

Y2-38

東電原発事故以後の緊急被ばく医療体制構築についての一考察

石巻赤十字病院 乳腺外科

○古田 昭彦

わが国では、1999年の東海村JCO事故の反省から、全国に一次（初期）～三次の緊急被ばく医療機関を定め「緊急被ばく医療体制」を構築していた。しかしながら、2011年3月の東日本大震災に伴う東京電力福島第一原発事故では、その体制の脆弱性が露わになった。当院は、東北電力女川原発から直線距離20kmに立地する。2002年から初期被ばく医療機関として患者受け入れ訓練、地域ネットワークの構築などに努めてきた。その中で見てきた、あるいは中越沖地震の際の柏崎刈羽原発の火災事故の報に接して以下の問題点を列挙し、抜本的な改革を関係諸機関に主張してきたが受け入れられることはなかった。すなわち、1.政府あるいは自治体は「責任主体・指揮命令系統が不明：「命令」がなく「お願い」。誰が何時、何を行うかはっきりしない防災マニュアル」 2.大規模災害・複合災害への備えが不十分<本音を言えば原子力事故は起こらない。よって形だけの原子力防災訓練で十分> 3.災害時危機管理、原子力防災の専門家が不在<責任感に欠ける素人官僚による現場への丸投げ> 4.医療機関の体制の不備・不足<原発近辺の病院は医師不足・能力不足、都会の病院は無関心。機動的に放射線事故に対応できる医療チームの不在> 5.地域ネットワークの不備<形式だけ、紙上の官製ネットワーク>などなどである。今後、様々なレベルでこのような事態に対処する教育や体制整備・強化への試みがなされるはずであるが、上記1,2すなわちCSCAが確立されなければ、我々現場の医療従事者はTTTを行うべきでない、というのがこの10年間の経験からの考察である。

Y2-39

ウガンダ北部戦後復興事業：「日赤外科医が現地治療、医師教育」

大阪赤十字病院 国際医療救援部

○中出 雅治、光森 健二

20年以上内戦の続いたウガンダ北部の病院を日赤が支援して3年目に入った。本事業は、外科医が相手国の医師免許を取得して手術を行うとともに現地医師の教育を行うという、日赤初の事業である。支援している病院は人口約80万人をカバーする350床の病院で外科医が不在であった。ここに2010年4月より、継続的に日赤から外科医を派遣し、2012年5月現在で約3000名の入院患者を診療、2000件余りの手術を行った。日赤から派遣した外科医はのべ12名、現地で指導したウガンダ人インターンは13名となった。現在ウガンダ人医師を1名大学院に進学させ、外科医の養成を行っているところである。現地疾患内容や、途上国での外科、派遣される外科医に求められる資質など、詳細を報告する。

Y2-40

カロンゴとわたし ～ウガンダ北部地区病院支援事業の報告～

足利赤十字病院 外科

○松田 圭央、藤崎 真人、瀧川 穰

国際救援の分野では、公衆衛生指導や保健政策の構築など、少数の働きで広く浸透し、継続される活動が重要とされ、労働力の提供といった役務提供型の支援は効率の面より広く受け入れられていない。特に平時の現場において、保健衛生に関して一般市民やそのリーダーへの教育、指導を行い活躍する看護師に比べ、医師にはその技術や知識を直接利用し活動する機会は少ない。2010年4月より日本赤十字国際救援部の活動として、ウガンダ共和国北部地区病院支援活動が始まった。派遣先はウガンダの北部で、首都より車で5時間の土地にあるアゴゴ県のカロンゴ病院であった。20年に及ぶ内戦が終了し避難民が少しずつ北部へ戻ってくるも、医療物資のみならず、医師や看護師の不足で、医療が成り立たない現状があり、労働力として日赤の外科系医師を派遣する、ウガンダ赤十字社との二国間事業として始まった。2010年6月から10月までの4ヶ月半、3人目の外科医として派遣の経験を得た。派遣前、私自身は、役務提供型の支援と理解していたが、実際に活動していく中で、インターンドクターへの教育が加わり、継続性や広い浸透性の期待できる支援として役割が広がったと認識できた。日本の病院で経験するより多くの救えなかった命があったのは確かであり、医療だけで解決できないことにも度々遭遇したが、外科医として得られた経験は多かった。長期的にカロンゴで生活することで私自身が経験したことを含め、活動報告をする。

Y2-41

中年脊椎外科医ウガンダへ行く ー若手外科医への誘いー

武蔵野赤十字病院 整形外科

○山崎 隆志

ウガンダ北部地区医療支援事業に参加した。これは日赤が行う海外救援で“外科医が外科医らしい仕事をできる最初の事業”である（中出大阪日赤国際救援部長）。私はこの10年脊椎手術しか行っていない、日赤の部長として標準的キャリアであるところの整形外科医であるが、現地では開腹、鼠径ヘルニア、陰嚢水腫など多数の専門外の手術を現地外科医（2年目）と行った。整形外科に関しても手術と多くの指導を行った。照明が暗い、手術器具が粗雑で使いにくい、医薬品の欠品が突然発生する、挿管しないための周術期死亡が多いなど日本で考える良好な医療を行うことは難しくストレスフルなミッションであった。しかし、他科疾患を扱う、困難な状況を克服することにより自分の外科医としての実力が向上し幅が広がったと実感した。私は1998年にスーダン内戦救援のために赤十字国際委員会が運営するケニアの病院で戦傷外科を経験し、手術とは人間の治癒力が発揮できる環境を作ることであることを学んだ。このように日常とは全く異なる外科医療の経験は良い外科医になる格好のチャンスと考えられる。しかし、本事業に参加希望の外科医が少ないと聞く。本社からの書類が届いた当初、私も断りの返事をしたが、希望者がおらず困っていると連絡が中出部長からあり受諾した。武蔵野赤十字病院整形外科の理念の一つであるhumanity（＝困った人を助けようという優しい心）を実践しようと考えたからである。参加希望者が少ない理由として専門外の疾患を診なければならぬことが挙げられている。しかし、点滴指示が書けない、全身管理が苦手、整形外科の基本手技である骨折手術のみに自信あり、こんな中年脊椎外科医でもなんとか責務を果たせた。これは克服できる問題である。多数の若手外科医（外科系医師）の参加申し出を期待する。