

CASY2-2

災害でもコロナに負けない小児在宅医療を目指して

緒方 健一

医療法人おがた会 おがた小児科内科医院・医療型短期入所施設「かぼちゃんクラブ」

災害には、それぞれ特徴がある。阪神淡路大震災は直下型地震による建物倒壊や火災による圧死（全死亡の78%）が多かった。東日本大震災では、死亡の9割が津波による溺死であった。熊本地震では、震度7が2回もあり、震度3以上の余震が1400回/月以上と持続した。その結果、睡眠不足や避難所などの劣悪な環境での災害関連死（76%）が多発した。それぞれの災害の特徴を、次の災害対策に反映する努力が必要である。例えば、阪神淡路大震災の教訓から震度5以上の地震では、ガス供給が停止するシステムが導入されたため、震度7以上が2回あった熊本地震では火災が少なかった。しかし、津波や大雨被害の対策は、非常に困難である。大雨被害は、今までの経験では対応できないほど広域化している。各地域単独の災害対策（共助）では、太刀打ちできない。災害地域外部からの支援であるDMAT、災害時周産期リエゾン、小児科学会災害対策委員会、小児救急医学会、PICU協議会などに留まらず、自衛隊の救助なくしては、公助の効果は得られないようだ。東日本大震災の経験から以下が、今後の課題となった。

1、災害時の小児医療体制

- 1) 災害時の小児・周産期医療が行政と連携できていない。
- 2) DMATと周産期医療の優先順位に差がある。
- 3) 被災地における小児医療ネットワーク形成の必要性。

以上より、災害対策本部において、地域の小児・周産期医療ニーズの把握と災害医療体制の助言を行うコーディネーターが必要と考えられた。災害時小児周産期リエゾンと呼ばれ、熊本地震では試験的に導入され以下で功績が認められた。

- ①熊本の休日夜間の小児初期救急事業が破綻した際の、システム維持。
- ②熊本市民病院が被災し、九州の各周産期センターの支援コーディネート。

その後、平成28年度養成研修事業が開始され、平成31年に厚生労働省から各都道府県に通知された。小児医療体制は、各地域でシステムに差がある。災害時の地域のニーズ把握には、基幹病院だけでなくその地域の小児科医会との連携が最も重要であることを強調したい。

2、障がい児の医療

小児医療では、災害最弱者と言われる障がい児の対策が急務である。

東日本大震災では、障害児（者）の死亡率は健常者の2～4倍であった。2013年に災害対策基本法が改正され、「避難行動要支援者」という文言ができた（要支援者）。自ら避難できない障碍児者や高齢者を指す言葉で、要支援者名簿作成や福祉避難所の指定が行われた。しかし、熊本地震や熊本南部水害ではこの名簿は利用されなかった。福祉避難所も人工呼吸器を利用する家族は、利用していない。理由は、行政職員も被災者であり、災害対策システムは機能しないことが多いからである。避難所は、人工呼吸装着児の家族は、選ばない。アラーム音や吸引操作の音を、気兼ねするからである。幸いにも熊本地震では、一人の犠牲者も出なかった。これは、20年間の小児在宅医療の歴史があり、基幹病院が協力していただけたからであった。しかし、インフルエンザ流行時期やコロナ禍では、病院への避難が困難と予想される。安心して避難できる福祉避難所が必要である。災害対策本部の設置から稼働までも時間がかかる。従って、発災直後は、自助力なしには生き延びることは困難である。数日後に災害対策本部や自衛隊からの救助（公助）が行われることが多い。広域災害では、病院が機能を失う事がある。たとえ病院の機能が維持されていても、病院の非常時電源では提供できる医療の余裕がない。一つの医療機関のみに依存した対応は、難しいことが明らかになってきた。平常時から各地区での中小病院や老健施設の利用登録や、診療所単位での電源対策、自宅での電源の準備や備蓄が重要と考えられる。今回、コロナ禍での小児在宅医療の対応や災害時のコロナ対応について述べたい。