

Trip Report - HuMA Visit to Tohoku - Leo Bosner - March 27, 2012

私は2012年1月27・28の両日、鶴飼先生(HuMA顧問)や他のHuMA会員の方々と宮城県を訪問した。その目的は2011年3月に被害を受けた地域を訪ね、災害医療救援に当たられた方々に会うためであった。

私達は1月27日午前にJR仙台駅で集合した後、東北大学で上原鳴夫先生(HuMAアドバイザー)に面談し、先生の災害対応への見解をうかがった。その後、私達は車で南三陸町に向かい、破壊された病院や大きな被害を受けた地域を訪れ、また、消防署と仮設診療所を訪問した。

1月28日には石巻を訪れて被災地を視察し、石巻日赤病院の石井先生から災害救援活動の講演を聞き、また私自身は地域の災害準備に関する講演を行った。その後、我々は石巻から仙台に戻って仙台で解散した。

この訪問旅行で学んだことを以下に記す。

1. 災害対応の標準的なインシデントコマンドシステムが欠如していた。
2. 被災地には、支援を受け入れてそれを管理する能力が不十分だった。
3. 50家族程度の「町内組織」は支援を活用するチャンネルになりえた。
4. 災害対応時に行政から情報を得ることが困難であった。
5. 自治体に災害準備の予算がなかった。
6. 災害備蓄とそれを動かす能力、そしてボランティアの活用が不足していた。
7. 阪神・淡路大震災時には受診患者の74%はcrush症候群などの外傷であったが、今回は2/3が低体温症、内因性疾患などであった。不幸なことに日本DMATは1995年の阪神・淡路大震災の外傷モデルにのみ焦点を当てて創設され、津波のような他種類の災害に対応できるようには整備されていなかった。
8. 発災3日目に救急患者がピークに達したが、その後もケアの必要性は持続した。震災の96日後においてもなお救急患者数は多かった。したがって3日目が急性期の終わりではなかった。
9. 消防の連絡役が、病院からの患者の避難搬送の調整に活躍した。
10. 第1日目に多くの地域の救急車が津波で失われたが、もしこの情報が中央政府に届いていたらより迅速に患者搬送の手段が考慮されたであろう。
11. インターネットに依存した情報伝達にはいくつかの問題があった。
 - ・ほとんどの情報の流れがトップダウンの一方通行で、フィードバックされることがなかった。
 - ・「情報なし」は「無為」の言い訳にはならなかった。
 - ・「救援要請なし」は「支援不要」を意味するものではなかった。
12. 病院は薬の処方を求める患者であふれた。
13. 問題点：
 - ・避難所の情報なし、管理能力不足、コミュニケーション不足
 - ・医療支援チーム不足、さらに多くの死者がでる危険性が持続した。
 - ・食糧不足、トイレと衛生の問題
 - ・屋外の簡易トイレはことに寒気と夜間には不適切（ことに高齢者に不向き）
14. 避難所では咳などの呼吸器症状の人が多かったが、感染症の大きな流行は見られなかった。
15. 教訓：
 - ・我々は積極的に支援を求め、パートナーとの協調に努めなければならない。

- ・支援ニーズは医療だけではない。
- ・いろいろな役割を考慮し、尊重する。
- ・権威に盲従することなく、必要なら反対する。
- ・柔軟であるべきで、過ちを容認し、問題を大きくさせず、次のステップに踏み出ことが大切である。
- ・被災者・市民（患者）に過大な期待をもたせぬよう、平常時の医療サービスを越える過剰な診療をさける。
- ・チームワークと協調とが必須である。
- ・とくに赤十字や DMAT の訓練は価値があった。
- ・善意と組織の連携、ネットワークに支えられた外部の病院から強力な支援があった。