

災害被災地における プライマリ・ヘルス・ケア 被災地の医療援助の原則

菅波 茂

Question & Answer

Q : 被災地での医療援助の5原則とは何か？

A : ①参加, ②時間との闘い, ③システム化, ④援助を受ける側のプライドへの配慮, ⑤ポジティブリストからネガティブリストへ, の5つである.

Keyword : 災害医療援助, カウンターパート, パートナーシップ

「賢者は歴史に学び, 愚者は自己の経験に学ぶ」.
有名な諺である. 日本では被災地の医療援助の原則はいずこに学ぶべきか, 阪神・淡路大震災の前になし, 後になしである. 特定非営利活動法人AMDAM(以下, AMDA)は, 1995年1月17日23時に神戸市長田区保健所に入った. 保健所内の仮設診療所と複数の避難所での巡回診療を実施し, 1月31日に撤収した. わずか2週間の医療援助活動であった. 長いとみるか, 短いとみるか. 諸兄の判断に任せたい.

AMDAは, 日本における被災地での医療援助の原則を次の5点と定義したい.

- ① 災害医療援助は「参加」である.
- ② 災害医療援助は「時間との闘い」である.
- ③ 災害医療援助は「システム」である.
- ④ 援助を受ける側にもプライドがある.
- ⑤ ポジティブリストからネガティブリストへ.

① 災害医療援助は「参加」である

被害が激しければ激しいほど, 被災者は悲しみにくれ絶望に陥っている. 災害医療援助が被災地に直接参加する真の意味とは, 「被災者と悲しみを共有し, 被災者の希望をはぐくむ」ことである.

1月17日午後11時にAMDAのチームが長田

区保健所に入った時には, 自らも被災しているにもかかわらず, ほとんどの職員の方々が出て来ておられた. ただ何をしていいのかわからずにおられた. 海外の災害医療援助に慣れていたAMDAのメンバーが「被災者のために巡回診療をしましょう」と提案した. 最初は被災者の反応は鈍かったが, しだいに多くの被災者が治療を受けに集まった.

治療を続けるうちに薬がなくなってきた, アスピリンを1錠ずつ配るしかなくなった. それでも被災者は1錠のアスピリンを大事そうに握りしめていた. 被災者は1錠のアスピリンに希望を見出していた. 人間が絶望に陥るのは存在を無視されたと思う時である. 災害医療援助に参加することが「あなたの存在を認めていますよ. あなたを見捨てていませんよ」という明快なメッセージになる. このメッセージにより, 絶望から希望を見出して生き抜こうとする強靱な生命力が生まれてくる. だから, 「参加」なのである.

② 災害医療援助は「時間との闘い」である

災害医療援助は, 「通常の医療」つまりかかりつけ医と患者の関係が存在する医療に回帰するまでの援助である.

災害医療援助で一番大切なことは、いつ撤収するかである。極論すれば、2週間以内にする必要がある。そのためには明確な目標設定が不可欠だ。AMDAの長田区保健所からの撤収の目標は、長田区の開業医の回復率が5割を超えた時だった。それは、「通常の医療」の回復とともに、医療に必要な電気と水の社会インフラの回復を意味した。長田区では、1月27日のことであった。そして3日後に撤収した。1月17日から1月27日までの10日間が時間との闘いだった。

災害発生からの最初の3日間は、ボランティア優位期間だった。4日目からは行政が相対的に優位になった。行政の命令指揮系統が稼動し始めたのだ。そして1週間目からは行政が絶対的に優位になった。ボランティア優位の状況とは、行政が命令指示系統を確立できず、ボランティアによる自発的な災害医療援助活動に実効性があることである。

最初の1日目は打撲傷などによる外科的処置、2日目には寒冷による感冒、3日目には不安による不眠の医薬品と、猫の目のように医療ニーズが変わった。1週間目になるとボランティアとして持参した医薬品ではなく、命を薬でつないでいる慢性疾患に対応する医薬品が必要となった。慢性疾患の医薬品を持ち出している被災者は少なく、慢性疾患の医薬品は高価格だった。募金で活動するボランティア団体には購入不可能である。厚生省(当時)が兵庫県に搬送したといわれる医薬品は、「税金なのだから」という理由で民間のボランティア団体であるAMDAの使用が拒否された。

最後に重要なことは、かかりつけ医と患者の関係の回復が保険診療によって完成することである。可能ならば1~2週間の期間内に保険診療が開始されることである。早ければ早いほど望ましい。阪神・淡路大地震以後に発生した災害対策経験により、行政の対応が迅速化してきているのは嬉しい限りである。行政は学習する—この命題は正しい。

③災害医療援助は「システム」である

通常の緊急救命医療と異なって、多くの被災者に圧倒的に少ない医療従事者という構図が生まれるのが「災害医療援助」である。医療従事者が多すぎて困る、ということは決してない。そのためには活動場所をできるだけ早く決定し、輸送と通信を確保することである。そしてとにかく現場に入ることである。

現場で何をすべきか、何が必要なかを考えたほうがいい。現場には、医療従事者としてできることがいくつでもある。メディアやインターネットから情報を入手して、何をどこですべきかを考えるというのはわかりやすい行動であるが、その間に貴重な時間が過ぎ去ってしまう。「備えあれば憂いなし」ではなく「憂いがあるから備える」のである。では、憂いがあればどうするのがいいだろうか。地方自治体の地域防災計画に基づいた防災演習に参加することである。東京都や静岡県では、独自の防災計画や防災演習を実施している。「困った時はお互いさま」は原則として「知っているもの同士」の合言葉である。「知らないもの同士」の現場での協力体制は時間がかかる。

阪神・淡路大地震以後の災害対応に伴い、行政の災害対応システム化は日進月歩の感がある。行政による災害医療援助システムに参加することにより、各団体のシステムが形式を整えてくる。たとえば、東京都は都の防災演習に登録して参加しているボランティア団体には災害発生時に医薬品の提供をすることを条例で決めている。ボランティア団体の税金使用を認めているのだ。当然といえば当然だが、1995年当時と比べれば英断である。

最後に、システムで大切なのが、誰をカウンターパートにするかである。被災地のどこに医療を必要としている人たちがいるのか。阪神・淡路大地震の時、AMDAにそれを教えてくれたのは

カウンターパートである長田保健所の保健師さんたちだった。彼女たちは日ごろの活動で医療が必要な人たちのことを知り尽くしていた。毎朝、避難所への巡回診療に出かける前に彼女たちを主にしたミーティングがあった。開業医の回復率が5割を超えたことを教えてくれたのも彼女たちだった。戦略の上に政略あり。事情のわからない未知の土地であればあるほどに、何をするかより、誰と組むかが大切である。

④援助を受ける側にもプライドがある

援助活動は、援助者と被援助者の人間関係論であるといえる。人間関係にはフレンドシップ、スポンサーシップ、そしてパートナーシップの3種類しかない。判別は利害関係で決まる。フレンドシップは「利」も「害」もともにしない。スポンサーシップは一方通行の「利」のみを共有する。パートナーシップは「利」も「害」も共有し、「害」をともに克服する過程で尊敬と信頼の人間関係を確立する。ちなみに、相手に自分にないすばらしさを見つけた時に尊敬の念が、どんなに困っても相手が決して逃げないことがわかった時に信頼の念が起こる。そして「利」は「ありがとう」の言葉で表現される。

援助活動では、援助者と被援助者の人間関係は基本的にスポンサーシップである。被援助者から援助者に「ありがとう」の言葉が一方的に流れる。しかし、人間は「ありがとう」といい続けると卑屈になってくる。卑屈になると力のある人は暴発するが、力のない人は沈黙の世界に入る。援助を受ける側のプライドとは、自分も必要とされたい、自分も社会から認められたいという人間としての尊厳である。

阪神・淡路大地震の時に救援活動を数カ月にもわたって行っていた真摯な学生が、被災者にいわれた。「もういい加減に帰ってくれ」と。まさにけんこんいつてき乾坤一擲の叫びである。最も危険な人間関係がス

ポンサーシップなのである。災害医療援助が危険なスポンサーシップと認識できれば、一刻も早く撤収して利害関係を持たないフレンドシップになるか、お互いを必要とするパートナーシップのプログラムを組み立てて共有するかである。AMDAでは、「ありがとうといわれて喜んでいるうちは半人前、相手にありがとうといえる状況を作ってこそ一人前」と定義している。AMDAが阪神・淡路大地震の時の救援医療活動を2週間で撤収した理由はまさにここにある。以後、AMDAが海外災害医療活動に動く時には、必ず神戸の人たちからのありがたい寄付をいただいている。

⑤ポジティブリストからネガティブリストへ

阪神・淡路大地震の災害医療活動に参加してくれた医師のなかに、パニックを起こした人たちがいた。パニックとは、環境不適応症候群のことである。初体験、「変な」プライド、そして「変な」使命感が原因である。「変な」とは、「私が私が」という意識である。指示をくれない、仕事がないなどのクレームを出す人もたくさんいた。

ポジティブリストの職業は警察官であり、ネガティブリストの職業は軍隊であるといわれている。ネガティブリストは、目的達成のためにはしてはいけないこと以外は何をしてもよく、そのため問題解決能力が試される。反対に、ポジティブリストは決められている業務内容しかしてはいけないため、業務遂行能力が必要とされる。災害医療援助の現場を考えてみてほしい。何が起きているのかわからない状況と対面せざるを得ず、ネガティブリストとしての活動が要求される。私たちの日常生活は、教育も含めてポジティブリストの行動である。いかにしてネガティブリストの行動に適應できるのか。災害医療援助を行う日本人医療従事者にとって究極の課題である。

文献

- 1) 菅波茂(編)：とび出せ！AMDA—アジア医師連絡協議会の活動。厚生科学研究所，1995。
- 2) 菅波茂(著)：医療和平—多国籍医師団アムダの人道支援。集英社，2002。

すがなみ しげる

特定非営利活動法人アムダ理事長

☎ 701-1202 岡山市橋津 310-1

Tel: 086-284-7730 Fax: 086-284-8959

Update '05

WONCA Asia Pacific Regional Conference 2005

わが国におけるプライマリ・ケア
関連学会のますますの連携と発展
を願う

齋藤 雄之

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians), 第28回日本プライマリ・ケア学会, 第20回日本家庭医療学会, 第13回日本総合診療医学会の合同学術集会在, 5月27日から31日までの5日間, 京都国際会議場で開催された。一般医の学会であるWONCAアジア支部会がわが国で行われたことは喜ばしく, さらにすばらしいことにわが国のプライマリ・ケア関連の3学会が初めて合同で行われたのである。私は実家の医業を継ごうと考えており, 東京医療センター総合内科で研鑽しているが, 今回, 診療の合間に本学会に参加をする機会を得た。

まず, 国際学会ということで諸外国の医師も多く参加しており, とともに会場にいる喜びを感じた。学会は黒川清氏のKeynote Lectureに始まり, さまざまなシンポジウムやワークショップが行われた。今回はポスターセッションが多かったため, 多くの発表を見て回ることができ有意義であったが, 多くのセッションは同時進行で行われていたのが, 残念であった。

いくつか印象に残ったものを紹介すると, まず, 小泉俊三氏が司会をされたUCSFのWachter氏によるHospitalistについての講演は興味深いものであった。Wachter氏は, 近年, 米国を中心に発展しているとされるHospitalistの概念をNEJMに初めて紹介した方で, その位置付け, 必要性などついてわかりやすく紹介された。今後のわが国における総合診療部門のあり方の参考になると思われた。

また, 実地医家に役立つ臨床的なセミナーも多く認

められた。たとえば, わが国における在宅ターミナル・ケアのパイオニアである鈴木荘一氏と鈴木央氏によるセミナー「在宅でのがん疼痛緩和」はとくに印象的であった。私も, 将来は実地医家として在宅医療の実践をめざしており, 今後超高齢化社会を迎えるわが国において, 在宅ターミナル・ケアはますます重要性が増すと考えられ, 鈴木両先生の取り組みに感銘を受け, ぜひ実践したいと感じた。

本学会では, プライマリ・ケア医のグローバルな理念についてや, 学術的な内容は興味深かった。その一方で, 臨床に即した内容は, やや不足していた感もあった。もちろん, 学会においてはアカデミックな内容が求められるが, 私は, 一般臨床を勉強している者のひとりとして, プライマリ・ケア関連の学会においては, 他の領域以上に, 実地臨床を実践するうえで役立つ情報の提供が重要ではないかと考える。たとえば, 欧米の学会などで行われているようなガイドラインの啓蒙などのプログラムが今後増加すれば, より魅力的な学会となるのではないだろうか。

近年, 卒後研修必修化をはじめ, わが国においても「プライマリ・ケア」の必要性がますますいわれているが, いまだその理解の個人差は大きく, 実際的な研修や, プログラムも少ない現状である。今回, わが国におけるプライマリ・ケアに関連する3学会が初めて同時に開催されたにもかかわらず, 3学会合同で議論する場が少なかったことは残念であった。今回のWONCA 2005を契機に, わが国におけるプライマリ・ケアを志向する学会組織がますます密接に連携し, 発展することを切に願う。

さいとう たけし

国立病院機構東京医療センター総合内科

☎ 152-8902 東京都目黒区東が丘 2-5-1

Tel: 03-3411-0111 Fax: 03-3412-9811