第47回

災害と医療――首長の留意点

明治大学名誉教授、日本自治体危機管理学会会長
中邨 章

自治体の危機管理と民間医療

災害や事故の発生に医療は不可欠である。自治体の危機管理は、救急・救命や保健医療、それに公衆衛生や薬事など、医療行為と一環した課題として捉えなければならない。これまで、自治体は危機管理を医療とは別の事案として、2つを別個に扱ってきた節が見える。国においても内閣府や総務省、それに国土交通省などが主管する危機対応が、厚生労働省の管轄である災害医療とどれだけ密接に連携してきたか、心もとないという印象が残る。

厚生労働省が所管する事案に限っても、救急と救命と医療救護は「医政局」、公衆衛生は「健康局」、それに心のケアは「社会・援護局」と、それぞれ異なる部署が担当している。同様に避難所などで発生するカゼなど感染症は、保健所の担当である。しかし、避難生活が長期化し布団などに発生するシラミやノミなどの駆除は、自治体が責任を持たなければならない。いろいろな方向から飛んでくる指示、予想を超える施策の必要など、首長の危機管理に終わりは見えない（坂元、2013）。

災害現場で医療活動に従事してきた上原鳴夫・東北大名誉教授は、行政が実施してきた危機対応に医療の面からきびしい批判を下している。同氏の意見によると、災害に関連する法令やそれにもとづく地域防災計画は、基本認識や枠組みの点で実際の災害規模と大きくかけ離れてきた。同氏の意見によると、地域防災計画は災害について局地的な規模に限定してきただけでなく、その中身は防災や復興が中心であった。災害疫学、災害保健管理、要援護者への対応など、被災者の命と健康を守るという観点が、これまでの自治体の危機対策には欠けると上原氏は主張している（上原、2013）。

日本では医療法人や医師個人による民間の医療施設が、医療機関全体の70・6％を占める。病院の場合、ほとんどが中小規模である。救急患者の搬送の過半数は、それら中小の民間施設が受け入れてきた。コミュニティ・レベルでは、個別の専門にもとづく開業医が地域医療を担っている。個人経営の診療施設が、地域で住民の健康を守る役割を果たす、日本ではごく普通に目にする地域医療の光景である。

こうした構図で、発災後には医療への需要が急増する。自治体はそうした要望に素早く対応しなければならない。ただ、医療に従事する人びとや医療資源を抱える病院は、大半が民間部門に属する。そのことを、首長や自治体は改めて認識する必要がある。災害対応の中心になる自治体は、不測事態の発生に際して民間の医療機関や医師、看護師などと、どう連携するか、そのことを平時から考えておかなければならない。災害医療の分野では、自治体と民間との協働が最も重要である。それを自治体の事前準備策に取り込んでおく必要がある。先述の上原氏は、事前準備をいかに進めるか、そこに災害医療の成否がかかると断言している。

救急・救命体制のDMAT

自治体に関係する災害医療に、阪神・淡路大震災をきっかけに2005年（平成17年）に創られたDMAT（Disaster Medical Assistance Team）と略称される「災害派遣医療チーム」制度がある。これは、大地震や大事故などが発生した際に現場に駆けつけ、救急・救命治療を行う専門的な医療チームである。阪神・淡路大震災では、災害死を防ぎ得た事例があった。災害事の救急・救命制度が整っておれば、命が救われたかも知れない犠牲者が少なくなかった。この教訓から生まれたのがDMATである。

首長のなかにDMATに関して誤解をしていると思われる人びともいる。DMATは自治体で発生した災害について、長期にわたって医療活動をつづける組織ではない。DMATはほぼ48時間以内に被災現場に到着し、被災地で病院の支援や負傷者の搬送など、救急や救命活動をつづけるが、初期対応が終わると現場を離れるチームである。目的はあくまでも発災直後の救急と救命活動にある。

厚生労働省、都道府県、国立病院機構等は、DMATの運用計画を策定しなければならない。ことに都道府県には、DMATの指定医療機関を決め、運用に必要な事項について関係する機関と取り決めを結ぶことが義務づけられている。2005年（平成17年）から国立病院機構災害医療センターなどが、DMATに関わる医療関係者の養成研修を実施してきた。2011年6月末の状況で、全国に882件のDMATがある。その中身は、医師1802名、看護師2181名、業務調整員・1374名である。2012年7月現在、618件に上る病院がDMATの災害拠点施設に指定されている。ただ、DMATを保有することが拠点病院の指定要件でないため、2011年（平成23年）の調査によると、回答のあった489病院中、DMATを準備している病院は314件（64・2％）に止まっている（厚生労働省.2011年7月27日.「災害医療等のあり方に関する検討会」）。

医療活動の効率的な運営に情報は不可欠である。都道府県には、DMATの医療活動を円滑に進めるため、医療情報を集約し、それを各機関に提供するEMIS（Emergency Medical Information System）と呼ばれる制度の設置が求められている。「広域災害・救急医療情報システム」と訳されているが、これは災害が発生した際の医療資源情報や緊急情報、それに患者受け入れ状況やDMATの活動状況などを都道府県で集め、被災現場の医療関係者や他の自治体に提供する情報管理システムである。2012年7月の時点で、この制度は宮城県、島根県、徳島県、長崎県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県を除く都道府県で整備が終わっている。今回の大震災では、宮城県でEMISが整備されていなかったことや、被災地の一部で電源が不足しシステムにアクセスできなかったなどの事例も出ている（厚生労働省.2011年10月.「災害医療等のあり方に関する検討会」）。

救命・救急から地域医療への移行

東日本大震災でDMATは、岩手県、宮城県、福島県、それに茨城県を舞台に活動した。47全都道府県から医療班の派遣があったが、活動チーム数は約380チーム、人数にして約1800名にも及ぶ医療関係者が活動に参加した。活動期間は発災日の3月11日から22日までの延べ12日間になった。DMATはもともと72時間を活動期間の目安としてきたが、今回、災害規模が大きかったこともあって、滞在時間が大幅に延長された（同上）。

阪神・淡路大震災では、外傷を負った人びとが多数に上った。DMATもそうした外傷者への対応を念頭に組織が創られてきたが、東日本大震災では津波による死者や行方不明者が多く、初期段階では負傷者の医療ニーズが少なかった。そうした要望は、発災後3日～7日後から増え、患者を被災地から他の病院に避難搬送しなければならない事例が増えた。そのため、DMATは負傷者への対応より、患者の搬送により時間を割くことになった。

DMATが現場を離れると、被災地では慢性疾患を抱える被災者などを対象にした地域医療、それに飲み水や感染症のまん延など、健康問題や保健などを焦点にした公衆衛生の維持が課題になる。ところが、今回の大震災では、急性期から中長期の医療体制への移行が順調にいかなかった。中長期の医療の提供体制が、十分、準備出来ていなかったのが、その理由である。次回は、その辺りの課題を中心に稿を進める。

参考
坂元昇.（2013）.「大規模災害における広域（都道府県）支援体制」『保健医療科学』,62（4）: 390-404.
上原鳴夫.（2013）.「緊急対応期における保健医療分野の救援活動と後方支援体制のあり方について」『保健医療科学』,62（4）: 382-389.

筆者プロフィール

中邨　章（なかむらあきら）

1940年大阪生まれ。1963年関西学院大学法学部卒業。1966年カリフォルニア大学バークレー校政治学部卒業（B.A.）。1973年南カリフォルニア大学大学院政治学部博士課程卒業。政治学博士（Ph.D.）。カリフォルニア州立大学講師、ブルッキングス研究所研究員、カナダ・ビクトリア大学講師などを経て、明治大学名誉教授。

現在、日本自治体危機管理学会会長、自治大学校特任教授。危機管理関連の著書に『危機発生後の72時間』『行政の危機管理システム』などがある。