

図2 東日本大震災における派遣された医療チーム数の変遷

ズにどう対応すべきかが課題となった。現に、**図2**は発災からのDMATチーム派遣数の推移であるが、発災当日から1週間は非常に多いにもかかわらず、1週間経過すると派遣隊数が突然激減することがわかる。DMATの超急性期医療・急性期医療から、平時の医療体制へ戻していく過程での亜急性期・慢性期医療への移行がスムーズにいかず、新たな医療空白が生じてしまったのである。東日本大震災における「避けられた災害死」に関する研究が岩手県と宮城県で行われているが、岩手県では36例、宮城県では102例あり、その原因は「医療物資不足」、「医療介入の遅れ」、「ライフラインの途絶」、「避難所の環境/居住環境悪化」が最多であったことがわかっている³⁾。これらの結果からも亜急性期や慢性期への移行がいかに重要でニーズが高かったかがわかる。そこで東日本大震災以降はDMAT活動期間を見直し、2次隊・3次隊の派遣などにより1～2週間は対応できる体制が築かれた。またDMAT以外の医療チームとの連携を深め、訓練や研修の平時からの連携を行うようになった。

東日本大震災までは人命救助の超急性期医療に焦点を当

てていたが、公衆衛生面の課題への備えや準備をしてこなかったために、東日本大震災ではさまざまな課題が生じた。避難所の様子は1995年の阪神・淡路大震災から2011年の東日本大震災まで15年以上の時を隔てても大きな変化はみられなかった。避難所のトイレも同様であった。これを機に避難所の生活環境について、東日本大震災まであまり考えてこなかったことが反省された。災害時の人権を守るために、人道援助を行うNGOのグループと国際赤十字によって1997年に開始された「スフィア・プロジェクト」⁴⁾というものがある。これは、もともとは途上国での災害支援に関する最低限の必要条件が記載されたものだが、先進国といわれる本邦においても必要性が高かった。東日本大震災のとき、直接死は1万5884人とされ、震災関連死は3591人とされている⁵⁾。これは避難者が48万人だったことを考慮すると非常に高い値である。その震災関連死の原因として、「避難所などにおける生活の肉体・精神的疲労」33%、「避難所などへの移動中の肉体・精神的疲労」21%といわれており、その主な原因は食事、トイレ、生活環境、衛生環境、栄養評価、個々のニーズへの対応など、

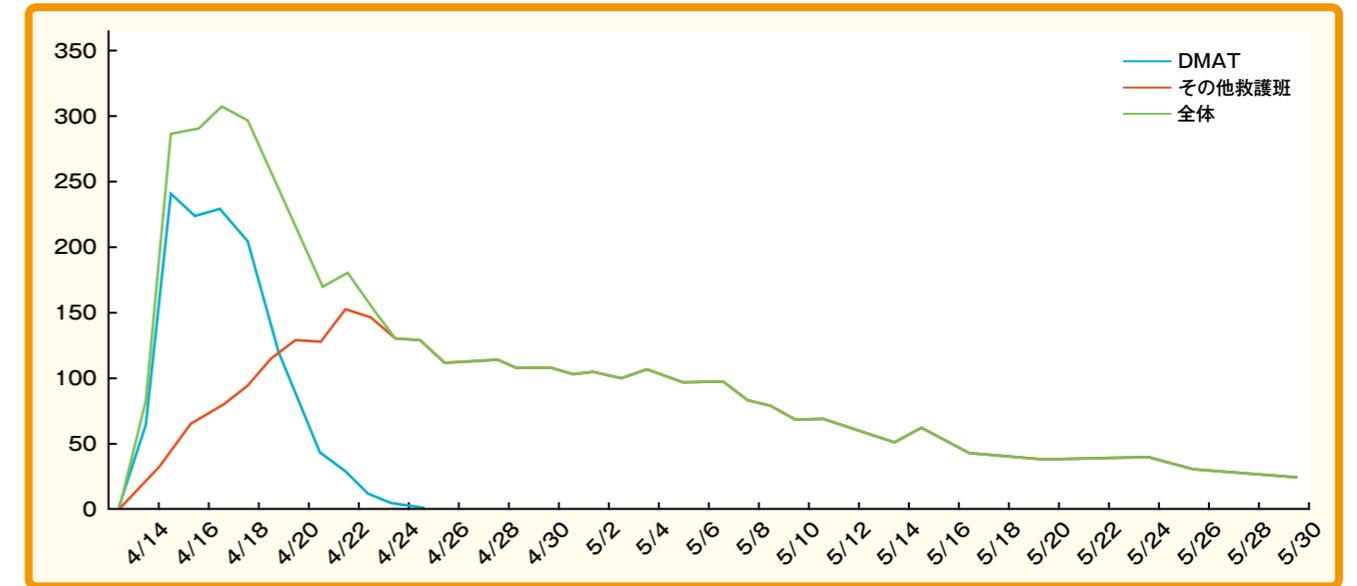


図3 熊本地震における派遣された医療チーム数の変遷

パブリックヘルス、いわゆる「公衆衛生」の介入の遅れによるものだと考えられた。

災害時はさまざまな医療チームや自衛隊・消防隊、自治体職員からボランティアまで多くの援助が被災地に入る。また停電、断水、食料品、医薬品不足などの諸問題から復旧、ロジスティクスの支援に追われる。これらの調整は行政機関で行われるが、被災者である行政機関の職員に平時の何倍もの仕事の負担がかかり、都道府県庁や保健所の機能が麻痺し、行政による指示や調整機能の伝達障害が生じる。結果的にそれが公衆衛生対応の遅れを招いていると考えられた。そこで被災した行政機関を支える公衆衛生チームとしてDHEATが生まれた。Disaster Health Emergency Assistance Team (災害時健康危機管理支援チーム)、通称DHEATは、災害発生時に迅速に被災地に入り、行政機関のサポートを行う公衆衛生チームである。2018年3月20日に「災害時健康危機管理支援チーム活動要領について」⁶⁾が発出され、以後、毎年研修を実施し災害時に派遣がなされている。

4. 熊本地震における災害医療活動の実績と教訓

2016年4月14日、最大震度を7とする熊本地震が発災し

た。死者49人、行方不明者1人、重症369人、全壊5676棟と大きな被害をもたらした。合計508隊、2196人のDMATチームが派遣された。では東日本大震災での教訓はどのように生かされ、どのような成果と教訓が得られたのだろうか。東日本大震災では急性期と亜急性期の間に医療支援チームが大幅に減少する支援空白がみられたが、その反省を受けて熊本地震の際にはDMATも2次隊以降の派遣が行われた。またJMAT (医師会主導による医療支援チーム) や日本赤十字社の救護班、NGO団体の医療支援チームとの連携が実施された。また、急性期から亜急性期に移行するにつれ、本部の役割・場所・名称も移行された。急性期において都道府県庁に設置される「熊本県DMAT調整本部」、そのもとで災害拠点病院内に設置される「活動拠点本部」は、亜急性期には地域の保健医療機能をその地域の保健所に戻していくことから、都道府県庁内の本部は「熊本県医療救護調整本部」と名称を変え、各地域の市役所・保健所内に「保健医療救護調整本部」が設置された。その結果、**図3**より明白だが、医療空白を生じずにDMATから地域の救護班への円滑な移行が行われた。また、東日本大震災の際に課題となった「都道府県庁や保健所の行政機能の麻痺」による公衆衛生対応の遅れに対しては、DHEATが派遣され、さまざまな行政上の調整支援を行った。また被災行政機関の負担を軽減する目的でDMATロジスティ