避難所生活と救急医療

（福家伸夫、救急医療ジャーナル 18:(5) 42-46, 2010）　11/11/11-5

１．災害医療の経時的変化

災害で医療が必要なのは急性期だけではない。もちろん災害のサイクルで言う急性期、医療面で言う「救出救助期」「救急医療期」では重症傷病者が多く、人手を収集しなければならない時期である。しかしこれはせいぜい一週間程度で終息するものであり、医療の需要がそれで終わるわけではない。まず、被災者は災害発生時に受けた急性傷病の後遺症、あるいは治癒の遷延で悩まされる。急性期は被害なしで乗り越えられたとしても、災害によって余儀なくされた生活環境の悪化のため、あらたな傷病が発生する可能性がある。また、災害以前からもっていた慢性疾患が悪化したり、あるいは投薬を受けていた医療機関が機能不全に陥って、治療を継続できなくなる場合がある。こうした事情に加えて、不安感の高まりや一般的交通手段の機能低下があると、普段より安易に救急車を要請することもありうる。救急医療体制は、こうした人々の医療需要にもこたえる責任がある。

２．被災地生活と疾患

・急性期傷病の後遺症

消毒薬、被覆材、抗菌薬、清潔な機材、医療職の人数、時間などの不足により、十分には清潔さを維持することができない。このため外傷後に感染をきたすことが珍しくない。また、大災害時にはトリアージの原則にのっとり、生命に危険がない傷病者は医療の優先順位として遅くなる。したがってささいな怪我であれば治療を受ける機会もないまま放置されて感染したり、あるいは機能的、整美的に障害を残すことがある。

・亜急性期～慢性期に新たに発生する傷病

避難所生活で発生しやすい病態は、不眠、消化器症状、呼吸器系症状である。被災したことのない不安、慣れない集団生活、余震への恐怖は安眠を妨害する要因である。また、食生活の混乱があり、また避難所生活ではトイレを遠慮したりして便秘になりがちである。長期の便秘は腸閉塞の原因になり、またストレスのために消化性潰瘍が発生すると出血をきたすこともあり、それが出血性ショックへつながる恐れもある。さらにインフルエンザなど流行性の呼吸器感染症のシーズンだと、集団生活では用意に拡大しやすい。それら以外に、歯磨

き、入浴、更衣などの日常てき衛生管理ができなくなるために、結果として様々な体調不良が引き起こされる。自覚しやすいのは皮膚炎、皮膚掻痒症などである。また、水の供給不足、飲水量の低下などで脱水になりがちであり、それは深部静脈血栓症、脳梗塞、心筋梗塞などの血栓性諸疾患の誘因となる。

・災害前からもっていた慢性疾患

虚血性心疾患があると、一定の確率で狭心症、心筋梗塞が発生する。避難所のストレスの多い生活では普段より心筋梗塞の発生頻度が高まると考えられ、したがって自動体外式除細動器(AED)が使えるかどうかが救命率に大きく関係する。虚血心疾患もそうであるが、日常的に薬を服用している慢性疾患、たとえば高血圧症、糖尿病、気管支喘息、血栓性疾患などでは投薬をうけていた医療機関が機能不全に陥り、それ以上の投薬を受けることができなくなる場合がある。こうした場合には外部の医療機関の支援があった時に適切に対処できるように、市民一人ひとりが自分が服用している薬品の名前と量を覚えておくことが必要である。ここで、血液透析が必要な慢性腎不全は切実な問題である。患者は 12~24 時間以内には血液透析を受けなければならず、手遅れになると水分過剰による心不全や肺水腫、あるいは高カリウム血症による心停止が予想される。こうした preventable death を避けるために、被災地外のしかるべき場所に、許容時間内に患者を搬送できる体制が必要である。情報収集のためのネットワーク、搬送センターの設置、搬送手段の確保などを早急に体制化しなければならない。

・救急医療体制

消防救急施設やその職員が被害にあったり、交通機能が低下したりして、救急医療体制自体も大きな制限を受けながらの活動になる。避難所への移動、被災地外への移動などで人間関係の安定を欠いた状態で、救助チームがどのように活動すればいいのか、現場で常に最善の結果を出すことは難しい。