

**科学研究費助成事業 研究成果報告書**

平成 29 年 6 月 28 日現在

機関番号：26401

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2014～2016

課題番号：26671020

研究課題名(和文) 東日本大震災による精神科医療の崩壊とシステムの再構築：「語らい」による事例研究

研究課題名(英文) The breakdown by the Great East Japan earthquake and recovery of mental health care system: Case studies by story-telling

研究代表者

中山 洋子 (NAKAYAMA, Yoko)

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：60180444

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、東日本大震災によって壊滅状態に陥った福島県浜通りの精神科医療システムを再構築していくプロセスを、「語らい」という方法を用いて当時の状況を再現し、それをまとめていく事例研究である。事例は、津波によって浸水し、機能が止まってしまった沿岸部の精神科病院(事例A)と、原発事故によって精神科医療システムが崩壊してしまった相双地域(事例B)である。事例A、事例Bともに、震災によって新たなシステムに立て直すことができたが、その復興の過程には、これまでに培われてきた精神保健医療関係者の信頼関係とそのネットワークを基盤に、明確な復興への方針およびそれに向かう人々の協働があった。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to record the recovery of mental health care system, which was destroyed by the Great East Japan earthquake, in Hama-dori (coastal area) of Fukushima Prefecture in Japan. Story-telling sessions with mental health care providers who experienced the earthquake disaster were analyzed as case studies. One of these story-telling cases (Case A) was from psychiatric hospital in the coastal area, which became dysfunctional by tsunami, and the other case (Case B) was from Soso area where the mental health care system collapsed after the Fukushima nuclear plant accident. In both cases, they were able to recover and reform into new mental health systems in the post-disaster recovery phase. According to the stories, the recovery was possible due to the accumulated trust founded upon the mental health care providers' relationship and their networks, clear commitment to recovery, and collaboration among all individuals who worked together to rebuild the system.

研究分野：精神看護学，災害看護学

キーワード：東日本大震災 精神科医療 災害看護学

### 1. 研究開始当初の背景

(1) 東日本大震災の直後、福島県浜通りの精神科医療は、地震、津波、福島第1原子力発電所事故(以下、原発事故)という3重の苦難を受け、壊滅状態にまで陥った。本研究は、こうした状況の中で、地域の保健師や自治体職員、精神科医療従事者はどのようにして精神障害者を守ったのか、そのとき精神障害者の処遇をどのようにしたのか、そして震災後、どのように崩壊した精神科病院や地域のケアシステムを立て直していったのか、そのときに地域の保健師、自治体職員、精神科医療従事者を支えたもの(価値・信条)は何だったのか等を、当事者たちの「語らい」によって明らかにし、ケアシステム再構築のプロセスを辿っていこうとするものである。

(2) これまで被災地の当事者に対するインタビューや被災地現場のエスノグラフィーによる記述などの方法によって、災害の記録を残す努力はされている。また、研究者らは、心のケアチームとして精神科医療の現状報告も行ってきた<sup>1)2)</sup>。しかしながら、壊滅した精神科医療を再生させるということは、単にケアを提供できるシステムを再構築することだけではなく、再構築するにあたって、これまで変えたくても変えることができなかった精神科医療を変えていく試みや見出すことのできなかった精神障害者のストレスに気づくこと等、新たな視点と発見があった。本研究では、東日本大震災による被災者でありながら精神科医療の崩壊に前向きに取り組んだ人々によるケアシステムの再構築を事例として取り上げる。

### 2. 研究の目的

(1) 地震・津波・原発事故という災害によって福島県浜通りの被災地の精神科病院や地域のケアシステムは、どのような影響を受けて崩壊し、その後、どのようにしてシステムの再構築を図っていったのかについて「語らい」を通して明らかにする。

(2) 震災の経験を個人の体験ではなく、ケアシステムの再構築の事例として再現化し、災害の実情を事例としてファイリング・蓄積し、活用できる資料とする方法を検討する。

### 3. 研究の方法

(1) 本研究は、被災した当事者を研究協力者として組み入れていく手法をとる。福島県の被災地支援にかかわる人々は、その立場から大きく3つに分類することができる。

第1の立場は、福島県浜通りで被災し、地震、津波、原発事故から避難を余儀なくされた地域に居住あるいは職場を持っていた保健医療福祉専門職者や自治体職員である。第2の立場は、地震による停電や断水などを経験しているが、自分自身は避難するまでには至らなかった保健医療福祉専門職者や自

治体職員である。第3の立場は、福島県外から被災者支援に入った保健医療福祉専門職者や自治体職員、研究者等である。

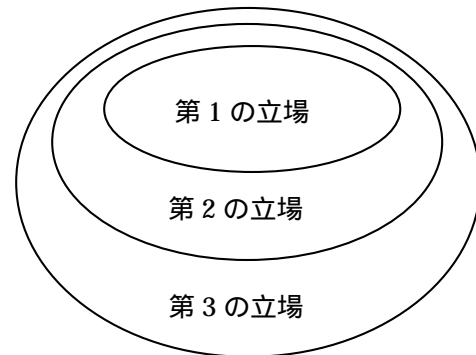


図 研究者・研究協力者の立場性

(2) 第1の立場と第2の立場は、被災者という点では当事者性を持っている。とくに福島県の場合、放射能汚染の問題から風評被害が大きかっただけに、第2の立場も当事者と言える。研究代表者、研究分担者、連携研究者のいずれも震災当時、福島市に居住し、福島県立医科大学の心のケアチームとして活動した。研究者らは、第2の立場であったことから、第1の立場にあった研究協力者との共感性は高く、本研究の内部者の視点(Emic perspective)による研究を可能にした。

(3) 本研究においては、当事者が自分たちのとった行動や判断を明らかにしながら、刻々と変化した状況をふりかえるという方法を取った。第1の立場にある研究協力者は、災害支援活動によって疲弊し、長時間にわたってストレス状況におかれてきたが、本人たちの現状から、被災してから4年余りという年月はふりかえる時期としては適切と考えた。また、個人情報の保護や倫理的な配慮から福島県浜通りという地名を出すことに躊躇はあったが、研究の性質上、あえて事例の現場を明らかにし、倫理的なリスクは、公表することになるデータを研究協力者にチェックしてもらうこと等によって軽減を図ることとした。

(4) 本研究では、「精神科病院(事例A)」「地域(事例B)」の2つを事例とし、研究協力に同意し、インタビューおよび「語らい」に参加した者すべてを研究協力者とした。

「語らい」という方法については、『方法としての事例検討』のなかで外口<sup>3)</sup>は、「看護体験の表現の方法」「看護体験の共有化」と位置づけている。当事者たちが語らうことで事象や状況の再現がより立体的になっていくと考える。

精神科病院 <事例A>の場合

研究協力病院の看護部長にインタビューし、病院の被災から再生までのプロセスにつ

いて語ってもらった。

また、看護部長および研究協力に同意した看護師 7 名に集ってもらい、「語らい」の場をもった。「語らい」では、それぞれ印象に残っていることを語ってもらい、震災当時の状況を再現してもらった。

#### 地域〈事例 B〉

研究協力の同意を得られた被災地域の病院職員 2 名、保健所および保健センターの保健師、薬剤師、事務職員 11 名の合計 13 名に対して、個別のインタビューを 5 回、研究代表者、研究分担者を加えた「語らい」を 4 か所で行った。また、最後に研究代表者、研究分担者、連携研究者、福島県立医科大学の心のケアチームのリーダーであった精神科医を交えて、全体をふりかえりながら語らう場を設けた。

(5) 「語らい」によるデータ収集の期間は、事例 A は、平成 28 年 3 月～平成 29 年 3 月まで、事例 B は、平成 28 年 7 月～平成 29 年 2 月までであった。

(6) 本研究は、高知県立大学看護研究倫理委員会および福島県立医科大学倫理委員会に倫理審査の申請を行い、承認を得てから実施した。

#### 4. 研究成果

##### (1) 〈事例 A〉の被災状況

事例 A は、福島県浜通りにある約 200 床の精神科病院である。同じ敷地内に、150 床余りの慢性期療養型病院と老人保健施設が隣接されている。太平洋沿岸から 100 メートルほどの内陸に建てられているが、療養型病院が最も海に近いところにある。

記録によると東日本大震災の時、地震から 30 分後に約 6 メートルの津波が押し寄せ、精神科病院は、病院の 1 階部分が浸水したという。3 階建ての療養型病院は、津波の防波堤の役割を果たし、使えなくなったが、津波到達までの 30 分の間にすべての患者を、精神科病院の 2 階以上に移動させることができた。エレベータを使うことができないので、人の手で必死に入院患者を運んだと語っている。職員 1 人が津波のために行方不明になったが、他の人命は救うことができた。

精神科病院においては、駐車していた車がすべて浸水し、流されてしまったので、使えなくなり、移動手段がなくなってしまった。地震の揺れは続き、避難した入院患者、デイケアや外来に通っていた患者は、職員とともに、浸水を免れた 2 階以上の精神科病院で、震災当日は、過ごすことになった。夕食は、おむすび 1 個、毛布は配られたが、雑魚寝状態であった。電気は停電することなく確保されていた。しかし、断水に加えて、浄化水槽が壊滅し、給食施設も浸水したために病院は

機能しなくなってしまった。

危機的な状況は、備蓄が底をついた 3 日目で、市内に食料品の調達に走ったが、商店から食料は消え、ほとんど入手できなかった。原発事故のために放射能漏れの問題が起こり、病院の職員が防護服を着て外出し、被害が比較的少なかった市内の本院からの給食の支援を受けて何とか凌いだ。約 200 人の入院患者の処遇が問題になった。

そのため、公衆電話で入院患者の家族と連絡を取り、非常事態を知らせて、可能な場合には、一時帰宅を受け入れてもらった。精神症状が安定しない患者については、県内や隣接している県の精神科病院に転院を依頼した。その結果、病院には、約 60 人の患者が残ることになった。

家に帰った患者に対しては、電話支援や訪問によって患者と家族を支えた。入院が長期化し退院が困難と思われていた患者が、震災後、家族の中で問題もなく過ごすことができたケースもあり、自分たちがこれまでに行ってきた看護を見直すことになったと語る一方で、看護部長は、食事をはじめ、入院患者の療養環境を十分に整えることができなかったことが辛かったと述べている。

震災当日、勤務ではなかった看護師たちは、自宅で被災した。津波等の被害がない地域に住む看護師は、余震におびえながらも次の日は、通常の勤務をする準備をしていた。そして、平時と同じように車で病院に出勤し、考えてもいなかった津波に襲われた病院の惨状を見て、その凄さに驚き、涙が出てきたという。

「語らい」に集った看護師の 1 人は、また同じようなことが起きても、止める家族がいてもそれを振り切り、患者を守るために病院に駆けつけると語っていた。看護師の中には、私は分からないと述べる者もあり、看護師たちの複雑な心情が表出された。実際に、原発事故以来、退職をする職員も出ていた。しかし、集まった看護師たちは、看護という仕事が好きで、また、病院にも愛着を持っており、病院が再建されるまでは、泥で汚れた記録・資料や物品を洗い、無我夢中で働いたという。看護師たちは、患者が他の病院に移らざるを得なくなり、患者ケアができなくなった中で、病院再開に向けて黙々と続けた瓦礫撤去の 3 か月は、最も辛かった時期であったと語っている。

看護部長は、病院再開までの期間中、原発事故が起こっても病院に残った職員と、一時避難をしてから病院に戻ってきた職員との間の感情的な溝を埋めるために、午後には「お茶会」と称する休憩時間を設け、職員の気持ちをつなぎとめることを試みたと語っていた。

## (2) <事例B>の震災当時の状況

地域の総合病院は、市内の高台にあり、津波の被害のない地域に建てられていた。地震直後、被害状況を確認した後、事務長等の管理職員と院長とで話し合い、すぐに対応できる臨時的救急外来を立ち上げた。当時、地震の被害は多少あったが、病院の電気、水道等のインフラは、確保されていたという。

24時間体制の救急外来は、震災によって負傷した人々の治療を想定して開設されたが、訪れる人々の多くは、薬が流されてしまった方々であった。当時の病院にとっては、薬をどのように入手するかの問題が大きかったと職員は語っている。病院は医薬分離をしており、しかも原発事故の問題があるために、避難指示や避難勧告が出されている地域に、業者の車両は入らず、薬を運び入れることが困難になっていた。また、福島県にはガソリンの供給が途絶え、車で薬を調達することすら難しかった。事務部管理職員は、震災後、閉鎖した病院近くの薬局の鍵を預かり、薬を取り出すことができるようにしてもらったと語っている。

震災直後の救急外来を訪れた精神障害者は、津波によって薬が流されてしまった方であった。原発事故のために地域の精神科病院、すべてのクリニックが閉鎖されたことから、総合病院に、その対応が求められたのである。しかし、総合病院には精神科外来はなかったため、抗精神病薬等の備蓄はなかった。そのため外部から支援に入った精神科医療チームが抗精神病薬を持参し、対応していた。

こうした状況の中で、1人の保健所の薬剤師が大きな役割を果たした。震災当時、薬剤師の勤務地は相双地区ではなかったが、以前、相双地区に勤務し、総合病院を含めてこの地区のことを熟知していた。家族は相双地区に住んでいた。震災当日は、仕事で相双地区におり、その後も勤務地には戻らず、被災地に留まった。本人は、被災地に残ることは、辞表を出すことを覚悟しての決断であったというが、上司から、被災地での活動が許可されたと本人は語っている。

薬剤師は、原発事故によって、精神科病院、クリニックの5つの医療機関がすべて閉鎖された実情を知り、自らのネットワークを使って精神科関係の薬を提供できる薬局を地域に確保し、また、全国から薬剤の支援が得られるように手配した。この薬剤師のネットワークとコーディネーション力は、他の研究協力者のインタビューや語りの中で、高く評価されていた。

保健所は、地域の精神保健についての中核的な役割を担っていることから、保健師は壊滅した精神科医療と被災住民の精神保健

への対応を迫られた。保健師は、外部から支援に来る精神科医の調整役を担わなければならなかった。2人の保健師は、避難所に避難した精神障害者と全国から支援に入る精神科医への対応に追われた。

震災から2週間後に、大学の心のケアチームの看護職が応援に入り、保健師が担っていた役割のうち、全国からの支援に入る精神科医療チームの調整を担い、また、総合病院の精神科外来開設に向けての準備を開始した。こうして避難所に精神科医療チームが巡回し、相談に応じるという体制が整えられた。

総合病院での精神科外来の開設は、震災から3週目に開始された。当初、総合病院の職員には、他の診療科に通院する患者への影響を考え、精神科外来開設には不安があったという。しかも外来診療を行う精神科医師は、全国からの支援に入った医師であり、患者と医師との信頼関係ができていないわけではない。こうした中で、地域の保健所保健師がこの外来に配属されたことは、地域の精神障害者に安心感をもたらせた。保健師を中心に、原発事故で閉鎖された看護師や心理士が外来で対応することになり、受診する精神障害者も顔見知りの職員がいることから安心し、臨時的な精神科外来でトラブルが起きることはなかった。

市や町の保健センターは、震災当初は避難所となり、その後、支援者や支援物資が集まる場となった。保健師は、住民の避難場所を回ったが、避難所で服薬が途絶えて状態が悪くなった精神障害者や、これまで隠していた精神的な問題が、避難所で落ち着かない行動として顕在化するケースに出会った。しかし、不安、抑うつ、不眠、イライラ、身体的な不調等は、精神障害者だけではなく、被災住民の誰もが多かれ少なかれ経験する症状であったので、事は大きくはならなかった。住民は、避難所での巡回相談のなかで、身体の不調とともに心の問題を精神科医や保健師に気軽に相談し、相談を受けた保健師も、必要に応じて専門的な精神科受診を勧めることができるようになり、震災後、精神科医療への敷居が低くなったと語っている。

また、外部から精神科医療の専門職が支援に入ることによって、保健師の負担が軽減し、保健師は避難所以外の地域で生活している住民にも関心を向け、通常の保健師活動をすることができるようになっていったと述べている。

こうした精神科医、保健師、看護師等の精神保健福祉専門職者による震災後の活動は、地域で精神障害者を支えるシステムへと発展していった。すなわち、本研究の研究者らが所属する福島県立医科大学の心のケアチームが中心となり、相双地区の保健所および保健センター、被災地域の精神医療保健福

社関係者、支援に入った精神科医等の協力のもと、「特定非営利活動法人 相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」が設立され、この地域で精神障害者および心の健康問題を持つ人々を地域で支えていく体制を作ることができた。

### (3) 立て直しのプロセス

<事例 A>の場合は、その時々において、病院の管理者によって行われた明確で速い判断が、立て直しに大きく影響していると考えられる。これには、それまでの病院の理念や大事にしていることが、職員に浸透しているかどうか大きく影響しており、事例 A の場合は、家族的な病院としての機能が発揮されたとみることができる。自らも、また家族も被災したにもかかわらず、通常の勤務体制を維持し、日常を取り戻そうとした努力が、病院の再開を早めたと考えることができる。

<事例 B>の場合、現場のリーダーに通常とは違う特別な権限が与えられたことが大きい。

総合病院では、院長の許可の下、事務部の管理職員が被災した住民の受け入れ体制を整えることを決め、これまではなかった精神科外来の開設をも可能にした。

保健所においては、保健師は、縦割り行政の中に配置されていたが、震災時、保健所長から保健師を1つのチームに集約し、保健師のリーダーには、必要などころに必要な配置をすることができるように権限を委譲されていた。長期的な支援が必要と判断した保健師のリーダーは、ローテーションを組んで、保健師が休むことができる体制を作り、できるだけ通常の勤務に近づけることを心掛けていた。

双相地区の精神科医療の壊滅は、大きな危機であったが、精神科医療システムを変えることを可能にした。すなわち、入院中心の医療から地域で精神障害者を支える医療への転換である。原発事故によって崩壊した精神科医療を立て直すにあたっては、時代状況にあった新しい医療を提供したいという信念が大学の心のケアチームにはあった。これまでこの地域の精神科医療を変革することは、内部の専門職にとっても外部者にとっても、そこに入院を余儀なくされている精神障害者の処遇を考えると困難がいくつもあった。理念だけでは動かすことができない現実が立ちはだかっていた。原発事故による精神科医療の崩壊は、重大な医療危機ではあったが、ゼロからやり直す最大のチャンスでもあった。そのチャンスを新しい発想で復興することができたのは、この地域の医療保健福祉関係者と福島県立医科大学との長い間に培われてきた信頼関係が、基盤となっている。この信頼関係を基盤として、大学のネットワーク、すなわち卒業生や大学教員のもつ専門

職とのつながり等が被災地の専門職を支援し、その支援を被災地の関係者が受け入れることによって、新しいシステムを作りだすことができたと考える。

### (4) 残された課題

インタビューや「語らい」の記録の整理はまだ十分にされておらず、課題として残されている。今後、活用できる資料とするためにも、事例として蓄積する方法をさらに検討していく必要がある。

### <文献>

- 1) 矢部博興ほか、大震災および福島第一原発事故後のメンタルヘルスケア報告 福島県沿岸地域における精神医療の現状と今後の課題, SURGERY FRONTIER, 18(4), 19-22, 2011.
- 2) 大川貴子, 東日本大震災・原発事故に対するこころのケア活動, こころの科学, 162:2-7, 2012.
- 3) 外口玉子編, 方法としての事例検討, 日本看護協会出版会, 22, 1981.

### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

#### [雑誌論文](計 2件)

中山洋子, 災害時に生き抜く力: 東日本大震災による精神保健福祉システムの崩壊から学ぶ, 学術の動向, 査読無, 22(6), 38-45, 2017.

大川貴子, “つながっていくこと”で生み出される力: 被災地におけるメンタルヘルスケアの実践を通して, 精神障害とリハビリテーション, 査読無, 19(1), 46-51, 2015.

#### [図書](計 1件)

Minarik, P.A. and Nakayama, Y., Japan: Disaster mental health care, In Yearwood, E.L. and Hines-Martin, V.P. (Eds.), Routledge Handbook of Global Mental Health Nursing: Evidence, Practice and Empowerment, pp. 420-435, Routledge, 2016.

### 6. 研究組織

#### (1) 研究代表者

中山 洋子 (NAKAYAMA, Yoko)  
高知県立大学・看護学部・教授  
研究者番号: 60180444

#### (2) 研究分担者

大川 貴子 (OHKAWA, Takako)  
福島県立医科大学・看護学部・准教授  
研究者番号: 20254485

(3)連携研究者

加藤 郁子 (KATO, Ikuko)

福島県立医科大学・看護学部・講師

研究者番号 : 00457805