笹川保健財団 2021 年度指定研究

Health Emergency における
在宅看護支援の在り方に関する研究
報告書

２０２２年３月

岐阜保健大学大学院
畑 吉節未
（研究代表者）

目　　次

はじめに　1

１　本研究の概要
1.1 研究の背景　3
1.2 研究の目的　3
1.3 研究の意義　4
1.4 研究方法　4
1.5 本報告の構成　4
1.6 研究担当者　4

２　在宅災害看護を考えるための基本的枠組み
2.1 災害へのアプローチを変容させる必要性　5
2.2 在宅災害看護の構築に向けて　7
2.2.1 踏まえるべき包括的なシステムの確立への要請　7
2.2.2 日常性を重視するケアと非日常の災害の接点を探る　7
2.2.3 日常性に潜むリスクと非日常の災害のリスクをつなぐ　10
2.2.4 マルチステークホルダーによるリスクマネジメントを探る　13
2.3 在宅災害看護を明らかにするための分析視点　15

３　研究方法
3.1 対象者　17
3.2 データ収集の方法　17
3.3 倫理的配慮　18
3.4 インタビューガイド　18

４　結果と考察（１）：語りから得られたカテゴリーの概要とその構造　20
4.1 災害対応　20
4.2 災害への備え　21
4.3 訪問看護ステーションの備え　22

５　結果と考察（２）：語りから得られたカテゴリー＜災害対応＞　25
5.1 目の前に迫る災害の危機にリスクを抑制しながら事業継続に取り組む　25
5.2 激変する環境に対応し療養生活の再構築を支援する　27
5.3 激変する環境に対応し、サービスの提供体制を再整備する　29

６　結果と考察（３）: 語りから得られたカテゴリー＜災害への備え＞ 31
6.1 利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え 31
6.2 訪問看護ステーション相互の支援ネットワークの形成 37
6.3 療養者の居場所［含む避難所］のデザイン 39
6.4 利用者の自助の強化の支援 41
6.5 地域全体での取組・地域包括ケアシステムの充実 43

７　まとめ 46
7.1 グループインタビューからの気づき 46
7.2 進み始めたネットワーク化の発展に向けて 46
7.3 コミュニティとともに進める在宅災害看護の必要性 47

はじめに

- 日本看護協会は急速に変容する社会に適応できる看護の在り方について、2025 年を目途とする地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた看護の将来ビジョンを策定している（2015 年)。「看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」と題するビジョンでは、「従来の病院完結型から、医療・ケアと生活が一体化した地域完結型の体制への転換」が図られるなかで、人々の「尊厳を保持し、健康で幸福でありたいという普遍的ニーズ」に応える意義を問う。また、暮らしの場における看護機能の質的、量的な拡充の必要性を指摘する。災害については、「対応体制の整備とともに、被災者の生活を支える視点からの総合的な取り組み」の重要性について述べている。災害をはじめ様々な社会的、経済的要因による健康危機状況（health emergency）をとらえ、向き合わなければならない。

- 本研究では、災害看護実践行動を経験した訪問看護師の語りをもとに分析を行っている。看護はその特徴の一つとして「実践の科学」と呼ばれ。看護者は、自己及び他者の様々な看護経験をクリティカルに振り返り、学び合う学習協同体のなかで理論化がなされ、再帰的に実践の場に生かされてきた。こうした再帰的な学習ループが構築されている。そうした学びのプロセスは、看護基礎教育のなかはもちろんのこと、看護の現場でも継続教育として位置づけられている。しかしながら、「災害直後から支援できる看護の基礎的知識を理解すること」を目的として、災害看護が看護基礎教育課程の統合分野として 2009 年に導入されたものの、その経験は浅く、160 万人を超える看護者のなかに災害看護の学びが定着しているとまでは言い難い。

- 災害看護学が看護基礎教育のカリキュラムに導入された当初、適切で効果的な教育プログラムが、教育者の不足、実習フィールドを確保する困難さなどをもとに、日本の看護教育では災害看護はまだ十分に教育されていないことが指摘されていた。では、その後、そうした事態は改善されたのだろうか。当初、災害看護は災害医療を拠り所として発展・深化してきた。そのため、その関心は病院の活動を中心とするもので、災害拠点病院の機能強化や避難所、あるいは社会福祉施設などの施設を場にした活動に関心が寄せられてきた。現在の看護基礎教育ではこうしたなかで形成されてきた災害看護が教育・実践の場で展開されていると言っても過言ではない。

- しかしながら、諸外国に見られない速度で進む高齢社会のもとで、「QOL(Quality of Life)の向上という観点から、様々な生活上の困難があっても、地域の中で、その人らしい生活が続けられるよう」に社会保障制度を『21 世紀日本モデル』へとシフトさせる必要性が

強く認識されるようになった（社会保障制度改革国民会議 2013）。背景には、介護保険制度の導入など在宅ケアサービスの普及・拡大に伴う患者・療養者の受け皿整備が進んできたことを一因としてあげることができよう。災害看護の看護基礎教育への導入と前後して在宅看護学は 2007 年のカリキュラム改正で統合分野に導入された。在宅看護の歴史は古いものの、新たな社会制度のもとでの在宅看護教育は緒に就いたばかりと考えることができる。

- 我が国は、首都直下地震や南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生する確率の高まりに加え、深刻さを増す地球規模での気候変動がもたらしたと考えられる災害など、地域の暮らしは様々な健康リスクに曝されている。在宅での災害看護が確立していない現状のままでは、在宅を選択した療養者の安心・安全に大きな影響をもたらすことが危惧される。災害時でも個別性の高い療養者の医療と生活の両側面をとらえ、療養者を中心としたケアを持続させるためには、災害時でも持続可能な保健医療システムを構想し、そのもとで必要な看護の在り方を考えることが喫緊の課題となっている。また、そのことが在宅看護の特性を踏まえた災害看護にとどまらず、日常のケアの質の向上につながるとともに、療養者にとっての生活の質の向上にポジティブな成果をもたらすものと考える。

- そのためにも、これまでの医療・福祉施設、避難所を中心とした集団をとらえる災害看護から、地域のなかで個別性を重視した対象者も含めた災害看護学へとシフトさせていく必要がある。そうしたことから、これまでの枠組みにとらわれず、実践の科学としての災害看護の原点に立ち戻って、災害経験を持つ看護者の語りから在宅災害看護を構成することをめざす。

- 今回の研究テーマは萌芽的で挑戦的なものであることは疑いがない。機会を与えていただいた笹川保健財団の喜多悦子会長には研究班を代表して感謝を申しあげたい。また、コロナ禍の厳しい状況下にも関わらずご協力いただいた訪問看護に携わる皆様にもお礼を申しあげたい。本研究は、在宅災害看護を確立し、実践に生かすための第一歩となることを願うものである。

１　本研究の概要

１．１　研究の背景

- 災害時の医療支援の在り方については阪神・淡路大震災を契機に都道府県間の人材派遣の仕組みづくり、特に都道府県単位の看護協会を核とする連携システムの在り方に関する研究がなされている（山田 2005)。例えば、災害における看護の役割を発揮するための連携の在り方（山田 2005）について、看護職が果たす役割が病院や避難所での活動を前提にした災害支援ネットワークの構築の必要性が指摘されているものの、在宅看護を対象にした議論にまでは至っていない。医療機関の事業継続が関心の中心となっていることが推察される。

- こうしたなかで在宅看護を見ると、東日本大震災を経験した東北 3 県における訪問看護ステーションの災害の備えの状況についての報告（千葉・山田 2020）がなされているが、個別の事業所の備えを分析するにとどまり、事業所間のネットワークを構築し災害時に備えることまでに議論は及んでいない。こうしたこともあり、訪問看護ステーションの災害時のネットワークを扱うものはわずかで、いずれもネットワークへの参加意向を明らかにするものであり（片平ら 2014)、どのような相互支援ネットワークが望ましいのか、それはどのように構築されるべきかという議論までには至っていない。

- こうした中で畑（2018）は、東京都訪問看護協議会が都内の支部の連携協力により安否確認を行う相互支援の取組を事例に参加した訪問看護師の学びを論究するものがあるが極めて希である。訪問看護事業所の多くは極小規模であり、非常事態下ではサービスの提供以前に運営の持続可能性すら困難になる。保健医療政策は病院関係型から地域完結型へと大きくシフトしようとしているが、実は在宅療養者にとっての保健医療体制は脆弱な基盤の上に構築されている。このように脆弱な基盤の上に構築された保健医療体制だけに、災害だけでなく様々なヘルスエマージェンシーを想定した対応を検討し、備える必要がある。

１．２　研究の目的

- 多発する自然・人為的災害に加え、気候変動や急速に進む高齢化、過疎化、経済格差などの社会的不穏が日々の生活を脅かすリスクが増している。なかでも新型コロナ感染症のパンデミックは私たちに従来とは異なるアプローチの検討を突きつけた。本研究は、訪問看護事業所が非常事態下でも機能を発揮できるよう支援の在り方を検討することを目的とする。

１．３　研究の意義

- 零細な事業所がネットワークを組み構築されている地域包括ケアシステムでは、災害をはじめとする非常事態下での対応についての十分な議論がなされておらず、現在、ヘルスエマージェンシーの研究は在宅看護おいては見られない。
- 本研究では、ヘルスエマージェンシーというキーワードのもとに、在宅看護が直面する様々なリスクへの対処策を系統的、統合的に捉える基盤を確立することを志向しており、これまでの災害看護研究を新しい段階へと進化させるだけでなく、在宅看護サービスを受ける利用者に対する備えと支援を具体化する制度改革の契機となるものと考えている。
- 本研究は、今後、地域包括ケアシステムの構築とともに、地域完結型の保健医療システムへの移行が進む中で配慮が不十分なリスク面への対応を具体化し、必要性な制度設計を行うなどにより補完することに資するものである。

１．４　研究方法（概要）

- 近年我が国で発生した大規模災害を対象に被災状況下で看護実践活動に従事した訪問看護ステーションの管理者（6 名）、及び雪害のもとで訪問看護を行った経験を持つ訪問看護ステーションの管理者(6 名)を対象に「異なる災害」、「異なる被災地」ごとに２名ずつで、Web 上でのグループインタビューを行った。得られた語りを協力者の同意のもと記録し、作成した逐語録を用いて分析を行い、災害看護実践活動及び災害への備えについてカテゴリーを抽出した（研究デザイン：因子探索型質的研究)。なお、実施にあたっては笹川保健財団倫理審査会の承認を得た。

１．５　本報告書の構成

- 本報告の構成は第１部で研究の概要に触れたあと、第２部で在宅災害看護を考えるための基本的枠組みについて先行研究等を踏まえながら検討を加える。その上で、研究方法について第３章で概説し、第４部では調査結果を質的に分析して得られたカテゴリーとその構造化を試みる。また、第５部で災害対応についての語りを、第６部では災害への備えの語りを統合的に示す。第７章ではこうした検討を踏まえてまとめを行う。

１．６　研究担当者

主任研究者　　畑 吉節未　（岐阜保健大学大学院 教授）
共同研究者　　畑　正夫　（兵庫県立大学 教授）
同上　　森山 ますみ（国際医療福祉大学 准教授）
同上　　仲佐　保　（シェア＝国際保健協力市民の会代表理事）
同上　　花井 詠子　（兵庫県立大学 助教）

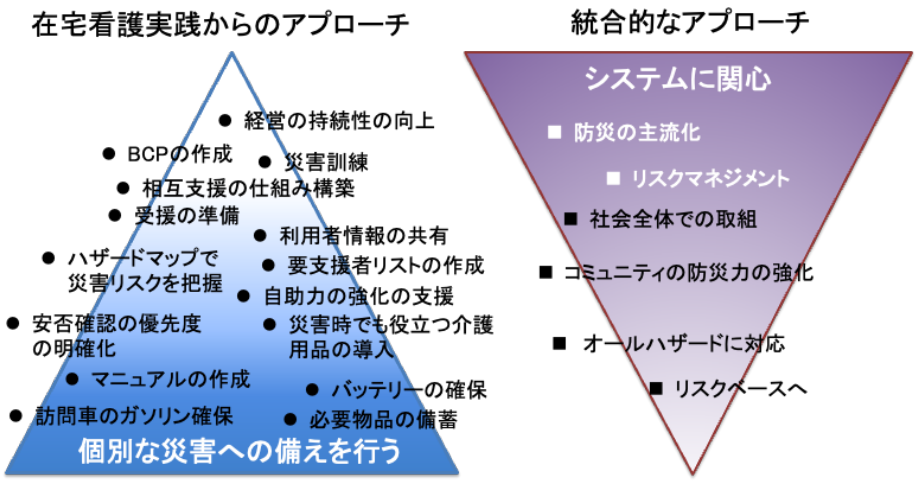
※ 所属・職名は 2022 年 3 月 1 日のものを記載している

２　在宅災害看護を考える基本的枠組み

２．１　災害へのアプローチを変容させる必要性

- 災害は生命、健康、財産に甚大な被害をもたらし、それらを支える社会経済システムに大きな打撃を与える。私たちはこれまで、地震や津波、豪雨災害などの自然災害、大規模な交通事故などの人為災害など多様な危機的状況を経験してきた。しかしながら、健康に影響を与える事象は災害だけではない。現下の新型コロナウイルス感染症の遷延、国家間の紛争など、すべてのコミュニティが健康に留まらない経済的、政治的、社会的な危機に曝されているとする（WHO 2019）。WHO はこうした背景には、地球規模での気候変動、無秩序な都市化の進展、それに伴う人口集中、国家の脆弱性など、これまで捉えてきた健康問題の範疇を超えるさまざまな要因が複合的に絡み合っていることを指摘する。

- 現在、健康の問題は複合的で厄介な問題の一つとしてとらえられており、従来のように個別の事象を断片的にとらえ、対応策を考えるアプローチ（fragmented approach）だけでは足りず、他のセクターとともに統合的なアプローチ（integrated approach）をとることが不可欠なものとなっている。そのためには、保健医療分野の専門職や制度設計に携わる政府・自治体の政策担当者をはじめとする多様な主体と共有できる共通言語が必要になる。また、健康の問題は市民社会の多様な主体とともにデザインすることが重要とされている。そのための共通言語の一つが「リスク」である。日本の現状を見ると、災害の都度、被災経験で浮かび上がった技術的課題の解決に注力するセクター別の漸進的なアプローチ（incremental approach）に留まっていると言っても過言ではない。そのもとで、絶



出典）畑　吉節未　作成

図 2-1 新たなアプローチへの展開に向けて

えず「私たちは災害に何を学んだか」、「何を伝えるべきか」という問いを反芻してきた。これまでの在宅看護実践に加えシステムに関心を寄せた統合的アプローチが求められる

（図 2-1）

- WHO が示す健康 EDRM フレームワーク（Emergency and Disaster Risk Management；EDRM）は、こうした考え方を深化させる基本的視点と枠組みを示す。緊急時や災害時の健康リスクや影響を軽減するために活動する保健分野やその他の分野の全ての関係者が適応・適用できる共通言語と包括的なアプローチを提供することを企図している（表 2-1）。これまで、日本の社会保障制度は「自助」、「共助」、「公助」の最適な組合せに留意して形成されてきた[1]。介護保険制度や医療保険制度もその一つである。しかしながら、急速に進む高齢化のもと、その持続可能性を担保するために病院、在宅を通した医療システム全体を俯瞰し、住み慣れた地域で自立性・主体性が尊重される在宅ケアを重視した仕組みへと統合、シフトさせる方略として、地域包括ケアシステム[2]の実現に向けた取組が進められている。こうした取組に併せて、病院医療の枠組みのもとに深化してきた災害医療、災害看護は変容を迫られている。

- 本報告書では、災害時の訪問看護ステーションの語りをもとに、健康 EDRM が示すリスクベース、オールハザードなどのアプローチなどに焦点を当てて検討を加えている。

表 2-1 ヘルス EDRM によるアプローチの変化（概要）

From		To
イベントベース		リスクベース
事後対応		事前行動
シングルハザード		オール・ハザード
ハザードに焦点		脆弱性と受容性に焦点
単一機関		社会全体
個別の責任		ヘルスシステムの責任を共有
対応に焦点		リスクマネジメント
コミュニティの計画		コミュニティのための計画
イベントベース		リスクベース
事後対応		事前行動

出典）WHO(2019). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework,p.5、一部改変（畑 正夫 訳出）

２．２　在宅災害看護の構築に向けて

[1] 社会保障制度改革国民会議報告書

[2] 「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（平成元年法律第 64 号）は、地域包括ケアシステムを「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義する。

2.2.1　踏まえるべき包括的なシステムの確立への要請

- 我が国における訪問看護の歴史は古く、明治初期のチフスやコレラなどの急性伝染病への対応のための派出看護に始まり、ボランティア的な訪問看護、寝たきり高齢者を対象とする家庭看護、老人保健法のもとでの訪問看護などの制度的な対応のもとで発展してきた。現在は 2000 年に施行された介護保険制度及び医療保険制度のもとで「国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう、他機関・多職種と連携し、24 時間 365 日にわたり療養生活と在宅看取りの支援を行う」[3]ことをミッションに訪問看護の普及・拡大が進められている。しかしながら、先に触れたように、急速に進む高齢化は訪問看護サービスを含む社会保障制度全体の持続可能性に影を落とし、訪問看護の充実・強化を進める断片的なアプローチだけでは十分でなく、多様な主体と統合的なアプローチをとることが求められるようになっている。

- そのためには、保健医療の将来像を構想し、そのもとで検討を進めることが必要になるが、本報告の範疇を超える。ちなみに、厚生労働省の「『保健医療 2035」策定懇談会』の提言書[4]は、社会保障を取り巻く厳しい環境のなかで「パッチワーク的な制度改正による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度は、長期的な視点に基づく変革が求められている」(p. 5) とその課題状況を指摘し、「これまでの発想や価値観を転換させ、技術の革新などを最大限活用することが求められる」(p. 5) と課題認識を示している。また、地域包括ケアシステムの完成（当初 2025 年が目標）後の先を見据える将来ビジョンの必要性を付け加える。確立過程にある地域包括ケアシステムのもとでは、健康 EDRM が示す社会全体でのアプローチを適用するには未成熟な段階と言ってよい。在宅災害看護を構想・確立するためには、現場の看護実践に加え社会システムとの関係性を踏まえたミクロ、マクロな両側面からの検討が求められる。

2.2.2　日常性を重視するケアと非日常の災害の接点を探る

- 地域包括ケアシステムは「可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営む」ことができるとされている。そこに看護の特性・強みが生きる。日本看護協会は「看護は、対象となる人々を、どのような健康状態であっても、人生を生きる一人の個人として総合的にみる。つまり“疾病”をみる『医療』の視点だけではなく、生きていく営みである『生活』の視点を持って“人”をみることにその専門職としての価値

---

[3] 訪問看護推進連携会議（2009.2）「訪問看護 10 カ年戦略『在宅ケアの最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～』」p.4.では，訪問看護を知ってもらうこと、訪問看護ステーションを整備すること、人材を育成すること、機能強化・充実を図ること、ネットワーク化を進めること、多機能化・複合化をめざすことをあげるが、「災害」というキーワードは使われていない。

[4] 「保健医療 2035：2035 年を見据えた保健医療政策ビジョン」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035//

をおく」[5]（p. 8）と述べている。在宅看護は看護の特性・強みをフルに生かすことができる場である。加えて、重要な視点は療養者の「日常生活」である。地域包括ケアシステムや、その構築に向けた様々な研究会報告のなかで災害時の「非日常」を想定したケアに触れるものは見当たらない。「非日常」を想定しない「日常生活」の脆弱性を私たちは数々の災害経験を通して知っている。ここに在宅災害看護を取り上げる意義がある。

- そのためには、災害時の非日常の実態を明らかにし、その理解の上で個別専門領域の対応と全体としての対応を調和させることが重要である。「防災の主流化」[6]の視点を日常生活のケアの中に位置づけることができる仕組みづくりが不可欠となる。

- 現在、保健医療システムが病院完結型から地域完結型へとシフトしていくプロセスにある。すなわち病を抱える療養者に対する看護は、病院・施設中心型のものから在宅ケアサービスのもとでの看護へと移行し、幅広いものへと展開しようとしている。災害看護もこうしたことを踏まえて、病院中心のものから在宅看護における『災害』をとらえ直す必要がある。そのためにはまず、病院と在宅の看護の差異と共通点を整理しておく必要がある（表 2-2）。この二つの類型は決してそれぞれに自己完結的なものではなく、病院と在宅をシームレスにつなぐ災害看護の在り方や、病院と在宅がお互いの資源を相互活用する接点も含めて検討することが、災害看護の全体像を描くことにつながるものと考える。ただ、本研究では在宅看護の観点を重視して検討を進める。

[5] 日本看護協会（2015）「2025 年に向けた看護の挑戦『看護の将来ビジョン』いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護」https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf

[6] 「防災の主流化」とは、あらゆる政策に防災の視点を導入していくことを指す。

表 2-2 病院中心の災害看護と在宅での災害看護の比較

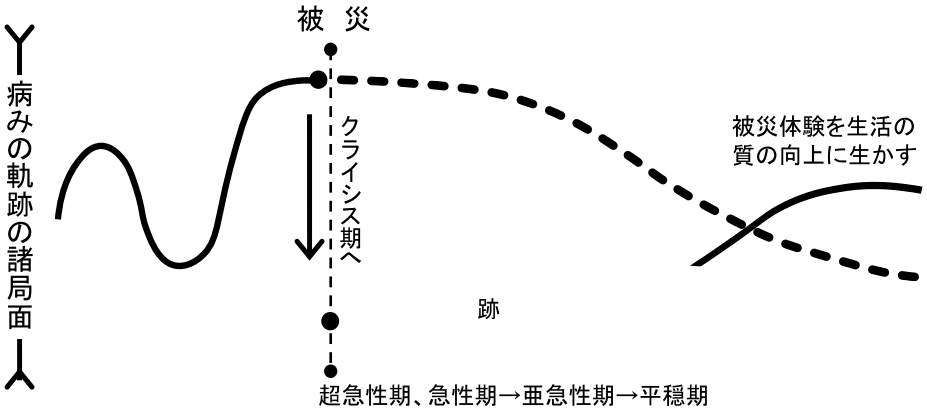
区　分	病院	在宅
目　的	発災直後から避けられた災害死を 1 人でも減らし多くの命を救うことを中心に据えた医療ケアを提供する	医療と生活の持続のため健康の揺らぎを最小限に抑制、中長期を視野に入れた生活の再構築を目的に医療ケア（生活モデルも含む）を提供する
主体と特徴	医療機関が発災場所及び病院を訪れる傷病者への医療の提供に軸足を起き組織的に対応する。災害サイクルの経過（急性期以降）とともに余力を避難所等の支援に割いている。	提供者の多くが小規模な診療所や事業所であり、利用者宅に訪問してサービスを提供する。個々の組織・事業所だけでは医療や生活を支援するサービスが簡潔しない（訪問看護ステーションは特に小規模、零細であることが多い）
対象者	発災場所及び病院を訪れる傷病者、在宅生活をしているが、医療機関でしか治療を受けることができない患者（例：人工透析適用患者など）。	生活の場で自立性・主体性の高い療養者・家族が対象。病を抱え医療・生活の両面からの療養者の支援を行う必要な療養者、特に医療技術の進展に伴い医療依存度の高い療養者も対象とする。
活動期間	災害サイクルのもと限定的で比較的短期間（発災後、超急性期、急性期を対象にする。亜急性期で災害モードから日常へ切り替わる。DMAT で特徴的にみられるように発災直後から亜急性期頃までを中心に病院組織のなかで活動する。	災害サイクルのなかで復興期までの長期にわたり活動を行う必要がある。療養者の医療、生活を支援する災害モードが長く緩やかに続く傾向がある。
技　術	傷病者へのトリアージや心のケアなど災害医療に特徴的な技術が活用される。近年、災害拠点病院を中心に事業継続計画が導入されている（2016 年:拠点病院での策定が義務化）。機能維持を中心とするマネジメント技術が求められる。	常時の医学的管理下に療養者がいないため、在宅では災害時には安否確認と今後の健康状態の揺らぎの適切な推論、リスクマネジメントという日常から活用する技術が用いられる。（ディモート：心のケアは十分ではない傾向が見られる）
対応の特徴	病院組織のなかでは病棟・外来などの機能別、職位に基づく役割分担により、医療専門職を中心に役割を明確にした対応が行われる。組織内でのクローズな対応が中心であることが多く、コマンダーの存在、垂直的な指揮命令系統や意思決定の仕組みが重視される。	地域という場で平時からの自立・分散型のネットワークのもとで活動している。災害時でも、こうした特性を踏まえた連携・協働が求められる。また、専門職による個別ケアに加え、療養者自身のセルフケア、多様なステークホルダーによるセルフケアサポートが必要であり、それぞれに調整とリーダーシップの発揮が求められる。
教育・訓練	災害拠点病院では組織としての実施が義務化されているが、その他の病院では任意の取組に委ねられている。教育内容は研究等によりある程度整理されている。看護基礎教育での系統的学習が始まったのは 2009 年以降で歴史は浅い。	訪問看護財団などが研修の在り方についての検討を行っているが、教育内容についてはほとんど研究されていない。任意の教育機会が提供しているか、学びは個人に委ねられている。看護基礎教育では在宅災害看護はほとんど教授されていない。
その他	個々の看護師は組織の力を活用して、被災した同僚を補いながら行動することが特徴的にみられる。	自律性、分散型の仕組みのため、協働とコミュニケーションが重要な役割を果たす。

出典：畑吉節未 作成

2.2.3　日常性に潜むリスクと非日常の災害のリスクをつなぐ

- そもそもリスクとは「目的に対する不確かさの影響（期待されていることから、好ましい方向/又は好ましくない方向に乖離すること）」を指す（ISO 31000:2019）。ISO はリスクに対処するためには生じうるリスクを特定し、それらへの対応を明確にした上で全体のマネジメントを行うことを求めている。この考え方は阪神・淡路大震災の教訓を生かしたものであり、リスクの発見・認識、包括的なリスト化、リスク対応、リスクを修正するためのフィードバックというプロセスの確立がマネジメントに不可欠とする。健康 EDRM では ISO/ICE ガイド 73（2002）にもとづく定義を用いて「事象の発生確率と事象の結果の組合せ」とするものの、リスク概念の多様化を受け改定された ISO に基づく概念として整理されている。では療養者の日常生活のなかで、リスクをどのようにとらえるべきだろうか。次に災害時のリスクについて先行研究をもとに検討を加える。

- 日常性のなかでのリスクを災害との関係でどのように位置づけるべきであろうか。訪問看護師は、療養者の自立性・主体性の高い「居宅」という場で、療養者が罹患した病を通して経験してきた苦悩など、人生の文脈に触れることになる。臨床人類学者であるアーサー・クライマンは療養者・家族がたどる病いの軌跡を人生行路の一部とし、生活史そのものととらえている。すなわち、病いの軌跡にもたらす様々な外部環境からの刺激の影響は健康のゆらぎに対する対処的な治療等の対応に留まらず、療養者の生活史に刻まれることになる。災害サイクル全般にわたる療養者の生活復興プロセスと関連付けてとらえることが重要になる。そのため、個別の災害、個別の出来事にとらわれるよりも、そこで生じた出来事が、長期的に療養者の生活の質の向上にどのような不確かさをもたらすか、すなわち療養者の病いの軌跡にどのような影響を与えるのかを考えることが重要となる。そのためにも、災害の種類にとらわれないオールハザードアプローチが、また、療養者が抱えるリスクに災害がもたらす影響をとらえるリスクベースのアプローチが不可欠となる。



出典：畑吉節未（2021）「在宅 ALS 療養者と家族の生活観に寄り添う災害支援と備えのデザインに向けて」難病と在宅ケア、27（6）、10-14:11

図 2-2 病みの軌跡と災害経験の融合（イメージ）

- 病いの軌跡が示唆するように、生じるリスクが療養者に対して提供すべきケアの長期的な目的に対する不確かさを生むことに鑑みると、これまで個別かつ断片的にとらえてきた療養者のリスクを包括的にとらえることが必要になるものと考える。在宅看護においてはこれまでほとんど検討されていない。先行研究を見ても在宅看護におけるリスクは個別ケアと利用者の感染がとらえられ、健康危機状況や災害などのリスクについてはほとんど検討されていない。個別の事象と長期の視点をつなげながら療養者のリスクをとらえることが重要となる。これまで行ってきた被災地でインタビューからも、そうした傾向が見られる（図 2-3)。療養者の人生の文脈のなかで、災害時のリスクを結びつけとらえ直すことが必要になる。本報告のなかではそうした点に配慮しながら被災地で活動した訪問看護ステーションの管理者にインタビューを行うことにした。インタビューガイドについては後述する（3.4)。

表 2-3　災害時に在宅療養者が直面するリスク例

カテゴリー	サブカテゴリー(項目)
医療処置の継続	医療資源へのアクセスの困難さによるもの
	ベッドサイドでのケアの困難さによるもの
	装着された医療機器の持続の困難さによるもの
介護者の確保	主たる介護者の不在による介護提供の困難さによるもの
	介護能力が欠けることによるもの
	移動等の介護に必要な追加的な人員の確保の困難さによるもの
場所の安全と安楽	医療依存度が高いなどの特性への配慮不足によるもの
	個別性の高い療養者像の理解不足によるもの
移動・移送	療養者の状況を踏まえた安全な移動・移送手段の確保の困難さによるもの
	自分で移動・移送先を選択することの困難さによるもの
	移動・移送先へのアクセスの困難さによるもの
生活の継続	食事の確保の困難さによるもの
	介護用品の確保の困難さによるもの

出典）畑吉節末(2016)『在宅療養者・家族のための大規模災害の備えの現状と課題』（公益）在宅医療助成 勇美記念財団「在宅医療研究への助成」完了報告書, p. 6.

- 療養者が抱えるリスクと、被災により顕在化した影響は、避難所や仮設住宅での対応を超え、長期的な対応が必要になることを考えると、日常から療養者の身近な存在として、医療と生活の両側面にわたり支援を継続的に行う訪問看護ステーションが担うべき役割が期待される。ただ、こうした期待に応える取組を訪問看護ステーションは行っているのであろうか。2016 年に震度 6 強以上[7]の大規模な地震が想定される地域で活動する訪問看護ステーションを対象にして実施した調査のなかで、療養者のリスクを想定した災害への備えの状況について問うたところ、約１／３の回答者がリスクの想定をできているとしながらも、実際に備えを的確さだと考える回答者は全体の 2 割に満たない状況で

[7] 内閣府の首都直下地震モデル検討会（H25.12)「首都直下の M7 クラスの地震及び相模トラフ沿いの M8 クラスの地震等の震源断層モデルと震度分布・津波高等に関する報告書　図表集」及び「南海トラフの巨大地震による震度分布・津波高について（第一次報告)」南海トラフの巨大地震モデル検討会（H24.3.31）巻末資料より「市町村別の最大となる震度」から「最大クラス（重ね合わせ)」をもとに抽出した市町村で活動する訪問看護ステーション 2,586 事業所を対象に実施した（不達件数を除き回答率 18.5%)。

表 2-4　リスクの想定状況と備えの的確さ

（単位：%、n=316, 無回答:18 施設）

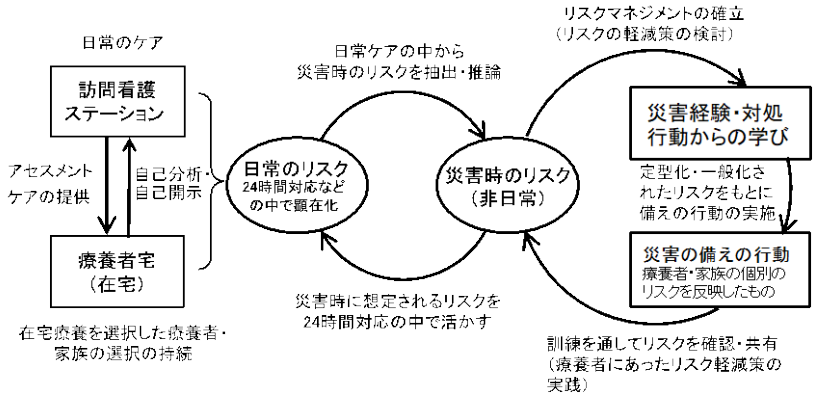
区　分		備えの的確さ			
		なっている	どちらともいえない	なっていない	合 計
リスクの想定状況	できている	16.5	11.1	4.4	32.0
	どちらともいえない	3.5	20.6	5.7	29.7
	できていない	0.3	5.4	32.6	38.3
	合 計	20.3	37.0	42.7	100.0

注）いずれの選択肢も５段階で設計したため、「できている（なっている）」には「できている（なっている）」「まぁできている（まぁなっている）」が、「できていない（なっていない）」には「できていない（なっていない）」「あまりなっていない（あまりなっていない）」を集計した。

出典）畑吉節未（2017）「大規模災害の想定地域を対象にした訪問看護ステーションの備えの実態と課題」コミュニティケア、11、132-137.

あることが明らかになっている。リスクの想定と備えがリンクしていないことが窺える。

- 課題は、被災経験を教訓として学び、療養者の日常生活に潜むリスク、ケア提供者の関わりのなかに生かしていけばよいのだろうか。災害時に可能な限り行動を可能にするためには災害が生じてからではなく、予め起こりうる災害の全体像を俯瞰しておくことが重要となる。すなわち、様々なリスクに直面した専門職や療養者・家族の多様な経験、災害を教訓に始めた備えの一つひとつを吟味しながら統合することが重要である。また、災害の全体像に近づくためには、多様な経験とそこからの学びとの統合が重要であるが、災害経験についての十分なリフレクションがないままでは難しい。リフレクションは経験学習において重要な役割を担う[8]。災害という過酷な状況のなかで行った看護実践を振り返ることは容易いものではない。そうした学びのプロセスを療養者と共有することで災害の備え、必要な行動を学び合うことができるものと考える。その構造を図 2-6 に示す。



出典）畑吉節未（2018）:「在宅療養者-家族を中心とした災害への備えのデザイン」、コミュニティケア、20(3)、pp.65-69.（図はp.68）

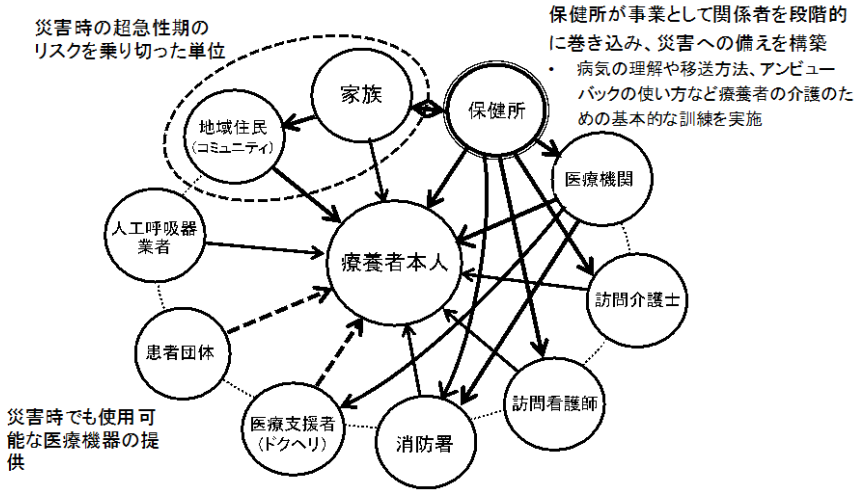
図 2-3　日常のリスクを災害の備えの行動につなぐ循環モデル

[8] たとえば、Galutira（2018）は、リフレクションは看護における重要な概念の一つであり、教育と実践に影響を与えるとともに、看護者が患者に適切なケアを提供するために役立つと、その重要性を指摘する。Gulutira G.,D.(2018) Theory of Reflective in Nursing, Journal of Nursing, 8(3):51-56.

2.2.4　マルチステークホルダーによるリスクマネジメントを探る

- 在宅ケアでは、地域に分散する多職種がネットワークを形成し、個別に療養者の居宅を訪問してサービスを提供するため、平時から療養者を中心にした多職種による組織的な協働が行われている。病院とは異なり、命を守るための機能が完結している訳ではない。そうした環境下でリスク対応を図るための環境を整えるには、個々の療養者に合わせた多様な主体の巻き込みが欠かせない。中央防災会議（2014. 3）が「『命を守る』ことを基本に、『減災』の考えに基づき住民一人ひとりが迅速かつ主体的な行動が取れるように自助、共助[9]の強化とその支援」を行う必要性を指摘するように。療養者・家族の自助と、家族も含む互助の主体が災害時に顕著化するリスクに対応できる療養者が持つリスクに対応するステークホルダー[10]となる。こうしたステークホルダーのネットワークは平時から組織化されてはいないため、予め組織化しておくことが必要となる。

- こうした療養者を中心とした災害時のリスク対応のための組織的なネットワークが、在宅ケアが公的セクターと民間セクターだけでなく、近隣住民や非営利組織等を含めた多様な主体により提供される「社会システム」[11]へと進化するなかで整備されることが求められている。図 2-4 に保健所が事業として災害の備えに取り組んだ例を示す。



（出典）畑吉節未・畑正夫（2016）「在宅療養者のリスクマネジメントの在り方の検討」癌と化学療法、43(1)、51-54. p.52

図 2-4 A 氏を中心とするステークホルダーマップ

---

[9] 内閣府は、「自助」「共助」「公助」の３分類で整理するが、地域包括ケアシステムではこのうち共助が介護保険制度等による社会保障制度を、住民などのインフォーマルな取組を「互助」としている。ここでの「共助」は地域包括ケアシステムにおける「互助」を指すと考える。

[10] もともとは企業の経営戦略に関する概念 であったが、現在では多様な分野で「課題解決の鍵を握る組織や個人」として幅広く用いられている。本研究では「療養者の医療・生活環境上の課題解決の鍵を握る多様な組織や個人」 と定義する。

[11] 厚生労働省「保健医療 2035」策定委員会（2015.6）「保健医療 2025」(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/future/, 2016.6.30 アクセス)

- 図 2-4 のように療養者ごとにオーダーメードでのステークホルダーを構成することは長期の期間を要している。そうした取組が社会システムとして一般化するにはさらなる検討が必要である。そのためには、利用者にとっての専門職や被専門職の個別の支援を在宅ケアの基本的な原則に立ち戻り考えることが必要になる。前述したように、日本の社会保障制度はこれまでから「自助」「共助」「公助」の適切な組合せによって形成されてきた。在宅看護の場合には、地域包括ケアシステムのもとでどのようにこうした組合せが行われているのかについて見ておく必要がある。これらのそれぞれを社会保障制度改革国民会議の報告書をもとに次のように整理する（表 2-5）。もちろん、これらの組合せは排他的なものではなく、それぞれに重複する場面がある。災害への備えについても命を守るのは「自助」と言っても、そのためには災害の備えを支援する「共助」を担う訪問看護ステーションがあり、近隣組織等の「互助」などが必要なことからもわかる。

表 2-5 自助、共助、互助、公助

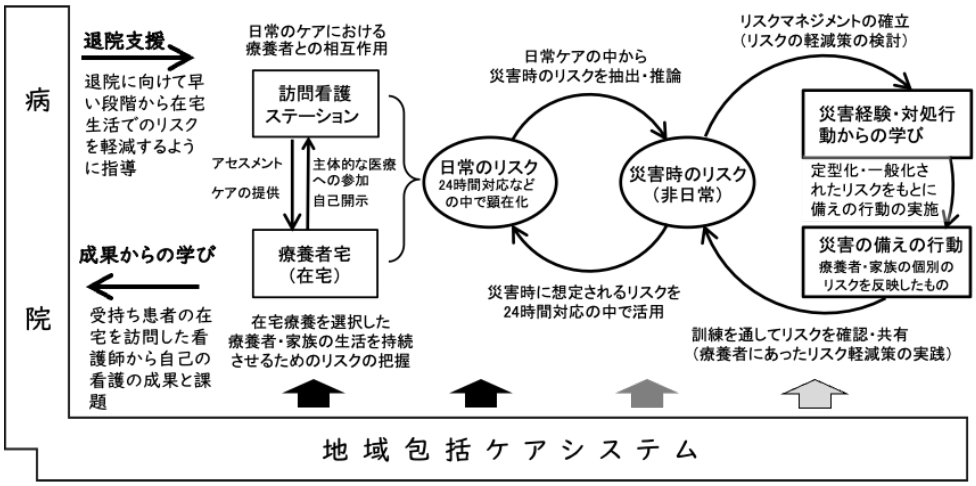
区　分	概　　要
自　　助	自らが働いて自らの生活を支え、**自らの健康は自ら維持する**という国民生活の基本。
共　　助	国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組み。**社会保険方式が基本**。いわば**自助を共同化した仕組み。**
互　　助	地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした**家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合い。**
公　　助	社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、**自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉など**の 「公助」が補完する仕組みとするもの

（出典）社会保障改革国民会議報告（2013）p.2 をもとに畑 正夫 作成（太字・アンダーラインも含む）

- 次に目をやるべき点は病院との関係性である。病院完結型から地域完結型へのパラダイムシフトが進み、在宅ケア制度が充実するにつれて、病院と退院後のケアが具体的につながるようになってきた。ナインチンゲールが、“病人たちが退院して家に帰った後も続く影響”に関心を寄せたように、医療ケアは多職種の専門家と医療機関を含めたケア提供機関の連携がこれまで以上に求められることになる。残念ながら在宅看護が看護基礎教育にカリキュラムとして導入されてから、まだ十分な期間が経過したとは言えない。そのため、在宅看護を理解し円滑に入退院指導が行えるようにするために「訪問看護出向事業」などの取組がなされている。病院と在宅との調整が適切に行われるなかで、あらかじめ療養者の「リスク」を明確化し、療養者・家族と共有しておくことが重要であり、災害への備えの基盤作りにつながる。ここでも防災の主流化の適用が求められる。

- 災害時の相互連携については、まだ個別の主体ごとの取組が始まったばかりであり、地域包括ケアシステムと関連づけてとらえる状況までには至っていない。包括的なシステ

ムを構成するためには、断片化されたものを寄せ集めてもとらえるべき全体像は見えてこない。特に、医療と生活の両側面からの専門的な支援が必要とされるなかでは難しい。コミュニティを単位として防災活動に取り組む自主防災組織も組織され、住民主体の活動も徐々に始められている。ただ、こうした取組は高齢者などを群としてとらえ、対象としていることが多く、簡単に医療依存度の高い在宅療養者の状況に応じたきめ細やかな対応をすることは望みにくい。療養者が直面するリスクをキーワードにして、医療者と学び合いながら進めることが望まれる。



（出典）畑吉節未 作成（第１回研究会資料）

図 2-5 地域包括ケアシステム下のリスクマネジメント

2.3 在宅災害看護に明らかにするための分析視点

- 多発する災害を前に、個別の災害にとらわれないオールハザードのアプローチが求められている。多彩な災害を前提に在宅療養者の個別性を尊重した対応を行うためには、災害時に顕在化することが想定される医療と生活の両側面から療養者のリスクに焦点を当てる必要がある。在宅看護は害サイクルの一段階だけを対象にケアを提供するわけではなく、平時から療養者に寄り添ってケアを行うためである。

- そのため、取り上げるべきリスクは、災害時に生じる個々の状況への対処だけではなく、災害経験を療養者の人生の文脈のなかの出来事の一つとしてとらえる必要がある。災害看護のリスクベースのアプローチが普及していない現状では、リスクを意図的にとらえているかどうかは課題として残る。そのためにも、災害時に困難に直面した困難に対処した看護実践行動を明らかにする必要がある。また、オールハザードのアプローチに向けて、災害の種別を超えて実践行動をとらえることが重要である。

- また、在宅という環境下で災害時のリスクに対応するためには、多様な主体の巻き込みが不可欠となる。多様な主体とリスクを共通言語として関係性を築くには、まず、訪問看

護師が災害経験をどのように生かそうとしているか、また、実際に経験を生かした備えについて明らかにしておくことが大切である。経験を今後の災害の備えに生かす取組がわずかにみられるが、そうした取組を一般化し社会システムのなかに位置づけるには、個々のステークホルダーの役割や、ステークホルダーの協働を地域という「場」でとらえることが必要となる。

- さらに、発災から復興に至る過程でなされてきた取組を、今後の備えに向けて明らかにする必要がある。さらに、そうした取組の効果が発揮されたかを評価するためには、在宅ケアの基盤である地域包括ケアシステムが災害時に機能しているのかを確かめておくことが大切である。大規模災害は広範囲な地域に甚大な被害をもたらすため、個別の訪問看護ステーションだけが備えても十分とは言えない。地域内外の支援の実際を備えの状況も含めてとらえておくことが必要である。

３　研究方法

３．１　対象者

- 近年我が国で発生した大規模災害を対象に被災状況下で看護実践活動に従事した訪問看護ステーションの管理者（6 名）、及び雪害のもとで訪問看護を行った経験を持つ訪問看護ステーションの管理者（6 名）
  - 内訳）災害名・対象地：東日本大震災（2011 年）（宮城県：1 名、福島県：1 名）、熊本地震（2016 年）（熊本県：1 名）、平成 30 年（2018 年）7 月豪雨（広島県：1 名、岡山県：1 名）、令和 2 年（2020 年）７月豪雨（熊本：1 名）、豪雪(北海道：3 名、青森県：1 名、福島県：１名、兵庫県：１名）

３．２　データ収集の方法

- インタビューではグループインタビュー手法を用いた。自然災害等の被災地で活動した訪問看護ステーション管理者へのインタビューにより保健医療体制の揺らぎを的確に捉え、非常事態への対応に関する視点を抽出する。インタビューは単独インタビューでは得られない“幅広い情報”、“ダイナミックな情報”の取得や新しいアイデアの“創出”と“蓄積”に威力を発揮するとされるグループインタビューを用いた。そこで、自らの体験を報告頂くとともに、対象者間でも意見交換を行い、そこに生まれる相互作用を期待した。

- 具体的には、インタビューは「異なる災害」または「異なる被災地」の経験者を２人１組でペアとして、インタビュー項目を予め対象者に提示して行った。インタビューには Web 会議システムである ZOOM を活用した。コロナ禍での調査ということもあり Web 上での実施を余儀なくされたが、そのことが逆に異なる被災地のインタビューイとのグルーピングを可能にした。なお、感染症拡大から２年余を経過した 2022 年１月～3 月に実施したこともあり、インタビュイーはいずれも Web 会議にも慣れており、特段の支障はなかった。

- また、インタビュー時間は対象者の負担を避けるため、１人あたり概ね１時間程度を想定して実施した。インタビュー内容は対象者の同意のもと Web の機能を活用して記録し、逐語録を作成し質的に分析を行う。研究デザインは半構造化面接法を用いた質的記述的研究である。

- なお、質的分析に用いた手法は、ベナーによる解釈的アプローチ（interpretive approach）である。ベナ―は「解釈的アプローチは、文章解釈の作業に似ている。例えば、単語だけ

を分析しても文章は理解できない。むしろ文章を全体の中の部分として理解し、そこにある文脈から文章の意味を解釈していく。同様に、行動は単一ではなく複数の意味があると思われる。したがって行動を理解するには、より大きな文脈を踏まえなければならない。実践的知識、とくに達人レベルの知識はホリスティック（全体的）に研究する必要がある。」[12]（Benner 2005）とする。本報告の「はじめに」で述べたように、在宅災害看護領域は確立されたものではないことから、詳細な部分をとらえるだけでは十分とは言えず、全体的な視点から経験の語りをとらえることが有益だと考え、この研究デザインを適用することにした。

３．３　倫理的配慮

- インタビューの実施に当たって笹川保健財団倫理委員会の承認を得た。

３．４　インタビューガイド

- 予めインタビューに示した質問項目は下線部である。なお、健康 EDRM との接点を【】書きした

［インタビューガイド］

Ⅰ　<u>「災害時にあなたや周囲の人がとった具体的な活動はどのようなものでしたか」</u>

【行動レベルで明らかにした活動経験を収集】

- 自己及び他者の「優れた実践行動」と、「出来なかったこと」「課題として残ったこと」に明らかにする。

Ⅱ　<u>「災害時の活動経験を生かして、災害時に想定されるリスクを洗い出し、生かそうとしていますか」</u>

【イベントベースからリスクベースへの視点の転換】

- 災害経験を学び新たな行動への展開がなされているか
- 災害時のリスクと日常リスクとの共通性と個別性（災害時特有のリスク）との判別と統合がなされているか

Ⅲ　<u>「日常の活動において、どのように災害への事前の備えを行っていますか」</u>

【リスク想定に基づく事後対応から事前対応への転換】

- 療養者の個別性を反映したリスクベースのケアを計画・提供しているか
- 日常の支援のなかで災害にも通用する柔軟なケア計画の在り方について考えることがあるか

---

[12] パトリシア・ベナー（2004）／早野真佐子（2004）：エキスパートナースとの対話；ベナー看護論・ナラティブス・看護倫理（第１版），照林社，p.140-171.

- 災害への備えるために必要な学びの機会を持っているか

Ⅳ 「経験していない他者の災害経験（他者の報告）と自分が経験した災害との共通性と個別性はどのようなことでしょうか」

【シングルハザードからオールハザードへの転換の糸口を見出す】

- 自分たちの経験を自分たちだけの災害として囲い込んでしまっていないか、また、その経験を他者に押しつけていないか
- 異なる被災地、異なる災害間で災害時に生じるリスクの共通性と個別性とを判別し、それらに適応できる備えがなされているか

Ⅴ 「地域全体として災害対策に取り組むためにはどうすればよいのでしょうか」

【コミュニティの計画からコミュニティための計画づくりへの転換】

【個別の責任からヘルスシステムの責任へ・単一機関→社会全体へ】

- 災害対策を対象となる利用者を含め多様な主体とともに検討するにはどのような環境設定が必要になるのだろうか。
  - ✧ 地域包括ケアシステムとしての取り組み
  - ✧ 求められる制度のイメージ
  - ✧ 全体としての制度設計
  - ✧ 地域の防災体制との連携
  - ✧ 他地域への訪問看護ステーションへの連携
  - ✧ スタッフに求められる教育内容
- コミュニティの内外との支援関係を踏まえた多様な災害対策を考えることができる

Ⅵ 「活動経験の成果と課題について教えてください」

【報告者が体験した災害での実践活動経験の意味づけ】

- 災害経験はあなたにとってどのように意味づけることができますか。

４　結果と考察（１）

＜語りから得られたカテゴリーの概要とその構造＞

- 災害経験を持つ看護者からの語りを質的に分析しカテゴリーの抽出を図った。また、それらのカテゴリーの相互関係を検討し構造化を図った。また、カテゴリーは大きく二つに分割した。WHO が Health Emergency について構成した Emergency Cycle[13]を参考にした。Emergency Cycle は、Prevent（予防） → Prepare（備え） → Respond（対応） → Recover（復興） の循環により構成されている。今回の研究では、これらのサイクルのなかでも、Respond（対応）と Prepare（備え）とに焦点を当てている。以下、災害対応及び備えについて検討を行う。なお、備えについては被災経験を持つ管理者にとっては強烈な経験だったためか、療養者に向き合う訪問看護ステーションについて豊かな語りとカテゴリーを得ることができたので、その点については別途、構造化を図った。

４．１　災害対応

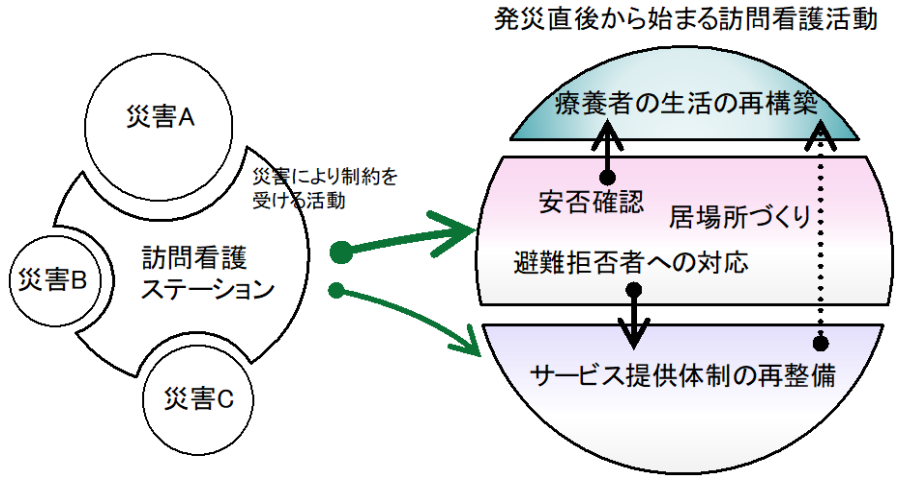
- 災害時の訪問看護実践行動の構造は、訪問看護ステーションが多様な災害に遭遇し、「目の前に迫る災害の危機にリスクを抑制しながら事業継続に取り組む」中で、「激変する環境に対応し療養生活の再構築を支援する」ことに務めている。また、「激変する環境に対応し、サービスの提供体制を再整備する」しながら事業継続に取り組む姿が浮かび上がった。語りから得られた３つのカテゴリーと 13 のサブカテゴリーを表 4-1 に示す。また、カテゴリー間の構造を意味的に分析し、図 4-1 のとおり構造図を描いた。

表 4-1 災害時の訪問看護実践活動

カテゴリー	サブカテゴリー
目の前に迫る災害の危機にリスクを抑制しながら事業継続に取り組む	● 健康危機をもたらす災害像の差異の理解が必要
	● 発災直後は思うように活動できないことを前提に取り組む必要性
	● 安全を確認した行動の難しさ
	● 日常から想定していた災害をもとに行動をとる
	● 惨状は支援者の心理状態にも影響を与える
激変する環境に対応し療養生活の再構築を支援する	● 活動を安否確認から生活支援に展開する
	● 居場所を失う利用者に対応する
	● 避難行動を取らない利用者と向き合う
	● 逃げ場のない原子力災害の被災者に対応する
激変する環境に対応し、サービスの提供体制を再整備する	● 発災直後から被災地での活動を再開する
	● 安全な活動環境を整える
	● 事業継続に向けた被災地外に支援を要請する
	● 県単位で設定されている連絡協議会が支援の基盤となる

[13] WHO Regional Office for Europe ホームページ参照、https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/pages/about-health-emergencies-in-the-european-region/emergency-cycle

出典）畑 吉節未 作成



出典）畑 吉節未 作成

図 4-1　災害時の訪問看護実践活動

４．２　災害への備え

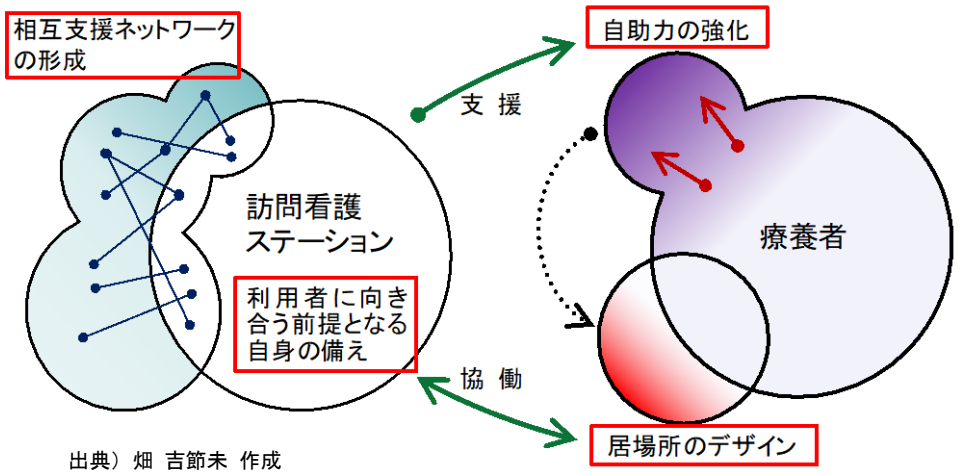
- 災害の備えを強化するための訪問看護ステーションの取り組みの構造は、「利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え」に取り組む中で、「訪問看護ステーション相互の支援ネットワークの形成」と「療養者の居場所［含む避難所］のデザイン」に取り組みながら「利用者の自助の強化とその支援」を目指す構造であることが明確になった。語りから得られた４つのカテゴリーと 25 のサブカテゴリーを表 4-2 に示す。また、カテゴリー間を構造意味的に分析し、図 4-2 のとおり構造図を描いた。

表 4-2 災害の備え

カテゴリー	サブカテゴリー
利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え	● 被災経験者から災害の多様性を学び備えに活かす
	● 発災直後からの状況を想定し行動できる計画の必要性
	● 思うように進まない避難行動や訪問活動の制約を前提に対応を考える
	● 利用者が直面するリスクをベースに取組の展開を考える
	● 災害の兆候をとらえ備えを実行するときを逃さない
	● 危険と隣り合わせの被災時の行動とその抑制を理解する
	● 被災下で機能する事業継続の仕組みをつくる
訪問看護ステーション相互の支援ネットワークの形成	● 脆弱な訪問看護ステーションの活動をネットワークの力で支える
	● 自立分散型の活動主体で構成するネットワークに潜む脆弱

	性を認識する
	● 被災規模に応じた支援活動を可能にする多層的ネットワークを構築する
	● 連携に欠かせない情報を整備する
	● 得た情報をもとに被災地内での相互支援を展開する
	● 他の訪問看護ステーションや他地域の訪問看護ステーションからの受援体制を整える
療養者の居場所［含む避難所］のデザイン	● 包摂的な避難先・居場所環境を整える
	● 事前に療養者にあった避難場所を選択し、対応する
	● 居場所を失う利用者のリスクを評価する
	● 療養者向けの避難先・居場所づくりを進める
	● 利用者の特性に応じた避難所の在り方を検討する
利用者の自助の強化とその支援	● 地域をあげた統合な的取組を構築する必要性と難しさ
	● 教訓をシステムの向上に生かすフィードバックを確立する
	● 実践的な取組を通して他のステークホルダーと学び合う
	● 被災体験を通して得たつながりと、それを活かし活動する
	● 療養者を中心とする取組の核となる「リスク」を多主体で共有する
	● 脆弱性を補完するために災害時の共助をシステム化する
	● 災害時の支援活動に見る自助・共助・公助を超えて協働する

出典）畑 吉節未 作成



出典）畑 吉節未 作成

図 4-2　災害への備え

４．３　訪問看護ステーションの備え

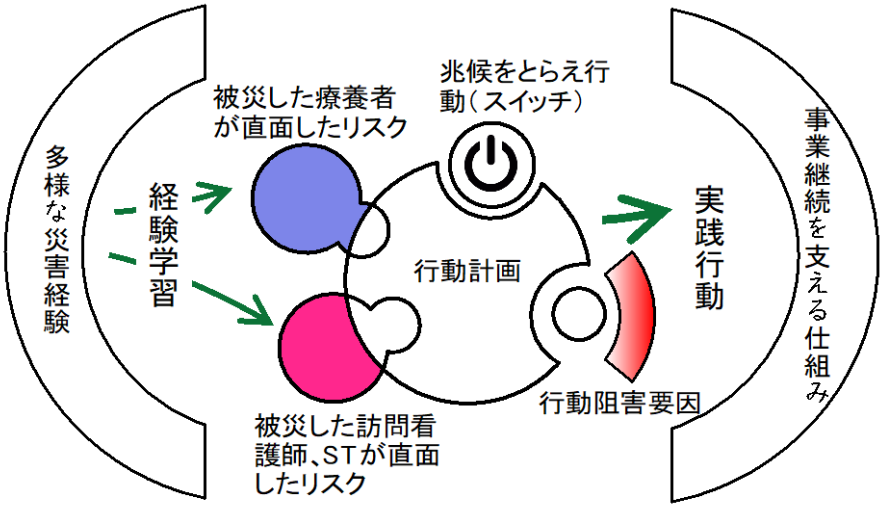
● 冒頭で述べたように、「災害の備えのカテゴリー」の中の「利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え」については豊かな語りとカテゴリーを得ることができたため、改

めて検討を加えた。得られカテゴリーの構造は、多様な災害を経験学習として学びながら被災者や訪問看護ステーションが直面したリスクをリフレクションするなかでその後の災害の備え具体的な実践行動として事業継続を支える仕組みとして取り組んでいる姿が浮かび上がった。語りから得られた 7 つのカテゴリーと 20 のサブカテゴリーを表 4-3 に示す。また、カテゴリー間を構造意味的に分析し、図 4-3 のとおり構造図を描いた。

表 4-3 利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え

カテゴリー	サブカテゴリー
被災経験者から災害の多様性を学び備えに活かす	● 多様な災害の経験に学ぶ大切さ
	● 多様な災害から学び、経験学習の限界を補完する
	● オールハザードの取組を阻害するものを超える
発災直後からの状況を想定し行動できる計画の必要性	● 経時的に拡大し深刻さを増す災害を理解する
	● 発生直後、安全確保を図りながら取るべき行動を考える
思うように進まない避難行動や訪問活動の制約を前提に対応を考える	● 療養者、支援者が災害時の避難可能性をともに学ぶ
	● 共助を担う訪問看護ステーションとして利用者中心の備えを考える
	● さまざまな災害から避難の実際を学ぶ必要がある
	● 活動の拠点を確保する必要性を考慮する
利用者が直面するリスクをベースに取組の展開を考える	● 利用者の日常のリスク評価を反映した行動を計画する
	● 健康と生活の両側面から災害時の療養者のリスク評価を行う
	● リスク評価をもとに、焦点化した取組を多主体により行う
災害の兆候をとらえ備えを実行するときを逃さない	● 小さな災害も逃さずにシミュレーションする
危険と隣り合わせの被災時の行動とその抑制を理解する	● 自らの安全と利用者のニーズの狭間にある危うさを理解して行動する
被災下で機能する事業継続の仕組みをつくる	● 想定外を作らないように努めてそこにある限界を知る
	● 自助・共助・互助・公助を考慮したＢＣＰ作成の重要性
	● 日常から経営のなかで、訪問看護ステーションが持つ脆弱性を考えておく
	● 自らの健康を守ることが訪問看護ステーションの活動持続につながる
	● 訪問看護ステーションの相互支援体制の構築を始める
	● 情報を的確に活用して活動を継続する

出典）畑 吉節未 作成



出典）畑 吉節未 作成

図 4-3 利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え

５　結果と考察（２）：語りから得られたカテゴリー

＜災害対応＞

- 災害に遭遇したその時、何が起こるのか、療養者の健康危機状況に対して訪問看護ステーションはどのように活動し、何が課題として残ったのか、さまざまな災害に備える前提を理解することが必要になる。さまざまな災害を経験した管理者へのインタビューを通して見えてきた災害対応の実像を以下の３つの柱にまとめる。
    - ✧　目の前に迫る災害の危機にリスクを抑制しながら事業継続に取り組む
    - ✧　激変する環境に対応し療養生活の再構築を支援する
    - ✧　激変する環境に対応し、サービスの提供体制を再整備する

５．１　目の前に迫る災害の危機にリスクを抑制しながら事業継続に取り組む

［健康危機をもたらす災害像の差異の理解が必要］

- 災害は必ずしも瞬時に発生するものとは言えないことの共有が重要である。インタビューを通して、その違いが明らかになってきた。例えば地震災害は瞬時に広範な地域に大規模な被害をもたらすことは知られている。しかしながら、風水害では避難のタイミングが課題になるように、一定の期間を経過するなかで河川の溢水などが生じ浸水被害が伴う。「あっという間に」という状況もあれば、被害が発生する恐れが徐々に高まっていく場合、また徐々に被災地域が広がっていく場合もある。インタビューでは「雨が降っていなかったのに」浸水被害が生じたことも語られており、行動の難しさがわかる。加えて、豪雨による被害からダムなどのインフラを守るための事前放流や、事後の緊急放流がさらに災害をもたらす危険にさらされたことが指摘された。

- このほか、原子力災害の場合では測定されるまで、放射線レベルが目に見えないものだけに適切な情報がないとイメージがしにくい。どこに避難すべきか、療養者や自分たちの安全は確保されているか、訪問活動は継続することができるのかといった不安と戸惑いが生じている。被災地域では発災直後から長期にわたって立ち入りが制限されるなど被災状況が続き居宅生活が続いている。雪害は地域により差異が大きい。豪雪地帯では降雪は２～３ヶ月と長期に及ぶ。そうしたなかで降雪が溶けずに積もっていく。また、吹雪により移動困難が生じる。ただ、毎日がその状態というわけではなく、日常と非日常が繰り返される日々が続くという。そのような状況下でも可能な限り継続される訪問は“命がけの訪問”と表現された。これは、他の在宅ケアサービスも同様である。

- 雪害に特徴的なことは、在宅看護を提供するまでの間に時間がかかっている。訪問看護ステーションまでの出勤に時間を要するのは言うまでもなく、訪問車の雪かき、そして

利用者宅への移動時間がままならないほか、訪問先での除雪などに割く時間など評価されていないコストが生じている。また、限られた時間のなかで、1日に訪問できる件数が減少してしまう。このことはコロナ禍で、防護具の装着などにより訪問時間の短縮を余儀なくされた現状と類似している。

［発災直後は思うように活動できないことを前提に取り組む必要性］

- 普段当たり前のように使っている道具、携帯電話やファックスが使えないことで利用者への連絡ができない、道路の冠水や崩壊により車での移動が困難になり、利用者宅に訪問することができないなど、すぐには安否確認ができない事態が生じている。消防や行政の力を借りて安否の確認や避難支援を受けた事例もある。また、利用者の避難先がわからず、安否の確認に数日を必要とした事例や、訪問看護ステーションだけでは安否確認が行えず、事例も報告されている。さらに、活動拠点となる訪問看護ステーションが被災してしまい、被災直後の活動が思うように展開できない例もある。もちろん、管理者もスタッフも被災している可能性が高く、家族の様子を見ながら、限られた人員のもとで管理者としての職責を果たさなければならない困難な状況に直面している。

- そうした経験から災害時に利用者のためにすべきことは何かを考えることが大切だと感じている。災害時にはまず、利用者には自分の命を自分で守ってもらうために、普段から自助力を高めることが大切だと考えるようになったと振り返る。また、自分たちの行動が二次災害を招かないように慎重に対応した。

［安全を確認した行動の難しさ］

- 災害は発生する時間を問わず、深夜に生じることもある。例えば、熊本地震では二度の地震が夜、未明に発生している。また、広島を襲った 2014 年（平成２６年）８月豪雨では深夜から未明にかけた豪雨被害が発生している。さらに、倉敷市真備では夕刻から深夜に向け、徐々に状況が悪化し被災規模が拡大している。こうしたなかで、利用者宅への訪問による看護の提供は難しく、電話でハイリスク療養者の状況確認をしている最中に突然、通話が切れ状況がわからなくなったり、療養者宅に駆けつけようとしても、自らも被災し移動手段を失い身動きがとれない状況になってしまったりしたことなどを語る。振り返ってみると、深夜、未明の災害では、二次災害の危険が高く、発災直後の行動を待たざるを得ない状況にあったと振り返る。

［日常から想定していた災害をもとに行動をとる］

- 東日本大震災の直前には当該地域では規模の小さな地震が起きていた。“前震”と呼ばれる地震活動が大地震につながるかどうかは明らかにされてはいない、また、本研究の射程外であるので論じないが、そうした機会を活用して災害時のシミュレーションを行い、

具体的な対応を指示する管理者の姿が報告された。近年、展示訓練[14]だけでなく、災害時のシミュレーションとしての机上訓練、シェイクアウト訓練[15]などが行われて、災害を想定、体験できる現実感のある実践的な訓練がなされるようになっている。しかしながら、こうした機会は年に１回程度のわずかなものであり、危機意識の醸成・持続は難しい。しかしながら、報告された事例からは管理者が自ら危機発生の可能性を意識して、自ら災害の備えの行動をとっていることがわかる。

- しかし、管理者は必ずしも被災地にいるとは限らない。ケアの質向上を図るために他地域での研修会に参加するなど、不在になることもある。仮にそうなれば、現場で被災状況を見ながらスタッフに必要な指示をすることができなくなる。被災地外から現地に残るスタッフに適切な指示を出すために、被災地の様子をイメージしながら被害状況を想定し、必要な対応を考え出す力が必要になる。また、そうしたことができても、通信インフラが被災してしまうと必ずしも連絡がとれるとは限らない。スタッフも被災していることも考えることが必要である。

［惨状は支援者の心理状態にも影響を与える］

- 災害直後には、備えていてもパニックに陥ってしまう。発生した災害に利用者のことを考え行動しようとしても、自らも被災してしまい冷静さを失い行動がままならないことを経験している。また目に見える災害は日常慣れ親しんだ風景を一変させる。目に飛び込むものは流された道路、大木、瓦礫の山、横転した自動車、被害を受けたステーション、日常活動を可能にしていた環境が根こそぎ被害に見舞われ喪失感に襲われたり、感情の渦に巻き込まれてしまったりしたことを語ってくれた。そうした状況はしばらく続き、災害対応に過剰適用してしまうことで気づかない間に消耗してしまったり、他者、特に行政に対して攻撃的な態度をとってしまったりしたことなどが語られた。さらに、特段の対処行動をとらないままに数ヶ月後を経過し、他者に災害経験を語る機会にはじめて気づいたことを語ってくれた管理者も見られた。

５．２　激変する環境に対応し療養生活の再構築を支援する

［活動を安否確認から生活支援に展開する］

- 被災状況が明らかになっていくなかで、安否の確認から医療の継続、生活の支援へと舵を切っていく必要がある。安否確認は、療養者が生きるために必要な生命・身体の状況を確かめることに加えて、療養者の生活の再構築に向けて、また、被災後の訪問看護の内容

[14] 展示訓練とは普段あまり国民の目に触れない訓練内容を多くの人に見てもらうことを目的としたもの

[15] シェイクアウト訓練（shake-out）とは 2008 年米国カリフォルニア州で始められた発災直後の行動を身につけるための訓練。従来、わが国でも関東大震災の記憶を教訓にして実施されていた。しかし、近年、自治体関係者だけでなく幅広い参加者のもとシェイクアウト訓練と称して実施されるようになった。

を再計画するために必要な情報を得る機会になるとも語る。また、訪問に合わせて、医療の継続に必要な処方薬の内服状況を確認したり、被災した薬局に代わる薬局との協力体制をとったりするなど、健康への影響を最小限にするための行動をとっている。生活面では支援物資の受け取りが難しい利用者に物資を届けたり、必要最小限の食事や就寝が出来る場所を確保したりするなど、療養環境の整えるための支援を行っている。こうした活動はハイリスク療養者への連絡網を用い行うものの時間を要している。

［居場所を失う利用者に対応する］

- 療養を継続するためには、療養者が安全で安心な環境を整える必要がある。被災したことにより住宅が全壊または半壊の状態になった。ライフラインが途絶して療養に必要な人工呼吸、エアマット、吸引器の使用ができない。家の中が散らかってしまったために片付けるまでの間、生活の継続が難しくなる影響を受けている。療養者にとって自宅の療養環境を直ぐに依然と同じように整えることは難しい。それだけに、被災時には訪問看護ステーションを避難所として療養者に提供する取組も始められている。たとえば、予め医療的ケア児の利用者と災害時には昼間に受け入れる契約をしていた事例を紹介する。仮に避難ができても認知症の利用者は避難所ではなじみにくい。避難所で徘徊してしまい、施設入所を求められた利用者のために避難所に訪問することがあった。その後、多くの方が亡くなったが、居場所はさまざまだった。看護小規模多機能型居宅介護の場を活用することも避難場所として活用する試みもなされている。

［避難行動を取らない利用者と向き合う］

- 被災しても自宅から避難しない利用者がいる。主治医が避難を説得したが、癌末期の利用者の一人が聞き入れなかった。その後、数日の間に健康状態が悪化し緊急搬送され亡くなった。事前にできることはなかったか今でも考えるという。あらためて避難につなげるにはどうしたら良かったのかと考えていると語る。信頼関係が鍵となるのではないかとも考える。利用者の行動もまちまちだが、命の危機を体験してから避難行動を取るようになった利用者も見られる。たとえば台風の時は避難しなかった利用者が地震を経験してから避難するようになった。災害時には訪問できないことを知ったことによるのだろうと語る。しかしその一方で、豪雨に伴うダムの緊急放流が伝えられても避難した利用者がいないなど、利用者にあった避難の方法を考える必要があることが課題として残った。

［逃げ場のない原子力災害の被災者に対応する］

- 原子力災害では、避難指示を出された区域から避難しない利用者がいた。見えない放射性物質の危険性にも関わらず、自宅に残った利用者宅への訪問の連絡を受け、被爆のリスクを冒していることを感じながらもケアの継続をした事例がある。避難指示が出た地域に残った利用者の健康リスクにどのように向き合うかは課題として残った。被災地で

ケアを継続するにあたっては、若いスタッフはリスクの高い被災地を離れ、避難先から残ったスタッフのための活動を行っていた。残った管理者とスタッフには並々ならない決断があったと感じている。被災地では、放射線に関するさまざまな情報に翻弄された。放射線災害時にどのように対応すれば良いのかわからないままに、手袋、マスク、カッパを着て訪問していた。目に見えないものの恐怖に直面していたことを改めて知った。

５．３　激変する環境に対応し、サービスの提供体制を再整備する

［発災直後から被災地での活動を再開する］

- 昼間に発災した災害時に一度、事業所に集まって仲間の安否・安全を確認してから、利用者の安否確認から活動を始めている。安否確認に用いた連絡網は、平時から利用者と携帯電話番号を交換したり、LINE で繋がったりすることで作り上げてきたものが役立った。管理者の中には、事業の再開に当たって、被災していないスタッフを交えて活動の継続を決めた者もいる。事業所が被災してしまったために、ボランティアの力を借りて片付け、仮の拠点づくりから事業の再開を進めた。スタッフには事務所の片付けをさせなかった。また拠点は被災していない隣町のクリニックの協力を得ることができた。しかしながら本格的に活動を展開するため拠点作りが必要だったが、被災地外の NPO とのネットワークが支援してくれた。活動を始めると支援者がさらに集まってきてくれた。

［安全な活動環境を整える］

- 事業を再開しても、スタッフは避難生活を継続しながら訪問看護を行わなければならない現実がある。管理者も事業継続や、仕事に熱心に取り組むあまり被災した家族との関係性が悪化するなどの原因でメンタルの問題に直面してしまうことがある。ただ、自らも被災しているため、被災者の目線でニーズを捉えることができたのではないかとも考えている。寄せられた苦情を行政に伝える役割も担った。ただ、こうしたことが過剰適応に陥る要因の一つになりがちであることに留意することが必要である。自らの活動基盤が訪問看護・介護と、地域の居場所づくりのために地域活動部門のボランティアグループの二つを持つ事業所では、相互に協働しながら活動を展開することができた。民間財団の助成金を有効に活用しボランティアスタッフの人件費に充てるなどして、活動を継続することができた。

［事業継続に向けた被災地外に支援を要請する］

- 支援を要請するにも情報通信インフラがダウンしてしまうと情報発信できないことを経験した。自衛隊が支援に入って初めて通信機器が使えるようになった。ただ、支援要請の内容は日々変化する。支援を被災地外に求めるための関係性を構築しておくことが重要である。また、支援は要請するだけではなく、あらかじめ関係性のある被災地外の支援者から必要な情報や物資をプッシュ型の支援により受けることもできる。熊本県の豪雨災

害では熊本地震の際に必要だったものを県連絡協議会がプッシュ型で提供した。コロナ禍での災害では感染予防のため、リレー型で支援が行われた。被災地の支援は道路が復旧し、交通アクセスが改善するに従って広がっていったことが報告された。また、支援には被災の全体像が見える広域から調整を行うことが効果的である。また、訪問看護ステーションの相互支援では、何が必要か理解しやすく迅速な支援に繋がっている。

［県単位で設定されている連絡協議会が支援の基盤となる］

- 支援のためには、トップダウンでは入ってこない細やかな情報を得ることが重要である。そのために宮城県や熊本県では、災害委員の設置、協議会によるブロック単位の取組と県単位での取組を設置、運営している。被災地外も含めて様々な方面から支援に関する情報を取れるような仕組みにしている。そのため、水害の際には支援物資が偏在することなく、タイムリーに被災地に届けることができた。また、連絡協議会で義援金を募り、必要な物資（衛生材料・支援物資、コロナ対応（体温計・パルスオキシメーター））の購入資金に充て被災地に提供している。そうした活動ができたのも熊本地震の経験に学んだ成果だという。大規模災害時の事業の継続についても、どのように活動すれば良いのかについて、適宜情報提供をしてもらった。さらに県外にも、平時の交流会でのつながりを情報共有や支援等に活かしている。

６　結果と考察（２）：語りから得られたカテゴリー

＜災害への備え＞

- 災害を経験した管理者たちは、自らの行動を振り返るだけでなく他者の経験や課題から学び、今後の災害に向けてどのように備えるべきかを考え、行動を始めている。特に、在宅看護に特徴的な視点である療養者が直面する健康危機に立ち向かうべき方略を考え、行動に移しつつある。管理者へのインタビューを通して見えてきた新たな取組について以下にまとめる。なお、「利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え」につついては豊かな語りを得ることができたので、「４　結果と考察（１）」で別途取り上げ構造化を図っている。
    - ✧　利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え
    - ✧　訪問看護ステーション相互の支援ネットワークの形成
    - ✧　療養者の居場所［含む避難所］のデザイン
    - ✧　利用者の自助の強化の支援
    - ✧　地域全体での取組・地域包括ケアシステムの充実

６．１　利用者に向き合う前提となる訪問看護ステーションの備え

６．１．１　被災経験者から災害の多様性を学び備えに活かす

［多様な災害の経験に学ぶ大切さ］

- 被災経験を持つ管理者は災害の経験を風化させてはいかないが、経験した災害にとらわれて他の災害について学ぶことの大切さを忘れてはいけないと語る。たとえば、水害が発生すると水害ばかりにとらわれて備えをしてしまう傾向があるのではないかと省察する。特に自治体にそうした傾向がみられると指摘する。仮に、同じ水害に見舞われるとしても、次に来る水害が既に経験したものとは同じとは限らず、さらに大きな被害をもたらすかもしれないと言う。被災経験から学ぶこととは、自らの被災経験を省察的に学ぶだけでなく、他の被災地で起きたことを自分事として学び続けることだと必要だと考えている管理者もいる。そうした管理者は、被災地を訪れ、多様な災害を学ぼうとしている。

［多様な災害から学び、経験学習の限界を補完する］

- 自らの経験からの学びは大切なことだが、それだけでは十分ではないと考えている。たとえば、地震の経験から学んだことの全てが水害に当てはまるとは限らない。たとえば、災害経験を踏まえて更新されたマニュアルに沿って高いところに置いた物が落下しないように、予め低い場所に置いておいたところ、水害で水に浸かってしまったことを経験

する。そのほかにも、緊急時の連絡網を一元化し、手段も単一化してしまうことにリスクが潜んでいることに留意する必要があると指摘する。たとえば、連絡のためのLINEの活用が広がっているが、それだけに頼らず他の代替手段を考えておくことが大切であると述べる。また、学びの姿勢として、熊本県のように地震と水害の異なる災害を続けて経験することで、訪問看護ステーションの意識も積極的になりつつあると考えている。

［オールハザードの取組を阻害するものを超える］

- 他の災害から学ぶ機会は少なく、被災した者同士が情報を共有する機会はほとんど無いと感じている。災害の経験を語る機会を設けていただくことがあるが、多くの場合、大変だったなぁで終わり、次につながるような機会に出会うことが少ないと感じている。経験を伝えるということは、被災した被災者がどのように生活をしていたかを可視化することが大切であるとする。また、自分の体験を意味づけることや、他者との情報共有や振り返りの機会を通して省察が促進される方法を持っていることが重要だと感じている。そうした意味で、他の被災地の他者の災害経験を学ぶことが不可欠だと考えている。その際の視点には、看護の原点であるナイチンゲールの『看護覚え書き』を拠り所にして学びながら、日常の看護の延長のなかに災害があることを理解するべきだと指摘する。

６.１.２　発災直後からの状況を想定し行動できる計画の必要性

［経時的に拡大し深刻さを増す災害を理解する］

- 岡山での豪雨災害で生じた浸水被害は一瞬のものではなかった。記録的な豪雨が続くことにともなって、また、その後に災害が発生、拡大していったことが経験されている。もちろん、洪水による被害の状況は一様ではない。この事例では、当初、訪問看護ステーションやスタッフの自宅も被災していなかった。また、管理者は必ずしも被災地にいるわけではない。遠隔地から被災地の様子を家族が送る画像等を通して見る河川の増水の様子に、危機感を感じた範囲で考え、指示を出している。災害の発生を完全に想定することはできていないが、そのメカニズムと被害を測地的に理解しておくことが取り得る計画的な行動を考えるための前提となる。

［発生直後、安全確保を図りながら取るべき行動を考える］

- 取り得る計画的な行動の前提として必要な被害の想定を具体的にとらえる必要がある。被災範囲で何が起こるのかを必ずしも想定することはできないだけに、発災直後の行動の安全を第一に考える必要があることを認めている。災害直後の無理な行動は二次災害を引き起こす危険行為となりうることに言及する。たとえば、被害状況が確認されていない段階では道路が流出・崩壊していても規制がかかっていないことが十分に考えられると指摘する。そうした状況が生じることを前提にして、利用者のために取るべき行動は何かを考えておくことが大切だとする。その一つとして、災害時にはすぐに助けに行

くことが困難であることを前提に、利用者には自分の命を自分で守ってもらうための「自助」の力を高めてもらうように関わることが必要になるとする。

６．１．３　思うように進まない避難行動や訪問活動の制約を前提に対応を考える

［療養者、支援者が災害時の避難可能性をともに学ぶ］

- 在宅療養者の中には医療依存度が高く、一般に考えられている高齢者の要支援者のように避難することが容易いものではない者がいる。そうしたことを前提に管理者は、例えば、地域で行われる避難訓練に参加することが難しい障害のある療養者などへの対応をどのようにすべきかを模索している。避難行動と言っても一律にとらえるのでは、利用者の過去の経験から自主的に取れる避難行動もあれば、地震や水害などの突発的な災害への避難行動の間に危機的状況下での行動まで幅広く、その差をどう捉えるかが課題と考えている。とは言っても、比較的自主的な避難がしやすいと考えられる台風時でも避難しない利用者はいるのが現実だという。利用者が実際に避難することにつながる対応とそのための支援について、利用者とともに学ぶ必要性があると考えている姿が浮かびあがる。

［共助を担う訪問看護ステーションとして利用者中心の備えを考える］

- 発災時に利用者のそばにいるとは限らない在宅ケア環境では、災害時にどのようなことが起こるのかを予め利用者と間で共有して備えを進めることが大切である。そのためには、まず利用者の居宅がどのような災害に巻き込まれる危険性があるのかを、利用者宅への初回訪問時にハザードマップを用いて確認する取組を始めている訪問看護ステーションもある。従来のように必要物品の備えなどに留まるのではなく災害時のマニュアルに加えて、災害を想定したシミュレーションを日々、行う大切さを指摘する。利用者ごとの災害時マニュアルを頭の中に入れて、スタッフとも共有しておくことが重要だとする。シミュレーションを行うに当たっては、利用者の居住の状況（独居、家族）を踏まえ、昼間はどうだといったように時間帯を想定し、利用者と必要な行動を考え、備えにつなげるという。

［さまざまな災害から避難の実際を学ぶ必要がある］

- 自らも被災するなかで、療養者への支援を行う前提として、自らの安全を確保しながら活動を継続することには、家族の安全も含めて考えておくことが重要である。たとえば、管理者の中には家族の避難が必ずしも上手くできないこと、そうした家族の避難の実際から、避難する人のタイミングはまちまちで、タイミングによっては避難所に入れない状態になってしまうことも経験している。そうしたなかで、療養者が避難所に避難できるのかを考えておく必要がある。また、中には療養者にとっての避難環境が整っていな

い自主避難所に避難せざるを得ない状況もあることなど、実際の避難と避難所の実施を踏まえることや、実際に他地域の被災地を訪れて、災害ごとに避難の仕方も様々であることなどを知り、利用者のための避難の在り方を考えることの大切さを指摘する。他地域に学ぶことは、被災者の気持ちを学ぶ貴重な機会にもなる。

［活動の拠点を確保する必要性を考慮する］

- 訪問看護ステーションが被災し、活動拠点として活用できなくなることも想定しておくことの重要性を指摘する。もしもの時を考えて、他地域に拠点を確保している事例も語られた。[この点については訪問看護ステーションのネットワークとの関連で整理するべきだろうか]

６．１．４　利用者が直面するリスクをベースに取組の展開を考える

［利用者の日常のリスク評価を反映した行動を計画する］

- 利用者は日常から健康の揺らぎを伴う様々なリスクを抱えている。連絡手段が制限され、スタッフが利用者宅を訪問することもままならない状況下では、そうした日常のリスクについて、どのようリスクが災害時に高まるのか、それは利用者にどのような影響を与えるのかを予めアセスメントしておくことが重要であると指摘する。アセスメントは、平時のケアの中から行う。たとえば、次回訪問までの利用者の症状の変化を予測し、必要な対応を考え、訪問看護ステーションのミーティングで他のスタッフと共有しておく。そうすることで、24 時間対応の対応頻度が減少するともいう。また、アセスメントをもとに災害時の安否確認等を行う際に、療養者を優先づけることができる。ただ、利用者と家族の安全を守るためには、利用者のリスク評価は既存マニュアルや災害フローチャートの見直しに併せて絶えず見直す必要があることを忘れてはならないという。

［健康と生活の両側面から災害時の療養者のリスク評価を行う］

- 災害時の経験をもとに考えると、医療依存度の高い療養者に重点を置くリスク評価だけでは十分ではなく生活面のリスクも含め判断する必要があるとする。具体的にはパニックを起こす恐れの高い 60～70 歳代の知的障害を持つ利用者を訪問看護事業協会による ABC ランク[16]だけでは評価しづらく、リスクの高い利用者が漏れ落ちてしまうことがないかを考えておくことが必要だという。また、避難が難しい高齢世帯への対応も大切だと考え備えているとする。リスク評価は、利用者の状況にあわせて絶えず見直す必要があ

[16] 全国訪問看護事業協会の BCP に関する研究では「命に関わる状態（人工呼吸器の使用、腹膜透析等）の利用者や独居の利用者で連絡がとれない者を優先的に実施」（p.25）とあり、管理者が指摘するように知的障害を持つ高齢者は対象とされていない。

り、初回訪問時に利用者宅でハザードマップを用い療養者とともに考えられる災害を具体的にとらえることや、訪問看護ステーションのスタッフ間で毎月、看護計画の評価時に併せて見直し、共有することを行いながら療養者のリスク評価を進めているという。

［リスク評価をもとに、焦点化した取組を多主体により行う］

- 災害発生時に配慮が必要な利用者について、地域住民の協力による支援が必要であり、避難先でも利用者が困らないように、福祉的な対応ができるスペースの確保、避難先の関係者が最低限のことができる力を持つことが不可欠と考えている。このように多様な主体による療養者の支援が必要であり、その際、リスク評価が重要な鍵となる。そうした支援を受けることが可能になるように、また、利用者が自ら行動ができるように、訪問リハビリの機会を活用して、訪問看護ステーションとしてもハザードマップを使って自らの災害リスクを利用者と共有、実際に避難所への移動を想定した移動訓練を行ったり、利用者のための「安心カード」を作成し、こまめに作り直したりするなどして利用者に感心を寄せていることを示し、行動を促している。

６．１．５　災害の兆候をとらえ備えを実行するときを逃さない

［小さな災害も逃さずにシミュレーションする］

- 備えは時宜をとらえて効果的に実行することが大切である。繰り返し起こる大地震の兆候に対して、スタッフの危機感を高め、万が一の場合には直ぐに行動ができるように準備を進めることが大切だという。災害の兆候を感じる時には、訪問先で生じることが想定される危険や、発災した場合には自らの判断で状況に応じた対応を行うことを確認している。また、訪問看護ステーションが被災しても訪問看護を継続することができるように、たとえば、非常持ち出しを電子媒体のみとするなど、だれがどのような行動をとるべきかを確認し、災害モードの行動を意識しながら、日常のケアの提供を行っている。

６．１．６　危険と隣り合わせの被災時の行動とその抑制を理解する

［自らの安全と利用者のニーズの狭間にある危うさを理解して行動する］

- 自らの安全を第一に行動することは理解していても、利用者からの要請には応えたいと考え行動する訪問看護師がいる。たとえば、被害の様子が目に見えない原子力災害で、高齢の利用者が避難せず居住をし続けるなかでの訪問要請に、危険を知りながら警備のいない山道を通って利用者宅に訪問した事例があることを語ってくれた。また、洪水により道路が寸断されたために、ヘルメットと長靴姿で利用者宅に訪問した事例もある。利用者の生命の危機を慮った行動とは言え、危険と隣り合わせの行動に課題は残る。こう

した経験を持つ管理者は、避難しようとしない利用者に対して、どうすれば避難を促すことができるのかについて考え続けていることを教えてくれた。

６，１，７　被災下で機能する事業継続の仕組みをつくる

［想定外を作らないように努めてそこにある限界を知る］

- 災害が頻発するなか、事業を開始するに当たっては、立地場所がどのような災害のリスクに曝されているのかを確かめておくことが大切である。また、さまざまな活動を常にリスクを意識しながら行うことが大切である（防災の日常化)。過去の災害を教訓に事務所を二階に設置していても被害は想定を超え、水に浸かってしまった。このように、利用者には自分たちの命を守るために「自助」を求めておきながら、「共助」の基盤となる訪問看護ステーションとしての活動を持続可能にする取組が十分とは言えない状況だった。災害時の行動マニュアルの見直しを定期的（年１回程度）に行ってはいるものの、災害の記憶の希薄化に伴い思うように進んでいない。

［自助・共助・互助・公助を考慮したＢＣＰ作成の重要性］

- 災害を想定したシミュレーションではどのように行動するべきかを示すマニュアルを頭の中に入れてそれをベースラインして、利用者を想定して日々行うことが大切であると指摘する。具体的には居住の状況、昼間の状態、時間帯を想定しながら療養者に必要な対応を絶えず考えることで行う。また、在宅では医療者が常時，利用者のそばにいるわけではないので、ケアを提供する側の一方的な支援ではなく、療養者家族が持つ力も含めた自助力、地域コミュニティが持つ共助力（互助力）を含めた連携を前提とすることを前提に事業継続計画を作成することが重要だと考えていると語る。

［日常から経営のなかで、訪問看護ステーションが持つ脆弱性を考えておく］

- 訪問看護ステーションとしての専門性が高まるに従い、より医療依存度の高い療養者やリスクの高い療養者を利用者として引き受ける傾向が見られる。もちろん、社会的に求められる役割を果たすことに加え、収益を上げることにはつながるが、そうした利用者の中には災害時にリスクが高まることが想定される者もいることが想定される。特段の備えなしに、リスクの高い療養者を多く“抱えてしまう”ことが災害時の訪問看護ステーションの活動の持続にとって新たなリスクとなることを考えて、必要な対応策を検討しておくことが必要であると語る。

［自らの健康を守ることが訪問看護ステーションの活動持続につながる］

- 小規模で零細な訪問看護ステーションにとって、社会システムすら崩壊させる災害の中での活動の継続は多難なものである。そうした困難な状況下で活動を行うためには、リ

ーダーである管理者の健康管理が不可欠だと指摘する。また、管理者のなかには、利用者だけでなく他の被災者の健康のゆらぎや、生活上の課題にも関心を持ち、対応しようとする者もいる。あるいはそうしたことをせざるを得ない状況に直面することもあり、自らも被災するなかでは大きなストレスがかかり、不眠状態が継続していたと語る管理者もいた。もちろん、役割への期待が寄せられるのは管理者だけではない。例えば、管理者が不在の間にも災害は発生している。そうした場合に対応できるように、ともに働くスタッフの能力を高めておく必要性があると述べる。しかしながら、具体的な対応までには至っていない。

［訪問看護ステーションの相互支援体制の構築を始める］

- 備えを強化しても、小規模、零細の訪問看護ステーション活動を一時的に休止するなど事業継続が困難となる場合に備えておくことの重要性を語る。そのために、訪問看護ステーション相互の連携の取組を始めていると述べる。具体的には、利用者のリスク評価をもとにトリアージし、最低限訪問する場合についての申し合わせを行っている。本人の同意のもと、個人が特定できないように配慮しながら疾患、支援内容、看護する場合の注意事項を連携する訪問看護ステーションと共有し、連携するステーション間でお互いの利用者像を理解しておき、災害が実際に発生した場合には個人と紐づけて支援を行う仕組みである。この仕組みも、利用者情報の共有のための作業が負担になる。また、利用者を巻き込む実際の訓練までには至っていないことも課題となっている。また取組に参加する訪問看護ステーションもまだ少ないが、コロナ禍で相互支援の取組への関心が高まっていると感じているという。

［情報を的確に活用して活動を継続する］

- 被災時のために利用者の情報を記入した安心カードを作り携行していても，実際に災害に遭遇したとき、それが手元にないと不安になってしまうことがあったと語る。災害が自らに迫るなかで、パニックに陥ってしまったと当時を振り返る。情報が行動の拠り所になっていることがうかがえる。その一方で、災害についての具体的情報を持っていなかったために翻弄された福島の原子力災害の被災地では、管理者は目に見えない放射線に怯え、正確な情報がない中で最悪を想定して対応を行うことしかできなかったと語る。災害時には、情報通信、移動などを支える社会インフラが被害を受け、地域が個々に分断され、災害の全体像や支援ニーズなどが個化するなど情報の把握が難しくなってしまうという。

６．２　訪問看護ステーション相互の支援ネットワークの形成

［脆弱な訪問看護ステーションの活動をネットワークの力で支える］

- 在宅災害の枠組みが明確に立ち上がっていない現状で、小規模かつ零細な事業体であることが多い訪問看護ステーションが災害の備えを行うために必要な情報を得ることは難しい。また、個別の取組だけでは災害後のケアを維持することが難しい。そうしたなかで、災害経験を追跡し、共有できるにすること、そこで得た知識を自分の訪問看護ステーションの備えに活かすには、地区協議会などを通して情報を共有し、実際のできるネットワークを構築する大切さを指摘する。そうした枠組みで、災害時の連絡網を作成し、運用訓練を実施している。これまでからそうしたネットワークをつくる取組は進んでおらず、どこから進めれば良いのかを模索している段階であり、それが課題であると言う。

［自立分散型の活動主体で構成するネットワークに潜む脆弱性を認識する］

- 訪問看護ステーションの連絡網では電話による連絡を基本としている。災害時には、ライフラインである通信環境が機能している必要があるが、停電時には固定電話はつながらず、代わりの手段として携帯電話の番号を予め確認しておくことは必要だが、携帯電話の基地局が被災すると携帯電話も通じなくなってしまう。連絡網が活用できるのは通信インフラが持続していることが前提であることを知っておく必要がある。連絡網の整備には想定外が起こることを前提にする必要がある。また、災害に関する情報を発信する自治体や医師会のホームページを見ることが出来なかった。また、防災ラジオも電波が届かないことが実際に起こった。災害時の情報へのアクセスが難しくなることを前提に備える必要があると語る。

［被災規模に応じた支援活動を可能にする多層的ネットワークを構築する］

- 訪問看護ステーションの連携をどのような単位で行うのかは課題が残る。被災地のいくつかでは被災時に活動を相互に支えるパートナーとして「ペアステーション」を設けている。ペアステーションを設けるとしても、被災地での近隣の事業所の状況を見ると、甚大な被害を受けている事業所が多々見られるだけに、近隣の連携だけでは不十分だと感じている。そのために、地域全体での組織化を視野に、県単位の訪問看護協議会の枠組みのもとに、県内を数ブロックに分けた災害対応の備えを進めている。組織的にもブロックごとに代表だけでなく、副代表、災害委員、教育委員を設置している。また、発災時の通信ネットワークの脆弱性を補完するために、SNS を活用した連絡網を整備している。ただ、組織化するとどうしても消極的なメンバーも一定程度出てしまうことが課題だと考えている。

［連携に欠かせない情報を整備する］

- 相互支援に欠かせないのは「情報」である。その一つが利用者についての「情報」である。他地域の先進的な取組に学び、導入した「安心カード」を拠り所に、利用者の基本情報の整理・管理を県域のブロックごとに進め浸透を図っている。その整理は、訪問看護ステー

ションとして自分たちがとるべき災害時の対応を考える機会になっている。その二つは支援活動のための被災情報である。県レベルなどで集約され発信される情報、トップダウンの情報だけでは支援活動には不十分である。特に訪問看護ステーション相互の連携を行うに当たっては、一般的な情報より細やかな情報を得ることが重要である。被災地だけでなく近隣地も含めて個別に発信される様々な情報を核（ハブ）の役割を果たすところで集約することで全体像が見え、プッシュ型の支援も可能になったという。

［得た情報をもとに被災地内での相互支援を展開する］

- 被災地だけでなく多方面から得た情報をもとに、たとえば支援物資を近隣の被害の少ないブロックから融通することができた。被災地では支援物資が山積みにされ、支援の配分が偏ってしまうと聞くが、連絡網を活用すること、ブロック、県域での情報整理によってタイムリーな支援を行うことができたと言う。また、災害時の活動に欠かせない制度情報など災害経験の少ない自治体では十分に理解できていないために、他の災害経験ではあるが、実際に被災地で出来たことを根拠となる制度情報と併せて情報提供を行っている。訪問看護ステーションとして事業実施に当たって安心することができる。ただ、新たな制度に関する情報が発出されることもあるが、緊急避難的には効果が高いが適切な点検が必要である。

［他の訪問看護ステーションや他地域の訪問看護ステーションからの受援体制を整える］

- プッシュ型の支援を行うために、情報のかたちや制度を根拠とする活動、そして基本的な支援を行う姿勢がある程度共通していることが大切である。特に、訪問看護ステーション相互の支援においては、被災した利用者に対してどのように向き合うか、そのためにどのように平時から備えているかが支援行動を円滑に進める鍵となる。支援を受ける側に立てば、共通言語、共通の活動規範を持つ者同士であることは、他者を信頼して利用者への対応を含め、支援を受け入れ易くなる。また、小規模かつ零細な訪問看護ステーションが災害時に奮闘することだけでは限界があるため、組織的な活動によって他の訪問看護ステーションとともに、平時から災害時の行動について考え、備えることの重要性を語ってくれた。

６．３　療養者の居場所［含む避難所］のデザイン

［包摂的な避難先・居場所環境を整える］

- 療養者が抱える疾患との関係で強いストレスを受ける場合がある。被災後、小さな集会場に避難した利用者がストマケアをしたところ、周囲の他の避難者から匂いが臭いと言われたのを気に病んで、その後、食事も摂らず、下剤の服薬もやめてしまい、被災のショックと相俟って体調不良となり、インフルエンザに感染し，救急搬送されたもののわず

かな日数で亡くなってしまった事例があると語ってくれた。また、認知症を患う利用者が、避難所で徘徊し、避難所での生活に対応できず、施設入所に至った事例もある。こうした一見、避難所への避難が可能に思える利用者のなかに、他者にとっては受容が難しい事例があることがわかる。さらに、そもそも医療依存度の高い療養者にとって必要な、療養者にあった栄養材料や、人工呼吸器・エアーマット、吸引のための電源についても用意されていない。また、発電機があっても静音で他者の生活環境に影響を与えないものは用意されてしない。だれものが避難できる包摂的な避難所づくりと運営の難しさが浮かび上がる。

［事前に療養者にあった避難場所を選択し、対応する］

- 予め避難先を決めておくことは、安否確認やその後のケアの継続にとって重要である。避難所に多くの被災者が殺到することで、そこに入れない場合がある。また、災害時には指定避難所以外の自主的な避難所も設置される。被災直後の混乱のなかで、避難所を探し避難することや、安否確認を行う訪問看護ステーションにとってもどこに自主的な避難所があるのかを確認することもの難しく、適切なケアにつながらないことが発生している。そうしたことも踏まえて、避難所に避難したいと考える利用者に対しては、備えのなかで、予め複数（３箇所）の避難先を候補として決めておくようにしている。しかし、医療依存度の高い療養者の多くについては，災害の発生が事前に予測できる場合には医師と相談してレスパイト入院といったかたちで病院に入院して避難することをしている。ただし、突然に襲う災害の場合には受け入れ可能な範囲でしか対応できず、自分で生き残ってもらうことに頼るしかないと言う。

［居場所を失う利用者のリスクを評価する］

- 療養者にとって、住み慣れた居宅環境を離れることは生活に大きな影響をもたらす。環境の激変に適応できなかった認知症の療養者のことを語ってくれた。水害に遭ったその利用者は、消防隊の救命ボートで自宅から救出してもらい、その後、主治医の病院に搬送されたが、入院するための空ベッドがなく、自衛隊に避難所に移ったものの、避難所での徘徊を心配した避難所の責任者からの相談で訪問、結局、施設に入所することになった。在宅での生活の継続をしていた利用者の居場所はそこしかなかったのかと管理者は考える。自宅建物が倒壊の危険があるために自宅での療養ができない利用者もいる。家のなかを少し片付けることさえできれば、そこが最も療養者にとっては安心して暮らせる場所になるのだが、ボランティアなど人の手を借りて片付けることは容易いことではない。コロナ禍でボランティアにお願いすることが難しくなるなかで、特に、居場所で日常を取り戻すことの難しさが顕著になっていると語る。

［療養者向けの避難先・居場所づくりを進める］

- 発災直後の対応では、希な例ではあるが―管理者はそう語る―避難所を希望する利用者もいる。しかし、多くの場合、避難所を活用しないことを前提にして、被災後の居場所を考えることが大切だと語る。いわゆる「共助」（地域包括ケアシステムでは「互助」）が果たす役割には大きな期待がある、しかし、療養者は被災したことに加え、避難先の集団のなかで二次的な健康危機に直面することが危惧される。そうした環境下での配慮が必要な療養者への対応が課題として残ると指摘する。災害直後には療養者の「自助」が不可欠だと考える一方で、自助では対応できない部分をどのようにするべきか、避難所について、訪問看護ステーション、訪問看護師の役割を考える必要があるという。

［利用者の特性に応じた避難所の在り方を検討する］

- 訪問看護ステーションの中には、被災による停電で電気が使えなかったので、昼間は訪問看護ステーションで過ごし、同時に吸引器の充電をし、夜間は家で過ごすといった居場所づくりを予め契約によって決めている。実際にそうした対応をすることができたという。これ以外でも、利用者の特性にあった避難所の在り方を検討することが必要だという。たとえば、医療依存度の高い療養者に対して一つひとつの訪問看護ステーションが個別に対応することは災害時には難しいのではないかという。そして、家族の自助力も活用しながら、特別支援学校などを活用し、小児を持つ家族が相互に助け合いながら、それを訪問看護ステーションが専門職として支える仕組みなども検討すべきではないかと語る。また、電気の確保については、自家発電を持つ会社や病院などの施設を活用し、地域で電気を提供することが出来る場をつくることも一つかもしれないと語る。

６．４　利用者の自助の強化とその支援

［命を守る自助力の必要性の認識を高め、備えを動機づける］

- 訪問看護ステーションが活動できない場合のために、自らの力で生き延びる自助の力が必要だという。そうした備えの効果は実際に被災し、備えを実践する場で効果が現れるという。実際に、備えを進めることで医療依存度の高い療養者に高い効果を認められたと振り返る。自助に期待するのは、自助だけで済むという発想ではなく、被災の影響を受けて訪問看護ステーションが思うようにリーダーシップを発揮できないことも想定し、お互いに補完し合うことが大切だという考えも背景にはある。そうしたことを踏まえ、自助の必要性を認識してもらい、備えることの重要性を理解してもらうことが必要だとする。

［被災した療養者の経験を生かした自助力の強化を図る］

- 水や持ち出し用品などの備蓄を中心に備えてきたが、積極的に避難することを前提に、避難場所の確認やハザードマップを用いて住宅周辺の地理的な環境と被害想定を確認す

るなど、家族も含めて避難行動につながる防災教育を行っている。大規模な災害にあっても、徐々に被災経験は薄れていく、改めて過去の災害の経験では、夜、特に深夜から早朝にかけて災害が発生していることを考えると、命を守るために必要なもの、たとえば電源等の確保と備えたものを活用ができる状態にしておくことが重要であるという。自家発電機を用意しても、倉庫の奥に仕舞い込んですぐに引っ張り出せず苦労した経験や、操作方法が良く分からず、助けてもらわなければならなかったといった利用者もいたという。また、電話も受信状態が必ずしもよくなく、話が聞き取りにくかったという経験もある。

［自助においても利用者任せにせず、訪問看護ステーションも注意を絶やさない］

- 訪問看護ステーションとしてもバッテリーの残量、ただ備えて居ると言うだけでは足りず、残量を絶えず確認することや、それが直ぐに使える状態になっているように絶えず気配りしておくことが大切であるという。たとえば、懐中電灯は手がフリーになるものを選びベッド周辺に置く、ギャッチベッドは停電時に手動でフラットになるよう操作できるものを使う、空気の抜けにくいエアマットを推奨する、医療機器のバッテリーを確保するなど、災害を想定してすぐに使える状態にしておくことや、用具が発災時に活用できることを前提として助言している。また、訪問看護ステーションも訪問時にバッテリーの残量を確かめることや、用意したバッテリーが停電時にどれくらいの持続するのかなどを把握しておくようにして、決して利用者任せにはしていないと語る。

［共助・互助、公助の限界を踏まえた自助力を育成する］

- 療養者、家族と一緒に利用者のリスクをとらえ、災害時にとるべき行動を考えている。そのために、ハザードマップを用いて、どのような災害に遭う可能性があるのかを考え、療養者一人ひとりの個別ハザードマップを作り、自分の家がどのような危険エリアにあるのかを明確にする。それをもとに適切な避難行動を考えてもらう。その際、利用者の世帯構成や、避難時の支援者の有無、避難場所、避難方法、避難時期などを考える。また、医療ケアが必要な場合には、療養者・家族が医療機器の管理や物品の持ち出しができるようにする。停電になった場合に酸素濃縮器の電気が切れるので、酸素ボンベに切り替えること、その際の流量を何リットルにするか、切り替えたボンベは何時間使えるか（７時間程度）などを記述した災害対策用リーフレットを作成する。内容は６ヶ月ごとに更新する。こうして意識することがなかった災害のリスクを可視化し、訪問看護サービスの提供を再開するまでの間に必要な対応を共有し、行動につなげてもらう。

［利用者に感心を寄せ自助の取組を促す］

- 行動を促す「安心カード」をこまめに更新することで利用者が行う備えに感心を寄せていることを示したり、訪問リハの機会を活用して利用者の歩行能力などを実際に確かめ

たりしながら避難行動の可能性を確かめたりしながら、利用者の備えの意識を高め取組につなげるように努めている。こうしたアプローチの成果もあって、必要な物品の準備なども進んでいる。バッテリーやガソリンの準備、非常用バッグ、自分の体調に合わせた小物など、ものによっては利用者と一緒に準備することもある。利用者から物品の補給について話題がでるなど主体的な行動がみられ、訪問看護ステーションから働きかけた成果が出ていると感じている。

［災害サイクルの各段階に対応できる自助力の強化を図る］

- 警報が出ても避難をしない人には予め被災することについてのイメージをもってもらい、行動につなげてもらうことが大切だと考えている。家に居て被災することを待つのではなく、これまでの経験を活かして自主的にレスパイト入院先を探してもらい入院などの行動をしてもらうことが必要だと考えている。また、災害からの復興過程を振り返ると、避難だけではなく、その後のさまざまな生活への影響を目にしてきた。多くの方が亡くなったが、その最期をみても、住宅を再建して自宅に戻った人、病院を転々として家に帰れずに最期を迎えた人など、被災後の療養生活は様々だった。療養者に関わり備えを考えるには療養生活全般にわたる備えが必要であることが窺える。

［療養者とともに学び、行動レベルの自助力の形成を図る］

- 災害の備えを行動に移す訓練は重要だが、障害がある方など従来の方法の避難訓練では難しい利用者のための避難訓練の在り方を考える必要性があると管理者は語る。また、利用者の過去の経験を活かして自主的に避難行動がとれる場合と、地震など突発的な災害に遭遇した場合の避難行動となどの違いを踏まえて避難行動を考える必要がある。また、決して避難しない人、避難行動が取れない人がいることも念頭に置いておくことも大切である。そういう前提のもとに、個々の利用者とともに災害の備えを学ぶことも行っていると管理者は語ってくれた。そのため、個々の利用者が自ら作る災害対応ハンドブックを導入した。家族とともに基本情報には利用者に初めて関わる人でも速やかに全体像がつかめるようにした。また、医療機器と療養に必要な物品も書き込む。保健師も巻き込んだ。仙台市の災害時個別支援計画のフォーマットとして使用している。ただ、利用者全員を対象にして作成することは難しく、医療依存度に応じて優先度の高い利用者、支援者のニーズがある利用者から対応している。

６．５　利用者の自助の強化とその支援

［地域をあげた統合な的取組を構築する必要性と難しさ］

- 災害への備えの必要性から、個別の機関や団体が個々に災害時のガイドライン（行動指針）を作成している。取組は一定の方向を向いているが、それらを突き合わせて統合した

取組に発展させる機会を上手く作り出せていない。特に、行政との連携の在り方が課題だと感じている。災害時の訪問看護ステーションの活動フローチャートなど知り得た範囲で他の団体が作ったものを取り込み、活用している。夜間の行動を控えることや、LINEを浸かった緊急連絡、安否確認は個別担当者が実施するといった在宅ケアの特性を活かした行動などもそうだという。熊本地震の被災地では、被災後に東日本大震災の被災地での取組から学んでいるという。

［教訓をシステムの向上に生かすフィードバックを確立する］

- そもそも地域全体で取り組むにしても、関係者が集まって災害を振り返る機会を持てていない。たとえば、地域包括ケアシステムを前提に、振り返りを通した関係づくりを行うことも必要だと考えている。熊本県では訪問看護の領域では県域組織の訪問看護協議会と各ブロック単位での取組が進んだが、多職種での取組までには発展していない。誰かが手をあげて進めようとしないと多職種を巻き込んで地域全体への取組へと発展させることは難しい。それが課題だと言う。

［実践的な取組を通して他のステークホルダーと学び合う］

- 体験を経験に高めるために、外部から防災の専門家を招聘し、セミナーを開催したり、被災地で大学生などを案内したりしながら被災体験を意味づけている。セミナーの結果はまとめて関係者にフィードバックする。そうして、外部の支援をもとに自主防災組織の充実を図ることや、個々の活動を考えるためのツールとしてマイ・タイムラインを学び、導入している事例も見られた。防災訓練でも、毎年、すべき課題を洗い出して、目的意識を持って実施している。たとえば、車を高台にあげるといったことがテーマになる。行政との関係では提案をするだけでは必ずしも聞いてくれるわけではないことを知ったという。訓練にしても、防災メールのやりとりだけではなく、官民一体とった連携のための会議などがあれば、訪問看護師として連携や体制づくりに関わりたいと考えている

［被災体験を通して得たつながりと、それを活かし活動する］

- 被災地では訪問看護師ということと同時に被災者であった。自らも被災したので、被災者のニーズを同じ目線で把握することができたと言う。被災者の支援は、自分自身と家族にとって必要なことだと考えていた。また、被災者の苦情や要望を聞き、自治体に伝える役割を担うこともあった。幸い、近隣住民の支援を始めたら、それを支援してくれる人々が人災外も含めて集まり、支援の輪が広がっていった。訪問看護・介護事業に加えて、地域でのボランティア活動を、時に相互に関わらせながら取り組んでいる。民間財団の助成金を受けて地域活動部門を動かしながら訪問看護を継続した。被災範囲の規模によって、公助を担う行政との関わりが異なっていると感じたと語ってくれた。

［療養者を中心とする取組の核となる「リスク」を多主体で共有する］

- 地域コミュニティのなかでの療養者への関わりでは、疾患を抱える個人をとらえるアプローチが必要になる。地域住民の協力を得るためには、対象者を明確にして、発災時にすべきことを共有しておくことが重要となる。特に配慮が必要な利用者については、予め避難を支援してもらう協力者にお願いをしておくことが必要になる。また、療養者が避難先でも困らないように福祉スペースを確保するなどの配慮が欠かせないため、最低限のことができるように多様な主体との関係性を予め構築しておくことが重要だとする。こうしたことには、平時から関係性を構築し、「リスク」に焦点を当てておくことが、地域包括ケアシステムのもとで地域全体での備えを位置づけることが多主体を巻き込むのには相応しい。地域包括ケアセンターごとに、利用者中心の情報共有や支援体制を考え、構築し、訓練などを行うことが必要だろうと考えると語ってくれた。

［脆弱性を補完するために災害時の共助をシステム化する］

- 事業所が一時的に閉鎖することも想定する必要がある。リスクを分散するために訪問看護ステーション同士でペアを組むペア・ステーションを構想し、取り組みを始めた。感染症で動けない事態が発生した時に、高い訪問頻度を求められる医療依存度の高い利用者を何人も抱え込んでいたら、それが事業継続上のリスクになると考えている。同じように、他の関係者が相互に事業活動の継続に向けて補完し合う仕組みをつくることが必要だと考えている。

［災害時の支援活動に見る自助・共助・公助を超えて協働する］

- 自助、共助、公助は個別バラバラにあるものではない。訪問看護ステーションによる安否確認は、利用者の生活の再構築のためには欠かせない「共助」と「自助」の接点となる。また、過去の被災経験を生かすために経験の少ない行政でも理解しやすい方法で伝え、個別の利用者に生かすことが大切である。ここでは「共助」と「公助」の接点がある。さらに、家のなかの片付けを学生に協力してもらうことや、専門職以外の者とつながり支援者を巻き込むことは「共助（互助)」の力を生かすことである。こうしたつながりをつくり出すには、災害経験の有無にかかわらず、自分事として取り組む機会をつくることから始まると考えている。

７　まとめ

７．１ グループインタビューからの気づき

- 本研究ではグループインタビューで分析の対象とする語りを得た。インタビューイを２名ずつペアにして行ったグループインタビューから二つの傾向が見て取れた。

- 一つ目の傾向は被災経験を持つ管理者でも他の被災地と経験を共有する機会がほとんどないことである。たとえば、東日本大震災で被災した宮城県と福島県とでは、福島県が原子力災害との複合災害の被災地ということもあって、被災経験の内容が著しく異なるものの、個々の訪問看護ステーションの管理者のレベルでは、被災地での経験を共有する機会を持たず現在に至っていることである。「東日本大震災」と言っても一括りにしてとらえられない現実がある。同様の傾向は他のインタビューイからも見られた。オールハザードアプローチが求められるなかで、貴重な災害経験を共有できない現状は、次の災害に向けてネガティブな効果をもたらすことになるのではないだろうか。検討すべき課題である。

- 二つ目の傾向は、平時に戻ったあと、災害の記憶を教訓とすることを目的に講演会や学会での発表を依頼されるようになったが、そうした機会が参加者とつながりをつくり、災害への備えに生かす取組へと発展する経験がほとんどなかったと語るインタビューイが複数いたことである。同じ種類の災害でも他の被災地から学ぶ機会をもっておらず、他者の経験からの学びを自らの実践に生かす看護における学習共同体の力が発揮できていないことが窺える。このままでは、経験していない災害には脆弱性が残り、経験した災害では過去にとらわれてしまい想定外を生んでしまうという危機に陥ってしまう。すなわち、経験学習のプロセスが回っていないことが浮き彫りになった。

- 在宅災害看護を効果的・効率的に学ぶための学習プログラムを開発することが不可欠であることがわかる。学習プログラムの開発に当たっては、本報告で得たカテゴリー化を有効に活用しながら、在宅療養者の尊厳を守り、人生に触れる看護の在り方を探究する必要がある。加えて、自己の経験を省察し、他者の経験から学ぶ力を身につけてことも求められると考える。

７．２ 進み始めたネットワーク化の発展に向けて

- こうした中でも、他の被災地に学んだり、自らの被災経験をもとに新たな災害の備えを始めたりする被災地の存在も見えてきた。しかしながら、いずれも地域包括ケアシステ

ムなど、制度的なものとして位置づけられてはおらず、個々のリーダーが在るべき姿を模索し、実験的に取り組み始めている段階に留まっていると言っても過言ではない。たとえば、療養者の個別性を反映された安心カードや、パンフレットづくりを自治体ともつながりながら進めている例もわずかに見られた。また、災害時の支援や訪問看護ステーションの事業継続が難しくなった場合の対応について、支援する内容や個人情報の取扱について予め契約している先導的な取組も見られた。

- こうした取組は同じ地域内で活動する訪問看護ステーションの相互支援に留まらず、県単位の訪問看護連絡協議会を中心とする広域圏域での支援・受援のネットワークへと発展する事例も現れている。また、他地域との関わりを持とうとする協議会も現れている。ただ、そうした取組は、まだ一部の被災地に限定されている傾向にあり、制度化されていない限界からか、十分な広がりが見えない。防災の主流化が唱えられて久しいが、今後その取組の拡大を図ることが望まれる。災害という健康危機状況下における小規模かつ零細な訪問看護ステーションにとってはネットワークの力を活用しての機能向上を図ることが喫緊の課題となると考える。

７．３　コミュニティとともに進める在宅災害看護の確立の必要性

- 地域のなかで生活する療養者にとっては災害がもとらす影響は甚大であり、訪問看護ステーションですら初期段階では対応できないことを前提に、療養者が自ら命を守る行動を取ることを求めている。すなわち、共助の主体の限界を前提にした自助の強化である。もちろん、そのためには自助の力を高めるための関わりを、平時から行うことが不可欠となる。ハザードマップを使ってどのようなリスクに曝されているのかを確認したり、実際に避難所へ向かう訓練をリハビリの一環としておこなったり、インフラが被害を受けても対応できるように必要な備蓄をしたりする取組が見られた。ただ、こうした備えもリスト化した画一的な取組では重要ではなく、利用者とともに考え進める必要がある。

- 近隣住民の力である互助の取組として、たとえば地区防災の取組などが期待されるが、医療依存度の高い療養者の避難支援ひとつとってみても容易なことではない。専門家の支援が不可欠な療養者に対応することが可能なのかを見極めておくことが必要である。そのためには、互助の取組を進めようとしている活動のなかで、たとえば災害時の避難所での高齢者などの生活環境を整える取組などに、訪問看護の視点と技術を生かした関わりを持ちながら、地域で生活する在宅療養者の存在を理解してもらい、利用者が災害時にコミュニティの力によって、健康に大きな影響を受けないようにすることも大切だろう。

- 同時に、地域の防災力を踏まえて、災害時に利用者の対応をどのようになすべきかをア

セスメントしておくことが必要であると考える。コミュニティ、療養者、訪問看護師がともにバランスのとれた災害時の対応計画に生かすことが可能になるのではないだろうか。そうすることが、「誰一人取り残さない」社会の構築につながるものと考える。

［以上］