
東日本大地震における災害医療

(山田康雄、治療 93: 1682-1688, 2011) 11/11/11-1

1995年の阪神淡路大震災を境に、我が国の災害医療体制は大きく様変わりした。国による災害拠点病院の指定と整備、EMIS(広域災害救急医療システム)の整備、DMATの創設など、とくに大規模災害に対する急性期対応を中心に強化が図られてきた。そうしたなか、東の本大震災が発生した。今回は①災害拠点病院の急性期対応、②宮城県におけるDMATの展開、③県庁災害対策本部から見た災害医療について述べる。

① 災害拠点病院の急性期対応

災害拠点病院である国立病院機構仙台医療センターでは、急性期対応マニュアルと災害医療訓練の結果大きな混乱はなかった。しかし実際の大地震で施設がどのように機能ダウンするかが予測されておらず、緊急の対応を迫られる場合もあった。またガソリン不足などのため長期にわたり帰宅困難となる職員もいたが、そのための食糧備蓄・移住スペースの確保はマニュアルに想定されていなかった。病院災害マニュアルには自施設被災時の対応を明記する必要性を感じた。

② 宮城県におけるDMATの展開

DMATの主な活動内容はi)病院支援、ii)現場活動、iii)SCU運営・域外搬送、iv)域内搬送とされているが、今回宮城参集DMATはこれら以外にも救出救助期の段階から避難所の情報収集・救護所の立ち上げも行った。また、地震と津波により通信不能となり、DMATが情報途絶を埋めるために各拠点病院へ直接チーム派遣を行った。今後は災害によるダメージに耐えるような通信機器の整備、DMAT派遣に関する迅速性と安全性を改善していく必要がある。阪神淡路大震災と違い今回の震災では、急性発症の重症外傷やクラッシュ症候群の割合は少なかった。しかし、津波により広範囲の地域に壊滅的なダメージがあり地域の医療システムは破壊された。その結果被災地からの入院患者のevacuationと、被災地への医療チーム派

遣のニーズは高いままとなり、48～72 時間を境とする医療ニーズの著明な減少はみられなかった。これまでの DMAT の活動は阪神淡路大震災のイメージから超急性期の約 48 時間と考えられていたが、今後展開期間、活動内容、移動・物資調達などについて再検討が必要である。検討課題はいくつか挙げられたが、災害急性期に宮城だけでも 100 を優に超える DMAT チームが迅速に被災地に入り、多くの傷病者が救われたことは疑いようのない事実である。

③ 県庁災害対策本部からみた災害医療

震災発生直後、県庁災害対策本部には災害医療コーディネーター2名と統括DMAT1名が入り県医療整備課スタッフとともに災害医療調整に携わった。ここの任務は各種医療情報の収集からガソリンなどの物資要請応需まで幅広いものであった。通信系統が不十分ななかコーディネーターは対応を行った。各地域のコーディネーターは地域に参入した多種多様な医療救援チームを振り分けて地区担当を決定し、その後あらかじめ長期にわたり継続担当できるチーム系統を形成したうえで地域に入ってもらい、ある地区の担当を長期的に任せるという形態に移行した。各地域の医療チームと調整本部は、単に医療行為だけでなく、衛生指導やサーベイランスも行い、栄養指導やインフラも含めた住環境の改善について地域行政に提言・協議した。各地域のこうした包括的な災害医療の展開は今後のモデルとなっていくであろう。

上記のように DMAT の初動期の大展開、様々な系統の医療チームの早期参入、気仙沼・南三陸・石巻などの激甚被害地域における包括的災害医療の展開など、これまでにない大きな進化が見られた。しかしながら、今後修正を要する問題も数々ある。中でも重大な問題は、あらゆる局面において需要と供給のミスマッチが存在したことだと考えられる。さまざまな人的・物的資源が十分に供給できる状況にありながら適材適所に分配できないという状況があちこちでみられた。通信系統の途絶、情報管理部門のマンパワー不足、組織間および地域～中央間の認識のギャップなど、様々な因子が不均衡分配の背景にある。これらが克服されていきさらに進化した災害医療が形作られることを切に願う。