

## 第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

### 災害医療

大橋博樹<sup>1</sup>

#### 要旨

災害サイクルにおける亜急性期以降の支援のあり方に対しては様々な議論が行なわれている。災害関連死を防ぐためにも仮設住宅に移り地域包括ケアシステムが復旧するまでの期間における医療介護福祉の垣根を越えた支援システムの構築は重要かつ喫緊の課題である。日本プライマリ・ケア連合学会会員で組織されたPCAT（Primary Care For All Team）は東日本大震災では気仙沼市での在宅医療支援活動や石巻市での福祉避難所の開設運営支援、また仮設住宅での被災者に向けた健康カフェなどの支援を行った。熊本地震では、益城町からの依頼を受け避難所対策チームでの医療保健に関するアドバイザリー支援等を行った。今後、急性期の災害コーディネーターと同様に、亜急性期以降の医療介護福祉の復旧を担う、いわば「地域包括ケアコーディネーター」の存在が不可欠であり、その担い手として総合診療医の専門性が求められるのは間違いない。

#### はじめに

大震災発生による支援活動は超急性期・急性期・亜急性期・慢性期（復興期）に分類される。東日本大震災のような、広範囲かつ甚大な被害が起こった場合、その支援活動も、広範囲かつ長期間に及ぶ。亜急性期（発災後1週間～1ヶ月）に入ると、支援すべき被災者の中心は、高齢者や要介護者などの社会的弱者が中心となり、それまでとは異なった、医療・介護・福祉が複雑に絡み合った問題が数多く発生する。また、母子支援を始めとした保健行政の視点も絡んだ問題も起こってくる。支援者はそのような問題の複雑性を理解し、医療のみならず、介護・福祉を含めた対応が必要となる。また、その解決のためには多職種での連携が鍵となる。日常から多職種での包括的なケアを実践してこそ、被災地でも必要とされる人材となるのを忘れてはいけない。

#### 東日本大震災での経験

2011年3月11日の発災以後、日本プライマリ・ケア連合学会の動きは速かった。3月12日深夜に「学会として、被災地における一定期間の【亜急性

期～慢性期の診療支援のコーディネート（ハブ機能）】を主軸とした支援に取り組むことを、理事長決定し、翌13日には東日本大震災支援プロジェクト対策本部を立ち上げ、チーム名を「Primary Care For All Team-PCAT」とした。3月17日、PCATは、調査と支援活動のため医師団を被災地に派遣し、その後、支援活動を開始するため、以下の3つの拠点を被災地用に確保した。

岩手県南部と宮城県最北部（気仙沼市など）の拠点：藤沢ハブ

宮城県北部（石巻市など）の拠点：涌谷ハブ

福島県の拠点：天栄村ハブ

阪神淡路大震災の教訓に基づき、日本における地震後の緊急時の医療システムは改善され、東日本大震災後の対応を整えるのに大いに役立った。しかし、今回の大震災は、想像を絶するほどの津波による広範囲に及ぶ被災地と甚大な被害、原子力発電所の放射能の事故と、今までに経験したこともない事態となった。これにより、緊急時の短期間の支援だけでは、被災地の復旧と復興のために十分でないということが、容易に予測できた。さらに、避難所における傷病者の治療と同時に、支援活動は医療・福祉・復興と広範囲に及ぶことも想定されており、そ

1. 医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック

のような状況下においてPCATが「近接性・包括性・協調性・継続性・責任性」という、プライマリ・ケアの原則を活かし、それを提供する能力を試される真の試練のように思われた。その後、支援活動における3つの基本方針「継続性・恒久性・地元人材／文化の尊重を重視した底上げ型の医療・保健支援」、「被災者／被災地の多様なニーズに対応するための多職種を巻き込んだ包括的な医療・保健支援」、「将来必ず起こるであろう未来の災害へ向けて行う学術型の医療・保健支援」が定められ、継続性と責任性を重視し、被災地の医療システムが安定するまで支援活動を続けることを決定した。

我々は震災直後、支援活動を開始するため、直ちに医師や薬剤師などを気仙沼市に派遣した。このチームでは、避難所の傷病者を支援し、医師団は現地の医師達に休息を勧めながら、代診を勤めた。しかし、発災後数日を経過した頃から、高齢者や介護を要する避難者の中に、最初は比較的健康であったにもかかわらず体調に変化が現れ始めた。介護用ベッドでの生活から、混み合った体育館で周囲の人々と共に眠るという生活への変化による褥瘡の悪化や、きざみ食だけを食べていたのに、供給される菓子パンに切り替えたため、誤嚥性肺炎になってしまう高齢者が多く見られるようになった。また、トリアージタグが、当初は青だったのに黄色に変わり、さらに赤へと変わって救急車で病院に運ばれることも頻繁になっていた。その状況は、社会的に脆弱な立場にある人々を真に露呈してしまうこととなった。

また、避難所にいる高齢者ばかりでなく、在宅医療を受けている被災者も状況は同じであった。元々、気仙沼市には訪問診療を行う医師は少数しかおらず、本来在宅医療を行うべき患者も、家族によって診療所に連れてこられるケースが多かった。しかし、地震によって家族を失った被災者は、自宅に留まるしかなかった。この状況は、行政機関も含めた救済者によっても、すぐに把握することはできなかった。我々は、3月22日から医師や看護師などからなるチームを編成し、他の組織や市の職員と協力し、孤立した高齢者や介護を必要とする被災者の調査のため、市内各地を戸別訪問した。このことによって、約20名の要介護者を確認することができた。その後、PCATは他の機関との協力により、要介護者に在宅医療を行うため「気仙沼巡回療養支援隊」に参加し、在宅医療を提供し始めた。在宅医療は、地元の各機関との緊密な連携を要するものであ

る。さらに、そのような支援のゴールは、地元の医療機関へ患者を引き継ぐことでなければならない。このことを踏まえ、チームに地元の行政職員を参加させることとし、現地医師会の医師が支援隊のリーダーとなった。言うまでもなくその医師も、診療所と家を巨大な津波に流された一人の被災者でもあった。

はじめは、患者がどこにいるのかについての手ごかりは全くなかったが、ボランティアと行政職員の努力により、患者リストの名前は次第に増加していった。6〜7チームが70名以上の患者を拾い上げ、直ちに訪問診療を開始した。我々が、気仙沼巡回療養支援隊の活動を支援するために、歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・鍼灸師などを現地へ派遣したことは、「多職種による支援」という理念に基づいて行われた。発災直後は、後方病院や医療施設の復旧は遅れており、場合によっては、重篤患者も在宅でケアするしか方法がなかった。しかしながら、時間の経過とともに状況は徐々に改善された。夏ごろには、患者を地元の医療機関に紹介し始め、8月31日には気仙沼巡回療養支援隊は解散することができた。結果として、在宅患者数は大震災以前に比べると大幅に増えることとなった。しかしながら、地元の医師達は、在宅医療に対してより積極的になり、そのことが気仙沼巡回療養支援隊の解散の時期を早めることとなったのである。

石巻市でも、高齢者や要介護者の健康状態の悪化問題は深刻だった。したがって、市では「福祉避難所」を立ち上げ、より手厚い介護を提供するため、各避難所や自宅で生活する、高度の介護を要する方々を一ヶ所に集めた。市は、PCATに、石巻市立病院の職員と共に、福祉避難所を運営するように要請した。日本プライマリ・ケア連合学会は、医師、看護師、薬剤師、などに加え、各種の医療分野の専門家の会員によって構成されている。これにより、PCATはその特徴を活かした支援を展開することになった。まず介護用ベッドなどを搬入するための場所を準備し、各避難者を対象に、病状、家族歴や生活環境などについて詳しい調査を行った。医師は毎日回診し、薬剤師は薬剤管理と処方のための簡易調剤室を設置した。更に、多職種によるカンファレンスを毎日行い、早急に各避難者の問題を共有した。そのような組織的な活動を行った避難所はほかになく、このようなケアを行った前例もなかった。また、この施設の目的は、避難者をこの施設からよりよい環境に移動することであり、そのために必要

な、自宅や他の施設への調整・支援は、ソーシャルワーカーによって行われた。その結果、9月30日には、この施設はすべての避難者の移動が終了し、閉鎖となった。

その後、すべての避難所は閉鎖され、被災者は仮設住宅や新しい住居施設などに移動した。仮設住宅への移動は、被災者の健康状態の改善につながるとは限らなかった。被災者は仮設住宅に移動したが、そこに住む人々は、以前の同じ地域の人達とは限らず、多くの被災者が新たな人間関係を築き、新たなコミュニティを形成していくことを強いられた。その上、多くの仮設住宅は、津波による被害を避けるため高台に建設された。このため、以前よく訪れていたスーパーや医療施設に行く手段がほとんどなく、自家用車を持たない高齢者はずっと仮設住宅で過ごすことが多くなった。また、高齢者や子供たちのメンタルヘルスの問題についても、職員不足によって十分なケアを行うことができなかった。そこでPCATは、仮設住宅に住む方々の健康相談活動を始めた。宮城県では、近隣の人たちが集まってテーブルを囲み、一杯のお茶を飲みながら世間話をするを、「お茶っこ」と呼んでいる。これにヒントを得て、このカウンセリング活動を、「お茶っこ健康相談会」と名づけ、各仮設住宅の集会所で活動を始めた。「お茶っこ健康相談会」の目的は、以下の通りである。

- (1) 現地の方々に、新しいコミュニティを築く場を提供すること。
- (2) 血圧測定や健康相談によって受診が必要な人を確認し、迅速なケアを始めること。
- (3) 被災者の心の問題を共有し、傾聴することによって、心の重圧を軽減すること。

現地の人々が、できるだけ容易に「お茶っこ健康相談会」に参加することができるように、これらの相談会では、飲み物や、ハンドマッサージ、子供のためのおもちゃの用意などのサービスが提供され、好評だった。また、現地の人々が相談会の運営に徐々に携わるようになってきたことも、注目すべきことであった。これは、震災から立ち直るべく、現地の人たち自身の前向きな取り組みを応援することが、PCATの震災支援で重要と考えている貴重な一例である。

これらの支援活動を振り返ると、総合診療医が平時にそれぞれの地域で行っている活動ととても類似しているのがわかる。医療介護福祉の垣根を越えた多職種での支援が重要であり、総合診療医が最もふ

さわしいリーダーとなり得るのである。

阪神淡路大震災では超急性期における迅速な救援活動に対して、重要な示唆を与え、それがDMAT等の構築につながった。東日本大震災で私たちは何を学んだのだろうか。広範囲かつ長期間にわたる避難生活への支援のためには、急性期だけではなく、慢性期・復興期を見据えた、息の長い支援の必要性、また、医療だけでなく、福祉や介護の支援の重要性をこの震災は私たちに教えてくれたのである。そして、その支援には災害医療の専門家や救命救急医だけではなく、医療福祉介護への知識や経験が豊富である総合診療医の存在が必要であることが示唆された。

### 熊本地震での活動

2016年4月14日に発災した熊本地震においても、益城町や南阿蘇村など甚大な被害を受けた地域があり、救護所や被災した病院等への支援のみならず、高齢者や要介護者など社会的弱者へのケアや地域包括ケアシステムの復旧、保健師を始めとした行政職員への支援が必要であることが急性期から示唆された。そのような状況の中、隠岐島前病院院長である白石吉彦先生から、日本プライマリ・ケア連合学会災害対策本部に電話があり、益城町で支援ができないかというご依頼を頂いた。白石先生は発災直後より益城町での支援に入られ、プライマリ・ケアの視点を持った長期支援の必要性を強く感じられていた。益城町からも依頼状（資料1および2）を頂き、迅速な対応が必要と判断し、平成28年5月8日よりPCATの支援が開始された。

支援開始当時は、すでに救護所の支援は充足していた。一方、被害が甚大だった益城町で課題になっていたのが、地域包括ケアシステムの再構築であった。特に行政への医療・福祉面でのアドバイザーのニーズが高まっていた。例を挙げると、福祉避難所への移動対象者の選定と移動に対する本人・家族への相談、開設されている避難所の衛生管理、新しい避難所の適切な環境への助言、職員の労働環境やメンタルサポート、町内の診療所や県との医療的な調整、あらゆる健康問題に関しての相談需要等である。特に、医療介護福祉における困難事例の拾い上げや、避難所に来ていない在宅避難者に対するケアについては、平時から地域包括ケアシステムの最前線で活動している総合診療医が得意とする分野であった。

これらの活動を行う中で、我々は様々な課題に直



面することになった。例えば、地元保健師の負担の問題である。あらゆる情報や現場での問題が一人の保健師に集中してしまうために、保健師の疲弊がかなり大きくなっていった。本来であれば、保健所職員によるサポートや、郡市医師会会長などがコーディネーターとして指揮を取るべきであるが、自施設の復旧や膨大な他の業務を抱え込んでおり、対応は困難な状況であった。益城町町長や医師会会長とも相談し、我々は、保健師の代理人となり、諸問題解決への助言を行うなどの支援を行った。

## 考察

東日本大震災と熊本地震という二回の災害で、我々は医療のみならず、介護・福祉を含めた包括的な支援が必要であること、また、それは亜急性期から急速にニーズが増えてくることを教訓として学んだ。しかし、同時にそれを取りまとめるコーディネーターの存在が現場で見えてこないという現実も目の当たりにした。

東日本大震災や熊本地震では、地震や津波による直接死の他に、その後の災害関連死が多く報告された。災害関連死は超高齢社会を迎えた日本ではこれからさらに大きな問題になっていくのは間違いない。DMATや急性期の支援者が撤退してから、避難者が仮設住宅に移り、通常地域包括ケアシステムの中で医療介護福祉サービスを受けられるようになるまでの間の支援の仕組みづくりに関しては、まだ確立されたものはない。また、災害による要介護者が急増する問題についても明確な対策は見えてきていない。この問題が解決されなければ、災害関連死を防ぐことはできない。

現在の災害支援システムにはDMATやJMAT、AMAT、また精神医療の支援チームとしてDPAT、リハビリ中心の支援チームとしてJRATが挙げられる。また、そして、それを指揮する者として災害医療コーディネーターが存在する。もちろん、災害医療コーディネーターが急性期後も、被災地の地域包括ケアの復旧復興を目的とした「地域包括ケアコーディネーター（仮称）」としての役割を担うことも考えられるが、より現場に即した支援を考えると、災害医療コーディネーターから、新たに任命した地域包括ケアコーディネーターへ引き継ぐ方が現実的である。また、公衆衛生分野における支援組織としてDHEATが発足した。DHEATはDisaster Health Emergency Assistance Teamの略である。DHEATは保健所職員、公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、

衛生課職員などで構成され、主な役割としては、避難所における被災者の要望の把握、被災地の妊産婦、乳幼児、要介護者の把握と対応、避難所の衛生管理状態の把握と評価、感染症発生などについてのサーベイランス、被災地の廃棄物、汚水、水道などの状況把握と評価などが想定されている。DHEATも避難所の衛生管理や災害関連死予防策を保健所や行政の立場として支援していくチームであり、今後重要な役割を期待されているが、一方で、平時の地域包括ケアシステムを取り戻すためには、そこで働く人（医療者やケアマネジャーなど）を支援する仕組みも重要である。

「地域包括ケアコーディネーター」は地元の医師会長など、平時のリーダーがその責を担うのが妥当であるが、必ずしも急性期を超えてすぐに地元の関係者が引き継げる状況ではない。発災1週間後の状況は、まだ自院の復旧もままならず、被災者として、本人・家族への支援も必要な時期なのである。平時のリーダーが復帰するまでの間、誰がその代わりとなるか、それを考えると地域包括ケアの中での業務に精通した総合診療医を中心としたチームが最適である。熊本地震において、PCATが調整本部に入り益城町での支援を行ったことは、「地域包括ケアコーディネーター」としての業務として考えると、適材適所な活動であったと考えられる。

二回の災害を経験して、特に印象的だったのは、総合診療医だからこそ対応できたケースが少なからず存在したことである。例を挙げると「より環境の良い福祉避難所へ移動する場合の順位付け」これは基礎疾患のみならず、介護度や家族の介護力などを複合的に判断する能力が求められた。また「認知症の義父と母乳育児中の子どもを抱えた女性の支援」では、認知症に対する知識と母子保健への理解も必要となった。このように幅広い年齢層の、医療だけではない幅広い相談に対応できる医師ということを考えると、総合診療医の専門性は災害の場面でも十分に活用できると思われる。

一方で、今後の課題は組織の脆弱性である。PCATはあくまで学会組織の一部であり、地域包括ケアシステムの復旧を何時でも全て担うことは不可能である。PCATだけでなく、プライマリ・ケアや在宅医療等に精通した専門家が幅広く協力し、平時より「地域包括ケアコーディネーター研修」等の研修を行い、組織として支援力の向上を目指すことがまずは喫緊の課題である。そして、これらの支援が、DMAT・JMAT等と同じく、災害支援システム

に関わる一員として公のものとして認められ、予算の確保や訓練への参加が達成されることが今後の課題である。

二回の大きな震災への支援によって、プライマリ・ケアの視点が災害医療にも重要であることが示された。総合診療専門医が誕生することによって、よりプライマリ・ケアの専門性を明確にした優れた人材が、被災地で活動できることが可能になった。今後はそれを支える仕組みづくりに真剣に取り組まなければならない。

## 文献

- 1) 内閣府災害時要援護者の避難対策に関する検討会：災害時要援護者の避難支援ガイドライン（改訂版）（<http://www.bousai.go.jp/3oukyutaisaku/youengosya/index.html>,2006.3）
- 2) 國井修編：災害時の公衆衛生。南山堂。2012
- 3) The Sphere Project 編。難民支援協会 訳：スフィア・プロジェクト 人道憲章と人道対応に関する最低基準。2011
- 4) 日本公衆衛生協会 分担事業者，宮崎美砂子：平成 24 年度地域保健総合推進事業「被災地への保健師の派遣の在り方に関する検討会」報告書。2013
- 5) 石井恵理子，内藤一浩，保田優子，他：地域包括ケアシステムと災害対策－福祉避難所を実効性のあるものに。第 54 回千葉県公衆衛生学会，2016
- 6) 日本公衆衛生協会，全国保健師長会：平成 24 年度地域保健総合推進事業「大規模災害における保健師の活動マニュアル」。2013
- 7) 公益財団法人日本医師会，四病院団体協議会：災害医療を国家として統合するための定言。2017
- 8) 日本在宅ケアアライアンス：地域包括ケアと災害 報告書。2017

資料1

益防第 5 号  
平成28年5月8日

一般社団法人  
日本プライマリ・ケア連合会  
理事長 丸山 泉 様

益城町長 西村 博 則



医師派遣のお願い（依頼）

平素より当町に格段の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
さて、本町は4月に発生した平成28年熊本地震により多大な被害を受け、現在多くの機関のご協力を受けながら、災害復旧・復興業務を行っています。  
つきましては、貴団体に下記のとおりご協力をお願いいたします。  
今後よろしくお願いいたします。

記

内容：医師派遣（常時1名）  
避難所対策チームでの保健医療アドバイザー業務  
期間：3ヶ月程度  
場所：益城町役場（熊本県上益城郡益城町宮園702）  
その他：益城町の現状等については別紙参照

連絡先

益城町災害対策本部 避難所対策チーム  
担当： 安田  
電話：096-289-2930

日本プライマリ・ケア連合学会

理事長 丸山 泉 様

益城町は人口約3.4万人で、平成28年5月7日の段階で約5,000人の避難者がいます。医療機関は町内に19カ所あり、公立医療機関はありません。部分再開を含めて18の医療機関が診療を再開しています。

現在は医療については外部からの支援もあり、避難所や救護所では日本赤十字社救護班、医師会等の医療救護班等が活動をしています。また避難所の環境整備・過密対応のために、4月28日より益城町役場に避難所対策チームが発足しました。この対策チームでは国立病院機構災害医療センターや救護班の医師が常駐し、さまざまな保健福祉活動に協力してくれますが、徐々に撤退していくことが予想されます。また公立医療機関がないため、今後、医療等について役場内で身近に相談する医療関係者が不在となることが予想され、支援医師が撤退した時のことを心配しています。

現在、一次避難から二次避難、福祉避難所ができ始めている時期で、応急仮設住宅建設に向かっている準備段階です。開設されている避難所の衛生管理、新しい避難所の適切な環境（トイレの数、場所、シャワー、洗面、食事）、保健師や役場職員の抱えている個別のケースワーク（福祉との連携）、職員の労働環境、メンタルサポート、町内の診療所や県との医療的な調整、あらゆる健康問題に関する相談需要等があります。

急性期は過ぎたものの、依然として医療的な問題が整理されておらず、総合診療系の方が役場医療アドバイザーとしてある程度長期に関わって下さると今後の益城町の地域医療再生に非常に大きな力になると考えています。

プライマリ・ケア連合学会として、そのような支援が可能ならばぜひ検討いただきたいと思います。

平成28年5月8日

益城町町長 西村 博則