

日本医療再生の具体的提言

ー被災地から医療再生と社会保障を考えるー

チーム 7.29 (共同執筆)

井上 英夫 (金沢大学)

石木 幹人 (岩手県立高田病院)

古田 晴人 (芦屋市立病院)

村田 隆史 (八戸学院大学)

都築 光一 (岩手県立大学)

藤林 渉 (青森県保険医協会)

大竹 進 (青森県保険医協会)

論文要旨

私たちは、3.11以前から、医師等医療従事者、研究者、自治体職員、患者・住民等様々な立場から、地域医療問題に取り組んできた。東日本大震災の被災地の多くは、過疎・高齢化地域であり、何より、医師不足に象徴される医療過疎地域であった。そこに今回の被災がおこり、地域医療崩壊は二重に深刻である。

特に被害が大きかった陸前高田の医療再生は、岩手の医療再生、東北さらには日本の医療再生に指針となると考えられる。大災害の際にこそ、その国の矛盾、問題点が眼前に集中的にあらわれる。被災地医療の再生こそ日本医療の再生への第一歩となる。

東日本大震災前の医療の状況、特に医師不足、医師の偏在にポイントを絞って分析し、海外、日本、被災地間で比較した。

次に、県立高田病院を中心とした人間復興に向けた挑戦に注目しながら、医療再生のための提言をまとめた。

同時に、健康権保障、医療保障の原理原則を確認した。「健康で文化的な最低限度の生活」を保障する憲法 25 条の生存権はもちろん、「到達可能な最高水準の健康」すなわち健康権を保障することを中心に据えた。

住み続ける権利を保障し、健康権保障を実現するためには、住民の参加、住民の自己決定という基本原理・原則を貫くとともに、地域の復興、人間復興、創造的発展を目指し継続した実践が必要だ。

私たちの医療再生のための提言は、大きく、1、医師確保、2、連携の強化、3、要注意・選択してはいけない再生プラン、4、交流を大切に健康づくり、の四点からなっている。

とくに、中心となる医師の確保については、(1)院内開業制度、(2)勤務医の定年延長、(3)医師の「適正」配置；自由開業医制の検討、(4)全国からの支援システムの充実・強化、(5)被災地研修の義務化、(6)リフレッシュ研修の活用、の6点について具体的に提言した。

また、連携の強化については、(1)医療・介護・福祉の連携、(2)医療を守る市民条例の制定、を提言している。

目次

はじめに	P1
第1章 日本の医療の現状	
第1節 国民皆保険制度の歴史	P2
第2節 世界から見た日本の医療	P2
第3節 日本国内から見た医師偏在	P3
第4節 進行する医療崩壊	P4
第5節 医療から介護へ	P6
第2章 被災地医療の現状	
第1節 3.11 被害とその後	P7
第2節 震災以前から医師不足は深刻	P8
第3節 地域医療再生の取り組み～県立高田病院の挑戦～	P9
第3章 医療保障の原理・原則	P10
第4章 自治体における先進的な実践	
第1節 院内開業方式（芦屋市立病院）	P13
第2節 医療を守る市民条例（宮崎県延岡市）	P14
第5章 日本医療再生の具体的提言	
第1節 医師確保	P16
第2節 連携の強化	P18
第3節 要注意・選択してはいけない再生プラン	P19
第4節 交流を大切にした健康づくり	P20
おわりに	P22

はじめに

現在、日本の人々は大きな苦難におそわれている。貧困の拡大・深化とそこに襲った東日本大震災・原発事故である。まさに国のかたちが問われている。

被災地の復旧、復興・再生さらには創造的地域発展、そして日本の福祉国家建設のためには人々の健康が基本である。「健康無くして復興なし」である。

被災地では、復興そしてそのための生命権・生存権・健康権の主体たる患者・住民の多くの命が奪われ、いまなお放射能の恐怖に怯え、仮設・復興住宅あるいは避難先での劣悪な条件の中で、健康が破壊されている。

健康権・医療保障の中核である病院、診療所が破壊され、医師、看護師等スタッフの多くの命も奪われた。周知のように、被災地の多くは過疎・高齢化地域であり、何より、医師不足に象徴される医療過疎地域であった。そこにこの度の被災である。地域医療の崩壊は二重に深刻である。

しかし、被災地で多くの人々が、人権すなわち健康権・医療保障のにない手として地域医療の復興・再生さらには地域の創造的発展のために立ちあがっている。私たちはその代表として岩手県陸前高田市の県立高田病院の地域医療再生の実践に着目してきた。

私たちは、医師等医療従事者、研究者、自治体職員、患者・住民等様々な立場から、地域医療問題に取り組んできたが、被災後は陸前高田に焦点を当てている。しかし、それは決して支援に止まるものではなく、被災地の人々とともに健康権・社会保障権保障にふさわしい地域医療を創り上げようとするものである。

また、私たちは、被災地陸前高田の医療再生は、岩手の医療再生、東北さらには日本の医療再生に指針となると考えている。大災害の際にこそ、その国の矛盾、問題点が眼前に集中的にあらわれる。被災地医療の再生こそ日本医療の再生への第一歩となるであろう。

私たちの医療再生のための提言は、大きく、1、医師確保、2、連携の強化、3、要注意・選択してはいけない再生プラン、4、交流を大切にした健康づくり、の四点からなっている。

とくに、中心となる医師の確保については、(1)院内開業制度、(2)勤務医の定年延長、(3)医師の「適正」配置；自由開業医制の検討、(4)全国からの支援システムの充実・強化、(5)被災地研修の義務化、(6)リフレッシュ研修の活用、の6点について具体的に提言した。

また、連携の強化については、(1)医療・介護・福祉の連携、(2)医療を守る市民条例の制定、を提言している。

医師確保策の(3)および(5)については時間をかけた検討を必要とするが、他は緊急に実現が求められし、実現可能な課題である。

私たちの提言が実現され、被災地の人々が再生された地域医療により、健康が保障され地域の復興、創造的発展に取り組めるよう、切に願うものである。

第1章 日本の医療の現状

日本は皆保険制度のもとで世界一の長寿を実現してきた。一方、財政を理由に社会保障費の削減を目指す政策が次々と提案され、医療現場は疲弊している。TPP参加は皆保険制度の崩壊をさらに加速させることになる。第1章では日本の医療の現状について、中でも医療保障・皆保険制度の崩壊を中心に述べる。

第1節 国民皆保険制度の歴史

日本で初めての公的保険制度は、明治後期から昭和初期にかけての産業近代化に伴う企業の発展と資本主義体制の副作用である貧富の拡大やアメリカに始まった世界恐慌による失業者の増大等、労働者の不安定な生活を下支えする形で1922年、健康保険法による健康保険制度が開始された。

一方で全世界を巻き込んだ経済不況は不安定要素の多い農山漁村を更なる苦境に追い込んだ。

こうして、疲弊した住民の医療費負担の軽減等を目的として1938年、旧国民健康保険法が制定された。

同法はその後、実施主体を国保組合から市町村に以降し、自営業者や被用者以外の国民全てを強制加入とするなど制度を改正しながら1958年に制定された現行国保法が1961年の全市町村の参加し達成された。

人権としての社会保障を規定した憲法25条を根拠に、「生存権」理念の具体化としての国民皆保険制度は全ての国民が保険証一枚で医療を受けることができる世界に誇る公的保険制度として、今日の日本経済、長寿大国を側面から支えてきた。

第2節 世界から見た日本の医療

経済協力開発機構（OECD）の最近のデータ（Health at a Glance : OECD¹⁾）を見ることによって、世界から見た日本の医療の現状を明らかにする。

(1) GDPに対する国民医療費

経済協力開発機構（OECD）が国際比較した国内総生産（GDP）に占める国民医療費の割合（2009年）を見ると、OECD 41カ国中、米国が17.4%と第1位で、日本は8.5%と27番目で、OECD平均9.2%よりも低く、先進国の中ではもっとも低くなっている。

米国の17.4%は第2位のオランダの12%に比較してもわかるように、米国の医療費は各国に比べ飛び抜けて高くなっている。米国の医療費体系は非常に特殊な状況にあり、日本の医療を考える上で参考にならないことがわかる。

(2) 公的保険と私的保険

私的保険の率が高い順に見ると、米国がトップで9.1%、日本は1.6%と41カ国中36番目と最下

位グループに位置する。日本より低いのはトルコ、ノルウェー、チェコ、ルクセンブルグ、インドネシアの5カ国だけになっている。米国の私的保険の比率は日本の6倍と飛び抜けて高い。

米国の私的保険の比率9.1%は公的保険の8.3%よりも高くなっていて、民間医療保険が大きな市場に発達し、公的医療保険の役割は最小限となっていることがわかる（表1）。

（3）医師数は「30番目」

日本の医師数は人口千人当たり2.2人と各国と比較しても少なく、40カ国中30番目と、OECD平均の3.1人より1人少なくなっている。日本より少ない国は韓国、中国、インド、インドネシア、メキシコ、ブラジル、チリ、トルコ、南アフリカなどとなっていて、ヨーロッパ諸国より少なくなっている。

また、2000年から2009年までの年間医師増加率を見ると、もっとも増加しているトルコ（5.4%）に対し日本は1.8%と17番目と増加率も低い（表2）²⁾。

（4）看護師も不足

OECDデータでは、日本の看護師数は1000人当たり9.5人で40カ国中15位、年間増加率は36カ国中13位となっている³⁾。ただ、医療現場では看護師不足が深刻にも関わらず、OECDデータは中位に位置し現場の実感と大きな隔りがある。その理由として看護師のサービス対象者である高齢者が日本では諸外国に比べて多いことが指摘されている。

（5）「医師偏在」はない？

世界的な偏在についてのデータでは、日本はそれほどの偏在がないことになっている⁴⁾。それは、北海道、東北、南北関東、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州での比較になっているため、医療圏別には大きな偏在が存在する実感と大きく乖離している。

（6）専門医と総合医、

OECDのデータに日本はのっていない⁵⁾。その理由は、総合医としての資格が確立されていないためだ。

プライマリー・ケア関連3学会（総合診療医学会、日本プライマリー・ケア学会、日本家庭医療学会）が合同で総合医の専門資格について検討している。

第3節 日本国内から見た医師偏在

OECDデータでは明らかになっていない「医師の偏在」について、国内の資料を整理する。日本の医師数は絶対数が不足している他に、地域偏在、診療科偏在が存在し、地域によっては医師不足がより深刻になっている。研修医の勤務地も偏在していて、地域偏在の大きな要因になっている。地域偏在は都道府県・二次医療圏単位での比較で明らかにすることができる。

(1) 人口 10 万人対医師数

直近の都道府県別従業地別に見た医療施設（病院診・療所）に従事する人口 10 万対医師数（2010 年 12 月 31 日現在）が公表されている（[図 1](#)）⁶⁾。東京都をのぞいて西高東低となっている。

(2) 100 平方 km 当たり医師数

医師数の比較に人口 10 万人あたりの数値が使われるが、10km 四方に医師が何人いるかを見る 100 平方 km あたりの医師数を比較することもできる（[図 2](#)）⁷⁾。100 平方 km 当たり医師数は大都市に医師が集中していることがよくわかり、住民の感じている医師偏在を示す指標として有用といわれている。

都市部では 10 万人あたりの医師数は少ないが、100 平方 km あたりの医師数は確保されている医療圏が多い。近くに医師はいるが人口が多く待ち時間が長くなっていることが想像される。

(3) 「医師密度指数（財務省）」

2009 年に財務省は医師偏在を表す指標として「医師密度指数」を提唱した（[表 3](#)）⁸⁾。もっとも密度の高い東京とは 3.36 でもっとも低い茨城県は 0.74 と 4.5 倍の開きがあることがわかる。岩手県と青森県も 0.78 と茨城県に続いて低く、現場の実感を反映しているとの評価が多い。

(4) 医師年代別勤務地

医師の年代別に指定都市、中核市、その他のどこに勤務しているかのデータも公開されている（[図 3](#)）⁹⁾。研修医の 6 割は指定都市・中核市に勤務し、都市に集中していることが明らかになっている¹⁰⁾。研修医の都市集中は、その後も医師の都市集中に拍車をかけているといわれている¹¹⁾。

(5) 診療科偏在

診療科による不足と偏在も問題となっている¹²⁾。研修医の診療科選択が今後の課題とされ、訴訟リスク、長時間勤務などの労働条件、診療科別収入などが関連しているといわれている¹³⁾。

診療科偏在に関連して、女性医師が増加している中で、女性医師が活躍できる環境作りの重要性も指摘されている。

第 4 節 進行する医療崩壊

憲法上の理念を備え、社会的要請によって実現した国民皆保険は今、各保険制度の分立と制度間格差などのひずみや外圧によって制度そのものの存続が危惧されている。もっとも、現場ではおよそ「皆保険」とは言えない現状が各地で報告されている。

新自由主義的改革、医療制度構造改革がもたらした医療崩壊を現場から明らかにする。

(1) 日本の皆保健制度の特徴

「誰でも安心できる医療保障へ」¹⁴⁾で久保は「皆保健制度が備えている優れた3つの特徴」をあげている。それらは、保険証の全国民対象無条件交付、全国统一給付保障、必要充足型給付保障だ。そのために、皆保健制度は新自由主義改悪の最も激しい攻撃のターゲットになり、医療費抑制から医療構造改革の本格実施へとすすめられてきた。「社会保障・税一体改革」でメニューが出され具体化が進められている。

(2) 国保の危機と地域医療の崩壊

超高齢化社会と言われて久しい日本において、国民健康保険の立て直しは待ったなしの状態にある。特に、「金の卵」称され、高度成長期を支えたいわゆる「団塊世代」が退職により被用者保険を抜け、国保に移行することで年齢構成を大きく偏らせている(表4)。当然、医療費は加入者の高齢化により年々増加の一途をたどっている。

医療費増加による保険料の値上げ、一方で滞納額の増加と負のスパイラルが続いている。加えて長引く経済の低迷により非正規労働者や失業者が増加し国保が受け皿になっているが、加入者の貧困化が深刻になり、滞納者も増えている。

弘前市の国民健康保険料は2010年に値上げされ、夫婦ともに40歳代で子供が2人の家族で年収200万円の場合、年間の保険料が394,700円から459,520円へと大幅に値上げされ、とても払える金額ではないと悲鳴があがっている(表5)。

一方、全国的に見ても、1世帯当りの年間平均所得と国保料から負担率を求めると年平均0.5%で連続して負担率が上昇し、2011年には10.6%にもなっている(表6)。

保険料の値上げは、国が国保負担金を大きく減らし、その負担を加入者にしわ寄せしたことにある。これは1984年に行われた国民健康保険法改正がきっかけとなり、それまでの国庫負担であった「かかった医療費」の45%から38.5%に引き下げられたことに根本原因がある。以降、自治体の国保財政は悪化し、基金を取り崩すなどの対応に迫られ、加入者の保険料を上げざるを得ない状況が窮状となって加入者を苦しめている。

悪質な滞納を除き、被用者保険に比べ収入の低い国保加入者には、毎月の保険料を払いたくても払えない実態が多く存在する。これまで国保は皆保険制度の最後の砦として役割を果たしてきた一方で、他の被用者保険を補完する形で整備された国保制度の歴史的経緯から、高齢者や無職者が集中する制度的構造的問題を内包し、昨今の社会情勢と相成って深刻さを増している。

(3) 厳しい取り立て

滞納者に対するペナルティーとして短期保険証、資格証明書発行が増え、受診抑制が大きな問題となっている。自治体は医療費抑制策とともに収納率改善のため、あらゆる策を講じている。滞納者には通常の保険証より有効期限の短い「短期被保険者証」(以下、短期証)、更に概ね納付期限から1年が過ぎると「資格証明書」(以下、資格証)が交付される。資格証で医療機関を受診した場合、かかる医療費は全額自己負担となり、実質的な「無保険」となる。

ここ数年は嘱託員にインセンティブを付与した徴税業務の委託や、極めつけは財産の差し押さえに

至るなど、様々な方法で収納率を上げようと躍起だ。皆保険の「砦」であるべき国民健康保険は事実上の無保険状態を許すばかりか、短期証、資格証の機械的発行など露骨な対応も青森県社会保障推進協議会が毎年行う青森県内全市町村キャラバンなどで明らかになっている。これらの「成果」なのか、高止まりしていた滞納世帯数が平成 20 年を境に数値の上で減少している (図 4)¹⁵⁾。

(4) 生活保護法改悪

生活保護法の改正によって、親族の扶養義務を強調しながら新たな水際作戦を実施しようとしている。その結果、多数の自死・餓死・孤立死等の悲劇を招くことが危惧されている。

一方、「医療機関の不正請求」を理由に、「医療扶助の適正化」と銘打って、指定医療機関に対する管理強化を可能にし、医療費の上限設定（複数受診、頻回受診の制限）、ジェネリックの強制などの医療費削減を目指そうとしている。さらに、福祉事務所の指示に従わない医療機関に対しては、検査指導の権限を利用し指定医療機関取消、さらには保険医取消も脅しに使うとしている。

今後は、「生活保護受給者が我慢しているのだから、健康保険に加入している人も我慢してほしい」と、次の段階として健康保険法での医療費削減もねらっている。

第 5 節 医療から介護へ

リハビリの日数制限、後期高齢者医療制度から始まった「医療から介護へ」の流れが止まらない。一時は高齢者の大反対によって見直した後期高齢者医療制度は、国保の都道府県化と一体となって復活しようとしている。保険財政における負担方式の転換を迫り、国と企業の責任を回避しつつ、さらにその負担を消費税に転嫁しようとしている。医療から介護への危険な流れに警鐘を鳴らしたい。

高齢者の医療が介護保険と統合されれば、保険原理に基づく保険制度となり、皆保険制度は実質的に崩壊する。

(1) リハビリ日数制限

リハビリ日数制限問題とは「リハビリを開始して 150 日、180 日を経過した人は医療が受けられない、継続したリハビリを希望するなら介護保険を申請しなさい」という診療報酬改定が行われ、多田富雄先生を中心に全国的な反対運動が盛り上がった。

厚労省も反対の声に押されて前代未聞の見直しを行ったが、その後も医療から介護保険へ誘導しようと診療報酬改定のたびに複雑なルールが追加されている。その一つに、「医療と介護保険の併用を認めず、介護保険優先で医療保険での請求は認めない」というものもある。

医療を介護保険に無理やり誘導することは、市場原理を導入し医療保障を放棄し、国としての社会保障への責任を放棄するものだ (図 5)。

(2) 介護保険は混合診療そのもの

医療と介護の違いを具体的にみると、介護保険は使用限度額が介護度ごとに決められ、それを超え

たときには、事業者との契約で別に「お金を支払って自由にサービスを購入する」ことが同時に可能とされている。

健康保険法に基づく保険診療では混合診療が禁止されているが、介護保険では限度額を超えても自由に介護サービスを購入することができ、混合診療そのものだ。民間医療保険の原理が貫かれている。

保険料の値上げについても、利用者の使った金額によって自動的に決められるため、国は社会保障に対する責任を逃れている。(表 7)

(3) 利用抑制の壁

保険料は天引きして強制的に徴収するが、サービス利用を制限し、保険料を支払うのが精一杯で利用料を負担することができなくて、介護保険サービスが受けられない人が増えている。

認知症で合理的な判断ができない人も増え、情報もないまま我慢している人が多くなってきている。要介護認定を受けていない人は、形式的には地域包括支援センターが対応することになっているが、人手不足で対応できていないのが実態だ。

介護度の認定はソフトの改正によって要介護から要支援に認定される例が多くなり、さらに要支援は介護保険から外そうという詐欺的な計画も出されている。

第2章 被災地医療の現状

陸前高田市では2011年10月に復興計画素案が作られ、2012年1月には陸前高田市震災復興計画～「海と緑と太陽との共生・海浜新都市」の創造～が出来上がった。

しかし、同市の戸羽市長は、2013年1月24日の日本外国特派員協会での講演で、「正直申し上げて復興という状況にはまだない」と訴えた。「市街地がなくなり全部これから作り上げるので、バリアフリーのまちづくりを岩手県に訴えているが、なかなか乗ってこない。それでも根気強く働きかけ、国や県に協力してもらい素敵な町を作りたい」と結んだ。第2章では陸前高田市の医療を中心に3.11以前・以後について整理する。

第1節 3.11 被害とその後

3.11直後、被災状況の把握は困難で、東北各地の情報が出そろったのは2011年4月11日だった。当時の人口に対する、死亡、行方不明、避難者数の合計を求めると、陸前高田は市民の76%、大槌52%、南三陸50%、女川町34%の順で、陸前高田市は4分の3の市民が被災していた（表8）。

(1) 人口減少と高齢化

被災地での人口減少について詳細は明らかになっていないが、朝日新聞の調査（2013年1月末の住民票に基づく人口）によると、「被災3県、40市町村の人口減少は震災前の人口の5%といわれ、宮城県女川町は20%、同県南三陸町と岩手県陸前高田市は14%減少している」という。

陸前高田市の人口減少は被災前からだが、震災後2年間の減少率は震災前とほぼ同じになった。復興事業などで建設需要が増加、「働き口が整ってきた」ことなどにより流出傾向が止まったといわれている（図6）。

また、人口流出の82%が30代以下といわれ急激に高齢化が進み、震災によってそのスピードが速まっている。

(2) 介護認定者数は減少

高齢化は要介護者も増加させるが、介護認定者数を震災前後で比較すると、要介護者の人数は1,320人から1,267人と減少したが、人口に占める割合は5.7%から6.1%へと上昇している¹⁶⁾,¹⁷⁾（図7）。

要介護者数にしろ各要介護度を見ると、要介護5が44人（3%）減少した。震災で亡くなったこと、入所施設が流されて他の地域に移動したことがその理由としてあげられるかもしれない。

(3) 整形外科医がゼロに

県立高田病院は職員と患者さんが犠牲になり、建物も壊滅的被害を受けた。さらに、保健師9名中6名が亡くなったほか、ほぼ全ての医療機関が被災し開業していた武田健医師（整形外科）、村上静一医師（内科）も犠牲になり、陸前高田市の整形外科医は一人もいなくなってしまった。

2011年6月、市民からは「陸前高田から高校も病院もなくなるかもしれない」との声も聞かれ、非常に厳しい状況におかれていた。

また、開院間近で被災し、多額の借金を抱えている開業医や返済途中で被災した医療機関など、経営が厳しくなっている医療機関もある。

(4) 被災翌日から診療開始

震災発生翌日、屋上に避難した患者さんと職員が救出され、2日目には石木幹人院長を先頭に、残されたスタッフで避難所での診療が再開された。

その後、2011年7月25日からは仮設診療所での診療開始、2012年2月1日には病棟も完成し入院患者さんの診療も開始している。被災した高田病院の建物は2013年2月末には取り壊され、撤去が終了した。

(5) 全国からの医療支援

被災直後はDMATの支援が始まり、続いてJMAT、そして医師派遣システムによる医療チームによる支援が現在まで継続している。

2011年4月28日、全国医学部長病院長会議、日本医師会などの多くの団体と厚生労働省、文部科学省などが参加し被災者健康支援連絡協議会が作られ、医療支援のための医師派遣システムがスタートした。

高田病院にも全国から切れ間なく、整形外科医の応援が2013年3月末日まで続いた。

2013年4月以後は、大船渡病院に整形外科医が増員となり、高田病院へは週2回の派遣が始まっている。さらに、高田病院での勤務を希望して集まった各地からの医師も常勤医師として加わり支援の輪は広がっている。

第2節 震災以前から医師不足は深刻

(1) 被災前からの医師不足

岩手県の被災地はどこも震災前から医師不足が深刻だった。人口10万人あたりの医師数は、全国平均では219人（2010年・医療施設の医師）となっているが、岩手県の二次医療圏別に見た医師数は、盛岡医療圏をのぞいてすべて全国平均を下回り、宮古医療圏では半分以下になっている（表9）。

(2) 整形外科医も不足

整形外科医師数を見ても盛岡医療圏以外は平均以下で、整形外科医師不足はほかの診療科に比べても顕著になっている。

人口2万3,000人の陸前高田市の整形外科医は開業していた武田先生一人であったが、津波の犠牲になり一人もいなくなってしまった。

医師数は、岩手県と同じように医師不足が深刻な青森県に比べても極端に少なく、医師不足がより

深刻な状況であることがわかる。

高齢者が増えると、骨粗鬆症による骨折も増え手術が必要な患者も増える。その他、腰痛や関節痛など運動器疾患の治療はもちろん、寝たきりにならないためのリハビリ（ロコモーションシンドロームに対するロコトレ）なども整形外科医の仕事だが、骨折治療に追われて患者さんのニーズに十分答えきれていないという。

(3) 被災地と都市部の比較

医師過剰といわれている都市部でも、医療圏によっては医師不足地域があり、医師の偏在が指摘されている。東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県の医療圏で医師数が全国平均以下の医療圏もあるが、その他の医療圏には全国平均を上回る医師が集中している。

岩手県の医師数は、大都市の医師不足地域に比べても遥かに少ないことがわかる。

これらを見れば、比較的多くの医師が集まっている都市部から被災地への支援が期待できそうだ。

(4) 100平方kmあたりの医師数

医師数の比較に人口10万人あたりのデータが使われるが、10km四方に医師が何人いるかを見る100平方kmあたり医師数の比較もある。岩手県の被災した医療圏は、100平方kmあたりの医師数も都市部に比較して著しく少なくなっている（表10）。

都市部では10万人あたりの医師数は少ないが100平方kmあたりの医師数は確保されている医療圏が多い。そこでは、近くに医師はいるが人口が多く待ち時間が長くなっていることが想像される。

一方、被災地では、10万人あたりの医師数も100平方kmあたりの医師数も少なく、遠くはなれた地域まで受診しないと医療を受けられないことを示している。

第3節 地域医療再生の取り組み ～県立高田病院の挑戦～

(1) 「はまらっせん農園プロジェクト」

2012年5月、県立高田病院は、住民同士の交流の場を増やす機会を設けるため病院の事業として「はまらっせん農園プロジェクト」をスタートさせた。長い仮設生活において危険性が指摘されている生活不活発病や抑うつ状態の発症予防のため、病院事業として位置づけ実践している。

プロジェクトは高橋祥医師が中心になってすすめられ、住民同士の交流の場となり、被災していない人と被災した人の交流の機会も広がり、「畑がくすり」となって、こころと体の健康づくりに一役買っている。

(2) その他の取り組み

高田病院は被災前136床だったが、現在は41床で運用されている。病床が減ったこともあり以前にもまして在宅医療に力を注いでいる。3.11以前からあった寝たきり患者を対象にした「ほほえみ外来」は毎週月曜日と金曜日に復活した。

産婦人科の巡回診療車が 2013 年 4 月から導入され診療を開始した。高齢者では自分で受診できない人も多く、他の診療科でも巡回診療車の導入は、高齢・過疎地の医療提供の新たなモデルになると期待されている。

その他、バス優先外来(路線バスで来院の患者を優先的に診療することにより、帰りのバスに間に合わせる)を再開し、2013 年 2 月には「陸前高田の在宅療養を支える会」を立ち上げた。同会の会長に石木幹人県立高田病院前院長が選任され、高齢化が加速する中、通院できない高齢者のために医療機関や介護事業所など関係機関が垣根を越えて支える仕組みを作りあげている。

第3章 医療保障の原理・原則

(1) 憲法 25 条と健康権保障

ここまで、日本の医療の現状と被災地における医療の現状を見てきた。決して、生存権が保障されているとはいえず、それどころか生命権も脅かされている。本稿は被災地医療の再生に向けた具体的提言を直接の課題としているが、被災地における医療の実態は、1990年代後半から本格化した社会保障構造改革路線の帰結でもあった。社会保障構造改革は医療分野に限らず多岐に渡っているため、すべてを紹介することは不可能であるが、その特徴の一つを挙げるとすれば、「市場化・営利化」路線の推進であった¹⁸⁾。そして、「コンクリートから人へ」を全面的に掲げて発足した民主党政権についても、「市場化・営利化」路線が修正されることはなく、むしろ形を変えて推進されることさえあった¹⁹⁾。

いうまでもなく、医療保障の原理・原則は憲法 25 条から導き出される。憲法 25 条には、すべての国民に対して、「健康で文化的な最低限度の生活」を保障することが明記されている。「最低限度」が強調されることが多いが、条文を素直に読めば、保障されている「最低限度」の生活が、「健康で文化的」でなくてはならないということである。そして、憲法 25 条は一般的に生存権として定着しているが、人権保障の発展過程や国際連合及び WHO（世界保健機構）における到達点をふまえて、健康権＝「到達可能な最高水準の健康」が保障されるべきという問題提起もされている²⁰⁾。

まさに本稿が目的としているのは、健康権保障をいかに実現していくかであり、生命権、生存権、生活権が侵害されている今日の医療の状況は早急に改善されなくてはならない。そのためにも、医療保障の原理・原則を整理した上で、被災地における実態を見ていかななくてはならない。

(2) 医療保障の原理・原則

それでは、医療保障の原理・原則を見ていこう。この点については、研究成果の一定の積み重ねがあり、特に福祉国家と基本法研究会（以下、研究会と略す）の議論が参考になる²¹⁾。

研究会ではまず、「人権としての社会保障の諸原則」がまとめられている。人権としての社会保障とは、人間の尊厳を理念とし、自己決定・選択の自由そして平等を原理としているということである。そして、具体的には (1) 権利性の原則として、①社会保障の権利性、②社会保障を受ける権利の無差別・平等性、③社会保障の権利行使の確実性・簡易性と請求権および争訟権の保障、④情報の保障、(2) 保障水準に関する原則として、⑤被保障者の包括性と普遍主義的給付の原則、⑥保障事故・危険の包括性、⑦保障水準・内容の必要・十分の原則（「必要充足の原則」）、⑧人間の尊厳と自己決定の尊重、(3) 公的責任と制度運営に関する原則として、⑨国と地方自治体の責任、⑩社会保障施策の財政上の考慮への優越、⑪社会保障費用の原則、⑫非営利原則、⑬民主的管理・運営の原則、⑭参加の原則、(4) 企業の責任として、⑮起業の社会保障費用負担義務が挙げられている²²⁾。

さらに、医療保障に関しては上記の原則をふまえた上で、法の解釈・運用、立法の際の諸原則が示されている。具体的には下記のとおり²³⁾。

(i) 公的責任の原則：国と地方自治体は医療提供体制を整備し、必要を充足する医療サービスを給付する公的責務を負う。

(ii) 最高水準医療の原則：医療保障については、最高水準医療の保障が、国の最低の義務である。

(iii) 負担困難による受診抑制禁止の原則：保険料あるいは患者一部負担等の納付困難による受診抑制があってはならない。

(iv) 普段の原則：24時間、365日絶え間なくサービスが受けられなければならない。

(v) 地域の平等原則：住む地域によって受けられる医療の質、量に差別があってはならない。

(vi) 非営利原則：医療を提供する事業体は非営利原則を維持すべきである。

研究会には研究者のみならず、医療・福祉の実践者が多数参加しており、まさに日々の実践から社会保障の原則が提言されていることに特徴がある。これらの原則は具体的かつ包括的ということに特徴がある。まさに、健康権保障に相応しい基本原則が示されている。

(3) 被災地における実態と原理・原則とのかい離

上記で示された諸原則と照らし合わせて、被災地における医療の実態を見ると、多くの問題点が上がってくる。すべてを網羅することは筆者の手に負える作業ではないし、すでに第2章で具体的な問題は出されているので、本章ではこれまであまり触れられてこなかった点を挙げたい。具体的には、人権保障の基本原則と言える自己決定の原理と参加の原則である。上記の諸原則でも、「すべての人が社会保障にかかわる自己決定を可能にするためには、政治、行政、司法、社会活動等あらゆる領域、あらゆる段階で、とりわけ政策の策定と決定、実施への参加が保障されなければならない」²⁴⁾と指摘されている。

東日本大震災の発生後には、多くの自治体（都道府県及び市町村）で震災からの「復興」計画が策定されている。中には、住民自身の手によって策定されたものも多く存在する。しかし、岩手県、宮城県、福島県の「復興」計画には、復興の主人公となるべき住民（被災者）が含まれておらず、しつかりと意見が取り入れられたとはいえない。もちろん、あらゆる手段によって、住民（被災者）の意見を聞くための取り組みはされているが、実際の計画策定場面に参加しなくては、意見が反映されるのは困難といえる。一方、住民（被災者）が計画策定に参加していないということは、批判されるべき点があるが、岩手県と福島県の「復興」計画の中には、本稿で提唱し続けてきた「住み続ける権利」の確立と通じる基本理念も取り入れられている。積極的に評価すべき点が含まれていることも事実であるが、住民の参加が不十分であると、自己決定の原理が実現することもない。

ましてや、健康権保障は「住み続ける権利」を保障するための中心的役割を果たすものである。東北地方は、東日本大震災が発生する以前から「過疎・超高齢化」が進んでいる地域であった。過疎化の要因は進学や労働力の流出（特に若い世代）が主要な要因ではあったが、十分な医療・福祉サービスを受けることができない高齢者や障害のある人などが、医療・福祉機関が整備されている都市部（主に同県内）に流出していたという面も見逃すことはできない。震災からの「復興」を考えるのであれば、目の前に起きている問題の対処は必要であるが、それまで東北地方全体が置かれていた状況、そ

してそのような問題が発生した要因も検討されなければならない。「復興」計画はまさに健康権保障を実現し、「住み続ける権利」を確立するため、重要な役割を果たすことも可能であったが、住民の参加と自己決定という基本原理・原則が十分に浸透しなかったため、不十分なものとなった。

(4) 被災地の医療から通常の社会保障へ

上記のような問題点を含みながらも、行政職員、医療・福祉の専門職は日々苦悩しながら働いていることも事実である。東日本大震災の対応で起きている問題点をそこで働いている一人ひとりの職員の責任に帰することはできない。むしろ、1990年代の構造改革以降、職員の削減や非正規化が進められた結果であり、まさに構造的に起きている問題として捉えなければならない。震災からの復興を果たそうと現場で働いている行政職員や医療・福祉の専門職の身体的・精神的ケアが早急に必要だ。

現在、被災地における医療・福祉の専門職の実践はまさに「人権のにない手」²⁵⁾に相応しいものである。しかし、「人権のにない手」の情熱や善意に支えられた実践は継続性を欠いてしまう危惧がある。そのためにも、制度・政策として活躍できる場が広がらなくてはならない（職員が継続的に働くことができる環境整備も含めて）つまり、被災地における医療や福祉の実践を通常の社会保障の実現へとつなげていくことが必要である。その際の基本原則が、健康権保障である。問題点を明らかにするとともに、優れた実践から学んでいくことが必要であると思われる。

第4章 自治体における先進的な実践

第1節 院内開業方式（芦屋市立病院）

（1）経緯

市立芦屋病院（兵庫県）は2006年に院内開業方式を全国で初めて採用した。採用までの経緯として、阪神・淡路大震災等による市財政の破綻危機が基礎にあった。そのため、市から病院への一般会計繰出金が年間約4億円削減され、芦屋病院の経営改善が急務となり、病院経営改善案の一つとして浮上した。

兵庫県医務課と相談したところ、「メディカルモールとして実施可能」なことがわかり、準備が始まった。院内開業医の募集は、公募で行われ、前年の2005年5月に「院内開業医師募集要項」を取りまとめ、耳鼻咽喉科、泌尿器科、歯科（口腔外科）について病院内で開業する医師の募集を行った。

2006年2月に改修工事を行い、病院正面玄関のほぼ横のスペースに、院内診療所「芦屋メディカルコミュニティー診療所」を設置し（図8）、2006年5月に泌尿器科と歯科口腔外科の診療所がオープンした。

（2）医療法等と院内開業方式

医療法、建築基準法、消防法など関係法令を遵守する必要がある、特に、「医療法第12条、20条」の問題解決が必要だった。

医療法第12条では、「診療所開設者は自ら診療所を管理しなければならない」ため、診療所の開設者である医師が各々の施設を管理することとした。医療法第20条は「診療所の構造設備は衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなければならない」ため、病院のフロアをパーティション（間仕切壁）で独立させることで認可され、自治体病院の中に診療所を整備することができた。

（3）院内診療所のメリット

院内診療所は、「芦屋メディカルコミュニティー」と称して、入り口は病院とは別に設けられているものの、病院と一体となった施設として生まれた。

また、その外形に留まらずに、自治体病院の医師と院内開業医との連携が深まり、病院機能としても欠かせないものとなった。

病院にとっては、院内開業医を病院の嘱託医師として迎えることで、プラスとなり、さらに双方でCTやMRIなどの高度医療機器利用契約を結ぶことで、お互いの機能を補填する連携体制を構築することができた。また、臨床検査に関しても病院側が検査を行うこととし、病院がその業務を外部委託することで診療報酬上の問題も解消した。院内開業方式を導入し、院内開業医からの家賃等の収入を得ることもでき、結果的に年間約1億5千万円の経営改善効果があった。

また、開業する医師には、初期投資を最小限にすることができる、病院の器械、システムを利用で

きる、病院勤務医と連携し入院ベッドを利用し、入院治療・手術も可能となるなどのメリットがある。

病院の抱える問題としてあげられる「医師不足や収支改善」、診療所を経営したい医師が抱える「開業にかかる医療機器の整備等による高負担」、この両方の問題を解決する糸口として、院内開業は有効な手段であるとともに、究極の病診連携でもあるといえる。

第2節 医療を守る市民条例（宮崎県延岡市）

（1）経緯

宮崎県延岡市が地域医療対策に取り組みはじめたのは、市内にある宮崎県北部約25万人の中核病院である県立延岡病院に勤務する医師が年々減少することにより、中核病院の診療体制が脆弱化し地域全体の医療体制の崩壊への危機感が強まったことがはじまりだった。

そもそも、県立延岡病院は入院病床を460床有し、二次、三次救急と救命救急センターを持つ地域にとって大変重要な病院だった。医師不足に対して早急に対策を講じる必要性があったことから、宮崎県、医師会、延岡病院、企業代表、住民代表が一緒になって対策を検討する医療問題懇話会を開催した。

（2）行政の対応

その中で、行政にも医療対策を専門的に取り扱う部署が必要だとして、2009年度に延岡市地域医療対策室が設置された。

当時、医師不足を招いた原因の一つに、「時間外に安易な受診をする患者が多く、勤務医のモチベーション低下や過度な負担に繋がっている」ことが指摘されていた。そのためまずは、医療の実情を市民に理解してもらうために、住民に医療現場の実情を知らせる内容と、地域医療を守るために適正受診等を推進することを啓発するチラシを作成し全世帯に配布した。

（3）市民の活動

その間に中核病院の6名の医師が退職するという新聞報道がなされた。

行政が中心になって実施する活動だけでは、対応が難しいことの表れだとして、2つの市民団体「宮崎県北の地域医療を守る会」（市民中心）、「県北医療を守るネットワークの会」（商工業者中心）が立ち上がった。現在でも、市と協働して啓発を行っている。

（4）医師会の協力

さらに、中核病院の体制維持と役割を明確にするため、初期救急医療体制の整備が必要で、延岡市医師会の協力により、夜間急病センターの深夜帯（23:00～翌朝7:00）の診療体制拡充が図られた。

（5）条例の制定

このような市民、医師会、行政の動きをきちんとした理念のもとに進める必要があるとして、2009

年に延岡市の地域医療を守る条例(平成 21 年 延岡市条例 第 29 号)が制定された²⁶。

条例は、二つの基本理念で成り立っている。一つは、地域医療を守るため、「市、市民、医療機関が一体となり全体で守る」とされ二つ目は、健康長寿を目指すため、「市民自らの健康増進の努力と、医療・保健・福祉の連携」を進めるとされている。

条例は、地域医療を守るために「市の責務」、「市民の責務」、「医療機関の責務」を明示し、行政は、職員 4 名による「健康長寿推進室」という専門部署を設けている。健康長寿の推進は 2010 年 12 月に市民中心に「健康長寿推進市民会議」が発足し、運動、食事、検診の三つを柱に健康増進に取り組んでいる。専門医不足により対応が困難だった消化管出血や脳梗塞患者対応も、地元医師会の大きな協力のもと市内の医療機関が輪番制で対応している。

(6) 条例の効果

効果は、県立延岡病院の夜間・休日の救急患者数の数字に現れている。

取り組み前の 2007 年には 9,237 名の「安易な受診」が見られたものが、2011 年には 4,374 名と大幅に減少した。患者の内訳分析では、患者数が減ったにもかかわらず、来院患者の入院に至る比率に変化がないことから、延岡病院が「重傷・重篤な患者さんへ対応する医療機関」であるという本来の役割が、広く認識され他と評価されている。最近では、このような活動に対し、医師を派遣している大学からも評価されるようになった。

第5章 日本医療再生の具体的提言

東日本大震災から早くも2年が経過したが、被災地の医療再生は大きな問題を抱えたままで、未来へ向けたスタートを切れていない。しかし、厳しい状況の中でも、医療の「再生と発展」を目指した「人間復興」への挑戦が始まっている。

井上は「住み続ける権利-貧困、震災を超えて」²⁷⁾の中で、「復旧・復興・再生か創造的発展か」を論じている。「復旧・復興で元に戻すだけでなく、また、往時をしのぶような再生でもなく、発想や価値観を大転換し、人々が選び、決定し、安心して住み続けられるような地域を作る創造的発展こそ大事だ」と主張している。

岩手県立高田病院支援に日本中の知恵と経験を集中させ、陸前高田の「創造的発展」を実現することは日本医療再生に指針となることは間違いがない。高田病院の現在進行形の挑戦を紹介しながら、日本医療再生の具体的提言を行う。

第1節 医師確保

医療再生には医師の確保が欠かせなが、医師不足地域での医師確保について具体的に提言する。

(1) 院内開業制度

医師確保対策として、すでに市立芦屋病院（兵庫県）では院内開業制度が導入され、成果を上げている。さらに、勤務医と開業医の連携も強まっている。

被災した開業医は、既に仮設の診療所で診療を開始しているが、新しい県立病院が建設される時に院内開業が可能になれば、新たな投資を最小限に抑えることができ、病院としても勤務医と開業医の連携も深まり、プラス効果が期待できる。

院内開業では、入り口を別にする、待合室・トイレの設置など、医療法上の細かな制約がある。もし、法律や通知の見直しができれば現在よりもハードルは低くなり、医師確保に一役買うことが期待できる。

(2) 勤務医の定年延長

医師確保の2番目の対策として、「勤務医の定年延長」が有効だ。医師不足対策として医学部の定員が増やされたが、効果が出るまで10年以上かかる。それまでの間、現役の医師が勤務医を継続できれば医師不足に歯止めをかけることができる。

現在、国家公務員も地方公務員も65歳で定年を迎え、多くの医師は民間病院や介護施設で仕事を続ける人が多い。65歳になったからといって医師としての能力が極端に低下することはないが、退職によって仕事量も質も大きく変わることは、医師不足の地域に取っては大きな損失といえる。退職後もそれまでの能力をできるだけ長期間維持することは、医師本人にとっても地域住民にとっても望ましい。

現在の制度では、定年後、専門職に限って1年ごとに勤務を延長する「勤務延長制度」で、最大3年間延長することができる。さらに正職員に準じる待遇として5年を限度に73歳まで可能な「任期付雇用」制度もあるが、ほとんど活用されていない。

また、嘱託職員は、一般的には非常勤だが、地方公務員法第3条3項に基づく特別職での働き方や条例・規則・要綱で「常勤嘱託職員」として活躍することもできる。

一方、本年1月から始まった退職金減額制度は医師確保に逆行する制度となっているため、法律改正も視野に入れる必要があるかもしれない。

ただ、若い医師が育つためには、病院長などのポストは後進に譲り、経験を生かした仕事は継続してもらうことがポイントになる。同時に、市民、患者さんが「ダメ出し」できる制度があれば医療の質も確保することができる。

石木幹人院長は3月末で定年を迎え院長職を辞したが、4月からは勤務延長制度で勤務医として引き続き高田病院の診療を担当している。

(3) 医師の「適正」配置；自由開業医制の検討

憲法で保障された職業選択の自由があり、自由開業医制がある中で研修医や勤務医に被災地・医師不足地域で勤務してもらうために、知恵を絞る必要がある。

専門医を目指す研修医に被災地研修を義務化することができるか、を含めて、医師の「適正」配置について、あらゆる分野から検討することを提案したい。特に、医師不足地域に住み続ける権利を保障するために、法学分野での研究発展に期待したい。

(4) 全国からの支援システムの充実・強化

前述したように、全国医学部長病院長会議、日本医師会などの多くの団体と厚生労働省、文部科学省などが参加し、被災者健康支援連絡協議会が作られ、全国から被災地の病院に医師が派遣された。また、同派遣システムでは、派遣にかかる旅費や人件費について、個別に県と調整することなく地域医療再生基金を活用することができる。

地域の要望に応じて、都道府県や大学の垣根を飛び越え医師派遣システムが全国レベルで動いた意義は大きい。大災害に限らず、医師不足地域への医師派遣システムとして大きなヒントを与えてくれている。

(5) 被災地研修の義務化

将来赴任してくれることも期待して、被災地での卒後研修の充実が望まれる。震災以後に県立高田病院で研修した後期研修医の中には、将来高田病院で勤務したいと考えている人もいるという。長期の研修が不可能でも、全国の卒後研修病院と連携して「地域医療」の研修が可能になれば将来の医師確保が有望になる。

医師の勤務地を年代別に見ると、20代の研修医の43%が指定都市に集中し、地方で研修する研修医は非常に少なく、都市集中が明らかになっている。

本年3月に盛岡で開催された岩手県整形災害外科懇談会は、陸前高田で開業していて津波の犠牲になった整形外科の武田健医師を追悼するために、日本整形外科学会の理事長はじめ役員も参加し開催された。懇談会で大竹は、整形外科専門医制度のカリキュラムに、「専門医をめざす研修医は被災地で一定期間研修すること」を組み入れるよう提案した。もしこの提案が実現すれば、研修医を被災地へ誘導することが可能となる。

提案は、弘前大学整形外科の研修システムがヒントになっている。青森県の研修システムは東野修治元弘前大学学長、整形外科名誉教授の熱い思いが込められ、「研修医は必ず、青森県内に3カ所ある肢体不自由児施設のどこかに半年以上勤務する」というユニークなものだった。

技術や知識のほかに障害がある子供の心を学び、医療はもちろん医療以外のサポートについても学ぶことができ、現在活躍している整形外科専門医の基礎になっている。

もし被災地での専門医になるための卒後研修が実現すれば、研修医は被災者の心や悲しみを学び（グリーフワーク）、地域にとって必要な医療や介護・福祉についても学ぶことができる。

(6) リフレッシュ研修の活用

60歳すぎて、子供も独立し借金の返済も終了していれば、今までの医師としての経験を生かし、被災地や医師不足地域で勤務医になることも可能だ。そのための再教育システムとして、リフレッシュ研修・リフレッシュ教育を実施している大学が増えている。

行政も、団塊世代の医師に働きかけ、医師不足地域で勤務してもらう方法を工夫してはどうだろうか？何れにしても、患者から信頼される医師・医療を提供することが条件となることから、患者が「ダメ出し」できる仕組みも欠かせない。

第2節 連携の強化

すぐに必要な医師数が確保できないときでも、少ない医師数で良質のサービスを提供するためには、以前にも増して地域住民、医療・介護・福祉関係者、行政の三者の連携が重要となる。医療・介護・福祉の連携として岩手県一関市国保藤沢町病院が、そして市民、行政と医療機関の連携としては、宮崎県延岡市の地域医療を守る条例がモデルになる。

(1) 医療・介護・福祉の連携

2012年7月29日、花巻で開催された医療・介護・社会保障フォーラム²⁸⁾では岩手県一関市国保藤沢町病院の佐藤元美院長から「医療・介護・福祉の連携」が報告された。そこでは同じ敷地内に医療・介護・福祉施設を設置し、それぞれが連携することで、少ない資源でも最大限の効果を生み出すことが実証されている。陸前高田市震災復興計画でも高田病院を中心とした福祉の町づくりが計画されている。

(2) 医療を守る市民条例の制定

地域医療の再生には市民、行政、医療関係者の連携も欠かせない。宮崎県延岡市では、市民が「コンビニ受診」をしないように啓発活動に取り組み、救急患者を40%減少させるなど、地域医療を守る機運が高まっていたが、2009年9月に「地域医療を守る条例」を制定した。

条例は市民、行政、医療機関の責務を明確にし、「地域医療を守り」「健康長寿を推進する」ことを目指している。その後も、条例制定にとどまらず地域医療を守る取り組みは広がり、徐々に市民条例効果が明らかになってきている。延岡市の経験は医師確保に市民の力が欠かせないことを示している。

第3節 要注意・選択してはいけない再生プラン

(1) 岩手県の復興特区

東日本大震災復興特別区域法は2011年12月7日に成立し、医療分野についても復興特区制度が作られ、被災3県を始めとする被災地域のニーズを踏まえ、病院の人員配置に関する特例措置が盛り込まれた。

2012年2月9日には「岩手県保険・医療・福祉復興推進計画」が認定され、医療機関に対する医療従事者の配置基準に対する特例、薬局等構造設備規則の特例等²⁹⁾により、「医師不足があっても必要な医療・福祉サービスの提供が可能」となった。さらに、医療機器製造販売業等に係る特例³⁰⁾も認定され、医療機器メーカーの誘致のハードルも低くなっている。復興の手助けになることを期待したい。

薬事法において、医療機器の製造販売業者は「総括製造販売業者」を、製造業者は「責任技術者」を置かなければならないとされ、それらの資格要件の一つとして、実務経験の要件（3年）が定められているが、岩手県が実施する特別講習を修了することでこの資格要件が緩和されることになった。

しかし、復興予算の目的外使用など言語道断だが、復興特区の運用については、多くの問題点も指摘され³¹⁾「被災者の復興」の立場から厳重な監視を継続する必要がある。

(2) ショックドクトリン

さらに、復興を食い物にしようとする「日本版ショックドクトリン」も見え隠れするようになった。「ショックドクトリン」³²⁾とはカナダのジャーナリストであるナオミ・クラインが主張しているもので、惨事便乗型資本主義と翻訳されている。

「アメリカ政府とグローバル企業が、危機につけ込んで、あるいは危機を意識的に招いて、人々がショックと茫然自失からさめる前に、およそ不可能と思われる過激な経済改革を強行し、とことんむしり取って金儲けをする、冷酷無比な市場原理主義改革」と説明される。

どさくさにまぎれて「火事場泥棒」を企てるもので、過激な荒療法の発想は、人間の心を消去し作り変えるための「ショック療法」（米中央情報局の秘密・拷問実験）と重なっている。イラク戦争、ハリケーンカトリナ、スマトラ沖津波でも「衝撃と恐怖」を利用しながら新自由主義者が暗躍した。

日本では東日本大震災・原発メルトダウンを利用し、領土問題/北朝鮮・ミサイル問題で恐怖をあおりながら、消費税増税、TPP、オスプレイ、沖縄基地問題、原発再稼働、憲法改悪までも一気に進

めようと狙っている。復興事業を、日本版ショックドクトリンに組み入れることを許さない視点も持ち続ける必要がある。

(3) 貧困ビジネス

2009年3月、群馬県渋川市の有料老人ホーム「静養ホーム花みずき たまゆら」の10人死亡火災事故によって、介護の貧困ビジネスが問題となり、最近では神奈川県寿町の「弱者救済系NPO」など医療の貧困ビジネスも問題になっている³³⁾。

被災地の医療、介護、福祉の再生でも「貧困ビジネス」を許さない姿勢が必要だ。これらの貧困ビジネスは、医療、介護など非営利部門が営利化したことによって発生している。営利化には、しっかりメスを入れ、規制緩和ではなく規制強化が必要だ。

被災者の立場に立って、行政も含めた関係者がそれぞれの責務を果たすことが望まれる。

第4節 交流を大切にした健康づくり

第2章 第3節でも取り上げた「はまらっせん農園プロジェクト」や交流の拠点として陸前高田市に建設された「朝日のあたる家」などの活動は、心と体の健康づくりに役立っている。

(1) 陸前高田市の「朝日のあたる家」

被災地の再生に不可欠な保健・医療・福祉のシステムを求め、介護や看護など複数の在宅サービス機能を併せ持ち、一体的なサービス提供ができる事業所を構築し、「地域包括システム」の一環を担おうとNPO福祉フォーラム・東北³⁴⁾が設立された。

朝日新聞厚生文化事業団に集まった寄付5千万円を建設費にあて建設された陸前高田市の「朝日のあたる家」³⁵⁾はNPO法人「福祉フォーラム・東北」のスタッフ3人が常駐して運営されている。

(2) ロコモーショントレーニング

日本整形外科学会はロコモティブシンドローム（運動器症候群）を予防するためにロコモーショントレーニングの重要性を訴えている³⁶⁾。

仮設住宅に閉じこもり運動量が少なくなるとロコモティブシンドローム、生活不活発病になる人が増えている。「いつもウォーキングコースだった高田松原も被災し、歩行できる場所は限られてしまった。仮設の周辺は坂道でウォーキングする場所がない。」などの声も聞く。

津波が押し寄せたところに緑が生まれウォーキングできるようになるには、まだまだ時間がかかる。復興するまで、ロコモティブシンドロームにならないように予防するロコトレの重要性が増している。

(3) 自死予防

岩手県のデータによると、人口10万人当たり30を超える水準で推移していたが、2011年は28.3

人となり、3.11以後自死者数は増えてはいない。

しかし、狭い仮設住宅で緊張した生活が長期間になることで、ストレスはピークに達し、近所との人間関係、家族間でもトラブルが増えていると言われている。これから自死者や孤独死が増えるのではないかと危惧されている。さらに、復興に携わっている自治体の職員の疲労も蓄積し、メンタルヘルスケアの必要性が強調されている。

岩手県では「自殺予防対策アクションプラン」³⁷⁾が策定され活動が続いている。自死予防活動に取り組む民間団体のネットワークも「ソレイユネット」として活動をスタートさせた。

行政・医療関係者・民間団体が連携して被災地の自死予防に取り組むことが重要になってくる。そして、家族を津波で失った人々の苦痛を少しでも和らげる取り組みに集中する必要があるが、そこには答えもマニュアルもない。自死予防にも、日本中、世界中の知恵を寄せ集めて連携することがスタート地点にたつことに他ならない。

(4) 被災地に必要な医療

その他、被災地の現場で働く医師から「被災地に必要な医療」として以下の項目が挙げられているが、いずれも、被災地に限らず全国で早急に実現されるべきだ。

- ・ 医療機関に最低一人 医療ソーシャルワーカー (MSW) を配置する。
- ・ 成年後見制度の充実 (自分で判断できない人が増えている)
- ・ 中規模病院に「家庭医・総合医」
- ・ 寝たきりの患者さん移送システム
- ・ 田舎型「在宅医療システム」
- ・ 巡回診療車

おわりに

私たちの問題意識、活動等は、日本学術会議「大震災後の安全安心な社会構築と法」分科会と共催した2012年7月29日の花巻でのフォーラムを出発点としている。詳しくは、報告集「地域医療再生の処方せんを共に考え、明日の街づくりに活かそうー医療・介護・福祉／社会保障フォーラム in 花巻」²⁸⁾（青森県保険医協会編、2012年、11月）をご覧ください。

最後に、フォーラムに参集された皆さん、そして何より被災された方々、そして必死で生存、生活、健康権保障に力を尽くされている、医療・福祉等人権のない手の皆さんの活動に敬意を表し、感謝申し上げたい。

-
- 1) Health at a Glance
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en
 - 2) 3.2.1. Practising doctors per 1 000 population, 2009 and change between 2000 and 2009.
<http://dx.doi.org/10.1787/888932524070>
 - 3) 3.7. Nurses
<http://dx.doi.org/10.1787/888932524279>
3.7.1. Practising nurses per 1 000 population, 2009 and change between 2000 and 2009 (or nearest year)
<http://dx.doi.org/10.1787/888932524279>
 - 4) 6.4. Geographic distribution of doctors
6.4.1 Physician density, by territorial level 2 regions, 2008 (or nearest year)
<http://dx.doi.org/10.1787/888932525780>
 - 5) 3.2.2 General practitioners, specialists and other doctors as a share of total doctors, 2009 (or nearest year)
<http://dx.doi.org/10.1787/888932524089>
 - 6) 平成 22 年 (2010) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/gaikyo.pdf>
 - 7) 100 平方 km 当たり医師数の分布 (2008 年) 厚労省 局長会議資料 (II) 14 ページ
http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_33.pdf
 - 8) 財政構造改革部会 (平成 21 年 4 月 21 日開催) 資料 2 社会保障 II (説明資料) 2 ページ, 2009 年.
http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings_fs/material/zaiseib210421/02.pdf
 - 9) 平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査 統計表 29
医師数・平均年齢, 性・年齢階級・従業地による都道府県—指定都市・特別区・中核市 (再掲) 別
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_csvDownload_&fileId=000005021996&releaseCount=1
 - 10) 平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査 統計表 29
医師数・平均年齢, 性・年齢階級・従業地による都道府県—指定都市・特別区・中核市 (再掲) 別
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_csvDownload_&fileId=000005021996&releaseCount=1
 - 11) 医師偏在問題の実証分析— 地域・診療科目間偏在の要因分析と政策提言 —
<http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/research/prp/documents/GraSPP-P-08-004.pdf>
 - 12) 日本医師会勤務医委員会平成 20・21 年度勤務医委員会答申

医師の不足、偏在の是正を図るための方策—勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために—平成
22年3月

<http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kinmu21.pdf>

13) 医師の地域および診療科の偏在を是正するための方策（政策提言）

<http://www.hsps.jp/uploads/85ad0223-17f1-f19f.pdf>

14) 久保佐世「第3章医療保障をめぐる対決点と国民皆保険体制の展望」二宮厚美・福祉国家構想研究会編『新福祉国家構想① 誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』大月書店、2011年、145～196ページ。

15) 厚生労働省「平成23年度国民健康保険（市町村）の財政状況＝速報＝

16) 要介護（要支援）認定者数（201年7月末） 岩手県-集計結果-

<http://www.wam.go.jp/wamappl/00youkaigo.nsf/aAuthorizedDetail?openagent&NM=03&DATE=2010%252F07>

17) 岩手県介護保険事業状況（2013年3月末）

<http://www.pref.iwate.jp/download.rbz?cmd=50&cd=6487&tg=3>

18) 社会保障における「市場化・営利化」については、横山壽一『社会保障の再構築—市場化から共同化へ』新日本出版社、2009年。

19) 横山壽一「第1章 民主党政権と医療政策の新自由主義化」二宮厚美・福祉国家構想研究会編『新福祉国家構想① 誰でも安心できる医療保障へ—皆保険50年目の岐路』大月書店、2011年、37～80ページ。

20) 井上英夫『患者の言い分と健康権』新日本出版社、2009年、156～165ページ。

21) 福祉国家と基本法研究会・井上英夫・後藤道夫・渡辺治編『新たな福祉国家を展望する—社会保障基本法・社会保障憲章の提言』旬報社、2011年。

22) 同上書、96～101ページ。

23) 同上書、135～136ページ。

24) 同上書、100～101ページ。

25) 「人権のない手」論については、井上英夫「マンパワーからヒューマンパワー＝人権のない手へ」医療・福祉問題研究会編『医療・福祉研究（第16号）』2007年、26～32ページ。

26) 延岡市の地域医療を守る条例（平成21年 延岡市条例 第29号）

<http://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/contents/fukushi/chiikiiryuu/chiikiiryuu/jyourei.html>

27) 井上英夫：住み続ける権利—貧困、震災を超えて。 43-44 ページ、新日本出版社、2012年。

28) 地域医療再生の処方せんをともに考え、明日のまちづくりに活かそう～医療・介護・社会保障フォーラム in 花巻～ 報告書（青森県保険医協会編集、2012年11月）。（ダウンロードサイズ3.9MB）

<http://www.ahk.gr.jp/0729forum/houkokusyu.pdf>

29) 復興推進計画の認定状況

http://www.reconstruction.go.jp/topics/20130412_suishin.pdf

30) 医療機器製造販売業等に係る特例

http://www.pref.iwate.jp/~hp0212/fukkou_net/tokku_02_sangyou_01.html#2

31) 復興特区の仕組みと運用・改正の課題 (1) - (3)

<http://www.ritsumei.ac.jp/acd/cg/law/lex/12-1/saito.pdf>

<http://www.ritsumei.ac.jp/acd/cg/law/lex/12-2/saito.pdf>

<http://www.ritsumei.ac.jp/acd/cg/law/lex/12-3/saito.pdf>

32) ナオミ・クライン：『ショック・ドクトリン：惨事便乗型資本主義の正体を暴く 上・下 幾島幸子・村上由見子訳、岩波書店、2011年。

33) MBS 特命調査班 ～マル調～ 「“貧困ビジネス” 医療費でも…」

http://www.mbs.jp/voice/special/201302/27_post-212.shtml

34) NPO法人「福祉フォーラム・東北」

<http://www.ff-japan.org/fft/index.html>

35) 朝日のあたる家

<http://www.ff-japan.org/fft/risingsun.html>

36) ロコモチャレンジ (日本整形外科学会公認ロコモティブシンドローム予防啓発公式サイト)

<https://locomo-joa.jp>

37) 岩手県自殺対策アクションプランの策定

<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?nd=400&of=1&ik=3&pnp=60&pnp=349&pnp=400&cd=36001>

表 1

Health at a Glance 2011: OECD Indicators □ © OECD 2011

7.2.1. Total health expenditure as a share of GDP, 2009 (or nearest year)

		Total	Public	Private	Residual
1 United States		17.4	8.3	9.1	0
2 South Africa		8.5	3.4	5.1	0
3 Brazil		9	4.1	4.9	0
4 Switzerland		11.4	6.8	4.6	0
5 Chile		8.4	4	4.4	0
6 Greece	2007	9.6	5.8	3.8	0
7 Portugal	2008	10.1	6.5	3.5	0
8 Canada		11.4	8.1	3.4	0
9 Mexico		6.4	3.1	3.3	0
10 Israel		7.9	4.6	3.2	0
11 Slovak Rep.		9.1	6	3.1	0
12 Korea		6.9	4	2.9	0
13 Australia	2008	8.7	5.9	2.8	0
14 India		4.2	1.4	2.8	0
15 Germany		11.6	8.9	2.7	0
16 Belgium ²		10.9	8.2	2.7	0
17 OECD		9.6	6.9	2.7	0.0
18 France		11.8	9.2	2.6	0
19 Austria		11	8.6	2.5	0
20 Spain		9.5	7	2.5	0
21 Slovenia		9.3	6.8	2.5	0
22 Ireland		9.5	7.2	2.4	0
23 Finland		9.2	6.8	2.3	0
24 Hungary		7.4	5.2	2.3	0
25 China		4.6	2.3	2.3	0
26 Italy		9.5	7.4	2.1	0
27 New Zealand		10.3	8.3	2	0
28 Poland		7.4	5.3	2	0
29 Sweden		10	8.2	1.9	0
30 Russian Fed.		5.4	3.5	1.9	0
31 Estonia		7	5.3	1.8	0
32 Netherlands ¹		12	9.5	1.7	0.8
33 Denmark		11.5	9.8	1.7	0
34 Iceland		9.7	7.9	1.7	0
35 United Kingdom		9.8	8.2	1.6	0
36 Japan	2008	8.5	6.9	1.6	0
37 Turkey	2008	6.1	4.4	1.6	0
38 Norway		9.6	8.1	1.5	0
39 Czech Rep.		8.2	6.9	1.3	0
40 Luxembourg ³		7.8	6.5	1.2	0
41 Indonesia		2.4	1.2	1.1	0
OECD		9.224454	6.2935	2.90445	0.023529

1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.

2. Total expenditure excluding investments. 3. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.

表2

Health at a Glance 2011: OECD Indicators □ © OECD 2011

3.2.1. Practising doctors per 1 000 population, 2009 and change between 2000 and 2009 (or nearest year)

	2000		2009		AAGR (%)
1 Greece ¹	4.3	2000	6.1	2009	3.96
2 Austria	3.9	2000	4.7	2009	2.09
3 Russian Feder	4.2	2000	4.3	2006	0.39
4 Norway	3.4	2000	4	2009	1.82
5 Portugal ²	3.2	2000	3.8	2009	1.93
6 Switzerland ...			3.8	2009 ...	
7 Iceland ¹	3.4	2000	3.7	2009	0.94
8 Sweden	3.1	2000	3.7	2008	2.24
9 Czech Republi	3.4	2000	3.6	2009	0.64
10 Germany	3.3	2000	3.6	2009	0.97
11 Spain	3.3	2000	3.5	2009	0.66
12 Denmark	2.9	2000	3.4	2008	2.01
13 Israel	3.4	2000	3.4	2009	0.00
14 Italy ...			3.4	2009 ...	
15 Estonia	3.3	2000	3.3	2009	0.00
16 France ¹	3.3	2000	3.3	2009	0.00
17 Ireland ¹ ...			3.1	2009 ...	
18 OECD ...			3.1		1.73
19 Australia	2.5	2000	3	2008	2.31
20 Hungary	2.7	2000	3	2009 ...	
21 Slovak Republ	3.2	2000	3	2007	-0.92
22 Belgium	2.8	2000	2.9	2009	0.39
23 Netherlands ¹	2.4	2000	2.9	2008	2.39
24 Finland	2.5	2000	2.7	2008	0.97
25 Luxembourg	2.1	2000	2.7	2009	2.83
26 United Kingdc	2	2000	2.7	2009	3.39
27 New Zealand	2.2	2000	2.6	2009	1.87
28 Canada ¹	2.1	2000	2.4	2009	1.49
29 Slovenia	2.2	2000	2.4	2009	0.97
30 United States	2.3	2000	2.4	2009	0.47
31 Japan	1.9	2000	2.2	2008	1.85
32 Poland	2.2	2000	2.2	2009	0.00
33 Mexico	1.6	2000	2	2009	2.51
34 Korea	1.3	2000	1.9	2009	4.31
35 Brazil	1.4	2000	1.8	2008	3.19
36 Turkey ¹	1	2000	1.6	2009	5.36
37 China ...			1.4	2009 ...	
38 Chile ³	0.7	2000	1	2008	4.56
39 India	0.5	2000	0.7	2009	3.81
40 South Africa ...			0.7	2009 ...	
41 Indonesia	0.2	2000	0.2	2008	0.00
OECD ...			3.1		1.73

1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.

3. Data for Chile include only doctors working in the public sector.

表3 医師密度指数 都道府県別の医師数の状況

		人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数			人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数			人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数
1	東京都	3.36	22.04	1.29	17	島根県	1.12	0.38	1.20	33	滋賀県	0.93	0.96	0.92
2	大阪府	2.56	15.23	1.15	18	佐賀県	1.11	1.12	1.11	34	千葉県	0.92	2.53	0.74
3	神奈川県	1.62	8.67	0.83	19	沖縄県	1.08	1.73	1.01	35	北海道	0.92	0.19	1.00
4	福岡県	1.52	3.78	1.27	20	大分県	1.08	0.75	1.11	36	山梨県	0.90	0.56	0.93
5	京都府	1.41	2.16	1.32	21	広島県	1.07	1.04	1.08	37	長野県	0.87	0.44	0.92
6	徳島県	1.25	0.72	1.31	22	兵庫県	1.07	1.87	0.99	38	山形県	0.87	0.47	0.91
7	長崎県	1.25	1.27	1.24	23	山口県	1.07	0.76	1.10	39	静岡県	0.86	1.21	0.82
8	香川県	1.22	1.78	1.16	24	愛媛県	1.06	0.80	1.09	40	三重県	0.86	0.80	0.86
9	鳥取県	1.20	0.62	1.26	25	鹿児島県	1.02	0.59	1.07	41	秋田県	0.85	0.26	0.92
10	岡山県	1.19	0.97	1.22	26	奈良県	0.98	1.06	0.97	42	岐阜県	0.81	0.51	0.84
11	高知県	1.19	0.40	1.28	27	宮崎県	0.97	0.52	1.02	43	福島県	0.80	0.37	0.85
12	和歌山県	1.15	0.74	1.19	28	群馬県	0.96	0.87	0.97	44	新潟県	0.80	0.53	0.83
13	愛知県	1.14	3.56	0.88	29	福井県	0.95	0.56	1.00	45	青森県	0.78	0.38	0.83
14	熊本県	1.14	0.95	1.16	30	宮城県	0.95	0.93	0.95	46	岩手県	0.78	0.22	0.84
15	石川県	1.14	0.93	1.16	31	埼玉県	0.94	3.51	0.66	47	茨城県	0.74	0.99	0.71
16	富山県	1.12	1.65	1.07	32	栃木県	0.94	0.85	0.95					

(注) 都道府県ごとの医師数について、面積当たり及び人口当たりで、それぞれ全国平均を1として指数化。これを人口:面積を9:1に配分し、上位(医師数が相対的に多い)の都道府県から順に並べたもの。

表4:総務省統計局「高齢者人口及び割合の推移」
(昭和25年～平成23年)

年次	総人口 (万人)	高齢者人口 (万人)				総人口に占める割合 (%)			
		65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上
昭和25年	8320	411	234	106	37	4.9	2.8	1.3	0.4
30年	8928	475	278	139	51	5.3	3.1	1.6	0.6
35年	9342	535	319	163	67	5.7	3.4	1.7	0.7
40年	9827	618	362	187	78	6.3	3.7	1.9	0.8
45年	10372	733	435	221	95	7.1	4.2	2.1	0.9
50年	11194	887	542	284	120	7.9	4.8	2.5	1.1
55年	11706	1065	669	366	162	9.1	5.7	3.1	1.4
60年	12105	1247	828	471	222	10.3	6.8	3.9	1.8
平成2年	12361	1493	981	599	296	12.1	7.9	4.8	2.4
7年	12557	1828	1187	718	388	14.6	9.5	5.7	3.1
12年	12693	2204	1492	901	486	17.4	11.8	7.1	3.8
17年	12777	2576	1830	1164	636	20.2	14.3	9.1	5.0
22年	12804	2956	2129	1427	828	23.1	16.6	11.1	6.5
23年	12788	2980	2197	1480	866	23.3	17.2	11.6	6.8

資料(図1及び表2):昭和25年から平成17年までは「国勢調査」、平成22年及び23年は「人口推計」

注1)平成22年及び23年は9月15日現在、その他の年は10月1日現在

2)平成22年及び23年は、平成22年国勢調査人口速報集計による人口を基準としている。

3)昭和45年までは沖縄県を含まない。

4)昭和25年から平成17年までは、年齢不詳をあん分している。

表5 弘前市国民健康保険料

夫婦ともに40代 こども2人 世帯所得 200万円

	対象	2009年度	2010年度
医療分	全員	279,820	292,740
後期高齢者 支援金分	0-74歳	39,940	91,840
介護分	40-64歳	74,940	74,940
		394,700	459,520

表6 平均所得と国保料

市町村国保 一世帯当り

	平均所得	年間国保料 料	負担率
2007年	1,711,000	155,664	9.1%
2009年	1,623,000	160,122	9.9%
2011年	1,472,000	155,689	10.6%

厚労省「2011年度国民健康保険の財政状況=速報=」

表7 医療と介護は違う

	医療	介護
法律	健康保険法	介護保険法
給付	医療という現物給付	サービスに要した「費用」を給付
利用額	上限なし	認定結果毎に利用限度額
負担	混合診療の禁止	オーバーした分は自費徴収
保険料	変更は難しい	利用額に連動して保険料アップ

医療費は抑制しにくいですが、介護費用はさじ加減ひとつで、容易に抑制可能。
介護保険への移行は、実質的な混合診療の導入です。

表8 被災市民の割合

2011/4/11現在

市町村	被災率
陸前高田市	76%
大槌町	52%
南三陸町	50%
女川町	34%

表9 被災地の医師不足

2010年医師・歯科医師・薬剤師調査

医療圏	医師数	10万人あたり	整形 専門医	10万人 あたり	医療圏	医師数	10万人 あたり	整形 専門医	10万人 あたり
全国	280,431	219	14,188	11.1	東京北多摩北部	1,134	156	69	9.5
盛岡	1,278	265	62	12.9	神奈川県央	1,017	121	83	9.9
岩手中部	306	133	22	9.5	大阪泉州	1,760	191	120	13.0
胆江	208	147	11	7.8	兵庫但馬	307	170	18	10.0
両磐	199	146	9	6.6	津軽	867	284	69	22.6
気仙	100	142	4	5.7	八戸	564	168	48	14.3
釜石	71	129	4	7.3	青森	610	187	44	13.5
宮古	97	105	2	2.2	西北五	147	102	12	8.3
久慈	73	117	1	1.6	上十三	209	114	18	9.8
二戸	81	134	4	6.6	下北	108	136	7	8.8

表10 100平方キロ当たり医師数

2010年医師・歯科医師・薬剤師調査

医療圏	医師数	10万人あたり	100平方キロ
盛岡	1,278	265	35
岩手中部	306	133	11
胆江	208	147	18
両磐	199	146	15
気仙	100	142	11
釜石	71	129	11
宮古	97	105	4
久慈	73	117	7
二戸	81	134	7

医療圏	医師数	10万人あたり	100平方キロ
東京北多摩北部	1,134	156	1481
神奈川県央	1,017	121	347
大阪泉州	1,760	191	399
兵庫但馬	307	170	14
津軽	867	284	54
八戸	564	168	42
青森	610	187	41
西北五	147	102	8
上十三	209	114	10
下北	108	136	8

10万人当たり医師数が少ない地域は、待ち時間が長い
 100平方キロあたり少ない地域は近くに医療機関がない

図1 都道府県別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

平成22(2010)年12月31日現在

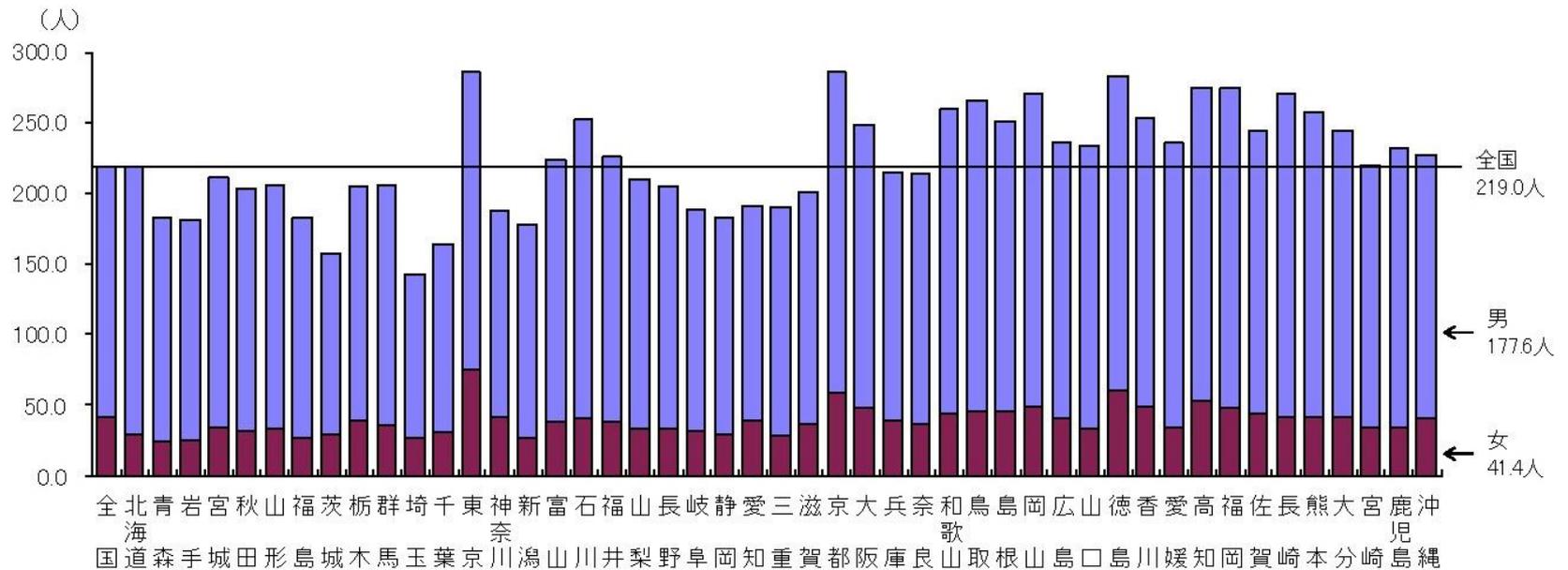
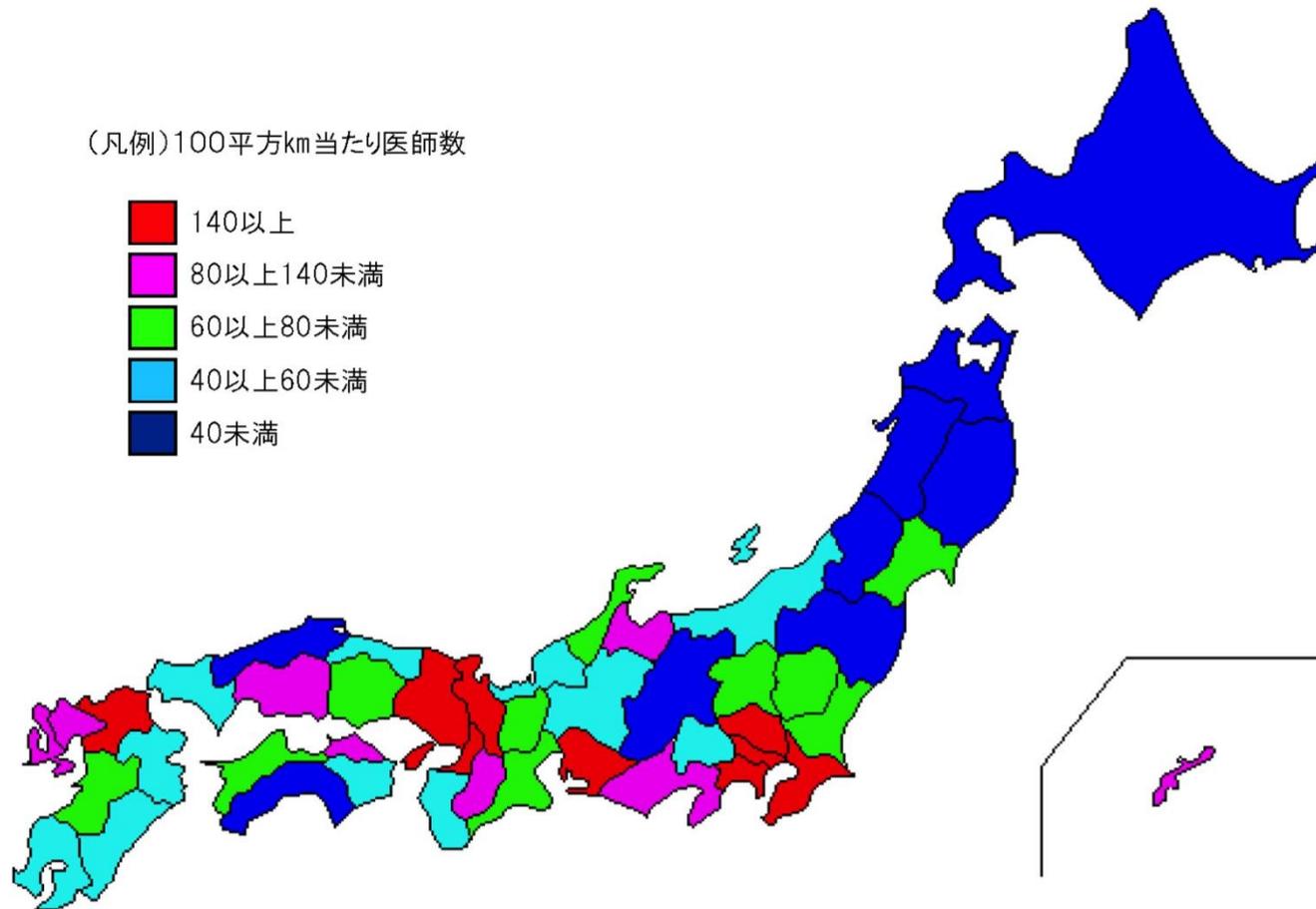


図2 100平方km当たり医師数の分布(2008年)



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

図3 年代別医師の勤務地 (2010年)

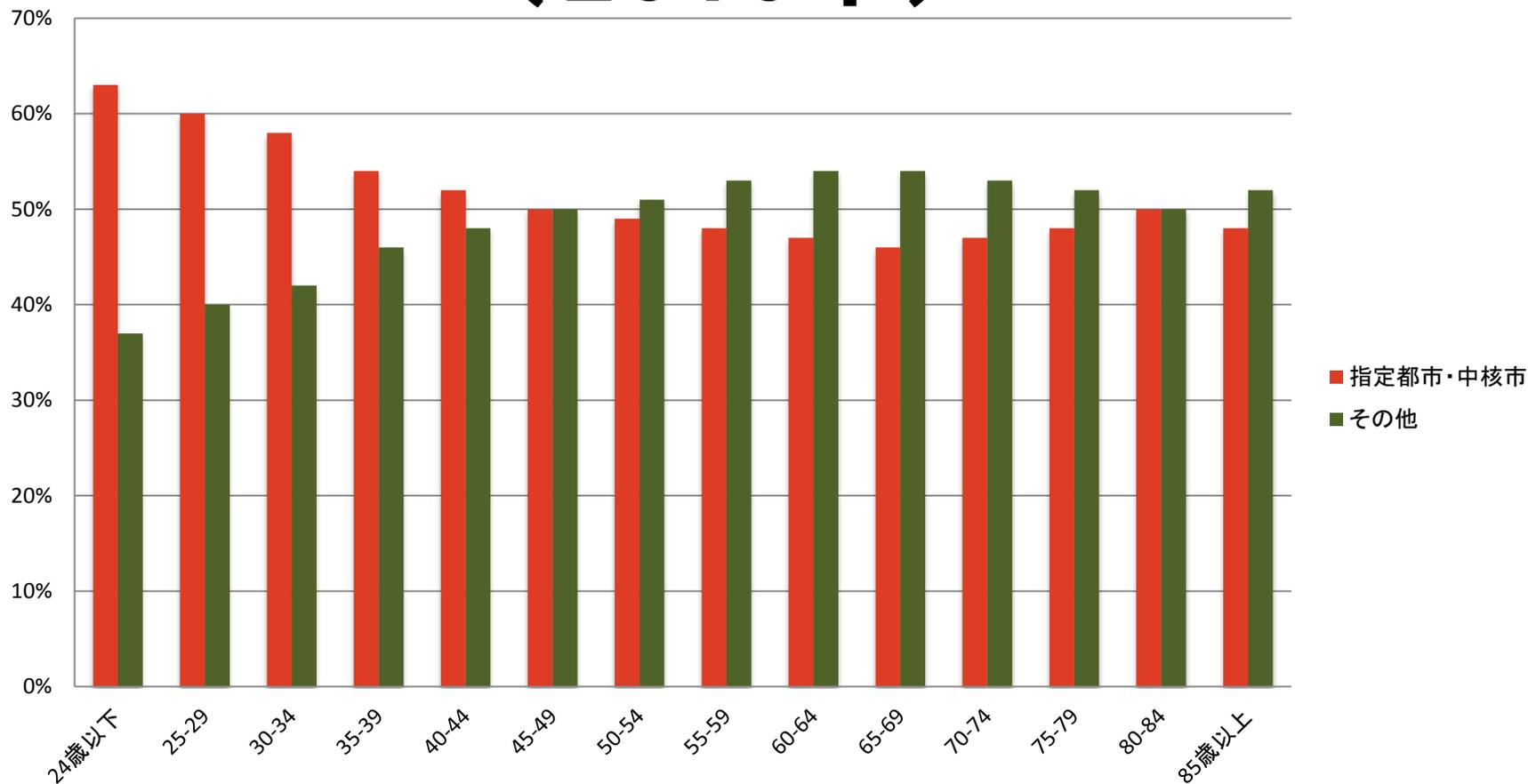
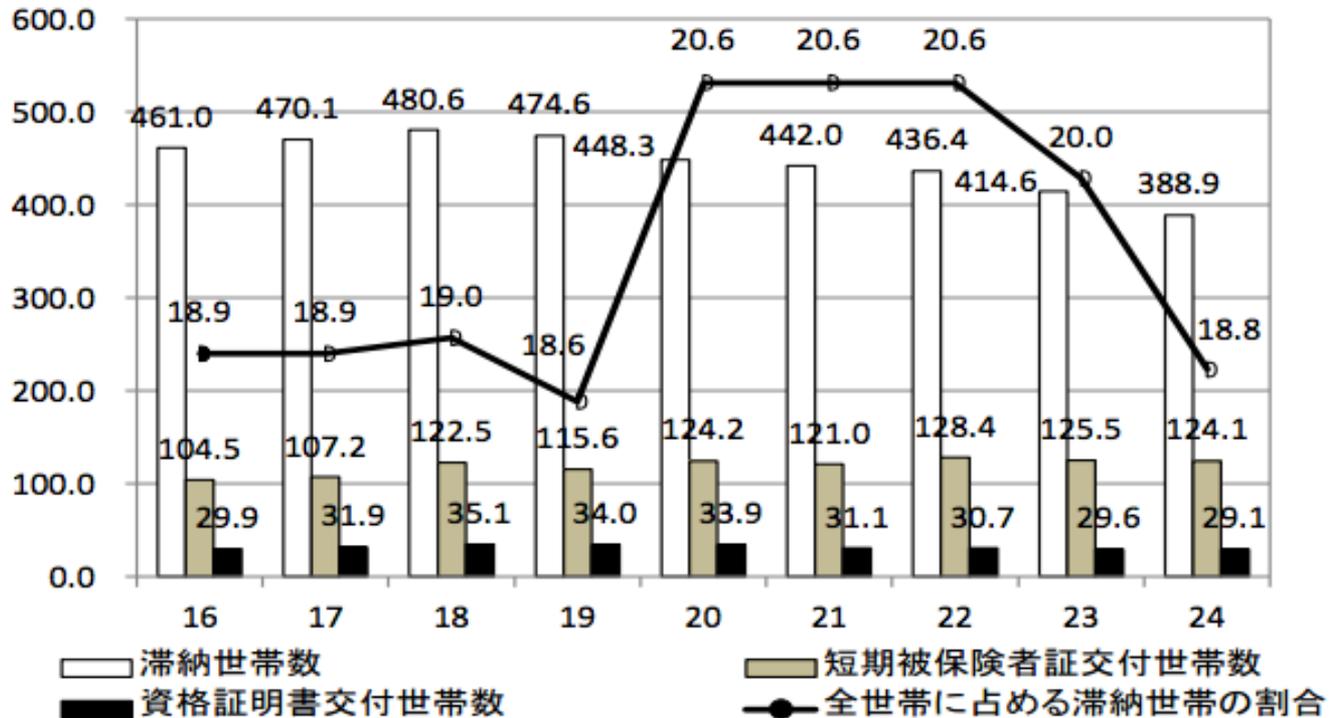


図4 保険料(税)の滞納世帯数等の推移

(万世帯)



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
注1) 各年6月1日現在の状況。

厚生労働省「平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況＝速報＝

図5 医療から介護へ誘導

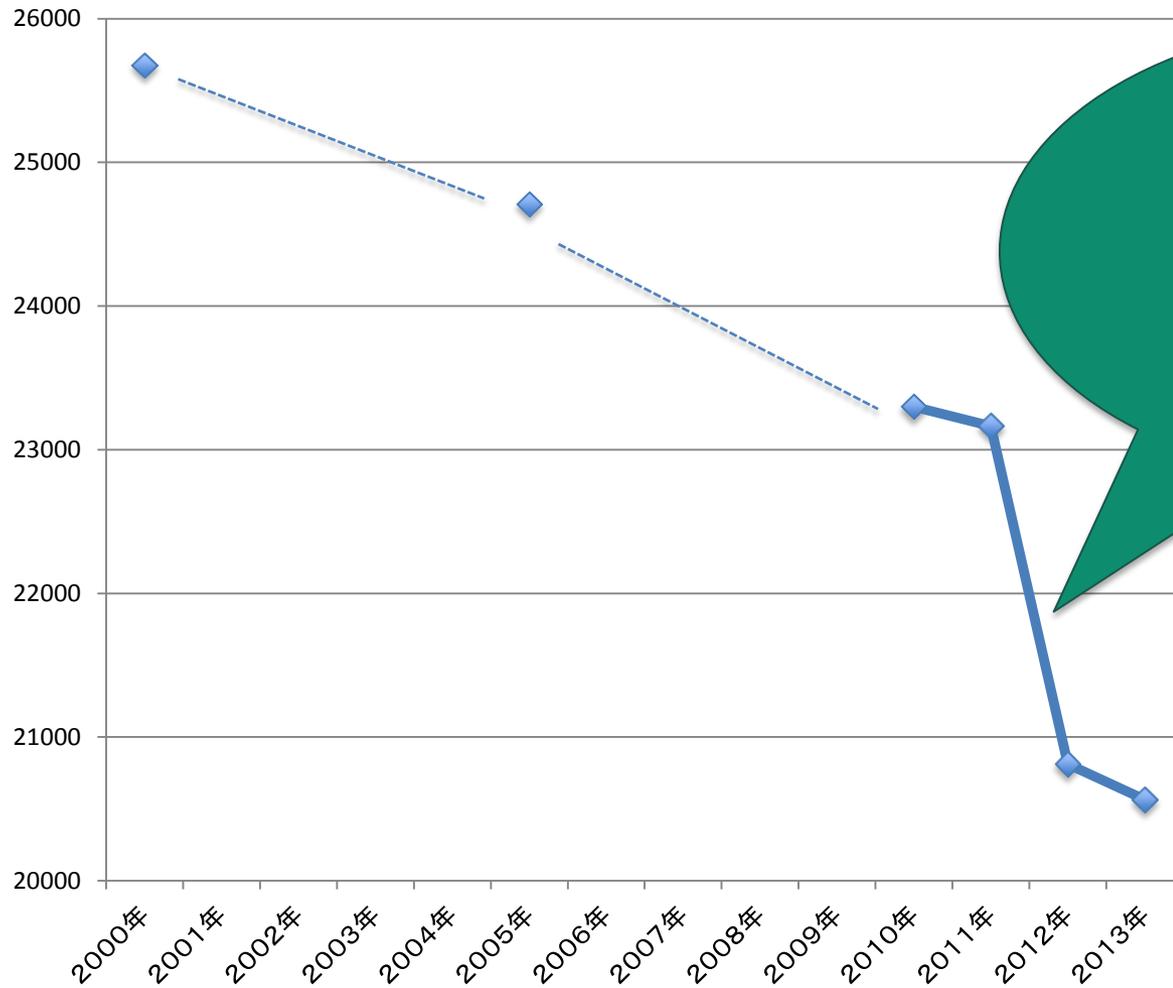


リハビリ日数制限から始まり、高齢者の医療も介護に誘導しようとしています。

カット・佐藤広則
(スタジオとまと)

介護=オーバーした分は自費で支払う; 混合診療

図6 陸前高田市の人口



2000人以上
14%が流出

その82%は
30代以下

図7 陸前高田市 要介護者数

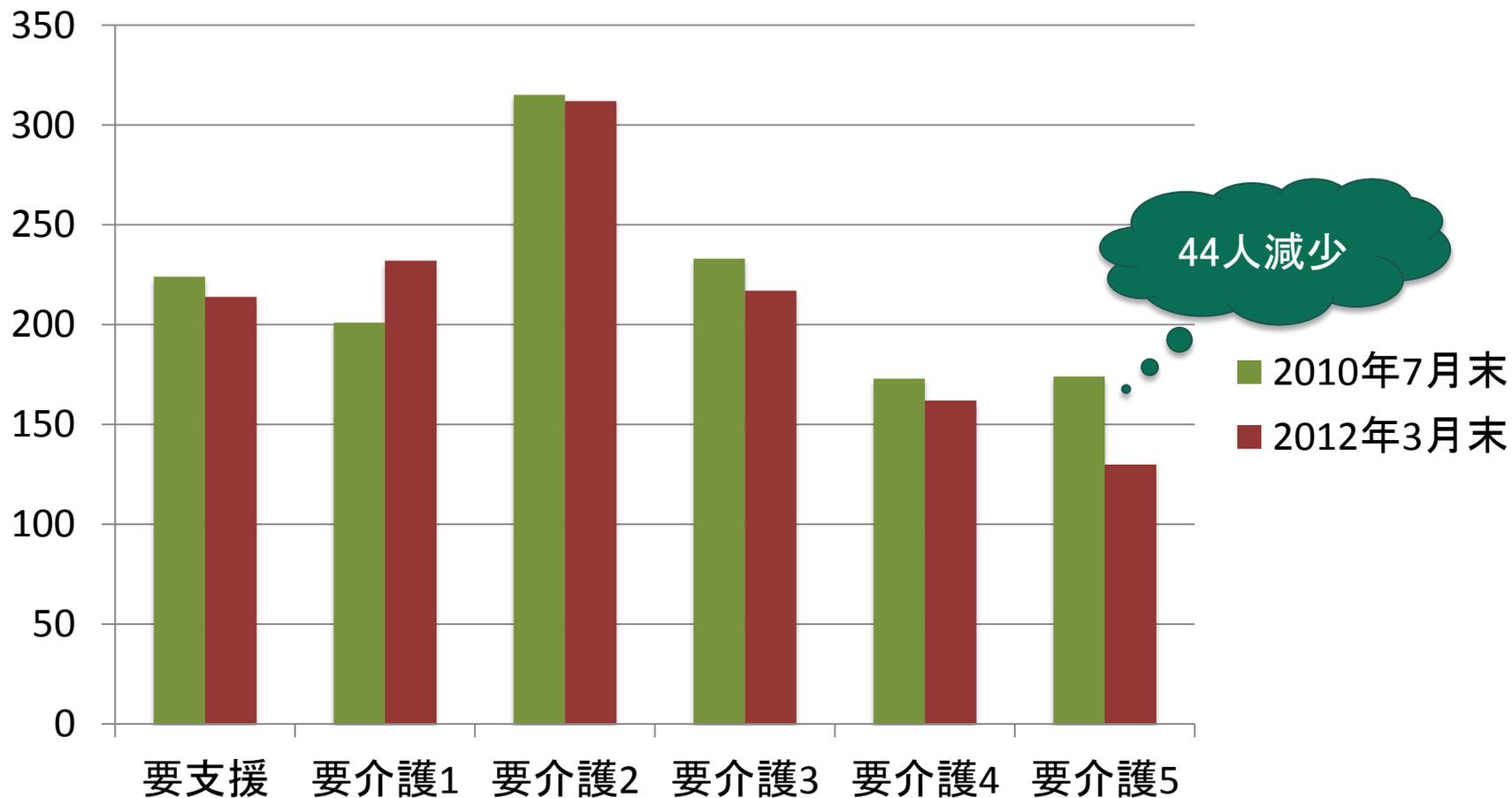


図8 芦屋メディカルコミュニティ

