

大規模災害時の被災地域外からの看護支援のあり方に関する研究

大野 かおり

兵庫県立大学看護学部・看護学研究科 教授

(助成時：園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科地域看護学領域 教授)

【ポスター -1】

大規模災害では、東日本大震災もありましたし、もう20年になりますが阪神淡路大震災もありました。阪神・淡路大震災のときには、当時の厚生省が全国の保健師に呼びかけて、のべ9,000人以上の保健師が被災地に集まりました。その後の新潟の地震もそうですが、大規模災害時には外部から支援がたくさん入ります。特に保健師が入ったときには、その活動はまとめの報告書としたり、自分の所属する自治体や病院などのマニ

ュアルに反映したりすることはあるのですが、それを一般化して、災害支援に活かすという取り組みがないということで、今回それを行いました。

東日本大震災の被災地をフィールドにしておりますが、被災地の看護ニーズ、あるいは被災地域外からの看護支援に求められる役割機能を明らかにし、そこから、派遣保健師の受け入れのあり方を一般化することを目的にしております。

【ポスター -2】

今回は、被災地のA県に外部支援として派遣されたB県の保健師、これは県も市町もですが、その報告書等を分析して検討しました。

方法は3つの手法で、1つが派遣保健師の活動報告書の分析です。このB県の保健師は災害が起こって4日目から現地に入りました。日々、日報などを書いていましたが、その報告書類1,072部を分析しました。その中には、数量で記載されたものもあれば自由記入されたものもありましたので、それぞれ量的、質的に分析しました。

また、派遣保健師が自分の職場に

ポスター 1

目 的

東日本大震災における被災地の看護ニーズと被災地域外からの看護支援に求められる役割・機能を明らかにすること。

↓

大規模災害時における被災地域外からの保健師派遣のあり方および派遣保健師の受け入れのあり方を一般化すること。

被災地A県に外部支援として派遣されたB県の保健師（県・市町）の活動から検討する

ポスター 2

方 法

| | |
|-------------------|---|
| ① 派遣保健師の活動報告書の分析 | <ul style="list-style-type: none"> • 派遣保健師が記述した報告書類1,072部を分析 • 従事者数、相談・訪問件数、有症状者数などの量的データを集計、自由記載は質的に分析 |
| ② 派遣保健師の体験レポートの分析 | <ul style="list-style-type: none"> • 派遣保健師が派遣元に帰った後に、体験を振り返り記述した「体験レポート」96部を質的に分析 |
| ③ 派遣保健師の活動評価（FGI） | <ul style="list-style-type: none"> • 派遣保健師6名に90分のフォーカスグループインタビュー • 災害活動の実際と評価、派遣保健師自身の状況、災害看護活動の経験などの語りを質的に分析 |

本研究は園田学園女子大学生命倫理委員会の承認を得て行った。

帰った後に、どういう体験だったかを振り返って体験レポートを書いていました。その96部も質的に分析しました。

3つ目に、報告書や体験レポートの分析と合わせて派遣保健師6名に、自分たちの活動を振り返り、評価につなげられるように、90分のグループインタビューをしました。

これら进行分析した結果がポスター-3～7です。

【ポスター-3】

まず派遣保健師の活動報告書です。

保健師数について、発生から4か月後くらいまでは、初期対応で多くのマンパワーが要りました。多いときには1回の派遣に8名の保健師が参加していましたが、4か月を過ぎて仮設住宅での支援になる頃から、一定して2名ずつ活動していました。

B県の派遣の仕方の特徴は、特別地方自治体としての派遣でした。いくつかの自治体に参加し、1つの被災県に支援が偏らないように、被災県と支援する自治体がカウンターパート方式をとっていました。

B県の場合は、1つのチームが10日間その現地にとどまりました。ですから、看護だけでチームを組んで行くというのではなく、栄養士や歯科衛生士、事務職とか運転手であるとか、いろいろな職種がチームを組んで行きました。これが特徴としてあげられます。

では、保健師がどのような場所で活動をしたかという点、当初は、やはり避難所での活動が多かったのですが、仮設住宅ができてからは、仮設住宅での活動に移行しながら在宅者をフォローしていました。

図3は身体的フォローです。特に初期の頃には身体的なニーズがとても高いのですが、1か月を過ぎると急激に少なくなってきました。先ほどから精神の先生方のご発表もございましたが、精神の問題というのは絶対数としては身体よりも少ないのですが、非常に長期化するという特徴がありました。

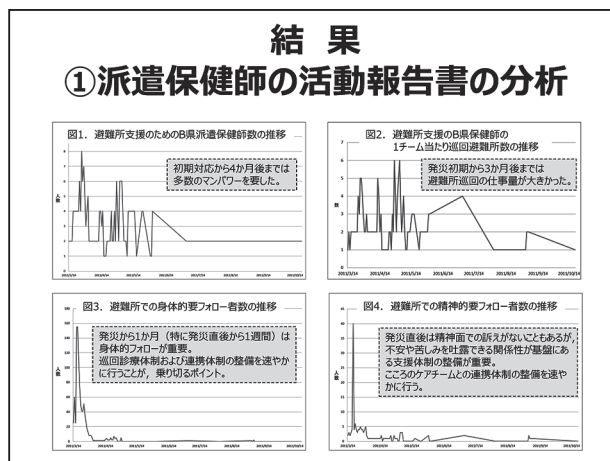
さすがに東日本大震災のときには、早い時期からこちらのケアチーム、精神科の先生と精神保健福祉相談員さんたちがチームを組んで入って、各避難所を回っておられましたけれども、このように長期化しているということがありました。

【ポスター-4】

図5は避難所のフォロー者数です。疾患によって線のパターンを分けています。高血圧とか糖尿病、向精神薬を服用されている方たちがやはり多いのですが、これも1か月過ぎる頃から激減してきました。

図6は、家庭訪問のためのB県の派遣保健師数の推移です。在宅者というのは、避難所に行きたくない人もいれば、行きたくても行けない人もいます。先ほどのご発表でも、ト

ポスター 3



ランスポートつまり移送ということがありましたが、動けない方たちもおられますので、初期から在宅者への支援は継続して続いています。

次は、仮設住宅を支援するためのB県の保健師数です。3か月くらいまではいろいろ外部支援も多いのですが、3か月を過ぎてくると、だんだんと支援が少なくなってくる。でも、その頃に避難所から仮設住宅への移行が始まりますので、そこで外部からの支援がプツッと切れるのは、被災者にとっては過酷なことで、仮設住宅での支援のために外部支援の継続が要するという結果が出てきました。

【ポスター -5】

活動報告書での、自由記載に書かれていたところは、このようになっています。

まずは、しっかりと体制を整えましょう、ということが出てきました。

大事なところでは情報共有がでてきました。これは、被災地の保健師と応援の保健師の情報共有もありますし、地域内と避難所内、いろいろなどところでの情報共有の必要性が記載されていました。

あとは情報の取り扱い方について集約の仕方などが課題として挙げられました。

心理的なサポートということで、被災地の保健師や職員の心身のサポートなどが必要であるという課題も出てきました。

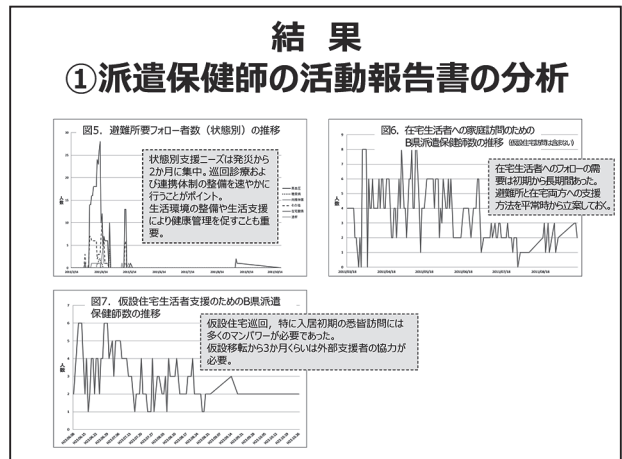
【ポスター -6】

体験レポートです。

活動から帰ってきた後に記述したレポート96部を分析した結果、被災地をどう支援していけばいいかという保健活動に関すること、保健活動でも受け入れ側である被災地にとってどういうところが整えばいいかということと、あとは、平時の備えということで研修とか体制の整備のことに記述されていました。

先ほども申し上げましたが、このB県は、保健師が被災地に行くに当たって、チーム体制として関西広域連合で行き、そして多職種がしっかりと整った状態で行き、スタッフの

ポスター 4



ポスター 5



構成も整った状態で行ったというのは良かったのですが、いくら派遣側の体制が整っていても、被災地の拠点が整備されていなければ動きようがなく、拠点をしっかり整備する必要がありますという課題も出てきました。あと、記録の整備とか、役割分担なども出てきました。

受け入れ側としては、活動体制をしっかりと整えなければならない。受け入れ側つまり被災地が力を出さなければ、実は災害復興はないのです。

ただ、受け入れ側の保健師たちも被災している。岩手のある町では、8人いた保健師のうち6名が被害にあい、残った2名の保健師は新人だったというところがあって、ものすごく大変な状況がありましたが、しないとイケない。しかし、初期の混乱している時期には被災地の力だけでは到底乗り切ることではできません。それを外部から支えるには誰が適しているのかというと、健康危機管理をする都道府県の保健師がしっかりと支えるのが良いという記述が出てきました。あと、平常時の備えの必要性が出ていました。

【ポスター -7】

これはインタビューした活動評価ですけれども、派遣に行くためにはやはりそれを可能にする環境が必要ということで、職場の理解がまず大切であるという語りがありました。「行け」と言われても、職場がその間、保健師が一度に大勢出るわけですから、平常業務をするにあたり、どのような体制をとるかとか、派遣する側も職場の理解が必要である。それと同時に家族の協力がないと派遣には出られない、ということがありました。今回インタビューした中には、阪神・淡路大震災のときに活動できなかった保健師もいました。そのときの自分が活動できなかったという悔いの思いが深く残っていて、今回東日本に行けてやっとその重荷がとれたという語りもありました。妊娠中であるとか、活動できない状況もありますので、職員の状況を理解して派遣する体制も整える。

あとは能力…コンピテンシーなのですが、行政保健師として保健活動に対する考え方ということで、優秀な…というか経験を積んだ保健師さんに行ってもらおうと、どんどん派遣するわけですけれども、そればかりしていると新人が育たないという語りがありました。派遣の順番が回ってきて、「あなた行くの?」となったときに、「私は行ったことがないの

ポスター 6

| 結果 | |
|---------------------|-----------------------------|
| ②派遣保健師の体験レポートの分析 | |
| I. 被災地支援保健活動 | II. 被災地保健活動（受け入れ側） |
| チーム体制：広域連合 | 活動体制 |
| チーム体制：多職種連携 | 活動環境 |
| チーム体制：スタッフ構成 | 活動展開 |
| 活動拠点整備 | B県保健師への期待 |
| ミーティング | |
| 被災地職員のケア | |
| 派遣チームの引き継ぎ | III. 平常時の備え（研修・体制整備） |
| 記録様式 | 県と市町の災害時協働体制 |
| 派遣チームの役割分担 | 関係機関との協働 |
| 派遣活動体制 | 災害時保健師活動に向けた研修・体制 |
| 被災地での情報管理 | 派遣体制の整備 |
| 派遣保健師の思い | 災害時に向けた備え |
| 仮設住宅入居者への支援体制の整備 | |

ポスター 7

| 結果 | |
|------------------------------|---|
| ③派遣保健師の活動評価 | |
| 派遣保健師の東日本大震災での活動評価についての語りの分類 | |
| 派遣を可能にする環境 | 家族の理解と協力 職場の理解 |
| 派遣を可能にする能力 | 公衆衛生看護技術力 行政保健師として保健活動に対する考え方 訓練や研修の必要性 過去の災害活動の経験 健康状態 |
| 派遣での保健活動 | 災害サイクルに合わせたフォローワーク 被災地保健師には遂行しにくい業務の代行 地元への適用 デブリーフィング |
| 派遣による心身の影響 | 過去に災害活動できなかった自責の念 自責の緩和 しんどい 派遣期間が長い 気分が落ち ストレス疲労 |

で自信がなくて行けません」という保健師も出てくるという語りがインタビューの中でありました。訓練とか研修とかで、先輩の保健師とペアになって、災害支援を経験しながらコンピテンシーを高めていくということも大事となっております。

【ポスター -8】

考察です。

これらのことをまとめて一つの図式にしたものがこちらにあります。時系列に分けて、どういう支援が必要か、派遣側・受け入れ側でどういう準備が必要か、というところをまとめてありますので、ご覧いただければと思います。

【ポスター -9】

まとめです。

被災地外からも、災害フェーズに合わせて看護支援をするというのが、この辺りのところからは出てきております。

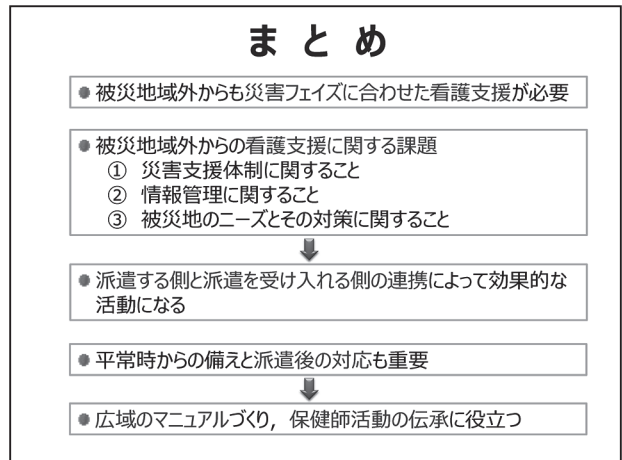
看護支援に関する課題として、先ほども言いましたが、体制を整えることと情報管理が重要とわかりました。情報がいっぱい出てきていますので混乱もありますが、被災地のニーズをしっかりと把握しながら対策をしようということで、活動する側と受け入れる側の連携が大切と考えられます。

平常時からしっかり備えるということ、広域のマニュアルづくりとか、保健師活動の伝承、こういったところも必要ではないかと考えました。

ポスター 8



ポスター 9



質疑応答

会場: ポスター-8の考察のニーズで、一番下段に「避難所感染症予防対策」とありますが、これは具体的にどのような予防対策をされているのか、というか、したほうがいいのか…。

大野： 今、インフルエンザでも言われていますけれども、手洗いとかうがいとか、その辺りが初期の段階からきっちりできるような物品の配備が必要ということと、あとは感染が疑われる方の棲み分けですね。ものすごく大きい避難所の中の真ん中に咳をコンコンしている人がいると、周りに拡散させる恐れがあります。その方の人権もありますが、あやしいなと思ったら、その方だけちょっと別の方で生活していただく。その場所しかなければ、真ん中ではなく、ちょっと隅のほうで避難していただくとか、その辺りのことはとても大事になるかと思っています。

会場： もう一点よろしいですか。対象を、健常な方にするのか、もしくはおそらく慢性的なのではないでしょうか病気を持っている方にするのか。私は養護家庭に行って養護をしているので、大人と子どもではニーズが違うと思うのです。特に子どものニーズというのは違う。先生がこういうご研究されて、もし何か浮いてきたものがあるとか、指摘できるものがあれば教えていただけますか。

大野： 子どもというのは、先ほどのご発表でもありましたが、自分の思いとか感情を言葉に出すのがとても苦手です。まだまだ語彙力が少なく、自分の感情が表せないというのがありますので、絵に描いたりとか、遊んだりとか、そういうところで自分のつらい思いを出すことがとても多いのです。

阪神大震災のときも、地震ごっこをして、ボタンとものが倒れてきて、「ギャー、死んだ」とかと言って遊ぶ子どももいました。すると、大人は怒るのです。「何を不謹慎なことをしているか」と。でも、そうではなく、子どもはそれをする事によって、自分が見た事実をしっかりと表現しながら、それを自分の中で受け入れていこうという過程を踏んでいると言われておりますので、その様子をしっかりと見ながら、そのあとで「それを言ったのはなぜなの?」、「何を意味しているの?」というところをしっかりと語り合いながら、地震が起きたことの意味をしっかりと伝える。「○○ちゃんのせいではなく、これは自然現象でね」と。「自然現象」という言葉は伝わるか分かりませんが、丁寧に伝えていくことは大事とされています。

絵も同じです。言葉で表せない分を絵に描く。ただ、それを展示し人に見てもらおうというのではなく、この会場にはナラティブの手法で研究しておられる先生もいらっしゃいますが、その書いた絵をもとにしっかりと語り合うというところがとても大事とされています。

会場： ちょっとだけよろしいでしょうか。語りについてですが、東日本大震災のときに、外から善意で精神科に関わる方などが行って、子どもさんに絵を描かせて、「トラウマを外へ吐き出すことが大事。語る事が大事だから、どんどん語りましょう」というような実践をされたことがありました。メディアでも大きく取り上げられたのですが、「語る事がいい」といっても、たとえ善意で行われても、危険なことがあります。トラウマは、大人だって語れない体験ですよ。その語れない体験を、絵にしる、遊びにしる、子どもが自発的に自由にやるのはいいのだけれど

も、大人が語らせたり、それについて話をしてくださいというのは、マイナスになることもあります。個人差が非常に大きいので、危険もあるのです。

大野： そうですね。そのとおりですね。

会場： 語ることがいいことだとか、表現することがいいことだと言っても、大人だって表現できないわけです。本当に大事な人が亡くなったときは 10 年経っても、大人だって語れないですね。だから寄り添うことがまず大事でしょう。その経過によっても違いますから、語りについてはマニュアルを作って、こうしたほうがいいということは、なかなか難しいようにも思います。これは一般論として、補足として申しあげております。もちろん、先生のご研究について直接申しあげていることではないのです。

大野： はい。今、デブリーフィングとかデフュージングとかが良くないというのは、徐々に言われてきています。PTSD に対しても、無理に語らせるのは絶対良くない。いろいろな本から、デブリーフィングとかデフュージングの言葉が省いていかれているような現状です。最初に呆然自失となる、つまりその状況を受け入れなくて自己防衛するような状況になるという災害症候群というのがありますけれども、その時期にどのように対応するかというのがとても大事で、災害の規模が大きければ大きいほど、その期間が長くなる。何十年経っても語れない人たちがいるというのは前から言われていることなので、先生がおっしゃられたように、しっかりと寄り添い、その人が語るのを待つことをするのがとても大事だと思います。

会場： 災害支援のことで、非常に大変な中、活動された方の知見をまとめていて貴重な発表だと思います。語りということが出てきたのですが、実は精神保健研究所が 2012 年くらいに、災害時のメンタルヘルスケアについてのガイドラインのようなものを発表したのです。そこで結論が出なかった部分があって、それをもし何か考えられることがあれば、コメントをいただきたいと思ってお尋ねします。というのは、ガイドラインの中で、専門家の意見が集約できなくて抜けている部分があるのです。保健師さんのメンタルヘルスケアの役割は何なのかというところで、現地の人々が住民と継続した関係があるわけだから、その現地の保健師さんが中心にやるという意見と、そうではなくて、その人たちは中核となるところに詰めていて、派遣で来てくれている保健師さんが、訪問などをしてメンタルヘルスケアをしたほうがいいのではないか、という意見と、いくつか意見があって、結局どれにも集約できなかったそうなのです。私もこの問題は、なかなか「こうだ」と言いにくいなあと思っていたのですけれども、こちらの支援に携わった方のご意見を踏まえて、どんなことが考えられるか、教えていただければと思います。

大野： 先ほどの災害の発表でもありましたが、災害は種類がすごく多く、人災から、自

然災害から、その規模もまちまちですので、一般化しにくいという困難があります。一番大事なのは、現地の方たちがしっかりとその方たちの気持ちを聞き、寄り添うことだと思います。文化とか風習とか、…日本だから民族性という言葉はちょっと良くないかも分かりませんが、その土地の人たちだから分かり合えることがありますので、そういった意味では、それが大事です。新潟の中越地震のときには、最初は、新潟の方たちは外部の支援を全部拒否されたのです。「私たちの気持ちが分からない人には入ってほしくない」ということで拒否されました。ようやく受け入れたのが、兵庫県の人や神戸の人たちで、「阪神淡路の苦しみを知っているから」ということで入り、徐々に心を開きながら、支援を受け入れるようになってきました。

そういうところもありますが、災害の規模によっては現地の保健師さんだけでは足りない。そのときには、しっかりその人の話を聞くことのできる職種の方たちが聞けばいいという意見も出ていますし、私もそのように思っております。

会場： 派遣する期間というのは決まっているのですか。あるいは、代わったときに、どういうふうに連携をとっているのでしょうか。

大野： 期間がどれくらいまでというのは、厳密には決まっておりません。大体、一般的にいう復興期…リハビリテーション期と言うのですが、仮設住宅が出来上がり避難所から出て行くとき…それが本当に復興なのかリハビリテーションなのか分かりませんが、一般的にそういう時期になると、外部支援はどんどん減らされていくという状況です。そのときにどのように引き継ぐかということ、「外から入ったものは自己完結しましょう」と言われています。自分たちが活動して引き継がないといけないことは現地にきっちり引き継ぐというのが、もう暗黙の了解です。自分たちがやってきたこと、これからどういふようなことが大事になるからしっかりと課題としてやってください、というところは引き継いでいけばいいかなと思います。

ただ、現地の方たちは自分たちも被災しながら活動し、とても傷つき、疲弊している。「ここができていない」、「あそこができていない」という言い方ではなく、「この辺りのところをこのようにしていけば」というように、何と申すのでしょうか、抑圧的なネガティブな物言いではなく、前向きなかたちで申し送りできればいいかなと思います。

今回も、日本看護協会は2か月ですか、長い間派遣していたのですが、関西広域連合からの派遣はもっと長く、10か月くらいずっと続いて行っていました。それは関西広域連合という特別地方自治の力があってできたことであり、予算的な面もそうです。ですから、派遣するときの体制をどのように組むかということも、大事なことかなと思います。

座長： 会場からのご質問は1チームの期間ということですか。

会場： そうです。ケースによっても違うのですが。

大野： あ、1チームの期間ですか。違いますね。今回、B県の場合は10日でしたけれども、3泊4日というところもあります。でも、3泊4日で行くと、行ったその日に現地との引き継ぎをし、中一日働くと、次は次のチームに引き継ぎとなるので、継続がうまくいかない。反対に、引き継ぎの中立ちをしている現地の職員の方が疲れるという現状もあったようです。10日あると十分よい活動ができますが、派遣で行く者の疲労もものすごく大きいということでした。

座長： このセッションでは、いろいろなテーマについてご発表頂き、新たな知見を得ることができたのではないかと思います。特にまとめませんが、まだポスターはここに掲示されていますので、それぞれの前で引き続き意見交換していただければと思います。どうも皆さんご参加ありがとうございました。