

医療・福祉からみた奄美豪雨災害の実態と特徴

医歯学総合研究科
医歯学総合研究科
医学部保健学科

国際島嶼医療学
離島へき地医療人育成センター
地域看護・看護情報学

嶽崎俊郎
大脇哲洋
波多野浩道

1. はじめに

今回の奄美豪雨災害では、医療・福祉面でも大きな被害や影響があった。本報告書では最も被害が大きかった住用地域における医療・福祉面についての問題と課題を1) 緊急時、2) 急性期、3) 亜急性期、4) 長期に分けて整理し、今後の課題や対策を検討した。

2. 災害の経緯（住用地域）

2010年

- 10/20 災害発生、役場と診療所が水没し、携帯電話を含む通信が途切れる。野崎住用診療所長も役場の2階に避難(医師住宅も水没)。
- 10/21 夜に野崎医師が避難所である奄美体験交流館に移動し、ボランティア的に診療を開始。奄美市健康増進課が大島郡医師会に応援依頼。大島郡医師会病院が3名の医師を派遣(救急2名、整形外科1名)。
- 10/22 日赤が看護師を派遣。医師会が応援を派遣。
- 10/23 徳州会病院が応援(TMAT)を派遣(借り上げ船で海路より)。
- 1/4 奄美体験交流館での仮設診療所開設に関し、正式に認可。



住用診療所 (2010/10/20 11時)



住用診療所 (2010/10/20 13時)

3. 緊急時の問題点

想定外の急激な洪水に伴って1) 診療所が完全に水没し機能が喪失したことと、2) 交通・通信の遮断により医療や福祉連携が遮断されたことが大きな問題となった。そのため、現地での一次救急が十分に行えず、患者搬送にも支障が生じた。この様な際には、現場での判断と対応やコミュニティによる支援が重要である。今回は適切な判断と可能な限りの対応、コミュニティによる支援が行われた。



通信が遮断したのは通信施設が水没し電話が使えなくなったためである。そのため、医療連携への支障だけでなく、安否情報も得られなかった。市町村合併前は住用役場に衛星電話が配備されていたが、合併後に名瀬の1台に集約されてしまったため、応援にきたNTTや報道関係者の衛星電話を借りて連絡をとっていた。

3. 急性期の問題点

外部からのDMATなどの応援が到着すると、重症度に合わせて治療の優先順位を決めるトリアージ担当者や統括マネージャーが必要となる。特に統括マネージャーは情報の集約化を行い、役割分担を決めることで現場の混乱を減らし、効率化が図られる。今回の豪雨災害では、DMATが必要とされるケース、具体的には災害による外傷や溺水、低体温などは殆ど無かった。多くの人的、物的支援が到着する中で、現地でのマンパワー不足により統括マネージャーの存在は不明確となっていた。現地の医療状況や患者さんを熟知している住用診療所の医師は1人体制であり、現地で医療を行いながら、統括マネージャーの役割を担うには負担が大きく現地の医療にも支障をきたすが、兼務せざるを得ない状況であった。診療所が水没したことにより、カルテ等も利用不能となっており、現地の患者さんを最も熟知している医師や看護師らが医療に専念できる体制を取ることは地域住民にとって最も望ましい形である。統括マネージャーは、地域と医療の両面に関して知識を有している人材が望ましく、市町村が地元医師会などに応援を依頼するのも1つの方法であった。また、対策本部にも医療担当のリーダーが不在で、現場で判断に迷う際の相談先が無かった。

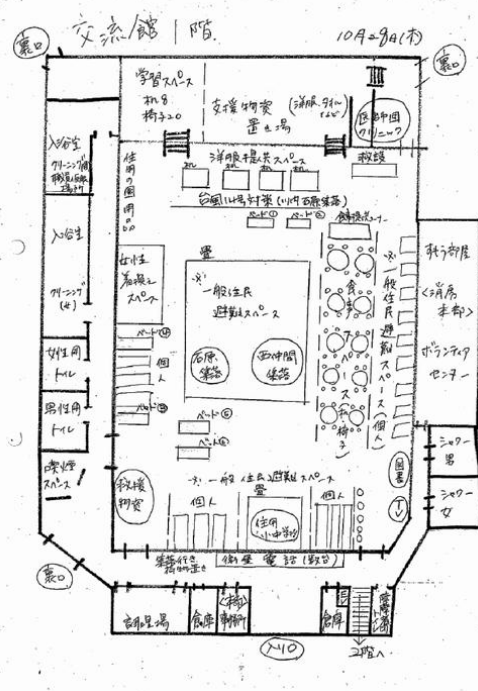
地域が水没したことにより、薬局機能も喪失した。地元薬剤師の献身的な働きにより必要な薬剤は確保できたが、薬剤の確保も重要な点である。

4. 亜急性期の問題点

急性期の対応が一段落すると、定期的に医療を必要としていた地域住民、つまり1)慢性疾患を有する患者さんへの医療提供が最も重要な課題となってくる。そのためには、歯科も含めた仮設診療所の設営や薬局の確保などが必要となる。また、2)要介護者への対応や、災害に伴って発症した3)心的外傷後ストレス障

害（PTSD）への対応も必要である。

1)慢性疾患を有する患者さんへの医療提供に関しては、避難所となっていた奄美体験交流館に臨時の歯科診療所、その後に医科診療所が設営された。現地では前例がないことであり、手続きに手間取ったようであるが、関係部署の理解を得て、被災2か月後に正式に認可された。



2) 要介護者への対応について、住用地区では介護サービスを受けている高齢者が多く、入所・入院を除く要介護認定者90名うち介護サービスを受けている人が70名程いる。また、一人暮らし・夫婦二人暮らしの割合が高い。そのため、施設入居者の他施設への移動と在宅要介護者への積極的な訪問やコミュニティーによる支援が行われた。

集落別の高齢化率

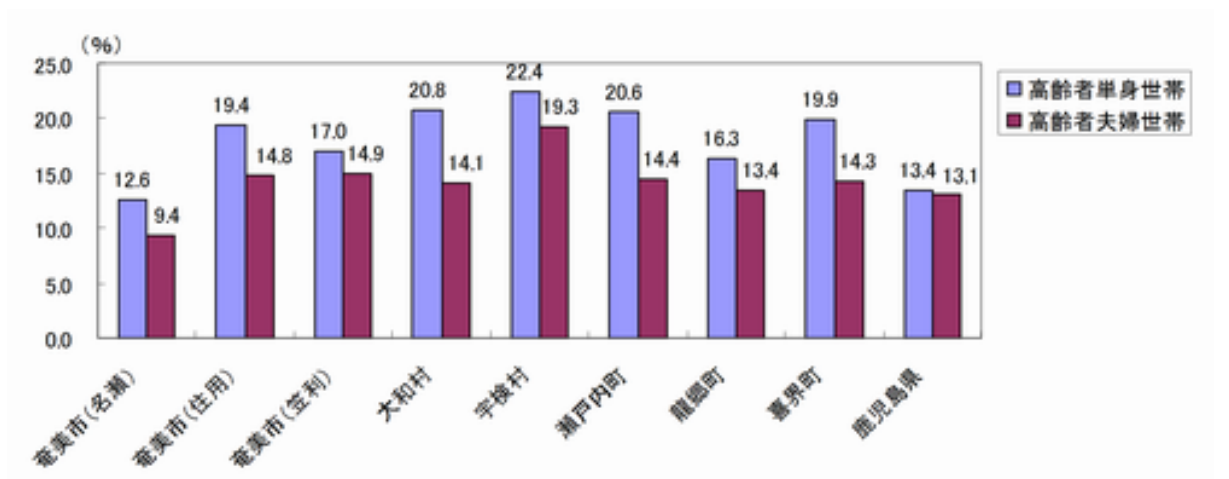
	世帯数	人口	高齢化率
市	96	163	36.2
戸玉	36	62	37.1
山間	122	257	31.5
上役勝	53	98	37.4
中役勝	5	14	14.3
下役勝	35	88	15.9
石原	25	41	46.3
西仲間	84	176	46.5
東仲間	24	46	32.6
川内	85	167	29.7
摺勝	15	35	41.1
見里	102	204	33.8
城	64	124	38.7
和瀬	37	76	21.1
14集落	781	1551	34.5



県内保健所や管内市町村からの保健師等の応援で住用地区3日間延べ89名・龍郷地区2日間延べ37名で全戸家庭訪問実施



被災地市町村保健師を各班のリーダーに配置し、若手を中心に召集し On-Job-Training を行う。



3) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は、大災害などの後、心に加えられた大きな傷が元になっておこるストレスの障害である。症状としては、恐怖や無力感、傷のもとからの回避、フラッシュバック、睡眠障害や情緒不安定、体験した記憶の再来やしなかった記憶の構築などが特徴である。

災害の1か月に、住用支所と奄美市健康増進課、名瀬保健所の保健師が、PTSD のためにスクリーニング質問票 (SQD) を用いての全戸調査を行った。その結果が下記である。

ハイリスク	88名/508名 (17.3%)
PTSD	29名/508名 (5.7%)
うつ状態	16名/508名 (3.1%)
両方	43名/508名 (8.5%)

その後、保健師がハイリスク者を中心に訪問・支援を続け、さらに名瀬保健所と奄美大島全域の精神科医と心療内科医師が「心のケア連絡会」を結成し、受入体制を構築した。その結果、災害3か月後には要医療が8名にまで減少した。ところが、3月11日の東北地方太平洋沖地震後、不安を訴えるなど、症状が再燃した住民が多数出てきた。これも PTSD にみられる特徴であり、根気強く支援を続けることが必要である。さらに、心の病は自分を責め、症状があることを隠して支援や治療をうける機会を逸する傾向がある。PTSD は自分だけでなく誰でもなる可能性があること、さらに支援や治療を受けることで軽快できることを広く周知していくことも重要である。

5. 長期の問題点

1) 復旧施設の設置場所は重要な課題である。理想的には、より災害を受けにくい場所への設置、もしくは同じ場所なら高層化などの防災の手立てが必要であろう。法律や制度、予算などの制限のため、現状復帰せざるを得ない場合は、2) 機能が失われた際の備えを準備しておく必要がある。特に、診療機能や通信手段の確保、コミュニティーにおける役割の提示などが重要である。さらに日常では「見守られる人」が災害時には「見守る人」になる場合があることも考慮しておく必要がある。

6. まとめ

医療・福祉からみた今回の奄美豪雨災害の特徴は、短時間に診療所機能が喪失したこと、交通・通信が遮断したこと、地域の医師は1名体制であったこと、1～2人暮らしの高齢者や要介護者が多かったことがあげられる。

今回の豪雨災害から得られた教訓から医療・福祉面における防災対策のあり方を考えてみると、

- 1) 非常用通信手段の確保
- 2) 陸路や空路が利用できない場合の海路を利用した患者搬送ルートの確保
- 3) 統括マネージャー配置による現場医療福祉体制の効率化
- 4) 保健所を中心とした広域的な保健医療福祉の支援とマンパワーの確保

などがあげられる。

7. おわりに

今回の豪雨災害で亡くなられた方々に心からの哀悼の意を表するとともに、被災された方々の1日も早い回復を祈っています。最後に、本調査にご協力頂きました住用国保診療所長の野崎義弘先生、大島郡医師会長の平瀬吉成先生、奄美市住用支所、名瀬保健所の関係諸氏に深謝いたします。



住用国保診療所長の野崎義弘医師