

「平成27年9月関東・東北豪雨」における当院の災害対応報告

(尾形知美：日本災害医学会誌 2018；23：22-29)

2019年1月25日 災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

■初めに

『平成27年9月関東・東北豪雨』において当院の所在地である宮城県大崎市は渋井川の氾濫による浸水被害を受けた。当院は災害拠点病院として通常診療を継続しながら災害対応を行った。この時の当院の災害対応と、今後の災害医療支援における取り組みを報告する。

■当院の位置付け

大崎市は宮城県の北西部に位置し、仙台市から約40km離れた場所にある。面積約797km²、人口は約13万人で、隣接する1市4町と併せて約27万人の二次医療圏を形成している。当院はこの医療圏の地域災害拠点病院としての役割を担っている。

■災害概要と大崎市の対応

平成27年9月7日3時に発生した台風18号及び前線の影響で、広い範囲で大雨を観測した。宮城県では「大雨特別警報」が発令され、この災害の被害は死者2名、重傷者1名、全壊・半壊、浸水等の住家被害は1737件であった。大崎市では9月11日未明から雨が降り始めた。3時15分、1回目の市の特別警報本部会議が開催された。同時刻に避難判断水位の超過が確認された河川の周辺地域に避難勧告が出た。5時頃から渋井川の堤防が崩れ、5時30分に氾濫した。逃げ遅れ孤立した住民の救助活動が6時10分から開始された。消防、警察、自衛隊総勢283名の救助隊が結成された。渋井川の氾濫で約2100haが浸水し、1910名が避難した。

■当院の対応

11日8時、院内に災害対策本部を設置した。8時30分から災害対策本部会議を開催し、被害状況の把握と今後の方針を検討した。建物に被害はなく、ライフラインは保たれており、職員も無事であった。業務の継続は可能と判断し、通常診療開始を決定した。傷病者の診療は救急外来で行うことにした。11時頃に、市内には20カ所の避難所が設置された。特に避難者数の多い3カ所の避難所について巡回診療を行うことにした。巡回診療担当者は救急科医師、内科系医師、DMAT隊員を中心に確保することにしたが、通常診療を並行している状況で、各部署一人の選定であっても業務調整は困難であった。

11時30分、当院に隣接する避難所に巡回診療チーム1チームを派遣した。担当者は医師、看護師、薬剤師、事務の計6名であった。訪問した時点では出入りが多く具体的な人数の把握はできなかった。体調不良や薬の処方が必要な避難者数名に対応した。他の2カ所の避難所にも各1チームずつ派遣するため、さらに10名の担当者を選定し、13時35分に出発した。1つ目の避難所は避難者数192名であったが、一時避難がほとんどであり、体調不良も見られなかった。もう一方の避難所は訪問時の避難者数は8名へ収束している状況であった。日中のうちに市内の水がだいぶ引いたため、ほとんどの避難所は閉鎖され、17時には2カ所に集約された。避難所の保健師と連携し、夜間休日での避難者の体調の悪化時は、当院救急外来で対応した。12日、避難所が1カ所のみとなった。支援物資が届いており、食料や毛布は充足していた。また、保健師が交代で避難所に宿泊していた。11時の訪問では避難者は25名だったが、自宅の損壊が激しく、避難生活が長期化する可能性があったため、保健師にうがい薬、手指消毒薬、簡易ベッドの手配を依頼した。避難者に体調不良がみられなかったため、13日は訪問しなかった。

14日の訪問では、避難者数は22名と減少していた。しかし、発災当日には見られなかった感情失禁、無表情などの心理的反応が表れてたいる人がいた。心理的ケアが必要と判断し、臨床心理士を加え再度訪問した。また、この日から保健師との事前ミーティングを設け、日中の様子や家庭背景等を共有し、避難者が抱える問題点を明

確にしてから巡回するようにした。避難者の中には妊婦、認知症、精神疾患の既往がある避難者がいた。避難所の広さは十分であり、水、電気の供給も問題なく、食料も避難物資は調達できていた。しかし、居住スペースのプライバシーは保たれていなかった。また、夜間の寒さや、マスコミによる取材がストレスとなり不眠になっている者がいた。当院では、巡回診療が避難者のストレスとならないよう、担当者を固定した。また、日中は避難者の不在が多いため、訪問時間を18時頃に変更した。

15日、避難者に感冒症状が見られたため、巡回診療で全世帯にうがい薬を配布した。避難所が閉鎖される18日までは、臨床心理士が中心となって傾聴、対話による心理的ケアを行った。12日に保健師に依頼したはずの医薬品と簡易ベッドは手配できていなかった。10月13日に市・院内の災害対策本部は解散した。本災害に関連した当院救急外来受診患者数は、重症2名、中等症3名、軽症4名であった。

■考察

東日本大震災の発生以降、当院では大幅な災害対策マニュアルの改正を行っていた。しかし、本災害を経験して、いくつかの課題が見えてきたので、以下の3点にまとめて検討した。

1、災害対応人員の確保

DMAT 隊員は病院での災害対応について活動が期待されている。しかし、当院では、県からの派遣要請がない状況下での院内 DMAT 活動を決めていなかったため、本災害では多くの隊員が所属部署内での勤務調整や業務の引継ぎに手間取り、初動対応が遅れた。そのため、避難所や分院の応援に行ける職員の確保が困難であった。この反省から、院長直属の「災害支援部」を立ち上げ、災害時に迅速かつ継続的な支援活動を行える体制を確立した。災害支援部長には、DMAT 医師を任命し、DMAT 隊員、臨床心理士、一部の事務員を部員として兼任させた。災害時には、院長命令の下に通常業務から離れて災害対応に専念する権限が与えられ、勤務の調整も部署内で行うこととした。

巡回診療では、診療に当たるメンバーを固定化した。これの利点は避難者にとってはスタッフに打ち解けやすくなること、訪問担当者にとっては避難所環境や避難者の体調変化を管理しやすいこと、医師にとっては保健師との情報共有が円滑に行えることである。しかし、メンバーを固定できたのは、巡回診療の期間が短く、かつ勤務時間外での活動であったためである。日中勤務時間内に災害対応が必要となった場合、長時間同じスタッフが担当することは困難である。よって、巡回診療が長期化する場合は、訪問担当者は交代制となるため綿密な情報共有が重要である。また、災害の規模や種類に合わせて職種を選択していくことも必要である。外傷患者が多い場合は救急外来のスタッフ、巡回診療が主となる場合は内科医、小児科医、精神科医が対応するような体制を整えるべきである。本災害では精神的ニーズは低いと考えていた。しかし、実際は、精神的ケアは必要であった。臨床心理士の介入が遅れたことは反省点である。災害拠点病院に精神科医が常勤していない場合が多く、よって、早朝から精神的ケアに介入するためにも DPAT や精神科病院と連携をとることも重要である。

2、通常業務と災害対応

災害が発生した時に、通常業務を縮小・中止すべきかの判断は災害の種類や被害状況によって決める。通常診療の継続する場合は、災害対応に何人割くことができるか把握して判断すべきである。診療を中止する場合は、多数の外来患者に周知されなければならない。

3、病院、保健福祉事務所、市町村の連携とカウンターパートについて

当院は避難所の環境衛生に必要な物資の調達を避難所の担当職員や保健師に依頼した。しかし、依頼した物資は届かなかった。この経験から、各機関の代表者と連絡先を事前に把握しておく必要がある。宮城県は、医療圏ごとに保健所を中心とした地域災害医療支部による災害医療体制を構築している。この地域災害医療支部が、県

災害対策本部や DMAT 活動拠点本部と連携しながら管内の医療救護活動の総合調整を行っている。その中で当院は、①市民病院②災害拠点病院③救命救急センターの 3 つの役割がある。①の機関として、市役所との連携、②の機関として、保健所・地域事務所管内の医療機関との連携、③の機関として、消防との連携が必要である。

このような医療機関と行政との連携は、被害状況、傷病者の発生状況、物資や医薬品の不足などの情報共有、被災地域の医療方針の決定、外部支援の必要性の判断において重要である。今回の災害を契機として、各機関の役割分担と責任の所在、担当部署と担当者の連絡先を明確化し、円滑な情報共有と連携の必要性を確認した。マニュアルを策定していても実際にはうまく対応できなかったという意見があった。日頃からの職員教育と定期的な訓練、実効性の検証、マニュアルの改定を繰り返すことが重要である。

■結論

通常診療に並行して災害医療を行う人員を早期に確保するためには、日頃から災害に対する知識と理解を広めつつ、迅速かつ効率よく活動できる院内組織や体制作りをしておくことが重要である。