



阪神・淡路大震災後の精神科医療および精神保健活動 —精神科救護所とこころのケアセンター—

兵庫県こころのケアセンター加藤 寛

1. 精神科救護所

阪神・淡路大震災後の精神保健活動をふり返ると、二つの時期に別のモデルで活動が行われたことが指摘できる。一つは、震災直後から数ヶ月間に行われた「精神科救護所」活動である。この活動は、大都市が破壊され地域内の精神科医療資源が大きな被害を受けた状況において、何の準備もないうままに行われたものである。これは当初、被災した外来診療所の機能を補完することを目的として行われた活動であった。被災地が都市部であったため、精神科医療機関の被災は外来診療所に集中していた。麻生によれば、震災後比較的早期に診療再開できた診療所は約半数で、移転などによってすべての診療所が復旧したのは、3月に入ってからであった。また、交通機関の乱れも通院の障害となり、服薬が中断した患者は少なくなかった。これらに対応すべく、まず神戸市長田区保健所（当時）と区内の開業医が、保健所内で投薬可能な窓口を提供した。その後、神戸市沿海6区と芦屋、西宮、伊丹、および津名（淡路島）の計10保健所に「精神科救護所」が開設された。

その後の活動は、被災状況や応援態勢などによって方向性を異にしていった。診療所の再開が遅れた神戸市長田区のように診療投薬を継続したところもあれば、医療機関の復旧が早く外部からの支援も得やすかった西宮市のように、保健師による訪問活動を主体にしたところもあった。

精神科救護所と並行して必要性が高かったのは、夜間の精神科救急医療であった。避難所では夜間に被災者の数が増えるために、精神障害者の問題行動が表面化する事例が多発した。夜間の緊急入院は震災後2ヶ月経っても、通常の2倍以上に高止まったままであった。当時、兵庫県内の精神科救急システムは、全県を一つの民間精神科病院が輪番でカバーしており、急増したニーズにはとても応えられなかった。そのため、行政と病院協会などが協議し、まず県立単科精神病院の長期入院患者を民間病院に転院させて空床を確保し、多くの救急ケースを受け入れることになった。また、民間病院の中で被災地の周辺に位置していた3病院を臨時の救急窓口病院に指定し、ここでも積極的に入院を受け入れた。これに

加えて、夜間に往診と必要時の搬送を行う選任チームを設置し、外部からの支援チームに地元関係者がナビゲーター役をする形で対応した。この往診チームは約 80 日間に 26 回往診したが、搬送入院は 5 回のみで、安易な入院を避けることができたと評価されている。

救護所活動は現場からのニーズに応える形で展開されていったが、最大の問題はコーディネートや組織化が遅れたということだった。ほとんどの地域では、現場の判断で活動を開始した後で、入院病床の確保や押し寄せる応援者の振り分けなどの必要性に迫られ、追従する形でコーディネートが行われた。その際、行政担当者との軋轢や、誰がどのようにコーディネートし情報を発信するかなどの点で多くの混乱を来した。結局、県立精神保健センター（当時）の医師、および神戸大学精神科医局に所属する医師が中心となり、ニュースレターを頻繁にファックスで配信することなどをおして全体の調整が行われたが、すべての精神保健活動を掌握することはできず、多くの課題を残した。

2. こころのケアセンター

阪神・淡路大震災後に提供された、もう一つの精神保健活動は復興期の「こころのケアセンター」活動である。これは、公的財源によって、わが国で始めて組織的に提供された災害後の精神保健サービスである。復興期の精神保健活動について、関係者の多くは保健所にマンパワーを増やすことを望んだが、財源となった基金（阪神・淡路大震災復興基金）は、民間事業のみに用途が限られていたために、精神保健センター

や保健所などの公的機関が資金を得ることは叶わなかった。苦肉の策として精神科医療に関係する民間団体が、受託して活動を始めることが検討された。当初は、精神科病院協会や診療所協会など、関係法人に委託することが考えられたが、結局、精神保健協会という任意団体が受託することとなった。この団体は、精神科医療機関や行政、民間企業の精神保健担当者などで構成される組織で、通常はニュースレターの発行や講演会開催を年に数回する程度の活動をしていた。年間予算は数百万円で専従職員さえいない任意団体に、突然年間 3 億円もの事業が舞い込んだのである。準備期間はわずか 1 ヶ月しかなく、組織の構成も全くの白紙だった。急遽、兵庫県の精神保健担当課からベテランの PSW が出向することが決められ、関係機関を招集して検討が重ねられた。そして、本部の他に広域の被災地に 12 カ所の出先機関（地域センター）を置くこと、当初は各地域の保健所が兼務で地域センターの運営を行うこと、スタッフは公募することなどが決定された。

当時の社会的関心の高さを反映して、定員の数十倍の応募があったが、多くは地域保健活動経験をほとんど持たない者であった。各地域に 2 名から 4 名ほどのスタッフを配置し、保健所の一角を間借りしての活動が始まった。基本的知識の研修が急いで行われたが、実際には保健所の保健師や PSW から指導を受けながら、地域保健活動のイロハを習得しなければならなかった。また、地域によっては保健所との連携が上手くいかず、スタッフが短期間で去ってしまう所も少なくなかった。その後、阪神・淡路大震災復興記念切手の収益の一部が寄

付され、各地域センターは独立したプレハブの建物に移動し、組織としても保健所職員の兼務が外され独立することになったが、実際の活動ではいかに保健所と密な連携を保つかが重要であった。

全体の運営で困難だったのは、県と政令指定都市、あるいは保健所中核市との関係だった。それぞれが細部の運用システムが異なるため、指示や決裁プロセスが複雑になるなどの問題に直面することが多かった。特に、復興基金を拠出していた神戸市は独自運営を主張することが多く、県と市の担当者間で繰り返し協議をしなければならなかった。しかし、民間団体が受託したことへのメリットもあった。それは、活動の柔軟性や独立性を確保できたという点である。たとえば、兵庫県外に作られた仮設住宅住民や、自発的に県外に避難した被災者に対しても、この組織は支援を行ったが、純粋に行政組織の中での活動であったなら、こうした圏域を超えたサービスは不可能であったろう。

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師と行動をともにすることがきわめて重要であった。なぜなら、災害後の精神保健活動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からである。ことに生活再建が主な課題となり、多くの二次的ストレスに曝される復興期にあっては、

精神保健活動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。したがって、

- 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
- アウトリーチを重視する
- 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
- 心理教育とスクリーニングを主に行う
- コンサルテーションの重視

などが基本的な活動方針となった。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、普遍的な戦略である。

この組織は、調査研究もいくつか行っているが、その中で、災害救援者の受ける心理的影響に関する研究や、PTSD 症状のスクリーニングに関する検討は、日本ではそれまで行われたことのない分野のものであった。

この原稿は、厚生労働科学研究費補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業「健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究」(主任研究者金吉晴)の一部として平成23年2月に報告したものである。