
医療・保健・福祉の連携

(古屋 聡、國井 修・編：災害時の公衆衛生、東京、南山堂、2012、232-248)

2015年12月11日、災害医学抄読会

<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

A.被災地における支援と連携

被災地においてはDMATに代表される超急性期の医療支援が注目されるが、それ以後の被災地医療支援においては、現地のニーズを細やかに拾うことと、現地のリソースを評価し、支援体制をそれに向けてセットアップして、必要なポイントに適切に配置していくことが重要となる。保健医療分野の「地域力」とは地域のリソースと連携能力、各所におけるキーパーソンの存在を指すが、これらのいわば「備蓄」が、災害など緊急時の、臨機応変に動く力を大きく左右する。今回は筆者の経験に基づき、東日本大震災発災後約1週間の時点での宮城県気仙沼市の状況と活動について報告、考察する。

B.実践と考察

阪神・淡路大震災の厳しい経験を踏まえ、緊急医療支援のための標準化がなされた災害派遣医療チーム(DMAT)が整備されており、今回の大震災でも全国からたくさんのチームが出動、被災地の現場・病院・避難所に展開して、その後の医療支援につなげていった。被災地で必要とされる医療は「緊急時の医療」だと考えがちだが、避難所に逃れてきた住民の医療ニーズはすでに「慢性期」であった。服用している薬が流れた、風邪をひいた、お腹を壊した、さらにはそこから脱水、感染症、心血管障害、そして大きな不安と情動障害。そこにスタッフ、ボランティアの圧倒的不足が問題となっていた。

そんな中、避難所をめぐる医療・保健・福祉の連携上の問題は、実はそのまま地域において現在までに認知されている問題(生活支援を行っていく中から、適切な医療的問題をピックアップできるか。医療的問題を医療職チームにうまく引き継ぐことができるか。医療的問題に介護的問題や環境的問題をリンクして考えることができ、それぞれの必要な処置を施せるか。避難所内の救護所と病院に受診した場合の医療情報はどのように統括・共有するか)と同一であった。

発災後2週間頃から全国から派遣された保健師やボランティア医療職による自宅避難者の訪問による健康相談が開始され、その情報をもとに気仙沼市立病院医師、被災前から在宅医療を行っていた開業医、JMATで現地支援に赴いていた在宅医療専門医永井らにより、行政、介護事務所、全国の医療支援ボランティアなどで巻き込んだ形で、在宅医療支援チーム、気仙沼巡回療養支援隊(JRS)が結成された。

4月後半以降重要になってきたことの一つに、気仙沼市立病院からの退院支援があった。もともと気仙沼市では、病院医療に主軸があり地域のリソースに不足もあったこと

から、在宅医療は一般的でない土地柄であった。病院・施設・在宅リソースへの被災によるダメージで、本来は気仙沼市立病院は急性期病院であったが摂食・嚥下障害や誤嚥性肺炎といった慢性期の患者やいわゆる社会的入院患者がさらに退院しにくい状況となっていた。また、自身も被災している職員の疲弊、介護力のさらに減少した在宅ケア環境も相まって、まさに日本の各地で起こっている、医療資源不足、摂食・嚥下障害、誤嚥性肺炎、介護ニーズ増大の「負のスパイラル」が凝集されそうな状況であった。

JRS は病院とは地域医療連携室を介して、医師会とは患者の情報共有を通じて、歯科医師会とは患者を通じて、ともに支援の役割分担をも協議し、「医医連携」「医科歯科連携」「多職種連携」を実践・主導していき、その後できるだけ現地の医療機関への引き継ぎを行っていった。その活動は今後の気仙沼市における医療の方向性に少なからず影響を与えた。

C. これからの連携・支援に向けて

今回の震災の対応で目立つのは、縦割り中央集権型の行政の対応スピードの遅さ、非弾力的運用、非効率ぶりである。被災した自治体をさらに悩ますのは、援助を求めるための膨大な事務作業である。被災した自治体に対する初期の有効な支援は、同じような規模の自治体からの同じような職種の水平な支援であった。支援の立場にいた者は皆、「被災地の人々から受けた恩恵」について口にしている。当たり前の「支援」はいつかこの言葉を離れ、「助け合い」と呼ばれる。日本各地からの支援が被災地にかかわり続けることで、必ずまわりまわって「お互いさま」となり、「被災地」という呼び名はなくなり「共助」となる。

「共助」へと向かう姿勢が、現在課せられた課題である。