東日本大震災に 日本医師会災害医療チーム(JMAT)としての参加経験

松田 聡*

The Experience as a Japan Medical Association Team (JMAT) in the Great East Japan Earthquake Disaster

> *Satoshi Matsuda *Nakagami Eye Clinic

キーワード:

東日本大震災 the Great East Japan Earthquake disaster

日本医師会災害医療チーム Japan Medical Association Team (JMAT)

石巻 Ishinomaki

仮設診療所 temporary clinic

眼科医療 ophthalmic treatment

I. はじめに

東日本大震災は、地震と津波で東北地方沿岸部に、大きな被害をもたらした。福島県では、原発破損にともない人災と言うべき放射能汚染がおこった。そして被害は、 今も広がっている。

このような災害時に最も必要になるのが、医療援助である。日本医師会は、この大震災がおこると直ちに、各都道府県医師会へ災害医療チーム:Japan Medical Association Team (以下、JMAT) の派遣を要請した。JMATとは、1チームに医師2名と事務員1名を基本単位として、避難所や救護所で中長期的な医療の復旧サポートを担う医療チームである。兵庫県医師会も、3月21日から6月19日の間、宮城県石巻中学校の教室を整備し、JMAT兵庫仮設診療所を開設した1)。私は、3月24日から27日に派遣されたJMAT兵庫第2陣に、眼科医療ボランティアとして参加し、さらに

^{*}仲上アイクリニック

5月1日から4日にも医療支援のため、個人で石巻に入った。

本稿では、東日本大震災後2度の現地訪問で、私の見た震災の状況や医療援助の様子について報告し、支援のあり方についても考える。

Ⅱ. 震災早期の石巻市街地

3月24日、石巻市内の道はヘドロで覆われていた。雪も降るような寒い日が続いていたので強い臭いではなかったが、何とも言えぬ異臭が町を覆っていた。仮設の墓地では、津波にのまれ犠牲になった身元不明者が、墓標の変わりに番号札のついた杭の下で、土葬にされ眠っていた。テレビで放映されていたように、重いエンジン部を下にして、車があちこちに突っ込んでいた(写真1)。

石巻のような地方都市では、公共交通が廃れ、生活の足として自家用車が必須で、1世帯が2台以上の車を保有している。このため震災で車が流されてしまうと、たちまち市民の足が奪われ、生活に支障をきたした。加えて発災当初、政府のガソリン給付策の不備から、支援のための車にも影響し、復旧に遅れをもたらした。JMAT兵庫の緊急車両も給油のため、山形県界付近まで毎日8時間かけ給油に行くという、人力と時間の浪費を強いられた。

Ⅲ. 避難所で困難な生活を強いられる震災難民

神戸新聞の調べでは、2011年3月30日時点での宮城県の避難所数は546有り、うち199が公立学校を使用していた。そのひとつ、JMAT兵庫が拠点を置く石巻中学校は、市内の高台にあり津波の被害を免れた。石巻中学校の体育館や教室には、約800名の避難者がいた(写真2)。食事は、日々配給されてくる、おにぎりや冷えたレトルト品ばかりで、高齢者などにはかなり食べにくく、栄養の片寄りも心配された。時折行われる県外支援ボランティアによる、炊き出しの暖かい食事は、大変喜ばれていた。

飲料水は最低限支給されたが、洗顔やトイレを流す水は、自衛隊が、校庭にある池 に補給する水を汲んで利用していた。災害時には健康を維持するためにも、ガスや水 道、トイレなどライフラインの整備が重要である。今回の震災では、行政機関も大き な被害を受けたために、その点の復旧も大変遅れた。

国連難民高等弁務官事務所は、国際的な危機的状況が発生したときの対応策として



写真1 津波で流されてきた車



写真2 避難所の石巻中学校体育館の様子

「緊急対応ハンドブック」を作成している 2)。この本には、難民の生活を最低限守るための指標として、一人当たり、3.5㎡のスペース、 10ℓ /日の給水、2100kcalの食糧やトイレは1世帯当たり1基、ゴミ50人あたり 100ℓ の容器1個など細かく書かれている。大震災初期の避難者の生活は、この生活水準にも及ばない劣悪な状況におかれていたといえる。

日本は、原発事故による放射能の影響や復興の遅れから、多数の国内難民といえる被災者を抱えている。政府によれば、2012年1月12日時点で33万7819人の避難者がいる³⁾。この数は、様々な国際情勢により祖国を出て、2010年に難民申請をした世界中の難民の数に迫るほどである。

IV. JMAT兵庫仮設診療所と石巻赤十字病院

私が現地入りした際、開設したばかりのJMAT兵庫仮設診療所は、まだ混沌としていた。現地で指揮を執っておられた川島兵庫県医師会長から、内科診療の昼休みにあたる13時から15時を眼科診療時間とするよう指示頂いた。薬箱に埋もれながら、教室の隅にスペースを確保し、なんとか眼科診療を始めることが出来た(写真3)。石巻における宮城県外からの眼科医療としては、最も早い支援体制の始まりであった。診療は、緊急災害医療だけでなく平時の眼科診療と同じことができる準備をした。これは石巻の眼科医院全てが相当な被害を受けているときに、避難所やその周辺の方のニーズに合致していた。発災2週間後、被災した人は誰しも日常を取り戻そうと必死であり、医療に対しても例外ではなかった。

初日の眼科受診者は6名だった。自らが避難所の体育館や教室をまわり、アナウン

スやビラ貼りをしたところ情報が広がり、3日間で59人の眼科患者を診察した。疾患は、津波による眼鏡など視力補助具の喪失やアレルギー、コンタクトレンズの不適切長期使用、緑内障、眼底出血、網膜剥離裂孔などがみられた⁴⁾。

内科でも、津波で薬が流され日常的内服が出来ていないために、呼吸器、糖尿病、 高血圧などの病状悪化に加え、避難所暮らしの運動不足からくるエコノミー症候群な どが問題となった。

仮設診療所での治療には限界がある。それを補ったのが、石巻の病院で唯一被災を 免れた石巻赤十字病院(以下、日赤病院)であった。当初、日赤病院では、阪神淡路 大震災で問題となったクラッシュ症候群などの対応を重点に考えていた。しかし、実 際はそのような症状や外傷は少なく、低体温症や肺炎など津波特有の疾患が多かった。 災害対策本部も置かれていたが、初期には石巻地区の医療全体を統括するまでには機 能していなかった。このため各医療団が現場で最善を尽くしていたが、連携がなく効 率が悪かった。3月20日頃から石巻市を14エリアにわけ、幹事医療チームにエリア長 として地区運営をまかせ、日々の情報を対策本部に集約するシステムが構築され、状 況は改善された。

JMAT兵庫もエリア4の幹事チームとして,重要な役割を果たした。6月19日の 仮設診療所閉鎖までに出務したJMAT兵庫は,44チームで,医師128名,看護師68名,薬剤師32名,事務員42名,ボランティア5名にのほった。

V. 巡回訪問診療で見たコミュニティーの底力

自らも被災者でありながら、被災者医療支援を行っている現地の眼科医がおられた。石巻でのJMATの活動を通じ、私はその医師と知り合った。そして、その医師からの要請で、2011年5月連休に再度石巻を訪問し、巡回訪問診療を一緒におこなった。発災から2ヶ月近くたっていたので、仙台空港は、不完全ながら利用できた。石巻市内の幹線道路に瓦礫はなくなっていたが、道端によけられたゴミやヘドロが悪臭を出し始めていた。石巻市をはずれ、牡鹿半島にはいると震災直後と変わらぬ瓦礫の山と道なき道があった。余震の続く中、原発もありエスケープルートもない半島の道を走るのは、さすがに緊張感があった。原発近くの道路横に建っていた「原発、事故で止めますか? みんなで止めますか? | の立て札が印象に残った。

巡回診療では様々な避難所の現状を見ることができた。市内の大きな避難所は、普

段お互いを知らない人が、いろいろな被災地域から集まっているため、自治意識がや や低いように感じられた。一方小さな山間の避難所では、日頃の顔見知りの関係や自 然環境を上手く利用した生活があった。水は、谷から引き豊富にあった。温かい食事 を自ら準備する炊き出しの様子は、一見祭りのようにさえ見えた(写真4)。さらに 驚いたことに、日頃から準備していたのか簡易太陽光発電を仮設し、電気も自給して いた。日常コミュニティーの力が、避難生活にも上手く働いた例がそこにあった。



写真3 初期のJMAT兵庫仮設診療所で の眼科診療の様子



写真4 山間の避難所でのコミュニティ 一の底力

VI. 支援にあたっての心構え

大規模な自然災害や事故などがおこると、個人でも組織でも、問題の自力解決は不可能で、外部からの助けが必要となる。一方外部から援助する側も、個人や組織に関わらず、支援にいく前に考えておくべきことがある。それは想像力を働かせ、想定外が少ない行動計画を建立てておくことである。そのためには、①自分の手足を使い、多様な情報源にアクセスし、被害状況をできるだけ正確に把握する ②誰のどのようなニーズに対して、支援を行うか明確にする ③いつ支援を中止するか決めておく ④行動理念を共有できる現地のカウンターパートを探し、現地入りする前にコンタクトをとるようにすること、である。

また早期に被災地に入るためには、ふたつの大きな問題がある。ひとつは、現地までの移動手段である。今回も、3月24日時点で仙台空港は津波の被害から復旧しておらず、被災地への道路も寸断され、加えて厳しい通行規制が引かれていた。このため私が、個人的にボランティアとして現地入りするのは、きわめて困難な状況であった。

そこで、JMAT兵庫に参加を打診し、許しを得てなんとか現地に足を運ぶことができた経緯がある。ふたつ目は、衣食住全て自己完結型の生活技術が要求されるということである。幸い私は登山経験がありこの点は問題なかったが、寝袋、水、食糧、燃料、医療器具に至るまで、装備は50kgを超え、全てを自力で運んだ。

WI. おわりに

東日本大震災がおこった際、多くの方の協力のもと現地に入って、様々な学びを得ることができた。また少しは被災者のお役に立てたと思う。震災早期では、移動手段を含め、全てを自己完結できる力があるなら、どのような職業の人でも、どんな形でも被災地への貢献ができる。

また、阪神淡路大震災の様々な報告を読んでみると、津波や原発による被害以外のことは、今回の震災と同じような問題点が指摘されていた $^{5\sim7}$)。過去の教訓は活かされたものもあるが、そうでないことも多いように思われる。われわれは、もっと歴史に学ぶべきである。

本稿は、震災3ヶ月後の6月11日に行われた第26回大会での私の発表をまとめたものである。発表の機会を与えていただいた、元村大会長を初めとして、関係者の皆様に感謝いたします。

日本保健医療行動科学会でも、東日本大震災特別委員会が設けられ、震災に関する 取り組みが検討されている。阪神淡路大震災当時、学会としてどのようなことを行っ たかを見直すことも大切であろう。それを基に、東日本大震災の特徴である津波と原 発に対する視点を組入れた、学会での取り組みを検討していく必要がある。

引用文献

- 1) 川島龍一: 東日本大震災からの復興に向けて. 社会保険旬報 No.2460 6-11, 2011
- 2) 国連難民高等弁務官事務所: 緊急対応ハンドブック, http://www.unhcr.or.jp/info/handbook.html, 2012
- 3) 東日本大震災復興対策本部事務局:全国の避難者等の数http://www.reconstruction. go.jp/topics/20120118hinannsyasu.pdf, 2012

- 4) 松田 聡: 東日本大震災の亜急性期眼科診療について.日本の眼科 82:705-706, 2011
- 5) 田淵 昭雄・深井小久子・野村 耕治・他: 阪神大震災における眼科疾患と今後の対策. 日眼会誌 101:451-457, 1997
- 6) 松石 美応・関 保・植田 俊彦・他: 阪神大震災における眼科医療非政府組 織~NGO活動~について. 日本職業・災害医学会会誌 49:7-11, 2001
- 7) 広川恵一: 災害と第一線医療の課題. 兵庫県保険医協会/協会西宮・芦屋市部編: 被災地での生活と医療と看護. 76-95 クリエエイツかもがわ. 京都 2011