
”被災地に近接した当院の後方支援活動”と”岩手県としてとられた支援体制”

(佐々木 崇. 全自病協誌 10: 1732-1735, 2011)

2012年5月11日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

■当院（岩手県立中央病院）の災害支援活動

1. 当院の概要

規模 685 床、医師数 166 名（後期研修医 26 名、初期研修医 31 名を含む）の災害拠点病院。被災地への平時時間的距離は宮古市 2 時間、陸前高田市 2 時間、広田町 2 時間 40 分などの 2 時間から 2 時間 40 分程度の距離。災害訓練を H19.6 より年 2 回、計 6 回、規模別 4 段階のモードを想定し施行。

2. 当院の被災状況と対応

建物被害はほとんどないが、停電などライフラインに支障をきたす。通常復帰は 4 月 25 日。情報共有と病院方針の伝達のため、朝夕 2 回の院内全体ミーティングを 3 月 28 日まで連日行った。薬品は SPD のため院内在庫がほとんどなかったが、地元問屋により 3 月 16 日頃より提供されるようになった。

3. 当院の災害支援活動

1)高度急性期医療後方支援

重症者をはじめとする負傷者の治療とともに、機能を失った病院で日常行われていた緊急手術などの受け入れを行った。

2)被災地医療支援（医療チーム派遣）

DMAT 岩手本部からの依頼で発災翌朝 5 時に被災地の情報収集のため防災ヘリで 1 名、花巻空港に開設された SCU、盛岡近在の SCU へ 2 チーム派遣した。しかし、津波被害の特徴から負傷者は予想より少なく、地元 DMAT は救急対応に任務変更された。

被災地支援は自己完結であり、物資と院内から集まった災害支援物資をチームが交代するたびに積み込み現地へ運んだ。発災後通信手段が機能しない中では、可能な限り道路情報を入れて直接現地に出向き足で情報を取ってくるより方法がない。そのため派遣チームからもたらされる情報がその後の対応に大きな役割を果たした。

救護所を訪れる患者の多くは薬やその情報が津波で流されており、また患者からの情報は不確実なこともあったので、薬剤師がそばにいてくれるのが力になった。

3) 検死・検案医師派遣

岩手県では医師会が中心となって行った。主に経験年数の多い医師が行った。

4) 全国自治体病院協議会を通じた支援医師の受け入れ業務

発災当初は自己完結のチーム以外は現地では受け入れ困難であった。4月中旬以降個人での支援受け入れも可能になり、全自協を通じて紹介が行われた。個人的に支援を申し出た方も多かったが、現地までの移動、食事の確保はほぼ不可能であった。今後は移動手段、現地での医療者用の食事の確保等の体制作りが必要である。

■岩手県としてとらえた支援体制

1. 岩手県立病院間支援活動

岩手県は県を9の二次医療圏にわけ、医療圏すべてで県立病院が基幹となっている。急性期病院機能を補完してさらに11の県立病院と5の診療センターがあり、このネットワークを軸に地域の病院と連携を取りながら機能してきた。この連携によって、入院機能を失った5県立病院と被災地にある病院、診療所から内陸の病院に短期間のうちに入院患者を搬送できた。

このことから、病院設立母体を超えて緊急時の広域での協力体制を構築し、複数の病院とお互いカウンターパートナーとして準備していくことが必要である。

2. 岩手災害医療支援ネットワーク

DMATの活動終了に引き続き3月20日より岩手災害医療支援ネットワークとして活動を継続。いくつかの状況を踏まえると、①被災地に地元出身のコーディネーター役を作る。②このコーディネーターを中心に各地からの支援チームが結集する（情報提供、連日のミーティングのまとめ役、情報収集）。③このコーディネーターが誰なのか明確にして中央との連携体制を構築する。④中央はサポート体制として立ち上がったことを現地に出向き、明確に伝え、顔の見える連携を早く構築する。特に地元コーディネーターと中央のサポート役の連携は重要。以上の4項目が今後必要である。

最後に

今回の経験をそれぞれの地域に置き換えイメージすることが必要である。特に発災後混乱した時期に被災現場にどのようなコーディネーターがいるかで活動状況は違ってくるため、適切な研修を含めて人材の準備をしておく必要がある。同時に現場をサポートするシステムも重要で、現場を生かす視点で現場中心のシステム作りが肝要である。