



阪神淡路大震災 精神科救護所の全般的な状況

I .はじめに

災害時の医療は、災害救助法、災害対策基本法、日本赤十字社法などの災害関連法に基づいて提供される。これらの法が規定しているのは主に、救助の理念、救助に携わる人員の確保や費用の支弁についてであって、活動の具体的な内容は各自治体の作成する地域防災計画などに委ねられている。しかしながら、地域防災計画には、地域内の医療機関などが列挙されてはいるものの、具体的な活動内容などはあまり示されておらず、結局のところ現場を担当する医療機関、あるいは日赤や医師会の結成する救護チームなどが、独自に自己完結的な活動を行うことにならざるを得ないのが実状である。

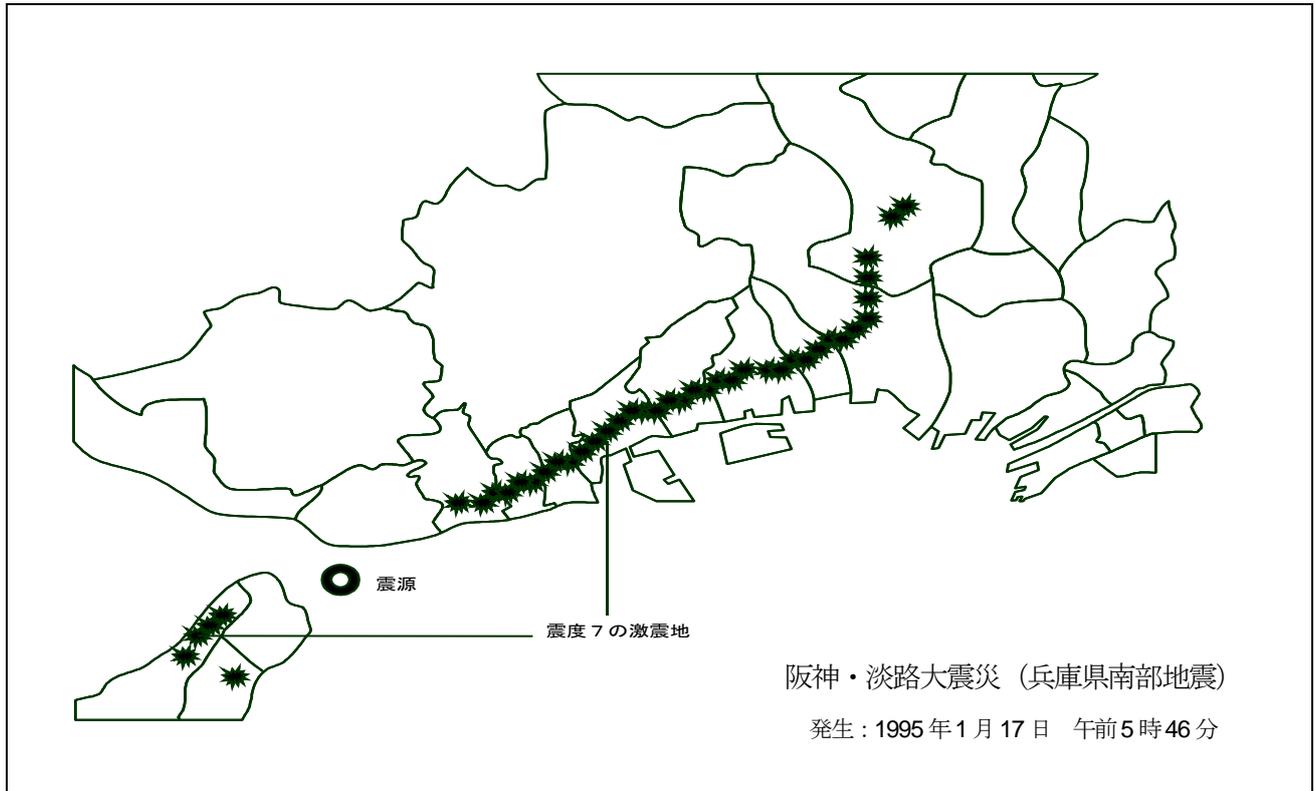
身体的な医療についてさえ、このような状況であるが、精神医療あるいは精神保健に関しては、少なくとも阪神・淡路大震災までは、その必要性が考慮されたことはなかった。これは行政だけでなく、医療関係者も同様で、災害精神医学への関心は低く、三宅島噴火災害²⁹⁾、北海道南西沖地震、雲仙普賢岳噴火災害³⁾³⁶⁾など、いくつかの災害で具体的な取り組みと調査研究が独自になされているだけであった。

阪神・淡路大震災後には、PTSD（外傷後ストレス障害 posttraumatic stress disorder）¹⁾を主として災害後の精神的問題についての社会的関心が高まり、様々な活動が展開された。それらをプロトタイプとして、各自治体の地域防災計画の中には、精神医療・保健対策の必要性を新たに記載したものもあるし、具体的なマニュアルを作成したところもある。そして、震災後に発生した災害や事件（地下鉄サリン事件、ガルーダインドネシア機墜落事故、ペルー日本公邸占拠事件、那須地方水害、和歌山毒物混入事件など）では、実際に被災者（被害者）援助のひとつとして精神保健活動が盛り込まれた。

ところで、阪神・淡路大震災後に被災地で行われた精神医療・保健活動は、大きく二つに大別できる。ひとつは、震災によって機能を停止した地域精神医療を補完するための医療的な活動であり、もうひとつは避難所や仮設住宅を中心として展開された、保健予防的な活動である。この報告書では「精神科救護所活動」として総称される医療活動について報告する。これは、被災地内の10カ所の保健所に設置された救護所を拠点とした活動であり、各地域ごとにこれまで報告がなされてきた。

それらの特徴を一言でいうと、各地域には元々の精神医療ネットワークや、被災状況、実際の活動形態など大きな違いがあり、それぞれが独自の特徴を持つ活動であったということである。この報告書では、全体像を俯瞰し類型化を試み、そして全体のコーディネート上の問題を見直すことによって、大規模都市災害における精神医療活動の問題点と可能性を考察したい。

II. 阪神・淡路大震災の概要と特徴



1995年1月17日午前5時46分、淡路島北部を震源地とするマグニチュード7.2の地震が発生した。この地震によって明石市から尼崎市までの兵庫県の沿海部とその周辺地域、および淡路島北部が最大震度7の激しい揺れに襲われ、各地で甚大な被害が発生した。この大地震は「平成7年兵庫県南部地震」と命名され、その後被災地名をとって「阪神・淡路大震災」と呼ばれるようになった。実にそれは、6000名を超える死者と、4万人以上の負傷者、および24万軒（世帯としては約44万世帯）の家屋倒壊などの被害をもたらした。被害総額はおよそ10兆円に達した。

この災害の救援活動を考える上で、第1に挙げられる特徴は、わが国の災害関連法規や制度では、全く対処できない事態であったということであろう。被災地内の行政機能は停止してしまい、活動するための情報を集約できず、対策を迅速に講じることができなかった。この点は、自治体から自衛隊への救助要請が遅れたことなどが、象徴的に物語っている。また、被災自治体のみならず国も初動が遅れ、震災発生から半日経った時点でようやく緊急援助の必要性を表明している点などは、災害の大きさそのものだけでなく、活動の根拠を呈示してからでないと何も動かない、この国の災害対策の問題に起因している。そして、震災後に行われた行政施策、医療活動、ボランティア活動などのほとんどの活動は、試行錯誤の中で行われたといっても過言ではない。震災の第2の特徴は、被災者のメンタルヘルス・ケアの必要性について、わが国で初めて注目された災害であったという点である。避難所生活を始めとする生活の大混乱の中で、人々が大きな打撃を受けていることが明らかであったために、救援活動のひとつとして精神的・心理的支援の必要性が叫ばれた。この震災以前にも、三宅島噴火、北海道南西沖地震、雲仙普賢岳噴火などいくつかの災害で、精神的問題が注目されたことはあったものの、これほど社会的な要請が高まったことは、かつてなかったであろう。

表1 地域別被災状況

	死者(人)	負傷者(人)	全壊家屋(軒)	半壊家屋(軒)	全壊率	半壊率
東灘区	1,470	3,383	12,832	5,085	36.5%	16.0%
灘区	931	1,112	11,795	5,325	28.8%	14.2%
中央区	243	3,782	5,156	5,533	11.2%	14.5%
兵庫区	553	1,755	8,148	7,317	19.5%	20.0%
長田区	917	533	14,662	7,770	25.6%	22.0%
須磨区	401	637	7,466	5,344	22.4%	27.1%
6区以外	47	3,477	1,741	14,751	(-)	(-)
神戸市計	4,562	14,679	61,800	51,125	(-)	(-)
尼崎市	49	7,131	5,688	36,002	1.2%	4.0%
西宮市	1,126	6,386	20,667	14,597	13.8%	11.8%
芦屋市	442	3,175	3,915	3,571	24.0%	12.6%
伊丹市	22	2,716	1,395	7,499	1.9%	5.3%
宝塚市	117	2,201	3,553	9,296	4.0%	5.6%
津名郡	58	1,194	3,262	4,248	(-)	(-)
他地域	22	2,591	3,718	10,596	(-)	(-)
合計	6,398	40,073	103,998	136,934	(-)	(-)

注) 他地域とは、災害救助法適用の兵庫県内10市10町のうち掲載以外の地域

注) 数字は、兵庫県災害対策本部発表のもの。全壊率、半壊率については文献(阪神・淡路大震災復興誌¹⁰⁾)より。

(平成10年11月現在)

Ⅲ.精神科救護所の開設まで

1995年1月17日の地震発生から、最後に伊丹保健所の精神科救護所が開設されるまで（1月29日）、約2週間に要している。災害時の緊急対応としては緩慢な立ち上がりである。これは第一に行政の災害対策全般が大規模都市災害を想定して十分にプランニングされていなかったということと、精神医療や精神保健部門における災害時の対応ということが概念としても成立していなかったことによる。今回、精神科救護所の活動を振り返るに当たって、二度とこの轍を踏まぬよう、反省を込めて当初の2週間の経緯を整理したい。

当然のことだが、震災は直後から精神障害者や被災者のメンタルヘルスに多大な影響を与え、神戸市沿海部の診療所をはじめとする精神医療・保健の供給システムに多大な影響を与えた。このことにもっとも早く反応して対応の立ち上がりに寄与したのは、ひとつには被災地の最前線で医療・保健のニーズを実感した保健所の精神保健相談員（以下PSW）であり、もう一つは被災地の周辺部（被災外）の精神医療関係者であった。それに比して、行政の精神保健担当部署や技術センターとして位置づけられる精神保健センターなどの、本来は対策の中核機能を担うべき部署は、事態の把握と対処のために相当の時間を費やさざるを得なかった。

また一般に行政機関は、まず法律や細則を適用することを規範とするために、今回の震災のような既存の災害対策の枠を遥かに超えた、未曾有の非常事態における対応を、迅速に行うことは極めて困難であった。それでも、災害対策に規定されていた緊急医療チームの派遣は比較的早急に組織されたにもかかわらず、そもそも想定になかった精神医療はその域外におかれていた。そして、精神医療に関する事態の把握と対応の計画は、日常的に現場活動をしていた専門職のネットワーク、すなわち、地元医療機関と保健所によって当初行われたのである。

まず神戸市長田区で、全焼被災した診療所医師と保健所を核に臨時の精神医療の供給が計画された。震災3日目、1月19日のことである。これは1月21日から実行に移された。1月20日には県立精神保健センターが機能し始めた。医療機関や保健所の情報が収集され、長田保健所の計画が伝えられた。この時点で神戸市内の被害の甚大さが認識され、緊急の対策の必要性が意識されることとなった。それと同時に、近隣府県の複数の精神保健関係者より、応援の医療・保健スタッフの必要性の問い合わせや、応援派遣の準備のあることの連絡があった。

こういった事実を背景に1月21日は、関係者の連絡がネットワーク上を飛び交ったのである。まず神戸市の、複数の保健所のPSWと精神保健センターの間で、神戸市の沿海部各区の保健所に臨時の精神科の診療所を置くこと、その要員は域外の行政やボランティアの派遣スタッフに期待することが話し合われた。しかし、これに対して行政内部の精神保健部門は明確な見解や対応を示すことができず、現場の関係者には行政部門が申し入れを受け入れなかった、という観測さえ流れた。しかしながら現場の自発的な動きとしての、長田保健所における「メンタルクリニック」は、その時すでにスタートしていたのである。

1月22日には、神戸中央保健所でも県立精神保健センターと県立光風病院の医師による診療が開始されたが、それと同時に、精神保健センターと神戸市、兵庫県の間で再三連絡がもたれ、最終的には現場のネットワークによって決められた上記の方針を行政が追認する形で、神戸市は近隣の自治体に、兵庫県は厚生省に精神科医療チームの派遣を要請することとなった。それと同時に、これらの派遣チームのコーディネートを精神保健センターが行うことが合意された。これはその日のうちに実行された。派遣要請を受けた厚生省の反応は早く、これはやはりその日のうちに全国の都道府県に伝えられた。

1月23日より県立精神保健センターには、30数自治体より精神科チームの派遣についての連絡が入った。神戸市の保健所については多くの場合、保健所のPSWと、県の精神保健センターとの協議でチームの数や構成が決められた。また、現場では、「外部からの派遣チームによる精神科救護所」という設定に疑問を持つスタッフもあり、

所長の判断として精神科救護所の設置を決定した保健所も複数ある。一方、神戸市以外の被災地の保健所は、当初上記のネットワークの外にあったため、被災地外から派遣された精神科チームが入る計画は当初たてられなかった。その後、この方針に倣った県当局の強い働きかけにより、当初 2 保健所（西宮、芦屋）、後に 2 保健所（津名、伊丹）が精神科チームの派遣を受けることになった。

他府県よりの連絡を受けた精神保健センターでは、まず近隣の自治体（近畿圏と岡山・徳島）を主体として派遣先を決定し、1月24日から26日にかけて、その第一陣が各保健所に入り、精神科救護所が開設された。なお、中央保健所と東灘保健所だけは、それ以前に公立病院や大学所属の地元精神科医が協力し2～3日早くスタートしていた。また長田区では当初、地元の精神科医のボランティアのみで診療を続けた。精神科チームの派遣元はその後次第に遠方の自治体や国立病院、大学、病院協会などに広がっていった。淡路島の津名保健所における精神科救護所は地元民間病院ボランティアと保健所の協議によって設置され、地理的な事情もあり精神保健センターの関与は派遣依頼など形式的なものにとどまった。また伊丹保健所の場合は、派遣要請も他に比べて一週間遅かったが、実際の診療ニーズは大きなものではないことや、交通事情なども考慮し、大阪の民間の医療機関から派遣してもらった。それぞれの保健所の詳細は以下の報告を参照されたい。

表2 震災による避難者数（ピーク時）

	人数	避難所数
東灘区	67,617	120
灘区	30,390	66
中央区	32,262	81
兵庫区	25,500	93
長田区	44,865	76
須磨区	19,579	67
6区以外	7,043	82
神戸市計	227,256	585
尼崎市	8,629	92
西宮市	33,863	192
芦屋市	20,970	54
伊丹市	7,365	70
宝塚市	11,018	65
津名郡	5,210	46
他地域	2,087	137
合計	316,398	1,241

朝日新聞社編「阪神・淡路大震災誌」¹⁰⁾による