兵庫保険医新聞

第2147号
2026年11月5日

発行所 兵庫県保険医協会
https://www.hhk.jp/
〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078・393・1801
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)
振替01190-1-2133
(会員の購読料は会費に含まれています)

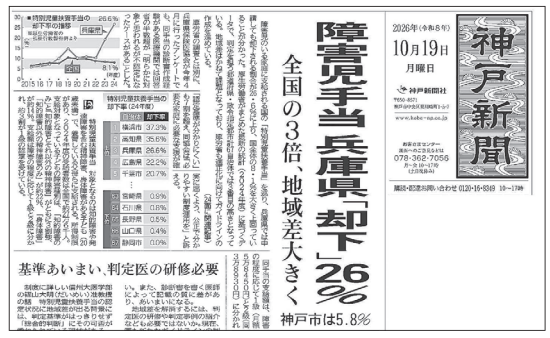
特別児童扶養手当

県に判定基準改善求める

精神または身体に障害のある20歳未満の児童を家庭で監護・養育する父母などに支給される「特別児童扶養手当」。協会が4月に実施したアンケートで、「判定基準が不明確」「ここ数年認定が厳しい」といった声が寄せられた（本紙7月15日付報道）ことから、協会は10月21日、改善を求め、県福祉部児童家庭課と懇談を実施。10月19日には神戸新聞が、本手当の兵庫県の却下率が高いこと、認定基準に疑問が出されていることについて協会のアンケートを紹介して報じ、本問題への注目が高まっている。

兵庫県担当者(右)に要請書を手渡す岡本真吾先生(左)。中央は本懇談を仲介した久保田けんじ県議

本問題を神戸新聞がトップ記事で取り上げ



神戸新聞 2026年(令和8年) 10月19日 月曜日

障害児手当 兵庫県「却下」26%

全国の3倍、地域差大きく

神戸市は5.8%

基準あいまい、判定医の研修必要

「不可解な却下」医師も体感

障害児手当認定 診断書担当の5割

県保険医協会調査

兵庫県の却下率が全国の3倍であること、協会の調査結果と岡本先生のコメントを報じた10月19日の神戸新聞記事

本手当の所管・認定は、神戸市は同市が、それ以外の市町は県が行っている。

21日の懇談には協会から岡本真吾先生（尼崎市・むこのそう心の診療所院長、政策・運動・広報委員）が、県からは福祉部児童家庭課家庭支援班の沖本氏、亀田氏が出席した。

県は、同手当について全国で統一した判定基準で運用されているものの、身体障害とは異なり精神障害に関する判定基準にはあいまいな部分があるとした。

24年度の同手当の兵庫県の却下率は神戸市の5・8%、全国平均の8・1%を大幅に上回り、26・6%だった。2022年度の10%程度から大きく増加した理由について問うと、明確な回答は示さなかったものの、厚労省による監査で「判定医が作成する記録が不十分」と複数回指摘されたことが判定医の判断に影響を与えている可能性を示唆した。また、判定基準のあいまいさによる却下率の地域差については厚労省も把握しており、ガイドライン作成に向けた調査研究中とした。

岡本先生からは、明らかに要件を満たす患者が不支給になったり、兵庫県では却下されたが大阪府に転居すると受給決定となったなど実際に診察した患者の事例を紹介。認定基準を明確化するとともに、生活に困難を抱える子どもや家庭を支える重要な制度であり、必要な人が受給できるよう県民の立場に立った運用を行うよう求めた。

協会は、厚労省への要請など、制度の改善を引き続き求めていく。

今号の記事

11/23 医療費窓口負担「ゼロの会」イベント 基調講演 尾藤廣喜弁護士に聞く	2面
2025（令和7）年度の指導の実施状況	3面
研究面 保険診療のてびき「被災地では何が起こるのか？支援者としての目線から～災害対応における多職種連携～」	4面

秋の共済制度募集
好評受付中!!
2面に案内
資料請求は右の二次元コードから
お問い合わせは、
☎078－393－1805 共済部まで

「保険でより良い歯科医療を求める」

署名にご協力をお願いいたします

まもなくお届け！

歯科部会長 川村 雅之

歯科部会は、①窓口負担の引き下げ、②保険適用範囲の拡大、③国の歯科予算の大幅拡大を求める請願署名に取り組みます。

口腔の状態は全身の健康と密接な関連があることが報告されており、歯科治療は欠かせません。しかし、窓口負担金の心配、物価高騰による生活困難などのために、歯科医療機関への受診を控える人が増え続けています。

すべての国民が、いつでも、どこでも、お金の心配なく歯科治療を受けられるようにしましょう！ 安全性・有効性の確立している治療や材料は、すみやかに保険に導入しましょう！ この願いを実現するためには、国の歯科医療費の総枠拡大が欠かせません。

協会・保団連は請願署名を集め、来年1月から6月下旬まで開催される予定の通常国会に提出します。

目標は1万筆です。ご協力をお願いします。

お届けする署名用紙

Web署名は
下の二次元コードから！

※オンライン署名サイト「Change.org」にアクセスします

■取り組み期間 2026年11月～2027年6月

※歯科会員医療機関と医科の理事者の先生には11月中旬に郵送で署名用紙をお届けします。

一般医科会員の先生方には月刊保団連12月号に署名用紙を同封します。

まずは会員の先生がご署名をお願いします。職員、患者さんにも呼びかけてください。

Web署名は上の二次元コードより、今すぐ可能です！

※署名付きポケットティシュ、卓上ポップなど、さまざまなグッズもご用意しています。

ご注文は、☎078―393―1809まで

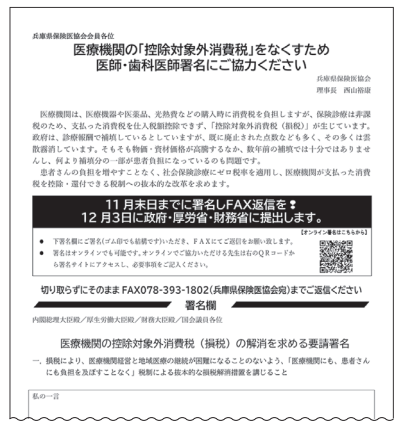
医療機関の控除対象外消費税(損税)の解消求める医師・歯科医師署名にご協力を！

（現在 248筆）

⬇オンライン署名は
下記二次元コードから！

医療機関名とご住所、お名前を記入して送信してください。

医療機関経営と地域医療継続のため、多くの先生方のご協力をお願い致します。



署名用紙は本号に同封している。お問い合わせは、☎078－393－1807まで

燭心

「キーン・ソード（鋭い剣）」は防衛省・自衛隊と在日米軍の日米共同統合実働演習のコードネーム。コンピュータシミュレーションなどの机上訓練である「キーン・エッジ（鋭利な切れ味）」と交互に隔年実施される▼10月19日から始まった今年のキーン・ソードでは南西諸島で多くの負傷者が出ることを想定し、自衛隊病院から一般医療機関に搬送する訓練が関東の5病院で実施されると明らかになった。ついに、軍事訓練に医療機関が引っ張り出されるのである。小泉防衛相は「一般病院の協力なしには自衛隊の任務は成り立たない」医療と軍事のコラボは当然とうそぶく▼医療者や研究者には国家の暴力に加担した暗い歴史がある。その反省の上に医の倫理は成熟を重ねてきたが、医療や科学技術は戦争によって発展するという考えは今も根強く、それによって多くの人々が恩恵を被るのだというデュアルユース（軍民両用）の理論にすり替えられるのだ▼今年、防衛装備庁の安全保障技術研究推進制度（防衛分野にも転用可能な基礎研究の支援制度）に大学から過去最多の291件の応募があった。基盤経費が慢性的に不足する中、17年の日本学術会議声明を受け止めた多くの大学は防衛省の誘惑を拒絶してきた。兵糧攻めにしたうえで高額な軍事研究費という毒まんじゅうをぶら下げる戦略は、沖縄への圧力のかけ方と全く同じ手法である。大学だけの問題にせず、われわれも政府に対しより鋭い剣で鋭利に切りこんでいく必要がある。（九）

11/23 医療費窓口負担「ゼロの会」が大阪とオンラインでイベント開催!

「窓口負担ゼロ」は夢物語か

厚生省の内側と海外の現場を見てきた尾藤廣喜弁護士に聞く

兵庫協会も賛同する、医療費の窓口負担「ゼロの会」は、「みんなで語ろう窓口負担ゼロ～いのちは平等！　誰もがかかれる医療へ～」をテーマに11月23日にイベントを開催する。物価高が暮らしを圧迫する一方、高齢者の患者負担や高額療養費など、医療を受ける際の負担増をめぐる議論が続いている。　基調講演を行うのは、元厚生省職員で弁護士の尾藤廣喜氏。官僚として厚生省保健局企画課で医療保険制度の議論に携わり、その後約50年にわたり、弁護士として生活保護や社会保障の問題に取り組んできた。イベントを前に、「そもそも窓口負担とは何なのか」を聞いた。　（聞き手　編集部）

基調講演講師
尾藤（びとう）　廣喜（ひろき）弁護士
（日本弁護士連合会　貧困問題対策本部　副本部長）

編集部　今回の企画は、ずばり「窓口負担ゼロ」という大胆なテーマです。

尾藤　まず、「医療保険とは何のための制度なのか」を考える必要があります。日本では戦後、社会保障制度をつくる際、公費を中心とする仕組みではなく、社会保険を中心にする道を選びました。

ただ、保険制度を選んだから患者負担があって当然、給付が低くてもよい、ということにはならないと思います。必要な医療をどう保障するのか。健康権や生存権というところまで立ち返って考える必要があります。

編集部　先生は70年代はじめ厚生省で、医療保険制度そのものを議論する側にいたわけですね。

尾藤　保険局企画課で、当時「医療保険制度の抜本改正」と呼ばれていた議論に関わりました。社会保険審議会の事務局で資料を作る仕事などもしていました。

当時、隣の課の課長だったのが、後に「医療費亡国論」で知られる吉村仁さんです。私のような入ったばかりの職員にもよく話しかける人でした。医療費が増え続ければ国が大変なことになる、という問題意識を非常に強く持っていました。

その考え方が、その後の日本の医療政策にどんな影響を与えたのか。今の患者負担をめぐる議論を考える上でも、振り返る意味があると思っています。

財政赤字のイタリアが医療を無償にするわけとは

編集部　最近の高額療養費の負担増や、一部の薬を保険から外す議論はどう見ていますか。

尾藤　私は、日本の国民皆保険は世界に誇れる制度だと思っています。私的保険に頼らなくても、社会保険で必要な医療を保障することが、その強みです。

ところが、薬を保険から外したり、高額療養費の自己負担を高めたりすれば、その原理原則が少しずつ崩れていく。個別の負担額だけでなく、「日本の医療をどこへ向かわせるのか」という大きな問題として考える必要があります。負担増の是非だけを切り取って考える問題ではありません。

編集部　いまも「患者負担を増やせば受診が減り、医療費を抑えられる」という考え方があります。

尾藤　しかし、窓口負担を減らして受診機会を減らせば、その影響を強く受けるのは、所得の少ない人や、医療を必要とする機会の多い人です。それで国民全体の健康が良くなるのか、という問題があります。

このことを強烈に感じたのが、2013年に日本弁護士連合会（日弁連）の調査で訪れたイタリアでした。

編集部　財政難の中でも、窓口負担のない医療を続けている国ですね。

尾藤　そうです。当時のイタリアは財政赤字が大きな問題になっていました。それでもなぜ医療を無償にしているのか。その考え方、哲学を知りたいと思って訪問しました。

そこで会った行政の責任者が、非常に印象的な人でした。もともと医師で、患者を診てきた経験を持つ方です。「患者負担を増やせば医療費を減らせるのではないか」という日本でもよく聞く疑問を私もぶつけました。

返ってきた答えは、私にとって非常に示唆的でした。

編集部　どんな答えだったのでしょうか。

尾藤　そこはぜひ当日、お話ししたいですね（笑）。ただ一つ言えば、「誰が医療から遠ざかるのか」を考えなければならない、ということです。単に医療費の数字を減らせばよいのか。それとも、必要な人が必要なときに受診できることを出発点に制度を考えるのか。大きな違いがあります。

窓口負担ゼロの展望お話したい

編集部　では、日本で本当に窓口負担ゼロを目指すことはできるのでしょうか。

尾藤　最初から「できない」と決める必要はないと思います。子どもの医療費無料化を見てください。いまでは、無料化を掲げなければ政治家も票が入らない、というところまで来ています。かつては老人医療無料化が政治を動かしたこともありました。

大事なのは、「ゼロにすると社会にどんないいことが起きるのか」をもっと示していくことです。誰もが早く受診できることが国民の健康を守り、社会そのものを強くする。その価値をもっと伝える必要があります。

編集部　負担増への反対だけではない、ということですね。

尾藤　そうです。負担が増えている、大変だ、という悲観的な話だけで終わりたくありません。「こういう展望を持って取り組めるのではないか」というところまで話したいと思っています。

日本には国民皆保険という大切な財産があります。それをこれからどう育てるのか。窓口負担ゼロという問題を入り口に、皆さんと一緒に考えたいですね。

医療費の窓口負担「ゼロの会」
みんなで語ろう窓口負担ゼロ

いのちは平等！　誰もがかかれる医療へ
ゼロくんin大阪

日　時　11月23日（月・祝）14時～16時30分頃
会　場　大阪府保険医会館さいわいホール（大阪市浪速区幸町1－2－33　5階、地下鉄なんば駅、JR・近鉄難波から徒歩約5分）＆オンライン

基調講演　弁護士・尾藤廣喜氏（日本弁護士連合会貧困問題対策本部副本部長）
ミニ講演～医療現場からの報告～
①「多古町の3つのZero　周辺自治体への影響」
②「世代間分断、解決の“処方箋”～保険制度への理解と、窓口負担ゼロ～」
③「『窓口負担ゼロ』が必要な理由」
④「公的保険・窓口負担が　ある時　ない時」
⑤「ここがヘンだよ　窓口負担」

主　催　大阪府保険医協会・大阪府歯科保険医協会・神奈川県保険医協会・医療費の窓口負担「ゼロの会」
共　催　千葉県保険医協会・兵庫県保険医協会

▼詳細・ライブ配信はこちらから

来場お申し込みは、☎078－393－1807まで

秋の共済募集 好評受付中！

老後リスクに
〈次回受付4月1日～〉
しっかり増やす貯蓄型保険
保険医年金
加入者数4万8千人、積立金総額1兆3千億円
＋
もっと便利な積立保険
積立年金DefL（デフエル）
スタッフも加入OK！
11月30日締切迫る！
秋は一時払の増額受付のみとなります

ドクターに最適を提供します
協会の共済制度

死亡リスクに
格安の保険料と高い配当還元
グループ保険
大きくなってさらにお得に
＋
新グループ保険

休業リスクに
非営利だからコスパが秀逸　協会イチオシ！
休業保障制度
＋
所得補償保険
休業損害補償
天災や水漏れによる休業損害も安心

保険料が断然安い
介護保険Sasa*L（ササエル）

医事紛争リスクに
医師賠償責任保険

団体割引でお得
自動車保険、火災保険
医療保険、ガン保険

あっちこっちで保険に入ったから整理がつかない
協会の共済はご加入内容をまとめて管理。ワンストップサービスを提供します。

※サイバー保険、労務トラブルに関する保険もお問い合わせください！

お問合わせは共済部まで　☎078-393-1805　資料請求二次元コード

特別寄稿

循環器専門医であり、医学生教育に情熱をささげていた開業医がＡＬＳ患者になって考えたこと

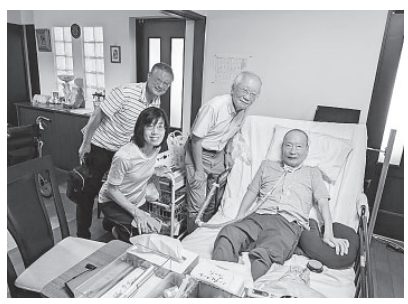
西宮市　伊賀　幹二（編集　西宮市　半田　伸夫）

はじめに（半田）

普段から草野球の投手として年間300イニング投球する1952年生まれの男性医師が筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）に罹患しました。発端は2024年1月ごろから箸が持ちにくい、カーブが投げられなくなったとの症状が出現し、4月から右手握力が低下、手根管症候群と肘部間症候群を疑われ、5月に開放術を行ったが改善せず、手内筋の萎縮が進行しました。

2025年1月に受診したが、疾病が特定できず、ＭＭＮ（多巣性運動ニューロパチー）／ＣＩＤＰ（慢性炎症性脱髄性多発神経炎）の可能性があり、ガンマグロブリンやステロイド治療を受けましたが、改善しませんでした。

2025年6月に大学病院の脳神経内科に精査入院し、上位運動ニューロン症状と筋電図所見などからＡＬＳと診断され、以後ロゼバラミンとラジカット治療を継続するも右上肢、左上肢、肋間筋などの筋萎縮がすすんだため、居住地に近い別の大学病院で気管切開をすることとなりました。



自宅療養中の筆者（右）と妻の尚子さん（左２人目）、面会者は協会顧問の広川先生（右２人目）と半田（左）

その時からの状況を、彼がかろうじて動く左手でスマホに入力した文章を紹介します。

1．ＡＬＳ患者の気管切開について

1―1　比較的早期の気管切開の決断とその結果

昨年（2025年）の10月くらいから全身倦怠感が強く、少ししゃべったり、少し動いたりすると息切れが強くなってきた。

人工呼吸器をつけたＡＬＳ患者で活躍している人は毎日外出したり、いろんなところで発信したり活躍されている。今の私にそれができるだろうか。これだけしんどければそんなことをする余裕はない。

何が違うのだろうかと思いつつ、人工呼吸器をつけている十数人のＡＬＳ患者に聞くと、半数ぐらいは人工呼吸器をつけて全身倦怠感が取れた状態であった。しかし、人工呼吸器をつけると発症から手術までの期間が短くなり、症状の進行する筋力低下と並行して呼吸機能が低下していくのがこの原因だと思った。

気管切開後の生活はイメージがわかない。大変になるかもしれない。音声入力ができなくなるのである。これは私にとってとっても辛い。でもこの私にはそれしか選択肢はないのだと思っている。全身倦怠感が改善することを期待し、5月に閉院。6月1日に手術していただいた。誤嚥がなく、ファイバーで声帯の麻痺がないことから、気管切開のみを施行した。

気管切開経験者から言われていた肩の付け根の違和感が直後からなくなった。

術後経過が思わしくなかったので、1カ月で評価すると明らかに安静時の全身倦怠感はなくなった。

客観的データとして、酸素飽和度は95％から97％に、安静時の心拍数が90bpm台から70bpm台になり、血圧はカルベジロール10㎎1T内服で収縮期血圧が140から160㎜Hgであったが、術後は無治療で120㎜Hg台になった。

何人かの人が言っていた手術で、ＡＬＳの進行がとまったことについて、手足のぴくつくのは一時的に劇減した。入院中スマホの使いすぎか、手の麻痺は進行した。

見舞いに来てくれた手術直前を知っている人が、私が楽そうだと判断されたのは呼吸数が減ったことだろうと思う。手術直後からいままでの吐き気がなくなったことを実感している。夜間のＮＩＰＰＶ（Noninvasive Positive Pressure Ventilation―非侵襲的陽圧換気法）施行時、鼻呼吸だったのが原因で胃に多くの空気が入っていたためだろう。

デメリットとして、喋れないことに加えて、予想外に喀痰の処理は大変である。30分から3時間ごとに吸引が必要。人手がないと窒息死の不安がある。しかし、この選択に後悔はない。

（次号につづく・全3回）

審査対策部だより

2025（令和７）年度の指導の実施状況（兵庫県）

協会の求めにより、近畿厚生局は「2025（令和７）年度保険医療機関等の指導及び監査の実施状況報告書」（兵庫県）を開示した。

個別指導件数

―医科は減少、歯科は増加

2025年度の個別指導の実施件数は、病院４件（前年３件）、医科診療所７件（同18件）、歯科29件（同10件）である。医科診療所は前年度の18件から半数以下に減少した一方、歯科では前年10件から約３倍の増加となった。

病院４件の選定理由は「情報提供」が２件、「再指導」が２件、医科診療所７件の選定理由は「情報提供」が２件、「再指導」が５件、歯科29件の選定理由は「再指導」が27件、「その他」が２件である。医科・歯科ともに件数の増減の要因は「再指導」による選定の増減であり、前年度の指導結果が影響したものだ。

歯科では依然として高い「再指導」率

医科診療所の個別指導７件の結果は、「概ね妥当」０件、「経過観察」４件（57.1％）、「再指導」３件（42.9％）である。新規指導177件の結果は、「概ね妥当」４件（2.3％）、「経過観察」167件（94.4％）、「再指導」６件（3.4％）で昨年並みである。

歯科の個別指導29件の結果は、「概ね妥当」０件、「経過観察」24件（82.8％）、「再指導」５件（17.2％）である。新規指導48件の結果は、「概ね妥当」２件（4.2％）、「経過観察」39件（81.3％）、「再指導」７件（14.6％）である。前年との比較では減少しているものの、依然として高い再指導率である。

自主返還が高額にのぼる例も

医科診療所での個別指導における自主返還は、11医療機関4,538万円であり、近年にはない高い金額となった。特に、特定疾患療養管理料や在宅自己注射指導管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料などの返還で返還額が高額になる傾向があり、とりわけ算定頻度の高い算定項目の日常管理の重要性が際立っている。

また、新規指導においても、医科・歯科ともに大部分の医療機関が自主返還を求められている。新規指導はあくまで保険診療のルールの周知を目的とした教育的な指導であり、協会は新規指導においては「自主返還」を求めないことを要請している。

なお、下表の返還件数および金額は2024年度の実施分を含み、全額が2025年度に行われた指導等での返還金額ではない。

指導時は弁護士帯同と録音を

近年、とりわけ医科では指導を受けた医療機関から、「威圧的な指導だった」などの声が寄せられることもある。保険医の権利が不当に侵害されることを防ぐためにも、少なくとも録音は行うようにし、個別指導ではあわせて弁護士の帯同も検討いただきたい。

個別指導等の実施通知が届いた際は、まず協会までご連絡ください（医科☎078－393－1840、歯科☎078－393－1809）。

【個別指導】

	実施機関数	選定理由							
		情報提供		再指導		高点数		その他	
		選定	実施	選定	実施	選定	実施	選定	実施
病院	4	2	2	2	2	6	0	0	0
医科診療所	7	3	2	5	5	53	0	0	0
歯科	29	2	0	29	27	83	0	2	2

	指導後の措置					返還	
	概ね妥当	経過観察	再指導	要監査	未措置	機関数	金額（円）
病院	0	2	2	0	0	4	19,891,665
医科診療所	0	4	3	0	0	11	45,385,759
歯科	0	24	5	0	0	10	7,048,767

【新規個別指導】

	実施機関数	概ね妥当	経過観察	再指導	要監査	未措置	機関数	金額（円）
病院	1	0	1	0	0	0	1	11,400
医科診療所	177	4	167	6	0	0	137	4,271,981
歯科	48	2	39	7	0	0	60	487,694

会員投稿

豪雨災害の人災部分

丹波市　眞田　幸昭

熊本大地震の後、２週間余りで、東から西へと稀なコースを辿った台風上陸の後、千葉で豪雨災害が起こり、８人の死亡（８月14日現在・註）も含む大きな被害を被った。「今までに経験したことがない」という表現がしばしば使用されるが、その内、人災に関わると思われる部分、つまり予防のベクトルを、今後のために少しでも考えてみたい。

地震など、天変地異の中でも現状ではなかなか予防できない現象と異なり、集中豪雨は人災部分が少し関与しているのではないか。

門外漢の意見として聞いてほしいが、現状の天気予報は、事後検証が不足していると思われる。予測が外れるのは止むを得ないとしても、的中率や外れた時の理由を、後追い調査で点検し、もっとＡＩなどを駆使して科学的に深堀した結果も公表してほしい。人員不足だとは思うが、綿密な検証があってこそ、次からの予測に生きる。

私が人災部分と考えている「地球温暖化」が少しでも関与しているとすれば、エネルギーの安易な無駄遣い（便利すぎる生活）を止めねばならない。そして、もう一つ重要なことは、価格の下がった森林や、田畑をもっともな理由をつけて売買、宅地化していくことに、少子化が顕著となった今、そろそろブレーキを掛けねばならない。特に森林は、雨水を保水する重要な役割があることを、学校教育の中でも今以上に強調し、さらに農地と異なり規制がないので、所有者が安易に宅地化しないで済むような国の森林保護政策が必要である。

（2026・8・14）

註・9月9日現在13人（内閣府）

会員訃報

飯村六十四先生

長田区　内科

9月20日　享年80歳

ご冥福をお祈り申し上げます

STOP！介護崩壊署名にご協力ください

すべての人が安心して介護を受けられ、従事者も尊重される制度の実現のため介護保険制度の抜本改善を求める請願署名（STOP！介護崩壊署名）にご協力ください。

署名用紙のご注文は、☎078－393－1807まで

保険診療のてびき

—787—

「被災地では何が起こるのか？支援者としての目線から～災害対応における多職種連携～」より

災害時における多職種連携と支援の在り方
被災地の現実と「防ぎえた死」への挑戦

兵庫医科大学危機管理医学講座　特任助教　渡邉　暁洋先生講演

兵庫県保険医協会
☎ 078・393・1801
Fax 078・393・1802
https://www.hhk.jp/

１．災害医療の本質とフェーズの変化

災害医療の根本的な課題は、医療ニーズ（需要）と医療資源（供給）の圧倒的な不均衡（アンバランス）にある。平時であれば、一人の患者に対して最適な医療資源が投入されるが、災害時には限られた資源で最大多数の被災者を救うための「アンバランスの是正」が求められる。

阪神・淡路大震災での「避けられた災害死」が約500人存在したという教訓から、日本における災害医療体制は大きく進展した。超急性期に活動する災害派遣医療チーム（DMAT）をはじめ、JMAT（日本医師会災害医療チーム）、DPAT（災害派遣精神医療チーム）、JRAT（災害リハビリテーション支援チーム）など、各専門団体が連携する体制が構築されている。近年の能登半島地震では、過去最多となる1,139ものDMATチームが活動し、救命医療から被災医療機関の支援まで多角的な対応がなされている。

２．「災害関連死」という直視すべき現実

災害による死者は、建物倒壊や津波などの直接的な物理要因による「直接死」だけではない。むしろ、その後の避難生活や環境悪化に起因する「災害関連死」が深刻な問題となっている。東日本大震災のデータによれば、関連死の約９割を70歳以上の高齢者が占め、既往症を持つ人が約６割に達する。その原因の多くは、避難所等における生活の肉体・精神的疲労、および病院の機能停止による初期治療の遅れである。

これらは「防ぎえた災害死（Preventable Death）」と呼ばれ、適切な時期に適切な医療やケアが提供されていれば避けられたはずの命である。関連死を最小化するためには、医療機関内の対応に留まらず、避難所という「生活空間のマネジメント」に踏み込んだ支援が不可欠である。

３．医療継続を支えるロジスティクスと薬剤師の役割

災害時には、電波障害や道路の寸断により「救急車が呼べない」「医療機関に受診できない」といった事態が頻発する。特に慢性疾患を持つ患者にとって、薬の欠乏は命に直結する。

災害時の医薬品供給には、平時とは異なる柔軟な対応が求められる。例えば、令和２年７月豪雨や令和６年能登半島地震では、自衛隊と薬局が連携し、お薬手帳の写真やオンライン資格確認システムを活用して過去の処方歴を確認、処方箋が後出しとなる特例措置の下で調剤・配送を行うスキームが実施された。薬剤師は、単なる調剤に留まらず、在庫管理から代換薬の提案、避難所での衛生管理指導まで、幅広い役割を担うことになる。

４．避難所における生活環境と人道的基準

支援の質を測る国際的な基準として「スフィアスタンダード（人道憲章と人道対応に関する最低基準）」がある 。これは「被災者には尊厳を持って生きる権利があり、支援を受ける権利がある」という理念に基づいている。

・トイレと衛生（TKB48）： 避難所のトイレ環境は健康被害（便秘、脱水、エコノミークラス症候群、感染症）に直結する。基準では、短期間でも50人に１基、長期間では20人に１基のトイレ設置を求め、女性用３：男性用１の割合とプライバシーの確保を推奨している。

・水と食事： 生存に必要な水量は１日１人あたり7.5～15リットルとされる。また、発災直後はパンやおにぎりなどの炭水化物に偏りがちだが、長期的には１日2,100kcalのエネルギーと、タンパク質・微量元素の確保が必須である。

・要配慮者への対応：乳幼児、高齢者、アレルギー疾患を持つ人、嚥下困難者への対応は特に困難を極める。避難所開設初期からの情報のリスト化、専門家（管理栄養士等）との連携、とろみ剤の活用といった具体的な工夫が求められる。

図１　東日本大震災の際の女川町の様子（本人撮影）

図２　東日本大震災の際の医療機関の会議室内の職員生活環境（部屋）

図３　2024年能登半島地震の珠洲市内の様子

図４　2024年珠洲市保健医療福祉調整本部の様子

図５　2024年能登半島地震における医療支援とモバイルファーマシー

５．多職種連携を支える「保健医療福祉調整本部」

多岐にわたる支援活動を効率化するためには、「司令塔」としての調整機能が欠かせない。各自治体に設置される「保健医療福祉調整本部」には、DMAT、JMAT、薬剤師会、看護協会、行政担当者などが集い、情報の集約と資源の最適配分を行う。

支援のフェーズが進むにつれ、ニーズは「救命」から「生活支援・慢性期医療」へと移行する。DMATなどの急性期チームから、地元の保健師や専門職団体、NPO等へスムーズに引き継ぐ「受援（支援を受け入れる体制）」の構築が、被災地の復興を左右する。

６．結び：平時からの備え

災害時に「何が起こるか」を具体的にイメージし、自組織のBCP（業務継続計画）を充実させることは当然の責務である。しかし、超高齢化・人口減少社会においては、災害を契機とした医療機関の廃業さえ現実的な課題となる。

プロフェッショナルな支援者として、われわれは「防ぎえた死」をゼロにすることを目指し、職種の垣根を超えて連携し、被災者が可能な限り元と同じ人生を歩めるよう最善を尽くさなければならない 。

（２月７日、薬科部研究会より）

図６　2023年奥能登地震、珠洲市内、避難所の小学校における避難所設置支援の様子

在宅医療点数の手引（2026年度版）学習会のご案内

日　時　11月21日(土) 15時～　　**会　場**　協会５階会議室（Zoom併用）
講　師　灘区・ろっこう医療生活協同組合 灘診療所　**髙野　修一**先生
参加費　１人1,000円　※来場者は当日受付にて徴収、Zoom視聴者は後日振込
テキスト『在宅医療点数の手引』は１冊税込4,000円
※当日受付で販売。事前送付を希望の場合は送料別
来場定員　50人（申込順）※事前にお申し込み下さい。
オンライン参加お申し込みは右の二次元コードから。
書籍の注文を伴うお申し込みは11月13日まで。

▼オンライン申込はこちら

来場お申し込み・お問い合わせは、☎078－393－1840まで