

フランスのシンクタンク Institut français des relations internationales (Ifri)とキャノングローバル戦略研究所 (CIGS) は、東日本大震災に関する CIGS 研究主幹の分析を、「Canon-IfriPaper Series」として発信しています。本編はその第二回目、CIGS 研究主幹松山幸弘の「東日本大震災後の医療・福祉復興プラン」です。

また、この小論文は、(株)日本政策投資銀行との共同提言「東日本大震災復興に向けた具体策と課題」のために執筆した小論文に若干の変更を加えたものです。

---

2011 年 7 月

## 東日本大震災後の医療・福祉復興プラン

CIGS 研究主幹

松山 幸弘

### 1. 医療・福祉施設の被害状況

岩手、宮城、福島 の 3 県を襲った東日本大震災の最大の特徴は、医療・福祉の観点から見ても、沿岸部に立地していた施設が津波により甚大な被害を受けた一方、内陸部の施設は比較的被害が小さかったことである。

例えば岩手県の場合、内陸部にある盛岡赤十字病院、県立中央病院、岩手県立医科大学附属病院など県内医療で中心的役割を果たしている病院は、震災後通常通りの診療を行うことのできる状況に早期に復帰、沿岸部からの患者受け入れ機能を果たしている。これに対して、沿岸 8 市町村にある 15 病院の多くが大きな被害を受けた。被害が小さかった病院でも被災病院の分まで患者受け入れを余儀なくされている。また、沿岸部にあった約 120 の診療所のうち約 40 が津波に流されるなどして再開の目途が立っていない。そのため、沿岸部一帯の医療環境が大幅に悪化している。福祉施設については、県内 394 の高齢者福祉施設のうち 108 施設が人的・物的被害を受けた。中でも沿岸部の 9 施設が津波で全壊、99 施設が一部損壊。入居者のうち死亡者約 50 名、行方不明者約 80 名となっている。生き残った入居者の多くが岩手県内陸部の施設に移送されたこともあり、今後老人福祉施設の不足が懸念されている。なお、厚生労働省によれば、6 月 7 日現在他都道府県に受け入れてもらった要援護者は 227 名。

宮城県の場合も、内陸部の病院は通常通りの診療に戻ることができている。しかし、沿岸部の二次医療圏石巻、気仙沼、仙台のうち、石巻と気仙沼は主要な病院の被害が大きく医療環境が悪化、今後継続的な支援が必要と思われる。仙台は、被害はあったものの大規模病院が多いことから医療環境は徐々に回復している。また、宮城県医師会調査によれば、163 の医療施設が患者情報であるカルテに被害があった。一方、宮城県は高齢者福祉施設の被害が大きかった。被災施設数 33、入居者・職員の死亡者 168 名、行方不明者 224 名が 3 月末時点で確認されている。そのため、厚生労働省によれば、6 月 7 日現在 953 名が他都道府県の高齢者福祉施設に避難した。

福島県の場合は、地震、津波よりも原子力発電所事故の影響が大きく、今後の対応も原発の動向に大きく左右される。病院、診療所に対する物理的被害が小さかった分、福祉施設入居者の避難先確保の問題の優先度が高い。厚生労働省によれば、6月7日現在 111名（介護施設）と 515名（障害者施設）が他都道府県に受け入れてもらっている。

## 2. 被災後2か月間で得た教訓

被災直後に DMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）が現地入りした。DMATは、1995年1月17日の阪神・淡路大震災の教訓から設置されたものであり、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に派遣され、急性期ケアのために活動できる専門的訓練を受けた医療チームのことである。ただし、DMATは活動が概ね2日間に限定される。そのため、DMATの後は日本医師会が組成した JMAT（日本医師会災害医療チーム）や日本赤十字などが派遣した医師、看護師たちが救援活動を行った。被災地入りした医師からのヒヤリング結果、マスコミ記事、特定非営利活動法人言論 NPO がインターネットで公開している「日本の医療は被災地にどう向かい合ったか」における上昌広（東京大学医科学研究所特任教授）と梅村聡参議院議員の発言から、被災後の2か月間で以下のような教訓が得られている。

<救援活動を進める上での教訓⇒情報収集と指揮命令系統の混乱、患者診療録喪失>

- ① 現地情報が行政機関や対策本部等に直接伝わるルートがなかった。それに代わる機能を果たしたのが被災地に人的ネットワークを持っている個々人であった。
- ② 命にかかわる患者数の把握が被災直後できなかった。3日目くらいになって人工透析患者やインシュリン注射が必要な患者が多数いることが判明した。
- ③ 患者を搬送する手段確保がスムーズにできなかった。例えば、人工透析患者を救済するためには被災地の外の医療機関に移す必要がある。患者の受け入れ医療機関はすぐに確保できた。しかし、バス会社が患者移送に協力しようと県に指示を求めても県は「厚生労働省の指示がないと許可を出せない」と言い、厚生労働省は「県から申請がないと許可はだせない」と互いに自ら意思決定することを拒んだ。これは、患者移送中に患者容態が悪化した時の責任回避が理由と思われる。
- ④ このように行政機関に情報が直接伝わるルートがなく、伝わっても行政機関の間で責任回避の風潮があったため、被災現場で働いている人々から見ると国、県の指示がないことが大きな問題と感じられた。例えば、全国から救急車がたくさん派遣された。しかし、救急車の中にはガソリン満タンで患者の傍にいても何処へ搬送するのか指示がないことを理由に停車したまま仕事をしないものがあった。
- ⑤ 救援に駆け付けた医師が供給過剰になった。国の DMAT、日本医師会の JMAT に加えて様々な医療事業体、団体から医師が被災地入りした。しかし、指揮命令系統が一元化されていなかったため十分に活動することができなかった。
- ⑥ 1995年の阪神・淡路大震災の時と被災者の医療ニーズが大きく異なっていた。阪神・

淡路大震災では重症外傷者が多かった。しかし、今回は津波による被害が主だったため死亡者が多く負傷者は少なかった。これも DMAT が十分に活動できなかった理由となった。そして、避難所における高齢者ケアなど日常的な医療へのニーズが大きく、その体制作りが遅れた。

⑦ 津波で患者診療録を喪失したことも被災者への適切な医療提供のネックになった。

<復興プラン作成上の教訓⇒医療人材散逸防止策が急務>

⑧ 原発事故を理由に強制避難させられた地域にある民間病院の場合、いずれ病院を再開するためには職員を雇用し続けなければならない。しかし、収入が途絶えた中で給料を支払うことは困難であり、職員が他地域の医療機関に転職していくことを止められない。

⑨ 被災した民間医療機関経営者が元の地域に医療施設を再建する場合、他の被災者と同様に二重ローン問題が発生する。

### 3. 被災県での復興プラン検討状況

岩手県が作成した「岩手県東日本大震災津波復興計画（仮称）」案の中に「災害に強く、質の高い保健医療福祉提供体制の整備」と題して以下の記述がある。

<緊急的な取組>

- ・ 医療・社会福祉施設等の機能回復を図るため、被災地の被害状況に応じて、サービス拠点の仮設整備、施設の復旧、スタッフの確保等施設運営体制を支援

<短期的な取組>

- ・ 災害時の医療救護体制の充実や医療機関のライフラインの確保を推進
- ・ 被災地における医師、薬剤師、看護職員及び介護職員等保健医療福祉従事者の重点的な確保と多様な人材の育成

<中期的な取組>

- ・ 新たなまちづくりと連動し、人口集積の状況や高齢者等の支援ニーズに対応した保健、医療、福祉施設を整備
- ・ 地域の保健医療・福祉の関係機関の機能を最大限に発揮するネットワークを再構築
- ・ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる地域包括ケアシステムの構築
- ・ 大規模な災害の発生に備え、市町村保健センターや介護保険・障害福祉施設に防災機能を付加するとともに、総合保健福祉機能と防災拠点機能を併せ持つ公設民営型複合施設を整備

宮城県が作成した「宮城県震災復興基本方針（素案）」の中にも「緊急重点事項(6)保健・医療・福祉」と題して次の記述がある。

被災者の健康と衛生を確保するとともに、沿岸部を中心に病院、診療所等の機能が停止していることから、地域の連携のもと、ハード・ソフト両面から緊急に医療の提供体制を整備します。また、被災者が必要な医療を安心して受けることができるよう、医薬品の提供体制の整備や医療保険の円滑な運営等に努めます。あわせて、震災で親を失った子どもなどに対して、県内の施設等での保護・養育などの支援を行うとともに、震災で甚大な被害を受けた老人福祉施設等の復旧をはじめ、高齢者や障害者などに対する支援体制を整えます。

また、県とは別に宮城県に所在する東北大学が6月16日「東北メディカル・メガバンク構想」を発表した。東北大学は、今回の地震で多くの研究施設が被害を受けた。そこで、次世代型生命医療情報システムを目標に研究体制を再構築すると同時に、被災地域の医療施設に医師を派遣する役割を果たそうと考えている。しかし、各県や大学がそれぞれバラバラに復興計画を考え動き始めていることは問題である。いずれも国からの長期にわたる補助金をあてにしたものなので、補助金の奪い合いに陥り混乱する可能性がある。

#### 4. 提言

以上を踏まえ医療・福祉体制の復興プラン作成にあたっては次の課題を念頭に置く必要がある。

(1)一元化された指揮命令系統、診療録データベース、広域医療物流管理システムなど災害時に役立つ仕組みを平時から活用する体制を構築すべき。そのためには、従来の2次医療圏ごとにワンセットの施設体系を復旧させるのではなく、場合によっては県境をも越える広域的な医療ネットワーク事業体を創る発想が求められる。そして、その広域医療ネットワーク事業体が地域住民の診療録を日常的に一元管理し活用、当該データベースのバックアップサーバーも整えて置くべき。

(2)緊急、短期、中長期と各具体策の時間軸を明確にする。とりわけ医療施設復旧にあたっては、被災前に存在した病院、診療所と同じものを同じ数だけ復旧するのではなく、新しい街作りプランのコンセプトとの整合性、被災住民の移動先、将来の人口構成変化を考慮する必要がある。

(3)医師、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床工学技士など医療専門人材が他地域に散逸することを大至急防止しなければならない。そのためには新体制ができるまでの生活保障が不可欠。また、既に他地域に転職した人材を呼び戻す優遇策も考える。加えて、津波で施設を失い借金だけが残った医師については地元に残ることにより債務が軽減されるような特別措置が必要と思われる。

(4)東日本大震災では多くの方が家族や生活基盤を失った。そのため福祉施設再建にあたっては、現在他地域施設に避難している既存入居者への対応のみでなく、被災地域で今後新たに発生する福祉ニーズも織り込む必要がある。

(5)被災医療施設の数には病院より診療所が圧倒的に多い。また、医療は施設整備が完了すれば、診療報酬で運転資金が確保され、過大投資になっていなければ黒字経営が可能。しか

し、福祉は施設整備コストのみでなく生活困窮者を支援するための財源が長期間必要となる。したがって、長期的には復興の必要財源は医療より福祉の方が大きいと予想される。(6)将来復興事業が完了した後は原則公的助成に頼らず地域の努力で事業継続できるような医療・福祉ネットワークを目指すべき。

上記課題を達成するにあたり最も重要なのは財源と経営形態であり、以下のことを提言したい。

**[1]医療と福祉の復興を別々の事業体で行う。**

わが国の場合、医療・福祉の提供で公益機能を特に担う事業体として国・地方自治体に加え社会医療法人、社会福祉法人等がある。このうち社会医療法人は医療施設のみでなく高齢者施設も経営しているところが多く、社会福祉法人の一部は病院、診療所を併営している。また、社会医療法人と社会福祉法人が実質的に同一事業体として運営されているものもある。一方、医療ニーズが把握しやすいのに対して、福祉ニーズは初期から多様でその構成は時間の経過とともに変化していくと予想される。そこで、医療と福祉は別々の事業体で復興プランを作成する方がよいように思われる。

**[2] 医療の経営形態は広域地方独立行政法人(非公務員型)または社会医療法人とする。**

医療施設復興の最も簡便な方法は県立とすることである。しかし、これでは既存の赤字体質の公立病院と合併することと同じであり、復興プランの妥当性検証が後々難しい。また、人件費を民間並みに適正化し、同時に被災医師に債務弁済支援特別措置を与えるためには非公務員である必要がある。第一次補正予算で「医療施設等の災害復旧 906 億円」が確保された。これを使い社会医療法人を設置し、ここに参加した被災医師の債務の大部分を社会医療法人の将来収益で肩代わりする方法も検討に値する。また新設医療事業体の数を被災地全体で 1 つにするか複数にするかの決定は、新しく建設される被災者の住宅地の立地、医療専門人材の確保状況等による。

**[3] 日本の社会福祉法人全体で拠出し東日本被災地に大規模社会福祉法人を一つ設立する。**

国・地方自治体の福祉事業は施設種類毎に縦割りで運営されている。そのため、多様で変化を続ける福祉ニーズに優先順位をつけて経営判断するノウハウでは民間の社会福祉法人の方が国・地方自治体より優れている。一方、全国の（施設経営）社会福祉法人全体の年間収支差黒字額は 4 千億円を超え純資産も約 13 兆円と推計される。したがって、既存の社会福祉法人全体で見れば東日本復興社会福祉法人（仮称）設立のためのシードマネーを拠出する余力は十分にある。また、今後も寄付金集めを継続し被災地社会福祉事業のために最適配分を行うには、社会福祉法人が一つであることが望ましい。

以上