

---

## 東日本大地震被災地内病院の災害医療活動について

(山野目辰味. 全自病協誌 10: 1543-1547, 2011)

2012年1月13日、災害医学抄読会<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

---

### I はじめに

災害救急医療に関して、発災前からの各種の整備・準備、震災での災害医療活動、さらに避難所から仮設住宅にいたる慢性期医療活動について報告し、同様の災害への対処に関して今回の災害の検証と課題について報告する。

### II 大船渡病院、気仙地区(大船渡市・陸前高田市・住田町)、岩手県の災害医療体制整備

1995年阪神淡路大震災発生時、大船渡病院は災害医療の意識も知識も関心もない状態であったが、2003年より院内での災害医療マニュアルの整備が開始された。2004年新潟中越地震、スマトラ沖地震津波を期に、院内で災害医療への関心が高まった。2005年からは大船渡市防災訓練への参加、気仙地区災害医療訓練を回開催するなど、医療機関・消防・警察・海上保安庁・保健所・市役所などと災害時の連携を進めていった。また、災害医療従事者研修や、2006年前半と早期よりやDMAT研修に参加し、その後県内の病院のDMAT連絡会を設立したり、訓練に参加し技能練度を向上維持してきた。

岩手県はこのような状況でも県全体での災害医療体制整備の要望に反応せずしていた。

2008年岩手宮城内陸地震が発生、大船渡病院DMATは発災後45分で出勤し、現場にDMAT本部を設置し活動すると同時に、参集拠点病院の県立胆沢病院の病院支援医療活動を行った。しかし岩手県災害対策本部(以下県災対本部)はDMATを認知していなかったため、その活動を把握しておらず重症者搬送に支障が出た。これ以降、慌ただしく県は岩手県災害拠点病院連絡協議会を設置し県としての災害医療体制を県地域防災計画と連動させる整備に着手した。ようやく2009年3月県内DMATの運用要領が決定された。

2009年度には、筆者の提案を基に、県は災害医療体制整備の一環として沿岸部日本海溝型地震津波の発災急性期の体制整備も行っていった。これは主として(1)沿岸各地の災害拠点病院の災害医療機能の強化：設備や訓練など、(2)沿岸の大津波警報でも対応体制のない内陸部の災害拠点病院のバックアップ体制整備、(3)沿岸部病院から内陸部病院への東→西患者搬送体制確立、(4)花巻空港を拠点としてSCU: Staging Care Unit 設営へのDMATの集結～県外への広域医療搬送体制整備から成っている。

### III 急性期災害医療活動

2011年3月11日の東日本大震災発災当日、大船渡病院は市街地に隣接する高台にあるため当日は発災から深夜まで9時間弱で109名の患者が搬送されてきた。患者分散搬送の基本から3月12日から、すでに整えていた県下の体制を最大限使用し大船渡病院のみで後方病院に約1ヶ月で150人の搬送をへり、救急車、バスなどで行った。

急性期医療での問題点をあげると、(1)津波で薬を流された慢性疾患を抱える患者への処方薬の欠乏、(2)それを運ぶ車両の燃料の不足、(3)在宅酸素療法の患者が電源を失ったために多数の方々が病院へ押し寄せて処理に難渋したこと、(4)搬送手段を確保するための県災対本部が限界に達し、直接病院間交渉を行ったこと、(5)急性期対応の DMAT を慢性期医療救護班の被災地展開までの臨時救護班として使用せざるをえなかったこと、(6)DMAT に関しては県災対本部医療班及び被災地内 DMAT 活動拠点病院統括機能の強化を考慮する必要がある、などである。

#### IV 亜急性期～慢性期医療活動

気仙地区の保健所体制は北隣の釜石・大槌地区と統合されている。大船渡保健所と釜石保健所の保健所長は兼任である。そのため、非常亜急性期～慢性期において医療チーム・保健師チーム・こころのケアチームなどの医療コーディネータは、地域保健医療にもっとも関係している保健所長が行うという、いわゆる中越地震の際の新潟モデルが機能しないことは、発災前から予想されていた。そのため、筆者は大船渡地区の災害医療コーディネータを発災後3日目より行っている。

筆者が最も気を付けたことは、被災地に入る多数の医療チームが同じ避難所・救護所に無計画に入ることによって仕事の重複などが無秩序に起こらないように一元化したコントロールを行ったことである。そのため、当初は薬を津波で流された方々の支援を行い、医療救護班が来援するに従い徐々に各地区の主な避難所に救護所を開設し、周囲の小さな避難所には各救護所に配置した保健師チームを巡回させた。こうすることで、小さな避難所や自宅非難者なども重複せず漏れなく診療するシステムを構築した。

しかしながら、県、県医師会、岩手医大、赤十字県支部などは、新潟モデルを参考とせず、手薄な現場の強化を行わず、100km 離れた盛岡のみでネットワークを立ち上げた。100km も離れた県当局と密な連携を取るためには圏域保健所等の機能など、現場の強化を行うことが絶対に不可欠である。このようにできなかったことは、今後の災害医療コーディネータに関して重大な教訓とすべきである。

#### V まとめ

1. 被災地内病院として大船渡病院の急性期医療活動は長年の実践的災害マニュアル 整備と訓練により概ね円滑に行われた。発災以前から実災害を想定し資器材・マニュアルを整備し、訓練を継続することは非常に有用であった。
2. 慢性期災害医療コーディネータは被災地内での一元管理システムは有効に機能したが、盛岡にある県や各関係機関による集団は過去の教訓に基づき算定されたモデルによることなく現場の強化を行わなかったため、被災地の実情に基づいた機能を果たすことはできなかった。このため現場と県庁は大きく乖離した状態となった。このことは、今後の大災害時の医療コーディネータの重大な教訓とすべきと考える。