

精神科病院機能と災害支援

犬飼 邦明

熊本 社会医療法人ましき会 益城病院 理事長

Key Words 熊本地震, 精神科病院機能, DPAT, 精神科災害支援

はじめに

平成28年4月14日午後9時26分、熊本県益城町を中心に最大震度7の地震が発生した。28時間後の4月16日午前1時25分には後に本震と称される前夜を上回る激震が九州から西日本を襲い、これまで2,000回以上に及ぶ余震が続いている。当院では病院建物や路面に対する異常な動揺、剪断力が加わった結果、地下埋設の給排水管や電気系統の配線、さらには建物の基礎を支える杭などが破損し、今なお完全復旧の目処は立っていない。

本稿は、その名が示す通り益城町に位置する当院が空前ともいえる大規模災害に被災した経過をもとにまとめたものである。幸い、一連の避難や転院を通じ二次災害がなかったことは、ご支援いただいたDPATやDMATなどの災害医療支援チームや熊本県精神科協会（以下、熊精協という）会員の皆様のおかげである。

被災前のこと

平成28年2月13日、筆者は熊本県のすすめで県、市職員4名とともに東京・立川市の国立病院機構災害医療センターでDPAT統括者研修を受けていた。熊精協地域医療担当理事として、平成28年度中に熊本県でDPATチーム立ち上げの準備をするのが参加の目的であった。1泊2日の研修では、大規模災害時における精神科医療支援の基本的な心構えや、組織として動く場合のキーワード「CSCATTT」をくり返し学習した。この時の経験は、今回の被災において非常に役に立つことになった。

4月14日午前、県、市から7名の職員の来訪を受けた。4月異動の職員の紹介、平成28年度精神科救急情報センター業務委託契約の検討、そしてDPATチーム立ち上げの話が主題だった。「熊本は安全な所だから、まずは他所に派遣するチームのことを考えていきましょうか」というのが一致した考えであった。

そう、水と緑に囲まれた熊本は加藤清正の時代から安全な町で知られ、明治以降も五高や第六師団をはじめ、国の出先機関の多くが配置されてきたのである。

震度7 (M6.5) 被災

4月14日夜、筆者は病院敷地に隣接した自宅にいた。長男が初めてフィアンセを紹介するので鍋を囲むこととなり、ワインで乾杯したところであった。21時26分、ドーンという突き上げに続いて、大きな横揺れが始まった。食卓の上の食器類はすべて床の上に散乱し、慌ててテーブルの下に潜り込んだ。鍋に火を通す前であったのは幸いであった。ゆったりした横揺れは永遠に続くかのように、家具や電気製品をなぎ倒していった。収まった時には真っ暗闇の静寂だけが残り、遠くで町内放送が聞こえていた。破壊されつくした食器やガラスの破片が散乱するなか、家具を押しつけ懐中電灯と履き物を探し、家族とともに家を出た。映画の1シーンを見ているようでもあり、いつかこうなるのではないかと予感していたような気もした。

地震発生時、当院には199人の入院患者がいた。病棟に入ると松永院長がまだ在院していた。初めて当直をするという新任の非常勤医を見守っていたようである。病棟では、非常電源の薄明かりの中で余震のたびにどよめきが上がり、みな次に何が起きるのか固唾をのんで待ち構えているかのよ

うでもあった。通常の避難訓練にならない、2階以上の患者は1階のデイルームなど広い空間に移動させた。エレベーターが使えない状態で、階上の患者の何人かは職員がおぶったり抱っこしたりして階段を下りてきた。天井からはどこからともなく水が滴り落ちていた。避難用リュックやヘルメットが集められ、寝具が準備された。患者は数名が打撲を負い、1人はけいれん発作を起こしたという報告であったが、いずれも軽症とみられた。

22時10分、災害対策本部を急性期病棟1階に設けた。22時50分には緊急招集を呼びかける一斉通報メールが全職員に配信された。いち早く駆けつけたPSWは病院近くの共同住宅に住む約20名の方々を病院に誘導してきた。隣接の認知症グループホーム「ふるさと」には17名の入居者がいた。停電、断水の状況は同様であったものの施設内待機とした。栄養科の職員はすでに非常食用食糧を管理棟3階の倉庫から取り出し始めていた。

深夜0時を過ぎる頃には準夜、深夜勤務者をはじめ数十名の職員が本部に集合していた。当然職員もまた被災者であった。準夜勤者は速やかに帰宅させ、可能な者は早朝5時に再集合することを申し合わせた。病院周囲の状況は駆けつけた職員から知らされたが、それでも被害は局地的、一時的なもので、数日後には元の状態に戻れるものと楽観していた。午前3時前にオレンジ色の服を身につけた日赤の災害救助班4名が突然現れた時も、「とくに処置を要する怪我人はいません」と答えるにとどまり、立ち去っていく後ろ姿を見送った。

しかし患者が寝静まった深夜、懐中電灯を頼りに1人管理棟に踏み入り、その破壊の凄まじさを目の当たりにした時、そしてなぜか建物間の連結がすべて解離、離断しており、通常出入りする玄関周囲の路面がせり上がって玄関扉が開かなくなったのを知った時、これはただ事ではないことを思い知った。それでもこの時の状況は、24時間後の本震の凄まじさに比べれば序章に過ぎなかった。

夜明けを待たず、筆者としては、このまま停電と断水が続けば給食の提供ができず、トイレも流せない状況となり、入院機能を維持するのは困難と結論付けていた。199名の入院患者を退去させ

るにはどうすればよいのだろうか。まず家族への連絡が最優先であろう。転院先の手配、患者診療情報の作成、行政への報告など、夜明けとともにやるべき事は山のようにあった。

入院患者退去

4月15日午前5時、集合した職員の前で全患者退去の方針を告げた。まず家族への連絡方法を統一した。①患者は無事であること、②病院の被害が大きく入院継続が困難であること、③自宅が無事であるなら一時的な退院が可能か、④無理なら転院を了解いただけるか、また転院先は決まり次第報告すること。この4点を黒板に大書し、手分けして全患者家族に電話をかけ始めた。

100KVAの自家発電装置により病棟内では非常用コンセントは使える状態だったが、電話交換機や内線電話、FAX、テレビのアンテナブースター、院内LANなどの情報網はどれも使えなかった。幸い、業務用で使っていた30台あまりの携帯電話は使用可能だった。代表番号に夜間かかってくる外線は携帯電話に転送することにしており、これも機能していたという。ただ、テレビが使えなかったことで一般情報の多くから取り残されることになった。地震の程度や範囲、被害状況は何も伝わってこなかったし、他院の状況や行政への連絡手段もまったくわからなかった。

午前7時過ぎには、くまもと心療病院の花輪先生から「いつでも患者を引き受けるから」という連絡を受けた。この頃、県に対策本部が立ち上がり、代表番号にかければつながることを知った。

ずっと後になり、深夜0時頃にはLINEを通じてDPAT研修を受けた県職員の1人に病院機能維持困難であることを伝えていたことがわかった。これを受け、熊精協事務局が転院調整に乗り出していたのであるが、その時は少なくとも筆者の耳には届いておらず、すべて自分たちでやるものと思っていた。転院先として熊本市近郊の20精神科病院を想定すると、1病院あたり10名程度となる。病状や年齢によっては各病院の機能も勘案しなければならない。手分けして電話をかけるものの、途切れがちでタイムラグが生じ、情報は混乱し始めた。いったん受け入れOKとの返事をい

ただいたK病院から、しばらくして「別の病院の患者を受け入れることになった」と断りの電話が入ったりした。

報道関係者は8時前には来てテレビカメラを設置していた。厚労省の方や知り合いの代議員も駆けつけてくれた。DMATやDPATもやってきていたが、正直なんのために彼らがいるのかわからなかった。患者搬送のためであったが、陣頭指揮をとる者がいない。われわれが指図してよいものか、指示を受けなければならないのか、スタッフが搬送車に同乗しなければならないのか、転院先との連絡がついているのかなど皆目わからなかった。院内道路は自衛隊や消防や警察車両で動きがとれなくなっていた。

10時頃には退院する患者の家族が迎えにきはじめた。11時には最初の転院受け入れ先である阿蘇やまなみ病院の高森院長自らマイクロバスで迎えに来てくれた。阿蘇やまなみ病院は翌日の本震で大きな被害を受けることになる。

午前11時の時点で転院可能者は約半数の100名に過ぎなかった。急性期病棟を中心に約50名の退院が決まったが、残り約50名の行き場がない。対策本部があるという益城町役場を訪ねた。2階の本部とおぼしきところに行くと、騒然としたなか、DMAT、DPATなど色とりどりの制服を身につけた一団がいた。その1人に声をかけ、なんとか50名の受け入れ先を確保してほしいという要請を行った。昼過ぎに来院した熊精協の梶尾監事が黒板の転院先一覧を見て、「これは熊精協で決めたリストと全然違う」と驚いていた。情報は届いていなかったのである。

午後になって県立こころの医療センター体育館が避難先に決まり、濱本院長自ら迎えに来てくれた。ただ、寝具と食糧、それに介助するスタッフ、栄養士を用意してくれという。これには困った。避難所とはそういうものかもしれないが、被災したスタッフに応援に行けと言うのはためらわれた。が、勇敢な何人かは夜勤に就くことを了解し、夕方、25km離れた県立こころの医療センターに向かった。そして彼らは深夜、帰路で本震に遭遇することになる。

4月15日20時、最後の転院患者を送り出した。

最終的には199名の入院患者のうち149名が12の精神科病院（うち39名は県立こころの医療センターへ避難したのち、翌々日までに全員転院）、4の一般病院などに転院となり、約50名が自宅や入院前の施設に退院となった。12時間で199名の患者が病院から姿を消したわけである。

患者のいなくなった病院はしーんと静まりかえり、夜勤者と当直医を残して帰路についた。筆者は停電し断水した自宅に戻るわけにもいかず、14km離れた阿蘇郡西原村にある古家に泊まることにした。そこは水も電気も確保できていたからである。

本震

4月16日午前1時25分、震度7強の本震が阿蘇郡西原村を中心に襲いかかった。前夜よりはるかに大きく長く揺れ続け、家具をなぎ倒し、壁を傾け、天井の照明器具すら落下させた。ジェットコースターで揺られるように2台のベッドのマットの間に身体を挟まれ、これが幸いして倒れてきた障子や落下物の直撃から身を守ってくれた。着のみ着のまま車に飛び乗り、病院に向かった。午前3時前のことである。普段は南阿蘇グリーンロードに通じる観光ルートであるが、この時は闇の中、妙にヘッドライトに浮き出る路面の起伏が目立った。そして、突然目の前にアスファルトの裂け目が現れた。急停止し、なんとか飛び越えられないかと路面を見渡したが、その先にも別の断裂が走っていた。その道はまさに布田川（断層）の真上を横切っていることを後に知った。やむなく引き返すと、夜明けを迎えるなか、広場には多くの車が立ち往生し、いつしか炊き出しが始まっていた。消防団の車両が心強かった。上空をヘリが何機も舞っていた。辺りは陸の孤島と化していたのである。このまま取り残されたら大変なことになると思いながらも、見知らぬ方のすすめる握りメシを頬張っていた。車載テレビは車で20分ぐらいのところにある阿蘇大橋が崩壊しているという信じられないニュースを報じていた。

午前8時頃、何台かの車が車列をすり抜けていく。尋ねると山道はなんとか通れたという。西原村宮山地区と呼ばれる辺りで、これを逃す手はな

いとばかり必死の覚悟で曲がりくねった山道を通り過ぎ、下ったところは古民家の大屋根が軒並み見るも無残にへしゃげ、壁は傾き、倒壊したブロック塀は道を塞いでいた。益城町に入っても同様に、神社の灯籠は倒れ、電柱は傾き、路面はスキー競技のモーグルのようにコブだらけであった。

病院に着いたのは午前10時半であったから、約2時間かかったことになる。新緑の中、陽光が眩しかった。昨日の喧噪とは打って変わり、外部の支援者は波が退くように撤収していた。病棟間の段差はさらに増し、壁面の亀裂が目立っていた。すでに松永院長が陣頭指揮をとっていた。室内にあった対策本部は軒下に移されていた。余震が続くなか、屋上に設置した自家発電装置に給油することができず全停電の状態だという。午後1時、患者のいなくなった病院で本部機能すら維持できず、近くの特別養護老人ホーム「花へんろ」に本部を移転することに決めた。それから2週間、病院機能は「花へんろ」に移り、益城病院敷地内は部外者立ち入り禁止となった。

病院機能移転

ライフラインが途絶し、余震が続くなか、益城病院周辺には認知症グループホーム、宿泊型自立訓練施設、共同住宅利用者などの入所者約60名が住み、当院関連の社会福祉法人の特別養護老人ホーム、養護老人ホームの入居者約110名を合わせ170名がわれわれの管理下にあった。いつしか地域の避難者も次々と詰めかけ、一時は130名にも及んだ。両法人の職員も含めると500名近くが特養施設内に群がっていたわけである。自衛隊からの補給水、炊き出し、各地からインスタントラーメンや飲料水が次々と運ばれてきた。平成病院や不知火病院からは自家発電装置が届けられた。

職員もまた被災者であった。全職員の約2割は自宅が全壊し、帰る家を失っていた。さらに半数以上がライフライン途絶のなか、車中泊や避難所生活を送っていた。学校も閉鎖され介護サービスも中断している状況で、学童や在宅高齢者を抱えている職員は仕事どころではなかったろうし、帰る家のない彼らに多くを望むことはできなかった。

転院した患者は一応安心と思われたが、転院先

も本震に遭遇していた。149名のうち、約40名は県内あるいは近隣各県の精神科病院に再転院となった。気になるのは急な退院となった50名の患者であった。うち6割は急性期治療病棟3カ月以内の入院者で、アルコール依存症、認知症が多く、退院が予定され、あるいは地域移行支援実施中の患者ではあった。しかし1カ月後（5月15日）の調査では、自宅に残った患者は退院者の7割に過ぎず、3割は他院や他施設に入所していた。被災により中断したデイケアや、就労訓練に通っていた約150名の状況も気になった。外来通院中の患者も自宅が被災し、あるいは昼間の居場所を失い、環境の劇的な変化で病状悪化は予想されたとし、認知症の方が避難所での生活に適應できるとは考えられなかった。いわば、「長期入院者の地域移行」が突然現実のものとなったわけである。

4月18日には避難先の事務室を借りて外来診療を始め、少し遅れて訪問看護を、そして昼間の居場所としてのデイケア施設の再開を急ぐこととした。被災直後で通院困難な方も多く、入院機能を失くした精神科病院にできることといえばアウトリーチしかなく、目的は「再入院を防ぐ」診療であった。それは、これまで入院と外来中心だった医局医師にとっても初めての経験であった。被災した当院で必要としたのは、このような未経験領域への「診療支援」でもあった。

ライフライン復旧

発災2週間後の4月29日、ようやく電源の回復した病院に職員全員が戻った。擁壁の崩壊や地面の激しいうねり、建物と建物とのジョイント部分にできた断裂に比べれば、RC構造の病院施設（病棟本館、急性期治療病棟、DC棟、外来診療棟）の外観や内部の損傷は驚くほど軽微でしっかりしているように見えた。益城町からの被災状況調査でも「一部損壊」と判断された。しかし専門家の見る目は違った。この地震は南北方向に張力軸をもつ右横ずれ断層型の内陸地殻内地震とされ、その影響からか、すべての建物がそれぞれ異なった上下と横方向のずれを生じていた。構造設計のプロですらこれまで経験したことのない、なんらかの構造変化が支持杭を含めた地下埋設部分に生

じており、これがライフラインの修復を妨げ、さらに本格復旧工事が極めて困難であるとの見解に発展することになる。二次評価では「全壊」と判定された。

とくに排水系統が壊滅した結果、トイレや浴室が使用不能に陥った。屋外仮設トイレは段差と和式ゆえ、高齢者には容易に使えなかった。5月中旬、急性期病棟の一部に仮設配管による給排水設備が完成した。進り出る水を見たスタッフの歓声が上がった。被災後ちょうど1カ月、当初の目標通り、外来通院困難な3名の入院を受け入れた。6月中旬には病棟2階部分以上のトイレが使えるようになり、厨房機能も回復、4病棟中3病棟が使用可能となった。これをもって転院していた患者の受け入れを開始し、6月末には117名を受け入れた。9月15日現在、転院患者149名中133名(89%)が戻り、入院患者数は175名(利用率83.3%)、外来実数は前年比約1割減となっている。被災後8月末までの4.5カ月間で診療収入は前年比2億8,400万円減、本格復旧工事には25億円以上かかると見積もられている。

精神科病院機能と災害支援

さて、いまや精神科病院の機能は医療のみならず、高齢者介護、障害者福祉、精神保健領域まで広範囲に及んでいる。入院患者以外にも通院、在宅、地域移行者など多くの患者や障害者が精神科病院を中心に生活しており、早期に精神科病院機能の回復を図らなければ、いわば二次災害につながるおそれがある。精神科災害支援を考えた場合、「医療機能の回復」とは「失われた精神科病院機能の回復」でもある。DMAT、DPATなどの公的医療支援の多くは初期の患者搬送が終われば病院を離れ、避難所巡りが主体になっているようで、いわば「身体モデル」「医療モデル」としての支援であり、しかも保険診療はできないという制約がある。また、多くのスタッフが被災した状況下では医療、介護の担い手が直ちに不足することになるが、「医療モデル」でその状況は想定されていない。われわれは医療専門職の集団ではあっても、大規模災害や危機管理の面では素人といってもよい。広汎な危機管理体制を組むのも容易では

ない。

そういう意味からも、4月下旬からいち早く支援の申し出をいただいた岡山県精神科医療センター、岡山県精神科病院協会、あさかホスピタル、九州大学などのグループは、「長期滞在し病院の管理下に入っただけの支援」を明確に示され、2カ月にわたって医師のみならずコメディカルや事務職・介護職まで含んだ「精神科病院支援モデル」として機能した。また、早期から介護支援に入っていたいただいた日本介護福祉士会などの即断即応の活動は特筆に値する。

自院での経験をふまえ、大規模災害時の精神科病院支援としては以下のように考えている。

- ①各精神科病院の機能を熟知していることから、被災直後より刻々と変化するそれらの障害状況を把握できる立場にあるのは各県精神科病院協会(日精協支部)であり、その役割は重要である。早期から県の災害対策本部(医療救護調整本部)の中で精神科災害医療コーディネーターとして加われば、よりスムーズな支援調整が可能になったのではないかと考える。
- ②DMAT、JMATなどの災害医療支援チームは被災直後のトリアージによる救命救急処置と被災医療機関からの患者搬送が主眼であり、その後は避難所における医療支援に移る。しかし多くの精神科病院は入院患者以外にもさまざまな介護、福祉、保健活動の機能を有しており、これらが破綻した場合の二次災害も無視できない。よって、たとえば「JPAT」のような精神科機能面に着目した支援チームが必要であろう。支援スタッフには医療職に加え、PSW、CP、OTRなどのコメディカル、介護職なども含める必要があると思われる。
- ③これらの多職種による精神科災害支援活動は、中期以降の避難所や仮設住宅などの被災者に対しても、また行政職員や保健師などの災害業務に携わる方々の心のケアにも重要な役割を果たすものと思われる。そのためには縦割りの本部機能、指揮命令系統ではなく、現地における精

神科災害医療コーディネーターの関与下に配置されることで、より迅速かつ適切な対応が可能となろう。

- ④職員自身も被災者であり、やむなく転居、離職する者も少なくない。スタッフ数が減少するなかで、従来にはなかった避難所や仮設住宅における新たな精神科医療需要が予測され、訪問診療やアウトリーチを中心とした在宅診療への積極的関わりが必要とされる。被災後半年、筆者にとって精神科医療従事者の確保が深刻な課題となっている。

おわりに

益城町も当面は人口流出が続くことが予想される。地域医療構想も根本から見直されることになるかもしれない。反面、避難所や仮設住宅で生活

する7,000名ほどの住民は、被災経験や環境変化のなかでストレス性は高まる一方であろう。本来の災害精神科医療の活躍の時はこれからである。心のケアセンターや地域支え合いセンターの開設など、公的支援が計画されている。地域精神科病院として期待されることも多くなっている。期待に応じるには人材、マンパワーの確保が不可欠で、従来の事業の見直しや集約化が必然となる。まだまだ息が抜けない状況が続く。

最後になったが、被災直後より全国各地の精神科医療関係者からさまざまな物的、心的、人的なご支援をいただいた。また昼夜を分かたず災害対策本部や調整本部につめ、各精神科病院や避難所等をこまめに回られた熊本県精神保健福祉センターの医師、DPATチームには心より感謝申し上げます。