
東日本大震災津波からの地域医療再生

(遠藤秀彦、全自病協雑誌 52:972-1000, 2014)

2016年7月15日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

■釜石医療圏の医療状況について

岩手県は医師の数が少なく、日本の平均を超えているのは、盛岡医療圏のみである。釜石医療圏の医療機能分担は、急性期、亜急性期、慢性期のバランスはうまくとれていたが、医師不足、診療科の偏在は依然として問題視されていた。特に県立釜石病院では、医師数、過労状態の是正が喫緊の課題となっていた。改善策として、夜間休日の他院のオンコール体制の充実や、開業医の先生による外来応援、県立釜石病院サポーターズなどの支援体制を組むことによって、医師の疲弊を緩和する取り組みがなされていた。

また地域医療再生計画として釜石では、がん医療機能強化、院内助産システムの改修整備、在宅医療推進センターの設置、地域医療情報ネットワークシステムの構築、災害拠点病院としての施設整備が行われていたが、拠点整備を行う前に、東日本大震災が発生し、その計画は後手に回ってしまうという結果になってしまった。

■津波への対応

病院では、すぐに対策本部を立ち上げ、DMAT を中心にして入院患者、職員全員無事に避難することができた。トリアージ体制をとり、2階までしかない安全と思われる領域に入院患者を移動し、臨時の病床を作った。情報伝達手段として、固定電話、携帯電話、防災無線、インターネットが全く使用できない状態であり、DMAT が所有していた、衛星携帯が唯一通じる程度であったので、被災地の情報を本部に伝えることができなかった。震災直後では全 272 床中、246 床分が使用不可となった。そのため中央処置室・リハビリ室を病床化し 60 名ほどの入院を可能にした。また釜石医療圏における急性期病院として外来の機能維持に努めた。具体的には、入院患者に対して、入院が必要な患者の転院搬送、外来患者に対しては、救急診療機能の維持、入院が必要な場合は、後方搬送を行った。救急患者の対応にあたり、トリアージ体制をとっていたが、特徴的であったのは 1038 人中、圧倒的に緑タグが多かったことである。これは釜石圏だけではなく、他の大船渡、宮古、久慈地域でも同じデータであった。患者の症状としては、災害発生直後は外傷が多く、次第に肺炎、感冒、など呼吸器系の患者が増えていった。死者数、行方不明者数は、岩手県では 5900 人、宮城県で 12000 人にのぼり、震災前後人口は、釜石市で-4.3% 医療圏全体で-7.0%となった。

■総合診療医の必要性

このような状況の中、災害時には救急医療から避難所・仮設住宅の環境衛生管理、家族、コミュニティ、いろいろな背景までを把握するということが非常に必要になり、幅広い知識や経験が求められる状況になった。総合診療医はこのような状況下において、大いに活躍した。地域医療再生を目的に、震災前から地域枠医師の確保事業は取り組まれてきたが、なかなか進展は望めなかった。

震災を通じて総合医の重要性を再確認した今、総合医の育成には医療者のみの話し合いではなく、住民、行政、医療者間で話し合いをする機会がより多く必要である。

■大震災医療の課題と対策

重要なのはまず通信手段の確保である。今回の震災では県の対策本部と連絡がつかず、連携が取れずにいた。これに対し、通信手段として高性能の衛星電話を導入し、平時からシミュレーションを行うことによって連携を高めることが必要である。また病院間のネットワークとして、患者情報のバックアップを互いにも取ることも重要である。そして病院は耐震、免震構造にするだけでなく、海沿いの病院はできるだけ高台に設置するといった、災害に強い病院構造にすることも必要である。医療チームとしてのあり方は、まず地域に詳しい医師を統括責任者として決めておき、大量に入ってくる支援チームを指揮するという体制が重要である。それから、被災職員への対応（仮設住宅・心のケア等）や、残存医療機能の把握を正確かつ迅速に行うことによって、被災地の復興をよりスムーズに行うことが可能であると考えられる。

■災害医療訓練の重要性について

「釜石の奇跡」と呼ばれる言葉がある。これは8年間にわたり釜石市と津波避難対策を検討し、避難三原則として、①想定を信じるな ②状況下で最善を尽くせ ③率先避難者たれ を挙げ、防災教育や避難訓練を行った結果、未曾有の大災害の中で子供たちの自主的な判断力・行動力を生み出し、その学校にいた生徒が助かったことを指す。これは、災害医療にも当てはまると考える。想定外のことが起こった場合でも、冷静に対応できるよう、この考え方を浸透させていくことはとても重要であると感じた。