



CiDER-PDP

Center for Infectious Disease Education and Research, Policy Discussion Paper

PDP013

JSPS 先導的人文学・社会科学研究推進事業学術知共創プログラム

「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」

災害対応における医療の貢献を考える

小出 直史 大阪大学感染症総合教育研究拠点 (CiDER)

山本 尚範 名古屋大学医学部附属病院

近藤 久禎 国立健康危機管理研究機構 (JIHS)

阿南 英明 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

JSPS「コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方」 災害対応における医療の貢献を考える

小出直史^{1,2,*} 山本尚範³ 近藤久禎⁴ 阿南英明⁵

要約(和文)

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、同時多発的に生じた数多の混乱を通じて、医療・行政をはじめとする社会システムの強靱性を問い直す契機となった。本セッションでは、COVID-19をあらためて振り返るという立場から、2つの話題提供が行われた。

第1に、阿南英明氏より、神奈川県における具体的事例を通じて、災害医療の制度設計に関する多角的な議論が展開された。とくに、法的根拠に基づく役割分担と機能集約の在り方について、戦略と戦術を峻別したロードマップの必要性が強調された。第2に、近藤久禎氏より、災害医療の実動部隊であるDMATの視点から、医療機関・社会福祉施設に対する予防的介入に関する問題提起と、治療的介入の有効性に関する評価が共有された。加えて、平時の医療が逼迫・崩壊していった過程において、医療機関や医療従事者に対する風評被害が医療資源の偏在を引き起こし、こうした偏在は医療者間でも生じていたという視点が提示された。

これらの議論を受けたパネルディスカッションでは、主に3つの論点が取り上げられた。第1は「国家備蓄」、法的根拠の確保と目的外使用の難しさが指摘され、現行制度の下では柔軟な運用に限界があることが論じられた。第2に「初動対応」、感染症法に基づく医療対応と災害医療の枠組みの乖離と、その統合に向けた取り組みが紹介された。第3は「オールハザード・アプローチ」、コーディネーション機能とともに、制度横断的かつ包括的な法制度を含む整備が不可欠であることが再確認された。

さらに、医療提供体制の脆弱性を平時から可視化・把握するモニタリング体制の構築や、医療者・メディア・市民によるリスク認識の共有の重要性が指摘され、これらの領域における研究者・学術の役割と関与の在り方も指摘された。最後に、防災庁創設に際して、失敗を前提とした学びを重視する強靱な組織設計、保健・福祉部門との連携強化、そして検証機能の制度化が強く求められる。学術と実践の架橋として、災害医療に関する経験知を基盤とした構造的対応の構築に向けて、分野横断的な連携が求められている。

¹ 大阪大学感染症総合教育研究拠点（CiDER）

² 大阪大学社会技術共創研究センター（ELSI センター）

³ 名古屋大学医学部附属病院

⁴ 国立健康機器管理研究機構（JIHS）

⁵ 地方独立行政法人神奈川県立病院機構

要約(英文)

The COVID-19 pandemic provided an important opportunity to review the resilience of social systems, including health care and government, in the face of simultaneous and cascading disruptions. Two topics were presented in this session to draw lessons about the medical response to COVID-19. First, Dr. Anan led a multifaceted discussion on the institutional design of disaster medicine, using specific examples from Kanagawa Prefecture. In particular, he emphasized the need for a roadmap that clearly differentiates between strategy and tactics with regard to the division of roles and consolidation of functions based on a legal foundation. Next, Dr. Kondo raised important issues related to preventive interventions, such as population approach, targeting medical institutions from the perspective of a disaster relief medical team (DMAT) and shared his assessment of the effectiveness of therapeutic interventions. He also noted that during the COVID-19 pandemic, inappropriate rumors about medical institutions and staff led to uneven distribution of medical resources, which also contributed to distrust among medical staff. Building on these presentations, the subsequent panel discussion addressed three major issues. First, regarding national stockpiling, the necessity of securing legal foundations and the difficulty of off-label use were highlighted, revealing limitations in the flexible operation of current systems. Second, the issue of initial response was discussed, focusing on the disconnect between the medical response under the Infectious Diseases Control Law and the disaster medicine framework, along with efforts toward their integration. Third, the concept of an all-hazard approach was revisited, emphasizing not only the importance of coordination functions but also the need for cross-sectoral and comprehensive legal frameworks, including a redefinition of “disaster” itself. Furthermore, the discussion pointed to the importance of establishing monitoring systems to visualize and understand the fragility of the healthcare delivery system during normal times, and of fostering shared risk awareness among healthcare professionals, the media, and the public. The session also addressed how researchers and academic institutions should engage in these areas. Finally, with regard to the potential establishment of a FDMA, fire disaster management agency, the discussion strongly called for a resilient organizational design that prioritizes learning from failure, enhanced collaboration with public health and welfare sectors, and institutionalization of evaluation mechanisms. As a bridge between scholarship and practice, interdisciplinary collaboration is needed to build structural responses based on experiential knowledge in disaster medicine.

*The author to whom correspondence should be addressed.

nkoide@cider.osaka-u.ac.jp

JSPS「コロナ危機から見る政策形成過程における専門家のあり方」
災害対応における医療の貢献を考える

【議事次第】

日時： 令和7年3月6日(木) 12:40~13:30

場所： 第3会場/ポートメッセなごや 交流センター3F 会議ホール

〒455-0848 名古屋市港区金城ふ頭2丁目2番地

タイトル：

来るべく大災害への備えは万全か～防災庁設置に向けて、災害医療の貢献を考える～

(https://med.shionogi.co.jp/seminar/society/2025/seminer_20250306.html)

◆登壇者：

阿南 英明 (地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 理事長)

近藤 久禎 (国立健康機器管理研究機構 DMAT 事務局次長)

◆座長/ファシリテーター：

小出 直史 (大阪大学 感染症総合教育研究拠点 科学情報・公共政策部門

行動経済学ユニット 特任准教授)

山本 尚範 (名古屋大学医学部附属病院 救急科/減災連携研究センター 講師)

(山本) 本日はたくさんの皆さまにお集まりいただきありがとうございます。今日のランチョンセミナーは「来るべき大災害への備えは万全か」というテーマで進めさせていただきます。石破内閣⁶が防災庁の設置に向けて動き始めておりますが、災害の経験が最も豊富なのは災害医療やDMAT⁷の関係者の皆さんになろうかと思えます。

今日は私(山本)と小出先生で司会進行と総合討論のファシリテーターを務めさせていただきます。小出先生は薬剤師免許をお持ちで、理化学研究所でiPS細胞を用いた再生医療の研究開発をされておりました。現在は、大阪大学に移られて人文学・社会科学の研究者らと新しい研究を企画実践されておられます。最近、経済学者で行動経済学の第一人者の大竹文雄先生らとコロナ危機の検証を通じて、文系研究者をはじめとする専門家が有事や緊急事態にどのように関わっていくことができるのかというテーマでJSPS⁸の支援を受けて研究されておられます⁹。今日は、文系研究者で議論されている論点なども織り交ぜながら総合的に考えてまいりたいと考えております。このような2人の司会進行の

⁶ 第1次石破内閣(令和6年10月1日~11月11日)、第2次石破内閣(令和6年11月11日~令和7年4月15日/PDP作成時点)(<https://www.kantei.go.jp/jp/rekidainaikaku/index.html>)

⁷ DMAT (Disaster Medical Assistance Team, 災害派遣医療チーム)

⁸ 日本学術振興会 (JSPS; Japan Society for the Promotion of Science)

⁹ JSPS 学術知共創プログラム (https://www.jsps.go.jp/file/storage/j-kadai/gakuzyututi/saitaku/r5/ohtake_2023_gaiyou.pdf)

もとで、DMAT の 2 枚看板である近藤先生と阿南先生のお二人に、来るべく次の災害に対するお話を伺っていきたいと思います。

今回のセミナーは、塩野義製薬株式会社様に提供していただいています。というのも、阪神・淡路大震災¹⁰は冬に起きた都市型災害で、狭い地域に多くの避難者が集中していたため感染症が拡大しました。一方、東日本大震災¹¹と能登半島地震¹²では慢性疾患の管理が問題になりました。これを受けて、製薬会社も災害時における事業継続計画（BCP）¹³をどのように考えていくのかという点が大きな課題として位置付けられました。そのような背景から今回のセミナーをスポンサーいただく運びとなりました。

阿南先生と近藤先生については、ご紹介するまでもないかと思います。先日、NHK の「プロジェクト X」¹⁴にお二人で出られてお話されていましたが、クルーズ船などの経験も含めて、今後來るべく災害に対してどのような備えをしていかなければならないのかといった大きな話について、コロナ危機およびコロナ対策を振り返りながら考えていきたいと思っています。

それでは、はじめに阿南先生から、「健康危機管理における組織・理念はどうあるべきか～神奈川県医療危機対策統括官として目指したこと～」という題で、お話しいただきます。

◆講演 1「健康危機管理における組織・理念はどうあるべきか～神奈川県医療危機対策統括官として目指したこと～」

講師：阿南 英明 先生（地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 理事長）

●COVID-19 パンデミックで求められた体制

¹⁰ 平成 7 年 1 月 17 日 5 時 46 分、淡路島北部を震源とするマグニチュード 7.3*の地震が発生した。この地震により、神戸と洲本で震度 6 を観測したほか、豊岡、彦根、京都で震度 5、大阪、姫路、和歌山などで震度 4 を観測するなど、東北から九州にかけて広い範囲で有感となった。また、この地震の発生直後に行った気象庁地震機動観測班による被害状況調査の結果、神戸市の一部の地域等において震度 7 であったことがわかった。

*平成 13 年 4 月 23 日の気象庁「気象庁マグニチュード検討委員会」結果によりマグニチュード 7.2 から修正。

(https://www.bousai.go.jp/kyoiku/kyokun/hanshin_ajawaji/earthquake/index.html)

¹¹ 東日本大震災は、2011 年 3 月 11 日 14 時 46 分頃に発生。三陸沖の宮城県牡鹿半島の東南東 130km 付近で、深さ約 24km を震源とする地震であった。マグニチュード（M）は、1952 年のカムチャッカ地震と同じ 9.0。これは、日本国内観測史上最大規模、アメリカ地質調査所（USGS）の情報によれば 1900 年以降、世界でも 4 番目の規模の地震であった。(https://www.bousai.go.jp/kohou/kouhoubousai/h23/63/special_01.html)

¹² 2024 年 1 月 1 日 16 時 10 分、石川県能登地方においてマグニチュード 7.6（暫定値）の地震が発生し、石川県の志賀町及び輪島市で震度 7 を観測したほか、能登地方の広い範囲で震度 6 以上の揺れを観測した。

(https://www.bousai.go.jp/kohou/kouhoubousai/r05/109/special_01.html)

¹³ 事業継続計画とは、企業が自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合において、事業資産の損害を最小限にとどめつつ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のことです。

(https://www.chusho.meti.go.jp/bcp/contents/level_c/bcpgl_01_1.html)

¹⁴ NHK 新プロジェクト X クルーズ船集団感染～災害医療派遣チーム 葛藤の記録～

(<https://www2.nhk.or.jp/archives/articles/?id=C0011314>)

COVID-19 のパンデミックにおいては、災害医療という切り口で言うと、大きく三つの体制が求められました。

- ・一つ目は緊急対応ができる部隊と専門家
- ・二つ目は情報を収集・活用するための情報基盤
- ・三つ目は、それを全体的に機能させるための組織化で、ガバナンスや指揮命令系統、あるいはリスクコミュニケーションを、うまく回していくための体制です。

こういう不測の事態に緊急対応し、しかも組織立った動きをするという点では、やはり DMAT や救急治療に関わる人材がフィットし、病院の中では災害拠点病院¹⁵が、感染症指定医療機関¹⁶以上に重宝であったということではないかと思います。

少しかみ砕いて個別に見ていくと、対応人員という面では、ダイヤモンドプリンセス号が来たときから DMAT を活用して、実際に 3~4 年間、DMAT あるいは救急災害従事者の方々がいろいろなところで活躍されたのですが、これに対して法整備が行われました（当時は DMAT が法的に活動する根拠がなかったため）。2024 年 4 月からは、医療機関自体も都道府県と事前協定を締結して病床を確保することになり、現場で働く人たちは災害・感染症医療業務従事者として法律に定められました。この法定というのは非常に重みがあることで、やらなければならないことに位置付けられその分お金（予算）が付く、これらはコロナを境にした大きな進歩であり、DMAT、DPAT¹⁷、災害支援ナースの三つが新たに法指定されました¹⁸。

情報基盤に関しては、災害医療の中では病院避難などにおいて常に情報を取って、病床の空き状況を確認して患者の移動などをする経験を積んできました。こうした部分は人海戦術での対応が今でも大きな部分を占めていましたが、テクノロジーの進化もあるので、情報基盤を整備することでいろいろな情報が把握できるようにしていくことになります。コロナを契機につくられ、今後ずっと走る（運用される）ことになった医療機関等情報支援システム（G-MIS¹⁹）があります。ご存じのように、来月から広域災害・救急医療情報システム（EMIS²⁰）も新しいものになりますが、これも G-MIS と連動しています。

ガバナンス・組織に関しては、感染症に関しては、国の下で都道府県と保健所を設置している市が同等の権限を持って運用されていましたが、地震等の災害時は、国→都道府県→市町村という並びの中で、それぞれ役割分担をし、戦略を講じて運用することになっているので、こういった体制についてパンデミックを含めてうまく整合性を取っていくことが必要ですし、実際に行政の役割と機能が大きく関わってきます。コロナのときも、知事等が出てきていろいろ話すことがあったと思います。従って、首長たちを中心とした行政

¹⁵ 災害拠点病院 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001257546.pdf>)

¹⁶ 感染症指定医療機関 (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html>)

¹⁷ DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team、災害派遣精神医療チーム）

¹⁸ 感染症法、医療法の改正により、2024 年 4 月よりパンデミック時において迅速に DMAT の派遣要請が可能になっている。（<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001209926.pdf>）

¹⁹ 医療機関等情報支援システム (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00130.html)

²⁰ 広域災害・救急医療情報システム

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/infuleenza/kenkyu_00002.html)

に携わる方々にきちんと理解していただける、オープンディスカッションの場も非常に重要です。

ただし、われわれには足枷もあります。日本の医療構造は、普段から病床を確保するのが困難な状況にあります。欧米と比べて日本の急性期病床は職員配置も薄く、医療従事者を強制的に感染症対応に従事させる権限はどこにもないわけです。そういう中で、現在、高齢化が進み慢性疾患が増え、どこの病院も赤字になっている非常につらい中で、リスクマネジメントを構築しなければいけない、ここに難しさがあると思っています。

●災害時・健康危機事態発生時の対応

災害時・緊急事態発生時には、ずっと古典的に救えるはずの命を救おうとやってきましたが、現在は「悲劇の回避」を大きな目標に、戦略を立てていくことを検討しています。それを実践するためには、平時の仕組みではうまくいかない、あるいは平時の仕組みを運用すると悪いことが起きてしまう部分を、全体最適性の視点、俯瞰的な視点から作り変える必要があります。

能登半島地震においても、災害現場では必ず作り変えという作業を前提として、いろいろなことを積み上げていきました。このときに重要なことは、組織立って動くので、必ずそのベースには法運用があるということです。法治国家ですから、法運用をベースにして法的手続きも実際には行われていく。これは現場に立つ医療者にはぴんと来ないところがありますが、実際には行政の手続きがなければ絶対に動かない話なので、ここをきちんと理解した上で体系化するということだと思います。

一例として、神奈川県ではコロナを三つの重症度に分け、それぞれ対応する医療機関や施設を分けることで、いろいろな仕組みを走らせたわけですが、これも作り変えです。普段やっている地域医療を取り払い、地域ごとに完結するのではなく広域で一体制とし、その中で役割分担と機能集約を徹底することが理念なのです。都市型モデルとして提示したので、その分全国でもこれに似たような体制は敷かれたと思います。

このような概念転換をする中で、戦略・戦術をしっかりと構築する。コロナの患者さんが増えたのでキャパシティを増やさなくてはいけない、そのためにどういうことをするかという戦術レベルでいろいろな施策を走らせ、組み合わせた結果、キャパシティ対応ができるようになるという戦略・戦術を全体として構築するということだと思います。

パンデミックでは、時間の経過に伴って、種々の条件・状況が変わっていきます。デルタ株は非常につらかったのですが、オミクロン株になって状況は変わりました。そうした状況の変化をしっかりと捉えて、戦略・戦術を変えるなら変える、意識するとしないとにかかわらず、実際に変えているのです。特に2022年から、大きな潮目の転換を迎えています。2020～2021年と異なり、医療負荷を軽減するための施策が展開されるようになってきています。

こういった戦略的視点を意識しながらやっていくと、何が最適な解なのか、コロナ患者を漫然と隔離すればいいというわけではありません。特に高齢者の問題は大きかったと思います。高齢者をただ封じ込めてしまえば当然衰弱し、命を落としていきます。そこで、政策転換が必要になったわけです。

●国民・社会とのコミュニケーション

われわれ専門家集団も大転換が必要だということで、着地に向けてのロードマップを描き、実際に国は数ヶ月かけて現在の5類対応に転換したわけです。こういう大きな戦略視点、ロードマップをしっかりと意識付け、それを国民の皆さんにも理解していただくためのリスクコミュニケーション、クライシスコミュニケーションの体制を今から準備していく、これが未来に向けて重要な観点と考えています。

(山本) ありがとうございます。阿南先生に、足早にいろいろ振り返っていただきました。今後深めたい論点が非常にたくさんあると思いますが、後のディスカッションにつなげさせていただければと思います。二人目の演者、近藤先生からは「新型コロナウイルス感染症に対するDMATの対応」ということでお話を頂きます。

◆講演2「新型コロナウイルス感染症に対するDMATの対応」

講師：近藤 久禎 先生（独立行政法人国立病院機構本部 DMAT 事務局 次長）

●新型コロナウイルス感染症災害の本質

新型コロナウイルス感染症を災害の観点から捉えると、新型コロナウイルス感染者のサージが起こり、それによって需要が増えることで需給バランスが狂い、災害的なイベントが起こると考えて、とにかく感染拡大防止を考えてきた人が非常に多いのではないかと思います。しかし、私は最初から、本質的に怖いのは、感染者が増えることではなく、得体の知れない感染症による混乱が生じ、それに差別や風評被害の恐怖が加わり、さらに混乱を極めていくというサイクルが回り始めることだと考えていました。需要は一定程度で止まりますが、こんな病気には関わりたくないという医療者が残念ながら多発して、医療の偏在が起こり、それが局地的に起こると、どうしようもないぐらいの悲劇を生み出します。

実際に福島原発事故の際には、440名の入院患者が避難を行いましたが、DMATが対応できず、受け入れる医療機関がない中で45名の方が搬送途上で亡くなりました。これこそまさにこのサイクルが回った結果で、今回も同じようなことが起こったのではないかと考えています。このように、災害というのは何かが増えることより何かが壊れることの影響の方が圧倒的に大きいと思いながら対応しなければいけないということです。

われわれDMAT事務局は、直轄のオペレーションだけで52の行政機関、550施設のクラスターの支援をしてきました。そういう中で感じていたことは、入院や死亡が多いと言いますが、そのほとんどは病院・施設のクラスター患者ではないか。あるいは、その方々がなぜ亡くなっているかというと、決して新型コロナの肺炎ではなく、恐怖・混乱による医療提供の崩壊、需給バランス崩壊による医療提供不全、元々の状態が悪くて何かイベントがあればいつ亡くなくてもおかしくないと言われた方の最後の一滴がたまたまコロナだったということ、そして隔離することによってかえって症状を悪化させて死に至ったというような事例があります。では、そうした病院や施設への予防的介入が果たして可能

なのか、行動制限等のポピュレーションアプローチ²¹に本当に意味があったのかということです。

●病院・施設への予防的介入は有効か？

実際に、札幌第三波のデータでは死亡の76%がクラスターの影響で、同時期の旭川では死亡の87%がクラスターの影響であったことが分かっています。また、沖縄における死亡例の推定経路は、不明が17%あるものの、ほとんどが施設内・病院内での感染なのです。

特に第一波、第二波の頃は、やはり恐怖と混乱がありました。そのときに出了たクラスターは明らかに医療崩壊を起こしており、その証拠にわれわれが支援した病院の死亡率は17%、施設では11%ですが、早期支援ができたところでは半分になるのです。つまり初期の混乱によって亡くなっていた人は、われわれが入ってそれを抑えるだけで半分ぐらいに死亡が減っています。

あるいは、札幌第三波のデータによると、需給バランスが改善した前後における死亡率を見ると、改善前の死亡率は2.1倍です。さらに亡くなった方のほとんどは、元々寝たきり、全介助、準介助、またはDNARを取得している方でした。

北海道の第八波でわれわれが行ったのは、人はコロナ肺炎で亡くなっているのではなくむしろ誤嚥性肺炎²²で亡くなっているの、ベースに隔離によるADL²³の低下があることは明らかであるとして、もう隔離はやめて、診療や介護は絶対に止めず、そのためには陽性者や濃厚接触者の勤務継続もありとし、検査は有症状時に限り無症状者へのスクリーニングは実施しないことにした結果、少なくとも隔離をやめても感染が広がるという根拠はありませんでしたし、同じようにクラスターが起きた施設においても、こういうことをした結果、入院は3分の1、死亡は4分の1まで減ったという事実もあります。これはオミクロンの時期にかなり目立つため、これだけ大きな数になりますが、こうした傾向は当然、第一波、第二波の頃からあったと考えていいかと思います。

施設への介入では、とにかく職員が我慢して、例えば「飲み会に行かない」といったことを守っていれば本当に予防できたといえるのか。実際に、2週間に1回のスクリーニング検査に参加した施設（551施設）と参加しなかった施設（200施設）とで、入所者の陽性率に変わりはなく、少なくとも予防できていないことが分かります。

²¹ 特定の集団全体を対象に健康増進や疾病予防に関する介入を行うことで、集団全体の健康リスクを低減させることを目指す手段。

²² 物を飲み込む働きを嚥下機能、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥という。誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のため唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒に細菌を気道に誤って吸引することにより発症する。吐物を大量に吸引した場合には胃酸による化学性肺炎を起こすことがあり、メンデルソン症候群と呼ばれる。
(<https://www.jrs.or.jp/citizen/disease/a/a-12.html>)

²³ 日常生活を送るのに最低限必要な日常的な動作を示す。例えば、寝起きや移動、トイレや入浴、食事、着替えなどで、Aはアクティビティー（activity）：動作、DLはデイリーリビング(daily living)：日常生活を示す。直訳すれば、『日常生活のいろいろな動作』であり、高齢者や障害者の身体能力や障害の程度をはかる重要な指標となっている。介護保険制度では、これらの動作一つ一つを、『できる・できない』で調査し、その結果からその人に必要な介護レベルを決めている。(<https://www2.ninjal.ac.jp/byoin/teian/ruikeibetu/teiangou/teiangou-ruikei-a/adl.html>)

一方、それらの副作用として、予防的介入をすると生活レベルが低下し、面会の制限により認知症がどんどん進行していくようなことも実際にあったのではないかな。そう考えると、新型コロナによる死亡・入院の多くは病院・施設での発生患者であり、基本的にはそのクラスターが起きた施設の医療逼迫、医療崩壊でかなりの方が亡くなっており、亡くなった方の中では最後の一滴死亡の方が非常に多いのです。他方で、隔離によってかえって症状を悪化させて亡くなった命も、相当数あったわけです。

そこで、今までわれわれがやってきたことは本当に正しかったのか。病院・施設への予防的な介入は非常に難しいのですが、治療的な介入はかなり効くということを考えると、行動制限等でひたすら医療従事者に恐れを広げていったことが本当に正しかったのかという思いが正直あります。

●恐怖・混乱・差別の負のサイクル

個々の医療機関では、ウイルスや差別・風評被害が怖いので、とにかくウイルスを自施設の敷地内には一切持ち込まないようにと、職員に自粛を強制する一方で、コロナ患者や寛解者ですらウイルスをまき散らす可能性はゼロではないとして診療を拒否し、当然ながら医療の偏在が拡大します。クラスター発生施設では、さまざまな医療提供不全、医療崩壊が起こっているわけですが、さらにそれを助長するのが医療機関からの差別で、医療従事者が病院にかかれなくなり、札幌では「医療者間の差別・偏見の防止について」という通知を出さなくてはならない事態にも追い込まれました。これがクラスター発生施設にとどめを刺していきました。

地域全体では、とにかく隔離のための入院などをしていればあっという間に病床が満杯になるのは当たり前で、入院というのはそもそも入院加療が必要だから入院させるのであって、それが無い人でも無理やり入院させていたら、当然病床は逼迫します。しかし、その前の感染症の負のレガシーが拭えていないから、こういうことをしなくてはならないのです。一部の医療機関にコロナ患者を押し付けたことが本当に良かったのか、あるいは保健所が全部ボールを持って、コロナ患者からフリーアクセスを奪ったのは本当に正しかったのか、こういうことを考えていかななくてはならないのではないのでしょうか。

そう考えると、福島原発²⁴を見て新型コロナを見れば分かることもあります。遡ってみると、チェルノブイリ²⁵からきちんと学んでいれば、福島の被害はあそこまで行かなかったのではないかととも言われていますし、原爆も戦争の悲惨さ、核兵器の恐ろしさだけではなく、日本が被爆された方々にどういうことをしたのか、こういうことを忘れてしまっ

²⁴ 2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う津波により、東京電力の福島第一原子力発電所で発生した原子力事故。1986年4月のチェルノブイリ原子力発電所事故以来、最も深刻な原子力事故となった。国際原子力事象評価尺度（INES）において、7段階レベルのうち、当初はレベル5に分類されたが、後に最高レベルの7（深刻な事故）に引き上げられた。なお、レベル7に分類されている事故は、チェルノブイリ原子力発電所事故と、福島第一原子力発電所事故の2つのみとなっている。

²⁵ チェルノブイリ原発事故は、1986年4月26日午前1時23分（モスクワ標準時）にソビエト連邦の構成国であるウクライナ・ソビエト社会主義共和国のチェルノブイリ原子力発電所4号炉で起きた原子力事故である。のちに決められた国際原子力事象評価尺度（INES）では深刻な事故を示すレベル7に分類されている。

いいのか。あるいは関東大震災²⁶で負のサイクルが回った結果、日本人が虐殺事件²⁷を起こした、これを忘れてしまっているのか。

感染症の世界では、やはりハンセン病²⁸なのです。ハンセン病において、医学の名の下にわれわれはどれだけの人権侵害を行ったのか。それに医学的な正当性がないと分かったときに、速やかに改められたか。それを全部覚えていて今回の対応をしたのか。少なくとも「無癩県運動²⁹（むらいけんうんどう）」がどれだけひどいことを起こしたか、それを知っていて「ゼロコロナ」などという言葉を使えたのか、そういうことをもう一度考えなくてはいけないのではないかと思います。

●新型コロナ感染症対応総合戦略

次に新型コロナのような感染症が発生したときも、また陽性者と濃厚接触者を隔離して、それが駄目になったら行動制限によって感染拡大防止措置を続け、患者数を抑制しつつワクチンの開発を待つというプランにいまだになっているわけですが、それで本当によいのでしょうか。それよりも、ほとんどの方が病院・施設で亡くなっているわけですから、そこをしっかりと支援すれば、病院・施設死亡は半分にできます。そうであれば、そこを主戦略にした災害対応が、次の感染症に対しては必要ではないかと思っていますので、これについても本日議論できればと思っています。

（山本） 近藤先生、ありがとうございました。新しい論点をご提示いただけたと思います。

²⁶ 大正12年（1923年）9月1日11時58分に、相模湾北西部を震源とするマグニチュード7.9と推定される関東大地震が発生した。この地震により、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県で震度6を観測したほか、北海道道南から中国・四国地方にかけての広い範囲で震度5から震度1を観測し、10万棟を超える家屋を倒壊させた。また、発生が昼食の時間と重なったことから、多くの火災が発生し、大規模な延焼火災に拡大した。この地震によって全半壊・消失・流出・埋没の被害を受けた住家は総計37万棟にのぼり、死者・行方不明者は約10万5000人に及ぶなど、甚大な被害をもたらした。（<https://www.bousai.go.jp/kantou100/>）

²⁷ 1923年（大正12年）の日本で発生した関東大震災の混乱の中で、「朝鮮人が井戸に毒を入れた」「朝鮮人や社会主義者が暴動を起こした。放火した」などのデマを信じた官憲や自警団などが、関東各地で多数の朝鮮人を殺傷した事件の総称。日本人や中国人が殺傷された事件や、官憲による社会主義者の殺害事件もあった（亀戸事件、甘粕事件）。事件の犠牲者数は、論者の立場により幅広い認識の差があり、正確な人数は不明とされている。

²⁸ 抗酸菌の一種である癩（らい）菌（*Mycobacterium leprae*）の皮膚のマクロファージ内寄生および末梢神経細胞内寄生によって引き起こされる感染症。病名は、1873年に癩菌を発見したノルウェーの医師、アルマウエル・ハンセンに由来する。

²⁹ 1930年代から1960年代にかけて、県内からすべての癩病患者を療養所に隔離・強制収容させて、放浪患者や在宅患者を県内から一掃しようという目的で行われた日本の社会運動。医師の光田健輔や各都道府県が主導し、官民一体となって患者を摘発し強制的に療養所へ送り込んだ他、一般市民によるハンセン病患者の監視制度でもあり、周囲に隠れ暮らしているハンセン病患者を市民が発見した場合、警察などへ通報して患者を強制収容することを奨励する運動だった。日本のハンセン病患者の人権侵害問題で画期となった熊本地方裁判所判決（2001年5月11日）によれば、無癩県運動は「今日にまで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があるといっても過言ではない」とされている。

◆パネルディスカッション

●国家備蓄に対する考え方

(山本) それでは、ここからディスカッションとしていろいろな論点でお話を伺っていききたいと思います。まず一つ目に、国家備蓄の話をしたと思います。ご案内のとおり、最初の頃は人工呼吸器が足りないと言われていましたが、実は足りていないのは人員だったということがありました。アメリカでは疾病予防管理センター（CDC）に戦略的国家備蓄があり、人工呼吸器や医薬品についてはある程度の備蓄を持っていて、それをFEMA³⁰が配っていくというスキームになっています。わが国はどうかというと、各都道府県に一定程度の備蓄はありますが、医薬品に関しては非常に少ないのが実情です。今までの災害であれば、それでもやってこられたのかもしれませんが、南海トラフ巨大地震が3連動で来て、道路等を含めて輸送手段がなくなった場合に、医薬品や輸血製剤などの備えは大丈夫なのかということが、一つ論点としてはあるかと思います。この国家備蓄という考え方について、また、それを本当に考える必要があるのなら、その課題について阿南先生、近藤先生にご意見を窺えればと思います。それでは阿南先生からコメントを頂いてもよろしいですか。

(阿南) これはとても難しい問題です。少し切り口を変えて、法律論から考えるべきだと思っています。さまざまな備蓄を何の法に根拠を置いてやるのか、それがなければお金が付きません。お金を付けるためには法定作業でなければなりません。例えば、抗インフルエンザ薬は、インフルエンザ特措法（新型インフルエンザ等対策特別措置法）に基づいて、備蓄が予算化されています。これは一見するといいのですが、法律というのは目的ありきで設定されるため、新型インフルエンザが発生したときのために備蓄しているとなると、それ以外の事態においての横展開は非常に難しく、目的外使用が難しいという課題に行き当たります。ここを私たちがどう解釈し、あるいはその分業を詰めていくのかを考えなくてはなりません。

ただ実際には、インフルエンザ対策としての防護具 PPE（personal protection equipment）は、皆さん体験されたのではないかと思います。新型コロナでは転用されています。インフルエンザ用に備蓄していた PPE は、神奈川県ではダイヤモンドプリンセス号が来た時点で県内からなくなりました。マスクがない、防護具がない、これは新型インフルエンザ対策用に備蓄していたものを転用したからです。これは法定作業として都道府県に備蓄してあるものなので、都道府県が転用を決め、厚生労働省も転用していいというバックアップに至りました。こういう法律に基づく考え方と、それをどう解釈するかといった中で解決していくことが前提であれば、幅広にいろいろなものを使えるようになる可能性は出てくるのではないのでしょうか。一定程度問題提起ではありますが、意見です。

³⁰ アメリカ合衆国連邦緊急事態管理庁（Federal Emergency Management Agency、FEMA）は、大災害に対応するアメリカ合衆国政府の政府機関であり、アメリカ合衆国国土安全保障省の一部で、緊急準備・即応担当次官（Under Secretary of Emergency Preparedness and Response）の下に置かれ、さまざまな天災や人災に対応する。

(山本) ありがとうございます。実は法律論が非常に重要だというお話で、確かに今回、備蓄米の放出に当たっても、かなり難しい法解釈をクリアして何とか放出に至ったので、行政としては目的という部分をしっかりとしなければいけないということなのだと思います。近藤先生、ご意見を頂けますか。

(近藤) 薬についてはまず備蓄というより、何が起こるのか、何が壊れるのかという観点が非常に重要です。メインの工場が壊れてしまう、あるいは巨大な保管倉庫が壊れてしまうと、圧倒的に足りなくなる可能性があります。本当にそれは壊れるようなところに建っているのかという話もありますし、病院にきちんと物資が届けられるラスト・ワン・マイルが保障されているかという話もあります。そしてもう一つ、では病院は大丈夫なのか、特に病院の備蓄というのはランニングストック等々が進められる中で、在庫量が減ってきている方針の中で、本当にそこで籠城しなければいけなくなったとき、どの薬からなくなっていくのか、そういうことを全部考えた上で、必要なものを考えるべきだと思っています。そういう意味では、一つのことをやれば全部うまくいくということは、基本的にはないのではないかと思います。

(山本) ありがとうございます。今の近藤先生のご指摘は、実際に医療を届けるために必要な備えが、どこでスタックしてしまうのかということでした。防災庁をつくることを政府が進めている中で、もっと災害医療の現場や関係者が発言していかないと、違った方向にいつてしまう可能性もあると思うので、今、近藤先生がご指摘くださったような視点も、ぜひ政府に取り上げていただきたいと思います。

●コロナ禍を感染症対策から捉えたことは正しかったのか？

(山本) 次はもう少し視野を広げて、感染症、自然災害、あるいは人為的な有事も含めて、いろいろなことが起きてきたときに、しかもわれわれが想定しないような大災害が起きたときに、国として一体どんな備えをするべきなのか、先ほどのお二人のお話も踏まえて、小出先生からコーディネートしていただこうと思います。

(小出) ありがとうございます。大阪大学の小出です。今、私たちは大阪大学で、人文学や社会科学の研究者を中心にコロナ禍にとられた政策や専門家が政策にどのように関与していくべきだったのかをテーマに検証をしています。ここにお集まりのほとんどの方は医学に関わる方、もしくは製薬に関わる方だと思いますが、人文学・社会科学という一見異質な学問分野がどんなことを考えてコロナの検証をしているのかということを、阿南先生と近藤先生にぶつけてみたいと思って、今回ご一緒させていただきました。

実際、こういったところにフォーカスしているかというのと、そもそも緊急事態宣言は正しかったのか、特措法 45 条の運用が正しかったのか、要は行動制限が法律に則っていたかどうかといったところが多いのですが、今日の最初の質問としてはもっと前の話として、そもそもコロナの有事が感染症としてスタートしたのが正しかったのかどうか。要は

ある種の「災害」としての認識が後手になっていたのではないかというところに対して、コロナ禍のフロントにおられた阿南先生、近藤先生はどう捉えていらっしゃるのか伺いたいと思います。

(阿南) 法律の切り口から考えると、通常の災害は災害対策基本法あるいは災害救助法をベースにして動きますが、きちんと法律を読んでいくと、どれを対象にしているのかということが書かれています。そこでは感染症が読めなかったのが、ここをどうするかという問題になってしまいました。一方で、病気・病名があれば感染症法から入っていくというのは非常に分かりやすいわけです。しかし、実際にはそれでは DMAT が運用できないといった齟齬が生じてしまいました。

詭弁ではありますが、ダイヤモンド・プリンセス号の時点では、船の中で起きた感染症というよりも船の中で起きた災害事案なので、細かいことは省いて行ってしまうということで、DMAT も災害拠点病院の協力も全部動かしていったのですが、ここの法律論は後から議論して整合性を取っていったのです。これは、すごい経験だったと思います。法治国家にとって法律論は非常に大切ですが、法の解釈その他は、場合によっては後で改変し、齟齬がないように検証も含めて調整する、それがこの国では機能したのです。そういう意味では、少し時間はかかったけれど切り替えることができた、そこは教訓としてあると思っています。とはいえ、グラフでいうと指数関数的な動きだと思います。初めは立ち上げが難しくぐずぐずしていましたが、いざ「こうやればいい」となると一気に立ち上がるという形でした。私たちとしては、最初から急速に立ち上がることを求めているので、そこを今後どうしていくのかということは、議論のポイントにすべき点です。そこが、先ほどおっしゃっていただいた防災庁や、根拠とする法体系は何であるべきか、そのところに落とし込むということだろうと思います。

(小出) ありがとうございます。近藤先生、よろしくお願いします。

(近藤) 今回の医療の対応に限って言うと、最初から災害適用が始まりました。首相が行けと言ったから、全く根拠はないけれど、武漢からチャーター便で帰国する人たちの対応を DMAT にやらせろという話から始まって、本当に災害的なイベントであるダイヤモンド・プリンセス号の件で災害医療の力が皆さん認識されたので、3月以降、基本的には災害医療の枠組みで当たるべきだというような話の中でやってきたので、医療提供体制の保持という観点では全く災害でした。ただし、それともう一枚、専門家の人たちが COVID-19 でいろいろなものが動いていたということがありますが、そことわれわれは全く逆の戦略の中で動いていたのではないかと考えています。

●最初期の災害医療の動き

(小出) ありがとうございます。それでは阿南先生と近藤先生のコメントに重ねる形で、少し議論を深めたいと思います。先ほど指数関数的に対応がなされていく、要は初手をどうするかという話がありましたが、最初に号令をかけるところに対して、法律も含め

たところで、これから災害医療としてはどのような動きがあるのかを、もう少し教えてください。

(近藤) 今日は防災省に向けてという形なので、今のところ感染症が終わって何が起こったかというところ、感染症危機管理庁³¹ができて、感染症危機管理監ができて、これは良いことなのではないでしょうか。そういう中で健康危機管理研究機構³²ができて、感染症に関してはそこで統括されるという流れになりましたが、感染症だけやるのかということから、健康危機管理という名前が付いているのだからということで、われわれも今そこに合併しています。ただ、本当にそれだけで済んでいいのか。そのような機構と今度できる防災庁の関わり方、あるいはそもそも論では内閣危機管理監がいて、防災監がいて、感染症危機管理監がいるという体制は本当に正しいのかということ、平場の議論ではなく学術的な議論の中で深めていただけた方がいいかと思っています。

(阿南) ここにいる皆さん誰もが感じていらっしゃるように、オールハザードという言葉があって、これをどうやって実践できるようにするのは、災害医療の根本的な課題です。確かに種別の問題は出てきていますし、その対応も必要ですが、先ほど言ったように最初の立ち上げは「何だか分からないけれども、とりあえず困っているからスタートしよう」というところをどうやって作れるか、それを言葉で言うならオール・ハザード・アプローチです。ありとあらゆる困りごとに対して、あまり考えずに動ける体制をどうやって作るかです。

そこを支えるものは大きく二つあって、一つは法体系をどのようにするのかです。例えば、あらゆる災害に対応するための基本法のようなものは現状ないので、個別に作られているところに横串を指すような法体系は一つあってもいいかもしれません。あるいは災害対策基本法を、少し幅広に組み替え、つくり変えることが一つです。もう一つは、先ほど近藤先生がおっしゃっていたコントロール機能ということで、調整機能がどうあるべきなのか、オールハザードで対応する防災庁がありとあらゆるものを、しかも迅速に意思決定して動く、そのときの根拠は法なので「この法に基づいて、とりあえず動くぞ」という指揮命令系統の調整体制を構築できるのかといったところに、つながっていくのではないかと思います。

(近藤) 追加すると、やはり学会として考えなければいけないのは災害の定義だと思います。コロナ等いろいろなものを経て、災害によって医療提供体制が逼迫したり、崩壊したりする、その崩壊を食い止めるための CSCA³³や、救助のための TTT³⁴などで対応して

³¹ 内閣感染症危機管理統括庁(<https://www.caicm.go.jp/index.html>)

³² 国立健康危機管理研究機構(<https://www.jihs.go.jp/>)

³³ 災害発生後にとるべき行動である7つの基本原則のうち、CSCAはメディカルマネジメントを担い、Command and Control(指揮と連携)、Safety(安全確保)、Communication(情報収集伝達)、Assessment(評価)の頭文字をとったものである。

³⁴ 災害発生後にとるべき行動である7つの基本原則のうち、TTTはメディカルサポートを担い、Triage(トリアージ)、Transport(搬送)、Treatment(治療)の頭文字をとったものである。

いくというのが災害医療的な考え方です。これをしっかりやった上で災害というもの、これは恐らく医療だけではなく、ありとあらゆる災害で同じようなことが起こると思うので、災害の定義自体が、日頃やっているような体制が崩れてしまい、外から支援が必要になるような状態を災害と考えれば、それをベースにして災害対策基本法以下の法令がしっかり整備されていくとオールハザード、保健福祉全体での対応ができるようになるのではないかと思います。

●医療崩壊の対策

(小出) ありがとうございます。今トップダウン的なお話がたくさん並びましたが、少しボトムアップ的な話について、特に近藤先生に伺いたいと思います。日常の医療が壊れていく、あるいは差別の話も含めた偏在の話が出てきましたが、このあたりを社会としてモニタリングしていくためには、どのような機能が考えられるのでしょうか。例えば、メディアがその役割の一部を担うのか、医療に直接携わっていない別の専門家が担うことができるのか。また、どういったものがあれば日常の医療を崩壊させるスピードを遅くする、あるいは崩壊させにくい環境、あるいはレジリエンスとも呼べるかもしれませんが強靱な体制を構築できるのかという点について、どのように考えたらよいのでしょうか。

(近藤) まず新しいものが起こっているから災害だという認識があります。例えば感染症なら、感染者が増えたことが問題、あるいは患者がたくさん発生したことが問題、深部静脈血栓症（DVT）が出たことが問題、このように何かが出たから問題だと言っていると、リスクごとに法律ができて、それごとの体制ができてしまいます。そうではなく、実際は医療提供体制自体が壊れていく、福祉提供体制が壊れていく、これが問題であって、その沁み出ていくものがたくさん災害では起こってくるという認識を、メディアも含めて日本国民全員が持つべきではないか。それがないと、なぜ福祉の患者さんを遠くまで送ってきたのかとか、こんな患者を診るのが災害医療ではないとか、そのようなことが実際に能登でも起こりましたし、メディアもとにかく命を救うための避難が優先されました。

このように目の前で何か新しいことが起こっているというより、そこに元々あった提供体制が崩れていくことに対して、それを支えていかなくてはいけないという考え方を、もう少し深めていき、そういう考え方を広めていくベースの中で、その次の一步があるのではないかと考えています。

(小出) ありがとうございます。もう一步踏み込んで、そのあたりの認識を広め、深めていくために、今お集りの学会員の方、あるいはそれ以外の専門家にやれることは、どのようなことがあるのでしょうか。実は私も今日初めて聞いた話が幾つかあって、目からうろこの話もあったのですが、このような話は、どのように国民あるいは政策担当者に啓発していくことができるのでしょうか。阿南先生、コメントあればお願いします。

(阿南) 日本流のやり方でやるしかありません。アメリカは、割とシンプルにこれができます。民主主義が非常に成熟している国家体系ならではないと思いますが、公聴会が開かれ

てこういったことを必ず検証し、その主人公はわれわれではなく国民なので、国民が受益者としてどう思ったのか、何が良くて何が悪かったのかということをきちんと知りたいし、そこを明らかにするという根本的な体制があるので、公聴会に専門家も呼ばれて、そこを顕わにして変えるところは変えるところがあります。

しかし日本は、その仕組みがなかなか運用されていません。なくはないのですが、国会の中でこれを議論してきちんとやるかという、なかなかありません。理由は言うようなことではないと思いますが、体制批判につながるから勇気を持ってやれない部分ではあると思います。良くなかったという結論になると、政治的に非常に不安定な状態を招きかねない、これが日本の仕組みの中では、どうしても出てきてしまうところです。そこを踏まえてどうするのか。学会という立場であれば、学会の中で検証して、検証結果提言という形でステートメントを示すというのが、一つの表現としてありなのだろうと思います。

しかし、感染症に関しては近藤先生がおっしゃったように偏見・差別の問題が非常に大きく、このところを法律学者もきちんと検証していただかなくてははいけません。外出自粛要請を2022年以降もずっと続けたことは、憲法の自由権に抵触する大きな課題だったと個人的には思っています。このことを、なぜみんな黙っているのか。これはとんでもないことなのです。外出してはいけないということを、オミクロン株になっても1年間続けてしまった。こんなことが民主主義国家であっていいのか。このところは法学者の方々もきちんと議論していただきたいですし、こういった啓発はしたいと思っています。しかし、それはどうすればいいかというとなかなか難しいので、今は答えを持ち合わせていません。

(近藤) 非常に難しいことですが、日頃感じていることは、結局政策決定者は世論のとおり決定するので、では世論は誰が作っているかという、マスコミが作っているわけはありません。マスコミには世論を変える力はなく、世論の中心に向かってものを投げ続け、ある一定方向の意見を深める力はすごく持っているのですが、皆さんの気分がこちらに向かっているときに、その反対に向かう意見をテレビなどで報道しても、それで世論が変わることはないのです。世論を変える力はなかなかないと感じているところです。

ではどうすればいいかという、個々の患者さんに接する医療者がどういうことを考えているか、そのためには昔をよく知ることです。ハンセン病のときにわれわれ医療者が何をしたかということを、もっともっと勉強しておけば、少なくともゼロコロナなどという言葉は絶対に使えません。そういう勉強をして、自分たちの患者さんや近くの人たちにやっていくことです。医療者のオピニオンは結構重要だと思うので、そこは世論を形成する力になる可能性が少しあるかと思っています。

(小出) ありがとうございます。トップダウン、ボトムアップ、それぞれの課題をたくさん頂けたと思います。私も日々の研究にそれを持ち帰って、研鑽したいと思います。では、いったん山本先生にお返ししたいと思います。

(山本) 非常に刺激的なディスカッションだったと思います。オール・ハザード・アプローチが苦手なわが国において、どうやって災害を広く捉えてやっていくか、そしてその指揮命令系統のコントロールシステム、あるいはコーディネーションをどうしていくのかという課題が前段にあり、後段としてはボトムアップの国民的意識・市民意識の中で、いろいろな差別などの根深い問題が、実はわれわれの中にあるのだということの提起まで、幅広くご議論いただきました。

●防災庁に期待すること

(山本) 最後にお二人から防災庁に期待すること、あるいはこれはしっかりやってもらわなくては困るという点を、一言ずつ頂ければと思います。よろしくお願いいたします。

(阿南) 私たちも反省すべきは反省しましょう。自分のやってきたことで、うまくやったこともあるけれど、今考えるともっとこうした方が良かったということも、ないわけではありません。これは、皆さんもそうなのではないでしょうか。

医師として自分の医療を振り返ったときに、絶対に良いことをしようとその場では思っていますが、口に出しづらいいけれど失敗したと思うこともあると思います。しかし、それをいつの間にか頭の中で作り変えがちなのです。このときはこうだったから仕方がないというふうに飲み込んでしまいがちです。しかし、別に罪を問うわけではありませんから、そこはしっかりと咀嚼して、口に出して、こうしなくてはいけないというところはきちんとやっていく。

特に学会という場であれば失敗の体験、特に災害医療というのは失敗の体験の積み重ねのはずなので、そこは明確に打ち出していく、そういったことができるように防災庁を考えるとときに、それをどのようにできますか。うまくいかせるために防災庁をつくるのですが、PDCA サイクルをきちんと回せるようにしなくてはなりません。これから先も失敗はすると思います。失敗を前提として庁をつくらうと言えば誰もイエスと言わないので難しいのですが、みんなでそこを飲み込んで、そういう体制を作る。つまり、終息させる、終わりに向けるときにはどういう形にして、検証はどうするのか、そこをセットで立ち上げる体制をしっかり作っていただくということだと思っています。

(近藤) 失敗というよりも、満点は絶対に取れていないので、取れていない分の点数について常に反省していけば、必ずしもそこまで自己否定しなくても改善はできるのではないのでしょうか。60 点は取れているので 40 点分を反省する、でもそれを続けないと次は 60 点を取れません。それがマネジメントでやっていくには、一番いい回し方だと思っています。

そういう中で防災庁については、まずわれわれ保健・医療・福祉あたりが、健康危機管理研究機構というものもできているので、そこが防災庁のカウンターパートとしてやっていかなければ、医療提供体制は守れないのではないかと考えています。それと同時に、やはり弱いところは行政の本部支援と生活支援だということは、ちゃんとしていけばすぐ分かることなので、そこについての何らかのしっかりしたアプローチが必要です。ただ、そ

こは意外と保健医療の分野や、われわれの災害医療の経験も生きてくる部分でもあるので、そういうところでわれわれも貢献させていただけるような防災庁をつくっていただけたら、ありがたいと思っています。

(山本) ありがとうございました。最後に阿南先生から、反省すべきところは反省し、日常臨床と同じようにしっかり向き合っていくというお話と、近藤先生から、4割のできないところと自己の肯定をする6割のところという気持ちでやっていきながら、最終的には行政支援・本部支援という、まさにDMATが長らく培ってきたCSCAの部分は他の分野にも生かせるのではないかというご提言を頂きました。

本当は、この議論を近藤先生、阿南先生のみならず、今日は大友康裕先生も来られていますし、小井土雄一先生など皆さんにお伺いしながらやっていきたいと思いますが、今日は時間に限りがあるので、このような形とさせていただきました。

今日はお二人の貴重な「プロジェクトX 第二幕」ということで、いろいろなご意見を頂けたと思います。皆さんもこれからぜひいろいろ発言していただき、学会としてもいろいろな取り組みをしていただければと思っています。それでは阿南先生、近藤先生に大きな拍手をお願いいたします。