

報 告

東日本大震災発災時の首都圏での外来看護師長の働き

—身体や知的に障害のある人の看護に焦点をあてて—

山本美智代¹⁾, 中川 薫²⁾, 加藤久美子³⁾
大久保嘉子³⁾, 米山 明⁴⁾

〔論文要旨〕

本研究は、東日本大震災の大地震発生時に、首都圏にある医療型障害児入所施設の外来を管轄していた看護師長の働きを記述することを目的に、発災当時に外来で働いていた看護師長2名にインタビュー調査を実施した。その結果、大地震の発生より、看護師長は自分が管轄する場で《現場での避難判断》を行い、それと同時に通常の外来業務は停止し、《非日常のはじまり》であった。そして、外来に《押し寄せるニーズへの対応》を行い、さらに《不測の事態を予測した対応》を行っていた。これらの結果から、考察では不測の事態に遭遇した際に、施設内の看護管理という側面から、どのようなことが課題になるのかを検討した。

Key words : 東日本大震災, 重症心身障害, 外来, 看護管理

I. はじめに

看護の分野では、たびたび生じる地震や台風などの災害発生時にその看護の必要性が言われ、1995年の阪神淡路大震災をきっかけに「災害看護」が確立された。災害看護は災害の現場や傷病者が運ばれた現場で、災害に関する看護独自の知識や技術を体系的かつ柔軟に用いるとともに、他の分野と協力して災害が及ぼす生命や健康生活への被害を極力少なくするための活動であると定義されている¹⁾。2005年に発生した福知山線脱線事故の負傷者を受け入れた医療機関の初期対応場面で、リーダー的役割を担った看護師が、どのような判断をしたのか、判断領域を明らかにした研究がある²⁾。その研究によれば、負傷者を受け入れた病院では、看護師長やリーダー看護師の指示により、医療

資源や人材の確保、遅滞する通常診療への対応が行われ、負傷者を受け入れる病院に作り変えられていることがわかる。そして、リーダー看護師の役割の特徴は、負傷者の全体像を推測して需要と供給のバランスを判断すること、人材や薬品機材などの医療資源の充足を判断することであると示されていた。また、リーダー的な看護師の中でも、看護師長としての役割を持つ者は、組織のトップに依頼事ができていたが、スタッフ看護師の場合には、指揮の執り方がわからずに権限への戸惑いを感じていたとも報告がなされている²⁾。さらに、阪神淡路大震災以降に発生した災害の被災地で、看護に携わった看護師を対象に何が困難だったのかを把握した畑の研究によれば³⁾、災害場面で活動した看護師の役割によって、そこで感じた困難は異なっていた。看護管理者は「災害時に対応できる機能を持った

Role of the Head Nurses of Outpatient Departments in the Metropolitan Area during the Great East Japan Earthquake

[2761]

— Focusing on Nursing Care of Individuals with Physical and Intellectual Disabilities —

受付 15. 8. 17

採用 16. 6. 10

Michiyo YAMAMOTO, Kaoru NAKAGAWA, Kumiko KATOU, Yoshiko OOKUBO, Akira YONEYAMA

1) 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 (研究職)

2) 首都大学東京大学院人文科学研究科 (研究職)

3) 心身障害児総合医療療育センター (看護師)

4) 心身障害児総合医療療育センター (医師 / 小児科)

別刷請求先: 山本美智代 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10

Tel : 03-3819-1211 Fax : 03-3819-7390

病院に変える」ことや「自分自身の感情や行動をコントロールする」セルフケアに対して困難を感じていた。このように、日本における災害看護に関する研究を概観すると、ほとんどが災害発生時に負傷者を受け入れた病院の救急医療に関する研究であり、救急医療時の看護師の判断や救急医療を看護師に教育する研究がなされていた。

災害看護が確立されて20年余りの間に、冒頭に引用した災害看護の定義は実践され、その実践の評価がなされるまでに至り、負傷者を受け入れる災害看護の構造は明らかになってきている。しかし、災害発生時には病院そのものが被災することが想定されるが、その視点で検討した研究は見当たらない。発災直後の病院で生じていることは、マスメディアで報道されることはあっても研究として取り上げられることは少なく、発災後の医療機関の様子がイメージしにくく、発災時の心構えができない。そのため、今回は発災時の看護を記述する。

「災害看護」と言っても、災害の種類と規模、災害の時期、さらには活動の場によってもその看護は異なると言われる¹⁾。本研究では、災害弱者と言われる身体や知的に障害のある人の看護を検討したいため、障害児入所施設に焦点を当てる。そして、その対象への看護の場面として、平常時から多様な看護が求められる医療機関の外来という場に特化して考えてみたい。外来という場はいわば病院の玄関にあたり、これから診療を受ける患者もいれば、診療を終えて帰る患者、薬のみを取りに来た患者など多様な目的を持った人が集まっている場であることが予測される。そして、同じ災害であってもそこでの看護は危害の大きさによって異なると言われているため¹⁾、本研究は首都圏の外来という場に焦点を当てて、2011年3月11日の大地震の発災と同時に、その現場を管轄する看護師長がどのような働きをしたのかを結果として記述する。考察では結果で示した実践の中で、「熟練者ならでは」、「看護師長ならでは」の判断や反応の仕方を捉え直し、不測の事態に遭遇した際に、施設内の看護管理者という立場から、どのようなことが課題になるのかを検討する。さらに、そのような事態に遭遇した際の、医療型障害児入所施設の役割を検討する。

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は東日本大震災発災当日に、首都圏の重症心身障害児者、発達障害児者が通う医療型障害児入所施設の外来の管理責任者であった看護師長2名である。A氏は40歳台の看護師長で障害児看護の経験年数は24年であり、B氏は50歳台であり、障害児看護の経験年数は14年であった。

2. データ収集方法

看護師長にはインタビュー調査を2012年3月、2013年8月に行った。インタビューの内容は、2011年3月11日の東日本大震災発災当日から1週間頃までの急性期の経験と、その時の思いや葛藤について尋ねた。A氏のインタビュー時間は90分、B氏は60分であった。

3. データ分析方法

データを読み込んだ後、内容の違いによって切片化し、切片化したデータからプロパティ(特性)、ディメンジョン(次元)を抽出しながら、切片化したデータを表すラベル名をつけ、さらに、類似するラベルを一つにまとめてカテゴリー名を付けた。そして、そのカテゴリーが何を意味するのか、カテゴリーとしてまとめたデータにあったプロパティ、ディメンジョンを整理して把握した⁴⁾。

4. 倫理的配慮

この研究は、研究者が所属する機関の研究安全倫理委員会の承認を得て行った。研究者らが心あたりのある施設の看護師長に研究の目的と方法を記した文書を送り、同意が得られた外来看護師長に同意書を記載してもらい、研究対象者とした。研究協力は自由意思であり、途中で中断可能であること、またそれによる不利益はないことを説明した。そして、インタビュー調査は同意を得て録音し、録音からテキストを作成する際には、対象者や対象者が働く病院が特定されないよう固有名詞は全てアルファベット1文字とした。また、論文を作成する際に、研究対象者の語りを引用したが、その引用は結果と引用部分を事前に研究対象者に郵送し、引用の許可を得て使用した。

Ⅲ. 研究結果

東日本大震災発災当日に、首都圏の医療型障害児入所施設で働いていた外来看護師長が語った内容は、発災当日に自分がどのような行動をしたのか、さらに、その行動を振り返りながら、将来起こり得る災害についてどのような備えが必要と考えているのか、その二つの事象を二人ともが語った。語られた出来事の時期としては、山本が「災害サイクルからみた災害医療」の中で示している時期区分の⁹⁾、「発生後から発生3日後までの超急性期、3日後から7日までの急性期」の2つの時期であった。そして、分析結果から、《現場での避難判断》、《非日常のはじまり》、《押し寄せるニーズへの対応》、《不測の事態を予測した対応》の4つのカテゴリーを抽出した。これら4つのカテゴリーは、研究協力者が2名と少ないが首都圏の医療型障害児入所施設の外来看護師長の働きを網羅できていると考え、大地震の発災からの時系列変化として結果を示す。その結果を示す際に、看護師の語りを引用した部分は太字で示す。

1. 現場での避難判断

2011年3月11日の大地震発災時に、看護師長のA氏が働く外来では、装具の診察日であったこともあり普段よりも数多くの患者が来院し、かなりの患者が診察を待っていた。そこに大きな揺れが生じ、A氏は他のスタッフとともに大きなガラス窓から離れるように声をかけながら、怪我をしている患者や家族がいなか見回った。そして、怪我人や建物の安全を確認し、すぐに診察は再開された。しかし、再開してすぐに二度目の大きな揺れが生じ、その後の30分間が診療継続の判断ができずに最も混乱した時間だったと語った。同じようにB氏も大地震発災時に外来に勤務をしていた。2階にある通所部門もB氏の管轄であり、通所部門ではちょうど16名の利用者が帰り支度をしている最中で、その日の勤務者11名が車椅子への乗車やトイレを済ませるために手伝っていた。そこに大きな揺れが生じ、その直後B氏はすぐに自分の管轄部署である通所部門、外来部門を回って利用者の安否を確認した。あまりにも揺れが激しかったため、B氏はスタッフに利用者をベッドに移動させて、頭を掛け物で覆うなどして身の安全を守り、その場で指示があるのを待つよう指示した。

そして、1回目の大きな揺れが落ち着いた後、B氏が働く機関の災害対策本部からは「とりあえず、外来や通所利用者で、出られる人は出られる範囲内でエレベーターを使用せずに駐車場の比較的広いスペースに出てください」と指示が出された。しかし、B氏はすぐに行動に移すことができなかったと語った。そして、そのような状況の中で2回目の大きな揺れが襲い、次に対策本部から出された指示は、「各部署の判断で退避するように」と判断が現場に任せられた。B氏はその時の思いを次のように語った。

とりあえず出られる人は出るという指示だったので、外に出る人と中に残る人と分断されちゃうと思ったのと、避難指示が出て事務職員や他の部署の人が避難の手伝いに駆けつけてくれたんですけど、それはあくまでもその時の手伝いであって、庭や外に避難した時に（利用者の）傍についている人が知らない人ばかりだと利用者さんも不安になっちゃうし、医療的ケアが必要な利用者さんは、今の状態がどうなのかって判断もできないし、通所は職員が少ないので、（外に）出る人と残る人と分断されるとそれは危ないと思って、揺れがどうなるのかを見極めて、みんなが降りられるような状況になって降りた方が良いと思って、その場で待機するよう（スタッフに）指示したんです。

1回目の大地震が生じた後に外への避難指示が出されたが、避難しなかった理由として語られたことは、指示のされ方が「とりあえず出られる人は出る」という曖昧な言い方であったこと、仮に避難したとしても、重症心身障害児者（以下、重症児者）の周囲にいる人が知らない人ばかりだと、重症児者が不安になるだけでなく、知らない人では重症児者の状態を評価できずに危険だと考えたからであった。また、建物の倒壊の恐れがあったならば、事務職員の力を借りてでも外に避難したであつたらうが、「揺れがどうなるのかを見極めて」と語っていたように、階下に降りなければならぬほどの緊急事態ではなかったこと、さらに、地震発生時の通所部門では帰り支度をしていて、一同が一斉に行動できる状況でなかったことも避難しなかった理由と考えられる。

2. 非日常のはじまり

A氏が務める機関の外来では、1回目の大地震発生後に怪我をした利用者がないことを確認し、すぐに診察は再開された。そして、2回目の大地震が発生

し、A氏はその後の状況を次のように語った。

そこ（2回目の大地震発生直後）で診察を中止にしなかったのは、まだ診察を待っている患者さんがかなりいたというところもあって、診察は終わらせたい思いはあって（中略）。でも、30分後に中止することになって、中止すると言った時も（外来受診者から）「せっかく来たんだからやって」、「建物も大丈夫じゃない」、「東京はぜんぜん平気よ」みたいな感じになって、その対応に私たちも右往左往しちゃって。

2回目の大地震発生後に、A氏が勤める機関では診療を継続するのか否かの判断に時間がかかっていた。その間にもA氏の耳には、インターネット上のニュースを見た受診者の家族から電車などの交通機関が止まっているとの情報が届き始めていた。そして、2回目の大地震から30分後の15時30分過ぎに「診察を中止する」という放送が外来診療の責任者からアナウンスされた。その放送と同時に、それまで行っていた外来診療の補助業務は、診察してほしいと言いつける家族に中止の理由を説明し、納得して帰ってもらおう説明業務に変わった。一方、B氏は2回目の大地震発生後、通所部門に来ていた人の帰宅準備をしていたが、そこに電車の運行停止や交通渋滞の情報が次々と入ってきたため、急遽一人ひとり自宅に電話をして帰宅の許可を確認し、許可が得られた人から送迎バスを出す乗車の調整業務を行った。

3. 押し寄せるニーズへの対応

「診察中止」という放送によって通常の時間がストップし、その場では人々のニーズが大きく変化し、そのニーズに応えようとする業務にその日は一変していった。

1) 帰宅困難者への対応

外来の診察を中止した時点で、外来には電車の運行が停止している情報だけでなく、近隣の道路が渋滞し始めている等の情報も入ってきた。車で外来に来ていた家族からは帰宅途中でけいれん発作が生じた場合の心配や、交通渋滞で帰宅が遅くなった場合に、夜に服用する薬や栄養剤を準備していない、自宅がマンションの上層階にある受診者からはエレベーターが停止しているために帰宅を躊躇する声が出始めた。帰宅を心配する受診者に対して、A氏は抗けいれん薬や栄養剤を医師から処方してもらったり、高層階に自宅があり、エレベーターが停止していた近隣の受診者に対しては、急遽、病棟から男性スタッフを集めて、受診者

を自宅まで担いで送り届ける手配を行った。

同様にB氏も通所部門に来ていた利用者一人ひとりの自宅に連絡をとり、通常の1時間遅れで帰宅が始まった。自宅までの道の渋滞はまだひどくはなかったものの、到着した自宅のエレベーターが停止していたため、近隣の人に自宅まで上げるのを手伝ってもらい、それに時間がかかったため、次の送迎バスの出発時間が遅くなり、送迎が終了するまでに通常の3倍の時間がかかっていた。

2) 避難者への対応

そのような帰宅援助を行う一方で、A氏が勤務する外来には2回目の大地震発生直後から近隣に住む重症児者と母親が、父親が帰宅するまでの不安な時間を待つための避難目的で施設に集まってきていた。そして、20時頃になっても交通事情は改善せず、医療機器や薬の準備ができない外来受診者8組が帰宅できない状態であったため、その外来受診者の対応にあたった。通常は研修などを行う部屋に寝具類を揃えたり、栄養科で残っている食材を使って食事を準備してもらったり、通常は他の医療機関から処方されている薬を医師に頼んで処方してもらい、宿泊の環境を整えた。

さらに、受診していた東北地方に住む呼吸器装着患者とその家族を、震災1週間後から施設内の一室を宿泊施設に変えて受け入れた。このような受け入れが可能だったのは、受け入れ後に不都合が生じた場合には、医療機関の近隣に住むA氏や医師が対応すると責任を負う覚悟をしたことや、メディアから東北地方の大変な様子を知り、自分のできることで手助けしたいという多くのスタッフの気持ちが集まってきたこと、さらに、呼吸器のメンテナンスを行う業者がすぐに呼吸器の対応をしてくれたことも大きかったと語った。

そして、首都直下型地震などの際には、今回よりも多様な受け入れ要請が外来に届くと予想していた。A氏は負傷者の受け入れ要請に対してトリアージ能力が課題であることを語り、B氏は緊急事態の受け入れだけでなく、訪問看護ステーションや福祉施設などから非常用の電源を借用したい要望や場所のみの借用など、駆け込み寺としての機能を期待され、その要請が増えると予測していた。そして、その要請が過剰にならないために福祉施設と繋がっていきたいと考えていたが、繋がるための課題をB氏は次のように語っていた。

福祉施設の施設長は福祉職の人ですよ。だから、医

療面でのマネージメントがなかなかできづらい。でも、福祉施設の中に看護職がいる場合が多いから、本当は看護師がそれをしなければいけないんだけど、でもそこら辺も優秀な看護師さんがいるところはマネージメントできるけど、頻繁に看護師が変わっているとそういうポジションもなかったり、いつまでもできないところもあったり、その差が激しい。

B氏は医療機関の対応に限界がある中で、地域の施設で対応できることは対応してほしいと考えていたが、地域の福祉施設の中で働く看護師の連携能力に課題を感じていて、その能力を上げることに必要性を抱いていた。

4. 不測の事態を予測した対応

大地震発生の翌々日の日曜日、A氏が勤務する外来には首都圏が地域ごとに輪番制の停電になる情報が入ってきていた。いわゆる計画停電の実施である。A氏の勤務する外来では30名強の重症児者に呼吸器を処方していたため、その計画停電の情報を伝えようと4名の医療者が夜間に集まり一人ひとりに電話を入れた。A氏もその電話をかける役割を引き受け、計画停電になった時のことを考えて備えているアンビューバックを枕元に置いておくことや、呼吸器の充電をフル充電すること、購入しているにもかかわらず、その物の存在を忘れがちな足踏み吸引器などを思い出してもらうために、電話口で確認した。その時の電話をA氏は次のように語っていた。

こんなねえ、なんの役にも立たないような情報なんだけど、電話をかけた瞬間に「もう声が聞いて安心できた」って言うてくれるお母さんがほとんどで、電話の向こうでお母さんたちがほっとして落ち着いていくのがわかった。呼吸器使っているようなお母さんたちってある意味、肝がすわっていて、どんなことでも乗り越えてきた方が多いんだけど、電話をかけてみて今回の震災はものすごく動揺されているのがわかって、電話は落ち着いて日常の生活を送るきっかけになることがよくわかった。

電話をかけた目的は、計画停電に対して不測の事態を予測し、その助言であったが、想像していたよりも母親が動揺していたことをA氏は知った。そして、東日本大震災発生の翌週から行われた計画停電はその地域や時間帯などの情報を、インターネット検索ができる人でない限り一早く知ることは難しかった。A氏は日々のケアに追われる家族が、そのような情報を

把握することは大変だろうと考え、事務職員に計画停電に該当する地域に呼吸器装着患者がいるかを調べるよう指示し、該当する場合には電話を入れるよう依頼した。A氏は災害時の医療機関の外来機能として、このような情報配信の役割が期待されると考え、近年、小学校等で台風発生時などに利用されるメールの一斉配信の方法を整備する必要性を語っていた。

また、大地震発生の翌週月曜日から、A氏、B氏どちらの外来でも外来診察の予約をキャンセルする電話が次々に鳴り、一日の外来受診者数は10名以下となった。マンションを出ることの困難や、計画停電による電車の本数の削減、家を出ることの恐怖が主な理由であった。しばらくこの計画停電は続く予測し、処方予定であった薬を自宅近くの薬局で受けとることができるよう、処方箋をファックスで送るなどの対応を行った。A氏はこれまでもインフルエンザ等の罹患によって急に外来受診ができなくなることを想定して、日頃から余裕をもって早めに次の外来予約を入れてきたことや、子どもが学校に通っている場合には、予備薬を学校に備える提案をしてきたことから、外来予約のキャンセルはそれほど心配がなかったと語った。

このように、大地震発生の首都圏では、外来に來ていた患者とその家族の対応、外来に避難してきた近隣に住む重症児者の対応、さらに交通機関の問題などによって通って行くことができない遠くに住む重症児者への対応を行っていた。

IV. 考 察

結果の中に示した看護師長の語りは、地震発生時のその場の対応を振り返った語りとともに、その体験があったからこそ考えた今後の災害対策も語られ、将来を見据えた語りでもあった。畑が行った調査においても、「看護管理者の語りは災害の中で経験していることを将来の災害の備えにつなげようとする姿に行為の中の省察が窺える」と述べているように³⁾、震災から1年経った看護師長の関心は常に先を見据えていた。

一方、発災時のその場の対応を振り返った看護師長の語りはどのような語りだったのであろうか。「看護ケアの臨床知」の著者であるベナーは「すぐれた臨床家は、状況の中に身を置き、状況との対話を続ける。その熟練の証は、状況を読み取り、反応に基づく実践を行う(患者の状況の変化やニーズに柔軟に反応する)能力である」と述べているが⁶⁾、今回の結果の中で示

した《現場での避難判断》, 《非日常のはじまり》, 《押し寄せるニーズへの対応》, 《不測の事態を予測した対応》という関わりは, いずれも状況の中に身を置き, 状況と対話をしながらの実践であったと考えられる。さらに, これら実践の中には重症児者をよく知る「熟練者ならでは」の判断や「看護師長ならでは」の反応や実践があったと考えられる。考察では結果で示した実践の中の「熟練者ならでは」, 「看護師長ならでは」の反応や判断の仕方を捉え直し, 不測の事態が生じた際の看護管理者としての課題を検討したい。さらに, 今回の研究対象者が働く医療型障害児入所施設の役割を考えてみたい。

1. 避難をためらうケア成立の条件

災害医療は, 少数の患者を対象に豊富な人的・物的資源をもとに高度な医療を集中的に行う通常の救急医療に対して, 限られた人的・物的資源で対応しなければならない点が異なると言われている⁵⁾。そのように考えると医療従事者でない事務職員も人的資源となり, 大地震発生時にはその力を借りたいところである。しかし, 結果で示した《現場での避難判断》の中で, 重症児者16名が通ってきていた通所部門を管轄していたB氏は, 大地震発生によって外への避難指示が出され, 他の部署の職員が応援に駆けつけてくれたにもかかわらず避難しないことを選択した。この理由をもう一度考え直してみたい。

外への避難をしないことを決めた理由として大きかったのは, 首都圏では建物が倒壊するほどの揺れではなかったため, 急いで避難する必要がなかったからであった。しかしそれだけではなく, 避難した後の状況を予測し, 避難した場所に重症児者の日常を理解していない人ばかりになってしまう状況を恐れたからでもあった。反対に, A氏は近隣の自宅への帰宅援助を他の部署のスタッフに依頼していた。このような依頼が可能だったのは, 重症児者と一緒に家族がいたからであり, 家族がいなければ委ねてはいなかったであろう。他の部署の職員の力を借りるという点では, B氏とA氏の対応は反対であるが, 重症児者の日常を理解するケア提供者という点で考えれば両者の行動は同じである。

重症児者のケアは個別性が高く, 医師の北住はケアを受けるその子どもと関係性の深い家族やヘルパー, ボランティアなどが行う医療的ケアは, 医師

や看護師よりも上手に適切に実施されている例は多く, 患者さんとの関係性が専門性を超える例は多いと指摘する⁷⁾。つまり, 重症児者の避難を考えた際に, 建物の倒壊の危険がないと判断したならば, 避難した先の状況を読み取り, 重症児者の日常を理解するケア提供者が重症児者の傍にいるか否かを考えて判断を下すことが必要である。今回のB氏の判断は, 避難した後の重症児者のケアが成立しないことを読み取っての判断であったと考えられる。重症児者の避難を考える際には, このようなケア成立の条件を視野に入れることが重要であり, その条件を見極めることが看護管理者には求められる。

2. 管理対象の場の捉え方

大地震発生時にB氏が外への避難をためらった他の理由に, 通所部門に通ってきていた人が, 外に出る人と中に残る人に分断されることの懸念があった。これは看護管理者である看護師長ならではの反応であると考えられる。ケアのリアリティの著者である鈴木は, 〈ケア〉は, その内部においてさまざまな「分割線」によって切り分けられ, 多面的な編成を示すと同時に, その外部に対して多層的な「境界線」によって区分され, 危うい自律性を主張すると述べている⁸⁾。「通所」は, その日家族から離れてそこに通う重症児者を責任もって預かる部署であるため, 他とは分割線で隔てた独立部門である。独立部門は病棟や通所部門のように, その日の利用者の人数, その利用者をケアする担当者が明確であり, 「一つの集団」として管理される。その一方で, 外来という場では人が出入りして, 受付を済ませてこれから診療を待つ人, 診察を終えて会計を待つ人などさまざまであり, 管理の対象が不明確である。さらに, 外来は受付, 薬局, 検査室など多くの職種が関わっていて, 責任も曖昧になりがちな場である。

不測の事態が生じた際の「避難」を考えた場合, 一つの集団として管理される場であればあるほど, その集団を崩すことを躊躇するであろう。特に, その集団の管理責任者はその傾向が強いと考えられる。さらに, 分割線を越えてその集団に援助に入るためには, 集団のゲートキーパーである管理者の許可が必要であり, 集団の中の個人のサポートを外からはしにくい状況が生まれる。反対に, 管理の場が「個」であった場合には, 被害状況を把握する時などに「個」から「集団」

として捉えることが必要であるが、集団として束ねた経験がないと難しいことが想像される。今回の研究では場の対応を変化させる実践を見ることはできなかったが、災害発生時には元々の看護体制を状況に応じて柔軟に変更させる対応が管理者には求められる。柔軟に対応するためには、そのシミュレーション教育が今後の課題であると考ええる。

3. 通常の倫理を崩すことで可能となる病院の作り変え

結果で示した《押し寄せるニーズへの対応》のA氏の語りには、外来診療中止のアナウンスが流れた直後から、その場にいる人のニーズが多様となり、その多様なニーズに対応を迫られていった看護師の姿が語られていた。A氏のこの体験はうまくいった体験として残っていた。それは、本来は会議や研修で使用する部屋を宿泊所に変え、栄養科で残っていた物を使って食事を提供し、外来を訪れた患者や家族のニーズに応えられたからである。多様なニーズを持つ人が集まる外来であったとしても、その場で行う看護は病院という公的な領域での展開である。ケアの成立を説明する鈴木は「それぞれの領域における個々の社会関係は、たがいに異なる期待や欲求の上に成立し、その状況に付随する別種の規範によって制御される」⁸⁾と述べている。つまり、会議室や研修施設、さらに入院患者の食事を提供する栄養科では、それぞれが所有する資源には、それを利用する規範や暗黙の了解があり、通常業務ではその規範に従うことが病院の倫理を遵守することになる。しかし、災害発生時に人材や医療、生活資源を確保して患者を受け入れるためには、それぞれの領域で通常守るべき倫理を、如何に簡単に崩すことができるのかが問われているのではないだろうか。看護師長はこのような変更の指揮官の役目が期待される。不測の事態が発生した際に、柔軟な志向性を身につけるためには、常日頃から日常業務の中で患者や家族のニーズに柔軟に、そして臨機応変に対応することが必要と考える。

4. ニーズを把握する役目

障害のある子どもや家族の生活は、医療機器の使用やそのケアを行う人の手配など、幾重にも知恵や工夫が重なってその生活が成り立っている。生活のある一部分、例えば電気やあるケア用品が使えなくなるだけの出来事であっても、それが使えないことで生活はド

ミノが倒れるように崩れていく。しかし、その崩れ方または崩れを止める方法を知っているのは、生活についての知識を持ち、普段から関わってきた医療型障害児入所施設の医療者であろう。電源を一時的に提供し、代用方法を伝えるなどの応急処置を行う役割が求められる。また東日本大震災の際に、東北の被災地で活動してきた医師の田中は、「病気の人は困っていたら病院へ来るだろうと待っていると、被災地のニーズを知ることはできなかった」と述べている⁹⁾。障害のある方のニーズは誰しもが把握できるわけではなく、その子どもや家族の生活を理解する医師や看護師にしかできないことであると考え、日頃から関わっている訪問看護ステーションや医療型障害児入所施設の看護師にはニーズを把握する役割が期待される。

謝辞

本研究を行うにあたり、研究協力に快諾いただきました看護師長A氏、B氏に深く感謝いたします。

本研究はJSPS 科研費 課題番号24593384の助成を受けたものであり、本研究の一部を第18回日本在宅ケア学会学術集会(2014)において発表した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 酒井明子. 災害・災害看護の定義. 酒井明子, 菊池志津子編. 災害看護 看護の専門知識を総合して実践につなげる. 第3刷. 東京: 南江堂, 2011: 14-16.
- 2) 野口宣人. リーダーナースの判断領域と影響要因(第1報) ~ JR 福知山線列車脱線事故の負傷者対応事例から ~. プレホスピタル・ケア 2012; 25 (4): 63-68.
- 3) 畑 吉節夫, 松田宣子. 災害看護実践行動をもとにした災害教育プログラム開発のための基礎的研究—災害看護実践経験を持つ看護師の語りの分析—. 日本災害看護学会誌 2011; 13 (2): 22-42.
- 4) 戈木クレイグヒル滋子編著. 質的研究方法ゼミナール. 増補版. 東京: 医学書院, 2008: 72-121.
- 5) 山本保博. 災害医学と災害医療. 日本救急医学会誌 1995; 6: 295-308.
- 6) Benner P. 井上智子監訳. ベナー看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること. 第2版. 東京: 医学書院, 2012: 23.
- 7) 北住映二. 第1章 医療的ケアとは. 北住映二, 杉本

健郎編. 医療的ケア研修テキスト. 初版. 京都: クリエイツかもがわ, 2012: 22-23.

- 8) 三井さよ, 鈴木智之編著. ケアのリアリティ 境界を問い直す. 初版. 東京: 法政大学出版会, 2012: 3-5.
- 9) 田中総一郎. 東日本大震災と障害児医療 最も頼れる防災は地域ネットワークである. 障害者問題研究 2012; 40 (2): 124-131.

[Summary]

The aim of this study was to describe the role of head nurses of outpatient departments at medical institutions for children with medical disabilities in the metropolitan area during the Great East Japan Earthquake. We interviewed two head nurses working in outpatient departments at the time of the disaster. After the earthquake hit, the head nurses “judged onsite evacuation” of the

department they were responsible for. Simultaneously, the head nurses terminated “normal outpatient duties” and initiated duties for “extraordinary circumstances”. Thereafter, the nurses “responded to the critical needs” in the outpatient departments and also “implemented actions, anticipating the possibility of unforeseen situations”. On the basis of these results, we examined the types of issues that may arise with respect to nursing management within medical institutions, when an unforeseen situation is encountered.

[Key words]

great east japan earthquake,
severe mental and physical disabilities, outpatients,
nursing administrations