
医療支援の反省点 現場医師10人が語る

(日経メディカル 2012年3月号 p.56-63)

2012年6月8日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

東日本大震災後、被災地での医療に携わった10人の医師がいま考えることについて語った内容から震災医療の成果と反省についてまとめた。

① 地元の医師としての役割

地元の医師は、現地の行政や関係機関との人脈、土地勘を持っており、医療支援を統括する役割を担う。常に周りの機関と良好な関係を築き、非常時でも情報交換を行えるようにしておく必要がある。ただ、地元の医師は災害医療の専門家ではないので、刻々と変化する状況に対応するためのノウハウを身につけた専門家がいることが望ましい。実際に、東日本大震災では医師の様々な相談にのってくれる専門家の存在は大きかった。

② 在宅医療

震災で入院機能のある病院が減少したことにより、在宅医療は増えることになる。そのため、災害においては在宅医療が特に大きな役割を担ってくる。

東日本大震災では、日頃から行政、地域の歯科医師会、薬剤師会、介護事業所などと密に連携を取っていたことで、震災でも連携がうまく機能することができた。役割分担をしっかりと行うことで効果的に被災者をケアすることが可能になる。また、在宅医療はできることが限られていると思われがちだが、積極的な治療から年齢や疾患を考慮した看取りまで多様な医療を行うことができ、その価値は大きい。ほかにも、在宅医療は孤独死を防ぐためにも重要である。

その一方で、在宅医療の問題点もいくつかある。一つは、家族介護力が低下することである。これは家族を災害で失う場合はもちろん、住居や仕事といった生活基盤を喪失した場合も含めて、家族介護力と考え、これがないとそもそも在宅療養の選択や継続は困難である。二つ目は、家や地域(コミュニティ)の復興が必要であること。自宅への復帰を願う患者さんのモチベーションの源泉となるものが必要ということである。

③ 環境面

医療支援活動を行う前提として、食料や通信環境、移動手段を確保することは重要である。

また、医療支援では医療提供だけでなく、衛生環境やライフラインの復旧状況のアセスメントなども取りまとめる必要があり、事務作業が膨大である。そこで、被災地の拠点には事務など後方支援を担う人材やリーダーを補助する「ブレイン(頭脳)」を集めることが必要になってくる。今後は、災害対策本部で後方支援を担う人材や、ブレインになれる災害医療の専門家を育成し、災害時に送り出して現地のまとめ役を補助できるようにする。

④ 記録

東日本大震災を経て培った経験を今後役に立てるために、震災発生以降の出来事をきちんとまとめる必要がある。それぞれの立場の人でうまくいったことやうまくいかなかったことを記録として残していかなければならない。また、災害対策ガイドラインをしっかりと作成しておく必要もある。