第１章　大震災被災地の医療復興とそこに見える問題
―公的地域医療を支えることで生み出す価値―

村口　至

はじめに

筆者は、大震災で被災した宮城県に住んでいる。2014年は1000年に一度の大震災を同じように被っても、県政当局者の考えや地域の作り出してきた歴史が復旧復興に色濃く反映することを強く感じる震災３年目であった。私は、震災２年目の2013年に、宮城県の復旧の状況の特徴をつかむべく、1995年の阪神淡路大震災復興での兵庫県との対比を試みた（共著『医療と地域社会のゆくえ』第１章、新日本出版社、2013年）。兵庫県は、岩手県に次いで県立病院が全国２番目に多いところであった。医療の公共性の基盤が強い兵庫県とそれが弱い宮城県の対比を試み、その結果として、復旧課程に大きな違いがあることが分かった。今回は、同様の問題意識で、県立病院が全国一多い岩手県との対比から見えてくる宮城県の問題性を探りつつ、地域医療を支える公的機関の重要性を解明するのが本稿の目的である。小泉行革、総務省の公立病院縮小を狙う「ガイドライン」で地域医療における自治体病院の比重は低下した。さらに、1995年の保健所法改定で保健所の存在を希薄にしたことに加えて平成の自治体大合併など、公共性の基盤を崩さんとする政治勢力、財界の攻撃が続いている。このたびの大震災は、そのことにどのような問題を突きつけたのであろうか。

Ⅰ　宮城県の県政…岩手県との比較で見えてきたこと

１．地域医療復旧復興で現れた現象

１）県境で語られる「宮手県人」

被災者の国保医療費減免制度が、初年度は国の負担で施行されたが、２年度からは、県が３割を出せば継続できるとなった時に、宮城県は早々と打ち切った。岩手県は２年目以降も継続した。宮城の仮設自治会連絡会議が、県議会に「減免継続」を請願し採択されたが、知事は、

（表１）被災地診療所の被災状況とその後　宮城県と岩手県の比較

	医療機関数（１）	全壊～半壊数（２）	被害率（３）	休廃止数（４）	休廃止率（５）	転出率（７）	死亡・不明（８）
宮城県	363	62	17.10%	44	63.70%		16.10%
岩手県	127	53	41.70%	10	22.20%	5.66%	11.30%

１）対象医療機関は津波被災地区である。宮城県は仙台市を除く。
２）宮城県の資料は、転出率を除き『宮城県医師会東日本大震災記録誌－震災を超えて明日へ』（宮城県医師会、2013年９月11日発行）による。県医師会による会員へのアンケートによったもので、被災地８地区医師会医療機関1157中　回答1079　回答率92.6%、被災地のうち市内の大半が浸水していない仙台市を除くと、７地区医師会医療機関363中　回答324　回答率89.3%となる。表の「全壊～半壊」（２）とは、「全壊から、大規模半壊、半壊まで」を含めた。表では、仙台市を除いている。被害率（３）は対象医療機関（１）を母数にした。休廃止率（５）は全壊～半壊（２）を母数にした。岩手県の資料は、『強絆復興　東日本大震災対応の記録2011.3.11』（岩手県医師会、2014年６月発行）による。県医師会が個別に調査した情報によっている。表（２）「全壊～半壊」は「全壊流出から半壊」を対象にした。
３）宮城県医師会によると死亡医師数は９名、うち２名は公立病院勤務医、１名は民間病院勤務医、１名は閉院中であった。よって開業医は６名。ただし、未加入開業医師会員１名の犠牲があり、医師は10名の死亡。岩手県の死亡医師数は５名、行方不明１名で全て開業医である。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　6　2015/06/16　16:20:59

（表２）宮城県津波被災地医師会訪問調査結果

	移動医師数（１）	管内移動医師数（２）	管内移転医院（３）	管外移動医師数（４）	仙台市移動（５）	管外開業（６）	仙台市開業（７）	県外移動（８）
宮城県	69	27	24	42	16	13	6	5
%	100.0	39.1	34.8	60.9	23.2	18.8	8.7	7.3

筆者が宮城県内の津波被災地医師会（気仙沼市、石巻市、桃生郡、亘理郡、岩沼市、名取市、塩釜市）を訪問し確認した。仙台市を除いている（死亡者はいない）。移動医師数（１）は、震災を直接に契機にした移転、職場替えによる。病院勤務医は含まれない。開業医院の勤務医を含む。管内移動（２）とは、同一の医師会地区内での移動、管内移転（３）は同一医師会地区内への医院の転居、管外移動（４）は他医師会地区への移動、うち仙台市への移動（５）、うち移転開業（６）、そのうちの仙台市内開業（７）、県外移動（含開業）（８）。調査時点は2014年12月。震災支援の移動や、経営本部が他県にあっての医師移動を除いている。
表1,2は調査時点の違いがある。

被災者が県庁に150人も参集したのにも関わらず、裏口から逃げまわり、会うこともせずに打ち切ってしまった。乳幼児の医療費無料化は２歳までなのに、岩手県は就学まで（ただし償還制）という県境の格差は、岩手県境の県北に住む宮城県人にとって日頃から“やりきれない”思いで生活している中で、期待を込めつつ自嘲気味に「宮手県人」と口にするとのことである。これには、筆者もショックを受けた。

２）被災地での開業医の再開に見る大差はどうして？？？

表１は、両県の被災地区での、開業医院の被災状況と、その再開（復興）状況を示した。

この表から、両県の特徴が以下のように読み取れる。

（１）被害率でみると岩手県は41.7％、宮城県の19.0％より高いにもかかわらず、その後の復興で休診廃院率が22.2％で宮城県の63.7％に比して極めて低いこと。

（２）震災後の医師の他自治体への転出率も、岩手県の6.7％に比して宮城県は61％と極めて大きな比率の差がある。

（３）岩手県で盛岡市などの内陸部に移動した開業医３名とも病院勤務医になっている。宮城県の場合は、他地区に移動した医師は42名（新規開業13名）うち仙台市内に移動は16名（新規開業６名）で、４割弱が、仙台市内の病院勤務や新規開業で仙台への集中傾向がみられる。

（４）宮城県で全壊や大規模半壊で医院の移転を余儀なくされるも、同地区内で再建し開院したのは４割にとどまっており、町の復興が進まない中での苦労が思いやられる。

それでは、この違いはどこから来るものか、以下考察したい。

まず第一に考えられるのは、開業医師の主体的問題である。高齢化、後継者問題、資金力がどうかということであろうか。そこを考察する資料はないが、元来、三陸沿岸部は過疎地区で、医師不足とされてきたところで両県に共通しており、条件に大差はないと思われる。

第二には、大都市圏との距離関係である。宮城県には政令指定都市仙台があり、県の特徴は、全てにわたって“仙台一極集中”とされ、地方圏の自立度が岩手県の地方都市と比べて相対的に低い。岩手県で他地区に転じた３名は、盛岡市２名、奥州市１名といずれも病院勤務医となっている。一方、宮城県の42名は、仙台市16名、登米市２名、塩釜市４名、白石市１名で、県外は福島県会津市、岩手県、青森県、東京都、関西各１名であり、仙台市への移動が圧倒的に多い。登米市は、南三陸町、気仙沼市と隣接した内陸部であり、沿岸部の避難者の仮設団地を設置しているところで、診療の継続を可能としている。しかし、その他の地区はそうではない。同地区での開業再開の展望を見出だせずに止むを得ず仙台に転じたことを推測させる。では、開業再開への展望とは何か。それには、前述した個人の主体的問題があるとしても、それだけでは岩手県との現象の開きを説明できないと考える。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　7　2015/06/16　16:20:59

2．岩手県を歩いて感じたこと

この疑問を解くために、私は2014年８月と９月に岩手県大槌町から大船渡市及び、大船渡市と陸前高田市に隣接した内陸部にある住田町を訪ね、町役場や保健所の保健師、仮設県立病院院長、開業医、元地区医師会長を訪問し現場の状況を尋ねた。さらに、上部組織の考えを知りたく、盛岡市にある岩手県庁の担当官、県医師会幹部、岩手医大元教授、県労組幹部などにお会いして見解を伺った。その結果、以下のことを確認し認識できた。

（１）大震災に際しては、岩手県（県立病院）、県・地区医師会、岩手医科大学の３者がタッグを組んで、迅速かつ被災者に手の届く救援と復旧・復興支援を行っていた。県立病院からも、被災地県立病院へ延1,140人（医師313、看護師565、事務132等）を派遣している。

（２）震災以前からこの３者は水平関係で地域医療に関わってきた。阪神淡路大震災の教訓から、内陸部と沿岸部を水平につなぐ「肋骨対応」（従来から県民には“肋骨街道”の呼称があった）の方針のもと、県立病院間の連携が作られていた。

（３）震災早期に、県医師会と県庁の担当官が２人組で被災地を回り、医師会員を訪ね、被災状況の調査確認と会員の要望を聴取し、国の補助金制度の運用に当たっても柔軟に対応したり、県としての追加助成を行った。

（４）県医師会は、県立山田病院と県立大槌病院の土・日・祝日に医師を派遣し支援している。さらに陸前高田市には、発災の年の８月に他団体から譲り受けた診療所を県医師会が引継ぎ、11の診療科（非常勤）を設けて応援している。このような県医師会と地区医師会の各医師が自らの診療を削っての総力を挙げた応援は、医師の志を高め団結を強めていると感じた。

このような、行政と医師会と医大の３者による共同した迅速な対応は、地域の関係者にどのように映っていたのだろうか。

〈事例１〉１億円の助成が背中を押してくれた…全壊開業医の話

大槌町で全壊した開業医Ａ先生が、同地区で再出発をしようとしたきっかけは、「県が１億円の補助をする」と背中を押してくれたことだったと述懐する。最終的には、地震保険分が査定されて１億円にはならなかったが、まさにこれが決定的だった。さらには、町の地域医療の復興計画づくりに町内の全開業医も審議に参加し、まずは県立病院の再建を第一と決めたが、このような町の再建計画に加わったことも、この地域で頑張る決意につながった。地域に県立病院があることで、安心して地域医療に専念できるとしみじみと語っていた。

〈事例２〉地域医師との水平の信頼関係を励みに…町の保健師談

大槌町の保健師Ｂさんも、訪問先の患者さんに関する問い合わせを主治医とするときに、まったく緊張することなく電話で相談できる〝共同者としてのしあわせ〟を語る。地域保健従事者と医師との水平の関係が、仕事のやりやすさと生きがいと、誇りにすらなっていると感じた。彼女は、震災前の地域包括センター職員が１名だったのが４名に増やされたことにも、震災時の活躍を町当局に評価されたことになり、この地で頑張る決意にもつながっていると話した。労働組合の執行委員になっている彼女の口からしばしば「たたかう」という言葉が出てきたことに新鮮な感動を受けた。

〈事例３〉年４回の県立病院長会議で連携関係…県立病院院長談

仮設県立病院院長Ｃ先生には、仮設病院の院長室でお会いした。狭い院長室で昼食をとっていたのは、長崎からの応援で３年目を迎える医師だった。院長は埼玉県出身で、岩手医大医局の人事で県立病院に赴任。定年を２年越えて勤務している。県立病院間の連携は日常的に図られており、県立病院院長会は年４回あり、議論、交流する。その他、院長が関わる医師の集まりは年３回あるが、必ず知事が参加し最後まで付き合い、医師の声に耳を傾ける由。知事は、県民に対して敢えて「コ

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　8　2015/06/16　16:21:00

ンビニ通院は控えること」と常日頃からアナウンスしているが、病院勤務医の激務への思いやりと職員は感じている。

〈事例４〉県医師会長の被災地巡りの弔いに感動…県医師会幹部談

岩手県医師会幹部Ｄ先生とは、クリニックでお会いした。玄関で待っていてくれた。行政との関係では、各種審議会で忌憚なく激論できる関係にある。医師会の副会長に岩手医科大学の理事長兼学長が座り、関係は良好である。岩手医科大学の建学の精神として「本学の目的は、(中略)まず人としての教養を高め、充分な知識と技術とを修得させ、(中略)出でては力を厚生済民に尽くし、入っては真摯な学者として、斯道の進歩発展に貢献させること、これが本学の使命とする所である。」とうたい、地域医療の重要性を学んで卒業する。

震災時は、早期に県医師会長自らが被災地を訪れ、被災医師会員を訪ねた。亡くなった会員には、その遺族(妻)のいる避難所を探して訪問し弔って歩いた。この会長の行為を篤く尊敬の眼差しで語ったのが印象的だった。沿岸部の医療支援のために自らの医院を休診にして出かけても、患者からの苦情はなく、尊敬の念でみられることに心を篤くする思いだと語った。Ｄ先生は、県医師会の震災の記録集の編纂の任に当たった方であった。なお、被災した県立山田病院と大槌病院の土、日、祝日の医師会による診療応援では、お盆、年末年始などは医師会の役員が担当しているとのことである。

〈事例５〉県医療局の存在…医療政策室長兼医師支援室長と懇談

岩手県には、医療局があり、全ての県立病院の管理に当たっている。県立病院への医師のリクルート機能をも持つ。かつては、大学医局から直接派遣・配置されたが、今日ではそれだけでは勤務医体制が取れず、独自のリクルート活動で医師の採用をしている。県立病院間の医師人事も基本的に行っている。この点で私が思いおこしたのは、岩手県のある地区医師会長経験のある東北大学出身の開業医の目には、「なぜあの医師を移動させるのか、官僚の支配社会だ」と語ったことである。この言葉はそれほどしっかり県医療局が組織運営していると私は受け止めた。県の保健福祉部にある医療政策室の室長は医師（県行政の医師のトップ）であり、医師支援推進室長も兼ねている。岩手県国保連合会事務局員によれば、国保病院への医師配置も視野に入れてくれているとのことである。

県立病院間の医師の診療応援は、年間5,000件～6,000件弱（平成21年～24年）であり、医療局の調整能力の高さを示している。

〈事例６〉意気軒昂な山村の自治体…山間の町住田町

住田町は、大船渡と陸前高田の両市と接した内陸側にある人口7,000人の山に囲まれた町である。林業が基幹産業だ。発災時はいち早く同町内３ヶ所に木造の仮設住宅団地を建設し、沿岸部他市の被災者を受け入れた。建設には町費の３億円を当てた。この費用には、国からも県からの補填をも当てにしていない。「人口減少対策として仮設団地をつくったのだろうか」との私の意地悪な質問に、町の担当官は、「そのようなことは全く念頭にない、復興とともにいずれ引き上げるであろう」と語った。町には「住田テレビ」（民間）が終日放映されて町の情報などを伝えている。この町は、戦前、住民運動により岩手県で最初の県立の医療機関（世田米病院）をつくらせたところだ。隣の日頃市町は、終戦直後、国保診療所で医療費無料を全国に先んじて行ったところでもある。農民の闘いの歴史が刻まれている町だ。このような、岩手県土の歴史、文化、風土とが被災地での復興に色濃く反映していると感じた。

３．宮城県の場合

１）地区医師会幹部の嘆息「宮城もそうであれば、もっと違っていた・・」

地区医師会レベルで県内２番目に大きな犠牲を出した地区医師会幹部Ｅ医師と懇談した際に、「岩手のような早期の助成のバックアップがあれば、もっとこの地で再開業した医師が多かったであろう」と繰り返し嘆息したのがいたく印象に残った。Ｅ医師は自らの有床診療所も大規模半壊している。同席した奥さん曰く、助成の申請書類はＦＡＸで届いた。何日何時に本庁(仙

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　9　2015/06/16　16:21:00

台市）に出向くことを求められ、それも、建設工事や配管業者を同伴して来い、とのことであった。交通事情も整備されておらず、早朝出発で４時間以上かかるところを何度も呼び出された。細かい指示には納得いかないことも多かった。工事の遅延があったことで、一旦交付された補助から200余万円の返還命令もあり、納得できなかった。最終的に助成金が支給されたのは、2014年６月であった。

このような県の支援には「援助してやる」との姿勢を強く感じた。活用しにくい制度を前に、「自分でやるしかない」と諦めの気持ちになったと述べている。

この感想は、他でも耳にした。南三陸町で被災し、隣町に転出し新築開業したＦ医師は、県の担当者は「医師は金を持っている」という先入観を持ち、他の業種・業界に比して軽んじられたと感じた。このような感じ方は、医師会の会合でも医師たちが異口同音に語っていたという。この状況は、先に述べた、岩手県での被災医師の感じ方とは真逆ともいえる。

なお、被災医師への国の助成比率は、民間の場合、当初１／３，次に１／２，さらに２／３で上限も目まぐるしく変わった。ただし、地域医療再生基金の適応は、県の独自性が発揮されるものであり、ここに県医師会が関与するようになってから、宮城県の対応の変化があったとの証言もある。

２）本吉病院の悲劇・・・院長の失踪

気仙沼市立本吉病院も、津波で１階部分がやられた。当時の院長は在院しており、院内の地震対応策を終えた後、病院の同一敷地にある院長公舎に戻ったところで津波に襲われ、家族ともども首まで浸かる死ぬ思いを体験された。その後、家族とともに、病院の２階に避難し日夜救援活動に当たったが､発災５日目に「書置き」を残し家族とともに姿を消した。所謂“失踪”である。震災前には、２名の常勤医師であったが、他の１名は病弱で院長に負担がかかっていた。激務と孤立感が院長をして“失踪”させたと思われ、何とも言葉を失う。

気仙沼市立本吉病院は、元は公立本吉病院であったが、平成の合併で本吉町は気仙沼市に併合された。気仙沼市には、市立気仙沼病院という県内でも９番目の規模（404床）の総合病院が地域基幹病院としてあるが、合併しても行政側の病院管理機構は変わりなく、新たな基幹病院との連携はなかったという。最近になり看護師３名が派遣され、連携は今後期待できそうだ。つまり、宮城県の公立病院（市町村立）の医師は、医師人事も含めて“孤立”状態にあり、岩手県のような県立病院院長会議のような横の連携関係を作る組織構造をもたない。「本吉の悲劇」の背景には、宮城県庁の歴史的に持つ貧困な医師対応策（無策）にあるといえる。“失踪”した医師の背景から深く学ばねば、第２の「本吉の悲劇」を生むことになるだろう。このような“悲劇”という形をとらないまでも、公立病院医師の“自然退職”は後を絶たない。

３）広域震災時の保健所について

広域的な被災にあい自治体機能も麻痺する中で、複数の自治体に跨った管轄を持つ組織が、まず広域地域の復旧に当たることが求められた。その行政組織とは、唯一保健所である。多くの地区では医師会もそのような立ち位置にある。私の勤務する民間病院は、地元２市３町（塩釜市、多賀城市、七ヶ浜町、利府町、松島町）の地域医療支援病院、地域災害拠点病院の指定を受けていたこともあり、広範な地域の情報を必要とした。そこで、当時の院長と相談し、定年退職している私が地域の自治体役場（災害対策本部)、保健所（長)、医師会長、薬剤師会会長（浸水し店舗家屋に入れなかった)、主な病院（長）を訪問し、発災４日目に私の勤務先病院で緊急地域連絡会議を開催した。それぞれの代表または担当者が一堂に会して、週１回８週間続けた。この会議が、自治体を超えた震災状況を把握する唯一の貴重な場となった。第１回会議の後半に、保健所長と自治体保健師のグループの協議の場で、私は、避難所の保健衛生管理のために各避難所に保健師の担当を決め、１日２回は巡回することを提案したところ、すかさ

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　10　2015/06/16　16:21:00

ず保健師たちから「保健師が足りなく、不可能だ」となった。そこで、目の前にいる保健所長に、全国の保健師の派遣要請を県にすることを提案したが、保健所長からは、“うんともすんとも”返事がない。ついに、声を荒げて怒鳴ったところで、保健所長は「わかりました」と応じてくれた。この時、私は、保健所、保健所長の存在に疑問を持った。その後、東松島市、石巻市、南三陸町の避難所で保健師を訪ねての共通した感想は、「保健所が見えなかった」「県は何をしてくれたのだろうか」ということだった。そこで、学生時代のサークルの先輩や、現役保健師たちに呼びかけて被災地の保健師にアンケートを行ってみた。そこでも共通することは「保健所が見えなかった」ということだった（『「被災地保健師100人の声」（宮城）報告』、同プロジェクト発行、2013年５月）。

この保健所については、地域医療に関わってきた私としては、「不明を恥ずべき」人間だったことを知った。調べてみると、1995年に保健所法が改悪されて「地域保健法」になり、保健所機能が大きく縮小後退させられていたのであった。ところによっては、保健所長以下、部下のいないところもあると聞く。それだけでなく、保健所長（医師）には決裁権がなく、その上に生活保護を担当する福祉部門の長（事務官）の下に編入された組織になっているのであった。しかも名称も、「保健所」は（ ）カッコ付きとなり「保健福祉センター」となっているのである。少ないスタッフの体制で、県の保健所保健師は内陸の保健所からも総動員し、被災地での保健活動に従事していた。岩手県の保健所保健師曰く、岩手も「保健所が見えない」と言われたが、各種団体が名前入りの救援ジャケットを着用していたが、保健所にはその備えがなかったことも「保健所が見えなかった」ことになったのだろうと口惜しがっていた。

保健所保健師がその任務を果たすべく、本来の保健所機能を越えた活動をされていたことは、宮城県の保健所保健師Ｇ女史、Ｈ女史、岩手県の保健所Ｉ女史の話や、先述の報告（花崎洋子）で示されている。震災後の長引く仮設団地での生活の中で増えているアルコールやギャンブル（パチンコ）依存などによる精神的なケアの多くの対応は、保健所保健師に集中しており、保健所の保健師増員対策が急がれる。

なお、先に記した「県が見えない」に関して、私の耳に入った最初の宮城県の姿は「塩釜地区緊急地域連絡会議の議長は、坂総合病院院長と地域医師会会長ではなく、保健所長にすること。会場は坂総合病院でなく別なところにすること」ということであった。

４．補助金の結果

宮城県は、民間医療機関への被害額の補助率を、当初の１／３から１／２、そして２／３と引き上げてきた。一方岩手県は当初から３／４として、早期から被災開業医をサポートしてきた。

（表３）民間医科診療所への助成：宮城県と岩手県対比

		限度額（千円）	補助基準額（千円）
岩手県	有床診療所	112,500	150,000＊３／４
	無床診療所	75,000	100,000＊３／４
宮城県	全壊診療所	（20,000－災害復旧補助金）＊２／３	
	半壊診療所	（10,000－災害復旧補助金）＊２／３	

上記はいずれも医科診療所である。
岩手県は、岩手県保健福祉部「平成26年度被災地医療施設復興支援事業補助金（復興補助金）の概要」による。宮城県は、保健福祉部医療整備課（平成26年９月25日）「民間病院・医科診療所、歯科診療所、薬局支援状況について」及び「地域医療再生事業（緊急的医療機能回復分）特別支援補助金交付要綱」。宮城県の場合は、大規模損壊、大規模半壊、半壊などの１件当たりの平均助成額などを示してもらえなかった。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　11　2015/06/16　16:21:00

岩手県の場合は、前記（p６）したごとく、震災の年の秋には、「１億円助成」が示されていたのに比べ、宮城県は対応も遅く、追加追加で、しかも助成額も極めて貧しかったといえる。宮城県の場合は、当初、国庫災害復旧費補助金制度を充当し、33診療所（総額282,266千円、平均855万円）に助成されたが、なお不十分と考えたためか、１年８ケ月後に地域医療再生基金を充当させ、105診療所に総額2,111,033千円、１診療所平均210万円を追加助成した。県には、全壊移転診療所の平均助成額を問い合わせたが、回答は得られなかった。岩手県と比して、桁の違いは多くの医療機関を失わせ、一層の過疎化と地域復興を困難にさせることになった責任は大きい。

５．両県の違いがもたらした結果についての考察

両県の違いを宮城県人に話題にすると、直ちに返ってくるのは、「県民性の違い」という指摘だ。岩手県民の方が、「温かい」、「集落の人間関係が未だ残っている」、一方宮城県民は、「個人主義的だ」「公共意識が低い」云々と続く。東北大学を卒業し、岩手県の元地区医師会長も同様の感想だ。確かに、県都仙台市は東北６県の“商業の中心都市”として、企業が集積しているが、多くは、本社を東京にもつ出先機関だ。中央の政治文化に呑み込まれやすい関係にある。しかし、それだけでは、前述の両県の違いを説明できない。地域医療の体制を見れば、岩手県の特徴は、①「県下にあまねく良質な医療の均てんを」をスローガンに、県立病院中心に地域医療が県主導で組み立てられていること。９つの２次医療圏に県立病院を地域基幹病院として配置している。②県庁に医療局を設置して、全県的な県立病院の運営に当たっていること。③医師会と地元私立医大が県の地域医療に水平関係で参加協力していること。④地元の医療に参加する医師を獲得すべく、県は、早くから奨学金制度を設置し、私大の入学金助成など積極的にとり組んできた歴史がある。

以下、やや掘り下げて考察したい。

１）両県の医療機関の状況

（表４）に示すように、岩手県の県立病院は９つの２次医療圏に計17病院（総病床数5,011）で、２次医療圏の基幹病院または後方機能を持つ。一方宮城県は４つの２次医療圏のうち、２つの２次医療圏に４病院（総病床数1,029）しかない。岩手県行政が、全２次医療圏に県立病院を配置して、地域医療に責任を持つ体制にあることが分かる。一方宮城県の県立病院は、がんセンター、精神病院、呼吸器・循環器専門病院、子供病院と専門に特化しているのが特徴である（いずれも近年は、早々と独立行政法人と半官半民化した）。ただし、市町の公立病院は、岩手県が８で宮城県は23と宮城県が多く、宮城県は地方自治体が単独で地域医療の責を担ってきたことが覗える。人口対比でみれば、１県立病院当たり岩手県は76,600人、宮城県は587,000人と７倍以上であるが、市町村の公立を加えると、１病院当たり岩手県59,000人対宮城県86,900人となり、1.5倍と差が縮まる。病院機能としての病床数（有床診療所を除く）でみると、岩手県は総病床数の23.1％、宮城県は18.5％とその差は縮まる。以上から言えることは、岩手県は県独自に地域医療に関する基本的施策に関わっているが、宮城県は、地域医療の特殊な部分に一部分しか関与していないことで

（表４）県立、公立病院、診療所の比較

	県立病院	県立診療所	公立病院	公立診療所	１自当病院	１自当病・診
岩手県	17	6	7	25	0.41	0.93
宮城県	4	0	19	14	0.32	0.52

（注）
・宮城県の公立病院は全て特殊専門科病院で独立法人化、よって、純粋の県立病院は存在しない。
・公立とは、市町村立で国保診が多い。合併して市立となったところもある。
・１自当とは、１自治体当たりのこと。自治体数は2000年当時であり、平成の大合併前に当たる。病院、診療所数は、2013年時点。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　12　2015/06/16　16:21:00

ある。それを補うように宮城県では市町村が地域医療に直接関わってきたのが特徴だ。両県で類似しているのは、大都市圏ほど、県、市町村の公立の医療機関の比重が下がっていることである。

２）１次医療を担う診療所でみると、岩手県は、県立６、国保診34で計40、宮城県は、県立０、市町立・国保診17で、診療所レベルでも宮城県は公的医療機関は少ない。両県の全一般診療所の１診療所当たりの人口は、岩手県1,420人、宮城県1,478人であり、宮城県の方が若干多いが大きな開きはない。ただし、２次医療圏ごとの差を見ると、岩手県は1,264人から2,100人と1.7倍の開き、宮城県は1,300人から1,780人と1.4倍となり、宮城県の方が１次医療での格差が小さいといえる。ただし、２次医療圏の再編（2013年）前では、気仙沼2,066人、登米1,999人となっており、２次医療圏の再編は、地域医療の問題を覆い隠すことになっている。

以上のように、地域医療に見る県政の違いが大きいことが分かる。

３）岩手県の県立病院は、県医療局（1950年発足）によって管理運営されている。それは、県庁の組織図上では、知事部局、広域振興局、「他の部局」と並ぶ中で、「他の部局」の中に県議会、企業局、教育委員会と並ぶレベルに位置づけられている。また知事部局の中にある保健福祉部には医師支援室があり、そのホームページの冒頭に出てくる言葉が「県下にあまねく良質な医療の均てんをという理念のもとに…全国一の公的医療機関のネットワークを構築しています」とうたわれている。この「均てん」という言葉は、先の仮設県立病院長の口からも聞くことができた。また、２次医療圏別の県立病院の紹介欄には、国保診療所や市町村立診療所も掲載され、県が県営以外の公的な医療機関をも視野に入れていることが分かる。岩手県国保連合会事務局職員の話では、県は、国保や市立の病院にも医師の紹介をしてくれるとのことである。

県医師会幹部職員の話では、3.11の震災時に、県と、医師会と岩手医大の連携がしっかりと進んだことには、県の医師職のトップにいる医療政策室長兼医師支援推進室長の功績が大であったと評価していた。

翻って宮城県を見ると、地域医療関係は、県保健福祉部医療整備課が担当部局である。４つの県立病院は、それぞれ特殊専門病院であることから、医師の人事管理を統一的には行ってはいない。また独立行政法人化したことで、医師の人事やリクルート機能は、各病院独自の課題となっている。県は2005年からドクターバンク制度を発足させ、年間採用枠５名、３年を１単位として２単位を条件とする。１単位３年のうち、２年間は自治体病院勤務、１年間は、希望する研修（有給）を保障し、県職員として採用するというものだ。これまで20人の医師が採用され、現在10名が終了している（つまり半数は退職）。年平均2,3名の採用とのことで、県内の市町の自治体病院や国保病院診療所に配置されている。配置は、公立病院の募集に合わせて、本人の希望で決定する（県保健福祉部ドクターバンク担当者談）。自治体病院は、県内の自治体病院の横の連携もなく、基本的には、独自に医師対策を行っている。そのために自治体首長の手腕が問われるのは、戦前からの病院創立以来変わりない。

3.11の震災時に県レベルで陣頭指揮を執ったのは、県医師会の副会長（元国立病院機構仙台医療センター長）が目立ち、県の姿は見えなかった。地元大学と宮城県と医師会が岩手県のような連携のもとに行動を起こしていた様子ではなかった。

６．地域医療機関の縮小再編

今日、地方自治体の財政難、小泉構造改革、平成の大合併、総務省公的病院改革ガイドライン（以下、ガイドラインと略）、社会保障予算の圧縮などによって、全国の自治体病院は再編縮小を余儀なくされている。ガイドラインのもたらす全般的問題については拙稿をご覧いただきたい（共著『地域医療再生の力』第１章、新日本出版社、2010年

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　13　2015/06/16　16:21:00

１月)。ここでは、岩手県と宮城県の状況について検討したい。

１）岩手県の場合

1950年代は、30病院体制であったが、医師体制と経営難を主な理由として暫時縮小してきた歴史を持つ。経営管理では､1960年に早々と｢全部適応」に切り替えられ、独立採算制が強められた。2000年までに、27病院に統廃合、診療所化し、2004年の「県立病院改革プラン」で５病院の診療所化、５病棟を廃止した。検査集約化、調理外注化などが強行された。この間の病院新築の中で４病院が統廃合されている。2007年の総務省ガイドラインを受け、2008年から13年までの｢県立病院改革推進指針｣｢新しい経営計画」で26病院、６地域診療センター（有床診）の構想が出されたが、2012年段階では、広域基幹病院10、地域基幹病院２、地域総合病院３となり、21病院と地域診療センター６となっている。病院が縮小される基準には、ガイドラインが指摘するベット稼働率75％が強調され、３年連続70％以下は病棟閉鎖対象として閉鎖が強行された。また、病院を診療所化するときに有床診とされた「地域診療センター」は、今日では全て無床診療所となっている。「地域診療センター」という呼称からして、その地域の保健・健康に関するセンター機能を持っているようにイメージするが、普通の一般診療所と同じであるとのことだ（住田町Ｊ保健師談)。その他、精神病院（408床）がある。この県立病院の統廃合計画の推進に対しては、住民からの強い反対運動が巻き起こり、労働組合と共闘した全県的闘いがあった。その過程で、知事は議会で土下座するという場面があったという。地域診療センター（有床）のひとつ（花泉）は、民間に譲渡されたが、２年も経ずに医師事情を理由に民間が退場し、県立の無床診として再開した。同じく県立病院から地域診療センター（有床）へ、そして無床診療所になった住田町では、町の元保健師Ｊ女史が語るところでは、広域基幹病院の大船渡病院まで40分もかかるところを、患者を搬送しても入院できずに返され、点滴のために毎日搬送を繰り返すことも起こっており、高齢者、在宅患者が増えている地方にとってベッドがないことは大変苦しい。平成の大合併では60の自治体が33にほぼ半減したという。

高い水準を誇ってきた公的医療制度を構築してきた岩手県も、今日の国家の社会保障政策の影響を強く受け出していることがわかる。

２）宮城県の場合

宮城県の県立４病院のうち３病院はすでに独立法人化している。残る１病院は経営を民間に委託しており、直営の県立病院はなくなった。４病院とも特殊専門病院であるため、県立病院としての横につなげる組織や機構は元よりなかった。前述のように自治体立や国保病院は岩手県より多くあるが、公立病院を横につなげる機構はない。以下、平成の大合併による公的病院の縮小再編を見る。

合併で71自治体が35自治体と半減したのに伴い、公立病院の統廃合が行われた。新しく合併して栗原市になることで３病院１有床診４無床診が３病院５診へ、同じく合併した登米市では５病院２診が３病院４診へ、新大崎市は４病院１診が１病院３分院１診となり、病院として残ったところも分院化して減床している。なお、津波被災した石巻市立病院（206床)、同市立雄勝病院（40床）は、計画策定段階にある。同じく１階まで津波の被害を受けた町立女川病院（96床）は、一気に機能を後退させ、19床の有床診療所化した上に、経営を民間に委ねた（地域医療振興協会)。こうして、全県的には、1,388床のベッドを減らしたことになる（宮城県保健福祉部医療整備課「『再編・ネットワーク化に関わる計画』の実施状況等について」等より)。なお、宮城県は、震災で被災した病院や移転計画のあった公立病院の再建にあたり、気仙沼地区で130床、石巻地区で69床、仙台圏で48床の計247床の病床削減を図る計画だ。病院から有床診療所化は、先の女川町立病院と石巻市立雄勝病院、気仙沼市立本吉病院の３病院が震災を機に診療所化される計画だ。震災便乗型の行政手法だ。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　14　2015/06/16　16:21:01

＊宮城県の震災復興基本方針には、「公立病院の再編などによる医療資源の適正配置と機能連携」として、大震災に便乗していち早く公立病院の縮小再編をうたっている。この会議のワーキンググループは、県医師会幹部や大学教授などで構成されている。

仮設生活の困難を強いられている住民にとっては、街づくりの将来が見えない中で、かつて平成の大合併時に見られた病院潰しに対して闘う力はない。

この自治体大合併の“余得”とでもいえる一つは、栗原市と栗駒市に「医療局」が新設され、複数になった病院・診療所を統括する役割を担い始めたことである。医師や医療職の募集から退職医師への対応など、従来は個別の自治体の責務であったことを一気に担うなどの役割を果たしつつある。この傾向は、隣県岩手県の医療局から学んだともいえ、今後に期待できそうだ。

総務省公立病院改革ガイドラインの副産物とも思われるが、栗原市の公的病院が、部外の有識者による病院評価のための常設審議会を設置し、審議内容を公開している（＊）。この審議には、時には、同市の複数の病院幹部も召集され論議に参加するなど、病院の共同体としての意識変革の機会になる可能性を見てとれる。しかし、そのような構造になっていない公立病院は半数以上あり、「本吉の悲劇」を再現させぬためにも、県内の公立病院を孤立させないための県による組織機構が必要であろう。

＊栗原市立病院経営評価委員会委員には、全国自治体病院協議会名誉会長、大原総合病院（福島）理事長、国立病院機構仙台医療センター事務部長、栗原市医師会議長、宮城県看護協会会長、宮城県市町村課長、日本医療文化研究会主宰、公認会計士、栗原市企業連絡協議会会長、栗っこ農協代表理事組合長などで構成されている。

近年、宮城県にも公立病院への“政策的医師配置”のための機構が県保健福祉部内に設置された（2011年２月）。「宮城県医師育成機構」と称し、地元大学と県による公立病院の医師配置の調整と自治医科大や県の奨学金貸与者の人事や研修制度の運営に当たっている。これがどこまで岩手県の「医療局」的なものに発展するかをとりあえず期待したい。

３）地域医療計画作成と審議会委員構成の違い

2013年には、５年ごとに行われる「地域医療計画」の作成が行われた。宮城県は、７医療圏を４医療圏に減らした。政府は、被災地３県は見送ってもよいとの配慮を示したにもかかわらずである。なお、岩手県と福島県は見送った。

その結果、気仙沼地区は登米地区とともに石巻圏と一つの２次医療圏に編入された（＊）。地元の反対をおしてのことである。宮城県は、元来仙台一極集中の弊害が指摘されているにも関わらず、同じ轍を踏む“集約化”という行革が続いている。すでに、保健所改革では、塩釜保健所管轄は、塩釜辺縁２市５町の他に、仙台市を跨いで岩沼、名取、亘理、山元地区（福島との県境）まで管轄範囲に編入するという強引さを恥じない。その塩釜保健所が、津波で大規模半壊し機能停止となり、一時仙台市内に避難したのであった。岩手県が「県内あまねく医療の均てんを」と県立病院を２次医療圏に配置して整備を図っている姿と、ここでも対照的である。

＊厚労省の「地域医療計画作成指針」（平成24年３月）では医療圏の見直し基準として以下を指示している。「人口規模が20万人未満の２次医療圏については、入院に関わる医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20％未満であり、流出患者が20％以上である場合）」としている。

その違いは、地域医療計画策定委員の構成にもはっきりと表れている。岩手県の「地域医療対策協議会」の委員構成は、医学部教授２、県医師会１、同歯科医師会１、同薬剤師会１、国保連１、国保連診療所協議会１、市長会１、町村会１、民間病院１、市民団体３（地域医療研究会、自治医科大学岩手県同窓会、環境研究会）の他に、岩手県４名（医療局長、県立中央病院長、保健所長、保健福祉部長）の16名で、県当

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　15　2015/06/16　16:21:01

局所属者も同列の委員として扱われている。

一方、宮城県の「地域医療計画策定懇話会」は20名の構成で、医学部教授10、医師４、県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会各１、老人福祉施設代表１、地域医療情報センター１となり、大学教授が５割を占めている一方、岩手県に見るような市長会、町村長会や市民団体は排除されている。また、県当局所属の委員がおらず、保健所長などが責任をもって参加する形態になっていない。しかも“策定懇話会”というネーミングからして、委員がどれだけ責任をもって参加しているかあいまいであるうえ、陰にいて形の見えない「保健福祉部」の意のままという構造ではないかと穿ってしまう。岩手県では、実態調査のデータも公表し、パブリックコメントも精力的に行っただけでなく、２次医療圏ごとに現地説明会なども企画しているのとは“雲泥の差”というべきか。ここにも、県当局者の、民意に耳を傾けず、自らの政治哲学の“集約化”“民間活力”“国際競争力”の哲学“創造的復興”による、地域切り捨て県政が表れている。

４）へき地の医療について

岩手県のへき地地区は、10市８町村に18無医地区と６つの準無医地区がある。そこには、へき地診療所が27（休診中３）あるが、そのうち民間は１つのみ（４％）である（済生会岩泉病院附属有芸診療所）。一方、宮城県は、５市３町に22診療所（歯科診療所３）あるが、そのうち民間が９で４割を占め、行政の関わりの弱さを示している。確かに、平地の多い宮城県と山岳地帯で隣町に行くにもトンネルを通っていく岩手県の地域状況の違いは明確であるが、県の保健医療行政が及ばない地域を民間に依存したままでよいものであろうか。

５）両県医師会の3.11活動「検証」を比較する

宮城県医師会は『東日本大震災記録誌―震災を越えて明日へ―』（280ページ、2013年９月11日）を出版した。内容は、県医師会幹部と地区医師会幹部の報告と県医師会が行った会員アンケートの分析であり、それがどのように政策化されたかが見えてこない。幾人かの地区医師会長の検証や提言がどのように取り上げられたかもわからない、会員内報告に止まっている。

一方、岩手県医師会は『強絆復興　東日本大震災対応の記録』（本論332ページ、資料編231ページ、2014年６月）を出版した。特徴は、医師会の幹部だけでなく、被災した会員の生の声、体験談を重視していること。医師会員以外の“共同者”（県職員、岩手医大や民間事業者等）の寄稿もあること。被災した県立病院の状況がつぶさにわかること。最後に、検証の総括ともいえる教訓から学んだ新たな事業が記述されていることである。以下、列記すると

- 「岩手県災害拠点病院等連絡協議会」を官・学・医師会で立ち上げた
- 「警察医・検案委員会」を県医師会に新設。
- 災害医療コーディネーター制度発足（登録医師27名）
- 「JMAT 岩手」を結成し、内陸部と沿岸部の連携体制（肋骨対応）、仮設診療所や県立病院（山田、大槌）、陸前高田市支援を可能にしている
- （県）こどもケアセンター新設（３ヶ所、法務省の協力）
- 災害時地域医療支援教育センター新設（岩手医科大学）

などであるが、更には

- 被災地医療事務支援事業：避難所での支援者作成のカルテを、データベース化する事業を県医師会で請け負い、被災地全体を対象にして行ったこと（緊急雇用創出事業臨時特例基金で５名の臨時職員雇用）。

以上のように臨場感にあふれ、個人の思いが組織化され課題として実現していることをも含めた著作となっている。しかし、共通しているのは、保健所の影が薄いことだ。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　16　2015/06/16　16:21:01

7．村井知事の政治理念―集約化・効率化、民間活力、国際競争力

隣県との対比で、宮城県のありようがいかに問題を含んでいるかが分かるのではないだろうか。そこで、震災復興推進のトップである知事に焦点を当てて検討してみた。

1）復旧政策・事業

震災復旧当初にマスコミ上でも話題になった主な点を挙げる。

・仮設住宅建設の大手ハウスメーカーへの丸投げ・・地元業者の排除
　住宅の設計は関西仕様のため、二重窓でない、庇がないため、冬季の結露、通年してのカビ、カビによる気管支喘息罹患増加などなど
・がれき処理のゼネコン丸投げ・・地元業者の排除
・漁港の集約化と漁業権はく奪・・漁協の排除で株式会社導入

これらが震災早期に問題になった。これに対して岩手県は、仮設住宅の４割は、地元業者で地元の木材を使用、漁港再建は地元の意向を支援するとした。

その後は、東北メディカル・メガバンク誘致導入、地域医療情報のICT化企画、10余ｍの高い防潮堤建設、空港の民営化、そして県防災拠点を仙台の中心部に建設するというものである。

これらの施策の特徴は、「集約化」「民間活力」「ゼネコン奉仕」そして「震災便乗企画」であり、発災当初は、仙台港地区に大カジノ誘致運動に賛意を示してもいる。

この宮城県知事の施策に影響を与えているとみられるのは、三菱総研、野村総研などによる政策的バックアップである。（株）三菱総研は、2011年３月11日の１週間後の18日に、早くも復興提言の第１論文を出し、その後同年の９月29日までに７編の「提言」（support paper）を出している。その第３弾「東北の被災地域復興に関する提言」（2011年６月９日）によると、東北の再生は、将来の我国のあり方を先導する「課題解決先進地域」とする。目指すべき「新たな東北」として、農林水産業の革新、環境、再生可能エネルギー関連産業。広域的地域間の役割分担、相互支援の拡大、先進的かつ持続的な健康医療の実現とともに、漁港の重点化、農地の集約化、ICTによるコミュニティ支援、高リスク地域からの撤退と市街地・住宅の集約化で人口10数万人の中核都市をつくり、東北ブロック単位の広域連携を目指すこと。そのために「復興まちづくり会社」を立ち上げ、地域経済循環の核として、行政とともに地域を主体的にマネージメントする機関としての役割を担わせる。このようにして街づくりには、民間事業の参入や国内外の企業のスポンサーを得、“未来社会のショーケース”となること（同提言による）を期待している。

（株）野村総研の研究報告は、2011年３月30日に第１回提言が始まり、第11回提言の５月19日までの短期間に立て続けに提言が続いた。産業再生プラン（第２回提言）では、地域主権による地域づくり、広域自治体連携とともにPPP（官民連携社会資本づくり）という民間活力導入。ICTによるインフラ整備（第７回提言）。空港のPPP化（第８回提言）、漁港集約化（漁業基盤整備）や漁業法人導入の薦め（第10回提言）、健康医療産業の薦め（第11回提言）などという具合であった。

この２つの総研の政策提言は、その後の宮城県知事の強引な復興施策を見るに、強い影響を与えたことは否定できない。宮城県の復興計画の基本方針を作成した委員のメンバー構成からすれば、大きな影響を与えたと推測したい。

2）復興会議のメンバーの比較

「宮城県震災復興会議」の運営要綱は2014年４月22日施行され、第１回の会議は同年５月２日に開催された。委員は12名で構成されている。座長に小宮山宏三菱総研理事長（元東大総長）を据え、野村総研監査役、日本総合研究所理事長と財界のシンクタンクのトップを据えている。その他大学教授５名などであるが、地元からは、

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　17　2015/06/16　16:21:01

東北大の教授２名のみの構成である。このような構成にしたのは村井宮城県知事の発想であるに違いない。よってそこから出てくるものは、「創造的復興」論（小宮山座長発言）で、地域から遊離した、すでに矛盾を来たしている「新自由主義的」施策で満ち溢れ、前述したような政策が強引に推し進められ、被災者、漁民、農民のうめきが沿岸部や仮設団地に漂うことになった。会議場は、初回が仙台市で行われたが、２、３回と東京で行ったために、マスコミからも批判がおこり、４回目は仙台になった。４回目直前にパブコメが行われたが、アリバイ的な扱いで双方向の議論の機会はなかった。復興計画の成案が出された同年９月まで、前記の２つの総合研究所が矢継ぎ早に政策提言（“指図”）し続けたといえる。

では、岩手県の復興はどうであったか。居住していない筆者が語ることは出来ないが、復興計画の作成委員構成の違いは歴然としており、宮城県よりかなりましな施策が行われていると感じる。「岩手県東日本大震災復興委員会」は22名の全てが岩手県人で構成されている。委員長は国立岩手大学学長が当たり、業界団体11（漁協、水産加工、農協、森林組合、建築士、商工会議所、社協、工業クラブ、銀行、NTT、JR）、医師会、看護協会、栄養士会、大学教授３、市民団体３、首長１（沿岸部）、教育委員会１で構成され、オブザーバーに、岩手県県議会議長、議会復興委員長、同副委員長、復興庁岩手復興局の４人が加わっている。また県独自に繰り返し「復興に関する県民アンケート」を行い、自ら検証しつつ事業に取り組んでいる姿勢は宮城県民の私には“オドロキ”ですらある。

以上より、震災の復興を被災地のために、地元の力を信じて進めんとしたのか、中央に顔を向けその知恵に頼り、地元県民の声に耳をふさぎ復興せんとしたのか、その“成果”は震災３年を経ずして結果が出ているように感じる。

３）東北メディカル･メガバンクと「県立医大」新設をめぐって

（１）東北メディカル・メガバンクは、菅直人政権時代に、「新成長戦略」の位置づけで500億円の予算で始まった。宮城県の第１回の復興会議で、小宮山座長の発言をきっかけに知事が受けた形をとっているが、過去数年来、日本の遺伝子研究家の懸案事案でもあったのが、大震災の被災地は、元来３世代世帯が多く、遺伝子研究の最適な場所であると関係者はあからさまに公言した。国際的な遺伝子研究倫理（「ヘルシンキ宣言」）規範に抵触することが明らかであるにもかかわらずである。「オーダーメイド医療」「新薬開発」で輸出産業として経済成長に位置づけている。15万人の遺伝子情報をストックするというものだ。国には、100万人遺伝子バンクの計画もある。詳細は水戸部論文参照。

（２）医学部新設が、東北の医療の改善と福島原発対策として39年間の「新設医大中止」政策を棚に上げて決定された。東北市町村長会の決議が先行したが、具体的には、宮城県知事が声をあげ、直接政府に働きかけた経過がある。私は、新設するなら「宮城県立」での声を、地元河北新報の論壇「持論時論」に３度投稿し掲載された。県医師会の４人に一人あてにアンケートを取り、「公立で」の意見が多いことを明らかにし、元国立仙台病院長、元仙台市立病院長とともに３名の連名で県知事あてに要請文を渡した。それに対して、人員を確保できない、資金不足を理由に「県立医大はやらない」との回答を受けたが、その数日後に県当局の「県立医大構想」の発表があった。しかし、政府は、地元私大の構想を採用したため、マスコミは「知事の面子丸つぶれ」と報じた。

元来から地域医療に関する県の政策的蓄積が乏しいことや研究不足が露呈した一件といえる。この件に見るように、宮城県知事自身の政策能力やそれを支える県行政組織の弱点を露呈したというのは酷であろうか。

４）震災を機に進める国家事業としてのICT網の構築

震災便乗型企画としては、更に地域医療福祉機関の連携を大義名分とした医療情報のネットワークづくりが始まった。医療界では、診療レ

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　18　2015/06/16　16:21:01

セプトの電子化は20年以上前から厚生省が課題としてきたが、診療所の対応が遅れていた。今回、津波でカルテや「くすり手帳」の流出を根拠に大きく取り込みを図ろうとしている。震災の年の11月に「一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」が立ち上がった。宮城県医師会長が理事長となり、所在地も情報集積コンピューターも医師会館に置くというものである。理事10名の中には、東北メディカル・メガバンク機構の教授も加わっている。日常診療の患者情報がコンピューターに集積されることで、どれだけの県民の幸福が約束されるというのだろうか。事業内容には、「ネットワークの技術開発や産業を支援する」（第４項）、「国内外のネットワークと共同し互いの発展に貢献する」（第６項）、「長期運営に寄与するビジネスモデルに関する事業」（第７項）、平成24年度６月には、「東北メディカル・メガバンクと歩調合せ」が行われている（ホームページによる）。政府の経済成長戦略には、地域医療情報システムモデルを海外に輸出する計画もある。

情報の漏洩を防ぎきれない電子情報の世界に、「患者診療情報」を晒してよいのか。情報の管理を私的機関である医師会に委ねてよいのか。情報の各種利用について、個人の「同意」をどのようにとるのか。これらの議論を飛び越えたまま、診療券を「買った」人は同時に「包括同意」に応じたとすることで動き出している。

５）宮城県への提言

今後人口の減少と高齢化が進展することも視野に入れ、それを防ぎ、過疎地を含め、県民がどこに住もうとも、「均てん」した良質の医療を受けられることを保障する施策を講ずることこそ、宮城県知事の口癖の「元に戻せばよいのではない」の実行として、まさに歴史的懸案事項解決のための真の復興にしようではないか。以下、これまでの論述に関わって宮城県に提案したい。

〈地域保健・医療に関して〉

①地域医療の再生のため公立病院を支援する機構を県に設けること
たとえば「医療局」「医師支援室」等。そこでは、医師や看護師などの採用や人事を統一的に行うこと。病院事務幹部を養成し配置すること。近年宮城県が立ち上げた「医師育成機構」を将来的にこのような組織に発展させるのか展望をを求めたい。

②２次医療圏を元の７医療圏に戻し、各圏域の基幹病院の充実を支援すること。７医療圏には保健所を配置し、地域保健医療福祉の全般に統括責任を負える体制に拡充すること。そのために保健師を抜本的に増員すること。広域災害時も市町の圏域を越えた役割を果たせるようにすること。市町の保健師と日常的連携交流を可能とすること。保健所医師の育成のための方策を県は作成すること。なお、塩釜保健所管区では、名取、岩沼、亘理地区を分離すること。

③市町の保健師も増員し、地域担当制を復活させること。地域保健所との日常的交流を可能とすること。

③被災者の医療費減免中止を撤回し、乳幼児医療費無料化もせめて岩手県並に、就学前までとすること。

〈県行政に関して〉

①県の各種審議会には県の政策立案の責任部署、責任者を明記し構成委員として公表すること。

②重要な政策作成の委員の１／３以上は公募すること。

③復興５年を前に、復興検証委員会を立ち上げ、委員の過半数を公募すること。

＊宮城県は、地域現場の声に耳を傾けるための県政に切り替えるために、行政機構の在り方を根本的に見直すことに取り組むべきであろう。

おわりに

私は、医師人生の全てを民間病院で過ごした。病院の技術建設、病院組織の民主的運営、地域住

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　19　2015/06/16　16:21:01

民の医療参加など、日本の病院の近代化の波に乗りつつ、社会保障の改悪とも市民運動として取り組んできた。経営が苦しくなったときは、いくら赤字を出しても“悠然”と過ごしているかに見える隣の公立病院を見て、うらやましくも感じて過ごしてきた。しかし、総務省の「公立病院改革ガイドライン」の提示を見て、公立病院が存在しなくなったとき、日本の地域医療はどうなるかと危機感を覚えた。そこで、公立病院の研究グループに入り、総務省ガイドラインのもたらす状況の検討や、その後に襲った東日本大震災を通して、地域医療の復興過程に見る宮城県の問題性を阪神淡路大震災時の兵庫県との比較、そして今回、岩手県との比較を行い、公立病院の存在意義とともにどのように存在すべきかについて考察を試みた。

岩手県を見る限り、単に公立病院があるというだけでなく、県に「医療局」を置き、地域医療の「均てん」を重視しつつ行政を行ってきたこと、地元医師会、地元大学と横並びの関係で、県全体の医療を構築してきたことがよく見えてきた。ただ、そこに至るまでには、戦前からの岩手の人々の地域医療を自ら作り上げんとする血のにじむ歴史があったことを忘れるわけにはいかない。この点については、今回触れることが出来なかった。その岩手県も、老人医療費無料化で先頭を切った「沢内病院」の優れた実践であった、行政の保健福祉機構と病院機構の合体（院長が課長兼務）による総合的地域保健福祉医療活動の優れた経験も、今日では過去のものとなり、普通の国保病院になっている。直接のきっかけは「介護保険」の導入で、介護福祉分野を行政側に分離することであったと事務のトップの証言である。

公立病院の縮小再編には、政策的「医師不足」を口実に、県が住民の不満の声を押し殺す役目を果たし、次に政策的「経営難」が、“自らをも得心”させる力になり、いつの間にか誰も住まない、住めない故郷になっていくように思われてならない。隣県として、宮城県が学ぶべきことの多いことも認識できた。

また、被災地の地域医療を見ることで過疎地にあっては、民間医療機関といえども極めて公共性の高い貴重な存在であることも確認できた。

【参考資料】

1）村口至、『地域医療再生の力』第１章、新日本出版社、2010年

2）村口至、『医療と地域社会のゆくえ』第１章、新日本出版社、2013年

3）被災地保健師アンケートプロジェクト、『「津波被災地保健師100人の声」（宮城）報告』、2013年

4）村口至、「津波被災地保健師100人の声（宮城）プロジェクト報告と「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討」、『いのちとくらし研究所報』№44、2013年９月、非営利・協同総合研究所いのちとくらし

5）村口至、河北新報「持論時論」2014年２月２日、４月20日、７月21日

6）岩手県医療局経営管理課、岩手県立病院等の経営計画2014－2018

7）岩手県医師会、『強絆復興　東日本大震災対応の記録』、2014年６月発行

8）宮城県医師会、『東日本大震災記録誌－震災を超えて明日へ』、2013年９月11日発行

9）花崎洋子、有事に備える準備力と組織力を、『保健師ジャーナル』68巻３号、2012年３月、医学書院

10）水戸部秀利、「東北メデイカル・メガバンク事業の問題点」、東北地方医療・福祉総合研究所ホームページ、2014年

11）石塚秀雄、「イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター」、『いのちとくらし研究所報』№44、2013年９月、非営利・協同総合研究所いのちとくらし

12）村口至、ボローニャ地域医療視察報告、『イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、2014年10月

13）八田英之、『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、ワーキングペーパー№３、2013年10月（巻末資料再録）

14）春山一男、「地域医療」への市民参加の在り方に関する研究、2012年で岩手県立大学大学院博士課程論文

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　20　2015/06/16　16:21:01

〔コラム〕：イタリア・ボローニャの地域保健・医療制度から学ぶ　　**村口　至**

宮城県と岩手県の地域医療を垣間見て、参考になる地域を訪問調査した体験を伝えたい。2013年11月と2014年２月に各７日間のイタリア・ボローニャ市とミラノ市の視察に参加した。以下参考になる点を記す。イタリアの医療保険制度等については第５章（石塚秀雄）を参照。

１）家庭医制度の徹底で全国に無医地区なし

「家庭医」は、地域で登録された1,200～1,500人を担当し、オフィスを構え土曜午後、日曜祝日を除き、８時間勤務で拘束される。ミラノ市では、一日予約20人、その他は往診など。午前８時から10時までは電話相談でもよし。小児科の家庭医は800人～1,000人の登録だ。家庭医になるには、医学部卒業医師免許取得後、指定病院で３年間の研修を経て試験を受ける。その後、希望する地区で採用試験を受けて晴れて、家庭医となる。ボローニャ市では、倍率が14倍で簡単にはなれない。市民が病院を受診するときは、家庭医の紹介状が必要だ。家庭医として登録患者に関する行政への報告義務はまったくない。「拘束もなく自由なのがよい」と満足げであった（ミラノ市の家庭医談）。

我国でも近年､家庭医養成の声が高まり､｢総合臨床医｣の専門医制度が整備されつつある。しかし、専門医を世に送り出しても、医療制度の中にきちんと位置付けることなしには、つまり、現状のような自由開業医制度の修正なしには、イタリアのような無医地区なしにはつながらないであろう。

２）救急医療と公立病院の配置

人口180万人の州に600床レベルの基幹病院が２つある。その一つに、救急情報センターが付設されている。そこには、４人の看護師が３交代24時間体制で118番（日本の119番に相当）対応している。電話が来ると、目の前のPC画面に通報先の地図が表示され、訴えなど情報を看護師が入力すると、PCがトリアージして搬送先の病院等を指示する。それを看護師が修正して46の公立病院のうちの一つに決め、救急車に指示する。という洗練された合理的なシステムが稼働していた。医師配属は一人で所長であった。全州的に公立病院が配置されて、公社が管理していることが、このシステムを成り立たせていると感じた。外国人でも、救急車で搬送された時は医療費無料だ。

３）公立病院が地域医療の骨格を作っている。

この点は、岩手県と類似していた。ボローニャ県には、公立病院が10、国民保険と契約している民間病院が11、その他大学、研究機関２つがある。公立病院のベッドの占める比率は63％と過半数を超える（大学、研究機関を除く）。民間でも、国民保険適用の医療を実施しているところの病床数を加えるとさらに比率は増える。公立病院への患者集中で、手術等の長期待機患者が社会的に問題になっているが、基幹病院の院長は、重症度、緊急度のトリアージをしており、医学的に問題ないと語っていた。保険がきく医療分野を持つ民間病院が公立病院とほぼ同じ数あるが、高度な医療（心臓外科、整形外科など）でも100床規模であった。要するに、基本的医療については、公立病院のネットが張られ地域医療を作っている。医師、看護師などの医療職も、公社が採用し、配置するという点で、岩手での医療の「均てん」が図られていると考えられる。ただし、イタリア南部地方は、医療の遅れがありそうだ。保健所（AUSL）とともに、公立病院が地域医療の構造を作っている点は、大いに参考になる。

４）保健所の役割の素晴らしさ

イタリアには、AUSL（Azienda Unita Sanitaria Locale）という機構があり、保健医療行政を一手に引き受けている。ボローニャでは、毎年200ページに及ぶ報告書を出している（BILANCIO MISSIONE di 2012）。転入した時の住民登録もこの場所で行う。その際に「家庭医」登録をする。家庭医の枠が余っている医師を自由に選択する。

イタリア人と結婚して、ボローニャ市の近郊に住んでいる日本人の体験談を聞いた。彼女は１歳半の子供があり、サラリーマンの夫と３人暮らし。妊娠に気づいて家庭医を受診し、その後保健所に登録し、保健所から病院を指定されそこで確定診断をうけ、その後出産まで毎週１回２時間の指導を助産師から受ける。出産まで３回病院を受診しエコーなど必要な検査を受ける。分娩入院は通常３日間。その後も希望する期間、週２時間の助産師による育児指導を受ける。１年を超えてもよいとのことだ。もちろん一切の費用は無料だ。外国人もお産は無料とのこと。なお、この保健所には常勤小児科医も診療所を設けている。

５）専門医の天国と地獄

先に述べたボローニャ市の家庭医の募集枠は、2013年が５名であった。そこに70名が応募してきた。選に漏れた医師はどうなっているのだろうか。個人加盟医師組合の医師２名に聞いたところ、大変つらい人生をたどっていることが分かった。若い方の医師は、救急車搭乗専門医であった。その他、夜勤専門医、休日専門医などなどときつい業務につく医師も少なくないことが分かった。「家庭医」として行政に採用される機会を待っているという。一方で、民間病院院長に聞くところによると、常勤医は院長のみであったり、常勤医がいても2,3人だ。日替わりの「専門医」が診療に従事している。専門医の業績評価は厳しい。手術の成功率、患者の評判、圏外からの手術患者を連れてきて経営への貢献度などで賃金の査定をする。

いのくら研究会報告（6）1章7校.indd　21　　2015/06/16　16:21:01