

6 ▶ 災害医療 (災害時の保健・医療・福祉)

▶ 研修の目標

1. プライマリ・ケア医が包括的な災害対応を担うための基本的概念を理解する。
2. 主要な災害時の保健・医療・福祉の仕組みと制度を理解する。
3. 災害の影響を受けた人々の立場・視点に立って行動できる。
4. 災害が起こった際に組織の機能を維持するためのBCP(事業継続計画)を理解し、自施設のBCPの作成・点検・訓練・見直しに参画できるようになる。
5. 保健・医療・福祉の多職種連携を日常的に実践し、災害時にはさらに広い範囲での連携が必要となることを理解し、コーディネーターとしての役割を担える基盤を身につける。

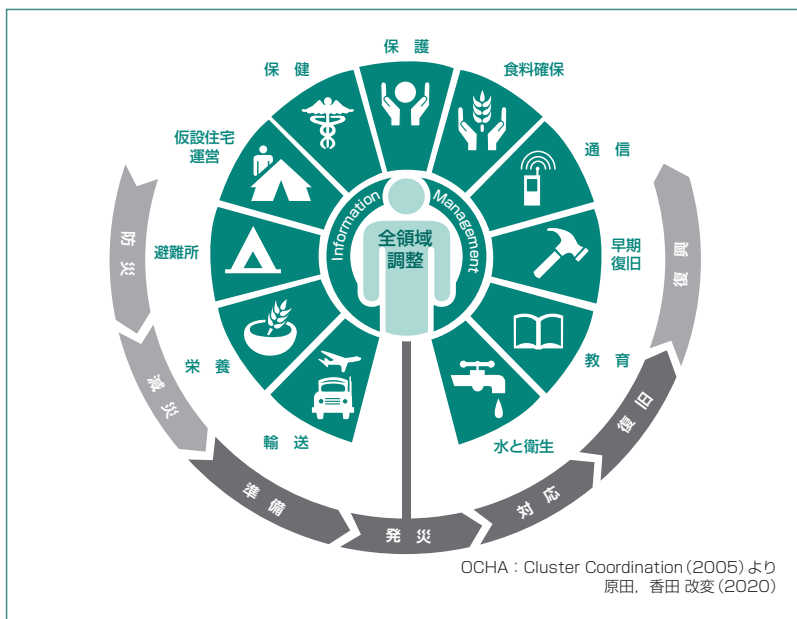
▶ 基礎知識

1 ▶ プライマリ・ケア医が包括的な災害対応を担うための基本的概念

アメリカ家庭医療学会が指摘するように¹⁾、すべての年齢層に災害後にみられる急性期と慢性期の身体的および精神的な健康問題は、プライマリ・ケア医の担当する領域である。災害の影響を受けた人々への支援は医療だけでは充足されず、中長年にわたる心身への影響を小さくするには、多領域による調整と連携した包括的な支援が求められる。そこで、その前提となる基本的概念を紹介する。

クラスターアプローチ²⁾は、国連が人道支援時に用いる「支援分野の整理」と「分野内・分野間の調整と連携」により、迅速で過不足のない支援を目指す概念である(図Ⅱ-C-6-1)。支援分野は、保護、食料確保、通信、早期復旧、教育、水と衛生および衛生促進、輸送、栄養、避難所、仮設住宅の運営、保健医療の11分野である。日本の災害対応は基礎自治体が主軸となるため、各分野の行政担当課を把握し、日頃から関係構築と情報共有を行うことが重要である。分野横断の調整と連携があって初めて包括的支援につながる。

また、近年は避難所環境による二次的な健康被害が注目され、避難所環境の質の改善が国から求められている。その際に参考となるのがスフィア基準³⁾である。スフィア基準には、避難所の環境改善の具体策だけでなく、尊厳ある生活の権利、人道支援を受ける権利、保護と安全を求める権利といった基本的人権を守ることが災害支援の本質である、と明記されている。さらに、傷つけない原則(do no harm)、支援者の行動規範、支援の質の保証、よりよい復興につなげる視点(build back better)も示している。配慮を要する対象として子



図II-C-6-1 クラスタアプローチ

も、高齢者、ジェンダーに基づく暴力の被害者、障害者、HIV 罹患者と影響を受けた人々、性的マイノリティの人々にも言及している。

2 急性期の医療の仕組み：発災から1ヵ月程度

近年の急性期対応は、保健・医療・福祉の調整のもとで行われるべく整備が進められている。プライマリ・ケア医が活動する場合も、この公的な災害対応の仕組みを理解したうえで行動しないと、災害の影響を受けた地域社会や人々の不利益を生み出すことになりかねない。

都道府県の災害対策本部の下位組織として保健医療福祉調整本部(以下、調整本部)が立ち上がり、支援組織は活動登録のうえで、全体の被害に即した医療資源配置への協力を求められることがある。調整本部は通常、都道府県の災害医療コーディネーターが統括し、状況により保健所などに下位の調整本部が設置される。定期的に行われる調整会議で活動報告が共有され、調整本部は役割の分担と資源の再配置を行う。災害フェーズの移行により都道府県の調整本部が解散され、保健所の調整本部へ機能が移行されることもある。

災害時の医療供給は、健康保険法に加え災害救助法によって行われる。通常の保険診療などによる医療が提供できる場合には、災害救助法による医療を実施する必要はない。災害救助法が適用となった災害の発災直後から活動する医療救護班には、災害派遣医療チーム(DMAT)、災害時精神医療チーム(DPAT)、小児周産期リエゾン、日赤救護班などがある。災害の影響を受けた地域のDMAT本部責任者は、都道府県の調整本部で災害医療コーディネーターと協働し、災害活動拠点本部(主に災害拠点病院)の設置場所を指定し、各DMAT隊の配置を行う。

なお、令和7年(2025年)の法改正により、災害救助法の「救助の種類」に「福祉サービスの

提供」が追加された。これにより、災害救助法が適用される場面では、応急期の支援は医療だけでなく、相談支援や日常生活上の支援などの福祉的支援も含めて行う枠組みが制度上明確になった。厚生労働省は、これを踏まえて、災害派遣福祉チーム(DWAT)などによる支援について、従来の避難所中心の活動に加え、在宅や自家用車などで避難生活を送る要配慮者への対応も可能となるよう活動範囲を拡大する方向を示している。プライマリ・ケア医は、診療提供と並行して、福祉職やDWATなどと情報を共有し、必要な人々が適切な福祉支援につながるよう調整する視点をもつことが重要である。

a 情報通信

災害時は停電や通信障害により、日常の通信手段が使用不能となり、情報伝達に大きな支障が生じる。そのため、災害時にも稼働継続可能な情報共有システムを理解し、担当者は使用できるようになる必要がある。広域災害救急医療情報システム(emergency medical information system: EMIS)は、医療機関の被害状況集計機能やDMATの活動管理機能などを有している。災害の影響を受けた医療機関はEMISに被害状況を入力し、調整本部などが把握することで支援派遣につながる。災害時の医療は災害救助法に基づくため、どのような場所での医療提供でも必要項目の記載が求められるため、標準様式として「災害診療記録」が整備されている。

b 医薬品供給

災害の影響を受けた地域において、主治医は事後に処方箋を発行する条件で、お薬手帳、メモ、口頭でも処方指示が可能である。交付場所は保険医療機関、患者の居宅、避難所で指示ができる。調剤場所は医療機関内の薬局、地域の薬局、患者の居宅となる。

一方で救護班は持参医薬品の現物支給が原則であり、不足時は災害処方箋を使用して救護所などで処方する。災害処方箋は、診療報酬による支払いの対象とならないこと、調剤場所は仮設調剤所、災害対応医薬品供給車両(モバイルファーマシー)、地域の薬局(影響を受けた都道府県との調整が必要)となるなど、通常の流れとは異なるため注意が必要である。

3 中長期的な保健医療福祉の課題

急性期対応が落ち着くと、DMATから影響を受けた地域の医療救護班、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、保健所医師や保健師などで構成される災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)へ支援活動の引継ぎが行われる。また、DWATなどの福祉職による支援の重要性も高まる。この時期以降に、避難所から仮設住宅やみなし仮設住宅などへ人の移動があるため、公的・非公的支援が途切れないことが重要であり、そのために行政との密接な関係構築と情報共有の継続が必須である。

避難生活が長期化すると、災害の影響による直接のストレスに加え、生活の変化による心身への負担が顕在化し、①生活習慣病や慢性疾患の悪化、②抑うつなどの精神的反応、③アルコール消費量の増加など行動の変化がみられる。これらの健康被害は、避難所や居住環境、雇用問題、家族の離散、借金など多様な背景が複合的に影響しあって生じることが多い。したがって、身体的治療だけでなく、避難所環境や医療アクセスへの働きかけ、社会的

サポートなどを含む包括的な視野に基づいた活動が求められる。

災害復興時期には、潜在していた保健医療福祉の課題が顕在化することが多い。支援組織には、この時期に起こり得る課題も視野に入れ、地域の医療資源バランスを崩すことを回避し、長期的に以前より望ましい保健医療福祉体制の構築を見据えた活動が求められる。

4 要配慮者への対応

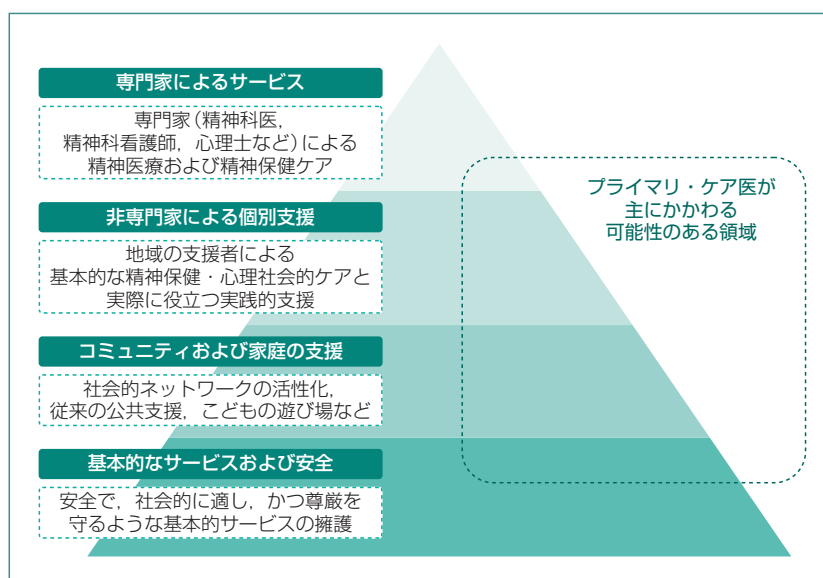
避難により困難を伴う者(要配慮者)には、子ども、高齢者、障害者、妊婦、日本語を母国語としない滞在者や旅行者などが含まれる。高齢者の二次的な健康被害の予防には、食事、排泄、生活環境の整備、薬剤管理、孤立予防を高齢者の視点で提供し、福祉支援組織(例：JRAT、DWATなど)と連携することが必要である。

災害後の子どもには、①不眠、腹痛、既往症の悪化などの身体症状、②赤ちゃん言葉の出現や暗いところを怖がるなどの退行、③地震や津波などのごっこ遊び、④大人の注目を引くための特異な行動などがみられることが多い。これらは周囲の大人から困った行動と判断されることもあるが、ストレス反応である場合も多い。対応として、①安心できる場所の提供、②日常生活・生活リズムを早期に取り戻すこと、③遊びの場の設定や災害ボランティアなど社会貢献活動への参画、④正確な知識をわかりやすく提供することが大切である。発達障害などの特性を有する児の場合、集団生活が難しいことも多く、個別の配慮をしやすい環境が求められる。一方で福祉避難所の数は想定要配慮者数を大幅に下回っており、ハード・ソフト両面での整備は災害時医療福祉の課題である。

5 災害時のメンタルヘルス・ケア

災害時のメンタルヘルス・ケアは、阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件が発生した、1995年から注目されるようになった。「精神保健・心理社会的支援(mental health and psychosocial support：MHPSS)」は「こころのケア」として広く認知されているが、重要なのは「医療」だけでなく、生活やつながりを含む心理社会面の支援が含まれていることである。災害直後のストレス反応として不眠、不安、抑うつなどがみられるが、多くの人にみられる正常な反応であり、およそ9割は自然に回復していく。対応に当たっては、「ストレス反応は一般的で自然な反応である」という理解・態度をもち、いたずらに診断名をつけたり過剰介入したりせず、まずはMHPSSの介入ピラミッド⁴⁾に基づきながら「基本的ニーズが満たされているか」、「大事な人とのつながりが保たれているか」、「適切なサービスが受けられているか」などを把握し、「実際に役立つ支援」を行うことが安心感と回復を促進する(図II-C-6-2)。MHPSSのツールの1つが心理的応急処置(psychological first aid：PFA)であり、子どもや成人対象の日本語版資料が公開されている^{5, 6)}。

災害の影響で強いストレスを抱え、日常生活に支障がある場合は専門機関につなげる必要があり、DPATとの連携も状況に応じて活用する。精神科医療までは不要でも、家族の喪失や独居など継続した見守りが必要な場合もある。



図Ⅱ-C-6-2 精神保健・心理社会的支援 (mental health and psychosocial support : MHPSS) の介入ピラミッド (文献4) より一部改変)

6 サステナブルなプライマリ・ケア

プライマリ・ケア医が災害時の対応を担うためにも、自施設が災害が起こった際に機能を維持することが求められる。BCP (事業継続計画 business continuity planning) は、損害が発生しても診療の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平時に行う準備や発災時の方法・手段を取り決めておく計画である。発生するリスクの高い災害を想定したBCPの策定と定期的な見直し、これに基づいた訓練や関係組織とのネットワーク構築が必要である。

さらに考慮すべき事柄は、自らも災害の影響を受ける可能性である。医療者は使命感から責務を優先しやすいが、本人のみならず家族も影響を受け、心身に大きな負担がかかる。災害医療にかかわる医療者は外部支援者であってもストレスを受けやすく、災害の影響を受けた医療者はさらに負荷が増える。バーンアウトを防ぐため、交代・休息、家族や重要他者への配慮も含めて計画に組み込むことが重要である。BCPを日頃から意識して診療すると、患者の生活背景、家族構成、支援者、薬の保管状況、連絡先などを普段から確認するようになり、結果として丁寧な地域医療の提供につながる。

▶ 学習のポイント

災害医療は通常の研修中に十分経験できるものではない。したがって、現在従事している現場で対応できるように想定し、備えることが重要である。そのためのBCP (作成だけでなく点検・訓練・見直しを含む)、災害時要配慮者の立場に立った支援、プライマリ・ケアの特性を活かした活動のあり方、外部からの支援を適切に地域に還元させる受援力と調整の重

要性を理解しておくことが望まれる。災害発生時には、地域としても分野としても、より広範な連携協力が必要になることを踏まえ、日常から地域志向と多職種連携を重視したプライマリ・ケアを実践することが、災害時に活かされることを意識しておく。

▶ 目標となる診療

- 地域で発生リスクの高い災害に対し、自施設のBCPの内容と運用を理解し、自分の役割を説明できる担当範囲の改善提案と実施に参画できる。
- 災害における診療に際し、地域へのアウトリーチも視野に入れた診療を継続できる。

▶ 指導医へのメッセージ

災害医療は性質上、日常診療で経験した事例を通じて学びを深めるという指導の対象とはなりがたい。そこで、災害医療の基礎知識を自施設のBCPの点検・見直しや、災害時の机上訓練・シミュレーション訓練に活かす場を提供し、施設の災害対応力向上にも役立てていただきたい。

また、災害関連の訓練は救急部のみで行われがちであるが、帰宅困難外来患者、在宅医療受給患者など、多様な人々への支援を含む訓練を心がけていただきたい。

📎 参考文献

- 1) Freedy JR, et al: Disaster-Related Physical and Mental Health: A Role for the Family Physician. Am Fam Physician, 75: 841-846, 2007.
- 2) UNHCR: Emergency Handbook, Cluster Approach (IASC).
<https://emergency.unhcr.org/entry/41813/cluster-approach-iasc>
- 3) Sphere Association: スフィアハンドブック: 人道憲章と人道支援における最低基準, 第4版, 2018.
https://jqan.info/wpJQ/wp-content/uploads/2019/10/spherehandbook2018_jpn_web.pdf
- 4) IASC: 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン, 2007.
https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_mhpss_guidelines_japanese_final.pdf
- 5) セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン: 子どものための心理的応急処置(子どものためのPFA).
<https://www.savechildren.or.jp/lp/pfa/>
- 6) World Health Organization, War Trauma Foundation, and World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳: (独)国立精神・神経医療研究センター, ケア・宮城, 公益財団法人プラン・ジャパン(2012). 心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド:PFA) フィールド・ガイド.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000805675.pdf>

📎 参考図書

- 國井 修: 災害時の公衆衛生—私たちにできること, 南山堂, 2012.
- 日本集団災害医学会: DMAT 標準テキスト, 改訂第2版, へるす出版, 2015.
- 小井土雄一, 他: 災害支援における多職種連携, 医学書院, 2025.

(日本プライマリ・ケア連合学会災害医療システム委員会: 香田将英, 原田奈穂子, 鈴木 諭, 安藤崇之, 江川 孝, 加古まゆみ, 鷺坂彰吾, 高橋 晶, 伊藤竜彦, 井上淑恵, 隅田英憲)