



未来への 提言

第48回兵庫県医師会設立記念式典特別講演—災害と地域保健医療—

阪神・淡路大震災に学ぶ 公開シンポジウム

答申 救急・医療情報検討委員会

阪神・淡路大震災 座談会

第48回兵庫県医師会設立記念式典特別講演 災害と地域保健医療

日 時 ●平成 7 年 11 月 11 日 (土) 午後 3 時
場 所 ●兵庫県医師会館

兵庫県知事 貝原 俊民

第48回本会設立記念式典を例年通り挙行し、特別講演として貝原俊民兵庫県知事より「阪神・淡路震災復興計画における保健医療政策」と題するご講演を拝聴した。

翌12日には第48回本会設立記念医学会・第10回勤務医学会合同医学会を開催し、会員からの研究発表に引き続いて行政、医療関係および住民の参加によるシンポジウム「阪神・淡路大震災に学ぶ一地域防災計画はいかにあるべきか」が行われた。

震災発生から10か月を経過した時点でのこれらの行事は、本会が営々と積み重ねてきた輝かしい歴史の中にあって、壊滅的な打撃を受けつつも復興への決意を新たにしてその一步を踏み出す、震災の年にふさわしい内容であった。

講 演

伝統のある兵庫県医師会の記念式典で、特別講演させていただきますことを、身に余る光栄に存じています。

医師会の設立記念式典も48回を数えるわけですが、振り返りますと、この間、兵庫県の県民医療水準は格段に飛躍し、また長寿を全うすることができるようになったわけです。これもひとえに兵庫県医師会ならびに会員の諸先生方のご貢献によるものであり、衷心より感謝申し上げます。

戦後50年を迎え、さあ新しい時代に向かって進もうかと思っていた矢先に、大震災が発生しました。医師会の先生の中にも犠牲になられた方がいらっしゃいますし、家族や友人、知人など、本当に多くの方がお亡くなりになりました。ここに改めてお悔やみを申し上げます。また、大変な被害を受けられた被災地の皆様方には、心からお見舞い申し上げます。

復旧状況

いよいよ震災から10か月が経過しようとしています。

今なお、家をなくされた10万人近い方が仮設住宅におられますし、仮設住宅に入らないでがんばっておられる方も1,500人程いらっしゃいます。

仮設住宅は何と言いましても仮の住宅ですし、これから寒い冬を迎えようとしていますからたいへん厳しい生活です。とくに高齢の入居者が多いものですから、私どもこのケアについて大変心配しており、できる限りのことをしたいと努力しているところです。

1月17日の被害状況をテレビで見ていた外国の人が神戸に来たら、「すごいスピードで復旧していますね」とおっ

しやるのです。震災前の神戸をご存じないものですから、誤解をされているようではありますが、瓦礫の処理はもう90%近くできておりまして、3分の1ぐらいの建物がなくなっています。経済情勢も厳しいですから、なかなか元気が出ないと新聞等でも報道されてきましたが、病院、診療所は、もう97~8%が復旧し、診療・医療活動を行っていただいていますし、いよいよ本格的復興の時期に入りつつあると思います。

そういう状況のなかで、いよいよ1周年を迎えるにあたりまして、来年早々ぐらいからは、復興への槌音が高くなっていくように、我々としては努力していかなければいけないと思っております。

阪神・淡路大震災を経験しまして、私自身、どういうことを感じたか、あるいはどういう責任を持っていかなければいけないかにつきまして、若干のお話をさせていただきたいと思います。

予期できなかった大都市直下型大地震

正直言いまして、兵庫県は、これは西日本全体もそうですが、災害と言いますと主に風水害を前提としていました。

戦前の記録に残っているもので、兵庫県で1,000人以上の死者が出たのは、室戸台風と「細雪」に出てくる昭和13年の阪神大水害の2つで、戦後も第2室戸台風でやはり1,000人近い死亡者が出ております。

こういった台風、あるいは集中豪雨が、いわゆる自然災害の大きなものとして考えられており、その対策は、ほぼ終わっていたわけです。六甲山は険しい山ですから、時間量、

200ミリぐらいの雨が降ると、鉄砲水が出たり、土砂崩壊が起きたりしていました。戦後、昭和30年ぐらいから今日まで約40年ぐらいかかって、3,000ぐらいの小規模ダム、あるいは砂防ダムを作りまして、200ミリや300ミリの雨が降っても六甲山はびくともしないぐらいの確信を持っていました。

ところが大都市直下型の大地震につきましては予想していませんでした。

もちろん、県の防災計画では地震についても考えておりました。しかし起こるとすれば和歌山沖の南海プレートが動く場合に、神戸が震度6ぐらい。それから山崎断層が動いた場合に、姫路地域で震度7、神戸で震度6という被害想定をしており、その程度の対策はとっていたのですが、まさかこの神戸を含む阪神・淡路地域という大都市地域に直下型の地震、しかも震度7という激震が襲うことまでは、予想しておりませんでした。

ロサンゼルス、あるいはサンフランシスコの地震で高速道路が落ちたという話がありましたが、日本の高速道路は大丈夫だという専門家のお話でしたし、トルコ周辺、あるいはイタリアの地震で多くの家屋が崩壊したのですが、日本の建築基準では大丈夫だというお話等もありまして、あまり合理的根拠はないのですが、私たちの社会は安全だという、いわゆる「安全神話」を信じて今日まできたことに、大きな反省をしています。

このような大都市直下型の地震だけではなくて、世界的に見ましても、高齢社会に入った、しかも近代的装備をもった都市で、前ぶれもなく、突発的に発生した大災害としては、人類史上、初めてではないかと言われています。そういった意味では大都市直下型の地震災害について、悲しいことである反面、人類全体として学ぶ機会にもなりました。我々被災地としては、地震による被害をきちんと検証し、その結果をもとに研究を重ね、新たな対策を講ずる責任があると考えているところです。

保健医療対応

そこでまず最初に、私どもがとりました震災直後の保健医療対応がどういうものであったかについて、話を進めてまいりたいと存じます。

まず、救急医療体制についてですけれども、当然のことながら震災直後、これが大きな問題になっていました。

その場合に、情報の問題がクローズアップされ、兵庫県救急医療情報システムの中核センターである救急医療情報センターにオペレーターを増員し、搬送機関や医療機関からの問い合わせに対応してきました。搬送につきましても、厚生省のヘリコプター運用マニュアルを医療機関に周

知するなど、いろいろな手立てを行ったところです。しかし、決して十分な体制で機能したとは言えませんでした。

2番目に震災後の医療救護については、医療機関等の被害状況や空きベッドの状況を把握するため、医師会や各病院にお願いをし、救護班を派遣しました。県が把握したもので、4月末までに延べ15,390班、76,900人の救護班が派遣されているという状況です。

また、透析やボランティアの問題など、いろいろ突発的なことにも対応しながら、救護センターを開設させていただきました。その節には、県医師会の瀬尾会長に全面的なご支援をいただいたところであり、この機会に厚くお礼を申し上げたいと思います。

さらに、医療ボランティアの受け入れにつきましては厚生省の現地対策本部が、看護ボランティアの受け入れは看護大学内に設置された日本看護協会の現地対策本部が、窓口になって行いましたが、医師会の皆様方にもいろいろご支援をいただいたところです。3番目に保健予防の点ですが、ピーク時には30万人を超す県民の方々が避難所で生活されていたため、伝染病の発生やインフルエンザの蔓延が憂慮されましたので、防疫活動をおこなったり、保健婦による巡回健康相談、あるいは合併症を併発しやすい65才以上のお年寄りに対するワクチン接種などをお願いしたところです。さらに現在では、ほとんどの避難者が仮設住宅に移っていらっしゃるわけですが、地域医療の供給体制の手薄な仮設住宅において、仮設診療所の設置、あるいは巡回歯科診療車の配置を行いました。

さらにはPTSD（心的外傷後ストレス症候群）が問題になってまいりましたので、精神科の救護所も設けたほか、こころのケアセンターの開設等を行っているところです。

災害医療システムの構築

このほかに、医師会をはじめ、関係の皆様方には、いろいろお世話にならなければなりません。震災時における問題点・教訓と、今後どういうことを行政がやり、あるいは医療機関にお願いし、県民自身も考えてもらわなければならないことにつきまして、お話ししたいと思います。

災害医療情報指令につきましては、指揮、命令系統がきわめて不明確で混乱してしまいました。

あるいは情報システムが充分でなかったとか、医療需要の急増、交通網の途絶等による医療スタッフの不足、トリアージや災害時特有の症例に対する知識の不足、医療ボランティアの活動についてのノウハウなどが不足していたこともありますし、電気、水道、ガス等ライフラインの途絶により、診療機能が大きく低下したわけです。

救急医療機関も、充分対応できる病院が少ないことを痛

切に感じましたし、救急搬送体制も、ヘリコプター等をフルに活用するノウハウが充分でなかったという反省があります。

さらに医薬品の備蓄等も、必ずしも満足し得る状態ではなかったことが反省点として出ているわけです。

こういう問題点の把握、問題点の所在、それらへの対応が浮かび上がってきているわけですが、当面、今、行政の分野でどういことをやろうとしているかについて、ご紹介したいと思います。

① 災害救急医療システム

災害時におきます指揮命令系統、情報の収集伝達、マシナリーのコーディネート、さらにはいろいろな医療用の資材の備蓄、あるいは医療用に限らず、医療行為を行うための補助的な資材の確保を考える時に、現在の救急医療システムでは十分でないことがわかってきましたので、「兵庫県災害救急医療システムのあり方」について、川崎医科大学の小濱啓次教授を中心とする検討会を早速設置して検討を進め、現在、その素案がまとまっている段階です。

この基本的な考え方は、平時には救急医療システムとして稼働しながら、かつ災害時にも対応できるシステムを作ること。また二次医療圏域毎に災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関への指令、救命救急医療の提供、患者の搬送、医薬品等の備蓄を総合的に行うシステムを整備し、その中核として災害医療センターを整備することです。

さらに、隣接し合う二次医療圏域同士の相互支援もやっというと考えております。その具体的な内容ですが、県立防災センターに災害医療情報センターと災害医療指令センターを機能として持たせる。災害医療センターでは高度救命救急センターを置きまして、高度の医療提供や医薬品等の備蓄を行う。

また、搬送システムとしてヘリポート、患者搬送車、海上輸送船、輸送ルートといったものを整備していく。このような災害医療センターを神戸東部新都心に設置しようと考えています。そして、二次医療圏毎に地域医療情報センターを設置し、その下に、救命救急センターを配置することで県下全域をカバーしていきます。

今後、医師会の皆様方の専門的なご意見をお聞きをしながら、具体的なまとめをしていきたいと思っています。

② 災害救援専門ボランティア制度

行政として対応しようとしておりますのが「ひょうご・フェニックス救援隊」で、その愛称は「HEART-PHOENIX」です。「HEART」というのは、「Hyogo Emergency heArtful Rescue Team」、この頭文字を

とったら「HEART」という字になりますので、「HEART-PHOENIX」という名前にしています。

ボランティアにはいろいろなコンセプトがありますけれども、専門的な技術をもち、トレーニングを受けた専門ボランティアの組織が、諸外国にはございます。もちろん災害はあってはならないことですが、再び起きた場合には、専門的、効果的に活動していただくボランティア組織を整備してはどうかと考えています。

また、今回も全国はもとより、国外からもおぜいのボランティアの皆様方のご支援をいただきましたので、今後、他の地域で災害が起きた時には、何らかの形でお返しをするという意味でも、被災地にこういった専門ボランティアが組織されるべきではないかと思っています。

分野は、救急・救助ボランティア、医療ボランティア、介護ボランティア、建物判定ボランティア、ボランティアコーディネーター、輸送ボランティアの6分野を募集し、1周年の時にはスタートさせようと事務を進めさせていただいているところです。

③ WHO神戸センターの開設

これは本来、震災とは関係なく、馬場成人病センター総長をはじめといたしまして、関係の皆様と協議し、医師会の瀬尾会長にも準備委員にお入りいただき検討を進めていたわけです。

震災が発生した直後の1月23日に、ジュネーブのWHO本部で神戸センターを設置するかどうかを議論していただき、その日に設立を決定していただいたわけです。

WHOが震災からの復興に一定の役割を果たしている、あるいはWHO神戸センターがお役に立つのではないかとということで、研究項目は高齢者のヘルスケアシステムの構築や都市におけるヘルスサービスの提供です。

今回の震災は、高齢社会における大震災であったことが大きな特徴の一つです。亡くなられた方のうち、60才以上の方が53%を占めており、また現在、10万人程度、仮設住宅に避難しておられる方がいらっしゃいますが、そのうちの30%以上が65才以上の方です。言うなれば、高齢化率30%の超高齢社会が仮設住宅ではもう現実のものになっているわけです。

災害復興住宅ができた時に、仮設住宅の居住者に帰ってきていただくと当然、その地域は高齢化率が高くなりますから、それに対応した福祉のまちづくりをしていかなければいけません。住宅の構造等ハード面もそうですが、在宅介護、あるいはデイケア、さらには福祉施設ともうまく連携させるソフト部分がついていく社会を実現していかなければいけないわけです。

そういうことについて、このWHO神戸センターに研究をやっただき、それを実現化していく。あるいはそう早急には研究成果が出なくても、研究のフィールドとして先導的な施策をこの地域で展開していく。こうすることで我々はWHOにも今後の復興に向けて大きな役割を期待したいと思っているところです。

④ ヘルスパーク構想

それに関連しまして、今後、何といっても健康が、人間にとって大変重要なことですし、健康に対する関心が高まってきています。

WHO神戸センターが意図しております都市における健康面からも、このWHO神戸センターができる区域に、自分で自分たちの健康をつくっていく住民主体のいろいろな施策を展開していかなければいけません。そのため、いろいろ楽しみながら、しかも小さい時から健康づくりの生活習慣をつけていく施策が大変重要になっていくのではないかと思います。

東京都あたりで、これの実験的な施策がスタートしておりますけれども、震災の復興記念事業として、全国的にも新しい時代をつくっていく健康政策の目玉となるようなヘルスパークを、このWHO神戸センターと併設をして、神戸東部新都心につくっていくってはどうかご提言をいただき、このような施策も進めているところです。

このように、この震災を契機に緊急対策から21世紀の長寿社会における健康増進まで、行政面で幅広い対応をしていきたいと考えています。

復興記念事業

最後に、今回の震災から我々が学んだことを、今後の人類が災害からの安全を確保するために役立たせるようなことを、この震災の記念事業として、ぜひやるべきだという声が大変強くなってきています。

これに関連しまして、実はいくつかの提案が出てきており、その一つとして、神戸大学から都市安全研究センターを作っていくという構想が提案され、政府と協議していただいております。

災害に対する都市の安全についての学問分野は、非常に多岐にわたるわけです。神戸大学は被災地域におきます唯一の国立総合大学ですから、都市安全研究センターを作って、地震に限らず、災害等による非常事態に対する都市の安全に関する総合的研究を推進するための全学的な研究拠点として、学際的にいろいろなテーマに取り組んでいただけるものと期待しております。

県としまして、毎年、1月17日前後の1週間か10日間、医療はもちろんですが、福祉のまちづくり、情報や

ライフライン、危機管理や防災などのジャンルについて、継続的なシンポジウムを開催していこうと考えています。

今回の震災における我々の経験、課題について検証しながら、より良い対策、知識を国内外から集めて、今後、どういうことをやるべきか、提案していこうと、今、準備を進めているところです。来年の1月中旬にとりあえず、最初のものを開催しまして、毎年、いろいろなジャンルについて国際的なシンポジウムをやっていこうと考えています。もちろん国にも共催という形で参画していただきたいと相談しており、大体そういう方向になりつつあります。

そして、いろいろな情報や資料、あるいは知識や提案がまとってきますと、それらを蓄積する国際的な防災センターや博物館、場合によっては研究財団をつくりまして、この地域が息長く、防災について人類にいろいろな情報発信していくような記念事業を行っていく。そして神戸大学の都市安全研究センターと一体的に機能していくことになれば、大変意味のあることになっていくのではないかと思います。

ご存じのとおり、関東大震災の時に、財団法人の東京市政調査会がスタートしています。これは、震災後からまちづくりをどうやっていくのかについて、世界的にいろいろな知識を集め、それをベースにしたシンクタンクで、これが今でも都市づくりについては、国際的にも高く評価される機能を発揮しております。

今回、関東大震災に匹敵するような大震災が関西で起きたわけですから、この際、関西にもそういった意味のあるシンクタンクが作られることは大変意義のあることではないでしょうか。

我々地元としても努力しますが、政府のご支援もいただいて、そういった震災記念事業を提案し、実行していきたいと考えているところです。

また、復興についてどういう課題があるのか、今後どういう対応をしていかなければいけないのかとか、多くの英知を集めていくよう努力をして、それを基に提案していくことが、大変重要です。医療の問題につきましても、本当に足りなかった点がどういう点なのかを検証していきたいと思います。

21世紀には、発展途上国を中心として人口が爆発的に増加する。それにともない資源エネルギーの消費、浪費が非常に多くなり、環境問題に大きな影響を及ぼす。そういうことが災いとなって、自然的な災害が出てくる可能性もあります。自然災害のみならず、サリン事件や大規模な航空事故など科学技術の発展に伴う影の部分も大きくなりますと、今まで考えもしなかった突発的な大災害が出てくる。そういうものが発生した場合に、我々はどういう対応をし

ていけばいいのかについて、国際的にも情報発信していくことが震災を経験した我々の責任であり、多くの尊い犠牲の御霊にこたえる道ではないかと思っています。

県民ぐるみの防災体制

今回我々は非常に大きな教訓を得たように思うのです。それは災害が大きくなればなるほど、初期の段階においては、自分自身で自分の命や家族を守る、あるいは隣人を守る自己防衛がいかに大切なことであるかということです。

戦後の日本は、何となく豊かで安全だという過信をもってしまって、何かあったらとにかく逃げればいい、あるいは誰かが助けに来るのを待てばいいという意識がちょっと過剰になっているのではないかと懸念されます。

いろいろ専門家のご意見を聞きますと、ヨーロッパ先進

諸国等では、まず「自分のことは自分で守る」ことがかなり徹底しているようです。その辺りが今後、大規模災害対策についても考えなければいけないというご指摘があります。

そうすると、子供たちの教育から社会人の学習まで、防災に関して必ずしも21世紀は安全と言えないという認識と、それに対する心構えを身につけていくような施策も進めていかなければいけないと感じているところです。今お話ししました復興事業は、大変重要なことでありますので、兵庫県医師会の瀬尾会長をはじめ、諸先生方には推進の中核的な役割を担っていただき、何とぞ、いろいろなご支援を賜りますよう、心からお願いを申しあげ、私の話を終わらせていただきます。

ご静聴、ありがとうございました。(拍手)

兵庫県復興計画

1

震災直後の保健医療対応

1. 医療救護

医療機関等が甚大な被害を受けるなか、被災住民に対する医療の確保が緊急かつ重大な課題となったため、医療機関の被害状況や空床状況の把握に努める一方、県医師会をはじめ日本赤十字社、自衛隊、関係機関等に対して、救護班の派遣を要請し、被災地域での医療救護活動を展開した。

4月末で県が把握したものだけでも延15,430班、76,700人の派遣が行われた。

震災直後の慢性疾患対策では、透析医療の確保が課題となったため、県透析医会を通じ、人工透析に必要な透析液の供給窓口の周知を図る一方、関係市に対し、水の供給について要請した。さらに、透析患者団体や県透析医会に近隣府県の透析医療施設を紹介するとともに、救急医療施設等に挫滅症候群に対する注意を促した。

避難住民の医療については、県医師会や自衛隊、医療ボランティア等により避難所救護センター及び救護所を設置し、健康管理を中心とした医療の確保を図ったが、震災による精神的ショックや長期の避難生活によるストレス等によるPTSDが問題となってきたため、精神科救護所を被災地域の保健所に設置し、パンフレットやニュースレターによる情報提供、避難所での講演会の開催、精神保健センター「こころの電話相談」の設置等を行った。

なお、現地対策本部の設置にあわせて開設した救護セン

ターについては、地元医師会長の全面的なご支援をいただいたことに、特に感謝する次第である。

震災直後から県内外の医師や看護婦等のボランティアの申し出が県に寄せられ、医師については、当初は医務課、次いで国の現地対策本部が窓口となって、救護センター、救護所、医療機関への派遣が行われた。

2. 救急医療

被災者の救命のためには、救護班等による医療救護とともに、傷病者に適切な医療を行える医療機関を確保することが大きな課題であった。

このため、兵庫県救急医療情報システムの中核センターである救急医療情報センターにオペレーターを増員し、搬送機関や被災医療機関に対する県内医療機関の診療情報の提供体制を拡充するとともに、近隣府県の受け入れ可能病院の把握に努め、搬送機関に周知した。

患者搬送に関しては、救急車による搬送が混乱を極めたため、厚生省のヘリコプター運用マニュアルを市町災害対策本部、搬送機関をはじめ、県医師会、県私立病院協会を通じて医療機関に周知し、ヘリコプターでの患者搬送を促した。

3.保健予防

30万人にも及ぶ避難所生活者のし尿処理をはじめ、ライフラインの寸断により手洗いができなくなるなど衛生状態が悪くなり、赤痢等の伝染病発生が懸念されたため、災害防疫活動が喫緊の課題となった。

このため、厚生省、近隣府県、指定都市等に依頼して防疫薬剤や噴霧器を確保し、仮設トイレの消毒を実施する一方、県立衛生研究所が甚大な被害を受けたため、大阪府等での伝染病菌の検査体制を図った。

疾病予防に関しては、避難所生活でのインフルエンザの蔓延が憂慮されたため、保健婦による巡回健康診断を実施するとともに、罹患すると重症化し合併症を併発しやすい65歳以上の希望者に対してワクチン接種を実施した。

避難所生活者への保健相談については、当初、保健婦によるインフルエンザ等感染症予防や咳、発熱の自覚症状のある人への受診指導を中心に実施したが、徐々に高齢者や

慢性疾患のある者等にその対象を移す一方、不安や不眠等の精神的な訴えが増加したため、精神的援助をはじめとする心のケアの充実に努め、保健相談体制の整備を図った。

このほか、疫病を持つ避難者を対象とした巡回栄養相談、巡回リハビリテーションを実施するなど、かかりつけの医師や福祉関係者との連携を図りながら適切な医療の確保と福祉サービスの提供に努めた。

その他、仮設住宅等の建設による人口移動にともない、地域医療の供給体制が手薄となった地域への仮設診療所の設置や歯科巡回診療車の配備、地域に根ざした精神保健活動の拠点となる「こころのケアセンター」の開設などを行った。

今後も、医師会をはじめとする関係者の指導と協力を得ながら、患者のライフステージに応じた保健医療サービスを提供する「かかりつけ医」の普及定着や訪問看護活動の充実など、被災者の医療の確保と健康増進に努めていく。

2

震災時における問題点・教訓災害救急医療への主体別取り組み(素案)

区 分	震災時における問題点・教訓	行 政	医 療 機 関 等	県 民
災害医療情報・指令	1. 指令系統が不明確 2. 地域ごとの医療機関の被災状況に関する情報収集体制の不備 3. 現行救急医療情報システムでは医療機関において他の医療機関の診療情報の把握が困難 4. 電話回線の不通・輻輳により情報の収集・提供、消防本部に対する患者の搬送依頼、水の配送依頼等が困難	1. 県立防災センター内に災害医療情報・指令センターを設置。各2次保健医療圏域毎に地域医療情報センターを設置 2. 災害医療情報ネットワークの構築 3. 救急医療情報システムの拡充（医療機関が相互に診療情報や被災状況を確認できるよう端末を双方向化、近隣府県と情報を共有） 4. 専用電話回線等による通信のフェイルセーフ機能の確保	1. 医師会等救護本部の設置 2. 情報の収集・提供 ・救急医療情報センターへ診療情報のリアルタイムの発信 3. 救急医療情報システムの拡充と医療機関相互の情報通信ネットワークの整備 例：県私立病院協会神戸支部の無線ネットワーク	○患者会、自治会単位での連絡体制の確立
医療マンパワーの確保	1. 医療需要の急増、交通網の途絶等により医療スタッフが不足 2. 医療機関内の指令系統が不明確 3. トリアージ（限られた資源の中で最大の効果を上げるための選別技術）や災害時に特有の症例に関する知識の不備 4. 発災当初は医療ボランティアの受入が混乱 5. 医療ボランティアとして十分な活動	1. 救護班の編成・派遣 2. 災害医療統率者の育成 3. 災害医療に関する医療従事者の研修・訓練の実施 4. ボランティア受入体制等の整備 ・救護班、ボランティアの受入れ、配置の調整 5. 災害救援専門ボランティ	1. 初動時の医療スタッフの確保 ・医療機関相互の応援協定の締結 ・救護班の編成・派遣 2. 災害医療統率者の選定 3. 災害医療に関する医療従事者の研修・訓練への積極的な参加 4. 医療ボランティア受入れマニュアルの作成 5. 災害救援専門ボランティ	

区 分	震災時における問題点・教訓	行 政	医 療 機 関 等	県 民
	が困難 6.近隣府県への円滑な応援要請が困難	ア制度の創設・運用 6.近畿府県による広域相互 応援体制の確立	ア制度の運用支援 ・ボランティア制度への参 加 ・団体による登録、研修	
ライフライン の確保	1.電気、水道、ガスなどのライフラインの停止により診療機能、患者サービスが一時的に低下	1.ライフライン確保に対する補助制度の設立 ・災害拠点病院、市町災害 対応病院における貯水槽 自家発電機の整備	1.医療機関毎の確保策の確 立 ・貯水槽・井戸、自家発電 機、代替熱源設備等の整 備 ・関係事業者との協議・協 定作成	
救急医療機関	1.広範囲熱傷、指肢切断など高度の救命救急医療に対応可能な病院が少ない 2.医療機関自体が被災し、建物・医療機器の損壊により診療機能が低下	1.高度救命救急医療の提供 ・災害医療センターの整備 2.災害拠点病院(二次医療 圏)、市町災害対応病院 (中学校区)の整備	2.医療機関毎の防災機能の 向上 ・耐震構造化 ・医療機器、薬品棚等の固 定など転倒落下の防止	○健康管理と自己 症状の把握 ○かかりつけ医、 主治医等身近な 医療機関の確保
救急搬送	1.道路網の寸断、道路の混雑により患者搬送が困難 2.消火・救援活動に忙殺され救急車による搬送が困難 3.船舶やヘリコプターの活用が不十分 4.住民避難によりヘリコプター臨時離 着陸場が使用不能 5.地域中核病院によるヘリポートの不 備	1.道路交通規制の徹底 2.搬送手段の確保 ・災害医療センター等に おけるドクターカーの確保 3.海上、航空搬送体制の確 立 ・自衛隊、海上保安庁との 連携(巡視船やヘリコ プターの活用、合同訓練 等) ・災害医療センターにお けるヘリポートの整備 ・ヘリコプター臨時発着場 や依頼手続きの周知 4.市町域でのヘリコプター 臨時発着場の把握及び整 備指導 ・ヘリポートの整備	2.搬送手段、搬送依頼先の 確保 ・後送病院の事前指定 ・患者搬送用車両、運転手 等の確保 3.多様な搬送手段の活用 陸・海・空の搬送ルート の適宜選択 ・最寄りのヘリコプター臨 時発着場や依頼手続きの 把握	
備蓄	1.患者の激増、供給ルートの寸断等により医薬品・衛生材料が不足	1.医薬品・医療材料等備蓄 体制の整備 ・県立防災センターにお ける備蓄 ・災害医療センター及び地 域の災害拠点病院にお ける備蓄庫の整備 ・医薬品確保に関する協 定締結の検討	1.医療機関毎の備蓄体制の 確立 ・医薬品・医療用具 ・緊急用簡易ベッド・担架 ・食料品、飲料水 ・医薬品卸売業者等との協 議・協定作成	○家庭での備蓄の 実施 ・救急箱 ・食料品、飲料水、 懐中電灯、ラジ オ等
その他	1.市民による応急手当の実施が不十分 2.防災訓練が不十分	1.住民に対する応急手当の 普及啓発 ・心肺蘇生法や止血法、外 傷の手当等に関する救命 講習の開催 2.大規模災害に対する防災 訓練の実施	1.住民に対する応急手当の 普及啓発 ・心肺蘇生法や止血法、外 傷の手当等に関する救命 講習の開催支援 2.防災訓練の実施等 ・地域の防災訓練への参加 ・病院防災マニュアルの作 成と院内防災訓練の実施	1.応急手当の習得 ・心肺蘇生法等に 関する救命講習 へ参加 2.地域医療機関と 共同の防災訓練 への参加 ○近隣の助け合い ・患者搬送、水・ 物資の運搬につ いてボランティ アとして活動

「兵庫県災害救急医療システムのあり方」について(概要)

1. 経緯

阪神・淡路大震災では、平成7年6月13日現在、5,502名の多くの尊い命が失われ、34,900名にのぼる多くの方が負傷し、また、数多くの医療施設が被害を受けた。医療機関に対する実態調査でも、水などのライフラインの確保や医薬品の備蓄等十分な事前の備えをとっていた医療機関が少なく、災害による医療需要の急増に対応できる体制、施設等が不十分であった事実が明らかになった。また、交通渋滞や通信システムの脆弱さなどのため、救急車やヘリコプターによる患者搬送が有効に活用できなかったことも同時に明らかになった。

そこで、災害医療システム検討委員会（会長：川崎医科大学 小濱啓次教授）を設置し、「災害医療についての実態調査」の結果やこのたびの震災から得られた教訓を踏まえ、大規模災害に対応しうる兵庫県災害救急医療システムのあり方について検討した。

2. 基本的な考え方

- (1) 現行の救急医療システムをベースに、平時は救急医療システムとして稼働し、かつ災害時にも対応できるシステムとして構築する。
- (2) 二次医療圏毎に、災害医療情報の収集・提供、医療機関や搬送機関への指令、救命救急医療の提供、患者の搬送、医薬品等の備蓄等について総合的なシステムを整備し、その中核として災害医療センターを整備する。
- (3) 隣接しあう二次医療圏間の相互支援・補完を考慮してシステムを整備するとともに、災害規模によっては、近隣府県等の支援が得られるものとする。
- (4) 現在県において検討されている各種の事業計画と齟齬をきたさないシステムとして構築する。

3. システムのあり方

(1) 災害医療情報・指令システムの整備

ア 兵庫県災害医療情報・指令センター

兵庫県における災害救急医療システムの拠点として、国際防災センターとの連携のもと、県立防災センターの一施設として整備する。

(ア) 災害時に、二次医療圏毎の地域医療情報センター、医師会等を通じて被災地の医療にかかる総合的な情報収集を行う。

(イ) 情報通信手段としては、一般電話回線以外にも専用回線、衛星通信、救急無線等の中から複数のものを確保し、災害規模に応じて救護班の派遣、患者の搬送が円滑に行えるよう医療機関、搬送機関等関係機関に適切な指示を行う。

イ 地域医療情報センター

二次医療圏に1か所ずつ災害医療情報の収集・提供を行う地域医療情報センターを整備し、医療機関の空床状況、対応可能な診療科目、手術の可否等診療応需情報等の収集一元化を図り、災害時には、医療マンパワーの派遣要請等において行政機関とつなぐ救急医療機関の災害医療統率者と保健所長が協力しつつ、円滑な搬送等の業務を行う。

ウ 広域災害医療情報ネットワークの構築

災害医療情報・指令センターと地域医療情報センター、近隣府県、国の機関、搬送機関、自衛隊等関係機関間を複数の通信手段で結び、患者の搬送を円滑に行えるよう広域災害医療情報ネットワークを構築する。

(2) 災害医療センターの整備

ア 高度救命救急医療の提供

平時においては、兵庫県における救急医療の中核施設として、総合病院との連携のもと、多発外傷、脳血管障害、循環器疾患のほか、広範囲熱傷や急性中毒等の特殊疾病患者を対象とした高度の救命救急に対応する。

また、災害時には、被災地において収容しきれない患者のための病床を確保し、手術をはじめ挫滅症候群患者に対する血液透析等救命医療にあたりとともに、医師の派遣を行うなど被災地の医療ニーズに対応する。

イ 搬送基地

災害医療センターの敷地内にヘリポート、駐車場を有する搬送基地を整備し、搬送用車両による陸上輸送に加え、ヘリコプターによる航空輸送や船舶による海上輸送等の確保を図り、被災地からの患者を受け入れるとともに、他府県等の医療機関への患者の転送を行う。

ウ 備蓄センター

災害直後に必要な救急用医薬品、一般常備薬、慢

性疾患用の医薬品等、さらには食糧、水、LPガス等を備蓄する備蓄センターを整備し、大規模災害時には、搬送基地の車両、ヘリコプター等により必要とする被災地の医療機関等に搬送する。

(3) 地域における救急医療機関の整備

ア 初期救急医療機関の整備

小中学校区を単位に保健医療福祉サービスの提供、住民のふれあい、交流やボランティア活動などの拠点として整備されるコミュニティーセンターとともに、医薬品等の備蓄機能を備えた災害に強い医療機関の配置を検討する。

イ 広域救急医療機関の整備

二次医療圏毎に、現在二次あるいは三次救急医療機関として機能している救命救急センター等地域基幹病院を防災都市にふさわしい備蓄施設、貯水施設、自家熱源、搬送手段、通信手段等を備えた災害医療の拠点として複数か所整備する。

(4) 搬送システムの整備

救急患者や救援物資等の搬送については、救急車、鉄道輸送に限らず、巡視船等による海上輸送やヘリコ

プターによる空路輸送の確保を図る。そのため、概ね、市町区域に1か所ヘリポートを整備する。

(5) 医薬品等備蓄システムの整備

医薬品等の備蓄については、災害医療センター内に広域備蓄センターを整備するほか二次医療圏ごとに広域救急医療機関に地域備蓄センターを整備する。

(6) その他

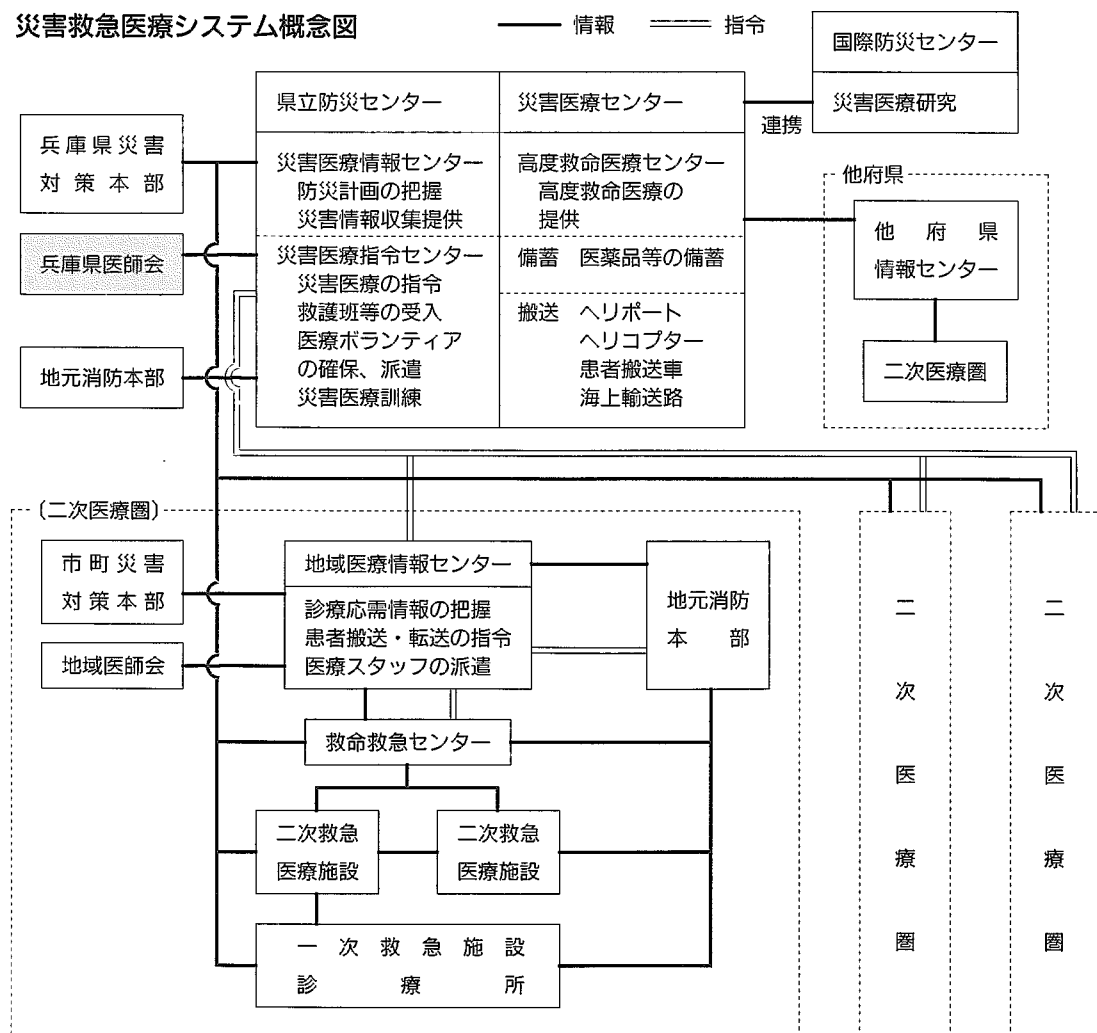
ア 災害医療の研究

国立の施設として誘致を計画している国際防災センター内に、災害による障害の予防、軽減症候群など災害に特徴的な疾患の診断と治療、長期の避難所生活における慢性疾患対策、PTSD（心的外傷後ストレス症候群）等に対するメンタルヘルスケア等について研究する災害医療研究所を整備することが望まれる。

イ 災害医療訓練

救急医療機関や搬送機関との連携のもと、初動医療スタッフの確保やヘリコプターによる搬送等大規模災害を想定した、災害医療訓練を実施しうる施設、設備を整備する。

災害救急医療システム概念図



阪神・淡路大震災に学ぶ 公開シンポジウム

日時●平成7年11月12日(日)午後1時～4時
会場●神戸国際会議場メインホール
主催●兵庫県医師会
後援●兵庫県・神戸市・日本医師会

テーマ「阪神・淡路大震災に学ぶ」—地域医療防災計画はいかにあるべきか—

司会／瀬尾 攝（兵庫県医師会会長）

馬場 茂明（兵庫県医師会生涯教育委員会委員長）

あいさつ 兵庫県医師会会長／瀬尾 攝

シンポジスト

1. 医師会の立場から

芦屋市医師会会長／福岡 昭吉
神戸市医師会理事／金澤 精一

2. 病院の立場から

明舞中央病院／元原 利武
神戸市立中央市民病院救急部長／立道 清

3. 看護婦の立場から

神戸大学医学部保健学科教授／新道 幸恵

4. ボランティアの立場から

がんばろう神戸／堀内 正美

5. 行政の立場から

兵庫県保健環境部長／川村 隆
神戸市衛生局長／坪井 修平

6. 災害医学の立場から

大阪府千里救命救急センター所長／太田 宗夫

講演

あいさつ

●事務局

それでは定刻になりましたので、ただいまから公開シンポジウム「阪神・淡路大震災に学ぶ」—地域医療防災計画はいかにあるべきか—というシンポジウムを始めさせていただきます。

まず、開会に当たりまして、兵庫県医師会の瀬尾会長よりごあいさつをお願いいたします。

●瀬尾 攝氏（兵庫県医師会会長）

兵庫県医師会長の瀬尾でございます。

きょうは絶好の秋日和の日曜日、わざわざ我々の大震災に学ぶ公開シンポジウムにご出席賜りましたことを厚くお礼を申し上げます。

あれから、もうといえますか、やっとなといえますか、10カ月の月日がたちました。まだ街は撤去すらできていない建物、あるいは、撤去はしたけれども、更地のままで新しい建物はなかなか見えないと、そうした現状でございますが、世間では阪神・淡路大震災の話題は次第に消えつつあります。首都圏あたりでは、もう地震は全部復興しましたかというふうな質問すらされるような時期になってしまいました。しかし、本当はこれからが一番大変でございます。私たちは他の力を頼むことなく、自分たち同士が力を合わ

せて復興に努めなければならないと、今さらに痛感をしております。特に、医師会は医療という立場から、今回の大震災に對しましてさまざまな苦い反省と、そして、それに基づいたいろいろの新しい考え方というものを模索しつつある現状でございます。

きょうは、我々医師会だけでなしに、行政、市民、そうした方々を交えて、皆さんと一緒にこの大震災における医療というものをもう一度冷静に考えてみたい。

ライフラインという言葉がいろいろ言われました。水道、電気、ガス、いずれも人々の生活には必須でございますが、それと並んで、医療というものも、これは一番大切なライフラインにほかならないと、私は、先般、前の井出厚生大臣や今度の森井厚生大臣が視察に見えたときにも、口を酸っぱくして説いておるわけでございますが、こうした大震災はもう二度とあってはなりませんし、まず恐らくないでしょう。しかし、我々が得ましたこの貴重な体験、そして、それに基づくさまざまな新しい教訓というものを日本じゅう、いや、世界じゅうの人に、また、我々の後世の後輩たちにも必ずしっかりと情報を発信して、我々の苦い経験を再び繰り返すことのないように、そういう願いを込めまして、きょうのシンポジウムを開いたわけでございます。

どうか、皆さん方とともに一緒に考え、そうした目的が達成できますことを心からお願いをいたしまして、開会の言葉といたします。

ありがとうございました。

●事務局

それでは、早速シンポジウムに移りたいと思います。

各分野のシンポジストの先生方からのご発言をお願いいたしますが、司会は、ただいまあいさつ申し上げました兵庫県医師会の瀬尾 攝先生と、兵庫県医師会生涯教育委員会の馬場茂明委員長をお願いいたします。

どうぞよろしくお願いいたします。

●司会（瀬尾 攝）

それでは、これからは座長ということでごあいさつを申し上げます。

きょうは、お手元の資料にありますように、各方面のこの震災において最も活躍された方々をお願いしまして、シンポジストとして予定しております。

最初にお1人ずつ約10分お話をしていただきまして、それが終わりますと、一たん幕をおろします。そして、コーヒブレイクということで、あと再開しましたときにはシンポジストは壇上に上がっていただきまして、それからお互いの討論という形でいきたい。前半は私が座長、後半は馬場先生に座長をお願いするという予定になっておりますので、よろしくお願いいたします。

今回の大震災、さまざまな苦い反省がございますが、一番大きな反省は、何と申ししても阪神に地震はないと、こういういわば迷信とでも申しますか、我々だけでなしに、

市民も、行政も、もちろん医師会も持っておったということとでございます。いわば大震災というものに対する危機管理意識を全く欠いておったということが、一番の大きな反省ではないかと。

そして、2つ目には、医師会にももちろん救急対策あるいは災害対策というのがございましたが、医師会の想定します災害というものは、あくまで医師会は健在であって、被害を受けた地域に救護に行くと、こういうのが我々医師会の想定しておった災害対策、災害訓練でございまして、医師会自らが被災して機能を失ってしまうとそのときの災害対策はどうあるべきかということにつきましては、全くノウハウはございませんでした。

また、3つ目には、いわゆる救急医療として我々が対応しておる医療と、こうした大災害における、いわば災害医療というもののとはっきりとした識別ということについても、大変認識を欠いておったと言わざるを得ません。救急医療というものは、1人の患者さんの生命をどれだけ資源をつぎ込んで、どれだけ時間をかけても、何とか救おうというのが救急医療であります。災害医療というものは、限られた資源と限られた時間との間に、1人でもたくさんの命を救うというのが災害医療であるということを今回初めて痛感したわけでございますが、そうした正確な認識もなかった。こういう3つの大きな反省を私は抱いておりますが、これから各シンポジストの皆さん方に、そうした各方面からの今回の災害におきます活動の実際、そして反省、それから起こってくる、もろもろの考え方ということについてお話をいただきたいと思います。

1. 医師会の立場から①

●司会（瀬尾 攝）

まず最初は、医師会の立場から、芦屋市医師会長として地域の医師会としての災害対策に取り組まれた福岡昭吉先生をお願いいたします。

●福岡 昭吉氏（芦屋市医師会長）

本日は各方面の先生方がそれぞれのお立場でお話されると思いますが、私は芦屋市医師会として今回の災害にどういように対応したか、それを通して、きょうのテーマである「地域医療防災計画はいかにあるべきか」を地区医師会の立場から私見を述べさせていただきたいと思っています。

それでは、早速スライド（以下図及び表）をお願いいたします。図1は新聞に出ていた震度7の分布図ですけれども、芦屋市というのはこういう南北に細長い都市でして、中央

を横切っております。

図1

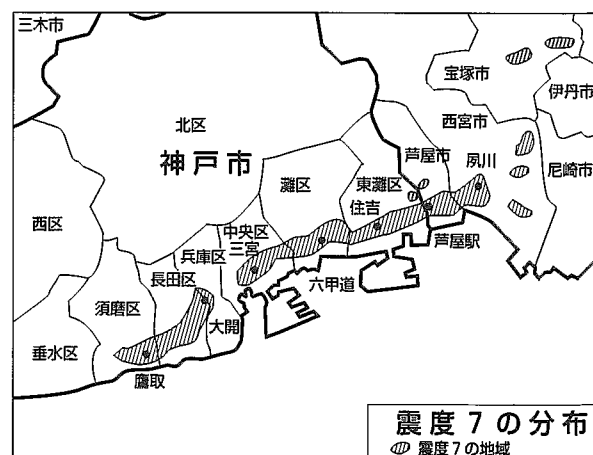


図2は家屋の倒壊図ですが、こういうように全壊のところは黒く示しておりますけれども、これをちょっと頭に入れておいていただいて、次の図3の死亡者の分布図を見ま

図2 芦屋市建物被害状況図

■ 全壊 4,717棟

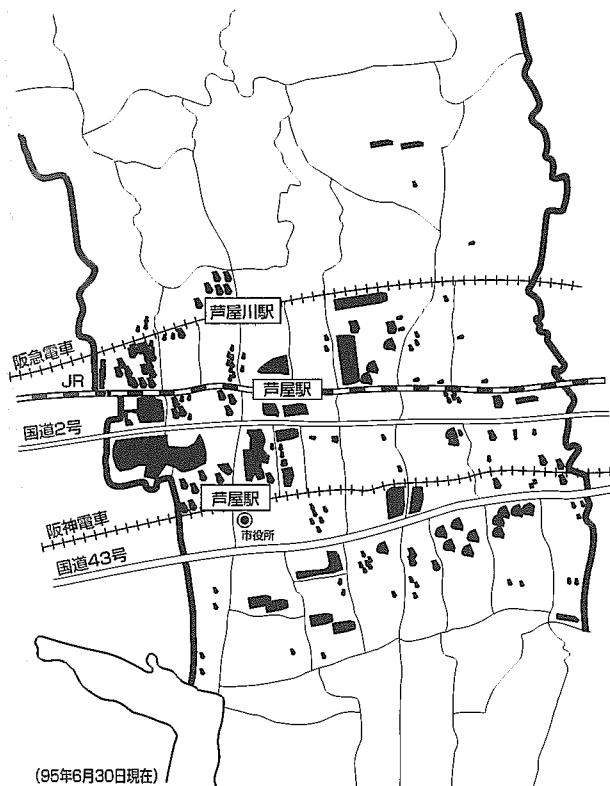
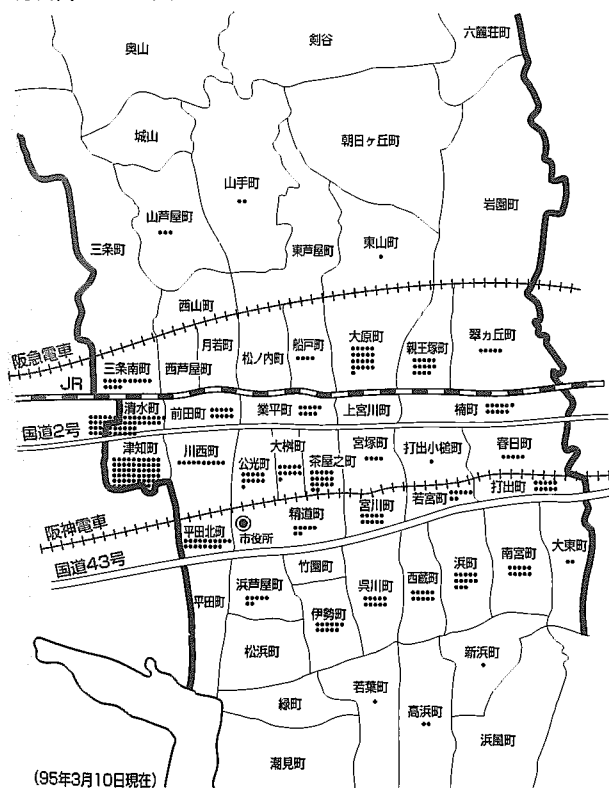


図3 死亡者分布図

総合計 379人



すと、大体先ほどの倒壊と同じようなところに重なって、死亡者、それから負傷者が出ておりまして、家屋の倒壊による圧死が圧倒的に多いということを物語っております。そして、大体阪急電鉄と43号線のやや南の辺にかけて犠牲者が非常に多くて、シーサイドあるいは山の手の方にはほとんどないということでございます。

芦屋市における被害は人口86,862人中397人の死亡があり、230人に1人の犠牲者が出ておりまして、医師会は87医療機関のうち全半壊が31件で、約3分の1強ということになっております。

以後、初期の3日間とその後の取り組みとに分けてお話ししたいと思います。

図4は市内の主要機関の分布図ですけれども、阪神電鉄のすぐ南に市役所がありまして、その前に消防署があって、警察がこの北にあって、すぐ南の十文字の印のところが救護所の第1号になった精道小学校で、皆ほぼ1ヶ所に集まって便利でした。そして、救護所6ヶ所にありまして、それから2階建ての家に示しているのが外科医系の医院の分布図でございます、大体、今の被害の多かったところと、ほぼ一致しておりまして、ここは人口が稠密な商業住宅地帯ということであります。市立芦屋病院、救急告示病院も図に示しました。

図4 主要機関分布図

芦屋市人口 86,805人
医師会員 137人
医療機関 87ヶ所
市内在住医師 619人

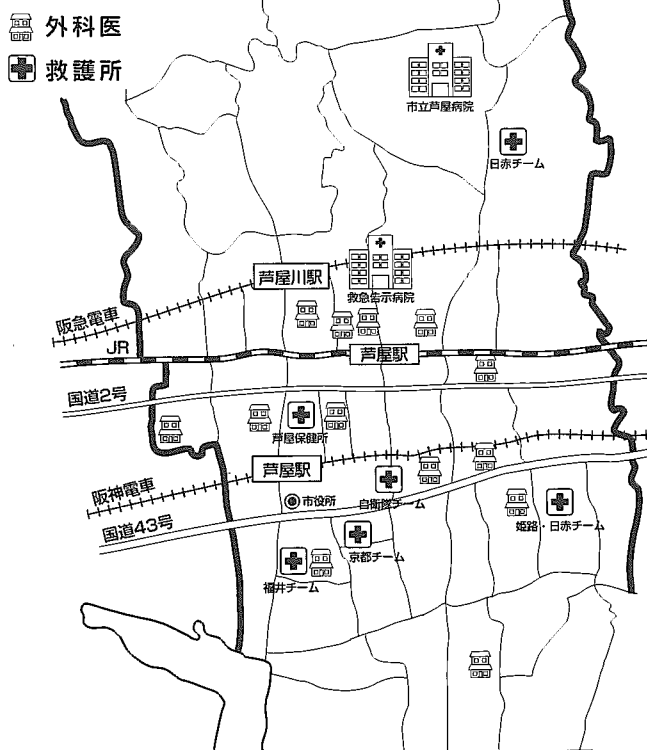


表1 初期活動経過

1月17日	5:46	地震発生。
	6:00	市立芦屋病院、伊藤病院、その他診療所に負傷者殺到す。
	6:30	市役所に災害対策本部設置。福岡 行政と打合せ。
	7:30	精道小学校の救護所 診療開始。
	8:30	富永(周)外科系会員宅へ連絡。応援依頼。
	9:00	市対策本部で医療班を結成し、組織的活動開始。
	11:00	安置所へ遺体搬入始まる。
	13:00	大阪市・三田市の救急車の応援を受ける。
	14:30	千里救命救急センター太田宗夫所長他ドクターカーで来援。
	15:00	大阪市への第1回目の2次搬送開始。(上塚同乗)
1月18日	16:00	遺体の検死始まる。
	18:30	芦屋市北村市長大阪市へ救急車の応援を正式に要請。
		終夜 救護医療、2次搬送、検死。
	6:00	瀬尾 攝兵庫県医師会長と連絡。状況報告と救援依頼。
	8:00	藤森春樹姫路市医師会長から救援隊派遣の申し出。
1月19日	12:00	自衛隊独自に県立芦屋高校で救護所開設。
	19:00	京都班第1陣到着。直ちに活動開始。
	20:00	京都班第2陣到着。検死にも協力。
	9:00	福岡、富永(周)、鈴木(紀)、上塚で救護活動、会員動静の把握等意見交換。
	13:00	臨時理事会。役割分担を決める。
	15:30	富永(周)救急車で北区県消防学校にて薬剤を受け取る。
	20:00	姫路班第1陣到着。直ちに夜間巡回診療開始

表1に初めの72時間の活動につきまして簡単に示しましたが、午前中は表のような経過で会員が除々に集まって、救護所、市民病院、救急病院等で救急医療等に従事しました。午後の2時半ごろに千里の救命救急センターの太田所長ほかの方々が応援に見えられまして、主として市民病院で選別あるいは搬送をやっていた。そして、市民病院も院長、それから部長あるいはベテランの先生方が一緒にやったということですが、後で聞きますと選別は大変難しかったということでございます。それから、3時ごろに、そうして選別された第1号の患者さんが大阪の総合医療センターへ送られておりますが、このときに庶務担当の上塚理事が救急車に同乗いたしまして、その後のピストン輸送の端緒をつくってくれております。それから、6時半に、今度は芦屋市長から正式に大阪に要請いたしましたので、ここで救急車が3台に増えまして、そして、その夜は終夜トリートメント、トリアージ、トランスポーテーションあるいは検死が行われました。

次の18日でございますけれども、午前6時にやっと県の医師会長に連絡が取れまして、いろいろな状況を報告して、そして、援助をお願いしたわけでございます。早速8時に

は姫路の藤森会長から電話がありまして、救援に行きましようというお話がありました。夕方に京都府からドクターが10人、それから看護婦さんが20人、事務員ら多数の方々が応援に駆けつけて見えました。2班に分かれてお見えくださいました。京都から6～7時間かかったということでございます。

それから、3日目、19日でございますけれども、大体ちょっと落ち着いてまいりましたので、午後理事会を開きまして各人の分担を決めまして、救護所とか、あるいは、巡回診療の出務表をつくって医師会員にお願いしたわけでございます。そして、それから、夜の8時ごろに姫路からの第一陣のチームが応援に駆けつけてくられて、早速巡回診療に加わっていただいております。

図5は大体の患者数でございますけれども、第1日目は救護所でやった数、385人と書いてありますが、カルテができましたのが11時ごろでございますので、五、六百人は見たと思います。そして、ここの横線の部分ですけれども、これは市民病院、救急病院あるいは市内の診療所で見た患者でして、初診の方だけですが、大変な数にのぼっております。そして、白い部分が救護所で見た人、それから19日から巡回診療を始めまして、縦線の部分のところがその患者さんの数でございます、2月第1週あたりから落ちてきております。

図5

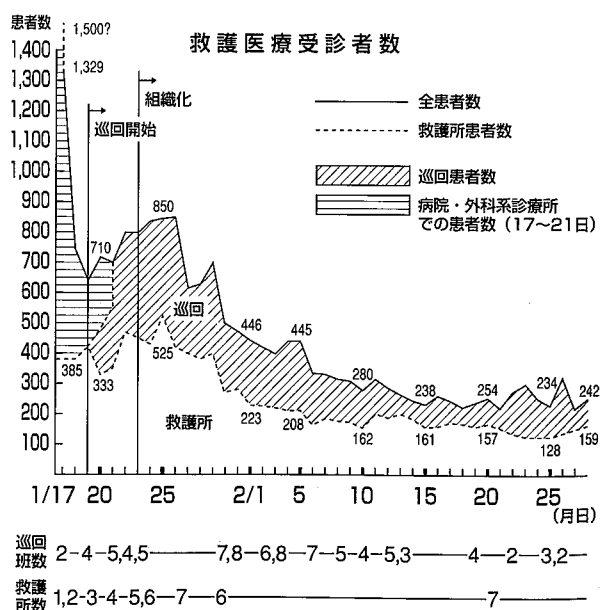


表2(次頁)は二次搬送した患者さんで2月17日までにご返事をいただいたものです。括弧内は17、18の初期の48時間に送らせていただいたもので、大阪の方へたくさんお世話になり、総合医療センターには16人も送ってます。それから、市立大学に7人受け入れていただけてます。全部で40数人あったと思います。

表2 阪神大震災における芦屋市からの患者受入数及び市内病院患者数

病院名	外来患者数	入院患者数	患者合計
市立芦屋病院	320(192)	301(238)	622(430)
伊藤病院	622(350)	20(6)	642(7)
兵庫医科大学病院	1(1)	2(2)	3(3)
兵庫医大救急救命センター	-	3(3)	3(3)
回生病院	24(24)	8(8)	32(32)
関西労災病院	4(4)	18(7)	22(7)
三田市民病院	14(14)	14(13)	28(27)
平島病院	10(10)	1(1)	11(11)
大阪大学付属病院	-	15(2)	15(2)
大阪市総合医療センター	-	23(16)	23(16)
大阪市立大学病院	0	7(7)	7(7)
厚生年金病院	-	16(0)	16(0)
国立循環器病センター	2(0)	1(0)	3(0)
千里救急救命センター	0(0)	3(3)	3(3)
行岡病院	15(7)	7(7)	22(2)
総 計	1,012	439	1,452

※ () 内は17、18日の患者受入数
芦屋市医師会調査 平成7年2月17日

そして、この2日間の二次搬送した重症者のリストが表3(次頁)、挫減症候群が半分ぐらいあり、そのほかの病名をみていただいてもそれを思わせるようなものが大部分でございます。3時ごろに第1号の患者が総合医療センターへ送られております。

次に検死ですけれども、これは大変な作業でございまして、市内の亡くなられた方々、全部を教会とかお寺にも安置されていた方も全部6ヶ所へ集めていただきまして、そこで検死をさせていただきました。ドクターは29人、延べ48人で、初めの2日間はほとんど徹夜でなっております。396体の検死をさせてもらっております。

ついで3日以後の経過を述べます。

先ほどの図4にあげた救護所を我々は大体定点といたしまして救護医療を行い、そして、最後まで救護所は減少せずに、初め24時間体制であったのを時間を縮めて減少の方向へもってっております。

避難所への巡回診療は1月19日から始めたんですけれども、初めは1,000人以上の避難所、あるいは、要請の非常に強いところへ参ってんですが、これでは見落としがあるということで、21日から小学校区のゾーンに分けて行くようにいたしました。

我々毎朝8時半から救護医療のためのミーティングを開きまして、そのときに地理不案内の方々のために小学校のゾーンに色分けした地図をお渡しして、大体1人市内の状況のよくわかった人をつけるようにしてしましたが、そういう方もつかれないときもありましたのでわかり易い色分け地図を渡しました。

先ほど申しました朝8時半からするミーティングで、巡回の先生方に市内の復旧した診療可能な医院の医療情報、例えばレントゲンが撮れる、あるいは往診ができる、診察時間は何時だとか、一覧表にしたものを渡していただくようにいたしました。

医師会は先ほど申しましたように、市役所の対策本部で医療班として仕事をしていましたけれども、市役所には2,000人ほどの避難者がおりまして、毎日顔見知りの人に会うたびに何かと相談を受けたり、あるいは、いつもの薬をくださいとかいうようなことをよく頼まれましたのが、私だけではありません。我々は一刻も早く、我々自身が回復して、かかりつけ医機能を回復しなければならないと考えまして、こういう救護所の診療あるいは巡回医療等、軌道に乗ったものはそのまま外部のボランティアグループの方々にお任せして、被災した我々は復興に全力を挙げてかかる方向を転換いたしました、いろいろ復興の方策も考えました。

朝8時半のミーティングには、もちろん医師会からは担当の理事、副会長あるいは私が出ますし、それから週に1回は行政、それから保健所、病院関係者、その他もろもろの医療関係者が集まりまして医療関係者連絡会議、これを開いて情報検討、情報交換とか、あるいは活動方針の検討を行いました。その会で、避難所はもう昼は非常に人が少ないですよと、夜に巡回をやったらどうですかとか、あるいは、治療よりもむしろケアを必要とする人が多いんじゃないとか、あるいは、救護医療の縮小ということについて、慎重にこの場で検討したわけでございます。

表3 2次搬送患者(初期)

1月17日

NO	出発時間	氏名	性	年齢	病名	出場先	搬送先	備考
1	10:00	○島エ○ナ	女	10	腹腔内出血	伊藤病院	兵庫医科大学	死亡
2	10:38	○小路○優	男	11	頭蓋骨骨折 脳挫傷	市立芦屋病院	神戸市恒生病院	
3	13:17	○田 ○子	女	63	左側頭部血腫	〃	〃	
4	15:04	○中○う○	男	6	顔面打撲	〃	大阪市総合医療センター	上塚同乗
5	〃	○川な○さ	女	9	顔面骨折	〃	〃	〃
6	〃	○木 ○三	男	46	左下腿骨々折、腎破裂の疑い	〃	〃	〃
7	15:18	○置 ○	男	20	骨盤骨折	〃	三田平島病院	
8	〃	○南香○子	女	47	左下腿骨々折	〃	〃	
9	〃	○本○三次	男	56	臀部、下半身第2度熱傷	〃	三田市民病院	
10	〃	○村 ○子	女	76	右血胸	〃	〃	
11	18:00	○口 ○生	男	27	両下肢挫傷	〃	千里救急救命センター	ドクターカー死亡
12	〃	○野 ○	男	46		〃	〃	ドクターカー
13	18:30	○河 ○美	女	34	両下肢挫傷 圧挫症候群	〃	〃	ドクターカー
14	19:57	○井 ○	男	23	脊髄損傷 圧挫症候群	市立芦屋病院	大阪市総合医療センター	上塚同乗
15	〃	○原留○子	女	42	顔面挫傷 骨盤骨折	〃	〃	〃
16	20:11	○内 ○	男	19	腎挫傷、頭部外傷	〃	三田市民病院	
17	〃	○田千○子	女	54	腎不全	〃	〃	
18	22:10	○谷 ○作	男	58	肺挫傷、血胸	〃	大阪市総合医療センター	上塚同乗
19	22:15	○野 ○子	女	52	骨盤骨折	〃	〃	
20	23:43	○村 ○子	女	38	右大腿骨々折、胸部・腹部挫傷	〃	〃	
21	〃	○井 ○子	女	42	腰部挫傷、意識障害	〃	〃	

1月18日

NO	出発時間	氏名	性	年齢	病名	出場先	搬送先	備考
1	01:13	○崎 ○じ	女	85	圧挫症候群 大腿骨々折	市立芦屋病院	大阪市総合医療センター	上塚同乗 死亡
2	01:43	○治 ○	男	70	両下肢熱傷 圧挫症候群	〃	〃	
3	01:53	○本 ○幸	男	38	気胸 圧挫症候群	〃	〃	
4	02:26	○岩 ○光	男	69	腹腔内出血 骨盤骨折	〃	〃	
5	03:34	○水田○野	女	62	圧挫症候群	〃	〃	上塚同乗
6	05:00	○場 ○音	女	79	腹部挫傷 圧挫症候群	〃	〃	
7	05:10	○川智○子	女	49	下半身打撲	〃	大阪市大病院	
8	05:52	○尾美○子	女	60	左大腿骨々折	〃	〃	上塚同乗
9	07:32	○ 裕○	男	21	全身打撲	〃	〃	
10	〃	○上 ○子	女	34	左前腕・左大腿骨々折	〃	〃	
11	08:27	○水 ○彦	男	47	右下腿骨々折 頭部外傷	〃	三田市民病院	
12	〃	○南 ○司	男	39	左鎖骨々折	〃	〃	
13	09:00	○訪 ○一	男	28	右下半身麻痺	〃	大阪市総合医療センター	
14	09:00	○ 正○	男	39	右下腿骨々折	市立芦屋病院	大阪市総合医療センター	
15	13:15	○井 ○成	男	41	右下腿骨々折	〃	〃	
16	〃	○関 ○房	男	59	腹腔内出血 肋骨々折	〃	〃	
17	13:32	○田 ○光	男	69	右大腿骨々折	〃	三田市民病院	
18	16:40	○伯 ○雄	男	56	呼吸不全	〃	大阪市総合医療センター	
19	17:01	○下 ○子	女	89	蝶骨々折	〃	三田市民病院	
20	〃	○田 ○	女	76	左大腿骨々折	〃	〃	
21	19:36	○田 ○子	女	66	左大腿骨々折 胸部挫傷	〃	〃	
22	20:04	○本 ○三	男	55	骨盤骨々折	〃	大阪市総合医療センター	
23	〃	○津 ○子	女	32	脊損、恥骨骨々折	〃	〃	

そして、行政と相談いたしました、市の保健センターあるいは福祉公社等の保健婦さんをお願いいたしまして、市内全部の避難所の洗い直しといたしますか、医療あるいはケ

表 4 避難所における要援護者調査

平成 7 年 2 月 4 日及び 5 日	
避難所 53 力所中 52 力所調査	
避難者総数	7630 人
調査対象者	122 人
男	34 人
女	88 人
医療対策	26 人
保健対策	48 人
福祉対策	44 人

アを含めて、それらを必要とする人をピックアップしていただいたわけですが、これが大変膨大な資料でございましたが、まとめますと表 4 でございます。2 月 4、5 日避難所に 7,630 人いましたが、医療対策を必要とするもの 26 人、保健対策でいいものが 48 人、それから福祉対策、これは入浴とか特別な食事があるとか、いろんな介護がいる、これが 44 人、お互いにあんまり厳密な境界はございませんが、医療対策の中でやはり 8 人か 9 人、これはどうも入院を要すると思われる人がありましたが、絶対入院はしないという頑固な人もおられました。

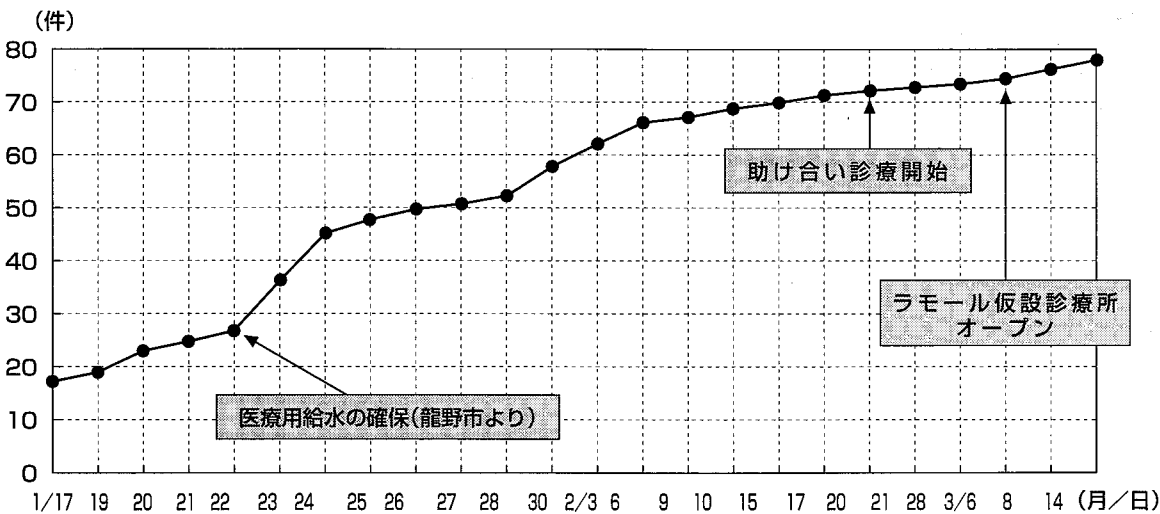
表 5 は医療機関の回復の過程を描いたものでございますけれども、こういうように除々に日にちとともに回復しておりますが、市に特にお願いして医療用の水を 22 日にたく

表 5 診療可能医療機関数と全体に占める割合

診療所 87 軒（内病院 5 軒）

	1 月												2 月								3 月			
月 日	17	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30	3	6	9	10	15	17	20	21	28	6	8	14
可能病院	17	19	23	25	26	36	45	47	49	51	53	58	62	66	67	69	70	71	72	73	74	75	76	78
割合	19.5	21.8	26.4	28.7	29.9	41.4	51.7	54.0	56.3	58.6	60.9	66.7	71.3	75.9	77.0	79.3	80.5	81.6	82.8	83.9	85.1	86.2	87.4	89.7

診療所復旧状況



さんいただいた。ほかの要因もあるでしょうけど、ここですべて回復がよくなってきた。そして、2月17日に助け合い診療と書いてありますのは、残った健在な病院あるいは診療所の1室を被災した会員に開放して、皆同じように医療に復帰しようとしていました。それから、ラモールといいまして、JR芦屋駅のすぐ東側に一等地ですけれども、ここへ市をお願いいたしまして、6室ほど突貫工事で仮設診療所をつくっていただいて3月7日からオープンしております。

今まで述べた体験を通じまして、独断で順不同でござい

ますけれども、表 7 に地元医師会の立場から「地域医療防災計画はいかにあるべきか」をあげました。初期活動のための体制づくりとしての施設といたしますのは避難所とか救護所です。医師会でそれぞれ機能の分担を確認いたしまして、出動はどういうようにするかというようなこと、それから応急薬品、機材の備蓄等を考える。地元医師会は特に初めの 2 日、3 日を何とか持ちこたえてやらねばならないということを念頭に置いてやっていただいて、今、救急委員会で検討していただいております。

そして 2 番目にこの医療救護計画に基づいて行政と協定

**表7 地域医療防災計画はいかにあるべきか
(地区医師会の立場より)**

1. 初期活動のための体制づくり
「医療救護計画」にもとづく施設、機能分担の確認。
出動訓練。応急薬品、機材の備蓄。
2. 「医療救護計画」にもとづく行政との協定締結
医師に対する災害保証（身分保証）、費用負担等。
3. 災害医学に対する研修を行う
患者の選別、挫滅症候群、再還流障害等。
4. 医療情報を地区住民に迅速、広範に伝達する。
マスクミへの依頼。「かかりつけ医」機能の回復。
5. 救護医療実施の調整を行う
ボランティアグループ相互、行政及び外部との連絡調整。
6. 災害時の通信、交通手段の確保
2次搬送、救護要員及び救援物資の輸送、緊急時ヘリコプターの利用方法、あらゆる交通機関の利用。

を結ばねばならないことを言っております。これは医師に対する災害補償と費用負担のことでございまして、この災害補償というのは、私自身、自転車やスクーターで走り回っておりまして再々身の危険を感じましたし、それから、きめ細かく薬や機材を購入したので、その費用もやはり負担してもらわねばならないという発想でございます。

それから、災害医学に対する研修を行う。これは、もう既に7月21日、日医の生涯教育講座でやっております。これは忘れぬように何年かに一遍やろうと思っております。

それから、医療情報を地区住民に迅速、広範に伝達すること。これは私は一番地区医師会としては大事であって、今回、ややこの辺が欠けてたんじゃないかと反省しているところです。この震災後、芦屋市で市民一般公開講座を開きましたところ、市民の皆さま方は医師会がそんなにやっていたのは知らなかったというような人が大変多くございまして、これは我々がいくらやっても、地区住民が知らなかったらやってないのと同じことだなと思ひまして、これが非常に大事だと思ひました。そして、そのときに聞きますと、初めはやはりラジオとテレビが役立っていたというようなお話を聞きました。それから、特にここにかかりつけ医機能の回復と書かせていただいたのは、ある程度落ち着いてきますと、いろんなもろもろの情報はやはりきめ細かく正確に、地域住民にお伝えするにはかかりつけ医機能、これが医療の正常化とともに大変大切だと、そういうように感じました。

それから、その次の救護医療実施の調整を行うということですが、これにつきましては、保健所が非常に今回活躍したと聞いております。しかしながら、地区医師会というものはそれぞれの市町村に対して平素から非常に交流が密接であること。それから、日医とか兵庫県医師会とか神戸市医師会、そういう上部団体はございますけれども、我々地元の医師会というものは、それらが持っていな

い専門家であるドクターという強力なマンパワーを持っていること。だから、初めの二、三日は地元医師会を中心に取り組むべきで、その方が会員も動きやすい。そして、その後も、行政及び外部との連絡調整と一言で書かせていただきましたけれども、これはもろもろのことを含んでおりまして、これはやはり地元医師会がやるべき仕事じゃないかと私は考えております。

それから、災害時の通信・交通手段の確保ですが、これは地元医師会だけでなく、一般的に考えるべき問題で、地元医師会では特に二次搬送とか市内の搬送のルートをいろいろ研究すること。そして、交通規制がもっと早く行われていれば、もっと救急搬送もやりやすかった。ヘリコプターも、緊急時の着陸適地を市内で一、二ヶ所ぐらいは地元でやはり選んでおくべきである。それから、電車・船等いろんな交通機関を利用してできるんじゃないか。その研究もやろうということでここへ書かせていただきました。大体以上でございます。

そして、私自身は今回の災害の現場におりまして、冒頭に県の医師会長のおっしゃったように、やはり、医療はライフラインと同様、重要であるとともに公共性が非常に高いものだということを身をもって感じましたし、また、他方この災害時の医療を行うには、消防とか警察を含めた行政あるいは各種団体等のトータルなサポートがあって初めて成り立つものじゃないかと、そういうふうに私深く感じました。

そして、今回は各分野でサポートを受けましたが、医療関係者だけの支援者をちょっと上げさせていただいても、医師423人を含め関係者総数で1,362人になり、延べ人員は大変な数になります。芦屋という小さな地域ですけれども、これだけ多数の方々の支援を受けました。どうもありがとうございました。

●司会（瀬尾 攝）

どうもありがとうございました。

震災直後から2日あるいは3日間の間は地元医師会が持ちこたえなきゃならないと、身をもって体験された福岡会長の報告でございます。なお、福岡会長は今回の功績によりまして自治大臣から表彰され、日本医師会の最高有功賞を受けられました。どうもありがとうございました。

1. 医師会の立場から②

●司会（瀬尾 攝）

それでは、もう一方、医師会の立場から、神戸市医師会理事、そして、灘区医師会副会長の金澤精一先生、テレビでもよく出ました金澤病院の院長先生でございます。よろしくお願いします。

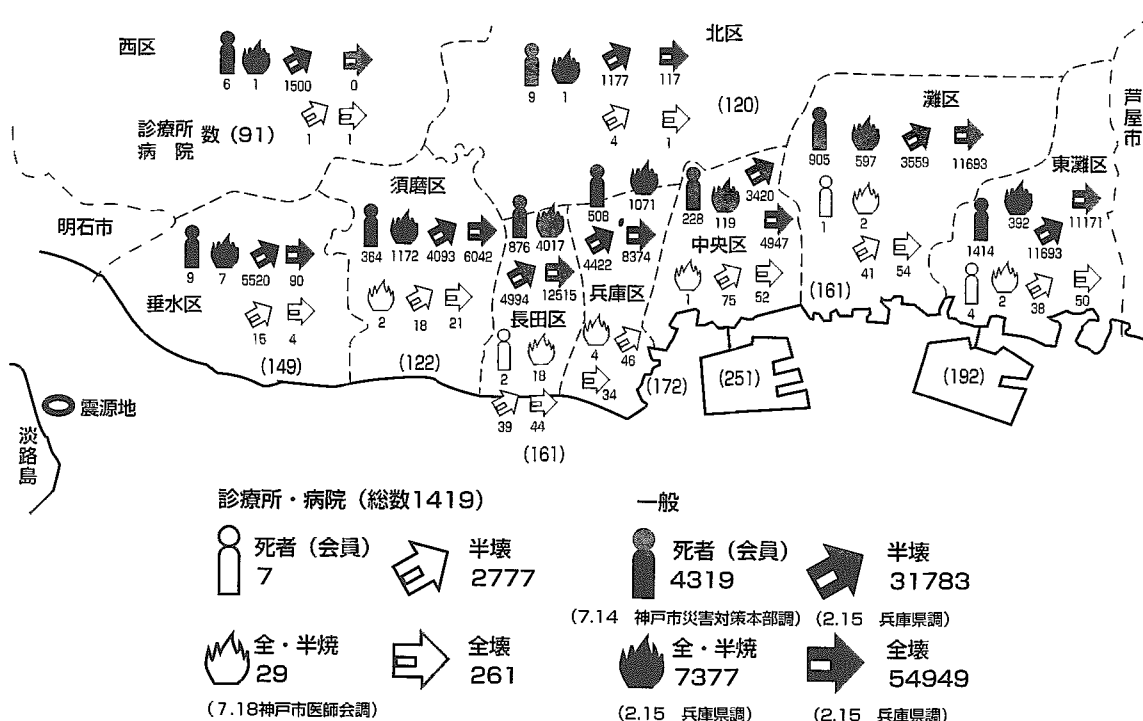
●金澤 精一氏（神戸市医師会理事）

神戸がM7.2の直下型大地震にみまわれ、はや10ヶ月が過ぎようとしています。

私たちが平時より災害に備え訓練をしてまいりました。

例えば高速道路での多重事故、あるいは六甲山ケーブル爆破事故など、医療機関、消防、警察、地域住民が連携し、私たちは事故現場に出動、あるいは自院で待機し初期医療、選別、搬送、収容治療をマニュアルに沿って行いました。一方、各医療機関では火災時の避難誘導、初期消火などの訓練を定期的に行ってまいりました。しかし、今回の災害の規模は想像を絶するものであり、それに私たち医療機関も大きな被害を受けたことで、今までの訓練で得た経験は役に立ちませんでした。まことに残念に思っております。（図1）

図1 区別被害状況（診療所・病院および一般）



ここで被災状況について簡単に触れさせていただきますが、震災当時からの神戸市医師会、会員の動静等につきましては広報部編集“震”阪神・淡路大震災記録集にまとめてありますのでご一読ください。

人的被害は、死亡者4,319名で、60歳以上の方が半数以上占め、死亡場所の多くは自宅であったと報告されています。死亡時間は地震発生15分以内が70%以上、17日当日中で95%数え、死因の過半数は窒息・圧死であったと言われています。

一方、負傷者ですが、多くは家屋の崩壊・家具類の落下による切創、裂創、打撲、捻挫、骨折など、特に創傷部は土砂による汚染が顕著で、その処置に時間を要し、さらにあふれる負傷者でカルテの作成・記載等はなされていない

ケースが多く、正しい数は把握されていないと思います。

医療関係者では、7名の会員がお亡くなりになっております。ご家族は12名、コ・メディカル22名の方がお亡くなりになりました。痛恨の極みとしか言いようがありません。

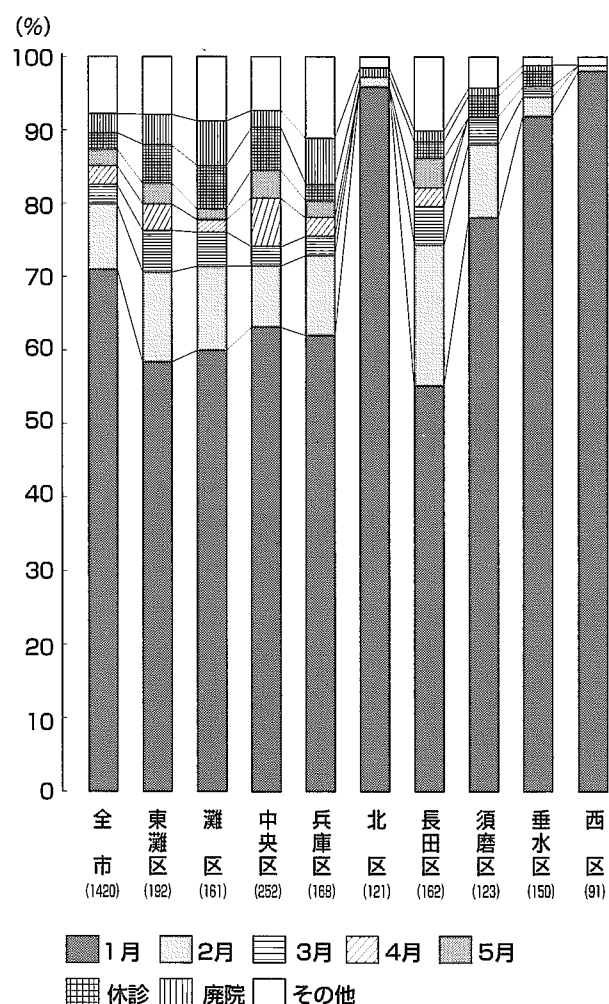
次に、物的被害とはといいますと、家屋の倒壊・ビルの倒壊・破壊、家屋の焼失が見られ、全壊は54,949、半壊31,783、そして、地震発生後短時間に多発した火災により7,377が全半焼しております。

交通関係、ライフライン、通信等は省略します。

医療機関についてみますと、全壊261、半壊277、全半焼27、一部損壊多数で、震災当時診療が可能であった医療機関は約20%でした。しかし、地域医療を担う私たち医師会会員は、皆木会長をはじめ全員が一日も早い復旧に努力

表1 災害時の対応

図2 医療機関再開状況



をしてまいりました。1月末には何らかの形で診療再開までこぎつけた医療機関は約72%、2月末には80%、3月末には83%と、その数も除々にではありますが震災前に近づきつつあります。しかし一方では、震災で体調を崩された先生、及び、諸般の事情から、10月31日現在、廃院45、休診・再開未定の医療機関が53ございます。今なお震災の影響が大きいのしかかり厳しい状況が続いております。

(図2)

次に、災害時救護活動の見直しについて報告します。ご存知のように、神戸は9つの区からなり、地形的にも構造的にも特徴がございます。今回も災害時の対応について各区医師会でそれぞれ検討されています。ここでは市医師会救急対策部で検討しています「災害時の対応」について報告いたします。各区から担当理事9名が5月の部会より計5回にわたり、各区医師会及び各自が今回の震災時に、しえたこと、できなかったこと、困ったことなど、体験して初めてわかったことを反省も含め、繰り返し、繰り返し協議してまいりました。比較的被害の少なかった地区、震激

I 次 (72時間以内)

- A 自らの医療機関の被災状況を把握し、診療能力を判断する
- 診療スタッフ
 - ライフラインのチェック
 - 医療機関のハード面のチェック (建物、配管など)
 - 医薬品、材料などのチェック (在庫)
 - 医療機器のチェック
 - 通信手段のチェック
- 以上のことをいかなる方法をもってでも次のところへ知らせる。
- 所属隣保の医師、病院、区医師会、市医師会
 - 医療機関以外では、警察、消防、行政 (保健所、区役所等)、近くの避難所

診療可能 = ・自らの医療機関で診療し、その旨を連絡する。

診療不能 = ・診療不能である旨の連絡と、自分の今後の行動を出来る限り区医師会に知らせる
・行動をおこす

単独行動

- 医療活動
 - a) 医療機関以外 (避難所、学校など)
 - ・自分を見知っている住民を突破口に、腕章等で医師である旨表示
 - ・警察、消防、行政あるいは地域自治会との連携のもと、それぞれの場所で診療、応急救護を行う
 - b) 医療機関で
 - ・近隣の医療機関への応援
 - ・見知っている被災医療機関への応援
- 医療以外の活動
 - ・医師会にでかける
 - ・救急作業などのボランティア活動
 - ・避難所として場所の提供

組織としての行動

- 所属医師会に対策本部を設置
 - ・会員医師の個々の状況の把握、情報収集、情報交換、市医師会・他の医療機関との連携

B 区医師会レベルでの対策本部の設置

- 各医療機関の診療状況等情報収集を行い組織として行動できるか否かを検討し、関係機関との連携の上、できる方策を逐次実践に移していく
(この際、時間の空白をつくらないため複数の責任者をおき指揮系を作る)

区医師会レベルでの診療活動

- 地域病院への応援医師派遣
- 相談所としてのテレフォンセンターの終日活用
- 避難所への医師の派遣

II 次 (4~14日)

- I 次のA~Bを続けながら、より統率のとれた行動をとるために、市医師会と連携を密にする
(この時期には、自院の診療活動も可能となろう故により多くの医師が参画し役割分担を行う)

にみまわれた地区、火災による被害の大きかった地区など、被害の差はありますが、それぞれ言われましたことには共通する点が多く、震災に対しては語り尽くされたと思っております。内容をまとめたものが(表1)でございます。今後はこれらを実践するための方策を具体的に検討していきたいと考えています。

例えば

「災害救急救護体制」

現在の二次医療圏での一次、二次、三次救急医療システムを一次医療圏(各区)で対応してはどうか。

基幹病院(中央重点方式)より複数の拠点病院(地域分散方式)に。医師、コ・メディカルは集結し広く対応する。

「情報網の確立」

指揮系統・指示塔は複数必要で、1つは他都市にも設置できるようにしておく。電話回線以外の通話手段を持っておく。

マスコミの利用。

最終的には自力による伝達法も考える。

「連携の充実」

医療機関 ↔ 区医師会 ↔ 上部医師会

医療機関 = 診々——病診——病々連携

医療機関、地域の行政機関、保健所、消防署、福祉事務所、警察署、さらに企業、地域住民とも連携を広げ、それぞれの役割を分担し、相互の連携を確立さす。

平時より理解を高めるため連絡会を、できれば定期的に持つ。

いずれにせよ、大震災で体験したことを取り入れ、私たちが実践できるようまとめたいと思っています。そして、できるだけ簡潔にまとめたいと思っています。

●司会(瀬尾 攝)

ありがとうございました。

きめの細かい地域での対応、しかも、医師会のみならず、行政あるいは市民との連携ということが不可欠というお話をうかがいました。

2. 病院の立場から①

●司会(瀬尾 攝)

それでは、次には病院の立場から、初めに私立病院の立場から、明石の明舞中央病院の理事長・院長である元原利武先生にお願いいたします。

先生は兵庫県私立病院協会の副会長であり、日本病院会の理事も務めておられます。お願いいたします。

●元原 利武氏(明舞中央病院長)

本日は病院の立場からということでございます。その病院の立場からの震災における病院医療ということにつつま

しては、先般6月22、23日に日本病院学会を神戸で開催させていただきました。瓦れきの中から立ち上がったその医療というものをつぶさに報告させていただいて、病院従業員の立場から、あるいは、医師の立場から、その他いろいろシンポジウム等も開かせていただいて、それは日経ヘルスケアとか日本病院学会雑誌ですべて発表されておりますので、よくご覧願いたいと思います。きょうはそれを総括して、ひとつお話をさせていただきたいと思います。

スライド1をお願いいたします。まず初めでございます

(スライド1)

阪神・淡路大震災による病院の被害状況(193病院)

(平成7年3月31日現在)

区 分	被害施設数	診療施設被害状況	設備機器被害状況	被害金額合計
		概算金額 百万円	機器概算金額 百万円	概算金額 百万円
病 院	193	44,980	21,037	66,017
県 立	10	1,135	276	1,411
市 町 立	8	23,393	15,495	38,888
その他公的	3	137	0	137
民 間	172	20,315	5,266	25,581

けれども、今回の病院の被害状況でございます。概略でございますが、193病院が損壊を受けております。その金額は660億1,700万円がその損害額でございます。

次スライド2、それから、被災地病院の診療状況でござ

いますけれども、被災地8市1地区、淡路地区ですね、その被害状況を総計いたしますと217病院ございました。そのうち、診療可能である病院が128病院ございました。それから除々に回復してまいりまして、4月26日ごろには、

(スライド2)

被災地病院の診療状況

		1月23日			2月1日			2月13日			2月28日			3月9日			4月24日		
	病院数	診療中	一部 支障	診療 不能	診療中	一部 支障	診療 不能	診療中	一部 支障	診療 不能	診療中	一部 支障	診療 不能	診療中	一部 支障	診療 不能	診療中	一部 支障	診療 不能
尼崎市	28	26	2	0	26	2	0	26	2	0	28	0	0	28	0	0	28	0	0
伊丹市	9	6	3	0	6	3	0	6	3	0	8	1	0	8	1	0	8	1	0
川西市	7	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0
宝塚市	5	3	2	0	3	2	0	3	2	0	5	0	0	5	0	0	5	0	0
西宮市	22	11	11	0	11	11	0	11	11	0	20	2	0	20	2	0	20	2	0
芦屋市	5	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	3	0	2	3	0
神戸市	112	47	61	4	47	61	4	47	61	4	79	29	0	79	29	4	95	29	1
明石市	21	18	3	0	18	3	0	18	3	0	20	1	0	20	1	0	21	0	0
淡路	8	8	0	0	8	0	0	8	0	0	8	0	0	8	0	0	8	0	0
計	217	128	83	6	128	83	6	128	83	6	177	34	6	177	36	4	194	22	1

もう1病院だけ閉鎖という状態でございます。ほかには仮設診療所等で診療しておるところもございます。

次のスライド3をお願いいたします。被災地病院の診療

(スライド3)

被災地病院診療の阻害要件

- 1) 病院が損壊、焼失等により診療不能
- 2) 甚大な損害のため外来診療に止まった
- 3) 電力、ガス、給水、途絶のため制限診療
- 4) 診療設備、機器、損傷のため診療機能低下
- 5) 一時に多数の被害者が来院して十分な治療不能
- 6) 職員の出務が十分でなかった
- 7) 通信、交通麻痺のため他病院との連携が不可能であった

の阻害要件と申しますと、診療できなかった最大の理由でございますが、病院が損壊、焼失等によって診療が全く不能であったという病院が6ヶ所ございます。それから第2に、非常に大きな損害を受けたために、外来診療をやっただけで診療ができなかったというところもございます。それから第3番目に、これが一番多かったわけでございますけれども、電力、ガス、給水、その他が途絶えまして、制限診療しかできなかったということでございます。それから、診療設備とか機器等が壊れまして診療機能が低下したこと。例えばCTが撮れなかったとか、エックス線写真が撮れなかったとか、そういうところもございました。

それに、初日、2日は一時に非常に多数の患者が殺到いたしまして、阿鼻叫喚のちまたでございました。もう外来は血まみれという状態でございましたので、十分な治療ができなかったという反省がございます。

それから、やはり、交通手段が途絶いたしましたので、職員の出務が不十分であったということがございます。それから、通信・交通マヒのために、他病院との連携が十分とれなかったという反省もございます。

次のスライド4、大震災時の病院の機能を果たしてどう

(スライド4)

大震災時 病院機能の維持

- ・電気、ガス、水道、損壊時又は供給停止時の、2次的手段が必要
- ・緊急時、職員の出務態勢を決めておくこと
- ・通信、交通が途絶した時の手段を講じておくこと
- ・医療機材、食糧、薬品等は数日間の備蓄が必要
- ・特に生命維持に必要なレスピレーター、モニター、透析等は、代替手段を常に考慮しておくこと
- ・数日間は孤立無援の中で、病院機能が維持できる準備が必要

やったら維持できるであろうかということでございますけれども、電気、ガス、水道などが壊れた場合には、第二次的な手段を常に考えておかなければいけないということを痛切に感じております。それから、緊急時には職員がどうやって出務をするかということ、あるいは、非番のものがどうやって出てくるかということを常々手当てをしておかなければいけないと思います。

それから、通信・交通が途絶えた場合に、どうやってそれを機能せしめ得るかということも常に考えておかねばいけないと思います。

それから、医療機材とか食料、薬品等は少なくとも数日間は備蓄しておかなければいけないということでございます。特に、生命維持に必要なレスピレーターであるとかモニター、透析等は代替えの手段を常に講じておく必要がございます。数日間は孤立無援でございまして、病院機能がその孤立無援の中で維持できなければいけないということを痛切に感じております。

次のスライド5、今回の震災の反省についての提言でございますけれども、まず、その建造物とか設備でございます。病院は絶対に損壊を受けてはいけないということは大原則であろうかと思うのであります。完全に損壊を受けないということは不可能ではございましょうけれども、震度

(スライド5)

今回の震災の反省と今後についての提言

1. 建造物、設備

- ・病院は損壊をうけない堅牢な構造が必要
- ・耐震、耐火について十分配慮がいるのは当然であるが、給水設備、スプリンクラー等の損壊による浸水に対する対応。漏電、ガス漏れの防護策が必要
- ・高架水槽は損壊する危険が大きく、地下水槽、又は地上水槽として、給水車による受水が可能になるよう設置すべき、井戸、プール等の利用も考慮
- ・空調は水道、ガスに依存すると修理に長時間を要したり修理不能の場合が多い
- ・自家発電設備は必要な病院機能を維持できる大容量が必要で、独立運転で2日間以上は維持できるように

8あるいは大火災、大洪水等にも損害を受けないというような堅牢な建物でなければいけないと思います。

それから、給水が特に問題になりましたけれども、この給水設備とかスプリンクラー等が損壊し、高架水槽が損壊いたしました。そのために病院じゅう水浸しで診療ができなかったということが非常に多くございました。これに対する防護策あるいは漏電とかガス漏れの防護策も常日ごろから十分検討して、そのような手当てをする必要がございます。特に水の問題でございますが、高架水槽が非常に破綻しやすいということでございますので、地下水槽あるいは地上水槽として受水が可能な設備にするべきだと思っております。

それからもう1つは、井戸を掘るのが可能である場合には井戸を掘っておくべきであろうと思います。また、プールを利用すると、そういうことも常日ごろから考慮のうちにしておかなければいけないと思います。

それから、自家発電設備でございますけれども、自家発電設備は病院機能を維持する上で最大限の発電設備というものを持っていないといけないと思いますし、それが少なくとも数日間は稼働できるようなものでないと役に立たないということを痛切に感じております。

(スライド6)

2. 医療機器、備品等

- ・転倒損壊防止について、固定を十分にする必要は勿論、重量物(MRI、CT等)は高層階に設置しないこと又、浸水に対する配慮がいる
- ・X線機器の天井走行は損傷落下の危険が大きい
- ・検査機器、事務機器、コンピューター等は固定と浸水の対策がいる
- ・アイソトープは漏出のない万全の設備がいる
- ・機材庫、薬品庫、戸棚、ロッカー等は作り付けか、固定が必要

第2番目でございますが、次のスライド6、医療機器、備品等でございますが、もちろん転倒防止ということ、固定を十分するということは必要でございます。特に重量物MRIであるとかCTというのは高層階に設置いたしますと、

たちまち崩落いたしますし、非常に危険でございますので、低い階層に置くべきであろうかと思ひますし、また、浸水あるいは水を被ってもそれを防護できるような設備が必要ではなかろうかと思うものでございます。

天井走行のエックス線機器がよくございますが、これはほとんど壊れましたので、やはり、天井走行については一考を要するのではないかと考えております。検査機器とかコンピューター、事務機等は浸水対策と固定が十分なされるべきではなかろうかと思ひております。特に放射性同位元素、アイソトープでございますけれども、これは私どもの病院では廃棄物の処理水槽、処理タンクに一部亀裂が入りましたので非常に心配いたしました。幸い放射能漏れを起こさずに済んだわけでございますけれども、これもやはり十分な耐震、耐火、耐水設備が必要ではなかろうかと思うのであります。

それから、機材庫、薬品庫、戸棚、ロッカー等はつくりつけにするか固定をしっかりとしておくこと。このロッカー等が転倒して入院患者がけがをしたという例が非常に多く報告されておりますので、これも十分注意しなければいけないと思うのであります。

(スライド7)

3. 診療機器、機材、薬品、食糧

- ・手術器材等は滅菌バッグで個々に滅菌し、相当数は常備しておくこと
- ・大小手術セットも器材を組み合わせで滅菌備蓄がいる
- ・滅菌ガーゼ、シーツ、綿球、綿棒材料等も相当数常備すること
- ・最小2日間は診療機能を維持できる機材物品がいる
- ・薬剤については2日以上、できれば1週間位の備蓄が必要
- ・非常食の備蓄と、非常時給食、調理法の対策を講じておくこと

次のスライド7、診療機器とか機材、薬品、食料等でございますけれども、手術器材等は滅菌バックで個々に滅菌いたしまして、相当数は常日ごろから常備しておく必要があります。私どもは常日ごろから相当数準備いたしておりましたが、とてもとてもそれだけでは足りなかったというのが現状でございました。大小の手術セットも機材を組み合わせで滅菌備蓄が必要でございましょう。それから、滅菌ガーゼ、シーツ、綿球、包帯材料等も滅菌バックに入れて相当数常備しておく必要がございます。

最初2日間は、全く外からの援助はなしに診療機能を維持できるという準備は常日ごろから怠ってはいかんののではないかと、そういう気がいたしております。それから食料も同様でございます。調理法とか、それから食品の備蓄ということも常に考えておかなければいけないと思うのであります。

(スライド8)

4. 職員の出務について
 - ・可能な限り、職住近接が望ましい。出勤不能に対する代替人員の補充を考慮しておくこと
 - ・災害時通勤には徒歩、自転車、バイクが有用であった
5. 通信手段について
 - ・電話回線が混乱し、殆ど不通。救急救命士の無線電話回線も不通であった。他の通信手段が必要
 - ・一部ではパソコン通信が有用との報告があった

次のスライド8、一番問題は、職員がいかにして病院へ出てくるかということでございまして、可能な限り、職場と住居が近接していることが望ましいのでありますが、出勤不能の場合に対するかわりの人員がすぐ出てこられるような場所に、できるだけ住んでいただけるのが望ましいと思いますし、それから、今回の場合は、やはり歩いて来られた職員というのが一番多かったし、それから、バイクで来られた方が非常に多かった。自動車はほとんど役に立たなかったというのが二、三日間の現状でございました。

それから、通信手段でございますが、電話回線が混乱いたしましてほとんど不通でございました。救急救命士の無線電話さえも私どもに通じなかったという現状でございました。他の通信手段を考慮しておく必要があるのではなからうかと思えます。一部では、西宮の場合でございますけれども、パソコン通信で外への連絡が十分できたという報告がございますので、これもまた一考に値するものではないかと思っております。

(スライド9)

6. 最終的には医療は人の手に頼らなければならない
 - ・平常より、災害、救急救命医療に対処できる修練が必要
- | | |
|---------|----------------------|
| 3Tと言われる | 患者の病床による選別……………トリアージ |
| | 診 療……………トリートメント |
| | 搬 送……………トランスポート |
- いずれも職員の人力に頼らざるを得ない
特に被災をうけ完全な病院機能が発揮出来ない時は転送手段を講じておくこと

次のスライド9です。最終的には、医療というものは人に手に頼らなければならないということでございます。平生より災害とか救急救命医療に対処できる修練を若い医師、それから内科の医師、それからほかの科の医師ですね、特に外科系の医師は慣れておりましようけれども、他の一般の科の先生方に、あるいは看護婦にも、こういう修練を日ごろからしておかなければ救急救命に役に立たないということがよくわかってまいりました。いわゆる3Tでございますけれども、トリアージ、トリートメント、トランスポートでございますけれども、これは最終的には職員の人力に頼らざるを得ないわけでございますから、人がいかに病院に集まれるかということを最重要課題となろうかと思う

わけでございます。

それから、完全に機能が破壊された場合には転送手段というものを、病院にみんな集まってまいりますので、そこから転送する方法というのを常に講じておく必要がございましょう。割合救急車が活躍したようでございますので、救急車を各病院は常備なさるべきではないかと思っております。

(スライド10)

7. 今後の大災害に対する提言
 - ・大災害時には救急救命の初動医療が求められる、冷静な判断と、病状把握、対応が必要
 - ・特殊な重症者以外は、地域完結型が必要である
 - ・徒歩、或いは軽便な搬送手段で最寄りの病院へ受診できることが必要
 - ・最大2m四方位の範囲で、救急救命可能なセンター的病院配置が望ましい
 - ・特に大都市では1箇所集中型のセンター方式では、損壊をうけなくとも、周辺の状況、交通途絶により麻痺状態に陥る

次のスライド10、そこで、今回の大災害に対する提言でございますけれども、大災害には救急救命の初動医療が、まず24時間から48時間には求められるわけであります。そのときには冷静な判断と病状把握、対応が必要でございます。特殊な重症者以外はその地域で、その病院で完結できる治療がほとんどございますので、それを完結させなければいけないと思っております。徒歩あるいは軽便搬送手段で最寄りの病院へ受診できる、その範囲内が、今回の震災ではほとんどの患者さんは助かっておるわけでございますから、遠方へ搬送するというのは非常に特殊な例でございました。

それから、そこで問題になりますのが、私はこれを2キロメートル四方と書いておりますけれども、大体2キロだったらちょっと歩いて病院へ行くというのは不可能な場合もございましょうから、もう少し小さい範囲で病院が1箇所ずつ救急救命センター的な役割を担わなければいけないのではなからうかと思っております。特に大都市では1ヶ所集中型のいわゆるセンターでございますね、いわゆる第三次救命センターというものがございまして、そこにまで患者が到達できないという障害がございますので、その点を十分考慮して、もっと狭いテリトリーで地域のセンターが必要ではなからうかと思うのであります。

次のスライド11、これが最後でございますけれども、地域防災計画の中で病院の位置づけをどういうふうにもっていくかということは、先ほどから金澤先生もおっしゃいましたし、私も先ほどちょっと申しましたが、災害救命救急医療に必要な設備、機材の充実に対してですね、結局、病院防災設備建築等についても、公的な支援をぜひこ

(スライド11)

8. 地域防災計画の中で、病院の位置付を明確にすること
- ・災害、救急救命医療に必要な設備、機材の充実に対し、又病院防災設備、建築、について公的な財政支援を強く要望したい

の際、行政の方も来ておられるわけですのでございますから、十分お願いいたしたいと思うのであります。

2. 病院の立場から②

●司会（瀬尾 攝）

次に、同じく病院の立場から、公立病院の神戸中央市民病院救命救急センターの部長をしておられる立道 清先生をお願いいたします。

先生は厚生省の災害医療体制のあり方に関する研究会の委員をしておられます。

お願いします。

●立道 清氏（神戸市立中央市民病院救急部長）

今回の震災の後、いろいろなところでお話をし、考えさせられることを多く経てまいりました。そして、先ほどのお話にも出ました病院協会のシンポジウムの結論としまして、私が申し上げましたのは、震災直後3日間の医療資源の偏在、あるところでは混乱し、能力を越えた治療を要求される。あるところでは、我々もその1つの例でございますけれども、かなりのゆとりを持っていて、その機能を生かせばもっと有効な治療ができたのではないかと思います。いわゆる医療の偏在があったということでもあります。

初期3日間に患者取扱件数の多かった25病院の患者動向を表でお示します。(スライドA)

スライドA

初期3日間における25施設の患者動向						
	受診者数	DOA数	入院患者	入院死亡	搬送患者	搬送希望
東灘(3病院)	約3768	167	548	15	87	30
灘(3病院)	3511	206	257	14	33	6
中央(5病院)	2215	42	350	14	21	5
兵庫(2病院)	734	20	86	10	12	3
長田(3病院)	約4385	75	99	15	287	1
須磨(2病院)	1126	60	38	4	40	2
垂水(2病院)	1165	3	54	1	5	0
西(2病院)	1869	5	136	7	0	0
北(3病院)	3532	4	197	15	0	0
合計	22305	582	1766	95	485	47

続いて、中央市民病院の直後3日間の活動を表示いたします。(スライドB)

さらに加えまして、これらの混乱のもう1つの原因に、災害というものをどうとらえるかという共通認識が我々に欠けていたこと、会長が最初におっしゃいましたように油

以上でございます。

●司会（瀬尾 攝）

ありがとうございました。

病院としては孤立無援の立場でも数日間は持ちこたえるだけでの機能を持つこと、そして、救急には、なるべくきめの細かいセンター方式が必要というご指摘でした。

スライドB

直後3日間の活動

○患者受入れ

外来	839
入院	81
DOA	6
緊急手術	4

○東灘区における診療活動の開始

(保健所コーディネーター、東灘診療所への拠点化へと発展)

断というか、そういう備えがなかったという点を申し上げました。

本日はその上に立ちまして、災害3日間のこの医療の偏在を防ぐということ、それが地域防災医療計画の非常に大きなポイントになるのではないかと考えを前提に述べます。我々の病院で7月に「大震災を体験した市民病院からの報告」という題で65ページの冊子をつくりました。その中には防災に強い病院づくりとはどうあるべきか、ライフライン、医療機器の備え方、さらに病院をトータルとして利用するためのアクセス等の、反省がなされております。有効性を発揮する方法としての指揮系統の整備を、積極的に院外に出た医療も考えなければいけないこと、アクセスの障害によって有効な医療資源が利用できなかったという点に対する反省でございます。

現在、これらの反省のもとに、中央市民病院防災計画というのができ上がって、印刷に回ろうとしております。ここでは、責任の所在を明らかにすること。それからもう1つは、積極的に外へ出るという姿勢を常に残しておくということ。第3に、行政の一部としての市民病院ですが、病院単位の自律性として院長の判断でどう動くかを決めるという点も考慮するというふうにとめております。

我々はこれまでいろいろな体験をしてまいりました。そして、各情景をしっかりと記憶にとどめなければいけないわけですが、日本全体として震災の記憶が薄れてい

く中で、我々は体系化と申しますか、理論化と申しますか、そういうものでとらえておかなければ、将来に対する発言、将来に対する我々のメッセージ、もしくは、世界に広めるべきメッセージとして、力が徐々に徐々に弱まっていくのではないかと思います。本日は、その意味で、地域の災害医療計画の中でおろそかになっているのではないかと、私を感じます1つの観点をお話させていただきます。

それは、これまでのお話がすべて病院をいかに強くするか、組織をいかにつくるかということですが、その病院それ自体、もうちょっとソフトな存在として考えられないかということでもあります。拠点病院という言い方をされました。それは非常に大事なことだと思いますし、できるなら神戸の場合、1区に1つぐらいの拠点病院があって、非常にタフでシェルターとしても頼りになってというのがいいんでしょうけれども、しかし、それが本当に使われるかどうかは状況によるわけでごさいます、拠点病院でなくて、文字どおり拠点という考えを持ち込んで、それはどこでも必要に応じてつくられ、取払えるという性格のものが必要ではないかと考えます。

いずれにしても、我々が最も必要とされますのは初期3日間の治療でございます。それを過ぎますと、周囲の体制は、こういう時代ですので、質・量ともに十分な援助の手が差し伸べられ整えられるということでもあります。この初期3日間に病院に望まれますことは、アクセス、我々の病院の経験から、アクセスという点であります。そして、アクセスに障害がある場合、それを越えて外へ出するためには、そのための拠点が、いわゆる災害医療拠点が必要で、それをどの地点につくるかは難しい問題ですが、1つはホットスポットに近いということが条件でございますけれども、もともとそれが置ける場所というのは都市計画の中でつくられ、それが市民に納得されていなければならないと考えます。

そういう観点が出てまいりますのは、今回の各医療機関の孤立という事実でありまして、その孤立を生んだのは情報の不足と、交通遮断という点が大きいと考えておりますが、ほかの、例えばライフラインにしても、医療設備にしても、刻々、工夫によって改善されてまいりましたが、交通手段は、ご存じのように10ヶ月を経てもなかなか回復いたしません。

したがって、そこで比重をどこに置くかと申しますと、交通と情報、この2つが大きなものと考えられます。とりわけ初期の医療に関しましては、交通の遮断がアクセスの損壊として非常に大きな影響を与えてまいりました。その際に我々が拠点とすべきものは何かと申しますことを考えました。どうすればいいか悩みながら日々を送っていたわ

けですけども、その間に浮かんだ考えとして、やはり、固定した病院というよりは拠点というムーバブルな、可動性のある、我々にとっては余りいいイメージ言葉だと思いませんが、野戦病院的なものをつくる以外にないのではないかとこの考えに至りました。それをつくるにあたって、学校のグラウンドだとか、河川敷とか、普通の広場があればいいわけですけども、そこにテントもしくは車両等で、できるなら50床ぐらいの治療の可能な病院、ムーバブルホスピタル、野戦病院をつくり、そのそばにヘリポートを備えているという状況がイメージされます。そして、それらは医療ニーズの高い区域、特にアクセスのよい場所に設営する。そこに地域の余力を集めると同時に、ボランティアとして刻々と集まってくる援助、手を差し伸べてくださる皆さんの働きの場所ともすればどうかということでもあります。これはいわゆる拠点病院ではなくて、拠点であるというふうに考えております。そこでは、トリアージ、トリートメントももちろんですけども、トランスポーターションも行うという考えであります。

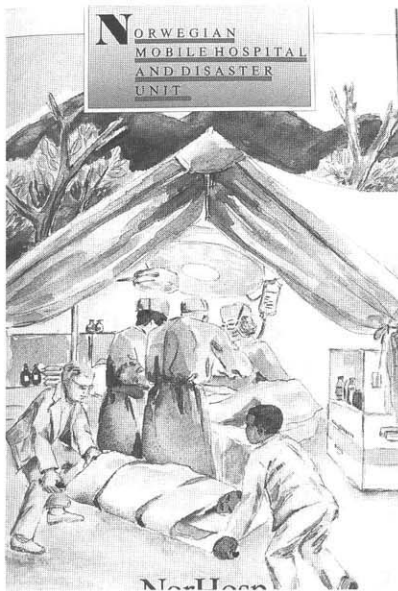
この考えは、1ヶ月間いろいろな場面を想定しながら考え着いた結論ですけども、各国はそれを既に行っております。アメリカ、ヨーロッパ、特にノルウェー等がそれを推進してきました。後でスライドでご紹介いたしますけれども、それらの背景となって支えるもの、それを準備する姿勢として、拠点となるべきスペースをうるために先ほど申しました市民の合意が得られるよう努力をするということでもあります。イメージとしましては、名古屋、札幌、それから京都の御池通というような大通り、さらに神戸市に新しい都市計画として出されております43号線沿いの緑地というのは、はっきりと災害用の広場と位置づけて設定すること。そこを災害時の医療拠点とするというふうに考えております。マニュアルが必要ですし、もちろん訓練も必要であります。

スライドをお願いします。これはノルウェーのいわゆるムーバブルホスピタル、移動病院でございますが、テントの例と、車両を使つてのものと、2種類お見せいたします。これは、被災地のすぐそばにテントを張って患者を搬入しております。(スライド1)

こういう単位のを幾つか集めると、かなり大がかりな医療拠点ができます。(スライド2) 今回、神戸に自衛隊が設営しましたものがかなり大きなものであったというふうに聞いております。

次をお願いします。内部は手術もできます。(スライド3)

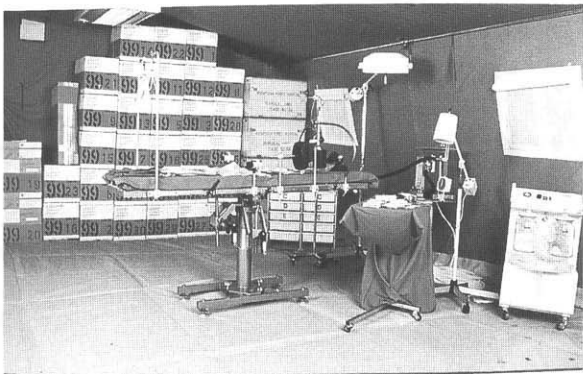
これは車両でございますが、車両をこうやって車で運ぶ、もしくは、飛行機で運ぶ、その他、ある広さが確保されますと、こういう車両をつなぎ合わせて1つの病院をつくり



スライド 2



スライド 3



上げられるということであります。(スライド4)

これが手術室の図です。(スライド5)

これが幾つか結びつきまして、まるで廊下のようなもので、これも車両ですけども、病院が形づくられます。(スライド6)

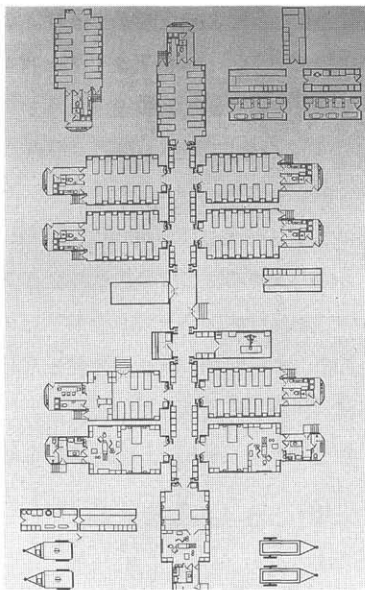
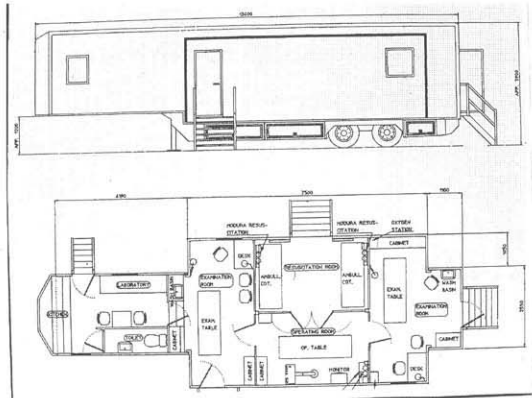
これは1つは飛行機で送った、もしくは、ヘリで運んだものの組み立ての過程であります。(スライド7)

これにはしっかりと手術室の雰囲気が出ております。手術室としての設備、エアコン、吸引、圧縮空気等、必要な

スライド 4



スライド 5

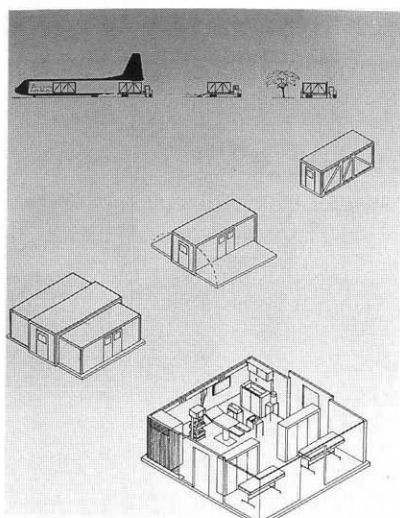


スライド 6

ものはすべて用意されております。(スライド8)

これで最後ですが、これに似たもので移動ICUが既に東京消防庁に1台ありますけれども、この利点は、あくまでも必要な場所に必要診療拠点をつくるということで、翌日、別のところに必要があれば別のところへ移れる可動性のあるものとして考えております。

以上、結論としまして、医療の初期3日間の外からの援助のない時期に、必要なところに必要な医療設備をつくり、それにより地域の中の医療資源を生かしていくこと、災害



スライド7

医療拠点としての移動病院を取り上げてはどうかというのが私の考えでございます。災害拠点病院のFail Safeとし

スライド8



て考えていただいても結構でございます。

●司会（瀬尾 攝）

アクセスの必要性の確保という点から、病院から実際に必要な地域に出ていく野戦病院的な機能についてご指摘がございました。

3. 看護の立場から

●司会（瀬尾 攝）

それでは、次には看護の立場からということで、神戸大学医学部保健学科の教授をなさっておる新道幸恵先生にお願いをいたします。

●新道 幸恵氏（神戸大学医学部保健学科教授）

地域医療計画策定に関する今後の課題－看護の視点から

1 はじめに

今後の課題について主に述べる前に、簡単に看護職が行った震災救援活動についてふれたい。

被災地の病院では、入院して震災を体験した患者さんの看護、自宅などで被災し、負傷され救急外来に殺到された患者さんの救急看護に専念した。（表1）また、訪問看護

表1 阪神淡路大震災時における看護活動

1. 病院内における看護活動
 - 1) 入院中に被災した患者の看護
 - 2) 被災救急患者の看護
 - 3) ライフライン・交通寸断などが長期化する中での看護活動
 - 4) 訪問看護（在宅ケア）対象者への訪問看護活動
2. 地域（病院外）
 - 1) 避難所の住民の健康管理
 - 2) 仮設住宅居住者の健康管理
 - 3) 被災者への心のケア
 - 4) 慢性疾患患者への対応
3. ボランティア活動（被災地以外の人々の看護活動）
 - 1) 病院・医院内看護活動支援
 - 2) 地域（避難所等）での看護活動支援

を行っていた病院では、いち早く、在宅ケア中の患者さんの家庭を交通網の寸断の中を、徒歩や自転車で巡回し、物資や食料の提供や必要なケア、電話訪問等と創意を巡らし、看護の責務を果たしていたと聞く。地域の保健婦は在宅の被災者や避難所に避難している住民の健康管理に没頭しながら、被災地外の全国からの支援に駆けつけ、避難所の診療所を中心として活動する看護職者のコーディネーターとして避難所の住民や、在宅の慢性疾患患者や老人のケアのための訪問活動に奔走した。仮設住宅が設置され、入居が開始されると同時に、その住民の健康管理も地域の保健婦の大きな役割になった。病院の看護活動では、震災発生と同時に不眠不休の活動を余儀なくされ、水、食料、医療・衛生材料等の物資の不足や人的な不足が増し、困難を極める状態の中で、様々な苦労を体験した。しかし、それらの困難さは、全国からの物的支援、人的支援を受けて、ライフラインの回復、交通網の回復に応じて、次第に解消されていった。一方、地域での保健婦を中心とした看護職の被災住民の健康を守るという活動は、避難所が拡大し、仮設住宅が設置されるに従って、困難さが増大していったようである。当初は、情報網が寸断された中、何が求められ、必要とされ、何が可能で、何をしなければならないのかの判断をする情報がなく、多くの苦悩と混乱があった。得られる情報量や内容の正確さ、及び支援の物質や人の状況が明確になるにつれて、混乱は解消されたようであるが、それに比例するかのように、時の経過とともに業務量が増加

し、不眠不休の日々が続くようになったようである。

今回の震災では、都道府県、あるいは病院からの派遣によって、または個人の意志で休暇を取って、と、様々な背景の看護職の多くが被災地へ赴き、病院、医院、避難所、保健所などで看護活動に従事していた。都道府県や病院等の公的な派遣の場合には、県や国、全国ネットを有している病院からの関連病院への要請によって、継続的に必要な看護職員が必要な期間派遣されていた。しかし、個人経営の病院、医院への看護婦の支援活動は、兵庫県立看護大学内に設置された日本看護協会及び兵庫県看護協会の震災対策本部が中心となって、実施された。その対策本部では、被災地の病院における看護職員の需要を電話で把握し、被災地の外からの看護職員のボランティア支援活動の希望者を受け付け、その需給バランスを取りながら、看護職員のボランティア支援活動のネットワークづくりを並行して、被災地の看護職員の不足を補充するという支援活動が3月下旬まで継続された。その活動には、情報網が障害され、交通網が寸断され、ライフラインが障害されている被災地で、外からのボランティア志望の看護婦の宿所を世話し、派遣先の施設までの交通網を示し、ボランティアの看護職のトラブルの調整等、多くの困難があったことと思われる。

2 今後の課題

今後、地域医療防災計画を策定されるに当たっての課題について、上述の看護の活動に関連のある6つの事項を取り上げて述べることにしよう。

1) 情報網の整備

まず、情報網の整備という点については、今回、電話線が障害されたために、災害の実態の正確な把握、地域内の病院、医院などの被災状況、特に機能障害の状況、等の正確な把握に必要な情報が得られず、被災者の救急活動の混乱を招いた。この問題を解決するためには、平常時からの情報ネットワークが地域医療圏内及び、地域医療圏内と外との間で形成されていることが必要と思われる。また、それには電話線のみには頼らない別の手段、例えば、無線、コンピューターネットワークやFAX等多様な通信手段を活用する方法を設定することについての検討が必要と思われる。さらに、これらの平常時のネットワークが災害時に機能するためには、災害発生時に、各医院や病院、保健機関、行政機関等において、だれが、どのように情報を集約し、それをどこに向けて発信し、そして受信し、受信した情報をどのルートを使って、どのように活用していくかを考えて、使えるようにしておかなければならない。

看護の人的不足は、災害発生と同時に被災地の中心地にある病院、医院において大きな問題となった。その背景に

は、看護職も被災者であったこと、情報網、交通網が寸断されて、職場に近寄れなかったこと、被災救急患者の増大により救急看護活動の需要が増したことがあげられる。それらの病院では、ライフラインが復旧するまでその問題は存続したが、被災地の周辺地域の病院の看護婦不足は災害発生後、中心地の病院から入院患者が搬送されるようになるにつれて深刻化していった。それらの情報を各病院、医院で集約しているのは、看護の総責任者と思われるので、地域の医療圏、あるいは、その外の医療圏との看護に関する情報交換ができる体制づくりが今後の課題と思われる。

2) 支援ネットワークの編成

今回の震災は未曾有という表現が用いられるほどの大規模災害になってしまい、医療材料、医薬品、水、飲料水、食料品、患者の生活用品の不足、及び医療従事者の不足が顕著であった。それらの不足は、交通網の障害とライフラインの障害によって長期化した。これらの保健・医療に必要な物資の不足への対応としては、平常時からの備蓄対策が考えられるが、災害の規模や期間によっては、各医療機関の備蓄のみでは耐えきれない場合が考えられる。また、備蓄は、それに必要な空間と、費用と、それぞれの物資に設定されている有効期限に対応した入れ替えのための管理を必要とする。そのために、物資の不足に対しては、備蓄と支援による補充の両面の対策がなされる必要がある。支援ネットワークは、今回の物資が不足した医院・病院、支援が円滑に受けられた病院・医院、また逆の経験をされた病院等の実情調査に基づいて、交通網の寸断を考慮した体制づくりを目標に編成について検討される必要があると思われる。この震災では、物資の不足に関しては、支援による補充が円滑で不足しなかった物資、長期間不足した物資と、その不足状況に偏りがみられたようである。これらの状況も今後の対策に活用していただきたい。

医療材料を整え、救急医療を円滑にする役割の多くを看護婦が担っている。また、入院中の患者の医療・看護に必要な物品を整え、医療・看護の効果を上げることを目標にした活動をするのも災害発生時における看護の重要な役割である。物資の支援体制を検討する際に、看護からの情報も大いに活用することで、災害時に有効な体制づくりとなるであろう。

この災害において、看護職不足は、被災地の医院、病院、診療所の救護所、保健所等、被災地の保健、医療の場のすべての部署で問題となった。それを全国からの人的支援によって急場がしのがれた。この経験を生かして、災害発生と同時に、不足状態を量のみでなく、質の観点からも把握して、それに対応した人材が派遣されるようなネットワークを地域医療圏全体で検討されることが必要と思われる。

人的支援については、当初の混乱期には、ボランティアとして派遣された看護婦自身が派遣先の状況を把握し、自らの判断に基づいて、活動できるベテラン看護婦や看護の中間管理者の派遣が必要と思われる。また、災害発生時の看護の役割は、患者への直接看護ばかりではなく、物資の調達、食料の支給、清掃なども含まれることがある。それらの仕事を気持ちよくできる看護婦の派遣が必要である。

物資や、人材は、被災状況により、災害発生からの時間の経過によりその需要状況は大きく変化する。そのことも考慮した支援ネットワークを編成する必要があるだろう。

3) 患者搬送システムの検討

この震災においては、被災した負傷者は最寄りの医院や病院へと殺到した。しかし、被災によって倒壊したり、診療機能が大きく障害されて救急医療活動が十分に行われなかったところもあると聞く。また、多人数の被災患者の救急医療を引き受けた病院では、その患者のベットを確保するために、以前から入院している移動可能な患者に、被災地の外の病院に転院していただくという方法が取られた。さらに、救急医療を行った後に、専門的な治療のために、他院に転送された。この過程において、転送先を探すこと、転送のための救急車を確保することが極めて困難であった。この作業は多くの場合、医師に期待されることと思われるが、医師は、目の前の救急患者の治療で手一杯の場合が多い。

そこで、医師の指示を得ながら看護婦が協力して患者が適切な場所で適切な治療が行われるよう、対応することが必要になろう。その対応に際しては、地域圏内外の医療機関の稼働状況や空床状況、患者の受け入れ体制の有無などの最新情報が各医療機関に、コンピューターなどを利用して、定期的に提供されるシステムがあり、各病院や医院において、そのシステムを活用するシステムを有しているならば、災害時の人材の不足の中での作業の省力化につながり、混乱を最少にとどめることにつながるとと思われる。

このことの基本的な解決策のために、被災患者のトリアージについて、避難所の診療所での軽傷者の治療から高度で専門的な治療のできる医療機関までのすべての医療機関を含めた地域圏規模で行われるシステムを検討される必要があると思われる。その際に、各医療機関においてのトリアージの協力メンバーとして看護婦が加えられることで、その後の作業を容易にすることになろう。

4) 地域における被災者の健康管理対策

この大震災における被災者で、医療の必要であった人々の多くは、医療機関で救急医療を受けたり、避難先の避難所の診療所で受診できていたようである。しかし、在宅ケアを受けていた人の中には、医療もケアも受けることなく

数日を自宅で過ごした人があると聞く。その場合、独居老人で、訪問診療と看護と、ホームヘルパーのケアを受けている場合には、災害発生時の混乱状態の中では、ケアから取り残される可能性が極めて高い。また、慢性疾患患者で、特別の治療や装具、医療器具を必要としながら在宅でケアを行っている患者のケアも、災害発生時の混乱の中では取り残され、疾病を悪化させることが考えられる。

この震災では、在宅ケアを行っている医療機関の訪問看護婦が訪問したり、保健所保健婦が訪問したり、装具使用中の患者にはその装具の手配を当該業者が行ったり、慢性疾患患者の健康診査を医師のボランティアグループが行ったり等の対応がなされていた。しかし、それらの対応は、震災発生直後に始められたケースは極めてまれであった。

在宅ケア中の患者情報のうち、ホームヘルパーの支援を受けている場合には、区役所と受診中の医療機関で把握されているが、その他の多くのケースは、受診中の医療機関のみで把握されているに過ぎず、災害発生時には、その患者が自発的に受診しない限り受診対象者にはなりにくい。高齢化が進み、在宅ケアが推進されている社会情勢も考慮すると、今後一層在宅ケア人口が増加するであろう。したがって、在宅ケア中の人々に対する災害発生時の対策として、災害発生と同時に、在宅ケアの人々が必要な医療・訪問看護や、物資の支援が実行されるように、市のレベルでの患者登録の中央管理システムについても検討される必要があるのではないだろうか。

被災した住民の方々が、負傷の程度や疾病・障害の状態に応じて、速やかに必要な医療と看護が必要な期間だけ、受けられるような地域医療圏をベースとしたトリアージや在宅ケア中の患者や外来通院中の慢性疾患患者、障害者に対して、さらに仮設住宅に居住した被災者に対して、災害発生時の保健・医療管理システムの検討が必要と思われる。

5) 地震災害訓練

これまで、阪神地区の医療機関では、災害訓練として火災発生を予想しての訓練は、年2回行われてはいても、地震を予想した訓練はされていなかった病院・医院が多いのではないだろうか。火災発生時の緊急避難対策と地震発生時の緊急避難対策は大きく異なることを、今回の地震の体験によって実感できた人は少なくないであろう。災害訓練することで、発生時の混乱を最小限にとどめ、関連ある医療従事者のストレスを最小限にとどめ、多くの被災者の救命・救助に大きく貢献することが期待できる。

地震災害訓練としては、病院・医院ごとと、地域医療圏レベルと両面で検討される必要があると思われる。各病院・医院における災害訓練としては、災害発生直後の入院中の患者への救急医療・看護活動及び救急外来における医

療・看護活動、災害対策本部・委員会の設置、情報の集約の方法や担当者、入院患者の避難基準と方法や経路、持ち出し書類、必要物資（医療材料、医薬品、食料品他）の調達の方法、職員の安否の確認及び職員の出勤要請の指示やその方法、等を含められることが必要と思われる。しかし、災害訓練において大切なことは、院内の多くの人々がそれぞれの責務に応じた役割を体験することであろう。

6) 災害看護の体制化と基礎教育課程での災害看護の教育

予期せぬ突然の出来事に襲われ、各自の立場や部署で、懸命に、看護職としての責務を果たすべく活動しながらも、次々と未知の出来事に遭遇し、多くの困難を経験する一方で、多くの混乱の中に巻き込まれるという体験をした人は少なくないであろう。また、この大震災に、直接的、間接的に巻き込まれた看護職の多くは、災害時の看護の役割の大きさと多様さ、看護職者の関わりの規模の大きさを実感したことと思う。これらのことは、今後災害看護を体制化し、基礎教育や卒後の継続教育の中で、災害看護を教育していく必要性を示していると思われる。

災害看護の体制化における検討事項としては、次のようなことがあげられるであろう。①病院・医院などの医療機関における災害発生直後の看護活動、被災者の救急看護活動、ライフラインや交通機関が障害された中での看護活動、被災地周辺の医療機関における看護活動、②避難所での看

護活動、③在宅ケア中の患者や、外来受診中の慢性疾患患者や障害者に対する看護活動、仮設住宅の入居者に対する看護活動、⑤被災地外からの公的機関や医療機関からの看護職の人的支援のあり方、⑥看護職のボランティア活動のあり方等である。

3 おわりに

この阪神・淡路大震災の体験を生かした震災対策について、国、県、市、医師や看護婦、消防士等の職能団体、病院や医院、保健所等各保健医療機関はもちろんのこと、個人個人でも、検討が重ねられていることと思う。それらの検討が有機的に関連づけられ、統合されて、1つの災害保健医療システムとして編成されることで本当に災害が襲ってきた時に機能し、多くの人命が救助され、多くの人々の心身の健康が保持されるものとなるであろう。

この大震災の体験者の1人として、今後も継続して、災害看護の体系化のために努力していきたい。

本稿は、「公開シンポジウム」において報告した内容を骨子として書き改めた。

●司会（瀬尾 攝）

ありがとうございました。

災害時の医療機関の中、あるいは、外における看護のあり方、しかも、やはりそれに対するネットワークシステムづくりということの必然性をうかがいました。

4. ボランティアの立場から

●司会（瀬尾 攝）

それでは、次にボランティアの立場からということで、がんばろう神戸の運営をなさっておられるボランティアの堀内正美様をお願いいたします。

堀内さんは、ご承知のように、NHKの「鳩子の海」あるいは「白い巨塔」のテレビドラマをはじめ映画や舞台で活躍なさっておられるタレントでございます。よろしくお願いします。

●堀内 正美氏（がんばろう神戸）

私たち「CCNがんばろう!! 神戸」は、神戸市北区に事務所を置く、市民ボランティアです。1月23日より、震災によって被災された方々の自立へ向けての支援活動を続けてまいりました。

それまでは、社会的弱者と言われる方々に対して、特に関心を持つわけでもなく、「自分の家庭を守る」ごくごく普通の住民でした。

私たちの住む神戸市北区は、あの火災で焼土と化した長

田や、ビルがそのまま横倒しになった三宮から、わずか北に5kmという地理にありながら、比較的震災によるダメージの少ない地域でした。自分の住む街と悲惨な状況のとなり街とのギャップ……。まさに人ごとではなかったのです。「自分たちにも何かお手伝いができることはないだろうか?」「どこへ行ったらいいんだろう?」「子供でもできる事はないんでしょうか?」そんな声が北区民の中から聞こえ始めました。

そこで、市民がボランティア活動をするための情報公開スペースを、ビルの一角に作り、片側のカベには、被災された方々が今何を必要としているのかを貼り出し、反対側のカベには、非被災地からの物資、資金、人材、情報等を貼り出しました。そこで市民が、そこにある情報を自由にコーディネートし、活動を始めたのです。

このスペースを使うに当たって、唯一の約束事、それは「指示はしない!!」あくまでも「自分たちにできることは何か?」それをさがす場でもあったのです。

在宅、テント、避難所で生活されている方々への生活関連物資の調達、配送、最低限度の生活を維持するための家屋、テントの応急的補修、そして改善、さまざまな活動がありました。

そんな中、私たちボランティアでは解決できない問題がみえてきました。「かかりつけ医」の問題でした。仮設住宅への移住をなかなか受け入れることができなかった大きな要因の1つが、この問題でした。中高年の方々にとって「かかりつけの先生」の存在が大変大きかったです。新しい土地に行って、また検査を受け、自分に合った先生を見つけなければならない事も、大きな負担になっていたのです。このことによって、今後、いつどこで起こるかもしれない災害に対しての市民生活のあり方についても考えさせられました。

激震地では、地域の方々が力を合わせて火災に立ち向かい、倒壊家屋から生存者を助け出そうと必死になっていました。その時、北区、西区という比較的被害の少なかった地域では、マスコミ報道による「同程度の余震が来るかもしれない」と繰り返し流される情報と、テレビ映像から飛び出してくる激震地の様子にパニックに陥り、食料品の買いだめに走り、ガソリンスタンドには長蛇の列ができました。救急車両、緊急車両が立ち往生する状態が各所で起きました。

この北区、西区には40万人近い人が住んでいます。そして、その中には医師、看護婦、ライフラインに従事している方等、それぞれに専門性を持った職業の方も数多くいらっしゃいました。その多くの方々は、震災の影響で1週間近く出勤できない状態が続きました。「がんばろう!! 神戸」にも、数多くの専門性を持った方々が駆けつけてくれましたが、その数は全体の被害から考えると、あまりにもわずかでした。

戦後、日本はあの焼け跡から見事なまでに復興しました。勤勉さと戦後民主主義によって、物にあふれる豊かな生活を実現しました。しかし、それと引換えに、日本古来からの相互扶助の社会、「困った時はお互いさま」をどこかに置き忘れてしまったのではないのでしょうか。「お互いさま」コミュニティが存在していれば、多少なりとも被害をくいとめることができたのではないのでしょうか。

亡くなられた方々の多くは、皮肉にも、あの戦後復興期の原動力になられた方々でした。

厚生省の推計では、2010年には高齢所帯が全所帯の3割を占め、その31.3%が独居老人というショッキングな発表がなされました。仮設住宅の高齢率は平均で34%を上回ります。

今、仮設住宅内で起こっていることは、私たち自身にも近い将来起こり得ることを認識していかなければならないでしょう。

「何でも行政にやってもらう」時代は終わったのではないのでしょうか。来るべき超高齢化社会に対して、「自分たちの地域は、自分たちの命は、自分たちで守る」という気概が求められていると思われます。

大きなコミュニティではなく、歩いて行ける中学校区程度のエリアでの地域ネットワークこそ、これからの時代のニーズではないのでしょうか。

地域医療に携わる先生方とさまざまな専門性を持った住民、そして行政が相互にネットワークし、地域の中核となることによって、もう一度「困った時はお互いさま」コミュニティの再生をはかっていけるのではないのでしょうか。

今回の震災を通して、地域医療に携わっている先生方に対して、市民は、医療行為はもちろんのこと、1人の医学的知識を持った人間としてのふれあいを求めていることもわかりました。今こそ、先生方が最先頭に立ち、新たな地域コミュニティづくりの第一歩を踏み出されることを私たち市民は熱望します。

いつ、どこで起こるかもしれない、明日に向かって!!

市民ボランティアネットワーク「CCNがんばろう!! 神戸」

CCNとは、Citizen's Communication Networkの略です。
(市民連絡機構)

●司会(瀬尾 攝)

ありがとうございました。

被災者の方々の医療に対する支援、ボランティアの方の、特にかかりつけ医のあり方についての非常に鋭い指摘をいただきました。

5. 行政の立場から①

●司会(瀬尾 攝)

それでは、次に行政の立場から、初めに兵庫県の方から、兵庫県保健環境部長の川村 隆先生にお願いいたします。

●川村 隆氏(兵庫県保健環境部長)

ご紹介いただきました兵庫県の保健環境部長をいたしております川村でございます。

私の所管しております保健環境行政は、県民の日々の暮らしに密着しており、震災で改めてその役割と責任の重大さを痛感いたしました。これまで直接に実施し、あるいは、調整を行ってまいりました主な事業を振り返ってみますと、保健医療対策では初期の救命救急をはじめ医療機関の確保、救護センター、救護所の設置、避難所への各種巡回相談、インフルエンザなどの疾病対策、寝たきり防止対策、医薬品の確保、遺体の検案、火葬場の確保など、現在は、仮設住宅での孤独死を防ぐ対策、心のケア対策などを重点的に行っております。

生活衛生対策では、飲料水の確保と水道施設の復旧、仮設ぶろの設置、洗濯機・洗剤の配布、炊き出し、食品衛生指導、被災地のペット動物の保護などを行ってまいりました。

環境対策では、工場施設破損による有害物質の二次災害防止、大気汚染や水質汚濁状況の環境モニタリング、粉塵・アスベスト飛散防止対策などを行っております。

廃棄物対策では、県内各市町や近隣府県の応援を得て、大量のごみ収集車や仮設トイレ、パキューム車の確保や瓦れきの処理などに取り組みました。

さて、本日のテーマは「地域医療防災計画はいかにあるべきか」ということですので、私は今回の大震災で学んだことを今後どのように地域防災計画の医療分野に生かしていくかということをお話したいと思います。

公衆衛生行政を進める基本的な考え方は、まず自分の健康は自分で守る、自分で守れないものは地域で守る、地域で守れないものは身近な自治体、市町が守る、市町が守れないものは県が守る、県が守れないものは国が守るということでございます。災害につきましても同様のことが言えるかと思います。

住民が自分で守るものとしては、家屋の耐震診断、住まいの工夫として家具の固定、懐中電灯、ラジオ、救急箱、食料、飲料水などの備え、避難所の確認、応急手当や心肺蘇生法の習得、自分の健康状態の把握、かかりつけ医を持つこと、日ごろから近所つきあいを深めておくことなどがございます。

地域で守るものとしては、近所への声かけ、助け合い、日常の自治会活動の活性化、地域での自主防災組織や防災訓練への参加などがございます。

市町段階での災害医療体制の整備としては、中学校区単位での災害対応病院の指定、救護所の設置、救護班の編成、医薬品の備蓄など、地域の医師会、搬送機関等との調整を図り整えておく必要がございます。

次に、県でございますが、県では本年6月、主要課題と対応の方向を主要内容とする兵庫県地域防災計画改訂の基

本事項をまとめました。1つには、堅牢でしなやかな地域防災基盤の整備ということで、公共施設等の耐震性の確保など、2つには、被害を抑止、軽減する防災施設の整備ということで、有線、無線、衛星通信を組み合わせた多重の情報通信システムの整備や防災センターの整備など、3つには、災害に即応する防災マネージメントの充実ということで、消防、警察、自衛隊、海上保安庁等による救命救助や医療機関による救急医療が円滑に推進できるよう関係機関の連携強化など、4つには、災害に備え、的確に対応する防災システムの充実ということで、災害救援専門ボランティア制度の構築や大災害にも対応しうる災害医療システムの構築など、5つには、県民参加による地域防災力の向上、6つには、災害予防のための調査研究体制の強化をというものでございます。

現在、来年3月の改訂に向け、それぞれの具体の計画案を検討しておりますが、医療分野に関する改正点としては、災害予防計画編では、平時における防災システムとして災害医療システムの整備を、災害応急対策計画編では、情報の収集・提供体制、救護班の派遣や患者搬送に関する指示体制の具体化などを盛り込むことを考えております。

ここでは災害救急医療システムの整備についてお話をしたいと思います。今回の大震災では、通信網の断絶、ライフラインの途絶、医薬品の不足等により、診療機能や患者サービスが一時的に低下いたしました。こうしたことを教訓として、震災後設置いたしました兵庫県災害医療システム検討委員会の提言を踏まえ、現行の救急医療体制を拡充するとともに、災害医療情報の収集や提供、医療機関や搬送機関への指令、救命救急医療の提供、患者搬送、医薬品の備蓄等について、総合的なシステムを構築し、その中核施設として災害医療センターを神戸東部新都心に設置したいと考えております。

まず、情報システムとしては、大震災では電話回線の不通・輻輳、指令系統の不明確、現行救急医療情報システムでは、医療機関が他の医療機関の診療情報の把握が困難であったことなどを反省し、医療情報の収集、搬送の指令、医療従事者の派遣等を行う災害医療情報・指令センターを県立防災センターにおいて整備し、これを核に県・市町災害対策本部、消防本部、自衛隊等の機関と衛星通信で結び、また、二次医療圏域においては、地域医療情報センターを1ヶ所ずつ整備し、これを中心に消防本部、郡市医師会、災害拠点病院を専用電話回線で結ぶなど複数の通信手段を確保し、災害医療情報ネットワークを構築したいと考えております。さらには、現行の救急医療情報システムを更新し、病院間相互に情報交換ができるようにしたいと考えております。

次に、医療マンパワーの確保では、医療需要の急増、交通網の途絶等により、医療スタッフが不足、また発災当初は医療ボランティアの受け入れが混乱したこと、さらには医療機関内での指令系統が不明確であったり、トリアージや災害時に特有の症例に関する知識が不足していたことから、迅速な救護班の編成・派遣、医療ボランティアの受け入れ体制の整備、災害医療コーディネーターの養成、災害医療に関する研修訓練の実施、近隣府県による広域相互応援体制の確立などを考えております。

また、電気、水道、ガスなどライフラインの停止により診療機能、患者サービスが低下したことから、医療機関に到達するまでのラインを災害に強くするとともに、医療機関ごとに貯水槽、井戸、空冷式自家発電、プロパンガス等代替熱源の整備、関係事業者との協議・協定の作成など、ライフラインの確保を考えておく必要がございます。

次に、救急医療機関の整備でございますが、広範囲の熱傷、指肢切断など高度の救命救急医療に対応する病院が少ないこと、また、医療機関自体が被災し、建物や医療機器の損壊により診療機能が低下したことから、耐震機能や備蓄機能を備え、高度な救命救急医療を提供するとともに、災害時には多数の患者を受け入れられる災害医療センターを整備、また、二次医療圏域ごとに1ヶ所ずつ防災機能を備えた災害拠点病院を整備し、さらに、中学校区を単位に市町が指定する災害対応病院の整備とともに、医療機関ご

とに耐震構造化や医療機器・薬品棚の固定など防災機能の向上が必要と考えております。

救急患者や医薬品の搬送につきましては、道路網の寸断、混雑により患者搬送が困難であったこと、船舶やヘリコプターの活用が不十分であったことを反省し、道路交通規制の徹底、自衛隊や海上保安庁の船舶の有効活用を図るほか、ヘリコプターによる空路輸送の確保を図るため、災害医療センターにヘリポートを整備するとともに、各市町ごとのヘリコプター臨時発着場の確保や常時患者搬送用として活用できるヘリコプターの確保、ヘリコプター臨時発着場や依頼手続の周知が重要だと考えております。

また、医薬品、医療機材が不足したことを考え、災害医療センターに広域備蓄センターを、災害拠点病院に地域備蓄センターを整備し、また、業者との間で医薬品確保に関する協定を行い、医療機関が孤立した場合に備えたいと考えております。

以上が、現在考えている主なものでございますが、今後さらに具体化を目指し検討・研究を重ね、県民が安心して暮らせる防災計画にしたいと考えております。

●司会（瀬尾 攝）

ありがとうございました。

大変きめの細かい災害医療対策を医師会の参加を得てやると。我々も大いに期待をしております。ありがとうございました。

5. 行政の立場から②

●司会（瀬尾 攝）

それでは、次に神戸市の立場から、震災当時は北保健所長をされておまして、現在は神戸市衛生局長の坪井修平先生、お願いいたします。

●坪井 修平氏（神戸市衛生局長）

ただいまご紹介いただきました神戸市衛生局の坪井です。瀬尾先生がおっしゃいましたように、私は臨床の内科勤務医から、平成3年の秋に衛生行政の方に移りまして、震災当日は北保健所に所属しておりました。自宅が長田区にありましたので、長田保健所の救護班の一員としても参加させていただいております。そういった経験を踏まえてお話をさせていただきます。

お手元のプリントをご覧くださいなのですが、ご覧のように、医療機関とても、今回の震災ではその被災を免れなかったわけでございます。これは先ほどらい、福岡先生をはじめ諸先生方が報告されましたので、簡単にふれます。

①については10日目でも、医科で30%、歯科で15%し

① 被災激甚6区の医療機関の開設・被災状況

（病院・医科は7月18日、歯科は4月27日の集計）

	医療診療所 (1,059)	歯科診療所 (601)	病 院 (71)
1月26日 (10日目)	29% (304/1,059)	15% (89/601)	84% (60/71)
4月27日 (100日目)	85% (895/1,059)	79% (474/601)	97% (69/71)
全壊・焼	26% (273/1,059)	31% (184/601)	14% (10/71)
半壊・焼	23% (240/1,059)		20% (15/71)
1年後……………	(廃院43)	(廃院23)	(廃院2) (入院中止3)

か診療ができなかったわけではありますが、私はここで強調したいのですが、当日の午前中あるいは午後の段階で、重症者のほとんどは地元の医療機関で治療されていたということでございます。先ほどお話がありましたように、地元の医療機関は多大な被災を受け、その上、医療スタッフも不足、薬も不足、メスとか針とか、そういったものも

すべて不足の中で、特に外科系の先生方は大いに頑張られたと高く評価させていただいております。

② 医療相談・支援窓口

- 1月21日(5)★人工透析……………腎友会
 1月22日(6)★24時間医療援助、外国語医療電話相談
 ……………AMDA
 // ★無料妊婦健診……………兵庫県立こども病院
 // ★てんかん救護所……………日本てんかん協会
 // ★人工肛門・膀胱無償提供…関西オストメイト協会
 1月24日(8)★心のケア相談……………日本臨床心理士会
 1月25日(9)★難病相談……………大阪難病連絡協議会
 // ★小児がん患者家族支援……がんの子供を守る会
 // ★健康相談窓口
 ……………大阪産業保健センター・府医師会
 1月26日(10)★医薬品電話相談・一般薬無料配布
 ……………兵庫県薬剤師会
 // ★アトピー・スキンケア
 ……………アトピー・STH情報センター
 // ★視聴覚障害者相談……………兵庫県福祉協会
 1月27日(11)★アレルギー110番 ……関西アレルギー児母の会
 2月1日(16)★糖尿病相談窓口
 ……KASHCUS 神戸健康文化都市戦略研究会
 2月3日(18)★控除症候群相談窓口……………六甲アイランド病院
 2月11日(26)★鍼・灸・按摩無料診療……………鍼・灸研究団体

③ KASHCUSによる避難所検診

(2月20日～3月21日、6回、平・休日の昼または夜実施)

対 象	長田区6避難所、3,000名
受 診 者	209名(その中、ハイリスク者163名)
結 果	高血圧 104名(その中、未治療・中断35名、初めて診断18名) 感冒等呼吸系 42名 糖尿病 26名(その中、未治療・中断8名、*コントロール不良12名) 尿蛋白・潜血 23名(蛋白+・潜血++以上) 心電図異常 17名 高度貧血 5名(Hb10g/dl未満) GOT・GPT高値 3名(160IU/L以上) 要緊急治療……16名(糖尿病12名、不整脈2名、肺炎2名) 要精密検査……10名(心不全・心筋梗塞4名、高度貧血3名 肺結核・肺ガン・肝疾患各1名)
スタッフ	延べ267名(医師69名、看護婦48名、検査技師58名、X線技師19名、事務31名、企業42名)

* (臨時血糖300mg/dl, FBS200mg/dl, HbA_{1c}11%以上)

1週間、2週間たちますと、高血圧や糖尿病、胃潰瘍、心筋梗塞など、慢性疾患の患者さんが増えてきました。ところが、避難所ではそういった患者さんの検査や治療がほとんどできませんでした。これは何とかしなければいけないということで、カシユカスのグループが、ボランティア検診を行ったんです。その結果がここに書いてあるものでございまして、ご覧のように、緊急治療を要するものが16名で、その内訳は、糖尿病12名、不整脈2名、肺炎2名等ございました。長田区の6避難所3,000名が対象で、その中でハイリスクの方に絞って検査が行われております。したがって、ピーク時には30万人以上の方が避難所におられたわけですから、この数字を100倍すれば、全数が

それから②でございまして、先ほど堀内さんがおっしゃったことに関連しますけども、震災後、多くの患者さんを支援する団体がございました。ご覧のように、人工透析やてんかんの方、外国人の方、人工肛門を持っておられる方、心の問題を持っている方々への支援の窓口ができました。この下線が引いてございますのは、医師が主に主催したもので、ご覧のように、むしろ医師以外の多くの方々がこういった支援活動をなさっていらっしゃいました。もっともここに挙げておりますのは、新聞に掲載されていたもののみでございまして、新聞に出なかった窓口もあったのではないかと思います。

③については、カシユカスといいまして、Kobe Association of Strategies of Health Culture in Urban Settingsの略称で、神戸健康文化都市戦略研究会という有志の研究会で、座長の馬場先生が顧問をなさっていらっしゃいます。私もそのメンバーの1人ですが、このカシユカスで避難所の検診を行っております。

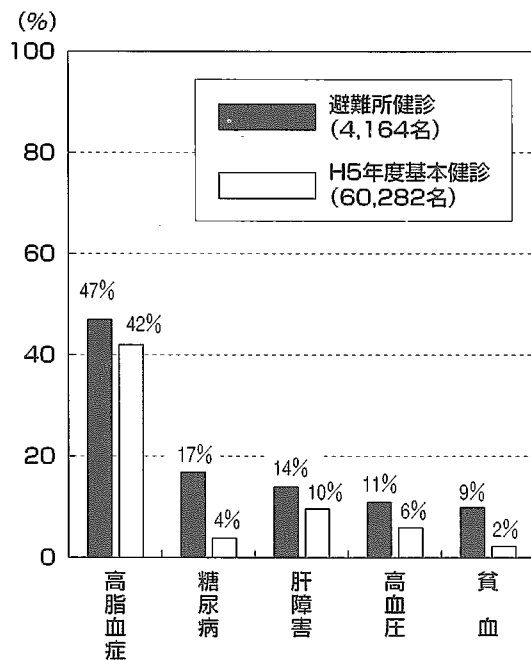
救護活動をなさった先生方はご存じかと思いますが、当初の1週間は外傷とか、風邪が多かったのですけれども、

推測できるのではないかと思います。

したがって、例えば、コントロール不良の糖尿病患者さんが、全避難所では1,200名ぐらいいたのではないかと推測されます。肺炎は200名。しかし、長田区は特に老年寄りが多く、抵抗力の弱い方が多かったと思われるので、単純に100倍はできないとは思いますが。

それから④。その後、体制の整った神戸市が、3月16日から3月の末まで、避難所健診を行っております。ただ、これは従来の基本健診と違っていて、血糖と末梢血検査が必須項目となっております。その関係もありまして、ご覧のように、糖尿病とか貧血が、例年の健診に比べて多くなっております。そのほか、高脂血症、肝臓障害、高血圧も

④ 避難所健診・H5年度基本健診の 要指導・要医療者の比率



多くなっております。これは1つには、避難所の方々に例年の基本健診の受診者に比べ高齢者の多かったこと、それから、通例の基本健診では、男性の方は余りお受けにならないのですが、避難所健診の場合は、男性の受診者がかなり多かったのです。そういったことが関係して、このような頻度の違いになっていると思います。

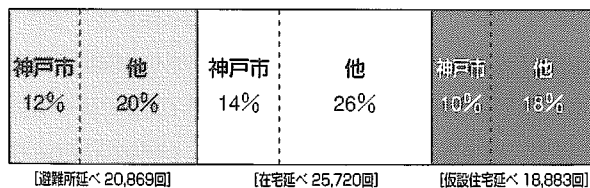
保健所の保健婦が病院の看護婦さんや他都市の保健婦さんの応援を得まして、避難所、あるいは仮設住宅、在宅の寝たきりの方、障害者の方々の家を訪問いたしております。その結果を⑤に掲げてありますが、ご覧のように、避難所、

⑤ 保健婦・看護婦の訪問活動(H7.1.17~6.30)

指導件数 131,096
成人27%、老人24%(な
たきり1%)乳幼児・心身障害
・感染・精神各3% 他

指導件数 25,522
老人37%、成人病17%(な
たきり19%)乳幼児11%、心身
障害8%、感染5% 他

指導件数 12,512
成人病36%(なたきり4%)
心身障害8%、精神3% 他

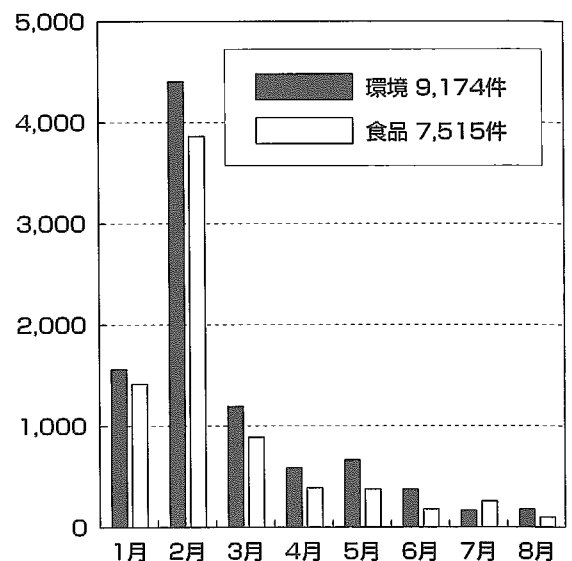


(延べ65,672回、神戸市保健婦31%、他都市等支援者69%)

在宅者、仮設住宅の方々への訪問は7万回に達しております。その内容につきましては、上段にありますように、成人病、老人、寝たきり、乳幼児、心身障害、感染症、それから精神病、そういった方々を対象に訪問し、相談に乗っております。

⑥にいきまして、これは避難所の環境・食品衛生の巡回

⑥ 避難所の環境・食品衛生巡回指導件数



指導です。保健所には監視員や防疫手という職種があり、仮設トイレとか、公衆便所や側溝の清掃、消毒、露店や一般食堂への指導、それと避難所の弁当のチェックも行っております。おふろのお世話もさせていただいております。このような避難所とか、仮設住宅、在宅の方々での食中毒、あるいは急性伝染病の発生を防ぐ活動をしております。

海外の公衆衛生の専門家が、今回30万人も超える避難者が出ながら、食中毒や急性の伝染病が出なかったのはおかしいのではないかと、日本は隠しているのではないかと云々言っているようですが、事実発生しておりません。それは、⑤と⑥のような活動が、それを未然に防いだのではないかと思います。もちろんこのほかに、救護活動とか、給水車の活動、あるいは川村部長がおっしゃったような瓦れきの処理とか、ごみの回収ですね、こういったいろいろな活動が、急性伝染病や食中毒の予防につながったのではないかと私は思います。

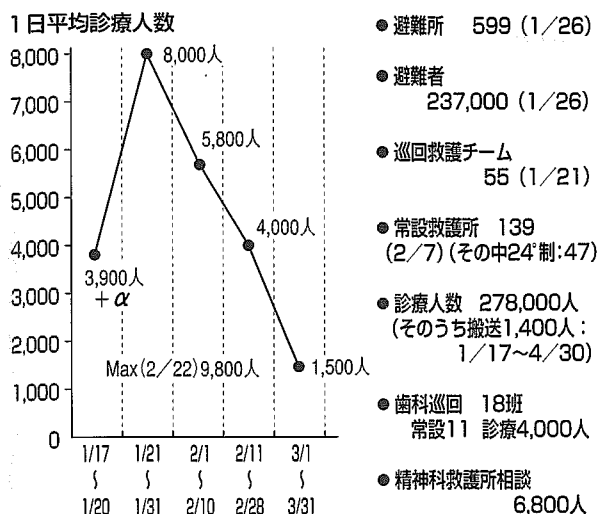
⑦ 市職員も罹災者

◆本人死亡…………… 15人
◆家族死亡…………… 338人
◆全壊・全焼…………… 990人
◆半壊・半焼…………… 1,199人
神戸市の被害額：2兆5千億円以上

それから⑦、これは県も同じだろうと思うのですが、県も市の職員も同じように罹災者であったということがございます。

⑧は、救護活動で、最大一日9,800人の方が診療を受けております。トータルしますと27万8,000人ですが、これは記録に残った数字ですので、実際はそれ以上の

⑧ 救護活動（医科、1月17日～3月31日、神戸市）



方々の診療が行われております。ご承知のように、救護所ではすべて無料で行われました。そのことが、かえって地域の医療機関の立ち直りを阻害していた面があるのではないかと心配され、3月から救護班の速やかな撤退が図られました。

⑨はボランティアについてです。行政はボランティアに

⑨ 支援者の種類と特徴

	ボランティア	国・自治体の派遣スタッフ
活動期間	多くは2～3日、週末	多くは1週間前後
参加の仕方	散発・不規則的	継続・計画的
参加者の質	職種・技術不定	選抜、事前研修
食事・宿泊	多くは自己完結型	受け入れ側が配慮
対応	迅速、融通性あり	要調整、確実性あり

⑩ 救護活動の問題点と対策

- ◆ トリアージ、PTSD、クラッシュシンドローム……不勉強、不慣れ、情報・交通遮断による転送の遅れ
→ 災害訓練、情報網拡充、交通規制、ヘリコプターの利用
- ◆ 避難者の保健・医療……マンパワー不足、医療費問題、検査不十分
→ 支援要請、情報網拡充、交通規制、医療費早期免除、カルテ作成、検診
- ◆ 必要医薬品……情報・交通遮断、薬品管理の混乱、備蓄不足
→ 情報網拡充、配送手段の確保、薬剤師の役割、3日～1週間分の備蓄
- ◆ 行政・医療機関のマンパワー……市職員・医療職員も被災者、交通・情報遮断
→ 支援体制・ボランティア窓口の整備、情報網拡充、交通規制
- ◆ 医療相談窓口開設……不慣れ、情報遮断、医療従事者間の連携不足
→ 事前準備、医師同士・他職種との連携、情報網拡充
- ◆ 避難所の給食……他府県からの遠距離輸送、食中毒予防最優先：まずい、かたく食べにくい
→ 栄養調査、冷蔵庫・保冷庫の設置、早期喫食等の啓発、レトルト食品の利用
- ◆ 避難所の生活環境……排泄物充満の便所、換気不良、寒冷、孤独感
→ ビニール袋・新聞紙の利用、給水車、清掃当番等自立支援、仮設便所の早期設置、防疫、喫煙室の確保、コミュニティ作り

それでは、残りの時間でスライドをご覧になっていただきます。皆さま方もよくご存じかと思いますが、このように避難所にはもう立錫の余地もないぐらいたくさんの方が避難されておりました（スライド略）。この中には障害者の方もいらっしゃいますし、糖尿病、高血圧、胃潰瘍、肝

に対して非常に冷たかったとか、対応が悪かったという非難も浴びております。私、実際に現場にありまして感じたのですが、自分の意志でお出でになったボランティアと国や自治体から派遣されたスタッフですね、かなり違いがあると思います。それをこのように表にいたしました。

特に、震災直後の17日～19日のあたりでは、自己完結型のボランティアがたくさん来られました。薬にしても、食料、水にしても、寝袋あるいは交通手段、そういうものをすべて自分で手配されました。AMDA、日赤など各地の病院、地元を含む医師会、あるいは個人で駆けつけられた方々が随分活躍されたように思います。大体1週間ぐらいしましてから、厚生省の指示によって、全国の自治体、国立病院、大学病院からたくさんの医療団を派遣していただきました。大型の避難所には常設の救護所が設置され、小規模避難所には、巡回の救護班が対応しました。

⑩は、今回の救護活動の問題点と対策についてまとめたものです。トリアージとか、PTSD、クラッシュシンドローム、こういった用語、私自身知りませんでした。事前にこのような災害に関する医療の勉強をしておくべきではなかったかと反省いたしております。

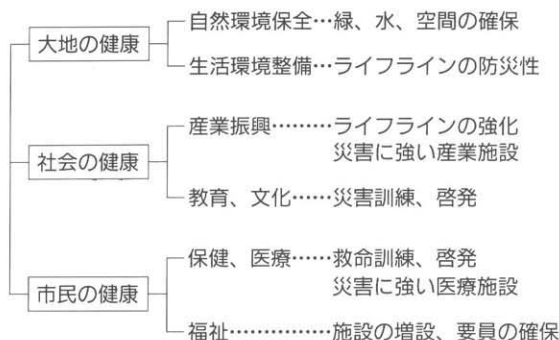
避難者の保健・医療については、マンパワーが圧倒的に不足しておりました。したがって、ボランティアをいかにうまく活用するかが、これからの行政の課題ではないかと思っています。ボランティアのお世話をするボランティアも考えるべきではなかったかと思っています。

⑪（次頁）は、これからの災害に備えての都市のあり方を考えたものです。

硬変と、さまざまな病気を持った人もたくさん含まれていました。そういった慢性疾患の方々は、1～2週間過ぎてからいろいろと問題が出てまいりました。

次をお願いします。いろんな避難所へ行ったのですけれども、まずトイレを見ました。このような状況でした（ス

⑪ 健康文化都市と災害



災害対策では、情報と交通手段の確保が肝要である。電話回線、ケーブルテレビ、無線、光ケーブル、パソコンネットワーク等複数の情報網を確立する。災害発生時、救急車・消防車・救援物資輸送車等緊急車両が、遅滞無く走れるように、迅速・厳格な交通規制が望まれる。



スライド1

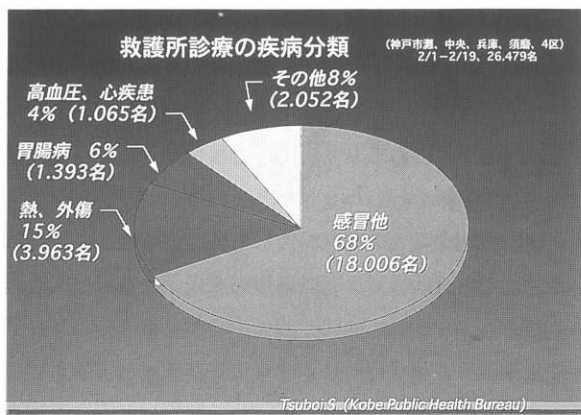
スライド1)。しかし、避難所によりましては自治組織ができておりまして、掃除当番を決めているケースでは清潔でした。しかし、大半はこのような状況でありまして、3～4日目ぐらいから保健所の防疫班が活動しまして、このように清掃、消毒をしまっていました（スライド略）。他都市から多数の衛生課の方々が応援に来て下さいました。こういった仮設トイレは、震災当日から設けるべきではないかと反省いたしております。

次をお願いいたします（スライド略）。西市民病院は5階のところで圧壊したわけでありましたが、奇蹟的にもベッド棚のおかげで死亡者は1人のみでした。その方はトイレに行く途中、不幸に遭ったようです。

次、お願いします（スライド略）。先ほどからお話が出ておりましたけれども、スタッフ自身が被災者であり、交通、情報も遮断されておりましたので、震災当日は職員の出勤は困難な状況でした。これは西市民病院の外科の目黒部長のスライドをお借りしたのですが、当日の西市民病院では、ご覧のとおり60～80%の出勤率です。このように、少ないスタッフの中で、震災当日一日で600人の患者さんの診療が行われています。DOAは70人でした。

次、お願いします（スライド2）。これは長田保健所でのミーティングです。ろうそくの灯で保健所のスタッフと、救護班のスタッフがいろいろと相談しました。薬が足りないと、カルテをどうするとか、保健所の受け入れ態勢は

スライド2



こうしてほしいとかいろんな注文が出ました。長田保健所内での救護所です。ここで患者さんを診ていたわけでございます。

次、お願いします（スライド3）。救護所での疾病の分類ですが、感冒が圧倒的に多かったですね。重症な外科的



スライド4

な疾患はほとんど地元の医療機関で治療されていたということをお知らせします。胃腸病、心疾患、この中には胃潰瘍や心筋梗塞も含まれています。重症の患者さんにつきましては、地元の医療機関へ搬送するようにいたしておりました。

次、お願いいたします（スライド4）。困ったのが薬で、このように救援薬品集積センターに、たくさんの薬が、医師会とか、病院、薬剤師会、メーカー、国など、いろんなところから送られてまいりました。これは救援薬品集積セ



スライド5

ンターの状態ですね。二次の備蓄センターとなった保健所でも同様でした。これでは、すぐ使えないわけです。したがって、保健所の薬剤師の免許を持っております検査技師とか、監視員が薬剤の分類整理や在庫管理を行いました。その後、薬剤師会からボランティアの薬剤師がたくさん来てくださりまして大変助かりました。

次、お願いします（スライド6）。避難所の中ではリューマチのような障害者の方もおられました。こういった方に対しては、神戸市の北区にあります「しあわせの村」の中に二次避難所が設けられまして、身体障害者、あるいは知的障害者、難病、そういった方々を避難させるようになりました。この二次ケアの診療につきましては北区の医師会の先生方と、北保健所のスタッフが一緒に訪問いたしておりました（スライド6）。

スライド6



次お願いします（スライド略）。救護所の派遣医療スタッフのうち、医師は延べで約1万5,000名、看護婦が2万4,000名、その他が1万4,000名ぐらい、合計で5万人を超えております。これは、記録に残っているものだけですので、さらに多くの方々に来ていただいているのではないかと思います。

次、お願いします。仮設住宅では、「孤独死」が問題となっております。保健所や福祉事務所、区役所のスタッフが定期的に訪れているのですが、面会できない人が少なくありません（スライド7）。



スライド7

スライド8



次、お願いします。保健所の保健婦は、このように医療相談とか、健康体操を、管理栄養士は調理実習や試食会など、いろいろな支援対策を行っております（スライド8）。

これは最後のスライドでございますが（⑪と同じ）、今後の災害に備えての都市はどうあるべきか、考えてみました。緑、水、空間の確保、自然環境保全、生活環境整備、そして、産業振興、災害に強い産業施設が必要です。今回神戸市の大きな工場、事業所が破壊され、そのためにたくさんの市民が仕事を失っております。そういった意味で、産業施設を災害に強い形にすることはとても大事ではないかと思います。それから、市民1人1人が救急蘇生の訓練をすべきではないかと思います。それに加えて、日ごろからのコミュニティづくりですね、近隣の助け合いが極めて大事ではないかと思います。

このたびの震災を体験して、何よりも大事なのは、複数の情報網の確立、迅速・的確な交通規制、この2つであると痛感しました。

ご静聴ありがとうございました。

●司会（瀬尾 攝）

ありがとうございました。

最後に、情報の確保並びに交通の確保が最も大事であるという結論をいただきました。

6. 災害医療の立場から

●司会（瀬尾 攝）

では、最後のシンポジスト、災害医療の立場からということで、大阪府立千里救命救急センター所長の太田宗夫先生をお願いします。

先生は、災害医学のオーソリティでありまして、国際緊急援助隊の医療チームの運営会議の議長もしておられます。お願いいたします。

●太田 宗夫氏（大阪府立千里救命救急センター所長）

本日、県外から、また、災害医学の研究者の1人といまして、このシンポジウムに参加できましたことを大変光栄に思っております。

最初に、発災以来の医療者の方々のご発言についての私の印象を述べさせていただきたいと思いますが、10ヶ月を経過しようとしているただいま、医療者としていかに行動したか、いかなる難儀があったというふうな議論は、もう本当に尽くされた感がございます、もはや感傷的な議論というのは市民が期待するところではございませんで、明日襲うかもしれない災害に備えるconstructive、あるいは、あえて言いますれば、reconstructiveな議論が期待されているという思いに、今から来てまいったわけでございます。

そこで、まず私の頭に浮かびますのが、国連が日本の提唱を受けて設けました1990年代を防災の10年とする世界のキャンペーンでございます。これをIDNDR、INTERNATIONAL DECADE FOR NATURAL DISASTER RUCTIONと呼んでおりまして、ご存じの方も多いと思いますが、ただいまは、ちょうどその中間点に差しかかっているわけでございます。IDNDRの目指すところといいますのは、prevention、災害の防止、次にpreparedness、災害に対する備え、それから、mitigation、被害の軽減、この3つが柱でございまして、地球的な運動の最中での災害であったわけでございますから、日本がどのように災害対策を再構築するのか、諸国がクールに見ているということは当然でございます。

また、都市圏直下型の地震被害という特異性も重なりまして、世界の災害医学研究者仲間の関心といいますのは、本邦の研究者が報告してまいります医学的知見と日本の広域災害医療体制の再編成に関心が集中しているというわけでありまして。

災害医学の目指すところも、実はIDNDRに準じておるわけでございますが、究極の目的は、1人でも多くを救命するというハード面とソフト面のことでございます。また、独特の視点というのがございまして、それは災害時に行わ

れました医療の評価方法で、何人を失ったのかということではございませんで、その中に含まれておりました救命できたはずの死亡者数というものを最重視いたしまして、1つ1つの死亡事例を客観的に評価しながら、その数字を1つでも少なくするための医療展開の方式というものを検討しているわけでございます。

さらに、その検討と申しますのは、スライド1に示しますような時系列的医療展開の基本と照合するという形で（スライド1）

地震災害における時系列医療展開

救援期……………～48時間……………Search&Rescue
救援医療期……………～72時間……………Three Ts
感染症期……………3日～2週……………感染予防管理
PHC期……………1週～1月……………保健医療援助
精神的救援期……………1月～1年……………精神心理ケアとPTSD

われるのでございまして、私は10年来災害医学研究に参加してまいりましたので、災害医学の立場からこの基準を適用しながら、私が試みしました評価の一部を報告して参考に供したいと思えます。

次のスライド2をお願いいたします。災害48時間内の救助

（スライド2）

「救助期」における医療展開（発災～48時間）

生存者の探索と救出——Search, Rescue and Medical Care, SRM
救出までの生命維持——Circulatory and Respiratory Assist
救出直後における特有の処理——CPR/Perfusion Control of Extremities
挫滅症候群の判定と治療——Crush Syndrome/ Surgery and Dialysis
トリアージと搬送——Triage/Transportation

期におきまして、1分の立ちおくれは1人の死亡を生むと言われておりますが、この言葉の意味するところは十二分にご理解されたと思えます。

48時間以降に実際に救出された例の中の生存例が、48時間で急減したということはその象徴でございまして、さらに、挫滅症候群が2時間の阻血で発生するという医学常識も、search and rescueという概念と、その具体性を要求しているのであります。たとえその医学認識があったといたしましても、実際にS&Rが作動しなかったということは第一の反省でありまして、現在、この反省からsearch and rescueをさらに一歩進めましたシステムの編成が進行しつつございます。これは瓦れきの下で生存しております

犠牲者に点滴をするとか、救出後、直ちに蘇生をするなどの医療支援、medical support、すなわちMを加えましたS & R & Mといいます、SRMと呼びますチームでございまして、ヘリコプター搬送と連動するものでございます。私の聞き及びますところでは、来年度末には60数機以上のヘリコプターが全国に配備されまして、そこに1つ1つのSRMチームが編成されるということが予定をされていますわけでございます。既にその編成が始まっているわけであります。

次のスライド3をお願いいたします。発災48時間内の救

(スライド3)

「救急医療期」における医療展開(発災～72時間)

被害者の収容——搬送・受診・救護所・拠点病院
 トリアージ/タッグ——死亡判定・要救急治療・待機・無処置
 非被災地への搬送——転送先拠点での第二次トリアージと第二次転送
 避難所収容者の検索——重症者の抽出・救急処置・精神心理相談
 被災地の医療限界——病院被害・ライフライン停止・全体的能力ダウン
 非被災地からの救援——救急医療チーム・資器材・救助チーム・搬送救援
 死亡者の収容と検視——身元照合介助・検視チーム・遺体処置

急医療期におきます医療展開が死亡を減少する最大のポイントであるということはお申すまでもございせんが、災害では常に満点というものはありません。今回は決して高得点は得られないのではないかと。我々は覚悟しなければならぬのであります。

次のスライド4をお願いいたします。私は研究者仲間の

(スライド4)

地震災害における救急医療体制の原則

- ・被災地医療機能ダウン・情報機能停止・アクセス破壊を大前提とする
- ・限定された被災地医療を近隣非被災地が救援する構図を基礎とする
- ・災害対策本部に災害医療の知識をもつ医療指揮者を置く
- ・被災地はトリアージと救命処置に徹し、重症者は搬出をルールとする
- ・3Tの救助を目的に、近接非被災地から救急医を緊急派遣する
- ・2時間内の救出を目標に、近接非被災地から救援隊を緊急派遣する
- ・近接非被災地から救援隊とヘリを緊急派遣し、搬送の主軸とする
- ・近接非被災地救命救急センターへ、無条件に重症者を連続搬送する
- ・近接非被災地救命救急センターを、二次トリアージと二次転送の拠点とする
- ・遠隔から近接非被災地救命救急センターへ救急医を派遣し、指揮下に入れる

見解を総合いたしまして、それは、やはり、原則論の理解不足に由来するというふうに判断をいたしました。ポイン

トとなりますのは、ライフラインの破壊、情報の途絶、アクセスの破壊と混乱、並びに、その条件下で余儀なくする医療機能のトータルシステムダウンというものを前提としたした場合に、必然的に守られるべき3Tの概念とその実行でございまして、その先に求められるのが重症者の非被災地へのevacuationの努力ということでございます。この点に関しまして、現地医療者の方々の一部からは、やむを得なかったとか、その余裕は到底なかったという声を耳にいたします。それは確かに事実ではございましょうが、搬送機能が回復し始めた5日目以降にも、まだ現地で死亡者があったということをお聞きいたしますと、可能な限り被災地内で消化しようという考え方、すなわち、原則論の理解不足があったのではないかと疑いを抱かざるを得ないのであります。

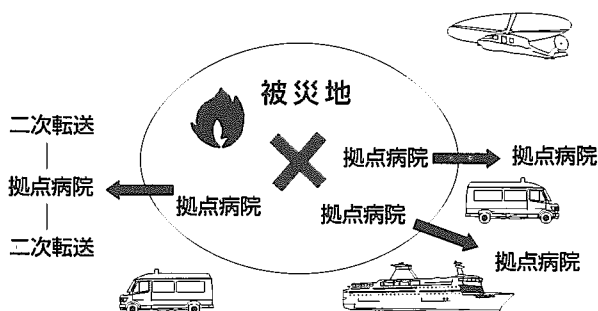
また、挫滅外傷、再灌流症候群あるいは挫滅症候群という地震特有の外傷の認識不足も加わったのではないかと。うふうに判断をいたしました。

そこで、共通の支障となりました情報・通信機能のマヒにつきましては、異口同音のごとく提議されております新しい情報システムの開発でございますが、これは明日かもしれない次の地震災害には間に合わないということは明らかでございまして、私は、むしろ、情報なしに医療機能を立ち上がらせる方式というものを提唱してところであります。

第二の障害でございました搬送手段をはじめといたします緊急支援機能の投入も、この方式が可能にするというふうに考えておりますので、少し紹介させていただきます。

(スライド5)

広域大規模地震における医療展開の構図



それはスライド5の、図のごとき方式でございまして、あらかじめ人口20万前後当たり1ヶ所の救命救急センターを軸とする医療拠点を指名しておきまして、被災地となりました場合にはevacuationの拠点となり、ここへ搬出すべき重症者を集合させまして、そこへ近隣の非被災地から搬送機能を投入するという約束ごとをあらかじめ決めておくという方式であります。

反対に、隣接の非被災地となりました場合には、患者の

受け入れ拠点となりまして無条件で患者を受け入れ、ここで第二次のトリアージを行い、周辺医療機関へ患者を分散収容いたします。これにつきましても、あらかじめ約束ごとを決めておくことによりまして、要請と通信という手続を省略することができるのでございます。

とはいえ、この方式は1府県だけでは成立するものではございません。しかし、本来、大規模広域災害といえますのは1地域でカバーできるものではありませんから、地域ごとに災害プランを策定するという方法、発想は、勇気を持って転換をいたしまして、少なくとも近畿の災害プランとして策定するという発想でなければ実現はいたしません。すなわち、広域大災害のプランというのは局地災害の延長線上ではなくて、独立のカテゴリーで策定しなければならないという結論に達しました。

そこで、提唱したいのがこのFEMAの近畿版というものの結成でございます。ですから、本日のシンポジウムが、もし地域医療防災計画ではなくて、地方災害医療プランというふうになる時期が来るということを楽しみにしておるところでございます。

(スライド6)

「感染期」における医療展開(3日～2週)

創感染——外科的処置・破傷風予防処置
呼吸器系感染——早期治療・看護・予防指導
伝染性疾患——防疫・隔離・季節的要素
日和見感染——重症者・有疾患者・虚弱者

早期対応・蔓延防止・環境整備・衛生管理・栄養管理・労働管理・弱者重視・指導・巡回診療・資器材供給・検査体制・二次医療体制

次のスライド6をお願いいたします。3日から2週間の感染症期と言われておりますもの。

それから次のスライドをお願いいたします。10日目から1ヶ月と言われておりますプライマリーヘルスケアのphase。

(スライド7)

「精神的援助期」における医療展開(1か月～1年)

心理不安——正常反応と異常反応
精神反応——心的外傷後ストレス反応
精神障害——心的外傷後ストレス障害

異常対象の抽出・情報提供・環境管理・パニック防止/相談・指導・医療

精神科医・カウンセラー・相談組織/長期的対応・統合的調査

それから次のスライド7をお願いいたします。1ヶ月から1年に及ぶと言われております精神的援助期につきましては、各シンポジストがお述べになりましたので割愛をい

たしますが、私の医療チームは避難所巡回に際しまして、残された重症者の発見ということを含めておりまして、実際に2日目から4日目にかけまして控減症候群を見つけて大阪へ搬送いたしました。このような災害特有のアドリブというものが必要であるということを申し述べるにとどめたいと思います。

(スライド8)

Three Ts

Triage
Treatment
Transportation

次のスライド8をお願いいたします。次に、蛇足ではございますが、会長様のご指名もございましたので、救急医療との相違点を少し解説させていただこうと思います。

まず、承知しておかなければならない前提は、医療対象数と医療者数との均衡の著しい相違でございます。救急医療におきましては、当該患者の救命を考えるというパターンで展開するのでございます。したがって、特定の対象に対しまして、できるだけの医療をしてあげようという姿勢が許されるわけでありまして。しかし、災害医療におきましては、対象数と医療者数との間に圧倒的な不均衡が存在いたしますので、いかほどハイレベルの能力を備えた医療者として、その技量を発揮する場面ではないということを実感しなければならぬのであります。

そこで、救命できるとは思えない対象に精力を注集したといたしますれば、もう1人あるいは数人の救命できる対象を失う可能性が高くなりまして、結果といたしまして何人をも失うということになってしまうわけでありまして。したがって、到底救命できないと判断いたしました対象は、救命努力をせず、死亡を宣告していかねばなりません。すなわち、エネルギーの効果的な配分、言葉を変えますれば最大公約数ということの基本といたします。この考え方はすべての作業に共通いたしております、3Tの概念の中核であります。

(スライド9)

トリアージ Triage (振り分け)

〈複数患者を対象に、緊急度と重症度から着手順序を決定する作業〉

	救急医療の場合	災害医療の場合
対象数と作業者数	均衡	圧倒的不均衡
目的	着手順序の決定 対応部所決定	着手順序の決定 医療実施の決定
作業の原則	死亡判定	死亡確認 蘇生対象外判定
	緊急治療 待機	応急処置と搬出 延期
	無処置判定	対象外判定
目標	対象の救援	一人でも多くの救命

次のスライド9、すべての医療行動はスライドのトリアージに示しますように、対象の救命から1人でも多くの救命へという目的にちゅうちょなく切り替えなければなりません。その概念を象徴するのが第1のTのこのスライドに示すトリアージでございます。この作業は決して難しいものではないでございますが、ふだんの救急医療とのかかわり方いかんが、正確度と手際を左右しているように思います。また、私が現地への車中、医学的判断のもとに次々と運ばれてくる方に対して、我々が蘇生は不可能だと判断いたしました対象を、蘇生をせず次々に死亡を宣告していくという、一見冷酷と思われかねないトリアージの特質というものを市民がよく理解してくれるであろうか、納得してくれるであろうかということを懸念いたしました。しかし、死を受け入れなければならないという現実には存外正確に理解されました。この事実は型どおりのトリアージをやったということを物語っているというふうに今は思っております。

第2のTである救命治療につきましては、よい医療をしてあげたいという衝動を抑えることが肝心でありまして、それは医療機能の極端な低下からも不可能なことでありますから、より多くの救命を得るための最大公約数を求めるということが、先ほど申しましたようにポイントであります。第1のTと第2のTを手際よく運ぶということが第3のT、すなわち、トランスポートーションへの精力転換を意味いたしますとともに、現地内消化という考え方の問題点が指摘されるゆえんであります。救援サイドも現地機能、搬送機能はマヒしているというふうに判断をいたしまして、水を差し向けながら要請を待ちましたが、応答がないまま焦燥の何時間かを経過をしてしまいました。決して自負するものではないでございますが、私のチームのように要請を待たずに現地へ入った救援チームがよい仕事をしたという結果になったわけでありまして、すなわち、日本社会を伝統的に支配してまいりました要請主義がマイナス要因の1つであったというわけでありまして、私が提案いたしました救援システムもご納得いただけるのではないかと思います。

次のスライド10をお願いいたします。最後に、私が得ました教訓をまとめておきました。大部分はざっとご覧いただきたいと思いますが、大部分は既にお話したとおりでございますので、この中から二、三の点だけを強調したいと思っております。

第1に私が強調したいのは、平時の救急医療体制の完成度というものが、災害時医療展開の良否を左右するのではないか。そして、立ち上がりの早さを決め、最終結果にまで波及するということであります。

第2に指摘しておきたいのは、手前みそではありますが、

(スライド10)

阪神淡路大震災の医療展開から得た教訓

- ・発災12時間内に焦点を当てた具体的な医療プランの意義を再確認した
- ・平時救急医療体制の完成度が被災地医療展開の良否を左右する
- ・挫滅症候群等、地震災害に特長的な病像についての認識が乏しい
- ・被災地医療機能に全面的に依存する発想の誤りを再認識した
- ・要請主義が救援行動を遅滞させ、犠牲を大きくする可能性が高い
- ・通信手段の開発を期待する一方、通信機能に依存しない体制が鍵である
- ・ドクターカー・ヘリ等、救援医療の機動性を高める必要がある
- ・空路・海路・鉄路を含む立体的な大量搬送機能を拡充する必要がある
- ・府県単位の災害プランは通用せず、別のカテゴリで策定すべきである
- ・FEMA日本版と同時に、近畿版を設定する必要がある
- ・救命救急センターと救急医が果たすべき役割の大きさを再認識した
- ・災害医学研究を深め、一つのジャンルに発展させなければならない

救急医の値打ちというものを再認識したことでございます。加えて、救急医の数ということもさることながら、指導医を頂点とする救急医集団としてのアクティビティに注目をしていただきたいと思っております。

大阪におきましては、府医師会を中心にいたしまして救急医の見解を具体化する形で、災害医療に関する知識の固定に努力をしてまいりました。シミュレーションにつきましても10年以上、毎年実施いたしまして、認識の底上げになってきたということは確かであります。マニュアルも、広域大災害を想定いたしまして書き改め、近畿他府県に呼びかけるところにまでまとめ上げる寸前でもございました。近畿最大の医療資源と救急医療集団を持つ府県としての自覚ということもございますが、もし大災害が大阪を襲った場合、近畿の府県に、兵庫県も、もちろん例外ではなく、支援を求めなければならないという現実が私たちに真剣な論議を呼んだのであらうと思っております。

次のスライドをお願いいたします。最後に、瀬尾会長様の文詞にもありますように、臆せず後世に伝え、より優れた災害プランをつくり上げるということから、5,502名の御霊をなぐさめる我々医療者の責任だと考えます。

1つの社会が、まさかのときのためにどれほど真剣に考えられるか、どれほど投資できるのか、その社会の成熟度を計る指標となるという私の自説をもって結語といたします。ありがとうございました。

●司会（瀬尾 攝）

大変ありがとうございました。まことに示唆に富んだご提言をいただきました。

各演者の熱心なご発言で時間が大幅に延びましたが、これで一応第1部を終了しまして、5分間の休憩で、あと第2部に入りたいと思います。あとは座長を馬場先生に交代

いたします。

どうもありがとうございました。

討 論

1. 地域医師会の活動

●事務局

それでは後半のシンポジウムに入りたいと思います。瀬尾会長、馬場委員長、よろしくお願いいたします。

●馬場

9名の先生方によって、それぞれのご経験から大変貴重な意見を伺うことができました。ご同感であろうと思います。また立場、立場によってお考えが若干相違することもありましたし、瀬尾会長が言われますように、この災害をもとに、今後どのようにあるべきか、またどのように残しておくか、それが将来の防災についての大きな教訓になるだろうと考えます。災害は日本全国に起こりつつありますので、皆さんはその結論に関心を待っているのが現状じゃないかと思います。

まず医師会の立場から福岡先生、並びに金沢先生のお話がありました。福岡先生からは、芦屋市の医師会、地区医師会を中心にした防災救急の実態をご報告いただいたわけでありました。特に初期活動の重要性でいろんな教訓をいただきました。

次いで金沢先生も同じような医師会の立場でお話をされました。先生は神戸市全体から見られて、非常に広域な視点であったと思うんですが、福岡先生のように細かな対応ができなかったところもあるんじゃないかと。また地区によっては被災の程度が違いますから、そういう点もありまして、先生のご意見はいかがでございましょうか。

●金澤 精一（神戸市医師会理事）

お聞きしまして、大変なご努力をひしひしと感じます。今、馬場先生も言われましたように、神戸市は特に南側、六甲山系の南に従来の市街地がすごくありますし、北には二つの区、これは丘陵地で、比較的被害が少なかった。ですが、今回の震災に関しましては、被害の大きい区、少ない区等々ございますが、その医師会の先生方が出ておられましたが、当時のことをお聞きしますと、そして区の活動はやはり同じことをされていたことがわかりました。ですから決して地域によってどうのこうのじゃなく、ただ待っての、いわゆる自院での救護活動か、それともその直接の激震地区では自分が出ていったの活動か、その違いが

あるだけで、災害に対する救護への思いは同じであったと思います。それは芦屋の活動と一緒に、なるほどやはりされることは同じことであるということがわかりました。

●馬場

福岡先生、太田先生という大きなバックがついておられました。そこで、太田先生のおられるような救急救命センターが近くにあれば、芦屋市のような救助もできたと思うんですね。だけど、現実的には必ずしもそうはいかないと思うんですが、何かいい知恵がありますか。

●福岡 昭吉（芦屋市医師会長）

私どもは、現在、救急委員会でいろいろ今後の検討をしてもらっているところなんですが、今回で比較的初めの3日間、非常に恵まれていた点が沢山あったと思うんです。太田先生らが援助にお見え、専門家がお見えになっていたこと。それから大阪とか、あるいは三田に比較的近くて、ほとんど1日半で重症者を運び終えたこと。そういう非常にラッキーな面があったと思うんです。しかし、医師会の会員、あるいは芦屋市に在住している医師が619人もおられます、住宅都市ですから。そういう先生方が軽症者を初め、自分の手に負える患者さんを初めの1日でほとんど処置していただいたということが大変ありがたかったことだと私は思っております。

そして、そういうこともいろいろ踏まえて、やはり地区医師会というものは、先ほどの私の結論で申し上げましたように、ドクターという非常に強力なマンパワーを持っているから、金澤先生がおっしゃいました神戸市、あるいは兵庫県のような上部団体は直接の手兵を持っておられませんか、私の方は小さい単位で大変やりやすかったですね。ある程度そういうやりやすい単位と、地理的によかったということもあるし、太田先生の救助もありましたが、ある程度この規模でやりやすかったという点が大いにあったかと思っております。

●馬場

我々、住民の立場から言いますと、やりやすいところとやりにくいところがあっては困るわけで、今後できるだけやりやすいような仕組みをこれからつくっていかないと

各演者の熱心なご発言で時間が大幅に延びましたが、これで一応第1部を終了しまして、5分間の休憩で、あと第2部に入りたいと思います。あとは座長を馬場先生に交代

いたします。

どうもありがとうございました。

討 論

1. 地域医師会の活動

●事務局

それでは後半のシンポジウムに入りたいと思います。瀬尾会長、馬場委員長、よろしくお願いいたします。

●馬場

9名の先生方によって、それぞれのご経験から大変貴重な意見を伺うことができました。ご同感であろうと思います。また立場、立場によってお考えが若干相違することもありましたし、瀬尾会長が言われますように、この災害をもとに、今後どのようにあるべきか、またどのように残しておくか、それが将来の防災についての大きな教訓になるだろうと考えます。災害は日本全国に起こりつつありますので、皆さんはその結論に関心を待っているのが現状じゃないかと思います。

まず医師会の立場から福岡先生、並びに金沢先生のお話がありました。福岡先生からは、芦屋市の医師会、地区医師会を中心にした防災救急の実態をご報告いただいたわけでありまして。特に初期活動の重要性でいろんな教訓をいただきました。

次いで金沢先生も同じような医師会の立場でお話をされました。先生は神戸市全体から見られて、非常に広域な視点であったと思うんですが、福岡先生のように細かな対応ができなかったところもあるんじゃないかと。また地区によっては被災の程度が違いますから、そういう点もありまして、先生のご意見はいかがでございましょうか。

●金澤 精一（神戸市医師会理事）

お聞きしまして、大変なご努力をひしひしと感じます。今、馬場先生も言われましたように、神戸市は特に南側、六甲山系の南に従来の市街地がすごくありますし、北には二つの区、これは丘陵地で、比較的被害が少なかった。ですが、今回の震災に関しましては、被害の大きい区、少ない区等々ございますが、その医師会の先生方が出ておられましたが、当時のことをお聞きしますと、そして区の活動はやはり同じことをされていたことがわかりました。ですから決して地域によってどうのこうのじゃなく、ただ待っての、いわゆる自院での救護活動か、それともその直接の激震地区では自分が出ていったの活動か、その違いが

あるだけで、災害に対する救護への思いは同じであったと思います。それは芦屋の活動と一緒に、なるほどやはりされることは同じことであるということがわかりました。

●馬場

福岡先生、太田先生という大きなバックがついておられました。そこで、太田先生のおられるような救急救命センターが近くにあれば、芦屋市のような救助もできたと思うんですね。だけど、現実的には必ずしもそうはいかないと思うんですが、何かいい知恵がありますか。

●福岡 昭吉（芦屋市医師会長）

私どもは、現在、救急委員会でいろいろ今後の検討をしてもらっているところなんですが、今回で比較的初めの3日間、非常に恵まれていた点が沢山あったと思うんです。太田先生らが援助にお見え、専門家がお見えになっていたこと。それから大阪とか、あるいは三田に比較的近くて、ほとんど1日半で重症者を運び終えたこと。そういう非常にラッキーな面があったと思うんです。しかし、医師会の会員、あるいは芦屋市に在住している医師が619人もおられます、住宅都市ですから。そういう先生方が軽症者を初め、自分の手に負える患者さんを初めの1日でほとんど処置していただいたということが大変ありがたかったことだと私は思っております。

そして、そういうこともいろいろ踏まえて、やはり地区医師会というものは、先ほどの私の結論で申し上げましたように、ドクターという非常に強力なマンパワーを持っているから、金澤先生がおっしゃいました神戸市、あるいは兵庫県のような上部団体は直接の手兵を持ってもらえませんか、私の方は小さい単位で大変やりやすかったですね。ある程度そういうやりやすい単位と、地理的によかったということもあるし、太田先生の救助もありましたが、ある程度この規模でやりやすかったという点が大いにあったかと思っております。

●馬場

我々、住民の立場から言いますと、やりやすいところとやりにくいところがあっては困るわけで、今後できるだけやりやすいような仕組みをこれからつくっていかないと

けないかと思うわけですが？

●福岡

私は確かに住民サイドに立ったやりやすさという点で、本日の会があるということで、私、救急委員会に今週オブザーバーとしてちょっと聞かせていただきましたが、その中で、具体的な提言として、芦屋市を今回のようにたくさん救護所をつくらずに、もう4カ所ぐらいに救護所を減らして、そしてそこへ10人ほどのドクター、強力な、前よりももう少し強力にして。そして24時間体制もとれるし、あるいはもっと薄めることもできると。各科の先生も参加でき、そこである程度やることはやって、そして手に負えないものは救急病院なり、あるいは市立病院に送ろうと、そういうような体制を組もうじゃないかというような話が出ておりました。

●馬場

今までの医療施策は、行政指導によって行われてきましたが、一方では、医師会は医師会の方針でやっているところ

ろがあり、なかなか目的が同じであっても歩調がうまく揃わないところがあったわけですね。しかし、今度のように非常に大規模の災害にあったときには、それが強調されて、良いところと悪いところがありました。私はむしろ行政と一緒にやらないといけない状態が明らかになったのではないかと思います。

●福岡

確かに私も結論で申し上げましたようにそう思いますし、芦屋市では防災会議というのは毎年6月に行われておりまして、私もそこへ招かれますが、まあ大体オブザーバーという立場で、主に災害医療に関しては赤十字と市民病院に頼ると、そういうシステムになっておりましたが、今回、地震が起こりまして30分もせんうちに私に要請が来たということは、やっぱり平素からそういうルートにお互いの信頼関係があったと思って、呼び出されたことに対しては私は非常に感謝しているんですけども。

2. 病院サイドでの救護活動

●馬場

そうなりますと、この病院サイドというのが当然出てくるわけですね。元原先生と立道先生のそれぞれお話は少し内容が違っていたと思うのですが、特に病院サイドでの対応ということで、元原先生は非常に明確にいろいろな条件を挙げられました。今の医師会活動と病院との関連、あるいはそういうことで元原先生、ご意見がございしますか。

●元原 利武氏（明舞中央病院長）

病院側といたしましては、結局、今回の震災で一番困ったことは病院同士の連絡が電話の不通のために取れなかった。そのために転送が十分行えなかった、あるいは依頼する先が、特殊な疾患になりますと、送り先は決まっておるわけですね。そのときに送る先に連絡がつかない、むやみやたらに送るわけにいかない現状の中で、電話以外にどうやって通信手段をとるかということですね。近くの病院ですと、あるいはバイクとか、自転車で行って連絡を取ってベッド空いているかというふうにできるんでしょうけれども、ちょっと離れたところだと、また救急車が行っても向こうで玄関払いされても困ります。それで非常に困ったというのが事実です。

それから馬場先生がご関係の成人病センターでございすけれども、成人病センターにも実を申しますと、近くでございましたので依頼した件が二、三ございします。それは患者のことではなくて、いわゆる消毒とか、その他の点で

ございすけれども、玄関払いをされてしまいました。そういうところ非常にやはり病院同士の連絡がうまくいかなかったというのが現実にあったのは事実でございします。特に私ども透析をやっておりまして、百数十名の患者を抱えておりまして、水が来なかったものですからできなかった。1週間後に水が来てやっとできるようになったという現実がございします。その間、私どもの自前の救急車で三木、それから遠いところでしたら黒田庄、西脇の奥ですね、そこからまで患者を送りました。徹夜で送り迎えをしたという現実でございしました。そのときに、地方の方の被害を受けてない病院に救急車を貸してくれとお願いしたんですが、どこも貸してくれなかった。これは普段からの病院協会のネットワークが悪かったんだなと思って、今から反省いたします。救急車でしたら、十分患者の搬送ができたわけ、一般の自動車では患者の搬送ができなかったというのが、1週間ぐらいの間現実にございしました。

●馬場

医師会長として瀬尾先生、ちょっとご意見を。

●瀬尾 囁（兵庫県医師会長）

今、元原先生がおっしゃったように、被災地の病院で患者さんをどうしても転送せないかと。で、いろいろお願いしても、率直にいいますと、公立の病院はけんもほろろで断る。結局、民間病院同士が、特に婦長さんとか、医師同士がそんなに困ってるんやったらお互いや、うちで引き

うけますということで、フレキシブルに対応してくれたのがほとんどが民間病院であったという報告を聞いております。従いまして、私はやはりこういう形が、今、おっしゃったように普段から、もし災害が起こったときには、この地区の病院はどこかの地区の病院に転送できるという形をつくっておくということ、そのためには当然信頼関係が要るわけですから、看護婦さん同士、あるいは医師同士の信頼関係がないと患者さんの転送はできませんから、そういうことをつくっておかねばいかなあ。その点でやはり

今おっしゃった行政側は非常に官僚的で、バリアが強かったということは痛感しました。

●馬場

どうもすみません。それで、太田先生が言われるようなシステムがそこに当然出てこなきゃいけないと思うわけです。元原先生は病院としての役割、それは救急救命的な医療を必要とするから、そういう病院単位の救急救命センター的な機能を常に持てというようなご意見だったと思うんですが、それでよろしいんですか。

3. 救急センターの位置は 医療情報は住民へも伝えよ

●太田宗夫（大阪府立千里救命救急センター所長）

そうですね、少なくとも数キロ四方、歩いて来られる、あるいは人間が担いで、あるいは戸板に乗せてでも運べる範囲内に、そういう救急救命ができる病院は1カ所は少なくとも必要だろうという気がいたしております。それからその病院に運んで、さらに後続の者は、まあ何百人も来るわけでしょうから、その中でセレクションいたしまして次へ転送するというふうな機能を持つ、あるいはそれだけの能力を持つ医師が常にいなければいけないという気はいたしております。

だから、県とか行政が指定してもよろしいですから、この病院はこれだけの能力を持っているんで、この地域を中心であるよということを、やはりそれを一般の住民に対して明示しておかないと、住民の方がうろろうしてしまう。例えば内科の先生しかいないところへ、そういう災害時に、外傷などで苦しんでいるものなんかがいきますと処置できない、あるいは透析機能を持たない病院に行っても困ってしまうということでございますので、そういうところをやはり細めにばらまくようにしていかなきゃいかなあという気がしています。

●馬場

福岡先生、何かご意見ありますか。

●福岡

私はね、やはり人間というものは、特にこういう災害にあったときには、平素の行動パターンというものがもろに出てくると思うんです。ですから、ある程度システムをつくっても、こういう災害時にはそれを普段使い慣れてないと、ほとんどそれは利用されない。例えば芦屋で申しますと、JRの北側にAという病院とBという病院がありまして、Aという病院は普段救急医療をやってまして、Bという方は老人病院なんですね。それで、災害時にAという方へ殺到したわけです。もう一つの方の病院はガラガラなん

ですね。そういう平素の行動パターンというものは、患者さんの動きというものもやはり我々だけがつくって見なければと。私は一番末端の医師会としてはそういうことを考えます。情報なんかでも、救急医療情報システムとして行政でもいろいろつくってますけれども、我々地元の医師会には、やはりそういう情報を患者さんに与えないといかんと考えています。患者さんが最終目標ですから、それで患者さんに情報が届かなければ、医療をやっていてもないのと同じやということを今回痛感しました。

●馬場

今の問題、太田先生、ご意見があらうと思うんで、ちょっと。

●太田

元原先生が5キロ以内に拠点病院を一つつくれとおっしゃいましたが、私はそれはそこへ重症の患者を集めるというふうにお考えになるのは、これはちょっといかがかと思えます。と言いますのは、5キロ以内の病院のシステムダウンの条件は恐らくほぼ同じだと思うんですね。ですから、その中で多少A、Bのランクがあったとしても、BからAへ送りましても、Aでできる仕事はBでできる仕事とほとんど変わらないと思うんですね。ですから、そういうふうに転送しようという考え方はもっともっと非被災地まで転送するというふうなお考え方でなければ、僕はやっぱりそこで患者を死なせてしまうんじゃないかなと思うんですね。

●馬場

そうすると、先生言われるように常日頃近隣市町村を含めて、あるいは近畿圏を広く見て防災計画を立てておかなければいけない。そのコミュニケーションが必要だと。それから住民もそれをよく知っておくことでしょね。

●金澤

今、よく言われましたが、神戸市は大きいから大変でしょということですが、言いましたように区に分けれ

ばほぼ同じぐらいの人口じゃないかと思うんですけどね。一応神戸市医師会としましては、神戸市全体ではあまりにも広すぎ、横に広い町ですから、30キロもあるものを一つにまとめてということはできませんし、ですから、各区、各区での対応は考えてもらっています。

それともう一つ言いますと、今まで出ました住民もということですけども、特に今回のようにボランティアの方の働きというか、活動というものが大変大事であったとい

うことは認識したんですけども、やはり平時から住民の方も含めての結局連携、すべてが連携で始まって、連携で終わるといえば叱られるかもわかりませんが、私はそのようなことで、常に連携ということを頭に置いておくということと、いわゆる神戸市一つの単位でなしに、一医療圏を考えれば、もっと今言われましたような救われた命もあったんじゃないかというような感じはしております。

4. 移動救護設備は必要か 都市計画も考え直す

●馬場

立道先生が初期医療の3日間が重要であって、アクセスの問題とか、病院自体にもいろんな問題があると言われましたが、それ以外に新しい提案をされたと思うんです。それは、動きうる拠点といいますか、移動病院がぜひ必要だというご意見でございました。これについていかがでしょう。ご意見ございますか。新しい提案だと思うんですね。この前の湾岸戦争のとき、クウェートに日本からトレーラーの病院車、あるいは救急施設を運ぼうとした。そしたら大きすぎて飛行機に乗らなかったと聞いています。特に日本だったら、道が塞がれたりいろいろな障害があって、どんなものをつくったらいいだろうかなというふうにも思うんですが、先生、どうですか、そういう点では。

●立道 清（神戸市立中央市民病院救急部長）

現状にそのまま持ち込むことは非常に困難だと思います。

それを持ち込むには、やっぱり都市計画とか、一つのそれを使う考えのバックグラウンドみたいなものが必要だと思いますね。ですから、この機会に43号線沿いにグリーンベルトをつくろうとする動きもあるようですので、そういう中に、こういう有事の際にはヘリ及びムーベールホスピタルの拠点にするんだというところをつくっておくことが必要だと思います。それなしにあるグラウンドに入れようとしても、それは非常に難しい。

それからもう一つ指摘いたしたいのは、これは地上ですけども、海上でもいいと思うんですね。大型船舶をそれに使え得るというふうな考えで組織する必要もあるんじゃないかというふうに思います。

●馬場

ケアシップというものです。何かほかに講師の先生方でご意見ございますか。堀内さん。

5. 救護システムとしての 拠点構想と地域ネットワーク

●堀内正美（がんばろう神戸）

非常にお困りして勉強になるんですけども、今回の震災が阪神大震災という言葉によって、面的な被害というイメージが非常に強いんですけども、先ほどの先生方からのスライド等で見ていても、限定された地域においてのベルト地帯の隣接したところについてはそうなんですけれども、そこを一步離れると非常に被害が軽減している。特に北区の場合なんかは、もちろん被害もありましたけれども、非常に少ないということは、ある意味でその最小単位でのブロックを日常的に構築しておくことによって、災害を受けているブロックをカバーするという初期における動き方ができるんじゃないかと。

僕たち市民ボランティアとしても、阪神大震災ということによって、面的な中でのネットワークということをつい

つい考えていて、今、10カ月後になって、ちょっと待てよと。もう一度地域の中での連携。そうしますと、当然、今先生方がおっしゃったように、やっぱり歩いて行けるといことがまず大原則だと思うんですね。その中での医療機関と、また福祉施設と、市民ボランティアと行政がどういいうふうに最小単位の中で連携していくか。そこを日常的にネットワークすることによって、Aという地点がやられた場合にはBという一番隣接のところが駆けつけるという形での、市民も主体的に参加して、一つの地域の中で考えていかないと、それにはやはり避難所である学校等を中心とした、例えば中学校区ぐらいのエリアを一つのブロックにするとかという形で、行政、そして福祉施設、医療機関、そして市民が連携する何かそういうものを。

かかりつけ医ということに対して離れがたいという思い

が市民の中に圧倒的にあります。先生方というのは、もちろん医療行為そのものもそんなですけども、人間的な信頼を含めて、やはり地域の中での存在が非常に大きいので、その辺でもただ医療にとらわれずに、何か人間的なひとつのコントロールも含めた形でかかわってくださると、我々としては心強いというふうに思います。

●馬場

立道先生ね、医師会の立場、あるいは病院の立場からのご発言がございましたが、先生のお立場で公立病院あるいは中央市民病院として何かご発言ございますか。

●立道

例えば二次医療圏一つに救命センターという構想、これは非常に理想的な形だと思うんですけども、神戸市で、日常的に経験したものから考えると、非常に難しいというのを感じます。それともう一つは、今回震災で初めて知ったことは、我々が感じていた救命センターの役割というのが、思ったより重いということです。それを後で痛切に感じております。ですから、救命センターというものの位置づけというのは、もう一回この際考え直してみる必要があると思います。

●馬場

救護センターをめぐる、拠点システムとして行政が関係してくる問題点が出てまいりましたので、川村先生と坪井先生から、拠点問題について、行政サイドとしての意見をくださいませんか。

●川村 隆（兵庫県保健環境部長）

拠点につきましては、やはりその二次医療圏の一つは災害に強い拠点が必要でございまして、さらに小さく、先ほどから皆さん言われておりますように、中学校区単位でそういうものが必要だと考えております。それはやはり元原先生の公費助成とも関係するんですけども、何もかも行政がというのが難しゅうでございまして、医療に関してもこの災害を契機に、もっと市町が責任を持たなければなら

ない、あるいは考えなければならぬと思います。そうなりますと、やっぱり中学校地区で、区域でひとつこの病院は、ここの医療機関はということを考えてもらわなければならないと思っています。

●坪井修平（神戸市衛生局長）

医療機関としては、東部と中央と、それから兵庫、須磨、長田区、西区に既に中核病院はある程度できているわけです。あと垂水区だけが残るような状況ですけども、今回の震災でもそういう病院が中心になって活躍、もちろん民間のいろんな病院も活動されたわけですけども、ただ中央市民病院につきましては、立道先生からお話がありましたように、アクセスの問題（神戸大橋の損壊など）がありまして、せっかく三次医療をやらうとなさったんですけどもできなかったという側面はございます。

それと避難所を中心とした救護ですね、救護活動の拠点は、私は今回の震災では各区に保健所があって本当によかったなあという感じがしております。冒頭に福岡先生がその拠点は区役所、あるいは医師会が持つべきだところおっしゃったんですけども、これは県型の保健所と、政令市型の保健所の違いもあろうかと思います。政令市型の場合は市町村の業務と、それから県型の保健所の業務を両方やっているわけですね。ですからスタッフの数も違いますし、それからまた仕事の内容も違いますので、そういった意味で今回の神戸市内の各保健所が救護活動の拠点を担ったというのは非常によかったように感じています。またこの辺の問題につきましては、厚生省ともいろいろ話をしているんですけども、厚生省は今回地域保健法ができまして、保健所は全国に約900あるんですけども、それをもう半分以上にしようということを言っています。政令市についても例外ではないという強硬なことを言っているんですけども、今回、震災に遭遇しまして、少し考え方を変えているような状況がございまして、

6. 情報システムはこれでよいか

●馬場

どの先生方もすべて情報システムを完備せよというご発言があったと思うんです。現在の行政がやっている情報システムはそれでよろしいんですか。

●川村

県がやっております医師会館にございます救急医療情報システムですね、実際物理的にダウンしたのは、当日ダウンしましたけども、すぐ回復しました。ですけども、正

直申しまして、残念ながら救急医療情報システムを活用して、こういうふうにやったよという例は一例もございませんでした。それは、先ほどから各先生が言われておられますように、平時使っていないからですね、その非常時にも使わないと。行政がつくったシステムでありますけれども、皆さんの税金でつくってますし、そういうつくり上げたシステムを大事にしてもらいたいというふうに思います。ですから、先ほど最初の発言で申しましたように、病院間相

互の情報交換ができるようなそういうシステムにしたいと思いますし、実際に先ほど太田先生が情報がなくても、今のままで災害が起きたらどうなんだというようなことを言われましたが、それを想定してシュミレーションしましたときに、被災地以外の機関から情報を入れてもらうときに、今、一日に2回というような発信をリアルタイムに入れてもらうと。それでもっと県の県医師会にある現在の情報システムを大事にみんなでしてもらいたいと、今思っております。いろいろなもろもろのシステムにつきましては、先ほどの発言のときに、医師会とよう相談してと瀬尾先生に言われましたけれども、そのとおりでございまして、具体的にはこれから医師会もマスコミの代表も、それから消防も行政も入っております救急医療協議会で具体的に詰めていきたいと思います。

●瀬尾

確かにおっしゃるとおり県医師会の4階に救急医療情報センターがあるわけですが、これは大体が各科別の空きベッドの確保のための情報でして、電話線によるものですね。今回の場合、まず先ほどいろいろお話あったように、現実にはもう電話線がパンクして、最初の1週間はほとんど使えない物にならなかったということがまずあります。

それからもう一つ、被災地の医療機関は、たとえば建物が建っていても、あるいは医師やスタッフがおっても、まず第1に水がないと。電気はかなり早く回復したけども、水がないということが致命的でして、そのために手術や消毒はもちろん、入院患者さんの食事までできないということで、そのために機能はありながら、設備もありながら全部被災地以外の病院に転送せざるを得なかったと、そういうことがありますので、私は県医師会の救急医療情報センターを使えということは、これは事実上、あの災害のときには全く意味がないわけです。ですから県医師会として、ああいう電話線に頼らない医療機関、医師会同士の情報網を今つくってます。

さらに、やはり水の確保ということが先ほどからいろいろ出てきましたが、私は一つの案としては、確かあれば六甲アイランド病院ですか、東京から海水を真水にするという自動車を何百万円で買われて、それで一日何十トンかの真水をつくられたということがありますが、もしそれが十分実現可能なことであれば、むしろ病院船なんかつくるよりは、あの真水にする自動車を何台か確保してやる方が地域の医療にはもっと役に立つんじゃないか。私自身の体験としては、水がないということがもう日常の医療で一番苦労しました。

●馬場

情報システムの重要性についてはどの先生も言われまし

た。坪井先生は情報と交通が一番重要だと言われたのは至言だと思うんですが、東京都は神戸に災害が起きて後、NTTに命令して、東京都の外郭のネットワークをもう完成して、いつでも使えるようにしていると聞きました。神戸市にもこのようなネットワーク網が必要なんじゃないかと思うんですが、坪井先生、どうですか。

●坪井

これは県といろいろ相談しながらのことなんですが、今、市の内部で検討の最中というところですね。

●馬場

太田先生、今のネットワークと情報について、何か。もうちょっと改良したらどうかというのがございますかしら。

●太田

そうですね。私、広域大災害のときの医療体制の全体構図というものをまず設定しないといけないと思うんですね。今回もその典型だと思うんですが、被災地という大きなエリアがある。そしてその近隣には非被災地というものがあると。この構図をまず前提として考えるべきじゃないかなと。地域の中でどうしようかということを一生涯懸命考えましても、これはもう限界がすぐに見えているわけですから、全体構図をまず設定して、それでどう動くかということをお考えにならないといけないんじゃないかなと。

ですから、情報もやはり同じこととございまして、例えば大阪でも我々話し合っておりますのは、もう大阪で地震が起きた場合には、我々救命救急センターは一切何もしない。で、それは来る患者のトリアージだけをして、とにかく搬送をどんどん送り出すんだと。自分たちのところがいかに優秀な救命救急センターであっても、もう自分のところでは医療をしないということを皆約束しているんですね。それはもうライフラインがいかにつぶれないような堅牢な病院をつくりましても、水も電気もガスもすべて揃うという可能性はまずありません。ですから、どんなに頑丈につくりましても、その地域の中で完結をしようという考え方をもう一切を捨てよう。ですから、そのときはもう兵庫県におんぶにだっこをしようと、実は思っているわけです。ですから、そのおんぶにだっこするシステムを、もうあらかじめ近畿の中で考えましようということを、実は大阪は提案しているんですね。

今回も実は17日の9時の時点で、救命救急センターで200ベッド用意したんです。で、一般ベッドは4,000床用意したんですね。ところが、一般ベッドの方は4,600人入院されまして、十分極めて計算があってあったんですが、救命センターの場合にはキャパシティを余したまま終わってしまったんですね。これは亡くなった方のことを考えますと、いかにも残念でございまして、我々はどういつでも

いらっしやいとして、実は待ちに待っておったんです。ですから、その辺はもう情報がなくても動かすような、まず前提を、そのライフラインの破壊、通信網の破壊というふうなことを前提としてまず考えておかないといけない。

それから瀬尾先生、おっしゃいました。もう一つ下のレベルでの原始的な、恐らく先生、もう一つネットワークを持っているとおっしゃるのは、恐らく自転車で走り回るとかいうふうな原始的な手段のバックアップを考えていらっしやると思うんですね。これがまた極めて大事でございまして、芦屋市の対策がうまくいったのは、私は原始的な手

段をお使いになったことが一つじゃないかなと実は思っているんです。

●馬場

実際に、自転車とバイクが非常に役に立ちました。救援にかけつけてくださった医師会、団体から、バイクや自転車を持ってこられたところがありました。長崎の医療救護班はみずから積んでお出でになりました。非常に私たちはありがたかったわけです。それでは、看護の問題に入りたいと思うんです。

7. 看護救護はどうあるべきか

●馬場

新道先生、看護の立場で非常にご努力されて、恐らく看護婦さんと保健婦さんとボランティアの方々がいなかったら、今回はうまくいかなかったほど活躍してくださったと思うんです。そこで、医師会にこうしてほしいということがあったらご発言いただきたいんですけど。

●新道幸恵（神戸大学医学部保健学科教授）

まず一つ医師会の方にお願ひしたいということでは。本当に災害医療の看護は一翼を担わせていただいていると思うんです。特に病院とか、医院の中での活動は、看護がかなり先生方が直接患者さんに医療活動をなさることを支えている。いわゆる指示待ち人間ではなくて、きちっと全体を把握して、独自でその場を見ながら判断をして、実際に救急医療活動の一翼を担うことができるということは、平素からのドクターとナースの協力関係が重要であろうというふうに思うんです。それで、特に今回いろいろお困りになったのは、中小の病院の看護婦長や、責任を持っている方々へ問い合わせても、私では判断できませんという回答が返ってきたりしている部分もあるんですね。ですから、そのあたりのところを平素から、いわゆる看護婦長や総婦長の位置づけとして、役割分担は何なのかということと、それからその仕事に対する期待ということで、よく言われますけれども、看護は医師と両輪のごとく実践を平素からしていただくことが一つではないかというふうに思います。

それともう一つ、かなり今回はライフラインと交通網が寸断いたしまして、かなり長期間にわたりましたので、一番最初の集中的な看護活動から長期戦になってしまったということがあります。人間の能力にはある程度限界がございまして、やはりその長期戦に対応するような長期の対応というのを考える必要があるだろうと思うんです。私が今回病院の中でしましたのは、看護婦ができるだけ長期間

気持ちよく患者さんにいいサービスができる、笑顔でサービスができるような体制を整えることということにかなり気を使いました。今後の災害医療を考えるにあたって、そのあたりも人々が長期に活動をしなければならぬときに、気持ちよく活動ができるような人的支援を、どういう形で入れるかということも考えていかないとけないんじゃないか。今後は看護婦を、疲れた看護婦を休めるための人的支援ということを考える必要があるかと思います。

それともう一つ、これは看護サイドなんですが、どういう状況の中でも、自ら判断して、その中でかなり管理的な活動もできる、リーダーシップがとれる人材を養成するということが必要ではないかと思います。で、看護の立場とはちょっと違うんですが、今お話の中で、トリアージということが問題になってます。トリアージというのは、そこにいらした患者さんを選別するというのがトリアージであろうと思いますが、例えば、私のところでは、一日に被災救急患者さんが380人見えました。それは平素の1ヵ月分の救急患者さんなんですね。でも、その中には、本当は避難所に救護所がすぐオープンしたならば、そこでかなりケアをしてもいい患者さんもお出でになったんじゃないかと思うんです。それで、そういう全体のことを考えますときに、避難所が開設と同時に救護所が設置されて、そこである程度の患者さんのケアができて、本当に病院の医療が必要な患者さんが病院や診療所にお見えになって、そしてそこでトリアージされるということが必要ではないかと。そのためには同時に広報活動と連携していくシステムというのをつくっていく必要があるかなというふうに思います。

●馬場

瀬尾先生、今の問題で、先生のご意見。

●瀬尾

今度の震災で一番困った中に、やはり看護婦さんの不足

というのがあります。実際は、我々医師会ですから、医師会としての情報は取りやすいかもしれませんが、医師はかなり充足できた。かなりレベルの高い医師が。ところが、看護婦さんは絶対に足りない。実は私のところの看護婦も知り合いの病院の婦長から頼まれて、応援に行きたいので行かせてくださいと、私に連絡がありまして、それは是非行けと行ってもらいましたが、これはたまたま婦長同士が個人的にコネがあるからそういう応援ができたということですが、それがきちっと医師会、あるいは看護協会としてのシステムに未だになっていないことを痛感します。

それともう一つ、いわゆる救護所、あるいは避難所に対する巡回、こういうときに医師は余っているけど、看護婦さんが足らんと。また実際は避難する市民も看護婦さんを非常に頼りにしているということがありまして、看護婦さんが非常に足らなかった。これをどこでどういう形にして充足していくかということは、これから看護協会とも十分話し合っていかなければならないと考えます。よろしく。

●新道

今、看護の支援ネットワークをどうするかというのを看護協会の方で考えておりますが、もう一つは、医師会の中で、やはり医師会の病院間の看護婦の連携ができるようにということで、ちょっとスライドの中に私書いておきながらお話をしなかったんですけど、看護婦長や総婦長会のようなネットワークづくりも合わせて必要ではないかと。私はシステムは一つだけではなくて、かなり縦走化してシステムがあることがいろんな、どういう形で災害が起こるかわからないので、そういう形を整えておくことも必要ではないかというふうに思います。

●福岡

看護婦さんの問題。私も災害が起こりまして17日の朝、芦屋市民病院でもずっと連絡を取っていたんですが、何がほしいと言うと、やっぱり看護婦さんと救急車をくれと、そればかりでした。そして実際に瀬尾会長がおっしゃったように、その後の救護活動でも絶対数が足らなくて、大体ドクター一人に看護婦さん二人、それから運転者が一人というチームでずっと回ってたんですが、あまり足らなくて、私もドクター四人で、夫々が二人分の仕事をやる。運転も医者がやるという、ドクターばかり四人のチームを医師会でつくりました。

それともう一つ、病院の出勤率ですね、ドクターが70%、看護婦さんが50%、これは多少無理からぬところがあると思います。というのは、ドクターは芦屋病院なんかでも市外、豊中とかあいうところから通っている人が多いんですが、看護婦さんは全部市内に住んでいる人が多い。市内居住者には被災者がかなり多かったこともありま

す。しかし、絶対数が足りなかったということは、初めから終わりまで我々医療現場の者は瀬尾会長と同じように痛感しておりました。

●馬場

元原先生、立道先生、今の問題どうですか。

●元原

看護婦さんの問題ですけれども、私的病院には看護婦長会というようなをつくっておまして、看護婦同士の各病院の連携は取っております。少なくとも私どもの病院ではほとんどの看護婦が最初の日に80%近くの人員が全部出勤いたしまして、それはほとんど徒歩かバイクで出てまいりましたので、それで何とかやっていけました。それからもう一つは、看護婦寮を近くに持っておりましたので、そこに学生がおりましたんで、学生も全部総動員したという事実もございます。だから、やはり看護婦寮を病院の近くに置いておくというものもやっぱり普段から考えておく必要があるんじゃないかという気がしております。

●馬場

立道先生はどうですか。先生は公立病院の立場で。

●立道

そうですね、公立病院の立場で、一つ困難な問題があるんですね。というのは、住居の近くで働ければ非常に働ける。ところが、非常に困難な交通事情を克服してくると、病院にきた途端に疲労困憊しているというような状況でした。それで、現実には、恐らく柔軟対応でそういうところで働いた看護婦さんもいたと思うんですけども、しかし、それを公的病院機構の中でそれでよろしいかという問題、さらに比較的暇であつたら、派遣してほしいというような要望があつたと思うんですね。それに対してどういうふうに対応すべきかという問題は、ちょうど行政の先生方見えてますので、ご意見をお伺いしたいところだと思います。

●馬場

恐らく行政の立場では、一番頭の痛いことだと思うんですが、川村先生、今の皆さんのご要望についての対応、いかがでしょう。

●川村

そうですね、うちも医師のことについては、もう瀬尾会長初めいろいろやられて、その辺のところはと思っていたんですけども、看護婦さんのことに関しましては、南先生のところが、先ほど新道先生からご紹介がありましたけれども、ああいうところでやって、特に中小の病院から希望が多くて、そこはうまくいったよというような報告を受けておりますけれども、今お話を聞きますと、未だまだそれでも足りない。その辺のところをやはり看護協会とも相談をしながら、またほかのところで起きたときのことも

考えてやっていきたいと思っております。

●坪井

県の環境保健部の約200病院に対するアンケート調査が
ございますね。あれと公立病院のデータ、そんなに違いは
なかったと思います。ただ、市、あるいは県の本庁は、多
少それは数字に差はありました。それと今のお話なんです
が、神戸市の衛生局に対しては、医療機関からの要請とい
うのは、医療用水とか、あるいは病院給食に関する要望が
かなりございまして、それに対してはやっておるんですが、
看護婦とか、あるいは医師の派遣を頼むというふうな要請
はあまりなかったと聞いております。

●堀内

今、実際直接的に中心的に活動された方々のお話なんで
すけども、僕たち北区でボランティアのスペースを組みま
して、オープンしたのは23日です、それから月末までに准
看の方と看護婦さんがとりあえず名簿上97名、医師の方が
18名駆けつけてくれました。これは神戸市内で働いている
方じゃないんです。結局10日間ぐらいが交通網が分断され
たために出勤できない方々が、北区内には潜在的にいらし
たわけです。ただ、直接的な自分の職場までは大変だから
来なくていいよ、その代わりは自分たちでやとくよとい
う形で、とりあえずお休みになったから、その間をどこか
でお手伝いできないかという方々が駆けつけてきて、
その方たちを避難所等に行っていたいて、直接的な医療
行為あるいは看護行為という形じゃなくて、それをアシス
トするという形の方たちがいらっしゃいました。あとは
「ニフティ」等の通信網で県外から、今お話ありましたよ
うに直接的にその市なり、県の方に協力したいという申し
出をしたけれども、どこに行っていきたいという的確な指示
がないということで「ニフティ」等に掲示されていて、
「がんばろう神戸」にアクセスしてきて、僕たちの方から
避難所、または在宅の方々の患者さんがいらっしゃると
ころに直接県外から行っていただくという形でやったよう
なケースもありました。ですから、日常的なやっぱりコミュ
ニティによって、その潜在的なマンパワーというのはある
んじゃないかと。また退職された看護婦さんたちがかなり

協力してくれました。

●新道

看護婦の働き方といたしまして、それぞれ本分の場所を
持っているわけなんですね。ですから、被災地以外のとこ
ろでも、そのところを外して、本当に自分でボランティ
ア活動を被災地でしたいと思っても、個人の意思ではどう
にもならないというのがありました。本当に組織の長が行
ってもいいと、そしてその組織の長が自分のところの組織
の看護が機能するように考えて、割り振りを考えて、継続
的に段階的に出すように、班を編成して出すようにしない
かぎり、どんなに気持ちがあっても出れないという特性が
あります。それで、その派遣システムというのをもう少し
上部の段階で考えていかないといけないんじゃないか。こ
この地域が被災を受けたならば、その地域への看護はど
ことどここの病院が看護支援をするのかと。組織ぐる
みですのかということも考えていかないといけないんじ
ゃないかというふうに思いますけれども。

●馬場

重要なことだと思いますが、ありがとうございました。
太田先生。

●太田

私、看護対応がうまくいったところといかなかったと
ころが出たという理由を少し分析してみる必要があるだろ
うと。私は第一は、一つの側面は確かに寮の問題だったと
思うんですが、もう一つ考えておかなければいけないのは質
の問題でございまして、つまり手際よく看護活動ができる
人たちが居たかどうかということが、私、看護がうまく
いったかどうか非常に大きくかわっていくと思うんで
すね。その前段階としてありますのが、災害看護という概
念でありまして、さらにその前にありますのが救急看護と
いう概念ですね。ですから、新道さんがちょっとお話しに
なりましたことに関心を持ったんですが、ディザスターナ
ーシング、それからエマージェンシーナリーシングという概念
が大学の中で教育され、そして養成されるというステップ
を、まずこれから何年もかかって頑張って作っていかな
ければいけないと私は思うんです。

8. 備蓄はどうあるべきか

●馬場

教育のお話、私、最後にしようと思っていたんですが、
ご指摘いただきまして、そのとおりでございます。

その前に被災のことで備蓄の量の問題を取り上げたいと
思います。どうも初期活動は大体3日ぐらいで一応完了し

たというふうに皆さんおっしゃったと思うんですが、で
すから、大体3日間ぐらいをまず備蓄しておけばいいとい
うふうに考えてよろしゅうございましょうか。

●金澤

備蓄はどこのために備蓄をするのかということ、少なく

とも自院のための備蓄ではこれは意味がないことですよね。つぶれてしまって出せないんですから。ですから、他市もしくは近隣のための備蓄をお互いがしあうということではないのかなと思います。それで、備蓄というだけの余裕を持った医療機関が果たしてどれだけあるのかということですから。医薬品に関して困りましたのは消毒薬のことでした。外科系のものが一遍に底をついたということですが、やはりその日の夜ぐらいいからもうどんどん物が入ってきてましたので、むしろ、ボランティアに出ていくための備蓄を考えておく必要があるんじゃないかというふうなことぐらいしか思うてませんけど。

●馬場

備蓄、いろいろ考え方があると思うんですが、今回の場合は、日本全国がある程度の医療レベルを持ってあって、救援体制を急速に組んでくださいました。しかし、搬送といますか、交通網が悪くて思うとおりにいかなかったところが多くありました。しかし震災後大体3日ないし4日後からある程度のことはできたと。それから食べ物も、3日ぐらい全然食べなかった人も一部にあったようですが、地域隔差はありましたが、生きるための食糧も3日ぐらいからめどがついてきたと思います。

●瀬尾

その備蓄でちょっとよろしいか。医薬品の備蓄で、やはりどうしても指摘しておかないかんことは、最初は県は須磨の消防学校にすべて備蓄してくれと。例えば大阪府とか、岡山県の医師会からはすぐに震災のあくる日に応援の医薬品を送ってきました。それを最初は兵庫県医師会に備蓄するつもりでおったんですが、行政の方から、いや、どうしても消防学校にしてくれというから、もうガタガタの道を山奥に備蓄したけど。今度取りにいく医師会は、また取りにこいと。例えば芦屋の福岡会長でも、医薬品何とかしてくれ言うたら、いや、消防学校まで取りにいかねばならない。しかし、ガタガタの道を行って帰って、恐らく一日かかったと思います。そういうふうな極めて非能率的なセンターをやった。それからまたこの後は、今度はいや、サンボーホールに備蓄しろ、それから揚げ句の果ては民間の医療機関は備蓄した医薬品使うことはあいならんとかですね、極めて支離滅裂の見解が次々と出されてきた。これは全く医薬品の備蓄に関しては、今回の災害対策は、私は極めて問題が多かったと思います。

●元原

災害時、今、瀬尾会長が言われたとおりで、これは実例を一つ申し上げておきたいんですが、サンボーホールに病院協会から薬品を分けてくれと行って行った院長がおって、そしたら普通の一般診療に使う薬は分けてやられないと。

これは災害だけに使うんやと言っても、全然出さなかった役人がおったという事実がございます。そういう馬鹿馬鹿しいことがこの災害医療のときに、それも震災後3日目ですよ。

●瀬尾

それで結局は、もう備蓄した薬が余って困っているから、何とかありませんかという相談まで来たわけですよ。

●馬場

これは行政の方にお答えをいただいた方がいい。

●川村

これはもう正直に申し上げますけども、私どもは医薬品、機材などを医師会から取りにきた、あるいはこちらに活用したいからというものについては活用さすようにせよと、こういうふうに部下の者に言いましたら、国の方が在庫管理をしていて、絶対今言われたように、災害以外に使うなというふうなことを言われておるとのことでした。それで、あっちこっち謝って回ったんですけども、今、考えておるのは、広域の、災害医療センターに広域の備蓄をやるのと、それから二次医療圏ごとの拠点病院に置くのと、いざ災害になったら、先ほど太田先生がちょっと言われましたいくつかのちゃんとした病院ですね、そこに医師も日赤とか、あるいは医師会から応援をいただいた救護班であるだとか、県立病院の医者とか、あるいは医薬品も、医療機材もそこへ送ると。そして先ほどございましたようなことが二度と起こらないように考えようというふうにしております。これについても、またそれで果たしていいのか、例えば災害医療センター基本計画策定委員会の方でももんでもらいますし、また先ほど言いました救急医療の協議会でももんでもらって、本当に今回の震災で困ったこと、不手際であったこと、そういうことを二度と起こらないようにしたいと思っております。

●坪井

川村部長がおっしゃったとおりでして、このいろんな薬は救護活動に使うもんで、医療機関で使うものではないというふうな国の厳命があったわけですね。それでそのようなことになってしまったわけです。

●馬場

今後の非常時に大事なことでとを考えます。私は備蓄のことで、スイスの核シェルターの病院を見てきました。ジュネーブもストックホルムもそうでしたが、シェルターの中の小さな手術場もあったし、備蓄もちゃんとされておりました。ですから、今後そういう拠点、防災センターができたときにはシェルターぐらいの少々災害があっても壊れないところを地下につくっていただいて、そしてある程度の備蓄をおいていただいた方がいいと思います。そ

れから川村先生言われたようにその周辺部の応援体制も考えていただけたらいいんじゃないかなと思うんです。

●瀬尾

ただ、備蓄の、医薬品の場合は有効期限のあるのがありますからね。これが有効期限切れる前にどんどん更新していかないかん、という。

●馬場

スイスでは、有効期限の切れる前にお薬を全部入れ替えておりました。そしてその有効期限の6カ月前の薬は公立病院へ全部配っています。そういうふうな備蓄をやっておりました。

●太田

今、世界の中で、備蓄の考え方として大分改めつつあるところなんですね。一つは、何もかも備蓄するのはもうやめよう。今回も風邪薬なんか備蓄する必要は私なかったと思うんですね。あれほどもう翌々日になればわんさと来ましたから。ですから、何を備蓄するかということについては、もう限定して、量も限定しよう。それからもう一つ大事なところは、リスクを分散しようということでございまして、水も含めて1カ所にすべて備蓄を集めておくと

いう考え方はやめよう。できるだけ分散してしまおうという考え方、その二つがあるんです。随分備蓄の考え方が変わってまいりました。水も同じでございます。

●馬場

重要ですね。それからもう一つ日本では病院を中心としたんですけども、スイスは、チューリッヒは基幹病院の地下にシェルター病院がありましたけれども、ジュネーブは小学校の地下にシェルターが作られていました。

●太田

アメリカはエアポートなんです。

●馬場

これらの施設については、一般市民もよく知っています。ですから、ここの地下に病院があるとかいうようなことも小学校の子どももよく知っているわけです。その病院が地下にあって眠っているかというところじゃなくて、泊めてくれと言ったら、一晚20ルーピー出したら、どうぞ泊まってくださいというような話でした。ですから、そこまで日本がお金を出してやれるかどうか。恐らく太田先生なんか専門家で考えて頂ければ、日本的ないい設備や備蓄の方法が生まれてくるんじゃないかと期待しています。

9. ボランティアからの要望 かかりつけの医者

●馬場

ボランティアの問題が出てまいりましたが、何かボランティアの方から今度は医師会へ要望がございますか。

かかりつけの医者というのが出てまいりましたね。

●堀内

やはりこの声が非常に大きかったというのが今回医療に対して痛感しました。その中から慢性疾患を持たれている方たちがコミュニティにうつる、ドクターから離れることへの恐怖感というのが非常に強いなということを痛感しました。そして災害によって、今回、もちろんこれは孤独死の問題というのは仮設だけではなく、絶えず都市には起こってきた問題ですけども、今仮設の中の高齢率というのが、特に北区、西区を中心にしますと、高齢率が60%を超えるようなエリアが非常に多いです。そういうことに対して地域と仮設住宅、地域医療と仮設の方たちとの関係と

いうのを考えていかないと。今回孤独死がおこります。とりあえず僕たちの範囲で27件あって、7月がピークだったんですね。8月に減少傾向にありましたが、今確実にまた増えていって、これからこもりがちになっていく。ということは冬を迎えて、さまざまな問題が出てくると思います。その辺でかかりつけ医の問題というのを集中的に、また地域医療の中における独居のお年寄りの方たちを含めた検診等について、医師会の先生方にも協力していただかないと。保健婦さんは先ほど坪井さんもおっしゃってましたが、非常によく回ってますけど、あまりにも人数不足です。ですから、とりあえずはボランティアがある程度やっていますけど、いかにせんボランティアは不規則です。非常に自己完結型で動いていますから、その辺を皆さんとタイアップしてやっていかないとしんどいかなというのが実感です。

10. トリアージについて

●馬場

先ほど太田先生なり、新道先生が、患者の振り分け、ト

リアージの処置というご意見が出たわけです。あれを聞かれてどう思われますか。災害医療には、一人でも多く助け

ようという意見がありますが、民間人として、そういう災害医療のあり方について、何かご意見ございますか。

●堀内

先ほど太田先生がお話ししていた三つのTという話の中で、トリアージの部分というのは、ボランティアの中でも確実にやっぱりどの人が今必要なところに必要なものを必要な量だけという、まず最低限度クリアする、乗り切っていくためにクリアしなきゃいけない問題として、これはもう医療に限らずすべての分野で一番トリアージの部分が最重点だと思うし、そこは緊急性という中できちっと市民の中でも納得できるものであると僕は思います。

●馬場

私はフランスの救急隊の人に聞いたんですが、日本の消防救急隊は救急命令が出て、出動し、目的地に向かうのですが、途中で埋まって、助けてくれという人がいっぱい出てくるわけです。そしたら、そこで止まって、その人を助ける。フランスでは目的地へそれを捨ててでも行って、そして連絡を本部にとる。あそこに病人がいる、埋まった人があるからというので、他の救急隊が出動するシステムになっている。日本の消防隊のやり方と外国人の考え方が違うと言われたんです。どうですかね。ボランティアの側から。

●堀内

今回の場合も17日にすぐに下りて、救急の人たちと一緒に行動していたんですけども、まず声がするところに対してでしたよね。ですから、この辺の部分の問題というのは、正直僕個人としては、行く途中で声が聞こえたときには僕はやはり立ち止まりました。ですから、これは本当にレスキューというのが今先生おっしゃったように、消防というそういうハード部分でのものと、あとは命を救っていくという部分でももう少し幅を持たせていかないと難しい問題じゃないかなという気がします。

●馬場

これも人が足りないという点も基本的にはあると思います

すね。

●堀内

それはもう確実にあると思います。

●馬場

看護の立場でどうですか、ご意見は。

●新道

今回、私のところに出動をする途中で、いろいろ生き埋めになった方に会って、その救急をお手伝いして病院にたどり着いたというナースもおります。病院等では、病院の管轄の中で一つ大きなことは、救急患者さんを受け入れると同時に、できるだけ早く救って、早く助けるというシステム、太田先生、最後におっしゃってましたけれど、そのことをシステムの中できちっとしていくことと、そしてそれぞれ疾病の段階がいろいろあろうかと思いますが、患者さんはご自分が怪我をしたらすぐ病院という発想があると思いますので、事前にやはりどういう程度だったら病院に、どういう程度だったらどこに病院が選べるように、適正な治療が選べるように情報活動もしていく必要があるのかなというふうに思いました。

●馬場

立道先生はアメリカで救急とかいろんなご経験が多くて、トリアージの問題は太田先生とご意見同じでございませうか。僕は、日本人の感情として、非常に難しいところがいっぱいあって、どういうふうにお考えになっておられますか。

●立道

やっぱり日本人の心情からいったら非常に難しい。ですから、これは神に代わってやらなきゃいけないというくらいの覚悟が必要だというふうに思います。もちろんそういう場面と、当然のこととしてやられる場面とあると思うんです。けれども、やっぱりそうなると、特別のディザスタードクターとか、それから院長とか、ある役職で責任上やるんだと、間違っても仕方がないというくらいの立場でやらざるを得ないというのが日本のやり方じゃないかなというふうに思います。

11. 災害医学教育を

●馬場

だんだん時間がなくなってまいりましたが、太田先生言われた教育、特に新道さんも同じことを言われたわけです。この災害医療教育について、太田先生、どうしたらいいでしょうかね。

●太田

本当は大学の中で、まず基礎教育を始めていただかない

といけないと思うんです。けれども、救急医学教育そのものがまだ定着いたしていません。それからシステム化もいたしていません。救急看護についても同じでございまして、私たちから言いますと、今、看護の中で教育されております救急看護といえますのは、救急処置法の話でございまして、その域をどうも超えていないんじゃないかなと。ですから、エマージェンシーナースという概念、これは

一つのジャンルとして、看護ジャンルとしてお考えいただきたいというふうに思うわけで、今回は救急医学というジャンルは既にできておりますが、災害医学というジャンル

がやはりこれからつくっていかないとけないであろうというふうに思いまして、もう既に研究会の発足も決めました。

12. 仮設住宅の住民からの要望

●馬場

聴衆の方々から何か特別にご発言、あるいはご質問がございましょうか。

●「会場質疑」

市民の一員として、お願いしたいことがございます。今福と申します。3人の子どもを一応育てました。主婦です。このたびボランティアの方がかかりつけの医師に対して要望が多いということ、それから行政の方がこれからの市民はかかりつけの医者を持つことが重要だと指摘されましたが、それに関しまして、このたび仮設住宅におきましては、もうコミュニティを分断するいい例と言ってもいいほどのバラバラの住民立場におかれまして。ですから、仮にもかかりつけの医者を確保しましても、そのかかりつけの医者に通うことすら困難で、私の友人はそのかかりつけの医者に通うために、前の日に私の家に泊まりまして、それからあくる日に医者に行ってます。それをしないとあまりに遠いので、体力が持たないのです。仮設住宅や避難所に対してどのように、住民に対して配慮をされるか、お考えを聞きたいのと、絶対にこれからこの過ちはしていただきたくないと思います。

それと、先ほど衛生に関して、幸か不幸か冬に災害は起こりました。1月、2月、3月ちょうど衛生的にも配慮のしやすい時期でした。もし7月、8月、暑いときでしたら、一日でも放っておいたらすぐにいろんな病原菌が繁殖します。その点を考慮されまして、これからの災害対策を組んでいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

●川村

一つはですね、かかりつけ医のことなんですけれども、私どもそういう相談がございましたら、近くの医療機関に是非ともかかりつけの医師等から紹介をしてもらってくださいねと。紹介をするにあたっては、丁寧にそのデータ等につきましてもお願いいたしますというようなことを言うております。けれども、住民の方々がかかりつけ医のところへ行きたいというのは、単に医療の継続だけでなく、震災の初め、医療器具も何もないのにかかりつけの医者の顔を見たらほっとしたというようなことがあり、またそこへ行けば、旧に住んでいた人たちと会えるということが多々ございます。いろいろ行政で仮設住宅の問題等につきま

して、訪問をしましても留守のことも多々ございました。ですけれども、今のお尋ねのようなそういう体がえらくてということにつきましては、地元の医師に是非ともお願いをしたいと思います。

二つ目の食品衛生対策のことにつきましては、おっしゃるとおり、7月、8月というのが非常に体力が落ちて、震災以来6ヵ月たつてほっとしたところもございまして、私どもは非常に危惧をいたしておりました。本当の食中毒というのは6月とか、7月とか8月とかそんなところは大丈夫なんです、大丈夫といっても食中毒は出ますけれども、一番のピークは夏で体力が衰えた9月の末から10月というのが一番でございます。実際に残念なことでございますけれども、孤独の死と言われて新聞に色々発表されましたのも、今回も9月の末から10月のかかりというのが非常に多く出てまいりました。私どもあれ以降、いろいろ坪井局長とも語って、行政でできること、あるいはボランティアの方をお願いすることを考えまして、この寒い冬に備えたいと思います。またお気づきの点がございましたらご連絡いただきましたら、何とかやれるようなことがありましたらやりたいと考えております。

●瀬尾

ご質問のかかりつけ医の問題ですが、先ほど堀内さんのお話にもあったと思うんですが、やはりかかりつけというのは非常に大事なことです、これは我々医師会としては、やはり基本的には地域医療におけるひとつのあり方というふうに受け止めております。今、仮設におられたときには、やはり仮設という地域でかかりつけの医師を新しく探していただく。もし探してないときは、仮設住宅のある医師会には全部相談の窓口を置いています。例えば東灘のかかりつけがおって、今度北に仮設で行かれたとき、やっぱり北の地域でかかりつけの先生をつくっていただく。そして当然東灘のかかりつけ医師から北の医師には今度新しく行かれた方の情報提供を、医師会には全部ファクシミリのネットワークがありますので、ファクシミリで今までのカルテの中身とか、そういう状態がすべて情報が送られます。そういうことで、また今度仮設から新しく家がまたできて、東灘に帰られるときには、また北区のかかりつけの先生から東灘の元の先生に詳しく情報を提供して、医療を継続し

ていただくと、そういうやり方をやっていただきたいというのが医師会の考え方です。

●堀内

先生、そのことを被災されて今仮設にいらっしゃる方たちは御存じない方が大半です。また、せいぜい紹介状だけだろうという、また検査を1からやるのが辛いなという方たちが結構いるんです。ですから、そういうカルテも含めて情報がそっくりそのまま次なる新しい地域でオーケーなんだよということを、できましたらちょっと行政も含めて市民に告知していただけたら、これは震災被災に拘らず、これからの問題としてもその辺のことの情報提供が僕たちにも行き渡ってない。

●瀬尾

わかりました。私はもう仮設のある地域の医師会にそういう窓口をつくって、被災者の皆さんにもちゃんとPRしないさいよという指示を出してますので、もしそれがまだとすればより徹底するようにいたします。

●堀内

よろしくお願いします。

●坪井

先ほど会場の方のご意見なんですが、もし今回の震災が夏に起こっておればということをおっしゃったんですが、

まさにそのとおりでありまして、夏ですと、遺体の管理から、あるいはトイレの問題、弁当の問題、さまざまな問題がさらに大きくなって、あるいは急性伝染病とか、食中毒が起こっていたのではなかろうかと思います。おっしゃる通りだと思います。従いまして、防災マニュアルを今検討中なんですけれども、時期をどうするか、それから時間をどうするかということもありまして、確かに今の問題は我々も考慮に入れております。

それからかかりつけ医の問題なんですけれども、私も避難所とか、あるいは仮設住宅に行きまして、多くの方が地元の方に紹介しますよと申しましたら、遠い元の主治医のところへ行きますということをおっしゃいました。日本のかかりつけ制度は非常にうまくいっているなということを感じております。それと仮設住宅の問題、神戸はご承知のように土地の問題がありまして、なかなか元居たところに仮設住宅が建設できないわけです。そしてできてもなかなか入りにくいという状況がありますので、その辺はある程度やむを得ないと思います。その地域の医療機関につきましては歯科も含めまして、保健所の方で全部把握しておりますので、医師会の先生方にお聞きになるか、あるいはまた保健所を利用していただいてもよろしいのではないかと思います。

13.シビル・ディフェンスについて

●馬場

だんだん時間が来ましたので、講師の先生方、何か言い残したことがございましたら。どうぞ、太田先生。

●太田

今、行政に対するいろんな注文が出ておりますけれども、行政として私は能力の限界というのがございます。日本人はちょっと行政に頼りすぎているんじゃないかというところも実はあるんですね。そこで浮かびますのは、これはぜひ堀内さんにお考えいただきたいのは、シビルディフェンスという概念なんですね。シンガポールも韓国もシビルディフェンス・エージェンシーというのがちゃんともうできておりまして、これは救急でも災害でも自分たちでどこまでやれるかというところを実はおさえているんですね。しかも、今回の災害で考えましたのは、例えば近所の土建屋さんがシビルディフェンスとして道路をちょっとやってくれるだけで救急車が通れるようになる。救急車が通るために誰かが交通整理をやってくれる。会社が持っているワゴン車がすぐ救急搬送に使えるというふうな、私、ボランティアのアモルフアスなもんじゃなくて、そのシビルディフェ

ンスというふうなコンセプトをぜひ導入して、日本は個人でなくてもいいと思うんですね。むしろ私は企業、地域の企業がそういう概念を理解してくれば、行政に100%頼れない、最初の12時間、24時間頼れるはずがないんですから、そのときにすぐ地元で立ち上がれるシビルディフェンスのシステムというのをぜひ私は提案したい。大阪ではその可能性があるかとみているんです。堀内さん、ぜひお考えください。

●堀内

はい、今おっしゃったことが見事に言いえている。今、仮設住宅で起こっている現状というのが本当にこれからの超高齢社会の中で起こることでもあるし、だからこれは災害ということに限らず、今まで福祉というもの、医療を含めた福祉というものに対して、福祉はあくまでもしてもらうんだという、あくまでも受け手の形でしたけれども、これからの問題として、やはり住民がどうやって参加して福祉にかかわっていくのか。歩ける人はとりあえずちょっとお手伝いしよう。先ほど数字出しましたけど、10人の方のうち、3人は介護が必要だけど、7人の方は非常に

元気だし、パワーとしても、そして社会的な経験としても
いろんな知恵を持っているわけですね。ですからそういう
方たちとジョイントする中で、地域コミュニティをやはり
形成していった、それがまた日常的に、今先生方がおし
やった緊急時における対応に対しての大きなマンパワーと
して活用できるんじゃないかと思います。僕たちは本当に
些細ですけども、今回の経験を何とか持続してみたいな
というふうに思っております。

●坪井

それから一つだけ、これは太田所長がおっしゃったこと
で非常に重要なことだと思うんですが、今回の震災で、要

請主義に陥ったために、非常にボランティアの活動が阻害
されたとおっしゃったんですが、まさにそのとおりだと思
います。このことにつきましては、行政の方にもいろんな
苦情がございました。一昨日、横浜で13大都市の衛生局長
会議があったんですけども、そのときに議論されたこと
は、今後はこういうような震災があると、ある程度以上の
規模の場合は、要請がなくても行こうと、そのかわりに後
から追認することが決まりました。これは神戸市の消防局
でも同じようなことを言っております。恐らく他の組織で
もそういうシステムができるんじゃないかと期待しており
ます。

14. おすび

●馬場

まだまだ議論する材料はたくさんありますし、言いたい
ことも多いと思いますけれども、もう時間が来たので、
最後に瀬尾会長からまとめのご挨拶をしていただいで
終えたいと思います。

●瀬尾

大変熱心なご討議をいただきまして、予定の時間を上回
ること約1時間と。大変な熱心なお話の中で、我々普段か
ら医師会が今回の災害に対して考えておる問題がほとんど
網羅されておったように思います。兵庫県医師会としまし
ては、今回の震災の大変な体験を1年後、つまり来年の1
月17日を期して、すべて医師会におけるもろもろの活動、
あるいはその報告、資料などを揃えましてひとつの報告
書をつくろうとしています。その報告書は世界中に、ある
いは後世に、後輩に残せるような立派なものにしたいと思
っております。きょうの貴重なお話をそっくりその報告書
に入れまして、特に兵庫県医師会では今後の地域医療と教

育のあり方をどうするかということ、を、医師会を挙げて検
討しております。そういうことにきょうのご意見をできる
だけはめ込んで立派なものにしていきたい。そして最後
にお話のありましたいたずらに行政を頼むことなく、他を頼
ることなく、自分の力で復興しようと、これをきょうのま
とめであり、我々の報告書のまとめにもしていきたいと思
っております。

きょうは本当にありがとうございました。

●事務局

9人のシンポジストの先生方、本当に遅くまでありがと
うございました。心からお礼を申し上げます。また司会の
労を取っていただきました瀬尾会長と馬場委員長に心から
お礼を申し上げます。

また会場の皆様、最後までおつきあいいただきましてあ
りがとうございました。これで公開シンポジウムを終了さ
せていただきます。

震災関係演題

演 題

明石市における阪神・淡路大震災後のメンタル・ケアについて

明石市医師会 太田正幸 生村吾郎 池上昇司
 富田照見 伊賀文計 浅田 進
 西村宏一 谷澤義弘 姉崎勉夫

1. はじめに

明石市における、阪神・淡路大震災での人的被害は死

者8人、重軽傷者1,884人であり、住宅等の被害は全壊
2,563棟、半壊5,902棟、一部損壊19,130棟であった。

これは、約10万世帯という明石市民の約半数の所帯で被
害がでた事になる。この結果、避難を余儀なくされた市民
は約3千人であった³⁾。

元気だし、パワーとしても、そして社会的な経験としても
いろんな知恵を持っているわけですね。ですからそういう
方たちとジョイントする中で、地域コミュニティをやはり
形成していった、それがまた日常的に、今先生方がおし
やった緊急時における対応に対しての大きなマンパワーと
して活用できるんじゃないかと思います。僕たちは本当に
些細ですけども、今回の経験を何とか持続してみたいな
というふうに思っております。

●坪井

それから一つだけ、これは太田所長がおっしゃったこと
で非常に重要なことだと思うんですが、今回の震災で、要

請主義に陥ったために、非常にボランティアの活動が阻害
されたとおっしゃったんですが、まさにそのとおりだと思
います。このことにつきましては、行政の方にもいろんな
苦情がございました。一昨日、横浜で13大都市の衛生局長
会議があったんですけども、そのときに議論されたこと
は、今後はこういうような震災があると、ある程度以上の
規模の場合は、要請がなくても行こうと、そのかわりに後
から追認することが決まりました。これは神戸市の消防局
でも同じようなことを言っております。恐らく他の組織で
もそういうシステムができるんじゃないかと期待しており
ます。

14. おすび

●馬場

まだまだ議論する材料はたくさんありますし、言いたい
ことも多いと思いますけれども、もう時間が来たので、
最後に瀬尾会長からまとめのご挨拶をしていただいで
終えたいと思います。

●瀬尾

大変熱心なご討議をいただきまして、予定の時間を上回
ること約1時間と。大変な熱心なお話の中で、我々普段か
ら医師会が今回の災害に対して考えておる問題がほとんど
網羅されておったように思います。兵庫県医師会としまし
ては、今回の震災の大変な体験を1年後、つまり来年の1
月17日を期して、すべて医師会におけるもろもろの活動、
あるいはその報告、資料などを揃えましてひとつの報告
書をつくろうとしています。その報告書は世界中に、ある
いは後世に、後輩に残せるような立派なものにしたいと思
っております。きょうの貴重なお話をそっくりその報告書
に入れまして、特に兵庫県医師会では今後の地域医療と教

育のあり方をどうするかということ、を、医師会を挙げて検
討しております。そういうことにきょうのご意見をできる
だけはめ込んで立派なものにしていきたい。そして最後
にお話のありましたいたずらに行政を頼むことなく、他を頼
ることなく、自分の力で復興しようと、これをきょうのま
とめであり、我々の報告書のまとめにもしていきたいと思
っております。

きょうは本当にありがとうございました。

●事務局

9人のシンポジストの先生方、本当に遅くまでありがと
うございました。心からお礼を申し上げます。また司会の
労を取っていただきました瀬尾会長と馬場委員長に心から
お礼を申し上げます。

また会場の皆様、最後までおつきあいいただきましてあ
りがとうございました。これで公開シンポジウムを終了さ
せていただきます。

震災関係演題

演 題

明石市における阪神・淡路大震災後のメンタル・ケアについて

明石市医師会 太田正幸 生村吾郎 池上昇司
 富田照見 伊賀文計 浅田 進
 西村宏一 谷澤義弘 姉崎勉夫

1. はじめに

明石市における、阪神・淡路大震災での人的被害は死

者8人、重軽傷者1,884人であり、住宅等の被害は全壊
2,563棟、半壊5,902棟、一部損壊19,130棟であった。

これは、約10万世帯という明石市民の約半数の所帯で被
害がでた事になる。この結果、避難を余儀なくされた市民
は約3千人であった³⁾。

2. メンタル・ケアの実際

震災後のメンタル・ケアは、主に市内にある2精神科病院、4精神科診療所、明石市民病院心療内科及び明石保健所により行われた。

震災約1週間後、市内の生村神経科医院に岡山県の精神科医療チームが入り、主に神戸市須磨区の避難所を対象にメンタル・ケアを24時間開始した。2月6日より、明石土山病院に(社)日本精神病院協会により、その会員病院の精神保健指定医1名、看護者2名の派遣を得る事ができ、24時間精神科救急臨時基幹病院として機能したのと同時に、同院からも避難所等に対する往診を24時間開始する事ができた。これらの体制は3月31日まで続行した。

また、明石市医師会では、平成2年度より、県医師会のモデル事業として、内科医、精神科医、保健婦及び市の福祉担当者による、「痴呆性老人相談事業」を今日まで続けてきてるが、阪神・淡路大震災以後は、この事業を「精神保健相談」と改名して、PTSD(心的外傷後ストレス障害)を含めた精神科疾患にも枠を拡大し、メンタル・ケアに対応してる。

震災後約6ヶ月が経過した6月、市内の避難所はなくなり、1,989人が975戸の仮設住宅に暮らすようになった。これら仮設住宅は市内8ブロックに分けられている。仮設住宅の高齢者、障害者等のケアは、市内にある4在宅介護支援センター、明石市高年福祉課、明石市総合福祉センター、明石市社会福祉協議会がそれぞれ担当機関となり行われている。

この時点で、明石市医師会は仮設住宅入居者のメンタル・ケアとして、明石市、明石市社会福祉協議会、兵庫県明石保健所、及び仮設住宅のケア・センターとして機能してる市内の4在宅介護支援センターと協力し、これら仮設住宅入居者に対して、GHQ-30を用いてPTSDを含めた、精神健康調査を配布方式で行った。GHQ-30は主に神経症の発見を主眼としてGoldbergらによって開発されたthe general health questionnaireの質問項目をオリジナル60項目版から身体病罹患時に通常認めれる症状を除外してあり、地域住民の社会心理学的状況に影響された症状群を観察するには有効であるとされている²⁾。

さらに、精神分裂病、うつ病の発見にも有効である事が証明されている¹⁾。精神健康調査質問紙法には様々なものが知られているが、CHQ-30は、長崎雲仙普賢岳噴火災害後の精神健康調査にも使用されており²⁾、被災者救済の目的と、大災害時における精神健康状態の比較、検討する事ができる為、今回使用した。

GHQ-30は5因子に分かれている(表1)、第1因子は不安・緊張・不眠の質問であり、「ストレスを感じた

表1 CHQ30項目版の因子構造

因子名	GHQ項目
第1因子 不安・緊張・不眠	1) ストレスを感じた 2) 辛いと感じた 3) 不安を感じ緊張した 4) 心配で眠れなかった 5) 落ち着かず眠れなかった 6) 気が重く憂鬱だった 7) 重荷に感じた 8) 問題を解決できなかった 9) 競争的な生活だった 10) 生活は楽しくなかった
第2因子 無能力・社会機能障害	1) 活動的な生活ができなかった 2) 元気がなかった 3) 仕事ができなかった 4) 外出が少なかった 5) 頭が冴えなかった 6) 全てにうまくいかなかった 7) 集中できなかった
第3因子 抑うつ	1) 生きる意味がないと感じた 2) 望みを失ったと感じた 3) 役に立たない人間だと感じた 4) 何もできないと感じた 5) 自信を失った 6) 取り乱すことがあった
第4因子 快感消失	1) 不幸せだと感じた 2) 将来は明るくないと感じた
第5因子 対人関係困難	1) 親しみを感じなかった 2) うまく付き合えなかった

か?」、「不安を感じ緊張したか?」等の10の質問がある。

第2因子は無能力、社会機能障害の質問であり、「活動的な生活でなかったか?」、「元気があるか?」等の7の質問からなっている。第3因子は抑うつ状態を問う質問であり「生きている意味がないと感じたか?」、「望みを失ったと感じたか?」等の6の質問がある。第4因子は快感消失、第5因子は対人関係困難の質問である。

先にも述べた様に、調査の対象世帯数は975、対象人数は1,989であった。回収数は1,025であり、回収率は51.5%であった(表2)。回答者の男女別で見ると男性425名、女性600名であった(表3)。GHQ-30では、30点

表2 仮設住宅・仮住宅（16歳以上）健康状態調査結果集計表

ブロック	担 当 機 関	対象世帯数	対象人数	回収数	(率) %	HIF数	(率) %
第1ブロック	あさぎり在宅介護支援センター	40	88	39	44.3	5	12.8
第2ブロック	高年福祉課	276	553	276	49.9	29	10.5
第3ブロック	社会福祉協議会	89	187	99	52.9	15	15.2
第4ブロック	在宅介護支援センターライフ明海	70	121	72	59.5	10	13.9
第5ブロック	総合福祉センター	280	566	304	53.7	28	9.2
第6ブロック	在宅介護支援センター 恵泉	107	235	111	47.2	12	10.8
第7ブロック	総合福祉センター	86	176	99	56.3	13	13.1
第8ブロック	仁十病院在宅介護支援センター	27	63	25	39.7	6	24.0
合計		975	1,989	1,025	51.5	118	11.5

表3 仮設住宅・仮住宅健康状態調査回答者の分布

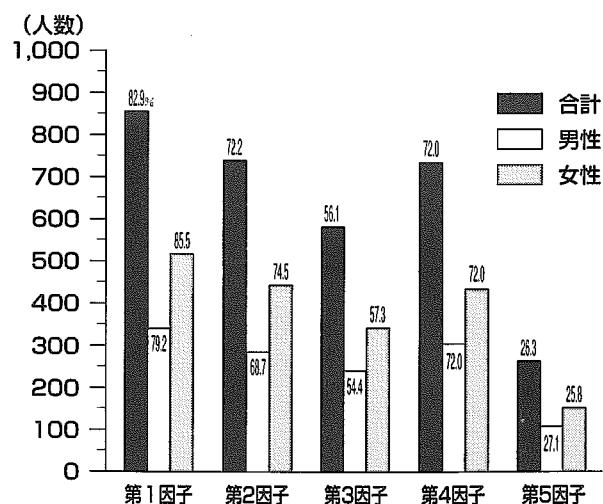
年 齢	男 性	女 性	計
～19	4/ 14(28.6)	5/ 13(38.5)	9/ 27(33.3)
20～29	22/ 45(48.9)	30/ 62(48.4)	52/ 107(48.6)
30～39	18/ 32(56.3)	30/ 44(68.2)	48/ 76(63.2)
40～49	41/ 68(60.3)	44/ 60(73.3)	85/ 128(66.4)
50～59	47/ 76(61.8)	100/ 130(76.9)	147/ 206(71.4)
60～69	73/ 112(65.2)	92/ 138(66.7)	165/ 250(66.0)
70～	40/ 68(58.8)	90/ 145(62.1)	130/ 213(61.0)
不 明	7/ 10(70.0)	7/ 8(87.5)	14/ 18(77.8)
計	252/ 425(59.3)	398/ 600(66.3)	650/ 1,025(63.4)

＜8点以上／計＞
() 内は%

満点中、8点以上の得点をした場合「神経症の可能性がある」とされるが、回答のあった1,025人中63.4%にあたる650人が8点以上であった。男女別に見ると、男性252人（59.3%）、女性398人（66.3%）と女性にやや多く、また、年齢別では30歳代から60歳代にかけて多く見られた（表3）。

各因子分析では第1因子の不安・緊張・不眠が男女合わせて、82.9%と最も多く、男性では第4因子の快感消失が72%とそれにつき、第2因子の無能力・社会機能障害

図1 GHQ-30の因子分析



が68.7%、そして第3因子の抑うつ54.5%となっている。

一方女性では、第2因子無能力・社会機能障害が74.5%と2番目に多く、第4因子の快感消失が72%、第3因子の抑うつが58.3%の順になってる。第5因子の対人関係困難は男女共に低かった（図1）。

回収後、特に「自殺の危険性が高い」と思われたケースに対しては、直ちに保健婦の訪問や医師の往診を行い、危機介入に勤める等の対応をとった。

また、7月より、明石市内の各仮設住宅に対して行った、「総合相談とふれあいの集い」にて、福祉相談、安全相談、住宅相談と共に、精神保健相談を8月10日までおこない、計21人の相談があった（表4・次頁）。

メンタル・ケアの重要性を訴える為、明石市の広報、チラシ、明石ケーブルテレビなどのマスメディアや各種講演会などを通じて、医師会の精神保健相談、明石保健所の精神保健相談及び兵庫県精神保健協会の「心の健康センター」における「心の相談窓口」の広報活動を積極的に行うのと同時に、「明石市から、一人も自殺者出さない！」をスローガンに医療・保健・福祉の連携を深めて、積極的な往診・訪問等を開始した。

さらに、仮設住宅の基本検診において、精神科医と保健婦がペアとなり、精神保健相談を8月26日より9月3日まで、9回行った。この結果33人の相談があつた（表5）。

尚、医師会の精神保健相談は平成7年11月12日の時点で往診、来所を含めて18件あり、保健所での精神保健相談者も増加した。これら相談者に対して、医療機関の紹介等適切な対応を行った。

3. おわりに

明石市における震災後のメンタル・ケアは市内の精神科医療機関での診療の他、明石市医師会、明石市、明石保健所、明石市社会福祉協議会、民政委員、ボランティアなどによる、医療・保健・福祉の連携のもとで以下の様に行なわれている。

表4 仮設住宅の基本健康審査等の実施実績

実施月日	時間	会場	仮設住宅	世帯	人員	医師	心電図	その他従事者	こころの相談	健康審査受診実績(人)					受診実績(人)
										39歳以下	40～69歳	70歳以上	合計	心電図受診	
8月26日(土)	13:30～15:00	出崎町公会堂	川端公園	86	114	富田照見	保健院	岸松崎 橋元森岡	太田正幸 長田(Hc)	0	8	2	10	10	4
8月27日(日)	10:00～12:00	明石公園仮設ふれあいセンタ―	明石公園 大明石町2丁目	150	235	木本修造	保健院	宮本 小川 橋元 柏本 鳥飼	太田正幸 岡田	0	20	10	30	22	3
	10:00～11:30	雇用促進住宅集会所	奥北野	57	90	藤野基博	田畑Hc 移動	木田 斎藤 松岡 常盤	池上昇司 塚本(Hc)	2	13	2	17	15	2
	13:10～14:40	高丘コミセン中央集会所	高丘3丁目 高丘7丁目	5	79	辻 俊博	田畑Hc	移動 同上	太田正幸 塚本(Hc)	0	2	2	4	4	3
9月2日(土)	13:10～15:10	東原仮設ふれあいセンタ―	東原	194	300	前田明成	田畑Hc	久保島 皆木 小林 澤 今井	生村吾郎 小川	0	23	6	29	28	6
9月3日(日)	10:00～11:30	朝霧コミセン	朝霧公園	38	54	岩本 稔	保健院 移動	木田 吉岡 羽島 山本 委託NS 沢田	生村吾郎 山崎	0	6	4	10	4	Dr.3 PHN1 4
	13:10～14:40	老人憩の村中崎荘	中崎 中崎遊園地	92	132	大賀壽朗	保健院	移動 同上	生村吾郎 玉川	1	12	6	19	18	Dr.2 PHN2 4
	9:40～11:10	サンライフ明石	西明石 藤江母子寮	83	90	垣田照雄	田畑Hc 移動	岸 常盤 吉田 柴田 委託NS北 田	池上昇司 市川	0	4	4	8	8	4
	13:10～14:40	花と緑の学習園	上ヶ池公園	55	89	鍋嶋康司	田畑Hc	移動 同上	池上昇司 倉橋	0	11	2	13	6	3
				計	1163					3	99	38	140	115	33

* 東原仮設について他に血液検査を受けずに心電図検査を受診した者1名有りこれを含めると心電図検査受診は116名

表5 平成7年度「総合相談とふれあいの集い」の参加者及び相談実績

開 催 日		① 7月7日(金)		② 7月20日(木)		③ 7月26日(水)		④ 7月30日(日)		⑤ 8月5日(土)		⑥ 8月10日(金)		合計
実施機関		高年福祉課		総福センター		ライフ明海		恵泉		あさぎりむつみ荘		社福協議会総福センター		
参加対象とする 仮設住宅・仮住宅		中崎遊園 ・中崎		明石公園 ・大明石		上ヶ池公園 大久保町 東原		西明石藤が丘 市住藤が丘		高丘3丁目 高丘7丁目 ＋仮住宅		朝霧公園 川端公園＋仮住宅 奥北野仮設＋仮住宅		
会場		中崎荘 明石公園 仮設		緑の学習 園		刑務所武 道館		ライフ明海		高丘コミセン		あさぎりむつみ 総合福祉センター		
仮設住宅参加者		34	30	20	50	35人		38人		9人		55人		271人
民生委員・ボランティア		18	15	36	13	25		43		1		33		184
ケアネット	医師・歯科医師	3	3	4	3	4		4		3		3		27
	市・県・警察・支援〇・社協	15	18	21	27	14		12		10		38		155
	その他スタッフ	医2	医2	0	0	老健3		弁護士1		老健8 ケア連絡		0		医師 4 弁護士 1 老健 11
計		72	88	81	93	81		98		31		129		653
医療相談	内 科	5	3	1		8人		10人		0人		5人		35人
	精神科	7	2	1	3	2		3		1		2		21
歯科医師相談		2	1	0	1	-		3		0		1		8
健康相談		31	21	24	22	18		20		8		29		173
福祉相談		4	1	0	3	3		1		1		4		17
安全相談		3	1	1	4	2		2		1		2		16
住宅相談		5	6	5	7	4		4		1		2		34
法律相談		-	-	-	-	-		2		-		-		2
相談延人数		57	35	32	43	37		45		12		45		306
相談実人員		48	29	28	30	24		28		8		36		231
(内、仮設入居者)		13	24	18	30	17		27		4		36		164

- 1) GHQ-30による仮設住宅の精神保健調査
 - 2) マスメディア、講演会等を通じたメンタル・ケアの重要性の啓蒙活動
 - 3) 医師会での精神保健相談
 - 4) 保健所での精神保健相談
 - 5) 仮設住宅の「総合相談とふれあいの集い」での精神保健相談
 - 6) 仮設住宅における「基本検診」での精神保健相談
- 幸い、平成7年12月末現在、明石市の仮設住宅では未だに一人の自殺者もでていない。

今後も、平成8年1月中旬頃、GHQ-30の質問を仮設住宅入居者に対して行うのを始め、最低でも5年間、明石市の被災者に対するメンタル・ケアをおこなって行きたいと考えてる。

尚、本稿の内容の一部は平成7年11月12日に神戸で行われた第48回兵庫県医師会設立記念医学会、第10回兵庫県医師会勤務医学会合同医学会で発表した。

文献

- 1) 中川泰，大帽郁夫：日本版GHQ精神健康調査票（手引），日本文化科学社，1985
- 2) 太田保之，荒本憲一他：雲仙・普賢岳噴火災害による避難住民の精神医学的問題に関する研究—Genral Health Questionnaire <GHQ-30> の因子分析より一，日社精医誌3：109-129,1995.
- 3) 明石市：1995市勢要覧あかし，兵庫県南部地震，26-27,1995.
- 4) 岡野健一郎：外傷性精神障害のスペクトラム，精神科治療学，10(1);9-19,1995.
- 5) 太田正幸，大下隆司，中野良平他：明石土山病院における阪神・淡路大震災以後の入院状況—24時間精神科救急基幹病院として機能して—，日本精神病院協会誌，vol.14. No. 7;49-56, 1995.
- 6) Raphael, Beverley, Meldrum et al.: Does Debriefing After Psychological Trauma Work?, British Medical Journal, Jun 10. 310 (6993), 1479-1480, 1995.

演題

阪神大震災による糖尿病への影響

西宮市医師会内科医会糖尿病調査研究班

西山哲彦 堅田均 中田正基 山内治郎

1. はじめに

今回の震災は西宮市でも大きな被害をもたらした。その後の西宮市における大まかな復旧状況は下記のように進んだ。

1/17	2月	3月	4月	5月
↑		↑	↑	↑
地震		水道	ガス	交通

近代医学が展開して後、これ程の天災がこの地区を襲ったことはない。

このような状況下で糖尿病の患者がどのような影響を受けたか知るのは今後の被災時の医療側の対応にも役立つと考えられる。

2. 目的

西宮市内の開業医に通院中の糖尿病患者への阪神大震災による影響を調査する。

3. 方法

西宮市医師会内科医会に属する150医療機関にアンケート調査を行い、結果を分析した。対象は震災前後のデータのある外来通院患者で調査内容は患者の背景と震災前後5カ月間の検査データ、合併症の発生などである。統計処理

は主にWilcoxon検定、 χ^2 検定を使用した。

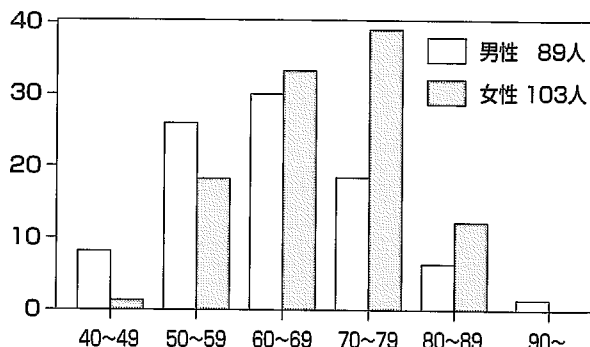
4. 結果

震災前後のデータのある患者、男性89人、女性103人、計192人を対象に解析した。

1. 背景

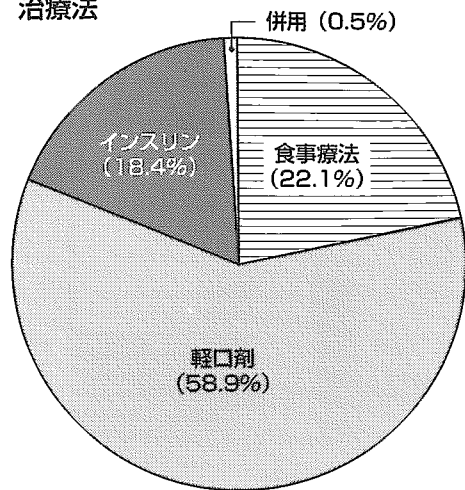
性別年齢構成は〔図1〕のごとく平均年齢は男性63.5±10.3才、女性68.9±9.1才で $p<0.0002$ と有差を見たが罹病年数、糖尿病のタイプ、治療法、理解度などでは男女差を認めなかった。

図1 性別年齢構成



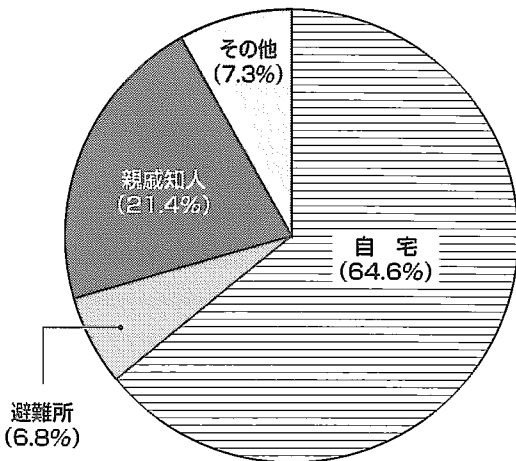
糖尿病のタイプは94%がNIDDM、罹病年数は73%が5年以上、糖尿病に対する理解度は64%が良好であった。治療法は約6割が経口剤であった。〔図2〕

図2 治療法



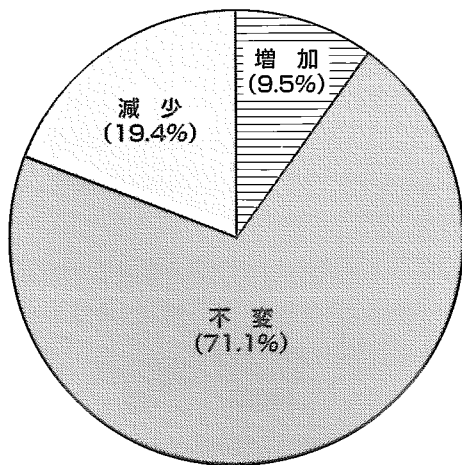
震災の影響を見ると、震災後、自宅を離れた患者が35%、避難所生活者は7%であった。[図3] 又、震災後通院状況が悪化した患者は30%であった。

図3 被災後住居



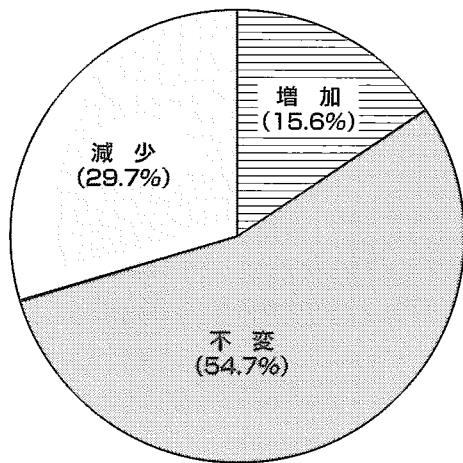
震災後の食事量の変化は増加10%、不変71%、減少19%であった。[図4]。

図4 食事量



運動量の変化は増加16%、不変55%、減少30%であった[図5]。

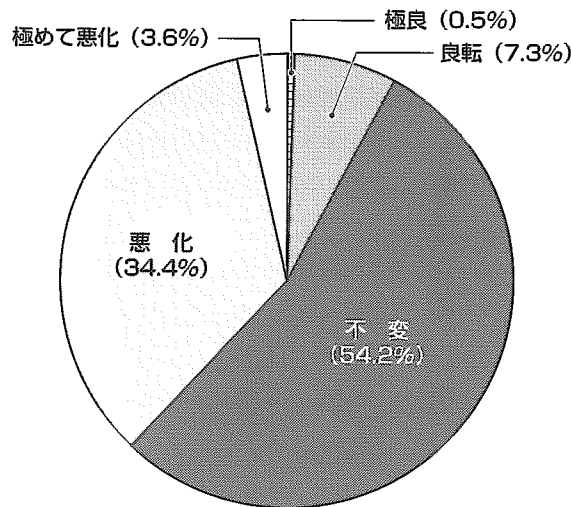
図5 運動量



2、このような状況下で糖尿病がどの様に影響を受けたか検討した。

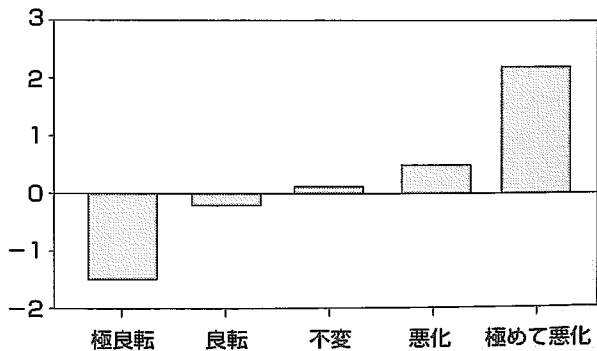
主治医の総合的、主観的判断による震災の影響は悪化したと判断された患者が73人/192人(38%)であった。[図6]

図6 被災直後のDM状態比較



これは震災前後のHbA1c値の変動とよく一致していた。[図7]

図7 震災前後のDM評価とHbA1c値の変動



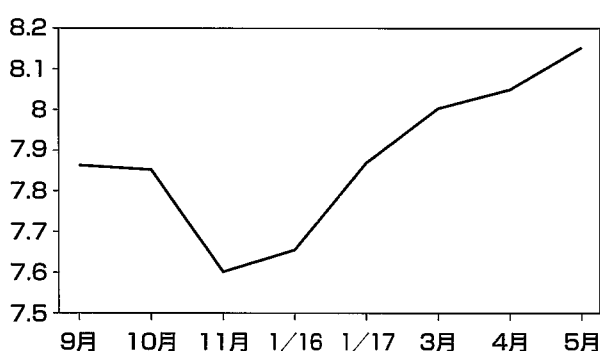
HbA1c平均値は12月(7.8±1.7)、3月(8.0±1.6)、震災前後約5ヵ月間の比較では震災前(7.6±1.7)、震災後(7.9±1.8)と統計上有為差をもって増加していた。が血糖値、コレステロール値には差がなかった。[表1]

表1

	震災前	震災後	有為差
HbA1c	7.6±1.7	7.9±1.8	p<0.0001
BW	58.6±10.5	58.2±10.5	p=0.0096
FPG	140±26	147±45	NS
食後	210±65	214±81	NS
CHOL	208±40	209±39	NS

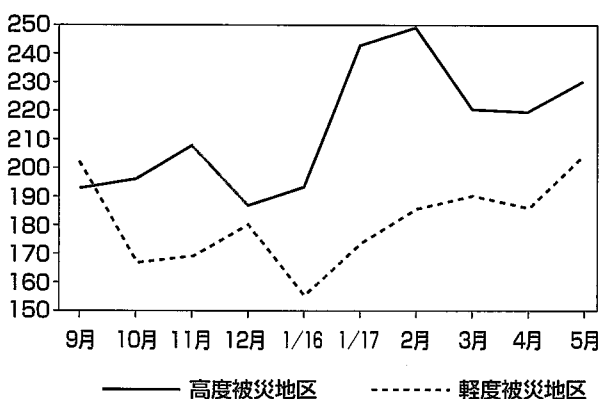
[図8] に月別平均HbA1c値を示す。

図8 月別HbA1c値



被害の程度が大きい地区では1月後半から2月の食後血糖値が有意に高く、糖尿病特有の合併症が多かったが5ヵ月後には差がなくなった。[図9]

図9 被災度と食後血糖値



HbA1cの変動に関係していたものは食事量の増加(5ヵ月間)と服薬中断(1ヵ月間)のみで、震災後の住居、通院状況の悪化、運動量の増減、治療法、糖尿病に対する理解度などは関係がなかった。[図10]

図10 HbA1c値の変動食事量増減と服薬

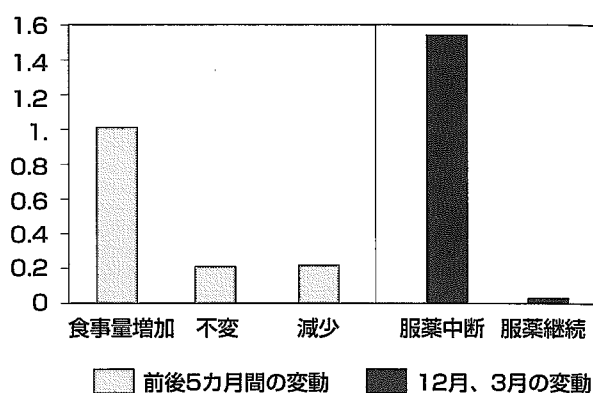


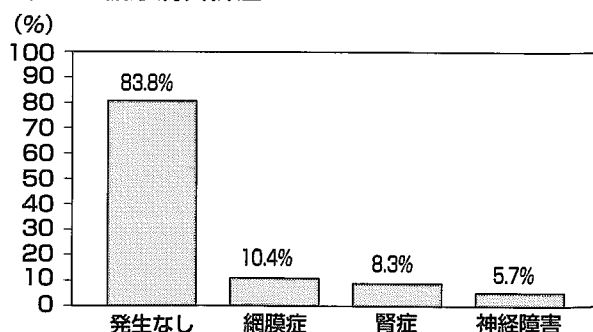
表2 合併症

脳梗塞	2
心筋梗塞	1
狭心症、虚血性心疾患	2
心不全	1
高血圧症	2
腎不全	1
気管支喘息	1
肺結核	1
腎盂炎	1
消化性潰瘍	1
過敏性大腸、下痢	1
不眠症	5
うつ状態	1
不安神経症	1
低血糖値	1
高脂血症	1
血清肝炎	1
肝癌	1

震災後に様々な合併症の併発が25人(13%)[表2]に見られた

震災後に糖尿病特有の合併症の発生悪化が190人中30人(16%)に見られた[図11]。これら合併症の新たな発生、

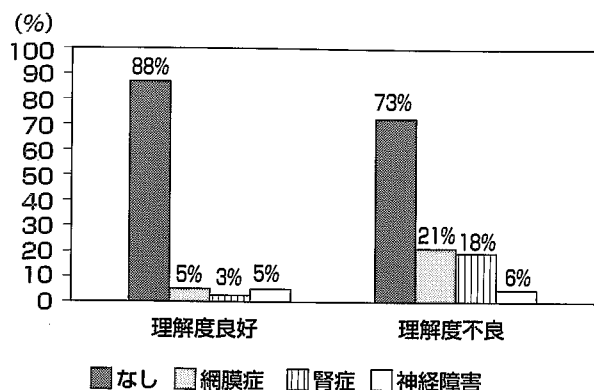
図11 糖尿病合併症



悪化、併発群は震災前から糖尿病状態が悪く、震災後に糖尿病状態がより悪化していた。

又、糖尿病に対する理解度の悪い患者は合併症の発生が有意に多く〔図12〕、震災後の食事量、運動量の増減を来たしやすいことが示された。

図12 理解度と合併症発生頻度



5. 考察

この調査の結果は一般の被害が非常に大きかった割に糖尿病への影響は我々の予想に反し余り大きくなかった事を示しているが、我々医療側も物理的、精神的に震災の影響は大きく症例が集りにくく、又、西宮市内でも被害の大きい地区、少ない地区が混在しデータの分析には注意を要する。

このデータから幾つかのポイントを上げたい。

震災によって自宅を離れた患者は35%、その内避難所生活を余儀なくされた患者は7%であった。西宮市全体で避難所生活者が最高で10%に達したので本調査対象患者の方が状況が少し良かった。

震災後通院状況が不良になった患者は約3割でこれは生活場所の移動とは余り関係なく交通手段の壊滅と治療意欲の減少が関係していると思われる。

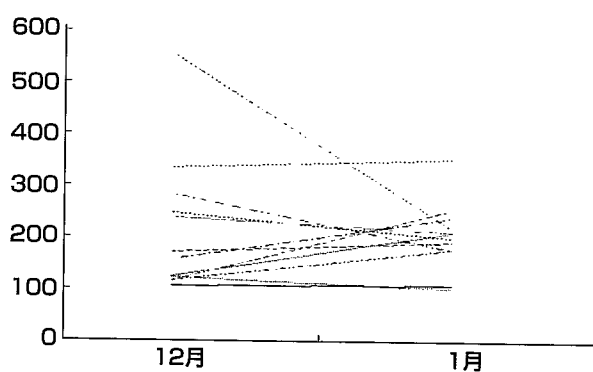
食事量の増加が約1割に見られるが避難所は別にして一般的に震災直後を除き食料供給は素速く回復したため反動で増加したのであろう。

運動量の増加した患者16%は主に水汲み、買出し、被害の片付けなどであろう。患者の約3割が減少したと答えており、外出をしなくなった、散歩も出来なくなった患者が多く、道路事情を含め周りの状況が悪くなったことに加え精神的な影響が見逃せない。

次に糖尿病への影響を見て行く。短期間の影響を12月と1月後半の血糖値で比較した。1月後半に血糖を測定できた患者は極端に少なかったが増減半ばし差は見られなかった。(図13)

しかし、3月のHbA1c値を12月のHbA1c値と比較すると0.2%の上昇が見られ統計上有為差を持って悪化していた。

図13 12月、1月後半血糖値変動



長期間の影響は震災前後の長期間の平均HbA1c値の変動、合併症の発生悪化、主治医の判定などから検討した。

震災前後5カ月間のHbA1c平均値で見ると0.3%の上昇があり、これも統計上は大きい有為差があった。が、臨床上0.2%とか0.3%という値は大きな値とは思えない。

震災後の合併症の発生又は悪化した頻度は網膜症10%、腎症8%、ノイロパシー6%で平成4年に我々が行った調査では1年間の新発生、悪化頻度が平常時で夫々10%、9%、6%であり差がなかった。

それ以外の様々な合併症が13%に見られたが、これも前回調査の1年間の発生頻度23%に比べ決して多くなかった。

しかし主治医の判断は約4割が震災で悪化したと判定している。この判定はHbA1c値の変動ときれいに相関していた。前回の調査でも示されたように、今回も我々は糖尿病の評価に血糖値や合併症の発生などよりもHbA1c値を重要視していた。

震災程度による比較を被害の大きい地区と軽い地区に分けて検討したが食後の血糖値に有為差を見たのみで大きな差が認められなかった。

以上から震災によって糖尿病は僅かに悪化したと考えられた。次にその主な原因は何かHbA1c値の変動を指標にして検討した。

まず住居、生活場所が考えられたが自宅を離れた事、避難所生活をした事と関係がなかった。

食事量の増加した患者で震災後5カ月間のHbA1c値に増加を認めたが、12月、3月のHbA1c値には差がなかった。すなわち食事が増えると長期で悪化する。

運動量の増減とHbA1c値の変化の間に関係が見られなかった。

服薬の中断した患者で3月のHbA1c値が12月に比し増加が見られたが、前後5カ月間では有為差がなかった。即ち服薬が中断すると短期間のコントロールが悪化した。

糖尿病に対する理解度の良悪はHbA1c値の変動とは関係がなかったが、理解度の悪い患者では合併症の発生、悪化

の頻度が高く、又、食事量の増加、運動量の減少、増加など生活の乱れが多く見られた。

今回は震災後5カ月間を長期としたが、より長期の、すなわち1年後や数年間にわたり影響がないか調査すべきであろう。

調査の仕方にも問題があり、今回は通院をしなくなった患者については検討できなかった。又、集った症例も数も少なく今回の結果が西宮市における糖尿病への震災の影響を正確に示しているという訳ではない。今後は開業医にとってどのような調査法が最適かも含め検討して行きたい。

6. まとめ

- 1.地震による他の被害が大きかった割に震災後約1カ月間、5カ月間の糖尿病状態は予想よりも悪化していなかった。震災の被害の程度にも余り影響されていなかった。

- 2.糖尿病状態の軽度悪化と関係の見られた事項は下記の事項であった。

食事量の増加：長期間で悪化

服薬中断：短期間で悪化

住居、運動量：関係なし

理解度が悪い：合併症が増加

- 3.この様な短期的、長期的な緊急事態に遭遇しても糖尿病に上手に対処出来るよう食事、運動など生活上の注意、服薬を中断しないなど糖尿病に対する理解度をつけてもらうよう日常診療で教育に時間を割くことが重要であると考えられた。

協力医療機関

大江与喜子、奥野達雄、川野悦司、志水孝久、陣綱民、南堂公平、西本洋二、福田素夫、森下敬司、山手和子

演 題

阪神・淡路大震災前後の呼吸器疾患の動向－肺炎、および在宅酸素療法症例を中心に－

神戸市立中央市民病院呼吸器内科

長谷川幹 石原享介 梅田文一

1. はじめに

阪神・淡路大震災は、神戸市をはじめとする阪神間一円を一瞬のうちに瓦礫の山に変えた。何万という家屋が倒壊し、ピーク時には20万人を超える人々が厳寒の中避難生活を強いられた。この大災害は4000人以上の直接死亡（外因死）を生んだが、同時に700余名に及ぶ震災関連死、すなわち震災の間接的影響によると思われる死亡があったものと推定されている。なかでも、冬期の災害であったため、震災後1週間を経過した頃から呼吸器感染症を中心とした呼吸器疾患が急増し、この震災関連死の増加に少なからず寄与したのではないかとと思われる。

そこで今回、その実態を明らかにすべく、市内8病院に対してアンケート調査を実施した。その結果と、当院で在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy, HOT）を施行中であった症例への震災の影響とを併せて報告する。

2. 対象と方法

アンケート調査の対象は以下の8病院である。

東神戸病院（東灘区）、神戸通信病院（中央区）、神戸市立中央市民病院（中央区）、神鋼病院（中央区）、神戸協同病院（長田区）、神戸徳州会病院（垂水区）、社会保険神戸中央病院（北区）、西神戸医療センター（西区）。

これら8病院の総一般病床数は2836で、神戸市全体の

その18%にあたる。この8病院に対して、震災前1週（1995年1月10日～1月16日）をコントロール（CW）とし、震災後4週間の1週毎の呼吸器疾患入院数、死亡数、患者背景などについて調査した。

HOT症例の動向については、当院でHOT施行中であった症例のみを対象に、カルテ記録、電話、および患者訪問により調査した。

3. 結 果

対象8病院に震災前1週間の間に入院した呼吸器疾患総数（死亡数）は60（7）であり、震災後1、2、3、4週後はそれぞれ117（23）、110（12）、84（10）、84（12）で、入院数は震災後1週間以内に著増し、以後は漸減傾向を示していた。死亡数、および死亡率も震災後1週目が最高であり、以後は低下し横ばい傾向となっていた（図1）。

図1 震災前後の呼吸器疾患入院数の推移と予後

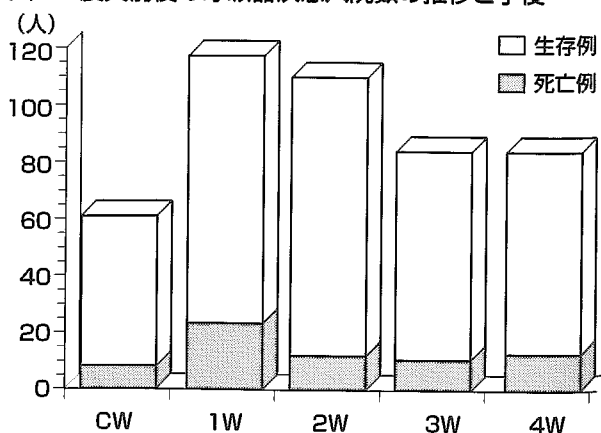
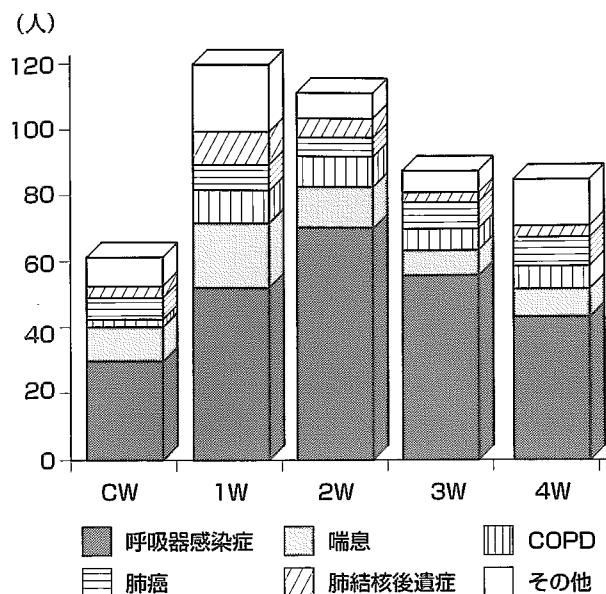


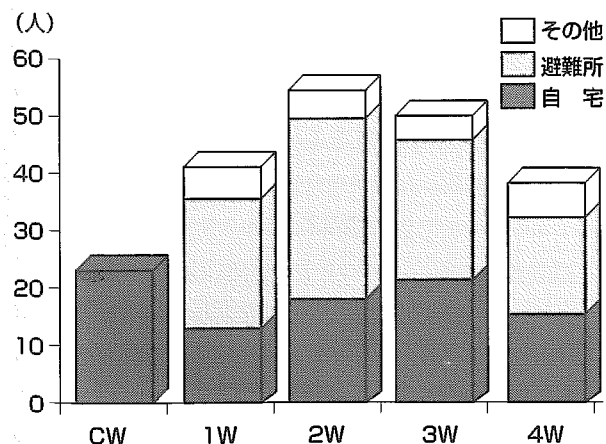
図2 震災前後の疾患別入院数の推移



疾患別の入院数の推移を図2に示した。実数からみても、呼吸器疾患全体に占める割合からみても呼吸器感染症の著増が明らかで、冬期の大災害の特徴を示していた。感染症は、震災後1週目でCWに比べて明らかな増加を呈し、2週目でピークとなり、3週以降漸減傾向をとっていたが、4週目でもなおCWに比して多かった。喘息、COPDも同様の傾向を示しはしたが、その数は感染症に比べるとはるかに少なかった。

震災後肺炎入院症例の入院前の住環境をみると、どの時期においても避難所、その他からの入院が自宅からの入院より多かった(図3)。しかし、肺炎症例の死亡数、死亡

図3 震災関連肺炎症例数の推移と住環境



率を入院前の住環境別に比較すると、自宅からの入院例は65例中10例(15.4%)、避難所からの入院例は100例中16例(16%)で、入院数、死亡数は避難所からの症例が多かったものの、死亡率でみると自宅からの症例との間に全く差は見られなかった。また、震災前1週間の肺炎死亡数が25例中5例(20%)であったのに対して、震災後4週

間を合計したそれは190例中32例(16.8%)であった。

つぎに、HOT症例について述べる。震災発生時、当院でHOT施行中の症例は102例であり、当院の立地上、いわゆる激震6区に居住する症例が多く、震災当日入院中であつた9例を除く93例(93%)が自宅被災した。

表1 最近3年間のHOT死亡数の推移

	12/17 ↓ 1/16	1/17 ↓ 2/16	2/17 ↓ 3/16	3/17 ↓ 4/16	4/17 ↓ 5/16	5/17 ↓ 6/16	6/17 ↓ 7/16
92~93年	2	1	2	1	4	2	2
93~94年	1	1	2	2	0	0	1
94~95年	1	9	5	0	1	1	0

↑
95.1.17
大震災

HOT症例の最近3年間死亡数の推移を、震災前後の月別に表1に示した。93、94年の月別死亡数は月によりばらつきがあるが0~4例で推移しており、95年も震災前1カ月(94年12月17日から95年1月16日)に関してはこの範囲内であったが、震災後1カ月間の死亡数は9例と例年に比べて明らかに多く、1~2カ月後(2月17日から3月16日)でも5例とやや多い傾向にあったが、2カ月以上経過すると例年並か、むしろ例年より少なくなっていた。この結果、震災後6カ月間の死亡数の総数と比較すると、95年は16例で93年の12例との差はそれほど大きくはなかった。

震災後2カ月以内に死亡した14症例の詳細を表2(次頁)に一覧した。全例震災関連死であるといえはいえなくもないであろうが、震災との関連にはおのずと症例により差があった。死亡と震災との関連が確実と思われる症例が2例あった。1例は液体酸素使用中の症例で、震災で自宅が全焼し焼死した。もう1例は、震災当日に急性増悪を来した当院へ救急搬送中に救急車内で被災し、眼前で当院への搬送路を絶たれ、他院へ転送されたものの翌日に死亡した。死亡と震災との関連が濃厚と思われた5症例は、いずれも自宅にかなりの被害を受けたか、あるいは当院へのアクセスが不可能になったことが、死亡につながった可能性が強いと考えられた症例であった。一方、震災時入院中で院内で病状が悪化し死亡した症例や、自宅の被害が軽く震災後もずっと自宅で療養して自宅で死亡し、かつ病状からみてこの時期の死亡が不自然でないと判断された症例については、震災と死亡との関連は希薄であろうと考えた。このような症例は4例存在した。

一方、当院通院中のHOT症例に対するアンケート調査によると、震災により酸素供給が途絶えたと答えた症例はアンケート対象症例71例中18例(25%)で、その期間は大部分が1日以内であり、4日以上酸素の供給が得られなかった症例は1例のみであった。

表2. 震災後2カ月以内に死亡した14症例

No	年齢	基礎疾患	関連	死亡日	震災から死亡までの状況
1	69	肺線維症		1/17	液酸症例。自宅全焼し焼死
2	67	慢性過敏性肺炎		1/17	当日急性増悪、救急車内で被災。当院へ到達できず他院で死亡
3	79	肺線維症		1/18	当日親戚宅(?)に避難。避難先で翌日死亡
4	42	肺結核後遺症		2/4	震災数日後に急性増悪を来し某院に入院。治療中に頓死
5	74	肺結核後遺症	濃厚	2/16	震災後通院不可能。2/12、DOAで当院へ
6	62	肺気腫		3/11	自宅全焼。某院に入院。2/24に当院に転送され、当院で死亡
7	73	気管支拡張症		3/16	震災前から入院中。自宅全壊、老健施設に転院し、そこで死亡
8	78	肺線維症+肺癌		2/10	震災5日後に某院に入院、同院にて死亡
9	71	肺癌	不明	2/15	自宅半壊し避難先で病状悪化し当院に入院。治療中に死亡
10	67	悪性胸膜中皮腫		2/26	震災後來院せず。2/22、他院へ入院し同院で死亡
11	79	肺線維症		2/10	震災前より入院中。病状の悪化で死亡
12	51	心サルコイドーシス	希薄	2/12	震災前より心不全にて入院中に突然死
13	75	肺癌		3/10	震災後ずっと自宅で生活。自宅で死亡
14	85	肺線維症		3/15	震災後ずっと自宅で生活。自宅で死亡

4. 考 察

呼吸器疾患は、肺炎を中心に震災後1週間をピークとして明らかに増加しており、冬期の大災害の特徴を示していた。呼吸器疾患の入院総数は、2週目でも1週目と同程度の増加を示していたが、死亡率は1週目がピークでその後はほぼ震災前並となっていた。震災直後は、地域医療ネットワークは崩壊し、避難所の環境整備もなされておらず、救護班の配置も完成していなかった時期であり、極度の心身の消耗、寒さ、栄養不足の中で、高齢者は容易に感冒に感染し、肺炎の発症や既存の、慢性疾患の悪化を生み、この時期の死亡率の増加につながったものと考えられる。

震災後4週間のどの時期をみても、肺炎症例の過半数が避難所からの入院で、「避難所肺炎」という言葉が生まれたのもうなずける。震災によって多数の避難民が生まれ、その中から肺炎や呼吸器疾患の悪化が多数生じたことは事実であろう。しかし、死亡率からみると、避難所からの肺炎入院症例の死亡率は自宅からの症例と変わらず、震災後4週間を併せた死亡率は震災前1週間より低かった。震災後地域医療ネットワークは崩壊したが、想像をはるかに超える数の医療ボランティアが全国から集まり救護医療になった。彼らは、呼吸器感染症対策としてうがい薬を配り、不調を訴える症例には抗生物質投与がなされ、重症と思われる症例には早期の入院が勧告された。見方を変えれば、平時より濃厚な医療が供給されたと言えないわけではなく、彼らの働きが震災後関連死の増加を抑制したことは間違いない。

一方、HOTは言うまでもなく在宅医療の一形態であり、その基盤とするところは家である。今回の震災では、その家が瞬時に、しかも大量に破壊された。震災直後から、すさまじい交通渋滞の中をポンペの配送に東奔西走された酸

素業者の努力により、酸素の供給は災害の大きさを考えればよく保たれていたというべきであろう。にもかかわらず、震災の影響は震災後早期の死亡例の著明な増加となって明確に現れていた。死亡と震災との関連が比較的希薄と思われた症例が4例あり、過去2年間の月別死亡数が0~4例であったことを考えると、本来なら1995年1~2月の死亡例は4例程度であったと考えられ、震災後1カ月での9例、2カ月での14例は明らかに多い。HOT患者は高齢者が多く、しかも慢性の吸器疾患を有しており、身体的にも、社会的にも弱い存在である。被災そのものや、その後の後処理に伴う心身両面の疲労が、これらの症例に大きなストレスとなったであろうことは想像に難くない。しかし、震災後2カ月を経過した後は、死亡数は例年並か例年よりむしろ少なくなっており、震災後6カ月の合計では、過去2年間との差異はそれほど大きくはなかった。HOT患者が、心ずしも予後のよくない慢性呼吸器疾患を基礎疾患に持つことを考えれば、震災直後の死亡数の増加には、絶対数の増加以外に本来ならばもう少し生きた症例の死が、震災を契機に早まったという側面もあったものと思われた。

4. おわりに

阪神・淡路大震災は、まぎれもなくわが国の歴史に残る最悪の自然災害の一つであり、被災地周辺の人々は程度の差はあれすべからくその影響を被ったと思われるが、とくに身体的、社会的弱者、高齢者や病者により厳しい試練を与えた。一方で、被災地に駆けつけたボランティアの数は想像をはるかに超え、医療面でも救護所医療に果たした彼らの役割は極めて大きかった。これらの経験と成果、ならひに反省点を、災害時のマニュアル作りのみならず、平時の医療システムの強化に生かすべく努力する必要がある。

稿を終えるにあたり、震災後の多忙な日常診療の中、アンケートに協力して頂いた以下の先生がたに深甚の謝意を表したい。

藤末 衛先生、大西和男先生（東神戸病院）、木野稔也先生（神戸通信病院）、山田栄一先生、柚木由浩先生（神戸鋼病院）、上田耕蔵先生（神戸協同病院）、山本 博先生（神戸徳州会病院）、深堀 隆先生（社会保険神戸中央病院）、富岡洋海先生、坂本廣子先生、岩崎博信先生（西神戸医療センター）。

【参考文献】

- 1) 石原享介、長谷川幹、梅田文一他：阪神・淡路大震災後の神戸市域における呼吸器疾患の動向―市内8病院へのアンケート調査結果から―。呼吸15：93，1996。
- 2) 長谷川幹、石原享介、梅田文一：大規模災害と在宅酸素療法―阪神・淡路大震災の現場から―。日本呼吸管理学会雑誌5：101，1995。

演 題

阪神淡路大震災の心・脳血管系疾患：今後の震災時医療ケアへの提言 津名郡医師会による調査報告

津名郡医師会

1. 要旨

阪神淡路大震災では、夜間から朝にかけてのストレスが被害状況の強い地域の高齢者に強く影響を与え、心・脳血管系疾患を引き起こしたと推定される。震災後数ヶ月は被害の大きい地域の高齢者を中心に夜間睡眠時間帯から午前中にかけて精神的及び身体的ストレスを軽減させ、この時間帯に変動する心血管系危険因子を軽減させる医療ケアが重要である。また、ハイリスク患者に対する中断することのない継続的なケアも今後の重要課題である。

2. はじめに

本年の1月17日に発生した阪神淡路大震災により淡路島北部に位置する津名郡では震源地に近く（図1）、多くの被害を出した（表1・次頁）。今回の震災時、津名郡の医療機関は震災発生日以内にはほぼ全てが診療機能を回復し、外傷患者の処置やその後多発した感染症や冠動脈疾患や脳卒中といった心・脳血管系疾患等の治療にあたった。これまでも、震災直後に心・脳血管系疾患死亡の増加が報告されているが^{1,2)}、死亡診断書を基に調査されたものであったり、調査年齢に制限があったりしており、震災後の心・脳血管系疾患の特徴は十分に明らかにされていない。

我々地元の医療機関が震災時の継続した医療を通じて得た経験を振り返り、学術的見地からまとめることは今後の災害医療対策を整える上で極めて重要なことであろう。今回、津名郡全域の震災時の心・脳血管系疾患を調査し、その特徴を検討し、今後の災害時医療ケアへ提言したい。

3. 方法

本調査研究は津名郡医師会理事会で承認され、更に津名郡医師会総会でも承認された上で実施された。

津名郡医師会会員全員および淡路島内主要医療機関への

図1. 阪神・淡路大震災震源地と淡路島津名郡

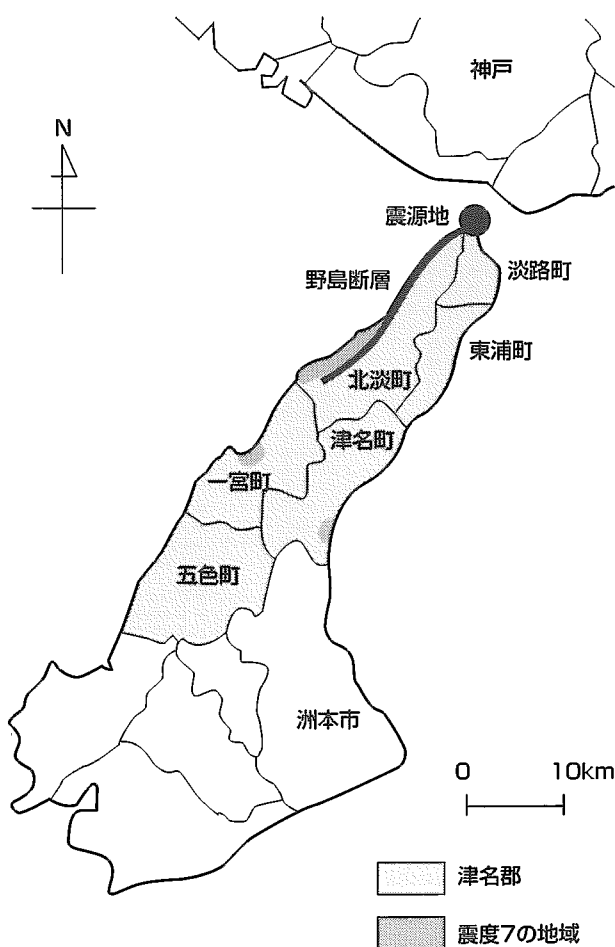


表1 兵庫県津名郡の震災後の心・脳血管系疾患による死亡数

	人口構成 総人口	高齢者 (%)	被害状況 避難民 (人数)	全壊率 (%)	医療 救護班 (数)	死亡原因 心筋梗塞 (人数)	突然死 (人数)	脳卒中 (人数)
北淡町	10,850	35	3,635	31	7	15(1)	8(9)	12(4)
一宮町	9,807	29	890	26	1	3(1)	5(4)	7(8)
淡路町	7,429	29	114	13	0	2(1)	1(3)	10(4)
津名町	17,083	29	327	11	0	3(1)	2(5)	12(8)
東浦町	8,477	29	185	12	0	2(1)	1(3)	4(1)
五色町	10,436	33	16	13	0	3(1)	0(1)	13(6)

平成7年1月17日～4月末の死亡人数（平成6年同時期の死亡人数）

★総人口に対する60歳以上の高齢者の割合
津名郡医師会

アンケート調査（アンケート回収率97%）により震災後1月17日から4月末の津名郡6町民（総人口64,082人）の心・脳血管系疾患による死亡者を前年度の同一時期と比較検討した。心・脳血管系疾患は心筋梗塞（推定も含めた）に加え突然死も冠動脈疾患とし、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、分類不能の脳卒中を脳卒中として分類した。

4. 結果

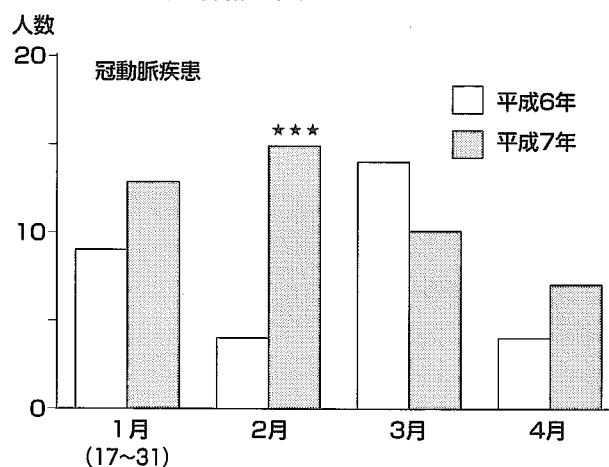
震災後の心・脳血管系疾患の冠動脈疾患、心筋梗塞（28名）、突然死（17名）は45名、脳卒中、脳梗塞（41名）、脳

出血（11名）、くも膜下出血（4名）、分類不能の脳卒中（2名）、は58名で昨年度の同時期に比較して、それぞれ1.5倍、1.9倍の増加がみられた。

月別の検討では、震災後、冠動脈疾患は1～2月、脳卒中は1～3月に昨年同時期に比べ、増加を示していた（図2）。

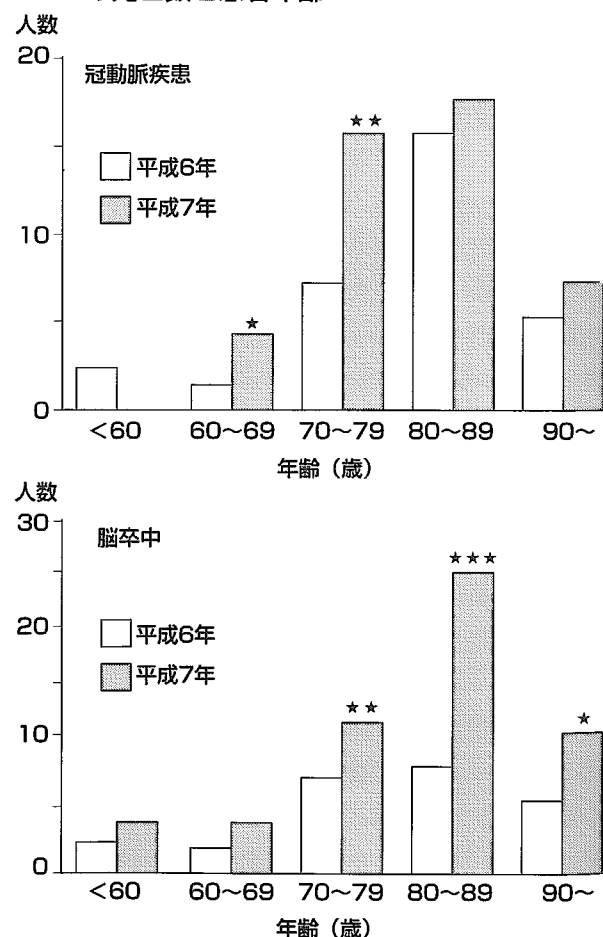
年齢別の検討では、冠動脈疾患は60～79歳、脳卒中は70～90歳台に昨年同時期に比べ、有意の増加を示しており、震災後の心・脳血管系疾患の97%が60歳以上の高齢

図2 阪神淡路大震災による心・脳血管系疾患の死亡数増加の経過



★ p<0.01 ** p<0.005 *** p<0.0001

図3 阪神淡路大震災による心・脳血管系疾患の死亡数と患者年齢

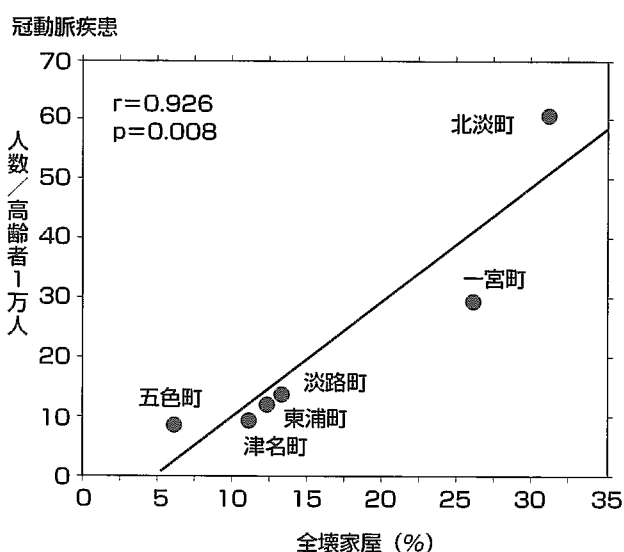
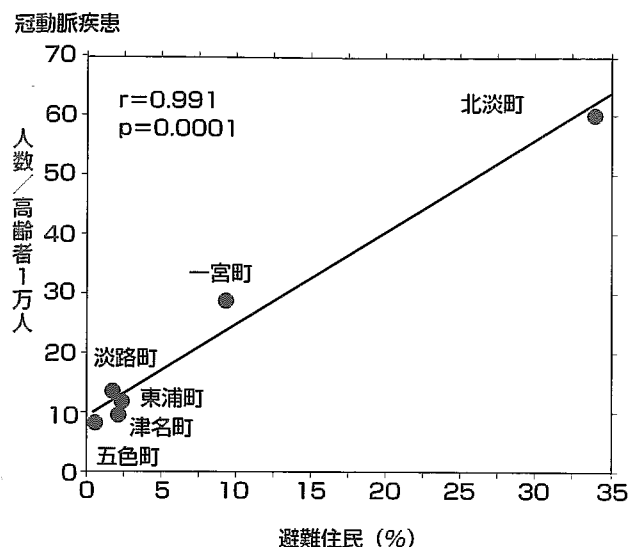


★ p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.0001

者であった(図3)。

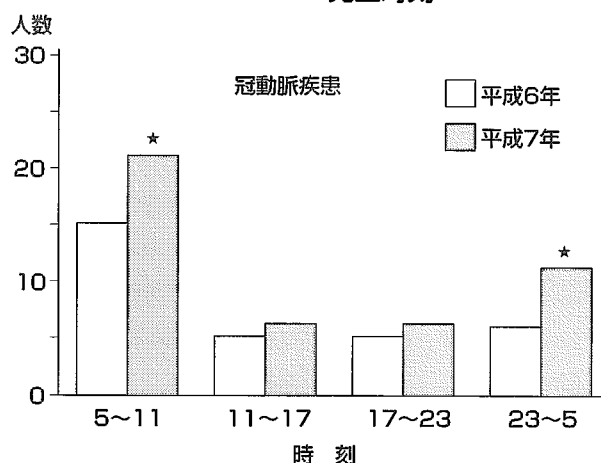
また各町別の検討では、震災後の冠動脈疾患は被害の大きかった北淡町に集中し、一宮町でも増加していた。脳卒中は一宮町を除く各町に増加が見られている(表1)。被

図4 阪神淡路大震災による被害状況と冠動脈疾患死亡者

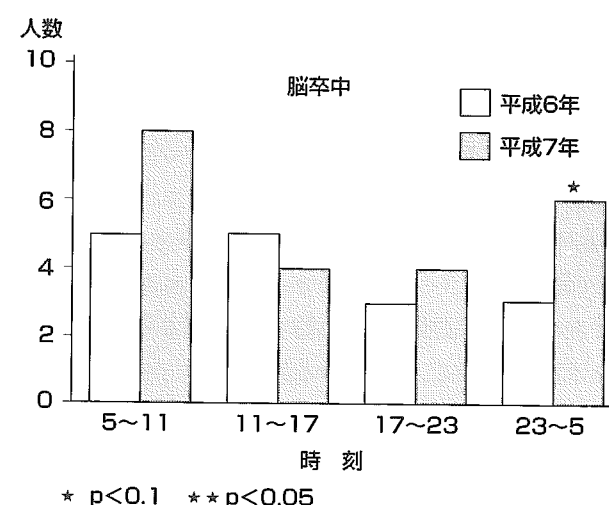


震災時の心・脳血管系疾患の発症時刻別頻度は早朝から午前中が1.5倍、夜半から明け方が2倍の増加を認めたが、

図5 阪神大震災による心・脳血管系疾患の発生時刻



午後から夜間就寝時までの発症頻度は昨年と変わらなかった(図5)。



5. 考察

今回の調査研究は津名郡医師会会員および淡路島内主要病院へのアンケート調査を基に行われたが、アンケート回収率は97%と極めて高いこと、また、島という閉鎖性から考えると、震災時の心・脳血管系疾患による死亡のほぼ全数を捕えられたものと考えられる。

震災後の心・脳血管系疾患死亡は冠動脈疾患、脳卒中ともに昨年度の同時期に比較して、それぞれ1.5倍、1.9倍の増加を示した。以前にも震災時に冠動脈疾患死や突然死が増加するという報告が海外でも報告されている^{1,2)}。兵庫県北淡町では現在、日本人での心血管系疾患の危険因子

を明らかにする目的で1991年より自治医科大学循環器前向き調査研究(JMS Cohort Study)が進行中であるため早期からより詳細な調査が可能であった。このパイロット調査においては震災後6週以内の心・脳血管系疾患死亡は昨年の同一時期に比し3-4倍の増加を示した^{3,4)}。また、今回の震災時、二次救急の中心であった兵庫県立淡路病院でも冠動脈疾患の発症頻度が増加している⁵⁾。興味深いものに、1992年のカリフォルニア地震時に、ホルター心電計を装着していた冠動脈疾患患者がいた⁶⁾。この報告では余震時にST低下を認めている。今回、我々は、津名郡全体においても震災後の冠動脈疾患死亡の増加を確認し、あ

わせて脳卒中死亡も増加していることを明らかにした。

これまでのアテネ地震とオーストラリアのニューキャッスル地震では、冠動脈疾患死亡は震災発生後数日間だけ増加するといわれているが^{31,32)}、我々の結果では、冠動脈疾患死亡は1カ月以上にわたり増加していた。ニューキャッスル地震での冠動脈疾患調査は70歳以下を対象として行われているが³²⁾、今回の我々の冠動脈疾患死亡者の90%以上が70歳以上の高齢者であったことを考慮すると、これらの結果の違いは、我々の地域が非常に進んだ高齢化地域であるという特異性によるのかもしれない。また、脳卒中死亡者年齢は70-90歳台に昨年同時期に比べ、有意の増加を示しており、冠動脈疾患死亡者に比し、更に10年高齢層に発症が増加している。

また各町別の検討では、震災後の冠動脈疾患死は被害の大きかった北淡町に集中し、一宮町でも増加していた。脳卒中は一宮町を除く各町に増加が見られている。被害状況と震災後の心・脳血管系疾患の関連では、最大時の避難民の数は冠動脈疾患死と正相関していた。この相関に比べ、住居の被害程度と冠動脈疾患死との相関は僅かに弱かった。脳卒中と被害状況にはこのような相関関係は見られなかったが、これは脳卒中においては発症しても、必ずしも死亡に至らない例が多いことや、発症から死亡までの時期が長いこと等が関連しているのかもしれない。

震災時の心・脳血管系疾患の発症時刻別頻度は早朝から午前中が昨年に比し1.5倍、夜半から明け方が2倍の増加を認めたが、午後から夜間就寝時までの発症頻度は昨年と変わらなかった。心・脳血管系疾患の発症は一日のうちでも、特定の時間帯に集中することが知られている⁷⁾。即ち、早朝から午前にかけて1つのピークが存在する。早朝から午前にかけて交感神経活動の高まりとともに血圧は上昇し、血液粘度や血液凝固（いわゆる血液の固まりやすさ）の亢進状態が起る。昨年の津名郡の心・脳血管系疾患死亡はやはりこの時間帯（午前5時から11時）に最多であった。震災後はこの時間帯発症の心・脳血管系疾患死が1.5倍に増加した。また、震災後、夜半から明け方発症（午後11時から午前5時）の心・脳血管系疾患死亡が2倍に増加したが、通常の生活を送っている場合、この時間帯は就寝していることが多い。震災後では、生活環境変化により夜のこの時間帯のストレスが心・脳血管系疾患死亡を増加させた可能性が高い。特に、夜間血圧の下降が起らないnon-dipperタイプの高血圧患者では心・脳血管系疾患を伴いやすいことから⁷⁾、震災後の夜間血圧高値が今回の心・脳血管系疾患死亡を増加させた可能性がある。一方、午後から夜間就寝時までの発症頻度は昨年と変わらなかったことより、活動時間帯のストレスは比較的早期に軽減し

たか、もしくは高齢者といえども活動時間帯のストレスには強い可能性が考えられる。

今回の震災後の心・脳血管系疾患死亡を増加させた原因として震災に対する恐怖や生活環境の変化から来るストレスおよび心血管系リスクファクターの増悪を考えている。恐怖によるストレスに関しては、1991年の湾岸戦争時にイラクのミサイル攻撃がイスラエル市民の急性心筋梗塞と突然死に与えた影響を検討した報告がある⁸⁾。それによると、戦争初期では急性心筋梗塞症例が増え、血栓溶解療法を受ける患者が増加した。しかし初期以降はミサイルの脅威が続いたにもかかわらず急性心筋梗塞の発症は通常の水準に戻ったことより、ミサイル攻撃による全滅という恐怖感が原因であると結論づけている。従って、震災直後の心・脳血管系疾患の発症には特に余震に対する恐怖が誘因となった可能性が強い。一方、震災数週以降の心・脳血管系疾患の発症には心血管系リスクファクターの増悪が高齢者に対してより影響を及ぼした可能性が極めて強い。

図6 震災時の・脳血管系疾患の発症要因

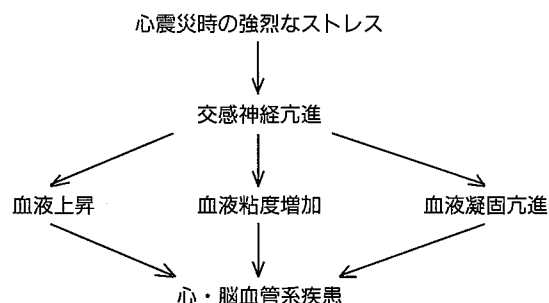


図6に今回の経験を基に震災の心・脳血管系疾患の発症メカニズムを考察した。1つの要因として血圧の上昇がある。今回の震災時、数名の白衣高血圧が持続性高血圧へ移行した例を除き、血圧の上昇は通常、余震が続いた2週間は高値を示し、4週間以内で震災前の血圧にもどった例が多かった^{3,9)}。また、震災後は血液粘度の規定因子であるヘマトクリット、フィブリノーゲンが増加していた⁴⁾。この原因の1つにストレスがあげられる。ストレスでフィブリノーゲンの増加や血液濃縮が起きることは広く知られている。次に、摂水不足が考えられる。今回の震災初期には水道が壊れたため飲料水が不足していた。一方で、被災民は排尿回数を減らすため水分摂取を控える傾向が認められた。また、血液凝固亢進状態は特に老年者の心・脳血管系疾患の発症と密接に関連しているが、震災後はこの血液凝固亢進状態がおこる^{3,4)}。以上をまとめると、ストレスによる交感神経亢進にともないカテコラミン分泌が増加し、これらの心血管系リスクファクターの増悪や血小板凝集亢進がもたらされ、ハイリスク高齢者に心・脳血管系疾患の

発症をきたしたものと考えている。従って、ハイリスクグループに対する心血管系リスクファクターの増悪予防や中断することのない継続的なケアにより震災後の心・脳血管系疾患の発症を更に減少できる可能性があり、今後の課題である。

今後の震災時医療ケアへの提言

今回の震災では、夜間から朝にかけてのストレスが被害状況の強い地域の高齢者に強く影響を与え、心脳血管系疾患を引き起こしたと推定される。従って、震災後数カ月は被害の大きい地域の高齢者を中心に夜間睡眠時間帯から午前中にかけて精神的及び身体的ストレスを軽減させ、この時間帯に変動する心血管系危険因子を軽減させる医療ケアが重要である。

また、ハイリスク患者に対する中断することのない継続的なケアも今後の重要課題であり、そのためにも、避難所の各医療救護班間および豊富な個人情報をもつ地元医療機関との医療情報ネットワークの構築を重要視すべきであろう。

(この報告の一部は、現在英文医学誌に投稿中である。)

参考文献

1. Trichopoulos D, Katsouyanni K, Zavitsanos X, Tzonou A, Dalla-Vorgia P. Psychological stress and fatal heart attack: the Athens (1981) earthquake natural experiment. *Lancet* 1983; i: 441-4.
2. Dobson AJ, Alexander HM, Malcolm JA, Steele PL, Miles TA. Heart attacks and the Newcastle earthquake. *Med J Aust* 1991; 155: 757-61.
3. 菊尾七臣 太田雄三 井宮雅宏 大橋高明 小山幹人 太田稔明 阪神・淡路大震災震源地(兵庫県北淡町)の心疾患系疾患 月刊地域医療1995; 9: 387-92.
4. Kario K, Matsuo T. Increased incidence of cardiovascular attacks in the epicenter just after the Hanshin-Awaji earthquake. *Thromb Haemost* 1995; 74: 1207.
5. Suzuki S, Sakamoto S, Miki T, Matsuo T. Hanshin-Awaji earthquake and acute myocardial infarction. *Lancet* 1995; 345: 981.
6. Roger RN. Earthquakes and myocardial ischemia. *West J Med* 1993; 159:93.
7. 菊尾七臣 島田和幸 特集:循環器疾患における時間生物学的アプローチ 血圧日内変動の異常:高血圧症を中心に 循環器科 1993; 34: 373-82
8. Meisel SR, Kutz I, Dayan KI, Pauzner H, Chetboun I, Arbel Y, David D. Effect of Iraqi missile war on incidence of acute myocardial infarction and sudden death in Israeli civilians. *Lancet* 1991; 338: 660-1.
9. Kario K, Matsuo T, Ishida T, Shimada K. "White coat" hypertension and the Hanshin-Awaji earthquake. *Lancet* 1995; 345: 1365.

演 題

診療所の立場からみた阪神大震災の内科的慢性疾患に及ぼす影響と今後の対策について

河原医院

河原 啓

1. はじめに

この度の阪神・淡路大震災により、当院も震度7の激震に見舞われた。幸い、当院の建物は3年前に新築していたので、被害は周囲に比べて奇跡的に軽く、医療機器の損壊も殆どなかった。それでも、ライフラインは断たれ、内部の備品、書類、薬品は散乱し、スタッフの被害も相当なものであった。何よりも医院の位置する東灘区のJR住吉駅近辺の住民の被害は悲惨なものであった。

当院は無床の診療所であり、入院患者もなく、内科であったため、震災当初の外傷患者に対してはなすすべもなく、これらの患者は近くの東神戸病院に殺到したものと考えられる。常勤の看護婦2人は被害を被り当日より出勤不能で、

そのまま退職せざるを得なくなり、震災2日目からの復旧も、私と六甲アイランド病院に出勤不能のため応援に駆けつけてくれた後輩の松下正幸医師、事務員1人の3人で開始しなければならないという誠に前途多難なスタートであった。しかし、被災地のまっただ中にありながら、幸運にも建物、医療機器、備品、薬品は十分に使用可能であることが判ったため、第2日目より、速やかに診療所をオープンし、住民、患者を受け入れることに専念する一方、避難所、患者宅とくに在宅患者宅を巡回し、患者の安否、病状確認、問題点の発掘に努力した。医師会本部との情報交換が全くできなかったため、後日判明したことであるが、医師会、保健所、救援医師団との間でも復旧可能な診療所は各自で可及的に早急に復旧し、オープンするとの確認合意事項が決定されたとのことであった。

震災後、どうにか復旧し、8カ月を経過した時点で、一無床診療所の診療を通して、人々にどのような疾患がふえたのか、内科的な慢性疾患をもった患者はどう変化したのか、地域医療はどう変化していったのかについて、報告する。

2. 震災直後～第1週の経過

初日には、診療所はオープンできず、第2日目に診療所の内部をとにかく診療可能のように片付けながら、診療を始めた。電気、水道はもちろん途絶えており、昼間の、しかも光の入る明るい待合室にて診療した。まず、薬剤の処方が目立った。とくに高血圧、糖尿病などの薬剤を紛失した、あるいは、自宅が倒壊し取りに入れないなどの理由から降圧剤、経口血糖降下剤を要求するケース、折から流行していた感冒に対する感冒薬、不規則な食事からくる胃炎のための胃薬、避難所で思うように排便できないため便秘となって緩下剤を要求するケースや不安感、寒さ、他人への気兼ねなどのために不眠となり、就眠剤などを要求するケースが多く、これらの薬剤を探すことから始まった。外傷患者は初日に病院に運ばれており、殆どみられなかった。また、外来患者の途切れた頃を見計らって、自転車に乗り、避難所、患者宅、とくに在宅療養中の患者宅を巡回し、安否を確認し、また、医療面でサポートをすべく、要望をきいて回った。まず、医院正面の阿弥陀寺に避難中の人々の巡回を始めた。当院の患者も数多く避難していたが、大きな外傷もなく、血圧の上昇、不眠、感冒症状のみられる人達が多かった。しかも、多くの避難者が集団で寝起きするため、生活環境はよいものではなかった。高血圧と歩行困難があり、在宅患者であった75才の独身男性は、アパートが全壊し避難していたが、トイレに思うように行けず、尿失禁を生じ、共同生活が困難となり、保健所の指示で西脇市の施設に移動した。また、正月明けより、嘔吐、下痢、微熱、食欲不振の続いていた74才の男性は避難所でも同様の症状が続いたため、大阪府下の病院に入院し、その後、早期胃癌と診断され、手術を受けたが、術後肺炎を併発し、死亡した。震災で自宅は全壊、避難、転出、入院、妻とは別居とそのストレスは相当なものであったと想像される。

第3日目以降は、幸いなことにスタッフも徐々に出勤可能となり、次第に診療体制を整えることができた。来院者はやはり、感冒など上気道感染症、消化器症状のある方が多く、次いで、高血圧、糖尿病、慢性肝疾患の方が多かった。簡易血糖測定器はすぐに見つかったので、糖尿病の方には血糖値測定を行った。平素に比べると血圧や血糖値の高い方が多かった。

第1週目も終わり頃になると、とくに高齢者を抱えた家庭は他府県に避難するという一方で、長期の処方を希望さ

れるケースが多かった。

3. 第2週目～第1カ月目（1/24～2/16）の経過

丁度、7日目に待望の電気が復旧。9日目には電話が復旧し、復旧もようやく軌道に乗り出した。電気が復旧し、医療機器の点検を行ったところ、幸運にも医用TVレントゲン装置、胃内視鏡、超音波断層装置、パソコンなど殆どの機器が使用可能であった。

人々が避難所、親類宅などにとりあえず、落ち着いてきた時期であり、来院する患者層は、殆ど近隣の方や家族、近くの避難所から、また近くの医療機関が被害を被ったために、初めて来られた方などが多かった。疾患としては、当時は、感冒とくにインフルエンザが流行していた時期であったため、呼吸器感染症あるいは消化器感染症が多く、また、避難所での集団生活、換気不良、寒さ、ストレスあるいは低栄養などが加わり、容易に上気道感染が悪化し、気管支炎、肺炎を生じていた（後述）。次いで高血圧症の方の血圧上昇、糖尿病の方の血糖値の上昇が目立ち、その他の成人病を有する方が投薬中の薬物の継続投薬を、慢性肝疾患の方が注射の継続を希望することが多かった。また、通院中の医療機関が被害を受け、診療不能となったり、交通機関の遮断のために通院不能となったりしたため、インスリンあるいは経口血糖降下剤を求めて来られた糖尿病患者の方でも多かった（後述）。また、震災後約1カ月となり、ストレスが蓄積してきた時期でもあり、消化性潰瘍の患者が来院し始めた（表1）。

表1 消化性潰瘍および急性出血性胃病変患者の月別例数

	2月	3月	4月	5月	6月	7月	合計
患者数	5	4	5	10	8	5	37
受検者総数	5	12	15	22	16	19	89
頻度	1.00	0.33	0.33	0.45	0.50	0.26	0.42
昨年度	0.69	0.60	0.43	0.13	0.58	0.23	0.44
昨年比	1.45	0.55	0.77	3.46	0.86	1.13	0.94

出血性潰瘍症例 4例（4.5%）

NAME	AGE	SITE	Hb(g/dl)	ETIOLOGY
1 I.H.	64M	DUODENUM	12.8	ALCOHOL
2 J.M.	45F	STOMACH	6.4	
3 Y.M.	48M	DUODENUM	6.5	DIET
4 H.I.	90F	STOMACH	5.5	

第1週目から第4週目までの来院患者の疾患別のリストを表2に示す。

感冒などの急性感染症が多かったが、慢性疾患としては、第1週は高血圧症、第2週は糖尿病、第3、4週は慢性肝疾患が多かった。

表2 震災後の疾患別患者数、頻度および昨年比

震災後	感冒 ¹⁾	呼吸器	循環器	高血圧	糖尿病	高脂血	胃	腸	肝	その他	合 計
第1週	16	2	5	36	12	1	7	2	14	17	112
%	14.3	1.8	4.5	32.1	10.7	0.9	6.3	1.8	12.5	15.2	100.0
昨年同時期	17	6	16	30	38	17	18	10	73	85	310
%	5.5	1.9	5.2	9.7	12.3	5.5	5.8	3.2	23.5	27.4	100.0
昨年比	2.61	0.92	0.86	3.32	0.87	0.16	1.08	0.55	0.53	0.55	1.00
第2週	40	8	12	28	40	13	17	5	40	41	244
%	16.4	3.3	4.9	11.5	16.4	5.3	7.0	2.0	16.4	16.8	100.0
第3週	33	8	3	17	27	3	8	2	29	33	163
%	20.2	4.9	1.8	10.4	16.6	1.8	4.9	1.2	17.8	20.2	100.0
第4週	37	6	8	29	29	4	9	9	43	35	209
%	17.7	2.9	3.8	13.9	13.9	1.9	4.3	4.3	20.6	16.7	100.0

1) 感冒性胃腸炎を含む。(1995.河原医院)

4.震災後1カ月目から8カ月目までの経過

(2/17~9/16)

最後まで復旧していなかった都市ガスが3月末頃に復旧し、医院の建物の一部の補修も始まり、またJRは4月に全線再開通した。被災し、避難していた方々もかなり自宅

へ戻り、また神戸より西の方面から通院していた方も再び通院可能となった。このため転居した方を除けば、ほぼ震災前の患者数が回復したと考えられた。

震災後6カ月間の新患患者の疾患別の人数を表したのが表3である。

表3 震災後の疾患別新患患者数

震災後	感冒 ¹⁾	呼吸器	循環器	高血圧	糖尿病	高脂血	胃	腸	肝	その他	合 計
1カ月	18	0	0	4	3	0	3	3	2	3	36
2カ月	24	1	1	0	3	1	0	1	3	1	35
3カ月	15	2	1	2	3	1	4	1	3	4	36
4カ月	13	0	1	5	4	0	1	0	2	8	34
5カ月	14	0	0	5	1	1	5	2	7	11	46
6カ月	23	0	0	6	0	3	4	2	3	6	47
合 計	107	3	3	22	14	6	17	9	20	33	234

1) 感冒性胃腸炎を含む。(1995.河原医院)

さて、震災後8カ月間に、主に内科的慢性疾患患者にみられた影響について述べてみよう。

a) ストレスあるいは治療中断による高血圧、糖尿病、高脂血症などの成人病の発症、増悪

震災後8カ月間に、糖尿病の新患症例は、新たな発症が

表4 震災後の糖尿病新患の内訳(19例)

発症	4	避難所2、単身赴任など
悪化	4	被災、主人が癌など
転医	11	主治医被災5、避難2、転居2

症例 大○雅○ 71才 女性、無職

主 訴：体重減少、易疲労感、高血糖

既往歴：61才、狭心症の疑い

現病歴：生来、健康であったが、1月17日の震災で自宅マンションが半壊し、避難所暮らしとなる。81の水運びなどで体重が69kgから62kgに減少し、易疲労感を感じていた。3月21日の保健所の検診にて、血圧194/124mmHg、食後血糖380mg/dl、総コレステロール285mg/dlと異常を指摘され、来院した。

4人、悪化4人、転医が11人、計19人あり、転医の11人のうち3人はインスリン使用者で、KASHCUS(神戸健康文化都市戦略研究会)などからの紹介(1人は工事関係者)であった(表4)。発症者の4人のうち3人は避難中の者であった。ちなみに、かつて定期的に来られていた方で震災後転居などで来院されない方は、17人であった。

また、震災後定期的に検査に来られた方が少なく、n数は少ないが、図1(次頁)にみられるように、例年に比べると震災直後の2月のHbA1c値の平均値は明らかに低く、3月の値は明らかに悪化の傾向がみられた。その後、5月には例年並に回復していた。

周知のように、震災直後より物流が途絶え、一旦食糧が不足した後、おにぎり、ラーメン、パン、缶詰といった炭水化物、塩分、脂質に偏った食事内容に変化しており、この事実が糖尿病の増悪の原因にもなったと考えられる。その他、高血圧、高脂血症の方にも同様の変化が起こっていたのではないだろうか。しかし、避難所での3月頃の給食

図1
Change of HbA1c before and after
the Great Hanshin Earthquake

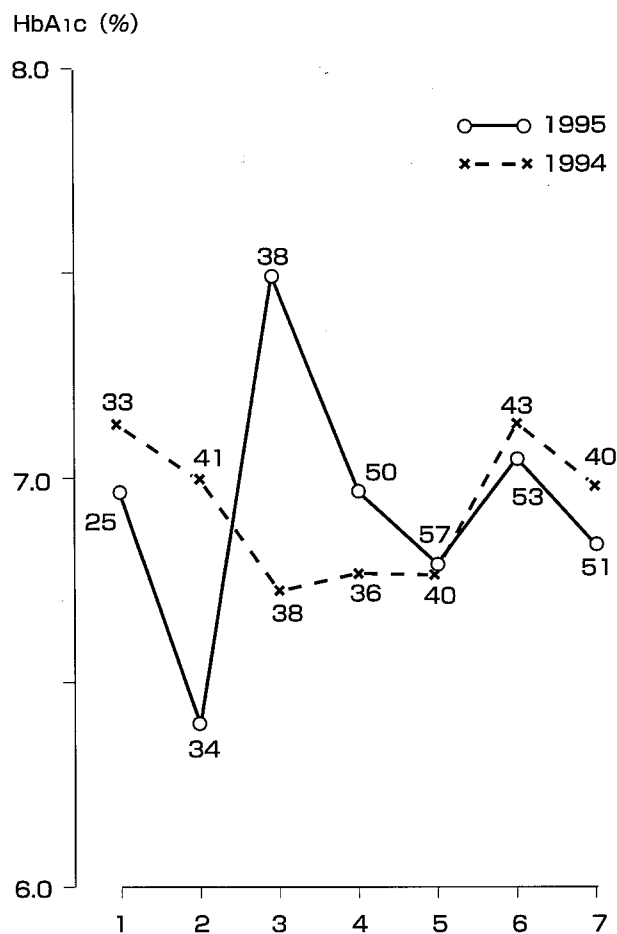


表5 避難所での給食の栄養素配分

総カロリー	2,000~2100kcal	
炭水化物	264.8g	Ca 700mg
脂質	66.0g ↑	Fe 7mg ↓
蛋白質	64.6g	V.A 1062IU ↓
塩分	10.0g	V.B1 0.58mg ↓
食物繊維	不 足	V.B2 0.85mg ↓
		V.C 27mg ↓

の総カロリーは2000~2100kcalであり、栄養素の配分についても3月のある3日間の平均値は、表5のように、脂質はやや多く、鉄分、ビタミンは不足しているものの、かなり改善されている。典型的な発症症例を呈示した。

これらの成人病の増悪、発症の成因としては、1. 肉体的、精神的なストレス 2. アンバランスな食事（炭水化物、脂質、塩分過多、飲酒） 3. 運動不足 4. 薬物療法（経口剤、インスリン）の中断などが考えられる。

b)生活環境悪化による呼吸器感染症の増加（表6）

先にも述べたように、患者は感冒などが容易に悪化した。震災後3カ月間に悪化した者は気管支炎と考えられた者11人、マイコプラズマ肺炎3人、肺炎3人、肺結核1人など26才から83才まで計18人であった。糖尿病、慢性肝炎、肝硬変、悪性疾患術後、肺線維症など基礎疾患のある者が12人とひじょうに多く、8人を他病院に転送、入院させた。その後9月に入り、肺結核を1人発見し、入院させた。明らかに例年より多い数字であった。

c)急性心不全死

2例にみられたが、1例目は心不全で入院加療中の89才

表6 呼吸器感染症

初診日	氏名	年齢	性	病 名	基 礎 疾 患	備考	
3. 27	Y. F.	26	F	マイコプラズマ肺炎			通 院
3. 16	M. N.	33	F	マイコプラズマ肺炎		避難所	通 院
2. 27	K. T.	45	F	マイコプラズマ肺炎			通 院
3. 14	M. S.	47	F	気管支炎			通 院
3. 30	M. H.	51	M	気管支炎		避難	通 院
3. 17	K. K.	55	F	気管支炎	HBsAb+		通 院
3. 11	A. N.	59	F	気管支炎	肝硬変		入 院
1. 18	K. N.	70	M	気管支炎	糖尿病	避難所	通 院
2. 12	K. D.	70	M	気管支炎	肝硬変、肝癌疑い		入 院
1. 20	R. E.	72	M	気管支炎	乳頭部癌術後	避難	在 宅
2. 3	T. Y.	77	M	気管支炎	喫煙	避難所	通 院
4. 15	J. S.	77	M	気管支炎	糖尿病	避難	通 院
4. 14	M. N.	83	F	気管支炎	肺切除、低肺機能	避難	入 院
3. 17	U. S.	83	F	気管支炎	肺線維症	避難	入 院
3. 2	S. E.	44	F	肺炎	C型慢性肝炎、過労	看護婦	入 院
3. 12	K. O.	68	M	肺炎	肺線維症 (BOOP)		入 院
5. 10	J. H.	75	M	肺炎	早期胃癌術後	避難	死 亡
2. 12	T. I.	68	F	肺結核症	陳旧性肺結核	避難所	入 院

の男性で、避難のため転院した直後に急性心不全（恐らく心筋梗塞の再発）で死亡した。また、2例目は分裂病の72才の女性で震災後、幻覚などの症状が悪化し、一時入院され、軽快退院後、自宅で療養中に、急性心筋梗塞をおこされ、2日目に死亡した。いずれも慢性疾患の上にストレスなどが加わって生じた急性病変であったと思われる。

d) ストレスあるいは治療中断による消化性潰瘍の発症、増悪（表1）

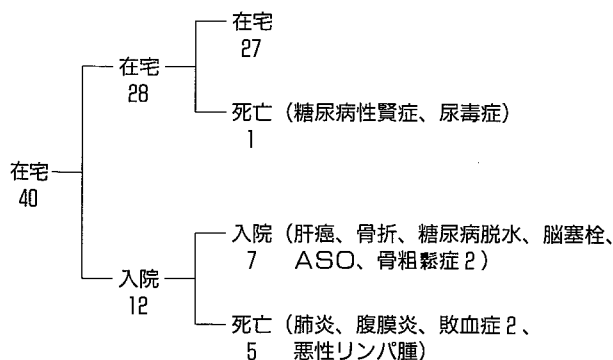
震災後約6カ月間に上部消化管内視鏡検査を施行された患者は88人である。そのうち消化性潰瘍、びらん性胃炎の者は35人（39.8%）あった。昨年同時期の頻度と大差はなかったが、1カ月目と4カ月目にやや多い傾向がみられ、特徴として出血性潰瘍が4人（4.5%）にみられ、うち3人の血中ヘモグロビン濃度は各5.5、6.4、6.5g/dlまで低下していた。

e) 治療中断による慢性肝疾患の悪化、感染症合併

強力ネオミノファーゲンCなどで治療中の慢性肝炎、肝硬変の患者が通院できなくなり、全身倦怠感、食欲不振、浮腫の増悪あるいは気管支炎、肺炎など感染症の合併などがみられた。また、原発性肝癌患者の治療に支障をきたし、最高4カ月の遅れとなった。慢性肝炎のインターフェロン治療の中断も報告されており、災害時には病診、診診連携で治療を中断させないことも重要である。

f) 在宅患者の増加（表7・図2）

図2



震災前からの在宅患者は震災後転居などで一時減少したが、負傷、恐怖感など、あるいは寝かせきりなどで悪化し、通院困難となったためか、再び増加した。また、避難所、仮設住宅に移った通院困難な高齢者、悪性腫瘍患者については、往診あるいは訪問診療の必要性が増している。保健、福祉との連携で在宅医療や仮設住宅に対する医療の充実が急務である（表7）。

仮設住宅では、真夏には、室内温度が40℃以上となる、壁一枚隔てただけで隣家の物音は手にとるように聞こえる、自治会組織もなく高齢者の孤独な死が頻発している、買物にも行けないなど仮設住宅をめぐる問題が山積している。

表7 震災後の在宅患者の月別例数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
自宅	14	7	19	14	13	12	11
老人ホーム	2	1	1	1	1	3	3
避難所	巡回	1	1	0	0	0	0
仮設住宅	—	—	—	3	3	3	3
合計	16	9	21	18	17	18	17

（1995、河原医院）

交通至便な場所に大量のケア付き仮設住宅や市営住宅など公的住宅の早急な建設が望まれる。

g) 悪性疾患患者に対する対策（表8、9・次頁）

震災後8カ月目までに当院にて、あるいは入院先で悪性疾患と診断された者は原発性肝癌5人、胃癌3人、大腸癌1人、小腸癌1人、肺癌2人、悪性リンパ腫2人、計14人あり、昨年1年間に診断した17人に迫るハイペースである（表8）。交通網の遮断により、病院へ通院できなくなり、来院された方があった他、震災やその後の避難などやむを得ない理由で悪性疾患の診断や治療などが遅れたり、中断した例が数例あり、今後災害時には対策が必要である。とくに病診、診診連携などで診療をできるだけ中断させないことが重要と考える。

また、震災前後よりフォロー中の原発性肝癌患者は15人いた（表9）。震災前より骨転移をおこしていた者、直腸癌を併発した者の2人は震災後死亡し、震災前より再発を疑い、震災後治療を受け、復帰した者は5人、再発の疑いを指摘されながら来院しない者は1人、震災後、初発肝癌と診断された者4人、変化なく過ごした者3人であった。この中で、再発した6人のうち、来院した5人は震災のため、診断や治療が遅れたにもかかわらず、病診連携がとれ、幸いなことに存命中である。

h) 震災後の環境汚染と発癌

今後は短期的な発癌の問題だけでなく、学校、倉庫やビルの解体にともなう生じたアスベスト粉塵が引き起こす健康被害、とくに肺癌など悪性疾患について、あるいはストレスと発癌との関係などについて長期にわたる観察が必要である。

5. 最後に

当院で日常診療体制はほぼ100%正常化し、駅周辺の商業地区ではビルの解体、医院周辺の住宅街では、更地からの再建築が始まっている所もあるが、人口の100%の回復、地域全体の復興、地区診療所、病院の100%の再建は未だ未だ先のことである。ただ、不安感、恐怖感からくる心身症患者以外は外来患者については疾病分類上、例年とほとんど変化はなくなったように思われる。

父の代より通院され、〃最期は自宅で看取って下さい

表8 震災後6カ月間に診断された悪性疾患

No.	AGE,SEX	病 名	問 題 点
1	80,M	胃癌	大腸癌術後、GFS
2	55,M	胃癌	自覚症状
3	74,M	胃癌	半壊、避難中、嘔吐
4	80,M	小腸癌	大腸癌術後、腹痛、イレウス
5	65,F	大腸癌	血便、避難、転居
6	59,M	原発性肝癌	HCV+, 紹介エコー
7	67,M	原発性肝癌	再発、避難
8	75,M	原発性肝癌	HCV+, LC, エコー遅れ、避難、仮設
9	62,F	原発性肝癌	HCV+, CAH, 避難、エコー遅れ
10	70,M	原発性肝癌	HCV+, LC, CT遅れ、来院不能
11	90,F	肺癌	全壊、避難、転居
12	73,M	肺癌	咳、避難、来院せず
13	55,M	悪性リンパ腫	大学職員、不休
14	87,F	悪性リンパ腫	避難、一時転居

(1995, 河原医院)

表9 震災後の原発性肝癌患者の動向 (15例)

症 例	震災前治療	震災前予定		震災後治療	遅 れ
1 M.H. 57 M	MCNT, PEIT	CT	再発	TAE	3 M
2 T.F. 67 M	OP.	BIOPSY	再発	PEIT	2 M
3 K.W. 72 M	OP.	ANGIO	再発	TAE	4 M
4 K.K. 77 F	OP., TAE	ANGIO, BIOP	再発	MCNT	2 M
5 T.I. 79 F	MCNT	CT	再発	MCNT	3 M
6 T.T. 52 M	OP., PEIT, TAE	CT	再発疑い	不変	3 M
7 T.K. 62 M	OP., RAD.		骨転移	死亡	
8 W.N. 73 M	OP., TAE		骨転移	死亡	
9 I.M. 59 M			初発	転居	
10 E.K. 62 F	CH(IFN)		初発	OP.	
11 K.D. 71 M		ECHO	初発	TAE	3 M
12 T.F. 76 M		ECHO	初発	TAE	3 M
13 A.M. 64 M	OP., TAE	ECHO	不変		2 M
14 M.S. 64 F	OP.	CT	不変		1 M
15 M.O. 68 F	PEIT, TAE, RAD.	CT	不変		2 M

よ。”と言っていた老人も遠い過去からつい最近まで苦楽をともに過ごしてきた自宅が全半壊し、家庭も半ば崩壊し、転居せざるを得なくなっていく状況である。本当に医療を受けるべき多数の人々が来院していない。また、院内をみても、開業以来、看護婦、栄養士とともに力を入れて行ってきた患者教育、在宅医療も、一瞬のうちに中断、後退し、患者も教育を受けよう、自己管理に専念しようという余裕がまだなく、当方も再出発の体制がなかなか揃わないというのが現状である。

いずれにせよ、仮設住宅をも含めた地域医療を早急に再構築し、高齢化社会における老年病、成人病に対する早期発見、早期治療、予防を健康教育、患者教育を通して、行政、福祉とともに我々医師団が推進してゆくことが緊急の

課題であると思われる。

6. 結語

阪神・淡路大震災後、どうにか復旧し、8カ月を経過した時点で、一無床診療所の診療を通して、人々にどのような疾患がふえたのか、内科的な慢性疾患をもった患者はどう変化したのか、地域医療はどう変化していったのかについて、報告した。

1) 震災後1カ月の来院患者

感冒などの急性感染症が多かったが、慢性疾患としては

第1週は 高血圧症

第2週は 糖尿病

第3、4週は 慢性肝疾患

いずれも投薬の継続を必要とする疾患が多かった。

2)震災後3カ月の呼吸器感染症

基礎疾患の重症度、年齢の高いほど、避難など住環境の悪いほど、感染症が重症化し、入院となるケースが多かった。

3)震災後8カ月の各種疾患

a)糖尿病

アンバランスな食事、運動不足、ストレス、薬物療法の中断などにより、発症、悪化するものが多く、転医も多かった。震災2カ月目には最悪であったHbA1c値も4カ月目頃より例年並となっているが、今後、食事、運動療法の再教育が望まれる。

b)消化性潰瘍、急性出血性胃腸病変

震災後4カ月目にやや多い傾向があり、出血性潰瘍が4.5%にみられた。

c)悪性疾患

患者の避難、交通網の遮断、診療体制の崩壊などから、癌の発見あるいは治療が遅れたケースが目立った。災害後の病診連携、診療連携が重要である。

d)在宅患者

在宅患者が増加し、病状も複雑化しており、病診連携、保健、福祉との連携が必須である。



未曾有の大震災を経験した兵庫県医師会は被災会員の復興と地域医療の再構築を事業の重点項目として推進している。しかしながら、この度の震災で経験した災害医療の不備については、被災者の医師会として実地体験を生かしつつ防災対策や災害時の医療活動など、将来に向けての提言としてまとめる必要があり、会長諮問を受けて委員会で検討することとなった。

会長諮問は救急医療委員会「大災害における初期医療—個人及び組織としての対応策について—」、医療情報検討委員会「災害時における情報収集と情報伝達のあり方」、医政研究委員会「阪神・淡路大震災における被災地医療機関の診療活動と提案」、公衆衛生委員会「災害救護体制の検討」である。各委員会では答申に向け検討が進められている。

なお、国および県でもたれている防災を見直す各種の委員会には県医師会役員が参画し、医療面より専門的意見を開陳している。

1 救急医療委員会答申 (平成7年12月20日)

諮問事項：「大災害時における初期医療」—個人及び組織としての対応策について—

兵庫県医師会及び各郡市区医師会においては、それぞれ広域災害を想定して災害対策を考え、マニュアルを作成している。しかし乍ら医療機関自体も被災者となり且被害が極めて広汎、多発的な地震災害に対する対応は「地震は当地では起こるまい」との油断から殆ど準備されていなかったといつてよい。今回の阪神大震災に対する痛切な反省から会長諮問“「大災害時における初期医療」—個人及び組織としての対応策について—”に対し委員一同慎重審議を重ねた。

救急・災害時の医療システムの在り方に関する研究班（平成5年度）の河野正賢氏が大規模災害時の救急医療体制の向上に関する研究の中で指摘しているように、①「救急診療」は1人の生命を救うために多数の人員と病院機構を傾注する医療であり②「災害医療」は同時に搬入された多数患者の可及的救命を望むもので対応は自ら異なる。更に医療ニーズの経時的変化を次の様に分類している。

1) phase-0 (対応不能期)

発災直後で被災者同士が救出しあい、素人的手当を行っている時期

2) phase-1 (系統的救出医療)

救出、phase-0を耐えた被災者の応急対応処置、トリアージ後搬送隊に託しての後送の時期

3) post phase-1 (現地救護所業務の継続)

phase-1終了以後、遅救出負傷者、滞留後送予定者の治療継続の時期

4) phase-2 (初期集中治療)

低被害～無被害の後方病院における専門的緊急治療（約2週間）

5) phase-3 (後療法及び更正医療)

phase-2をクリアした生存被災者に対する後療法と更正医療と分類している。

phaseは経時的区別だけでなく、更に地域の状況による区別も加えて考えねばならない。同時期でも地域によってphaseのずれがあり救護が遅れればphase-0の続いている地域もある。又phase-0は被災者同士の救出時期であるが、今回の災害ではこの時、地域医療機関は周辺住民の救護に発災当初より参加しておりその医療機関にとってphase-0より継続してphase-1に移行する訳でその区分は難しい。継続的救出のphase-1の体制に早く換えられねばならない。

phase-1では外科的処置が主であるが、post phase-1より漸次内科、精神科、他の診療科領域に医療対象が拡大して行く。

特に精神科領域は特殊な対応が必要で、災害直後は24時間稼働可能な精神科救急基幹病院及び診療所を決定し、後送病院を確保連携する必要がある。「災害時精神科救急対策本部」の設置、24時間対応の「精神科救急窓口」、「精神科救急往診チーム」の発足、精神科救護所の可及的早期開設がもとめられる。

今回震災初期、公立病院は崩壊、道路網の遮断、情報の途絶により災害マニュアル通りには十分に機能せず、私的診療所、病院が建物損壊、ライフライン途絶等の悪条件の中を夫々の地域被災者の救助と応急医療に全力をあげたことは特筆に値する。前述の経時的分類に於て災害直後医療機関が活躍した時期は主にphase-1に相当する。救急医療隊の到着まで及びその後のpost phase-1の時期でも救護所

巡回診療を含め多くの民間医療機関がその主力となっている。被災地内の病院は自己医療機関の損壊にかかわらず、復旧活動と平行してphase-2の初期集中治療を行った機関も多い。

本委員会は諮問の趣旨に則り主にphase-1に焦点をあてて対策を審議した。

大規模災害時の救急体制は医師、地域医師会、県医師会のみで対応できないのは論を俟たない。phase-1については多数負傷者の救出と搬送に統制のとれた人力、機動力をもつ機動隊、自衛隊、救急隊等の国家機構の支援が不可欠である。今回不幸にもこの公的支援が初期に於いて不十分であったため、被害が極めて増大した。今後各方面から今回災害を教訓として種々対策が講じられれば状況は一変するであろうが、本委員会では今回と同様の条件下で再び同規模災害が起ると仮定して医師会の対策を検討し、これにもとづき更に今後への改善点を同時に論議した。

1 地区医師会内の救急・災害対策の体制再検討

1) 地区医師会の小グループ化による小区域連携組織の構築

phase-1に対応した初期救急を行うためには、在来の地区医師会単位ではなく、更にそれを細分化し、地域の状況に応じて中学校区乃至小学校区単位等にグループ化することが絶対必要である。グループ内に病院・診療所を含めて1ヶ所、外科系医療機関を中心に災害拠点を設け、グループ内の医師が1団となりトリアージ・応急処置・後送等の災害治療を行うと共に、情報途絶下で多少でも情報基地としての機能も併せもたなければならない。グループ集合体としての地区医師会の責任者は医師会長であり指示、情報蒐集と伝達、渉外を可能な限り行う。

初期活動において医師1人では全く無力であることはアンケートに多くのべられている。第1歩は小区域グループ化により始まる。

グループには予め正・副責任者、渉外担当者、地区消防隊や地域一般住民を含めた搬送責任者を定めて置かねばならない。近隣在住マンパワー（勤務医等）の把握と災害救援参加のネットワーク作りも極めて必要である。

この小グループ化による対応はphase-1の初期であり、この時期を乗り切れば小グループ併合を行い、より広域組織への移行は当然である。医療機関の被災程度により全くこのシステムは参加不能な医療機関も多く、小グループ化の医療機関数算定には或る程度の余裕が必要であろう。

2) グループ連絡法

連絡法は徒歩、自転車が有用であり、これにトランシーバー、携帯電話、防災無線の利用が加わる。（後記）

3) 必要薬剤、医療材料等

取敢えずは各医療機関より使用可能分を持ち寄り、3～4時間経過しその消耗後は医師会内基幹病院、更には2次医療圏毎に設置される地域災害医療センターの備蓄分による補給を可及的速やかに受ける。今後の対策として県は小・中学校単位の備蓄を考えているが十分に検討を要する。

2 周辺医師会との連携

周辺医師会、特に2次医療圏内の他医師会が低被害乃至無被害地域であれば救急来援或いは後送中継地点としての協力を求め、状況によりphase-2の対応即ち初期集中治療を依頼する。

被災地域より中継地点を経て初期集中治療可能な医療機関への短・中距離ピストン輸送をするのが効率的であり、一方、長距離輸送は特に状況の良好な時以外はよい結果は望み難い。

3 県医師会との連携

情報網、交通路が比較的保たれておれば当然情報交換、指示、救援医師の依頼、行政よりの備蓄資材の県医師会経由の供給が待たれる。

尚、指示系統として医療に関しては行政と協議の上県医師会長の応急的権限増大、指示系統一本化が望ましい。

4 地元行政機関等との連携

情報、交通遮断の状況下では地元医師会と市町村、県市保健所、消防署、警察及び設置が計画されている地域医療情報センターと万難を排し連携をとるべきである。

前記河野氏も指摘している如く今後は指揮機構を可及的速やかに構築し明確化すべきである。災害医療は医師会（郡市及び県）、行政、国家機構、日赤、自衛隊、ボランティア等、多数機関、団体、個人が様々な形で関与する共同作業なので各機関の連携を円滑に運用せぬ限り混乱のみ倍加する。

県内災害医療について、県災害対策本部と協議の上全面委任を受けてその実質責任者を県医師会長とすれば医療に関する指揮系統が明確化するので、検討すべき問題である。

5 搬送体制の整備

アンケートをみても情報、交通の途絶により被災者家族の自家用車、医療機関の自動車によるもの及び救急車によるものが多く、ヘリコプター使用は甚だ少ない。今後は効率のよいヘリコプター搬送について要請要件、搬送規定、ヘリポート設置等及び機種設定も十分に検討すべきである。また、運行不可能地域以遠の鉄道利用、病院船機能も含めて海路搬送は重要である。

6 情報システムの構築

情報伝達網の整備、構築は交通の問題と共に大災害初動

医療に不可欠の2大事項である。

今回震災では一般電話回線は全く役立たず、アンケートによれば医療機関内の公衆電話回線及び或る時期以後に携帯電話が有用であった。今後の情報交換手段は電話専用回線、パソコン通信、衛星通信、救急無線、特に無線交信が重要視される。県医師会と郡市区医師会（会長宅）との優先電話が設置されれば郡市区医師会より会員への連絡にも利用できる。（但し送信のみ）

7 救援医師及びボランティアとの問題

ボランティアについては本誌問の「初期治療」以後の問題であるのでふれないが、早期にボランティアの把握と連携が必要である。

次に平成7年4月7日実施した「災害時における医療活動状況調査」集計を添付する。

災害時における医療活動状況調査集計

（平成7年4月7日実施）

〔回答件数848件〕

震災前の防災対策

火災に対する防災対策は夫々或る程度しているが地震に対する対策をしていた機関は殆どない。

1) 一般防災対策で一応役立ったもの

- ①消化器
- ②非常灯・自家発電装置
- ③携帯電話・公衆電話院内設置・携帯ラジオ
- ④懐中電灯・蠟燭・乾電池・ガスコンロ・灯油・プロパンガス
- ⑤瓶入飲料水・救急食品
- ⑥折り畳み式梯子・大型鋸・ハンマー・ジャッキ・キャリア・軍手・防水マット
- ⑦薬品棚固定及び横開き戸・器械類キャスター付き架台
- ⑧井戸・貯水槽特に地下貯水槽（但しパイプ破損例も多い）風呂残り湯
- ⑨自転車・軽トラック
- ⑩建物耐震設計・鉄筋コンクリート・耐震ガラス
- ⑪救急用ナートセット
- ⑫医薬品の備蓄
- ⑬院内防災訓練・職員職住接近

2) 役立たなかったもの

全例情報途絶を挙げている

- ①電話（携帯電話、災害優先電話含む）・ファクス・テレビ・パソコン通信
- ②医師会及び医師会連絡網
- ③自動車及びガレージ電動シャッター・交通網

- ④ライフライン
- ⑤自家発電
- ⑥防災設備
- ⑦鉄製ドア（開閉不能）
- ⑧県、市からの支援

震災直後～1週間

1) 役立ったもの

- ①建物
 - (ア)鉄筋・耐震設計
 - (イ)電気の復旧早かった
 - (ウ)地下水槽・井戸
 - (エ)空冷式エアコン暖房・レセコン作動
- ②備品
 - (ア)ドア左右開き・架台キャスター
 - (イ)救急器材の備蓄
- ③人的
 - (ア)近隣の人の協力
 - (イ)家族
 - (ウ)ボランティア
 - (エ)近隣の従業員

④医薬品

- (ア)備蓄十分は少数
- (イ)卸売業者協力的・補充比較的良好
- (ウ)援助医薬品（海外友人を含む）
- (エ)医薬分業（良悪両意見あり）

2) 役立たなかったもの

- ①建物
 - (ア)全・半壊
 - (イ)ライフライン停止
 - (ウ)エレベーター・電動シャッター（修理比較的早し）
 - (エ)高架水槽・配管断裂・漏水
 - (オ)トイレ使用不能
- ②備品
 - (ア)カルテ棚等倒壊・薬品等の散乱
 - (イ)医療機器故障、コンピューター・CT・MRI故障
 - (ウ)電話不通
- ③人的
 - (ア)従業員通勤長時間
 - (イ)診療時間短縮
 - (ウ)患者減
 - (エ)給与支払不安
 - (オ)従業員退職
- ④医薬品
 - (ア)医薬分業による投薬不能

- (イ)医薬品不足
- (ウ)ガーゼ・その他衛生材料不足
- (オ)消毒不可能

震災後1ヶ月

1) 良くなった点

①建物

- (ア)電気復活、エアコン使用可能、ライフライン復旧
- (イ)建物修復目途つく、応急修理出来た

②備品

- (ア)医療機器修理完了

③人的

- (ア)従業員出勤可能、職員補充
- (イ)ボランティア応援
- (ウ)チームワーク好転

④医薬品

- (ア)通常状態に回復・供給比較的早く回復
- (イ)消毒可能（プロパンガス）

2) 困っていた点

①建物

- (ア)建物再建の見積り遅延
- (イ)修理の遅延、トイレ使用不能
- (ウ)解体作業・粉塵飛散
- (エ)損壊認定遅延
- (オ)資金

②備品

- (ア)医療器具見積りの遅延
- (イ)修理遅延
- (ウ)整理困難、図書損失、書類散逸

③人的

- (ア)通勤難・過労
- (イ)従業員の欠勤・辞職
- (ウ)患者数減少、診療時間短縮
- (エ)人員余剰となり給料支払困難
- (オ)入院中止

④医薬品

- (ア)消毒支障続く
- (イ)薬品配送遅延
- (ウ)医薬品の不足（特にインフルエンザに対する薬品及び整腸剤不足）

問題点及び医療活動上の体験談

1) 情報システム

- ①災害に対する情報不足、情報システムの確立
- ②交通情報、道路情報の欠落：被災中心部だけでなく周

辺部を含めた細かい情報、テレビよりラジオ役立つ。

- ③医療情報迅速に、特に医師会からの情報
- ④近隣医との連絡システム、二次医療圏の他医師会との連絡
- ⑤医師会と行政の連携システム、ホットラインの設置
- ⑥通信網の確保：電話以外の情報手段、無線、パソコン通信、専用回線等複数通信手段の確保
- ⑦マスコミに対する地区医師活動の情報提供

2) 地域医師会救急災害システム

- ①各医師会の救急災害システムの検討・再構築
医療機関、医師自身が被災者となった場合の対応
- ②国・県・市が協力し防災、救護、医療、輸送などの広域的対策、及び国の移動医療施設、自衛隊及び自衛隊病院との連携
- ③各医師会内小区域連携組織
(イ)各小～中学校区毎1ヶ所外科系診療所中心に災害拠点
(ロ)行政助成により井戸、自家発電装置
(ハ)トランシーバーによる連絡網
(ニ)薬剤、医療材料備蓄、水、非常食備蓄
(ホ)近隣在住医療マンパワーの把握、ネットワーク
(ヘ)地域住民組織との連携

- ④地域基幹病院との連携、通信網の確立→二次医療圏基幹病院
→救急救命センター（災害センター）

⑤小区域責任者選任

⑥小区域情報基地

⑦県医師会との連絡、出動指示

⑧行政特に保健所との連携

⑨精神科救急医療24時間体制の確立、県立光風病院の体質改善

⑩医療機関ライフラインの可及的優先性

⑪院内従業員非常時連絡体制の再整備

3) 救急処置など

①トリアージの重要性

- ②可能な限り医師自ら飛び込んで行け、医師会指示待ちでは消極的だ。個人の意志で即時行動出来る民間グループと書類が出ないと中々行動に移せない行政とのギャップ

③重症度に応じた処置場所の区分

- ④地域の医師として「かかりつけ医」の存在価値を痛感
- ⑤野戦病院のような何もない中での診断、治療のむづかしさ

⑥内科での縫合セット等簡単な外科処置セットの必要性

⑦医薬分業の功罪再検討あり

- ⑧地元医療機関と派遣医師との連携・協調に問題
 - ⑨被災地は当初は多忙その後漸減。一方で避難所や仮設住宅の医療にはボランティア等の力を借りなければならない。周辺地区は患者増加し、重症者の受入れ収容が必要となり被災地区への応援、ボランティア活動を目指しても交通手段や情報不足で思うに任せない。
 - ⑩避難所巡回を行った時受入れ体制が不備で巡回がスムーズにできなかった。
 - ⑪避難所での無料診療と24時間体制に対する被災者の慣れボランティア間の調整不備
 - ⑫慢性疾患の処方判らず。医療情報カードの携帯必要か。
- 4) 連絡・搬送手段
- ①電話及び医師会連絡網全く役立たず
 - ②携帯電話、公衆電話回線可成り有用
 - ③徒歩、自転車、スクーター有用
 - ④災害無線、ホットライン、パソコン通信考えるべきである。

- ⑤ヘリコプター利用、ヘリポート設置
- ⑥船舶の利用
- ⑦救急車等重症者後送手段の確保

5) 死体検案

- ①検案に出て血まみれ、泥まみれになり自宅に帰っても水は出ない。一定場所で水タンク、担架の常備を。
- ②検案教育必要

6) その他

- ①各方面からのアンケートが多すぎる
- ②県医師会の概算請求、一部負担金免除等の通知が遅れがちで内容判りにくい
- ③大災害に際し人と人との交りの暖かさは胸にしみる
- ④巡回診療にあたっての特別な身分証明書の必要性を感じた
- ⑤患者著減で苦慮した
- ⑥従業員、地域住民の協力に感謝
- ⑦500年に一度の地震のため毎日準備など出来ない

2 医療情報検討委員会答申 (平成8年2月21日)

諮問事項：「災害時における情報収集と情報伝達のあり方」

1 はじめに

今回の阪神・淡路大震災は、平成7年1月17日早暁、突如として発生し、死者6,300有余名（避難所生活が原因で病死した2次犠牲者を含む）、負傷者多数という我が国災害史上未曾有の大被害をもたらした。

これには、地域において震度7（激震）かつ都市直下型という想定だになかった大地震であったこともあるが、このような大災害時に迅速かつ的確に救援・救助を行うために、まず被害等の情報を迅速かつ正確に把握することが重要であったが、この手段となるべき電話等の情報通信基盤にも甚大な被害を蒙ったため、初期活動に支障があったことも否めない事実であった。

本会においても、緊急時医療活動を展開すべく震災直後から本会役職員並びに被災地区医師会、医療機関の安否の把握、更には救援・救護活動、検死活動、患者の搬送等に関し、郡市区医師会、関係団体等に電話・Faxにより連絡をとったが、通信不能のため困難を極めた。これは被災地区、被災外地区の郡市区医師会においても同様であったと思われる。

被災地区の医療機関も、この影響をかなり受け情報から孤立の状態であった。本年6月、兵庫県が被災地区の医療機関を対象とした災害医療についての実態調査において回答のあった病院の60.1%、診療所の47.9%が診療機能を

低下させた主要原因に「電話回線の不通及び混乱」を上げている。

2 検討結果

このような大災害時に迅速かつ的確に救援・救助を行うためには、まず被害等の情報を迅速かつ正確に収集・伝達することが重要であり、このための適切な災害時医療情報システムの確立が必要である。このシステムでは医療機関、医師会、消防本部、市町村、県及び関係各団体等の連携（ネットワーク）が必須であり、現在県等の各研究会で活発な検討がされており、本会においても各委員会で災害医療のあり方が検討されている。本委員会では、これらの結果を統合した災害時医療情報システムの実現化を図るべきものとし、本委員会では今回は主として医師会内部における情報処理のあり方はどうあるべきかについて検討を行い委員の意見をとりまとめた。

1) 情報基盤の強化

①情報伝達手段の多重化

前述のとおり、電話（Fax）等にはかなりのダメージを受けたが、無線系携帯・自動車電話では送受信無線基地局等に約100ヶ所以上の被害がでたが、電波が半径1.5km程度届くため、移動して別の基地局を利用するこ

とで通話が可能となった。

また、衛星通信も地上の被害とはほとんど無縁であり、パラボラアンテナなどの送受信装置があれば、どこからでも電話がかけられた。現に社内通信網に衛星通信システムを利用している企業は被災地との連絡が確保された。

この他には、NIFTY-Serve、PC-VAN、People等のパソコン通信・インターネットも震災当日から震災関連情報の掲示板等を確保し、安否情報等の書き込みが多数寄せられたとのことであり、その効力を発揮した。(ただし、これらについても電源、機器の損傷がないことが前提になる。)

このことから、考え得る限り多角的な情報伝達手段を採用し、それぞれが補完関係となる体制を整備すべきである。

これに関し、それぞれの震災時の各条件における有効性並びにコストについて検討を行った。

②情報拠点の分散化

今回の震災では災害時医療体制の中核となるべき本会事務所が被災地となり、震災直後数日は情報の収集、発信に手間取った。

このことから、本会をメインとし、機能代替を可能とする情報サブ拠点(複数)を設置し、加えてメインから情報が速やかにサブ拠点に伝達できるような手段を講じべきである。

2) 必要とする情報

今回の震災の経験により、大災害発生時において本会としては次の情報が必要と考える。

2)-1 被害(全体)情報

医師会として災害時初期医療活動等を立案するにあたり、規模・地域(被災地・被災地外)の災害の全容を把握する必要がある。(これらは県等各機関との関係により得ることとする。)

2)-2 医師会情報

医師会として具体的に医療活動等を実施するにあたり、下記の情報を把握する必要がある。

①安否情報 医療機関・会員・郡市区医師会

②診療可否情報

空床状況・対応可能な診療科目・手術の可否等

③人材(医師・看護婦等)、医薬品、医療機器等の応需情報

④ボランティア情報 派遣並びに受入先・内容

3) 情報の収集・処理

大災害発生直後の混乱期にあつて、必要とする情報を迅速に正確に掌握するためには、まず会員が積極的に情報提供をしなければならない。そして、これら情報の統括的処

理を行い、『医師会としての活動決定』並びに会員、郡市区医師会はもとより行政、一般住民、マスコミ等に『情報提供』が出来得るようなシステムを構築する必要があると考える。

前項において、必要とする医師会情報のファーストチョイスとして安否情報を上げたが、医師会として緊急時医療活動を開始するためにも、まずこの情報を容易に掌握する必要がある。

このひとつの手段として以下の音声応答装置(シティアンサーmini α)システムを提案する。

4) 音声応答装置(シティアンサーmini α)システム

音声応答装置は、災害発生時の医師会一会員間の緊急連絡・安否確認を双方向でしかもタイムリーに実施できる。かつメインが破壊されても、サブで下記の機能を確保でき最も適当な手段と考える。

①24時間連絡対応がとれる

「24時間自動運転体制で「いつでも」集中的な連絡ができる。」

②遠隔操作が可能

「電話機から遠隔操作機能で、必要時に「どこからでも」緊急指示が送れる。」

③再発信ができる

「再発信機能で、不出の場合「自動的に再発信」ができる。」

④応答情報の収集ができる

⑤確認リストが出力できる

「再発信の電話で確認がとれなかった場合、「発信確認リスト」が作成され、対応が迅速に行える。」

⑥会員からの連絡を自動的に受けることができる

⑦電話、FAX、携帯電話など多様な通信手段に対応している

なお、このシステムは災害時のみではなく、平常時においても医療情報システムの一環として、各種の情報提供や医師会一会員間の各種連絡事項の伝達手段として活用できると考える。

3 おわりに

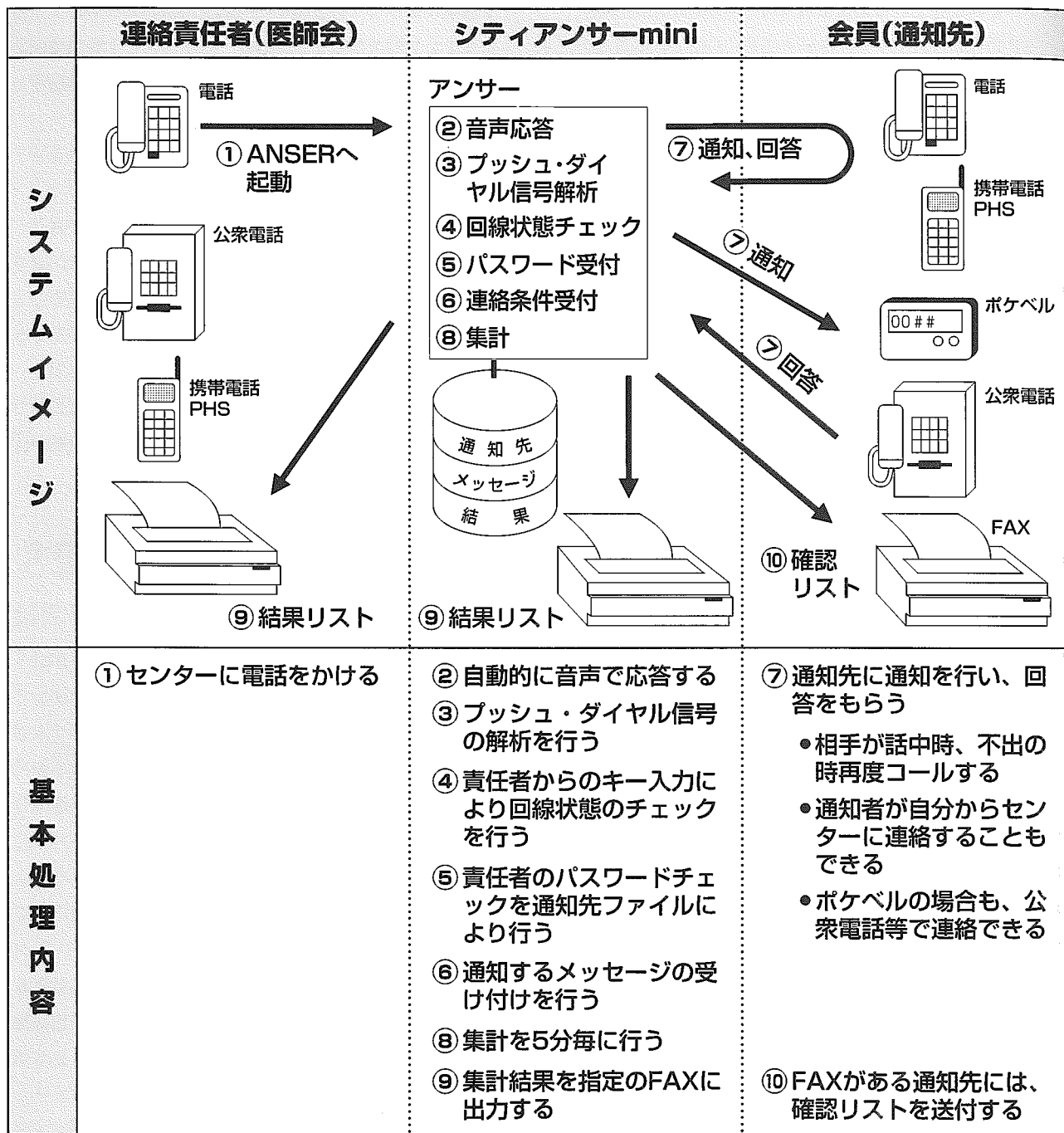
この答申においては、災害時における情報収集と情報伝達のあり方につき、特に医師会内部での基本的方向や手段について提言した。

なお、災害時のマニュアルを作成し、情報収集・伝達の訓練を平素より実施することが必要である。災害時、音声応答システムにより収集された医療情報を県医師会として関係機関及びマスコミを通じて一般住民に提供することも大切である。

音声応答システムを柱として、今後、医師会としての全体的な災害時医療情報システムの構築を図っていくことを

提起するが、行政等とのネットワーク、更には本会の財政事情等を充分に考慮する必要があるものとする。

音声応答装置(シティアンサーminiα)システム 運用イメージ



阪神・淡路大震災

1年を振り返って—対応と反省、課題



日 時●平成8年1月17日

会 場●兵庫県医師会館

出席者

兵庫県医師会会長	瀬尾 攝 (尼崎市)
兵庫県医師会副会長(司会)	石戸 力 (神戸市兵庫区)
兵庫県医師会副会長	橋本 章男 (明石市)
兵庫県医師会副会長	加古 康明 (西宮市)
兵庫県医師会常任理事	岡田弘三郎 (神戸市垂水区)
兵庫県医師会常任理事	水野 博二 (西脇市)
兵庫県医師会常任理事	前田富士夫 (神戸市須磨区)
兵庫県医師会常任理事	西村 亮一 (尼崎市)
兵庫県医師会常任理事	永井 晴男 (宝塚市)
兵庫県医師会常任理事	瀧谷 泰博 (姫路市)

1996年1月17日、阪神・淡路大震災からちょうど1年がたったこの日、兵庫県医師会理事会による座談会が行われ、この1年を振り返って、県医師会が直面した事柄、その対応、反省点、そして未来へ向けての課題等について、率直な意見を交わした。

被災しながらも、地域医療に貢献

●石戸 力 (司会・兵庫県医師会副会長)

本日はご多忙の中、お集り頂きありがとうございます。只今から、阪神・淡路大震災に関する兵庫県医師会としての座談会を行います。

ちょうど震災から1年経ちました。この1年を振り返って、まず会長から総括的な所感を頂きたいと思います。

●瀬尾 攝 (兵庫県医師会会長)

最大の反省は阪神間では地震がないと言われ続けていた事でしょう。後程、東海や関東での話を伺ったところ、地域の住民や医師会等では、震災に対しての普段からの心構えや危機・管理意識などが相当あるようです。ところが、阪神間では全くなかったということが最大の反省だと思います。ですから、災害に対する危機管理意識を今後、どのように持っていくのかということが、反省の基本だと思っています。

兵庫県医師会といたしましても全く経験したことのない体験ですし、恐らく今後も、まず二度とないだろうとも思います。兵庫県以外の医師会にとっても、まず経験されることはないであろうと思います。我々の経験は大変貴重なことで、後世の医師会に反省、経験として残すことが大切であり、全国、あるいは世界の医師会に正確に伝える必要があると思います。

今日でちょうど1年ですが、現在、診療不能の所が62、診療を廃止された所が42もあります。兵庫県内では、まず未だ回復していないということが最大の問題です。診療再

開された会員の中には、全壊・半壊された方も600から700あり、そういう非常に困難な状態の中で診療再開されており、まだまだ不完全な状況で診療に努力をされている所があります。『再開したけれど患者さんが一人もこない』という所もあり、これは開業医にとっては致命的な問題です。これを1日も早く復興させるということが、兵庫県医師会として、何をおいても第1の問題だと思いますし、皆さん努力して診療にあたっておられます。

首都圏あたりでは1年経ったから阪神大震災はもう終わりで、片付いたというような声もあがっているようですが、災害に対する復興はこれからだと思っています。医療でいうならば、応急処置は済んで、命を取り留めたんだが、これから手術をして元気な体を取り戻すことが、今後必要なことだと思っています。



今日、県の追悼式には皇太子ご夫妻、総理大臣、全国の方々が来られましたが、全国の評価は1周年以降は急激に薄れていくだろう、世間の関心から薄れていくであ

ろうと思います。しかし、実際はこれからが大事なことで、兵庫県医師会では十分に対応していかなければならないと思います。

地域医療、かかりつけ医など、今まで医師会が基本としてきたことが、この大混乱の中で我々が予測もしなかった形で、大きくクローズアップされてきました。たとえば、医師会の機能が麻痺している間に、実際の被災地の医師会員の人は、自分の家、診療所、診療施設等がつぶれながらも、押し掛ける患者さんの救急、救命に家族ぐるみで当たってこられました。これは殆んどの医療機関が対応されたことです。“地域の住民の健康と生命は、医師会が守る”という医師会の基本が図らずもここで発揮されたと思います。

我々はかかりつけ医という考え方を大事にしていますが、仮設住宅等に入居された被災者が、遠くても時間をかけて、高い交通費を払ってでも、どうしてもかかりつけの医者に診てほしいと訪れています。先日のシンポジウムでもボランティアがそういう話をされていました。予測もなかった極限の状態で、当医師会が大事に思っていることが図らずも発揮された、大きな収穫だったと思います。

●司会

ありがとうございます。会長の全般的なお話に基づきまして最初の時点から振り返り、反省しながらお話を続けていきたいと思います。

一瞬にして家屋の崩壊などがあり、会員も9人の方が亡くなった訳ではありますが、まず、被害の状況につきまして、医療機関の被害状況、それがどのように復興してきたのかということを西村常任理事からお伺いしたいと思います。



●西村亮一（兵庫県医師会常任理事）

1月25日、震災後1週間経った時点で最初の集計を行いました。被災地区の医療機関の総数は2900あり、そのうち診療不能の医療機関が973あり、あとの2000近くの医療機関はすでに25日時点では診療していたわけです。次に震災後1ヵ月、2月20日の集計では、診療不能の医療機関が294に減っております。1ヵ月程で、かなり診療開始が増え、3月では診療不能は205となりました。その時の全壊



は188、半壊は247という数字が出ておりましたが、時間の経過とともに診療不能の医療機関は徐々に減り、逆に全壊・半壊の医療機関は調査が進むにつれてどんどん増えてきました。さらに、4月の時点では全壊は207、5月の時点では全壊は300、半壊は300、診療不能の医療機関は急激に減り、136となっています。ピークは12月で、全壊の医療機関が336、うち病院が12、半壊は409になっています。

全壊・半壊しながらも徐々に診療機能を回復してゆき、現在では診療不能62、医療機関廃止42あり、震災前から比べまして100以上の医療機関が減少したということが言えます。全壊・半壊の中で、かなりの医療機関がその機能を発揮したということが分かります。今後は、全壊・半壊した医療機関、診療不能の医療機関の回復と、やはりこの問題をかかえて地域医療を元通りに復活すると言うことが大事だと思っています。

●瀬尾

診療不能の医療機関はこれから診療再開するのか、または廃止するのかどうなのでしょう。

●西村

診療不能の医療機関は再開したいと考えておりますし、廃止の医療機関は、亡くなられた方9人、廃止に基づき他の医療機関に勤めている方が42名おります。再開にあたりましても、必ず元通りに復興したいという希望があるけれども、何らかの理由でまだ再開できないようです。

●司会

最後に残された診療不能の医療機関の動きは後程復興の所で述べていただきます。

次に、地震が起こって非常時の間、周辺の医療機関に、全・半壊している所にも患者が押し寄せるといった状況でした。混乱した中で、地元の医療機関がどのような活躍をしたのか、あるいはそれについてどのような反省点、問題点があったのか救急担当の前田常任理事にお話を伺いたいと思います。

●前田富士夫（兵庫県医師会常任理事）

「西村先生が言われましたように、全・半壊の医療機関が

あります。私は別の観点から数字をあげさせていただきます。

県内の一般の被災家屋数が 113万2058軒で、そのうち全壊の一般家屋は11万2191軒で9.9%、これに比べて被災地区の医療機関では総数2983軒のうち全壊が336軒で11.3%、半壊では、一般家屋10.9%、医療機関12.7%で、私どもの予想では、医療機関は損壊はあまりないと思っていましたが、数字で示すと一般家屋より多いことに驚きました。それと一部損壊では、被災地域のほとんどの医療機関が当てはまります。建物には損壊はなかったが、医薬品、医療機械等が破損したというのはほとんどでした。このような状況の中で患者さんが詰めかけてきたわけです。

ここで一番の問題は情報網レスで、はっきりとした情報が入って来ないことでした。マンパワーが不足し、混乱していた医療機関もあれば、そのわずかに離れていた場所の医療機関では受入れ体制を整えていたが、患者が1人も来なかったという所もありました。また、応援を求めるについても、どこがどの程度やられているのか情報が全く不足でした。だから限られた労力で、自己完結的といいますか、脊髄反射的にといいますか、精一杯の医療にあたりました。備品、医薬品、機材など限りがあります。患者数の把握、これも出来ていません。薬品がない中、外傷に対する応急処置等していましたが、その薬もなくなり、患者にとっても気の毒な事態だったと思います。今回の震災を考えてみて、いかに立派なシステムができようと、しっかりとした情報網がないと意味がないということがわかります。会長がおっしゃったように、かかりつけ医というか、末端で、押しかけてくる患者に対応しなければならなかったわけです。時間がたてば、救援体制もできたのですが。この震災にあたって、各医療機関の方々に努力していただいたと思います。

●瀬尾

確かに、震災発生直後、外部から応援が来る前に、支えたのが第一線の民間医療機関でした。一部長田、灘などは集計できなかったが、後日調べると、発生5日後で10万人を診察し、1万人を入院させています。民間の医療機関で、主力で頑張ったということを知って頂きたいですね。

●前田

それと患者の搬送方法についても、どこへ、どのように搬送をするのか、あるいはどのような手段で搬送をするのかを考えねばならないでしょう。搬送する手段で救急車は当てにならなかったし、ついて来た患者さんの家族の車など、民間の車で闇雲に搬送した訳ですけれども、これに対する交通事情の特典は何もありませんでした。せめて救急扱いで搬送が行われていれば、もう少し良くなっていただ



ろうと思います。

今回の震災で、応援医師、応援医療職員の問題点は、住居地で被災され、診療所と住居地との距離がかなり離れている医師は、近くの医療機関に応援に駆けつけたが、面識がない為、『どこそこの勤務で何々を担当しております、〇〇と申します。』と、いちいち報告しなければならない非常に不便な状況だった点です。これは考えなければならない点だと思います。身分証明ICカードを作りましたが、今後はそういうことで、飛び込みやすい、連携プレイの出来る体制作りが大きな課題になると思います。

また、行政がヘリコプター搬送について大幅にPRしてきておりますけれど、今回の震災に関してはヘリコプターはダメだと思いましたね。普段からヘリコプターを使いつけてなければ使えないし、たとえ使いこなせていてもヘリポートがどこにでもあるという訳ではないし、そのヘリポートまでどうやって患者を搬送するのかという問題等があります。今回でも20数機ありましたが、この20数機を誰が掌握してコントロールして行ったかということになりますと、コントロールタワーがない訳でして、勝手にやっていたということと、むしろ近隣の病院に搬送をすることが大事だと言うことが、これからの課題となるのではないかと思います。

これからの課題は、やはり壊れない通信網、情報網作りであって、これらがしっかりしていれば、医師会の素晴らしい救急体制が出来たのではないかと考えております。

●司会

もう一つ初期の我々医師会員として、検死があります。瞬時にして家が潰れて亡くなった方などが5500人、関連死を入れますと6300人といわれていますが、犠牲者に対して警察の方から検死の要請がきたわけです。それについて、加古副会長からお話を伺いたいと思います。

●加古康明（兵庫県医師会副会長）

神戸市では監察医制度をとっておりますが、これから述べるのは平成7年6月現在、兵庫県警の調査によると、5480件の検死があったうち監察医による死体検死数は2340件、ボランティア等の医師によるものが486件、医師



会員による検死数は総数2654件におよんでいます。西宮では夜中の2時、3時位迄検死をされた方もあります。検死も医師としての重大な義務であることを認識させられました。

この記録からみて、医師会の検死の数は大きいものでしたし、初期医療も同様に一般の先生方、医師の活躍、それに応じて民間の先生方がよく動いてくれました。

西宮市消防の救急隊は、救出と救護に手を取られて、救急である医療機関を孤立させたことを反省点としてあげています。それぐらい当時の初期医療は、医師会会員である民間の方々が大きな力を発揮された。やはり地域の救急は、公立病院だけじゃないと私は思っておる次第であります。

●瀬尾

今お話があったように、どんどん患者さんが押しかけて、救急医療にかからないといけないし、一方では検死への要請もありましたが、そのあたりのジレンマについてはいかがですか。

●加古

西宮の場合は、医師会の本部に私自身が待機し、要請がでたら出勤可能な会員に連絡を取って出てもらうという現状でした。とくに18・19日には、非常に検死が多い状態でした。

避難所での救急医療班との連携

●司会

検死については、会報に寄せられた会員の声からみますと、明石、姫路からも来ていただいたり、大変な時期で、会員の方が社会的貢献を果たしたと思います。初期に医療機関が活躍した、また活躍せざるをえない立場からのお話は、これで終わらせていただきます。

次に2、3日が経つと、避難所、救護センターがあちこちに出来まして、それに向けて救護班等が、全国各地から入って来ました。自衛隊、日赤、公的病院などは、行政サイドで入ってきたわけですが、我々医師会員としては、郡市医師会との連携、それらの支援が大きかったと思います。

そこで、どういう連携を取って医療班が避難所に対して

医療活動を行っていったのか、順番として行政との連携、対応につきまして、まず会長から伺いたいと思います。会長には、当時、交通事情が非常に悪く神戸に出て来れない状況下で、指揮をとっていただきました。

●瀬尾

今度の震災の反省点のひとつに、電話を中心とする通信連絡網がとぎれてしまった問題があります。ほとんどの電話がパンクしてかかりませんでしたね。勿論、電車、道路をはじめ交通網がストップしたので、県医師会に行こうと東灘までは行きましたが、辿りつけずに帰らざるを得ませんでした。県医師会への電話もやはりパンクしてかからない状態でした。ですが、自宅の大阪局では比較的電話がかかりやすかったので、神戸で連絡が取れない中にいるよりは、むしろ尼崎で第2の司令塔、電話の拠点として待機した方が良いと判断し、最初の3日間は尼崎の自宅で連絡係をやりました。

行政から最初の連絡があったのは18日の朝で、県保健環境部の川村部長から連絡があり、『全面的に応援をしてほしい。また、医師会で必要な物資等があったら、行政からも協力するので、緊密に連絡を取り合いましょう』という内容でした。それから毎日、県が厚生省に報告する資料を私の所へもFAXで流してくれました。

厚生省は19日午後に、保険局医療課長から電話があり、『今度の大地震で厚生省としても緊急措置として、保険証なしでも保険診療します。カルテ等がなくなった医療機関も概算請求概算払いの方法を取ります』との話がありました。

さらに19日に健康政策局指導課から『現地に厚生省の対策本部を作ります。国立神戸病院に置きます』との連絡があり、私は『それよりもっと中心地に近い、県医師会館に作れませんか』と提案したのですが……。

厚生省の指導課から技官らが本部にきましたが、1週間ごとに交替していくわけです。本業をいつまでも休むわけにもいかないという理由らしいのですが、これも問題があると思いましたがね。現状の細かい認識が出来ない状況で次から次へと交替しなければならない。この点については、大きな問題点とっております。

日本医師会からは、たまたま大阪に帰っていた糸氏常任理事から、震災の当日に連絡がありました。やっと日本医師会の副会長と連絡が取れ、『日本医師会是对策本部を作るので、兵庫県にも対策本部を作ってくれ』と言われ、県医師会に指示をしました。それで、以後日本医師会は坪井副会長と、石川常任理事が、窓口ということで泊まり込みをしてくれました。

大阪府医師会では、20日、近医連会長会がありましたの



で、私は阪神電車が甲子園まで通ったので、それで行きました。村瀬会長も駆けつけ、大阪府に近医連の対策本部を作り、医師会関係の連絡は大阪府医師会を窓口として連絡をとることになり、それが外部との連携の最初です。

●司会

厚生省の対策本部が出来ましてから、救護センター等も県との連携がうまく出来て作られていった、そういう流れになろうかと思います。

日本医師会から村瀬会長と石川常任理事がお見舞に来られて、神戸、阪神間を回られました。その時同行していただいたのは、橋本副会長でございました。橋本先生も明石から大変時間をかけて山のほうを抜けて、毎日県医師会にきていただいたのですが、その辺のお話を伺いたいのです。

●橋本章男（兵庫県医師会副会長）

26日に村瀬会長らが兵庫県へ来られました。まず、神戸市役所で市長に会ってもらい、ついで県庁へ行き知事と面談後県医師会館に来ていただきました。それから神戸市の医師会に行きまして、神戸市医師会の先導で、各被災状況視察してもらいました。



振り返ってみて、最初に医師会に来た時、今から言えば行政からの連絡も、会長の自宅との連絡があったからそれなりに出来ていたと思いますが、私としてはあまりにもニュースが入って来ないという、イラつきがありました。これは反省なんです。18日に東灘の私の友人から、避難所での情報として『今かり出されている状態だ』ということ

でした。私は『とにかくどこへ、どの様に、また何が必要なのか調べて県の医師会へ連絡してくれ』と言ったんですが、彼も忙しく、連絡が取れなかったことと、彼自身も被災しておりますので、なかなか一般的な情報提供ができなかったということがありました。センター側としてはいわゆる震災の被害状況、もちろんマスコミ情報もありますが、どこの道路が通れるのか通れないのか、それとも全く駄目なのか、被災住民がどの様な医療を要しているのか、そういった情報をその現場の統率者とセンターとの統率者との間で、細かい連絡が欲しかったですね。その時は出来なかったのですが、反省しております。

22日には厚生省の担当者会い、連絡を付けて、会長と本部との連絡を取ることが出来ました。

また、私どもの所属している医師会から連絡を頂きまして、東播の救援態勢を作ろうということで作ったんですが、現状が綱目にくく、どこに何をどの様にして出せばいいの、情報、ニュースが全くなかったので、指令の出しようがありませんでした。どの様に、どこの場所へという判断を速やかに行って行動をしなくてはいけないと、反省しております。

●瀬尾

他府県の医師会から『応援したいけど、どこへ行ったらいいか、救援物資を送るけど、どれを送ったらいいか』と、どんどん問い合わせは入ってくるけど、現場の情報が全くはいらないし、いくら電話をしても全くつながらない状態で、結局これが混乱するもとですね。情報網をどの様に確保するかということが、災害対策の基本だと確信します。

●橋本

近医連の救急の方でも、中核病院を作ってもらい、お互い交互に治療し合おうという企画が出来つつあるわけですが、まずは、地元がどういう態勢にもっていくかというシステム作りの方が、急がれるのではないかと思います。

●瀬尾

大阪府医師会は救護情報ネットワークがあるから、あの当時、500ベットがあるので患者を受入れられると連絡がありましたが、まず患者をそこまで搬送することが問題だったんです。搬送できなかったんですから。

●司会

地元の被災状況が情報としてはっきり掴めなかったことが、さまざまな方面との連携にも支障をきたしているということになろうかと思いますが、日医から会長に来ていただいて視察していただき、そのあと日医でも全国の医師会に呼びかけて、救護班の編成への動きになったと思います。岡田常任理事が、日医勤務医委員会にも出ておられますので、その点についてお話はございますか。

●岡田弘三郎（兵庫県医師会常任理事）

全国平等に調べないといけないので、県保健環境部の後藤次長にその旨お話しまして、全国の保健環境部が各々の県庁経由の出務の病院、先生の数等を調べて欲しいと申し出て、データをいただきました。それを一覧表にしたんですが、あまりにも多いのでビックリしたんです。

私は、各県庁の扱いだけを表示したわけなんですけど、それ以外に13大都市の連携、日赤、済生会、その他関連の全国ネットワークの病院群等、実によくやって頂いたと思います。



●司会

一方、兵庫県医師会も都市医師会に呼びかける、あるいは自発的に被災地へ応援に行こうということで、先程橋本先生からお話が合ったように、いろいろ予定して頂いて助けて頂いたのも事実でございます。たとえば言いますと、姫路市医師会が、検診車2台を芦屋と神戸市に派遣して、救援活動にあたっていたということがあります。

●瀬尾

震災のあくる日、藤森会長から『姫路から検診車で救援に行きたいがどこへ行けば良いか』と、連絡が入ったのが一番最初でしたね。

●司会

そうでしたね。そういう点で瀧谷常任理事をお願いします。

●瀧谷泰博（兵庫県医師会常任理事）

私は姫路市医師会副会長をしておりましたので、地元の医師会として救援活動をどのように行ったか、経過等を報告したいと思います。

1月17日に地震があった訳ですが、姫路市の北のほうに山崎断層があり、当初、その断層から地震が起こったのだらうと考えました。テレビを見ていますと、神戸が中心だということで、ビックリした次第であります。とにかく電話が通じない、県医師会とも連絡が取れない状況で、テレビにしか頼れなかったのです。姫路市医師会は、救援活動をしなければならないとの必要を感じ、県の医師会の話で『芦屋にドクターが必要だ』ということで、まず、ボランティアとして一人単独でどうにかして行っていただきま

した。

そして、19日に理事会が開催され、姫路市医師会として救援隊を派遣しようと決定したわけです。この時、どのような形で派遣しようということになり、医師会の検診車を利用して、これを拠点にしていったらどうだろうかということになりました。そうしますと宿泊場所がなくてもいいし、医師を派遣するだけでなく、看護婦、事務等一緒に行きますと、そこで診療が出来る。それと、検診車があると移動が出来るので、必要に応じて必要な場所で診療ができるなどの理由です。

他に、西部は被災が比較的少なかったという点で、姫路を中心に西播磨の医師会にも協力を呼びかけて、医師群、看護婦さん達と一緒に救援活動をしようということになりました。医薬品等に関して、岡山市医師会、広島市医師会からの申し出がございましたし、姫路市の夜間センターでも急遽薬を整えたり、行政援助をしていただきましたので、薬品を購入しました。

ということで、1月20日の金曜日に第1陣が、ワゴン車1台、検診車1台。ドクター1名、看護婦2名、運転手、事務各々1名というチームで行きました。道路事情がなかなか分かりませんので、姫路市役所が神戸に救援物資を送っており、これを先導にして行ったというわけです。しかし、芦屋まで8～9時間かかって行きました。



21日になると神戸市からも、要請がありましたので、同じ様な検診車とチームを編成しまして、兵庫区に派遣をしております。同時に、20日頃から、県の方から『姫路市の病院で、患者を収容してくれないか』という話がございます。急遽そういう病院を調べまして、20日から既に透析患者の受け入れをやっております。ということで、救援隊を派遣すること、それと、後方の病院として透析患者をまず引き受けたということです。

参加したドクターはボランティアとして、休診されて行ったということになります。病院の先生も出ておられます。看護婦は医師会病院とか、看護学校の先生等、病院の看護婦さんら随時ボランティアとして参加していただいております。それから、事務、運転手さんも医師会から派遣いた

しました。薬品は先程申しました応援物資、地元夜間救護センターから調達しております。このように救援隊を作れたのは、西部はあまり被害がなかったということと、姫路市は検診車を持っていたという利点があったと思います。

それと、いつ上げるかということがむずかしいですね。急性疾患の場合はいいんですが、ある程度慢性の患者さんになりますと、地元の先生方と競合することになります。芦屋ではスムーズにいきましたが、神戸では長引きまして、2月24日頃まで約37日間いたということになります。

地元受け入れ現場からの問題点

●司会

県下各地から応援に来ていただきましたが、そのひとつの実例として姫路市医師会の応援体制を説明していただきました。応援体制については、先程から話が出ているように、被災現場の状態がわからないから、いつ行ってもいいかわからない、また問い合わせても、もう必要ないという対応があったりもしたようです。また、引き上げる際にはどのように地元の医師会に引継いでいくかという問題点もあったのではないかと思います。福山市医師会が、震災当日に西宮市医師会に合流されて、救援活動にあたられたということがございます。受入れ現場での混乱など、実際に体験された西宮市医師会長の加古副会長の立場からその辺を含めて問題点を指摘して頂きたいと思います。

●加古

18日、朝の4時半頃、会長から連絡がありまして『県医師会には出れないだろうから、地元でしっかりやれ』と話を受け、それから毎日、朝4～5時頃なら電話が通じやすいので、その頃に連絡をとっておりました。

今、お話にありました避難所に対する救援活動という難しい問題が出て来ました。西宮市医師会の隣の部屋に市の保健管理課がございまして、市の対策本部の担当部長を常駐させました。保健所長とは携帯電話で連絡を取りながら、随時来所をしていただくという形で、三者で話し合いをしながら、救護班の入っていただく所を決めました。19日には既に、関西労災病院系、あるいは県内にある病院系、大阪北野病院、兵庫医大等が入っております。それと一しょに、NGO関西医療部会というのも入ってきております。チームで来られたところには対応しやすいのです。

福山市医師会からは、この19日に電話が入りまして、下見をするということで医薬品等の提供を受けました。この時は2時間弱ほど、市内の状況を見て回られました。そこで、『救援を出してもいいですか』ということで連絡をとられまして、21日に船で来られました。食糧、医薬品等を積んでキャンピングカーで来られ、香櫨園小学校に行っ



もらいました。

それで、福山市医師会の先生方が交替で食糧、医薬品を補給しながら拠点へ通って来られました。最初の日に『1週間でよろしいか、10日でよろしいか』という話が出ました。というのは福山市医師会が考えていたのは、西宮の場合では18日時点で6割以上の医療機関が、ある程度診療できていたということで、『それでは地域医療の邪魔になってはいけないので、私どもは1週間ほどで引上げましょう』という事になりました。その後、国土庁の医療チーム、自衛隊の阪神病院、高知の県立中央病院、自治医大等も入って来ましたが、シュラフザックを持ち自分達で医薬品等を持って来られ、また自分達で食糧、寝床等を確保していただきました。ところが、善意でおいでになっていたのですが、非常に我々の対応が難しかったのは、土曜日の昼から日曜の夕方まで1人で来られる、あるいは看護婦を連れて2人で来られる方ですね。ナップザックの中には、点滴やいろいろな物を詰め込んで来られる。そして、『どこへ行ったらよろしいのですか』とおっしゃるのですが、やはり、このコーディネートに困りました。それで、市の対策本部、あるいは保健所等と話し合いをしながら、そういった形で来られる先生方に、NGOに入ってください、NGOでコーディネートしていただきました。

災害時の避難所の医療について、非常に悩みました。先程申しましたが、ご自分で点滴を持って来られた方は、それを全部打って帰られる。そうすると、避難所の医療とは点滴までする医療なのか、あるいは本当の急性疾患に対する応急の手当なのか、この点が非常に難しかった。ある避難所では『今度の先生は注射もしてくれない』という文句も出て来るようになりました。その当時のことを考えれば、我々医師会もNGOであったと言えます。

それで、どういうふうな引上げ方をさせていただこうかということが、すでに25、26日頃から私の頭の中にありました。と申しますのが、地元地域で慢性疾患の患者さんに対する医療というものが避難所で行われても良いのかという点です。かかりつけ医師による医療の方が良いのではない

か、慢性疾患についてはむしろ避難所での応急救護班の医療ではないと、私はそう思っております。

1月29日にうちの会員の先生方に書類を送りました。書類で『避難所には医療機関や救護班等が入っているが、そこに医療に行くのではなくて先生方が住んでいる所の校区の中の避難所に出来るだけ行ってあげて下さい。健康相談等、いろいろな相談に乗って上げて下さい。』ということをお願いしました。一方、避難所の管理者宛には『西宮医師会医師の訪問について、避難所における慢性疾患患者診療相談のため、近くの西宮市医師会の各医師が、既に訪問している避難所もあるかと思いますが、右記に記載されてる避難所に医師の訪問が実施されますので、具体的な時間等につきまして、訪問医師とよく話し合いをされますようお願い致します』という書類を流しております。

そうこうしている間に、香櫨園小学校におられました福山市医師会が引上げる日になってきました。それに代って会員に順番で出ていただいて、ゆくゆくはその診療所の閉鎖に持っていくという形をとっていきました。ですから西宮に入って頂いた自治医大にしても、どこにしても必ず私は医師会で面談をしており、NGOにつきましても責任者が交替するたびに医師会に来ていただいて今後の方針、その他の話をしながら、避難所での救護班を引上げ、地域医療にもっていくという形をとりました。

●司会

西宮市医師会挙げてのバックアップ体制というのはよくわかったのですが、コーディネーターとしての医師会の立場はどうでしょうか。保健所がコーディネーターになって、医師会が入り、医療班が入り、3者が話し合いながら配置を決めていく、あるいは引上げ時期を話し合う。そういう形が望ましいわけですね。

●瀬尾

保健所と医師会が普段から密接に連携している所はスムーズにいったいるね。

●加古

先程申し上げたようにチームとしておいでになる所は別として、個々でおいでになる方は、保健所に申し込まれたり、医師会に言ってきたり、あるいは市の対策本部に言ってきたりしますね。この3者が話し合いをしていなければ、どうしても連絡が取れなくなる、勝手な動きを取られる、ということになるようです。

●瀬尾

医療のボランティアで一番大事なのは、姫路のように自己完結的に、車を用意して、医薬品、器具、食糧、寝床もきっちりと駆けつけてくれるというのが基本で、勝手

に一人で来て食糧や寝る所も用意してほしい等と言われるボランティアは困ってしまいますね。やはり自己完結的に動いてくれるようでない、かえって混乱の元になると痛感しました。

広報活動について

●司会

これで避難所の医療活動についての話は終わらせていただきます。

このような状況で、いろいろ予定していた会内の行事は中止せざるを得ない状況でした。その中で医師会は、災害対策をどの様にしていかなければいけないか、情報が不足する中での仕事として、広報活動がありました。その点について、最初は苦勞をしていましたが、おかげで会報は欠号なしに이었습니다。そのあたりのことから、担当の永井常任理事にお話を頂きたいと思います。

●永井晴男（兵庫県医師会常任理事）

会報の編集ですが、1月は交通機関が全部動いていないと言うことで休みましたが、2月からは広報委員会を開きまして、ほとんど全員出席で会報編集を行いました。しかし、やはり印刷所の被害、損害ということで、当初2ヵ月ほどはずれていましたが、半年ほどで正常に戻り追いつくことが出来ました。また、いろいろと会員の皆様からご意見、情報はいただきました。それについて会長から震災特集号をと言うことで、特集を作るに当たり、思ったより写真が不足しており、かえって多府県の方が写真を持っているのではということで、全国各医師会に協力をしていただいたりして、資料、写真等が集っております。



広報活動と致しまして、特集号でひと区切りをして、今後どの様な活動をしたらいいかと考えておりますが、先程から話に出ております診療所が開業できないという事情も、今後アンケートをとる等して、被害対策を考えたいと思います。これは、資金面もあるかと思いますが、それだけではなく、診療所を建てて開業しても、患者さんが一人も来ないという状況になりうるということも考えられ、そういう事情もお聞きしたいと思っております。

また、1年以内ではとまらないと思いますので、各種委員会のデータを今後集めて、何かの機会に抄録集のようなもので報告すべきではないかと私は思っております。その節は皆さんに協力をお願いしたいと思っております。

多数寄せられた義援金

●司会

ありがとうございました。

それでは、次に日医の線、個人的な線など、義援金を頂戴した訳ですが、これらをどのように活用しているのかあらましの説明をお願いします。

●岡田

全国からの多額の義援金を頂きましたが、日本医師会経由と、直接兵庫県への分と両方合わせて46都道府県からいただいたのは、約6億4700万円です。そして、兵庫県の中の被災を受けなかった、主として西部ブロックから約2600万円頂戴しました。明石は、被災を受けていましたが、いただいております。それから、各種団体・個人等から約2000万円頂戴し、全部で7億円余になりました。頂戴した金額と会員数から概算すると、全国のA会員1人平均1万円、又兵庫県は1人平均2万円を拠出していたことになります。

そこで、この約7億円というお金をどういう風に使わせてもらうかということですが、被害者が少なかったら現金で見舞金という方法もいくらでもあったのですが、

200万円以上の損害申告者が709人ですから、当時会長のご意見もあって、借入金の利子補給と云う方法で復興に努力している人達のために大部分を使おうではないか、という事になりましたので、義援金の約84%は利子補給の財源として計上しております。つまり約5億8000万円の義援金をどの様に使うか。具体的には2.5%1年6ヶ月の利子補給をまずしようということです。診療所では3000万、病院ではその3倍の1億円というのをとりあえず決めました。診療所の3000万円というのは、診療所がまず復活するに当たってほしい不満はなかるうかとの会長のご判断でした。確かにその後のデータで借入総額に対して、どのくらいが利子補給対象額であるかといいますと、約85%であり、借入金の大部分に利子補給が出来ていることになります。これは財源がある限り、延長して続ける方針であります。

そして、義援金の残りの約17%で、減免した会費の補填と、記録誌をしっかりとした物を作ることに費用に約1億円充当することにしております。

●瀬尾

最初、日本医師会から1億円頂いたが、会長から兵庫県

医師会の再建のために使ってくれと条件がついたのです。潰れた医療機関を復興して兵庫県の地域医療を作りなおそうということです。村瀬会長と私との意見の一致でこうさせていただきました。

課題を多く残した医薬品等の救援物資

●司会

救援ボランティア、義援金とともに、救援物資等も送って頂いておりますが、その受入れについて、また仕分け方等の問題があったと思いますが、その点について加古副会長からお願いします。



●加古

医薬品についての救援物資は、相当沢山ありました。それで県は、県の消防学校にその全てを集めたのですが、たとえば医薬品等を運ぶ際、西宮を通っていくので西宮で一番必要なものを置いていって欲しくないかと頼んだのですが、断られました。とにかく全部集めて一度消防学校へ持っていき、そこから保健所等の要請に応じて、各場所に配するという形でした。

ところが、西宮から消防学校までのアクセスが非常に悪く、行けば1日以上かかるという話が出て来て、やっと神戸市のサンボーホールへ持ってきたのです。こういう面ではこの度の医薬品に対する救援については、外部から相当数が入ったにもかかわらず、実際には非常に混乱していた。ただ、避難所等に対する一般薬というのは、その後かなり入り、『好きな物を持っていってくれ』という状況になりました。その他の救援物資に関しても、各市町に大変な量が入ってますが、テレビに出る避難所については溢れるぐらい物資が入ったが、場所によっては避難所でもまだ不自由していたという話も聞きました。

今後、こういう問題については、1カ所に集積するのではなく、沢山の拠点を作って、各々の拠点到置くべきだと、県の防災会議の中でも出てきています。2次医療圏という話も出て来てはおりますが、薬品の備蓄についても2次医療圏、あるいはもうひとつ小さな医療圏、という様な考え

方が出ています。そして、アクセス道路の確保が非常に大事であるということが、このたびつくづく思い知らされました。

また、我々の使う医薬品と、一般薬品との仕分けは、薬剤師会がやってましたが、人手のかかる作業で、あるいは救援物資に関しましても、多くの人手がいるということで、ボランティアの方々にも沢山きて頂いた。やはり、今回の医薬品に関して1カ所に集めたということは、残念だったと思います。

●瀬尾

この医薬品や救援物資については非常に問題がありましたね。大阪や岡山の医師会からトラックで持ってきたのを、兵庫県医師会へ持ってきてくれと言ったところ、県保健環境部の方から、医師会の分も全て消防学校へ持って行ってくれと言われました。しかし、実際はそこまで取りに行くのにアクセスがたいへんで、あまり役に立たなかった。そのうえ、救援物資が沢山あるにも拘らず、これは公的の医療機関にのみ使用するの、民間の医療には渡さないということで、医薬品が余って余って仕方がないような状況になりました。結局は備蓄した医薬品の処理を医師会の方で何とかしてもらえないかという話までありました。今後は、備蓄した医療品については考えなければならないと声を大にしていかなければなりません。

●加古

まったくその通りでした。『民間は保険請求するからだめだ』という建前のもとに配らないということになったようです。しかし結局、西宮では、市が持っている医薬品については、先日、県医師会の方に処分を依頼するということで、市医師会から会員へ必要な物をとっていただくという措置をとりました。

●水野博二（兵庫県医師会常任理事）

追加させていただきますが、たとえば、外国から医薬品の供給をしようという申し出がありましたが、厚生省等で外国製医薬品はだめだという決定をしたということを知っています。現在国内では随分沢山の外国製医薬品があるわけですが一方、緊急の場合でも、外国からの薬品の提供



等申し入れに対して、行政はそれを拒否している事実もあります。これもひとつの問題ではないかと私は思います。

●加古

私も、西宮市へ、アメリカの姉妹都市から梱包で20数本参りました。ただ、届いた梱包を開けてみますと、野戦病院で使うようなもので、整形外科的、また外科的なものがほとんどでした。それを会員に引き取ってくれと言ったんですけど、サイズが違うとか、使いにくいとか言われまして、今でも私どもの手元に残っています。ということで、必ずしも全く受け取っていないということでもありません。

●前田

医薬品の問題で、民間には使わせない、救護班で使うといったことがありましたが、ひとつ問題になったのは、現実には問屋から薬が入らないわけです。特にひどかったのは、感冒薬関係、胃腸薬関係、この薬が全部押さえられていて救護所へ行ってしまった。救護所へ行けば山ほど積んでいるけれど、一般の民間医療機関に来ている患者さんには薬がない様な状況もありました。この様な矛盾が生じているということで、今後考えなければならない事だと思っています。

●加古

西宮市の場合は、医師会のある建物に物資を入れました。それで足りない所にはその物資を持って行かせるようにしましたが、神戸の場合と西宮の場合は非常に状況が違ったということも大きかったでしょうね。西宮、尼崎は、大阪に近いので、西宮にはかなり物資が入りました。でも芦屋、神戸は道路事情が悪かったですから。

●永井

宝塚市でも、物資等は皆大阪から取り寄せております。阪急宝塚線が動きましたので、見舞いの品等も個人的に持って来てくれたりして助かりました。

医療機関の復興へ向けて

●司会

いろいろな反省、問題点が出てきましたが、これで震災に関連した医療活動等については、一応終わらせて頂きたいと思います。

次に、先程、西村常任理事からお話を伺いましたが、医師会員にしても、62カ所がまだ診療不能であり、一方で沢山の住民が仮設住宅に移っておられる。この両方が相まって、地域社会が復興できるということも含めまして、医療機関に対しての復興、地域住民に対しての復興、その辺の意見を伺いたいと思います。まず医療機関関係では、いろいろと融資の問題、あるいは保険、税金の問題等があらうかと思っていますので、県医師会が取り組んできました災害見舞特別事業、融資制度等について、岡田常任理事からご説

明願います。

●岡田

災害見舞金は、まず会長から自前でやろうとの方針が示された。そうすると当然財源に限度があり、また、医師会にルールがある。ルールというのは、1週間以上休んだら30万円というルールでした。そうすると、今回の場合、震災の翌日からプレハブを建てて頑張っている方は該当しない、水が出ないから休もうかという方には該当するという不合理なことが起こったので、理事会で、損害金額で判断することになり、当時私は、500万円以上の損害を対象に考えていたが、会長から200万円に下げろということになりました。調べますと該当者が709人になった。ルールにより1人当り30万円となり、709人分ですと2億1270万円になる。しかし、災害見舞事業の当時の持ち金は、積立金も含めて8300万円で、足りませんから、会館負担金という特別会計から1億5400万円を借りてきて、財源をつくって30万円ずつ709人の方にお見舞金として渡しました。

それから火災事業がありまして、火災1件に対して100万円とのルールになっていましたが、何年か前に制度を止めましたので、古い該当者のみが残ってるお金のみということになり、全壊および全焼はとにかく火災とみなそうということで、拡大解釈していただきました。財源が1200万円程しか残っていなかったのですが、対象者が全部で174口という多数であり、概算しますと、1人7万円弱しか当たらないという、大変気の毒なことでありました。

次に、各種融資の問題ですが、当時は低金利時代の直前で、地震の時は短期プライムレートがまだ3%であった。すぐにでもお金がいるということで、会長が大倉山の医療信用組合の理事長に掛け合って2.5%で貸して欲しいと話をしたところ、話がまとまり、OKしていただきました。これは、たいへん大きな好影響があったと思います。県の中小企業融資制度も2.5%、社会福祉・医療事業団は残念ながら3%でスタートしております。国民金融公庫も2.5%でした。本会の斡旋する事業というのは、残念ながら短期プライムレートに連動するようになっていたので、当時



は仕方がなく3.2%になっています。

ところが、秋になってガタッと変りまして、いっそう短期プライムレートが変わってきますと、県の医療信用組合では短期はそのまま、1.625%まで下がり、本会の事業もそれに並行して1.825%で、この2つが今のところ低金利で有利であるという状況です。

最後に利子補給に関して、どんな所が一番人気があったかということをご報告します。借入申込が一番多かったのは中小企業融資制度です。これは災害復興基金による利子補給がある、有利さのため、全体330件のうちの約半分145件がここに集まっています。次に多かったのが県の医療信用組合の融資制度で83件です。あとは残念ながら少なく、その他個人でいままで取引していた銀行との話し合いをするというのが81件、という割り振りでした。

それからもう一つ、融資制度の他に医療施設近代化整備事業という制度が、昭和52年からあって、当初は、救急に努力している病院相手にその救急部門を整備しようという事業でしたが、今度は初めて、厚生省の判断で診療所も救急に少しでも携わっていたら認められることになり、その金額は国が500万円、兵庫県が500万円、個人が500万円で、いくら使っても対象金額は1,500万円までということですが、しかし、国のお金を個人の資産の充当に使うということは今まで例にないことですが、これを診療所にも該当して頂いたわけです。

ところが、誰が該当するかということになり、救急医療に携わっているかというのが、昭和52年のルールなんです。それに在宅して当番の救急をやっているという文章がありますが、うまく合うように動いているのは西宮、芦屋で、これはうまく当てはまるので問題はなかったのですが、神戸に関しては、昭和47、48年から救急を独自のタイプでやっておられ、形としては休日に出務して急病に対して電話相談と云う活動のものです。それで、これは何とか認められたのですが、大変でした。日曜日に電話を聞いて患者の医療相談に応じた人は当てはまったが、こうして働いている人は1000人のうち550人なのです。残り450人の方は自宅で待機し、電話を受けた手配医師の指示で自宅で診察した。当日の出務費支給の関係から450人の人々は該当しないことになり、たいへんでした。今現在は会長等の働きかけでいい方向には向いていっているが、現在ではまだ答えが出ていません。

●司会

震災当初の対応に話が逆戻りするかもしれませんが、この震災に関する保険医療の特例というものがいろいろ出てまいりましたが、情報が末端まで行き届かないというような状況の中、どうでしたか。

●前田

この震災で、被災された方、保険証がない方、お金もない方、このような人達をどうするかということで、日医に厚生省と折衝していただきまして、県医師会からは1月21日に各都市（区）医師会の会長宛、被災者の保険診療、あるいは労災などの取り扱いについて、保険証がなくても、お金がなくても、患者本人の〇〇に住んでいたという申告だけで診療して下さいという通知を流しました。診療だけでなく、一般の医療機関では、今後、お金が貰えるかという問題が生じてくるので、1月22日には国保の支払は一時どうなるのかと、国保事務所も被災しておりますので心配でしたが、例年通り、概算で払えるのではないかとということで、平常どおり支払いをしますという通知を都市（区）医師会に流しました。

2月1日に今度は請求問題をどうするかということで、県の医師会において保険請求医療の取り扱い、兵庫県、神戸市の関係事務課、支払課、国保連合会の三者で、支払い方法を協議致しまして、診療所が倒壊してカルテが手元にないという医療機関はどうするのか、保険証が確認できない場合レセプトをどう作成するのか、一部負担金を支払えない人達をどうするのか、また、保険診療としての範囲、災害救助法との関係について、ダメージを受けて元の場所で診療出来ないの、仮診療所で診療している場合をどうするか、避難所へ行かれた場合の診療をどうするかということをもとめまして、2月3日に保険ニュースの号外を、医師会のルートを通じてと、また各医療機関に直送することの2段階で通達しました。この号外によって、災害救助法に指定された地域はどこであったか、保険証の確認出来ない患者や一部負担金等、カルテがなくなってしまっている概算請求等をどうするかということをお伝えできたと思います。

今回、国保連合会がダウンしてしまった、あるいは付近道路が通じていない等の状況下でどう請求を行うかということになりました。それで、特例として県下5カ所に出張受付を置き、そこへレセプトを提出して頂くことにし、2月27日に通知しました。それから、号外については一部負担金の免除はいつまでにするか、被保険者の資格確認をどうするのか、また、公費医療、労災等は、資格確認がなくても資格ある者として、請求して頂くことと決めました。3月には兵庫県医師会と、尼崎、西宮、明石、姫路の医師会館に分かれてそれぞれ請求して頂きました。

4月以降の減免についてですが、減免、一部負担金免除という言葉がふくそうしまして、初めは、支払い猶予という言葉でしたので、医療機関にとっても患者にとっても猶予とはどういう意味かと、長い間かなり混乱しておりました。

た。3月17日の保険ニュースでは、社会保険については厚生大臣が定めた日まで猶予する。低所得者に関しては12月末まで猶予する。国民健康保険、老人保険では12月末までと記載されています。

それで、猶予ということですが、4月1日以降には免除という言葉に切替わりました。国保の場合は、12月末まで、社会保険の場合でも免除になるということで、皆様に納得して頂きました。それについて請求方法も混乱を極めたわけですが、順次保険ニュースや号外でお知らせ致しました。

仮診療所へ一時移転して活動されている場合、今までのルールでしたら診療所廃止届けをしないとイケないのですが、今回は特例で近隣で継続して医療を行える状態であれば、仮診療所として移転先の届出をしていただければ結構だということで、ほとんどの先生方は医療を再開されています。

●司会

では、税務の方で永井常任理事にお願いします。

●永井

税金については一般の雑損控除等、そういったものは同じ様ですけども、診療所に関してはいろいろな質問がありました。白色の方は、全てを26条の経費に入れて貰う、いくら経費がかかろうがそのままということで、地震直後の会合で、白色の人は青色申告届けを出していただくことになりました。それと税務署の方でも、最終的に申告免除が5月15日までに青色採用届けを出していただければ、7年度については青色を認めるということです。ですから、措置法26条の経費差益額の中で収る修繕費はいいが、それ以上の場合には青色申告してもらいました。

先程の12月分保険診療報酬の仮払いのこととございますが、被災地は3月31日でしたが、それ以外はいろいろな問題で揉めました。最終的には4月末に国税局へ寄せていただき、修正又は更正等の届けをしていただければいいと、加算税については取らないということで解決しました。被災地の税務署はわりと友好的に考えて頂いています。

そして、今後の問題としては、7～8年度にかけて建替えや修繕等、たくさん消耗品等が出ております。消耗資産等、恐らく検討のつかない、バランスの取れない経費が出ると思います。被災地の税務署では、なるべく経費で落とせるように、その年の経費に落とすやり方でやっていただいたら結構ですということでした。それと、診療所の建て替えについては取得税がついてきますが、住宅については取得税は免税されます。この様に変な優遇されています。

この2～3日に発表されたことによりますと、百貨店とか三宮周辺のある程度のビルは、認めるということと、補

助金が出ますということですが、診療所については何も控除がない。公的病院ならお金を継ぎ込んで赤字を出す病院を作ってもかからないと、まあ診療所を作った場合は取得税等、全部払っていかなくてはならない、固定資産税も高くなります。医療機械も壊れていれば新たに購入します。今まで建物、機械等、償却済みでどうにか診療をしていた所が、今まであまり税金が掛らなかったのが、全部新しく替えてお金を出して、それで税金を取られるという状況です。これは何とかしていただきたいと思います。

地域社会復興のための医療の関わり

●司会

ありがとうございました。医療機関に対する支援の問題等、まだ他にもいろいろ提案しないといけない問題があるかと思いますが、この辺に止めさせていただきまして、次に地域社会の中での医療の取り組みについて考えてみたいと思います。現在、仮設住宅が669カ所あり、戸数にすると4万8300戸、約10万人の方が暮らしています。

そこで、こういう方々に対する地域に復活されるまでの我々医療のサポートについて、どうあるべきか、というところに話を進めていきたいと思います。

仮設住宅はあちこちに散在していますが、周辺に医療機関が少ない所の仮設住宅については、県と県医師会との間で仮設診療所を設置する取り組みが決まりました。その経緯ならびに、運営に関してお話を伺います。

●加古

県から周辺に医療機関のない仮設住宅で約300戸以上のところについて、仮設診療所を設けると、県下で9カ所に設けることになりました。

六甲アイランドについては、2,090戸、灘の王子で208戸、中央区のポートアイランドで1,050戸、西宮の名塩で426戸、西宮浜400戸、芦屋浜1,494戸と、これらの仮設住宅に対しての診療所を作る旨を、平成7年4月1日から平成8年3月31日までの1年間ということで話し合いました。

そこで、いろいろな所に、全壊した診療所の先生方に入っていただいているかどうかと検討して、ポートアイランド、大石東、芦屋浜、六甲アイランドにそれぞれ入っていただきました。西宮浜、名塩、西区の春日台、櫛野台、箕谷等についてはなかなか決まらなかったが、7月下旬には全てが診療を開始したということです。

これらの仮設診療所については、なかなか大変な作業のようでございます。実際には当初の厚生省の補助金は450万ぐらいでした。しかし診療所の仮設のプレハブのリース料が650万ということで、改めて不足分の機材費用を350万として約1千万円の資金で行うことになりました。その



後、日本馬主協会連合会から各診療所の整備事業に対する助成金というものが出るとのこと、県の方から申請しないかという話が出ましたので、申請をして先日東京に行っていたまいりました。1ヶ所当たり600万円位あると思います。以上が現在の仮設診療所に関するところがあります。

ただ、中には医療機器の機械設備ということも分かるけれども、道幅が狭くて寝たきりの方が沢山いるのに往診も困っている、ということで、ライトバン、ミニバイク等を往診用としてもらえないかとの、話も出ており、この様な中で診療をしていただいているというのが現状です。仮設診療所は、経営が非常に難しいということです。仮設住宅に入居している人の中には、かかりつけの診療所へ無理をしてでも行っている人が多いのが現状で、経営面でも非常にしんどいというように聞いております。

●司会

仮設住宅に住んでおられる方々への医療サービスは、周辺の医療機関、仮設診療所、元の居住地の医療機関などで支えられていると思いますが、慢性疾患を抱えた老人が多いという点を中心に、水野常任理事からどこにポイントをおいてやっていかなければならないかということでお話を伺いたいと思います。

●水野

まずはじめに一言申し上げたい。過去1年を振り返ってみまして、兵庫県医師会が災害復興対策本部と命名され、ほとんどの復興に関しまして、皆様が大変努力をされたと思います。最初に副会長から話が出ておりましたが、支援チームを組んでやろうということで、結局は出られませんでしたが、それは、交通の便とか色々な条件が重なっておったわけですが、兵庫県医師会は会員に感謝をすべきだと思います。役員だけがやった、被災地だけがやったというわけではなく、隠れた会員の協力も随分あったと思っています。

さて、私が応対しました中で、インフルエンザの発生ということに関しまして、マスコミが書き立てますし、非常

に懸念されたわけですが、ワクチンを65歳以上の避難者にしようと思いましたが、結果的には希望者があまりありませんでした。実施した地区もありますが、ご存じの様に、予防接種には予防接種法という法律がありまして、医師一人に対し、予防接種の人員が限られており、これだけの避難者に全国の医師が集まって、1人で20人ずつやっても間に合わないのではないかと、そういうことはやはり、このような混乱の中でやるべきではない、やはり急場のやる対策というものをやるべきだということで、希望者だけにしました。幸せなことに、マスコミの挙げた数字よりも、非常に少なく済み、接種人数は約2,600人程度でした。

その後、震災に関して、急場をしのいだあとも、いろいろな問題が起こってきております。マスコミが取り上げているのが、医療福祉であります。生活環境への変化や、避難生活、仮設生活が長期になってきますと、慢性期の病気が出てまいりまして、今までのかかりつけのドクターから離れたり、今まで継続していたのを中断した等というケースも多く出ております。一番は心臓、高血圧の循環器系であり、また糖尿病では、震災直後はインシュリン不足の問題等で、心理的なストレスも増幅してきた。また、ほとんど高齢者でございますので、寝たきりの方の増加、そのような問題も起こってくるでしょう。

今ひとつは精神科的な疾患、PTSD、PTSRという心の傷、精神的ストレス、心的外傷のストレス等の反応が、将来的に起こり得るであろう、中には心的外傷ストレス障害ということになる人達もいるわけで、これに関しても対策をたてなければならぬと思います。私は精神科的な専門医ではありませんので、行政と検討いたしまして、心のケアセンターの設置等を考えております。孤独が多く、精神的な問題だけではなく、見守るという態勢も必要であろうかと思えます。それから、話によりますと、仮設住宅等で朝から酒を飲んでいる人がいるということもありますが、結局精神的ストレス解消のためにのめり込んでいくというケースもありますので、やっぱり適正な医療をしなければいけない、その様に思います。

また特殊な医療も、震災のために中断いたしました。たとえば透析等の患者に対して、治療が出来なかったことで、あとのフォローが非常に難しかったケースもありますし、患者に対して難しい問題が出て来るのではないかと、これにどの様に対応するのか考えていかなければならないでしょう。

●瀬尾

確かに被災者支援会議でも仮設住宅等でのアルコール依存症がよく言われています。これはプライバシーがなくなってしまったという所にも問題があると思いました。それ

と、震災後の慢性疾患の患者さんのことで、津名郡では震災前後も、同じかかりつけの医師が対応しているから、震災後の影響といわれている心疾患、脳卒中の患者数が増えているというデータがあがっています

●司会

いま会長からお話がありました、被災者支援の会ですが、そこでもケアについてどうするかという質問も出てきました、その中のひとつに医師会としても相談窓口に、何でもいから相談を持っていくようにという方法も、会長の方から打出されております。それで、西村常任理事は尼崎で早速始めておられますので、ご説明をいただきたいと思えます。

●西村

被災者の心身の病気に対する相談窓口については、先程お話にありました様に、避難所での生活から669カ所の仮設住宅が出来た時点で、県医師会でも会長からご提案がありました。9月28日に早速各郡市区、被災した地区等を中心に、被災者のための心身の健康相談窓口を作ろうと呼びかけました。早速23の郡市（区）に対応していただきまして、神戸市に1カ所、市内9区の各区にも1カ所ずつ、それから阪神、三田、明石、三木、加古川、東播磨海と称している4市、姫路、淡路等の仮設住宅のある所にありますが、ただ仮設住宅に住んでいる方だけではなく、被災された方全般に亘っていろいろと相談が持ちかけられております。心の悩み、神経的なもの、地域医療に関する全般的なこと等、窓口があるというだけでも、被災された市民には心強いのではないかと思います。

被災者の復興会議が定期的に発行しております『復興かわら版』があり、23の窓口の利用の仕方等を掲載しており、更に広く利用していただくように呼びかけています。今後もっと利用が増えていくのではないかと思います。

●瀬尾

被災者イコール仮設住宅ではないということが、被災者支援会議の原則でしたね。今現在、4万8千戸の仮設住宅に約10万人の方がおられる。それ以外に、公営の住宅におられたり、壊れた住宅を修理して住んでおられる方が、約6万人おられるということで、先程のお話に、大いに注目をしないといけないと思えます。

●加古

西宮市医師会にも相談窓口を開いておりますが、相当な件数がございます。窓口で資料等おかせてもらっていますが、たとえば窓口に出向かなくても、電話等で話をしただけでストレス解消になっているということは、素晴らしいことだと思います。窓口に来てもらってから、という様なことでなく、とにかく心の内の話を聴いてあげるという

ことで、かなりのストレス解消になりとても大事なことです。

●司会

医師会としてもこの窓口に対しては注目しないといけな
いと思います。

先程お話があった様に、住んでいる仮設に医療施設があ
りながらも、遠くのかかりつけの先生の所に行く人が多い
わけです。近くの医療機関でも受入れの連携等が必要では
ないかということ、保険診療の上では、情報提供もありま
すから、元の医療機関は患者に必ず持たせておく等、患者
に対する医療機関相互の連携が大事だと思いますので、そ
の辺のところのお話を伺いたいと思います。

●瀧谷

被災者に限らず、かかりつけ医というのは健康保持や健
康増進に重要な役割を持っています。住み慣れた地を離れ
て仮設住宅等に移られたり、転居すると、従来のかかりつ
け医を失うことになりますから、地元から離れたくない、
時間がかかってもかかりつけの医師へ行くという様なこと
が起るわけです。従ってこういった格好で仮設診療所を
利用するかということが問題になるわけです。

日本医師会はここ10年来、病院と診療所とか、診療所同
士の機能連携を推進してきています。この病診連携は、被
災者等仮設住宅者にも当てはまるわけですから、病院勤務
医、従来の医師は、医療情報と一緒に患者の転居先の近く
の医師や仮設診療所の医師に紹介する必要性が生じてくるわ
けです。実際、これをするには、被災者の方々、従来のか
かりつけ医師、それから仮設診療所の医師、この方々の意
識改革が非常に大事でして、それがないと病診連携を阻害
する原因となります。

やはり地元の医師会が中心になり、仮設住宅も含めまし
て近隣の医療機関を紹介するとか、とくに機能の情報を公
開してあげないと、患者も安心してかかれな
いと思います。また、近隣の医療機関、専門医療機関等とチームワークを
取れるようなシステムを、作ってあげませんと、ただ近く
の病院に行きなさいというだけでは解決しない問題です。
その点、医師会の役割は非常に重要な事ではないでしょ
うか。

●司会

それでは最後に、反省点、提言については、それぞれの
お話の中でも出てきておりましたが、改めてご発言のある
方はいらっしゃいますでしょうか。

●加古

防災計画策定にあたって、兵庫県へ提出致しました事柄
から、少し発言させていただきます。

まず、情報収集、伝達網の整備ということです。情報セ

ンターのバックアップセンターが必要ではないかと考えま
す。そして、生活インフラの確保。創傷等の洗浄、手術、
処置、入院患者の給食等のため、電気、水道、ガスの供給
は必至であり、耐震性の配管による一般とは別系統の配管
が必要ではないでしょうか。

さらに、お話にも出ていたように、患者搬送網の確立で
す。道路事情の悪化を念頭に入れた道路規制、医療従事者
に対する道路確保、ヘリコプター搬送などの提言をまとめ
ています。

また、広域的なネットワーク作り、被災地以外からの応
援医師の受け入れシステムの整備も必要でしょうし、初期
災害医療については、一般私立病院、外科系有床診療所、
一般診療所への受診が極めて多かったことから、一般医療
機関の防災計画への組み入れが必要ではないかと思いま
した。

●司会

そうですね。このたびの大震災を契機に、県でも国でも
いろんな角度から防災計画を見直す会議がもたれていまし
て、県医師会の役員が参加していますし、県医師会の各種
委員会でも会長の諮問を受けて検討しているところです。

行政も医師会も一体となって、今回の犠牲を無にしない
ためにも未来に向けての提言をまとめてもらいたいと思
います。

皆さん大変熱心にご発言いただきまして、ありがとうご
ざいました。長時間ご苦勞様でした。

では最後に会長からまとめをお願いいたします。

●瀬尾

長時間、貴重なお話ありがとうございました。

去年5月に、当時の井手厚生大臣が来ました。8月には
前の森井厚生大臣にも会いました。その時私は『医療はラ
イフラインと同様、被災者にとっては大事ですよ』と強く
訴えましたが、本日、皆さんのお話を聞きながら、災害と
いうものに対しては、いかに医療というものが大事か、と
いうことを今更の様に痛感しました。

1周年を終えますと、阪神大震災に対する、温度差とど
もいいますか、我々と、我々以外の一般社会とでは、非常
に変わってくると思われます。しかし、問題はこれからであ
って、これからが一番大事な問題が出て来るんですよ。し
かも、これは兵庫県だけの問題ではなく、全国どこでも有
り得る大きな問題ですよと、我々が医療の立場から、全国、
あるいは全世界に向って、情報を発信していく必要がある
と思っておりますが、そのひとつの足掛りとしての、今日
の座談会であったと思います。

本日は本当にありがとうございました。

今年の桜はいつの間にか咲き、いつの間にか散ってしまいました。大震災以来3ヵ月、もう春は本格的です。

私たちはこの震災で余りにも貴重な大きなものを失いました。わけても9人の友を失ったことは悔んでも悔やみ切れない悲しみです。しかし一面、この震災で私は初めていくつかの貴重なものを得ました。余りにも高価な体験であったことも言わざるを得ませんが、私はこの震災の悲しみの中で得たものを今後も是非大切に護り育て、語り継いでいきたいと思っています。

その一つは、震災直後医師会の機能が麻痺してしまっている混乱のさ中に、被災地の会員の方々が、自らの被害を顧みることなしに直ちに救急救護活動に、さらには検死活動にまで全力をあげて取り組まれたことです。医師会からの指示を待つまでもなしに、「地域住民の生命健康は医師会が護る」という地域医療の基本理念が一人一人の会員にしっかり根づいていることを確信したことでした。

2つ目は、日医始め全国の医師会からの熱烈な応援・激励です。震災直後から日医はもとより大阪・岡山始め全国の医師会から相次いで応援の申し込みが殺到し、道路事情も困難な中をボランティア医師団、救済医薬品が到着し、情報混乱の中にもかかわらず大き

な成果をあげて頂いたことは全く予想以上の有難いことでした。その上日医の呼びかけで、全国の医師会員から予想を遙かに上回る多額の義援金が寄せられ、本当に兵庫県医師会にとってはこの上なく力付けられたことです。

私は率直に言って、これまで医師会という組織はかなり独善的閉鎖的な組織ではないかと密かに評価していた面があったのも事実です。今回の災害で寄せられた全国医師会からの熱烈な支援は、「お互い医師会同士、是非力を併せよう」という連携感が本当にひしひしと私の全身を打ちました。

こうした貴重な体験を次の時代にもしっかり伝えて、新しい地域医療を創りあげるために、その最も力強い礎としたいと念じています。

街には美しく飾った店が並びはじめ、かつての神戸ルックの女性たちも今やハイヒールでさっそうと闊歩しています。廃墟の春もようやく春たけなわです。

大震災発生以来の私の所感もこれで終わります。これからは新しい地域医療創りのために新しいページをめくらなくてはなりません。

では最後に、
こんなもん、負けへんで！

Voice 3月

阪神淡路大震災の記録のお願い 栗原 英世

1995年1月17日午前5時46分、予期せぬ出来事、地鳴りと共に突き上げる様な地震が兵庫県南部を襲い、瞬時にして家屋の倒壊、火災と大惨事を招いた阪神・淡路大震災が発生した。

すぐに兵庫県医師会にも災害対策本部が設置され、瀬尾本部長のもと日本医師会と連携を取られ活動を開始されました。

しかし、この度の大震災の被害は日を追うごとに大きくなり、激甚地域での市民生活は震災直後と変わらない「マ

ヒ状態」が続いていると聞いています。

医療機関の被害は、全半壊約440件、一部損壊は1,200件に及び、休診中と再開の見込みのたたない会員は207件を超えるということです。

こうした中でも、いち早く救急医療と地域住民への診療に当たられた地区医師会及び会員の御苦勞は大変なものであったと聞き及んでいます。改めて敬意を表するものであります。

県医師会は3月12日に臨時代議員会を開催し、「災害対

策本部」を「災害復興本部」と改め罹災会員への御見舞等についてご承認いただく事になっています。また災害の記録を残すべく御検討いただく事になっています。

大震災後40日余たった2月23日、広報委員会（出席可能な委員で）が開催され、この記録の元ともなるべき資料と

して、会員各位から原稿を頂戴する企画が決定されました。私たちの一生で一度あるかないかの経験をされた会員の皆さんの記録を少しでも多く御願ひ申し上げる次第です。

（姫路市）

Voice 4月

地震とその後の対策

大林 利治

少なくとも、神戸には地震はないだろうと、安易にお考えになっていた先生方は、私を含めてかなり居られたと思う、いやあるだろうと思われた先生のうち、何人の先生が活断層の事をよく御存知で対策をとられていただろうか。猪名川群発地震が何を物語っていたのか。今となっては予知力発想力の無かった自分に腹立たしい。

旅行疲れでいつもより早く床についたが、連休明けの1月17日の5時46分にドドーときた。上下動のさなか「何んだこれは」と云いながら動けなかった私は、次の横ゆれでベットより放り出されて、サイドボードの一部で右頬に傷つき、いまだに治療中である。妻に引き出されて窓外をみると、前の大邸宅がない、2～3日前の新聞紙でみた京都、大阪線上の地震の見出しをおもいだし、これは大地震だとさとした。西北に火柱が上りだした。

そのあとラジオ、テレビ報道では神戸市の大災害もさる事ながら、震源地の北淡路その他の都市もかなりの被害である。テレビでは色々の被害状況、避難所での話や復興についての報道の合間に、地震学者と称する人の一人がぼつぼつあると予想していたと喋っているのを聞いてムカムカしてきた。被災者が何十万と発生したのにボツボツとは何年先、何百年先、何万年先のことか又その場所は何処か、又それについてどの学会で発表し、どの様に賛同されたのか、その地区の行政にどの様に提言したのか、もう一度テレビで発表して欲しいし、そのときのテレビ司会者は責任をもって調査してほしいものだ。この地震を契機にして、マスコミは不倫とかゴシップにのみ興味をもつのでなく、その半分の時間でもよいから、悪徳政治家、業者や公僕という言葉の意味を知らない公務員の不正をあばいたり、その裏をとったりし警鐘を鳴らす事も必要ではないのか、他社の報道を借りてお茶を濁して、独自の調査をしている報道機関は余りにも少ないと思われる。私はマスコミに望みたい。もっと人間愛と正義の報道を主眼として、言論の自由の意味をよく知って活躍して、次世代に桃源郷の提供に

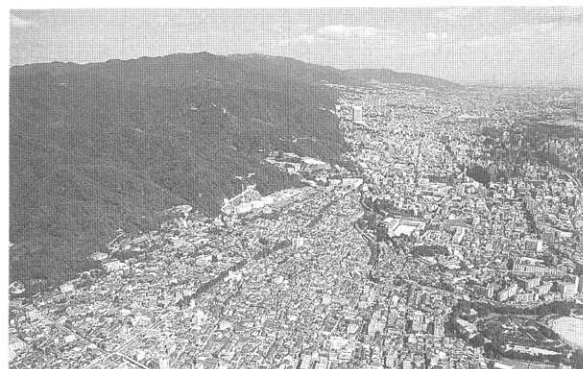
その大きな力を発揮する様望むや切である。

東京地方、東海地震予知連に対する何十億円の国費について会計検査院のコメントの発表もない、最近2～3年北海道、東北、九州に地震があり、又阪神・淡路大震災があったのは、まことに皮肉である。数年前何かの本でみたし地震後にも新聞紙上に出ていたが、ギリシヤ地震予知研究所を利用して3億円も使っていたらと思ってみたりもしている。地震予知についてまことにむづかしい政府識者の御努力を期待している。

さて3月11日土曜日の夕刊に大震災を芦屋市の自宅で経験した池辺展夫大阪市大名誉教授（82才）がこのほど東京で開かれた日本地質学会で21年前に「神戸で都市直下型地震が起る可能性がある」と報告したにもかかわらず、神戸市の施策に盛り込まれなかった経過を語った。当時土木学者から地震の危険性を軽視する発言があったとある。警告したのは市大理学部が神戸市の委託を受けて、1972、73年度に行なった調査を根拠にした74年の研究報告。六甲山周辺では有感地震がたえず発生している。多くの断層が市街地にも、延長していると「都市直下型の大地震が発生する可能性があり、その時には断層附近で壊滅的な被害を受けることは間違いない」としており、報告をまとめた故空間太郎助教授も「地震の調査と対策に十分な組織と期間を」と提言していた。だが土木専門家から「地質関係者は10万年単位で物をいう、心配はない」と否定的な見解が出て、市の行政施策には反映されなかった。池辺教授は学会でこうした経緯を公表し「われわれの警告は決して10万年単位ではない。空間君の指摘をきちんと受け取めてほしかった」と語った。そして徹底した活断層や地質調査の実施を求めた。以上であるが、我々はマスコミがこの研究報告をどの様に報道し、警鐘を鳴らし、施策に盛り込む様努力したのを知りたいし、土木専門家のコメントもほしいし、当時の神戸市政責任者のこの地震に対する感想を是非共おききたい。そして教訓を今後の復興に役立ててほし

いと願う一人として筆をとったが、5456人の亡くなった方々の御冥福と被災者の今後の御活躍を祈り、その1人として私も家族も頑張っている。

尚3月12日神戸新聞朝刊に六甲断層群に蓄積されていた地震エネルギーは、今回ではほぼ開放されたものの有馬高槻構造跡や山崎断層などに、かなりのストレスがたまっているとみられる。このため阪神間周辺を震源とする大地震再発の可能性を完全には否定し切れないとして楽観をいませめている。又震災を機に、将来は道路鉄道などの都市基盤施設や、学校、病院、役所といった拠点施設は重要度に応じた耐震設計とするほか、地震被害だけでなく風水害などにも対応できるよう、ライフラインは多角的なバックアップ機能を確保する様に阪神・淡路大震災調査委員会は提言している。又その横の紙面に立命館大の高橋学助教授（環境考古学）の調査によると、六甲山地は壊れやすい質の岩でできており、ここを水源として南三向かう河川はいずれも流れが急なため、大雨の際には土石流となって出水することが多い。六甲山麓の平野は過去にその繰り返しによって現在の地形をつくったという。高橋助教授は「地層の割れ目はいづれも、地震後数年以内の大洪水で埋まっている。今回の地震で六甲山の谷にたまっている土砂が雨で一気に土石流となるなどの大規模な水害が起きる恐れが十分にあり、地形からみて神戸市のフラワーロードや住吉川東岸は特に危険地帯、行政は地震対策だけでなく、今年の梅雨時の影響を見据えた対策を急ぐべきとしている。門外漢の私でも地震後の茫然としているとき、次の地震はいつ、どこで、又梅雨時水害はないだろうかと心配していたのだから、



行政の公務員にもかくれた賢明な方が多いと思う。兵庫県、神戸市等の今後の対策の中で、地震のみでなくむしろ水害対策を早急に立てるべきで、それも恒久的であり、十分に配慮されたものであるべきだ。我々が気を散らすことなく、災害復興に鋭意邁進できるように行政は努力を重ねて御支援を賜わる事により、今迄の多策油断の汚名をはらすことになり、又不幸にして亡くなった犠牲者にその本当の謝罪と誠意のある心のこもった供養ともなり、立派な都市に生まれ変わるのだから。

（瀬区）

有事斬然

安田 俊吉

人の心は移ろい易いものである。75日が記憶の新鮮さの限度とも言われている。阪神大震災が起きてからその期間が既に過ぎ、オーム真理教・サリン事件に大震災の衝撃が緩衝された感じがする。しかし、75日で忘れ去るには余りにも大きな災害が、厳然と残されている。

平成7年1月17日早暁は阪神・淡路に住む人達にとって、金色夜叉の貫一のように、忘れることの出来ない日である。悲しみと重い心は数年か数十年は、寄せては返す波のように我々の上にかぶさっているものと思う。それは、被災した人としなかった人の別なく阪神・淡路に住む人全てに共通したものである。

平均年齢の高い我々開業医にとって今度の災害は悪夢の

ようであった。その復興は容易なものではない。しかし、民間医療機関が大災害で如何に役立ち大切なものであるかと言うことを如実に示したのも、今度の大地震であった。民間医療機関が地域に万遍なく配置された医療体制が見事に効を奏したと見なければならぬ。民間医療機関が社会資本と目される所以である。我々はその社会資本を失ってはならない。

中国の教えに、六然と言うのがある。自らを処する事超然、人に処する事藹然。有事斬然、無事澄然、得意澹然、失意泰然の六然である。どんな時も余りばたばたするなど言うことであろうが、有事斬然だけは少し違って、有事にこそ働いて事を斬新にすべきであるとしている。有事茫然

であってはない。

災害復興は斬然として行われなければならない。医療の復興も、復旧ではなく、斬新な再生を目指すべきであろう。

その方向に政治、行政、経済を導き、牽引して行くのが医師会の機能であって欲しい。
(西区)

Voice 5月

当たり前前が当たり前でない 松川 善弥

阪神・淡路大震災は、私達に当たり前前が当たり前でないことを痛感させてくれた。花崗岩（御影石）で名高い神戸には地震の心配がないという神話が、ついに最近まで信じられていた。またベンダサン氏は「日本人は安全と水はタダだと思っている」という警告も軽視されていたが、悉く覆えされた。50年前の終戦後には日本人の勤勉さが世界の人々が驚く程の復興をもたらし、更に世界をリードする経済大国となったが、節約と辛抱を美德として教育された戦中派に対して、プライバシーや労働時間の短縮に重点をおいている戦後派の日本人に、短時間の復興が可能かどうか不安である。三宮の繁華街の被災地を通過して目的地に行こうとしても、途中で解体工事のため道が通行止めとなっており、まるで迷路を歩く様で目的地に仲々到着しにくいことも度々経験することである。生田警察署の西署長は、毎朝自転車に乗って、管轄の道路を走ることを日課としておられた。これによって毎日の交通事情を把握していないと業務に支障をきたすとの話であった。

台風や交通災害に対する医師会の救急体制は、各地区医師会においても整備されていたが、今回の震災に対しては、医師会事務局自体が被災しており、機能が壊滅状態であったが、この文章を書くにあたって、中央区医師会よりFAXで個人あてに送信されたものを整理してみると、先ず手書きで緊急の連絡がされ、その後はワープロで、会員の被災状況や診療機能の把握や、更に震災後の対応、特に避難所の健康管理や、80近い避難所の避難者達の診療体制をきめ細かく連絡されたことは、桑原庶務担当理事が自宅の全壊にもめげず、区医師会事務所に立て籠って対応してくれた結果で、心から感謝の意を表したい。2カ月以上経って初めてこれらの書類に目を通す余裕ができてきた状態で、当初は何を手にしてよいか解らないパニック状態にあったもので、通信や交通などの機能の途絶によって、被災に対応する適切さが遅れたと非難されることもあるが、私は寧ろこのことが、人間の反応の遅れとか、判断力の的確さの不十分なことに対する責を減らすことができたものと思っている。

今回の心の傷の深さは、肉親や知人を失った悲しみや、大切にしていた多くの物を喪失した感情の落ち込みであり、短時間に忘れたり、回復するものではない。知人宅を訪れてみるとアンティークな時計などは震災の午前5時46分のまま止まっていて、震災時の記憶を呼び起こすきっかけにもなっているが、ただ被災を嘆き、将来への希望をも持たないようでは、残る自分達の人生を悲しむに過ぎない。

2月24日より兵庫産業保健推進センターに週2回「健康相談窓口」の対応に出務して、震災後の心のケアに取り組んでいるが、時間が経つにつれて、生きていて良かったという感謝の気持ちが薄れ、被災直前までの裕福な生活を思いだし、不平・不満が大きくなり、それをぶちまける対象が、行政や周囲に向けられ、人間関係が円滑に行かず、トラブルが起こりつつある。上述のように辛抱とか、貧乏ということが遠い世界のことのよう感じている今日、自分を抑えきれずに、自己主張が大となり、ギスギスした生活を送りがちである。苦情ばかりを言っておれないので、今回の震災は神様が人間の愚かさに与えられた戒と考え、裕福な生活のできたのは、多くの人達のお蔭であり、当たり前前のことと考えずに感謝することと、愚痴を言っても仕方がない、おそらく50～100年の間に体験できないことを経験できたのだという考え方で、前向きに考え、行動する



ことと、若者達がボランティアの名のもとに、周囲の人たちに話しかけ、更に親子の対話が復活したということも考えて、瀬尾会長の「こんなもん負けへんで」というスロー

ガンで、今日より明日、そして何年か後に集まって過去の話として語りあえることを期待しながら話を終えたい。
(中央区)

.....

森 為博

1995年1月17日、午前5時46分。おそらくこの世に人がある限り、永遠に語り継がれていくのであろう悪夢の時刻の我々は生き証人となった。あの地の底から唸り上げて轟いたドーンという衝撃、その後の“揺れ”などという常識を超えた“揺さぶり”

すべてが想像を絶する、誰ひとり経験したことのない「自然の脅威」であった。近畿に住む人間にとって、地震は関東、東海の関心事という勝手な思い込みがあったのも事実だ。だがそれを誰を責められよう。『活断層』そんな言葉が存在することすら、この1月17日以前には何人の人が知っていたというのか。1595年、今から400年前の秀吉の絶頂期に京都大地震があり、伏見城は壊れ、奈良の大仏さえ倒れた……という史実も残っている。NHK大河ドラマ「吉宗」でも先日、江戸の大地震にふれた場面があった。1696年の春であったという。不思議に世紀末と符号が一致するが、これもその時代に生きる人間が受け止めねばならない運命なのだろうか。

私が住む姫路市は兵庫県南部に位置し淡路島を臨んでいる。今回大被害のあった神戸市までJRで1時間とかからない。それでいながら神戸市とは比較にならないほど被害は最小限、軽微にとどまった。しかしそれを幸運などとはとても思えない。神戸には身内もいる。知人も多い。水の無い、ガスのこない現代社会ではおよそ考えつかない不自由な暮らしを強いられて、どんな思いで今日から明日へと望みをつないでおられるのだろうか。他人事ではない切迫感が電話の通じない、テレビの画面でしか判り得ない苛立ちとなった。

しかしこの国の国民は、神戸の人たちは、私などの考える数倍ものたくましさや勤勉さを併せ持っておられた。あのガレキの山の中からも確実に希望を見出し、外国通信社から絶賛された整然とした避難所における秩序を構築していた。これなら、このパワーと一体感があるならば、必ずやまた美しい街・KOBEがよみがえる日は遠くない。その復活を願わずにいられない。私にとってもKOBEは思い出の多い街であり、人一倍思い入れの強い街なのだから……。

疾風に頸草を知る—という言葉がある。強い風が吹い

て、はじめて強い草と弱い草が判別できるとの意味だが、まさしく神戸はその強い草だ。そう言えば広島も名古屋も、また新潟も、日本の都市の中で広い道路が整備されているのは皆、何かしらの天変地異のあったところだ。決して喜ばしいことではないのは当然だが。城下町で戦災にも合わず……という都市は、今だに道幅が狭くクネクネと折れ曲がり生活者にとって必ずしも快適とは言えない。国も事業も「継続は力なり」は不朽の名言だが、継続とはただただ古いものを守り続けることではない。新しい時代に即した創造なくして継続などあり得ないのだから。KOBEは新たな創造によって、新しい時代・21世紀へ向かい素晴らしい伝統と神話、加えて人間の真実を永遠にとどめることになるだろう。私の世代ではそれはもう叶わぬことかも知れないが、わが子にはその復興の課程をぜひ見届けてもらい、疾風に耐えたあとの街づくりを実感してもらいたいものだ。

思いつくがままに、とりとめのない雑感を書き連ねた。いささか感情過多の面もあった。が、今、現在も十何万という人々が避難所での暮らしに明けている。何かしなければ、何かできることは……という思いとは裏腹に、あまりにも微力すぎる自分が無性に悲しい。

兵庫県南部地震から阪神・淡路大震災へと呼び名が変わってしまったが、私たちは決して傍観者ではない。ガンバレの応援よりも、ともにガンバろうという皮膚感覚の気概でKOBEと接し、ともに創りあげていく喜びを分かちあいたいものだ。

(姫路市)

ラインによらない通信と輸送

多祢 正雄

今回の震災を振り返ってみると、ラインによる通信や輸送がいかにしろいか、ということをお願い知らされる。電気、電話、ガス、水道、すべて電線やパイプラインによって運ばれる。迂回路があるにせよ、道路、鉄道もラインである。そのラインの1カ所が途絶すれば機能を失う。そこで、災害対策を立てる時には、「ラインによらない通信と輸送」を考えなくてはならないのではないかなと思う。

おそらく医師会でも、災害時の体制作りが現在いろいろと検討されているのだろうけれども、もしかするとそれは、かなり縦型になるのではないかな。あくまでも想像だけれど、それはたとえば、「災害時、県内に特別対策センターを置く。センターの任務を行う順位は、県医師会、神戸大学病院、神戸中央市民病院とする。上位の機関が機能を失った場合、順次次位の機関が代行する」などのごとくではないだろうか。

これはこれでよい。しかしこれらのセンターが、相当多数の電話回線や携帯電話を用意しても、今回のようなパニック時には、問い合わせ（通信）量が容量を超えてしまうのではないかな。また、取材された間接的な情報から、案外当てにならないことは、今回のテレビやラジオの報道を思い出せば明らかである

そこで私は、次のようなシステムもあってよいと思う。これはけっして多額の投資を必要とするものではない。現在普及しつつある携帯電話の活用である。

NTTドコモにしても、関西セルラーにしても、なぜか番号帳がない。なんらかの理由があるのだろうか。それはそれでよいとしても、災害時用の医療機関の番号帳だけでも作れないものだろうか。

すなわち、①サービスエリア内の病院、消防署、警察署の番号帳を作って、各機関が保有する。そして、②「この

番号帳に載っている機関はすべて、災害時にはスイッチオンして待機する」と取り決めるをする。このようにすれば、たとえ防災センターが不通でも、病院間で直接通話できる。縦型でなく平面的な、ファジイだけれども自由度の高い、より直接的で効果的な情報交換ができるのではないかなと思う。そして、灘区では、機能上半身不随の病院が、廊下に溢れる患者を抱えて悪戦苦闘する一方で、西区では患者を退院させてベッドを空け、てぐすね引いて待っていたのに案外空振りだったと言うようなことは起こらなかったかもしれない。

次に、「ラインによらない輸送とは」、すでに言い古されてしまったが、ヘリコプターによる患者の輸送である。そして、王子競技場ひとつでは、あまり役に立たない。つまりこの場合も、点ではなく、なるべく平面的であってほしい。「災害時のヘリコプター運用法」とでも言うべき法をつくって、適当に選定した小学校や中学校の校庭を活用する。

ともあれラインはしろい。なるべくラインによらない通信と輸送を、考えておかなくてはならないと思う。

（灘区）



地球環境劣化すなわち阪神・淡路大震災

松本 昭英

今朝（4/23）は春雨が降っている。今日は、伊丹市議選の投票日である。私は、Y候補（41歳）の選挙参謀を務

めた。

出陣式（H7、4、16）の挨拶で、

1. なぜ大震災がおこったのか
 2. 大震災の結果医療施策の不備が露呈したことについて
 3. これからの行政は、どうあるべきか
 4. 東京、大阪がなぜ無党派候補に負けたのか（知事選）
 5. Y君に何を求めるか
- などについて開業医の立場で行政を鋭く追求した。

1. について

中国、タイ、ベトナムの経済発展は目覚ましい。反面、地球環境は厳しさを増している。中国揚子江域で水俣病が発生し、自然破壊と酸性雨によりますます住みにくくなっている。

しかし、人類は物質的豊かさを求めて立ち止まることをしない。地表の岩盤も海底のプレートも構成元素は同じである。

揚子江域やその他地球上で発生する有害物質は沈殿物として、海底に堆積し、プレートの溝に浸み込み、岩盤を浸食し、地球の基盤を弱くしているであろう大気¹のNO_x、SO_xは雨によって海底にもぐり、やはり基盤を弱めるであろう。従って数百年に1回であった大地震はその周期を短縮する事もあり得る。日本海や太平洋の日本をとりまく無数の活断層はさらに増え続けるであろう。マントルは動く生き物であり、従って地球は生き物である。生き物には愛情をもって接しなければ育たないし病気になる。

2. について

1月17日のサイレンの数は約50回/日であり、数日後は約150回/日に増えた（於 神戸）。老人が避難所で肺炎、栄養失調で急変（死亡）したからであった。その原因として、ビタミン不足が報道され、これによる症状が続出した。行政は、ビタミンは口から摂るべしとして厳しく抑制している。ところが外来を受診する70歳以上の老人の90%以上の者が摂取不足であった。何故不足しているものを投与してはいけないのだろうか。慢性的不足状態の老人は地震のショックで簡単に死んでいったのである。米国などの住民本位の対応がうらやましく思われるのである。

3. について

震災復興で行政は「神戸を新しい防災都市にする。その際、勿論、住民の意見を十分に聞いて住民本位ですすめる」と力説した。ところが神戸市、西宮市、芦屋市などでは、住民不在のままに土地掘り出し型の復興案をまとめた。各市の住民の怒りは頂点に達した。住民との対話をもととしたが、対話慣れしていない住民は感情をむき出しにして攻撃に出た。つまり、今まで地域医療にしても開発にしても密室的に、強権的に行政を進めてきたために、意見陳述の方法論が未熟なのである。ましてや非常事態であり混乱は頂点に達した。

4. について

日本の民主主義は敗戦によって米国からおしつけられたものであり国民自らで築き上げたものではなく、まだまだ未熟である。昨今まだ残っていたお上思想^{かみ}が崩壊しつつあり国民の政治的意識が高揚しつつある。どんなことでも気楽に相談ができて本音で話しあえる政治家（行政家）として青島、横山両氏を選んだのであろう。

在宅医療は家族に責任を転嫁するものであり、予防接種法の改正もしかりである。このような国の政策を国民（都民、府民）は理解した上で投票したのであろう。

今から、世相が安定している時から、米国のように医療政策も公開性にし世論調査を徹底して、住民との対話の場をもっておくべきである。識者は「薬価も医療費も国民から見えない密室で決められているのが問題であり、患者や消費者代表も加わった議論の場が必要である」と訴えている。

5. について

Y君にお願いしたい事は、

- ①市民があつて行政があるのだから、もっと市民の声を行政に吸いあげる
- ②災害時を含む救急医療の整備（特に伊丹市医師会が実施している救急輪番制を発展、充実するようにする）
- ③在宅医療研究会を創設し、医師、行政、議員、住民が一体となって積極的に取り組む
- ④地方自治法に伊丹市の特例を設けて、「住民投票」で民意が問えるように努力して欲しい等であった。

結語：阪神・淡路大震災は日本の民主主義の発展に貢献してくれた。

つまり、神戸市長田区の神戸朝日病院、金守良院長の呼びかけで、「活力ある人間、文化都市神戸の復興をめざす研究会」が4月22日に発足した。医療や建築学の専門家が市民の立場で復興案を行政側に提言する。6月には「復興案をめぐる行政の論理、住民の論理を考える」と題して市民シンポジウムを開く（95. 4. 23. 毎日新聞）。

発案が行政側ではなく、開業医師であった事がうれしい。また、行政がこの研究会を育てるように頑張ってもらいたいと切望する。

このような発案が行政側から出るようになったとき。日本の民主主義は現在の欧米並になったと言えるのではなかろうか。もっともその時は欧米ではさらに、高次元の世界が開けている事であろう。

さらに大震災は、①縦割行政の弊害により外国からの支援を迅速に受けられなかった②老人軽視の医療行政である③ボランティア意識が高まった④従来の救難訓練が自衛隊ぬきで姑息的であった、などの事を教えてくれた。私達医

師達は地球環境不安（阪神・淡路大震災など）、政治的不安（東京、大阪両知事選など）、社会的不安（オウム真理教など）、経済的不安（円高など）を黙って傍観してよいのだろうか？今こそ既存政党への依存をやめ、列島全体の医師達が沢山で、医療関連職種によって新党を結成すべき時だと思う。今を逃せば医師達は永久に沈んでしまう

.....

ように思えてならない。政経分離、政治と宗教の分離、官民一体、産学共同、政官財の癒着、与野党合意、日米パートナーシップなどの「分離と合体」に関するいろいろな言葉がある。これからは医政分離、医経分離の考え方では自由開業医制は消滅してしまうように思われる。

（伊丹市）

被災地病院への迅速な救援体制の確立を 小林 久

阪神・淡路大震災は被災者の方々に大きな肉体的精神的苦痛をもたらしたが、その救急医療を担った被災地病院の医療従事者にも全く同様に払拭できない深い傷痕を残している。救急病院自体が被災して本来の機能を失い、さらに救急医療システムの両輪であるべき通信と搬送が完全に遮断されたために、病院が陸の孤島と化してしまった。そのため、傷病者の多くが十分な治療を受けられなかったうえ、殺到した多数の患者さんのうち1秒を争う最重傷患者が早く転送できなかったのではないかと、無念と自責の念とが絶えず交錯している。これまで筆者は阪神高速湾岸線の開通時など機会がある度に、関連機関と協力して大規模な災害を想定した訓練を積み重ねてきた。しかし、今回のような大震災では、医療機関を含むあらゆる関連機関が孤立して普段の連携体制が完全に麻痺したことは全く予想外で強い衝撃として残った。そこで、筆者は大災害時の被災地病院における救急医療活動の限界を報告するとともに迅速な救援体制の確立化を提案する。

兵庫県立西宮病院は病床数344床よりなり、集中治療室（ICU）10床を有する救急医療センターが併設されている。震災直後から徒歩、自動車、戸板などで重軽傷者や死亡者が次々と搬入されて病院はパニック状態に陥った。約1時間超の停電に加え、断水によって診療能力が低下した状況下で輸血と輸液が底をついた。初日の初診外来患者数は352人、入院患者数は86人、手術患者数は4人で、その他に来院時心肺停止患者が41人あった。7日間の外来患者総数は1,005人、入院患者総数は109人、2日間の手術患者数は6人、2日間の来院時心肺停止患者は52人であった。一方、9日間の転院患者数は24人で、このうちヘリコプター搬送は7人であった。幸いにも、入院後搬送が遅れて死亡した患者はいなかった。

震災当日における医療スタッフの不足については他院からのボランティア医師6名を含む31名の医師により、また備蓄医薬品の不足については補給により何とか対応できた。

空ベッドの不足については患者を強制退院させることは是非や各病棟の看護能力に応じた患者の適正配分などから対応が困難であったが、各詰所のHCUや外来待合室の仮設ベッドに患者を収容して対処した。断水によるレントゲン・検査・透析・手術への影響については、ポータブル・デュポン・4件の緊急手術が精一杯の対応であった。このように、震災直後には各医療機関とも診療機能が著しく低下し、一様に野戦病院と化していたと考えられる。そこで、重傷患者は被災地病院から近隣病院へ迅速に搬送されなければ、地獄の淵からの生還が不可能になる。ところが、どの被災地病院でも通信網と道路が遮断され、外部との接触がとれずに長い間孤立無援の状態に置かれていた。初日での最も有効な搬送手段と考えられたヘリコプター搬送は、当院での1名にすぎなかった。

この過酷な体験を通じて、以下のような提案を行いたい。

第一に、第三次救急医療施設を中心とした基幹病院間はもちろん消防機関とも連絡のとれる通信網の設置があげられる。初日にヘリコプター搬送が依頼できたのは、当院と西宮市消防局との間でホットラインが生きていたからである。今回の震災では、通信網の遮断によって被災地病院側からの傷病者の全容の把握と連絡が遅れ、相当数の近隣病院が患者を収容できずに受け入れ準備をしたまま待機していたのである。

第二に、医療スタッフと医薬品とを完備した広域ヘリコプター搬送システムの確立である。震災直後には、被災地病院のスタッフが救急車に同乗して安全な遠隔地の病院に搬送することは貴重な時間の浪費であり、実行不可能なことである。救援チームによって被災地病院から重傷患者が次々に救出されておれば、救急現場の医師は残った全ての傷病者に診療の目を注ぐことが可能になる。この際、ヘリコプターの要請は救急医療現場の医師や消防職員に委ねるなどして簡略化し、是非とも搬送時間の短縮化を図ってもらいたい。

第三に、災害時に備えて医薬品の備蓄と迅速な補充体制の実現をお願いしたい。震災当日に他院から大量の医薬品が届けられた時には、地獄で仏に出会った時のように感謝の気持ちで一杯になったのである。

第四に、関連機関が協力して大規模災害を想定した訓練を定期的に行う必要がある。普段から訓練を通じて関連機関の協力体制がなければ、突発的な救急対応は不可能である。

筆者はこれらの未解決の課題を抱え、無念と自責の念だけはいつまでも忘れまいと心に誓っている。兵庫県災害医

療システム検討委員会の一員として、大規模災害に即応できる新システムの確立に向けて、微力ながら責務を果たすべく皆様方の貴重なご意見を賜りたいと願っている。

阪神・淡路大震災から既に3カ月が過ぎ去ったが、この大震災を風化させることなく、大災害時の新しい救急医療体制、特に被災地病院への迅速な救援体制の確立化に会員の皆様方のご尽力を切にお願いしたい。

今回、多大のご支援を賜りました皆様に心からお礼申し上げます。

(西宮市・県立西宮病院救急医療センター)

V声 ICE 8月

阪神淡路大震災の体験

岡本 重一

これまでの最大規模の巨大な兵庫県南部地震から約3カ月、まだ体に余韻が残っている。1月17日未明5時46分、異様な揺れで目覚めた。いつもの小地震と思った途端、猛烈な大揺れになった。これは大きいぞ！自然に大声がでた。それからの数十秒間、遊園地の一番ひどく揺れる乗物にのったように身動きができない。やっと揺れが止まり家族の安全な姿を確認できホッとする。阪神間には地震がないと信じて防震対策は全くしていない。当然、タンス、本棚、食器棚等の家財は全て倒れ、家の中は形容詞ではなく足の踏み場もない状態で呆然となり信じられない。

自宅は何んとか大丈夫のようだ。次に診療所へと出向くと、入口の扉が少ししか開かない。強引に押し開けると、床の上は医療機器が倒れ、カルテ、薬品等が山盛りに散乱し手がつけられない。外にまわると、正面外壁は半分が崩れ落ちている。震災当日は診療所内の片付けが精一杯で休診。翌18日は職員の協力で整理がすすみ、ほぼ平常の診察が、なんとか可能となる。

やっとかかった電話で医師会事務局も大丈夫。医師会のある市民健康開発センター・ハーティ21も大きな被害なく、約1週間の点検整備で事業再開見込と判明し、ここでも一安心。医師会災害対策本部が早速設置され、自転車でハーティ21に行くが、途中傾いたビル、倒壊家屋等地震の被害が生々しく信じられない光景の連続である。会員の被災状況が次々と判明し、激震地神戸、芦屋、西宮の自宅全壊の報告に心が痛む。激震地の医師会員が混乱の中で自らの被災を振り返らず、被災者の地域医療に大活躍の報告に感激する。テレビ等の報道でみる激震地の様子の凄さに息をのむ。死者5,500余名、多数の負傷者、被災された全ての方が、

あの一瞬の揺れのために。自然の力の前では人間の無力さをまざまざと感じる。一寸先は闇である。

しかし被災をされた方は、より悲惨な人々を思い全く取り乱した様子もなく、毅然とされていて、世界のこれを見守る人々に大きな感動を与えている。この立派な頑張りの人々に対して、政府も民間も、今後とも十分に支援していただきたい。直下型地震による活断層のずれは1000年に一度もない。どうしてそれが今阪神間に来なければならないのか。これだけのすごい地震の体験、大きな犠牲、この貴重な経験を今後十分に生かさなければならない。被災された人びとの姿を拝見して、出来ることなら何かお役に立ちたいと思わない人はなかったのではないかな。この気持ちを、これからも大切にしたい。

幸いにも生き残り被害の比較的小なかったことを感謝し、地域の人びと、社会により一層役立つこと、それが生き甲斐であり、生きる喜びとなるにちがいない。今後の地域医療にこの気持ちを生かしていきたい。

日本医学会総会の阪神大震災に学ぶのシンポジウムでは、



行政、医師会、救急救命病院等が今回の貴重な体験を報告された。災害医療における未曾有の大地震に対する医療に関して総合的な調査、検討の中から今後に生かされる基本的なマニュアルの作成の必要性が結論されている。世界中

で参考になるものが期待される。

自然の大きな力の前では、人間の力の限界が身にしみた。これを機会にみんなが一層、力を合わせて各方面の連携のもとに地域医療が向上できることが望まれる。(尾崎市)

Voice 9月

阪神大地震復興への私見

大林 利治

私は経済についての知識はゼロであり、また学者でもないし、一介の街の開業医でしかないが、日本を愛する国民の一人として今と将来の日本を見詰めてみたい。

銀行等の不良債権問題や円高株安の現状、それらに伴う日本経済の沈下やデフレ化への不安を考えると心配で仕方がない。

地震後いち早く立ち上がり、まじめに新生神戸を目指して少しでも被災者のお役にたち、一日でも早い復興を願っている一人の被災者として、信用組合の政治家がらみの不詳事や金融関係のバブル後のツケに公的資金の投入は全くけしからんと思うのは、私一人だけであろうか。

関西は勿論のこと、東京辺りでもいまだに自粛ムードとかで、景気は悪いそうである。おそらく日本国中不景気ムードで一杯のことだろう。何かひとつ大きな花火でも上げたい気分である。戦後日本人が営々として蓄積した財力を相手かまわずバラマイてしまって底がつかたら、物真似して金もうけしたといったようなことでのひがみとか、その他のことで世界中に反日感情の強い国が多いといわれているこの頃、外国は日本を何とみるだろうか心配である。

そこで非常に乱暴なことであるが、敢えて一つの試案を提言したい。それは非常に重要なことであるが非常に簡単なことである。即ちODEの1年間だけの凍結である。阪神大地震以外にも北海道、東北、関東の地震災害、又7月1日頃よりの新潟県等の水害、それにオウム真理教関連の多数の事件の処理手当等に変な労力と資金が要ることは、世界の国々もよく承知しているので、まさか金を出せとはいってこないだろう。税金というものは、そもそも自国民の生存権確保維持の為に集められ使われるべきものであって、外国難民援助のためではない筈である。余った米の北朝鮮への輸送は人道にやむを得ないだろうし、東洋の国々の人びとの教育養成等これは必要で百年の計である。多額の金額はいらない。ODEの凍結した金を阪神大地震の復興に投資したらどうであろう。神戸でいうならば港湾や道路の整備は進み、働く人びとが安心できる住宅の建設のあ

かつきには、非常な勢いで復興は日の目を見る如く進展し、それと共に内需は膨らみ、神戸のみならず周辺他府県はおろか日本全国の内需は著しく増加するであろう。

復興に関する施策がよければ、アーバン機能をもち、情報ハイウエイ都市であり、防災機能をも備えながら、近くに空港でも作ればわが国だけでなく外国の災害にも速やかにその機能が発揮できて、喜ばれ感謝されること間違いない。どの災害についても早急の、そして適格な対応こそが本当の心のこもった援助であり、後手後手の不必要な物資を送り込まれては、それでなくとも人手不足なのにその処理に大変である。今回の教訓である。このような復興に政府が大英断して資金を投入すれば、世界から非難されている黒字は減り、そして内需は高まって国内の景気はよくなり、国民の顔は明るく輝き明日の希望が湧いてくるのではなかろうか。景気が良くなれば、納税者も増えて国の政策に関心が高まる。一方、金融機関その他から投資も高まって一層産業も盛んになり、更には政治家、公務員の不正がなければ福祉施設の更なる充実を約束できる。弱者救済にその強みを発揮し、よく働いて老齢になり不自由になっても十分報いられる施設があれば安心して日々を過ごせるというものだ。弱者といえば、この大地震で相当増えているようで、もうこの辺りで何とかしてあげねばならない。まず職であるが、生き甲斐のある有意義な、そして人類発展にほんの少しでもかかわることのできる仕事を見付けてあげるべきで、その為にも安住できる住宅の提供も必要である。そのことにより人は働くことに喜びを感じ更には生き甲斐にもつながり、人は優しくなり隣人愛も自然に生まれ、産業発展にもつながりつつ、高福祉にも寄与できるというものだ。脚下照覧¹⁾。私の好きな言葉であるが自分の家族の面倒も管理も出来ない者が政治に関与すべきでないし、自国民の弱者を救済せずして、他国民に目を向けるべきでないとはいわないまでも、他国に手を差し伸べる前にまず脚下照覧で、自国には行政がためらうことなく今すぐ着手施行しなければならないことが山積している筈である。

ODE凍結なんてとんでもないという有識者政治家等はいらるだろう。私もその必要性は十二分に認めているし、やらねばならないと思っている。頭脳流失になるかもしれないが、困窮している国々にはその道のベテランの派遣等によりその国々の根底からの援助することにより、自力で汗を流し努力して立ち上がれるような援助こそが、本当に実も花もある援助であり、本当の復興に役立つのではないだ

ろうか。

さあ貴方が首相なら知事なら市長ならどうするのでしょうか。

7年7月17日

阪神・淡路大震災6カ月をへて

(灘区)

Voice 11月

深澤 高士

診療所（神戸市中央区下山手通2丁目5-4）は半地下1階地上4階建て（計5階建て）の鉄筋コンクリートのビルの1階部分（いわゆる中2階）にあります。この1階部分が市役所や西市民病院の様にベタコンになり床と天井の間が50cm位となり、わずかに見える空間はコンクリートや内装の木材の瓦礫がくいまみちには全く入る事も出来ず、ビル全体が2m以上低くなりやや北に傾いていました。最初見た時は、『あっ！ちゃんと立ってる。よかったー！』とホッとしたものの、ン？？ちょっと低いかなあ？？？なにー！／＼てな具合でガクッ……。2、3、4階の窓は自宅と同様鍵（クレセント）が壊れ、窓ガラスは全て傾いた北側に移動し開いた状態でした。2週間目ぐらいに北隣のビルの屋上から低くなった4階（院長室兼倉庫）に窓越しに入り、本や小物をザイルで吊り降ろして多少回収しましたが、大きな物や家具・机・本箱などは諦めました。その時中の傾いた階段を降りてみましたが、2階までは壁もしっかりしておりちょっと拍子抜けしたのですが、そこから下は階段が無くなって瓦礫の状態に埋まっており、その瓦礫の間から外の光が見える有様で、1階の入口も壁も手摺も階段も消失していました。2か月後に、近くの商店の方の協力を得て、5人で決死の覚悟で1階の外から這って侵入し、瓦礫を1ヶ1ヶ出しながらどうにか待合室まで入る事ができ、受付カウンターの側板をぶち破り約1800枚のカルテを回収できました。そこより奥は瓦礫が食い込んでおり、入る事は出来ませんでした。3月末から解体が始まり4月28日に1階部分の解体が行われましたが、この時は6人の応援のもとに4時間ほどかけて、少し崩してもらっては上体を突っ込む様にして、残りの全てのカルテと一部の薬剤と極一部の小物の医療器具を回収しました。耳鼻咽喉科患者用電動椅子・診察ユニット・ネブライザーユニット・診察用顕微鏡・コンピューター・ビデ

オ・ワープロ・コピー・食堂ファイバー・オートクレーブ・レジスター等大きな物は全て原型を留めずパーでした。5月10日には解体も終了し、思ったよりも狭い区間が有るのみです。当院は、親父が昭和27年に開設し、小生がその死後昭和62年に継承し今年で43年になります。23年前に親父がビルを建てたのですが、思いもよらず短い命であった事に、親父もさぞびっくりしている事でしょう。

その後なんとか元診療所の近くで、仮診療所を再開出来ないかと軒並みに当たりましたが、診療所のあるトアロード付近はダメージがひどく、まともに残っている建物はほとんど無く、また空き部屋があっても震災後1週間以内に既に埋まっていました。最終的には自宅（芦屋）で仮診療所をととも考えましたが、半壊状態でもあり、またスペース的にも不可能であり、再開はとうてい無理であると判断せざるを得ず泣く泣く医院を閉める決意をし、1月末には職員にもその由電話連絡し解雇致しました。これと前後して大学病院時代お世話になった岡田先生（現新日鉄広畑病院院長）と神戸大耳鼻咽喉科天津教授のお取り成しで新日鉄広畑病院パート勤務の話が出てき、前述の様な状態でもありましたので、とんとん拍子に話が進み2・3月と週2回勤務させて頂く事になりました。とにかく自分を生かせる道は耳鼻咽喉科医としてでしか無く、場所こそ震災地から離れていますが、被災者患者を多く収容している病院で働く事で多少の貢献もあるだろうし、パート医通勤不可の穴埋めをする事にも意義があるろうと考えたからでした。バイク・JRと乗り継ぎ片道3時間余往復6時間半ほどかかりましたが、心地よき疲労の2か月間でした。その後、元患者さんからの紹介で元診療所のすこし南のビル（中央区北長狭通3丁目1-14）の5階の事務所を区切って間借り出来る事になり、また元職員4人の内3人が戻ってくれ、奇しくも震災より3か月後の4月17日より仮診療所を再開する

事になりました。一時は、当分の間（医院を）やめなしゃあないな・・・とうちひしがれていましたが、この間、多くの方（特に患者さん）から激励の電話やお便り・ご厚志を頂きまして、こらちょっと頑張らなあかなあ！ムム！と思い、現在に至っております。

5階の窓から見ますと、既に更地となっている所と解体中のビルと補修中のビルと補修済みのビルが混在しており、写真でしか知りませんが、終戦直後の街並にも似たちょっと異様な雰囲気の状態です。会社・商店・自宅の崩壊のた

め人口の絶対数が減少しているせいでしょうか、患者さんの数も前年同月比で75%位です。勤務地が変更になったり、遠くの仮設住宅へ入られたり、年配の方では他府県の親戚宅に疎開されている方も結構おられ、電話やお便りを頂くとホッとします。仮診療所案内の葉書を約3000枚出しましたが、約200枚が今回の震災で転居先不明とのエフが貼られて戻って来ました。皆さんご無事だといいのですが…

（中央区）

Voice 12月

阪神・淡路大震災－セクソロジストとしての観点 山崎 高明

阪神・淡路大震災により多くの物を失った人達は、物に対する執着心（物欲）が失ってしまったが、その反面、人と人との交流（心のコミュニケーション）が得られたという事を述べられた人が多かった。大地震に打ちひしがれた直後ライフラインの途絶により文化生活ができなくなり、原始生活に近い状態に追い込まれると、生きていただけでもよかったと人びとは声を掛け合い抱き合って喜んだものだった。今までは、「隣は何をする人ぞ」というような疎外感をもって過ごしていた近所の人達とも「如何でしたか、大丈夫？被害の状況は？」などと何年来もの知己の如き会話を交わし、乏しい残った物も分かち合い、心のコミュニケーションがはかられた事は、何物にも代えがたき貴重な経験であったように思われる。そして若者のボランティア活動にも老人たちは大いに感心させられた。掠奪なども見られず、黙々と並んで、救援物資の配給を待つメディアの映像に世界中の人びとは、神戸地区の住民の紳士的な態度を、驚きをもって見てくれたらしい。

平成7年7月2日、青森における第18回日母性教育指導セミナーの際、そうそうたる役員の先生方はじめ日母性教育委員会の先生方との昼食会の席上、私はセクソロジストとして次のような私見を述べさせていただいた。

近頃セックスレスが増えているといわれるが、これはそれぞれの国の文化の発達程度と大に関係があると思われる。お金が入り、物が豊かになり（飽食）、面白いことが多くある（過娛樂）と、人はセックスレスになる傾向がみられるのではないかと。生物というものは本来、生存が危険にさらされるものほど種族保存のために生殖に励むものである（弱いもの程産仔数が多い）。アフリカなど発展途上国の状態を眺めると、食物、着物も乏しい状態で痩せ細っ

た母親であるにも拘らず、何人もの子供を抱いた姿を多く見るではないか（かつて終戦後の日本の姿をみるようである）。

米国でも数年前ニューヨークで大停電が起こったその280日目に分娩が殺到したという話さえある。

以上のような事例から推察すると、現在の我が国の合計特殊出生率の向上を計るには、ゲバルティットであるが、国が考えて全国を、東北、関東、関西などと順次に計画的に停電でも起こさせれば忽ち解決できるのではないかと。電気ひとつだけとってみても、このような効果（？）があるのではないかとと思われるが、これは単なる笑話的な発想ではなく、今回はからずも阪神・淡路大震災というものが電気、ガス、水道というライフラインの完全な途絶により、文明の利器を奪われた生活を余儀なくされて、いわば実験されたようなものではあるまいか。

物欲がなくなればかえって人の情は一層濃くなる。他人同志の間でさえ心のコミュニケーションがはかられるのだから、親密な家族内、夫婦間、パートナー間のコミュニケーションは一層深くなるであろう。事実震災後、当院を受診する患者の人工妊娠中絶術（アウスと略す）が増加した印象をもっている。

余震の恐怖も手伝ってパートナー間で肌が恋しくなり抱き合うことにより妊娠につながり、経済的、その他の理由により産むことができず、未婚者は勿論、既婚者も中絶の止むなきに至ったのではないだろうか、との意見を述べたところ、ユニークな物の見方だと注目されたようである。

また六甲トンネルを越えた裏六甲にあるホテル街も震災直後から時間待ちの長蛇の車の列がみられたとも伝えられている。

これらの点からしても避難所生活を余儀なくされた方々の長時間に亘りプライバシーが得られなかった事は、相当のストレスを招くものとして憂慮すべき問題である。

〈症例〉 38歳 2産1流産

33歳で結婚、2産1流産を全て当院で対処した。この度の阪神大震災で東灘区本庄町の自宅は全壊で、住吉山手町の義姉宅で避難生活を送っていた。平成6年8月に第2子を分娩し、まだ分娩後月経の発来なきまま平成7年4月に妊娠7週でアウスを施行した。この義姉が後日当院に子宮癌検診にきたので、「義妹さん一家がお宅で避難生活を送っておられるようで大変ですね。」とねぎらう気持ちで口に出してしまったところ、「妹が受診しましたか？」と逆に尋ねられ、はっと気が付いた。というのは、この義姉は、ご主人が長期単身赴任中で子供も成人しており、一人で義妹一家4人の家族の面倒をみているのに、アウスに行くとはい義妹としても口に出せなかったのであろう。こちらもそれ以上のプライバシーに触れるような事はなくて済んだけれども、この他にも前回分娩後6カ月で平成7年5月妊娠7週でアウスを施行した例もあった。

統計的観察

全県下の人工妊娠中絶数の各保健所別集計表によって検討してみると、この表の数値については多少疑問ありといわれているものの、平成6年度と平成7年度を単純に比較する事は震災による影響を発見できる可能性があるものと思われる。

表1に示すごとく、アウスの月別推移は平成6年1月1304件と比較し、平成7年1月は372件と激減し、震災の影響を歴然と表している。その後は徐々に増加し、平成7年5月だけは1223件と前年度5月の1217件を上回る。

次にアウスの年齢別集計を表2に示す。20～29歳では5

表1 人工妊娠中絶数の月別推移

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	1304	1157	1333	1200	1217	1195	1191
平成7年	372	1027	1237	1037	1223	1074	1151

表2 人工妊娠中絶数の年齢別にみた月別推移

1) 20～29歳							
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	536	486	524	485	505	452	489
平成7年	336	425	503	432	528	422	432
2) 30～39歳							
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	520	453	553	450	492	489	471
平成7年	363	405	504	429	471	453	494

表3 人工妊娠中絶実施数（各保健所別集計）

地区		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
東灘	平成6年	30	27	24	24	34	27	25
	平成7年	15	6	21	18	35	28	25
灘	平成6年	45	40	41	39	40	34	43
	平成7年	8	11	25	23	26	22	32
中央	平成6年	73	88	69	67	55	76	65
	平成7年	16	33	50	43	62	66	48
兵庫	平成6年	38	36	35	30	28	40	45
	平成7年	14	8	27	26	16	34	29
北	平成6年	24	8	15	17	15	29	14
	平成7年	15	33	34	19	10	29	43
長田	平成6年	26	33	29	28	25	20	36
	平成7年	13	0	18	13	20	10	9
須磨	平成6年	87	75	71	137	77	51	99
	平成7年	45	108	71	50	126	59	63
垂水	平成6年	20	19	32	23	30	23	13
	平成7年	11	22	47	40	14	24	40
西	平成6年	14	21	22	11	14	16	14
	平成7年	15	18	30	10	22	19	18
明石	平成6年	84	103	47	45	50	42	115
	平成7年	46	48	45	79	115	45	81
西宮	平成6年	66	80	83	66	61	98	70
	平成7年	70	44	62	53	77	86	55
芦屋	平成6年	19	14	23	19	15	18	18
	平成7年	7	11	15	24	23	12	19
伊丹	平成6年	54	30	32	40	33	40	32
	平成7年	37	10	62	39	21	33	42
洲本 津名 三原	平成6年	26	31	33	25	31	23	19
	平成7年	22	27	31	18	42	29	29
当院	平成6年							
	平成7年			3	8	8	8	9

月に（平成6年）505→（平成7年）528、30～39歳では7月に（平成6年）471→（平成7年）494と共に増加している。

地域別件数の月別推移を表3に示す。大震災直後、東灘、灘、中央、長田の神戸市内の激震地では被害を受けた医療機関の休診も多数にのぼったため、アウス数の激減は当然であるが、市内でも比較的被害の少なかった北区で2月（H6）8→（H7）33以下同様に3月 15→34、4月 17→19、7月 14→43、須磨区で2月 75→108、5月 77→126、垂水区で2月 19→22、3月 32→47、4月 23→40、7月 13→40、西区で3月 22→30、5月 14→22、6月 16→19、7月 14→18と顕著に増加し、この地域への患者の流れが示唆された。中央区でも5月に55→62と増加しており、神戸市に隣接する明石市でも4月に45→79、5月には50→115と2倍以上の増加を認めた。

西宮市では 5月61→77、芦屋市で4月 19→24、5月

15→23、伊丹市3月 32→62、淡路でも5月 31→42、7月 19→29、といずれも平成7年度の方が平成6年度より増加している。

当院では平成6年度の資料を地震により紛失してしまい、震災後は平成7年3月1日より診療を再開した。アウス実施数は3月3件、4月8件、5月8件、6月8件、7月9件であった。年代別では～19歳3件、20～29歳12件、30～39歳20件（最多）、40～49歳1件の合計36件で、このうち同意書の署名が同姓のものは16件、異性のものは20件であった。

以上より時間的な経過について考えると、震災直後の平成7年2月、3月は北区、須磨区、垂水区、西区、伊丹市への患者のシフトがみられ、次いで5月には、神戸市中央区、須磨区、西区、明石市、西宮市、芦屋市、淡路地区において平成7年度のアウスの件数が6年度を上回っている事実は、大震災直後からのパートナーとのコミュニケーションの親密度と大いに関係あるものと考えられ、はからずも先に述べた私見が裏付けられたものであるまいか。

（稿を終わるにあたりこれらのデータをご教示いただいた兵庫県医師会に感謝致します。）（東灘区）

阪神・淡路大震災に遭遇して

北川 武志

1月17日午前5時46分、突如阪神間を襲った夢想だにしまった大地震は神戸、芦屋、西宮を中心に大きな被害をもたらしました。県内では最も東の端で、震源地からかなり離れた川西市でも被害がありました。被害の内容は、死者1名、重軽症者540名、全壊530棟、半壊2570棟、一部損壊5528棟でした。

幸い会員医療機関の被害は震災地としては軽く、診療不能になった医療機関はありませんでした。被害者の救急医療に全ての医療機関が対応することが出来ました。しかし停電、断水、ガスのストップ、電話の通信不能でその日以後当分は十分な診療機能を発揮することが出来ませんでした。特にガスの供給が止まり、入院患者を抱える病院は給食が作れず、各病院とも悪戦苦闘を強いられました。また、各医院ともライフラインの途絶で医療機関相互の連絡が出来ず、また医療材料の不足、薬品購入の不自由を強いられ、個々の医院の努力、工夫でなんとか切り抜けることが出来ました。被災が軽いいいながら、会員の中には自宅が全壊した者もあり、半壊、一部損壊は医院、自宅とも多くの数に達しました。また電気は翌日、水道は1週間位後には全市的に回復しましたが、ガスの供給が回復したのは約1カ月半後でした。そのため診療に、日常生活に非常な不便を感じました。

そのような中で川西市でも避難所が14カ所設営され、避難住民は2074名に達しました。医師会としては直ちにボランティアによる巡回診療班を組織し、各避難所を、最初は昼間、ついで夜間に巡回診療を実施しました。また避難所住民の夜間に於ける医療不安に対し、会員が当番制で電話による医療相談で対応しました。次第に状況が落ち着くにしたがい、会員の全医療機関が平常どおり診療に対応出

来ていることもあり、巡回診療は終了しました。

激震地への応援についても市内の病院や会員から多数申し出があり、診療チームを2チーム（1チーム、医師1名、看護婦2名）編成し待機しましたが、震災当初は県医師会との連絡がとれないことなどから待機に終わりました。しかし激震地の病院からの要請で、ボランティアの看護婦の派遣を各病院交代で実施して戴きました。このような事態に、多くの医療関係者が進んで救援にいくことを申し出ていただけたことに大変感銘を受けました。

この震災は我々に多くの教訓を与えてくれましたが、激震地では未だ反省の時期と言うより震災の後始末の真っ最中と言っても良いでしょう。

震災対策から震災復興対策へ、県医師会では転換し資金面、就職面で奮闘戴いております。我々の医師会は被災地でありましたが、自らの力で地域の医療需要をなんとか賄うことが出来ました。そしてより被害の大きい地域へ少し援助を申し出ることが出来ました。

教訓は多くの方が語られるでありましょう。しかし災害は予想を越えて襲ってきます。というより予想を超える



から大災害が起こるとも言えます。人知の及ぶ限りの想定をして、対策を考えておく必要はあります。しかし経済効率も考えねばなりません。最小限の費用で最大の効果をあげうる対応策を考える必要があります。

わたしは多くの方が考えておられるごとく、まず

第1は如何なる事態でも不能にならない情報伝達手段の確保。——非常時専用周波数帯による無線通信網の構築。

第2に負傷者や、物資の輸送手段。——校庭や公園をヘリコプター発着地として想定した地域整備。また非常時における強力な交通規制。

第3に統一的な指令塔の設定。——行政、警察、消防、医療機関、自衛隊、ボランティア組織、ガス会社、電気会社、水道、電話会社等々を包括した指揮命令系統の確立及び演習の実施。

であります。

これらの事が全ての人びとに周知徹底されており、いつでも発動できるよう訓練された体制が大災害を防止する最も有効な手段になりうると信じます。

災害は震災だけとは限りません。風水害、大火災、航空機事故、列車事故などによって必要とされる医療行動は異なります。個々について詳細な検討が必要だと思います。

我が医師会ではこれらに基づき救急委員会で災害時の連絡網（最悪歩行による連絡）の再構築、更には災害時の会員の行動マニュアルを策定し不幸にして起こった災害を最小限に食い止めるべく目下検討中であります。被災された多くの会員や市民の方々が1日も早く立ち直られ、再び活気溢れる阪神間の町並みがみられる日を待ち望んでおります。お互いに頑張りましょう。（川西市）

Voice 8年1月

頑張るしかないやってやろうじゃないか

大田黒義郎

思いもしなかった大震災に見舞われた。多くの犠牲者が出てしまった。肉親を亡くした方、大怪我をされた方、家を壊された方、仕事をも奪われた方などがいっぱいである。幸い私自身は家族をも含めて無事ではあった。家屋の一部と医療機器などの破損程度で済み、この震災をまともに受けた中では最高の幸福者である。でも、戦争や戦後を知らない私の人生のうちでは悪夢としか言い様のない経験が続いた。

不思議なことに私の不安と不満がこの震災で拭い取られた。町に人に「気」が戻ってきたのだ。不幸のどん底に突き落とされた筈の人々が、不思議なくらいに活力を持って動きはじめている。目的にむかって動きが変わってきた。建物は破壊されはじめた姿をさらしてはいるが、私の目には震災前より生き生きとした町に見える。明るい未来が待ち受けていることを確信できるようになった。地球の住民の健康管理を担っている私にも、自分の仕事に対しての責任と喜びをさらに感じるようになり、まわりの「気」がさらに私の「気」を大きくしてくれる。

頑張るしかない。やってやろうじゃないか！

（以上は平成7年3月号より）

「おめでとう」と言えない新年

12月に入っすぐに、ある患者さんに聞かれた。「先生！来年の年賀状出しはりますか？」「ええ、年に一度のご挨拶だから例年通り出そうと思っていますが・・・」

と答えた私に返ってきたのは、「私はよう出しません。震災で苦しんでいる被災地の仲間同志で『おめでとう』なんて言葉よう使えません。また、我々被災地の本当の苦しみを知らない他の地方の人にも、『おめでとう』なんてよう言いません。だから私は、年賀状止めますねん。でも、よそから、『おめでとう』って来たら、むかつきますやろなあ。正月なんて来んでいいのに……」

患者さんの質問に配慮なく答えた自分を恥じた。できるだけ平静に平常通りの行為に戻ることが復興には必要だと思い、ゴルフにも出かけている自分の考えが間違いであったことに気がついた。

人間として、社会人として実にみごとな対応をした被災地の全住民の姿が思いだされた。今迄に経験したことのない悲惨な目に会いながら、もくもくと復興に努力を続ける姿である。被災地外の人達にはどう映ったのだろうか。

「既に震災は終わった」と思っているののだろうか。もう被災地への思いやりの報道も少なくなってきた。

いよいよ年が開けた。1月17日でちょうど1年がすぎたわけだが、その頃の報道はいったいどのようなものだろうか。被災地の真の苦勞と厳しさを本当に報道してくれるのだろうか。興味本位の報道としかとれない報道が多かった昨年1年間であった。「震災は終わった」と思われて、もう遠い過去のことのよう思われている面があることは残念で仕方がない。

残った気力をふるい絞って努力してきた被災地の住民に疲れが出始めている。これからが本当に苦しい時期が始まるのだ。悪夢のような震災の直後、肉親を失い、家屋も崩壊し、住む場所もなく飲み水すらない。寒い冬の真っ直中、暖房も明りもない生活に追いやられたにもかかわらず、被災地は妙におだやかであった。まわりの誰もが被災者であり、なげき悲しんでいてもはじまらない。命が助かっただけで幸せ者なんだと、地域全員が馬鹿力を出して頑張った。みんながhighな状態になっていたからこそ、ここまで復興に向かって進むことが出来たわけだ。それまで、医療機関にあれこれ言って通院していた「うつ病」や「不定愁訴」の患者さんの姿も消えた。highになった分、病的状態から脱したわけだ。

1年が経過しようとしている今、また、「うつ病」や「不定愁訴」の患者さんが増え始めた。震災前にそうだった方はもちろんのこと、今はじめて症状が出てきた患者さんも多い。頑張って頑張ってここまでできたけれど、どうにもなくなってきたり、将来が見えなくなってきたからだ。

これらの患者さんへの「特効薬」は残念ながら復興のための資金すなわち「金」以外にはなさそうなのだ。震災で大きな被害を受けて自力で立ち直るには、あまりにも被害が大きすぎた。

つらさを表に出すこともできずに、不定の訴えでやってくる患者さんの治療にあたるのが、その治療手段を持たない医師にとって、とても辛いことだ。医師の方が、「うつ病」になってしまいそうである。

本当に復興するまでにはあと10年はかかるであろう。それまで本当に被災地の住民が踏ん張れることができるのか不安でたまらない。

(西宮市)

