

総論

熊本地震からの学び 被災者支援を行う看護職に伝えたいこと



山崎 達枝

東京医科大学医学部看護学科 准教授
日本災害看護学会理事・日本集団災害医学会理事

平成28年(2016年)熊本地震 概要

2016年4月14日21時26分に熊本県熊本地方を震源とするM6.5、最大震度7の地震が発生。当初この地震が本震と発表されましたが、2日後の16日1時25分にM7.3、最大震度7の地震が発生し、14日発生地震は前震、16日発生地震が本震と急遽改められました。観測史上例のない2回の震度7の地震後、震度6を超える余震も複数回発生し、長期間にわたり大きな揺れが続きました。

このため、前震では大丈夫だった家が2度目の地震で相次いで倒壊、一度は避難所を退室した避難者が再び戻るといった事態が起きました。直接死50人のうち30人が16日の本震による圧死で、前震後にもう大丈夫と自宅に戻り、睡眠中の本震で逃げる時間もなくなったと報告されています*1。

私は本震直後(16日)に日本災害看護学会先遣隊第一次隊(筆者含む3人)として被災地入り。その後も何度か被災地に入り、多くの避難所や重症心身障害者施設、病院を訪ねました。本稿ではその活動

*1 神戸新聞 2016年9月14日

の中で学んだこと、特に看護職として被災者へ支援を行う上で重要と思われる点を伝えたいと思います。

日本災害看護学会先遣隊として 被災地入り

全体像がまだわからない状況の中、日本災害看護学会先遣隊第一次隊は、新幹線で福岡駅まで移動、そこからレンタカーで熊本市と被害が一番大きい益城町に入り、3日間活動しました。活動中も、余震のアラームがあちこちで鳴り響き、時には揺れの大きさに緊張しながらの活動でした。

当然とも言えますが、避難所は多く600カ所以上にのぼり、避難者は8万8000人を超えていました。被災された方が語る言葉の多くは、九州の熊本で震度7の地震が2回も発生したことへの驚きであり、「まさか九州に」「まさか大きな地震がない熊本に」という「まさか」の言葉でした。今日、日本に住んでいる以上はどこに地震が起きても不思議ではないと言われていました。「ここには地震はこない」という思い込みがあったようです。

そのため、あらかじめの“備え”として、福祉避

難所の準備などが十分でなく、要配慮者への保護などが遅れているように感じられました。被災地域の中には高齢化率が30%を超えているところもあり、避難所にいる人たちの3分の1くらいは65歳以上のように見えました。

脳梗塞後に右半身麻痺が残る、ある高齢男性は「一度床に降りると今度は車いすに乗るのが大変だから」と言って16日の地震発生後からずっと車いすに乗ったまま昼夜を過ごしていました。また、夜中に起きた本震の経験から、建物の中が怖いという方が多く、高齢者でも避難所の軒下、冷たいコンクリートの上、屋外に設置された仮設トイレの近くなどで毛布に包まって横になっていました(写真1)。足腰の弱い高齢者や要配慮者と言われる妊産婦や障がい者などにとって、厳しく過酷な避難生活の状況を目にし、弱い立場の者がさらに弱くなるのが災害ということをあらためて痛感しました。その場で私は行政担当者に、早急に福祉避難所の立ち上げをお願いしましたが、行政の方も被災者であり、職員不足も重なり、依頼には思うように対応できないようでした。このような状況ですと、やはり肺動脈血栓塞栓症や誤嚥性肺炎などの震災関連死^{*2}が心配されます。

看護の力で防げる震災関連死

実際、熊本地震では、震災関連死が直接死を上回り、その4割が循環器疾患でした。そこには、避難生活のストレスによる体調の悪化、過労などの間接的な原因があったと考えられます。また、震災関連死のうち6割が70歳以上の方だったといえます。あの揺れの中でせつかく助かった生命を震災関連死でなくすことがないようにしたいものです。

避難所内の被災者間の被災体験差からくる心理的ストレスは3・4日目から1週間目が多く、心身の疲

写真1 建物の中を怖がり軒下に横たわる被災者



労のピークと言われています。この時期は「災害対応症候群のユートピア期」に相当します。「生きてよかった」と思う反面、過度に身体的・精神的変化を自覚する時期です。これはカナダ人の生理学者ハンス・セリエが提唱した「ストレス反応の3相期」の抵抗期を過ぎ抵抗力が低下する時期に当たります。

新潟大学医学部の榛沢和彦医師は、2004年新潟県中越地震のとき、肺塞栓症で亡くなった6人は3日目に1人、残りの方は5～7日目に発症したと報告しています^{*3}。神戸協同病院院長の上田耕蔵医師によると、熊本地震でも多数の人が肺塞栓症を発症し3日目に2人の方が亡くなりました。

「震災関連死は防ぐことはできないのでしょうか?」というご質問に、私は「いいえ、震災関連死は防げる死だと思います」と答えます。そのためにも、私たち看護職は、特にこの時期のケアが重要と捉え、積極的に被災を受けた方々にかかわる必要性があると考えます。

私は、これまでの多くの自然災害において、発生した直後から被災地に入り活動してきました。避難所は点在しており、テントなどによる自主的避難所(青空避難所)も多数あるので、初期段階では避難所間の支援の格差など、多様な状況を把握しアセスメントすることが求められます。福祉避難所を含む

*2 震災関連死とは、建物の倒壊や火災、津波など地震による直接的な被害ではなく、その後の避難生活での体調悪化や過労など間接的な原因で死亡すること。

*3 上田耕蔵：東日本大震災、医療と介護に何が起こったのか－震災関連死を減らすために－、萌文社、2012。

写真2 依然としてなくならない車中泊(2016年5月29日)



避難所や救護所、在宅被災者を訪問し、その実態を把握し、感染症や震災関連死を防ぐために看護の視点でアセスメントするのです。

この状況ではどのような問題につながっていくか、そこで私たちができる対策は何かを考えることが大切です。看護職には、見えないものを見る看護力をつけ、今この環境下で何ができるかを考えようとする専門家であってほしいと思います。

看護職にしかできないこともあります。一方で、看護職だけで震災関連死を防ぎ支援活動をするには限界があります。そこで異常を早期発見し、専門家へつなげ、行政や福祉に働きかけるなどのコーディネートをするこそが看護職の重要な役割だと考えます。

あらかじめの備えの看護

私たち看護職は、専門職だからといって被災地に行ってすぐに活動できるというものではありません。非日常の生活が突然に日常の生活となり、最低限の生活すら守れないのが自然災害の被災地です。

生活環境も医療設備も十分にそろっている日常をすべて失い、限られた時間・人・物の中で支援を行うには、過去の災害から得られた学びを受け入れ、

「今ここで災害が発生したら」「ライフラインが途絶えたら」「使えるものが使えなかったら」「自分の命を守り、さらに1人ひとりの命を守るには」と、時々シミュレーションしておくことです。このような「あらかじめの備えの看護」が大切だと思います。

そして被災地に出向いて活動してほしいと思います。現場があなたの力を必要としているだけでなく、あなたにも新たな学びがあるからです。

人々の健康と暮らしを支援する

その後の訪問時も南阿蘇村や益城町など被害の大きかった地域では、避難所や車中での変わらずの厳しい避難生活が続いていました(写真2)。「災害医療」というと、とかく災害発生時の救命に目を向けがちですが、被災された皆さんを守るための支援はその後も長期にわたり続きます。その大きな役割を担うのが私たち看護職だと思います。

いつも被災地で思うことは、「災害がもたらすのは身体的な損傷だけではなく、精神の健康にも十分に注意すべき」「被災後のストレスケアもケガの手当てと同様に重要であり、被災者が孤立しないように配慮すべき」だということです。だから、こころの拠りどころとじてもらえるような関係を築きながら元の生活に戻るためのバックアップをし、衣・食・住にまでも気を配り、予防医療を含め人々の健康をサポートすることが大切なのだと思います。

「看護とは治療だけでなく、広く人々の健康と暮らしを支援する役目をもっている」。私は災害看護のあり方をこのように考えています。

2016年の熊本・大分両県を中心とした、度重なる地震により亡くなられた方のご冥福をお祈りするとともに、被害に遭われた皆さまに心よりお見舞い申し上げます。