括ケアシステムの構築も不可能になる。

（4）地域医療における住民参加・地域協働

農村地域における地域医療の状況を踏まえると、住民が主人公であるための条件づくりも強く問われている。住民は地域医療・公立病院等の縮小あるいは減少をやむを得ず受け入れるか、それを受け入れずに（医師・看護師、病床を増やせ！と）反対運動を展開するか、あるいは（最終的には）病院、行政と協調していくか、といったことを迫られることになる。地域医療・公立病院等を守るとしても内容の違いが考えられる。超高齢社会あるいは地域医療、介護に向き合う地域の先進事例に学べば、住民間で病院・医師等や福祉・介護のあり方を考え、それらを支えるための取組みを見出すことができる。また、地域ぐるみ（コミュニティ）の高齢者の見守りが展開されていたり、元気な高齢者がそうでない者を支える積極的な活動もみられる。

私たちは病院・医師等や介護施設の存在を当然視していたり、あるいは健康づくり（予防）に注意を払わず、不平・不満ばかり言っていないか。かかりつけ医（身近な存在として相談に応じ、大病院を紹介してくれる）を持たず、軽症でも大病院を利用していないか。地域医療・介護問題には需要サイドの要因も含まれていることを理解しなければならない。これを打開するキーワードは「対立」ではなく、「協調」ではないだろうか。近年の「医療崩壊」と呼ばれるような実態のなかで、公立病院を守る住民運動が広がっているが、そのなかには自治体・病院と対峙し、改革方針の撤回や縮小前の供給体制を要求するだけのケースが多々みられる。それだけで事態は好転するとは思

えない。

旧藤沢町では地域包括ケアの様々な局面で住民参加あるいは地域協働の場が提供され、行政、病院、住民の信頼関係の構築および対話の積み重ねがみられる。「藤沢町民病院を支える会」はイベントや学習事業等を通して、医師・研修医等と住民のつなぎ役を担っており、大半が男性で、普通の「おっちゃん」である。公立みつぎ総合病院の「ホスピスボランティア」は緩和ケア病棟において様々な方法で患者とその家族に寄り添っている。保健福祉総合施設で活動するボランティアは200人を超える。いずれのケースも持続可能な医療・介護を地域で支える仕組みを考えるうえで非常に示唆に富んでいる。

全国をみれば、医療・福祉の情報発信や対話の場づくりを主な目的とする、千葉県山武地域のNPO法人「地域医療を育てる会」、子育て中のママたちが小児科を守ろうと立ち上がった、兵庫県丹波地域の「県立柏原病院の小児科を守る会」などの先進事例があげられ、多くの地域・自治体に影響を与えている。丹波地域では病院・医師等を地域の共有財産として大切にする意識・実践の面で波及効果は大きく、「県立柏原病院の小児科を守る会」を直接・間接の要因として柏原病院の小児科医が大幅増、時間外受診者が大幅減となった。

戦後の農村医療の先進事例としてJA長野厚生連佐久総合病院（若月院長）、岩手県の旧沢内村立国保沢内病院（深沢村長、増田院長）などがあげられるが、供給サイドにおける強力なリーダーシップの下での住民参加・地域協働あるいは学習（教育）・文化活動の特徴とする。これらに対して、長い年月のなかでリーダーシップだけでは説明できない、地域医療・福祉等の実状に応じた住民主体の多様な取り組みがみられるようになっている。

こうしたケースは、伊関（2007、2011など）で強く批判されているように、「他人事で他人任せ」から卒業し、単なる受益者ではなく当事者意識を持つことを基本課題とし、住民誰もが地域医療・福祉に向き合い、創っていくことができるこ

とを教えてくれている。そこでは、伊関（2011）で言及されているように、住民間で「共感」による行動が広がっている。このことは、持続可能な地域経済・社会を目指すうえでも重要な意義を持つことになろう。

先進的な組織の存在は分権推進と相俟って、行政計画のあり方を見直す強いインセンティブにもなっている。その代表が行政の審議会や委員会のメンバーとなり、計画策定や政策決定に関わるケースが少しずつ増加しているが、参画あるいは協働という高次な形で地域医療・介護のビジョン等が検討されることは大きな課題である。小磯（2013）では「従来の老人福祉計画の策定状況から、総じて企画部門が積極的に策定に関与してくる事例は稀である」と指摘されるとともに、「計画は、行政のみならず団体や住民の果たすべき使命を協働して形成することが肝要である。すなわち、計画は、住民自身のもとなつて初めて総合化が可能になる」と強調されており、傾聴に値する⁷⁾。

3. 岩手農村の地域医療・公立病院における住民参加・地域協働の政策課題

(1) 地域医療における参加・協働とは

地域医療や公立病院等における住民参画・参加や地域協働は定義しだいで全国で多様にみられる、あるいは全国で散見されるといったような評価が考えられるが、いずれにせよ全国あるいは岩手における動向は十分に整理されておらず、全体の構図がみえない。また、行政あるいは病院・医師等と地域住民の間で参画・参加や協働に対する考え方が異なることは多いであろう。このことは、それらの普及、推進およびシステム化（ルール化）にとって大きな損失となり、地域医療や公立病院の持続性を危ういものにすると考えられる。本稿では参画・参加や協働と言っても、最初に一般的な説明を行ったうえで、主に行政側ではなく、住民側からアプローチし、住民の取組み事例を多く取り上げることによって、それらについて独自に展開してみたい。

1990年の福祉八法（老人福祉法や老人保健法

など）の改正、さらに2000年の地方分権推進一括法の施行によって地方分権が推進されるなかで、住民参加の高まりがみられる。老人福祉計画をはじめ様々な計画の策定において住民参加が進められているが、「参加」とは行政サイドによる住民ニーズの把握だけでなく、計画策定さらに事業実施の段階において地域の各種団体と連携を図り、住民が意見を述べたり、加わることである。例えば、行政サイドがセッティングするパブリック・コメント、意見交換会、説明会・懇談会、ワークショップ、公聴会などがあげられる。また、住民組織が県や市町村に請願、要望したり、反対運動することも「参加」に分類できるのかもしれない。

「参画」とは「参加」より積極的な意味合いが強く、住民が主体的、自主的に意見を述べ、計画策定等に反映させるとともに、計画の立案や事業の企画から加わることによって、（政策）実施に一定の役割と責任を担うことである。「参画」は地域医療で言えば、行政、病院、住民の対等な関係を目指すことが重要になろうが、あえて「参加」と区別せず、「参加」に含めることが考えられる。これに対してアーンスタインの住民参加の8段階論を踏まえて、「参加」を「形式的参加」と「実質的参加」といったように区別し、後者を「参画」として捉えることもできよう。

「協働」とは一般的用法で言えば、地域の公共的課題の解決に取り組むために、複数の主体（個人・集団）がそれぞれの異なる能力や役割を相互に補完しつつ、対等の立場で継続的に協力することである。住民が、課題を自らのものとし、独自かつ自主的に実施および評価などに関わっていくという点で、住民主導のニュアンスが強くみられる。大森（2008）にしたがえば、協働の重要な視点として、次の三点があげられる。①地域の共通問題に住民が協力して取り組もうとする時、行政が支援（積極的評価・激励・助力）することであって、行政の活動に住民を協力させることではない。②住民自治の充実が一緒に進められるべきである。③これまでの行政による住民サービスの

あり方を問い直す動きでもある⁸⁾。

伊関（2007、2011 など）は足元の地域に重点を置いて、医療サービスの需要側の問題も強調している代表的な研究であるが、とくに公立病院の経営や医師不足に対する住民の「他人任せ（の意識）」を痛烈に批判し、地域民主主義の向上を問おうとしている。そこでは医師不足を背景にして、かかりつけ医を持ち、適切な受診を心掛け、自分たちの健康や医療について学ぶことを通して、病院・医師をサポートする住民組織の事例が詳細にあげられている。このような活動は医療供給のあり方や医師の勤務環境改善に関わるが、本稿ではひとまず住民参加とボランティアの両方の性格を持つと考えることから始めたい。ここから宮崎県延岡市のように、「地域医療を守る」「健康長寿を推進する」の2本柱からなる「延岡市の地域医療を守る条例」が2009年に制定されるケースが誕生するのではないだろうか。

ボランティアとは辞書的に言えば、社会事業のために無料奉仕をする人（たち）、ボランティアとは福祉活動に自発的に無償で参加・協力することである。宮原（1997）では岡山県川上町の健康づくり運動の事例があげられているが、住民の実践活動組織のうちボランティアの会は「現在会員は約300人。平成4年にボランティア連絡調整組織として、川上町ボランティア連絡協議会を結成した。給食サービス、入浴サービス、リハビリ教室などに取り組んでいる」⁹⁾。これは1つの事例にすぎないが、実態をみればボランティアは地域医療に比して地域福祉・介護・保健の領域で拡大している。

岩手では県立26病院等のうち20病院等でボランティアの受け入れが行われている（2012年度現在）。ボランティア団体の組織化は20病院のうち12病院でみられ、外来案内や環境整備などが実施されている。県立胆沢病院ボランティアの会は1997年2月に設立され、会員数30名程度である。活動時間は月曜日から金曜日までの午前中である。活動内容は①外来棟の生け花、②入院患者の看護用品の作成等（清拭タオル畳み、エンジェ

ルガーゼ作成など）、③外来総合案内での支援（自動機器の説明、診療申込書の代筆、車イス介助など）である。

大船渡病院ボランティア「山吹の会」は「地域と一体の病院づくりを」という病院側の呼びかけに、約20人の一般住民が応じて1999年10月に結成された。その後、40人ほどまで増加したが、2014年1月現在で11人まで減少している。月最低2日、1日につき2時間を目安に腹帯やT字帯の縫製、患者案内、花の生け込みに限定して活動している。会長いわく、会員が増えれば、患者や病院の運営をサポートする活動も充実できるということである（大船渡病院広報紙、No.6）。

こうした住民参画・参加や地域協働、ボランティアの推進は地域独自でできることであり、医師の勤務環境の改善に資するし、また、研修医の養成にも寄与するし、医師を惹きつける要素にもなる。

住民の取組みの事例を整理するにあたって、参画・参加や協働などについて、次のような類型を仮設的に設定しておく。なお、ここでは全国区・県レベルあるいは大規模病院（単位）の患者会・家族会、病院を相手に訴訟を起こす患者（団体）などは想定していない。また、協働、参加と言っても、NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLのような全国区の組織も同様である。これは筆者の能力を超える範囲であることによる。

政治運動型

「政治運動型」は県・市町村（首長、担当部・課長）や県・市町村議会（議長）に、署名、請願、要望、シンポジウム、集会などの方法で働きかけるケースとしておきたい。

岩手県では2009年4月からの県立5地域診療センターの無床化、10年4月からの県立花泉地域診療センターの民間移管などに際して反対運動を大々的に展開した「岩手県地域医療を守る住民組織連絡会」や「地域医療の充実・県民の命を守る連絡会」などがあげられる。前者の代表は紫波地域診療センターの無床化に際して反対運動を展開した「紫波地域の医療と福祉を守る連絡会」（紫

波町内の23団体で構成)の代表でもあり、また、後者の代表は岩手県労働組合連合会議長であった。

東日本大震災により被災した岩手県立大東病院は病床数の大幅削減、夜間・休日等の受け入れなしなどを伴って再建(ハード面)されたが、その再建にあたって県立大東病院早期復旧対策委員会が反対運動(要望署名)を行った。それは大東地域の行政区長会連絡協議会や老人クラブ連合会などの協力を得て2012年1月に創設され、大東町自治会等連絡協議会会長が代表に選出された。

このタイプの発展という場合、署名や集会あるいは組織などの大規模化が考えられる。これに対して、後述する「参画・協働型」「交流型(ネットワーク型)」に移行していくことも考えられる。

参画・協働型

「参画・協働型」(以下、「協働型」と呼ぶ)は「交流型(ネットワーク型)」(以下、「交流型」と呼ぶ)の発展モデルであり、行政、病院、住民(組織)の地域協働をイメージしている。研修医の養成プログラムや、医学生等を対象とするセミナーを部分的に担ったり、医師の招聘活動に関わったりすることが考えられる。さらに住民組織の代表が県・市町村の地域医療に関する審議会等の委員を委嘱され、政策過程の重要な局面に関わるケースが含まれよう。行政側が住民(組織)の活動に触発されて、地域医療を充実するための対策を積極的に講じることも考えられる。

なお、東日本大震災の被災地において仮設住宅等から病院・診療所までの患者送迎サービスがNPO法人や社会福祉法人などによって、財団法人等の助成金を受けながら行われているが、このケースが「協働型」に含まれるか否かは難しいところである。

交流型(ネットワーク型)

住民・患者が過剰な要求や受診モラルなどを見直し、かかりつけ医を持ち、健康づくりを学ぶことを心がけるといったような啓発活動が医療スタッフ等の協力を得ながら、行われるケースが考えられる。こうした住民組織は、①医師等が地域に出ていくサポート役、②病院・医師等を地域の

共有財産として守る役、③医療・病院を学んでいく場づくりを行うサポート役などを担っているのではないだろうか。この類型を「参加型」と呼ばないのは、住民の取組みからアプローチすると、必ずしもその内容を的確に説明する用語であるとは言えないことによる。また、住民、病院(医療)、行政等の主体が(高度に)連携したうえで、病院等(地域医療)を経営するような発展的なレベルまで想定していない。

なお、山本(2010)によれば、住民アンケートや実態聞き取り調査などを通じて、地域の医療政策や病院改革の提言を作成する「提案型の運動」があるようだが、その経緯や内容しだいで、「政治運動型」、「協働型」、「交流型」に分類されると考えられる。

ボランティア型

「ボランティア型」は単発タイプと継続タイプの2つからなることを想定している。まず、地域医療・公立病院の充実を組織の直接的な目的にしているわけではない、ボランティアとしての単発の活動ケースが考えられる。例えば、地域の文化系サークルが病院のクリスマス会で出展する。中学・高校の合唱部が院内で合唱を披露する。住民有志がひな祭り、七夕、病院祭、イベントなどに際して院内の飾り付けを行う。水彩画クラブや写真クラブなどが成果発表を行う。

岩手県立千厩病院では前院長(2007年度～11年度)が毎年度、病院ボランティア組織のなかから1組織を表彰し、「千鷲賞」を授与していた。なお、前院長の赴任以降、質問意見コーナーを院内に設置し、患者・住民からの質問や意見の全てに対して回答、公表することになっている。

次に、個人、組織のいずれもが考えられるが、ボランティアとして継続的に活動する性格が強いケースを想定することができる。外来の受付案内、(本の)読み聞かせ、傾聴、入院患者のための移動図書館・散歩の付き添い・配膳、植栽・掃除、草取りなどが考えられる。岩手県立千厩病院の「千厩病院福祉ボランティアの会」は約15年に及ぶ活動歴があり、また、同病院内では7団体1個人

が活動している。岩手県立大東病院では2012年5月から大東地域（一関市）の婦人協議会が中心となり、敷地内の草取りや植栽など環境整備を行っている。なお、ボランティアは無償、有償の両方あり得るが、ここでは無償を想定している。

（2）地域医療における参加・協働の先進事例

1）兵庫県立柏原病院の小児科を守る会

地域医療における参加・協働の先進事例として兵庫県丹波市を取り上げる。筆者は2013年3月に訪問し、多くの組織にインタビューした。

県立柏原病院（2011年現在、病床・許可303床、稼働150床）は人口11万人程度の丹波医療圏の中核病院・二次救急病院であり、全国の動向と同様に、経営難に加えて医師不足が深刻で、供給体制も縮小し続けていた（写真1）。事態が大きく動くきっかけとなったのは、地元の丹波新聞社の記者が丹波新聞（週2回発行、全て独自記事）を通して地域医療や小児科休止の危機を発信し続けるなか、子育て中のママに集まってもらい、小児科・産科の危機や医師の過重労働を子育て世代がどのように感じているかを聞くための座談会を開催したことである。



写真1 兵庫県立柏原病院（2013年3月筆者撮影）

新聞記者の報告を通して病院や医師の実態を深刻に受け止めた子育てママは「子どもを守りたい」「お医者さんを守りたい」ということで、2007年

4月に「県立柏原病院の小児科を守る会」（以下、小児科を守る会と呼ぶ）を結成した。彼女らは最初に小児科医の派遣要請や脱コンビニ受診の決意を掲げて署名活動を始め、5.5万筆の署名を県に提出したが、期待した結果を得ることができなかった。彼女らは政治運動の規模を拡大して県と対峙しては、住民にとって何らメリットは生まれまいということになり、自主的な活動を、そして対立よりも協調を選択し、その方法を模索していくことにした。

小児科を守る会の会員は発足当初7人、2013年3月現在22人で、全て女性、全て市内在住である。会費はゼロである。会の活動は広く知れわたるようになり、各種メディアで紹介されたり、数多くの地域医療や地域再生に関する賞を受賞している。また、現在の代表は厚労省や文科省の社会保障あるいは医療に関する検討会（議）の委員を委嘱されたことがあるが、その都度地域の現状を訴えてきたそうである。会のホームページには「活動を進めるうちに、小児科だけでなく、柏原病院だけでなく、私たちが守りたいのは、ふるさとの地域医療だと強く思うようになりました」と記されている。

「普通」の子育て中のママからなる小児科を守る会の活動コンセプトはいたってシンプルである。すなわち、医療を供給する側のことを考えて、①コンビニ受診を控えよう（無理して我慢するという意味ではない）、②かかりつけ医を持とう、③お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう、という3つのスローガンを地域の住民間で共有することである。コンビニ受診とは軽症にもかかわらず、二次救急のための夜間外来を自己都合で受診することとされている。地域の状況によるが、二次救急病院を軽症受診のためのかかりつけ医にすることは望ましくない。

会の主な活動は次のとおりである。①小児救急冊子「病院に行く、その前に」の作成、販売である。柏原病院小児科等の作成協力を得た。A4サイズの全14ページで、1冊100円である。病気時のチェックシートのことであり、フローチャート式に

なっており、症状に応じた対処法が書かれている。どの程度であれば救急車を呼ぶべきか、かかりつけ医に行くべきかがわかる。これなら、どこから「コンビニ受診」かの判断がつく。単純な受診抑制ではないのである。また、粉薬の上手な飲ませ方や坐薬の正しい使い方などいろいろなホームケアも知ることができる（写真2）。



写真2 「病院に行く、その前に…」

②後述するNPO法人「地域医療を育てる会」との『くまませんのSOS』（絵本）の共同製作である。③啓発ステッカー（マグネットタイプ）の製作・販売である。1枚当たり100円、200円の2種類の単価設定である。車にも貼れるので、PR力は非常に大きい。啓発うちわの製作・配布もあげられる（写真3）。



写真3 啓発ステッカーと啓発うちわ

④前半を会員による話題提供やゲスト講師の講

演等、後半を参加者（会員等）の座談会とする「ママのおしゃべり救急箱」、通称「ママ救」である。2008年6月からスタートし、12年から2ヵ月に1回（奇数月）開催している。平日午前の開催であるが、これはママにとって最も都合がつく時間帯であるという。何よりも地域医療の現状を知ることができる。座談会では参加者の医療や子育ての不安や悩みが皆で共有され、少しでも軽減しようとする。普通の子育てママ等が知恵をつけていくのである。なお、市の協力を得て託児ボランティアや、子育て学習センターに来る（未就園児を持つ）ママに対しても呼び掛けや各種の案内等を行っている。

⑤ホームページやブログの運営、携帯メールマガジン配信である。地域医療、子育て、健康づくりに関するちょっとした情報や感想、イベント情報、日々の出来事などがこまめに更新されている。携帯メールマガジンの登録者数は2013年3月現在420人である。

⑥ありがとうメッセージ・カード、（招待）講演、取材や視察の対応、執筆（活動）、「ありがとうポスト」の設置（柏原病院小児科外来の窓口や市内の薬局他）、医学生の研修のお手伝いなどもあげられる。柏原病院宛のメッセージは小児科の待合い廊下壁面に掲示される。講演や視察対応は代表いわく「種まき」であると思っている。他地域の方々が水と肥料などを与えて発芽させ、花を咲かせてもらえれば、つまり、地域の実状にあったやり方で展開することに役立てればということであった。

次に、会の運営資金である。収入は「病院に行く、その前に」やステッカーの販売、講師謝金などからなり、「病院に行く、その前に」の販売数は累積で約13万枚（2013年3月現在）に及ぶ。また、2008年6月に「メスキュード医療安全基金」（医療を支えたり、その向上に尽くした団体に贈呈される民間基金）から100万円が贈呈されたので、カネ回りは改善され、12年末現在の資金残高は100万円くらいということである。会の結成当初はガソリン代など全て自費であったので、フリー

マーケット等で稼ぎ、その収益に見合った活動しかできなかった。ステッカー作りについては、その素材である磁石が高くつくので、丹波市、篠山市から選挙で使った磁石を回してもらったようである。ステッカー作りの後も資金繰りは苦しく、「病院に行く、その前に」の印刷も県がらみのイベントにおける発表の機会に乗じて自己負担を費やさずに実現することができた。なお、県や市から補助金あるいは助成金を受けた経験はほとんどない。代表いわく、活動が窮屈になっては困るということである。

会の運営のポイントは、①今いる医師を大切にすることである。医師招聘が重要であることは言うまでもないが、実際に働いている医師がいなくなれば、そもそも医療供給が成立しなくなる。医師を地域の共有財産（公益・共益）としたうえで、地域医療の現状を理解し、その充実を考えることは、言うなれば生涯学習を推進したり、あるいは地域文化を醸成することになるのではないだろうか。

②法人化せず、また、計画をきっちり立てておらず、会計処理もゆるやかであり、役員も庶務、書記、監査など形から入ることはしていない。要するに、窮屈にするともたないし、将来の代替わりもスムーズにいけるのではないかということであった。記者の言葉を借りれば、地域のサークル、クラブのように、「ゆるゆる活動を続けている」ことが継続の秘訣なのかもしれない。

③柏原病院の経営状況について関心がありますか、という筆者の質問に対しては、経営状況、小児科医の給料などにあまり関心はなく、然るべき人が分析、発信して欲しい。できる人が、できることを、できる範囲でということである。彼女らは「普通」の住民目線を大事にしているようであった。

④記者は会の設立に携わり、会の運営もサポートしている。医師（病院等）や市職員などにインタビューすると、彼の存在について小児科を守る会と同等の評価を与える声が少なくない。確かに、彼がいなければ会は誕生していなし、結成後

もその活動状況を発信し続けているので、誰も否定しないであろう。なお、彼は後述する組織も含めて地域のいくつかの組織活動をサポートしている。

会の活動の成果として次の点があげられる。①他の住民や市議が触発され、自分ができることを実践している。高齢者も健康づくりあるいは医療に関して知恵をつけ、通院抑制への啓発になった。小さな力が大きな力になり、地域（医療）が変わっていくことを実感できる。こうなると医師の医療に対する姿勢が変わるし、いわば「下手な」医師も来なくなる。そして、市（長）や県（知事）も放っておけなくなり、何らかの対策を講じるようになる。

②地域内外の団体等への影響も大きい。商店街の街路灯には啓発フラッグが取り付けられている。ショッピングセンターには啓発ポップがあふれる。タクシーや通園バス、企業の営業車には啓発ステッカーが貼られる。丹波市薬剤師会は、夜間おくり電話相談をスタートした。市の自治会長会は柏原病院と連携し、初期研修医の住民発表の場と病院の状況報告を兼ねる懇談会を、市内巡回の形で月1回開催するようになった。柏原赤十字病院、柏原病院のいずれにも病院ボランティアが誕生した。全国各地に小児科を守る会を手本にして類似の組織が設立されている。

③小児科を守る会が直接、間接の要因となり医療供給体制が充実している。柏原病院の小児科医は後期研修医1人～3人を含めて4人～7人で推移している（2007年4月、実働1人）。会の存在が就職の主な理由となったケースもある。小児科の時間外受診者は03年～05年の月平均比で1/4～1/5となった。時間外受診者の入院割合は増大し、05年の8%に比して08年～11年は19%～25%となり、全国の平均的な水準を大幅に上回る。柏原病院では軽症者の受診が抑制され、重症の患者を丁寧に診ることができるようになった。つまり、二次救急病院としての役割が積極的に果たしている。小児科とセットである産科医も常勤医4人と増大している。ただし、全診療科でみれば

ば、内科を典型として常勤医師数（後期研修医を含む）はどん底を脱し、ある程度回復しているが、医師不足が解消されたわけではない（04年43人、08年20人、12年28人）。

筆者の「これだけの成果があるので、福祉や保健に関わらないのですか、あるいは産科については活動しないのですか」という質問に対しては、代表いわく、家事、子育て、仕事もあり身体がもたないし、小児科と異なるアプローチも必要になるので、消極的になってしまうということであった。

代表は、小児科を守る会がなくなることが将来の目標であると言う。これは地域文化が醸成したと言えるような水準であるかもしれない。ただし、実際は住民の転入があったり、新たに子どもができる人もいるから、代替わりできるように継続していくことが重要になってくるのであろう。

小児科を守る会の活動に触発されて、「丹波医療再生ネットワーク」（以下、再生ネットと呼ぶ）が2008年1月に設立されている。再生ネットは地域の開業医や薬剤師、市議、NPO法人代表など多様な人々からなり、代表は地域の開業医である。この組織は07年初めの柏原病院小児科の危機を受けて、市内の開業医らが結成し、ゲスト講師を呼びながら学習会を重ねてきた「若手医師の会」から発展した。再生ネットが忙しい（病院）勤務医に代わって、地域医療の実状や様々な医療情報を市民に知らせたり、市内のまちづくり系団体とのネットワークを持つことを使命にしている。

再生ネットの活動として、①毎週火曜日・夜間の定例会があげられる。「定例会」と言っても、会員制ではなく、誰でも気軽に参加できる。時々の活動・イベントの計画を話し合ったり、振り返りを行ったり、あるいはテーマを決めて、講師を呼んだり、徹底的に議論する。そして、②「夜回り」と称される出前講座である。市内298自治会に便りを積極的に出して、自治会を対象にし、依頼があれば地域に出ていくことにしている。③毎月第2火曜日・夜間に開催する「丹波ざわざわか

レッジ」は市内外の住民を対象にする学習会であり、その前半（1限目）は医療従事者の講義を通して医療知識を習得する。後半（2限目）は既述の新聞記者の講義を通して地域内外の医療の実状を学ぶという構成となっている。「ざわざわ」の意味は学習会を通して参加者が何かアクションを起こす、つまりざわざわし始めることである。

家族生活に深く関わる地域医療（地域の病院）の重要性、必要性を訴える啓発映画「今ここであなたが倒れたら」の自費製作は地域に大きな反響を呼んだ。全てが丹波市民による手作りである。また、勤務医に対する生活サポートや家族との交流も可能な範囲で行っている。柏原病院見学に来る医学生の歓迎会を開催することがあるが、ここでは病院スタッフに加えて研修医や市職員も参加する。2011年夏には病院からの依頼で、病院の体験実習に来た医学生のおもてなし役を再生ネットと、彼らが結成を働きかけた「たんば医療支え隊」が務めた。

「たんば医療支え隊」（以下、支え隊と呼ぶ）は2008年11月に市民有志約20人で結成され、子育てを終えた世代の人々（主に「普通」のおばちゃん）を中心とし、毎週木曜日の夕方5時くらいに医局（小児科に限らない）に手作り弁当を持って行く。医師の評判は非常に高い。こうした取組みに加えて学習会も開催されている。再生ネットが出前講座等で得た謝金やその定例会の参加費（活動費等に充当）の一部を支え隊に渡し、材料代に充当してもらい、活動をサポートしている。

次に、市（当局）の主な取組みである。2007年9月に地域医療課が新設され、12年度、13年度でそれぞれ2億円程度の事業予算を持つ。①「病院に行く、その前に」を市販価格の1冊100円で買い取っており、最初は5,000冊で、乳幼児のいる家庭に全戸配布された。小児科を守る会にとっては原価との差額が収益になり、市にとっては様々な場面で啓発の一環として配布できる。また、市章入りの啓発ステッカーを作成し、全公用車に貼り付けている。②全世代の住民の健康相談に対応するフリーダイヤル制の夜間電話相談サービス

（「夜間医療・健康相談ホットライン」）をスタートした。専門業者に委託するために、地元医師・看護師の負担軽減に寄与している。

③地域医療循環型人材育成プログラムの実施である。地域医療を担う人材育成・確保を目的として、2008年10月から柏原病院に対する神戸大学による医師派遣（常勤・非常勤の両方、専門外来や当直）の費用について、市が県とともに負担することにしている（13年度予算6,300万円）。実質的に、市が県立病院に対して人件費（委託費）を負担するケースは、県内初であった。

なお、市が県立病院の医師招聘のために財政負担等をする場合に、法制度の壁に阻まれることが多い。例えば、次のことはできない。救急車を購入して県に寄贈すること。医師の給料水準を引き上げるために、上乘せ分を負担すること。

④小児科医療確保緊急対策事業の実施である。市で小児救急診療事業の財源を手当てし、柏原病院の協力を得て、主に特定（曜）日に当直を行ってもらう。⑤柏原赤十字病院運営補助であり、2013年度予算で7,000万円が確保されている。⑥医師研究資金貸与事業である。市内の公的病院に勤務する医師に研究資金（年間100万円、3年間）を貸与し、3年間の継続勤務で返還免除となる。⑦産科医院開設補助である。市内で分娩を扱う産婦人科医院を開設する方に最大1億円を補助する。

⑧救急医療体制の整備である。丹波二次医療圏における病院群輪番体制を維持し、市内の私的救急告示病院の固定資産税相当額を補助する。⑨柏原赤十字病院における市医師会会員による応急診療室（平日の20時～22時）の開設補助である。⑩医師の求人サイトに登録し、市の様々な魅力をアピールしている。⑪地域医療市民講座補助事業である。地域医療に関する講座等を開催する団体に年間10万円ないし5万円を補助する。再生ネットもこの補助を受けている。

では、市議会はどうか。2007年に「地域医療の確保・充実を求める決議」を議決し、そして、09年に「救急医療に係る調査特別委員会」を設

置し、勉強を始めるようになったが、市議会として小児科を守る会の活動を見学したことはないし、会の代表と意見交換会（交流会）を持ったこともないようである。議員間で地域医療や市民の取組みの充実に対する理解に大きな温度差があるように思われる。

2) NPO 法人「地域医療を育てる会」

筆者は2013年12月に千葉県東金市を訪問し、NPO法人「地域医療を育てる会」（以下、育てる会と呼ぶ）の理事長等にインタビューを行った。東金市の中心市街地は、千葉駅から車で高速道路を利用して45分程度の距離である。

河北新報2009年2月14日付における育てる会の理事長（女性）へのインタビューでは、理事長はかつて女性向け情報紙の編集にかかわっていたことがあり、千葉県立東金病院¹⁰⁾（病床・許可191床）の女性専用外来を取材した際に、院長と知り合った（写真4）。その後、東金病院では医



写真4 千葉県立東金病院（2013年12月筆者撮影）

師が激減し、院長から「住民側から行動を起こせないか」と声掛けされ、医療の素人に何ができるかということになり、情報発信ならできるかもしれない、医療を知らない人に現場の実状を伝えようと立ちあがった。育てる会は05年4月に発足した。同年11月にNPO法人に認証される。東金病院の医師数は04年の21人に対して06年は11人で、このうち内科医は院長を含め2人となっ

ていた¹¹⁾。

育てる会の会員数は2013年4月現在、26名(男性19名、女性7名)である(09年10月現在35名)。メンバーの職業は自治体職員、市議、NPO法人代表など様々であり、市内外に居住する人(東金市8人)からなる。大学教員や東金病院の院長など専門家も入っているが、会の運営に携わる主力メンバーは10人程度(ほとんど男性)で、「顔が見える関係」と言えるような人ばかりのようである。イベント等でどうしても人手が足りない時は、普段顔を見せないメンバーが手伝ってくれる。理事長いわく、自らの体調を理由に、当初からリーダーシップは発揮できていないが、他のメンバーが上手に役割分担してくれている。年会費は5,000円である。

理事長いわく、メンバーが医療関係者ばかりであれば、会の活動も変わっていたかもしれないが、そうでなく多様であるがゆえに、医療・福祉などに関する情報発信や、住民、医療、行政、福祉などの対話の場づくりについて、多角的にアプローチできる。要求・請願が相手を変えようとするものに対して、対話とは自分が変わる覚悟のある人ができるものと考えているようである。理事長は厚労省の社会保障あるいは医療に関する検討会(議)の委員を何度も委嘱されたことがあるが、都市部の大病院のトップが名を連ねるなかで、常に一般の住民目線を大事にし、地方、へき地の声を届けていたと話す。これに加えて、会としての活動を重ねるなかで、専門家のような発言や文章も数多くみられるようになっていく。

主力メンバーの多くは育てる会とは別に複数の住民運動(本業の一環も含む)あるいは地域活動を行っているが、ここでは会の趣旨あるいは性格を踏まえて距離を置いているようである。換言すれば、この会で学んだ様々なノウハウや情報をそれぞれのメインの活動に役立ており、学校のような存在になっているかもしれない。それぞれが持つ問題意識は非常に高く、学習意欲も旺盛であると感ずるのは筆者だけではないだろう。

育てる会の発足当初は入会、退会が頻繁であっ

たそうである。個人的な要望を達成するために政治運動や政策提言などの活動実績を追求したいメンバーが少なくなく、満足できずに退会した人がいる。逆に、政治的な問題に巻き込まれることを恐れて、退会した人もいた。他県のメンバーも多くいたが、かなり退会していった。会の活動実績をメインに掲げて、議員になった人もいる。これらに対して、活動に加わるといよりも、単に会員となることで支援したいという人もいる。会員数はもっと多くないといけないという声もあったが、今ではそれほどでもない。

理事長いわく、NPO法人化のメリットとして、活動実績によるものの社会的信用が得られるし、活動の範囲も広げやすい。NPO活動の推進という社会・経済的趨勢もある。また、行政や病院等との関わりで言えば、任意組織であれば、どうしても疑問をもたれやすい。育てる会でも組織の継続性が重視され、病院(医療供給側)や行政ができないことが追求されている。組織としての活動方針はかなりゆるいが、大問題が生じるたびに組織づくり(ネットワークづくり)を行うとくたびれやすいので、現状のような体制でよいということである。

育てる会の主な活動は次のとおりである。①情報紙「CLOVER(クローバー)」があげられ、主に地域医療に関する様々な情報が提供されている。現状を生々しく伝える記事、あるいはわかりやすさにこだわった記事(行事の報告を含む)が多い。隔月1回(2007年度までは毎月)、6千部(12年度までは2万部)の発行である。市内は回覧板にし、全戸で閲覧できるようにしている(以前は全戸配布)。A4サイズで1枚(両面)の分量である。ホームページでも閲覧できるので、読者は会員、さらに市民に限らないが、医療、行政、福祉の各分野の関係者が互いのことを知るためにも役に立つと思われる。

②小児科を守る会との『くませんせいのSOS』(絵本、500円)の共同製作である(写真5)。元幼稚園教諭である理事長が、小児科を守る会の活動をモデルにして描き、プレゼントしたことが

きっかけである。コンビニ受診の問題をテーマにして、二次救急病院と開業医の使い分けの必要性が伝えられており、子どもにもわかるストーリーである。育てる会が販売を担っており、2013年4月現在約10,000冊（11年3月現在約8,000冊）の売上で、DVD版（完売）もあった。そして、第二弾が『ルウとポノポノ』（700円）である。命の大切さ、感謝を伝えることの大切さがテーマになっており、子どもが読んで、何歳になっても地域医療に対するそうした姿勢を忘れないで欲しいという思いがある。



写真5 啓発絵本

③ 2007年4月から、住民が研修医の育成を手助けする「レジデント研修」を東金病院と共催で始めた（10年度まで）。病院と育てる会が市民等から「医師育成サポーター」を募集し、育てる会にボランティア登録してもらう。月1回程度のペースで、十数人が病院の会議室に集まり、研修医が健康や医療に関する話をした後、質疑応答や雑談をして、最後にサポーターが研修医の声の大きさや話す速さ、わかりやすさなどについて5段階で評価する。研修医とサポーターは同じ顔ぶれで、1年間行う。院長いわく、研修医はコミュニケーションスキルが向上し、市民には医学知識を身につけ、現場の実情も理解していただける。これに対して、理事長いわく、対話を通じて信頼関係を築いたり、医師・医療に対する意識を変えることができ、このことは地域医療再生の原点ではないかと話す（日本経済新聞2009年8月13日付）。

④ 2007年8月から開催した地域医療に関する連続講座『夢と希望を創る地域医療プロジェクト』である。藤本（2011）によれば、6回にわたり、延べ600人が参加した。専門家（自治医科大学の教授や医療法人財団「夕張希望の杜」の理事長など）の講演に加えて、参加者全員がグループに分かれ、意見交換を行う。08年3月の最終回には『医師が来る地域になるために私たちができることは何か』について取りまとめをおこなった。ここから地域住民にとっての7つの約束と6つのマイチャレンジが生まれ、ホームページ上で掲載されている¹²⁾。

⑤ 2010年から共催者として名を連ねる「九十九里地域医療夏期セミナー」である（主催を九十九里地域医療協議会という協議会形式にしている）。12年開催の1泊2日のプログラムをみると、対象を医療系学部生と関連大学学生とする。テーマは「地域医療を考える」であり、フィールドワーク施設として市役所、商工会議所、調剤薬局、小規模多機能介護施設があげられ、訪問診療にも同行することになっている。夜は地域の方々との懇親会である。地元の城西国際大学をはじめ多くの医学生、薬学生、看護学生などが受講した。

以上の活動の他にもホームページの運営、講演、取材や視察の対応、執筆、巡回市民講座（市社会福祉協議会と共催）、イベント開催、懇談会、対話集会、学習会や読書会などがあげられ、様々な場面で地域の医療・福祉等の関係者が参加している。ホームページ上ではWeb版クローバーとして、理事長によるブログが掲載されている。ただし、理事長いわく、会として病院ボランティアのようなことや、国や県の医療政策に関わる署名活動等はやっていない。医療に関する相談ごとにも対応していない。例えば、こんな症状が出ているが、いかなる病気で、どこの病院に行ったら良いのかというような専門的なこと。また、こんな扱いを医師から受けたが、苦情を申し出たり、改善を要求したいので、一緒にあるいは代わりに病院に行ってくれないかというようなこと。

育てる会も当初、会の運営資金に非常に苦労し

たそうである。「クローバー (情報紙)」の印刷代が捻出できないので、外部の助成事業に応募し、2年間助成金を受けていたようである。理事長いわく、情報紙発行の目的が決め手になったのではないかということであった。また、地域医療の連続講座の開催に際しても資金繰りに困ったが、会の活動に共感した公益財団法人地域社会振興財団から共催という形で助成金を受けることができた。2008年10月に『くまぜんせいのSOS』を外部の助成事業により発行し、これが大きな収入源になった。行政からの注文が圧倒的に多いことが特徴である。09年に「メスキュード医療安全基金」に選ばれ、12年度の会計規模は約480万円(うち半分は前年度からの繰越金)に及び、潤沢であるように見受けられる。

その他の資金源として、視察に伴う資料代であり、個人・団体の規模を問わず、1万円としている。また、「イオン」の「幸せの黄色いレシートキャンペーン」¹³⁾を通じてジャスコ東金店からギフトカードが届くようにしており、年間1万円程度ある。なお、育てる会も小児科を守る会と同様に、県や市の助成金等を(ほとんど)受けていない。理事長いわく、日本的かもしれないが、行政寄りの活動になったり、下請けのようになるかもしれないし、手続き(事務処理を含む)も煩雑であることによる。

3) 小括

伊関(2009)では2つの会の意義は「何よりも医療機関と住民、行政を『つなぐ』ことにある」(p.218)と考えられている。そもそも医師と住民(患者)の間にはコミュニケーションが成立しにくいので、両者の溝を埋める役割を果たし、地域で医療問題を議論する共通の「場」をセッティングしているということである。第二の意義は「住民が同じ住民に対して働きかけた」(p.220)ということである。自分たちおよび子どもの医療あるいは健康づくりの不安、ひいては地域社会における孤立を共有し、防ぐことが医師、さらに社会の負担を抑制することになる。

いずれの会も当初は柏原病院、東金病院を守る意識が強かったはずであるが、結果的に病院、住民、行政など皆のためになっている。育てる会は会の目的から言えば、活動の成果が見えにくいにもかかわらず、県医療に限らず地域医療そのもののあり方を根本的に問うことになった。小児科を守る会は法人化しなくても、地域に非常に大きな波及効果をもたらし、育てる会と同じように、地域医療を変えるまでに至っている。もはや住民が小規模病院の体制はたいしたことないと言って、最初に大病院へ行ったり、かかりつけ医も大病院を選択するといった状況は常識ではなく、誰もが地域医療の充実の主役になれることを証明している。

以上のことを踏まえて、両会を既述の類型にしたがい分類すれば、育てる会は「協働型」の性格が非常に強いために「協働型」の先進事例に、小児科を守る会は「交流型」の性格が非常に強いために「交流型」の先進事例に位置付けることができるのではないだろうか。これは小規模な組織あるいは継続的な活動などの共通点がある一方で、育てる会はNPO法人であり、また活動の目的も異にし、新聞記者の存在がない分、行政、福祉、病院・医療との高度な連携を積極的に実践しており、活動の量、質や運営資金(構造)などに大きな違いがみられることによる。

なお、本稿では他の住民に対する働きかけだけに焦点を当てて類型化しているわけではないが、この点に関して小児科を守る会の活動は庶民的、素人的な性格が強いのに対して、それと役割分担するかのよう再生ネット等が誕生し、活動しているので、育てる会とは小さくない違いがあると言える。

(以下、次号へ)

謝辞

本稿の作成にあたって、地域医療・公立病院等を支える住民組織の方々、公立みつぎ総合病院や遠野市などのスタッフの皆様にはインタビューや資料収集でお世話になりました。ここに記して感謝を申し上げます。

*本研究はJSPS科研費(課題番号24730422)の

助成を受けたものです。

【注】

- 1) 島崎 (2011) など。
- 2) 自治医科大学 (2009) p.2。
- 3) 栗田 (2011b、2012)、栗田他 (2012)、宮原 (1997)、山口 (1992)、新井 (2003) など。
- 4) 農村・過疎地域における公立病院経営や自治体（医療）行財政の問題、課題などは最近では栗田 (2011a、2011b、2011c など) である程度整理され、また「公立病院改革ガイドライン」についても批判的に研究されており、本稿も多くの点でこれらに依拠している。
- 5) 本節は栗田 (2014) を大幅に圧縮するとともに、かなり加筆したものであるが、一部で再掲の形をとらざるを得なかった。次節のためにどうしても必要であることによる。
- 6) 『地方公営企業年鑑 平成 23 年度』 p.127。
- 7) 小磯 (2013) p.81。
- 8) 大森 (2008) pp.179 - 180。
- 9) 宮原 (1997) p.177。
- 10) 2003 年 2 月の千葉県の県立病院将来構想（案）の公表から約 11 年、紆余曲折を経て、2014 年 3 月末に地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター（東金市と九十九里町で設立）が運営主体となる東千葉メディカルセンター（東金市）の開院に伴い閉院した。東千葉メディカルセンターのホームページではこの病院について「既存の公立病院を引き継ぐのではなく、全く新しい病院を建設し運営する…」と記述されている。東金病院の最後の院長は 2014 年 5 月現在、千葉県循環器病センター理事である。
- 11) 伊関 (2009、p.209) によれば、「2009 年 7 月現在の内科医師は、初期研修医まで含めれば 12 人に達している。全て大学医局の派遣ではなく、東金病院が独自に採用した医師であるという。」その後、13 人に増え、11 年 4 月現在、12 人である。ただし、その他の診療科は縮小し続けている。
- 12) 7 つの約束とは、①地域医療は、医療者、地域、行政、議員が一緒につくるもの、②医療者と住民の意識のギャップを埋めよう、③健康は人任せではなく自分で守るもの、④医療、福祉、健康づくりが一体であることを理解しよう、⑤お互いが支え合って地域の安心をつくっていく、⑥医療と共に、健康づくりに必要な人員や財源を確保しよう、⑦医療機関のネットワークづくりを進めよう、である。6 つのマイチャレンジとは、①自分の体や健康についてよく知ろう、食生活に気を付け運動をしよう、②かかりつけ医をもとう、③休日・夜間には本当に必要な時だけ医療を受けよう、④医療者の立場を考えて、敬意を示そう、⑤家族や地域が健康であり続けられる行動をしよう、⑥一歩踏み出す勇氣！一緒に考え行動する仲間をつくろう、である。
- 13) 「イオン 幸せの黄色いレシートキャンペーン」とは

イオン利用者に渡す黄色いレシート（毎月 11 日の発行）が専用ボックスに投函されると、レシート合計金額の 1%にあたる品物が地域のボランティア団体等に寄付される仕組みである。

【参考文献】

- 足立智和 (2011) 「県立柏原病院の医療再生の現状—兵庫 県丹波地域の住民の取り組み」（『病院』70 巻 9 号、医学書院）。
- 新井光吉 (2003) 「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、九州大学）。
- 新井光吉 (2011) 『日欧米の包括ケア—医療の質と低医療費の両立』ミネルヴァ書房。
- 伊関友伸 (2007) 『まちの病院がなくなる！？—地域医療の崩壊と再生』時事通信出版局。
- 伊関友伸 (2009) 『地域医療—再生への処方箋』ぎょうせい。
- 伊関友伸 (2010) 『まちに病院を！—住民が地域医療をつくる』岩波書店。
- 伊関友伸 (2011) 「住民が地域医療を支える意義」（『病院』70 巻 9 号、医学書院）。
- 大熊由紀子・開原成允・服部洋一編著 (2006) 『患者の声を医療に生かす』医学書院。
- 大橋謙策 (2008) 「地域トータルケアとコミュニティ・ソーシャルワーク」（牧里毎治・山本隆編『住民主体の地域福祉論—理論と実践』法律文化社）。
- 大森彌 (2008) 『変化に挑戦する自治体—希望の自治体行政学』第一法規。
- 栗田但馬 (2011a) 「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、岩手県立大学）。
- 栗田但馬 (2011b) 「佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題—人間発達の地方行財政に向けて」（『立命館経済学』第 59 巻第 6 号、立命館大学）。
- 栗田但馬 (2011c) 「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、岩手県立大学）。
- 栗田但馬 (2012) 「過疎地域からみた公的医療の問題と課題—岩手県旧沢内村「生命行財政」の歴史的考察を中心に」（日本財政学会編『社会保障と財政—今後の方向性』有斐閣）。
- 栗田但馬・関耕平・内山昭・橋本貴彦 (2012) 「過疎地域における公的医療供給の事例分析—岩手県沢内・藤沢両モデル、島根県隠岐モデルの成果と教訓」（『医療経済研究』第 24 巻第 1 号、医療経済学会・医療経済研究機構）。
- 栗田但馬 (2013) 「少子高齢社会と地方財政」（重森暁・植田和弘編『Basic 地方財政論』有斐閣）。
- 栗田但馬 (2014) 「農村における地域医療・福祉の概況と政策課題」（『農業および園芸』第 89 巻第 6 号、養賢堂）。
- 小磯明 (2009) 『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房。
- 小磯明 (2013) 『医療機能分化と連携—地域と病院と医療

- 連携』御茶の水書房。
- 公益社団法人地域医療振興協会編(2011)『地域医療は、今』メディカルサイエンス社。
- 厚生労働省編(2011)『厚生労働白書 平成23年版』日経印刷。
- 最所久美子(2010)『医療と福祉を超えて暮らしを拓く 住民力で地域医療—医師・宮原伸二の軌跡』ミネルヴァ書房。
- 佐藤徹・高橋秀行編著(2013)『新説市民参加(改訂版)』公人社。
- 自治医科大学監修(2009)『地域医療テキスト』医学書院。
- 島崎謙治(2011)「公私の役割分担と公立病院改革」(『病院』70巻3号、医学書院)。
- 総務省(各年度版)『地方公営企業年鑑』。
- 総務省(2007)「公立病院改革ガイドライン」。
- 武川正吾(1997)「保健・医療・福祉の総合化の意義とその課題」(大山博・嶺学・柴田博編著『保健・医療・福祉の総合化を目指して—全国自治体調査をもとに』光生館)。
- 高久史磨監修(2011)『総合医の時代』社会保険出版社。
- 地域包括ケア研究会(2010)「地域包括ケア研究会報告書」。
- 中里憲保(1982)『地域医療の旗手』現代出版。
- 平井愛山・神津仁他(2009)『医療再生はこの病院・地域に学べ!』洋泉社。
- 藤本晴枝(2009)「地域で医師を育てるといふこと—地域住民の立場から」(ヘルスケア総合政策研究所編『医療白書2009年度版』日本医療企画)。
- 藤本晴枝(2011)「地域医療再生計画を地域住民のために」(『病院』70巻9号、医学書院)。
- ヘルスケア総合政策研究所編(各年度版)『医療白書』日本医療企画。
- 三重野卓・平岡公一編(2005)『福祉政策の理論と実際—福祉社会学研究入門(改訂版)』東信堂。
- 宮原伸二(1997)『老いを支える医療福祉』三輪書店。
- 目貫誠(2008)「自治体病院の改革について」(『都市問題研究』第60巻第8号、大阪市)。
- 山口昇(1992)『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会。
- 山口昇(2012)「地域包括ケアのスタートと展開」(高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社)。
- 山本裕(2010)「地域医療再生と自治体病院—新たな情勢のもとで」(金川佳弘・藤田和恵・山本裕『地域医療再生と自治体病院—「公立病院改革」を検証する』自治体研究社)。