

DMAT の設立の経緯から DHEAT の設立に向けてのディスカッションの道具になればいいというふうに思っております。

DMAT の設立というのは、皆さん御存じのとおり、阪神大震災の経験を生かして、もしくはその経験から DMAT の必要性が叫ばれました。

この阪神大震災のときには、災害の医療体制、特に初期体制の不備から 6,400 名を超える方が亡くなっていますけれども、500 名ぐらいの方は、実は命が救えたのではないのかなということで、これが「防げた災害死」と呼んで、その後の体制整備につながったわけでございます。

具体的には、被災地内の多くの病院が手術ができない、透析ができない、集中治療ができないという状況になっておりました。その中で、動画が動きませんが、患者さんが殺到してきて、病院によっては懐中電灯 1 本で診療に当たったということでございます。

そういう状況の中で、被災地内の病院は 1,000 人の患者さんが殺到してきて、その中で 50~60 名が亡くなっている。もしくは、この S 病院は 80 人が死亡している。市立中央病院は 93 名が亡くなっているということですが、この中には、当然手術をしていれば、透析をしていれば救えた命があったわけでございます。これが「避けられた災害死」だということでございます。

すなわち阪神大震災のときには超急性期の医療のニーズが非常に甚大であった。その後が急性期、慢性期にかけてそのニーズが継続していった。この「亜急性期」「慢性期」の医療に関しては、多少の事前の計画がありましたけれども、ほとんどは現場の創意工夫で何とか対応した。一方で、この甚大なニーズに対しては、ある意味竹やりの医療で対応したのだというふうに言えると思います。

このようなことから、当時、厚生省に研究班が立ち上がって、さまざまな課題、教訓を整理いたしました。この報告書をもとに、当時厚生省の健康政策局長通知ということで、さまざまな施策が打ち出されております。具体的には、拠点病院とか広域災害救急医療情報システム等々の体制を整備することが局長通知として出されております。

教訓としては、災害時に災害医療を担う病院がなかった、外部から支援が欠落していた、重症患者の広域搬送が行われなかった、医療情報が全く伝達されなかったということから、拠点病院を整備し、DMAT を整備し、それから広域医療搬送計画を策定し、また、広域災害救急医療情報システムも整備したということでございます。

この中で DMAT に関しては少し議論が起きておりました。考え方としては、地震災害が起きて外傷やクラッシュ症候群等々の重篤な患者さんが発生します。当初は生存しているわけですが、重症ですから時々刻々命が失われていって、医療のニーズが減っていってしまうという状況の中で、従来の医療班というのは、こういった時間軸で被災地の中に入って行く。ですから、医療班が入ってきたところにはニーズが相当減ってきてしまっている。つまり、このギャップが「避けられた死」だというふうに考えられる。このギャップを埋めるためにいち早く被災地に入って、このギャップを埋めることが DMAT の意義である。ここで救命の医療を行うということございました。

この DMAT に関しましては、その必要性を、私が当時いた災害医療センターにおいていろいろ訴えておりました。その中で、このきっかけとしては平成 13 年度に行われました厚労科研の特別研究で DMAT の標準化に関する研究というのが行われました。

現在では DMAT は広く認知されて高く評価をいただいておりますが、その設立に関してはそんなに簡単なことではありませんでした。この研究班も、当時の医政局指導課のほうから、研究はやっても構わないけれども DMAT を実際に実現しようというふうには考えないでいただきたいと、既に拠点病院には自己完結型の医療チームという機能があるはずなので、それで読めるはずだと、だから、改めて DMAT というものをつくる必要というのはないのだというような話をされておりました。

研究班でまとめた内容は、DMAT を実現するためにどうしたらいいか、どういう課題を解決するべきかということでしたが、人数はどうするのだ、編成はどうするのだ、そういう役割は何なんだ、身分、保障をどうするのだ、派遣の方法をどうするのだ、研修はどうするのだということ、さまざまな議論が行われましたが、ここを整理するためには、実はこの部分は表面に出ている氷山の一角であって、これを整備するためには、その下の数十倍の内容を調整しないと実現しないということございました。

その後、DMAT に関してはなかなか議論が進んでいませんでした。その後、空白の期間になったわけですが、それが実現化に向けて動いたのは、小泉政権のときの広域医療搬送計画でございます。

阪神大震災の教訓で、被災地内で重症の患者さんを診るのではなくて、重症の患者さんを被災地以外に運び出して医療を提供し、救命につなげるべきだということを、さまざまな人がさまざまな立場から

訴えていましたが、なかなか省庁縦割りの壁があって実現していませんでしたけれども、小泉さんのときに強い力でこれが実現したのですが、これは官邸主導で内閣府が音頭をとって行うものでございました。

このときの、小泉さんの内閣総理大臣指示事項、平成 15 年 8 月でございますが関係省庁に対して指示を行っています。厚生労働省に対しては、発災時に迅速に救護班を派遣し、重篤患者を搬送するための計画を定めることということになっておりました。これに関しては、防災担当大臣が中心となって取りまとめて、私、小泉に報告するようということでもございました。

これを取りまとめるために、内閣府から厚生労働省にはさまざまな問いかけがございました。つまり、この体制を整備するには、どういう患者を運ぶのだ、何人運ぶのだ、何時間以内に運ぶのだ、どういう医療を継続しながら運ぶのだということが問われたわけでございますが、それに対して回答を出すということで急遽、年度の途中でございましたが、小濱先生の研究班の中に私が分担研究として「災害時における広域緊急医療のあり方に関する研究」というのを急遽、研究班を立ち上げさせていただいて、今、言ったような問いかけに対する回答を出すということもさせていただきました。

対象となる疾患は、このクラッシュ症候群を中心に、一部の外傷、一部の熱傷である、人数はこういうことである、それから搬送する必要、24 時間以内に 400 か 600 でしょうというような回答を出させていただきました。

その年、平成 15 年の 12 月に、こういう首都直下それから東海、東南海・南海に関する計画、これは特別措置法に基づいて作りあげているものでございますが、具体的な計画を平成 15 年 12 月に東海地震の予知型に対してつくるということでもございました。

私の研究班の報告の内容をもとに、中央防災会議において、先ほどの 15 年 8 月、10 月に私の研究班になりましたけれども、出した数字をもとに東海地震においては、静岡県から 570 人の患者さんを運ぶというのが、この中央防災会議の計画に反映されたわけでございます。

具体的に搬送する患者数についても、8 時間以内、24 時間以内どうするんだということが、どの空港からどこに運ぶということもこの中央防災会議で決まりました。そのとき、その搬送に必要な医療従事者数ということが出ております。医師数それから看護師数です。この医師、看護師はどうやって調達するのだという議論になったときに、当時は、国立病院の医師・看護師、もしくは国立大学病院の医師・看護師ということでやっていたのですが、どうも実効性がないということで、やはり DMAT が必要だという話に、一時、空白期間がございましたけれども、これをきっかけに DMAT というのをつくる必要があるという気運が高まってきました。これは、ちょうどその当時、東京 DMAT が立ち上がることで、そういったことを参考に国のほうでも DMAT を体制整備していく必要があるという結論に達したわけでございます。

この流れの中で、防災基本計画も修正されました。そこで、新しく DMAT も充実、活用推進ということが防災基本計画にうたわれました。平成 17 年の改正のときに、このように、国は DMAT に参加する医師・看護師に対する教育・研修を推進する、それから DMAT の派遣を要請するというのが国の責務としてきちんと書き込まれたわけでございます。

防災基本計画に書き込まれた DMAT の話ですから、これに基づいて厚生労働省の事業計画も変えなければいけませんし、各都道府県の地域防災計画も、この防災基本計画に基づいて整合性を持たせる形で改定が必要になってまいります。

その中で大事になってくるのが、都道府県が DMAT に関しての体制を整備するに当たって、防災計画を書き直すに当たって、どういうふうにしたらいいのかということに関する指針が必要でございました。これが「日本 DMAT の活動要領」という形で指針を提供しました。

これをつくったのは、今そこにいる当時、厚生労働省医政局指導課にいた近藤先生と私どもで議論して、これをつくったわけでございますが、大事なのはこの「基本方針」でございます。

どういうことかということ、DMAT というのは、平時において都道府県と、それから医療機関との協定に基づいて運用するものである、それは防災計画に書き込まれて行すべきものであるということで、災害救助法に基づいて費用の支弁が行われる観点から、この DMAT の管理・運営というのは各都道府県が責任を持つという形になって、厚労省のほうはどちらかということ調整をする、支援をする、そのような立場になっていることでもございます。

各都道府県にこういった形で防災計画に書き込まれて、DMAT というものが正式な組織として動くようになって、その後の幾つかの震災を経てこういうような広域医療搬送、それから DMAT の指揮命令

系統、そういったことが確立されてきたわけでございます。

この状況の中で、東日本大震災が起こったわけでございます。被災4県で活動を行いました。主に病院の支援を行います。それから、SCUを立ち上げて広域医療搬送も行っております。被害の大きかった病院からの病院避難ということもDMATが手がけているわけでございます。

それから、原発事故に伴って発生した双葉病院の悲劇でございますが、緊急避難をして440人の入院患者のうち45人が亡くなるという非常に悲惨なことになりました。同じようなことが20キロ圏、30キロ圏の屋内退避地域で起こりかけた、各病院が無計画に避難をしようとしたところをDMATがお手伝いをして、509人の患者搬送のうち搬送中に亡くなった方は一人もいないということで、さまざまな形でDMATが貢献したと言えると思います。

しかしながら、一方でこの震災では別の形の防げる死というものが発生いたしました。これは、阪神大震災のような震災直後に亡くなるのではなくて、比較的長期間にわたるライフラインの停止による環境の悪化から高齢者の方が衰弱等々によって亡くなる、もしくは避難することによって亡くなる、もしくは低体温等で亡くなるということで、復興庁がまとめた震災関連死は直接死以外に1,632人いたということでございますが、関連死は避難所等における過酷な環境によるもの、もしくは移動によって発生するものが亡くなるうちの3割と2割であるということでございます。それと自宅等々にいる方も、かなり関連死によって亡くなっているということがわかりました。

まとめると、この厳しい環境の中で、寒冷な環境の中で生活することによって、津波自体の低体温ではなくて、避難しているところの寒さから低体温症になる。しかも、それはどちらかというと、せん妄みたいな形で気づかれて病院に運ばれて亡くなっていく、もしくは肺塞栓症、肺炎、津波肺というものが発生したということでございます。

それから介護に関しても幾つかの課題がございました。

すなわち、東日本大震災というのは、超急性期の医療のニーズは少なかった。これに関してはDMATという計画がありましたけれども、一部硬直化した対応があった、これ反省すべき点があるのですが、そのかわり、亜急性期、慢性期の医療が非常に拡大してしまった。その拡大したニーズが継続したということがございます。それに対して、行政機能が麻痺していた、さまざまな問題で対応せざるを得なかった、現場は創意工夫で頑張りましたけれども、課題が残ったということでございます。

つまり、DMATの趣旨はこうでございましたが、大体3日ぐらいで帰るということで、実際にDMATは3日目で帰ってしまったのですが、その後に医療チームが充足するまでに時間がかかった。1週間ぐらいかかってしまった。ここに空白ができたということでございます。つまり、こういうもとの計画であったわけですが、その他の後から入ってくる医療救護班が充足するまで時間がかかった。ここに医療の空白ができてしまった。

一方で、急性期の救命医療のニーズが実は余りなかった。一方で、このようなその後の長期的な医療ニーズが続いて、ここのギャップが新たな死になったのだということでございます。

つまり、阪神大震災というのは、超急性期の医療のニーズが甚大で、これに対する備えができていなかったから、このところに対応をするためにDMATというのをつくっていくべきだという議論になったのでございますが、東日本大震災は、むしろ亜急性期から慢性期にかけての医療ニーズに対する対応が求められたわけでございます。ここに大きな課題があったわけでございます。

ということで、問題点としては、DMATからほかの枠組みで入ってくる医療救護班というもののスムーズな移行に問題があったというのが1点。

もう一つ問題は、さまざまな枠組みで入ってくる医療救護班、これはJMATであったり大学病院であったり県であったり日赤であったり、さまざまな枠組みで入ってきますが、このニーズに対する調整ができていなかったというのが新しくわかった課題でございます。

これに対しましては、東日本大震災後に厚生労働省において検討会が立ち上がりました。私、座長をやらせていただきましたが、この報告書をもとに医政局長通知ということで出されておりますけれども、その中の議論の一つとして今、言った課題の話ですね、つまりDMATからその後の枠組みで入ってくる医療救護もしくはそのほかの医療のリソースを調整する機能がなかったということで、これに関して調整機能を持つようにと、県庁レベルと、それから市町村レベルでの調整機能を持つように、今コーディネーターとかいう名前でも言っていますが、要するに調整機能ということになります。

DMATの引き上げた後もこの調整機能が残るのだということで、これは近藤先生がつくった絵ですけども、DMATがいるときにはこういった形でDMATそれからそのほかの枠組みのチームは同じ席に

いて、DMAT が引き上げた後もこういった情報収集や調整機能というのが残るのだということでございますし、それから DMAT は各拠点においてそれぞれ市町村のレベルにおける医師会・保健所との連携というものが必要だということでございます。

その中で、きょう新しくお伝えしたいのは、災害の医療というのはどういうものか。これはアメリカの医師会が開発して展開している National Disaster Life Support という研修コースの中でのスライドそのものを使っておりますが、やはり世界的には、もしくはアメリカでも災害医療というのは公衆衛生が中心なのだというところでございます。彼らはこういうふうに、Public Health Emergency という言い方、つまりは個人の視点からポピュレーションの視点に変えていく必要があるのだということでございます。

これは國井先生の言葉ですが「災害医療」というのは、災害に伴って救える命を救う、もしくは治療・処置によってケアしていくものだというところ。

一方「災害公衆衛生」というのは、予防できる健康問題を未然に防いで地域・集団として対処するものである、しかも公衆衛生というのは行政だけで実施するべきことではなくて、そのほかの民の力も大いに取り込む必要があるのだということでございます。

こういったことで、東日本大震災では公衆衛生のところの力を取りまとめる、もしくはここに多くのニーズがあったのですが、それに対して十分に答えることができなかったということから、この DHEAT というものが必要になってきたということでございます。

例えばこの保健所の調整ということを見ていくと、さまざまな調整をしなければいけないのですが、実際、例えば避難、派遣要請を受け入れてそれを調整するという点においては、既にさまざまな法律上の措置が終わっていて、実際にやろうと思えばできるのですが、これだけのことを瞬時に調整するというのは、恐らくうまくいかないのだというふうに思います。さまざまな公衆衛生の業務があるわけでございます。

繰り返しますが、DMAT は命を救う医療であり、DHEAT は生活を救う医療であるということであり、では DHEAT が必要だということは認識されましたけれども、それを設立するに当たって法的根拠は何だということ、実は今回の震災の前までは災害対策基本法には、公衆衛生を提供することに関しては記載がなかったわけでございます。今回の災害対策基本法の改正によって国・地方自治体が行うべきことを、19 項目書いてありますが、もともとこの応急措置というところが救命とか医療をやり出すということの根拠になっているわけでございます。

それから高齢者、障害者の対応ということに関して DPAT、精神のアシスタントチームのほうの根拠になっていて、DHEAT のところは根拠がなかったのですが、今回 3 つ加わった中の 1 つ、14 番のところ「被災者の心身の健康の確保」というのが加わって、これが被災者の健康管理ということが基本法のほうに盛り込まれたということで根拠として新しく入ってきた。ですから、基本法に基づいて DMAT も DPAT もできたのですから、今回の見直しによって DHEAT も法律上は体制整備をしていく必要があるということになると言えると思います。

DHEAT の研修のあり方でございますが、実は、DMAT の今、立派な活動要領がございますが、最初のころの DMAT の研修では、あなた方被災地にいち早く入って医療を提供するのですよ、実際にはどこで何をやるのかという設問があって、避難所とか病院とか、もしくは救出・救助の現場とかたくさんありました。その中で、研修をしながら役割が固まっていたと考えられると思います。

現在では、非常に DMAT はやるべき業務、活動内容が明確になっていて、それをしっかり実行してもらうための能力をつけてもらうために 4 日間の研修、びっしりの内容になっておりますが、当初はこういうことだった。ですから、DHEAT についても研修をしながら、また、DHEAT がやるべき業務内容、活動内容ということをしつかりと研修を実施することによって、もしくは幾つかの災害を経験することによって、それが明確化されていくのではないのかなと思います。

もう一つ、しつかりとこの研修が終わった方には隊員証を発行するということが大事で、DMAT に関しては医政局長名での隊員証の発行になります。それは、やはり受け入れる側、被災者のほうもそういう能力があるということがわかる人を使う、使うほうも使いやすいわけでございます。ですので、DHEAT についても何らかの形でしつかりとした隊員証の発行、恐らく健康局長名ということになるのではないかと思います。そういうことが必要ではないかと思っております。

最後ですが、DHEAT を実現するためには、その対策基本法に基づいて、それが防災基本計画にまず書き込まれる。そうすることによって、防災業務計画にも反映されていく。それから、この基本計画に

基づいて、各都道府県・市区町村の地域防災計画にも記述される必要がありますが、そこにしっかり書き込まれるためには、その指針となるものをきちんと提示する必要があります。つまりは、この DHEAT 活動要領というものをきちんと作り、健康局長通知として発出する必要があるのではないかなということでございます。

以上、私、DMAT の設立の経緯から、DHEAT の今後の設立に向けてのアイデアというか考え方について御説明申し上げました。

御静聴、大変ありがとうございました。(拍手)

○尾身代表 大友先生、ありがとうございました。

きょう 2 つの基調講演、押谷先生の基調講演は、主たるテーマはリスクアセスメントをしっかりとやる必要があるということと、それから大友先生のほうは、DMAT 設立に至るまでの御苦労のお話が、大変これから DHEAT のこれを構築していく、非常に参考になったと思います。

この後すぐにパネルディスカッションを続けてしたいと思います。特に今、質問とか言っておきたいことがもしありましたら、1 人が 2 人だけあれしたいと思います。もちろんパネルディスカッションの後に、フロアの人からもいろいろな意見を伺いたいと思いますけれども、今、ということがございましたら。

どうぞ。

○松本氏 千葉県夷隅保健所の松本です。

押谷先生に質問がありますが、今の地域では、先ほどハザード・スペシフィックとか言われた、そういった訓練をやって、お互い顔の見える環境をつくって災害に備えるという動きが中心なのです。それによってわかったことは、警察や消防や市町村の動きというのは、今までほとんどみんな知られておらず、お互いの関係が全くわからずにやっていたのですね。そういったことを繰り返すことによって、いろいろな災害、局所災害から広域災害まで対応していこうとする考え方なのですが、このリスク・マネジメント・アプローチだけでは、そういうことはできないのではないかとと思うのですが、その辺に関しては。

○押谷氏 必ずしもそうではないと思います。そのハザード・スペシフィックなアプローチをしていくというものの問題点は、どこまでやるのかということがあります。

今、高潮とかという話がありましたが、感染症に関しても、新型インフルエンザのマニュアルをつくれたけれども今、広域の食中毒が出てきて、食中毒のマニュアルの次は院内感染のマニュアルだと、これをどこまでやっていくのかということが大きな問題になってきます。そこには共通する部分があるので、今おっしゃった話は多分リスクマネジメントの考え方の中では演習などとしてやっていくことになります。ある題材を取り上げて、地震なら地震でもいいし、広域の食中毒なら食中毒でもいいのですが、それを演習としてやっていく中で、いろいろなことを共有したりとかということも必要だと思います。

それが全部のハザードに関して、同じことをやらなくてはいけないのかということとそうではなくて、そのところはきちんとアセスメントをして、どういう対応をするかということを決めていくということが必要なのかなというふうに思います。

○松本氏 わかりました。

一応、エクササイズをすることによって全体が見えてきたという部分も随分あるので、ある程度エクササイズをして、そのリスク・マネジメント・アプローチをするという考え方のほうがいいのではないかなと私は思いました。

以上です。

○尾身代表 それでは、もう一人ぐらいございますか。

どうぞ。

○坂元氏 大友先生にお伺いしたいのですが、最初、何か厚労省はやってくれるなというようなニュアンスで、それがどの辺あたりから変わってきて、そして最終的にああいふ災害対策基本法に入れてくれたのかという、ちょっとその辺、今後の DHEAT の展開の際に、もしその辺の裏話でもお聞かせいただければと思います。

○大友氏 既にそのやる仕組みはあるのだという話なのですね。ですから、被災地に入って医療支援を行うチームの仕組みは、拠点病院が必ず自己完結型な医療班を持つこととなっていたので、それで読め

るじゃないかと。だから何で新しくそういうことをしなければいけないのだと、そういう話だったので、でも実際にはやってみると違うのだなということになってきて、これだけ大きな話になってきたのだと思うのですが。

役所の方は、やはりなかなか、今ある仕組みが何とかなるときはそれで済ませたいという気持ちがあるのかなと私は思いますけれども。それでよろしいでしょうか。

○坂元氏 どうもありがとうございます。

○尾身代表 ありがとうございます。

それでは、次にパネルディスカッションに移りたいと思いますが、ここでもう一度、押谷先生と大友先生にお願いいたします。どうもありがとうございました。

(盛大な拍手起こる)

パネルディスカッション[座長：中村好一教授（自治医科大学）]

パネリスト（50音順）

大友 康 弘教授（東京医科歯科大学大学院）

押 谷 仁教授（東北大学大学院）

甲斐聡一郎先生（認定NPO 法人災害人道医療支援会（HuMA））

「大規模災害における民間組織の支援の特徴」

佐 藤 勇市長（宮城県栗原市）

「東日本大震災におけるイスラエル医療団の支援受入れ」

高野 健 人教授（東京医科歯科大学大学院）

「研究班の検討経過について」

田 上 豊 資医監（高知県健康政策部）

「災害時保健医療対応の標準化について」

○司会 引き続き、パネルディスカッションに移りますので、そのままお席でお待ちください。

それでは、パネリストの先生方、御着席ください。

では、パネルディスカッションの座長を自治医科大学の中村好一先生にお願いいたします。

○中村座長 御紹介いただきました自治医科大学の中村でございます。災害支援パブリックヘルスフォーラムの事務局長を仰せつかっております。

本日は、パネリストということで6人の方々に、既に前に出ておられていますけれども、押谷先生、大友先生に基調講演ということで御講演いただきました。

最初に進め方ですが、残りの4人のパネリストの方々に、それぞれのお立場で、大変申しわけないのですが、非常に簡単にいろいろと御説明をいただいた後、実は、テーマを3つ準備しております。その後でその3つのテーマについて会場の皆様方も交えてディスカッションしていきたいと思うのですが、テーマを先に申し上げまして、それを頭の中に入れた上でお聞きいただければと思います。

まず、第1のテーマが「災害時保健医療分野の国際協力、効果的な支援の展開」これがテーマの1でございます。

2番目「災害後の健康危機管理の支援における行政と民間の連携、パブリック・プライベート・パートナーシップ、効果的な推進方法」これが2番目でございます。

3番目、先ほど来、出ております「DHEATに求められるもの、DHEATが備えるべきもの」この3つについてディスカッションをしていきたいと考えております。

初めにお断りですが、本日のシンポジウム全体を通して、今後、災害が起こったときにどうしようかということがテーマでございます。

したがって、今、被災地でこういうことが起こったらこれはどうするのだとか、あるいは大震災の後こういうことがあったけれども、これはどうやるのだみたいな話については、申しわけありませんが、別の場で議論していただきたい。もちろん、災害が起こってほしいとは思っているわけではないのですが、起こらないに越したことはないのですが、今後も起こるということを想定して準備をする必要がある。その中で、一体どういう準備体制があったらいいのか、その一つの、ごく一部分でございますが、DHEATということでこれまで我々検討してまいりました。

その中で、まずパネリストの高野先生から、これまで高野先生の研究班の班長ということで取りまとめ役をしていただいておりますが、全体の経過、そういったことについて御説明いただきたいと思っております。

高野先生は、ここの地主と言ったら何ですけれども、東京医科歯科大学の公衆衛生分野の教授でございます。高野先生、よろしくお願いたします。

○高野氏 それでは、基本的に今、進めておりますこの DHEAT の実現に向けての厚労省の科研費による研究班の現状、それから進捗の状況のお話しをして全体的なオリエンテーションになればと思っております。

通常、研究班、研究といいますと、実験をやったり調査をしたり、そういうふうな方法論というのがはっきりしてしまっていて、それによって結果が出て研究をまとめるというイメージをお持ちだと思いますが、この研究班は初めからそうではなくて、この災害支援フォーラム、これは災害直後からできたわけですが、そこで1年間議論しました。

そうした非常に数多くの、今、恐らく 100 人を超えていると思いますが、そうした実際の経験をお持ちの方々、いろいろな立場の方々にインプットしていただいて、そして創造的なディスカッションを積み上げていって結論を出す。その結論はどういう結論かということ、フィージビリティですね。とかくその実現をする。この DHEAT を実際に世の中に生み出す。そのためにはどういふことが必要か。あるいは、そのためにはどういふふうな説得力を持つエビデンスが必要かということで研究を進めると、そういう研究班であります。

大きくは4つの柱からなっております。

1つは、まずはこの公衆衛生版 DMAT ということですので、主として地方公務員の構成メンバー、恐らく今いろいろ名前があるので、多岐にわたっているかもしれませんが、昔風のコンセプトで言えば保健所の職員ですね、この地方公務員等の職員がチームを組んで被災地に行くという基本的なパターンです。DHEAT です。

そうしたことの柱には、全国の保健所長会の会長をされておられる佐々木先生に参加をいただいております。長野県の飯田福祉保健事務所ということであります。

それから、2011年に東日本大震災が起きたときに全国の衛生部長会の会長を務めていらした笹井先生にも入っていただきまして、現在は大阪府の保健所長を務められています。

それから、保健所で一環してこの取り組みをされていて、今、大分県で実際にこういう公衆衛生版の DMAT をつくられておられる藤内先生にも参加していただいて、この公衆衛生版 DMAT をどういふふう実際に運用していくかという、この柱について研究をいただいております。

公衆衛生版 DMAT というわけですので、先ほど大友先生に基調講演をお願いしましたけれども、DMAT ではどのように進めてきたか。それから、当然この DHEAT は DMAT と密接に活動するわけですので、大友先生それから近藤先生にもこの班員になっていただいているということであります。

それから、第2の大きな柱は PPP、パブリック・プライベート・パートナーシップ。一応試算で、これは川崎市の坂本先生が非常に詳細な調査に基づいて、東日本大震災のときに全国の自治体の職員が、地方公務員がどういふ具合にこの支援に入ったかということ調査されたわけですが、その結果から、今度はそれをベースに例えば南海トラフのようなものを想定すると、実に日本全体の地方公務員の3分の1が応援に行かなければならないという試算をされています。これは到底公務員だけで賄えるわけではありませぬので、民間の参加が必要。

しかしながら、今、公的な議論では、民間の人に頼むと、もしその人がけがをしたときはどういふ補償になるのかとか、身分保証はどうなるのだとか、それから命令として行ってもらえるのだろうかとか、いろいろな問題があって、実は議論が常にそこで頓挫してしまうわけです。そういうことに対して、どうしたらいいのかということで研究をしております。

これには多くのフォーラムのメンバーの方々、まさにいろいろな世界の方がおられますので、そうした方の御意見をお伺いしながら、また、海外ではどうやっているのだというようなことを研究しながら、この民間の人たちの Involvement の方法論を構築しているというところであります。

民間と、こう一言で言いますが、医師会も民間ですし、組織がしっかりしているところはそれなりの、今もある程度の道筋はあるかと思っております。それから、今は国立大学、我々の大学も国立大学だったわけですが、今や法人化をして民間になりました。大学として学術的にどういふ応援ができるか。あるいは大学人としてどういふふうな協力ができるか。特に医学部の場合ですね。そうしたことで、多く

の大学の先生にも加わっていただいております。

3番目の柱としては、わかりましたと、民間も公務員も協力してやりましょうと、プライベート・パブリック・パートナーシップ、この精神をもとにやりましょうということですが、そうしたら、それは誰も彼もがやれるわけではやはりないと思うのですね。

例えば民間のボランティアの人たちは、気持ちはあるけれどもそれに伴う技術とか議論とかレベルがないということになりますと「思えば学ばざれば危うし」というように、やはり一定のコミュニケーションが必要になってくる。

それから専門家といえども、いざというときにその専門知識をスムーズに生かせるためには、やはりトレーニングが必要であるということで、3番目の柱としては、いかにしてそういう能力を開発していくのか。コンピテンシーを明らかにして、どういうふうな研修方法、どういうふうな訓練を行えば一騎当千の隊員になれるのかという3番目の大きな柱があります。

これは、コンピテンシーを明確にしたキャパシティー・ビルディングをしていくわけですが、これについては、現在、地方公務員を対象に既に研修を行っていますし、きょう、この後、グループワークとして、ぜひ一定の災害をシミュレートして、その研修の様子を皆さんにも味わっていただこうと思っているのですが、保健医療科学院の金谷部長ですね、きょういらしていると思いますけれども、班員になっていただいています。

それから、大学からはやはり教育ということですので、今、座長をされてらっしゃる中村好一先生。また、浜松医大の尾島先生、それから山梨医大の山形先生にもこの班員になっていただいで、教育というのですか、能力開発ということで研究をしていただいております。

4番目の大きな柱は、言うまでもなく国際的な関係です。

日本だけが一つの国として存在しているわけではありませんので、他国へ支援に行く、先ほど押谷先生のフィリピンの例もありましたし、DMATの経験をさまざまなところに出かける中で、隊員が力をつけていくという歴史があったと思います。

それから、お忙しい中きょうパネルに参加していただいております、後でお話は十分に時間があると思いますので、今回、イスラエルからの軍隊の医療班を受け入れられました佐藤市長にもいらしていただいております。

こうした成果を研究班の中に取り込もうというわけです。特に、国際的なところは非常に大事な点でありまして、いざというときに、やはり助けてはもらいたいけれども、南米のほうでありましたように、誰かの下敷きになってしまったときには順番に手足を切っていくみたいな、そういう医療の状況は困るわけですし、どういうふうにその辺をしていくのか。あるいは、どういう仕組みをするのか。最後のデシジョン・メイキングはどういうふうにするのか。これは実は研究課題としても非常に重要でありまして、そういう意味で先ほどの山内室長の、来賓の挨拶にもありましたように、国際的な視野を持っているわけで、もともとフォーラムの代表をされている尾身先生、または先ほど基調講演をいただきました押谷先生、そうした経験が非常に豊富でありますので、実際に押谷先生には研究班の班員にもなっていただきまして、それを推し進めているという現状です。

こういうふうなことで、研究班として必要な研究を、やはり説得力を持つ研究成果のためにはエビデンスが必要ですし、十分な討議が必要です。同時に、いろいろなものがばらばらになってもいけませんので、いろいろな団体であるとか、いろいろな状況に関してコラボレーションをして進めているというのが現状です。

以上です。

○中村座長 ありがとうございます。

いろいろ御質問もあると思いますが、後ほどの討論のところをお願いしたいと思います。

それでは、2番目に宮城県栗原市の佐藤勇市長をお願いしたいと思います。

佐藤市長は、初代環境庁長官であられました大石武一さんの秘書官を経て、1983年から宮城県議会の議員を5期務められまして、その間に議長もされております。2005年に市町村合併で新たに発足しました栗原市の初代市長に就任されまして、現在3期目でございます。

今、高野教授のお話の中にもありましたように、東日本大震災のときにイスラエルの医療チームが南三陸町で救援活動を行いました。そのときに御尽力されて、実際にそういう活動を実現された影の立役者が佐藤市長でございます。

それでは、佐藤市長よろしくお願いたします。



佐藤市長のお話には、お手元の資料の中にこういう資料、ハンドアウトも準備していただいておりますので、そちらのほうも御参考にしてください。

よろしく申し上げます。

○佐藤市長 ただいま御紹介いただきました、宮城県栗原市長の佐藤と申します。

本日は、災害支援パブリックヘルスフォーラムにお招きをいただき、ありがとうございます。

私からは会場の皆様に、東日本大震災の津波によりまして大きな被害を受けられた宮城県の南三陸町に対しまして、イスラエルが現地に派遣した医療支援チームの活動における、栗原市が果たした役割につきまして、お話をさせていただきます。

平成23年3月11日、東日本大震災が発生しました。栗原市は、震災での国内最大震度である震度7の揺れを記録しましたが、内陸部に位置しているため津波の被害はなく、この地震における死者・行方不明者の数はゼロでありました。

しかし、東日本大震災は、栗原市内全域でライフラインなどに大きな被害をもたらしました。特に停電や水道の断水が続いていたことと、物流が途絶えたことによりまして発生した燃料の供給不足により、市民生活は大きな打撃を受けました。

幸いにも、震災発生後約1週間程度でライフラインの復旧にめどがつかしましたことから、津波により甚大な被害を受けた宮城県沿岸部の南三陸町に対し、全面的な支援活動を行いました。お互い助け合う、姉妹都市的な形のつきあいをしている町であります。

私は実際に南三陸町へ赴き、約1,500人もの方々が一時避難をしていた避難所の状況を視察した結果、被害者の命と健康を守るためには医療環境の回復が急務であると判断しました。

若いころにイスラエルに滞在した経験と、その後イスラエルとの交流を保ってきた経緯もあり、外務省とイスラエル大使館から私に対してオファーがありました。イスラエル医療支援チームの活動に関する中間コーディネーターという仕事を受託することとし、宮城県知事からも承認を得ました。こうして栗原市が仲介してイスラエルの医療支援チームが南三陸町で活動するというプロジェクトが動き始めました。

当時、日本の医師免許を持たない外国の医療チームが日本国内で医療行為を行うことは一部の例外を除いて前例がございませんでしたので、南三陸町、宮城県知事、総理官邸、外務省にプロジェクトの実施に関する承認案、支持を仰ぐなど、各方面での調整が必要となりました。

結果、この国際的なプロジェクトはイスラエルの医療支援チームが60人、そのほかにも外務省や国際NPOなどで構成され、避難所である南三陸町のベイサイドアリーナへ総合病院並みの機能を持つ医療支援センターを開設するとともに、すぐれた医療機器をみずから持ち込み、南三陸町の被災者に対しまして平成23年3月27日から4月10日までの2週間、医療支援の活動を行いました。

以上です。

○中村座長 ありがとうございます。

それでは、3番目でございますが、NPO法人災害人道医療支援会、HuMAとお呼びしたほうが通じると思いますが、甲斐聡一郎先生に申し上げます。

甲斐先生は、兵庫県災害医療センターの救急部で麻酔科あるいは災害医学を専門とする専門医として御活躍されております。

今、御紹介いたしましたHuMAの一員としても国内外の災害救援活動に参画されておまして、東日本大震災のときは、HuMAから派遣されまして3月26日から4月13日まで南三陸町などで医療活動をされております。

それでは、甲斐先生よろしくお願ひいたします。

○甲斐氏 御紹介ありがとうございます。兵庫県災害医療センターの甲斐と申します。

私はHuMAという民間の医療支援団体に所属しておまして、そちらから東日本大震災では南三陸町で活動しました。また、最近のフィリピンの台風災害では、被災地で同じように活動しております。

その際に、調整ということが非常に大事になってきますので、現場で働いた医者という立場から、どういうふうに感じたかということをお伝えできればと思っております。

先ほど佐藤市長からお話がありましたように、イスラエルの医療チームは南三陸町に来援しましたが、私はこの医療チームの医療面での調整にかかわりましたので、その内容について補足させていただきたいと思っております。

東日本大震災では、日本政府が3月14日に被災地における外国人医療免許保持者の医療行為を認め

るという見解を公表されておりますが、これに対して 30 カ国以上の外国政府から日本政府に対してチーム派遣の申し出があったと聞いております。

最終的に日本政府は 4 カ国から医療チームを入れておりますが、その 4 カ国といたすのがイスラエル、ヨルダン、タイ、フィリピンとなっております。イスラエル以外の 3 カ国からの派遣員は、実は 3 名から 4 名程度と非常に小規模な活動になりまして、その活動も巡回診療が中心だったというふうに伺っておりますが、イスラエルに関しては、現地で活動されていた方 50 名以上とかなり大規模でありまして、フィールドホスピタルを南三陸町に据えて専門診療を中心とした点が非常に特徴的でありました。

このように、日本が災害時に外国から大規模な医療チームを受け入れたというのは、関東大震災以来だというふうに伺っております。

イスラエルの医療チームは、栗原市を拠点に南三陸町で活動したのですが、プレハブ診療所を据えまして、各科の専門医が 14 名、各科の診療機を持ち込みまして、その設備としては電子カルテシステム、エックス線検査装置、臨床検査機器まで備えておりまして、もちろん水、食料、発電機、通信機器、医療資材などは全て持ち込みで自己完結型の医療チームでありました。

3 月 27 日には現地入りしまして、4 月 20 日まで 13 日間の活動を行っておりますが、円滑な活動のためには調整が非常に大事になってきます。外務省や栗原市からは職員が対応しまして業務の面での調整はとられておりましたが、業務調整員の方々は医療従事者ではありませんので、医療面での調整が必要となっております。

医療面の調整役としては、外務省が日本人医師、看護師など 2～3 名を現地に派遣しておりますが、これらの方が調整されておりましたが、ここで医療調整が担った活動はどのようなものであったかということをお話ししたいと思います。

まず、現地に活動の立ち上げから活動中、チームが停止をするまで常に現地の医療統括本部ですとか、ほかの医療チーム、国内医療支援チームと連携して活動に関するアドバイスをを行いまして、活動に協力いたしました。

また、被災者の個々の診療に関しましても、問診、診療、医薬品の選択、病状説明など全ての面におきまして日本人医師が介在しまして診療サポートを行っております。

このように、医療調整業務もかなり多岐にわたりましたが、大型医療チームを地域のリソースとして最大限に活用するためには細やかな調整が必要で、人数が不足しましたので、私が所属しております HuMA という団体、国内外の災害時には活動しております医療団体として、外国での災害支援活動も経験した者も多数所属しております。

ちょうどその時期、南三陸町に派遣されておりましたので、外務省、JICA から依頼を受けまして、私を含めまして派遣医がイスラエルチームの医療調整に協力したという経過となっております。

当初より、こちらの団体は、外国医療を支援してきた経験から自分たちが国内で支援をしようということ以外に、外国からのチームが来たときにはそのお手伝いをして、カウンターパートナーということをお考えしておりましたので、ちょうどこれにも当てはまっておりました。

実際に経験しまして、外国医療チームの医療調整というのは、日本の地域の医療システムや生活環境、文化を踏まえてのサポートが非常に大切になってきます。また、それに加えて自分たちがかつて外国に行ったときに、外国の医療チームとして活動した国際経験も非常に役に立ちました。

外国医療チームを受け入れる際には、綿密な調整が不可欠ですので、経験と資質を持った日本の医療従事者の協力は必須であるというふうに感じました。

以上です。

○中村座長 甲斐先生、どうもありがとうございました。

それでは、4 番目でございますが、高知県健康政策部医監の田上先生にお願いいたします。

田上先生は、医監という肩書きではございますが、自治医科大学を卒業されました医師でございます。保健所長も兼務されております。それから、全国衛生部長会の中に災害時保健医療活動標準化検討委員会というものがあるというものがこのたび立ち上がりまして、その委員長も務められております。

田上先生のお話につきましては、お手元にハンドアウト、チラシがあると思っておりますので、そちらも御参考にしていただければと思います。

それでは、田上先生よろしく申し上げます。

○田上氏 皆様、こんにちは。

ただいま御紹介いただきまして、ありがとうございました。

資料にありますとおり、私は、2つの肩書きを持っておりませんが、今日は医監の立場または標準化委員会の委員長の立場でお話をさせていただきます。

標準化委員会の設置の経緯は、下に書いてありますので後ほどごらんいただければと思いますが、この1月20日に立ち上がったほやほやの状態でございます。

次の2ページですが、これまでの取り組みの中で見えてきた課題を少し整理させていただきました。

被災自治体では、指揮命令が混乱していて、チームをうまく活用できないという問題が起っておりまして。また、派遣の交通整理にも問題があったというふうに考えています。

私は南三陸町の支援に行かせていただいたのですが、そこで感じたことは、現地の需要と供給の全体像が見えないという問題。それと、需要と供給をマッチングする機能がうまく機能しなかったという問題。それから南三陸町への支援と受援がミスマッチしていた。つまり需要と供給、支援と受援のミスマッチが起っていた。これを何とかしなくてはいけないというのが大きな課題かと思えます。

もう一つは、広域支援をお願いしたいのですが、南海トラフ巨大地震になるとさらに支援資源が少なくなりますので、民間の方々にも御協力いただく必要がありますし、さらにその資源を有効活用できるような仕組みが必要になってきます。

そういうこともありまして、全国規模での支援・受援の仕組みづくり、また、そのための標準化をしっかりやっていくべきではないかということですが、現状の都道府県の計画やマニュアルは、非常にばらばらでたくさんの課題がございます。

そうした中で標準化委員会が立ち上がりました。自治体間の応援を効果的に行うためにというのがミッションでございます。

3ページ。委員構成はこのようなメンバーでございまして、都道府県関係者と、それぞれの関係する団体、学識経験者。それから厚生労働省にオブザーバーで入っていただいております。

委員会は立ち上がったばかりでございまして、これまでの調査結果についての情報共有をし、各委員からいろいろな意見を1回目いただきました。今後、年4回開催する予定でございます。次回が5月でございまして、今後の標準化の取り組みの骨格を次回で確認していきたいと考えております。

今日は、全国的な観点でのいろいろ御指導いただくようなメンツの方がたくさんいらっしゃいます。ぜひ、忌憚のない御意見、御助言を5月までに私のほうに入れていただきますと、大変ありがたく思います。

以上でございます。

○中村座長 どうもありがとうございます。

以上で、前半の基調講演も含めまして、6人のパネリストからのこれまでの経緯、あるいは経験、そういうことについて御報告をいただきました。

それでは、ここから先は、先ほど冒頭に申し上げましたように、3つのテーマそれぞれについて、フロアの皆様も交えましてディスカッションをしていきたいと思えます。

まず、テーマの1といたしまして「災害時保健医療分野の国際協力、効果的な支援の展開」というテーマでございますが、この点につきまして、まずパネリストの中でどなたかいかがでしょうか。

押谷先生から、ちょっとよろしいでしょうか。今回、フィリピンの台風にもいろいろと支援ということで現地にも何度も赴いたということでございますが、この国際協力、特に効果的な支援の展開のポイントという、どんなところが出てきますか。あるいは、そこに縛らなくても、先生のお考えについてお聞かせいただければと思います。

○押谷氏 幾つかあると思うのですが、まず一つは、やはりこういう今回のフィリピンの台風のような大規模な災害だと、非常に多くの国が支援に来ます。今回も非常に多くの国から保健医療関係だけでも物すごい数の国の支援団体が入っていて、その調整が非常に難しい課題だということになります。今はそういうときにどうやっているかということ、国際機関が中心になって考え出したクラスター・アプローチというものがあります。いろいろなクラスターが決まっていて、ヘルスはヘルス・クラスターというものがある、例えば水とか環境の問題に関してはWASHというそういうクラスターがあって、それぞれにクラスターはクラスター・リードというものがあります。ヘルスの場合にはWHOがそのリードをとって、現地の保健省と一緒にそのクラスターをリードしていくということになります。

そういう国際的な仕組みが確立しているので、そういう国際的な仕組みをまず理解して出ていかないと、なかなかうまくいかないということは、ひとつあると思えます。

その上で、やはりそういうクラスター会議とかも私も何回かやりましたけれども、50人ぐらいの人が

非常に狭い空間の中で、それぞれいろいろなものを背負って来ている人たちが、それぞれの利害をぶつけ合って議論するわけですね。そういう中できちんと議論できる人がいないと、日本のプレゼンスというか、日本が何をしたいのかという主張ができないということになります。今回も日本の人たちは一体何をしたいのかというのが WHO などからよく見えないということが言われていました。日本はやはりフィリピンなどの場合は、これまでもフィリピンで活動してきたという実績もあるし、アジア人同士ということでメンタリティーが理解できるとか、今回の場合には津波の再経験というものが生かせる場面で、日本がもっとリーダーシップをとっていろいろなことができたはずなのだったと思うのですが、なかなかそのリーダーシップをとって日本がそのクラスターを引っ張っていくというようなところが日本の今の人材だけでは難しいところがあります。そういう人材を日本の中で育成していくということも必要なのかなというふうに思いました。

○中村座長 ありがとうございます。

佐藤市長さんから、イスラエルの受け入れの御経験も踏まえて、高所大所から国際協力、災害支援に対する国際協力ということについて、御意見いただければと思うのですが。

○佐藤市長 私としてはそういう高度な感覚でなく、若い頃にイスラエルのキブツに1年間滞在し、お世話になり勉強させていただいた。それ以降もイスラエル大使館とは、継続して交流をし、何か行事があったら呼ばれたりしていました。そして、お世話になった分、いずれどこかでお返しをしようという気持ちを持っておりました。

ところが、ある日突然、外務省中東第二課長から連絡が入り、何とかイスラエルの医療チームを受け入れしてもらいたい、君が一番コーディネーターとしてふさわしいという申出があり、何度も大使館からも私のもとへ連絡がありました。最初はお断りしました。とてもじゃないけれど、こんな大変なことに手を出したら医師会から怒られると思って逃げたかったのです。しかし、やはり義理と人情の世界です。男としてやらなければいけないと思って引き受けました。その後、状況をお伺いすると、まさに日本から海外に医師派遣する場合には、みんな大いに行きますが、海外から医師を受け入れるとなると絶対断断のです。医師の免許証を持たない者に医療行為をさせてはならないことと、基本的に必要な物資の調達を自己調達、自己完結することなど様々な条件があり、大変だったのです。そのようなことを全部伝えてもイスラエルの側は受けてくれた。この背景には、昔、ユダヤ人を大量に助けてくれた日本の外務省のことがあったからだと思います。

そういう意味で、はじめは、ものすごい抵抗がありましたが、それを押し切って、皆さん方に背中を押してもらって、イスラエルチームが残したことは、私は良い国際交流に繋がったと思います。これから先起こり得るであろう、いろいろな事件あるいは事故に対して、大きな一つの流れができたと思います。これで、日本が逆に海外に認めてもらえるような前例になると私は思っています。必ず今後に生かされると思います。

○中村座長 ありがとうございます。

甲斐先生、実際に現場で医師として調整役ということでしたけれども、いかがですか。

○甲斐氏 実際に、イスラエルチームが現場に来てよかったのかどうかというのを、現場に来てどうですかというのを結構聞かれるのですね。

イスラエルチームの入った3月27日の段階で、日本から国内医療チームが20チームいました。どれもが小規模のチームでしたけれども、それに加えて外国から大きなチームが来て意味があったのかと言われますが、僕は意味があったと思っています。

といいますのは、あれほど大きな規模の国内チームはなくて、イスラエルチームのみが、もともと地域では病院のレントゲン検査もできていましたし、エコーもありましたが、そういうような検査機器が全くなくなっていた地域にそれらの機械を持ち込んで、国内チームがカバーできていなかったレントゲン検査ですとか、臨床検査の検査サービスを提供しましたし、地域でとまってしまっていた妊婦健診も早期に再開することができまして、イスラエルチームが入ることでそれらのサービスを提供できて、また、撤退に当たっては、実際に町が欲しがっていた検査機械ですとか、そのインスタントのものも提供していただきましたので、町の医療サービスの早期再開にも寄与できたということで、日本のチームが同じことをできたらいいと思うのですが、日本チームができなかったことを外国チームがやってくれたということで、実際に地元貢献したなと思っています。

今後も南海トラフの地震ですとか首都直下ですとか、日本の国内リソースだけでは対応できないというようなことがあるときには、このような外国のリソースも活用すればいいのではないかなと個人的に

思うのですが、実際、現場の調整が大変だったという経験もありますので、外国からのチームが来るとも想定した受け入れの仕組みというものが無いと、複数のチームがたくさん押し寄せたときには大混乱に陥ってしまうかなと思いますので、受援のシステムは大事なかなと思っています。

その中では、例えばヘルス・クラスターの紹介がありました。それは調整ができるような人間というものがキーになってくるかなと思いますし、もし調整する人が国内で足りなければ、自分で養成する、養成の段階で常にトレーニングを積むですとか、調整する立場の人も日本に呼んで外国チームのこの調整はその方をお願いしつつ、能力を出すなど、そういったこともしてもいいのではないかなということも個人的に考えています。

○中村座長 ありがとうございます。

ほかに、パネリストの方でこの点につきまして。

○大友氏 では、2点。

○中村座長 大友先生、お願いします。

○大友氏 結局、外部からの支援をきちんと受け入れるためには、受け入れるための仕組み、もしくは計画をしっかりとつくっていないと、その場その場で調整すると非常に大変だと思うのです。

ですので、今、甲斐先生がおっしゃったように、今後、本当に日本全体が被害を受けるような南海トラフ地震のときのために、きちんと外国チームが入ってきてどういうふうに活動するかに関して、枠組み、仕組みをつくっておく必要があるのだろうなと私は思います。

あと、フィリピンの話で、私は JICA の国際緊急援助隊の医療チームの総合調整部会長をやらせていただいているのですが、緊急援助隊は、医療チームは3チーム、2週間ずつ計1カ月強支援を行っております。そのときに、当然クラスター・ミーティングには必ず参加して、その地域、まずどこで活動するか調整をし、その結果活動場所が指定されて、その中でまた報告をしながら、きちんと WHO の枠組みの中できちんと役割を果たして帰ってきたのだと私は思っています。ニーズもあつたので引き揚げる、そういう形でやったのだと私は理解しています。それをまた日本人が仕切ったほうがいいかどうかというのはまた違う話かなと思うのですが。

○中村座長 押谷先生、どうぞ。

○押谷氏 日本人が仕切らなければいけないと言っているわけではなくて、本来は WHO がクラスター・リードで向こうの保健省がきちんとイニシアチブをとってやるべきことなのですが、そもそも今回被災した地域というのは、保健省のリージョナルオフィスというのがあるのですが、そこも非常に弱い。保健省自体のキャパシティが非常に弱いところで、そこに中央から入ってきたフィリピンの保健省自体にも、この数年前からいろいろな問題があつて、なかなかきちんとしたコーディネーターができなかったという問題がありました。そういう中で日本がもう少し、必ずしも保健省の言いなりというか、指示が来ない部分に関して、もう少しリーダーシップをとるといようなこともできていいのかなというふうに思ったのです。

○大友氏 私、報告だけなので、行かれた久保先生とか高田先生どうですか。

○久保氏 大きな声で話させていただきます。産業医科大学の久保と申します。

今回、緊急援助隊の1次隊で、先遣隊員に加えていただきまして、現地に行かせていただきました。

我々としては、当然当初からクラスター・ミーティングでのコーディネーションを物すごく重視しておりまして、今回 WHO は一応仕切っているという形にはなっていますが、比較的現地保健省が仕切っていましたので、どちらかというとなら WHO というよりは保健省の意思に、被災国の意思に従ってというのが大きな方針だったと思います。

ただ、発災直後から入りまして、今回私が理解したことは、仕切っている保健省の、DOH の方も災害のプロではないので、やはり非常に指示が曖昧だったりとか、そういうことは確かにありました。

その中で、JDR としては、緊急援助隊としては、当初あちらの提案した病院に行つてやるという大前提で動いていたのですが、2日目の時点で、これは指示を待っていたら多分動かないということで、我々自身でサイトを選定して、ただ、それを勝手に決めるのではなくて、当然 DOH に行つて、あとタクロバン市の市長さんにも許可をとって、土地の所有者にも許可を得てというような調整をした上で、押谷先生も行かれたタクロバンというところに設置したというような経緯がございました。

どこまで我々が指導するかというのは、必ずしもコーディネーション一辺倒ではないほうがいいという押谷先生の御指摘だと思うのですが、それは確かに私たちも非常に感じましたし、我々はプロとして入っているのですが、ただ、被災国政府が必ずしもプロじゃない方が仕切つてらっしゃることもあるので、

そういう中では、サポーター的な提案の中でコーディネーションをやっていくというのはあってもいいのかなと感じたところです。

○高田氏 私も、HuMAのメンバーとして入っております、当初タクロバンのほうには入っておりませんので、そちらの当初の事情のことはよくわからないのですが、私が行ったのはセブ島と、レイテ島の西のほうのオルモックと、そちらのエリアのほうを少々かじっているような状況でございます。

今、久保先生がおっしゃったように、クラスターでのコーディネーションで、日本がどれだけリードするかというようなところの議論ですが、やはりそのサポーター的な提案の中でうまく合意をしていくというところが一番落ち着くというか、落としどころではないかなと私も感じております。

実際、マニラでのクラスター・ミーティング、それからセブでのクラスター・ミーティングのほうには出ているのですが、それぞれやはり、十分な現場の情報というのをWHO側が持っていなかったと認識しております。それぞれのクラスターメンバーから上がってくる情報を集約し、wwwのほうに反映させていくとかという形での情報共有の中でのコーディネーションだと認識しています。

ですから、なかなかそのアサインメント、どのチームをどこにアサインメントするかというぐらいの指示というのはなかなか難しい状況で、それぞれがアセスメントしてきた情報を共有していく中でギャップを埋めていくというようなコーディネーションだというふうに思っておりますので、日本はこれだけ見てきてこういうところが足りないのですよというようなインプットがある、そういう形でのリードという形はあってもよかったなと、実際やっていると思うのですが、そういう形のリードは何かと思っております。

ありがとうございました。

○中村座長 ありがとうございます。

よろしいですか。では、フロアからお願いします。

○近藤氏 JDRについてなのですが、今回の押谷先生の御指摘も非常に納得できる場所でありまして、JDRにとっては実はそうはいっても、今回、久保先生に行っていただいて久しぶりに公衆衛生にかなり力を入れた形の1次隊、2次隊、3次隊だったというふうに聞いております。

さまざまな水質調査であるとか、住民への健康教育等々をやってきたという実績は、しばらく治安が悪いところの派遣が続いたりして、アイデアは重ねていたのですが、なかなか実施できなかった。ワクチンの接種もやったという形では、公衆衛生という意味では今までの中では比較的やれたミッションだったのかなというのが、歴史の中の評価ではあると思うのですが、どうしてもチームを連れて行くという流れの中で、そのチーム自体をマネジメントしながら地域のコーディネーションのほうに貢献していくというスキームのところまでちょっとまだ我々も高まっていないところがありますので、今後は、今JDRの中では質を高めていく、オペをするという方向もあるのですが、ある程度複数のチームを出して、一部はコーディネーションにたけたチームをつくっていくということも今後の一つの課題なのではないかなということを、きょういただいたのではないかなと思っております。ありがとうございました。

○中村座長 ありがとうございました。

済みません、フロアの方、申しわけないのですが、御発言の前に御所属とお名前をお願いいたします。

○仲佐氏 国立国際医療センターの仲佐です。

ちょっと違う視点ですけれども、実際外国に行ったときの、何ができるかということだと思のですが、やはり日本は過去災害をこれだけ経験している。やはり経験が一番多いのですが、それを伝えるような、それなりにものを持って、日本から行く人間はそれは当然のこととして、持っているものをみんなに伝えているということはやはりすべきで、そういうものは英文でつくっておくとか、そういうのは過去の経験をちゃんとした形でもって日本から行く援助隊は全部それ知っていると、こんなの常識だということを伝えていくというのが1点。

もう一つ、公衆衛生分野で言えば、実は日本の保健師さん、過去のいろいろな災害の中ですごい蓄積があって、これは海外の援助にとっても使えることだと思う。特に、日本の保健師さんは、地域のこともし、個人のこともし、だからこそ災害のときにちゃんとした援助ができる。

実は、そういうのを僕は海外でもされていく、とても大きなことなので、調整はやはりこれ、欧米人の厚かましさには負けると、違うところで何か貢献してもいいのではないかと思います。

○中村座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○坂元氏 川崎市の坂元と申します。

イスラエルの支援を受けたときに、やはり日本の国の医師免許を持たない人がどこまで何をできるかというのはすごく議論になったというふうには聞いているのですが、皆様方御存じのように、実は国のほうでは、国家戦略特区という中において、外国人に医療行為を認めるということをどんどん動き出して、これは恐らく産業研究開発分野の部分だと思うのですが、その中にいろいろな条件が付されているのですが、やはり今後もし、そういう海外からの医療支援を受ける場合の規則化みたいな、例えば向こうの政府が医療チームを承認していることとか、日本の医師の指導のもとでやるとか一定のルールをある程度つくっておかないと、やはり次に来たときもそういう事務的なやりとりで無駄な時間を使うのかなと感じるのですが、その辺、甲斐先生どうですかね、あらかじめ制度化していくという考え方に関しては、どなたでも結構です。

○佐藤市長 調整した中で、私は運がよかったのは、ちょうど防災会議の専門委員会のメンバーをやっております、偶然内閣府の参事官と仲良くなり、直接、携帯で連絡がとることができる状況でありました。厚生労働省の考え方や外務省の考え、官邸の考えも聞かせていただいて、そのことを知事に説得をしていったわけですが、厳しい条件がつかしました。

3つの条件といひまして、1つ目が、被災地の状況を考慮し、「必要な物資や燃料の調達に基本的には全て自己調達し、自己完結すること」。

2つ目、これが大切なことですが「現地の日本人医師の指示に全面的に従うこと」。だから、医療行為をやってはだめです、検査行為のみと、これを言われたのです。

3つ目が「イスラエルの医師が行う医療行為は、日本人医師が必要と判断した検査行為のみとする」ということです。

自己調達、自己完結ですから、通訳も1人に2人ずつつけなさいという。ちょっと不可解なことであり、無理があると言ってきたのですが、それをみんな死に物狂いになって集めて、絶対に南三陸町に迷惑をかけないようにしました。だから、全部栗原市でそれをしよう。ホテルなど宿泊施設を全部用意し、そういうところを段取りする、要は自己完結のお手伝いをしていきました。

○坂元氏 済みません、そうすると、それが今後前例化で、国も同じ考えを今後その3つの条件というのを踏襲するというふうなのか、本当にその場限り国が考えたのか、どちらでしょうか。

○佐藤市長 イスラエルが来たのですぐヨルダンが手を挙げたと思いますよ。中東でもめているところですからね。ヨルダンがすぐ応援に入りたいと。私に改めて外務省中東第2課からヨルダンもどうかと連絡がありましたから。私は、もうたくさんだとお断りしました。その後、福島に入ったようですが、そういうことで前例ができたのではないかと思います。全てこういう条件のもとに、前例でやっていたと思いますが、今後はこういう世界ですから、もっともっと良くなって公衆衛生の方もしっかりと後フォローができるような体制ができればなおいいかと、思っています。

○坂元氏 ありがとうございます。

○甲斐氏 この3条件と、あと通訳に関してなのですが、3条件というのは、今回はまず関東大震災より久しぶりのことで大型チームということで、まず第1に基本原則は地元で迷惑をかけないこと、このことをかなり重視したのではないかと個人的に思っております。

ある程度、地元医師も知らないところで勝手なことを慎んでほしいということで、イスラエルの医者が活動を全くできないと、そういう規則ではなくて、基本的には地元の医師を全て知っていると、日本と外国では行為も療養も違いますので、そういう細かな分野もありますので、基本的に地元で迷惑をかけないことを最優先としていたと思います。

通訳については、人数以外に今後、質についても調整が必要と個人的に思っておりまして、医者2人に1人の通訳という人数が数字としていいかわかりませんが、医療通訳ということは実際の現場で必要と思っております、言葉、実際に通訳をされる方も一般通訳の方ですと、医療現場の通訳をする分にはかなり困難を感じておられまして、医療通訳の方が1人しかいなかったということで、その分野の医師・看護師がかかわったということが今回調整の一つの困難であったと思いますので、実際にはこの3条件は今後変わるとは思いますし、それ以外の通訳に関しても、今後準備は必要でありますし、この条件をある程度受け入れる前にしっかりと日本が明示して、この条件を満たしたチームを受け入れますと、ここにはこれですということを日本からアピールしなければ、困難が来すというふうには個人的に思いました。

○中村座長 ありがとうございます。

時間の関係で、このテーマにつきましては、一旦ここで打ち切らせていただきまして、次のテーマ2

に移りたいと思います。

「支援における行政と民間の連携、パブリック・プライベート・パートナーシップ (PPP)、効果的な推進方法」ということですが、まず、御発言を大阪府の笹井先生にお願いをしたいと思うのですが、よろしいでしょうか。

○笹井氏 大阪府枚方保健所の笹井と申します。

田上先生に少し御意見をお伺いしたいと思うのですが、民間の力を災害時にもっと活用すべきだと思うのは、皆さん異論がないことだと思います。

東日本でも、行政には少ない心理職の方とか福祉関係の方とか、理学療法士、作業療法士、そういう方がたくさん応援に入っています。

行政は保健師等が主体ですけれども、そういう賄えない職種、当然避難が長期化すると体が動かなくなる、栄養状態も悪くなる、しかも心理的にもダメージを受ける。これは当然だと思います。

そこで、大阪でもいろいろこの問題、議論しているのですが、なかなか医師会との災害協定というのは前例がたくさんあるのですけれども、それ以外の職種ですとか大学ですとか、そういうところとの協定がなかなか、どういうふうに結ばいいのかという、そのところで進まないのですが、衛生部長会でこういう標準化委員会をつくられたときよくお聞きしましたので、ぜひこの問題をどういうふうにすれば協定等を結んで民間の力を活用できるのか、支援をお願いできるのかということも、ぜひ重点的に御検討いただきたいと思っています。ぜひ、御意見をお願いします。

○田上氏 それでは、私の・・・。今のお答えだけでいいですか。

○中村座長 どうぞ、含めて。

○田上氏 私の配付資料のほうをごらんいただきながら、今の御質問も含めてお話しをしたいと思います。

ここからは、まだ委員会が立ち上がったばかりですので、委員長の立場ではなくて、私的な立場ということで御了解をいただきたいと思います。

笹井先生からもあったお話ですが、現在、私のところで今、地元の薬剤師会と県全体での協定があり、地元の薬剤師会と協定して、いろいろな取り組みをしています。それから今、リハのほうで、ディーラット (DRAT) という動きがあって、それを市町村につないでくれということで私にリクエストが来ていまして、今その調整作業に入っているところです。

そこでちょっと難問になっているのは、医療のほうは災害救助法でいけるのですが、介護・福祉が救助法の適用外なのですね。そこらあたりでの権限、責任、費用負担の問題、ここが制度的に大きなネックになっております。それを踏まえてどうするのかといったことの検討を私のところで今、始めたところです。

お手元の資料をごらんください。この中で県行政は私だけです。それから、民間といったときに、何を民間というのかなと考えた中で、とにかく行政セクター以外のものを全てと考えたときに、一番大事なのかと地元の住民力・地域力ですね。そのところが一番大事だと思っています。それを大前提にした上で、それでも足りない部分を域外からの支援をいただく。そして、パブリックもプライベートも両方いただきたいということですが、

とにかく、官民総動員体制をどうやってつくるのかという、その組織システム論といったところをしっかりと議論する必要があります。

次のページ。ところが、現在の災害対策本部、現在の災害対策基本法は、伊勢湾台風がベースになっていますので、民間セクターとのつなぎのところが非常に限られています。また、「連携」としか書いていなくて、具体的にどのように連携のところをマネジメントしていくのか？いろいろ調べてみたのですが、高知県の現状で見ると、もう惨たんたる状態で、つなぎの連携のところのマネジメントシステムが無いに近い状態です。

それから、医療救護計画の中で、この民間セクターとのいろいろなつなぎ部分があるのですが、医療セクターに限られているということと、同じくマネジメントの仕組みが医師会、薬剤師会とは今できつつあるのですが、極めて弱いという問題があります。

一方、次のページ。宮城県では災害保健医療支援室というものができて、上原先生がこのような資源を、民間資源を調整されたというようなレポートをされていました。はっきりいって高知県の中では、こういう支援資源があることすら、災害対策本部は理解していない状況にあります。

このように、今の災害対策基本法に基づく対策というものは、民間とコラボする仕組みが極めて弱い



ということがあります。そういう意味で民間とのコラボの仕組みをつくっていく必要があり、いろんな制度的な整理をしなければいけないことが多々あるかと思います。

まとめますと、現在の災害対策本部（支部）は官主体の体制であり、民間との連携協働は限られているし、マネジメントの仕組みが極めて脆弱であります。ここが大きな課題かと思います。

今後は全国の民間の災害支援資源をぜひ育成していただきたいし、また、それを事前登録して、安心してリクエストしてお願いできるようにしていただきたい。

また、災害対策本部（支部）の指揮下に DHEAT に入っただいて、域外の民間資源を効率的につないでいく。こういう役割をぜひとも DHEAT の皆様方にお力添えをいただきたいと思います。

例えば私のところは福祉保健所で、福祉保健所長がトップなのですが、私が行けない場合もありますし、どうなるかはわかりません。支部長としてマネジメントできない場合がありますが、支部長であることにはかわりありません。そこをしっかりと組織の中に入っただいき、参謀役として権限移譲をさせていただきますので、権限を持ってやっていただく。そういう仕組みがつかれないかなと考えております。

いろいろな課題がたくさんありますが、こういった課題を一つ一つ整理していかなければいけないと思っております。

○中村座長 ありがとうございます。

この課題につきまして、ほかにいかがでございますか。

お願いします。

○松本氏 千葉県夷隅町の松本です。

甲斐先生は関西の方だから地域のことは全くわからないと思うのですね。そういった地域の被災ニーズとかそこら辺はどういうカウンターパートと話し合いをして行動されたのか、そこら辺の詳しいことをお願いします。

○甲斐氏 東日本の国内支援ということによろしいでしょうか。

まず、基本的に医療チーム単独で行動することはありませんで、基本的に医療統括の下で活動することになりますので、もともとの地元で医療をされている方の指示等を優先しますし、実際に診療する段階になりますと、地域にはその被災集落に保健師の方がおりますので、基本的には診療前にその方と情報交換をしまして、診療中も一緒に活動していますし、診療の情報交換をすることで、僕たちの得た情報が被災地、地元の方に還元されるように、また、僕たちの知らない地元の情報を教えていただけるようにということでも常に協力して地元を最優先ということで活動していましたので、自分たちだけでひとりよがりということはないようにしています。

○松本氏 災害計画は、市町村が単位となっていて、県と話し合いをするのか、市町村と話し合いをするのかで大きく違ってくると思いますが、具体的には市町村とされたのですか。市町村のどういうところとされたのですか。災害対策本部ですか。

○甲斐氏 基本的には、先遣隊の段階で話があったと思うので、そこについては先遣隊であったと思います。基本的には災害対策本部には挨拶をした上で、実際には市町村、町の災害対策本部の下で活動したという認識です。

○中村座長 PPP の話に戻してもらえますか。

○緒方氏 PPP の話なのですが、大きい声で話しますが、公衆衛生、医療のほうは結構あるのですけれども、公衆衛生のプライベートはどこから人を持ってくるか結構難しい問題だと思うのですね。

これ、押谷先生とか、あるいは大友先生でもいいので聞きたいのですが、一つの資源としてこれは公衆衛生の一分野になってしまうのかもしれないのですが、感染症ということ、感染症というのはまずは最初の押谷先生もそうでしたけれども、最初の出発点でもあると思うのですが、最近は感染症という言葉、感染研もありますし、大学の公衆衛生もあるのですが、それは数が非常に限られている。

最近は臨床のほうですごく感染制御チームというのが充実してきているのですね。どの大きな病院も認定看護師さんがおられて、私、今週末、環境感染学会に出ますが 8,000 人ぐらい大体来ています。認定看護師だけでも 1,000 人います。この方は臨床の人でもあるのですが、しかし、大体半年間の教育の中で何割かは疫学を勉強してきた。だから、公衆衛生としての基盤としては、私はある程度お話ができるのではないかと思いますので、今後はそういう人々も一緒にコラボしていったらいいのではないかと思います。もし、何か御感想があったらお聞かせいただきたいなと思います。

○押谷氏 実際に東日本大震災のときにも、東北大学だと賀来先生のグループ、賀来先生のところは感

染制御で日本の中でも有名な教室です。我々が宮城県に頼まれたのと同じように賀来先生のところも宮城県に頼まれて、いろいろな形で動いたわけです。岩手県は岩手県で岩手医大の感染制御のグループが、病院の感染制御の人たちとネットワークを組んで、防衛医大の加来先生が中心になって、タブレット端末を使ってサーベイランスを立ち上げたというようなことがありました。感染制御のネットワークは実際に東日本大震災のときにも使われてますし、そのネットワークは非常に強いネットワークです。ただ、問題は彼らは日常的には病院内のことを中心に扱っている。そこがやはり公衆衛生のトレーニング、本当の公衆衛生の病院外での感染症のトレーニングというのも彼らがもう少しやっていかなくてはいけない部分があるとは思いますが。

○緒方氏 ありがとうございます。

そういう人たちと、例えば保健所なんかチームを組めば私はいいのではないかと考えておりますので質問させていただきました。ありがとうございました。

○中村座長 坂元先生でこの課題、ちょっと最後にしたいと思います。

○坂元氏 大きい声で。これは情報提供ですが、東日本大震災が起きた直後に、全国の都道府県、政令市にあなた方の自治体の医療チームが支援に行っていることを把握していますかという質問に対して、回答が27%しかなかった。つまり、7割近い自治体が自分のところの自治体のどんなチームが支援に行っているかということを実際に知らなかったと。その後、自治体の研究チームで各都道府県の災害保健医療マニュアルを調べても、その中にある団体とは、その自治体、災害が起こったときには協定を結ぶけれども、外に出ていくという面に関しては、ほとんどの決まりが全くないというのが今の現状です。これは情報提供です。

○中村座長 都道府県政令市が把握してなかったというのは、例えばある県の県庁がその県内の何とか医師会が被災地に派遣した、そういったことの実態については把握ができてないという現状があったということですか。

○坂元氏 7割の都道府県、政令市が把握してなかったということです。

○中村座長 ありがとうございます。

PPPのプライベートというのをどういうふうに捉えるかというのは、なかなか難しい問題で、例えば医師会とかそういう職能団体、これは確かにプライベートですし、あるいは田上先生の資料の6ページの上のスライドで、これは東北大学の上原教授のスライドを改変ということですが、本当のいわゆる民間企業みたいなのところも入っていて、そういったところもやはり行政、我々も含めてですが、どういった組織がどういったことを保健医療のディザスターで提供できるのかというのは実はよくわかっていない。平時からわかっていないという現状があるような気がするのですが、ですから、まずその辺のところからの把握が第一歩かなという気が私にはしました。

そういう考えで、田上先生よろしゅうございますか。

○田上氏 そうですね。ぜひこれを全国規模で。いろいろな民間資源を、上原先生が書かれているようなたくさん民間資源のどの組織が災害時にどんなことができるのかといったことを事前登録していただく。また、その質ですね。質がぐちゃぐちゃなのは困りますので、この組織は大丈夫ということのお墨つきのものが欲しいなと思います。

それを全て我々が周知して活用するのは、まず無理です。ですから、そういう資源をうまく活用できるシステムをDHEATの中でつくってほしいし、DHEATを組み込めば、民間資源の活用をお願いしますというミッションを出すだけで、それが私どもの中に入ってくるといったことをぜひ御検討いただけたらなと思います。

○中村座長 ありがとうございます。

それでは、今、田上先生の御発言の中にDHEATが出てまいりましたけれども、テーマの3番目「DHEATに求めるもの、DHEATが備えるべきもの」ということで少し討論したいと思います。

まず、パネリストの方々いかがでございましょうか。

高野先生、研究班長として、いかがでございましょうか。

○高野氏 多くのことを研究班では検討しているのですが、この「DHEATに求めるもの、DHEATが備えるべきもの」という座長の設定したテーマに関しましては、まず、第1にはやはり能力ですね。役に立たなければ仕方がないので、やはりその能力。

これは日ごろの仕事に対して非常に高い能力を持っていても、いざというときのこうした場面での能力は、また別のものが開発される必要があります。キャパシティ・ビルディングということになりま

すが、そういうことでトレーニングにおいてどんなコンピテンシーを備えるべきか。それから、それはどうやって、どういう研修とかどういう訓練によってそれを身につけさせることができるかということを検討します。

時間がないので端的に2点だけ申し上げますと、1つは、先ほどから非常に議論になっていますコーディネーションですね。コーディネーション能力。これがやはり必要だろうと思います。

これはかなり教育によって付与されるべくところもあるのですが、教育というのは基本的にはその人が持っている以上の能力は開発できませんので、やはりある程度基本的に資質があるということは前提になります。

だけれども、資質だけ持っていてそれを発揮できるようにということでコーディネーション能力をつける。コーディネーション能力が求められる。それを備えていなければいけないと考えます。

2点目は、それぞれの分野が公衆衛生の場合には多岐にわたります。医療であれば比較的最小な使っている言語も一緒ですし、いわゆるチームも一緒ですし、意思疎通も図りやすい。それでも難しいと思うのですが、図りやすい面もありますが、公衆衛生ということになりますと分野が違いますし、日ごろから使っている言葉も違う。同じ言葉でも違うことを言っているというふうなことから、その共通言語がやはり必要です。

共通言語と一緒に働くためには、一緒に働くための土台が必要。ですから、DHEATに求めるものは、いろいろな多職種の人、それからいろいろなセクターの人、今、官、民もありますが、もっといろいろなセクターに分けられると思うのですが、そういうふうな人たちと一緒に働くための共通性。共通言語というところとちょっと、共通言語で議事録が残ると後で誤解されるかもしれないのですが、共通に認識して、共通に話し合える。分野が違ってそのときにいちいち説明、論理展開などはしておられませんから、こうだと言ったらそうだというふうになるように、日ごろからそのベースをつくっておくということで、そういう共通言語づくりといいますか、共通のベースづくり、共通の認識づくり、共通のマニュアルといいますか、手順をつくると、これが今、求められていますし、2年目、かなりこれが議論進んでいます。3年目には恐らくリストにして出せると思うのですが、そういうふうな、1つはコーディネーション能力、もう一つは共通言語能力といいますか、一緒に働く能力。

もっとほかにもこんなような話いっぱいあるのですが、大きく議論としてはこの2点、つけ加えさせていただきます。

○中村座長 ありがとうございます。

ほかの方、いかがでございましょうか。

佐藤市長さん、お願いします。

○佐藤市長 栗原市は、平成20年の岩手・宮城内陸地震の際に受けた多大な支援への恩返しのために、関係機関協力のもと栗原市被災地支援プロジェクト本部を立ち上げました。

県内の沿岸部自治体、特に津波によって行政機能が全く麻痺してなくなりました南三陸町に対して、先にお話をさせていただいた医療支援を初め、職員派遣、物資の支給など全面的な支援活動を行いました。

南三陸町の被災者への避難所の提供については、栗原市内6施設に最大時で92世帯242人の受け入れを行い、医師会や関係機関の協力のもと栗原市内の避難所へ避難された方々に対し、健康相談、エコノミークラス症候群の予防検査、心のケアチームによるメンタルケアなど、平成23年4月から5カ月の間、継続して行いました。さらに、栗原中央病院など市立3病院では、沿岸被災地などの病院からの要請を受け、患者の受け入れを行いました。

栗原市は、このように迅速に対応ができましたことは、平成20年岩手・宮城内陸地震の教訓や、栗原市内にも複数の避難所が設置され、300名以上の市民が避難所に避難をした経験などを東日本大震災の対応に生かすことができたからであると考えております。

しかし、東日本大震災のように被災地域が広範囲にわたり、被災地によりましては役所自体も被害に遭うなど、行政機能が低下した状況では被災地での支援自治体間や自治体以外の関係機関との調整や準備を行うことができません。

もちろん、イスラエル医療団支援受け入れのように、国・県などの組織が現場のニーズを最優先に考えて、スピーディーに対応する指揮・命令機関としての柔軟性が必要であること、そして、被災した自治体を中長期にわたり継続して一貫性のある支援を行う組織や、大規模震災などの緊急事態に対応する関係機関の連携スキームの事前構築が必要であると思います。

○中村座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがですか。

大友先生、どうぞ。

○大友氏 まだ私の中で整理できていないところがあるのは、今ある仕組み、枠組みとしては、超急性期の医療対応をする DMAT、これに関してはしっかりできている。その後の中長期的な災害医療に関してのことは弱かったということで、コーディネーション機能、県庁レベルと市町村レベルでつくる。

それの中には、もちろん医療もありますし、公衆衛生も入っていて、多分その両方をコーディネーター、コーディネーションのところで賅って、どこにその資源が不足しているか、そこに対して割り振るというようなことをやっていくのでしようけれども、その枠組みの中で、その DHEAT がどういうふう支援する、どこに入ってどう支援するのかというのがちょっと見えないので、それがだからコーディネーターの下に入るのか、もしくはもっと保健行政をつかさどっている部門に入って、その指揮下に入るのか、どちらなのかなというところ、しかも、恐らく求められるものとしては、DHEAT にも組織化ですね、組織力。つまりは、統括者がいてその下で働く、しかも県庁で統括するものと市町村で統括するもの、そういう組織を持つ必要がある。

もう一つはロジ機能ですね、つまりは被災地で非常に移動が困難、通信が困難という状況の中で、それをきちんと役割を果たすためにはロジの機能を持つ必要がある。その2つがあると思います。どこの下に入るかは、また議論が必要かなと思っています。

○押谷氏 今の話とちょっと関連すると思うのですが、先ほどのフィリピンの話もそうなのですが、東日本大震災のときは本来コーディネーションの役割を果たすべきところが機能しなくなったときにどうするのかということが、かなり大きな問題です。そのときに一体誰が現場で判断して意思決定をするのか。このあたりが、東日本大震災のときにも誰が一体最終決定するのかということが非常に不明確で、保健所長なのか市町村長なのか、県知事までいかないといけない話なのか、この辺が非常に今の日本のシステムは不明確で、そのあたりの判断ができないとなかなか前に進まないという問題があります。こういう組織をつくっても結局誰も何も決められないということになると、システムはあるけれども、人はたくさん派遣したけれども、実際には機能をしないということになることを私は非常に恐れています。そのあたりの権限をどうするのか。誰が現場で判断して決める権限を持てるのかというあたりが非常に大きな課題になるのかなと私は思っています。

○中村座長 ありがとうございます。

今のお二人の先生方のお話についてコメントを求めるとすれば、高野先生か尾身先生かなと思うのですが、いかがですか。

○尾身代表 今のパネリストのディスカッション、それからフロアからのコメントを私も今回の会議の主催者側として、非常に有益というか、これから考えなければいけないことの鋭い指摘だったと思うのですね。

いろいろな鋭い指摘が出てきましたが、私も今、聞いていた感想は、この DHEAT といういろいろな鋭い指摘が出てきましたが、私も今、聞いていた感想は、この DHEAT というのが必要だというコンセンサスは出てきたということですね。ちょうどそれは阪神・淡路の大震災の教訓で DMAT ができたということと同じだと思うので、これについて大まかなコンセンサスは、恐らくきょうもできたと思うのです。

そうすると、問題はかなり具体的なことになってきて、例えば今、田上先生、どこのところに入って、誰が一体意思決定して、あるいは海外のものだって、どういうふうな場合に海外の要請を受けるのかというような、DHEAT の精神を具体的なオペレーションに翻訳していくプロセスが多分必要になってくる。

そこが、大友先生の先ほどのスライドで大変おもしろい。DMAT ができあがったのは、実は氷山の一角で、このことを具体的にしようと思ったらこの地下にある運動を物すごくしなくてははいけなかったということですね。

そういう意味で、私は実際に今、大友さんが問題提起をしたコーディネーターというのが既にできている、その下でいくのか、あるいは都道府県の別のものでいくのか、あるいは DMAT の事務局との関係をどうするかという、こういうことは、実はここにいる参加者 100 人近くで話してもらちが明かない話ですね。これは恐らく私は、きょうも厚生省の方にも来ていただいているし、それと内閣府の方も来ていただいている、そういう意味ではこれはオールジャパンで、正式に交渉しないとらちが明かない。役所と交渉しないと絶対らちの明かない話ですね。