

---

## DMAT派遣の経験と今後への提言

(吉田茂昭、全国自治体病院協議会雑誌 50: 1831-1833, 2011)

2012年10月12日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

---

3月11日に発生した東日本大震災の際に、同日午後から青森救急救命センターではDMATの編成を行った。長期間のサポートが予測されたため隊員の消耗を考慮し、1チーム48~72時間、2チームで5日間前後の継続的な活動ができるように編成した。時間の経過とともに情報伝達手段が使用不可能となりながらも、11日19時40分に出発し、当初岩手県立二戸病院がパンク状態という事で現地に向かった。しかし実際に患者はおらず、そのまま待機し翌朝岩手県立宮古病院へ12日昼過ぎに到着した。診療・患者搬送を開始したが近隣に搬送可能な病院が全くなき、宮古病院か近隣施設に搬送できるのみであった。13日午後、岩手県立中央病院で第二チームに引き継ぎ帰投したが、第二チームが到着するとそれまで滞在していた全チームが全て撤退してしまった。1チームのみでの使命遂行は不可能であるため、現地から他のチームを要請し13日20時に1チーム、14日に4チーム、15日に3チームが結集したため、15日午後青森救命救急センターのDMATは帰投した。

今回のDMATでは医療環境が破壊されていたため様々な困難に直面したが、特に搬送の取り扱いについて疑問が残った。例えば宮古病院では次々と患者が搬送され、各DMATが患者の搬送先を探さなければならなかった(県庁統括は対応困難)。通常であれば、重症度・緊急度の高い患者を対象とすべき緊急搬送であるが、今回の場合は宮古病院から溢れた患者を他院に搬送してスペースを確保したかった。だが内陸の統括からは重症以外はDMATの役割ではないとの判断があり、待機するしかなかった。しかし実際に状況を直接把握してもらえれば、ヘリなどでの広範搬送などの手段も考慮できたのではないだろうか。一方、医療ニーズの掘り起こしも重要な活動と再認識した。つまり、被災者が病院に来たくても来られないのではないかと想定である。県立山田病院では津波により3階以下が浸水し、患者、職員を含め多くの犠牲者が発生したにもかかわらず、事故当時は宮古市との道路が閉鎖し、道路が開通し救助に向かえたころには廃墟のような状況であった。生存者は40人ほど存在し、宮古病院へ搬送して preventable death の防止に努めた。

今回の経験を通じて若干の提言を試みたい。

- ①DMATの活動時間は24時間であるが、今回の様な大規模災害の場合は活動の延長が必要である。
- ②超急性期の段階で医療ニーズの実態を把握できる方法が必要であり、それによってよりの確な対応が可能となるのではないだろうか。
- ③被災地での医療ニーズの掘り起こしや実態把握のため、他の地域との意思疎通を密にするべきである。
- ④重症度・緊急性が高くなくとも災害弱者に対してはヘリコプターなどを利用した広域搬送をもっと活用させることが必要である。