

東日本大震災における災害医療と医療の復興

泉 眞 樹 子

目 次

はじめに	Ⅲ 被災地における医療の復興
I 震災前の災害医療体制整備	1 被災前の3県の状況
1 災害医療体制整備の経緯	2 岩手県の復興計画
2 災害拠点病院	3 宮城県の復興計画
3 医療チームの派遣	4 福島県の復興計画
4 医薬品確保	Ⅳ 災害医療のこれから
II 被災地での医療活動	1 情報伝達・集約の現実
1 東日本大震災における災害医療の実際	2 災害医療のあり方検討会
2 被災地における疾患・健康被害	おわりに
3 被災者支援と医療の再建	

はじめに

大規模災害が起こると多数の傷病患者が発生し、平時なら可能な救急医療が不可能になる。医療施設や医療従事者も被災し、地域外からの医療救援なしでは、被災者に対し一定水準を維持した医療サービスを提供できなくなる。このような時期の医療が、「災害医療」である⁽¹⁾。大規模災害によって、ライフラインの一つである医療提供体制そのものが破壊されると、医療復興には時間がかかり、公衆衛生と精神保健上の問題は長期化する。大規模災害時の被災地医療は、被災直後の初期救急医療（第1段階）から、次のような段階を経て、復興に至る⁽²⁾。避難所などで慢性期医療が求められる時期（第2段階）、地域への臨時診療所の整備（第3段階）、被災により機能縮小した基幹の拠点病院の再整備（第4段階）、町や地域の復興とともに新しく再生する社会に合った医療の整備（第5段階）、である。最終段階まで、社会全体、コミュニティ自体の復興と併せ、10年を超える時間がかかると見られる。10年後を見据えて、被災地においては、岩手県が平成23年8月に、宮城県が10月に、福島県が12月に復興計画を策定した。また、災害拠点病院の耐震性、通信手段の確保、医薬品や患者・職員の食糧等の備蓄、指揮調整機能の強化、ロジスティックの重要性等、災害医療体制の充実に向けた検討が進められた。

(1) 郡山一明「災害・健康危機管理の定義と基本戦略」石井昇ほか編著『災害・健康危機管理ハンドブック』診断と治療社、2007、p.10.

(2) 小川彰「被災地医療支援 息長く 現場の声 政策に反映を」『河北新報』2011.4.5.

本稿においては、これまでの災害医療体制整備の経緯に始まり、東日本大震災における初期救急医療から各段階の状況、さらには第5段階を見据えた被災3県の復興計画、今後の災害医療体制整備までを概観する。

I 震災前の災害医療体制整備

1 災害医療体制整備の経緯

平時の救急医療であれば救える命をできるだけ失わずにすむよう、災害傷病者の最大多数に可能な限りで最良の医療を提供するのが、災害医療の目的である。このため平時より災害拠点病院の整備、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT(ディーマット)）の養成が進められ、各都道府県は医療計画⁽³⁾において「災害時における医療」に関する事項を定めている⁽⁴⁾。災害医療は、平成7年の阪神・淡路大震災の際、①県庁、市役所の同時被災による情報収集網や指揮系統の断絶、②医療施設の倒壊、水道・電力等のライフライン被災による診療機能の低下により、適切な救急医療が受けられず、「避けられた災害死」が約500件発生したことへの反省⁽⁵⁾に立って整備されてきた。

平成7年4月に「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会」が発足し、同年5月29日に「震災時における医療対策に関する緊急提言」を、平成8年4月に研究会報告書を公表した⁽⁶⁾。これを受ける形で厚生省は、各都道府県知事あてに健康政策局長通知「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」（平成8年5月10日健政発第451号）⁽⁷⁾を発出し、「広域災害・救急医療情報システム」⁽⁸⁾と「災害拠点病院」⁽⁹⁾の整備を求めた。さらに、平成12年7月に発足した「災害医療体制のあり方に関する検討会」は、平成13年6月の報告書で、「災害発生時の緊急医療チームの派遣体制の整備（日本版DMAT構想）」等を今後の検討課題とした⁽¹⁰⁾。

(3) 都道府県が、域内の医療提供体制の確保を図るために定める計画（医療法第30条の4）。

(4) 災害対策基本法等に基づく「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>〉には、厚生労働省の担当部署、調整内容、都道府県の役割等が記載されている。

(5) DMAT事務局「DMATとは」〈<http://www.dmat.jp/DMAT.html>〉災害医療は自然災害だけでなく、大規模事故等によっても必要とされる。災害時に多発する重篤傷病は、多発外傷、圧挫症候群、広範囲熱傷等である。災害医療、トリアージ（傷病の緊急度と重症度による治療優先度の決定）や、PTSD(心的外傷後ストレス障害)という言葉がわが国で一般に知られるようになったのは、阪神・淡路大震災と同年3月に起きたオウム真理教による地下鉄サリン事件が契機である。

(6) 阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会「研究報告書（概要版）」（平成7年度厚生科学研究費補助金（健康政策調査研究事業）1996.4. 〈<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0805/67.html>〉 〈<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0805/68.html>〉平成6年1月設置の厚生科学研究費補助金（健康政策調査研究事業）による「集団災害時における救急医療・救急搬送体制のあり方に関する研究班」を、阪神・淡路大震災の教訓を生かすため、新たに被災地の医療機関、医師会等の関係団体、建築、機器設備、情報通信、医薬品の専門家の参加を得て、班の名称を変更したものである。〔厚生白書 平成8年版〕p.276. 〈<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199601/b0137.html>〉

(7) 以下の9項目。①地方防災会議等への医療関係者の参加の促進、②災害時における応援協定の締結、③広域災害・救急医療情報システムの整備、④災害拠点病院の整備、⑤災害医療に係る保健所機能の強化、⑥災害医療に関する普及啓発、研修、訓練の実施、⑦病院防災マニュアル作成ガイドラインの活用、⑧災害時における消防機関との連携、⑨災害時における死体検案体制の整備。

(8) 「広域災害・救急医療情報システム」とは、災害時に医療機関の稼働状況、医師・看護師等スタッフの状況、ライフラインの確保、医薬品等の備蓄状況等、災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行うもの。現在は、EMIS（Emergency Medical Information System、広域災害救急医療情報センターシステム）として運用されている〈<http://www.wds.emis.go.jp/>〉。東日本大震災発生時、宮城県はEMISに加入していなかった。

(9) 都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知「災害拠点病院整備事業の実施について」（健政発第435号 平成8年5月10日）

(10) 災害医療体制のあり方に関する検討会「災害医療体制のあり方に関する検討会報告書」（平成13年6月）〈<http://www>。

災害医療を支えるこれらの制度（情報システム、災害拠点病院、DMAT等）は、国庫補助によって整備が進められ、平成19年4月施行の改正医療法（平成18年法律第84号）によって、「災害時における医療」を都道府県策定の医療計画に明示することが義務付けられた。

2 災害拠点病院

災害拠点病院は、緊急時に次の役割を果たすことになっている。①近隣病院の拠点となる、②重症傷病者を受け入れ安定化処置を行う、③参集するDMATを受け入れる、④後方搬送すれば救命できる患者を選別し搬送の手配をする、⑤広域医療搬送適応患者を選別し、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit: SCU）⁽¹¹⁾に搬送する手配をする。

このため災害拠点病院は、重篤救急患者の救命医療が可能な高度の診療機能を有する医療機関であるうえに、24時間対応、傷病者・医療物資等の受入れおよび搬出、広域搬送への対応、自己完結型の医療救護チーム派遣、地域の医療機関へ応急用資器材の貸出し等の機能が求められる。施設・設備等として、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）端末、ヘリポート、緊急車両、発電機等も保持する必要がある。災害拠点病院には、都道府県毎に1か所設置を原則とする「基幹災害医療センター」と、二次医療圏⁽¹²⁾毎に1か所設置する「地域災害医療センター」の2種類がある。基幹災害医療センターは、地域災害センターの機能を強化し、さらに要員の訓練・研修機能を有する。平成23年1月1日時点で、全国609の病院が災害拠点病院に指定されていた⁽¹³⁾。

3 医療チームの派遣

災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）とは、大地震や列車事故などの災害時、急性期（おおむね48時間以内）に迅速に被災地に駆けつけて救急治療を行う医療チームのことで、平成16年に東京都が全国に先駆けて発足させ、平成17年3月から厚生労働省が専門的訓練を開始した。医師、看護師、業務調整員（救急救命士、薬剤師、放射線技師、事務員等）を含む5名で構成され、主な任務は、消防機関等と連携して行う現場活動（トリアージ、緊急治療、瓦礫の下の医療等）、病院支援（被災地内病院における診療の支援）、域内搬送（消防ヘリや救急車等による近隣・域内の後方搬送時の医療支援）、広域搬送である⁽¹⁴⁾。

DMAT指定医療機関は、DMAT研修を受けた医療チームを必要な際に組織し、派遣する。DMATは、都道府県が管内の医療機関（DMAT指定医療機関）と結んだ協定に基づき活動し、費用についても協定で規定する。原則として、都道府県がDMAT指定医療機関へ実費を支弁し、都道府県外の被災地域へDMATを派遣した場合、その費用は被災都道府県が支弁する⁽¹⁵⁾。広

mhlw.go.jp/shingi/0106/s0629-3.html)

(11) 広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit: SCU）とは、被災地内広域搬送拠点内に臨時に設置する広域医療搬送対象患者を一時収容するための医療施設をいい、被災都道府県が設置し運営する。ここで症状の安定化のための処置・広域搬送のトリアージ等を行う。（中央防災会議幹事会「『首都直下地震応急対策活動要領』に基づく具体的な活動内容に係る計画」（平成20年12月11日）〈http://www.bousai.go.jp/jishin/chubou/taisaku_syuto/pdf/081212/081212_02.pdf〉）

(12) 二次医療圏は、人口30万人規模とされている。ちなみに一次医療圏は市町村単位。

(13) 「災害拠点病院の整備状況」『第1回 災害医療等のあり方に関する検討会 資料1』2011.7.13, p.16. 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j51m-att/2r9852000001j5fs.pdf>〉

(14) 都道府県衛生主管部（局）長あて厚生労働省医政局指導課長「日本DMAT活動要領について（通知）」（医政指発第0407001号 平成18年4月7日）；厚生労働省医政局指導課長「日本DMAT活動要領の一部改正について」（医政指発0331第3号 平成22年3月31日）；DMAT事務局（国立病院機構災害医療センター内）〈<http://www.dmat.jp/katudou.pdf>〉

(15) 費用については一定の国庫負担、国庫補助が行われる。災害救助法が適用される場合は、法律に基づいた支給がなされ、

域災害の場合もDMATは被災都道府県が派遣要請を行い、これを受けて周辺都道府県のDMAT指定医療機関からDMATが派遣される。DMAT派遣と受入れの司令塔は都道府県であり、厚生労働省は、当分の間、都道府県の代わりに派遣要請を行えると位置づけられていた⁽¹⁶⁾。

DMATの体制整備により、災害時の医療チームの出動基準・出動体制が制度化され、現場医療の標準化、指揮系統・安全管理・情報通信などの標準化・高度化が達成された⁽¹⁷⁾。課題として、消防や自衛隊のような高度な指揮系統の確立、複数県にわたる広域災害における活動を機動的、効果的にするための平時からの広域連携の仕組みの必要性が指摘されていた⁽¹⁸⁾とところであったが、今回の震災において、指摘の正しさが明らかになった。

4 医薬品確保

医療救護に不可欠な医薬品等の迅速な供給も、災害医療において重要である⁽¹⁹⁾。厚生労働省防災業務計画では、医薬品供給の確保も都道府県が主体的に取り組むべき事項とされている⁽²⁰⁾。

災害時の医薬品および医療器材の供給体制については、各関係者・関連諸団体間の「大規模災害時の医薬品等供給マニュアル」によって対応策が定められていた⁽²¹⁾。関係者間の連絡を調整する中核的な役割を果たすのは都道府県薬務担当課とされ、広域対応が必要となる場合は厚生労働省を通じて被災地外へ支援を要請することとなっている。

医薬品の備蓄については、医療施設と自治体が、災害に備えて必要な医薬品を備蓄すべきと考えられる。しかし、厳しい財政下で各医療施設とも医薬品購入費の削減や在庫削減に努力しているなか、DMATが投入される急性期2日分の在庫量を上乗せで確保することは、たとえ災害拠点病院や国立病院機構であっても実現は難しい⁽²²⁾。平成17年と21年に内閣府が実施し

災害救助法が適応されない場合には、県内災害の場合、県が国庫補助制度を活用し支給をし、県外災害の場合、被災県に求償することとなる。

(16) 「日本DMAT活動要領」（平成22年3月31日改正）（厚生労働省医政局指導課長通知「日本DMAT活動要領の一部改正について」（医政指発0331第3号 平成22年3月31日）〈<http://www.dmat.jp/katudou.pdf>〉）

(17) 大友康裕「DMAT (Disaster Medical Assistance Team: 災害派遣医療チーム) の体制整備とその波及効果」『公衆衛生』74(12), 2010.12, pp.1010-1013.

(18) 医療安全推進者ネットワーク コンテンツ一覧 医療安全をとりまく動向ここに注目！ 藤井千穂「阪神・淡路大震災から10年～震災時に備えた医療提供体制の課題と今後のあり方」〈<http://www.medsafe.net/contents/recent/64hanshin.html>〉

(19) 平成7年7月発足の「大規模災害時の医薬品等供給システム検討会」が、平成8年1月に報告書を取りまとめた。報告書のポイントは次のとおり。①災害時に必要な医薬品等のリストの提示、②医薬品等備蓄の必要性、③搬送のための機動力および保管・管理のための人材の確保の必要性、④関係者間の連携体制の確立、⑤費用負担の問題。（『厚生白書 平成8年版』p.279.）

(20) 「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>〉には、都道府県は、医療機関、医薬品等関係団体、日本赤十字社、都道府県薬剤師会等と協力して、情報収集・連絡体制を整備し、平常時からマンパワーの確保及び自転車、自動二輪車を含めた搬送手段の確保に努め、厚生労働省も、都道府県、医薬品等関係団体、日本赤十字社、社団法人日本薬剤師会等と協力して情報収集・連絡体制の整備に努め、医薬品等の緊急輸送のため関係省庁の事前調整を行うとされている。

(21) 『大規模災害時の医薬品供給マニュアル（第二次改訂版）』国政情報センター、2005。関係者・関係諸団体とは、①都道府県の薬務担当課、②厚生労働省、③医薬品等の卸売業者（都道府県医薬品等卸協同組合、日本医薬品卸業連合会、日本医療機器販売業協会、各医薬品等卸売業者）、④薬剤師会（都道府県、日本薬剤師会）、⑤医薬品等製造業者（日本製薬団体連合会、日本医療機器産業連合会、各医薬品等製造業者）、⑥医療機関・都道府県医師会、⑦その他（民間ボランティア、緊急輸送関係機関）である。；高野淳一「災害時の医薬品・医療器材の流通確保」『日本透析医会雑誌』24(2), 2009.8, pp.237-243.

(22) 柴田隼人「医薬品備蓄の限界と卸在庫状況の把握」『日本集団災害医学会誌』15(3), 2010.12, p.349.

た孤立村落に関する2回の調査⁽²³⁾でも、「医薬品等の備蓄有り」と回答した自治体は、初回（平成17年）は11.3%だったのに対し、2回目（平成21年）には5.8%に減少していた。

II 被災地での医療活動

1 東日本大震災における災害医療の実際

(1) 災害拠点病院の被災と初期活動

地域災害医療センターは、岩手県は9か所、宮城県は13か所、福島県は7か所が指定され、基幹災害医療センターは、岩手県は盛岡赤十字病院（盛岡市）と主に研修機能を担う岩手医科大学附属病院（盛岡市）の2か所、宮城県は国立病院機構仙台医療センター（仙台市）、福島県は福島県立医科大学附属病院（福島市）が指定されていた。計33か所の災害拠点病院の被災状況は、全壊はなかったものの31の施設で一部損壊が確認された（表1参照）。各県の基幹災害医療センターは、初期救急医療に続き、地域医療の中核としての役割を果たした。盛岡赤十字病院は、3月23日から外来診療を再開し、4月11日からすべての通常診療を再開しつつ、被災地への救護班の派遣も継続するとしていた⁽²⁴⁾。仙台医療センターは4月1日以降、救急患者と

表1 東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況											
		全壊	一部損壊	外 来						入 院					
				受入制限			受入不可			受入制限			受入不可		
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域
（7月1日時点：厚生労働省医政局指導課調べ）

(注) 一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。
7月1日時点では、岩手県立釜石病院、緊急時避難準備区域の福島県南相馬市立総合病院で入院・外来制限を行っている。

(出典) 「第1回災害医療のあり方に関する検討会 資料1」2011.7.13, p.17.
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j51m-att/2r9852000001j5fs.pdf>)をもとに、筆者作成。

⁽²³⁾ 平成16年の新潟県中越地震で多数の孤立集落が発生し、平成20年の岩手・宮城内陸地震でも同様に孤立集落が発生したことを受けて、中山間地域の農業集落と海岸部の漁業集落を対象として、孤立のおそれのある集落の数、食糧・生活品などの備蓄状況、情報伝達手段の整備状況などを調査した。内閣府政策統括官（防災担当）「中山間地等の集落散在地域における孤立集落発生の可能性に関する状況調査（都道府県アンケート調査）調査結果」2005.8.；（<http://www.bousai.go.jp/oshirase/h17/koritsushuraku.pdf>）；同「中山間地等の集落散在地域における孤立集落発生の可能性に関する状況フォローアップ調査 調査結果」2010.1.（<http://www.bousai.go.jp/oshirase/h21/h21koritsu.pdf>）；「孤立集落対策で内閣府調査 医薬品などの備蓄率低下 自治体の対策進まず」『地方行政』2010.2.8, pp.10-12.

⁽²⁴⁾ 盛岡赤十字病院HP「通常診療体制の再開について（4月11日～）」（<http://www.morioka.jrc.or.jp/index.php/2011/04/08/2926/>）（2011.4.8.アクセス）ほか。なお、岩手医科大学附属病院は、内科診療については14日より通常の診療を行う、歯科診療については急患患者のみ対応するとの文書を3月13日にHPで公表している。（<http://www.iwate-med.ac.jp/hospital/saigai/20110313kanjya.pdf>）

再来患者中心で診療を行っており⁽²⁵⁾、福島県立医科大学附属病院は3月28日から外来診療を通常どおり行い、4月1日から研修医19名に対し臨床研修も開始した⁽²⁶⁾。

(2) 医療従事者の派遣と規制緩和

厚生労働省は、被災地での医療活動を確保するため、医療従事者の派遣要請や医療関連の規制の緩和を行った(表2参照)。3月11日15時13分に、各都道府県に対しDMAT派遣待機を要

表2 被災直後における医療確保のための厚生労働省の主な対応

被災地における医療提供の確保	
被災地への医師等医療従事者の派遣・調整等	DMAT派遣(3/11～) 国立病院機構等による医療チームの派遣(3/14～) 日本医師会等関係団体に対し、医師等の派遣協力依頼(3/16～) 日本看護協会等関係団体に対し、看護師等の派遣協力を依頼(3/18～) 日本歯科医師会に対し、歯科医師等の派遣協力を依頼(3/25～) 日本薬剤師会・日本病院薬剤師会に対し、薬剤師の派遣協力を依頼(3/25～) 日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本視能訓練士協会・日本言語聴覚士協会に対し、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士の派遣協力を依頼(3/30～)
医療用医薬品等の供給確保	
被災地への医薬品等の供給・対応	現地の医療機関と卸業者の対応以外に、全国業界団体を通じて調達(3/12～)
医薬品を運搬する緊急車両への対応	経済産業省および全国石油商業組合連合会・石油連盟と協議し、ガソリン・軽油の優先的な給油と給油量制限なしの取扱い(3/19～)
被災地以外での医薬品供給の抑制	被災地以外の保険医療機関及び保険薬局に対し、医薬品の長期処方、分割調剤の考慮など、必要最小限の最適な処方・調剤を行うよう周知(3/17～)
その他(弾力的な取扱い)	
<ul style="list-style-type: none"> ○被災地の患者に対して、医師等からの処方箋の交付が無い場合でも、薬局で必要な処方箋医薬品を販売又は授与が可能であることを周知。(3/12) ○外国の医師資格を有する者が、被災県において必要最小限の医療行為を行うこと。(3/14) ○医師等の国家資格に係る免許申請手続きについて、免許申請時の証明書添付の猶予や一部簡素化等、震災を踏まえた取扱いを行うこと。(3/15～) ○早期に必要な医療用麻薬を補給できるよう、県境を越えた麻薬の譲渡手続きを簡素化した取扱いを行うこと。(3/15) ○通信事情等の問題から、医師の具体的指示が得られない場合に、救急救命士が救急救命処置を行うこと。(3/17) ○被災地の病院等に対して他の病院等から医薬品・医療機器を融通することは薬事法違反とはならない旨を周知。(3/18) ○被災地に診療所等を開設する場合や定員を超えて入院患者を受け入れる場合等について医療法等を弾力的に運用。(3/21) ○被災病院等における医師等の臨床研修等に係る事務手続きや研修医等の受入についての取扱い。(3/22～) ○被災地の患者について、電話等による遠隔診療(薬剤の処方)を実施して差し支えないこととすること。(3/23) ○被災地の医療提供体制を確保するため、薬局等が一時的に営業時間の変更等を行う場合等について薬事法等を弾力的に運用。(3/24) 	

(出典) 「震災直後からの医療確保への対応」『東日本大震災等に係る状況』(第18回社会保障審議会医療部会資料(平成23年6月8日開催)資料1)pp.4-6. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ets7-att/2r9852000001f2sg.pdf>> 等をもとに、筆者作成。

⁽²⁵⁾ 国立病院機構仙台医療センターHP <<http://www.snh.go.jp/>> (2011.4.8.アクセス)

⁽²⁶⁾ 福島県立医科大学附属病院HP <<http://www.fmu.ac.jp/byoin/index.php>> (2011.4.8.アクセス); 同「本日より平成23年度臨床研修が開始されました」<http://www.fmu.ac.jp/home/anzen/sotugo/2011_04_01.pdf>

請したのを皮切りに、医師、看護師の派遣を要請し、さらに歯科医師⁽²⁷⁾、薬剤師、理学療法士等、多種多様な医療従事者の派遣を要請した。医療従事者の派遣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った。また、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⁽²⁸⁾など、医療規制の緩和を行った。

急性期のDMAT派遣に始まり、その時々ニーズに即した医療関係者の派遣が、長期間にわたって続けられた(表3参照)。通常、災害発生後48時間以内に駆け付け2～3日間の初動活動に従事するDMATは、3月11日から22日までの12日間にわたり活動を続け、全国各地から約380チーム(延べ1,800人)が派遣された⁽²⁹⁾。岩手県、宮城県で撤収が始まった3月18日に、原発事故による福島県(南相馬市等)から新潟への患者等の移送支援が始まり、その後も福島

表3 医療従事者の主な派遣状況

派遣元等	活動状況 累計
医療チーム	累計12,308人 (2,675チーム) (2012.1.25.現在)
薬剤師 (日本薬剤師会、日本病院薬剤師会等)	累計 1,915人 *医療チームでの派遣は、数に含まない (2011.8.5.現在)
看護師 (日本看護協会、日本精神科看護技術協会、国立病院機構)	累計 1,394人 *医療チームでの派遣は、数に含まない (2011.8.2.現在)
歯科医師、歯科衛生士等 (日本歯科医師会等の関係団体)	累計 307人 (2011.7.29.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、日本言語聴覚士協会)	累計 223人 (2011.10.7.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)	累計11,256人 (218チーム) ※ 活動中：13人 (6チーム) (2012.1.25.現在)
心のケアチーム	累計 3,419人 (57チーム) ※ 活動中：9人 (3チーム) (2012.1.25.現在)
被ばく不安解消のためのスクリーニング対応医師等	累計421人 (40チーム) (2011.9.2.現在)

(出典) 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112報:平成24年1月25日14時00分現在)」(<http://www.mhlw.go.jp/jishin/joukyoutaiou.html>)をもとに、筆者作成。

⁽²⁷⁾ 歯科医師については、口腔内衛生保持のための厚生省による派遣要請だけでなく、警察庁による遺体の身元確認作業のための派遣要請もあった。(日本歯科医師会「ご遺体の身元確認の出動要請について」2011.3.14. <<http://www.jda.or.jp/earthquake110311/mimoto110314.html>>)

⁽²⁸⁾ 諸外国(イスラエル、ヨルダン、タイ、フィリピン)からの医療支援チームが、避難所等で活動した。イスラエル(医師14人、看護師7人ら総勢50人余で構成)はプレハブ仮設診療所のユニットを携えてきており、撤収時(4月10日)に医療機器を含む一式を宮城県南三陸町に寄贈、公立志津川病院仮設診療所として活用された(4月18日)。外務省「海外からの支援受入れ」2011.10. <http://www.bousai.go.jp/3oukyutaisaku/higashinohon_kentoukai/6/gaimu.pdf>;「24時外国人救援隊 イスラエル隊・インド隊」『読売新聞』2011.4.5;「医の絆 9000キロ超えて 地域の再生「イスラエルの手助けで」待望の診療所開設へ ひきついだ機器を活用」『朝日新聞』2011.4.15;「国際医療協力 初の受け入れ」『読売新聞』2011.4.28.

⁽²⁹⁾ 「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」2011.10, p.10. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tf5g.html>>

第一原発30km圏内患者の移送医療支援が続けられた⁽³⁰⁾。津波による被害があまりにも甚大で自衛隊以外に近づけない場所が多かったため、トリアージや緊急治療などの現場活動は限定的になり、また被災者は軽傷か死亡という両極端で、救急医療よりも、病院支援、域内搬送・広域搬送等で活躍することが多かった。

日本医師会は3月15日に、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）を岩手、宮城、福島、茨城の4県へ派遣し、1チーム3日から1週間の活動で、地元の医療体制が復旧するまで、長期的支援活動を続けると発表した⁽³¹⁾。DMATと連携して、災害急性期以降の災害医療、健康管理を支援し、地元の医療機関による診療につなげる活動である。DMATとして活動を開始した医師が、DMAT撤収後、JMATとして活動を続けるケースもあった。7月15日まで活動を続け、派遣チームは1,394チーム、職種別派遣状況は医師2,220名、看護師・准看護師1,829名、薬剤師464名、事務1,178名、その他（リハビリ、検査技師、福祉、介護関係、栄養士など）548名の計6,239名となった⁽³²⁾。

日本医師会はJMAT派遣開始に際し、現場の医師同士が患者情報を共有できるよう、簡便な3段階の「トリアージカード」の用意も行った。赤（要治療）、黄（要注意）、白（要観察）と色分けしたカードに、問診情報を記載し患者に渡すというものである⁽³³⁾。また、被災地で医療を復興する医師への一時金による支援も行っている。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、県医師会を通じて、1人月30万円の支給を行った⁽³⁴⁾。

日本赤十字社⁽³⁵⁾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）⁽³⁶⁾を派遣し、救護所の

30) 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>〉

31) 「日本医師会の東北地方太平洋沖地震対策について緊急記者会見」岩手・宮城・福島・茨城に日本医師会災害医療チーム「JMAT」を派遣『日医白クマ通信』1401, 2011.3.16. 〈<http://www.med.or.jp/shirokuma/no1401.html>〉; 日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）は、平成22年3月に日本医師会にて提案された構想である。都道府県医師会が災害医療チームを郡市区医師会単位で編成・組織し、被災地医師会やDMATと役割分担し、連携して活動を行い、DMAT撤収後も活動を続け、被災地の通常診療の再開へつなぐことを目的とした活動を想定していた。「定例記者会見 救急災害医療対策委員会答申「医師会JMAT構想を提案」石井常任理事」『日医白クマ通信』1258, 2010.3.11. 〈<http://www.med.or.jp/shirokuma/no1258.html>〉; 日本医師会「医師会の災害医療体制に関する調査」平成13年6月によれば、既に35都道府県医師会・都道府県間で、災害医療チームの派遣を規定した災害時医療協定が締結されていた。日本医師会救急災害医療対策委員会「報告書」（平成22年3月）p.30. 〈http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20100310_3.pdf〉

32) 石井正三「東日本大震災におけるJMAT活動について」（第2回災害医療等のあり方に関する検討会 資料3）2011.7.27. 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001khc1-att/2r9852000001khkq.pdf>〉; 「JMATの終了と今後の被災地医療支援について」『日医NEWS』1198号, 2011.7.13. 〈<http://www.med.or.jp/nichinews/n230805d.html>〉; 「今後のJMAT活動について」2011.7.12. 〈http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20110713_3.pdf〉

33) 石井正三「東日本大震災」で初動したJapan Medical Association Team(JMAT) 活動『日本医師会雑誌』140(6), 2011.9, pp.1259-1267.

34) 「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; 「日本医師会災害対策本部会議 拡大会議 JMATの今後の活動方針等を説明」『日医NEWS』1192号, 2011.5.5. 〈<http://www.med.or.jp/nichinews/n230505d.html>〉

35) 日本赤十字社の災害救護活動には、赤十字の人道的任务として自主的判断に基づいて行う場合と、災害対策基本法や武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律（国民保護法）における指定公共機関として、国や地方公共団体の行う業務に協力する場合があります。これらの災害救護活動を円滑に行うため、法律に基づき日本赤十字社防災業務計画や日本赤十字社国民保護業務計画を作成している。（日本赤十字社）国内災害救護TOP）国内災害救護とは 〈<http://www.jrc.or.jp/saigai/about/index.html>〉

36) 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

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た。医療救護班の派遣総数は、900個班を超えた（9月30日現在）⁽³⁷⁾。

独立行政法人国立病院機構は、機構内の119病院から1,516名を派遣した。DMATの派遣（34班、約160名）や被災した国立病院機構の病院への支援（医師・看護師の派遣、患者搬送、食糧等の支援等）を直ちに行い、3月14日からは避難所において医療支援等を行う医療班を岩手、宮城、福島 の 3 県に順次派遣し（127班、約620名）、「心のケアチーム」73班約290名を派遣した（9月9日現在）⁽³⁸⁾。

国境なき医師団(MSF)は3月12日に、2つのチームがヘリコプターで宮城県入りしており⁽³⁹⁾、また、阪神・淡路大震災を契機として誕生したNPO法人TMATもボランティア活動を行った⁽⁴⁰⁾。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は、プライマリ・ケア（家庭医療・総合診療）に特化した医療チーム派遣を行った⁽⁴¹⁾。

このような多様な組織からの多数の医療チーム派遣は、混乱しがちでミスマッチも起きやすく、受け入れる被災地の負担も大きい。そのため、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、4月22日に医療関係団体が「被災者健康支援連絡協議会」を設立した。7月6日には政府の被災者生活支援特別対策本部や関係省庁との連携のもとに、各被災地の医療ニーズに対応した医療チームの中長期的な派遣を行うための医療者派遣システムを立ち上げた。⁽⁴²⁾

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>）

(37) 日本赤十字社事業局救護・福祉部救護課「東日本大震災に対する日本赤十字社の対応について（84）平成23年12月31日（土）（12：00現在）」http://www.jrc.or.jp/vcms_if/kyugo_20120111_sokuhou84.pdf（日本赤十字社）救護救護活動_国内）東日本大震災_災害救護速報http://www.jrc.or.jp/domesticrescue/13/Vcms3_00002060.html）

(38) 独立行政法人国立病院機構「平成23年東日本大震災における国立病院機構の支援活動について【第45報（9月9日10：00現在）】」<http://www.hosp.go.jp/news/detail.1.10150.html>（ホーム）診療事業）東日本大震災における対応<http://www.hosp.go.jp/7.0.93.html>）

(39) 国境なき医師団（Medecins sans Frontieres: MSF）「東北地方太平洋沖地震：12日国境なき医師団（MSF）の援助チームがヘリで宮城入り（3月12日）」<http://www.msf.or.jp/news/2011/03/5125.php>

(40) 平成7年1月の阪神・淡路大震災で徳洲会グループの医師等が中心となり、ボランティアグループとして救援活動を始めた事がきっかけとなって誕生したTDMAT（徳洲会災害医療救護隊）が、国境を越えた医療支援活動を行い、2005年7月にNPO法人TMATを創立した（特定非営利活動法人TMAT <http://www.tmat.or.jp/>）；TMATの活動は5月上旬まで続けられた。（徳洲会グループ）社会貢献）災害医療活動）災害医療活動実績）国内）東日本大震災：報告http://www.tokushukai.or.jp/syakai_kouken/calamity/result/domestic/2011touhoku/index.html）

(41) PCATとは、日本プライマリ・ケア連合学会のキャッチフレーズ“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 <http://pcat.primary-care.or.jp/htdocs/>）；東日本大震災支援プロジェクト <http://www.pcat.or.jp/>）

(42) 足立信也参議院議員ほか民主党議員と医療関係団体幹部が政府の「被災者健康対策チーム」に参加し、協議会を立ち上げた（「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）。当初の参加団体は、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、全日本病院協会の7団体（「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.）。7月発足の医療派遣システムは、被災地の医療機関がインターネット上で人材支援等を要請する形式。原発事故問題の長期化に対応するため、全医療関係者が被災地の医療に支援していくシステムをしっかりと構築する必要があるためと、嘉山事務局長は説明した（「被災者健康支援連絡協議会 医療支援のための医療者派遣システムが完成」『日医NEWS』1198号、2011.8.5. <http://www.med.or.jp/nichinews/n230805b.html>）ほか。9月21日現在で参加団体は18組織（34団体）、厚生労働省、総務省、内閣官房、文部科学省が参画しており、顧問として、足立議員と梅原聡参議院議員が参加している（被災者健康支援連絡協議会、全国医学部長病院長会議・被災者医療支援委員会「医療支援のための情報共有サイト」<http://shinsai-shien.ncc.go.jp/index.html>）。

(3) 医薬品不足と薬剤師派遣

今回の震災では、情報網・交通網の破断が激しく、発生後数日たってもガソリン不足が続き、物流の混乱が続いた。電力や水道などライフラインの復旧が進んで、医療機関が通常の診療を再開する動きが出て、被災地の医薬品不足は解決が遅れた。厚生労働省は、経済産業省等と協議して、医薬品運搬車両には給油を制限なしでできるようにし、「緊急通行車両確認標章」発給手続きを通知したほか、空路と海路を活用した輸送も開始した。

また、製薬会社の生産設備も被害を受け、一部医薬品の生産が中止されたうえに、東京電力と東北電力からの電力使用の抑制要請により、医薬品製造力低下が予想されたため、厚生労働省は、被災地以外の医薬品需要の抑制を図り、医療施設間での医薬品・医療機器の融通を認めた。まず、被災地以外に対して「医薬品の長期処方 of 自粛と分割調剤の考慮」を求め⁽⁴³⁾、日本医薬品卸業連合会、日本医師会、日本薬剤師会にも協力を要請した。これを受けて、例えば日本医薬品卸業連合会は、①医薬品卸への処方せん医薬品の発注について、通常の注文量を大きく超える注文を控えること、②ガソリン消費抑制のため納品回数の削減に協力することを日本薬剤師会に要請するなどした。また厚生労働省は、全国の医療機関間で医薬品・医療機器を融通することを容認し、医療機関の間で許可なく医薬品・医療機器の販売、授与を行えないと定めている薬事法に抵触しないとの事務連絡を、都道府県などに示した⁽⁴⁴⁾。

災害救援活動としての医薬品供給については、日本製薬工業協会が会員企業からの提供を受けて、被災地で必要な医薬品のリストに掲載された医薬品（糖尿病治療薬や高脂血症治療薬、高尿酸血症治療薬、抗菌薬、消化性潰瘍薬、気管支拡張剤、抗不安薬、解熱鎮痛剤、消毒薬など）の輸送を、3回にわたって行った⁽⁴⁵⁾。まず、3月19日に米軍機により仙台空港（宮城県）、花巻空港（岩手県）へ約10トンを送り、さらに24日からトラック輸送で約70トン（岩手県約10トン、宮城県約40トン、福島県約20トン）を順次輸送し、30日には福島県に約4トンをトラック輸送した⁽⁴⁶⁾。

薬剤師も多数派遣された。医療施設、薬局、薬剤師自身の被災もあったうえ、高齢の慢性病患者への継続的な服薬指導が必要で、また各地域から多数の医師が被災地に入り、平常時の処方薬以外の代替医薬品（一般用医薬品等を含む）を紹介できる知識のある薬剤師が求められたためである。日本薬剤師会は都道府県薬剤師会に対し、ボランティア派遣の調整と、日本医師会災害医療チーム（JMAT）への参加・協力を依頼した。派遣薬剤師数は、延べ8,378人にのぼった（7月11日現在）。日本病院薬剤師会も、3月17日から薬剤師ボランティアの募集を開始し、7月22日の募集終了までに、延べ788人の派遣を行った⁽⁴⁷⁾。

(43) 厚生労働省保険局医療課「平成23年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う医薬品の長期処方の自粛及び分割調剤の考慮について」（地方厚生（支）局医療課あて事務連絡 平成23年3月17日）〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000014tr1-img/2r985200000157tx.pdf>〉

(44) 厚生労働省医薬食品局総務課、監視指導・麻薬対策課「東北地方太平洋沖地震における病院又は診療所間での医薬品及び医療機器の融通について」（各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）あて事務連絡 平成23年3月18日）〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000014tr1-img/2r98520000015drb.pdf>〉

(45) 日本製薬工業協会「東日本大震災に伴う医薬品供給について」（第一報2011.3.22.）（第二報2011.3.23.）（第三報2011.3.29.）（2011年ニュースリリース 〈<http://www.jpma.or.jp/media/release/news2011/>〉）

(46) 救護所等において使用した医薬品については、災害救助法の支弁対象とすることができる。阪神・淡路大震災の際には、業界団体より多くの医薬品等が無償提供された。『大規模災害時の医薬品供給マニュアル』前掲注(2), p.60.

(47) 都道府県薬剤師会会長あて日本薬剤師会会長「東北地方太平洋沖地震への対応について（その2）～今後の対策とご協力をお願い～」（日薬発第309号 平成23年3月15日）〈<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/topics/pdf/tpc110313-9.pdf>〉；都道府県薬剤師会会長あて日本薬剤師会会長「東北地方太平洋沖地震への対応について（その4）～日本医師会災害医療チームへの参加・協力について（お願い）」（日薬発第311号 平成23年3月16日）〈<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/topics/pdf/tpc110313-18.pdf>〉；日本薬剤師会「緊急記者会見：東北地方太平洋沖地震への対応について」2011.3.17. 〈<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/topics/pdf/tpc110313-18.pdf>〉

厚生労働省は、慢性期医療に係るニーズが高いため避難所等での服薬管理に「お薬手帳」の活用が効果的であるとして、日本薬剤師会及び日本病院薬剤師会に対して、お薬手帳の配布やそれらを用いた服薬管理への支援を依頼した⁽⁴⁸⁾。お薬手帳は、日本薬剤師会から約1万冊、都道府県薬剤師会から約5万冊、日本病院薬剤師会から約7,000冊が提供された。

なお、被災地の患者に対する処方せん医薬品の取扱いについては、厚生労働省医薬食品局総務課が3月12日付で「医師等の受診が困難な場合、又は医師等からの処方せんの交付が困難な場合において、患者に対し、必要な処方せん医薬品を販売又は授与することが可能」と示した事務連絡を出した⁽⁴⁹⁾が、日本薬剤師会は「可能な限り医師等による薬局等への販売指示に基づき行う必要がある」と、注意を促した。

2 被災地における疾患・健康被害

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。生存者は軽傷が多く、外科的な治療が必要な患者⁽⁵⁰⁾こそ少なかったが、高齢化の進んだ被災地では慢性疾患への対応が喫緊の課題となった。また、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い⁽⁵¹⁾、災害関連死を誘発しかねない。さらに震災がもたらした心身への影響は、被災後1年後あたりから飲酒や人間関係など社会問題に転化することが、阪神・淡路大震災の経験からわかっている⁽⁵²⁾。

(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も混じり⁽⁵³⁾、復興作業を行う被災者、作業員、ボランティアの長期にわたる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⁽⁵⁴⁾、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）を招く危険性も高く、厚生

www.nichiyaku.or.jp/press/?p=11799); 日本薬剤師会「東日本大震災に係る薬剤師会の救援活動について（第4報）」2011.7.13. <http://www.nichiyaku.or.jp/press/wp-content/uploads/2011/07/pr_110713.pdf>; 日本病院薬剤師会会長堀内龍也「薬剤師ボランティア募集の終了について」（日病薬発第23-104号 平成23年7月22日）<<http://www.jshp.or.jp/cont/11/0722.pdf>>

(48) 日本薬剤師会会長・日本病院薬剤師会会長あて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）」（薬食発0405第6号 平成23年4月5日）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000017zyd-img/2r9852000018c11.pdf>> お薬手帳とは、処方された医薬品の名前や飲む量、回数などの記録（薬歴）を残すための手帳のこと。患者に対する薬剤に係る情報の提供を推進するため、薬局にて薬剤の名称や副作用等の情報を「お薬手帳」へ記載することを、平成12年4月から診療報酬として評価している。（「資料6 お薬手帳について」<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iry-oujyouhou/dai8/siryoku6.pdf>>（高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 第8回医療情報化に関するタスクフォース（2011.2.28.））

(49) 厚生労働省医薬食品局総務課「平成23年東北地方太平洋沖地震における処方箋医薬品の取扱いについて（医療機関及び薬局への周知依頼）」（各都道府県・保健所設置市・特別区衛生主管部（局）あて事務連絡 平成23年3月12日）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000015nw2-img/2r9852000015nxq.pdf>>

(50) 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。

(51) 「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倍ペースと報道された（「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.）。

(52) 新福尚隆「自然災害 阪神・淡路大震災被災者の長期的健康被害」『精神医学』48(3), 2006.3, pp.247-254.

(53) 「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。

(54) 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。

労働省は健康管理方法（低体温症対策、水分補給、食事等）の情報提供に努めた。衛生管理としては、夏には熱中症予防対策と害虫対策が、冬には仮設住宅での防寒対策が求められた。

(2) 慢性疾患 ー人工透析、生活習慣病、在宅医療ー

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⁽⁵⁵⁾。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⁽⁵⁶⁾。

(3) 要介護度の悪化 ー生活不活発病ー

避難所で暮らす被災者には高齢者が多く⁽⁵⁷⁾、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る⁽⁵⁸⁾。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⁽⁵⁹⁾で受け入れることとされていたが、事前の指定は十分ではなかった。グループホーム型の福祉仮設住宅の整備が進んだ⁽⁶⁰⁾一方で、訪問介護サービスの停止により自宅で生活する人の状態悪化が報告されている⁽⁶¹⁾。医療施設に比べて介護施設の復興が遅れがち⁽⁶²⁾な中、被災地での要介護認定の申請が急増している⁽⁶³⁾。

(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」の派遣等が続けられている⁽⁶⁴⁾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、死体検案が膨大な作業となり、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。⁽⁶⁵⁾

55) 「厚生労働省防災業務計画」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、対策の必要な個別疾患として明記されている。

56) 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.

57) 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（65歳以上人口割合）は44%にのぼったという（「行政・地域・NPOが連携」『日本経済新聞』2011.4.27.夕刊.）。

58) 厚生労働省は避難所で予防策をとるよう要請した。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」（各都道府県介護保険主管部局あて事務連絡 平成23年3月29日）（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000016tyb-img/2r98520000016w0j.pdf>）

59) 中川秀空「東日本大震災における被災者の生活支援制度の現状と課題」『調査資料 東日本大震災への政策対応と諸課題』2012.3. pp.5-19.参照。

60) 「「福祉仮設」入居で一息 仙台で認知症高齢者ら共同生活 福祉仮設 被災3県で38か所 「阪神」で制度化、整備進む」『日本経済新聞』2011.8.31.夕刊.

61) 「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.

62) 「介護施設 進まぬ再開 定員オーバー、転出も打診」『朝日新聞』2011.12.24.

63) 「被災地 要介護申請急増 避難高齢者心身に衰え」『読売新聞』2011.11.30.

64) 学校での取組については、江澤和雄「災害後の児童生徒の心のケア」『レファレンス』732号, 2012.1. pp.35-62. 参照。

65) 「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.

3 被災者支援と医療の再建

(1) 医療費の負担軽減

緊急時の災害医療は、避難所等での医療も含め、災害救助法（昭和22年法律第118号）に基づき費用が賄われる。法に定められた救助の費用は、原則として各都道府県が負担（法37条に定めた災害救助基金の積立て）し、都道府県の財政力に応じて国が負担するため、患者負担はない。診療所等での受診については、震災当日から厚生労働省は、被保険者証等なしでの受診を可能とし、被災状況により医療費自己負担の減免を認め、保険者に保険料の減免・猶予等を求め、そのための財政支援を行うなどした（表4参照）。

表4 費用負担軽減と財政支援

被災者の費用負担軽減	
<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者証、公費負担医療の手帳等なしで受診可。(原則として、7月より通常通り保険証等提示が必要) ・保険料支払い減免、徴収猶予可 ・患者の一部負担金等の減免（原則として、7月より免除証明書が必要） <ul style="list-style-type: none"> ※ 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 	
保険者への財政支援	
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の一部負担金等と保険料の減免等について、保険者へ財政支援 <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険、後期高齢者医療制度、協会けんぽ（全国健康保険協会）：10割の財政支援 健康保険組合、船員保険：8割の財政支援 	

(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) 復旧のための国庫補助等

病院の被害状況は表5のとおりであるが、医療施設再建のため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が主たる対象で、それ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課題として指摘されていた⁽⁶⁶⁾。

表5 東日本大震災における病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況			
		全壊		一部損壊	
岩手県	94	3	3%	59	63%
宮城県	147	5	3%	123	84%
福島県	139	2	1%	108	78%
計	380	10	3%	290	76%

(7月1日時点:厚生労働省医政局指導課調べ)

(注) 全壊及び一部損壊の範囲は、県の判断による。「一部損壊」には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。一部確認中の病院がある。

(出典) 厚生労働省医政局「第1回災害医療のあり方に関する検討会 資料1」2011.7.13, p.2.

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j51m-att/2r9852000001j5fs.pdf>)をもとに、筆者作成。

⁽⁶⁶⁾ 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。

医療機関のうち感染症指定医療機関は、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、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。「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（東日本大震災財特法）」（平成23年法律第40号）により、公的医療機関⁽⁶⁷⁾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の国庫補助が規定された⁽⁶⁸⁾。

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」⁽⁶⁹⁾により、患者の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⁽⁷⁰⁾が行われる。

また岩手、宮城、福島の前3県については、地域医療再生臨時特例交付金⁽⁷¹⁾の交付額が、交付要綱に定める上限である120億円まで、直ちに確保された⁽⁷²⁾。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、前倒しで交付された⁽⁷³⁾。

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等を対象として、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、優遇措置を行った⁽⁷⁴⁾。

(3) 復興支援予算と復興特区

被災地の復興に向けて、平成23年度本予算に始まり、第1次補正予算と東日本大震災財特法の成立（5月2日）、第2次補正予算の成立（7月5日）が続いた。被災者の生活支援などに重点を置いた第1次、第2次に対し、第3次補正予算は東日本大震災復興構想会議「復興への提言～悲惨のなかの希望～」（6月25日）を礎に、インフラ開発など中長期の復興事業を主体とす

67) 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。

68) 厚生労働省「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（厚生労働省関係）」〈http://www.mhlw.go.jp/shinsai_jouhou/houritu_jyosei.html〉；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/2r985200001amjd.html>〉「フェーズ2（第2段階）関係施策の概要」p.21. 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001amjd-img/2r985200001amo0.pdf>〉

69) 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」（健政発第786号 平成5年12月15日）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）。

70) 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」（厚生労働省発医政第0330004号 平成21年3月30日）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。

71) 「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」（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。

72) 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」（医政発0415第1号 平成23年4月15日）

73) 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」（医政発0428第16号 平成23年4月28日）

74) 融資率や貸付限度額の引上げ、据置期間の延長、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。被災事業者の既存貸付については返済を猶予する。（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〉）

るものとなることが期待され、10月に審議入りし、11月に成立した。

補正予算の医療・介護関係は、次のとおりである。第1次補正予算は、医療・介護・障害福祉の利用料負担・保険料軽減措置に1142億円、仮設診療所等の整備に14億円、医療施設等の災害復旧に906億円、保健衛生施設等の災害復旧に13億円、社会福祉施設等の災害復旧に815億円、福祉医療機構による医療施設・社会福祉施設等に対する融資に100億円が計上された。第3次補正予算では、地域医療提供体制の再構築に720億円、地域包括ケアの再構築に119億円、東北発の革新的医療機器創出・開発促進事業の実施に43億円、被災者の健康の確保に29億円、被災者の心のケアに28億円が計上され、その他、被災施設の災害復旧等（1次補正の追加財政措置等）、医療施設等の防災対策の推進（医療施設耐震化基金の積み増し（全国）等）で216億円が計上された。東日本大震災復興交付金（1兆6000万円）には、医療施設耐震化事業、介護基盤復興まちづくり整備事業等も含まれている。

12月7日には、東日本大震災復興特別区域法（平成23年法律第122号）が成立した。復興推進計画による規制・手続に関する特例のうち医療関連としては、「医療機器製造販売業等の認可基準の緩和」、「医療機関・介護施設等に係る基準等の特例」、「被災地の薬局等の構造設備基準の特例」が掲げられた。具体的な構想としては、革新的な医療機器の開発促進、医療機器製造拠点の誘致を行う「東北発医療機器等開発復興特区構想」、地域ネットワークを強化して医療施設への医師等の配置基準を緩和する「被災地における医療・介護確保のための特区」、「被災地の薬局等の構造設備に関する規制の緩和（省令事項）」が、厚生労働省より示された⁽⁷⁵⁾。

(4) 診療報酬における被災地の医療施設への配慮

医療施設の職員配置や入院日数等が要件を満たさないと診療報酬が減らされるため、そうならないように、被災地の事情に配慮して、診療報酬の要件緩和が実施された。診療報酬について検討する中央社会保険医療協議会（中医協）は、8月1日から3日まで岩手、宮城、福島 の3県を訪問し、被災地の医療関係者や自治体等からの意見聴取、仮設診療所、仮設住宅、避難所などの視察を行い、8月24日の中医協総会で診療報酬の要件緩和を決定した。震災後の医師・看護職員の不足、医療施設の不足、カルテの亡失等を考慮し、人員や平均在院日数等の要件が緩和され、また、被災した医療機関等が外来診療を休止しても入院や在宅医療は継続できるよう、医療施設等の要件緩和が行われた⁽⁷⁶⁾。次いで10月21日の中医協総会では、東日本大震災の被災地への対応として、「入院180日超え問題」への対応と「被災地における診療報酬加算」が検討された。前者は、入院期間が180日を超えると入院基本料が15%減額される仕組みにつ

(75) 東日本大震災復興対策本部事務局「東日本大震災復興特別区域法資料」2011.12, p.12. <http://www.reconstruction.go.jp/topics/tokku_shiryoku.pdf>；厚生労働省復興対策本部「東日本大震災復興特別区域法（厚生労働省関係部分）について」2011.12.26. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001yywf.html>>

(76) 平成23年度末までの緩和が9月6日に通知された。具体的な内容は次のとおり。①入院診療関連（看護職員の不足に対する措置、退院の受け皿となる後方病床の不足に対する措置、保険医療機関の全壊等に伴う入院機能の移転に対する措置）、②外来診療関連（大臣告示「東日本大震災に伴う療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の特例を定める件（厚生労働省告示第318号）」改正の9月12日からの適用）、③在宅医療関連（在宅訪問診療科における算定回数の緩和措置、在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費の算定回数の緩和措置、在宅医療のみを行う保険医療機関の指定）、④歯科診療（カルテの滅失等に伴うクラウン・ブリッジ維持管理の対象部位の治療の際の措置）。⑤新薬処方日数上限（14日）の緩和。厚生労働省保険局医務課「東日本大震災に関連する診療報酬の取扱いについて」（保医発0906第6号 平成23年9月6日）<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001o8s4.html>>；「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置①②」『週刊社会保障』2645号, 2011.9.19, p.62; 2646号, 2011.9.26, p.62等; 平成24年2月10日の中医協総会で、年度末までの被災地特例を平成24年9月末まで延長することを決めた。「中医協 被災地の特例、9月まで延長」『医療介護CBニュース』2012.2.10.

いて、「転院先となる後方病床がない」、「自宅が流されて帰れない」などの場合は入院基本料を減額しないこととした。後者については、地域加算や離島加算に類する加算制度を被災地において実施すべきかどうか検討されたが、患者負担が増加することや被災地支援を診療報酬の点数で行うことは不適切との見解が出され、行われないことになった⁽⁷⁷⁾。

(5) 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が不足がちで、いったん働き場を失うと、圏外に流出して戻ってこない可能性が高く、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⁽⁷⁸⁾。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が求められる。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、緊急時避難準備区域の解除を受け、平成23年10月に福島県東部の相双地域保健福祉事務所（南相馬市、相馬市、相馬郡、双葉郡の2市7町3村を所管）内に、医療従事者の確保を支援するための「厚生労働省相双地域医療従事者確保支援センター」が設置された⁽⁷⁹⁾。さらに同センターは、平成24年1月27日に「相双地域等医療・福祉復興支援センター」に改組され、相双地区といわき市の医療機関や福祉施設の人材確保などを支援する体制が整備された⁽⁸⁰⁾。

Ⅲ 被災地における医療の復興

1 被災前の3県の状況

津波被害の激しい沿岸部は、わが国でもっとも少子高齢化が進み、既に人口減少が始まっている地域である。高齢化率（65歳以上人口割合）は岩手県27.2%、宮城県22.3%、福島県25.0%だが、岩手と宮城の沿岸部市町村では30%以上も珍しくない⁽⁸¹⁾。全国平均値は現在23%で、30%を超えるのは2025年と推計されている。被災地は15年先の日本全体の姿である（表6参照）。

また、被災地はかねてより医療過疎が指摘されていた地域でもある。東北地方は公立病院（岩手県は県立病院、宮城県は市町村立病院）が基幹的な拠点病院となっているものの、人口10万人対医師数（常勤換算）は全国平均152.6人に対して岩手県141.6人、宮城県135.3人、福島県124.7人であり、病床100床当たり医師数（常勤換算値）も、全国平均12.3人に対して岩手県は10.2人、宮城県12.0人、福島県9.0人である⁽⁸²⁾。特に岩手県は全国で北海道に次ぐ広さを誇る上、奥羽山

(77) 「東日本大震災に伴う厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第2条第7号に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある者の特例を定める件」（平成23年11月15日厚生労働省告示第433号）；「東日本大震災被災地への診療報酬の加算は見送り」『週刊社会保障』2651号、2011.10.31、p.10。

(78) 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』5811号、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。

(79) 「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；厚生労働省〈報道・広報〉報道発表資料〉2011年10月〈「厚生労働省相双地域医療従事者確保支援センターの設置について」2011.10.4。〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001qg6f.html>〉

(80) 厚生労働省〈報道・広報〉報道発表資料〉2012年1月〈「厚生労働省 相双地域等医療・福祉復興支援センターの設置について」2012.1.27。〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000218dr.html>〉；「福祉復興支援センター設置＝厚生省」『時事ドットコム』2012.1.27。〈http://www.jiji.com/jc/c?g=soc_30&k=2012012700457〉

(81) 平成22年国勢調査）人口等基本集計結果（岩手県、宮城県及び福島県）（平成23年7月27日公表）〈<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/gaiyou.pdf>〉 岩手県は宮古市と大船渡市30.9%、大槌町32.4%、山田町31.8%、陸前高田市34.9%、釜石市34.8%。宮城県は気仙沼市30.8%、南三陸町30.1%、女川町33.5%、山元町31.6%。

(82) 厚生労働省〈統計情報・白書〉各種統計調査結果〉厚生労働統計一覧〉保健衛生〉医療施設調査・病院報告〉結果の

表 6 被災 3 県の総人口と人口高齢化

	2010年			2025年（推計）		
	人口 (人)	65歳以上人口 (人)	高齢化率	人口 (人)	65歳以上人口 (人)	高齢化率
全国	128,057,352	29,246,000	23.0%	119,270,000	36,354,000	30.5%
岩手県	1,330,000	360,000	27.2%	1,171,000	410,000	35.0%
宮城県	2,348,000	521,000	22.3%	2,158,000	663,000	30.7%
福島県	2,029,000	504,000	25.0%	1,821,000	599,000	32.9%

(出典) 総務省統計局『平成22年国勢調査』; 国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)』をもとに、筆者作成。

脈と北上山地が南北に走り、リアス式の三陸海岸が集落間の移動を難しくしている。

2 岩手県の復興計画

死者・行方不明者6,000人⁽⁸³⁾を数えた岩手県(人口133万人)は、4月11日に「東日本大震災津波復興委員会」が、5月18日には「岩手県復興に向けた医療分野専門家会議」(県医師会長、県歯科医師会長、岩手医大学長等)が、初会合を開催した。地元に着した検討メンバーにより、被災3県では最も早く、8月に復興基本計画(2011~18年度)と復興実施計画第1期(2011~13年度)が策定された⁽⁸⁴⁾。その内容は、次のとおりである。

基盤復興期間と位置付けられた第1期では、「災害に強く、質の高い保健・医療・福祉提供体制の整備」「健康の維持・増進、こころのケアの推進や要保護児童等への支援」を実施し、被災地における応急的な医療提供体制(仮設診療所・仮設歯科診療所、歯科巡回診療車)の整備のために、施設修繕・機材再取得等の応急的な診療再開に要する経費の補助や、被災医師等へ貸し付ける仮設診療所設備の取得を、県が行う(被災地医療確保対策事業)。また救急医療体制の高度化のため、岩手医科大学を中心に平成24年度からドクターヘリの運航を実施する⁽⁸⁵⁾。

医療施設の復旧・仮設については、国が第1次補正予算に基づいて行う100%補助事業(病院3か所、診療所15か所、歯科診療所18か所、巡回歯科診療車)と、補助率2/3~1/2の補助金事業(対象は県立病院等20か所、市町村立病院等15か所、日赤等2か所、病院群輪番制病院13か所、在宅当番医制診療所65か所)のほか、国の対象とならない被災施設に対して、地域医療再生基金として前倒し交付された15億円で県独自の支援策を行う⁽⁸⁶⁾。

さらに中・長期的な取組の具体化に向けて、「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整備」が謳われ、「地域の関係機関の機能を最大化するための「遠隔医療」導入等によるネットワーク再構築」、「高齢者等の要援護者が地域で安心して

概要)平成22年(2010)医療施設(動態)調査・病院報告の概況<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/>>; 「統計表17、統計表18」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/03_toukei.pdf>

⁽⁸³⁾ 岩手県の被害状況については、住民の13人に1人を失った陸前高田市(死者・行方不明者1,849人、平成24年1月27日現在)以下、ほとんどすべてが沿岸地域の被害である。(いわて防災情報ポータル<<http://www.pref.iwate.jp/~bousai/>> 岩手県総務部総合防災室「東北地方太平洋沖地震に係る人的被害・建物被害状況一覧(平成24年1月27日17:00時点)」<<http://www.pref.iwate.jp/~bousai/taioujoukyou/201201271700jintekihigai.pdf>>)

⁽⁸⁴⁾ 岩手県「東日本大震災津波復興計画 復興基本計画・復興実施計画(第1期)の策定について」<http://www.pref.iwate.jp/~hp0212/fukkou_net/fukkoukeikaku.html>

⁽⁸⁵⁾ 「資料No.1 復興基本計画(抜粋)」pp.19,20。(「第4回岩手県復興に向けた医療分野専門家会議の開催結果」2011.10.28.<<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?cd=35088>>)

⁽⁸⁶⁾ 「資料No.2 災医療提供施設の復旧・復興支援に係る取組みについて」(前掲注⁽⁸⁵⁾)

生活できる保健・医療・福祉の連携による地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている⁽⁸⁷⁾。

震災前から自治体医療施設が中心となって地域ネットワーク形成に取り組んでいた岩手県では、多くの医師が被災後も元の地域での医院の再建を目指している⁽⁸⁸⁾。沿岸部の市町村では、被災後半年（9月1日現在）で、13の被災病院は仮設3か所を含みすべて再開しており、被災診療所52か所の7割以上（38か所、うち仮設17）が再開、歯科診療所も被災した60か所の6割が既に再開（36か所、うち仮設15）、調剤薬局は被災52か所のうち6割以上（32か所、うち仮設18）が再開していた⁽⁸⁹⁾。

3 宮城県の復興計画

死者・行方不明者が1万1000人を超えた宮城県（人口235万人）では、医療施設については震災後半年の時点（9月11日）で、石巻保健所管内では診療再開した施設が8割を超え、最大の被災地である気仙沼保健所管内でも7割近くが再開した⁽⁹⁰⁾。

宮城県震災復興計画については、委員に県外者を多数迎えた震災復興会議⁽⁹¹⁾による原案が、10月18日に県議会で可決された⁽⁹²⁾。計画は2011年度から2020年度までの10年間で復旧期（3年）、再生期（4年）、発展期（3年）に区分し、「復旧期」と位置づけた2013年度までの実施計画については、平成23年度内に策定する予定である。医療については、東北大学医学部長、宮城県医師会長等、地元の関係者が一堂に会した宮城県地域医療復興検討会議⁽⁹³⁾で5月から検討が続けられ、9月に「地域医療復興の方向性について」⁽⁹⁴⁾が策定された。ここでは、短期的課題として、避難所や仮設住宅における生活の長期化に対応した医療活動、医療従事者の雇用確保と流出防止対策、医療機関の早期再開に向けた対策が掲げられ、中・長期的課題として、自治体病院等の統合・再編等による医療資源の再配置（集約化、機能分化等）、地域医療連携体制の構築・強化、医療人材確保に向けた対策が掲げられた。

宮城県の復興計画も、保健医療に関する主な事業として「医療施設等災害復旧支援事業、被災地の診療確保事業（仮設診療所整備）、医療従事者確保・流出防止支援事業」等を掲げている。

87 「資料No.3-1 災害に強く、質の高い保健・医療・福祉提供体制の整備～岩手県東日本大震災津波復興計画に基づく中・長期的な取組の具体化に向けて～」(前掲注85) 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、税と社会保障一体改革でも主な改革項目として掲げられた。

88 「再生・被災地の医療（下）仮設医院で診療再開」『東京新聞』2011.9.28。

89 前掲注86: 復興実施計画に盛り込まれた「保健・医療・福祉」分野50事業のうち年度内着手予定は47事業であったが、9月末現在で40事業（85.1%）が着手済である。その中に仮設診療所22か所の設置・診療再開と沿岸7市町村への「震災こころの相談室」設置が含まれる。「第7回岩手県東日本大震災津波復興委員会概要」2011.10.20。〈http://www.pref.iwate.jp/~hp0212/fukkou_net/iinkai_07_01.html〉; 「資料3 復興実施計画の着手状況について」p.2。〈http://www.pref.iwate.jp/~hp0212/fukkou_net/pdf_doc/iinkai_07_01_3_1.pdf〉

90 宮城県〉震災被害情報 〈<http://www.pref.miyagi.jp/kikitaisaku/higasinihondaisinsai/higaizyoukyou.htm>〉 「宮城県沿岸部（気仙沼・石巻医療圏）の医療機関再開状況・宮城県内休廃止数の状況（平成24年1月11日現在）」 〈<http://www.pref.miyagi.jp/iryuu/H23jishin/saikaiyoukyou2012111.pdf>〉 再開割合は、その後、ほとんど増えていない。〈<http://www.pref.iwate.jp/~bousai/taioujoukyou/201201271700jintekihigai.pdf>〉

91 宮城県震災復興政策課〉宮城県震災復興会議 〈http://www.pref.miyagi.jp/seisaku/sinnsaifukkoukaigi/sinsaifukkoukaigi_top.html〉

92 「宮城県復興計画を可決 県議会、10年間で342事業実施」『河北新報KOLnet』2011.10.19; 「宮城県震災復興計画」 〈<http://www.pref.miyagi.jp/seisaku/sinsaihukkou/keikaku/index.htm>〉

93 「宮城県地域医療復興検討会議」は全体会議、WG、3地域部会（気仙沼、南三陸、石巻）で組織し、地域ごとの医療機関のあり方、医師・看護師の確保対策を検討。（宮城県 組織別案内）医療整備課〉平成23年東北地方太平洋沖地震関連情報 〈<http://www.pref.miyagi.jp/iryuu/H23jishin/iryuu.htm>〉

94 宮城県「地域医療復興の方向性について」（平成23年9月） 〈<http://www.pref.miyagi.jp/iryuu/KIKAKUSUISHIN/fukkoukentakoukaigi/tiikiyouhukkounohoukousei.pdf>〉

復旧期は、地域医療機能の回復を最優先し、かつ新たな地域医療像を示す段階と位置づけ、具体的には、①被災者の健康支援として、看護職員、歯科医師、栄養士、リハビリテーション専門職等による相談や支援を行い、②ハード・ソフト両面の医療提供体制を整備し（仮設診療所、薬局、医療施設等の災害復旧・耐震化、大規模災害時医療救護体制整備、救急医療情報センター運営、医療従事者確保・流出防止支援事業、宮城県ドクターバンク事業）、③情報通信技術（ICT）を活用した地域医療連携システムを構築して保健・医療・福祉（病院、診療所、福祉施設、在宅サービス事業者等）の連携強化や情報共有に努める、としている。

被災医療機関の復旧支援については、岩手県と同様、公的補助金の対象とならない民間医療機関への補助財源の手当てを行う。具体的には、「地域医療再生臨時特例交付金」のうち前倒し交付された15億円を、二次救急病院、災害拠点病院、県薬剤師会営業薬局等や、全壊（全損）民間医療機関、沿岸部の半壊民間医療機関の再建（再開）の費用（被害額）の一部補助に充てるというものである。

4 福島県の復興計画

福島県は原発事故により、他県とは異なる課題を抱えた。復興計画の策定も被災3県の中ではもっとも時間がかかり、具体的な取組みの盛り込まれた復興計画が平成23年12月末に発表された⁽⁹⁵⁾。被ばくによる健康被害への対処と、他県や近郊自治体への多数の避難者への配慮⁽⁹⁶⁾が、福島県の復興計画の特徴である。

福島県復興計画（第1次）では、復興へ向けた重点プロジェクト12が掲げられ、そのうち医療に関連するものは2つある。1つめの「県民の心身の健康を守るプロジェクト」の内容は、①県民の健康の保持・増進、②地域医療の再構築、③最先端医療体制の整備、④被災者等の心のケアで、もう1つの「医療関連産業集積プロジェクト」の内容は、①医療福祉機器産業の集積、②創薬拠点の整備で、雇用の創出をめざすものである。

また、「具体的取組と主要事業」の中で、緊急的対応と位置づけられた「応急的復旧・生活再建支援・市町村の復興支援」には、医療に直接関係するものとして、①医療提供体制の回復、②被災者の心身の健康の保持、③県民の健康管理、等が提示されている。

医療提供体制については、「医師や医療従事者の確保と医療機関の機能回復、浜通り地方⁽⁹⁷⁾の医療体制の早急な復旧」を取組内容とし、具体的な事業については、地域医療支援センター運営事業、仮設診療所等整備事業、医療施設災害復旧事業、ふくしま医療人材確保事業、ナースバンク事業、看護職員等緊急確保対策事業、薬剤師の確保と薬局機能の回復を支援するための事業、地域医療提供体制の再構築が掲げられている。計画期間は平成23～32年度の10年という長期間を想定している。

(95) 福島県 〉 組織別 〉 企画調整部 〉 復興・総合計画課 〉 福島県復興計画 〉 福島県復興計画策定 〈http://www.cms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=26842〉 ; 「福島県復興計画（第1次）」2011.12. 〈<http://www.cms.pref.fukushima.jp/download/1/fukkoukeikaku01.pdf>〉

(96) 福島県 〉 組織別 〉 知事直轄 〉 広報課 〉 東日本大震災関連情報 〉 避難者・被災者の皆さまへ 〉 避難所の皆さまへ（生活支援情報） 〈http://www.cms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=23859〉 ; 「避難された皆様へ（生活支援情報）（第34報）」2012.1.20.更新 〈http://www.pref.fukushima.jp/j/hinanjo_jouhou0120.pdf〉 ; 「福島県から県外への避難状況」2012.1.23. 〈<http://www.pref.fukushima.jp/j/kengaihinanuchiwake0112.pdf>〉

(97) 福島県は、南から北へつらなる阿武隈高地と奥羽山脈によって、会津・中通り・浜通りの3つの地方に分けられる。避難指示区域を含む太平洋側の浜通りは、復興計画において、北から相馬エリア、双葉エリア、いわきエリアとして、地域別の取組が提示されている。（「福島県復興計画（第1次）」前掲注⁽⁹⁵⁾, p.109.）

被災者の心身の健康の保持については、「仮設住宅への診療所や居宅介護サービス提供施設の設置、心のケア、健康管理」を取組内容とし、具体的な事業として、仮設診療所等整備事業に加えて、高齢者等サポート拠点整備事業、震災遺児等家庭相談支援事業、仮設住宅等の被災者に対する健康支援活動、被災女性のための相談支援事業が掲げられている。

多数の県内避難者（相馬エリアに約17,000人、いわき市に約20,000人、中通りエリアに約43,000人、会津エリアに約7,500人）が暮らす各地域では、居住人口の急増に対応した公共サービスの提供の観点からも、医療提供体制の再構築が重要である⁽⁹⁸⁾。

県庁所在地の福島市を擁する中通りエリアでは、福島県立医科大学に放射線医学に関する調査研究と最先端治療の拠点を創設するとともに、各地域の医療機関との連携体制の確保を図ることや、医療福祉機器産業の集積や創薬拠点の整備など、医療関連産業を振興する（医療関連産業集積プロジェクト）ことが掲げられている。

IV 災害医療のこれから

1 情報伝達・集約の現実

災害医療については、阪神・淡路大震災後、災害拠点病院、災害派遣医療チーム（DMAT）等が全国的に整備・組織され、東日本大震災においても大きな役割を果たした。しかし、これほど広範な地域が壊滅的な被害を受け、大規模で長期間に及ぶライフライン・物流の断絶が続くことは想定されていなかった。拠点となるべき災害拠点病院や地方自治体（県・市町村）も被災し機能が低下した中で、数か月単位での継続的な医療や介護等の支援が必要とされ、そのための体制構築の必要性が明らかとなった。

厚生労働省防災業務計画は、派遣先も派遣元も都道府県が司令塔となることを想定していたが、患者の広域搬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⁽⁹⁹⁾において、医療情報の伝達の難しさが浮き彫りになった。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。紙のカルテや電子カルテが被災し、慢性患者の病状や服用する医薬品に関する情報も、少なからず失われた。厚生労働省は、被災地の医療現場に対して、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、都道府県を通じて依頼したが、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。JMATの手配した簡便なトリアージカード（赤、黄、白と色分けしたカード）やお薬手帳など、被災者自身による簡易な情報管理が有効だった。被災地への支援を一本化して安定的な医療支援体制を構築するために、4月22日に設立された「被災者健康支援連絡協議会」では、前述のとおり7月6日に医療者派遣システムを立ち上げた⁽¹⁰⁰⁾。医療機関から各県の災害対策本部に提出され、とりまとめられた支援要請情報について、全国の大学等から寄せられた支援提案情

⁽⁹⁸⁾ 「福島県復興計画(3) 地域別の取組」〈http://www.cms.pref.fukushima.jp/download/1/fukkoukeikaku01_regional.pdf〉
いわきエリアの避難者数は記載がなかったため、次の新聞記事による。「双葉郡から避難1万9950人、いわき市、受け入れ限界」『福島民報』2011.11.27. 〈http://www.minpo.jp/pub/topics/jishin2011/2011/11/post_2589.html〉

⁽⁹⁹⁾ 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.drine.jp/>〉ほか）。

⁽¹⁰⁰⁾ 前掲注(42)参照。災害時の医療者派遣にかかる費用（旅費・人件費）については、DMATは災害救助法によって支弁されるが、その後の地域医療支援に関する費用負担については明確になっていなかった。「被災者健康支援連絡協議会」は、8月22日に医療従事者の派遣費用の補助などを求め（「医療者派遣の費用補助など要望へー被災者健康支援連絡協議会」『医療

報の中から適合する候補のマッチングを行っている。

2 災害医療のあり方検討会

被災4か月後の7月13日に、災害医療体制の充実に向けて、厚生労働省「災害医療等のあり方に関する検討会」⁽¹⁰¹⁾の初会合が開催された。検討会では、災害拠点病院の指定要件の見直しや、平成25年度に見直される医療計画の指針への反映などを目標に、災害急性期の災害拠点病院、被災地における医療活動（DMAT）等が論じられた。

災害拠点病院の課題として掲げられたのは、①建物の耐震性、②衛星電話等の災害時の通信手段の確保、③EMIS(広域災害・救急医療情報システム)の接続(電話回線、インターネット回線の断裂により一時接続不能。EMIS未導入の県)、④ライフライン(主に電気、水道)、⑥備蓄(患者・職員を含めた食糧の備蓄、医薬品・衛生材料等の備蓄)であり、DMATの課題としては、①指揮調整機能、②通信体制、③広域医療搬送、④亜急性期活動戦略(1~2週間、病院支援戦略)、⑤ロジスティックサポートの充実、が指摘された⁽¹⁰²⁾。

検討会では4回の会合を経て、10月に報告書がまとめられた。災害拠点病院については、耐震性の強化や、通信網の断絶に備えた衛星電話の配備、食糧や医薬品、燃料の3日分程度の備蓄など、整備基準が引き上げられ、基幹災害拠点病院は病院内のヘリポート整備、救命救急センター指定が基準とされた。DMATについては、指揮調整機能とロジスティックサポートの重視が打ちだされた⁽¹⁰³⁾。今後、健康政策局長通知「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」(平成8年5月10日健政発第451号)の改正と、DMAT検討委員会における「日本DMAT活動要領」改正等の検討が行われる予定である⁽¹⁰⁴⁾。

おわりに

東日本大震災は、高齢化と医療過疎が進む地域を直撃した。これからの日本の医療の最大の課題は、医療の高度化と人口高齢化への対応を、限られた人材と財源で同時に行うことである。住民減が予想される地域では、施設を元通りにしても十分な医療従事者を確保できず、あるいはいずれ患者が減って病院経営が難しくなることが予想される。高度医療の集約化と各地域でのあるべき医療を実現するため、IT活用による遠隔医療、在宅医療・在宅介護と病院機能の連携、地域における医療と介護の連携が求められる。また、地域の復興に向け、医療や介護を地域産業の活性化・雇用創出につなげる構想の実現も期待される。医療の復興がなければ、安心して地域に暮らすことはできず、また暮らしが続けられる地域でなければ、医療崩壊も進行

介護CBニュース』2011.8.22. <<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/35324.html>>)、厚生労働省は地域医療再生基金を活用できるとの通知を発した。(厚生労働省医政局長通知「地域医療再生基金(平成23年度第三次補正予算)の活用について」(医政発1130第6号 平成23年11月30日) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/saiseikikin/dl/111226_07.pdf>)

⁽¹⁰¹⁾ 厚生労働省政策について) 審議会・研究会等) 医政局 災害医療等のあり方に関する検討会「会議資料、議事録」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi110>>

⁽¹⁰²⁾ EMIS(Emergency Medical Information System)については、前掲注(8)参照; 災害医療等のあり方に関する検討会「第1回(平成23年7月13日)」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001j51m.html>>; 同「第2回(平成23年7月27日)」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001khc1.html>>

⁽¹⁰³⁾ 前掲注(9); 「県や市町村にコーディネート機能を 厚労省の災害医療検討会が報告書」『社会保険旬報』2477号, 2011.11.11, p.21.

⁽¹⁰⁴⁾ 「災害医療等のあり方に関する検討会の概要について」(第8回医療計画の見直し等に関する検討会 資料3) 2011.11.16. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vcst-att/2r9852000001vcvy.pdf>>

する。平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定においては、地域医療の再生や医療と介護の連携、在宅医療の充実、地域包括ケアの推進を重視することが決定され⁽¹⁰⁵⁾、小宮山厚生労働大臣は、地域包括ケアシステムの構築について、高齢化している被災地で先取りする形で取り組んでいきたいと語っていた⁽¹⁰⁶⁾。医師配置基準や医療機器製造販売業等の許可基準の緩和を認める復興特区については、岩手県は医療や介護・福祉サービスの確保を目的とした「岩手県保健・医療・福祉復興推進計画」で平成24年2月9日に認定を受けた⁽¹⁰⁷⁾。これらの規制緩和や新たな条件に加えて、各種の負担軽減策や財政支援をばねに、被災地の医療復興が日本の先進的モデルとして実現されることが期待される。

(105) 厚生労働省〈報道・広報〉報道発表資料〉2011年12月〉診療報酬・介護報酬改定等について(2011.12.22.)〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001yvtf.html>〉

(106) 「小宮山洋子厚生労働相インタビュー 地域包括ケア構築、被災地で先取り」『医療介護CBニュース』2012.1.23.

(107) いわて復興ネット>復興実施計画の進捗状況「岩手県保健・医療・福祉復興推進計画の認定について」〈http://www.pref.iwate.jp/~hp0212/fukkou_net/tokku_01_hoken.html〉病院の医師等医療従事者の配置基準の緩和による地域医療確保事業は岩手県全域を実施区域とし、薬局や介護・福祉サービスの確保については被災地沿岸部12市町村を実施区域とした計画である。なお、医師等の配置基準緩和に関する特区申請については、宮城県は平成23年度内に求めるとし、福島県も検討中と報道されている。(2012.2.29.現在)