

災害時の家族支援技術：事例集

日本家族看護学会 社会活動・政策検討委員会

2017-2019 活動報告書

日本家族看護学会 社会活動・政策検討委員会

目次

I. 目的と方法	1
1. 背景及び目的	1
2. 方法	1
II. 事例	
1. 一酸化炭素中毒の高齢者	2
2. 避難所体育館で口論する家族	3
3. 精神障がいとネグレクトが懸念された母子	4
4. 災害後、社会になじめなかった両親と発達の遅れが懸念された児	5
5. 自宅に土砂が流れ込んだ高齢夫婦	6
6. 仮設住宅での看取り 2 事例	7
7. 重度肥満の母と息子（保健師自身も被災者だった事例）	8
8. 避難所での介護	11
9. 高齢者家庭の避難生活中の看取り	15
10. 介護者不在、血圧コントロール不良で認知症をもつ女性と家族	20
11. 災害移住後に脱力症状の出現した中学生女兒：母親を中心に関わった家族支援	24
12. 徐々に生活に困難を来たしたセルフネグレクト事例	30
III. まとめ	37

I. 目的と方法

1. 背景及び目的

地震や台風などの自然災害及びそれに伴う二次災害による被災者や避難生活を余儀なくされる人々の中には、被災前から何らかの疾患・障がいを抱えて生活している場合がある。そのような人々においては、多くの場合家族が介護者・支援者として生活を成り立たせている（田中，2011）。被災・避難の必要が生じた場合、このような家族はとりわけ脆弱であり、災害関連の健康障害を最小限にとどめるために専門職による支援が必須である。

被災者支援に関する研究的な知見は近年蓄積されつつあるが、多くは個人を単位とする知見にとどまっている（日比野，伊藤，中北，2010）。一方、人々の日常生活は家族を単位として営まれており、被災時のさまざまな支援も家族を単位として提供されるにも関わらず、家族を一単位として支援の対象と捉え、家族のセルフケア力を高めるための効果的な支援のあり方を検討する研究やとの知見は蓄積されているとはいえない。このため、家族に対し、看護職等の保健医療専門職がどのように支援を提供すべきかについての知見も限られている。

このため、日本家族看護学会社会活動・政策委員会では、2017-2019年度の委員会活動として、災害発生時の家族支援を実際に経験した看護職を対象にその経験を聞き取り、事例集としてまとめることにした。

2. 方法

全国の被災地で過去10年間に被災者・避難者に対する看護活動に従事した経験を持つ看護職10-15名を対象として半構造化面接を行い、対象家族と支援概要について聞き取った。聞き取りの対象は最低2回以上当該家族に支援を行った看護職とし、機縁法で対象を募った。委員会メンバーが実際に家族支援を行った看護師へメールにて説明文書を添付し、研究協力を募った。調査協力の意思がある場合メールもしくは電話で返信を得て、インタビューの日時・場を決定した。インタビュー実施前に、口頭及び文書で説明を行い、文書同意を得てからデータ収集を行った。インタビュー対象者には、看護師、保健師、家族支援専門看護師、精神看護専門看護師等があった。

インタビューは、事前に半構造化面接事前シート（インタビュアー）、事前記入票（事例提供者）に記入をしてから実施した。1名のインタビュアーがインタビューガイドに沿って聞き取りを実施した。調査内容は、ICレコーダーを用いて録音し、適宜メモを取った。面接内容を逐語録に変換した後テキストデータを時系列に整理し、家族支援のポイントに着目して整理した。

本調査は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得たうえで実施された。なお、本調査の公表に当たって、各インタビュアーがまとめた事例を事例提供者に確認し、承諾を得た。また、事例の対象者が特定されないことがないよう、対象者の属性等を一部改変した。

Ⅱ. 事例

事例 1 【一酸化炭素中毒の高齢者】

災害：自然災害 **支援期間：**被災 3 日後～7 日後

支援者の支援場所・立場：被災地の病院 ER にて救急の手伝い

高齢の方が救急搬送されてきた。お昼前までこたつに入って話をしていたのに、夕方 5 時くらいに家族が「ご飯だよ」と声を掛けたら、動かなくなっていた。急に動かなくなった原因は不明であった。ライフラインは止まっている状況であった。

対応

家族に救急搬送された患者の朝からの様子を何度も聞き、普段の生活スタイルと、どういう変化があったのかということを確認した。支援者は原因として（１）年齢的理由から、じっとしているということもあること。（２）脳梗塞やエコノミー症候群等の可能性を考えた。家族の話をよく聞くと、その地域ではこたつ＝練炭が普通だとわかり、患者は一酸化炭素中毒であることが判明した。血液ガスデータからも、一酸化炭素中毒であるということが明らかとなり、救急救命センターへ繋ぎ、対応を終了した。

解説

支援者はこたつ＝電気のイメージしか持っていなかったが、ライフラインがない状況でこたつは使えないはずであった。家族の話を何度も丁寧に聞くことによって、「この辺はみんな練炭ですよ」と聞き、一酸化炭素中毒に気付くことができた。方言で言葉がわからないなりに模索しながら会話をすることで、内容が理解できることもあった。年齢的なもの、疾患的なものに加え、地域の風習や文化の違いに目を向けることも必要であると考えられた。

ポイント

- 患者の普段の生活スタイルと一日の流れ、当日の変化を家族に詳しく丁寧に聞くこと
- 年齢・疾患に加えて、支援に入った地域にある風習や文化の違いにも目を向けること
- 同じような症状で救急搬送されてきた時には、注意喚起することをスタッフ間で共有すること

事例 2【避難所体育館で口論する家族】

災害：自然災害 **支援期間：**被災後 43 日～48 日

支援者の支援場所・立場：避難所体育館付近の救護室での救護

被災から約一ヶ月が経ち、体育館の中の段ボールで仕切られたスペースの中で親子で口論を始める家族がいた。それを周りの人たちが見る・聞くということになるため、周りの人たちが不快に思い、夜間寝付けない人も出てきた。その光景が少し離れた救護室からも見えるようになってきた。

対応

日中に父親、母親、娘のそれぞれを個別に呼び出し、話をした。例えば、父親がブツブツ言いだしたら、「お父さん、こっちへ来てお話ししませんか」というふうな形で個別に呼び出した。

この家族は、元々親子間の口論が多かったのだろうと支援者は感じていた。それが被災することで顕在化してしたと捉え、仮設住宅に移ったときに、この家族はどうなるのかという心配が残った。そのため、地域を統括している保健師に、「この家族はとても気になるところがあります」と伝え、対応を終了した。

解説

被災後約一ヶ月が経過し、体育館での生活が長期化することでストレスが溜まっていたり、共同生活による不満が出てきたりする時期であった。今までの家は塀があり囲われていて、そういうことを知らずに周りの人と付き合ってきたが、避難所では生活が他者からあからさまに見える状況になった。今回支援者が気付き、介入したことで落ち着いたが、支援が終了し仮設住宅へ移った際に不安が残ることから、地域の保健師に繋ぐことでその家族を見守り続けることができると判断した。

ポイント

- 家族全体ではなく個別に働きかけることで、一人ひとりの話をしっかり聞くことができること
- 不満言い始めたら支援者が声をかけ、周りに迷惑をかける前に食い止めること
- 支援期間が終了した後も継続して見守ることができるよう、地域の保健師に繋ぐこと

事例 3【精神障がいとネグレクトが懸念された母子】

災害：自然災害 **支援期間：**被災後 2 年目～8 年目

支援者の支援場所・立場：借り上げ社宅、被災地区の保健師

精神障がいを持つ母親と小学生の子どもの母子家庭であった。母親は学生の頃にも別の災害に被災した経験があった。原家族も母子家庭であり、被災時は実母（今の子どもの祖母）・姉（今の子どもの伯母）と共に行動していた。実母（祖母）は、被災後に地域でフォローされ、母親と姉（伯母）は精神障がいを発症したとのことだった。母親は避難先で妊娠出産しシングルマザーとして母子で生活するようになった。母親は補助金を受け、アルバイトをしながら子育てをしていた。しかし、今回の災害から数年後、母親が過食嘔吐を繰り返すようになり生活に困窮していると情報があった。

対応

- 家族の生活状況を具体的に把握する

保健師は、家庭訪問を繰り返し実施し、母親と子どもの生活状況を把握した。母親は買い物依存傾向があり、ブランド品や携帯電話に多額のお金を使っていることや、滞納や借金があることがわかった。学校へ問い合わせると、子どもは発達の遅れがあり、欠席や遅刻が多い状況であった。

- 家族のニーズに沿った支援で信頼関係を築く

母親は警戒心が強く、訪問をしても保健師を自宅に入れなかった。呼び鈴を鳴らしても応答がない日もあったが、保健師は粘り強く訪問を続け母親の困りごとに耳を傾けた。子どもが自分で学校に行けない日には、学校に送るなどの支援を続けた。母親は保健師に電話をして「死にたい」など思いを打ち明けるようになった。

- 社会資源を導入し連携しながら方針を立てる

保健師は継続的に訪問して母親の困りごとや苦しみを辛抱強く聞き取りながら、児童相談所と連携しつつ母親の精神科受診および子どもの保護について検討した。母親は、精神科受診の必要性を理解し受け入れるようになった。子どもは、近隣の様々な人に見守られながら通学できるようになった。

ポイント

- 母子家庭や精神障がいを持つ人のいる家庭など、手厚い支援が必要な家族を拾い上げること
- 地域の中での生活状況を具体的に把握すること
- 保健所、学校、児童相談所、精神科など関係者の連携を強化すること

事例 4【災害後、社会になじめなかった両親と発達の遅れが懸念された児】

災害：自然災害

支援期間：被災後 4 年目～8 年目

支援者の支援場所・立場：借り上げ社宅、被災地区の保健師

無職の父親、精神障がいを持つ母親、幼い子どもの三人家族で、両親（今の子どもの祖父母）と共に自宅が被災し、他県で避難生活を送っていた。夫婦は被災後に結婚した。母親は被災後に精神障がいを発症し、引きこもり状態となっていた。父親は職場が被災して無職となり、災害補償で生活していた。乳幼児検診で子どもの発達の遅れを指摘され、保健師が訪問することとなった。

対応

- 家族を不安にさせないように信頼関係を築く

保健師は家庭訪問の必要性を感じ電話したが連絡が取れず、何度も自宅まで訪問し家族との接触を試みた。当初母親は在宅していても玄関に出て来ず、コミュニケーションも取れない状況であった。そのため、父親の在宅時に訪問してようやく自宅へ上ることを許されるようになった。自宅はものに溢れ、育児空間としては不適切と懸念された。が、まずは両親に保健師を受け入れてもらうこと優先し、子どもの発達についての懸念を伝えつつ、母親のストレス（今の子どもの祖母との関係など）を傾聴した。父親は無職であることに気兼ねしていた。保健師は、災害後社会になじめない苦しみを家族が抱えていると感じ、話題を慎重に選択した。その結果、家族は保健師を信頼するようになった。

- 子どもに対するケアの必要性を理解してもらう

保健師は、子どもの発達の遅れを懸念していることを両親に伝え、専門的な検査やサービスを受けることを提案した。両親は「もうちょっと大きくなったらできる」と、発達の遅れに対しては楽観的な見通しを持っていた。しかし、通院の支援等も行うことを伝え、粘り強く必要性を説明し、発達検査を受けることができた。

- 両親なりのペースで養育することを支援する

両親は、徐々に子どもの支援の必要性を受け入れ、療育センターへ通うようになった。送迎時に子どもが準備できていない、必要時に両親と連絡がつかない等はあったが、社会サービスを受け入れつつ子育てを行うようになった。

ポイント

- 災害後に生じた生活状況の変化から、社会になじめない苦しさの背景を理解すること
- 社会とのつながりが脆弱な家族へは、丁寧に信頼関係を築くことから開始すること
- 子どもの発達を支援しつつ家族なりの方法を見出すことを支援すること

事例 5 【自宅に土砂が流れ込んだ高齢夫婦】

災害：自然災害 支援期間：災害発生後 7 日目・8 日目

支援者の支援場所・立場：被災者の自宅・災害支援ボランティア

災害により庭に土砂が厚く流れ込んだ家に住む高齢の夫婦。妻は家庭菜園を趣味としており、菜園を大切にしていた。ボランティアと共に庭の土砂を撤去した後、夫が妻の精神状態を心配し支援者に声をかけてきた。支援者はたとえ家屋の状態が回復しても、日常の生活にすぐ戻るものではなく、継続して心理・社会面の支援をしていく必要性を感じた。

対応

災害後約 1 週間、被災された方々が一日でも早く日常生活を取り戻せるように、ボランティアは被災された自宅を訪問し自宅や敷地内の土砂を撤去するなどの活動を行う。支援者は、そのボランティアの健康管理の為にボランティア活動に同行した。訪問したお宅は山間の家で、剪定された松の木や池のある庭には、土砂が厚く流れ込んでいた。熱中症予防のため 10 人ほどのボランティアは 5 人ずつ交互に休憩を交えながら土砂の撤去を行った。

ボランティアと家族の懸命な活動が 2 時間ほど続いて土砂はおおむね撤去されたが、活動が終わりかけた休憩の時に、夫から「庭の下に妻が手掛けていた菜園がある。家や庭の土砂は撤去したり修理をすれば元通りになるが、畑は直ぐには元に戻らない、妻のこれからの落ち込みが心配だ。土は生きているから。」という言葉があった。菜園では、糖尿病を持つ夫の食事療法に使うために様々な野菜を育てていた。妻は自宅の土砂の片付けをしながら、ボランティアに飲み物の準備などをしていたが、表情は非常に硬く、今の気持ちを話す心の準備は無い状態にある事が推測できた。ボランティア活動の間、地域の保健師が訪問する場面があり、夫の妻に対する心配事についてボランティアから保健師に伝えた。保健師は今後も定期的に巡回し見守ることを約束した。

解説

災害によって奪われるものには、菜園のような食生活に密着し、かつ植物の生長や生産物への思いが‘生きがい’になっているものもある。農家のような生計に直結するものでなくても、当事者の生活パターンを大きく変える可能性のあることもある。家族の生活習慣にも目を向けていく事が重要と考えられる。

ポイント

- 災害によってこれまでの生活習慣がどのように変わるのか丁寧に情報を得ていく。
- 災害直後は生活の場を整えることに意識が向く。そのため、潜在的な困難に気付けない可能性があるので、継続的な支援で困難を把握していく事が必要である。

事例6【仮設住宅での看取り2事例】

災害：自然災害 支援期間：被災後3年～4年目、平均1～2カ月

支援者の支援場所・立場：仮設住宅、被災地区の訪問看護師・専門看護師

【ケース1】

A氏は80代女性であり、夫と同居していた。主介護者は夫と姉で、仮設住宅で暮らしていた。在宅酸素を使用しておりADLは移乗・移動に介助が必要で主にベッド上で過ごしていた。A氏の病状は徐々に進行し、予後1～2か月と思われた。訪問看護師は、A氏が被災した自宅を見たいと話していると姉から聞き、自宅への外出を計画した。自宅へ訪問すると人が住まなくなった家や土地は荒れ果てていた。しかし、家族は喜び、変わらずに残る桜にまつわる家族の思い出を語った。A氏が好きなお酒を口に含ませ、スタッフも一緒にお弁当を食べて過ごした。周りを見渡すと、被災前に使用していた食器やおもちゃなどがそのまま残されていた。A氏は、その数日後に仮設住宅で家族に見守られながら亡くなった。

【ケース2】

B氏は80代男性であり、独居であった。主介護者は近隣に住む妹で、仮設住宅で暮らしていた。医師から自宅療養を勧められ退院し、在宅サービスを利用していた。B氏の病状が悪化し言葉も話せなくなったとき、妹から「ここにいるのはかわいそうだから、病院に入れてあげたい」と訴えがあった。妹は、仮設住宅ではB氏が日中一人になるため、人がいるところで看取ってあげたいと考えていた。家族と相談の上、緩和ケア病棟に入院し最期を迎えた。

解説

2事例では、仮設住宅は、家族にとっては、仮の住まいであり思い入れのある「家」ではなかった。また、「家」に何を求めているのかは多様である。支援者は、仮設住宅で最期のときを迎える人々が何を求めているのかを、本人・家族に丁寧に確認している。ケース1では、本人・家族が、被災した自宅に思い入れがあることがわかり、被災地を訪れることで「家」の存在を実感できるよう援助している。一方で、ケース2では、最期の時を仮設住宅で迎えてほしくないという家族の思いに気がつき、看取りの場を再調整した。このような支援は、単なる療養の場の決定ではなく、患者や家族とともに、その人にとっての「家」の意味を捉えなおし、看取りについて考える取り組みであると考えられる。

ポイント

- 仮設住宅での看取りにどのような思いがあるのか、本人・家族に確認する
- 「家」に対する思いは、人それぞれ異なることに留意する

事例 7【重度肥満の母と息子（保健師自身も被災者だった事例）】

災害：自然災害 支援期間：災害発生直後から約 3 か月

支援者の支援場所・立場：移動した 3 か所の避難所・被災場所の保健師

生活保護家庭の母子（母、高校生の息子）、母親は重度の肥満があった。被災前は母親は自立した生活を送っていたが、被災後は、慣れない避難所でありトイレ介助が必要な状態であった。息子は、避難先の高校に進学したが、性に関する問題が避難後 1 か月ぐらいから発生した。

対応

5.6 か所の避難所に 7000 人近い人が避難した。被災当初は、避難所に避難していた元看護師や現役看護師と共に避難所の健康管理や健康体操を行い、母子支援にもかかわっていた。プライバシーなどない雑魚寝環境ではあったが、支援者は母親のトイレ介助を行い血圧などの健康状態を観察し必要なケアを行った。一方、息子は、避難先の高校に通うことが出来るようになったが、1 か月ぐらいたったところから地域住民から息子やその他の思春期のこどもの性行為に対する苦情が出るようになった。避難所では、60 歳代の男性たちが見守隊となり夜間巡回が実施され、朝礼での注意喚起が行われた。支援者は、風紀の乱れを問題視する高齢者の意向を尊重しつつも、ストレス下にある子どもが現状の受け入れが困難であることも考慮した。そして、子どもに学校の様子を聞いたり、スクールカウンセラーとの連携をとるなど、子どもの発達段階に合わせた支援を行った。特に当該家族の息子には、支援者は個別に面談し「お母さんとどうしていききたいのか」と将来を気にかけて声をかけた。息子は「働きたい」という希望を口にし、その後自立に向かって努力する姿が見られた。

解説

避難所では、家族の安否がわからない混乱のなか環境を整え、被災者の健康状態や家族の状況を把握し必要な支援を判断することが求められた。保健師として、生活支援、必要時病院への送迎、健康管理（バイタルサイン測定や健康体操、面接）、子どもの成長発達にあった支援を避難所が開かれている間提供し続けた。また、避難所は、年代・性別・生活習慣・価値観などが異なる様々な家族が一箇所で生活するため、住民間の軋轢が生じる場面もあり、保健師として調整の役割も求められた。

本事例は、母子家庭で孤独な母親と思春期で自分の人生を考える時期の子どもへの支援だったが、保健師は、地域住民、母、子どもと、それぞれの立場を考慮しつつ支援することが求められた。

ポイント

- 生活環境の変化で出来ること、出来ないことが変化するため適宜 ADL の評価をすること
- 子どもとは、家族とは違う第 3 者として子どもと話をする場をつくること
- 自身のセルフケアについても周囲と相談しながら行うこと

* 支援者は役場職員であったことから、自身も被災者であるにもかかわらず避難所での看護を考えていく事が求められた。被災地から同僚や友人が去り始め、先の見えない状況に支援者自身もショック状態にあったが、1 日 1 日しのぎながら保健師としての責任感を感じ支援を続けた。災害時、被災者でありながら支援者となっている人々への身体的、精神的な支援が重要である。

事例 8 【避難所での介護】

災害：自然災害 支援期間：災害発生後 18 日目から 3 日間

支援者の支援場所・立場：避難所の小学校・災害支援ボランティア

70 代後半の女性（車椅子に寝起きしている：要介護度 5）および介護をする夫（70 代後半）と息子（30 代後半）の家族に対する支援事例である。

被災した一家は、避難所の小学校の図書室に入室していた。妻はデイケアサービスを利用しているが、今後どのようにケアをしていくかについては検討されていなかった。夫は、妻の介護のため十分に休息を取ることが出来ず、妻の水分補給や栄養補給について気掛かりである様子であった。息子は、夫に言われた通り、体位変換やおむつ交換、水分補給などを手伝っているようであった。夫は、息子に水害で被害を受けた自宅の掃除などを頼み、生活再建の足掛かりを作っていきたい様子であった。

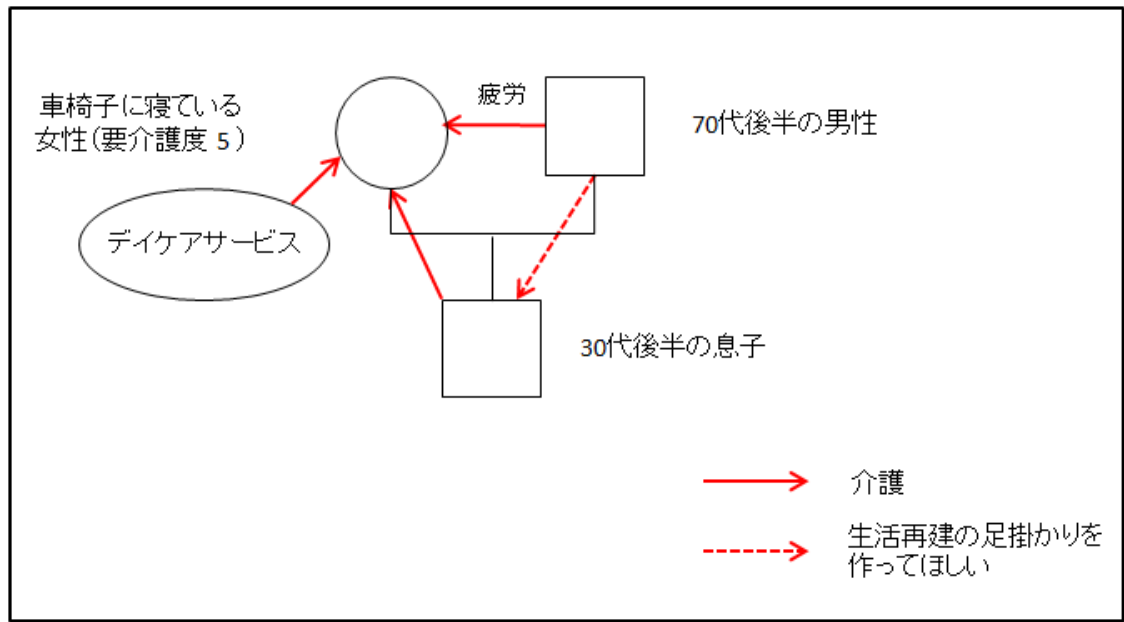
保健師は夫に対して、生活が落ち着きもう少し状況が改善されるまで妻がショートステイを利用することを提案したが、否定的な回答であった。このため、人を変えて話をした方が良いと判断し、この地域の福祉サービスに詳しく、避難所支援に入っていた DWAT (Disaster Welfare Assistance Team: 災害派遣福祉チーム) のケアマネージャーに情報提供し、話をしてもらうように依頼した。その結果ショートステイが紹介でき、利用開始できた。息子も自宅の片付けに行くことができるようになった。

家族支援の経過と実践

	【前日】	【1日目】 妻がショートステイに入ることに対して夫が否定的	【2日目】 妻をショートステイに入ることが夫が検討し始める	【3日目】 妻がショートステイに入ることができる
本人の状況	避難所でデイケアサービスを受ける	避難所で十分な介護を受けることができていない状況		
支援		訪室し、夫に、避難当初から現在に至るまでの話を聞く。 夫に対して、生活が落ち着き状況が改善するまで、妻にショートステイに入ってもらってはどうか提案するが、難色を示される。 提案 → 難色	人を変えて話をした方が良いと判断。 この地域の福祉サービスに詳しく、避難所支援に入っていたDWAT(災害派遣福祉チーム)のケアマネージャーに情報提供し、話をしてもらうよう依頼して連携を図る。 DWATとの連携	訪室して夫から話を聞く。 依頼したDWATのケアマネージャーからも話を聞く。
家族の様子	今後、本人をどのようにケアしていくかについては検討できていない。	夫は妻の介護のため十分な休息を取ることができず疲れた様子。妻の水分・栄養補給について気掛かり。 息子は口数少なく、問いかけに対しては短く応答。 夫、息子共にバイタルサインに問題はなかった。	DWATのケアマネージャーから話を聞き、夫が妻をショートステイに入れることを検討し始める。	妻がショートステイに入ったと報告あり。夫は、妻をショートステイに預けたことを後悔していると口にしており、まだ疲れが溜まっている様子だったが、息子が自宅の片付けに行けたことをホッとした様子で話していた。 息子は自宅の片付けのため不在。今後に向けての一步を踏み出した。

前日

話を聞いた前日に、デイケアサービスのスタッフが来たとのことであったが、今後のどのようにケアをしていくかについては検討されていないようであった。



1 日目：妻がショートステイに入ることにに対して夫が否定的

訪室し、夫に、避難当初から現在に至るまでの話を聞いた。物品や施設の不十分さもあり、妻は十分な介護を受けることができない状況であると考えられた。夫は、妻の介護のため十分に休息を取ることが出来ず、妻の水分補給や栄養補給について気掛かりである様子であった。息子は、夫に言われた通り、体位変換やおむつ交換、水分補給などを手伝っているようであった。息子は、口数が少なく、問いかけると短く答える様子であり、休息について問うた際も、取れていると口では述べていた。表情等では、夫ほど疲れた様子等ではなかった。夫、息子ともバイタルサインに問題はなかった。

夫は、息子に水害で被害を受けた自宅の掃除などを行ってもらい、生活再建の足掛かりを作っていきたい様子であった。このため、夫に対して、生活が落ち着き、もう少し状況が改善されるまで、妻にショートステイに入ってもらってはどうか、提案をしたが、サービスを受たくないため、ショートステイも考えられない、という回答であった。これから生活再建があり、夫も息子も体調を崩さないためにも、妻の介護に対し支援を受けた方が良い、と伝えたが、否定的な雰囲気「考えておく」という回答であった。

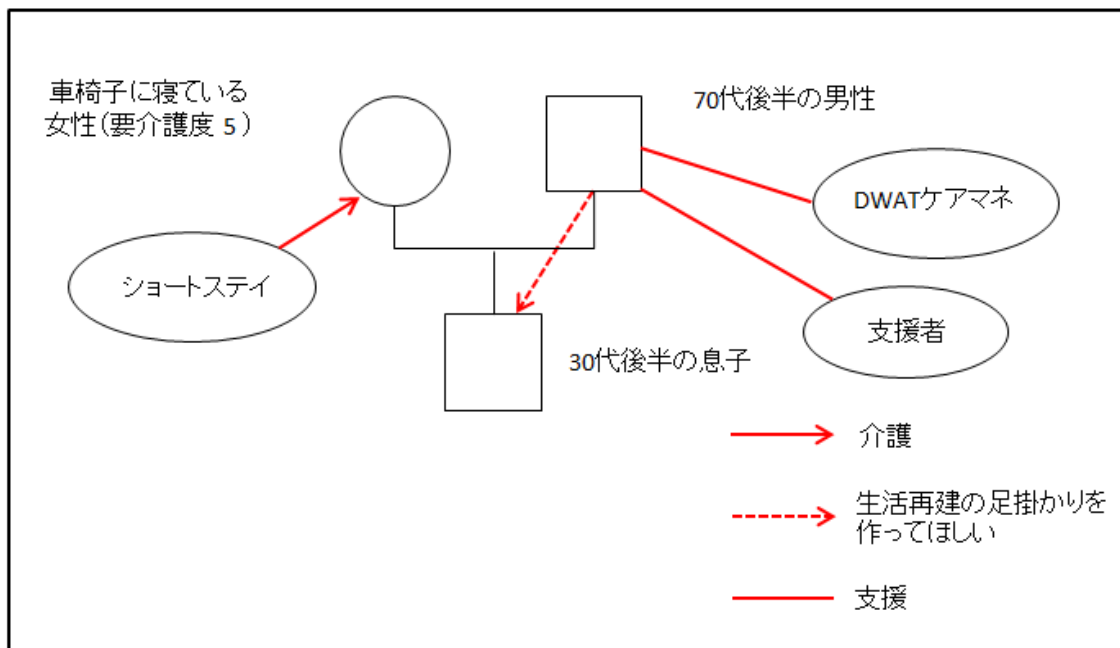
2 日目：妻をショートステイに入れることを夫が検討し始める

人を変えて話をした方が良いと判断し、この地域の福祉サービスに詳しく、避難所支援に入っていた DWAT (Disaster Welfare Assistance Team: 災害派遣福祉チーム) のケアマネジャーに情報提供し、話をしてもらうように依頼した。DWAT のケアマネジャーから話を聞いた夫は、妻をショートステイに入れることを検討し始めた。

3 日目：妻がショートステイに入ることができる

訪室すると、妻がショートステイに入ったと不在、夫のみが避難所にいた。息子は自宅の片づけのため不在であった。夫は、妻をショートステイに預けたことを後悔していることを口にしていたが、息子が自宅の片づけに行けたことをホッとした様子であった。休息について聞いたところ、こんな場所では十分に休息はとれないと話し、疲れが溜まっているようであった。

依頼したケアマネジャーが避難所にいたため聞いたところ、デイサービスで利用していた系列の施設のショートステイが紹介でき、そこに行くことができたとのことであった。



家族の課題

- 物品や施設の不十分さから、避難所で介護をしている夫と息子の休息が取れていない様子であったこと。
- 今後どのように本人をケアしていくかについて検討できておらず、本人が十分な介護を受けることができない状況であったこと。

家族支援のポイント

- 地域の福祉サービスや支援に詳しい人と連携し、情報共有することが必須である。
- 様々な困難や課題を抱え込まず、看護職や他の専門職から上手に支援を受けること。

災害時の家族支援の課題と展望

(1) 看護職のスキルアップ

災害看護教育等により向上しつつあると思うが、平常時から人が地域で生活すること、多職種とコミュニケーションを図りながらケア提供や支援すること等、災害看護に特化したことではないことが災害時にも役に立つことを意識して学ぶ必要がある。さらに、被災地の看護職であっても、支援に入った看護職であっても、様々な困難や課題を抱え込まず、看護職や他の専門職から上手に支援を受けること。また、看護職が他の専門職から支援を受けることで住民の生活や健康状態の改善に繋がることを意識する事が必要である。

(2) 福祉サービスの連携システムの構築

様々な専門職のチームが被災地に入らる中で、どのような専門職にどのようなスキルがあり、どのように派遣されているのか、被災地支援で連携したい時に誰に/どこに連絡を取れば良いのか、平常時も災害時も情報が共有できるツールが、災害時の備えになる。

事例 9 【高齢者家庭の避難生活中的看取り】

災害：自然災害 支援期間：

支援者の支援場所・立場：被災地区の訪問看護師

災害後の避難生活中にがんを発症し看取りを迎えた高齢家族への訪問看護師の支援事例である。災害前は自営業だった 80 歳代の A 氏夫婦は、災害後には、自宅再建の目途が立たず避難先を転々とする生活が続いた。長期避難のストレスから抑うつ状態となり生活が乱れ、その中で A 氏（夫）のがんが見つかった。訪問看護師の関わりは、がん発病 1 年後、積極的治療が難しくなり看取りを迎える最期の 1 ヶ月である。

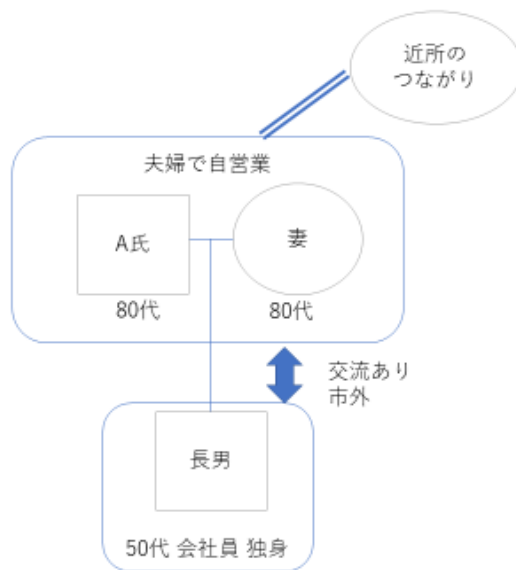
A 氏は、妻と共に借り上げ住宅に住んでいた。A 氏は、食欲不振や倦怠感、痛みなどで症状コントロールが難しい状況にあり、妻は A 氏を懸命に介護するが強い不安を訴えていた。長男（独身）は、A 氏が回復しないことへの不信感を訴え、悪液質の状態にある A 氏に無理やり食事をさせる様子もみられた。

訪問看護師は、予期悲嘆のケアとして家族の不安や怒りを根気強く受け止め、家族が幸せに暮らしていた災害前の家族の暮らしを繰り返し傾聴した。訪問看護師は、A 氏の苦痛緩和を行いながら、民間療法など家族の希望を可能な限り取り入れ、家族の苦しみを受け止めた。A 氏家族は揺れ動きながらも借り上げ住宅で最期を迎えた。

ジェノグラム・エコマップを用いた家族の理解

<災害前>

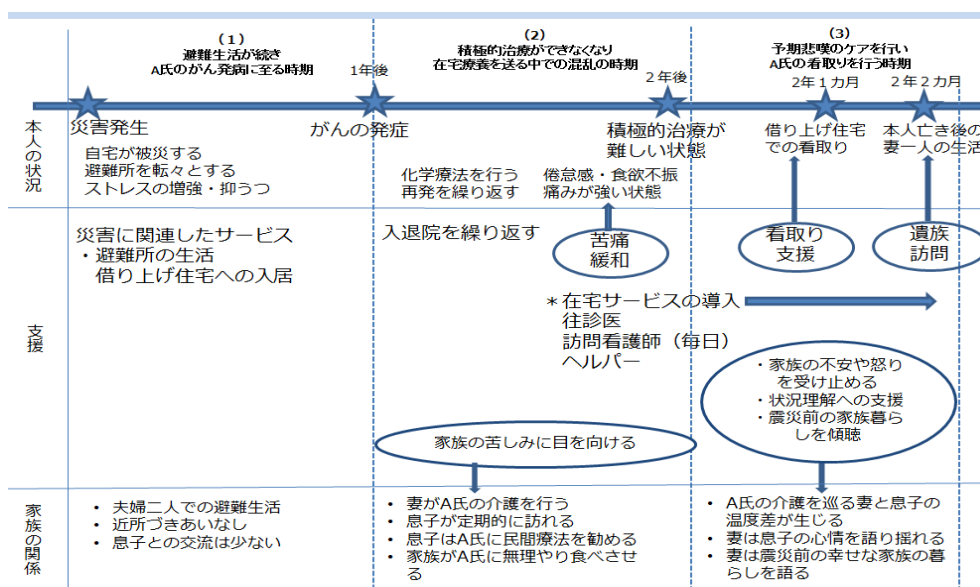
災害前、80 歳代の A 氏夫婦は、被災地区で店舗を経営していた。近所づきあいもあり、大きな健康問題もなく充実した毎日を送っていた。独身の長男は、近隣で会社員として勤務していた。



家族支援の経過

A氏とその家族の支援は、3つの段階に分けられた。

- 1) 災害～1年後：災害後、避難生活が続く A 氏のがん発症に至る時期
- 2) 災害1年後～2年後：積極的治療ができなくなり在宅療養を送る中での混乱の時期
- 3) 看取りまでの最期の1ヶ月：在宅サービスを受け入れ A 氏の看取りを行う時期



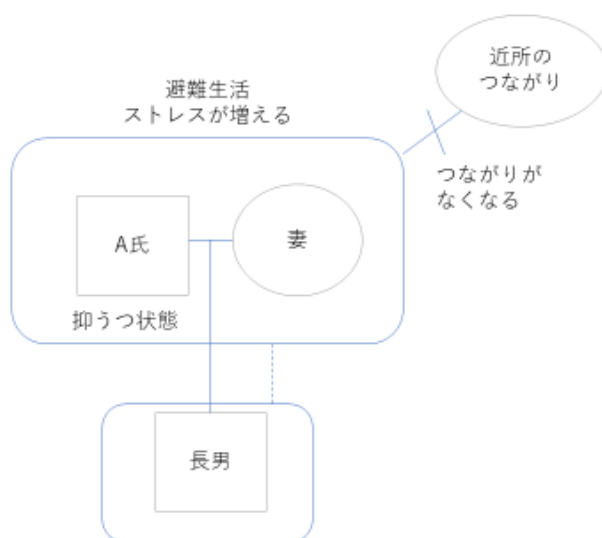
家族支援の経過：

1) 災害～1年後：災害後、避難生活が続く A 氏のがん発症に至る時期

災害発生後、夫婦は避難所を転々とした。災害により夫婦で経営していた店舗を失い近所づきあいもなくなった。高齢の A 氏家族は、被災地区外での生活は想定しておらず災害に

よって喪ったものの大きさを痛感していた。自宅再建の目途が立たず長期の避難生活が続く中で、A氏は抑うつ状態となりタバコの量が増えていき、がんを発症した。妻はA氏の発病は、避難生活のストレスにあると考えていた。

「災害があつて、おそらく何方所か避難場所を転々とされていたと思うんですけども、その間に、ご主人のほうがつうつ症状のような状態になってしまって、ストレス解消がタバコだった。そこから病気を発症してしまったので、奥さんの中ではそのストレスが本当に大きかったんじゃないかって思っているようでした。」

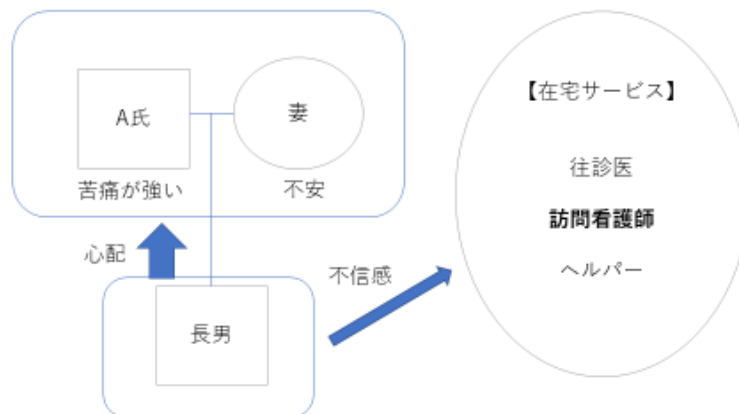


2) がん発症後～1年後：積極的治療ができなくなり在宅療養を送る中での混乱の時期

A氏は、がん発症後に化学療法を行ったが再発を繰り返し、1年後には、積極的ながん治療は困難と判断された。A氏は妻と借り上げ住宅で生活しており、在宅療養のため様々なサービス（往診医・訪問看護師・ヘルパーなど）が導入された。倦怠感・食欲不振・痛みなどが強く、症状コントロールが難しい状況にあった。訪問看護師は、連日訪問を行い、症状の観察を行いながら苦痛の緩和を図った。長男からは、薬物の使用に関する不満や回復しないことへの医療への不信のことばが聞かれた。長男は民間療法を頼り、食べられない状態のA氏に無理やり食事を食べさせようとする様子が見られた。

『(民間療法は) お父さんが少しでも良くなる可能性があることは全部試しておきたいって言われてました。』

「息子さんは、食べられなくなった時期でもお口にどんどん入れたりっていうことで。奥さまのほうは、信じられない気持ちも強かった」



3) 看取りまでの最期の1ヶ月：予期悲嘆のケアを行いA氏の看取りを行う時期

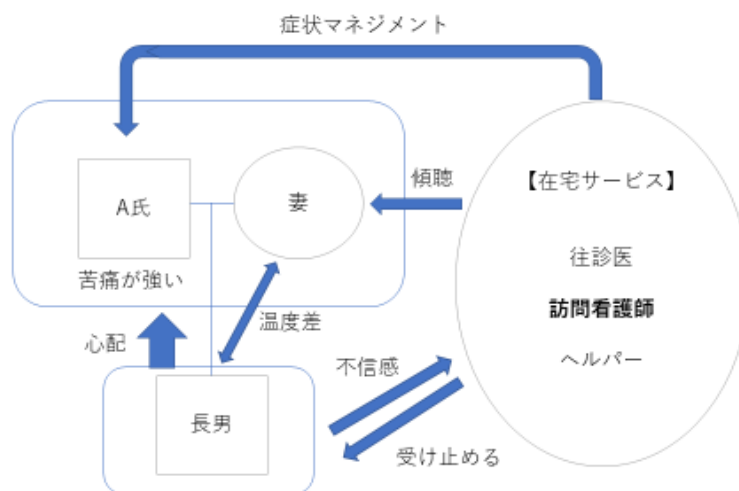
訪問看護師は、家族の不安や怒りの背景にある苦しみに目を向け、予期悲嘆のケアに努めた。妻や息子の不安や怒りを根気強く受け止め、家族が幸せに暮らしていた災害前の暮らしを繰り返し傾聴した。妻は、夫とともに店舗を経営し苦労も多かったが、そのころが一番幸せだったと語った。看取りが近くなり、息子が泊まり込むようになると、あきらめきれない息子の言動に妻は違和感を覚えるようになった。訪問看護師は、両者の気持ちに寄り添いながら、徐々に死が近づいていることが理解できるよう関わった。

家族は、揺れ動く気持ちを持ちながら借り上げ住宅での看取りを迎えた。A氏の看取り後には、訪問看護師は家族の様子を案じ、遺族訪問を実施した。

「(妻は) 息子がそういうふうに一生涯懸命やる気持ちも分かるから、頑張っしてほしいって思うけど、でもこの状況としては難しいのかなと。奥さんは、揺れ動いていた。」

「たぶん奥さん語れる人がいなかったんだと思うんですよね。お友達もそうやって疎遠になってしまって、地元の話で盛り上げられるような人も少なかったと思いますし、あと、旦那さんが病気になったことで、より地元の思い出っていうのが強く出てきたのかなと思いながら聞いていました」

「同じお店の話でも、苦しくてっていうときもあれば、ちょっと思い出して、ほのぼのして話して良かったと感じるところがありました。」



支援のポイント

- 災害後に長期避難生活を送る高齢家族の健康問題発生に注意する
- 避難生活中に看取りを迎える家族の苦しみや混乱を理解する
- 家族の不安や怒り背景にある苦しみに目を向け予期悲嘆のケアを行うこと
- 家族の希望に応じて、災害前の家族の暮らしや災害後の変化を傾聴する

災害時の家族支援の課題と展望

高齢家族は、災害後の生活再建が難しく長期避難生活に陥りやすい可能性がある。本事例では、避難所・仮設住宅・借り上げ住宅など住居を転々とする過程で、家族の孤立、ストレスによる生活の乱れがあり、健康問題の発生に影響を与えていた。また、避難生活中の家族メンバーの発病と死は、家族にとっては災害による死と認識されており、家族全体に受け入れがたい苦しみと混乱をもたらしていた。

高齢家族の生活再建の状況や長期避難生活における健康問題への影響については、実態の把握が不十分であり、調査や支援体制の強化が望まれる。

事例 10【介護者不在、血圧コントロール不良で認知症を持つ女性と家族】

災害：自然災害 支援期間：災害発生後 18 日から 2 日間。夜勤帯の支援
支援者の支援場所・立場：避難所の小学校・災害支援ボランティア

認知症を持つ女性 A 氏および孫を含めた各家族員に対する支援事例である。

家族員は 3 世帯家族で、A 氏（認知症あり）、子ども夫婦、孫（14 歳くらい女兒）であった。被災した一家は、避難所の小学校の体育館へ避難していた。A 氏に顕著な認知症症状悪化はなかったが、もともと使用していた降圧剤を持っていなかったため、血圧をコントロールする必要があった。健康管理をおこないつつ日赤救護班との連携やモバイルファーマシーへの調剤依頼等を行った。その上で、孫を含めた各家族員とコミュニケーションをとり、家族関係を把握した。

孫は祖母である A 氏のことをうけいれられない様子が顕著であった。日中 2 人でいなければいけないことや、認知症症状に対応して関係が悪化することを懸念し、一時的でも距離を置く必要があると考えた。そこで、市の職員とともに一時入所ができる施設を検討した。家族には A 氏が入所することで高血圧が安定すること、その間に家の片づけを行い、A 氏を迎えられる準備をしましょうと伝えた。

翌朝、入所施設が見つかり、正午に職員のお迎えが来た。家族は A 氏の荷物をまとめ、お見送りをするまで避難所に残ってくれた。孫も玄関まで見送りに来ていた。

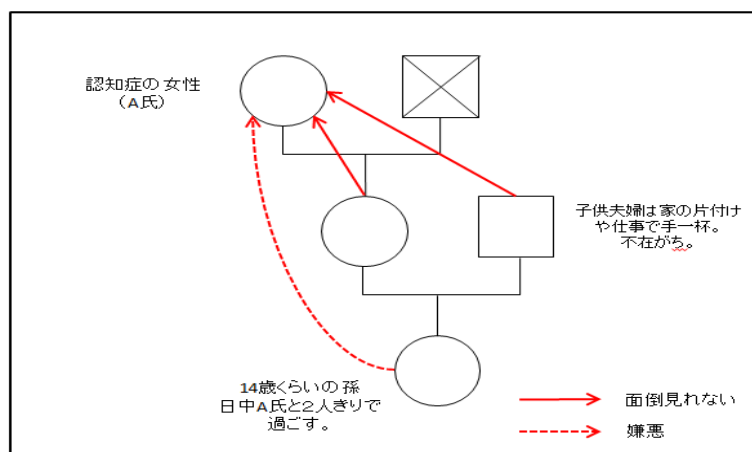
家族支援の経過と実践

1 日目：A 氏を含む家族は体育館で避難しており、家族員は 3 世帯で、A 氏（認知症あり）、子供夫婦、孫であった。

A 氏に顕著な認知症症状の悪化はないが、もともと内服していた降圧剤を持っていなかった。血圧は 160/mmHg 以上だった。支援者が A 氏と関わっている間、孫は全く興味を示さず、背を向けていた。

災害発生時、認知症を持つ人は環境の変化によって認知症症状の悪化や身体的変調をきたすことが多い。家族（子ども夫婦）が家の片づけや仕事のため日中は不在になることから、それを機に家族機能の破綻に繋がる可能性があると考えた。加えて、血圧コントロー

まず血圧コントロールのために、健康管理を行いつつ日赤救護班との連携やモバイルファーマシーへの調剤依頼等を行った。その上で、孫を含めた各家族員とコミュニケーションを取り、家族関係を把握した。孫はA氏のことを受け入れられない様子が顕著であった。発達段階や災害におけるストレスによるものもあると考えたが、日中は2人でいなければいけない状況などから関係悪化を招くことを懸念し、一時的に距離を置く必要があると考えた。子ども夫婦は家と仕事のことで手一杯と訴えており、市の職員とともに一時入所ができる施設を検討した。家族には、A氏が入所することで高血圧が安定すること、その間に家の片づけを行い、祖母を迎えられる準備をしましょう、と伝えた。



認知症の女性 (A氏)

入所施設

市の職員

日赤救護班

モバイルファーマシー

14歳くらいの孫
入所施設に入るA氏
を玄関で見送る。

子供夫婦は入所施設に
入るA氏の荷物をまとめ、
見送る。家を片付け、A
氏を迎える準備をする。

—— 支援
- - - - - 友好的

家族の課題

- A 氏の血圧コントロールが出来ていないこと
- 家族（子供夫婦）が日中は家の片づけや仕事のため不在になることから、それを機に家族機能の破綻に繋がる可能性があると考えられること
- A 氏と孫との関係に違和感があったこと

家族支援のポイント

- 災害で家族機能のバランスを崩すことがよくある。早期介入で悪化を防ぐことができる印象がある。
- 家族を見た時に感じる違和感を見逃さず、多職種と情報共有し、連携する。

災害時の家族支援の課題と展望

支援者である各専門職が、家族やその中での関係性に関心を持って観察するかどうかでその後の支援が左右される。支援者全員が家族支援の専門家である必要はないが、家族の関係に関心を寄せて、感じる違和感を多職種と情報共有することで、早期の家族支援に繋がるように思われる。

事例 11【災害移住後に脱力症状の出現した中学生女兒：母親を中心に関わった家族支援】

災害：自然災害 時期：災害発生から2か月～

支援者の支援場所・立場：みなし仮設住宅、再建住宅・看護師（被災者支援事業の医療コーディネーター）

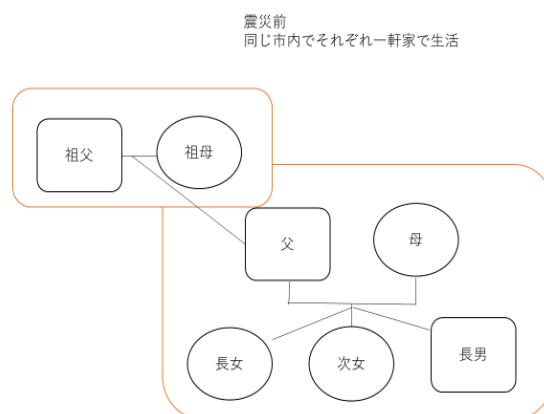
災害を契機に居住環境と家族形態が変化した家族。

災害前は、父方の祖父母と対象家族はそれぞれ一軒家に居住していた。災害後、避難所とプレハブ仮設住宅を経て、別の場所に家を再建した。二重ローンとなることから2家族が同居することとなった。家を再建後、長女が体に力が入らなくなる症状が出現し、県内の病院に一時入院した。退院後も学校を休みがちであり、精神保健福祉士とともに断続的に家庭訪問を行い、母親の不安を傾聴対応した。

家族の経過と実践

1) 災害発生（X）～ X+2ヶ月：避難所で生活

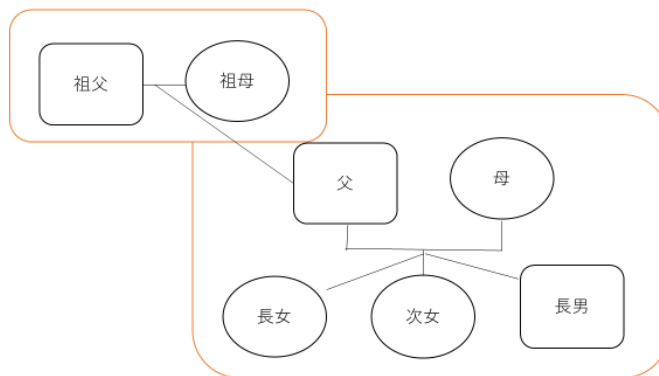
家は全壊し、祖父母の家も同様に被害を受けた。避難所での生活においては、特別な支援はしていなかった。



2) X+2ヶ月～X+2年：プレハブ仮設で生活

子ども達は、元の学校に通学していた。特別な支援はしていなかった。

震災後
同じ地区のプレハブ仮設住宅の別々の部
屋で居住



3) X+2年1ヶ月：別の場所で家を再建

- 災害前の家のローンも残っており、二重ローンとなることから祖父母と同居となる。再建に伴い、子ども達は転校となった。

転校してまもなく、中学生である長女に、身体が動かなくなる（力が入らない、立てない、持てない）という症状が出現した。

「長女は中学転校という形になり、新しい所に通い始めたところで身体が脱力してしまう症状が出てきた。小児支援センターでは既に診てもらったものの、なかなか原因がはっきりせず、今後どうしようとお母さんも悩まれていた。（災害）のショックなのか原因は明確ではなかった。」

- 転校した学校の養護教諭に相談し、県内の病院に入院となる。退院後も、症状が出現する場合は学校を休んでいた。
- 母親の不安が増強し、市の保健師を通じて、支援の依頼を受け、精神保健福祉士と共に家庭訪問を実施した。主な支援は、母親への傾聴対応であった。

「精神保健福祉士の方と訪問活動を何度か行い、母親の話を聞いた。家族形態が変わったストレスもある中で子どもの症状が出て来て、今後どうしていこうという話を中心であった。」

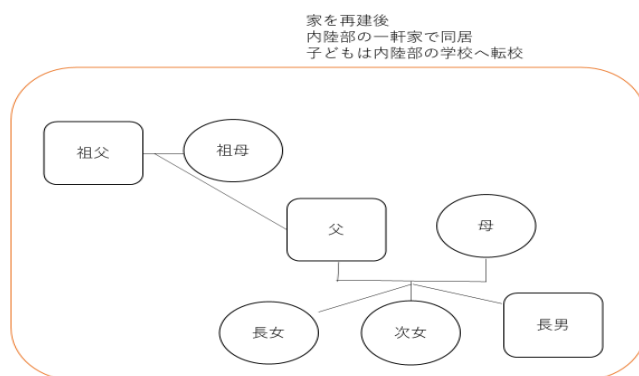
- 母親の不安に対して、まず、支援者自身がどのような立場の人間であるのか伝えた。地域の繋がりが強い地域なので、支援者は外部から来たため話してもどこかに漏れる恐れが無い事を伝えた。また、訪問を受け入れてくれたことへの感謝を述べ、信頼関係の構築に努めた。
- 一回の訪問で解決できる問題ではなく、徐々に話ができるように、日々の生活の話題から始めた。母親の表情、家の環境から吟味していった。母親は、長女の症状の原因がはっきりせず今後どうなるのか、どのように対応したらよいかわからない状況であ

った。まずは母親の不安の軽減が必要であり、訪問の受け入れ状況や母親の様子から、自宅訪問し傾聴継続することが重要であると考えた。二回目以降は、前回からの変化や子どもの状況、そして母親の不安について話を伺っていった。

「やはり（災害）後は皆、生活環境や家族形態が変わりストレスがかかりやすい。ただでさえストレスフルな状況の中で、子どもの症状という新たな悩みが出てきて、母親の負担が一番大きいことが推察された。そこで、精神保健福祉士と一緒に、継続的にお母さまの話を伺っていきこうという形で関わった。お子さまの症状の原因がはっきりしない中だと、その病状に対してのアプローチは難しい部分もあったので、お子さまに対しては、今の気持ちについて少し話を聞いた程度。自分たちができる範囲・対象・この事業の中で担っているものにも限りがあった。」

- 役割分担としては、精神保健福祉（時に臨床心理士）の方はメンタル面でのサポート、看護職では子どもの健康状態（病気について等）や生活環境、母親の健康状態に重点を置き、それぞれの強みを生かした。また、訪問後はどのような支援を行っていった方が良いかの話し合いの場を設けた。そして、保健センターにも状況を報告しながら支援を行った。
- 訪問を継続し、“つなぎ役”と支援も意識しながら母親の不安の軽減に努めた。

「何かあればいつでも話を伺えるし、こちらで可能な範囲のことはするし、必要があれば専門機関におつなぎすることもできますと伝えた。お母さまも、話を聞いてもらう中で何とか自分を保て、地域での生活に目を向けられていたかなと思う。」



家族の課題

- 【重なったストレスイベント】
生活環境や家族形態の変化、子どもの転校と大きな変化が幾重にも重なったこと
- 【母のストレスの増強】
これまで別居していた義父・義母との新しい地区での暮らしが始まったことと長女の脱力症状出現が重なり、不安とストレスが増強したこと

- 【見通しが立たない不安】

今後どうなるのか見通しが立たない不安があり、長女に対してもどのように対応したらよいかわからないこと

家族支援のポイント

- 【信頼関係の構築】

その地域で皆さんがどうやれば安心して暮らしていけるか考える。そのためにも、その地域のことをよく知り、信頼関係の構築に努めること

「やはり支援者側としても、知らない場所での支援活動だったので、どこにあれがあつてとか言われても、元の地域を知らないとなかなか答えられないこともあつた。住宅再建などの相談がすごく多かつたので。そこでかなり調べて地域を知ること、その方たちと信頼関係を築くことができた。もう支援者というよりは地域住民にならないと、やはり受け入れてもらえない現状があつた。」

- 【ストレスへの対処】

災害後の避難生活が長期間になるほどストレスが増大する。生活環境、家族形態、社会対人ストレスの変化の影響を最小限に抑え、最大限に考慮すること

- 【不安の軽減】

今回のケースでは、母の不安の軽減が一番必要だと考えられたため、定期的に家庭訪問することで、母の訴えを聴くことにウエイトを置いたこと

- 【連携】

他機関・多職種と情報を共有し、連携してつなぎ役になること

今回の場合は、訪問する際、精神保健福祉士・臨床心理士と同行し、訪問後、今後どのように支援を行っていけばよいか話し合いの場を設けた。

また、保健センター等にも状況を報告しながら支援を行った。

どのくらいの頻度で訪問するのが適切かなど、会議をして共有した。

- 【訪問頻度の調整】

訪問の頻度を段階分けし、サポートが必要な方は頻度を上げていくという段階別の訪問活動を行うこと

災害時の家族支援の課題と展望

- 【継続的な支援】

要支援家族の居住地が市や県をまたぐケースもある。プレハブやみなし仮設退去後の支援継続が難しい場合が多い。また、家を再建すると、支援の対象から外れてしまうケースも多い。情報共有や引き継ぎ方法を見直して工夫し、継続して家族を看つつ支援していくことが重要。

「この方に関わったのはプレハブ仮設からの再建の時。プレハブの時はこの事業の対象者

ではなく、プレハブを出て家を建てたら自分が所属している事業の対象者になった。」

- 【支援の偏りをなくし、楽しむ場所を提供する】

住環境によって支援、情報、物資の提供に偏りが生じることがある。イベントなどにもお誘いし、被災者が楽しむ場所を作れるよう情報提供をすることも必要である

「プレハブの方に人が多く集まっているので支援が入りやすい、イベントも来やすい、支援物資も届きやすいという状況があった。隣に誰が住んでいるか分からないような中で、出掛けるきっかけが生まれると、女性だと特に変化が顕著でお化粧しだしたり、おしゃれをして出掛けたり。楽しむ場所をつくるというのは、大人にとっても子どもにとっても大切である。」

- 【職業アイデンティティーの意識】

支援者は、医療関係者（看護師）として被災地域で支援に多職種で関わる中で、良くも悪くもその職業アイデンティティーを強く意識するようになっていく。

「この事業の中で医療関係者が支援者だけだった。訪問に行くときの注意事項と、最低限ここは見ましようみたいなチェックシートを統一のものとして出したときに、『支援者が看護師だから気になるんだね』と、他の支援者たちに言われることがかなりあって印象に残っている。看護師は、観察の目を持っていてアセスメントをすることが多い。チェックシートみたいなのがあるとプレッシャーだと他の支援員に言われた。全部は見れないし、看護師だからこういうのが気になるんだろうけど、他の支援者たちは一応コミュニティー支援ではあったので、個別のそういった問題点まで見るのはちょっと負担だと。看護師はアセスメントして記録をするということに慣れていると思うが、他職種の方は、そういうのが初めての方も多かったので、記録を残すことが怖いとおっしゃる方もいた。記録が残ることは責任になるというか、荷が重いと言われていたので、もう自分が気になるところは保健センター等の方と連携するようにした。」

- 【支援者メンタルヘルス】

職業アイデンティティーを強く意識する中で、自分の存在が、周りの支援者に負担になっていたらどうしようと悩むようになっていく。

「支援者のメンタルヘルスというのがかなり言われていたと思う。そこを管理するのも自分の役割ではあったので、周りに負担をかけてしまうといけないと考えた。多職種なりの役割と、その支援において自分としてはやはり見てきてほしいところ・必要だと思うところの共有が難しかった。あとは被災をされた方と一緒に働くっていうことの難しさもあった。その方たちは当事者の方たちでもあったので、支援者として、すごく発言に気を付けないといけなかった。」

- 【迅速な支援体制の構築】

支援は常に現状への後追いで、体制は整えられておらず、自分の支援が届いている・役に立っているという実感は薄くなりがちである。しかし、被災地域の元の状況を知り得ない支援者であっても、それでもやはり支援に入ることの

意義はある。今必要な支援を必要な時に提供できるように連携することが課題。

「もともとの地域のつながりが、支援によっては事業の対象者によって分断してしまうことがあった。事業でお金を頂いてるのが見なし仮設だと、予算の関係もあり、見なし仮設の方しか支援できないので軋轢を生んでしまったこともあった。こちらが分断してはいけないと思う。また、情報に関してもやはり地域を知っている方がいないと、つなぎ役が難しい側面もあった。保健師が担っている部分も大きいと思うが、新たに来る支援者との連携と、その上での体制の構築というのがあると良い。今後の生活の変化を予測した上で、なるべく先追いになるといいと思う。私が始めたときも、支援体制をつくるのにかなり時間がかかってしまい、今さらと言われた。被災地域の方たちの生活の変化に支援が追い付いておらず、後追いになっていた。やはり体制が整っていないと、その被災地域の方に、今必要としている支援が届かなかった。そこで、情報共有一つにしても、体制を構築するのにすごく時間を要することと、いろいろな支援者が来るので連携がうまくいかないことが課題だと考えられる。」

事例 12【徐々に生活に困難を来したセルフネグレクト事例】

災害：自然災害

年齢：30 代

性別：男性

資格：看護師、保健師

支援した時の立場：被災地の行政保健師（育休代理）で 1 年間

自治体直営の地域包括支援センター

地域の人口：約 6,000 人 （担当エリア人数：2,000 人）

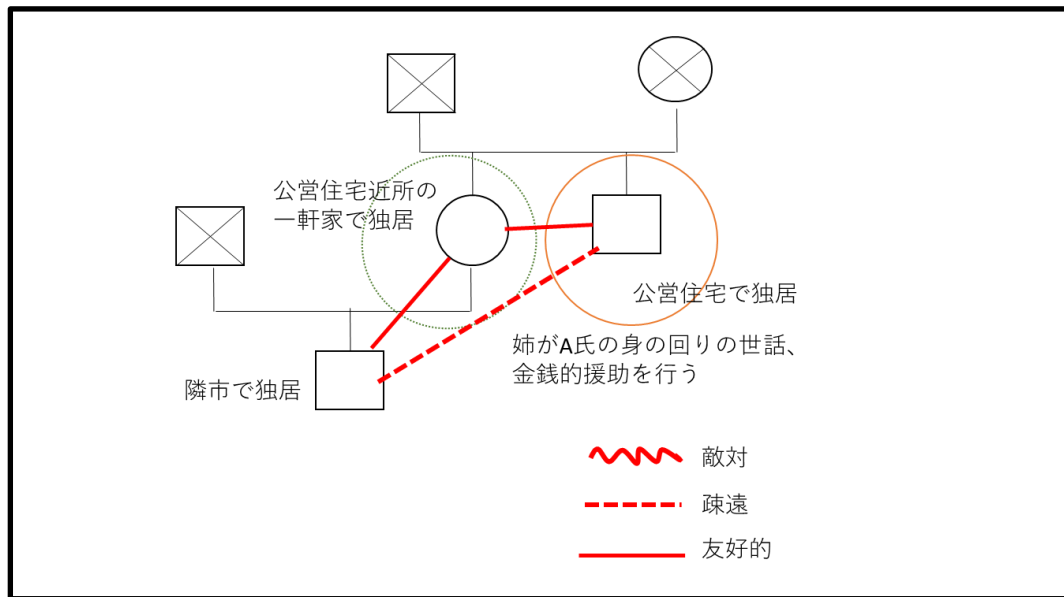
70 代半ばの生活保護の独居男性に対する、地域包括支援センター保健師による被災後の支援事例である。A 氏は被災前は公営住宅に住み、近くに住む実姉から支援を受けて生活を送っていたが、被災を機に実姉は息子の住む隣市に転居し、仮設住宅に転居した A 氏は実姉からの支援が受けられなくなっていた。保健師が関わり始めたのは、災害発生から 4 年後であった。近所のショッピングセンターから徘徊疑いとして地域包括支援センターへ通報を受けたことがきっかけで A 氏を把握し、保健師が A 氏の自宅を訪れた際は、滞納により電気・ガス・水道は全て止まり、ゴミ屋敷となっていた。A 氏の姉は居候させてもらっている息子への遠慮もあり、A 氏との関係を避けていたが、保健師が根気強く A 氏に関わり、また、A 氏の姉への定期的な状況説明と、優先順位の高い必要最低限の支援を依頼したところ、A 氏の姉からの支援を受け、A 氏の希望通り施設への入所に至った。

ジェノグラム・エコマップを用いた家族の理解

被災前

災害前は、近くに住む姉からの支援を受け、公営住宅で独りで暮らしていた。姉からの支援は具体的には、家事援助などの身の回りの世話と金銭的援助であり、姉からの支援なしでは自力で生活することが出来ない状況であった。

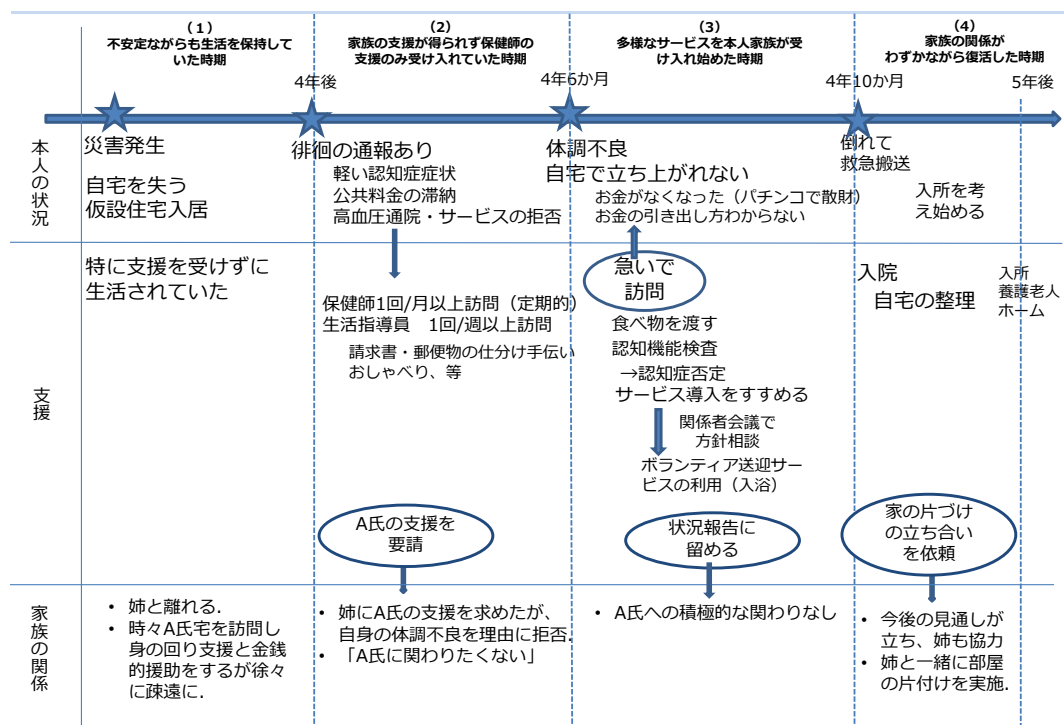
A 氏は、60 歳頃までは違う都道府県に住んでおり、60 歳過ぎにこの自治体に戻ってきた。A 氏の姉は夫と死別しており、長男が隣市に住んでいた。隣町に住む A 氏の姉の息子と A 氏の間には、接点はなかった。



A 家族の経過と実践

A 氏とその家族への支援は、4 つの時期に分けられた。

1. X～X+1 年 X 月：不安定ながらも生活を保持していた時期
2. X+1 年 X 月～X+6 月：家族の支援が得られず保健師の支援のみ受け入れていた時期
3. X+1 年 X+6 月～X+2 年 X-2 月：多様なサービスを本人家族が受け入れ始めた時期
4. X+2 年 X-2 月～X-1 月：家族の関係がわずかながら復活した時期

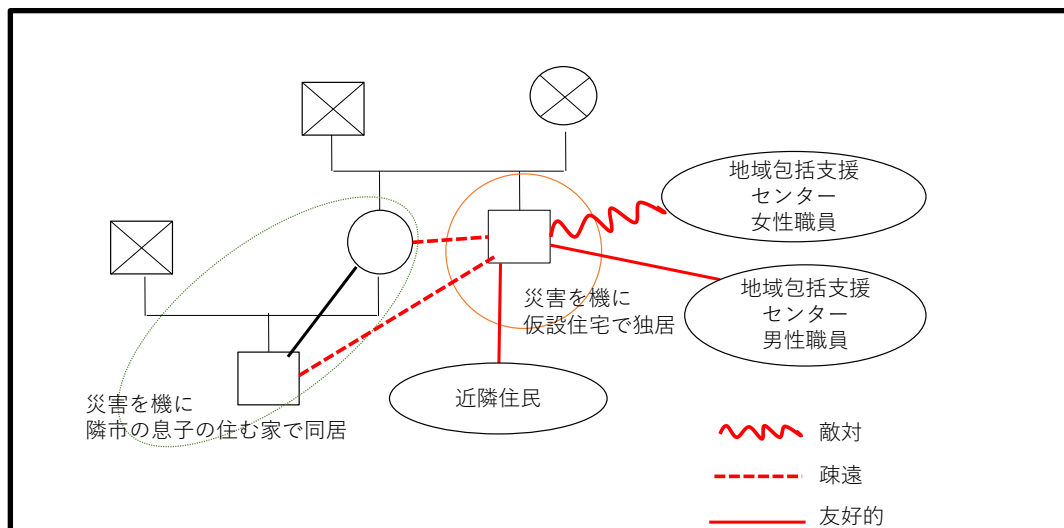


1. X～X+1年X月：不安定ながらも生活を保持していた時期

災害発生後、もともと住んでいた公営住宅が避難指定地区となり、A氏は仮設住宅へ移り住んだ。仮設住宅での暮らしを開始するも、実姉が隣市へ転居してしまったため、以前のように実姉からの身の回りの世話や金銭的援助を受けることが出来なくなった。仮設住宅の近隣住民からの支援を少しずつ受けながら、なんとか一人で生活をしていたため、被災後4年間は特に問題を指摘されることはなかった。

A氏の姉は隣市で息子の住む家に住まわせてもらうようになっていた。災害直後はA氏の姉は隣市から時々A氏の様子を見に、月に数回ほどA氏宅を訪問し、A氏の身の回りの世話を時々行っていたという。また、A氏からは時に金銭的援助の要望もあり時々援助をしていたが、その援助の回数も金額も、災害前と比べると劇的に減った。A氏の支援の回数が減った背景には、同居している息子への遠慮もあり、息子に迷惑をかけたくないという気持ちから、A氏への支援の頻度が徐々に下がっていったようであった。

この時期の最後の方には、A氏は自分自身で生活を成り立たせるのが難しくなっていたようで、時折、地域住民から異臭等の相談が寄せられていた。地域包括支援センターの職員は、定期的にA氏宅に訪問をしていたが、訪問しても会えないことが続いていた。



2. X+1 年 X 月～X+6 月：家族の支援が得られず保健師の支援のみ受け入れていた時期

暗い夜道を A 氏が徘徊しているという通報が地域包括支援センターに入り、A 氏のところに保健師が駆け付け、A 氏の自宅である仮設住宅へ送り届けた。その際の A 氏は、髭が伸び、洋服は全体的に古びてヨレヨレで、ところどころ足が見える履き古した靴を履いていた。入浴もしばらくしていないことを窺わせる異臭もしていたため、保健師は支援の必要性を認識した。

保健師が後日改めて自宅訪問をしたところ、部屋は異臭が立ち込め、食べ終わった刺身のプラスチック容器などや生ごみが部屋中に散乱していた。郵便物はポストに入りきらず、書類等も整理されずにごみとの区別がつかなくなっていた。電気・ガス・水道も料金滞納により止まっておいた。髭も伸びたままで入浴やシャワーもしばらく入っていないように、保健師には見えた。部屋の中には、2013 年のカレンダーがかかったままになっていた。医療機関への通院も、以前は高血圧で通院していた記録があるが、長い間通院を止めたままになっているようであった。ゴミ屋敷になっていることは、本人的には「大丈夫」だった。本人に自分の状況に対する問題意識はほとんどなかった。

長い間 A 氏を知る人に話を聞いてみると、最近まではここまで部屋の状態や本人の異臭もひどくなかったとのことであった。保健師は、A 氏の認知機能の低下が多少進んできていることも原因の一つかもしれないと考えたが、急ぎ本人の生活の立て直しと、実姉の支援を受ける必要があると考えた。

A 氏と相談し、5 月から保健師が毎月 1 回訪問することを受け入れてもらった。しかし、保健師以外の訪問やその他サービスの導入には拒否が見られた。そのため、近所の生活支援相談員が最低週に 1 回は見守りをして、部屋から出てこないなどいつもと違うと感じたときは、保健師に連絡をしてもらうようにした。保健師の定期的な訪問時は、おしゃべりをしていた。生活支援アドバイザーはお部屋に入ることが出来ない。請求書や郵便物があふれていたのも、郵便物を一緒に片づけながら、おしゃべりをしていた。郵便物と書類の片づけは、保健師が一つ一つ A 氏に確認しながら、必要な書類と不必要な書類を仕分けていった。

7 月頃にいつものように郵便物の片づけの必要性について話をしたところ、「そんなことを若造に言われる筋合いはない」と A 氏が怒りだした。保健師は、色々なかわり方に対する A 氏の反応を探っていたので、怒りを表出した A 氏を見て、『こういうプライドがこの人にはまだ残っているのだな』ということがわかった。A 氏の怒りに対しては謝罪し、そして片付けを促す声かけを行った。「すいません。そうですね。だったらちゃんとしましょうよ。」と。その後も、A 氏宅への訪問を続けた。

実姉は 80 歳を越え、車いすが主な移動手段となっていた。自分の通院も息子に送迎してもらおうなど、日常生活の支援を受けることが多くなってきた。それでも A 氏から

の支援要請（例えば、「飯くれ」「金送ってくれ」）には可能な限り対応していたが、実際に A 氏宅に来て身の回りの世話までは出来ない状況であった。しかし、A 氏がサポートを受け入れない状況であるため、保健師やボランティアなどが出来る支援にもどうしても限界があった。そこで、A 氏本人の同意がないところに支援者が入っていくことはできないため、姉に協力を要請した。しかし、支援をしたいのはやまやまだが、実姉は自身の体調不良を理由に支援を断った。「私はもうかかわりたくありません。もう離れたいです。息子の世話になっている身だから A 氏にもう金銭的な援助ももう出来ない。」との発言が聞かれた。

実姉からの身の回りの支援が受けられない中、A 氏に対しては、民生委員や生活支援アドバイザー、地域包括支援センターの保健師による定期的な見守り訪問を実施し、生活環境の改善やお金の使い方について改善を促すも、本人に改善の意思はなく、安否確認を続けていた。

3. X+1 年 X+6 月～X+10 月：多様なサービスを本人家族が受け入れ始めた時期

10 月始め、安否確認をしにきた生活支援アドバイザーが体調不良で自宅の布団の中で動けなくなっている A 氏を発見した。生活支援アドバイザーから連絡を受けた保健師は、食べていないことが原因ではないかと考え、被災地支援のための支援物資として届いていた食料を A 氏宅へ持参して食べるよう促した。A 氏はすぐに食べ始め、すぐに動けるようになった。A 氏に状況を確認したところ、お金がなくなって買い物も行けないため食べるものを入手できず、部屋の中で何も食べずにい続けることとなったようであった。

保健師は今までの A 氏との関わりの中で、A 氏の認知機能はそこまでの低下はなく、本人と話し合いながらある程度は生活状況を改善することが出来ると考え、「ご飯食べなきゃだめだね」「そのためにはショッピングセンター行かなきゃだね」「ショッピングセンター行くなら、きれいにしないとね」だったら、「お風呂入ろう」というように、本人と確認しながら入浴サービスの導入の同意を得た。

動けなくなった今だったら、拒否していたサービスを導入できると考え、A 氏の今後の方針を決めるために、関係者を集め会議を行った。とりあえず現状を何とかしよう、やらなきゃいけないことをやっ払いこう、ということで社会福祉協議会は入浴サービスを、生活支援アドバイザーは入浴の送迎をするなどの役割分担を行い、A 氏にスムーズに入浴サービスが導入できるような体制を整えていった。

入浴サービスを導入するにも A 氏が送迎車に乗り込むことに抵抗した。保健師が「乗るよね、乗るよね」と多少強く言うことでようやく送迎車に乗った。また、入浴介助も保健師以外には拒否があったため、保健師が入浴の見守りを行った。入浴によっていままでの異臭がなくなり身なりが整ってきたため、ずっと行っていなかった診療所へ行き、高血圧に対する薬の処方を受けたりしはじめていた。また、認知機能につい

この時期は、保健師側も A 氏の姉に支援を依頼することなく、状況の報告のみを行っていた。A 氏からは家族の話が聞かれることはほとんどなかった。

保健師や生活支援アドバイザーや社会福祉協議会のメンバーの関わりが続いていた中、A氏がいつも訪れていたショッピングセンターで急に倒れ、救急搬送され、病院に緊急入院することになった。今までは頑なに今の生活環境・状況を変えることを拒んでいたが、入院することで環境を変えることに前向きな気持ちに変化していったようだった。保健師は、かねてからA氏の施設入所を選択肢の一つとして考えていたため、施設に入ることをA氏に尋ねると、A氏自身が施設に入る希望に変化した。

片付け当日、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、ボランティアスタッフなど約 8 名と実姉が集まり、丸一日かかりで部屋の片づけを実施した。部屋は想像以上に排せつ物などで汚染されていて、床材にも排せつ物がしみ込んでいて柔らかくしなっていた。様々な生活ごみを一気に片付けた。

その後、病院から直接、養護老人ホームに入ったところで、保健師の関わりは終了した。



家族支援のポイント

- 家族には問題が表面化するまでに辿ってきた歴史があり、いくら危機の後とはいえ、その歴史を無視してはならないこと
- 定期的な見守り・訪問を行い、関係を切らさないようにすることで、一気に介入できるチャンスを見逃さないこと
- 全面的な支援が望めない場合は絶対必要な事項に限定し、具体的に依頼する

災害時の家族支援の課題と展望

災害時に見られる家族問題は、平時から何とか均衡を保っている状態が、災害により環境が変化したことで均衡が崩れ、表面化するものが多い。平時から家族の状況を把握しておくことが必要かもしれない。

（問題の表面化：例えば、仲の悪い家族員がこれまでは広い家に住んでいたため、家でお互い顔を合わさないで大きな問題もなく過ごしていたが、被災により、仮設住宅に住むことで部屋が狭くなることから、お互い避けたくても避けられない状況となってしまう。そこから、暴力や虐待が生じてしまうケースもある。）

Ⅲ. まとめ

災害発生時の家族支援を実際に経験した看護職を対象にその経験を聞き取り、12 事例をまとめた。

1. 災害は、それまで表面化しなかった家族内の課題が浮き彫りになったり、家の違いによって他者には見えなかった課題が他の人にも見えやすくなったりする機会となる。
2. 被災のストレスによる新たな課題の発生や、これまでは対処できていた健康障害への対処方法の破たん、なじみのない過酷な環境下での闘病や看取りも経験されていた。
3. 看護職は、支援の対象となった家族内の関係に意識を向け、課題の発生を早期に発見したり、早期の支援によって問題を予防したり悪化を最小限にしたりできることが、これらの事例から読み取れた。
4. 今回聞き取りに応じた看護職はいずれも、被災した家族の悲嘆に寄り添い傾聴を重ねることで、急きょ外部から支援に入る場合、それまでにも被災地で勤務していた場合のいずれの場合にも信頼関係を獲得していった。
5. 支援する看護職自身が被災者でもある事例もあり、このような状況に対する支援方法を開発する必要性が窺われた。
6. 被災された家族への支援は長期的な視野を持つ必要があるが、避難所から仮設住宅等、転居を繰り返す場合も多く、ケアの継続性の保障が課題と考えられた。
7. 被災された家族への支援には、それ以外の場合以上に多職種間の正確で密なコミュニケーションが求められる。

以上

委員構成

委員長	東京大学	山本 則子
委員	東京女子医科大学	池田 真理
	京都橘大学	河原 宣子
	近畿大学附属病院	藤野 崇
	筑波大学	涌水 理恵
	北里大学	新井 陽子
	武蔵野大学	荻野 雅
	東京慈恵会医科大学附属病院	児玉 久仁子
	東京医療保健大学	山花 令子
	東京大学	野口 麻衣子
	東京大学	目 麻里子

災害時の家族支援技術に関する研究

令和元年 10 月 15 日

発行

日本家族看護学会 社会活動・政策委員会

企画・編集

東京大学大学院医学系研究科

健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学分野

担当 山本 則子、野口 麻衣子、目 麻里子

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

TEL 03-5841-3508 FAX 03-5841-3502
