

〔調査報告〕

岩手沿岸における公立病院再建の実態と課題

— 被災県立病院を中心に —

栗田 但馬

要 旨 本研究の目的は岩手県南東部の被災県立病院を主な事例にして、その再建プロセスにおける問題を明らかにし、再建の課題を提示することである。県立の高田、大槌、山田、大東の各病院は東日本大震災で被災したが、それらの再建にあたって、病床数の削減をはじめ医療供給の大幅な見直しが提示された。問題は次の4点である。①地域住民と県(医療局)の協議あるいは懇談が実質的になかった。②県が様々な理由をあげたことが地域住民に非常に大きな不安を広げることになっている。③大東病院の再建方針には過去からの経緯や他の3病院への影響がかなり加味されている。④地域住民の動向が低調であったり、反対運動型にとどまっていた。再建の課題は次の4点である。①住民ニーズを反映するための意思決定システムを抜本的に見直す。②地域医療のビジョンや県立病院等の存在意義を県・住民間でしっかり共有する。③医師不足、医師の勤務環境に対する県の対策を充実、強化する。④地域医療とくに公立病院における住民参加、ボランティアの推進であり、全県的な取組みのモデルを目指す。

キーワード 東日本大震災、県医療局、病床削減、地域包括ケア、住民参加

1. はじめに

岩手(県)は都道府県のなかで公立病院の比重が最も高く、また県立病院の比重も同様であり、2010年4月現在、20の県立病院が存在した(表1)。他方で、岩手では2006年度から経営悪化や医師不足などを理由に県立病院等の再編が加速しており、公立病院改革で他県に先じたケースとなっている。県立病院は60年以上にわたって、岩手の農山漁村の医療供給においてきわめて重要な役割を果たしてきたが、その再編が農山村の病院を中心に進められていた。

こうした状況のなか、東日本大震災が起こった。大震災は岩手、宮城、福島を中心に広範にわたって甚大な被害をもたらしたが、岩手県の地域医療に関しては広大な農漁村地域をもつ南東部の公立病院(県立病院)のほとんどが全半壊等となり、機能停止に陥ったり、あるいは大幅な機能低下を余儀なくされた。したがって、その再建のあり方が問われている。

本研究の目的は岩手県南東部の県立病院を主な事例にして、その再建プロセスにおける問題を明らかにし、再建の課題を提示することである。

2. 岩手沿岸の公立病院等の再建状況

岩手県における医療提供施設の被害状況の詳細は栗田(2012a)に委ねるが、本稿との関わりで言えば、病院のうち全壊の3病院が全て県立病院(高田病院、大槌病院、山田病院)で、いずれも地域の中核病院であることが最大の特徴にあげられる。岩手沿岸における医療提供施設の被害・再開等の状況は表2のとおりである。その半数以上が被災(全半壊等)しており、病院の被災割合が最高となっている。これに対して再開状況(2013年2月1日現在)をみると、病院は仮設を含めて全てが再開している。調剤薬局は再開の割合が67.9%で最も低く、また、18.8%が廃止等であり、未定を加えると30.1%が再開見込みにも至っていない状況である。

表1 岩手県立医療機関の一覧

区分	病院名	病床数					備考
		2000年 2月現在	2005年 3月現在	2008年 4月現在	2010年 4月現在	2014年 3月現在	
センター病院	中央	730	730	730	685	685	
広域基幹病院	花巻厚生	257	257	257	—	—	2009年3月まで
	北上	260	260	260	—	—	2009年3月まで
	中部	—	—	—	434(394)	434(434)	2009年4月より開設
	胆沢	351	351	351	351	346	
	磐井	305	305	315	315	315	
	大船渡	479	479	489	489	489(459)	
	釜石	272	272	272	272	272	
	宮古	404	404	387	387	377(293)	
	久慈	354	342	342	342	342(315)	
地域基幹病院	二戸	300	300	300	300(289)	300(270)	
	千厩	194	194	194	194(114)	188(161)	
地域総合病院	遠野	221	221	221	199	199	
	江刺	210	210	150	150	145	
	高田	136	136(70)	136(70)	136(70)	< 41 >	
	大槌	121	121	121	121(60)	< 0 >	
	山田	135	125(72)	60	60	< 0 >	
地域病院	一戸	374	374(326)	374(326)	325	324	
	沼宮内	76	60	60	60	19(0)	2011年4月より地域 診療センター化
	東和	71	71	68	68	68	
	大東	140	124	121	121(81)	< 0 >	
診療所 (地域 診療センター)	軽米	105	105	105	105	105	
	中央病院附属 紫波	65	65	19	19(0)	19(0)	2006年4月から
	中央病院附属 大迫	52	52	19	19(0)	19(0)	2007年4月から
	磐井病院附属 花泉	75	75	19	—	0	2006年4月から
	大船渡病院附属 住田	65	65	19	19(0)	19(0)	2008年4月から
二戸病院附属 九戸	45	45	19	19(0)	19(0)	2007年4月から	
精神病院	南光	408	408	408	408	393	

(注) 1. カッコ内の数値は実稼動病床数であり、筆者が病院へのヒアリング等によって把握した分のみ参考までに掲載している。

2. 高田病院、大槌病院、山田病院は東日本大震災により全壊したために、2014年3月現在、仮設施設（病院ないし診療所）である。また、大東病院は一部損壊のために、病床休止となっている（2014年4月から40床）。

3. 花泉地域診療センターは2010年4月に民間移管された。そして、2012年4月から県立に戻っている。

4. 2014年3月現在、岩手県では「広域基幹病院」は「基幹病院」に、「地域基幹病院」、「地域総合病院」、「診療所」は「地域病院」に区分変更されている。

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

表2 岩手沿岸市町村の医療施設の復旧状況

		既存	被災	再開			再開見込	廃止等	未定
				自院	仮設	計			
沿岸 市町村	病院	19	13	10	3	13	0	0	0
	診療所	112	54	30	12	42	0	12	0
	歯科診療所	109	60	29	19	48	2	8	2
	調剤薬局	100	53	36	0	36	1	10	6

(注1) 2013年2月1日現在。

(注2) 歯科診療所の再開には大槌町におけるケースのように4人の歯科医師で1カ所の仮設診療所を運営しており、「4」でカウントしているものが含まれている。

(出所) 岩手県ホームページより筆者作成。

病院は全て再開しているものの、高田、大槌、山田の各病院に関しては仮設であり、病床数が大幅に減少したり、あるいはゼロになっている。陸前高田市では病院・診療所 11 施設のうち 10 施設が被災したが、2013 年 2 月 1 日現在、6 施設が再開する一方で、4 施設が既に廃止である¹⁾。震災前の診療体制には程遠い。また、陸前高田市に隣接する一関市の県立大東病院は病棟の全体に亀裂が入った影響が大きく、入院機能および主力のリハビリテーション機能（回復期）の停止に追い込まれた。リハ機能は早々に県立千厩病院に移管され、入院機能に関しては増改築工事を経て 2014 年 4 月に 40 床で再開している。

次に、高田病院、大槌病院、山田病院の最近の状況を筆者の各病院等におけるヒアリング調査、各種メディア、病院ホームページなどにもとづいて整理しておく。2011 年末までの再開状況については栗田（2012a）を参照していただきたい。

<高田病院>

高田病院は 2004 年度に着任した前院長（2012 年度末まで院長）のリーダーシップの下、「日本一老人に優しい病院」をスローガンにして様々な取り組みを行っていたが、震災により中断を余儀なくされた。こうしたなか、陸前高田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きたので、震災後の早い段階でそれを再開した。体調が悪化し、かつ通院が困難である住民が多いために、訪問診療の高いニーズが継続的にみられる²⁾。訪問診療は主に医師、看護師等のチームで毎日（平日）実施されているが、その実績をみると、対象患者数は 2012 年で月平均 40 人程度、2013 年も同程度で変わっていない。開業医の診療体制が整っていないこともあって、高田病院の存在は非常に大きい。

震災直前に結成され、中断状態となっていた「陸前高田の在宅療養を支える会」が 2013 年 2 月に仕切り直して発足し、前院長が会長に就任した。陸前高田市を中心に地域内で連携しながら在宅医療を支え、地域包括ケアシステムを担う支援ネッ

トワークを構築することを目的とする。高田病院の訪問診療はシステム全体の一部であるが欠かせない。

震災前から地域保健活動として毎年、市内 11 地区で健康講演会（医師、技師、事務局長、看護師などをメンバーとする講演会、懇談会、体操など）が夜間に実施されていたが、震災後も早々に再開し、仮設住宅（集会所）も対象にし、2012 年は 27 回実施され、参加者数は延べ 720 人に及ぶ。

診療科は 2013 年 10 月現在、毎日診療（月曜日～金曜日）の内科、呼吸器科、小児科、整形外科、眼科に加えて、週 1 日の外科、皮膚科、婦人科、専門外来として「さわやか」（認知症外来）、糖尿病、健康増進、「ほほえみ」（寝たきり患者等）、禁煙などがあげられ、2012 年に比してあまり変化はない。平日の時間外や土・日曜日等でも医師と看護師は待機しているのも、大槌、山田の両病院と違い、急患は受け入れている。したがって、訪問診療対象者や介護施設入所者の急変時の対応も可能である。事前登録制により、主に在宅患者、寝たきり患者の急変時に無条件で経過観察入院として受け入れる「ホットつばきシステム」は本院のオリジナルである。

河北新報 2014 年 3 月 5 日付によれば、高田病院の医師数は 2014 年 1 月現在、15.1 人（常勤の人数に非常勤を常勤換算して加えた数字）で震災前の数を大きく上回り、常勤医師は 2012 年度、2013 年度のいずれも 9 人程度である。研修医も集まっている。しかし、看護師数は病床数の大幅減もあって逆の状況であり、大槌、山田の両病院も同様である。これは内陸の病院への異動を主な要因とする。病床を持つと、夜勤が必須となるために、とくに夜勤が敬遠される場合があるが、そもそも県全体で県立病院を志望する看護師が減少している。

外来患者数は 2012 年度で 1 日平均 232 人、そのうち内科 126 人、整形外科 53 人、2013 年度（10 月まで）で 1 日平均 190 人、そのうち内科 112 人、整形外科 29 人である。2011 年度は午後診療の影響もあって 200 人超（2010 年 220 人程度）であり、

2012年度はさらに増大したが、2013年度は震災前のように内科と整形外科で午後診療がなくなり、整形外科の新患受付が週2日となったために、大幅減少となっている。リハビリテーション患者(理学・言語等の療法士対応など)は2012年度で月平均660人、2013年度(10月まで)で761人と大幅増である。入院機能(41床)は2012年2月にスタートし、2012年度1日平均31人、2013年度(10月まで)で30人であり、80歳超の高齢者ばかりとなっている。

病院経営に関しては決算ベースで、2011年度は大震災の影響で7.1億円の純損失(=総収益-総費用)となったが、2012年度は市人口の減少のなかでの患者数の確保、診療報酬改定等による患者1人一日当たり収益の増加などのために1.4億円の純利益(黒字)となっている。大槌病院は2011年度7.3億円の純損失、2012年度2.0億円の純損失、山田病院は2011年度4.3億円の純損失、2012年度1.0億円の純損失である。外来患者数は大槌病院で2011年度2.2万人、2012年度2.3万人、山田病院で2011年度1.7万人、2012年度2.4万人となり、高田病院(2011年度4.2万人、2012年度5.7万人)と同様に増加となったものの、入院機能の有無もあって2012年度に大きな違いがみられる³⁾。

震災後の特有の問題として、①仮設の限界である。例えば酸素吸入器を備え付けているベッドは半数強で、残りは酸素ボンベや在宅医療で使う酸素濃縮器で代用する。痰などの吸引器は持ち運び式5台を複数の病室で共有する。②紙ベースの事務・事業のために事務、診療など全体のスペースが手狭になっている。③震災前には実施していた手術の多くが実施できなくなっており、例えば白内障手術であれば大船渡病院にお願いしているが、半年待ちということもあると聞く。④予防注射を年間数千人単位で実施しており、介護施設にも出向いている。本来であれば開業医の役割であるが、その体制が非常に脆弱であるために限られた供給体制のなかで実施している(2013年11月の高田病院の事務局長へのインタビュー)。

<大槌病院>

診療科は2013年11月現在、内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科であるが、毎日(平日)の診療は内科(午前・午後)のみであり、現在の仮設診療所となってほとんど変化はない。外科は週2日(午前)、整形外科は週1.5日(午前ないし午後で、月に2週だけ2日)、皮膚科は週2日、眼科はほぼ週1日(月4日)である。整形外科はとくに仮設住宅入居者のニーズが高いにもかかわらず、高田病院と同様に十分な診療時間を確保できていない。職員数(実働)は2012年10月現在34人、2013年10月現在33人で、現在の仮設診療所となってほとんど変化していない。医師数は2014年1月現在、5.9人で震災前に比してわずかに増えている。常勤医師は内科のみで、2013年6月から1名増となり、5人である。院長(1993年度～)は定年退職(65歳)の延長という特別措置により診療を継続している。研修医はゼロ(中長期)である。内科を含めて全ての診療科に応援医師が来ている。

外来患者数は2012年10月で1日平均92人、2013年10月で同90人となっており、震災後に大幅に減少してから、ほとんど変化がない(2010年同150人程度)。栗田(2012a)では「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。」と記されているが、2013年もおおよそ同様のことが言えよう。時間外や休日については震災後1年くらいで診療を終了したようであるが、患者はもともと少なく、土曜日は開業医の診療があることによる⁴⁾。ただし、筆者の町民インタビューでは大槌病院の診療体制を理由に釜石病院に行くというコメントが少なくなく、供給側と需要側の関係にとって示唆的である⁵⁾。

大槌病院は震災前から釜石保健医療圏の中核病院である釜石病院との機能分担を推進しており、また開業医との連携も強く、震災後も限られた医療資源のなかで継続されている⁶⁾。とは言うものの、震災後は大槌病院に病床がないために、釜石

病院の「後方病院」としての機能は大きく低下している。他方、ニーズが高い健康診断を積極的に受け入れており、経営的な工夫も垣間見える。訪問診療は大槌病院では高田、山田の両病院と違い、震災後も行っていない。医師数から言えば、訪問診療の実施も可能であるようだが、新病院(本設)の開院を2016年4月に予定し、最重要課題であるために、事業の拡大は考えておらず、むしろ入院機能の維持あるいは分担と連携に重点を置きたいということである(2013年11月の大槌病院事務局長へのインタビュー)。

ただし、「釜石ファミリークリニック」(釜石市)が震災前から訪問診療(24時間体制)を積極的に担っており、震災後も釜石市に加えて大槌町の患者も対象にしている。訪問診療対象者は2013年度で約400人であり、震災前の約300人から急増しており、震災による対象者の死亡・行方不明等を考慮すれば、ニーズが著しく増大していることになる。常勤医師は5人で、内科と脳外科はほぼ毎日(平日)の外来診療であることから言えば、過労が危惧される。町内の開業医による訪問診療もあるが、その対象者の規模には格段の違いがある。

震災前後の共通した問題としては医師不足があげられているが、震災後の特有の問題として、①そもそも建物が全壊し、入院機能を失い、町内に病床を有する医療施設がゼロになったことに加えて、町民の町外流出等のために、患者数の減少があげられている。②震災前は午後には病棟診療があったために、外来患者には午前の来院に対する協力をお願いしていたが、その傾向が震災後も続いている。午後に院内が閑散となる点については、特殊診療等がないことも要因であり、これは経営にも関わるようである(2013年11月の大槌病院事務局長へのインタビュー)。だからと言って、午後の外来をストップして訪問診療を実施するとはならない。それをスタートすると止められないし、他の医療機関との関係の再構築にも多大な労力を要するようである。

③栗田(2012a)では仮設診療所の建物が小さ

く、劣悪な労働環境があげられているが、筆者の現地調査によれば事務、診療など全体のスペースを拡充し、労働環境(更衣室や休憩室の未整備等)も改善するために2012年7月に増築が行われ、かなりの変化がみられる。しかし、質的な点で言えば、仮設のままであり、仕事の能率性が大きく向上したとは思えない。増築棟はCT(コンピュータ断層撮影)室、内視鏡室などに利用されているが、CTは一般社団法人日本画像医療システム工業会の無償貸与であり、山田病院も対象となった。増築棟と言ってもコンテナ式に近い建屋であり、「世界の医療団」(国際NGO)の寄贈であり、県の支出はあまりない⁷⁾。患者の待合室も縦(横)約2.5m、横(縦)約6mであり、最大で12人しか座れない長いす(クッション機能あり)が2つしかなく、快適には程遠い。

なお、患者目線でみれば、大槌病院と町内を結ぶバスの状況はわずかに改善されているが、町民バスであれば午前の場合、診療のタイミングで帰りのバスを逃すと、2、3時間以上待たなければならない。したがって、被災者支援団体の移送サービスに依存する側面も小さくない。震災前であれば市街地に立地していたために、通院に加えて買い物等のついでの用足しが可能であったが、震災後にはほぼ不可能になっている。入院患者の見舞いも同様である。釜石病院まで通院しなければならない患者も少なくなく、バスであれば利便性の高い地区でも乗り換え1回で片道1時間以上を要し、タクシー利用になると片道30-40分で5,000円超のコストとなり、金銭的な負担はきわめて大きく、受診抑制になりうる。

<山田病院>

山田町内の診療所は2014年3月現在7カ所(山田病院および歯科3を含む)であり、震災前の11カ所(うち歯科5)に比して医療機能の大幅低下がみられる。震災前には病床を持っていた診療所が2カ所あり、うち1カ所には兄弟3人の医師がおり、介護老人保健施設も運営しており、陸前高田市や大槌町の医療環境とは異なる状況がみら

れた。この診療所は2014年3月現在、旧山田病院の建物を間借りして診療を行っているが、アメリカの国際NGOと財団の寄付を受けながら診療所(病床数ゼロ)と介護施設が一体となった新施設を、規模縮小して2014年6月までに整備し、新たなスタートをきる予定である。震災後は町内の医療ベッドは大槌町と同様にゼロになっている。

山田病院の診療科は2013年10月現在、毎日診療(平日)は内科と外科のみであり、午前と午後の診療である。ただし、外科については月・火・木曜日の午後は訪問診療となっている。その他、眼科は週2日、整形外科は週1日、小児科は月2日である。2012年に整形外科は毎日(午前・午後診療)、小児科は週1日であったので、いずれも縮小している。医師数は2014年1月現在、37人で震災前の2.6人に比して若干増えている。ただし、常勤医師は震災前に2人(内科医ゼロ)であり、2014年2月に1人(内科医で震災後に赴任)が退職して、現在2人である⁸⁾。また、そのうち2013年度就任の院長(内科医)は宮古病院の循環器科で週2日外来を担当し、その統括副院長を兼務している。訪問診療は外科医が担当しているが、正確に言えば、総合医である。外来患者数は1日平均100人程度である。震災後の大幅減少から持ち直し、震災前を少し上回る。震災前の山田病院の利用は町民の1/4程度(町内の開業医1/4、宮古病院1/4、その他1/4)であったが、これ以上に上昇している状況であろう。今後、常勤医の減による患者の減少が懸念される。

平泉(2012)によれば、震災時に訪問診療を受けていた在宅療養患者88名の1年後転帰は震災死20名、震災後死亡28名、町外避難12名、施設入院・入所3名で、在宅療養の継続は25名という非常に厳しい状況となった。震災後の訪問診療・往診は増大し、2013年には急増し、年間4千件に及んでいる。これは震災前の4倍、2004年と比較すれば20倍である。震災による症状悪化や通院困難などが顕著にみられる。また、宮古病院における病床の実質稼働の抑制もあげられ

る。担当医師は1人で、絶大な信頼、評価を得ているものの、過重労働の域に達していることは明らかである。これに対して担当医師いわく、病床ゼロのなかで訪問診療に加えて、病状悪化時の救急搬送対応、夜間・休日等の往診対応、在宅看取りに必要な緩和ケアが医療現場では強く求められている。訪問診療の継続によって福祉・介護との連携を展開することができ、小規模病院の役割あるいは重要性は再評価されるべきであるということであった。

こうした地域医療の実態をみれば、訪問診療は非常に重要であるものの、病状急変・悪化時等の入院対応施設を必要とすることが示唆される。他方で、被災地の厳しい受診環境を考慮すれば、医師の善意に頼らざるをえないとしても、同時に、地域の開業医・介護事業所あるいは住民の姿勢や役割も問われているのではないだろうか。

3. 岩手沿岸の公立病院等の再建方針

以上の岩手沿岸における県立病院の再建状況に対して、岩手県の動向をあげれば、まず稗田(2012a、2012b)で指摘されているように、岩手県東日本大震災津波復興計画・復興基本計画(2011年8月策定)では高田病院や大槌病院など全半壊、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り、役割・機能や病床数に関して言及されていない。2011年9月以降の県の主な動向は以下のとおりである。

●達増知事は再選直後の2011年9月に「地域医療の機能を低下させることはしない」と強調し、同年10月に高田、大槌、山田の3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。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。

県の次期保健医療計画(2013年度～2017年度)の策定もあって、2012年度内に再建方針の方向性が決められることになった。したがって、2011

年10月からであると、議会議決や予算編成などを考慮して1年3ヶ月程度の時間的猶予が県民に与えられたことになる。県にとっても同じことであるが、地域住民との具体的な協議は全くなく、後述するように、高田、大槌など3病院の再建については2013年1月に突如具体的な内容が公表されることになる。なお、「岩手県立病院等の経営計画《2014 - 2018》」の策定に向けた県当局の動きも早められることになり、大東病院の再建にも大きな影響を与えることになった。

●2011年10月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が明らかにされ、2012年2月から病床数41でスタートした。

県は気仙保健医療圏において急性期後の医療体制が他の圏域に比べて脆弱であることを主な理由とする。陸前高田市の人口規模は大槌、山田の両町に比して多く、患者数の増加程度も大きく、地域（地元）および病院からも強い要望があったことが県を動かすことになったと考えられる。大槌、山田の両病院の医師に対する筆者のインタビューでは現在の医師数では入院受入れに踏み切れなかったということであった。大槌町では町長の死亡にみるように行政機能の一時停止・大幅低下も大きく影響したのではないだろうか。

●2012年2月に一関市大東地域から知事、医療局長、県議会議長に大震災前の診療体制の回復を趣旨とする要望署名（約1.3万人）が提出される。県医療局は「地域との話し合いをもちながら進めていくが、医療資源には限りがある。」というコメントに終始する。

岩手日報2012年1月18日付では、大東町（2005年の合併前）の大原地区における協働のまちづくり組織である「大原振興会と連絡協議会は昨年6月、一関市長に大東病院の診療体制確立に関する要望書を提出。町内4団体連名で県と県医療局にも要望書を提出したが具体的な復旧の見通しは立っていない。」と報じられている。こうしたなか、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、県立大東病院早期復旧対策委員会が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。そして、それが2月に知事や医療局長などに要望署名を提出した。岩手日報2012年5月14日付では「県は『計画は白紙』とし意見交換会などを踏まえ方向性を固める方針」と記述されており、また、県医療局経営管理課長のコメントとして、「病院の規模や期待する機能など住民とざっくばらんに意見交換し、本年度前半を目安に基本的な再建の方向性を固めたい」と報じている。

●2012年3月に策定された県医療の復興計画に高田、大槌、山田の3県立病院の再建が位置づけられ、地域医療再生臨時特例交付金のなかから75億円を充当する方針が示された。いずれの病院に関しても「病床整備について検討する必要がある。」と記されている。

国の補正予算等にもとづく地域医療再生交付金による財政措置は2009年度にスタートした全県レベルの地域医療再生基金事業の一環であり、医師招聘の対策、救急医療の確保、公立病院の再編など地域の医療課題（ソフト、ハード）の解決を目的とする。岩手県では事業対象地域は沿岸に限らず県全体にわたる。この交付金はこれまで数回にわたって交付され、県の基金拡充が図られる一方で、災害復旧事業費補助の対象外となる施設（公立・民間診療所等、歯科診療所、調剤薬局）の復旧・整備支援にきめ細やかに充当されてきた。この財政措置に対応して岩手県は「岩手県地域医療再生計画」（2012年2月、2013年8月など）、「岩手県医療の復興計画」（2012年3月、2013年3月）を策定している。

地域医療再生交付金の交付条件の一つに、補正予算ごとに内容に若干の違いはあるものの、病床削減があげられている。県立3病院の再建に関わる補正予算は2011年度の第三次であったが、棄田（2012b）で指摘されているように、「病院の診療所化を含む医療機関の統合再編も視野に入れつつ、機能の集約や連携を積極的に進め、病床過剰地域については、基金を活用して2億円以上の施設整備を行う病院の全病床数から10%以上の病床削減に努めること」になっている⁹⁾。「県地

域医療再生計画」では沿岸の保健医療圏のうち釜石保健医療圏が病床過剰地域とされているが、その時点で大槌病院の病床削減の布石は敷かれていたと考えることができる。

「県医療の復興計画(2012年3月、2013年3月)」では概算で総事業費は高田病院 25.8 億円、大槌病院 29.8 億円、山田病院 19.8 億円であるが、「被災前の入院患者数実績に基づいて病床利用率が概ね 85%となるよう整備病床数を仮定し、被災前と同じ診療科を前提として」計上されている¹⁰⁾。なお、「県医療の復興計画(同)」では3病院の病床数について「今後さらに、圏域における医療連携等に関する検討を踏まえて決定することになっている。」という記述もみられる。

●病院の整備に関する住民と県の意見交換会が大東地域、陸前高田市、大槌町、山田町で開催され、県から病床数縮減が提示された。大東地域では2012年5月15日(火)、同8月6日(月)、同9月12日(水)の合計3回の開催であった。大槌町と山田町ではいずれも2013年1月19日(土)であった。大槌町では約80人、山田町では約150人が参加した。陸前高田市では2013年1月20日(日)に開催され、約50人が参加した。

大東地域のケースでは約200人の住民が参加した第1回に、県は「従来通りの復旧は難しい」との認識を示し、医師不足を主たる理由にあげた。医療局長いわく、赤字を理由に機能を見直すことはない。また、意見交換会の開催時期を含めた対応の遅れに対する指摘に、医療局長が陳謝した(岩手日報2012年5月16日付ほか)。そして、第2回で40床程度とし、平日の夜間や土・日曜日、祝日の救急対応をしない方針が提示され、10月初旬に実質的に決定となった。その後、地域医療再生基金事業によって増改築工事等が実施された。40床程度は震災時の許可病床数(121)は言うまでもなく、実稼働病床数(81)でも高田、山田、大槌の各病院に比して格段に厳しい。

大槌、山田の両町での意見交換会では高齢者医療(とくに慢性期)を主な役割とし、主たる理由の医師不足に加えて、被災前の入院患者数、被災

後の人口減少などを勘案して、稼働病床数を震災前の一般病床60床から50床程度に削減する方針が明らかにされた。新病院は2016年度開院を見込む。ただし、病床規模や建設場所などは地域の意向を踏まえ、2012年度内に最終決定するとされた。陸前高田市の意見交換会では同様の理由で稼働病床数を50～60床程度に削減し、2017年度の開院を見込む方針が提示された。高田病院も大槌、山田の両病院と同様に夜間・休日等の救急対応は行わない。なお、各新病院の開院は大規模な人事異動を伴うので、4月を目標にされると考えられる。

岩手日報2013年1月20日付は大槌町長のコメントとして、「町にきちんとした医療施設がないことが人口流出の一番の要因。町として計画通り進むよう最大限努力する。」と報じている。また、山田町長は「病床数と夜間の救急医療体制の確保を強く願う」、「病床は多いに越したことはないが一番の課題は医師の招聘である」と述べている。

●「陸前高田市の県立高田病院を守り発展させる市民の会」(以下、高田病院を発展させる会と呼ぶ)は2月28日、「県医療局が2012年度内に固める県立高田病院の再建方針について、80床の病床を確保するよう求める請願を県議会に提出した」(河北新報2013年3月1日付)。

「請願では『震災前に80床に増床する準備が進められていた』と指摘し▽医師体制充実▽一般40床、回復期リハビリ40床の確保一を求めた」(同)。しかし、6月に取り下げるとともに、県医療局に要請書を提出し、要請という形をとった。

●「岩手県保健医療計画2013-2017」が2013年3月に策定された。

この新しい計画では県立病院に限らない公的医療機関の役割の現状と課題に関して、総務省が2007年に策定した「公立病院改革ガイドライン」にしたがって、「本県の公立病院においても取組実績等を踏まえた計画の見直しや新たな計画の策定により、継続して改革に取り組んでいくことが求められます。」「継続して公立病院改革の推進を

図ります。」と記述されている。

「地域編（保健医療圏における取組の方向）」の宮古保健医療圏の欄では山田病院の再建の基本方針が明記されている。基本診療機能として「内科、外科、整形外科等の基本診療科を有すること」、入院機能として「一定規模の病床を有すること」、「県立宮古病院や宮古第一病院の後方支援病院としての機能を有すること」、「在宅の要援護者や介護施設入所者の症状悪化の受け皿機能を有すること」など、救急医療として「医療需要、医療従事者の確保、県立宮古病院との連携の視点から必要な機能を確保すること」があげられている。こうした特定の病院の具体的な記述は気仙、釜石の両保健医療圏の欄とは大きく異なる。

●県医療局は2013年7月の高田病院を発展させる会との懇談会を経て、8月6日、高田病院の病床を当初の方針通り1病棟50～60床とすることを明らかにした。

県医療局は病床数を「3月に決める予定だったが、市民団体から2病棟80床を求める請願が県議会に出され、先送りしていた」（河北新報2013年8月7日付）。新病院の「事業費は19億800万円」で、「17年度開院を目指す」ということである（同）。その場所はこれから本設となる市役所のそば（有力案のケース）で、市の保健福祉総合センター（計画ベース）と隣接することになり、大槌、山田の状況と大きく異なる。なお、事業費や開院時期については被災地における資材費や人件費の高騰（資材不足や技術者等の不足）を要因として復興事業費が高止まり、入札不調等も相次いでいるために、いずれも見直しを余儀なくされることが懸念される。

●「岩手県立病院等の経営計画《2014～2018》」が2013年9月13日から同年10月15日までのパブリック・コメント期間を経て、2014年3月に正式策定となった。

現行の県立20病院6地域診療センターを維持し、病床数について高田病院は一般60床（2017年～）、大槌病院は同50床（2016年～）、山田病院は同50床（同）と明記される。

高田、大槌、山田、大東の各病院が該当する「地域病院」の病床利用率の目標値は2018年度まで75.0%で変わりなく、「基幹病院」等よりも低く設定されているが、「公立病院改革ガイドライン」がミニマムとする70%よりは高い。ただし、病床利用率（一般・療養）が3年間連続して70%未満となれば、「病床数を抜本的に見直すとともに、これに該当しないものの空き病床が多い病院についても、医師の配置や患者動向を見極めつつ、患者の療養環境の向上や新たな医療ニーズへの対応を考慮しながら、病棟休止も視野に入れて病床数を見直します。」ということである。

なお、2012年度の県立病院等事業会計決算は純損益ベースで2005年度以来7年ぶりの黒字となり、大震災による特別損失など特別損益を除いた経常損益では3ヶ年度連続の黒字である¹¹⁾。診療報酬の引上げを背景とした患者1人一日当たりの収益の増加が主な要因である。他方、経営の損益や医師の労働量に影響する（稼働）病床利用率（一般・療養）は計画（2012年度分）の84.2%を大幅に下回る76.5%で、2013年度までの経営計画の下では一度も上回っておらず、毎年度大きな差がある。平均在院日数の短縮が主な要因である。

4. 県立病院の再建プロセスにおける問題

ここでは県の県立病院再建に関する方針や動向を踏まえて、高田、大槌、山田の各病院を中心に県立病院の再建プロセスにおける政策的な問題を明らかにする。

第一の問題は、病院再建とくに病床数に関して、病院所在地域の住民と県（医療局）の協議あるいは懇談が実質的になく、県の動向も住民からほとんどみえなかったことである。

岩手日報2013年1月21日付は病院の整備に係る意見交換会について陸前高田市長のコメントとして、「事前に情報がないと市民も何を言っているかわからない。事前に県が基本的な考え方を示した上で意見交換した方がいい」と報じている。また、岩手日報2013年2月3日付では県医療局

が「病床規模などの方針を初めて明らかにしたのは意見交換会の席上で、しかも住民からの質問に答える形。いかにも消極的だ。」という記者コメントがある。

知事は再選後に地域医療の機能を低下させることはしない、高田、大槌など3病院を再建すると明言したが、地域住民のなかで震災前の診療体制に戻ると思い込み、病床削減に驚いた人は多かったというのが、筆者の地域住民へのヒアリングを踏まえた実感である。

意見交換会は実質的には決定事項の説明会であり、それと呼べるようなものではなく、大東地域を除いてわずか1回であった。病院再建にとって病床数が過剰か否かは重要な論点であったが、これに地域住民の関心が集中し、再建の全てが規定されることになった。意見交換会を終えるにあたって、病床規模などは地域の意向を踏まえ、2012年度内に最終決定されることになったが、これは会を取める形式的な文句であって、既述のような山田町長の主張が届かなかったことは予想された結果であろう¹²⁾。

2012年度第4回県立病院経営委員会(2013年2月13日開催)の会議録によれば、ある委員(県医師会常任理事)の「被災病院の再建後の病床数について、地域のニーズ等を踏まえて決定しているのか。」という質問に対して、県医療局の経営管理課総括課長は「被災前の入院患者数、被災後の人口減少等を勘案して病床数を検討しており、被災前の病床数よりも少なくなっている。」とコメントしているが、回答になっていない。

こうした問題を踏まえると、地域から何らかのアクションがあっても不思議でない。3病院のうち高田病院に関しては、震災前からの取組みが評価され、リハビリ機能の充実を中心にして、2011年度に増床予定があったけれども正反対の結果となった。高田病院を発展させる会の請願それ自体については大方の理解を得ることができるのではないか。大東病院については県立大東病院早期復旧対策委員会いわく、災害復旧であるから震災前の体制を基本とすることが当然であり、また、改

築を10年以上前から県にたびたび要望してきたが、何ら応答がなかったということである(2012年5月の代表へのインタビュー)。

「県地域医療再生計画」と「県医療の復興計画」には計画案の作成経過が記されており、医療分野専門家会議、医療審議会(部会を含む)、有識者会議、県内医療関係団体などに対する取組内容の説明や意見聴取があげられている。これらの構成員はほぼ全てが医療関係者(県医師会会長・副会長、県薬剤師会会長、岩手医大学長・教授など)であり、公募委員や住民団体(代表)はごくわずかである。また、何度も出てくる有識者会議は県内医療関係団体所属者と県医療行政関係者から構成されるが、「被災地域医療再生検討委員会」(委員長の県医療局次長、5名の県立病院長、5名の県医療局総括課長で構成)と同一でなく、紛らわしい。こうした意思決定プロセスを県民は知る由もない。

第二に、県が医療供給体制の見直し、とくに病床数の削減について医師不足を最大の理由にしたことが地域住民にとって消化不良に終わるとともに、様々な理由をあげたことが非常に大きな不安を広げることになっている。

県(医療局)いわく病床削減の最大の理由は医師不足であるが、同時に様々な理由があげられ、病床削減の批判に対する反論が二重に用意されており、さらに中長期の改革も視野に入れられている。医師不足は震災前の県立病院等の大再編(県立6地域診療センターの無床化等)の際にあげられた3つの理由の1つであるが、その他の経営悪化、患者の受診モラルを大震災という特別な状況の下での再建にあたって大きく取り上げにくいのは明瞭である。このことから医師不足を不変の理由にしたいのであろう。

しかし、高田、山田、大槌の3病院については震災前の大再編では病床減の対象外であり、今回、いずれの病院も2012年に常勤医師は減少しておらず、むしろ増加している。大槌、山田の両病院であれば、夜間や休日等の対応がないから常勤医師が集まると考えることができるが、それは

応援の当直医を基本とし、別の問題とすることもできる。県は医師不足だけでは地域住民に対して十分な説得力を持たないことを認識しているがゆえに、人口減少、一般病床利用率、1日の平均患者数、各保健医療圏における位置付け、地域の入院需要などをあげたと考えられる。

「県医療の復興計画」における高田、大槌、山田の3病院の再建に関する、「病床整備について検討する必要がある」という箇所を含む文章をみると、それにつながる文言は異なる。高田は「同院が担うべき機能や県立大船渡病院との機能調整、療養が長期に及ぶ患者の圏域における受入体制のあり方等も含め」、大槌は「糖尿病の専門的治療などの医療機能も担い、病床利用率は比較的高い状況にあったものの、県立釜石病院と比較的近接していることから、…救急医療体制のあり方など県立釜石病院との機能調整も含めて」、山田は「山田町内の患者の町外医療機関への移動状況を詳細に把握し、県立宮古病院との機能調整も含めて」であるが、大槌病院は釜石病院との距離まで取り上げられている。三陸縦貫自動車道の整備後にまで踏み込めば、他の病院にも派生するかもしれない。

こうして様々な理由が列挙されると、今後はいつでも病床減に限らず、様々な形で機能縮小を行いますと言っているようなものである。ここまで踏み込めば、地域住民に大きな不安が広がることは容易に想定することができる。

「県医療の復興計画」における病院整備の概算事業費の算定方法（病床利用率が概ね85%となるように整備病床数を仮定する方法）は他にやり方がなかったのだろうか。そもそも2010年度の病床利用率は稼働病床数からみれば、大槌病院90%超、山田病院約70%、高田病院約80%であり、山田病院を除けば取り立てて問題にする水準ではない。山田病院は内科医ゼロのためにやむを得ない。しかし、大槌病院は病床利用率が「比較的高い状況」でもターゲットになった。県医療局が用いる病床利用率も県民向けには分母が大きくなる許可病床数が用いられることがあるが、その

高低も含めて十分に理解されていないのではないか¹³⁾。

また、許可病床数あるいは稼働病床数は2013年度までの経営計画にもとづく、病床利用率の観点からの縮減があるとしても、震災以降、宮古、大船渡、久慈の各病院の病床が大幅に縮減されていることは地域住民に知られているのであろうか。そもそも経営計画はそれを明示していない。さらに県立病院経営委員会の資料では筆者が電話によって把握した各病院の病床数（表1）よりも低い数値となる縮減が示されている。仮に周知されているとすれば、各保健医療圏における短期間での病床の大幅減はかえって地域住民の不安をおおることになる。

第三に、大東病院の再建方針はあまりにも厳しい。大東病院は過去に何度も機能縮小の対象となり、実際、病床数は微減しているが、今回、かなり持ちこたえてきたなかで、病床数の大幅縮減や夜間等の受入れなしに加えて、主力のリハビリテーション機能（回復期）も引き上げられた。県が策定した「岩手県公立病院改革推進指針」（2009年1月）では「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」とまで指摘されたのであるから、今回の結果は県にとっては狙い通りなのかもしれない。

県医療局の大東病院整備の方向性に関する資料をみると、「病床数については、被災前（平成22年度）の1日平均患者数は45.5人であり、このうち回復期リハビリ病床（千厩病院に集約）の入院患者が半数程度であることなどを考慮して、40床程度とします。」という文章がある。今後、大東病院は回復期医療後も退院が困難な患者の治療を行う位置付けであるようだが、その文章はあまりに難解であるために、県民はほとんど理解できないと思われる。

大東病院のケースは高田、大槌、山田の各病院へのいわば見せしめになったとすれば、高田のケースは他の県立病院への見せしめになると思われる。つまり、震災前からの経緯および震災

後の常勤医師の大幅増などがあっても、病床数の縮減、夜間・休日の救急医療なしとなったからである。「岩手県立病院等の経営計画《2014－2018》」には前経営計画と同様に基本方向の1つに「医師不足解消」をあげる。県医療局全体の医師不足「解消」を前提とすれば、高田病院で数人増えても、全体あるいは中長期でみれば厳しいと一蹴されたのではないだろうか。それどころか、大東病院あるいは山田、大槌の両病院はいったん19床の有床診療所か無床にして医師招聘が進めば、病床を増やしていくとまで考えていたかもしれない。

第四に、地域（住民）の病院再建に関わる取組みである。それは大槌町では低調であり、陸前高田市、山田町では基本的に反対運動にとどまっている。こうした動きは、地域医療の復旧・復興が市町村や地域住民にとって優先政策の上位になっていることから言えば、無視できない問題であり、中長期でみても明るい展望を見出し難い。

大槌町においては栗田（2012a、2012b）を参照すれば、町（当局）、議会、住民が何もしなかったわけではないが、定年退職を延長してでも勤務する院長が入院機能に対して消極的であることが大きな影響を持っていると考えられる¹⁴⁾。山田町では大きな動きとして町当局、町議会、住民組織の「山田病院と地域医療を守る会」の三者による県知事と県医療局に対する要望に加えて、町内外の組織（「守る会」を含む）の主催によるシンポジウム（2012年10月）があげられる。ただし、そこでは病床数のあり方に関する発言はみられなかったが、震災時の60床を暗黙の前提にしていたと思われる。

陸前高田市においては、多くの地域で従来からみられるように、県（医療局）に対峙して震災前よりも手厚い医療機能・体制を求める反対運動が展開された。山田町におけるシンポもシンポジストに「守る会」代表の他に町保健師や町社会福祉協議会のケアマネジャーがいたせいも、また山田病院の常勤医師を配慮してか、全体的なトーンは低かったものの、形態の異なる反対運動であると

考えられる。こうした県との「対決」は震災前の大再編時のように、将来に禍根を残すことになり、同じ轍を踏むだけではないだろうか。

筆者は政治運動の性格が強い反対運動に対して一定の理解を示すが、その先が重要であり、それは「協調」を目的とする取組みであると考えられる。

高田病院の前院長は2013年1月の意見交換会に限らず、講演会をはじめことあるごとに地域医療における住民の参加を提唱している。彼は「参加」の具体的な内容に言及していないが、実際の取組みから考えると、病院と住民と一緒に健康づくりを考える場をセッティングし、参加するようなイメージかもしれない。また、朝日新聞2013年1月29日付では大槌病院の院長の「大学病院から潤沢な応援医師を得た時代とは違う。今働く医師を守り、住民のニーズに応えるためにも、みんなで助け合っていかなければならない状況なんです」というコメントがある。ここでの「みんな」には岩手の地域医療の特徴を踏まえれば、市町村当局も含まれるのではないだろうか。

山田町は陸前高田市、大槌町の1案と違い、県に対して病院の整備場所を3案併記で推薦する形をとって2013年1月の意見交換会を迎えたが、2012年の後半は7月に町長選挙があり、新たな町長の下で場所を考えることになっていた。しかし、とくに議員間で調整が困難をきわめた（2012年11月30日の町議会全員協議会で3候補の決定）。そして、町の緊急雇用事業を委託するNPO法人「大雪りばあねっと。」の問題への対応に追われることになった。副町長と教育長が空席となる事態も生じた。病院再建の多面的な検討までに至らず、町や議会の動きはあまり頼りになるものではなかったと考えられる。

なお、筆者の事務局長等へのヒアリングでは、高田、大槌、山田のいずれの病院においても、地域住民から新病院の整備を急いで欲しい、仮設でも病棟が欲しいといったような要望は病院には直接にほとんど届いていないということであった。病院は敷居が高くて直接言いにくいのか、病院の頑張りを見て言えないのか、諦めているのか、満

足しているのか、適切な手順でないと思うのかなど、いろいろ考えられる。

5. 地域医療・県立病院の政策課題

以上の4点の問題に対して、全国レベルというよりも地域独自の取組みに重点を置いた、4つの政策課題を一体的なものとして提示しておく。

第一に、住民ニーズを幅広く反映するための意思決定システムの抜本的な見直しである。

栗田（2011、2012a など）を踏まえると、大震災前に限らず、大震災後でも県（医療局）は県立病院等のあり方を巡る地域住民（県民）との対話の積み重ねおよび信頼関係の構築の点で重大な問題を抱えている。そして、県は全国レベルであればまだしも、そうした独自に取組めることさえ疎かにしており、今やその意思決定システム（政策決定プロセス）は、岩手で長年続く県立病院中心の地域医療スタイルの放棄に導くような存在であると言っても過言でない。

今回の県立病院の再建は県議会の承認や審議会の承認が最終の、あるいは重要な決定の場であるので、後者における意思決定に医療関係者でない委員の意見がより反映される仕組みが必要である。この点を展開する前に、振り返っておくべきことがある。意見交換会のような地域住民が自由に参加し、意見を述べるができるような場にそもそも決定権はないが、かといって実施しなくてよいとはならないし、1回で足りるわけでもない。他方、行政サイドは説明会（質疑応答を含む）であっても、よほどの反論がない限り、地域住民の合意は形成されたとみなすことがある。それはいわゆるアリバイづくりになることもあり、脆弱な側面に注意を要する。

岩手県医療審議会（事務局は県保健福祉部）は2013年度で20人の委員と5名の専門委員からなるが、公募委員が2名いる点は他県と比較して積極的に評価されてよい。また、その医療計画部会でも2名の非医療関係者がいる。しかし、岩手の地域医療の特徴、すなわち県立病院中心であり、かつ初期（一次）医療も担うことに鑑みれば、あ

る意味で当然と言える。むしろ、不十分ではないだろうか。兵庫県医療審議会は2011年度で委員30名のうち「医療を受ける立場の者」は10名、このうち県市長会、県町村会（所属者）を除けば8名、また、「学識経験者」は11名、このうち県議会（議員）2名を除けば4名は医療関係者ではない。それぞれ10名、6名で計算すればさらに増え、非医療関係者は1/2超となる。

岩手でも9つの保健医療圏に設置されている県立病院運営協議会（事務局は医療局・各病院）は市町村長と県議会議員を含めると4/5以上が非医療関係者である。また、各圏域の保健所運営協議会（事務局は保健所）も2/3程度が非医療関係者である。ただし、前者の協議会は年1回程度の開催である。後者の協議会もたいした違いはない。前者では県医療局長が全てに出席する。宮古保健所運営協議会は年3、4回の開催で例外であるが、構成員が最多の約30人であり、4回開催して1度も発言していない人が多い。いずれの協議会も、多様な分野のリーダーが顔を合わせるもので、それなりの意義はあるものの、大きな影響力を持っているわけではない。

以上のことから、岩手県医療審議会の構成メンバーの2/3以上を非医療関係者にし、中長期的には県立病院運営協議会や保健所運営協議会を充実・強化することを提起する。

第二に、地域医療のビジョンを県当局と地域住民（県民）等の間でしっかりと共有し、そのなかで医師の不足問題や勤務環境に向き合う。

地域医療ビジョンづくりの手がかりは既にある。高田病院は震災前から、前院長のリーダーシップの下で大船渡病院の「後方病院」としての役割を追求し、高齢者（とくに入院患者）のADL（日常生活動作）の低下をできる限り抑制するという目標を共有してきた。リハビリ、嚥下・口腔ケア、褥瘡などいくつかの小委員会からなるトータルケア委員会を立ち上げ、在宅・（介護）施設でできるだけ自立して過ごせるような状態に改善することを目的にしてトータルケア回診が実施されている。また、入院患者の入院前の状況に関する情報

確保や、退院時の介護状況の確認などのために、介護職との連携を重視し、地域連携バスや退院支援・調整にも取り組んできた。震災後の2012年夏にスタートした「はまらっせん農園プロジェクト」は生活不活発病や抑うつ状態の発症予防を目的としており、市内の仮設団地に農地(10ヵ所分)を借りて、仮設住宅入居者による農作業が行われている。

高田病院がこれまで重点的に取り組んできたリハビリ、訪問診療、専門外来、保健や介護との連携、院外での事業などとともに、震災後の新たな仕掛けは「病院完結型」ではなく、「地域完結型(プライマリケア・在宅・終末期)」の地域医療の追求であり、震災後のコミュニティの大再編や家族構成の大変化のなかで医療がどのような役割を果たせるかも強く意識されている。筆者は前院長の講演を何度も聞いているが、彼は全ての職種がそれぞれに応じた機能を十分に発揮するようになったと成果をあげる。各々がバラバラであるというわけでもない。院内で重視されている情報の共有は供給側だけでなく、需要側である利用者・患者の負担も軽減する。チーム医療であれば、そのなかで医師は必ずしも主役とは言えないのである。こうした事例は農村地域の中小規模の病院における医療のあり方にとって非常に示唆に富んでいる。

他方で、栗田(2012a)において県の資料から引用されているように、保健、医療、福祉の連携が気仙保健医療圏にくまなく広がることが課題となる¹⁵⁾。

保健医療圏に着目すれば、釜石保健医療圏では釜石医師会が音頭をとり、釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会が2007年9月に組織された。この組織は多職種かつ大人数からなり、通院困難者に対する在宅医療推進に向けて、医療機関相互の連携に加え、居宅介護支援を担う介護支援専門員や歯科医療機関、薬局等と医療機関との具体的な連携の推進を目的としている¹⁶⁾。この検討会は震災から1年半を経て再開されたが、他方で、2012年7月に釜石市在宅医療連携拠点事業推進

協議会が設置され、また、釜石市健康推進課地域医療連携推進室が実施主体となり在宅医療連携拠点「チームかまいし」が設置され、研修会を中心とする活動が行われている。今後、それらの活動の充実、強化が期待される。他方で、大槌町の関係課や医療機関等への働きかけは非常に不足しており、それらの参加・参画に大きな課題を残している。

「県地域医療再生計画」(2013年8月)によれば、在宅医療の現状は「本県において平成22年10月から23年3月の半年間で訪問診療を受けた患者数(人口千対)は10.9人、往診を受けた患者数(人口10万対)は243.1人であり、それぞれ同時期の全国(訪問診療22.6人、往診612.5人)を下回っている。」これに対して、在宅医療の課題は「地域全体の医療資源の不足などの理由により、在宅医療の積極的な実施が困難な地域もあることから、地域の実情に合わせ、地域の医療資源を有効活用した取組を推進していく必要がある。」医療資源の不足とは、関連職種の担い手の確保・育成、相互理解や情報共有の場づくり、必要な機器の整備、夜間・急変時や24時間対応への負担を軽減する体制づくり、需要側と供給側のそれぞれの総合窓口の設置、自宅や介護施設等での看取り体制の確保などにみられ、地道な努力が求められる。

第三に、医師不足および医師の勤務環境に対する県の対策を充実、強化する¹⁷⁾。

現実として、県立病院の医師の過労があげられ、勤務環境の改善が一層求められる。大槌病院長は震災前から医師の精神的、肉体的な負担に神経をとがらせ、「過労→退職→医師不足」という悪循環の回避が病院の持続性にとって全てであると言わんとしてきた。「全て」かどうかは議論の余地があるとしても、過労は事実である。山田病院は常勤医師に高い使命感があるとしても、大震災前も含めて彼らの犠牲のうえに成り立っていることは、誰も否定できないのではないか。岩手日報2014年3月8日付は岩手、宮城、福島県の沿岸部の医療施設で被災者を診察している医師70人へのアンケートから、半数の医師が勤務状

況は震災前より厳しいと答えていることを報じている。もともと過酷な状況であるので、一層深刻になっている。

震災前については岩手県立病院医師連合会（県立病院の全勤務医で構成）のホームページにおける会長の挨拶文（2012年8月10日）をみれば、「2010年に実施した岩手県立病院を辞職した医師に対するアンケート調査では、辞職の原因として過重労働が一番多く、労働環境の改善があればもっと続けられたと答えた医師が多く」いたということである。2009年7月10日のNHK・クローズアップ東北におけるNHKの県立病院を辞め開業した医師に対するアンケートでも、辞めた理由の第一は断トツで勤務の過酷さであり、思い描く診療のあり方ないし理想とのギャップ（実現できずにやる気の喪失）などが浮かび上がった。

県の独自の取組みから言えば、医療クラーク（県医療局臨時職員）の拡充があげられる。診療報酬制度にしたがえば、医師事務作業補助者と呼ばれる。2013年度第2回県立病院経営委員会（2013年8月28日開催）・会議録によれば、ある委員（県立久慈病院長）は「医師の業務負担軽減で大きいものは、医療クラークの整備である。」「久慈病院では、全ての外来に配置され、診察時間は半分に減った。カルテ入力や診察予約、検査予約を全て対応してくれる。医師の指示の下、診断書やサマリー、学会資料の作成も行ってくれる。導入後、医師から不満が出なくなった。」医療クラークは医師の業務負担を軽減するために配置され、県立病院では2008年度から配置スタートし、2013年度には定数266人（実働は少し下回る水準）まで拡充されている。無駄な事務作業を減らすことは当然であるが、その制度はきわめて有効である。

次に、医師不足の対策である。岩手では県北や沿岸などにおいて今後、人口が減少する一方で、75歳以上人口は増加し、医療（とくに後期高齢者医療）と介護の需要は増大する。県立病院・地域診療センター等の常勤医師数は2008年度末474人、2012年度末485人、後期研修医は①2008年度末57人、②2009年度末63人、③2010

年度末57人、④2011年度末47人、⑤2012年度末61人、初期研修医は①98人、②101人、③111人、④108人、⑤102人である¹⁸⁾。県医療局は常勤医師の減少傾向に歯止めがかかったと分析しているが、ピークとなった2001年度末545人を大幅に下回ることを大きな問題にしている。

2013年度卒業の医学生の初期臨床研修先を決める2013年度の組み合わせ（マッチング）で東北の各病院への内定者数が青森を除く5県で前年度を上回り、岩手では大きく落ち込んだ2012年度の59人を大幅に超える68人である（河北新報2013年11月17日付）。ただし、募集定員に対する充足率は全国平均を下回る。それでも研修後に県内の病院に勤務するケースが大半であるために期待はできる。そして、今後、岩手医科大学（以下、岩手医大と呼ぶ）における2008年度からの医学部定員増（地域枠）の影響が及ぶと考えられる¹⁹⁾。つまり、初年度の地域枠を利用した医師が病院に配置されるのは2016年度以降になり、順次配置が進められていく。

県は岩手県市長会や同町村会、岩手医大、県医師会などの参画のもと、2004年12月に地域医療対策協議会を設置し、「岩手県医師確保対策アクションプラン」（2005年3月）を策定していたが、国の「新医師確保総合対策」（2006年）に対応し、2007年度あたりから医師確保・養成対策や勤務環境改善策を強化するなかで、岩手医大医学部の定員増にあわせて奨学金制度を手厚くしている。もともと市町村医師養成修学資金（募集枠・拡充前10名）と県医療局医師奨学資金（同）があったが、2008年度からそれらの募集枠を拡充し²⁰⁾、また、同年度に新たに岩手県医師修学資金が設けられ、毎年度合計55人の貸付枠となっている²¹⁾。

2012年度第4回県立病院経営委員会（2013年2月13日開催）・会議録によれば、県医療局医療推進課総括課長いわく「国立大学の場合、奨学金の額がそれ程多額でないため、返還してしまって他県に勤務するケースも考えられるが、本県は私立大学であり、奨学金が多額となることから、

そのようなケースはあまり多くないと考える。」ということである。「奨学金養成医師の医療機関への配置にあたっては、医師の専門医資格取得志向の強い現状の中で、資格取得には一定期間、各専門学会の認定研修施設となっている中核病院に勤務する必要がある一方、配置対象先の約8割を占める中小規模の医療機関は認定施設になっていないほか、幅広い症状や疾病に対応できる総合医的な医師が求められるというミスマッチの解消が課題」である（「岩手県保健医療計画2013－2017」）。

第四に、地域医療とくに公立病院における住民参加、ボランティアの推進であり、全県的な取り組みのモデルを目指す。それ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、研修医を惹きつける要素にもなろう。県の取組みはきわめて不十分であり、市町村とはその推進のための条件が異なるとすれば、市町村との連携を強化する。そして、地域が一体となった取り組みを徹底すべきである。

第13回地域医療対策協議会（2012年2月開催）の配布資料のなかに「岩手県医師確保対策アクションプランの推進について」という資料があるが、それをみると「医療機関の適正受診等に関する意識啓発を行うため、平成20年11月に設立された『県民みんなで支える岩手の地域医療推進会議』と一体となり、広報活動やシンポジウムの開催、保健医療圏単位での地域講座の実施など県民総参加型の運動を展開してきたところであるが、被災地の状況を踏まえ、メッセージの在り方も検討しながら、引き続き運動を展開する。」とある。

「県民みんなで支える岩手の地域医療推進会議」（会長は知事、事務局は県）は震災前の県立病院等の大再編を機に、地域・県民との関係の見直しを目的に立ちあげられ、県商工会議所連合会、岩手大学、県医師会、県社会福祉協議会、岩手日報社、県市長会など90の構成団体からなる会議である。その構成団体には共通の取組みに加えて、産業界、学校・教育機関、行政などそれぞれの分野における取組みも期待されている。県の

ホームページでは「医療提供者だけでなく県民一人ひとりも『医療の担い手』であるという認識のもと、」「かかりつけ医の普及や適正受診に関する啓発、生活習慣病に関する知識の啓発などに取り組んできました。」とある²²⁾。

2011年3月決定の「県民みんなで支える岩手の地域医療推進運動方針」（2012年5月一部改正）では「『平成22年度医療と健康に関する県民意識調査結果』をみると、医師不足や地域の医療を県民みんなで支えるといった考え方に対する県民の認識はあまり高まっておらず、地域医療に対する県民意識の高まりは途上にあると考えられます。」と記述されている。「大きな病院と診療所（開業医）との役割分担」に対する県民の認知度（「知っている」）は2008年47.5%、2010年50.1%、2012年52.0%と微増にとどまるからである。年代別では40・50歳代と60歳以上に比して20・30歳代の「知っている」は格段に低く、2012年で38.2%である。

「岩手県保健医療計画2013－2017」は第5章を「医療連携体制構築のための県民の参画」とし、県民の参画について1つの章が設けられ、これまでになく重視され、「県民総参加型」による保健医療体制づくりが謳われている。「医療機関の役割分担が必ずしも明確でない中で、地域の中核的な病院に患者が集中し、中核病院では本来求められる機能を十分に発揮できず、病院勤務医に過度の負担がかかるといった問題も生じています。」「地域の医療提供体制についての情報を得ながら、症状や医療機関の役割分担に応じた適切な受診が促進されるよう県民、関係者が一体となった取組を進めます。」「自分の都合により診療時間外に受診したりすることなどを控え、症状や医療機関の役割分担に応じた適切な受診を心がけることが重要です。」

「岩手県保健医療計画2013－2017」では「県民運動の取組への評価の一例として、地元医師会の協力や住民による勤務医を支える活動が、病院勤務医の肉体的・精神的な負担の軽減や活力につながっているとの声も現場から聞かれています」とし、「まず地域の医療の現状について理解する

こと」に言及されている。そして、「朝顔のたね—千厩病院を守り隊—」の取組みがコラムで紹介されている。国の2009年度補正予算に対応する県の「地域医療再生計画」（2010年1月）では釜石病院をモデルに地域住民活動拠点の整備の一環として、「県立釜石病院サポーターズ」やボランティアなどを念頭に置いたうえで病院内に事務室、ホール等を整備することになっていた（実施期間2011年度）。この目標として、「適切な受診の促進、医療従事者との信頼の構築等に寄与する地域住民の自主的活動を支援する。」「圏域内外の市町とも連携し、活動団体と医療機関・行政等との交流・連携機会を拡充する。」ことがあげられていた。

「朝顔のたね—千厩病院を守り隊—」や「県立釜石病院サポーターズ」などのような、いわば「草の根からの運動」は地域医療や公立病院における住民参加やボランティア等を考えるヒントになり、また、それらの活動（成果）は地域・住民間で可視化でき、大きなインパクトを持つのではないだろうか。そして、それは地域医療や公立病院の持続性にとっても不可欠な要素となるのではないだろうか。

県に関しては保健医療圏ごとの取組みを含めても、これまでシンポが数多く実施されてきたわけではないし、普及・啓発ポスター・リーフレット、各種メディアによる広報などの手法にも限界がある。「県民みんなで支える岩手の地域医療推進会議」の構成団体の活動にしても、団体間の取組みの格差は大きく、必ずしも裾野の広がりには十分でない。県の活動方針については、河北新報2009年6月14日付が市や市民団体の懸念を踏まえて、行政主導や業者への丸投げになりそうと早々に警鐘を鳴らしていたにもかかわらず、ほとんど発展していない。住民組織の活動が行政寄りになり過ぎるのは問題であるものの、そのスタートアップに対する財政支援をはじめ、県ができることについてこれまで以上に知恵を絞るべきである。

謝辞

本稿の作成にあたって、岩手県沿岸・南東部の病院・診療所、調剤薬局、市町村、県医療局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ある。

【注】

- 1) 県医師会は2011年8月から市立第一中学校に高田診療所を開設し、2014年3月現在でも継続している。診療日時は水曜日15時から17時まで（皮膚科の予約診療のみで、岩手医科大学の遠隔診療である）、土曜日15時から18時まで、日曜日・祝日11時から16時までで、2013年8月から木曜日の診療を終了するとともに、水曜日の診療も縮小している。内科と外科に加えて、小児科、皮膚科、耳鼻科、眼科など開業医がいない診療科を中心に担っており、診療時間も開業医とできるだけ重複しないようにしている。岩手日報2013年2月16日付によれば、「内陸部から延べ千人以上の派遣医師が診察に当たっており」「毎月100人以上の新規患者が来所。11年8月の開設以来の患者数は約1万人に上る。」「12年7月からは新たに子どもの心のケアも実施。」「県は、同診療所運営に関する医師の交通費や人件費など約4500万円（地域医療再生基金）を13年度一般会計当初予算案に計上」している。
- 2) 河北新報2013年10月4日付では岩手、宮城、福島各県で震災後2年間で要介護・要支援認定者数が急増していることが報道されているが、岩手県の増加率のトップは大船渡市28.4%、次いで陸前高田市27.3%、山田町20.6%である。「避難生活の長期化が一因とみられ、被災地の生活環境が依然厳しいことが浮き彫りになった。」と評価されている。筆者の現地調査を踏まえると、仮設住宅の入居者とともに、それではないものの家族を失った高齢者の単身・夫婦世帯の厳しい生活環境もあげられる。また、岩手日報2014年3月8日付では岩手、宮城、福島各県の沿岸部の医療施設で被災者を診察している医師70人（1施設につき1人の回答）へのアンケートから、約4割の医師が被災者に関して心的外傷後ストレス障害（PTSD）などの精神系疾患が増加傾向にあると回答していることが伝えられている。「震災から3年近くを経ても生活環境の改善が進まない実態が明らかになった。」
- 3) 経常損益でみると、2010年度、2011年度、2012年度の順で高田病院0.5億円、-1.7億円、1.3億円、

- 大槌病院 - 0.8 億円、 - 2.9 億円、 - 2.0 億円、山田病院 - 0.6 億円、 - 0.5 億円、 - 0.2 億円である。
- 4) 大槌町と釜石市の休日当番医(日曜日・祝日)は釜石市、大槌町のいずれかの病院・診療所(民間)である。
 - 5) 釜石病院の平均在院日数(一般)は2010年度15.9日、2011年度12.8日、2012年度16.2日で、大震災の影響をもちに受けた2011年度を除くと微増し、また、大船渡病院(2012年度13.7日)、宮古病院(同13.3日)に比して長い。他方、病床利用率(一般)は順に75.3%、80.8%、71.8%で推移し、大船渡病院等に比して高いので、入院患者に占める慢性期患者の割合が高く、大槌町における患者構造の変化も強くあらわれているのかもしれない。大船渡病院の病床利用率(一般)は2012年度66.6%、宮古病院では同60.5%であるので、平均在院日数重視の傾向が強みられる。2009・10・12年度が赤字経営(純損失の発生)である宮古病院にとってはいざとなれば病床数を削減し、病床利用率を上げればよいということであろうか。釜石病院は黒字経営であるので、農村的な性格が強い地域では病院間の単純な機能分化論が受け入れられないことを示唆しているのかもしれない。
 - 6) 開業医との連携について、大槌病院では震災前に当直医は主に岩手医科大学(院長の出身大学)から応援をもらっていたが、医大の事情で早朝5時頃に大槌町を発ち、盛岡市の医大に戻って、カンファレンス、次いで午前診療があることから、当直医の不在となる3時間くらいを開業医が常勤医師とともに分担していた。また、病院医師の負担軽減のために病棟回診(木曜日午後)や予防接種なども担当していた。震災後ということであれば、開業医への特殊検査(MRI)の依頼があげられる。なお、医療と福祉の連携の点では、震災後、仮設住宅入居者の健康状態の悪化が危惧されることから、健康相談を目的として病院看護師が町社会福祉協議会(生活支援相談員)とともに仮設住宅を訪問している。2013年9月までは週3日(1日2時間程度)の実施であったが、それ以降は新病院開院の準備のために週1日に縮減されている。病院事務局長いわく、それを中長期的に継続することは病院の役割から望ましいとは言えないようである。
 - 7) 世界の医療団の説明によれば、「この支援活動は岩手県からの要請に基づき行われたもの」であり、「県の予算不足からX線CT装置の設置が遅れ、診断を要する患者が被災を免れた近隣の県立病院まで往復2時間をかけて通院している現在の同地区の状況が解消されます。」ということである(<http://www.mdm.or.jp/pdf/press04.pdf> 2014年3月31日最終閲覧)。
 - 8) 山田町のホームページでは内科医師2名の募集にあたって、町の宣言文が次のとおり掲載されている。

「県立山田病院の内科診療の再開を強く望んでいます。」
 「医師をはじめ病院スタッフを大切にします。」
 「医師の負担を軽減することが必要だと認識しています。」
 「コンビニ受診を控えます。」
 「医師の候補が見つかったら、県医療局、県立山田病院に採用するように要望します。」
 連絡先は町健康福祉課地域医療推進室である(2014年4月20日最終閲覧)。2014年4月現在、内科は週3日(午前・午後診療)程度の開設である。
 - 9) 2010年度補正予算に伴う交付金の交付に際しては、「50億円を超える基金交付額を申請する事業の整備対象医療機関で、施設整備費として2億円以上の基金が交付される医療機関については、当該2億円以上の基金が交付される医療機関全体で原則として10%以上の病床削減を行うこと。」さらに80億円超で「病院の統合再編を行うこと」と条件付けされている(厚生労働省ホームページ 2014年3月31日最終閲覧)。この時期は「地域医療再生計画」にみるように、県立3病院の仮設診療施設整備が含まれるが、岩手医科大学付属病院の総合移転整備に伴う(仮称)統合医療センター(周産期・小児・高度救命救急)の整備がメインであり、これに関わる病床減などが行われた。なお、2012年度補正予算に際しては「既存の計画において病床削減を伴う施設整備事業を計画していて、その事業に対し、今回の新たな計画で事業を拡充する場合は、更なる病床削減は求めない。ただし、病床過剰地域において、今回2億円以上の基金を活用する新たな施設整備事業を計画する場合は、施設整備を行う病院の全病床数から10%以上の病床削減に努めることとする。」(厚生労働省ホームページ 2014年3月31日最終閲覧)とされている。
 - 10) 県医療局ホームページのトップページに「被災した県立病院の再建方針について」という欄がある(2014年1月現在)。それをクリックすると、病床数の削減や整備場所などの他に整備の概算事業費が掲載されているが、土地分、建物分、合計のみである。大槌、山田の両病院の整備事業費はいずれも17.6億円であり、同じ扱いとなっている。それは高田病院の19.1億円とあわせて全てが地域医療再生交付金の申請時(2012年度)の概算事業費であり、土地代(用地費)、建物整備費に加えて設計費、工事管理費などが含まれる一方で、医療機械、備品、消費増税分、資材費・人件費等の高騰に伴うコスト増などは含まれていない。県民にとって非常にわかりにくい情報である。
 - 11) 経常収支比率は2008年度97.0%、2009年度97.9%、2010年度100.1%、2011年度101.0%、2012年度見込み101.2%、医療収支比率は順に90.8%、92.9%、94.2%、94.6%、93.8%である。累積欠損金は2008年度の167.8億円から2011年度の205.1億円まで増大したが、2012年度見込みは194.0億円である。
 - 12) 高田病院の前院長(院長職は2012年度末まで)が病床数に言及している様子は新聞等では見かけない

が、県医療局には要望していたと思われる。「陸前高田市 保健医療福祉未来図会議」は市民の生活（支援）に関わる市内外の関係者が集まり、復興に向けた中・長期的な展望を議論し、地域全体にとって望ましい体制づくりを目的とする組織であるが、その会議録によれば前院長はその2012年11月30日の分科会で、気仙保健医療圏の住田町（隣接自治体）にベッドがないために、それをカバーするためにも80床を必要とすると発言している。彼が80床を要望していたとすれば、彼のリーダーシップをもってしても県医療局を動かすことはできなかったということである。

- 13) 『地方公営企業年鑑』（総務省）によれば、病床利用率（一般）は2007年度、2008年度、2009年度、2010年度の順で高田病院34.2%、35.2%、39.2%、37.1%、大槌病院83.1%、74.8%、57.4%、43.8%、山田病院69.2%、62.5%、67.7%、65.2%であるが、許可病床数が分母になっている。
- 14) 河北新報2014年3月5日付では大槌病院長のコメントとして、「新病院は50床を確保するが、医師が確保できるかが心配だ。救急患者は近隣病院に任せ、医師の負担を減らして地域唯一の病床を守りたい」、同2013年7月16日付では「入院ベッドをなくすことはできないだけに、常勤医3人だけでは難しい面も多い」、「まずは基幹病院の医師確保に取り組むべきだ」と掲載されている。釜石病院の常勤医師を増やし、週何日か応援で来てもらうことが現実的であるという意味と考えられる。これまで常勤医師と当直医の確保に苦労してきたがゆえのコメントであろう。
- 15) 河北新報2014年3月5日付では女川町当局が仮設住宅の集会所など8拠点で「こころとからだとくらしの相談センター」事業を展開していることが報道されている。「2011年11月から保健師やケアマネジャーらを専門員として常駐させ、健康相談や体操、お茶会を開いている。13年度は既に8300件の活動があった。『町民の健康は、もともと地域のつながりで保たれていた。それが震災で崩れた』と町健康福祉課の佐藤毅課長。『町民の孤立を防ぎ、ニーズにきめ細かく応える地域包括ケアとして定着させたい』と意気込む。」こうした活動は事業主体に幅があるとはいえ、岩手沿岸でも実施され、保健所エリアでみて年間7、8千件に及ぶ所がある。保健と医療、介護の連携の推進が様々な形で問われていることが示唆される。
- 16) 「岩手県地域医療再生計画 釜石保健医療圏」（2010年1月、岩手県保健福祉部）p.12。
- 17) 本稿では展開していないが、医師不足に加えて看護師不足もあげられる。岩手では県医療局による2014年度採用の県立病院職員試験で看護師の受験者が大幅に減少し、初めて定員割れとなった。もともと県外流出があったものの、看護師を手厚く配置する「7対1看護体制」（平均して患者7人に対して、1名の看護師が配置される体制のことで、診療報酬も高くなる）に対応して全国の病院が増員を図り、リクルー

ト活動を強化しており、県内の看護師志望者が県外の都市部の大病院を志向する一方で、県立病院は頻繁に転勤があったり、希望地以外に配属されたりするイメージを持たれているといったことがあげられる（岩手日報2013年10月19日付）。岩手日報2013年12月28日付によれば定員割れを受けて、追加試験を実施し、定員確保にめどがついたようである。また、退職者数との兼ね合いからも2014年度に必要な人数は確保されたようである。ただし、全国的な看護師の需要拡大のために、今後、全国の病院間で若手看護師の争奪戦が激化していくことが考えられる。Uターン、Iターン希望者も含めて看護師確保のための大規模な対策が求められよう。

- 18) 「岩手県では、県外から受け入れた医師数が13年度は9人と、震災後の11年度24人、12年度25人を下回った」（河北新報2014年3月5日付）。これは大震災前（2006年度～2010年度の年度平均8.4人）に戻ったような水準である。2013年度の9人のうち震災応援は2人で、高田病院と大槌病院に着任したが、震災応援は2011年度17人、2012年度12人であったので、激減していることになる（岩手日報2014年2月6日付）。岩手日報2013年2月3日付では「県によると、12年12月1日時点の沿岸7県立病院の常勤医は140人。応援医師の招聘などで震災発生前から12人増えたが、ピークの00年度と比べれば約30人少ない。」と記されている。
- 19) 岩手医大入学定員は2007年度80名、2008年度90名（推薦30名のうち地域枠特別推薦10名）、2009年度110名（同35名のうち同15名）、2010年度125名（同35名のうち同15名）、2013年度130名（同35名うち同15名）である。一般枠は2008年度60名、2009年度75名、2010年度85名（うち地域の医師確保のための県内枠10名）、2013年度88名（同13名）である。定員合計のうち2010年度には歯科医師編入5名、2013年度には同7名が含まれる。
- 20) 市町村医師養成修学資金は市町村と岩手県国民健康保険団体連合会によって所管されているが、募集枠は年間15名に拡充されている。また、県医療局独自で持っている医師奨学資金制度は年間25名（拡充後）の枠があり、そのうち13名（2013年度に拡充）は岩手医大医学部新入学生募集枠である。
- 21) 岩手県における3つの「医師養成奨学金制度」について医学生1人当たり1,400万円～3,100万円程度の奨学金（6年間）を貸し付け、地域医療に6～9年従事すれば返還が免除される。2009年度～13年度で42人～51人が借りている。岩手県医師修学資金の募集枠（年間15名）は埋まるが、その他は埋まらない。県医師修学資金は岩手医大・地域枠特別推薦入学者を対象とし、募集枠は2009年度に10名から15名に拡充されている。
- 22) 「県民みんなで支える岩手の地域医療推進会議」とともに、「地域医療に関する懇談会」（各保健医療圏）

が2009年の県立5地域診療センターの無床化を機に設置されている。そこでも健康づくり・疾病予防、適切な受診行動などに関して議論され、啓発・広報も行われているが、構成メンバーや地域住民との関わりは保健医療圏ごとに異なり、ほとんど開催していない懇談会もある。

【参考文献】

- 岩手県 (2009) 「岩手県公立病院改革推進指針」。
- 岩手県 (2010) 「岩手県地域医療再生計画 釜石保健医療圏」。
- 岩手県 (2012a、改訂版2013) 「岩手県地域医療再生計画」。
- 岩手県 (2012b、改訂版2013) 「岩手県医療の復興計画」。
- 岩手県 (2013) 「岩手県保健医療計画 2013 - 2017」。
- 岩手県 (2014) 「岩手県立病院等の経営計画(2014-2018)」。
- 金井利之 (2010) 『実践自治体行政学—自治基本条例・総合計画・行政改革・行政評価—』第一法規。
- 栗田但馬 (2011) 「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 (2012a) 「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—」(『社会システム研究』第24号、立命館大学)。
- 栗田但馬 (2012b) 「大震災後の岩手県立病院の再建—農村圏の二次医療圏における医療供給の持続性に対する示唆—」(『医療と社会』Vol.22 No.2、医療科学研究所)。
- 自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック(各改訂版)』ぎょうせい。
- 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」。
- 平泉宣 (2012) 「地域病院による被災地在宅支援医療の問題点」(『岩手県立病院医学会雑誌』第52巻第2号、岩手県立病院医学会)。
- 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。
- 陸前高田市保健医療福祉未来図会議・会議資料。