
DMAT調整本部におけるチームとしての活動の重要性

(佐藤めぐみ、日本集団災害医学会誌17: 84-89、2012)

2015年10月30日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

平成 23 年に起こった東日本大震災で福島県は地震、津波、原子力発電所事故などが重なり多大な被害が出た。医療でも変容する災害状況に合わせた対応が必要であった。

災害発生初期は医師 1 人を派遣したが、災害対策本部に DMAT の席はなく、医療者のかかわりはまったくなかった。当然ながらこの時点での活動記録はない。つまり災害対策の訓練は行っていたが受け入れの準備はできていなかったようだ。そこで医師隊員の追加派遣を行ったがまだ手におえるものではなかった。翌日、さらに看護師隊員 1 名を派遣したところ活動の記録がされるようになった。また今やらなければならないことは何か、何を目標とするか、などの活動指針を整理し提示することで徐々に医療活動の可視化が進んできた。職種の異なった医療者の増員は多面的な医療的問題への介入を可能にした。

地震に続いた原発事故では救援依頼情報が多く入ってきたが情報を分析し活動に繋げることは災害対策本部では困難だった。そんな中、危機的状況を知った放射線被ばくに対する知識を持ち合わせた福井大学 DMAT が本部に合流した。この参入により被ばく対応は無の状態から前進を始めた。その後放射線医学総合研究所から REMAT が本部入りし、医療体制は強化された。

緊迫した状況の中、周辺住人の避難が始まったが災害弱者の入院患者は搬送中子房という悲劇が起きた。この要因は避難者のすべてに放射物質の汚染の有無を検査する被ばくスクリーニングが求められたこともある。避難勧告地域から出るには汚染がないのを証明するか、汚染がある場合は除染が必要であった。これは、ここまで順調に進んでいた慢性疾患患者の医療調整を困難に陥れた。さらに入院患者の避難にはバスという搬送手段をとったため搬送に医療をかかわらせることができなかった。この状況の中、行政と医療との連携の再構築を図り、本部機能の立て直しに奔走した。災害対策本部に設置された救援班での活動スペースでは手狭になりかけたため、活動拠点を別に設け、DMAT 調整本部および緊急被ばく医療調節本部を新設し活動した。しかしこれだけの人員を割いても十分な対応はできなかった。最終的、に派遣された医療スタッフは体

力的な疲弊に加え、入院患者避難における敗北感と透析患者避難対応に対する罵倒などにより業務遂行が不可能な状態となり、一時的に退散せざるを得ない状況になった。

一時撤退をしたもののそのニーズにより後日再度合流した。この時には 30km 圏内の入院患者避難が始まっていた。20km 圏内の教訓から体制の確立を円滑に行った。被ばくスクリーニングを行う場所と派遣メンバーの調整は厚生労働省 DMAT 事務局医師がリーダーとなった。搬送に際し実際に医療提供を行う DMAT の統括部門は新たに参入した DMAT インストラクターに託した。行政との調整を行いつつ全体の搬送計画を立案する部門を福島県立医科大学附属病院 DMAT が担当した。さらに周辺各県との調整は国から各県に受け入れを要請した。情報のやり取りで行き違いはあったものの DMAT 隊員養成研修会を通じた人脈が生かされ乗り切った。また避難する病院からの情報を得るために医局のつながりを利用し医療調整を行った。これらのチーム体制により約 500 人の入院患者を死亡者を出すことなく安全に長距離搬送できた。

DMAT という災害対応医療チームの実態を十分に理解するには訓練に病院を巻き込むことが重要である。福島県立医科大学附属病院 DMAT は訓練の経験により参集病院として本部の立ち上げを円滑に進め、病院上層部や事務局員からの協力を得ることができた。また看護師や各医局から医師の県庁への派遣は何の障害もなく円滑に進められたがこれは DMAT が理解されてきた結果と言える。

福島の災害から、災害時のため災害を理解する人材の育成や DMAT 事務局との連携が不可欠であるとわかる。また、医療が災害対策本部に入り調整を行うシステムの構築をするべきであることも学べる。