

講義
10被災者支援
保健福祉分野から見た

災害時、保健福祉分野を大きく分けると、保健、医療、福祉、公衆衛生の4つの分野があります。保健は、健康増進や健康予防、疾病予防、医療は、実際に何か起きたときに、急性期から慢性期まで介入して治療をしていくことです。福祉は、日常的に病や何かしらの障害を抱えながら生活をする方のサポートをしていくことが大きな柱になります。公衆衛生は、この全ての領域にかかり、個人でなく集団を相手にします。例えば、町全体、市全体、県全体、国全体、もしくはグローバルヘルスと言われるように国をまたいでいきます。

外部支援は地元の保健医療福祉体制を支える役割

これらを、普段、誰がやっているか。保健の主な担当は保健所、医療は個人の開業医に始まり、国立医療センターなど大きなものまで、それぞれの医療機関が担います。福祉もやはり、大きくは保健所が管轄し、市役所や役所の中の福祉課も関わります。そして公衆衛生は、主に保健所が担います。これが、平時に、人々の健康や健やかさを守るためのシステム、成り立ちです。災害などの緊急事態が起きると、被災地における健康や健やかさを誰が守るのか、誰がお手伝いをするのかが、少しだけ変わります。保健、医療、福祉、公衆衛生という領域は変わらず、メインプレイヤーの保健所、医療機関も変わりませんが、外部支援が変わります。私も、日本プライマリ・ケア連合学会および東北大学の人間として、益城町に入っていましたから外部支援者になります。

ここでのポイントは、プレーヤーが増えるということです。被災によって、現地の保健所や医療機関の力が落ちてしまいますので、そこを補うという名目で、外部支援者が入ります。この外部支援者が忘れてはいけないことは、あくまでも主体は、保健所、医療機関、役場だということです。

災害医療とは

災害が起こったとき、医療関係者、福祉関係者に求められる仕事は、8つあります。まず、救命救急と集団外傷への対応です。次が、被災者・避難者の健康

管理になります。これは、避難所にいる人だけではなく、あらゆるレベルで被災をされている方、避難をされている方たちの健康管理をしなければなりません。3つ目は、災害に起因する傷病への対応です。次が、一般医療ニーズへの対応です。その次が、災害時要援護者の保護です。これは、普段、特に目を配っているような高齢者、障害者、子ども、妊産婦といった方たちを保護していくということです。

次に、被災環境下での疾病要因への対策、予防管理です。これは、避難所の中の衛生管理などです。次は、地域保健医療システムの機能維持と再建です。災害によって、もともとの地域のシステムが機能低下を起こしているために、さまざまな弊害が出てきます。最後が、災害が間接的に健康に及ぼす悪影響の抑制と中長期的ケアになります。

では、被災地の健やかさに関する医療を担うのが誰か、これは主に現地の医療機関と外部支援になります。外部支援のチームは非常に多く存在します。有名な代表を挙げると、DMAT(災害派遣医療チーム)、DPAT(災害派遣精神医療チーム)、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)の3つです。この3つは厚生労働省の委託事業で、超急性期から急性期にかけて現地で活動します。要はお金が付いていますし、物資も持っていますので、いろいろできるということです。DMATは自衛隊とも協働をしますので、遠隔から自衛隊機で運ばれ、現地で医療展開をすることができます。

厚生労働省が考えている災害の支援体制を見ますと、超急性期は48時間、それから移行期が大体5日間、5日目以降が中長期となります。緊急時の支援は、プレーヤーがたくさんおり、かなり体制が整っています。しかし、中長期になると、対象となる住民の数が変わらないにもかかわらず、プレーヤーがかなり減ってしまいます。だからこそ、皆さんのようなNPOやNGOの方たちが担う部分が増えてくるわけです。

災害時の保健・公衆衛生、福祉

保健や公衆衛生は、健康や病気になることを予防することや、障害や後遺症、病気などを抱えながら、

講師

はらだ なほこ
原田 奈穂子氏

東北大学大学院医学系研究科
保健学専攻
地域ケアシステム看護学分野
講師

看護学博士。看護師・保健師。国立保健医療科学院危機管理部門客員研究員。東日本大震災後、災害保健・医療分野での人道支援における質の保証と説明責任、緊急時支援者支援に関する実践と研究に従事。熊本地震後益城町にて、避難所の設置や運営支援を展開。

まとめ

災害時、発災直後から中長期まで多くの外部支援が入りますが、外部支援団体は地元の保健医療福祉体制を補完し支えるために活動します。避難所の公衆衛生を守る工夫は、専門家は指摘できても実践が難しいので、クラスターアプローチの11領域を参考に、多くの団体の協力のもとで早期から実践することが重要です。また、避難所開設・運営にあたっては、スフィア・スタンダードに則して取り組むことも重要です。心のケアでは心理社会的な支援で生活上のストレス軽減や社会サービスの不足を補うことが必要となります。支援者は支援活動を通じてストレスを受けやすく、自分を守る術を身に着けることはひいては傷つけない支援に繋がります。

それでも社会の中で生きていく方たちを守ることです。主なプレーヤーは保健所です。そして、ここにも外部支援者が入ります。厚生労働省のDHEATは、公衆衛生に特化しているチームです。福祉は、保健所プラス外部支援者になります。外部支援者は、県の福祉協議会であるDWAT(災害派遣福祉チーム)やJRAT(大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会)、日本赤十字社などです。

クラスターアプローチとスフィア・スタンダード

保健公衆衛生、福祉について、クラスターアプローチとスフィア・スタンダードに絡めてお話します。国際連合が、多くの人たちが危機に陥っているときに、その人の命、尊厳を守るために、最低限考えなければいけないと定めている11領域があります。

「保護」とは、暴力や抑圧からの人権の保護。次が「食糧確保」、「通信」です。そして、「早期復旧」は、ライフラインの復旧、道路、水道、電気、ガスなどです。

次が「教育」です。日本はここがとても弱いと言えます。日本の指定避難所は学校ですので、災害が起き、そこが指定避難所として開放された瞬間から、子どもは学ぶ場を奪われます。東日本大震災では、仮設住宅の多くは校庭に建てられましたので、学ぶ場所として教室は最低限確保できましたが、休み時間に遊びに行く、運動する校庭がありません。非常に脆弱だと思えます。こども広場という子どもが安心して学んだり遊んだりできる仕組みがもっと広がるといいな、と思えます。

次が「水と衛生」です。きれいな水も下水処理も、トイレも、全てここに入ります。次が「ロジスティクス」です。ロジスティクスは、人、物、お金を運び続けること、管理をすること。非常に大きな仕事です。次が「栄養」、「避難所」と「仮設住宅運営」で、そして最後に「保健」です。

人が生活するため、人権を守るためには、この11領域全てを考えなければいけません。皆さんがどこの領域に所属しているかに関係なく、自分の所属している領域以外と協働することがどれだけ大事かを考えてください。協働をしない限りは、困っている人の状

況はよくなり、どこかでひずみが出てしまいます。

東日本大震災での医療活動時、5歳位の女の子が「おなか痛い」と言って受診しました。排便がない理由を聞くと「トイレが怖い」と教えてくれたのです。確かにトイレは全て和式で、しかも、常夜灯の設置ができていないときでしたので、懐中電灯の明かりだけです。もし、トイレや避難所の運営の方たちと調整ができ、子どもが安全に、怖いと思わない生活環境を整えることができていれば、彼女は便秘にならずに済みました。この関わりを契機に、私は包括的な支援とは何かを考えるようになりました。

どこの領域に関わっていても、色々な支援領域の方と繋がり、情報交換の場に出てきて、そこで発言をしてほしいと思えます。役場は役場で頑張りますが、職員や保健師は少なく、対全住民となると、なかなかゆいところに手が届かないこともあります。だからこそ皆さんのように、住民の声を集める力を持っていて、それを繋げる力を持っている方たちに、その役割を担っていただきたいのです。

益城町の住民は34,000人、職員は260人です。発災後に立ち上がった避難所対策チームは、たった5人でした。つまり、5対34,000です。この人たちは、ある日突然、避難所のことを全てやるように言われたのです。私は、彼らと一緒に避難所の過密対策として新しい避難所を立ち上げました。そのときに、仕切りを設置し、世帯ごとでアレンジができるようなスペースを確保したり、建物の中にトイレを設置して、夜に外を歩かなくてもいいようにしたりしました。そのときに役立ったのが、スフィア・スタンダードです。

クラスターアプローチとスフィア・スタンダード、この言葉を知らなくても、11領域のイメージを頭に持っていて、自分の団体が取り組もうとしていることと関係しそうな領域がどこか、その領域でキーパーソンになっているような人や団体はどこなのかを考えて、一度打診をしておくことで支援の効果や質が格段に良くなると思えます。

緊急時の精神保健・心理社会的支援

最後に、緊急時の精神保健、および心理社会的な

支援についてお話をします。主なプレーヤーはDPAT(災害派遣精神医療チーム)や日赤心のケアチームですが、それ以外の団体も多くあります。日本で心のケアと言いますと、どうしてもトラウマやPTSD、うつ、引きこもりなどの精神保健の話ばかりになってしまいますが、本来の心のケアには、心理社会的な支援も含まれます。

内閣府は心のケアには3つのレベルがあると述べています。レベル1は、生活支援や情報提供によって、被災をされた方たちに心理的な安定感を与え、立ち直りを促進します。レベル2は、家族を亡くしたり、独居などの継続した見守りが必要な被災をされた方に対する行為です。レベル3が精神的な診療です。レベル1は、ここにお集まりの皆さんも実践されていることです。「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」ではレベル2は保健師や臨床心理士が行くと記載されていますが、福祉系の団体や仮設運営の方たちは、実際は恐らくレベル2までされているのではないかと思います。レベル3は精神科の治療が必要な方たちを見つけて、精神科医療に繋げることが皆さんのお仕事になります。

被災することが心にどのような意味合いをもたらすのか、災害経験は、大きく分けて3つあると言われています。1つ目は、死んでしまうのではないという経験。2つ目が、大切な人を亡くす、あるいは財産(有形・無形)をなくすこと。3つ目が2次的な生活の変化になります。この3つの要素が、心理的にどのような影響をもたらすかと言うと、まずは、眠れなくなるなどの「ストレス反応」をもたらすと言われています。次が、学校に行かなくなった、お酒の量が増えたなど「行動の変化」です。最後は、「精神科疾患」です。災害精神医学の研究によると精神科疾患になる方はごく一部ですので、2次的な「行動の変化」が非常に大事です。なぜかと言いますと、社会的サポートの不足と生活上のストレスが、自然災害の後におけるPTSD発症のリスク要因であることが分かっているからです。だからこそ、心理社会的支援がとても大切で、心理社会的支援として社会的サポートの不足を補い、生活のストレスを軽減することが重要になります。

そこでご紹介をしたいのが、サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)です。PFAとは、深刻なストレス状態にさらされた人に対する人道的、支持的、かつ実際に役立つ援助の教科書的な定義になります。実際に役立つ援助に加えて、PFAの強みは、専門家でなくても使えることです。いわゆる精神科医や精神科専門のナース、カウンセラー、セラピストでなくても、PFAを実践できます。ですので、皆さんも活用できるツールなのです。PFAの特徴は、治療ではありませんので、カウンセリングをするわけではありません。被災された方たちにとっての一番の困り事の多くは、社会的サポートの不足や生活上のストレスなのです。衣食住で困っている、仕事がなく困っている、仕事がないから子どもの学費が払えそうもなく困っている、このような問題は話を聞いているだけでは問題が解決しません。何に困っておられるかを明らかにし、その問題解決に繋がるような情報やリソースに困られている人を繋げていくことも大切な心のケアなのです。

災害支援者は、支援後や被災後のPTSDの発症のハイリスク集団であることが研究によって明らかになっています。なぜかという活動前にトレーニングを受けていない方たちが多いためです。研修やトレーニングを受けていないのに、困っている人たちに日常的に接して、長時間関わります。特に中長期の支援のときは、関係性の継続性が強いものになっていきますので、行くたびに、話すたびに、関わるたびに、このストレスが蓄積していき、うまくストレスや気持ちのマネジメントができないと支援をする側が傷ついてしまうのです。だからこそ、まずはPFAの原則にのっとって、自分が支援できない場合は、それ以外のリソース、皆さん以外のリソース、もしくは自分の所属団体以外のリソースで、その人たちにまず繋げられるものがないか探してみてください。そして実際に繋げてください。そこから繋がっていきますので、抱え込まないでください。皆さん自身を大切にすることが、より良い支援に繋がることを覚えておいていただきたいと思えます。