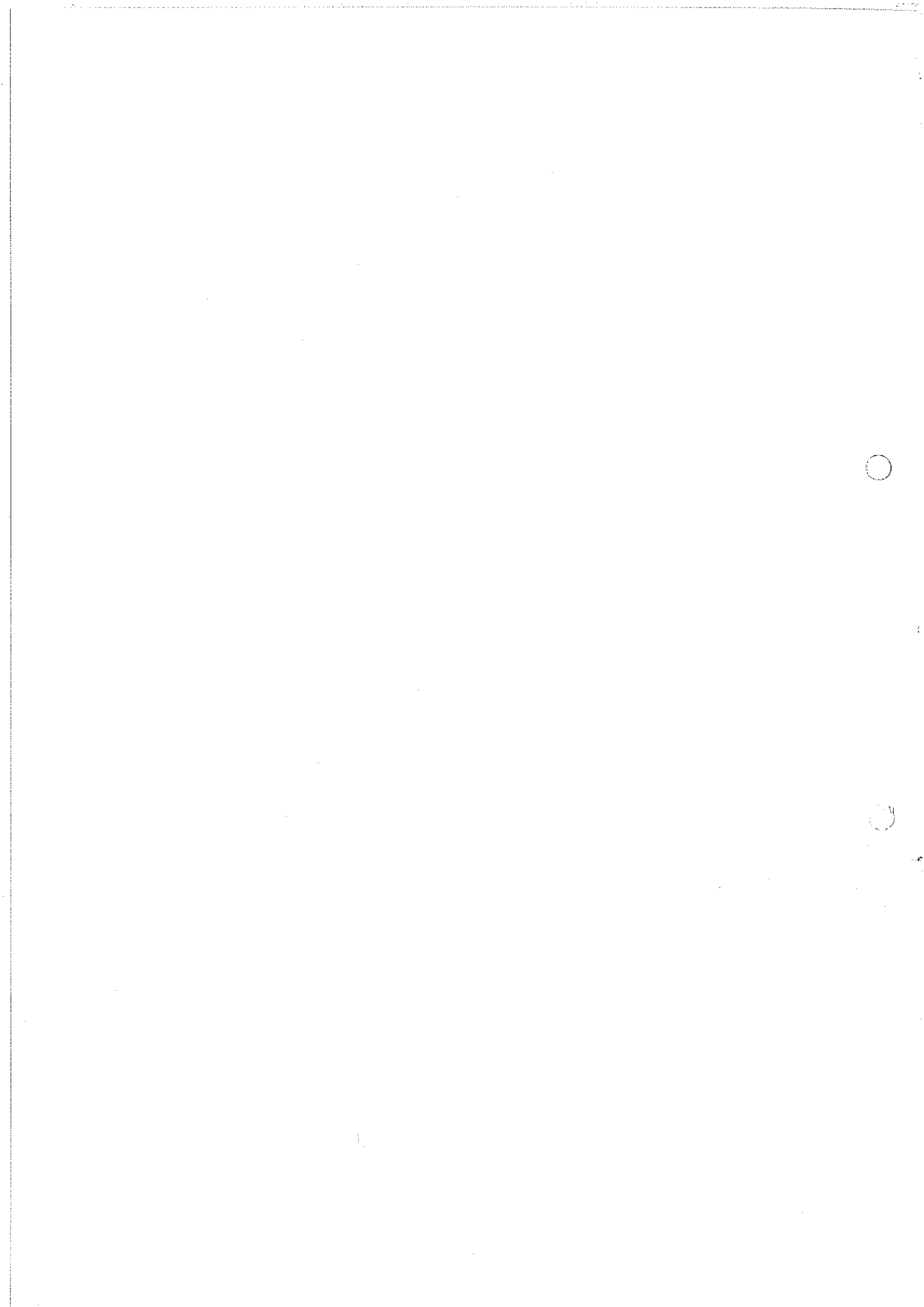


災害後の メンタルヘルス活動に関する 国際比較

阪神・淡路大震災と台湾大地震の比較を通して

(財)兵庫県長寿社会研究機構
こころのケア研究所



【はじめに】

日本は自然災害の多発する国であるにも関わらず、被災者の心理的支援に関しては、最近まで関心が払われることは、あまりなかった。しかし、1995年の阪神・淡路大震災後には社会的関心が一挙に高まり、心理的支援は「こころのケア」という言葉で象徴され、様々な活動が行われた。その最大の特徴は、新たなサービス提供のシステムが模索されたことである。それは阪神・淡路大震災の場合、被災地が広大で被害も大きかったため、既存のシステムだけでは対応しきれなかったという理由もあるが、事前に一切の準備がなかったという事情が大きく影響していた。そして、この不足を補うために、様々な試みが行われた。

例えば、こころのケア研究所の前身である「こころのケアセンター」は公的基金を財源とする組織で、阪神・淡路大震災後のメンタルヘルス活動の中で主導的な役割を果たした。その活動においては、心理士、ケースワーカーなどが、仮設住宅住民を主な対象としてサービスを提供し、年間約12000回の相談を行った。また、この活動以外に、生活支援アドバイザー、健康アドバイザー、復興支援員といった新たなマンパワーが次々に作られ、それぞれ活動した。さらに、多くのボランティア団体が、独自の役割を果たしたのも大きな特徴である。これらの活動は、メンタルヘルスの専門職種であろうがなかろうが、様々な次元で被災者を心理的に支えたことは間違いない。しかし、それぞれの活動内容や連携上の問題について、具体的な検証はされておらず、将来の災害対策の中にどのように生かされるかは今後の課題である。

一方、1999年9月に台湾中部で発生した921台湾大地震でも、当初から心理的支援の必要性が注目された。台湾政府はいち早く方針を打ち出し、支援体制を整えた。それは、当初1週間は、被災地内の公的精神病院が中心となって相談所やホットラインを開設し、その後も約1年にわたって地元の医療機関を中心とした活動を継続させるというものであった。これらの費用、マンパワーは国がすべて補完することが明言され、活動現場では多少の混乱はあったものの、統制の取れた活動が行われたとされる。例えば、最大の被災地である南投県では、国立精神病院である草屯療養所に「PTSDリカバリーセンター」が開設され、多くの精神科医や精神科看護婦らが、巡回診療や教育啓蒙に携わった。また、ボランティア活動に関しては、仏教やキリスト教関連の潤沢な財源を得て、仮設住宅の建設および運営を全て行うなど、大規模な活動が展開された。さらに、台湾政府は阪神・淡路大震災をモデルとして「災難心理センター」を5年間にわたって設置するなど、新たな施策も展開している。

これら二つの大地震後に行われた支援活動には、次のような共通点が指摘できる。まず、大きな社会的要請に裏打ちされていたという点、第二に現場に多くの支援者が参加したという点、第三に、活動の実際においては、被災住民がサービスを受け入れやすくするための工夫が必要だった点などである。しかし、活動の組織化、政府や地方自治体の取った役割など、大きく異なる点も存在している。これらの相違点には、災害そのものの違い、危

機管理体制の差、あるいはもともとの精神科医療システムの違いなど、種々の要因が影響した可能性が考えられる。本研究では、こうした点を明らかにすることによって、大災害後の心理的支援のあり方を議論し、将来の災害に備える資料を提供することを目的としている。

【目次】

はじめに

第1章 震災比較

1 阪神・淡路大震災	1
2 台湾大地震	3

第2章 精神医療の歴史と背景

1 日本の精神医療事情	5
2 阪神・淡路大震災被災地の精神医療・保健の特徴	7
3 台湾の精神科医療事情	8

第3章 震災後の精神保健活動

1 直後の数ヶ月	10
(1)阪神・淡路大震災	
①精神科救護所活動の概要	10
②救護所活動の終結	11
③救護所以外の活動	11
(2)台湾大地震	
①概要	13
②22病院による地域担当制	13
③草屯療養院の活動	15
2 復興期の活動	17
(1)阪神・淡路大震災	
①こころのケアセンター設置の経緯	17
②組織と運営	17
③活動方針	18
④運営の特徴	19
⑤活動モデル	22
⑥活動実績	22
⑦発展性	22

(2)台湾大地震

①経緯と概要	24
②業務内容	24
③新たな展開	25
④調査研究	26

第4章 考察

1.災害後早期に必要な体制	27
2.復興期のメンタルヘルスケア・システム	28

【参考文献】	30
--------------	----

【巻末資料】

1. 阪神・淡路大震災後の精神科救護所活動（地域別）	32
2. 精神科救護所活動データのまとめ	43
3. こころのケアセンターの5年間	46
4. 市外・県外避難者への支援の推移	48
5. こころのケアセンター業務実績	53
6. こころのケアセンター調査研究一覧	62

第1章 震災比較

1. 阪神・淡路大震災

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。この地震は、淡路島北部を横切る野島断層が動いたもので、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。この大地震は国土庁によって「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、6400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、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、まず挙げられる特徴は、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た。

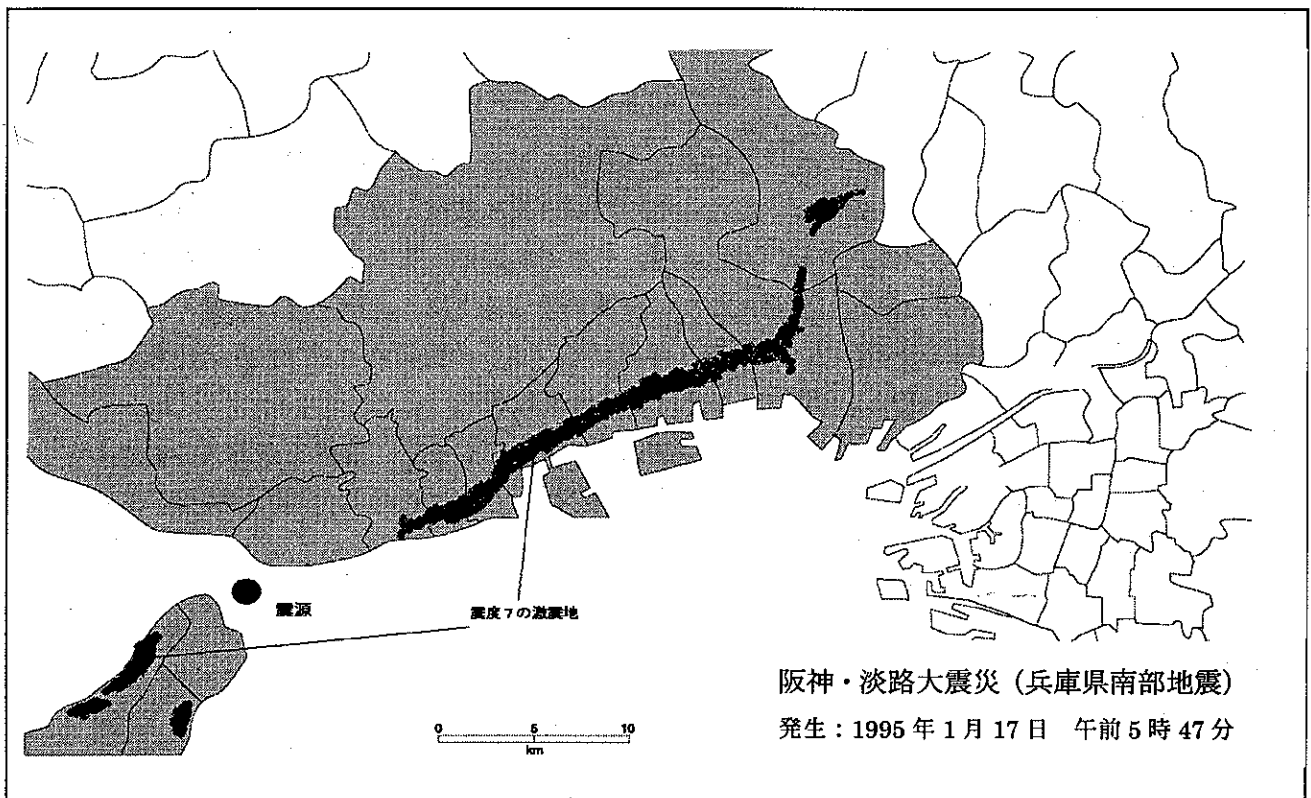


図1 阪神・淡路大震災の被災地図

表1 阪神・淡路大震災の地域別被災状況

	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	49	3,477	1,741	14,751	(-)	(-)
神戸市計	4,564	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	6,400	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

その後、被災者対策は過去の災害とは異なる展開を見せる。まず、復興のための特別立法や法改正が重ねられた。例えば、仮設住宅の建設戸数や使用期限などは、拡大延長された。被災自治体である兵庫県や神戸市なども、それぞれ復興対策本部を設置し、多岐にわたる復興プランを次々と呈示し施策化した。復興施策の重点は、都市基盤の整備、住宅の提供に置かれたことは明らかで、当初の3年間にインフラの整備に5兆8700億円費やされ、また被災者向け住宅は3年間で16万戸が提供された¹⁾。

こうした復興施策に対してはさまざまな評価がなされているが、復興プロセスの最大の特徴は各地方自治体がイニシアティブを取った点であり、次に述べる台湾の中央集権的なシステムとは対照的であったといえよう。

2 台湾大地震

台湾は日本同様に地震の多発国であり、大きな断層が 25 あるが、今回は中央部を縦断する最大の車籠埔断層 (Chelongpu fault) がずれることで発生した。被害は中部台湾に集中し、特に断層の上に乗っていた山間部が甚大な被害を受けたが、台湾第 3 の大都市、台中市でも多数の死傷者が出た。さらに、震源から離れた台北市内でも老朽化したアパートが崩壊するなどの被害があった。この地震による死傷者数は表の通りである。

台中あるいは台北という大都市が機能を失わなかったこと、および大陸との緊張関係が背景にあるために、日常的に政府・軍を中心とした危機

管理体制が確立されていたことから、初動は迅速であった。数時間以内に、まず軍が救援活動を開始した。例えば重傷者は軍のヘリコプターで被災地外に次々と搬送された。中央政府もいち早く動き、その日のうちに李登記総統が現地入りした。また、中央政府、地方政府という命令系統が明確であり混乱も少なかったとされる²⁾。

また、被災者への支援策などもいち早く打ち出された。たとえば、死者 1 人に対して 100 万元 (約 330 万円)、重傷者に各 20 万元 (約 65 万円)、全壊家屋に対して 20 万元などの政府からの個人補償制度 (義援金ではない) が明らかにされていた。さらに住居を失った場合、一人当たり毎月約 3000 元の補助が 1 年間出ること、すでに発表されていた。これらは、阪神・淡路大震災の時の日本政府や自治体の動きと比較すると、明らかに迅速に見える。しかし、震災の翌年に行われた総統選挙を意識しての政策だったと、辛口に伝える向きもあった。

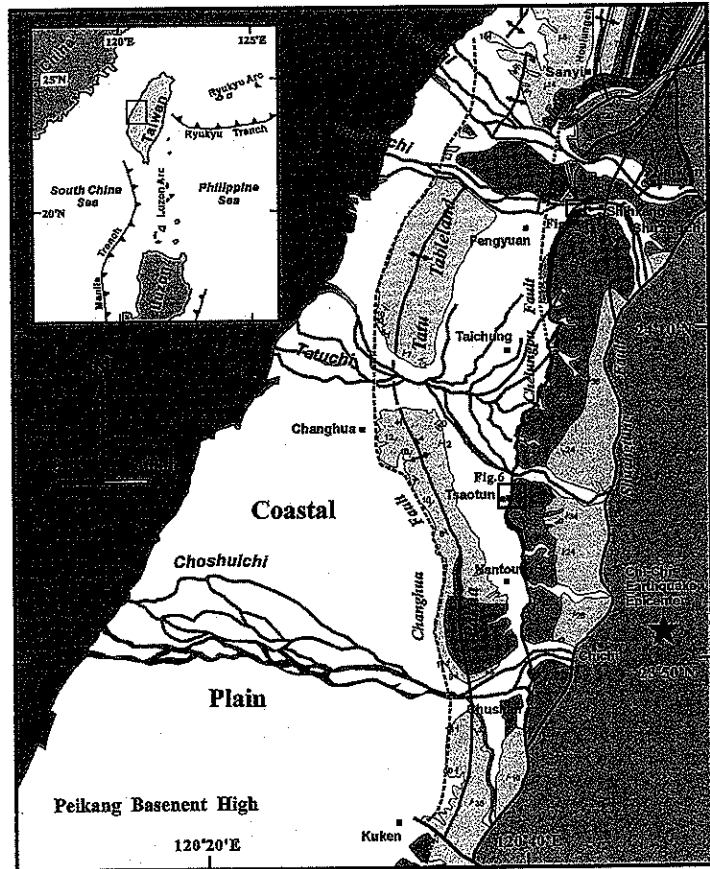


図 2 台湾大地震の被災地図

表2 台湾大地震の被害状況

地域	人口	死者数	死亡率
台北市	2,638,249	78	0.03
新竹市	361,958	3	0.01
台中市	935,314	127	0.14
台北県	3,499,713	54	0.02
桃園県	1,691,292	9	0.01
苗栗県	559,319	16	0.03
南投県	544,762	824	1.51
台中県	1,479,105	1,050	0.71
彰化県	2,638,249	49	0.02
雲林県	746,632	88	0.12
嘉義県	563,413	6	0.01
台南県	1,103,723	6	0.01
Total	16,761,729	2,310	0.14

(写真の説明)

左：台中やその周辺部はビルの倒壊など神戸と同じ都市型の被害を受けているが、部分的なものであり、都市機能の回復は比較的早かった。

右：激震地周辺の山村地帯の被害は無惨の一言であった。集落全体がほとんど破壊されつくしており、家屋が煉瓦づくりのものが多いことから、多数の死者が発生したとされる。



第2章 精神医療の歴史と背景³⁾

両震災の精神保健体制を考える上では、既存の精神医療および精神保健体制を知っておく必要がある。ここでは、台湾と日本における精神医療発展の歴史を振り返り、現在の医療体制の特徴を述べる。

1. 日本の精神医療事情

日本の精神医療は、明治以後の約1世紀をかけて緩徐に発展してきた。それを、法制度の変遷に沿って概観すると表3のようになる。まず、明治初期には医制の中に「癲狂院」の設置が謳われていたものの、ほとんど進まなかった。そして、社会的に注目された事件（相馬事件）や国際的批判を受けて、ようやく明治33年に「精神病者監護法」が制定された。しかし同法は、それまでの「私宅監置」を正当化したものに過ぎず、精神障害者の保護というより、社会防衛的な観点が強調されていた。

大正になり、東京帝国大学教授であった呉秀三らの運動によって、公立精神病院の設置を謳った「精神病院法」が大正8年(1919)に公布された。しかしながら公立精神病院の設置は、財政的問題から遅々として進まなかった。また、精神病院法にはその不足を補うものとして、民間病院を代用病院（公立の代用という意味）に指定できるとの規程があったため、私立精神病院が増加した。一方で、精神病者監護法はそのまま存続し、私宅監置は続けられた。昭和6年(1931)において、公立精神病院は6カ所（約1700人収容）、代用病院78カ所（約10000人収容）であり、これ以外に数千人が私宅監置されていたとされる。そして、太平洋戦争の勃発によって精神病床は激減した。

戦後は、昭和25年(1950)に精神衛生法が制定され、私宅監置の禁止と、公立精神病院の設置が義務づけられた。同時に、絶対的な精神病床の不足を補うために私立精神病院への財政面や人員面の優遇策が取られたために、私立精神病院は飛躍的に増加した。しかし、医療の内容としては長期入院を主体とするもので、それは今日まで綿々と続く、わが国の精神医療の特徴となった。

昭和39年に、駐日アメリカ大使ライシャワーが、精神障害者によって刺されるというセンセーショナルな事件が発生し、精神医療の質が大きな社会的問題となった。それを受けて翌40年に精神衛生法は改正された。その要点は、緊急措置入院の新設などに見られる治安面での強化であり、もう一つは精神保健センターの設置や、保健所の地域精神保健での中心的役割が規定されるなどの、地域精神保健の推進であった。後者についてはその後、作業療法やデイケアの点数化などが行われ、次第に根付いていった。

その後、宇都宮病院事件など精神病院での不祥事が相次ぎ、精神障害者の人権擁護を強化し社会復帰を進めるために、精神衛生法は再び改正され、昭和63年に精神保健法として施行された。厚生省は精神保健法を5年ごとに改正し、その度に社会復帰の充実が進められているが、精神病床の8割が民間病院であること、在院日数の長さなどは、今日に至

ってもなお、日本の精神医療の大きな特徴であり続けている。しかし、近年ことに都市部においては、精神科診療所が数多く開設され、医療を享受する対象が増えると同時に、精神医療の選択肢が入院から在宅へと変わりつつある。

表 3 法整備から見た日本の精神医療史

明治の黎明期

医制の中に癲狂院設置の規程；京都（7年で廃院）と東京のみ
相馬事件；明治 16（1883）年

精神病者監護法；明治 33（1900）年
私宅監置が公認

精神病院法；大正 5（1919）年
病院の整備が謳われた
公立病院整備は遅れた
民間の代用病院が増加
監護法は存続
太平洋戦争を経て病床数は激減

戦後

精神衛生法の制定；昭和 25（1950）年
民間精神病院設置への助成が増え、民間病院が激増した。

精神衛生法改正；昭和 40（1965）年
ライシャワー事件
保健所の機能強化
精神保健センターの設置

精神保健法制定；昭和 63（1988）年
背景に宇都宮病院事件など社会的事件あり
5年ごとの改正を経て現在に至る

ここで保健所が地域精神保健システムで果たす役割について述べる。本来保健所は、結核などの感染症予防の第一線機関として昭和 22年に設置された。感染症の減少によって、母子保健、老人保健、難病対策などに、役割がシフトしていったが、昭和 40年の精神衛生法改正によって精神保健も、保健所の主要な役割として加えられた。相談業務、デイケ

ア等の社会復帰プログラムの実践などのほか、地域内の精神保健に関する調整と啓発を行う中心機関として位置づけられている。具体的には、地域内の医療機関から精神科医を嘱託として相談とスーパーバイズにあたらせたり、定期的に連絡会を開くなどして地域内の連携をはかるなどしている。また、社会復帰施設充実への支援や調整も重要な役割であるし、地域内の精神病院に対しては医療監視を行い、設備、マンパワー、人権への配慮などについてチェックする機能を有している。

2. 阪神・淡路大震災被災地の精神医療・保健の特徴⁴⁾

神戸市および阪神間を中心とする被災地における精神医療の特徴を考えるために、その歴史的経緯を振り返りたい。この地域では、精神病者監護法が制定された翌年、明治 34 (1901) 年に最初の民間精神病院(神戸精神病院)が、現在の神戸市兵庫区に建てられた。その数年後には、二つ目の精神病院(須磨精神病院)が現在の須磨区に作られており、他地域に比べると精神医療の始まりは早かった。これは、欧米列強に対する不平等条約を改正するために、横浜や神戸といった港町の近代化と治安維持を政府が進めたからだといわれている。そして大正期に、神戸市内と阪神間に新たに二つの民間病院(湊川脳病院、阪神脳病院)、昭和初期に阪神間および明石に同じく 2 民間病院(武庫川脳病院、明石脳病院)、さらに神戸市内に県立精神病院(光風寮)が相次いで作られ、入院患者も急増している。これもやはり、港町神戸の治安維持政策の結果であったとされている^{脚注)}。また、神戸市内には昭和 8 (1933) 年に最初の精神科外来診療所(田村内科神経科医院)が開設されている。外来専門の精神科診療所は当時はまだ珍しく、先駆的なものとして位置づけられている。

戦後は、精神病院が次々に作られたが、ほとんどは人口密集地を避け郊外に作られた。一方、人口密集地の神戸市内、阪神間には精神科診療所が昭和 40 年代から次々と開設されている。昭和 50 年代になって、わが国の精神医療が入院中心から外来地域ケアに方向転換したのにあわせて、外来クリニックの数はうなぎ登りに増え、ことに阪神間は密集した地域となった。阪神・淡路大震災直前には、被災地内に 70 カ所の精神科診療所があり、その分布は、皮肉にも激震地域とちょうど重なっている。これらの精神科診療所は、震災前から各地域の保健所を中心とする精神保健システムにも、積極的に参画しており、震災後の活動においても中核的な役割を果たすこととなった。

^{脚注)} 例えば昭和天皇の行幸が行われた昭和 3 年には、県に登録された精神病者数は前年の倍近くに達している。

3. 台湾の精神科医療事情

台湾に最初の精神病院（民間）が作られたのは、日本統治時代の 1918 年である。その後 1934 年に最初の公立精神病院、1939 年には帝国台北大学（現、台湾大学）に精神科教室が開設された。戦後、国民党政府によって、いくつかの大規模精神病院が建てられ、台北や高雄など限られた大都市では、公立精神病院や大学病院を拠点にした精神医療システムの整備が行われた。しかし、1985 年に大改革が行われるまでは、精神科医療に対する予算は少なく、その発展は遅れていた。

葉⁵⁾によれば、1985 年の大改革には、表 4 のような要件が含まれていたという。まず、行政の担当を明らかにした。それまで、省政府と中央政府および地方政府という複雑な構造の中で、精神医療・保健は省政府の担当として位置づけられていた。省政府とは、蒋介石の国民党政府が 1946 年に台湾にやってきた際、大陸中国の統治権を主張するために置かれた制度である。台湾も「台湾省」として中国全土の一地方行政単位として位置づけられ、それを統治するのが台中県に置かれた「台湾省政府」であった。しかし、次第に台湾全土の実際の行政実務を担当するのは、台北の「行政院」となり、形骸化した省政府の存在は、さまざまな弊害を生んでいた。

1985 年の改革によって、精神医療・保健を行政院（中央政府）と地方政府の所管とし、責任が明確にされた。そのことによって、行政の強いイニシアティブのもとで、システム整備が促進されたという効果が得られた。台湾の精神保健に関する行政組織の特徴は、中央政府、県、市町のヒエラルキーが明確な点であり、地方の精神保健システム運営に中央政府（行政院）が、関与する度合いが大きい点といえる。

また、大学などの教育・養成機関を充実し、さらに専門認定制度を確立（精神科医については 86 年より学会認定制度が設置された）することによって、マンパワーの充足が図られた。その結果として、精神病床および各職種数は、表*のような顕著な増加を示した。さらに 1990 年に「精神衛生法」が施行されてから、この分野への予算投下はさらに加速された。なお、公的病院と私立病院の保有する精神病床数の比は 2.4 対 1 であり、前者が多いのが日本とは全く異なる点である。

表 4 台湾における 1985 年の精神医療改革

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 中央政府および地方行政機関に精神医療・保健を主管する担当課を作る2. 全国の精神医療機関の評価 (hospital accreditation) を 3 年ごとに実施する。3. 医療スタッフの専門的な教育、養成を促進する。4. 研究を奨励し、研究費を大幅に増加させた。5. 地方政府の精神保健システムの整備に対して、国から予算を補助する。6. 地域ネットワークの推進7. 精神衛生法の起草準備 |
|---|

こうした量的な整備とあわせて、1986年に始められた地域ネットワークの推進が、医療レベルの質的向上をもたらしたという。これは、台湾全土を7つの地域に分け、各地域に公立精神病院、または公立大学精神科を中心病院（nuclear hospital）として指定し、地域内の医療計画、調整、運営、教育などについて責任を持たせるものである。各中心病院は地域内の医療機関、保健所などに対して助言指導を行うだけでなく、各医療機関のスタッフへの再教育の機会を提供する。また、連絡会議を毎月開催し、ネットワークの熟成を図るというものである。つまり、地域の中心病院である公立病院は、日常から地域内での強いリーダーシップを発揮しているのである。さらに、3年ごとの医療施設評価（hospital accreditation）では、設備、病床とスタッフの比率、新人教育および再教育の体制、研究業績、患者の人権への配慮、地域への関与など多岐にわたる項目が、中央政府から任命された外部委員によって、検討されるという。これは、日本の医療監視が設備やマンパワー、および患者の人権への配慮などに焦点を絞っているのとは違い、地域ネットワーク内の医療機関としての質を審査するという側面を持っているといえよう。

両国の精神保健システムについてまとめてみると、次のような特徴があげられよう。

表5 日本と台湾の精神保健システム整備の特徴

日 本	台 湾
約1世紀をかけて緩徐に発展 国は法整備を主に行う 公的病院は少なく、医療現場は民間精神病院が主体 病院中心から地域精神保健への移行がある程度進んでいる 都市部は外来診療所が多い 地域ネットワークの中心は保健所 精神保健福祉センターのスーパーパイザーとしての機能は限定的 ヒエラルキーは明らかでない インフォーマルなネットワークが重要 大学医局の力は分散	1980年以後の20年で急速に整備された国が強いイニシアティブを発揮 公的病院が基幹病院として機能 病院中心の医療 基幹病院が地域ネットワークの中核 ヒエラルキーが明確 フォーマルなネットワークが重要 保健所のメンタルヘルスへの関与は限定的 大学（台湾大学）の影響力大

第3章 震災後の精神保健活動

以下では、二つの震災後の精神保健活動について、時系列に沿ってまとめる。この場合、両者ともに、直後の数ヶ月と、その後の復興期に行われた活動に大別して論じることができる。前者は、災害の衝撃とその後の混乱に打ちのめされた被災者への危機介入であるのに対して、後者は復興期に生じる様々な心理的問題に対する、長期的な地域保健活動と位置づけられるからである。

1.直後の数ヶ月

(1)阪神・淡路大震災

①精神科救護所活動の概要⁶⁾⁷⁾

阪神・淡路大震災において、直後の精神科医療・精神保健を考える上では、次の2点が特色として挙げられる。第1に、激震地は精神科診療所の多い地域で、それらが大きな被害を受けたために、診療機能を早急に補完する必要性が生じたという点である。第2に、被災の衝撃と混乱によって新たに発生した精神的問題への対応が、強く求められたことである。被災者の心理的苦悩は一步被災地に足を踏み入れれば明らかであり、またメディアを通してリアルタイムに報道されたので、社会的な関心が向けられたのは、主に後者についてであったといえよう。しかし、以下に述べるように、地域精神医療に携わる関係者の多くが、強く関心を寄せたのは、むしろ前者についてであった。

震災直後から被災地内外の多くの関係者も、何らかのメンタルヘルス活動が必要と認識し、実際の活動を開始した。その際、当初の数ヶ月の間、中心的役割を果たしたのは、地元の保健所を核とする震災前からの精神医療ネットワークであった。これに被災地外からの応援チームが参加し、密度の濃い精神医療活動が、数カ月間にわたり継続された。そのうち、神戸市内および阪神間の激震地では、活動の拠点として10カ所の保健所に「精神科救護所」が設置された。

この活動では、被災状況や応援態勢、核となった担当者の職種などの違いによって、地域ごとに独自性の高い活動が展開されていた。例えば、地域内の4カ所の精神科診療所のうちのほとんどが、全壊あるいは全焼した神戸市長田区では、診療所が再開されるまでの間、通院患者の医療を継続するために、焼失した診療所の医師と保健所の精神保健相談員を中心に、保健所内で臨時の診療が開始された。一方、医療機関の被害は大きかったものの自力での立ち直りが比較的早く、また外部からの援助も受けやすかった西宮市では、保健所の保健婦と地元診療所の精神科医、および応援チームによる避難所巡回が、活動の中心に据えられた。また、被災地内に精神科医療機関を一切持たなかった津名郡(淡路島)では、隣接する地域の民間精神病院が中心となって、避難所への巡回を行うという方法が取られた。

10カ所の救護所活動には全国から多数の精神医療関係者が参加した。この場合、厚生省

が地元の要請を受け、各自治体へ速やかな協力依頼を出したことは評価されている。また、学会や関連団体の対応も早く、応援者の派遣が速やかに行われた要因となった。むしろ初期の段階は応援者が殺到したという局面もあり、コーディネーターの存在が強く求められたのである。また、活動に参加した関係者の人件費は派遣先が負担するか、あるいは全くの無償であり、特別な財政措置は行われなかった。

救護所活動は、基本的に現場主導で、全体のコーディネート機能は実際の活動に追従する形で立ち上がった。コーディネーターが担ったのは、各地域の情報を集積しそれを発信すること、国や他の自治体および関連団体との連絡、外部からの応援者への対応と振り分け、後述する精神科救急体制や夜間往診体制の整備と運営などであった。その担い手は県立精神保健センター（実際には組織としてではなかった）と応援医師であり、各現場での決定を最優先するという方針に基づいて活動し、そのことが現場の活動を円滑に進めることに寄与した。

10 保健所に設置された精神科救護所が取り扱った事例は、全体で 2100 件を超えていた。これを集計したものを章末資料に示した。この集計は震災から約 2 年経過した時点で、各保健所に保管されていた震災当時の記録を、共通のフォーマットによって集計したものである。基本属性および精神科治療歴、状態像、ICD-10 に準拠した精神科診断を、地域別に示した。

ここで注目すべきなのは、ほとんどの地域でも神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4）と精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害（F2）が多く、全体では F4 が 3 割、F2 が 2 割を占めていたということである。F2 が多いのは救護所活動が、もともとの精神障害者への医療提供を目指したためであり、F4 が多いのは救護所活動が結果的に被災者の反応性の症状、すなわち不眠、不安、恐怖あるいは PTSD 症状などを、多数扱っていたことを意味している。

②救護所活動の終結

活動の終結もまた地域差の大きいものであった。医療的ニーズの補完を主目的としていた地域は、地元医療機関の再開に伴いその役割をほとんど終えたが、outreach に重点を置いていたり、あるいは仮設住宅が地域内に多数建設された所では、新たなニードへの対応に視点を移していかなければならなかった。こうした経緯で、救護所活動は公式には 3 月一杯で終結されることとなったが、地域によっては 5 月頃まで外部からの応援を得て継続された。

③救護所以外の活動

救護所活動を通して、入院適応のあるケースが少なからず見出されることとなった。このニーズに応えるために、精神科救急体制が拡充された。兵庫県の精神科救急は、平成 6 年 9 月より休日と年末年始（いずれも 9 時から 17 時のみ）に限って運用されていた。し

かし、要入院ケースの急激な増大に対して、2月6日より精神病院協会に属する3民間病院が24時間体制で救急入院を受け付けることとなった。さらに、夜間往診チームが精神保健センターに設置された。この救急システムの拡充は4月末まで行われ、そのピーク時には通常の約2倍の入院ケースを扱った。なお、震災を契機に精神科救急システムは平日夜間にも拡大されることとなった。

またこの時期には、救護所などの医療的な活動以外にも多様な活動が展開されていた。例えば、最盛期には50回線以上開設されたといわれる被災者専用のホットラインの中には、心理的支援を標榜したものも数多くあった。それらは、全国から集まった精神科医や臨床心理士が、独自に運営していた。また、各職能団体も避難所での支援活動を行ったり、パンフレットの配布、講演会の開催などを行った。さらに、全くのボランティアとして、避難所に飛び込んだものもいた。

(2)台湾大地震⁸⁾

①概要

台湾の場合、地震発生の当日に、行政院衛生署は職員を現地に派遣した。そして、翌 22 日付で当面の体制を打ち出した。それは、

1. 心理相談所の開設：台北市立療養院、国立桃園療養院、八里療養院、国軍北投医院などの公的精神病院のスタッフが被災地に入り相談活動を開始する。
2. ホットラインの開設：北部および中部の 7 病院に 24 時間の電話相談窓口を開設する。

というもので、前者については 10 月 19 日まで継続され 2,699 件の相談を受けた。またホットラインは 2000 年 6 月まで開設され、1,488 件を受理した。

このように対策が迅速であった背景には、1997 年 8 月に台北市で発生した大規模な地滑りや、1998 年 4 月の中華航空機墜落事故の際、いくつかの公立精神病院が救援チームを派遣していたという経験があった。また、行政院の精神保健担当者（心理士）が、南投県の精神病院（草屯療養院）にかつて勤務しており、被災地の状況に明るかったことも、よい影響を与えたという。しかし何と云っても、もともと台湾の精神医療の体制において、行政院および各地域の公立精神病院を頂点としたヒエラルキーが、明確であった点が最大の貢献をしたのは明らかであろう。

②22 病院による地域担当制

このような当面の対策が施行されたのと平行して、次の段階のシステム構築に向けた話し合いが、台北で持たれた。これには、被災地である南投や台中からも、担当者が召集された。そして、99 年 10 月から翌年の 6 月まで、次のようなシステムを稼働することが決められた。それは、1) 全国の 22 医療機関を指定し、被災地の 32 地域を担当させる。そして、移動診療所や訪問活動にあたらせる、2) 被災地内の医療機関に、専門の相談所を設ける、というものであった。1) の担当病院は、表のとおりで全国の基幹精神病院が動員されており、移動診療所 17,908 件、家庭訪問 17,307 件という実績を挙げている。また、2) については 28 医療機関に設置され、4,410 件の受診があった。なお、これらのケースの内訳に関する集計は、現在のところなされていない。

表6 台湾大地震後（急性期）の地域別の担当医療機関

担当地域	医療機関	担当地域	医療機関
南投県	草屯鎮 草屯療養院 竹山鎮 草屯療養院 鹿谷郷 草屯療養院 名間郷 草屯療養院 水里郷 草屯療養院 信義郷 草屯療養院	南投県	南投市 嘉南療養院 埔里鎮 埔里基督教医院 成大医院、静和医院 国姓郷 台北市立療養院 埔里基督教医院 魚池郷 高雄凱旋医院 成大医院 台北榮民總医院 仁愛郷 埔里基督教医院 静和医院 中寮郷 高雄附設医院 集集鎮 彰化基督教医院
台中市	中区 静和医院 東区 台中医院 西区 静和医院 南区 信安診所 北区 市立復健医院 西屯区 台中榮總 南屯区 静和医院 北屯区 市立復健医院	台中県	豊原市 豊原医院 東勢鎮 林口長夷医院 高雄凱旋医院 霧峰郷 賢徳医院 太平市 国軍台中總医院 市立復健医院 大里市 中国附設医院 仁愛医院 石岡郷 清海医院 新社郷 中国附設医院 和平郷 台北榮民總医院 玉里榮民医院
雲林県	雲林医院	彰化県	彰化基督教医院
苗栗県		嘉義県	
卓蘭鎮	苗栗医院	民雄郷	朴子医院
泰安郷	為恭記念医院	中埔郷	湾橋榮民医院
台北市	台北市立療養院	嘉義市	聖馬爾定医院
台北県	八里療養院 国軍北投医院		

③草屯療養院の活動

南投県の国立精神病院である草屯療養院は、ベッド数 650 の大病院で、震災前から台湾中部地域の基幹病院として位置づけられていた。震災によって、病院施設は大きなダメージを受け、一時的に入院患者の 9 割を台湾南部の病院に転院させなければならなかった。こうした被害にもかかわらず、南投地域でのメンタルヘルス活動では、主導的な役割を担い、県内の 13 地域（1 市、6 鎮、6 郷）のう



写真 駐車場に避難した入院患者（草屯療養院）

ち 6 つを（草屯鎮、竹山鎮、鹿谷鎮、名間郷、水里郷、信義郷）担当することになった。

そして、上述した行政院の方針にしたがい、病院内に専門の災害精神保健チームが作られた。そこには一部の病棟が閉鎖されていたために余剰となっていた看護スタッフのうち、ベテラン 10 人が専属として配置された。これに加えて、病院職員 50 人が適宜、このチームに加わった。業務内容は多岐にわたり、保健所（衛生所）や仮設住宅での移動クリニック、家庭訪問、学校でのカウンセリングなどで、その他に製薬会社から資金提供を受け 24 時間ホットラインを院内に開設した。2000 年 6 月までの 9 ヶ月間の活動実績は表のとおりである。

表 7 草屯療養院の活動（1999 年 9 月～2000 年 6 月）

	1999				2000			1999-2000
	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Sep~Jun
訪問	0	268	344	250	400	240	231	2,085
移動クリニック	32	530	162	224	234	312	342	2,379
学校訪問	0	0	20	46	213	35	30	607
学校でのグループワーク	0	0	334	457	421	0	0	1408
ホットライン	18	50	11	8	30	38	24	1,872
教育的活動	336	3,000	5,468	270				15,515

表 8 災害後早期の精神保健システムの比較

(日本)	(台湾)
<p>各地域が独自に動いた 保健の最前線である保健所がイニシアティブを取った 事前の経験なし コーディネーターは遅れて機能 医療的な介入を指向</p>	<p>中央政府の発令によってシステムが作られた。 中央集権的な既存のシステムが有効に機能した 基幹病院がイニシアティブを取った 事前の経験あり 強力なコーディネーターが最初から存在 広義のメンタルヘルスケアを指向</p>

2.復興期の活動

復興期においては、両国ともに中心的役割を担う新たな組織が作られた。日本の場合は、「こころのケアセンター」であり、台湾の場合は「災難心理中心」である。前者は、さまざまな理由から、保健所など既存組織の機能を拡充することが出来なかったため、新たに設置された半官半民の組織である。一方、後者は台湾の関係者が、阪神・淡路大震災の情報を参照して、立ち上げた機関である。そのため、基本的には共通する点が多いが、既存の精神保健に関するシステムの違いを反映して、運営方法など細部に関しては、相違点も少なくない。本報告所では、こうした差異について主にまとめるが、台湾側は活動を始めて間もないので、自ずと情報量が少ないという限界があり、今後継続して情報収集を行うべき課題である。

(1)阪神・淡路大震災

①こころのケアセンター設置の経緯⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾

1995年4月になると、医療的ニーズに主に応えていた救護所は、一定の役割を果たしたという認識があり、終息に向かっていった。しかし、避難所の被災者が次々に仮設住宅へと移転しはじめ、被災者が抱えるPTSDなどの問題については、長期的な取組が必要という認識も、現場には生まれていった。そのため、保健所を中心として、長期的なメンタルヘルスカケアを行うシステムを作るべきとの意見も強かったが、財源の問題、平常の保健所機能に新たな業務を課すことへの抵抗などもあって、実現しなかった。

ちょうどその頃、長期的な復興対策を行うため、国の地方交付税、県・神戸市の拠出金、宝クジ収益金などを財源とする阪神・淡路大震災復興基金が整備されることが決定され、どのような事業を行うかそのメニューを検討していた時期でもあった。そこで、基金を財源として、保健所とは独立した新たな組織、「こころのケアセンター」設置のアイデアが浮上した。

②組織と運営

阪神・淡路大震災復興基金は、民間団体による活動への助成が原則であり、県や市が直接執行する事業には予算が拠出されないという規定があった。そこで、運営を任せる民間団体が検討され、医療だけでなく保健関係者も多数所属していた「兵庫県精神保健協会」に白羽の矢が立てられた。この団体は、精神保健に関する啓発活動を目的として、昭和30年代に設立された任意団体である。会員の寄付によって運営されており、年間予算数百万円で、専任スタッフも存在しない組織であった。そこに、年間予算数億円の大事業が委託されることとなったのである。組織を強化するため、県の精神保健担当課からベテランの精神保健相談員が外向し、全体のコーディネートを担うこととなった。そしてスタッフは公募され、心理士、精神保健相談員、看護婦など約40名が新たに雇用された。

予算は、活動経費、人件費などを主体として基金から約2億円、これに被災した精神障

害者への支援と位置づけられる、グループホームや小規模作業所の開設および運営の助成約1億円を加え、年間3億円が精神保健協会に交付されることとなった。事業期間は平成7年6月から平成12年3月までの約5年間とされ、合計15億円が拠出された。これは、日本の自然災害後のメンタルヘルス活動としては、前後に全く例のない事業であった。なお、この15億円以外に、一部の地域拠点（地域こころのケアセンター、以下では地域センターと称す）、グループホーム、小規模作業所等の施設建設費と備品等の設備費は、県費（阪神・淡路大震災寄付金付郵便切手による寄付金）対応で、約4億円が費やされた。

③活動方針

開設当時から運営に携わった藤田によれば、当初の方針は次のようなものであった⁹⁾。

「4月の実施確定から6月1日の開設まで、スタッフの採用手続き、事務所の確保、開所式の準備など、どちらかというとなら形式的なことに精一杯であった。本質論ともいえる活動の方向性や基本的姿勢、あるいは県と神戸市の関係、保健所との役割分担などを十分検討した上での発足とは言えなかった。また、奥尻、雲仙などの例があるとはいえ、全く前例のないことだけに、開設からしばらくの間は手探りの状態で、それぞれ“考えながら走る”という有様であった。当センターのアイデンティティは何か、スタッフをどう配置するかなどの問題の山積であったが、とにかくスタッフ間で“何が出来るか、何が必要か”を民主的に話し合うところから始めた。

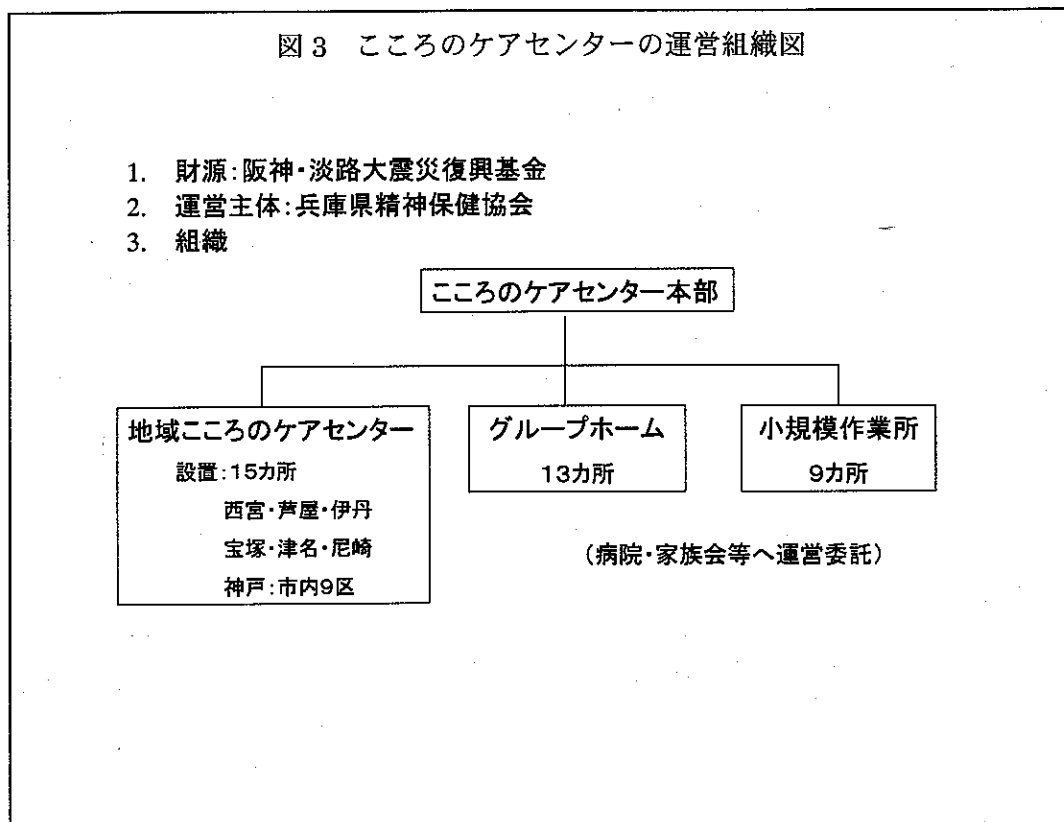
また、地域センターを稼働させるまでの2ヶ月間の間に、出来る限りのスタッフへの研修や派遣も実施した。これはその後も機会があるごとに行った。しかし、スタッフの指導や教育については、本部が行うことだけでは不足であり、保健所の保健婦らと共に活動する中でオンジョブトレーニングで習得していったことが多かったと思う。

しかし、これらの活動を続けていく中で、以下のような活動方針が見えていった。

- 行政とボランティアの隙間を埋める
- 問題発見型かつパイロットスタディ的精神
- フットワークの軽さと早期実行
- 専門性を高めつつ、専門性を出し過ぎないサポート
- 過去の反省や実績を踏まえ、将来に備える、将来へ提言できるものを残す

こうした活動方針の決定には、サンフランシスコ（1988）、ロサンゼルス（1994）などアメリカ西海岸で相次いでいた大地震後のメンタルヘルス活動の情報が、大きな参考とされた。前者については、当時のサンフランシスコ市の精神保健部門の責任者であったレイコ・ホンマ・トゥルー氏が、日本精神病院協会などの招きで何度か来日した際などに助言に訪れた。また後者については、95年および96年の2回にわたって、それぞれ数名のスタッフを視察させている。

④運営の特徴



全体の組織を、図 3 に示す。また、5 年間の主な事業展開について巻末資料に示す。これらから組織運営上の特徴を挙げると、次に述べる 2 点に集約されよう。

(事業展開の柔軟性)

第 1 に挙げられるのが運営の柔軟性である。5 年間の期間限定事業を効率的に進めるためには、方向性を適宜修正していくことが必要であった。たとえば、地域拠点である地域センターは当初、激震地の行政単位にあわせて設置された。たとえば神戸市については、沿海の東灘区、灘区、中央区、兵庫区、長田区、須磨区の 6 区の保健所内に開設された。しかし、被災者が入居することになった仮設住宅の多くは、激震地外に作られており、実際のニーズとの齟齬が生じていた。そこで、数ヶ月遅れで西区、北区に拠点を開いた。これは、行政組織が当初の計画を、なかなか修正しないことと比較すれば、柔軟な対応であったといえよう。この点について、所長であった（当初は、国立大学の教授は兼任してはならないという縛りのため、担当理事という位置づけであった）中井は次のように述懐している¹¹⁾。

「震災以後、前面に出てくる問題は日々月々変わっていった。多くの問題が解消したり、形を変えて行ったように思われる。1 年以上経った今でも、石のように挺子でも動きそう

にない硬い問題もあるにはあるが、なお問題全体が固定したというわけでは決してない。災害後の事態は予想以上に流動的なのである。

私たちはそこで、流動する事態に対応するためには、問題に対応するのに敏速でなければならないと考え、決定機構の簡素化、効率化を考え、基本的な方針や新規の事業は月1回の通称『こけセンサミット』で決定することにした。この『即決性』は我々の組織の特色だとひそかに自負している。

また、未曾有といってよい新しい事態に直面するのであるから、小手調べというか『パイロット・スタディ』を行う『実験主義』を重視することにした。

このような新しいやり方は理解され運用されることが難しいのではないかという危惧もなかったが、実際には通常の行政機構よりも円滑に作動したぐらいであり、特に新しい事態への対処では、やはりこうでなくてはならなかったと思っている。」

柔軟性を示す別の例は、域外への活動展開である。阪神・淡路大震災の被災者の中には、被災地外に移り住んだ者も多かった。上述したように、仮設住宅は被災地の中でも被害が少なく土地の確保しやすかった郊外に多く建設されたが、建設の進捗には限界があり、これを解決するために被災地外にも多くの仮設住宅が建設された。例えば、兵庫県内では加古川市に約1200戸、姫路市に約300戸が作られた。また大阪府には、府内の被災者のための仮設が豊中市、大阪市淀川区、泉佐野市、八尾市に作られ、その余剰分が兵庫県の被災者にも提供された。

こうした地域でのメンタルヘルスケアは、現地の保健所などがいち早く取り組んだところもあれば、全く関心を払われないところもあり、まちまちな対応がなされていた。こころのケアセンターは、これらの仮設住宅への支援を行うこととし、まず加古川市において関係機関との調整を行った。その結果、市内最大の仮設群（1000戸）であった東加古川仮設住宅に、センター本部から週1回の頻度でスタッフを派遣することとなった。この活動は、仮設が閉鎖された後は、加古川市内の復興住宅を対象として行われ、県保健所、市保健センターなどと、さまざまなサービスを提供した。

次に、大阪府下の仮設に対する支援として、府立こころの健康総合センター（精神保健センター）の協力を得て、専従スタッフ2名を配置した。そして泉佐野市（りんくうタウン；90戸）、八尾市（志紀；290戸）、大阪市淀川区（淀川十八条；400戸）の3カ所の仮設住宅をフィールドとして、それぞれが閉鎖されるまで活動した。各地域は、府保健所や市、あるいはボランティアの体制あるいは姿勢の違いがあり、独自性の高い活動であった。例えば八尾市では、府保健所、市保健センター、周辺の精神科医療機関、こころのケアセンター、および自治会が参加した「八尾志紀仮設住宅支援連絡会」が結成された。この連絡会は、仮設内のさまざまな問題を共有する場となり、事例への介入といった公的機関の動きにも影響を与えた。また、グループワーク（茶話会）、健康相談会の開催など実際のサービスも継続して提供していた¹²⁾。

一方、95年の住民登録などから兵庫県は県外へ避難したのは約2万世帯（5万5千人）と推定されているが、一時避難を前提にして住民票を移さなかった者も多く、その実数は不明であり、一説には数十万人とも言われている。これらの県外に避難した被災者への支援の必要性が議論され始めたのは95年の夏頃からで、大阪に本部を置く「街づくり支援協会」が被災地からの電話相談を開始し、被災地に戻るための情報提供の必要性を訴えた。また、彼らは行政にも積極的に働きかけ、家賃負担軽減事業の県外避難者への対象拡大、県外被災者向け情報誌「ひょうご便り」の発行、さらには「ひょうごカムバックプラン」の開始といった施策を引き出した。これらと平行して、県外避難者交流の場を提供する動きが、ボランティアを中心に各地で始まり、大阪、京都、神奈川、愛知、岡山、広島を皮切りに広がっていった。こころのケアセンターでは、堺と京都で開催されていた会を引き継ぐ形で、平成9年夏から隔月のペースで茶話会を開催した。また、全国の支援ボランティアの交流会を平成11年に開催している。なお、活動の経緯については、巻末資料を参照のこと。

一般に行政サービスはそのキャッチメントエリアを越えて提供されることはないので、被災地外まで活動を拡大したこの一連の動きは、こころのケアセンターの出自が半官半民であったことが、大きく貢献した部分といえよう。

（地域性の重視）

こころのケアセンター運営の特徴として、次に挙げられるのは地域性の重視ということである。これは組織運営と、実際の活動展開の両面にさまざまな功罪をもたらした。

まず運営面では、当初すべての地域センターの所長を各地域の保健所長が、経理事務および実務指導も保健所の管理職が兼務しており、いわば保健所の臨時部門に近い形で活動を始めた。その後、この体制は県保健所設置地域（西宮市、芦屋市、宝塚市、伊丹市、津名郡）と、それ以外の地域（神戸市各区および尼崎市）とでは、異なる組織に改変される。前者では、職員組合の強い要望があり県職員の兼務は全て外され、所長には各地域の精神科医療機関の医師が就任した。また、事務所も保健所外に確保し、経理や事務手続きは本部の直接管理下に置かれた。

一方、神戸市は各保健所（後に保健部と改称）が運営に継続して関与し、保健所長と管理職が所長、経理事務、実務指導を行った。さらに神戸市は、9カ所の地域センターを統括する役割を、市役所の精神保健担当課（健康福祉部健康増進課）が担っており、事務手続きの一切と本部からの連絡は、まず市役所そして各保健所という行政的な流れに、忠実に沿って行われることとなった。また、尼崎市では市役所と事務所が設置された中央保健所の担当管理職が、運営を握ることとなった。

このように運営システムには地域差によって違いがあったが、これには県と政令指定都市、保健所中核市それぞれの、精神保健行政のシステムの違いが大きく影響していた。ま

た、それぞれのアイデンティティと独立性の主張が、こうした複雑な組織運営に影響したことは間違いないだろう。

実際の活動そのものは、基本的に仮設住宅住民を主なターゲットとした地域保健活動であり、保健所との連携が必須であった。特に、地域に密着し、住民にも受け入れやすい存在である保健婦と行動をともにすることが重要であった。したがって、保健所とオーバーラップした組織形態は、活動の上での連携を促進する役割はあったといえよう。また、保健所以外の関係機関や地域内の精神医療関係者との交流も、保健所と協調したことでスムーズに行えたという利点はあった。

⑤活動モデル

災害後のメンタルヘルスケアの必要性がいくら強調されようとも、一般住民にとって抵抗感がなくなるものではない。ことに生活の立て直しが主な課題となり、多くの二次的ストレスに曝される復興期にあっては、メンタルヘルスケアをそれだけで提供しようとしても、ほとんど受け入れられることはない。また、少ないマンパワーで効率的にサービスを提供するためには対象を絞る必要も出てくる。さらに、方向性を探り、施策の展開を論じるために有効な調査研究にも取り組む必要がる。これらの点を踏まえて、こころのケアセンターでは次のような点を、活動の指針とした。

- ・ 被災程度も大きく、生活再建の遅れた仮設住宅住民を主な対象とする
- ・ アウト・リーチの重視
- ・ 保健や福祉を担当する他の機関やボランティアと可能な限り連携する
- ・ メンタルヘルスを強調せず、専門性を掲げすぎない
- ・ コンサルテーションの重視
- ・ 有効な調査研究の実施と、それをもとに施策提言を行う

こうした復興期におけるサービス提供上の工夫の必要性は、過去の災害時に行われた精神保健活動でも重要な点として、指摘されているところであり、国情や文化の違いなどによらず、普遍的に必要な戦略といえるのかも知れない。

⑥活動実績

こころのケアセンターの活動実績と、その分析については巻末資料に示したとおりである。上述の活動指針が反映した結果となっていることが分かる。

⑦発展性

活動方針にも示されたように、こころのケアセンターでは多くの調査研究に着手し、施策の提言に活用した。この成果から、兵庫県の外郭団体である長寿社会研究機構に加えら

れる形で、2000年4月から「こころのケア研究所」が開設された。

阪神・淡路大震災後には、災害被災者へのメンタルヘルスケアの必要性が広く認識された。こころのケアセンターの活動は、他の災害や事件などが生じる度に参照され、地域の保健所などからの問い合わせが相次いだ。それは国内だけでなく、トルコ地震や台湾地震など海外で発生した大災害でも関心を持たれ、両国政府は担当者を視察に派遣した。そして次節で述べるように、台湾政府はこころのケアセンターに相当する組織を、ほぼ同じ形態で設置することにした。

こころのケアセンターの活動は、以前はほとんど関心の持たれなかった精神保健上の問題に光を当てたものであった。同時に、グループホームや作業所の開設および運営の助成を行った。それらの社会復帰施設はすべて、こころのケアセンター閉鎖後も存続されており、地域内の精神障害者の社会復帰施策の展開に寄与した。

(2) 台湾大地震

①経緯と概要

行政院は1999年12月に復興施策担当者と、関係学会（医学、公衆衛生、精神医学、看護、心理、作業療法）の責任者を、急速来日させた。行政官の中には、精神保健担当者も加わっていた。彼らは、阪神・淡路大震災後に行われた復興施策を全般について情報を収集したが、その中心に位置づけられたのは、「こころのケアセンター」の活動についてであった。この視察後、台湾版こころのケアセンターである「災害心理衛生中心（以下、心理センターと称す）」の設置が評議会で決定された。

これは、半年の準備を経て2000年6月から正式に発足し、2004年末までの向こう4年間設置されることとなった。運営は行政院衛生署で、最も被害の大きかった南投県と台中県に開設された。組織としては、行政院直轄組の位置づけだが、新たに配置された職員の多くは、正式な国家公務員ではなく、1年契約の臨時職員である。南投県については、草屯療養院が、台中県では県衛生局が、すべてのコーディネートおよび新人スタッフの教育を行うよう組織が編成された。なお、心理センターに投入される国家予算は5年間で約5億台湾ドル（日本円に換算すると約15億円）で、日本と額面上ほぼ同じである。

南投県の場合には、この心理センター設置前から草屯療養院に置かれた災害精神保健チームのベテラン精神科看護婦9名が、そのまま心理センター職員に移行した。これに加えて、新たに心理士4人、ソーシャルワーカー4人、看護婦3人が採用された。彼らは、いずれも学校を終えたばかりの新人である。なお、この20名の常勤スタッフの他に、草屯療養院の精神科医10名、看護婦8名、ソーシャルワーカー2名、心理士4名が、非常勤スタッフとして、業務に参加している。

一方、台中県内には草屯療養院にあたる国立精神病院がないので、震災直後から台中県衛生局がメンタルヘルスに関するコーディネートをを行った。その延長で、心理センターの運営も、台中県衛生局が担うこととなった。新たに雇用された20名の職員は、ほとんどが大学を終えたばかりの新人で、数名がこれまで被災地の病院に勤務していた看護婦である。台中市を含む、県内の9地域（台中市、豊原市、大里市、霧峰郷、太平市、石岡郷、東勢鎮、新社郷、和平郷）をフィールドとし、大里市、東勢鎮、台中市の3カ所に拠点を置く予定である。実際の活動は、地元の衛生局、衛生所（保健所）と密接な関係を維持し、当初は衛生所内に同居する。

②業務内容

南投県の場合、以下のような方針で活動が展開されている。

- ・ ケースの紹介システムを作り、効果的に活用する
- ・ ハイリスクな被災者を同定した上で介入し、精神障害の発生を防止する
- ・ 自殺予防システムを整備する
- ・ 被災地域への啓発活動を行う

表9 「災害心理衛生中心」の活動状況

	訪問	個別相談	電話相談	スクリーニング	教育	計
南投県	1,340	4,935	1,461	1,142	11,912	20,790
台中県	756	603	1,164		3,089	5,612

開設以来の7ヶ月で扱ったケースは、表9のとおりで、非常にアクティブな活動をしていることが分かる。また、仮設住宅で定期的に行われている移動クリニックで扱ったケースの精神医学的な内訳は表10のとおりである。

③新たな展開

阪神・淡路大震災後は「孤独死」という現象がマスコミによって、ことさらに取り上げられたが、台湾では被災者の自殺が増えているのではないかと注目された。実際には、過去数年間と震災後のデータを比べてみると、自殺既遂者数については差がないものの、もともと南投県は台湾の中で最も自殺者の多い地域であったこともあり、この機会に自殺防止のシステムを作ろうということになった。そのシステムとは、次のようなものである。

地域内の一般病院や診療所で自殺未遂者が把握されると、心理センターに連絡される。連絡を受けると、スタッフ（主に病院兼務のベテラン看護婦）が医療機関に赴き、未遂者本人あるいは家族と会いケースマネジメントを行う。また、自殺予防ホットラインを、製薬会社がスポンサーになって24時間開設しており、日中は心理センターのスタッフが、夜間は療養院の救急担当スタッフが対応する。このように、地域内の自殺未遂者に対して専門スタッフが関与するシステム自体、非常に画期的な試みといっていよう。

表10 移動クリニックで診療されたケースの診断

診断	N	%	診断	N	%
急性ストレス反応	84	16%	妄想性障害	53	10%
PTSD	91	17%	感情障害	19	4%
うつ病	22	4%	痴呆	6	1%
全般性不安障害	72	14%	児童期の精神障害	3	0.5%
他の神経症	70	14%	精神発達遅滞	5	1%
睡眠障害	12	2%	その他	78	15%
アルコール依存	5	1%	合計	437	

④調査研究

紹介システムを考える上では、精神症状のアセスメントとスクリーニングを効率的に行う必要があることに当初から関心が持たれた。その結果、独自のスクリーニング法が開発された。この方法は、Stressful Event Response Questionnaire (SERG)と称され、成人用 (SERQ-A) と子ども用 (SERQ-C) が用いられ、さまざまな対象で使用されている。調査結果の一部をグラフに示した。このような調査は、心理センターが政策を提言していく上で、重要なものと位置づけられている。

第4章 考察

1. 災害後早期に必要な体制

両震災後の早期のメンタルヘルス活動に関する共通点は、両者ともに事前の準備がほとんどなく、震災発生後に急速、システムを立ち上げたということであろう。しかし、そのプロセスは対照的なものであった。それを一言で表せば、阪神・淡路大震災は現場主導による展開であり、台湾大地震の場合は国がイニシアティブを持つ中央集権的なシステムが動いたといえよう。

阪神・淡路大震災直後のメンタルヘルス活動の中心であった救護所活動は、ほとんどの場合、保健所の精神保健担当者および地域の精神科医療機関の関係者がイニシアティブを取り、それぞれの地域が独自に活動を始めたものであった。彼らは、医療受給者への対応を求められ、また避難所の巡回を通して、精神保健ニーズの大きさに気づいたのであった。その後、被災地内の関係者間で、情報の共有とコーディネート必要性が求められたこと、および被災地外の医療関係者からの支援の声が次々と上がり、その受け皿と調整機能が必要になったことなどから、県立精神保健センターが中心となってネットワークが作られた。このネットワークは、あくまでも震災前からの現場活動の延長から発生したものであり、機能し始めた後に行政がそれを追認する形で広がっていった。その後の実際の活動では、地域ごとに活動の方向性に違いがあったものの、いずれの地域でも、保健所と地元あるいは近接地域の医療機関との、震災前からの連携を軸に被災地外からの応援者を活用することが、活動の基盤であった。

一方、台湾大地震の場合は、震災そのものが国土全域に波及したこともあって、緊急対応全体が国家プロジェクトとなった。直後からのメンタルヘルス活動もその例にもれず、行政院衛生署によって企画運営された。また、震災前からの精神医療・精神保健システムが、国立病院を中心に据えて成立していたことから、この命令系統がスムーズに機能したと考えられた。

本報告書は両者の評価を意図するものではなく、両者の比較を通して、効率的な災害後の精神保健システムのあり方を論じることを目指している。その際、参照した情報としては、阪神・淡路大震災に関するものが圧倒的に多く、個人的あるいは批判的なものも含まれているのに対して、台湾側の情報は、政府や公的機関の関係者から得られたものがほとんどであった。したがって、阪神・淡路大震災後の活動に対して辛口の評価に傾いた傾向があるのかも知れない。

しかしながら、阪神・淡路大震災後の精神科救護所活動に携わった関係者の多くが、システムを作り上げる際の問題として、何らの準備がなかった点、命令系統が明確でなく行政の関与が遅れがちだった点、地域間の連携が難しかった点などを挙げている。こうした反省点を正當に認識することによって、今後の災害時の精神保健システムについて議論すべきであろう。

ホンマによれば、アメリカの場合は災害後の精神医療・保健対策は次のような手続きを踏んで提供される¹³⁾。まず州知事の申請によって大統領が激甚災害に指定し、その上で地方自治体が精神保健・医療活動が必要と判断すれば、14日以内に当初2ヶ月間の援助計画を作成し連邦政府に援助を申請する。それをNIMH(国立精神保健局)が審査した上で、FEMA(連邦緊急事態管理局)から助成金が交付される。さらに長期に対策が必要な場合は、9ヶ月までのプランを作成し再度申請する。このように行政の施策プランとして精神医療・保健活動はきちんと盛り込まれており、その流れに沿って実際の活動、コーディネーターは行われるのである。

台湾のシステム形成のプロセスは、このアメリカの手法に近いものといえるだろう。そして、阪神・淡路大震災後の活動についての反省を踏まえると、災害直後のシステムとしては、命令系統の明確な方が、より効率的に機能するといえよう。なお、阪神・淡路大震災後に日本国内で発生した災害のいくつかでは、阪神・淡路大震災の経験から、厚生省、各自治体の精神保健主管課、保健所などが、迅速に活動を始めたことが知られている。たとえば、北海道有珠山噴火については、北海道庁、北海道精神保健福祉センター、被災地域を管轄する室蘭保健所、および被災地である虻田町などの保健センターが、緊密な連絡下に噴火直後から、メンタルヘルスの専門家グループを被災地に派遣するなどの活動を行っていた。被災がはるかに甚大であった阪神・淡路大震災とは、比較することは難しいが、日本国内でも災害時のメンタルヘルス活動に関して、見直す動きがあることを付言しておきたい。

2. 復興期のメンタルヘルスケア・システム

復興期のシステムを論じる上での本研究の限界は、主な研究者が、阪神・淡路大震災後の「こころのケアセンター」活動の中心的メンバーであったことであろう。すなわち、情報収集あるいはまとめ方に、偏りが生じている可能性が考えられる。したがって、第三者的立場の研究者が比較を行うなどの方法が必要と思われるが、本研究ではそのような研究体制を取ることは、時間的および費用的制約によって、不可能であった。本研究は、来年度以降も継続されることとなっており、その中では台湾側の研究者が阪神・淡路大震災の状況を、日本側の研究者が台湾の状況をまとめるなどの方法を採用する予定にしている。したがって、より公平な形の比較検討は今後の課題としたい。

しかし、こころのケアセンター活動を振り返る中で、いくつかの点は災害復興期のメンタルヘルスケアを考える上で、普遍的に重要と思われた。それは柔軟性と地域性の重視という組織の運営スタンスである。復興期には、被災者の置かれる状況は時間の経過の中で大きく変化するために、被災者が抱える心理的問題は見えにくくなる。したがって、発見された問題に柔軟に対応することが望まれ、そのためには活動の方向性を柔軟に変えていく態度が必須になる。また、阪神・淡路大震災のように広範な地域を含んだ災害の場合は、独自性を重んじることも重要である。それは、行政的な運営システムが微妙に異なり、地

域内ネットワークを構成する成員も違うために、それぞれの状況にあわせた運営が必要だからである。

こころのケアセンター活動には、全く準備もない状況の中で実験的な組織として活動を開始したこと、および純粋な行政組織の一部ではなく半官半民の組織として活動を展開したという特徴があった。こうした組織運営上の特徴は、功罪を併せ持っていたが、柔軟性という点にはプラスの影響をもたらしたといえよう。また、全く新しい組織が関係機関に受け入れられるためには、保健所組織とオーバーラップさせて始動させたことは大きな利点となった。

すでに詳述したように、地域性を重んじ各地域の実状にあわせた活動展開は、必要不可欠であった。しかし、県保健所設置地域、政令指定都市、保健所政令市など体制の異なる行政単位を含んでいたため、その調整には時として大きな困難を伴った。ここで、復興期の活動を完全に保健所業務として位置づけた場合を想定すると、マンパワーをどのように確保するのか、保健所の抱える他の業務の中での位置づけをどうするのかなどの問題をまず克服しなければならないだろう。さらに、今回のように被災地域が広範な場合には、活動全体の方向性を決めたり、地域間の連絡を行うシステムが別に必要となるだろう。いずれにしても、災害の規模にあわせたシステムをあらかじめ準備しておくことで、こうしたシステム設置上の困難はある程度回避できると思われる。

こころのケアセンター活動は、いわば大きな実験であった。台湾政府はその方法を、台湾大地震後の被災地において、追試しているといえる。その際、もともとの精神保健体制が命令系統の明確なものである点、および活動のコーディネートを国立精神病院が行っている点などが利点となって、滑り出しはきわめて順調に見える。今後、台湾の活動展開を注視し、復興期のメンタルヘルス活動のあり方について、より詳細な検討を重ねたい。

【参考文献】

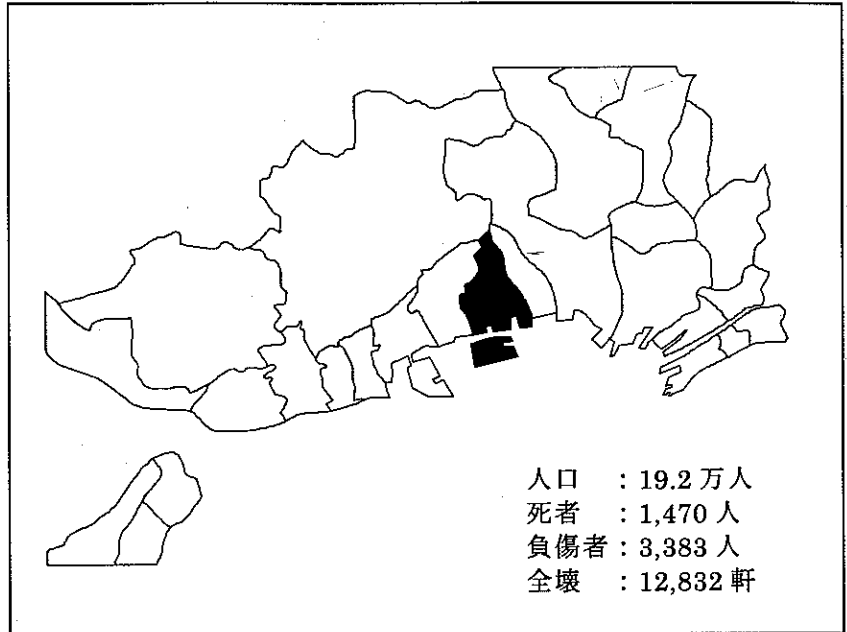
- 1) (財) 21世紀ひょうご創造協会編. 阪神・淡路大震災復興誌 第1,2,3巻. 1997-99
- 2) 李 登輝. 台湾大震災救援の記 PHP 研究所. 2000
- 3) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課. 我が国の精神保健. 1998
- 4) 兵庫精神神経科診療所医会 20年史.
- 5) 葉 英堃. 台湾のメンタルヘルス・プログラムの発展—回顧と展望. 文化のこころ 3 (3) 203-210, 1999
- 6) 加藤 寛、麻生克郎. 阪神・淡路大震災後に行われた精神科救護諸活動と PTSD. 飛鳥井望編 臨床精神医学講座 S6 巻「外傷後ストレス障害 (PTSD)」. pp131-138, 中山書店, 2000, 東京
- 7) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター編 阪神・淡路大震災後の精神科救護所活動の全貌, 1999
- 8) 鄭 若トラウマセミナー2000 第4回目講演
- 9) 藤田昌子. こころのケアセンターの活動について. 精神科治療学 11(4):333-340, 1996
- 10) 加藤 寛. こころのケアの4年間 こころのケアセンター編「災害とトラウマ」, みすず書房, 1999, 東京
- 11) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター編 こころのケアセンター活動報告書平成7年度「手さぐりの1年」
- 12) 大阪府八尾志紀仮設住宅支援連絡会編 阪神淡路大震災県外仮設住宅支援の試み
- 13) レイコ・ホンマ・トゥルー.: サンフランシスコとロス地震後の心のケア—対策について. 日精協誌, 14(7) :758-765, 1995

資料

【神戸市東灘区】

東灘区は、神戸市の最東部の区で、北側の六甲山麓は3つの大学を抱える文教地区、南部は工業地域で、沖合には六甲アイランドという人工島を有する。東西に阪急、JR、阪神の鉄道3線と、国道2号と43号、そして阪神高速道路が横切っている。震災の被害は、神戸市の中では最も激しく、全壊家屋は実に4割、死者も約1,500人に達した。

震災前より区内には、6カ所の精神科診療所と、精神科外来を有する総合病院が3カ所あったが、精神科入院病床はなかった。このうち3カ所の診療所は、震災当日中に診療を再開し、ひとつの診療所では、医師の自宅が被災して一



家で診療所に避難したために、24時間対応をする結果となった。また1月末には区内の病院のひとつが、被災地外の関連病院から精神科医の常駐派遣を受けて、新たに精神科外来診療を開始した。

地震発生から精神科救護所の開設までの間にも、救援活動は開始されており、例えば区内在住の精神科医や、加古川からオートバイで診療所の薬を持って駆けつけた医師の活動が記録されている。また、精神科救護所設置決定から実際の開設までの間には、県立病院や神戸大学病院の医師が、保健所を拠点にしてニーズに対応した。

1月25日に精神科救護所が正式に活動を開始した。精神科医療チームの派遣は、大阪市・奈良県・広島市・岐阜県・大阪医大・慶応大学などより受けた。精神科救護所の立ち上げにあたった大阪市立大学チームでは、昼間は常時2名の精神科医を確保し、1人は往診・巡回にあたり、もう1人は専ら保健所内で相談・診療業務に当たり、いずれか1名はそのまま宿直して夜間対応に備えた。

全期間を通じて自治体等から派遣された医師とともに、ボランティアとして参加した医師が共同で活動した。特に、大阪府下の2名の開業医が、2月中旬から救護所終結まで継続して救護所活動を支援した。また、大阪MSW協会、日本PSW協会のケースワーカーたちと各自自治体派遣の保健婦が2名一組の巡回チームを組み、救護所を拠点に活動した。

精神保健センターに夜間診療応需チームがおかれたのを期に、2月16日より精神科医1名体制となった。それにあわせて、各自自治体および各医大派遣のチームとボランティアとして参加した医師で巡回チームを2チーム編成し、避難所を巡回した。うち数カ所の大規模避難所では、精神科医を週間スケジュールに従って決まった曜日に半日滞在させた。3月以降、ケアの対象は避難所総体から各個人へと移っていった。一般医療の救護チームおよび他地域の精神科救護所の多くが3月末に終結したのに1ヶ月遅れて、本救護所体は4月末日に終結した。

救護所チームは、実際の相談・診療業務の他にも、救援ボランティアへのケア、マスコミ対応、被災者に対してアルコール問題などに関する知識の啓蒙などを行った。それまでに保健所の精神保健活動に参加していたユーザーたちについても、避難所巡回の折には、その生活の現状把握に努めた。一方で、多くのボランティアの「カウンセラー」が区内に多く出入りしていたが、その活動の実態を把握しコーディネートする者がいなかったため、県臨床心理士会に依頼し、カウンセラーのネットワークが結成された。

【神戸市灘区】

灘区は神戸市の沿海部の東寄りに位置する。六甲山や臨海部の工業地帯、ターミナルや幹線道路沿いに散在する商店街を除けば、ほとんどが住宅地である。鉄道が3本、高速道路が1本、一般幹線道路が3本東西方向に区内を貫いており、交通の便には恵まれていた。ところが震災により区内のJR東海道線の六甲道駅が全壊し、続きの高架部分も顕著に破壊され、その復旧と再開はJR線の中でも最後となる震災の約3ヶ月後であった。また他の私鉄2線は復旧がさらに遅れ半年以上を要した。上記JR六甲道駅周辺を始めとして、区内の被災は激しく死者も多数発生した。

震災前の精神医療資源として

は、神経科を持つ総合病院精神科が1、診療所が2と少なく、精神科の医療ニーズは区外への通院によってカバーされていた。この区内の医療機関の再開は比較的早かったが、元来少ない資源であり役割は限られていた。

灘保健所は区の中央部の区民ホールにおかれていたが、新築間もなかったことが災いして、スプリングラダーが正常に作動し所内が水浸しになっていた。早く登庁してきた職員が水を汲み出し、まず遺体を安置するための部屋を準備した。確保した20畳ほどの部屋には入りきれない数の遺体が搬入され、その処置に追われた。棺桶作りに始まり、ドライアイスの確保、そして毎日の交換などが、その後1ヶ月ぐらい続いた。

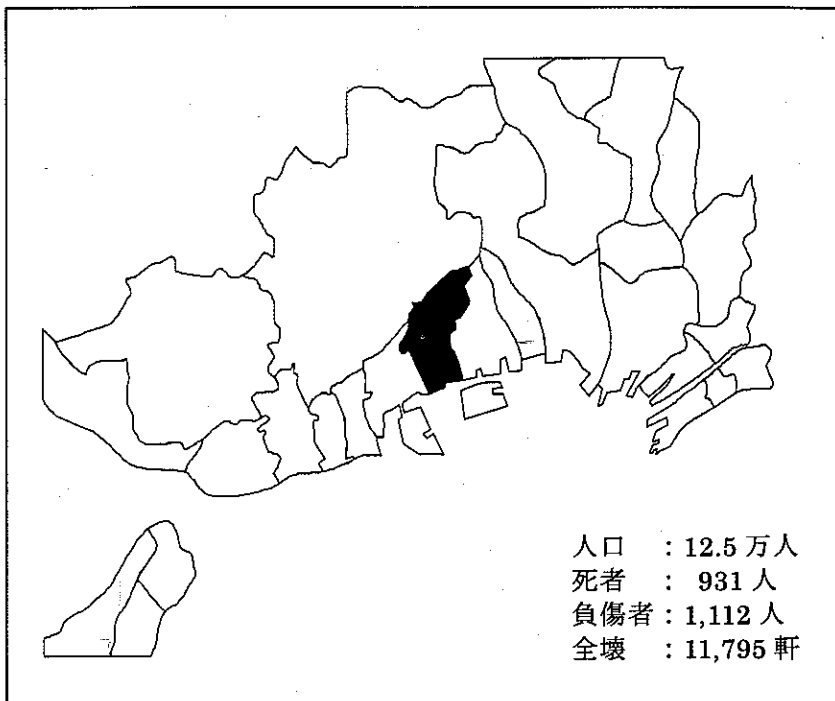
これと平行して区内の巡回を行った。当初は身体的な救急医療ニーズが多く、その対処に忙殺されたが、震災後1週目にある避難所の管理者から「訳のわからんことを言って騒いでいる人がいる。」との通報が寄せられた。保健所の嘱託医であった区内の精神科診療所の医師が介入し、被災地外の精神病院へ入院させた。その後、あたかも「降って湧いたように」事例が急増し、保健所のPSWと嘱託医だけでは対応が難しくなったため、救援チームを受け入れることとなった。

灘区には3府県のチームが入った。まず1月24日から府立病院と精神保健センターを主体とする大阪府チームが派遣された。同チームは、当初は神戸市北区に宿泊し通っていたが、保健所PSWの要請で保健所に駐在するようになった。この体制が敷かれてから、当初から連日泊まり込み、夜間の対応に追われていた保健所PSWの役割が肩代わりされるようになった。同チームは2チーム制で構成され、2泊3日のローテーションで派遣（精神科医2名、PSW1名、看護1名）された。このうち1チームが保健所に常駐し、他チームが保健所を起点に区内の中央部を巡回した。

次に静岡県チームが（精神科医、PSW、看護各1名）、1月31日から2月13日まで区西部にある王子スポーツセンターに派遣された。さらに、2月2日から3月末まで区東部の成徳小学校に埼玉県チーム（精神科医、PSW、保健婦各1名）が常駐した。このように区内をいくつかのブロックに分け各救援チームが対応したが、全ての情報は保健所に集約され、地元のPSWおよび灘区に在住していた神戸の他区PSWがコーディネートした。その他にPSW協会から、2月7日から26日まで1名が派遣され、地元PSWの援助をした。

これら以外にいくつかのボランティア医師、ボランティア団体の活動が伝えられているが、独自の活動で連絡会に参加しなかったため正確な活動状況は把握されていない。

扱ったケースの多くは、これまで保健所の把握していないケースであり、精神病圏の患者の急性増悪などが当初は多かった。また、第1回目の義援金の交付があった2月中旬頃、アルコール関連の問題が多発した時期があった。その後3月に入ってからは一掃が減り、保健所からの避難所へ

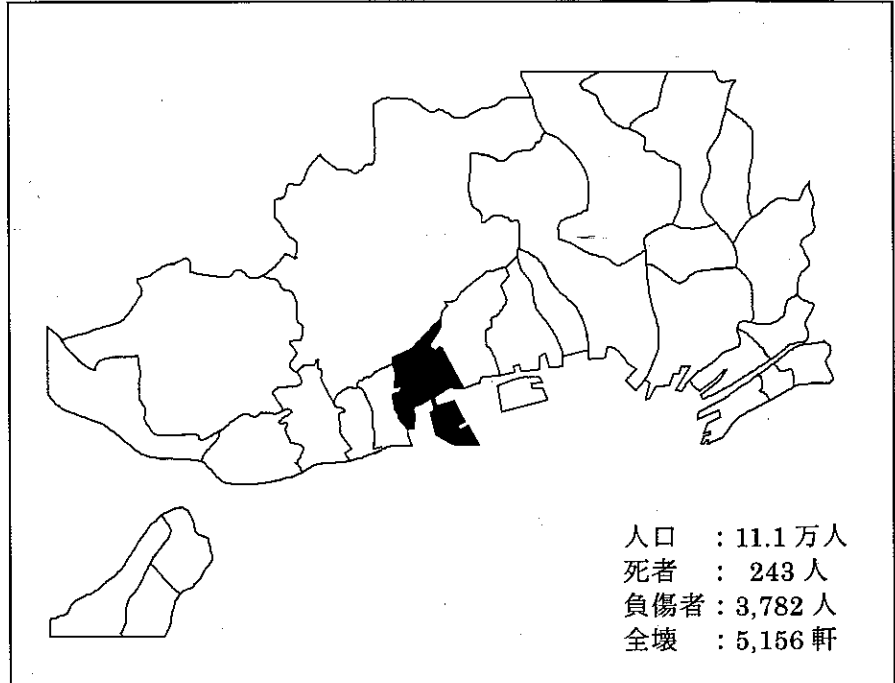


の巡回相談を中止し、避難所から要請があった場合に対応することとした。

埼玉県チームは3月中旬で精神科医は引き上げ、3月末まではPSWのみが派遣された。また、大阪府チームは3月末で大幅に体制を縮小したものの5月末まで、週1回来所し支援を続けた。

【神戸市中央区】

神戸市の中央区は神戸の交通の要となる三宮や市役所、県庁を管内に持ち、三宮や元町の繁華街や、その周辺のインナーシティの住宅街、それに人工島のポートアイランドなどから構成されている。医療機関については神戸市立中央市民病院や神戸大学医学部付属病院という基幹病院をはじめとして総合病院の数が多い。また、精神科、神経科の外来機能を持つ病院は7(うち精神科単科が2)、精神科神経科の診療所が10と医療機関の数も多い。中央保健所は三宮のターミナル近くの区役所ビルの5階にあり、他の神戸市の保健所と同様2名の精神保健相談員がいた。



地震による被害は大きく、数多くのビルが倒壊し市役所、区役所なども甚大な被害を受けた。また交通の面でも、区内を通る電車や地下鉄のうち、早期に開通したのは神戸の内陸部と結ぶ北神急行(地下鉄)が新神戸駅まで通じただけであり、東西の交通は約3カ月の間大きく阻害された。医療機関については、大病院には直接の大きな被害はなかったものの、最大の医療機関である中央市民病院は人工島ポートアイランドにあったため、交通アクセスが大きく阻害され役割を果たすことができなかった。精神科・神経科の診療所も大きな被害を受け、全壊5、半壊2と報告されている。また多くの診療所は再開に日数を要し、再開後の機能も著しく制限されていた。

中央保健所には1月21日より大阪府の医療チームが派遣されたが、第2陣とともに、被災地に於ける精神保健活動のための向精神薬が届けられた。その場で精神科診療のニーズが検討され、1月22日より3日間、県立精神保健センターと県立光風病院の医師が診療にあたった。24日より厚生省の要請に応じて派遣された和歌山県と滋賀県の精神科チームが、保健所における診療を開始した。さらに27日より上筒井小学校に常駐する千葉県医療チームに精神科医が加わり、1月25日からは大阪府よりPSWが1名保健所に派遣された。31日より山の手小学校の東邦大学チームにも精神科が加わった。2月4日より滋賀県チームが県派遣の医療チームの滞在する宮本小学校に移動し、同7日より保健所に愛知県チームが加わった。これらのチームは保健所ないし避難所のある学校を拠点として診療活動を主とし、要請があれば往診、巡回を行うという形の活動であった。

また、この他に1月29日より24時間電話相談を始めた神戸精療クリニックのボランティアチーム、神戸大学病院精神科病棟に滞在した九州大学などのチーム、および2月20日より区内の診療所に拠点を置いた日本精神科診療所協会の支援センターなどが、避難所の巡回を行っていた。しかし、保健所の救護所との連携には欠けていた。また日本てんかん協会が依頼して区東部の県立福祉センターで診療が行われたが、これは地域の精神保健活動とはまったく接触がなかった。

最も多くのチームが活動したのは2月中旬であるが、2月後半には相談ケースは減少している。各チームの活動終了は東邦大学が2月19日、千葉県が2月28日、滋賀県が3月1日、和歌山県が同13日、愛知県が同26日であった。その後は診療ニーズは少なかったが、精神保健の支援として3月26日～29日は公立豊岡病院チームや地元精神科医が入り、4月より石川県の応援派遣を受けた。

【神戸市兵庫区】

兵庫区は大きく南部、中央部、北部の三つに分けることができる。このうち南部は、工業地域であり被災者数も多くなく、被災者は中央区や長田区の避難所に流れていた。また、北部は、被災程度が小さかった。一方、兵庫保健所がある中央部は商業住宅地域で、甚大な被害を受けており、避難所も集中していた。

区内には中央部に4つの精神科診療所があり、大きな被害を受けていた。また、北部に1つの精神病院があったが、この被害は軽微であったため、診療再開が早く、被災した精神障害者のみならず一般被災者へも避難場所を提供していた。

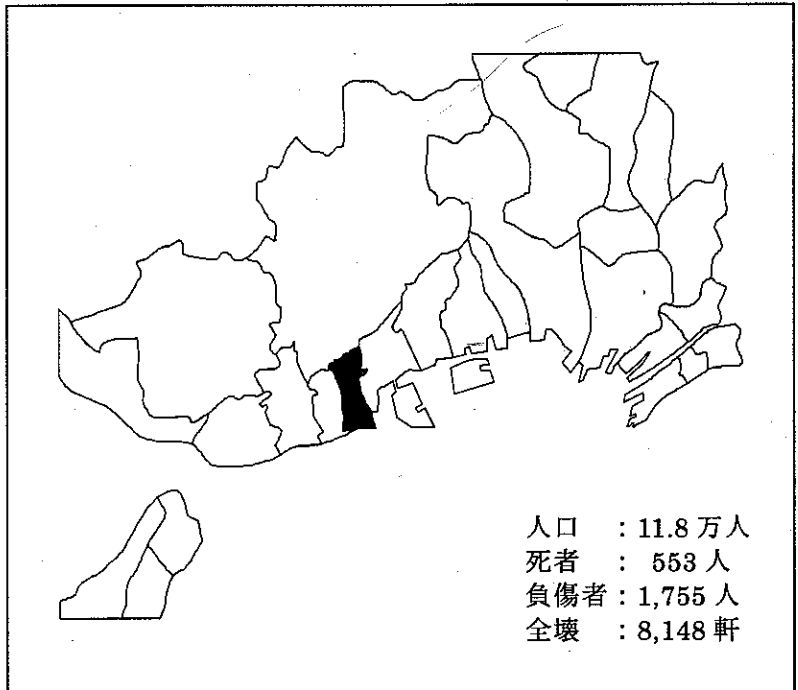
精神科ニードへの対応は、震災当日から1週間が最初のピークであった。震災当日、何人かの精神障害者がすでに保健所に、PSWを訪ねてや

ってきていた。PSWの1人は灘区で張り付きになってしまっていたので、1人で対応せざるを得なかった。2人揃ったのは震災後10日目頃であった。その後、救護所設置が決定され、京都大学の精神科医らが駐在するようになり、ヘリコプターで毎日交代で派遣された。彼らを待っていたのは精神障害者への対応だけでなく、区職員の診察だった。感冒、発熱、腹痛、下痢などの消化器症状、疲労など身体疾患とともに、不眠、気分の不安定などを中心とした精神症状などを訴える職員が多く、そういった職員を数多く診察した。職員は不眠不休で働いており、精神的に不安定になっている人もあった。職員の診察については、ほとんど記録が残されていないが、派遣された精神科医は、熱心に対応してくれた。

地域の精神病院と精神科診療所の診療開始が早かったこともあって、震災後4週目に入ると救護所の診療の多忙さは緩和されてきた。京都大学チームは京都府精神病院協会に派遣母体に移り、さらにその後は、大学病院に駐留していた久留米大学の精神科医らが救護所に入るようになった。直接来所する精神障害者は次第に減少し、精神科医は救護所に張り付くことから避難所や患家への往診などアウトリーチに、少しずつ向かっていくことになった。そして6～8週目には避難所内での仕事量はかなり減少していた。

さて地域別に見ると、兵庫保健所があり被災程度の大きかった中央部に関しては、精神保健相談員によって、地域内の大規模避難所を中心として巡回活動が行われた。被災の大きかった地区が限定されていたためか、その地区に居住していた精神障害者のほとんどをこの活動で把握することができた。また、同じ地域内の大規模避難所の一つである湊川中学校には、神戸大学病院に駐留していた久留米大、福岡大、および神戸大の医師が重点的に巡回しており、救護所の精神科医や精神保健相談員の負担はかなり軽減された。また、南部では比較的初期から医療班（北九州医師会チーム）が入っており、その中に精神科医がいて各避難所等を巡回していた。さらに北部は、精神科医を含む立正校正会の医療班が独自の活動を行っていた。

このように救護所以外の活動が活発に行われて、事例化することを防いでいたと思われる。しかし、全体的にどのような医療行為が行われているのかについて、救護所あるいは保健所で把握、コーディネートできなかったという側面も指摘できるだろう。



【神戸市長田区】

長田区は、南は海に面し、北は高台に広がる、南北に長い地区である。長田区の震災による被害は中央部から南部において激しく、区の中央部にある長田区庁舎は、この被害が大きかった地域内に位置していた。このため地震直後より区庁舎には地域の被災者が押しかけ、1階、2階、3階、7階が避難所となった。この状態は、避難所が移転する2月5日まで続いた。

精神科医療機関の被害としては、神戸市立西市民病院（神経科あり）が倒壊した他、区内4つの精神科診療所のすべてが診療不能の状態、うち3診療所は全焼ないし全壊の被害に遭っていた。

長田区庁舎の5階にあった長田保健所には、震災当日の夕刻より一般医療チーム（日赤チーム、

AMDA、県医師会チーム、県立病院チーム）が入ってきて、救急医療活動を開始した。そして翌日には保健所に医療救護所が正式に開設された。この時点で治療可能な長田区内の病院は12病院中6病院、診療所は155カ所中皆無であった。

精神保健活動に従事する者としては2名のPSWがいたが、1月18日に1名、翌19日にもう1名が出勤して出揃った。その後被害の少なかった西区のPSW1名が加わって、3人体制となった。

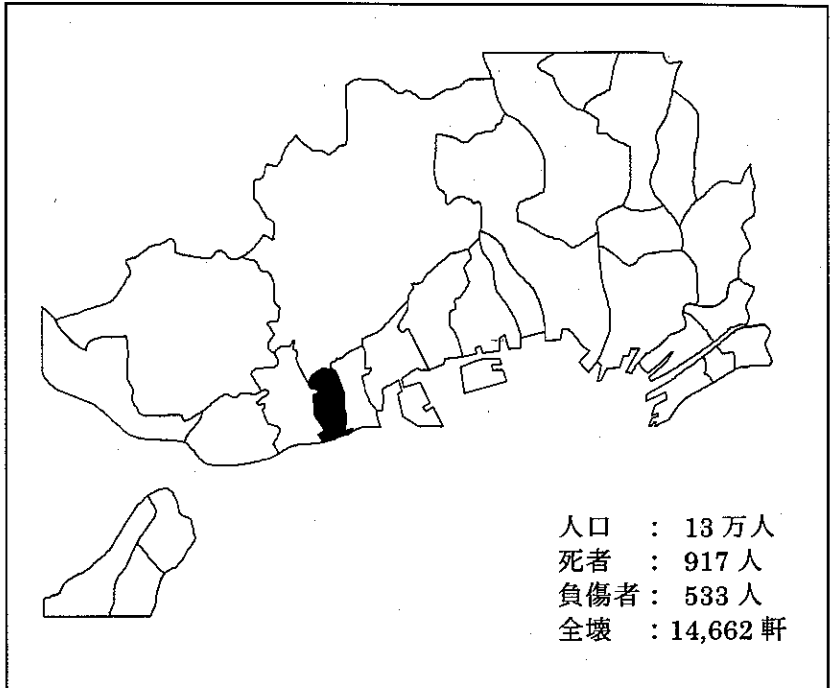
震災の翌日頃より精神科治療歴のある被災者が、薬がきれることを心配して来所したり、電話をかけてきていたが、こうした人には地震当日に全焼したMクリニックに通院中の精神病療養者が特に多かった。PSWは被害が少ない他地区の病院での投薬を依頼したり、保健所で薬が渡せるように出来ないかと奔走していた。21日Mクリニックの医師が保健所を訪れ、その場でPSWと協議し、医療継続を主目的に臨時の精神科クリニックを開くことにした。こうして保健所相談室に「メンタル相談室」を開設した。

当初、向精神薬は個人的なつながりを通じて、被災地外の精神病院や精神科診療所から調達し、Mクリニックの医師の他、精神病院や診療所に勤務する医師、看護婦、パラメディカルスタッフがボランティアで参加して、土曜、日曜日を含む毎日11時から16時まで、精神科医2～3名、PSW2～3名、看護婦その他2～3名という体制が整った。精神科医1名が救護所に詰めて精神科外来治療を行い、他の精神科医がPSWとともに往診するという方針で臨んだ。

2月6日からはMクリニックが仮診療所で一部診療を再開したため、M医師の穴を補う格好で、兵庫県精神病院協会が精神科医と看護婦各1名のチームを作り、日替わりで精神科救護所に参加することになった。その他県外からも、神戸につながるのがある精神科医の個人的な参加があった。

精神科救護所以外には、1月末からAMDAの活動に精神科医、精神科看護婦が加わり、避難所の訪問活動が行われた。また、2月初めからは国立病院チームを皮切りに、5ヶ所の避難所に自治体等の精神医療チームが入った。こうした活動は3月末まで続いたが、活動中は精神科救護所と連携をとるよう依頼し、救護所が中枢的役割を取った。

2月中頃より精神科救護所を訪れる被災者は激減したため、2月末で精神科救護所に精神科医を常駐する必要はなくなった。このため3月以後は、PSWの要請を受けて、手の空いている精神科医が被災者の訪問に同行していたが、この活動も3月で終結し、長田保健所は通常業務に戻った。



【神戸市須磨区】

須磨区の被害は、区の南半分にあたる沿岸部に集中し、長田区に隣接する板宿地区では広範囲にわたり火災が発生した。須磨区内には、JR・山陽電鉄の鉄道が東西に横断、神戸市営地下鉄が南北に縦断していたが、震災により寸断された。このうち神戸市営地下鉄が1月18日より神戸市の新興ベッドタウンである西神地区から板宿まで運行を再開、1月23日にはJRが須磨駅まで復旧し、須磨区は被災地から西側の地域に脱出する出口となり、また西側から被災地に入る起点となった。

震災時区内には3ヶ所の精神科診療所があり、そのうち板宿地区にあった精神科診療所は建物倒壊のため、南部にあったもう一つの診療所は自宅被災のために震災時から長期にわたって診療ができなかった。

区内で震災直後から診療を維持できていたのは、須磨区北部の地下鉄沿線の名谷地区にある診療所1ヶ所のみであった。

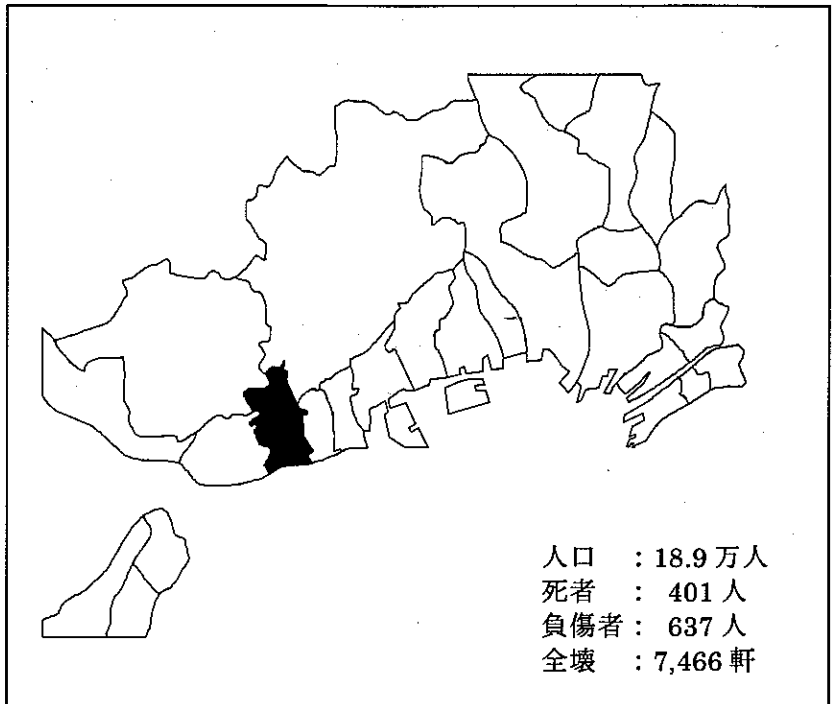
1月20日出勤した地区担当PSWによれば、区役所と合同庁舎になっている保健所内にも避難者があふれ、相談室などの部屋だけが使える状態であった。1月22日には名谷地区、1月末からは垂水区のPSWがそれぞれ応援に駆けつけ、2月末まで3人体制で対応していた。

須磨区で活動した精神科救護チームは、

- ① 公的機関からの派遣ではなく「岡山県精神科医会」を母体とする民間団体「精神科医療救護チームおかやま」からの単独で継続的な派遣であったこと
- ② 母体となった「岡山県精神科医会」は、震災以前にも「精神科休日相談センター」を運営し、チーム内にも面識があるメンバーが多く、共通な基盤の上に活動していたこと
- ③ 救護活動開始時から、現地からの情報や報告を岡山の本部に集約し検討した上での確かな活動方針を打ち出し、それを被災地全体に広報しながらチームの統一を図り、被災地内の関係機関との連携を図っていったこと
- ④ チームが医師・看護婦・保健婦・ソーシャルワーカーなど複数の職種で構成され、極めて組織的で自立した救護活動を展開したこと

など、他の救護チームとは際立った特徴を持っていた。

このチームの活動は、1月25日から開始され、明石市内にあるI医院に宿泊しながら、毎日須磨保健所まで赴き、保健所内に精神保健相談所を設置し、それと共に避難所の巡回相談を行った。保健所内の救護所に当てられたスペースには、まだガラスが散乱しており、室内の清掃が最初の仕事であった。その後救護班の活動は2月初旬までは、反応性躁状態、急性精神病状態など災害直後の急性反応への対応が続き、2月中旬からはアルコール関連問題への対応に追われていった。3月に入ると事例の地元医療機関への紹介、引き継ぎを進めつつ、保健所内での相談業務を縮小し、活動の中心を夜間対応・往診・救急・複雑困難事例に当てることになる。他の救護所は3月末を持って閉鎖されていく中で、須磨区は中央区・東灘区と共に、4月以降も活動を継続することになり、終結は4月19日となった。終結時には仮設住宅入居者への訪問活動も始まり、PTSDと考えられる新規相談ケースが増加している中、保健所への引き継ぎが行われた。



須磨区での岡山チームは、8回にわたる改訂を行った活動マニュアルの作成に象徴されるように、「アルコールクライアントへの対応」「眠剤中毒薬物中毒への対応」「夜間の対応」など各救護チームも対応に苦慮した課題について、先発したチームが経験を蓄積しながら、具体的な行動・判断指針を提示している。これらのマニュアルは災害時の精神保健活動への指針を示すマニュアルの作成に有力な参考となる。またチーム交代時には必ず岡山県精神保健センターで、事務局が報告を聞いており、組織化された活動を行った。

【西宮市】

西宮市は、大きく分けて人口の密集する中南部と、六甲山系東北部に広がる北部地域から構成される人口40万の都市である。被害はJR線と国道2号線沿いの西半分、および阪急西宮北口から北上する地域など、市の中央部に集中し1,000名を超える死者が発生した。

市内には7カ所の精神科診療所があり全てが被災したが、仮設診療所で診療を再開するなど、震災後の立ち上がりは比較的早かった。そのほか管内には、私立医大精神科と、精神科外来を設置している総合病院が3カ所、単科精神病院が2カ所（うち1カ所は北部地域）があった。

地震直後は、傷病者やその家族への医療機関の紹介、および当地の事情に不案内な全国各地から駆けつけた医療救援チームや保健チームの対応に忙殺された。しかし、西宮市は幸い被災地の東端近くに位置していたこと、地震翌日には早くも私鉄の復旧により市内から大阪への交通手段の一部が確保されたことにより、西宮保健所による被災者援助活動は精神科診察とともに、比較的早期から本来の保健指導的な業務が中心となっていった。

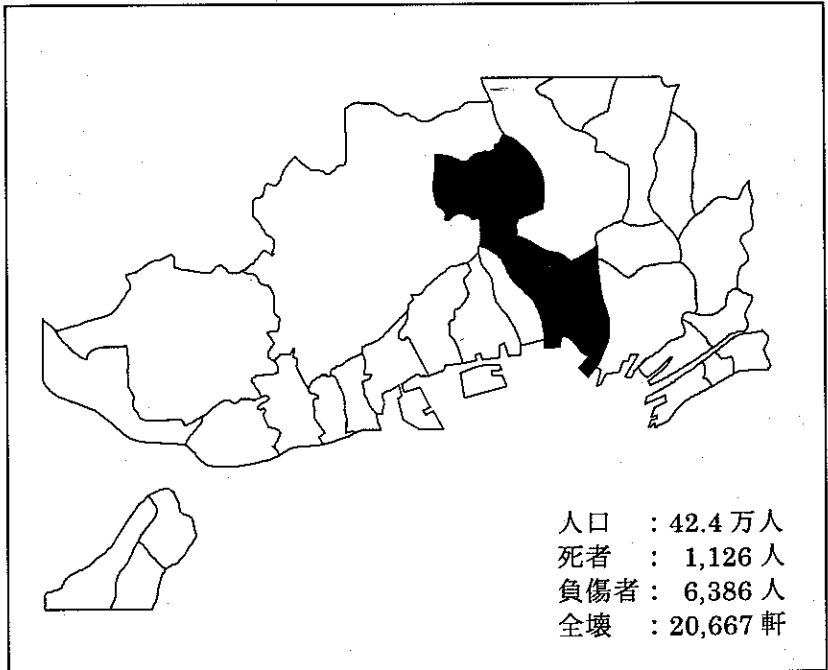
精神科救護所（通称「緊急精神保健相談所」）が設置されたのは1月24日であった。開設から3月10日まででは日曜祝日を含む連日、3月11日～31日は週4日、それぞれ10:00～17:00に診察および相談に応じた。開始時の主体は、地元の精神科診療所の医師（西宮市精神科医会）と京都府派遣の医師・PSW および保健婦と西宮保健所の保健婦であった。その後、大阪大学精神科からも医師の派遣を受けた。

当初は主に午前を来所相談、午後を訪問に当てていたが、来所相談の件数は多くなかったため、保健所内では京都府派遣の保健婦が相談にあたり、精神科医、PSWと西宮保健所の保健婦が訪問・巡回を行うというパターンが次第に定着していった。

3月末をもっていわゆる精神科救護所活動は終了したが、4月、5月は大阪大学と兵庫医大の精神科の協力を得て、定例の精神保健相談日を週2回に拡大し、チームで対応していたケースや新規ケースを地区担当保健婦に引き継ぐ作業をした。

このように、従前からの保健指導的な業務を拡大しながら、保健所保健婦が多方面からの援助の連携役となって活動した。

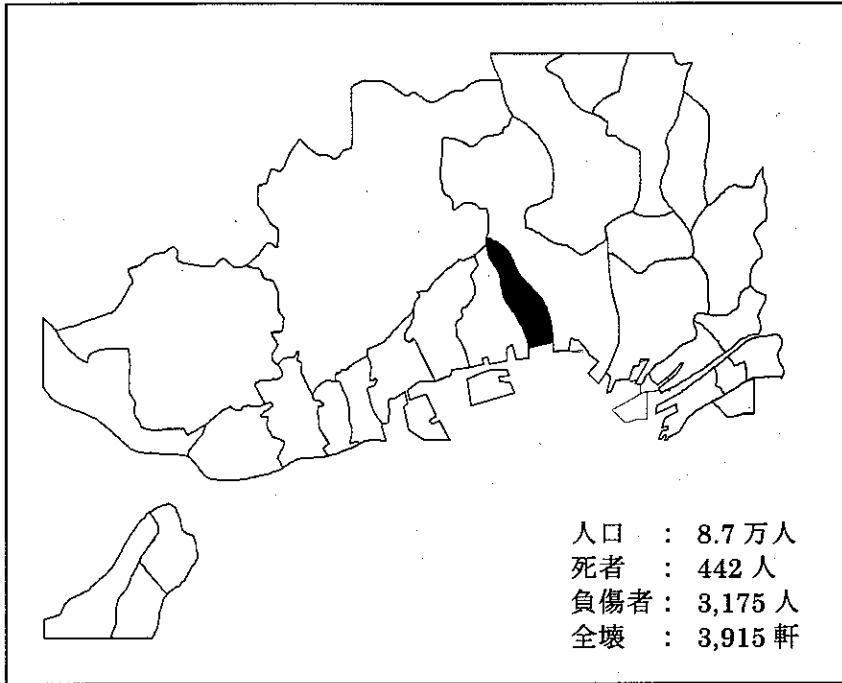
1月27日には、関連学会と各種職能協会等の協力により、理学療法士と作業療法士を中心とするリハビリテーションチームが結成され、3月29日まで活動したほか、2月10日より臨床心理チームが独立して避難所巡回を4月末まで続けた。また、歯科医療チームも避難所巡回、家庭訪問を行った。



【芦屋市】

芦屋市は阪神間で最も人口の少ない市だが、この震災で、阪神間で最も高率な約 6 割の家屋が全半壊するという甚大な被害を被った。特に、市の中心部を東西に横切る JR 及び国道 2 号線に沿って全壊家屋が多かった。

保健所は国道 2 号線沿いだが、幸い被害は軽く、保健所ロビーに避難した住民もいた。当日出勤できた数少ない職員で、応急処置や救急車要請などの対応をしたが、保健所に食糧や救援物資、情報が届かないことを説明して避難所の方へ移動してもらった。市内には 3 ケ所の精神科診療所がある。A 診療所は半壊で、翌週



から午前中診療を始め、通常診療体制に戻ったのは 7 月 29 日である。B 診療所は一部損壊で、翌日から不定期的に診療を始め、1 月 23 日から通常診療になった。C 診療所も一部損壊で、翌日から午前のみ、4 月 1 日から通常診療になった。3 診療所ともに新患受入は困難な状況であった。

震災発生翌日から保健所に、葉が切れるという患者の不安や精神科への患者の転送を求める一般病院からの電話相談が入り出した。1 月 21 日からは、避難所の管理者等から精神的に変調を来したケースの相談が相次いで入り出した。その頃、被災地の状況視察及び支援のため、芦屋保健所を訪れていた岡山県の県庁・保健所等の職員の“精神科チームを派遣したい”との申し出を受け、1 月 25 日、精神科救護所が保健所に設置された。開設するやいなや、半壊した危険な家屋に閉じこもる患者の訪問が要請され、これが初仕事だった。

2 月末までは、岡山県から県立岡山病院と県立内尾センターが 3~4 日交替で医師、看護等のチームを派遣した。現地チームと岡山待機チームは、保健所での引き継ぎのみならず、被災地の状況、支援する上での注意点などを携帯電話で連絡し合った。

保健所は、派遣チームと地元開業医との連携のため、まず、地元開業医を交えて話し合い、地元の 3 診療所が従来からのケースに、救護所の医療チームが避難所等で把握された新規ケースに対応するという役割分担を決めた。また、医療チームが数日で交替するため、支援の一貫性を図る必要があると、市内在住の PSW の応援を求め、2 月中旬からは、日本 PSW 協会から派遣スタッフも加わった。これらの応援者以外に、精神科医・臨床心理士等のボランティア志願者も多く、その対応にも苦慮した。

そこで保健所は、単発ボランティアを含めた応援者と既存の機関がうまく連携し、救護所活動が円滑にいくよう、地元開業医 3 名を含めた関係者が、情報交換、作戦や事例検討などを行う「精神保健相談連絡会」を週 1 回開催することとした。また、応援者には、保健所で毎日朝夕行う県・市・県内外応援保健婦合同ミーティングや、消防署で毎朝行う一般医療巡回チームのミーティングへ可能な限り参加してもらった。市内在住の臨床心理士らによる避難所巡回等の活動も、必ず「精神保健相談連絡会」で報告してもらった。

さらに救護所を、定期派遣の「医療チーム」と単発ボランティア医師による「巡回員」、PSW 協会派遣や地元在住 PSW による「連絡調整員」という 3 部門構成にした。医療チームの医師は保健所待機で来所・電話相談や要請に応じた往診、他職種は保健婦とともに避難所巡回や要フォロー者への訪問を行なった。保健所に宿泊したため、時には夜間往診などもし、共に宿泊する保健所職員の精神的・技術的な支えとなった。また、巡回員には避難所の管理者・ボランティアなどの相談役を担ってもらい、巡回状況を日報で連絡調整員に報告してもらった。連絡調整員は、全体の連絡調整、書類の整理等を行い、地元在住 PSW はほぼ毎日、また PSW 協会派遣のスタッフも 1 週間単

位での応援であったため、数日交替の医療チームに、ケースや地域の医療情報等を途切れず提供するという重要な役割を果たした。このように、保健所が中心になって関係者の協力を得ながら、体制を作っていたのである。

3月1日からは、岡山との引継期間を数日設けて三重県チームが派遣開始し、県立高茶屋病院、公立鈴鹿厚生病院、国立榊原病院から順次医療チームが3~4日交替で派遣された。被災地は徐々に落ち着いてきており、三重県チームは大阪のホテルから通い、夜間は、保健所に泊まっているPSW協会派遣のスタッフと電話連絡を密にした。

救護所の相談は、震災の緊張が緩み出した3週目頃が第1のピーク、電気・ガスの復旧や仮設住宅が建設され生活の目途が立ち始めた3月上旬が第2のピークであったが、3月最後の1週間は1日1~2件となり、3月末に精神科救護所を閉鎖した。

【伊丹市】

伊丹市は被災がまだらで、他都市に比べ被害は少なかったが、阪急伊丹駅の倒壊で被害甚大なイメージが植えつけられた。しかし、JRは無事であったため、大阪方面への交通に支障は少なく、医療機関への受診については比較的混乱はなかった。

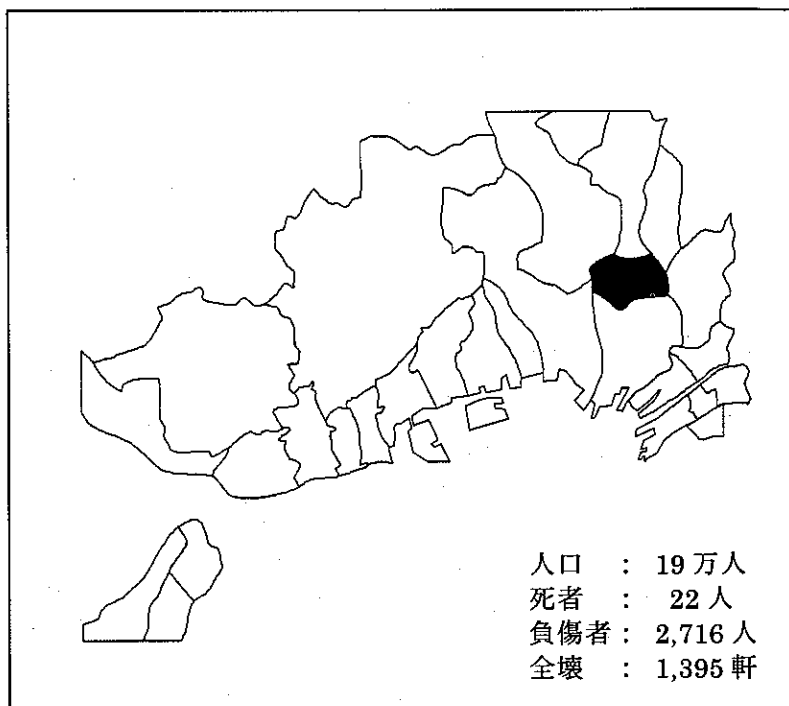
保健所職員は神戸市、阪神間の被災地から通う者が多く、通勤困難であったり、全壊・半壊、生き埋めになった者もあり、当日出勤できた健康課職員は4名であった。当日は、けがの手当や医療情報の収集のため来所する被災者だけでなく、さほど被害のない地域の住民の中は保健所の定例事業に参加するため来所する者もいた。その対応や破損、飛散した所内の整理や市・県との連絡調整などに追われる日が数日続いた。定例事業再開へのニーズが強く、震災から10日目の1月26日には最初の定例事業である精神障害者デイケアを実施し、その後災害対策もしながら全事業を徐々に再開していった。

市内の医療機関の被災状況は少なく、他府県等からの医師派遣の申し出は市医師会が辞退した。1月20日からは市医師会員が交替で避難所巡回を、また、1月23日からは県・市保健婦による夜間も含めた避難所巡回健康相談を始めた。風邪・インフルエンザなどの身体面の問題以外に、不眠などのメンタルな問題も見受けられ始めていた。

一方、市内の精神科医療機関については、単科精神病院と精神科診療所がそれぞれ1カ所あったが、共に被害は少なく診療に差し支えはなかった。しかし、診療所の医師は自宅が被災し、すぐには診療が始められなかった。また、人口が多い阪神間には大学病院を含めて精神病院が4カ所しかないが、1病院は震災直後から他院へ患者を転送、1病院は神戸市北区の北部に隣接しており、実質的に伊丹市内の単科精神病院が、激震地阪神間の急速に膨れ上る入院需要に応えることとなった。さらに、この病院は2月12日から阪神間の夜間受入拠点病院になり、ますます重要な役割を担うこととなった。

そこで、精神保健センターの調整により、交通アクセスのよい大阪精神病院協会（以下「大精協」という）の支援を得ることとなった。1月27日に保健所と大精協で話し合い、1月30日から大精協事務局の調整のもと、各会員病院ごとに医師、看護師、PSW等のチームが交替で保健所に派遣された。なお、この体制が始まる直前には、大阪日赤の精神科医が避難所を巡回し、避難所の責任者などから避難所の中で対応に困る事例があることも把握している。

1月30日から2月12日の間は、土日を含む毎日、2月13日から28日は月~金、3月からは月



水金の週3日、4～5月は毎木曜日に、各チームが大阪から車で通った。午前中は保健所に待機し、保健婦等から管内の状況や事例の引き継ぎを受けたり、来所相談に応じ、午後は保健婦等と共に避難所（3月途中からは仮設住宅も）巡回相談を行った。巡回相談時には、不眠・不安等だけでなく、血圧測定や身体疾患の助言なども併せて行い、特に、市医師会の巡回相談が2月14日に終了してからは身体面のケアも重要な意味を持った。

2月中旬から、長引く避難所生活の中で精神疾患を持つ者の行動が問題になり出し、本人の相談だけでなく、避難所管理者やボランティア、周囲の避難者との調整が増えてきた。既往歴のある者だけでなく、被災とは直接関係ない浮浪者と思われる人が市内の避難所に紛れ込んでおり、その中の精神疾患等を持った者にも対応していった。

救護所終了の5月末までで、大精協32病院が日替わりでチームを派遣してくれた。保健所は毎日同じオリエンテーションを繰り返したり、医師が毎回違うため、患者の病状や緊急度の判断も異なり、却って避難所関係者を混乱させるなどの問題点もあったものの、保健所職員にとっては力強い支えとなった。

また、市内唯一の精神病院が夜間受入病院となった時にも、大精協の病院に後方受入の役割を担ってもらった。さらに、入院するほどではない事例については、全国精神障害者社会復帰施設協会大阪支部が社会復帰施設での短期受入にも協力した。このように阪神間と大阪とで臨時的な精神科救急医療システムがスムーズに整備できたのも、大阪方面の各機関の協力なしには不可能であつたろう。

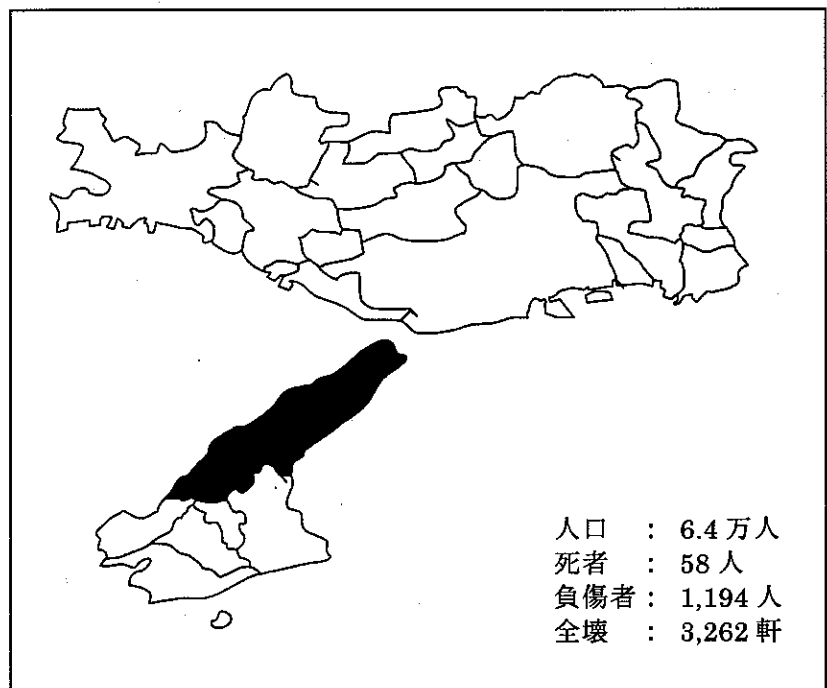
【津名郡】

島内の被害の中心は、島北部の津名郡6町のうち、特に北淡町と一宮町に集中していた。この地域は漁港が多く、農業が産業の中心である島南部とは風土が異なる。また、海峡を挟んで明石に近接しており、医療機関受診などに際しては、住民は島外に出ることが多い。特に精神科の場合、同郡の中には医療機関は皆無であったため、島南部の精神科医療機関（2精神病院、1総合病院精神科）か、神戸・明石の資源を利用することになる。震災では、幸い道路網の被害が少なかったために、島内被災地へのアクセスが比較的スムーズに出来たし、鳴戸大橋経由で四国からの救援が可能であった。

津名保健所は保健所自体の被災は軽度であったが、スタッフ数

人は自らも被災していた。当日にはほぼ全員が出所したが、当初は各町からの連絡が入らず重大性には気づかなかった。そこで各町担当が被災状況の把握のために巡回を始めた。その中で、北淡町の被害の大きさが認識され、以後は保健活動の重点を同町に置いた。衛生面での指導、プライマリケアなどを行い、その中で茫然とした住民の姿に触れ、メンタルヘルスケアの必要性を感じていた。

一方、洲本市にある単科精神病院の新淡路病院では、島北部の通院患者の状況を把握するためと、被害の激しかった島北部支援の可能性を探るために、巡回活動の必要性が指摘されていた。そのため震災発生から数日後、島北部に馴染みのある病院スタッフが、救援チームとして派遣された。同じ頃、津名保健所長から被災地での精神科医療のコーディネートをしてほしいとの要請が院長にあった。当初は固辞したが、「保健所にはその余力がない。」と再度依頼があり受諾した。その後、院長の出身大学である大阪医大、さらに徳島県精神病院協会などのバックアップを得て、「淡路サイコチーム」と後に称される精神科医療システムが立ち上がった。これに徳島県精神科医療チーム、



および慶応大学、高知医大、香川医大などの大学病院チームも加わった。

この「淡路サイコチーム」の最大の特徴は、拠点を洲本市の新淡路病院に置いたことで、救援ボランティアはここを必ず経由し、情報は全て集約された。巡回チームの担当、スケジュールなどの調整は同院のスタッフが行った。活動にあたっては保健所、町保健婦と密接な連絡をし、保健婦の毎日の巡回活動の中から精神科ニーズに関しての情報を得て、それに対応した。この巡回チームは医師、看護婦、心理士などの多職種で構成されており、原則として漁師町の多い被災地の状況あるいは文化に馴染んだ、地元のスタッフが前面に立つこととした。このことによって避難所の管理者や自治会長などから、多くの要請を受けることとなった。また、日常的に保健所、町保健婦、地域との関係が深かったことも活動をスムーズに進めることに寄与した。島外からの応援者は病院の留守番、活動記録の集計などのバックアップに回ることが多かったが、いくつかの救護チームは避難所に泊まり込んだ。その際、各チームの担当避難所は固定し、活動状況については新淡路病院に常に報告するようにした。

サイコチームのまとめによると、当初の予想に反して7割以上は精神科受診歴のないケースであり、神経症圏のものが多くを占めた。また、被災地は漁師町が多く、元々飲酒に対して寛容な地域である反面、問題飲酒者も多い。しかしアルコール関連問題はほとんど表面化しなかった。

仮設住宅への移行が早かったこともあって、3月末には島外からの救援チーム派遣は不要となり、4月半ばには避難所の解消に伴って、「サイコチーム」は活動を終えた。この時点で、医療が必要であり、継続診療へ結びつけることのできたケースについては通常の医療に移行した。また、これを契機に新淡路病院に訪問看護部が発足し、必要なケースについては、その後もフォローした。

巻末資料 2 精神科救護所活動データのまとめ

【対象と方法】

被災地内の 10 保健所に開設された精神科救護所の活動状況を把握するために、調査時点で保健所に保管されていた当時の記録を閲覧し、共通のフォーマットで情報を収集した。調査時期は平成 9 年 2 月から同 6 月（津名の一部データについては平成 10 年 10 月）で、転記は精神科医が行った。転記した項目は、性別、年齢、受診時の居所、被災状況、受診形態、経路、受診理由、受診回数、精神科治療歴、状態像、診断、身体合併症の有無、治療・介入の方法など 26 項目である。このうち精神科診断は ICD-10⁴⁴⁾に準拠した分類で記載し、その中で「F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」については、PTSD などの「重度ストレス反応および適応障害」は別に抽出した。診断は記録中に記載のあるものについては原則としてそのまま、記載のないものについては得られた情報から可能な場合は、転記者が分類した。転記者間の偏りを少なくするために、最終的に全データを 2 人の主研究者がチェックし、問題のあるものについては再度記録を閲覧し修正した。

最終的に 2412 件の記録が転記可能であったが、そのうち情報の少ないもの、単発の電話相談を除いた 2112 件について集計した。

【結果】

1)全体像

a)基本属性と被災状況（表 3）

全救護所の受診者について、地域別に各項目の割合を示したのが表 3～7 である。まず基本属性、被災状況および受診時の居所を表 3 に示した。性別ではいくつかの地域を除いて女性が多く、全体の割合では女性が 54.1%を占めていた。受診者の年代を見ると、40 歳以上の中高年者の受診がどの地域でも 6 割ないし 8 割を占めており、全体では 40～59 歳までが 36.1%、60 歳以上の高齢者が 32.8%であった。また、受診時の居場所では、地域ごとにはばらつきはあるが避難所にいた被災者の割合が多く、全体ではほぼ半数を占めていた。被災状況については、受診時に聴取されていない場合の方が多いが、3 割に半壊以上の被害が確認されていた。

b)受診状況と精神科治療歴（表 4）

各地域の救護所の成り立ちや、活動方針には被災状況、医療機関の被害程度などの違いから大きな地域差があった。これを反映して、受診状況には地域ごとに大きな差が見られた。まず、初回受診の形態では、長田、伊丹、中央などで来所が多く、逆に津名では往診が 9 割以上を占めていた。ちなみに全体では来所が 46.0%、往診が 42.0%であった。また、受診経路ではいずれの地域でも受診者本人および家族が直接受診したことが多いが、中央、須磨、西宮および津名では避難所で活動

表 3 基本属性と被災状況（地域別の%）

		東灘 n=359	灘 n=323	中央 n=249	兵庫 n=155	長田 n=388	須磨 n=225	西宮 n=108	芦屋 n=117	伊丹 n=42	津名 n=146	合計 n=2112
性別	男	43.7	44.3	53.0	51.0	45.6	45.8	44.4	38.5	54.8	43.2	45.9
	女	56.3	55.7	47.0	49.0	54.4	54.2	55.6	61.5	45.2	56.8	54.1
年代	20未満	4.7	4.0	2.4	3.9	2.3	3.1	5.6	7.7	4.8	2.1	3.7
	20～39	21.4	10.5	25.3	21.3	31.2	23.6	26.9	18.8	16.7	4.1	21.1
	40～59	37.3	40.6	41.0	31.0	36.6	36.4	34.3	36.8	33.3	20.5	36.1
	60以上	33.1	42.1	24.5	30.3	26.8	31.6	28.7	32.5	40.5	46.6	32.8
	不明	3.3	2.8	6.8	13.5	3.1	5.3	4.6	4.3	4.8	26.7	6.3
受診時の居所	自宅	16.4	19.2	38.6	20.6	29.9	24.0	27.8	41.9	54.8	9.6	25.3
	避難所	52.4	62.2	43.8	33.5	48.7	48.9	56.5	35.0	40.5	80.1	51.4
	その他	15.0	6.2	4.8	15.5	13.1	12.9	10.2	12.8	2.4	5.5	10.7
	不明	16.2	12.4	12.9	30.3	8.2	14.2	5.6	10.3	2.4	4.8	12.6
家屋喪失	あり	42.6	22.3	15.7	21.9	41.0	29.8	32.4	37.6	35.7	32.9	31.5
	なし	18.7	13.0	19.3	7.1	16.8	9.8	15.7	38.5	40.5	1.4	15.9
	不明	38.7	64.7	65.1	71.0	42.3	60.4	51.9	23.9	23.8	65.8	52.6

表 4 受診行動と治療歴（地域別の%）

	東灘 n=359	灘 n=323	中央 n=249	兵庫 n=155	長田 n=388	須磨 n=225	西宮 n=108	芦屋 n=117	伊丹 n=42	津名 n=146	計 n=2112	
受診形態	来所	39.3	35.6	57.8	55.5	66.5	47.6	28.7	53.8	61.9	0.7	46.0
	往診	41.8	58.2	31.7	31.0	21.4	36.0	57.4	35.0	38.1	95.9	42.0
	電話	2.2	0.3	1.6	2.6	2.6	1.8	9.3	6.0	0	1.4	2.4
	その他	0	0.3	0.8	3.2	0	0.9	0	5.1	0	0	0.8
	不明	16.7	5.6	8.0	7.7	9.5	13.8	4.6	0	0	2.1	8.8
受診経路	直接	45.1	69.3	58.6	57.4	62.6	49.8	47.2	52.1	92.9	69.2	58.1
	医療機関	2.2	0.3	0.4	0.6	2.1	4.0	0.9	5.1	0	2.1	1.8
	保健所	10.9	2.2	5.2	2.6	5.2	4.4	3.7	10.3	4.8	4.1	5.5
	救護チーム	14.5	14.2	17.7	5.8	13.4	19.1	25.0	11.1	0	20.5	15.0
	避難所管理者	4.7	3.7	1.2	7.7	3.4	7.6	6.5	8.5	2.4	0.7	4.4
	その他	7.0	6.2	5.2	14.8	0.5	4.0	15.7	12.0	0	2.7	6.0
	不明	15.6	4.0	11.6	11.0	12.9	11.1	0.9	0.9	0	0.7	9.1
受診理由	医療継続	17.3	16.1	29.7	13.5	50.0	17.8	1.9	6.8	4.8	11.0	22.3
	初発	33.4	31.3	29.7	25.8	13.4	22.2	27.8	40.2	38.1	36.3	27.6
	再燃	32.6	28.8	28.1	23.9	18.3	35.1	54.6	39.3	23.8	18.5	28.8
	その他	10.9	17.3	4.4	32.9	6.2	8.0	13.0	7.7	28.6	31.5	13.3
	不明	5.8	6.5	8.0	3.9	12.1	16.9	2.8	6.0	4.8	2.7	8.0
精神科治療歴	現在治療中	34.0	29.7	44.6	28.4	62.4	37.3	30.6	26.5	11.9	16.4	37.5
	現在なし	13.9	10.5	9.2	11.0	7.7	14.2	18.5	11.1	14.3	5.5	11.0
	なし	35.4	22.9	32.1	21.9	15.2	24.0	45.4	47.9	57.1	30.8	28.5
	不明	16.7	36.8	14.1	38.7	14.7	24.4	5.6	14.5	16.7	47.3	23.0

していた救護チームを経由して受診となったものも 2 割前後認められた。受診理由としては、初発あるいは再燃などで新たに受診した場合が、ほとんどの地域で多いものの、長田では医療継続のための受診が半数を占めていた。さらに精神科治療歴の有無を見ると、長田、中央、須磨などの神戸市内の救護所では治療中であった者の割合が多いが、西宮、芦屋などでは治療歴のない者の割合が多かった。

c) 状態像と診断（表 5.6）

受診時の状態像を見ると（表 5）、ほとんどの地域で睡眠障害、不安・恐怖、幻覚妄想、抑うつなどが上位を占めており、全体では睡眠障害 16.9%、不安・恐怖 12.1%、幻覚妄想 9.5%、うつ 8.9%であった。また、身体的問題などで受診し明らかな精神症状が認められなかったものが相当数含まれており、全体では 14.6%認められた。なお、PTSD の想起および回避症状が明らかに認められたものは、全体で 2.1%であった。

表 5 受診者の状態像（地域別の%）

	東灘 n=359	灘 n=323	中央 n=249	兵庫 n=155	長田 n=388	須磨 n=225	西宮 n=108	芦屋 n=117	伊丹 n=42	津名 n=146	計 n=2112
睡眠障害	13.9	26.6	16.9	12.3	16.8	11.1	11.1	10.3	14.3	27.4	16.9
不安・恐怖	9.2	12.4	15.7	7.1	15.7	12.4	14.8	13.7	2.4	6.8	12.1
想起・回避	3.3	0.6	2.8	5.2	0.8	1.8	2.8	1.7	0	2.1	2.1
他の神経症症状	5.0	4.3	5.6	3.2	1.5	4.0	0.9	12.8	16.7	3.4	4.5
うつ	10.6	6.5	12.4	3.9	6.7	11.1	7.4	17.1	4.8	7.5	8.9
躁	3.3	3.1	2.8	2.6	2.1	2.7	4.6	3.4	0	2.7	2.8
幻覚・妄想	11.4	10.2	8.4	10.3	7.5	10.2	11.1	8.5	9.5	7.5	9.5
精神運動興奮	3.6	2.2	2.0	5.2	2.6	3.6	7.4	0	2.4	0	2.8
昏迷	0	0.9	0.4	2.6	0.8	0.9	0	1.7	0	0	0.7
欠陥状態	7.8	2.2	4.0	3.2	6.2	3.6	8.3	5.1	4.8	5.5	5.1
せん妄	0.6	1.9	0.8	0	1.3	3.1	0.9	1.7	2.4	0.7	1.3
意識障害	0.6	0	0.4	0	1.0	0.4	0	0	0	0.7	0.4
痴呆	5.0	1.5	3.2	2.6	2.8	4.9	1.9	3.4	4.8	4.8	3.4
知能障害	1.1	0	1.6	0	0.8	0.9	0.9	0.9	0	2.1	0.9
アルコール関連問題	7.8	6.8	7.2	4.5	4.1	7.1	8.3	3.4	9.5	0	5.9
なし	7.0	13.9	10.0	25.2	22.9	10.2	6.5	7.7	26.2	24.7	14.6
その他	5.6	4.6	1.2	6.5	1.8	10.2	11.1	6.8	2.4	2.1	4.8
不明	4.2	2.2	4.4	5.8	4.6	1.8	1.9	1.7	0	2.1	3.4

表 6 精神科診断 (ICD-10 に準拠) (地域別の%)

	東灘 n=359	灘 n=323	中央 n=249	兵庫 n=155	長田 n=388	須磨 n=225	西宮 n=108	芦屋 n=117	伊丹 n=42	津名 n=146	計 n=2112
F0	7.5	3.1	4.0	3.9	4.9	9.3	4.6	6.8	4.8	7.5	5.6
F1	9.7	7.7	10.8	5.8	5.2	9.8	12.0	4.3	14.3	(-)	7.7
F2	27.0	18.6	20.1	21.3	27.3	16.4	32.4	15.4	11.9	12.3	21.7
F3	10.6	8.0	14.5	5.2	8.2	6.2	9.3	12.0	2.4	6.8	8.9
F4	29.8	34.7	34.5	21.9	25.0	26.2	24.1	34.2	38.1	31.5	29.5
(うちPTSDなど)	(5.8)	(5.3)	(4.0)	(5.8)	(3.6)	(5.3)	(4.6)	(12.0)	(-)	(5.5)	(5.2)
その他	4.5	1.5	3.6	2.6	2.6	3.6	7.4	6.8	2.4	4.1	3.6
精神障害なし	7.5	15.8	6.4	24.5	5.4	6.7	4.6	11.1	26.2	33.6	11.6
不明	3.3	10.5	6.0	14.8	21.4	21.8	5.6	9.4	(-)	4.1	11.3

(%)
 F0:症状性を含む器質性精神障害、F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害
 F2:精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、F3:気分(感情)障害
 F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

ICD-10 に準拠した精神医学的診断では、いずれの地域でも神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) と精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害(F2)が多く、全体では F4 が 29.5%、F2 が 21.7%であった。なお F4 のうち PTSD など^{章末注}と診断されたものは全体の 5.2%であった。

d)治療と介入 (表 7)

薬物投与がなされた割合は、全体では 49.0%であるが、中央や長田のように 6 割を超えるところと、西宮、芦屋のように 2 割台のところと大きな差が認められる。使用された薬物は、眠剤および抗不安薬がいずれの地域でも多かった。医療継続に関して、入院紹介が必要だったものは兵庫の 18.1%を最高にほぼ 1 割前後であった。

一方、外来治療に紹介されたものの割合は、長田の 59.0%を最高にして大きな地域差があり、全体では 34.3%であった。また、経過中に往診など治療者側が避難所などに出向く活動 (outreach アウトリーチ) が盛んになされた。この割合に関しても、大きな地域差が認められ、全体では 47.6%が必要だった。

表 7 治療と介入 (地域別の%)

		東灘 n=359	灘 n=323	中央 n=249	兵庫 n=155	長田 n=388	須磨 n=225	西宮 n=108	芦屋 n=117	伊丹 n=42	津名 n=146	計 n=2112
薬物治療	あり	37.3	55.1	67.9	51.0	60.8	45.3	24.1	28.2	38.1	41.8	49.0
使用薬物 (複数選択)	抗不安薬	15.3	23.2	35.7	19.4	32.7	19.1	10.2	16.2	16.7	5.5	22.0
	眠剤	19.2	28.8	37.3	16.1	34.3	30.2	11.1	11.1	21.4	21.2	25.9
	抗精神病薬	12.0	11.5	24.1	13.5	27.6	18.2	8.3	7.7	0	2.7	15.7
	抗うつ薬	3.6	4.0	13.3	5.2	10.1	6.7	6.5	6.8	2.4	1.4	6.6
医療継続	一般薬	0	7.1	4.8	17.4	7.7	2.2	0	1.7	7.1	19.2	6.2
	入院紹介	13.9	11.1	10.8	18.1	6.7	12.0	15.7	4.3	4.8	6.2	10.7
	外来紹介	40.1	27.9	17.3	29.0	59.0	35.1	45.4	27.4	16.7	4.8	34.3
	終了	34.3	45.5	57.0	28.4	13.9	36.0	25.9	54.7	69.0	66.4	38.3
outreach	不明	11.7	15.5	14.9	24.5	20.4	16.9	13.0	13.7	9.5	22.6	16.6
	あり	50.7	58.2	32.5	33.5	22.7	49.8	74.1	53.8	40.5	97.3	47.6
	なし	27.9	28.2	56.2	60.0	54.9	42.7	25.0	44.4	59.5	2.1	39.8
	不明	21.4	13.6	11.2	6.5	22.4	7.6	0.9	1.7	0	0.7	12.6

巻末資料3 こころのケアセンターの5年間

	1月 3月	17日 午前5時46分 阪神・淡路大震災発生 M7.2 「こころのケアセンター」設立へ *阪神・淡路大震災復興基金が設立され、中長期的な復興対策の1つとして、「こころのケアセンター」を5年の期限付きで行うこととなる 運営は兵庫県精神保健協会に一任
平成 7 年度	6月 7月 8月 9月 10月 2月	1日 こころのケアセンター開所式及びスタッフ辞令交付式 本部開所 採用職員約40名 西宮、芦屋、津名保健所へスタッフを派遣し協力支援 東灘、長田こころのケアセンター(以下、DVAPと表記)にスタッフを配置し活動開始 西宮、芦屋、宝塚、津名、灘、中央、北、西、尼崎DVAPにスタッフを配置し活動開始 避難所となった県内高校の教員対象のワークショップに講師派遣開始(計10校) 芦屋DVAP 開所式 センター専用の建物が確保できた第1号 地域DVAPが設置されない地域への支援開始 ・加古川地区へ本部よりスタッフ派遣 ・川西保健所へスタッフ配置(週3日) 神戸精療クリニックが実施していた24時間体制の電話相談「震災ストレスホットライン」への協力開始 伊丹、須磨DVAPにスタッフを配置し活動開始 芦屋DVAP が「第1回阪神・淡路大震災後の芦屋市民への精神保健調査」を実施 ロサンゼルスヘノースリッジ地震後の体制を学ぶためスタッフを派遣 大阪の仮設住宅への支援の検討開始 「阪神・淡路大震災で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第1次)」開始(～3月)
8 年度	4月 5月 6月 8月 9月 10月 12月 1月 2月 3月	垂水、兵庫DVAP開設 大阪支部開設 地域DVAPは16ヶ所となった パンフレット「災害とこころ」作成 東灘、中央、北、西DVAPが日本ASW協会関西支部の支援を得てアルコール問題に取り組み始める 神戸アルコール問題市民電話相談室(KATE)による電話相談事業に対する支援を開始 平成7年度こころのケアセンター活動報告書「手さぐりの1年」発行 消防職員のメンタルヘルス調査後のフォローアップとして、神戸市消防職員に対し、ワークショップを開始(計14回) 各地域DVAPで復興住宅でのグループワークが次々と開始される 他団体主催の県外被災者の茶話会に初参加し、県外被災者への支援の検討開始 「阪神・淡路大震災後の精神科救護所の利用状況に関する調査」を開始(～6月) 芦屋DVAPが「第2回阪神・淡路大震災後の芦屋市民への精神保健調査」実施 「阪神・淡路大震災で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第2次)」実施 「教職員のメンタルヘルス調査」実施
9 年度	4月 6月 7月 10月 12月 3月	新たに灘、兵庫DVAPも日本ASW協会関西支部の支援を得てアルコール問題に取り組み始める 須磨児童殺害事件に際し、須磨DVAPの体制を強化 28日 大阪府堺市で県外被災者対象の茶話会開始 DVAP主催で2ヶ月に1回の割合で継続して開催 5日 「県外避難者の支援を考える連絡会議」(～6日)を市外・県外避難者ネットワークりん、県外避難者支援全国ポラネットの2団体と共催 10日 国際シンポジウム「災害とトラウマ 長期的影響とケアの方向性」開催 平成8年度こころのケアセンター活動報告書「2年目の活動をふりかえって」発行 大阪支部閉鎖 仮設住宅撤去、減少に伴い閉鎖
10 年度	4月 5月 9月 12月 3月	ASWを本部及び西宮、明石保健所に配置 京都で再開された県外被災者対象の茶話会への支援開始 「阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査(第1次)」開始(～12月) 平成9年度こころのケアセンター活動報告書「3年目の記録」発行 「Repeat～りびいーと～ アルコール依存症からの回復」発行

11 年 度	4月	神戸市内の仮設住宅の撤去に伴い、市内DVAPの移転が始まった
	8月	「阪神・淡路大震災県外居住被災者のPTSDと被災地外生活の心身への影響に関する調査」開始（～3月） 「阪神・淡路大震災で活動した消防職員のメンタルヘルス調査（神戸市消防職員対象）」開始（～12月）
	9月	21日 台湾地震発生 M7.7 医師1名を2回にわたり支援活動に派遣 相互に協力を継続していくことを確認
	11月	21日 県外被災者と支援者対象の交流会「県外被災者支援交流会」開催 こころのケアセンター編「災害とトラウマ」（みずず書房）発行
	12月	「阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査（第2次）」開始（～3月） 平成10年度こころのケアセンター活動報告書「4年目の歩み」発行
	2月	5日 第2回国際シンポジウム「災害とこころのケア 阪神・淡路大震災から学んだもの」開催
	3月	「アルコール関連問題相談ノート」発行及びアルコール関連問題啓発パネル(10枚)作成
		31日 こころのケアセンター終了 *本部のみ残務整理のため、1年間存続することとなった *西宮DVAPは西宮市により運営されることとなった *研究機能については「こころのケア研究所」を新たに設立し、引き継ぐこととなった

巻末資料4 市外・県外避難者への支援の推移

	1.17 3月～	阪神・淡路大震災発生 仮設住宅への入居開始	
平成7年度	6.1～	こころのケアセンター開設	これ以降、徐々に県内被災地15ヶ所に地域こころのケアセンターを開設していった。
	夏	市外・県外避難者ネットワーク「りんりん」発足	建物づくりに関する無料相談窓口を開設した税理士、弁護士、建築士らによるボランティアグループ「街づくり支援協会」（事務所大阪市内）が、被災地外避難者に被災地の情報を届ける活動を開始した。被災者支援施策や被災地の状況、市外・県外避難者の声などを掲載した会報「りんりん」を発行。
	9月	広島のじぎくの会 発足	広島YMCAの支援を受け、被災者同士の交流・助け合いをはかることを目的に被災者53世帯で発足。情報交換を中心とする会合を月1回開催。ピーク時約150世帯。
	10.31 ～ 11.15	復興住宅第1次一元募集 (約6,108戸)	今まではそれぞれ独自に受付・選定を行っていた公的賃貸住宅（県営、市営、公団、公社、特定有料賃貸住宅など）の被災地内での供給を今回から「災害復興（賃貸）住宅管理協議会」という連合体で一元化して行うことになった。
	2月	震災ボランティアネットワークいとでんわ 発足	震災後、静岡県からグループや個人で神戸に行きボランティア活動をしたメンバーによって設立。災害ボランティア体験学習の他、静岡県内の避難者への支援として交流会やイベントを実施。
	3月末	震災で奈良に移った人の会ふきのとう 発足	被災地外に避難した人は支援施策を受けられず「このままでは切り捨てられる」と被災者10人ほどで発足。110世帯が登録。月1回交流会「つどい」の開催、被災地情報を掲載した会報発行。
	3月末	公営・公団住宅等一時避難入居（無料）期限切れ	公団入居被災者連合会による陳情行動等を受け、公営・公団住宅は一時入居期限を有料（正規家賃）で1年間延長することを発表した。しかしこれまでの間に、各自治体から出された退去勧告を受け、転居した人、公団や民間住宅と正式入居（＝住民票の移動を伴う）契約を済ませた人も多かった。一方、仮設住宅の設置期間は2年間。この当時から既に延長は議論されており、最終的に解消されたのは5年後（H12年1月）だった。
平成8年度	4月	こころのケアセンター大阪支部配置	こころのケアセンター発足当初は、被災地内の設置に留まっていたが、県外仮設住宅での活動の必要性を唱え、1年遅れて正式活動開始となった。
	7.31～ 8.20	復興住宅第2次一元募集 (11,325戸)	仮設住民優先：6割
	9.28	フォーラム「帰りたい！帰れない 県外避難の実状と支援を考える」開催	未だ県外避難者の実状や今後の意向について調査されたこともない上、さらに、兵庫県が発表した復興プログラムの内容（民間賃貸住宅への家賃補助や再建住宅に対するローン利子補給等の被災者支援制度（H8年10月～）は県内の住宅のみ対象）から、県外被災者は切り捨てられるという不信感が一層高まった。そこで、実状と支援を訴えるため、県外被災者の団体（市外・県外避難者ネットワーク「りんりん」）を発足し、緊急集会を開いた。また、これを機に、被災者支援に関わっているボランティアグループのネットワークも図られた。
	10月	生活復興県民ネット発足	県民、各種団体、ボランティアグループ、企業等が生活再建に向けて結集したネットワーク
	10月	りんりん福岡発足	11.30初「集い」

10月	結い〜ふくおか〜	震災後被災地に駆けつけた福岡のボランティアが集まり発足。被災地支援に加え、福岡県に避難した被災者の会「りんりん福岡」をサポートし、集いの開催などネットワークづくりをサポート。
11月	ソクラテスプロジェクト電話相談開始	阪神・淡路大震災を契機に発足した神奈川県を中心としたソーシャルワーカーによるボランティアグループ「ソクラテスプロジェクト」が、被災地訪問活動に加え、関東在住被災者の実態調査を実施、さらに毎月1回、3日間のフリーダイヤルの電話相談を開始した。H9年1月からはフリーダイヤル等から得た「被災者同士で想いを話したい」という被災者のニーズに応え、一般ボランティアとともに交流会も開始した。
12月	ひまわり会（高松）	香川県営西春日団地に避難した被災者が同団地内の集会所にて月1回交流会を開催。 <H8年12.17りんりん初参加>
12月	「ふるさとひょうごカムバックプラン」発表	<p>県外被災者のための施策として・県外被災者専用フリーダイヤル設置（H9年12〜）・「ひょうご便り」創刊（H9年12）・民間賃貸住宅家賃負担軽減事業*、被災者雇用奨励金など、県内の住宅や事業所に限られていた対象を県外に拡充（H9年4〜）などを発表。</p> <p>兵庫県は県外避難者数を初めて55,000人程度と発表した。住民基本台帳の95年度の転出者を基に推計したもの。住民票を元の居住地に残したまま避難した人も多く、推計値が実数と大きく異なる可能性もある。県外避難者の実態把握はなされておらず、正確なところは不明のまま。</p> <p>*民間賃貸住宅家賃負担軽減事業： 県内の賃貸住宅（公団公社の賃貸も含む）の借主、家主、市町の3者協定による家賃補助制度（H8年10月〜）。震災時居住家屋が震災により滅失し（H9年10.1〜解体証明がなくてもそれに相当すると見なされる場合も可となった）、世帯の年間収入が一定基準以下の人を対象に、H8年10〜H12年3月までは支払い家賃分の半額（最高3万円）、H12年4〜H13年3月までは支払い家賃分の1/4（最高1.5万円）を補助するもの。（後に1/4（1.5万円）から1/3（2万円）に増額、支払期限も1年延長となり、H14年3月までは1/6（1万円）支給となった。H11年3月発表）</p> <p>当初は県内の民間賃貸住宅に限られていた上記の民賃家賃補助の施策を、県内対象事業開始の半年後のH9年4月、H14年3月末までに兵庫県に帰る意志のあることを条件に、県外の住宅にも適応されることとなった（H8年10月まで遡って支給）。</p> <p>その他、仮設住宅入居者を対象に、未完成の復興住宅に入居決定している場合、その住宅が完成するまで一時的に民間賃貸住宅を借り上げて提供し、月額上限7万円（最長2年間）と移転費用5〜10万円を補助する「公営住宅入居待機支援制度（H10年5月受付開始）」が設けられるなど、仮設住宅の解消を最優先課題とする行政施策がとられた。</p>
1.17	神戸市 市外避難者悩みごと電話相談（フリーダイヤル）設置	市外・県外避難者ネットワーク「りんりん」に委託
2月	りんりんの呼びかけで京都・堺で茶話会開催	京都ではボランティアの支援を受け、被災者交流会を継続。堺では、継続するためのボランティアが確保できず中断となった。
2.27〜3.19	復興住宅第3次一元募集（8,313戸）	仮設住民優先：県営住宅10割、各市営・公団・公社7割

平成8年度	2.28	県外で復興住宅入居説明会を初開催	横浜で県外被災者対象に初めて開催。ボランティア(県外避難者支援全国ネット、ツラサゴプロジェクト)主催、県と神戸市の担当職員も参加。その後、岡山、名古屋、千葉でも開催。
	3月	With You あいち 発足	「震災から学ぶボランティアネットの会」の一つのプロジェクトとして発足した県外被災者支援を目的とするボランティアグループ。電話相談、月2回の被災者対象茶話会開催。
	3.15	神戸YWCA救援センター東京支援会主催 震災被災者「交流お茶会」開催	神戸YWCA救援センターを支援する目的でH7年春、東京で結成、H9年より、関東圏に避難している被災者の支援活動を開始した「神戸YWCA救援センター東京支援会」が、「都庁職員阪神大震災ボランティアネットワーク」とともに住宅募集説明会をかねた第1回交流会を開催。都内で茶話会を定期的に開催する他、千葉、埼玉などでも実施。
平成9年度	4~5月	ふるさとひょうご交流会	「生活復興県民ネット」が、被災者同士の交流の機会づくりを目的に、ふるさとひょうごキャラバン隊を滋賀、愛知、和歌山、三重に派遣した。この交流会が被災者の会の発足に繋がった地域もあった。
	4月	りんりん愛知 発足	「With You あいち」主催の茶話会でふるさとひょうご交流会に参加した被災当事者で発足。ボランティアの支援を受けて茶話会を開催。愛知県内居住被災者推定90名中50名を把握。
	4月	滋賀で県外被災者の会 発足	これまで生活協同組合「コープしが」が被災者交流会やふるさとツアーなどを主催していたが、県民ネット主催ふるさとひょうご交流会を機に、被災当事者の会を発足し、「コープしが」の支援を得ながら、交流会等を主催するようになった。
	4.25	生活再建支援金制度 申請開始 (~H12年4.28)	被災した高齢者や要援護世帯の恒久住宅移行後の生活支援目的。家屋が全壊(焼)、または半壊(焼)かつ解体し、世帯主が65歳(H9年4.1現在)以上または要援護世帯、H12年3.31までに恒久住宅に入居し、世帯の住民税等が非課税の単身世帯に月1.5万円、複数世帯に2万円を5年間(特例措置として現在64歳の場合は4年間~62歳は2年間)支給。県外の場合は、居住地への住民票の移動が条件。→H8年6月、被災者自立支援金に統合。
	5月	被災者グループあじさいわかやま 発足	ふるさとひょうご交流会で知り合った被災者16人で発足。録音図書制作に取り組む「グループ声」の支援を得て、月1回の例会を開催。
	6.28	堺茶話会継続的に開催	H9年2月に学生ボランティア主催で開催したが継続スタッフが確保できず断念していた。被災者からの継続希望に応え、「こころのケアセンター」主催で継続開催することとなった。
	7.5~6	県外避難者支援を考える連絡会議	全国で県外被災者の会や支援者の会が発足し始めていたが、県外被災者の実態がつかめない、被災地の情報が届かない等の困難を抱えていた。そこで県外被災者支援に関する問題提起、情報交換を目的に、「こころのケアセンター」と市外・県外避難者ネットワーク「りんりん」との共催で泊まり込みの連絡会を開催。県外から18団体が初めて顔を合わせ、意見交換をした。他に、被災地内行政職員、ボランティアなどが参集した。
	8~9月	ふるさとひょうご交流会	「生活復興県民ネット」がふるさとひょうごキャラバン隊を東京、埼玉、千葉、香川、徳島、愛媛に派遣した。
	9.1~16	県外被災者対象県営住宅入居者募集(234戸)	県外被災者のみ対象の復興住宅募集の兵庫県の趣旨は、県外被災者の中でも住宅困窮度の高い民間賃貸住宅入居者に募集割れ住宅を斡旋することであったため、募集案内によると「県外の公営住宅正式入居者」は応募資格がなかった。正式入居者の多くは、避難先自治体の正式入居要請に応じて「一時避難入居」から切り替えたに過ぎず、帰りたい気持ちに変わりはないと県外被災者グループが連名で県に申し入れを行い、募集締め切り直前に正式入居者も受け付けるとの回答が出された。

平成9年度	9.26～10.28	復興住宅第4次一元募集 (15,608戸)	仮設住民優先：県営住宅10割、各市営・公団・公社8割。住宅確保のめどがたっていない仮設住宅入居者が約8,000世帯あり、仮設住宅の解消が最優先されたため、仮設住宅以外からの応募は困難を極めた(仮設住宅以外からの応募7,900、当選約1,000世帯)。第4次募集は最後の一元化募集、また、H10年1.17で震災特例公営住宅入居資格緩和策(説明後述)の期限が切れることなどから、県外避難者の中に、県内に戻る手だてがなくなるのではと危機感が高まった。
	10.5	県民ネット主催 県外に住む被災者のための集い	被災者やボランティアグループなど全国13都道府県から約150人が参加。被災者同士の仲間づくりの大切さやそのための苦勞などが発表された。
	10.24	りんりん主催 県外被災者フォーラム「希望は持てるのか」	約200人の被災者が参加し、県外被災者の複雑な心境や支援の難しさなどについて意見交換がなされた。翌日は、神戸市の協力で行われた復興住宅見学ツアーが行われた。
	10月	打てば響く会主催「つどいの会」開催	ふるさとひょうご交流会の愛媛開催時に、被災地内支援を継続していた地元ボランティアグループ「打てば響く会」にこころのケアセンターから県外被災者支援協力を打診していたが、それに応え、つどいの会の開催など県外被災者支援の取り組みを開始。
	12.1	中高齢恒久住宅自立支援金申請開始(～H12年4.28)	被災した中高齢世帯の恒久住宅移行後の生活支援目的。家屋が全壊(焼)または半壊(焼)かつ解体し、世帯主が45歳(H9年12.1現在)以上、H12年3.31までに恒久住宅に入居、世帯総所得合計額507万以下の複数世帯に月2万、単身世帯に1.5万円を2年間支給。→H8年6月に生活再建支援金とともに、被災者自立支援金に統合。
	1月	四国被災者ネットワーク「hand in hand」発足	ふるさとひょうご交流会(香川)に参加した地元支援者で発足。しかし交通の不便さなどから、西春日団地以外の県内に点在する避難者が集える場の設定は困難であった。
	1.16～2.6	第4次落選者対象募集割れ復興住宅再募集 (1,781戸)	
1.17	震災特例公営住宅入居資格緩和策 期限切れ	被災者には緩和されていた公営住宅入居資格が通常に戻るため、政令月収20万以上、50歳未満の単身者(生活保護受給者、1～4級障害者を除く)は申し込み資格を失った。通常は、県外に住居票を移している被災者は入居資格を失うが、兵庫県等は条例を改正し、当分の間申し込み可能となった。	
平成10年度	4.24～5.15	県営・神戸市営・明石市営共同募集 (6,953戸)	仮設住民優先：神戸市内の住宅と明石市営8割、神戸市外の県営住宅には優先枠なし
	4.25～5.12	上記住宅募集説明会	各地のボランティア主催、兵庫県・神戸市の担当職員も参加して、東京、神戸、京都、大阪、名古屋で実施。
	6.5	被災者自立支援金 創設	被災者生活再建支援法の国会の可決を受け、阪神・淡路大震災の被災者には行政措置として、既に支給が始まっていた生活再建支援金(H9年4月)と中高齢恒久住宅自立支援金(H9年12月)を統合・拡充し、「被災者自立支援金」を支給することを決めた。既存の両支援金での受給対象は、世帯主が45歳以上で総所得金額510万(=年収700万)円以下の世帯であったが、新たに、45歳未満でも総所得金額346万(=年収500万)円以下の世帯と、世帯主が60歳以上の場合は所得金額の上限が510万円以下から600万(=年収800万)円以下に上がるなど受給対象枠が広がった。新規受給対象者の受付は7.21から。支給金額は条件に応じて37.5万～120万。従来の支援金の受給者はその差額分を支給。仮設住宅入居者には恒久住宅移転後の支給であったが、その後、恒久住宅の移転が決まった世帯には引越し等の経費として一部を前倒し支給となった。

平成10年度	8.2	りんりん緊急集会	被災者自立支援金の申請期限（H12年4.28）目前に、県外被災者の中に、受給要件を満たしていながら、制度について知らなかった人がいたことから、ボランティア団体が受付期間の延長を要望。県は、県外被災者及びやむを得ない理由で申請ができなかった世帯に限り、特例としてH17年3月末まで申請期限延長を決定した（H12年4.24）。
	9月	「ふるさとひょうごカムバックプラン2」発表	県外被災者への支援が後回しにされてきたのは、その実体がわからないことによると、市外・県外避難者ネットワーク「りんりん」は行政による県外被災者調査を求めてきたが、兵庫県が支援のための調査はしないと回答したことを受け、知事に質問状を出し、県外被災者支援についての行政の真意を問うことを決定した。
	10.20 ～11.6	県営・市営（神戸、尼崎、川西、明石）住宅募集（4,034戸）	「ひょうご便り」に添付される登録用はがきで「兵庫県に戻りたい方」の登録を11月より受け付け、登録された一人ひとりの意向に沿った相談や情報提供を行うというもの。りんりん緊急集会での知事への公開質問状などに応えた形となった。
	3.31	こころのケアセンター大阪支部解消	震災後設定されていた「仮設住宅優先枠」が撤廃され「被災者優先枠」へ（県営8割、神戸市営6割）、また一般応募者の門戸も拡がった。
平成11年度	4.26～ 5.14	県営・神戸市営住宅募集（約3,092戸）	仮設住宅入居者が残り少なくなり、そのほとんどに転居先のめどが立ったことから、活動を終えた。
	6月	あじさい千葉 発足	今回から県や市は条例を改正し、市外県外に住民票を移した一部損壊や家屋未解体の被災者も「一般枠」で公営住宅への応募が可能となった。これまで、仮設住宅に入居していれば、損壊の程度や解体証明を求められずに「仮設優先枠」で応募できていたのに対し、仮設外に住む一部損壊や家屋未解体被災者が申し込める「一般枠」はわずかしかなかった。さらに、市外県外に住民票を移した一部損壊や家屋未解体の被災者は、公営住宅の入居条件である市内県内在住・在勤の条件からはずれるため、「一般枠」での応募もできなかった。
	11.21	こころのケアセンター主催 県外被災者支援交流会 開催	定期的に東京でお茶会を開催していた神戸YWCA支援会が、ふるさとひょうご交流会以降千葉でも不定期に開催していた。千葉在住被災当時者を中心とした会を発足し、今後は東京と千葉の毎月交互にお茶会を開催することとなった。
	1.14	仮設住宅全面解消	被災地や支援施策に関する情報不足や孤立感の解消などを目的に全国各地で生まれた県外被災者の会や支援する会であったが、震災から4年半が過ぎ、交流の目的、運営方法、継続のための資金調達の不安や限界を抱え始めた。そこで、5年目以降の会の存続、支援のあり方について検討するため、各地の県外被災者グループや支援グループ12団体が参集し、意見交換を行った。
	3.31	こころのケアセンター活動終了	災害救助法で2年間と定められた仮設住宅の使用期限は、特例として延長を繰り返し、震災5周年を前に全面解消となった。3.29には全仮設住宅の撤去も完了した。

巻末資料5 こころのケアセンター業務実績

1. 業務別 活動実績

表 1

	相談業務 延件数						巡回訪問 延件数	ｺﾝｼﾞ 回数	グループ活動（上段：回数、下段：延参加者数）					ほっと ライン
	来所	訪問	移動	電話	他	計			講演会	講習会	語らいの場	イベント・健診	計	
H7年度 (震災関連)	772 56.3%	1184 94.7%	246 87.8%	1407 55.5%	7 100%	3616 70.8%	1609	1471	54 3868	48 1517	68 1003	122 3138	292 9526	2145
H8年度 (震災関連)	1876 50.0%	3332 96.7%	686 88.5%	3552 48.7%	59 100%	9505 69.0%	4533	5013	90 5180	190 3681	537 6573	279 11708	1096 27142	97
H9年度 (震災関連)	2137 56.1%	4641 95.7%	541 76.9%	4298 41.9%	54 98.1%	11671 67.7%	4853	5667	68 5717	280 4897	606 7374	344 11387	1298 29375	
H10年度 (震災関連)	2606 49.5%	4419 95.3%	549 77.8%	5048 48.9%	121 70.2%	12743 66.6%	3648	5241	39 2210	205 3451	540 7244	454 15732	1238 28637	
H11. 4月	210	333	46	406	6	1001	270	433	0 0	6 81	37 449	33 1372	76 1902	
5月	192	296	48	343	6	885	219	361	5 413	4 53	42 583	28 1084	79 2133	
6月	191	393	58	411	7	1060	245	443	1 28	11 260	51 746	35 1350	98 2384	
7月	155	341	45	312	8	861	169	339	0 0	15 422	44 624	31 1050	90 2096	
8月	147	294	36	361	10	848	319	335	1 104	6 86	35 508	26 1319	68 2017	
9月	152	260	41	363	12	828	343	316	2 49	13 223	52 671	16 428	83 1371	
10月	170	268	53	328	12	831	279	275	4 341	15 269	50 757	27 1674	96 3041	
11月	180	273	46	301	10	810	116	292	4 289	16 260	43 594	24 854	87 1997	
12月	150	233	39	242	10	674	219	275	1 50	10 171	37 530	19 969	67 1720	
H12. 1月	67	160	34	229	3	493	73	211	3 140	9 134	17 240	19 306	48 820	
2月	81	154	35	225	2	497	74	181	3 710	14 253	26 379	18 242	61 1584	
3月	101	165	16	178	0	460	31	127	1 89	7 59	19 326	10 123	37 597	
H11年度 (震災関連)	1796 46.3%	3170 92.5%	497 78.7%	3699 42.0%	86 83.7%	9248 62.5%	2357	3588	25 2213	126 2271	453 6407	286 10771	890 21662	
5年間 合計	9187	16746	2519	18004	327	46783	17000	20980	276 19188	849 15817	2204 28601	1485 52736	4814 116342	

(1) 個別相談業務

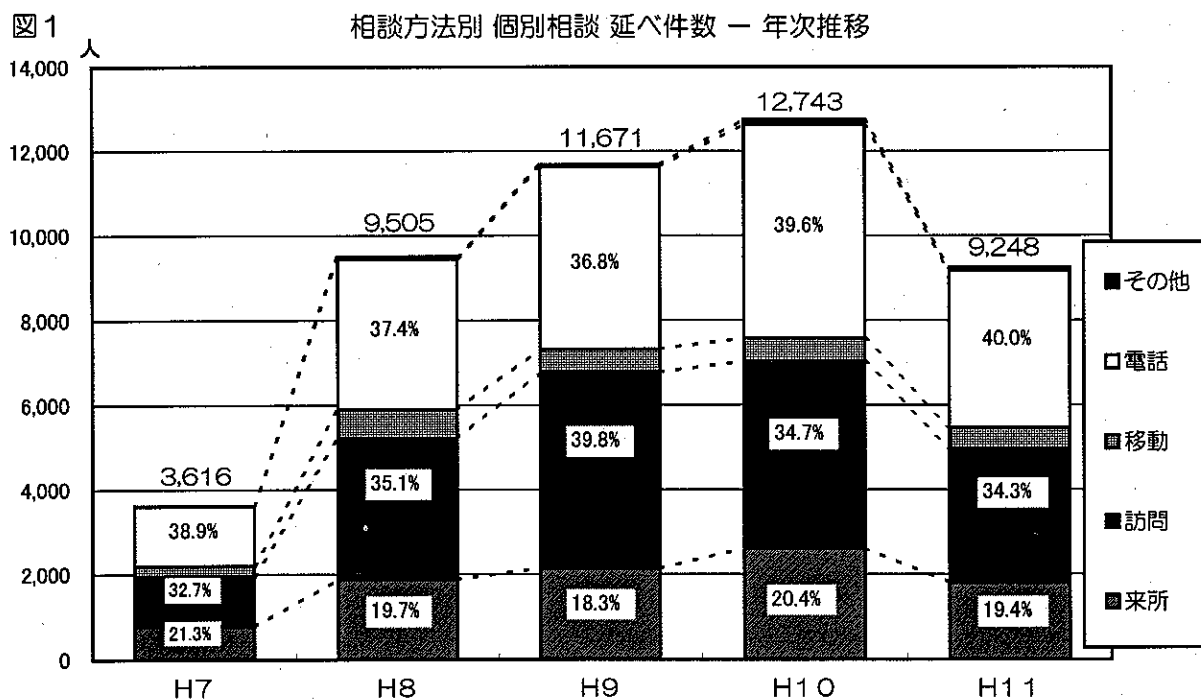
来所相談、電話相談、訪問相談（仮設住宅や災害復興住宅など相談者の自宅を訪問して対応する）、移動相談（保健所が公営住宅内の集会室などで実施する住民健診・健康相談会やイベント開催時に相談コーナーを設け、心理的な問題の相談に対応する）など、様々な方法で個別相談に応じた。その他は、手紙やFAXによる相談などである。

平成11年度は、こころのケアセンターの活動最終年度であるため、新規相談を受けるのは平成11年12月末までとし、電話相談は、1月17日の震災記念日の影響を考慮して平成12年1月末まで開設した。特に後半は、現状における震災の影響に注意しつつ、必要に応じて医療機関、保健所、ボランティアなどに引き継いでいく活動となった。毎年増加していた個別相談延べ件数が、平成11年度には減少しているが、このような相談業務期間の短縮によるものと思われる。

次に、延べ件数を相談方法別にみると（図1）、各方法とも減少しているが、特に来所相談件数の減少が大きい。相談方法の中で多いのは、例年同様、電話相談と訪問相談である。これは電話相談が相談者にとって身近な相談方法であり、訪問相談は援助者側が出向いていくという、相談者にとって抵抗が少なく利用しやすい相談方法であることに

加え、平成 11 年度は、既存の機関や援助者に円滑に引き継ぐために、新たな人間関係づくりには時間を要する相談者には、新しい支援者との同行訪問を繰り返したり、援助者の引継後も馴染むまでの間度々かかってくる電話を受けるなど、対応回数を重ねる必要があったことによる。

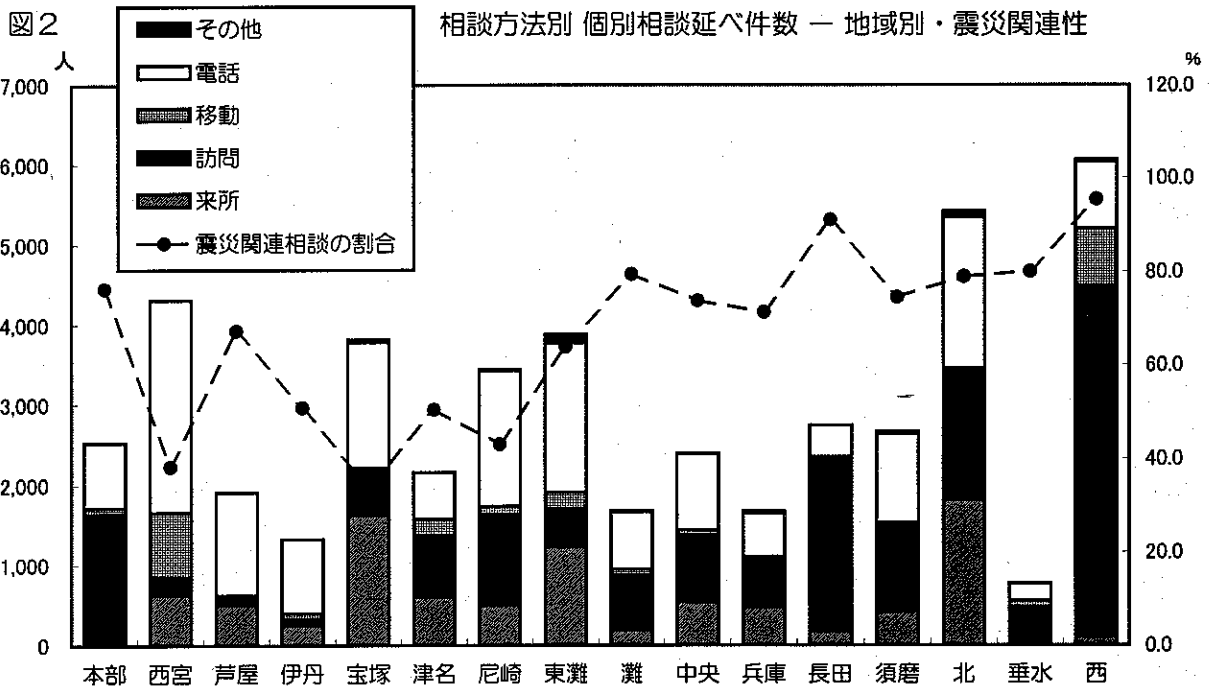
また、震災関連性が認められる相談の割合が年々少なくなっている（表 1）。特に、被災地における心理相談の新たな試みであった訪問相談や移動相談を除く、心理相談の一般的な方法である来所相談や電話相談では、震災関連性が特定できない相談が過半数を超えている。こころのケアセンターの定着とともに、既存の相談機関の一つとして利用されつつあったことが伺われる。



5 年間の個別相談延べ件数を、地域こころのケアセンターごとに相談方法別にみたものが図 2 である。（本部には、被災地外ではあるが 1,000 戸の仮設住宅が設置された東加古川仮設住宅と大阪府下の 3ヶ所の仮設住宅での活動も含む。）

全地域センターに一貫した活動内容を課したわけではなく、被災の程度、仮設住宅や復興住宅の設置状況、配置されたスタッフの特性、連携先の有無やそことの関係などは地域ごとに異なるため、各地域センターごとの活動を尊重してきた。従って、個別相談延べ件数の地域による多少や相談方法別の割合の違いは、相談者側のニーズ以上に、各地域センターの事情が反映されていると思われる。

その点は考慮しても、概ね被災地西部は訪問活動が中心で、東灘区と阪神間は来所相談や電話相談が多い。そして、訪問活動中心地域の相談は震災関連の相談の割合が高く、来所や電話など「相談者を待つ」場合、訪問に比べ震災関連相談の割合が低くなっている。訪問先である仮設住宅や復興住宅は高齢者率が高かった。彼らは待っていても相談に来ない。特に高齢被災者へのケアに取り組む場合、訪問相談という形態が有効だといえよう。



(2) グループ活動など

個別相談業務以外にも、巡回訪問、コンサルテーション、グループ活動などを実施した（表1）。その年次推移を表したものが図3である。

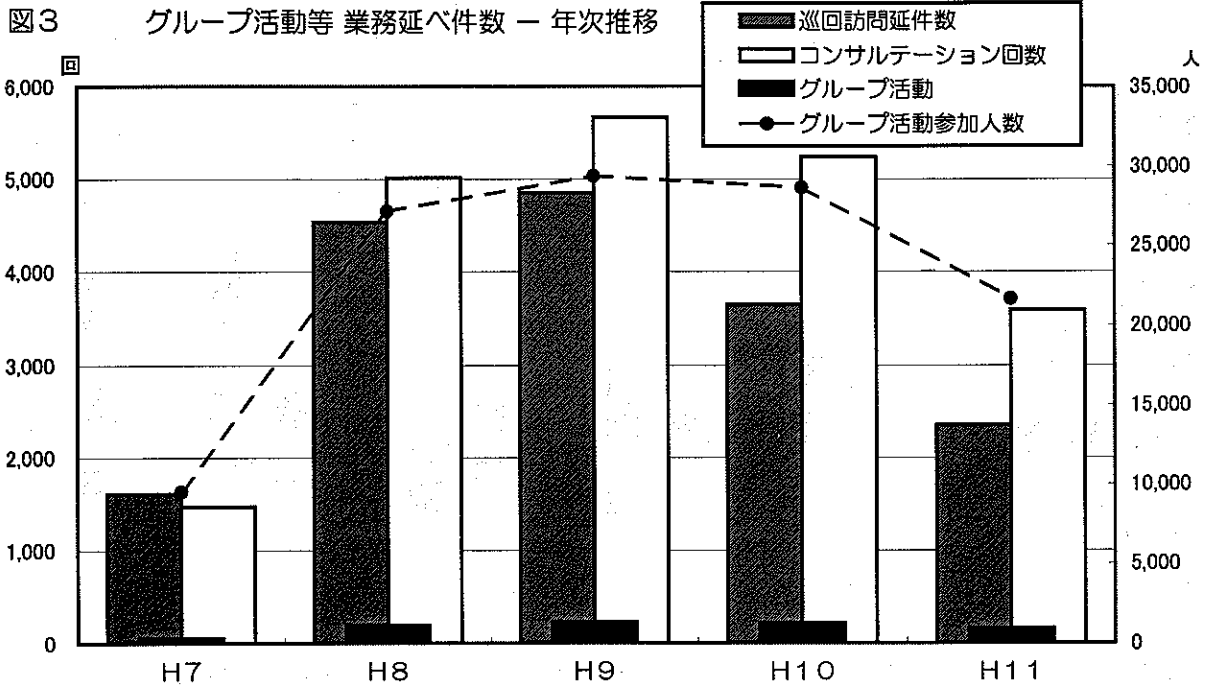
巡回訪問とは、具体的な相談はないが、仮設住宅内や復興住宅内での健康相談会や交流会などの周知のための訪問を利用し、閉じこもりがちな人の状況把握や関係づくりのために訪問したもの。

コンサルテーションとは、震災後、被災者支援として配置されたケア付き仮設住宅生活支援員、生活復興相談員、ふれあい交番員、恒久住宅生活援助員（LSA）、健康アドバイザーやボランティアの他、民生委員、ホームヘルパー、保健婦、ケースワーカーなどからのケース相談に助言したり、援助活動を通して抱えた葛藤や燃え尽き状態など、援助者自身の相談にも応じたもの。

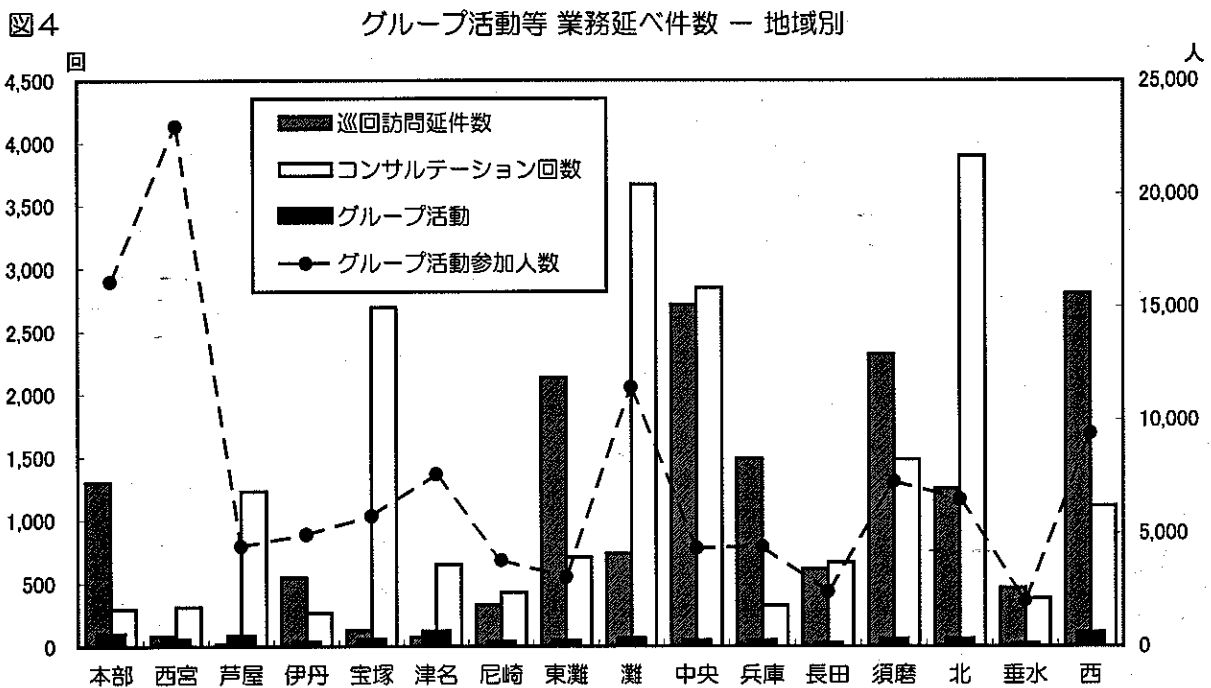
グループ活動とは、以下の事業である。

- ① 講演会：一般市民や関係者を対象に、メンタルヘルスに関する正しい知識の普及・啓発を目的に主催したり、他機関主催のものに講師を派遣した。
- ② 講習会：ボランティアや生活復興相談員など被災者支援に携わる援助者を対象に被災者への支援のあり方や援助者自身のメンタルヘルスケアに関する研修の企画・主催、他に、アルコール依存症者やその家族を対象とした依存症教室、支援関係者が集まって行う事例検討会を主催したり、関係機関と共催した。他機関主催の同様の講習会・研修会などに講師を派遣したものも含む。
- ③ 語らいの場：仮設住宅や復興住宅における住民同士の交流を目的に、健康講座、手芸やゲームなどのレクリエーション、保健所の栄養指導や血圧測定などの健康相談会にリラクゼーションや茶話会などを盛り込んだものなどを主催・共催した。県外においても被災者対象の茶話会を主催した。
- ④ 健診：保健所の住民健診や乳幼児健診などにおいて、ストレスチェックや発育や育児不安などの相談の場を設けた。
- ⑤ イベント：区や市が主催する市民健康フェアなどにおいて、相談コーナーを設けたり、ストレスチェックやパッチテスト（アルコール体質判定テスト）などを実施した。

平成11年度は、個別相談同様、活動期間を短くしたため、巡回訪問延べ件数、コンサルテーション回数、グループ活動、グループ活動への参加者数とも減少している。



5年間のグループ活動などの業務件数を、地域こころのケアセンターごとにみたものが図4である。



巡回訪問は、個別相談業務の訪問相談と同様に、神戸市内のセンターの方が阪神間の地域に比べ多い。相談には至らない安否確認や関係作りの訪問が、予防的効果を持ったり、個別相談に繋がっていったものと思われる。

コンサルテーション回数が多い地域は、保健所の他にも、福祉事務所、社会福祉協議

会、ボランティア、生活復興相談員、LSAなど様々な地域の援助者や社会資源と密な連携がとれていた地域だといえる。

グループ活動参加人数については、西宮こころのケアセンターと本部が多いのが特徴的である。本部のグループ活動参加人数が多いのは、地域センターと同様の被災者対象の茶話会や支援者向け講習会に加え、2度開催した国際シンポジウムをはじめ、被災地全域を対象とした講演会や講習会、被災地外での講演会を含むことによる。

西宮こころのケアセンターの多さについては、西宮市が従来行っていた住民健診に、県の西宮保健所との協力でストレスチェックを組み込んだ「西宮すこやか健診」を平成8年より継続的に実施してきたことによる。他地域にはないこの試みによって、効率的に広く市民に接することができた（詳細については西宮レポート参照）。

2. 個別相談者の傾向

(1) 個別相談者の年次推移（表2）

平成11年度は、年度末の業務終了を視野に入れ、新規相談の受理は平成11年12月まで、年度内の終了・引き継ぎを念頭においた対応となった。新規相談の受理件数は平成8年をピークに減少しているが、平成11年度の激減は、被災者の時間経過による問題の解消、心身の回復による減少に加え、当センターの業務の都合によるところが少なくない。この点を踏まえて検討する。

表2

	新規 相談者	性別		年齢					震災関連			住居		
		男性	女性	～19歳	20～49歳	50～64歳	65歳～	不明	無し	有り	不明	仮設住宅	自宅（復興住宅）	他
H7年度	747	243	504	25	239	189	267	27	141	580	26	458	257	32
%		32.5	67.5	3.3	32.0	25.3	35.7	3.6	18.9	77.6	3.5	61.3	34.4	4.3
H8年度	1,206	351	855	36	360	386	344	80	253	916	37	614	539	53
%		29.1	70.9	3.0	29.9	32.0	28.5	6.6	21.0	76.0	3.1	50.9	44.7	4.4
H9年度	1,015	317	698	18	333	299	292	73	339	648	28	414	564 (59)	37
%		31.2	68.8	1.8	32.8	29.5	28.8	7.2	33.4	63.8	2.8	40.8	55.6	3.6
H10年度	860	328	532	21	257	233	298	51	294	527	39	121	703 (295)	36
%		38.1	61.9	2.4	29.9	27.1	34.7	5.9	34.2	61.3	4.5	14.1	81.7	4.2
H11. 4月	67	26	41	4	14	20	25	4	20	43	4	2	63 (30)	2
5月	71	16	55	1	22	15	32	1	11	59	10	5	65 (43)	1
6月	100	30	70	0	21	37	42	0	27	68	5	0	96 (59)	4
7月	39	8	31	0	7	15	15	2	16	22	1	1	37 (19)	1
8月	50	17	33	0	13	14	23	0	16	33	1	2	47 (27)	1
9月	33	12	21	1	8	8	14	2	10	22	1	0	32 (19)	1
10月	48	15	33	2	8	22	14	2	11	28	9	0	48 (21)	0
11月	38	11	27	2	15	9	11	1	23	14	1	1	36 (12)	1
12月	11	5	6	0	1	3	7	0	5	6	0	0	11 (7)	0
H12. 1月	9	2	7	0	0	4	5	0	1	8	0	0	9 (5)	0
2月	5	2	3	0	4	1	0	0	3	2	0	0	4 (2)	1
3月	4	1	3	0	1	1	2	0	3	0	1	0	3 (0)	1
H11年度	475	145	330	10	114	149	190	12	146	296	33	11	451 (244)	13
%		30.5	69.5	2.1	24.0	31.4	40.0	2.5	30.7	62.3	6.9	2.3	94.9	2.7
5年間 合計	4,303	1,384	2,919	110	1,303	1,256	1,391	243	1,173	2,967	163	1,618	2,514	171
		32.2	67.8	2.6	30.3	29.2	32.3	5.6	27.3	69.0	3.8	37.6	58.4	4.0

- 注)
- ・新規相談者数には、その都度助言終了した匿名の電話相談は含んでいない。
 - ・震災関連については、震災の影響を訴えられる相談者だけでなく、震災の影響は直接的には認められなくても、仮設住宅や復興住宅に住む被災者は震災関連有りとして集計している。
 - ・震災関連性については、長期継続相談者の中には面接を重ねる中で関連有りと判明したものもあるが、ここでは、初回またはその後数回の相談内容で判断したものを計上している。
 - ・5年間のまとめに当たり、データを溯って精査の上、既発行の当センター報告書掲載集計を一部訂正した箇所がある。

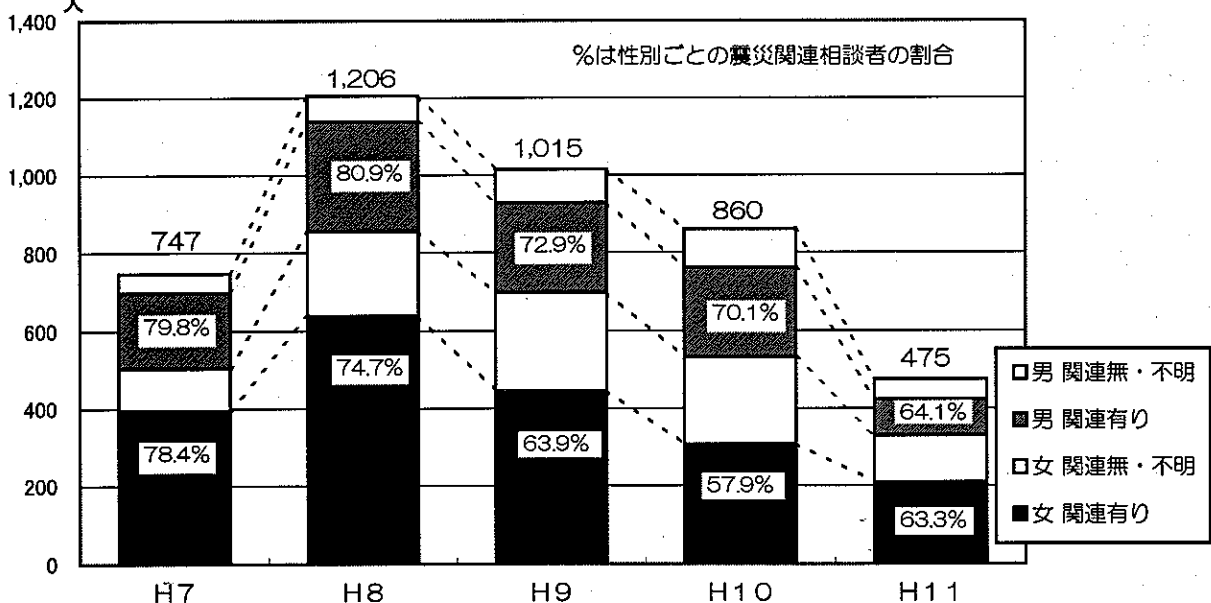
①性 別

相談者数の男女比は概ね3：7。女性相談者は平成8年をピークに時間経過とともに年々減少しているが、男性相談者は、こころのケアセンターの活動が定着してきた平成8年度から10年度にかけては、ほとんど変化がみられない。

次に、震災関連相談者の割合は、全体では初年度の8割弱から年々減少し、平成11年度には6割強にまで減っている。その推移を性別で見ると(図5)、男女ともに年々減少しているが、毎年男性の方が震災関連相談の割合が高い。特に、平成8年度から10年度は、女性の震災関連相談者の割合の顕著な減少に比べ、男性の割合の減少は緩やかである。

つまり、震災やその後の環境の変化などによる心身への影響に、女性は男性に比べ敏感で、早い段階から相談を求めている(あるいは、われわれ援助者の目には問題が顕在化している)人が多い。一方男性は、相談への抵抗感がより強いためか、初期の段階でも女性のような過敏な反応は示さない。しかし、多くの女性が示した震災後初期の影響が、時間とともに終息していくと、時間経過では癒されない、あるいは時間経過によって問題が深刻化して相談現場に浮上してくる人々の数には、顕著な男女差はないといえる。

図5 個別相談者の受理年次推移 - 性別・震災関連性



注) 図内の震災関連性については、初回相談時の判別ではなく、継続相談内容を踏まえて判別し直したものを。従って、初回相談時には「関連無・不明」であったが、その後の相談の中で関連性が認められたものは「関連有り」に含む。

②年 齢

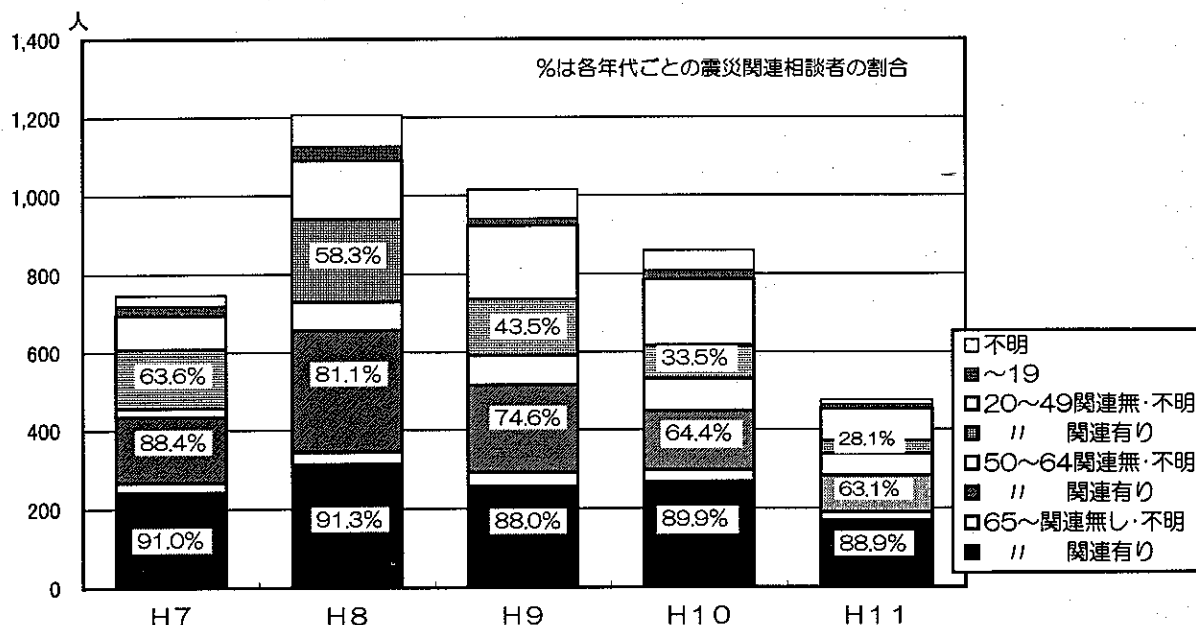
相談者数の年代別の推移を見ると、どの年代も平成8年度をピークに、平成11年度にかけて減少はしている。しかし、65歳以上の高齢者層は、平成10年度が前年度より微増しているなど、若い層が年々減少しているような明確な減少傾向にあったとは言い難い。

年代ごとの震災関連相談者の割合をみると(図6)、どの年度も高齢者層の方が震災関連相談の割合が高い。さらに、若い層の震災関連相談の割合が年々顕著に減少しているのに対し、高齢者層の震災関連相談の割合は高いままほとんど変化がない。

ある区の仮設住宅で継続的な対応によって安定を取り戻しつつあった人が、他区の復興住宅への入居後、再び支援が必要となった場合、新たな区で新規相談として計上した。高齢者の場合、このようなケースが少なくなかった。

つまり、若い層への震災やその後の環境の変化などによる心身への影響は、震災後の時間経過の中で癒されていくが、高齢者層は、若い層より回復に時間がかかる上に、仮設住宅から復興住宅への転居などは、新しい環境に移る不安や不適應などを生む。高齢者にとっては、復興過程の時間経過は、新たなストレスをもたらしているともいえる。

図6 個別相談者の受理年次推移 - 年代・震災関連性



注) 図内の震災関連性については、初回相談時の判別ではなく、継続相談内容を踏まえて判別し直したものの。

(2) 初回相談内容の年次推移

表 3

	新規相談者	睡眠障害	不安行動	PTSD特有の症状	うつ状態	その他の気分変動	アルコール関連	幻覚妄想	奇行迷惑行為	対人関係上の問題	身体的問題	他の精神的問題	他(身体・精神的問題以外)	不明
H7年度	747	104	239	28	128	30	47	32	47	160	163	61	59	3
%		9.4	21.7	2.5	11.6	2.7	4.3	2.9	4.3	14.5	14.8	5.5	5.4	0.3
H8年度	1206	185	388	42	213	28	88	40	48	343	263	84	70	1
%		10.3	21.6	2.3	11.9	1.6	4.9	2.2	2.7	19.1	14.7	4.7	3.9	0.1
H9年度	1015	116	387	22	206	18	106	31	33	342	197	47	53	3
%		7.4	24.8	1.4	13.2	1.2	6.8	2.0	2.1	21.9	12.6	3.0	3.4	0.2
H10年度	860	57	267	31	147	16	89	37	22	307	168	40	56	0
%		4.6	21.6	2.5	11.9	1.3	7.2	3.0	1.8	24.8	13.6	3.2	4.5	0.0
H11.4月	67	5	12	6	13	1	13	1	4	17	15	4	4	0
5月	71	3	20	11	11	3	4	5	1	25	8	3	4	0
6月	100	9	28	10	26	1	12	1	1	30	13	8	3	1
7月	39	2	11	7	10	0	1	2	2	10	9	1	1	0
8月	50	5	17	4	9	1	2	4	1	18	8	2	1	0
9月	33	5	4	2	5	2	4	1	1	10	5	5	0	0
10月	48	4	12	3	10	1	1	1	1	23	8	2	5	0
11月	38	1	12	2	8	4	2	2	1	14	10	2	1	0
12月	11	0	3	2	2	0	1	1	0	4	1	2	0	0
H12.1月	9	0	1	0	3	0	0	0	0	4	3	0	0	0
2月	5	1	0	1	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0
3月	4	0	0	0	2	0	0	1	0	3	0	1	0	0
H11年度	475	35	120	48	102	13	41	19	12	160	80	30	19	1
%		5.1	17.6	7.1	15.0	1.9	6.0	2.8	1.8	23.5	11.8	4.4	2.8	0.1

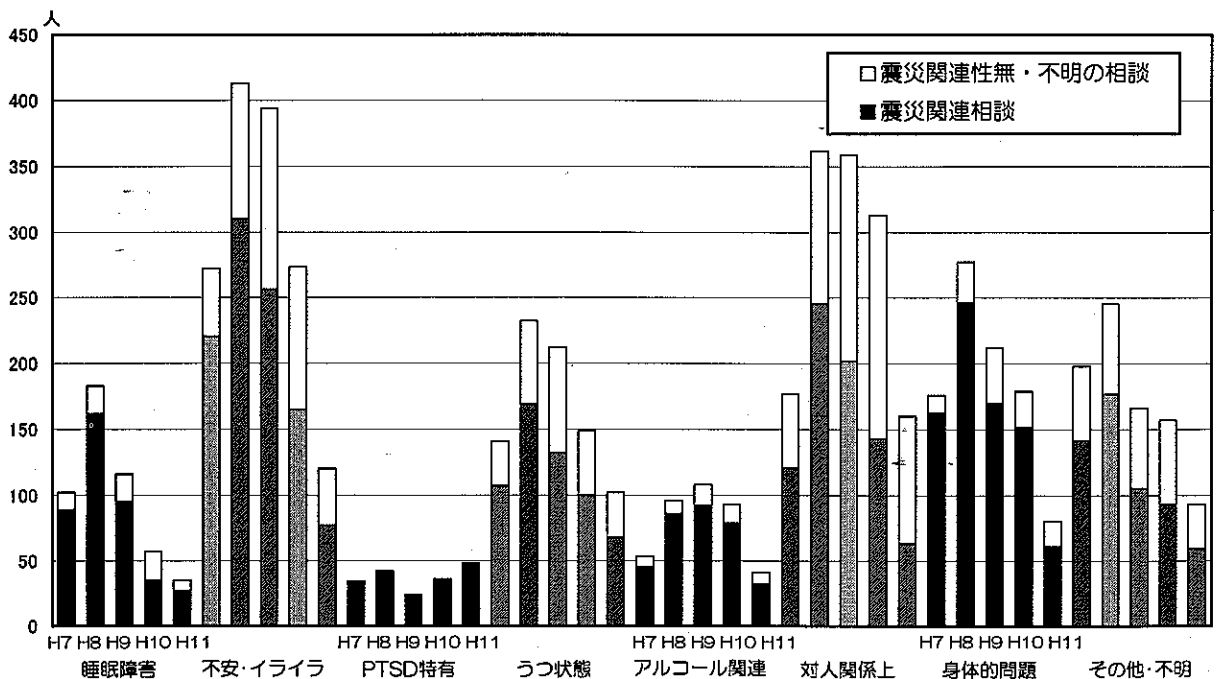
注) ・新規相談者数には、その都度助言終了した匿名の電話相談は含んでいない。
 ・ここで示す相談内容は、相談者からの主訴そのままではなく、また疾患別の診断でもなく、相談・援助の対象となった主な内容の2つ以内を相談員が12のカテゴリー(資料1参照)に分類したものである。
 ・%は、2つ以内をあげた全相談内容の割合(相談内容別の相談者の割合ではない)。
 ・5年間のまとめに当たり、データを溯って精査の上、既発行の当センター報告書掲載集計を一部訂正した箇所がある。

<資料1>

相談内容の内訳一覧

1. 睡眠障害 : 入眠困難, 途中覚醒, 早朝覚醒, 熟睡感なし, 過眠
 2. 不安・イライラ : 不安, イライラ, 落ち着きがない, 恐怖, パニック, 強迫
 3. PTSD特有の症状 : 侵入的回想(フラッシュバック), 反復する夢, 類似の刺激を避ける, 類似刺激への過敏な反応
 4. うつ状態 : 意欲低下, 疲れやすい, 気分が晴れない, 集中力低下, 決断力低下, 自己評価の低下, 自責感, 罪責感, 悲哀, 悲観的, 絶望感, 希死念慮, 自殺未遂
 5. その他の気分変調 : 気分が安定しない, 気分が変わりやすい, 躁状態, 軽躁状態
 6. アルコール関連 : 問題飲酒, 離脱せん妄, 病的酩酊
 7. 幻覚・妄想 (精神疾患は特定しなくてもよい)
 8. 奇行・迷惑行為 (病的な体験の有無に関わらず行動上の問題が主体の場合)
: 不潔, 自閉的な生活, 独語・空笑, 奇妙な会話・行動, 規則破り・あるいは接触行為
 9. 対人関係上の問題 (社会生活上の問題、ことにパーソナリティ上の問題を想定している。
: 明らかな精神病状態に伴うものは除く)
過度に依存的, 持続的な人間関係・円滑な人間関係がもてない, 人を寄せつけない・孤独を好む, 演技的・周囲を振り回す, 些細なもめ事が絶えない
 10. 身体的症状 (身体的基礎疾患があるか否かは問わない)
: 頭痛・頭重感, 全身倦怠感, 動悸・息切れ・振戦, 頻尿, 便秘・下痢, むかつき・腹痛・食思不振, 腰痛
 11. その他の精神的問題 : 精神運動興奮・錯乱, 昏迷, 痴呆症状(記憶力低下を主体とする), 精神的発達遅滞, てんかん, 過食・拒食, その他の物質依存・乱用
 12. その他・身体的・精神的問題なし (住宅・経済など生活上の相談などで心身ともに明らかに問題がない場合。生活上の問題を原因に心身に影響が出ていたら上記の項目を優先)
99. 不明

図7 相談内容ごとの年次推移



注) ・「その他・不明」には、「その他の気分変調」「幻覚・妄想」「奇行・迷惑行為」「他の精神的問題」「その他、身体的・精神的問題以外の相談」「不明」を含む。
・相談内容分類は初回相談時の内容によって分類しているが、震災関連性については、初回のみで判別ではなく、その後の継続相談内容を踏まえて判別し直したもの。

① 相談内容と震災関連性

初回相談時の相談内容の年次推移に、相談者の震災関連性を加えたものが図7である。全相談の内、多い相談内容は、平成11年度も例年と同様、「対人関係上の問題」と「不安・イライラ」であった。震災関連相談のみで見ると、前年度までは「不安・イライラ」「身体的問題」に次いで「対人関係上の問題」が多かったが、平成11年度は、「不安・イライラ」に次いで「うつ状態」となっている。次いで「対人関係上の問題」「身体的問題」と続き、これらに顕著な差はなくなっている。また、「対人関係上の問題」は、総数は多いがその過半数が震災関連性が認められない一般相談となっている。

相談内容の分類項目・分類要件<資料1>の設定の仕方によって、精神病状態が認められない相談者の場合は、幅広い内容を含み得る「対人関係上の問題」か「身体的症状」、心理状態としては「不安・イライラ」に分類されがちであった。「不安・イライラ」の原因や「対人関係上の問題」の具体的中身は、震災からの時間経過によって、あるいは被災者の復興状況によって変化していくものと思われるが、上記分類項目でコード化したデータでは、残念ながら読みとることができなかった。

② 「PTSD特有の症状」の増加について（表3，図7）

新規相談受理件数の減少によって、どの相談内容も減少している中で、「PTSD特有の症状」が増加している。これは、平成10年度に実施したPTSD症状を問う面接調査（CAPS）結果のフォローによるものや、最終年度にあたりPTSDの早期発見（関係性を築いていく中で徐々に捉えていこうという姿勢ではなく）を心がけたことによるものと思われる。こうした人々は、震災からの時間を経て、遅発的に症状を呈したと考えるよりも、援助者側のPTSDに対する敏感さを持った関わりにより、潜在化していたものに気づけたと捉える方が事実在即しているように思われる。

つまりPTSDは、PTSD症状を捉えようとする視点を援助者側が持つことによって、ようやく問題が表出されるという把握し難い側面を持つということ。そして、ケアされない場合は、トラウマ体験からの時間経過だけでは癒されず、辛い症状を抱え続けている人々がいるという事実を認識しておかなければならない。

震災を風化していく時間経過の中で、今後ますます震災というトラウマ体験や症状は表出されにくくなるであろう。また、PTSD症状が残っている人々には、地震というトラウマ体験だけでなく、その後の度重なる転居や先行きの目処が一向に立たない絶望感などの2次的影響や、震災後の年月の中で大病を患うとか介護疲れや配偶者の死といったさらなる体験が複雑に絡まりあっている場合が少なくなかった。その複雑さにより、表面的な問題への援助に終始してしまい、PTSDに対する適切な援助がなされ得ない可能性も危惧される。

これからも一層の援助者のPTSDに関する研鑽と長期的視点を持った関わりが必要であろう。

巻末資料6 こころのケアセンター調査研究一覽

調査研究名	調査期間	調査対象	主な調査内容・結果
第1回 阪神・淡路大震災後の 芦屋市民への精神保健調査 (実施：芦屋こころのケアセン ター)	H7. 9	無作為抽出した20 歳以上の芦屋市民 3,000人	対象者にアンケート調査票を送付し、記入後郵送によって回収した。有効回答1,540通。アンケートは、精神科医師等の専門家によってDSM-IIIの診断基準を参考に「PTSDに関する質問」と「抑うつに関する質問」を主軸とした質問紙票を作成した。回答には、ライフラインにまつわる不安が多く訴えられていた。
第2回 阪神・淡路大震災後の 芦屋市民への精神保健調査 (実施：芦屋こころのケアセン ター)	H9. 2	無作為抽出した20 歳以上の芦屋市民 3,000人	対象者にアンケート調査票を送付し、記入後郵送によって回収した。有効回答1,276通。アンケートでは、PTSDや抑うつ症状、被災状況などを質問した。抑うつ症状に関しては、抑うつ症状尺度(SDS)を使用し、前回より詳しく抑うつ症状を見ていくこととした。その結果、抑うつ傾向にある人は、33.7%であった。
阪神・淡路大震災後の精神科診療所の利用状況調査(実施：兵庫県精神神経科診療所協会)	H7. 12～	兵庫県精神科診療所協会に所属していた診療所	アンケートを送付。精神科診療所の定点観測や、精神科診療所スタッフの精神的被災について、精神科診療所の新旧の利用者にみられた震災の精神的影響についての調査を実施。
阪神・淡路大震災で活動した 消防職員のメンタルヘルス調査 (第1次)	H8. 2～3	兵庫県内33消防本部の全職員5,103名	調査票を職場を通じて各自に配布。4,780名分集計。勤務地について、神戸・尼崎・西宮・芦屋・伊丹・宝塚・川西・明石市と淡路広域の9ヶ所を被災地内、それ以外を被災地外とし、さらに被災地外群については救援の派遣時期で分け計4群を比較した。(地震発生後1週間以内に被災地の救援に派遣された者を「早期派遣群」、それ以降に派遣された者を「後期派遣群」、派遣されなかった者を「待機群」と分類した。)本調査では、個人的被災状況や、救援活動に際しての精神的ストレスが心身の健康にどのような影響をもたしているかを調べるために、2つの時点(消防業務が通常の体制に戻った震災から3ヶ月経たH7.4月下旬頃と、本調査が実施された震災後約13ヶ月を経たH8.2月頃)における心身の状態を尋ねた。前者については当時の状況を振り返り質問項目に答える方法を用い、後者については出来事インパクト尺度(I.E.S)等を用いては当時の状況を振り返り質問項目に答える方法を用い、心身共に震災の影響があったと回答した割合が、被災地内群9.3、早期派遣群4.3、後期派遣群3.9であり、被災地内群で有意に高かった。
阪神・淡路大震災後の精神科救護所の利用状況に関する調査	H9. 2～6	被災地内の10保健所に開設された精神科救護所	調査時点で保健所に保管されていた震災当時の記録を閲覧し、共通のフォーマットで情報を収集した。転記は精神科医が行い、性別、年齢、受診時の居所、被災状況、受診形態など26項目について集計。2,112件集計。各地域の救護所の成り立ちや活動方針には、被災状況、医療機関の被害程度などの違いから、大きな地域差があった。薬物投与機会の多寡によって、投与の割合が5割以上の地域を「医療型」、3割以下を「保健型」それ以外を「中間型」として、受診状況、診断、治療、介入などの項目について比べた。医療型救護所では、来所による直接診断が多く、現在治療中の者が医療を継続するために受診している場合が多く、保健型は往診が多く、未治療あるいは初発および再燃例が多い傾向にあった。
阪神・淡路大震災で活動した 消防職員のメンタルヘルス調査 (第2次)	H9. 3	第一次調査で再調査の協力同意が得られた811名	第1次調査で使用したI.E.Sなどのストレス尺度に追加して、抑うつ症状尺度(SDS)と心的外傷時解離体験尺度(PDEQ)を含む自己記入式質問紙(MPI)を、調査対象者の自宅に郵送。有効回答521名。外傷性ストレス症状による心理面の影響による仕事や生活上の支障や困難は、震災直後から6ヶ月では40%の者に見られた。時間経過と共に、順調に改善傾向が認められているものの、震災後1年半から2年の段階でも、6.7%の者が心理面の影響のために社会生活上の支障や困難を感じていた。外傷性ストレス症状の影響は、さらに大きく認められた。救援活動中の生命危険性や悲惨な光景など、非常事態ストレスにより強く暴露した職員では、震災後26ヶ月時点においても、なお21.3%がPTSD相当事例であることがあきらかとなった。非常事態ストレスの暴露がより少なかった者では、8.3%であった。

主な調査内容・結果		
調査研究名	調査期間	調査対象
教職員のメンタルヘルス調査	H9.3	兵庫県下の公立小・中・高等学校教職員総計266校、8,071名
阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査(第1次)	H10.9~12	兵庫県加古川市内の仮設住宅住民および復興住宅住民
阪神・淡路大震災で活動した消防職員のメンタルヘルス調査(第3次)	H11.8~12	神戸市消防局職員
阪神・淡路大震災被災者のPTSDの遷延化に関する面接調査(第2次)	H11.12~H12.4	第1次調査の被調査者のうち追跡可能であった26名

<p>個人的被災状況、学校に設けられた避難所の規模と期間、震災および避難所が学校業務に与えた影響、被調査者個人の心身の状態に関する各種の評価尺度を中心とした自記式質問紙によるアンケート調査を行った。評価尺度としては、一般健康調査質問票30項目版(GHQ-30)、出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)、ストレス点数表の3尺度を用いた。有効回答5,522通。被災地に勤務する教職員は、勤務先が避難所になったかどうかにかかわらず強い心理的影響を受けたという結果であった。</p>
<p>加古川市内の仮設住宅および復興住宅住民を対象に、構造化面接を含む調査を行った。構造化面接としては、PTSD診断にCAPSを用いた。また、SCID非患者用版の該当部分を用い、調査時点での大うつ病エピソードの有無を診断した。さらに、自記式評価尺度については、PTSD症状の評価に出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)、抑うつ症状の評価に抑うつ症状尺度(SDS)を用いた。CAPSによるPTSD診断では、調査時点においてDSM-IVの基準をすべて満たす者は、86名中8名(9.3%)であった。震災時から面接時点までの期間内にPTSDと診断できる時期のあった者は19名(22.1%)認められた。</p>
<p>神戸市消防局職員を対象に、H11.8月にアンケート調査を行い、9~12月に面接調査を行った。アンケートの有効回答は、1,211件。アンケートは、調査時点のPTSD症状に関しては出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)、抑うつ症状に関しては抑うつ症状尺度(SDS)を用いた。結果の解析にあたっては、震災当時に消防隊員であったかどうか、および実際の活動状況によって、4群に分類比較した。(震災当時に消防隊員でなかった者を「非隊員群」、隊員であったが現場活動に従事しなかった者を「待機群」、現場活動に従事した者のうち、現場活動中に生命的危険性を感じたが現場活動に負担が精神的に負担となった者を「高暴露群」、それ以外の者を「低暴露群」と分類した。)それぞれが全体に占める割合は、「非隊員群」104名(8.6%)、「待機群」153名(12.6%)、「低暴露群」1317名(26.2%)、「高暴露群」637名(52.6%)である。IES-R25点以上のハイリスク者は、高暴露群では16.3%と最も多く、ついで待機群12.4%、非隊員群5.8%、低暴露群4.1%の順であった。全体では、11.7%であった。PTSD症状などによって心理的な苦悩あるいは生活への影響を自覚していた者の割合を自覚していた。面接調査は、H11.9~12月に任意に協力した88名を対象にして、構造化面接(CAPS)を含む面接調査を行った。また、自記式尺度としては、PTSD症状に関する診断にIES-R、性格検査としてモーズレイ性格検査(MPI)、ストレス状況にどのように対処法を用いたかを見るためにラザルス式ストレスコーピングインベントリー(SCI)を用いた。構造化面接による診断では、調査時点でPTSDと診断される者は88名中6名(6.8%)、厳密に診断できないが3大症状をすべて有している不全例が10名(11.4%)認められた。また、4年半の経過中に診断可能な時期があったとできる者は14名(15.9%)、その不全例は18名(20.5%)であった。PTSDの遷延化に影響すると言え、現場活動で経験した非常事態ストレスの大きさ、および個人的な生活再建上のストレスであった。また、性格傾向としては、神経症的傾向が影響していた。</p>
<p>加古川市内の復興住宅住民を対象に、構造化面接を含む調査を行った。構造化面接としては、PTSD診断にCAPSを用いた。また、SCID非患者用版の該当部分を用い、調査時点での大うつ病エピソードの有無を診断した。さらに、自記式評価尺度については、PTSD症状の評価に出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)、抑うつ症状の評価に抑うつ症状尺度(SDS)を用いた。</p>

<p>阪神・淡路大震災県外居住被災者のPTSDと被災地外生活の心身への影響に関する調査</p>	<p>HI1.8～ HI2.3</p>	<p>県外被災者対象の 茶話会の出席者</p>	<p>県外被災者対象の茶話会に出席していた被災者の中で、調査の協力の同意を得た28名に面接調査を行った。調査は、面接調査と自記式質問紙を組み合わせて行った。面接調査は、PTSD診断のための構造化診断面接(CAP S)を含む調査を行った。また、県外に避難した経緯や茶話会の意義などについても聞き取った。自記式質問紙は、抑うつ症状評価尺度(SDS)と、ストレスコーピングや身体症状などについての質問を用いた。</p>
---	-------------------------	-----------------------------	--

[研究体制]

研究部長 加藤 寛
主任研究員 藤田昌子
研究指導者 鄭 若瑟

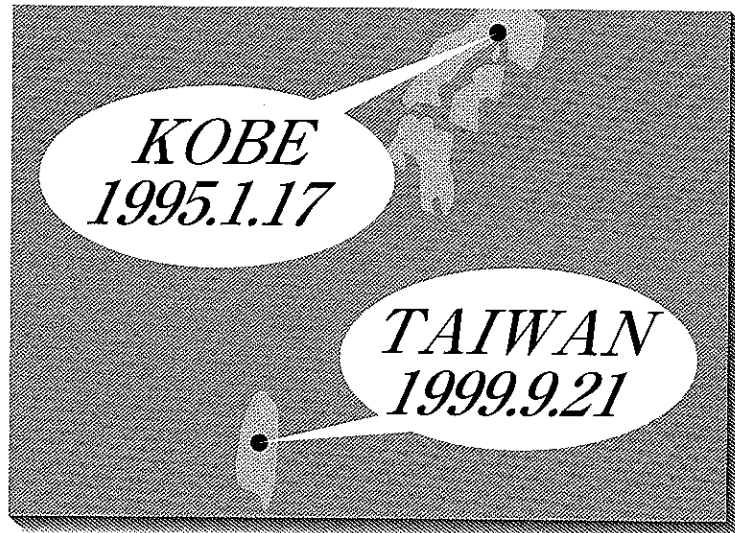
「災害後のメンタルヘルス活動に関する国際比較」

—阪神・淡路大震災と台湾大地震の比較を通して—

発行 2001年3月発行

発行者 (財)長寿社会研究機構 ころのケア研究所

印刷 株式会社 旭成社



(財)兵庫県長寿社会研究機構
こころのケア研究所