

精神科病院における災害の備え尺度の開発
精神科病院における被災からの回復プロセスに関する研究
—看護管理者の東日本大震災の経験をとおして—

清水健史¹⁾

1) 青森県立保健大学

Key Words ①精神科病院 ②被災 ③回復プロセス

I. はじめに

精神科病院では、治療の必要から閉鎖環境を有しており、入院患者の行動を制限している。これは、いわゆる一般科病院と異なる点である。そのため、精神科看護師は災害時に精神科病院独自の避難行動をとることや(松田 2017)、精神症状の安定を図る対応が求められる(吉野他 2017)など、精神科特有の役割を求められる。

これまで、災害による精神科看護師の経験は、個々の事例の報告による実態報告にとどまっており、例えば、行動制限患者を含めた精神科入院患者を安全に避難させる活動をどのように他の役割と並行しながら実施してきたのかといった時系列での検討はされてこなかった。今後は、事例ごとの報告を超えた、平素の組織が突然の災害によって機能不全や負担過剰になったときに出現する特別な組織(吉川 2011)の生成過程や、災害によって被害が発生し、機能の一部あるいは全部が喪失し、そこから機能回復しようとするプロセスで生じる災害レジリエンス(林 2016)の構造といった変化のプロセスを明らかにすることが必要になると考えられる。

今回は、精神科病院における災害の備え尺度の開発の前段階である、実際の災害においてどのようなことが起きていたのかを、管理者の役割から明らかにし、尺度項目に反映させることを目的とした。

II. 目的

本研究の目的は、東日本大震災で被災した精神科病院の看護管理者(看護部長・看護師長およびその代理となる者)の経験をとおして、刻々と変化する被災状況の中で精神科看護師がどのような役割を担い、どのような行動をとることで被災状況から回復に向かわせることが可能になったのか、そのプロセスを含めて検討するものである。

III. 研究方法

1. 研究の種類、デザイン：質的帰納的研究デザイン
2. 研究期間：平成 30 年 12 月から平成 31 年 1 月。
- 3) 研究対象：本研究は、精神科病院における被災からの回復を明らかにするものであることから、看護部門において継続的に管理・運営に当たっていた看護管理者(看護部長・看護師長およびその代理となる者)とした。そして、そのうち、2011 年の東日本大震災を精神科病院で経験した 6 名を対象とした。
- 4) 調査方法：対象者個々の経験を明らかにするために、個別にインタビュー調査を実施する。その際、対象者の許可を得て IC レコーダーに録音をする。
- 5) 質問内容：東日本大震災の被災経験についてお話しください。具体的には、災害により被害が発生し、病院あるいは病棟の機能の一部あるいは全部が喪失し、完全にではないがそこか

ら機能が回復するまでの過程における、被災内容や被災後の対応、対応の判断、部下への指示と上司への報告、活動中の心境についてお話してください。

6) 分析方法：複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model：以下、TEM) (サトウ 2009) を用いる。TEM はデータの分析及び記述に関する方法であり、時間を捨象することなく、多様な経験の径路を提示するという理念を基盤とする質的研究方法の一つである。本研究では、災害により被害が発生し、病院あるいは病棟の機能の一部あるいは全部が喪失し、完全にはないがそこから機能が回復するまでの過程における、被災内容や被災後の対応、対応の判断、部下への指示と上司への報告、活動中の心境を明らかにすることを研究目的としている。したがって、個人の体験を個別に扱いつつも、個人間の共通性や差異性を分析することができる TEM を分析方法として用いる。

IV. 結果・考察

被災直後から、看護管理者が、完全ではないが被災により失った機能が回復されるまでどのような役割を果たしたのか、そのプロセスを明らかにした。その結果、以下の 3 つの役割が明らかになった。

1. リスクマネジメントの必要性

被災による電源の喪失、水、ガスといったいわゆるライフラインの中断に対して、患者をいかに安全に看護することが必要であるかという課題に対して自らが中心となって看護スタッフを率いていた。

2. 継続した看護機能の確保

被災における看護機能の低下をどのように補足することが管理者の役割の一つとなっていた。限られた看護スタッフの配置・ローテーションを確保する必要があった。また、実際にケアにあたっているスタッフの心身の健康管理を細やかに観察し、必要であれば業務を免じるような決定をしていることがわかった。

3. 精神症状の悪化への予測と対処

不自由な生活の中でストレスが蓄積し、精神症状が悪化することが危惧された。しかし、今回の対象病院では、それほど大きな患者の精神症状の悪化も見られず、医学的な治療の不足も見られなかった。その背景には、当直医の存在もあったのではないかと考えられた。

V. 文献

林春男 (2016) 災害レジリエンスと防災科学技術. 京都大学防災研究所年報, 59 (A), 34-45.

松田優二・高橋聡美 (2017) 精神科病棟における火災対策への課題. 東北文化学園大学, 6 (1), 23-30.

サトウタツヤ (2009) TEM ではじめる質的研究-時間とプロセスを扱う研究をめざして-. 誠信書房.

吉川肇子 (2011) 危機的状況におけるリスクコミュニケーション. 医学のあゆみ, 239 (10), 1038-1042.

吉野由美子・池邊敏子・細野典仁他 (2017) 東日本大震災を振り返る 被災直後の一精神科病院の看護者の対応.

千葉科学大学紀要, 10, 197-206.

VII. 発表 (誌上発表、学会発表)

なし。