

## 【大災害時の蘇生について】

平時の心肺蘇生の現状：病院に心肺停止の患者さんが運ばれてくると、心マッサージ、気管挿管して強制的に肺に酸素を送り込む、血管確保し輸液など、を複数の医師、看護師が手分けして行います。数十分かかりつきりになります。

その結果について、古いデータですが、東京のある救命センターの結果をあげてみます。「10年間に心肺停止で救急搬送された患者さんは1500人。そのうち蘇生して心臓がいったん動き出した人は200人。再停止する人もあり、蘇生できた人は36人。その内訳は 社会復帰した人6人、植物人間30人」このような現状を踏まえ、南海トラフなど大地震による多数の死者や負傷者が生じる際には心肺停止への心マッサージなどの蘇生は行いません。

これはDMATなど日本の医療全体の方針と理解しています。それには二つの理由があります。

1. 心肺停止の人だけでなく、多数のけが人が出ます。重傷者（大災害時の定義は、直ちに治療をしなければ命を失う人）も、普段なら重傷と扱われるのに大災害時には軽傷と扱われる負傷者（骨折など）が多数出ます。災害時の医療の目標は、「普段なら助けられる人を災害だからといって失わない。助けられる命を一人でも多く助けること」です。この状況では心肺停止の人は後回しになる、ということです。災害時であってもけが人の数が少なければ、もちろん蘇生を行います。
2. もう1点は、平時に心臓マッサージやAEDで助けられる人は、心臓が原因で心肺停止になった方です。蘇生で心臓が動けば助かる可能性が高いです。しかし地震などの災害では、頭部外傷、肺の外傷、大出血などの原因があり2次的に心臓が止まっています。心臓が再開できても原因の治療ができなければまた止まってしまいます。

この二つの理由で大災害時には蘇生は行いません。

- 死亡確認は医師にしかできません。市民はもちろん、消防も、看護師にもできません。したがってトリアージでは医師以外は黒タグは死亡ではなく搬送順位が最後という扱いになります。
- どうか、橋本市の被害想定を見てください。「多くの方が建物や倒壊物の下敷きになる」状況とは、心肺停止だけでなく、対応が早ければ助けられる可能性のあるさらに多くの重傷者が想定されているのではないのでしょうか？ その状況でどこに力を入れるか、ということになると思うのです。
- 私が住んでいる静岡県藤枝市（人口14万人）の人的被害想定は、最大で死者200人、重傷者2600人、軽傷者3100人と想定されています。

この状況で、医療機関に運んで治療しなければ死んでしまうが治療すれば助けられる可能性が高い重傷者と、助けられる可能性が非常に低い心肺停止の人のどちらを優先するかということになります。消防や医療では現場の対応が間に合わないと思っています。

この人たちを一人でも多く助けるために、私たちは市民が重傷者を見分け（市民トリアージ）病院に搬送することを目指しています