

大規模災害における災害医療

土居 弘幸

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学

Medical care after catastrophic events

Hiroyuki Doi

Department of Epidemiology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

はじめに

筆者は、1997年4月から2001年1月迄、旧厚生省指導課課長補佐として阪神・淡路大震災後の災害医療体制づくりに関わり、2001年1月から2007年3月迄、静岡県理事として東海地震を想定した災害医療体制づくりを指揮、そして岡山大学災害医療チームの一員として2011年3月22日から28日迄、陸前高田市、大船渡市を中心に災害医療活動に従事した。

東日本大震災の教訓として、特に注目されるのは、発災直後から長期に渡る災害医療活動に重要な人財は、地域医療福祉を日頃から支えている多職種協働人財であることが明らかとなったことである。大規模災害時の医療と言え、発災後72時間以内の救命医療を中心に考えられてきたが、超高齢社会、地域住民の大多数が避難者となる状況においては、災害・救急対応力に加え総合診療力を有し、多職種協働に習熟した人財こそが被災地の救援活動に求められているのである。

東日本大震災発生までの災害医療

旧厚生省は、阪神・淡路大震災を

契機に、医療提供体制の抜本的な見直しを行い、“Preventable deathを如何に減ずるか”ということを中心的な戦略として、災害拠点病院の整備、トリアージタグの導入と標準化、広域災害・救急医療情報システムの導入、病院防災マニュアルの作成、災害医療従事者研修など¹⁾を行ってきた。

さらに、ドクターヘリの導入、消防庁長官による「緊急消防援助隊の直接指揮」体制、日本版DMAT (disaster medical assistance team) の設立など“Preventable deathを減ずる”方策は、重症患者の広域搬送システムを加え格段の進展を遂げた。しかし、地域の災害拠点病院においては、耐震化や有事への備えが不十分であり、訓練も形ばかりのトリアージに終始するなど大規模災害への対応が大幅に遅れていた。

今後の災害医療活動への提案

厚生労働省の災害医療所管課は、東日本大震災を踏まえ、大規模で長期に渡る災害医療について幾つかの課題を抽出し、その解決へ向けて具体的な検討を行っている。しかし、福祉を加えた避難者生活の支援という視点が欠如している。

避難者全体の健康状態の把握が困難、インフルエンザ・肺炎・下痢等の感染症予防、退院後の受皿不足、高齢避難者のADL低下・要介護者急増、介護施設の2～3倍にも及ぶ

定員オーバーといった課題に対し、筆者自身の限られた経験と、実際に救援活動に従事した医療関係者そしてマスコミ等の情報に基づき、下記の事項について提案したい。

1. 公衆衛生活動との連携：Disaster Care Professional (DCAP：ディークャップ) の創設

陸前高田市では、発災後(約1週間後)、全国から保健師が参集し、全避難生活者(自宅避難を含む)をエリア別にフォローする体制を整え、保健活動を実施し、避難生活者個人の健康・生活情報を詳細に聞き取っていた。こうした情報は、災害医療の現場で最も求められる個人情報であり、災害時の公衆衛生活動を個人単位でも、医療救護活動に繋ぐ必要がある。

災害救援の経験を有する保健師・訪問看護師を“DCAP”として任用し、大規模災害発生後3日以内を目標に、全避難所(複数担当も可)へ配置することを提案する。このオペレーションの理想的なlogisticsとして、被災地への移動手段及び避難所への通所手段、宿泊場所は自衛隊による便宜供与が可能であれば、それに優るものはない。筆者は、1994年100万人の難民が発生したルワンダにおいて、WHOから自衛隊PKO部隊に派遣された経験から、この提案は自衛隊にとっても有益な協力活動になると考える。

避難所を担当するDCAPは、全避

平成24年8月受理
〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1
電話：086-235-7170
FAX：086-235-7178
E-mail：h-doi@md.okayama-u.ac.jp

難者の健康状態の把握に努め、巡回診療班に医療が必要な者を紹介・リストアップするとともに、医療班に避難者の健康情報を提供する。さらには、医療班の巡回診療計画を作成し、その情報を避難生活者に周知させ、診療班はその計画に基づき診療活動を実施する。また、避難所生活者と避難所全体の衛生管理（特にトイレ掃除）等を行い、こころのケア、口腔ケア、その他生活全般についても関係者と必要な調整を行う。こうした保健師・訪問看護師の避難所活動によって、避難所は、より自律的な機能を持った機関となるに違いない。

保健師・訪問看護師という専門職が避難所に配置されることにより、衛生面での「規範」が確立し、そこから被災者相互の「信頼」が生まれ、さらには「支え合い」といった“絆”即ち避難所生活のソーシャル・キャピタルが育まれることが期待される。

2. 仮設診療所から避難所を巡回する訪問診療へ

避難所生活者の医療ニーズは、圧倒的に高齢者の慢性疾患対応であり、住環境が悪い避難所生活では、早期にADLが低下する。しかも移動手段が乏しく寒い環境では、離れた仮設診療所へ通うことができる患者層は限られたものとなる。実際に避難所を巡回した医療チーム（JMAT）の報告では、仮設診療所に通うことが出来ない多数の高齢者を診療したとの報告があった。さらには、患者さんの生活実態を把握し診療することは医療の基本でもある。

以上のことから、避難所等（自宅避難者を含む）を巡回訪問し、避難所への訪問診療こそが主たる診療スタイルとすべきであり、仮設診療所は、むしろ補完的なもの（比較的元気な人間を対象）と位置付けるべきである。技術的には決して非効率な診療スタイルでないことは、今回の

JMATが実証済みである。また救急車で後方病院へ搬送した際、その帰路について大きな課題となっていたことから、地域の避難所と拠点病院を結ぶ巡回バスを早期に運行することも災害医療体制として早期に確保する必要がある。

3. 災害医療コーディネーター

災害医療における地域の統制者・調整者については、阪神・淡路大震災以後、活発な議論が行われてきた。当初、筆者は、救命救急センター長や災害拠点病院長らが適任ではないかと考えていたが、今般の経験を踏まえ、大規模災害においては、むしろ否定的に考えるようになった。彼らはもっと自身の病院運営（医療班の受入、復旧）に専念すべきである。急性期病院の院長らは、地域福祉について関心を持ち、多職種協働についての理解を深めることを期待する。

介護保険制度が導入され、地域の医療福祉は大きく進展した。様々な職種による「患者に寄り添うケア・システム」が地域において確立されつつある²⁾。医師の認識次第で、実にすばらしい患者中心の多職種協働が展開されている。多くの高齢者が集まり、乳幼児も共に生活する避難所においては、このような「地域包括ケア・システム」が、避難所生活者の医療福祉ニーズを的確に満たすものと言える。

従って、災害発生後、直ちに、DMAT活動と入れ替わりに、避難所を中心に多職種協働による「地域包括ケア・システム」を確立することが災害医療の基本戦略として位置付けるべきと考える。その観点から、地域における「地域包括ケア・システム」のリーダーこそが、災害医療における地域の統制者・調整者として適任であると考えられる。しかしながら、そのようなリーダーがすべての地域に存在するものではないことか

ら、subコーディネーターの役割を強く提案したい。リーダーは、リーダーと立ててくれる存在があって初めてリーダー足り得ることがある。リーダーをリーダーとして支える優秀なスタッフの存在が重要な意味を持つことが多い。外部からの“地域包括ケアに習熟した医師ら”が、被災地の地域医師会のリーダーを「地域包括ケア・システム」のリーダーとして従い支援するならば、このチームワークによって「地域包括ケア・システム」が見事に機能するに違いない。このような“地域のリーダーを支援する人財”の育成が重要と考える。

被災地の医療復興へ向けて

前項で述べたように、避難所を中心とする「地域包括ケア・システム」こそが、大規模災害時にいち早く確立すべき地域システムである。避難所をデイサービス・センター、デイケア・センターとして機能させ、避難所生活者自身を介護する要員として積極的に任用することを提案する。避難所生活者自身が“介護できる喜びを味わう”ことこそ医療復興の一里塚と考える。そしてそれがシステムとして機能するならば、さらに進んだ形で“仮設住宅”に引き継がれるであろう。

高齢者へのケアについては、高度な医療は無用であり、入院医療も重要ではない。慢性期療養においては、地域包括ケアの方が、患者のQOLは入院医療に優るとするのが関係者の一致した見解³⁾である。介護ヘルパーとして地域に雇用が確保され、一定の収入を得ることが可能となれば、被災地からの人口流出を食い止める一助となるに違いない。さらに地域の介護負担が壮年者から取り除かれることにより、彼らは地域の復興に、より専念できることが期待さ

れる。

DMATに続く「地域包括ケア・システム」の確立こそが、大規模災害における災害医療の最重要活動であり、医療復興への王道⁴⁾である。当に、東日本大震災の医療復興の道筋は、目前に迫った超高齢社会を支える地域システムのモデル足り得ると言える。

おわりに

多くの医師が医師の本分を規定している「医師法第一条」を知らずに

医療を行っている。特に診察室や病室でのみ、患者さんを診ている医師は、医師法第一条に規定されている医師の本分を忘れがちである。患者さんの生活基盤が整っているならば、たとえ忘れても生命の危機に直結するものではないかもしれない。しかし、大規模災害ですべてを失った被災者への医療は、「国民の健康な生活を確保する」という認識なしには成立しない。そして医師が、この本分を全うしようとするならば、真の多職種協働が展開し、「地域包括ケ

ア・システム」が確立する。

文 献

- 1) 近藤久禎：わが国の災害医療体制：災害医学改定第2版，山本保博他監修，南山堂，東京（2009）pp 258-271.
- 2) 和田忠志：現代の在宅医療：在宅医療入門，南山堂，東京（2009）pp 1-6.
- 3) 片山 壽：進化し続ける尾道方式：父の背中の地域医療，社会保険研究所，東京（2009）pp 216-234.
- 4) 堀田 力：緊急支援から復興支援へ，さあ，言おう（2011）216，2-3.