

った。その過程で、個別具体的テーマに的を絞った議論が展開できる機会は想像以上に少なく、各学会ともこのような場を熱望していることがわかった。

翻って、日本集団災害医学会を主とする災害医学の立場においては、他分野の知識がいかに重要かは既知の事実である。災害医療においては気象条件や観測予測からくる被災予想や被害推計、地盤状況などから推測される二次被害のリスク、道路や河川、港湾をはじめとした被害予測や被害状況、建物被害予測および状況等々、多岐にわたる学術的知見がなければ現場対応や事前の対策・訓練が非現実的なものになってしまうためである。

今年度、各種学会と議論を重ねる中で、これらの学会と密接な関係を構築することにより、特に災害への対策や準備の部分において、理工系領域の学術的知見が有用であることが痛感された。

その一方で、人体への健康被害や医学的知識、救急医療体制に関する知見は他領域から強く求められていることも痛切に実感した。特に放射線災害のセッションでは住民の健康被害とそれにまつわるリスクコミュニケーションは大きな課題である。各領域が足並みを揃えた情報発信を行わなければ、住民に大きな混乱を与えることとなるためだ。

情報発信のあり方としては、わが国は災害対策においては世界でもトップランナーであることを自覚し、積極的に情報発信していくことも求められると考える。この際、関連各領域の最先端の科学的知見を示す必要があり、より強い連携が望まれる。この観点は国連防災世界会議における30学会共同声明『Joint Statement of 30 Disaster-Related Academic Societies of

Japan Global sharing of the findings from the Past Great Earthquake Disasters in Japan』でも明示されており、他学会とも共通の見解である。

さらなる課題として残るのは、社会が災害時に医療業界および医療機関に求めるものがあまりに大きいことと考える。ここで言う社会には地域住民のみならず、自治体などの行政関係者も含まれる。彼らは医療機関にたどり着けば適切な医療が提供され、生命や身体機能が守られると強く信じており、医療機関にいかにつとめかかれば焦点を合わせることが多い。しかし、実際に他領域の学識者と議論を重ねるうちにその期待が過剰であることや医療の継続が当然のこととして防災計画が立てられていることに気付かされた。このような現状は人文科学系の学会のみならず、行政や自治体等を含む実務者とも連携や意思疎通が不十分であったことの証左と考えられた。

ディスカッションの中では今後発災が予想される、首都直下地震や南海トラフ地震において、あまりに被害想定が大きいことから『公助』では間に合わず、『自助』『共助』の重要性が多方面から示唆された。議論の中には災害時の、応急処置やトリアージを含む初期対応に住民参加を求め、これに対応できるような訓練を実施している取組や、地域住民によって運営される地区本部を自治会レベルに設置して行政組織に組み込み、市として組織的に管理する災害時活動体制と、これを運用することになる住民に対する講習会を実施していることなど、全国各地にモデルとなりうる事例紹介も散見された。

今後はこれらのモデルケースにヒントを得て、法学系や社会系の有識者を交えた社会的枠組みの構築や、関係各機関との災害

時に問題となりうるグレーゾーンのルール作り、特にボランティアとの連携のあり方を十分に検討していく必要があるものと考えられる。

我が国の現状として、首都直下地震や南海トラフといった未曾有の災害において、公助が不足することが予測されているため、『自助』『共助』の重要性が叫ばれて久しく、行政側（国家）も住民にこれを求めてきた。他方、住民側は『公助』への依存も強く、また国家も『自助』『共助』の具体的施策を十分に提示してきていないため、住民が『自助』『公助』を能動的に準備しているとはいえない現状である。その点において、地域住民による災害時の自治組織を構築することは極めて有用と考えられ、米国等の CERT は大変参考になると思われた。

CERT を我が国に導入する際の問題点として、Bosner 氏とのディスカッションでは、アメリカの FEMA に匹敵する機関は我が国には存在せず、また Incident Command System (ICS) をそのまま導入することも非現実的であることから、CERT の行政機関への組み込み方は十分な検討を要することとなるであろう、という結論に至った。ICS に関しても非常に有用なシステムではあるが、これをそのまま日本に導入するのではなく、しっかりと日本に adjust するよう、arrangement を加える必要があると考えられた。一方で我が国は、歴史的にもコミュニティの組織が発達し、消防団という大変強固かつユニークな組織が存在し、かつ地域に密着した町内会や民生委員といった自治組織も伝統的に活発なので、これらを組み合わせることで実現に近づける可能性が考えられた。

この際のヒントとなるのは国分寺市の取り組みである。即ち、町丁単位ないし小・

中学校区程度の地域ごとに市民防災推進委員を指定し、彼らを中心に自治組織を整えていく、というアイデアである。

校区単位で運営することのメリットは、医療者をいかに関与させるかという重大な課題にも活かされる。市町村の地域防災計画において、医療の計画が具体性を欠いたり、場合によっては空白になったりしていることがある。これは災害拠点病院の所在しない市区町村もある上、地元の医師会や保健所との関係性に地域差があることが原因と考えられる。この結果、医療との接点を見いだせない地区防災計画が立案される恐れが大きい。ここで医療者の介入を考える際に参考になるのが静岡県的手法である。校区単位であれば小・中学校に校医が指定されているため、彼らに医療を担当してもらう形で医療の窓口を見出すという発想だ。校医は地域に密着した家庭医としての役割を担っていることが多いため、地域住民の健康状態を比較的良好に把握していると予想される。また大抵は医師会の会員だと考えるので、市区町村の医師会を通じて医療コーディネーターとの連携も図りやすいと考えられる。

ここで考えなければならないのは、各地区を統制下に置くのは誰か、という問題である。市町村が統括するのが自然だと思われるが、地域防災推進委員に消防団員が入っていれば消防を通じて統制が取れるというメリットもある。

ただし、これを整備していくにあたっての問題点は、ファーストレスポンス普及の例でみられた通り、「統括者となる行政や消防の理解を十分に得ること」「資機材の準備や教育にかかる財源の確保」ということになり、「法整備+財政支出」を示すことが求められると考えられた。

消防団員に関していえば、国家とボランティアとの関わり方にも重要な示唆をもたらすと考える。彼らは特別職公務員という形でしっかりとした補償と費用支弁がなされる。これは今後のボランティア活動にとっての非常に明快なモデルとなり得る。補償と費用支弁という意味においてはDMATも同様である。両者とも voluntary に活動するという点においては広義のボランティアに属する。我が国における一般的なボランティア活動の定義は「自主性（主体性）」、「社会性（連帯性）」、「無償性（無給性）」等があげられる。」（厚生労働省 HP 厚生労働省社会・援護局地域福祉課資料より）とされ、「有償ボランティア」なる単語も存在する。ここでの課題は「無償でなければならないのか」「国家がボランティアに任務を課した場合には主体性を奪うことになる恐れがあるため、これは許されないのか」「国家が社会性を担保するような枠組みを提示することはどう捉えられているか」というものと考えられる。

まず、ボランティアは『共助』のシンボルになり得る存在と考えた場合、更なる普及が望まれる。ここでボランティアは全て自費で活動しなければならないという先入観から費用負担によってボランティア参加のハードルが上がることは好ましくない。ボランティアの語源が『志願兵』であったという海外並みに普及を目指すのであれば、海外と同様に最低限度の賃金を払うことは直ちには難しいにせよ、活動にかかる実費の支弁、活動中の傷害に対する補償、そして活動時の過誤に対する免責と国家による賠償責任の代位といった「法整備+財政支出」が必要となる。

一方でボランティアが増加するとこれを取りまとめ、一定の統制を取る必要が出て

くる。無秩序なボランティア活動が逆に被災地に対して負担をかけてしまった事例も散見されるためである。この取りまとめは法的には日本赤十字社に委託することが可能とされているが、実質的にはいわゆる「日赤ボランティア」を取りまとめているのみであるのが現状である。他方、実態としては社会福祉協議会（以下、社協）によって設置されるボランティアセンターがこの任を負っている。

このボランティアセンターの機能を強化し、ボランティアと国家の連携を構築できる制度設計を進めながら、国家が費用を支弁し、ボランティアに一定の業務を依頼する形態は、「同意しない自由」を与え、複数のミッションを提示し、その中から彼らの技能を活かせる活動を選択してもらう形態であれば、彼らの「主体性」を奪うことにはならず、むしろ「社会性」も担保するものになると考える。こういった機能が今後社協に求められるとした場合、その実効性とその障壁となり得る課題は今後さらなる調査が必要であろう。

上記の観点はボランティアがさらに拡大していくと考えられる今日において、我々医療者にとっても非常に重要な課題である。ボランティアとの連携は不可欠かつ不可避となるため、その接点をボランティアセンターに見出すことが必要となる。

E. 結論

災害医療の最大の特色は、いうまでもなく、「平時と違う」ことである。災害時対応のみならず、防災・減災対策においても、平時とどのように変化するのかの事前検討と準備には集学的な知見の集約が不可欠である。今後も各種学会のみならず、他領域の実務者ともより強固な連携を構築する必

要がある。

また、ボランティアに一定の業務を依頼することは概念上可能であり、米国の CERT 等国内外の先進事例を参考にしながら『地域防災推進委員』のような枠組みを中心とした運用をすることで、災害時における地域社会の『自助』『共助』を確立し、彼らが大規模災害超急性期のファーストレスポンドーとして初期医療を提供する中で発生する緊急度・重症度の高い患者を『公助』としての医療機関へと迅速に繋ぐことのできる連携体制を構築することが理想像と考えられた。

学術的にも行政的にも、災害時には平素の縦割りを越えた枠組みが必要で、防災学術連携体を通じた学術的連携や、内閣府主導の「戦略的イノベーション創造プログラム (SIP)」による技術革新を経た府省庁横断的連携が求められると考えられる。

最後に、近年、九州の「九州防災連絡会」や中部地方の「南海トラフ中部圏戦略会議」のような、国の指定地方行政機関が政府現地災害対策本部になることを想定して連携したり、各県と情報共有を密にして実務的運用を図ったりする例が各地に散見されるようになってきている。平成27年3月に策定された「南海トラフ地震防災対策推進基本計画」にも政府現地災害対策本部の設置が明記されていることから、今後もこのような枠組み設置の動きは全国に広がっていくものと予想される。この要員として地方厚生局の職員が明記されているにもかかわらず、地方厚生局内に防災担当が設置されていないなどの理由で十分な検討がなされているとは言い難いのが現状である。今後、この計画に沿って南海トラフへの備えを進める必要があり、ここには各厚生局にも参加が必要となる。従って、前述のような各

学会、各種業界団体やボランティアとの連携構築と並行して、事前に各地方の DMAT と厚生局および前述のような指定地方行政機関との連携を十分に検討しておく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

