

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 5 月 31 日現在

機関番号：24506

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2016

課題番号：26861864

研究課題名(和文)自然災害時に病院看護管理者が人的外部支援受け入れに至る過程の構造の明確化

研究課題名(英文)Clarifying the structure of the hospital nursing administrators' acceptance process of external assistant nurse at natural disaster

研究代表者

黒瀧 安紀子(KUROTAKI, AKIKO)

兵庫県立大学・地域ケア開発研究所・客員研究員(研究員)

研究者番号：70593630

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：災害時における病院看護管理者の人的支援を受け入れる過程には、看護職が必要であることを看護管理者自ら、あるいは他者からの問いかけでわかること、そして、外部支援者を要請する段階があり、最後に外部支援者を活用するという3段階がある。そして、外部支援の受け入れが終了するまで、2、3の段階を繰り返しながら、患者と医療機関のバランスを査定し続け、自院だけの医療提供が可能と判断できることにより、外部支援の受け入れが終了となる。受け入れを阻害する要因には、支援必要性の認知の有無、心理的負債感、支援者の知識の有無、連絡手段がない、支援者に業務分配できないなどが各段階にあり、これらを組み込んだ構造となる。

研究成果の概要(英文)：In the process of hospital nursing administrators' acceptance of external assistant nurses (EAN) at natural disaster, there are 3 stages. At 1st stage, nursing administrators recognize themselves / other staff asking that they need EAN, they request to dispatch nurses at 2nd stage. At 3rd stage, they use EAN in their hospital. Until the acceptance of EAN was finished, they continue to assess the balance between patients and medical institutions working while repeating 2nd and 3rd stage, and they evaluated that they could provide health care by themselves, acceptance of EAN would finish. The disincentive factors that presence/absence of recognition of EAN necessity, the sense of psychological debt feeling, the lack of knowledge of EAN, the lack of communication, the inability to distribute work to EAN, and others The structure was incorporated to 3 stages and the disincentive factors.

研究分野：災害看護

キーワード：受援 病院看護管理

1. 研究開始当初の背景

災害多発国である日本は、これまで災害時の支援システムを構築してきたが、それは支援を送るシステムの構築であった。支援を送る準備ができていても、被災地が支援を受け入れることができなければ、支援システムは十分に働かない。どこの地域もが被災地となりうる昨今、支援を受け入れる側のシステムの構築を図り、災害が発生した際でも、被災地が支援を受け入れながら、被災者への対応、支援を行い、より早い復旧、復興を成すレジリエンスの醸成が求められている。

災害とは、「被災地の対応能力を超え、対応のために外部からの支援を必要とする状態」と定義される(国際連合,南 2007)。実際、被災地内の医療機関では、多くの患者が押し寄せる中、災害の影響のため、出勤できない看護職がおり、医療における需要と供給のバランスが崩れており、医療供給側の人的資源を必要としている。通常、外部からの人的資源を確保するまでは、院内の看護職が何日間も病院に泊まり込んで勤務をしたり、家のことや家族のことをおいて勤務をしたり、と院内の人材で対応しているという状況である(阪神・淡路震災下の看護婦たち 1995, ナース発東日本大震災レポート 2011)。しかし当然、このような状況にある被災地の看護職は、睡眠不足や疲労があり(新道 1996, 深澤 2006)、仕事を辞めたい、と思う者や、家族等に負い目を感じている者がいるなど、被災者でもある看護職に大きな負担がかかっている。

このような状況を解決するためには、災害時の支援システムの確立が必要であり、それには、支援を受け入れる側のシステムと支援を派遣する側のシステムの両方が必要である。支援を派遣する側のシステムは、阪神淡路大震災以降、検証と反省を活かし、災害時に迅速に支援者を派遣するための体制が整ってきている。例えば、DMATや、日本看護協会の災害支援ナースなどである。彼らに対す

る平常時からの教育といった人材育成や、派遣・登録システムの整備が行われて、過去の新潟中越地震、新潟中越沖地震、東日本大震災等、大災害時に多くの人材を被災地に送り込み、派遣の実績を積んできている(日本集団災害医学会 2011, 日本看護協会)。

このような支援者派遣システムから、支援を受け入れた医療機関では、看護職が休息を取れる(山崎 2011, 平澤 2011, 熊谷 2011)、患者対応ができる(沼崎 2011, 高橋 2011, 今野 2011)という実質的効果と、外部の人に支えられているという波及効果(酒井 2002, 菊池 2011)が見られている。

その一方で、被災地内の医療機関が、外部からの支援者を全面的に受け入れてきたという訳ではない。これまでの災害で、支援受け入れ要請に対して看護管理者が述べている支援者派遣を断る理由に、采配等ができないという対応への困難感(酒井 2002, 佃 2012)、どのような人がくるかわからないという不安(熊谷 2011)、もっと困っている所があるという思いからの遠慮などがある。

以上のような背景を踏まえて、災害時に外部支援受け入れを行った好事例(グッドプラクティス)を明らかにするために、「若手研究(B)課題番号 23792549 災害時の外部支援受け入れに影響する要因についての研究」で、災害時、被災地の病院に勤務していた看護管理者にインタビューを行い、影響する要因を明らかにした。その要因は、大きく3つ、1) 環境、2) 看護師の状況、3) 看護管理者の状況にあり、病院の被災状況、地域での病院の役割、多数の患者、看護師の出勤数、被災状況や疲労度、看護管理者の対応できるという気持ち、外部支援者を知っている、看護職への信頼、等、それぞれ4から5の要因があることがわかった。

支援を受け入れるという行為には過程があると考えられるが、この過程が明らかとなっておらず、またこれらの要因がどのように組

み込まれているかも明確ではないため、更なる研究により外部支援受け入れの過程を明らかにし、受け入れ過程の構造化を図ることを目指した。

2. 研究の目的

研究対象を病院の看護管理者とし、看護職等の外部支援を受け入れるという行動に至る過程を明らかにし、看護管理者の外部支援受け入れ過程の構造を明確にすることである。

3. 研究の方法

東日本大震災で外部支援を受け入れた看護管理者から得た質的研究法で集めた内容と社会心理学、東日本大震災時に関する本、文献を分析し、受け入れに影響する要因などを構造化した。構造化したものを、東日本大震災で外部支援を受け入れた看護管理者と外部支援のコーディネートをを行った者に見せ、助言を受け、構造の精錬化を行った。

4. 研究成果

本研究は、外部支援受け入れ過程の構造を明確にすることを目的としている。研究開始当初は、支援を受け入れなかった看護管理職にもインタビューを行い、受け入れに至らなかった過程も構造化し、支援受け入れ過程を主軸にし、受け入れに至らなかった過程を補完させ、受け入れ過程を構造化する予定であった。しかし、震災から時間が経ったことから、外部支援者受け入れに至らなかった看護管理者を見つけることができなかつたため、受け入れを阻害する要因等を文献で明らかにし、それらの要因を受け入れ過程に組み込み、構造化を図ることとした。

外部支援受け入れる過程は、前提と3つの段階があることがわかった。そして、それぞれの段階に阻害する要因があることがわかった。

支援を受け入れるに至る過程が始まる前提とは、「発災時に、医療機能が保持されていること」である。「医療機能が保持されている」とは、被災しているが医療を提供できる建物があり、発災後も医療を提供し続けている、ことを示す。過去の文献から、病院の建物が全壊や半壊していれば、病院避難をせざる得なく、その病院で医療を提供し続けることはない。故にそこで医療を提供し続けるための人員は必要ではなく、そのための外部の支援は必要ではないこととなる（病院避難のための人員は必要となることはある）。この「病院機能が保持されている」ことは、病院環境となる「病院が受けた災害からの影響」の大小に左右される。影響が小さければ機能が保持され、影響が大きければ病院避難を余儀なくされることになる。

「医療機能が保持されている」という前提下で、医療の需要側である患者と医療の供給側である医療機関のバランスが取れていない状況が生まれる。そこで、医療供給側の医療職 看護職が必要となるが、外部の看護職（被災病院に所属しない看護職）を必要とわかることが外部支援受け入れの始まりとなる。故に「外部支援が必要とわかる」という第1段階がある。外部の看護職が必要であることがわかるきっかけは、自らが気付く場合と、他者からの問いかけで気付く場合がある。きっかけはどちらであっても、まずは「外部支援が必要とわかる」ことが始まりとなる。「必要とわかる」には、「看護師の状況」に関する情報が必要となる。「看護師の状況」には、「看護師の登院数」「看護師の被災状況」「看護師の疲弊度/休息状況」に関する情報があり、これらの情報が看護管理職に入ると、外部支援（人的資源の確保）が必要とわかることになる。

さらに支援受け入れを決定する上で、看護管理者が「看護職であれば何かしら看護ができる」という看護職への信頼や、自院の現場

看護師が支援者に対応できると思うこと、管理者が受け入れ対応者になれると思うことなど、看護管理者の考えや状況が支援受け入れの決定に影響を受ける可能性があることが示唆された。他にも一部の看護管理職では、これらの情報がなくとも、直感的に「看護職がいれば、医療が提供し続けられる」と思い、必要性をわかっていた者もいた。

ここで、外部支援が必要とわかることを阻害することとして、災害対応に外部の支援が必要と考えられないことが1つある。必要と考えられない理由に、災害とは支援が必要な状況であるという定義が浸透していないこと、自分達の地域で起こったことは自分達で対応するという考えがあること、対応に精一杯で思いつかないこと、があることが示唆された。また情報不足で現状がわからず、対応に必要な状況かどうか判断できないということがあることもわかった。

そして、「外部支援の要請」段階となる。外部支援の要請には、支援要請先の知識、支援要請を行う連絡手段の確保といった「物理的環境」が必要な要因となる。要請先の知識に関しては、1か所だけではなく、数か所あることが望ましく、連絡手段に関しても同様に1つの手段よりも多数の手段を思い浮かべ、多数の手段を駆使する必要がある。ただし、連絡手段があれば、支援要請先の具体的な知識がなくとも、支援を派遣する側からの連絡があることがあり、その派遣の申し出を受け入れれば、次の段階へ移っていくこともある。

外部支援の要請を阻害する要因として、支援要請の原因（この場合、人員不足を起こしている原因）が支援要請者にあるか、支援要請者との関係ないところにある（この場合、災害）か、という原因の帰属理論の影響を受ける可能性があること、被災地の文化（耐える、遠慮する等）という「心理的要因」があることが示唆された。

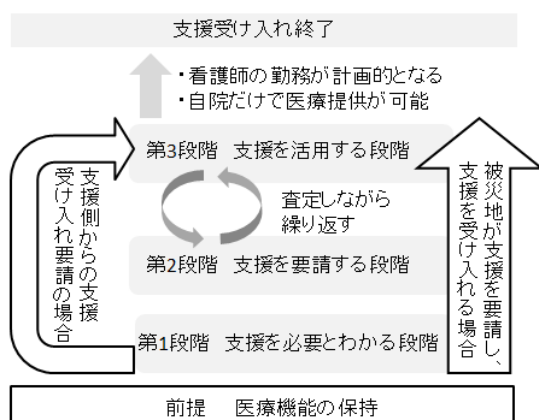
支援者の必要性がわかり（第1段階）、支

援者の要請をする（第2段階）となり、そして「支援者を活用する」第3段階となる。

支援者を活用する段階は、支援者受け入れの準備をすることと、支援者が来てからは支援者を配置し、業務分担を行い、看護の現場で看護が提供できる状況となる、ようにする段階である。支援者受け入れの準備としては、支援者に対応する者を置くこと、支援者の配置部署の検討の優先度が高く、それ以外に、寝る場所、休息を取る場所、食事の準備等があった。支援者が病院に到着してからは、看護師の登院/休息/疲弊状況と患者のケア度から、人員が必要な部署の査定を行い、外部支援者を配置する。業務分担に関しては、行う業務（清拭、診療補助等）と行わない業務（投薬等）を看護管理職と外部支援者が相談して決める場合と、現場の看護師長に任せている場合があった。さらに、外部支援者が看護提供をしやすいようにする工夫を行っている看護管理職もいた。その工夫とは、被災地病院の看護職と外部支援の看護職がコミュニケーションを取れるように、同じ時に同じ物（被災地病院が用意したもの）を食べるようにする、勤務時間が合わない看護職同士のコミュニケーションを図れるようにメッセージボードを置く、看護管理職と外部支援の看護職とのミーティングを行う、などを行っていた。この段階における阻害要因としては、オリエンテーションの大変さ、業務分担の大変さなどがあげられ、これらを予測し、支援受け入れに至らないことがある場合があった。

以上のように被災地から外部支援を要請する場合は、医療機能が保持されている前提の下、支援を必要とわかる第1段階、支援を要請する第2段階、支援を活用する第3段階、3つの段階を経て、支援者の受け入れが行われる構造となっていることがわかった。また、外部から支援の受け入れを要請した場合は、第1段階の必要性をわかる段階から、第3段

階の外部支援の活用に至ることもあることがわかった。そして、外部支援の受け入れが終了するまでは、2,3 の段階を繰り返すことになる。2,3 の段階を繰り返しながら、看護管理者は、医療機能の継続状況、患者と医療機関のバランスを査定し続け、医療需要側の患者数やケア度と、医療供給側の看護師の勤務/休暇が計画的となることから、自院だけの医療提供が可能と判断できることにより、外部支援の受け入れが終了となる。これらの査定以外にも、支援者に気を遣う、オリエンテーションを繰り返す大変さ、から支援の受け入れを終了している場合もあった。



5 . 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計0件)

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計0件)

名称：

発明者：

権利者：

種類：

番号：

出願年月日：

国内外の別：

取得状況(計0件)

名称：

発明者：

権利者：

種類：

番号：

取得年月日：

国内外の別：

〔その他〕

ホームページ等

6 . 研究組織

(1)研究代表者

黒瀧 安紀子 (KUROTAKI, Akiko)

兵庫県立大学地域ケア開発研究所・客員研究員

研究者番号：7059630

(2)研究分担者

研究者番号：

(3)連携研究者

研究者番号：

(4)研究協力者