

# 会員の ひろば

北海道医報では、特定の個人・団体を誹謗、中傷する内容等を除いた幅広い多様性のあるご意見を掲載させていただいております。

## 災害医療のコンセプトと DMAT

留萌医師会  
留萌市立病院

たかはし ふみひこ  
高橋 文彦

私の勤務する留萌市立病院は、地域センター病院としての役割のほか、北海道から災害拠点病院の指定を受けており、自己完結型の災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣機能を有することが求められています。私は2017年にDMAT養成訓練を受け、医師では院内唯一のDMAT隊員となりました。そのいきさつは私が災害医療や救急に精通しているからではなく「今後異動がないであろう」というやや消極的な理由からでした。当院は常勤医不足に加え、常勤医として長く留まってください先生が少ないのです。

さて、DMATチームのリーダーとはなったものの、年1～2回の訓練以外では災害を意識することなく毎日を過ごしていました。ただ、技能維持訓練や実働訓練の後には意識が高まり「この留萌地区でDMATの支援が必要な災害が起きるとしたらどのようなものか」と考えてみたりもしました。災害には局地災害と広域災害があり、局地災害とは限定した地域で発生し、その地域の対応能力を凌駕し外部からの応援が必要な事案です(例：列車事故、多重交通事故、火災、土砂災害、雪崩)。一方、広域災害とは地震、風水害などで、被災地域外への患者搬送が必要になることが多いとされています。当地域で傷病者が多数発生する災害といえば、地震、津波、水害、土砂災害などが考えられます。しかし、地震、津波以外では病院が機能不全になることはまずないだろうと考えていました。ところが、実際の災害(または非常事態)は自分の想像力の及ぶものではないことをのちに思い知らされます。

一つは、2018年9月の胆振東部地震と北海道全域の大規模停電(ブラックアウト)で、もう一つは

2020年から3年以上続いたCOVID-19のパンデミックです。先に述べた「局地災害または広域災害とその支援」という発想では対処するのが困難な事態です。なぜなら、両者とも局地的に被害が大きいところはあるのですが、自分の地域や自施設も被害を受けているという構図だからです。そのような場合は、自施設への対応を優先せざるを得ません。特にCOVID-19のパンデミックでは、ワクチン接種や陽性患者への対応、クラスター発生後の診療制限等、自施設または自分の地域だけで手一杯というところが多かったものと推察します。パンデミックを「災害」とみなした時、DMATとして学んだ(齎った)災害医療の知識や訓練はどう生かされるのか、よくわからないままコロナ禍における通常診療と感染症対応を行なっていました。

ところが、2023年11月、COVID-19第8波で留萌地区がDMATの支援を受けることになり、災害医療の考え方の重要性を再認識しました。第8波では当院のコロナ病棟が満床となったほか、留萌全域で高齢者施設を中心に感染が拡大しました。保健所のキャパシティをオーバーする感染拡大のため道を介して日本DMATへ支援が要請され、11月下旬にDMATが当地に派遣されました。DMATの主な活動は高齢者施設の感染状況把握と指導でしたが、一緒に活動させていただく中で最も印象的だったのは、徹底的な「見える化」でした。つまり当院を含む管内の25の病院、特養、老健、介護施設における、入所者数/職員数、探知日、陽性患者数/陽性職員数、入院例/死亡例、医療提供体制(点滴可否/処方可否/酸素投与可否/お看取り可否/医療提供施設)、解除予定日などをスプレッドシートにもれなく入力し一覧できるようにしたのです。それまでも保健所と連携を取ってはいたのですが、情報はどうしても断片的で、こちらの不安がむしろ増大するような状況でした。しかし、情報を見える化し毎日更新することにより、「この施設は感染者が多数でも収束に向かっている」とか「この施設は嘱託医が看取りまで対応してくれる」とかが一目で把握でき、保健所も当院も対応に余裕ができたように思います。「災害医療は情報戦である」と言いますが、あらためてそのことを実感しました。DMATの基本的な任務の一つが、被災地域内での医療情報収集・分析・発信であることを考えるとCOVID-19のパンデミックに限らず、災害医療の考え方は危機管理や複雑な問題への対処に幅広く適用可能だと思われました。

この教訓をチーム内で共有し、コロナ禍でご無沙汰気味だったDMATの訓練にもそろそろ参加させていただこうと思っています。