

〈特集：阪神・淡路大震災と地域保健〉

阪神・淡路大震災における精神科の救援活動

麻 生 克 郎

はじめに

今回の阪神大震災は、歴史的な大規模災害であったが、同時に災害時における精神保健・医療の救援活動が、わが国ではじめて大規模に行なわれた災害であった。筆者は地元の精神保健センターにおいてその救援活動に参加し、全体的な情報に接することができたので、精神科救護所を中心とした今回の精神科の救援活動について経緯を記しておく。今後の災害救援の一助になれば幸いである。

a) 震災のもたらしたもの

災害時の医療においては、災害による医療需要の急増と、医療供給システム被災によるダメージのため、一時的な需給ギャップが生じる。阪神・淡路大震災では災害が大規模であっただけにそのことが如実に現れたが、精神科医療の分野も例外ではなかった。

1) 医療供給システム

震度7の激震ベルトが神戸阪神地区の市街地を貫いているのが今回の震災の特徴である。多くの精神病院は郊外にあるため大きな被害は免れている。市街地内の2, 3の病院は、水、ガスの供給が長期間途絶えて、入院患者の生活維持にはそれなりに苦勞もしていたが、病棟に大きな被害はなかった。1病院のみが相当数の患者を震災の直後に転院させているが、大きな被害があったわけではなく、むしろ例外的である。

それに比べて、市街地にある地域精神保健のシステムは壊滅的な打撃を受けた。神戸・阪神地区はもともと精神神経科のクリニックの多いところだったが、神戸市から西宮にかけて激震ベルトに近い地区では、ほとんどのクリニックは何らかのダメージを受けている。ビルが使用不能になったところもあれば、火災に

巻き込まれたところもある。建物は大丈夫でも、内部は物が散乱し、電気、ガス、水道の供給が途絶え、十分な診療はできないところが多かった。神戸市の須磨区から東灘区にかけての6区で、震災10日後の1月27日の時点までに再開できたクリニックは約半数に過ぎなかった。仮設の建物や移転再開なども含めてすべての診療所が一応再開したのは、3月になってからである。再開とはいっても診療時間や診療内容など従来の機能には程遠い状態がしばらく続いていた。

総合病院の精神科、神経科も、しばらくの間麻痺していた。多くの病院は数日間は救急患者で溢れており、医師や看護婦にも被災者が多く、通常の外来診療はできなかった。たとえば神戸大学病院が通常の外来診療を再開したのは、震災後1週間を経てからである。

そして交通機関の麻痺は精神科の外来通院に決定的なダメージを与えた。電車を乗り継いで郊外の病院に通院していた人も多し、逆に市中心部のクリニックに通う郊外の住人も多かった。震災直後にはやむを得ず通院先を変える人も多く、医師たちは転医を希望する患者のための紹介業務に追われている。被災中心部の医療機関は再開しても従来の外来患者は大幅に減っていた。震災から半年以上経過した現在でも多くの診療所では、通院患者数は震災前に復していない。

打撃を受けたのは医療機関だけではない。保健所のデイケアも中断されたし、地域にある精神障害者の共同作業所も数カ所つぶれているし、建物は残ってもしばらくの間は機能できていなかった。断酒会をはじめとする自助グループも打撃を受けた。会員の多くが被災しただけでなく、例会会場として利用していた公共施設が被災したり、被害は少なくとも避難所や、救援活動の拠点となったために利用不可能となっていた。

最後に、これは決して精神保健システムとは呼べないが、貴重な社会資源が今回の震災で破壊された。震災で多くの木造住宅が倒壊したが、生活保護や年金で

(兵庫県立精神保健福祉センター)

生活する単身の患者たちが住居としていたアパートや文化住宅のほとんどが、木造の脆弱な建物であり、今回の震災で非常に大きな被害を受けた。そのうち住宅は再建されるだろうが、家賃や街の雰囲気など、旧来の住人たちが再び住めるようになるかどうかは不明である。

これらの地域の精神保健システムの崩壊は、集中的な増悪、再燃の一因ともなり、次に述べる精神科医療需要の急速な増大の一翼を形成している。

2) 医療需要

1月17日以降2週間の間に兵庫県下の被災地からの精神科入院数は570人となり、これは通常の3倍以上であった。仔細に見ると、入院3日目から急増し、ピークは7日目であり、その後は漸減し、3週間経つと平常よりやや多い程度となるが、震災前のペースを下回ったのは2カ月後であった。この時期の入院ケースの特徴として、兵庫県立光風病院の報告では、このほとんどが過去に何らかの精神科治療歴を有しており、病像としては興奮、混迷、躁の興奮状態が多いとしている。また震災後の特徴として、夜間の入院が特に増加していることが指摘できる。兵庫県下の夜間入院が平常化したのは震災の3カ月半後であった。サンフランシスコの地震の際のメンタルヘルスの責任者であったレイコ・ホンマ氏は、サンフランシスコ地震の時には、精神病院は通常より少ない入院者数であった、と述べている。その差は、そもその医療システムの違いに起因するのか、あるいは災害時の介入やケアのシステムの差であるのか、いずれにせよ興味深い事実である。

震災の結果、様々な理由で(居住場所の移動、交通手段の喪失、医療機関の閉鎖や休止、精神的変化など)、治療中断に至ったケースは多く、被災地中心部では外来患者数は減少している。しかしこれは需要の減少を意味しない。被災地周辺部の医療機関の精神科外来は、中心部の医療機関に通院できないケースの転医を多く受け入れて診療数が急増している。被災地の10保健所に開設した精神科救護所では多くのケースの診療を行っているが、その中でこれまでに精神科の治療歴のない人の割合は、少ないところで30%(長田保健所)、多いところでは64%(芦屋保健所)と報告されており、新規の精神科医療ニーズが相当数発生していたと推測

できる。

震災直後の一般医療需要の急増の中で、総合病院におけるリエゾン診療のニーズの増大を示す事実がある。元来精神科のない被災地のいくつかの救急基幹病院において、ボランティアの精神科医が診療に当たっている。東灘区に住むある精神科医は、震災後、郊外の病院へ出勤が困難なため、近くの病院に支援を申し出たところ、精神科医として多くの患者の診察を任された。その報告によると、診察した患者の半数は震災時に精神科治療を継続中であり、残りの半数は精神科治療歴がなく震災によって初めて精神症状の出現したケースであった。どちらも身体疾患や負傷のためにその病院で治療中であった。その病院はその後約2カ月にわたって、全国からの応援によって、精神科医を確保し毎日の精神科外来と入院患者への対応を維持していた。

同じく東灘区の救急の基幹病院に応援に入ったある精神科医は、入院患者だけでなく、被災した病院職員、その家族といった多くの人々への精神的援助を要請された。他にも地区の救急の基幹病院となる公立病院や日赤病院で精神科医がボランティアとして診療に従事している。救急医療を中心とした医療需要の急増の中で、精神科の需要も、少なくともそれ相応に増大していたと言える。

b) 精神科救護所

地域精神保健システムの崩壊と、ニーズの急増という事態に直面した被災地の保健所でスタートしたのが精神科救護所である。1月21日には、神戸市の長田保健所で、保健所嘱託医でもあった地元精神科クリニックの医師が保健所での診療を開始している。その後1週間の間に、被災地の10保健所で精神科救護所が開設された(22日神戸市中央保健所、23日神戸市東灘保健所、24日神戸市灘保健所、25日神戸市兵庫保健所、芦屋保健所、西宮保健所、津名保健所、26日神戸市須磨保健所、28日伊丹保健所)。保健所や避難所には、全国から被災地に入った医療チームによって多くの救護所が作られたが、その中に精神科チームが加わっていたところはほとんどなかった。そのため当初にスタートしたいくつかの精神科救護所は、地元のボランティア医師が維持していた(神戸市長田、神戸市中央、神戸

市東灘, 津名)。地元の要請に応じて, 1月22日に厚生省より精神科救護所のための精神科チームの派遣要請が出され, それに応える形で1月24日より, 近隣自治体を中心とする派遣チームが次々と加わり, 多くの精神科救護所の主力となった。

精神科救護所のチームがフルに活動を始めた2月の初めに, さらに精神科チームを増強するために, 一般医療チームのいる避難所救護所に精神科チームが加わる, という形での支援を要請し, 約10チームが避難所での活動を開始している。また神戸大学精神科の要請に応じて, 交代で来神し神戸大学病院の精神科病棟を拠点に活動したチームや, 民間クリニックが始めた24時間電話相談の支援に入ったチームなど, さまざまな形で精神科の支援チームが被災地に入り, ピーク時と思われる2月中旬には, 救護所チームの精神科医で約30名, ボランティアチームや個人的な支援も含めれば, 数十人の精神科医が, 被災地で活動していたと考えられる。

これら精神科救護所は当初は被災地に於ける精神科医療の受給ギャップを埋めるためというだけのものであって, 活動内容や終結時期について明確な指針や目標を持ち合わせていたわけではなかった。そのため支援チームと当該保健所のスタッフはミーティングを重ねながら活動のスタイルを模索していったが, 地区によって被害の状況も, 救護所に期待される役割も異なるため, 活動時期や内容も各救護所によってかなり異なっている。保健所にやってくるケースの診療を中心にしたところもあれば, 所轄地区を区分けし, いくつかのチームで分担して避難所を巡回したところもある。被災地全体でピーク時には30万人以上の人々が約1000カ所の避難所で生活するという状況の中では, いずれにせよ避難所で発生したケースを数多く診察している。早いところでは2月の末で支援チームの保健所常駐を終了しており, 遅いところでは4月末まで継続している。

精神科救護所の最初のクライアントは通院先を失った精神科の患者たちであった。住居が倒壊して, 避難所に逃げ込んだ患者たちの中に, 精神科の治療薬を失った人も多い。精神科救護所という名称には抵抗を感ずる人が多い中で, 彼らにとっては精神科の診療機関があるというだけで救いであったようだ。これらの

ケースは, 当然のことながら, その後交通網や診療所が回復するにつれて急速に減少している。続いて急性再燃を来した既往歴のある人達がいる。この中には10年以上の長期にわたって安定した状態にあったものが, 被災によって以前と同様の症状を呈した場合もある。そして被災と避難所生活によって生じた急性ストレス反応(ASD)などであった。長田保健所で診療にあたった宮崎医師によると, ASDのケースは当初の2週間に著明であったと報告している。

急性再燃や急性反応が落ちついてきた後に課題となってきたのが, 分裂病やアルコール依存症の人が避難所の中で不適応を来すケースであった。住み慣れた住居や, 場合によっては身近な介護者を失い避難所での共同生活に投げ込まれた分裂病の患者が, 場合によっては些細な, 行動上の問題のために, 周囲の人や管理者から精神科チームの診察を依頼されるケースも多かった。須磨区のある被災クリニックの医師は, 自分が外来で診ていた患者で震災後入院に至った人が約20人いるが, そのほとんどは, 特に大きな病像の変化は認められず, 自宅で生活してる時なら, とても入院をさせるような状態ではなかった, と述べている。また問題を抱えながら, いくつもの避難所を転々としているケースも散見された。

アルコールのケースは少し時間をおいて顕在化した。西宮保健所の報告によると, 当初は分裂病のケースが多かったが, 震災後約1カ月を境に, その後はアルコール関連のケースが顕著に増加している。また灘保健所で活動した大阪府チームのデータでは, 精神病圏や神経症圏のケースは時とともに減少傾向にあるが, アルコール関連ケースは震災後3週間後から逆に増加している。

救援物資として酒が届けられた, ということが好意的に報道され, 避難所で連日酒盛りが行われるという時期があったが, さすがにこれは一時的なものであった。その後多くの避難所の雰囲気は, アルコールを規制し問題飲酒者を排除する方向に傾いていったようである。そのため大量飲酒者が大きな声をだす, などといったトラブルという形で, 多くのケースが精神科救護所に報告されている。避難所でコミュニティーが形成され, 生活が安定するにつれて, この傾向は強くなっていったようである。しかし一方で, 被災をきっかけ

に飲酒量が増えたり飲酒習慣の強まった人は数多くいる。長期的には依存症の増加は間違いないところである。そのため精神保健センターでは、これまでに2回、被災地のアルコール医療の関係者のミーティングを開いたが、4月の時点では各機関での依存症のケースは必ずしも増加していなかった。しかし7月には病院への入院依頼の増加や、一部の仮設住宅でアルコール問題の顕在化が指摘されている。被災地のメンタルヘルスのなかで、これは今後確実に大きなテーマになって行くであろう。

災害時のメンタルヘルスにとって、救援者自身のケアは大きなテーマである。今回でもそれは例外ではなかった。神戸市の中央保健所に入った精神科チームの最初の仕事の一つは、区役所のスタッフの睡眠を確保することであった、と報告されている。避難所で働くスタッフ、ボランティア、あるいは保健所や区役所で働く公務員などは、彼らの多くも被災者でありながら、役割に追われて不眠不休で働き続けていた。いわゆる「燃えつき」や対照的な防衛的そう状態のために治療を必要としたケースも多くみられた。マニュアルに載っているようなデブリーフィングなどによる予防的な活動は残念ながらほとんど行われてはいないが、いくつかの精神科救護所では、スタッフやボランティアのためのメンタルヘルスの講習会を開催したり、チラシやチェックリストを配布している。

日常の医療システムが十分に機能できない中では、必然的に緊急の対応を迫られることが多く、さらに避難所では夕刻から夜間にかけて、人の密度が増して問題が起きることが多いため、被災地では精神科の夜間入院が急増している。震災直後の夜間入院は通常の数倍にのぼり、その後2カ月間、被災地での夜間の精神科入院が通常の数倍以上のペースで続いている。このため、医療機関や行政の連絡会を頻繁に開き、受け入れ先の確保をはかった。唯一の県立単科の精神病院である兵庫県立光風病院は、長期入院患者を被災地外の病院に転院させながら、多くの夜間の入院を受け入れた。一方民間病院も、2月6日より2カ月近くの間、被災地周辺部の3病院を臨時の救急窓口病院に指定し、その病院には日本精神病院協会の支援チームをおいて、積極的に夜間入院に対応した。

また当初救護所で活動した精神科チームの多くは24

時間対応できる体制をとっていたが、入院ケースの搬送の問題や地元スタッフの疲弊など多くの困難が指摘されるようになり、神戸市内では2月14日から、避難所からの要請に応じて夜間に往診する、専任のチームを編成して対応していくことになった。当初は精神保健センターを、後には光風病院を拠点として、県外からの支援チームの医師、看護婦、PSWにナビゲーター役の地元の医師やPSWを組み合わせて対応した。このチームは約80日間に26回往診し、うち5回だけそのまま搬送入院の手段を講じている。結果的には危機介入チームとしての役割を十分に果たし、安易な入院を避けることができた。この夜間の往診も4月に入ると、ほとんど依頼がなくなっている。

救護所の精神科チームも、他の医療チームの例にもれず、2～3日から1週間でスタッフが交代する。これはあくまでも救急診療の延長であって、精神科本来の診療スタイルではない。このため精神科救護所では、ケースをできるだけ地域の医療機関につなぐことで、診療の継続性の確保をはかり、救護所としては必要最小限の関わりにとどめた。またこれまで自宅では未治療であったケースが、避難所へ入ったがために顕在化しているパターンも多く、それらについても、大きな問題とならない限りは、むやみに医療のルートにのせることなく、家族や地域の中で生活を継続できるよう配慮がなされた。

c) 被災者のメンタルヘルスケア

この度の震災では、被災者のメンタルヘルスケアの必要性が、マスコミでたびたび取り上げられ、世間の関心を集めている。米国をはじめ英語圏の諸国では、災害時のメンタルヘルスケアという領域が確立しているようである。そのため海外からは、災害時の救援活動の経験を積んだメンタルヘルスの専門家が多数来日し、救援活動に参加したり、講演や研修を通して日本のスタッフやボランティアに働きかけをおこなっている。またその呼びかけに応じて、あるいは海外の活動に触発されて、メンタルヘルスケアのボランティアを組織した人もいる。

電話回線が早期に回復したこともあって、電話相談が早くから開設され、多いときには80カ所に達している。この電話相談は、自発的に援助を求める人以外は

対象とできないという限界はあるが、逆に精神科救護所などとは異なった層の人々をカバーできたであろう。また比較的容易に援助者と、援助を必要とする人とを結びつけることができる、と言う点で優れた方法であった。被災地を訪れることなく（迷惑をかけることなく）東京や大阪でも容易に開設できた。相談件数には窓口によってばらつきが多く、ほとんど空振りに終わったところもある。この差を生み出したものとしては、まず地域特性があげられる。今回淡路島では電話相談は不調であった。雲仙普賢岳災害の時も電話相談は効果がなかったとのことであった。次に特色のある相談テーマを示しているところや24時間の相談を続けたところは、件数も多かったようである。最後に、当然のことであるが、どれだけ頻回にその電話番号が新聞やTVで報道されるかに大きく依存していた。今後もターゲットを明確にして、広報宣伝に力を入れれば、電話相談は十分効果的な手段となるであろう。

また精神科救護所とは別に、多くの精神科医やカウンセラー、心理学者などが、ボランティアとして避難所を中心に活動を続けている。トーキングスルーを目的に避難所の巡回を続けたチーム、描画を中心にして子どものケアをめざしたチーム、老人の話し相手ボランティアを組織したチーム、継続的に学校に関わり教師たちと協力して児童のケアに取り組んだ臨床心理士、週のうち何日か避難所に泊り込むという形で避難所に関わり続けた人など、さまざまな活動が報告されている。

このような活動に参加した人々が共通に指摘していることが2点ある。第一は「継続性をどう保つのか」という点である。どのような援助者であれ、被災地の実際の状況を理解し本当のニーズを把握するには、それなりの時間を要する。被災者個人についても同様である。また活動が功を奏せばそれだけ再来を求められる。緊急の処置以上の介入のためには長期の滞在が繰り返しの訪問が必要であった。当初は避難所の巡回を中心にしてきたチームも後には定点活動に移行している。精神科救護所のチームは救急医療的介入が主であったが、それでも継続性という問題は大きなテーマであった。チームそれぞれに工夫が必要であったが、特にコーディネートに優れたチームでは、事前の意思統一や、事後の検証が十分に行われ、メンバーは交代

しながら、チームとしての経験の蓄積は可能であった。

第二は「メンタルケアの活動を救援活動全体と切り離すことができない」という点である。最初から被災者や避難所管理者にメンタルケアの必要性を理解してもらうことは困難であった。必要なことがもっと直接的、物質的援助である場合も多い。少なくとも診察やカウンセリングを受けようとして、面接室にやってきたクライアントに相對するのではないことは明らかであった。救援活動に携わった臨床心理士のニュースレターで「避難所に入って便所掃除を手伝ったカウンセラー」のことが話題になっていた。少なくともメンタルサポートのための場を設定するまでに多大な努力が必要だったことは確かである。この点でも救護所チームも例外ではなかった。「心の相談」などと看板を掲げても相談に来る人は少なかった。むしろ一般医療チームの一員として診察に従事する中でこそ、メンタルケアの必要なケースに出会うことができたと報告されている。また避難所内で持続的に活動している保健婦や看護婦のチームと緊密に連携することでニーズを吸収することができた、という報告もある。

被災者のメンタルヘルスの維持は、災害対策の中で大きなウエイトをしめている、ということが、今回の震災の後、突然に常識となってしまった。そのためにボランティアであれ救護所のチームであれ、多くの精神保健の専門家が被災地で活躍した。しかし突然であったがための限界も指摘できる。第一に、多くのチームや個人は、一面では日頃のもてる力を最大限に発揮したといえるが、逆に言えば、自分たちが日頃やり慣れたことを被災地で再現することしかできなかったともいえる。災害時に特有の問題や特有のアプローチについては、知識も経験も欠けていたのである。第二にメンタルヘルスの問題が災害対策に関わる組織や個人の全体に認識されていたわけではないということである。被災者の「こころ」への配慮は災害対策のあらゆる局面で必要なことである。こういったことは、わが国で早くから災害時のメンタルヘルスの必要を訴えていた林春男氏や野田正彰氏などが共通して指摘しているところである。だが実際には多くの場合、「こころ」と看板を掲げた窓口だけで「こころ」の専門家だけが「こころのケア」に参加していた。「心の相談電話」「精神科救護所」「心のケアセンター」などがそうである。

むしろそれと分からぬように救援活動全体の中に埋め込まれることこそが必要であろう。多くの精神科チームが被災地で活躍したということと、被災者のメンタルヘルスケアがきちんとなされたかどうか、ということとは別のことである。

d) 被災地の課題

現在、被災地のもっとも大きなテーマは仮設住宅である。神戸阪神地区の被災地では、都心部の住み慣れた土地を離れて多くの被災者が郊外の大規模仮設住宅に入居している。コミュニティが失われた中で、老人や障害者の孤立化、抑鬱傾向の広がり、アルコール関連問題の増加などが指摘されている。震災直後の時期に病院や施設に入った精神障害者や老人が、仮設住宅に帰ってくるケースも多い。これは福祉と医療の複合的な課題であり、多くのボランティアの人たちがこの問題に取り組んでいるが、問題の規模は大きすぎる。これは早くから予測されていたことであつたのだが、住宅対策の中で予防的な配慮が十分になされていたかどうか疑問も残る。

震災直後から数カ月の間に救援、復興活動に全力を投入しなければならなかった職種の人々(警察、消防、医療、建築など)に精神的な問題が多く残されている。また近親者を亡くすなど深刻なダメージを受けた人々のケアも大きな課題であろう。それぞれに妥当なアプローチを探って行かねばならない。

e) 災害時メンタルヘルス活動のために

今回の震災の経験によって、少なくとも、災害時に精神保健のチームが活動すべきフィールドがあるという点は明らかとなった。次にやらなければならないのは、この経験を生かして、活動の内容を確定し、トレーニングのシステムを作り上げ、そしてそれを災害対策全般の中にきちんと位置づけることであろう。

以下に、そのチームに必要な要素として、現時点で考え得る点をあげておく。

①精神科のチームは災害発生後、できるだけ早く投入されるべきである。災害直後の身体救急のピーク時でも、精神科のニーズは十分にある。また災害後の事態に対応して、避難所やその他の臨時的な社会システムが新たにつくられる時期に、早期から専門家が介入する

必要がある。

②このチームは多様な精神科の医療ニーズに応えられなければならない。医療ニーズは災害の規模や種類によって異なるであろうが、少なくとも災害時のメンタルヘルスの課題は「PTSD対策」と言い換えることはできないほどに多様である。また、ケースへの対応には、既存のコミュニティや地元の医療機関との関係をしてできる限り保存し、必要最小限の介入にとどめる、という姿勢が必要である。

③一般の医療・保健チームとはもちろんのこと避難所や地域のケアスタッフやボランティア、自治組織との連携を緊密に保つとともに、むしろ積極的にメンタルヘルスの組織化をはかることが必要である。a.メンタルヘルスの重要性についての理解を求め、知識を伝えること、b.オーバーワークの防止、アルコール類の規制、ボランティアと被災者の役割の整理、デブリーフィングの機会を数多く持つこと、などと言ったメンタルヘルスに必要な要素を、避難所の管理運営システムの中に組み込むこと、c.カウンセラーなどの支援チームを把握し、老人、子供、障害者などのためのケアチームを必要に応じて確保する、といったことが考えられる。

④これらの活動を可能にするために、長期間被災地に滞在できるか、あるいは繰り返し被災地を訪れることができるメンバーによって構成されなければならない。またチームとして継続性を保証することは最低限の責務であろう。できればこのチームの構成員は、災害時に精神保健の領域でどのような課題があり、どのように対処すべきか、という点であらかじめ知識を持ちトレーニングを受けているべきである。

参考文献

- 1) 阪神・淡路大震災における支援活動資料集 精神神経学雑誌1995; 97号外 日本精神神経学会編。
- 2) 小池清康, 他. 特集「阪神・淡路大震災一現場からの報告」精神医学. 1995; 37(7): 682-713
- 3) 宮本包厚, 他. 特集「阪神・淡路大震災時における保健医療活動」公衆衛生. 1995; 59(7): 445-495
- 4) 特集「阪神・淡路大震災における精神医療」日本精神病院協会雑誌. 1995; 14(7): 666-774
- 5) 中井久夫編. 1995年1月・神戸・みすず書房. 東京: 1995
- 6) 野田正彰. 災害救援 岩波新書401. 岩波書店, 東京:

1995

- 7) 金香百合, ボランティアが負った被災者の深い心の傷
「ボランティア元年」, 朝日ソノラマ, 東京:1995
- 8) 長谷川浩一, 実践!心のケア, 朝日新聞社, 東京:1995
- 9) 兵庫県西宮保健所, 阪神・淡路大震災における西宮保健所の活動 平成7年1月17日~3月31日, 西宮:1995