

この1年間、日本全体が東日本大震災の影響を受け、いろいろな思いを募らせた。われわれ医療者は何を学んだのであるのか？

1年前の震災発生当日、沖縄にいた筆者は、震災発生5日目に被災地へ向かっていた¹⁾。筆者らの初陣²⁾から始まった沖縄県 JMAT (Japan Medical Association Team) はその後、79名の医療者を岩手県に約2か月半にわたって継続して派遣した。その累計診察患者数は約5000人にのぼり、支援する側、される側の双方がある程度満足できる結果であった。

「自分にできることがあればやりたい」という気持ちを“気持ちだけ”にしないために、筆者が経験し、災害時支援に必要と感じた三つの要点を紹介する。



一つ目の メッセージ

災害時の医療支援³⁾で何より大事なことは、「被災地の状況やニーズを正確に把握する」ことである。被災地で何が求められているか、どのような医療支援が必要とされているかがわからないと、効率的な医療支援はできない。特に災害の規模が大きくなればなるほど、需要が供給を大きく上回ることになるため、その重要性が増す。支援する側は、支援の理想像を描いて被災地に向けて出発するが、しばしば現実とのギャップが生じ、修正することが必要となる。

今回、筆者らは巡回診療を行うつもりで準備をして被災地に向かったが、被災地では巡回するだけのガソリンが十分に手に入らず、巡回診療は断念せざるを得なかった。また被災地のニーズも、地域の最大の避難場所である公民館の避難者の診療と健康管理をしてほしいとのことであったため、それらの活動を中心に医療支援を展開した。結果的には、公民館で医療支援チームが活動しているという噂を耳にした地域住民が自ら公民館を訪れ、巡回診療は、移動手段がない患者や重症者のみを対象にするという、効率的な医療支援体系ができた。

一方で、被災地の状況やニーズを正確に把握できなかったために生じた問題は、すでにいろいろな報告がなされている。例えば、被災地へ出発したものの移動手段が制限されて現地にとどり着けず、被災地から離れた場所に staging care unit (SCU) を立ちあげて広域搬送に備えたが、ほとんど患者が来なかったというものがある。もちろん SCU は重要であり、今回はたまたま広域搬送となる患者が少なかったため、あまり使用されなかったのだろう。また、被災地で十分な食料が

ないという認識がないまま被災地へ出かけ、被災地ですぐに食料がなくなり、被災地のコンビニエンスストアで被災者の列に混じって食料を買った、というような報告もあった。

被災地の状況やニーズをきちんと把握できていないと“被災者をなんとか助けたい”という気持ちが時として空回りしてしまう。さらには、支援のはずが逆に迷惑をかけるという矛盾した事象になってしまう。支援する側とされる側の両者にとって満足のいく結果を得るには、正確な被災地の情報をつかむということは、ことさら重要なのである。



二つ目の メッセージ

次に「継続した支援を行うことと撤収のタイミング」の重要性を挙げたい。被災地では、被害が大きいほど復興には時間がかかる。そのため、ある程度の期間は支援が必要と予想される。被災地が求めている期間の支援を継続して行うことが必要である。

被災地では、どこで何が必要かを把握したうえで、どの医療支援チームがどの地域を担当し、どんな活動を展開するのか、ということを綿密に調整する。この支援を被災地が必要とする期間は、確実に継続する必要がある。数日程度で撤収してしまうのであれば、調整する労力に見合わない可能性があるからである。ただし、1人で長期間の支援を継続することは難しい。そのためにチームを組織するのである。そしてチーム内で情報を共有し、支援の継続性を確保する。

筆者らの JMAT は、2か月半の医療支援を行ったが、これは被災地の要望でもあった。そして2か月半が経過すると、地元の開業医がほぼ診療を再開していた

ので、少しずつ地域の医療機関に患者を紹介しながら、徐々に撤収を行った。患者が後々地元の医療機関に戻ることを考えると、長期の医療支援は逆に復興の妨げとなる可能性もある。JMAT は無料で薬を配っていたため、いつまでも支援活動を継続すると、患者が保険診療でお金のかかる医療機関よりボランティアの医療を選択してしまうからである。

撤収することは医療支援の終了ではなく、地元の医療に自立を促すための一つの手段なのである。



三つ目の メッセージ

そして最後は「思っていることを行動に移すこと」である。当たり前のことであるものの、現実にはこれが非常に難しい。災害は急に発生するものであり、日常の仕事から離れて被災地に向かうということは、社会生活している者にとっては非常に大変な問題である。特に医療者であれば、予定の手術や勤務が入っていることが普通であるから、なおさらであろう。しかし、行動しないと何も始まらない。

もちろん、誰も彼もが全員被災地に向かえばいいというものではない。被災地に行かずとも行動に移せることはたくさんある。例えば、自分は家族の事情で地元を離れられないなら、同じ施設の別の医師が支援に行くためにできなくなる日常業務を代行することだって、立派な被災地支援である。震災のときに自分自身が置かれた状況のなかで、できることが必ず存在するはずである。

もし震災のときに実際に被災地に支援に行きたいと考えているのであれば、平日頃から災害の準備をしておく*1 ことが、周囲の理解を得て迅速に行動するためのポイントかもしれない⁴⁾。

▼写真 医療支援終了の際に被災者からもらった寄せ書き

このようなプレゼントをもらえるとは夢にも思っておらず、非常に感銘を受けた。



以上、東日本大震災の医療支援を通して重要⁵⁾と思われたことを述べた。今回は支援する側であったが、次は被災者となり支援される側になるかもしれない。沖縄県という海に囲まれた島なので、災害に対する多少の準備はしている⁶⁾ものの、実際に震災に見舞われたとき、どのように立ち向かうかと考えると、やはりほかからの助けがなければ乗り越えることはできないように思う。

非常時こそ、われわれは助け合っていかなければならない。本メッセージが、今後同じような災害が起きたときの参考になれば幸いである。

文 献

1. 近藤 豊. 東日本大震災医療支援報告—今後も、医療支援は引き続き重要—ぜひ、名乗りを挙げてほしい. LiSA 2011; 18: 830-1.
2. 近藤 豊, 出口 宝, 富田秀司ほか. 大規模災害時の遠隔地支援の重要性—東北地方太平洋沖地震での被災地から最も離れた沖縄県からの医療支援の経験. 日集団災医学会誌 2011; 16: 253-8.

3. Bartels SA, Vanrooyen MJ. Medical complications associated with earthquakes. Lancet 2011. Epub ahead of print
4. Merchant RM, Leigh JE, Lurie N. Health care volunteers and disaster response—first, be prepared. N Engl J Med 2010; 362: 872-3.
5. 近藤 豊, 出口 宝, 乗井達守ほか. 大規模災害時の医療支援—東日本大震災. 蘇生 2011; 30: 77-81.
6. 近藤 豊, 乗井達守, 佐々木秀章ほか. Hazard Vulnerability Analysis を用いた沖縄県の災害評価システム. 日救急医学会誌 2010; 21: 504.

