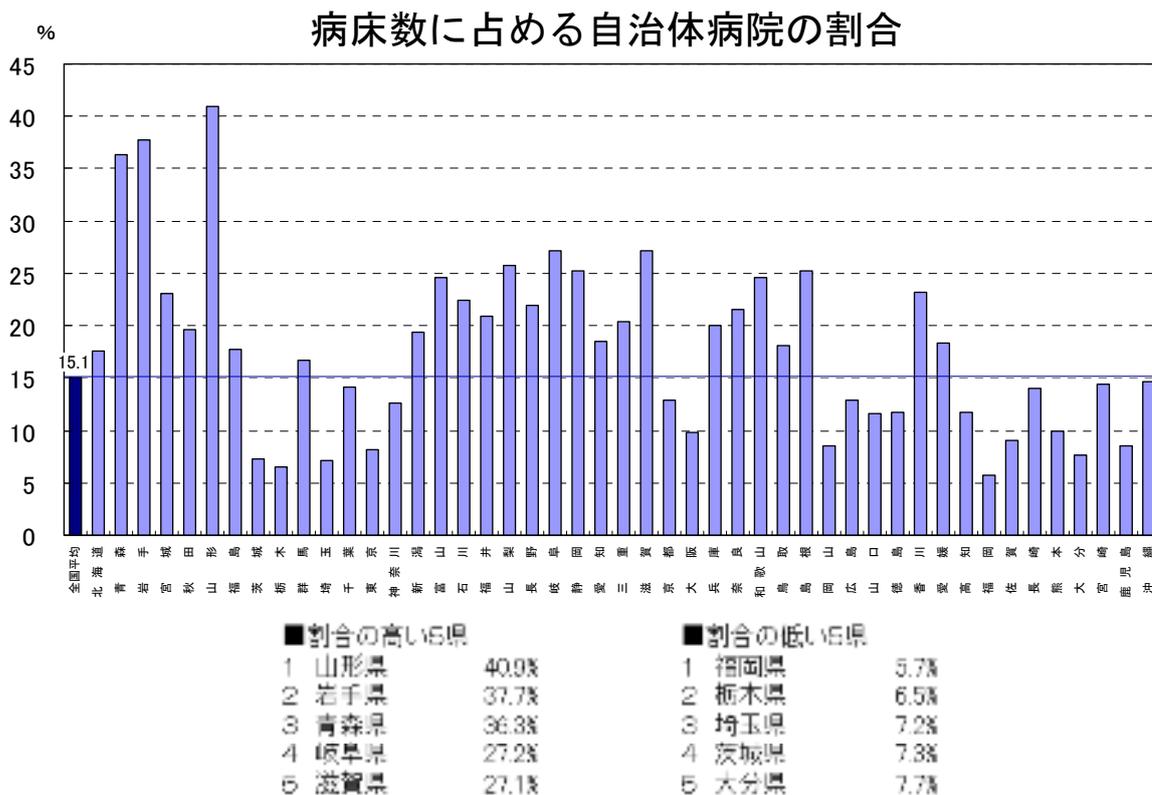


医療・福祉の観点を踏まえた復興計画について

政策研究大学院大学教授 島崎謙治

1. 被災地域の医療等の特徴および病院の被災状況

- 日本は「超高齢・人口減少社会」に移行するが、東北地方は、①高齢化率が現状でも高い、②産業基盤が脆弱なため若年人口が減少し人口減少が急激に進む（「限界集落」問題が町村単位で問題になる）、③土地が広い（インフラが分散し導線が長い）上に降雪地帯が多い（冬季の医療アクセスの制約が大きい）、という特徴がある。
- 東北地方の医療の特徴としては、①医師不足が顕著（特に岩手県は北海道と並んで1・2を争う医師不足の県である）、②一般的に日本は医療法人立の病院が多いが、東北地方は自治体立病院が多い。より具体的に今般の被災県についてみると、岩手県は県立病院中心、宮城県は市町村立病院が多い、福島県は公立のほか民間立病院も少なくない、という特徴がある（下図参照）。



(出所:厚生労働省 平成18年医療施設調査)

- 今般の震災による被災状況をみると、特に津波による三陸海岸沿いの病院の被災が甚大であるが、これらの病院は石巻市立病院（206床）等を除くと100床未満の小規模病院が圧倒的に多く、かつ、病床利用率は低い。また、これらの病院は被災後はこれまで以上に医師の確保が難しくなると考えられる。

2. 医療・福祉の観点からみた復興のあり方

- 1で述べた被災県の特徴や病院の被災状況等を踏まえると、単純な現状復旧は適当ではない。基幹的な医療機関との連携および集約化を含め効率化の観点から医療機関の再編・ネットワーク化を図ることが重要である。なお、被災病院が概して小規模かつ病床利用率が低いことを考えると、有床診療所化や介護施設やケア付き住宅等への転用も検討する必要がある。
- さらに、医療単体で検討するのではなく介護・福祉との連携、さらには地域政策（産業や都市づくり）の1つに組み込むという視点が重要である。下図は東京大学高齢社会総合研究機構が進めている「柏モデル」のイメージ図である。

Aging in Place: コミュニティーで社会実験



- これを被災地にそのまま当てはめることはできないが、今回の震災がなくてもこれらの地域は早晩「限界町村問題」が不可避になることを考えれば、コンパクトシティ化し、住宅・産業を一体化した「まちづくり」の一環として医療・介護・福祉政策を位置づける視点が重要である。
- 特に医療・介護政策と住宅政策と連携は必須であり、高齢の要介護者は集合住宅の低層階のバリアフリーのケア付き住宅やグループホームの居住確保、病院あるいは有床診療所に隣接して集合住宅を建設すること等を検討すべきである。

3. 復興計画の策定・実施に当たっての留意事項等

- 以上述べたように、地域の将来展望を見据えた復興計画の策定が重要であるが、行政の都合を優先し計画策定することは適当ではない。住民の計画策定への参加を含め、地元自治体や住民が地域の将来展望を自ら考え納得した上で復興計画の策定・実施を進める必要がある。
- また、被災地の住民が医療機能の低下等に不安を覚えるのは当然であり、たとえば有床診療所化を図るにしても、基幹病院からの医師の派遣確保や IT を用いた遠隔診断の導入をはじめ基幹病院がバックアップ体制をとることなど医療機能の低下を来たさないよう配慮する必要がある。
- さらに、福島県では福島県立医科大学が家庭医の養成など先駆的な事業を進めてきた実績があるが、岩手県や宮城県においても医療政策のあるべき姿を見越したモデルとなるような事業展開を図る必要がある。
- なお、1 で述べたように、被災県の医療供給は公的医療機関中心である（例：岩手県は県立病院中心の医療供給）。総合的な計画立案に当たって自治体の意向等を十分踏まえる必要があるが、病院の運営主体を必ずしも「公」に限る必要はなく、公益性の高い社会医療法人を誘致するなど民間活力を最大限発揮させることが重要である。