

## シンポジウム

## 災害時における医療ボランティア活動

キーワード：大量動員，緊急救援三原則，時系列対応

菅波内科医院

菅 波 茂

### 1) 災害医療は大量動員ではじまる

災害医療と緊急医療との違いを明確にしておくことは決定的に重要である。緊急医療は日常的に実施されている。災害医療は晴天霹靂のごとくおこる天災時に実施される。その医療対応の差は医療スタッフと患者の数の相対性にある。緊急医療では少数の患者に多くの医療スタッフ，災害医療では大量の患者に少数の医療スタッフが現実である。緊急医療では救命医療の内容の徹底性が，災害医療では助かるべき人が助かったかという対応が一義的に問われる。大量の被災者に対する対応は大量の医療スタッフを用意することしかない。大量ということは動員することである。しかも時間との競争の上に。しかし，日本には余分の医療スタッフを抱えている医療機関は少ない。どの医療機関も遂行しなければいけない日常医療業務がある。一医療機関から動員できるのは少人数の医療スタッフとなる。したがって，大量の医療スタッフを動員するためには広範囲な地域からの動員ができるシステムが大前提となる。都道府県レベルを超えて日本全国規模の動員体制まで考える必要がある。

大量動員の原点は何か。備えあれば憂いなし。それは災害医療ボランティア登録をしたデータベースである。災害発生時に自分の意思決定で迅速に動けるボランティアが財産である。データベースのある本部からボランティア個人に直通の通信回線が必要なことはいうまでもない。

### 2) 災害医療はスピードが勝負である

#### 1：災害医療関連法改正

災害による死者数は最初の8時間以内がピークである。後は時間の経過とともに漸減する。72時

間以後救援活動は日常の診療内容に回帰する。いかにしてスピードを確保するか。一番重要なことは法治国家である日本で人治のシステムを時限立法で認めることから始まる。即ち，法治国家における行政の法執行の最優先価値判断は「公平さ」であるが，災害時対応する法執行の最優先価値判断は「スピード」にならなければいけない。災害時の非常時対応の繁雑さに対する「スピード」確保の切り札は何を優先するかとともに何を無視するかである。平常時における法破りさえ起こりうるのである。法治国家における法律違反があたりまえ。これが災害/非常時における救援活動には必要となる。誰がこの法律違反の判断をするのか。人がするしかない。非常時における法律違反を当たり前とする大前提。これが人治である。緊急度が高いほど人治の程度は高くなる。究極は人治独裁である。人治独裁が実施されることをあらかじめ法律で決めておくことが災害医療関連の究極の法律である。

平時における法律は災害時の非常時対応の繁雑さに対する「スピード」確保のためには障害になることが多かった。これは阪神大震災救援活動の時に検証済みである。いつ，どのような内容で，いかなる形で規制緩和時限立法が発効になるのか。注目すべきはこの1点のみである。

#### 2：システムの対応

災害医療は個々の医療行為の集合体ではない。医療行為を支えるシステムによってスピードが決まる。医療スタッフが関与しない部門の重要性が理解されるか否かである。日常の緊急医療に慣れた習慣を打破することは困難を究める。災害医療はシステムの項目を参照していただきたい。

### 3: 航空機の使用

災害医療の大量動員スピード確保の各論は航空機使用なくして考えられない。航空機使用は空港抜きには不可能である。災害医療には民間航空機による自衛隊基地の使用は不可欠である。憲法9条に関連する自衛隊論議にこだわってはいけな。惑わされてはいけな。災害時の人命救助に必要なものはなんでも協力していただく。そのためには無原則、無思想そして無節操が最高道徳となる。

航空機使用には空港をもっている地方自治体および自衛隊、そして運輸省との事前協議とシュミレーションが大切である。そして予想活動拠点には最寄りの空港と近接するヘリポートの確認がある。日本全国規模で医療ボランティアを航空輸送可能とする拠点空港の整備と輸送システムの体系化が急がれる。

#### 3) 災害医療はシステムである

災害医療と緊急救命医療とは決定的に異なる。なぜなら緊急救命医療は医療チームの構成員の医療技術の優劣が患者の生死を決定する。災害医療では医療チーム以外の要因が被災者の生死を決定する。即ち、災害医療は被災者を救援するシステムである。個人の医療技術か救援システムか。この救援システムとは大量の被災者に対して広範囲な地域の医療機関から大量の医療スタッフを迅速に被災現場に送り込むシステムのことである。阪神大震災における活動経験よりシステムについて具体的に説明したい。

緊急救援活動の三原則は活動拠点の確保、通信の確保そして輸送の確保である。この三原則は海外における緊急救援医療活動の展開の中で方法論として確立されたものである。活動拠点の確保は情報を収集して決めるのではなく、まず現場に入って情報を収集するところから始まる。外部から情報収集していたのでは数日は簡単に過ぎてしまう。緊急救援に必要な情報自体も日々刻々と猫の目のように変わっている。阪神大震災における救援活動で保健医療情報の拠点である長田区役所保健所内に現地事務所を設置できたことの意義は大きい。ただ、自らも被災しながらも重傷患者の治

療に当たり、災害医療に大きな役割を果たしていた民間病院支援が視点になかったのは未だに後悔している。活動拠点として入れるべきである。

現場と本部が情報を交信する通信手段なくしては効果的な支援活動は不可能である。今回は電話回線の不通あるいは混雑があったがアマチュア無線連盟の御協力をいただき支障なく活動を継続できたことを喜びたい。最良の方法はインマールサットの使用である。

輸送の確保が可能になったおかげで多くのボランティアの方々に長田区内で医療活動に関わってもらうことができた。岡山県航空協会による空路による医薬品の緊急輸送、岡山青年会議所による海路による大量輸送なくして初期の医療活動は語れなかった。その後の岡山本部事務局と長田区役所現地事務所間の緊急救援物資輸送トラックとシャトルバスの毎日の運行なくしても支援活動の継続性はありえなかった。今後の災害救援活動において日本全国からの動員体制の確立には航空機の使用は絶対に不可欠である。

これらの緊急救援三原則を支える岡山本部における後方支援活動が本命の本命であった。それは現場で必要とする物資と人員の補給である。後方支援体制の御三家は政治家後援会、宗教団体そして地域の諸団体であった。共通項は「相互扶助団体」である。この三団体を中核にした多くの市民の方々の参加による後方支援協力体制ができあがり、強力な現場を支える活動が可能になったのである。阪神大震災には多くのNGOが参加したがこのような幅広い後方支援体制を持てたのはAMDAだけではなかったかと思う。

このシステムの最大のポイントは災害発生場所に近いところに速やかに活動拠点を設置することである。誰が最適か。自らも被災者になりながら災害救援活動を実施せざるを得ない団体および組織である。しかも全国規模の団体および組織がより望ましい。平時より災害時活動拠点としての準備およびシュミレーションが実施されておれば鬼に金棒である。阪神大震災の経験からいえば孤軍奮闘をせざるを得なかった民間医療機関であった。その全国組織である日本医師会と全日本病院

協会は AMDA と「地域防災民間緊急医療ネットワーク」を設立し、全国規模で災害医療に対処することになった。

#### 4) 世界中から救援チームがやってくる

阪神大震災被災者救援活動に海外百数十カ国から救援および支援の申込があった。複数の国から救援医療チームも来た。問題になったのは彼等の医療活動に対するライセンスだけではなかった。言葉を含めた受け入れ体制の不備であった。それよりも国際的問題になるかのようにマスコミが騒ぎすぎたことであった。彼等の存在と受け入れは救援活動全体からみれば些細な問題であった。にもかかわらず、彼等を受け入れるか受け入れないかを「日本のヒューマンイズムの有無」として超多忙な関係者の時間を浪費させた。外務省は海外からの救援チームの受け入れを拒否することができる立場であったが、厚生省の医師ライセンスを認めるかどうかの問題に論議が集中した。海外からの救援チームの受け入れは外務省の管轄である。今後の対応としては、外務省が受け入れの可否をできるだけ迅速に海外に発信することである。

外務省が受け入れを拒否しても海外からの救援チームは押しかけてくる。それが民間による人道援助活動であるかぎり阻止しきれない。AMDA もサハリンおよび雲南省の大地震の時はビザなしで、あるいは観光ビザで救援活動のために押しかけて行った。

次の日本での大規模な自然災害発生時には海外からの救援チームは必ず来る。必ず押しかけてくる。彼等が来ることを前提に受け入れ体制を準備しておくほうが賢明である。転ばぬ先の杖である。原則は「民間の救援チームは民間が受け入れる」である。国が受ければ外交手続きや保障など繁雑すぎる。

彼等を受け入れる大義は何か。在日外国人のためである。医療は文化である。医の文化を共有する医療スタッフの災害時の存在ほど感激、感動そして感謝を生むことはないだろう。更に決定的に重要なことは、市民間の相互信頼感育成による国際平和への貢献である。

(補)

在日外国人医療チームの編成：在日外国人にも多数の医療従事者がいる。彼等の医療チームを編成して災害医療ボランティアとして日本人との混合編成チームを考慮しておくことは海外からの救援チームを受け入れることと同じくらい大切なことである。

#### 5) 災害医療ボランティア

基本的には自己完結型参加が望ましい。下記の3条件の認識が必要である。

1) 現場は混乱状態にある：即ち、指揮系統がはっきりしていないのが極めつけである。指示を待っていてはむなしく時を過ごすことになる。現場の活動はパッチワークが現場の基本である。仕事を探す判断力なきものは混乱の場を去ることが正しい判断である。

2) 生活環境は劣悪である：快適な宿舎と食事を確保することだけで3日間ぐらいいは過ぎてしまう。寝袋と3日間分の食料と水は自分で用意するぐらいいの気持ちが必要である。阪神大震災の時は、断水による便所使用不可と烈しい寒さもあり、3泊4日が適切な期間と思われた。

3) 自己の健康管理をする：災害医療の現場の混乱さは異常な雰囲気であり、多くのボランティア達を興奮させた。興奮すれば夜遅くまでとりとめもなく話し合い睡眠不足になる。睡眠不足による疲労は万病のもとである。病にかかれば志半ばにして倒れる。

以上は個人ボランティアの心構えである。しかし、彼等の特権は気まま、気むらの参加が許されることにある。したがって、災害医療ボランティアを受け入れる団体の確実性や組織性がより求められる。

#### 6) 医療ボランティア活動支援政策

生命に関わる医療ボランティア活動は生活支援活動とは決定的に異なる。善意だけでは不可能である。少なくとも下記の3点についての十分な政策的支援が必要である。

1：緊急救援三原則支援：民間優位期間の行政からの支援策としての活動拠点、通信、輸送に関する便宜供与の時限立法である。加えて医薬品の公的供給が望ましい。

2: 保障: 医療ボランティア自身に対する保険と医療活動から発生する医療事故に対する保険の2種類がある。負担金額はボランティアの能力を超えているのが現状である。医療ボランティア、行政と保険会社との3者間での集団登録自動適応システムが簡便で望ましい。

3: 資金: 緊急救援活動はお金のかかるシステムである。日赤以外の医療ボランティアにも義援金が配分されるシステムの再構築が絶対に必要である。被災者救援医療活動を日赤のみに依存した時代は終わった。別の活動資金としてNGOの海外協力を支援する郵政省の国際ボランティア貯金および外務省のNGO助成金に匹敵する国内版の医療ボランティア支援策が望まれる。

### 7) AMDAの災害医療ネットワーク

#### 1) 地域防災民間緊急医療ネットワーク

日本医師会、全日本病院協会そしてAMDAで構成される日本国内で発生する自然災害時に全日本病院協会会員の病院を活動拠点として24時間以内の災害医療を実施するボランティアネットワークである。

#### 2) アジア太平洋緊急救援ネットワーク

AMDAを中核としてアジア太平洋諸国のNGOで構成されるアジア太平洋地区で発生する自然災害時に72時間以内の相互支援する災害医療救援ネットワークである。

### 8) 防災計画緊急医療体制への提言

阪神大震災の被災者救援医療に関わった経験より防災計画の緊急医療体制への提言を様々な視点より述べたい。

#### 1) 時系列対応政策

1: 被災発生後1週間以内は民間活動優位期間である。

特に最初の3日間は絶対的優位である。その後の4日間は相対的優位といえる。公平さよりスピードが活動基準である。絶対優位期間は医療ボランティアによる被災現場での応急的処置が最も有効である。ボランティアの数が多ければ多いほど望ましい。へたに指揮系統を確立するために労力を使ったりボランティアの自主的活動を束縛すべきではない。行政はボランティア活動支援対

策として活動拠点、通信そして輸送確保のために必要な規制緩和を時限立法で実施するときである。加えて外傷、呼吸器感染症、ストレス性疾患に必要な器具と医薬品補給をすべきである。その一方で行政はシステム的アプローチのための情報収集と分析を要する時期である。

相対的優位期間は行政が動ける状態になった時であるが、まだボランティアによる活動が必要なときである。行政はボランティアとの協調体制を取りながら行政主導体制へと移行させる時期である。

2: 被災後1週間以後は行政優位期間である。

被災後1~2週間は相対的優位期間である。行政がシステムとして作動し、しっかりした対応が可能になっている時期である。疾患は慢性疾患が多くなり、次にストレス性疾患と呼吸器感染症疾患の順となる。この時期に必要なのは慢性疾患対応シフトの確立である。慢性疾患患者の服用している薬は1週間の間隔で血中濃度が0に近くなり効果がなくなる。薬で命を支えている慢性疾患患者では生命に危険が及ぶ。ところが慢性疾患用の医薬品は価格が高いためボランティアで提供する場合には資金的に限界がある。行政が保険制度と関連した形で慢性疾患の治療が可能となる体制を構築する必要がある。行政は被災発生後から1週間かけてこの慢性疾患対応シフト確立に直接的に邁進すべきである。このシフト確立は行政のみに行えることであり失敗すると第三次災害としての死者を出すことになる。民間優位時期の急性疾患はボランティアに任せておけばよい。いたずらにエネルギーを分散しないほうがよい。

被災後2週間以後は絶対的優位期間である。この期間に必要なのは地元医療機関優先シフトの確立である。慢性疾患の治療が主体である。慢性疾患の治療は一貫性が要求される。被災前に治療を受けていた「かかりつけ医」にできるだけすみやかに返すことが重要になる。ボランティアによる無料診察がその妨げになっては本末転倒である。地元医療機関主導下でのボランティア活動のみ意味がある時期である。

以上のように「キーワード」は医療ボランティ

の活用，慢性疾患患者への対応，地元医療機関復活である。更に行政の時系列対応の明確化が底的に重要になってくる。

## 2) 非自己完結型ネットワーク対応対策

今回の被災者救援医療活動に全国から駆けつけ医療ボランティアの果たした役割は万人が認めるところであった。地元の医療機関が被災したところには医療機能の回復に1～2週間が必要である。医療ボランティアを受け入れて一定の役割をってもらう計画が現実的である。必要な法的準拠をしておくべきである。

1：民間優位期間：個人医療ボランティア受け入れ時期である。交通や通信状況が不十分でも個人

ボランティアは自らの才覚で緊急ボランティアとして直接に被災地への参加が可能である。応急的処置をどんどん実施する。応急処置を超える重傷者を受け入れる後方支援医療機関の確保については行政が努力する。

2：行政優位期間：組織医療ボランティアを受け入れる時期である。即ち行政主導下にシステムとしての医療活動実施が求められる。応急処置でなく慢性疾患対応診療である。それと共に地元医療機関の診療機能の回復である。いずれも確実な対応ができる組織医療ボランティアによって支援活動が可能になる。