

平成 23 年 6 月 17 日

13:30 ~ 15:00

6 月 20 日に開催予定の岐阜県震災対策検証委員会へ提出する災害医療分科会の提言方針案について審議。

< 検案・検死について >

災害が起こったとき、救助するためのトリアージをしないといけない。そこで検案・検死が必要となる。まずは人命救助となるが、同時に死体の処理も必要。項目として提言方針案に入れるべきだ。

地震防災行動計画に広域埋葬という記述があり、広域埋葬の関係は検証委員会の方で審議するということになっているので、検案の関係もその流れを踏まえ検証委員会で審議することにしたい。

< 広域医療拠点の見直しについて >

5 - (8) の広域医療拠点の見直しについて、少し誤解を招きかねない表現が提言方針案に記載されている。指揮命令系統の喪失を防ぐためのバックアップ機能として、災害拠点病院の追加指定を検討するとあるが、そういう話ではなく、災害拠点病院の役割が、指揮命令系統の中でどうあるべきかということをおまず整理するべきであり、災害拠点病院の数を増やせばよいというものではないと思う。(岐阜県地震防災行動計画)フォローアップ委員会で議論している行動計画には、災害拠点病院と救命救急センターが並立して記載されている。その枠組みの中で、この両者の役割分担を明確にするのがまず先決だという気がする。

現在の医療救護計画では、両者が並立している状況である。災害時には、災害拠点病院の設備を使用する。救命救急センターは、平常時の救急医療にも最終的な拠点として取り組んでいただいているところ。今後、災害時にどのように対応していただくかということについても、位置づけを検討していきたい。当面は並立になる。

災害拠点病院の指定については、どのように実施していくのか。

現状は全県に 1 カ所と各圏域に 1 カ所計 6 カ所だが、今後、必要に応じて、追加整備事項として検討していきたい。

神戸のポートアイランドに立派な病院があるが、阪神・淡路大震災時には、市街地と病院を結ぶ道路と橋が破壊され、病院が利用されなかったと聞いている。災害の時は、道路が寸断し拠点病院に行くことができないこともある。前回の会合で、各地域の先生方の頑張りが必要だということを申し上げた。指揮命令系統は、瞬時には構築できない。東日本大

震災では地域の医師会の先生、地域の町立病院などが拠点となることで、うまく機能した地域もあったとのこと。

被災直後は、各拠点病院が中心になって動かないといけませんが、その後の拠点病院以外の地域の医療機関等への移行ということもシステムとして考えて欲しい。

<災害医療コーディネーターについて>

災害医療コーディネーターについては、具体的にどのような方を想定しているのか。

具体的な育成等については、こうした分科会の議論等を踏まえて、これから検討するが、地域の実情、医療がよくわかっている人、たとえば各地域の保健所長や、地域で救命医療に当たっておられる方、地域の医師会の方もそうですし、そういった方をお願いしたいと考えている。ただ、コーディネーター単独では十分な機能が発揮されないと思うので、各地域で、コーディネーターを中心として医療、消防、行政など関係者が実際の災害の時にどう対応するかも組織立てて考えていかなければならない。

今回のような災害は大きすぎて、コーディネーター1人では、とてもまかないきれものではない。現在も赤十字病院を中心に、医師がコーディネーターの応援に行っている。医師のみではなく、看護師のコーディネーター、事務職のコーディネーターなど、チームを編成して対応することが必要。地域では保健所長が中心になると思うが、救急だけではなく、避難所において介護を要する人に対してもどのような支援を行うのかということまで、本部で決めていく必要がある。ある程度職種の幅を広げて地域で考える必要があると思う。コーディネーターチームという形での設置なら、その方がよいと思う。その場合には、是非、市町村の保健師を加えていただきたい。災害弱者のことを一番把握しているのは市町村の保健師である。

医師、看護師、薬剤師なども一つのチームとして考えていくということですね。多職種の方が総力を挙げてチームを組むということにしたい。

地域医師会は患者をよく知っているので、災害の大きさにもよるが、岐阜県で想定される規模だと地域医師会でも対応可能である。それには行政の保健師とか、地域の隅々までよく知っている市町村職員にしっかり働いて頂かないといけない。ただし、医療に関するコマンダーは、地域医師会長が適任と考える。保健所長を否定するわけではないが、保健所が管轄する地域が広すぎて、保健所長をお願いするのは難しいのではないかと。コーディネーターはほかの方でもよいと思うが、さらにその上に立つコマンダーとしては、地域医師会長が適任であると考えている。

発災時と1日から2日経った場合など、時間の経過で対応も変わるかと思うが、岐阜県における災害対応の中心は知事か。

大規模災害発生時には、県に災害対策本部を、各圏域には災害対策支部を設置する。そこで、医療に限らず、災害の状況を把握して対応していくことになる。その一環として、医療についても位置づけており、その中でコーディネーターをどのように組み込むかは、今

後の検討課題かと思う。

各地域に医師のコーディネーターは必要だと思う。県を統括する医師のコーディネーターも必要。

県医師会長がトップで、それを補佐するというのが望ましい。急性期は救急で対応するが時間に伴って必要となる医療は変わっていくと思う。

ただ、医療の面に関してのトップは医師会なりDMA T統括責任者でもよいが、経済的な背景が出てくると、医師会では難しいのではないか。そうするとやはり県がトップでなくては。

<精神科疾患への対応について>

災害の時の精神科疾患の対応については、現場としてはとても不安がある。

4月末から保健医療課と精神科病院協会で、1週間交代で被災地に職員を派遣してきた。報告を聞くと、急性ストレス障害、PTSD、適応障害が表面に出ない形で続いているようだ。確かに通院や入院の患者についても問題はあがあるが、避難所内で症状が出た人をどうするかを考えるべきではないかというのが、現場に行かれた先生方の意見。具体的には、認知症の方、不眠症の方、多動症候群の子どもなどが、避難所では全く過ごすことができない状態になってきて、車の中で過すということが出てくる。精神科としては、広い意味での災害対策ということで対応を考える必要がある。福祉面での対応、弱者対応を考えていただきたい。

資料2の4ページにあるが、精神病院が壊れたときに入院患者が院外に出ることになった場合、どのような対応が必要か。

今回の東日本大震災では、隔離室患者は自衛隊のヘリコプターで移送したようだ。

大方は、精神病院の要請により、災害対策本部の方で情報を収集して、本部で自衛隊を手配して移送したようだ。

そのようなことも、本部がコーディネーターを使って対応していく必要があるのではないのでしょうか。

福島県では、コーディネーターが活躍したようだ。

福島県の場合は、県境を越えるものが多かったので、厚生労働省が病院間の調整をした。県内で収容先が確保できる場合は、県災害対策本部が搬送先を調整し、直接、精神病院から精神病院に移送することになる。

<発災後、暫く経ってからの対応について>

避難所での対応について考える必要がある。

医療救護計画に介護と福祉についても記載すべきだと思う。

要介護者というか福祉医療が必要な方は、災害弱者であり、必ず大きな病気を抱え、一気に重篤化する可能性もある。必要な対応策を考える必要があり、認知症タグみたいなもの

が有効かと思います。

今回の被災地では、急性期に、現地の開業医と全国から来た救護班がバッティングしてしまうということがあった。この調整もコーディネーターの仕事だと思う。時間が経つと本部は縮小していくことになるが、引き際の方が難しいので、長い期間を想定し対策を考える必要がある。

DMA Tや救護班はスペシャリストである。現地の医療機関が行う治療と、被災地外から参集した救護班等の治療に差があることが患者にわかってしまう。実際、新たな病気が見つかったという事例もあったようだ。良いことも悪いこともある。いつまで現地で手伝うのか、いつ引き揚げるのか、そういったこともコーディネーターが調整する必要がある。

岐阜大学からも継続的に現地に派遣しているが、どうやって引き揚げるかが難しい。現地では、実際のところ、平常時よりも医療環境が良くなっている。医師会で定量評価をして、現地の医療が何割まで戻ったら医療班等を引き揚げるかといったレコメンデーション（推奨）をしていただく必要があると思う。

一時的に医療環境が良くなっても、時間が経つと現場が疲弊するということもある。これをどうアシストするかもまた難しい問題である。

フェーズ2以降ですが、阪神・淡路大震災のときは、6,400名の死者のうち、約1,000名が震災関連死ということで、特にその20%以上が肺炎で亡くなった。発災直後のみならず、フェーズ2以降のことも考える必要がある。

今までは口腔ケアのことまでは想定していなかったが、生活の医療として、歯科の避難所での重要性というのは、結構注目されている。歯科医師会として対策を講じていく必要がある。

<ヘリの統制について>

孤立集落の対策のところ、資料にヘリ統括チームのことが記載されているが、これは防災ヘリの統括のみが対象か。それとも、県警ヘリやドクターヘリも対象としているのか。孤立集落のみならず、病院が孤立するということもあるので、ドクターヘリも含めて欲しい。

県災害対策本部にヘリ統括チームを作り、岐阜県上空にいる全てのヘリを管制することとしている。

県内のヘリだけでなく、緊急消防援助隊や自衛隊のヘリも対象となるのか。

対象としている。

ヘリがどこを飛んでいるのかを、どのように把握するか。今、実際にどこを飛んでいるのかがわかるのは、神戸市消防局のヘリと、岐阜大学のドクターヘリのD-NET（災害救援航空機情報共有ネットワーク）しかなく、それ以外は目視するしかない。

県にはリアルタイムで飛行状況を把握するシステムは整備していないので集約できないが、そのヘリを飛ばしているチームのメンバーと連絡を取って統制することになる。

<ヘリ拠点基地について>

岐阜県は面積が広いので、県の北部と南部に各1カ所、広域災害対応のヘリ拠点基地を置くことを検討して欲しい。今回の震災のように全国から何十機もヘリが集まってくる場合には、県内に1カ所ではなく、南部地域と北部地域の両方に拠点を作っておけば、飛騨地域には北部の拠点から行ってもらうなどの対応がとれる。

SCU（広域医療搬送拠点）にも絡んでくるが、岐阜県の北部にもそういう拠点基地があれば、もう少し機能的に活動できると思う。

今、高山日赤にはヘリポートがないので、たとえば高山の丹生川のヘリポートを利用するとか、そのようなことをSCUも含めて考えていただきたい。

これは非常に大切なことだと思う。せっかく岐阜大学に高次救命治療センターがあるので、岐阜大学からヘリを飛ばして搬送するよりも、現地から搬送した方が時間も半分で対応できる。近い将来はそのようにしていただきたい。

岐阜県では防災ヘリの基地・場外離着陸場としては、自衛隊の岐阜基地、飛騨エアパーク、中津川公園のヘリポート、そして金山町の防災ヘリポートの4カ所を指定している。そこに燃料等を備蓄している。それらを活用したいと考えている。

<備蓄について>

精神科のことで、今回、東北の福島、宮城で、精神科の200床から400床の病院が完全に孤立した。分科会の話の中で、燃料、医薬品、医療器具をどうするかという話は出てくるが、食糧をどうするかという話が出て来ない。食糧については、災害医療分科会ではなくて、検証親委員会で検討するということがか。

病院には備蓄があるのか。

概ね3日分ぐらいは持っているが、1週間分はない。

どこの病院がどれだけの食糧や水を持っているかを調べた方がいい。薬品の在庫がないという話もある。

<薬剤師の派遣について>

薬剤師会独自に指揮命令系統を構築し、機能的に動くことが可能か。

指揮命令系統までは確立していない。5-(11)に「薬剤師の派遣」とあるが、病院などには薬剤師は十分いるが、避難所で薬剤師が足りない。避難所でも、風邪を引いたり、打撲をしたりということがあるので、一般の薬局にあるような準備は必要である。

<情報通信手段の確保について>

指揮命令系統の組織図がしっかりしてくると、現場に枝分かれすることになってくるが、その間の情報通信連絡体制がないと機能しない。5-(16)に衛星携帯の整備とあるが、衛星電話もつながりにくい状況だったと聞いている。ほかにも何らかの無線を整備するこ

ととして、設置台数も細かく決めておくべきではないか。

以前、「日本でそんな衛星電話が必要だろうか」と話をしていたことがあるが、今回の震災で絶対に必要だということが判明した。我々は赤十字病院なので赤十字無線があるが、ほかの病院や消防との連絡はできない。病院間の連絡ができるようになるといいと思う。愛知県には病院間の無線がある。

岐阜県における無線は、県と県の現地機関（振興局）市町村には防災無線がある。これは地上系と衛星系の2系統を持つ無線。衛星携帯も30台強整備している。市町村にはあるところとないところがあり、市町村役場とその支所等との連絡については、まだまだ、といったところである。

< S U C（広域搬送拠点）について >

S C U（広域搬送拠点）は、今後どのような方向性で整理されるのか。

D M A Tの参集場所が一番近いのは県立名古屋空港で、県内についてはまだ決まっていない。

今の話は国全体の広域災害のことなので、県内については、今後決めていけばよい。

このような場合も災害のコーディネーターのもとで統制していくことになるのか。

S C Uの候補地をいくつか決めておいて、事前に県と協定を締結する、ということになる。

今回の東日本大震災では、津波による災害が主だったので、（トリアージの）黒タグが非常に多くて、赤タグは少なかったと聞いている。岐阜県で震災が起きた場合は、赤タグが多くなると想定される。そうするとS C Uを整備しないと各病院が満杯になってしまう。

< その他 >

各地域のどこに医療救護の本部を置くかを考えないといけない。

例えば、飛騨地域の中で1つ。言い換えると2次医療圏毎に1つ。ただ、飛騨地域は広いので、その地域内でまた分ける必要があるかもしれない。

石巻のコーディネーターは1ヶ月間、24時間帰らないで仕事をしていた。そういうことを考えると、地域の応援体制を考えておかななくてはならない。

医師会が中心になるというのであれば、そのようなことも考えておく必要がある。