

□大震災と医療活動

ADMA (アジア医師連絡協議会) 代表 菅 波 茂

阪神大震災はADMAにとって晴天解露の出来事であった。ADMAは1984年の発足以来、アジア、アフリカそしてヨーロッパにおける自然災害被災者や内戦による難民の緊急救援医療活動にたずさわってきたが国内での緊急救援活動は初めてであった。ADMAの海外における経験が少しでもお役に立てたのは幸いであった。

ADMA医療ボランティアの動きを紹介すると共に、救援医療活動から得た提言と阪神大震災後のADMAの活動を若干紹介したい。

1ADMA 医療ボランティアの動き

地震発生の1月17日の午前中、私は外来診療をしていたが全国のADMA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。診療の終わったのが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。第一次派遣医療チームは計6名で構成されて、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して活動を開始した。

1月18日午前中から京阪神のADMAの会員3名が長田区役所内現地事務所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し、19日午前3時長田区役所に到着した。

1月18日午前中からADMA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ックスで送り続けた。

1月19日午後2時頃、吉岡倉敷成人病センター院長および須原理事長より医師3名看護婦2名を含む計6名の医療チーム派遣の協力電話があり、午後4時頃ADMA現地事務所へ向けて出発し救援医療活動に合流した。現地では会員以外のボランティアが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ADMA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)には参加予定者の数は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%以上との結果がでた。これはAMDAの救援活動終了目標の数字であった。私たちはできるだけ早く患者さんを地元の医師たちに返すことを決定した。地震発生の12日目に神戸市長田区医師会長、13日目に神戸西市民病院長と面会した。趣旨は緊急医療から日常医療への移行のお願いであった。結論として、長田区役所内24時間診療所に14日目より神戸西市民病院より医師1名と看護婦1名を派遣していただき、AMDAのボランティア医師、看護婦と薬剤師は両名の管轄下に入るようになった。業務移行は順調に進み、18日目の2月4日には長田区役所内診療所でのAMDAボランティアによる医療業務は完全に終了した。以後、診療所は西市民病院のスタッフによって運営されている。2月16日には1カ月におよぶ全活動から撤収した。

2 第一医療と第三次医療との連携

第三次医療機関の情報は全くなかった。

これが事実である。混乱状況下では、第三次医療機関の情報入手と連絡を取り合うことも考えられなかったし不可能に近かった。

重症患者は消防局の救急車に適当な医療機関への搬送を依頼するのが簡単で現実的であった。したがって消防局が第一次医療機関と第三次医療機関の連絡役であった。各地の第三次医療機関は最善の準備をして待機していたが重症患者が予想外に搬送されてこなかった。第三次医療機関の善意と機能は活用されなかった。残ったのは関係者の不満であった。「宝の山の持ち腐れ」が結果であった。

混乱状況下における両者の効果的な連携はいかにあるべきか。日本の精神風土を考えるべきである。「知っている、知らない人間関係が最優先する社会」である。結論は一つである。第三次医療機関から現場に人を派遣すべし。第一次医療と第三次医療との合同現場事務局の設置運営である。

現場合同事務局での相談後、第三次医療機関派遣者が所属する医療機関に受け入れ等の連絡調整をするのが最も円滑な連携が期待できる。いかに両者間の通信手段と輸送手段を確保してもそれだけでは不十分である。

3 私的医療機関の支援

AMDAの医療活動は、神戸市長田中央保健所内24時間診療と避難所巡回診療が主であった。1月27日の保健所の調査で長田区内病院と診療所の外来再開が50%以上との結果がでたので撤収に向かった。

残念なのは私的医療機関の支援という視点をもたなかったことだ。私的医療機関は困難な状況の中での患者のためにがんばっ

ておられた。ただし、AMDA としては個々の医療機関と連携を結ぶことはできなかった。そして多くのボランティア達も私的医療機関の支援は公のボランティア活動の基準からはずれるという認識であった。特に保険医療による収入の解釈が事態を複雑にした。AMDA と医師会との連携下に個々の私的医療機関の支援という形式があれば、より円滑な支援が可能だったと思われる。患者さんのことを思えば公的も私的もないのが真実である。私的医療機関は借金をかかえての経営であることを考えればもっと支援すべきであったと悔やまれる。今後の課題としたい。

4 緊急救援活動の原則

緊急救援活動はシステムである。しかも経費がかかる。基本3原則は活動拠点、通信そして輸送の確保である。この上に人と物を送り込む。この5要因を支えるのが後方支援活動体制である。いずれが欠けても迅速にして効果的な救援活動は期待できない。阪神大震災における AMDA の活動を以上の6点について述べたい。

1) 活動拠点: 行政機関の内部が最適である。行政と民間の情報と意思決定が共有でき効果的な活動が展開できる。医療については保健所が望ましい。保健所の持っている地域保健医療福祉情報は他では入手できない。地域事情に明るい保健婦のコーディネート能力は即戦力である。

2) 通信: 現場と本部との連絡には携帯電話、公衆電話に加えて無線通信と衛星電話のい

ずれもが不可欠である。そして現場においては携帯電話か携帯簡易無線はおおいに有効である。手段が多すぎて困ることはない。常に複数の手段を駆使すべきである。

3) 輸送: AMDA は最初の2日間の混乱時の医薬品緊急輸送に岡山本部から神戸までセスナ機とヘリコプターを使用した。

人と物の輸送には岡山から神戸まで毎日シャトルバスを走らせて現場の活動を支えた。

4) 人: 緊急救援医療活動に必要なのは医療従事者だけではない。全国と現場、現場と後方支援活動を調整する本部を支える人材。後方支援活動をしてくれる人。輸送に従事する人。通信体制を維持する人。広報活動をする人。活動資金を集める人。等々である。

5) 物: 医薬品はもちろん。被災者や救援活動に参加する人達の食をはじめとする生活用品。活動を支える資金。等々である。

6) 後方支援活動体制: 現場で活動する人達を支える補給活動は本命中の本命である。しかし意外と重要視されないのが日本の風土である。AMDA は日頃から「国際医療貢献と地域起こし」という視点から活動を実施していたので地域コミュニティとは密接な交流があった。この実績により地域住民を主体とした幅広い後方活動支援体制設立が可能となった。

5 緊急救援ボランティア3条件

「ヒューマニズムは参加である」との原則は卒業して、緊急救援の場におけるボランティア活動について述べる。緊急救援の

場の最大の特徴は「混乱」状態である。指揮系統がはっきりしないのが極め付きである。指示を待っている時は時を空しく過ごさざるを得ない。だからといって他人を非難してはお門違いである。迷い込んだわが身の不運を嘆くべきである。なぜなら緊急救援の場での活動はパッチワークが基本だからである。全体の流れをみながらわが身の処し方を考えなければいけない。ここで求められているのはパッチワークを仕事として探し出す「判断」である。「判断」ができない場合の正しい行動は「混乱の場」を去ることである。そして自分なりに総括して再度参加するのが望ましい。

ボランティア活動をするための生活環境は劣悪である。快適な宿舎と食事を確保しようとするだけで3日間ぐらいは過ぎてしまう。寝袋と3日間ぐらいの水、食料は自分で用意するぐらいの気持ちが必要である。実際に今回の現場に寝泊りをしての活動は、断水による便所使用不可と寒さの厳しさもあり、3泊4日が適切な期間と思われた。

最も大切なことは自己の健康管理である。緊急救援の現場の混乱さは異常である。異常な雰囲気は多くのボランティア達を興奮させる。興奮すれば夜遅くまで起きて話し合い睡眠不足になる。睡眠不足による疲労は万病の源になる。病に罹れば志半ばにして倒れる。

緊急救援活動参加のエッセンスは「判断」であるが、その判断力を養うのは経験しかないのも事実である。これを「緊急救援活動経験循環の法則」という。

6 ボランティア保険

1月17日の阪神大震災当日に第一次医療チーム団長として活動してくれた下野医師より1月18日昼過ぎに本部事務局に電話が入った。「医薬品が底をついた。至急送れ。」それと共に「昨夜の暗闇の中での余震には恐怖を感じた。家族と借金が脳裏を横切った。この恐怖が理解できるか。」というせっぱつまった内容であった。

ボランティア活動の危機管理の一つにボランティアが事故にあたり生命の危険にさらされた時にどうするかということがある。特に今回は被災民救援中に余震による第二次災害の可能性が大きかった。それに加えて移動中の交通事故の恐れもある。答えは唯一つ。損害保険加入による保障しか考えられなかった。

AMDAは海外に派遣するボランティアは全員1月20日より住友海上火災の損害保障に加入した。保険料は全額AMDA負担である。内容は傷害死亡時妻帯者には1億円、独身者には7千万円が支払われる。

疾病死亡に関しては3千万円で治療費が5百万円、外傷の治療費は2千万円そして救援者費用が5百万円支払われる契約内容である。幸いなことに昨年より外務省が設立したボランティア保険制度により保険料の半額が負担してもらえることになっている。

今回の緊急救援活動を開始した後、遅れながらも1月20日よりAMDAのボランティア住友海上火災と国内旅行傷害保険契約を行った。天災、危険担保特約がついている。死亡時が5千万円でそれ相応に治療費が設定されている。更に2月3日には日動火災

のボランティア保険に加入した。3 百円の支払いで 3 百万円の保障が受けられる内容であった。

7 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機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の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適進すべきである。このシフト確立は行政のみに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。更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。

(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た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き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担ってもらう計画が現実的である。必要な法的準備をしておくべきである。

1) 民間活動優位期間: 個人医療ボランティアを受け取る時期である。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) 行政活動優位期間: 組織医療ボランティアを受け取る時期である。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。

(3) パニック対応政策

どんな緊急事態も混乱状況を伴う。平時と決定的に異なる状況である。必ず人は平静さを失いパニックを起こす可能性がある。パニックは混乱状況を更に悪化させる。パニックは人が起こすものである。一番の要因は未経験である。対策としては経験者の

養成が望まれる。被災現場へ積極的に人を派遣して混乱状況における緊急救援活動の経験者を増やすことが先決である。

常に国内に被災状況が出現するわけではない。次善の方法は海外の救援活動にも積極的に参加することである。ありふれたことだがすぐに実行できるのは平時の訓練の繰り返しである。

(4) 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: 民間活動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时限立法である。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NGO支援策が望まれる。

以上のほかにも広範囲な対策が必要なのが緊急救援医療である。しかし、限られた時

間, 空間, 人的資源, 社会資源のなかで何を優先させるのか。難しい課題である。AMDАなりに緊急救援の方法論の確立を急いでいる。

自然災害は24時間以内が勝負である。

地域防災民間緊急医療ネットワークは, AMDА, 全日本病院協会および日本医師会の3者で国内災害時に民間病院を活動拠点とした緊急医療を展開する目的で1996年2月16日に発足した。1996年9月1日の防災日には東京直下型大地震を想定した全国規模の医療ボランティア動員演習の準備を進めている。

阪神大震災によるダメージの規模の大きさは豊かな国である日本の想像を根底から覆すものであった。海外への衝撃は大きかった。それだけに海外からの暖かい支援の動きも様々であった。

世界はともかく日本の近くであるアジア太平洋諸国にもここ数年間だけでも幾多の自然災害が発生し多くの被災者がでた。日本国としての援助は実施されてきたが国民としては無関心であった。即ち, 豊かさの義務としての援助だったと誤解されてもしかたがない。隣人に対して日本人としての「思いやりの心」を伝える努力とシステムが必要である。AMDАはアジア太平洋諸国間における緊急救援活動が相互協力して更に迅速かつ効果的に実施できるアジア太平洋緊急救援ネットワークを同地区のNGOと1995年10月8日に設立した。このネットワークの有効性はインドネシアのスマトラ大地震およびフィリピン台風被害救援活動によって証明された。

緊急救援医療の必要があればどこへでも飛び出すAMDА。この原点は守り続けたい。

