〔第19回日本家族看護学会学術集会シンポジウム１〕

東日本大震災を生きる家族の理解

石川県立看護大学[1)]　東北大学大学院[2)]
（座長）石垣　和子[1)]　塩飽　仁[2)]

本シンポジウムは，東日本大震災の被災地で「生き抜いている家族の理解」を共有することを目的に，支援活動に携わった４人の専門家のお話をうかがい，その理解を今後どのように活かすかを考えるために企画された．

発災後から宮城県名取市の仮設住宅で訪問活動と健康相談活動を展開している日本訪問看護財団事業部の上野まり氏には，「仮設住宅で暮らす人々と共に歩む看護」についてお話いただいた．

早くから世帯の特徴を把握する調査やコミュニティ作りに取り組み，発災後およそ半年後には住民が看護師に自らの体験や置かれた状況を語るようになり，新たな家族の姿を発見した．

夫や妻，子ども，孫等を失うことはかけがえのない存在を失うことであり，「家族を失うことによる役割の消失」が把握できた．特に母親を亡くした子どもの悲嘆と不登校などの反応が顕著であった．

狭い仮設住宅の空間ではパーソナルスペースが確保できず，「家族成員間の距離の変化」によりストレスが増大していった．また，仮設に住む方のご家族と看護師等支援者の距離の取り方やかかわり方には細心の注意が必要であった．

上野氏は，被災地ではこれらの家族の背景の理解に基づいた看護師の継続的なかかわりが必要不可欠であると述べた．

宮城県石巻市と気仙沼市で管理栄養士として活動された駒沢女子大学の田中弥生氏には「被災地高齢者の栄養サポート」についてお話いただいた．

発災当初の食糧事情は劣悪であり，栄養状態の悪化については家族が互いに気付かなかったり見過ごしている状況があった．そのような現場で栄養士は特に高齢者や傷病者が低栄養・過剰栄養などに陥らないよう，個々の栄養状態を評価・判定する必要があった．

次第に医療環境が復旧すると，在宅診療支援チームの一員として参画する現地の管理栄養士を養成することが課題となった．管理栄養士でもあり被災者でもあるコーディネーターは次第に自分にもできるという「輝く目」と「その地域を守る」という頼もしい姿に変化していくのが理解できた．

田中氏は，現地のコーディネーターについて「東日本大震災に生きる家族」の一人として今後も生き抜いていくことだろう，とコメントした．

震災前から「大切な人を失くした子どものサポート」ケアプログラムを開催してきた，つくば国際大学の髙橋聡美氏は，震災後に仙台市を拠点にして多くの震災遺児のグリーフケアを展開している．親を失くした子どもは自信や希望も失い，悲しみのなかで現実に直面し続ける．また家族機能の変化にともなって役割が変わり，親の機能を代替したり，家族を支える役割を担ったりして，子どもが子どもでいられる時間や場所を失うことを強いられる．グリーフプログラムは子どもにとって「子どもでいられる場所」であり，そのような場の提供は子どもにとって重要なケアとなる．

一方で保護者がピアグループ内で自身のグリーフと向き合う時間を持ってもらうことや，悩みをシェアすること，エンパワーされること，レスパイトできることも子どものケアを展開するうえで重要な役割を持つ．

高橋氏は，支援活動を続けていくなかで子どもとその家族の話に耳を傾け，彼らがどのような支援を

必要としているのかを当事者と共に考えて支援を届けることは今後も重要な視点であろうと述べた．

東京学芸大学の小林正幸氏には「東日本大震災から学んだこと～保護者支援の今，そしてこれから～」というタイトルでお話いただいた．

小林氏は発災直後に子どものトラウマのケアのために複数のメディアを介して「教師のための電子メール相談」を開設し，教師に知識と技能の情報を提供した．また2011年夏に主に福島県内で被災した子どもを対象に，「心のケア」に特化したキャンプを行い，特に親子での参加で子どもの睡眠の改善が著しいことを確認した．

さらに宮城や岩手で，保育士，幼稚園教諭への研修会や個別の保護者相談を行った経緯から，保護者や教師などの支援者が深く傷ついており，知識提供に加えて，教師や保護者などの支援者を直接に支援する必要性があると述べた．

小林氏は子どもと家族を支えるためには地域のコミュニティの確立と維持が不可欠とし，そのなかで安心と安全を確保すること，未知なるものに挑戦し怖さを乗り越えること，日常の維持と将来への拡充を図ることが重要になると強調した．

本シンポジウムを通して，被災した家族を支援し続けるためには地域特性を考慮したコミュニティの形成を基礎に，相互に支援し合うシステムをいかにすばやく確立するかが重要であることが確認できた．そして子どもの支援のための保護者や教師の支援のように，発災初期には支援者の支援が肝要であると認識できた．

仮設住宅で暮らす人々と共に歩む看護

日本訪問看護財団　上野　まり

ここでは，平成23年3月11日の東日本大震災発災以降，本財団が実施してきた「被災地支援事業」について報告する．

1．本事業の位置づけ

本事業は，3月の理事会において本財団の事業計画の中で「その他の事業」に位置づけて急遽実施することが決定された．

2．事業資金

本事業の年間活動資金として，公益財団法人日本財団から寄付金を得ることができた．

3．活動地域と活動目的

被災3県に対して，訪問看護のボランティア活動の受け入れを打診した結果，快く受け入れを決定された宮城県名取市の応急仮設住宅（以下仮設とする）において，活動開始を決めた．被災後の急性期を経て仮設に居を移した被災住民の方々の健康状態（身体・心理・社会面）の維持・増進と悪化予防，異常の早期発見を活動目的とした．具体的な目標としては，仮設の自治会長から「孤独死を出さない」ことを提示された．さらに，阪神淡路大震災の教訓から「閉じこもりやPTSD悪化の防止」を加えた．

4．活動体制

まず，対象となる仮設6か所から，車で5～30分圏内に位置する場所に活動拠点としての事務所を開設した．活動の担い手となる看護職は，県看護協会や看護連盟，ナースバンク，市保健センターなどを通じて募集した結果，地元の看護職が4名集まった．その後，本財団HPや研修会で長期間の滞在型ボランティア看護職も募集し，山梨，愛媛，愛知県から6ヶ月間の滞在型ボランティア看護師が集まった．訪問看護管理経験者が2名，他は訪問看護は未経験であるが，看護経験は豊富なベテラン看護職達であった．活動は，月～金曜日，9時から17時までとした．常勤換算では，2.8人から4.8人，一時6.5人まで増加したが，平成24年度から日本財団からの寄付の終了と同時に長期ボランティアの支援もなくなり，平成24年9月現在は地元看護職5.5人となっている．

5．活動内容

6か所の仮設は，5月から7月まで順に完成した．それに伴い各仮設の自治会長に，保健センター長と共に挨拶に行き，保健師らと作成した健康調査票を自治会長名で全戸に配布した．調査票の回収と同時に仮設集会所で健康相談に応じたり，個別に家庭訪

問を実施した．その結果，9月末までに仮設住民約1,500名の生活・健康状態をほぼ把握することができた．調査票から，訪問看護を要する人，健康相談を要する人，看護の介入が不要の人の3種類に住民を分類した．疾患をもつ人や65歳以上の高齢者，独居者については，当面訪問を要する人に位置づけた．6か所の仮設住民の概要は，表1，2のとおりである．健康相談は週1回午後3時間実施し，その他の時間は主に訪問活動に充てた．事例検討会は毎月実施し，本財団はもとより，市や県主催の研修会にも積極的に参加した．夏場は企業から飲料水の寄付をいただき，保健センターと協同して個別，集団を対象に熱中症予防の啓発活動を積極的に行った．その結果，熱中症の重症者はなかった．11～12月にかけては，冬場の脳卒中や心臓発作予防と，インフルエンザやノロウィルスによる感染予防対策を重点的に実施した．市医師会の協力を得て6回の健康講話を開催し，リーフレットを作成して配布したり，手洗いや救急車の呼び方，日常生活での留意点もわかりやすく伝えた．年明けには，辛い1周忌を乗り越えてもらうために，癒しの会合を企画した．ベテラン看護師の講演と，地元人気歌手のコンサート，仮設住民の詩の朗読をした．約100名の老若男女が雪の中参集し，元気をもらって帰宅した．3月には，仮設の集会所で「認知症サポーター養成講習会」も開催した．「認知症は誰もが罹る病気，みんなで支え合おう！」と住民からの声が聞かれた．

6．家族看護の視点から

平成24年度は，名取市から「仮設住宅健康推進事業」の委託事業として，本財団は地元の自立と復興に向けて事業を継続している．約1年半の活動を家族看護の視点から振り返り，①唯一無二の存在である家族を突然失うことの大きさ②家族員間の物理的な距離の重要性③気に掛ける人，掛けられる人の存在の重要性を痛感している．

発災から1年半，改めて仮設住宅を眺めてみても，まだ復興の兆しは感じられない．これからも仮設の人々と共に歩みながら，被災地に笑顔が溢れるようになるまで，地道な活動を継続していきたい．

表1． 仮設住宅の住民概況　日本訪問看護財団　2011年9月調査結果

	A	B	C	D	E	F	合計
世帯数	101	155	153	124	95	21	649
住民数	264	402	378	230	225	61	1560
高齢者(%)	75 (28%)	115 (29%)	93 (25%)	96 (42%)	76 (34%)	8 (13%)	463 (30%)
高齢者のみ世帯(%)	15 (15%)	39 (25%)	39 (25%)	20 (16%)	16 (17%)	1 (5%)	130 (20%)
独居高齢者世帯(%)	10 (10%)	18 (12%)	13 (8%)	16 (13%)	7 (7%)	0 (0%)	64 (10%)
要支援・要介護(%)	9 (3.4%)	10 (2.5%)	11 (2.9%)	14 (6.1%)	5 (2.2%)	2 (3.3%)	51 (3.3%)

表2． 仮設住宅の罹患傾向　日本訪問看護財団　2011年9月調査結果

	A	B	C	D	E	F
住民数	264	402	378	230	225	61
高血圧	35 (13%)	61 (15%)	38 (10%)	56 (24%)	36 (16%)	3 (4.9%)
糖尿病	12 (4.5%)	26 (6.5%)	14 (4%)	19 (8.3%)	9 (4%)	1 (1.6%)
心疾患	13 (4.9%)	22 (5.5%)	9 (2.4%)	17 (7.4%)	11 (5%)	2 (3.3%)
悪性新生物	2 (0.8%)	13 (3.2%)	7 (1.9%)	9 (3.9%)	9 (4%)	0

被災地高齢者の栄養サポート

駒沢女子大学人間健康学部　田中　弥生

はじめに

平成23年３月11日，午後２時46分，大きな地震が東日本を襲った．東北，北関東に大きな被害を知るのは何時間か経った後である．ライフラインは途絶え，普及の目処が立たないまま食料難がはじまり栄養問題が浮上したのは３月末であった．

衣食住という言葉があるが，今回の被災者はこの言葉の通りすべてを失われただけではなく，大切にされていた家族，親族，ペットなども失われた．精神的にも肉体的にもバランスが崩れている被災者の方は「食べる」という行為をも避けてしまう方もいた．また，「食べさせる側」は目の前に居る個々の体調に合わせた食事を考え提供することが大切である．低栄養状態や過剰栄養などに陥らないように栄養状態を確認したうえで適切な食事指導と提供を考える必要を強く感じた．この栄養問題を解決すべく被災地を支援する管理栄養士の活動状況及び対応について述べたい．

被災状況及び栄養問題

食事はどうしていたのかというと，筆者が後に行った石巻のある避難所では，人数全壊地区320人で毎日15人ずつ退出していた．要介護者は８人，別棟や小学校の給食施設はなく水道も自衛隊が運搬していた．朝食に夕食分も手渡し「いつでも自由に食べてください.」というものであった．昼食は１か月経過していたので，自衛隊が炊き出しによりカレーライスを提供していた．食事もずいぶんとよくなっているとボランティアの方はお話されていたが，被災者の食事は，画一的に炭水化物中心のオニギリやクリームパンなどの高エネルギー食が提供されていた．おにぎりはとても冷たく高齢者は硬くて食べられない方もいた．水もペットボトルで与えられており，そのオニギリをなんとか軟らかくしたいと思ったが，火が使えずお粥にすることもできない状態であった．さらに子供達は，運動は遊んで駆け回るスペースなどがなく，食事にしても炭水化物と脂質が中心の食事だったためか１カ月で５kg増加したと訴えてきた子供もいた．

与えられた食事は，摂取エネルギー量の相違があるが，年齢・性別に関係なく分量は公平に配られているところが多かったようだ．公平に配ることは，「人間皆平等である.」という意味ではとても良いことではあるが，栄養問題から考えると，性別，年齢別，活動量を考えた食事摂取基準量にしたほうが良かったのではないかと思う面もある．

また食事をしないほうが楽と考えたのか，トイレには行くことを嫌がり，食事をとらずに18時にはうつろな目をしながら寝ている高齢者も多い．避難所では，一人一畳しかスペースが確保できず，家族が固まって生活している．衛生状態も悪く感染症には十分な注意が必要であった．よく観察していると，高齢者の中には脱水症状，便秘，運動量の低下による体重増加，食欲低下による体重減少などを来す人が見られた．また，傷病者の中には褥瘡や機能低下障害にも陥られている方もいた．

この時，人間の身体は，豊かな日本でも危機状態では一変してしまうことを理解した．しかし，誰もが必死で支援しており，しかたがないことなのかと自問自答し，自分の無力さを身にしみて感じていた．

栄養管理の必要性

このような状況下において管理栄養士は，リスクの高い高齢者や傷病者に対し，低栄養・過剰栄養などに陥らないよう，個々の栄養状態を外見から評価・判定する必要がある．

また在宅診療での主な疾患は褥瘡，脳血管疾患後の寝たきり患者等で栄養管理が重要である疾患が多く管理栄養士の参画が必務である．

その課題から，保険診療に移行することや在宅ケアステーションなど復興医療の基盤整備を目標にされている．そのことを踏まえその在宅診療支援チームの一員として現地の管理栄養士も地域住民の栄養管理を充実させる基盤を作り上げなければならない．

終わりに

今回の活動を通じて，またすぐにやってくるであろう災害に対する支援活動を日本栄養士会は，JDA-DATとしてシステム化した．今まで以上の研修を重ね栄養問題が起きないように努力したい．しかしな

がら，新しい災害のための支援活動が稼働されることがないよう，祈ることから始める．

大切な人を失った子どものサポート

つくば国際大学医療保健学部　髙橋　聡美

東日本大震災において遺族となった人の数は約10万人と推計され，グリーフケアは本震災における重要なテーマの一つである．死別後に遺族が示す悲嘆反応は病気ではないが，適切なケアが必要になることがしばしばあり，そのサポートは親族や職場・学校などで行われる日常の中のサポート，わかちあいや遺児のプログラムなど特別な場所で行われる非日常でのサポート，そして精神科医やカウンセラーなどの専門家による複雑性悲嘆・精神疾患へのサポートの３つの段階に分けられる．

本震災においては，子ども達は家族や親せき，友人，学校の先生など多くの人を亡くした．厚生労働省の調べでは岩手・宮城・福島の３県で約1,500人の子どもが親を亡くし，その内約200人が両親共に亡くしている．子ども達は大切な人だけではなく，家や学校，住み慣れた町を失った．

大切な人を亡くした子ども（以下遺児）の悲嘆反応はトイレに行けなくなる・自分でご飯を食べられなくなる・親から離れない・ひきこもるなど情緒面・行動面・身体面・社会面，様々な場面で現れる．また，学校生活においても授業に集中できず勉強が遅れてしまったり，普段よりも怒りっぽく，物や友達に八つ当たりをするというようなこともある．このような子どもは大人側からは，単なる「問題児」のように見え，大人たちは問題の対応に苦戦する．しかし，その子どもの背景を考え心情を理解すると，実はそれは悲嘆の現れであったということが多々ある．このように悲嘆の反応は様々であるが，例えば泣いている子は悲嘆が深く，はしゃいでいる子は悲嘆が浅いということは決してなく，100人の子どもがいれば100通りの悲嘆の表現があると言ってもよい．

わが国におけるグリーフケアは大人のわかちあいを中心とした支援が全国に存在するが，子どものプログラムは一部の民間団体が行ってきただけで系統だったケアが行われていない．本震災においては仙台グリーフケア研究会を中心とした民間団体がいち早く遺児ケアとスタッフ養成を行い，月に１回のグリーフプログラムを定期開催しているところである（注：2012年11月より月に２回開催となっている）．その一方で遺児を抱える学校現場は「スクールカウンセラーでもどのように子どものグリーフにアプローチして良いかわからない」という悩みを抱え，トラウマケアと混同したサポートが行われているのが現状である．子どものグリーフプログラムの構築を急ぐと共に学校や行政など地域への啓発も同時に行っていく必要があろう．

また，遺児同様，遺された保護者も子どもと同じように大切な家族と死別し，深い悲しみの中にある．保護者の安定は子ども達の安定につながる不可欠な要素であり，保護者へのサポートは子どものグリーフケアプログラムを構築する際に必ず入れておかなければならない事項である．第一に，子ども達にグリーフケアを届けるためには，まず家族のグリーフケアに対する理解がなければならない．また，いくら子どもがケアプログラムで元気になったとしても，帰った先の家の中で家族が悲嘆にくれていて子どもの養育ができなければ，効果的なケアにはつながらない．そういう意味においても子どもと保護者のケアは同時進行が望ましく，保護者の精神的安定・社会的安定が子どものケアには必須事項なのである．仙台グリーフケア研究会では保護者のプログラムを同時並行で開催しており，ここでは「ひとり親家庭の子育ての大変さ」や「死についてどのように子どもと話をすればいいのか」など遺児を抱える保護者ならではの苦悩がシェアされる．保護者のプログラムの意義・目的としては，①同じような体験を持つ人たちの集まり（ピアグループ）を通して保護者自身が自身のグリーフと向き合う時間を持つ，②子育ての悩みをシェアすること，③子どもから少し離れて自分自身の時間を持つ一時的休息（レスパイト）などがある．

子どものグリーフケアについては４～５年で終結するものではなく，10年後15年後の彼らをイメージ

しながらメンタルとソーシャルの長期的総合的支援が重要であろう．

東日本大震災を生きる家族の理解 ―電子メール相談とキャンプなどの支援を通して―

東京学芸大学 小林 正幸

1．「教師のための電子メール相談」の開設 ……2011年3月11日から1週間

震災など惨事ストレスが子どもの心に及ぼす影響に関して，とくにトラウマとそのケアに関して，以下の3点から，基本的な知識・技能の情報共有と拡散が必要だと考えた．

- 長期にわたるメンタルヘルス支援の確立（教師への支援がとくに重要）
- 子どものトラウマによるストレスの問題をより公的に認識させる
- 全ての組織に「トラウマへの学識に基づいたケア」の概念を拡散する

教師に向けた電子メールによる相談サイトをホームページ，フェイスブックなどの媒体を用いて開設した．当初は，月辺り20万アクセスに及んだ．

2．「みどりの東北元気キャンプ」での子どもの支援 ……2011年夏

2011年の夏には，主に福島県内で被災した子どもを対象に，「心のケア」に特化したキャンプを心理・医療の専門家と野外活動の専門家が協働で行った．これは，子どもの心のケアおよび，保護者や地元の支援者・教師に子どもの心のケアのノウハウを学んでもらい，PTSDを始めとする学校不適応の未然防止を総合的に行うことを目的とした．

2回のキャンプで約160名の子どもが参加をしたが，睡眠の問題を抱えた子どもに顕著な改善が見られたことなど，その効果が確認された．その中で，とくに親子で参加した場合，効果が認められた．

3．気仙沼，陸前高田市などでの支援 …2011年11月

11月には，宮城，岩手の被災地で，保育士，幼稚園教諭への研修会や個別の保護者相談を行った．この段階で，保護者や教師などの支援者が深い傷つきを負っていること，そして，知識だけでは子どもへの対処が不可能になってしまうことを実感した．このことから，教師や保護者などの支援者を直接に支援する必要性を痛感した．

ストレス反応	地震後増加	キャンプ後減少
恐がりになった	13名	3名
甘えるようになった	11名	1名
睡眠の問題	10名	6名
怒りやすくなった	8名	2名
幼い振る舞い	7名	3名

4．保護者向け小冊子の作成と仮設住宅支援 ……2012年7月

2012年6月末をめどに，仮設住宅の保護者向けに小冊子を作成し，NPOを通して直接配布をし，7月には保護者に向けた心理教育の機会と，心理治療を直接に行った．会には，気仙沼の住民約60名が集まり，講演会の後で，「とけあい動作法」によるリラクゼーションと個別の相談を行った．この会の前後で，住民の感情イメージが回復したことが確認された．

5．「みどりの東北元気キャンプ」の中での「親子キャンプ」の設置 ……………………………2012年夏

一方，2012年夏の「みどりの東北元気キャンプ」では，4回の実施を計画し，その中で，1回は「親子キャンプ」を行った．これは，保護者のカウンセリングとキャンプが同時並行で行われる企画を組むことにした．この企画は，2000年に小金井市で不登校を半減させたときに実施した「奇跡のキャンプ」の再現を心がけるものであった．

以上の実践を踏まえて，本シンポジウムでは，東日本大震災の中での子どもの心のケアのために，とくに子どもを巡る環境としての家族や教師など支援者が，子どもに「安心・安全の確保」「自ら選択し，挑戦し，成功体験を持たせること」「未来を見据える」の3点が重要であることを指摘し，それが可能になるように家族を支援する必要性を強調した．