

東京電力福島第一原発事故で全町避難となった統合失調症入院患者の 避難行動からの社会復帰

—オーラルヒストリー法による聞き取り調査—

柳田信彦¹⁾、松田史代²⁾、井上和博¹⁾、松成裕子³⁾

要約

目的：震災発生まで精神科病院での長期入院生活を行っていた患者が、震災による福島第一原発事故後の避難行動、避難生活、そして意図せぬ退院からの社会復帰したことの語り内容を分析し、その促進要因を明らかにすることを目的としている。

方法：震災後の福島原発事故時に被災し、入院中の病院から避難指示によって避難した対象へのオーラルヒストリー法によるデータの収集を行った。

結果：対象は、若年期に統合失調症を発病し、約40年の長期入院による自信喪失が退院の障壁となっていた。ところが、福島第一原発事故により、大きな被害を受け、全町避難となった入院中の医療機関も避難の対象となった。対象はケースワーカーの助言を受けて、必要最低限のアイテムを持ち逃げたが、複数の病院を転々とした。最終的にK病院で1年半を過ごすこととなるが、状態が安定し、地域への移行が進められる国の施策により、退院の機会が訪れた。対象は、病状の安定や経済的なサポート、関係者の支援を受け、グループホームへの退院を決意した。その後、アパートに暮らすようになり、社会活動に参加し、多くの人々と交流し、ピアサポーターとして活躍している。

結論：本研究の成功事例を通して、災害時の支援活動や長期入院後の地域への移行を促す際の支援策として有益である。事例からは、どのような状況にある他の患者や支援者にも適応可能であり、より効果的な支援策の策定に役立つことが期待される。

キーワード：福島第一原発事故、避難指示、長期入院、社会復帰、オーラルヒストリー法

I. 研究目的

2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震による東日本大震災（以下、震災）が原因で、東京電力福島第一原子力発電所（以下、福島第一原発）は交流電源の喪失と冷却システムの停止が起こった。その原発事故の結果、水素爆発が起こり、放射性物質が大気中に放出された。この事故により、福島第一原発から30キロ圏内の5病院が閉鎖され、それに伴い相双地域の精神科医療は

壊滅状態となった¹⁾。また、関連する30キロ圏内の作業所やグループホームも閉鎖や移転を余儀なくされ、福島県内の精神障害者を中心にした社会復帰施設は長期間にわたり機能不全の事態となった。

一方、厚生労働省は精神科病院長期入院における統合失調症患者本人への具体的な今後の支援として、「退院に向けた意欲の喚起」の方針²⁾を示し、入院中心の生活から地域生活中心へのシフトを推奨している。しかし、

¹⁾ 鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

²⁾ 鹿児島大学医学部保健学科理学療法学専攻

³⁾ 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻

連絡先：柳田信彦

鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

TEL&FAX 099-275-6737

E-mail yanagida@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

長期入院の解消と地域移行支援には、患者本人である当事者を中心に医療、家族、地域が複合的に関わる必要があり、複雑かつ困難な問題を抱えることが多い。

今回、この状況を踏まえ、福島第一原発から直線距離4kmほどであるA病院（福島県双葉郡B町）に入院中であつた元入院患者を対象にし、震災までの長期入院生活、震災時の避難行動ならびに退院後の社会復帰から現在の生活における社会活動までをオーラルヒストリー法³⁾を用いてデータの収集を行った。

本研究の目的は、震災発生まで精神科病院での長期入院生活を行っていた患者が、震災による福島第一原発事故後の避難行動、避難生活、そして意図せぬ退院からの社会復帰したことの語り内容を分析し、その促進要因を明らかにすることである。

II. 用語の定義

避難指示：災害が発生し、又は発生するおそれがある場合において、人の生命又は身体を災害から保護し、その他、災害の拡大を防止するため特に必要があると認めるときは、市町村長は、必要と認める地域の必要と認める居住者等に対し、避難のための立退きを指示することができる。（災害対策基本法第60条第1項「避難指示」の規定）

避難指示区域：緊急時の被ばく状況で放射線から身を守るための国際的な基準値（年間20～100ミリシーベルト）を参考にし、第1原発から20～30km圏内を“緊急時避難準備区域”として、緊急時に屋内退避か避難してもらう区域、第1原発から20km圏内は例外をのぞき立ち入りを禁止する“警戒区域”とした。（災害対策基本法第63条）。

III. 研究方法

1. 対象者

対象者は、震災後の福島原発事故時に被災し、入院中の病院から避難指示によって避難したI氏である。I氏は、自らの長期入院生活の実態、被災と避難行動、避難生活等を後世のために残したいと名前の公表を望まれたが、匿名化した。

2. データ収集期間

2023年2月11日。

3. データ収集方法

この研究では、I氏には、研究のためのインタビューを行うことを伝え、話す内容を録画にて記録することの了承を得た。またI氏は高齢者であること、基礎疾患に統合失調症がある事を踏まえ、面接時間を配慮し、適宜休憩を取りながら面接によってデータを収集した。収集

場所は、本人の希望から東京都内のホテルの一室にて、心置きなく話せる環境を整えた。面接はビデオカメラにて録画し、内容を忠実に文書化した。

調査項目は、松成らの項目⁴⁾を用い、本人の被災状況、当時の入院生活の内容、治療や生活上のこと、メッセージで構成した。

4. データ分析方法

本研究は、オーラルヒストリー法を用いて分析を行った。なおI氏の発言内容部分は括弧『』内に記載し、発言を忠実に再現した。また、I氏には、再現した内容を確認してもらう作業を行った。

オーラルヒストリー法の分析に基づいて、被災時の医療職の役割、救護活動の内容に着目し、インタビュー内容を時系列に抽出し、カテゴリー化し、さらに発言の属する分類、別の発言や文献資料との関連性、この発言により解明した範囲について注目した。オーラルヒストリー法は、個人の体験を口述して記録・分析する手法である。分析に際しては、歴史の再構成、因果関係の説明、語りと実態との齟齬を見ていく⁵⁾ことを指針とし、解釈を行った。さらに録画した映像により、語りの内容と表情を確認し、確実性を高めた。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究目的・方法・意義、研究協力の任意性、協力中断の自由、面接による不安や緊張・身体的苦痛などの負担が察知された場合は、面接を中断すること、結果の公表について本人に説明書を用いて説明し、さらに同意書に署名により、面接調査実施の承諾を得た。また、データの保管に当たっては、鹿児島大学医学部内の鍵付き保管庫にて、厳重に第一次資料として保存している。

この研究は、症例の報告であり、かつ事後の出版公表のため申請であり、倫理審査委員の対象にはならないことから、医学部保健学科紀要委員会にて原稿内容を検討した上で公表した。

IV. 結果

対象者は震災当時、福島県双葉郡B町のA病院に入院していた。面接は、1回のみ5時間であった。調査項目に沿って、収集し、得られた面接結果は、救護・支援活動の変化を時系列に抽出し、カテゴリー化した。また、時系列区分では、「震災前」、「震災当日」、「震災直後から」、震災後の3ヶ月間の「2011年6月10日まで」、「2011年6月10日以後」とし、整理した。（図1）そして、調査項目に沿って収集した内容の発言を括弧『』で示し、それに関連のある別の発言や文献資料を「」で示し付記した。

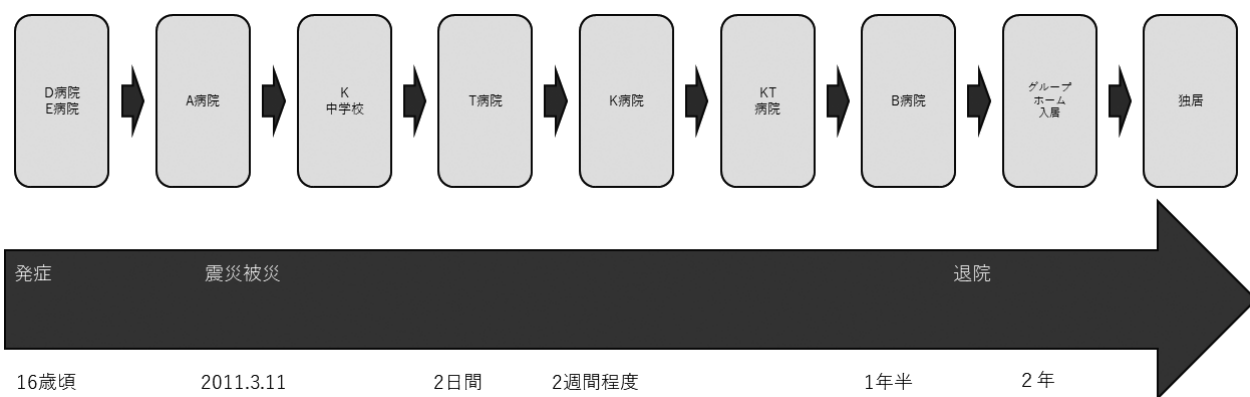


図1 時間的経緯

また文章の意味を補完するために () にて追記した。

1. 東北震災前

1) 入院初期の様子

(1) 病院施設の概要と沿革

『最初は小さかった。私が入院した時(昭和40年代)は150人ぐらいしかいなかったんだけど、地震があったときは350人ぐらい人がいました。』『3階建てです。療養病棟があとから出来て地震があるまでは療養病棟にいました。』

A病院の開院は、1960年代であり、A病院は震災当時50年以上の歴史があった。なお福島第一原発とA病院は直線距離4km弱ほどである。⁶⁾

(2) 入院生活

『俺は絵が好きで、絵を展示したいと思って、B町の展覧会のようなものに出品したいと願いを出した。出品するには人連れてみんなで見に行ったらいいんじゃないかと提案した。それが採用されて、リーダーになってみんなで見に行った。』

「精神科療養病棟では、外出・外泊は社会体験の1つであり、社会生活能力の判断基準にもなる治療プログラムである。」⁷⁾

(3) 入院費用と管理

『(入院費の金額は)年金で払っているので私の場合はよくわからない。通帳から引かれているのであんまり計算したことないから。(出納は)ケースワーカーがやっていました。』

「精神科病院における在院患者さんにとっては、金銭管理ができるか否かは、間違いなく退院に向けてのハードル(指標)の1つであるといえる。」⁸⁾

2) 発病した時のこと

(1) アルコール依存症の診断

『(精神症状が初めて出現したのは)16歳のころ、高校生ぐらい。高校中退して……家出して川崎のレストランで働いた。そんな時、店が終わってスナック行って、はしご酒してた。そしたら酔っ払って帰って来て、でたらめな歌を歌ったんだよ。ウェイトレスから、「Iさんおかしくなったんじゃないかな」『親父に連れられて病院を2,3軒渡り歩いた。アルコール依存症の病名つけられた。』

「精神疾患に罹患する人の約半数が14歳までに発症し、約4分の3が24歳までに発症する」^{9,10)}

(2) 統合失調症の診断

『イソミタール注射を打たれて。気がついたらベッドの上だった。そのまま入院になって。』『妄想が起きたんだよ。弟が浩宮様の赤ちゃんの時に似ている気がして皇室妄想になった。だから俺は天皇と親戚なんだ？俺はあの成和天皇(妄想の世界で名付けた天皇の名前)なんだなって。正和天皇だなんて適当に言って自分で付けて、歩いていたら。あれおかしいなあなんて。統合失調症とつけられた。』

「妄想は、訂正不能な誤った確信ないし判断である。被害妄想は最もよく現れる妄想の一つ、患者はある個人や集団から、悪意をもって攻撃されると確信する。関係妄想も比較的多く、他人の言動、テレビやインターネット上の言葉などが、自分に関係していると確信する。」¹¹⁾

(3) 病院無断離院の繰り返し

『(病院を無断離院したら)東京に連れ戻されちゃった。』『C市の精神病院から転院してD病院に移ったんだよ。』『場所変わったからおかしくなっちゃって、保護室に入るんだけど、』『(渡り廊下の途中の隙間から)人が通れるかも、と思ってやってみたら裏に出た。Eの病院』

の裏庭に出た。』『親父が面会して、お前はどのようなねえなあ、なんてわけで。(父親が) 帰っている姿を見たら。体が、小さくて本当、寂しそうな顔して、模範的な患者になろうと思って、今度は絶対逃げたりしないと。』『福島に行く話があって。(A病院の) 職員と運転手がきて、車で移動した。』

精神科の病院無断離院は、「日本作業療法士協会の作業療法場面の医療事故実態調査によると、精神障害領域の事故内容は転倒転落が最も多く、無断離院は第2位に、自殺・自傷は第3位である。」¹²⁾

2. 発災当日

1) 本人の被災状況

(1) 被災状況

『(揺れがあったときは) びっくりして立ってられないような感じだったね。だって震度7だからね。』『地震が起こった時、療養病棟の2階で、ボーリングゲームをやっていたんですよ。急に天井がぐらぐらと揺れちゃって、天井の配管が落ちこちてきて水がバーッと噴き出して、床に30cm ぐらい水がたまりました。』『市民会館近くの町の広場まで避難した。そしてすぐ帰ってきて、二階には住めないというわけで、一階に寝泊りした。』

気象庁のホームページには、福島県沖にて、発生した余震は、震度5強1回、5弱5回、4は1回、3が2回であった。また、東日本大震災における被害状況(医療機関・社会福祉施設)では、「福島県の医療機関中の139件で、全壊2件、半壊108件の状況」¹³⁾

(2) 避難と必要だったもの

『ケースワーカーが自分で必要な物だけ取って逃げろと言ったんだよ、そして俺、テレホンカードが必要だろうと思って、あとジャンパーとあと筆記用具と、必要と思った。あと髭剃り持って逃げた。』

『(病院の) 1階で一晩寝て、次の日だったかな?』

大地震直後は、「とくに水漏れのひどかったのが、西病棟の二階と三階だった。」¹⁴⁾

3. 発災直後から

1) 避難指示の発令

『K中学校まで避難して、そこで、おにぎり1個食って、帰ってきて、それからバスが来て、茨城交通のバスが来て、そのバスに乗って、A病院の患者はみんな移動した。』

『A病院の患者339人とスタッフが収容先に到着したの

は完全に日が落ちたあとだった。』「バスの運転手が最後に目指したのが、(田村郡三春町の) K中学校だ。」¹⁵⁾

2) 福島原発事故

(1) 転々と避難

『(次の日) 三春町の体育館(K中学校)に一晩泊まって、』

『それからあのA病院の分院(G病院)に行った。3日目(3月14日)だ、そこ』

『第一陣避難組患者209人と病院スタッフたちは、山深いF中学校の体育館で13日の朝を迎えた。そこからH市に向かう』13日の「午後3時半、K病院に到着した。」¹⁶⁾

(2) 水素爆発のニュース

『そこで、第一原発が爆発したっていうニュースをテレビで見た。A病院の分院はA病院から50km ぐらい離れているところにある。H市のK病院というところ。』

『午前11時1分 福島第一原発3号機は爆発しました。』¹⁷⁾

(3) K病院からKT病院、B病院

『K病院で患者をどこにどうするかって医者とか言っってね。茨城のKT病院、そこに移動した。』

『2週間半ぐらい、入院した。ある時、問診があって、また移動された。それで3人から4人の間引きされて、4人のA病院の患者が今度は茨城のB病院に移動した。そこに一年半、入院した。』

『15日から22日にかけて、A病院から一緒に避難してきた50人程度のスタッフによって、ほぼ全患者が関東圏の病院に転院。』¹⁸⁾

4. 2011年6月10日まで

1) 茨城のB病院

(1) B病院の環境の変化

『B病院は一年半ぐらいた。開放(病棟)が二つあった。そしたら俺ね、最初、普通の開放病棟にいたんだけど、ちょっと状態が悪くなっちゃって、被害妄想みたいなのが出ておかしくなっちゃって閉鎖病棟に回されてしばらくいたんだけど。』

『物理的な行動制限が必要な時や、急性期で集中的治療が必要な時は、どうしても閉鎖病棟で診ることが必要である。そのため、閉鎖病棟は新たな入院の多くを診るとともに、開放病棟から閉鎖病棟への転棟、これを私達は逆転棟とよんでいるが、その逆転棟者をも受け入れなければならない。』¹⁹⁾

(2) B病院での安定

『(老人の開放病棟に入院していた)女の子が(入院し

ている老人の患者が) 気に食わないっていうんで喧嘩みたいになって、けんかする時に、俺、それで何回か止めたんだよ。そういうの看護師とか見てんだよ、俺の事な。それである時、主治医に呼ばれて。「君、グループホームに行く気ないですか？」って言われた。」

「グループホームのバックアップ施設（問題発生時や世話人）・利用者からの援助を求められたときに対応する施設）の8割近くが単科の精神病院である」。²⁰⁾

5. 2011年6月10日以降

1) B 病院からの退院

(1) B 病院での入院生活

『もう施設症みたいになってたから、もう病院で一生終わらんじゃないかと思ったんだよ。』『退院するにはお金と生活能力と状態と三拍子揃っていないといけないと思った。そしたら年金も入るし、あと被災地にいた人は賠償金が貰える。それで生活できるから、じゃあ退院するかって考えが変わって、それで状態も良かったし、』

「長期入院患者は、精神症状だけでなく施設症とも向き合いながらリハビリを目指していかなければならない。」²¹⁾

(2) 退院への段階

『退院するには試行があるから様子を見るんだよ、2泊3日、3泊4日って状態が良ければ退院させるって……（試行期間中は）グループホームに一回泊りに行って、それでよかったら、退院させるっていうんだよ。』『退院する直前になって風邪ひいて熱を出したんですよ。それで、これはもうダメだな、みたいな、もう諦めた。（退院の）2日前に熱が下がって、退院して、グループホームに入居した。』

統合失調症患者の入院は、「退院を妨げている患者側の要因として、幻覚・妄想といった陽性症状や自閉、意欲の低下などの陰性症状や認知機能の障害、高齢化、長期入院による施設症などが報告」²²⁾

(3) 友人の支援

『グループホームに入居して。グループホームに2年いた。2年いたのはいいんだけどみんな施設症になっているんだよ。グループホームの方が良いって感じが出たくないっていうんだよ、なんでグループホームが良いのかな？って不思議でならなかった。』

「統合失調症患者が退院を可能にする要因には、退院後の生活を支援する環境や地域性が存在すると考えられ

るため、そのあたりも踏まえた検討が必要である。」²³⁾

2) 現在の生活状況や精神医療に対する取り組み・社会活動

(1) 現在の生活状況

①退院までに準備したこと

『ATM なんかも使えなかった。わかんないから世話人に教えてもらった。（キャッシュ）カードも作った。今はなんでもできる。（交通系 IC カード）パスモ利用して……1万7千円ぐらい入ってるんだ』

②住居と安定

『（グループホームを出てから）一軒家に済んだ後に、今のアパートは3つ目。原発の医療費補助っていうのがあって、それ使ってる。』

③支援してくれる人との交流

『（退院を促してくれた医師の）L 先生、面倒見がいい、よかった。L 先生って日本でほぼ初めてぐらいに開放病棟を作ったんだよ。しかも一切、夜も鍵かけないっていうこととか、』

『I さんなんでもないのに。退院させようと（周りの皆が）必死で、（だから）思い通りに退院できた。』『（友人の）M さんは契約して（A 病院）に入院した。そこで知り合った。』

④本の出版

『（A 病院のことを）俺が口で言って、俺、それまとめて書いた。時東っていう名前で。他にも仮名にして出して。M さんが編集してくれて読みやすくして編集（出版）した。』

⑤自分でプレーキ

『（今は）楽しいね。（やりすぎると）誇大妄想とかなるからあんまり普通にしてんだよ俺。』『飲み忘れなく飲んでます。だから調子崩さない。十年以上再発してない。やっぱ薬きちんと飲んでるから。』

『退院してからね。（群馬で）地域支援センターに行ったんだよ。ピアサポートっていうのは精神病患者を助ける仕事だって言うんだよ、じゃあやってみようかなと思って。』

ピアサポーターは精神障害者が、同じように精神障害を抱える患者に対して、精神科病院における病棟プログラムや作業療法へともに参加する、また退院促進や再発予防のための交流会の開催等を通して、外部の支援と交流できる機会等の増加を図る役割を持つ。²⁴⁾

6. 医療を学ぶ学生へのメッセージ

1) 作業療法士に向けて

『作業療法士にはね、やっぱり患者の身になって考えてやんなきゃダメだね。この人はどんなことを考えて退

院を思ってるのか、それとも退院できないと思ってるのか？ 患者の気持ちを尊重するように、思いやりの気持ちで接して。退院の方向に持って行くように説得するように努めて行けばいいなあと思っている。』

2) 精神科病院の看護師に向けて

『看護師さんも接する時、きついこと言わないで。きつい言葉で、さげすむように言うの。やんわりと。その人の性格に合うような優しい言葉を、思いやりの気持ちで接してくれればありがたいと思う。』

V. 考察

1. オーラルヒストリー法の分析について

清水は、この方法のメリットは、文字記録に残りにくい常識や当事者の視点、時代の雰囲気などを捉えるとし、自伝や回想録に比べて、聞き手が重要と考える視点が強調されるため、新しい発見が可能としている。デメリットは、データの客観性や信憑性に欠ける点が挙げられると述べている⁵⁾。発せられた言葉から、各個人の背景などを注意深く分析することで問題を克服できるし、この手法を用いることで、I氏の当時の常識や価値観の復元などが可能で、これにより未知の事実の発見や正確性の向上が期待できることを意図した。

2. 口述内容について

1) 震災前

I氏は、若年期に発病したことがわかる。また、しばらくは複数回にわたり病院無断離院を繰り返し、統合失調症の症状として、関係妄想などの妄想が現れるようであった。しかし、状態の安定と共に、開放病棟、療養病棟と病棟を変更している。

そして、震災前から入院生活では、外出を許可され、趣味の絵の展示会などの社会的経験をし、さらにリーダー性を発揮している。このように入院の中で状態は安定していて社会性も高いレベルにあることが分かる。しかし、自己の金銭管理は、ケースワーカーに任せており、これができるか否かが退院に向けた一つのバロメーターになっている。

またI氏は、入院当初は社会に対する興味が旺盛でたびたび無断離院を実行するほどであったが、約40年もの間の精神科病院への長期入院は退院への自信と意欲をそぎ落とすものとなっている。

2) 震災直後

福島県では、本震がM9.0、震度6強を観測し、本震以降からM6.5以上もしくは震度5弱以上の余震を観測し、福島県の医療機関でも機能不全となる影響がでているA病院でも水道管が壊れ、2階と3階は水浸しとなり、患者は1階で一晩を過ごしている。また、避難時にI氏は、

ケースワーカーの声掛けにより、とっさに考えて手にしたテレホンカード、ジャンパー、筆記用具、髭剃りを持って逃げることに、生き延びることができたと回想している。

これは偶然に手にしたものであったようだが、その後の退院への道筋をつける大きなアイテムとなった。I氏との話の中で、災害はいつあるかわからないのでたとえ入院中であっても避難を想定して、避難時に携行するものをリストアップしておくことが迅速な避難行動と避難後のスムーズな避難生活につながるのではないかと考える。

12日午前5時44分、政府による福島第一原発半径10キロ圏内避難指示が発令され、その間、森の著書によれば、A病院の第一陣避難組患者と病院スタッフたちは、三春町のK中学校の体育館で13日の朝を迎え、T病院に移動している。2回目の水素爆発は、K病院でニュースにより聴いている。

さらに、I氏らは、K病院からKT病院、B病院と移転先を変えている。このことは震災により避難するだけではなく、その後の原発災害により、より複雑な避難になったことがわかる。

3) 震災後の避難について

塚崎によると福島原発事故で避難を余儀なくされた精神科病院の入院患者数は、443名となり、さらに、精神疾患の他に認知症や身体合併症を伴う患者の場合、転院先を見つけることは極めて困難であったとの報告¹⁶⁾があった。I氏はこのような困難な状況の中、数日間という短期間のなかで複数回、緊迫した転院をすることになった。最終的には、A病院の4名の患者とともにB病院に転院し、1年半を過ごすことになった。

4) 6月10日までと6月10日以降

B病院では、当初、普通の開放病棟に入院していたが、I氏の状態が悪くなり、さらに被害妄想が現れ、閉鎖病棟で過ごすことになる。しかし、状態が安定することにより、日々の生活の状態から主治医にグループホームへの退院を勧められる。このことは、2004年に厚生労働省が入院医療中心から地域生活中心へ改革を掲げてから「長期入院の解消と地域移行支援が切実に必要」との施策により、I氏にも退院へ向けての後押しになったのではないだろうか。一方、I氏は、自身を施設症みたいになっていたと称し、「もう病院で一生涯終わるのだ」と長期入院により孤立し、自立心も退院への意欲も低下していたようである。

しかしながら、I氏には退院できる環境が整っていったことから、退院の意思を決めている。それはI氏を取り巻く周囲の関係者から支援、賠償金という経済的安定性、そして、I氏の症状の安定である。それが、グルー

プホームに行く決心につながる。そして、退院に向けての支援では、まず、I氏の意志の確認から、退院に向けての段階をおって、準備が進められた。さらに、退院を機に、I氏は状態が安定し、グループホームを退去することもでき、現在は、一般のアパートに暮らしている。

このように社会復帰し、安定した暮らしが得られたのは、最も重要な生活の基盤として経済面と病気の管理に関して、医療費補助を受け、内服を忘れることなく、続けられていることである。また、避難時に持ち出した連絡先とテレホンカードにより、友人との社会的ネットワークがつながり、そのネットワークが退院後の生活安定を強化し、医療従事者や友人との交流が継続することになった。今では、盛んな趣味の活動と交流を心がけ、長期入院でできなかったことを取り返すかのように日々積極的行動し、ピアサポーターとしての活躍していることが語られた。

VI. まとめ

本研究では、I氏の口述内容から、震災前の長期入院生活における経験、震災当日の避難行動、避難先での生活、そして退院後の社会活動などが明らかになった。

このケースは、社会復帰した成功事例である。その要因を分析してみると、まず、福島原発事故により避難を余儀なくされ、転々と移動し、転院した。そこからはじまるI氏の退院に至る意思決定や周囲の支援、経済的安定性が退院の要因となったことも明らかにされた。そして、I氏の場合には、退院を阻む要因の陽性症状や意欲の低下などの陰性症状が寛解状態で少なかったことが退院へ導く大きな要因となっている。また、周囲の受け入れ要因では、震災でもつながれた知人、友人の社会的ネットワーク支援は、グループホームへの入居を積極的に勧めてくれる状況であった。他にも、環境要因も、特に阻害因子はなく、退院後のI氏をとりまく環境整備も整っていた。さらに、長期入院の解消と地域移行支援に関わる施策も要因となり、阻害因子となる問題はなかった。

このことは、災害支援活動や地域移行支援の一策のヒントになることを期待している。そして、忘れてならないのは、Iさんが受けた賠償金という経済的安定性に代わる退院を支援する資金援助や補助制度の整備が重要だと考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、一人の被ばく者の発言をオーラルヒストリー法にてデータ化した。従って、主観が入り、また地震発生から時間が経っていることから記憶の薄れもあり、不正確さは否めず、限界がある。

引用文献

- 1) 熊倉徹雄：原発事故による入院患者の転院とその後の対応. 病院・地域精神医学2012；55（1）：46-49.
- 2) 厚生労働省. 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」, 2023.3.10, https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002fehm-att/honbun_240720.pdf.
- 3) 清水唯一朗：日本におけるオーラルヒストリー——その現状と課題, 方法論をめぐって一, 文部科学省学術創成研究：暦象オーサリング・ツールによる危機管理研究2002；2002年度-2006年度.
- 4) Matsunari Y, Nozawa S, Sakata K, et al. (2008). Individual testimonies on nursing care after the atomic bombing of Hiroshima in 1945. *Int Nurs Rev*, 55(1): 13-19.
- 5) Thompson, poal (2000). *The Voice of the Past: Oral History Third Edition*Oxford University Press. 酒井順子 (2002) 記憶から歴史へーオーラルヒストリーの世界, 青木書店, 東京.
- 6) 森功：なぜ病院長は「逃亡犯」にされたのか見捨てられた原発直下「双葉病院」恐怖の7日間. 講談社, 東京, 26 p., 2012.
- 7) 一宮太成, 多田武弘, 篠原保弘：精神科療養病棟における外出支援. 第37回日本精神科看護学術集会抄録2012；498-499.
- 8) 嶋村美由紀：精神障害者の金銭管理に関する問題提起及び考察. 西南女学院大学紀要2013；17：13-19.
- 9) Gore FM, et al.: Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 377 (9783): 2093-102, 2011.
- 10) Kessler RC, et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.[Erratum appears in *Arch Gen Psychiatry*62(7): 768; Note: Merikangas, KathleenR[added]]. *Archives of General Psychiatry* 62 (6): 593-602, 2005.
- 11) 上里彰仁, 吉田浩美, 高橋弘充：統合失調症. 薬局2022；73（4）, 823-835.
- 12) 日本作業療法士協会福利部：「作業療法場面における医療事故実態調査」アンケート結果報告. 作業療法2005；24, 302-312. 2005.
- 13) 気象庁. 平成23年東北地方太平洋地震「余震活動の領域内で発生したM6.5以上もしくは震度5弱以上を観測した地震」, 2023.3.10, https://www.data.jma.go.jp/svd/eqev/data/2011_03_11_tohoku/aftershock.html
- 14) 森功：なぜ病院長は「逃亡犯」にされたのか見捨て

- られた原発直下「双葉病院」恐怖の7日間. 講談社, 東京, 29 p, 2012.
- 15) 森功：なぜ病院長は「逃亡犯」にされたのか見捨てられた原発直下「双葉病院」恐怖の7日間. 講談社, 東京, 90 p, 2012.
 - 16) 森功：なぜ病院長は「逃亡犯」にされたのか見捨てられた原発直下「双葉病院」恐怖の7日間. 講談社, 東京, 124 p, 2012.
 - 17) 森功：なぜ病院長は「逃亡犯」にされたのか見捨てられた原発直下「双葉病院」恐怖の7日間. 講談社, 東京, 132 p, 2012.
 - 18) 塚崎直樹：福島原発事故と精神医療 病院・地域精神医学2015；57（2），69-72.
 - 19) 有我譲慶，高木俊介：開放病棟を基本とする病院における閉鎖病棟の役割. その理想と現実、病院・地域精神医学1987；90，96-100.
 - 20) 角田慰子：日本の知的障害者グループホーム構想にみる「脱施設化」の特質と矛盾施設主導型定着の背景. 特殊教育学研究2009；47（4），201-212.
 - 21) 安藤愛，後藤有紀，前田由紀：精神科における長期入院患者のストレングスに焦点をあてた看護の特徴に関する文献研究. 西南女学院大学紀要2022；26：20-22.
 - 22) 小川賀恵，森千鶴：入院している統合失調症者の人生の意味の関連要因. 日本看護研究学会雑誌2022；44（5）：709-719.
 - 23) 小林真理子，大野智子：精神障害者の回復支援におけるピアサポーターの役割. 精神保健福祉学会誌2006；16（2）：17-22.

Social Reintegration of Schizophrenia Inpatients Following Evacuation Because of the TEPCO Fukushima Daiichi Nuclear Disaster: An Oral History Interview Study

Nobuhiko YANAGIDA¹⁾, Fumiyo MATSUDA²⁾, Kazuhiro INOUE¹⁾, Yuko MATSUNARI³⁾

1) Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Kagoshima University,

2) Department of Physical Therapy Therapy, School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Kagoshima University,

3) Department of Nursing , School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

Abstract

Objective: This study sought to analyze the narratives of a patient who had lived in a psychiatric hospital for an extended period up to the earthquake, their evacuation behavior and subsequent life after the Fukushima Daiichi nuclear disaster, and their unplanned return to society post-hospitalization. The goal was to understand the content of these narratives and identify factors that facilitated their reintegration.

Method: We gathered data using the oral history method from individuals who had been impacted by the Fukushima nuclear disaster following the earthquake and were evacuated from their hospitals because of official evacuation directives.

Results: The participant was diagnosed with schizophrenia during their youth. Nearly 40 years of hospitalization had resulted in a significant loss of self-confidence, which acted as a barrier to their discharge. Following the Fukushima Daiichi nuclear disaster, the entire town was mandated to evacuate, which included medical institutions hosting inpatients. On the basis of a caseworker's advice, the participant evacuated with only the most essential items and was subsequently relocated to several different hospitals. Ultimately, the participant spent 1.5 years at Bungosho Hospital. Once their condition stabilized and national policies encouraging community transition were enacted, they had an opportunity for discharge. Because of their stable health condition and financial backing and assistance from related entities, the participant chose to move to a group home. Currently, they reside in an apartment, are actively involved in social activities, have fostered relationships with numerous individuals, and serve as a peer supporter.

Conclusion: The success story shared in this research highlight its utility as a guiding strategy for assistance during disasters and promoting community reintegration post-prolonged hospital stays. The findings can be adapted to cater to other patients and supporters under varied circumstances and offer promise for the development of more efficient support initiatives.

Keywords: Fukushima Daiichi nuclear disaster, Evacuation order, Long-term hospitalization, Social reintegration or social rehabilitation, Oral history method