

日本職業・災害医学会会誌 第52巻 第6号  
 Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology  
 Vol. 52 No. 6 November 2004

巻頭言

我が国の大規模災害医療のあり方

柳澤 信夫

関東労災病院長・信州大学名誉教授

私の病院は神奈川県の災害医療拠点病院に指定されている。これは平成9年度に神奈川県衛生部が策定した医療救護計画に基づく。この計画は大規模災害に対する医療救護体制、情報の収集・提供体制、緊急搬送・輸送体制の確立を目的として、行政、医療機関の役務、活動について組織図とともにこと細かく、整然と述べられている。しかし病院を含めた組織の活動で要請されるのは種々の被害状況の報告がほとんどである。阪神・淡路大震災、2つのサリン事件、そして東海村の原子炉臨界事故を経験した上で作られたにもかかわらず、ここには災害時の救急医療に際し、医療機関を効果的にサポートする具体的な体制の提案は何一つないと言える。各都道府県の計画も大同小異であろう。

私は1994年（平成6年）6月の松本サリン事件の際に信州大学医学部附属病院長であり、被災者に直接対応するとともに、松本市地域包括医療協議会の中に設立された有毒ガス中毒医療対策専門委員会委員長としてフォローアップ対策を行った。翌年3月調査報告書のとりまとめを行っていた折に、東京地下鉄サリン事件が発生し、病院スタッフと共に東京の各病院に対して診療情報の提供を行った。それを契機に米国大使館をはじめ欧州諸国の視察団に対応し、さらに1995年7月にBethesdaにおいて米国保健省が主催した“化学的及び生物学的テロリズムへの対策”（Responding to the Consequences of Chemical and Biological Terrorism）の国際会議に招聘され、講演を行い意見を交換した。これらを通しての私の経験を一般化できるとして、災害医療の当事者として知っておくべき事項を5つ挙げたい。

第一は災害医療の結果は第一線の医療機関の活動にほとんどすべて依存することである。松本サリン事件では、真夜中に6病院に被災者が搬送された。すべての病院は当直とon call体制で対応し、通常の農薬とは異なる症候であったが、有機リン中毒として治療し、ひとりの患者に一晚のうちに硫酸アトロピンを100アンブル投与するというような異常な治療を行った。現場に出勤したドクターカーの医師が適確にトリアージを行ったこととあいまって、7名の死者のうち2名が病院に運ばれた（いずれも到着時点で死亡・DOA）のみで、深昏睡とてんかん重積の最重症患者も輸液と硫アトとジアゼパム投与で数時間のうちに意識が回復した。地下鉄サリン事件でも第一線病院の対応は適確であった。米国の保健関係者は、地下鉄のような閉鎖空間で5,000人の被災者が出たサリン中毒で、死者が11人ですんだのは奇跡に近いと言った。われわれが行った聖路加国際病院その他の東京の病院群への情報提供は感謝されたが、基本的な治療方針に影響を与えたことよりは、縮腫と上気道症状のみの軽症者は放置しても回復するというトリアージ情報の有用性が役立ったと思う（村上春樹：アンダーグラウンド、講談社、1997、344頁）。両事件とも日本の医療機関のレベルの高さを世界に示した。

第二に普段の訓練、関係機関の連携が重要である。松本市では、地域包括医療協議会という、市役所、保健所、消防局、信大病院、医師会、歯科医師会などからなる連絡機関があり、年に1回会合をもち、医師のon call体制を有する救急のドクターカーを運用していた。その背景があったから、事件後直ちに有毒ガス中毒医療特別委員会を設置して、健康チェックから後遺症の管理まで充分に出来たのである。普段はあまり実質的な意味を持たないかに思われたこの組織が、お互いを知っていたことにより緊急時に適切に機能出来たことを改めて思い知らされた。

第三に行政トップの決断の重要性である。松本サリン事件では、真夜中に事件があった翌日午前、松本市長は被災の不安がある市民はすべて市の経費負担において医療機関を受診することを呼びかけた。これにより軽症者を含む被災者の医学管理が初期から適確に行われ、行政と信大病院の連携のもとに、5年に渡るフォローアップが実施できた。

行政トップの判断の差は別の機会にも実感された。数年前知多半島沖の上空に異常な低気圧が発生して名古屋地方に洪水をもたらした豪雨災害の際、私が勤務していた国立中部病院の北の低地を流れる河川に氾濫の危険が迫った。H町の町長は病をおしていち早く、自分の権限で召集出来る近隣の消防団を動員して河川の決壊を防いだが、隣のO市は様子を見たあげく自衛隊の出動を要請し、ルールに基づいた県からの出動依頼に多くの時間を費やした結果、大

規模な洪水を招来してしまった。

第四の留意点は縦割り行政による情報の伝達の障害である。松本サリン事件では、長野県衛生公害研究所は優れた機能を駆使して2日後には原因物質がサリンであるという結果を得た。しかしあまりの異常さに、警察庁が独自の調査を行い、これが手間取った結果、約1週間後の7月3日になってサリンと公表された。サリンの解毒剤は被曝後約5時間しか有効でないことから、いずれにしても医療に貢献はしなかったが、問題は公表や情報伝達が被災者の医療と無関係に行われた（あるいは行われなかった）ことにある。同じ問題は米国の専門家からも別の角度から指摘された。1995年7月のBethesdaにおけるテロリズム対策医療会議において、東京地下鉄サリンを詳しく分析した中で、オウム真理教を強制捜査することが決まった段階で、何らかのテロ行為は当然予測されたことであり、日本の当局がこれに対する医療救護対策を全く持っていなかったのには驚くとの発言があった。

第五に災害対策には、被災者の救済を最重要な事項とする必要がある。麻生幾は著書「情報、官邸に達せず」（新潮文庫、2001）の中で我が国にはconsequence management（被害対策）が欠けていることを指摘している。医療人の立場からは、“危機管理”という語から考えられる“管理”ではなく、“対策”が重要である。米国には各州、地域の体制とは独立して、全国に70カ所以上の拠点を持つ自然災害と人為的災害に対応するNational Disaster Medical Systemという連邦組織が存在する。その緊急対策部門は地下鉄サリン事件発生後の24時間後には、ニューヨークの地下鉄で同様の事件が発生することを想定した対策会議を行ったという。また1996年のアトランタオリンピックに、2年後の長野オリンピック医療対策のために出席した信州大学病院救急部の医師は、救護所はもとよりパトロールする医療スタッフがPAMと硫酸アトロピンから成るサリンの解毒薬キットを腰につけており、緊急時には災害救急電話によって、アトランタ市内に待機する、ガスクロマトグラフィーとサンプルリング装置、中和剤散布の装甲車などからなる軍の化学戦防護部隊が出動する体制を見てきたと語った。

我が国にはこのような、医療専門家を含む指揮システムが直ちに現場に設置されるという災害医療の基本組織は存在しない。頼れるのは災害に対応する個々の医療機関の能力である。

被害をいかに少なくし、そして防ぐかという観点から、改めて医療施設が自立的な大規模災害対策を立てる必要があろう。

以上をお読みになった読者は、この内容が現状をどのように反映し、あるいは、ずれているとお感じになっただろうか。実はこの原稿は平成14年11月に依頼投稿し受理されたそのまゝのものである。読み直してそのまゝ掲載し、コメントを付記することを編集者にお許しいたゞいた。

この10年間に行政の対応は迅速化した。不幸にも平成16年10月に発生した新潟中越地震に対する行政機関の対応を時間的にみると、阪神・淡路大震災の際に比べて、政府の災害対策本部の設置が4時間14分後に対して4分後、その他あらゆる面で迅速に反応した様子がわかる（週刊医学界新聞、2005年1月3日号特集“災害医療はどこまで来たか”）。また労災病院群の他地域からの応援の必要性も、地震の1週間後には不要になるなど現地の体制が急速に確立したことが示された。

災害医療については、体制整備とともに関係するスタッフの教育が肝要である。実地の対応はあくまで現場が中心であり、非常事態におけるスタッフの力量がためされる。その意味で平成16年度に開始された医師の臨床研修必修化の中で、到達目標に「災害医療の中で自分がなすべきことがわかる」という項目が含まれたことに注目したい。しかし“トリアージ”を例にとってみても、人の生命とは何か、医師の果すべき義務は何かなどを常に考えて医療を行っていなければ、緊急時に確信をもった行動はとれないだろう。大規模災害の対応として何が最も大切かといえ、医療人としてのこころと技術という、ごくあたりまえのところに落ち着くのが、この小論の結論である。