

[研究会報告]

第 40 回国際小児保健研究会報告

浦部 大策 (世話人) 1)

1) 聖マリア病院国際事業部

I. テーマ: 「大災害における小児科医の役割」 ～東日本大震災を振り返って～

II. 開催日時: 2012 年 4 月 21 日

III. 場所: 財団法人 健やか健康事業団ビル内 第 1・2 セミナー室

IV. 概要

A) 講演 ”3.11 Japan Earthquake –Regional Response and Country Concerns 東北大震災に対する WHO の対応 ”

講師 講師: 葛西 健 世界保健機構西太平洋事務局 (WHO, WPRO, Manila, Philippine)

世界保健機構西太平洋事務局は地震発生直後から危機対策として健康保障局 (Division of Health Security and Emergencies) の活動の一つとして統括部 (Command system) を立ち上げ、1 日を 4 つのオペレーションサイクルに分けて活動してきた。しかし既存の制度が崩壊してしまった地域 (保健師さんがほとんど亡くなってしまってサーベイランスが始まらない) など、待っても何ら情報が得られないことがあり、災害発生 1 カ月後に現地に専門官を派遣した。現実感、危機感などの生の情報は実際に現場に行かないと分からないという教訓が残った。

WHO はリスクアセスメントの考えに基づいて、リスクマネジメントを進めていった。地勢学上、高齢者が多いこと (プレリミナリー) から、イニシャルリスクアセスメントとして、まだ寒冷な時期であったことから低体温症、溺水が主な急性疾患となることを想定して、引き続き、起こるであろう伝染病、慢性疾患の弾薬等の問題、メンタルヘルスを Continue risk assessment として対処を考えた。

また緊急対応の面では最初の 72 時間、現地でどれだけの対応ができるかが成否を決めるため、将来的な備えを啓発していくことが大切と指摘した。

また石巻赤十字病院など初期対応について情報を提供してもらい、WPRO の定期雑誌 Western Pacific Surveillance and Response Journal. Vol 2 で東日本大震災の特集を組み、石巻赤十字病院の石井正さん、田老診療所長黒田仁さん、岩手県保健福祉部医療推進課統括課長 野原勝さんに執筆をお願いし「現場からの教訓」として掲載した。

http://www2.wpro.who.int/NR/rdonlyres/24C2520A-C983-4FBB-B082-942D65967EC6/0/wpsar_vol2_issue4_GEJE.pdf

福島原子力発電所事故への対応

事故発生直後に事故の報道は行ったが、震災発生と同時に WHO に加盟国からは

#1 震災支援の申し出と同時に、原発事故関連として、

#2 放射能の安全情報、ボーダーコントロール、渡航制限、海洋汚染など

について問合せが殺到した。放射能に対する日本政府の公式発表はなく、結局、各国独自に基準を設定することとなった。ただ福島原発事故については最悪の事態を想定してリスクアセスメントが必要だったが、原発事故については事前の資料や準備が無かったので、各国バラバラに避難基準を作ることになった。

質問

Q：ドイツやノルウェーが独自に放射線測定値を発信していたが、事前にこれらの情報が分かっていたら、日本政府の放射能への対応は変わっていただろうか？

A：リスクコミュニケーションの観点から、情報の発信は、#1 受け止め側の素地作り、#2 受け止め方のモニターリング、そして#3 適切な発信という段階を踏むことになっている。ドイツが発信した内容をそのまま WHO が発信したら日本政府の混乱を招いたであろう。

Q：中村元代表：大震災の対応として日本の特殊性はなかったか？

A：日本で災害が起こったときの問題は、途上国のそれと変わらなかった。それはコーディネーションと福島原発事故では情報共有の問題であった。

B) 東日本大地震での医療支援活動 - 被災地にはどんな支援が効果的か？ -

発言者 浦部大策（聖マリア病院国際事業部）

事前に危機管理の準備が大事というマインドを共有するためにこの勉強会を企画した。

そもそも医療は診療以外に保健（予防）、福祉活動を包括したもので、災害医療：救急医療と短絡視されやすいが、同義ではない。

危機管理では被災状況のアセスメントが一番大切である。陸前高田市では津波で人口の 10%が亡くなり、重症の診療ニーズは低かった。DMAT は数日で撤退した。

しかし医療ニーズはあったはずで、震災があまりに甚大であったので救急医療の出番があまりなかったということであろうが、引き続き、感染症が問題となると考えられた。

聖マリア病院が入った竹駒診療所に訪れた人を年齢別にみると、20代は1,2回の診療のみだが、高齢者は繰り返し訪れていることから常用薬をもらいきていると考えられた。薬品の名前も後発開発品の名前が複雑で、現場が混乱する原因となった。

被災後の感染情報は診療を通して得ることができる。これらの情報をケータイの GPS 機能を使ってグーグルやマイクロソフトなどが Geographic Information System として地図上にマッピングすることで強力な情報源とすることができるはずである。残存できた医療機関で GIS データ（患者の年齢、受診回数）を集められれば、診療ニーズが経時的に把握できるので、今後、感染症対策の構築に使えると考える。

震災後 1 ヶ月で現地入りした際には、感染症発生を念頭にサーベイランスを行うことが必要と思われたが、保健師が訪問事業などの他の事業で多忙だったので、各診療サイトで感染症サーベイランスシートを記載してもらって、その分析から疾病の発生等の詳細な情報を比較的簡単に知ることができた。今後、グーグル、マイクロソフトなどと提携してサーベイランスを GIS 情報として集

めることが大切と思われる。

災害医療で一番重要なのは現場の状況把握で、その情報に基づいて必要な医療の適時分配が日本なら出来るはずである。災害現場に行ったら、自分自身が現地の情報を情報発信するマインドが大事である。

対費用効果という点で聖マリア病院では震災援助として総額約 4000 万円支出し、のべ約 2300 人の患者さんが訪れた。即ち、被災者ひとり 1.7 万円に相当し、その対費用効果については検討を要する。

国際機関の Shpere プロジェクトでは災害時の援助の質向上を目指したものが 1997 年に立ちあげられている。日本各地から多くの援助隊が現地入りしたが、統制がとれず現地のニーズに合わず、現地から見れば自己満足で終わってしまうケースが少なくなかった。援助の質というものをあまり考慮されていないと感じた。

最後に、普段からの非常時に備えたサーベイランスの構築方法や感染症把握の準備が大切である。

(質疑)

奥さん (NPO 法人前代表) : 災害時の情報提供の仕方

ミルクが足りないと言う情報や母が被爆の恐れのある場合の母乳に対する誤解などが見られた。

(結核研究所) : 災害時の具体的な対応方法はどうなっているか

葛西先生 : 事前シナリオを作成して

- #1 情報、service provision をブロック化
- #2 最低レベルの援助を担保するための予算措置
- #3 近々72時間の対応レベルの底上げ、災害時に増える volume に対する備え
- #4 中央レベルで災害時の緊急援助の部会を事前に準備を計画、実行できる体制を整えている。

渡辺先生 : DMAT に代わって、保健機能の保健所はどうしていくべきか?

浦部先生 : 既存のシステムも大事だが、緊急時には患者にケータイを持たせるなど GIS システムの構築が効果的ではないか? タイの大洪水でもマヒドン大学が率先して感染症対策を実施し、3日ですurveyランス網の構築ができたと聞いている。緊急の感染症対策への取り組みとしては、日本よりもレベルが高い。

矢野和美先生 (聖マリア病院内科医) : 医療機関同士のコーディネーションをもっと活用すべきではないか?

神谷先生 : 以前は災害が多かったので、コーディネーションを含め対応が可能であったが、被災頻度の減少で institution memory の消失が問題と指摘されてきたのに繰り返されている。

葛西先生 : 日本では高度成長期前に民間が持っていた機能が公的機関に 30~40 年かけて置き換えられたことが背景にあると思われる。

今西（開業医）先生：事前の準備、たとえば母子手帳が津波で流されたので、事前のIT化などの可能性が議論されるべきだろう。

札幌医科大学学生さん：災害時で医療関係者は誰でも第1線で働かざるを得ないことを鑑み、その教育はどうあるべきか？

葛西先生：WHOは教育と連携して活動を行っているが、まだまだ課題が多い。またWHOという組織の関係上、日本の地震、原発事故に対する情報や問い合わせに接してきたが、日本に関する報道で海外では耐えられないほど、日本のイメージがネガティブに発信されていたのにはショックを受けた。