

特 集

東日本大震災における救援活動と看護の振り返り ～今後の災害への取り組み～

伊藤 明子¹

I. はじめに

2011 年 3 月 11 日の東日本大震災から 4 年の歳月が流れる。本震災の被害は想像以上に大きく、奪われた尊い命、そして今もなお避難生活を余儀なくされ、復興は遅々として進まず、被災者への支援は形を変えながらも未だに必要な状態が続いている。また、このような状況の中、被災地の人々は大震災の記憶とともに被災地・復興地で生活をしている。

私たち医療従事者は、さまざまな災害、特に東日本大震災での経験から多くのことを学び、課題達成とともに災害に対する新たな取り組みが必要であることを再認識した。

筆者は名古屋第二赤十字病院の初動班（3 月 11 日～15 日）として、発災後 3 時間後には当院を出発し被災地へ向かった。発災 1 日目は福島県内で活動し、発災 2 日目には石巻に入り、石巻赤十字病院（以下石巻日赤とする）にて 2 日間救護活動に従事して一旦帰還した。その 2 日後の 3 月 17 日再度要請により石巻日赤の病院支援、及び石巻圏合同救護チーム本部支援を行うため石巻入りし、3 月 17 日～4 月 26 日まで約 40 日間にわたって支援活動を行った。

当院は東日本大震災の発生直後から延べ 230 名の職員を派遣し、災害救護活動に従事したが、時間の経過とともに人々の関心は薄れ、被災地・復興地の現状を知っている職員も限られ、また自分たちが提供した災害医療について検証する機会がなかった。そのため大震災から 2 年半後に、「東日本大震災振り返りプロジェクト」を災害対策委員会のコアメンバーとして立ち上げ、災害救護活動後職員を再び被災地に派遣し、災害医療・復興につ

いて考える機会を提供した。

本稿ではこれらの活動を通して、今後の災害への取り組みを看護職の視点で述べる。

石巻日赤での発災直後の災害対応、および石巻圏合同救護チーム設置までの経緯、エリア・ライン制の導入等については省略する。

II. 東日本大震災時の石巻圏合同救護チームでの活動

1. 石巻圏合同救護チーム本部の構成と役割

石巻圏合同救護チーム（以下合同チームとする）本部の構成は、宮城県災害医療コーディネーターである石巻日赤の石井正医療社会事業部長を統括とし、石井災害医療コーディネーター（以下 Co とする）を支援、アドバイスする要員からなり、日本赤十字社関連施設や東北大学・山形県立救急救命センターなどからスタッフが交代して支援に関わっていた。本部は救護班の活動の調整及び支援に加えて、行政との連絡調整等の役割も担っていた。

2. 合同チーム本部でのコーディネーション

合同チーム本部における筆者の役割は、1) 医療実務のコーディネーション、2) 本部ロジ統括、3) 病院支援コーディネーションであった（図 1）。筆者の役割は自然発生的にできたものであり、正式な名称や役割分担ではないが、以下にその概要を述べる。

1) 医療実務コーディネーション

石井 Co. とアドバイザー医師が長期的な構想を組み立て、支援医師がその構想に基づき、エリア幹事あるいは各救護班の統括を行った。筆者はこの 3 者と協働して医療活動における実務支援を行なった。具体的な業務内容

¹ 名古屋第二赤十字病院 国際医療救援部兼看護部

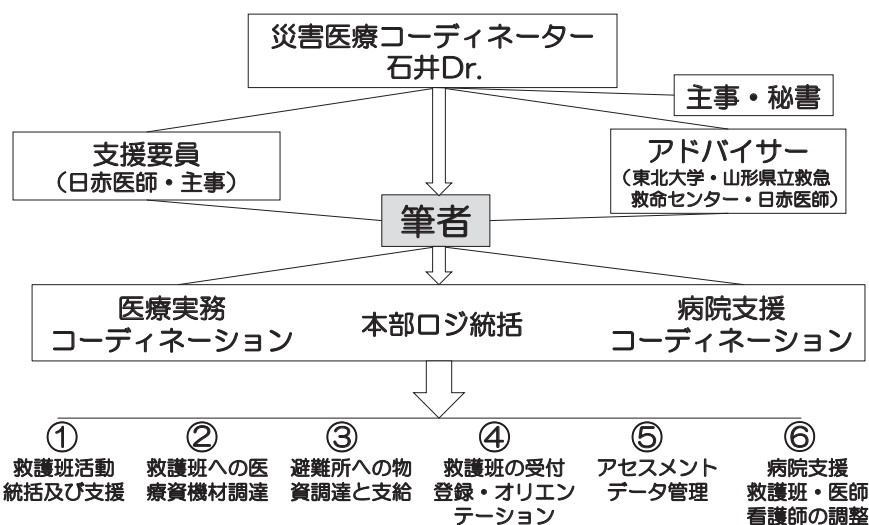


図1 合同チーム本部の構成と筆者の役割

としては、各エリアの救護班のローテート表の作成、救護班の資機材の調達と支給、医療活動についての相談窓口、合同チームの健康管理等であった。

2) 本部ロジ統括

主事と連携のもと、各エリア救護班から提出されるアセスメントシートに基づき、避難所の衛生環境の改善に必要な物資の支給、簡易トイレ・給水設備設置のための連絡・調整が主であり、医療と保健衛生をリンクさせた役割であった。

3) 病院支援コーディネーション

石巻日赤は発災直後石巻圏内で唯一機能している医療機関として救急患者を一手に引き受け、3月11日～27日までに6,947名の患者（内557名は重症患者）を受け入れていた。発災から約2週間経過しても、救急搬送患者数は平均300名と通常の救急外来患者数の3倍以上であった。石巻日赤の職員は医療支援者であるが被災者でもあり、何人かの職員は津波で家を流され病院に寝泊まりして勤務に当たっていた。石巻日赤が本来の病院機能を回復するには、これらの職員を休養させることであり、また、多くの救急患者に対応できる人的支援を行うことであった。救護班をこの救急患者の対応に導入したほか、全国赤十字病院に対して石巻日赤支援としての医師、看護師、助産師、薬剤師、ME、事務等を要請した。筆者は石巻日赤の看護部長・副部長、救急部長と連携して、病院支援コーディネーション業務、すなわち、派遣スタッフの活動調整と救急外来部門における救護班のローテート調整等を行なった。

Ⅲ. 東日本大震災振り返りプロジェクトの概要

本災害救護活動では、急性期から慢性期を考慮した災害医療・看護の必要性、地域医療と災害医療とのコーディネーション等の課題が明らかになった。急性期のみに特化した活動に捉われることなく、復興期までを視野にいたれた活動の実践力を養っていくことが急務である。また当院でも不測の事態が起こった時、医療サービスを円滑に復旧・継続していくための事業継続マネジメント（BCM=Business Continuity Management）の準備が本格化している中「いま、私たちができることは何か」を一つの柱として本プロジェクトを企画し、被災地の視察と関係者へのインタビューを実施した。

災害対策委員会は企画案を作成し幹部会承認後、職員が主に活動した被災地の石巻日赤及び雄勝地区の保健所に受け入れの依頼と事前訪問を実施した。参加者は事前に行動計画を立案し、主体的に参画した。2013年10月3日～5日、石巻日赤では被災地の病院としての活動、支援職員及び救護班の受け入れ等についての聞き取りを実施。雄勝地区では復興地域の現状を視察し、発災時から現在に至る経過と課題などの聞き取りをした。

石巻日赤における各部署職員からのヒアリングでは、1) 急性期の病院支援班・救護班：派遣日数が短く、引き継ぎの負担であった。救急外来では支援に派遣された救急認定看護師により業務マニュアルが作成され、効果的であった、2) 災害時の対応：想定していなかった問題も現場で臨機応変に対応し、プレトリアージと非傷病

者対応、要支援者対応を考え効果的であった、3) 職員のこころのケア：家族の安否が不明のまま仕事に従事することのストレスや黒エリア担当者の精神的ストレス、4) 病院としての職員支援：病院は生活面、メンタル面から職員を守る役割を果たしてくれた、等を知ることができた。また雄勝支え合いセンターでの保健師へのインタビューや石巻社会福祉協議会支援員の仮設住宅訪問同行では、1) 救護班の活動：医師に診察してもらえ安心感があったが、救護班の撤退の時期が早かった、2) 地域医療の現状：仮設診療所夜間、休日は無医村状態であること、3) 仮設住宅居住者の健康問題：飲酒量の増加、認知症の増加、4) 地域復興への問題：3年たっても「仮設」のうちは安心感がもてず、生活が安定しない。復興・自立という言葉が人々を苦しめ、安心して生活できるまでの道のりは遠い、等の「今だから話せる」ことを、本音で聴かせていただいた。

帰院後には院内で全職員を対象に報告会を開催し院内外から 135 名の参加があり、薄れかけていた震災の記憶を呼び起こし被災地への思いを巡らせた。

Ⅳ. 東日本大震災の経験からの課題

1. 災害時の看護実践は日常の看護実践の縮図

看護職は、物理的・人的・時間的に整った環境の中で看護を患者・家族に提供している。災害時には、全てが整った環境ではないこと、物品が不足する中での看護実践であることは予測された状況である。しかし「お下拭きの布がない」、「ベッドネームのように避難所の各世帯に表示がない」、と本部あるいは関連部署に連絡を入れた看護職もいた。物がなければどうするのか、環境が整えられていなければ誰が整えるのか。災害時には看護職一人ひとりの日々の看護に取り組む姿勢が露呈する。日々整った環境の中で看護職は自立・自律して、創造力を働かせて日々看護実践をしているのだろうか、と思う場面に遭遇した。整っていない環境下でこそ看護者の実践力が問われ、それを発揮するには日々の看護実践が基盤となる。災害時の環境下では看護の本質は変わらないが、状況に応じた看護の創造性と主体性が問われ、日々の看護の縮図が描き出される。

2. 集団への予防的視点での介入とアプローチ

日常の医療活動では、医療従事者が地域に出向く必要

はなく、医療施設には健康問題を抱える人々が来院する。そして災害時には避難所に隣接した場所で救護所を開設し、医療活動を展開する。開設した救護所には、様々な症状をもつ被災者の方々が診察を待つ列を作っている。しかし救護チームは、診察を受けに来ている目の前の被災者の避難所生活に現状配慮して活動ができていたののだろうか。避難所はどのような対象により構成され、どのような環境下にあるのか等、集団に対するアセスメントを実践し、それを看護に結びつけることが必要である。看護職は日々の看護実践の中で対象やその家族に応じた援助をすることはできている、しかし災害時の対象は個ではなく集団である。その集団が生活する地域や環境をアセスメントをすることで、予防できたこともあるのではないかと思う。

どのような災害においても、緊急な状況に作りだされた集団が劣悪な環境下で生活することによりもたらされる、あるいは潜在する健康問題や心理的状态はある程度予測することができる。災害時には集団への予防的な視点での介入とアプローチがより求められる。

3. 災害時における疾病の推移

筆者はスマトラ沖地震・津波、ジャワ中部地震、パキスタン北部地震、そして 2012 年ミンダナオ島における台風災害救援に従事した。災害の種類によるが、発災から 2～3 週間は外傷等の外科系の疾患が多いが、その後は急性呼吸器疾患、皮膚疾患、身体各部の疼痛等と受診患者の疾病へと推移する。妊娠褥婦、新生児・小児疾患の患者は常に存在し、また慢性疾患をもつ患者は継続的に服薬が必要な治療薬を受け取るために受診する。

災害時は日常の医療を提供するには限界があり、救護チームはそれぞれの派遣される災害サイクルに応じた装備をして被災地に入ることは当然である。しかし、「あれがない」、「これがない」と合同チーム本部に資器材の準備と提供を求める救護チームもあり、中には血圧計・聴診器すら持参していなかった救護チームもいた。必要であれば患者を病院に搬送するという手段は確立されていたが、自分の手で治療をしたいという思いからの要求もあった。

自分たちの活動する時期や災害の種類による疾病推移を予測した準備と被災地に依存しない物品を持参した上での活動が望まれる。

4. 被災地の医療職・行政職員も被災者

石巻日赤での病院支援や合同チームの本部の活動に従事する中で、特に心がけたのは「被災地の医療職・行政職員も被災者である」ということであった。地元の保健師の方々や避難所の責任者となっている学校の先生や市職員の方々は、発災直後から被災地の人々のために不眠不休での活動に従事している。外部から救援に入る救護チームは地理も不慣れであり、被災地の方々からの情報をもとに活動をせざるをえない。救護チームにとって key persons である被災地の方々。救護班が交替して訪問するたびに、被災地であるから、支援を受ける立場であるからと、辛抱強く質問に答えていた。しかし時には救護チームとの間での行き違いがあったこともあった。救護チームは、少しでも被災地の役に立ちたいという思いで一生懸命に情報収集を行なう。その一方で避難所の責任者の方々は、支援に対する感謝の意をもちながらも繰り返し返される同じ質問に何回も同じ答えを繰り返し、「確認します」あるいは「持ってきます」と言われたものが届かず、また新しいチームを受け入れる。救護チームは“被災地に入る”ということ、自分が“被災地の方々の立場だったら”、“被災地の人々はすべて被災者である”、ということを医療従事者や救護チームは認識していたのであろうか。この状況を予測し、合同チーム本部では、救護チーム間の情報交換や引き継ぎの時間を設けたが、課題は残った。

発災当初から数週間派遣された救護チームは、自分たちの医療資器材や食事は自分たちで持参していた。多数の救護チームの一時的な集合会場には、救護チームが持参してきた食糧のためにポットが用意されていた。自分たちは救護活動で大変なのだ、と言わんばかりにポットのお湯は使いっぱなし。被災地の病院職員がポットに水を補給していた。そして自分たちの食べたゴミは会場に置いていた。発災約1週間被災地の病院の職員はおにぎり1個あるいはパン1個で1日を凌いでいたという。

またある救護チームは自分たちの活動ででた医療ゴミの処理を被災地の病院に依頼した。甚大な被害をもたらした地震・津波で、瓦礫の山積みとなっている被災地を目の当たりにしていたはずの救護チーム。医療ごみは持ち帰れないという。被災地の病院職員は、一度は断るがそれでもと主張する救護チームからは沈黙とともにごみを受け取っていた。ごみを持ち帰れない理由はどこにあるのだろうか。

救護チームや病院支援の職員が全国から派遣されてきた。派遣期間は2泊3日あるいは長くても6日間。到着して出た言葉は「シャワーはどこで浴びられますか？」というチームもあった。被災地の人々は何日もシャワーを浴びていないし、いつ浴びられるかもわからない状況の中、昨日入浴あるいはシャワーを浴びたであろう救護者からのその言葉に愕然とした。

5. 災害時におけるアセスメントと支援

国際救援の現場では、2005年から国際赤十字・赤新月社連盟が提示したGuidelines for Emergency AssessmentやThe Sphere Project（人道憲章と災害援助に関する最低基準）を活用しながら被災地のアセスメントや援助方法を考え活動している。

本災害では石巻合同チーム本部の指揮下において各救護チームが避難所の場所の確認、人数、基本的なニーズ調査を行ない、早期に避難所の数とニーズを把握することができた。救護チームが医療活動ではなく、避難所の場所やニーズアセスメントを展開したことは国内の災害においては目新しいことであった。しかし国際救援では、現地の状況とニーズに応じた活動をすることは前提であり、救援チームの医師が診療活動に従事しないことも多々ある。被災地におけるニーズは何であるのか、必ずしも医療ニーズではなく、生きていくために必要なニーズ（生活環境の確保支援ニーズ）であったりする。この時医療従事者が医療活動に固執すればおのずとして救援者と受益者との間にズレが生じる。

救護チームがニーズ調査で訪れた避難所には、医療を必要としないが、介護を必要とした被災者が多数いた。ある避難所の一階には救護所が設置され救護チームはいる。しかし二階に行くとおむつ交換を必要とする高齢の被災者が多数横たわっていた。「おむつ交換を手伝ってください。手伝ってくれる人がいないのです。」と必死に訴えた職員。医療ニーズはなくとも看護・介護ニーズは存在していた。医療ニーズのアセスメントに必死のあまり、目の前にいる被災者のその場のニーズに応えることなく、立ち去った救護チームもあったと聞く。

救護チームは、初期のニーズ調査において各項目の充足度を調査したが、充足度の基準は各救護チームに一任されていた。初期アセスメントであるため、とりあえずの量が確保されているか否かに重きを置いて調査された。看護職は看護の対象である患者・家族の基本的なニ

ーズを充足することの重要性を認識し、看護実践にいかしている。しかし災害時において、看護職は生きていくために一人あたり最低必要な水分量、集団が生活する施設における最低の水分量、トイレの数、あるいは栄養所要量を知っているのだろうか。看護職が水・トイレあるいは食事の調達をすることは少ないが、必要な量を知らなければ、被災者の健康を護ることはできない。

本災害時において、様々な場面で国際救援の知識と技術をいかすことができた。1998年にThe Sphere Project（人道憲章と災害援助に関する最低基準）が発表された時、この基準は国際救援時に適応するものであると国内災害では注目されていなかった。しかしこのThe Sphere Projectは安全な水の供給と衛生環境、食料の確保と栄養、感染症対策、心理社会的サポートなどの援助の最低基準に関する具体的な規定が示されている。この基準は国際社会に適応できる最低基準であるので、今後は日本国内の災害活動における最低基準の策定等を含む取り組みが必要であると考ええる。

6. 生活不活発病の予防

災害が起こるたびに避難所高齢者の「生活不活発病」が取り上げられる。日常生活の中で介護を受けながらも自立して生活行動がとれていた高齢者が、狭い避難所での生活、食事、睡眠すべてを一か所で行わざるをない生活空間。避難所生活の中での高齢者が動きやすい空間の配慮、寝たきりにならない背もたれの作成、あるいは子供たちとの交流による生活行動範囲の拡大等、避難所の責任者とともにその地域性に応じた対策を講じることも重要な看護職の役割である。被災者の尊厳を護りつつエンパワメントすることで、災害時においても自己実現あるいは心理社会的なサポートにつながると考える。

7. 救援者としての行動規範

救援者は災害時に一人でも尊い命を救い、護るために救援活動に従事する。しかし“熱い思いだけでは災害救護はできない”という言葉があるように、いくら善意、熱意があっても、十分訓練された技術、能力がなければ災害現場では混乱のもととなりがちであり、有意義な救護活動はできない。1994年に赤十字と6つのNGOが協力して「国際赤十字・赤新月社運動及び災害救援を行う非政府組織（NGO）のための行動規範Code of Conduct for the International red Cross and Red

Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief」が受益者の人権や信条、国籍などによる差別のない支援活動を目指して策定された。そのおもな行動規範は、「人道」、「公平」、「中立」、「独立」の原則である。

災害は甚大な被害と悲惨な状況をもたらす。災害現場では、被災者の人間としての尊厳を守り、救援者として人道的な立場にたち、自律した行動が求められる。今後は国内災害における行動規範の策定も必要であると考ええる。

V. 看護職としての今後の取り組み

本震災後、日本赤十字社事業局看護部は救護員としての赤十字看護師等の研修体系を見直し、現行の教育である「急性期医療ニーズへの対応」中心に加え、新たに取組む教育内容として、1) 災害サイクルに対応した活動：慢性期～復興期の活動、避難所・仮設住宅での活動、公衆衛生・感染管理、2) 災害時要支援者のケア：高齢者、小児、母性、障がい者等、3) 災害時のマネジメント：災害時のニーズに応じた救護活動の組織化、4) 地域アセスメント：災害救援計画に必要なニーズアセスメント、5) 他機関との連携：行政、医療・保健・福祉施設、ボランティア、6) 死者及び遺族へのケア、7) 原子力災害、被ばく医療、を追加した。また研修体系において、救護員としての赤十字看護師のフォローアップ研修と救護員としての看護師長研修が位置づけられた。この研修体系や教育内容の改訂により、本災害時の活動における課題が解決されることを期待している。

これらの研修あるいは教育に加え、今後の災害への取り組みとして以下の4点が看護職に必要であると考ええる。

1. 災害時における看護の質の担保と継続性を考えたシステムを構築する能力

前述したように災害時には医療・保健・社会福祉の連携が重要であり、看護職の果たす役割は幅広く重要である。入れ替わる救護チームあるいは支援者が提供する看護・介護の質の担保と避難所内から仮設住宅、そして自立へと継続性を考えたシステムの構築が必要となる。それには限られた情報の中で、実践的な看護マネジメントの能力を備えている人材が必要である。

2. 想像力と創造性

被災者あるいは避難所の住民の生活と健康を護るには、想像力を働かせ、手元にある資材を用いて創造性を働かせて看護を提供することが求められる。顕在化していない保健・健康問題を予測し、対策を講じる創造性が必要である。

3. チームあるいは様々な場面でのコーディネーターとしての役割

日本赤十字社の救護班長あるいは他施設の救護チームのリーダーは医師である。チーム内の医師数は1名であることが多い。治療を行なえるのは医師しかいないが、本部でのミーティング等には医師が診療活動を切り上げて参加している。災害時には医療ニーズではなく保健、介護、その他のニーズも多々あり、そのニーズをコーディネートしかつ支援できるのは看護職の専門分野であると考ええる。災害時には、職種ではなく経験のある者が班長あるいはチームリーダー（コーディネート役）を担うあるいはミーティングへの参加の代行ができることが望まれる。

4. 職種、専門職を超えた協働

本災害において「災害コーディネーター」、「災害医療コーディネーター」あるいは「災害時における看護職のコーディネーター」と「コーディネーター」という言葉が独り歩きしている。何をコーディネートするのかを明確に定義されなければ、それは曖昧なものとなります。災害医療 ACT 研究所の理事である森野一真氏は保健医療コーディネートを、「平常時には災害時の対応に関する計画と準備を行ない、災害時には事前の計画に沿い、被災地における保健医療福祉サービスが過不足なく行き届くよう、情報を収集整理し、行政と外部支援を含む保健医療福祉の担い手と関係組織の間の折り合いをつけること」と定義している。

災害発生時には迅速な対応が求められ、健康の問題だけではなく、前述したような給水・衛生環境問題や経済的な問題等が存在し、災害時の被災地での保健・医療活動はチームで行われている。これはインタープロフェッショナル・ワーク (Interprofessional work:IPW) であり、「専門職間の連携と協働」と訳されている。

災害時にあっても、平時であってもこのインタープロフェッショナル・ワークは常に求められる。それぞれの専



写真 1

門職が自分たちの専門性とその限界を認識し、多職種との連携・協働すること、枠組みを超えて、被災者のために力を発揮する能力と先見性を備えて活動することが求められている。そしてコーディネーターは、それぞれの（専門）領域・（行政）部門職種を超え、組織と人を繋ぎ調整する役割であると考ええる。そのために看護職は看護の専門職としての見解をアサーティブに表現し、災害保健・医療の担い手になることが望まれる。

Ⅵ. おわりに

近年多発する災害とグローバルヘルスの危機とともに、医療従事者あるいは赤十字看護職に対する社会の期待はますます大きくそして高くなる。東日本大震災の経験から、医療・保健・福祉の連携、国内災害救護と国際救援の連携の重要性を再認識した。

あらゆる状況において人間の苦痛を予防し軽減すること、いのちと健康を守り、人間の尊厳を確保すること、それが赤十字の使命であり先見性を持ちながら活動することを赤十字看護師として求められていると考える。

文献

1. 看護管理 2011 年 07 月号 (増刊号) (Vol.21 No.8) 医学書院
2. 国際保健医療学 (2013 年 11 月 20 日) 第 3 版 日本国際保健医療学会編 杏林書院
3. 災害看護学・国際看護学 (2014 年 2 月 1 日) 看護の統合と実践③第 2 版第 2 刷 日本赤十字社事務局看護部 医学書院発行

4. 災害時の公衆衛生—わたしたちにできること (2012 年 7 月 15 日)1 版 1 刷 國井修編 南山堂発行
5. Public Health Guide for Emergencies 2nd edition 2008: The Johns Hopkins and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: <https://db.tt/W0HI2s6E>
6. The Sphere Project 2011 edition Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response : <https://db.tt/yz27IyFp>
7. Guidelines for Emergency assessment: The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
8. Principles of Conduct for The International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Response Programmes : <https://db.tt/KamgxRbu>

