

被災地における医療・介護

—東日本大震災後の現状と課題—

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 713 (2011. 6. 2.)

はじめに

I 被災地の医療・介護

- 1 被災地の現状
- 2 医療・介護サービスの現状

II 医療・介護の復旧支援

- 1 仮設診療所・介護拠点
- 2 施設の復旧支援策
- 3 医療・介護従事者への支援

III 今後に向けた議論

東日本大震災の被災地は、高齢化が進み、もともと医療過疎と言われる地域である。そのうえ被災により、多くの医療施設・介護施設が損壊した。震災発生直後から、医療チームの派遣などの支援が行われたが、避難所生活の長期化により、被災者の体調悪化が懸念されている。医療・介護従事者自身も被災者であり、医療・介護の復興に向かうために、息の長い支援が必要とされる。

震災後、国は、様々な対応策を講じてきた。そして今般、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成 23 年法律第 40 号）及び平成 23 年度第 1 次補正予算によって、医療保険・介護保険の負担軽減や、医療施設・介護施設の復旧のための財政支援が手当てされた。被災地及び国において、復興に向けた議論が開始されており、今後、将来を見据えた医療・介護ビジョンをどう描くかが注目される。

社会労働調査室・課

いずみ まきこ なかむら くにひろ こんどう みちこ
(泉 真樹子・中村 邦広・近藤 倫子)

調査と情報

第 7 1 3 号

はじめに

平成 23 年 3 月 11 日に発生した「東日本大震災」は、岩手、宮城、福島の 3 県を中心に北海道から高知までの 21 都道県に被害を及ぼした。死者・行方不明者は約 2 万 4000 人、2 か月を経ても避難者は 18 都道府県で約 11 万人を数える¹。

被災地の医療・介護施設も多大な被害を受けた。被害状況については、医療施設は岩手県 19、宮城県 136（病院 9、診療所 68、歯科診療所 59）が全壊し、岩手県 38、宮城県 380 が一部損壊したと報じられた²。福島県では、病院 110、高齢者施設 177 が被害を受けた³。

また、使用不能となった高齢者介護施設（入所型）は、岩手、宮城両県で 52 施設にのぼるとされる⁴。訪問介護等の事業所についても、岩手県沿岸部で 30 か所が全壊し、宮城県沿岸部 697 事業所のうち 291 事業所が全壊から損傷の被害を受けた⁵。施設の損壊は免れても、倒壊の危険があったり、津波による浸水で医療機器が壊れたりして、診療や入院が再開できない医療施設もある⁶。資金不足で再建を断念する施設や、職場を失い離職する医療・介護従事者も出ると考えられる。

災害は、長期にわたる公衆衛生と精神保健上の問題を惹き起こす⁷。今回の震災と津波の被災地は、高齢化が進み⁸、医療過疎⁹と言われる地域である。本格的な復興は日本全国の医療・介護の将来像を展望して行うことが求められる。本稿では、5 月 25 日時点での情報に基づき、医療・介護分野における対応と課題を整理する。

I 被災地の医療・介護

1 被災地の現状

津波による人的被害の特徴は、溺死による死亡率が高いことである。今回も、生存者は軽傷が多く、外科的な治療が必要な患者¹⁰こそ少なかったが、慢性疾患への対応が喫緊の課題となった。避難所生活は、高齢者、子ども、妊産婦、障害者等の災害弱者の体力を奪

¹ 緊急災害対策本部「平成 23 年(2011 年)東北地方太平洋沖地震(東日本大震災)について」平成 23 年 5 月 23 日 (17:00) <<http://www.kantei.go.jp/saigai/pdf/201105231700jisin.pdf>>

² 「136 医療施設全壊 石巻圏病床 2 割失う 宮城県調査」『河北新報』2011.5.19; 「日医、被災開業医に支援金会員から寄付 月 30 万円給付」『読売新聞』2011.5.2, 夕刊。

³ 5 月 18 日の県議会で県が報告した（福島第一原発から 20 キロ圏内の施設は調査の対象外）。「社会福祉・医療の 626 施設で被害 県、回線遮断想定せず」『福島民報』2011.5.19; なお、茨城県では 171 病院の建物に被害（『茨城新聞』2011.4.27）、栃木県で約 60 の病院・診療所が損壊（『下野新聞』2011.5.12）と報じられている。

⁴ 「52 施設使用不能 岩手、宮城の老人福祉施設」『岩手日報』2011.5.1. なお全国老人福祉施設協議会によると、3 県の特別養護老人ホーム、ケアハウスのうち全壊が 20 施設、半壊 13 施設、破損・亀裂があったのは 152 施設である。（「老人ケア 疲労困ぱい」『日本経済新聞』2011.5.12, 夕刊。）

⁵ 「東日本大震災：岩手沿岸 在宅介護機能せず」『毎日新聞』2011.4.15 夕刊。なお、日本在宅介護協会の試算によると、東北 3 県および茨城県の居宅介護サービス事業所の復旧費用は、最大で約 786 億円に上る。（「被災介護施設の借入金への配慮など要望」『医療介護 CB ニュース』2011.4.12.）

⁶ 「被災地医療 綱渡り」『朝日新聞』2011.4.24。

⁷ 箱崎幸也、桑原紀之「災害総論」石井昇ほか編『災害・健康危機管理ハンドブック』診断と治療社、2007, pp.8-15。

⁸ 高齢化率（65 歳以上人口割合）全国平均 22.7%に対し、岩手 26.8%、宮城 22.1%、福島 24.7%である（総務省統計局「第 12 表 都道府県、年齢（3 区分）、男女別人口の割合 —総人口（平成 21 年 10 月 1 日現在）」）。

⁹ 小林美希「大震災で浮き彫りになった医療過疎の現実」『エコノミスト』2011.5.17, pp.74-77。

¹⁰ 津波による外傷は手足の骨折、打撲等。スマトラ沖地震では、砂地を引きずられ擦過傷、火傷が報告された。

い¹¹、復興が遅れるほどに「災害関連死」¹²は増え続けかねない。

(1) 被災による急性疾患

津波被害では、脱水症、低体温症、汚水を飲んでの肺炎が見られた。がれきの片付けによる破傷風のおそれがあり、また津波が運んだヘドロが乾燥し大量の粉塵が発生して咳や肺炎が増加した。化学物質やアスベスト¹³も混じり、復興作業を行う被災者、作業員、ボランティアの今後の健康被害が懸念される。避難所生活が、高血圧や不眠、誤嚥性肺炎¹⁴、生活不活発病（廃用症候群）、深部静脈血栓症（エコノミークラス症候群）を招く危険性は高い。

(2) 慢性疾患 —人工透析、生活習慣病、在宅医療—

医療の中断が直ちに命を左右しかねないのは、人工透析、慢性疾患の服薬治療（血栓塞栓症の治療及び予防のための抗凝固療法、脳梗塞や心筋梗塞・狭心症で血管にステント（狭さく部拡張器）が入っている人の抗血小板薬、高用量のインスリン、抗精神病薬等）、在宅酸素療法等である¹⁵。医療施設の被災、水道や電気の途絶により、被災地で透析治療を提供できなくなったため、発災直後から透析患者の広域搬送が行われた¹⁶。厚生労働省は、医薬品不足に対応するため、物流確保や被災地以外での処方量抑制を要請した¹⁷。

(3) 要介護度の悪化 —生活不活発病—

避難所で暮らす被災者には高齢者が多く¹⁸、動かない生活が続くことで心身の機能が低下して動けなくなる「生活不活発病」になり、要介護状態に陥るケースが懸念されている¹⁹。本来、要介護高齢者や障害者については、専門スタッフを配置した福祉避難所で受け入れ

¹¹ 「被災地、深刻な栄養不足 避難長期化 衛生環境改善せず」『読売新聞』2011.4.25; 救急搬送や急患数は、昨年の2倍ペースとのこと（「避難所の救急搬送 2800人 被災3県沿岸部」『日本経済新聞』2011.5.17,夕刊。）

¹² 阪神・淡路大震災では、震災に伴う過労、病死など、二次的・内生的原因による死者900人以上（死者数の15%）が震災関連死と認められ、災害弔慰金の支給対象となった。詳しくは、中川秀空「被災者生活支援に関する制度の現状と課題」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』712号, 2011.6.2.参照。

¹³ 「がれき粉塵で肺炎患者急増 化学物質・アスベスト混入も」『産経新聞』2011.4.20.等

¹⁴ 食事が取れずに嚥下力が落ち、断水等で歯磨きや入れ歯の手入れができず口腔内環境が悪化すると、誤嚥性肺炎を発症しやすくなる。近年、高齢者の口腔ケアの重要性が認識されるようになり、今般も歯科医師や歯科衛生士の派遣が行われ、仮設歯科診療所と歯科巡回診療車の整備が平成23年度第1次補正予算に計上された。

¹⁵ 「厚生労働省防災業務計画」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/saigaikyujou5-1.html>>には、人工透析（クラッシュシンドロームによる急性腎障害患者も含む）と難病等（人工呼吸器等を使用している在宅の難病患者その他特殊な医療を必要とする患者）が、防災体制を整備すべき個別疾患として明記されている。

¹⁶ 日本透析学会によると、3県の透析患者約12,000人のうち、3月23日時点で1,284人が17都道府県の医療機関に転院しており、総計では2,000人に上るとのことである。「検証 東日本大震災 国の硬直対応に批判」『読売新聞』2011.4.16.

¹⁷ 「東日本大震災の概況と政策課題」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』708号, 2011.4.26, pp.23-25. (II章6 災害医療の現状と医療の復興) 参照。<<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/pdf/0708.pdf>>

¹⁸ NPOの調査によると、宮城県の81か所の避難所での高齢化率は44%にのぼるという（「行政・地域・NPOが連携」『日本経済新聞』2011.4.27,夕刊。）

¹⁹ 仙台市の避難所で日中を過ごすお年寄りの6割が、床から立ち上がり歩いたりするのが不自由になっているという（「お年寄り6割、日常生活が不自由に4避難所・100人調査」『朝日新聞』2011.4.27）。厚生労働省は避難所で予防策をとるよう要請している。厚生労働省老健局老人福祉課「東北地方太平洋沖地震による避難生活に伴う心身の機能の低下の予防について」（平成23年3月29日事務連絡）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000016tyb-img/2r98520000016w0j.pdf>>

ることとされていたが、事前の指定が不十分だった²⁰。自宅で生活する人でも、訪問介護サービスの停止による状態悪化が、報告されている²¹。

(4) メンタルヘルスケア

心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) など、被災者のメンタルヘルスケアについては、「心のケアチーム」の派遣等で対応されている²²が、支援する側のメンタルヘルスも大きな問題である。医療者や災害救援者 (自衛隊、消防、警察、自治体職員など) の PTSD 発症率は 10~20%で、一般市民の 5~10%より高い。特に今回、死体検案が大変な作業となり、法医学専門家でない一般医師が多く関わることとなったが、遺体関連業務は、救援業務の中でもトラウマ反応が出やすいことが知られている。²³

2 医療・介護サービスの現状

震災発生直後から厚生労働省は、現地の救援活動を円滑に行えるよう、規制緩和等を行い、医療・介護従事者の派遣を要請してきた²⁴。復興に向けて、折々のニーズに即した医療・介護従事者の派遣が行われている²⁵。これは被災者の支援にとどまらず、自らも被災者である医療・介護従事者が休息をとり、生活再建や施設の再建にあたる時間を確保し、医療・介護の復興を進めるためにも必要であり、継続的な支援が求められる。

(1) 規制緩和と費用負担軽減

厚生労働省は、救急救命士の気管挿管、医療施設や地方公共団体間での医薬品・医療機器の融通、外国人医師の診察を認めるなど、医療規制の緩和を行った。

避難先で衰弱し、要介護認定を求める高齢者が増えたため、ケアマネージャーが要介護度を判定、暫定ケアプランで対応することも認めたが、審査遅れが報告されている²⁶。介護サービスのサービス記録を消失した場合の概算による介護報酬の請求が可能とされ、被災地の訪問看護ステーション開設基準を常勤看護職 1 人に緩和する特例も認められた。

被災者負担の軽減についても、震災直後に厚生労働省は対応している。被保険者証等なしでの受診やサービス利用を可能とし、一部負担金等の減免、保険料の減免・猶予等を保険者に求めた。保険者負担分への財政支援については、平成 23 年度第 1 次補正予算 (以下「第 1 次補正予算」という) に、医療分 864 億円、介護分 275 億円が計上された。主な費用負担軽減と財政支援の内容については、表 1 のとおりである。

²⁰ 事前指定していた市町村は、福島 18.6%、岩手 14.7%、宮城 40% (全国平均 34%)。中川前掲論文 p2 参照。
²¹ 訪問介護サービスの休止により亡くなった可能性があるケースなども報じられている (「東日本大震災 被災地の高齢者ケア 在宅ケア途切れ病気進行も」『信濃毎日新聞』2011.5.2)。
²² 前掲注 (17) p.24。
²³ 「緊急座談会 医療支援を振り返る」『日本医事新報』4540 号, 2011.4.30, pp.38-40。
²⁴ 厚生労働省「平成 23 年 (2011 年) 東日本大震災の被害状況及び対応について (第 72 報: 平成 23 年 5 月 25 日 14 時 00 分現在)」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001c94s-att/2r9852000001c98y.pdf>>
²⁵ 「東日本大震災 その時医療は (上) 医師派遣、教訓生かす」『日本経済新聞』2011.5.12, 夕刊。
²⁶ 結城康博淑徳大学准教授は、無条件の介護サービス提供を認めることを主張している (「東日本大震災: 要介護認定申請、2960 件対応できず 被災 3 県」『毎日新聞』2011.5.10)。

表1 費用負担軽減と財政支援

| 被災者の費用負担軽減 | |
|------------|---|
| 医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証なしで受診可、患者の一部負担金等の減免、保険料支払い猶予等 ・対象となる被保険者は、災害救助法が適用される被災地（東京都を除く）の住人（発災後に他地域へ移った人を含む）で、家が全半壊した人、生計維持者が死亡・重篤な傷病を負った人、福島原発事故による避難指示等の対象となっている人等 |
| 介護サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証なしでの介護サービス利用可 ・保険者（市町村など）の判断で、利用者負担、保険料等の支払いを減免、猶予可 |
| 保険者への財政支援 | |
| 医療保険の保険者 | <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の一部負担と保険料の減免等について、国民健康保険、後期高齢者医療制度及び協会けんぽ（全国健康保険協会）には、特別調整交付（補助）金や第1次補正予算により、10割の財政支援が行われる。 ・健康保険組合、船員保険には、8割の財政支援が行われる。 |
| 介護保険の保険者 | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村などが減免した被災者の利用者負担（介護保険施設での食費・居住費等を含む）、介護保険料について、国が全面的に財政支援する。 |

（出典）東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成23年法律第40号）、厚生労働省通知等をもとに、筆者作成。

（2）医療

（i）医療従事者等の派遣

厚生労働省は、3月11日15時13分、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT（ディーマット））派遣待機を各都道府県に要請したことに始まり、医師、看護師、歯科医師の派遣を要請し、さらに理学療法士、薬剤師の派遣も要請した。地域医療の復興には、医療従事者の継続的派遣が必要と思われる（派遣実態について、表2参照）。

通常、災害発生後48時間以内に駆け付け、3日間の初動活動に従事するDMATは、3月11日から22日まで、交替で継続的に派遣された。災害規模の大きさと原発事故が活動期間を延伸させ、延べ365チーム、約1,600人の医療チームが現地に派遣された²⁷。

日本赤十字社は、赤十字病院の医師、看護師等で編成される救護班（1班あたり医師・看護師等6名）や移動仮設診療所（domestic Emergency Response Unit: dERU）²⁸を派遣し、救護所の設置、被災現場や避難所での診療、こころのケア活動などを行っている。

日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team: JMAT）は、地元の医療体制が復旧するまで、長期的支援活動が続けている（当面、5月末まで）。

その他、医療ボランティアNPO法人TMAT、日本プライマリ・ケア連合学会による災害医療支援チームPCAT等が特色ある医療チーム派遣を行った²⁹。

²⁷ 「医療ルネサンス 続・震災の現場から1/4」『読売新聞』2011.5.11; DMAT事務局「東北地方太平洋沖地震関連活動について」<<http://www.dmat.jp/touhokukanto.html>>

²⁸ dERUとは、医薬品・医療資機材と要員の衣食住に関わる物資も含む自己完結型のユニットで、仮設診療所キットとそれを運ぶトラック・自動昇降式コンテナと訓練されたdERU職員（医療要員と事務職員、基本構成14人）からなるシステムの総称。資機材の総重量は約3トンである。（日本赤十字社> 国内災害救護TOP> 国内災害救護とは> dERU（仮設診療所）<<http://www.jrc.or.jp/saigai/about/deru/index.html>>）

²⁹ TMATの活動は5月上旬まで（TMATホームページ<<http://www.tmat.or.jp/>>）。PCATとは、プライマリ・ケア（家庭医療・総合診療）に特化した災害医療支援チームの愛称で、キャッチフレーズ“Primary Care for All”の末尾にTeamをつけたものである。5月20日までに延べ172名の支援派遣を実施した。（日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援プロジェクト<<http://pcat.primary-care.or.jp/htdocs/>>）

表2 医療従事者の主な派遣状況

| 派遣元等 | 活動中の人数（活動チーム数） | 備考 |
|--|--|----------------------|
| 医療チーム | 約315人(73チーム) 累計 9,862人(2,061チーム) | |
| 日本医師会のJMAT | 約192人(48チーム) 岩手県 88人(22チーム) 宮城県 80人(20チーム) 福島県 24人(6チーム) (5/24現在) | * 正確な人数の把握ができないため、概数 |
| 全日本病院協会及び日本医療法人協会（合同で派遣） | 15人(4チーム) 宮城県 7人(2チーム) 福島県 8人(2チーム) (5/23現在) | |
| 国立国際医療研究センター | 19人(4チーム) 宮城県(東松島市、石巻市) (5/24現在) | |
| 日本赤十字社の救護班 | 78人(13チーム) 岩手県 36人、6チーム 宮城県 36人、6チーム 福島県 6人、1チーム (5/25現在) | 5月24日現在までの実活動班数は、702 |
| 薬剤師 （日本薬剤師会及び日本病院薬剤師会等） | 66人 岩手県 11人 累計 1,521人 宮城県 36人 福島県 19人 (5/25現在) | * 医療チームでの派遣は、数に含まない |
| 看護師 （日本看護協会及び国立病院機構） | 19人 岩手県 5人 累計 1,158人 宮城県 13人 福島県 1人 (5/25現在) | * 医療チームでの派遣は、数に含まない |
| 歯科医師等 （日本歯科医師会等の関係団体） | 15人 宮城県のみ 累計 207人 （歯科医師10人、歯科衛生士5人） (5/25現在) | |
| 理学療法士等 （日本理学療法士協会、日本作業療法士協会及び日本言語聴覚士協会） | 10人 累計 60人 岩手県 5人(理学療法士2人、作業療法士3人) 宮城県 5人(理学療法士2人、作業療法士3人) (5/13現在) | |
| 保健医療の有資格者等 （公衆衛生医師、保健師、管理栄養士等） | 342人(107チーム) 累計 620人(185チーム) 岩手県 119人、34チーム 宮城県 178人、58チーム 福島県 45人、15チーム (5/25現在) | |
| 心のケアチーム | 130人(29チーム) 類計 1,900人(52チーム) 岩手県 56人、12チーム 宮城県 46人、10チーム 福島県 28人、7チーム (5/25現在) | |

（出典）以下をもとに、筆者作成。

- ・厚生労働省「平成23年（2011年）東日本大震災の被害状況及び対応について（第72報：平成23年5月25日14時00分現在）」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001c94s-att/2r9852000001c98y.pdf>>
- ・日本赤十字社「東日本大震災に対する日本赤十字社の対応について（61）」平成23年5月24日<http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/kyugo_20110524_sokuhou61.pdf>

（ii）情報伝達・集約と関係諸団体による連絡会の設立

厚生労働省防災業務計画³⁰は、派遣先も派遣元も県が司令塔となることを想定しているが、広域移送や多数の医療班派遣が必要となった今回の大規模災害³¹において、医療情報の伝達の難しさが浮き彫りにされた。情報集約と指揮系統の確立が不十分で、派遣医療班の機動的活動が損なわれ、一部地域に支援が偏在したり、搬送患者の所在がわからなくなったり、患者情報が伝わらなかつたりした。厚生労働省は、都道府県を通じて被災地の医療現場に、避難所などに患者を搬送する際、病状や服用する医薬品などの引継を徹底するように依頼したが、実際にはマニュアルがあっても完全には実現できなかった³²。

³⁰ 「厚生労働省防災業務計画」（平成13年2月14日厚生労働省発総第11号制定、平成21年3月10日厚生労働省発社援0310001号修正）<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/saigaikyujou5-1.html>>

³¹ 被災地が10都道府県以上に及ぶ災害を「スーパー広域災害」と呼び、東海・南海地震によるスーパー広域災害を想定した検討が行われてきた（人と防災未来センター<<http://www.dri.ne.jp/>>ほか）。

³² 「患者情報足りず死亡 搬送後、所在つかめず」『読売新聞』2011.4.27；河田恵昭「災害時には通常の1.5倍の医薬品を医療機関に送れ」『日本医事新報』4538号、2011.4.16、pp.16-19。

日本医師会は、現場の医師同士が患者情報を共有できるよう、赤（要治療）、黄（要注意）、白（要観察）と色分けした「トリアージカード」に問診情報を記載し患者に渡すことを、現場で開始した³³。服薬情報を患者自身で管理する「お薬手帳」も、有効性を発揮した³⁴。

4月22日、被災地への支援を一本化し、安定的な医療支援体制を構築することを目的として、医療関係団体が「被災者健康支援連絡協議会」を設立した。政府の被災者生活支援特別対策本部や関係省庁と連携し、各被災地の医療ニーズに基づいた医療支援を行う。³⁵

（３） 介護サービス

（i） 介護拠点

岩手、宮城、福島3県で介護等を必要とする高齢者は、約21万7000人に及ぶ³⁶。沿岸部で多くの介護拠点が失われ、無事であった介護施設には被災者が集中し、定員を超過した状態が続き、介護職員の負担が増している。また、介護ヘルパーや介護ステーション等の被災により、訪問介護の機能も大きく低下したため、在宅の要介護高齢者も厳しい状況に置かれている。

（ii） 介護従事者派遣

厚生労働省は都道府県に対し、介護職員の派遣を数次にわたって要請した³⁷。また、介護事業者・介護施設が、職員派遣や被災者受入れ等で定員オーバーや人員基準を満たさなくとも介護報酬は減額しない等、基準について柔軟に取り扱おうとした³⁸。医療・介護・福祉の職能団体や学会など16団体は4月2日、生活不活発病の予防・改善などを行うための「生活機能対応専門職チーム」を結成し、派遣を開始した³⁹。

しかし、介護職員の派遣は医療ほど進んでいない。全国で8,060人が派遣可能であるのに対し、実際に介護施設や障害者施設などに派遣されたのは1,088人である（5月25日現在）⁴⁰。短期滞在を希望する派遣者側と、長期滞在を求める被災地側との調整が困難な

³³ 『読売新聞』 同上

³⁴ 日本薬剤師会、日本病院薬剤師会あてに、厚生労働省医薬食品局長「継続的な薬剤師の派遣とお薬手帳の配布（依頼）」（平成23年4月5日薬食発0405第6号）が出された。

³⁵ 参加団体は、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国医学部長病院長会議、日本病院会、全日本病院協会である。「被災地支援一本化へ協議会設立 「オールジャパン」で調整役担う」『日本医事新報』4540号、2011.4.30、pp.10-11；足立信也参議院議員ほか民主党議員と医療関係団体の幹部が「被災者健康対策チーム」に参加し、協議会の立上げを行った。「被災者支援の連絡協議会、週休明けに始動－代表に日医の原中会長」『医療介護CBニュース』2011.4.22；チーム医療推進協議会も参加を決めた。「チーム医療推進協が被災者連絡協に参加へ」『医療介護CBニュース』2011.5.19。

³⁶ 3県における第1号被保険者である要介護（支援）認定者の人数（平成20年度末現在）。厚生労働省「平成20年度 介護保険事業状況報告」参照。

³⁷ 厚生労働省「「東北地方太平洋沖地震」による社会福祉施設等に対する介護職員等の派遣依頼について」（平成23年3月15日事務連絡）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000015nb9-img/2r98520000015taw.pdf>>ほか。

³⁸ 厚生労働省「3月11日に東北地方を中心として発生した地震並びに津波により被災した要介護者等への対応について」（平成23年3月11日事務連絡）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000015o17-img/2r98520000015q33.pdf>>ほか。

³⁹ 参加団体は、日本リハビリテーション医学会、日本理学療法士協会、日本介護福祉士会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本介護支援専門員協会、日本精神保健福祉士協会、日本医療社会事業協会、日本心理臨床学会、全国社会福祉協議会等。（「生活不活発病対策で多職種チームを結成－東日本大震災で医療・介護・福祉の16団体」『医療介護CBニュース』2011.4.4.）

⁴⁰ 厚生労働省 前掲注（24）

めである。長期派遣を可能とする国レベルでの支援体制の必要性が指摘されている⁴¹。

(iii) 被災要介護者の受入れ

発災直後から全国の自治体や施設は、被災者の受入れを準備してきた⁴²が、実際に移った被災者は少ない⁴³。地元から離れた地域への避難は、とりわけ要介護者には負担が大きい。また、避難先が分散してしまうことで、不安を持つ被災者も多い。被災施設の入所者や職員を丸ごと受け入れるケースもある⁴⁴が、調整が難しく、全国には広がっていない。

II 医療・介護の復旧支援

1 仮設診療所・介護拠点

(1) 仮設診療所

第1次補正予算では、仮設診療所、仮設歯科診療所、歯科巡回診療車の整備に14億円が計上された。仮設診療所については、岩手、宮城、福島⁴⁵の3県に計27か所を設置することとし、1か所につき3000万円を補助する。なお、厚生労働省は、3県に建設する仮設住宅群のすべてに、原則として仮設の診療所を整備する方針であると報じられている⁴⁶。また岩手県は独自に、被災した開業医（歯科医を含む）の仮設診療所の建設について、1戸当たり最大1850万円の補助金を出すと報じられている⁴⁶。

(2) 仮設住宅での介護拠点

阪神・淡路大震災では仮設住宅での孤独死が問題となったが、新潟県中越地震の際には、仮設住宅に介護拠点（デイサービス、訪問介護・看護、配食サービス、生活相談等を提供）を併設したため、要介護者、家族、介護スタッフがばらばらにならず、孤独死や要介護度悪化の防止に効果があった。厚生労働省は、被災9県（青森、岩手、宮城、福島、茨城、栃木、千葉、新潟、長野）の仮設住宅に、100か所以上の介護拠点を整備する方針を示した⁴⁷。

さらに、高齢者や障害者が共同で住むグループホーム型の仮設住宅（福祉仮設住宅）の建設を進めることとしている⁴⁸。一人暮らしの高齢者が福祉仮設住宅に入居すれば、閉じ

⁴¹ 「介護職員の被災地派遣、登録者の7.5%」『CB医療介護ニュース』2011.4.16ほか

⁴² 厚生労働省は、被災要介護者の受入れに向けて、全国の都道府県に受入れ可能人数の調査を依頼した。厚生労働省「「東北地方太平洋沖地震」の発生に伴う要援護者の受入れ調査について（依頼）」（平成23年3月15日事務連絡）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000015nb9-img/2r98520000015tbl.pdf>>

⁴³ 全国の介護、障害者、児童施設等での受入可能人数53,405人に対し、入所した被災者は1,785人（5月25日現在）である。（厚生労働省 前掲注（24））

⁴⁴ 福島県いわき市の老人保健施設の入所者・職員を一括して受け入れた亀田総合病院（千葉県鴨川市）は、「入所者を分散させない方が、受け入れ側も機能的に動くことができ、入所者も安心する」としている（「被災地施設一括受入れ」『読売新聞』2011.5.10、夕刊ほか）。

⁴⁵ 「全仮設住宅群に診療所 医師、看護師ら千人応援」『共同通信』2011.5.8.

⁴⁶ 「仮設診療所建設へ補助」『朝日新聞』2011.4.25.

⁴⁷ 「仮設住宅地に介護拠点 100カ所以上併設方針」『朝日新聞』2011.4.20; 厚生労働省「応急仮設住宅地域における高齢者等のサポート拠点等の設置について」（平成23年4月19日事務連絡）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000019qgz-img/2r98520000019uvv.pdf>>

⁴⁸ 厚生労働省「応急仮設住宅のグループホーム等に係る共同生活住居への活用について」（平成23年4月27日事務連絡）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001amh8-img/2r9852000001b7ui.pdf>> なお、仙台市で建設予定の福祉仮設住宅は、定員9名の1ユニットを2棟建設、共同生活スペースと個室、浴室、台所などを配置し、介護職員が常駐して食事や入浴の介助を担う（「福祉仮設住宅整備へ」『河北新報』2011.5.13）。

こもりがちになるのを防ぐことができる。その他、介護施設の団体からは、臨時の「高齢者福祉施設」を整備すべきとの意見もあがっている⁴⁹。

2 施設の復旧支援策

第1次補正予算には、医療施設等の災害復旧等に70億円、介護施設等の復旧費用に631億円が計上された⁵⁰。医療施設の復旧費用は、早期に復旧可能な医療機関への対応分に限られ、被害が大きく建物だけを直しても診療を再開できない施設などについては、第2次補正等での対応とされている⁵¹。

(1) 復旧のための国庫補助金

医療機関のうち感染症指定医療機関、介護施設のうち特別養護老人ホーム及び養護老人ホームは、激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律（昭和37年法律第150号）の適用対象となっており、今回のように激甚災害の指定が行われれば、被災自治体の財政力に応じ、復旧事業に対する国庫補助率のかさ上げが行われる⁵²。

5月2日には、「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」（平成23年法律第40号）が成立した。同法により、介護施設について国庫補助率が引き上げられる（認知症高齢者グループホームなど：2分の1→3分の2、介護老人保健施設など：3分の1→2分の1）⁵³。

また医療については、同法により、公的医療機関⁵⁴の復旧に要する費用の3分の2、公的医療機関以外でも救命救急センター、周産期母子医療センター、小児救急医療拠点病院、災害拠点病院等、二次救急医療機関、在宅当番医制診療所等及び精神科病院については、2分の1、国庫補助が規定された⁵⁵。

このほか民間医療施設等については、「医療施設近代化施設整備事業」⁵⁶により、患者の

⁴⁹ 全国老人福祉施設協議会「東日本大震災に関する救援、復興についての要望（平成23年4月13日）」

⁵⁰ この医療施設等復旧70億円の対象に精神科病院は含まれず、保健衛生施設等の災害復旧13億円で手当てされる。厚生労働省「平成23年度厚生労働省第一次補正予算案の概要」

<<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/11hosei/index.html>>; 厚生労働省老健局「平成23年度老人保健福祉関係第一次補正予算の概要」（第74回社会保障審議会介護給付費分科会2011.5.13.資料）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001c1kj-att/2r9852000001c1ph.pdf>>

⁵¹ 第177回国国会参議院予算委員会会議録第12号（大塚耕平厚生労働副大臣の発言）

⁵² 激甚災害法による特別援助（かさ上げ）については、前掲注（17）のpp.18-19.（Ⅱ章4被災地のインフラ復旧）を参照。

⁵³ 厚生労働省「平成23年度第一次補正予算における社会福祉施設等の復旧支援について」（平成23年5月2日事務連絡）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001bd6k-att/2r9852000001bj3q.pdf>>

⁵⁴ 都道府県、市町村、地方公共団体の組合（一部事務組合、広域連合、全部事務組合、役場事務組合）、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、済生会、全国厚生農業協同組合連合会などが開設する病院・診療所

⁵⁵ 厚生労働省 前掲注（50）；厚生労働省「『日本はひとつ』しごとプロジェクト～被災者等就労支援・雇用創出推進会議 第2段階対応とりまとめ～」（平成23年4月27日）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001amjd.html>> 資料「関係施策の概要」p.21.

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001amjd-img/2r9852000001amo0.pdf>>

⁵⁶ 交付対象は、日本赤十字社、全国厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人、健康保険組合及びその連合会、その他厚生労働大臣が適当と認める者（ただし、地方公共団体及び地方独立行政法人を除く。）が開設する医療施設である（厚生省健康政策局長通知「医療施設近代化施設整備事業の実施について」（平成5年12月15日健政発第786号）の別紙として定められている「医療施設近代化施設整備事業実施要綱」による。平成21年3月18日医政発第0318010号厚生労働省医政局長通知により最終改正）。

療養環境等の改善のための施設整備の費用について、3分の1の国庫補助⁵⁷が行われる。

また、震災により甚大な被害を受けた岩手、宮城、福島については、地域医療再生臨時特例交付金⁵⁸の交付額が、交付要綱に定める上限である120億円まで確保されている⁵⁹。このうち15億円は、被災医療機関の施設や医療機器の整備、被災地の医療機関で医療従事者を安定的に確保するための事業など、被災地の医療機能の回復のために緊急に必要な事業について、前倒しで交付することが可能である⁶⁰。

介護施設等復旧事業631億円のうち、563億円が施設復旧に係る費用に充てられる。対象となる施設は、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、デイサービスセンター、老人短期入所施設、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護拠点、夜間対応型訪問介護ステーション、地域包括支援センター、介護老人保健施設等である。その他、介護サービス事業所・施設が事業を再開する際の車両やパソコン等の事務用品の購入費、事務所借上の礼金等についての国庫補助事業（介護施設等復旧支援事業費等補助金（仮称））が創設され、67億9450万円が計上された⁶¹。

医療施設への国庫補助金については、公的医療機関や救急などの政策医療を担う医療機関以外の、一般の民間病院や診療所への支援が薄いことが、阪神・淡路大震災の経験からも指摘されており⁶²、地域医療を担うこれらの医療機関の再建への支援が求められている。

（２）震災対応の金融制度の拡充

独立行政法人福祉医療機構は、被災した民間医療関係施設の開設者や社会福祉施設の事業者を対象として、施設の復旧に要する費用や当面の経営資金の貸付について、優遇措置を行っている。優遇措置の内容は、融資率や貸付限度額の引上げ、据置期間⁶³の延長、無利子期間の創設、優遇金利の適用、機械購入資金と長期運転資金、経営資金の償還期間の延長などである。被災事業者の既存の貸付について、返済の猶予も行っている。⁶⁴

また、日本政策金融公庫等が行う、被災した中小企業等に対する各種の資金繰り支援策（融資や利子補給、信用保証）など⁶⁵の対象にもなりうる。都道府県や各金融機関が、独自

⁵⁷ 厚生労働事務次官通知「医療提供体制施設整備交付金の交付について」（平成21年3月30日厚生労働省発医政第0330004号）の別紙として定められている「医療提供体制施設整備交付金交付要綱」による。平成23年3月31日厚生労働省発医政0331第8号厚生労働事務次官通知により最終改正。

⁵⁸ 「円高・デフレ対応のための緊急経済対策」（平成22年10月8日閣議決定）に基づき、都道府県の広域的な医療提供体制の課題を解決するための施策の実施支援を目的として、平成22年度補正予算により確保された。

⁵⁹ 厚生労働省医政局長通知「地域医療再生計画（案）等にかかる提出期限の変更等について」（平成23年4月15日医政発0415第1号）

⁶⁰ 厚生労働省医政局長通知「被災地の医療復興のための地域医療再生臨時特例交付金の早期執行について」（平成23年4月28日医政発0428第16号）

⁶¹ 厚生労働省老健局 前掲注（50）

⁶² 塩崎賢明ほか「被災患者支援と、民間医療機関への公的支援」『大震災10年と災害列島』クリエイツかもがわ、2005、pp.174-175.ほか。

⁶³ 貸付日以降、元金を償還せず、利子のみを支払う期間（財務省「財政投融资の基礎知識（用語集）」<http://www.mof.go.jp/filp/faq/filp_glossary1.htm#sa23>）

⁶⁴ 独立行政法人福祉医療機構「平成23年東日本大震災で被災された皆さまへのお知らせ」<http://hp.wam.go.jp/home/topics_list/recovery/tabid/947/Default.aspx>

⁶⁵ 資本金の額又は出資の総額が3億円以下の会社、常勤の職員300人以下の会社や個人、常勤の職員が300人以下の医業を主たる事業とする法人などは、中小企業信用保険法（昭和25年法律第264号）の定める中小企業者とされている（第2条第1項）。支援策の詳細は、中小企業庁「中小企業向け支援策ガイドブック ver.03」（2011.5.2）<<http://www.chusho.meti.go.jp/earthquake2011/download/EqGuidebook-ver3.pdf>>などを参照。

に中小企業などへ貸し付ける災害復旧資金の利用も考えられる。

3 医療・介護従事者への支援

医療、介護は、雇用の受け皿としても重要な役割を担ってきた。しかし、震災の発生後、多くの病院・診療所や介護施設等で職員が休職を余儀なくされている。勤務先が既に再建を断念し、職を失った医療・介護従事者も多い。再開の見通しが不明なまま、患者の移送に付き添って移送先や他の医療機関を手伝っている医療従事者もいる。

被災地での雇用不安が問題となる中で、主として次のような対応がとられている⁶⁶。

(1) 雇用の維持を図る支援策

雇用の維持のための特例として、雇用保険の失業給付（基本手当）の特例措置⁶⁷がある。この特例措置は、①勤務先が被災し休業を余儀なくされて、賃金を受けることができない場合、実際は離職していなくても失業給付を受給できる、②災害救助法の適用地域にある勤務先が被災し、一時的に離職を余儀なくされた場合、事業再開後の再雇用が予定されていても失業給付を受給できる、というものである。

さらに、雇用調整助成金⁶⁸（中小企業は「中小企業緊急雇用安定助成金」）についても、震災後、支給要件が緩和されている⁶⁹。こうした支援策については、日本医師会なども被災地の医療機関向けに情報提供等を行っている⁷⁰。

(2) 雇用を創出する支援策

失業者の支援策としては、「緊急雇用創出事業」がある。これは、離職を余儀なくされた者を対象に、次の雇用までの一時的な仕事を創出し、提供するというものである。震災発生後、同事業には、被災者を対象とする「震災対応分野」が追加された。厚生労働省は、都道府県に対し、同事業を活用することで、被災者の雇用を創りだすよう要請している⁷¹。

同省は、医療・介護分野で被災者を雇用する事業の例として、「被災した医療従事者を被災地や隣接県の医療機関や薬局、仮設診療所等で雇用する事業」「介護施設での就業経験のない被災者に研修を行いながら事務職員として雇用する事業」などを挙げている⁷²。

⁶⁶ 震災後の雇用対策については、前掲注(17) pp.26-28. (Ⅱ章7 雇用への影響と対策)を参照。

⁶⁷ 厚生労働省「東日本大震災に伴う雇用保険失業給付の特例措置について」

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/dl/koyouhoken07.pdf>>

⁶⁸ 雇用調整助成金は、経済上の理由により事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、雇用を維持するために休業等を実施し、休業手当等を職員に支払った場合、それに相当する額の一部を助成する制度。

⁶⁹ 震災に伴う「経済上の理由」で事業活動が縮小した場合について、支給要件が緩和された。災害救助法適用地域に所在する事業所の場合、今回の震災に伴う経済上の理由により最近1か月の生産量、売上高等がその直前の1か月又は前年同期と比べ5%以上減少していれば支給対象となる。

⁷⁰ 日本医師会「「雇用調整助成金」等の特例措置の周知について」平成23年4月27日

<http://www.med.or.jp/etc/eq201103/23nen_6.pdf> ほか。

⁷¹ 厚生労働省「重点分野雇用創出事業の活用による被災地等における保健医療提供体制の確保について」（平成23年4月22日事務連絡）

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001a4gt-img/2r9852000001a55q.pdf>>; 厚生労働省「重点分野雇用創出事業の活用による被災地等における福祉サービスの提供体制の確保について」（平成23年4月28日事務連絡）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001avcr-att/2r9852000001by4g.pdf>>

⁷² 同上

(3) 職場を失った医療従事者への支援策

被災地で懸念されるのは、職場を失った医師や看護師などが、地域から離れてしまうことである。東北地方の被災地は、もともと医師や看護師の不足が深刻である。一旦働き場を失うと、圏外に流出して戻ってこない可能性があり、被災地の医療体制の復興そのものに与える影響も大きい⁷³。被災地の地域医療を守るためにも、医療従事者の雇用の維持や生活支援が求められており、そのための取組みも徐々に始まっている。

日本医師会は、被災して住居や勤務先を失うなどして、避難先の避難所や救護所等においてボランティアで診療に携わっている岩手、宮城、福島3県の医師を対象に、診療行為の慰労と医師の生活基盤の再興を支援するため、1人月30万円の支給を開始した⁷⁴。

また、震災と原発事故の影響により、職を失った医療従事者の流出が特に懸念される福島県では、県医師会が県内の医療機関の求人情報をまとめて提供し、県内でのマッチングを目指している⁷⁵。こうした状況において、被災病院が職員との雇用契約を維持したまま、再開までは休職扱いとしたうえで他の医療機関と雇用契約を結ぶ「在籍型出向」を広げていくべきとの提案もある⁷⁶。

今回の震災では、地域医療を支える多くの医療従事者が被害を受けた。被災地における医療の復興に向けて、被災した医療従事者に対する長期的なサポートが求められている。

III 今後に向けた議論

今回の震災は、未曾有の大災害であり、本格的な復興まで10年単位の時間を要するとの見方が強い。こうした状況において、徐々にではあるが、復旧や復元に留まらない将来を見据えた議論も始まりつつある。

例えば、被災地における医療機関の集約・再編である。前述のとおり、被災地では震災前から医師不足が深刻であり、効率的な医療提供体制の構築が求められてきた。今回の震災では、あらためて、医療提供体制の在り方が問われることとなった。

医療機関の集約・再編をめぐる議論においては、中核となる急性期病院を高機能化して集中化する方向に転換したうえで地域に療養型医療機関や診療所を配置し、急性期病院と連携して地域住民の医療を支えること、「遠隔医療システム」を利用して地域の診療所の患者が高度な専門医療を受けられること等の提案が出されている⁷⁷。また、医療機関の集約化・再編にあたっては、医療圏ごと、県ごとの医療計画ではなく、3県あるいは東北全体を視野に入れた広域の医療計画の必要性なども指摘されている⁷⁸。

⁷³ 柿原浩明「医療経済学者が現地で見た被災地の医療供給体制の今後のあり方」『厚生福祉』2011.5.6, pp.2-5; 「東北大系医師66人 職場失う」『読売新聞』(宮城版)2011.4.21など。

⁷⁴ 「日医、被災開業医に支援金 会員から寄付 月30万円給付」『読売新聞』2011.5.2, 夕刊; 日本医師会会長「避難所等で診療行為を行う被災した医師への義援金支払について」平成23年4月20日(日本医師会 <http://www.med.or.jp/etc/eq201103/23syo_8.pdf>)

⁷⁵ 「沿岸部だけじゃない 福島県内の被災状況」『日本医事新報』4541号, 2011.5.7, p.20; 福島県医師会ウェブサイト <<http://www.fukushima.med.or.jp/uploads/saigai/ippansaigai.htm>>

⁷⁶ 山崎學日本精神科病院協会会長のコメント。「病院職員の雇用維持で日精協 被災病院から『在籍型出向』検討」『Japan Medicine』2011.4.8.

⁷⁷ 「東北大病院・里見院長 院内の復興PTで構想案を検討『復旧』ではなく『再生』を」『Japan Medicine』2011.5.2; 「医師つなぎとめ懸命」『朝日新聞』2011.5.8.

⁷⁸ 「災害医療計画『まずは検証』」『Japan Medicine』2011.5.2; 「東日本大震災の復興に新医療計画を」『Japan Medicine』2011.4.18.

その一方では、医療機関の集約化は地域によっては病院が無くなることを意味し、住民が離れて過疎化が進んでしまうといった批判的見解や、被災地に希望を持たせる内容の復興ビジョンにするべきといった意見もある⁷⁹。

こうした医療の問題に加えて、高齢者介護をめぐる議論も活発化している。この議論の中心となるのが、「地域包括ケア」である。地域包括ケアとは、医療や介護などが日常生活圏内において一体的に提供される体制を確立するというものであり、最近の介護をめぐる議論をリードしている考え方である。厚生労働省は、社会保障と税の一体改革の議論のたたき台として5月に示した社会保障改革案に、この地域包括ケアを全国に先駆けて被災地に導入すべきという提言を盛り込んだ⁸⁰。改革案は、被災地の復興について、「少子高齢化が進むこれからの日本社会の先進的モデルとなるような」地域社会を構築しなければならないとしたうえで、医療機関のネットワークや医療と介護の連携、地域間の連携についてモデルケースを創造するとしている。

冒頭に述べたとおり、被災地の多くは高齢化が進んだ地域であり、また、慢性的な医師不足などにも悩まされてきた地域である。その意味で、本格的な復興に向け、被災地における医療や介護の将来ビジョンをどう描いていくのか、今後の議論の動向が注目される。

⁷⁹ 「被災の県立病院再編に賛否 県医療審議会」『岩手日報』2011.5.11.

⁸⁰ 厚生労働省「社会保障制度改革の方向性と具体策―「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度―」平成23年5月12日<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001bxcx-att/2r9852000001bxvn.pdf>>