

震災と医療人

大松 美樹雄 (京都府/勸怠川勤労者厚生協会)

I. はじめに

「阪神・淡路大震災は『経済大国の終焉』を予告するような悲劇であった」（宮本憲一「都市経営から都市政策へ」『世界』1995年4月）と経済学者は言う。そして今特徴的なことは、「経済大国」路線にそって定められてきた既存のルールを、わたしたちの国と自治体は、都市計画、社会資本整備、福祉・保健・医療等々いずれの分野でもまったくかえようとしていないことである。

4月17日のNHK「クローズアップ現代」は、神戸市灘区の西病院の再建に向けた取り組みを詳しく放映した。院長は外来診療だけを続けながら、救急医療などで地域医療をささえてきた病院の再建をめざし14億円あまりの資金をつくるために公的な補助を求めているが、厚生省は全壊した民間医療機関の建直しには病院近代化整備事業を適用する（ベッドを10%カットすれば補助をだす）という基本路線であり、1ベッド当たりの面積基準との関係もあいまって結局病院は144ベッドを98にするしか補助を受ける道がないという結論であった。院長は苦悩の末、透析部門のカットを決断するのだが、ここには厚生省がいままでの基本政策——ベッドをへらし患者を医療機関にアクセスさせないようにする——を被災地でも押し通す姿をリアルにみることができる。

各自治体の都市計画審議会での都市計画決定の強行など全てに共通した国・自治体と地域の現実を、医療の側面からみていきたい。医療支援は極めて多数の個人・団体によって行なわれたが、私の勤務する法人から東灘区・東神戸病院への全日本民主医療機関連合会加盟病院としての支援活動を通じてみたこと、考えたことを未整理であるが題材とさせていただく（聞き取りと全日本民医連

新聞などを活用した）。

II. 震災の真ん中で

東神戸病院の地震後の取り組み全体については『震災の真ん中で—東神戸病院4診療所震災後31日間の記録』（医療法人神戸健康共和会、関西共同印刷所扱い）が貴重な医学的データも含めて刊行されており、ぜひ参考にされたい。この記録をもとに地震発生直後の病院の動きをみてみよう。

- 17日 5:46 地震発生、停電、酸素停止、断水ガス停止。
- 6:00 付近の住民が殺到、近隣在住の職員がただちにかけつける。
救急車で次々に重傷者が運びこまれる。
- 昼 この間も負傷者、続々と来院（初日の来院者は500人以上と推定されるが詳細は不明）。
- 16:40 姫路医生協の応援到着。
- 19:00 大阪・姫島診療所の応援、バイクで到着。
- 23:00 大阪・西淀病院からの応援、車3台到着。
- 24:00 姫路医生協、いったん姫路にもどって岡山民医連の支援と合流、かけた。
- 18日 1:30 京都に集結した民医連の支援部隊救急車の先導で到着。
・内臓破裂の患者さん、緊急手術にて救命
- 19日 ・避難所訪問開始
- 20日 ・地域医療班正式に開始。
- 21日 ・ヘリコプター移送などで128人の臨時収容がいったん83人に減少する

何も災害時のためだけではなく日常的にも、市民の暮らしを具体的に支えるためには、一人ひとりの状況にあわせて、地域の支援を組織する、地域を熟知した専門職が不可欠だ。

神戸市の福祉計画は、国が相談機能強化のために、ゴールドプランで設置を促進している在宅介護支援センターを1カ所も計画化せず、社会福祉協議会による住民組織化に、地域福祉のすべてをゆだねている。全面的に見直される必要がある。

被災地の活動から学ぶもの

震災後長田区で、全国からきたボランティアの協力で地域支援活動を展開しているところでは、地域に拠点があったことが生きたし、地域に目を向けることができる医療・福祉専門職がボランティアをみごとに組織していた。

長田区では、ながた高齢者・障害者緊急支援ネットワークがつくられ、市立在宅福祉センター「サルビア」のデイサービスルームを使って、18床の緊急ベッドを設置、介護が必要な人、虚弱な人を避難所から引き取りケアしている。開業医や神戸協同病院の医療支援を受けて、近くの特別養護老人ホーム・ケアホームながたの職員の指導によりながら、全国からきたボランティアがケアの体制をつくっている。ここには、介護福祉士など全国の介護専門職の応援体制もある。緊急時の医療派遣はこれまでも取り組まれていたが、介護職の派遣は、日本でははじめての経験だろう。

神戸協同病院の近くに、特養ホームをつくる会から発展した神戸福祉会・駒どりの家がある。ここでは、4年前から、住民の手による高齢者の昼食会を始め、被災前は週1回の昼食会と、週2回の痴呆性高齢者のデイホーム（託老所）を開設していた。「安心してボケられるまちをつくろう」というすばらしいスローガンも生み出した。

震災後、何とか建物が大きくは壊れずにすんだ駒どりの家は、水道もガスもない状況の中で、2月13日から活動を再開し、どうせやるならと、毎日、デイサービスを開所した。ボランティアの若者の協力で、水を確保し、プロパンガスを入れ、

暖かい食事と風呂、そして、くつろぎ楽しめる場を提供している。避難所や自宅から痴呆など的高齢者を毎日むかえている。冷たい食事に痛めつけられていた高齢者や、入浴しようにも一人ではできない人、仮設の風呂場に何時間も並ぶことができない人には、ほんとうに喜んでもらっている。

高齢者が高齢者を支えることを理念とする駒どりの家の活動は、「高齢者協同組合」の原型ともいえる。高齢のボランティアのうち、半数がケガをしたり、家が壊れて、大きな被害を受けた。亡くなった方もいた。これまで活動に来てくれたたていたお年寄りの姿も多くは見えなくなっていた。しかし、皆の話し合いで「このままでは私たち自身がだめになってしまう」と、震災の中での活動再開に踏み出した。そこに高齢者自身による協同の力があつたのだろう。

住み慣れた地に再び

長田のまちに、住み慣れた高齢者が再び戻るには、住宅の確保が第一だが、それだけで十分とはいえない。駒どりの家のような活動こそが、高齢者自身が「戻りたい、戻れるんだ」と思える、大きな励ましとなるだろう。

阪神大震災は、日本の福祉の底の浅さ、ひいては人権の軽さを白日の下に照らし出した。しかし、災害の際の高齢者や障害者のことが問題にされたのは、災害史上、初めてと思われる。そこに今日の、人権問題の日本の到達点がある。そこを踏まえて、復興のまちづくりの中に、福祉と人権が織り込まれなければならない。

神戸でお会いした多くの医療・福祉活動家は被災地で、自ら被災者となりながらも、本当に全力をあげて奮闘し、みごとにその役割を果たしていた。しかし、その彼らもまた、巨大な被災の現実を前に、大きな喪失感、無力感に捕らわれていることが十分うかがわれた。彼らをバーンアウトさせないのが、われらの役割だ。

本当の支援が必要なのはこれからなのだ。人間が主人公のまちをつくる具体的な運動を、神戸へ、被災地へ、送り届けたい。

が、夜の緊急収容により膨れ上がった状態が続く。……………

私の勤務する財団法人は尼崎の隣町、大阪市西淀川区に位置していることもあり、当初より人と物の搬送センター的役割を果たした。医師、看護婦、放射線技師など「ひと」の役割は決定的だが、同時に「もの」も大きな役割をはたした。薬品類はもちろんだが、アトランダムにその一部をあげれば次のようなものが17～25日の間に運ばれた。

トラコバンド、バルンカテーテル、ドレーンバッグ、アンギオカット針、ガーゼ、アルスタイ、包帯、カットパン、滅菌ゴム、モニター電極、青ビニールシート、マジック、ガムテープ、点滴台、聴診器、血圧計、吸引器、紙コップ、電池、輸液セット、体温計、分包紙、のど飴、白衣……………

もちろん食料品とあわせて搬入されたのであるが、一日目の夜から現場では消毒したものは使い果しつつあったということであり、各地からの早い支援が物不足を顕在化させなかったといえる。しかし二日目に私が他のスタッフとともに到着したときには当然まだ水がストップしており、男性職員が近くの川より水を運び、患者さん用のトイレの「清潔、をなんとか保っていた。エレベーターも当然にストップしていたため、男手4人の担架で患者さんの移動を行なうという状況であった。当時、ポートアイランドの神戸市立中央病院は完全に孤立した状態となり、島内をこえて活動できなかつた。大学病院は医療スタッフをただちに結集するという状況でなく、少数の機能できる医療機関が役割をはたすしかないという現実であった。東神戸病院の内科医は言っている。

「この間の政府厚生省の対応の点では初動が無策であったことがはっきりしている。病院でたまたま私が受けたのだが、厚生省から『ベッドはどのくらい空いていますか、特に困ったことはないですか』と電話があったのが、発生一週間後だった」(民医連新聞4月1日)。

Ⅲ. 山積する私たちの課題

現在、現地での住民の医療要求は非常に潜在化していると言われている。住居や仕事、生活の問題が第一となるため、またかかりつけの医療機関の多くが診療できていないため、受診を後回しにしているといえる。高血圧などはほったらかしということで、慢性疾患の中断患者の方が相当数にのぼると予想されている。5年後、10年後の地域の健康状態という点からみると大変深刻な事態が広がってきている。特別な健康診断などの取り組みが今こそ必要である。

また、避難所の栄養状態、衛生状態も抜本的に改善されないまま3ヶ月以上たち、その間に高齢者の一定数の方々は肺炎等で入院、または亡くなっていかれた。規模自身は当初より小さくなったとはいえ種々の事情で残った方々は相当長期の生活を余儀なくされるであろう。住民運動として正しく問題点をとらえる必要がある。

多くの開業医は全壊、半壊したが、医師会は有効な手をうっておらず、このままいけば最初へのべたように厚生省の思わく通りになる(神戸市はベッド過剰地域なので壊れて立ち上がらなければ地域医療計画通りになる)可能性が極めて強いといえる。地域の医療・福祉のネットワークがズタズタの所に、高齢者・障害者が帰ってくることができないのは自明である。兵庫県下4市1町による3月の突然の都市計画決定に対して、各地で住民運動が展開され、それは「ともかく地元に戻ろう」という運動に発展してきている。「地元を離れては情報が入らず、権利意識が希薄になる。老人、病気でではなおさらどうでもいという気になる。地元で拠点を構え、腰をおちつけてまちづくりを考えることが重要である」(塩崎賢明「阪神大震災からの『まち復興』」京都民報4月23日)。

このような住民運動の展開と固く手を結んだ保健・福祉・医療の運動が求められている。そして支援者は自らの地域において同じ迫力をもって種々の実践課題(老人保健福祉計画の真の推進、介護保険構想の検討等々)と格闘する必要がある。