

伴ってます。この縮腫というの、早期に行き着くこれは手がかりになるかもしれません。あとは多数の被災者がでてトリアージというのが問題になるのですが、これは大変効率的にやられていました当時はその現場では原因がわからないと。防護具もない、除染もありません。実は患者が運ばれた病院の看護師であるとか二次被災して目がかすむの、体がだるいのと、いっぱい症状が出ております。救急隊員も被災者が出ております。やはり夜間にあるエリアで起きたこともありますし、一部の人たちの口が重いというのも事実であります。おそらく私が感じるのはすべてではないのであろう、数字的にはもっと多いとおもいます。先ほど言った単独の消防署で対処できた例であると。これが1.5倍とか2倍だった場合何がおきたか。大変想像すると暗くなる部分もあるのですがまあ幸いというか、不幸中の幸いでありますがこういう対処が出来たということであります。教訓をあえて汲み出すとすればやはり先ほど申した化学テロ特有の臨床像ですね、心肺停止で縮腫というのはやはりすくなくとも何らかの薬物中毒の可能性がります。それが複数いるということはこういうものを疑うひとつの引き金になるのかなと。実は松本は農村地帯でありまして、有機リンやパラコートとかを自殺目的に飲む方が決してまれではないのですね。長野県で医者をおそらく5年やれば必ず有機リン1人はみえますね。ですから、このどの病院でも入った病院でも一見したら有機リン中毒ですねと。治療は困ってないのですよ。ああ有機リンかと。なんでこんな多発してるんだろう、どういう有機リンだろうと。だれか水道のもとへでもいれたのかな、という会話してましたね。ガスの有機リンはないしなあと。ですからそういう地域的な背景があって治療にはあまりトラブルは起きてません。たとえば最重症例は最初の24時間でアトロピンを240筒使いました。この例は救命できています。というのは普段から有機リンの症状を見ている人が多かったからですね。ですから治療にはいいのですけれども最初に気づくのは縮腫を伴う心肺停止例で見つけると。あとは、多数傷病者の扱い、救助スタッフの防護策が必要であると。これは今の消防はかなり策が立てられているように理解しております。あとは現場検知ですね。このときは無かったから仕方が無いのですけれども今は検知器があって、ただ2005年に同じパターンを持ってきた場合に本当に何分で検知できるのだろうか。全県に1個であれば、またそれがそこへ行くのに時間がかかりますよね。そこがどうなんだろうという問題はあります。あとは被災者の除染がまったくやられておりません。これはもし今の時代であれば、同じ理由に対して除染はするのかですね。ということが少し問題かなと。あとは現地指揮所。現地指揮所は先ほどのアパートの目の前に作っておりますけれども消防という組織は、火を消す組織の性格がかなり強くてですね、無理やり現地に張り付きたいという意思が働きます。ただしこれは化学テロだと考えるならゾーニングの関係上かなり離すべきである、1キロ、2キロ離すべきであると離してしかも当然風上に作るべきでありましょう。でこれが撒かれた量が、この倍であるとか、まだ撒かれているということがあるわけですね。おそらくこの指揮所が全滅した可能性があるのですね。そうなると全然事態の動きが違った可能性があります。あとはどういうファンクション、

機能したか、そこでやはり当時はいわれてないのですが、理想的にはそこで警察であるとか、保健所であるとか連携とかコンタクトが取ればいいのであります。あとは自衛隊との連携も当然あるべきで、実は松本には駐屯地がありますけれども。このときは誰もそこまで思いが及んでおりません。ということは、そういうことがまったく無かったわけです。ただし今連携が無いと申したのはですね、これみんな余裕がなかったのですね。みんなはじめての事例で右往左往しているという事実ですね。で警察の方に話ききましたらそんな余裕まったく無い。訳わかんない、ともかく物を探しましたと。みんなが言うておりますのでやむを得ないかなと。ですから今日細かい事お話ししたことになります、最初の事例というのはこれだけわかりにくかったと。あと、1箇所に起きた例ですから果たしてこれがただの食中毒なのか水のなんか汚染騒ぎなのかさっぱりわからないわけですね。勿論あとからみればかなり強力な神経ガスの気体による散布だったという大変恐るべき状況だったということがありますが、個々のベストは尽くされています。ただしこれから将来の展望に持っていくとすればこのような点を客観的に問題点として上げたいというふうに考えているわけです。いじょうが私の用意した内容であります。ご静聴ありがとうございました。

奥村：どうも奥寺先生ありがとうございます。一番最初の例がいわゆる普通の救急事案から始まったというしかもあとでレビューしてみると8時すぎくらいから実は患者さんがでてたと。自覚症状ですから客観的なものとはまた異なるのかも知れませんが、そういった感じで、いかに早い段階で化学テロであるということを知るかという面が非常に示唆に富んだご報告でございました。様々な条件、様々な視点でご指摘いただきましたがここで、質問といいますか、確認しておきたいことがございますでしょうか。

大橋：さきほど、公害衛生研究所で1週間後という分析は実は1週間後ではなくて翌日には分析されたのです。それで中毒情報センターにサリンが分析されるがこれはどう解釈したらいいのだろうというお問い合わせを、わたくしどもが受けたことになります。で私自身がちょっとその電話に出たわけではないのですが、ちょっとその職員がこちらも困惑するような状況で、この、松本でわけのわからないことが起きたというようなことはすでに報道されているのですが化学兵器の分析、絶対公開しないで、誰にもしゃべらないで欲しい、公安以外の人にも警察にも消防にもこれをどう解釈していいか情報を出せない状態で中毒情報センターにもこれどうということなんだろうというふうに、そんなような、まあ明らかに先方も困惑されているような状況で、聞かれたこっちもどう答えていいか、なぜかという、化学兵器といわれても何故松本に化学兵器があるんだという話に当然なりますのでまったく想像できない状況で少しだけわたくしども中毒情報センターもその状況で関わらせていただきました。

奥村：そのほか質問、コメント含めて。いかがでしょうか。

発言者B：あの。松本サリン事件が起きたときに報道機関の方々が、第一被害者を犯人扱いした
ことについてこちらにいらっしゃるマスコミの方はどう思っているのかご意見を聞き
たいのですけれども。

奥寺：私はその現地の医者でありますので我々はマスコミに聞かれるたびに絶対そんなことはあ
りえないとずーっと回答しました。であとからマスコミはですね、何週間かしてですね、申し訳
なかったと言ってきましたが、私は絶対先ほど言いましたようにこんなものは個人のどうこうで
はあり得ないと。これは今日お聞きになったかご自身わかっていただきたいのですよね。これ
は1人の人がピーカーで作るとかそんな量じゃないんですよ。先ほどのエリアを見ていただけれ
ばわかります。建物が2つ3つ向こうの最上階の方が亡くなるってことはこれは大変言葉は悪い
ですけれども爆弾で考えれば500kg爆弾とかそういうのですよ。手投げ弾どころじゃあないで
すよね。破壊力で考えれば。ですからそんなことは絶対あり得ないと。少なくとも医師サイドは
ずーっと言っておりました。ただし私の個人の解釈ですから私の能力の限界もあつての話ですけれ
ども。先ほどの写真とかのイメージというのはすごく怖いとおもうのですよね。現場、現場って
さかんにあの池がでましたよね。で資料映像、背景映像ですね。ですからやはりあーいうもので
決め付けると絶対よろしくない。その日に撮られた写真がいっぱいあるわけですよ。当然そ
の客観的に見なければいけないというふうに私は思います。

発言者C：サリンはどういう経緯で分析されたのですか

奥寺：分析上は分子量でるのですよね。それでリファレンスデータがあるんですけれども、本当
にこれなのかという確認作業を数日費やしたというのが実際ですね。本当にこんなものがあるんだ
ろうかと。ほかの物まちがって測ってないだろうかと。それで当然その水、空気いろんなものか
ら検出はされているようです。ただし問題はこの、保健所が測ったものと警察が測ったものとが
あるのですね。警察に関しては捜査の関係上、私達も知るすべがありません。警察というのは普
段でもなにも教えていただけませんね。私たちは保健所の流れしかいえません。

発言者D：貴重なご意見聞かせていただいてありがとうございました。なにもわからないときに
5つの医療機関に運びこまれたということだったので対応された病院の先生方の動揺とか
多分あったのではないかと思いますのですが問題点というのがあったとおもうのですが、それがどう

かということ、そのあとそういったときこう対応しようという医療機関同士の連携みたいなもんが出来たかどうか。

奥寺：じつは私自身もそこに住んでおりまして、実は今日申しませんでした、被災者のなかに私の教えた学生がいるのです。それも医学部の、その日も教えていた学生がおります。あと別に私の友人も一人亡くなっております。つまり、あれは信州大学のすぐそばでして、ほとんど下宿街なんです。あそこに住んでいるのは全部うちの学生なのです。そういう場所でありますから当然すぐ目の前の病院に行って学生の症状の治療に入ってます。でこれ朝5時、6時ころすべての病院と話をしまして、患者の情報を話しました。でまったく同じだと。症状はいっしょだと。有機リンは間違いないと。我々農業中毒の経験ありますから有機リンは間違いないと。有機リン治療をとにかくやりましょうと。今日明日無理だから3日目だか4日目くらいに全員で症例もってディスカッションやりましょうということでやりました。第1回の会議が開かれ、そのままずっとこの調査会議になってそこから包括医療協議会へあがって行って本を出すまでの会議になったのです。ですから数時間の段階で、すべて電話で連携をとりました。この事件をを機会に、こういう事例にどう対応するかとかその後シミュレーションも行いましたしディスカッションもやってきたと思いますこれも報告書を見ていただければかなり広範に書いてあると思います。

発言者E：つい最近ですね松本の昔の衛生研究所に大変立派な資料を頂きましてありがとうございました。とてもよく調べられています。ですから今回の事件に関しては一番最初に分析されたのは松本の衛生研究所だと思います。

発言者F：実は私のほうでは地下鉄サリンの時に我々の救急隊が介抱してちょっとそのときの経験なんでございますが、松本サリンの時もお亡くなりになった方の7名中女性が2名だったと思いますが、実は同じ救急隊4名で乗車して出動しておりましてそのなかで2次汚染、その4名ともが縮腫で搬送されて入院したという事例があったのですがそのなかの1名が女性でございまして、ところが、被害があった夕方には女性のほうがピンピンしているのですよ。ところが男性のほうはそれから1週間入院しておりました。どれくらいピンピンしてたかといいますともうその場ではカツどん2杯食ったくらい元気なのですね。ただ我々としては、女性の場合、母体の関係で、そういった化学テロとか化学災害てきな物に女性の隊員を働かせるというのがちょっと法律上問題がございましてこれからちょっと対策をたてていかなければならないなという、まだ考えの途中なんでございますが、結果だけを見ますと、なんかこう女性女性の体のほうが、そういった有害物質に強いのかなあという印象をうけたのですが先生のご経験からごらんになってそういう点は言えるのでございましょうか？

奥寺：大変鋭い質問されております。動物実験レベルではサリン、神経ガスのセンサーがあるとされています。性別による差があると報告があります。動物実験では、あともうひとつは人種による差ですよ。ある学者に言わせると比較的アジア系の人はやられやすいんだという人もおります。ただそれに関しては勿論反対意見もあります。いずれにしても動物実験の解析ですので、いかようにも読めるというところですけども、差があるのではないかという議論はあるようです。確たるものはありません。そういうことはありうるかもしれないということです。

奥村：コメント尽きないところではあるとは思いますが時間進行上のあれがございますので石松先生の東京地下鉄サリン事件における医療現場の対応をご報告いただきたいと思っております。

石松：聖路加国際病院救急医療の石松でございます。私は当時病院で勤務しておりまして地下鉄のサリン事件の被害者の方の対応にあたったという立場からご報告をさせていただきます。私の発表はどちらかといいますと、地下鉄サリン事件の全容というよりは1医療機関はああいったテロというかああいった予想できないことを経験したときにどのように混乱するのか、それから得られた教訓といいますか反省点ですね、あとから振り返ってみると、あの当時いろんな組織とか機器とかは十分ではなかったけれども知識があったり、対応の基本を皆が知っておくということでもかなりの部分被害を軽減できたり、あるいは準備できたりするんじゃないかなということを感じましたので、そういったひとつの病院の観点からご報告をさせていただきます。すでにご承知のこととは思いますがちょうど10年前平成7年の3月20日の朝にこの事件は起こりました。営団地下鉄の3路線、日比谷線、丸の内線、千代田線のうちの5列車のなかでサリンが散布されました。合計で15駅で患者さんが発生し死者11名とも12名とも言われていますが、被災者の方は5500名以上という未曾有の大惨事となりました。これが東京の地下鉄路線図ですけども事件が起こったのが3路線であります。この日比谷線、千代田線、丸の内線、ちょうど真ん中に皇居がありまして、この3路線が交叉しているのがこの霞ヶ関。でおそらくこの霞ヶ関を通るのでということで散布されたのでしょうけれども実際にはこの霞ヶ関の駅ばかりではなくてその途中の沿線の駅で多くの傷病者が発生しています。私供の病院はこの霞ヶ関の駅から4つ先の上野寄りのほうにあります築地も駅が一番近い駅でございます。この駅から歩いていただいた5分くらいのところに病院があります。ですから一番近い線としては日比谷線だけなのですがそれでもかなり多くの被害者の方が来られた結果になってしまいました。先ほどお話もありましたけれども、マスコミで放送された写真もありますし、症状をご説明するなかで一部ちょっと顔に近い部分が出てきますけれども特にこの情報に関しては皆様のご配慮を期待いたします。これは築地の駅の隣の八丁堀の駅前で救急隊がすでに現場に到着をしてシートを広げて横たわって

る傷病者の方に毛布をかけて搬送される順番を待っているというところでは、一方こちら小伝馬町の駅で乗客の方が倒れて、その脇でたおれた乗客のかたを介抱しているまたお客さんがいらっしやる。このようにハンカチで鼻を覆っていらっしやる報道写真がありましたけれどこれはおそらく想像するにかなり分泌物が増えて鼻水が出ているあるいは、刺激があるということで鼻をおさえていらっしやるのではないかと。一方でこういった倒れていらっしやる方がいるにも関わらずまだこの駅のホームにはいろんな方が逃げ出すわけでもなく駅員の方もまだ作業をされているという、今で考えると非常に恐ろしい状況を捉えられた写真であります。これが築地の駅の前の状況です。こっち側に築地の本願寺がありまして、私共の病院はここから歩いて5分くらいのところにあります。実は築地の駅が一番傷病者の数が多かったというところで発生してから30分くらいのうちに東京消防庁がここに集結しましてスーパーアンビュランスという中で一時治療のできるものも展開されています。それと災害用のテントが設営されましてなかで応急診療所、救護所を設営がすでに出来ているところです。ここで応急の処置をされて、そこから各病院に救急車で搬送するというふうな体制になっていたそうです。現実にはこの体制ができたときには、重篤な方はすでに病院に搬送された後でした。ここからまた病院の中にもどっていきますけれども、当日の朝ちょうど月曜日ですね、翌日がまた春分の日でお休み、前の日が日曜日ということで、この日の朝は天気がよくて少し肌寒いという状況でした。ちょうど年度末でもありますし学校によってはこの日が終業式あるいは卒業式ということで、多くの通勤の方に加えて学生さんも乗っていらっしやったようです。病院に最初に入ってきた連絡ですけれども実際にこの8時前後と言われていますけれども、私共の病院に第一報の電話がかかってきたのは8時16分でしたこのときは東京消防庁からホットラインという直通の電話があるのですけれどもこれで電話がかかってきました。通常ですと救急隊が現場にいて、そこで患者さんの状況を見てそれでこういった患者さんの引き受けをお願いしますという連絡なのですけれども、この時はおそらくいろんなところから119番がかかって、かなり大規模な災害であろうというような認識があったのだと思いますけれども、地下鉄日比谷線の茅場町の駅で爆発火災が発生した模様、ですからこれは現場を見てきた人からの通報、あるいは現場を見た人の情報ではなくていろんなところから119番かかってくるのを総合してこういった情報を病院に伝えて下さったのだと思います。「爆発火災が発生した模様。」で、このあとは「重症の方は何人くらい引き受けてもらえますか？」です。ですからまず病床の確保という第一報の連絡だったと思いますけれども、この時点で空き病床がありましたので「4-5人だったら大丈夫だと思います。」というふうな返事をして次に実際にいまから運びますという電話が来ると信じて準備をして待っていたわけです。こちらとしては、この爆発火災が発生した模様というのがミソだったのですけれども、実は頭のなかでは先入観で爆発火災だ、電車が爆発し燃えている、という想像だけが我々どんどん進みました。ですからそばにいたドクターとかあるいは看護婦さんは火傷とか外傷とか場合によっては一酸化炭素の中毒

等々が来るでしょう、ですから点滴の用意をして場合によってはやけどをされてる可能性がある
のでシーツをベッドの上にして準備をしましょうということで、居た看護婦さんがすべての空
いているベッドにシーツをひいたり、点滴が1本ではたらなければ数本用意をしたりというふう
な状況にバタバタし始めたわけです。そうやって現場が用意をしている最中に8時25分ころ、8
時30分から普通の病院全部の機能が動き出しますけれどもその5分くらい前に歩いて来られた
方が受付にいらっしゃったのです。この時受付の方が来られて「目が痛いといっている人が3
人来られてますけれどもどうしましょうか」というふうに私聞かれた覚えがあります。で受付の方
には、「いまから重症の人が来るかも知れないので、歩ける方は待ってください」というふう
にお伝えした覚えがあります。一方で「もし8時半になれば眼科が開くので目がいたいのであれば
眼科に見てもらいましょうか」というふうにもお話をしました。このときまったく目が痛い人は
同時に3人来るといことはおかしい、ということに気が付かなかったのですね。もうすでに第
一の先入観というのがそこで判断の誤りというのが始まった訳です。この日比谷線でしかも隣
の隣の駅ですから茅場町は。これはうちの病院に当然来るのだろうな、一番近い病院だから当然
来るんだろうなというふうなことを想像いたしました。8時40分くらい、最初の電話が鳴って
24分くらい経ってはじめて、救急車で一人来られました。当然普通は来る直前に電話があるの
ですけれども、それも無しで救急車の音が鳴って1人来た。で火傷か怪我であろうと救急車の扉
を開けてみると実際は息が苦しい目が痛いということです。このときに搬送された救急隊の方に
爆発じゃないのですかと聞きましたけれども「原因は分かりません。」というのも救急隊は駅の
ホームまで行った救急隊じゃないのですね。搬送担当したのは駅の外で待ってて患者さんを乗せ
てつれてきた。中の様子はわかりません。ところで傷病者は多数います。ですから今後こちらの
病院にも相当数患者さんがきますよ、という情報だけを残してまた現場に戻って行きました。私
達は爆発なのにどうして目が痛いのだろうというような事を考えてました。で一方で息が苦しい、
目が痛いですからおそらくいたずらで催涙ガスかなにか撒かれたかなというふうに軽く考えて
いたところ、それから3分後にたまたま現場をとおりかかった車両で連れてこられた、1人目の
いわゆる心肺停止ですね、心臓も呼吸も止まった患者さんがこられました。で個々から私達は頭
の中がパニックになってしまいました。最初は爆発火災。で次はもしかしたら催涙ガス、でも心
肺停止。ということでここから先は何が起こったかを冷静に考えることが出来なくなりました。
そうこうしているうちに次のまた心肺停止の患者さんが来て我々は蘇生を行うということで手
も体も頭のいっぱいになってしまいました。これは当時、当院の救急外来の前で、発生してから
ちょっと時間が経ってからですけれども患者さんが運ばれて来ている様子です。救急車から下ろ
されてストレッチャーに乗せられています。もうすでに現場で点滴等が始まっていますので輸液路
確保されたりしていますし、この患者さん非常に嘔吐をしてこのビニールの中に吐かれていると
いう状況です。で心肺停止の患者さんが2人きて、それ以上に大勢の患者さんが来られるという

ことは通常私達の救急外来のキャパシティとしてはすぐに溢れてしまうわけです。ですから 8 時 50 分ですね最初に心肺停止の方が来られてからおよそ 7 分くらい経ったあとに全館放送で非常召集というのをかけました。通常は病院のなかで急変が起こったときにそこに医療関係者を集めるために非常放送するのですけれどもこのときはいわゆるスタットコールという暗号を使います。「スタットコール救急センター」というような放送がかかりました。通常救急外来に来られる方は容態の悪い方が多いのですけれどもこちよど月曜日の朝で院内職員一番集まっておりますのでこれを聞いた人はよっぽど異常な事態が起こったのだろうということでそれまでの業務をすべて停止して院内の職員ほとんどの方が救急外来にかけつけてくださいました。それからもう動けない方が大勢来られるという状況でしたのでこの空いているストレッチャー、救急外来のストレッチャーだけだととても横になれないということでストレッチャーを持ってきていただいたり点滴スタンド、点滴をぶら下げるための棒ですね、これが足らなくなったのでこれをもってきてください、という放送がかかりました。この時点ですでに病院のなかで空いていた病床あるいは空いているスペースに患者さんを収容しても収容しきれないという状況になりましたので病院の中にあります礼拝堂に中等症、いわゆる動けない患者さんの収容を始めました。で実はあとでまた出てきますけれどもこの判断がまたひとつ大きな誤りになってきます。これは通常病院の礼拝堂として使っており 2 階にあります。この礼拝堂をどうして使うかといいますと実は、通常礼拝につかいますから長椅子が置いてあります。ひとつには普段病室として使っているスペースではないと言うこと。当時病院が新築されて 3 年たってましてこの病院を新築したときに、地震が起こったときに予定外に患者さんを収容する場所としてこの礼拝堂は考えられていました。ここには酸素の配管等々も前もって準備はされていたのでその当時のマニュアルでは予想外の患者さんがあふれ時にはここを救護所とするという事になっておりましたので当然ここに収容しました。ところがまあ 1 階から 2 階とアクセスが悪いということはありません。その当時の様子ですけれども、この礼拝堂の長椅子をベッド代わりにして点滴スタンドたてて、この中に動けない、自分で歩行が出来ない患者さんをこちらに収容することになりました。このなかで病院の職員がいたりきたりしながら治療を行うという状況です。これは当時の礼拝堂の入り口のところです。礼拝堂の中だけでは収容しきれず、入り口のところ、あるいは普段の廊下の所にストレッチャーを並べてそこで酸素吸入の必要な方は酸素を持ってくるというふうな状況です。もう通り道のないような、病院の中は患者さんと職員あるいは心配して駆けつけたいろんな関係者でごった返すという状況になっておりました。その後の病院の対応ですけれども 9 時 30 分、最初に事件が発覚して最初に患者さんが来られて 1 時間くらいの時点で当時の院長が通常の診療を中止します。予定の手術も麻酔を導入した方以外は全て中止をして手術室のスタッフあるいは、手術室リカバリー室のスペースも患者の収容に当てるという判断をしました。じつはこの判断は非常に結果的にはよくてですね、通常 8 時 30 分に近いですから通常の診察で病院に来られ

た患者さんも全員帰っていただいたわけです。ただその連絡が十分にいかなかった部分、帰られなかったりしましたけれども大半の患者さんはこの時に帰っていただいたのでこの判断のおかげで、事件とは関係なく病院に来られた患者様の2次被害は最小限に食い止められたという結果になりました。このころになりますと、先ほどスライドで見てくださいましたように築地の駅前に応急救護所が出来て現地の医師会等の先生が行っておられましたのでこちらに医師8名と看護婦2名を病院から派遣しております。それから約10分すぎ9時40分くらいに消防庁から原因物質はアセトニトリルらしいという情報が伝わりました。このときアセトニトリルの中毒症状を調べましたけれども今日の前で見ている症状は先ほど奥寺先生の発表にあったように有機リン系の農薬の症状だ、アセトニトリルはなんか含まれるかも知れないのだけれどすくなくとも今の中毒の主体ではなかろうというふうな判断をしました。有機リン系の症状は認められましたので鼻水とか涎が非常に流れるという患者さんに対してはこの症状を和らげる硫酸アトロピンという薬剤の投与を開始いたしました。その後の時系列でこう書きましたけれど10時半くらいからは自衛隊中央病院から応援の先生、お医者さんと看護師さんが到着しました。このときに自衛隊の科学学校で使っておられる治療方法等コピーを持ってきてくださいました。で11時になりまして、非常にその当時病院のなかもごった返すあるいはいろんなマスコミの方も詰め掛けてくるあるいは被害にあった家族からの電話も絶えないというふうなことでこれは公式に公表したほうがよかろうということになりまして、院長、副院長によりまして1回目の記者会見が行われました。11時すぎに先ほど奥寺先生がお話になったように信州大学のほうから、テレビを見ておられた先生達がサリン中毒の疑いがあるというふうな電話がありました。でこのときから、先ほど本がでましたけれども当時からまとめてちょうどこの日に発刊される予定だったものが、ものすごい枚数なのですけれどもファックスで送ってこられて来たようです。でおよそ11時半ちかくになりまして警視庁で原因物質はサリンと推測されるという記者会見がありました。それで我々はああ、サリンなんだとある意味で確証が得られたということです。この話を聞いてサリンであればということで病院内にいらっしゃった軽症の方にいわゆる除染のひとつである上着を脱いでいただくというふうなことをお勧めしましたけれどももうすでに最初に患者さんがこられて2時間以上経ってます。上着を脱いでビニール袋に入れてくださいといっても実際にはもう時遅いわけですがサリンということが分かったので、このときからこういった行動やお知らせを被害者の方に伝えております。これが当時の記者会見をしている様子です。記者会見の内容としてはどういった患者さんが何人くらいはおられて、どのくらい重症の方がいらっしゃるのか。それと症状としてはどういった症状があるかということをもマスコミの方に対して公表をした。この時点では原因はまだはっきりしません。ましてこのとき記者会見の時点でサリンという言葉もなかなか出ませんでしたけれども有機リン系の症状があるというふうなことを報告しました。実はこの記者会見は病院にとって非常に重要な判断でしてこういうふうな記者会見なかなかせ

ずに情報を外に公開しないと、どうしてもマスコミの方というのはどんどん病院のなかに入ってこられて被害者の方の顔をとったりあるいはどんどんインタビューをしたりというようなことになってプライバシーを保護するというのも難しくなってきます。でこれは病院のなかの様子ですけれども、有機リン系であれば重症度の判断にコリンエステラーゼの検査の判断が有用であろうということで採血をしようということになったのですけれども同時にその1日だけで640名のかたが来られて500名近くのかたに採血をしましたので、同時に通常の採血室ではとてもまかないきれないということで臨時で廊下のはしっこに採血室の検査技師の方に出させていただいて採血をしてもらっているところです。このように廊下がいたるところまで被害者の方でいっぱいになってます。その日の午後の方針ですけれどもお昼の0時になって病院幹部、病院担当スタッフが全員が集まりました。といいますのも通常の外来だけではなくて、一般の病棟であったり特殊な廊下のはしっこであったり、病院のいたるところでいろんな科の先生が独自に診療してましたので治療の方針、あるいは今後の方針を統一する必要があるということで昼に召集がかかりまして、1回目全員会議を行いました。この時点で今分かっている情報、この時点でサリンらしいということはほぼ分かってましたので治療の方針をどうするか、重症に人をどこへ収容するか、帰宅可能な人を判別をどういうふうにするかというふうな事を話しあいました。その結果午後2時すぎから症状の軽い患者さんにたいしてはもう一度診察をしたあとから帰宅していただくと言う事になりました。この時点でとても帰宅できない、あるいは症状が中等症状で動けないという方は入院を決定したのですけれども入院されるかたの名前あるいはその住所を調べることが、最初出来ませんでしたので、これから職員がそれぞれの院内を回って名前を聞いて住所を聞いてってということでやっと、入院患者さんの名簿ができたのが午後の10時です。非常に時間がかかっています。これで公的機関に発表しました。名簿を発表するだけではなくて院内に患者さんの名前の貼り出しをしました。いろいろプライバシーに問題があるというご批判はあると思うのですけれども、当時からご家族等の問い合わせがいっぱい来まして1箇所ですべての入院されている患者さんの情報を集約できるわけではありませんでしたので患者さんの名前に関してはこのように病院の入り口の総合案内の壁に貼り出すということをしました。これはちょうどこの事件が起こる2ヶ月前に阪神淡路にボランティアで応援にいった人達がそれぞれの救護所にどういった方がいらっしゃるかというのを、入り口に名前が貼り出してある、というのを聞いて、そのアイデアで書き綴ったものです。たずねてこられた家族の方はこれをまずご覧になってご自分の家族を探してあればそこの書いてある病棟に行つてはじめてその日の夜になってご家族と会うことが出来ると。入院患者さんに関しては、ご家族に会うことが出来るということになりました。で当日結局当日来られた640名のうち528名は半日経過観察をして午後から帰宅していただきました。107名の方が中等症と判断されましてその日は入院となりました。重症のかた4名がICUに入室していただきました。残念ながら1名のかたは心肺停止で蘇生も行いましたけれ

ど心拍が再開することなく死亡を確認しています。

ここからは症状等です。程度が軽いものとしましては縮腫があったり、頭痛、嘔気、鼻水等が出ます。重症になってくると神経筋接合部でブロックされますので痙攣を起こす、意識障害を起こす、場合によっては呼吸停止からそのまま心停止にいたってしまいます。つまり早期から治療をおこなわないと、命を脅かす恐ろしい毒性の物質ということです。これ患者さんの症状なので、縮腫している様子です。ちょっとこれで見ると1mmちょっとはあるのですがけれども縮腫している様子です。この方もそうです。この方は結膜にサリンを曝露されたのか上眼瞼うわまぶたがかなり腫れている様子です。これは実は縮腫しているところを眼科の先生からいただいたのですがけれどもここ一寸見難いですがけれども非常にこういびつな形で縦長い楕円の形で小さくなってます。それに加えてこのような結膜の充血があって、この患者さんは目の前がくらいというようなことを訴えておられました。これは細隙灯で見ていただいたのですがけれどもこれは眼科の先生もこれまで見たことが無いほどに小さな瞳孔であるというふうなことをおっしゃってました。これが当時サリンと分かって使った注射薬 PAM なのですがけれども、通常有機リン中毒の時使いますので、なかなか十分な量院内で備蓄がなかったのですがけれども薬剤部等々のご協力を得まして、なんとか必要な患者さんには使うだけの薬剤を用意していただくことが出来ました。特に重症であった方、その生命の危機にあった方の予後ですがけれども1例の方は外来で亡くなっています。もう1例の方は蘇生は成功しましたがけれども意識が回復することなく28日後に亡くなっています。もう1例の方はやはり心肺停止だったのですがけれども蘇生に成功しまして、幸いなことに意識も回復して無事退院されています。あと重症のかたお二人は呼吸停止から全身性の痙攣を起こされた方がいらっしゃいましたけれども、この方も初期に補助呼吸あるいは全身管理を行うことで痙攣等の合併を起こされましたけれども無事退院されています。これが心肺停止で来られて蘇生に成功して意識も回復された方の経過です。最初は意識レベルが深昏睡の状態。蘇生が終了した時点です。最初に痙攣等が認められましたので、痙攣を抑えるための薬剤等を使っています。それから次第に意識のレベルも少しずつ回復してくる。瞳孔の様子ですがけれども本当に1mm計れないほどの小さい状態、コリンエステラーゼも13ですから著明に低いという様子です。PAMを投与し始めまして瞳孔径も回復、コリンエステラーゼも急速に回復をしてきています。これが当時使われたトリアージタグです。ですから最初に、重症の方は発生して発症して間が無いうちに病院に運ばれたのですがけれども救急隊あるいは医師会の先生方が現場で救護所をやって1次トリアージがはじまってからはこれは古いタイプのトリアージタグですが、このように使われています。ところがご覧になって分かるように名前が混乱していたり、あるいは住所まで書いてなかったりしており、その当時としては余裕を持って書くだけのゆとりもなかったのだなあとという事が伺いしれます。ここからはいくつかこの事件を経験して私達が今思っている問題点です。現在どうなっているか、それが今後どういうふうに解決されていくかということは非常に興味のある

ところですけれども、まずは最初の情報で、発生現場の情報というのが病院には全く分かりませんでした。唯一来たのは爆発火災らしい、ということだけでした。実際私達が知りたいのは被害の詳細ですね。爆発なのどうか、どのくらいの傷病者の数があるのか、重傷度はどうか、症状はどうかというふうなことがほんとは一番知りたかったのですけれども、これがなかなか分からない。このとき教訓として一番近い築地の駅があれだけ大きな被害が出てたのに、すぐそこから歩いて5分の病院のなかではすぐ近くの駅の情報さえもわからないのですね。なかでバタバタして。一方で勤務が無くて自宅でテレビを見ていた人はヘリが上空を飛んで、築地の駅の上空の様子を写していますので、築地が大変だということを逆に知ってたわけですね。ですから私達はなんか最初地震であつたりなにか異常な状態が起こったらまず誰かがテレビをつけよう、ニュースの報道は非常に早いので、テレビをつけよう。現在は広域災害救急情報システムが進みますので現場ではなくても、国内で遠方のところでなにかあってもそのシステムを備えている病院は災害の発生を知ることが出来るわけです。やはり先ほどの話にもできましたけれども、こういった大規模の災害のときに自治体、消防、警察、医療機関等の連携が必要だということは、痛感いたしました。それと、もうひとつ外からの情報ではなくて病院のなかの情報のやり取りなのですけれども、さっきお話ししたように病院の中いろんな場所で診療がおこなわれています。そこにはいろんな医療関係者が詰めているのですけれどもそういった各部署に、たとえばサリンらしいという報告があったとか、あるいは症状が軽ければ、こういったことを治療しましょうとか、PAMを使う場合にはこういった量をつかきましょう、というような情報を伝えようにも、実は内線電話ずっとパンクしていかからないのですね。というのは内線電話同士でも話をしてますし、外線から内線に入ってくるものパンクしている、内線から外線の発信もパンクしている。ですから1階の救急外来から10階のはしっこまで情報を伝えようとしたら、通常ですと電話1本で済むのですけれどもとても電話では伝わらない。こんどは院内に、先ほどの信州大学からせつかく貴重な情報をいただいても、それが病院のいろんな場所に伝わるのに非常に時間がかかるというふうなことがありました。それはやはり情報は一箇所に集約すべきで、そこからなんらかの手段でいろんな場所に散らばせる必要があるだろうと。それと病院の中の情報も通常想像できないかも知れませんが実際にこういった場面では伝わらないですね、隅々まで。場合によっては全然情報もたらされない部署だって出てきかねないです。でその当時は私達はこういったことしたかという、たとえば薬剤の投与方法とか症状に関してはその当時のパソコン、ワープロで印刷してですね、これをコピー機がありましたので、何百枚もコピーをとってその紙を走って配って回る。こういった、瓦版と呼んだりしたのですけれども、印刷した文字を各部署に配るというのは、逆によかった事というのは、いわゆる耳で聞いた情報ではなくて確実に目の前に数字、薬品名が書いてあるのでここで誤りを犯すということは最小限に済んだということはありません。それと2番目の問題点で分析で午後にもだいぶディスカッションがあると思いますけれども最初の情報

はアセトニトリルでした。実際の治療法に関しては自衛隊中央病院の先生あと信州大学の先生からいろいろ情報を提供いただきました。やはりこういった中毒が考えられるようなあるいは同時に同じような症状の方が大勢出た時、やはり現場での迅速な分析同定が一番必要だとも思いますし、一方で経験がある方、あるいは学術的知識をお持ちの方の任意の情報提供というものが有用だと思っています。その当時もそうだったのですけれども中毒情報センターがかなりその機能が充実していますので問い合わせの早い時点からこういったセンターを中心に情報を集約して、またフィードバックしていただくというようなことを考えていくべきだと思っています。もうすぐ最後なのですけれども先ほど礼拝堂に収容したのが実は大きなミスだったという事をいいましたが、当時はわかりませんでした。礼拝堂は当然長椅子があるし、酸素の配管もあるし、地震のときは当然傷病者を入れる場所として設定されているということだったのです。実は当時この救護活動にあたった院内職員にアンケート調査を行いました。どこで仕事をしたか、そのとき具合が悪くならなかったかというような事を聞いたところ実は先ほどスライドに出てました礼拝堂で仕事をした医療スタッフの実に 45.8%、半数近くが具合が悪いと言う回答をしました。ただ幸いなことに具合がわるいと言っても頭が痛い、縮瞳、目が暗いといった程度で意識を失うとか倒れるとか、生命に危機が及ぶようなことはなかったのですけれども、救護に協力した病院職員の 2 次被害が大きかった。一方で私たちの居ました救急外来は外と中と出たり入ったりしていましたので比較的少なかった。実はこの礼拝堂の構造上の欠点は窓がない。外気が非常に入りにくい。換気はされていますけれども窓を開放することが出来なかったのでかなりこの礼拝堂のなかの空気がサリンで汚染されたのではないか、あるいは被害者の方の除染が出来ませんでしたから、そのまま衣服についたサリンがまた蒸散して医療従事者に被害を及ぼしたのではないかというふうに想像しています。当然最初に患者さんが来られた時この患者さんに対応したときもとりあえずの時に除染の意識も全くありませんでした。原因物質がようやく分かっても、患者さんが病院の中に入られたあとでしたから上着をビニール袋に入れてくださいといった程度です。では病院の入り口で全ての患者さんの除染をすとしたときに入り口が当院の場合 3 箇所ありますけれどもそこから続々と歩いてこられる方が入ってくるわけです。そこを扉を閉め切って一列に並んでじゃあ除染を受けた方から病院の中に入ってくださいというような事が本当に可能かどうかということがはなはだ疑問であります。一方で医療スタッフの防護が全く十分ではありません。ゴム手袋は最初はしてません。時間が経ってやっとゴム手袋と手術用のマスクをした程度であります。このときはそういった自分を防護するという意識も、血液の汚染に関してはあったのですけれども外傷とか出血しているものではない場合にはやはりスタッフの医療意識も非常に低かったと言う事が 2 次被害をおこしたもうひとつの理由だと考えています。現在いろんな病院には除染設備が配備が進んでいます。ただ実際こういった大都市で起こったときにそれぞれの病院が持っている除染設備が機能するのか、たとえば現場に出動した初動部隊が連携して十分に現場の

除染を行ってから医療機関に運ぶということが実際にできるかというのは、現時点でもまだ一抹の不安は残るところではあります。最後にまた仮に明日同じ事件が起こったとしたら被害者の方が減らせるのか、また亡くなった方を助けることができるのか、2次被害をうけた現場に出動された方、あるいは病院の職員はこういった意識で接する事ができるのか常々我々も考えながら日ごろの準備に当たっていくべきだと考えています。以上が私の発表であります。ご清聴ありがとうございました。

奥村：石松先生どうもありがとうございました。皆様からの質問、コメント等いただきたいと思っています。

発言者 A：私達は海上での災害対策ということで、まあさっき医療機関で礼拝堂で換気ができなかったということですが、海の上だと外に出せることは可能ですけれどやはり巡視船の中に収容した人を、特に簡単にサリンとかそういうもの出せないのですけれど、病院の換気のシステムがどういふふうになっているのでしょうか。あのサリンというのは、換気しても簡単に外に出せないわけでしょうから除染は施設内ではどういふ方法をとっているのでしょうか。

石松：現実にはこういった神経ガスとか化学兵器を無毒化して外に排気するというシステムは病院にはありません。特殊な施設であれば換気してそれを出すときにいろんなフィルターを通すというようなことありますけれども、現時点では出来ずにおそらく、さっき最後に言いましたけれども、明日起こると中に収容した換気はおそらく周辺環境にそのまま放出するという状況でございます。

発言者 B：先ほど石松先生が640名の患者の方を診たということなんですけれども、そのときにやはり性差というものをお感じになりましたでしょうか。男性と女性。先ほど21歳の女性の方が集中治療室から助かったということなのですからそういうことというのはどのようにお感じになったか。

石松：当時の印象としては特に性差というのを感じませんでした。ただちょっと重症の方のところでお気づきになったかもしれませんが実はたまたまなのかそれも結論つかないのですけれども心肺停止で来られた方は3名とも女性なのですね。比較的年齢の若い女性の方で、当院には男性の心肺停止の方は来られませんでした。1つの医療機関だけで性差ということの治療上あまり感じはしませんでしたけどどうして女性の若い人だけが心肺停止になられたのだろうということは、逆にさっきの印象とはさかさまの印象なのですけれども、ちょっと疑問には思っています。

奥村：性差に関しましては午後の化学テロサーベイランスのところでもまだ確定的なものではないのですが研究をした成果の一端をご紹介しますと思います。

発言者 C：おそらくこの事件のときは聖路加国際病院ほかの多くの医療機関にたくさんの方がこられたんだと思うのですが各病院内の患者さんの症状などの情報交換が実際あったかどうか、聞きたいです。

石松：これは私の記憶している限りなのですけれども実はその当時、近くのホテルにどの程度かんじゃさんが収容されているか私どもの病院では全く分かりませんでした。電話が混乱している状況なのでほとんど電話つながらなかったとは思いますがかかってきた電話のなかでは、近くの中規模の病院からどういった治療をしているかということの相談がありましたので私達はこういった治療をしています、一応サリンとわかってからも PAM をこういうふうに使っていますという情報のやり取りは多少ありました。それと報道でみられた大学病院等の大きな医療機関からこちらがもう溢れているのであれば ICU を空けて待っておくから是非送って来なさいというありがたい情報提供を頂いたのですけれども実際送るための搬送手段が無いということで、現実には転院搬送も困難でした。

大橋：ちょっと今の補足なんですけど、聖路加国際病院さんは最も多いのですが都内の医療機関 256 に搬入されたと発表されてます。翌日、東京消防庁さんが現状を把握するため全ての病院に問合せをして確認しているのですが 256 病院。そのうち 100 人以上サリンの患者さんを 100 人以上収容される病院も 20 病院以上。したがって聖路加国際病院さんは一番多かったのですがあとはピラミッドのように数限りなくというのが現状で、どこの病院にどのくらいかという全貌はおそらく、当日のその状況ではなかなか難しかったのでは。これは先ほど申しましたように、情報のやり取りをするには大変問題がある、問題って非難すべきではなく、解決すべき問題があると思います。

奥寺：今のご質問の追加なのですけれども、実は都内では電話がかかりにくかったようですが、松本はかかりやすかったようです。実は私の大学にもものすごい数の電話があっただろうでしょう。今来て診てますという電話があったのです。数十の電話がパンクするくらいかかりっぱなしになってしまって、大代表を 2 つくらいに振り分けて交換室ですと夜の 11 時ころまで電話対応して、そしてテレビラジオの取材に対応して翌日こっちから出かけていったほうが早いのかなというくらいですから意外と都内がかかりにくくって松本はかかりやすかったということはあった

そうです。私も8時ころからテレビを見て絶対これは間違いないと思ったのですが当日は、ちょうど卒業式でした。

発言者D: 中等症例が入院させた症例が107名いるのですけれどもその入院させるべきか、それとも帰宅させるべきかその取り扱いはどのようになるのでしょうか。

石松: この当時最初に、午後に帰れるかどうかの判断は、症状がかるくて、最初に来られたときより症状が回復していてしかも歩けるかということで帰宅を判断しました。で入院の判断はその時点で症状が変わらないかあるいは動けないというところで線引きをしました。でそれで幸いその107人の方を収容するスペースなりが用意できたのでそういうふうに判断して厳密に線引きをしたわけではないです。というのはちょっとまだこの時点で不安だったのは、症状の軽い方は数時間でどんどん回復するのですけれども、じつは事件が起こった最初、駅では比較的元気で、あるいは会話あるいは歩行可能だった方が、車に収容されてから意識レベルが下がったりというふうな、ちょっと進行する様子があったのであきらかに半日以上経てば進行の可能性はないのでしょうかけれども今後症状がどういうふうに展開するかわからないという不安の要素もありましたので比較的、入院の適応は拡大して入院して頂きました。

発言者E: この3月くらいの時期になりますと、我々の病院でも空いている病床数は3床、4床、そのくらいなのですがそのときたとえば入院している患者さんを帰宅させてそこに入れたとかそうした工夫は別になかったのでしょうか。

石松: この時点では、実際に入院されている方を返すということはしませんでした。でこの時点で空いていた病床数が院内全体で50床くらいあったのですけれども、そこに全て入れた上にと、廊下、礼拝堂、それ以外に手術室等を使ってなんとか収容したということです。

発言者F: ほんとうに貴重なお話ありがとうございました。いつも先生のお話を伺って、最後の今だったら、と言う話しを聞きながらわたしも考えています。そのことに関連してなんですけれども、今だったらということで、今だったらインターネットをどういうふうに使われたか、これは奥寺先生ももし可能であればお聞かせいただければと思います。今でしたらどういうふうにネットにアクセスして、どういう情報を流すかあるいはどうやって情報を○るか、というお考えがありましたらお聞かせ願えればと思います。

石松: まず今であればインターネットの担当者、担当者というのが一人そういった担当、情報を

収集する係りを割り当ててまず外からの情報ですね、その周辺でどういったことが起こっているかと言うことをオンタイムでニュースのソースとして取り入れる、それとこちらから発信というのはその当時としては、当時というか現場としては難しい部分かもしれませんが先ほどの、たとえば中毒情報センターの情報の発信だったり、問合せを電話等を使わずに具体的な文字、デジタルの情報で送るようなことを考えられると思います。一方で広域災害の情報に関しては入力によって各病院に伝わりますのであとは、その病院からのアクセスを待つということを考えてます。

奥寺：やはり同じ意見です。ただし携帯からのアクセスはまだちょっと分からないですね。輻輳した場合に携帯というのはかからないです。いまインターネットの接続の方法がいろいろありますよね。ですからそこにひとつ落とし穴があるかも知れない。メーリングリストであるとか、あとは災害のメーリングリストがありますよね。ああいうところでどんどん発信して行ってディスカッションしていけばいいと思います。

発言者 F：屋敷先生、poison-ml、中毒情報ネットワークなんかはいかがですか？

屋敷：広島大学の屋敷です。中毒情報ネットワークというものは約6百人もの中毒関係者が入ってまして、東京地下鉄サリン事件のときも皆さんに会員の方にはお伝えし、また和歌山カレー事件のときにもそうさせていただきました。どのような使い方されるか分かりませんがネットでは情報の信頼性というものはダイレクトに入りますのでそれをどういうふうにするか情報の質の問題はあります。一方で中毒情報センターがやられている情報は確実な精度の高い情報であるというふうな事がありますので使い分けをしていただければいいと思います。

黒木：中毒情報センターの黒木でございます。たしかにこの10年前はまだインターネットは、あるにはあったけれども今ほど利用されていないということがわかります。この10年間の差を見ますともし原因物質が特定された段階で今屋敷先生が言われましたように中毒情報センターのホームページに直ちになにであるかというような基本的な情報は流すようになっていきます。これは、たとえばマスコミの方が報道するのにサリンてなんですかみたいなことですね。いろんな誤解したりしないようにというようなこともございますし、たとえば市民の方が、聞いて安心してもらうために、情報がないことは不安感を増長しますので、なるべく早く正確な情報という意味では、体制が中毒情報センターとしては取られてますので、ここまで大きな事件ではありませんが、例えばどっかで工場で漏洩があったとか、そのつど物が分かり次第情報を、ホームページで分かり次第、公開できるものは公開するように心がけています。ちなみにこの地下鉄のサ

リン事件の時は時、中毒情報センターでは当日だけで約 100 件問合せがありました。これはどういうことかといいますと、普通 1 日の一般の家庭からの問合せいただくのが大体 100 件前後なのですがプラス 100 件ほどにサリン関係の問合せをいただき、それも昼ごろをピークに 1 日中続いたというのが現状でございます。

奥村：事件がございまして結局いろんな課題、問題点があったと思いますが石松先生や聖路加のスタッフ同士で、事件について話合った時、何が一番キーワードだったのかと言うと情報という言葉が最初に出てきたのですね、いかに情報をコントロールできるかと言うことが現場でサリン事件のことを一言で問題点といたらやっぱり皆一致して情報という話が出てきたわけです。ですからこの中毒情報の扱いというのは如何に、普段の中毒から普段の化学災害からそれを発展した形で化学テロにも対応させ得るようなそういった中毒情報管理システムの確立というのは、非常に痛感するところだと思います。そのほかご質問は。

発言者 G：すみません。貴重な報告ありがとうございました。先ほどご質問のありました医療機関の情報の連携、これによって患者が搬送された時の受け入れ先というのですかね、先生方の指導等ですね、均一に情報が取れるような危機管理がされているのか、そのへんはどうか聞きたいのですが PAM については緊急連絡網が厚生労働省のほうにあってメーカーから医薬品を集める形の対応がとられると思うのです。私の経験ではそういうメーカーから緊急に調達する業者の取り扱いはどうするのかということをお教えいただければと思います。

回答者（厚労省）：サリン事件を受けまして緊急用医薬品につきましては在庫というかたちでどの程度の量が存在しているのか、あるいは流通されているのかということについては、私ども把握しておりまして、相当希少な薬剤については特に認識しておりましてそれが万全かといわれるとですね、新たな薬剤ですとか相当その希少な薬剤ですとか当然問題もあるのですね。

奥村：そのほか質問コメントございますでしょうか。それでは石松先生どうもありがとうございました。

第 2 部

大橋：非常に物事変化しているわけですが、それらの化学テロ対応最前線についてディスカッションをしてみたいと思います。両サリン事件以降の化学テロ対応はどこまで進んだか？それでは司会の国立国際医療センターの富岡先生、よろしくお願いします。

富岡：ご紹介いただきました富岡でございます。第二部の司会をやらせていただきます。

今大橋先生がおっしゃいましたようにこのシンポジウムのなかで第一部は過去すなわち 10 年前に起こったことをプレゼンテーションしていただき、第二部ではこの十年の間にどんなことが進歩したかというお話を演者 5 人のかたにお話を伺うことになっております。その後にもまた志方先生の基調講演と、さらに第三部はまだ積み残している課題、という流れになっておりますので、どうぞ最後までお聞きいただければと思います。演者の方にはお願いがあるのですが、このあと 3 時から志方先生の基調講演になっておりますのでひとり講演時間 10 分というのを厳守してください。また会場の方々も是非ご協力いただきたいのですが、質問のある方は、なるべく時間を有効に使いたいと思いますので、各演者の講演が終わりに近づきましたら質問がある方は少し前のほうに出てきていただいて、時間を有効に使えるようお願いいたします。それでは第 2 部の第一席としまして、まず制度面の対応ということで、内閣官房の堀金参事官からお話をお願いいたします。よろしくようお願いいたします。

堀金：ご紹介いただきました、内閣官房で安全保障、危機管理を担当している参事官の堀金ともうします。今日はサリン事件以降制度面でどういう変革がなされたかということについて、政府、全体についてお話ができるといいのでありますが、ご覧のようにテロ対策ですと現場で出動するのは警察であったり、あるいは防衛庁、自衛隊であったり、消防であったり、多くの政府の行政機関が関与いたします。今回私、そういうもの全部について見渡してお話する能力ありませんので内閣総理大臣がテロをはじめとした重大事案が発生したときにどういうふうに対処するようになっているか、これがこの 10 年間でどれくらい変わってきたかということを中心にお話を申し上げたいと思っています。なお時間厳守の話もありましたし、早口でお話をさせていただきたいと思います。またスライドのほうもお配りをしてある物を若干省いて今日はお話をするので、ちょっと組み替えておりますので、ご了解をいただければと思います。で政府のテロ対策がありますが今日中心にお話をするのは、今お話をした一旦テロが発生をした場合にこのテロに対していかに速やかに対処して被害をできるだけ小さく抑えるか、あるいはテロリストを鎮圧して第二、第三のテロを起こさせない、あるいはそのテロリストを捕まえて法の裁きを受けさせることによって正義を回復する、法秩序を回復する、そういう面ともうひとつ従来政府がもっとも力をいれてやってきた未然防止という面があります。勿論テロの未然防止が完璧に行えるならばテロが起きた、ことを想定しての訓練であるとか、政府の整備であるとか、あるいは法制の整備、こういったものは不要になるわけでありまして。ちょっと今日は時間の関係で詳しくお話ができませんが、たとえば昨年 12 月、政府はテロの未然防止に関する行動計画というのを作っております。これは欧米の主要各国のテロ対策を参考にして日本が遅れているものについて概ね平成 18

年度までに全て欧米と足並みをそろえるような形で制度の整備をしようというものでございます。もしご関心があれば官邸のホームページにテロの未然防止に関する行動計画というものを載せておりますのでこれまでどういう対策がとられてきたか、また今後どういう対策がとられようとしているかについては、こちらをご覧くださいいただければありがたいというふうに思っております。まず今お話をしましたように、内閣総理大臣がおおきな事案がおきますと、リーダーシップを発揮することが期待されております。その内閣総理大臣を支える組織がどうなっているかというのを簡単にご紹介をしたいのでありますが一番上は、読めるとおもいますけれども内閣総理大臣でありまして、そのしたにあとで少しご紹介をいたしますが、内閣官房という組織がございます。大変大雑把にいってしまうと、総理大臣が行政各機関をうまく統率をして行政権が最高の機能を発揮できるようにさせる組織が内閣官房なのですが、そのトップが内閣官房長官でございます。1日2回記者会見をやっておりますのでよく顔をみることがあると思いますが、官房長官がいます。その下に官房副長官というのが3人おります。でここまではほんとうは天皇の認証を受ける政府の重要ポストであります。そのすぐ今下に内閣危機管理監というのがおかれております。内閣危機管理監がおかれたのは実はそんなに古い話ではありませんで平成10年でございます。まあ7年くらい経っているわけですが昔はこういうポストは内閣の中に存在していませんでした。で内閣官房長官とか、内閣官房副長官というのはその時々的重要な政策課題に対応しています。最近では拉致の問題であるとか不審船の問題であるとか郵政民営化の問題であるとか、地方分権の問題であるとか、それぞれその時々で重要課題は移っていくわけですがそういったものに対応するのに対して、この内閣危機管理監というのは内閣官房副長官に順ずるポストとして作られて、しかも構造的に危機管理だけやるというものでございます。そういう意味であとで少しまた補足いたしますけれども内閣あるいはその行政機関が、危機管理というものをいかに重要視しているかというのはこのポストの重要性をみても、ある程度ご理解をいただけるのではないかと、いうふうに考えております。で内閣官房ってなにをやっているかということを少し補足しておきたいと思えます。といいますのも財務省とか外務省とかそういう象徴というのは比較的何やっているかわかりやすいのですが内閣官房というのは、官房という言葉自体が古臭い言葉ですし、分かりにくい組織だとも思うのですが、憲法の話をするつもりはあまりないのですが、行政権というのは内閣に属するということが憲法で決まっております。内閣というのは内閣総理大臣と、総理大臣が任命した国务大臣で構成するというふうになっております。具体的に内閣がやる仕事は100あるとすると100はその下に書いてある内閣府とか警察庁であるとか各省庁、1府12省庁に全部、100が全部分割されておろされてます、それぞれ大臣がいて分担管理をすることで、ですから多くの事務は、もうすべてこの各省庁がやっています。これはもちろん行政を効率的に処理をするために担当を決めて分割処理をしているわけですが、逆に割ってしまったがゆえにおおきな事案が起きていろんな省庁がちからをあわせて対応しなければいけない