

研究報告書

1. 研究テーマ

東日本大震災被災地における看護職のストレスの実相とストレスマネジメントの意味

2. 研究組織（所属・職名・氏名）

研究代表者：日本赤十字広島看護大学・山本 加奈子・講師

共同研究者：石巻赤十字病院・田中 雄大・臨床心理士

神戸市看護大学・平尾 明美・講師

3. 要旨

本研究は東日本大震災被災地における看護職の震災に関連したストレスの実相を把握しリラクセーションケアの効果を明らかにすることを目的とした。看護職 20 名にアロママッサージを行い POMS 短縮版の評価と語りのデータを質的帰納的に分析した。POMS 短縮版では緊張－不安，抑うつ－落込み，怒り－敵意，疲労，混乱の改善に有意差を認めた。語りからはストレスとして【周囲に気を使い，本音が語れない状況】【心身の緊張・苦痛がコントロールできない】【震災による精神・経済面の負担】【震災を機に変化した生活と，離れられない被災体験】【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】など 7 カテゴリー，効果として，【癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる】【心身の苦痛が緩和され前向きになる】【自分の身体に注意を向けるきっかけ】【意欲を向上させるきっかけ】が把握された。リラクセーションケアは，震災時にも効果があることがわかった。

4. キーワード

災害看護，ストレスマネジメント，リラクセーション，こころのケア，アロマセラピー

5. 研究報告

1) 研究の背景・目的

近年の医療技術の高度化・専門化，患者の重症化・高齢化，在院日数の短縮など，保健医療ニーズも多様化しており，看護の役割と責任は増大するとともに，看護師はより高い能力が求められている。看護師は他の職種に比して緊張度の高い業務が長時間持続するという特徴がある（川本，2006）。看護師のストレスの高さ（福岡ら，2008，2007；野末，2004；石松ら，2001；宗像ら，1998）は数多く報告され，このストレス

の蓄積がバーンアウトを引き起こし、離職の要因になっているとも言われている（川本，2006）。また，近年では，看護実践が過酷なまでの「感情労働」であるということもさかんに指摘されるようになってきている。医療の高度化に伴う患者の重症化，在院日数の短縮なども主要な原因となって，その状況はさらに悪化するばかりである（藤崎，2008）。患者によいケアを提供するためには，看護師自身が心身共に「Well-Being＝よい状態」であることが重要であり（小林，2006），心身の不調があれば，患者の苦しみや辛さに対する本来の看護の役割である「癒し」を行うことは無理であるとの指摘もある（藤崎，2008）。さらに，看護者が Human Care を行うには，暖かく心の通ったケア意欲が不可欠であり，看護者のケア意欲の喪失の予防が必然である（稲岡，1988）。

これまで，看護師を取り巻く問題として，ストレス，バーンアウト，離職の関連要因について数々の研究が報告されている。ストレスによる身体的症状の不眠，食欲不振，頭痛，肩こり，腰痛，倦怠感などは QOL に大きな影響を与え，スタッフナースの健康に関連した QOL は国民標準値と比較して低い（上田ら，2006；八島ら 2001）。これらのストレスに対し，看護師の心理的援助の必要性（石井，2003；広瀬 2003，2004），ソーシャルサポートの有用性が論じられている（上野ら，2000；南ら 1987）。

このように，ストレスに関連し，多くの研究がなされているが，これらの結論は，“専門家への相談”や“個人の心がけ”など，個人の努力に任されて，具体的な対策は今後の課題とされている場合が多い。さらに，近年，補完・代替医療（Complementary and Alternative Medicine，以下 CAM とする）が普及しつつある中，看護師のストレス等に対するメンタルヘルスの一環として，リラクセーションを促す研究結果，資料を散見する。しかし，それらも，基本的には個人の努力に任せられ，具体的な解決策を示唆するものは皆無と断言していい（斉尾，2008）。

1995 年の阪神・淡路大震災をきっかけに，こころのケアへの関心が高まり，それ以後の自然災害では精神保健活動が展開されることが着実に増えている（加藤，2005）。しかし，震災後 15 年以上が経過しても，未だに PTSD や心身の不調に苦しむ被災者や遺族の存在が知られている（宮井，2010）。特に被災地の看護職は，被災者でありながら救援・支援者の役割を果たさなくてはならない。支援活動時のストレスは，後の心身の変調にも影響し，被災後数年経過した後でも，ストレスが高く，それが「身体」「仕事と職場」「対人関係」にも影響を与えている（小林，2010）。また，看護師は，震災に関する外傷後ストレス障害のハイリスク者であり（大澤，2006），看護職への中長期的なこころのケアの継続，ストレスマネジメントの必要性が示唆されている（大澤 2006，内海 2010，小林 2010）。また，海外では，災害後の PTSD に対するリラクセーションの有効性についても報告されている（Hodfoll S.E.*et al.*，2007）。東日本大震災においても，日本赤十字社をはじめ，多くの団体によりこころのケアに関する支

援が展開されたが、国内の災害後のストレスマネジメントにおいては、具体的な実践例の報告はないのが現状である。東日本大震災の特徴は、被害が壊滅的・広範囲におよび、医療機関の倒壊や遺族を失った看護職の多さであり、過去の経験からも発災直後に機能していた医療機関の看護師に対する災害復興期における中長期的なケアのニーズは高いといえる。

そこで、本研究において、被災地における看護職の震災に関連したストレスや辛さの実相を明らかにする。さらに、リラクセーションによるストレスケア・ストレスマネジメントの効果を明らかにする。

2) 研究方法

(1) 対象

東日本大震災により被災した地域にある病院で、かつ、震災当時に機能していた A 病院に勤務する看護職。臨床心理課を通し院内メールで公募により参加者を募った。公募時には、被災状況は問わず、リラクセーションを目的としたアロママッサージを行うこと、その際に話される震災に関する様々な状況や思いなど全ての語りをデータとして使用させて頂くことを伝えた。データ収集は 3 回行ったが、単回・複数回の参加形態は問わず、また、被災状況を問わず、ケアを受けたいという意味のある方を対象とした。

(2) 期間

平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月

(3) データ収集方法

①介入前コンサルテーション

アロママッサージを安全に行うためアレルギーの確認や、心身の不調を感じていること、ケアを受けてみたいと思ったきっかけや、現在一番辛いと感じていること、震災前後の生活や心境の変化について質問した。また、日本語版 POMS 短縮版の記入を求めた。

②介入（ケア）

実施可能と判断した場合、アロママッサージによる介入を行った。施術時間は 40 分間を目安に、参加者の状況と希望に応じ、施術部位を決めた。使用する精油は、リラクセーション効果を期待し、ラベンダー (*Lavandula angustifolia*) とフランキンセンス (*Boswellia cariterii*) をホホバオイルに 1 % 希釈しマッサージオイルとした。対象者には、香りの嗜好を確認し使用した。なお、パッチテストを行うことができなかったため、アレルギーや皮膚の状態を確認し、トラブル発生時の対応について説明の上実施した。施術は院内の個室を使用しプライバシー

一の保護に努めた。施術は手技の統一性の保証，協力者との関係性を一定に保つため，アロマセラピーの民間資格を持つ，研究代表者一人で行った。

③介入後のコンサルテーション

アロママッサージを受けた感想，現在の気持ち，ケアを受けることによる気持ちの変化などについて質問した。①と同様に日本語版 POMS 短縮版の記入を求めた。

①～③の過程において，話される全ての語り（ナラティブ）をデータとして，許可を得て IC レコーダーで記録した。収集に際しては，なるべく自然に語っていただける様，上記以外の質問はなるべくしないようにし，相槌は，否定・肯定の評価をもたらさないように心がけた。

（４）分析方法

①日本語版 POMS 短縮版

規定の計算方法に基づき，T-A（緊張－不安），D（抑うつ－落込み），A-H（怒り－敵意），V（活気），F（疲労），C（混乱）の 6 因子の素得点を求めた後，T 得点を算出した。T 得点は，平均値＋1 標準偏差（60 点以下）を健常，平均値＋1～2.5 標準偏差（60～75 点）を要注意，平均値＋2.5 標準偏差（75 点以上）を要受診，V（活気）のみ平均値－1 標準偏差（40 点以上）を正常，平均値－1 標準偏差以上（40 点以下）を要注意とする。つまり 40 から 60 点が健常とみなされており，T 得点の平均点は 50 点である。T 得点算出後，Shapiro-Wilk の検定で正規性がない項目があったため，介入前後比較として WilCoxon 符号付き順位検定を行った。解析には SPSSver16.0 for Windows を使用し有意水準は 0.05 とした。

②ナラティブデータの分析

介入およびコンサルテーションの時間に得られた語りのデータは，対象者別に逐語録を作成し，ストレスや辛さに関連する内容，およびリラクセーションの効果に関する内容を抽出した。データの意味内容を損なわないようにコード化し，内容の類似性に基づき類別しサブカテゴリにし，さらにカテゴリとしてまとめた。カテゴリは，その内容や性質を現す言葉で命名した。分析には，質的研究の経験者にスーパーバイズを得て，内容の妥当性の確保に努めた。

3）研究結果

（１）研究参加者の概要

公募により，22 名の看護職から応募があった。コンサルテーションの結果，20 名にアロママッサージのケアをおこない分析の対象とした。2 名は妊娠中であったため，アロマオイルは使用せず，ベースオイル（ホホバオイル）のみでマッサージ

を行い、統計解析から除外した。参加者は全員女性で、年齢は、22～58 歳（平均年齢 39.3 歳）であり、職位は、看護師長など管理職 4 名が含まれていた。自宅もしくは、介護施設で家族を介護中の方が 3 名含まれていた。統計解析から除外した妊娠中の 2 名は、マッサージのみの介入の効果を検討する際の資料とするため、ケースとして扱った

（２）アロマセラピー介入前後の POMS 短縮版の結果

アロママッサージ介入を行った参加者 20 名の実施前後の T 得点の平均値（±SD）はそれぞれ、T-A（緊張－不安）は、55.15（±8.68）、40.09（±6.72）、D（抑うつ－落込み）は、55.45（±9.88）45.65（±7.16）、A-H（怒り－敵意）は、51.15（±11.53）41.30（±5.39）、V（活気）は、42.05（±5.09）44.40（±9.73）、F（疲労）は、54.80（±10.22）、39.00（±5.47）、C（混乱）は、59.55（±12.05）47.55（±6.33）であった。

アロママッサージの介入によって、T-A（ $p=.000$ ）、D（ $p=.001$ ）、A-H（ $p=.001$ ）、F（ $p=.000$ ）C（ $p=.000$ ）の 5 因子において、有意な低下がみられた。C は、有意差は認めないまでも、改善傾向であった（表 1、図 1）。

また、アロマオイルを使用せずマッサージのみを行った妊娠中の 2 名の参加者の介入前後の T 得点の値を表 2 に示す。ケース 1 は、それぞれ、T-A（緊張－不安）は、52，34，D（抑うつ－落込み）は、49，42，A-H（怒り－敵意）は、60，42，V（活気）は、44，48，F（疲労）59，47，C（混乱）は、48，45 であった。ケース 2 は、それぞれ T-A（緊張－不安）は 52，34，D（抑うつ－落込み）は 44，39，A-H（怒り－敵意）は 40，42，V（活気）は 37，51，F（疲労）は 67，35，C（混乱）は 69，45 であった。

表 1 POMS（短縮版）各因子における T 得点のアロマセラピー介入前後の比較

T得点平均値(±SD)			パーセンタイル			p値
			25	50	75	
T-A (緊張-不安)	介入前	55.15(±8.68)	50.0	57.0	62.5	***
	介入後	40.09(±6.72)	34.0	41.0	46.75	
D (抑うつ-落ち込み)	介入前	55.45(±9.88)	47.0	54.0	66.0	**
	介入後	45.65(±7.16)	39.0	43.0	50.5	
A-H (怒り-敵意)	介入前	51.15(±11.53)	40.5	50.0	58.0	**
	介入後	41.30(±5.39)	37.0	40.0	46.5	
V (活気)	介入前	42.05(±5.09)	39.0	41.0	45.5	0.252
	介入後	44.40(±9.73)	37.5	42.5	51.0	
F (疲労)	介入前	54.80(±10.22)	47.0	55.0	62.5	***
	介入後	39.00(±5.47)	35.0	37.0	39.0	
C (混乱)	介入前	59.55(±12.05)	48.75	57.0	71.25	***
	介入後	47.55(±6.33)	45.0	45.0	51.0	

WilCoxon符号付き順位検定

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$ 、*** $p<0.001$

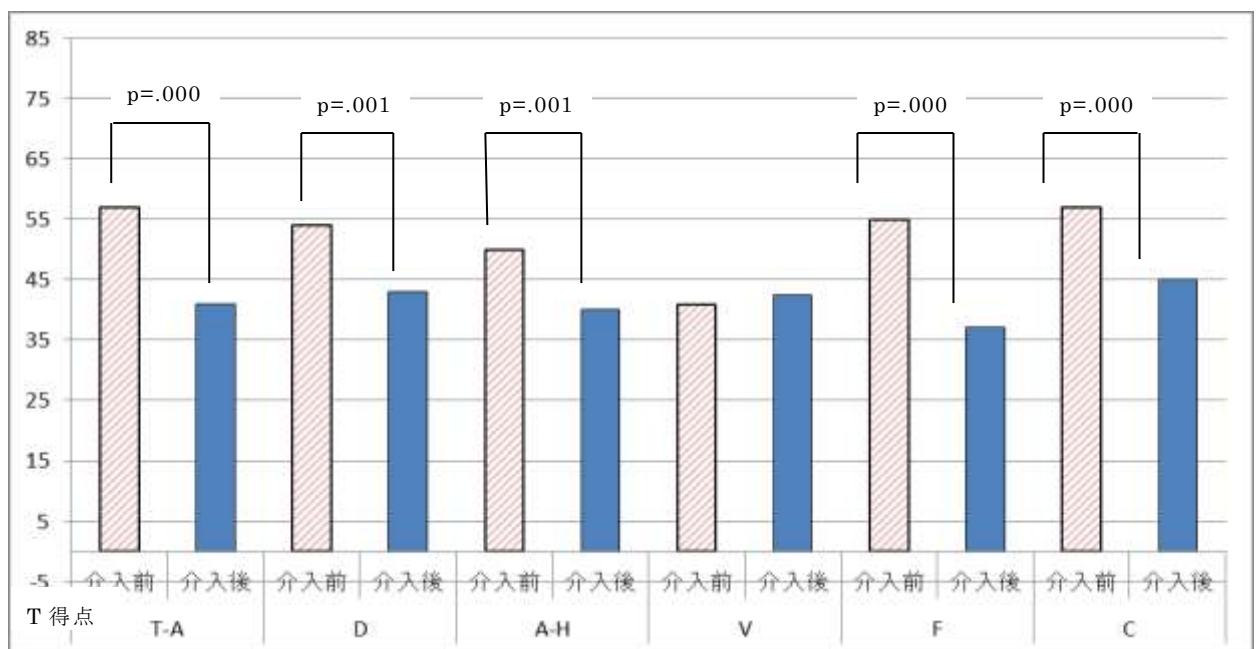


図1 POMS（短縮版）各因子におけるT得点のアロマセラピー介入前後の比較

表2 マッサージ介入のみを行った2事例の介入前後のPOMSのT得点の結果

ケース	T-A		D		A-H		V		F		C	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
①T得点	52	34	49	42	60	42	44	48	59	47	48	45
②T得点	52	34	44	39	40	42	37	51	67	35	69	45

(3) 被災地における看護職のストレスの実相とリラクセーションの効果

語りの内容から、ストレスの実相として、26 サブカテゴリから、【多忙・複雑化する業務】【周囲に気を使い、本音が語れない状況】【震災により家庭の問題が悪化】【心身の緊張・苦痛がコントロールできない】【震災による精神・経済面の負担】【震災を機に変化した生活と、離れられない被災体験】【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】の7カテゴリに分類された。リラクセーションの効果として、10 サブカテゴリから、【癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる】【心身の苦痛が緩和され前向きになる】【自分の身体に注意を向けるきっかけ】【意欲を向上させるきっかけ】の4カテゴリに分類された（表3）。以下に、各カテゴリに沿って、内容を説明する。なお、本文中では、カテゴリを【】、サブカテゴリを《》，コードを[]とし、語りの内容は「」で示す。

表 3 被災地における看護職のストレスの実相とリラクセーションの効果に関する
カテゴリー

	カテゴリ	サブカテゴリ
ストレスの実相	多忙・複雑化する業務	震災による日常業務の多忙化
		休むことなく頑張らざるを得ない状況
		求められても限界がある現実
		患者の対応への戸惑い
		仕事を優先し仕事に逃避する
		やりたい事ができない後ろめたさ
	周囲に気を使い、本音が語れない状況	震災の話題を避ける
		周囲に気を遣い辛さを表現できない
		吐き出せない思いがある
		被災を肯定的に捉える
	震災により家庭の問題が悪化	気持ちを抑制し折り合いをつける
		もともとある家庭の問題
	心身の緊張・苦痛がコントロールできない	震災により家庭の問題が悪化
		身体的苦痛症状
		精神的苦痛症状
		力がぬけない
リラクセーションの効果	震災による精神・経済面の負担	セルフコントロールできない
		震災による精神面への影響
		震災による経済面への影響
		震災の体験や影響から離れられない生活
	震災を機に変化した生活と、離れられない被災体験	震災を機にした生活の変化
		震災を機にした考え方の変化
		元の生活に戻りつつある
		自分の時間を持つことへの罪恶感
	復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤	自立しないといけないという思い
		気持ち面での復興が追いついていない
		自分自身を振り返るきっかけ
	癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる	気持ちを吐露できる機会
		癒しの効果を実感する
		心身の苦痛が緩和
	心身の苦痛が緩和され前向きになる	気持ちも前向きになる
		日ごろの疲れから開放される機会
	自分の身体に注意を向けるきっかけ	自分の体に注意を向ける機会
		ケアの必要性の認識
	意欲を向上させるきっかけ	仕事へのモチベーションの向上
		他者へのケアリングの気持ち

<被災地における看護職のストレスの実相>

① 【多忙・複雑化する業務】

【多忙・複雑化する業務】には、《震災による日常業務の多忙化》《休むことなく頑張らざるを得ない状況》《求められても限界がある現実》《患者の対応への戸惑い》《仕事を優先し仕事に逃避する》《やりたい事ができない後ろめたさ》の6つのサブカテゴリが含まれていた。

震災直後より、沿岸の多くの病院が倒壊する中で、当該病院に患者が集中した。その状況は、震災から3年目を迎えても改善されず、患者の高齢化・重症化も重なり業務が多忙化・複雑化し、[通常にプラスの忙しさ][仕事が増える一方で疲弊している]状況の中、スタッフは休むことなく業務にあたっていた。また、[休みの日も

仕事を思い出す]など休みの日でさえ、仕事から離れられない状況であった。さらに、[子どもを亡くされた方へのケアに戸惑う]など、被災による苦しみを抱えて入院している《患者の対応への戸惑い》、[手を使ったケアがしたいけど流されている]など、日々の業務に流され、やりたいことができない後ろめたさも語られた。

② 【周囲に気を使い、本音が語れない状況】

【周囲に気を使い、本音が語れない状況】は、《震災の話題を避ける》《周囲に気を遣い辛さを表現できない》《吐き出せない思いがある》《被災を肯定的に捉える》《気持ちを抑制し折り合いをつける》の5つのサブカテゴリが含まれていた。

被災状況や復興の進捗に差異があるため、震災の話題を避けたり、周囲を気遣い関わり、辛さや本心が表出できない現状がある。「家族が無事だっただけでもよい」「家も直せば住める」と大きな被害を受けた方と比較する事で、自身の被災を肯定的に受け止め、[受け入れられないことがたくさんある]中で、[まともに生活していると辛い]ため、《気持ちを抑制し折り合いをつける》ことで、辛さから逃避している現状も把握された。

③ 【震災により家庭の問題が悪化】

【震災により家庭の問題が悪化】は、《もともとある家庭の問題》《震災により家庭の問題が悪化》の2つのサブカテゴリが含まれていた。

震災前からそれぞれの家庭にある家族の健康上の問題がある上で、震災の影響により、家族がうつなど、精神的な負荷を受けることでの疾患に罹患し、要介護状態になっていた。また、もともとの要介護であった上に介護度があがったケースもあり、震災によって心身の状態が悪化した家族の介護のストレスが把握された。

④ 【心身の緊張・苦痛がコントロールできない】

【心身の緊張・苦痛がコントロールできない】は、《身体的苦痛症状》《精神的苦痛症状》《力がぬけない》《セルフコントロールできない》の4つのサブカテゴリが含まれていた。

肩凝り、頭痛、足のだるさなどの《身体的苦痛症状》、[心が重く体がついていかない][絶望感による体へのダメージ]など、身体的苦痛症状も関連した《精神的苦痛症状》を訴えていた。また、常に緊張を強いられる職業である上に震災に影響もあり、[不安や緊張で力が抜けない][力の抜き方がわからない]状態であった。それらに対しても、[看護師は真面目で不調に気づかない][支援者の立場であるので、自分のことは後回し][疲れ度合がわからずどこまでもやってしまう]など、自分自身のケアが疎かになっている《セルフコントロールできない》状況が把握された。

⑤ 【震災による精神・経済面の負担】

【震災による精神・経済面の負担】は、《震災による精神面への影響》《震災によ

る経済面への影響》の2つのサブカテゴリが含まれていた。

[余震や地鳴りで眠れなくなり眠剤を飲んでいる][うつになっているスタッフも多い]など、《震災による精神面への影響》が把握された。また、震災の家屋や車などハード面の損害も大きく、「普通に二重ローンになった」など、《震災による経済面への影響》による負担も把握された。

⑥ 【震災を機に変化した生活と、離れられない被災体験】

【震災を機に変化した生活と、離れられない被災体験】は、《震災の体験や影響から離れられない生活》《震災を機にした生活の変化》《震災を機にした考え方の変化》の3つのサブカテゴリが含まれていた。

[震災の話題になると被災地であること実感][瓦礫を毎日見るので精神的に疲れる]など、被災地で生活することのストレスや、[映像を見ると色々思い出す][震災時の薄らがない思い]や、[病院の名前が売れてしまい、それを背負っていかないといけない負担感]を持ちながら、《震災の体験や影響から離れられない生活》をされていた。また、[環境が変わり趣味のために使う時間が減った][海や海産物を避ける]など、《震災を機にした生活の変化》があった。さらには、震災を機に[限られた時間の中で精一杯生きていくという思い][時間を大切にするようになった][自分でペースをゆるめるようになった]など、震災を乗り越えていく上で、肯定的な考え方の変化も捉えられた。

⑦ 【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】

【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】は、《元の生活に戻りつつある》《自分の時間を持つことへの罪悪感》《自立しないといけないという思い》《気持ち面での復興が追いついていない》の4つのサブカテゴリが含まれていた。

[家族の死で落ち込んだが少し落ち着いた][自粛してきたが元に戻りつつある]など、復興の過程において、《元の生活に戻りつつある》中で、復興が進んでいない人たちに対し、[普通の生活に戻る事への罪悪感]を持たれていた。震災から、3年経ち[いつまでも助けてもらっているのかという空気][サポートを受けすぎているという思い]から、《自立しないといけないという思い》を持ちつつも、[自分たちはかわいそうな人たちなのかなという思い][ゆっくり泣く暇もなく次々普通にもどっていつている][みんな受け入れてきているのかわからない]など、《気持ち面での復興が追いついていない》現状が把握された。

<リラクセーションの効果>

① 【癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる】

【癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる】は、《自分自身を振り返るきっかけ

け》《気持ちを吐露できる機会》《癒しの効果を実感する》の3つのサブカテゴリが含まれていた。

アロマセラピーというリラクゼーション介入を受けることで、[言い訳してやってこなかったことを認める][仕事以外に自分のためにできること見つけたい]など、日ごろゆっくり考えられないことに気づき《自分自身を振り返るきっかけ》となっていた。また、リラックスすることで、これまで言葉に出来なかった気持ちを表出することで、[気持ちの奥底に沈んでいたものが出て行った][話をゆっくり聞いてもらえるだけでも違う]など、《気持ちを吐露できる機会》となっていた。さらに、[手の温かさが気持ちいい][頑張らなくてもいいよというメッセージがもらえる][マッサージは言葉より気持ち支えられる]など、自分自身がタッチケアを受けることで、《癒しの効果を実感する》機会となっていた。

② 【心身の苦痛が緩和され前向きになる】

【心身の苦痛が緩和され前向きになる】は、《心身の苦痛が緩和》《気持ちも前向きになる》《日ごろの疲れから開放される機会》の3つのサブカテゴリが含まれていた。

アロマセラピーのケアを受けることで、身体症状の[頭痛が軽減][痛みも和らいだ]、[元気が出てきた][ストレスがなくなった]など、《心身の苦痛が緩和》につながっていた。また、[力が抜ける][マッサージで自然に力が抜ける]など、常に不安・緊張で力が入っていたからだを心身ともにリラックスさせることにつながっていた。[身体が楽になると気持ちの持ち方も変わってくる][身体が軽くなり気持ちも楽になった]と、《心身の苦痛が緩和》されることにより、《気持ちも前向きになる》効果があった。さらに、[日ごろの緊張や疲れから開放される][現実から離れられる時間]など、多忙な日常業務に追われがちな《日ごろの疲れから開放される機会》となっていた。

③ 【自分の身体に注意を向けるきっかけ】

【自分の身体に注意を向けるきっかけ】は、《ケアの必要性の認識》《自分の体に注意を向ける機会》の2つのサブカテゴリが含まれていた。

自身がケアを受け、癒されることにより、疲れや力が入っている事に気づいたり、[触ったり気にしない部位だから気持ちいい]、[触ってもらうと意識していない筋肉があることに気づく]など、自分がケアを受けることにより、《自分の体に注意を向ける機会》となっていた。また、[忙しいため自分で時間を見つけていけないといけない][自分メンテナンスや息抜きしながら、先のことを考えていきたい][自分の体にご褒美あげるようにしている]など、《ケアの必要性の認識》につながっていた。

④ 【意欲を向上させるきっかけ】

【意欲を向上させるきっかけ】は、《仕事へのモチベーションの向上》《他者へのケアリングの気持ち》の2つのサブカテゴリが含まれていた。

[アロマに来るのを楽しみに仕事を頑張った][心身が楽になるとまた頑張ろうと思える][明日もがんばろうって思った]などアロマセラピーのケアを受けることができるという予定がモチベーションにもなり、また、ケアを受け身体が楽になることで、次の《仕事へのモチベーションの向上》につながっていた。さらに、《他者へのケアリングの気持ち》としては、自身の苦痛症状が和らいだ経験から、[こんな楽になるのなら人にやってあげたい][不安になっているお母さん達にもやってあげたい]というケアリングにつながっていた。また、自身の疲れがとれることで、[疲れがとれ父にやさしくできそう]と自身の気持ちの余裕にもつながっていた。

4) 考察

(1) 被災地における看護職のストレスの実相

震災直後から、沿岸の多くの病院が倒壊する中で、A病院に患者が集中していた。その状況は、震災後3年目を迎えても変わらず、人員不足もあり、震災前の忙しさにプラスの忙しさとなり、【多忙・複雑化する業務】によるストレスを抱えられていた。スタッフナースの健康に関連したQOLは国民標準値と比較して低いといわれている(上田他, 2006; 八島他, 2001)、看護職は、通常でもストレスフルな職業であることは明らかであり、さらに、今回の【震災により家庭の問題が悪化】したケースもあった。日常の多忙な業務の上に、家族の介護を強いられている看護職もおられ、心身の負担も大きいと考えられる。被災地における看護職のストレスが高いばかりでなく、看護職は被災者でありながらも、職責による使命感・責任感があるが故に、自らのケアを後回しにし、サバイバー・ギルトを強く抱きながらも、職務上、患者の被災体験に直面するという特有の苦悩を体験しているとの報告もある(山本, 平尾, 2014)。今回の結果からも、看護職は、ケア提供者としての職務意識が強く、【心身の緊張・苦痛がコントロールできない】など、自身のケアが疎かになる傾向が把握された。震災・震災後の復興という状況下においても、ケア提供者としての看護職の高い職務意識や献身的であろうとする姿勢が、震災という苦難を乗り越える力になった一方で、自身のケアの享受を拒否することにもつながっていることが危惧される(山本他, 2014)。よって、看護職自らが、ケアを受けるべく存在であることを認識し、心身の不調をコントロールする手助けを行う必要があると考える。

震災当時、沿岸から約5kmのところにあるA病院の周囲は浸水し、一部地盤が下がった所があるが、建物の倒壊はなく、震災前と変わらない光景である。しかし、

沿岸部に近づくと、津波により倒壊した建物がそのまま残っていたり、更地になっていたりと、震災前の光景とは一変している。被災地においては、余震も続き、ハード面の復興が十分進んでいない中、震災当時の記憶は、[忘れられない思い出][震災体験した所には近づけない]と【震災を機に変化した生活と、離れられない被災体験】として人々の生活に影響を与え続けており、[余震や地鳴りで眠れなくなり眠剤を飲んでいる][うつになっているスタッフも多い]など、【震災による精神・経済面の負担】も続いている。平常時においても、看護師の心理的援助の必要性や（石井 2003；広瀬 2003, 2004）、ソーシャルサポートの有用性が論じられており（上野他, 2000；南他, 1987）、震災後復興期においても、心理的援助の必要性は高い。

被災地に住み、身近に震災を感じていても、「家があり家族が無事ならば被災とはいえない」という、“被災”に対する被災地ならではの考え方があること、被害の過多、また復興のスピードの違いにより、被災しなかったことや復興への気兼ねを感じ、嬉しさもつらさも表現できない状況が報告されている（山本他, 2014）。本研究の結果においても、《震災の話題を避ける》、《気持ちを抑制し折り合いをつける》など【周囲に気を使い、本音が語れない状況】によるストレスが把握された。辛さや悲しさを共有すること、復興に向けた努力を認め合うことが、精神面での復興を支える一助になると考えるが、被災地の住民である看護師は、患者を含め周囲の人間は被災者であることから、本音や気持ちを表出できる相手を選んでいる。《元の生活に戻りつつある》部分もあるが、仕事を《休むことなく頑張らざるを得ない状況》の中、[ゆっくり泣く暇もなく次々普通に帰っていつている][悲しい感じもないままあっという間に3年経った]の言葉のように、《気持ち面での復興が追いついていない》面もあり、サポートの必要性が伺える。一方で、もう3年が経ち、《自立しないといけないという思い》もあり、【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】の状態である。復興の過程は、その個人の被災の状況、背景、震災の受け止め方、周囲のサポートのあり方など、さまざまな要素が絡んでおり、皆一様ではないといえる。よって、被災者は、復興の過程で葛藤の中にいることを念頭におき、逃避ではなく現実を受け入れつつ前に進めるようなサポート、自分たちの力で自立できるようなサポートが必要ではないかと考える。

（2）ケアとしてのアロマセラピーの効果

本研究では、震災後復興期での、リラクセーションの効果を明らかにするために、アロマセラピーとしてアロマオイルを用いたマッサージによるリラクセーション介入を行い、介入前後の POMS 短縮版による量的データと、参加者本人の語りによる質的データの2つを用いた。

アロママッサージによる介入前後で、POMS 短縮版の T 得点の平均値は「緊張－不安」，「抑うつ－落込み」，「怒り－敵意」，「疲労」，「混乱」の 5 因子の改善に有意差を認めた。また，語りの分析結果からも，アロマセラピーのケアを受けることで，身体面として[頭痛が軽減][痛みも和らいだ]，精神面として[元気が出てきた][ストレスがなくなった]など，《心身の苦痛が緩和》するという結果が得られた。これらのことから，アロママッサージを用いたリラクセーションケアは，疲労や頭痛など身体的苦痛症状を緩和させる効果と，緊張や不安，混乱，怒り，ストレスなど精神的苦痛症状を軽減させる効果があると考えられる。POMS 短縮版において，唯一有意差を認めなかった「活気」も，T 得点の平均値が 42.05 から 44.40 に改善している。今回の介入方法がリラクセーションの介入であったため，気持ちが落ち着き，疲れがとれるという効果はあったが，活気がみなぎるまで回復することはなかったのではないかと考える。また，今回は，1 回のみの介入であり，その介入の直前・直後に測定した値である。よって，短期的な効果の評価に留まり，効果の持続性は検討することができない。長期的な持続効果は，不明であるが，短期的には効果があるという結果から，定期的にリラクセーションの機会をもつこと，また，呼吸法や筋弛緩法などセルフケアとしてのリラクセーション法（小板橋，荒川，2013）を用いることにより，自分自身でよりよい状態を保っていけるような習慣をつけていくことがストレスマネジメントにおいては有効ではないかと考える。

アロママッサージにより《心身の苦痛が緩和》され，《気持ちも前向きになる》という効果があった。さらに，ケアを受け身体が楽になることで，次の《仕事へのモチベーションの向上》につながっていた。看護師として，患者によいケアを提供するためには，看護師自身が心身共に「Well-Being＝よい状態」であることが重要であり（小林，2006），心身の不調があれば，患者の苦しみや辛さに対する本来の看護の役割である「癒し」を行うことは無理であるとの指摘もある（藤崎，2008）。震災の如何に関わらず，看護師が本務を遂行する上で，自らが癒された状態であることが必要であるといえる。そのために，リラクセーションの果たす役割は大きく，セルフケアとして，セルフコントロールできるようになっていくことが必要であると考えられる。しかし，現在は，大震災後のハード面ばかりでなく，精神面においても復興の最中であり，【復興の過程での理想と現実の乖離による葛藤】を持たれている時期でもある。よって，看護職自らが，ケアを受けるべく存在であることを認識すること，必要に応じてケアを享受できる環境を整え（山本他，2014），【自分の身体に注意を向けるきっかけ】をつくり，セルフケアにつなげていくことが，心身の健康を保ちつつ，《仕事へのモチベーションの向上》させ，看護師としての職務を遂行していく上での支えになると考える。

被災状況や復興の進度に差異があるため、《震災の話題を避ける》《周囲に気を遣い辛さを表現できない》《吐き出せない思いがある》中で、《気持ちを抑制し折り合いをつける》ことで、現実には立ち向かっておられた。本来であれば、スタッフ同士で認め合い語り合うことで、自浄され癒される事（山本他，2014）であっても、それが難しい状況である。今回のような、リラクセーションのケアが、日ごろゆっくり考えられないことに気づき《自分自身を振り返るきっかけ》《気持ちを吐露できる機会》となっていた。【周囲に気を使い、本音が語れない状況】において、【癒しの効果を実感し辛い気持ちが吐露できる】場を提供するという意味でも、リラクセーションのケアの意義は大きいと考える。

看護職特有の結果として、自らが心地よいケアを受けることで、その心地よさをさらに相手に伝えたい、与えたいという《他者へのケアリングの気持ち》が把握された。【多忙・複雑化する業務】でストレスフルな状況において、[仕事が増える一方で疲弊している]現状である。看護者が Human Care を行うには、暖かく心の通ったケア意欲が不可欠であり、看護者のケア意欲の喪失の予防が必然である（稲岡，1988）。手を介したケアにより、[頑張らなくてもいいよというメッセージがもらえる][マッサージは言葉より気持ち支えられる]など、《癒しの効果を実感する》機会になっていることから、看護師自身が癒される体験をすることが、ケア意欲の維持に有効ではないかと考えられる。

アロマセラピーの効果を明らかにするために、同一の対象者について、介入前後での比較を行った。本来であれば、ケースコントロールスタディーや、クロスオーバースタディーにより、アロマオイルを用いるマッサージ、アロマオイルを用いないマッサージの2パターンの介入を行い、アロマセラピーの効果を明らかにする必要があった。今回は、参加者の中に妊娠中の方がいたことから、この2名に対して、アロマオイルなしのマッサージを行った。対象数が少ないため、統計的な解析ができないものの、アロマセラピーを用いた時と同じように、POMS 短縮版の6因子全てに改善傾向がみられた。よって、アロマオイルの有無に関わらず、マッサージのみにおいても、気分プロフィールの改善効果が期待できる可能性が考えられる。アロマセラピーは、香りとタッチにより身体だけでなく心や魂をも含めて、人と人が深く繋がり、お互いのかけがえのなさを確認する「癒しの技」である（今西，荒川，2010）。アロマオイルを用いることの意義として、薬理作用による苦痛症状の改善と香りによるリラクセーション効果が期待でき、さらに、アロママッサージという手を用いたタッチにより人と人の繋がりを感じることからリラクセーションやケアリングの効果も期待できるといえる。今回の介入にアロママッサージを用いたが、すべてが、アロマとマッサージによる効果以上に、[気持ちの奥底に沈んでいたもの

が出て行った][話をゆっくり聞いてもらえるだけでも違う]など，《気持ちを吐露できる機会》となっていたこと，[手の温かさが気持ちいい][頑張らなくてもいいよというメッセージがもらえる][マッサージは言葉より気持ち支えられる]という結果から，人と人の繋がりによるケアリングの作用も大きく影響しているのではないかと考える。

(3) 本研究の限界

本研究は，震災後2年目にあたるある一時期に20名の看護職の語りからストレスの実相を記述したものである。この結果が，震災後のストレスの全容を現すものではなく，すべての看護職に共通するものでもない。また，リラクセーションケアの効果を考察するため，アロママッサージを用い，POMS 短縮版を用いて評価したが，被災地での研究の限界からコントロール群を用いた比較ができず，ケアとしてのアロマセラピーの効果を結論付けることはできない。

5) 謝辞

震災後の大変な状況の中，施設を提供してくださいましたA病院の看護部の皆様，調査にあたりコーディネータを引き受けてくださった臨床心理課の皆様，様々な思いの中，貴重なお話をお聞かせ下さいました看護職の皆様に深謝致します。

本研究は，平成25年度学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する研究助成を受けて実施致しました。

6) 引用文献

藤崎郁子(2008):看護師自身を癒すための「看護技術」としてのマインドフルネス・アプローチ，日本看護科学学会講演集，169.

福岡悦子，植田恵子，川口明美，三村三子(2008):看護職員の職業性ストレスの変化，新見公立短期大学紀要，29，17-24.

福岡悦子，植田恵子，川口明美，三村三子(2007):看護職員の職業性ストレスの実態調査，新見公立短期大学紀要，28，157-166.

広瀬寛子(2003):看護カウンセリング 第2版，医学書院.

広瀬寛子(2004):看護師を支えること，ターミナルケア，14(6)，517-519.

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. (2007): Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention,

- empirical evidence , 70(4), 283-315.
- 稲岡文昭 (1988) : Burnout に導く職場の心理的・対人的要因の根源－事例・面接・観察法を通して－, 看護研究, 21(2), 53-59.
- 今西二郎, 荒川唱子 (2010) : アロマセラピー入門 日々の看護に生かすホリスティックアプローチ. 日本看護協会出版会, 34.
- 石井京子 (2003) : 看護学領域と心理学領域の関わりを考える, 大阪市立大学看護短期大学紀要, 5, 25-31.
- 石松尚子, 大塚邦子, 坂本洋子 (2001) : 看護婦のメンタルヘルスに関する研究－ストレス・職務満足度・自我状態相互の関連－, 日本看護研究学会雑誌, 24(4), 11-20.
- 加藤寛, 藤井千太, 後藤豊実他 (2005) : 日本における自然災害後の精神保健活動, 心的トラウマ研究, 1, 95-103.
- 川本利恵子, 川辺圭子, 諸岡あゆみ, 三浦美紀 (2006) : ナースにおけるバーンアウト (Burnout) と職務満足, 臨床看護, 32(1), 91-96.
- 小林恵子, 三澤寿美, 田中浩之他 (2010) : 災害支援活動を行った看護職者の心身の変調と関連要因 (第2報), 日本災害看護学会誌, 12(1), 103.
- 小林優子 (2006) : ナースのストレス撃退法－気軽にできるリラクセーション, NURSE-SEMINAR, 27(9), 45-56.
- 小坂橋喜久代, 荒川唱子 (2013) リラクセーション法入門 セルフケアから臨床実践へとつなげるホリスティックナーシング, 日本看護協会出版会, 東京
- 南裕子, 山本あい子, 太田喜久子他 (1987) : 看護婦のもえつき現象とストレスおよびソーシャルサポートの関係について, 聖路加看護大学紀要, 12, 26-33.
- 宮井宏之, 内海千種, 大和田攝子他 (2010) : 阪神・淡路大震災 15 年後における遺族の精神健康について, 心的トラウマ研究, 6, 53-62.
- 宗像恒次, 稲岡文昭, 高橋徹他／土井健朗監修 (1998) : 燃え尽き症候群, 金剛出版, 東京.
- 野末聖香編 (2004) : リエゾン精神看護－患者ケアとナース支援のために－医歯薬出版, 東京.
- 大澤智子, 廣常秀人, 加藤寛 (2006) : 職業における業務内容に関連するストレスとその予防に関する研究, 心的トラウマ研究, 2, 73-84.
- 斉尾武郎 (2008) : 働くナースの羅針盤－もう迷わないメンタルヘルス入門, NURSE-SEMINAR, 27(9), 38-44.
- 上野徳美, 山本義史, 林智一他 (2000) : 看護者がサイコロジストに期待するサポートに関する研究, 健康心理学研究, 13(1), 31-39.
- 上田恵美子, 古川文子, 小林敏夫 (2006) : スタッフナースの健康関連 QOL に職業性

ストレス, 緩衝要因, 個人要因が及ぼす影響, 日本看護研究学会雑誌, 29(5), 39-47.

内海千種, 宮井宏之, 加藤寛 (2010): 大規模交通災害がもたらした心身への影響の推移ー負傷者を対象とした 3 年間の面接調査 よりー, 心的トラウマ研究, 6, 21-32

山本加奈子, 平尾明美 (2014) 東日本大震災被災地における看護職の震災に関する語りの記述とリラクセーションケアの意味, 日本赤十字広島看護大学, 14, 65-73

八島栄子, 高木茂男, 山下朱實 (2001): 看護職員の健康関連 QOL に関する調査ー日本語版 SF - 36 による健康関連評価尺度を用いてー, 日本看護学会論文集: 看護管理, 32, 168-170.