
被災地のニーズに応える病院支援を考える

(國松秀美ほか、全自病協誌 50: 1767-1769、2011)

2012年7月6日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

2011年3月11日14時46分、宮城県沖を震源とするマグニチュード9の地震が発生した。これに対し、滋賀県にある近江八幡市立総合医療センターのDMAT(Disaster Medical Assistance Team:災害急性期に活動できる、機動力のある、専門のトレーニングを受けた医療チーム)は、出動を前提として資器材準備を開始した。そして、同日20時15分に車両2台にて滋賀県を出発、翌3月12日8時45分には参集拠点病院である国立病院機構仙台医療センターに到着。総括DMAT指揮下に入り、同センターにおいて病院支援活動を行った。

3月13日には、宮城県石巻市にある災害拠点病院での病院支援に入り、14日朝まで活動を行った後、15日午後には滋賀の病院に帰院した。この活動を通して、病院支援活動で得た知見や教訓などの報告があったのでこれについて記す。

病院に搬送されてくる救出された方々の病態は、DMAT活動で想定しているクラッシュ症候群や重症外傷といったものでなく、災害急性期にもかかわらず、慢性疾患(高血圧や糖尿病等)の悪化、脱水症状などによる脳梗塞や心筋梗塞といった内科系疾患がほとんどを占めていた。これは、肉体的・精神的ストレスに加え、内服薬を津波で無くしてしまい、服用が滞ったために症状が悪化したことが原因の1つであったと考えられる。

また、災害が発生した際に被災した現場は圧倒的な情報不足に陥ることが常である。13日の時点で石巻市では、衛星電話以外の通信手段は全く使用できない状態であった。DMATの活動報告/情報共有はインターネットを通じて行われるため、インターネットが寸断されたことでDMATの機能は大幅に低下をきたしていた。また、衛星電話は、設置場所に大きな制約があること、ごく一部の期間にしか配られていないことから、情報交換ツールとしては機能しているとは言い難かった。

そのような状況の中で、津波で被災した多数の病院や介護老人保健施設から、病院機能が保たれている災害拠点病院への傷病者搬送の一局集中が生じていた。この病院では更に傷病者以外の方も含めて受け入れを行っており、院内ホールや廊下は、身体活動に制限のある高齢の慢性疾患患者で埋めつくされていた。

DMATは急性期対応を行うチームと位置づけられているが災害時に災害拠点病院では、亜急性期に対応できる医療チームへのニーズが高く、活動方針を早期に変更する必要があった。そこで、ニーズはない、少ないと諦めるのではなく、被災病院側に今どんなニーズが存在しているのかを把握し、本来のDMATの枠を超えた支援に切り替える柔軟性が要求された。

また、この病院では、重症傷病者を受け入れる体力は残っていたが、次々と搬送されてくる傷病者の多くは、特に処置を必要としない病態であった。そして施設は傷病者で溢れていた。病院側は、傷病者の転院先は確保出来ているのに、搬送手段がないということで途方に暮れていた。それらの方々は、DMATで想定されている、広域搬送の対象となる早急に対処が必要な重症傷病者ではないため、DMAT側の対応が遅れており、お互いの思いが噛み合っていなかった。そこで、そのニーズに応えるためDMATが乗ってきた救急車などの車両で患者搬送を実施することにした。結果、4チームの車両を確保したが、燃料調達が困難であり、実際搬送できたのは各チーム1

患者1往復のみであり、十分な活動が行えず、無力さを感じ本当に悔しい思いをした。

今回活動を行なった病院は、免震構造を備えた病院であり、発災から3日が経過した時点で、電気、水道などのライフラインは確立されていた。物資については、医療品、医療材料、酸素ボンベ、トリアージタグなどが不足していた。入院患者への食事の提供や職員用の食料も3日目以降は、外部からの供給に頼らねば維持できない状況になっていた。また、ほとんどの病院職員が不眠不休に近い状態で働き続けられておられる状況であった。津波の被害が甚大で、避難所の確保・解説が遅れたためか、病院内には、診察を終えた患者や避難住民もあわせて、1千人以上が滞在していた。しかし、入院患者以外に食料や水などの配給はできず、院内のコンビニエンスストアで限られた時間に限られた物資を制限数の範囲内で買うことができるだけの状態であったが、院内には苦情を言う人などはおられず、整然としていた。このようなことを教訓として、現在当センターの災害対応マニュアルでは、帰宅可能な軽傷患者や避難目的で来院された方々などは院内に收容せず、テントなどの屋外で対応を行うということになっているが、多数の被災者の方々を院内に收容した場合も、特に業務に支障をきたさないことが分かった。また、院外によほどの設備を準備しない限り、多数の被災者への対応は困難であると思われた。そして、医療チームは早い時期から多数が支援に来るため、連携法・活用法につき十分体制を整えておく必要があることが分かった。院内の各部署で協働することができるならば、早期から職員の休息に配慮した災害時の院内医療体制が構築可能となり、長期にわたり災害対応ができるよう職員の力を温存できると考えた。

今回の災害では、市町村の行政機能が壊滅したために、病院という一組織がすべての対応を行わなければならなかった。このことより、市立病院の職員は、日頃から行政機能について連携し学ぶことが、災害時に機能が破綻しても、代行し、早期より支援を要請できることにつながると考えた。

DMATでの病院支援では、支援に入る側は被災病院のニーズを聞き取り、本来の支援内容に限らず幅広い対応が求められることが分かった。特に、想定外の自体が発生する発災直後はなおさらである。災害時の混乱を乗り切るためには、①DMATや救護班など、参集した多数の医療チームと被災病院を巻き込んだ本部の運営、②ニーズを把握した活動計画の立案と、③業務シフトを含めた適材適所を判断し配置ができる能力をもった統括本部が不可欠であり、本部が適切に機能しないと人材を含めた医療資源の有効活用が行えないと痛感した。今回の大きな災害時であっても、食糧、燃料、医薬品、人材などの供給がスムーズに進められるよう、医療機関は、国と地方自治体、さらには日本赤十字社、自衛隊、警察、消防などと様々な連携を深めた総合的なシステムを日ごろから構築しておくこと、行政機能についても理解しておくことが必要であると感じた。