

平成 24 年 8 月 21 日
復 興 庁

東日本大震災における震災関連死に関する有識者ヒアリングの概要

4 人の有識者からヒアリングを実施。その主な意見は以下のとおり。

【対応策】

1) 基本的な考え方

- ① 防災教育や語り継ぎを行い、今後の対策に結びつけることが大切。
- ② 災害発生時に、被災自治体が多くの仕事をするのは難しいため、(i)災害対応の「目利き」(専門家)となる国の組織・職員を設置し、平時から予め災害発生時の対応を調整しておくこと、(ii)被災地を行政特区とし、国・地方の職員を大量に動員し、様々な権限を持たせて、現地のリーダーと協力しながら、迅速に判断・対応できるような体制づくりが肝要。
- ③ 災害対応を専門とする機関は、消防・警察・自衛隊・自治体等が組織に入ってネットワークを作るなど、平時から緊密な連携体制を構築しておくことが不可欠。
- ④ 被災者の生活再建に関する様々な情報を、統一的に把握・調整・伝達する組織があると良い。

2) 災害時要援護者対策

- 発災後早期より在宅や施設等への対策(事前の高リスク者の把握とフォロー、物資の供給)が必要。

3) 避難、避難生活等

- 福島県のケースは移送による死者が目立っている。要介護病弱高齢者は移送する際に肉体的や精神的に大きな負担が生じるため、移送によるリスクが高い場合等には移送しないという選択肢も考慮すべき。

4) 救命・医療活動

- ① 保健師をより一層活用すべき。DPHNT(DMATの保健師版)を創設すべき。
- ② 災害拠点病院等のベッド稼働の向上には、あらかじめ後方病院・施設・福祉避難所等と連携しておいて、緊急時サポート対応を決めておくことが必要。
- ③ 一般病院(や施設)の機能停止が大きな死亡要因となった。長期間のライフラインの停止、物資や人の支援が遅れたため。背景にガソリン不足(石油生産設備の削減・合理化による)がある。大震災時の地域別石油供給のシミュレーションの事前検討が必要。
- ④ 各自治体は、傷病者の主な受け入れ先を確保するために、大学病院や隣県の病院等の医療関係者と平時から連携体制を構築しておくことが必要。

5) 被災者の心のケアを含めた健康の確保

以下の①～④を踏まえ、国・地方・ボランティア等で体制を組むことが望ましい。

- ① ニーズが少ない初期段階から、心のケアに関する情報（相談体制等）は早めに被災者及び支援者に周知しておくこと。
- ② アウトリーチ（全戸訪問）活動を繰り返し行うこと（精神的に不健康か否かは自身での判別が不可能なため）。※地道に取り組むことが大切。
- ③ 震災の振り返りをきちんと吐き出すこと。※被災者は、アウトリーチ活動の際に、悩んだことや困ったことを出し切ることが大切。
- ④ 環境の変わり目で自殺のリスクが高まる傾向にある。例えば、新潟県中越地震と新潟県中越沖地震の際には、仮設住宅から復興住宅に移行する際に、自立再建の出来なかった現実と先の見えない将来に悲観して自殺する人もいたので、注意が必要。

【その他】

- マスコミは、まるで「心のケア対策」なる明確なものが存在し、それを行えば様々な被災者の心の問題が解決すると報道する傾向にある。しかし本来は、地域経済・職業・健康状態の改善等、いわゆる生活再建を通して、はじめて被災者の心の健康が回復していくものである。生活不安が解消しない状態では、心のケアは万能ではないことを知るべき。

（参考：ヒアリングを行った有識者）

石井 正氏：石巻赤十字病院 専門医 医療社会事業部長
宮城県災害医療コーディネーター

上田耕蔵氏：神戸協同病院院長

鈴木るり子氏：岩手看護短期大学地域看護学専攻教授

本間寛子氏：新潟こころのケアセンター事務長