

みんなの
民呼研

第49回



民医連呼吸器疾患 研究会in高松

プログラム



日時：2025年9月26日（金）13:45～27日（土）12:00

会場：かがわ国際会議場&

サンポートホール高松 ホール棟 6階会議室

テーマ：「災害医療」

～阪神淡路大震災30年から考える民医連の呼吸器集団～



第49回民呼研実行委員会

高松平和病院 医局事務課 末澤

住所：〒760-8530 高松市栗林町1-4-1

Tel：087-833-8113（代）

Mail:49minkoten@gmail.com

Q 第49回民呼研



目次・会場

第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会開催にあたり…3P

参加者の皆さんへ……………4P

プログラム……………5P

講演資料

記念講演1「南海トラフ巨大地震にどのように備えるか？

-能登半島地震の教訓から学ぶ-」……………6P

金田 義行 教授

香川大学四国危機管理教育・研究・地域連携推進機構副理事長、地域強靱化研究センター長・特任教授

記念講演2「阪神淡路大震災30年から

一Preventable Death 避けられた死-」……………19P

藤末 衛 先生

神戸健康共和会 理事長・柳筋診療所 所長

演題一覧……………41P

会場案内……………45P

夕食交流会……………46P



会場内Wi-Fiについて

かがわ国際会議場…ロビーと会場後方（入り口）に掲示していますので、各自設定をお願いします

61～64会議場…会場入り口に掲示していますので、各自設定をお願いします



アンケートについて

QRコードにて10/15（水）までに入力をお願いします





第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会 開催にあたって

第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会

実行委員長

原田真吾（高松平和病院）



今年のテーマは【「災害医療」～阪神淡路大震災30年から考える民医連の呼吸器集団】です。阪神淡路大震災から始まり、昨年の能登半島地震に至るまで、まさに日本全国の様々な場所で震災、大水害、山火事の被害に見舞われています。災害のたびに我々医療界に大きな課題をもたらししています。突然やってくる災害時の病院や診療所での医療供給体制はどうなるのか、避難所への支援は、地域の復興にどう寄り添うかなど、課題と教訓が次々に出てきています。そして、無差別平等、人権をかかげる民医連だからこそその取り組み、困ったところに民医連あり、の精神をフル活用させてきた歴史もあります。過去を振り返り、各地の教訓に学び、これからの災害医療における私たちの行動を見つめ、向上させていくため、意見交換や交流を深めたいと思います。うどん県、香川の地で皆様とお目にかかれますことを、心から楽しみにしております。





参加者のみなさんへ

1.開催場所

かがわ国際会議場&サンポート高松 ホール棟6階会議室

2.参加受付

- ・9月26日（金）13:00よりかがわ国際会議場前にて受付をします
- ・受付にて名札・資料をお受け取り下さい。会期中は名札の着用にご協力をお願いします。
- ・クロークは準備しておりませんので、会議室内後方をご利用ください
- ・2日目から参加の方は、9月27日（土）8:45から61会議室前で受付をします。

3.発表者の方へ

- ・演題発表は口演のみとなります。発表時間7分、質疑応答4分を予定しています。発表時間は厳守してください。
- ・発表時間の5分前には会場内の次演者席にご着席ください。
- ・演台にて、演者ご自身でパソコン操作をしていただき発表をお願いします。

4.座長の方へ

- ・ご担当セッションの開始5分前までに、会場内の座長席にご着席下さい。
- ・時間厳守の進行管理にご協力をお願いいたします。

5.世話人会について

- ・1日目（9/26）の記念講演後、16:30より会場内後方にて世話人会を行います。世話人および県連より代表者お一人以上、出席をお願いします。

6.優秀賞表彰

- ・各分科会より2演題の優秀演題を選出し、閉会式内で表彰します。また最優秀演題については閉会式でご口演いただきます。

7.宿泊について

- ・事務局を通じて宿泊を申し込まれた方は、フロントにてお名前を仰ってください。

8.事務局について

- ・研究会当日の緊急連絡は、事務局 末澤（090-9770-9738）へお願いします。

9月26日(金)

時間	内容	会場
13:00	受付	かがわ国際会議場 (6F)
13:45	開会式 開会あいさつ、香川民医連の紹介・震災支援動画上映	
14:00	記念講演①「南海トラフ巨大地震にどのように備えるか？ ～能登半島地震の教訓から学ぶ～」 講師：金田 義行 教授 (香川大学四国危機管理教育・研究・地域連携推進機構副 理事長、地域強靱化研究センター長・特任教授)	
15:10	休憩	
15:20	記念講演②「阪神淡路大震災 30年から -Preventable Death 避けられた死-」 講師：藤末 衛 先生 (神戸健康共和会 理事長・柳筋診療所 所長)	
16:30	事務局連絡 懇親会場へのバスの誘導(17時15分～)	会場内後方
(16:30)	(世話人会)	
18:00	懇親会	アールベルアンジェ2階

9月27日(土)

時間	内容	会場
8:45	開場・受付	61会議室(6F)
9:00	分科会① 61会議室：第1分科会 62会議室：第2分科会 63会議室：第3分科会 64会議室：第4分科会	
10:00	休憩・移動	
10:10	分科会② 61会議室：第5分科会 62会議室：第6分科会 63会議室：第7分科会 64会議室：第8分科会	
11:10	休憩、移動、座長打ち合わせ	61会議室
11:20	閉会式 優秀演題発表(3演題) 最優秀演題発表 次回開催県紹介 閉会あいさつ	61会議室
11:45	終了	

「南海トラフ巨大地震にどのように備えるか？」 一能登半島地震の教訓から学ぶー

金田義行

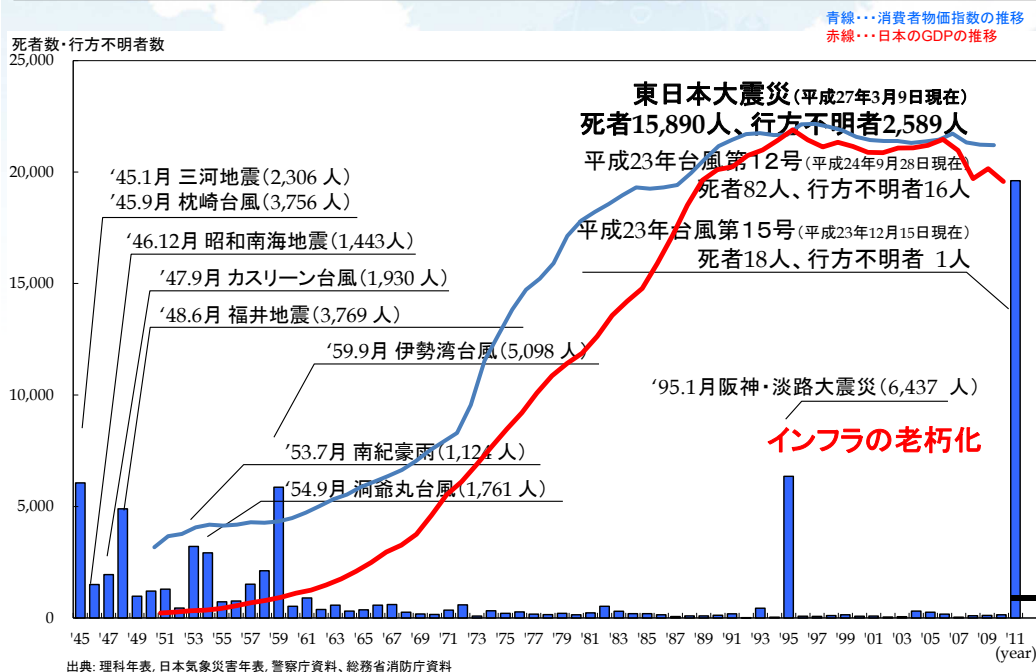
香川大学

四国危機管理教育・研究・地域連携推進機構

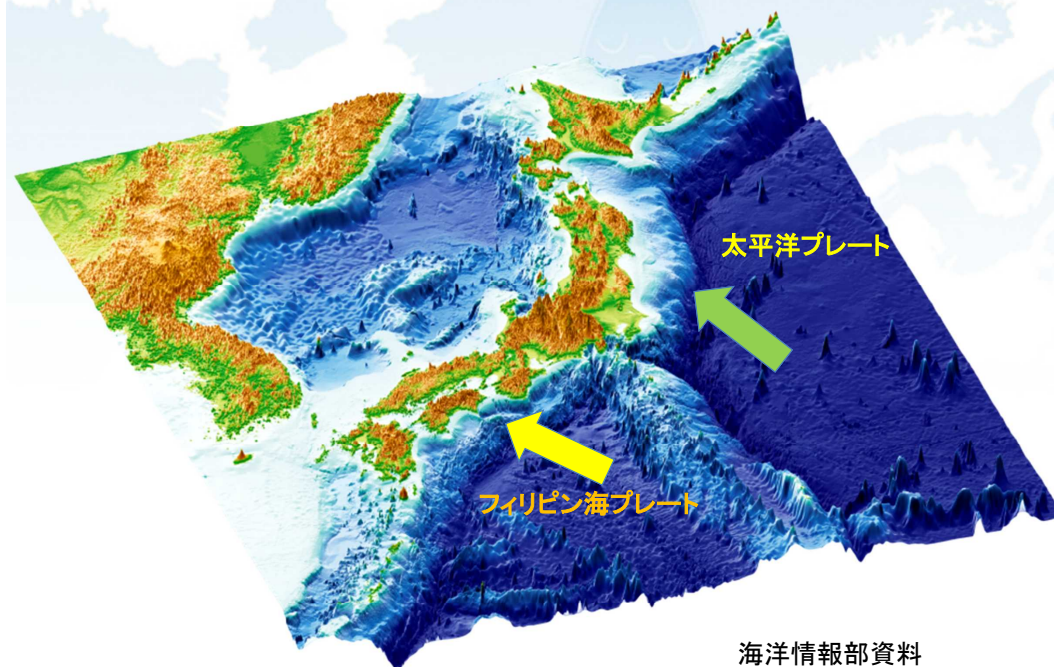
第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会

2025年9月26日

自然災害による死者・行方不明者数の推移



2016年熊本地震、2018年大阪北部地震、2024年能登半島地震など



海洋情報部資料

フィリピン海プレートが沈み込んでいる限り、南海トラフ地震は繰り返し発生

日本の地震活動

四国中国地方は比較的地震活動は低いものの
瀬戸内圏は南海トラフ地震の影響を受ける

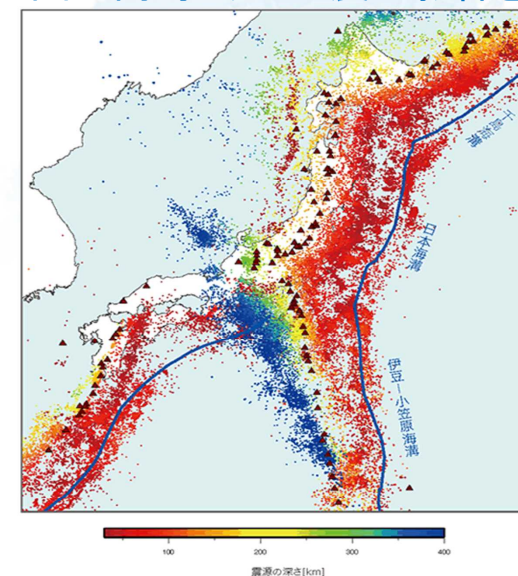
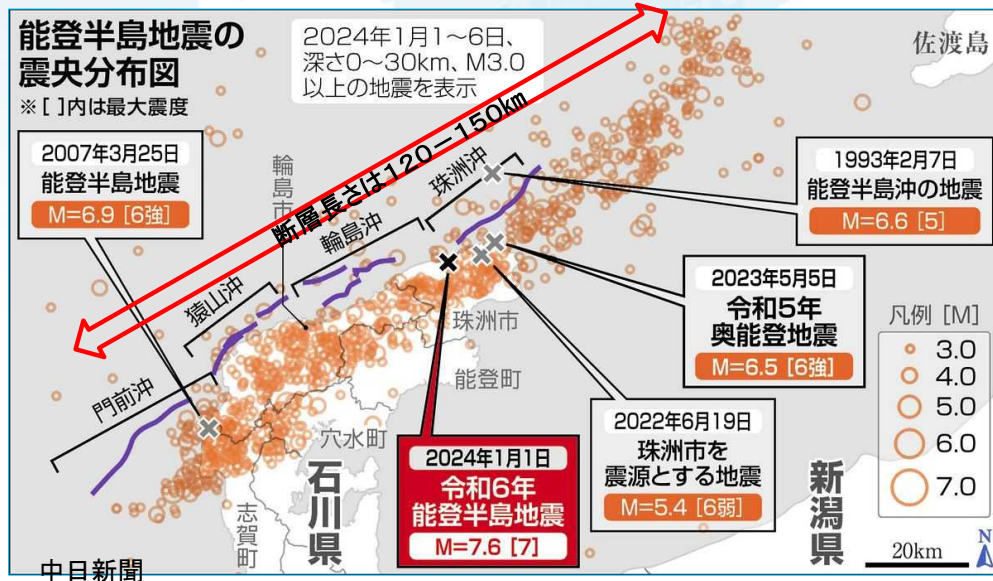


図1 活火山(▲)の分布
活火山は海溝と平行に並んでいる。点は震源を示し、色は震源の深さをあらわす。(気象庁一元化震源)

2024年1月1日能登半島地震



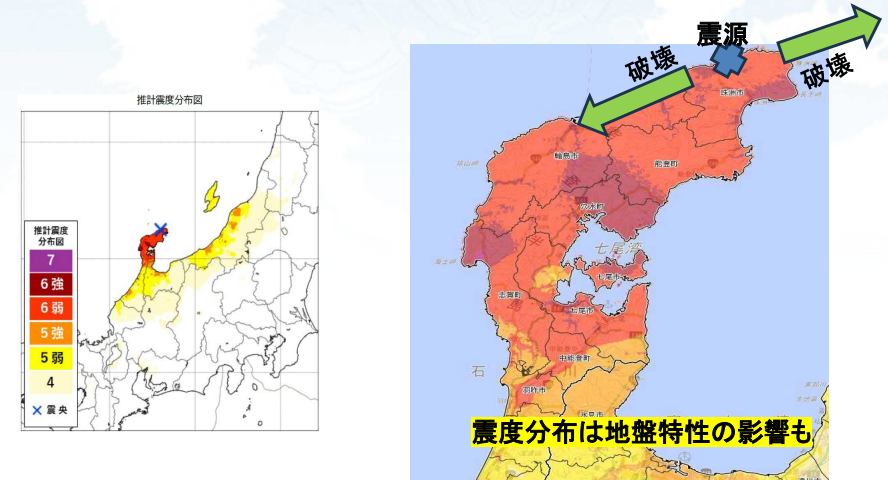
5

令和6年能登半島地震被害 様々な被害要因が発生



7

M7.6地震の震度分布 地盤特性の影響も



複数の活断層が連動

6

震度6弱以上の発生確率

能登半島はリスクはあるものの太平洋側に比較して高い表示ではなかった。しかし甚大な震災が発生した。このようにハザードマップは参考であり、災害規模は不確定性がある

○北海道から茨城沖の巨大地震の発生リスク大

○首都直下地震のリスク大

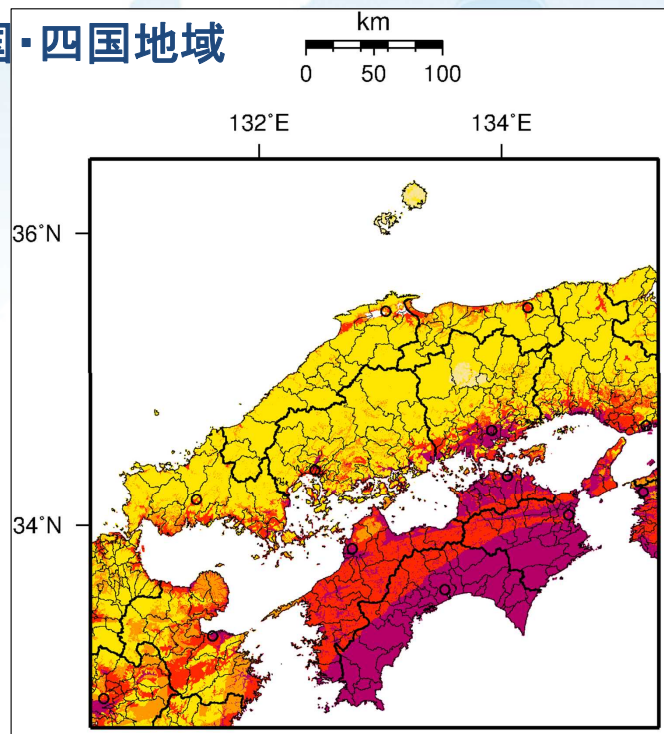
○南海トラフ地震の発生確率の見直し

- ・30年以内の発生確率 70%—80%は同じ
- ・40年以内の発生確率 80%—90%→90%



地震本部

中国・四国地域

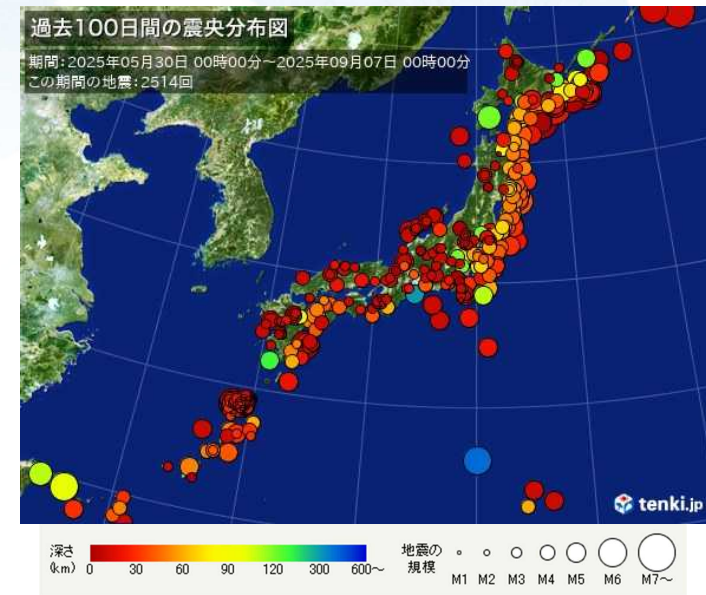


四国全体の
発生確率が高い

中国の沿岸域も
高い

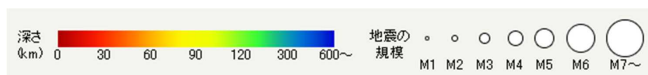
9

震度1以上の地震 過去100日間 中四国は比較的地震が少ない



10

震度1以上の地震 過去100日間 中四国は比較的地震が少ない



11

南海トラフ巨大地震大津波の被害1

- 強震動被害 **複数の強震動**
- 長周期地震動被害
- 液状化被害
- 大津波被害
- 火災被害(地震火災、津波火災)
- 地滑り、海底地滑り、海底の改変
- がれき被害
- 塩害、土壤汚染等
- 火山活動による火山灰、溶岩流の影響

— 8 —

12

南海トラフ巨大地震大津波の被害2

- ・ 農業、水産業への被害
- ・ 製造業への被害
- ・ 国際物流産業への被害
- ・ グローバル経済産業への被害
- ・ 地域コミュニティのダメージ
(停電、断水、生活再建の困難さ)
- ・ 連動・誘発する内陸地震被害

13

東日本大震災の教訓をどう活かすか



14

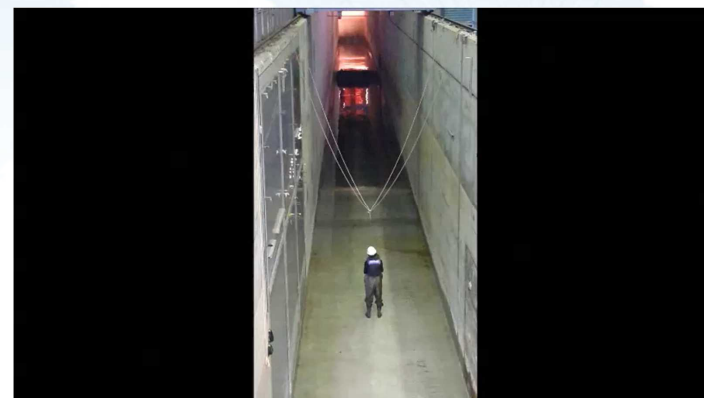
過去の誘発地震や誘発噴火の記録



15

30cmの津波で人は流されます。

人は簡単に流されます 迅速な避難が不可欠



30-40cmでは
完全に流されます
中央大学での実験

PARI 資料
現在 有人実験はしていません



津波に飲み込まれた患者の気管支の末端の肺胞を洗浄すると、小石や木くずが混じっていた(東北医科薬科大・中村教授提供)

津波肺が注目されたきっかけは、2004年に発生したスマトラ沖地震だ。津波被災者の中に抗菌薬の効かない肺炎患者がいた。土壌や汚染水などに常在する「スケドスポリウム属」と呼ばれる真菌がヒトの肺に感染する「スケドスポリウム症」にかかっていた。

日刊工業新聞2021年3月10日

南海トラフ地震 30年以内の発生確率は80%

年代	南海トラフで繰り返し起きた地震	前回の地震との間隔(年)
684年	白鳳(天武)地震	-
887年	仁和地震	203
1096年	永長東海地震	209
1099年	康和南海地震	3
1361年	正平(康安)東海地震	262
1361年	正平(康安)南海地震	0
1498年	明応地震	137
1605年	慶長地震	107
1707年	宝永地震	102
1854年	安政東海地震	147
1854年	安政南海地震	0
1944年	昭和東南海地震	90
1946年	昭和南海地震	2

20XX年 次期南海地震

17

南海トラフ巨大地震研究

18

南海トラフ巨大地震の被害想定

○想定される最新のハザードを対象に、最新の知見に基づく推計手法の見直しや地形データの更新、建物の耐震化等の現在の状況等を踏まえて、被害想定を見直し

○これまでの対策の効果は一定程度あるものの、強い揺れや津波が広域で発生することにより、膨大な数の死者や建物被害、全国的な生産・サービス活動への影響等、甚大な被害が発生

	H26基本計画	R7被害想定
死者数	約21.9万人～約33.2万人 (早期避難意識70%)(早期避難意識20%)	約17.7万人～約29.8万人 (早期避難意識70%)(早期避難意識20%) ※地震動:陸側、津波ケース①、冬・深夜、風速8m/s
建物倒壊	約9.3万人	約7.3万人
津波	約11.6万人～約22.9万人 (早期避難意識70%)(早期避難意識20%)	約9.4万人～約21.5万人 (早期避難意識70%)(早期避難意識20%)
地震火災	約1.0万人	約0.9万人
全壊焼失棟数	約250.4万棟	約235.0万棟 ※地震動:陸側、津波ケース⑤、冬・夕方、風速8m/s
揺れ	約150.0万棟	約127.9万棟
津波	約14.6万棟	約18.8万棟
地震火災	約85.8万棟	約76.7万棟
電力(停電軒数)	最大 約2,710万軒	最大 約2,950万軒
情報通信(不通回線数)	最大 約930万回線	最大 約1,310万回線
避難者数	最大 約950万人	最大 約1,230万人
食糧不足(3日間)	最大 約3,200万食	最大 約1,990万食
資産等の被害	約169.5兆円	約224.9兆円
経済活動への影響	約44.7兆円	約45.4兆円

※災害関連死者については、過去災害(東日本大震災の岩手県及び宮城県)及び能登半島地震の実績に基づいて想定した場合、最大約2.6万人～5.2万人と推計(上記死者数には含まれない)
(過去に類を見ない被害規模かつ超広域にわたって被害を生じると考えられる南海トラフ巨大地震では、過去災害でみられたような外部からの応援等が困難になることが考えられ、発災後の状況によっては、被災者が十分な支援を受けられず、災害関連死の更なる増加につながるおそれがある。)

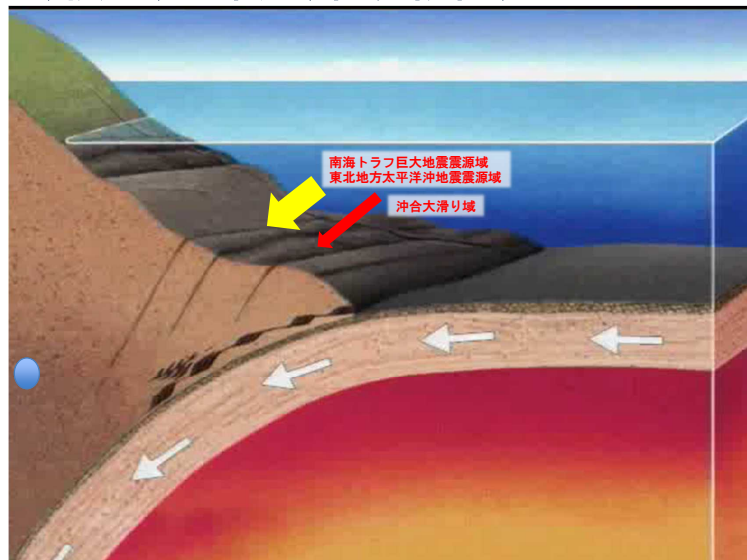
※ケース①は「駿河湾～紀伊半島沖」に「大すべり域」が「大すべり域」を想定した場合、ケース⑤は「四国沖～九州沖」に「大すべり域」が「大すべり域」を想定した場合
○超広域かつ甚大な被害が発生する中で、リソース不足等の困難な状況が想定され、あらゆる主体が総力をもって災害に臨むことが必要

10

19

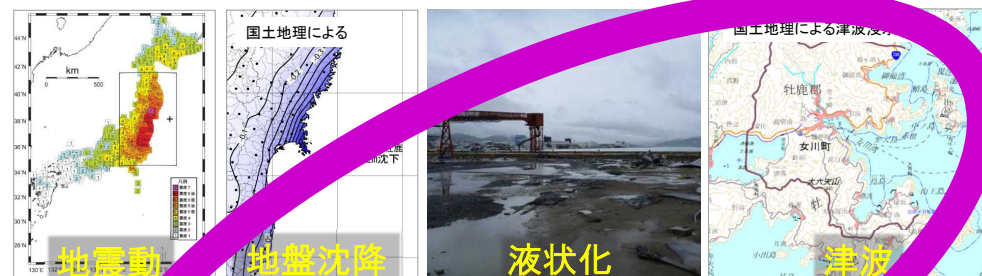
「海溝型地震」

強震動、津波、液状化、地盤沈下、火災、長期湛水
停電、断水、孤立、感染症、経済被害、コミュニティ崩壊等



15 21

広域複合災害



巨大地震 広域複合災害への備えは不可欠

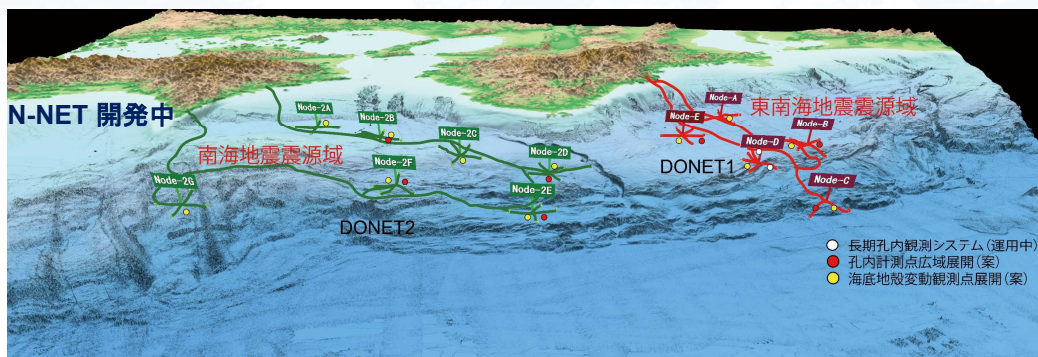
南海トラフや首都圏では地震動被害の可能性も！



東日本大震災では倒壊物、漂流物による被害の拡大など、地震・津波の直接被害以外にも、多くの複合災害が発生

22

DONET 展開

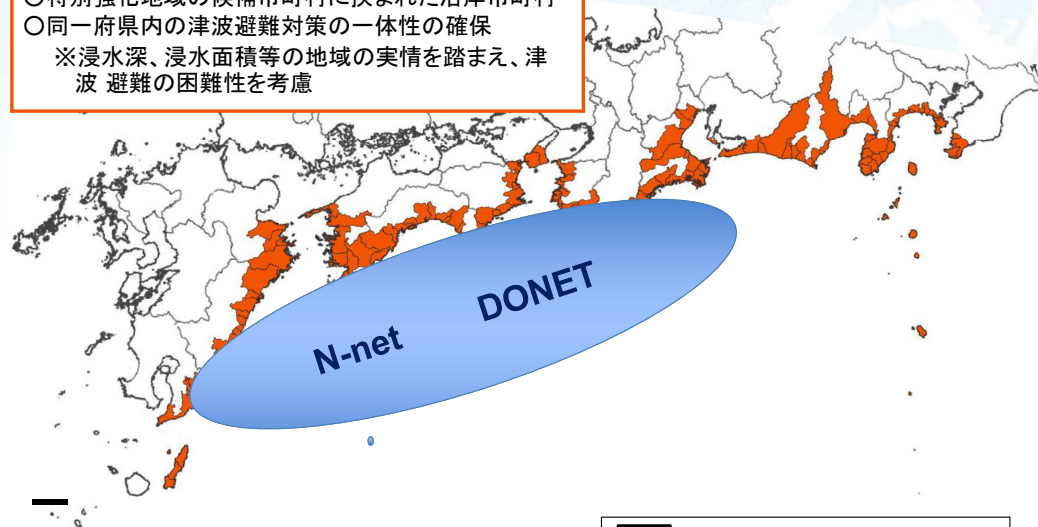


南海トラフ地震震源域における地震津波観測監視システム

南海トラフ地震津波避難対策特別強化地域の指定

指定基準の概要

- 津波により30cm以上の浸水が地震発生から30分以内に生じる地域
 - 特別強化地域の候補市町村に挟まれた沿岸市町村
 - 同一府県内の津波避難対策の一体性の確保
- ※浸水深、浸水面積等の地域の実情を踏まえ、津波避難の困難性を考慮



特別強化地域の指定地域

11

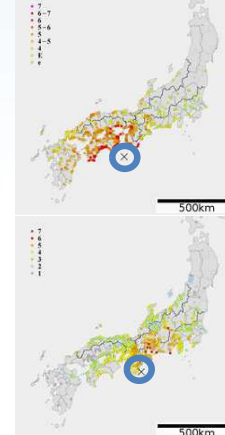
これまでの成果



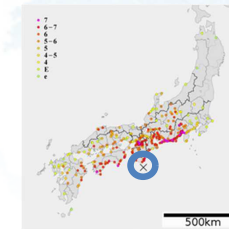
25

①過去の南海トラフ地震と震源

1854年安政南海地震



1946年昭和南海地震

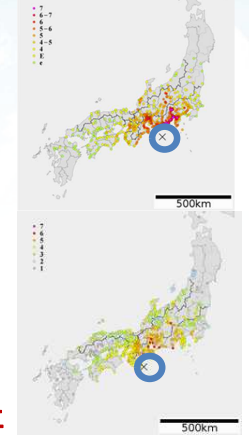


1707年宝永地震

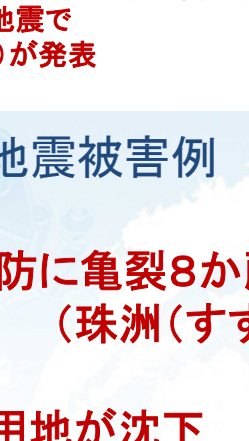
宇佐美龍夫 先生資料

○ 震源

1854年安政東海地震



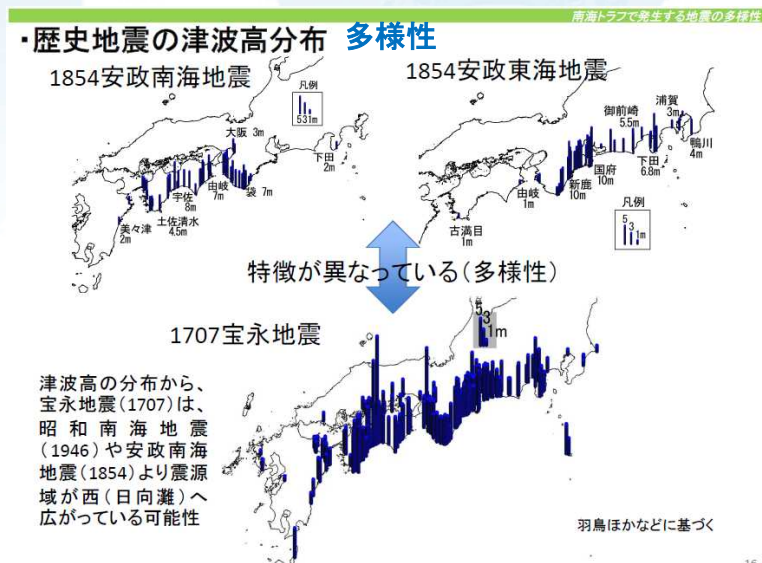
1944年昭和東南海地震



震源は主に紀伊半島沖に分布している。

もし、次回紀伊半島沖の地震で臨時情報(巨大地震注意)が発表された場合は要注意

宝永地震、安政東海地震、安政南海地震の津波多様性



地震本部

— 12 — 2024年元旦の能登半島地震(最大震度7)ではさらに甚大な被害が発生

27

2023年5月の能登の地震被害例 最大震度6強

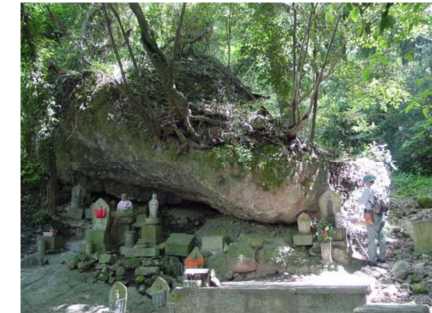
- ・ 被害状況 農業関連:ため池の堤防に亀裂8か所(珠洲(すず)市)
- ・ 漁港関連:蛸島漁港の岸壁背後用地が沈下(珠洲市)
- ・ 狼煙漁港の岸壁背後用地の沈下、施設屋根破損(珠洲市)
- ・ 森林関連:山腹崩壊3箇所(珠洲市)



地盤沈下は瀬戸内でも発生



1707年宝永地震の際 五剣山の1つの峰が崩落



落下した岩体の一部

液状化被害(千葉県)

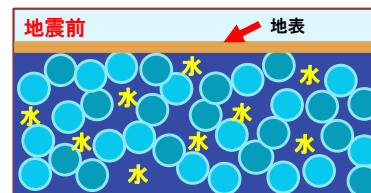


大阪 咲洲庁舎も被害
約300kmも離れた場所でも被害。
被害地域の多くは地下水が蓄えられた土地で海や河川、田んぼなどの埋立地が多い。



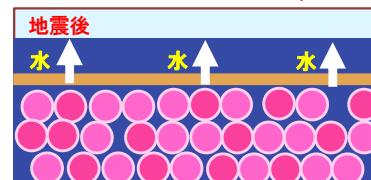
画像:千葉県我孫子市/下2枚 潮来市

液状化のメカニズム



砂や土は互いに緩やかにくっつきあい、その隙間に水がある

地震



今までくっついてた土や砂がバラバラになる。隙間にあった水は地表に逃げていく。液状化とともに地盤沈下もひきおこす。

能登半島地震の液状化被害



Eディフェンスによるシミュレーション映像

超高層建物のオフィス空間



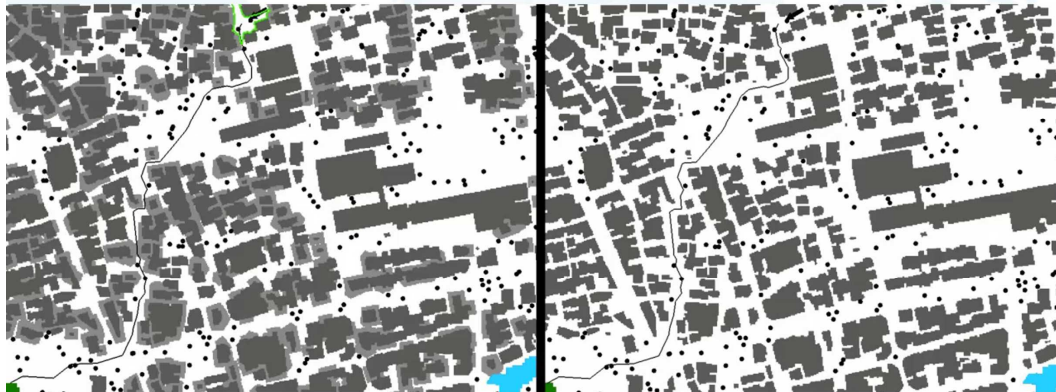
2008年1月 南海地震を想定した震動実験

独立行政法人 防災科学技術研究所 兵庫耐震工学研究センター

地震被害の有無による避難シミュレーション

被害あり

被害なし



Dr. Lalith 東京大学地震研

— 14 —

三つの備え

- 過去の
 - 実際の
- 自助 共助(近助) 公助

2. 土地勘

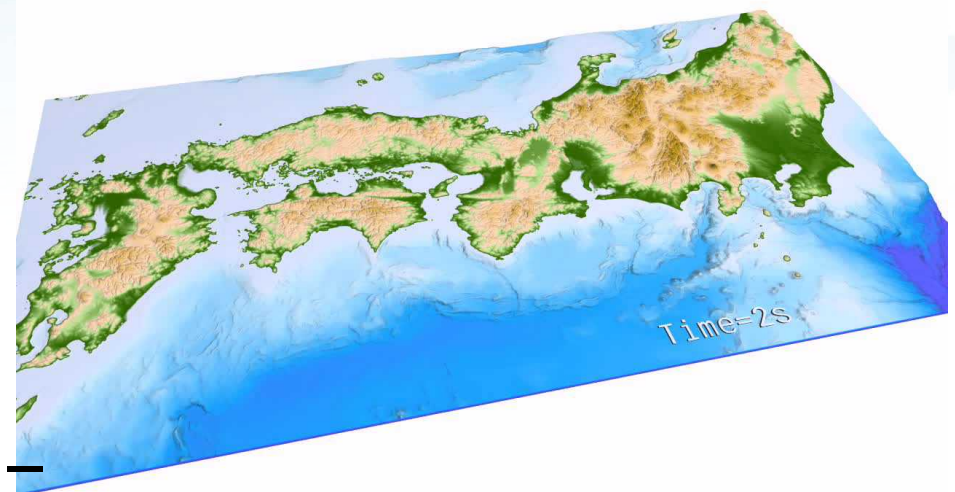
- 「土地勘」があれば、どこが危なくて、どこが安全かを知ることができる。
- 「土地勘」は、避難者、避難支援者ともに有効に機能する。

3. 平常時

- 「平常時」を知っておけば、何が異常なのかをすみやかに察知できる。
- 「平常時」から地域コミュニケーションを作っておくことが大事。

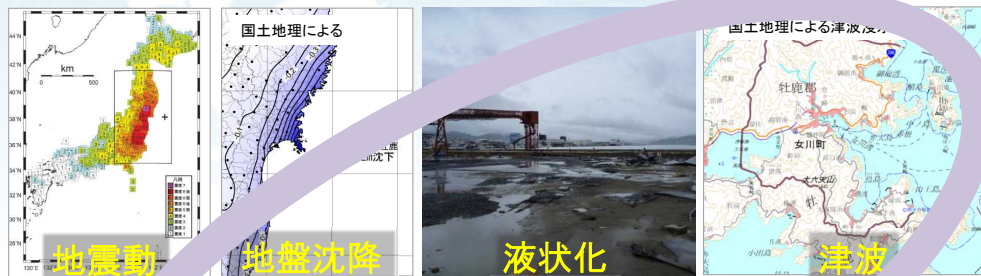
東海・東南海・南海地震連動 (時間差発生シナリオ1)

南海地震 ←(10分)←☆→ 東南海地震--(5分)-->東海地震



東大 古村教授

広域複合災害



巨大地震 広域複合災害への備えは不可欠



東日本大震災では倒壊物、漂流物による被害の拡大など、地震・津波の直接被害以外にも、多くの複合災害が発生

37

命を守り、便利で豊かな生活を支えている社会資本

社会資本



- 15 -

39

「幅を持った」社会システムの構築を

1. 冗長性、代替性を持った(redundancy)

- ◆どんな状況に至ろうとも対応手段が皆無にならないように、事前に対処方法や仕組みを二重化・三重化
- ◆バックアップオフィスの確保、東日本大震災時の「くしの歯作戦」など

2. 何が起きても致命的破壊に至らない(robustness)

- ◆一つ一つのシステムが完全に麻痺したり機能不全に陥ったりしない
- ◆地震による大きな揺れがあったとしても瞬間的には倒壊しない

3. 粘り強く復元可能な(resiliency, tenacity)

- ◆一つ一つの要素が破壊されるプロセスに粘り強さを
- ◆被害の拡大が遅れて進行するように誘導、現象をしなやかに受け流す

4. 融通が利き順応性を持った(elasticity)

- ◆その時々事態に合わせて柔軟かつ臨機に最善の方法を選択
- ◆平常時からの防災教育等のソフト対策

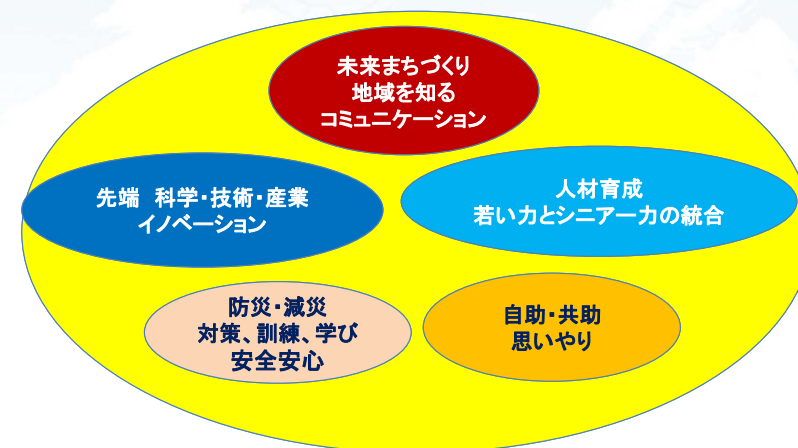
5. 安全・安心を与えてくれる(securing safety)

→ 「幅を持った」社会システムの構築を

38

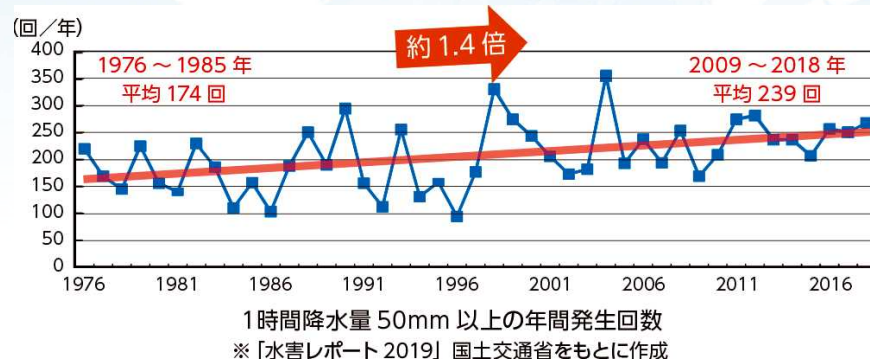
明るい未来社会構想

その中に防災減災がある



40

頻発する豪雨



応用地質「防災・減災のススメ」P4

豪雨災害対策として、リアルタイム情報の活用と迅速な避難、地域対応力が不可欠も

昨日一昨日は山陽小野田市でも豪雨、洪水

熊本地震後の豪雨



6月19日から25日にかけて本州付近に梅雨前線が停滞し、その前線上を低気圧が次々に通過した。

先日の能登の地震発生後にも大雨

大震災後の豪雨災害

大雨被害の概況(R6.9)



42

減災科学の概要



今後の日本の減災・強靱化の考え方

事前復興計画が不可欠

広域複合災害

減災科学とは

理学、工学、社会科学、医学、心理学、教育学
経済学を統合した 総合科学・技術である。



巨大地震 広域複合災害への備えは不可欠

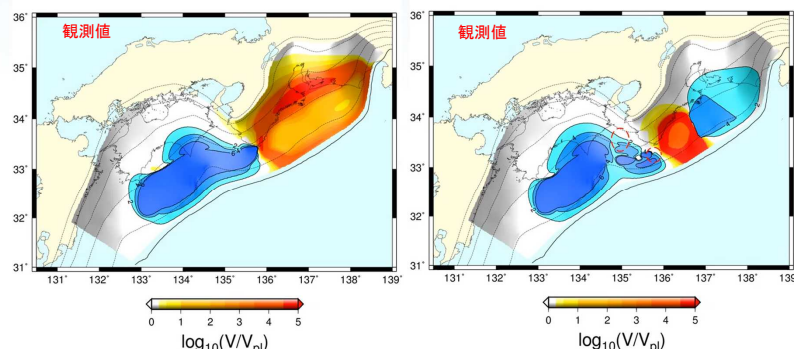


東日本大震災では倒壊物、漂流物による被害の拡大など、
地震・津波の直接被害以外にも、多くの複合災害が発生

45

リアルタイム地震・地殻変動観測⇒プレート境界でのすべり
イメージ図 兵藤疎氏(JAMSTEC)作成
シナリオ研究の重要性

① 半割れ後の余効すべりとすべり欠損率
TIME=00000yr/000day/00hour/00min/00sec
② 一部割れ後の余効すべりとすべり欠損率
TIME=00000yr/000day/00hour/00min/00sec



V:すべり速度 V_{pl}:プレート収束速度

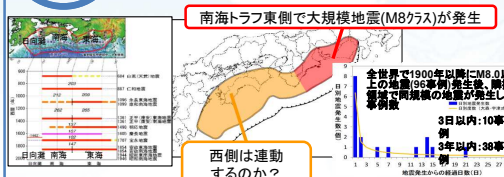
半割れケースの場合、複数の強い揺れによる被害が想定される
災害をイメージすることの重要性

47

2-3 南海トラフ沿いで発生する典型的な異常な現象とその評価に基づく防災対応の基本的考え

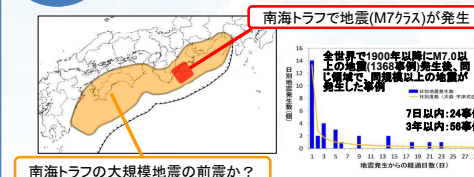
○ 典型的な4つのケースについて、防災対応の基本的考え方を検討

ケース1 南海トラフの東側だけで大規模地震が発生(西側が未破壊) ※ 直近2事例では、南海トラフの東側の領域で大規模地震が発生すると、西側の領域でも大規模地震が発生

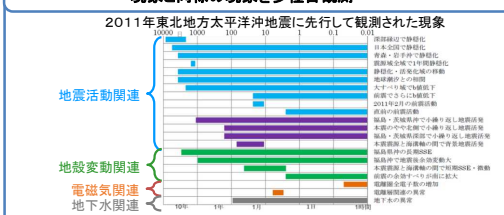


防災対応の基本的考え方: 一定程度可能性の高さが認められる期間内に、避難等の応急的な対応を実施する意義がある
・可能性の高さだけでなく、被害の軽減効果と防災対応に伴う損失等社会的な受忍のバランスによって、防災対応の内容や期間を決めることが適当。
・具体的な検討に当たっては、避難施設の整備状況や耐震対策の実施状況等を踏まえ、地震発生時の可能性の高さや地域の脆弱性に応じて、複数の対応をあらかじめ想定することが望ましい。
・これらの考え方について、社会的合意を目指すべき。

ケース2 M8~9クラスの大規模地震と比べて一回り小さい規模(M7クラス)の地震が発生
※ 南海トラフ沿いでは確認されていないが、世界全体では、M7.0以上の地震発生後、さらに規模の大きな地震が同じ領域で発生した事例がある

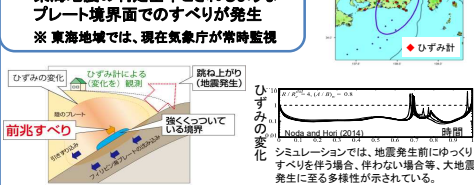


ケース3 東北地方太平洋沖地震に先行して観測された現象と同様の現象を多項目観測



防災対応の基本的考え方: 防災対応に活かす段階には達していない

ケース4 東海地震の判定基準とされるようなプレート境界面でのすべりが発生
※ 東海地域では、現在気象庁が常時監視



防災対応の基本的考え方: 行政機関が警戒態勢をとるなどの対応に活用できる
・行政機関が警戒態勢をとる際、住民等にどのように情報を発信するか、態勢の解除の判断を下すか等、どのような具体的な対応が適切か社会的合意を形成する必要がある

46

PDCAサイクル

大規模災害では不測の事態が発生

そのため
事前防災計画
発災時対応計画
BCP,DCP計画などの
各計画の事前点検が必要



48

PDCAからOODA(ウーダ)へ

防災減災の視点で

OODA の各段階は次の通りです。

Observe (観察): この段階では思い込みや予断を捨て、被災状況を把握します。

Orient (状況判断、方向づけ):

次に、把握結果に基づき、対策の方向付けを行います。
被害把握が十分であれば対策精度が高まっています。

Decide (意思決定):

具体的な方針や行動プランを策定します。
適切な被害把握、方向付けが基礎としてあるので、
実効性の確度が増します。

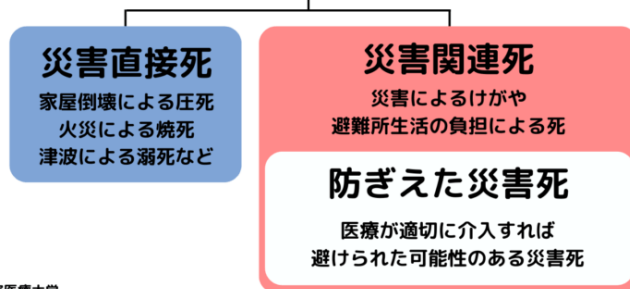
Act (行動): 実際に迅速に行動に移します。

「相手の動きを含めた状況分析を行い、自分の戦略作戦を実行する」のが
OODA であり、
「手順に従って状況分析を行い、自分の状況を改善していく計画を立て実行する」の
がPDCA です。

ビジネスインサイト資料に加筆

49

災害死



○2016年熊本地震

死者は石川、新潟、富山3県で累計656人となった。

直接死 228人

○2016年熊本地震

死者278人 直接死 50人

この災害関連死を減らすのが今後の課題

防寒、猛暑対策が急務

減災～復旧復興～未来社会構想へ



様々な分野で活躍できる
人材育成が不可欠

事前復興計画の必要性

- ・ 自分自身
- ・ 家族
- ・ 地域(山陽小野田)
- ・ 県(山口)
- ・ 中四国
- ・ 西日本
- ・ 日本

阪神淡路大震災30年から

Preventable Death

避けられた死

1995年1月17日5時46分



1

2



1995年1月18日

4

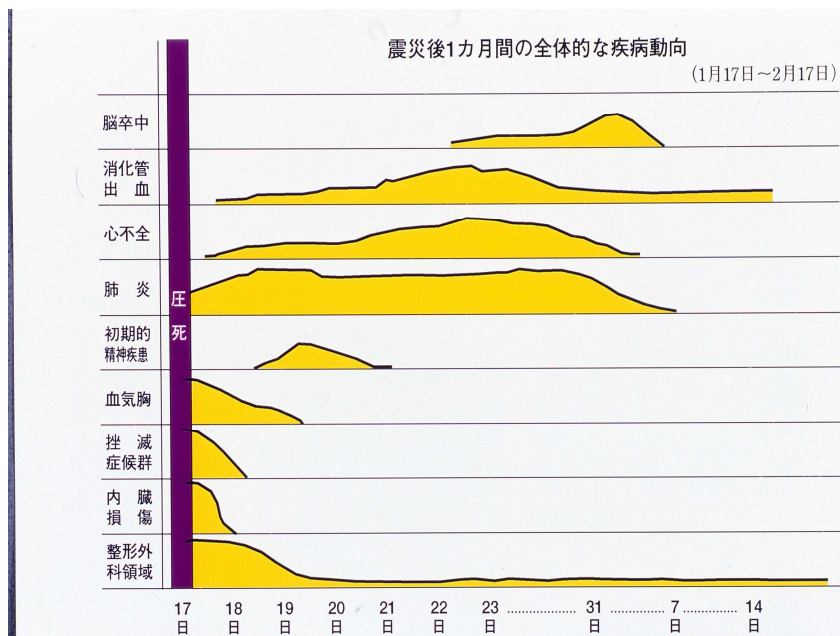
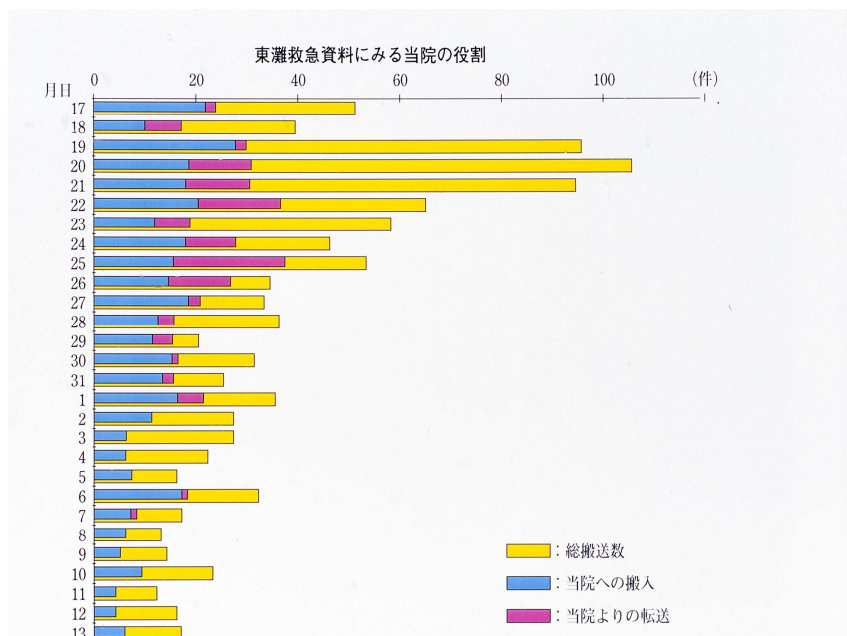


1995年1月19日

5



6





9



10



12



能登穴水の仮設住宅2025

13

直接死(住宅関連死?)にも階層性

表5 神戸市の生活保護受給者の被害実態

	保護世帯	全壊・全焼(率)	保護受給者数	死亡(率)	全体の粗死亡率
神戸市	14951	3619 (24.2)	22411	278 (1.24)	0.25
東灘区	750	361 (48.1)	1158	45 (3.89)	0.67
灘区	1199	529 (44.1)	1704	48 (2.82)	0.65
中央区	2543	622 (24.5)	3295	33 (1.00)	0.16
兵庫区	2997	834 (27.8)	3844	45 (1.17)	0.32
長田区	3651	924 (25.3)	5692	79 (1.39)	0.53
須磨区	1165	323 (27.7)	2027	28 (1.38)	0.16
垂水区	1023	24 (2.3)	1897	0	
北区	1097	2	1834	0	
西区	526	0	960	0	

・生存救出は72時間以内が圧倒的 ・直接死の56%が60歳以上

14

仮設から復興住宅へ(高齢者と低所得者の移動)

表5 災害公営住宅入居者の高齢化率

	入居者数	内65歳以上	割合(%)	(参考) 既存団地(%)
神戸地区	3,366	1,525	45.3	16.5
阪神南地区	2,275	855	37.5	14.1
阪神北地区	2,884	606	21.0	7.8
東播磨地区	967	286	29.5	8.8
西播磨地区	50	16	32.0	8.8
その他地区	522	182	34.8	15.2
計	10,064	3,470	34.4	11.3

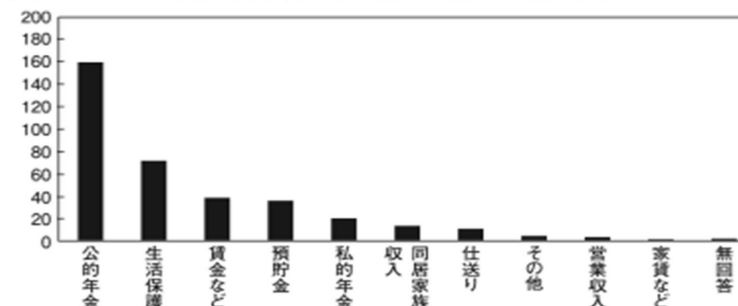
出所：1998年9月現在、兵庫県住宅管理課より

加齢と貧困の濃縮

被災者生活支援が求められた理由

仮設入居者調査では、世帯収入100万円未満が30%、300万円未満が75%

表5-1 復興公営住宅入居世帯の収入源



災害の巨大化・多様化に対応する防災
を考えることが重要
直接死と関連死をいかに予防できるか

2025年(令和7年)
7月28日
月曜日

朝日新聞

朝日新聞大阪本社
〒530-8211 大阪市北区中津2-2-39
電話 06-6233-0131 www.asahi.com

南海トラフ津波被害国の新想定

2300医療機関 浸水リスク

7300の福祉施設も

南海トラフ巨大地震が起きると、全国で約2300の医療機関、約7300の福祉施設が浸水するおそれがあることが分かった。国土交通省が、南海トラフ巨大地震を想定し、医療機関と福祉施設の浸水リスクを調査した。調査結果は、国土交通省が公表している「国土交通省情報」にある。浸水リスクを調査した地域は、南海トラフ巨大地震の想定範囲内にある。浸水リスクを調査した地域は、南海トラフ巨大地震の想定範囲内にある。浸水リスクを調査した地域は、南海トラフ巨大地震の想定範囲内にある。

朝日新聞

朝日新聞大阪本社
〒530-8211 大阪市北区中津2-2-39
電話 06-6233-0131 www.asahi.com

多重被災自治体3割
災害救助法 2回以上適用

11年からの15年間

それでも医療費無料停止の自公政治

やまめ災害関連死

室崎益輝
阪神淡路大震災の最大の教訓は防災の主人公は市民・市民団体でなければならないということ
石橋克彦
地震は止められないが震災は努力で軽減できる

第8章
ソーシャル・キャピタルと健康
Social Capital, Social Cohesion, and Health
イチロー・カワチ、リサ・F・パークマン

社会疫学
Social Epidemiology

イチロー・カワチ教授の人気講義
"Society and Health"の指定教科書

「上流」にある健康の
社会的決定要因に挑む

健康格差、ソーシャル・キャピタル、
行動介入、子どもの貧困、働き方改革、
日本が直面する課題解決のヒントがここに

民医連の70年、何を引き継ぎ、次世代に何を託すのか

20240210 神戸健康共和会・東神戸病院 藤末衛

はじめに

今日の経済社会の構造的変化の特徴を格差拡大という言葉で語られるようになって久しい。そして、人口と疾病構造の変化、保健医療制度の変化、気候変動や災害発生などが相互に影響しながら国民の健康問題が構造的に変化することを健康転換と呼ぶようになっている。世界中で高齢化が進んでいるが、アジア地域のスピードは早く、特に日本は介護保険制度がスタートした2000年頃より高齢化率は世界 No.1 となっている。地震、台風多発地帯という地域特性も有した超高齢・人口減少社会における保健・医療・介護のあり方という点では世界的な最先端の仕事が求められている。民医連がなぜ生まれ、何を実践してきたか、そしてどこに向かうのかは、その時代の人々の保健・医療・介護のニーズ、経済社会と政治の動向、提供体制とその担い手のあり方に深く関連しており、人権、平和、社会進歩の視点で振り返り、今後の展望を倫理的に探りたい。

第1章 前史としての無産者医療運動と戦後民医連に引き継いだもの(1930-41)

第一次世界大戦(1914~18年)を契機に日本政府は産業の工業化をおしすすめ、重化学工業が急速な発達を遂げて労働者人口が増大し、それに伴い貧富の格差が顕著となった。戦中の1917年ロシア革命ののち、韓国では3・1独立運動、日本では米騒動(1918年)が全国に拡がり、その後1920年代には普通選挙運動、労働・農民運動、部落解放運動、女性運動、学生運動、社会主義運動など、多くの分野の新たな社会運動が生まれ民主主義の高揚期を迎えた(大正デモクラシー)。当時の政府は、労働者の不満を抑えながら強兵政策の一環として健康保険制度(1927年)を創立した。農村では貧困と医師不足が顕著であったが、産業組合による低額診療目的に医療利用組合(戦後、農業協同組合に再編、厚生連や医療生協へ)が設立された。しかし1920年代後半には、治安維持法(1925年)、特高警察の全国配置(1928年)、山東出兵(1927~28年)など、強硬外交・軍事膨張・ファシズムへと移行し、ついに1931年満州事変を起こし15年戦争に突入した。

このような時代背景の中で無産者診療所は設立された。治安維持法の改悪に1人反対した山本宣治代議士が暗殺(1929年)されたことを契機に、「我々の病気を治すためには、我々の病院を持たねばならぬ。」という呼びかけがされ、1930年東京大崎に設立された。(初代所長：大栗清実)その後11年間にわたり全国で1病院23診療所、準備会は20数県に広がり、健康保険に加入していない人々の診療に取り組んだ。特高警察の監視弾圧の下、侵略戦争に反対し医療制度の民主化を掲げた歴史的意義は大きかった。それだけに激しい弾圧に遭い、太平洋戦争直前に全ての無産者診療所は職員の逮捕弾圧などで閉鎖に追い込まれた。戦後の民診、民医連へ、第一に平和と民主主義を求める闘争の統一、第二に地域と民主的組織に根ざして住民の切実なニーズに応える診療、運動、運営するという伝統が引き継がれた。

第2章 第二次世界対戦後の時代背景と社会、そして民医連の足跡

(1) 敗戦直後、無差別平等の医療求めて民診創設から全国組織結成の時代（1945－60）

- ・ 困窮、感染症蔓延の中で、医療は国民の死活的ニーズだが高嶺の花でもあった
- ・ 新憲法を根拠に民主化と復興、社保審 50 年勧告、生活保護や医療保険などの制度再生
- ・ GHQ は各地方の基幹病院については国公立病院で整備することを推奨したが実現せず
- ・ 朝鮮戦争前後より米国の対日戦略転換（冷戦構造、反共の防壁、旧支配勢力の復活）
- ・ 全国民医連結成（1953 年）、無差別平等と社会性を重視した綱領（＊1）を決定
- ・ 民医連の担い手は、無産者診療所の経験者、中国帰還者、公的病院のレッドページ組
- ・ 健康調査や集団検診、災害救援、被爆者医療から平和運動、社会保障制度の改善運動
- ・ 政治主義的傾向と経営困難、1955 年に綱領を改訂（＊1）して医療内容を重視
- ・ 中央社会保障推進協議会設立（1958 年）、国保の給付率充実の運動など
- ・ 朝日訴訟、小児マヒワクチン闘争、安保闘争、三池争議支援など多彩な社会運動

＊情勢激変と価値観大転換が民医連を生み出し、社会と運動が担い手を育てた時代

(2) 患者の立場に立つ医療と運動の理念確立、近代化と拡大の時代（1961－80）

- ・ 決定した 61 年綱領（＊1）を医療、経営、社保運動の全ての分野で具体化、前進を開始
- ・ 「成人病」増加、労災、職業病、公害、救急医療危機など高度成長時代の健康問題
- ・ 皆保険で患者増加、診断治療機器の進歩・普及、組織的医療のための病院の近代化
- ・ 人口の 4 割が「憲法を暮らしに生かす革新自治体」に住み、福祉重視が現実化
- ・ 医療保障拡大の共闘運動で国庫負担増、給付改善、老人医療費無料化（1973 年）に
- ・ 患者の立場に立つ医療、生活と労働の視点、民主的集団医療など医療理念の確立へ
- ・ 各県で病院の設立と拡大、診療所等の建設ラッシュ、県連長期計画の策定
- ・ 学生運動、民医研運動を通じて医師、技術者、事務職の急速な増加と成長

＊歴史的な安保闘争を経て 61 年綱領を決定し、運動前進、事業拡大した時代

(3) 社会保障抑制政策に対峙し、困難突破の模索と組織強化の時代（1981－00）

- ・ 政府による「医療費亡国論」などの医療費抑制や医療不信キャンペーンの展開
- ・ 人権を守る社保運動と規模拡大・駆け込み増床、それを担う職員養成の強化
- ・ 医療、介護費用の公的保障を求める民医連の原則論と政治のギャップも拡大
- ・ 山梨倒産を契機に綱領路線からの逸脱と情勢認識の甘さが経営破綻にとの認識が広まる
- ・ 山梨問題の全国的総括として民医連総会で初めて「共同の営み」が提起される
- ・ 民医連運動のパートナー、共同組織の位置づけを歴史的に強化する戦略の確立
- ・ 阪神淡路大震災の救援活動を通じて、世間の民医連の認知度は高まる
- ・ 民医連医師数の停滞を契機に、アイデンティティーの模索と今日的な医療宣言づくり

＊政治の逆流と低成長時代の困難の中で、原点に立ち戻り組織強化めざした時代

(4) 超高齢・格差社会でのたたかいと対応、綱領見直しへ進む時代（2001－10）

- ・ 貧困と格差拡大、超高齢社会における健康問題の複雑化
- ・ 経済、財政危機を理由に社会保障の解体・営利市場化の動きと抵抗運動の高まり

- ・介護、慢性疾患の重症化予防、低侵襲先進的がん治療のニーズの高まりと技術進歩
 - ・人権意識の高まりの中、民医連の掲げた理念の一般化が進む（IC や患者中心の医療）
 - ・「より開かれた民医連」、医療・介護の経営構造の転換と複合事業体化の促進
 - ・医療事故、痛恨の事件を契機に、存在意義をかけて安全、管理、倫理の抜本的な重視
 - ・根本にある絶対的医師不足を発信し、医師増員の運動を広げ政策転換、政権交代へ
 - ・理念進化と世代継承のための綱領改訂議論と決定、国際人権基準としての健康権重視
- * 格差社会の一方で人権意識が高まる中、自らの存在意義を確認・模索した時代**

(5) 綱領改定後、医療・介護の一体化と健康権実現の公正な世界を求める時代（2011-）

- ・東日本大震災・原発事故への全国支援、原発再稼働反対、安保法制と改憲反対運動
- ・憲法の平和主義、社会保障への攻撃に対峙し、「人権としての医療介護保障提言 2013」
- ・辺野古新基地建設反対運動の継続、翁長県政実現(2014)、「戦後 70 年決議 2015」
- ・無差別平等の地域包括ケア実践と「民医連の医療介護活動二つの柱 2016」提起
- ・悲願の核兵器禁止条約の成立(2017)、韓国社会的医療機関連合会の結成(2018)
- ・人類的災難コロナパンデミックに人権の視点とケアの倫理で立ち向かう
- ・旧優生保護法問題の反省と謝罪を通じて自らの人権水準を問い、倫理的未来を模索
- ・ロシアのウクライナ侵略戦争の勃発、日本の軍事大国化と非戦、護憲の行動

*** 新自由主義と軍事国家化に対峙して、平和と人権・健康権保障を求め行動する時代**

第3章 民医連の保健・医療・介護活動と社会運動の歴史的な特質とその意義

(1) 健康阻害の原因の原因に迫る実践から「共同の営み」の理念への発展

健康阻害や病気の要因には直接的原因があり、その上流に根本的原因がある事が多く、特に健康の社会的決定要因・SDH を重視しなければならない（マイケル・マーマット：The Health Gap）。病因には、三つの要因（生物学的、社会的、外力・環境的）がそれぞれ独立しながらも複雑に関連している。（フュックス：医療経済学の将来）。世界的な公衆衛生と医療経済学の泰斗である 2 人の言説に従えば、民医連は診療と社会運動において以下のように、生物医学をアカデミアに学びつつ、災害救援を含むアウトリーチや、人権擁護、政治的行動をすすめてきた。

① 生物学的な要因に対して

- ・臨床各分野の学習・研鑽、エビデンスを活かす日常診療、安全文化の醸成
- ・民主的集団医療から権威勾配のないチーム医療、患者中心の医療へ
- ・ポピュレーションアプローチとしての地域丸ごと健康づくり

② 社会的な要因（SDH）に対して

- ・貧困と孤立、克服の運動、社会保障制度充実の運動
- ・現場での社会資源活用、居場所作り、HPH 活動、無料低額診療の普及

③ 外力、環境的な要因に対して

- ・災害支援活動（地震、風水害など）の取り組みから MMAT の創立へ
- ・被爆、原発、平和などの国民的課題への取り組み
- ・労災、アスベスト、公害・環境問題への取り組み

1953 年全国民医連創立時の須田初代会長談話（＊2）に示された社会保障の担い手としての態度を一貫して追求し、そしてなるべく専門家のパターナリズムに陥ることを戒めながら、社会保障分野の担い手としての倫理的態度と実践を貫く「共同の営み」という理念に到達した。今日の民医連における「共同の営み」の理解は、個人の尊厳を第一とした、人権としての健康権保障を実現するための基本的な個人と担い手である私たちの関係論であり、より良い療養と自己決定を求める個人と公正（Justice）かつ共感的な医療介護分野の担い手が相互に協力する社会的営為とまとめることができる。すべての個人が健康に向かって自ら努力し、専門家の支援や制度を利用できる、その人が望みうる健康状態を権利として具体的に実現すること（Right to Health）を国が保障しなければならない、これが現在の国際人権基準であり私たちが目指さねばならないものである。国連の健康への権利に関する初代特別報告者ポール・ハント教授は「我々国連人権機関の委員は、academic activist 研究者兼活動家であり、advocator 人権擁護者でなければならない」と各国政府に政策的なアプローチを挑んでいるという（藤田早苗：武器としての国際人権）。

また、20 年前の民医連 50 周年の講演で日野秀逸教授は、「1973 年当時の職員教育テキストに医師患者関係は対等平等、相互の協力で治療すると定義され、1983 年に共同の営みが総会方針に登場する。これは日本の医療史の中で特筆されるべきことだ」と述べた。

また、清水哲郎氏は臨床倫理 4 原則の自律原則（自己決定を最優先）の改定を推奨し、自己決定の上位概念として個人の尊厳を置き、医療行為は医療者と患者の共同行為として実行することを提案している。（「生命と人生の倫理」2005 年放送大学教育振興会）

「共同の営み」は、民医連事業所の創設過程と健康阻害の原因の原因に迫る実践による必然的な到達であり、今後とも具体的にその内容を深め、発展させるべき理念である。

（2）平和と人権、社会保障実現のための一貫した行動と政治参加

第 2 章で見たように民医連は憲法の平和主義と人権尊重、社会保障を一体のものとして政府に対し一貫して要求、行動してきた。これは、二度と世界戦争を起こさないために定められた国連憲章の主旨に沿ったものであり、国連憲章をさらに確実にするために日本国憲法は 9 条、25 条を定めている。平和と健康は一对のものであり、非戦と社会保障を一体に追求することは日本の民主運動の伝統ともなっており、今後引き継がねばならない。

民医連綱領に「いっさいの戦争政策に反対する」ことを明記し、改憲策動とのたたかい、被爆者医療の実践や被爆の実相を世界に知らせた国際シンポジウム、被爆者援護法制定や核兵器廃絶への行動、自衛隊海外派兵反対や辺野古支援連帯行動など、一貫して平和と憲法擁護の行動を続けてきた。2004 年より「9 条の会」、2010 年特定秘密保護法から安保法制（戦争法）反対の大きな運動に参加した。被爆者運動を背景に 2017 年、核兵器禁止条約を成立させた。一方、同じく第 2 章で見たように 6－70 年代の国民皆保険や医療保険給付改善に広範な共同で前進するものの、80 年代からは公的医療費削減政策が長らく続いた。ジリジリと健康格差拡大と高齢化の進行による健康問題が顕在化する中で「軍事費よりも社会保障に税金を」、「絶対的医師不足の解決を」の運動を進め、2013 年には「人権として

の医療・介護保障めざす提言」を發表し、制度的提案と自らの活動方向を定めた。また阪神淡路大震災、東日本大震災などの大規模な災害支援、生活支援に取り組み、被災者生活再建支援法の成立と充実を要求し、福島原発事故に対して被爆者医療の経験を生かして現地の住民を支援、その後原発再稼働反対、廃止の運動に発展した。

(3) 痛恨の教訓も糧とし、事業発展と職員の成長を追求する自己変革の姿勢

民医連創立当時は、志ある個人開業医の参加が相当数存在した。これは歴史の積極的側面であったが、事業と運動を大きくしてゆくために院所の非営利法人化が必然的に進んでいった。全国各地に民医連組織が広がり、規模も拡大という発展の中での困難や痛恨の経験も増えてきた。組織の力量を超えた投資による失敗や管理運営の未熟さは、経営破綻や職員の退職を生み、その都度再建のための特別の努力の集中と総括を繰り返してきた。

歴史的な転機となったのは、1983 年山梨勤医協の倒産（日本の医療史上最大規模の負債総額）であった。全日本民医連理事会は、何としても再建するための行動をとりつつ全面的な総括を行なった。医療、経営、運動、すべての側面からその誤りを明確にし、民医連的再建と全国的支援を呼びかけ実行した。当初、全日本民医連理事会と現地に対し厳しい批判的意見も多数出されたが、再建闘争の中で、民医連の医療理念としての共同の営みの提案、法人院所が独善的にならないためにも共同組織の抜本的強化の提案がなされた。それに応えて現地山梨民医連の全職員と共同組織の大奮闘で見事に 1 年前倒して経営再建がなされた。また、山梨問題を起点に「民医連とはいかにあるべきか」を自らに問い直す中で全国組織の団結は深まり、進むべき方向が定まっていった。

2000 年、経営再建中の耳原総合病院でセラチア菌の院内感染による患者死亡事故が発生、届出義務のない事象ながら事実を公表して調査研究、日本の院内感染予防対策に貢献した事例、2002 年、川崎協同病院における「気管内チューブ抜去・筋弛緩剤投与事件」を公表して医療現場の倫理を問う事件など、医療事故・事件の事実を隠さず、再発予防のための徹底した総括と教訓化を組織的に行なった。そして、①病院管理運営の抜本的改革、②共同の営みの理念の日常的な点検と学習、③職員の倫理的な教育と民主主義の能力の向上に取り組む方針確立と実践につなげた。「1 人で決めない、一度で決めない」「困難は全国の知恵と連帯で打開する」といった民医連の合言葉も誕生した。大きな事故や事件に対して組織として向き合って解決をめざし、世間にも発信することは、医療界からの信頼、地域からの信頼を得る上でも重要であったと言える。

歴史に取り組んできた医学生、看護学生をはじめとする学生運動や奨学生への支援や民医連の職員育成は、医療・介護の担い手の多様性の尊重と倫理的な成長をめざすものだった。最近では、旧優生保護法下の強制不妊手術問題に対する見解と謝罪表明を行い、自らのパターンリズムを克服し、高い倫理観を獲得してゆくための今後の取り組みを提案した。2024 年の今日から見ても、2010 年の綱領改定は半世紀にわたる 61 年綱領の実践をへて到達した民医連の成長と自己変革の総括であり、東日本大震災やコロナ禍にも正面から立ち向かい歴史的な使命を果たす羅針盤となったと言えるだろう。

第4章 権利としての社会保障実現と民医連の役割の未来を倫理しよう

第3章民医連の70年を振り返る中で導き出せる三つの歴史的な特質を述べた。自らの行動の歴史を客観的にとらえ、世界の進歩的な営為に学ぶことで今後の民医連がどのような未来をめざすのかを共に考えたい。現綱領決定後の最初の10年間、民医連会長の任にあった実践者として次代のみなさんに今後に引き継ぎ、さらに発展させてほしいコンセプトを提案したい。それは、個人の尊厳、人権実現、多様性の尊重、事業と運動の継続可能性という四つの視点での追求である。若いみなさんには、民医連70年の歴史と教訓を使いこなして未来を創ってほしい。

* Personal Dignity(個人の尊厳) * Human Right(人権)

* Diversity(多様性) * Sustainability(継続可能性)

(1) 尊厳：個人の尊厳のために「共同の営み」を倫理的規範として全活動に貫く

新型コロナウイルス・パンデミックがコロナ禍と言われ、人々にも「・・・でも仕方ない。」という空気が醸しだされた。医療提供者の奮闘虚しく高齢患者には相当数の治療差別をせざるを得ず、貧困と格差も拡大して個人の尊厳は著しく損なわれた。新型インフルエンザ・パンデミック総括時の教訓は生かされず、効率化一辺倒の医療供給体制の再編がなされてきたことの問題は大きかった。福島原発事故を忘れたかのように政府の原発再稼働前のめりが止まらない。世界では気候危機が健康被害をもたらしつつあるというにも関わらず、化石賞をもらう政府の存在。一方、生命科学、医療技術の進歩は目覚ましく、日常診療においても倫理的思考が臨床医、患者共に追いつかない状況にあり、警戒しなければパターンリズムに陥る危険がある。今後とも個人の尊厳を守ることを最上位にした公正でかつケアの倫理としての「共同の営み」の理念をさらに深化発展させてほしい。

(2) 人権：国際人権基準、健康への権利を平和で幸福な生存のためのものさしに

人権とは、自己の能力と可能性を発揮できることを助ける義務が国にあり、生まれながらに全ての人が国の助けを求めうる権利である（国連の人権高等弁務官事務所）。なぜ日本がこれほどまで人権後進国になってしまったのか、それは第一に、自由と民主主義を求める国民的な運動に敵対的な対応をする政府の中央集権的なあり方、第二に、国際人権条約を批准しているにも関わらず勧告に従わず無視する政府の姿勢、第三に、日本国憲法を押しつけ憲法と称して改憲を結党の目的としている政党が政権の座に長らくあることなどがその理由の中心である。直近では、障害者の権利条約のすべての条項で是正勧告されたが、まともに受け止めていない。国際的には常識となっている独立性のある国内人権機関もない、個人通報制度は認めないままである。今日、国際人権基準はどんどん進化を遂げ、抽象的ではなく健康への権利（Right to Health）でも具体的指標を持った勧告、政策アプローチがされているが、ここでも政府はガラパゴス化している。日米安保条約には従順であるが、人権条約には反抗的、国連では日本政府のダブルスタンダードは批判的である。

歴史的に民医連は、「権利としての社会保障を求める運動は民医連運動のたましい」と

呼んできた。かつて、生活保護訴訟をたたかった朝日茂さんは、「権利はたたかう者の手にある」と言ったが、今後の民医連の人権擁護、権利としての社会保障めざす運動は国際人権基準に照らした運動でなければならない、国際人権はたたかいの有力な武器である。国連の人権機関の専門家は、自らを3A (Academia, Advocate, Activist) と呼ぶらしく、私たちも国連の NGO、HPH ネットワークとして内外に発信し、国内の人権団体や法律家だけでなく韓国の社会的医療機関連合とも協力して世界と日本の人権実現の流れを創る主体者であり続けたい。

(3) 多様性：平和的生存を求める人々の多様性を尊重し、平和と健康に接近する

性、年齢、国籍を問わず、さまざまな背景を持ち異なる価値観を持った人々が互いに認め合いながら新たな価値（民医連でいえば、平和と健康を求める使命を共有して）を創ってゆくことを多様性の尊重と定義するならば、多様性の尊重めきは民医連の事業と運動のさらなる発展はあり得ない。古くは「統一戦線論」、今日的には協力共同して新しい価値を創造する組織論の前提にあるのが多様性の尊重と言えるだろう。

「未来に向かって民医連の医師と医師集団は何を大切にするのか」（2019 年）では、医師一人ひとりの多面性・多様性を大切にしながら、持続成長できる医師集団を形成しようと提起し、医師集団の中にある共通項、使命を見つめ、多職種の垣根のない協働で実現しようと提起した。そして、43 回総会では、「民医連とその事業所に対する地域の人々の信頼は、民医連綱領に基づく医療介護を実践し、健康権の担い手として奮闘する 1 人 1 人の職員への信頼から生まれる。事業所は、全ての職種の技術、技能の修練と社会的な使命の自覚が促進されるよう支援し、さらに人間的発達のできる組織になるよう実践しよう。」と呼びかけた。社会にパワハラが横行し、自己責任と経営効率を過度に求める組織のあり方が蔓延する中で、全ての職員が患者さんや同僚を尊敬し、協働する事が新たな価値を生み、真の効率を導くような組織文化につながると考えた。

民医連綱領は、「私たちは、この目標を実現するために、多くの個人、団体と手を結び、国際交流をはかり、共同組織と力をあわせて活動します。」と結んでおり、多様性の尊重に基づく運動論とも言えるものである。

(4) 継続可能性：事業を非営利・協同の視点と科学的管理で継続させる

2014 年、41 回民医連総会において全日本民医連の 60 年を振り返り、信頼と前進を築いた 3 つの要の一つとして、住民参加と非営利の原則、科学的管理と民主的運営による事業展開をあげた。矛盾の多い医療介護制度の中で、患者利用者の権利を守り、かつ医療介護従事者の健康と生活を守ることは容易ではない。何度も失敗や危機を乗り越えられたのは、まず患者さんと共同組織、そして地域からの信頼に依拠して、非営利の組織の経営と運営を我流にならず継続してきたためである。無料低額診療や無差別平等の地域包括ケア、共同組織による健康なまちづくりなど地域に丸ごと貢献する中で経営を成り立たせる実践を進めたい。事業継続なくして存在意義なし。(完)

阪神大震災から20年

「語り継ぐべきこと、行つべきこと」

全日本民主医療機関連合会 会長 藤末 衛

はじめに

あの瞬間から20年過ぎようとしています。この年月は、救援、復旧、復興、防災を検証するに十分な時間でした。災害にはそれぞれの顔があります。災害の原因と規模、時代や政治状況、被災前の人々の住居、生業、生活、そして文化などによって、被害も復旧・復興の様子も違います。何を教訓とすべきか、東日本大震災に活かされた経験は何か、これからの大災害にどんな備えが必要か、共に考えたいと思います。

1 あの一瞬の記憶をたどる

これは地震の象徴的な写真です（写真）。1階が潰れ、寝ている人が亡くなるということが起こりました。大体高齢者は1階で寝ることが多く、たくさん亡くなったことにながったと思います。JR住吉駅が東神戸病院の最寄りの駅です。駅前に、生活協同組合であるコープ神戸本部ビルがあり、この本部ビルが真横に倒れた関係で、病院前の道

が不通になり東神戸病院の駐車場のようになりました。そこに、全国各地の支援の救急車十数台が待機、往来していました。

病院の1階のソファが全部ベッドになり160床の病院なのですが、ピーク時は300人を超える人を収容することになりました。はじめは近隣に住む医師、3日目からは全国の民医連から医師や看

護師が支援に駆けつけました。支援の医師や看護師が自主的に空きスペースに毛布などを敷き、区画をつくって仮設の震災病棟が出来ました。そして、インフルエンザや内科的疾患の増悪などの外傷などではない地震と直接関係のない患者さんが救急搬入、来院される状況が続くために、支援の医師、看護師、事務3人がセットになった部隊を多い時には30隊つくり、震災の5日目から東灘の激震地域の全戸訪問をしました。住民は避難所にいると思っていたのです

阪神大震災から20年

—語り継ぐべきこと、行うべきこと—



が、かなりの人たちが、崩れた家のなかに住んでいることがわかったのです。

さて震災当日は、まず、縦揺れで驚きます。縦揺れのときは、体を移動することが可能でした。私のアパートは3階、子どもが2人、上の子が小学生、下の子がまだ2歳ぐ

らいでした。私だけ別の部屋で寝ており、隣の部屋の子どもたちと家内のところまで、

縦揺れのとくに動いて、子どもの上におぶさりました。静かになって気がついたら、私が寝ていたところは、タンスや何かがごちゃごちゃになって倒れていました。私自身は

子どもの方へ移動した
ことによって、間一髪、
けがも全くなしという
状況でした。

すぐに両親の自宅と
病院に電話をし、人工
呼吸中の患者さんの家
にも1〜2件電話をし
て、真つ暗な中5〜6
分で病院に着きまし
た。地震直後は電話が
通じました。病院の山
側に私は住んでいた関
係で、被害があまり見
えないまま病院にはい

り、3日間外にはでていませ
ん。私が病院に着いたのは6
時過ぎです。真つ暗なのです
が、人の気配があるのです。

目が慣れて見えてくると、頭
から血が流れた人たちがソ
ファーに座っていました。誰
もしやべらずに、じつと病院
のソファーで待っているの
です。そういう方が結構居られ
ました。夜明けとともに、息
をしていない人々が運びこま
れ、当日で大体70人ぐらい死
亡確認しました。初めの外来
は静かに始まりましたが、そ
の1時間後ぐらいには、どや

どやと運び込まれ、もう完全
に戦場のような状態になりま
した。

1週間目の明け方の3時ご
ろ、今の状況を少し気分、感
情を含めて記録しておかなけ
ればと、一文をつくりました。
そのなかに、「悲嘆と高揚感、
これが入り混じった状態」と
表現しており、死と生が全く
の隣り合わせという感じがし
たのでしよう。生きているの
は偶然、助け合うのが当然、
生き残った人々は非常に興奮
しています。

2 阪神・淡路大震災、

どんな災害だったのか

自然災害として検証する上
でのキーワードは、3つでは
ないかと思います。ひとつは、

直下型の巨大地震、建物等の
倒壊と火災が被害を特徴つけ
ます。二つ目は、早朝の大都

市部に起こったことです。これがあり、東日本大震災の間帯に起こっていたら、死者はたぶんこれでは済まないし、交通機関のなかでも亡くなつて、家族は散り散りばらばらという状態が起こった可能性は非常に高いと思います。たまたま5時46分ということで、

多くの人が寝ている時間だったのです。そして三つ目は、超高齢社会の入口で起こったこと。2000年に日本の高齢化率が世界ナンバーワンとなりますが、その数年前でした。この3つが、自然災害としてはキーワードであったと思います。

死者は6432人、多くの方が発災から1時間以内に亡くなっているとの予測が検死の結果出ています。ほとんどが圧死ということです。負傷者が4万3000人、東日本

大震災と比べて負傷者が極めて多いのは、建物がぐちゃつと縦に潰れていることが非常に大きかったと思います。しかも、4万3000人のうち、重症という範囲に入る方が1万人で、その後震災障がい者の問題を生み出すことになりました。

建物は、全壊10万、半壊14万、一部損壊40万、全焼7000と、避難所には一時32万人、仮設に5万世帯入りしました。応急仮設に入った後、復興住宅に移って行くという単線型の住宅復興で、高齢者や障がい者を優先に、ばらばらに二度の抽せんで入っていくので、コミュニティができようがないという状況がいまだに続き、これが孤独死の問題につながっています。

そして、都市型という点では、ライフラインを再建する

のが大変で、水道、ガスの最終復旧はひと月以上遅れるという状況でした。医療は特に

水が非常に大事で、特に透析の患者さんは、水なしには話になりません。

3 当時の災害医療と今日

東灘救急隊の資料から、救急搬送の状況がわかります(表①)。東灘区には、病院が5つあります。人工島にある六甲アイランド病院、山の中腹にある甲南病院、宮地病院は倒壊、住吉川病院は、透析専門です。一般病院で、道路を使ってアクセスしやすい病院が東神戸病院でした。

地震初日、「救急車が来るのはいいけど、すぐに治療はできない、どうする」と聞いたら、「いや、もう情報がなくて、とりあえず機能している病院に運んでいる」という

話でしたので、とりあえず

べて受け入れることにしました。どういう病状の方が来られたかですが(表②)、初めの3日間は、血気胸とか、クラッシュシンドロームです。最初はレントゲンも撮らずにチューブを胸に刺したり、足が腫れて来る人はもう待てない、電気がついたり消えたり

するなかで、ガスの麻酔をして、大腿部を縦にばんとメスで切開していきます。応急の処置をした上で、重症の方から大阪の方に搬送する、まさに野戦病院でした。

阪神大震災から20年

—語り継ぐべきこと、行うべきこと—

表1 東灘救急資料にみる当院の役割

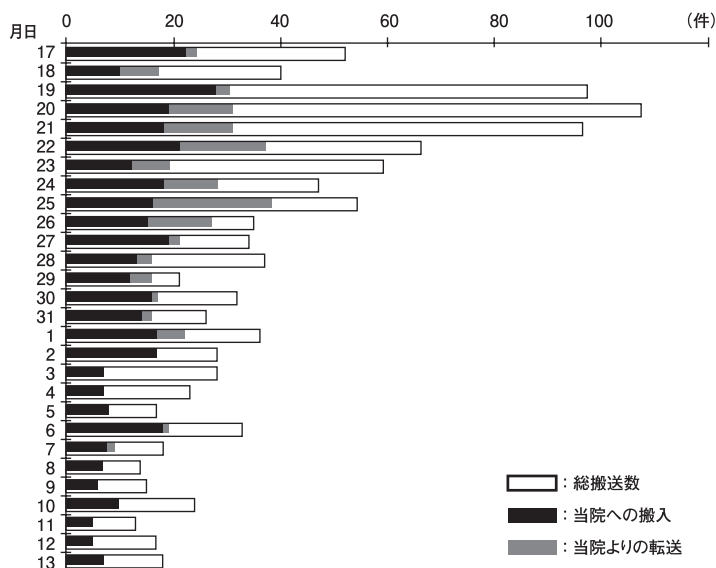
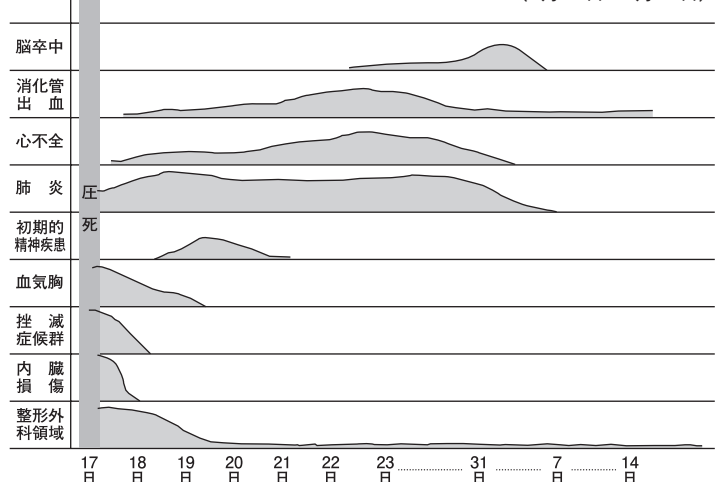


表2 震災後1ヵ月間の全体的な疾病動向

(1月17日～2月17日)



その後、心不全や消化管出血、肺炎、こういったものは減りませんでした。これは寒冷などの避難所でのさまざまな問題、インフルエンザも流行りましたので、いわゆる内科的な対応の必要性、中等以上の患者さんがたくさん発生

していることに3日目ぐらいに気づきまして、4日目から避難所、その後全戸の家の訪問を開始していったという経過です。
当時の医療から見てどうだったかということですが、発災当時の情報というのは、

大変混乱しておりました。救急車が負傷者を乗せるのだけどこへ行ったらいいかかわらないということが起こりました。目の前で起こっていることが、被災地外に伝わらないということでした。そして、夜からは車での避難をし始め

た方々がおられた関係で、全く車が動かないということが起こり、情報も患者移動も一層困難となりました。私どもの病院に、初めて報道が入ったのは、朝日新聞でも、神戸新聞でもなく、イギリスのBBCでした。BBCのクルーに「なんでBBCがここへ来るのだ」と聞きますと、「BBCのマニュアルにそう書いてある」と。つまり、大災害が起こったときには、負傷者が集まる場所に、まず取材に行くのが鉄則だというふうに決まっているそうです。日本の報道は、どちらかといいますと、高速道路とか、建物とかに地震直後の目線がいつてました。
被災地は、当然診療機能がぐっと低下します。初めの3日間で約2000人、救命処置だけでなく、玄関で降圧剤

などの薬を提供したり、けがの処置や縫合などをするのですが、針も糸もなくなってしまう。一般にはそれ以上は無理となるところですが、私たちのところは、2日目の夜に、支援の調査隊が入り、3日目から医師、看護師支援が大量に来ることになり、いきなりスタッフが10倍化し、1週間目は、一晩に200人ぐらいの医師、看護師が押し寄せるといった状況でした。医療材料も大量に支援物資として送られてきました。夜中の2時から5時の間、に支援隊が着くので、事前に勤務表をつくり、オリエンテーション、そして夜明けとともに仕事が始まる、こんな感じでした。

神戸中央市民病院が、損壊や液化化現象で医療機器の使用困難、交通の遮断で機能麻痺ということになりました。

人工島に最後の砦の病院があると、大きな災害が起こったとき、大橋が通れないのは大変な事態になるということが証明されてしまいました。避難所に救護所というのが設けられ、いわゆる仮設の応急処置所ができるわけですが、保険医薬品は使ってはいけな、点滴等も出来ないことになっていました。大学病院や日赤から医師や看護師が派遣され常駐するのですが、市販薬をあげる、あるいは消毒するぐらいのことしかできないことになっていました。

東日本大震災では、医療救援体制は大きく変わりました。集団災害医療学会が2000年に発足しました。DMATがいち早く派遣され、機敏に活動し、現地では災害拠点病院が柱となり、広域搬送しないと手術できないと搬送を空

輸で行つとシステムも稼働しました。ずいぶん変わった、非常に前進したと思いました。ただ、東日本大震災は水死者が多く負傷者が阪神に比べ少ない、しかも直下型ではない、まして、亡くなっている人は亡くなっており、重症の負傷者は阪神に比べると少なく、広域搬送の必要性は少なかったのです。避難所の医療も随分変わり、医師、看護師が地域を訪問することも普通におこなわれました。

4 被災者の実態と復興の現実

神戸市消防局の救出人員数データがあります。(表③)瓦礫の中から救出して、生存者が初日は8割、2日目が28%、3日目が21・8%で、もう4日目になりますと、極めて厳しい結果でした。「72時間以内に救出しなければだめだ」というのは、このことからでたものです。そして、最も救出に力を発揮したのは、近所の人と消防団員だと言わ

れています。直下型地震であつたことが死者、負傷者の状況に直接反映しています。高齢者と社会的、経済的弱者により強く人的被害が出ました。生活保護の方の死亡率は、一般の人の死亡率の5倍というデータが出ました。これは恐らく住んでいる家屋の問題が大きいのではないかとことです。「記事を書くためにデータが欲しい」とのこ

阪神大震災から20年

—語り継ぐべきこと、行うべきこと—

表3-1 消防団員による救助者

団名	東灘	灘	葺合	生田	兵庫	北	長田	須磨	垂水	西	水上	合計
救助人員	219	117	28	73	47	4	391	76	2	—	1	958
うち生存	129	109	22	73	41	4	367	71	2	—	1	819
うち死亡	90	8	6	—	6	—	24	5	—	—	—	139

表3 神戸市消防局の救出人員数 (%は救出率)

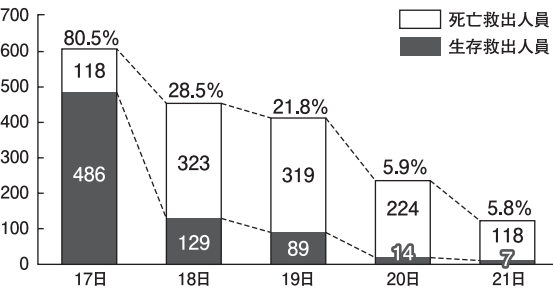
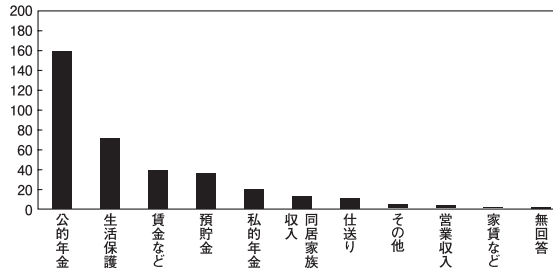


表5 災害公営住宅入居者の高齢化率

	入居者数	内65歳以上	割合 (%)	(参考) 既存団地 (%)
神戸地区	3,366	1,525	45.3	16.5
阪神南地区	2,275	855	37.5	14.1
阪神北地区	2,884	606	21.0	7.8
東播磨地区	967	286	29.5	8.8
西播磨地区	50	16	32.0	8.8
その他地区	522	182	34.8	15.2
計	10,064	3,470	34.4	11.3

出所：1998年9月現在、兵庫県住宅管理課より

表5-1 復興公営住宅入居世帯の収入源



が吹きますと、鉄のドアが
けられないという人がいつ
いたわけです。3年も待
てて急仮設から移ってき
て独死しても発見が遅れ
るという皮肉な状況とな
りました。

また、建物の倒壊とい
う中で重傷負傷者が発生
しましたが原因責任が追
求できなかったこともあ
って救済の手が届きま
せんでした。クラッシュ
症候群で何とか生命を
とりとめたけれど、非常
に筋肉がやせ衰えてしま
って立てない、歩けな
い、補償がきつて不
十分なままです。行政
が震災障害者の存在を
認めたのは2009年
でした。総じて、人と
コミュニティの復興を
第一にしなければな
った復興理念が招いた
貧困と格差の拡大で
した。

とで、神戸新聞の記者が4日目の
ぐらいから病院に
張りつき、資料
整理係を引き
受けてくれました。
た。

応急仮設住民
の生活実態調査
を見ると、入居
者の家族全体の
収入100万円未満が30%、
300万円未満が75%、所得
水準が低いことがわかります。
そして高齢者を優先しながら、
平等性を重視するとしてまた
抽選がおこなわれ、復興住宅
へ移っていったわけです。災
害公営住宅入居者の高齢化率
(表⑦)を見ていただきます
と、神戸地区で災害公営住宅
に入った方
の高齢化率は45%
で一般の3倍の高齢化率に
なっており、当然収入源は、
年金のみが圧倒的です。生活
支援や介護が必要な人が圧倒
的な住宅では、助け合いも成
立にくく、コミュニティ
が形成しづらい状況が
つづきました。たいへん頑
丈な住宅ができ、家のなか
で何が起こっているのか全
くわかりません。六甲おろ
しのような風

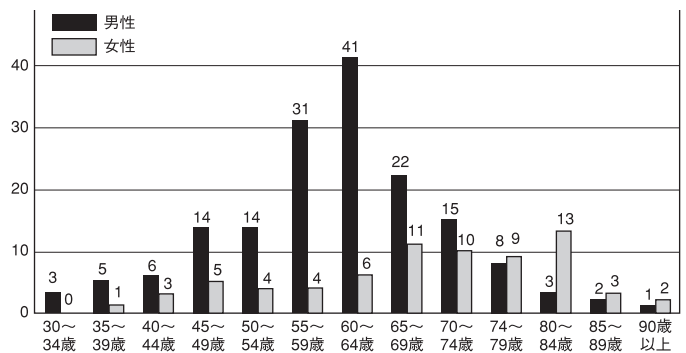
5 創造的復興の内容と結末

問題が大きかったのは、東日本でも言われています創造的復興という理念です。被災自治体の首長が「復興のシンボルは神戸空港建設だ」と地震直後に発言しました。これが被災者の傷に塩を塗ることになりました。「創造的復興」対「人の復興」という対立が起きました。そして、広く深い市民運動が起こり、政治問題に進展していきました。経済状況はバブル崩壊後、まさに「失われた20年」の入り口という時期に発生しています。中小業者の皆さん等、やはり生業の復興という点では、非常に厳しいものがありました。窮地の大企業の広大な土地を買い上げて復興住宅をつくり、その企業はピンチ

を早く脱しました。ハコ物、あるいは、大きな企業しか受注できないような仕事をどんどんすすめるということが起こっていきました。神戸空港建設と絡んで、ポートアイランド2期埋め立て工事がすすめられ、医療産業都市構想と復興事業とされ、今日の国家戦略特区となりました。新長田駅南部の開発も、大きなビルを何本も建てるという計画で、できてみますと、もうシャッタービルで全然商売にならないという事態になってしまっています。今、「復興災害」という言葉が、まさに実感を持って受け止められる状況です。現状で、人の復興がまだ出ていないと言つ点では象徴

的なことが2つあります。1つは、住宅が足りないということ、民間の住宅を借上げして家賃補助を行い、これを市の公営住宅の会計のなかに組み込んできました、20年で終了するとしています。神戸市ではまだ何千人という方が、民間借上げ住宅に住んでいます。初めは「後で何とかするから、とりあえずそこへ入ってくれ」ということを入ったわけですが、20年経って、80代、90代の皆さんが「出ていってくれ」と言われているという事態です。神戸市は、第2次市営住宅マネジメント計画（2010年6月）（表⑧）で、いわゆる借上げ料が、平成16年と20年で33億7800万円から34億5

表6 性別・年齢層別孤独死数



兵庫県社会保障推進協議会

100万円、となっています。被災自治体は、市営住宅が空いているので、そっちへ移ってもらいたいといいますが、十数年住んで、やっとそれなりのコミュニティが形成されているところにもかかわらず、また要介護状態の方もいらつやるなかで、効率から言つと、公

阪神大震災から20年

—語り継ぐべきこと、行うべきこと—

表7 近所付き合いの程度の変化

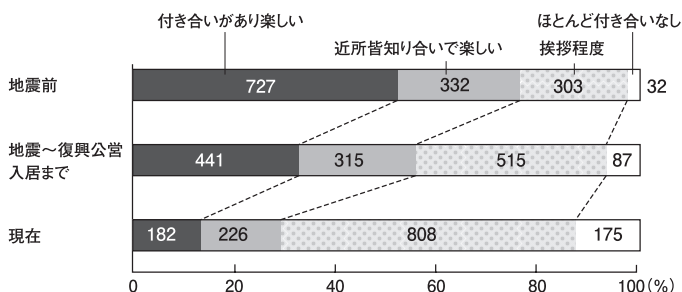


表8 神戸市市営住宅会計・管理事業費の推移 (単位: 100万円、%)

	平成16年		平成20年	
賃上げ料	3,378	13.2	3,451	12.0
公債費 (震災時建設分)	7,818	30.6	7,069	24.6
公債費 (その他)	8,647	33.9	9,077	31.6
修繕費	3,006	11.8	4,936	17.2
その他管理費	2,671	10.5	4,236	14.7
計	25,520	100.0	28,769	100.0

出典: 神戸市「第2次市営住宅マネジメント計画」2010

営住宅に移っていたかもしれませんが、いざとなると納得していません。神戸市の公営住宅の会計そのものをよく見ていただきますと、借上げ料が増えて財政負担が増えたわけではないことがわかります。実は、建てたときの公債の費用や修繕費、これが上がっているの

であって、借上げ料が負担増加の原因になっているというところでは全くないわけです。しかも、この借上げ料の34億というのは、神戸市が全て負担しているわけはありません。約10億が入居者の家賃で、国からも一定の補助が出ており神戸市の支出としては、15億

程度と言われています。それをケチって、二千何人かの方に出ていってこれという話です。今、反対のさまざまなくみをしています。私の担当する患者さんは、「意見書を書いてくれ」と持ってきてくれます。今、自分の状態はこうなので、このまま借上げ住宅に住めるように、医者

の見書は意味があるとおっしゃる方が何人かいらっしゃいます。神戸市は、障害を持たれた方は継続居住を許可するというような話が出てきている関係ですが、非常に酷な話ではないかと思っています。もう一つは、残った借金問題です。5万数千人の方が最高350万円、いわゆる災害救助法に基づく生活支援資金、被災者が最後にすぎる生活再建のための借金でした。これ

6 人の復興こそ

民主主義国家の使命

人の復興は民主主義の国で

は当然です。運動の側は復興

がまだ払えないという方が1万人ぐらいいらっしゃるわけです。死亡や破産、行方不明者もいます。貸し付けではなく、支給とすべきだったのでないでしょうか。被災者生活再建支援法では最高300万円となっていますが、これは阪神では遡及されなかったわけです。それぐらいのお金

神戸にも直下地震の恐れ

大阪市大表層地質研究会が指摘

臨海部に破砕帯？

地震帯 市街へ延長も推定

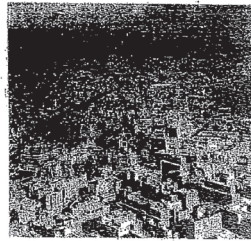


表4

975年にある研究会では直下型地震が神戸に起こりうることを警告していました。(表4)「天災だから仕方がない。」という論理で国や行政は責任を全く負わないというスタンスをとるべきではないし、実際想定した人達がいたことを無視してはなりません。阪神・淡路大震災も、東日本大震災も、発災の当日は、自民党は政権の座にいなかったのです。東日本大震災は菅首相でしたし、阪神・淡路のときは村山首相だったわけですね。自民党は「私のときには起こっていない」

みたいな気分がどこかにあるんじゃないかと思えます。村山さんは、「私有財産制の国では個人補償はできない」ということを国会で言い切ります。そして、神戸市長が「空港だ」と言い、民主主義の視点から見ればとんでもない状況のなかで運動が始まったわけです。国連の人権委員会がやっと入れた仮設を見て来て、「この状態は、人権侵害だ」と断じました。被災者が世論に訴え、98年に生活再建支援法が成立します。このときは100万円でしたが、今日改定されながら、法律の名前も変わりましたが、300万円の補償となりました。東日本では、従来の水準を超える支援金が自治体の努力で実現するとともに、災害対策基本法の改正もおこなわれました。国がサボタージュしようとしても、大災害は国民の人権と民主主義を求める運動を生み出します。

7 次に何を備えるべきか

やはり大災害というのは、極めて人災、社会的災害の要素が非常に強いものです。そういう意味では、人の復興をいかに成り立たせるのか、防

災の基本的視点は何か、実は日常の社会保障の水準で決まるということを言わざるを得ません。

阪神では、「住まいは人権」

県民会議を3月、2カ月後に立ち上げ、「空港よりも被災者の救済を」ということをスローガンに、運動を始めました。政府は、東日本大震災の福島原発事故について「想定外」という言葉を繰り返しましたが、事故前から研究者や住民は警鐘を鳴らしていました。実は、阪神大震災でも1

ということが、意識され運動が生まれました。どういう家に住んでいたかによって生死も分かれる、人の復興の基本は住の再建が土台という状況でした。東日本では、これに生業という問題が大きくなります。阪神の場合は、勤め先は無事という人が結構多かったのです。家と交通のための手段が再建されれば、何となる方々も結構いらつしゃったわけですが、東日本は生業ごと流されたという状況です。で、災害の顔が違います。

豪雨土砂災害も各地で頻発しています。この前の広島の土砂災害は、私も1週間目ぐらい行きましたが、まさに山を崩して家を建てていくという開発の問題がもろに出ていました。民医連に加盟しております広島共立病院の診療圏に被災地がありました。新しい病院を隣りにつくり、開院直前に災害が起きました。幸い新病院は無事でしたので、旧病院から新病院に引越し、旧病院を避難所に提供して頑張っていました。あの状況を見ますと神戸も全く同じ構造、全国の都市化した山際はどこでも起こりうる状況ではないかと思いました。

そして、火山の噴火です。この前の噴火は、登山をされていた方に被害ということでしたが、鹿児島の方に聞きました「そろそろでは」と言います。山が盛り上がっているという話もあり、噴火が起ると川内原発はどうなるのかということもあります。災害のパターンをよく考えながら各地の対策をしていかなければなりません。それは災害に強いまちづくりが基本ですし、特に超高齢社会で、なかなか身動きがとれない方が増えてくるのは明らかです。から、避難するということが相当大仕事になるのは、東日本で証明されました。

トラフ型の巨大地震が起きますと、東北では漁場が大变でしたが、宮城の石油のタンクが流れて火がつけました。南海トラフでは、危険物が東北とは比べものにならないくらい港にずっと並んで貯蔵されています。大変な火災や化学物質の汚染が起きるのはいまう必定だと思われれます。神戸では県立こども病院を人工島に移そうという話になっていて、これは全くそういう事態を考えていません。

そして、人の緊急避難が大問題です。これは、超高齢社会の初動の重要ポイントです。災害が起こったときに、在宅で電氣を使ったさまざまな治療をされている方も非常に増えており、障害を持った方や、重度の病気で寝たきりになっている方を災害の初動でいかに避難させるか、ここは非常に大事なポイントになると思います。

防災という視点を私たちが日常に進めている社会保障を守り充実させていく活動の視野に入れなければなりません。また、そうすることで自分は社会保障を心配する年ではないという世代も巻き込んだ運動になると思います。政府は、地域創生を進めるといいます。新自由主義的な政策で地域をずたずたにしながら地域の再整理をするつもりの方です。医療介護分野の地域包括ケアも、安心して住み続けられるまちづくりの視点で防災を意識することが重要になっていきます。地域からすすめる社会保障の運動の出番です。

分科会【第1・5分科会】

会場：61会議室

座長：蓑輪Dr（谷山生協クリニック）、福島Dr（西淀病院）

61会議室【第1分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
1-1	福井	光陽生協クリニック	平野 治和	医師	介護保険サービス利用高齢者における三角筋・筋肉内注射の適切な手技：超音波を用いた多施設共同研究
1-2	宮城県	坂総合病院	矢島 剛洋	医師	東日本大震災における避難所由来肺炎症例の特徴
1-3	福岡	千鳥橋病院	荒木 沙耶	医師	口腔ケアへの・意識・技術向上を目指して
1-4	大阪	西淀病院	中村 まなび	医師	誤嚥性肺炎の入院期間におけるパスの有用性についての検討
1-5	岡山	玉島協同病院	道端 達也	医師	当院における肺非結核性抗酸菌症の診療の実態

61会議室【第5分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
5-1	東京	立川相互病院	中島 拓也	医師	肺区域切除における気管支同定のための術中気管支鏡 ―内科との連携―
5-2	東京	立川相互病院	布村 眞季	医師	当院で病理診断された肺癌の分析―遺伝子検査の増加に対応して―
5-3	東京	立川相互病院	中村綺梨子	医師	サルコイドーシスとの鑑別を要したEGFR遺伝子変異陽性肺癌の1例
5-4	宮城	坂総合病院	知花 ひかり	医師	HIVスクリーニング検査偽陽性を認めた抗MDA-5抗体陽性急速進行性間質性肺炎の1例
5-5	東京	立川相互病院	森 雅行	医師	気管支拡張症に伴う気管支結石に二次的にノカルジア症が合併した1例

分科会【第2・6分科会】**会場：62会議室****座長：中野Dr（勤医協札幌病院）、穴吹Dr/原田Dr（高松平和病院）****62会議室【第2分科会】**

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
2-1	鹿児島	鹿児島生協病院	松村 景子	看護師	終末期の長期入院患者の意思を尊重した外出支援
2-2	岐阜	勤労者医療協会みどり病院	佐々木レイ子	看護師	人工呼吸器管理下患者の自宅療養に向けた退院支援の一例
2-3	北海道	勤医協伏古10条クリニック	伊志嶺 篤	医師	呼吸器疾患在宅療養患者の終末期医療に関する検討 ―肺がんと非がん性呼吸器疾患の違いについて―
2-4	東京	立川相互病院	金井 直樹	医師	呼吸療法中のリーク改善を目的とした義歯調整の試み
2-5	東京	立川相互病院	中村 桃子	医師	体外式陰圧人工呼吸器（TCV-100K）の導入とその有用性について

62会議室【第6分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
6-1	沖縄県	沖縄協同病院	大城 早苗	看護師	ネーザルハイブロー（NHF）装着を適用した2症例患者の有効性
6-2	熊本	くわみず病院	津田 千尋	看護師	酸素療法時における酸素デバイス選択と酸素流量の増減についての現状と課題
6-3	福岡	千鳥橋病院 救	岩屋 小春	看護師	ERから始める体位ドレナージ
6-4	東京	立川相互病院	小鳥 友見	看護師	災害時当院でのHOTステーション開設を目指した取り組み
6-5	香川	香川医療生協事業部システム課	西林 祐輔	事務	能登半島地域訪問活動に参加して感じたこと

分科会【第3・7分科会】**会場：63会議室****座長：高橋Dr（鶴岡協立病院）、西淵Ns（香川民医連）****63会議室【第3分科会】**

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
3-1	東京	立川相互病院	奥野 衆史	医師	第3群重症肺高血圧症に対して吸入トレプロスチニルを導入し，肺血行動態の改善が得られた一例
3-2	東京	立川相互病院	唐沢 知行	医師	気道に局限した再発性多発軟骨症の一例
3-3	宮城 （開業医）	ささき内科・呼吸器科クリニック	佐々木泰夫	医師	気管支喘息（BA）の日中、及び夜のPeak Flow Rate（PFR）と①身体的疲労 ②心理・精神的因子との関係についての考察
3-4	宮城 （開業医）	ささき内科・呼吸器科クリニック	佐々木泰夫	医師	気管支喘息（BA）の発症からなるべく速やかにdrug-freeとなるための考え方と工夫
3-5	大阪	大阪ファルマプラン	吉本 利樹	薬剤師	吸入ステロイド薬の副腎への影響調査

63会議室【第7分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
7-1	福岡・佐賀	千鳥橋病院	角銅しおり	医師	間質性肺疾患診療のまとめ
7-2	山形	鶴岡協立病院	高橋 牧郎	医師	ドックへの簡易睡眠検査の初期評価
7-3	香川	高松平和病院	服部 啓吾	MSW	香川民医連におけるじん肺・アスベスト問題の取り組み
7-4	東京	東葛病院	川村 光夫	医師	当院における石綿関連肺疾患労災認定の現状と問題点
7-5	東京	東葛病院	川村 光夫	医師	当院におけるじん肺労災認定の現状と問題点

分科会【第4・8分科会】

会場：64会議室

座長：戸田OT（高松平和病院）、辻本OT（高松協同病院）

64会議室【第4分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
4-1	香川	高松平和病院	松本 雄治	作業療法士	当院のCOVID-19に罹患した患者の傾向
4-2	新潟県	下越病院	笥 美波	理学療法士	リハビリ拒否のある間質性肺炎患者へ地域包括ケア病棟での関わり
4-3	新潟	下越病院	小野 美樹	理学療法士	腰椎椎体骨折を機にADLが低下し施設退院となった間質性肺炎患者－退院調整に着目して－
4-4	福岡・佐賀	千鳥橋病院	大崎 嘉月	作業療法士	気胸と難病を併発し不安要素が強い症例に対しての運動処方
4-5	熊本	くわみず病院	塚本 祐子	理学療法士	重症COPDの在宅生活を支える～医療介護の呼吸リハビリテーションの立場から～

64会議室【第8分科会】

演題番号	県連	事業所名	発表者	職種	演題名
8-1	新潟	下越病院	平沢 晶	理学療法士	一般病棟における重症間質性肺炎患者に対する多職種と連携した介入 ～精神疾患により治療に難渋した症例～
8-2	福岡	千鳥橋病院	中島 妃那	看護師	早期離床カンファレンスの有効活用
8-3	大阪	西淀病院	金川 恵	看護師	急性期病棟における呼吸器リハビリカンファレンスを通じて多職種での関わりについての実践報告
8-4	大阪	西淀病院	曾我 航	言語聴覚士	MPTを用いた高齢者への発声・呼吸訓練効果の評価
8-5	香川	生協へいわ歯科	前田 幹子	歯科衛生士	心を満たす食の力 回復期病棟での取り組み

【会場】 6階へ！



1日目 ↓

6F

↓ 2日目



— 45 —

8階の屋上広場からの眺めもおススメです♪

【懇親会ご案内】

《会場》アールベルアンジェ高松 2階

18時～20時

各県連や各院所の皆さんとの交流をお楽しみください。
オープニングセッション、景品ありの「ご当地クイズ」を用意しております。

かがわ国際会議場～懇親会会場間（約5分）、懇親会会場～JR高松駅・ホテル間の送迎バス（約15分）を運行します



《送迎バス》

【お迎え】1号車：17時15分、2号車：17時30分

【乗車場所】高松駅バスターミナル 11番～14番 貸し切りバス乗り場
※職員が誘導します。10分前の配車になります



高松駅バスターミナルのりばのご案内

information

高松駅バスターミナル



《送迎バス》

【お送り】 1号車：20時15分、2号車：20時30分

【乗車場所】玄関前

※職員が誘導します。

※1号車はJR高松駅経由→ホテル近くの商店街入口です。

※2号車はJR高松駅に寄りませんが他に寄ってほしい箇所があれば職員にご相談ください。例えば「琴電瓦町駅」や「丸亀町グリーン」など

第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会in高松

実行委員長	原田 真吾	高松平和病院
実行委員	長谷川 貴彦	高松平和病院
	大西 和子	高松平和病院
	戸田 洋子	高松平和病院
	松本 雄治	高松平和病院
	六車 知佳	高松平和病院
	辻本 裕紀	高松協同病院
	田原 喜美子	香川医療生協 本部
	西林 祐輔	香川医療生協 事業部
	松本 竜介	香川医療生協 事業部
	花谷 忍	香川民医連
	西淵 千代	香川民医連
	池内 優貴子	香川民医連
	山田 亜未	香川民医連
	末澤 理恵	高松平和病院

第49回全日本民医連呼吸器疾患研究会in高松

事務局：高松平和病院 医局事務課

mail:49minkoken@gmail.com

tel:087-833-8113 (代)