岩手県立大学社会福祉学部紀要　第22巻（2020．3）13－22

東日本大震災で被災した看護師のストレス反応とストレスコーピング

柏葉英美[1]・小野寺正子[2]・大山一志[3]・藤井博英[3]

The Stress Response and Stress Coping of Nurses who were Victims of the Great East Japan Earthquake

KASHIWABA Hidemi　ONODERA Shoko　OOYAMA Hitoshi　FUJII Hirohide

目的：東日本大震災において、勤務中に地震・津波に襲われた看護師の語りから、看護師のストレス反応とストレスコーピングを明らかにすることを目的とした。
方法：被災によるストレス反応とそのストレスコーピングについて半構造化面接を行い、質的帰納的分析を行った。
結果：看護師のストレス反応は、【罪責感】【やるせなさ】【苦痛】【絶望感】【安否に対する不安】【生活における困難感】の6カテゴリ、ストレスコーピングは、【回避】【転換】【役割の遂行】の3カテゴリであった。
考察：被災看護師の傷つきを吐露し、癒していく「語り合いの場」の必要性と、被災した病院の管理者の職場コミュニティに対する関わりの重要性が示唆された。
キーワード：東日本大震災　看護師　ストレス反応　ストレスコーピング

Objective: To ascertain how nurses respond to and cope with stress based on their own accounts of surviving the Great East Japan Earthquake and Tsunami.
Methods: Semi-structured interviews were conducted with nurses regarding how they responded to and coped with the stress of the disaster, and their responses were analyzed qualitatively and inductively.
Results: Nurses' stress responses were classified into 6 categories: Guilt, Despondency, Distress, Despair, Anxiety about one's safety, and Difficulties with life. Ways in which nurses coped with stress were classified into 3 categories: Avoidance, Distraction, and Fulfilling a role.
Discussion: Results suggested the need for "a place to talk" where nurses who were affected by the disaster could express their pain and heal and the importance of involvement in the workplace by administrators at affected hospitals.
Keywords: Great East Japan Earthquake, nurse, stress response, coping with stress

Ⅰ．はじめに

2011年3月11日14時46分、宮城県牡鹿半島の東南東沖130kmの海底を震源とする地震（以下、東日本大震災）が発生、地震の規模はマグニチュード（Mw）9.0、最大震度は7、震源域は岩手県沖から茨城県沖までの南北約500km、東西約200kmのおよそ10万㎢という広範囲に及んだ。この地震により、岩手県のA市にあるB病院は、高さ18mの津波をうけ甚大な被害を受けた。津波は最上階4階の150cmの高さにまで達し、患者誘導に当たった病院職員12名は救出中に波に流され命を失った。

前原（2013）は、東日本大震災による福島第一原子力発電事故により、3割の看護師が離職し、看護師の仕事と家庭に多大な影響を与えたことを報告している。しかし、東日本大震災において津波被害を受け、壊滅的状況に陥ったB病院の看護師は、被災直後から身体的・精神的な不調が見られたものの、病気療養や中途退職者はなく、2019年9月現在も看護業務に従事している。海上・石川・海籐・田辺（2013）は、「災害による被害

[1] 岩手県立大学　[2] 岩手県立千厩病院　[3] 東京情報大学看護学部

を受けた人々が直面する問題に対する心理的関心が高まるのは、災害後に心理的な諸問題が現実的なものとなってからが多い。リスク管理や対策では災害が現実ではなくまだリスクとして認識される段階から、予防的な知見も含めて被災した後の社会で表面化することが知られている多くの問題について考えることが求められる。」と述べている。阪神・淡路大震災以降、救護者の精神的ストレスが注目され、メンタルヘルスが検討されるようになった（加藤・飛鳥，2004；日下・中村・山田・乾，1997）。さらに、東日本大震災後、被災地で勤務する消防職員を対象としたストレス調査が行われ（総務省消防庁，2013：野島・岡本・神山・和田・角田，2013）、外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder，以下PTSD）のリスクがあることが示された。Kang & Lv & Haol et al.（2015）は被災時の救護者の心理的影響に着目した研究が少ないことを指摘している。東日本大震災で津波を経験した看護師の体験と災害後の苦難をどのように乗り越え、離職することなく働き続けることができたのか、その要因を明らかにすることは、PTSD予防への手掛かりとなるのではないかと考えた。

そこで、本研究では、東日本大震災において、勤務中に津波に襲われた看護師の語りから、看護師のストレス反応とストレスコーピングを明らかにすることを目的とした。

（操作的用語の定義）

本研究では、ストレス反応を、震災により看護師が受けた負荷に対する反応とし、ストレスコーピングを、ストレス反応に対する対処行動と定義した。

Ⅱ．研究方法

１．研究期間：　2014年11月～2015年1月

２．研究参加者

東日本大震災において地震と津波被害をうけながらB病院で患者の救助活動にあたり、離職せずB病院で仕事を続けている看護師とした。ただし、研究対象者は震災による心的外傷性ストレス症状がない者とし、PTSDの診断および症状評価尺度として国際的に評価が高い改訂出来事インパクト尺度日本語版(Impact of Event Scale-Revised：以下、IES-R)の自記式質問用紙において25点以上の高リスクが認められなかった看護師を選定条件とした。その結果、8名に依頼して1名を除外し、7名を分析対象とした。（IES-R のPTSDスクリーニング目的でのカットオフ値の目安は、合計得点24点/25点で、25点以上がハイリスク者となるため、研究対象者から除外した。）

３．データ収集方法

対象者の基礎情報（年齢、看護師経験年数、自宅や家族の被災状況）の把握を行い、被災後のストレス反応およびストレスコーピングに関することについて、インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。インタビューは、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音し基礎情報については同意を得て記録した。

インタビューの主な内容を以下に示す。

①地震が来てから津波が到達するまでの行動と考え
②震災から現在までストレスに感じた事柄
③そのストレスは現在どのように変化しているのか
④自分が震災を乗り越えたという感じはあるか
⑤震災を乗り越えられたと思う理由は何か
⑥震災を乗り越えられないと思う理由は何か

４．分析方法

本研究は、震災で危機的状況に遭遇した看護師から得た生の言葉をデータとして、そのときのストレス反応とストレスコーピングを明らかにすることを目的としていることから、言語表現を用い分析することで客観的・系統的なカテゴリの作成を行うことができる調査技法であるKrippendorff（1980）の内容分析が妥当であると判断した。また、カテゴリの信頼性を確保するために、サブカテゴリとカテゴリについてスコットの式（舟島,2007）に基づき70%以上の一致率を示したことで、カテゴリの信頼性を確保した。

５．倫理的配慮

B病院の責任者に研究協力の承諾を得た後、対象者に対して研究の趣旨、匿名性の確保、プライバシーの保護、研究への自由な参加と途中辞退および中断の保証、またそのことによる不利益が生じないことを書面と口頭で説明し、承諾を得た。また、震災の記憶が研究対象者にもたらす心的負担に配慮し、精神科医のサポートを確保した。本研究は日本赤十字秋田看護大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した。（承認番号26－027　2014年11月10日）

Ⅲ．結果

１．対象者の概要

対象者に対しIES-Rを行った結果、8名中7名が24点以下であった。研究に同意を得られた対象者の詳細は表

1の通りである。また、B病院では精神科医によるストレス外来が設置されておりカウンセリングを受けることができる体制であったが、インタビューによる精神的浸襲はみられず、ストレス外来を受診した者はいなかった。

表１　研究対象者の概要

ケース	年齢	性別	看護師経験年数	当時の役割	自宅の被災	現在の住居	家族の被災	IES-R得点	面接時間
A	４０代	女性	20	病棟	なし	自宅	なし	15	9分59秒
B	４０代	女性	18	病棟	なし	自宅	なし	5	12分40秒
C	４０代	女性	27	病棟	全壊	仮設住宅	なし	4	14分34秒
D	６０代	女性	38	病棟	全壊	仮設住宅	なし	22	23分
E	３０代	女性	13	病棟	なし	自宅	なし	8	9分59秒
F	４０代	女性	25	外来	なし	自宅	なし	2	13分01秒
G	４０代	女性	27	外来	全壊	仮設住宅	なし	10	14分36秒

（平均年齢　46.4歳）　（平均　13分01秒）

２．看護師の「ストレス反応」および「ストレスコーピング」の導出

本研究において、【　】をカテゴリ、『　』をサブカテゴリ、「　」は対象者の語り、（　）は語りの内容を補足するための加筆として用いた。

逐語録を基に分析し、被災した看護師のストレス反応とストレスコーピングを表す106のデータから85のコード、23のサブカテゴリ、9のカテゴリが導出された。9のカテゴリのうち看護師のストレス反応を表すカテゴリは6で、【やるせなさ】【苦痛】【罪責感】【絶望感】【安否に対する不安】【生活における困難感】であり、看護師のストレスコーピングを表すカテゴリは3で、【回避】【転換】【役割の遂行】であった。また、カテゴリの一致率は87.6%であった。

逐語録からカテゴリ分類の概要を表2に示した。以下カテゴリごとにサブカテゴリを示し、特徴的な語りを抜粋した。

⑴　看護師のストレス反応

１）【やるせなさ】

『同僚と働けない状況に対するやるせなさ』『白衣への思い』『仮設病院で働くことへのストレス』『被災し数年経過しても感じる辛さ』の4つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは以下の通りである。

『同僚と働けない状況に対するやるせなさ』

「（病院が被災し一時的に）自分が他の病院に勤務が変わって、みんなと引き離されたという感じがして悲しかった。」

「知っている人が誰もいない職場で、誰とも会話しないでお昼を食べるのが寂しかった。」

『白衣への思い』

「何で働くのにジャージはいて、リュック背負ってという（嫌だなという）のはあったね。仕方がないんだけど日々そう思った。」

「私たちは白衣が流されて何にも無くなったから白衣を着ないで働くことが悲しかった。」

「手伝いの病院に行って白衣を貸してくれるって聞いて嬉しかったけど、貸し出しの白衣は全部皺だらけで、これを着て働くのは悲しいと思った。」

『仮設病院で働くことへのストレス』

「自分の家も仮設で（狭くて不便で不自由なのに）、病院も仮設なのが（狭くて不便だから）すごく嫌だった。」

『被災し数年経過しても感じる辛さ』

「何となくなぜなのか分からないけど、自分の状況が変わってきて３年目になって何か辛い。」

「震災直後はそんなことはなかったのに、落ち着いてから震災を思い出すと泣いたりする。」

２）【苦痛】

『亡くなった人がいる家庭を訪問調査することの苦痛』『住民の態度から感じた訪問調査の苦痛』『心ないことばでの傷つき体験』の3つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは以下の通りである。

『亡くなった人がいる家庭を訪問調査することへの苦痛』

「自分の地元だから、この家は絶対被災しているって分かっているのに、話を聞き出さなきゃいけないっていうのが辛かった。」

『住民の態度から感じた訪問調査の苦痛』

「訪問調査に行って、結構、嫌なことを言われて辛かった。『B病院です』って言うと、『今それどころじゃない。何しに来たの』って言われた。」

『心ないことばでの傷つき体験』

「手伝いに行った病院のスタッフから『(B病院は被災したから)病院が休みで楽だったでしょう』って言われて、（死ぬ思いをして大変だったのに）悲しかった。」

３）【罪責感】

『患者の死に対する後悔』『亡くなった人への哀惜』の２つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『患者の死に対する後悔』

「一番辛いのは外泊予定だった患者さんのこと。15時の予定を本人が『早く行く』って言うから

14時半に病院から出してしまったのよ。（だから亡くなってしまった、時間通りに引き止めていれば亡くならなかったのかもしれない）」

「地震が来た時は人工呼吸器がついている患者さんのところに行ったから、受け持ちの患者さんのところに行けなかった。（その受け持ち患者が亡くなったのを知って）何であの時、部屋に行かなかったのだろう、行けば良かった。」

『亡くなった人への哀惜』

「 3.11を迎えるたび、亡くなった人たちが生きていれば、本当はこうだったのにって、周りのことを思いだして、悔しい思いをする。」

４）【絶望感】

『津波に呑まれ覚悟した死』『津波の再来を予想した絶望感』の2つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『津波に呑まれ覚悟した死』

「先生と一緒に人工呼吸器の患者さんのアンビュー（バッグ）*を押していたら、胸まで津波がきて、もう駄目かなと思った。」

*手動で人工呼吸を行うためのマスク

『津波の再来に対する恐怖』

「津波が一旦引けて、下の階に行って、使えそうなものを探していた時、もしかしたら、また津波が来て死ぬかも知れないって思った。」

５）【安否に対する不安】

『家族の安否に対する不安』『同僚の安否に対する不安』の2つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『家族の安否に対する不安』

「携帯電話も流されてしまったから、家族と連絡できないし、迎えにも来ないからね。」

『同僚の安否に対する不安』

「数時間前まで一緒に働いていた人が、屋上に姿が見えない時、すごくショックで（姿が確認できるまで不安だった）。」

６）【生活における困難感】

『生活必需品不足による不自由さ』『避難生活での困難感』『困難な自宅再建』の3つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『生活必需品不足による不自由さ』

「ガソリンも手に入らないから、どこにも行けないし、（自分の車は流されて無くなったし）自由に行動できなかった。」

『避難生活での困難感』

「実家が大丈夫だったから1か月くらい居たけど、もちろん気は遣った。義理の父さんも連れていったから、それが一番大変だった。」

『困難な自宅再建』

「高台を申し込むと、3年以内に建てないといけないんだって、（家を建てるのが難しくて）なんか頭にくるよね。」

⑵　看護師のストレスコーピング

１）【回避】

『意識的に回避する震災の記憶』『あえて見ない震災関連番組』の2つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『意識的に回避する震災の記憶』

「ストレスを乗り越えたというより，震災を忘れたいんだよね。」

「乗り越えたというより（震災のことは）考えないようにしている。」

『あえて見ない震災関連番組』

「最初の1年位までは、いろんな番組があるから，どんな気持ちになるかと思って見たけど，この頃は見たくないんだよね，思い出してしまう。」

２）【転換】

『意識，思考の転換』『精神の安定を図るための環境の転換』の2つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは、以下の通りである。

『意識，思考の転換』

「電気が来たり、水が来たりすることで、ちょっと喜びがあったから、日々の生活をしていれば何とかなるんだろうって思った。」

「震災は辛い経験だったけれど、だからこそ仲間の大切さがわかり、信頼も深まったと思う。」

『精神の安定を図るための転換』

「私は（自宅が被災して仮設だったから職場が仮設なのが嫌で）自分から進んでC病院で勤務することを希望したの。」

３）【役割の遂行】

『自己の役割の遂行』『見いだした自分の役割』の2つのサブカテゴリで構成され、その主な語りは以下の通りである

『自己の役割の遂行』

「毎日、自分の目の前にあるやらなければならな

いことをやってきただけだね。」

『見いだした自分の役割』

「仕事をしているから日々やることがあるし、役割があるし、世の中のためになるっていうか、働くことに意義があると思うから。」

表２　東日本大震災で被災した看護師のストレス反応とストレスコーピング

反応	カテゴリ	サブカテゴリ	コード(一部抜粋)
ストレス反応	やるせなさ（43.7%）	同僚と働けない状況に対するやるせなさ	勤務地が変わり同僚と働けないことで感じる孤独
			勤務地が変わり同僚と引き離されてしまったという悲しみ
		白衣への思い	皺だらけの白衣で働いた悲しさ
			白衣を着れない状態で働くことに対するやるせなさ
			ジャージで仕事していることに対する嫌悪感
		仮設病院で働くことへのストレス	仮設病院で勤務することへの嫌悪感
			自宅だけでなく職場も仮設であることに対するやるせなさ
		被災し数年経過し感じる辛さ	気持ちの高ぶりによる不眠の辛さ
			震災後は怖くて近づけない海が見える辛さ
			夜の暗さに震災を思い出す辛さ
	苦痛（10.9%）	亡くなった人がいる家庭を訪問調査することへの苦痛	死亡者・行方不明者が多い地区での訪問調査の苦痛
			亡くなった人がいる家庭の訪問調査で感じた辛さ
		住民の態度から感じた訪問調査の苦痛	訪問調査時に住民の辛辣な態度に抱く苦痛
			訪問調査に対する住民の拒否的な態度に感じた苦痛
		心ないことばでの傷つき体験	被災していない施設職員の震災の思いに対する嫌悪感
			被災していない施設職員の言葉による傷つき
	罪責感（9.4%）	患者の死に対する後悔	避難のため置いてきた寝たきり患者の死に対する後悔
			外出した受け持ち患者の死に対する後悔
			亡くなった受け持ち患者に対する後悔
		亡くなった人への哀惜	３．１１のたび繰り返す震災で亡くなった方への哀惜
			震災を思い出して感じる死の悔しさ
	絶望感（6.3%）	津波に呑まれ覚悟した死	津波が4階まで来たときにもう駄目だという絶望
			同僚と津波に呑まれ一緒に死を覚悟した思い
		津波の再来に対する恐怖	また津波がきたら今度は死ぬかもしれないという思い
	安否に対する不安（14.1%）	家族の安否に対する不安	子供の安否に対する不安
			うちはもう駄目だろうと感じた不安
		同僚の安否に対する不安	津波が引いた後，同僚の姿が見えず感じた不安
			遺体が見つからない行方不明の同僚の安否
	生活における困難感（15.6%）	生活必需品不足による不自由さ	必要なものが手に入らないことに感じる不自由さ
			実家で避難生活を送ることの難しさ
		困難な自宅再建	流された土地に家を建てられない現状
ストレスコーピング	回避（33.4%）	意識的に回避する震災の記憶	震災を忘れたいという意識
			意識しないようにした震災の辛い記憶
			震災の講演依頼に対する拒否
		あえて見ない震災関連番組	見ないようにしているテレビの震災の映像
	転換（38.0%）	意識・思考の転換	自分よりもっと苦労している人がいるという認識
			日々のことをやれば何とかなるだろうという意識
			震災で芽生えたと感じる同僚との仲間意識
			被災していない病院で勤務することで得られた精神の安定
	役割の遂行（28.6%）	自己の役割の遂行	状況をみながら自分のできることをやってきた日々
			自分の目の前にある課題に取り組んだ日々
		見いだした自分の役割	仕事の中で見いだした自分の役割や働く意義

注　(%)はカテゴリを構成するコード数の割合を示す

Ⅳ．考察

１．看護師のストレス反応

⑴【絶望感】【安否に対する不安】【生活における困難感】

B病院の看護師は、津波にのまれながら患者の救助に当たっており、すべての看護師の意識には「死」があった。被災した看護師のストレス反応は、【絶望感】、【安否に対する不安】、【生活における困難感】であった。このストレスは、目の前の過酷な現実へのストレスであり、災害時における「基本的ストレス」であると言える（山崎・丹野，2009；山崎，2011）。

「災害の余波の中で死や破壊を目の当たりにして圧倒的な絶望感に対処するのは困難である。」（Stoddard & Pandya & Katz,2011　富田訳　2015）。迫りくる津波から患者を救助し、津波に呑まれた時に、看護師は自分の力ではどうすることもできない無力を思い知らされ、死を意識した【絶望感】という反応を示したと考える。Raphael(1989)は、「災害に対する個人の対応のパターンは当人に家族がある場合には極めて大きな影響を受ける。家族のメンバー、一番身近な人たちの所在を確かめ、その安全を確保することが，当人が行動を起こすための最大の動機になる。」と述べている。【安否に対する不安】では、「自分の家族はどうなったんだろう、親は波にのまれたのではないかと思った。」や「さっきまで一緒に働いていた人が（病院）の屋上に姿が見えない時、すごくショックだった。」という言葉から家族や親しい人の安否確認ができるまで強い不安を抱いていたことが語られた。また、災害直後はライフラインが途絶し、物流も滞ったことで、生活に必要な物が手に入らなくなり、【生活における困難感】が生じた。ライフラインの復旧やあらゆる分野からの支援で日常が戻ると、このストレス反応は消失した。物理的なストレスは物が充足されると回復するが、それは生きていくための最低限度のニーズである。しかし、自宅が被災し住む場所を失った看護師は、新たな場所、新たな環境で生活する困難感を語っていた。木村・林・立木(1999)は、阪神・淡路大震災から4年目に被災者が感じているストレス について「自宅ではなく仮住まいに暮らしていた人が高いストレス得点を有しており、これまでの生活再建過程とその達成状況自体が、現在のストレスに影響していることが明らかになった。」と述べている。Raphael(1989)は、家は聖域、拠り所、家族の結束の場であり、個人だけでなく家族全体にとってアイデンティティの持続のために重要であると述べている。自宅を災害により喪失した看護師は、生活を再出発するために自宅再建を望んでいた。しかし、様々な規制のために先へ進めない現状にストレスを感じるだけではなく、自分自身のアイデンティティの喪失感も感じていたと考えられる。震災後3年経過しても、癒えない心の辛さは、自宅が全壊し、仮設住宅で生活を送っていた3名の看護師が感じていた。日下ら（1997）は、「家屋の損傷は単なる物理的損傷だけではなく、各自の生き方や人生観などの精神面にも大きく影響する要因となっている」と述べている。この家屋の喪失が仮設住宅で生活する看護師に、大きな影響を及ぼしていたことが考えられる。また、被災した看護師が震災関連の講演会で自分自身の被災体験を語ることは、避難所や仮設住宅での困難な生活の記憶を思い出させ、「辛い気持ち」として出現していた。そのため、看護師は、震災経験の講演が今後の災害のために必要なことであると認識していながらも、その講演会の講師依頼に対して嫌悪感を抱いていた。

⑵【やるせなさ】

津波被害を受けたB病院の看護師は、業務調整のため近隣にある同じ系列の病院に配置されたり、被災地域の全戸訪問調査の手伝いなど、勤務場所が1～2週間ごとに変わっていた。そのため、不慣れな職場での勤務を余儀なくされた看護師は、寂しさや孤独感を募らせ、不満を訴える者が多かった。その不満は、B病院の仮設病棟が開設するまでの約11か月間続いたことになる。同じ被災体験をした同僚と離れ離れになることは、ストレスを乗り越える過程である「ストレスコーピングとしてのピアカウンセリング（浦部・宮薗，2007）」や震災後の心理的回復過程を促進させる要因である「同体験を乗り越えた同僚との気持ちの共有や支援（深澤・山田・石岡・佐藤・込田，2006）」の機会を阻害し、心理的回復の遅延を招いたと考えられる。また、山口・服部・中村・山本・小林（2002）は「看護の職場におけるコミュニティ感覚は集団を組織づける上で重要な意識であり、職場環境を左右する。」と述べており、同僚への信頼感、職場志向性、良好なコミュニケーションを看護師の職場コミュニティ感覚としてあげている。被災した看護師は、他の病院での勤務においては、コミュニティ感覚を持つことができず、孤独な職場環境として認識していたと考える。

櫻井・伊藤（2013）は、東日本大震災が「人々のつ

ながりやコミュニティ関係の維持・再生が重要な復興のテーマとなっている。」と述べている。東日本大震災の被災地では、分散避難という困難な状況にありながらも、改めて震災前のつながりを意識した復興のあり方を模索し、集団移転のコミュニティ形成へと結びつけた。しかし、震災後の心理的回復過程において、ピアカウンセリングや同僚との気持ちの共有や支援が重要であることが研究結果として報告されている一方で、職場コミュニティの維持については重要視されていない状況があった。その理由として考えられることは、東日本大震災が甚大な被害であったこと、看護師としての使命感が重視され業務が優先的であったことが考えられる。渡辺・臼井・仁平・浦田（2000）は「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。」と述べており、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として、被災者でもある職員に対する配慮が新たに認識された。

震災で病院機能をすべて失ったB病院では、職場環境は劇的に変化した。水や電気、カルテ、薬、医療機器といった「診療に必要なもの」は全て津波に流されてなくなってしまった。その中でも看護師にとって象徴である白衣を着用できないことは、「私たちは白衣が流されて何にも無くなったから白衣を着ないで働くことが悲しかった。」という言葉が示すように、看護師としての自尊心を傷つけられることであったと言える。白衣を着るからこそ看護師でいられるという思いは、白衣が支援者のシンボルとなって看護師の気持ちを支えていた。ジャージ姿にリュックを背負って出勤する姿に対して、「仕方がないことだ」と分かっていても、看護師はそのジャージ姿に抵抗を感じていた。震災から約11か月後、仮設病院の病棟開設に伴い看護師は白衣を着ることができた。谷口(2009)は看護師の感情管理要因の研究において、「白衣を脱ぐこと、病院という施設から出ることでONからOFFへ切り替え看護師としての自分からプライベートの自分に戻る。仕事とプライベートを心理的に切り離すことをうまく利用しつつ、患者に必要なケアができることで肯定的な自己を作り出すことにつながる。」と述べ、仕事とプライベートの切り替えに白衣が果たす役割を述べている。看護師にとって、白衣を着ることができない状況は、仕事とプライベートを切り離すことができず、プライベートのままの自分で仕事をすることによって病にある人、傷ついた人を支援する看護師の立場に揺らぎを生じさせ、肯定的な自己を作り出せないでいたと考えられる。

⑶【苦痛】

B病院の看護師は被災地域の全戸訪問にも駆り出されていた。大塚・松本（2007）は、悲惨な場面の目撃や、自らも被災していても職業柄、救援に当たらなければならない時、PTSDをひきおこすことがあり、「職業上、悲惨な場面に曝される災害支援者が二次受傷を負う可能性が高い。」と述べている。つまり、被災した看護師が、亡くなった人がいる家庭を訪問することを苦痛に感じていたのは、災害支援者のPTSDであったと考える。牛尾・大澤・清水（2012）は、水害被害を経験した被災地自治体職員の保健師が受ける心理的影響の研究で、「職務を果たそうとする過程において役割上のストレスを認識する」災害後の心理的ストレスの特徴を指摘している。また、岩本・岡本・小出・西田・生田・鈴木・野村・酒井・岸・城島・草野・齋藤・寺本・村嶋（2015）は、被災者支援にあたる自治体職員が「住民からの暴言やクレームに対して我慢しなければならない精神的負担感がある。」と述べている。保健師が家庭訪問で被災者に声をかけると「何しにきたんや。」と怒鳴られる経験は、東日本大震災後の全戸訪問調査を行なったB病院の看護師も同様に経験していた。看護師は、家庭訪問して調査するという経験がなく、慣れない業務において、住民に理解されずに役割を果たせないことに加え、「今それどころじゃない。何しに来たの。」という住民の言葉に傷つき、精神的苦痛を感じ、二次受傷を負っていたと考えられる。

⑷【罪責感】

津波によって亡くなった患者に関わった看護師は、「津波が来たから患者さんを置いてきてしまって、波がひいて戻ってきたら患者さんがいなかったから、すごくそれが心に引っかかっていたの、それでよかったのかなって。」と、患者の死に対して自分の行動を肯定できずに葛藤していた。これは、惨事ストレスによる特徴的な反応であり（西野・武田・加藤・森・坪井・森木，2016）、生き残ったものが、もっと支援できたのではないか、これをすべきだったと思い悩むといった罪責感（サバイバーズ・ギルト）である（Stoddard et.al,2011 富田，2015）。日下ら（1997）は、「特に、身近な人がひどく被災した場合、自らも被災していながら自責の念を感じ、その気持ちは長く続く」と述べている。また、津波に襲われ「死を覚悟」するほどの【絶

望感】を体験した者にとって、「死を意識したことによって生きる意味を考え、死者に対して生き残ったという罪責感を引き超すことがありうる」とも述べており、情動的対処の必要性が示唆された。

２．看護師のストレスコーピング

坂田（1989）は、多様なコーピング過程の解明に資する尺度作成で19カテゴリを採用しており、コーピング内容を網羅的にとらえている。ここで坂田のコーピング・カテゴリを用い、考察を述べる。坂田のコーピング・カテゴリは〔　〕で表す。

⑴【回避】

震災のことを考えないようにしたり、忘れようとしたりなど、〔思考回避〕が行われていた。『震災の回顧の機会からの回避』や『あえて見ない震災関連番組』は、不快や不安を感じるような状況から逃れようとする反応であり、〔逃避〕することでコーピングを図り、再び自分の心が傷つかないための防衛機制であったと言える。また、対象者の心的負担を考慮しインタビュー時間を想定していたが、実際のインタビュー時間が、平均約13分と短時間であった。その要因として、対象者が、震災記憶を回避し、自分の心が傷つかないように無意識にインタビュー時間を切り上げていたと考えられる。

⑵【転換】

他人と比較し「（自分は）まだ良いほうだ」と納得する〔問題価値の切下げ〕や、「仕方がないんだ」と思うことで、我慢して行動を制御する〔自己制御〕が行われていた。また、「日々のことをやれば何とかなるだろう」という、時が過ぎるのにまかせる〔静観〕〔開き直り〕である。さらに、「震災があったから信頼関係が築けた」という経験から何かしらを得ると考える〔注意の切り替え〕〔問題の価値の切上げ〕があった。また、「私は（自宅が被災して仮設だったから職場が仮設なのが嫌で）自分から進んでC病院で勤務することを希望したの。」という語りから、自分の状況について〔再検討〕し、そのための〔情報収集〕をして対策を〔計画〕して実行し環境を換えることで精神の安定を図ったと考える。Lazarus & Folkman（1991）は、情動中心の対処は情動的な苦境を低減させるためになされるものであるとし、回避、最小化、遠ざける、注意をそらす、肯定的な対比、積極的な価値を見出すなどが含まれると述べている。看護職は、他の職業に従事する人と比べて、量的労働負荷の変動が大きく、仕事のコントロールが低いと報告されており（原谷，1996）、日常的にストレスの高い仕事である。そのため、自然にストレス解消をしようとする気持ちが生まれ、何らかのストレス解消行動を取っていて（永田・植村・河野・林・赤井，2019）、ストレス耐性ができていたのではないかと考えらえる。

⑶【役割の遂行】

看護師は、被災した状況の中で、自分の役割は何かを考え、与えられた仕事に対して〔努力〕していた。浦部ら（2007）は、ストレスを乗り越える過程において「役割」の重要性を述べている。また、Raphael(1989)は、被災直後の「救助活動」への参加が「役割を得て活動することで自己統御力の回復に役立つ」と述べている。看護師の、「仕事をしているから人との付き合いの中で日々やることがあるし、役割がある。世の中のためになるって言うか、働く意義があると思うから。」という語りからも、自己の役割はストレスを乗り越える過程において重要であることが、再確認された。

３．被災看護師の支援について

東日本大震災ではB病院の患者15名が亡くなった。被災後3年10か月経過しても看護師は、『患者の死に対する後悔』を抱き、自分の行動を〔正当化〕できずに【罪責感】という精神的葛藤からは解放されていなかった。患者の死に対して看護師としての役割を果たせなかったという看護師としての使命感が、自分の行動を〔正当化〕することができない要因と考える。また、職場が被災したことにより、近隣の病院に配置されたことで、同僚と離れ離れになり、新たに配置された職場では、誰とも話せず孤独を感じ苦しい状況での勤務であった言える。浦部ら（2007）は、「専門職として援助者の役割が求められるのは看護職などの医療従事者であるが、彼らは被災者としてまた援助者として早期に災害を乗り越える必要があり、それはまたストレスを二重に受けやすい状況にあるため適切なストレスコーピングが重要となってくる。」と述べている。被災した看護師が傷つきながらも働き続ける、働かざるを得ない状況の中で、支援者として活動するには災害時に特徴的なストレス反応について知識を持ち、自分のストレス反応に気づいたらセルフケアに努め（坪井，2010）、ストレスコーピングを早期に行なって心理過程を回復していく必要があると考える。

仮設病院の完成に伴い、近隣病院で勤務していた看護師がB病院に戻り、再び同僚と共に働くことによって、

「みんなと話すことで辛かった気持ちが落ち着いてきた。」という語りから、早期に看護師の傷つきを吐露し、癒していく「語りの場」が必要であり、「トーキングスルー」が心の癒しに有効であったと考える。また、震災後、看護師が離職せず働き続けることができたのは、同じ体験をした仲間との「トーキングスルー」が日常的にできていたと考えられる。しかし、いまだに多くの医療現場においては、人々の生命と健康を守るという現場の特殊性から、災害時のリーダシップとして看護管理者に求められることの多くは、災害救護の備え（若林，2018；吉田，2018）であり、患者や地域が中心である。津波により病院そのものが流され、そこで働く職員もバラバラになり、職場コミュニティが崩壊した場合、被災したというトラウマを抱えながら、慣れない職場で働かなければならない看護師への支援についても、介入システムの構築は急務であると考える。

最後に、本研究の限界として、研究対象者が7名と少数であるという限界がある。また、対象者の心理的負担を考慮して、短時間でのインタビューであったという限界もある。被災した看護師のストレス反応とストレスコーピングを一般化するには限界がある。しかし、PTSDは何年も経過してから、当然、発症することがあり、被災者支援には終わりはない。今後も継続して、心理的変化を縦断的に追求していく必要があると考える。また、震災後に離職した看護師の調査をすることで、離職せず働き続けることができる要因がさらに明確になると考える。

Ⅴ．結論

1　被災した看護師のストレス反応は、【絶望感】【安否に対する不安】【生活における困難感】であった。特に、家屋を喪失した看護師には精神面に大きな影響を及ぼしていた。

2　津波で病院機能を失ったB病院の看護師は業務調整のために他の病院への派遣により、同僚と離れ離れになり【やるせなさ】を感じていた。また、慣れない被災地域の全戸訪問調査で住民からの暴言等で二次受傷を負う【苦痛】を感じていた。

3　津波によって亡くなった患者に関わった看護師は、【罪責感】を持ち続けていた。

4　ストレスコーピングとして、【回避】行動や、肯定的対比などの【転換】がみらた。また、【役割の遂行】はストレスを乗り越える過程において重要であることが確認された。

5　被災看護師の体験や感情を話す「トーキングスルー」は看護師の心の癒しに有効であり、離職防止の効果が示唆された。

6　医療現場は、人々の生命と健康を守るという特殊性から、患者や地域が中心になりがちであるが、被災した職員の支援システムの構築も必要である

謝辞

本研究を進めるにあたり、研究の趣旨に同意し、貴重な時間を使い面接に協力してくださいましたB病院の皆様に感謝申し上げます。

本研究に開示すべきCOI状態はない。

引用文献

深澤佳代子　山田正実　石岡幸恵　佐藤和美　込田啓子　2006　新潟県中越地震の急性期看護に従事した看護師のメンタルヘルスに関する研究―震災後10ヵ月間の心理的回復過程に焦点を当てて―　看護研究交流センター年報　17　21-30

舟島なをみ　2007　質的研究への挑戦　第2版　333医学書院　東京

原谷隆史　1996　職業性ストレスの職種差　日本語版NIOSH職業性ストレス調査票を用いた3調査の解析　産業学雑誌　38

岩本里織　岡本玲子　小出恵子　西田真寿美　生田由加利　鈴木るり子　野村美千江　酒井陽子　岸恵美子　城島哲子　草野恵美子　斎藤美紀　寺本千恵　村嶋幸代　2015　東日本大震災により被災した自治体職員の被災半年後の語りに見られた身体的精神的健康に影響する苦悩を生じた状況　日本公衆衛生看護学会誌　4（1）21-31

Kang,P.,Lv,Y.,HaoL,Tang,B.,Liu,Z.,Liu,X.,Liu,Y., and Zhabg,L.（2015）：Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu arthquake:Aneglected problem.Psychiatry Research　230（2）517-523

加藤寛　飛鳥井望　2004　消防援護者の心理的影響　阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から　トラウマティック・ストレス　2（1）51-59

木村玲欧　林春男　立木茂雄　1999　阪神・淡路大震

災から4年目に被災者が感ずるストレス強度とその規定因　第4回都市直下地震災害総合シンポジウム論文集　359-362
Krippendorff,K. 1980 Contnt analysis：An introduction to its methodology.　三上俊治　椎野信雄　橋元良明（監訳）1989：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待　269　勁草書房　東京
日下菜穂子　中村義行　山田典子　乾原正　1997　災害後の心理的変化と対処方法　阪神・淡路大震災6か月後の調査，教育心理学研究　45 (1)　51-61
Lazarus,Richard S., Folkman,Susan. 1991 Stress appraisal and coping　本明寛　春木豊　織田正美（監訳）　ストレスの心理学　認知的評価と対処の研究　155　実務教育出版　東京
前原和平　2013　東日本大震災・原発事故による福島県下病院の被災状況　日農医誌　61 (6)　802-806
永田幸子　植村久　河野靖子　林建宏　赤井由紀子　2019　夜勤を行う看護師のストレスに関する実態調査　第49回日本看護学会論文集　慢性期看護　354-357
西野ひかる　武田昌子　加藤万奈　森沙織　坪井涼香　森木妙子　2016　東日本大震災で災害支援に携わった看護師が体験した惨事ストレスと対処行動，高知大学看護学会誌　10 (1)　23-32
野島真美　岡本博照　神山麻由子　和田貴子　角田透　2013　東日本大震災に派遣された消防官の惨事ストレスとメンタルヘルスについての横断研究　杏林医学会雑誌　44 (1) 13-23
大塚映美　松本じゅん子　2007　災害救援者の二次受傷とメンタルヘルス対策に関する検討Bull Nagano Coll Nur　長野県看護大学紀要　9　19-27
Raphael,B. 1986 Whendisasterstrikes：How individuals amd communities cope with catastrophe　石丸正（訳）1989　災害の襲うときカタストロフィの精神医学　483　みすず書房
坂田成輝　1989　心理測定尺度集Ⅲ　心の健康をはかる＜適応・臨床＞　37-39　415　サイエンス社
櫻井常矢　伊藤亜都子　2013　震災復興をめぐるコミュニティ形成とその課題　地域政策研究　15(3)41-65
総務省消防庁　2013　大規模災害時等に係る参事ストレス対策研究会報告書　52-57
Stoddard,J.F.Jr. , Pandya,A., Katz,L.Graig. 2011 Disaster psychiatry:Readiness,Evaluation,and Treatment　富田博昭，高橋祥友，丹羽真一(監訳) 2015：災害精神医学　502　星和書店　東京
谷口清弥　2009　看護師の感情管理要因の現状に関する検討　甲南女子大学研究紀要　2　77-88
坪井康次　2010　ストレスコーピング　自分でできるストレスマネジメント　心身健康科学　6 (2) 1-6
海上智昭　石川浩平　海藤千夏　田辺修一　2013　災害生存者を対象とした研究の傾向と災害耐性向上のための課題，愛知工業大学研究報告48　129-141
浦部綾　宮薗夏美　2007　災害看護に携った看護職者のストレスに関する研究　被災地看護職者が災害を乗り越えるプロセス　鹿児島大学医学部保健学科紀要　17　25-32
牛尾裕子　大澤智子　清水美代子　2012　被災地自治体職員が受ける心理的影響　水害16カ月後の保健師へ久のインタビューから　兵庫県立大学看護学部　地域ケア開発研究所紀要　19　41-53
若林稲美　2018　病院における災害救護の備えと看護部長の役割　看護展望　43 (12)　15-23
渡辺智恵　臼井千津　仁平雅子　浦田喜久子　2000　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　神戸市看護大学紀要　4　31-38
山口桂子　服部淳子　中村菜穂　山本貴子　小林督子　2002　看護師の職場コミュニティ感覚とストレス反応　看護師用コミュニティ感覚尺度の作成を中心に　愛知県立看護大学紀要　8　17-24
山崎達枝　2011救援者に必要とされる心のケア，Nursing Togay　26 (4)　38-40
山崎達枝　丹野宏昭　2009　2004年新潟県中越地震の被災看護師のストレス反応　新潟県中越地震を体験した看護職のアンケート結果から　日本集団災害医学会誌　14(2)　157-163
吉田るみ　2018　東日本大震災の被災地病院における救護活動　看護展望　43 (12)　29-35