

平成 28 年 11 月 30 日

内閣府特命担当大臣 松本 純 先生

公益社団法人 日本医師会
会長 横倉 義武



四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄



公益社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊

一般社団法人 日本医療法人協会
会長 加納 繁照

公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

災害医療を国家として統合するための提言

災害に際し国民を救済することは国家にとって履行すべき契約であり、義務と言うべきである。すなわち、災害医療は、国家的な事業として、必ず結果を得る「責任倫理」の下に、つまり国家が自律的主体として果たすべき責任の下に展開すべきである。

そのような観点で、我が国における災害医療の実態を俯瞰すると、様々な課題を指摘でき、それらは概ね次頁記載のようである。そこで、災害医学に関する知見を集積し、その学術的根拠を背景として災害医療の国家的統合を実現するために、常設の研究機構の設立を提言する。

これら諸課題を克服すべく包括的に分析・研究を進める、常設の本研究機構は、現に多くの組織を体系的に統括し、またそれらに指揮を下すことが期待される「災害対策本部」に対して、実効ある提案と支援を行う重要任務を担うことも可能である。

【現状の認識と課題について】

Ⅰ 行政、日本赤十字社、自衛隊、医師会、病院などさまざまな災害医療チームが作られている。

- 1) 各チームの構成、能力、資機材のみならず、理念、規範も個々ばらばらである。
- 2) 各チーム間に活動ルール、専門用語等に関する共通化が図られていない。
- 3) 災害医療チーム(DPAT をも含む)全容を把握する機関、組織はない。
- 4) 災害医療チーム全体の戦略的な運用計画は検討されていない。
- 5) 発災時に災害医療チーム全体に対して司令塔機能を発揮する組織がない。
- 6) 災害時の自助、共助に資する、国民への災害医療教育の実施・普及啓発が十分でない。

Ⅱ 災害対応をめぐる国家施策に医療の視点が不十分である。

- 1) 各種災害予想における医学的観点からのハザード(医療被害)マップが作成されていない。
- 2) 予測される災害被害に対し、医療介入による効果(獲得)目標が提示されていない。
- 3) 上記作成に資する学術的根拠が提供されていない。
- 4) 規模の大小を問わずに災害に強固な医療施設の体制を構築することとはなっていない。
- 5) 健康被害に対応する活動を組織横断的に調整する組織・機関がない。

Ⅲ 災害時の医療に学術的根拠を提供する研究活動は、国際的にみて極めて低調である。

- 1) 国際的に学術的意義の大きな事象(地下鉄サリン事件など)について公的な記録がない。
- 2) 上記を貴重な知見や経験の蓄積とみなして国家的に管理・保存することがない。
- 3) 災害医療および災害医療管理をめぐる国際的な学術交流が組織的に行われていない。

Ⅳ 最新の情報に基づいたテロの形態が想定されていないため、これに対する準備がない。

- 1) テロに使用される各種の兵器に関して情報を把握できていない。
- 2) その治療に用いる医薬品や医療資機材に関して情報を把握できていない。
- 3) 治療に用いる医薬品や医療資機材の使用に関する法的整備ができていない。
- 4) 合理的かつ妥当性のある備蓄計画が策定されておらず、適正な備蓄がなされていない。
- 5) 各種兵器に関する最新の医学的知見について経験した機関と情報交換の機会がない。

Ⅴ 医療者の院外活動に関する法的、その他の環境が未だ十分に整備されていない。

- 1) 医療者が院外において施行した医療行為に関する法的問題が検討されていない。
- 2) トリアージをめぐる倫理的課題が検討されていない。
- 3) 活動に必要な知識・能力について、また活動の実際についての評価基準が明確でない。
- 4) 医療者の院外活動に対する補償が明確でなく、議論が全くなされていない。

以上

【はじめに】 ……………5

【現状の認識と課題について】

I 行政、日本赤十字社、自衛隊、医師会、病院などさまざまな災害医療チームが作られている。

1) 各チームの構成、能力、資機材のみならず、理念、規範も個々ばらばらである。……………5

2) 各チーム間に活動ルール、専門用語等に関する共通化が図られていない。……………6

3) 災害医療チーム(DPATをも含む)全容を把握する機関、組織はない……………6

4) 災害医療チーム全体の戦略的な運用計画は検討されていない。……………6

5) 発災時に災害医療チーム全体に対して司令塔機能を発揮する組織がない。……………6

6) 災害時の自助、共助に資する、国民への災害医療教育の実施・普及啓発が十分でない。……………6

II 災害対応をめぐる国家施策に医療の視点が不十分である。

1) 各種災害予想における医学的観点からのハザード(医療被害)マップが作成されていない……………7

2) 予測される災害被害に対し、医療介入による効果(獲得)目標が提示されていない。……………7

3) 上記作成に資する学術的根拠が提供されていない。……………8

4) 規模の大小を問わずに災害に強固な医療施設の体制を構築することとはなっていない……………8

5) 健康被害に対応する活動を組織横断的に調整する組織・機関がない。……………8

III 災害時の医療に学術的根拠を提供する研究活動は、国際的にみて極めて低調である。

1) 国際的に学術的意義の大きな事象(地下鉄サリン事件など)について公的記録がない。……………9

2) 上記を貴重な知見や経験の蓄積とみなして国家的に管理・保存することがない。……………9

3) 災害医療および災害医療管理をめぐる国際的な学術交流が組織的に行われていない。……………9

IV 最新の情報に基づいたテロの形態が想定されていないため、これに対する準備、対策がない。

1) テロに使用される各種の兵器に関して情報を把握できていない。……………10

2) その治療に用いる医薬品や医療資機材に関して情報を把握できていない。……………10

3) 治療に用いる医薬品や医療資機材の使用に関する法的整備ができていない。……………10

4) 合理的かつ妥当性のある備蓄計画が策定されておらず、適正な備蓄がなされていない。……………11

5) 各種兵器に関する最新の医学的知見について経験した機関と情報交換の機会がない。……………11

V 医療者の院外活動に関する法的、その他の環境が未だ十分に整備されていない。

- 1) 医療者が院外において施行した医療行為に関する法的問題が検討されていない。……………11
- 2) トリアージをめぐる倫理的課題が検討されていない。……………11
- 3) 活動に必要な知識・能力について、活動の実際についての評価基準が明確でない。……………12
- 4) 医療者の院外活動に対する補償が明確でなく、議論が全くなされていない。……………13

【課題解決に向けた施策】

災害医学に関する知見、実績を集積し、その学術的根拠を背景として災害医療の国家的統合を実現するために、常設の研究機構を設立する。……………13

【研究機構が実施する具体的方策】

本機構は、わが国の災害医療が直面する諸問題を解決するため、以下の業務を実施する。……………13

- 1) 分析
- 2) 計画立案
- 3) 評価
- 4) 情報収集
- 5) 政策立案
- 6) 研究
- 7) 教育・研修
- 8) 災害医療の理解を促進するための広報

【まとめ】……………14

【はじめに】

災害、特に大規模な災害に際し、生命の危機に瀕した国民を救済することは国家にとっては契約の履行であり、義務である。したがって、災害医療は、国家的な事業として、必ず結果を得る「責任倫理」の準則の下に展開されなければならない。しかしながら、現行の災害対策の諸施策は、減災のためのライフラインなどの社会資本の防護・保全が中心で、生命の視点が軽視もしくは欠如していることを指摘せざるをえない。

一方、災害医療を提供する医療側においては、東日本大震災以降も、国、自治体、医師会など職能団体、病院グループといったさまざまな階層で災害医療に係る医療チームが創設されたが、その全体像は把握されていない。加えて、各医療チームの能力評価がなく、更にはそれぞれの医療チームを災害発生後のどの時期にどの場所に投入すべきかといった国家的な戦略に関する議論の場も充分であるとは言えない。勿論、内閣府、厚生労働省をはじめとする行政機関（DMATを含む）、日本医師会、日本赤十字社、各病院団体などが従来から熱心に検討を重ね、相互に連携を深めるなど、大きな努力を払ってきたことについて、そしてまたいくつかの大きな災害において誇るべき成果を上げてこられたことについて、大いに敬意を表すところであり、それらの集積が現在における斯界の状況を説明するところであることも高く評価すべきであると考え。しかし、現状から更なる発展を期するためには、ここに提言された重要なポイントを以て、考察を深めつつ前進していくことが求められる。最も重要な観点は災害医療を国家として統合することであり、そのために本解説編においては、多少なりとも厳しい表現となることを余儀なくされ、またそのような論考となっていることを理解されたい。

かくして現況を踏まえながら、災害医療に学術的な根拠を与え、国家施策への提言能力を有し、もって災害医療の国家的な統合に資する災害医療に関する常設研究機構の創設をここに提言するものである。

【現状の認識と課題について】

I 行政、日本赤十字社、自衛隊、医師会、病院などさまざまな災害医療チームが作られている。

1) 各チームの構成、能力、資機材のみならず、理念、規範も個々ばらばらである。

日本赤十字社は法により災害医療が本務であると位置付けられ、職員は業務として災害現場に赴くなどしている。車両等の装備についても、その際に職員の生活を支援するほどに充実している。また、災害に出動する瞬間から東京消防庁の指揮下に組み入れられる（つまり、都非常勤職員とみなされる）東京 DMAT (Disaster Medical Assistance Team、災害医療支援チーム) も東京消防庁に組織される DMAT 支援隊とともに行動し、日頃の共同訓練などを通じて理念などを共有している。しかし、その他多くの災害医療チームはボランティアによる参集であり、このことは医療者による院外活動に対する補償の件と同様に、今後に残された課題である。そして、各チームの構成、能力、資機材のみならず、理念、規範も個々にばらばらである。

2) 各チーム間に活動ルール、専門用語等に関する共通化が図られていない。

厚生労働省の提唱する日本 DMAT は災害医療センター（東京都立川市）における研修を受講するなどを介

して活動ルールを標準化するなどの工夫がある。しかし、それは日本 DMAT を標榜するチーム間に限られたもので、災害時には多岐にわたる医療チームが参集することになり、現状においては、各チーム間に活動ルール、専門用語等に関する共通化が図られているとは言えない。

3) 災害医療チーム(DPAT をも含む)全容を把握する機関、組織はない。

上記 2) で言及した日本 DMAT については、例えば災害対策本部にて他県から参集した DMAT を采配する機能の付与が一部にできているとされるが、現に地域に参集してきた多様な災害医療チームを実効的に把握し、合理的な災害医療を組織的に展開できる中心的な機関はない。日本医師会、日本赤十字社、DMAT、AMAT 等が例えば災害の現地に入って、災害医療チームの全容を把握しようとしている地域行政組織や地域医師会を支援するなどが試みられようとしているが、精神科医療及び精神保健活動の支援に対応するチーム(DPAT)を含めて現状において災害医療チームの全容を把握できる機関や組織は存在していない。

4) 災害医療チーム全体の戦略的な運用計画は検討されていない。

3) において記したように、現状において災害医療チームの全容を把握しようとする機関や組織は存在していない。従って、体系的かつ戦略的に災害医療チームを全体として運用しようとする試みはない。またそのような計画を練ろうと検討されたこともない。

5) 発災時に災害医療チーム全体に対して司令塔機能を発揮する組織がない。

2) で述べたように日本 DMAT において活動ルールを標準化するなどの工夫がないわけではなく、日本赤十字社や東京 DMAT のような組織的な活動が一部に展開しているものの、結局は災害医療チームの全容を把握している機関や組織はない。従って、災害医療チーム全体に対して司令塔機能を発揮する組織もないと言わざるを得ない。司令塔機能を発揮する組織立てを考えること、ないし災害対策本部の機能をこの面で支援・強化することは、すなわち上記 1)～4) の課題を貫いて解決する作業と軌を一にするものである。特に、項目Ⅳにおいてテロに対する準備、対策について論考するが、テロについて戦争状態と判断することもあって、その中に医療チームを投入するタイミングなどは医療チームの自律的判断によるものであり得ず、全体の指揮命令系統の中に位置付けられねばならない。つまり、そのような災害対策本部機能がなければならない。

6) 災害時の自助、共助に資する、国民への災害医療教育の実施・普及啓発が十分でない。

地震等の大規模災害の被害は、一般的に広域的であり、医療を必要とする傷病者数は、被災地内の医療施設と応援に駆け付ける災害医療チームとによる医療対応能力を上回ることが予測されている。

しかしながら、災害医療に関する各地域の計画は、災害拠点病院や医療救護所の設置を計画化しているのみで、住民の自助、共助としての処置に関しても、ほとんどが応急手当であって、それらは消防機関等の行う防災訓練時の訓練に委ねられているのみという現状にある。

災害時に医療提供が医療需要を上回ることが明らかであることから、災害時には、共助としての緊急措置として、傷病者に対し、相当程度の介護・看護・医療的な処置を行う教育を実施するほどの体制を確立しておく必要もあろう。災害医療の展開として推進すべき課題である。

かつて、戦時下において防空体制を自助、共助として補完した警防団と同様に、地域の医療者による

指揮・統括のもと、警防団、消防団ならぬ、医療団とも言うべき組織を設立し、被災地での緊急医療処置として、外傷治療、輸血等を行うとともに、72時間以内に災害医療チームとの連携を図ることも検討すべき内容である。

Ⅱ 災害対応をめぐる国家施策に医療の視点が不十分である。

1) 各種災害予想における医学的観点からのハザード(医療被害)マップが作成されていない。

地震、津波、大雨、土砂崩れ等の自然災害に関しては、予測される被害想定がハザードマップとして各地域に示され、当該ハザードマップを前提として、例えば耐震化の推進等、減災を図るための事前対策や、発災時の緊急措置対応の計画化が推進されている。

しかしながら、災害医療という視点からのハザードマップはなく、結果として「当該災害において、このような患者が多数発生し、医療提供のための人的、物的資源を集中する必要があった」などと総括され、孤発的な教訓としかされていない。これが現状である。

我が国は、不幸にして幾度となく震災等が発生し、そのたびに医学的知見を踏まえた資料が蓄積しているはずである。とすれば、疫学的な経験や、地震等の災害予測に基づき、予測される各種災害ごとに医療に関するインフラストラクチャー等の地域的な偏在を踏まえ、想定される災害医療に関する需要を把握し、災害医療ハザードマップを作成し、本マップを当該地域の災害医療体制、災害医療支援チームの投入、活動の内容や指揮・運用上の課題を検討する材料として活用すべきである。このような研究と表裏一体の関係として、災害に強く、災害時に使える医療施設に関する研究も位置付けられる(Ⅱ4)参照)。災害拠点病院が建築工学的な観点で大いに俎上に載り始めているが、小規模施設が果たす役割も決して少なくない。つまり、病院規模の如何に拘らず、耐災害能力の向上を図る研究は、前述してきたハザードマップが、言わば進化していくことに必ずや寄与するところと考える。

以上により、災害医療計画について、より具体化させ、実効性を伴いつつ効率性を確保するとともに、各被災地での住民の自助、共助による、例えば前述の医療団による医療体制を推進するに当たり、どのような緊急医療的な処置に関する教育が必要とするかについても明らかとなると思われる。

従って、災害医療ハザードマップは、災害医療体制の具体化に当たり、必要・不可欠なものである。

(注)地震等のハザードマップは、地震の規模に応じて、被害拡大要因を抽出し、例えば木造密集率、季節による火気使用率、地域の消防力、地域の自衛消防力等を勘案し、建物倒壊率、火災発生率、消火成功率、初期消火成功率等を統計的に分析し、延焼危険度、建物倒壊による死傷率等の被害予測を算定することによって作成されている。

2) 予測される災害被害に対し、医療介入による効果(獲得)目標が提示されていない。

一般的な被害の予想については、例えば季節や天候に照らして死傷者を想定することが、識者を含めた行政から示されるなどされている。災害拠点病院とそれを補う病院、さらに後者を補う小規模施設といった被災地域のラインアップや、他の地域からの支援などについて机上での議論はなされている。しかし、医療の介入可能な範囲とそれが及ばない部分とについてや、それらの結果を見込んでその限界を克服する手立てについてなどは、上記の医学的観点からのハザード(医療被害)マップの作成と同様に全

く手付かずのままに残されている。

3) 上記作成に資する学術的根拠が提供されていない。

本件に関する学術団体が複数あって、それらが挙げてきた活動実績を評価することはできるが、多くが困難な災害に果敢に対応した経験を共有するにとどまり、予測される災害被害に対し、医療介入による効果(獲得)目標を提示し、言わばPDCAサイクルを廻すがごとく、学術的な根拠を蓄積する作業には必ずしも至っていない。医療従事者、消防関係者、防災行政関係者、防災研究者などの多領域の研究者を集結させて、医療あるいは生命の視点を軸にした学術的根拠を積み上げ、国家施策へと反映させていく努力が求められる。

4) 規模の大小を問わずに災害に強固な医療施設の体制を構築することとはなっていない

震災時の災害医療では、被災地の医療として拠点病院の体制が計画されている。ここでは、拠点病院に関する建物耐震強度、医療提供に必要とする非常電源、水、医薬品、食料等の備蓄及び補給ルートの確保について一定の基準を示している。ただし基本的には、各病院の自主性に委ね、経費的な補助制度を確立しているに過ぎない。

しかしながら、大規模災害時の医療提供は、国家施策であり、洪水に備える堤防と同様に、単に各病院の自主性に委ねるのでなく、各地域における医療ハザードマップを前提として、予測される災害の内容に応じた、十分に機能する建物等の物理的な機能と、当該被災地における災害医療を具現化できる医療機能とを有する、言わば名実ともに「災害医療拠点病院」とする国家的事業として展開すべきである。

また、災害拠点病院を中心として被災地域の災害医療体制を構築するには、災害医療拠点病院のみならず、他の病院、診療所も含め、すべてが連携する必要がある。例えば、地域における診療所が現状においてすべて医療救護所として機能することも考えられる。そのようなことから、ハザードマップを前提とした、災害時に機能する病院、診療所をネットワーク(適切な入院医療の継続を含む)として作り上げていくことについても、国家的事業として推進すべきである。ここで提言されている研究機構は、災害時において病院、診療所が備えるべき機能を研究し国家施策へと反映させる役割を担う。

5) 健康被害に対応する活動を組織横断的に調整する組織・機関がない。

上記2)ないし3)に述べたように、災害による医療被害を予測し、それを克服する効果的な方策などについて学術的な根拠をもって災害医療を進めて行くには、医療従事者、消防関係者、防災行政関係者、防災研究者などの多領域の研究者の集結が求められる。すなわち、医療の視点を軸にした学術的根拠を積み上げ、国家施策へと反映させるには、正に“組織横断的”であってこそ可能となる。このような組織ないし機関は今のところ我が国には存在しない。従って、その仕組みを確立し、率先してここに述べた1)～4)を牽引すべきである。

ここでは、多領域からの知恵を集積する重要性と、医療の視点こそ軸とすべき本質論とに言及した。後者について、災害医療においては当然のことながら、被災者の健康被害等を俎上に載せるなどすることが専らである。しかし、被災する人々を最小限に止めるべく諸任務～諸作業に就くことになる人々についても、医療の視点を軸に置いた、正に管理の実際が求められる。つまり、被災者を救おうとする果敢な行動を賛美する、また自己犠牲的な働きに敬意を払うなどは、我々の自然な情動でもあり、結果と

しては今後も時にあり得よう。しかし、そのような任務ないし作業に当たる人々が自らの健康や命までも賭すような管理の在り方は厳に避けるべきである。すなわち、表題に掲げる「健康被害に対応する活動」は被災する人々のみに限定されるわけではない。本件は、我が国の歴史的、ないし文化的な背景から勢い看過されかねないことから、敢えてここに追記した。

Ⅲ 災害時の医療に学術的根拠を提供する研究活動は、国際的にみて極めて低調である。

日本の災害医療研究については、ピンポイント的に国際的水準に達している分野がないとは言えないだろうが、体系的な方法論に立脚していないことから、総じて低調であると言わざるを得ない。また、国際的な災害医療研究の交流が活発であるとも言い難い。国内の災害医療研究を盛り上げ、また我が国の災害医療研究が国際的にリーダーシップを発揮できるようにすべきと考える。これらのために、以下に記す課題を克服することが求められる。

1) 国際的に学術的意義の大きな事象(地下鉄サリン事件など)について公的な記録がない。

国際的に注目される大きな事象が生じた折に、消防を始めとする行政や、治療に与った医療機関などにおいて、それぞれに定められた書式の記録が残されていることは、例えば診療記録に見るように残されていることはその通りである。しかし、医療機関の主治医らから学術集会において症例報告がなされ、中には論文として掲載されるに至ることがあっても、今後と同様な災害に遭遇する前段における準備として、行政諸機関を束ねながら、言わば学際的な研究となっていない。交通事故を軽減するための活動が、医学、工学、法医学を含めて警察・交通行政などと広範囲に学際的に展開できていることと比べれば、災害医療に関する、言わば諸分野横断的な公式記録が学術的、学際的な研究にとって極めて意義深い材料となることは間違いない。

2) 上記を貴重な知見や経験の蓄積とみなして国家的に管理・保存することがない。

上記に言う諸分野横断的な公式記録を体系的に整理し、残していくことは、国民の安全を保障しようとする国家的な作業である。斯界における研究を広く発展させるためにも、貴重な知見や経験を資料として保管し、また研究に資するよう保存を全うすることが求められる。これらについて、正に国家的な視点に立って進めて行く必要がある。

3) 災害医療および災害医療管理をめぐる国際的な学術交流が組織的に行われていない。

集団災害における医学的側面などについての学術活動に熱心な医師らが一部にいないわけではない。しかし、他の医学分野と同じように、医学者としての国際交流に留まる傾向を否めない。災害医療が他の医学分野と異なるところは、自助、共助、公助という語彙に表されるように、国民や行政などと多くの階層が社会の仕組みとして関与しているところである。従って、災害医療および災害医療管理をめぐる国際的な学術交流については、このような価値観を具現することを前提とした体系的、組織的な方法による必要がある。これは国家的な観点を以て実践すべき重要な仕事である。

例えば、地球温暖化に関する政府レベルの会議は、定期に開催されて実行性を持った協定が締結されるなどしている。災害医療に関しても、国際間で災害時の緊急対応のノウハウを交換し、体制的に充実を図ることは温暖化問題と差異はない。また、災害時の国際支援が活発に実施されている現状に鑑みて

も、政府が主体的に国際的な災害医療に関する交流の場を設置していく必要があると考える。

Ⅳ 最新の情報に基づいたテロの形態が想定されていないため、これに対する準備がない。

1) テロに使用される各種の兵器に関して情報を把握できていない。

サリン事件において使用された有毒ガスは、そもそも軍事目的で開発されてきた歴史があり、情報を保有する主体は軍の組織である。当時も埼玉県大宮市からの自衛隊部隊が重要な役割を担ったという。兵器が人を殺傷すべく開発される時に、その予防や治療に関する情報も開発の側に蓄積されていくことは当然である。消防機関による消火の研究は、発火や延焼といった、いわば火の廻りに関する研究と同時進行であることをみればよく理解できる。原子力発電所の事故による災害時の医療についても、核種による殺傷研究と裏腹の関係にあるという言い方もあろう。テロに使用される殺傷手段が兵器であれば、その情報は基本的に軍事組織に依存する。すなわち、自助、共助、公助に与る民間の、ないし一般行政の組織が、そのような情報に疎いことは我が国において当然である。もしも国際的な連帯を組むのであれば、その連帯の一角を成すシンクタンクの機関(研究機構)が必要であろう。

2) その治療に用いる医薬品や医療資機材に関して情報を把握できていない。

上記に述べたように、殺傷能力を有する兵器に関する情報と、その予防や治療の手段に関する情報とは、言わば表裏一体としてまずは存在するといっても過言ではない。そこで、殺傷の知見を脇に置いて、治療方法のみに特化した情報を得ることについて容易に可能かどうかを問われよう。座学として知識を学ぶという観点でそれは不可能ではなからうが、実学として正にテロの危険が迫っている、ないしテロが発災した状況において、防衛省ないし自衛隊が消防機関と同時に公助に与るとは現時点で考えにくい。もしそのようであったとしても、消防機関と共に行動する医療者や、病院にて治療にあたる医療者には、テロ発災の時点で治療に用いる医薬品や医療資機材に関する情報を即刻保有していることにはならない。あらかじめ多岐にわたる情報の把握とテロへの準備、消防機関や医療者らへの教育などについては、1)に述べた研究機構の重要な任務となる。

3) 治療に用いる医薬品や医療資機材の使用に関する法的整備ができていない。

ここで議論される医薬品や医療資機材とは、通常の医療における場合とは異なるものである。このことを含めて、上記 1) 2) の記述からも容易に推測できるように、ここで議論すべき医薬品や医療資機材の使用に関しては、言わば「社会のルール」が存在しない。通常に病院などで用いられる医薬品や医療資機材にも、それなりの流通や使用に関する「社会のルール」が決められている。テロに対応する災害医療の実践についても相応する「社会のルール」が求められ、関連する法的な整備もその一環である。このような課題を解決する一助として、既に縷々述べられている研究機関の創設は必定と考える。

4) 合理的かつ妥当性のある備蓄計画が策定されておらず、適正な備蓄がなされていない。

テロによる災害において人命を救う手立てとは、テロを引き起こす手段の予防ないし治療方法の開発などに他ならない。テロには殺傷を目的とした兵器が使用されていることから、我が国において一義的には、防衛省ないし自衛隊が人命を救う手立てを把握していなければならないと考える。それを一般的

な公助の水準へと普遍化できていないことに大きな課題があることは前述のとおりであり、ここで言う備蓄とはこのことを課題として挙げている。従って、一般的な公助に資する、合理的かつ妥当性のある備蓄計画は策定されていないし、適正な備蓄がなされているということもできない。

5) 各種兵器に関する最新の医学的知見について経験した機関と情報交換の機会がない。

テロを経験しこれらから得た知見を体系的に整理し、実学として応用すべく知恵を集積し戦略を練って実践するには、上記に述べた研究機関が必要である。そのような経験と知見について合理的に集積するには、情報の受け手となる組織が必要である。殺傷を目的とした兵器に関する情報について、通常であれば防衛省ないし自衛隊の組織が受け手となるに違いない。しかし、これらの情報を一般的な公助の水準に実学として実践することが目的であるので、やはり情報の受け手となる研究機関が今までの論考と同様に必要となる。ここには軍陣医学と災害医学との言わば相互交流が必要であり、後者に関する核となる組織が求められる。現状においては、我が国にこのような情報の受け手となる組織が存在しないので、テロに関係する各種兵器に関する最新の医学的知見について、テロを経験した機関と体系的に情報の交換を行う機会が得られる状況には全くないと言わざるを得ない。

Ⅴ 医療者の院外活動に関する法的、その他の環境が未だ十分に整備されていない。

1) 医療者が院外において施行した医療行為に関する法的問題が検討されていない。

東京 DMAT は東京消防庁の指揮下に入ることにより、出勤から帰還まで身体の安全や身分の保証が確実になされる仕組みができています。また、日本赤十字社の職員にあっては災害派遣は業務の一環と位置付けられている。このような事例以外は、災害医療のために病院職員が出勤した場合には、病院長による出張命令に準じて労災保険を適応するといったルールが一般的であると思われる。上記のように一部の例外以外は、医療者の災害現場への出勤について「ボランティアとしての参加」という位置付けであるので、言わば「社会の仕組みとしての位置付け」となっていない。つまり、医療者による災害医療への参加、すなわち院外活動に関する法的な位置付けは未熟な状況のままに残されている。そして、このことと同様に、医療行為がボランティアとして行われたことであるので、医師として医行為を行ったことそのものに問題があると指摘されることはないが、災害現場で働く他の医療職、例えば救急救命士、看護師、薬剤師らに指示を与えるにあたって、平時のあり方との違いを具体的、かつ合理的に説明することは、残念ながら国のレベルで体系的に論じられることはない。このような様々な法的課題を解決するために一定の水準の知恵を発揮する研究機関が求められる。

2) トリアージをめぐる倫理的課題が検討されていない。

災害時において被災患者の診療優先の順序に関する選別、すなわち災害時トリアージについては、重症度の順に黒、赤、黄、緑の札(タグ)を患者に付けることとなる。ここで黒タグが付いた場合には、蘇生術に及ばない。赤タグが付けられれば、最優先で医療者の管理下に置くことが求められるので、赤と黒との差は極めて大きい。倫理的側面からしばしば指摘されるポイントは、「医師以外にだれが黒を決められるか」である。多数の傷病者に遭遇して、なおかつ合理的な患者搬送と配分とを考えれば、トリアージを行うことは重要である。現状において消防職員はこのような指摘に対して、死亡(黒)を判断しているわけではなく、搬送の順位を判断しているのみであるという。ここには、医師のみが死亡を宣

告できるという法的課題について正面から議論せねばならないと思われる。災害医療に関する法的環境が未整備であることは必ず克服しなければならない。

3) 活動に必要な知識・能力について、また活動の実際についての評価基準が明確でない。

現状の災害医療チームの派遣は、日本赤十字社及び東京 DMAT の派遣を除き、ボランティアとしての活動であるため、活動内容等のレベルについて評価されているわけではない。

しかし、災害医療を国家的な視点で推進し、大規模な災害発生時という特殊状況下で、自律的に医療を提供し、さらには他の医療チームとの連携の中で効果的、効率的に医療提供を行うためには、派遣医療チームとして統一した医療内容等の基準と、その基準に基づく各医療チームの災害医療能力に関する評価基準とが必要である。

これらのことにより、災害発生時に高度の災害医療能力と、他医療チームとの活動調整に関する能力とのいずれもを有する医療チームを派遣することができる。そのようであれば、災害医療活動の核たる役割を形成したり、効果的な医療提供体制を具体化したりすることが可能となる。

また、広域的な災害になればなるほど、地域をブロック分けして、各ブロックの状況に応じた災害医療チーム投入の多寡を判断する必要もある。各チームを横一列で評価するのではなく、チームの能力を評価する基準を明確にし、格付けをすることは不可欠である。

(注) 国際緊急援助隊救助チームの救助能力格付けの状況は以下のようなものである。

現在、世界における災害救助活動支援は、国連人道問題調整事務所 (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) が中心となって被災地における「災害援助調整」の下で行われている。

具体的には、国連人道問題支援事務所を事務局として、国際搜索救助諮問機関 (International Search and Rescue Advisory Group) が設置され、各国の国際救助隊と救助技術、救助資器材、救助活動戦術等の情報交換を行うとともに、事前の試験制度を設け、救助隊としての人員体制、装備、救助能力 (医療的能力を含む) から、各国の国際救助隊の外部評価 (INASARAG External Classification) を行い (ライト級、ミディアム級、ヘビー (最上) 級へ)、被災地での活動の役割分担の参考としている。そして、場合によっては救助隊としての受入れ拒否も含めて、災害援助を調整するための基礎とするものである。

そして、被災地の現場では、国連人道問題支援事務所が開設する国連災害評価調整チーム (United Nations Disaster and Coordination) がいち早く乗り込むとともに、あわせて現地支援活動調整センターを立ち上げることになっている。後者が各国の支援チームを受け入れ、活動の調整を行う。被災国にヘビー級の救助隊がない場合、支援チームの中のヘビー級のチームが、国連災害評価調整チームと連携し、現地支援活動調整センター (On-Site Operations Coordination Center) の任務に就くこととなっている。

ちなみに、国際搜索救助諮問機関が実施する救助隊の国連としての外部評価は、ほぼ3日間自らが救助隊としての活動を行いつつ、他隊の活動調整を行う能力、人員、装備、能力があるかを考査するもので、チェック項目は136項目にわたり、3日間 (72時間) の連続したシミュレーションにより評価されるものである。日本の国際緊急援助隊救助チームは、外部評価においてヘビー級の認定を受けている。

4) 医療者の院外活動に対する補償が明確でなく、議論が全くなされていない。

前述のとおり、災害時における医療者の支援活動に関しての法的な解釈等は明確でなく、この場合に現時点においては、ボランティア活動とされる。つまり、支援する医療者の善意によると解されている。

しかし、災害医療は、災害時の国家的緊急対策として、言わば最高位に位置づけられるものであり、単にボランティアとしての行為を期待することでよしとされるものでない。

例えば、火災を公共の危険としてとらえる消防法においては、市町村による消防責任を明確にするとともに、火災現場周辺の住民に対し、消防隊への協力義務を課している。義務を履行した消防協力者が、仮に負傷した場合には、消防団員の公務災害補償と同様の補償を行うことを規定している。

災害医療は、災害時の緊急措置として必要不可欠なものである。従って、消防法における規定と同様に、また専門性の高い医療者による活動であるが故にも、災害時の医療行為に関しては、その行為の性格を明確にするとともに、活動に伴う負傷、賠償に関する明確な公的制度が必要である。このようにして医療者の活動を促進することこそ、本来あるべき筋道であると考えらる。

【課題解決に向けた施策】

災害医学に関する知見、実績を集積し、その学術的根拠を背景として災害医療の国家的統合を実現するために、常設の研究機構を設立する。

災害医療を巡る様々な課題についての認識を上述した。現在、災害医療について医学的な関心を抱き、局面々々において活動の実績を示してきた医師には救急医が多い。彼らは日常的な業務として救急医療や病院前救護に、また救命救急センターでは重症救急患者への集中治療に従事している。そこで、専門分野としてしばしば救急科専門医を標榜する。

このような救急医が多くの場合に、災害時のボランティアとして参加していることから理解できるように、災害時の医療について、言わば社会の仕組みとしての位置付けが不十分であることについても縷々説明した。ここには例えば、軍陣医学的な情報をも取り扱うことも含まれる。つまり現状においては、現在の医療活動からは災害医学に関する知見を体系的に集積し、そのことを基盤として学術的根拠を構築することも勢い不十分となることを否めない。すなわち、それらを背景とした災害医療の発展を期することもできてこなかったと言わざるを得ない。端的に述べるなら、諸課題を解決すべく国家的な水準で公助を実現するために、常設の研究機構の設立することを提案したい。

先に、日本の国際緊急援助隊救助チームは、国際的な評価によって最上級（ヘビー級）の認定を受けていることに言及したが、国内における災害医療の水準においても、少なくとも大規模災害においては、あまねくそのような水準にて災害医療の展開を望むところであり、常設の研究機関による斯界における牽引力に期待したい。

【研究機構が実施する具体的方策】

研究機構の実現によって、前述の諸課題の克服が期待される。そこで、研究機構が取り組むべき具体的な方策について述べる。本機構は、わが国の災害医療が直面する諸問題を解決するため、以下の業務を実施する。ここでは各項目について箇条的に記載する。

1) 分析

各種災害予想における災害医学的観点からのハザード(医療被害)マップの作成
災害医療に係る医療チームの分析と、その全容把握
災害時に必要な自助・共助(住民による災害医療活動・応急手当など)の必要性

2) 計画立案

災害医療行為者等の災害医療行動に必要とする知識、医療的行動能力の基準
災害医療行為者及び災害医療チームの評価基準
災害医療チームをどの時期にどこに投入するか具体的かつ統合的な運用計画の立案
国民が行う自助、共助的緊急医療処置の内容及び教育基準
国内で発生が予測される各種予測災害に対応したハザード(医療被害)マップの作成

3) 評価

被害想定と投入医療エフォートの効果検証、費用対効果等から医療介入の妥当性評価

4) 情報収集

国際的テロの動向と使用兵器に関する情報について医療的観点からの収集・分析

5) 政策立案

国家の防災に係る政策立案を支援するシンクタンクの役割

6) 研究

災害医療に係る知見の集積と、経験した災害対応の記録・保管

7) 教育・研修

災害関連用語や基本概念の整理・統合
各種災害研修における教育内容の調整
自助・共助に関する諸活動の教育・普及

8) 災害医療の理解を促進するための広報

災害医療の必要性(医療者・非医療者に向けて)
災害に備えた災害医療展開の状況等
公開講座等
関連教科書の出版・電子媒体の活用・関係機関との連携

【まとめ】

冒頭に述べたように、災害、特に大規模な災害に際し、国民を救済することは国家にとって履行すべき契約であり、義務と言うべきである。すなわち、災害医療は、国家的な事業として、必ず結果を得る「責任倫理」の下に展開すべきである。しかし、現行の災害対策の諸施策は、減災のために投資される社会資本が重視される傾向にあり、医療の視点が必ずしも十分とは言えない。勿論、内閣府、厚生労働省をはじめとする行政機関、日本医師会、日本赤十字社、DMAT、AMAT、DPAT、各病院団体などが、冒頭で触れたように熱心な検討や、関係者相互の連携などに大きな努力を払ってきたこと、そして大きな災害において誇るべき成果を上げてきたことに多大な敬意を表すとともに、それら集積された経験についても高く評価すべきであると考えている。しかし、現状から更なる飛躍を期し前進せねばならない。そのような現状認識についての具体的で分かり易い説明をここに述べた。その上で、これらの課題に対峙し克

服する方策を提案した。

すなわち、災害医療に学術的な根拠を与え、国家的な水準での施策を提言し、災害医療の国家的な統合と災害対策本部の十分な機能発揮とに資する組織体の構築が求められる。災害医療に関する常設の研究機構の創設をここに提言する次第である。