

検証テーマ『こころのケアの推進』

検証担当委員 中井 久夫

兵庫県こころのケアセンター長

(要 約)

1 震災後早期の精神保健活動

(1) 初動期対応（急性期3日まで）に関して

震災初動期におけるそれぞれの立場からの対応が、災害関連の心的障害に大きく関係し、それらが円滑に行われたときは、それ自身が「こころのケア」になる。

今回の震災は、午前5時46分に発生し、家族が同一の場所にいた場合が多く、安全の確認と関心の増大とが自己、家族、隣人という風に同心円的に拡大していき、そのことが9割といわれる市民救出を可能にした最大の要因である。

(2) 初動期対応（急性期以降）に関して

数日後には、各地から自衛隊、警察、消防、その他の公務員と各地の公用車が被災地をうずめつくしたが、この効果は、治安だけでなく、全国からの支援の象徴として大きな効果があったと実感される。連絡の大きく損なわれた状況で、それぞれの持ち場の人と工夫によって行われた部分が大いことが、「こころのケア」の不可欠な基礎をつくったものである。

① 精神科救護所等

震災直後の精神科医療・精神保健を考える上の特色としては、

ア 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、診療所機能を早急に補完する必要が生じたこと。

イ 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、強くもとめられたこと。

であり、精神科救護所の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科医療ネットワークであり、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ヶ月間行われた。

② 救護所以外の活動

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多くあったが、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。

③ 考察

ア コーディネーション・組織化の意義と問題点

救護所活動は、基本的に現場主義で、全体のコーディネーターの存在が強く求められたが、実際の担い手は、県立精神保健福祉センターの医師が行った。最低限のコーディネーターの役割について、予め規定され、訓練されていれば、避けられた混乱もあるはずであり、検討すべき課題である。

今後の災害対策を考える上では、コーディネートの役割を担う精神保健福祉センター側の意識としても、日常から精神科救急医療や行政的な施策立案に積極的に参加していく姿勢が無ければ災害時に組織として中心的役割を果たすことは不可能であろう。

イ 救護所の果たした機能と課題

・ コンサルテーションと救援者の支援

救護所は、外部からの救援者の存在が欠かせなかったが、それが地元担当者を支える役割もし、ケースを通して精神関係者以外へのコンサルテーション業務も行えた。さらに、身体的なプライマリーケアを提供する機能も果たしていた。救護所で活動する場合は、精神科という専門性を隠すことが重要であった。

・ 費用

救護所活動の多くの部分はボランティアな活動であったが、今後の災害時にも精神科医療及び保健活動が展開されるためには、経済的な問題についても対策の中に具体的に明記する必要がある。

・ 向精神薬の問題

救護所での薬物投与の向精神薬については、被災地外の医療機関から速やかに提供されたが、救護所で各医師により管理されていたが、麻薬・向精神薬取締上問題があるとの指摘を受け、精神保健福祉センターで一括して管理されることとなった。

睡眠剤については、精神科では、使用管理に注意を払ったが、精神科以外の救護チームなどを通して、投与された睡眠剤については、全く管理されておらず、災害緊急時に向精神薬の管理をどのように行うか議論する場合にはこの点を含める必要がある。

兵庫県では被災地の 200 近くの医療チームに対して医薬品の供給体制を整えたが、精神科救護所については、その枠外においた。これは、災害医療における精神科医療対策の欠落が大きく影響しているものと言えよう。

・ マスメディア対策

今回の震災では、マスメディアが心理的問題について盛んに取り上げられたが、精神科救護所では「震災のために精神障害を来したケースを教えてください」と迫るマスメディアの対応に苦慮した。

震災に限らず災害や大事件後の報道の過熱ぶりは、被災者や被害者に大きな負担を与えることになることから、災害対策の中には、コーディネーターの役割としてマスメディア対策を盛り込むべきであろう。

・ 電話相談

電話相談は、匿名性が確保でき、心理的ケアを提供することが重要となるが、そのほとんどがボランティアか行政の末端組織が開いたため、回線も少なく広報する手段にも欠けていた。今後は、行政的な施策の中で、十分な数の相談員を養成・確保し、1つの番号で多くの人が相談できるシステムが必要であろう。

2 復旧期（H7～H11）の精神保健福祉活動

(1) こころのケアセンター

阪神・淡路大震災復興基金を財源とし、兵庫県精神保健協会がこころのケアセンターを設立・運営した。

本部と15カ所の地域こころのケアセンターを運営するとともに、13カ所のグループホーム、9カ所の小規模作業所を新たに設置し運営した。

① 運営方針と活動モデル

住民にとって、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、メンタルヘルスだけを提供しようとしてもなかなか受け入れられない。そこで

- ・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・福祉を担当するための機関やボランティアとの可能な限りの連携

・メンタルヘルスを強調せず、専門性を掲げない
等を活動の基本方針としたが、これらは災害や地域の違いなどによらず、普遍的な戦略と言える。

② 事業展開の柔軟性

5年間の期間限定事業を効率的に行うため、避難所から仮設住宅、復興住宅へと被災者の移動に伴い、流動する事態に対応するために問題に敏速に対応する必要があった。例えば被災地外の仮設住宅への支援、他府県への支援など、行政の枠組みを超えた活動が要請された。したがって、現場で発見されたニーズに迅速に対応する柔軟性が重要であった。

③ 地域性の重視

神戸市は、保健所の職員が兼務で入っており、行政主導で行われた。しかし、圏域保健所に設置されたセンターは保健所職員の兼務もなく場所も離れたが、基本的には、仮設住宅等の住民を対象に活動していたため、保健所との連携が必須であった。住民に受け入れられやすい保健婦と行動をとともにすることが重要であり、地域に即した活動を行った。

④ 発展性

活動方針にも示したように、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。

また、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すると共に、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とした。

⑤ アルコールリハビリテーションホーム

地域のセンターが、仮設住宅へのアウトリーチを強くしていく中で、アルコールの問題飲酒が目立つようになったため、平成9年に、兵庫県断酒連合会に委託し、グループホームと小規模作業所からなるアルコールリハビリテーションホームを運営したが、これらは、平成15年度からの一般施策化後も拡充しながら運営を続けており、民間活用及びアルコール問題飲酒者の断酒活動に寄与している。

3 本格的復興期（H12～H16）

(1) こころのケア研究所

こころのケアセンター廃止後、センターの調査研究の継承機関として、平成12年に長寿社会研究機構に組み込まれる形でこころのケア研究所が設立された。所員は常勤2名、非常勤数名の小規模な体制で、研究機能だけを担う予定であった。しかし設立後、大阪教育大池田小事件、明石歩道橋事故、養護施設入所中の児童の殺害事件など、県内およびその近隣で悲惨で社会的関心を大きく集めた事態が相次ぎ、本研究所には被害者へのケアの提供などの実務が期待され、実際の活動を行った。さらに、平成14年「日本トラウマティックストレス学会」が設立されると、その事務局が永続的に所内に設置されることとなった。こうして、本研究所は、災害のみならず大事故、犯罪、児童虐待、ドメスティックバイオレンスなどの被害者を対象とした、研究および実務の中心的な機関として、県内のみならず国内で重要な機能を担うこととなった。

(2) 兵庫県こころのケアセンター

2年の準備後、こころのケア研究所の発展的解消とともに、「兵庫県こころのケアセンター」が平成16年4月1日に発足した。本センターは、研究、研修のみならず臨床機能を有していることが最大の特色であり、トラウマやPTSDに関するさまざまな機能を担う施設として設置されたものである。本センターの出自は、阪神・淡路大震災という大災害の経験であったことは間違いないが、日常に潜む犯罪、事故、児童虐待、性犯罪、ドメスティックバイオレンスなどの、さまざまな事態をその視野にいた医学的、社会心理学的研究や

活動を展開していくことが求められている。その期待は県内はもとより国内外からも寄せられており、平成 16 年度に相次いで発生した豪雨災害や新潟県中越地震では、被災地にスタッフを派遣し、災害後の精神保健活動を展開するためのシステム作りに助力した。今後は、この分野におけるわが国の中心的な機関として、研究および臨床業務を行うだけでなく、阪神・淡路大震災以降に蓄積された知見を広く伝え、さまざまな領域の専門職をトレーニングする役割が、ますます大きくなるものと思われる。

4 今後の提案

(1) 通常精神保健福祉体制へのこころのケアの組み込み

そのために、事前に精神科以外の医療・保健・福祉のスタッフに対し、こころのケアについての情報提供、教育訓練を行う。

(2) 災害発生時の体制整備

- ・災害発生時に、全体をコーディネートする組織にこころのケアの専門家の参画
- ・通常規模の災害は、地域保健体制の中に復興期のこころのケア対策の組み込み
- ・心理的な問題を抱える被災者の効果的なスクリーニングを実施
- ・大規模災害時における、専門のマnpワーやそれを組織化するための施策が必要
- ・大規模災害時における、こころのケア及び地域保健専門職の支援者への支援が重要
- ・重症者に対する長期関与システムの整備

(3) 兵庫県こころのケアセンターの機能充実

- ・メンタルヘルス以外の職員のトレーニングの拡充
- ・全国の災害等で支援できるスタッフの育成
- ・災害のメンタルヘルスに関する情報提供のシステム化

(4) 兵庫県こころのケアセンターの実施すべき研究

- ・災害のみならず、災害後の事件、事故等に関する社会心理学的な分析研究
- ・震災 10 年を経過した被災者の心的問題の大規模調査
- ・被災者が抱える長期的問題の調査研究

(本 文)

I はじめに

検証担当委員は、震災以後一貫して『こころのケアの推進』における当事者であった。震災当時は、神戸大学医学部精神神経科教授として、震災復興基金事業を受けて設置された「こころのケアセンター」の所長として、本格復興期における「こころのケア研究所」それに続く「兵庫県こころのケアセンター」の所長として、常に現場に居て、様々な新しい試み、新しい体験を通して多職種の人とともに、考え、行動を共にしてきた。

II 震災後早期の精神保健活動

1 現場での活動から見てきたもの

(1) 初動期対応（急性期3日まで）に関して

本震災の初動期において、判明したことは、初動期におけるそれぞれの立場からの対応が、災害関連の心的障害に大きく関係し、それらが円滑に行われた時は、それ自身が「こころのケア」になる。すなわち、初動期においては、すべてがこころのケアにおける予防的意義を持っているということである。

これは、第1次及び第2次大戦におけるアメリカの外傷神経症対策の基本的方向と一致する。古典的著書『戦争ストレスと神経症』において強調されているところは、戦争の現場における3日ないし4日の処置の如何が、その後の戦争神経症の予後を大きく決定するという事実が指摘されている。この時期においては、精神科医あるいは臨床心理士よりも、遙かに広い範囲の人々が、こころのケアを担うことができる。これがこの震災の教訓の最大のものの一つである。

① 住民の初動期対応

地震が起こったとき、午前5時46分という時間から見て、住民の圧倒的多数は寝室にいた。このことが、初動期を全体として大きく規定している。

例外は少数の物流関係者、新聞配達員、各方面の宿直員、鉄道関係者、早朝登山者などであって、このような活動中の犠牲者は、少数である。

24時間中タイムテーブルによって動いている都市災害においては、災害発生時刻が最大規定因子である。かりに、新幹線をはじめ、鉄道が運行され、職場・学校・百貨店・その他の商店などに成人男女の大部分が存在している場合には、大きな相違が見られたことは確実である。

今回の震災においては、家族が同一場所にいた場合が多く、このことは9割といわれる市民救出を可能にした最大の要因である。そうして安全の確認と、関心の増大とが自己、家族、隣人、職場、地域というふうに、同心円的に拡大していった。仮に、多くの者が自宅以外に存在したならば、このような順調な同心円の拡大が進行したか、はなはだ疑問である。家族の安否の確認を急ぐ者、まず帰宅しようとする者で、大きな混乱が起こったに違いない。そのために大きな機能麻痺が生じただけでなく、市民救出も迅速十分に行われなかった可能性が高い。ここから、混乱のスパイラルが起こる可能性は低くない。多くの群集心理学者の観察するように、群衆はある臨界点において、急速に無構造化、すなわち「液状化」を起こすのである。

第2に、午前5時46分という時刻は、なお暗黒にちかく、PTSDの主要症状であるフラッシュバックは震動感覚のフラッシュバックという形をとった。このような例はめずらしく、そのために余震に対する敏感さ、ダンプカー、ヘリコプター、その他の振動過敏性の原因と推定される。もちろん生き埋め、あるいは火災などの要素も症状に加わっていて、全体としては、至近弾の落下による戦争神経症に、最も似ていると考えられる。この場合、米軍の経験では、災害地において温かい食事と休息を与え、原隊から切り離さないことを勧めている。

② パニックを防ぐ要因

パニックを防ぐには、どういう要因が重要であるかを、列挙して考える。

振動音響、その他の圧倒的な異常現象の原因が何かを知ることが重要である。私が質問した十数人においては、原子爆弾の落下、石油タンクの爆発、小天体の落下もあったが、主に地震と解したものの、神戸が主な被災地と推定した者は、以外に少なかった。

もっとも、この点に関しては、関東大震災とは格段の進歩があり、震災後にも、さらに技術革新がなされていると聞いている。とにかく正確な情報の伝達は、精神を大幅に安定させ、流言飛語にはじまる群衆の液状化を防ぐうえで、最大の重要性がある。戦争神経症においても、これは大きな予防要因である。

なお、マクロの情報に対してミクロの情報も同じ重要性を持つ。地元サンテレビ局が社長の方針によって、センセーショナルな報道を慎み、個人の安否情報、地域の電気、ガス、給水などの情報伝達に徹したことは、我々の立場からも、高く評価される。

次に重要な情報は、救援が近く、かつ確実であるということ。中央政府をはじめ、全国民が強い関心を示しているという情報である。

混乱を予防した要因としては、この情報の比重が非常に大きい。被災によって孤立した人間の最大の不安は、ボートで漂流している人と同じく、手持ちの食料、水、体力などを、救援がくるまで、どのように配分したらよいかの見当がつかないことである。全国的な流通機構で、神戸に縁が深いダイエーと神戸コープが即日全国の流通網を動かすという情報を発したことは、特筆されるべきである。

なお、日本銀行神戸支店の預金支払いに関する英断、瀬戸内海の汽船会社が、持ち船に、神戸に向かえと言ったこと、臨時公衆電話所の設置、迅速な郵便業務の再開も、予防的こころのケアの観点から見て、重要である。なお、主な被災地である長田区においては、全国的な組織による救援もめだった。

(2) 急性期以降の対応

数日後には、各地からの自衛隊、警察、消防、その他公務員と、各地の公用車両が被災地をうずめつくれたが、この効果は、治安だけでなく、全国からの支援の象徴として大きな効果があったと実感される。この点では、関東大震災で、着剣した兵士が街頭に立ち、各地で自警団が組織されたのと、今回とでは、自衛隊や警察などは、一般人を威圧するのではなく、支援するという姿勢が明らかであり、その意味は全く違っていた。

特に神戸においては、在日外国人は地域の一員となっており、かつ、それぞれの宗教施設など精神的中心を持っていることが重要であったと思われる。神戸外国クラブは、例えば3月末まで食堂とサウナを一般に開放した。その他世界各地からの救援がみられた。新来のベトナム人も、鷹取カトリック教会に結集し、ただ一度、日本人避難民と摩擦がおころうとしたが、彼等の知恵で解消している。

いわゆる「割れたガラス窓効果」が少なかった。これは、法律、道徳違反を見逃すと、急速に拡大再生産されるという現象であるが、このことは極めてまれであった。この点に関して、6千の遺体の迅速な処置は、特に米国で高く評価された。関東大震災においては、東京被服廠跡の4万人の窒息死体が放置されて、その写真が全国に流布したことと、対照的である。その他、残酷な写真を私は目にしていない。

以上の初動対応が、連絡の大きく損なわれた状況で、それぞれの持ち場の人の創意と

工夫によって行われた部分が大きいことは、「こころのケア」の不可欠な基礎をつくったものである。確かに地域住民の意識は変化していたが、それは一般に相互扶助の方向であり、未知の人が声を掛け合い、助け合った例のほうが、頻繁に見られた。

① 精神科救護所等

精神科救護所の設置も、自発的であって、震災当日から薬を求める患者の姿に励まされて、被災した精神科診療所の医師が、保健所に設置したのが最初である。行政による認知は、1週間後の1月24日であったが、当時すでに神戸市内6箇所のほか、芦屋、西宮、伊丹、津名に設置されて、約100日間運営された。

これに参加したのは、神戸大学精神科に集まる医師、保健婦などであるが、米国の医療人類学者ブレスラウの指摘のとおり、神戸には大学精神科、県精神保健センター、保健所、精神科開業医、臨床心理士、精神科保健婦などのネットワークがあらかじめ存在し、相互に交流があったために、震災直後の稼働が可能であった。さらに、他府県の精神科医との個人的人脈を通しての援助、薬剤の調達、分配、診察の活動が行われた。

要約すると、こころのケアに関連した精神科関係者には、5つの系統があった。

- 神戸大学精神科病棟を中心とするグループ
- 兵庫県立精神保健センターを中心とするグループ
- 明石の生村病院、元町の精療クリニックのグループ、その他精神科診療を中心とするグループ
- 各自治体病院、国立病院、日赤病院などから派遣されてきたグループ
- 単独で休暇をとって支援したグループ

に分けることができるが、実際は各グループ間に相互浸透があった。

私は、神戸を精神科で飽和させるという意気込みで、多くの精神科医を招致したが、それは単に支援を求めるだけでなく、来援者が今後、災害精神医療の経験を積むことによって、次回の災害に対する準備性を高めること、および系列の異なる精神科医をはじめ、異種、精神科関係者間の共同作業を体験してもらうという、明確な狙いのもとであった。

その成果として、まず、精神科医療者が避難所などの現場に出かけていくという、新しい試みがあった。避難所にあてられた学校の避難民の間に身を置く者としては、警官、教師とは違ったソフトな仲介者としての精神科看護師の存在の意義があると考えられた。

特にストレスにさらされていると思われる校長先生には、精神科医で作家である加賀乙彦氏に、面接をお願いした。大学の被災看護師の面接は、九州大学が担当した。被災医師、看護婦の住居斡旋を、東急リバブルに依頼した。精神科病棟の余裕箇所に負傷者を一時収容し、休養させた。赤穂御崎温泉と協定して、職員の交代休養を行った。

おおむね2月中旬には、全体の局面をコントロールできているという感覚が生じ、新しい問題の発生は見られなくなった。なお、精神科救護所に関するまとめは2章を参照されたい。

以上、震災後3、40日の期間を概観すれば、大きな失敗は無かったと言って良いと思う。それは、PTSDの症状を持つ人は、決して少なくないけれども、時と共に、次第に穏やかとなり、アメリカ陸軍の言う、外傷神経症の固定化、すなわち治療よりも保障という、治療抵抗性の症例には、全くといって良いほど出会わないのである。これは行政当局が憂慮していたPTSDがらみの訴訟を耳にしないことから、示唆されるであろう。

② 海外特に米国との比較

米国における災害対策とは、重点の置き方が違い、この違いは米国と日本の違いに

関係していると思われる。

まず、米国においては、大都市の自然災害は、必ずその直後は、無政府状態と予想している。私が直接関係者にきいたところでは、2日間は暴徒の横行するにまかせ、その疲労を待って3日目に鎮圧するとのことであった。この10年間に米国の治安対策が大きく変貌したので、現在はなんとも言うことができないけれども、当時デブリーフィングを行ってから、初めて帰宅を認めるのは、感情を沈静させて、家庭を守るという意味もあるやに聞いた。

次に、米国のこころのケアへの救援は、救援者の救援に向けられている。一般の被災者は災害小切手を渡して、各自が心理療法を求めるなり、なんなりするという事である。

もっとも米国の場合、災害関係の手続きは1箇所におもむけば、すべてが整うようになっており、そこに災害こころのケア関係者も待機している。この点は、おおいに学ぶべきであろう。

米国では大災害と共に、通常の行政機能は停止し、「最小政府」がこれに置き換わるという。ロサンゼルスにおいて、私が聞いたところでは、この最小政府は、連邦政府に資金を請求する理事会と、最小政府の職員1,200名からなりたっているという。一千万の人口に対して、1,200名はいかにも少ないが、この数字は、たまたま郡保安官と一致している。なお、郡と市は全く別個の存在で、相互の連絡は、ほとんど無いようであり、一種の別個の政府だと、米国人も自負している。

ロサンゼルス郡の災害対策センターを見学したが、このセンターは、まだ災害に実際に活動したことが無く、はたして有効かどうか今後の問題である。

むしろ重要なのは、前例の災害関係者が、相互に知り合っており、彼等が「最後は人脈」だと言っていたことである。その背後には、災害対策専門家は、全米のどの地域における災害にも召集され、航空機事故なら、ただちに運輸省の臨時職員となって、発言し、行動するという事である。このシステムは、彼等は自覚しておらず、当然のことと考えており、名前もない。私は仮にこれを「CAPシステム」と名付けた。なぜなら彼等は”I have many caps.”と言っていたからである。ただし、給与は増えないそうである。ロサンゼルス郡で、4、5名であるから、人口比で単純計算すると、全米で100名に足りないことになる。「私たちは、事故被害者ばかり見ていて、もうクタクタです」と述べていたのは、偽りのないところであろう。

ボランティアの性格は、日本と異なるようである。ロサンゼルス郡には、大きなボランティアセンターがあるが、その目的は法廷でボランティアの刑罰を宣告された者のボランティア活動を監督するところであり、いわば非自発的なボランティア、これが約半数を占めるということであった。

なお、サンフランシスコの地震においては、中西部からバスで来た、中年女性を中心とする赤十字関係のボランティアが被災状況を見て、パニックをおこし、これが救援者のケアが必要であるという認識のきっかけになったともいう。

③ 避難所でのリーダーについて

ヨーロッパにはイタリア、ギリシャを除いて自然災害がほとんどないので、どうしても米国との比較になる。災害に対して日本人が冷静であるのは、ハイジャックされた航空機乗客の場合に定評がある。

自発的リーダーがどうして生まれ、成長し、交代していったかは、それぞれが1つのドキュメントであって、ここで詳説できないが、群衆の雰囲気リーダーを求める時、それに応じるものがある、普段はおとなしい意外な人物がリーダーになることが少なくない。おそらく、平時向きの人間と非常時向きの人間があるのであろう。

これは山岳遭難の記録がもっとも参考になる。人間がリーダーを引き受けるということは、大変な心理的变化である。山岳遭難において、リーダーだけは、心理テスト

が、他のすべてのメンバーすべてと違って、正常なのである。これが第一点である。次に、すべてのメンバーの心理テストが顕著に異常になるのは、吹雪や雪崩などの自然災害でなく、グループ内の対立、葛藤である。最後に、リーダーは、1年後あるいはそれ以上後に、「使い物にならなくなる時期がある」という、これは研究でなく、登山家を出した会社などからの情報であるが、日露戦争後の秋山真之などの事例に照らしてありうる事態であろう。

④ 神戸大学医学部におけるこころのケア支援活動

私ごとになるが、私は大学の位置と其中での地位によって否応なしにリーダーを引き受けざるを得なかったのであるが、さいわい、私は戦争精神医学の本を読んでいたために、それにもとづいた行動が可能であった。私が三日以内に行ったのは、

- 真先に、整頓された部屋を一つ作ることであった(精神安定のための最優先事項)
- 通信機器の回復。
- 職員全員の安否確認。
- 職員家族と家屋の安否確認。
- 看護部および事務部の安否確認と協力関係協議。
- 全入院患者の精神状態のチェックを出勤した医師に行わせた。
- 負傷家族および家屋倒壊職員の貴重家具の病棟内収容。
- 病院内避難民の慰労と巡視
- 知人建築家による職員家屋安全度の査定
- 倒壊家屋職員への不動産業者による無料紹介交渉(後顧の憂いを無くするため。)
- 神戸大学精神科、県立光風病院の一部患者を大阪など後方に移送し空きベッドをつかった。

なお、即日、記録を開始した。それは、

- 外国学者から日本人は記録を残さないと避難されることを予想したのと、
- 各人の行動のやむをえざることを記して、後の(特に公務員の)ありうべき譴責に備えるためであった。

この記録の一部は後に二冊の本となって出版された。

この時期から、私と東京の某所との間にはホットラインが敷かれて、そちらへの報告も仕事となった。

一週間以内に行ったことは、

- 交通渋滞を来していない間道の発見と通過困難、閉鎖道路を含む案内地図作成配付
- 非被災地区の住居に被災職員を交代で入浴させること。

現金200万円の調達。一切を私費で賄うことにしたが、何人かの遠方の友人が相当額をカンパしてくれた。少し後になるが、九州大学は支援費用を同門会が、久留米大学は教授1人が支弁している。

一週間目に行ったことは、

他大学精神科への救援要請である。出勤スタッフがもはや限界に達していることを察知したからである。その際に、食料あるいは花を持参すること、神戸の地図を買ってくることを求めた。

神戸大学は1月30日に食料の配付をうち切り、残余を配分してしまった。近隣に食堂のない時期に、被災救援者の食料を断つことだけはぜひ止めてもらいたい。まず、「ホット・ミール・アンド・レスト」を与えることは戦争精神医学の鉄則なのである。日本人は「バス(風呂)」を追加するべきであろう。私の集めた金銭の相当部分は食料買い出しに費やされた。買い出しは非常勤講師を勤めていた県立看護大学の教員、学生が担当してくれた。

なお、2月3日より閑散としている赤穂御崎温泉を交渉して費用半額とし、交代で事務職員を含めて休養に充てた。後には価格が普段に戻されたので、資金から補填し

た。

もっとも困ったのは、中央からのひっきりなしの問い合わせ、ジャーナリストその他の視察団との応接、道案内であった。残存戦力の半数を道案内に割くほどであった。ホテルを要求したい人もあり、後の体験記で食料の不平を記している人もある。

疾病は、最初の2日は外傷と挫滅症候群、3－7日はストレス性の急性胃潰瘍と急性心筋梗塞であった。精神病の再発は当日からあったが、新規の発病は2週間以後であった。再発も初発も予後は良かった。

自殺者は、災害の常として、平年よりも少ない。(半年後の9月から増加した)。精神科関係者の被災死はかつて研究生だった保健所長一家だけであるが、躁状態で大阪の病院に入院し、急速に鬱転して自殺した看護師1名。一過性の精神病状態を呈した医師が1名、アルコール症に陥った医師が1名である。医師の治療には私が当たった。

避難所は学校モデルで設定され、教師らしく、避難民を班にわけ、スピーカーで呼び出すなど、学童モデルで仕分をしていた。これを嫌って倒壊家屋あるいは自動車内で仮泊する者もいたので、この人たちへの観察も半定期的に行った。

2 精神科救護所活動に関するまとめ

(1) 概要

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、当初の数カ月の間、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 2,100 件を超えていた。これを集計したものを表に示した。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。

表 精神科救護所で扱った 2112 例の精神科診断（ICD-10）（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

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、新たなニーズ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。

(4) 考察

① コーディネーション・組織化の意義と問題点

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ことは先に述べた。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。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、および派生的に必要なとされた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。しかしながら、最低限のコーディネーターの役割について、予め規定され訓練されていれば、避けられた混乱もあるはずであり、検討すべき課題である。

現実的には、救急医療とも縁遠く精神保健に関する行政上の権限にも欠け、多くの場合「技術センター」としてしか機能を付与されていない精神保健センターが、災害時にわかにコーディネートの役割を果たすのは、不可能であると言わざるを得ない。この震災では、そもそも行政のシステムが、大災害後の精神保健活動への準備を持たなかったために、精神保健センターという行政機関の一構成員が、独自の判断でコーディネート機能を担うことになったのである。言い換えれば、今回、精神保健センターが果たした役割は全く偶発的なものであった。したがって、今後の災害対策を考える上では、精神保健センターの側の意識としても、日常から精神科救急医療や行政的な施策立案に積極的に参画していく姿勢がなければ、災害時に組織として中心的役割を果たすことは不可能であろう。

② 救護所の果たした機能と課題

ア コンサルテーションと救援者の支援

救護所活動は地元の精神医療・精神保健ネットワークを基盤として行われたことは間違いないが、マンパワーを確保する上では、外部からの救援者の存在が欠かせなかった。それは同時に地元担当者を精神的に支える働きもしており、いわば「救援者の支援 helping helpers」の機能を自然に果たしていたといえるだろう。また、避難所の管理者や精神科以外の救護チームなどを経由して受診となったケースが全体で約2割（outreach活動の中では約3分の1）を占めていたことは、ケースを通じた精神科関係者以外へのコンサルテーション業務も、救護所の機能として重要であったことを示している。

さらに、精神科的問題以外への対応が全体で約8分の1を占めており、伊丹や兵庫では約4分の1、津名では3分の1に達している。すなわち、精神科救護所活動は、身体的なプライマリケアを提供する機能も、一面では果たしていたことが分か

る。避難所で活動する場合は、いかに精神科という専門性を隠すことが重要であったかが指摘されているが、本調査結果にもそのことが示唆されている。

イ 費用

また、救護所活動の別の特徴は、その多くの部分がボランティアな活動であったということである。アメリカの場合、ほとんどの費用はFEMAが賄うことと比べるとなく、わが国の災害救助法にも災害援助の費用については救助を受けた都道府県が支弁するものとされている。しかし、救護所活動に参加したマンパワーの経費は試算すらされていないのが現状である。今回の活動を特殊なものせず、今後の災害時にも精神科医療および保健活動が展開されるためには、経済的な問題についても対策の中に具体的に明記する必要があるだろう。

ウ 向精神薬の問題

次に投薬の問題に触れたい。向精神薬などの薬物投与は、全体の約半数に行われていた。その内容を見ると、投与機会の多い順に眠剤、抗不安薬、抗精神病薬となっている。現場では、これらの供給と管理を巡って、様々な混乱が生じた。まず、供給に関しては、通院患者に薬物を確保することが、関係者たちの最初の共通目標であったので、被災地周辺の医療機関から速やかに提供された。その結果、生村が指摘するように、懸念されたような薬物の絶対的不足はほとんど見られなかった。これらの、救援物資として被災地外から大量に送られてきた薬剤は、当初は各救護所で医師によって管理されていた。これについて県の薬務行政担当者は、麻薬・向精神薬取締法上問題があるとしたために、その後は精神保健センターで一括して管理されることとなった。

また、眠剤の扱いに関しては、triazolamの乱用者が救護所を受診しているとの情報が流れ、慎重な扱いが(triazolamは投与を見合わせるよう)ニュースレター(精神保健センターニュース)によって指示された。しかし、精神科以外の救護チームなどを通して、投与された眠剤などについては全く管理されておらず、災害緊急時に向精神薬の管理をどのように行うか議論する場合には、この点を含める必要がある。ニュースレターに早い時期から指摘されていたように、一般救護チームに精神科医が加わり積極的にコンサルテーションを行うことによって、注意を喚起することも、重要な方法であろう。

なお、兵庫県では被災地の200近くの医療チームに対して医薬品の供給体制を整えたが、精神科救護所についてはその枠外においた。災害医療に必要不可欠である点において向精神薬とその他の医薬品とを区別する理由はなく、また精神科救護所の医療チームと他の医療チームを区別する理由もない。にもかかわらず管理体制を別立てにして、日常、薬物を扱っていない、薬務の専門家もいない精神保健センターが薬物の管理を担うと言うのは合理的なシステムとは言い難い。これもまた災害医療における精神科医療対策の欠落が大きく影響しているものといえよう。

エ マスメディア対策

今回の震災では、心理的問題についてマスメディアが盛んに取り上げた。マスメディアの関心は主にPTSDであり、各救護所や精神保健センターには取材が殺到し、対応に苦慮したことが報告されている。アメリカの災害時マニュアルにはマスメディアを利用し、住民に対して正しい知識を流すことの重要性が記されており、今回も心理的問題の存在が取り上げられ、PTSDについての情報が流されたという意義はあったかもしれない。しかし、現場に殺到し「震災のために精神障害を来したケースを教えてくれ」と迫るマスメディアの態度は、現場スタッフにとっては消耗でしかなかった。その上、避難住民に対しての取材攻勢も激しく、中には記者を動員して面接調査を実施するなど、住民への侵愁の大きさも危惧された。救護所活動の中では、マスメディア対応は、それぞれの現場で行われたが、将来の災害対策の中に

は、コーディネーターの役割としてマスメディア対応が盛り込まれるべきであろう。なお、震災に限らず災害や大事件後の報道の過熱ぶりは、被災者や被害者に大きな負担を与える。これに対して精神医学の立場から報道機関への申し入れをするなどの試みが、最近は見られている。

オ 電話相談

被災者にとっては、心理的問題を自発的に相談することは大きな抵抗があるために、アウトリーチ outreach という手法や、プライマリケアと組み合わせて心理的ケアを提供することが重要となることはすでに述べた。それと同時に電話相談も匿名性が確保できる手段であり、大きな役割を担うことが期待される。ホットラインの有効性については欧米でも指摘されており、今回の震災後も数多くの電話相談窓口が開かれた。それらの多くは、ボランティアによる運営であり、被災地内外の約 80 あまりの回線が、心理的問題に関しての相談を受理していたといわれている。そして、救護所活動とこれらの相談窓口との接点はほとんどなかった。

また、今回の電話相談窓口はほとんどがボランティアか行政の末端組織が開いたため、24 時間の相談窓口はほとんどなく、それぞれの窓口の回線も少なく、電話番号を広報する手段にも欠けていた。これは、既存の災害対策の中に電話相談に関する記載がないために、誰がコーディネートし資金的なバックアップをするのかが明確でなかったことが原因であろう。これを教訓とするなら、行政的な施策の中で、十分な数の相談員を確保し、ひとつの電話番号で多くの回線を使って 24 時間の相談を受け付けるシステムが必要であろう。そしてこれは平時より、相談員を登録し訓練するなどの準備がなければ不可能であろう。

Ⅲ 復旧期（H7-H11）の精神保健活動

1 現場での活動から見てきたもの

さまざまな精神科関係者がそれぞれの小集団の方針で動いていた状態を平成 7 年 4 月 30 日で打ち切り、阪神淡路大震災復興基金からの資金で「こころのケアセンター」（以下「センター」と略称する）が設立されることになった。これは、それ以前の行動については一切お構いなしに承認するが、以後は行政の統制下に統一するという含みであると当時は受け取られたが、実際、行政の統制は目立たなかった。

(1) センターの創設

5 月 14 日に百数十人を一日で面接し、3 分の 1 を選んだ。5 人を同時に並べて面接し、質問を専門にする 1 人と判定を専門にする 4 人が囲む方式で行ったが、実際は、順番待ちの間に行った、業務への期待と参加の動機を述べた自由感想文による判定が大きな比重を占めた。面接に重点が置かれていると被面接者は思い込んでいたために、感想文による判定が有効だったのである。

募集職種では、医師、看護師は少数であり、センター長医師はすべて非常勤とせざるをえなかった。PSW もかろうじて必要数を満たす程度であり、臨床心理士あるいは臨床心理専攻学生が圧倒的に多く、九割が女性であった。

センター員は、大阪、京都、奈良、和歌山（！）居住者が多く、兵庫県では被災地以外が大部分であった。近隣住民の関与的関心の大きさと、被災地の精神的余裕未だしをうかがわせる事実である。遠距離通勤をあえてしてくれた諸氏に改めて感謝し、被災隣接都道府県の重要性を思う次第である。

基金の「受け皿」は、他にないので、任意団体である「兵庫県精神保健協会」（黒丸正四郎会長）となった。センター長は、最初に指名された神戸大学教授が断ったので、精神科教授であった中井が就任することに内定したが、文部省は文部教官である中井が地方自治体の外郭団体の長になることを反対したので、中井は平成 9 年春の退官まで「兵庫県精神保健協会こころのケアセンター担当理事」という肩書でセンターの運営に当た

った。常勤医師は最初、白井豊（現光風病院医師）、すぐに加藤寛（都立墨東病院精神科救急部医師）に代わった。P S W兼課長には藤田昌子が県から出向した。

(2) 運営方針

センターの位置づけは、行政とボランティアの中間の隙間を埋めるものと規定した（中井、藤田）。しばしば行政とボランティアの谷間に落ちる事例を見聞していたからである。

中井はつぎの例え話を使った。すなわち。「ある老婆が重荷を背負って炎天下に難渋している。この場合、行政はただちに荷物を背負うわけにはいかない。公平を旨とする行政は、そうすれば類似の場合すべてにそうしなければならないからである。逆にボランティアは荷物を肩代わりするのは全く問題がないけれども、気が向かなくなったり、本業に必要なが生じたらいつでもやめられ、これを止めるものはいない。われわれは行政の継続性と、ボランティアのその場の必要性に対応する双方の性格を併せ持つ者である」と言った。

中井は、センターの運営基本方針を永井地域保健課長（当時）と長期間会談して、センターは前例のない非常時組織であるから、常に不測の事態変化に対応するために、従来の行政慣習にとらわれない簡単な即決体制によるという合意に達した。その上で、センター内部の会議で、問題を先取りし、常に組織変化を予想し、フットワークを軽く、どこへでも出掛けてゆく体制であるというあり方を決定した。

実際の決定システムは次の通りである。小問題は藤田と中井の二人で決定し、事後承認を求めることとし、中から大問題は月一回開催し、兵庫県庁、神戸市役所、県立精神保健福祉センター、県立精神科病院長、県精神科診療所会長、県保健所長会長、こころのケアセンター長、などから成る「こけセンサミット」（通称ではあるが正式名称は使われなかった）によって決定し、これが最終決定となることとした。この単純な決定機構設定の裏には県当局の苦心があったと思われるが、この柔軟性は以下挙げるような場合に非常に有効に機能した。

7月の行動開始までに2ヶ月の休止期間があったが、この時期は、避難所から仮設住宅への移行期、倒壊家屋の取り壊し、鉄道の再建期に当たり、雨がちで、また多くの建物は青いシートに覆われ、都市は急速にひっそりとなった。精神的には中休みの時期だったのであろう。

(3) 事業

センターの実行開始に当たって、私は大要次のようにセンター員に語った。「こころのケア活動が国の立法下に公費で行われるのは最初であり、わが国では大きな進歩である。この組織は当面の需要を満たすばかりでなく、問題の先を考え、さらに将来のモデルを創る任務がある。日本では最初にアウトリーチ中心の活動を行うが、これは健康な者が傷ついた者の所へ赴くのであって、本来の形に帰ったといえる。このような一般的任務を九割が女性の集団が行うのも初めてであり、臨床心理士が協調して集団活動を行うのも初めてである。5年後には、兵庫県から、実際経験を持つこころのケア専門家が育っていたということになっていただきたい。県からみれば、兵庫県、広くは日本にとって1つの資産が生まれるということなので、温かく育ててもらいたい。」

こころのケアセンター最初はすべて保健所、一部は仮設家屋に設置された。活動には仮設住宅訪問、仮設住宅集会所における相談、イベント開催、不足不便の改善、センターにおける電話相談があった。本部では、神戸市消防局との協力によって、消防士のケアを継続的に行った。また、精神障害者の作業所、集会所に援助を行った。これらについては毎年発行した報告書に掲載しているので、そこでは触れられていない主な課題、難題を以下に列挙する。

- ① センターは最初は当然のことながら、被災区にのみ設置された。ところが、被災者が被災区でない仮設住宅に移るにつれて、それらにセンターを設けるという問題が発生した。これは困難であって、垂水区、西区、北区には何とか設置したが、加古川の大仮設住宅は本部の実験地という形式で本部員による活動に頼らざるを得なかった。姫路の仮設住宅にはついに手が伸びなかった。同じく、大阪にあった4つの仮設住宅地区には、大阪事務所（通称「大阪探題」）を設けて人員を配置したが、初期から希望して実現したのは1年後であった。
- ② 神戸市の各区に設置されたセンターについては、神戸市は金は出してもらおうが口は出させないという基本方針であり、市内のセンター員からはしきりに会いたいという希望が寄せられたにもかかわらず、センター本部員の訪問も、予め神戸市役所の許可が必要で、電話さえも「歓迎しない」という意向が表明された。中央区のセンター新築開所式には中井、加藤は招待されたが座る椅子もなく、挨拶の機会も与えられなかった（これに対しては県が抗議して市は遺憾の意を表したというが当人には伝わっていない）。実際、センターで辞令交付式を行うのは4年目からであり、これがセンター員全員の集まるほとんど唯一の機会であった。他には2回にわたる米国視察団への参加と、一度合宿を行ったくらいであった。この種の行政間の軋轢は米国視察においてもみられたところであるが、無用の摩擦であることにちががなく、精神医療施策の答申を行った以外には県とも市とも特別な関係がなかった者としては全く理解に苦しむ事態であった。この事態はセンター運営上の最大の難関であった。
- ③ 県外被災者への通信連絡に難点があった。まずセンターの存在とその行うサービスの広報を行おうとした。活動開始に先だって、センター長らは、各所を訪問したが、障壁は高かった。県外疎開者を把握しているのは、神戸市で、希望者に広報を送っていたが、NHK神戸支局を訪問したが、ニュースその他に取り上げることはやんわりと断られた。

神戸中央郵便局は好意的で、転居届をしている者には法的に挨拶状を送ることができるようで、中央郵便局は発送の準備中であり、センターは広報を用意して局の求めるままに、数千通を封筒に入れる作業を局に赴いて行った。発送寸前に近畿郵政局から待たせられたが、局長は狭気のある人で非常に残念がってくれたが、センターは人員を派遣して封筒から抜き取る作業を行わなければならなかった。

近畿郵政局は、中井の震災記録に、郵便配達が遅くとも翌日から行われたという記事があるのを喜んで震災後初期に局長自ら神戸大学の中井私室を訪問したほどであるから、法規解釈がわかれたのであろうが、結局、県外疎開者には、後期に、いくつかの県に出向いて懇談会を行い、大いに喜ばれたが、初期にもう少し大きな規模で行いたかったところである。

- ④ センターは次に災害に被災経験県として招かれ、そうでなくとも出動することになると考えて、3名分の携行食料、物品の用意をした。しかし、痛切な経験として必要なのは現金であった。自転車一つを購入するにしても現金が必要である。数十万円程度の用意が必要である。

なお、運送手段として海上輸送の方策を探って、西宮ヨットクラブを訪問した。公益法人であって災害時には尽力を求められている。しかし、ヨットの漁港接岸には、法規上、漁業組合の事前許可が必要であるという難点があるのだという。このクラブは当時、世界でもっとも贅沢な35フィート艇をもっとも多く揃えており、災害地の破壊された波止場に接岸させることに難色を示すのも無理はないと思われた。歓待されたが手ぶらで帰った。

なお、伊豆大島の噴火に際しても、接岸して1万数千人の救出を行ったのは東海汽船の船舶である。自衛艦は高価繊細であり、鋼鉄も薄く、接岸できないことがわかった。神戸港に接岸したのも、輸送艦（上陸用舟艇）「みうら」一隻であり、西宮沖に

整列した護衛船隊主力5隻は示威を終えると立ち去っている。

ただし、最近、海上保安庁は、医療設備を持った「災害対応型」巡視船「いず」(3680トン、20ノット、H9年完成)、「みうら」(3167トン、18ノット、H10年完成)を2隻所有しているので、災害活動にかんして、県と海上保安庁との事前協議あるいは訓練が必要ではないかと思われる。

- ⑤ ハイリスク者の早期スクリーニングが云々されているが、センター設立よりも早期に慢性化するか否かが分かれる。震災後6ヶ月にしてようやく活動したセンターは、災害関連精神障害のスクリーニングあるいは治療にかんしては遅すぎるのである。台湾は、日本の経験を生かしてずいぶん早めたが、戦争神経症の経験からすれば、それでも遅きにすぎる。

幸い、初期の慢性化防止策は、一般的災害対策の中に尽くされている。「こころのケア」関係者も、初期においては、混沌の中で各人ができること、良いと思うことを行う以上に適切な方法は実はないと思う。実際、文献に記載されているような慢性災害神経障害者はほとんど跡を絶っている。記念日現象も3年以後にはほとんど目につかなくなった。さまざまの幸運と一般市民の力に助けられてであるが、重傷のPTSDは本災害においては予防できたといつてよいと私は判断する。

早期に避難所において心理テストを行うことは現に非常な反発を受け、私は、心理学者の協力要請を却下したことが何度かある。観察だけでハイリスク者をスクリーニングすることは不可能である。むしろ、岩井による「家族と家屋とを失った者」「家屋か家族を失った者」「いずれをも失わなかった者」という震災後の調査をPTSDのリスクの高い順位として採用すべきであると思う。

無構造のショック・ポストショック状態であるASD(急性ストレス障害)の間の処置がPTSDの成立とその経過を左右し、PTSDが補償要求に転じるか(米国の場合)、軽いPTSDの四症状が次第に軽くなってゆくか、心気症、抑鬱症あるいは境界性人格障害の形で慢性化するかというのが、主な経過とすれば、現在はおそらく、抑鬱あるいは心気症の形で精神科医療を受けているか、あるいは引きこもっている人はあるであろうが、これは精神科診療所医師に委ねられる問題であり、現にそうなっていると思われる。

- ⑥ 1つの隠れた問題は、他都道府県に移住した被災者の被災関連障害である。私は、何例かを知る機会があったが、他都道府県の医師は震災当時患者が神戸にいたと聞いてもピンと来ないようであった。この点で、厚生省(当時)精神保健課が企画した、「被災者受診の際の全国医師のための心得」(仮称)が実現しなかったのが惜しまれる。

アルコール症については米国に比しては問題にならないと米国人はいう。H7年5月当時、神戸市の仮設住宅で「処置に困るアルコール症」は99人だという報告を受けた。現在の光風病院、垂水病院、その他の精神科病院、宋クリニックで対応できる数字である。兵庫県はアルコール症治療の訓練を我が国唯一の研修施設「国立久里浜病院」で受けた精神科医が相当数いるところであり、全国ではアルコール症の少ない県に属している。

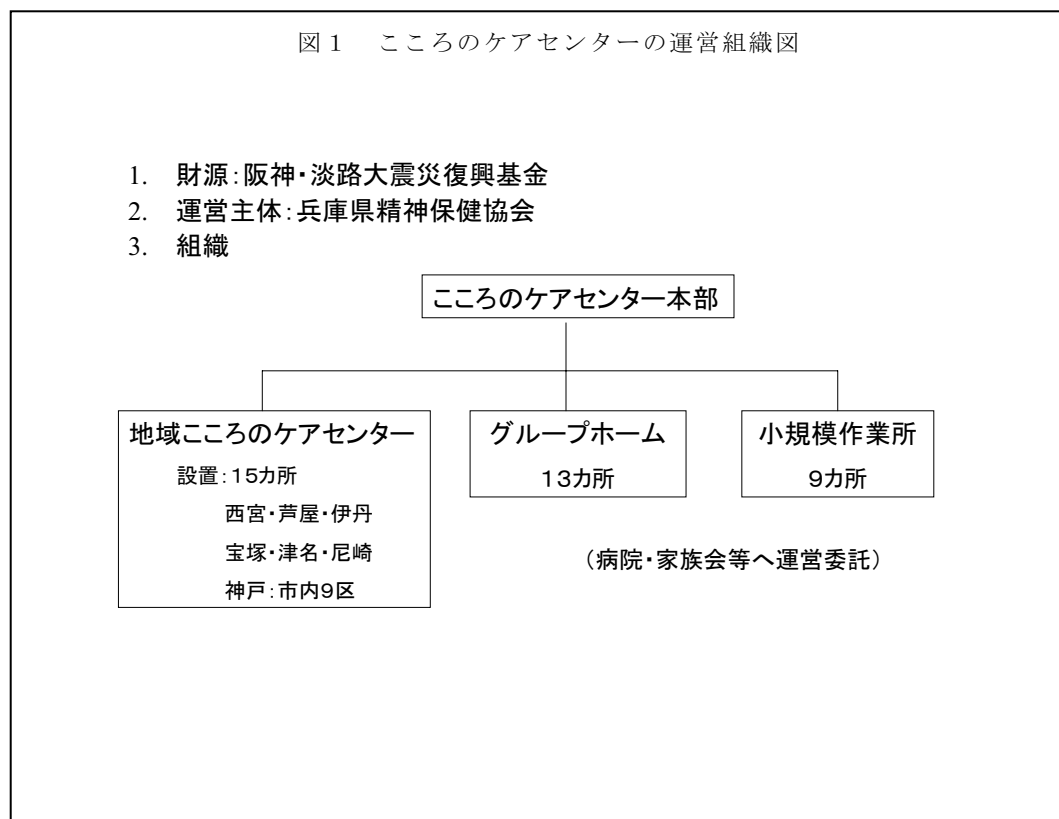
2 「こころのケアセンター」事業のまとめ

(1) 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出向し、全体のコーディネート役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。

図1 こころのケアセンターの運営組織図



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。

(2) 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。

「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、それこそ“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。

(3) 運営の特徴

全体の組織を、図1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。

① 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、中井は次のように述懐している。

「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、石のように梃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いない。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、未曾有とあ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いではなかったが、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があれば、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（1,000 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。

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。

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、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。

② 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。

③ 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ある。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。

④ 活動実績

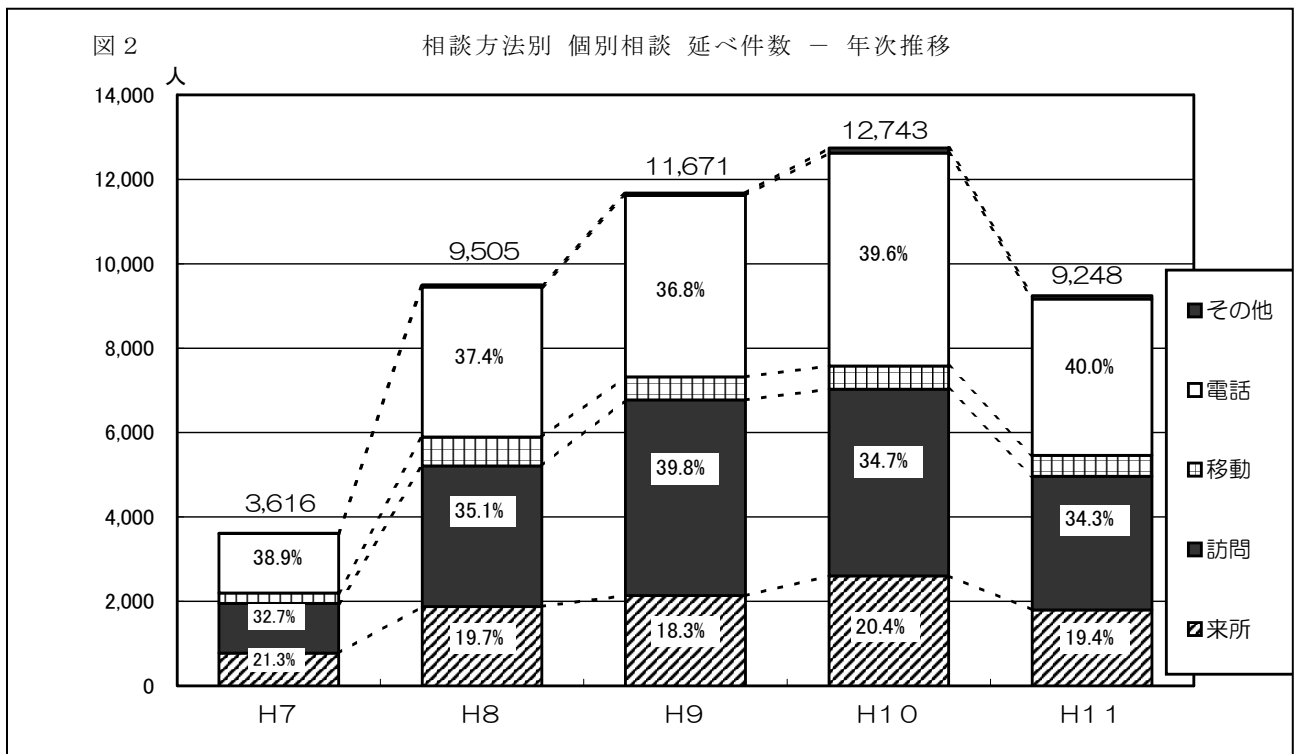
こころのケアセンターの活動実績と、その分析について以下に示す。ここにいう個別相談業務とは、来所相談、電話相談、訪問相談（仮設住宅や災害復興住宅など相談者の自宅を訪問して対応する）、移動相談（保健所が公営住宅内の集会室などで実施する住民健診・健康相談会やイベント開催時に相談コーナーを設け、心理的な問題の相談に対応する）など、様々な方法で個別に応じたもののことである。また、手紙やFAXによる相談なども含まれる。

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。

表 こころのケアセンターの活動実績

	相談業務延件数						巡回訪問 延件数	個別 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	

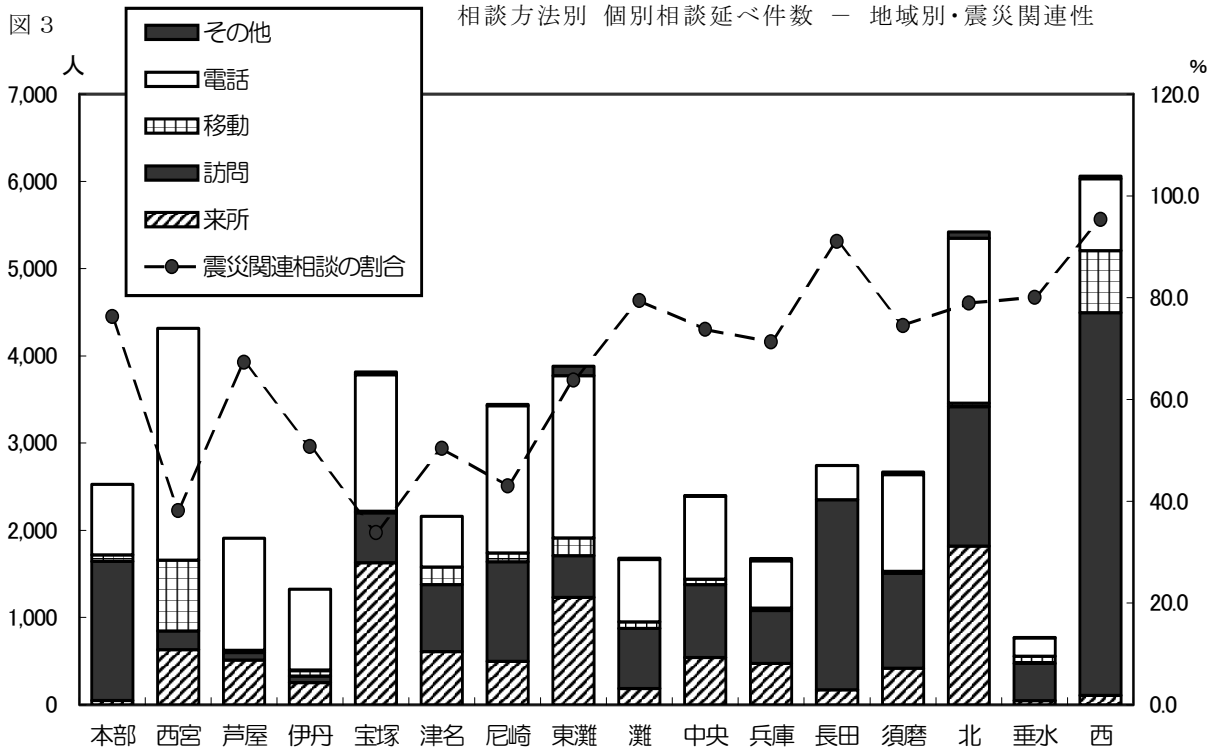
次に、延べ件数を相談方法別にみると（図2）、各方法とも減少しているが、特に来所相談件数の減少が大きい。相談方法の中で多いのは、例年同様、電話相談と訪問相談である。これは電話相談が相談者にとって身近な相談方法であり、訪問相談は援助者側が出向いていくという、相談者にとって抵抗が少なく利用しやすい相談方法であることに加え、平成11年度は、既存の機関や援助者に円滑に引き継ぐために、新たな人間関係づくりには時間を要する相談者には、新しい支援者との同行訪問を繰り返したり、援助者の引継後も馴染むまでの間度々かかってくる電話を受けるなど、対応回数を重ねる必要があったことによる。



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）。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3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。



⑤ 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（章末資料）、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、地元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。

3 本格的復興期（H12－H16）

被災地および仮設住宅に展開している実践システムとしての「こころのケアセンター」は、平成11年度を以て活動を停止し、残務整理と活動記録のために、本部機能だけが、県南分室ついで県民会館8階に設置された。ついで平成12年度に、被災経験県としての業務に当たるために「こころのケア研究所」として、県シンクタンクである「ヒューマンケア研究機構」の一部門となった。

平成12年春、「こころのケアセンター」は終了式を行い、藤田昌子所員を中心として、全員を臨床心理関係に1人を除いて就職させた。これは、「実践経験のあるこころのケア専門家百数十名を世に送り出す」という当初の狙いの1つを果たしたことになる。

(1) こころのケア研究所

① 研究活動

この研究所の最初の研究テーマは、まず震災後のこころのケア活動をまとめることであった。折りしも1999年9月に起こった台湾地震への支援活動を通して、阪神大震災とほぼ同じ規模の災害における精神保健活動がどのように展開されたかという情報を得ることができたので、両者の比較を通して阪神大震災後の精神保健活動についてまとめ、その問題点を指摘し提言を行った。また、こころのケアセンターで取り組んだいくつかの調査研究のまとめを行い、下記に示すような報告書を作成した。

震災関係では、教育委員会からの委託を受けて震災後7年目の2002年に小中学校をフィールドとした大規模な調査を行い遷延し潜伏している心理的問題を明らかにした。結果の概要は以下のとおりである。

ア 震災の心理的影響を、長期的な経過の中で捉えるには、子ども自身の評価尺度は妥当性、信頼性に問題が生じやすく、保護者などの観察に基づく評価の方が有用であった。

イ 被災による影響と考えられる心理的症状のうち、PTSD症状は被災の激しかった地域で、他の地域と比較すると明らかに高率に認められた。

ウ PTSD症状の遷延化に影響を及ぼすのは、世帯の主な所得者の失業などで示される二次的な生活上の変化と考えられた。

エ PTSD症状と関連の深い行動あるいは情緒面の問題は、不安、抑うつ、注意力の問題、周囲との適応の問題、などであった。

また、県内の児童養護施設に入所中の児童が自宅外泊中に両親から殺害されたという事件をきっかけにして、被虐待児童をどのように保護しているのか、関係機関の連携は十分か、虐待をした親への介入や教育は十分かなどの問題が指摘された。それを受ける形で2年間にわたって研究を行い、虐待を行うリスクの高い親に対する教育的な働きかけのモデルを示した。これはカナダで実践されている「Nobody's Perfect」というプログラムを改変したものであるが、日本の保健所を中心とした地域保健の現場で実践しやすい形に改良した。現在までに兵庫県内のみならず他府県の保健所で試行されている。なお、このプログラムの元となったカナダの「Nobody's Perfect」のマニュアルは日本語で出版され、その翻訳に参加した。

バブル経済の崩壊後、永年にわたって続く景気の低迷を背景として、90年代後半から生じている自殺者の急増が続いている。自殺に関連する研究は、対象をどのように得るかなど方法論上の制約が多く、実証的な研究はあまり多くない。こころのケア研究所では、県からの委託を受けてというテーマで、救急病院で自殺未遂者がどの程度扱われているのかを調査した。

さらに、兵庫県が数年前から普及を目指している音楽療法に関して、その効果がどのくらい明らかにされているのかを先行文献を研究し、今後の音楽療法実践の課題は何なのかを提言した。

以上のように、こころのケア研究所は、震災に関連する研究にとどまらず、メンタ

ルヘルスに関して社会的関心の高いテーマの研究を重ねた。この方向性は、研究所の発展として設立された「兵庫県こころのケアセンター」のにも継承されている。

② 実践活動

兵庫県内では震災以後、社会的関心を広く集めるような事件や事故が多発した。たとえば1997年の須磨区における児童連続殺傷事件、姫路市内で少年と少女のカップルが起こしたタクシー運転手殺害事件、2001年6月の大阪教育大付属池田小学校での殺傷事件、2001年8月の明石市花火大会事故、2002年夏に起きた児童養護施設入所児童の殺害事件などでは、被害者やその家族、関係者への心理的支援が強く求められた。また、他地域で発生した災害後には、阪神大震災の経験から蓄積された知見を提供し、それぞれの活動に対して被災経験地域として助言するという役割が期待された。こころのケア研究所は、上述したように、きわめて小規模な研究機関であったが、こうした役割を広く果たした。

以下にその具体例を示す。

ア 台湾地震

台湾をおそった1999年秋の地震に際しては、加藤寛所員はただちに台湾に飛び、現地本部に於いて神戸での経験を伝え精神保健システムの構築に寄与した。この際「雪中送炭」（困っているときに適切な援助をしてくれた）として感謝された。特に最大の被災地であった南投県の草屯療養院（精神病院）スタッフとは持続的な実践、研究協力関係が形成されて今日に至っている。また台湾地震直後の1999年11月には、台湾政府の精神医学、精神科看護、ソーシャルワーカーの主要人物が、神戸の「こころのケアセンター」訪問し、中井、加藤、藤田所員と同席し、三人に質問しつつ、台湾の「こころのケアセンター」システムの構想を3時間前後でまとめて帰国した。「1センターの所員は2人では少なすぎないか、3人のほうがよいのではないか」といった具体的な質問を次々に行い、よく勉強してから来所したことがありありとわかった。この行政チームの能率性、機動性、即決性は感銘を誘った。制度が異なるとはいえ、今後、他山の石となるであろう。なお、中井は健康障害のため、台湾大学、台湾医学会に招待されたが、応じられなかった。これは残念な点である。台湾への支援活動はその後も継続され、2004年の9月に南投、台中の「心理衛生中心（こころのケアセンター）」が閉鎖されるまで、計5回訪台し助言を行った。

イ えひめ丸沈没事故

2001年2月にハワイ沖で、急浮上したアメリカ海軍の原子力潜水艦と衝突し沈没した愛媛県宇和島水産高校の実習船「えひめ丸」の事故に際して、生存帰還した生徒や船員に対する心理的支援が求められた。愛媛県からの依頼を受けて、こころのケア研究所はその一端を担った。対象は主に帰還した船員たちであった。この活動には、研究所の加藤寛、藤井千太、およびこころのケアセンターの所員であった大上律子（武庫川女子大講師）が参画し、精神保健調査、個人カウンセリング、グループワークなどの企画を行った。活動の中で得られた精神医学的所見は、アメリカ海軍との補償交渉に採用された。なお、船員を対象とした活動は新しい実習船の完成とともに一応の終結を迎えたが、現在も継続されている遺族への対応などに協力を続けている。

ウ 大阪教育大学付属池田小学校事件

2001年6月の悲惨なこの事件では、直後から心理的支援が行われた。この活動は、大教大に所属する精神科医や臨床心理士を中核メンバーとする「メンタルサポートチーム」によってコーディネートされ、大阪府、兵庫県を中心として広域から専門職が参加し展開された。事件は大阪府下での出来事であったが、犠牲者を含む生徒の中には宝塚市、伊丹市、西宮市など阪神間に住む者もあったため、兵庫県として

も支援活動を行う必要があった。それは、保健所や精神保健センターを中心とする地域精神保健活動であり、ホットラインの開設、訪問活動などが行われた。こころのケア研究所は、メンタルサポートチームに参画するとともに、県内の地域保健活動のスーパーバイザーとしての役割を果たした。この事件では自治体をまたがる活動を展開する必要があり、民間組織としての当研究所の柔軟なポジションが活動を容易にさせたという意義は指摘しておく必要があるだろう。

エ 明石市歩道橋事故

2001年8月21日、明石市主催の花火大会において、歩道橋内に閉じこめられた多数の群衆が将棋倒しとなり、幼児を中心とする11人が圧死するという惨事が発生した。被害者に対する心理的支援は、主に兵庫県明石保健所と明石市によって提供され、ホットラインと相談窓口が設置された。こころのケア研究所はその活動のコーディネートに協力し、旧こころのケアセンターに所属していた精神科医（大山さやか）と臨床心理士（大上律子）に依頼し、約1年半にわたって相談を担当させた。しかしながら、この事件では明石市とならんで兵庫県警の責任も問われており、被害者に対して公的機関が支援を行うことは大きな困難を伴っていた。それを補うために、被害者を支援していた弁護士とも連携し、遺族に対するカウンセリングをこころのケア研究所内で行った。

オ 犯罪被害者に対する支援

兵庫県内では1997年の須磨区における児童連続殺傷事件、2000年暮れに姫路市内で少年少女2人がおこしたタクシー運転手殺害事件、暴力団員による大学院生殺害事件など、凄惨で社会の関心を惹起する事件が連続して発生した。犯罪被害者への支援は、90年代前半警察を中心にして行われるようになっており、兵庫県警には被害者対策室が設置されていた。一方、民間団体による支援も東京、大阪、名古屋、京都などで提供され始めていたが、兵庫県には存在せず設立が待たれていた。これに対応して、2001年にNPO法人ひょうご被害者支援センターが誕生した。その設立時には、こころのケア研究所の中井、加藤が発起人となり、設立後は理事に就任した。

カ 消防士殉職事故

2003年6月に神戸市西区での民家火災で、消火活動中に突然建物が崩落し、消防士4人が殉職するという事故があった。また、同じ年の12月には西宮市内でレスキュー隊員1人が、火災現場で殉職した。こころのケア研究所の加藤は、阪神大震災から災害救援者が現場活動中に被る惨事ストレスと称される心理的影響について研究してきたが、その研究を通して消防組織と密な関係を構築していた。二つの惨事では、事故の直後から介入を行い、現場に出動した消防隊員に対する個別面接を行った。この活動を通して、惨事ストレスへの対応のあり方について、消防組織内での関心を高めることに寄与している。

キ 日本トラウマティックストレス学会の設立

平成14年、「日本トラウマティックストレス学会」が設立され、事務局は永続的に「こころのケア研究所」に置かれることになった。この学会は、学問の性質と現状を反映して、会員が若く、女性会員が多く、会場は常に満員で、廊下でぶらぶらしている者がほとんどおらず、休憩時間も熱心に討論が行われるという点で既成学会とは様相を異にしている。この雰囲気が続くことを願ってやまない。なお、毎度、代表的な外国人研究者を招待して交流を行っている。

(2) 兵庫県こころのケアセンター

① 設立までの経緯

2年の準備後、「兵庫県こころのケアセンター」（以下「新センター」と略称する）が平成16年4月1日より発足した。21世紀ヒューマンケア研究機構の傘下に入る

が、その中では唯一の実践部門を持つ研究所であり、独自の事務部門を持っている。

その建設にあたっては、東大分院精神科（教室改造）、名古屋市立大学（精神科リハビリテーション施設）、神戸大学精神科病棟の設計に当たってきた職員が設計・内装に助言を求められ、諸外国の類似施設に匹敵する施設として発足することができた。こころのケア（外傷後ストレス障害を中心とする）研究・治療・研修施設としては国内に例を見ず、国際的にも少数であって、県下とともに全国的活動の展開が臨まれる。

職員の選考には、こころのケア研究所職員を含む21世紀ヒューマンケア研究機構が当たった。現スタッフは、系列化を排除し、東は筑波、西は九州と全国的に集まり、外国高等教育経験者が3割であって、現実に望みうる最上に近いと思われる。

3月28日の開所記念式に続くシンポジウムには、満堂の聴衆に対して中井センター長予定者が基調講演を行い、東京都精神医学総合研究所の飛鳥井博士、国立精神神経センター研究所の金博士の両専門家、震災以来「旧こころのケアセンター」にしばしば来訪して今や所友というべきオーストラリアの先達マクファーレン博士、ニューヨークのPTSDセンター長キーン博士、WHO神戸所長がそれぞれ講演、祝辞を述べ、シンポジウムにおいて討論し、その後のパーティーにおいて親睦を深めた。4月～5月の二ヶ月を準備期間とし、合わせて、特に全国から集まった研究員相互の親睦とチーム作りに充てた。

今後、いかに活動するかはなお歴史に属さないが、次の課題が緊急かつ必然的になってくることはできるだけ多くの関係各位に理解していただきたい。

② 機能

新センターの機能として当初は、研究と研修の2つが想定されていた。しかし、トラウマやPTSDに関する研究は、災害や大事件あるいは虐待などの被害を受けた人々を対象とすることが多く、実際の支援を行うことなしに関与することは倫理的に許されることではない。また、研究対象を十分に確保するためには、臨床のフィールドを自ら持つておくことが効率的である。こうした点から、新センターには臨床機能が付与されることとなった。

結果的に新センターが担う機能は以下の5機能となった。

1. 研究機能
2. 研修機能
3. 相談・診療機能
4. 普及啓発機能
5. 連携・交流機能

研究機能に関しては以下の4部門に分け、トラウマ・PTSDを中心とした社会性の高いメンタルヘルスの問題に取り組む予定である。研究の進め方として、3年間にわたってテーマを深めていく「長期研究」と、単年度ごとにテーマを定める「短期研究」と位置づけている。当初、3年間に予定されているテーマを以下に呈示する。

第1部門：災害、事故等、同時に外傷的出来事に遭遇した集団を対象とした社会精神医学的研究を行う。

（長期研究）大災害や大事件が地域社会に及ぼす影響と地域精神保健の介入に関する研究

（短期研究）日本におけるトラウマに関連する概念の社会的受容過程の研究

第2部門：災害、事故、犯罪被害等、単発的な出来事に遭遇した個人を対象とした臨床研究を行う。

（長期研究）外傷的事態に遭遇した被害者及び家族の心理的影響に関する研究

（短期研究）性暴力被害を受けた女性に対する危機介入のあり方と治療技法に関する研究

第3部門：児童虐待、DV等、反復性のある出来事に遭遇した個人を対象とする臨床研究を行う。

（長期研究）世代を超えて連鎖する家庭内の暴力・虐待の予防と介入に関する研究

（短期研究）子どものPTSD症状と愛着障害との関連に関する研究

第4部門：様々なストレスによって生ずる精神疾患の予防等について研究する。

（長期研究）職場における業務内容に関連するストレスとその予防に関する研究

（短期研究）職場におけるメンタルヘルス対策の現状と具体的方策に関する研究

研修機能に関しては初年度は、保健・医療・福祉・災害救援などの分野で活動する専門職を対象として、トラウマ・PTSDを中心とした「こころのケア」の知識と技法を学ぶための研修が、年間20コース予定されている。また、一般市民を対象としたシンポジウムやセミナーも開催される。

相談・診療機能は上述したように当センターにとって、なくてはならない機能である。開設初年度は、月曜日から金曜日までの週5日を二診体制での診療、相談は同じく週5日保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による相談を行っている。他機関、他地域との連携は、実践を通して築き上げられるものである。新センター発足の2004年は自然災害の多発した1年であり、県内外の災害後に現地での精神保健活動に関与した。たとえば、新潟・福井・徳島などの水害後には、被災地での精神保健活動をどのように行っていくかについて助言を求められ、加藤研究部長などが現地へ赴き講演などを行った。さらに新潟中越地震でも、地震発生の日目から現地入りし、新潟県が招集した「新潟県中越地震こころのケア対策会議」の構成員として参加し、精神保健システムの確立に寄与した。さらに、兵庫県内での台風23号による水害に際しては、スタッフが地元保健所に駆けつけ、被災者への支援活動にあたった。このように、新センターは実践を通して確実に県内外の関係者との連携を築きつつある。

(3) 兵庫県こころのケアセンターにおける課題

こころのケアセンターの診療部門は予約制をとるが、どのような患者を選ぶかという選別の問題は、実践において生まれる問題を見据えて解決を図ってゆかなければならないことである。すでに警察から性被害者が連れてこられているが、女性性被害者にはまず女性医師が当たる必要があり、1名しかいない女性医師の負担が増大している。児童虐待問題が増大すれば、その専門家の増強も必要になるだろう。さらに、法律専門家の必要がすでに生じている。親告罪である性被害においては告訴の是非をめぐる問題に専門家の関与が必要である。

全国で唯一のセンターである。それを神戸に設置することには学会内に異論があり、また、PTSDを中心とする外傷性障害に対しては、既存の精神科医あるいは精神問題評論家に白眼視する向きさえないとはいえない。

これに対しては、

- ・本センターの所員は、研究発表、著作出版、基本的図書に相次ぐ翻訳を行って学会に確固たる位置を占めること
- ・学会、研修会を組織して兵庫県、隣接府県、全国に尊敬される地位を占めること
- ・高度の技量を以て診療に当たり、臨床の専門性をゆるぎないものにする
- ・研修を通じて県全体のこころのケア水準をさらに向上させること
- ・所友（仮称）その他の形で、小児科など隣接科を含む親近感を持つ学者、研究者、臨床家を周囲に集めること、
- ・診療のトラブルに対する組織の危機管理体制を作成すること
- ・性被害、犯罪被害などのボランティアNPOで基盤が確実であり信頼が置ける者に対しては、財団法人という立場から許容できる範囲で積極的な陰陽に援助と便宜供与を行うことが「行政機関のみでなく当事者などを含めた幅広いこころのケアのネットワークづくり」に不可欠の要因であること

- ・新しい災害が発生すれば、本県の他の災害関係部門と並んで、被災経験県の専門家として現地に出動することも含めた貢献が求められる。そのことなくしては、本研究所が存在を示すことはできない。

さいわい、旧こころのケアセンターモデルは改良を加えて台湾で通用した。このシステムのさらなる改良が必要である。もっとも、これが他の災害発生時に通用するかどうかはわからない。さしあたりは、すでに震災後に構想したごとく、他都市の災害をいかに救援すべきかの図上演習を行うことが、普遍モデルの構築にもつながり、防災を考える上でも創造的であると思う。また、新潟県中越地震後のように、精神保健の専門家が長期にわたって多数必要とされるような状況が今後発生した場合に備えて、県内の専門家を予め登録しトレーニングしておくような体制を整備し、その中心的役割を新センターが果たすべきであろう。さらに、隣接する災害医療センターなどと協力し、一般の災害医療の中に、こころのケアの視点を加えていくように務める必要もある。

いうまでもなく新センターは前例のない組織であるから、走りながら学び経験を積むしかないのであるが、PTSD研究者がしばしば陥るような社会からの孤立とならないことが極めて重要であり、そのためにはまず、本センターの設立趣旨を理解する友好的な周囲（“味方”）を生み出すことが、本組織の運営にぜひとも必要なことである。

他方、外傷性ストレスの研究・治療は職員の精神健康の維持が大きな課題となってくるのは、諸外国も合わせて既往の経験の示すところである。職員は余裕を無理にでも生み出さなければならない。常に明るく、ユーモアを以て隔意なく話せる職場づくりが重要である。レクリエーション、放談会など、非公式な集まりとともに、人情と国情に即した形でバディ・システム（2人のペアの間でいかなる診療上の悩みをも話し合っただストレスをわかちあうシステムで各国で広く行われている）あるいは日本的形態のデブリーフィングを編み出すことがいずれ必要となるであろう。上級職員はこの点が特に大きな任務となるであろう。

最後に、もし、この組織が軌道に乗れば、必ず次のような人事上の課題が表面化するだろう。

すなわち、

- ・必要な職員の補強；臨床のニーズや他地域での災害などへの関与というような状況が増えていくことが予想され、スタッフの補強は避けて通れないだろう。
- ・優秀な研究者を確保するための環境作り；現研究員、特に非常勤臨床心理士の給与は、副業を前提とした相場になっているが、現実はどうも副業に時間を割けるような業務ではありえないと思われる。故郷を遠く離れて物価の高い都市で生活している諸氏の生活実態を知る立場の人間として、ぜひ一言述べておきたい。かつて、「旧センター」においた、センター員の活動ぶりによって、特に一段階の昇給を行った例があることを付記しておく。

こころのケアセンター調査研究一覧

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～	兵庫県精神神経科 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などの調査を実施。
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・明石市と淡路地域の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らしているかを知るために、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(IES)等を用いて評価した。H7.4月下旬ごろの心身の状態については、心身共に震災の影響があったと回答した割合が、被災地内群で有意に高かった。調査時点である震災後13ヶ月目の心身の状態については、IESの平均点は、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、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。各地域の救護所の成り立ちや活動方針によって、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IESなどのストレス症状に関する尺度に加えて、抑うつ症状尺度(SDS)と心的外傷時解離体験尺度(PDEQ)を含む自己式質問紙、ならびにモーズレー性格検査質問紙(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。救援活動中の生命的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。

調査研究名	調査期間	調査対象	主な調査内容・結果
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	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。
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	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、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。
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	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症状に関する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群に分類し比較した。(震災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、現場活動中に生じた危険性を感じた、あるいは悲惨な光景に直面し、それが精神的に負担となった者を「高暴露群」、そうでない者を「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」317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では、高暴露群では16.3%と最も多く、ついで待機群12.4%、非暴露群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は、時間的経過の中で減少しているが、高暴露群の9%、待機群の7%が、調査時点でも依然として精神的苦悩を自覚していた。面接調査は、H11. 9～12月に任意に協力をした88名を対象にして、構造化診断面接(CAPS)を含む面接調査を行った。また、自記式尺度としては、PTSD症状にどのように対処法を用いたかを見るためにラザルスストレスコーピングインベントリ(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らるものは、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。
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	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。
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	H11. 8～H12. 3	県外被災者対象の茶話会の出席者	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(CAPS)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。