

子どものメンタルヘルスリスク 軽減のための災害マネジメント



平成26年度厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

「被災後の子どものこころの支援に関する研究」
研究代表者 五十嵐 隆

子どものメンタルヘルスリスク軽減のための災害マネジメント

目次

A. 総論

- | | | |
|-----------------------|------------|----|
| 1. 災害と子どもの心—経過に伴う変化— | 本間 博彰…………… | 1 |
| 2. 複合災害と子ども | 杉山登志郎…………… | 8 |
| 3. 災害後の子どものメンタルヘルスの疫学 | 藤原 武男…………… | 14 |
| 4. こころのケアにおける文化的配慮 | 舟橋 敬一…………… | 32 |

B. 各論

- | | | |
|------------------------------------|------------|-----|
| 1. 災害前・災害時のメンタルヘルスケア | | |
| (1) 啓発 | 奥山真紀子…………… | 43 |
| (2) 外部支援 | 小平 雅基…………… | 53 |
| 2. 被災後の親子へのケア | | |
| (1) 保健師のケアの在り方 | 中板 育美…………… | 63 |
| (2) 保育所でのケア | 植田紀美子…………… | 73 |
| (3) 障がいを持つ子どもへのケア | 植田紀美子…………… | 80 |
| (4) 避難している子どもへのケア | 山本 恒雄…………… | 86 |
| (5) 親を亡くした子どもへのケア | 山本 恒雄…………… | 92 |
| (6) ケアシステムの構築と連携 | 八木 淳子…………… | 100 |
| (7) 被災地における子どもの心のケアを支援する 情報システム | 本村 陽一…………… | 109 |
| 3. 災害後の子どものメンタルヘルスケア | | |
| (1) 予防介入 | | |
| ① こころを安定させる呼吸改善法 | 本間 生夫…………… | 119 |
| ② 心理教育 | 杉山登志郎…………… | 132 |
| ③ 被災地の親子を対象としたキャンプの試み | 福地 成…………… | 139 |
| ④ 発達を支援する遊び | | |
| 子どもにとっての遊び | 菊池信太郎…………… | 146 |
| センサ遊具を用いた子どもの発達の支援 | 西田 佳史…………… | 150 |
| (2) リスクのある親や子どもへのケア | | |
| ① 保育園における相談 | 本間 博彰…………… | 161 |
| ② 教育への継続相談 | 杉山登志郎…………… | 167 |
| ③ 被災地の心理的問題の遠隔支援の可能性について | 立花 良之…………… | 171 |

| | |
|-----------------------------|---------------|
| (3) 症状のある子どもへの治療 | |
| ① 治療の選択 | 八木 淳子……………181 |
| ② トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) | 亀岡 智美……………189 |
| 4. 生活環境変化の影響とその課題 | 菊池信太郎……………201 |
| 5. 災害時における対人援助職へのケア | 實方 由佳……………213 |

A. 総論

災害と子どもの心 —経過に伴う変化—

宮城県子ども総合センター
本間 博彰

災害後の時間経過にはいくつかの段階があり、その段階に特徴的とも言える心の問題が出現する。それぞれの段階に出現する心の問題やこれに影響を及ぼす余波などの要因を知ることにより、提供される支援がより明確になるであろう。この章では災害による子どもの心の問題を災害後の経過に沿って概観する。

1. 災害後の時間経過の段階

災害とは地域の対処能力を超えるような外的な脅威が及んだ結果、様々な問題が生じる状態を指す。災害後の時間経過すなわち災害後の段階はおおよそ三つに分けることが实际的である。この三段階は、急性期(Acute Stage)、中期(Post-acute Stage)、後期(Post Stage)とされることが多い。

1) 急性期

災害発生時点から2か月程度の期間が急性期とされる。自然災害では個々人や地域の対処能力を超える自然の猛威による極度のストレスが加わることで、子どもたちは様々なストレス反応を発する。一時的なストレス反応状態から日常生活に支障をきたす状態であるストレス障害にいたるまで、多岐にわたる状態が出現する。

2) 中期

急性期に引き続く時期で、発生時点からの1年までをこの時期としている。急性ストレス障害や、PTSD(心的外傷後ストレス障害)、遅発タイプのPTSD、およびPTSDの範疇には入らない様々な精神疾患が出現する。中期は、生活やインフラなどの復旧や復興をめぐる環境的な影響が加わりはじめる時期にあたる。応急仮設住宅に移ることによって生活空間が大きく変わるなどの、環境による影響が加わり、心の問題は次第に複雑さを増してゆく。この頃から心の内部に収められていた弱さや精神疾患が誘発されてくるのである。

3) 後期

発災から1年を過ぎるとこの時期に入る。この時期がどれくらい続くかは、災害の規模や復旧の進捗などの外的な要素のみならず、被災者個々の事情にも左右される。犠牲者の発生した家族にとっては災害に終わりはないという指摘もある。阪神淡路大震災では震災後に出生した子どもが18歳にいたるまで子どもたちに配慮をしたという。

2. それぞれの段階における子どもの衝撃

1) 災害急性期の衝撃

災害が心に与える衝撃は、一時的な衝撃で済むものから中期的な時期にまで及ぶ場合、あるいは長期的に持続する場合まで、衝撃の持続時間は様々である。急性期においては、地震や津波さらには津波火災などの心的外傷を発生させる衝撃、これをTrauma Eventというが、Trauma Eventの持つ恐怖や無力感を引き越す威力、およびTrauma Eventとど

のくらいの距離があったかが、その後の経過に影響すると考えられる。

子どもについては、これらに加えて、どのような状況で **Trauma Event** に暴露されたか、親や保育士あるいは教師などの身近な大人の対処の内容、被災時の保護者と子どもとの関係などが心の衝撃度に影響し、心的外傷の形成や経過を左右する要因となる。子ども自身に注目した場合看過してはならないこととして、第一には災害以前の既往歴があげられ、災害以前の心身の疾患の既往、過去の被災体験が **Trauma** 受傷の背景要因となることである。第二には子ども自身の年齢と発達特性が **Trauma** 受傷の脆弱要因となることである。

2) 災害中期の衝撃

中期になると、生活再建などの現実的な課題が重い負担として親や支援者に突き付けられてくる。多くの被災者が災害により家屋などの財産及び職を失い、これが災害後の余波となって精神的健康を失う親は少なくない。

配偶者間暴力や離婚が目立ってくるのもこの時期でもある。夫婦間でも立ち直りの違いが出る。その違いが両者を引き裂くことにもなる。こうした背景に中期の時期特有の変化や課題がある。この時期は一息つき、この先の大変さが見え始める。例えば、急性期の被災者の心を覆っていた緊張が少しずつ和らぐが、緊張が和らぐことによって目の前の現実が入り込んでくる。緊張ゆえに目に入らなかった問題が見え始め、震災により被った様々な恐怖感や苦痛が意識にのぼってくる。急性期を生き抜く際に発動されていた強い仲間意識でもある共助の力が弱りはじめる。こうして日常生活の中に集団から個に還らざるを得ない時間が入り込んでくる。子どもはこうした課題に取り組む大人の変化からも影響を受けることになる。またメンタルヘルスを崩す親も現れ、親の精神状態が子どもに影響を及ぼすことになる。頼るべき親や大人が頼りにならないことを気づかされ、絶望感に陥る子どももいるはずである。

この時期は子どもにとって学校が再開する時期でもある。この度の震災では早い地区では震災から1か月半ほどの4月中旬に学校が再開していた。再開により深刻な状況におかれていた子どもたちは、学校再開により被災地においては最も安全安心の環境と日常性を提供されることになる。食事や活動の場が得られる。その一方で、一つの学校に複数の学校が同居した場合もあり、子どもたちは今まで経験したことのない変化を経験した。また同級生が転居転校することに伴う複雑な心境におかれる子どももいた。転校した子どもも転校先の学校に適応を強いられる。大きく変化する全体状況と子ども個々の事情が交差した環境の中で子どもたちは災害中期の学校生活を送ることとなる。

3) 災害後期の衝撃

後期の時期では、初期の頃の **Trauma event** に対する暴露による問題は後退し、替わって子どもを取り巻く環境の影響が次々と加わる。災害余波を構成する親の問題、地域の問題が新たな負担として子どもにのしかかってくる。そのため子どもの現わす問題行動が、震災の影響によるものか、それとも震災とは関わりのない個々人固有の問題か、困惑することが多くなる。震災の影響を受け養育機能の低下した家族は少なくなく、親の配偶者間暴力や離婚再婚に巻き込まれる子どもたちの存在も明らかになる。児童虐待やネグレクトの状態にある子どもたちが表に出てくる。また、忘れてはならない問題として、震災により **Trauma** を受けながらも適切なケアを受けられなかった子どもが数多く存在すること、年齢の幼い子どもにおいてはその外傷の影響は発達の様々な領域におよび、発達が順調に進ま

ない場合があります。また、幼児期の衝撃が発達にどのような影響を及ぼすのか明らかになっていないことから、時間の経過とともに子どもの発達像が様々な局面を示してくる可能性があるということである。一例として、注意集中力の低下した子ども、衝動の抑制力の欠けた子どもが後期に目立ち始めている。

3. 災害の経過に伴う子どもの心の問題の変化

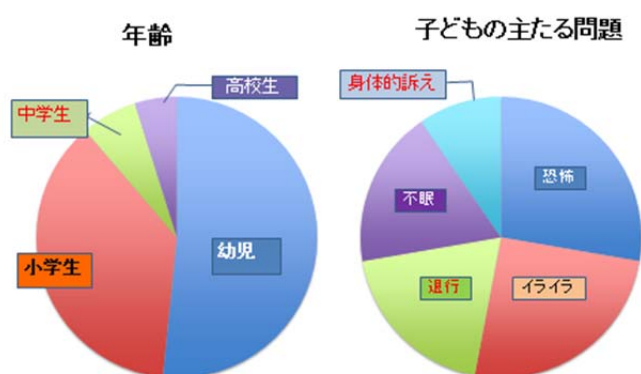
災害の時間経過とともに子どもの問題が変化するが、これら3つの段階に出現した心の問題を以下に記す。

1) 急性期の心の問題

(1) 症状の概要

被災直後は急激なストレスに対して心身が反応し、いわゆるストレスによる様々な身体症状が頻発する。図は災害発生直後の急性期に宮城県の支援に入った北海道の心のケアチームが対応した子どもたちの年齢と主たる問題を示したものである。図から急性期の特徴として、①低年齢の子どもほど医療的介入の対象として顕著な反応を呈していた、②急性期の症状は、恐怖、イライラ、退行、不眠が頻発し、ついで身体的な訴えが中心をなしていたことが示されていた。こうした身体症状は様々で、口内炎を悪化した子どもや失声、脱毛などの子どものケースを経験した。

災害の初期に子どもが示した心の反応



(2) 急性期の事例

次に症例を提示することで、急性期の子どもたちの症状の理解を深めてみたい。

【症例1】 3歳女児

介入時の問題と症状は以下のとおりである。

・退行

3月11日の地震時は保育所におり、窓ガラスが割れるなどの被災を経験。迎えに来た父と避難所で一夜を明かす。翌日に母と弟と合流し、仙台市内の父方実家に身を寄せる。災害直後から要求を受け入れてもらえないと頭を叩いたり、弟の授乳の際に自分にもオッパイを飲ませろと要求する。

・過覚醒状態（交感神経系亢進状態）

余震を異常に怖がる。抱っこすると心臓が激しく脈打っているのが分かるほど。

睡眠障害（入眠後直ぐに覚醒して眠れない。朝早くに覚醒）

- ・その他の成育史として、母が弟の在胎3ヶ月で切迫流産となったことで、パパっ子として育つ。弟が生まれてからはやきもちを焼かず、母親のように弟の世話をする。幼稚園でも他の子どもの世話をする。可愛そうなくらいに気を遣う子どもとなっていた。

【症例2】 1歳女児

介入時の問題と症状は以下のとおりである。

- ・再体験反応（災害後に水を怖がる）

地震直後に保育所に迎えに来た母親の車ごと津波に流され、母は児を抱きかかえて、なんとか車の窓から脱出して、住民の救助により、その家に1泊し、翌日自衛隊に救助され避難所に移り10日過ごす。母親の実家に身を寄せてから間もなく水を怖がる、不眠、過食が出現。水の嫌がり、顔を洗うこと、頭を洗うこと。被災時には母は海水に胸までつかりながら児が海水で濡れないようにしたが、この経験が症状に影響していた。

- ・退行

自宅に戻ってから母にまわりつき、母の足下におもちゃを持ってきて、母のいることを確認して遊ぶ。母が便所にゆく際には児は自分も便所に入れることを求める。

- ・過覚醒状態（交感神経系亢進状態）

なかなか入眠できない。入眠しても短い。

（3）解離症状について

解離症状は急性期の混乱の中で見落とされていた可能性のある重要な症状である。保育士たちの報告によると、避難所でぼーっとしていた幼児、反応が低下した幼児、ロボットのように手を引かれて動いている幼児などが少なくなかった。解離については後段で触れる。

2) 中期の心の問題

子どもは年齢によってあらわれる症状が異なる。一般的には、中期の時期の心の問題としては、急性ストレス障害（Acute Stress Disorder: ASD）は時間の経過とともに減少するが、急性期の症状を持続させる子どもがこの段階でPTSDの範疇に入ることとなる。急性ストレス障害からPTSDへの移行である。ASDはPTSDを予測し、早期介入するための目的もあって設けられた診断名で、幼い子どもではそうした状態にある子どもが少なくなかった。この時期には学校の再開や、日常生活に戻るにつれ新たな刺激が加わることでPTSDが誘発される。海から潮の匂いを運んでくる風にパニックをきたす、つまり再体験反応を発する子ども、海の景色を一望できる場所で身体を硬直させる子ども、過覚醒反応のためにイライラして抜毛癖を呈する子どもなどが出現していた。不登校は急性期から中期の時期は減少していたようである。この時期、学校が最も安全で、活動ができる場所であったことも不登校が減少した要因であったと考えられた。身体に現れる症状を大事にしてこそ心のケアの道筋が開かれることを強調しておきたい。

年齢の小さな子どもたちは落ち着きが欠け、多動な行動が目立っていた。ぼーっとした

様子、保育士を独占しようとする態度、Post traumatic play など様々な症状が出現していた。津波遊び、地震遊び、お葬式ごっこなどで震災による衝撃を遊びの中で表していた。以下に事例を挙げる。

【事例3】 7歳男児

震災から3か月弱経った6月4日の運動会が終わってから以下のような症状が出現した。

- ・身体症状：朝食後の吐き気と嘔吐。
- ・恐怖心：夜になると怖い気持ちが強まる。また地震が来るのではないかと思ってしまう、怖くて学校に行けない。
- ・退行：吐き気や嘔吐が出現してからは母親から離れられなくなった。

【事例4】 4歳児クラスの男児

Post traumatic play を示した。

震災時は津波に直撃され、被災した保育所で他の園児たちと1晩を過ごした。約4か月後に保育所が再開し、この頃の自由遊びのときに「葬式遊び」をしていた。家人には犠牲者はいないが、親族犠牲者の葬儀などのために何度も葬式に連れて歩かれたようである。児は他児と声を上げ遊んでいた職員に「先生、お葬式をしているので静かにしてくんない！」と注意してきた。次いで「先生も一緒にお葬式ごっこをしよう」と誘ってきた。児はおもちゃの布団に赤ちゃんを寝かせ、「もう赤ちゃんは戻ってこない」、「死んじゃったから戻ってこない」と語る。職員が町内の葬祭場の名前を挙げると、児は「ぼくはそこ（その葬祭場）に何度も行ったんだ」と応えていた。レストランごっこをしていた他の幼児が葬式ごっこをしている児のところへ注文を取りに来ると、児は怒ったような顔で「赤ちゃんは死んだんだから、何も食べられないんだよ」ときつい態度を取った。職員はお供えを提案した。児は「ぼくは（赤ちゃんにお供えをする）ミルクを注文する」と言った。

こうしたお葬式ごっこが一段落して、児は「ぼくはこれから魔法の液体を作るから」、「砂糖、塩、片栗粉を買ってくるから」と言う。コンビニが近くには無いということになり、「津波で店がない」と言い出す。職員から砂糖の代わりに探そうという提案を受け、少し遊んだ後、この遊びも終わりにして、園庭に遊びに出かけた。

3) 後期の心の問題

震災直後に発生した心の問題が落ち着きはじめ、替わって家族的な問題を背景にした子どもの問題が目立ってくる。このため、子どもの心の問題が災害の影響による問題か、それとも災害と関係なく出現してきた問題か見分けがつきにくくなる。また、保育士や教師の関わり方や子どもの行動の受け止め方によっても、問題の現れ方が異なる。例えば、養護教諭が丁寧に観察や関わりをしている学校ではコンサルテーションに持ち込まれる子どもも多い。問題があるにもかかわらず、相談に供される子どもがほとんどない学校もある。子どもが問題を出せない環境にある学校も存在する。まさに保育士や教師の抱えた問題が子どもの問題の現われに蓋をしているのである。

保健室は子どもが心身に何か問題を感じた時に訪れる場所である。訪れ方が様々であり、登校時に不安や混乱を呈して休養を取らせるために連れてこられる子どもから、何かと些

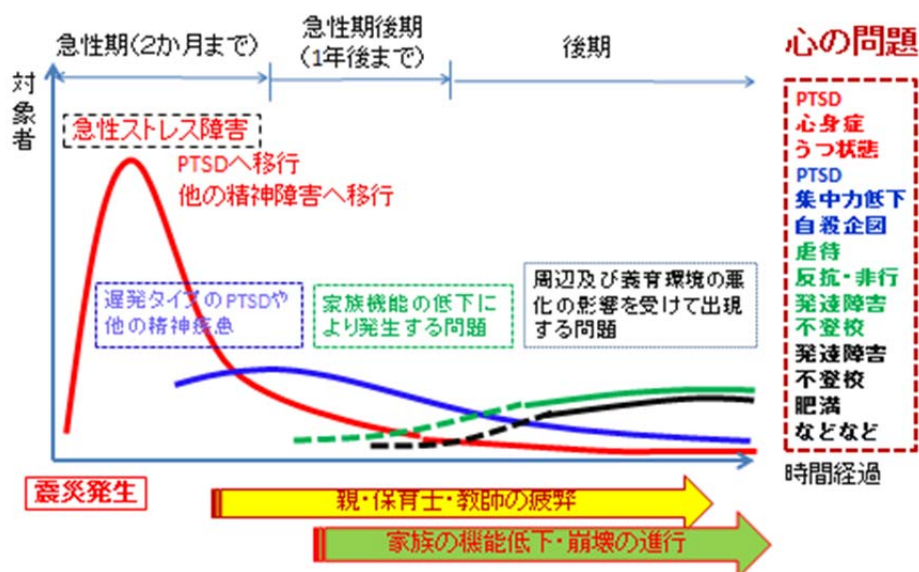
細な理由で何度も訪れる子どもまで、様々な訪れ方をしている。また養護教諭や担任教師の子どもに対する態度姿勢も訪問する子どもの数や、相談に付される子どもの数にその違いが現れる。暖かな応答性の優れた教員のもとには子どもが接近しやすく自分の心の一部を表すようである。

災害は子どものケアやサポートに関わる保育士や教師の心にも影響を与える。また子どもとこうした大人との関係にも影響を与える。まさに災害時の子どもの心の問題はこれらが複合して形成される。見落とされたのちに出現する問題もあれば、その後の発達上の葛藤や課題が加わって災害とは関係のないような様相を呈する問題もある。被災地の現場では自らが深刻なダメージを受けた養育者が、その傷をケアする機会や時間も持てず子どもの養育や教育に従事する場合も少なくない。養育者の傷つきや負担は子どもの問題を見る目や対応に影をおとす。養育者が **Numbing** (感情麻痺) の状態にあったり、苦痛を感じる場面や問題に対して回避や否認の心理機制が働いている場合もある。親を亡くした子どもに対しては、養育者は自らの抱く痛々しさの感情に苦しむようである。

以上のような問題が障壁となって後期の子どもの問題の実態は掴みにくい。こうした障壁を乗り越えるための方法として、いくつかの保育所や学校に対して定期的に継続訪問をしてこの障壁を越える取り組みをした。これを定点観測と称するが、この方法によって把握した後期の子どもたちの心の問題を概観したのが図2である。図は急性期から後期までの時間経過に沿って心の問題を概観したものである。**Trauma event** の直撃により発生した **ASD** が先行した **PTSD** は時間が経過するにつれ減少する。これを赤線で示した。青線は日常生活の中に存在する **Reminder** (災害の恐怖心などを思い出させる出来事) により誘発される **PTSD** の経過を示した。緑色の線は災害後に家族が機能を低下させ養育状況が悪化して、そのことにより発生する心の問題を示した。後期の時期は、復旧の遅れた被災地は荒れた世界が広がり、多くの工事車両が地鳴りに近い音を響かせながら走る。また仮設住宅生活者はコミュニティーの分断された地域の中で孤独に生きるなのであるが、こうした環境の問題によって影響を受ける子どもの心の問題の推移を黒色の線で示した。

後期の心の問題は、心の外傷の進行、持続的なストレス状況、後期の生活の変化などによる災害余波の影響、発達上の葛藤への対処による問題、親や他の養育者との関係などが心の問題を複雑にする。よって、この時期に明らかな心の問題として出現する不登校では、これらの問題が背景にあり、対応が難しい。また広汎性発達障害を疑われる子どもが増加するが、彼らの二次的な問題に手を焼くようになった学校からの相談が増えているようである。

震災による心の問題の推移



4. 震災により親を亡くした子どもの心の問題

この度の東日本大震災では多くの子どもが親を亡くした。親を亡くした子どもの心の問題について適切な取り組みをしなければならぬが、この問題への対応は極めて難しいことも触れておかなければならぬ。あしなが育成会の報告では、2083名がこの団体の支援対象となっている。

親を亡くした子どもたちの一部は震災直後からケアの対象になるほどの明瞭な精神症状を示したが、多くの子どもは大人しく、なかには勉強などに一生懸命に取り組む子どもも少なくなく、周囲の大人には模範生のように映っていた。

最近になり心の問題を現しはじめている。この間に、模範生あるいは優等生と評価される子どもも少なくなかった。Post Traumatic Growth (心的外傷後成長) の典型のような子どもである。悲哀の感情を強め、自死を選んだ子どもも報道されていた。親族里親にあずかられたのち、両者の葛藤が大きくなり、児童養護施設に再措置された子どももいた。

最近の学校定点観測で相談にあがってくる子どもの中に親を亡くした子どもが目につくようになってきた。孤立、無気力傾向、独り言、集中力の無さ、感情の不安定さなどが教師の心配ごとになっている。心の問題が最も懸念される子どもたちはまだ埋もれたままであるといっても言い過ぎではない。どのように彼らに接近し、彼らのサポートをするかが後期の段階において重要な課題となる。

複合災害と子ども

浜松医科大学児童青年期精神医学講座

杉山 登志郎

1. 複合災害と子ども

清水将之は『災害の心理』(2006)にて、横軸を自然災害と人為災害に、縦軸を一代限りの災害と世代を超えた災害にわけ、二次元座標で表した(図1)。この図を見ると、2006年という段階で、「世代を超えた人為災害」(第三象限C)に、原子力事故が含まれていることに驚嘆する。この時点でわずか5年後に、わが国において世界最悪の原子力発電所事故が引き起こされると誰が予想をしていただろうか。優れた先達の目の確かさに畏敬を覚えざるをえない。

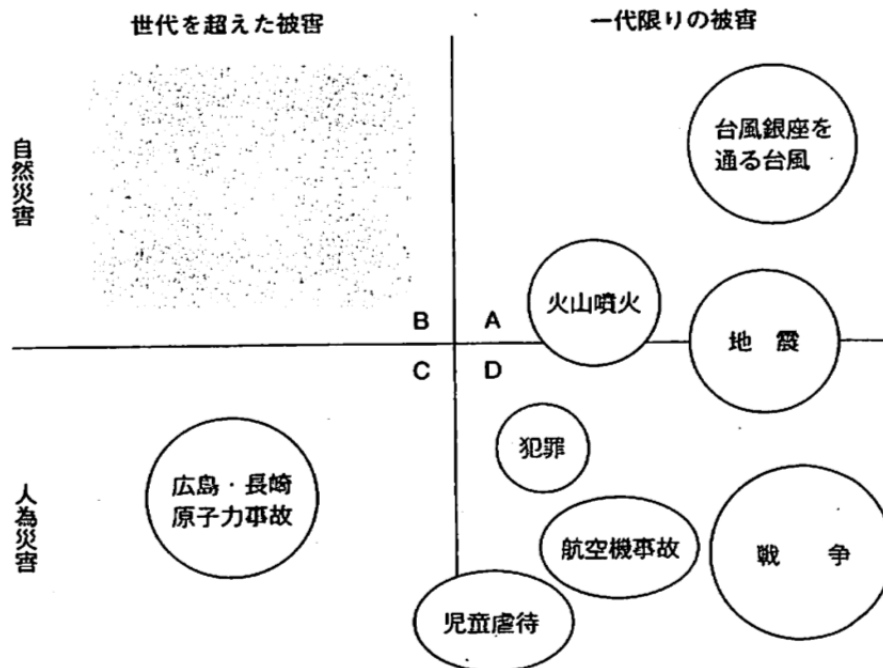


図1 災害の位置づけ (清水、2006)

清水はパイヌース (1999) による子どものトラウマを引いて、子どもが受ける可能性があるトラウマ的な状況を次のように紹介している。

- 1, 誘拐、人質体験、
- 2, 暴力への暴露
- 3, 強姦、殺人、自死など
- 4, 身体的虐待、性的虐待
- 5, 子どもであるが故の不慮の事故
- 6, 交通事故
- 7, 自然災害、人為災害

8. 命の危険が考えられる病気

さらに、わが国において無視できないものとして9, いじめ を付け加えている。

7番目の自然災害、人為災害がいわゆる災害であるが、この本の冒頭に清水は次のような重要な指摘を行う。「災害って、地震だけではない。自然災害だけではない。いろいろな側面を持っている、・・・子どもにとっては、生存を保障してくれている家族を亡くすのも《災害》である。」

災害を、「子どもに必要な安全や権利が奪われること」という広い視点で捉えたとき、先の図1の持つ意味がより鮮明になるのではないと思う。そして、自然災害と人為災害が組み合わさったものが一般的には複合災害とされている。しかしこうした子どもにとっての災害という視点から捉えないと複合災害という問題の意味が見えて来ない。図1に示された幾つかのものが重なり合えば、それは全て複合災害の形を取らざるを得ない。さらに清水が示した二次元座標に対してわずかな不満も出てくるのであるが、この点は後に触れたいと思う。

2. 経時的な複合災害

この本の中で清水は次のような興味深い例を取り上げている。「2001年4月には、震災時(1995年の阪神淡路大震災)は零歳だった子どもが小学校に入学してきました。この1年生にも、地震のトラウマを引きずっている子どもたちがいたのです。大揺れの記憶など全くないはずなのに。そのような子どもに出会って、私は考え込みました。・・・その子たち一人ひとりの家庭を眺め直してみますと、六年前に家屋や財産や家財を失い、家族が犠牲になるなど、苦しい生活をこの六年間送ってきたことが見えてきました。」

清水は胎児でも既に外界を見ているという事実を取り上げてこの現象を説明する。だがこのような例は、実はさらに数年、年齢が下がった子どもにおいても認められたのではないだろうか。

筆者は次のような実例を知っている。彼の父親は第二次大戦末期に、とても若いパイロットであった。つまり神風特別攻撃隊として出動するはずだった。出撃の予定が偶然の理由で先送りになり生きながらえて終戦を迎えた。その後も一度スイッチが入ったときは、周囲を怯えさせるような喧嘩を繰り返した。やがて子煩悩な父親になった。しかしその後も折に触れ大暴れをすることが重なり、家族は巻き込まれ続けた。子どもから見たとき、自分が心から父に愛され、父の生きがいにならなっていることに疑いは差し挟めない。しかしその一方で、逆にそれ故にいつか殺されるという真剣な恐怖をも受け続けながら成長をすることになった。子どもはその後、この葛藤に生涯を掛けて取り組み、トラウマに苦しむ人々を救う専門家になった。

これは極端な例かも知れない。だが図2を見て欲しい。今、いわゆる団塊の世代が初老期を迎えていて、この世代による暴力的な事件の頻発が、「老人暴力」として注目を集めている。図2を見ると、常にこの世代がピークを作ってきたことが明らかである。この世代は、どの年代においても実は荒れていたのであった。なぜこんなことが起きたのか。団塊の世代には、従軍し戦闘を体験した父親がいる。前の世代の閉ざされたトラウマを、この世代が引き継いだと考えると、団塊の世代の突出した暴力的な傾向について、初めて了解ができるのである。

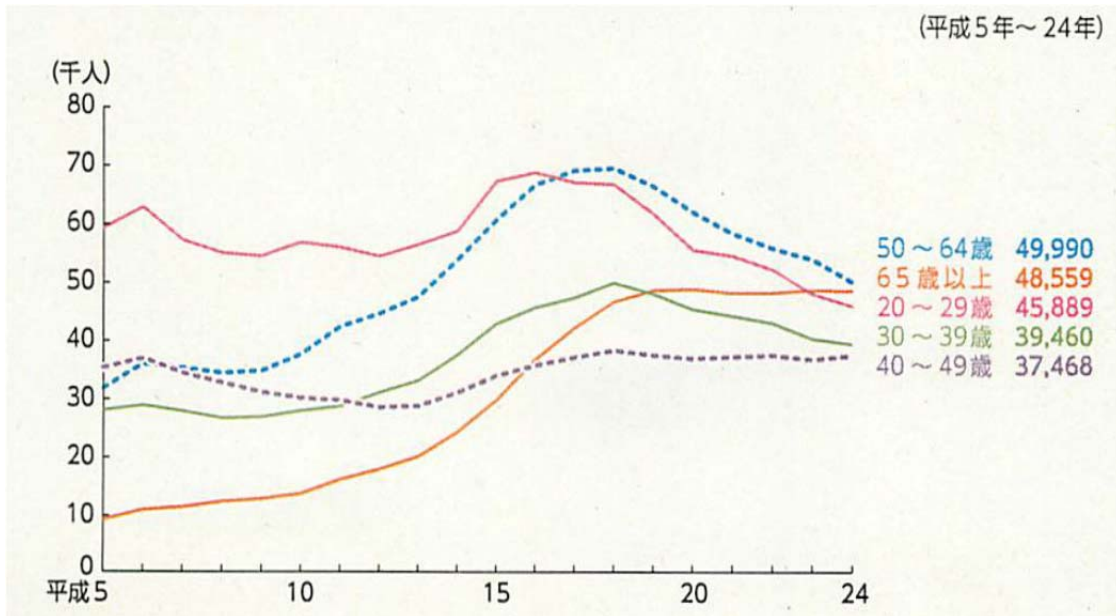


図2 一般刑法犯 検挙人員の推移（年齢層別）犯罪白書（H25）

つまり大きな災害によって引き起こされた深いトラウマは、一代限りのものと見えたとしても、暴力加害と被害などの介在を経て、次の世代の子どもたちにも引き継がれてしまう。清水の図1に対してわずかに不満があると述べたのはこの点である。これもまた複合災害の一つである。つまり子どもという視点から見たとき、横断的な複合災害の他に、経時的な複合災害が存在する。

この問題にもう少し触れたい。そもそも1990年以後継続的に資料が取られたわが国の子ども虐待の統計は、あらゆる疫学資料の常識を越える増加を示した。「今まで明らかになっていなかったものが、法律の整備や啓発によって、見えるようになった」という要素は確かにある。だがそれだけで、この急増は説明できるだろうか。筆者は近年、子ども虐待の親の側の治療にも積極的に取り組むようになった。そうしてみても実感は二つある。一つは子ども虐待が昔から普遍的にあったということである。もう一つは、この前の世代の被虐待の放置によって、次の世代に大きな拡散が生じ（被虐待の家族は多産家族であることが多い）、それが今日の子どもの虐待の大増加をもたらしているのではないかと、ということである。

複合災害によって何がもたらされるのか。これは子ども虐待の後遺症調査の結果を見れば明らかである。宮地は Feliti ら(1998)の研究を紹介している。小児期に逆境体験に育った成人の状況を見ると、逆境のスコアが高い人において、慢性閉塞性肺疾患の罹病率が3.9倍、肝炎が2.4倍、性感染症が2.5倍であった。さらに抑うつは4.6倍、自殺企図は12.2倍、アルコール依存、薬物依存、危険な性行動、望まない妊娠なども有意に多かった。むしろアルコールや薬物依存などは、トラウマ症状からの回避によって生じるのでは無いかと結論付けている。もちろんこのグループの虐待やDV被曝など、複合災害にあたる重複のトラウマ体験もまた多いのである。

3. 福島に見る複合災害の諸相

東日本大震災において、地震災害、津波災害という自然災害に引き続き、原子力発電所の事故による人為事故に見舞われた福島県の浜通りにおける状況は、正に複合災害の代表である。4年が経過する現在、この地域の状況を振り返っておきたい。複合災害によって生じる問題が集約していると考えられるからである。

1) 原子力発電事故の実態がきちんと公表されず伝えられなかった

なぜ政府は情報公開の制限をしたのだろうか。全体状況が中枢にいた人間にも掴めていなかったなど、いろいろな言い分が伝えられているが、今になって振り返れば、何よりもこのことが疑心暗鬼を生み、例えば放射線被曝被害に対して何が正しく、何が誤っているのか何もかも信じられないという状況を作ってしまった。この疑心暗鬼は後に大きな影響を与えることとなった。

2) 流出した放射線量の公表が遅れさらに放射線被曝に関する安全基準が一定しなかった

原子力発電所事故の実態が明らかになって初めて、既に高いレベルの放射線が漏れ出して既に測定されていたという事実が後から判明した。安全基準の基準に関しても二転三転し明確にならなかった。

この二つは、正確に事実が伝えられずに生じた混乱による複合災害である。福島においては避難や安全確保に関しても混乱が生じた。

3) 地域コミュニティを考慮しない避難が行われた

通常災害からの避難は、地域に避難場所があり、そこに地域の人々が避難をするという形で避難生活が始まる。ところが福島県においては原子力発電所から20Km以内に住む人は避難するようという指示が出たのみであった。そのため、各個人がばらばらな避難を行い、さらに原子力発電所の事故の実態が明らかになるにつれて、様々な地域へさらに多くの人間がばらばらに避難をすることになった。当初からコミュニティを全く考慮に入れない避難が行われたことは、その後の生活再建に大きな負の影響を与えた。

4) グレーゾーン地域からの避難や保護が個人に任された

部分的に高い放射線量を示す地域を持つ地域に留まるか、避難をするのかという選択が各個人に任された。そのため、地域から離れるものと留まるもののがおり、留まるものに関しては、放射線の除染を行うなどの地域的な取り組みの他に、地域外に週末に出て総被曝線量を減らす、屋外に出ない、皮膚を露出しないなどの行動が個別に選ばれた。その後、例えば学校プールの再開など子どもにとっての一般的な生活が戻ってきたが、プールに入らない子どもなど、安全の選択が未だにばらばらである。

5) 避難地域から戻って来た人々への対応

地域外へ避難し、その後に戻ってきた人と、その地域に留まった人との関係が、成人、子どもともに、円滑に行かないという事例が数多く見られた。

これらは地域コミュニティの崩壊と括ることが可能な複合災害である。それでは子どものメンタルヘルスという点ではどのような影響が認められるのであろうか。

6) 避難地域周辺の子どものメンタルヘルス

震災時に思春期の女兒と、震災時に幼児でその後、学校に入学をした小学校低学年のメンタルヘルスが不良であることが示された。前者に関しては放射線被曝に対する健康への不安が、後者に関しては数年間外での遊びが禁じられたことへの影響が要因として考えら

れる。

これまで得られた資料を見る限り、幸いにして福島県の子どものメンタルヘルスは他の地域に比較した時に、良好な結果を示している。しかしその上でも大震災と複合災害は、大きな負の影響を与えていることが示される。サポートという側面から見れば、正にこれからであり継続的な支援が必要である。

7) 震災によって養育者を失った子ども達が生じた

いわゆる震災孤児の問題は、福島県に限らないが、子どもの視点から見たときに複合災害の一つと言えるであろう。福島県の特徴としては、仕事のために父親が被災地に残り、それ以外の家族が放射線の被曝の無い土地へと移住し、特殊な単身赴任家族が沢山生じたことであろう。これも広い意味での養育者の喪失の一形態に他ならない。子育てにおける単身養育において、様々な無理が生じやすいことは周知の事実であり、実際に様々な困難が生じている。

4. 複合災害への対応

これまでの検討を踏まえて、複合災害への対応の要点をまとめる。

1) 正しい情報の公表

このことがいかに必要なのかということは、大震災における福島の場合のみならず、例えば複合災害の代表とも言える戦争を考えてみれば分かる。これまで戦争において、正しい情報がいかに隠されてきたか。それがいかにより複合的な問題を引き起こして来たか。

2) 災害を語ること

表1は宮地(2013)による「語られにくいトラウマ」である。子どもの災害という視点で見れば、ここに並んでいるものは、全て複合災害になりやすいものであることが明らかであろう。語られにくいものを明らかにして行くことの困難さと必要性が共に示されている。

表1 語られにくいトラウマ(宮地, 2013)

- 内容が重すぎるもの
- 私的・親密的な領域のことがら
- セクシュアリティ(性)に関わること
- 「あたりまえ」として日常化されていること
- 養育者やケア提供者、「お世話になった人」からの被害
- 所属集団内での被害
- マイノリティ集団内での被害
- 共犯性や加害者性、犯罪性を帯びるもの
- 共感を得られない、叱責・非難されると思うもの
- 偏見やスティグマがもたらされるようなもの

では語られない時にどうなるのか。宮地は次のように指摘する。第一に周囲からの理解や状況に対する評価を得られなくなる。第二に、秘密にしておくこと自体が様々な抑圧のメカニズムに基づく症状を生じてくる。そのことはヒステリーとして知られる多彩な症状を見れば明らかである。第三に、トラウマ衝撃を弱めるための対処方法、例えば否認や回避、解離などが定着することによって、現実に対する検討能力を弱めてしまう。第四に、加害

者と被害者との間に作られる外傷的絆など、支配一被支配の関係が定着し、それによって被害の重複が生じ、さらに共犯的な関係に陥ってしまう。

これらの状況は災害においても同じである。本当に起きたことを明らかにしてゆく作業が重要である。

3) 災害の前と後をつなぐこと

「今までのことを忘れて新しい生活を送ろう」などと言われると、子どもにとっては自分が根無し草になってしまう。前の生活を忘れず、災害を経て今の生活を生きていること、この前後のどちらも大切にしてゆくことが必要である。地域コミュニティの復活も、この作業抜きには実現しない。

4) 多重なサポート

子どもという視点で見たときに、子どもを支える家族、友人、地域、教育機関、公的機関など、多重なサポートを作ることが複合的な災害への対応となる。それぞれの層が、子どもの安心を守るための多重のシェルターとして働けばそれが理想である。

5) 継続的な支援

ここで言う継続とは、数年単位のことではない。災害のトラウマが世代を超える以上、次の世代につながる伝承とサポートとが、複合災害の経時的な繋がりを絶つ唯一の方法である。さらにこの様な世代を超えて語り継がれたものが、次の世代の大災害への備えになるのである。

文献

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, et al (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*. 14:245-258.

宮地尚子(2013)：トラウマ. 岩波新書, 東京.

パイヌース, R(1999)：子どもと災害——長期的帰結と介入についての発達論的観点. In, こころのケアセンター編：災害とトラウマ. みすず書房、東京.

清水將之(2006)：災害の心理. 創元社, 大阪.

災害後の子どものメンタルヘルスの疫学

国立成育医療研究センター研究所

社会医学研究部 藤原 武男

1. はじめに

災害後によって子どものメンタルヘルスに影響があることは容易に想像できるが、その研究は極めて困難である。まず、子どもの災害への曝露を正確に測定するのが困難である。例えば、地震によって揺れた地域にいたかどうかはわかるものの、その後の津波を見たのか、足が浸ったのか、流されている人を見たのか、といった関連するトラウマ体験への曝露の確認は子どもの記憶があいまいであり、また想像上の体験を答えてしまう場合もあり、正確にはわからない。未就学期といった言語化の難しい発達段階において曝露した場合にはなおさらである。また、子どものメンタルヘルスの評価も難しい。うつや PTSD の症状は親や学校の先生の観察によって評価されることが多いが、24 時間観察しているわけではないので、一断面による評価と言わざるをえない。面接によって子どもから直接確認する方法もあるが、言語能力の問題もあり、正しく表出することができない可能性がある。それでもなお、災害がどれほど子どものメンタルヘルスに影響するのかについて明らかにする必要がある。なぜなら、災害後にメンタルヘルスの問題で生活に困難を生じている子どもがどの程度いるのかを明らかにしなければ、必要な資源を分配することはできない。また、今後起こりうる災害において、どの程度の子どもがメンタルヘルスの問題を抱えるのかを明らかにすることにより、備えをすることができる。

災害の子どものメンタルヘルスへの影響については、1995 年の阪神淡路大震災 (Kitayama et al., 2000; Shioyama et al., 2000; Uemoto et al., 2000)、1999 年のトルコ大地震 (Bal & Jensen, 2007; Celebi Oncu & Wise, 2010; Eksi & Braun, 2009; Laor et al., 2002; Sahin, Batigun, & Yilmaz, 2007; Tural et al., 2004)、2004 年のスマトラ島沖地震 (Agustini, Asniar, & Matsuo, 2011; Piyasil et al., 2007; Piyasil et al., 2008; Piyasil et al., 2011; Thienkrua et al., 2006; Ularntinon et al., 2008)、2005 年のハリケーンカトリーナ (Marsee, 2008; McLaughlin et al., 2009; Osofsky, Osofsky, Kronenberg, Brennan, & Hansel, 2009; Scheeringa & Zeanah, 2008)、2008 年の四川大地震 (Jia et al., 2013; Liu et al., 2011; Yang et al., 2013; Zhang et al., 2012) を含めいくつかの研究が報告されている。興味深いことに、先行研究では PTSD やうつを子どものメンタルヘルスの結果として設定しているが、自然災害の影響としての問題行動に焦点を当てているもの、特に未就学児童を対象としたものはほとんどない。自然災害後の低年齢児のメンタルヘルスを評価するにあたり、精神科面接における子どもの反応はあいまいなので、臨床的に著しい問題行動のカットオフ値が設定されている Child Behavior Checklist (CBCL) や Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) が、災害後の子どものメンタルヘルスサポートのニー

ズを特定するのに適切である。

McLaughlin らによると、ハリケーンカトリーナの 2 年後に、4-17 歳の子どもの 15%が SDQ 質問紙調査により役割機能の深刻な感情障害を呈したと報告している(McLaughlin et al., 2009)。さらに、被災 3 年後に Lowe らが CBCL をもとにした Behavioral Problems Index を用いて行った研究によると、ハリケーン関連ストレスが間接的に問題行動の原因となっていることを明らかにした(Lowe, Godoy, Rhodes, & Carter, 2013)。Chemtob らは、世界貿易センタービルでのテロが就学前児童のメンタルヘルスに与えた影響を CBCL で評価し、タワーの崩壊など高強度のトラウマイベントに遭遇した 15-30%の就学前児童が問題行動の徴候を示したと報告していた(Chemtob, Nomura, & Abramovitz, 2008)。

さらに、自然災害によって低年齢児童は複数のトラウマ体験（家、親、友人の喪失、津波や火事の見撃、死体を見撃、放射線によるライフスタイルの制限など）に曝露されているが、それらがメンタルヘルスや問題行動にどの程度、関連しているかは不明である。Thienkrua などはスマトラの津波後に酷いパニックや恐怖が PTSD と関連している一方、自分自身や家族の生命が危機に瀕していると感じたことが、タイの 7-14 歳の子どもとうつと関連していると報告している(Thienkrua et al., 2006)。

これまでの研究を俯瞰してみると、自然災害におけるトラウマ体験と未就学児のメンタルヘルスの関連についての報告はほとんどない。さらに、東日本大震災前に起こったトラウマ体験（家族の喪失、養育者との分離など）が被災地の子どもの問題行動と関係しているか、被災地外では関連がないか、ということ調査する必要もある。

本章では、このような背景のもと実施した被災地において震災を未就学期に体験した子どものメンタルヘルスに関する追跡調査をどのように行ったのか、そしてどのような結果であったのかを既報の内容を要約し報告する。

2. 調査の方法

1) 対象

震源地に近く、つまり津波被害を受けた岩手、宮城、福島各県の沿岸部において多段階サンプリング法を用いて被災した子どもをリクルートした。まず、各県から津波被害の大きかった沿岸部の自治体および福島県では原子力発電所の爆発が原因で放射線被害のあった自治体を選定した。次に、当該自治体の幼稚園で参加者を募った。岩手県では 3 つの自治体で 32 の幼稚園のうち 4 つから参加の同意を得た。宮城県では 1 つの自治体で 16 の幼稚園のうち 2 つから参加の同意を得た。福島県では 4 つの自治体で 120 の幼稚園のうち 4 つから参加の同意を得た。そして、対象を 2010 年度すなわち 2011 年 3 月 11 日の被災時に 3-5 歳児クラスだった子どもに設定した。設定した対象者について、2012 年 9 月から 2013 年 7 月に、校長や保育士から対象となる児童 (N=787) の保護者に研究参加の依頼をもらった。最終的に 205 人の保護者から同意が得られ (同意取得率 26.0%)、178 人の児童 (岩手 59、宮城 53、福島 66) が質問紙と面接のどちらかを完了した (参加率 87.3%、170

人(95.5%)が質問紙を、150人(84.3%)が面接を完了した)。特に福島では、震災後に転居することが多いため、参加募集が困難を極めた。この調査は国立成育医療研究センターの倫理委員会の承認を得て行われ、全ての参加者から研究コーディネーターが書面でインフォームドコンセントを取得して実施した。

子どもにおける被災の影響をみるためには、発達段階による変化の可能を排除するため、対照群を設定することが望ましい。そこで、日本の西部に位置し地震や津波の被害を受けていない三重県から対照群として選定した。被災地と同様のサンプリング手法をとった。しかし、三重県においては被災の被害がないため、思うような協力がえられなかったため、協力の得られた幼稚園を中心に、2010年度に3-5歳だった子どもを対象として選定し、220人の中から適格な30人の参加を得た(参加率13.6%)。さらに二つのコミュニティの608人中52人の参加を得て(参加率8.6%)最終的には82人の参加を得た(トータルの参加率9.9%)。

2) 測定

物理的環境に関するトラウマ曝露は、2012年9月から2013年7月の間に質問紙で評価した。物理的なトラウマ曝露とは、家の状態(喪失、完全損壊、部分損壊、損壊なし)、被災直後の避難所滞在、仮設住宅への入居経験、親戚宅への避難、家族の分離体験である。これらのことを、例えば「東日本大震災の時に避難所に行きましたか?」と聞き、「はい」「いいえ」で回答してもらうという形で評価した。

心的ストレスを伴うことが予想されるつらいトラウマ曝露については、児童精神科医または臨床心理士の面接によって評価した。トラウマ曝露を定義するために、先行研究で子どものメンタルヘルスと津波被災地域での体験を報告したものを引用した。つらいトラウマ曝露として、近しい家族の喪失、遠い親戚や友人の喪失、津波の目撃、津波に流された人の目撃、火災の目撃、死体の目撃、原子力発電所の爆発音を聞いたか、放射線によって生活の制限を受けたか(例:外で遊べない、蛇口の水を飲めない、地元の食材が食べられない等)、について聴取した。

さらに、震災前のトラウマ体験を評価するため、養育者には **Trauma Events Screening Inventory (TESI-C)** を質問紙で評価した。内容は、深刻な事故による近い友人や家族の喪失、重い病気や死に苦しんだ体験(自傷や酷い病気、養育者との分離、テロ、いじめ、他の暴力への曝露)、自然災害への曝露、等である。回答は「はい」「いいえ」「分からない」で答え、「はい」のみが実際の体験として評価した。

問題行動は、4-18歳を対象とした **CBCL** で評価した。評価は養育者によってなされた。**CBCL** の内向的、外向的、トータルそれぞれの **T** スコアが日本の子どもの標準分布に従って標準化され、63点以上が臨床的に著しい問題行動と定義されている。

共変量は、質問紙で聴取された子どもの年齢、性別、兄弟の数、親の年齢、教育、父親の職業とした。

3) 解析

治療的ケアの必要な問題行動の有病率が高いため、まずトラウマ曝露と問題行動の関連を単変量ポアソン回帰モデルで分析した。さらに、トラウマ曝露と問題行動の独立した関係を見るため、二変数回帰で明らかな影響のあった変数を用いて多変量ポアソン回帰で分析した。さらに、被災前のその他のトラウマ曝露と震災曝露の相互作用効果を分析した。これらの分析はまず被災地の子どもを対象に行い、同様の解析を対照群でも行いその関係性を比較した。

3. 結果：東日本大震災後の子どものメンタルヘルスの状況

表 1 に被災地の子どもと養育者の統計学的特徴と、CBCL で定義される臨床的に著し問題行動を示す。子どもの平均年齢は概ね 7 歳、性別は半々、約 22%の子どもが一人っ子だった。被災地外では被災地に比べ回答した養育者（ほとんどは母）の年齢が高く、学歴も高かった。全体的には、被災地で内向的、外向的、総合スコアがカットオフ値を超えているのはそれぞれ参加者の 27.7%(95%信頼区間: 20.9-34.4)、21.2%(95%信頼区間: 15.9-27.4%)、25.9%(95%信頼区間: 19.2-32.5%)だった。福島県ではやや低めであったが、被災 3 県の間に有意差はなかった。さらに、157 人 (92.4%) の子どもが東日本大震災で何らかのトラウマイベントを体験しており、平均件数は 3.23 個 (SD=1.94, range 0-9) だった。具体的には、被災地では参加者の半数が家を喪失していたり、完全損壊、部分損壊を受けていた。面接で明らかになったトラウマ体験については、津波の目撃(44%)が最も高頻度で、次に養育者との分離(39%)、放射能による生活の制限(28%)、火災の目撃(21%)、遠い親戚や友人の喪失(18%)、近い家族や親戚の喪失(10%)の順だった。さらに、45.9%が震災前にトラウマイベントを体験しており、平均件数は 0.74 件 (SD=0.98, range 0-4) だった。最も多いのは近い友人や家族の喪失 (19.4%) で、次に近い友人や家族の深刻な病気 (16.5%)、養育者からの分離 (15.9%) の順だった。

属性およびトラウマ体験と臨床的に顕著な問題行動の関係を表 2 に示す。単変量モデルでは、遠い親戚や友人の喪失と被災前のトラウマ体験が臨床域の内向的問題行動と関連しており (47.6% vs 20.2%, 発生率比: 2.36, 95%信頼区間: 1.10-5.07)、多変量モデルにおいても同様の関連が見られた。すなわち、遠い親戚や友人を亡くした児は、被災前のトラウマ体験とは無関係に 2.22 倍 (95%信頼区間: 1.03-4.78) 内向的な臨床域問題行動を起こしやすいということを示している。同様に、被災前にトラウマ体験を経験した児は被災 2 年後において、震災に関連したトラウマとは無関係に 2.22 倍 (95%信頼区間: 1.22-4.07) 内向的な臨床域の問題行動を起こしやすいことが分かった。被災前のトラウマ体験と東日本大震災によるトラウマ体験の両方がある子ども 73 人中 28 人 (38.4%) が内向的な臨床域問題行動を示しており、これは被災体験のみ又は震災前のトラウマ曝露がない子どもと比べて高い確率だった (84 人中 15 人, 17.9%, χ^2 乗 $p=0.001$)。対照群では震災前のトラウマ体験と内向的な臨床域問題行動には関連がみられなかった (発生率比: 0.64, 95%信頼区

間: 0.07-5.73)。

一方、震災関連トラウマと外向的問題行動には関連がみられなかった(表 3)。しかしながら、被災前のトラウマ体験をもつ被災地の子どもは、そうでない子どもに比べ 2.41 倍(95%信頼区間: 1.16-4.99) 外向的問題行動を起こしやすかった。被災前トラウマ体験と震災トラウマ体験の両方をもつ子ども 73 人中 24 人が外向的問題行動を示しており、これは震災トラウマのみの子どものみと比べて高い割合だった(84 人中 9 人, 10.7%, χ^2 二乗 $p=0.001$)。このような関係は対照群では見られなかった(RR:1.28, 95%信頼区間 0.32-5.12)。

最後に、CBCL 臨床域の総合的問題行動と属性およびトラウマ体験との関連を示す(表 4)。外向的問題の結果と同様に、被災前トラウマ体験と総合的問題行動には関連があったものの、震災関連トラウマ体験とは関連がなかった。多変数モデルでは、被災地で被災前のトラウマ体験を持つ子どもは、そうでない子どもに比べて 2.98 倍(95%信頼区間: 1.53-5.81) 臨床域の総合的問題行動を示しやすかった。被災前のトラウマ体験と震災関連トラウマの両方をもつ子ども 73 人中 31 人がトータルの問題行動を示し、これは被災トラウマのみに曝露した子どもに比べて高い割合だった(84 人中 10 人, 11.9%, χ^2 二乗 $p<0.001$)。この関連は対照群では観察されなかった(発生率比: 1.03, 95%信頼区間 0.20-1.58)。

4. 災害後の子どものメンタルヘルスに関する疫学調査からわかること

東日本大震災後 2 年たっても、26%の子どもが臨床的な問題行動を示していることが分かった。興味深いことに、内向的問題行動(28%)が外向的問題行動(21%)よりも高い割合を示した。この年齢では内向的問題行動は外向的問題行動と比べて認知されにくいいため、これらの問題行動は震災後 2 年間、過小評価されていたかもしれない。

今回の調査は、東日本大震災 2 年後の 5-8 歳児において CBCL を使って問題行動の割合を示した貴重なデータを提供したものと見える。CBCL による子どもの問題行動の割合は、貿易センタービルのテロを経験した就学前児童と同等の割合(15-30%)だった(Chemtob et al., 2008)。McLaughlin らがハリケーンカトリーナの 2 年後において 4-17 歳の子どもにおける顕著な感情障害(定義: SDQ で測った行為障害、ADHD、感情徴候、仲間との関係障害のスコア合計)を報告している(McLaughlin et al., 2009)。さらに、2004 年スマトラ沖地震・津波のあと難民キャンプに 9 ヶ月いた 7-14 歳の 12%に内向的問題と考えられるうつがみられた(Thienkrua et al., 2006)。年齢、人種、災害の種類や被災後の評価の時期が違うため一概に比較はできないが、東日本大震災が地震、津波、その後の放射線障害によって影響を受けた地区に住む子どもにより強いトラウマを与え、ハリケーンカトリーナやタイ南部を襲った 2004 年スマトラ沖地震・津波よりも高率に問題行動を引き起こしたことは注目に値する。

今回の研究では、遠い親戚や友人の喪失が内向的な臨床域問題行動に関連し、外向的問題行動や総合的問題行動には関連していなかった。これは先行研究と一致しており、2004 年スマトラ沖地震・津波でも近親者や友人の喪失と子どもの抑うつとの関連が示されている

る(Thienkrua et al., 2006)。親戚や友人を亡くすという体験は、彼らを救えなかったという思いから子どもに悲しみ、恐怖、後悔などを感じさせ、内向的な問題を引き起こす。我々の研究では、近親者ないし友人の喪失と抑うつとの関連がなかったが、それは選択バイアス（近親者の喪失で調査に参加できない）とサンプル数の不足によるものではないかと考えている。

また、被災前のトラウマ体験が内向的および外向的、総合的問題行動の強いリスク因子であることも分かった。これは被災前のトラウマ体験とテロの体験の相乗効果を報告した結果と一致している。被災前トラウマ体験のある子どもを対象としたハイリスクアプローチは、被災後などメンタルヘルス資源が限られた場面で有効かもしれない。

前述のように、災害後の子どものメンタルヘルスに関する疫学調査に限界はつきものである。ここではいくつかこの調査を例に列挙してみる。

- ① 代表性の問題：参加者が被災地を代表した自治体から選ばれていないことである。つまり、著者と個人的に繋がりのある自治体を対象としたことである。さらに、複数の精神障害のある子どもは既に医療を受けており、研究参加に積極的ではないかもしれない。あるいは、親が子供の精神状態を心配している家庭ほど研究に参加している傾向があるかもしれない。それでも、コミュニティサンプルで子どもの問題行動の割合が分かったことでこの研究の重要性が示された。
- ② メンタルヘルスの測定の問題：CBCLが養育者のみの記入であることも挙げられる。すなわち、学校での問題行動は加味されていない。養育者と学校の先生の双方のCBCL記入がある研究が期待される。
- ③ トラウマ体験曝露の評価の問題：つらい震災関連トラウマは面接によって評価されているが、自分の経験を描写できない子どもがいたのではないかとということだ。養育者と保育士の両方に子どもの被災体験について確認したが、子ども自身の供述が子どものトラウマをもっとも反映していると考えられる。
- ④ サンプル数の問題：サンプルサイズが小さいということだ。震災関連トラウマと問題行動の関連を正確に評価するには、サンプルが少なすぎる。災害後に十分なサンプル数を集めることは極めて困難であり、留意する必要がある。しかし、小さいサンプルサイズでも、いくつかの特異的トラウマ体験が問題行動と関連していることを示し、それは将来の自然災害後の問題行動の予防に対する示唆となった。
- ⑤ 災害後の転居の問題：災害後の追跡は転居を伴うためとくに困難である。今回の調査では特に福島で回答率があまり高くなかった。これは、放射能危機により子どもが地元自治体から避難してしまったためであり、研究参加の同意を得ることが難しかったためである。

5. おわりに

東日本大震災後 2 年たっても四分の一の子どもに著明な臨床域問題行動が見られた。特異的トラウマ体験、たとえば遠い親戚や友人の喪失と内向的問題行動の関連、外向的問題との無関連などである。さらに、被災前トラウマ体験がある子どもにはより高頻度の問題行動が見られた。これらの結果に基づき、災害を経験した低年齢児を対象とした、学校や幼稚園/保育園の校長、教員、スクールカウンセラーに対してのトラウマ徴候、コーピング戦略、回復についての情報を与える等の心理教育プログラムといったさらなる介入をしたい。さらに、2011 年の災害を経験した子どもたちのメンタルヘルスについて、代表性のあるさらに数の多い研究が必要不可欠である。

表 1. 東日本大震災から 2 年後の調査参加児童の属性、東日本大震災関連トラウマ体験、震災前の他のトラウマ体験、臨床域の問題行動の割合 (N = 170)

| 属性 | | N または平均 | % または SD |
|-----------------|--------------|---------|----------|
| 子どもの平均年齢 | | 7.1 | 1.0 |
| 子どもの年齢層 | 5 歳 | 23 | 13.5 |
| | 6 歳 | 64 | 37.7 |
| | 7 歳 | 38 | 22.4 |
| | 8 歳 | 45 | 26.5 |
| 子どもの性別 | 男子 | 84 | 49.4 |
| | 女子 | 86 | 50.6 |
| きょうだいの数 | なし | 37 | 21.8 |
| | 1 人 | 83 | 48.8 |
| | 2 人以上 | 48 | 28.2 |
| | 欠損 | 2 | 1.2 |
| 養育者の平均年齢 | | 36.3 | 6.2 |
| 養育者の教育歴 | 高卒以下 | 79 | 46.5 |
| | 短大・専門学校 | 69 | 40.6 |
| | 大卒以上 | 20 | 11.8 |
| | 欠損 | 2 | 1.2 |
| 震災前の父親の職業 | 肉体労働、その他、無職 | 88 | 51.8 |
| | 非肉体労働 | 38 | 22.4 |
| | 無回答 | 44 | 25.9 |
| 東日本大震災関連のトラウマ体験 | 家屋の流出・全壊 | 45 | 26.5 |
| | 家屋の部分破壊 | 43 | 25.3 |
| | 避難所経験 | 50 | 29.4 |
| | 仮設住宅入居経験 | 34 | 20.0 |
| | 親戚の家に避難 | 96 | 56.5 |
| | 家族が離れて生活 | 53 | 31.2 |
| | 震災時、養育者と分離 | 54 | 31.8 |
| | 家族または近親者の喪失 | 11 | 6.5 |
| | 遠い親戚または友達の喪失 | 21 | 12.4 |
| | 津波の目撃 | 63 | 37.1 |
| | 津波で流された人の目撃 | 11 | 6.5 |
| | 火災の目撃 | 30 | 17.7 |
| | 遺体の目撃 | 3 | 1.8 |
| | 原発の爆発音を聞いた | 3 | 1.8 |

| | | | |
|--------------|--|---------|------|
| | 放射能で生活を制限された | 32 | 18.8 |
| | 上記いずれかの体験あり | 157 | 92.4 |
| | 震災関連トラウマの数 | 3.23 | 1.94 |
| 震災前の他のトラウマ体験 | ひどい事故（危険を感じる 事故）にあった | 5 | 2.9 |
| | ひどい事故を見た | 0 | 0 |
| | 犬や他の動物に襲われた | 0 | 0 |
| | 身近な人が重大な病気にな った | 28 | 16.5 |
| | 身近な人が亡くなった | 33 | 19.4 |
| | 大きな病気やけがで病院に 運ばれたり、手術を受けた り、入院をしたりした | 15 | 8.8 |
| | 子どもの頃、養育者と（父 母どちらか一方とでも）離 れて暮らすことになった。 | 27 | 15.9 |
| | 子どもの頃、養育者から暴 力を受けた | 0 | 0 |
| | 性被害（痴漢なども含む） を受けた | 3 | 1.8 |
| | その他の犯罪被害を受けた | 3 | 1.8 |
| | 学校や職場でいじめをうけ た | 2 | 1.2 |
| | 身近な人から暴力を受けた | 5 | 2.9 |
| | 身近な人が暴力を受けてい るのを見た | 2 | 1.2 |
| | 身近な人が自殺しようとし た（自殺した） | 1 | 0.6 |
| | 東日本大震災以外の自然災 害を体験した | 5 | 2.9 |
| | 上記いずれか | 78 | 45.9 |
| | 震災前のトラウマ体験の数 | 0.74 | 0.98 |
| | CBCL による臨床域の問題行動 | 内向的問題行動 | 47 |
| 外向的問題行動 | | 36 | 21.2 |
| 総合的問題行動 | | 44 | 25.9 |

表 2. 東日本大震災から 2 年後の子どもにおける CBCL 臨床域内向的問題行動に関する単変量・多変量解析結果 (N=170)

| | | | CBCL 臨床域内向的問題行動 | | | | | |
|-------------|------------|-------------|-----------------|------|-------------|-------------|--------|----------|
| | | | n | % | 単変量 RR | 95% 信頼区間 | 多変量 RR | 95% 信頼区間 |
| 属性 | 子どもの年齢 | 5-6 歳 | 19 | 21.8 | reference | | | |
| | | 7-8 歳 | 28 | 33.7 | 1.54 | (0.86-2.77) | | |
| | 子どもの性別 | 男子 | 28 | 33.3 | reference | | | |
| | | 女子 | 19 | 22.1 | 0.66 | (0.37-1.19) | | |
| | きょうだいの数 | なし | 8 | 21.6 | reference | | | |
| | | 1 人 | 26 | 31.3 | 1.45 | (0.66-3.20) | | |
| | | 2 人以上 | 12 | 25.0 | 1.16 | (0.47-2.83) | | |
| | 養育者の年齢 | 36 歳以下 | 28 | 28.6 | reference | | | |
| | | 37 歳以上 | 19 | 26.4 | 0.92 | (0.52-1.65) | | |
| | 養育者の教育歴 | 高卒以下 | 18 | 22.8 | reference | | | |
| | | 短大以上 | 29 | 32.6 | 1.43 | (0.79-2.58) | | |
| | 震災前の父親の職業 | 肉体労働・その他・無職 | 19 | 21.6 | reference | | | |
| 非肉体労働 | | 12 | 31.6 | 1.46 | (0.71-3.01) | | | |
| 無回答 | | 16 | 36.4 | 1.68 | (0.87-3.28) | | | |
| 震災関連のトラウマ体験 | 家の状況 | 流出・全壊 | 13 | 28.9 | 0.99 | (0.50-1.94) | | |
| | | 部分破壊 | 10 | 23.3 | 0.79 | (0.38-1.66) | | |
| | | 被害なし | 24 | 29.3 | reference | | | |
| | 避難所経験 | あり | 17 | 34.0 | 1.50 | (0.81-2.77) | | |
| | | なし | 25 | 22.7 | reference | | | |
| | 仮設住宅入居経験 | あり | 10 | 29.4 | 1.15 | (0.57-2.33) | | |
| | | なし | 33 | 25.6 | reference | | | |
| | 親戚宅への避難経験 | あり | 22 | 22.9 | 0.70 | (0.39-1.26) | | |
| | | なし | 22 | 32.8 | reference | | | |
| | 家族が離れて生活 | あり | 14 | 26.4 | 1.41 | (0.76-2.62) | | |
| | | なし | 30 | 27.5 | reference | | | |
| | 震災時、養育者と分離 | あり | 17 | 31.5 | 1.24 | (0.65-2.37) | | |

| | | | | | | | |
|--------------|----|----|------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|
| | なし | 20 | 25.3 | reference | | | |
| 家族または近親者の喪失 | あり | 2 | 18.2 | 0.63 | (0.15–2.62) | | |
| | なし | 31 | 29.0 | reference | | | |
| 遠い親戚または友達の喪失 | あり | 10 | 47.6 | 2.36 | (1.10–5.07) | 2.22 | (1.03–4.78) |
| | なし | 19 | 20.2 | reference | | reference | |
| 津波の目撃 | あり | 17 | 27.0 | 0.97 | (0.51–1.82) | | |
| | なし | 22 | 27.9 | reference | | | |
| 津波で流された人の目撃 | あり | 4 | 36.4 | 1.36 | (0.48–3.83) | | |
| | なし | 35 | 26.7 | reference | | | |
| 火災の目撃 | あり | 9 | 30.0 | 1.10 | (0.52–2.32) | | |
| | なし | 30 | 27.3 | reference | | | |
| 遺体の目撃 | あり | 2 | 66.7 | 2.41 | (0.58–10.02) | | |
| | なし | 37 | 27.6 | reference | | | |
| 原発の爆発音を聞いた | あり | 0 | 0.0 | NA | | | |
| | なし | 31 | 25.6 | | | | |
| 放射能で生活を制限された | あり | 8 | 25.0 | 0.99 | (0.44–2.23) | | |
| | なし | 21 | 25.3 | reference | | | |
| 震災前の他のトラウマ体験 | あり | 31 | 39.7 | 2.29 | (1.25–4.18) | 2.22 | (1.22–4.07) |
| | なし | 16 | 17.4 | reference | | | |

表 3. 東日本大震災から 2 年後の子どもにおける CBCL 臨床域外向的問題行動に関する単変量・多変量解析結果 (N=170)

| 属性 | | | CBCL 臨床域外向的問題行動 | | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|--------------------|------------------|
| | n | % | 単変量 RR | 95% 信頼 区間 | 多変量 RR | 95% 信頼 区間 | |
| 属性 | 子どもの年齢 | 5-6 歳 | 14 | 16.1 | reference | | |
| | | 7-8 歳 | 22 | 26.5 | 1.65 | (0.84-3.22) | |
| | 子どもの性別 | 男子 | 19 | 22.6 | reference | | |
| | | 女子 | 17 | 19.8 | 0.87 | (0.45-1.68) | |
| | きょうだいの数 | なし | 8 | 21.6 | reference | | |
| | | 1 人 | 16 | 19.3 | 0.89 | (0.38-2.08) | |
| | | 2 人以上 | 11 | 22.9 | 1.06 | (0.43-2.64) | |
| | 養育者の年齢 | 36 歳以下 | 16 | 16.3 | reference | | |
| | | 37 歳以上 | 20 | 27.8 | 1.70 | (0.88-3.28) | |
| | 養育者の教育歴 | 高卒以下 | 18 | 22.8 | reference | | |
| | | 短大以上 | 18 | 20.2 | 0.89 | (0.46-1.71) | |
| | 震災前の父親の 職業 | 肉体労働・その 他・無職 | 14 | 15.9 | reference | | reference |
| | | 非肉体労働 | 7 | 18.4 | 1.16 | (0.47-2.87) | 1.02 (0.41-2.53) |
| | | 無回答 | 15 | 34.1 | 2.14 | (1.03-4.44) | 1.69 (0.80-3.58) |
| | 震災関連のト ラウマ体験 | 家の状況 | 流出・全壊 | 10 | 22.2 | 1.30 | (0.58-2.93) |
| 部分破壊 | | | 12 | 27.9 | 1.63 | (0.76-3.53) | |
| 被害なし | | | 14 | 17.1 | reference | | |
| 避難所経験 | | あり | 12 | 24.0 | 1.39 | (0.67-2.86) | |
| | | なし | 19 | 17.3 | reference | | |
| 仮設住宅入居経 験 | | あり | 7 | 20.6 | 0.98 | (0.43-2.26) | |
| | | なし | 27 | 20.9 | reference | | |
| 親戚宅への避難 経験 | | あり | 16 | 16.7 | 0.62 | (0.32-1.22) | |
| | | なし | 18 | 26.9 | reference | | |
| 家族が離れて生 活 | | あり | 10 | 18.9 | 0.82 | (0.40-1.71) | |
| | | なし | 25 | 22.9 | reference | | |
| 震災時、養育者 | | あり | 12 | 22.2 | 1.17 | (0.55-2.50) | |

| | | | | | | |
|--------------|----|----|------|-----------|-------------|------------------|
| と分離 | なし | 15 | 19.0 | reference | | |
| 家族または近親者の喪失 | あり | 0 | 0 | NA | | |
| | なし | 26 | 24.3 | | | |
| 遠い親戚または友達の喪失 | あり | 4 | 19.1 | 0.99 | (0.34–2.94) | |
| | なし | 18 | 19.2 | reference | | |
| 津波の目撃 | あり | 16 | 25.4 | 1.67 | (0.79–3.53) | |
| | なし | 12 | 15.2 | reference | | |
| 津波で流された人の目撃 | あり | 3 | 27.3 | 1.43 | (0.43–4.73) | |
| | なし | 25 | 19.1 | reference | | |
| 火災の目撃 | あり | 7 | 23.3 | 1.28 | (0.54–3.03) | |
| | なし | 20 | 18.2 | reference | | |
| 遺体の目撃 | あり | 0 | 0 | NA | | |
| | なし | 28 | 20.9 | | | |
| 原発の爆発音を聞いた | あり | 0 | 0.0 | NA | | |
| | なし | 23 | 19.0 | | | |
| 放射能で生活を制限された | あり | 4 | 12.5 | 0.61 | (0.21–1.81) | |
| | なし | 17 | 20.5 | reference | | |
| 震災前の他のトラウマ体験 | あり | 25 | 32.1 | 2.68 | (1.32-5.45) | 2.41 (1.16-4.99) |
| | なし | 11 | 12.0 | reference | | reference |

表 4. 東日本大震災から 2 年後の子どもにおける CBCL 臨床域総合的問題行動に関する単変量・多変量解析結果 (N=170)

| 属性 | | | CBCL 臨床域総合的問題行動 | | | | | |
|-----------|-------------|-------------|-----------------|----------|-----------|-------------|------------------|--|
| | n | % | 単変量 RR | 95% 信頼区間 | 多変量 RR | 95% 信頼区間 | | |
| 属性 | 子どもの年齢 | 5-6 歳 | 16 | 18.4 | reference | | reference | |
| | | 7-8 歳 | 28 | 33.7 | 1.83 | (0.99-3.39) | 1.25 (0.93-1.67) | |
| | 子どもの性別 | 男子 | 27 | 32.1 | reference | | | |
| | | 女子 | 17 | 19.8 | 0.61 | (0.34-1.13) | | |
| | きょうだいの数 | なし | 13 | 35.1 | reference | | | |
| | | 1 人 | 22 | 26.5 | 0.75 | (0.38-1.50) | | |
| | | 2 人以上 | 8 | 16.7 | 0.47 | (0.20-1.14) | | |
| | 養育者の年齢 | 36 歳以下 | 23 | 23.5 | reference | | | |
| | | 37 歳以上 | 21 | 29.2 | 1.24 | (0.69-2.25) | | |
| | 養育者の教育歴 | 高卒以下 | 21 | 26.6 | reference | | | |
| | | 短大以上 | 23 | 25.8 | 0.97 | (0.54-1.76) | | |
| | 震災前の父親の職業 | 肉体労働・その他・無職 | 18 | 20.5 | reference | | | |
| | | 非肉体労働 | 11 | 29.0 | 1.42 | (0.67-3.00) | | |
| | | 無回答 | 15 | 34.1 | 1.67 | (0.84-3.31) | | |
| | 震災関連のトラウマ体験 | 家の状況 | 流出・全壊 | 12 | 26.7 | 1.21 | (0.59-2.52) | |
| 部分破壊 | | | 14 | 32.6 | 1.48 | (0.74-2.98) | | |
| 被害なし | | | 18 | 22.0 | reference | | | |
| 避難所経験 | | あり | 14 | 28.0 | 1.28 | (0.66-2.48) | | |
| | | なし | 24 | 21.8 | reference | | | |
| 仮設住宅入居経験 | | あり | 9 | 26.5 | 1.03 | (0.50-2.16) | | |
| | | なし | 33 | 25.6 | reference | | | |
| 親戚宅への避難経験 | | あり | 22 | 22.9 | 0.81 | (0.44-1.49) | | |
| | | なし | 19 | 28.4 | reference | | | |
| 家族が離れて生活 | | あり | 15 | 28.3 | 1.14 | (0.61-2.15) | | |

| | | | | | | | |
|--------------|----|----|------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|
| | なし | 27 | 24.8 | reference | | | |
| 震災時、養育者と分離 | あり | 17 | 31.5 | 1.38 | (0.71–2.68) | | |
| | なし | 18 | 22.8 | reference | | | |
| 家族または近親者の喪失 | あり | 1 | 9.1 | 0.31 | (0.04–2.30) | | |
| | なし | 31 | 29.0 | reference | | | |
| 遠い親戚または友達の喪失 | あり | 8 | 38.1 | 1.71 | (0.76–3.85) | | |
| | なし | 21 | 22.3 | reference | | | |
| 津波の目撃 | あり | 19 | 30.2 | 1.40 | (0.73–2.70) | | |
| | なし | 17 | 21.5 | reference | | | |
| 津波で流された人の目撃 | あり | 4 | 36.4 | 1.49 | (0.53–4.21) | | |
| | なし | 32 | 24.4 | reference | | | |
| 火災の目撃 | あり | 10 | 33.3 | 1.47 | (0.70–3.05) | | |
| | なし | 25 | 22.7 | reference | | | |
| 遺体の目撃 | あり | 1 | 33.3 | 1.28 | (0.17–9.32) | | |
| | なし | 35 | 26.1 | reference | | | |
| 原発の爆発音を聞いた | あり | 0 | 0.0 | NA | | | |
| | なし | 28 | 23.1 | | | | |
| 放射能で生活を制限された | あり | 6 | 18.8 | 0.78 | (0.31–1.94) | | |
| | なし | 20 | 24.1 | reference | | | |
| 震災前の他のトラウマ体験 | あり | 32 | 41.0 | 3.15 | (1.62-6.11) | 2.98 | (1.53-5.81) |
| | なし | 12 | 13.0 | reference | | reference | |

参考文献

- Agustini, E. N., Asniar, I., & Matsuo, H. (2011). The prevalence of long-term post-traumatic stress symptoms among adolescents after the tsunami in Aceh. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(6), 543-549. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01702.x
- Bal, A., & Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*(7), 449-457. doi: 10.1007/s00787-007-0618-z
- Celebi Oncu, E., & Wise, A. M. (2010). The effects of the 1999 Turkish earthquake on young children: analyzing traumatized children's completion of short stories. *Child Development, 81*(4), 1161-1175. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01460.x
- Chemtob, C. M., Nomura, Y., & Abramovitz, R. A. (2008). Impact of conjoined exposure to the World Trade Center attacks and to other traumatic events on the behavioral problems of preschool children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 162*(2), 126-133. doi: 10.1001/archpediatrics.2007.36
- Eksi, A., & Braun, K. L. (2009). Over-time changes in PTSD and depression among children surviving the 1999 Istanbul earthquake. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*(6), 384-391. doi: 10.1007/s00787-009-0745-9
- Jia, Z., Shi, L., Duan, G., Liu, W., Pan, X., Chen, Y., & Tian, W. (2013). Traumatic experiences and mental health consequences among child survivors of the 2008 Sichuan earthquake: a community-based follow-up study. *BMC Public Health, 13*, 104. doi: 10.1186/1471-2458-13-104
- Kitayama, S., Okada, Y., Takumi, T., Takada, S., Inagaki, Y., & Nakamura, H. (2000). Psychological and physical reactions on children after the Hanshin-Awaji earthquake disaster. *Kobe Journal of Medical Sciences, 46*(5), 189-200.
- Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yucel, D., Spirman, S., & Yazgan, Y. (2002). Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(12), 824-832. doi: 10.1097/01.NMD.0000041959.54021.A7
- Liu, M., Wang, L., Shi, Z., Zhang, Z., Zhang, K., & Shen, J. (2011). Mental health problems among children one-year after Sichuan earthquake in China: a follow-up study. *PloS One, 6*(2), e14706. doi: 10.1371/journal.pone.0014706
- Lowe, S. R., Godoy, L., Rhodes, J. E., & Carter, A. S. (2013). Predicting Mothers' Reports of Children's Mental Health Three Years after Hurricane Katrina. *Journal of Applied Developmental Psychology, 34*(1), 17-27. doi: 10.1016/j.appdev.2012.09.002
- Marsee, M. A. (2008). Reactive aggression and posttraumatic stress in adolescents affected by Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(3), 519-529. doi:

10.1080/15374410802148152

- McLaughlin, K. A., Fairbank, J. A., Gruber, M. J., Jones, R. T., Lakoma, M. D., Pfefferbaum, B., . . . Kessler, R. C. (2009). Serious emotional disturbance among youths exposed to Hurricane Katrina 2 years postdisaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(11), 1069-1078. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b76697
- Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., Kronenberg, M., Brennan, A., & Hansel, T. C. (2009). Posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Katrina: predicting the need for mental health services. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(2), 212-220. doi: 10.1037/a0016179
- Piyasil, V., Ketuman, P., Plubrukarn, R., Jotipanut, V., Tanprasert, S., Aowjinda, S., & Thaeeromanophap, S. (2007). Post traumatic stress disorder in children after tsunami disaster in Thailand: 2 years follow-up. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*(11), 2370-2376.
- Piyasil, V., Ketumarn, P., Prubrukarn, R., Pacharakaew, S., Dumrongphol, H., Rungsri, S., . . . Chatchavalitsakul, W. (2008). Psychiatric disorders in children at one year after the tsunami disaster in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand, 91 Suppl 3*, S15-20.
- Piyasil, V., Ketumarn, P., Prubrukarn, R., Ularntinon, S., Sitdhiraksa, N., Pithayaratsathien, N., . . . Sanguanpanich, N. (2011). Post-traumatic stress disorder in children after the tsunami disaster in Thailand: a 5-year follow-up. *Journal of the Medical Association of Thailand, 94 Suppl 3*, S138-144.
- Sahin, N. H., Batigun, A. D., & Yilmaz, B. (2007). Psychological symptoms of Turkish children and adolescents after the 1999 earthquake: exposure, gender, location, and time duration. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 335-345. doi: 10.1002/jts.20217
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(3), 508-518. doi: 10.1080/15374410802148178
- Shioyama, A., Uemoto, M., Shinfuku, N., Ide, H., Seki, W., Mori, S., . . . Osabe, H. (2000). [The mental health of school children after the Great Hanshin-Awaji Earthquake: II. Longitudinal analysis]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi. Psychiatria et Neurologia Japonica, 102*(5), 481-497.
- Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. L., Guadamuz, T. E., Pengjuntr, W., Tantipiwatanaskul, P., . . . Thailand Post-Tsunami Mental Health Study, G. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA, 296*(5), 549-559. doi: 10.1001/jama.296.5.549
- Tural, U., Coskun, B., Onder, E., Corapcioglu, A., Yildiz, M., Kesepara, C., . . . Aybar, G. (2004). Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress, 17*(6), 451-459. doi: 10.1007/s10960-004-5793-9
- Uemoto, M., Shioyama, A., Koide, K., Honda, M., Takamiya, S., Shirakawa, K., . . . Yamamoto, K.

- (2000). [The mental health of school children after the Great Hanshin-Awaji Earthquake: I. Epidemiological study and risk factors for mental distress]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi. Psychiatria et Neurologia Japonica*, 102(5), 459-480.
- Ularntinon, S., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Pityaratstian, N., Lerthattasilp, T., . . . Pimratana, W. (2008). Assessment of psychopathological consequences in children at 3 years after tsunami disaster. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91 Suppl 3, S69-75.
- Yang, R., Xiang, Y. T., Shuai, L., Qian, Y., Lai, K. Y., Ungvari, G. S., . . . Wang, Y. F. (2013). Executive function in children and adolescents with posttraumatic stress disorder 4 and 12 months after the Sichuan earthquake in China. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi: 10.1111/jcpp.12089
- Zhang, Z., Ran, M. S., Li, Y. H., Ou, G. J., Gong, R. R., Li, R. H., . . . Fang, D. Z. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 42(8), 1687-1693. doi: 10.1017/S0033291711002844

こころのケアにおける文化的配慮

埼玉県立小児医療センター

精神科 舟橋 敬一

1. はじめに

被災体験により子どもはトラウマ反応を起こしうるし、被災環境下では子ども虐待のリスクとして知られている様々な要因が悪化するなど、被災による環境の変化は子どものこころに影響を与えている。

災害の後、子どもに、こころの問題に関する症状があり、それに対するプログラムや治療などの支援があったとしても、必ずしも、そこにスムーズにつながるとは限らない。対処可能な症状として見ることと、その先の相談を求める姿勢があって初めて支援につながるようになるのであろうが、実際にはその変化を症状とは見ていなかったり、気づいていても、社会的に排除されることを恐れて、支援を求めることをしなかったりするということも聞かれる。そのような状況の中で、どうすれば必要な支援につなげることができるのかということを文化的配慮という視点から考えていきたい。

2. 参照できる情報

まとまった情報としては、文化人類学の分野で様々な文献がみられる。病むこと、治療を受けるということは文化的な側面を含んでおり、人々はその意味に従って行動している。それは、地域の人々の安全な生活を維持してきた仕組みでもある。精神的な健康への介入に関してはこの文化人類学的視点を外せない。

その文化的な差を最も顕著に見せてくれるのが、国際保健の場であろう。何らかの支援を異なる文化に適合させて、はじめて、それらが受け入れられる。その体験を文献やインタビューを通して知ることができる。

また、その地域ごとに地誌と呼べるような記録が残されていて、地域の歴史などがまとめられている。どのような局面で何を選択してきたのかが記されていて、価値観を知るうえで参考になる。実際、東北地方は最近に限っても明治 29 年に死者行方不明者約 22000 という明治三陸大津波、昭和 8 年に死者行方不明者約 3000 という昭和三陸津波という津波災害を経験しており、これらを乗り越えてきた経験の上に現在の地域の生活がある。地震の後、潮が引いて、津波がやってくることや、「津波てんでんこ」などの言い伝えはこれらの体験から得られたものである。

これらの知識や情報と照らし合わせると、被災地に生活する方々へのインタビューから

得た体験も普遍的側面を持つ。

3. 考慮すべき点

【既存のシステムを使う】

・人の流れやコミュニケーションを新たに作ることは「不自然」であり、エネルギーがいる。国際保健の場でも、もともと女性の集まる場を、乳児健診の場として使ったり、学校を保健指導や健診の場所として使ったりするなど、既存のシステムを使うことを考えるという。その点、「必ず現地の信頼できる団体と組んでサポートする。」と無理がない。

・世話役の力

岩手県沿岸部の医療支援に入った田中氏から、「顔役というのが、公民館の館長であったり地域の自治会の会長であったりという60歳過ぎの男性。顔役に対してスジと通さないといけないし通し方のハードルが高い。」との話を聞いた。一方、その地域の仮設住宅の世話役からは、支援に入れなかった団体に対して「ひとこと言ってくればいいのに、勝手なことするから・・・」と。地域の人にとっては、「小さい時からずっとお世話になってきている。行事でも、なんでも。」ということで、その信頼と指導力は一朝一夕にできたわけではない。津波被災後、速やかに美容院を再建した夫婦にその当時の原動力を聞くと「〇〇のじいちゃんがやってるから、こっちもやらないわけにはいかなかった。」との答えが返ってきた。また、支援物資の下着のサイズが合わないと避難所で收拾がつかなくなっているときに、世話役の「こんな非常事態の時なんだから、体の方を合わせろ！」の一喝で場が収まったという話も聞いている。

もちろん、東日本大震災で地域のシステムを全く失ってしまったようなところでは外部の者が一時的なまとまりを作る必要があったのも事実である。

【祭り】

野田村では被災したその年から秋祭りを催した。出発点は「祭りがないと年が越せない。」という思いであった。祭りは時を刻む。もちろん祝い事という側面があることや、予算が取れないことなどから反対意見も多かったという。しかし、終わってみると、地域の人々の協力の場ができて、復興のための作業の場ができた。外部にとってわかりやすい支援の受け皿ともなったおかげで、秋祭りは実現した。この時に興味深い話があった。被災後、表情乏しく、活気なく暮らしていて、周りが心配していた、80を超える女性が、その祭りの場で突然、茄子を持って踊りだした。特にそこに伝わる踊りというわけでもなく、その女性の、その場での表現であった。その踊りの後、女性は久しぶりに晴れやかな顔を取り戻したという。「ばあちゃんの茄子踊り」と今も語られているのだそうだ。祭りは儀式と解放のセットであり、この女性に解放という回復の場を与えたのだろう。

もちろん祝い事はできない、予算は取れないという理由で、自粛していた地域も少なく

ない。「3年後に亡くなった友人の弔いをして、ようやく祭りの再開にこぎつけることができた。」という話もあった。

【海と生きる覚悟（選べないことの強さ）】

「俺には海があるから大丈夫。何があっても生きていけるよ。」とは、被災間もない避難所での世話役の言葉。「海と生きる覚悟」という言葉を沿岸部のいくつかの地域で聞いた。新たな日常を作っていく方向に迷いがなく、この覚悟がある種の強さを与えているように感じる。

「ここ（沿岸部）の子で海を怖がっている子はいないけど、内陸に行った子はまだまだ。久しぶりに遊びに来たのでクラゲ取りに連れて行ったら海岸線を走るときに車のこっち側にぴったりついて海から離れている。・・・無理はさせなかったけど、こっちで楽しそうに遊んでいるとその子もやってきて、一目見るなり『きれー！』って。帰りはもう大丈夫だった。ここは海がきれいだから良かったよ。」というエピソードを聞いた。恐れを抱き続けている子どもがいることを否定するものではないが、通常の回復過程に資する場が与えられていることもまた大切なことなのであろう。

【プライド】

困っているから支援を、と考えるが、本当に必要としているのは他人の役に立っている実感であったりプライドであったりすることだってある。仮設住宅に住む男性が、様々な支援に関して、「ありがたかったですよ。」と言った後、「ただ、正直な気持ち、この辺の人たちは支援に来られても、来た人に何かしてあげなきゃって思うんですよね。わざわざ来て何を持って帰ってもらえるんだろうってことになる。」と付け加えられた。「うちらいい方で、わざわざ来ていただいて、むしろすみません。」とは何度も聞いた言葉である。臨時診療所の医師が帰った後に、「そんな偉い先生に（自分の）具合が悪いなんて言って、迷惑かけられない。」と、内輪で漏らしていたり、さらに、「そんな人が来る時のこっちの惨めさを考えてみろ！」と怒りを示された方もいたと聞く。守られるより守る立場にいる方が気持ちは楽なのであろう。

中国への国際協力に携わった高橋氏から、「ぜひ来てほしいと言われて訪問した施設で、『日本が尊敬する中国の施設をぜひ見たいと言ってきたので見せてやった。』と言われた。」という話を聞いた。そのように場所によっては相手の面子を最大限に保たないと事が進まないという。

今回の震災後、「女性はエステとかみんなが集まったりする場ができたけど、男性はプライドも取り戻せずにどんどん取り残されていく。だから、男性には働く場が必要だと思って作った。」という団体もあった。存在の意味がつながることであれば、コミュニケーションの場が必要になるし、存在の意味が役に立つことであれば、仕事の間が必要になるのであろう。

「支援を受けた方に感謝状を要求されました。私が仲介したので、その時にももちろんお礼はしたのですが、直接工房の人からの感謝状がほしいといわれて、開いた口が塞がらなかった。振り上げた手を下すのが精いっぱいでした。」という悲しい話も聞いている。お金がどのように使われたか報告の義務があるからかもしれないが、プライドという点では、全く逆方向の支援となっている。

【組織の論理は個の論理とは異なる】

「嫁いできて、食堂で、家族で食事をしてたら、地元の人に来て、屋号は？と聞かれるんですよ。」と驚かれた方がいる。最近はそのを嫌う人もいるが、屋号を大切にしている地域も少なくない。つまり、大切なのは名前というより役割である。個人としての存在もあるが、それ以前に地域での役割や家にとっての役割がある。個人的に支援の話が進んでも、全体としては話が進まないという例もある。地域での役割ネットワークとでも呼ぶものがすでにできていて、個人の力だけでは動かせないということらしい。高橋氏も中国において、「同意をしてくれる人も末端の施設ではいたが、それは個人の話であって、組織の話ではない。」など、この問題を指摘している。

【宗教】

マーシーという NPO がアチェの小学生が描いた作文をまとめている。日本語訳のタイトルが『絶望は過ぎ去った』であるが、その中で、子どもたちが津波の意味と自分が残された意味をほぼ一様に神様からの教訓として受け取っていることに驚かされる。答えのない「なぜ？」にまとまりを与えている一つの力である。

実際に、イスラム原理主義のアチェを津波が襲ったとき、モスクは壁がなくて柱だけ、津波が来て水が引いたら、モスクだけ残っていた。壁のある建物は全部流れて、モスクとヤシの木だけが風景の中に残った。神の怒りを表現した黙示録的な意味を人々は読み取ったことも無理のないことかもしれない。

遠野物語には津波で妻を失った男が、亡くなった妻に会って、昔恋仲だった男と一緒に暮らしていると聞かされる話が載っている。また、「2階に（亡くなった）おばあちゃんが来てたよ。」と子どもが伝え、周りも「おばあちゃんと仲が良かったからね。」とそれを受け入れている話を聞いたのはこの被災2年後である。このように亡くなった後も生き続ける死生観は喪失に対して影響を与えるのではないだろうか。

【利他の精神】

個人と組織の論理が違うことでも取り上げたが、地域の（人々の）ために動くことが自然なのである。宮古の中学校で避難所の指揮を執っておられた校長先生が「自分は故郷の田老のために何にもしていない。」と苦しんでいる感覚が自然なのだ。「この震災を機にこっちに戻ってきたんですけど、やっぱり自分は本家で責任があるので。」という方も少な

くない。「この辺は子どもたちも、自分より他人って考えるんですよね。」と地域での役割を果たすことを期待されて育てられた価値観かもしれない。

インドネシアへの保健協力に携わる小林氏によると、ダルマワニタという夫人の義務のような言葉がある。村長夫人とか町内会長さんの奥さんたちは、功德を積むのがあたりまえなのだそうだ。山の中の（公的な）乳児健診でも、世話をしてる女性がボランティアで機能しているのである。

【文化相対性の難しさ】

文化に本来優劣がないことを文化相対性というが、こちらが良いと思っている支援を届けたいときにそれと相いれないような習慣があると、それが良くないもの、遅れているものと思ってしまいがちである。小林氏がインドネシア人と結婚した日本人のこんなエピソードを紹介している。「自分がお嫁に行ったときにはとっても汚い感じがしていた。彼らは教養がないからこんな汚い感じなんだって、ずっと思っていた。ところが、アメリカにいったら、みんながそう。ひょっとして日本の教育がきつすぎたのかもしれないと気づいた。単に文化の違いだと思った。その時、私が上から目線で結構彼らと接していたからメイドは言うことをきかないとか、旦那さんの家族ともなんとなくしっくりいかなかったのかなと気づいた。」

【小さなことがストレスとなる】

津波という大きなアタックを乗り越えた方々の実際の負担となっているのが「ちょっとしたこと」や「小さなこと」という話をよく聞く。それは、「狭い家」であったり、「小さな冷蔵庫」であったり。「地震や津波ももちろん大変だったけど、この地域では男は出稼ぎに行っていて、たいてい広い家にお父さんなしで暮らしている。それが、狭い仮設で暗い顔した旦那の顔見て暮らしてるっていうことで滅入ってくる。」ということが、耐え難い環境の変化となる。

「建築関係の人が町に来て、危なかしくって子どもを外に出すことができない。だから子どもたちが太ってきた。また、居酒屋とかもガラが悪くなった。」このような不安が続いていることも、終わりが見えないと大きな負担となるのである。

小林氏の指摘によると、インドネシア人にとって日本がインドネシアを占領した3年間で耐え難かったという。文化的なことや歴史的なことを考えると、その前のオランダ統治のほうが身分差別があったりして明らかにひどい。それはなぜか？日本の几帳面さを相手に求めた。それができないと、やはり下に見たということである。また、インドネシアで雇われ運転手さんが日本人は怖いと言っていた。怖さの質が違う。韓国人ははっきり、あんたねっ！ていつってくれるけど、日本人は何も言わないでいて最後に突然首切りみたいな感じ。そのあたりの生活感覚が負担になるということなのだろう。

支援に入っていたインド人男性は、「なんでお金がない時に、お酒を買って、毎日酒盛り

してるのかわからない。」と驚いていたが、これも説明を超えたものであろう。

【余所者の役割】

「手伝いましょうかって来られても、どこの馬の骨ともわからないのに、『はい、お願いします。』って言えますか？見世物じゃないぞって叫んで、夫に止められました。」と被災当時のことを振り返って語る人もいたが、日常感覚から当然のことだろう。内輪のシステムで解決すればそれに越したことはないのかもしれない。基本的に他所から来るものは、地域の社会的資源が不足した状態の時に支援に駆けつけ、不要になったら去っていくという図を描くのが一般的であろう。しかし本質的に余所者が必要とされる役割もあるようだ。「自宅が残った（被災が少なかった）ために、援助物資の分配から外されるなど学校を含めて地域で露骨な差別を受け、子どもは登校を渋るようにならなくなった。でも、このような悩みは地域で話せるものではない。」といった話は、実は、少なくない。「通り一つ隔てただけで保証が全く違うし、農業による保証も、実際にお米作るより高額のお金をもらっているようなこともあって、それに対するやっかみもありました。そういう気持ちにさせられるのが一番つらいですね。」補助金で作った地域の分断は大きな負担となっていたようだ。またちょっとした不満でも、「こんなこと地元では絶対に言えない。その日のうちに広がってしまう。」「お義母さんにも、個人的なことは絶対に言えない。」と家族の中でさえ、話すべきことを慎重に選んでいる話も聞く。そのような状態であるから、身体の具合が悪いこと、特に精神的な問題はなかなか話すことができない。「具合が悪くて、心療内科とかかかりたいんですけど、同じ町だと何を言われるかわからないんで、離れてって思うと、通うには遠くて、結局行くのが大変で・・・」と受診に至るまで、その後の大変さを教えていただいたことがあるが、ケアを受けるということと、(ある意味)差別を受けることは切り離せないようだ。地元でやりづらくなるということも尤もなことなので、地域から誤解をうけない支援枠を考える必要がある。このような中で中立を保てるということでは余所者の存在は本質的ではないだろうか。

先に述べた野田村の秋祭りで中心になった女性は、「この働きは自分が他所者だからできた。」という。そこに住んで20年になることを知っていたので驚くと、「身内が近くにいたら、迷惑がかかるからとてもできなかった。」ということだった。つまり何かをなすことは身内を含んだ入り組んだ関係性の中で、何かを動かそうということなのだ。彼女は「村長さんも飲んで泣いてる日があった。」ということをつけ加えた。

小林氏も日本人がインドネシアに入っていくと、クラスと宗教を飛び越えることができることを実感していた。「そもそも言葉が違う。アリスンという昔の日本の講にあたるものがあるって、講によって払うお金も違っている。」

そして、もう一つモラルサポートという視点がある。「スラムで子どもに病気が多いのは衛生が良くないからだろうという話になったらしい。それでその掃除をするための住民集会をするから日本人の私たちに来てくれっていわれた。行ってもお金ないですよって言っ

たら、いやお金はいらないんです。外国人が頑張っているのを見ているってだけで励みになると言われた。」その時の言葉がモラルサポート。つまりプライドを引き出すことである。

【語らない文化】

医療人類学者の Argenti-Pillen, A. はスリランカのある地域で、内戦が激しいにもかかわらず、暴力がエスカレートしないのはなぜかを調査して、暴力に関して直接的な表現を避けて、婉曲的に話すことをその仕組みに位置付けた。そこでは、暴力に関して直接的な表現で話す女性を *fearlessness* という病的な状態としている。ところが、欧米のカウンセラーは婉曲的に話す状態を回避と位置付けて、*fearlessness* の状態を良し、それを奨励した。彼女は、そのことが地域としてのバランスを損なうのではないかと懸念している。

沿岸部の支援に入っていたインド人の男性は、「なんで、ネガティブなことばかり話題にするのかわからない。たぶん、これは文化だと思うけど、僕たちはこんな時はポジティブな話をすることにしてるから、避難所ではそうした。」と語る。

「いやー、僕らまだましな方なんで、まだ、大変なところがあるっていうじゃないですか。」という言い方を何度か聞いた。東北はどちらかという困ったことを語らない文化かもしれないが、そのことが地域社会に何らかの力を与えているという可能性は否定できない。

もっとも、アメリカ人でさえ 9.11 をいまだに語れない人がいることを、マウントサイナイ病院のロバート・柳沢氏は指摘している。

【結局人間同じ】

小林氏は文化的違いを語りながらも、「おばちゃんって世界中同じですよ。まず一緒に食べること。いつでもどこでもなんでも何度でも。何事も、こちらが教えてもらおう、こちらが力づけてもらおうって姿勢でやっている。」ことを強調した。文化というのは衣食住に始まって裾野が広い。その一つ一つを共有していくことで生活感覚のいくばくかがわかってくるし、受け入れられる余所者になるということだと考える。

4. 文化的配慮とは

精神保健は個人の生物学的な問題のみと捉えることはできない。人が傷つくのは、社会との関係によって作られる意味によってであり、精神的負担を感じるのは失われた日常性とのギャップだからである。被災がどのような意味を持っているのか、何を失っているのか、ケアされることがどのような意味を持っているのか、その理解のないケアはあり得ない。もともと持っていた日常性に対して、良し悪しの評価をすることは無意味である。衣食住に始まるライフスタイルを新たに教えていただく態度が大切である。受け入れられる余所者であるためにはそこに居続けることが不可欠である。地域のシステムは基本的に人

を支えているのであるが、一方で、排除する方向に向かうなど、そのシステムが負担になっている場合もあり、余所者でないとできない支援もある。だが、そのような場合でも余所者だけでは困難。つなぎ役が必要である。

B. 各論

1. 災害前・災害時のメンタルヘルスケア

啓 発

国立成育医療研究センター

こころの診療部 奥山眞紀子

日本において、子どものトラウマ反応とそれへの対応が社会的に認知されたのは阪神淡路大震災であった。それ以前にも奥尻島の津波被害などに関して子どものトラウマ反応に関する調査や支援を行った専門家がおりそれらの努力が基礎となり、阪神淡路大震災後には災害などのトラウマ体験が心の傷、つまりトラウマとなる危険性があることは一般にも当然のことと受け入れられるようになった。しかし、「トラウマ」という言葉は一般的になっても、その後に起きてくると考えられる反応の内容までを知っている人は少ない。

阪神淡路大震災まではマニュアルもなければ、学会等の支援活動もなかった。その後は災害の度にそこで開発されたマニュアルや啓発パンフレットが配られたり、学会の支援活動がすぐに始まるようにもなった。その中で、啓発の資料は種類も増加し、ネット用の資料も多くなってきた。国立成育医療研究センターで広報した一般向け啓発を添付する。しかし、災害がない時には使用されないことになる。つまり、いつ来るかわからない災害に対して備えることには繋がっていないのが現状である。

東日本大震災後は災害への備えが声高に叫ばれたが、徐々にその声は小さくなっている。災害の備えには一般的には水、ラジオ、懐中電灯、保存食など、生き延びるのに重要なものが含まれる。しかし、災害にあったときの心の動きを知っておくことも準備の一つとして重要である。恐怖で身動きが取れなくなる自分や少しハイになる自分、自分から離れなくなってしまった子どもなど、その理由がわかると対処がしやすくなる。また、恐怖の体験は自然災害とは限らない。事故などの恐怖体験に対しても同じような反応が起きる。

従って、少なくとも教育の中で災害に備える教育が重視されるべきであり、その一つとして心理的な反応に関しても学ぶチャンスを持つことが必要である。以下に子どもへの学校での教育と親への教育を提案する。災害の多い我が国においては、本来非常に重要な教育であるといえよう。

1. 子どもへの啓発

1) 学校での教育

(1) 小学校教育

① 自己の感情や身体の反応の認知を促進する教育

学校の教育の中に自分の感情と身体の反応を認知するなどの心理面に関する教育は殆どないのが現状である。災害後の自分の反応を認識してリラクゼーションや仲間との共有、体験の表現などを用いて自己の感情を制御するためには日頃から自分の感情と身体の反応を認識するトレーニングも必要である。低学年の教育から、快と不快な

どの感情、それがどのような時に生じるか、それへの心身の反応、などを実地に学ぶことはその後のメンタルヘルスの基礎となる。

② リラクゼーションに関する教育

呼吸を整えることでほっとしたり、美しいものを見ることで温かい気持ちになるなどを体験し、自分がリラックスしたいときや安心したいときにそれを利用できるような教育を行う。できるだけ実際に体験してみることが重要である。

加えて、仲間がいることで安心できること、仲間と一緒にを行うリラクゼーションなどを覚えて、それを家庭でも行ってもらい、家族どうしのマッサージなどでリラックスする方法を学んでもらえるようになるとうい。

③ ストレス状態、トラウマ反応などを学び、自己の反応を認知する教育

ストレス状態にある時、トラウマ反応がある時にはどのような心身の反応が生じるかをその子ども達の年齢に合わせた表現で伝えて学習してもらう教育が求められる。各年齢で繰り返し行われることが必要である。

教育の中では、心身の反応が出るのは、自分を守ろうとする反応であって異常ではない事、自分でその反応を意識して、制御できるような対応と結びつけるような教育が求められる。年齢に応じて、絵や遊具などを利用して教育することで理解しやすくなる。

④ 表現を促進する教育

言葉での表現、遊びでの表現、芸術での表現など、さまざまな形で自分や自分の感情を適応した形で表現することを学ぶ教育も必要である。怒りや罪悪感なども適応した形で表現ができるような道筋を持つことが、トラウマ体験時には役立つことになる。

(2) 中学校・高等学校教育

① 上記の教育の再確認

小学校で学習すべき心理教育を思春期の能力あわせて再確認することが重要である。小学校で学んでいない場合でも対応できるような教育を行う。

② 「私」「私の歴史」などを認識する教育

子どもが客観的に自分史を語り、受け入れられるようになるのは中学以降である。適切な時期に、自分史を紡ぎ、単に一般的な反応だけではなく、自分を客観的に見れるような体験を持つことが大変な体験をした場合に役立つ。

ただし、子どもの歴史は個人的なものであり、それを強制的に他者に公表することは避けたほうがよい。自分の歴史を自分で振り返り、自分史を紡ぐ中で、覚えていないことを親に聞いたり、事実を受け入れたりすることを支援すればよい。

ポジティブな自己感を持ってない子どもなどがわかることで支援にもつなげられる。

③ 他者の立場になれるような教育

自己の心身の反応の認知に加えて、自分が体験していなくても他者の反応に共感できるような教育を行い、危機状態になった時に、自分で考えて判断して役割を取れる

ようなロールプレーを利用した教育が行えると良い。他者の感情を尊重することを学ぶことで、ボランティア活動などの啓発やその際の被災者の感情に寄り添うことも促進される。

④ 生物学的なストレスやトラウマ反応に関する教育

自己や他者という立場から更に一般的に生物として、人として、何故、どのようなメカニズムでストレスやトラウマ反応が起きるのかを知ることも自分を客観視する上で役に立つこともある。

⑤ SOSを出すことの重要性と利用できる社会資源に関する教育

自分だけで対処しきれなくなった時にはSOSを出すことが重要である。それが恥ずかしいことではなく、大切であることを学んでもらい、社会生活の中で支援を受けられるシステムに関して学ぶことが重要である。

2. 親への啓発

1) 母子保健での妊娠期から乳幼児期の啓発

(1) アタッチメントを促進するケア行動に関する啓発

子どもは危険を感じれば親に近づいて守ってもらおうとするアタッチメント行動が活性化する。アタッチメント行動を活性化するには、波長を合わせることで、子どもと楽しむことなどが求められる。妊娠期から妊娠を楽しみ子育てを楽しめるような支援を行うことが求められる。Good enough な子育ての啓発は重要である。

(2) 子どものトラウマ反応に関する啓発

乳幼児期でも自分で抱えきれない恐怖があるときにはトラウマ反応が生じる。母子保健の場面を利用して大人と子どものストレスやトラウマ反応に関する情報を提供し、いざとなった時にその反応を受け入れられるように啓発する必要がある。

(3) ストレス時、不安時のリラクゼーション等の啓発

不安な時、ストレス時に自分の心身の状態を把握して、リラックスする方法を知ってもらうことは重要である。親が不安になると子どもが更に不安になる。親のリラックスが重要だからである。更に、子どもと一緒にリラックスすることができるような方法を伝えることも必要である。

(4) SOSを出す重要性の啓発と社会資源に関する情報提供

すべてを自分で対処できるとは限らない。早めにSOSを出すことは恥ずかしいことではなく、重要なことであることを理解してもらう。加えて、相談できる地域の社会資源に関する情報提供を行うことも大切である。

2) 学校保健・思春期保健での啓発

(1) 発達に応じた反応を啓発する

子どもは発達に応じてその反応も変わっていく。それぞれの発達の時期に応じた啓発を繰り返す必要がある。

(2) 子どもと共に備えることの重要性を啓発する

子どもは子ども、大人は大人ではなく、家族として災害に備えること、そしてその備えの一つとして心身の反応を知り、それを制御する方法を確かめ合っておくことが重要なのである。

ご家族の皆様へ

～災害後の子どもたちの心を守るために～

今回の大きな地震とその後の状況においては、皆様ご不安を抱えておられる中、それぞれに深慮された対応をしておられることと存じます。大人にとっても大変な状況ではありますが、子どもにとっては、地震等の災害はとてもこわい体験です。揺れがないときも「揺れてる」と言ったり、お母さんのそばから離れられなくなったりもします。このような時、子どもの不安がいたずらに大きくなるようにするために、以下のような接し方を心がけて下さい。

- 1) 穏やかに子どものそばに寄り添うようにして下さい。できるだけ子どもを一人だけにしないようにしましょう。幼い子どもが不安そうな時には抱きしめてあげるなど、スキンシップをとることも重要です。
- 2) 子どもの話（怖い体験や心配や疑問も含みます）に耳を傾け、質問や不安には、子どもが理解できることばで、状況や被害の説明をしてあげてください。ただし、子どもの気持ちを根掘り葉掘りきいたり、あまりにも詳細に説明しすぎるのは逆効果です。
- 3) 体の病気はないのに、不安や怖さから体の症状（きもちわるい、嘔吐、頭が痛い、おなかがいたい、息苦しいなど）を訴える場合もあります。体が楽になるように、さすったり、暖めたり、汗をふいたり、静かな呼吸（息を吐くこと。「フーってしてごらん」と言って一緒に息を吐いて下さい。すると自然に深く吸うことができます。）を促し、その症状が楽と感ずるようにしてあげて下さい。
- 4) 叱らないで下さい。不安状態であるときに、子どもは普段できていたことができなくなったり、間違ってしまったります。また、興奮しすぎる子どもやイライラする子どももいます。怖い体験をしたら当たり前起きる反応です。それを叱られると、不安が増してしまいますし、自分を悪い子と思ってしまいます。今は、子どもが失敗しても、大きな声は出さず「こぼれただけだから大丈夫だよ」「怖かったからイライラするね」など、ねぎらいや保障の言葉がけをしましょう。

- 5) 災害のTV映像をずっと続けて繰り返し見ることは控えさせましょう。幼い子どもや不安の強い子どもにとっては、たとえ映像であっても見ることで体が体験になってしまい、不安やこわさを重ねて経験しているような状態に陥る危険があります。
- 6) 絵を描く、子ども同士で遊ぶなど、できるだけ子どもらしい活動を確保してあげてください。
- 7) 興奮するようなイベントは避けてください。たとえ楽しいことであっても、不安を抱えた状態では、自分でコントロールできず、はしゃぎすぎてしまったり、無理をして動き回ったあとに熱を出したり、注意力が散漫になって怪我をしてしまったりすることもあります。できる限り、普段どおりの生活リズム（食事、入浴、睡眠の時間など）でお過ごし下さい。

国立成育医療研究センター こころの診療部

発達障害のお子さんへの災害時の対応について

今回の大きな地震と津波による災害に加え、放射線の影響など緊迫した状況が続き、大人でも多大なストレス下に置かれています。状況を理解して、適切に行動したり、新しい環境に慣れることに困難がある発達障害のお子さんにとっては更に大きなストレスになる危険があります。そのようなお子さんに、親として大人としてどのようなことに注意して接すればよいのかを簡単にご説明させていただきます。ただし、発達障害の症状はお子さんにより違いがあります。ここでは最も多い症状の方をイメージして書かせて頂きますので、お子さんの特徴に合わせてご利用ください。

1. できるだけ子どもの目の届くところにいてあげてください。そばにいるときには、どこかふれあっていた方が良いかもしれません。離れるときは、どこに行くか、どれくらいで帰ってくるのか、何かあればどうすれば良いのかをきちんと説明しましょう。できたら、図示しておくことをおすすめします。
2. 地震や津波のこと、それにより変化した現在の生活のことなど、何が起きているのか、子どもに分かりやすく説明しましょう。お子さんは独特の理解をするかもしれません。固執が強い時には無理に修正する必要はありませんが、お子さんの考え方をすることは対応に役立ちます。放射能のことも毎日報道されていますし、大人もとても敏感になっています。すぐに悪い方には向かわない、こうしているから大丈夫など具体的に説明してあげましょう。大人の不安は子どもに影響します。毅然とした態度で安心できる枠を作ることを忘れないようにしましょう。
3. いつもと違う状況で不安が強くなりがちです。できるだけの見通しを伝えてあげましょう。また、できるだけ同じスケジュールで過ごせるように工夫し、そのスケジュールを貼っておくとよいでしょう。変更がある時は事前に説明してから行動しましょう。また、想像力が少ないお子さんにとっては安心できる中で練習しておくことも意味があります。例えば、停電に対応できるように、電気を消して、懐中電灯での生活などを体験しておくのもよいでしょう。
4. お子さんからいろいろな質問があったら、黙って聞いてあげ、そのときの気持ちを大切にしておきましょう。「揺れて怖いよね」「友達に会えなくて、寂しいね」などまず気持ちを受け止めてあげましょう。その後で、子どもに理解できるように質問に答えてあげましょう。

5. テレビでは災害の場面が繰り返し流され、同じ場面が何回も出てきます。流されたはずの家が、また存在して、また流されるなど、子どもにとっては理屈に合わないことが多々あります。地震のニュースはあまり見せない方が良いでしょう。同じ怖い場面が繰り返し記憶に入ると、何かの時に急によみがえって、パニックになることがあります。お絵かき、音楽、お気に入りのDVDなど落ち着けることをする時間を増やしたスケジュールとしてあげましょう。
6. 痛みがあったり、けがをしても、目で見ると気がつかないことがあります。長袖、長ズボン、靴下はけがを防ぐために必要ですし、毎日こまめにけががないかどうか見てあげましょう。
7. コミュニケーションが苦手なお子さんにとって、何かあったときに伝えられない。自分のことが説明できないこともおこってきます。災害ノート、災害カードなどをいつも持たせておきましょう。自分でどう行動すべきか、行くべき場所、連絡方法、連絡先、住所、名前、飲んでいるお薬、かかっている病院なども書いておくと役に立ちます。
8. 避難所生活をなさっている方々は更にご苦労が多いことと思います。責任者に、お子さんの特徴（決まったパターンが必要、大きな音が苦手など）を伝えて、配慮してもらいましょう。例えば、最も静かな位置で囲いを高くするなどの工夫ができるかもしれません。周囲の方々にもお子さんの特徴を説明して、理解してもらいましょう。怒ることは厳禁です。パニックになったら、外に出て落ち着くまで待ちましょう。そっとそばにいて寄り添うだけで良いのです。

以上気がついたことを書いてきました、大切なことは不安、恐怖の気持ちは誰にでもあることです。その気持ちが、さまざまな行動を引き起こしていることを理解しましょう。気持ちを受け止めてあげること。行動だけに注目しないことが肝要です。

国立成育医療研究センター こころの診療部

大切な方をなくしたお子さんの反応とケア

家族の誰かが亡くなった時、子どもは大人と違った反応をします。幼児はたいてい死を一時的で可逆的なものと思っており、この信念はアニメのキャラクターが一度死んでも再び生き返ることによって強められています。5歳から9歳になると、子どもは死に関して大人と似た考えをし始めますが、まだそれが自分自身や知っている人に起こることだとは信じていません。

子どもが兄弟や姉妹や親が亡くなってショックと混乱の状態にあるにもかかわらず、他の家族も悲しみとショックの中で通常の子育ての責任を全うできなくなるため、頼る人がいなくなるということを経験することは少なくありません。

親は、家族を亡くした子どもの正常な反応を知っておく必要があります。死別から数週間の間、ただちに悲嘆を感じる子どもも、その家族はまだ生きていると信じている子どもも正常です。しかし、死を受け入れられない状態が長引いたり、悲しみを感じることを避けてしまうことは情緒的に不健康で、後にもっと大変な問題に至る可能性があります。

お葬式への出席を怖がる子どもに行くことを強いてはいけません。しかしながら、お線香やろうそくをともしたり、一緒のお祈りやお参りをしたり、スクラップブックを作ったり、写真を整理したり、思い出話を語ったりして、その人を何らかの形で大切に考えて心に留めることが助けになるでしょう。子どもは大切な人を失ったこととそれへの悲しみや怒りなどの感情を自分たちのやり方で、表現することを許されるべきです。

子どもたちがその人の死をいったん受け入れると、長い期間にわたって悲しみの感情を、時々思い出したように表現することがあります。多くの場合思いもよらないときに起こります。生き残っている親戚や関係者はできるだけ多くの時間をその子と費やして、子どもが自分の感情を隠さずに自由に表現してもかまわないことをわかるようにケアする必要があります。

亡くなった人は子どもの世界の安定に不可欠だった人ですので、怒りは自然な反応です。怒りは荒々しい遊びや悪夢、ちょっとしたことに反応すること、あるいは他のさまざまな行動によってわかることもあります。

親が亡くなった後、多くの子どもは幼くふるまうものです。子どもは一時的に赤ちゃんのようになります。つまり、食べ物を求めたり、注意を引く行動をしたり、抱っこを要求

し、赤ちゃん言葉で話します。

幼い子どもたちはしばしば身の回りに起こったことの原因が自分にあると信じます。幼い子どもは親や祖父母、兄弟、姉妹が亡くなったのは、いつか自分がその人から怒られたときに、「死ねばいい」と思ったからだと信じることもあります。それが現実になったのだと思い、罪悪感を持ったり、自分を責めたりしてしまうのです。

以上の行動は普通に起きる反応ですので、受け入れてあげてください。しかし、以下のいくつかの症状をもっている子どもは、大切な人を失ったことによる大きな問題を抱えている可能性があります。

- ・子どもが日常的な活動や出来事に興味を失っているうつ状態の期間が長引いている。
- ・眠ることが出来ない、食欲がない、一人でいることを恐れる期間が長い。
- ・ひどく幼くふるまう期間が長引いている。
- ・亡くなった人を過度に真似する。
- ・亡くなった人と一緒にいたいと繰り返し言い続ける。
- ・友達と付き合わなくなったり、
- ・学校の成績が急激に下がったり、学校に行くことを拒んだりする。

もしこれらの症状が存在するなら、専門家の援助が必要かもしれません。子どもが大切な人の死を受け入れ、周りの人が子どもの回復のプロセスをささえるのに児童思春期精神科医か他の精神保健の専門家が助けになるでしょう。

(アメリカ児童青年精神医学会作成 国立成育医療研究センター訳)

*なお、日本の皆様にわかりやすくするために少し改変してあります。

外部支援

総合母子保健センター愛育病院

小児精神保健科 小平 雅基

1. はじめに

筆者は平成 25 年 3 月まで国立国際医療研究センター国府台病院に勤務をしており、そこでの活動経験が今回の執筆の中核となっている。支援に参加した災害は、2004 年の新潟県中越地震（新潟県十日町市エリアを担当）と 2011 年の東日本大震災（宮城県石巻市エリアを担当）である。新潟県中越地震の際には 1 週間ごと 4 チーム（病院全体で 1 ヶ月間）の活動を行い、東日本大震災においては計 4 年の活動を現在まで行っている。よって、本稿における内容があくまでも我が国内の地震災害に対する活動が中心（特に東日本大震災での活動）になっていることを予め述べておく。おそらく、国外での支援活動では支援の体制・手法が異なるであろうし、土砂災害や台風災害への対応も迅速性や規模など震災被害とは異なる部分があると考ええる。

しかし一方で、精神科医が加わった形で組織的に支援チーム編成され、全国レベルで活動が展開されたものも、この 10 年近くで言えば上記の 2 つの震災だけであったように記憶している。我が国において震災という災害への格別の畏怖の念と、実際に起こる広域かつ重篤な問題が、被災地外部の者を支援へと駆り立てるのはいかと考えている。

2. 「こころのケアチーム」

メンタルヘルスに関する支援としては、今回の東日本大震災においては、岩手県、宮城県、福島県及び仙台市から、厚生労働省に災害対策基本法第 30 条に基づく心のケアチームの派遣斡旋の要請があり、厚生労働省障害保健福祉部が全国自治体および国立病院機構等と派遣の調整を行い、平成 24 年 3 月までに合計 57 チームが派遣され、延べ 3504 人が活動することとなった¹⁾。この被災地における災害時精神保健医療活動がいわゆる「こころのケアチーム」ということになる。新潟県中越地震の際にも、医療機関によるメンタルケアの支援活動の中心は、この「こころのケアチーム」であったと記憶している。「こころのケアチーム」は基本的には自治体病院系の医療機関によるものであり、要請を受けた後に各医療機関がメンバーを調整し、派遣するものとなっている。

ただし被災地に入る外部からの支援チームは、「こころのケアチーム」だけではなく、全国の大学病院の精神科教室を中心とした活動も数多く存在していたし、多くの学会主導での活動や日本赤十字社など組織力の高い法人の活動も様々に展開されていた。また医療機

関以外でも心理士等によるメンタルヘルス関連の活動も相当数存在していたことも間違いない。それらすべてを個々に挙げることはかなわないが、いずれの活動も地元の窓口（多くは何らかの機関）と調整を図り、外部から支援チームを構成し、被災地で活動をしていた。逆の言い方をすれば、メンタルヘルスという活動上、受け入れ窓口なき個人活動の形式では活動は難しかったと言える。

よって支援にたどり着けなかった「支援活動をしたい」との個人レベルでの問い合わせが地元行政機関（筆者の経験ではいずれの震災でも各市役所の担当課で起きていた）に押し寄せていた。担当者がそれらの連絡への対応に追われていたことを鮮明に記憶している。現地の行政機関を含め、支援を受ける側の負担とならないことが外部支援の最低条件となるはずなのだが、実際に行うとなるとなかなか難しいものとなる。よって外部支援に向かう実働チームの前に、いかにその全体が系統だって制御するセクション（基本は都道府県による）が円滑に機能することが、まず外部支援においては何よりも重要と言えよう。

3. 支援チームの活動の独立性・機能性

被災直後に関して言えば、支援へ外部から入る際に、いかに支援チーム自体が独立的であるかが重要な要素となる。すなわち、食料、住環境、移動手段（車やガソリンまで）、全てにおいて被災地で得られないならば、支援活動の間、チームで完結して調達もしくは事前用意をすることが求められる。一般的には支援に入る際に拠点となる宿などが必要となるが、震災直後に現地に入った支援チームの多くは、支援の活動拠点の病院や市役所の床で夜を明かしていた。また今回の東日本大震災において我々の医療機関では「こころのケアチーム」に参加するメンバーは早々に決定したものの、支援に入る際の車両がすぐには調達できず、支援開始が多少遅くなったというエピソードもある。そのようにまず人だけでなく、物まで独立的に動くことができる支援チームを構成することが、各医療機関においては支援の第一歩ということになる。

また、しばしば実際に被災地で支援を行ったメンバーたちの活動譚ばかりが語られるが、医療機関による支援チームの場合、当然支援に入っている人員の本来の病院業務のサポートを担っている人員もいるわけで、支援チームが独立的であるということは、後方でそのような人員体制が組まれることも必要となる。そういった全体が機能して初めて、被災地で活動する支援チームが成立することとなる。

機能性に関しては、正直を言うとそのチームの持つカラーや臨床力、コミュニケーション能力、理念など、それら全てが総体となって現れてくる。災害直後の実施すべき活動（コンテンツ）に関しては、ある程度共通の理解が持たれていたと思うが、その実施のあり方に関して言えば、支援チームごとにかなり差があったように記憶している。支援に入る側

もある意味特殊な高揚感と独特なナルチシズムに包まれて活動をしているので、普段の振る舞いに比べると、その人その人の持つ特性なり思想なりが露骨に現れてきやすい。その結果、支援者が皆「被災地のために」との思いから活動しているにも関わらず、時に同様に被災者である行政機関の担当者への不満を激しい抗議に替えてしまったり、時に被災地支援に来ているのになぜか原則論ばかり唱えて活動量が下がってしまったり、といったことが少なからず起きたりする。自戒を込めて言うならば、①頼まれたことは出来る限り何でもやる、②被災地の行政への文句は言わない、③とにかく自己愛的にならない、の3つ程度は肝に命じて支援に入ることが、支援チームの機能性を保つ重要事項であるように感じている。

少しだけ補足しておく、筆者が活動を行った新潟県中越地震でも東日本大震災でも、市町村の担当課の人物（いずれも保健師）は朝から晩まで実に多量な業務を続けていたことを記憶している。支援計画を立て、外部から入った支援チームに指示を出し、活動の報告を受け、また計画を立ててという活動を被災直後から休息なく続けていた。そういった彼らが、自身の被災状況を語り、多少の胸の内を言葉にしてくれるのは、かなり時間が経過してからであった。よって新潟県中越地震の際には担当保健師の方のアクティブな一面ばかりが感じられ、正直彼らの被災者としての心情に耳を傾けるといった関係までには至らなかったと記憶している。そういった被災した人物が、全国から集った医師や看護師、心理士らを相手に急遽マネージャー業を担うことになっているという事実を、外部から支援に入る際には肝に命じておく必要がある。

4. こころのケアチームとしての実際の活動

こころのケアチームとしての活動は、災害直後に関して言えば、割り振られた担当地域において戸別訪問を基本としながら、以下の①～④などの活動を1つ1つこなしていくこととなる。毎日それらの結果を持ち寄って、市の担当課がマネージャーとなるミーティングにおいて報告・情報交換をし、新たな課題があれば対応していくことが日課となる。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 外傷後ストレス・悲嘆反応に対する心理教育・相談・診療② 以前より加療中の精神疾患に対する診療及びケースワーク③ 高齢者を中心とした避難生活不適応問題に対する対応④ 精神科救急対応⑤ 支援者自体へのメンタルヘルス |
|---|

①に関する活動が、まず外部からの支援チームの活動の中心であることは言うまでもない。心理教育、相談に関して言えば、医療的な支援チーム以外にも多くの心理士を中心とした支援チームも実施していたと記憶している。筆者が経験した「こころのケアチーム」の場合は、まず全国から支援に入った保健師のチームが全戸訪問をし、その際に気になった家庭に対して医師が加わった支援チームが再度訪問をするという形をとっていた。多くの場合は心理教育や相談というレベルで完結したが、なかには「全く眠れていない」と訴える被災者の方も少なからずおり、そのような場合は薬剤の処方といった診療行為も実施された。ただ先にも述べたように、これらの活動は臨床力全てが求められているような活動であり、実際には専門家と言えるような活動は何もできず、只々被災者の方の訴えを傾聴し続ける以外に何も出来なかったという経験をしたという支援者が大半だったのではないだろうかとも思う。しかしそれでも繰り返しの心理教育や相談により、一定の理解が被災者の方々に時間と共に広がっていったと思われる。

②に関しては統合失調症や双極性障害に罹られている被災者の方で処方された薬剤が消失してしまっている場合などで、かかりつけの医療機関にうまく繋がられない場合などに診察・投薬が行われた。また自閉性障害の被災者の方で、被災直後からパニックになっていた方などへの対応もされていた。特に今回の東日本大震災の場合などは、そもそも精神科医療機関自体が被災し、その機能を失ってしまっていた地域も認め、そのような医療機関を利用していた被災者の方々においてはこれらの活動が重要であったと記憶している。

③は被災直後の過度のストレス状況下で避難所生活を続けていた高齢の被災者の方の中からせん妄状態となる方もおり、彼らに対応する必要も少なからず認めた。また、せん妄ばかりでなく、高血圧など身体的な不調の訴えを呈する方もおり、身体ケアに向けて調整をすることも少なくなかった。被災直後の避難所（基本は学校の体育館や公的なホールなど）のイメージに関して述べておくと、ホールの中央に支援物資が置かれ、周囲に個々のエリアを仕切りながら、数多くの被災者の方が休息をとっている状況にある。そこに様々な支援者が出入りをし、皆が周りを気遣っている雰囲気満ちている。被災者の方同士、お互いに声を掛け合いつつも、貴重品の管理にも気を配らなければならず、一定の周囲への警戒心も存在している。外に出れば年少の子ども達がややテンション高めに走り回っているが、やはり大人たちの顔色を伺っているといった様子である。そのような独特のストレスに満ちた環境が被災直後の避難所と言える。

④に関しては②とも連動するところではあるが、加療中の被災者のみならず急性疾患を発症した被災者の方への対応がなされていた。決して多い数ではなかったと記憶しているが、その対応が求められた支援者もいた。

⑤に関しては敢えてミーティングにおける課題としては挙げられなかった（挙がりにくか

った)が、市役所関係者や教員など支援者自体へのケアは外部から入った支援チームとしてはいつも心配していたところであった。それぞれの支援チームごとに様々な介入がなされていたと記憶しているが、先に述べたようにマネージャー的な役割を担っていただけに、なかなか素直に被災者として扱われなかった存在であったと記憶している。

5. 災害直後の急性期に見られた支援のあり方の混乱

おそらく災害直後に入った「こころのケアチーム」やそれ以外の支援チームの大半の者は、ただひたすら上述したような活動を続けていた。しかし一方で、支援に入る元々の動機だったのか、入った後に必要と感じて実施したのか、活動を続けるための必然として必要であったのか、各支援者(場合によっては支援者と評していいか迷う場合もあるが)によって状況は様々であったと思うが、この時期かなりの調査活動(アンケート調査や聞き取り調査)が個人レベルの判断で実施されたのも事実であった。

これに対して、日本精神神経学会の理事長から緊急声明が出され、「配慮を欠いた面談やアンケートによる『心の状態に関する調査・研究』が行われている」ことに対する抗議と中止要請がなされ、実施する場合には「倫理指針に則り、倫理委員会によって、その倫理性や研究としての科学性に関して審議の上で承認を受け、承認内容に則して実施する」ことを条件とすることが求められた²⁾。

そういった配慮の欠いた調査・研究(実施者がどう考えたかどうかは別として)に応じ、結果として「実験対象とされた」と感じた被災者の方々が少なからず居たことは事実であり、このような大規模災害に支援に入る者の意識として頭の片隅に置いて置かなければならないことと考える。

6. 子どもへのケア

上記のような一般的な「こころのケアチーム」が活動をしている傍らで、児童精神科医や子どもの心の臨床を専門としている医師、児童思春期を専門としている心理士や教師などが被災地に入っていた場合には、それぞれの支援チームごとに子どもへのメンタルヘルスケアが計画され、実践されていた。ただし、「こころのケアチーム」に児童思春期を専門としているスタッフが入っていたチームは決して多くはなかった。もちろん「こころのケアチーム」以外の支援チームで、子どものこころのケアを目指して来たチームなどもあったので、全体として非常に稀というわけではなかったが、それらの活動内容は支援チームごとに計画されていたため、般化は難しいが、少なくとも上記4の①の「外傷後ストレス・悲嘆反応に対する心理教育・相談(・診療)」を主とした活動を実践した支援チームが多かったと記憶している。

ただ子どもへのケアを行っていく場合には、直接子どもたちへの介入（個人的に子どもの不安や心配を聞いてあげる、集団での遊びの提供、子どもたちが分かる形での心理教育など）と、親たちへの介入（子どもの外傷後ストレス・悲嘆反応などの特徴の説明、困った際の対処方法の伝達など）の両者を実施して行く必要があったが、親達自身が憔悴し混乱している場合などは、まずは親自身へのケアのみを行った事例も少なくなかった。そのような点では全体的傾向として子どもの問題は相対的に後回しにされたとも言えるかもしれない。言葉を替えれば、被災直後はそんな大人たちの様子を見つつ、不安にじっと耐えていた子どもたちが実に多かったとも言える。

また今回の東日本大震災に特徴的であったこととしては、被災エリアの多くの公立学校が避難所として機能していたわけだが、被災から1ヶ月ほどした時に新年度の開始を迎えたことがある。スタートの時期は多少異なると思われるが、子どもへの教育義務の責任と心のケアの一貫として、学校の年度スタートを求める行政と、学校に避難している被災者の方々との間でかなり緊張が高まったケースも少なくなかった。最終的にはほとんどの学校で体育館は避難所として残し、教室は学校のために使用するという結論になったと思う。

また被災したため、校舎を別の学校に借りて、スタートをした学校も少なくなかった。そういったケース場合は、かなり教室や校庭的にも従来よりも混んだ運用状況となっていたので、上記体育館へ避難している方々も含めるとなかなか子どもたちにとっては遊びや運動の場が得られにくい状況が続いた。

そのような状況は仮設住宅が出来て、被災者の方々が移っていくにつれ、落ち着いてはいくことになるが、しかしその状況に移行すると、今度は決まった仮設住宅（被災者の方々の希望では決まらないことが多かった）と登校すべき学校が極めて遠い距離関係にある子どもが発生することとなった。登校バスが朝と夕に広範囲で動いてはいたが、従来に比べると当然オンタイムで動かないと置いていかれてしまうため、やはり全体では子どもらしい遊びや運動の状況は長期に渡って制限を受けてきたと考えられる。

そのような避難所から仮設住宅に移っていくなかで（被災直後の急性期から亜急性期に移っていく段階）、徐々に「こころのケアチーム」が活動を終了させていくこととなった。今回の東日本大震災に関しては可能な限り長期的に支援に入ろうとしていたチームが多かったと記憶しているが、それでも時間の経過と共に終了となっていくチームは当然増えていくことだった。そのような時期になると、全戸訪問的な活動はほぼなくなり、むしろ個別でかつ繰り返しのケースが増え出していった。

筆者の個人的な印象ではあるが、この時期になってやっと子どもの問題が浮上してきたというか、子どもたちが耐えていたものを表現し始めたと言える。問題の出方も様々で、被災による外傷後ストレス・悲嘆反応の典型と言える子どもから、そういった問題をベ-

スにしながらも他の表現（非行問題や学習上の問題、不登校問題など）を呈する子ども、さらには被災していないがその前からの問題を深めてきて相談に登場する子ども、と実に様々であった。この状況になり出すと、被災地域の元々の児童思春期のメンタルヘルスのリソースの状況がどうであったかという根源的な問題（基本的にはかなり乏しい場合が多い）を考慮しながらの活動となってくる。あくまでも支援で入っている以上、継続診療（相談）とはしていけないため、地元リソースに繋げるケースマネジメントが主体の活動となっていく。これらの活動は「こころのケアチーム」の時の“臨床力全てが求められている活動”とは異なるものの、やはり“臨床力全てが求められている”感覚は満ちており、普段の地域的にも機関内的にもシステム化されている場所での業務と比較し、入念な調整や繰り返しの交渉が必要となってくる。

7. 終わりに

先に述べたように、筆者の活動としては、「こころのケアチーム」の活動に始まり、今日まで宮城県石巻市での活動を国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科の同僚たちと続けてきている。ほぼ切れ目なくローテーションで支援に入った時期から、ウィークデイだけの活動、隔週の3日間の活動と減らしていき、ここ最近では1ヶ月にのべ3日程度の活動を行っている。

素直に述べると、災害直後は石巻に到着すると独特な興奮に包まれ活動をするものの、なぜか帰って来ると異様なほど疲弊しており、1日中臥床していた。当初は純粋な疲労と感じていたが、時が経つに連れ必ずしも疲労していなかった支援後でも疲弊する自身を見て、「なるほどこれを代理受傷というのか」と妙に納得したことを記憶している。代理でこれほど疲弊するのだから、被災地の方々の心身の疲弊度たるやどれ程のものかと思う次第である。

最後になるが、現在まで活動を続けてこられたのは、国立国際医療研究センター国府台病院や総合母子保健センター愛育病院の上層部の方々の理解や、さらには分担研究者として研究に組み入れて下さった本研究代表の五十嵐先生のおかげと考えている。また途中で、支援活動を継続するために研究活動を実施しなければならなかった局面や、我々支援者自身のコンテンツをブラッシュアップしなければいけなくなった局面などで、様々な方々の協力を仰ぎながら、ここまでやっとならしたと思いがあふれる。支援を続けるということは、そういった様々な思いを繋いでいく作業なのであろうと今素直に実感している。

- 1) http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiishahukushi/kokoro/shinsai/
- 2) www.higherbrain.gr.jp/07_osirase/img/shinsai.pdf

2. 被災後の親子へのケア

保健師のケアの在り方

公益社団法人日本看護協会

常任理事 中板 育美

1. はじめに

被災者の避難生活が長期化すると、慢性的な疲労とともに被災者の心理的問題が生じやすくなる。にもかかわらず、相対的には個々のケアの重要性は看過されやすく、災害をなんとか乗り越えていける子どもやその家族とそうでない子どもと家族の心身の状態の格差「缺状格差」が広がることが危惧される。

保健師は、多職種多機関を横断的に結ぶ調整役を果たしながら、その一方では人々のいのちに介在し、心身の健康を守るために、生活環境にも関わるといふ公衆衛生看護を実践している。子どもから大人まで、地域をよく知るポジションの保健師が、災害後の親と子どもの心のケアのコーディネーター役を果たし、子どもや親の心の回復の道筋に寄り添うことは業務の範疇と言える。

本項では、災害後の乳幼児と親の心のケアを担う保健師の役割について概説する。

2. 保健師の災害時応援体制の基本的考え方

地震等大規模災害が発生した場合、災害対策基本法第30条第2項の規定により、被災地都道府県知事が内閣総理大臣に対し、地方自治法第252条の17の規定による職員の派遣の斡旋を求めることができる。保健師の場合は、東日本大震災に限らず、阪神・淡路大震災等でも、厚生労働省保健指導室が全国の保健師を調整し、派遣保健師の役割などを統一して派遣を実施してきた。しかし、自治体間の協定に基づく派遣や知事会や市長会等からの要請による派遣など派遣ルートも複雑化してきていることから、今後は、被災地の保健師と派遣保健師の役割なども含め、再考も必要になるだろう。なお、東日本大震災においては、発災直後から保健師の派遣調整に着手したが、東京電力福島第一原発の事故の影響により福島県への派遣が叶わず、県内で奮闘し続けた保健師等多くの支援者への負い目を抱えることになった経緯がある（3週間後に再開）。

3. 平時の保健活動と有事の保健活動

1) 平時の母子保健活動

市町村は、母子保健法に基づく活動の実施主体であり、乳幼児健診や家庭訪問、育児相談・グループ支援などの地区活動を通じて、妊娠から出産、育児に至る母子の全数一元管理と必要な母子への継続関与を可能とするシステムを持っている(図1)。特に、乳幼児健診(例:4ヶ月、1歳6ヶ月、3歳)は、全国で9割の受診率が保たれており、さらに未受診調査もなされていることから、ほぼ全数把握を実現している。

育児困難や虐待に悩む親、発達障がい児を育てる親など要支援家族については、関係機関との協働により、子どもの安全・安心の担保を目的に支援を継続している。

しかし、いざ、有事となれば、被災規模、被災状況、これまでの活動史、地域文化/慣習などの地域特性、避難場所/支援体制、そして役場機能が維持されているか否かなどの要件にもよるが、平時の通常の事業や地区活動は、ほぼすべて中断せざるを得ない状況になる。



図1 市町村が行う母子保健システム

2) 震災時における保健師の保健活動の構造と基本的視点

保健師の活動対象は個人でもあるが、その個人の健康破綻は個を取り巻く家族等になんらかの影響を与える。したがって個人の健康支援のためには、その個人を取り巻く家族等や環境にも注視する必要がある、関与の対象となりうる(図2)。対象が子どもの場合においても同様で、子どもを育てる親(大人)への関与抜きに子どものこころのケアは導けない。

被災後の子どものこころのケアへの関与は不可欠だが、保健師としての関与は、比較的間接的になりやすい。日々子どもと接している親の見方、ものの考え方、例えば震災をどのように自身で引き受けているか、あるいはいないかを傍で感じ取り、そのストレスがどのように子どもに影響していくか、またはどのような支えがその親および子どもの保護作用として機能するかを判断し、親支援を中心に子どもを守るのが基本的視点であり、支援活動もそれに準じた行動になりやすい。

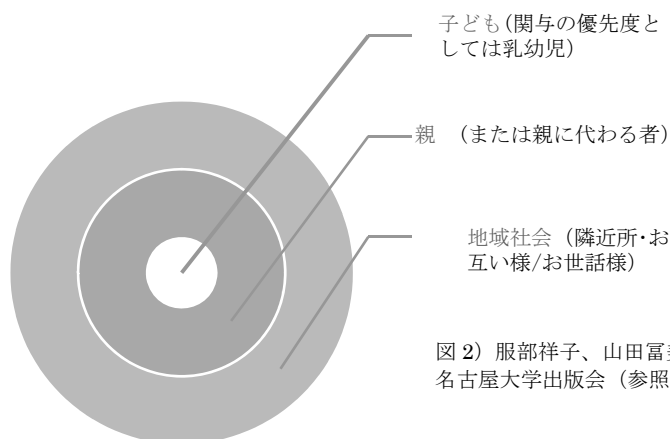


図2) 服部祥子、山田富美雄：阪神淡路大震災と子どもの心身
名古屋大学出版会(参照(中板、改変))

4. 子どもの心のケア — 「安全・安心」の保障こそが基盤

1) 乳幼児を育てる家族の安全・安心の確保（環境整備）

(1) 衣食住の早期確保

避難所での生活はプライバシーが保ちにくく、また物質的にも不便な状態が続き、それ自体がストレスになる。まして、妊娠中であつたり、小さな乳幼児を抱えていたりすると、おむつやミルクの不足、防寒具やタオル、薬など我慢・抑制が効きにくい必需品の不足を危惧しながらの避難所生活になることを想定しなければならない。被災直後、小学校保健室や教室の一部屋を授乳室にしたり、避難所の一角を毛布やカーテンで区切るなどして居場所を整え、そこに妊産婦を優先的に誘導するなど、妊産婦及び乳幼児を抱える家族の生活環境の整備に注力した自治体も多い。

このように、突発的な有事には物資の不足や支援で入る物資に偏りがでるなどが当然起こりうるので、乳幼児や妊産婦の食料や物資を優先的に集め、衣食住が保証された環境を整える配慮が必要であり、危機管理計画や防災計画等への具体的な記載も重要である。

(2) 避難後の所在確認

乳幼児を抱える親は、夜泣きなど、周囲への配慮あるいはそこから派生するストレスを予期して、甚大な被災地から近隣の非被災地域、あるいは親類・縁者を頼って早々に避難所から離れる選択をした家族が少なくはない。

また、学童期の子どもにおいては、避難所生活という非日常体験による高揚感や興奮から、避難所の中では、はしゃいだり、落ち着きのなさがしばしば表現された。親の中には、子どもの行動やその行動に対する周囲の反応（苦情）にも戸惑い、窮屈な避難所生活に耐え切れずに、不便でも自宅に戻る方もいた。このように、早々に避難所を出た母子が多くいたことが、母子の状況把握を困難にさせていた。所在の把握が不可能になる前に、子どもがいる家族については、早期把握に努めることを意識する必要があるとともに、平時から双方向の情報管理システムの整備が求められている。

(3) 避難所での感染症予防と衛生管理

避難所は集団生活であり、しかも、避難所の想定がない施設も避難所として活用しなければならない状況下では、換気の機能も不十分であるなど、感染症のリスクを増大させることになりかねない。

ノロウイルスやインフルエンザ等の感染症にり患した場合、その有熱者が子どもの場合でも母親の場合でも、子どもにとっては、安定した居場所の確保を妨げる要因になる。できるだけ換気を促し、空気の流れが停滞しない清潔な環境で過ごせるような工夫と働きかけが必要であると同時に、手洗いやうがいなど避難者のセルフケアを促して感染予防や拡大防止に努める必要がある。また、避難者同士で掃除や空気の入替えなど環境整備の役割分担をしたり、避難所の中でいくつかの自治組織を誘導して、配られるおにぎりや果物などの溜め込みを防ぐなど、感染症の蔓延や食中毒を予防するための互助を促す働きかけも大切である。予防接種においては、被災2ヶ月目に入る頃から予防接種の問い合わせも

増え、3ヵ月以内には再開できた自治体も多い。季節にもよるが予防接種の早期再開等についての配慮が望まれている。

2) 子どものこころをケアする ―絶対条件：傍を離れない大人の存在―

以上のように、子どものこころのケアは、平時ではごく“あたりまえ”の適切な衣食住に可能な範囲で近づけることであるが、有事にはそのあたりまえを確保することが難しい。しかし、あたりまえを一部分からでも取り戻すよう工夫することが、「こころの安全・安心」の保障につながるのではないか。

また、子どもをやさしく包み込み、傍を離れない大人の存在は、絶対条件になる。この両面こそが「こころのケア」を包含していると考えられる。これが、あらゆる大人の常識的な姿勢となることが望ましく、平時から有事にかけても、いかにぶれることなく長期間保持できるかが問われる部分である。

3) 子どもを見守る大人の苦悩を看過しない

転々とした避難生活、あるいは長期にわたる避難生活は、生活環境はもちろん家族構成や関係性にも変化をもたらし、大人であっても心のゆとりは奪われやすい。

まして目にした光景は、子どもにとっても出会ったことのない恐怖であり、その後に親への甘えや反抗など種々の症状がでることは「あたりまえ」で「自然な反応」である。親から離れられなかったり、暗闇を怖がったり、落ち着きがなくなったりなどの「退行現象」は、親自身が不安と恐怖、そしてこれからの生活への焦りなどを抱える中では、受け止め切れない場合もある。その結果、親と子どもの葛藤関係が顕在化した事例や叱ってしまったり、突き放してしまうという親の態度も見られていた。むしろ母の動揺の方が大きく、時に母自身がメンタルヘルス不調を来している場合もあるので、子どものメンタルヘルスを保つためには、親の心理的状态にも目を配り、時には親のサポートを優先することも必要である。要するに、子どものこころのケアには、周囲の大人の心の不調の影響を受けやすいことを視野に入れ、親のメンタルヘルス不調の兆しも看過しない視点が必要である。

4) 子どもの心身の発育・発達過程の理解は大前提

学童期の子どもや幼児の場合、いずれも自然災害による視覚的映像は残りますが、映像とその意味の理解には距離がある。学童の場合は視覚から得る情報による心的影響は、幼児の比ではなく、より顕著といわれる。しかしながら、たとえ幼児でも、母など身近な大切な人の喪失となれば、これまでのシェルターのような存在を失うことになるため、震災と母親の喪失の関連や意味づけが困難でも、なんとなく子どもには伝わるものである。

5. 相談しやすいケア体制の確保

1) 心のケア関連事業の留意点

心のケア関連事業、とりわけ健康相談は、年齢問わず、被災による精神的苦痛、不安、不眠、PTSD等の相談を想定して開始したが、当初、相談者が少なく、特に子どものころに関する相談は少なかった。住民の声「皆が同じ苦しみに直面している中で、相談しづらい」「自分だけが支援を受けるわけにはいかない」「相談に乗る職員も被災者なのにつらからう」を参照すると、被災による精神的苦痛に関する直接的な事業は、敬遠される可能性に留意する必要がある、開催する場合には配慮/工夫を要する。

【知ってもらいたい災害を体験した大人の気持ち・行動】

Q1「こころの相談コーナー」に気軽に来所できないのはなぜでしょう。

自身が背負った恐怖や悲しみ、怒り、自責を精神的または心理的にサポートを受けずに、自力で乗り終えなければと頑張りすぎるのが一般的な人々の反応です。紛争においても同様で、「心のケア」と書かれた救護所やテントに立ち寄る人は、ごく少数であるという報告もあります。被災地全体が、混沌とした状況下であり、「私だけがつらいのではない」あるいは「心理的に弱いと気づかれたくない気持ち」が働いたり、“相談する”という一線を越えないことで、なんとか自身を支えていることもあり、「心の相談/ケアは入りづらい」ものとなりがちです。

避難生活が長期化することが想定される場合、今回の教訓を踏まえ、母子保健関連のサービスやサポートシステムが平時から不十分であれば、多くの母親、父親、あるいは親を亡くした孫を養育する祖父母たちは、自身や子どもの震災後の心の状態を打ち明け、不安や孤立感の解消もしくは軽減する途を言い出すことが困難になる場合もあるということを知っておきましょう。

2) 通常の母子保健事業の再開

そこで、健診や予防接種など母子保健活動関連事業は、災害をあえて前面に出さずに、表面的には、平時の事業を粛々と再開するような体裁がよさそうである。

実際は、役場機能が保たれた地域は、被災後1ヶ月前後に予防接種や乳児健診などの既存事業を再開しているが、役場機能が低下した地域（職員の犠牲、健康情報流失）は、事業再開に時間を要した。また、原発事故への対応が重要課題となった地域も、役場機能の維持が困難で、原発関連の対応に追われ、事業再開には時間を要していた。しかし、早期再開した自治体においては、慣れない避難所や仮設住宅での生活であっても、こころのゆとりや安心感を導くことにつながったと実感しており、その影響は家族にも伝わっていたようである。

確かに、通常の健診は対象者（乳幼児の子育て親）にとっては、来所しやすさ、参加しやすさ、特別視されない感覚がもてるという意味で接近性の高さが担保されている可能性がある。さらに整理すると、以下の2点が有事の際に通常の一次予防レベルの事業を早期再開するメリットになりうる。

(1) 心の相談窓口の役割も担う

再開によって、「健診の場だから子どものことでの悩みを打ち明けられた」「健診に来たついでに子どもの赤ちゃん帰りについて知りたい」「母親を震災で亡くしたが、不憫でならない」「孫に母の死をどう伝えるのか。伝えないほうがいいのか。毎日帰りを待っている」「祖父母で養育しているが、これから先どうしたらいいのか」など避難生活のこと、育児のこと、退行現象を示す子との付き合い方など、健診場面で相談に及ぶ例は多くみられた。

(2) 避難先の把握機会

また、県内・県外避難者からの健診や予防接種の問い合わせが徐々に増え、避難先の健診ではなく、あえて避難先から住所地の乳幼児健診に参加する親も多くいた。発災直後に避難所から出たことで、所在確認ができなかった県外や県内に避難されていた親子の所在の把握にもつながった。

(3) 乳幼児健診再開時の留意点

通常、乳幼児健診は、親からの主体的な相談（SOS/主訴）の有無に関わらず、子どもの発育・発達をきめ細かく確認できる場面であり、親の育児能力や育児の負担感で疲弊している様子などを垣間見る機会でもある。東日本大震災において、乳幼児健診の早期再開（3週間後～1・2ヶ月）は、子どもの健診にとどまらず、相談につながりにくい／こころの相談に行くまでもないが不安を抱えた全ての親子のメンタルヘルスケアの入り口になる機能を有したと考えられる。

役場機能を失った自治体の乳幼児健診の再開は遅れたが、災害後の早期再開のニーズが高いことを教訓にすれば、実施場所（保健センターで開催できない場合はどこで実施可能か）、周知方法はどうか、必要物品は用意できるか（用意できる範囲でも再開を実行する）、親のメンタルヘルスチェックのためのツール、受け入れ住民の対象をどうするかなどを検討し、再開を意識することが必要である。

要するに、平時以上に心のケアが必要な子どもあるいは親のスクリーニング機能も発揮することを意識し、チェックリストやカウンセリング機能を有した面接、こころのケアセンター等との協力体制を組むなど、スクリーニング後のフォロー体制についても準備しておく必要がある。

6. 相談の継続の重要性

子どもの心の問題は親の子育てを困難にさせることが多くこころのケアの専門家による助言や支援を受けても親は実際の子育ての中でうまく実践できない場合もあり、中には虐待に発展してしまうこともある。これらが事例化する場面は、乳幼児健診だけではなく、随時の健康相談内容からも把握される。その際には、心のケアチームや子どもの専門機関と連携する必要が出てくる。できる限り相談場面に同席したり、同席できない場合でも、心のケアチームとのケースカンファレンスを行い、役割分担をしながら親子に寄り添った支援を継続して行っていくことで親が安心してこころの相談に臨むことができる。

このことから、保健師は親が安心してこころの内にあるものを話せるような相談場所の設定が必要であり、こころのケアの専門相談につながった場合でも、十分な引き継ぎ、あるいは連携をして親子関係を見守り、継続して支援していくことが重要である。

震災後の相談関与の入り口あるいは切り口について、実際の相談内容から例示します。

Q1 避難所での子どもたちは、走り回ったり、みなでゲームを夜遅くまで楽しんだり、と元気そうでした。避難所での明るい子どもたちは、本当に元気だったのでしょうか。

子どもは、身体の小さい大人ではありません。大人と違って、言葉でうまく表現できないばかりではなく、生活体験も乏しいし、ストレスへの自己対処能力も未熟です。それだけに、子どもなりに、いつも頼りにしている(頼もしい)そばにいる大人(保護者)が子どもの心の目を見た時に、不安そうな表情に見えれば、そこでさらに不安感を子どもなりに募らせ、その大人の前では健気に元気にふるまうことがあります。

子どもには自然な回復力と若さゆえの柔軟性があり、衝撃を吸収するのも早く、適応能力も高いといわれるゆえに、“走り回って、元気そう”に見える避難所での子どもの様子も、内実は不安でいっぱい健気な行動の可能性があります。われわれ大人が、子どもは小さな大人ではなく、子どもとして知り、子どもに過剰な期待はしないように心得たいものです。

参考：藤森和美・前田正治：大災害と子どものストレス，誠信書房，2011

Q2 ようやく、生活も落ち着いてきたころ、子どもが反抗的になりました。これまではこのようなことはなかったのですが…

避難先での生活が少し落ち着いてきた頃、子ども（ここでは乳幼児）はさまざまな心理的反応を出し始めます。親の中には、被災地を逃れて、しばらく転々とし、ようやく安心できた実感できてきた頃に、子どもの表情や行動に変化がでて、戸惑ったり、親の不安が惹起され、イライラしたりする場合があります。大人は、生活が安定した頃に表出されるこどものこのような反応も、「当たり前の反応」と理解する必要があります。ごく自然のことで理解して、自然にやさしく抱きしめる、ゆっくりと膝の上に抱っこして話をするなど、子どもの状態にあった対応を心がけたいものです。

いずれにしても、無理に改善しようとせず、子どもが何を不安に思っているのか考え、環境を調整したり、周囲の人の対応を工夫してゆきましょう。場合によっては見守ることも必要です。

永光信一郎：子どもに見られやすい身体化症状。 所収「大災害と子どものストレス」誠信書房（2011）

| 身体化症状 | 行動上の課題 |
|------------------------------|--|
| 夜泣き | 暗いところを怖がる |
| 夜驚 | 甘えがひどくなる（いつも一緒にいたがる/おっぱいを触る/膝の上に乗りたがる） |
| おねしょ | トイレに一人で行けない |
| 頻尿 | 指しゃぶり |
| 食欲低下 | 爪かみ癖 |
| 下痢 | 赤ちゃん言葉 |
| チック | 多弁 |
| 発熱 | 落ち着きのなさ |
| 食事・排泄・睡眠・感覚過敏・身体的な痛みなどの生理的反応 | 活動性の上昇 乱暴/攻撃的な行動 |

Q3 どこまで寛容に子どもの行動を受け入れるのでしょうか

言葉を失い、あるいは言葉を見つけられない子どもは、「ひきこもる」「無気力になる」「退行する（過剰な甘えや赤ちゃん返り）」「わがままにふるまう」「いらだつ」「怒る」「暴力を振るう」などの行動で表現します。

子どもの場合、少なくとも災害という脅威体験の前よりは寛大に接しましょう。

一方で、ルールがあることは、年令と言葉の成熟度に合わせて伝えることは必要です。特に、他者への暴力は、どのような理由があれどもいけません。「あなたのそばにいる誰かの心とからだを傷つける理由は何もない。そして、もちろんあなた自身の心とからだも傷つける/傷つけられる理由は何もない」ことを、ときには抱きしめながら、ゆっくり、しっかり伝えましょう。

Q4 子どもとの会話をする時の留意点について保護者へのアドバイスはありますか。

「聴くこと」こそ、最大のケアになります。

まずは、「聴くこと」です。聴く人の存在は、言葉の回復を促します。もちろん、言葉だけではなく、表情や目線、口調やボディーランゲージ、つまり全身から、言葉に込められる意味を汲み取ります。子どもでも大人でも、一生懸命に話に耳を傾け、時に、相手が話している意味を理解していることを伝えること（リピートや相槌）で話している相手も正しく汲み取ってもらえていると知り安心できます。相手が言ったことを少し言い換えて、「○○なのですね」と伝えます。

特に、小さな子どもの場合は、オープンエンドの問いかけではなく、言葉の素材を提供しながら聴きます。

- 静かな落ち着いた場所で、子どもの目の高さに合わせ、時には膝を突き合わせて聴きます。

- 言葉にできない子どもの思いを想像しましょう。

Q5 避難先に親を亡くした孫を預かっている親族がいます。親族への支援は必要でしょうか。

子どもにとって、避難は「誰と一緒に」が重要です。家族全員で新たな地への避難する場合、両親のうち一人が犠牲になり父または母と子どもで避難する場合、または親の多忙や避難所生活の困難さを案じて一時子どもだけを親戚に預ける（親戚があずかる）場合、両親ともに震災の犠牲となり親戚が子どもを預かる場合など、その様相は様々でした。いずれにしても、被災体験による心労、絶望、不安、慣れ親しんだ地域との別れ、知人・友人との別れ、親子の分離、新しい環境での慣れない生活など、ストレスがかかる要素は想像しただけでも多岐に渡ります。

この状況下においては、子どもが特別なケアを必要としていても、親や親戚が気付きにくい場合があり、家族から支援ニーズが上がりづらい場合もある。したがって、そのような子どもとその親、あるいは親を亡くした子どもを預かる親戚には、個々のニーズに沿った支援が要請されていることを認識し、早めに SOS をキャッチできるよう心得ておく必要があります。

Q6 相談を受けるときの留意点はありますか。

「よく分かります」「気を落とさないで」「あなたはそこまでわかっているのだから大丈夫」「あなたは強いから大丈夫」「泣かないで」「不幸中の幸い」「もう大丈夫ですよ。あとは良くなるから」などの言葉はあまり好ましくはありません。

大切な人や家などの喪失体験から気を落としたり立ち直れないかもしれないと悩んだりして、気を落としていいし、涙していいはずです。災害などの突然の脅威を体験した者にとって自然なことです、

その場しのぎの慰めの言葉「大丈夫」「きっとよくなる」も価値観の押しつけている可能性があります。

人はなぜ逃げおくれるのかー災害の心理学 広瀬弘忠著
人は皆「自分だけは死なない」と思ってる 山村武彦著

おわりに

大切な人との思い出を性急に、無理に忘れようとしたり、忘れさせようとする、その代わりに様々の心身の症状が現れることがある。幼児から学童、中高生、年齢に応じて、喪失体験を何度でも思い出し、涙し、なつかしみ、同時に失った大切な人が生きていたら何を自分に（君に）願うかを想像し続けることがこれからの歩き方、明日への歩み方を決めてくれるのではないかと考える。そのために必要なものは、決して、批判せず（されず）、聴き続ける（続けてもらえる）という利害のない他者の存在であり、相談を受ける専門家である援助者は、人それぞれに進み方・進む時間が違うということを一一般論として認識し、

『いつまでに』と決めつけられることがない時の保証を目の前の子どもとその親に示して
いきたいものである。

保育所でのケア

大阪府立母子保健総合医療センター
臨床研究支援室 植田 紀美子

保育所は、児童福祉法の規定に基づき、保育に欠ける0歳から小学校入学前までの乳幼児を対象として保育を行う児童福祉施設である。子どもの生命の保持、情緒の安定を図るための保育士等が関わり、子どもが健やかに成長し、その活動がより豊かに展開されるための発達の援助を行うところであることは言うまでもない。保育所保育指針(平成20年3月28日付厚生労働省告示第141号)には、保育の基本原則や保育所における保育の内容や運営に関する事項が記載されている。災害発生時でも、指針は保育所のあり方を示す重要な根幹となる。平成23年3月11日に発生した東日本大震災においても、保育所は子どもの最善の利益を考慮し、その福祉を積極的に増進することにもっともふさわしい生活の場になるように努力されていた。今回の震災で甚大な被害を被った岩手県、宮城県、福島県(以下、“被災3県”)には、1000を超える保育所があり、約8万人の子どもたちが彼らの生活時間の大半を保育所で過ごしている¹。震災後の保育所のニーズ、子どもの変化や保育所の取組をまとめ、保育所における子どものメンタルヘルスについて考察する。

1. 震災後の保育所での対応とニーズ

東日本大震災被災保育所では、子どもたちを守るための様々な対応がなされた。全国保育協議会の報告²では、災害発生時の対応体制のあり方や工夫、避難の工夫、避難先での子どもたちへの対応、保護者等への連絡方法、地域からの支援との連携などがまとめられている。一貫していることは、保育士等が専門性を発揮し、子どもたちの不安の軽減、保護者の支援に努めていることである。子どもの心のケアについても、国主導で保育士等への研修事業が行われるなど、震災後早期からその必要性が指摘されていた。ただ、震災後早期の保育所現場では、子どもの安全の確保、安定的な保育の提供が優先事項であった。

宮城県保育協議会保育士部会実施の被災保育士1000名を対象とした支援ニーズ等に関する調査³(平成23年11月実施:回答率86%)では、保育所に必要な支援は、「保育士の補充(22%)」、「物資・資金援助(22%)」、「保護者の家庭支援(17%)」、「カウンセラーやサポーター(15%)」、「研修等の充実(14%)」であった。また、保育士自身に必要な支援は、「物資・資金援助(49%)」に次ぎ、「心のサポート」が35%を占めた。

被災児童の保育については、「東北地方太平洋沖地震により被災した要援護者への対応及びこれに伴う特例措置等について」(平成23年3月11日厚生労働省通知)で、被災地からの避難者が保育を希望した場合、広域的調整体制の下で保育を行うこととなっている。そのことを踏まえ、我々の研究班は平成24年10月～平成25年1月にかけて、被災した子どもの保育を行っている全国各地の保育所に対してインターネット調査を行った⁴。被災されたお子さんの保育に際し、92%の保育所が何らかの支援を必要としており、「子どもの心の不調(変化)への対応」を必要としている保育所が41.4%(被災3県45.1%/他都道府県33.6%)と最も多かった。「子どもの体の不調(変化)への対応」を必要としている保育所は27.1%(被災3県29.9%/他都道府県21.2%)であり、これらの90%近くが、「子どもの心の不調(変化)への対応」も必要と回答していることから、震災や環境変化により緊張やストレスが持続し何らかの器質的あるいは機能的な変化が生じている子どもたちの存在が推測できた。次に多いものとして、「保護

者の家庭支援(40.3%(被災3県43.5%/他都道府県33.6%))」、「保育士の確保(17.8%(被災3県22.4%/他都道府県8.2%))」、「遊び場の確保(17.6%(被災3県22.4%/他都道府県7.5%))」、「保育士への心理的なサポート(17.4%(被災3県24.0%/他都道府県3.4%))」、「遊びの提供(15.4%(被災3県22.4%/他都道府県7.5%))」などであった。「保育士への心理的なサポート」、「保育士の確保」、「遊びの提供」については、被災3県でのニーズが多かった。

2. 保育所における子どものメンタルヘルス～ 福島市公立保育所主任保育士の記録分析

我々の研究班が福島市と協働して研究活動をする中で、主任保育士が震災後の保育所での様子を記した記録を取りまとめる機会を得た。震災後の時間軸にそって、子どもの変化や保育所の取組をまとめ、保育所における子どものメンタルヘルスについて考察する。

1) 福島市公立保育所における保育の状況

福島市は、県北部の中心地で郡山市、いわき市につぐ県内人口第3位の28万人規模の県庁所在地である。福島第1原発から約50キロ前後に位置している。保育所は、福島市内に点在しており、保育所がある各地区の放射線量は、平成23年6月は1～2.3 μ Sv/時間であり、現在も0.2～0.5 μ Sv/時間を推移している⁵。なお、長期的な目標とする追加被ばく線量が年間1ミリシーベルト以下となる時間当たりの環境放射線量は、放射線物質汚染対処特別措置法に基づき0.23 μ Sv/時間となっている。

戸外遊びについては、平成23年6月ごろから制限時間を設けて順次開始されていった。所庭表土除去は高線量地区から順次行われ、除去された表土は、主に所庭内地下に埋められた。また、鉄棒、人口芝など、除染してもなお線量の高い遊具や道具は処分された。砂の入れ替え後、あるいは新設の砂場で砂遊びは再開されるが、時間制限を設けた戸外遊びよりも半年から1年遅れている。平成23年度のプール遊びは半数が未実施、半数が簡易プールや室内プールでの実施であった。散歩を開始するにあたっては、散歩コースの線量を計ってコースが選定される。草むらや側溝に5 μ Sv/時間のホットスポットがあったり、クラスで出かけるには保護者の意見の一致が必要であったりと、所庭遊びよりも再開は1～2年以上遅れている。

被ばくのほとんどの原因はセシウム137などから放出されるガンマ線という透過力の強い放射線によるといわれており、建物には遮蔽効果はあるが、衣服には遮蔽効果はない⁶。戸外遊びが始まったころは、遊びの終了後、全身の洋服を着がさせる保育所がほとんどであった。その後、保護者アンケート結果などを踏まえて、戸外遊び後の着替えを不要としたり、保護者が着替えを希望する児のみ着替えるなど、対応がかわっていった。震災後の数か月は、余震に備えて、普段着で午睡をとる保育所がほとんどであった。

福島市内保育所間でも放射線量の差がある。遊びなどの取組方針を決定する場合には、放射線量を参考にしつつも、保護者アンケート結果などを参考にコンセンサスを得ながら、地域の文化や保護者の価値観等を重視した保育所ごとの対応を行っていた。遊具や活動に制限がある中で、保育士らは工夫した保育を行っており、知恵を絞り情報交換しながら、子どもの健やかな心身の発達を促す保育の提供に日々努力されていた。

2) 福島市公立保育所における子どもたちの変化

震災後、平成23年度から平成25年度の保育所における主任保育士の記録(質的データ)を用いて、子どもたちの変化について計量テキスト分析を行った。参考までに分析の準備として確認した「頻出語り

スト」を年度ごとに示す(表)。「外」「戸外」で「遊び・遊ぶ」「走る」、「体力」が「低下」などの体のこと、「敏感」「心配」などの心のこと、「運動」「自然」「散歩」などの「機会」が「少ない」など制限に関することなどの指摘が多かった。また、平成 23 年度に上位にあった「地震」は平成 24 年度以降は「震災」にかわり、「地震ごっこ」は平成 24 年度以降、指摘されていないことが分かる。大規模災害後に認める精神症状である外傷後ストレス障害の基本的な症状の“再体験”は、想起することなく意図せずにトラウマ場面がフラッシュバックするといわれている。子どもの場合は、外傷的再演といって、「地震ごっこ」と称して自らトラウマ場面を再演する行動をとり⁷、その過程で不快感や怒りを放出し自ら心のケアを行っているといわれている⁸。記録分析からも平成 23 年度の急性期に表れていることが分かる。

平成 23 年度の記録の計量テキスト分析からは、子どもの変化として重要な 4 つの項目「心の育ちへの影響」「体の育ちへの影響」「生活習慣への影響」「自然との接触機会の減少による影響」が抽出でき、保育士がこれらの影響に対応するために日常保育の遊びや取組みの工夫をしていたことが明らかになった。

心の育ちへの影響と対応

一人でトイレにいけない、保育士から離れないなどの不安、保育士のちょっとした大きな声や物音に敏感になるなどの易刺激性が見られた。寝つきが悪い、昼寝ができない、友達とのトラブル、落ち着きのない行動、イライラ、奇声を発するなどの集中力の低下などが指摘されている。典型的な過覚醒であり、急性期のストレス反応であるが、加えて、戸外で思い存分に遊ぶことができないなど行動制限によるストレスからくる行動であるとも考えられる。災害後の子どもの対応の原則として、まず大事なことは、いかに子どもに安全感、安心感を持たせるかといわれている⁹。どの保育所においても、保育士らは子どもからの度重なるスキンシップの要求を受けとめ、積極的な触れ合いを図り、また、「地震ごっこ」などの遊びを通じた気持ちの整理を見守り、「大丈夫だよ」と頻回に声をかけ、子どもが安心感を持てるように努めていた。

体の育ちへの影響とその対応

時間制限を設けて戸外活動を再開するが、足がもつれる、転ぶ、ぶつかるなどの運動機能の衰えが顕著に見られた。疲れた、足が痛い等の訴えが多く、体力低下の印象がぬぐえなかった。戸外遊びを通じて培われていた体力や運動機能(歩く、走る、跳ぶ、登る、滑る、こぐ、投げる、蹴る、泳ぐ)を制限のある戸外遊びでどのように培うかが課題であった。ブランコの周りに近づかない、ジャングルジムの上で友達を押さないなど、通常は遊びの中で、ルールや危険察知能力を身につけていくが、その経験不足が不安視されていた。室内遊びで体の動きを丁寧に教えたり、公的体育館を使用して思いっきり体を動かしたりするなど工夫をするが、戸外遊びを室内遊びで代用することには限界があったとしている。

生活習慣への影響とその対応

戸外遊びの制限により、活動量が減り、そのため、食欲不振、寝つきや目覚めが悪いなどの影響がみられた。また、戸外遊びや散歩の機会が減ったことにより、衣服や靴の着脱等、身辺自立のための経験が不足するという懸念があった。また、気温や活動量による体感の気温や活動量による体感の変化で、衣服の調節や汗の始末などの自分の体について「知る」「気づく」「守る」という基本的なことを身につける機会が減った。戸外遊びや散歩の機会が徐々に増えていくことにより、これらは解決できる問題であるが、前項同様、室内遊びでは代用できないことであった。所庭を利用した野菜作りなど食育活動の場がなくなる一方、食の安全性に不安、不信感が増す中で、食への感謝の気持ちや食べることの意義を

伝え、食べる意欲につなげる取組みについて、より一層工夫が必要となった。

自然との接触機会の減少による影響とその対応

時間制限を設けて戸外活動を再開するが、“土に触らない”“葉っぱは触らない”“虫は触らない”“ドングリは拾わない”等、自然に直接触れない生活をしてきた。大好きな木の葉や草花、虫を目の前にして触ってはいけないという我慢を強いられる状況は、子どもの心にとって負担が大きいと推測できる。遠隔地から取り寄せた葉っぱで遊んだり、室内飼育できる虫や小動物を育てたり工夫をしていた。しかし、どのようにすれば、震災の前のように触れさせることができるのか、存分に自然の中で遊べるように所外保育の機会を多く持たせることが可能か、可能な場合、所外に行くことに慣れることは子どもの育ちに問題がないのか、など具体的な指針がなく、試行錯誤の中で保育を実施していた。

平成24年度、25年度の記録の分析では、平成23年度に引き続き、程度の差はあるが、同様な子どもの心や体の課題が指摘されている。ただ、平成23年度とは異なった特徴が分かった。ある子どもは震災による影響と思われる心や体の変化が全く認めないが、ある子どもはそれらが持続していた。このように、時間の経過とともに、心や体の変化が顕著に残る子どもがいる。災害後の数か月から数年間には、引っ越しした、家庭内環境や生活環境が変わった、友人がかわったなど、様々な二次的な環境変化があり、それ自体が子どもにとってストレス因子となる。ストレス因子の程度、これに対する対処能力には個人差があり、ストレスに対処できなければ心因反応があらわれてくると考えられている。一人ひとりが持つ回復能力（レジリエンス）は、大きく異なり、①肯定的な未来志向性、②感情を調整する力③興味・関心の多様性、④忍耐力などと正の相関を持つといわれている¹⁰。障がいを持っている、セルフエスティームが低い、家庭環境が脆弱、被虐待児であるなど、災害が起こる以前からあった要因や子どもが最も信頼している家族や友人との別れなど災害による要因がレジリエンスの強さに関係しているといわれており、子どもの体や心に対してだけでなく、保護者や家庭をも含めた対応が必要となってくる^{7, 11}。

平成23年度とは異なった他の特徴として、戸外遊び・散歩を徐々に再開されていく中で、本当に自然物を触らせて良いのか、散歩して良いのかなど、保育士側の不安が増幅していた。また、震災後、制限の中であっても保育が落ち着いてくるようになり、震災の長期的な子どもへの影響はどうかなど、将来への不安も増幅していた。保育士への正しい情報提供、支援する人を支援する仕組み作りは重要である¹²。特に福島については、原発事故という人災も加わり、震災の長期化が著しい。長期化する場合には、なおさら、子どもを支えるためにも保育士等支援者への支援が重要である。保育士は「自分たちがしっかりとしなきゃ」という気持ちを常に持って保育にあたっており、保育士自身のメンタルヘルスにも留意が必要である。

もう一つ、平成23年度と異なった特徴として、保護者の心配の程度や方針の相違により、子どもの様々な経験の機会の差が広がってきたことが挙げられる。例えば、体の育ちを意識して活動的に過ごす家庭と、放射線量を意識して家でゲーム等をして過ごす家庭の2極化が見られ、保育所でも戸外遊びや散歩家庭の方針をお願いされる保護者もいた。保護者も被災者であり、近親者を失ったり、住居環境が変化したりしている。適切な情報提供をしつつも、寄り添った対応が必要である。

3. 保育所における子どものメンタルヘルスに関する対策（まとめ）

1) 災害時の子どものメンタルヘルスについての基本的知識とその対応方策の普及

災害やその後継続する環境変化に対する子どもの体や心の反応を十分に理解した上で子どもを安心

させるための対応が必要になってくる。保育士は、所外研修、所内研修などの機会を活用した子どものメンタルヘルスの基本的知識とその対応方策の習得が重要である。

2) 日頃からの予防的対応

保育所で生活する幼児であっても、集団保育の中で、ほめあったり、リラックスをしたりするなど自尊感情を高めあう方法を身につけることができる。災害や災害後の環境変化等によるストレスに強くなり、レジリエンスを高めることができると考えられ、日頃からの予防的対応が重要である^{7, 13}。

3) 早期に専門家につなげる必要性を見極める力（ハイリスク児の対応）を養う

iの一貫であるが、保育士のハイリスク児を見極める力が必要である。子どもの体や心の反応が長期化していたり、程度が重い場合は、早期の治療的介入により、症状の軽減、回復につながり、また、二次障害の予防ができる。保護者を通じた心の診療医へのコンサルトも場合によっては可能ではあるが、まずは、日頃から関係のある保健機関や医療機関に相談することが第一歩である。

4) 保育士自身のメンタルヘルスに関する対策

極度の緊張感、責任感の中、高い専門性をもって長期にわたり災害後の子どもの保育にあたる保育士のストレスは計り知れない。研究会、ケース検討など、保育士間の情報共有や話し合いの場は、ストレスの軽減のみならず、自尊感情を高めあう場として有効である。保育士自身が自分も含め誰もが抑うつなどの精神症状を持つ可能性があるとして理解し、それらのサインにまずは気づくこと、そして、気づき声かけできる職場の雰囲気作りも、大変重要である。

5) 日頃からのメンタルヘルスに関する機関との連携強化、連携システム構築

保育所にとって、子どものメンタルヘルスに関連する機関とは、児童相談所、保健センター、小児科、心の診療医などが該当する。また、長期的な見守りが必要な子どもの就学にあたっては、小学校との連携も必要である。災害時に必要な連携をとるには、ケース紹介や勉強会、自治体主導の連絡会、ネットワーク会議など、日ごろからの連携強化やシステムの構築が必要である。

6) 適切な保護者支援（不安の軽減、子育て支援、正確な情報提供）

保護者の心のありようが子どもの育ちに大いに影響する。子どもの健全な心身の発達を促すには、保護者支援は必要であり¹⁴、保育所保育指針にも保育士等の業務であると位置づけられている。保護者もまた被災者である。これまでの保護者支援に加えて、より正確な保育の方針や取組み状況、子どもの様子をより正確に情報提供することで保護者の不安の軽減につながると考えられる。また、震災後の環境変化は、保護者の不適切な養育のリスク因子であることも念頭においた対応が必要である。

<参考文献>

1. 平成 24 年 9 月 28 日 Press Release. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課. 保育所関連情報取りまとめ(平成 24 年 4 月 1 日).
2. 社会福祉法人全国社会福祉協議会全国保育協議会. 「東日本大震災被災保育所の対応に学ぶ」～子どもたちを災害から守るための対応事例集. 平成 25 年 3 月.
3. 全国保育士会. 全国保育士会の東日本大震災被災地支援活動. <http://www.z-hoikushikai.com/hisaichi/>
4. 植田紀美子, 山崎嘉久, 今本利一, 他. 被災後の対応を含めた在宅障がい児支援ツールの開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)被災後の子どものこころの支援に関する研究. 平成 24 年度総括・分担研究報告書. 平成 25 年 3 月. 11-21.
5. 福島市. 全市放射線量測定マップ. <http://www.city.fukushima.fukushima.jp/soshiki>

/29/houshasenmonitaring140424.html

6. 太田勝正. 低レベルの放射線被ばくが子どもに与える影響について. 母子保健情報. 2011; 64: 78-84.
7. 杉山登志郎, 山村淳一, 野村和代, 他. 子どもにおける大震災の後遺症を減らすための対応. 発達. 2011;128(32):29-35.
8. 小沢紀美子. 子どもの遊び場の確保. 母子保健情報. 2011; 64: 63-66.
9. 日本小児心身医学会. 災害時の子どものメンタルヘルス対応のために. <http://www.jisinsin.jp/documents/mentalhealth.pdf>
10. 高田哲. 災害が長期化した際の子どもの健康へのケア. 教育と医学. 2011;59: 1070-1078.
11. Oken BS, Chamine I, Wakeland W. A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. Behav Brain Res (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2014.12.047>
12. Steven EK, Tait VF, Arid L. Helping the helpers to help children: advances by the American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2011; 128 Suppl 1: S37-39.
13. 奥山真紀子. 被災した子どもが受ける衝撃とその支援. 母子保健情報. 2011; 64: 70-74.
14. Schor EL ; American Academy of Pediatrics. Task Force on the Family. Family Pediatrics : report of the Task Force on the Family. Pediatrics 2003; 111 : 1541-1571.

表. 子どもの変化に関する記録（頻出語リスト）

| H23 年度 | H24 年度 | H25 年度 |
|--------|--------|--------|
| 遊び | 子 | 子 |
| 外 | 遊び | 遊び |
| 見る | 感じる | 感じる |
| 多い | 戸外 | 自然 |
| 子 | 見る | 震災 |
| 出る | 外 | 機会 |
| 地震 | 子ども | 散歩 |
| 言う | 体力 | 子ども |
| 子ども | 思う | 思う |
| 遊ぶ | 出る | 少ない |
| 感じる | 心配 | 外 |
| 走る | 多い | 見る |
| 戸外 | 少ない | 戸外 |
| 姿 | 震災 | 出る |
| 少ない | 制限 | 以前 |
| 疲れる | 機会 | 育ち |
| 行く | 散歩 | 増える |
| 地震ごっこ | 自然 | 遊ぶ |
| 低下 | 経験 | 多い |
| 保育士 | 遊ぶ | 運動 |
| 友達 | 影響 | 影響 |
| 自然 | 活動 | 経験 |
| 室内 | 少し | 触れる |
| 転ぶ | 触れる | 心配 |
| 敏感 | 増える | 体 |
| 放射能 | 庭 | 行く |
| 運動 | 歩く | 体力 |
| 経験 | 心 | 保護者 |
| 言葉 | 体 | 過ごす |
| 思う | 低下 | 活動 |

障がいを持つ子どもへのケア

大阪府立母子保健総合医療センター
臨床研究支援室 植田 紀美子

子どものメンタルヘルスに関する災害マネジメントを考えると、障がいを持つ子どもの場合は、特にメンタルヘルスのみならず、災害に起因する生活全般の変化とそれへの対策を社会モデルから考えていく必要がある。障がいを持つ子どもについて、災害時に生じる問題やその対策について記述する。

1. 障がい児者の被災状況

内閣府が発表した東日本大震災における障がい児者(身体、療育、精神保健福祉手帳保持者)の死亡率は、宮城県の場合、全障がい者数比 1.7%であり、全死亡者数の総人口比 0.4%の倍以上の高さであった(平成 24 年 3 月 29 日)。また、毎日新聞(平成 23 年 12 月 24 日)、NHK(平成 24 年 3 月 6 日、6 月 10 日、9 月 11 日)、共同通信(平成 24 年 7 月 30 日)、河北新報(平成 24 年 9 月 24 日)などの報道各社が東日本大震災で死亡した障がい児者(障害者手帳所持者)の死亡率が全住民の死亡率と比べて 2 倍近くあったと報道している。

災害はどの人にも等しく襲いかかるわけでない。人災の側面として障がい等がもたらす脆弱性、社会構造や制度上の環境的障壁があると指摘されている¹。災害による影響を考えると、障がい児者の場合は、通常災害マネジメントに加え、この「人災」の内実を明確にして、今後の対策に生かしていくことが重要になってくる。

2. 災害時に障がいを持つ子どもに生じる問題

1) 障がい別からみた問題

(1) 脳性まひなどの身体的な障がいをもつ子ども

高田らが阪神淡路大震災の 2 か月後に実施した養護学校、通園施設に通う子ども家族 678 例へのアンケート結果によると、災害直後は避難所の確保、移動、医療物品・介護用品の確保、主治医との連絡に困難を感じていたと報告している^{2,3}。特に在宅酸素療法や在宅人工呼吸器等を使用する医療依存度が高い重症児では、災害後、数か月から数年では、これまでケアをうけていた医療機関と新しい居住地での医療機関との連携が困難で、嚥下機能や身体機能の回復に余計な時間を要したり、理学療法などの訓練が継続できずに身体機能が低下したりなど、子どもの体調に直結する問題が生じている^{3,4}。

てんかんを合併する子どもも多く、定期的な服薬が必要であるにもかかわらず、薬が切れても薬の入手に時間を要したケースも多かった。環境変化やストレス、十分な睡眠がとれないためにてんかん発作の増悪のリスクが高くなる上、適切な抗てんかん薬による発作コントロールが十分にできない問題があった。

(2) 発達障がいや知的障がいなど情緒・認知面での障がいを持つ子ども

発達障害情報・支援センターが震災発生から 1 年後に発達障がい児・者に実施したアンケートによると、震災直後の生活に困ったこととして、「物資の確保(66%)」「情報不足(61%)」「移動手段(59%)」が上位で、通常の障がいのないお子さんの家族と同様であった。次に「心身状態の悪化(48%)」で、大きな声をあげたり動き回ったりする、パニックになるなど、変化に対する不安や抵

抗が強く、適切に対処できない状況が報告されている⁵。また、避難所では、これらの行動が周りの人に迷惑をかけてしまう場合があり、本人ばかりでなく家族も大変なストレスを感じ、そのため車で寝泊まりしている家族も少なくなかったと言われている。日本自閉症協会が平成24年12月に4県の会員に実施したアンケートによると、災害後に新しく表れた症状として「不安やおびえ」(14.4%)、「こだわり」(6.4%)が、困っていることとして「こだわり(29%)」、「興奮やいらだち(17%)」が上位であった⁶。このように、災害発生前からの症状や行動でも集団生活などの環境変化により困った行動としてとらえられていた。

発達障がい児の問題行動を強調した報告が多いが、災害直後は落ち着いて行動するなど非常に冷静であったと指摘されている。実際、前述の日本自閉症協会によるアンケートでも災害時は59%が周囲の指示に従っていて、7%のみがパニックになっていたという回答であった。これは、発達障がい児にとっては、毎日が想定外の出来事で、また起こっているという認識であったこと、2つ目は視覚的刺激を用いた指示内容が増えるなどわかりやすい環境に一変したこと、3つめは自分を守るため、環境からの遮断として、寝続けるなど「落ち着き」により行動調整をしていたと説明されている⁷。

(3) 視覚・聴覚など感覚器障がいを持つ子ども

緊急放送による情報の把握に時間を要したり、避難所等での情報(張り紙・伝達)の入手に遅れたりなど、事態の把握や理解が難しい。そのために様々な不安が生じやすいと報告されている^{2,3}。

2) 顕在化した問題

今回の震災で明らかになった課題の一つに、普段は障害福祉サービスとの関わりが薄い障がいを持つ子どもや通常学級に在籍している障がいを持つ子どもの支援が困難であったことが挙げられる。子どもの発達の偏りが軽度である場合、家族は進んで周囲に知らせることが少ないが、震災のような有事の場合は、一転して周囲の理解を求める必要性が増す⁸。子どもの障がいが見えにくいために周囲からの理解が得られにくい上に、家族自身も特別な支援が必要だと思われたくないという思いが強い場合が多い³。日頃からの子どもを中心としたネットワーク作りや社会の発達障がいに関する理解の促進が必要である。

3) 障がい種別を超えた共通の問題

避難場所や避難手段の確保は、すべての人に共通する課題だが、障がいを持つ子どもの場合は、特別な配慮が必要である。災害時要援護者の避難支援ガイドライン⁹では、自助・地域の共助を基本として、要援護者に関する情報を平常時から収集し、電子データ、ファイル等で管理・共有するとともに、一人一人の要援護者に対して複数の避難支援者を定めるなど、具体的な避難支援計画の策定を必要としている。具体的には、地域における要援護者にかかる情報の把握・共有及び安否確認方法等を市町村地域福祉計画に盛り込むこととされている¹⁰。ここでの災害時要援護者とは高齢者、障害者、外国人、乳幼児、妊婦等で、災害から自らを守るために安全な場所に避難するために支援を要する人々を示す。日頃からのつながりが災害時などの迅速かつ的確な要援護者支援に資すると言われている。実際、要援護者名簿が作成され、かつ地域で周知され、防災訓練等で活用されていた地域は障がい児者の死亡率が低かったと報告されている¹¹。ただ、東北三県沿岸部の35市町村のうち、誰がどの要援護者を支援するかという個別計画まで立てていたのでは、震災当時は6市のみであったのが現状である¹²。

要援護者が安心して生活するための福祉避難者は、平成9年に災害救助法により位置づけられた。高齢者、障害者等であって避難所での生活において特別な配慮を必要とする者を収容し、要援護者

概ね 10 人に 1 人の生活相談職員の配置による相談や心のケアなどを実施し、バリアフリー化が図られた避難所である。実際は、要援護者が福祉避難所の存在を知らなかったり、福祉避難所が要援護者名簿を市町村に求めても個人情報開示にハードルがあったりなどの課題が報告されている。災害時要援護者の把握、福祉避難所の指定、備蓄や人的支援の仕組みづくりや分担、重度障害者、難病等への個別対応等を福祉計画に盛り込むとともに、実際に運用できるような地域づくりが重要である¹³。厚生労働省の全国調査によると、市町村における福祉避難所の設置状況は、平成 23 年 3 月は 41.6%、平成 24 年 9 月は 56.3%であり、まずは福祉避難所の設置を進めていく必要がある。

3. 災害時の障がいを持つ子どもへのケア

災害の影響を受けた障がいを持つ子どもへの関わり方のポイント¹⁴は、まずはそれぞれの障がいの理解である。周りから見えにくい、理解しづらい発達障がいや知的障がいを持つ子どもについては、障がいの理解とともに災害時の特徴的な行動も理解することが重要である。知的障がいを持つ子どもには理解力に即した伝え方、関わり方が重要である。また、発達障がいを持つ子どもについては、見通しを持たせる、日頃からの環境をなるべく変えない、一定の生活リズムのもと安心できる生活パターンを作っていくことが必要である。不安や過敏性、不眠が強い場合は薬物治療も必要になる¹⁵。てんかんを持つ子どもは、不規則な生活や睡眠不足に特に留意が必要で、薬の手持ちを前もって確認し、確保することが重要である。

発達障がいの子どもの場合は一度症状が落ち着いたように見えても、震災関連の多くの情報にさらされることで災害後しばらくたってから再びパニックが生じるなど、症状の回復、安定を見通しにくい¹⁶。一緒に過ごす保護者や支援者がそのことを理解した上で、行動や情緒の変化を見極め、必要時には専門家を受診するなど、適切な対応が必要である。

災害後の長期的な視点で発達障がい児の特性を踏まえたストレスマネジメントについて、田中は継時的に 6 つの段階にまとめている¹。

- 1) 発災直後から余震が続く間の安全安心体験の確保の段階：抱きしめるなどのスキンシップは障がいのない子どもには有効であるが、発達障がい児の不安は軽減されにくい。単純な役割労働を任せたり、日常の活動をいつもと同じようにすることで安全安心体験が確保される。この行動は周りから理解しづらく、場合によっては非難の対象にもなりうるため、日常的な障がい理解の啓発が重要になってくる。
- 2) 被災状況について現実に生じた物的被害や人的被害と向き合う段階：自己中心的幻想が強くみられることが多いため、視覚的支援による情報伝達を行うなど、子どもの理解力や学習スキルに応じた対応が必要である。
- 3) 被災状況に直面したことを心におさめ不安をコントロールしていく段階：障がいのない子どもの場合と共通し、津波ごっこや地震ごっこなど、自らトラウマ場面を再演する行動(外傷性再演)をとり、その過程で不快感や怒りを放出し自ら心のケアを行っている¹⁷。ただ、極端な不幸なストーリーに固執したり、ネガティブな感情になったりすることがあり、ある程度の介入が必要になる。
- 4) 被災体験をめぐるポジティブ感情に向き合う段階：グループワークなどで“震災後に頑張った自分”を確認しあうことで自己効力感を高めることができるとされている。
- 5) 被災体験をめぐるネガティブ感情に向き合う段階：子どもによっては、もともと持っている極端な罪悪感や自己評価の低さが震災によって増幅される場合がある。障害特性を含めた自己理解の点から自尊心を大切にする関わりが必要になる。

6) 取り戻した日常生活のなかに取り戻せない喪失を入れ込んでいく段階：日常生活を送る中で、失った友人や物に対する気持ちやメッセージを具体化していく作業を通じて、震災体験を乗り越えた心理的な成長（PTG：Post Traumatic Growth）を期待できる。

4. 災害への備え：障がいを持つ子どもへのケア

平常時が一番強く現れるのが災害時である。障がいを持つ子ども＝要援護者という福祉の観点だけではなく、医療、教育、保健も含めた総合的な視点に立つことが望まれる。

1) セルフケア、心理教育

子ども自身が災害から自らを守るために発達や能力に応じた周囲の人々との関わりが必要になる。例えば、医療依存度が高い子どもであれば自分の病状、治療方針、治療や生活に必要な物品などの情報を、子ども自身が理解する必要がある。また、子どもの理解力に応じて、保護者や医療従事者、学校教職員等の支援者が確認する必要がある。“子供を守る”という発想の下で行っていた災害の備えから“子どもが災害への備えについてのセルフケア能力を高め、周りの支援者が不足している能力を支援する”という発想が、子どもの生きる力を高めることにもつながる¹⁸。

障がいを持つ子どもの能力に応じた心理教育も災害の備えになる。自分の感情を認識したり、リラックスするなど自尊感情を高める方法を身につけることも重要である¹⁹。また、災害時にどのようにするかなどをシュミレーションして学んでいくようなSST(Social Skill Training)は、障害を持つ子どもにとって有用な方法で自己対処能力を高めることが期待できる。

2) 居住地における日頃からのネットワークづくり

緊急時に頼りになるのは相互の助け合いであり、日頃からの相互支援関係の程度による²⁰。障がいを持つ子どもの存在を地域に知ってもらい、理解してもらうことは日常生活を送る上でも有用である。当たり前のことだが、障がいを持つ子どもにとっても日頃から社会は身近な存在であるべきである²¹。

障がいを持つ子どもは要援護者として支援される側の側面がクローズアップされる。しかし、避難所で自分の食事を周りにあげたり、やさしい言葉がけをしたりなど、素直な気持ちで周りの者を気遣う姿、人と人をつなぎ笑顔をもたらす姿、このような援護者としての姿も報告されている¹。“支援する人—支援される人”、誰もがどちらにもなりうる可能性があり、多様なニーズを持ち合わせた者たちが相互扶助の中で共生していく考えも忘れてはならない。

3) 障がい特性の理解促進

震災では、同じ支援者が子どもをみる状況にない場合も多い。震災発生時に子どもは学校、親は職場や自宅など、別のところにいる場合もある¹¹。引っ越しをしてかかりつけの医療機関が変わることもある。子ども自身の医療情報、個人情報家族が管理し、いつでも支援者に提示できるように備えることは重要である。2004年に発生した新潟県中越地震を機に開発されたサポートブックやヘルプカードは、子どもが自らを説明するために携帯するカードで、連絡先、内服薬、緊急時の対応方法、部屋が何階か、けいれん発作の誘因、体温調整方法などの子どもが生活する上で必要な情報を記載できる²²。米国では、小児科学会が中心となって、障がいや特別な医療的ケアが必要な子どもたちが継続して療育や医療を受けることができるように基礎疾患や内服薬、よくある問題とその対処方法などの情報を常時携帯することが望ましいとし、学会が作成した記録用紙を使用している²³。家族の同意が前提で個人情報の保護に留意が必要であるが、このような方法で子どもの障がい特性を共有することにより災害に備えることは有効であり、今後は制度化していくことなどの検

討が必要であろう。

4) 行政等のシステムの整備

要支援者登録の推進や福祉避難所の整備は前述した。医療依存度が高い重症児の場合は、電源の確保、省電力化・軽装備化などの在宅医療機器の開発、災害時対応可能な医療情報通信ツールの整備等、個別の対応が必要になり、関係者が支援計画を確認することが重要になってくる²⁴。

平成 23 年 3 月 11 日午前に障害者制度改革推進本部で障害者基本法の改正法案が承認された。その午後に発生した東日本大震災を受け、第 26 条（国及び地方公共団体は、障害者が地域社会において安全にかつ安心して生活を営むことができるようにするため、障害者の性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じて、防災及び防犯に関し必要な施策を講じなければならない。）が追加された。障がい児者が支援からとり残されて被害が拡大した事例が多数報告された教訓から障がい児者のための防災・防犯活動実施の必要性を確認する規定ができた。今後、具体的なシステムの整備を期待したい。

<参考文献>

1. 田中 真理. 「障害」をめぐる支援と防災教育. 教育と医学. 2014; 62: 267-277.
2. Takada S, Shintani Y, Shoma O, et al. Difficulties of families with handicapped children after the Hanshin Awaji earthquake. Acta Paediatrica Japonica. 1995; 37: 735-740.
3. 高田 哲. 災害が長期化した際の子どもの健康へのケア. 教育と医学. 2011; 59: 1070-1078.
4. Tanaka S. Issues in the support and disaster preparedness of severely disabled children in affected areas. Brain & Development. 2013; 35: 209-213.
5. 発達障害情報・支援センター. 災害時の発達障がい児・者支援エッセンス—発達障害のある人に対応するみなさんへ—. 平成 25 年 3 月.
6. 社団法人日本自閉症協会. 自閉症の人たちのための防災・支援ハンドブック—支援する方へ—平成 24 年 3 月.
7. 田中 真理. 障害のある子どもたちにとっての震災体験とその支援. 教育と医学. 2012; 60: 244-252.
8. 福地 成. 災害時の発達障害児への支援—東日本大震災の経験から. 発達障害医学の進歩. 2013; 25: 36-42.
9. 内閣府. 災害時要援護者の避難支援に関する検討会. 災害時要援護者の避難支援ガイドライン. 平成 18 年 3 月 28 日.
10. 厚生労働省. 「要援護者に係る情報の把握・共有及び安否確認等の円滑な実施について」（平成 19 年 8 月 10 日雇児総発第 0810003 号、雇児育発第 0810001 号、社援総発第 0810001 号、社援地発第 0810001 号、障企発第 0810002 号、老総発第 0810001 号課長連名通知）
11. 内閣府. 災害時要援護者の避難支援に関する検討会（第 3 回）議事概要. http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/h24_kentoukai/4/2.pdf 平成 24 年 12 月 26 日.
12. 田中 総一郎. 3.11 を経験して—普段から大切にしておきたいつながりと備え. 日本重症心身障害学会誌. 2013; 38: 11-18.
13. 細田 重憲. 東日本大震災津波時における福祉避難所の状況とみえてきた課題. 月刊福祉. 2014; 97: 43-47.
14. 石崎 朝世. 大災害時における子どもの心への支援の基本—小児科の立場から. 小児科臨床.

- 2012; 65: 2146-2149.
15. 日本小児心身医学会災害対策委員会. 災害時の小児の救急とその課題 日本小児心身医学会の取組. 母子保健情報. 2011; 64: 13-19.
 16. 山本 美智代, 中川 薫, 米山 明, 他. 首都圏に住む発達障害児の母親の東日本大震災での体験. 小児保健研究. 2014; 73: 52-58.
 17. 杉山 登志郎, 山村 淳一, 野村 和代, 他. 子どもにおける大震災の後遺症を減らすための対応. 発達. 2011; 128: 29-35.
 18. 加藤 令子. 医療的ケアの必要な子どもへの支援 医療を必要とする子どもの災害への備え 子どもセルフケア能力を高めるために. 小児保健研究. 2012; 7: 637-646.
 19. 奥山 眞紀子. 被災した子どもが受ける衝撃とその支援. 母子保健情報. 2011; 64: 70-74.
 20. 菅井 裕行. 東日本大震災後の障害のある子どもの支援 つながりの力と共創. LD 研究. 2013; 22: 166-174.
 21. 田中 総一郎. 東日本大震災と障害児医療 最も頼れる防災は地域ネットワークである. 障害者問題研究. 2012; 40: 124-131.
 22. 永井 一郎. 第3章 HELP カード. 田中 総一郎 著編. 重症自社の防災ハンドブック. 京都; クリエイツかもがわ. 2012. 179-196.
 23. American Academy of Pediatrics; Committee on Pediatric Emergency Medicine and Council on Clinical Information Technology; American College of Emergency Physicians; Pediatric Emergency Medicine Committee. Policy statement--emergency information forms and emergency preparedness for children with special health care needs. Pediatrics. 2010; 125:829-837.
 24. 渡部 誠一. 在宅医療デバイス依存 (在宅人口呼吸など) の子どもたち. 小児科診療. 2014; 77: 79-84.

避難している子どもへのケア

日本子ども家庭総合研究所
山本 恒雄

1. 被災直後～初動の段階：生活の安全・安心、安定を図る

まず、被災家族全体の生活の安全・安心、安定を図ることが最優先である。直接的・間接的に怖い経験をして心身の危険を感じ、衝撃を受けた上に生活環境が激変していつもの日常生活を失った人たちは、何よりも安全で安心できる場所、ホッとできる居場所を探し求める。

被災直後の時期は、被災によるストレスについては急性期にあたり、この時期に災害体験に向き合うことは、おとなも子どもも強過ぎる再体験反応、過覚醒反応を起こしやすく、感情のコントロールを難しくしてしまう。そのため、被災の振り返りを促進するデブリーフィングは推奨されず、被災に対する「こころのケア」が準備されていることを伝えるにしても、ストレス状態を聴き取るにも慎重な配慮が必要となる。

この段階では、子どもだけを対象とした関わりよりも、子どもを含む大人、家族・親族全体に対して、その安全・安心の確保につながる働きかけを優先することが大切である。

子どもは急性期にあっても早くから「津波ごっこ」や「地震ごっこ」をして自身の再体験反応を表出するが、おとなのように自覚的・自省的に経験に向き合っているのではなく、非言語的な表現活動が活発であるために、自身の内で生じる再体験反応を「思わず自然に表現している」のだ。それは回復の一步としては評価できるのだが、「意識化させること」や「強いて表現させること」と、こうした自然な表現活動は全く異なっていることを知っていなければならない。

急性期のストレスに対する援助のポイントは被害体験に向き合うことではなく、自然に生じる被害体験の再体験反応のために過覚醒状態がおこり、感情コントロールが難しくなることに対して、リラクセーションを身につけて身体反応や感情をコントロールできる自信を培うこと、そうしたストレスマネジメントを普及させることにある。要はホッとできる機会をどのように増やしていけるかということが重要となる。足湯、マッサージ、動作法、呼吸法を含む体操、自衛隊のお風呂サービスなど「からだところのリラクセーションと社会的支援」が一体となって提供されることが重要である。

この時期の子どもへのケアの焦点は、子供の面倒を見ている周囲の大人と支援者がつながること、力を合わせて安全・安心の場を確保し、みんなで子どもの面倒を見ることができるよう、心を合わせられるようになることである。具体的には生活再建のための基本的なニーズを重視し、ストレスマネジメントの普及を図ることや、「日常生活」と言えるようなサイクルのある生活リズムを早く再構築することが大切である。子どもに関しては地域社会や学校、所属集団の生活を部分的にでも早期に再開させ、毎日の生活の充実に向かえるような環境整備を図ること、乳幼児とその養育者にとっては健診や育児支援の場、遊びの場の早期再開を図り、養育者と子どもが共に日常的な枠組みでの相談や育児サービス

を受けられるようにすることが重要となる。

年齢段階、発達段階に応じた子どもの理解力や、体力、社会性や対人関係能力への適切な理解と配慮は当然重要となる。公共のサービスが不足すると、保護者や近親者の個人的な余裕の幅や期待、発達の理解の程度に応じて、子どもに過剰な期待が寄せられたり、適切なサポートが得られにくくなったりするバラつきが起りやすくなる。乳幼児健診や保育所や幼稚園、学校の再開はそうした点で子どもをサポートし保護者に適切な情報提供をおこなう重要な役割を果たす。

子どもはたいてい自分の面倒を見てくれる大人と一緒にいるが、いつもそばにいてくれる大切な人とは離れ離れになっているかもしれないし、普段あまり接したことがない人や、全く見知らぬ人たちとも、とても近い距離で過ごすことになっているかもしれない。

子どもは側にいて子どもの面倒を見てくれる人たちが、どんな状態にいるか、今をどのように感じているか、緊張しているのか、打ちひしがれているか、何かに怒り、苛立っているのか、子どものことに気を配る余裕も持てないほどに大変そうか、しっかり守ってくれそうなのか、あてにならないのかなど、周囲の大人の状態に大きく影響される。

周囲が騒然として殺気立っているとか、誰もが脅威を感じて緊張しているとか、打ちのめされてどうしようもない、といったような場面では、多くの子どもは目立たず、気配りし、おとなしくしている。しかしそれは落ち着いているのとは違うし、よくコントロールされているのでもない。実は怖くておとなしくしているだけであって、心の中では嵐が吹き荒れて縮み上がり、凍りついたようになっているかもしれない。

直接的な被害が思ったより軽く済んで、元気で無事に生き延びられた人、思いがけず恐ろしい危機をくぐり抜けて、奇跡的に生かされたような経験をした人は、強い緊張と高揚感を経験し、周りの人たちと助け合い、何か使命に目覚めたかのように疲れを知らず活発に行動することがある。

子どもでもそうした高揚感を示すことがあり、はしゃいだり、笑ったり、やたら元気そうに見えたりして、周囲の大人からは、まるで被災の事なんか気にしていないかのように受け止められたり、おとな自身が無事に生き延びられた有り難さや喜びを感じているのだが、そのことを周りの被災した人に対して後ろめたく感じてしまい、目立たないように抑えているような場合、子どもの興奮や機嫌の良さを、場違いで不謹慎だと思ったり、何か不気味なことに感じたりすることもある。

ごく一部のおとなや子どもでは、選ばれた奇跡的な幸運を感じ取り、明確な根拠はないのだが様々な困難に際しての粘り強さ、しぶとさ、積極性が持続的に表現されることもある。いずれも当人にとっては自らの経験をテコにした成果であるのだが、被災直後の生活場面では、違和感を持って見られたり、実際に頑張り過ぎて、後に落差のある幻滅感や悲哀、孤立感に陥ったりする危険性もあり、慎重に見守っておくことが必要である。

もしも子どもをきちんと意識的に守り、面倒を見てくれる特定のおとなが定まらないような状態が認められたり、本来、子どもの安全を保障すべき大人である人物が、明らかに不十分、あるいは不適切な子どもへの対応に陥っていたりする場合には、直ちに子どもの

安全を保障するための手立てを確保しなければならない。インフォーマルに子どもの安全を担える人がすぐに見つからない場合には、社会的養護サービスを提供する必要がある。この際にも、誰か、インフォーマルに子どもの成長と人生に個人として関わられる人物を探し出す努力が必要である。ただし、これまでの日本での大規模災害の経験からみると、そうした場面で社会的養護サービスを必要とした子どもは極めてごく少数であった。

子どもの面倒を見るべき大人が十分に機能できておらず、子どもの安全を社会的に保障しなければならないような事態が認められても、支援者はそうした大人を子どもの前でいきなり非難したり、否定的に扱ったりすることには慎重でなければならない。客観的には養育が破綻しているような状況があっても、子どもにとって唯一の頼りに思っている人物が否定的に扱われることに子どもはさらにショックを受け、心細く、不安や恐怖を強めてしまう危険性が高い。

また、子どもにとってはよく知らない支援者をどのように評価し、判断してよいか分からない。それよりもたとえ不都合なところが多々あったとしてもなお、よく見知っている身近な大人こそが愛着の対象であり、依存の対象となっている。支援者はこうしたおとなに対して可能な限り、当面の生活の安全・安心の確保、生活の安定という点で支援的に関わり、その効果を見極める作業を通じて大人自身の事態の受け止めや、養育の評価を慎重に行う必要がある。ただしいついかなる場面でも、子どもの安全と最善の利益の保障が大きく損なわれる事態に対しては、子どもの安全と安心を守る、大人として皆が共通に担っている養育責任の名において、子どもの安全の保障が最優先事項であることを外してはならない。

多くのこれまでの先行経験が、被災直後からの子どもと保護者の深刻な混乱と不適應問題の発生の背景には、被災以前からの家族の脆弱性、親子を含む家庭内外のトラブルの存在が先行する負因としてしばしば存在していることを認めている。また被災自体が、それまでは何とか危ういバランスを保ってきた家族関係や近隣との関係、生活課題について、それぞれが抱えてきた問題性を表面化させ、浮き彫りにする機会となることがある。当事者はそのことに対して、再び元のバランスに戻せないかと事態を消極的・否定的に受け止めているかもしれない。ただ、本来、課題であった事柄が、明らかになり、解決・改善のために一歩前に入るきっかけが見えていると捉えることも重要である。

支援者は当事者の戸惑いや不安を尊重しつつ、焦らずに落ち着いて少し距離を取りながらも事態と向き合い、そのことへの気づきのための時間をとる配慮が必要である。もちろん、初期段階の支援の重点は、家族・親族全体の安全、安心と安定の確保を図ることに力点があるので、それを崩してまで、問題の解決に突入することは必ずしも有効とは言えない。むしろそのことにひとまず、気づきの印を与えて、そっと括弧に入れておけるような対応が望ましいことが多い。

近親者や知人・友人に死者が出ている、行方不明者が多く出ているような場合には当然、葬儀への参列や喪の作業が必要となる。これらの対応は全体的なこととしては最小限度にシンプルな健康管理や簡潔な喪のメッセージ、異常事態への正常反応としての心理教育の情報提供などに留め、急性ストレス反応を示し、誰かに話しを聴いてほしいと思う人には個別に対応できる体制を用意することが必要である。

保護者やおとなに対してはストレスマネジメントや心身のサポートについての研修や情報提供を通じて、まず自らのストレスに対処できるように、そして子どもへの望ましい対処の仕方についての共通認識を拡げるようにすることが重要となる。

2. 被災後初動対応が一段落した時期（3～6 か月後）：生活の充実、可能性の幅を広げる

被災直後からの支援によって日常生活リズムの再構築がある程度進められているならば、次はそれぞれの居場所の状態に合わせた支援が重要となる。多くの子どもが所属集団の生活に復帰できているとか、定期健診体制が再開しているのであれば、そこでの子ども向けの支援と、地域における家族ぐるみの支援の2系統の支援が展開できるようになる。

地域の復興が遅れ、長期に避難所や仮設住宅での生活が続き、なかなか日常生活の回復が進んでいないような状況では、引き続いて日常的なストレスに対する対処能力の維持・向上が重要となる。当然ストレス状態の継続が長びけば、経済的な回復の遅れなどを背景に二次的な家族内トラブルの表面化などが増え、直接的な被災ストレスとは異なるトラブルにさらされて支援を要する子どもの数が増えてくることを想定しておく必要がある。

初期段階で日常生活の再構築まではできてきていたとしても、被災ストレスへの対処が遅れていたり、ストレスマネジメントが浸透できていなかったりした場合、また周囲のおとな自身のみずからの被災体験への対処に追われ、子どもには日常生活の復旧を提供するのが精いっぱいであったりした場合、多くの子どもは勉強や遊び、スポーツなどに集中して頑張りをみせるが、夜眠れなかったり、悪夢を見ていたり、再体験反応が起こっていても、そうした気持ちを押し込めて頑張り続けるという過剰な適応反応を示しやすい。こうして閉じ込められた悲しみや怒りは、初期の急性期が過ぎるころから、行動化や身体的反応となって表面化してくる。PTSD などの問題症状が表面化するのもこの時期以降である。

自責感や未達成の喪の作業などを内に抱えたまま、被災体験を心の中に閉じ込め続けることは、被災ストレス障害のリスク因子となる。行動化や身体反応となって表面化した場合でも、何らかの対処課題が表現されてきたのだと肯定的に捉え、被災体験についての意味ある表現活動に結びつけていくことがこの時期の重要課題となる。

基本的にはリラクゼーションやストレスマネジメントの浸透が図られていること、日常生活リズムの復旧がある程度図られ、子どもと支援者が日常的・継続的に接触できる体制が用意されていることを前提として、子どもにはこの時期以降、メモリアルディがやってくるまでに、被災体験に対する回復と対処の課題、修復的な表現活動のための情報提供とサポートが重要な課題になってくる。

子どもへのトラウマ・ストレスの説明やセルフケアのためのトレーニングについては子どもの年齢・発達段階、理解力、被災体験の深刻さに合わせた対応が重要となる。またその準備段階として心身の健康状態についての詳しいチェックがこの段階で初めて可能となる。これらの具体的な手法については教育分野での様々な手法の検討と総括が進められているので参考にされたい（例えば文献1）を参照）。

被災からの回復においては、単なる被災ストレスへの対処としてのマネジメントやトラウマ・衝撃からの回復だけを目指すことでは充分ではない、という認識が重要である。被災者がみずからの痛みに戻って来て、何にチャレンジすることに意味を見出すかといえば、それは再体験反応や PTSD の症状を克服するだけでなく「今、これから」の人生を充実・展開させるためである。それは地域の防災と心身のダメージへのケア、そして個々の生活・人生の充実・展開に沿うことにポイントがある。被災からの復興は「人間の復興」でなければならない。それは被災地だけの課題ではなく、あらゆる水準で、あらゆる場所

で、「被災」を経験したすべての人にとっての課題である。

被災 3～6 か月目の支援として、それが初期対応以降の中期の支援と位置付けられる場合には、これまでの生活・人生よりも広く、あらゆる人生の可能性を拓げるための生活の充実と可能性追求のための機会が提供されることが重要となる。ここでは逆境やトラウマを経験した人のポジティブな変化への注目：トラウマ体験後の成長（posttraumatic growth）という考え方、苦痛をコントロールし、喜びや楽しみだけがすべてではない「よき人生：期せずして得られる有意義な人生を生きること」に注目することが重要となる。子どもにとっては学習や様々な活動への集中・没頭の機会を提供し、支援すること、自らのあらゆる可能性を追求する機会を提供することが重要である。

大規模災害は、被災した地域社会の伝統的な産業・経済構造、親族・地域社会構造に大規模な損害と継続的な影響を与え、その根本的な変容・転換を迫る可能性が高く、単なる復旧を図るだけではない変革が迫られる。子どもの人生はその長い将来性において、おとなよりも、それら変革の可能性に大きく影響される。それは危機でもあるが、同時に可能性の拡大でもある。それまでの生活環境では想定順位の低かった選択肢も子どもの将来の選択肢に含まれてくる可能性が拓がることとなる。

被災後、初期対応の段階を過ぎたころから、先に挙げてきたような、表現されずに抱え込まれてきたストレスや、被災後の状況に反応して二次的な問題として表面化してきた家族の課題、あるいは被災以前から継続してきた問題性の悪化などが表面化し始める。これらの課題には被災に共通する事柄よりも個別性が強く、その支援にも個別的な対応がより必要となる。子どもの心身の状況に対する詳しいチェックを通じて、あるいは回復のための支援を通じて、これらの個別的な課題が見出された場合、すぐに集団全体が共有する支援活動とは別の個別的な相談支援窓口につなぐ体制整備が必要である。

3. 被災後の中・長期（6 か月～1 年目以降）支援：被災体験の表現と追悼、防災の長期目標への参加、日常生活課題への復帰と被災体験の意味

被災後の初期対応、中期対応が進んでくる中で子ども全体の被災によるダメージへの気づきとそのコントロールは徐々に充実してくる。同時に年齢に応じた被災体験の理解、回復のための取り組み、被災体験の表現活動を通じての振り返りが進められることが重要となる。被災のメモリアルディが近づく前に、アニバーサリー反応について学び、被災後 1 年を振り返る作文活動や表現活動を行うことも大切である。

この取り組みで重要なことは、標準的な情報提供と共有活動を進めるとしても、個人の回復には固有のリズム、時間の流れがあり、それが尊重されなければならないことである。グリーフケアやトラウマ後の成長としての回復のプロセスを検討してきた様々な報告をみても、決して段階を設定したからといって、直線的にその段階を追って回復過程が進むと想定してはならないことが強調されてきた。ある人にとっては最初の数年間で目覚ましい回復を遂げることがあるかもしれないが、同じ体験をしても回復の段階を開始するのに 10 年以上かかる人もあるだろう。そして同じ 10 年後、20 年後、早期に回復の兆候があった場合と、そうでなかった場合を比べることは容易ではない。固有の人生の展開は人それぞれに質的にもタイムスケジュールとしても違っていることの方が大きいからである。

被災した子どもが被災地に留まる場合、防災は初期からの対応メニューに含まれる。急

性期にあっても、余震や警報に対して避難住民はすぐに対処をしなければならず、避難経路を事前に散策するなど段階的エクスポージャーの手順を取ってから避難訓練に参加するなどの工夫が必要となる。学校や保育所などの日常生活が再開されれば、避難訓練をどうするかが課題となる。避難訓練を再体験反応だけに焦点化せず、再び災害があってもより大丈夫のように練習する、といった対処能力の向上に焦点化することが重要である。また、再体験反応がたとえ辛くても、適切な避難行動がとれるようになることも徐々に重要となってくる。学校や子ども集団の所属場所では、フラッシュバックや再体験反応についてのサポートと避難訓練や防災学習を一体化して行うことが重要である。

いずれの取り組みにおいても、集団的に共有されることがらと、個人で個別に体験されることがらとの2つの側面が重要となる。全体としての活動をすすめて、個々の反応に応じた支援を提供できる体制整備が必要である。直面化の程度としては、集団の対応はより日常的な接点からアプローチを進めるべきで、初期段階から家族、親族、担任教員など、子どもにとってなじみのある人間関係を軸にしてサポートが提供されることが適する。これに対して個別的なケアに関しては、より限定された情報管理のもと、ごく限られた家族等を含め、養護教員やスクールカウンセラー、相談員や心理士、医師などが個別に支援ケアを提供する体制が適する。

被災後の学校等での子どもへの表現活動と追悼のための支援活動は、過去の事例では、数年単位で目立たなくなっていた経過を示している。東日本大震災では復興が長期化することで、この対応が変わっていくかもしれない。「思い出させて子どもにつらい思いをさせたくない」という考えと「思い出したくないから、向き合わずにやって来てしまった」という思いの間はどうしてつなぐのか、亡くなった人を偲び、防災を語り継いで災害に強いまち、ひとつづくりを進めることが今後の課題として注目される。

時間経過と共に子どもへの支援課題は被災体験そのものから、それに続く生活課題、それ以前からの生活課題、長期的な時間軸での人生課題に関わる事柄に徐々に広がりを見せる。やがてそれらは、被災の有無に関わらずどの場所でもみられる日常生活課題へ溶け込んでいくかに見える時が来る。ただし、局外者は被災者に、立ち直りが遂げられ、平常状態が回復されたなら、もう外部からの配慮や支援を求めないと思うよう期待する態度を示しがちであることを「災害の襲うときーカタストロフィの精神医学（1986）」を著したラファエルは指摘している。東日本大震災はその規模の大きさと破壊のすさまじさによって、日本全体に大きな痕跡を残した。それは全国の地域自体が発災と同時に被災と向き合ったということである。発災からわずか1～2か月の間に、全国の自治体は被災地から避難してきた子どもと、被災地周辺に留まっている子どもの両方への支援を体験した。その経験は全国における被災者への終わることのない伴走が必要であることを示している。

忘れてはならないことがある。災害は再び、必ずどこかにやってくるということである。そしてそれを体験した人たちの人生は、大木の年輪に刻み込まれた縞模様のように、被災体験とそこから始まった体験をその人生に組み込んで進んでいく。そのことがもたらす影響は計り知れない。失ったことがらにおいても、得たことがらにおいても。

親を亡くした子どもへのケア

日本子ども家庭総合研究所

山本 恒雄

1. 基本的な留意点

親や親しい親族を災害によって失った子どもの支援において共通する大切なことは、いかなる形であっても親を亡くした経験について周囲から子どもに対して話題設定する形の支援は必ず、子どもに悲しい事実を思い出させ、突きつけることになるということである。サポートしようとするのが、悲嘆と苦悩を維持させ、再体験反応を繰り返させてしまうことになる危険性がある。サポートの基本姿勢は「万が一、役に立てないとしても迷惑をかけてはいけない（吉田 2013）」という自覚が重要である。

ただし、親を亡くした子どもの悲しみと悲嘆、弔いの過程と支援ニーズは、なかなか周囲から正確には推し量れない。親を亡くした子どもをケアするおとなは、多くの場合、そのおとな自身もまた遺族のひとりであり、ダメージを受け、自らの支援ニーズを抱えている。そうした状況において、子どもとそれに寄り添う養育者のニーズを見極め、見逃さないようにしようとする、子どもに対して適切な支援を提供しようとするは、初めから深刻なジレンマを抱えた課題となる。「最小限度、役に立たなくとも、損害を与えないよう配慮する」覚悟と共にそれでも「必要なニーズを最終的には見逃さないようにすること」が共に重要となるからである。

2. 初期対応：地域文化と安全・安心の連帯

4 の被災した子どもへの支援で取り上げたように、被災直後からの初期対応では関係者全体の生活の安全・安心の確保、安定を図ることが最優先である。日常生活を取り戻すことが重視される。ただし大切な家族を災害で亡くした人たちは被災自体のダメージと、大切な人を失ったショックの二重の衝撃を受け、それまでの日常生活を失っただけでなく、自らもまた切迫する危険の感覚にさらされ続ける。亡くなった家族が経験したであろう苦痛と恐怖は、彼ら自身の身の内に感じ取られる体験として繰り返しよみがえる。そうした人たちにとって安全で安心できる場所、ホッとできる居場所はなかなか見つからない。こんなにひどいことが起きたのに、毎日朝が来て、青空が見え、おなかが減り、風呂に入るとホッとすると、それで良いのだと思えるようになるまでにも時間が必要である。

地域社会が文化として持つ服喪と追悼の枠組み、同じ被災と喪失を経験した人同士、親族・一族の連帯の動きはそうした苦境におかれた人たちにとって、重要な支えとなる。他人の出る幕は無い。支援としては、そうした関係者の連帯を間接的に助けることが重要な方策となる。

古来、災害死者とは命を途中で絶たれ、非業の死を遂げた者であり、生き残った人たちはその残念無念の死に思いを凝らす（川村 2012）。非業の死者の怨みをなだめるために供養や鎮魂の儀礼が定められ、歌舞音曲をもって慰め、供養塔を建てて記憶に留め、後世に伝えようとした営みが、民俗行事や芸能として全国各地に存続している。盆踊りはそうした風習の日本全体での姿のひとつだが、岩手では鹿踊りや鬼剣舞、福島では念仏踊りなどが死者の霊の弔いとしていくつかの地域で行われてきた。民俗学の折口（折口 1976）によれば念仏踊りは若者が成熟のための修行を行うことによって、未完の霊魂もまた苦行を

遂げて成熟に至るために行われるという。そして非業の死を遂げた未完の靈魂を成熟に至らしめ、往生へと導くために念仏踊りが行われる。生者と死者が繋がって共に成長し、成熟に至るといふ靈魂觀が背景にあるとされる（川村 同上）。こうした文化は表面的にはもはや廃れ、人々の意識の中では遠い過去の伝承文化の名残に過ぎなくなっているかもしれないが、多数の魂の苦悩や危機が訪れるような状況においては、そうした古来からの感覚が重要な鍵となる可能性もまたあると見なくてはならない。

多くの被災死者を経験した地域社会において、日常生活への復帰とは、まず、日常的な世界としては限定的なことではあるが、その地の伝統に根差す弔いの行事が、一定の日常性への復帰としての意味を持つと考えられる。子どももまた、その一員として参列し、親の死を悼み、悲しみ、弔うことが遂げられるように支援することが必要である。

被災者であることと、近親者を亡くした遺族であることの二重性をケアするためには、一方で多くの被災者に共通するべき支援、自然に生じる被害体験の再体験反応に対するリラクセーションを身につけて身体反応や感情をコントロールできる自信を培うこと、ストレスマネジメントを普及させることを重視しながら、他方で併せて子どもの面倒を見ている周囲の大人と支援者がつながること、力を合わせて安全・安心の場を確保し、みんなで子どもの面倒を見ることができるよう、心を合わせられるようになることが重要である。

子どもに関しては地域社会や学校、所属集団の生活を部分的にでも早期に再開させ、毎日の生活の充実に向かえるような環境整備を図ること、乳幼児とその養育者にとっては健診や育児支援の場、遊びの場の早期再開を図り、養育者と子どもが共に日常的な枠組みでの相談や育児サービスを受けられるようにすることが重要となる点は変わらない。

ただし、遺族であることについては、関係者と非関係者の間に深い溝があるのも事実である。同じ被災者であっても近親者を亡くした人たち同士とそうでない人たち、同じ近親者を亡くした人の間でも、親を亡くした人、子どもや孫を亡くした人、兄弟を亡くした人、親族を亡くした人との接触には深い遠慮とためらいが互いに認められる。ましてや親を亡くした子どもに接することが認められるのはごく限られた身内の人に限定されることが多くなる。これまでの大規模災害の初期対応では、親を亡くした子どもの調査は自治体の所在確認、安全確認の調査を通じて進められ、ほとんどの子どもが親族・知人の間で保護され、養育されていることが確認されてきた。こうした初期の対応ではその子どものケアニーズについては限られた情報しか得られていない。今回の大震災においては、ごく一部で親を亡くした子どもの「こころのケア」と称して外部専門家が定期的に子どもに面接したり、調査的に接触を図ったりした事案が報告されているが、いずれも不評であるばかりか、当人や関係者に「こころのケア」アレルギーとでもいうべき反応を招いている。専門家としては何とか役に立とうとして試みたことかもしれないが、残念な事態である。

当面必要なことは、被災した子ども、親を亡くした子どもについての周囲の大人の理解を進めることである。ただし、その前に、まずその人たち自身の毎日の安全・安心感の確保、生活の安定を図ることに連帯することが重要となる。地域社会の服喪・哀悼の営みの復旧もその中に含まれる。

3. 子どもへの初期の接触・状態確認

親を亡くした子どもに接することは、多くの場合、子どもの日常生活、地域社会や学校、

所属集団の生活の再開、乳幼児とその養育者の健診や育児支援の場、遊びの場の再開を通じて確保されてきた。ただし 5-1 にあるような支援のジレンマがある。基本的な設定は日常的に子どもに接している人たちを通じての状態把握となる。例えばそれは、子どもたちの観察カルテを作って、日常的に子どもに接している担任、養護教諭、管理職などに繰り返し情報を求め、毎月スクールカウンセラーが確認しつつ記入していくなどの方法によることになる（吉田 2013）。これは、日常的に子どもを見ている周囲の大人の眼を子どもに向けてようにすることに主眼があり、PTSD や問題症状だけを探し出すためでないことに要点がある。併せて相談活動についてはカウンセラーが個票を作成し、こまめにチェック項目をつけることで、「不要な支援者の活動のための問題探しを阻止すること」も重要であると指摘されている（同上）。

年齢の低い子どもについての支援は基本的に乳幼児健診で子どもを世話している養育者から情報収集することが中心となる。個別の家庭訪問も初期の段階では、安全確認上から実施されているが、そこから継続して支援が展開した事案は少ないようである。むしろ、日常的な接点の回復が重要である。そうした意味からも、早期に乳幼児健診等の日常的支援体制の修復が重要である。

乳幼児健診においても、親を亡くした子どもへのケアに関してあえて子どもの「こころのケア」は強調点とせず、「生活全般における困りごと」「育児全般における心配ごと」として支援ニーズを聴き取ること、個別支援ニーズのありそうな養育については専門相談につないでから具体的な相談支援に入るなど段階を設定した対応が必要である。

これら初期段階では個別の調査において、被災と親族を亡くしたことに関する問題・症状などについてのチェックリストを使うことは大人に対しても子どもに対しても最小限度にとどめるべきである。むしろ一般的な生活上の健康状態や、ストレスに対するリラクゼーションについての情報提供が重要である。

4. 遺族としての保護者・養育者への接触

親を亡くした子どもの支援では、その養育を担う大人：遺族への支援が重要となる。ただし、津波によって家族を奪われた被災者の話は重く、「悲しみと自責の念、憤りの入り混じった激しくほとぼしるような言葉」（林 2012）には、ただ耳を傾け、聴き続けることしかできない、と多くの支援者が報告している。他方、復興に「成功」した被災者の位置づけへの囚われ、前向きにひたすら生きてきた人がふと立ち止まった時によぎる悲哀や喪失感への配慮など、支援の重点は重層的で時を経ても変わらずそっと存在し、寄り添い続けることにある。決して押し付けず、時間を置いて見守ることも重要な支援である。やがて、この人であれば話してもよいかもしれないという気持ちになってくださったとき、十分に受け止めることが重要であるとされる。同じ被災県の人間でも、地元の人ではない支援者に対しては「おいそれと部外者には大事なことは頼めないし、本音は言わないもの」（小原 2011）なのである。時の積み重ねが重要となる。

遺族としての保護者への接触では決して急いではならない、介入的に悲哀や服喪の段階を確認しようとしてはならない。もとより、グリーフワークやトラウマの回復に関わる多くの専門家が、そうしたプロセスは決して急いではならず、またひとりひとり個別的にその過程は異なっていることを何度も強調している。

地域的な支援活動が充実してきて、初期のストレスマネジメントや中期の子どもへの支援と大人への支援が徐々に展開している地域ではそうした支援を通じて日常的な生活リズムが構築されていく経過に従い、次第に個別的な援助も開始されていく形を取るようである。支援の場は地元であることも、遠隔地であることもあるが、共有化が助けとなる場合もあれば、高度にプライベートな個別的配慮を要する接点が必要な場合もある。支援者は身近な人が助け合える際のお手伝いをしたり、専門家への相談が必要とされた時に、被災者と専門家を繋ぐなど、無理なく、邪魔にならず、必要な時に必要なことだけを提供するひそやかで細やかな存在であることが重要である。

5. 親を亡くした子どもの反応の理解

親を亡くした子どもの反応を理解するに当たってはグリーフケア、喪の作業などと呼ばれてきた、愛する重要な人物の喪失に関するひととしての一般的な反応のプロセスとそれへの援助のあり方を理解することがまず基本となる。それは通常、1 衝撃、2 否認、3 パニックや怒り、4 抑鬱と精神的混乱、5 死別の受容、といった段階的な変化を遂げていくとされている。しかし、実際にはそうした段階はあくまで標準的な参考指標に過ぎず、多くの人、多くの子どもがそれぞれ独自の過程を、独自のペースで進むことが判っている。

親を亡くした子どもの理解には上記のようなプロセスと共に、「悲しみ」、「別離(喪失)」、「弔い」を理解することが重要である。

「悲しみ」とは人や物、観念や価値ある関係を失うことに対して生じる正常で内的な感情反応である。子どもが示す激しい悲嘆は、同じく身内を失って痛みを感じている親族にとっては深く同情するとともに時には自分もまた辛くなる刺激でもある。時間がたつと共にもういい加減に泣くのをやめたらどうか、という感情が芽生えることがある。立ち直りを促そうという気持からそういう態度をとることもあるが、多くの場合それは自分自身はその悲しみと向き合うことを苦痛に感じていることの反映である。ひとの悲しみ方はひとりひとり違っている。必要な間、悲しみを表現し続けることがそれぞれの人にとって重要であることを心に留めておくことが必要である。ただ、嘆き悲しむ子どもの横にいて自身が耐えがたく感じられるなら、それは自身にもケアが必要であることを示していると理解することが大切であり、誰か連帯してくれる人を探すべきである。

あまりに突然に圧倒的な状況にさらされ、現実感が失われて、全ての人とのつながりが絶たれ、全宇宙の中で天涯孤独・孤立無援になったような感覚に陥ってしまい、正常な感情反応が凍り付いて「悲しむ」ことが出来なくなることがある。「悲しむ」ことは人が人として繋がりがあっていて、自分の弱さを認めても大丈夫だと思える程度の現実感覚が維持されている時に感じ取ることが出来る感情である。時に涙が流れて止まらないでいるのに、それを自分のこととして感じられず、あたかも他人のことにように眺めて茫然としている自分を感じたりすることがある。安全感の保障、フリーズした状態の解除にはそれなりの時間と経過が必要である。感情を示さないからといって、「悲しみ」が乏しいとは限らない。

「別離(喪失)」とは人や物、価値ある関係、親の死や家、生活、自分の夢や尊厳、自己価値感を失うことに直面することである。災害で親を亡くした子どもは多くの場合、親だけでなく、自分の生活の居場所も、友達との関係も、思い出の場所も失っている。この大きな欠落を埋めるには、新たな日常生活、人間関係を得て、そこで自分の居場所、自分の能力や努力の成果を感じ取れるようになる経験が必要となる。被災はそれまでの古い世界を破壊するが、結果

的に新たな価値感や自分の可能性を拡大し、充実させていく機会を与えもする。その過程は比較的短期に成果を得るものから、長期の人生経過を経てからでないも手に入らないものまで多様である。子どもにとっては、自分の人生計画を書き直す、あらため直す大事な機会としてサポートすることが重要となる。

「弔い」とは悲しみという内的体験を受け入れ、喪失に直面した者がそれを自分の外に向かって表現することである。「弔い」には個人と社会の接点があり、個人の側からの独自の表現や個別・固有の内的体験の表現として示される場合（しばしば激しい怒りなどとして表現される）と、地域社会や固有の文化が共有し、維持してきた伝統的な儀式（葬儀や服喪のスケジュールのある行事への参加）の双方が関わってくる。

「悲しみ」、「喪失」、「弔い」の3つの次元で、重要な人物の喪失において子どもの内的体験とその過程の表現を読み取りつつ寄り添うことが重要となる。個々の子どもの「悲しみ」と「喪失」の体験そのもの、またそれらの表明である「弔い」が、発達の段階によって異なること、また、それらは子どもと環境世界の流動的な相互作用によって様々に変化しつつ進んでいくことを理解しておくことが重要である。例えば地域社会が示す「弔い」の過程に子ども自身が十分に参加・体験できないでいた場合、子どもの「弔い」はその子独自の過程として、いつかどこかで表現され、遂げられなければならないだろうと理解しておく必要がある。

6. 年齢段階・発達段階による違い

大規模災害に被災し、重要な人物を亡くした子どもについては、ラファエルの『災害の襲うとき—カタストロフィの精神医学』（Raphael 1986）に、それまでの研究をまとめたかなり詳しい言及が認められる。ラファエルは子どもの年齢を標準的な指標として用いて、重要な人物の喪失に対して示す子どもの反応特徴をあげている。それらをまとめると表1のようになる。

表1. 子どもの年代別の重要な人物の喪失に対して示す反応とその理解（Raphael 1986）

| 標準的な指標としての年齢 | 正常な条件下での標準的な反応 | 付帯する理解・留意点 |
|--------------|--|---|
| 3か月の乳児 | 自分の第一次の保護者の喪失に対してはたいていは泣き叫ぶなど一般的な苦表現を示すことで反応するものである。 | |
| 6か月から1歳半の乳幼児 | 母親との分離や母親の苦痛の悲嘆に対して極めて敏感になる。 | もし母親との分離が長びいたり、母親が嘆き悲しんでいたりとすると、幼児もその状況に対してはつきりとそれと判る動揺と弱さを示すだろう。 |
| 1歳半から2歳の幼児 | 情緒的な愛着が強かった人の喪失に対しては、悲嘆と思慕を表出する。 | |
| 2歳から5歳 | 失った人を求めて泣き叫ぶだけでなく、死に対する怒りと否認を示すだろう。そして思慕と抗議、悲哀と絶望も示すだろう。 | この時期には死のもつ終末性を概念化することはまだできないから、人間が死んでいなくなったことを自分が拒絶されたのだと解釈したり、時にはその死者に対する自分の怒りの気持が具現したのだと考えたがる。その考え方は具体的で、死者がどこにいるかを知りたがる。この年齢の子どもの中には死の肉体的な意味が判る者もいるが、たいていはまだ理解できない。だから正しく理解するように手助けされない限り、死者がまだどこかで生きていてそこから帰ることができないでいるか、それとも帰ろうとしないのだと思ひこむだろう。 |
| 5歳から8歳 | 死の終末性とその肉体的な現実感への理解は強まる。 | この年齢になると自分を咎めたり物事を自分の願望がもたらした結果として受け止める能力とともに、自分にとって大切な人に対する愛憎がからまったアンビヴァレンスがより顕著になるので、死という事態に対してより強い罪悪感をもつことにもなる。 |

石丸正訳（1989）ラファエル著「災害の襲うとき—カタストロフィの精神医学」256-257から山本が作成

表 1. つづき 子どもの年代別の重要な人物の喪失に対して示す反応とその理解 (Raphael 1986)

| 標準的な指標としての年齢 | 正常な条件下での標準的な反応 | 付帯する理解・留意点 |
|--------------|---|--|
| 5歳から8歳 後半期 | 自分もまた死と無縁でないことが判ってきて恐れを抱いたりする。 | この年齢の子どもは感情の解除に頼ろうとはせず、自己防衛的な現実否認をするかもしれないが、いずれにしても死を嘆き悼むことはできる。 |
| 10歳から12歳 | 全般的に現実否認、見せかけ、または死別を信じたくない願望を示す反応が多くなるが、それでも悲嘆と死者への哀悼を表明すべき機会があればそれを適切な形で表すことが多い。 | 未来についての意識、さらに死別によって自分の今後が変化するだろうという認識が強まる。この年齢の喪失反応は、親の悲嘆や苦悩に対する自分の反応と家庭生活の混乱によって必ず複雑化する。 |
| 思春期 | 思春期には大人らしく「抑制した」行動をしようと苦闘するのだが、やはり恐怖と不安を感じている。当人は自分の悲嘆と困惑感からくるテンションを、その感情と直接的に取り組むよりむしろ向う見ずな言動や自慰的な試みによって、無意識のうちに行動化することもある。 | 恐怖と不安の感情は当人には「子どもっぽく」感じられる。そして悲嘆にそのまま反応したらして他者から非難され、反応しなくてもまた非難されるかもしれない。また死別を悲しんでいる親を支える大人の役割を果たすように期待されることも多く、そのような場合には自分の悲嘆は棚上げしなければならぬだろう。家庭生活の混乱が不安反応を生むだろう。 |
| 全年齢共通 | 悲嘆とは一見無関係のような行動となって反応が現れることも多い。特に男児には攻撃的な行動が増加する傾向があるし、退行現象もよく認められる。大げさに纏わりついたり、甘え、わがままなどの「分離不安」の反応も顕著である。引きこもり傾向もよくみられるが、この場合には当人は一見「おとなしくていい子」のように見えるため、その悲しみと苦しみ気がつかれないことがある。 睡眠に支障をきたすことも多い 情緒不安定から食生活の偏向や食欲減退が現れることもある。 独りぼっちになることを怖がり、またよく苛立つ。 腹痛や頭痛など心身相関的な反応を示すこともある。 | 子どもたちは災害による喪失に対して典型的な悲嘆と哀悼のパターンどおりに反応することもあれば、またみずからの不安定さと自分に対する他者の反応のために、情動の解除が抑制されたり哀悼という精神過程が阻止されたりして、パターンどおりに反応しないことも多い。 |

石丸正訳 (1989) ラファエル著『災害の襲うとき カタストロフィの精神医学』256-257 から山本が作成

親を亡くした子どもの反応はひとりひとり固有の表現と経過を取るもので、それは個々の子どもの個性、年齢と経験の仕方、事実経過、周囲にいて子どもに関わる人たちの反応、子どもを取り巻く生活環境の変化、などに影響されて様々に展開・推移する。

周囲にいる大人もまた遺族であり、身内を亡くした立場であることが多く、その総体としての服喪追悼の流れが重要となるのだが、大人が主導する服喪追悼の流れと、子どもが固有に経験する悲しみ、喪失、弔いの流れは、そのタイミング、内容において一致しにくいことがあり、寄り添う大人のサポートが重要となる。特に被災したとき、年齢が幼かった子どもは、周囲の大人の世界で進められた悲嘆と追悼の作業には十分には参加できていないため、あらためて年齢を経るに従って親を亡くしたことについてのサポート、子ども自身の悲嘆と追悼、弔いの作業を遂げていくことが必要とみられる。

7. 子どもの悲しみへの取り組みを支える

理解する：4 で見てきたように、子どもの死の理解、親を亡くしたことの理解は年齢によってもその子どもが経験した出来事の流れによっても違っている。そして年齢と共にその理解はスタート時点から違ふと同時に加齢によって変化・成熟していく。子どもに対して親の死を説明するおとなは、簡単で分かりやすい言葉で正直に伝えることが必要である。先述のゴールマンはいくつかの決まり文句の説明が子どもに誤解をもたらすことを示しているが、亡くなるということは「眠ること」や「天国に行くこと・連れていかれること」「遠くに行くこと」「旅に出ること」ではない。そして子どもを愛さなくなったから、いい

人だったから、みんなの面倒を見られなくなったから、何かもっと大事な用事があったから、何かがよくない悪だくみがあったから、いなくなったのでは無いことを、子どもの分かる言葉で伝えることが必要である。何よりも、子どもが素朴に感じている印象を自由に話せること、いつでも確かめたくなかった時に、それにきちんと対応するおとながいることが重要である。

悲しむ：子どもは様々な表現を通じて悲しみのプロセスをくぐり抜けていく。不眠や過剰適応、夜尿や退行、無気力や引きこもり、激しい怒りや八つ当たりなど、いずれもが悲しみのプロセスを表す。集中力がなくなってぼんやりしたり、自己破壊的な考えにふけったり、怒り交じりに不信感を示したと思ったら、強い依存的な不安感を示したり、孤独感やいたたまれない寂しさを感じたり、理由なくみんなが突然居なくなることを恐れたりすることも、悲しみのプロセスでしばしば生じることである。身体的には頭痛やめまいが増えたり、風邪をひきやすくなったり、おなかが痛くなったりすることもある。疲れやすく元気が無いとか、些細なことで興奮して胸がドキドキしたり、息苦しくなったりすることもある。亡くなった親のことを繰り返し思い出し、夢に見、そのしぐさや行動を真似、現在形で親のことを話したりする。時には喪失の悲しみが全く無いかのよう元気にふるまったり、おどけてみんなのピエロになろうとしたりする子もいる。それらもその子ども固有の悲しみのプロセスなのである。

親を亡くした子どもをケアするおとなは、おとな自身もまた大切な身内を亡くした遺族であるために、これらの子どもの悲しみに自分自身も強く巻き込まれ、子どもと同じように様々な反応するかもしれない。それは自分は今乗り越えた、という無理をした強さに向かうこともあれば、まだそれに直面することはとてもできないという弱さ、辛さに向かうこともある。これらのプロセスを支えるには、地域社会が持つ連帯であり、服喪追悼、弔いのシステムであることも多い。

思い出を作り、亡くなった人と繋がる：悲しみのプロセスはその途上で思い出を作り、亡くなった人を思い出するための方法を見つけ出し、失った関係を超えて亡くなった人と新たに繋がることを求めていく。それは地域の伝統文化が持つ服喪追悼、弔いの行事、記念碑や植樹であったり、あるいはメモリアルのための活動への参加であったりするかもしれない。あるいは個人的に記念の場所を訪ねたり、誰かを訪ねて思い出を語り合ったり、話を聴いたりすることもある。思い出のアルバムを作ること、家族写真や思い出の品を整理することもこれに属するだろう。ただし、それらは社会的に喧伝されるべきことではない。こうしたプライベートな営みが、しばしば支援や心の立ち直り支援の話題として報道されているが、前出の川村（2012）は、そうした「こころのケア」の名のもとに被災者を一方的に精神的に脆弱なものと決め込み、病人扱いし、自他ともに「癒し」をありがたがる報道行為を暴力的な介入に至り得る危険な動向と感じて警告している。子どもが遺族と共に親の死を理解し、悲しみ、思い出となる繋がりを探し出すプロセスは、極めてデリケートでプライベートな世界に属することであり、みだりに支援者があれこれと手出しをすべき事柄ではない。

前に進む：悲しみのプロセスを通じて、子どもは新たな現実の世界で、楽しいことをみつけ、ひとを愛し、人生を楽しむ生活に向かい始める。ゴールマンはそれを「リスクを負いはじめることができる」と表現している。環境世界がどの程度、日常的な生活を回復させることが出来ているか、子どもの環境がどの程度、復興に向かって動いているかといったこともかかわってくるが、子どもはそれぞれの年齢に応じて悲しみの中でも自分の人生に

向かい始める。それは悲しみが無くなり、亡くした人を忘れることで進むのではない。トラウマの痛みから解放されることで進むわけでもない。心の中で追悼と弔いのプロセスが進むことで、新たな生活に向き合いつつ、亡くなった人と共に生きることが出来るようになるからである。当事者でない者は簡単に回復を語るべきではない。そうした営みの中でも、あらためて過去に向き合い、自らの体験を語るのには10年、20年の歳月を要することが、これまでの多くの被災者によって示されている。親を亡くした子どもとそれに寄り添う遺族・親族の営みは、常に死者の魂と共にある。

なおこの項では親族里親としての親を亡くした子どもへの支援は特定していない。多くの点で親族里親であることと、遺族としての親族による子どもへの支援は共通していると考えたからである。制度的な課題を含む親族里親についての検討は本研究の報告書によりたい。

ケアシステムの構築と連携

岩手医科大学神経精神科学講座

八木 淳子

1. 災害の種類や地域によるケアのニーズの見極め

災害に遭遇し、恐怖や喪失を体験すると、その心理的ストレスによって、子どもたちは心身の健康に大きな影響を受ける。災害の規模やその内容によって、また、災害が発生した地域によっても、求められる心のケアの形は様々である。適切なケアを行うためには、心のケアの意義や基本的な考え方について理解したうえで、災害の規模と種類、現地のニーズに合わせた支援計画と体制づくりが必要である。

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、未曾有の大地震といわれるように、「誰も経験したことのない」想像を超えた規模であり、(都市型の)阪神大震災の経験から予測できることがある反面、復興過程のどの時点においても予想のつかない部分が残されている、といえるだろう。大地震に加えて大津波が発生したこと、そのため人的被害が大きかったこと、原発事故を伴ったこと、その後続く避難勧告と長期に渡る生活の制限、被災地が広域であるために復興が一様には進まないこと等、地域によってもさまざまな固有の事情がある。子どもたちが学校や保育所で過ごしている時刻に発生したこと(そのために、親子の再開まで時間がかかったこと)も、幼い子どものメンタルヘルスに少なからず影響を与えたと考えられる。

大規模災害により、心に深い傷を受けた子どもたちには、長期的な支援が必要である。子どもは自らが置かれた環境の影響を受けながら、成長発達し続ける存在であるため、医療・教育・保健・福祉の各領域と地域社会が一体となって、包括的な支援が展開されることが肝要である。そのためには、被災状況やケアのニーズを的確にアセスメントし、対応すべき問題を抽出し、活用できる現地資源を見極め、多職種が連携して協働するためのシステムを地域の事情に合わせて作り上げていくことが望まれる。

本稿では、筆者がかかわってきた岩手県における東日本大震災後の子どもの心のケアの取り組みを例に挙げながら、災害後のケアシステムの構築と連携について考える。

2. ケアシステムの立ち上げ

1) 現地拠点の立ち上げ～宮古子どものこころのケアセンターのパイロット運営～

被災地域において、その土地の風土に根差した有機的な支援を展開するためには、既存の資源と結びついて、刻々と変化するニーズを把握することができる拠点を現地に設置することが望まれる。

岩手県は北海道について広い面積をもち、沿岸部の医療過疎問題は震災前から深刻で、全国的にも専門職が少ない子どものこころの問題への対応は、最難関の課題の一つであっ

た。外部からの支援を受け入れるための準備性（地域性や精神性を含む）は整っているとはいえず、越えなければならない課題が山積していた。筆者らは、岩手県の特性を様々な角度から考慮したうえで、地域の社会的・人的資源を有効に活用するためには、被災地である沿岸地域に「子どものこころのケアの現地拠点」を設置することが必須であると考え、既存の資源を生かしたケアシステムの試みとして、宮古児童相談所（宮古市）の一室を拠点とした「宮古子どものこころのケアセンター」を、県の児童家庭課と併に開設し、パイロット的に運営した。県内外の関係機関や学術団体から医師派遣協力を得て、このシステムを釜石地区（釜石保健所の一室）、気仙地区（児童家庭センター大洋の一室）へと拡大し、被害の大きかった岩手県沿岸部をカバーしていった。

「宮古子どものこころのケアセンター」は、アウトリーチを含めた診療やコンサルテーションに加え、地域の小児科医との月一回の定期ミーティングによる情報共有、児童相談所スタッフによるセンターの運営協力・連携など、既存の資源を最大限に活用した診療・相談システムとして機能した（図1）。

宮古子どものこころのケアセンター：連携のしくみ (2011年6月～2013年3月)

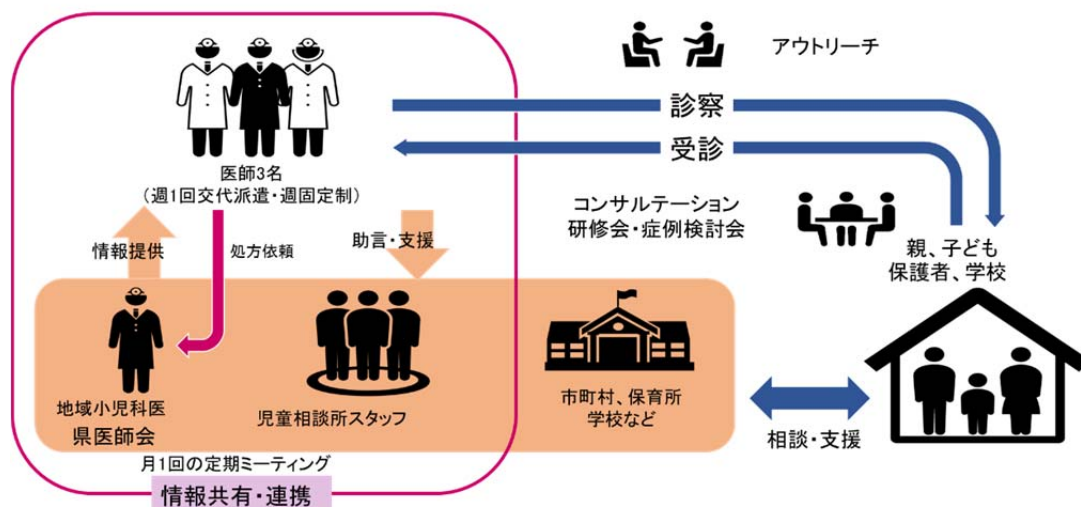


図1 宮古子どものこころのケアセンター体制図

2) 平常時のネットワークこそ非常時への備え

筆者は、震災発生から数日で既知の現地の小児科医と連絡がつき、翌月には避難所や小学校、被災した地域を案内してもらって一緒に歩き、その後も何度か現地に足を運び、現状把握に努めた。現地の小児科医との詳細な情報交換、筆者の当時の所属先であった法務省矯正局の震災支援、県医師会の協力、当時の行政担当者と既知の関係だったことなど、震災以前からの個人のネットワークと顔の見える関係によって、「被災地の子どもたちのた

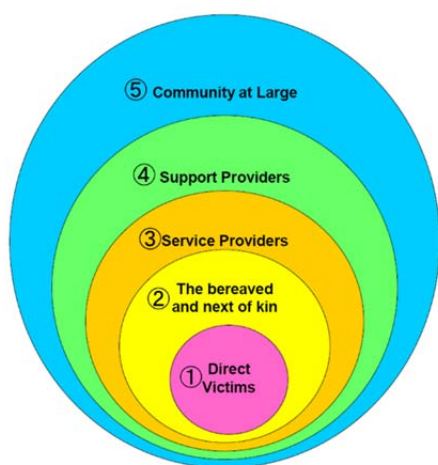
めに」という共通認識のもとで、係る皆の思いが次々につながり、現地児童相談所の多大な協力を得て、子どもの心のケアの現地拠点が、震災から 2 か月半の間に設置されるに至った。このことは、平常時の人的ネットワークこそが、非常時にセイフティネットとしての機能を果たすことを改めて浮き彫りにした。

3) 既存の資源を最大限に生かす

災害時には、被災者を中心とした“Disaster Community”が形成される（図 2）。通常なら、メンタルヘルスの専門家は図の第 4 層で後方支援的にサポートすることが想定されるが、東日本大震災のような大規模災害においては、地域全体が被災しているため、子どもたちにフロントラインで接するファーストレスポnder（教師、保育士、支援員や小児科医など）も被災者であり、自らも遺族の立場に置かれたりする。どんなに優れた専門家であろうと、自身が被災し、恐怖や喪失を体験することにより、心理的ストレスを抱え、本来の能力が発揮しにくくなる。このような状態の際には、外部からの支援者が彼らに寄り添い、サポートしながら協働することで、彼らの職務を補完し、かつ、支援者がその土地の風土や地域特性を徐々に理解することにつながっていく。

Disaster Community

(DPO disaster psychiatry outreachより改変、八木)



(Taylor, 1987; Wright et al., 1990)

- ① 直接の被害者(被災者、怪我人)
- ② 遺族、友人、災害を目撃・体験した人
- ③ ファーストレスポnder(救助隊員、医療者、警察官など)
- ④ メンタルヘルス・プロバイダー、聖職者、公認メディアなど
- ⑤ 地域の人々、何らかの形で関わる人

- 災害時には、被災者を中心としたDisaster Communityが形成される。大規模災害では、地域(コミュニティ)や学校区単位で、同様の層構造をなし、コミュニティ全体が傷つき、混乱し、情報の分断が起こる。
- 子どもたちのケアをテーマにする場合、ファーストレスポnderには、保育士、教師、学童保育指導員(児童厚生員)などを含むと考えられる。

図 2 災害発生後に形成されるコミュニティの層構造

専門職・専門機関の乏しい地域において、既存の地域資源の活用は、危機対応として有用であるばかりでなく、長期的な視野で支援を継続していくための重要な下地作りになることを意味する。被災地の子どもたちのケアに取り組むうえでは、現地の児童相談所スタッフや小児科医と連携することで、我々児童精神科医が現地に足を運べない期間の対応を補完していただけるうえ、現地の「平常時」を知る専門職から、現在の「非常時」の子どもとその保護者の状態についての情報が得られることによって、双方向性の有意義な情報

共有が成り立ち、支援の方向性を検討するうえで必要な、包括的なアセスメントが可能となる。

3. ケアシステム構築の下準備

1) 災害時のメンタルヘルスに関する知識・基本スキルの準備

構築したケアシステムが、適切に機能するためには、支援にあたる可能性のある精神科医や子どもに係るすべての専門職が、災害時の子どものメンタルヘルスのニーズや初期対応の方法について知識をもち、ある程度訓練されている必要がある。サイコロジカルファーストエイド (PFA) を子どもに適用する場合の留意点、災害時の子どもの精神症状 (PTSD だけに限定せず) についての知識の更新、地域の他職種との関係性づくりなどは、平常時からなされておくことが望ましい。

また、保護者を治療同盟に組み入れることは子ども支援の基本だが、保護者自身も被災者である場合も少なくないため、保護者の状態 (被災状況、心身の健康度、経済状態、婚姻状態、周囲とのつながり、平常時の養育態度等々) を正しくアセスメントすることが不可欠である。必要に応じて医療や相談窓口につないだり、子育て支援的なかわりが必要となる場合も想定されるため、保護者の状態の見立てと対応の仕方について知っておくこと、地域資源とつながりを作っておくことは平常時からの準備として必要なことである。

子どものストレス反応やそのケアに関するハンドアウトを準備しておくことや、様々な情報サイトを確認しておき、有事の際にすぐにアクセスして取り出せるようにしておくことも有用である。

2) 多職種連携のための他職種理解

子どもの支援、特に「こころのケア」は、ひとり医療のみで完結するものではない。子どもの成長発達の過程を見守り支える、あらゆる大人たちが包括的に子どもを理解し、ニーズに即した支援を見定めていく必要がある。そのためには、子どもの育ちにかかわるあらゆる専門職の協働が欠かせない。その前提として、他職種の専門性や文化、社会的枠組みの中での役割を理解し、お互いが「自分たちに何ができるか」と「相手に何をまかせられるか」を把握しておくことが重要である。

他職種を理解し、多職種連携を進めていくためには、それぞれが慣れ親しんだフィールドや作法に固執することなく、柔軟で風通しの良い相互理解が欠かせない。それぞれの専門職が職務上使用する用語は、時として、社会一般に使われる言葉からかけ離れたその分野に特有の意味を持つ場合がある。多職種が支援の場でやりとりする言葉が、互いの意図や思いを正しく伝えるツールとして機能するためには、言葉に対する認識のずれをできるだけ小さくすることが肝要である。また、その言葉を使用する際にどのような期待や思いを込めるかといった背景についても、相互理解を深める必要がある。

筆者らは、子どもの支援に係る多職種 (530 名) に対し、6つのキーワード (母子関係、トラウマ、ADHD、対人関係、望ましい子ども像、子どものメンタルヘルスへの対応) を

提示し、それぞれに対して連想する言葉を3つ挙げてもらうアンケート調査を実施した¹⁾。その結果、それぞれの言葉に対して抱くイメージが、職種ごとに異なることが明らかとなった。

「母子関係」を例にとると(表1)、ソーシャルワーカーや教師は、虐待やマルトリートメント、ネグレクトといった、ネガティブなイメージをもつ専門用語を思い浮かべる割合が、他の職種に比べて優位に高かった。心理士は、ニュートラルな位置づけの専門用語で母子関係を説明しようとする割合が高い可能性がある。一方、あたたかさ、ほんわか、やすらぎなどの、プラスのイメージをもつ日常よく使われる言葉を連想する割合が有意に高かったのは、看護師、精神科医、保育士であった。母子とのかかわり方、専門職に求められる役割によって、「母子関係」をとらえる言葉の選択に相違があり、職種の特性を反映していることが示唆される。このことは、多職種が連携する際に「どのような姿勢と方針で目の前の母子を支援していくのか」という明確なビジョンを共通認識として確認し合うことが重要であること示す。それなしに事務手続きやHow to 先行で支援が進行した際には、各専門職・領域間の支援方針の不一致や支援体制の足並みの乱れを招く恐れがあると考えられる。各専門職が互いの得意分野を理解し、共通言語で話すための確認作業を怠らないことが肝要であろう。

表1 「母子関係」についての連想(%)：①専門用語(マイナスイメージ) ②専門用語(ニュートラル) ③専門用語(プラスイメージ) ④日常語(プラスイメージ) ⑤日常語(実務的、ニュートラル) ⑥日常語(マイナスイメージ)の6カテゴリーを抽出(KJ法、 χ^2 乗検定及び残差分析)

| 分類 | ワーカー | 学生 | 看護学生 | 看護師 | 教諭 | 行政 | 小児科医 | 心理職 | 精神科医 | 保育士 | 保健師 | 看護教諭 | p |
|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| ① | 28.2 | 8.4 | 4.9 | 12.4 | 17 | 11.8 | 14.5 | 10.4 | 11.7 | 6.5 | 9.4 | 15.4 | <0.001 |
| ② | 15.4 | 14.5 | 16 | 14.6 | 12 | 15.7 | 21 | 29.6 | 16.7 | 0 | 20.8 | 17.1 | 0.002 |
| ③ | 25.6 | 4.8 | 25.2 | 11.9 | 10 | 17.6 | 11.3 | 20.8 | 10 | 29 | 24.5 | 12 | <0.001 |
| ④ | 20.5 | 32.8 | 38.3 | 43.2 | 36.3 | 29.4 | 35.5 | 20.8 | 48.3 | 51.6 | 26.4 | 35 | <0.001 |
| ⑤ | 10.3 | 24.4 | 14.6 | 14.6 | 14.3 | 14.7 | 14.5 | 13.6 | 10 | 9.7 | 18.9 | 13.7 | 0.02 |
| ⑥ | 0 | 15.1 | 1 | 3.2 | 10.3 | 10.8 | 3.2 | 4.8 | 3.3 | 3.2 | 0 | 6.8 | <0.001 |

4. ケアシステムの確立・継続と多職種連携

1) 中長期的ビジョンからのケアシステム構築

災害発生直後から亜急性期までを、危機的状況下において高まる互恵的利他意識と、全国から一斉に集中する支援で乗り切ることができたとしても、未曾有の大災害が子どもたちの心身の健康に及ぼす影響の大きさは計り知れず、中長期的視野からの包括的かつ継続可能な支援計画の策定が次なる課題として立ちのぼってくる。既存の資源を有効活用して設置された急場の現地拠点を、地域の現状に合わせて、どのような形に変換し継続可能なシステムを構築していくのか。医療・保健・福祉・教育と行政が一体となって、各領域における子どもの問題の現状と課題について、垣根を超えた包括的かつ多面的な議論がなされることが肝要である。

東日本大震災後の岩手県を例にとると、県保健福祉部児童家庭課を事務局とする、医療（保健）・福祉・教育の各分野の有識者からなる「東日本大震災津波子どものこころのケア推進プロジェクトチーム（PT）」（筆者もその一員として参加）と実務レベル担当者からなるワーキンググループ（WG）が組織された。この WG は、被災地の子どもたちの現状把握と各分野にまたがる情報共有のための会議を定期的に行い、震災後の全県的な子どものこころのケアの推進のための具体的支援策について検討してきた（図3）。この会議の場で策定された支援計画案は、県に提言され、子どもの遊び場を確保・提供する事業や、支援者への多層的研修企画、子どものこころのケアのための中央センター（いわてこどもケアセンター、後述）の設置などが具体化されていった。この PT/WG 会議の最大の特徴は、行政・医療・保健・福祉・教育の各領域の現場で陣頭指揮をとる専門職が、「子どもたちのために何が必要か」を最優先課題とするという共通認識の下で、他職種との理解を進めながら有機的に連携して、包括的かつ具体的な支援計画を策定・実行したことである。

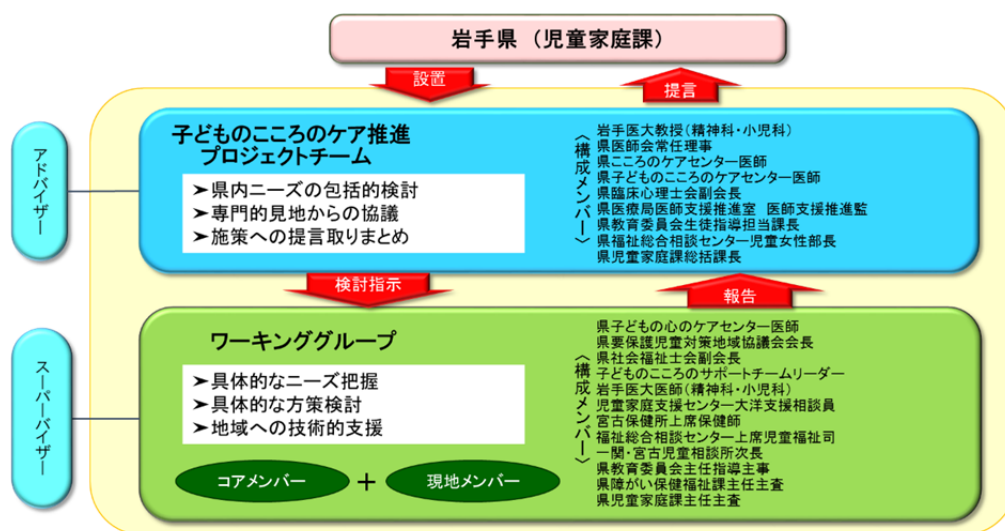


図3 岩手県子どものこころのケア推進プロジェクト体制図

2) ハブ施設の設置（いわてこどもケアセンターの役割）とシステムの発展

時間の経過とともに、災害そのもののインパクトのみならず、その後の避難生活の遷延や経済的な問題などの影響を受けて、子どもたちが受け続けるストレスは複雑に重なっていく。それに伴い、子どもたちの状態も個別性を帯び、治療や相談に要する時間も増大する。中長期的支援は、この個別性と、地域社会全体の疲弊からくる環境の問題を総合的にサポートしていくことに他ならない。そのためには、行政や各専門領域の強固な連携のもと、より安定した支援体制づくりが必要となる。

東日本大震災後 2 年目に入り、岩手県の学校現場では心身の不調を訴え保健室を利用する子どもが増え、3つの「子どものこころのケアセンター」の利用者数増加や一人当たりの

治療期間の延長からも、医療的ケアシステムの拡充が望まれた。被災地域に留まる子どものみならず、内陸部に転居した子どもたちへの対応や、支援者への支援も含め、「子どものこころのケア」を精神医療的側面から全県的・中長期的に統括するハブ施設を置くことが必要と考えられるようになった。これを受けて岩手県は、こころのケアにノウハウをもつ岩手医科大学に3つの「子どものこころのケアセンター」の運営を委託し、平成25年5月、3つの沿岸ブランチをもつ中央センターとして「いわてこどもケアセンター」が開設された。

いわてこどもケアセンター巡回診療システムは、前身の3つの「子どものこころのケアセンター」の活動を継承・発展させ、宮古・釜石・気仙地区の県立基幹総合病院内に診療ブース（沿岸ブランチ）を移設し、中央センターの多職種チーム（児童精神科医、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士など）が週1回の巡回診療を行っている（図4）。中央センターに診療予約を集約することにより、各地域のニーズや子どもたちの現状などの情報を全県的に把握することが可能となり、各ブランチを担当する多職種チームの構成メンバーは原則として固定のため、地域の子どもと保護者にとっては、主治医や医療スタッフとの継続的な関係づくりができるという利点がある。沿岸地域在住の子どもたちは原則的には沿岸ブランチでフォローされるが、必要に応じて中央センター受診を併用し、トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）などの、より専門的な心理療法を受けることもできる。

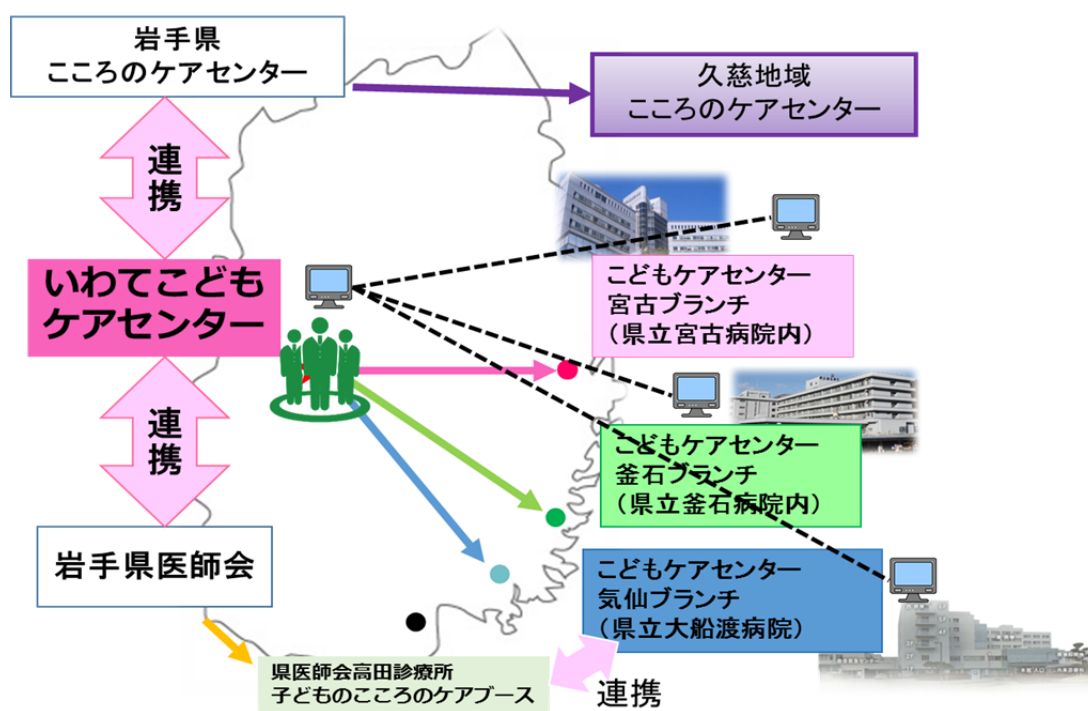


図4 いわてこどもケアセンター巡回診療システムと診療ネットワーク

また、沿岸各地で開催される多職種症例検討会（後述）を通じて、スクールカウンセラーや児童相談所、発達障害者支援センターなど、子ども支援に係る様々な機関や専門職との有機的な支援ネットワークが形成され、医療資源の不足を補完するケアシステムが構築されていった。

3) 小児科との連携

心の問題が身体化症状として現れやすい子どもの特性を考慮すれば、地域の小児科医との連携は特に重要なポイントである。心身の不調を訴えて医療機関を受診する子どもへのファーストタッチは小児科医によってなされることが多い。一方、全国的に子どもの心の診療を専門とする医師数は限られており、「心の医療」の需要と供給のバランスを適切に保ち専門医療の質を担保する上でも、小児科医によるトリアージは重要なステップとなる。

いわてこどもケアセンターにおいては、地域の基幹総合病院内に診療の場を設けたことにより、小児科をはじめとする各科とのスムーズな連携が可能となった。さまざまな身体症状を呈する子どもたちへの包括的な対応ができると同時に、地域の小児科医が児童精神科医とともに「こころの診療」を経験する場を提供する機会にもなっている。たとえば、巡回診療の際には、当該病院の小児科医が筆者らの診療に参加し、ランチを受診する子どもたちの治療経過を把握している。そのため、週1回の巡回診療日以外に受診の必要が生じた場合や、冬期間の悪天候の影響などで沿岸地域から中央センターを受診することができない場合の現地対応を依頼するなど、地域の基幹病院の小児科医との連携が巡回診療システムの維持継続には欠かせない。

4) 遠隔医療システムによる機能拡充

東日本大震災の被災地のように、県都から遠く隔てられた地域が被災した場合、現地の医療資源の不足や公共交通機関の寡少などにより、医療を必要としても容易にアクセスできない事態が生じる。テレビ会議などの遠隔医療システムの導入は、これらの不備を補完する可能性を持つと考えられる。

岩手医科大学において、平成25年度から試行的に運用されている遠隔テレビ会議システム（岩手医科大学の各診療科と地域の県立病院を結ぶ）は、いわてこどもケアセンター（中央）と各沿岸ランチ（県立病院内）にも設置されている。冬期間の山越えによる受診が難しいケースや、巡回診療日以外に現地対応が必要となった場合などには、被災地域の小児科医による診察を、テレビ会議を通じて中央センターの児童精神科医が後方支援するという体制を組んでいる。このシステムを利用することで、現地の小児科医と密に連携することが可能となり、専門職の不足や地理的条件の不利を補い得ると考えられる。

5) 資源不足を補完するための多職種症例検討会の意義

子どもと保護者への包括的な支援を行うためには、地域資源との密接な連携は欠かせない。児童精神科医や専門機関の不足を補うため、地域の専門職の資質向上と多職種連携強化を同時に実現していくうえで、多職種による症例検討会を現地で定期開催することは非常に有効である。子どもに係る専門職が一堂に会して意見を交わすことで、従事者教育・

地域の人材育成の場としても機能する。

いわてこどもケアセンターでは、多職種連携のための症例検討会を県内各地で定期的
開催している¹⁾。地域の子どもの支援に係わる多くの専門職が参加し、顔の見える関係を築
きながら、コメンテーター（児童精神科医、県外から招聘）から助言を受け、実際の支援
に生かす取り組みが続いている（図5）。この場で生まれた他職種とのつながりをもとに、
スクールカウンセラーをメディエーターとした学校での児童精神科医療的支援、教師や保
育士への後方支援の仕組みなどが、しだいに整備されていった。

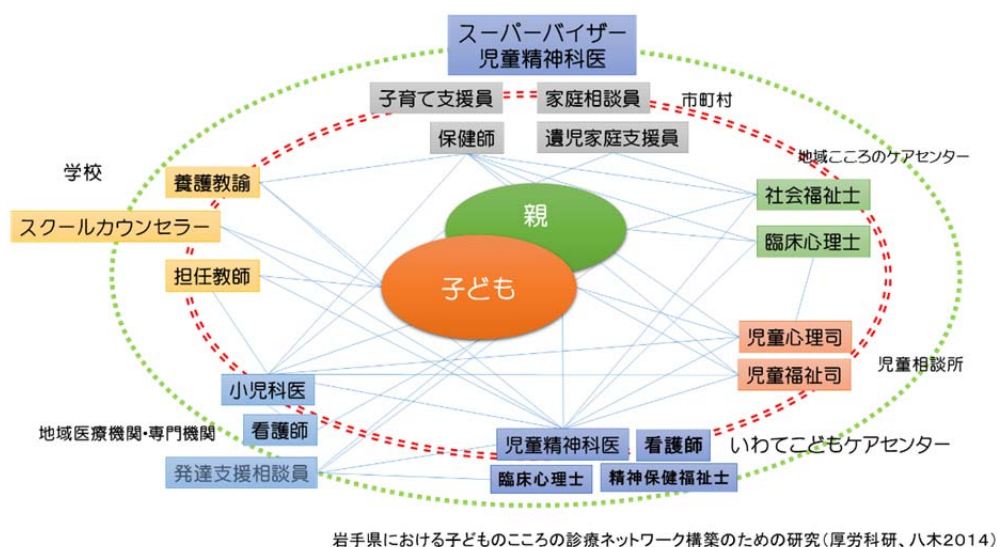


図5 多職種連携によるケースマネジメント

5. おわりに

児童精神科医の立場から大震災後のケアシステム構築と多職種連携について、岩手県の
とりくみを例に挙げて論じた。

子どもの支援においては、災害によって崩壊したり、質的な変化が生じているコミュニ
ティの集団力動を俯瞰的にとらえ、子どもの周囲の大人を支えていくことが不可欠である。
そのためには、医療・保健・福祉・教育の各領域と行政が一体となって、文化と風土を考
慮した地域型のケアシステムと多職種連携ネットワークを構築することが肝要である。

文献：

八木淳子（2014）岩手県における被災後の子どもの心の診療ネットワークに関する研究：多
職種連携による子どもの支援の在り方について．平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金
（地域医療基盤開発推進研究事業）「被災後の子どものこころの支援に関する研究」分担研
究報告書.pp17-46.

被災地における子どもの心のケアを支援する情報システム

産業技術総合研究所サービス工学研究センター

本村 陽一

はじめに

被災地においては、復旧から復興以降も急速な環境変化が生じる。その際、子どもの遊び場に対する優先度は非常に低く、元々あった公園や運動場さえも仮設住宅のために供出されるなど、遊び場の減少が著しい。このことが子どものストレスを高めメンタルヘルスのリスクを高めることにもつながる。また被災地において子どもの心のケアのための支援を継続的に行うことは、復興の期間が長期化するにつれて困難になる。まず支援人材の不足の問題である。支援人材が他地域から来ている場合には、被災後時間が経つに連れその人数は確実に減少する。被災地に残っている支援人材の状況も悪化する。奥山らは被災地における支援者自身のメンタルケアの必要性も指摘している(本書 p. 213~)。次に支援機会の損失である。例えばすでに支援を行っている施設であればその地域でのニーズの把握が容易であり支援機会は十分である。しかし、被災した直後に、本来の居住エリアから離れ避難所や仮設住宅に分散したような場合、支援の必要な子どもたちが支援を受けられる環境にあることはあまりなく、また支援者側でもどこに支援ニーズがあるのかを適切に把握することが難しくなるという問題がある。

そこで、被災地における子どもの心のケアに対する1つのアプローチとして、被災地において遊び場が減少してしまう問題に対して、空きスペースを利用した遊びイベントを企画し、さらにそこに集まる子どもたちとの関係を構築することで、効果的に支援機会の創出も行う、という方法を考える。通常のイベント開催では、通常、参加者の連絡先などを把握することをしないために、支援すべき対象者が見つかって継続的な介入が難しいという問題がある。そこで本研究では新たな情報システムによって支援すべき子どもや保育者との関係性を維持し、子どもの遊び場と支援機会も創出することで子どもの心のケアを支援する方法を検討する。そして、そのための情報システムに関するプロトタイプの構築と運用を行った結果も報告する。

1. 参加型開発アプローチ

情報システムの開発では一般には利用状況を「ユースケース」と呼ばれるいくつかのシナリオを想定して、それを確定した後に設計・開発・実装・テストが順に進められる。しかし、被災地の現場のようにニーズの把握自体が困難で、事前にユースケースを確定することが容易でない場合には、当初の想定と利用場面の食い違いが大きな問題になる。こうした提供側と利用側のギャップを埋める方法論の1つが参加型開発(参加型アプローチ)である。この参加型開発とその効果は情報システムに限らず情報システムも含めたサービスのデザイン全般にも通じるものである。東日本大震災の際にも、当初多くの企業や研究者が事前の想定の中で、被災地支援のための情報サービスや技術導入をはかろうとしても、被災地の住民の実態やニーズに合わないことで支援が必ずしも想定通りにできない例も少なくなかった。そこで産総研の研究者らは「気仙沼～絆～プロジェクト」と名付けられた取り組みにおいて、被

災地の生活現場に自らが滞在し、必要なリソースや情報が提供できる環境として研究者の活動スペースも用意し現場参加型のアクション・リサーチを実施した[本村 2014]。気仙沼市五右衛門が原にある2つの仮設住宅におけるこうしたニーズの把握に努めたことで、子どもの遊び場づくり、イベント開催などを行った。

この現場参加型のアクション・リサーチは社会や地域における問題解決を進めるために有効なアプローチである。従来の多くの「参加型開発」において参加する主体は受益者であった。農業システムなどを発展途上国の社会コミュニティに根付かせるための地域開発手法として確立された参加型の方法論[チェンバース 2000]や参加型デザインではユーザーとなる生活者や利用者が能動的に開発プロセスに関与する。しかし今回の被災地でのケースでは、もう一つの参加主体として外部からの支援者も考えた。例えば現場に導入する技術を研究・開発する工学者が、実際に技術が利用される現場に入る、というものである。この外部からの支援者が現場に入ることによって、現場のニーズをさらに外部の支援ネットワークに伝えることが可能になる。この外部支援者の参加型アプローチにより、成育医療センター、複数の企業、現地の NPO などと連携によりイベントを開催することで地域内外をつなぐ交流が実現した。また仮設住宅における支援システムの運用方法（サービス提供プロセス）は現地の NPO と住民の対話によって、随時見直しが行なわれることで、時々刻々と変化する被災地において2年以上の継続運用が行われた。



図1 気仙沼五右衛門が原仮設住宅脇のトレーラーハウス

2. サービス工学的アプローチ

被災地における支援を支えるための支援システム（情報システム）を開発する上で、もう1つ重要な枠組みがある。それは情報システムの開発に閉じて考えるのではなく、情報システムを含めた人の関係性からなるサービス全体（サービス・システム[Spohrer 2007]）を開発する、というアプローチである。これは2008年から開始されたサービス工学研究における重要なアプローチでもある[本村 2012][産総研 2014]。今回扱う、被災後の子どもの心のケアのための情報システムは、まさに単なる情報システム（ハードシステム）として考えるのではなく、その情報システムを使う支援者や支援が必要な子どもとの関係性も含めた包括的なサービス・システムとして機能しつづけることを考えなければならない。そうしたサービス・システム（社会の中で情報システムが使われている状況での全体）を開発するということは、問題が存在するサービスの現場の中に入り込み、実際の現場での観測、評価を通

じて、利用者と常に関わるように動作するシステムを実際に稼働させながら継続的に改善することでもある。また実際の現場で働く人々や利用者を巻き込んで現場参加型開発を進めるためには、現場で認識されている問題解決を自律的、持続的に行う必要があること、そのためには現場の実行者からなる実践コミュニティが問題解決を進める主体となり、新規の技術開発や研究開発はそれをサポートする立場で問題解決のために必要な手段を提供することも重要である。このように情報システムの開発方法やプロジェクトの運営についても自立的持続的運営を可能にするために、その担い手の主体性に十分配慮してプロジェクトを進めることが必要となる。

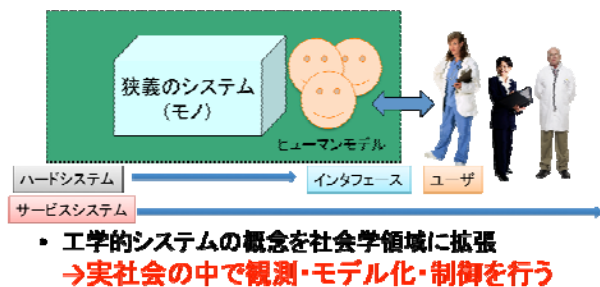


図2 ハードシステムとサービスシステム

3. 子どもの心のケアを支援する情報システム

本プロジェクトにおいては、現場参加型アプローチとサービス工学的なアプローチに基づいて、新たな情報システムの開発方法が試行された。その中で、被災地において2012年12月に2回、2013年12月に1回、子ども向けイベントを開催した。



図 3 気仙沼で開催された子ども向けイベント

また、2012年から2013年にかけてNPO法人の事務所に遊具を設置する形で、支援サービスの試行を行った。その結果、子どもの遊びを通じて参加者を自然な形でつなぎとめ、継続的な関係構築をはかることが可能であること、イベント（非日常）と日常的な生活の間をつなぐために、参加者の登録やデータベース化を行う情報システムが新たに必要であることなどが明らかになった。

2014年以降は被災現場のNPO法人の事務所を継続的に使うことが難しくなり、被災地における支援イベントの開催も困難になってきたことから、それまでに明らかになった要件を満たす情報システム開発を継続するために、新たなフィールドを検討した。その結果、2014年からは富山県富山市の総曲輪グランドプラザという全天候型のイベントスペースにおいて年に数回行われる子ども向けイベントの場を活用し、情報システムの開発と実証を行った。



図4 富山市での子供向けイベント

まず、子ども向けのイベントが開催される際に、そのイベント毎に参加する子どもを登録しデータベース化できることが必要となる。この時、子どもを識別する ID を付与し、以後、その ID を識別する方法を検討した。1つの方法は子ども自身がカード(図5)を携帯することで、遊びに参加する時にカードを提示する方法である。カードにはバーコードを印刷しておくことで、遊びイベント参加時などにカメラで ID を読み取ることもできる。ただし、新規のカードを付与する場合、日常的な出歩きの際にカードを持参する習慣が定着せずに、再利用者のうちカードを提示する人の割合が徐々に低下する問題があった。そこで、次に検討した方法が、保護者が同行する場合には保護者が通常持っている交通系 IC カードなどを流用し、こうした RF-ID カードであれば必ず持っているカード ID を NFC インタフェースを内蔵したタブレットで読み取り、イベントに参加した子どもの ID として登録した。保護者が交通系 IC カードを持っていない場合や、保護者が同行していなかった場合には、イベントのために用意した専用の RF-ID カードを配布することで対応できる。また、各子どもに ID を発行する際に、保育者のメールアドレスを登録することで、継続的な情報提供が可能になる。さらに初回のイベント参加時に写真撮影を行い、その写真を閲覧可能なホームページをメールで連絡するというサービスを実施した所、ID の新規登録を行った保育者の約7割がメールアドレスの登録を行った。イベント参加中に撮影した子どもの写真と子どもの ID を紐付けるために、イベント参加中に RF-ID のバンドを手首に装着し、その RF-ID バンドを NFC 機能付きのスマートホンやタブレットなどのデバイスにより読み取らせる。そのデバイスに内蔵されたカメラで写真撮影を行い、ID と写真を紐付けるアプリ開発することで、子どもの ID と写真のデータベース化を行った。



図 5 参加者の ID 化を行う情報システム

このように情報システムと運用方法を工夫することで子どもの心のケアだけではなく、保育者が平常時にもメリットが感じられるサービスと合わせて関係構築をはかることで保育者とメールでの連絡手段の構築と、その利用率を高めることが可能になった。このように保育者や子どもとの関係構築が可能になることで、イベント中やイベント終了後に電子的にアンケートをとることが可能になる。子どもや保育者のニーズを自然に聞き取るアンケートを導入することで、アンケート結果から支援が必要な対象者を選定し、適切な情報を提供したり、支援者の連絡先を伝えることなどが可能になる。



図 6 RF-ID バンドとタブレットによる紐付け

電子マネー付きの交通系 IC カードは今後、公共交通機関の発達した地域においては今後さらに普及が進むことが予想される。また、交通系 IC カード以外でも、すでいくつかの大学の学生証や、使用目的を限定した電子マネーカードとして RF-ID カードの普及もはじまっている。子どもが使える少額決済用の電子マネーという形で、本人認証を行う仕組みは、カードが十分普及した地域においては被災時においても有効と考えられるため、平常時において今回開発したようなイベントを通じて子どもと保育者との関係を構築する仕組みを開発、試行し、災害時のために普及を進めておくことも有益であると考えられる。

4. 支援情報システムの運用

子どもを見守るための支援を可能にする情報システムについて検討した結果をプロトタイプシステムとして構築し、実際の子ども向けイベントを通じて運用を行った。子どもの心のケアを行う支援環境に対する子どもの関係性を維持するためには、イベントを認知し、興

味を持ち、参加をしたいと思う動機づけ、イベントへの参加、さらに継続的参加意向を持ってもらうことが重要である。被災地においても多くの団体が被災地を支援するために各種のイベントを開催していた。異なる団体が開催するイベントであっても共通に使用可能なプラットフォームをその場所に定着させることができれば、どのイベントに子どもが参加しても共通のデータベースに登録することが可能になる。

そこで、イベントを開催可能な共有スペースに今回開発したような情報システムをあらかじめ提供しておき、平常時から利用する習慣を地域に定着させることが1つの方法であろう。今回のプロジェクトで開発した情報システムを誰でもが簡単に利用できるように完成度と簡便性を高め、情報システムの利用ノウハウも含めて、多くの地域で利用可能な形で提供していくことが今後の課題である。

おわりに

被災地の状況は我が国の課題先進地域でもある。被災した直後では、モノの供給が必要とされ、モノによる支援が成功を収める時期もあるが、すぐに必要なモノは変化し、かつて必要だったモノでもすぐに供給が過剰になるようなことが頻発した。そこで重要視されたのが人による「コト」の支援であった。例え高度な支援機器が現地に送られたとしても、操作する人がいなければただ邪魔なだけである。使いこなす利用スキルとともに、それを現場の状況に応じて伝えられる人が現地に行くことがもっとも価値の高い支援となる。さらに復興が進んだ段階では、外部からの支援人材の供給が多すぎると、現地の雇用を圧迫するのではないかという矛盾が生じる。現地コミュニティを組織し、雇用と役割を作ることで、支援される側の人々を支援する側に移行することが必要となった。

こうした東日本大震災からの教訓を踏まえ、被災後の子どもの心のケアを支援する情報システムの開発と運用に関する研究が行われた。その結果、子ども向けイベントでの参加者登録、データベース化、RF-IDによる行動履歴の記録、写真を含む各種のデータを保育者にフィールドバックすることによるメールアドレスの収集や、アンケートから支援の必要な対象者の選定などの必要機能が明らかになり、プロトタイプシステムが実装された。今回開発した情報システムをもとに、実際の現場でイベントを開催することで、地域の子どもの実態を把握し、イベント中の行動履歴やアンケート回答から支援が必要な子どもや保育者を選定し、収集したメールアドレスに必要な情報を提供したり、支援者を紹介することが可能になる。こうした情報システムを平時常時から広く社会に普及させ、次に起こる大規模災害に備えることができれば、被災後の子どもの心のケアを支えるための情報システムを実際に役立てることができると期待している。

参考文献

- [本村 2014]現場参加型サービス工学 -気仙沼～絆～プロジェクトでの気づき-, 情報処理学会誌, vol.55.no.2, pp.161-165, (2014)
- [チェンバース 2000] ロバート・チェンバース: 参加型開発と国際協力, 明石書店, (2000).
- [Spohrer 2007] Spohrer, J., Maglio, p., Bailey, J., Gruhl, D.: Steps toward a science of service systems, Computer, vol.40, no.1, pp.71-77, (2007).
- [本村他 2012] 本村陽一, 竹中毅, 石垣司 (編), サービス工学の技術, 東京電機大学出版局, 2012.
- [産総研 2014]産業技術研究所, 社会の中で社会のためのサービス工学, カナリア書房, (2014)

3. 災害後の子どものメンタルヘルスケア

(1) 予防介入

こころを安定させる呼吸改善法

東京有明医療大学副学長・昭和大学名誉教授 本間 生夫
国立成育医療研究センター こころの診療部 赤井 利奈
国立舞鶴工業高等専門学校 自然科学部門 小野伸一郎
東京有明医療大学 柔道整復学科 高橋 康輝
昭和大学医学部小児科学教室 豊寺 舞
岩手県宮古市立鯨ヶ崎小学校 養護教諭 平澤 華奈
スポーツインストラクター 杉本 咲
スポーツインストラクター 炯起侖沙包
いけばな作家 大泉 麗仁
シンガーソングライター 大西 亜里

A. 呼吸改善法—ラッタッタ呼吸体操

1. ラッタッタ呼吸体操とは

吸って、吐いてを繰り返す呼吸運動は胸やお腹にある筋肉の働きによって行われる。その筋肉は2つの種類に分けられる。一つは活動すると胸やお腹が膨らむ筋肉であり、これを吸息筋と呼ぶ。活動すると肺に空気が吸い込まれるためにこの名前がついている。もう一つは、活動すると胸やお腹が縮む筋肉であり、これを呼息筋と呼ぶ。活動すると肺から空気が吐き出されていくためにこの名前がついている。この二種類の筋肉が交互に活動することによって、呼吸運動がなされている。吸息筋と呼息筋を合わせて呼吸筋と呼んでいる。

呼吸筋をストレッチしながら呼吸を合わせていくのがラッタッタ呼吸体操である。吸息筋をストレッチするときには息を吸い、呼息筋をストレッチするときには息を吐く体操で、呼吸筋ストレッチ体操とも呼ばれている。2011年3月11日に東北地方を巨大地震とつなみが襲った。東日本大震災の被災地の子供達のこころを和らげるために呼吸筋ストレッチ体操を教え、子供たちが体操をやりやすくするために歌を作った。その歌がラッタッタ呼吸体操であり、子供たちが歌い、体操のビデオも作成された。



ラッタッタ呼吸体操

作詞／本間生夫 大西亜里 作曲／大西亜里 編曲／津田ケイタ ピアノ／陶山隼
うた／大西亜里 協力／宮古市立鯨ヶ崎小学校のみなさん



1. 空をみてごらん 青い絵の具がながれてる
空をみてごらん たくさんの白い笑顔
あっちにもみえるよ こっちにも
さあいっしょに手をたたこう さあこの気持ちを伝えよう
ワンツースリー ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ
ラッタッタ もう一度 手をたたいてつたえよう
ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ



2. 海をみてごらん 水色の絵の具がながれてる
海をみてごらん たくさんのかがやくひとみ
あっちにもみえるよ こっちにも
さあ後ろに肩をまわそう さあいっしょに息をはいて
ワンツースリー ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ
ラッタッタ もう一度 肩をまわそう息をはいて
ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

3. 森をみてごらん 緑の絵の具がながれてる



森をみてごらん たくさんの赤いえくぼ

あっちにもみえるよ こっちにも

さあ頭を横にたおそう さあいっしょに息をすって

ワンツースリー ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

ラッタッタ もう一度 横にたおそう息すって

ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

4. 野原をみてごらん 黄色い絵の具がながれてる



野原をみてごらん たくさんの黒いまつげ

あっちにもみえるよ こっちにも

さあ腕を前にのばして さあ背中まるめ息すって

ワンツースリー ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

ラッタッタ もう一度 腕を前に息すって

ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

5. 川をみてごらん 銀色の絵の具がながれてる



川をみてごらん たくさんの金色のゆめ

あっちにもみえるよ こっちにも

さあ腕を空にのぼそう さあいっしょに息をはいて

ワンツースリー ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ

ラッタッタ もう一度 腕をのぼそう 息はいて

ラッタッタ 元気かな ラッタッタ 元気だよ



東北被災地の小学生とラッタッタ呼吸体操ビデオ作り

基本の姿勢



肩のストレッチ

①鼻からゆっくり息を吸いながら、両肩を上げる



②口からゆっくり息を吐きながら肩を下げる

①、②を2回くり返す

③もう一度、①をくり返す

首を下にむけないで



④口から息をはき、肩を後ろに回しながら下げる

③、④を2回くり返す

首のストレッチ

①左手を頭の後ろにあてて、まず息を吐く

③息をはきながら、ゆっくり顔をもどす



②息をすいながら、顔をななめ左下へひっぱる

④もう一度、②をくり返す



左が2回終わったら、同じように右も2回くり返す

背中のストレッチ

①手を胸の前で組んで、鼻からゆっくり息を吐く

③鼻から息を吐きながら、ゆっくり手を胸の前に戻す



②息を吸いながら、手を前へ出す（できるだけ大きな輪を作る）

膝は軽く曲げる

④もう一度②をくり返す



①～④を2回くり返す

球をかかえるイメージ

胸のストレッチ

①両手を腰の高さで組んで、鼻からゆっくり息を吸う



②ゆっくり息を吐きながら、手を後ろへひっぱる

③鼻から息を吸いながら、ゆっくり手を戻す



④もう一度②をくり返す



①～④を2回くり返す

2. ラッタッタ呼吸体操の心身に対する効果

呼吸筋が固くなっていると、呼吸運動がスムーズに行われず、肺機能も落ちてくる。肺機能が落ちることは呼吸に余力がなくなり、運動などの負荷に耐えられなくなってくる。一方の呼吸筋、例えば吸息筋が活動し収縮している時に他方の呼吸筋である呼息筋が固く伸びにくいと、吸息筋はさらに強く活動しなくてはならず、また筋肉内にある長さや張力を感知する受容器からの情報が高まり、息苦しさなど不快な感覚を引き起こす。呼吸器疾患、心疾患や神経・筋疾患を除いて、この状態を引き起こす原因はストレスなど心理的变化である。また後述するように、中枢において情動と呼吸は密接にかかわりあい変化している。従って、末梢からの情報がなくても感情の変化に伴って呼吸が変化する。ネガティブな情動では呼吸は浅く速く、ポジティブな情動では呼吸は深くゆっくりとなる。

呼吸筋ストレッチ体操は呼吸筋、筋肉内受容器を柔らかくし、呼吸運動をスムーズに行うことができるようになり、息苦しさなど不快な感覚を和らげてくれる。また中枢における呼吸リズムを抑え、ゆっくりとした呼吸をするようになり、不安などネガティブな感情を和らげてくれる。

[ラッタッタ呼吸体操の利点]

1. どのような人たちに提供できるのか

トラウマが生じた人——少しでも不安を和らげることが出来る

(自然災害等に遭遇した人)

トラウマが生じる可能性のある人——普段から行い、その時に備える

(誰でも可能性がある)

2. どんな特徴があるか

多くの療法は一人一人個別に行うが、災害のように対象者が多数になる場合にこの方法が役立つ。多数で普段から行うことができる。

設備や道具を必要としない。いつでもどこでも行うことができる。

3. なぜ特に子供を対象にしているのか

子供は不安で混乱した状態が長く続くと長期的な情緒の問題が起こることがわかっている。大人は自分で助けを求めることが出来るが、子供は大人に頼っているため自分で動いて助けを求めることが出来ない。また、特に子どもは感情や考えを言語化するのが困難なため、言葉に頼らず、体を直接動かし、呼吸を通じて感情の部分に働きかける方法が有効である。

B. 呼吸の理論

1. 代謝性呼吸

呼吸運動を担う呼吸筋への活動指令は脳から出ている。脳の中には呼吸運動を調節する部位が3か所ある。中枢神経系は脳と脊髄から成り立っていますが、脊髄から頭蓋内に入ったところが延髄と呼ばれ、さらにその奥に橋が存在する。延髄と橋を合わせて生理学的には脳幹と呼んでいる。ここには生命を維持するために必要な循環中枢や呼吸中枢がある。我々が生きて活動するためにはエネルギーを作りださなくてはならない。この呼吸中枢ではエネルギー代謝に必要な酸素や体の酸・塩基平衡を保つために必要な二酸化炭素の量を調節している。

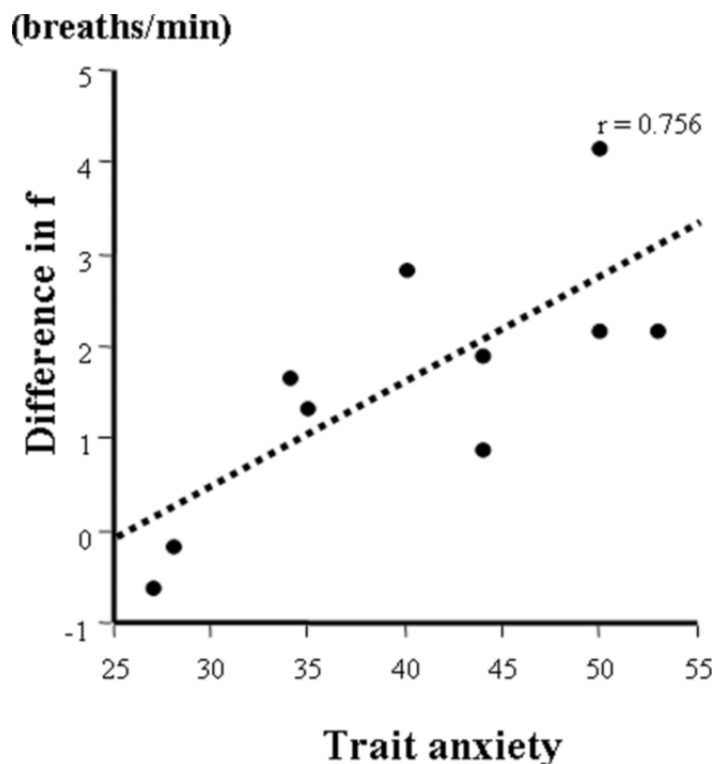
2. 行動性呼吸

さまざまな内的・外的環境の変化に伴い呼吸は変化する。代謝性呼吸以外をまとめて行動性呼吸と呼んでいる。ここには随意的に呼吸筋の活動を変える機能も含まれている。私たちが発声しているときにも呼吸筋を使っており、その間、代謝性呼吸は抑制されている。大脳皮質運動野の中に胸郭を取り巻く筋肉に運動指令を出す中枢があり、そこに呼吸筋を支配する前運動ニューロンが存在している。気温の変化など外的環境の変化で呼吸が変わるが、内的環境の変化としては感情の変化が最も大きく呼吸に影響する。これらは行動性呼吸の中にも含むことができるが、この章のタイトルからも感情と呼吸が中心なので、情動性呼吸は行動性呼吸から独立させて取り上げる。

3. 情動呼吸

情動は喜怒哀楽の感情といってもよく、情動があるからこそ社会で付き合う人々や物事に適切に反応していくことができる。社会において絆を強固にしていけるのもこの情動のおかげである。この情動に呼吸が密接にかかわっている。この分野の研究は10年ほど前から本格的に行われるようになってきている。

ネガティブな感情の代表でもある不安は誰でもが経験したことのある感情である。不安が長く続くとさまざまな精神症状を表すようになり、不安症候群と呼ばれている。米国では4000万人以上いるといわれ、その数は増加している。日本においても10%以上の人がこの不安症候群にかかっているといわれ、東日本大震災後にはその数は増加したと思われる。この不安感情と呼吸の関係を調べたところ、不安度が高い人ほど不安に陥った時の呼吸数の増加が激しく、不安度と、呼吸数の変化の間に性の相関があることが示された。



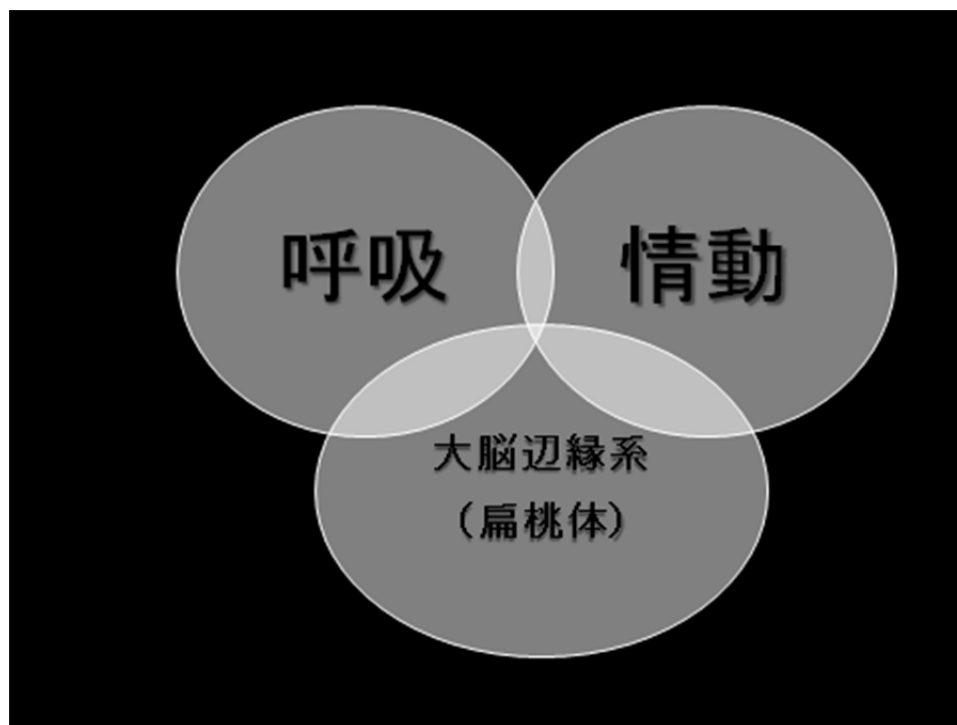
図：不安時の呼吸数の変化と特性不安の関係

(縦軸：呼吸数の変化 横軸：特性不安度) (Masaoka, Homma 2001)

この両者、不安と呼吸の密接な関係が脳のどこで作られているか。ヒトにおいては非侵襲的脳機能局在法により調べられ、不安に関連するニューロンの活動電位が呼吸に同期して出現することが明らかになっている。また、そのニューロンは大脳辺縁系の中の扁桃体に存在することも明らかになった。動物実験においても扁桃体において呼吸リズムが作られていることが示され、扁桃体にストレス関連物質を作用させると、その呼吸

リズムが速くなることも明らかにされている。また、延髄の呼吸中枢では二酸化炭素が高まると呼吸数が速くなるが、扁桃体では逆に二酸化炭素が少なくなると呼吸リズムが速くなる。過換気症候群ではまさにこの中枢が作用していると考えられる。扁桃体における呼吸リズムは正確には梨状葉—扁桃体複合体で作られているが、扁桃体は感情を作り出す第一次中枢であり、ここで作られている呼吸を情動呼吸と名付けた。

呼吸—大脳辺縁系（扁桃体）—情動 が情動呼吸の基本である。



情動が変われば呼吸が変わり、呼吸が変われば情動も変わる。このことを利用して、呼吸を変えることにより、情動を良い方向に安定させる方法をいくつか明らかにしている。呼吸筋ストレッチ体操（ラッタッタ呼吸体操）はその方法のひとつであり、そのほか、歌唱、アロマ、太極拳、いけばななど上記理論に基づいて、情緒安定のためのエビデンスがとられている。

C. 呼吸を整えるための方法

1. 歌唱

発声は呼吸筋を使う。吸息筋により大きく吸い、呼息筋により十分吐き出す動作は呼吸筋の活動性を高めるだけでなく、呼吸筋内の受容器からの情報をも高めて整え、胸に作用する力と機械的に動く効率、すなわちコンプライアンスを高める。普段の呼吸よりゆっくりした呼吸となり、歌そのものの感情への好影響も伴い、呼吸—大脳辺縁系（扁桃体）—情動に良い作用を及ぼす。



2. いけばな

いけばなは600年以上前に生まれた日本の伝統文化を代表するものの一つである。伝統が受け継がれ、多くの人がいけばなを楽しんでいる。日本文化の基本である、削ぎ落とし、一点に集中した美しさを生み出す。それはいけている人の精神を表す。花そのものの美しさもあるが、花をいけるという動作、自分なりにいけた、という自信や満足感。これらが総合的に作用し、気分の安定に良い効果をあげる。

いけばな作家がいけた作品の写真とそれを崩した写真を被験者に供覧すると、本物を美しいと思うだけでなく、呼吸もゆっくりになっていた。いけばな教室において呼吸数、快不快度、不安度を、いけばなを始める前と作品が出来上がった後で比較した実験がある。呼吸数は下がり、不快度は減少し、不安度も減少していた。東北被災地の小学校での呼吸教室においてもいけばなを取り入れ、いけた後では不安度の減少が認められた。



小学生のためのいけばな教室



植物にふれて、美しいところや命の輝きを見つけましょう!

1月のテーマ「寒さへの願い」

なごやかに、はなやかに
新年をむかえよう

心うきうき、楽しいお正月。
新しい一年を元気に迎えますように。
うれしいことがいっぱいありますように。
新しい年め、お花を飾りましょう。

1月のテーマ「寒さへの願い」

美しいお正月、いろいろな花や葉が咲き出し、新しい一年の始まりを感じます。寒い冬は、寒さや雪の厳しさを感じ、心がなごやかに、はなやかに新年を迎えたいですね。このお正月、お花を飾り、新しい年め、お花を飾りましょう。

1. お正月を飾るお花飾り
お正月は、新しい年を迎える大切な日です。寒い冬は、寒さや雪の厳しさを感じ、心がなごやかに、はなやかに新年を迎えたいですね。このお正月、お花を飾り、新しい年め、お花を飾りましょう。

2. いけばなを楽しむコツ
いけばなは、自然の美しさを表現する芸術です。花や葉の色、形、香りを楽しむことが大切です。寒い冬は、寒さや雪の厳しさを感じ、心がなごやかに、はなやかに新年を迎えたいですね。このお正月、お花を飾り、新しい年め、お花を飾りましょう。

自由に書いてください。

日付

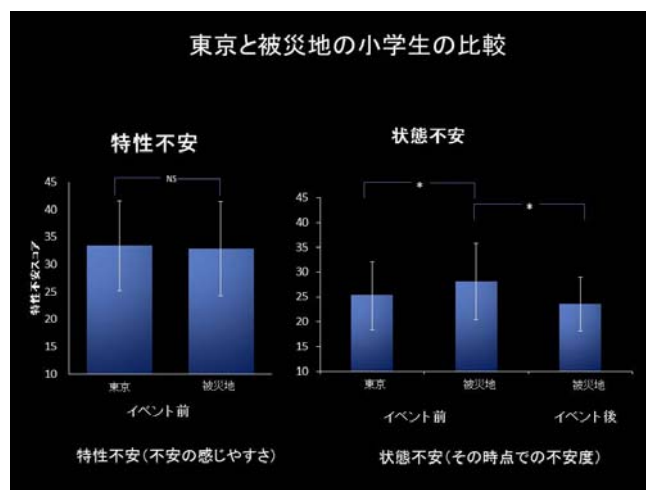
氏名

花は四季折々、季節を映している。1月から12月までの時節にあったいけばなを楽しむことができる。

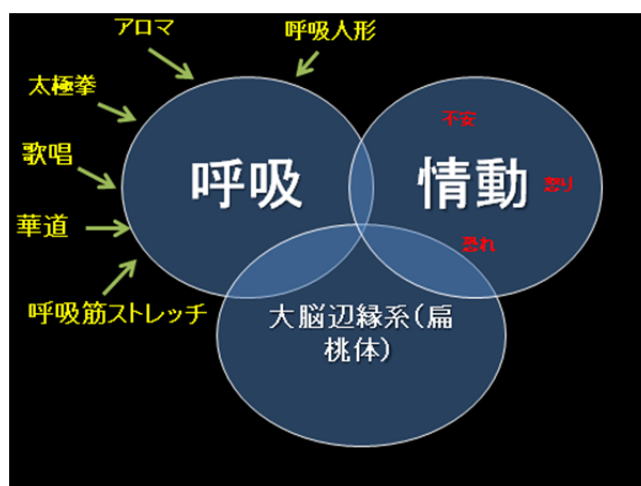
まとめ

呼吸筋ストレッチ体操の不安に対する効果の比較が東京と被災地の小学校で行

われた。そもそもその人が持っている不安度（不安の感じやすさ）を示す特性不安度は東京と被災地の小学生で差はなかった。しかし、その時点での不安度を示す状態不安度は東京の小学生に比べ、被災地の小学生では高く、より不安を感じているこどもが多かった。その被災地のこどもたちに呼吸筋ストレッチ体操といけばな教室を行い、状態不安度を調べたところ、イベント前に比べ、状態不安度が有意に下がっていた。このことから、呼吸を整えることの重要性が明らかになっている。



情動は呼吸と一体となり、大脳辺縁系の扁桃体で作られている。不安や怒り、恐れなどネガティブな情動を和らげるために呼吸を整えることを推奨する。呼吸を穏やかにする方法は上記の呼吸筋ストレッチ体操やいけばなだけに限らない。それぞれの人にあった方法を、また、多くの方法を身につけておくことが必要である。



岩手県の教育委員会から2014年に出た副読本にも呼吸筋ストレッチ体操が紹介されている。被災地に限らず、トラウマ、強いストレスがかかっている人、老若男女にかかわらず活用していただきたい。



(参考文献)

1. Homma I. : Respiratory Muscle Stretching Exercise. In Rehabilitation of the Patient with Respiratory Disease. Eds Cherniack NS, Altose MD, Homma I. McGraw-Hill pp.355-362, 1999.
2. Homma I, Masaoka Y. : Breathing rhythms and emotions. Exp Physiol. 93:1011-1021, 2008.
3. Homma I, Akai L : Breathing and Emotion. In Psychology of Happiness. Eds Makinen A, Hajek P. Nova Science Pub. Pp179-188, 2010.
4. Masaoka Y, Homma I. : The effect of anticipatory anxiety on breathing and metabolism in humans. Respir Physiol. 128:171-177, 2001.

心理教育

| | |
|------------------------|-------|
| 浜松医科大学児童青年期精神医学講座 | 杉山登志郎 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 辻井 正次 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 片桐 正敏 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 村山 恭朗 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 浜田 恵 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 上宮 愛 |
| 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター | 伊藤 大幸 |
| 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 | 野村 昂樹 |
| 佐賀大学学生支援課 | 中島 俊思 |

1. 大震災の後に生じる問題と、その対応

他の章との重複する部分が一部にあるが、極めて重要なポイントであるので復習をしておきたい。表1に、一般的な震災対応の対応スケジュールを示す。震災に直面し、最初に必要なことは大震災といえども一般的な災害と変わりがない。身体的なケアと、急性のショックへの対応である。メンタルヘルスにおいて、この段階で必要なのは、不眠といった急性のストレス反応への身体的ケアである。これは基本的には内科医や外科医でも実施が可能である。何よりも必要な安心の提供そのものは、子どもも大人も、家族や周囲の人々の支えが中心であり、どちらかというとな精神科医や臨床心理士は側面援助が中心になる。

次の段階は、ライフラインが復旧する前後の対応である。この段階において有益かつ簡潔なものとしてサイコロジカル・ファーストエイド(表2)がある。これは兵庫県こころのケアセンター; ホームページからダウンロードできる。このサイコロジカル・ファーストエイドの中には心理的な問題への対応を多数含むが、その中心はソーシャルワークである。実はこのことは、災害に限らず、またトラウマ臨床に限らず、児童精神科領域の比較的重症な臨床において、最も必要な働きであることは臨床現場に働くものにとって周知のことであろう。

急性期の状況が落ち着いたところから、急性ストレス反応を呈していた一部の人が、慢性の一連の反応へと転じて行く。つまり PTSD に移行する。ここでようやく「こころのケア」が必要になるわけである。この PTSD への「こころのケア」は、一般的なカウンセリングとは著しく異なる(金、2001)。つまりカウンセリングで重視される、本人の気持ちに沿って傾聴をするといった対応は、病態を遷延化させむしろ悪化させるリスクが高いことが知られている。この点が、トラウマ臨床の要点である。

今回の大震災では、福島県において周知の様相に他の地域とは全く異なる状況が起きた。原子力発電所の事故という経験のない事故にさらに対応の混乱も加算され、放射能被害に関して何が正しいのか誰にも分からないという状況が生じてしまった。表1を見ると、今回の震災の特徴が否応なしに浮かび上がってくる。地域が広範におよび、また地域においてはその被災の程度も著しく、一般の震災後の対応スケジュールより大幅に後方にずれたのである。中でも福島県は、再三指摘されているように、原発事故への処理という終着点

が見えない状況が今後も続くことになってしまった。

われわれは今回の大震災において、福島県に焦点をしばって独自の取り組みを行った。その理由は、徐々に明らかになる被災地の状況において、福島県は原子力発電所の事故という想定外の被災が生じ、今後、最も困難が大きくなると予想されたこと、原発事故のため若年のボランティアの組織的な参加が難しくなり、手薄になる可能性があったことである。公的な地域割り支援活動に迷惑をかけない形で子どもへの支援を行った。われわれは学校を核とした支援を実施した。筆者らは日本の学校システムはわが国の持つ最も優れたシステムの一つであると考えている。また学校はなんと言っても子どもたちを守りそだてる中核の組織である。われわれは1) 教師へのメンタルヘルス講義、2) 子どもへの授業を用いた心理教育、3) 学校での相談支援を実践した。1) は子どものメンタルヘルスを支える大人の側への心理教育であり、2) は子ども自身へのメンタルケアの心理教育である。その上で、個別の相談が生じた場合に、3) における相談支援が要請される。大人を対象とした心理教育、子どもへの心理教育の順に述べる。

2. 教師や保護者への心理教育

1) ト라우マとは何か

震災をはじめとする大規模災害において一般的な生じる状況と、それに対する対応を表1に示した。これは心身の非常に強い危機にさらされた状況（例えば戦場の前線で闘うなど）において普遍的に認められる経過でもある。この一連の精神的症状は、急性ストレス障害および外傷後ストレス障害であり、次の3症状を基本とする。

一つは過覚醒である。具体的には、不眠、不安、易刺激性(易怒的になることもある)、集中困難、過剰な驚愕反応などで、これは脅威に晒された心身に生じる、いわば戦闘モードによってもたらされるものである。

第二は、再体験である。トラウマ場面のフラッシュバック（その悪夢を含む）、である。意図せずに、トラウマ場面が蘇ってくる。これは一般的な想起とは違って、再体験であることが重要な点である。子どもにおいては外傷的再演（マステリー）と呼ばれる現象も認められる。例えば津波で家を流された子どもが津波ごっこと称して家を作っては壊すという遊びを繰り返すといった行動である。

第三が、回避である。トラウマとなる記憶を想起させる場所、人、活動を避けてしまう。これはフラッシュバックが引き起こされることが苦痛であるからに他ならない。さらに、フラッシュバックによって繰り返しトラウマ場面の想起が起きるのに、その最も中心の部分になるとぼろぼろとなってしまうと想起が不能の状態になることも多い。この回避行動によって、例えば漁師が海に向かうことを回避するようになるなど、生活の著しい制限をもたらす。これによって周囲への関心の減退、孤立感、さらに生き生きとした感情の縮小、未来への希望の減退などが生じてくる。

つまりこの回避こそが将来の生活に悪影響を与える。つまりトラウマへの反応を止めることは不可能にしても、回避を最小限に留め、生活の縮小を来さないようにすることが対応の要である。

これらの症状は、国際的診断基準によれば、トラウマの原因となる災害時点からの継時的な距離によって次のように分けられている。4週間までが急性ストレス障害、3ヶ月まで

が急性の外傷後ストレス障害（PTSD）、3ヶ月以後を慢性のPTSDと呼ばれている。

一般的に過去の地震などの大災害において、慢性のPTSDの出現はトラウマを受けた人々の中で1割以下であり、親の死や目の前で親しい人が亡くなったなどの重大な喪失の場合か、もともと不安定な基盤をかかえた場合に出やすく、一般的にはそれほど恐れる必要が無いことが示されて来た。しかし今回の大震災においては、全ての状況がより深刻である。

PTSDを引き起こす要因はこれまでの研究で明らかになっている。一つは時間的な要素である「戦闘状況」が特に50日以上継続になったときに、その9割近くまでがPTSDを生じることが知られている。もう一つは、喪失の重大さである。津波に襲われたセイロンにおいて、既に内戦による荒廃の上に、この津波の災害が重なった。9割までの子どもが近親者の喪失を体験し、その結果、子どもの約4割に深刻なPTSDが生じたのである(Neuner, 2010)。

2) PTSDを引き起こす体の要因

急性のストレスに晒されたとき、生体は直ちに戦闘状態に入る。視床下部一下垂体一副腎という経路を介して、コルチゾールが放出される。それに伴って、表2に示す一連の生化学的な強力な変化が生じる。トラウマの三症状のうち過覚醒とは、生体が戦闘状態に入っていることによってもたらされた症状である。

ところが、ストレス状況が単発では終わらず長期にわたって継続するとき、今度はこの戦闘状態によって動員された諸物質が逆にマイナスの働きを引き起こすようになる。その代表はコルチゾールである。コルチゾールが放出され続けることで、今度は海馬の萎縮など、脳そのものの器質的な変化すら起きてくる。

この過程においては個体差があることが知られていて、長期的なストレスに対して強い個体が1割程度存在する。この長期的なストレスへの抵抗力をレジリエンス（復元力）と呼ぶ。短期のストレスへの対応力と長期のストレスへの対応力は異なっている。堀部安兵衛と大石内蔵助の違いを考えてもらえば分かりやすいのではないだろうか。

PTSDを軽減させる対応としては、急性のストレス状態の中から、復元力を高める対応を行って行くのかということに尽きる。

3) PTSDを防ぐための対応

何より重要なのは、「安心」の提供である。この基本的な「安心」が、ライフラインの復旧の遅れ、長く続く余震、原発事故を巡る新たな危機などによって、十全に提供ができていない点が、今回の大震災の著しい特徴である。図1に震災によって生じる心の反応を示した。こころとからだは同じものである。過覚醒の指標として有用な指標となるのは、生理的な状態であり、表4に示した平均脈拍数が異常値を示し続けているのであるとすると、心身は戦闘状態が続いていて過覚醒状態にあることを端的に示している。この様な心身の状態を平常に導くものは、実は一般的な養生訓である。すなわち早寝早起き、朝ご飯を食べるなどの生活リズムの確立、適度な運動、偏りのない適度な栄養、そして情報を制限し、適度な情報量にとどめることも必要である。

次がボディーワークである。最も基本は、呼吸法であるがこの概要は他章に詳述されているので割愛する。次いでグランディングと呼ばれる、体が地に足が着いている実感の確認である。靴を脱いで床に足を降ろし、足の裏が床についている感じを確認する。かかと歩きやつま先歩きをしてみたり、どしどしと歩いて急に「気をつけ」をしてみたり、水平

感覚や体の中心の感覚を感じ、さらに足の裏が床についている感覚を意識する。次が、緊張を防ぐための対応である。緊張状態では、肩や首、背筋などが縮まっているので、ストレッチや体操を時々行い、また図2にあるようにぎゅっと力をいれた後に力をぬいて、緊張をほどくようにする。背中や肩などをトントンとリズムよく、軽くたたいてもらうことは強いリラクセス効果がある。このときに、中心を叩くのではなく、左右を交互にたたくのがコツである。両足の足踏みを30回繰り返す。その後、深呼吸を行う。これを3回ほど繰り返す。これはフラッシュバックによってボーッとなくなってしまったときにも効果がある方法である。

成人においてはPTSDに対する薬物療法のアルゴリズムが既に報告されている。しかし児童においては、臨床的な経験の蓄積のレベルで、科学的な効果判定に未だいたっていない。主として用いられるのは次の薬物である。選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）はPTSDに対する治療効果が示されている。過覚醒に対しては、塩酸クロニジンが有効である。不眠に対しては、一般的な眠剤、または非定型高精神病薬が有効である。これらの処方、比較的少量を用いるのが原則である。小児の薬物療法とその使用上の注意点を、表3に示す。これは、一般の内科小児科医が処方することを念頭に作られており、薬物も商標名で記載している。極少量処方であり、それゆえ院外処方箋薬局にて処方を依頼する場合、「極少量処方注意」と注意書きを書くことが必要である。筆者はこんなに少ないはずがないだろうと10倍量を処方されるというタイプの処方ミスを何度も経験している。

先に述べたように、復元力とはトラウマに対する抵抗性を示す言葉である。復元力の研究の重要な点は、脆弱性が予想される個体をあらかじめ予想し、必要な介入を、長期的に行うことが最も有効な介入になるからである。1980年代のコホート研究から、児童の約1割に「逆境に強い子」が存在することが明らかになった。その特徴は、敏捷で人付き合いが良いこと、コミュニケーション能力が高く、一般に知的に高いこと、自らの運命に積極的であること。この様な個体の特徴とは、全ての身体的、精神的疾患への抵抗性と実は同一である。一方ベトナム戦争の戦闘研究からは積極的対処能力、高い社会性、内的倫理性などが復元力の高い青年の特徴として浮上した。つまり自らの運命に直面化し、強引にでもその意味を見出し、孤立せず、他者と共同で目的に向かって戦い、他者をも守るなど妥協せぬ高い倫理性を持ち続ける者とは、戦場にあっても人である誇りを失わない人間である。

この正反対の特徴を持つ者が脆弱性を生じやすい者であり、震災弱者の子どもたちとはこのグループである。無力感、孤立、低いコミュニケーション能力、状況に対する受け身性、知的なハンディキャップ、衝動性、暴力的、低いストレス耐性など。具体的には、社会的養護の子どもたち、ハンディキャップを持つ子どもたち、養育者を失ったなど喪失をかかえる子どもたち。彼らへの継続的支援が必要である。

震災児の復元力を育むには、周囲の大人が安心を提供することが必要であり、安心が部分的にでも提供出来る大人を子どもの周囲に提供することが重要である。このことは、いかにこの様な大災害の時に、学校が重要なサポートを果たすのかということを示している。子どもと家族の周りにいくつも窓を開けることも大切である。孤立こそ最大の障害になるからだ。そして、震災の前の生活を忘れないことも重要である。分断された生活をつなぎ合わせてこそ、今ここにいる自分を肯定することが可能になるからである。

逆境は必ずしも人を弱くするものではない。周知のように偉人として顕彰されてきた人

の中に、逆境に育った人は多い。だが彼らが幸福であったのかという一概に答えられない。幸福な人生と有意義な人生は微妙にずれるのだ。もとより火傷が治っても瘢痕を残すように、トラウマが消えることはないのである。だがトラウマを抱えていても、縮まないで生きることこそがわれわれが目指す所である。

3. 子どもへの心理教育

この心理教育の主眼は、こころを行動でとらえようということである。辻井正次により作られた子どもの心理教育の授業(表4)を基盤に、それぞれの年齢に対応したメンタルヘルス授業をほぼ福島全県において実施した。実践の中で修正を行った。心理教育の概要を記す。

1) 心とは何だろう。

こころはどこにある。こころは脳にある。脳の働きがこころの働きである。感じること、考えることは脳の働きである。心を動詞(行動)で捉えよう。明るいととはどんなこと。明るい人とは明るく話し、明るく笑う人。つまり明るい行動をする人のこと。

2) 自分の良い所を見つけよう

自分の良いところを1つずつ言ってみよう。順番に自分の良いところを1つずつ言葉にしてみよう。さっと出てこない人は、ものすごく優れたことを言わなくてはならないと勘違いしているのではないか。それは誤解で、それほどすごいことを言わなくてはならないのでは無い。ここでいう良いこととは適応行動のことだ。

3) 適応行動とは、そこそにやれていること

ぎりぎりセーフでできていれば適応ができています。学校の出席のリミットが8時25分なら24分に到着すれば適応ができています。朝ご飯を今日食べていればそれも適応行動で良い行動が取れている。「～しない」というのは肯定が隠されているので、「している」というのを取り上げよう。みな結構良いことをしている。「あたりまえ」「ふつう」という言葉を用いない。適応行動はできているかできていないか。ぎりぎりセーフで全くかまわない。それを沢山見つけてゆこう。

4) 感情を自覚しよう、嬉しかったこと、楽しかったことを見つけよう

楽しいこと、うれしいことを出してみよう。楽しいことを話しているときの表情を考えてみよう。楽しいことを考えているとこころがうれしくなる。怒っていたり落ち込んでいたりして良かったという経験をするのではない。それを引きずっても意味がない。

5) 気分は切り替えができる、調子が良いとき悪いとき、チャンネルを切り替えよう

感情はチャンネルで、テレビのチャンネルの様に切り替えられる。調子が良いとチャンネルは切り替えやすいが、調子が悪いときはチャンネルを切り替えにくい。

6) 不安やストレスは心の便秘

ストレスは全くないということはない。青年期には特に、こころの成長にストレスは必要不可欠である。ストレスを処理する働きが自然に備わっている。ストレスが貯まった状態が悩みでちょうどこころの便秘のようなものだ。こころの便秘になった時は、どうしたらよいか。相談をする必要がある。

7) 解決ができない時は相談をしよう

こころが貯まって便秘になった時には、大人に相談が必要だが、それは処理の仕方を知

っている人に相談をしなくては意味がない。

8) リラクゼーションのワーク

もやもやした気持ちを強い息と共にはき出すという実践を試みよう。ため息ではなく、ゴジラの火炎のような強い息で悩みをはき出そう。

今回の大震災の経験もあって、トラウマ（および発達障害）に対して、従来のカウンセリングでは限界があることは、徐々に受け入れられるようになってきた。精神科医や臨床心理士においても専門家としての働きが求められているのである。

文献

Charney, D.S. : Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability. *Am J Psychiatry*, 161, 195-216, 2004.

Fleming S, Thompson, M, Stevens, R.F. : Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *Lancet*, 377, 19, 1011-1018, 2011.

Neuner F: Tsunami, war, and Cumulative risk in the lives of Sri Lankan schoolchildren. *Child development*, 81, 1176-1191, 2010.

兵庫県こころのケアセンター：サイコロジカル・ファーストエイドの実施の手引き第2版.
<http://www.j-hits.org/>

金吉晴編：心的トラウマの理解とケア。じほう、東京、2001

表1 大震災において生じること

- ・ 直後～3日目: 救助活動、被災者の身体的ケア、トリアージ ← 救命救急を中心に、災害対応チーム
- ・ 4日目～2週間: ライフラインの復旧、避難所での生活が可能になること、急性ストレス障害 ← 避難所での急性ストレスへの対応、障害児、精神科疾患への対応
- ・ 4-6週間前後: PTSD移行期(戦闘状態を続けているグループに心理的危機が生じる時期) ← 交代で前線を支えるマンパワーの補給
- ・ 8週間～PTSDへの移行 ← PTSDへの予防、グループでの介入

表2 サイコロジカルファーストエイド第2版 概要 (兵庫県こころのケアセンター)

- 1, 準備
- 2, 被災者に近づき、活動を始める
- 3, 安全と安心感
- 4, 安定化・・・気持ちを鎮める
- 5, 情報を集める・・・今必要なこと、困っていること
- 6, 現実的な問題の解決を助ける
- 7, 周囲の人々との関わりを促進する
- 8, 対処に役立つ情報・・・トラウマの心理教育やリラクゼーション
- 9, 紹介と引き継ぎ

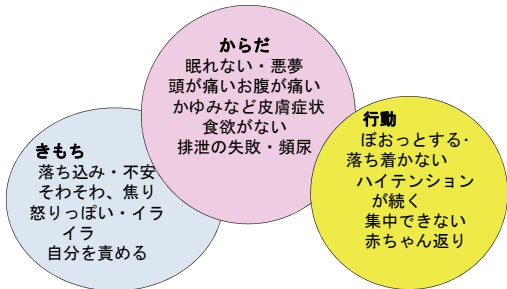


図1 災害によって起きる心身の不調

図2 ボディーワーク 緊張をほぐす



表3 子どもに使用可能な薬物療法の詳細

| 薬物名 | 標的症状 | 期待される効果 | スタート量(成人) | 最大量(成人) | 副作用 | 使用上の注意 | 保険病名 |
|--------------------------------|----------|-------------|------------------------|----------------|---------------|-------------------|------------|
| SSRI ジェイゾロフト | PTSD症状全般 | 不眠、苛々の軽減 | 10mg分1(25mg) | 25mg(50mg) | 希に躁転 | 気分の上下を確認 | うつ病 |
| SNRI トレドミン | 同上 | 同上 | 15mg(15mg) | 25mg(50mg) | 同上 | 同上 | 同上 |
| カタプレス | 過覚醒、頻脈 | 過覚醒の軽減 | 37μg分1 | 75μg分1 | 血圧低下 | 血圧に注意 | 高血圧症 |
| 漢方 後援加芍薬湯 四物湯 (一錠に服用) | フラッシュバック | フラッシュバックの軽減 | 各2.5g 2包分2 未就学児1包分1 | 維持し減量 | 数ヶ月続けた時、お腹の不調 | 粉がダメな場合錠剤あり(クレンジ) | 心身症 |
| ニューレプテル ピレチア (錠剤 成人用) | 不眠 | 不眠の軽減 | 各2mg(レンドルミン半錠) | 各5mg(レンドルミン半錠) | 眠気 | ピレチア同量を一緒に処方 | 統合失調症(不眠症) |
| 抗精神病薬 リスパダール | 易興奮、苛々 | 苛々に著効 | 0.3mg(0.3mg) | 1mg(1mg) | 眠気 | 極少量の処方 | 統合失調症 |
| 感情調整剤 テグレート | 気分の上下 | 気分の上下を止める | 20mg(20mg) | 50mg(100mg) | 皮膚アレルギー | 少量処方原則 | てんかん |

表4 子どもへの心理教育

- ・ 心とは何だろう。心は動詞(行動)で捉えよう
- ・ 自分の良い所を見つけよう
- ・ 適応行動とは、そこそにやれていること
- ・ 嬉しかったこと、楽しかったことを見つけよう
- ・ 気分は切り替えができる、調子が良いとき悪いとき、チャンネルを切り替えよう
- ・ 不安やストレスは心の便秘
- ・ 解決ができない時は相談をしよう
- ・ リラクゼーションのワーク

被災地の親子を対象としたキャンプの試み

みやぎ心のケアセンター 福地 成

<はじめに>

筆者は東日本大震災直後より地域訪問を続け、避難所や仮設住宅、学校訪問をする中で、被災した子どもや家族の状況に目を配ってきた。その中で憂慮された事柄は、①安全に遊べる場所が確保されていないこと、②恐怖体験のために退行して保護者から離れることができないこと、③辛い体験をしたはずなのに一見なにも反応を示していない子どもが多いことだった^(1, 2)。こうした中で、彼らが普段通りの平穏な気持ちを取り戻すことを目的として、沿岸部から離れた内陸部のキャンプ場へ子どもを連れて行き、一連のプログラムを提供することを計画することになった。自然の中で力いっぱい遊び、同じ体験をした子どもたちと思いを分かち合うことを重視した。また、プログラムの中に心理教育を組み込むことで、災害に関わる正しい知識を提供し、自分のこころの仕組みを理解し、不安な気持ちに圧倒されない方法を身に着けることを目標とした。

こうして、平成 23 年 7 月に被災地の親子を対象とした最初のキャンプが開催された⁽³⁾。仙台で長年継続していた研究会のメンバー、日頃から連携していた関係機関の専門職、複数のボランティア団体の協力を得て行った。子ども達がキャンプ後に不調を来した場合に備えて、関係する医師がフォローできる地域に限定して募集を行った。現在では筆者が在籍する「みやぎ心のケアセンター」の事業として運営され、地域の様々な団体や専門職と協力する形で年 1 回継続している。本稿では親子を対象としたキャンプの試みについて紹介し、今後の災害後心理教育への提言を行いたい。

<キャンプ概要>

平成 27 年 1 月現在までに計 5 回（平成 23 年の 7 月と 11 月、平成 24～26 年にはそれぞれ 10 月に年 1 回ずつ）開催した。仙台市および名取市の被災した小学校の子どもを対象とした。参加者の兄弟が参加を希望することもあったため、少数ではあるが未就学児や中学生が参加した。また、筆者が地域訪問で相談を受けた子どもたち、心身不調のため病院に受診した子どもたちにも案内を行い、その少数が参加した。開催案内のチラシを作成し、上記小学校へ訪問し、教育委員会の承諾を得て学校内で配布した。希望者は郵送もしくは FAX にて申込み、参加者の上限は 20 名程度とした。スタッフの人数は子どもに一对一で十分に対応できるように配置をした。

子どものみを被災地から離れたキャンプ場に連れて行き、心理教育を含めた一連のプログラムを提供した（資料 1）。保護者に対しては、集合場所の近くに別途会場を設定し、専門職による講話やリラクゼーション、個別相談を含めたプログラムを提供した。子ども心理教育の内容としては、第 1 回～3 回は紙芝居を用いた描画を行い、第 4、5 回には玩具を用いた呼吸法と筋弛緩法を行った。

1. 紙芝居を用いた描画（資料 2）

自分の気持ちを形や色で表現しやすいようなストーリーで紙芝居による教示を行い、色鉛筆やクレヨンで自分の気持ちに沿って描画をしてもらった。描画後お互いの絵を見せ合い、「何を付け加えたらもっと楽しくなるか」を話し合い、さらに絵を付け加えてもらった。

2. 玩具を用いた呼吸法と筋弛緩法（資料3）

吹き上げパイプを用いた腹式呼吸と筋弛緩法の伝達を試みた。吹き上げパイプは大きく吸って、少しずつ吐くことによりボールはパイプの上を浮かび続けることができ、繰り返し練習することで腹式呼吸を自然に身に着けることができる。

参加前に郵送により、ご家族の被災状況と子どもの心身の状態を把握するための事前調査を実施した⁴。終了後も同様に親子双方に対してアンケートを行った。子どもにのみキャンプ前後に子ども版災害後ストレス反応尺度（Post-Traumatic Stress Symptoms for Children -15, PTSSC-15）を記入してもらった。PTSSC-15は15項目の質問で構成される自己記入式の評価尺度であり、PTSD症状とうつ症状を評価することができる⁶。キャンプ後の評価尺度については、キャンプ終了後2週間以内の郵送による返信とした。

<評価の結果>

参加者は延べ124名（男児64名、女児60名、1回ごとの平均参加者24.8名）、平均年齢は8.3歳だった。このうち、全ての情報提供がそろわなかった子どもを対象外として解析を行い、101名（81.4%）が解析対象となった（資料4）。辛い体験となり得る出来事は様々であり、「家屋が全壊した」が27名（27%）、「負傷した人を目撃した」が11名（11%）、「親しい人を亡くした」が36名（36%）、「津波を目撃した」が28名（28%）だった。第2回のみ筆者が診療担当をしていた子どもの参加者が多く、「精神科に受診したことがある」が9名に達した。保護者プログラムの参加者は延べ36家族であり、第1, 2回に参加者が多く、その後は3~4名程度にとどまった。

キャンプ参加前後の心理状態の変化を資料5に示した。一般的にPTSSC-15は23点以上がPTSDやうつのハイリスクとされるが、キャンプ前にハイリスクと判断された子どもは54人（53.5%）だった。コントロール群を設定していないため、一概に効果の比較はできないが、第4回を除くキャンプでPTSSC-15の数値が介入前後で減少する傾向が認められた。参加者全体の平均値は第2回が最も高く、その後は時間経過とともに減少する傾向が認められた。

<考察>

子どものプログラムでは①静的なプログラム、②動的なプログラム、③儀式的なプログラムを交互に散りばめ、短期間の中に一連の流れを設けるような工夫をした。心理教育は身体を大きく動かす遊びの後に行ったため、気分が高揚して心理教育になかなか移行できない子どもも観察された。スタッフとペアになり、室内を少し暗くすることで少しずつ集中を取り戻すことができるようになった。キャンプの対象年齢層が広がったため、一部の子どもにとって年齢に適していない内容で実施した可能性が残った。例えば、紙芝居に関しては、年少の子どもには意図を理解することができず、教示で用いた『ころちゃん』そのものを真似て描く傾向が見られた。また、吹き上げパイプでは、年齢によって肺活量が異なるため、幼い子どもでは力いっぱい吹かないとボールが浮かばないこともあった。今後、紙芝居では教示の内容を年齢によって調整し、呼吸法で用いる玩具の種類（風車、しゃぼん玉、紙風船など）を変えるなどの工夫が必要と考えられた。

キャンプを通じて得られた最大の収穫は、地域の団結とそこから得られる安心感と考えられた。協力して頂いた団体はボランティア団体、地域の各種スポーツクラブ、ボーイスカウト、学生ボランティアなど多岐にわ

たった。子どもたちが地域の様々な人材と繋がることで、不調を来した時にお世話になったスタッフに相談をしていくこともあった。このような子どものうち、専門的な治療を必要とする状態の子どもに対しては、筆者が担当する診療機関で一時的に通院加療することもあった。また、繰り返し参加する子どもが数人おり、年に1回お互いが顔を合わせる機会となり、プログラムの流れを周知する彼らがリーダーとして役割を果たす姿も見られた。繰り返し参加するスタッフにとっては、キャンプの度に子どもたちの成長発達を目の当たりにして、地域で子どもの成長を支援することのやりがいを実感することができた。このように地域の子どもと保護者、様々な専門職が繋がる場として機能したとすることができるだろう。

時間の経過とともに、参加する子どもたちは震災を意識して参加することが少なくなったように感じられた。保護者も同様であり、災害後のストレス対処を前面に出したプログラムには参加を遠慮する傾向が見られた。保護者プログラムに関しては、3回目までは専門医による講話を行っていたが、保護者側のニーズの変化に配慮してリラクゼーションを中心にしたプログラムへ修正を行った。今後も地域の情勢を丁寧に観察し、時機に沿ったプログラムを流動的に提供する必要があると考えられた。

<参考文献>

- 1) 福地成, 林みづ穂: 被災地の子ども達のこころの現状. 小児の精神と神経 第51巻第2号. 126-132 (2011).
- 2) 福地成: 災害時の心の反応とその対応. 小児内科 Vol. 45. No. 8. 1438-1441 (2013).
- 3) 福地成, 村井麻子: 子どもを対象とした被災地支援の実践. 病院・地域精神医学 Vol. 55 No1. 56-58 (2012).
- 4) 五十嵐隆 (研究代表者): 被災後の子どものこころの支援に関する研究. 平成 25 年度総括・分担研究報告書 (2014) .
- 5) 富永良喜, 高橋 哲, 吉田隆三, 他: 子ども版災害後ストレス反応尺度 (PTSSC15) の作成と妥当性-児童養護施設入所児童といじめ被害生徒を対象に-. 発達心理臨床研究 8, 29-36 (2002).

資料1 第3回のプログラム

子どものプログラム

| | | |
|-------------|-----------|---|
| 8:30～9:30 | バス移動 | 移動中に簡単な自己紹介、レクレーション、歌の練習をした。 |
| 10:00～11:00 | オリエンテーション | 約束ごとの確認、一日の流れを説明をした。 |
| | アイスブレイク | それぞれの子どもの名刺をあらかじめ作成しておき、全員で名刺交換と挨拶を行った。 |
| | グループワーク | それぞれの班に分かれ、一日の目標を決め、お互いに発表した。 |
| 11:00～12:00 | テント張り | |
| | 食事作り | あらかじめ材料を準備しておき、芋煮を作った。 |
| 12:00～13:00 | 昼食 | |
| 13:00～15:00 | レクレーション | 身体を大きく動かす遊びを行った。 |
| | リラクゼーション | 広場の中で寝転がり、簡単な呼吸法を教示した。 |
| 15:00～16:00 | 心理教育 | 紙芝居を使った教示、描画を行い、班で発表をした。 |
| | グループワーク | それぞれの班で反省会を行い、発表をした。 |
| 16:00～17:00 | バス移動 | |

保護者のプログラム

| | | |
|-------------|----------|---------------------------------|
| 9:00～9:30 | ミニ講話 | 「災害後のこどものこころの反応」について専門医が講話を行った。 |
| 9:30～10:00 | セルフマッサージ | 家で行うことができる簡単な筋膜マッサージを行った。 |
| 10:00～11:00 | リラクゼーション | ハンドマッサージを行った。 |
| 11:00～12:00 | 個別相談 | 希望者にのみ個別相談を行った。 |

資料2 紙芝居を用いた描画の指導方法（原案：福地、絵：三宅暁子）

- | | | |
|---|---|--|
| ① |  | <p>少年と色々な形と色のキャラクターが並んでいる。</p> |
| ② |  | <p>できるだけプレーンなキャラクターで無色、ただの丸の手足がある程度。 指導者：「ぼくのなまえは『ころ』。いろんな気持ちで形や色が変わるんだ。」</p> |
| ③ |  | <p>少年の身体の中に『ころ』ちゃんが入っている場面。 指導者：「ぼくは太郎くんの中にいるんだ。」</p> |
| ④ |  | <p>『ころ』ちゃんが頭を優しくなでてもらっている場面。 指導者：「優しくしてもらおうと・・・」</p> |
| ⑤ |  | <p>まんまるで、鮮やかな水色、穏やかな表情で登場。 指導者：「こんな形、こんな色になるんだ。みんなはどんな時にこうなるかな？」</p> |
| ⑥ |  | <p>地震を想起するように激しく揺らされている場面。 指導者：「びっくりすると・・・」</p> |
| ⑦ |  | <p>いびつな形、赤く暗い色、困惑した表情で登場。 指導者：「こんな形、こんな色になるんだ。みんなはどんな時にこうなるかな？」</p> |
| ⑧ |  | <p>再び太郎くん登場。身体をリラックスさせている場面。 指導者：「太郎くんがリラックスすると、ころちゃんも優しい色、優しい形になります。それでは、みんなの中のころちゃんを描いてみましょう。」</p> |

資料3 呼吸法および筋弛緩法の指導方法

(外遊びで体を動かした後に室内へ移動。汗を拭いたり、水分補給をした後に実施。)

指導者：「さて、ここからは少し気持ちをしずか〜にしていきます。これからはここのお勉強をします。今日勉強することは、息を吸う・吐く、力を入れる・抜くです。子どもと大人でペアになってください。ヨガマットを一つずつ持って、床に座りましょう。」

指導者：「今日はいろいろ楽しいことをしてきました。みんなは今どんな気持ちですか。」

⇒ 子ども：「たのしい」「つかれた」「もうかえりたい」

指導者：「じゃあ、みんなの身体はどうなっていますか。」

⇒ 子ども：「汗かいた」「心臓がドクドクしてる」「息がゼーゼーしてる」「ぶつかったからいたい」

指導者：「たのしいこと、興奮することをしたり、怒ったり、あと嫌なことを思い出したりすると、身体は反応します。」

指導者：「みんなに玩具をわたします。まずこれで遊んでみましょう。」

(吹き上げパイプを各人に配布する。)

⇒ 子ども：「なにこれ」「みたことある」「駄菓子屋にあるよね」



<呼吸法の教示>

指導者：「上手に球を浮かせるためには、いっぱい息を吸って、少しずつ吐かなくてはなりません。これを練習してみましょう。息を吸うときにはお腹を膨らませて、ゆっくり吐きます。これを腹式呼吸といいます。」

(スタッフとペアになり、腹式呼吸を練習。)

指導者：「さあ、今度は球がプカプカ浮いている映像を頭に焼き付けます。今度はパイプを使わずに、目をつぶって、頭の中で球を浮かせて、ヨガマットに仰向けで寝ころがって、暗くして、静かにやってみましょう。」



<筋弛緩法の教示>

指導者：「次は少し身体を使います。ポイントは力を入れる・抜くです。寝転がったまま、両手をグーにしてみましょう。そしてグーに力をどんどん入れていきます。肩に力を入れて……。今度は一気に力を抜いて、ダラ〜とします。はいこれを繰り返します。」

<呼吸法と筋弛緩法を合わせて>

指導者：「息を吸って・吐くを3回、力を入れて・抜くを3回やってみます。」

指導者：「みんなの身体はどうなっていますか。」

⇒ 子ども：「もうねむい」「お腹すいた」「トイレいきたい」

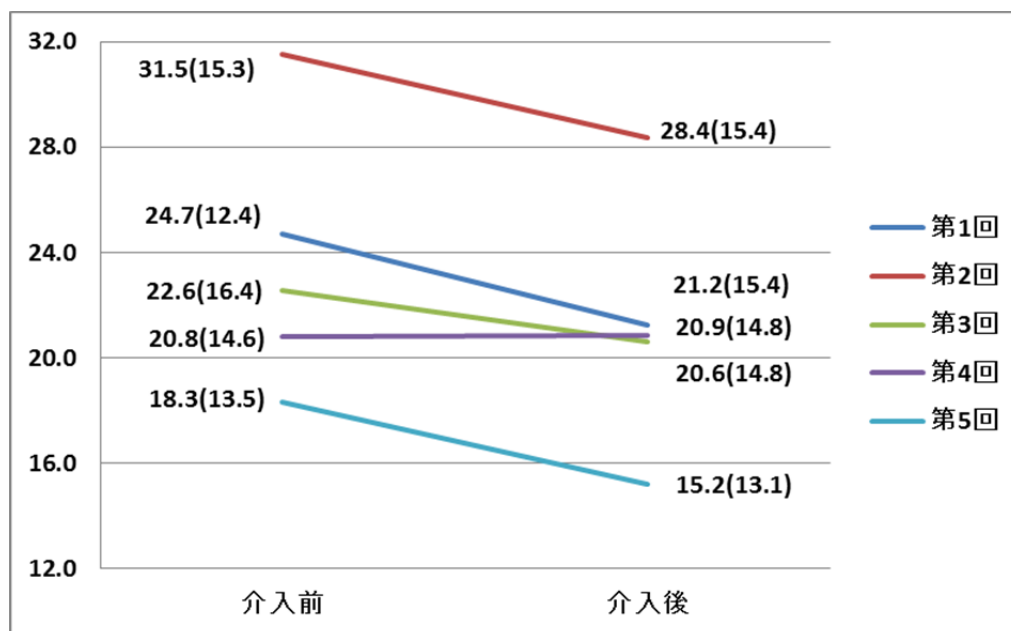
指導者：「みんなの気持ちと身体はつながっています。興奮したり、嫌なことを思いだして、イライラしたりドキドキした時にこれをやってみましょう。」



資料4 参加者の属性

| | 第1回 2011年7月 | 第2回 2011年10月 | 第3回 2012年10月 | 第4回 2013年10月 | 第5回 2014年10月 | 合計 |
|----------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|
| 人数 | 21 | 22 | 18 | 21 | 19 | 101 |
| 男児 | 11 | 12 | 10 | 5 | 12 | 50 |
| 女児 | 10 | 10 | 8 | 16 | 7 | 51 |
| 平均年齢 | 8.1 | 8.3 | 8.3 | 8.3 | 8.8 | 8.3 |
| キャンプ前のPTSSC-15が23点以上 | 13 | 16 | 9 | 9 | 7 | 54 |
| 家屋が全壊した | 2 | 6 | 6 | 7 | 6 | 27 |
| 危うく死ぬような体験をした | 2 | 6 | 6 | 5 | 5 | 24 |
| 負傷した | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 負傷した人を目撃した | 0 | 4 | 4 | 1 | 2 | 11 |
| 親しい人が亡くなった | 5 | 9 | 8 | 8 | 6 | 36 |
| 大切な物を失った | 2 | 12 | 7 | 10 | 9 | 40 |
| 津波を目撃した | 2 | 6 | 7 | 7 | 6 | 28 |
| 過去に辛い体験をしたことがある | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 15 |
| 精神科に受診したことがある | 4 | 9 | 5 | 2 | 0 | 20 |

資料5 キャンプ前後のPTSSC-15の平均値変化



子どもにとっての遊び

医療法人仁寿会 菊池記念保健医学研究所
郡山市震災後子どものケアプロジェクト マネージャー
菊池 信太郎

1. 子どもらしさとは

顔と服を真っ黒にしながら、真夏の日ざしの中で遊びに熱中する子どもたち。冬の北風にもめげず、白い息を吐きながら動き回る子どもたち。夢中になって遊びにのめり込む子どもたちを見て、「子どもらしさ」を私たちは自然に感じ取ることができる。遊びにのめり込み、動き回るなかで、子どもはさまざまな運動を経験し、さまざまな関わりを体験していく。残念ながら今の日本の子どもには、そのような「子どもらしさ」を感じるものが少なくなってきた。園や学校から帰ったあとや休日に、子どもたちは一体どこに行ってしまったのでしょうか。私たち大人と同じように疲れを感じながら、せわしない毎日を送っているのではないのでしょうか。

子どもたちがおもしろくのめり込んで遊ぶためには、「遊び時間」「遊び空間」「遊び仲間」という3つの条件が必要となる。遊びの「3つの間」といわれている。すなわち遊ぶ時間がたっぷり確保されていること、遊びに適した場所を自由に選べること、そして一緒に遊ぶ仲間が存在することである。この遊びを充実させる「3つの間」が、昔に比べ大きく減ってきていることが指摘されている。その結果、遊ばない子どもたち、遊べない子どもたち、遊びそのものを知らない子どもたちが増え、「子どもらしさ」が見られない環境になった。

2. 3つの間の変遷

ここ数十年、子どもたちの遊びや遊び環境が大きく変化している。現代の子ども、その父母の世代、さらに祖父母の世代という3つの世代を対象とした「子どもの遊び調査」から様々なことがわかる。

1) 遊びの時間

平日の放課後、小学校から帰ったあとの外遊びに要した時間は、現在40歳代の男性で1時間58分、女性で1時間38分、50歳代の男性で2時間9分、女性で1時間45分でした。一方、現代の小学生の外遊び時間は、男子が58分、女子が47分です。現代の小学生はその両親の時代のおよそ半分以下の時間しか外で遊んでいないということになる。さらに土曜日や日曜日といった学校が休みの日も、男子で1時間20分、女子で1時間10分と、平日の外遊び時間より、たった20分しか増えていないというのが実態である。さらに現代の子どもたちの多くは、さまざまな塾や習い事に通っているために、遊ぶ時間が限られている。

2) 遊ぶ場所

遊びの空間はどう変わったのでしょうか。男子の遊び空間の変化を年代別に示すと、遊び空間は、30歳代から70歳以上の大人では、「空き地」「山川・田畑」「神社・寺」といった自然な場所で遊んでいたことが多く、大人全体で見ますと、男性の61%、女性の42%が、自然の中で自由に遊んでいたと回答している。一方、現代の小学生では、自然の中で普段遊んでいるのは男女とも10%にとどまっている。さらに、屋外の遊び場所も「校庭」「広場」「庭」といった、人工的な場所に限られているようだ。特に男子の49%、女子の43%が、屋内でしか遊んでいないという実態が明らかになった。子どもの遊び空間は、屋外から屋内へと確実に移行している。

3) 遊ぶ仲間

一緒に遊んでいる人の数は、現代の小学生では男子が4人、女子が3人と、30歳以上の男性の7人、女性の6人に比べ大きく減少し、遊びの群れ集団が急激に縮小した。現代の子どもたちは非常に忙しく、放課後や土日に仲間と一緒に遊ぶことが難しい状況にある。結果として、いつも決まった友達や、同年齢の子ども、兄弟姉妹としか遊ぶことができない子どもが増えた。特に幼児期や小学校低学年では、母親としか遊ばない子どもも増加しているようだ。

このように、子どもの遊びを成立させる基本的な条件である「遊び時間」「遊び空間」「遊び仲間」は、現代の子どもと、その保護者などが小学生だった頃とは、大きく変容している。

3. 遊び内容の変遷とその問題点

「3つの間」の変化にともない、遊びそのものも大きく変化している。年代別に見た小学生の遊び内容トップ3の移りを示すと、祖父母の世代では、男子が「メンコ」「ビー玉」「野球」・・・、女子が「お手玉」「なわとび」「かくれんぼ」・・・、父母の世代では、男子が「野球」「缶けり」「メンコ」、女子が「かくれんぼ」「缶けり」「ゴム跳び」となっている。現代の小学生男子の遊びは「テレビゲーム」が最も多く、以下「サッカー」「野球」「自転車」「カード遊び」。一方、女子は「テレビゲーム」「一輪車」「お絵かき」「バレーボール」「なわとび」の順だった。男女とも「テレビゲーム」が1位であることに加え、「自転車」「一輪車」など1人でもできる遊びが多いことが特徴である。30歳代が子どもの頃にやっていた「メンコ」「かくれんぼ」「缶けり」「ゴムとび」は、現代の小学生の遊びからは完全に姿を消している。また、70歳以上から残っている、男子の「野球」と女子の「なわとび」も、その遊びの中身自体は、決して同じものではない。

昔の子どもたちにとっての「野球」は、いわゆる「草野球」であり、三角ベースや透明ランナーといった子どものなかで生まれたさまざまなルールが存在していた。一方、現代の小学生にとっての野球の意は、組織化された大人にとっての「野球」と同じである。また、30代以上の女子が行っていた「なわとび」は「長なわとび」も含まれており、集団遊

びとして存在していた。しかし、今は1人で技を習得する「短なわとび」が中心になっている。このように、同じ名前の遊びでも中身が違っており、現代の子どもたちにはかつての遊びがほとんど伝承されていないと言えるでしょう。

上述のような遊びの変遷が、子どもの将来において体だけでなく心にもマイナスの影響をもたらしているとしたら問題である。たとえば、「虫や生き物を捕まえた」「友達と秘密基地を作った」「自分で遊び道具を作った」「遊んでいて困ったことが起きたのでルールを変えた」「新しい遊びを考え出した」「遊んでいてハラハラ・ドキドキした」「友達とけんかや仲直りをした」「年齢の違う子どもたちと一緒に遊んだ」など、子どもの遊びの中には、遊びを通してしか経験できないさまざまな要素が存在している。つまり子どもは、遊びを通して様々なことを経験しながら成長していくのである。従って現代の子どもは、遊びを通して自然と関わり、遊びをおもしろくする自らの創意や工夫、遊びの中で養われる感情表出や思いやりを経験することができない。遊びの衰退が、心の面では「ストレスの増加」「意欲の欠如」「判断力の低下」「工夫ができないこと」「情緒の欠如」「社会性の欠如」など、また体の面では「体力・運動能力の低下」「動作の未発達」「運動量の減少」「ケガの増加」「生活習慣病の増大」「アレルギーや体温異常の出現」など、子どもに与える影響が数多くの研究で明らかになっている。子どもにとっての遊びは、遊びが生活の主体であるとともに、人間が生涯を通して獲得していく「体や運動の能力」「認知的能力」「情緒や社会性の能力」を学ぶ絶好の場であると考えられる。子どもの遊びの衰退は、結果として心や体が不健康な子どもを生み出す可能性が示唆される。

4. 幼少期からの持ち越し効果

一般的には優れたスポーツ選手は、小さい頃から専門のスポーツを始め、そのスポーツのみの練習やトレーニングをし続けてきたと考えられがちである。しかし、その実態はまったく異なっている。日本を代表するトップアスリートを対象に、それぞれの生育歴、運動・スポーツ歴を調査したところ共通の要素が存在していた。32名のトップアスリートの調査では、幼少年期の平日の遊び時間は、「ほとんど遊ばない」「30分くらい」との回答が1名ずつだった。一方、毎日「1時間くらい」が37.6%、「2時間くらい」・「3時間くらい」遊んでいたが、それぞれ28.1%で、全体の半分以上を占めていた。さらに全体の3割のトップアスリートが、自分の専門種目を決める前に、並行して別のスポーツを実施していた。すなわち、幼少年期から1つのスポーツのみをすることは、競技スポーツとして優秀な成績を生み出すことに結びついていないということを意味する。

幼少年期の遊び経験が、その後の運動・スポーツ経験に結びついていくことは、トップアスリートに限られたことではない。日本では20代の運動実施率が非常に低い状況にある。幼少年期の遊び経験と大学生の運動実施状況との関係性をみると、現在なんらかの運動・スポーツを実施している大学生の86.7%が、幼少年期に1日の遊び時間が3時間以上で、戸外の遊びを頻繁にしていた。一方、運動・スポーツを実施していない大学生の62.5%が、

幼少年期の1日の遊び時間が室内の遊びも含め30分以下であったと回答している。つまり、子どもの頃の身体を使った遊びの経験が、20代の運動・スポーツの実施へと持ち越されていることがわかる。

幼少期から専門的な練習やトレーニングをすることは、身体や運動能力の偏った発達を生むことになる。結果的には記録や競技能力も思うほどは向上せず、かえって、心理的なダメージやスポーツ障害などの危険を招くおそれがある。身体能力を伸ばすための基本的な考えは、様々な遊びを通して多様な体の動きを身につけた体づくり、そして持続的な活動によって養われる体力や運動能力の向上をベースとして、少年期後期から青年期に専門的なスポーツへと徐々に移行させていくことだ。子どもの頃の運動・スポーツが、その後の身体活動に持ち越されていくことが大切である。

5. 子どもらしさを取り戻す

日本の子どもたちのライフスタイルが崩壊し、「子どもらしさ」が失われた原因は「子ども」にあるのではなく、「大人」にあると考えている。子どもは、学校と家庭、地域という3つの場で成育している。子どもが健やかに成長していくために、どれも欠くことのできない大切な育ちの場だ。子どもたちが「子どもらしさ」を取り戻し、体も心も元気になるためには、第一に子どもの育ちや生活の問題点を関連づけて、生活全体をトータルにとらえていくことが大切である。第二に、現代の子どもたちの問題は、同時に大人の問題でもあることを意識し理解することが大切である。子どもだけを変えようとしても無理がある。大人も、子どもと一緒にあって取り組んでいくことが必要だ。第三は、とにかくできるところからやってみることだ。どんな活動、どんな働きかけでもかまわない。まず何かを始めなければ、ライフスタイルは変わらない。

私たち日本人は、これまで便利で快適な生活を望み、懸命にその生活スタイルをつくりあげてきた。しかし、現代の社会生活は人間らしく生きることに對して、多くの問題点も生み出してしまった。そして、大人の生活に子どもを巻き込み、子どもの生活そのものを変えてしまった。その結果、子どもの体と心にさまざまな危機的な状況が生み出されてしまったのである。日本が目指した効率化、自動化、情報化の社会は、世界の最先端となり、私たちは非常に便利な生活を手に入れた。しかし同時に日本の将来を担う子どもたちが成育するうえで、もっとも大切な健康な心と体を作るためのライフスタイルを失ってきたことに、今まさに私たちは気付かなくてはならない。

センサ遊具を用いた子どもの発達への支援

産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター

西田 佳史

1. はじめに

少子・高齢化や核家族化による地域社会の変化、女性の社会進出、電子メディアの日常化、安全に対する意識の変化などの社会変化に伴い、子どもの日常生活を取り巻く環境が大きく変化しており、その悪影響が危惧されている。また、東日本大震災では、被災地における子どもが外遊びをする機会の減少に伴い体重増加などの健康面に与える悪影響の問題がクローズアップされた。子どもの成育環境の問題や健康問題に関しては、有識者やメディアも含め数多くの議論がなされているが、これらの問題に対応するための科学的アプローチは未成熟であると言わざるを得ない。本稿では、子どもを元気にする遊び場に関する最近の議論のポイントを整理し、子どもの発達を支援するために、子どもの安全面と発達面の両方を定量的に評価可能にするセンサ遊具の試みやその課題について述べる。

2. 子どもを元気にする遊び場における問題

日本学術会議では、子どもの環境問題が積極的取り上げられており、我が国の子どもを元気にする環境づくりに向けた提言がなされている¹⁾。この提言では、子どもの成育環境に関する4つの視点（空間、方法、時間、コミュニティ）から、1) 成育空間の再整備、2) 成育のための道具（電子メディア等）や方法の適切な使用・学習、3) 成育時間の健全化、4) 成育コミュニティの再構築、といった課題を挙げている。

また、子どもの成育を横断的に取り組むための国家機能や学際的研究機能の必要性も指摘している¹⁾。

特に、上述した1)の成育空間の再整備に関しては、これを深掘りする議論がなされている。そこでは、①子どもが群れる場（社会性）、②多くの人によって子どもが育まれる場（コミュニティ）、③子どもの視点に立つ環境形成の場（子どもの参画・参加性）の重要性が指摘されている²⁾。

子どもの遊び場に関しては、子どもの傷害予防の観点³⁾からも大きくクローズアップされている。昨今の遊具による事故の多発によって、公園遊具の撤去が進むなど、子どもの遊び場の設計や管理・運営に対する考え方の整理や手段の確立も求められている。

こうした社会問題の背景には、子どもの成育環境の問題や健康問題への科学的アプローチの未成熟という問題がある。すなわち、子どもの遊びに関する現象を科学的に捉える方

法論，具体的には、データに基づいてモデルや理論を構築し、モデルに基づいて遊び場を設計したり、評価したりする方法論の確立が重要である。子どもにとって魅力があり、かつ、過保護ではない程度に、適切に安全性が保たれている遊び場の設計論の開発や、子どもの発達支援を科学的に促進するツールの開発には、このような科学的アプローチが不可欠である。このような観点から、本研究では、子どもの遊びの支援という観点から重要な側面である遊具の安全確保の面と子どもの心身発達の支援の面を取り上げ、その各々にいて、現在、取りうる科学的アプローチを述べたい。

3. 遊具の安全に関する科学的アプローチ

遊具の安全性に関する科学的アプローチは、まず、遊具による傷害データを収集し、その統計的理解とともに、傷害に至る詳細なメカニズムの理解が不可欠である。前者に関しては、傷害サーベイランスシステムがわが国でも成育医療研究センターを中心に確立されてきており、遊具による事故の動態把握が可能になっている。また、後者に関しては、バイオメカニクスなどのシミュレーション技術による傷害の評価が、一部の傷害については実用に耐えうる精度で可能になってきている。

最近報告された経済産業省「安全知識循環型社会構築事業」の報告書⁴⁾によると、製品に関わる事故による傷害で病院を受診した子ども(0-19歳)のうち5.7%が、遊具に関わる事故であることが報告されている。特に、5-9歳では、事故の頻度は、自転車、遊具、階段、ドアの順となっており、遊具は10.8%を占めている。国内の遊具による事故に関しては、ほかにも多数の資料や統計^{5) 6)}や事故防止のためのマニュアル⁷⁾が出されている。また、海外でも同様の統計データや事故防止のためのマニュアルが作成されており⁸⁾、遊具の安全の問題は、子どもの安全を考える上で重要なトピックとして世界的に取り組まれている。

遊具が子どもの傷害に関わる製品の中でも上位であることを述べたが、この順位は、A.遊具が起こす傷害の大きさ、B.子どもたちが遊具の接する時間、C.単位時間あたりの傷害の起こりやすさなどに関係しており、一概に、遊具という製品が他の製品と比較して危険ということの意味するものではないが、多くの傷害を生み出していることは紛れもない事実であり、遊具の対策は今なお急務である。

学校環境下の遊具事故に関しては、日本スポーツ振興センターの災害給付制度による統計データ(例えば文献⁹⁾)が存在しており、継続的な仕組みとしては唯一のものである。平成26年度には、日本スポーツ振興センターと産総研などが協力し、災害給付データを分析することで、学校環境で生じる典型的な遊具の事故を整理した¹⁰⁾。図1に、典型的な事故事例やハードの点検のポイントなどを整理したものを示した。同様のものは、文献¹⁰⁾からもダウンロード可能である。

安全指導のポイント

安全指導のポイント

- のぼり棒
 - 上の横の棒にはぶら下がらない!
 - のぼっているお友だちの下には行かない!
 - いきおいよく降りない!
 - 前のお友だちと顔をあけよう!
 - 上にはのぼらない!
- ジャングルジム
 - 危ないものを持ってのぼらない!
 - 高いところから飛び降りない!
 - 一番上で立たない!
- うんてい
 - 遊んでるお友だちの下には入らない!
 - いきおいよく飛び降りない!
- ブランコ
 - 遊んでるお友だちのそばには行かない!
 - 揺れているブランコの前後に入り込まない!
 - 物を持ったままのぼらない!
- 鉄棒
 - 鉄棒の上には立たないし座らない!
 - 遊んでるお友だちのそばには行かない!
- 滑り台
 - 下からのぼらない!
 - おりの口近くでは選ばない!
 - こわれている遊具があったらすぐに大人に知らせよう!

遊具で遊ぶことは、子供達の身体能力を向上させ、社会性や主体性、創造性を育みます。また、挑戦や冒険をすることにより、危険を予測し、回避できる能力を養うための場でもあります。遊具を、より有効に活用するためには、重篤な傷害を予防するための適切なメンテナンス（ハード面）を行うこと、危険な遊び方を理解し、遊び方のルールづくり（ソフト面）の両面が必要です。このパンフレットでは、過去の事故データから得られた科学的知見をもとに、特に、重篤な傷害を予防するためのルール（ソフト面）を記載しています。遊具での遊びが、子供達にとって「安全」を学ぶ「教育の場」となるように、ルールづくりの参考にして下さい。

遊具ごとに指導上の留意点

小さな子どもたちほど、周りの状況をよく把握せずに自分の遊びに夢中になるため、他の子どもや遊具との衝突、遊具からの落下など、不注意から事故が発生する場合も多いものです。そのため、固定遊具で遊ばせる上で、遊具の安全点検とともに、子どもたちの発達や遊び方に応じた遊具ごとの安全指導が重要となります。

ルールを守って楽しく遊び、遊びを通じて心身の能力を高める!

点検・管理のポイント

点検・管理のポイント

10の点検ポイント

- ①周囲に十分な空間があるか
- ②周囲に石やガラスはないか
- ③設置面は衝撃を吸収する素材か
- ④遊具にくっつきはないか
- ⑤錆や腐食して開いた穴はないか
- ⑥マフラーが絡まる突起はないか
- ⑦安全栓が簡単に近くないか
- ⑧吊り棒の下に充分間隔はあるか
- ⑨非常時に大人が入れるか
- ⑩高さは適切か

劣化しやすい部分

- 発汗部 [踏み台の摩擦、手摺の変形・破損]
- 握り棒 [球根の摩擦、取付け金具の亀裂・破損]
- 滑り面 [ステンレス板の亀裂・磨耗、プラスチック板の磨耗・変形、木製の摩擦、腐食、パイプ製の摩擦]
- 滑降部 [ローラー滑り台] [ローラーの劣化・磨耗、ベアリングの摩擦、シャフトの摩擦]

劣化しやすい部分

- 緩衝材・構部材の変形・磨耗、接合部の磨耗・変形

劣化しやすい部分

- 揺動部 [吊り金具のシャフト孔の摩擦、シャックルの摩擦、ベアリングの摩擦、フックの摩擦、チェーンの摩擦、ロックチェーンの摩擦]
- 滑降部 [ゴムカバーの劣化・磨耗・破損、板材の亀裂・磨耗・腐食、滑降部金具の摩擦]

劣化しやすい部分

- 接合部 [接合部ボルト穴の磨耗・亀裂、吊り棒ボルト穴の磨耗]

劣化しやすい部分

- はん登棒の変形・磨耗、機架材・素材の磨耗、接合部の亀裂・破損

図1：典型的な事故事例やハードの点検のポイント

その他、遊具設計・管理における安全規準やマニュアルに関しては、2002年に国土交通省が公園に設置された遊具に関する指針を作成し、2008年と2014年に改訂を行った⁴⁾。また、遊具の業界である日本公園施設業協会も2002年、2008年と2014年に遊具の安全規準の作成と改訂を行っている^{1 2)}。これらの入手可能なマニュアルを、現場で広く周知するとともに、傷害データや子どもの行動科学に基づいて、継続的に更新・メンテナンスしていくことが重要である。また、これは、上述した他の問題と関係するが、傷害データを収集する仕組みを確立し、これを共有することで、専門家を巻き込み、傷害データの分析や子どもの行動科学を通じて、遊具づくりや運用に関して共有すべき知見を導きだし、それを現場や設計者が利用しやすい形でまとめていくことが重要である。

4. 遊具を用いた発達支援の科学的アプローチ

子どもの遊びのデータを取得し、これを評価することで、子どもの発達を捉え、その子どもに合わせて適切に支援するための新たなアプローチとして、子どもの遊び行動に関する現象をセンサによって観察し、取得されたデータに基づいてモデルや理論を構築したり、発達を評価する手法が開発されている。

従来、このような人のスキルの定量化の試みに関する研究分野としてスキルサイエンスの分野がある。人間の運動スキルを工学的アプローチで解明するスキルサイエンスでは、モーションセンシング技術などを用いて、職業演奏家が演奏している時の身体の使い方や、ゴルファーのスイング動作といった道具を操作するスキルのデータを収集し分析することに成功している。子ども遊びは、スキルサイエンスの分野では、これまで扱われていなかったが、最近、子どもの自然な遊び行動を計測する工夫として、実際に遊び行動が発生する遊具それ自体をセンサ化することで行動計測を行いデータを収集する方法が開発されている。本稿では、収集したデータを用いて、特に登り行動に着目し、そのスキル発達の分析を行った例を紹介する。

また、子どもの全身運動を対象としたインタラクシオンデザイン研究の分野では、自閉症の子どもの探求心や創造性の発達を促す空間づくり、子どもの成育を促すスライダ遊具、全身を使って行う格闘技ゲーム、音楽学習のためのボディービートスーツやトランポリン、全身ナビゲーション型ハーモニースペースといった、人とモノとのインタラクシオンに関する研究が行われている。これらの研究では、カメラや接触センサなどを使用して、その場で人の動きやモノとの物理的な接触を検出し、音や光などで反応を返してゲームや学習を行わせる対話的なシステムを扱っている。本研究では、モデルに基づいた定量的な遊びの予測やデザインを可能とする手法を開発するため、計測機能と情報提示機能を持つ対話的な遊具によって計測されたインタラクシオンのデータを蓄積し、そのデータから数理モデルを構築した例を紹介する。

図2に産業技術総合研究所で開発したセンサ遊具を示す。このセンサ遊具の利点は、遊具自体にセンサが埋め込まれているため、子どもにセンサを取り付ける必要がなく、大規

模データの取得が容易に行える点である^{13) 14)}。



図 2 : センサが埋め込まれたセンサ遊具とセンサ部の構造

この遊具を用いて、図 3 にしめすように、気仙沼市において開催されたイベントなどを活用し、地元の NPO 法人と連携することで、遊びプログラムの提供とデータ取得を行った。具体的には、現地の NPO 法人 TreeSeed との連携関係を構築し、継続的な調査に関する協力関係を築き、TreeSeed の事務所において継続的に運用できるように、その都度、遊具とソフトウェアの細かい改善を行った。



図 3 : 被災地（気仙沼）における活用例

こうした遊びのデータをセンサで取得することで、様々な発達の分析をすることが可能となる。例えば、図4は、ラダリング中のデータを用いて、ベイジアンネットワークと呼ばれる統計モデルを学習（構築）することで作成したラダリング行動モデル化である。これにより、身体的な変数、子どもの姿勢、遊具の形状に関する変数の間の関係を分析することができる。これを用いることで、ラダリングを科学的に分析し、その子どもにあった難しい経路や簡単な経路を提示することなどが可能になる¹³⁾。

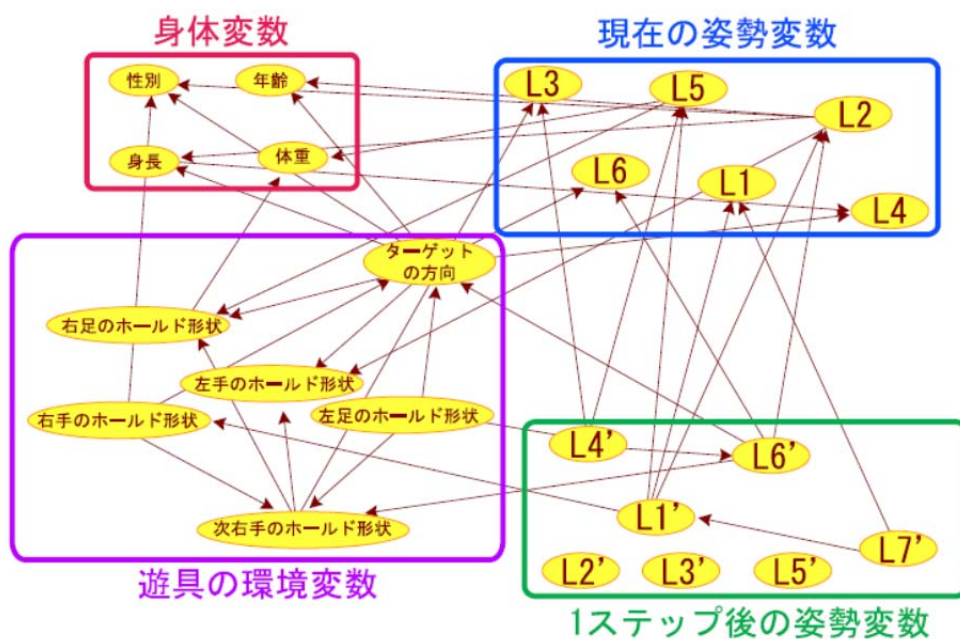


図4：ベイジアンネットワークを用いたラダリングの分析の例

また、心身の発達という観点からの分析も可能である。例えば、図5（左）は、取得した遊び行動のデータを用いて、遊びの回数とスキル獲得の関係を分析した結果である。この図は、今回提供した遊びプログラムにおいて、斜めの移動スキルが向上していることを示している。また、図5（右）は、データから機械学習して作成したスキル獲得モデルを示している。これらの分析により、定量的にスキル獲得の評価が可能であることが分かった。

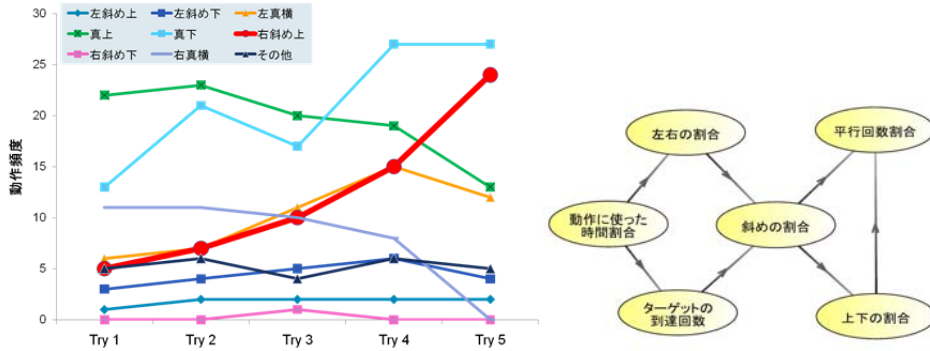


図5：遊び回数とスキル獲得の関係

さらに、安全面に関する新しいアプローチも可能にある。図6は、落下データを用いて、「落下」と子どもの身体変数や落下直前の姿勢変数、遊具の環境変数などの因果関係を明らかにすることを目的に、ベイジアンネットワークを用いて落下モデルの構築を行った例である。このモデルを用いることで、「落下」には落下直前の「右手のホールド形状」、「左手のホールド形状」、「右手と左手の距離」の3変数が直接関係していること、また、その3変数に関係する、「年齢」、「左手と右足の距離」、「左手と左足の距離」、「右手と右足の距離」、「右手と左足の距離」、「動いた部位の移動距離」、「方向」、「左手移動」、「右手移動」の9つの変数が「落下」に間接的に関係していることなどの分析が可能となる。

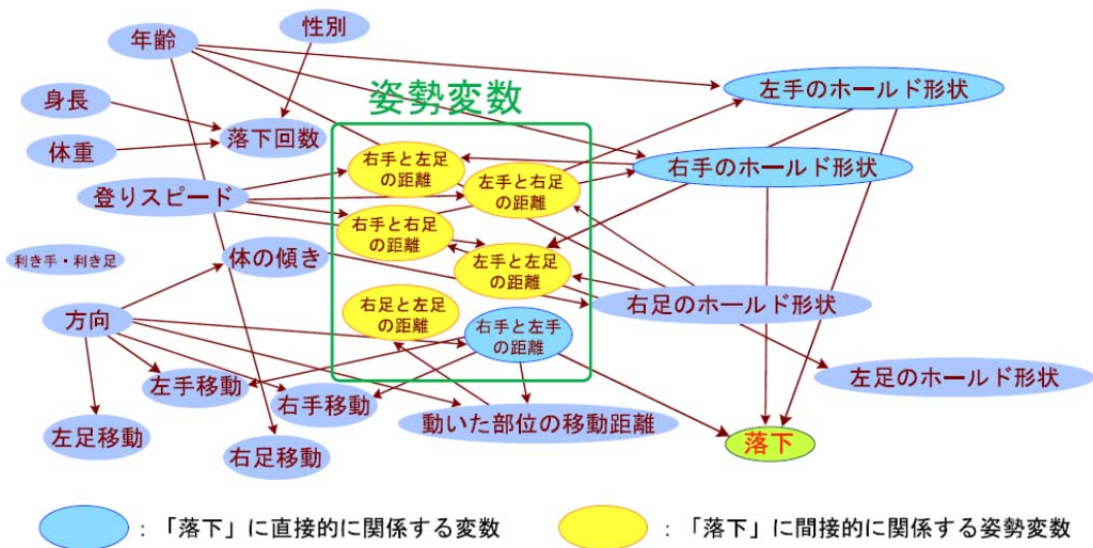


図6：ベイジアンネットワークを用いた落下の要因分析

以上のことは、最近、安価で利用可能になっているセンサや情報処理技術を遊具に応用することで、子どもの遊びのデータを、子どもが遊んでいる最中に、負担なく収集することができること、そして、それを用いることで、子どもの遊びのモデルを作成することや、

心身の発達を定量的に評価することが可能であることを示しており、新たな評価ツールや発達の支援ツールになりうる可能性を示している。なお、センサ遊具を用いたコミュニティ形成支援やコミュニケーション支援については、本テキストブックの文献^{1 5)}を参照されたい。

5. 子どもを元気にする遊び場のための研究課題

近年、子どもの遊び場の科学を確立するための様々な基礎技術が利用可能になっている。ここでは、特に、技術シーズと、それが可能とする研究課題を整理したい。まず、重要な技術シーズとしては、センシング技術やネットワーク技術の発展によって、ユビキタスセンシング技術やウェアラブルセンシング技術を用いた遊びの科学や、遊び場の使われ方の科学、さらに、これらの科学に基づいて設計論へ展開する領域が今後大きく発展するものと考えられる。以下に、子どもを元気にする遊び場の設計・運用・管理の科学的アプローチの研究課題を列挙する。1) センシング技術を用いた子どもの遊び場のモニタリング法, 2) 子どもの遊び場における傷害データの収集法, 3) 数理統計技術など各種モデル化技術を用いた子どもの行動や遊びを予測する手法, 4) 子どもの遊び場における傷害データの収集や傷害発生プロセスの分析法・予測法, 5) 子どもの心身の成育を考慮した遊びの効用(価値)・リスク・ハザードの評価法, 6) 子どものモデルに基づいた遊び場の設計支援技術, 7) 子どもの遊び場の設計・運用・管理にフィードバックする方法の確立。

6. おわりに

本稿では、子どもを元気にする遊び場に関する最近の議論のポイントを述べ、子どもの発達を支援するために、子どもの安全面と発達面の両方を定量的に評価可能にするセンサ遊具の試みや将来課題について述べた。

参考文献

- 1) 日本学術会議, 我が国の子どもを元気にする環境づくりのための国家的戦略の確立に向けて, 2007
- 2) 日本学術会議, 子どもたちが群れて遊ぶ「公園・ひろば」の復活, 2008
- 3) 日本学術会議, 事故による子どもの傷害の予防体制を構築するために, 2008
- 4) 平成 20 年度安全知識循環型社会構築事業 収集データ年齢別集計表, 2009
<http://kd-wa-meti.com/pdf/AgeSpecificInjuryDataSpreadsheet2008.pdf>
- 5) 国民生活センター, 危害情報からみた屋外遊具の事故, 2003
http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20030806_2.html
- 6) 田中哲郎, 保育園における事故防止マニュアル, 日本小児医事出版社, 2002
- 7) 松野敬子, 山本恵梨, 遊具事故防止マニュアル, かもがわ出版, 2006
- 8) CPSC, Public Playground Safety Handbook, 2008

<http://www.cpsc.gov/cpsc/pub/pubs/325.pdf>

- 9) 独立行政法人日本スポーツ振興センター:”学校の管理下の災害－25－基本統計”, 2012
- 10) 日本スポーツ振興センター, 学校における固定遊具による事故防止対策 調査研究報告書, 2014
(http://www.jpnsport.go.jp/enzen/anzen_school/bousi_kenkyu/tabid/1483/default.aspx)
- 11) 国土交通省, 都市公園における遊具の安全確保に関する指針(改訂版), 2014
- 12) (社)日本公園施設業協会, 遊具の安全に関する規準 JPFA-S: 2014, 2014
- 13) H. Ouchi, Y. Nishida, I. Kim, M. Inoue, Y. Motomura, H. Mizoguchi, "Detecting and Modeling Child's Play Behavior Using Sensor-Embedded Climbing Playground Equipment," *International Journal of Arts and Technology*, Vol. 5, Nos. 2/3/4, pp. 221-243, 2012
- 14) Mikiko Oono, Koji Kitamura, Yoshifumi Nishida, Yoichi Motomura, "Interactive Rock Climbing Playground Equipment: Modeling through Service," *Proc. of the 15th International Conference on Human-Computer Interaction (HCI2013) (DUXU/HCI 2013 Part II, LNCS 8013)*, pp. 568-576, 2013
- 15) 本村陽一, 被災地における子どもの心のケアを支援する情報システム, 本テキストブック, 2015

3. 災害後の子どものメンタルヘルスケア

(2) リスクのある親や子どもへのケア

保育園における相談

みやぎ子ども総合センター

本間 博彰

1. 相談の基本について

心の問題や症状が表出されている子どもや、リスクを抱えた子どもに対して最も接近しやすい立場の大人は、子どもの一番近くでケアや指導にあたる職種である。小学生であれば学校や担任教師そして養護教諭であり、就学前の子どもであれば保育所や幼稚園（これを合わせて保育園として扱う）の保育士と幼稚園教師である。また、彼らは子どもと毎日の生活を共にすることで子どもの変化を察知する一番好都合の位置にいる。子どもや親に何らかの問題があれば、彼らはこの職種の人たちに接近するはずである。この職種の人が意識していようがまいが、子どもや親にとって彼らは重要な役割を果たすことになり、彼らの気づきは外部からの治療的なかわりや支援の道を開くことになる。専門的な介入が必要な場合は彼らが専門機関や専門職に橋渡しをすることになるのである。

2. 災害の段階と相談活動

被災地では災害発生直後から児童相談所の児童心理司や児童福祉司が保育所の訪問を行って心の問題のありそうな児童の把握に取り組んでいた。また、県内の保育所団体が被災した保育園に物資の支援をはじめとして後方支援に取り組んでいた。ユニセフなどの国際団体や多数のNPOなどが支援を行っていた。こうした中、複数の専門職を有していた我々のセンターが行政のネットワークを駆使して保育園の子どもの心のケアに関わった。以下に我々の関わりについて述べる。

1) 災害急性期

(1) 急性期の保育園の状況

急性期では、被災地の保育園がどのようなニーズを抱えているのなかなか把握できず、まずは被災地の保育園を訪問することから相談活動を開始した。市町の保健福祉行政の窓口である母子保健センターや福祉課と連携して保育園への接近を図った。保健師は市町の避難所の支援に関わっており、保育園などの被災状況や支援ニーズについても把握しており、その地域では子どもに関わるニーズについて最も精通した職種である。彼らは災害発生時点から市町の就学前の子どもを主にして問題のありそうな子どもや親の支援活動をしていた。また保健師は保育園のみならず子育て支援センターなど子どもと親が利用する施設の職員ともつながっており、問題のある子どもや支援を要する子どもについて把握していた。

(2) 保育園への介入方法

相談活動は保育園への訪問から始まるが、急性期の保育園は職員全体が災害のストレス反応とも言うべき緊張感をにじませており、園児のみならず職員に犠牲者を出している保育園では沈痛な雰囲気や漂わせていた。よって外からの介入は保育園にとって侵襲的に受け止められるものと考え、職員の保育活動に負担や邪魔にならないような訪問を計画し、子どもたちの午睡の時間帯の訪問や、退所後の時間を選んで訪問することもあ

った。実際、急性期の時期は再開した保育園を維持することで精いっぱい、相談などをする余裕もなかった。

(3) 保健師との連携による介入

地方においては保育園は子どもに問題があれば、市町の保健師に相談を持ちかけることが多い。母子保健に力を入れている市町では母子保健担当者と保育園は協働して子どものケアや家族支援を行っているところが多い。このため保健師は問題のある子どもを把握しており、保育園からの相談を受けていることも多い。こうした地域のネットワークが基盤になって災害急性期はまずは母子保健活動によって支援がなされ、その後を受け我々のセンターが保育園に関わることとなった。

心のケアを目的にした訪問活動であることを知っているにもかかわらず、子どもの身体的な相談をする保育園は少なくなかった。保育園では病気がちな、あるいは身体的な問題のある子どもへの対応が喫緊の課題となっていることが多く、その中にはストレス反応による身体的な相談も含まれており、心のケアは間口の広い相談活動をすべきである。

急性期は保育園の相談は園長との面談から始まった。保育園の頑張りを労いつつ、園長の心配事、関心を持っていることを聞かせてもらうというスタンスで面談を組んだ。目立った問題がない場合でも、この先に相談したい問題が発生した時には市町の保健師を介して我々が関わることを伝えることを伝え、後方支援の仕組みを紹介した。また園長の話をしっかり聞くということは、園長の問題意識が明瞭になる絶好の機会であり、次の段階に向けた重要なステップとなる。その結果、園で見落とされていた子どもが少しずつ相談に上がってきた。

2) 災害中期

(1) 中期の保育園の状況

この段階に入ると、保育園も再開時の慌ただしさが減り、我々の関わりにも時間を割けるようになる。保育園のスタッフも子どもの変化に目が向くようになり、それなりの問題意識を持つようになる。しかしながら震災のこの時期は保育園は全国から寄せられる支援物資の対応に時間を割かれ、子ども以外の課題にも忙しくしていた。

(2) 保育園への介入方法

保育園との関わりは子どもが被った問題についてのガイダンスをすることに多くの時間を提供した。参加者が2、3人規模のミニカンファランスを何回か行うこともあった。資料の準備をしなくてはならないと考えている場合もあるので、頭の中にあることを話してもらうというやり方を伝え、カンファランスが保育士たちに負担にならない配慮をした。ミニカンファランスは他の職員の話聞くことにより、それがキッカケとなって思い出された問題が新たに提示される場合もあり、とにかく保育園や職員がどんな相談でも出せるように配慮した。

保育園の被災状況が明らかになるのもこの頃で、特に被災の激しかったいくつかの保育園については継続して介入する必要がある。しかしながら心のケアチームがメンタルヘルスの専門職で構成されたチームといえ、災害時のメンタルヘルス活動のノウハウについてはほとんど素人に近かった。介入の方法も技術も待たずに相談活動に従事してい

る現実を考えると、自分たちの活動をモニターするような活動を持っている必要があった。また、保育園の相談活動はやがては進学する小学校の支援についても考慮する必要があることから、その子どもたちが卒園して進学する小学校にも関わる必要があった。保育園と小学校の組織同士の連携を視野におきながら、子どもの心の問題の変化を把握し、かつ実際のやり方を学びながら支援活動を展開するという方法をとるために、継続的に相談活動をする保育園や小学校を持っている必要があった。

(3) 主たる相談内容

この時期は、子どもたちは遊びの中で被災体験を反復することが多くなる。また発達障害の子どもたちが、親がびっくりする言動や行動をすることがしばしば見られ、これらの子どもが相談に持ち込まれていた。遊びは、**Post traumatic play** (心的外傷性遊び) と称されるこの時期に特徴的な現象であった。親のみならず保育園の職員もこのような遊びにどのように対応したらよいかという相談が寄せられた。以下に事例を紹介する。

【事例1】5歳児クラスの子どもの**Post traumatic play**

3月11日に保育園で一夜を明かさざるを得なかった二人の子どもが中心になって、人形を使って地震と津波の遊びをする。人形を相手に“僕たちのおかげで助かった”と喋りながら人形を助ける遊びをする。机を建物に見立てて、机の下に人形を置き、「緊急地震速報が出ました」とアナウンスをし、「大丈夫ですか？」と声を上げ、人形をだき抱えてステージに上り、その机を上から眺め、「ああよかった」と言う。また教師に「先生たちも逃げなくてはダメ」という。こうした遊びを繰り返している。担当職員はどのように理解したらいいのか、どのような対応が必要かという疑問を抱いていた。

職員との話し合いでは遊びの持つ自己治癒の機能を話し合い、一般的な対応としての子どもの遊びを見守ってやること、求められたらその遊びにつき合うことを提案した。子どもが遊びに没頭し止められなくなるのであれば我々が介入する必要があることを指示した。

【事例2】神経疾患を有する5歳児クラスの男児

児は災害時に親と弟と一緒に家の近くの小学校に避難した。避難場所は大変な混雑で、夜は寝返りも打てなく、児が避難所の生活を嫌がったため、屋外に停めた自動車の中で家族7名が2日間を寝泊まりした。3日目に家に戻ったが、児は余震の度に怖がり、不安定になった。保健師の依頼を受け家庭訪問にて相談に対応した。心配事は、①些細な刺激に対して恐怖感を示すこと、②落ち着かなくなったこと、③卒園式の頃から始まった口内炎が酷くなったこと、④不眠、などの問題であった。子どものこの行動に対して母親はストレスが大きくなっているためと考え、天気の良い日には公園に連れ出し、遊ばせるなどの対応をしてきた。この対応に遊んだ日はよく眠れるという効果も出ていた。児は地震の揺れよりは丘の上に避難した際に海が迫ってきた様子や津波火災の炎の燃え上がる様子に驚愕したという。

親は児の不安定さの理由をおおむね理解していることから、この理解をあらためて確認したうえで今までの対応を継続すること支持した。

3) 災害後期

(1) 後期期の保育園の状況

災害から1年を経ると保育園の生活はほぼ落ち着き、通常の活動が維持される。職員は最初の1年間に子どもの心のケアについて何度か研修を受けている。ほとんどがPTSDを主にした研修であった。しかし後期の時期に子どもが示す行動や問題がPTSDの症状とは異なることが多いため、気になる子どもについて、それが震災の影響とは思えずに相談をためらう姿をしばしば見かけた。

(2) 相談内容の変化

後期の時期に入ると相談事由が変化し始めた。保健師や市町の担当者を通じて求められる相談事由は、子どもに対する医療的な相談から子育てにかかわる相談に大きく変化した。表は、災害発生からの2年間で6か月毎に相談の推移を見たものである。1年目の後半から子育てに関わる相談が入るようになり、2年目には子育て支援チームによる相談の窓口を設けたところ、表に示したように医療相談が減少し、かわって子育て相談が増加するなどの相談の内容が変化した。

表 心の医療による支援)を必要とした
子どもたちの件数と時間の推移

| | 2011 | | 2012 | | 合計 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|
| | 前半 6ヶ月 | 後半 6ヶ月 | 前半 6ヶ月 | 後半 6ヶ月 | |
| 医療チーム | 103 | 105 | 51 | 14 | 273 |
| 子育て支援 チーム | | | 60 | 82 | 142 |

表から明らかなように、医療的な介入のための相談は減少し、替わって子育てとしての相談が増加していった。子どもの発達や子どもの態度行動を心配しての相談である。幼児期の子どもでは心の問題の現れ方が大人とは異なるためであろう。経過とともに支援を受ける側のニーズと、支援をする側のニーズに違いが出てくることに注意しなくてはならない。

後期の時期は東日本大震災中央子ども支援センターが開設され、宮城県にも宮城支部が設置され、従事する保育士が保育所の支援を担当した。全県の保育所の被災状況を調査し、復旧の遅れた保育園への相談活動に力を入れた。我々の子ども総合センターも保健師と臨床心理士がチームを組み保育園の支援に関わりを続けたが、我々は母子保健との連携を軸に展開した。市町の保健師と連携協働して、津波により流出した保育園や遠隔地の保育園などの心の問題が発生している可能性の高い保育園の支援に継続的な関わりを続けた。子どもにおいてもケアが受けられることに気づきはじめた時に、心の中に秘めた help の要請を出せるのであろう。

3. General needs から Special needs への移行

急性期は心の問題に対して広角的に相談活動を展開してきたが、後期にはいくつか焦点を縛る必要が出てくる。狭義の医学的ニーズは減少し、替わって子どもを取り巻く環境に目を向けた支援が求められる。例えば、保育園の職員には心身の疲弊が進んでいる可能性が高く、親や家族においては養育機能が低下してそれが子どもの心の問題に影響を及ぼし

ている可能性に注意をしなくてはならない。支援者としての保育士への支援や、発達に支障をきたす幼児に対する相談などを工夫することにより、より包括的な視点で相談活動が求められるのが後期の時期である。

1) 支援者である職員の支援について

東日本大震災中央子ども支援センター宮城支部は数か所の地区で保育園職員を対象にした支援者自身のケアをテーマにした研修会を実施した。子どものケアに関する研修会についても数か所で実施した。いずれも被災者支援に経験のある特定の専門家が継続して研修を担当した。

2) Play maker project

子どもに対するケアの方法として遊びをテーマにした Play maker project という方法がある。2012年に被災地支援のために郡山市を訪れた Bessel Van der Kolk によって紹介された方法である。宮城県においても Play maker project を主宰している Steve Gross から研修を受けたのちに被災地で Play maker project を希望のある保育園に継続して実践しているところである。後期2年目は3カ所の保育園で試験的に実施し、3年目は年度の前半に5カ所の保育園に継続して実施している。保育園の職員と一緒に20名から30名の子どもを対象にして2時間程度の Play session を行う。この Play は、子どもたちと一緒に遊び、子どもの笑や喜びを引き出し、お互いにつながることを狙ったもので、保育園の職員は子どもと遊ぶ方法のみならず遊ぶことの意味の大きさに改めて感じ入っているという。

Play session では問題を抱えた子どもについても把握することができる。遊べない、遊びに必要な交互性の未発達さ、社会性の弱さなどの問題が一瞬にして露見する。そして問題のある子どもには遊べるようにサポートすることでこれらの課題を達成できる手助けをするのである。

3) 卒園の会の開催

遠隔地の、かつ被災の激しかった3カ所の保育園を対象に、卒園の会という名称で子どもとその親に対するグループワークを行った。多くの保育園では災害発生時に保育園の5歳児クラスの子どもたちは卒園式ができないままに卒園となり、あわただしい中を小学校に進級していった。この子どもたちは、3月後半の時期は本来であれば卒園を祝ってもらえ、新入生としての誇らしい緊張感と希望をいっぱいにして小学校の門をくぐるが、背中を押されるようにこの時期を過ごさざるを得なかった。津波で園舎を失い、多重的な喪失体験を経験した子どもたちを対象にした卒園の会を親や保育園職員と一緒に開催した。

東日本大震災の「3月11日」という日は、保育園の職員は必死に子どもたちを守った記念日のような日でもある。子どもたちはこのことを知りながらも職員と接近する機会を失ったままに時を過ごしていた。こうした状況が発生するのも Trauma の主たる問題である。災害によって人間のつながりや関係が分断されたとも言える。

卒園の会は実施回数の多い園では5回、少ない園では1回実施し、親子と保育園の職員が会を楽しんだ。子どもたちは職員との再会を楽しみ、職員は大きく成長した子どもの姿に安堵していた。親も再会を喜び、その後卒園児の親の会を立ち上げる場所もあった。

愛着的な関係の再構築と、自分たちを気遣ってくれる存在を確認する機会ともなり、このような機会を持つことが心のケアにもなりうる。Masten Ann の言う Ordinary Magic が発現されるのである。

4) 地域の再組織化

多数の落ち着かない子どもたちを抱える保育園は少なくない。こうした子どもたちの問題は脳機能に由来する問題か、それとも震災がもたらした環境の変化に由来する問題か、時間とともにますます判別が難しくなる。確かなことはこうした子どもたちをより社会性のある子どもに、より自己コントロールできるように育てるという課題に取り組まなくてはならないということである。このたびの震災のように復興の遅れた被災地では専門職のもともと少ないところにさらにニーズが増え、困難が積み増している状況を考えると、新しい考え方、新しい方法を作り上げてゆかなくてはならない。それが地域の再組織化という課題である。

教育への継続相談

浜松医科大学児童青年期精神医学講座

杉山 登志郎

1. 学校における相談事業の実態

われわれは、2011年3月の東日本大震災の後、福島県の教育委員会の依頼により公立学校を通じて、継続した福島県の児童生徒への支援を行ってきた。全生徒のメンタルヘルスの調査を実施し、子ども達に結果を返した。それ以外に、全県の学校に巡回相談を行い、学校において「気になる子」への面接や観察を実施し、希望に応じ教師へのコンサルテーションを行った。

冒頭に2014年末までのその相談の内訳を提示する。図1は直接面接を行った児童である。各分類の割合はこの3年あまり全く変化が無かった。知的・発達障害関連は全体の3分の1程度を占め、また友人関係や不登校等の多彩な問題が大多数を占めていて、被災関連は実に1パーセントに過ぎなかったのである。観察によるコンサルテーションまで入れた全体を見ても、この割合に変化は無かった(図2)。福島県全域の学校を対象にしているという状況はあるものの、災害の影響を強く受けた「福島県浜通り」の学校においても、最も多い相談は発達障害に関するものという状況は差がなく、震災関連相談の割合がわずかに増える程度であった。「情緒面、行動面」の相談の多くは発達障害が関連していたので、これを合わせると実に発達障害の相談が過半数を超えたのである。

この様に大震災をきっかけに実施することになった学校への継続的な相談事業は、発達障害への支援、不登校への支援、いじめ問題への対応など、どちらかという大震災とは直接に関係が無い相談が中心になっていた。

大災害における震災弱者とは、周知のように、もともとメンタルヘルスに問題を抱えていた児童であり、リスクを抱える児童への支援として、発達障害や不登校の相談も無関係では無い。しかしそれ以上に、われわれが抱いた感想は、これまでこれらの学校は、この子どもたちへの対応をどうやってしのできたのだろうかということであった。全ての学校が、様々な「気になる子」を抱えており、この巡回相談へのニーズは年々高まってきていて、対応できる枠を越えるまでになってきている。これは恐らく全国の公立学校に認められる普遍的な状況なのではないだろうか。

また逆にこのような個別支援の経験を踏まえた上で、「震災におけるリスクのある子」への予防と介入とは何かを考えると、「気になる子」への対応を(あらかじめ)地道に実践をしておくことに尽きるのではないかと考えられる。リスクのある子どもへの学校におけるケアとは、ごく一般的な学童のメンタルヘルスそのものである。

今日の学校におけるメンタルヘルスの問題とその対応方法をまとめ、次いで大震災における、学校での継続的支援についてまとめる。

2. 生徒児童のメンタルヘルス

1) 発達障害への対応

今や発達障害の生徒は、全生徒の約1割である。文部科学省の悉皆調査(2012)によって、通常クラスの6.5パーセントに発達障害が疑われる生徒がいることが明らかになった。この年、特別支援教育を受けていた生徒は、特別支援クラス、特別支援学校、通級指導を合わせ全生徒の2.9パーセント存在したので、両者を合わせれば約1割になるのである。

要点を短くまとめれば、障害特性に対する正しい理解と、適正就学、いじめからの保護の3つである。障害特性への理解という点で大きな問題はやはり自閉症スペクトラム障害の児童への対応であろう。知覚過敏性を無視した対応など、それ自体がトラウマを引き起こしかねない。しかしなんとと言っても学校が果たすべき役割は学習の保障である。参加できないクラスに座らされているのは、学習のみならず意欲や自尊感情にまで悪影響が生じてしまう。このような児童が、中学生年齢になって授業妨害に走り、「ADHD」ではないかと学校から医療機関に紹介されることがある。小学校年代から適正就学をしていけば起こりえないのに、なんとこの様な事例が多いことだろう。

またいじめからの保護は当然とは言え、常に意識しておく必要がある。われわれの調査では、高機能自閉症スペクトラム障害の児童の実に8割までがいじめ被害を経験していた。

2) 友人同士の問題と不登校

不登校に関して、最も多い要因は友人関係であり、次は学業の問題である。この両者に未診断の発達障害が基盤にあることも希ではない。発達障害が基盤にある場合には、一般的な不登校のように、登校刺激を加えずに待つだけでは進展しないことも多く、個々の生徒の特性をきちんと把握することが何よりも重要である。不登校とは、圧縮をすれば周囲の人々(生徒、教師)への不信である。その不信の由来を確認し、生徒と共に乗り越えることが不登校の克服につながる。

3) 家庭状況の問題

子ども虐待の件数が増えて来ており、今や被虐待の生徒がいないなどということもあり得ない時代になった。複雑な家庭状況を持つ生徒への対応は、発達障害以上に困難を伴っている。彼らの多くは問題行動の多発ということで、周囲へ援助が必要な状況があることを発信している。彼らの示す多彩な問題については、専門書を参照して欲しい(See 杉山、2007)。暴力被害、性被害、DVの目撃などが日常的に生じている事例においては、学校単独で解決をすることは無理であり、児童相談所や市町村の子そだて支援課など、外部の専門機関との連携が必要不可欠である。事例会議をし、役割分担を行う必要があることも多い。またこの様な事例の場合、学力の低下を生じていることが少なくない。学校における最良の援助とは、個々の児童への学力の保障であることを忘れないで欲しい。

3. 大震災における学校のメンタルヘルス

1) 安心の確保の場

学校は子どもの安心を確保する重要な要素の1つである。教師による支え、友人との交流など、学校は子どもの安心を支えであると同時に、日常生活の中で学校は普通の生活の大きな要素である。これまでの大震災において、学校の早期再開が、いかに大きな子ども達への安心の支えになるのかということが示されてきた。実際に一時期の期間、不登校の生徒数は激減をしたのであった。

2) 保護者への支え

学校は、地域のコミュニティーの中心としての役割がある。それだからこそ、しばしば災害の避難場所として学校が選定されているのである。子ども達だけではなく、保護者への支えの場としての学校の機能がある。

3) 地域との絆

今回の大震災のように、一部の壊滅をした地域において、他の場所へ多くの子どもが移動することが余儀なくされた。そのような中で、これまで通っていた学校の教師を通して、学校からの連絡を受けた子ども達とその保護者から、多くの感謝の言葉が語られた。学校からの連絡は、離れた地にしばらく留まらざるを得ない子ども達への、地域との絆として大きな支えになった。

4) 子ども達を見守り続ける場

大震災のもたらす後遺症は、長い時間的な経過の中で様々な現れ方をする。このような長い時間的な経過を経て、子ども達を見守り続けることができる場は、学校以外に存在しない。特に養護教諭の働きは重要である（清水、2006）。

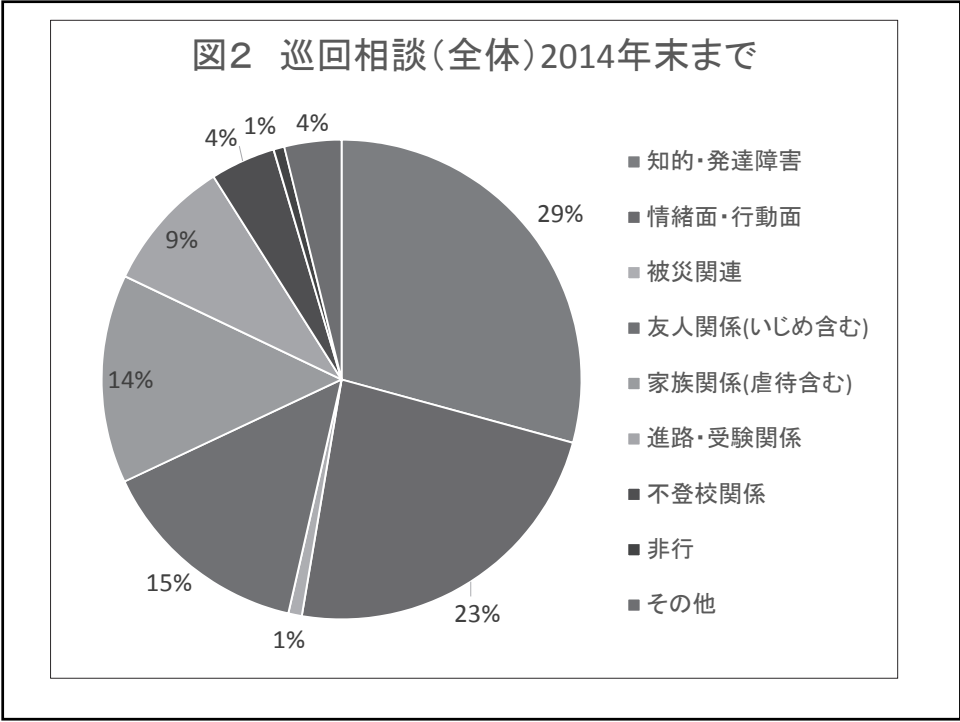
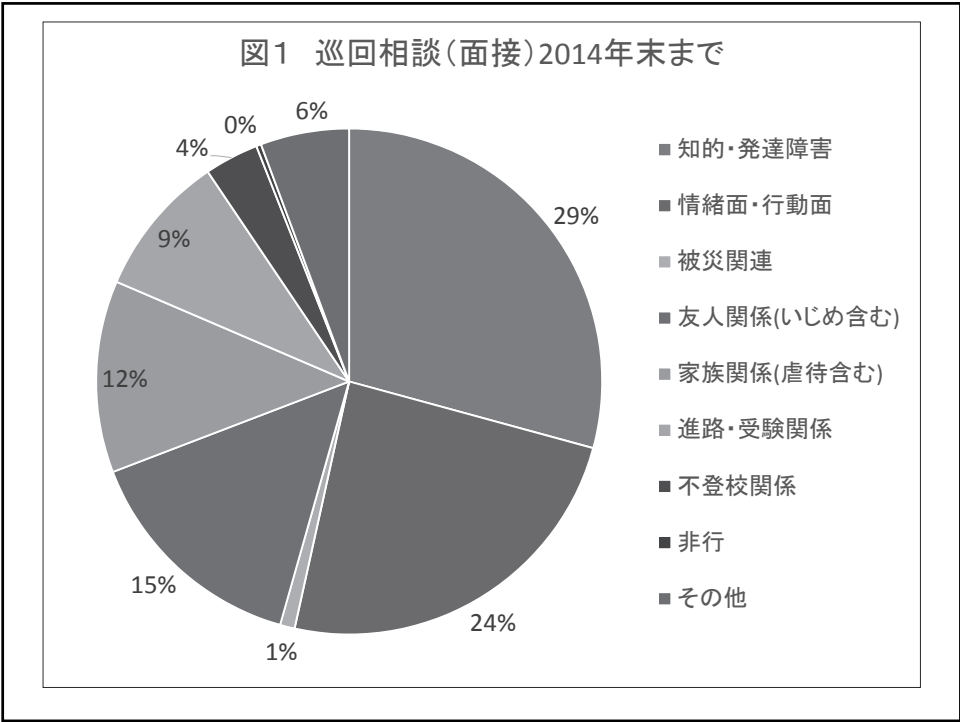
われわれは福島県の学校における巡回相談の中で、しばしば次のような経験をした。子ども達のためにがんばり続けている教師や校長が、コンサルテーションの最後に、しばしば涙と共に自分自身の不安や迷いについてポロッと漏らし、個別の相談を行う。

今回の東日本大震災、とりわけ福島県での学校への支援活動の中でわれわれが再確認したのは、日本の公立学校の意義とその質の高さである。

文献

杉山登志郎(2007):子ども虐待という第四の発達障害、学研、東京.

清水将之(2006):震災の心理.創元社、大阪.



被災地の心理的問題の遠隔支援の可能性について

国立成育医療研究センター こころの診療部

乳幼児メンタルヘルス診療科

立花良之

はじめに

筆者は、厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「東日本大震災の小児保健への影響に関する調査研究」(研究代表者 呉繁夫)で親子のメンタルヘルスについてのA市でのコホート調査に関わった。A市では子どもたちが様々な心理的問題を持っていたが、同様に多くの母親たちも心理的問題も持っていることが明らかとなった。心的外傷後ストレス障害(PTSD)の症状を持っている母親も多かった。心的外傷後ストレス障害では、外傷体験についての①侵入症状 ②関連する刺激の持続的回避 ③関連した認知と気分の陰性の変化 ④過覚醒と反応性の著しい変化を主症状とする[1]。筆者は、厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「被災後の子どもの心の支援に関する研究」(研究代表者 五十嵐隆)の分担研究で、母親のPTSD症状についての心理的支援を行うこととした。本稿では、その取り組みについて述べ、災害後の精神的ケアにおける家族の支援についても言及したい。

1. 災害のPTSDの特徴

A市では甚大な津波災害があり、多くの母親が海や波、沿岸の光景に関連した回避症状を持っていた。災害のPTSDの特徴として、生活の場が侵されているため、トラウマを想起させられる場に日常的に暴露されていることが多いという特徴がある。トラウマを想起する刺激となるような場を意識して避けようとしても暴露されざるをえない。そのようなケースには本プログラムのような回避症状に焦点を当てた心理的介入も治療選択肢の一つと考えられる。

2. 本プログラムの適用基準

PTSDの治療の中では適用に注意が必要である。本取り組みでは、下記のように治療者がプログラムの適用可能性について慎重に判断した。

参加受け入れ基準

- 精神状態が介入プログラムに耐えられると判断される
- 急性期のPTSD症状がない
- PTSD症状に大きな変化がない
- 想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの両方に耐えられる
- セラピスト自身の力量の範囲内で心理的支援が行えると判断
- PTSDの回避症状がある。

- PTSD の回避症状の対象が日常生活で頻繁に暴露されているものである (海の風景、波の音、海の匂いなど)
- 初回面接時に想像暴露の練習を実際に行ってもらい、重篤な心理的反応を起こさない

参加者は、もし介入プログラムの実施中に症状が悪化するようであれば、セラピストに電話してもらるか、近くの精神科医療機関に相談するように伝えた。

参加除外基準

- 重症の PTSD 症状がある
- DSM-IV-TR で大うつ病と診断される
- 精神科医療機関で現在治療を受けている
- 精神科医が介入プログラムをできる精神状態にないと判断
- 自殺企図をしたことがある
- 養育不全や児童虐待がある

3. プログラムの内容

1. PTSD に対する心理教育 2. リラクゼーション 3. 電話カウンセリング からなるプログラムを作成した。1. の心理教育では、特に PTSD の回避症状に焦点を当てた。PTSD の治療として、持続エクスポージャー療法の有効性が明らかになっている[2]。持続エクスポージャー療法は、行動療法の一つで、PTSD の症状で恐怖を感じていることに対して、あえてその恐怖の対象に触れてもらうことで、脱感作を行い PTSD を治療する[3, 4]。持続エクスポージャー療法は、①PTSD の症状と治療に対する心理教育 ②セラピーのセッション：想像エクスポージャー ③家で行う課題（想像エクスポージャー・現実エクスポージャー） ④エクスポージャーで不安が増強した時などに対応するためのリラクゼーションからなる。通常10回のセッションからなる非常にインテンシブな治療法である。

このような治療法は経験のあるセラピストのもと、被災地での PTSD 症状のある人たちに行えればそれが理想であろうが、現実問題として被災地にそのような人的資源はない。また、治療を受ける人にとっても、多くの時間を必要として比較的負荷の高い治療法である。本プログラムは、持続エクスポージャーのエッセンスを用い、人的資源の少ない被災地で行え、かつ受ける側にも侵襲性が少なく安全で時間の付加も少ないような内容とした。

本プログラムでは最初に面接を行い、その際に、現在困っていることや症状についての問診を行った。精神医学的なアセスメントを行い、トラウマ症状以外に、合併している精神障害の有無について確認した。また、苦痛の主観的評価点数 (Subjective Units of Discomfort: SUDS) を用いて、日常生活で回避している事象について話し合い、本プログラム実施に耐えうるかどうかを慎重に確認した。プログラムの説明をした上で、トラウマの心理教育を行い、リラクゼーション法について説明した。また、定期的に電話で支持的

心理療法を行っていくこととした。毎回、日常生活において回避している事象に対し SUDS を付けもらった上で話し合い、回避している事象に対してあえて回避せずに接してもらうことをすすめた。その際に SUDS を意識して、時間の経過とともに SUDS が下がっていくかどうかを実感してもらうようにした。不安などの心因反応が起きた場合には、呼吸によるリラクゼーション法を教示し、実施してもらうことにした。呼吸によるリラクゼーションについては、トラウマの心因反応が起きているとき以外でも、心身の健康法として日常生活に取り入れてもらうことを勧めた。精神的に不調になるようであれば、回避している事象への暴露は中止してもらい、すぐに電話で相談してもらうこととした。緊急の際の連絡先をあらかじめ伝えておいた。

また、次の電話カウンセリングを受けるまで精神的に具合が悪くなった時には、国立成育医療研究センターの担当者に電話をかけて相談してもらうようにした。電話での対応に加え、実際の診療が必要な際には、A 市の精神科医療機関（3 施設のいずれか）を受診してもらうこととした。

4. プログラムの有効性の検証

このプログラムの有効性を検証するために、無作為化比較対照試験を行った。

介入群 9 人には上記プログラムを行った。対照群 10 人には、「子どもの心の SOS サインに気づく」というプログラムを別途用意して実施した。このプログラムは、母親のトラウマ症状には特に影響を及ぼさずに介入群に実施するプログラムの効果を比較対象できるような内容とした。作成にあたっては、厚生労働省のホームページ「こころもメンテしよう～ご家族・教職員の皆さんへ～ 子どもの様子が気になる、こころの健康や病気が心配な時に」[5]を参考にした。

介入群・対照群に上記のそれぞれのプログラムを初回の面接時に実施し、子どもの精神状態で心配のある母親に対し、希望があれば定期的に電話相談を行うこととした。両プログラムともに、内容を冊子とし、精神科医または臨床心理士が面接時に母親に見せながら説明した。さらに、それらの冊子を家に持ち帰ってもらい、適宜参照してもらうこととした。Wait-list control design を用い、介入群は 0 週～10 週までに「お母さんの心の健康向上プログラム」を実施し、11 週～20 週は「子どもの心の SOS サインに気づく」のプログラムを実施することとした。対照群は 0 週～10 週までは「子どもの心の SOS サインに気づく」のプログラムを実施し、10 週～20 週で「お母さんの心の健康向上プログラム」を実施した。

5. 評価指標

下記のように、出来事インパクト尺度 (IES-R)、ベックうつ病評価尺度、WHO-5、PedsQL 日本語版、育児ストレスインデックスショートフォーム、K6 を実施した。

主要評価項目を IES-R の下位項目の回避とした。副次評価項目を、IES-R の合計点・侵入・

過覚醒、WHO-5 得点、K6 得点、育児ストレスインデックス親の側面、育児ストレスインデックス子どもの側面、育児ストレスインデックス合計点とした。

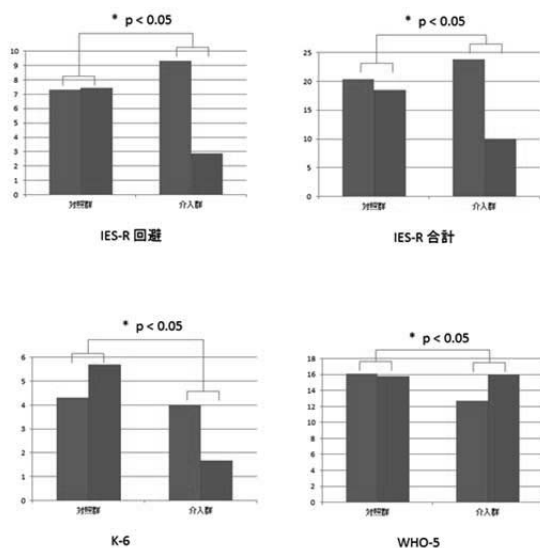
| 評価尺度 | 0 週 | 10 週 |
|---------------------|-----|------|
| 出来事インパクト尺度 (IES-R) | ○ | ○ |
| K6 | ○ | ○ |
| WHO-5 | ○ | ○ |
| 育児ストレスインデックスシートフォーム | ○ | ○ |

表 1

上記心理指標について、10 週と 0 週で実施の際の点数の差について、介入群・比較群で、Welch 検定を用い、介入プログラムの効果を比較した。

6. プログラム実施の結果

1 回目の調査で、各評価項目について両群に差はなかった。1 回目と 2 回目の心理指標の差についての、両群の Welch 検定 (片側) の結果、 $p < 0.05$ で有意差を認めた項目は IES-R 回避 ($p = 0.02$)、IES-R 合計点 ($p = 0.04$)、K6 ($p = 0.03$)、WHO-5 ($p = 0.04$)であった(図、表 2)。本プログラム実施後に、緊急で電話対応しないといけなかったり、精神状態が不安定になって医療機関を紹介しなければならなかったりするようなケースは無かった。この結果は少ないサンプル数におけるものであり、有効性のエビデンスとしては限定的なものであることを考慮に入れる必要がある。



| 指標 | p値 |
|----------------|-------|
| IES-R 回避 | 0.02* |
| IES-R 過覚醒 | 0.08 |
| IES-R 侵入 | 0.16 |
| IES-R 合計 | 0.04* |
| K-6 | 0.03* |
| WHO-5 | 0.04* |
| PSI-SF: 親の側面 | 0.30 |
| PSI-SF: 子どもの側面 | 0.39 |

(*は $p < 0.05$)

図 (青は 1 回目検査、赤は 2 回目検査)

表 2

7. このプログラム実施を通して

このプログラムが母親の PTSD 症状やメンタルヘルス、QOL を改善させることが明らかになった。人的資源の不足している被災地での TPSD 症状を持つ人への支援において、本研究のような遠隔地の人的資源を利用した簡易心理療法の有効性が示唆された。本研究のプログラムは簡易心理療法の形をとり、従来の PTSD の治療に比較して時間やセッション数、セラピールームに行かずに自宅で電話カウンセリングを受けられるなど受ける側の負担は少ない。

人的支援が行き届きにくい地域では、本プログラムのように対面での心理的支援と遠隔支援の併用の有効性が示唆される。

8. 自分の苦しいことを他者に聞いてもらえるということ

本プログラムは行動療法を用いた心理教育と電話カウンセリングによる心理的支援であったが、本プログラムの効果は単に行動療法的アプローチによるもののみならず、他者に自分の苦しい気持ちを聞いてもらえたということが効果として大きかった可能性がある。このプログラムを実施して、何人かの母親から「私のことの相談にのってもらえるんですか」というような反応があった。子どものこと、家族のことに対応するのが精一杯で、自分自身のことを振り返っている余裕すらもないという母親も多かった。皆が苦勞しているのだから自分だけ弱音を吐いているわけにはいかない、という人も多かった。これは、東北地方の人の我慢強い気質ともいえるし、また、周りの人に気を遣う日本人特有の気質ともいえるのかもしれない。

9. ポピュレーションアプローチの中にハイリスクアプローチを組み込む

このような心理的支援は、誰もが受けられるサービスの中の一部として組み込まれることで、必要のある人が支援にアクセスしやすくなると考えられる。心理的支援のために「何かご相談されたい方はお気軽にいらしてください」と特別の窓口を設置しても、一部の人しか利用しないであろう。災害における心的問題の特徴の一つに、それまで全く健康であった人も含め多くの方が臨床レベルの心的問題で不調をきたしうるため、潜在的に大きなニーズがあることがあげられる。公衆衛生の考え方で、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチという考え方がある。ポピュレーションアプローチとは、対照を一部に限定しないで集団全体へアプローチをし、全体としてリスクを下げたいこうという考え方である。これに対し、ハイリスクアプローチとは、疾患を発生しやすい高いリスクを持った人を対象に絞り込んで対処していく方法である。被災地ではハイリスクアプローチで心理的支援を行っても、ニーズのある人にとって利用されにくい。今回、多くの母親に介入プログラムに参加してもらえたのは、コホート調査自体がポピュレーションアプローチの役割を果たしていたからと考えられる。コホート調査で子どものために集まった母親たちのうちで、質問紙の回答の結果ハイリスクであると判断された母親が抽出され、プログ

ラムへの参加を勧められた。それ以外の母親には子どもの心的問題への対応のプログラムが行われた。今回の取り組みのように皆が何らかのサービスを受けられる状況にあったことが参加者が多かったことにつながっていると考えられる。

10. 支援にあたって地域の文化を大切にすること

被災地の心理的支援では、地域の文化の理解をしつつ対応していくことは非常に重要である。A市は遠洋漁業が盛んな町であるという特徴がある。多くの父親が長期間家庭に不在となり、その間家庭を母親が家族を支える。そのような土地柄から、母親がいろいろな苦勞を耐え忍んで家族を支えるという独特の文化がある。また、東北人の特徴として我慢強さ・辛抱強さがある。それは、苦勞があってもあまり表に出さずに耐え忍ぶ人が多いということでもある。そのような人々の特性に配慮しつつ、もし苦しいことが口にされたときに傾聴するような姿勢が重要であろう。

11. 地域全体で被害にあっているという特徴

被災地では地域全体が被害にあっている。皆が苦しんでいるから、とか、自分より苦しい人があるから、ということで自分の苦しみを表に出しづらい人も多い。周りの人に「申し訳なくて」、自分の苦しいことを言えないという人もいる。また、皆が苦しい状況にあることを見慣れてしまっていると、感覚がマヒして自分の苦しい状況にも気づけていない、ということもある。また、家族全体の苦しい状況を乗り切ろうと頑張るために、自分自身の苦しい気持ちを否認してしまうこともありうる。

12. 来るべき次の災害に備え支援の有効性についてのエビデンスの蓄積の必要性

甚大な心的問題をもたらす災害が今後も起こる可能性があり、そのような時のために、日本の風土に合った支援方法を確立しておくことも重要である。エビデンスとしては、無作為化比較対照試験などの手法で効果検証をしておくことで、次に来る災害時の支援の際に有効なプログラムを選ぶ指標になりうる。

13. 息の長い支援の必要性

被災地では、時の経過とともに国の支援に対する予算も削られ、また、被災地でない人たちの関心も薄らいでいきがちである。しかし、被災地では依然として心的問題を抱え苦しんでいる人たちは多い。被災地の人たちの中には、周りの人たちから自分たちに起こった震災という出来事が忘れ去られていくことに、まわりから取り残されていくような気持ちを感じている人もいる。また、復興が進み建物や町並みなどが生まれ変わったとしても、それまで慣れ親しんできた大切な生活の思い出は失われたままで心的外傷も癒えないでいる人も多い。長期的な視野に立った息の長い支援が望まれる。

参考文献

1. アメリカ精神医学会（編）日本精神神経学会（監訳），*DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院, 2014.
2. Powers, M.B., et al., *A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder*: Clinical psychology review, 2010. **30**(6): p. 635-641.
3. エドナ・B. フォア（著），バ. O. ロ. 著., エリザベス・A. ヘンブリー（著），Edna B. Foa（原著），Barbara O. Rothbaum（原著），Elizabeth A. Hembree（原著），金 吉晴（翻訳），小西 聖子（翻訳），石丸 径一郎（翻訳），寺島 瞳（翻訳），*PTSD の持続エクスポージャー療法—トラウマ体験の情動処理のために*. 2009: 星和書店.
4. B・O・ロスバウム（著），E.B.フ.著., E・A・ハンブリー（著），小西 聖子（監修），金 吉晴（監修），*PTSD の持続エクスポージャー療法ワークブック トラウマ体験からあなたの人生を取り戻すために*. 2012: 星和書店.
5. 厚生労働省，*こころもメンテしよう ～ご家族・今日惻隠の皆さんへ～ 子どもの様子が気になる、こころの健康や病気が心配な時に*
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/parent/family/notice/notice_01.html. 2013.

3. 災害後の子どものメンタルヘルスケア (3) 症状のある子どもへの治療

治療の選択

岩手医科大学神経精神科学講座

八木 淳子

1. はじめに

大災害後、多くの子どもたちは、時間の経過とともに、自身のレジリエンスや周囲の人々との自然な関係性に支えられて日常を取り戻していく。あるいは、急性期には著しいトラウマ反応を呈したとしても、フロントラインで彼らに接する教師や保育士の適切な対応や、サイコロジカルファーストエイド (PFA) などの介入支援が施されることにより、重症化することを免れ、回復の方向に向かう子どもたちも多いだろう。しかし一方では、自然なサポートのみでは回復が難しく、病理性が深まり、専門的な介入治療を要する子どもたちが存在する (Cohen et al. 2006)。未治療のトラウマ症状は、その後の神経心理発達に負の影響を与え、将来の精神障害や社会適応上の問題につながる可能性があると考えられる (Felitti, 1998)。時機を得た正確な精神医学的評価がなされ、適切な治療や支援に結びつくことが重要である。

2. 災害後の子どもの状態のアセスメント

トラウマを体験した子どもが呈する症状は、災害後にしばしば見られる心的外傷後ストレス障害 (PTSD) や、うつ病、不安障害などの診断基準にすべて合致するものばかりとは限らない。PTSD はトラウマに対して起こり得る心理的反応の一つに過ぎない。トラウマを受けた子どもは、不安、抑うつ、身体化障害、学習問題、反抗的行動など多くのトラウマに基づく症状を示す。落ち着かない状態にある子どもは、行動上の特徴から注意欠如多動性障害 (ADHD) や素行障害との鑑別が困難であったりする。災害以前のトラウマ体験や精神病理は、災害時の脆弱性につながり、さまざまな精神症状や社会適応上の問題を呈しやすくなる (Fujiwara et al. 2014)。

危機的状況下で観察されるさまざまなストレス反応は、非常事態に適応した結果としての「正常な」反応である場合がほとんどだが、それらは PTSD 症状と関連付けて説明されることが多い。確かに、PTSD としての過覚醒、再体験、回避、抑うつ気分などの症状の有無を明らかにしておくことは重要である。しかしながら、災害後に子どもにしばしばみられるトラウマ関連症状の徴候は、恐れ、不安、分離不安、かんしゃく、睡眠リズムや食欲の変化、社会的引きこもり、規則や習慣に従わなくなることなど“ありふれた”ものであり、これらが即ち病理性を意味するとは限らない。目の前の子どもが示すストレス反応が正常なものであるか、PTSD (併存症を含む) との連続性で考慮すべき病理性を帯びたものなのか、支援者や保護者にとって判断が難しい場合もある。PSC (Pediatric Symptom Checklist) (日本語版: 石崎ら, 2000) や CBCL (Child Behavior Checklist) などのチェ

ックリストを用いて、子どもの心理社会的問題や情緒・行動の問題を包括的に評価することにより、専門治療につなげる時機を見極める目安とすることも有用である。また、幼い子どもの場合においては、内面に起こっていることを言語化する能力が未発達であるため、「再演」に代表される、遊びを介した徴候を注意深く見守り、その変化の方向性を見極める（適応的再演か、病理性を含むトラウマ後再演か）必要がある。いずれの場合も重要なのは、診断がつくかどうかではなく、子どもが日常生活で耐え難い不具合を抱えていないか、災害前と大きく変化した点はないかを、見逃さないことである。以前には見られなかった明らかな問題行動や、顕著な不安・抑うつ症状、自殺をほのめかすようなことがあれば、躊躇せず専門治療に結びつける必要がある。

子どもが示すストレス関連症状は、身体症状や行動上の問題に至るまで幅広く、分離不安やその他の不安症、適応障害、うつ病、死別反応、破壊的行動障害などの診断に合致するレベルの症状を呈する場合もある。また、PTSDの診断基準に合致する場合でも、その他の障害を抱えていることが多く、子どもが見せる症状は多彩で複雑な場合が多い。子どものPTSDの診断においては、重複障害（併存症）の評価も欠かせない要素である。

子どもの支援・治療に当たる者は、子どもが呈する症状の原因が、すべて子どもに内在するとは限らず、むしろ、親や家族、身近な教師や友人の状態、コミュニティ全体の被災状況など、子どもを取り巻く環境の影響を受け、それらとの相互作用の中で症状が様々な修飾され形成されていることを理解しなければならない。復興の遅れにともなう生活の変化とその遷延は、子どもたちにとって、大地震や大津波によるインパクトのみならず、その後続くさまざまな生活上のストレス（離婚、**maltreatment** やいじめなど）との複合的なトラウマ体験となるのである。災害後の子どもの精神医学的評価は、PTSDに関する領域だけでなく、その後の子どもの神経心理発達や社会適応に係る多くの因子を包含する視点でなされるべきであろう。アメリカの **The National Child Traumatic Stress Network(NCTSN)** は、トラウマを負った子どもの精神医学的評価においては、DSMによるカテゴリー診断のみによらず、より普遍的な項目による評価と介入がなされることを推奨している。それらは、i) アタッチメント、ii) 神経生物学的要因、iii) 感情統制、iv) 解離、v) 行動統制、vi) 認知、vii) 自己観の7項目とされる（Cook et al.2003）。

子どもの状態を見立てるうえでは、子ども本人の訴えや症状の観察による評価のみならず、保護者からの聞き取りは重要である。災害発生時の子どもの最初の反応や、災害以前の感情統制はどうか、友達関係や学校での評価、学習困難はなかったか、家族や親せきに負傷者や亡くなった人・行方不明者はいないか、家族のメンタルヘルス、災害前の喪失体験、家族の信条（宗教）、慣習など、子どもの精神状態に影響を与えるリスク因子とレジリエンスについて包括的な情報収集をしておくことが、正確な見立てと治療方針の決定に役立つ。特に、保護者の心理状態が、危機的状況下での子どもの適応には大きく影響するため、保護者の状態（被災状況、喪失体験、経済状態、精神状態、対人関係、コミュニティとの結びつきなど）についてもできるだけ詳細な情報を得る必要がある。場合によっては、

保護者に対する具体的介入（精神医療や相談につなぐなど）が、子どもを支援するうえでも最優先事項となることもある。

いずれの場合も、子どもの評価は子どもが安全・安心感を得られ、不安を増加させない環境で実施されるよう、十分な配慮が必要であることはいうまでもない。

3. 災害によるトラウマ体験をもつ子どもの治療

東日本大震災から 2 年後に設立された岩手医科大学「いわてこどもケアセンター」は、岩手県内の被災した子どもたちへの「心のケア」を中心に行う児童精神科クリニックであり、トラウマを受けた子どもたちへのさまざまな支援、治療が行われている（別項「システムの構築と連携」参照）。

数年を経てもトラウマ記憶が薄れることなく、むしろ鮮やかに蘇ることに苦悩を抱える子どもや、3 年以上たってようやく当時の体験を言葉にし始めた子ども、身体症状がなかなか消えない子ども、発達の問題が顕在化してきた子どもなど、トラウマの影響は一人ひとり個別性を持つものであり、「東日本大震災後のトラウマ」として一様に語れるものではない。

多くの人が亡くなり、甚大な広域災害であった東日本大震災津波後の子どもの精神医学的介入・治療においては、程度はさまざまであるが、喪失に伴う悲嘆を扱うことを余儀なくされる。子どもが示す、トラウマ関連症状と悲嘆、保護者や学校、地域の状況などを包括的にアセスメントし、患者の個別性に合わせた治療の選択を行うことになる。本項では、東日本大震災後のいわてこどもケアセンター（児童精神科クリニック）でのとりくみを中心に、災害後の子どものトラウマ治療について述べる。

1) トラウマに焦点化した支持的療法

子どもの診察とそれに続く精神療法の、いわゆる通常の診療枠の中で、トラウマのアセスメントを実施しながら、より構造化された、トラウマに焦点を当てたセッションを段階的に行っていく。TF-CBT（別項参照）のいくつかのコンポーネントのエッセンスを取り入れ、心理教育的アプローチを基本としながら、リラクゼーション、認知再構成、コーピングスキルの獲得、感覚統合療法の視点を取り入れたアプローチ（後述）、実生活での問題解決、などにとりくむことで、子どもたちは自身のトラウマ関連症状を理解し、対処法をまなび、社会（学校）適応を取り戻していく。（数回から 10 回程度のセッションを要する。）子どもが自分自身のトラウマ体験と現在の症状の関連について理解し、（今よりもよくなった）未来の自分の姿を思い描き、受診のモチベーションを維持できるよう、治療の目的を明確に意識させるような、トラウマに焦点化した心理教育的アプローチを毎回のセッションに織り込むことが、短期間で治療効果を上げることにつながると考えられる。

【症例紹介】（プライバシーに保護のため、一部改変）

震災から2年後、雨や台風を怖がるようになったAちゃん 8歳女兒（発災時5歳）

保育園で被災。延長保育で残っていた5人の子どものうちの1人だった。保育園は津波で全壊し、保育士が1人亡くなっている。

震災から1か月後、小学校入学。勉強がよくできて、活発な性格であったが、震災から2年たったころから、雨や雷の音を怖がるようになり、雨の日は登校できなくなった。震災から2年3ヵ月の初診時、被災当時のことをたずねると、「いままで誰にも話さなかった。話しちゃいけないと思ってた。津波にのまれて、すごく怖くて、苦しかった。」と涙を浮かべて切々と語った。避難する際、保育士ともう一人の女兒と3人で津波に流された。（本児は手首から先だけが水面から出た状態で流されているところを、偶然誰かに引き上げられて救出された、という目撃情報を両親は把握していた。）波にのまれて、握っていた保育士の手が離れた。「あのとき、わたしが手を放したらから、〇〇先生が死んじゃった」と語り、涙を流した。両親は、本児を慈しみ育てていたが、被災体験を本児の口から聞くことはなく、「そっとしておいた。」壮絶な体験をしたであろうことは、周囲からの情報で想像できていたが、本人に尋ねるべきなのか、尋ねてもよいのか、どう対応したらよいのか、悩み続け、尋ねることができないまま、2年以上が経ってしまったという。

治療者は、Aちゃんの外傷体験と認知のゆがみについてアセスメントしつつ、津波やトラウマ記憶、トラウマ関連症状についての心理教育を行い、治療の見通しと期待される効果について母子に説明した。リラクゼーションの方法や、恐怖や不安が蘇った時の対処法について話し合い、それらを一緒に練習し、描画での感情表現、ワークシートを用いての認知の再構成、実生活での不安への段階的な挑戦などを、隔週の外来診療の中で順次実施した。数回のセッションを経て、本児の症状はほぼ消失し、亡くなった保育士への思慕や、助けてくれた見知らぬ人への感謝の思いを言葉にできるまでになり、元気に登校できるようになった。

2) トラウマ・フォーカスト認知行動療法 (TF-CBT)

上記のような、構造化された短期間の支持的精神療法で十分な治療効果が得られずトラウマ関連症状が根強く続く子どもに対しては、より強固に構造化された、集中的な治療が必要となる。認知行動療法は、PTSDやトラウマ関連症状に対する、エビデンスに基づく有効な治療法として、個人にも集団にも広く用いられている (Chemtob et al. 2002)。トラウマ・フォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) は PRACTICE の頭文字であらわされるコンポーネントをすべて含みパッケージ化されて実施される。各コンポーネントの頭文字は、P(心理教育とペアレンティング・スキル)、R(リラクゼーションとストレスマネジメント)、A(感情表出と調整スキル)、C(認知的対処スキル)、T(トラウマナラティブと認知処理)、I(トラウマ想起刺激の実生活での統制)、C(親子合同セッション)、E(将来の安全と発達の強化)を表

し、外傷性悲嘆（Childhood Traumatic Grief, CTG）のコンポーネントが加わったものは、TF-CBT for CTG として実施される。

支持的精神療法やプレイセラピーにおいて、上記 PRAC のコンポーネントを適宜取り入れることで、トラウマに焦点化した治療を短期間で効率的に行うことに効果をあげている。いわてこどもケアセンターにおいて、東日本大震災後のトラウマ治療として TF-CBT（for CTG）を受けた子どもたち十数名の PTSD 症状は有意に改善しており（八木、2015）、災害後のトラウマ治療の有効な選択肢の一つとして期待される（TF-CBT の詳細は本冊子別項参照）。

3) トラウマに焦点化したプレイセラピー

就学前や小学校低学年の子どもの場合、自身の内面で起こっていることを感じ取ることができても、それを上手に言語化することができないことが多い。また、トラウマに対する回避が強く、治療者との言語でのやりとりに緊張してしまう子どもも少なくない。そのような場合には、遊びを通して自身の体験と向き合い、それらを整理し、分断された記憶を統合していくプロセスを踏むことを目的として、プレイセラピーを導入する。箱庭や人形遊び、描画やお話づくりなど、子どもの年齢や性質に合わせた設定で実施している。

プレイセラピーにおいて、子どものペースを尊重するのはいうまでもないが、東日本大震災後、中長期のトラウマ治療を目的とした場合、いわゆるチャイルドセンタード方式というより、トラウマについての心理教育を入れながら、治療者がリードする構造を作り、空間と時間と行為の「枠」を明確にするように心がける。このことにより子どもは、信頼できる大人のリードに守られ、限界設定のある中で、心理的・身体感覚的安全感を保障されつつ、トラウマ記憶に触れる。遊びの中での自己決定権も同時に保障されることで、無力感や自己無価値感を少しずつ手離していく。多くは心理士によるセッションとなるが、主治医がプレイセラピーの目的をトラウマに焦点を当てて子どもにわかるように伝え、治療の動機づけを明確に行ってから、セラピーに移るような流れをつくる。心理士と主治医は毎回のセッションの目標と治療経過を共有しながら、比較的短期間（数回から 10 回程度）で終了するよう計画を立てる。保護者に対するトラウマの心理教育も同時に行い、保護者の不安の軽減を図る。

4) 感覚統合療法的アプローチ

災害後に、強い不安や恐怖を訴えて、退行したり、落ち着きなく動き回ったりする子どもの中には、トラウマ反応だけではなく、震災後の環境の激変をきっかけに発達の問題が顕在化したと考えられるケースが散見される。また、まっすぐに座ってられない、3 階以上だとめまいがする、いつも揺れている感じがするなど、身体感覚の混乱や違和感を訴える子どももいる。筆者は、心理的な不安に加えて、姿勢保持困難や重力不安などの身体感覚の異常が見られる子どもに対して、感覚統合療法の視点を取り入れたアプローチを加え

ることで、トラウマ症状の改善につながった例を複数経験した。作業療法士とともに、ブランコやトランポリンで遊びながら意識づけされた動作を同時に行ったり、自己の体の大きさ（ボディイメージ）を確認するアクティビティなどを繰り返すことで、自己の身体感覚とともに自己観を取り戻し、身体的・生理的反応に伴う不安症状や誤ったイメージ（感覚情報）が改善されていくようである。

5) 薬物療法

国際トラウマティック・ストレス学会 PTSD 治療ガイドライン日本語版第2版（監訳 飛鳥井望）によれば、子どもの PTSD に対する薬物療法については対照群のある研究がほとんどない。しかし、災害後の子どものトラウマ関連症状は PTSD の主症状のみをさすわけではなく、PTSD の複雑な病態（重複障害を持つことが多い）と PTSD 以外の疾患の症状に対して、一定の効果が認められる薬剤がいくつかある。

薬物療法により、不安、過覚醒症状の軽減、衝動性の制御、睡眠の改善などが見込まれる。とくに、過覚醒症状（睡眠障害、イライラ感、集中困難、過度の警戒、驚愕反応、攻撃性）などは薬理的な介入に敏感に反応する可能性がある。

このようなトラウマ関連症状と二次的障害の薬物治療と並行して、心理教育的アプローチや認知行動療法を促進し、日常生活の機能の改善をはかる。薬物療法によって、複雑に絡み合うトラウマ関連症状の一つでも改善することで、子どもと家族の心理的負担を軽減し、他の機能に好影響が及ぶ可能性が出てくる。

以下に、いくつかの代表的な薬剤とその期待される効果について記す（ガイドラインより抜粋引用）。

◆ セロトニン作動薬

選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は抑うつや強迫性障害の治療に推奨されるが、子どもの PTSD には、不安、抑うつ気分、強迫観念、強迫行動、衝動性、怒り、などセロトニン調節障害と関連した様々な症状が含まれることが多いため、広範囲な症状に有効な SSRI は、子どもの PTSD の実質的な第一選択薬であろう。セロトニン拮抗薬である、trazodone は単剤または SSRI との併用で睡眠障害や悪夢に対して有効な場合がある。

◆ アドレナリン作動薬

α -2 作動薬である clonidine や guanfacine、 β -拮抗薬の propranolol は PTSD に認められる過覚醒、衝動性、過活動、睡眠障害、悪夢などに対して有効であるとされる。アドレナリン作動薬は、中枢神経系のアドレナリンに関連する標的症狀である再体験症状や過覚醒症状を軽減するので、PTSD における合理的な治療戦略と考えられている。

◆ ドーパミン作動薬

PTSD 症状自体に対する有用性よりも、合併障害（たとえば ADHD の併存）や、難治性の PTSD 患者、妄想的行動、幻覚様現象、極度のフラッシュバック、自傷行為、強い

怒りの爆発、精神病症状を有する患者に対して使用される。quetiapine は PTSD 児の解離、不安、うつ、怒りに対して有効との報告や、risperidone が合併障害を持つ患児の PTSD 症状を改善したとの報告などがある。

- ◆ ベンゾジアゼピン系薬剤

PTSD の中核症状の治療において効果を支持するデータはほとんどない。しかし、社会的場面での緊張を一時的に緩和して社会適応を保つこと（入学式に出席できた、修学旅行の新幹線に乗れた等々）が、子どものメンタルヘルスの維持に欠かせない場合もある。そのような場合、筆者は、抗不安薬をごく短期間処方したり、一時的に頓服で処方することがある。

（PTSD 治療ガイドライン日本語版第 2 版においては、抗不安薬を心理療法における暴露を促進するために短期間の補助治療と用いることについて、馴化を阻害する恐れがあるため暴露療法実施時には可能な限り抗不安薬を減量することが望ましい、とされている。）

- ◆ その他

バルプロ酸、リチウム、カルバマゼピンは、極端な情動不安定と怒りの制御困難を軽減する場合がある。

6) その他の治療法

子どもの PTSD とトラウマ関連症状に対するその他の治療法として、精神力動的手法、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)、思考場療法 (TFT)、創造的芸術療法 (CAT) などに関しても有効性が報告されている。

4. おわりに～治療の選択について～

災害後の子どもの治療について、文献的な考察に加え、東日本大震災後の筆者の治療経験を交えて論じた。子どものトラウマに関する治療技法については、枚挙にいとまがないほど多くの報告があり、有効性が確立されつつある手法もいくつか見出されている。しかし、災害で傷ついた子どもの心を扱うことは、治療技法に関わらず、患児・保護者と治療者の信頼関係の上に初めて成り立つことである。エビデンスに基づいた治療が提供されることに越したことはないが、実証的なエビデンスが存在しないことが即ちある治療の有効性をすべて否定するものではない。またエビデンスに基づく治療の選択が即ち患者個人にとってのベストな治療法を意味するわけでもないはずである。

複雑なトラウマを抱えた子どもと向き合うとき、治療者は常にこのことを自身の胸に問い、目の前の患者がトラウマを乗り越えて未来に進むために、何が必要で、治療者に何ができるかを、あらゆる知識と経験を総動員して模索し続ける姿勢を持つことが肝要であろう。

文献:

- Cohen JA, Mannarino AP, et al. (2006) Interventions for children and adolescents following disasters, in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. Edited by Ritchie EC, et al. New York, Guilford.pp227-256.
- Chemtob CM1, Nakashima JP, Hamada RS. (2002) Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 156(3):211-6.
- Cook A, Blaustein M, et al. (2003) *Complex Trauma in Children and Adolescents White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. Los Angeles, CA, National Child Traumatic Stress Network, www.NCTSNet.org
- Felitti VJ, Anda RF et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14 ; 245-258.
- Fujiwara T, Yagi J, Homma H, Mashiko H, Nagao K, Okuyama M, GEJE-FC study team. (2014) Clinically significant behavior problems among young children 2 years after the Great East Japan Earthquake. *PLOS ONE* 9-10; e109342.
- Disaster Psychiatry Outreach (DPO). Education: Short DPO Training slide deck (http://prezi.com/4fr6wm0rgptb/?utm_campaign=share&utm_medium=copy&rc=ex0share [2014年12月15日閲覧]).
- エドナ・B・フォア、TM・キーン、MJ・フリードマン、JA・コーエン：飛鳥井 望監訳 (2013) *PTSD 治療ガイドライン 第2班 (日本語版)*. 金剛出版.
- 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助, 小澤亨司 (2000) Pediatric Symptom Checklist 日本語版のカットオフ値. *日児誌*, 104, 831-840.
- 八木淳子 (2015) 東日本大震災津波後の子どものトラウマケアの実践. *社会精神医学会雑誌*, 24(1), (印刷中)

トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT)

－効果が実証された子どものトラウマ治療－

兵庫県こころのケアセンター

亀岡智美

1. はじめに

被災直後の子どもが、身体面・心理面・行動上のさまざまな反応を示すことは、自然で当然の反応である。この段階で必要な支援は、子どもの回復力を支えることを指向したものであり、最近ではサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid, PFA)²⁾の原理に基づいた実践が、国際的にも主流となっている。しかし、被災による心的外傷(トラウマ)が量的質的に大きかった場合、あるいは、何らかの要因で自然回復が阻害された場合、子どもはPTSD(心的外傷後ストレス障害、posttraumatic stress disorder)を始め、さまざまな精神医学的症状を示し、社会生活機能が障害された状態に陥る。ここで必要となるのがトラウマそのものへの治療である。

TF-CBT(トラウマフォーカスト認知行動療法、Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)は、子どものトラウマ関連障害への第一選択治療として国際的に推奨されている治療法である¹⁾。わが国への導入は2011年から始まり、本研究期間(2012-14)に臨床実践が積み重ねられた。ここでは、被災後の子どものトラウマ関連障害への効果が実証された治療法として、TF-CBTの治療原理と治療構造の概略を説明する。

2. TF-CBTの効果

TF-CBTは、米国のDeblinger, Cohen, Mannarinoらによって開発された治療プログラムである¹³⁾。当初は、成人のレイプ被害者に対する治療デザインが、性的虐待を受けた子どもに試行的に実施された。その後、子どもの発達の要素を加味し、保護者の治療参加(子ども虐待ケースでは非加害親)を促すなど、いくつかの修正と改良が加えられた。TF-CBTは、子どものPTSDのみならず、うつや不安、逸脱行動、対人関係やアタッチメントの問題、学校での問題などの改善にも寄与している。また、実際にTF-CBTプログラムに参加した子どもの80%以上に有意な改善が認められている。

国際的にPTSDの治療効果研究においては、方法論の厳密度を評価するために概ね次の基準が用いられている¹⁾。すなわち、①明確に定義された標的症状 ②信頼性妥当性のある測定法 ③独立した評価者 ④評価者トレーニング ⑤再現可能な詳細な治療プログラム ⑥偏りのない治療割り付け ⑦治療の忠実性 である。TF-CBTの臨床実践が始まって以来四半世紀の間、これらの基準を満たしたTF-CBTの効果研究が実施されてきた。現在までに10を超えるランダム化比較試験が実施され、非指示的支持療法(nondirective supportive therapy)や子ども中心療法(Child-centered therapy)、通常の治療(treatment

as usual) と比べて効果が勝ることが検証されている³⁾。また、米国外への普及も進んでおり、わが国での実践もこのプロジェクトのサポートを受けている。

3. TF-CBT の基本構造と対象年齢

TF-CBT は、子どもセッション・保護者セッション・合同セッションから構成され、毎週1回、60–90分、12–25 とセッションの枠組みで実施される。治療の中盤までは、親子別々のセッションとして実施されるが、終盤には親子合同セッションにおいて、プログラムで学んだことや成果が共有される。原則として、子どもセッション・保護者セッションともに一人の治療者が担当する。

対象年齢は3–21歳で、基本的には、臨床的枠組みの中で個人治療として提供するものであるが、最近では、精神科病院・児童養護施設・学校などでの実践も進んでいる。治療対象となるトラウマのタイプも、性的虐待に限らず、DVの被害・心的外傷性悲嘆・自然災害・テロから、その他の慢性複雑性のトラウマに至るまでがカバーされるようになった。

TF-CBT の基本は、認知行動療法の手法によって、トラウマを体験した子どもと家族をエンパワメントすることである。治療者は、子どもや家族との強力な治療関係を土台にして、子どもが段階的にトラウマ体験の記憶に向き合えるように支援していく。

4. TF-CBT の構成要素

基本となる構成要素は、「PRACTICE」の頭文字で表される(表1)。最も中核となる要素は、トラウマナラティブとプロセッシングであるが、前段階としてさまざまなスキルを学ぶ教育的要素が提供される。心的外傷の本質やメカニズムを学ぶ心理教育(P)やリラクゼーションスキル(R)、さまざまな感情への気づきと表出、それぞれの子どもの最適な感情コントロール法の習得(A)、考え・感情・行動の関係性の習得、肯定的な思考への気づきの強化(C)などである。併行して、保護者セッションでも同様の要素が実施され、日常生活において保護者が子どものモデルとなって適切にストレスに対処できるよう支援される。それと同時に、保護者が子どものさまざまな症状や問題行動への適切な対処法を学ぶ(P)。

教育的要素である「PRAC」が十分習得されたら、トラウマナラティブのセッション(T)に入る。ここで子どもは、段階的にトラウマ体験の記憶と向き合い自らの体験を表出するように促される。表出の方法は、話す・書く・描くなど、子どもの希望に合わせて柔軟に選択される。トラウマ体験について詳細に表出する過程を通して、そのできごとを体験した時の子どもの感情や非機能的な認知が明らかになってくる。この非機能的認知を、さまざまな手法を駆使して修正し(プロセッシング)していくことが、TF-CBT の主要な課題である。この時、あくまで、子ども自身がトラウマ体験を整理し、新たな認知を発見することが重要である。

終盤の親子合同セッション(C)では、プログラムで習得したスキルの定着を確認するとともに、非機能的認知が修正されたトラウマナラティブを親子で共有する。親子のコミュニ

ニケーションを促進し、子どものトラウマ体験を親子間のタブーとしないことは、将来の子どもの発達を強化すると考えられているからである。将来の安全と発達の強化（E）は、プログラムの最終段階で実施される。ここでは、子どもが本来の発達力を取り戻し、生きていく上で必要となるスキルを身につけることが課題となる。

TF-CBT の全過程は、ゲームやクイズなどを取り入れた楽しい雰囲気で行われる。このような治療環境の下で、子どもは強い不安や恐怖を感じることなく、トラウマの記憶に段階的に向き合うことができるようになる。さらに、肯定的で明るい雰囲気の中でトラウマの問題を取り扱うことが、子どもの回復力を強化すると考えられている。

5. 被災後の子どもの心的外傷性悲嘆（Child Traumatic Grief, CTG）

大規模な自然災害では、多くの子ども達が両親の両方、あるいは、片方を亡くし、孤児や遺児となる。さらに、親しい友人や大切な人を亡くす子どももいる。それだけに、悲嘆をめぐる課題は、被災後の子どものメンタルヘルスを考える上で不可避の問題である。

すべての子どもにとって、家族や大切な人の死を受け入れることは困難であり、子どもは強い悲しみや亡くなった人への思慕の気持ちを抱く。怒り・不安などの情緒面の変化や睡眠・食行動の変化、疲労倦怠感やさまざまな身体不調、意欲の低下や集中力の低下などの反応が出現することもある。死別に引き続くこれらの悲嘆反応は自然で当然の反応である。よって、対応の基本は、子どもの気持ちに寄り添い共感しながら、子どもの生活全般を見守ることである。一般的な悲嘆反応の場合、このような対応によって、子どもは喪失の事実を受容し、悲嘆の苦痛を乗り越えて故人のいない環境に適応していくことができるようになる¹⁰⁾。

一方、CTG は、突然の予期せぬ恐怖を伴うような状況で大切な人を亡くした子どもに認められるものである。このような場合、通常の悲嘆反応に加えて、PTSD 症状が認められる場合がある。表 2 に示すように、子どもは死の悲惨さや恐怖の側面にとらわれ、通常の悲嘆過程が中断されてしまうと考えられている。その結果、子どもは大切な人の死に伴うさまざまな変化に適応することが困難になり、社会生活上の機能障害を示すようになる。このような場合にも、トラウマそのものへの治療が必要になる¹⁴⁾。

6. TF-CBT for CTG

CTG 治療では、子どものトラウマと悲嘆に焦点づけた要素を連続して提供する¹¹⁾。最初に、死に関連したトラウマの問題を取りあげ、それを整理する。これらの作業を経て、子どもはやっと悲しみに向き合うことができるようになり、通常の悲嘆の過程が始まる。その後で、悲嘆に焦点づけた要素を提供することになる。すなわち、通常の TF-CBT を終了した後で、悲嘆の要素を追加するのである。CTG 治療の目標は、悲嘆のプロセスをサポートするための点である。

表 3 に示すように、悲嘆に焦点づけた要素は大きく 5 つからなる。第 1 の要素は、「悲嘆

の心理教育「Grief Psychoeducation」である。ここでは、死ぬということはどういうことなのか、身近な人を亡くした際の通常の悲嘆の過程とはどのようなものであるかについての情報を提供し、さまざまな悲嘆反応が自然で当然な反応であることを伝える。

二つ目は、「喪失への悼みと両価的な感情の整理 Grieving the loss and resolving ambivalent feelings」の要素である。「喪失への悼み」では、死とともに喪失されたものを識別し、名づける作業をする。この際、家族の誰かが死について語ることに抵抗したり、死を受け入れることを拒否している場合は、家族への介入が必要となる。死をめぐる「両価的な感情の整理」は、故人との関係性における葛藤（正常な葛藤・未整理な怒り・虐待など）や、生き残ったことへの自責感などに起因するさまざまな問題を取り扱う。ここでは、あらゆる感情に妥当性を与え、それが当然であることを学ぶ。また、罪責感などの非機能的な認知を修正していく。

トラウマ記憶と両価的な感情が整理されると、子どもは、以前よりも容易に故人を追憶することができるようになる。ここで 3 つ目の要素、「肯定的な記憶の保持 Preserving Positive Memories」に進む。子どもが、故人との肯定的な思い出を永続的な方法で保持できるように支援する。自然災害では、故人との思い出の品が失われていたり、生き残った親が強い悲しみに打ちひしがれている場合、あるいは、多くの人々が亡くなり地域全体が喪失体験に圧倒されている場合などが想定される。それだけに、「肯定的な記憶の保持」の要素を提供する際に、さまざまな配慮と工夫が必要となる。

4 つ目の「関係の再定義と新たな関係への移行 Redefining the relationship and Committing to present relationships」の要素では、子どもが、生前の故人との関係を記憶の中の関係に移行できるように支援する。ここでは故人のことについて語る時に、必ず過去形を使うように注意する。そして、子どもが今もできること（写真を持っている、思い出があるなど）と、手放さなければいけないことを特定する。

最後の「治療終結 Treatment closure issues Closure treatment」の要素では、子どもが、治療終了後も習得したスキルや新たな認知を保持し、発展していけるように支援される。

子どもの心的外傷性悲嘆の治療に関しては、子どもの悲嘆の適切な評価方法の課題などがあり、臨床研究が現在進行形で実践されている。わが国の被災地でも TF-CBT for CTG の実践成功例が経験されており、今後さらなる研究が望まれるところである。

7. わが国における TF-CBT の実践

わが国における TF-CBT 研究の始まりは、厚生労働科学研究費補助金（H20-子ども - 一般 - 006、主任研究者；奥山眞紀子⁴⁾）によるものである。2008 年度から 2010 年度の 3 年間でわが国における子どものトラウマ治療に関する調査・海外の子どもの PTSD 治療ガイドラインのレビュー・子どものトラウマ診療ガイドラインの作成などがなされた。その後、同研究費補助金（H22-精神-一般-004、主任研究者；齋藤万比古⁵⁾）により、TF-CBT 実施に必

要なプロトコールの整備・治療技術の習得・TF-CBTの試行的実施が行われた。

さらに、今回の研究費補助金（H24, 25, 26 - 医療 - 指定 - 002（復興）、研究代表者；五十嵐隆）⁶⁾⁷⁾では、「TF-CBT実施の手引き」³⁾の翻訳・TF-CBT for CTGの研修受講・TF-CBTの臨床実践がなされている⁸⁾⁹⁾。現在研究協力機関は9か所であり、そのうち4か所で継続的にTF-CBTを実施する体制が整った。これら4か所の実践機関でこれまでに約40例のTF-CBTを実施しており、現在結果を解析中であるが、概ね海外の報告と同様の効果が認められている。研究班では、TF-CBT実践のための臨床技術の質を確保するために、peer consultation systemを構築しつつあり、プログラム開発者らや公認のトレーナーによる忠実度評価が定期的に実施されている。

8. おわりに

トラウマにフォーカスする認知行動療法を語る時、毎週1回1時間以上・約3カ月間の治療は、多忙な現在の臨床現場ではとても取り組むことができないという声が少なくない。しかし、心的外傷関連障害に対して、短時間の一般的な支持的精神療法のみでは症状が改善せず、長期にわたって子どもの機能障害が続く場合が多いことも事実である。

一般に、身体外傷の外科的治療では、手術室の整備や手術のための時間・技術習得などが必要である。だが、治療効果が高い手技であれば、時間と労力をかけてでも取り組むというのが治療者としての基本姿勢であると思われる。確かに、TF-CBTを実施するためには、治療空間・治療時間・人材育成・実施する組織全体のサポートなどが必要である。しかし、約3カ月間の治療によって大きな効果が得られるケースも少なくない。そろそろ、子どもの心理臨床や精神科臨床において、心的外傷関連障害に対する治療のパラダイムの転換が必要かもしれない。

引用文献

- 1) 飛鳥井望監訳：PTSD治療ガイドライン第2版. 金剛出版，東京，2013 (Foa E, et al : Effective Treatments for PTSD 2nd Edition-Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, Guilford Press, 2009.)
- 2) 兵庫県こころのケアセンター訳：サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版. <http://www.j-hits.org/> 2009年3月. (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD : Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, www.nctsn.org and www.ncptsd.va.gov. 2006.)
- 3) 兵庫県こころのケアセンター他訳：トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) 実施の手引き. <http://www.j-hits.org/child/index.html>, 2012 (National Child Traumatic Stress Network : How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). www.NCTSN.org 2004.)
- 4) 亀岡智美ら：子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 厚生労働科学研究費補

- 助金（子ども家庭総合研究事業）「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」。平成 20-22 年度総合報告書。2010.
- 5) 亀岡智美ら：児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の診断・治療の標準化に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究」。平成 22-24 年度総合報告書。2012.
- 6) 亀岡智美ら：被災後の子どもの心の診療ガイドラインの作成のための基礎的研究。厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「被災後の子どものこころの支援に関する研究」。平成 24 年度報告書。2012.
- 7) 亀岡智美ら：被災後の子どもの心の診療ガイドラインの作成のための基礎的研究。厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「被災後の子どものこころの支援に関する研究」。平成25年度報告書。2013.
- 8) 亀岡智美, 齋藤梓, 野坂祐子他：トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）ーわが国での実施可能性についての検討ー。児童青年精神医学とその近接領域54(1)：68-79, 2013.
- 9) 亀岡智美：虐待を受けた子どものトラウマケア。日本社会精神医学会雑誌。In print
- 10) 加茂登志子・中島聡美 監訳：大切な人を失ったあとに 子どもの悲嘆とケア 子どもを支える親と大人のためのガイドブック。 <http://www.ncnp.go.jp/> 2011. (David J. Schonfeld, MD and Marcia Quackenbush, MS, MFT, CHES: After a Loved One Dies How Children Grieve, and How Parents and Other Adults Can Support Them. New York Life Foundation, 2009)
- 11) National Child Traumatic Stress Network. The Courage to Remember. Childhood Traumatic Grief Video Companion Curriculum Guide. www.NCTSN.org 2005.
- 12) National Child Traumatic Stress Network: Trauma-Focused Behavioral Therapy: general information. April, 2012.
- 13) 白川美也子ら訳：子どものトラウマと悲嘆の治療。金剛出版, 2014. (Cohen JA, et al: Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2006)
- 14) 友田明美, 杉山登志郎, 谷池雅子編：子どもの PTSD 診断と治療。診断と治療社, 2014.

(表1) TF-CBTの構成要素「PRACTICE」¹²⁾

- Psychoeducation about child trauma and trauma reminders
子どものトラウマとトラウマリマインダーについての心理教育
 - Parenting component including parenting skills
ペアレンティングスキルを含む養育に関する要素
 - Relaxation skills individualized to youth and parent
子どもと養育者それぞれへのリラクゼーションスキル
 - Affective modulation skills tailored to youth, family and culture
子ども・家族・文化に合わせた感情調整のスキル
 - Cognitive coping: connecting thoughts, feelings and behaviors
認知コーピング: 考え・感情・行動のつながり
 - Trauma narrative and processing
トラウマナラティブとプロセッシング
 - In vivo mastery of trauma reminders
実生活内での段階的曝露
 - Conjoint youth-parent sessions
親子合同セッション
 - Enhancing future safety and development
将来の安全と発達の強化
-

(表2) 通常悲嘆の子どものための死別課題の達成と CTG の子どもの困難さの指標¹¹⁾¹⁴⁾

| 通常 の 死別 | 心的外傷性悲嘆 |
|---|---|
| 死の現実と永続性を受け入れる | その死に関連した心的外傷的状况のために、その人が死んだことを受け入れることが困難、または受け入れられない |
| 困難な情緒反応を体験し対応する | リマインダーによって引き起こされる強い苦悩の感情が、回避や感情の麻痺の原因となる |
| 生活の変化や、その死から生じるアイデンティティの変化に適応する | その人が死んだ方法に関する不快なリマインダーにつながる変化、亡くなった人との過度な一体感、過度に責任があると感じる |
| 新たな対人関係を築く、または現在ある対人関係を深める | 罪障感・怒り・復讐のような感情が、新たな対人関係を構築することを妨害する |
| 思い出を通して、亡くなった人との継続的で健康なアタッチメントを維持する | 恐ろしいイメージが混乱した考え・感情とつながっているために、肯定的な思い出に触れることが困難、または回避する |
| その死に何らかの意味を見出し、命や自分自身について学ぶ | その死の恐ろしく不快な側面や、その死や亡くなった人に関連した自分についての否定的な感情に触れることができない、または抵抗する |
| 正常な発達段階が続く | 情緒反応や結果として起こる行動 (例：ひきこもり、怒り、不信感、肯定的な関わり・年齢相応の活動・対人関係が阻害される、など) |

(表3) TF-CBTの悲嘆に焦点づけた要素¹¹⁾

- Grief Psychoeducation
悲嘆の心理教育
 - Grieving the loss and resolving ambivalent feelings
喪失への悼みと両価的な感情の整理
 - Preserving positive memories
肯定的な記憶の保持
 - Redefining the relationship and Committing to present relationships
関係の再定義と新たな関係への移行
 - Treatment closure issues
治療終結
-

4. 生活環境変化の影響とその課題

生活環境変化の影響とその課題

医療法人仁寿会 菊池記念保健医学研究所
郡山市震災後子どものケアプロジェクト マネージャー
菊池 信太郎

【東日本大震災と郡山市震災後子どものケアプロジェクト】

2011（平成 23）年 3 月 11 日に発生した東日本大震災と、引き続き福島第一原子力発電所事故に伴う放射線汚染事故により、郡山市（福島県のほぼ中央に位置し、人口約 32 万人の中核市）の子どもたちは多大かつ多様な影響を受けた。震災後間もなく、大きな災害を経験した子どもたちの『居場所（遊び場）を作る』『PTSD を予防する』『地域が子どもを守る』ために、郡山市、郡山市教育委員会、郡山医師会で『郡山市震災後子どもの心のケアプロジェクト（後に郡山市震災後子どものケアプロジェクトに改編）』を組織し、郡山の子どもたちの心と体の健やかな育ちを見守る事業を開始した。

【東日本大震災後の郡山市と子どもたち】

東日本大震災後の郡山市は、人口の減少、特に小さい子どもとその家族を中心にその減少が顕著だった。また、市内にはホットスポットと言われる比較的高い放射線汚染地域があり、放射線にまつわる様々な問題が福島に暮らす子どもたちの環境を一変させてしまった。このような状況の中、被ばくへの懸念から、2012 年 3 月末まで子どもたちは屋外活動を制限されていた（小学校は 1 日 3 時間、幼稚園では 30 分以内に限る：2013 年 10 月まで）。体育や部活動のほとんどは体育館で行われ、運動会やプールの利用は中止されていた。現在では制限も撤廃され、元気な子どもたちの姿が見られるようになったが、発育期にある子どもたちへの 1 年間の屋外活動の制限の影響は計り知れない。食生活も変化した。屋外活動制限などにより、在宅時間が増加し、子どもへの慈悲からおやつを過剰に与えたり、なるべく好きな物を摂取させたり、嗜好品を与えることが多くなった。実際に制限解除後には、ちょっとした運動ですぐに疲労を訴えたり、転んで顔面を怪我する等の報告もあった。また、ある幼稚園の発育調査では、震災を経験した児童に体重増加不良が認められた。一方で、肥満が加速した児童も見られた。このようにさまざまな問題を徐々に耳にするようになった。

【プロジェクトでの取組】

プロジェクトで最初に取りかかったのは、子どもたちの居場所を作ることであった。震災直後からライフラインの途絶や放射線被ばくを懸念し、多くの子どもたちは屋内に閉じ込められ、自由な環境を奪われていた。子どもたちと保護者が安心していられる屋内の環境が必要であったからである。市内郊外の温泉地に避難してきた子どもたちのためには、

温泉施設の協力を得て、大広間を開放した。そこには、臨床心理士、看護師、理学療法士、絵本の読み聞かせのボランティアが集まり、絵本の読み聞かせや昔遊びなどを行なった。また、ちょっとした遊具や全国から寄せられた絵本を常備した。もともと郡山市は、絵本の読み聞かせが活発な地域であったため、地域に根差した活動として、読み聞かせを中心に、日頃の読み聞かせや遊びを通した活動の中で、子どもたちの変化、気になったことをすぐに専門家に相談できる体制を作り、子どもたちを地域が守るモデルとなるよう活動を開始した。

プロジェクトでの活動は多岐にわたり、医師による放射線や特殊環境下での子育て、健康についての講演会、子どもの手当の具体例を示したリーフレットの作成・配布、地域での読み聞かせ活動の継続、避難所での子ども部屋の設置、教職員・保育士・ボランティアを対象にした講演会、臨床心理士による相談会、保育士・教員への室内運動講演会及び研修会、子どもの日や夏の日イベントなどを行ってきた。

時間の経過とともに子どもたちの体力の低下がみられ始めました。疲れやすい、転んだ際にうまく手をつけずに顔を怪我した、ゲームのしすぎで肩こりや頭痛がするなど様々な症状がみられた。小中学校の養護教諭に対するアンケート結果では、体力の低下やそれに伴う問題の増加を不安視する声が非常に多い割合を占めていた。このような中、教育委員会と連携し、学研ホールディングスの支援を受け、子どもたちの現状を客観的に認識するために、平成 24 年度から市内の全小中学生約 2 万 7000 人を対象に体力テスト実施した。その結果は、すべての学年において全国平均と比べて体重は重く、体力・運動能力は劣っていた。実感として抱いていた結果が客観的に明らかになってしまった。この体力テストは、単に子どもたちの体力の現状を把握するためだけでなく、子どもとその保護者一人一人に寄り添い、適切な対策と支援を行っていくための最初のステップでもあった。第二のステップとして、体力テストに連動する形で、運動習慣や食生活を網羅した生活環境の把握、心の状態を把握するためにアンケートを用いた生活習慣調査を開始した。

【生活習慣調査結果とそこから見えた課題】

郡山の子どもたちが元気に成長していくためには、私たちは子どもにとっての望ましい成育環境を整え、子どもたちとその保護者一人一人に寄り添い、今抱えている問題を地域で共有し、解決に向けての方策を継続的にとり続けることであると考えた。そこで郡山市震災後子どものケアプロジェクトでは、郡山市の子どもたちの心と体が健やかに育つ事を目的として、①体の状況（運動・体力テスト）、②心の状況、③生活環境（遊びの環境、食育の環境）を調査した上で、④各データを網羅的に評価し、⑤郡山の子どもたちに必要と考えられるアドバイスやサポートを提供し、⑥さしあたり 10 年間にわたって子どもたちの育ちを見守っていくことを計画した。平成 24 年度に実施した体力テストの結果から、体力・運動能力の低下と肥満傾向児の増加が明らかになった。そこで、ただ体力・運動能力を調査するのではなく、その背景にはどんな要因が潜んでいるのかをより詳細に明らかにした

ければ、具体的な対策を講じることはできないと考えた。そこで、何時に起き、何時に寝て、朝ご飯をちゃんと食べているか、1週間にどのくらい運動をするのか、体を動かして遊んでいるのか、食事の内容や、外食は1週間にどのくらいするのかなど、子どもたちの生活の様子を生データの蓄積することを目的に、郡山市内の幼児（幼稚園・保育所）から中学生約3万8000人を対象にアンケートをした。通常アンケートは30%程度の回収率ですが、89%約3万2000人がアンケートに回答してくれた。アンケートの結果は、4つの特徴に分けて報告する。

1. 運動実施状況の二極化

子どもたちのライフスタイルが乱れ、子どもらしさが奪われていくなかで、子どものからだにさまざまな問題が生じてきた。体力・運動能力調査の結果は、この問題を数値として明確に表している。文部科学省「体力・運動能力調査」によると、今日の子供生徒は、走・跳・投といった基礎的な運動能力や筋力が、1985年前後をピークに著しく低下の傾向にあり、柔軟性、敏捷性などのからだをコントロールする能力も低下している。このような体力・運動能力の低下は、子ども達の運動実施状況と深く関わっているといえる。「運動実施状況の二極化」とは、運動・スポーツといった身体活動を行っている子どもと行っていない子どもに二分されているということである。幼少年期における運動・スポーツなどの身体活動の不足は、体力・運動能力の低下のみならず、さまざまなケガの増加や、肥満につながり、将来において生活習慣病に罹患してしまう可能性のある子どもを多く出現させてしまう。

本調査では、運動・スポーツ実施状況に関する質問項目から「1週間の運動・スポーツ実施時間（1週間の総運動時間）」を算出した。1週間単位の運動時間を平日・土日別に調査することで、子どもの運動習慣について、より詳細な実態の把握と分析をすることができる。1週間の総運動時間の増加は、運動習慣の改善効果を評価する重要な指標である。学校での体力・運動能力向上の取組においては、児童生徒の1週間の総運動時間を算出するとともに、各学年における1週間の総運動時間が60分未満の比率を算出することが重要である。特に中学生の女子は1週間の総運動時間60分未満群が多いことから、この群の運動・スポーツ習慣を改善するための取組が重要な課題であると考えられる。また、運動部活動やスポーツクラブへの参加は、運動時間が確保できるという点から、1週間の総運動時間の増加につながっているものと考えられる。したがって、学校では目標水準を設定した上で、運動部活動やスポーツクラブへの参加を促す取組を計画することは重要である。

これまで、運動する子どもとしない子どもの体力水準が二極化しているのではないかと推測されていた。本調査の結果から、郡山の子どもたちの1週間の総運動時間の分布を示した。その結果、1週間の総運動時間の分布は大きく左側に偏っており、運動をほとんどしない子どもが多く、特に女子においてその傾向が顕著であった。

2. メディア漬けの子どもたち

今日の子どもたちのライフスタイルにおける重要な問題として、テレビ・ビデオ・テレビゲーム・パソコンといった各種メディアが、ライフハザード（生活の崩れ）に拍車をかけていることがあげられます。

全国規模のある調査によると、小学校5・6年生の1日のメディア接触時間は、テレビ・ビデオ・テレビゲーム・パソコンすべてを合わせて、男子が3時間31分、女子が3時間24分と報告されている。帰宅後、室内で過ごした総時間は、男子で4時間27分、女子で4時間32分であり、室内で過ごした時間（室内遊びの時間）の80%近くをメディアと接触しているということになる。まさしく今の子ども達は「メディア漬け」の生活をしているといえる。

テレビやゲームが、一概にいけないものであるとはいえない。しかし、からだが育ち、さまざまな能力が発達していく幼少年期に、「メディア漬け」になっていることに大きな危険性を感じる。メディア漬けの怖さは、からだの問題とともに、知能やコミュニケーション能力などのこころの発達にも関わる大きな問題をはらんでいる。

人と人がコミュニケーションを図るということは、顔と顔をつけ合わせた直接的な関わりの中で、お互いの気持ちを大切に、共通項を見つけていくことにある。そのプロセスは非常に人間的なものであり、うまく関われなくなったり、相手の気持ちを見失ってしまったり、考えが合わないこともある。しかしその中で、人と関わることのすばらしさ、相手の気持ちを思い、自分の気持ちを察してもらうことのうれしさ・喜び、自分と違う立場の考えを理解することの大切さなどを学んでいく。このことは直接的な人と人との関わりがあってこそ可能になるものである。

本調査では、子どもたちのメディア接触時間として、「ゲームをする時間」「インターネットや携帯電話の使用時間」「テレビやビデオ、DVDの視聴時間」についてたずねた。「ゲームをする時間」は、小学校高学年をピークに増加し、中学生になるとやや減少するが、約1時間ほどゲームをしている結果となった。また、「インターネットや携帯メールの使用時間」は、学年が進行するにつれて増加するが、特に中学生になると急激に増加し、女子では74.9分と長時間になることもわかった。「テレビやビデオ、DVDの視聴時間」については、年齢による大きな違いはなく、90分前後の視聴時間であった。

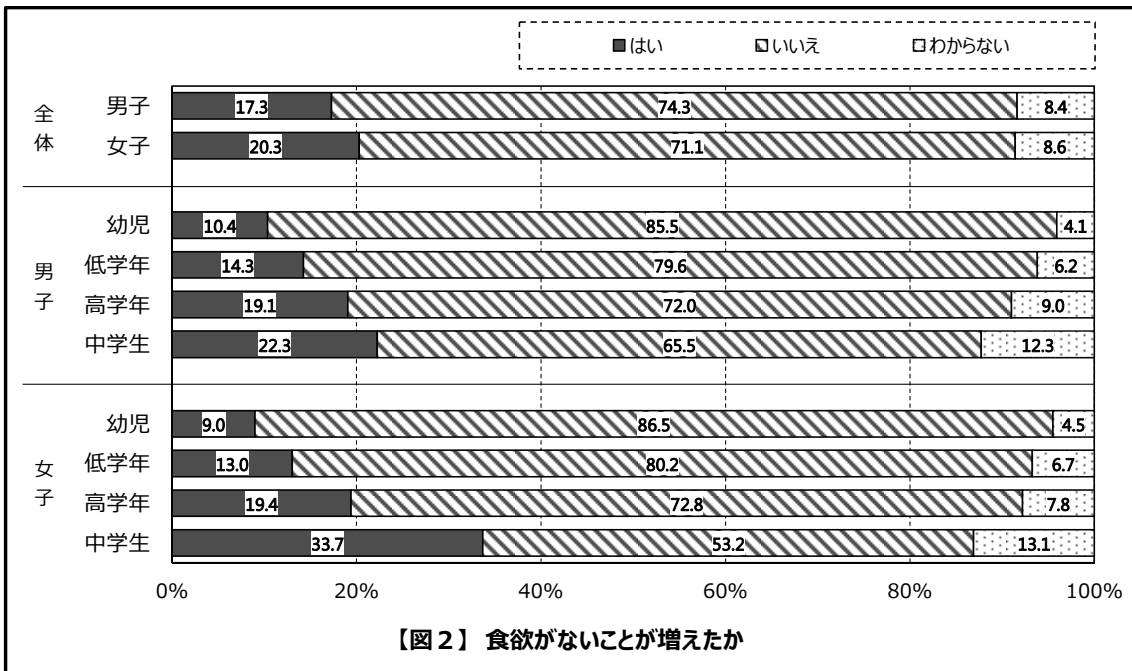
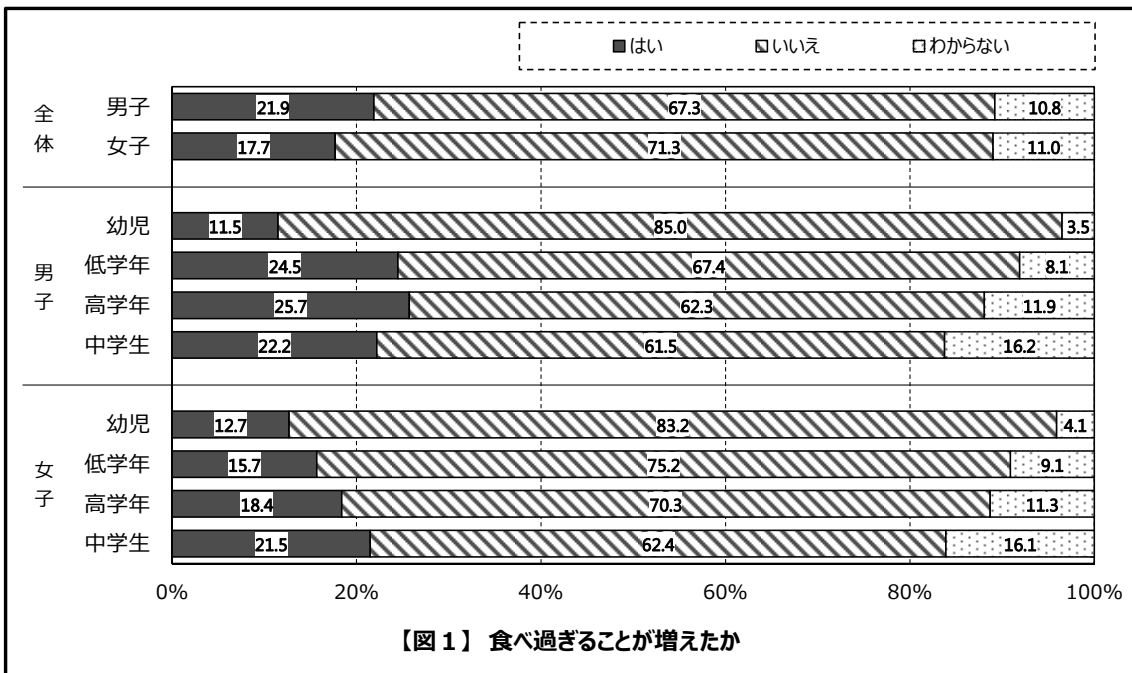
3. 食欲増加・減少の二極化

本調査では、震災後の郡山市の子どもたちの食生活の変化の様子を把握するために、一年前と比べて「食べ過ぎてしまうことが増えたか」、「食欲がない（お腹がすかない）ことが増えたか」について聞いている。図1に「食べ過ぎてしまうことが増えた」と答えた子どもの割合を示した。新しい学年になって、男女とも約20%の子どもが食べ過ぎることが増えたと答えている。性別では、男子の方が女子に比べて多くなっている。男子においては、幼児から小学校高学年にかけては、学年が上がるにつれて「食べ過ぎてしまうことが

増えた」と答えた割合は増加し、その後、中学生においては減少していた。女子においては、学年が上がるにつれて増加していた。次に、図 2 に「食欲がない（お腹がすかない）が増えた」子どもの割合を示した。食欲がないが増えた子どもは、男女とも約 20% 程度確認され、学年が上がるにつれてその割合は増加していた。

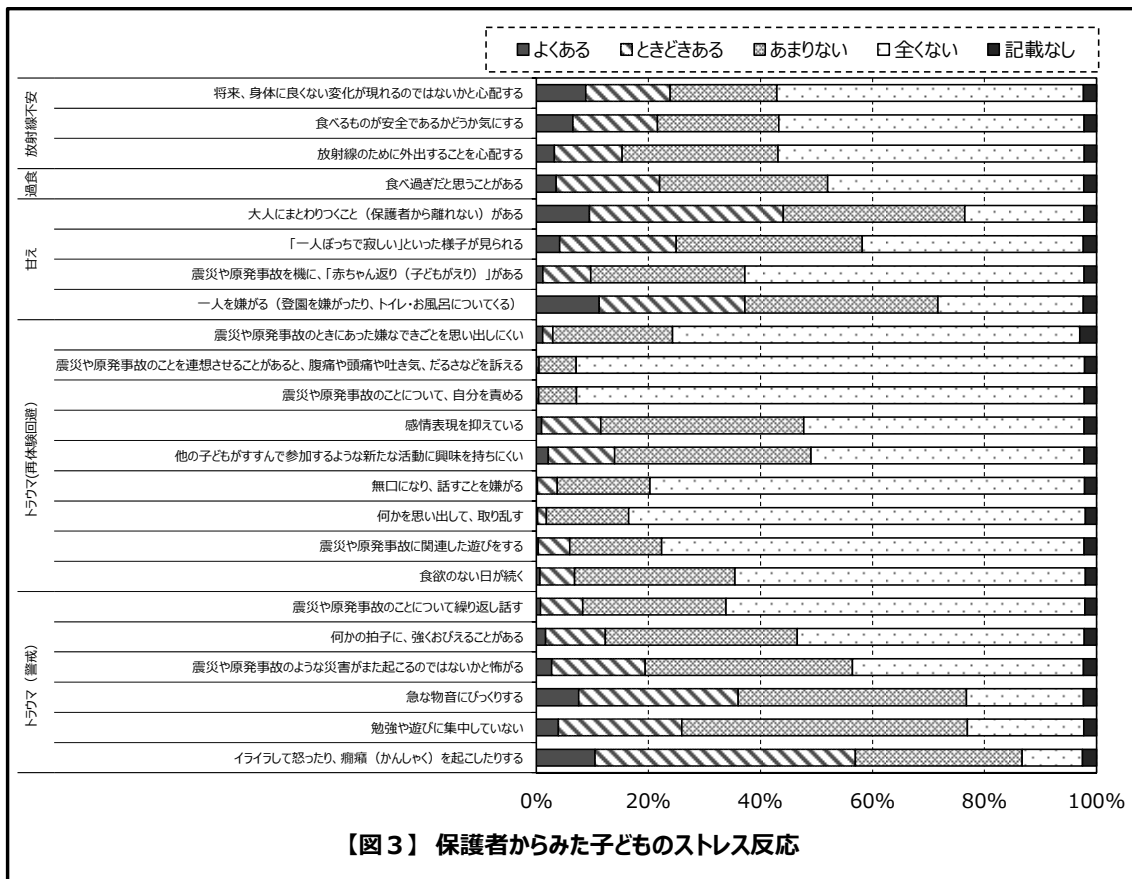
これら 2 つの設問は相反する内容ですが、いずれも「学年が上がるにつれて、増加する」といった、類似した結果が得られた。このことから、震災後の郡山市の子どもたちは、食欲が増して食べ過ぎる子と、食欲がなくてお腹がすかない子の二極化がみられることが明らかとなった。食欲が増して食べ過ぎる子、食欲がなくてお腹がすかない子、これは震災の影響であるか否かに関しては、比べるべき先行調査がないために明確なことはわからない。一般的には、子どもたちは成長・発達段階にあることから体格が大きくなり、それに伴って、進級前より食欲が増して、食事の摂取量が増えることが考えられる。したがって、「食事摂取量の増加＝食べ過ぎ」、とは言い切れず、やはりそこには食べ過ぎに繋がる何かしらの要因が潜んでいることが示唆される。その要因としては、①食事の咀嚼回数の低下。食事をゆっくりとよく噛まないことにより、満腹中枢が働かないうちに食べ終わってしまう。②不規則な食事。③運動量の増加。④ストレス。このように生活環境の変化や生活習慣・食習慣の乱れから、食べ過ぎてしまうが増えると推測される。一方、食欲がなくてお腹がすかない子どもの割合は、中学生女子では 33.7% となり、調査対象者の 1/3 が新しい学年になって食欲のないが増えたと答えている。この原因としては、次のようなことが考えられる。①不規則な生活。就寝時刻が遅く、睡眠時間が短い夜型生活では、起床時刻が遅く、朝食開始時刻まで十分な時間がとれない。または就寝前に夜食を食べることによって、朝まで消化しきれず、胃がもたれる感じが続く。②運動量（消費エネルギー）の低下。③排便リズムの乱れ。④体調不良や精神的不調。不規則な食生活による栄養の偏りによる疲労感、イライラ、やる気が起こらないなど。⑤やせ願望。体のスタイルを気にして、現実の体型は太っていないのに、自分は太っているという認識から痩せたいと思い、食事を制限する。これらはあくまでも推測ではありますが、この中学生女子の調査結果は、思春期やせ症（神経性食欲不振症、神経性食思不振症）に繋がりがねないことから、今回の調査で警鐘を鳴らすべき結果と考えている。

近年、子どもの肥満傾向ならびに痩身傾向の増大、生活習慣病の若年化の背景には、「休養（睡眠）・栄養（食事）・運動（外あそび・部活動）」といった基本的な生活習慣を子どもたちが身に付けていないことがあると指摘されている。今後は、これら基本的な生活リズムを規則正しいものにすることの重要性について、子どものみではなく、保護者、さらには社会全体が十分に認識し、子どもたちが望ましい生活習慣を習得することが必要である。そのためには、周囲の大人が子どもの健やかな成長を見守り、サポートすることが期待され、あわせて、保育・教育団体や行政、地域などが協力していくことも求められる。また同時に、こうした問題点と震災との関連について、より詳細に検討していくことも必要である。



4. 子どもと保護者のストレス

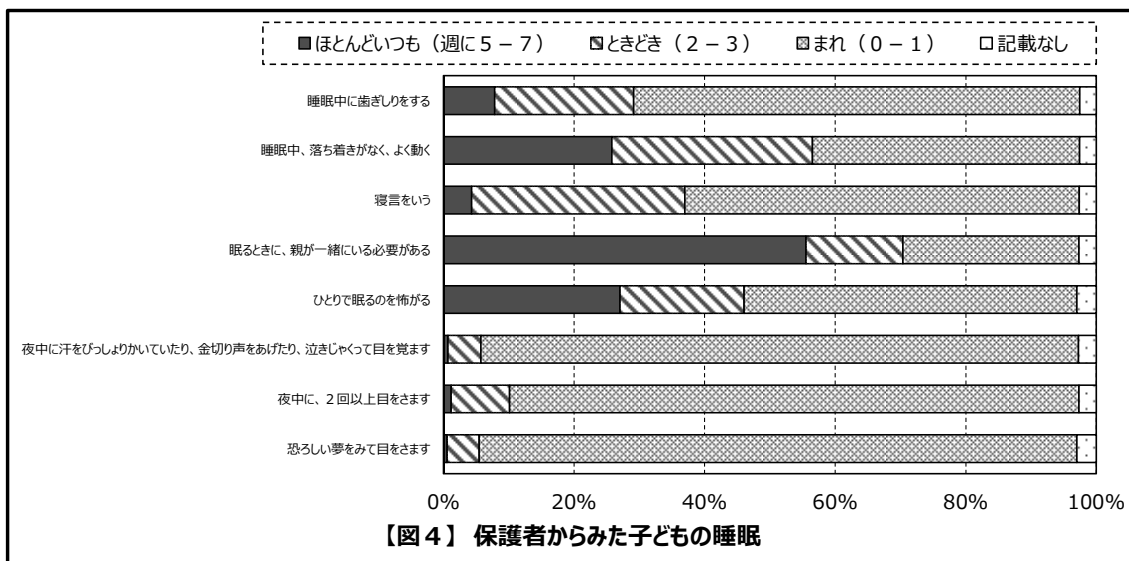
本調査では、心の状況として、『保護者からみた子どものストレス反応』、『保護者からみた子どもの睡眠』、『保護者のストレス』についてたずねた。『保護者からみた子どものストレス反応』については、「大人にまわりつくことがある」「一人を嫌がる」といった甘えに関する反応や「急な物音にびっくりする」「イライラして怒ったり、癩癩を起したりする」といったトラウマ（警戒）がストレス反応として多くみられた（図 3）。イライラやびっくりは、大変なことがあると、心拍を速めて興奮レベルをあげて、大変なことを乗り越えようとする結果あらわれるストレス反応である。それは、危険から身を守る働きがあるのですが、それが強すぎると、寝つかれなかったり、落ち着かなかったりする。また、大人にまわりついたり、一人を嫌がるのは、「こわいよ！」と子どもが表現している証拠である。大変なことがあった後の甘えは、心とからだの安心感を取り戻そうとしている幼児の対処方法である。



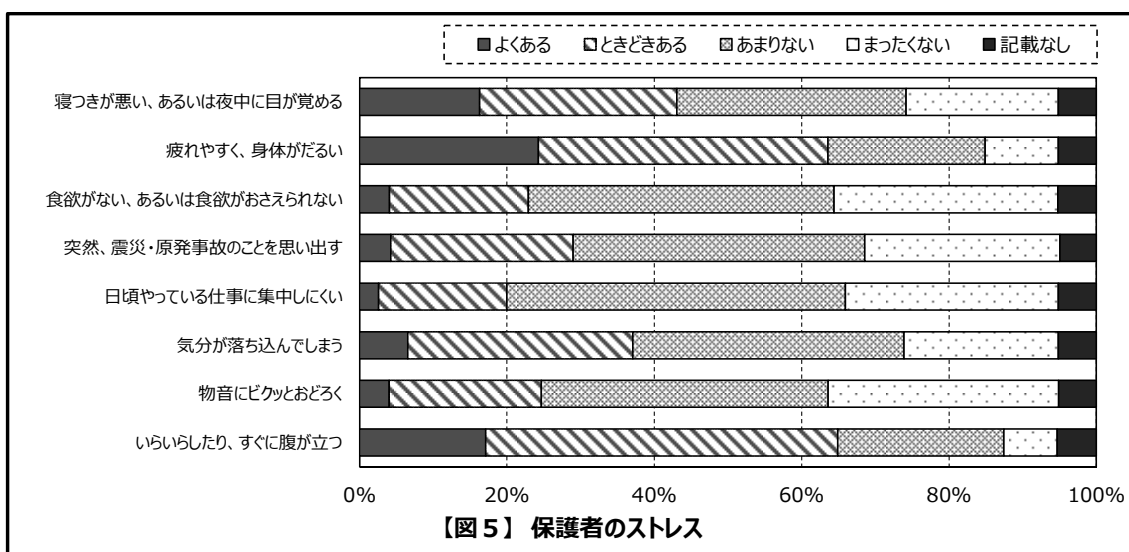
【図 3】 保護者からみた子どものストレス反応

『保護者からみた子どもの睡眠』については、「眠るときに、親と一緒にいる必要がある」「ひとりで眠るのを怖がる」「睡眠中、落ち着きがなく、よく動く」において、高い割合を示す結果となった（図 4）。「眠るとき親と一緒にいる必要がある」「ひとりで眠るのを怖がる」は、幼児ですからとても自然なことである。安心感をふくらまそうとしている幼児の

表現である。幼児は怖かった体験を言葉で表現しづらいので、昼間は、災害ごっこなどの遊びで、夜は、夢のなかで、受け入れがたい体験を、整理しようとしている。

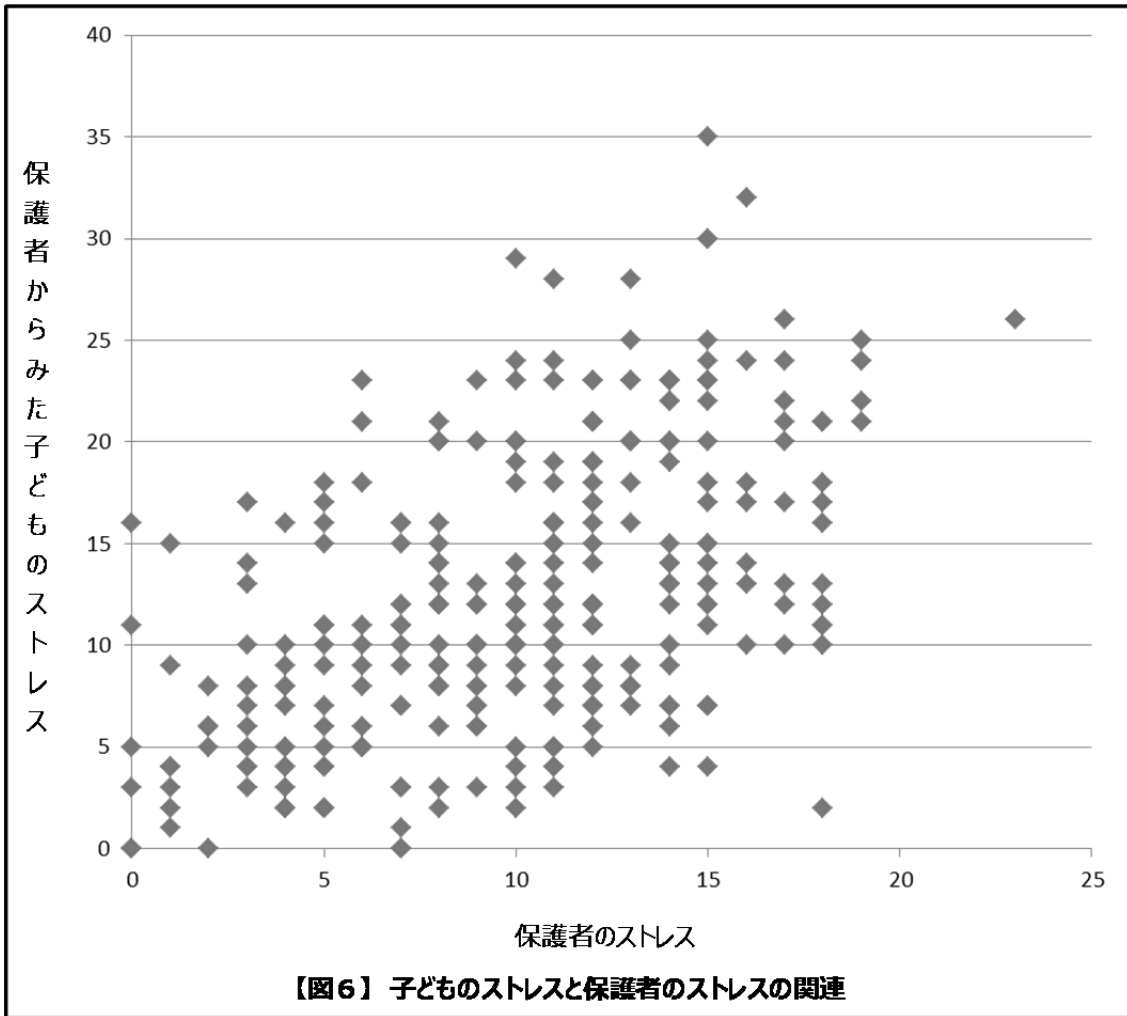


『保護者のストレス』については、「疲れやすく、身体がだるい」「いらいらしたり、すぐに腹が立つ」が高い割合を示した (図5)。

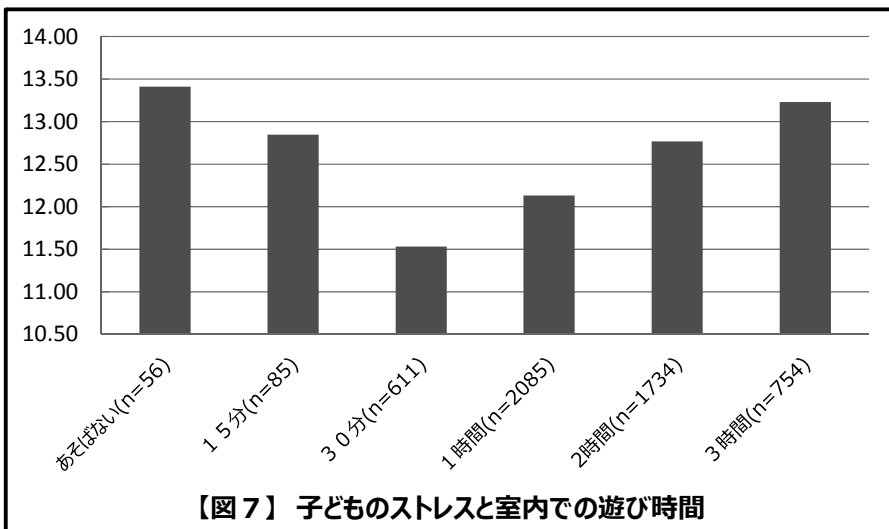


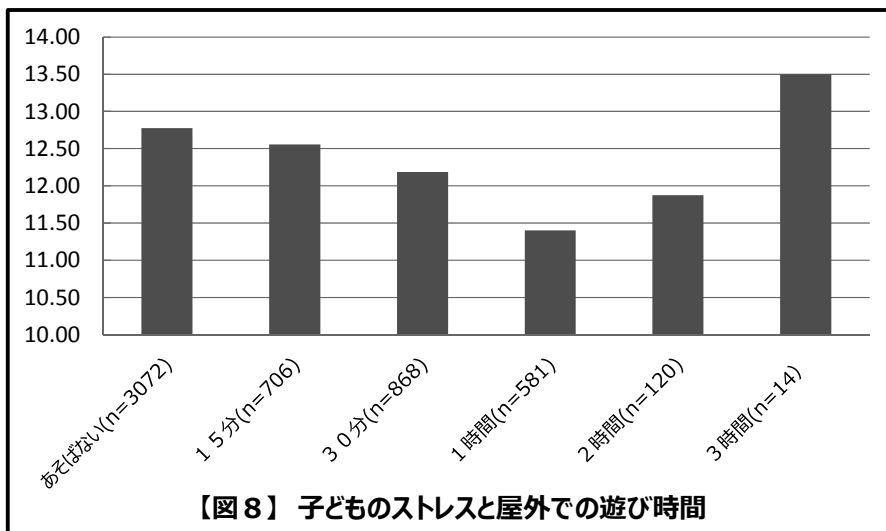
保護者のストレスと子どものストレスの関係を調べてみると、保護者のストレスが高いと、子どものストレスも高い傾向にあることがわかった (図6)。子どものストレスが高いために、保護者のストレスが高くなるということもあるかもしれない。

保護者と子どものストレスの内容で共通しているのは、「イライラ」、「びっくり」、「寝けない」、「夜中に目が覚める」といったことがあげられる。「落ち着くこと」、「安心できること」が、保護者も子どもも大切な体験である。



子どものストレスと遊び時間の関係を調べてみると、室内遊びでは30分、屋外遊びでは1時間の子どものストレスが最も低いことがわかった（図6）。





福島大学の筒井雄二先生のデータと比較すると、①震災後から子どもも保護者もストレスは軽減してきているが、他の地域（兵庫、秋田、福井）と比べると、なお高い状況にある。②放射線量の高い地域でストレスが高い。③筒井先生のデータと保護者のストレスの平均値がほぼ一致している（県中 2013 年親のストレスデータ）。従って、放射線への対策（除染、身体健康への影響の健診）をすすめるとともに、放射線不安やストレスへの対策も同時にすすめる必要があると考えられる。

以上のように、子どもたちの生活環境の悪化やこころの危機が数値として明らかになった。しかし、1980 頃から日本の子どもたちは、色んな意味で危機的な状況にあるといわれている。体力は 1980 年代から落ちている。また肥満の子どもも 1980 年代から増え続けている。なぜかという、遊びの環境が失われてしまい、体をたくさんつかって大人数で遊ばなくなってしまったことが大きな原因である。その結果、体力が落ち、肥満の子どもが増える状況に陥ってしまった。今は携帯電話や多機能携帯電話（スマートフォン）、テレビゲームが浸透し、子どもたちがそういった（体をほとんど動かさない）もので過ごす時間はものすごく長い時間になってしまった。アンケートでも 1 日 4 時間以上、テレビやテレビゲーム、インターネットで過ごしている子どもたちは意外と多いことがわかった。これは福島だけではなくて全国の子もたちが抱えている問題だと考えられる。特に、福島は外で活動する環境が阻害されてしまったせいで、より一層、屋内での活動、結果としてテレビゲーム、スマホに触れる時間が長くなってしまった。そういった傾向が福島で顕著になったに過ぎない。どう子どもたちの生活を見直したら良いのか、教育機関や地域の人たちが、どうしてあげれば、子どもたちが健康的な体、心をつくることができるのか？大人が真剣に取り組まなければ、子どもたちの明るい未来はありません。

5. 災害時における対人援助職へのケア

災害時における対人援助職へのケア

国立成育医療研究センター こころの診療部

實方 由佳

奥山眞紀子

1. はじめに；なぜ対人援助職にはセルフケアが不可欠なのか

本章では“人”を対象に何らかの形でサービスの提供を行う支援者、対人援助職のためのセルフケアについて取り上げる。災害時にも人間のLife（生命・生活・人生）の危機的状況に「治療」や「ケア」「サポート」などの形で関わる、QOL（Quality of Life；生命・生活・人生の質）を守ることを生業とする人たち（＝対人援助職）の存在は不可欠である。しかしながら、なぜ、対人援助職のセルフケアを取り上げる必要性があるのだろうか。

対人援助にセルフケアが必要な理由は、対人援助が“人間同士のつながり”を必要とする点に深く関わっている。例えば医師は薬（またはそれ以外の方法）を用いて“治療”という形で人を助け、支える。しかし、薬があっても患者が医師を拒絶すれば“治療”は行えない。「措置入院（自傷他害の恐れのあると診断された患者に対し、行政権限で入院させること）」であっても、行政権限が患者との治療関係を保障する必要がある。

一方、“人間同士のつながり”には互いが安全な存在であることを確認する作業が必要となる。その際、支援する側は自身の感情を、対象者に安心感を与えられるように整えて提供する必要が生じる。時には笑いたくなくても笑う必要もあるし、怒りたい時に怒れない時もある。Hochschild（＝2000）は仕事の場面ごとに“相応しい”とされる感情のルールを意識的に使いこなすことが求められる仕事を「感情労働」と呼称した。つまり対人援助には、大なり小なり、“本当の自分”を押し殺す必要がある。日頃から自分自身の尊厳（自分らしさ）を抑圧する必要があると、自身の尊厳のかけがえのなさは捉えにくくなる。しかし、自分を大切に出来ない人間に他者を大切にすることが出来るのだろうか。

なぜ対人援助にセルフケアが不可欠なのかといえば、結局、自分を大切にすることと他者を大切にすることが“人間の尊厳を守る”という一点において同じ意味を持つからである。自らの感情を“道具”として扱う必要のある対人援助では、その感情を司る人間（＝対人援助職）が大切にされていなければならない。“人間の尊厳”を守るためには、自分も、他の人も、皆を“大切な人”として扱う必要がある。そこで本章では、対人援助が対人援助職自身に与える影響を整理し、対人援助職のセルフケアのあり方を確認する。

2. 対人援助が支援者自身に与える影響

1) ストレスとは

まず、「ストレス」について整理する。外部からの刺激が不快な場合、たとえば居心地の悪い環境や、衝撃的な出来事、一時的にせよ危険を感じる場面に遭遇するなどといった場合、私たちは身を守るために心や身体を緊張させる。この防御反応に至る過程を「ストレス」と呼ぶ。負荷を与える刺激因子（ストレスの原因）は「ストレッサー」と呼ばれる。

例えば、私たちは集中したい時には自然と心や身体を身構える。この身構えが“緊張”であり、集中するために必要な準備でもある。ストレスは人間が環境に適応するために不

可欠なものであり、短期的には健康上のリスクを伴うものではない。しかし、ストレスナーが与える影響が耐えられる限度を超える、あるいは小さな衝撃でも積み重なることで、やがて心や身体の機能に恒常的な変化が生じる。ストレスが問題となるのはこうした恒常的な変化によって仕事や日常生活に支障をきたす場合である。

2) 二次受傷

災害時などに対人援助職が遭遇し得る特別なストレスもある。何らかの傷つきを体験した人を支援する時、支援者が「自身はそのような体験をしたことがないにも関わらず、クライアントと同じような外傷性のストレス反応を示す」（大澤2002）場合があると報告されており、この現象は「二次受傷」または「二次的外傷性ストレス」と呼ばれている。

対人援助では、共感と呼ばれる、対象者の体験や感情などを“共に感じる”ための努力が行われている。これにより支援者は自分を否定しない安全な存在として認識され、やがて信頼関係が醸成される。一方で共感する過程では、対人援助職は対象者の“苦しさ”や“傷つき”の影響を、多かれ少なかれ、引き受けることになる。ここでは「代理受傷（Vicarious Trauma）」と「共感性疲弊（Compassion Fatigue）」の側面から整理する。

(1) 代理受傷

代理受傷とは、ショックな出来事や辛い体験をした人の「痛み」に共感的に関わることでより支援者側の人間の心のあり様（世界観）にも変化が生じることを言う。私たちは相手の状況や気持ちを理解しようとする時、想像力をフル回転させて頭の中で他者の体験を再構築している。この作業は脳内で他者の体験を「疑似体験」していると言える。「疑似」と述べたが「体験」でもあり、繰り返される、あるいは聴く側の許容範囲を超える衝撃を伴う場合にはその影響力ゆえに“自分にとっての現実”として定着し易くなる。つまり、話を聴くだけでも外傷体験を負う可能性がある。この現象を「代理受傷」と呼ぶ。

(2) 共感性疲弊

共感性疲弊とは、別名「思いやりの代償（cost of caring）」ともいわれる。対人援助では支援者側の「対象者の痛みを和らげたい」「原因を取り除きたい」などの強い願望、つまり相手を思いやる気持ちが根底にある。しかし、傷つきに由来する感情（怒り、悲しみ、不安、喪失感など）は相応のエネルギーの消費を伴い、相手の体験や苦痛と一緒に抱えようとすることで支援者も消耗することがある。この現象を「共感性疲弊」と呼ぶ。

代理受傷および共感性疲弊は、成立過程の説明は異なるものの、どちらも困難な状況にある人に共感しようとするほどにリスクを負う。そのためこれらを総称して二次受傷と呼ぶ。表1に掲げる項目に該当する場合は二次受傷を負った可能性を念頭に置く必要がある。

表1 二次受傷の典型的な状態像

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 支援の対象者から聞いた話を思い出したくないのに思い出す、思い出すと感情が高ぶる。<input type="checkbox"/> 自分自身の体験の有無に関わらず、災害に関する夢を見る。<input type="checkbox"/> 支援の対象者から聞いた話を思い出すことを避けようとする。<input type="checkbox"/> 強い印象が残るはずの主要な出来事を思い出すことができない。<input type="checkbox"/> 相手の辛い話を聴いても、心が動かない。さらに日常生活の中でも心の動きが鈍くなる。<input type="checkbox"/> イライラし易くなる、怒りっぽくなる。<input type="checkbox"/> 物音に過剰に反応してしまう（ビクッとなる）。<input type="checkbox"/> 将来に対して希望が持てない。 |
|---|

- 集中力が続かない。
- 以前は楽しめていたこと（趣味など）が、楽しめない。
- 睡眠の問題（寝つきが悪い、途中で目が覚める）
- 食欲の問題（食欲がない、アルコールやカフェインの過度の摂取）
- 自分や周囲の人間の安全確認を執拗に行う。
- 他の人から孤立している、または疎遠になっていると感じる。

3) バーンアウト

二次受傷はバーンアウトとも関係している。バーンアウトは本来、ロケットのエンジンや電球などが「焼き切れてショートした状態」を意味し、現在では自分がおかれた状況に対する不満、無力感に起因する心身の疲労感や感情の鈍麻など「極度のこころのエネルギー不足」を表す言葉として使用されている。

バーンアウトの過程で最も典型的に表出される反応が疲労感であり、その先に情緒的な消耗感がある。情緒的な消耗感とは、自分という存在が仕事を通じて“使い果たされてしまった”と感じる状態であり、“もう働くことができない”気分になることをいう。その他、バーンアウトの典型的な状態像としては**表2**の内容が挙げられる。

表2 バーンアウトの典型的な状態像

- 消耗し尽くした感じで、疲労や意欲の減退が起こる。（＝情緒的消耗感）
- ストレス性の身体症状（頭痛・肩こり・不眠・胃腸障害など）が現れる。
- 自分に自信が持てない。すべきことを成し遂げたという気分が実感できない。（＝個人的達成感の後退）。
- 周囲を思いやる余裕がなくなる。
- 人を物のように扱う。他人との関わりを避けるために事務作業に集中する。…など（＝脱人格化）
- 自分を正当化する。些細なことにこだわって相手を責める。
- バーンアウトを否認し、スケジュールの過密化や困難ケースを進んで引き受ける等、存在感を誇示する。
- 感情のバランスを失い、不安定になる。
- 行動の不安定化（怒りっぽくなる、急に黙りこむ、八つ当たり、無断欠勤、…など）

4) 快刺激としての対人援助； 共感性満足、あるいはヘルパー - セラピー原則

次に対人援助が支援者に与える“心地よい刺激”の側面に焦点を当てる。「共感性満足（Compassion Satisfaction）」という概念は、対人援助職は対象者に共感的に関わることで喜びを見出し、ひいては一緒に働く人たちを肯定的に捉え、自らの職場や社会への貢献を感じられる（Stamm2010）と説明する。また「ヘルパー - セラピー原則（the helper therapy principle）」も興味深い概念である。「この原則は、簡単に言うと『援助をする人が最も援助を受ける』という意味」（Gartner & Riessman=1985）であり、「援助者役割をとることで何らかの利得を享受することができる」（稲沢 2002）とする考え方である。この場合の利得とは「端的に言えば、自尊心の向上」（稲沢 2002）と考えられる。

稲沢（2002）は、私たちの多くが「他人を助けることは善である」とする暗黙の価値規範を持ち、それゆえに支援者は“他人に援助できる自分は善い人に違いない”という自己認知をもつことができると指摘する。そして“必要とされる私”をたよりに、自己有用感や自己の存在価値を高めることができる（稲沢 2002）。

こうした利得は職務に対するやりがいをもたらす。Stamm (2010) は共感性満足を二次受傷やバーンアウトの低減に役立つものと位置付けている。一方で別の見方も存在する。稲沢 (2002) は「もともと自尊的な感覚が低下していて、自己の存在価値が見いだせないでいるような人にとって、これらの利得は生きる上でのエネルギーにさえなりうるもの」と指摘し、「自己の無価値感が強い援助者ほど、援助者利得にとりつかれてしまう危険性も高くなる」(稲沢 2002) と警告している。援助関係に対する依存は「援助嗜癖」と呼ばれ、「過剰な援助」(稲沢 2002) によりバーンアウトに繋がることもある。

3. 対人援助職へのケアのあり方

二次受傷やバーンアウトへの対処を念頭に対人援助職へのケアのあり方を整理する。

1) 二次受傷やバーンアウトを否定しない。

二次受傷やバーンアウト対策として、そう“ならない”人材を登用すべき、という意見を聞くことがある。バーンアウトし易い人の代表例に「理想を持つ人」が挙げられるが、では「ヒューマン・サービスの現場に理想をもたない人」(田尾・久保 2001) を選別すればバーンアウトの問題は解決するのだろうか。理想は“こうありたい”と思い描く姿に近づくための努力の源であり、理想の欠如は対人援助の質を担保するための努力の減退に繋がる。つまり、こうした選別はサービスの質を著しく低下させる恐れがある。

そもそも、共感してくれない人間に支えてほしいと思えるのか。責任感の弱い人間に重要な仕事を任せたいと思えるものなのだろうか。答えは自明である。排除からではなく、包摂を起点に戦略を立てること。二次受傷やバーンアウトの議論でもこうした視点が肝要である。「援助者利得」(稲沢 2002) が援助嗜癖やバーンアウトに繋がるからあってはならないという理屈は、ハサミは人に怪我を負わせることもできるから使ってはいけないと言っているのに等しい。悪い側面を認めることが、良い側面を無視することと同義であってはならない。共感という作業は信頼関係に、責任感に誠実であろうとする姿勢に、理想はより良い支援を追求する努力に、結実もする。原因の排除だけでは限界があり、対人援助に携わる以上は誰にでも二次受傷やバーンアウトは起こり得ると了解する必要がある。

2) “かけがえのない自分” に焦点を当てる。

現実をあるがままに肯定する。これが二次受傷やバーンアウト対策の出発点であり、肯定する対象には支援者自身も含まれる。対人援助には“人間”が必要なのであり、傷つくことも、消耗することも、“人間らしさ”の中には含まれている。

自己肯定感を担保する働きかけを自身に対して行うことには大きな意味がある。自己肯定感とは他者が、この世界が、自分という存在を肯定しているという感覚でもあり、自分を、他者を、世界を信頼することと繋がっている。よって対人援助が信頼関係を必要とする限り、支援者自身の自己肯定感が担保されていなければならない。消耗や傷つきを肯定できない人間には、他者の傷つきや消耗は肯定できないと考えるのが妥当である(「かわいそう」と思えたとしても)。

また、自己肯定感が損なわれているほどに援助関係に依存し易くもなる。援助関係への依存はさらなる消耗や傷つきを招く。“対人援助職としての自分”だけでなく、職務を離れた自分に価値を見出すことも必要だろう。しかしながら、二次受傷やバーンアウトを恥じることも責めることも合理性を欠いた対処であることは確認しておきたい。

3) 焦らないこと。助け合うこと。

二次受傷もバーンアウトも単純に休めば解決されるものではない。相応の仕事をした結果である以上、受けた衝撃や蓄積された影響を“外す”にはそれに見合うだけの労力と時間も必要となる。よって焦らないことも対処法の1つと見なされる。しかし、独力で対処すると焦っていることにも気がつきにくい。また自己肯定感が低下している時に自分で自分を肯定するのは難しい。“信じられない人間(≒自分)を信じる”ことが矛盾した命題だからである。そこで、他者の力を借りる必要が生じる。

ただ、傷ついた時や消耗感が強い時は他者との関わりは避ける傾向を誰しも持っている。これは自分をさらなる傷つきや消耗から守るための当然の反応であり、それゆえに二次受傷やバーンアウトへの対処を難しくする。“量”の問題ではないので、心配してもらいたいと思える人に対してだけはオープンでいるよう心掛けることも必要である。ただ個人の努力に委ねるには限界もある。そのため予防的対策として、日頃から互いに心配しあえる体制を作っておくことが望ましい。皆が互いをケアする視点に立てれば、自分の殻に閉じこもっていても、他の誰かの方から手を差し伸べてもらえるという保険を掛けることが出来る。二次受傷もバーンアウトも個人の努力だけで克服するのは実は難しい。よってサポートし合える環境を整えることは重要な課題といえるだろう。

そして、場合によっては医師や心理士などの精神保健領域の専門職への相談も有用である。対人援助職であれば他領域の専門職との協働は日常業務に含まれ、そういう意味でコンサルテーション(他領域の専門家に意見を求めること)は慣れた手法のはずである。「治療」と考えるとハードルが高いが、専門職を社会資源と捉えれば、社会資源を必要に応じて使いこなすことも不可欠な技量といえるのではないだろうか。

4) 自分のためのセルフケアの方法を創る。

予防的対処も含め、二次受傷やバーンアウト対策で重要なことは自分に合ったセルフケアの方法を見つけることである。上手くいかないことがあっても、その方法が合わなかっただけであり、自分のための方法は必ずあると信じ、諦めずに探すことを心掛けたい。

(1) ストレス・マネジメント

ストレス下において自身を調整する方法のことをストレス・マネジメントという。具体的には、ストレスを避ける方法(予防型ストレス対処法)とストレスと積極的に向き合い、ストレスとの共存を模索する方法(攻略型ストレス対処法)がある。

予防型の最大の焦点は「いかにして自分に余力を持たせるか」である。日常的にパターン化されているストレスに対する自分の反応を予測し、心や身体を準備する方法である。一方、ストレスを攻略し、ストレスの原因と共存するという発想の転換も必要である。全てのストレスを回避することは不可能であり、人間関係も含め、外部環境全てとの関係を断ち切ることもなにかねない。具体的にはストレスに過敏にならないための方法(後述するリラクセス法)や、ストレスへの対処を「課題」として捉え、解決法を抽出しながらコーピングスタイルを構築する方法、認知の変容を試みる方法などがある。

(2) リラクセス法

リラクセスとは緊張の反対で、心も身体もくつろいだ状態である。リラクセス法として、入浴法や呼吸法、筋弛緩法、ストレッチ、マッサージ、アロマセラピーなど、多くのものが紹介されている。ただし、最も効果的な方法は、自身の“リラクセスしている状態”を

理解し、それをいつでも再現できるようにすることである。

また日常や職場から離れること自体に気分をリフレッシュさせ、緊張から解放する効果がある。職務以外で得られる感情や体験は、“本当の自分”の価値を見出す作業にも有効である。また、仕事をやり遂げようとする意志の強い人ほど、自分をケアすることに対して罪悪感を抱きやすい。そのため、職場以外の場所での研修会を企画するなど、まずは職務の枠組みの中で気分転換しやすい環境を作るのも良い方法と言える。

5) 成長を促す機会ととらえる。ースーパービジョンの活用ー

臨床・実践では経験それ自体が対人援助職を育てる側面がある。そう考えると、二次受傷やバーンアウトに至る過程もまた対人援助職の成長機会ともいえる。しかしながら、独力で自らの成長を促すことには困難を伴う。自己肯定感が損なわれ、認知が変容している状態では、専門職としての価値・規範に基づいて自らの経験に教育的意味を見出すことは難しい。そこでスーパービジョンの活用も必要となる。

スーパービジョンとは、医療現場や心理、福祉、教育、介護などの対人援助に関わる臨床・実践領域において、より熟練した指導者が成長過程にある専門職に対して行う資質向上を意図した働きかけの総称のことである。単に業務の管理に留まらず、知識や技量・技能の伝達、人間性の支持なども含めた専門職の成長を促すための一連の関わりである。指導者はスーパーバイザー、その提供を受ける者（指導される側）はスーパーバイジーと呼ばれる。紙幅の都合上、ここでは二次受傷やバーンアウトの状態にあるスーパーバイジーに対して配慮する点に限定して取り上げる。

(1) 基本的な面接技術の活用

スーパービジョンには基本的な面接技術が不可欠である。スーパーバイザーは必要な技術を必要な場面で使えるよう配慮できることが望まれる。たとえば次のような点である。

表3 基本的な面接技術の例

| |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> “話したい時に、話したいことを、話せる”という保障 (とくに二次受傷の場合、支援の対象者から受けた影響を外す上でデブリーフィングは有効であるが、無理に話させると逆効果になるので注意が必要)</p> <p><input type="checkbox"/> 言語・準言語(音声言語)・非言語コミュニケーションの活用</p> <p><input type="checkbox"/> 面接における時間・空間・身体的距離・互いのポジションなどへの配慮</p> <p><input type="checkbox"/> 適切な質問技法、“開かれた質問”と“閉じられた質問”の使い分け (例えば「なぜ?」「どうして?」を問う質問は、自己肯定感が低下している人から防衛的な反応を引き出すことがある。)</p> <p><input type="checkbox"/> 適切な応答技法(明確化、構造化、反映、自己開示、Iメッセージ…等)の使用</p> |
|--|

(2) 管理的スーパービジョンにおける注意点

二次受傷やバーンアウトの状態にあるスーパーバイジーに対して、その業務の質及び量について管理することはスーパービジョンの機能に含まれる。たとえば、業務量の適正化や、業務内容や役割・責任の範囲の明確化などが挙げられる。

ただし、業務内容の変更はスーパーバイジーから役割や責任を取り上げることにもなりかねない。少なくとも、スーパーバイジー本人がそう受け止める可能性があることには留意したい。“必要のない人間”というレッテルは自己有用感や自己肯定感の低下に拍車をか

けるため、結果的に回復を遅らせることになる。

この場合、個人の業務内容を問題として取り上げるよりも全体の見直しという視点を強調することで、個人が抱えてきた困難性を扱うことが皆にとってのより良い環境の構築に繋がる道筋をいかに可視化するかが課題といえる。そうすることで疎外感や孤独感の緩和、組織全体の連帯の醸成にも繋がると考えられる。

(3) 支持的スーパービジョンおよび教育的スーパービジョン

二次受傷やバーンアウトの状態にあるスーパーバイザーは、自己肯定感が低下するため他者からの評価を否定的に受け止める傾向がある。成長する上で向き合わなければならない課題についてスーパーバイザーが指摘しても、自己肯定感が低下している状況では、「責められている」「否定された」と受け止め易い。そのためスーパーバイザーの自己肯定感を担保するための働きかけがまずは優先される。教育的な関わりが必要な時ほど、支持的スーパービジョンが重要といえるだろう。

(4) グループ・スーパービジョンまたはピア・グループ・スーパービジョンの活用

集団が持つ力は個人の回復や成長にも活用できる。卓越したスーパーバイザーが介入するグループ・スーパービジョンはもちろんだが、いわゆる“仕事のグチ”を共有する機会もまた緊張状態から解放し、本来の自分を取り戻す大切な時間となるため、ピア（対等）な関係の中で行われるスーパービジョンも必要に応じて活用したい。

ただし、対人援助では“仕事のグチ”にも個人情報が含まれ、誰にでも、どこでも話せるものではない。そこで秘密が守られていることはもちろん、1人ひとりが安心して自分の意見を表明し、参加できるための条件を整える必要がある。参加者同士で“安心して話せる場所”とはどんなところかを話し合うことも有効であり、“安心感を守る”という目的のために、グループ内の約束を作ることになる。

4. おわりに

人間にしかできない“人間の支え方”があり、対人援助には相応の存在意義がある。だからこそ、二次受傷やバーンアウトは対人援助職にとって敗北ではなく、名誉の負傷といえる。そのため支援者自身のケアを業務の一部と見なす必要もあるのではないだろうか。

とくに災害時には“自分にはどうすることもできない”こととも遭遇し易い。無力感はその補填として援助嗜癖にも転化され得る。また、自身の傷つきから目を背ける傾向も生む。「もっと大変な人がいる」「自分は大丈夫」といったように。だからこそ日頃から個々がセルフケアに取り組み、互いに支え合う体制作りに取り組むことが望まれる。

【文献】

相澤譲二著（2006）『ソーシャルワーク・スキルシリーズ スーパービジョンの方法』相川書房

Gartner, A.& Riessman, F. (1977) *Self-help in the human services*, Jossey-Bass Inc Pub. (=1985, 久保絃章監訳『セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際—人間としての自立と連帯へのアプローチ』川島書店)

Hochschild, A.R. () *Managed heart - commercialization of human feeling*, (=2000, 石川准・室伏亜季訳『管理される心—感情が商品になるとき』世界思想社)

稲沢公一（2002）「セルフヘルプ・グループの原理—相互支援原理を中心に—」『保健の科

学』44(7),489-492

大澤智子(2002)「二次受傷—臨床家の二次的外傷性ストレスとその影響」,『大阪大学教育学年報』,7,143-154

Stamm,B.H. (2010) *The Concise ProQOL Manual* , Proqol.org(URL:
<http://www.proqol.org/>)

田尾雅夫・久保真一(1996)『バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ』誠信書房

【URL】

Web サイト「支援する“思い”を“重い”に変えないために。」(URL:<http://www.shiensya.jp/>)