# 東日本大震災の被災地における医療の復興状況

城西大学経営学部教授 (元 埼玉県職員) 伊 関 友 伸

東日本大震災の被災地3県において、岩手・宮城県は被災した病院の復旧も緩やかに進み、医師も増加傾向にある。しかし、原発事故の影響を受けている福島県は、医師不足が現在も深刻な状況にある。

住民においては、外に出る機会が減少し、コミュニケーションの機会が減少することなどを原因とする「生活不活発病」が問題となっている。「生活不活発病」に対しては、医療者だけでなく、様々な関係者が協力をして問題解決に取り組むことが必要となる。現在、東北地方に医学部の新設が検討されているが、医大の新設により新たな教員の雇用が必要となり、かえって地域の医療を崩壊させる可能性があるなどの批判が存在する

# 1 復興の過程にある地域の医療機関

2011 (平成 23) 年 3 月 11 日 14 時 46 分ごろ、太平洋三陸沖を震源として発生した東日本大震災は、住民の命を守る医療機関にも大きな影響を与えた。公立・公的病院だけを見ても、岩手県では、岩手県立山田病院(60 床)、岩手県立大槌病院(121 床)、岩手県立高田病院(136 床)などが津波の被害を受け、建物が使えない状況に追い込まれた。宮城県では、気仙沼市立本吉病院(38 床)、公立志津川病院(126 床)、石巻市立病院(206 床)、石巻市立雄勝病院(40 床)などが、津波の被害を受けて全壊した。福島県では、福島第1原子力発電所の事故により、福島県立大野病院(150 床)と南相馬市立小高病院(99 床)、公的病院である福島県厚生連双葉厚生病院(260 床)が使用不能となっている。

震災から3年を経過し、被災した医療機関は復興の過程にある。例えば、津波により被災した岩手県立山田・大槌・高田病院は、現在、仮診療所が設置されているが、岩手県医療局は、2013年3月に県立大槌・山田病院、同年8月に高田病院の再建方針を示した。方針は、「被災病院が立地する地域は、いずれも高齢化率が高く、高齢者を中心とした地域医療を提供する必要があることから、引き続き一定程度の病床を確保すること」「地域病院の深刻な医師不足の中で、医師への過重な負担を少しでも軽減する必要があり、県立病院間はもとより、他の医療機関や介護施設等との適切な役割分担と連携の下、良質な医療

を提供していく」とし、県立山田病院・大槌病院については、2016(平成28)年度の開院を目標に1病棟、一般病床で50床程度を整備する。診療科は内科と外科を中心に、これまでの外科診療を維持する。救急機能は診療時間内の一時救急を基本とし、時間外は地域の拠点病院である県立宮古・釜石病院で対応するとしている。県立高田病院も、病床数を50~60床、開院が2017(平成29)年度とする以外は県立山田・大槌病院の同様の方針で再建するとしている1。

2004年の新医師臨床研修制度の導入後、常勤医不足に苦しんでいた地域の医療機能も回復しつつある。岩手県の場合、地域の拠点病院である県立久慈・宮古・釜石・大船渡病院は高台にあり、津波の被害を免れた²。病院機能が維持されたことにより、震災後に医師が県外に退出することはなかった。病院の中には、震災後に大幅に常勤医師数を回復している病院もある。県立宮古病院は、2000年度には50名在籍していた医師が、2010年度には27名まで減少し、医療継続の危機に直面していたが、震災直後に着任した佐藤元昭院長を中心に積極的な医師招へい活動を展開。全国に医師募集を発信したり、岩手医科大から医師派遣を受けた結果、2013年度の常勤医師数は37名まで回復している³。特に、2007年以降、医師が不在となり、病院の最大の弱点であった循環器科の医師が5名勤務するなど、診療体制も充実しつつある⁴。県立宮古病院にとって現在も医師数は決して十分であるとは言えないが、地域の中核病院としての機能を取り戻しつつある。

宮城県においても、石巻市では、東北最大の仮設住宅のある開成・南境仮設住宅群に石巻市立病院開成仮診療所。が設置されているが、2016年を目標に新しい石巻市立病院の再建が計画されている。。市立病院が全壊した石巻市雄勝町では、2011年10月に雄勝診療所が開設され、無医地区が解消されている。。また、南三陸町では、被災後、外来機能を公立南三陸診療所、入院機能を隣の自治体である登米市の旧よねやま病院の病床を借りて運営していたが、2015年度開院を目指して、新たに総合ケアセンターを併設した病床数90床の新病院の建設が計画されている。。

医師の派遣については、東北大学医学部と岩手医科大学が中心となり、東北メディカル・ メガバンク計画<sup>9</sup>が進められており、宮城県・岩手県において大規模ゲノムコーホート研究<sup>10</sup>

<sup>1</sup> 岩手県病院局「被災した県立高田病院の再建方針について」

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> 県立釜石病院は耐震化の問題で震災直後に病棟が使用不可能になったが、耐震補強工事により医療機能を回復している。

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> 岩手日報2013年8月27日「佐藤院長先頭に、医師不足から増員傾向へ 県立宮古病院」

<sup>4</sup> 循環器科の医師不在の時期は、急性心筋梗塞や狭心症などで心臓カテーテル治療が必要な患者は、盛岡市内の病院に 転送せざるを得なかった。2010年には、病院は、窮状につけこんだニセ医師の詐欺にあう被害を受けた。現在は、夜間 などでも緊急時にカテーテル治療を行うことが可能となっている。

<sup>5</sup> 開成仮診療所では、長野県佐久総合病院に勤務していた長純一医師が勤務し、仮設住宅に住む住民向けの在宅医療やプライマリ・ケアを実践し、マスコミなどでも紹介されている。長純一「震災地で地域医療が果たす役割」『治療2014年1月号』南山堂、2014年、87~91頁

<sup>6</sup> 石巻市『石巻市立病院復興基本計画』

<sup>7 2011</sup>年10月6日、三陸河北新報社「雄勝町に待望の診療所 無医地区解消喜び合う 地域代表ら迎え開所式」

<sup>8</sup> 南三陸町『南三陸町病院建設基本計画』

を行うと共に、医療過疎地域に医師の派遣が行われている。2013年4月現在の宮城県内への派遣グループ数は7医療機関に対して9グループ<sup>11</sup>に及んでいる。また、2013年度から気仙沼市立本吉病院と石巻市立病院開成仮診療所においてプライマリ・ケア連合学会認定の後期研修プログラム<sup>12</sup>が立ち上がっている。

徐々にではあるが復興の歩みを進めている岩手・宮城県に対して、福島第一原子力発電 所の事故の影響を受けた福島県の地域医療の復興は、より厳しい状況にある。

#### 岩手 宮城 福島 出典:地方公営企業決算状況調査 地方独立行政法人(病院事業)に関する決算状況調査

# 図 被災地 3 県の公立病院常勤医師数の推移(地方独立行政法人含む)

図は、被災地3県における公立病院の常勤医師数の推移である。震災前から福島県の医師数の減少の幅が大きく、震災後の2011・2012年度も他県の医師が増加傾向にあるのに対して、医師が減少傾向にあることが分かる。実際の現場も、相当数の病院が医師不足に苦しんでいる。看護師などの医療人材も深刻で、少ない医療職員数に対して多くの患者が殺到し、医療崩壊の危機に直面している病院もある。

しかし、福島県内の多くの病院が医師不足に苦しむ中で、医師数が大幅に増加した病院 もある。南相馬市立総合病院(230 床)は、震災前13人いた医師が、原発事故による職員

<sup>9</sup> 東北大学東北メディカル・メガバンク機構機構長山本雅之『東北大学東北メディカル・メガバンク計画の進捗状況について』2013年8月12日

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> 15万人規模のバイオバンクを構築し、ゲノム情報と解析結果を比較することで、薬の副作用の低減や将来なりやすい 病気の予測などの東北発の次世代医療を実現することを目指す。

<sup>□</sup> 岩手県内は4医療機関4グループを派遣。

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> 気仙沼市立本吉病院「家庭医療専門医コース(東北大学連携プログラム)」、石巻市立病院 開成仮診療所「被災地で 家庭医を育てる」

の自主避難により4人にまで減ったが、放射能の影響も落ち着いてくる中で、外部から若手医師たちが応援に入ってくる。ホールボディカウンター(WBC)による住民の内部被曝調査・子どもの尿中セシウム検査や総合診療科の新設による、訪問診療や予防医療の取組みなど、活発に活動を展開する。活動の成果は、国際的な医学専門誌に投稿され、掲載された。若い医師たちの活動が全国に情報発信されたことや福島県立医大・亀田総合病院の支援もあり、南相馬市立総合病院は医師の集まる病院となり、2013年9月の常勤医師は21名に達している。2012年8月には、震災前は指定を受けていなかった「基幹型臨床研修病院」の指定を、協力型臨床研修病院(亀田総合病院)からの全面的な支援が得られることなどを条件として受け、2013年4月からは2名の医師が初期研修を行うなど、教育活動も積極的に行われている13。

また、4月の経営統合直前に原発事故に直面し、病院が帰還困難区域に設定された県立 大野病院とJA 双葉厚生病院は、当面の代替施設として、双葉郡内の低線量地域に新たな 医療施設を整備する方向で検討に入るという動きも出ている<sup>14</sup>。

## 2 広がる「生活不活発病」と保健・医療・福祉の連携の必要性

医療機関は次第に再建されつつあるが、そもそも被災地は、地理的条件が悪く医師不足に苦しんでいた地域である <sup>15</sup>。さらに、福祉施設も被災しており、今後も絶対的に医療・福祉資源が少ない状況は変わらない。効率的に医療・福祉資源を使うことが必要となる。

現在、被災地の仮設住宅等に住む住民の間で問題となっているのが、「生活不活発病」の問題である。被災後に高齢者が多く地域に残る中で、住民に高血圧・高脂血症・糖尿病などの生活習慣病、うつ、アルコール依存症などの精神症状などの「生活不活発病」が増えている 16。震災により、家や庭・畑を失い、外に出る機会が減少する。地域の集まりなど、住民間のコミュニケーションもなくなる。行政が仮設住宅に入居する時に、公平性を保つためにくじ引きで仮設住宅に入る順番を決めることが多かったことは、従来のコミュニティを壊し、住民の孤立を加速させた。

このような医療・福祉資源が不足し、住民の孤立による生活不活発病が発生している状況においては、医療だけで問題を解決しようとしても無理がある。医師だけでなく、保健師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士などの専門職が地域・NPO・企業・行政など様々な関係者と協力をして住民の健康問題の解決に取り組むことが求められる。できるだけ病

<sup>13 「</sup>東日本大震災と地域医療の再生」『公営企業 44(7)』地方財務協会、2012年、13~22頁

<sup>□</sup> 福島民報2013年8月31日『双葉郡に新医療施設 県立大野・双葉厚生病院の代替検討へ』

<sup>5 2</sup>次医療圏別人口千人当たり医療施設従事医師数は、全国平均の2.1人に対し、気仙1.2、釜石1.3、宮古1.1、久慈1.1、 石巻1.4、気仙沼1.1、相双1.1、いわき1.6 (日医総研「二次医療圏別に見た医師不足と医師偏在 (2008年版)」)

<sup>16</sup> m3.com 医療維新『「復興五段階」の三段階まで進展 - 小川彰・岩手医科大学学長に聞く』vol.1、「避難住民の不安軽減と健康管理全般に対応する『よろず健康相談』を発案 国立病院機構災害医療センター臨床研究部小早川義貴医師」『DtoD 12号』総合メディカル株式会社、2013年

気を防ぐ、疾病だけでなく生活の中にある課題そのものについて解決をすることが重要となる。問題解決においては、住民の立場に立ち、丁寧なコミュニケーションを取ることが必要となる。

筆者は、被災地の医療・福祉資源が少なく、地域コミュニティが断絶した姿は、将来のわが国の高齢化の先取りをしていると考えている。これから日本は、都市部を中心に急激な高齢化を迎えることになる。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の都道府県別将来推計人口(平成25年3月推計)」によると、2040年の東京・神奈川・埼玉・千葉の一都三県の75歳以上の高齢者数602万人で、2010年の推計人口から284万人も増加する。急激な高齢者人口の増加により、救急や入院のための病床や医療従事者が不足することは確実である。混乱による社会不安も起きる可能性が高い。

現在行われている被災地の地域医療再生は、将来の都市部の高齢化による医療危機への対応に参考となる。さらに言うならば、日本の高齢化の先は、世界の高齢化がある。世界各国で日本の高齢化を追いかけて高齢化が進む。被災地は、世界の高齢化政策の最先端を走っているとも言える。

### 3 医学部新設問題

2013年10月4日、安倍晋三総理は復興支援策として東北地方への医学部新設を検討するよう、下村博文文部科学相に指示を行った。村井嘉浩宮城県知事が首相官邸を訪れ、「被災地医療を支える人材養成のために必要だ」と要請したことに応えたものであった<sup>17</sup>。同年11月29日、安倍総理の指示を受けて、下村文科相は、特別措置として2015年春に東北地方に医学部を新設する方針を表明する。医学部の新設は、1979年の琉球大学医学部を最後に認められていなかった。入学定員や奨学金に「地域枠」を設け、相当数の卒業生が東北地方にとどまることを想定している<sup>18</sup>。

同年10月18日、安倍総理を本部長とする日本経済再生本部が決定した「国家戦略特区における規制改革事項等の検討方針」においても、「医学部の新設に関する検討」が盛り込まれている。東北地方における医学部新設を契機に、全国で医学部新設が相次ぐ可能性が存在する。

一方、医学部の新設に対して、日本医師会・全国医学部長病院長会議・国立大学医学部長会議・全国自治体病院協議会は、東北地域を含め医学部新設について慎重な対応を求めている。同年9月26日に、全国医学部部長病院長会議は、国家戦略特区における規制緩和の一つに「医学部新設」が盛り込まれたことについて要望書19を公表し、深い憂慮を表

<sup>17</sup> 朝日新聞2013年10月5日「東北に医学部新設、検討を 首相が指示|

<sup>18</sup> 朝日新聞2013年11月29日「東北に医学部、2015年春開学へ 36年ぶり1校新設」

<sup>19</sup> 全国医学部長病院長会議「医学部(医科大学)新設について慎重な対応を求める要望書」

明している。要望書では、医学教育では、医学生1名に臨床教員1名が必要であり、一つの医大の新設で約300~500名の教員となる医師が必要となること。教員の雇用のために病院勤務医を教育教員に振り替える必要が生じ、病院勤務の医師不足を加速させ、医師不足地域の医療を崩壊させる危険性があること。全国の国公私立大学の医学部(80校)では、2008(平成20)年度から医学部の定員増が図られ、2013年度までの6年間で1,416名(1.19倍)が増員されており、この数は約14大学が新設されたのと同じであること。特に被災3県の3大学(福島県立医科大学・東北大学・岩手医科大学)では、従来の定員の52%増の135名が増員されており、1.5校分の医学部の新設を行ったのと同じであること。医学部定員増では地域枠入学制度が整備され、医師不足県である岩手県でも地域枠卒業生が県内医療を担うようになれば、7年後の2020年には厚生労働省の必要医師数を充足することになること。医学部定員増は、医師の知識・技能低下などを招き、国民の求める有能な医師像とかけ離れる危険性があること。医師不足対策で最も重要なことは、医師の地域偏在、診療科間偏在解消であり、実効ある「偏在解消政策」の実施が必要であることを指摘する。

さらに、9月30日には「全国医学部長病院長会議は国家戦略特区での医学部新設に反対する」というメッセージを発表する。メッセージでは、国家戦略特区における「経済成長のために医学教育を行う」という考え方を批判し、「現在、国民が必要としているのは、医療崩壊の主たる原因である地域における医師不足、医師偏在の解決」であり、この問題は、既に地域枠などの既設大学の医学部入学定員の増加によって解決しつつあり、現在必要なことは「これら増加した学生の質を高めるための教育施設・設備さらにはスタッフの充実である」と指摘する。

日本医師会も、9月25日の定例記者会見において全国医学部部長病院長会議と同様の懸念を示している20。被災3県の医療復興にはあらゆる手段を尽くして取り組むべきとして、被災3県の医学部は入学定員増のほか、医師の教育・派遣を通じた地域医療支援に取り組もうとしており、このような動きを国として強力に支援すべきと主張する。具体的には、3県に設置されている地域医療支援センター21の機能強化のほか、①政治主導で、被災地の医学部に医療復興講座を設置するなどにより、大学医学部における役職・身分を保障し、キャリアアップにつなげること、②国が通常の外数で運営費交付金(私学助成金)を全額措置すること、③国がその講座の医師の採用を全面的に支援することなどを提言している。確かに、東北地方の医師数は全国的に見ても少ない状況にある。また、宮城県の場合、人口と経済の規模に対して医科大学が東北大学医学部1校しかなく、東北大学医学部は世

<sup>2013</sup>年9月25日、日本医師会定例記者会見資料「医学部新設について」

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> 厚生労働省のモデル事業として、医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、実働医師を配置して 地域に派遣する組織。

界レベルの研究を行う大学であり、東北地方全体に医師を派遣しているため、宮城県内の病院に医師を十分に派遣できない面がある。実際、宮城県内でも、交通の便の悪い中小の病院の医師不足は深刻である。新しい医大設置に対して東北地方の地方自治体の温度差がある中で、宮城県が医大の新設を推進することも無理がない面がある<sup>22</sup>。

東北地方に医学部を新設する場合は、東北地方の既存の医学部と適切に連携を図ること。 勤務医の引き抜きが起きないように、慎重に教員任用を行うこと。医師養成の目的を立地 条件の悪い地方に勤務する医師の養成、急激に進む高齢化に対応するため総合診療科の医 師の養成を第一とすることが必要であると考える。

そして、医学部新設の議論をする際に思い出すべきは、小泉内閣時代の医療構造改革である。日本医師会や大学医局を既得権者として「悪者」にして改革を進めた結果起きたのが、 医療崩壊であった。インターネット上に書かれた表現であるが、「正義」の反対は「悪」 ではなく、「もう一つの正義」である。相手を悪魔化して、一方的に押し切ることは後で 問題を起こすことが多い。

医学部新設については、地域に必要な医師が勤務するという視点を第一に考えるべきである。医学部新設による経済成長という視点は、医療費の増大や医師の都市偏在を加速させるなどマイナスの問題をはらむものであることに注意すべきである。重要なことは、医療現場の意見に耳を傾けることである。その上で、できるだけトラブルが起きないように漸進的に変革を進めていくことが必要と考える。

# 4 「共感」を広げることの重要性

筆者は、日ごろ、地域医療問題の解決における「共感」の重要性について訴えている。 医療は、人が人に対して行うサービスである。現場で医療を行う医療者がやる気を持って 仕事ができるようにしなければ、良い医療は実現できない。意見対立の中で、とにかく権 力で意思を決定し、人に「強制」すれば良いという考えもある。しかし、それは、どこか に矛盾としわ寄せが起きる可能性が高い。関係者に「共感」がある方が、積極的な行動を 期待できるし、「強制」による「反発」が強すぎると、人々の前向きな行動は期待できない。 地域に関わるすべての関係者が地域医療についてよく学び、コミュニケーションを円滑に して再生に取り組み、「共感」を広げることが重要である。

当然、物事を進めると意見が対立することがある。しかし、地域の医療の将来を考え、現場の意見を聴きながら、行うべきことを徹底的に議論すれば、答えは出てくるものと考える。現状の厳しさを踏まえた、リアルであるが希望のある問題解決に「共感」は生まれると考える。

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> m3.com 医療維新「医学部新設、安倍総理の理解で実現 – 村井嘉浩宮城県知事に聞く◆Vol.1」