



まちいしゃ
町医者で
行こう!!

第90回

「大規模・長時間停電と在宅患者さん」

10分間のピーク値に対応した備えを

今年は大雨、台風、地震と自然災害が多い年である。西日本豪雨災害の支援が続く中、9月4日に台風21号が襲来し、6日に北海道胆振東部地震が起き、さらに30日には台風24号が追い討ちをかけた。甚大な物的被害に加えてライフラインが寸断し、特に停電は市民生活に大きな影響を与えた。今回は、大型台風による大規模・長時間停電が在宅患者さんに与えた影響を振り返ってみたい。

私は23年前の1995年に阪神・淡路大震災を経験した。勤務していた市立芦屋病院はまさに野戦病院と化したが、外部の医療機関と連絡がついたのは24時間後であった。阪神・淡路大震災で得た数々の教訓は『震災が与えてくれた「町医者力」』(エピック)という本にまとめた。また7年前の東日本大震災では被災3県において支援活動を行った。その時感じた教訓は『共震ドクター』(ロハスマディア)という本や『無常素描』という記録映画に残した。

さて、今回の台風21号、24号は史上最大級の台風であった。台風21号による暴風被害は筆者の生活圏域である兵庫や大阪で大きく、低温火傷のように現在も続いている。

私のクリニックでは、台風が通過する9月4日は休診にして職員全員に自宅待機を命じた。前日に鉄道の運休が発表されたのでそれに連動した。普通の企業であれば自宅待機だけでいいが、医療職の宿命は自身も当事者でありながら人助けを優先しなければいけないことである。かといって、いくら職業倫理とはいえスタッフが災害に巻き込まれれば労働災害のリスクがある。だから災害時の管理者の判断や行動や指示は難しい。蛇足だが、私は電力会社や電

力管理会社の産業医も長く務めているので、停電の復旧作業に不眠不休で携わった労働者の健康管理や長時間勤務の面接業務にも3回呼ばれた。

地震への備えと台風への備えは少し違う。地震は予測できないが、台風は予測できるからだ。危険な時間帯が高い精度で予測でき、リアルタイムで知ることができる。しかし実際には甚大な被害が出た。気象庁のHPによると台風21号の接近により大阪に出された高潮注意報が警報に変わるまでわずか10分間しかなかったという。台風時には超短時間で潮位や風速の急激な変動がありうるのだと身をもって知った。「充分な備え」とは「たった10分間だけのピーク値」に対応した行動だと改めて教えられた。

大規模・長時間停電と在宅患者さん

6月18日の大阪府北部地震の時、国立循環器病研究センターに入院中の補助人工心臓や人工透析の患者さんの搬送風景が報道された。あれだけ大きな病院であっても電源喪失により患者さんの移送を余儀なくされることに驚いた。現代医療はまさに電氣で成り立っている。だから停電すると診療機能を失ってしまう。しかし週刊現代の報道によると、都内の大型病院の8割が非常用電源の点検や備えをしていないという。医療機関における非常用電源の充分な確保が急務である。

私の地元(尼崎市)では結局、停電の完全復旧までに1週間以上を要した。停電で給水ポンプが停止したことによる断水も加わった。市民は長期にわたり、不安で不自由な生活を余儀なくされた。大規模・長時間停電は特に在宅患者さんに多大な影響を与えた。人工呼吸器、酸素濃縮器、輸液ポンプなど

の生命維持装置や吸引器を必要とする在宅患者さんが地元にもたくさんおられる。電化社会において大規模停電は社会的弱者の生命を直接脅かす。

一般に落雷による停電なら短時間で復旧することが多い。しかし今回のような大型台風による長時間停電に陥った時、在宅患者さんの移送のタイミングや方法にはとても悩んだ。もし次があるならば、できるだけ予防的に移送しておいた方がいい在宅患者さんがいることを知った。人工呼吸器に備わっている非常用の内部電源は概ね数時間程度しかもたないからだ。私は停電後、3時間くらい経過した時点から電源復旧を諦めて人工呼吸器の患者さんの移送を決めた。地域の基幹病院の入院ベッドは満床であったが、病院当直医と逐一連絡を取り病院内の講堂の電源を借りる形で滞在させていただいた。いわば医療避難所である。しかしそこへの移動も大変だった。信号は止まっているしタクシーもない。フル稼働中の救急車を待つことにもリスクがあった。

暗闇の中、訪問看護師たちが手分けして停電の中を走り回り、移動を介助した。しかし電動リフトやエレベーターの停止、車庫の電動シャッターが上がらないといった想定外の出来事が重なった。平時から停電時の移動手段や非常用電源を確認しておかないといけない。また停電により空調が使えない時は移動困難な高齢者の熱中症対策も念頭に置いた。

水、食料などの備蓄も大切だが、懐中電灯や電源の確保も必要だ。可能なら外部バッテリーや酸素ボンベを含めて24時間くらい持つ余裕があれば有難いが、経済的な壁がある。そもそも電気依存度が高い在宅患者さんがどれだけいるのか、地域の自治会長や民生委員さんと普段から情報共有しておくべきだろう。個人情報保護の壁があるのだろうが、優先順位やトリアージを話し合っておくべきだと思った。

認知症や独居高齢者への対応

長期間停電が認知症の人に与える影響は極めて大きい。灯りがない不安の上に、調理、排泄、入浴にも多大な影響がある。生活リズムの乱れは不穏な行動をもたらす。デイサービスやショートステイも停電で休業になるので、普段とはまったく違う生活リズムを強いられる。その結果、認知症の人は全員調子が悪くなり、負の記憶は電気が復旧しても尾を

引くことになる。結局、長期間の停電で一番困るのは、電気依存度の高い在宅患者さんである。認知症の人や独居高齢者は食事や排泄が課題になる。

これらの災害弱者を各地域で誰がどのように支えるのか。平時から行政や医師会が中心になってマニュアルを作成するなど備えについて議論されている。医療機関では災害時にスタッフがどのように動くべきか、ある程度のマニュアル作りをしておきたい。しかし実際には想定外の出来事が重なり必ず混乱するので常に優先順位やトリアージという言葉を意識して行動すべきだ。

災害弱者対応こそが地域包括ケア

23年前の阪神・淡路大震災の時もそうだったが、最近の北海道胆振東部地震も初動における「情報不足」が課題にあがった。しかし情報の発信者自身も被災しているので、発生当日は有益な情報を期待しないほうがいい。いくら情報社会とはいえ、被災当日の情報は停電している高齢者や在宅患者さんなどの災害弱者には届かない。地域の仲間やSNSの方がずっと役に立つだろう。また行政や消防などの「公」や「組織」に期待するよりも、「個」や「地域」を頼った方がいい。それが自然で現実的である。そのためにも普段からの独居高齢者や障害者などの災害弱者との関係性、つまり「地縁」の構築が課題となる。あるいは子ども食堂、つどい場、カフェのような地域での繋がりが災害時には大きな意味を持つ。これこそが国が推進する地域包括ケアの姿ではないかとも感じた。私も商店街の周囲に散乱する飛来物の撤去を手伝った際、そこに対話が生まれた。

地域包括ケアとは、実は災害時の地域住民の行動様式そのものではないか。災害時には地域力が炎り出される。災害弱者に地域住民が自ら手を差し伸べることこそが地域力であろう。災害はない方がいいに決まっているが、昨今の異常気象を見る限り、自然災害からは逃れられない。1つ1つの災害から得られた教訓を今後に活かさずしない。防災は最大の予防医療であると信じている。

ながおか かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『痛い在宅医』『男の孤独死』（ブックマン社）など