

第1回災害医療分科会 主な発言内容

- ・ 現行の医療救護計画には、実際に誰がどのように動くのかという具体的なことが何一つ記載されていない。この計画では、実際に県内で災害が起こった時に医療機関等は動けない。
- ・ 診療所が被災した場合、毎日診療に来る何百、何千という患者の行き場がなくなってしまう。診療所も社会的なインフラと位置付け、診療所が被災した場合には、道路や水道等と同じように早急に復旧を行っていただきたい。地域の診療所等々の医療機関が健全な場合、様々なコーディネートができると思う。
- ・ 広範囲に渡りかなり大規模に被災した場合の問題は、検案、認知症、介護、福祉等の対応を考えた場合、現行の救護計画が想定している一週間では何もできない。仮設住宅が建つまでの間、避難所に収容されている間程度を踏まえた計画期間としておくべきである。
- ・ 災害の規模を想定し、その想定に基づきこの医療救護計画を見直さないと現実合わないということになる。今回の大震災をきっかけとして計画を作るわけであるが、実際に起こる頻度からいえば、数十人規模の災害でも災害といえれば災害で、その頻度は圧倒的に多い。そういった規模に関しても、何らかの基準を設けることが必要である。
- ・ 大規模商業施設が火災等被災した場合の医療救護のシミュレーションぐらいはしっかりと作ってほしい。
- ・ 各フェーズ、各段階ごとに何が必要なのかを検討して医療救護計画を見直すとのことだが、特に発災当初とそれ以降、何段階かに分けて必要な医療提供のできる体制を整備することは非常に大事なことだと思う。
- ・ 東日本大震災では、指揮命令系統が地域内で機能しなかったことを踏まえると、他県のDMAT 隊も含めた指揮命令系統の確立やコマンダーのコントロールを作ることが、一番初めにやらなければならない。つまり、岐阜県のことは岐阜県の中で、きちんとした指揮命令系統を作っておいて、そこに他県から来た人たちをどのようににはめ込むのかという根本的な考え方を持たないといけない。
- ・ 指揮命令系統の確立に関しては、県医師会もそれなりのことができるのではないかと考えている。県医師会にも参画させて頂きたいと思っている。

- ・ 3県にまたがった被災地にそれぞれにコーディネーターを事前に派遣し、どこに看護が必要かを日本看護協会のコーディネーターが、毎日コーディネートしたので、効果的な看護師の派遣が実施できた。被災地の情報は、現場の被災状況をどれだけ正確に得られるかということが、まずどこにどれだけ支援が必要なのか判断することにつながるので、被災状況の把握に努めなければならない。各職種のコーディネーターが、どう動いていくか。現場の中で、職種・職域を超えたチームワークをどう作っていくかということが大切であり、普段の研修等でやっていく必要がある。
- ・ 口腔、歯科治療・口腔ケアのボランティアも要請に基づき現場に入り避難所を回ったが、指示命令系統が不明で、混乱があったと聞いている。
- ・ 広島県の災害医療計画では、県の医師会が主体的に動くことになっていて、そこに広島大学の教授がアドバイザー・コーディネーターとして参画する形となっている。このような形で、各病院とか病院以外の診療所すべてに対して、どのような指揮命令系統を作るかということが、重要なことになると思う。
- ・ 救命救急センター自体が被災して機能しなくなった場合に備え、バックアップ体制を整備することは大事なことである。
- ・ 東日本大震災では、停電によって病院の機能、診療所の機能が失われた。停電が非常に大きなリスクになっている。規格病院やそれ以外の病院が、自家発電能力をどれだけもっているのか、何時間確保できるのか、水はどれだけもっているのか、データとして持っていないかではないか。
- ・ 災害拠点病院等について、自家発電装置があるかだけでなく、重油を何リッター確保しているか。重油のほかに軽油でどれだけ確保しているか。ガス、電気、自家発電など何系統、バックアップを確保できるか等も詳細に調べるべきだ。そのような調査が行われると、各病院の意識も変わってくる。
- ・ 現在、ジェネリック薬品などたくさんの同種同効の薬がある。実際、被災者の方たちは、薬の名前をいうけれど、薬の名前がわかるドクターは少なく、薬剤師でないと対応できない。薬剤師の役割も含めた一体的な計画に見直す必要があるのではないか。
- ・ 現計画では、災害拠点病院、基幹病院というものを指定しているが、それらの病院がどのような役割を果たすべきかイメージとしては理解していても、災害時に具体的にどのような行動をすべきかということをお明らかにしておく「アクションカード」というものを具体的に病院に対して見せないと悩んでしまうと思う。

- ・ 患者の医療情報という面をみると、紙のカルテや電子カルテの情報を保存していたサーバーが津波で流されてしまったこと等により、患者の過去の診療情報自体が消失してしまったという事態が発生した。
- ・ 高血圧や糖尿病の持病を持つ患者の中には、着の身着のまま避難し、常用薬を持ち出せなかった人も存在したが、これらの患者が改めて薬を入手するに際して、患者自身は自らの常用薬について正確な情報を記憶していない、医療機関の情報も消失している等の事情のため、薬の入手に困難が生じる状況も発生した。
- ・ 患者の医療情報の喪失防止対策として、岐阜県においても、できるだけ早くシステム化をして、バックアップ体制をとることを検討されたい。
- ・ 東日本大震災では、「お薬手帳」などが流された場合に、バックアップしている情報がないことが問題になった。そのためには、離れた場所に医療情報のバックアップを作成することが有効である。その具体的方策としては、各医療機関等が外部保存を行う以外にも、医療機関が相互にバックアップを行う、あるいは患者自身が必要最小限の自己の医療情報を別途所持するという事も考えられる。岐阜県では、県の医師会が管理しているサーバーの中に、この種の情報をバックアップする形で、GEMITS メディカというものを構築している途中である。このようなものがあれば本人の情報を本人がもっていなくても名前と生年月日を言えばただちに呼び起こせるというシステムを今、まさに開発中である。このようなシステムがあれば震災の中でも、今のような混乱は、少なくとも済んだのではないかと思う。
- ・ お薬手帳を患者が持参していた場合は、過去の服薬履歴から何の病気でどの薬が必要かがすぐ分かり、非常に有用であったとの医療現場からの声があった。お薬手帳を電子化するべきである。
- ・ 東日本大震災では、避難所において、冬場ということもあり多くの方が亡くなった。季節等によってもいろいろな問題が発生するので、少なくとも助産という言葉よりも、介護・福祉とかいう言葉を入れて計画を再整理した方がよい。震災発生後、一週間では、まだ混乱状態が残っているので、計画の対象期間をもう少し長い期間とるべきである。
- ・ 歯科医師の立場では、生活の医療も重視したい。主は、避難所の方々の健康問題であるとか、歯科の医療提供ができなくなった地域の医療整備をどうするかという問題になると思う。

- ・ 感染予防、公衆衛生の面から、伝染病とかが流行らないように、もう一段踏み込んで、具体的にどういう体制をとるかということ盛り込むべきである。
- ・ 感染症対策又は心のケア対策として、一刻も早く避難所ではなくて仮設住宅等々を手配し、早期に衛生的で健康的で精神的にも余裕の持てるような場所を提供することが大事であると思う。
- ・ 指揮命令系統の組織図と組織がしっかりしたものができたとしても、一番重要なのは、情報収集がどれだけできるかということだと思う。情報が無いとどのように対応したらよいか対策が打てない。その情報収集をどのような悲惨な状況でも情報収集ができるかということをもまず考える必要があるのではないかと思う。
- ・ 指揮命令の課題ではあるが、その前に市町村が被災した場合、どうやって情報を取って、それを県が正確に集約しているかが一番問題であると思っている。
- ・ 東日本大震災では、携帯電話も使えず、衛星電話もつながりにくかったことも踏まえ、無線機を配備するということが非常に大事ではないかと思う。
- ・ 診療所にも電話のネットワークがあるが、被災時に果たして電子機能が、先ほどの防災無線も含めて利用可能なのか。おそらくは被災して使えないと思う。ネットワークの整備に対し行政が支援をしてもらえればありがたい。
- ・ 大地震が起きれば、道路等が破壊され孤立する地域が多数出る。道路経由では、資機材を搬送することができないし、人員を搬送することもできない。ヘリの活用を十分考える必要があると思う。
- ・ 東日本大震災において、早期の対応として必要だったものが検死であった。死傷者の数、行方不明者も含めるとすごい数であったが、この検案に最初に迅速に対応しなければならない。
- ・ 日本医師会の「認知症のトリアージ」が非常に有効であると思われる。被災された方が、認知症があるかないかを早めに取り上げておく対応がうまくいくのではないか。
- ・ 各地域で、毎年8月末に防災訓練を実施しているが、問題は、その規模、どの程度のことを想定してやっているかということである。程度、シーズンによってシミュレーションを作っておくことが必要である。