

災害に対応した医療体制

AMDA の救援医療活動

菅波 茂

AMDA 代表

AMDA 医療ボランティアの動き

地震発生の日1月17日の午前中、私は外来診療をしていたが、全国のAMDAの会員から電話連絡が続いた。「緊急救援のための医療チームを出したのか。」「医療チームを出すのか。出すのならばぜひ参加したい。」等々。診療が終わったのが12時半頃。午後1時に医療チーム派遣を熟考することなしに決断した。副院長の津曲兼司医師と看護介護部長の和氣一栄氏に、これから地震の被災地である神戸への医療チームを派遣するので参加してほしいと伝えた。両名とも即座に「行きましょう」と気持ちよく了解してくれた。両名ともルワンダ難民救援活動でザイールのゴマ、あるいはプカブでの難民キャンプ活動経験者であった。これで第一次医療チームの骨格ができた。

第一次派遣医療チームは備前市の下野外科内科院長を団長とする6名で、午後4時に神戸に向けて2台の四輪駆動車で出発した。その日の午後11時には神戸市長田区役所5階保健所に到着して現地事務局を設置。早速巡回診療活動を開始した。

1月18日午前中には、京阪神のAMDAの会員3名が長田区役所内現地事務局に駆けつけて救援活動に

参加した。午後11時には岡山本部から医師3名、看護婦1名、医学生5名から構成される医療チームが出発。19日午前3時長田区役所に到着。活動に合流。

1月18日午前からAMDA本部として派遣医師と看護婦を確保するために9名の事務局員総出で積極的に会員に電話連絡をかけまくった。一方、日常活動において知り合いの報道機関には救援活動の速報をつぎつぎとファクスで送り続けた。

1月19日午後2時、倉敷成人病センターの医師3名、看護婦2名を含む計6名の医療チームが、午後4時頃AMDA現地事務所へ向けて出発した。現地では会員以外のボランティアがAMDAの活動に徐々に参加しはじめていた。

1月20日頃になると、報道機関による神戸市長田区におけるAMDAの救援医療活動の報道効果が著明になってきた。本部事務局に全国から問い合わせの電話がかかりだした。北海道から沖縄から医師や看護婦などの参加希望であった。岡山空港に来てもらい、本部事務局から長田区役所内現地事務所へ毎日シャトルバスで送った。同時に長田区の現場には直接参加した医療ボランティアも多数いた。1月28日(土)と1月29日(日)には、参加予定者数は120～

130人と最大の規模となった。ところが1月27日の保健所の調査では、長田区内病院と診療所の外来再開が50%以上との結果が出た。これはAMDAの救援活動終了目標の数字であった。1月27日より本部事務局では登録していたボランティアを受け入れ中止の連絡を入れ続けた。しかし、ボランティアの中にはすでに有給休暇を取得したり航空券を手配済みの方も多くいて、一挙にはその数の調整は不可能であったが、漸減させて2月4日には医療業務を終了させ、2月16日には1か月に及ぶ全活動から撤収した。

緊急救援活動三原則である活動拠点、通信そして輸送の確保

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描の目のように変わっている。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かった。

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。

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い。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。

結論として言えることは、活動拠点は保健所などの情報の中枢としての公共機関が望ましい。情報の共有と官民の役割分担が随時可能であり、現場における救援医療活動が迅速にしてかつ効果的に展開できるからである。通信に関しては郵政省の無線周波数に対する規制緩和や、移動体通信の便宜供与が必要である。輸送に関しては速やかに現場に駆けつけるためには消防局との連携、そして重傷患者の後方輸送のためにはヘリコプター使用に関する運輸省の規制緩和が必要である。平時における調整が必須である。

災害発生72時間以内の緊急救援医療活動

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機器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である。行政はボランティアと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。結論的にいえることは、最初の72時間は組織的対応は不可能である。したがって、個人ボランティアの集合的対応になる。可能な人からさみだれ式に現場に駆けつけることになる。組織的対応の限界とさみだれ参加方式の併用を考慮しておく必要がある。

災害発生後1週間目の慢性疾患対応体制

被災後1週間以後は行政の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もある。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ので、ボランティアで提供するには資金的に限度がある。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のできることであり、失敗すると第三次災害としての死者を出すことになる。民間優位期間の急性疾患はボランティアに任せて、いたずらにエネルギーを分散しないほうがよい。結論的にいえることは、災害発生後1週間は組織的対応が可能な時期である。プライマリケアの現場では慢性疾患対応体制が確立されなければならない。

被災後2週間目の地元医療機関優先シフト

被災後2週間以後は行政の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。慢性疾患は治療の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」にできるだけ速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」は医療ボランティアの活用、慢性疾患患者への対応、地元医療機関の復活である。同時に行政の時系列対応の明確化が徹底的に重要になってくる。

最後に AMDA としては海外の緊急救援医療活動の経験が阪神大震災の救援医療活動に役に立ち、さらに阪神大震災の経験でサハリン大震災の救援活動に貢献できたことを感謝したい。

すがなみ しげる

AMDA 代表、菅波内科医院院長：☎701-12
岡山県岡山市櫛津 310-1