

---

## 東北大学病院災害対策本部の「想定内」と「想定外」

(佐藤 大ほか、日本集団災害医学会誌 17: 21-26, 2012)

2015年2月27日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

---

東北大学病院では2009年より年2回ずつの災害対策本部立ち上げ訓練を行ってきた。2011年3月11日の東日本大震災に対する災害対策本部は訓練の開始以降初の実稼働であった。本部活動は発災から約15分で開始され、1か月以上にわたり本部活動が行われた。内容は院内の被災状況の把握、在院・来院患者の対応にとどまらず被災地外への支援要請発信や県内医療機関への後方支援など多岐にわたった。その中で発生した問題には事前に想定されていたものと、実稼働の中で初めて明らかになったものがありこれらの問題点と事前に想定されなかった業務を整理することにより、事前準備の妥当性を評価し、今後のあるべき姿を検討する。

方法としては災害対策本部の運営の中で発生した問題点及び遂行した業務を対策本部の活動記録および実際に活動した本部員からの情報をもとに抽出した。これらの問題点及び業務を本部立ち上げ訓練や災害対策マニュアルの内容と比較し A)事前に把握していたが改善できなかった問題点と、B)事前に想定していなかった問題点や業務を抽出した。

### A) 事前に把握していたが改善できなかった問題点

#### 1. 環境整備

A1)情報共有用ホワイトボードの記入欄未整備/A2)院内各部署や院外主要施設の連絡先リスト未作成

→防災を司る担当が十分な稼働を持たなかったことと、災害対策の企画立案者との指示命令系統上の関係がなく、業務上の作業指示が出ていなかったことが原因であった。

A3)本部として使用していた会議室へのテレビの未設置

→実現しなかった要因は予算確保である。本院では防災関連経費の予算枠がなく、施設管理担当部署全体の予備費から捻出されることが多かった。これは本来建物等の修繕を目的とした予算であるためテレビ設置まで手が回らなかった。作業体制の整備や継続的な予算確保のためには長期的な業務計画が必要だ。責任を持つ部署を明確にすることが大事だ。また都度変化する状況に迅速に対応するために、責任者の裁量により柔軟に執行できる予算枠の併置が望まれる。

#### 2. 本部運営

A4)具体的な指示が出ない、判断が下りない、作業結果を報告しないとといった指揮・報告の不徹底

A5)本部員間における作業量の大きな偏り

→職員に権限や責任の自覚が定着していなかった。権限や責任の所在を明示することで改善できる。これは日常業務でも重要だ。

A6)本部内情報共有の不徹底/A7)本部決定事項の院内発信の不徹底と、本部外職員との不十

## 分情報共有

→即時かつ継続的な情報共有においてこういった問題が発生したが、時間の余裕がある日常業務では必要性が低い、災害対策訓練などに取り入れると災害時に円滑に本部を運営できるのみならず日常の業務も効率的に遂行できる。

### A8) マスコミからの問い合わせに個別に調査・回答

→記者会見の開催予定を連絡するはずで、訓練にも取り入れられていたが実際のマスコミの動きについて情報収集は行われなかった。

### A9) 記者会見の不開催/A10) 院内のトランシーバ配置の変更

→具体的な手順が定められていなかった。日常業務からの乖離が大きい業務で、より現実的な対応方法を検討する必要がある。

### A11) 災害レベル決定が行われなかった

→災害レベルが明示されなかった一方で外来診療と定期手術中止が早期に決定されており診療体制についての方針は示されていた。これは結果的に災害レベル3の宣言と同様の効果を発揮した。この点からは災害レベルの概念が十分に定着していなかったことが伺える。各部門の業務継続に向けた努力を大前提とし業務継続不能の判断根拠が各部門の業務環境に依存する場合、該当部門が独自に業務停止を判断し本部に報告しつつ即時的に必要な対応をとる。また業務継続を阻害する要因が外部の危険や院内の診断配分などである場合は災害対策本部がオーバーライドして業務中止を支持する。こういった形態をとり各部門は必要な業務や撤収作業を遅滞なく遂行できる。

## B) 事前に想定してなかった問題点や業務

### 1. 本部の環境

#### B1) 本部として使用していた会議室内の非常用電源の未整備

→非常用電源の可能性は意識されていなかった。非常用電源への接続率が高い建屋にあったため大丈夫という思い込みが原因だった。

### 2. 在院/来院者対応、院外との通信

#### B2) 外来診療中止決定後の帰宅指示

#### B3) 帰宅困難者のための滞留場所確保および避難所への誘導

#### B4) 在宅酸素療法および人工呼吸療法患者の来院

→外来帰宅指示は外来患者の院外退出の可否が判断できなかったというものだ。中止後の患者の扱いは災害対策マニュアルにも明確な記載がなく、自発的な帰宅が想定されていたと思われる。結果的に帰宅困難者が発生したため B3)の対応が必要となった。さらに大規模停電により B4)が発生した。事前の待機場所確保や近隣避難場所との調整が必要であった。

#### B5) 外部機関との通信における MCA 無線や衛星携帯電話の活用

→通信インフラの影響が大きい中でこれらの手段は安定した通信が可能であったことと、大規模な被災に対応するために県などとの通信需要が大きくなったことから発生した。これらはすべて、災害発生に伴う院外の環境変化による影響を想定していなかった。も

しくは、これほどの大規模な被害発生を想定していなかったことが原因だ。

### 3. 被災最前線医療機関への支援

#### B6)被災地域病院の情報の派遣医師による収集

→大学からの派遣医師によりヒューマンネットワークができており医療機関情報の収集に決定的な役割を果たした。

#### B7)医療支援：医師、看護師、薬剤師等、数十名の医療支援チームと薬品や医療材料を津波被災地の病院へ連日派遣

#### B8)被災最前線医療機関からの転院患者の無条件受け入れ

#### B9)患者受け入れ業務フローの整備

→B6)を受けこれらの病院を疲弊させないために B7)B8)が実行された。他院からの要請受付－診療科割り振り－ベッド確定－結果共有という業務フローが臨時に整備された B9)。

#### B10)被災地域からの透析患者大量受け入れおよび域外搬送の調整支援

→透析が受けられない患者を受け入れ数日間の透析で安定化後に北海道に搬出する計画も遂行された。これらの業務は病院外の組織や状況と関連しており、訓練での院外への想定が不足していたことが明白である。院外の状況も含めた訓練にまで達しておらず訓練もステップアップしていけたらよい。

### 4. DMAT 隊員による本部活動への自発的な参加

DMAT とそのスタッフは継続的に本部業務に携わり、また院内各部門の災害対応行動を把握しており部門間の調整にも貢献した。チームビルディングやクロノロジー記載、患者搬送へりは一般の職員が持たないスキルであり本部活動の円滑化に大きく貢献した。また発災直後からの写真記録は事後の報告や検証において貴重な資料となった。また彼らは見知らぬ相手と共同で活動するスキルを持ちインシデントコマンドシステム立ち上げにも貢献した。