

東日本大震災被災地へ支援のために 派遣された看護師が感じた倫理課題

*Ethical issues recognized by disaster relief nurses dispatched
in the disaster area of the Great East Japan Earthquake*

野口 恭子¹ 勝原裕美子² 鈴木恵理子³ 番匠千佳子⁴

Kyoko NOGUCHI

Yumiko KATSUHARA

Eriko SUZUKI

Chikako BANJO

ウィリアムソン彰子⁵ 小笹 由香⁶ 小島 操子⁷ 細見 明代⁸

Akiko WILLIAMSON

Yuka OZASA

Misako KOJIMA

Akiyo HOSOMI

キーワード：倫理課題、災害支援ナース、支援活動、東日本大震災

Key words : ethical issues, disaster relief nurses, nursing relief activities, Great East Japan Earthquake

本研究の目的は、東日本大震災後に派遣された災害支援ナースが支援活動時に感じた倫理課題を明らかにし、事前準備について考察することである。各都道府県看護協会から派遣された支援ナース850名を対象に2014年1月に自記式質問紙調査を実施した。返信346通中、倫理課題を記載していた201名の記述259個を帰納的に分析し、「平常時とは異なる看護実践への葛藤」「平常時なら可能な治療やケアの提供不能」「プライバシーの尊重が困難」「感染予防対策の実施困難」「資源配分・物資配布方法の未整備」「被災地における格差」「派遣元の求めに応じることの苦しさ」「派遣元の方針が不透明」などの16カテゴリに分類できた。支援ナースへの派遣前の準備として被災地の環境や自己完結型支援の特徴、他支援者との連携も含む実践がイメージできる研修、活動終了後のフォローアップなどにより、支援活動における葛藤や戸惑いを減らせる可能性が示唆された。

I. はじめに

阪神・淡路大震災後、各都道府県看護協会において災害支援ナース（以下、支援ナース）の養成が始まった。日本看護協会によると、支援ナースとは、「看護職能団体の一員として、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職」と説明されており、災害時の看護支援活動は、自己完結型が基本であること

が謳われている¹。

支援ナースは都道府県看護協会に登録されており、その登録要件は、都道府県看護協会の会員であること、実務経験年数が5年以上であること、所属施設がある場合には、登録に関する所属長の承諾があること、支援ナース養成のための12時間の研修を受講していることとなっている¹。

2011年3月に起きた東日本大震災の際には、多くの支援ナースが派遣され、現場での看護活動は、「東日本大震災における日本看護協会の取り組み」としてそ

1 岩手県立大学 Iwate Prefectural University

2 オフィス KATSUHARA Office KATSUHARA

3 淑徳大学 Shukutoku University

4 聖隷浜松病院 Seirei Hamamatsu General Hospital

5 神戸大学 Kobe University

6 東京医科歯科大学医学部附属病院 Medical Hospital, Tokyo Medical and Dental University

7 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher University

8 兵庫医療大学 Hyogo University of Health Sciences

の成果が報告されている²。しかしながら、被災住民への罪悪感や支援活動への後悔などを伴うことも報告されており³、支援ナースたちの心理的状況は複雑である。日本看護倫理学会学術活動推進委員会が行ったワークショップ(2013年3月開催)でも、実際に支援に出向いた支援ナースから、終末期患者が医療機関に行くことを望まず避難所にとどまった事例や、脱水症状の高齢者が介護の手を煩わせたくない水分補給を拒んだ事例などが報告され、災害時に特有と思われるさまざまな倫理的課題が生じていたことが明らかになっている。しかし、東日本大震災時の看護師の倫理課題に焦点を当てた研究はなされていない。

2016年4月にはマグニチュード7を超える熊本地震があり、今後も大規模災害は発生しうる。志高く災害支援に出向くナースたちが直面したり、感じたりする倫理課題にどのようなものがあるのかを明らかにしておくことは、予期せぬ倫理課題への対応に少なからず役立つと考える。また、今後、都道府県看護協会が研修プログラムを充実させる際の参考になるものと考えられる。これらを踏まえ、本研究は、東日本大震災において支援ナースとして活動を行った人たちの大規模災害時の倫理課題を明らかにし、派遣前の事前準備を充実させるための提案を行うことを目的とした。

II. 研究方法

研究開始にあたっては、研究者の所属機関の臨床研究委員会での審査を受け、承認を得た(2013年10月)。倫理的配慮の主要な点は、研究協力は自由意思によること、施設や個人が特定できないよう匿名性を守ることであり、調査期間は、2013年12月から2014年1月であった。

1. 調査方法

47都道府県看護協会に、災害支援ナースへの調査を実施したい旨を往復ハガキで連絡し、協力の可否ならびに協力可能な場合の対象看護師への質問紙配布方法について返信ハガキで回答を得た。質問紙は、各協会が対象者へ配布する方法か研究者が配布する方法のいずれかの方法で配布した。後者の場合には、都道府県看護協会に派遣された看護師が所属する施設名と各施設からの派遣人数の記載を依頼した。所属長宛に人数分の調査用紙を送付し、協力への参加は自由意思であることを伝え、災害支援ナースへの配布を依頼した。回答の回収は個別に郵送法で行い、回答の返送をもって調査協力への同意とみなした。

質問紙は無記名とし、内容は、派遣先や派遣期間などのナースの属性に関するもののほか、派遣されている間に感じた倫理課題は何か、その課題へどのように対応したか、今後あればよいと思う援助についてであり、いずれも自由記載欄を設けた。なお、支援ナース

が被災地の現場で捉えた倫理課題をそのまま表現してもらうために、倫理課題を「支援ナースとして経験した出来事において、自分の価値観に照らし合わせて『あれ?おかしいな』『なんか、もやもやする』などの感覚をもったこと」と定義し、質問紙に倫理課題の定義を明記した。

2. 分析方法

研究者全員がすべての記述内容を読み合わせた。記述内容から、支援ナース自身、被災者、自分以外の支援者、被災地の環境、派遣元に関することの五つに分け、研究者各々がいずれか一つを担当し、そこに分類された記述を類似性に着目して、さらに細かく分類した。その結果を研究者間で共有し、五つに大別した記述内容の分類を再度見直し、五つのテーマを定め、サブカテゴリを抽出した。最終的にサブカテゴリを整理し、カテゴリとした。

III. 結果

1. 対象者の背景

調査用紙は850部配布し、回答は346名から返送された(回収率40.7%)、そのうち倫理課題を記述していたのは201名であった。派遣に至った経緯は、自分の意思が119名(59.2%)、次いで登録団体からの要請が74名(36.8%)であった。派遣前研修を受けていた者は120名(59.7%)であり、研修で倫理問題に関する内容が含まれていたのは80名(39.8%)であった。

派遣期間で最多を占めたのは4日間の98名(48.8%)で、3~5日の派遣は計173名(86.1%)、平均4.8±2.8日であった。派遣先は宮城県が133名と66.2%を占め、次いで岩手県39名(19.4%)、福島県25名(12.4%)、千葉県4名(2.0%)であった。

2. 倫理課題

倫理課題の自由記述は、一人が複数の内容を記述している場合もあったため、201名の記述内容は341個であった。そのうち明らかに倫理課題の定義から逸脱したものを除いた259個を分析対象とした。記述内容は、「支援ナース自身の自分との葛藤」「被災者に関すること」「自分以外の支援者に関すること」「被災地ならではの特殊な状況」「派遣元に関すること」の五つのテーマに大別された。得られたサブカテゴリとカテゴリは表のとおりである。五つのテーマごとに結果を述べる。なお、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》で示す。

1) テーマ1 支援ナース自身の自分との葛藤

64個の記述が六つのサブカテゴリにまとめられ、三つのカテゴリに分類された。【気を遣い・気を遣われることへの葛藤】とは、被災者との関係において気を

表1 災害支援ナースが感じた倫理課題記述内容の分析結果

テーマ	サブカテゴリ	カテゴリ
支援ナース自身の自分との葛藤	被災者に対する声かけへの戸惑い 厚遇に対する罪悪感	気を遣い・気を遣われることへの葛藤
	想定外の状況で、自分の力を活かしきれない 自分自身の生命や健康への不安	役立ちたい自分と不完全な自分との葛藤
	連携や役割分担が不明確なままの支援活動 対象の基礎情報がない中での薬の選定や使用	平常時とは異なる看護実践への葛藤
被災者に関すること	治療やケアを拒否する意思表示 周囲への遠慮から治療やケアを望まない	治療・ケアへの拒否や遠慮への対応困難
	被災前からの医療問題が顕在化 本人の理解をとらずに医療者が判断 予測される健康被害への対応困難 内服薬管理の困難 マンパワーの不足 医療や介護の必要性に応じた区分ができない生活空間 医療物資の不足 適切な食事の提供困難	平常時なら可能な治療やケアの提供不能
	被災地のナースの心身への過剰な負担が心配 被災地のナースの仕事を奪っているような感覚	被災地のナースへの支援に対する戸惑い
自分以外の支援者に関すること	不適切な写真撮影 不適切な言葉づかい 支援活動をしない支援ナース	支援ナースの自分本位な言動
	被災者のケアニーズよりも過剰な支援 早期回復を妨げる支援	自立や早期回復を妨げる支援
被災地ならではの特殊な状況	プライバシーに配慮できない生活空間 プライバシーが保護しにくい治療やケアの空間	プライバシーの尊重が困難
	環境の整備が困難 保清に必要な物資不足 医薬品不足による点眼薬等の使いまわし	感染予防対策の実施困難
	有効に活用されない救援物資 不公平な資源配分 画一的な支援物資配布方法 賞味期限切れ食品の配布	資源配分・物資配布方法の未整備
派遣元に関すること	避難所間の格差 避難所入所者と自宅避難者との対応の格差	被災地における格差
	被災地で生活する人のストレスへの対応困難 ペット連れの人への対応困難	被災地で生活する個別のニーズへの対応困難
	災害支援への理解不足 活動終了後の支援ナースの心理状態への理解不足 自己完結型支援の捉え方に起因する葛藤 写真での活動報告を求められる辛さ	派遣元の求めに応じることの苦しさ
	ニーズがあるにもかかわらず派遣終了 必要な活動の制止	現地のニーズと派遣元の判断とのずれ
	支援ナースに対する支援の派遣元間の格差 派遣する支援ナースの選定条件が不透明 派遣先への連絡不足	派遣元の方針が不透明

遣い、遣われることへの葛藤のことで、《被災者に対する声かけへの戸惑い》、《厚遇に対する罪悪感》が含まれていた。

【役立ちたい自分と不完全な自分との葛藤】には、被災地で支援をしたいけれども、医療支援以外の活動など、思い描いていた支援とは異なる活動から、看護師として必要とされているとは思えず《想定外の状況で、自分を活かしきれない》、被害の強かった地域や放射線による汚染が危惧される地域に派遣されたことによる《自分自身の生命や健康への不安》が含まれていた。

【平常時とは異なる看護実施への葛藤】とは、通常の勤務場所では行わない看護業務や働き方をしなければならぬ葛藤であり、複数の医療・看護チームが活動している場合にまとめる役割の人がいないことによる《連携や役割分担が不明確なままの支援活動》、避難所入所者の症状に合わせて市販薬を看護師が選択して渡すという《対象の基礎情報がない中での薬の選定や使用》が含まれていた。

2) テーマ2 被災者に関すること

36個の記述を12のサブカテゴリ、三つのカテゴリに分類した。

【治療・ケアへの拒否や遠慮への対応困難】は、ナースから見れば治療やケアが必要でも、それらを拒む被災者への対応の難しさである。家族や知り合いとともに過ごすことを望み、遠方の病院へ搬送されて治療を受けることを拒むなどの《治療やケアを拒否する意思表示》、トイレ介助の負担をかけないように点滴や水分摂取を控えたり、夜間の体位変換を拒否したりする《周囲への遠慮から治療やケアを望まない》が含まれていた。

【平常時なら可能な治療やケアの提供不能】は、被災後・避難所ゆえに平常時の病院では実施可能な治療やケアができないことであり、《被災前からの医療問題が顕在化》、《本人の了解をとらずに医療者が判断》、《予測される健康被害への対応困難》、《内服薬管理の困難》、《マンパワーの不足》、《医療や介護の必要性に応じた区分ができない生活空間》、《医療物資の不足》、《適切な食事の提供困難》が含まれていた。

【被災地のナースへの支援に対する戸惑い】は、被災者でもある被災地のナースへの支援への戸惑いであり、《被災地のナースの心身への過剰な負担が心配》、《被災地ナースの仕事を奪っているような感覚》が含まれていた。

3) テーマ3 自分以外の支援者に関すること

37個の記述が五つのサブカテゴリ、二つのカテゴリにまとまった。

【支援ナースの自分本位な言動】は、支援活動中に聞きつけた支援ナースの配慮のない言動で、被災者の了解を得ずに記念撮影的に写真を撮る《不適切な写真

撮影》や、「来てやっている」と被災者に直接言ったり、被災者のいる所で「こんなところにいたくない、早く帰りたい」と話すなどの《不適切な言葉づかい》、「言われたから来ただけ」と携帯電話ばかりいじっていたり、ナースの仕事ではないからと物資の運搬や掃除等をしないなどの《支援活動をしなない支援ナース》が含まれた。

【自立や早期回復を妨げる支援】は、被災者のケアニーズよりも支援者人数が多いときに生じた支援の状況で、《被災者のケアニーズよりも過剰な支援》、《早期回復を妨げる支援》が含まれていた。

4) テーマ4 被災地ならではの特殊な状況

85個の記述が13サブカテゴリにまとめられ、五つのカテゴリに分類した。

【プライバシーの尊重が困難】には、避難所では仕切りがないあるいは低い仕切りで生活が見えなどの《プライバシーに配慮できない生活空間》、寝たきりの人のオムツ交換も隔離場所がないためその場で行わざるを得ないなどの《プライバシーが保護しにくい治療やケアの空間》が含まれた。

また、避難所ではなかなか換気ができないなどの《環境の整備が困難》、水不足で手も食器も洗うことが難しく、入浴や清拭も十分に行えない《保清に必要な物資不足》や、点眼薬も数が足りず複数人で共用する《医薬品不足による点眼薬等の使いまわし》などの【感染予防対策の実施困難】であった。

【資源配分・物資配布方法の未整備】は、避難所における救援物資の配布や生活場所の決め方などが整備されていないことである。居住スペースが自己主張の強い人に優先される《不公平な資源配分》、救援物資が届いても管理者がいないために配布ができない《有効に活用されない救援物資》、避難者全員に配布できないから不公平が生じるという理由で物資が配布されずに山積みになるような《画一的な救援物資配布方法》、逆に食料不足で《賞味期限切れ食品の配布》をせざるを得ない状況が含まれていた。

【被災地における格差】には、救援物資の多寡や炊き出しの有無などが避難所によって異なる《避難所間の格差》、同じ被災地の住民であっても自宅避難者には救援物資が届きにくいなどの《避難所入所者と自宅避難者との対応の格差》が含まれた。

【被災地で生活する個別のニーズへの対応困難】には、避難所での生活によるストレスから周囲の人を怒鳴ったり、イライラした母親が些細なことで自分の子どもを叱ったり叩くなど《被災地で生活する人のストレスへの対応困難》、《ペット連れの人への対応困難》が含まれていた。

5) テーマ5 派遣元に関すること

37個の記述を9のサブカテゴリ、三つのカテゴリに分類した。

【派遣元の求めに応じることの苦しさ】は、支援ナースが派遣元（病院等施設、都道府県看護協会）からの要望や依頼に応える際の苦しさである。被災地への派遣が決まったときに、なぜこの忙しい時期に行くのかと言われた《災害支援への理解不足》、派遣元の上司に「活動期間が終わったら、もう考えることはやめなさい」と言われるなどの、《活動終了後の支援ナースの心理状態への理解不足》、避難所で食事を出され食べてよいのか迷い、断ったら申し訳ない雰囲気があり気まずいなどの《自己完結型支援の捉え方に起因する葛藤》、《写真での活動報告を求められる辛さ》が含まれた。

【現地のニーズと派遣元の判断とのずれ】は、支援ナースが現地のニーズを感じていたことに派遣元の理解が得られない状況であり、後続派遣がされなかったことや、急な撤退命令などの《ニーズがあるにもかかわらず派遣終了》、情報交換ミーティングへの参加や看護師への協力依頼への対応を制止された《必要な活動の制止》が含まれた。

【派遣元の方針が不透明】には、支援活動に必要な物品の支給や《支援ナースに対する支援の派遣元間の格差》、《派遣する支援ナースの選定条件が不透明》、派遣先に支援ナースの派遣や派遣人数が正しく伝えられていなかったという《派遣先への連絡不足》が含まれた。

IV. 考察

今回の調査で明らかになった支援ナースが遭遇していた倫理課題を踏まえ、支援ナースを派遣するにあたって必要な事前準備について考察する。

1. 倫理的葛藤を少しでも減らす“自己完結”のための事前準備

平成21年度から看護基礎教育に新設された「統合分野」の留意点の一つに「災害直後から支援できる看護の基礎的知識について理解する内容とする」と明記され(p. 16)⁴、平成21年度以降に看護基礎教育を受けた看護師は災害看護教育を受けている。看護基礎教育での災害看護教育が充実できれば、支援ナースに必要な基礎を看護師全員が備えていることになるが、実際には教育内容は学校によって異なり、専門的に教育できる教員が少ないことも指摘されている⁵。そのため、被災地に派遣される支援ナースに必要な知識や実践力は卒業後の研修受講などから得ていることになり、日本看護協会の「災害支援ナース」の登録に必要な研修は2日間の講義と演習のプログラムで災害看護に必要な知識と技術が網羅されている⁶。

今回の調査に回答いただいた支援ナース201名のうち派遣前に災害看護研修を受講している者は120名(59.7%)であった。研修を受けて災害看護の基礎知

識があっても、実際の被災地では迷いや葛藤を感じているが、基礎知識がなければ予測や見当をつけることができず、心身のストレスはより大きいと考える。

東日本大震災はこれまでになく広域の災害であり、現場近隣からの看護師派遣だけでは支援が足りず、遠方からの支援者も多かった。【被災者に対する声かけへの戸惑い】や【自分自身の生命や健康への不安】には、被災地の言葉や文化に慣れ親しんでいないうえに、遠方からの移動で体力を消耗した状態から支援活動を開始し心身ともに負担が大きかったことも影響していたと考えられる。

また、派遣元に関する倫理課題サブカテゴリ《自己完結型支援の捉え方に起因する葛藤》として、避難所で食事をすすめられたときに食べてよいものか迷い悩んだ経験を複数が記述していた。支援ナースには自律して支援することが求められるが、自律の意味を十分消化できないまま、被災者との関係性を断ち切って何でも自分であることが「自己完結」であり、「自律」だと捉えて苦しんだ例もみられた。研修などで自己完結型支援の具体例として「〇〇してはいけない」と説明され、表面的な禁忌事項のみが記憶に残り、それを遵守することが「自己完結型」と印象づけられている可能性もある。自己完結型支援は、支援ナースが資源消費などで被災地に負担を与えないといえるが、支援の継続を阻むものではなく、他支援者との協働や連携を否定するものでもない。派遣前の研修などで事前研修の学びや経験者からの助言を活かしつつも、それに縛られることなく、「いま、ここ」の現場の状況に合わせて自ら考え、必要な情報や協力を求めることも含めて、自己完結型支援の意図を誤解なく理解できるよう説明する必要がある。

2. 被災地ならではの特殊な環境におけるケアについて

避難所という非日常の環境が引き起こす倫理課題は【プライバシーの尊重が困難】【感染予防対策の実施困難】【資源配分・物資配布方法の未整備】【被災地における格差】【被災地で生活する個別のニーズへの対応困難】の五つであった。また、支援ナース自身に関する倫理課題の一つである【平常時とは異なる看護実施への葛藤】、被災者に関する倫理課題の【平常時なら可能な治療やケアの提供不能】も被災地という特殊な環境が関連していると推察される。

避難所は医療・介護施設ではないため、セルフケアに困難があり介助が必要な方に適切なケアを提供できる体制にはなっていない。看護職は健康に関するリスクやケアの必要度の高い人を見つけ出しニーズに合わせた関わりをする必要があると認識しているために、適切な対応がなされていない事実気づき、自分だけではどうにもできない現状に葛藤を感じていることが

うかがえる。東日本大震災発生3カ月後に避難所を管理運営する方々に向けて「避難所生活を過される方々の健康管理に関するガイドライン」⁷が厚生労働省により作成され、感染予防に資する対策やライフステージに応じた留意事項として妊産婦と乳幼児、子ども、高齢者、慢性疾患をもつ人への留意点が記されている。このようなガイドラインや避難所運営マニュアルなどの存在を知り、活用することは、避難所の管理運営に携わる方々と連携して被災地の環境が引き起こす倫理課題に対応しやすくなると考える。

被災地にはさまざまな団体から支援者が派遣されている。平常時であれば、複数の看護師や多職種が関わる場合、まず調整や連携が行われた後、異なるチームが共に活動することになるであろうが、災害発生直後には、あらかじめ調整や連携が行われることは稀である(p. 89)⁸。したがって、被災地でどのような支援団体がどのような活動をしているか概要を把握し、避難所入所者や支援団体の情報を把握している行政に自分たちの活動を伝えつつ他団体の活動概要を知るなど、現地で自ら情報を収集し、ほかの支援団体と調整・連携できる関係を構築する力が求められる。また平常時の病院では、部署ごとに看護マニュアル、クリニカルパスが存在するなど、医療ケアの基準が明確にされており、判断基準を自ら吟味し選択する状況は少ないが、被災地では、被災後刻々と変化していく現状に合わせて、活動内容を変更する臨機応変さも求められる。完璧な準備をしてから動くのではなく、不完全な状況でも動きながら考える即興への対処能力を日頃の看護実践の中で培っておくことができれば、被災地という特殊な環境におけるケアに対応しやすくなるのではないだろうか。

3. 派遣元との調整について

派遣元に関するこのカテゴリ【派遣元の求めに応じることの苦しさ】に含まれるサブカテゴリ【写真での活動報告を求められる辛さ】は、被災地での写真撮影が主なるものであった。支援活動報告として派遣元から被災地の状況や活動時の写真の提出を求められることが多々あり、複数の支援ナースが派遣元への支援活動の報告として何を写真に残しておけばよいのか、あらかじめ知っておきたいと記載していた。支援ナース自身に活動の記録として写真を撮っておきたい気持ちがあっても、被災者への配慮から写真の撮影を控えた者も少なくない。そのような場で報告用写真を撮らねばならない状況は支援ナースに葛藤や辛さを与えたと推察される。派遣元が支援活動報告として写真を求めるのであれば、派遣先との調整の際に支援活動の記録としての写真撮影のことも派遣先に伝えておき、現地スタッフの助言・協力を得られる手はずを整え、支援ナースに負担をかけない配慮が必要と考える。

派遣先の地名を事前に知らされず派遣された人もおり、よりよい実践のためには現状把握が必要と考え正確な情報を求めるのは災害時も同様であるが、災害発生直後は情報が錯綜し、正確な情報を得にくく情報が少ない中で行動することとなる。事前に研修などで避難所や被災地の状況をイメージし、支援に必要な知識・技術を学ぶことは必須だが、災害時は、これまで見聞きしたことがない状況に直面せざるを得ない。このような状況で頼りになるのは人間が社会の中で成長・発達する過程で獲得した自律性、すなわち状況を自らのものとして受け止め、自己をコントロールしながら事に対処していくようなパーソナリティの特性(p. 416)⁹である。被災地における支援活動には、指示待ちではなく自ら状況を把握し、判断や行動・提案・報告・発信する姿勢が求められる。これは災害時に特別なことではなく、自律した看護実践の姿勢と重なる。想定外の場面に遭遇した際に、現状を把握し、自身の安全も守りながら、自らの判断で現場のニーズに対応した行動をとれるよう、普段の看護実践においても日頃から訓練を重ねておくことが役立つと考える。

被災地の医療ニーズは時間の経過とともに変化し、被災後1週間後からは物資や空間の限られた中で生活するという慢性的なストレス下での健康状態の把握や保健活動が求められ(p. 74)¹⁰、被災地での支援経験の有無は支援活動のリーダーシップや調整のしやすさに影響すると思われる。【派遣元の方針が不透明】に《派遣する支援ナースの選定条件が不透明》が含まれ、自分以外の支援者の言動に対する葛藤に【支援ナースの自分本位な言動】があったことから、派遣者の人選や組み合わせを考える際に、被災後のフェーズ、被災地のニーズ、支援ナースの経歴を考慮することは有益と考える。さらに、派遣するナースの選定方針を示すことも必要である。

多くの支援ナースは支援活動時に葛藤や戸惑いを感じていた。これはよりよい支援活動をしようとする思いの反映でもあるが、葛藤により支援者は消耗し、本来の力を発揮できず、活動終了後に心理的負担が大きくなり日常生活に支障を来すことも考えられる。

【派遣元の求めに応じることの苦しさ】として《災害支援への理解不足》、《活動終了後の支援ナースの心理状態への理解不足》があり、【役立ちたい自分と不完全な自分との葛藤】として《想定外の状況で、自分の力を活かしきれない》というものがあつた。「自分の意見や思いは抑えて、活動終了後は考えないように」と言われたことに苦しさを感じている者もいた。

支援者が被災地での活動によって体験するストレスやPTSDについて平時から知識を普及させ、自らの対処能力を高めることを目指す心理教育は重要とされている¹¹。支援者がPTSDに陥らないための対策として、支援活動の目的や役割、意義、効果を公に明確に

し、組織の上司や活動の仲間が支援活動の成果を認めて労をねぎらうことが重要とされている¹²。また、派遣終了後に支援活動を共に行った者同士で感じたことや思いを共有する時間をもつことは、心を軽くするとされている^{13,14}。

支援ナースとして派遣される前の情報提供や実際の支援活動をイメージし類推して実践を考える演習を含めた研修などにより、支援時の葛藤や戸惑い、罪悪感を減らせる可能性があり、活動終了後の報告会で支援ナースの感想を聴き、労うことや継続的なフォローアップを実施することで活動終了後の心理的負担軽減につながると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

日本看護協会の災害支援ナースとして派遣された方々の活動期間は2011年3月21日～5月17日であり(p.23)²、災害サイクルの亜急性期と慢性期にあたるが、派遣時期(災害後の期間)を把握できていないため、今回明らかとなった倫理課題と災害サイクルとの関係に言及することはできない。

事前に被災後の状況や具体的事例を知っておきかかったという感想が多数あり、研修と現地のギャップも課題である。今後は災害時に支援ナースとして活動する前に現地の状況が少しでもイメージできるよう、支援ナースの直面した特徴的な出来事を事前研修教材として使用できるような事例作成や日常業務の中でも防災・減災を意識できる取り組みを考えることが課題である。

謝辞

本調査にご理解ご協力くださった東日本大震災の被災地へ派遣された支援ナースの皆様、都道府県看護協会の方々を中心に感謝申し上げます。

助成

本研究は、日本看護倫理学会第2期学術推進委員会の活動の一環であり、日本看護倫理学会の予算で実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

1. 日本看護協会. 災害看護：災害支援ナースとは. [インターネット]. [検索日2016年8月12日] <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/index.html>
2. 公益社団法人日本看護協会 東日本大震災復興支援室編. 東日本大震災災害支援報告書 東日本大震災における日本看護協会の取り組み. 2012.
3. 松清由美子, 上平悦子. 東日本大震災で支援活動を展開した看護師の心理状況とその背景. 日本災害看護学会誌. 2013; 15(2): 15-24.
4. 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 [インターネット]. 2007. [検索日2016年8月12日] <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
5. 長澤利枝, 松尾ひとみ, 深江久代他. 看護系大学及び短期大学における災害看護教育の実態. 静岡県立大学短期大学部看護学科平成19年度特別研究報告書 [インターネット]. 2007; 1-11. [検索日2016年8月12日] <http://oshika.u-shizuoka-ken.ac.jp/outline/research/019/upimg/200907031539531659218757.pdf>
6. 日本看護協会. 災害支援ナースのための研修シラバス. [インターネット]. [検索日2015年8月12日] <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/pdf/syllabus.pdf>
7. 厚生労働省. 避難所生活を過される方々の健康管理に関するガイドライン. [インターネット]. 2011. [検索日2016年8月12日] <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001enhj-att/2r9852000001enj7.pdf>
8. 南裕子, 山本あい子. 災害看護学習テキスト 実践編. 東京：日本看護協会出版会；2007.
9. 細谷俊夫, 河野重男, 奥田真丈, 今野喜清編. 新教育学大事典 第3巻. 東京：第一法規出版；1990.
10. 黒田裕子, 酒井明子. 新版災害看護 人間の生命と生活を守る. 第2版. 大阪：メディカ出版；2008.
11. 加藤寛. 災害救援者の被る心理的影響. 兵庫県長寿社会研究機構研究年報. 2000; 6: 87-96.
12. 重村淳. 惨事ストレスと二次的外傷性ストレス—支援者に敬意, ねぎらい, いたわりを一. こころの科学. 2012; 165: 90-94.
13. 山崎達枝. 東京都看護協会における災害支援と活動後のナースへのフォローアップ. *Nursing Today*. 2011; 26(4): 41-42.
14. 「惨事ストレス」編集委員会. 惨事ストレス—救援者の“心のケア”—. 東京：緑風出版；2015.