

災害対応について

—医療の視点を中心に—

Disaster Correspondence in Hospitals

大坪 宏 至

はじめに

1. 被災状況
 - (1) 被災施設
 - (2) 被災直後の対応
 - (3) 転院先の確保
2. 厚生労働省の対応
3. 災害対応
 - (1) 個別対応
 - (2) 連携対応

おわりに

はじめに

2011年3月11日、東日本大震災が起こったその時、小生は都内で会議中であった。揺れが収まった後、会議は再開され、夕方帰路についた。しかし、電車は止まり、JRの駅は閉鎖され、バスやタクシーは長蛇の列で乗ることもできず、多くの人がそうしたように、何時間もかけて徒歩で帰宅した。夜遅く家に入ると、高い所から物が落ち散乱し、戸棚の食器は乱れていた。今まで経験したことのない地震の恐ろしさを感じた。その後、被災地から届く映像を見て、想像もできない惨状を前に、言葉を失った。津波の襲来で、不幸にして多くの人命が奪われる結果になってしまった。

被災地の惨状を見た直後に考えたのは、病院の入院患者やひとり暮らしの高齢者の安全が確保されたのかどうかということ、被災による救急患者への対応が機能しているのか、ということであった。被災状況を振り返るとともに、大規模災害を視野に入れた医療対応策のあり方について、若干の考察を加えてみたい。

1. 被災状況

1.1 被災施設

医療機関の被害状況については、まず施設数において捉えておきたい。宮城県は他県に比べて最も被害が大きかったといわれる。148病院、1347診療所のうち、全壊は、8病院、62診療所で、それらの施設は沿岸部に位置していたため、津波に飲み込まれてしまった。一部損壊は、31病院、245診療所となっている⁽¹⁾。岩手県では、県保険医協会会員医療機関のうち36施設が全壊もしくは流失した。福島県では、福島第一原子力発電所事故のため、半径30km圏内の病院・診療所は閉鎖され、津波の被害もあつ

た。病院・診療所の他、多数の高齢者施設も津波被害を受けている⁽²⁾。津波により全員が死亡、または行方不明となった施設や、浸水により救助しきれずに犠牲者を出してしまった施設等、深刻な被害が広まってしまった⁽³⁾。

県から地域へと目を向けてみると、石巻市では市立病院が機能不全、75診療所のうち19診療所が津波で流出。南三陸町では1病院・6診療所が全壊。気仙沼市では、7病院中4病院、36診療所中24診療所が流出している。このように、沿岸部を中心に施設数だけみても、被害の大きさは尋常ではない。

1.2 被災直後の対応

次に、医療機関のいくつかについて、個別の被害状況を紹介しておきたい。参考とするのは、日経BP社が行った現地取材によるインタビューである（庄子育子，久保俊介，倉沢正樹（2011））。

法人グループの助けにより、患者と職員への対応をした例として、石巻港湾病院がある⁽⁴⁾。この病院は健育会グループに属しており、3月11日、同グループに災害対策本部が設置された。グループ内の各施設間でテレビ会議システムが導入されていたが、石巻港湾病院だけはつながらず、システムは機能しなかった。14日から15日間で物資は11回輸送され、その中にはヘリコプターでの輸送も1回あった⁽⁵⁾。このケースからわかることは、食料の備蓄庫は1階よりも上階に設けておくこと、物資支援は物資の必要度を状況により判断し、段階的に素早く行うこと、地域を超えたいくつかの病院でグループを作って協力体制を設けておくこと等が、災害時には必要であり、また有効であるという点である。

次に人工透析を扱う診療所での対応をみてみたい。宮城県亘理町の三浦クリニックは、海岸から5.5kmに位置し、津波被害は及ばなかったものの、停電と断水に見舞われた。水と電力が無ければ、人工透析は行えない。13日、たまたま消防署の救急隊員が、消防無線で、公立刈田総合病院で透析患者の受け入れができるとの情報を得て、院長の三浦俊治氏に伝えてくれた。消防署で30人乗りのバスを用意してもらうことができ、14日から刈田総合病院への移送を始めた。このケースから、災害時には事前に構築していたMCA無線などの連絡網が使えなくなる可能性もあり、消防署等の行政機関から施設へ情報伝達をすることが大変重要なこととを感じる。したがって、平常時から行政と医療機関の間の連絡や情報共有を定期的に行うべきであると考えられる。

病院と診療所の対応例を示したが、高齢者施設における対応も紹介しておきたい。仙台市若林区の社会福祉法人杜の里福祉会は、定員150名の特別養護老人ホーム杜の里を運営している。ホーム杜の里は、海岸から2.5kmの場所に位置し、1階が浸水した。入所者の平均要介護度は4.2。寝たきりの入所者をバスタオルにくるんで両側を持ち移動、車いすの入所者もいすごと移動した。すべての入所者を上階に移動して15分後に津波に襲われた。このケースからは、避難訓練の重要性がわかる。職員による入所者の移動が迅速に行えたのは、毎月同様の避難訓練をしていたからである。また、食料の備蓄を2階にしていたのも幸いした。寝たきりや車いすの入所者の多い高齢者施設においては、日頃の移動の訓練の重要性を改めて考えさせられた。

医療機関の中には孤立状態になり、DMAT（災害派遣医療チーム）によるドクター

へりを用いての患者搬送を行った石巻市立病院⁽⁶⁾や、始めから病室を2階に設けてあったため、患者移動もなく、全員を転院することのできた宮城県塩釜市の医療法人関口内科胃腸科病院⁽⁷⁾、近隣住民約100人を受け入れた塩釜市の医療法人寶樹海仙塩総合病院⁽⁸⁾、屋上に逃げて命は助かったものの、津波に飲み込まれてしまった塩釜市の杉山内科胃腸科等、多数の被害が報告されている。各施設の詳細な被害状況の把握と、資金提供も含めた再開のための対策が迅速に講じられることを強く願いたい。

1.3 転院先の確保

被災直後の患者の安全確保は、最優先されるべきであることはいままでもない。いわば、急性期患者対応というべきものである。次の段階として、数日経過した後、収容しきれない患者を退院させ、どこか別の医療機関に受け入れてもらうことになる。この転院先の確保は、亜急性期患者対応ということができる。

ここでは、この対応状況がどうであったのかについて明らかにしたい。参考とするのは、朝日新聞による取材調査である（朝日、2011年5月16日、3面）⁽⁹⁾。

同調査によれば、退院後の患者の受け入れ先探しが難しくなっていると回答した病院は、岩手県で13病院中7病院、宮城県で22病院中14病院、福島県で18病院中7病院、3県全体で53病院中28病院となっている。半数以上の病院で転院先の確保が難しくなっていた。この理由としては、受け入れ病院側や施設には既に患者や入所者や待機者がいることが考えられる。また、患者を自宅に移そうにも、家族が避難所生活をしていたりして、帰れる場所がないという場合もある。仮に遠方に受け入れ先があったとしても、患者や家族は、地元もしくはできるだけ近いところを希望するであろう。したがって、転院先が決まるまでには、さらに長い時間がかかることになる。

患者を転院することができない病院は、継続して入院させておく他はないが、そのために病院の運営にも支障をきたしてきている。病院運営に影響が出ていると回答している病院は、岩手県7、宮城県9、福島県7、3県全体で23となっている。つまりほとんどの病院で影響が出ている。例えば、救急患者を受け入れるベッドが無かったり、寝たきり高齢者の患者が多く、引き受ける家族も行方不明になっていたり、患者と病院の双方にとって、困難な状況が続いている。短期的には、仮設住宅で在宅サー

図表1 被災3県の病院回答

| 回答病院数 () は対象者数 | | | |
|---------------------|------------|------------|------------|
| 3県計 | 岩手 | 宮城 | 福島 |
| 58 (64) | 15 (15) | 24 (26) | 19 (23) |
| 被災者を受け入れている | | | |
| 53 | 13 | 22 | 18 |
| 退院後の行き先の確保が難しくなっている | | | |
| 28 | 7 | 14 | 7 |
| 病院運営に影響が出ている | | | |
| 23 | 7 | 9 | 7 |

(出所)『朝日新聞』朝刊、2011年5月16日、3面。

ビスが受けられるようにする等、患者の行き場の確保を急ぐべきである。中期的には、地元に戻る施設を整備していくべきである。なお、朝日新聞の調査結果は図表1の通りである。

2. 厚生労働省の対応

ここでは、医療機関に対して、厚生労働省がどのように対応したのかをみておきたい。具体的には、一部通知を含む事務連絡として各機関に伝え、被災者の受診の円滑化を図ろうとした。その主な内容について整理しておく。

まず、保険証（被保険者証）についてであるが、被災者の多くは、保険証を紛失、あるいは家に残したまま避難したため、保険証がない者が多数いる。そうした患者への対応として、保険証がなくても受診できるよう指示した。健康保険法及び船員保険法の被保険者及び被扶養者である場合、氏名・生年月日・被保険者が勤務する事業所名・住所・連絡先を患者が申し出、病院はそれら確認事項をカルテに記載することで受診できるようにした。国民健康保険法の被保険者または高齢者の医療確保に関する法律の被保険者の場合も同様である。つまり免許証等も紛失していることがあり得るため、口頭による確認のみとしたわけである。また、有効期限切れの被保険者証を提示された場合でも、提示がない場合と同様、保険による受診を可能とした（厚生労働省 a.b）。

被保険者が公費負担医療を受けていて、窓口でその提示ができない場合でも、保険証のない患者と同様、氏名・生年月日・住所等の申し出により受診できることとした。公費負担医療とは、例えば、以下の法律事業に該当するものをいう。原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、毒ガス障害者救済対策事業、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、特定疾患治療研究事業、肝炎治療特別促進事業、児童福祉法、母子健康法、生活保護法、戦傷病者特別援護法、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律、障害者自立支援法等、である。なお、都道府県域等を超えて避難した者に係る申請地の取り扱いについても、新たに交付申請を認めることにした点は、どの公費負担にも共通している（厚生労働省 c.d）。

労災についても、保険証と同様の扱いがなされた。業務上災害等を受けた傷病労働者等にあつては、所属事業場が倒壊し、再建までの目途が立っていないことから、当該請求書等⁽¹⁰⁾、必要書類の提出がない場合でも、労災病院及び労災保険指定医療機関での受診を可能とした。また、新たに療養の給付等の対象となる者の請求手続きは、傷病労働者の状況確認ができればよいこととした⁽¹¹⁾。事業場の倒壊等により、労災保険給付の請求に係る事業主の証明が受けられない場合でも、事業主証明がないまま請求書を受理する等、緊急措置が講じられた（厚生労働省 e）。

患者の自己負担額、いわゆる一部負担金等の支払いが困難な被保険者については、2つの要件を満たしていれば、猶予することとした。要件の1つは、災害救助法の適用市町村に住所を有していること。ただし、地震発生時には適用市町村に住所を有していたが、地震の発生以後、当該市町村から他の市町村に転出した者も含めている。2つめの要件とは、以下の6項目のいずれかの申し立てをした者であること。

- ① 住家の全半壊、全半焼、またはこれに準ずる被災をした旨。

- ② 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った旨。
- ③ 主たる生計維持者の行方が不明である旨。
- ④ 主たる生計維持者が業務を廃止し、または休止した旨。
- ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない旨。
- ⑥ 原子力災害対策特別措置法（平成11年法律156号）第15条第3項の規定による、非難のための立ち退きまたは屋内への退避に係る内閣総理大臣指示の対象地域であるため避難または退避を行った旨。

これらのうち③の場合は、5月までのうち主たる生計維持者の行方が明らかとなるまでの間に限るとし、当面、①から⑥の猶予は5月末日までの取り扱いとした。ただし、一部負担金を猶予したものの、最終的に保険者において、その患者が一部負担金の免除等の要件に該当しないと判断した場合でも、保険医療機関には請求通りの医療費は支払われ、保険者がその患者に対して差額の返還請求を行うこととした。また、猶予されるべき患者について、一部負担金を受領してしまった場合には、同月中に再度来院した際に返還するが、当該患者の連絡先を突きとめてまで返還する必要はないものとした（厚生労働省 f）。

保険診療及び保険調剤に関する事務連絡もあった。例えば、医療機関または保険薬局の建物が全半壊し、代替する仮設の建物等で、診療や調剤を行う場合について、場所的近接性⁽¹²⁾と、診療体制の継続性が認められれば、保険診療または保険調剤として取り扱えることとした。また、被保険者証、健康保険証等を保険医療機関に提示できなかったこと、及び処方せんの交付を受けた場所の確認ができれば、保険証番号等の記載のない処方せんであっても、保険調剤として扱うことにした。あるいは、交通の遮断等により医師の診療が受けられない場合、主治医との電話等により医師からの処方内容が確認できれば、事後的に処方せんを発行することを条件として、保険調剤として扱うことにした。

なお、処方せんの交付を受けた場所が、救護所、避難所救護センター等、保険医療機関以外の場所であるときは、保険調剤として取り扱えない。同様に日本赤十字社の救護班、DMAT（災害派遣医療チーム）やJMAT（日本医師会による災害医療チーム）等のボランティアによる診療についても、保険診療として取り扱うことはできない。なぜならば、これらの診療や調剤は災害救療法に基づく医療の一環であり、当該診療及び調剤に係る報酬は、救護所の設置主体である区市町村に請求するものだからである。したがって、被災地の保険医療機関の医師等が、各避難所等を自発的に巡回し、診療を行ったとしても、仮に自院の外来患者をそこで診療したとしても、すべて災害救療法適用となるため、区市町村に費用の請求をすることになる（厚生労働省 g）。

被災患者を受け入れたため、医療法上の許可病床数を超過して入院させている医療機関が多数である。それらの入院基本料の算定については、原則として、入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定し、会議室等病院以外に入院した場合であっても、当該患者が入院する病棟の入院基本料を算定することとした。平均在院日数については、当面の間、当該患者を除いての算定となる（厚生労働省 g）。なお、入院患者の一時的な急増や、職員の被災地派遣による一時的な職員不足等は、入院基本料の施設基準を満たさないことにもなるが、変更の届け出は行わなくてもよいことと

し、DPC 対象病院においても同様のこととした（厚生労働省 g）。

以上の他、診療報酬の請求に関して、診療録及びレセプトコンピューター等を滅失、汚損または棄損した医療保険機関、保険薬局または訪問看護ステーションにあっては、診療録等の滅失が関係法令に基づく保存義務違反には当たらないものと解すると同時に（厚生労働省 h）、平成23年3月11日以前の診療等分については概算による請求を行うことができるようにした（厚生労働省 i, j, k）。

訪問看護については、訪問看護指示書に記載された有効期間を超えた場合の訪問看護基本療養費、計画書等を主治医に提出できない場合の訪問看護管理療養費、災害救助法の適用、市町村に所在していたが、避難所や避難先の家庭等で生活している場合の訪問看護療養費、通院による療養が困難な患者で避難所に居住している場合の訪問診療料等は、いずれも算定できることとした（厚生労働省 g）。

処方せん医薬品の取り扱いについては、医師用の受診が困難な場合、また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または授与することを可能とした（厚生労働省 l）。同時に、処方に麻薬処方せんを要する医療用薬、及び向精神薬処方せんを要する向精神薬に関しても、医師等へ連絡し、当該患者に対する施用の指示（麻薬の施用にあっては麻薬施用者からの指示）が確認できる場合に、交付することを可能であるとした（厚生労働省 m）。

以上、厚生労働省による受診に関する事務連絡の主たる内容について振り返ってきたが、いずれも被災直後の被災地での混乱をさけるためには当然の措置である。これらが速やかに各医療機関に対して伝達されたことは評価したい。今後は、一部負担金の支払い猶予の延長や減免も考慮していく必要がある。

3. 災害対応

2度の大地震を教訓として、改めて医療機関における災害対応の重要性を痛感させられた。そもそも医療機関の災害対応の考え方としては、これまでは防災マニュアルを中心とした個別対応が中心であったといえよう。しかしながら、それでは不十分であった。基本的には、個別対応か連携対応なのかという視点と、災害予防というリスクアセスメントの事前対応か、被災時対応というダメージコントロールの事後対応なのかという視点の2つから整理検討すべきであろう。つまり、図表2のように、AからDの4つについての検討が重要となってくる。より厳密には、事後対応は時間経過とともに、急性期対応・亜急性期対応・回復期対応の3段階に分けるべきである。

図表2 リスクマネジメントの考え方

| | 個別 | 連携 |
|----------------------------|----|----|
| 事前 | A | C |
| 事後（急性期） （亜急性期） （回復期） | B | D |

（出所）筆者作成

なお、AはBを想定して考えられ、BはAをもとに行動されるため、両者は密接に関連しており、互いに重なる部分がある。CとDの関係性も同様である。

3.1 個別対応

ここでは図表2に示したAとBについて、重要と思われるいくつかの点について指摘しておきたい。

まず、Aについては、医療機関の設備点検及び準備が中心となってくる。建物構造が免振あるいは耐震構造であることが最初に求められる。そのうえで、動力源、診療関連、並びに患者の安全・移動の確保といった、大きく3つに分けた備えが必要である。

動力源に関しては、自家発電装置の機能、懐中電灯の備え、重油や医療ガスの備蓄量が何日分あるのかの点検を定期的に行っておくべきである。

ペットボトル等の水や食料、毛布等の備蓄量の確認も必要である。今回の震災時のように、患者だけでなく、帰宅できなくなった職員や地域の住民が一時的に留まることを考えた備蓄数を常備するべきであろう。また飲料用水はペットボトルで一時的に対応できるが、透析に必要な水やトイレ用の水等の生活用水も必要となるため、貯水槽の点検及び備蓄量の把握は重要となる。場合によっては井戸水等地下水の使用も有効である。

電力については太陽光パネルの配備も考えておく必要もでてきた。また、電気だけでなく、ガスを用いた空調等、ひとつに偏らず、バランスも考えるべきである。

診療関連では、医薬品・医療材料の備蓄がある。これらの備蓄は効率性の観点から少なくする傾向にあるが、今後はある程度の保管も必要となってくる。医療機器については、被災による破損も多数あり、可能なものに関しては揺れに対する固定も考えておくべきであろう。非常電源等は、診療においても必要不可欠なため、再度の確認をするべきである。電力停止は、電子カルテの停止にも至るため、一定量の紙カルテも備えておいた方がよいだろう。今回の震災ではベッドが不足した病院も多かった。そのため、ベッドに転用できるようなイスを待合室で用いる等、臨時ベッドに転用可能な器具やスペースを確保しておくべきである。通信関係は、災害時には携帯電話は全く機能しなかったため、大きな病院では、衛星電話の利用も有効であろう。また公衆電話の設置も欠かせない。

患者の安全・確保の観点からは、非常食の備蓄は重要であるが、今回のように津波やまた豪雨による浸水を考えた時に、食料備蓄庫や厨房は2階以上に設置することが望ましい。備蓄庫には節水のための使い捨て食器もあるとより便利である。また、停電時には、毛布、石油ストーブ、蓄電式の扇風機等も備えておくべきであろう。災害拠点病院にはヘリポートが整備されているが、それ以外の病院にはないため、近隣のヘリポート（病院以外のものも含め）の場所の確認も必要である。

患者の移動については、通常の避難訓練が有効である。寝たきり患者を迅速にシーツやバスタオルでくるんで運べるようにしておきたい。その他、復旧や再開には多額の費用を要するため、資金調達や内部留保も重要である。

次に、図表2のB、つまり、被災時以降の個別対応について、検討しておきたい。

この点に関しては、災害発生直後からの基本的な活動手順に沿って、整理していくことになる。

災害発生と同時に、災害対策本部を設置する。同本部の組織図をあらかじめ作成しておき、構成員達にも認識させておくべきである。また通信や伝達の手順を日頃から訓練しておく必要がある。本部は、災害の大きさや危険性を把握する。例えば、余震、津波、浸水、近隣の火災等の可能性を探り、緊急避難の必要性を検討・判断することを最優先しなくてはならない。避難の決定がなされた場合、施設外への誘導、上階への移動、屋上避難等を速やかに開始する。避難すべき状況ではないと判断された場合は、施設の被災状況の確認を始める。被災状況は、患者や職員等の人的被害、病室・診療室・医療機器・エレベーター・自動ドア等の物的被災、水・電力・ガス等のライフライン被災まで多岐に亘るため、各部署毎の担当者の役割分担、及び、点検票等を事前に準備しておくことが有効である。ただし、災害の起こる時間帯によっては担当者が不在の場合も想定しておくべきである⁽¹³⁾。

被災状況の把握をした後、診療の維持が可能かどうかを判断し、不可能と判断された場合は、患者の他施設への転送を行う。可能な場合は、医療品・医療材料の確保と調達、ライフライン対応（冷暖房・水・食料等の確保を中心に、通信機器の確保や移動手段も含めて）を行うこととなる⁽¹⁴⁾。同時に、患者受け入れ体制のためのトリアージが求められる。災害時には通常自力で来られる軽症患者、誰かに付き添われてくる中症患者、車等で運ばれてくる重症患者等多数の多様な患者が来院する。そのため、患者の優先順位を明確にするためのタグ（例えば、優先順位を3種類の色分けで区分する等）を用意しておくことよい。そのうえで、順次、患者を受け入れていくことになる。その後亜急性期の段階に入り、入院患者の他院への転送へと移行する。また、初動対応後、一段落したところで、被害状況や復旧に関する状況や、今後の見通しを適宜公開すべきである。これは、各種うわさに惑わされないため、患者や職員を安心させるために情報の一元化として有効である⁽¹⁵⁾。以上の基本的な流れをマニュアルにまとめておくこと安心である。ただし、実際の災害時にはマニュアル通りにいかないことも多いため、今後は、医療機関の規模別のマニュアルに関する研究も進められるべきだと考える。

3.2 連携対応

個別対応に比べ、連携対応についての検討は必ずしも十分であったとはいえない。東日本大震災のような広範囲での大災害では、1施設での対応を超えた連携が必要になってくる。急性期の日本赤十字社による救護班、DMAT（災害派遣医療チーム）、JMAT（日本医師会による災害医療チーム）等の支援、亜急性期の災害医療救護班、自衛隊による支援、そして回復期の心のケアを中心とする精神保健医療班等については、従来通りの対応が可能ないように整備されておくべきである。

東日本大震災では、医師が個人的に現地支援に参加し、ガソリン不足で車を動かさないにもかかわらず、無理に車の手配を要望する等、現地では混乱する場面が多々あったようである。善意での支援を活かすためにも、効率的な支援がなされるような、一元管理システムが必要である。また、支援活動の円滑化のためには、コーディネー

トも重要となってくる。医療救護活動においては、緊急車両の手配や運転、各医療機関との連絡調整、患者の整理や搬送、活動記録の作成と申し送り等、多様で細かい作業が求められる。そこで、救援活動に参加した経験のある事務職員等による事前研修を行う等の準備をしておくべきである。また、派遣医師や事務職員の事前登録制度の整備も検討すべきである。

医療機関相互の連携対応として、事前に整備しておく点がいくつかある。まず、個別対応のところでも前述したが、緊急時の通信方法を確立しておかなければならない。そのうえで、協力できる医療機関相互の体制を事前に協議し、構築しておくことが望ましい。第1段階として、拠点病院と周辺診療所、接骨院等の保険医療機関相互の協力体制である。第2段階として、より広域の病院相互の関係体制が求められる。この点の検討では、各自治体も積極的に加わり、主体的に協議しておくことを強く望みたい。そこでは透析施設の連絡網と協力関係、カルテのデータ共有、転院先の事前協力、患者別の受け入れ対応の役割分担等について話し合っておかなければならない⁽¹⁶⁾。役割分担では、手術が必要な重症患者は赤、応急処置で済む患者は黄、処置不要は緑といった色分けタグを共通化しておくこともスムーズな対応のためには欠かせない。またドクターヘリ等についても共通認識しておくべきだ。

事後対応はこうした事前対応をもとに行われることになるが、地域別の患者数の予測は難しく、偏りも考えられるため、臨機応変の対応も求められることになる。

各医療機関の安全度を高めるため、自治体との連携においては、各施設に発電機を備え、どのようにして非常時に不足しない程度の食料品や物資の確保をするかを協議しておきたい。これまで述べてきた個別対応及び連携対応それぞれの精度をより高めるには、東日本大震災での対応に関する情報を、各医療機関から今後も収集・整理することが求められる。

ところで、これらの対応の大前提として、医療分野では根本的な課題が多数残されていることを忘れてはならない。それらの諸課題については、これまで拙稿で私見を述べてきたところであり本稿では扱わないが、解決を図りながら、対応策を考えていくよう、複合的な検討がなされなければならないことを指摘しておきたい。

おわりに

我が国は1995年の阪神淡路大震災と2011年の東日本大震災という2つの大地震を経験し、今後の災害においては「前例がない」あるいは「想定外」といった常套句を使うことは許されないだろう。大地震の可能性は、首都圏にもあり、関東地方の揺れはそれを実感させる恐怖にもなった。都内鉄道各線は停止し、道路も渋滞、計画停電も味わった。

本稿で主張してきた、個別対応及び連携対応は、そのまま関東地方においても急速に検討を進めるべきである。そのためには、東日本大震災において、関東地方の医療機関がどのように対応したのか、その実態把握を行っておくことは重要である。厚生労働省の対応は、各医療機関の窓口業務の円滑化を図るためのものが中心であった。今後の災害時には、複数の省庁の協力による連携対応が求められる。政府には、そうした連携対応を構築していく行政府としての機能を強く求めたい。また、医療機関に

においても、個別対応のみならず、連携対応の検討を進めるべきである。

【注】

- (1) 宮城県医師会は、県内各都市医師会を通じて、これらの被害状況を報告している。
- (2) 高齢者住宅事業コンサルティング事業を運営するタムラプランニング&オペレーティングによれば、介護老人保健施設11、特別養護老人ホーム23、グループホーム38の施設が津波被害を受けたという。
- (3) 例えば、宮城県三陸町の志津川病院（126床）では、109人の入院患者のうち救助できたのは42人だった。5階建ての4階まで浸水したため避難しきれなかった。また、屋上まで水が届いてしまった石巻市立雄勝病院（40床）では、職員（24人）と患者（40人）の全員が死亡もしくは行方不明となってしまった。
- (4) 同病院は医療法人健育会立の病院で、北海道、東北、関東、東海に6法人6病院を有する健育会病院グループの1つである。
- (5) ヘリコプターのチャーターには、往復で約150万円かかっている。
- (6) 宮城県石巻市の石巻市立病院では150人の入院患者が孤立病院となった。患者の多くは寝たきり高齢者のため、ロープで引き上げる自衛隊のヘリコプターは難しく、ドクターヘリによるピストン搬送を、14、15日の2日間で行っている。ただし、山形市内の病院と電子カルテのデータを共有化していたことで、患者情報は確保することができた。このことから、協力関係のある病院を持つことも必要であろう。
- (7) この診療所は療養ベッド10床をすべて2階においてあったため、1階の浸水にも耐えることができた。院長の関口淳一氏は、患者家族や業者の支援にも助けられたと感謝している。診療では、地域とのつながりが重要といえる。
- (8) 当病院は海岸から2.5kmに位置し、1階は浸水したものの、道路が寸断されたため、近隣住民約100名が避難してきた。このように場合によっては一時的避難所として機能せざるを得ないこともある。
- (9) 朝日新聞は、2011年4月27日から5月10日にかけて、岩手・宮城・福島の3県の病院（一般病床が200床以上）64を対象に、取材調査を行っている。その結果、58病院から回答を得、2011年5月16日の朝刊、3面に掲載している。
- (10) 請求書等とは、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書」（様式5号または様式16号の3）及び「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届」（様式第6号または様式第16号の4）をいう。
- (11) 状況確認とは、氏名、生年月日、住所、事業の名称、事業所の所在地、災害発生日月日、簡単な災害発生状況等について、任意様式で記載することをいう。
- (12) 当該仮設建物と全壊した保険医療機関は比較的近い場所にあるということ。
- (13) 被災状況の確認後の対応として、例えば、人命にかかわる被災か、施設の一部あるいは全体に影響する事態か、直ちに行うべきかどうかといった判断が求められる。
- (14) 東日本大震災では、携帯電話、テレビ会議システム、MAC無線等もつながらなかったことから、複数通信での試みも検討しておくべきだろう。移動では、ガソリン不足や道路寸断等により、最終的には自転車や徒歩、車イスでの移動ということにもなる。ライフライン復旧では、県への状況報告も行い、行政との情報交換も重要となってくる。

- (15)ひとつの例として、神戸市の特定医療法人慈恵会新須磨病院の阪神淡路大震災における「災害ニュース」の発行は参考となる。以下を参照されたい。『医療アドミニストレーター』産労総合研究所，2011年6月，10頁。
- (16)東日本大震災では、一部の病院に患者が殺到し、長期に亘って負担増の状況に陥った。支援が継続しているうちに対応できるが、長期的対応は無理である。したがって、事前に役割分担を決めておくことが効率的である。

【参考文献】

- 『朝日新聞』朝刊，2011年5月16日，3面。
- 厚生労働省 a. 厚生労働省保険局医療課，平成23年3月11日，23日，4月2日事務連絡。
- 厚生労働省 b. 厚生労働省保険局保険課，国民健康保険課，平成23年3月25日事務連絡。
- 厚生労働省 c. 厚生労働省健康局総務課等，平成23年3月11日，31日事務連絡。
- 厚生労働省 d. 厚生労働省健康局疾病対策課等，平成23年3月18日，23日事務連絡。
- 厚生労働省 e. 労働省労働基準局労災補償課長，平成23年3月11日基勞補発03119号，3月14日基発 0330第13号。
- 厚生労働省 f. 厚生労働省保険局医療課等，平成23年3月15日，18日，23日，4月2日事務連絡。
- 厚生労働省 g. 厚生労働省保険局医療課・老健局老人保健課，平成23年3月15日，4月1日，8日事務連絡。
- 厚生労働省 h. 厚生労働省医政局，医薬食品局，保険局，平成23年3月11日事務連絡。
- 厚生労働省 i. 厚生労働省保険局医療課・老健局老人保健課，平成23年3月15日，29日，4月1日事務連絡。
- 厚生労働省 j. 厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室，平成23年3月30日事務連絡。
- 厚生労働省 k. 厚生労働省医政局長，平成23年3月31日事務連絡。
- 厚生労働省 l. 厚生労働省医薬食品局総務課，平成23年3月12日事務連絡。
- 厚生労働省 m. 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課，平成23年3月14日事務連絡。
- 澤田勝寛（2011）「教訓から学ぶ災害対策—対応策は普段の備えしかない—」『医療アドミニストレーター』第2巻第15号，産労総合研究所，pp. 5-11.
- 産労総合研究所附属医療経営情報研究所（2011）『東日本大震災における医療機関向け事務連絡（厚生労働省）Q&A集』
- 庄司育子，久保俊介，倉沢正樹「特別リポート」『日経ヘルスケア』日経 BP 社，2011年5月，pp. 21-29.

(2011年9月15日受理)