

阪神・淡路大震災後4年目を迎えた看護管理者の抱えている課題

渡辺智恵, 臼井千津, 仁平雅子, 浦田喜久子

神戸市看護大学

Important Issues for Nursing Directors to Consider 4 years after the Great Hanshin-Awaji Earthquake

Tomoe WATANABE, Chizu USUI, Masako NIHEI, Kikuko URATA

Kobe City College of Nursingkey

Abstract

The nursing directors, who were both victims and helpers, and have lived through all the events of the Great Hanshin-Awaji earthquake until now, were surveyed. They were asked specifically what changes they would make to achieve the best emergency nursing care in a similar further catastrophe. Through conducting this survey, 10 important issues that the nursing directors were confronted with many difficulties were extracted. And we became aware of the actual conditions they had lived through, their difficulties and long-term hardships. Especially, two important factors arising out of the earthquake were considered. First, to realize that the caring staffs are themselves victims. Second, as nursing director, to learn how to behave ideally in such a situation.

Key words : the Great Hanshin-Awaji earthquake (阪神・淡路大震災)

Disaster nursing (災害看護)

Nursing management (看護管理)

Nursing director (看護管理者)

Large-scale disaster (大規模災害)

はじめに

1995年1月17日の阪神・淡路大震災は、未曾有の中心的災害であった。被災地内の看護職は、支援体制が確立するまでの期間、時には業務命令により、震災直後からの職務を遂行した。こうした大規模災害の場合、被災者の救助にあたる人もまた、救出・復旧などの役割に従事し、死・破壊・喪失・立ち退きの事態に直面することによって、心傷性ストレスを受ける。これは、Klimanにより1971年に初めて指摘された¹⁾。それによれば、災害の現場にいるということで、救助者は破壊された街や多くの死傷者を目撃するという被災体験を共有する。しかしながら、救助者のストレス体験は認識されないままのことが多く、「隠れた被災者」となる。アメリカではこのような現象が1970年代より多く見られ始め、多数のベトナム帰還兵に「戦争神経症

状」が表れた。こうしたことから、DSM-IIIで「外傷後ストレス障害」という診断基準(1980)が新たに確立された²⁾。そうした症状に対しては、1980年代よりデブリーフィングがおこなわれはじめ、救援者のケアを実践し、今ではJeffrey.T.M(1983)によりCritical Incident Stress Debriefing³⁾として確立されつつある。

日本においても、同様に救援活動を職務として遂行した救急隊員や消防士を対象とした研究が、岩井ら(1996)⁴⁾により継続的に行われている。それによれば、被災地内外の2群、さらに被災地内群を救援の派遣時期で早期派遣群、後期派遣群、待機群という3群に分類し、出来事インパクト尺度(Impact of Event Scale以下IES)を活用して心身の状態を経時的に測定している。IESは、災害や犯罪など心傷の事件に遭遇した後の精神症状をスクリーニングするために広く用いら

れている尺度であり、ハイリスク群を洗い出すことが可能で、得点が高いほど危険群であることを示す。震災後3ヶ月目、13ヶ月目のいずれの時点においても、IES総得点の平均は被災地内群が有意に高く、しかも被災地内でも早期派遣群、後期派遣群、待機群という順で得点が高くなるという結果を得た。

一方看護職に対しては、震災直後の懸命な救護活動と、過酷な状況での救援活動についての苦悩については、『その時、看護は』といった体験談⁵⁾として、広く我々の目にも触れ感動を与えている。その後、新道ら(1996)⁶⁾は震災から約7ヶ月後に、被災地の看護職の抱えた「つらさ」および心のケアに対する認識について調査をしている。多くの看護職が一番辛かったこととしてあげているのは、1 避難所生活を含む生活上の困難、2 喪失、3 仕事、4 家族、5 健康、6 家族と仕事のジレンマ、7 人間関係という順で、68%の看護職が心のケアの必要性を認識し、何らかの対処を自らおこなっていた状況が判明した。また、同じく新道ら(1996~7)⁷⁾⁸⁾は、GHQ (General Health Questionnaire日本語版簡易型) およびPTSD (Post Traumatic Stress Disorder, 以下PTSD) 尺度20項目を用いて看護職の心的反応を測定した。震災から8ヶ月後と1年3ヶ月後におこなわれた調査によれば、PTSD平均値は41.3~41.6と高く、調査対象の半数以上に心のケアに関するニーズがあったことが判明した。また近田ら(1999)⁹⁾は、看護職としての使命のみが重視されがちで、わが家の倒壊や損傷および家族内の心理的危機に関する様々な苦しみを表に出せなかった看護職に対して、その生活の建て直しという課題に取り組む、仕事は通常体制に戻ったとしても、気持ちの安定がはかれないので、彼女らに対する早い時期からのきめ細かな配慮の必要性を述べている。

ところで、災害時には、多くの患者やスタッフに対する責任をもつ病院看護部のトップマネジメントが決定的な重要性をもつ。そして、その重要性を自覚するからこそ、看護管理者ゆえの葛藤や苦悩もより厳しいものとなる。しかし、そうした実態を明らかにするような、看護管理者を対象とする研究は殆どないのが実状である¹⁰⁾。そこで、本研究は、阪神・淡路大震災を経験した看護管理者を対象として、災害時における看護管理に対する認識の変化とその内容を聞き取り調査を通して明らかにすることをねらいとし、以下のような結果を得たので報告する。

研究方法

1. 調査対象：A市内に震災時から現在に至るまで、病床数100床以上の看護部門で看護管理を実践している看護管理者を対象とした。震災から4年間を経ており、定年あるいは体調不良による退職をした看護管理者や、勤務施設の交代等の理由により、対象者が7名と限られた。なお対象者には、事前に趣旨説明を行い、本研究に対する同意を得た。
2. 調査方法：自分の思いや現状をできるだけありのままに表現してほしいため、半構成型インタビュー形式とした。
3. 調査期間：平成10年9月~平成10年10月(阪神・淡路大震災から3年9~10ヶ月後)
4. 調査内容：(1) 阪神・淡路大震災時の被害状況とその意味づけ、(2) 阪神・淡路大震災後に看護体制で変化したこと、または強化したことは何か、(3) 看護体制を変えていく上で困難だったことは何か、(4) 今後の災害に対する準備状況、これらの4点についてインタビューをおこなった。インタビューの中では、時折涙ぐむ場面もあり、一人に対して約1時間を要した。
5. 分析方法：看護管理者としての認識で変化した項目を拾い上げ、阪神・淡路大震災前・中・後という3つに分類し、それをカテゴリー化した。

結果および考察

1. 対象者の背景

看護管理者としての経験年数は、平均すると6.4年で、そのうち2名が10年以上であった。対象者には人的被害はなかったが、物的被害を被った者が2名で、自宅が全壊または半壊した。病院は建物やライフラインの損壊を受けながら、被災直後から多くの負傷者を受け入れていた。震災時に、病院が担った役割は、表1の通りである。

2. 共通した認識

中心的災害を経験したA市内の看護管理者には、災害時における共通した認識があることがわかった。それは、いずれの看護管理者も、震災の前後で看護体制に特段の変化はないという結果である。その理由としては、震災直後からの混乱期を乗り越えられたことを評価し、特にスタッフが実際によく活動し、

表1, 対象施設の背景

	病院の規模	震災当時の病院の役割	看護部の構成
A 病院	大規模	激震地で甚大な被害を受けた	副看護部長 5 名
B 病院	中規模	激震地で一部損壊	
C 病院	大規模	後方支援病院として機能した	副看護部長 4 名
D 病院	中規模	激震地で一部損壊	副総婦長 2 名
E 病院	中規模	激震地で一部損壊	
F 病院	中規模	激震地で一部損壊	副看護部長 1 名
G 病院	中規模	激震地で一部損壊	次長 1 名

病院の規模で、中規模とは 100 床以上 500 床未満を、大規模とは 500 床以上を示す。

専門職としての判断と自律した行動をとったことを述べ、その体験を自らの誇りと自信にしていた。

しかしながら実際には、看護管理者の全てが、後述するように、多くの点で、認識の変化を自覚している。にもかかわらず、全体としては看護体制に大きな変化はないと答えたのは、どうしてなのだろうか。この疑問は未だ解決されないままであるが、被災者特有の反応がこの中には隠されているのではないだろうか。重大な危機が発生した場合、現実におきた事への否認や、耐えられないような精神的衝撃から自己を防衛することがある¹¹⁾。「特段の変化はない」と表出したのは、確かに、震災直後からの看護職の行動を評価した結果でもあるが、こうした反応とも考えられる。

3. 看護管理上の認識の変化

看護管理上の認識の変化について、内容を読みとり、共通して回答された重要と思われる10項目を抽出し、回答の分類を試みた。それらを、語られたことの多い順に並べると、表2のようになる。

1) 「被災者でもある職員に対する配慮」

中心的災害である阪神・淡路大震災では、「被災者でもある職員に対する配慮」を行う必要性を感じ、職員間の震災に対する意識のずれ（温度差）を解消するために様々な対処をした。中心的災害は、被災の規模が地域の社会機能を崩壊させるほどの強さと広がりをもつか否かという視点で周辺的災害とは区別される¹²⁾。このような中心的災害では、行政・医療・交通・通信などの機能が麻痺し、当初被災地の正確な状況把握が困難となり、被災地内の住民自身による救援活動を余儀なくされる。看護職も例外ではなかった。実際には、直接被害を受けた人と幸いにして難を逃れた人、被

災直後すぐさま駆けつけた人と駆けつけられなかった人、被災中心地の人と被災地から離れている人等が混在し、それぞれの震災に対する認識や対処の違いから、職場全体に「冷たい戦争状態」が生じた。多くの看護管理者らは、こうした職場環境を改善するために、話し合いや書くことを通して、お互いの気持ちを表出し、それぞれの状況を理解し合えるよう配慮していた。なぜなら、語られ共感されることのない苦悩の体験は反復して個人を苦しめ¹³⁾、他者を受けとめることができないからである。そのため、患者のケアに生かすために開催された心のケアについての勉強会は、まず看護職自身のケアをしなければ、患者にも目が向かない状態であることがわかり、看護職を対象としたものに変更された。その他にも、震災から6ヶ月目頃、多くの施設で病棟運営が困難な現状になり、看護管理者の会合で専門家の意見を聞く機会をもうけ、そこでの助言により、お互いの状況を客観的に認識できたという回答もあった。患者やスタッフを直接管理する中間管理者を対象としたデブリーフィングを実践し、その中での感情の吐露により、初めてお互いの状況を理解できたという証言もあった。PTSDについては、年次的にフォローしている施設が2施設あり、震災後の看護職の約3～4割がPTSD要注意群であった。これらの要注意群は専門家からのカウンセリングを受けるよう、管理者として支援していた。このように多くの看護管理者が、被災者でもある看護職に対して、何らかの具体的な方策を実施せざるを得ないほどの強い必要性の認識に至り、スタッフ一人一人の顔をよくみるという細やかな配慮から専門家への相談までを含む、実際に多くの介入を実践したことが

表2, 震災後の危機管理に対する認識の変化

抽出項目	内 容
1) 被災者でもある職員への配慮	<ul style="list-style-type: none"> 震災後の体験をお互いに話し合う機会を繰り返してもらう (A,C,D, G) 心のケアの勉強会 (患者, 看護婦) (A,C,D) 震災時の体験を書いた (B,D,) PTSD の調査とカウンセリング (F,G) 職場の統括が上手く行かない事に対する専門家への相談 (A) 婦長やスタッフを対象としたデブリーフィング (A) スタッフ一人一人の顔をよくみて廻る (E)
2) 自己のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ナースの使命感の素晴らしさと自律した行動に対する評価 (C,D,E,F) 人生観・価値観の変化 (A,C,D) 看護管理者としてのこれまでの自己の崩壊 (A,C) 職務遂行と被災者である看護職の擁護 (A) お互いに支え合う大切さ (G)
3) 継続教育	<ul style="list-style-type: none"> 災害に対する意識づけを行う必要性や啓蒙 (A,C,E,F) 日頃から自律した看護婦の養成 (A,B,C,D) 災害シミュレーションや防災訓練 (A,G) 防災マニュアル作成 (E,F) 災害看護教育の必要性 (A) 現場を中心とした教育の必要性 (B) スポットナースを動かす婦長クラスのリーダーシップ (E) 海外での災害医療・看護に関する研修 (F)
4) 勤務体制, 管理者の配置とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> 変則2交代制にし, 継続した (B,G) チームナーシングの良さを実感し継続 (E,G) 管理者クラスの支援体制の確立 (B) 婦長クラスのリーダーシップの育成 (E) 当直制を継続 (F) 救護班の編成 (A)
5) マンパワーの確保とネットワーク	<ul style="list-style-type: none"> 系列病院のネットワークや近隣施設との連携 (D,E,F,G) 応援協定の締結 (A) 日頃からのネットワークの必要性 (A) 看護婦寮のバス路線一本化 (G)
6) 情報の発信と収集	<ul style="list-style-type: none"> グループ別に連絡体制を確立等の連絡網の確立 (A,C,D) 情報に遅れないように会合には必ず参加する (C) 定期的な会議とホットラインの確立 (E) 院内緊急呼び出し体制 (F)
7) 病院と地域との関連性	<ul style="list-style-type: none"> 地域に根ざした病院の実践として巡回診療や訪問看護 (D,F,F) 開かれた病院になることの必要性や近隣関係の重要性の認識 (A,D,F) 要請がなくても地域にできることを考慮する (A)
8) 備蓄	<ul style="list-style-type: none"> 経験から備蓄は衛生材料等を2~3日分必要である (B,G) トイレの防臭対策としての備蓄 (B,G) 広範囲外注システム (E) 水の備蓄は難しいので, 井戸水を設置 (G)
9) 病院の建物構造とライフライン	<ul style="list-style-type: none"> 新病院に向けて全室自家発電 (D) 振動対策を実践する (D) 耐震構造を考える (G) 避難経路を考えた建物設計にする (F)
10) 災害時特有のケア	<ul style="list-style-type: none"> 32 遺体の収容 (心肺蘇生を継続した) と遺体のケア (E,G) トリアージとそのためベストの購入 (E,F)

*A~Gは, 表1の調査対象施設を示す。

確認できた。しかもこの認識は, 震災前にはなく, スタッフを管理をする上で, 震災後特に大きな問題として直面した課題となった。他者に対して義務責任をもつ立場にある親や救急隊員などは, 危機状況における役割不全感が深刻な心傷をもたらすと飛鳥井が述べている¹⁰⁾が, 本研究の結果からも, そうした職員の心の傷を癒すことの重要性が示唆された。

2) 「自己のありかた」

「自己のあり方」とは, 災害時に直面した, 人間として, 職業人として, 個人 (母親・子供・妻) として考えさせられた人生観・看護観・価値観などを含んでいる。「自己のあり方」という言葉そのものは, その他の抽出項目からすれば, 異次元のものに思われるかも知れない。しかし, 今回の聞き取り調査から浮き彫りになった事実の一つであり, 震災前には, やはり認識し得なかったことでもある。多くの看護管理者は, 日常ではみるこ

とのなかった様々なスタッフの生活上の困難や生き様を直視する結果となった。自宅が全壊になりながら真っ先に職場に駆けつけ救援活動をした者、自宅が燃えているのを見ながら勤務を継続した者、避難所暮らしをした者、余震の恐怖のため出勤できなかった者、恐怖に震える子どもをおいて葛藤しながら出勤した者、嫁という立場から職場を離れた者等々である。殆どの病院で看護職の出勤率が一番高く、看護職の使命感の強さを評価していたが、上記のような状況下で、看護管理者として特に切実な問題として語られたのは、「災害時にどれだけの犠牲をスタッフに求めることができるのか」という意思決定についてである。非常時には、子どもや要介護者がいる家庭では、休暇をとることができないために、家庭か仕事かという選択を迫られる結果となる。しかしながら中心的災害時においては、災害発生と同時に、自分自身も被災者でありながら、救援者という役割を期待されるという点で、それぞれが置かれた状況下で、究極の選択を常に迫られ、自己と対峙することになる。つまり、被災地内の直接被害を受けた看護職は一次的被災者であり、しかも二次的被災者になる可能性も高いのである。被災地内の看護職それぞれが人間にとっての当然の行為だったにもかかわらず、異様な心理状態に置かれた中では、自己に対しても他者に対しても冷静な判断が困難となり、過酷な現実があったことは事実であった。

こうした非日常的な状況では、看護管理者としての緊急時におけるリーダーシップの取り方に、それまでの自己像を根底から崩されるような認識をもった人もいた。災害時には、特に高度な判断を求められるのが常であるが、極端に課題達成型に傾斜したリーダーシップの発揮は、スタッフとの間に亀裂を生じる結果となった。

被災地内の看護職は、震災により生活の基盤を崩され、なおかつ多くの人の生死の場面に直面し、人間としての生き方自体を見つめ直さざるを得なかったのである。また震災時、質素堅実な生活を体験した結果、被災者の多くが体験したことでもあるが、人間として大切なものは一体何かということを考えさせられ、価値観や人生観の変化を経験している。

3) 「継続教育」

ここでの「継続教育」とは、特に災害を想定して、看護管理者が必要と考えている災害への意識づけやマニュアルづくり、院内または院外における災害看護の継続教育の認識を示す。震災を経験したことにより、多くの看護管理者は、日頃からの自律した看護職育成の必要性や災害看護教育の重要性を認識し、それぞれの施設で必要な教育・訓練を実践していた。実際、O-157や鉄道大事故等のような、多数の患者を受け入れることを想定したシュミレーションを実施し、仮病棟として使える部屋はどこか等を検討している。兵庫県看護協会の調査¹⁰⁾によると、被災前における地震マニュアルの有無は、178施設中わずかに11施設(6.2%)のみで、震災後マニュアルを作成したおよび作成中が、55施設(30.9%)と上昇している。関西圏では大きな災害は起こらないといわれていた中で、大規模な地震による被害を受けたため、本調査の看護管理者は、災害に対する意識づけと災害に備えたマニュアルづくりの必要性を認識し、火事だけではない地震マニュアルづくりに取り組んでいた。実際にはマニュアルの有効性に疑問を抱く看護管理者もいたが、骨格となる基本ラインを作成し、臨機応変に対応できる柔軟性を養う必要性と、マニュアルづくりのプロセスそれ自体の重要性を認識していた。また災害看護に関する教育は、これまで基礎教育の中では触れられることがなく、看護管理者自身も受けていないため、基礎教育から継続教育へと一貫したものとして確立することの重要性を認識していた。また災害時には、スポットで応援に来た看護職を効率よく動かすための中間管理者を対象としたリーダーシップ能力を強化する必要性を認識していた。また施設によっては、集合教育よりも現場を中心にした継続教育の必要性を痛感した看護管理者もいた。なぜなら、外部からの支援者は地域や病院の組織についてわからないため、上司がいなくても病棟運営できるくらいに現場でのOJT(On the Job Training)の必要性を認識したためである。また災害医療・看護に関する海外研修を実施した施設もあった。施設の規模や、直面した事柄により認識はさまざまではあるが、震災を経験した看護管理者の災害看護に関する継続教育の認識を震災前よりも強化していた。

4) 「勤務体制, 管理者の配置とリーダーシップ」

災害時における「勤務体制, 管理者の配置とリーダーシップ」は, 非常時における一時的な勤務体制の変化や婦長のリーダーシップの重要性などに対する認識を示している。これも, 従来までの看護体制や直面した状況により, 具体的な対策は異なっていた。震災後の交通機能の麻痺や治安の悪化により, 夜間の勤務交代が困難になり, 変則二交代制を採用した施設が2施設あり, 現在も継続している。また災害時にチームナーシング体制が十分機能した施設では, ボランティア看護婦等の支援を得つつ, そのまま継続していた。災害時における看護活動を病院全体が大いに再認識したことにより, 看護部組織の拡大につながった病院もみられた。被災病院の多くは, 総じて3ヶ月を目途とし, 通常の体制に戻れるように, 管理者として働きかけをしていた。また管理者クラスの支援体制の確立に向けて検討している施設もあり, 大規模災害を体験したことによる新たな認識として, 見逃せないものがある。

5) 「マンパワーの確保とネットワーク」

「マンパワーの確保とネットワーク」とは, 災害発生時における看護要員の確保と, そのためのネットワークづくりや種々のバックアップ体制等を示している。阪神・淡路大震災時, 多くの施設で, 比較的早期から関連病院等の応援を得て, 震災直後からの苦境に対処した。看護婦または医師同志, あるいは看護職能団体を通じたつながりにより, 多くの負傷者を救護するためのマンパワーの確保と重症患者の転送とが可能になった。そのため, 関係づくりや維持のため, 会合への出席は欠かせないものであると痛感していた。緊急時におけるネットワークの必要性を約96%の看護管理者が回答しており, 高い認識を示している¹⁰⁾。本調査でも, 関連施設のない病院においては, 震災後, 応援協定を新たに確立したことから示唆される。

またマンパワー確保のために, 看護婦寮をバス路線1本で参集できる場所に建設した施設もあるが, 看護職のみならず, 医療従事者を確保するための方策を検討する必要性を認識していた。

6) 「情報の発信と収集」

「情報の発信と収集」では, 震災当日の情報が

入ってこない, あるいは発信できない状況を体験していることから, 看護部門の連絡体制を見直し, 地域毎に区切った連絡体制をとり, より機能的に対応できるような連絡網を確立していた。具体的には, 常に最新の情報を得るため, 様々な会合への参加を心がけたり, 系列病院との定期的な会議を開催し, 日頃からお互いの情報を熟知する体制を作り, 新たにホットラインを開設している。正確な情報を得ること自体が困難であった震災時には, どのように情報を収集するかという点に焦点が当てられていたが, 逆にどのように情報を発信していくかということも大きな課題であることを認識していた。ライフライン崩壊時における確実な情報把握は, 極めて困難であり, 病院全体の問題としていた。

7) 「病院と地域との関連性」

「病院と地域との関連性」とは, 病院と地域との日頃からの関係と, 災害時特に病院を地域にどう活用され, 病院が地域へ出ていくのかという判断を下すことを示している。激震地に位置し物的被害を受けた病院の中には, 支援を得ながら多数の被災者のケアを変則勤務で対応している状況にもかかわらず, 近隣避難所の巡回診療のため医療チームを出動させていた。多くのボランティアも地域に入ってきたが, 「地域住民のことを知っているのは, 私たちだから」と地域に出向くことの必然性を看護管理者が認識したからである。そこでは日頃から地域に根ざした病院であることを意識した病院運営がなされていたと考えられる。震災時, 水運び等の行動が近隣のボランティアによって支えられたことで, 近隣関係を大切にすることや地域社会とともにある病院の存在を再認識していた。

8) 「備蓄」

「備蓄」とは, 災害時に備えて準備すべき食糧や水, 日用品・毛布, 医薬品や衛生材料などの蓄えを示す。これについては, それぞれの施設で苦労をした経験があり, 最低2~3日分の備蓄の必要性を認識しているものの, 経営的には困難であるため, 理想とするような備蓄はできていない状況があった。これも兵庫県看護協会の報告と一致している¹⁰⁾。震災時, 特に苦労したこととして具体的に上げられた事は, トイレの防臭対策である。そのために, 新聞紙とビニール袋を1ヶ月分備蓄

するようになった施設や消臭薬の備蓄を開始した施設があった。また医療には水が不可欠であり、水確保に多くの時間と労力を費やした今回の経験から、地下タンクを設置する必要性を感じている施設もあった。しかし、やはり経済的に困難で、代わりに井戸を設置していた。こうした備蓄等に関しては、看護部だけの力で解決するものではなく、維持管理の問題を含めて経済的な基盤がないと充実できないという限界がある。そのため、市や県単位で災害対策用に完備することが必要であると提言した看護管理者もあり、今後の課題であるといえる。

9) 「病院の建物構造とライフライン」

「病院の建物構造とライフライン」とは、病院自体の耐震構造や、建物構造と密着しているライフライン（電気・ガス・水道等）の確保やそれらに対するバックアップ体制を意味する。高度な機械によって最新医療を成り立たせている現代医療にとって、停電は致命的なため、全病室に自家発電装置をつけることによって、ライフラインの崩壊に対処し、安心して患者のケアに取り組めるような工夫をおこなった施設があった。「ゆれ」対策としては、備え付けの棚にしたり、キャスター付きの収納ケースを導入していた。これについては、震災で生じたひび割れ等により、改築をおこなったり、リニューアルを予定している施設では特に認識が高く、震災の経験を生かした構造を取り入れていたと言える。

10) 「災害時特有のケア」

「災害時特有のケア」とは、大規模災害時、とりわけ必要とする多数負傷者のトリアージとその後のケア、また遺体の処置などを含んでいる。阪神・淡路大震災時、独自にトリアージ記録用紙を作成し、トリアージを実践した施設は、当時の混乱を軽減するために、役割を周知するためのベスト等の購入に至っている。また多数の重症者が搬送された施設では、死亡確認後の遺体を毛布で覆い、決して地面におかず、必ず誰かが側にいることによって、遺族のもとへと確実に遺体を渡すことができたという体験があった。主にこれらの認識は、多数の死傷者を収容した激震地区にある病院の看護管理者の直面した認識であった。

以上10項目をみてきたが、とりわけ「被災者でも

ある職員に対する配慮」および「自己のありかた」は、阪神・淡路大震災が未曾有の中心的災害であったことを語る非常に特徴的なものであった。看護管理の一つの重要な側面である「スタッフ管理」の中で、極限状態での最終的な判断は、自己が試されるという、そうした事実を新たに認識させるものであった。これは、新道らの調査¹⁰⁾で示した看護職の「辛さ」を受けとめた看護管理者の苦悩の実態を示すものともいえる。本調査の結果は、次の大規模災害に対する看護管理者としてのさまざまな準備の必要性や今後の課題を示唆しているといえる。

しかしながら上記10項目は、病院の役割や被災の規模、各看護管理者の個人的な体験や救援への認識等により回答は異なり、データ収集する上で対象者が限られたことは、本研究の限界である。

まとめ

阪神・淡路大震災を経験した看護管理者を対象として、震災前後における看護管理に対する認識の変化を分析し、以下の結果を得た。

1. 阪神・淡路大震災から4年目を迎える現在までに、看護管理者が直面した課題を10項目抽出した。これらは、被災地の看護職の経験した苦悩の実態と、それを改善するために長期間にわたって、看護管理者が努力した姿でもある。
2. 特に、「被災者でもある職員に対する配慮」および「自己のありかた」は、震災を経験した看護管理者が、新たに認識した課題として特徴的なものである。

謝辞

震災後、心の傷の癒えぬ状態で、インタビューに応じてくださった方々に深く感謝致します。

なお本研究は、平成10年度神戸市看護大学共同研究（重点研究）の助成を受けて実施した。

文献

- 1) Raphael. B (石丸正訳)：災害の襲うとき、みすず書房 (1989).
- 2) 安克昌：心の傷を癒すということ、作品社 (1996).
- 3) Jeffrey T. M：When disaster strikes... The

- Critical incident stress debriefing process, *Journal of Emergency Nursing Medical Services* 8 (1) : 36-39 (1983).
- 4) 兵庫県心のケアセンター：非常事態ストレスと災害救済者の健康状態に関する調査研究報告書，(1999).
 - 5) 南裕子編：阪神・淡路大震災－その時看護は，日本看護協会出版会 (1995).
 - 6) 新道幸恵他：阪神淡路大震災被災地の看護職の「つらさ」および心のケアに対する認識，第27回看護管理：41-43 (1996).
 - 7) 新道幸恵他：震災被災者の看護ケアを担った人々の心的反応，兵庫県南部地震に関する総合研究平成7年度報告書：249-252 (1996).
 - 8) 新道幸恵他：震災被災者の看護ケアを担った人々の心的反応－看護職社の心的反応の経時変化－，兵庫県南部地震に関する総合研究平成8年度報告書：367-370 (1997).
 - 9) 近田敬子，石田寿子：援助者自身の生活の建て直しへの援助，看護研究，32 (3) : 23-31 (1999).
 - 10) 兵庫県看護協会：災害看護における検討小委員会報告：267-329 (1996).
 - 11) 飛鳥井望：被災直後の心理過程と災害症候群，被災者の心のケア，至文堂 (1996).
 - 12) 太田保之：災害ストレスと心のケア，医師薬出版社 (1996).
 - 13) 野田正彰：災害救援，岩波新書 (1995).
 - 14) 高口榮子：看護職のPTSD－雲仙普賢岳長期災害と看護管理－，看護管理，6 (3) : 174-181, (1996).
 - 15) 高口榮子：災害の対応から見えてきた看護，クリニカルスタディ，19 (3) : 69-72 (1998).
 - 16) 田中千鶴見他：「阪神・淡路大震災」被災地の看護婦のストレス状態－震災1年目の調査から－，看護管理，(1996).
 - 17) 新道幸恵：防災と看護－病院の看護部門における危機管理，看護研究，32 (3) : 33-42 (1999).
 - 18) 榊原弥栄子，将来に目を向けていこう，看護管理，6 (3) : 172-173 (1996).
 - 19) 柳生敏子：看護に求められたもの，看護が求めたもの，看護管理，6 (3) : 152-157 (1996).
 - 20) 新道幸恵他：阪神・淡路大震災に学ぶ－看護管理者が得たもの，看護管理，6 (3) : 182-190 (1996).
 - 21) Jeffrey T. M (森田茂穂訳)：医療従事者の自殺－どう予防するか，救急医療ジャーナル22 (4) : 3941 (1996).
 - 22) Saraph L. H : Experiences of stress in accident and emergency nurses , *Accident and Emergency Nursing*, 5 : 48-53 (1997).
 - 23) Jeffrey T. M : George S. E, *The Scientific Evidence for Critical Incident Stress Management*, *JEMS* : 86-93 (1997).
 - 24) 川名典子，安藤幸子：阪神大震災被災者の支援に携わるみなさんへ，保健婦雑誌51 (7) : 557-560 (1995).
 - 25) 永田耕司他：一般健康質問票調査 (GHQ) からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス，民族衛生，59 (4) : 186-195 (1993).
 - 26) 高田昌代他：阪神淡路大震災時における看護従事者の心的反応について，日本災害看護学会誌，1 (2) : 58 (1999).

(受付：1999年12月6日；受理：2000年1月19日)