

～発刊に当たって～

平成23年3月11日午後2時46分に発生した東日本大震災から、5年が経過いたしました。

歴史上最大級といわれる地震に伴う巨大津波により、被災の中心となった東北3県の中で、とりわけ宮城県は、沿岸部を中心に県内全域が甚大な被害に遭いました。子どもを含め、多くの尊い命が奪われるとともに、行方不明者も多数にのぼっています。

この未曾有の大震災では、多くの子どもたちが、家族や友だち、自宅、学校など、大切にしていた人やそれまでの日常生活を一瞬にして失い、心に深い傷を負うことになりました。

宮城県子ども総合センターでは、被災した子どもたちがその心の傷から早期に回復できるよう、震災直後から組織を挙げて、医療的な介入を中心とした様々な取組を行ってきました。

本報告書は、この5年間、当センターが行ってきた取組から得た知見と考察をもとに、災害と子どものメンタルヘルス対策についてまとめたものです。巻末には、本年1月29日に開催した「東日本大震災における子どもの心のケアに関する報告会」の記録も掲載いたしました。

これまで、当センターの子どもの心のケアに関する取組を実施するに当たり、御協力をいただきました関係機関の皆様から心から感謝いたしますとともに、本報告書を被災地で暮らす子どもたちの長期に及ぶ心のケアの指針として、また、次の大災害時の備えとしてご活用いただければ幸いです。

平成28年3月

宮城県子ども総合センター所長（児童精神科医・医学博士）

本間 博彰

目 次

I	災害と子どものメンタルヘルス対策の概略	1
1	はじめに	1
2	災害による心のダメージ	2
(1)	災害とは	2
(2)	災害の直撃による心のダメージ	2
(3)	災害後の心のダメージ	3
(4)	災害からの回復の四つのステージ	3
(5)	災害と地域文化	3
3	災害と子どもの特性	4
(1)	災害弱者としての子ども	4
(2)	災害時の子どもの行動と症状	6
(3)	災害後期の子どもの問題	7
4	心のケアについて	7
(1)	ケアとしての介入	7
(2)	心のケアの方法	8
5	東日本大震災の教訓	8
II	子どもの被災の実態について【各論1】	11
1	東日本大震災による急性期の子どもの被災の実態	11
(1)	子どもの犠牲者	11
(2)	親を失った子ども	12
(3)	自宅や故郷を失った子ども	12
(4)	学校を失った子ども	13
(5)	転校を余儀なくされた子ども	13
(6)	災害急性期のカオスのような避難状況	13
2	東日本大震災による後期の子どもの被災の実態	14
III	被災した子どもの心の問題について【各論2】	15
1	災害急性期の衝撃と心の問題	15
(1)	災害急性期の衝撃	15
(2)	災害急性期の子どもの心の問題	15
2	災害中期の衝撃と心の問題	17
(1)	災害中期の衝撃	17
(2)	災害中期の子どもの心の問題	18
3	災害後期の衝撃と心の問題	20
(1)	災害後期の衝撃	21
(2)	災害後期の症状の特徴	21

	(3) 災害後期の事例	23
4	災害後の心の問題の推移	23
5	記念日とその対応	24
	(1) 記念日としての3月11日	25
	(2) 子どもの日常生活はReminderだらけ	25
	(3) 記念日反応は心の状態のバロメーター	25
	(4) 記念日反応にどのように臨むか	25
6	災害前の対策	26
IV	特別な配慮を要する子どもの心のケアをめぐる課題【各論3】	27
1	災害の影響を受けた幼児の実態	27
	(1) 子ども総合センター子どもの心のケアチームと幼児の支援	27
	(2) 北海道医療チームによる幼児の医療的支援	28
2	乳幼児期のトラウマについて	29
3	発達障害の子どもの実態について	30
	(1) 災害急性期の発達障害の子ども	31
	(2) 災害後期の発達障害の子ども	31
	(3) Developmental PTSD	33
V	宮城県における子どもの心のケアに関する庁内連携【各論4】	34
1	子どもの心のケア対策庁内連絡会議の開催	34
2	子どもの心のケア対策地域連絡会議の開催	34
3	今後の取組	34
VI	東日本大震災における子ども総合センターの取組【各論5】	35
1	子どもの心のケアと支援の課題について	35
2	災害急性期におけるケアチームによる支援活動	36
	(1) ケアチームの初期の活動	36
	(2) 宮城県子どもの心のケアチーム巡回相談実施要領について	36
	(3) ケアチームの中期の活動	38
	(4) ケアチームの後期の活動	38
3	震災後期における支援活動としての学校定点観測	38
	(1) 学校定点観測とは何か	38
	(2) なぜ学校定点観測という方法が必要だったのか	39
	(3) 学校定点観測の方法	39
4	子ども総合センター心のケア推進班による取組	40
5	学校関係者のメンタルヘルス支援に向けた取組	40
	(1) 急性期の学校及び教員のメンタルヘルス	40
	(2) 教員の疲弊と心の傷について	41

Ⅶ 次の災害に向けた子どものメンタルヘルス対策について【提言】 ……	4 3
1 子どもの心のケアの全体像 ……	4 3
2 災害への備えの時期（Pre-disaster）における対応と課題 ……	4 3
(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点 ……	4 5
(2) 親・家族の問題の理解と支援 ……	4 5
(3) 保育士・教員等への支援 ……	4 5
(4) 県の保健福祉機関による対応 ……	4 5
3 災害急性期（Acute disaster）における対応と課題 ……	4 6
(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点 ……	4 6
(2) 親・家族の問題の理解と支援 ……	4 7
(3) 保育士・教員等への支援 ……	4 7
(4) 県の保健福祉機関による対応 ……	4 7
4 災害中期（Post-acute disaster）における対応と課題 ……	5 0
(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点 ……	5 0
(2) 親・家族の問題の理解と支援 ……	5 0
(3) 保育士・教員等への支援 ……	5 0
(4) 県の保健福祉機関による対応 ……	5 2
5 災害後期（Post disaster）における対応と課題 ……	5 2
(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点 ……	5 2
(2) 親・家族の問題の理解と支援 ……	5 3
(3) 保育士・教員等への支援 ……	5 3
(4) 県の保健福祉機関による対応 ……	5 4
6 実践的な心のケアと支援について ……	5 7
(1) 子どもの心の状態と問題行動 ……	5 7
(2) 心のケアの基本的な考え方 ……	5 8
(3) 外部の介入と支援について ……	5 9
(4) レジリエンスを高めることによるケア ……	6 1
7 あとがき ……	6 1
参考文献 ……	6 3
【資料】	
1 東日本大震災における子ども総合センターの取組 ……	6 5
(1) 子どもの心のケアチーム事業 ……	6 5
(2) 子どもの心のケア推進事業（教職員等への研修事業） ……	7 1
(3) 子どもの心のケアマニュアル等作成事業 ……	7 8
(4) 心のケア推進班の設置 ……	8 2
2 東日本大震災みやぎ子ども支援センターの取組 ……	8 3
(1) 東日本大震災みやぎ子ども支援センターの沿革について ……	8 3
(2) 東日本大震災みやぎ子ども支援センターの事業について ……	8 5
【東日本大震災における子どもの心のケアに関する報告会記録】 ……	9 3

I 災害と子どもの メンタルヘルス対策の概略



東日本大震災における子どもの心のケアに関する報告書

～歴史的災害から学ぶ教訓と次の災害への備えのために～

I 災害と子どものメンタルヘルス対策の概略

1 はじめに

災害には、地震、津波、豪雨による洪水や土砂崩れなどの自然災害や、事件・事故、さらには戦争などによる人的災害がある。災害の影響により多くの人々が心に大きな傷を受け、その後の人生に深刻な影を落とすことが知られている。最近の約20年間を見ても日本は大きな震災をいくつも経験し、多くの犠牲者と心の問題を抱えた被災者を生んだ。

被災者のメンタルヘルス対策の必要性が、しっかりと認識されるようになったのは、1995年（平成7年）1月17日に大都市を襲った阪神・淡路大震災と言われている。この時には、1989年のサンフランシスコ大震災のメンタルヘルス対策のノウハウが導入され、被災者のメンタルヘルス対策に大きな貢献を果たした。

また、阪神・淡路大震災では子どものメンタルヘルス対策にも関心が注がれ、2004年（平成16年）10月23日に発生した新潟県中越大地震、この度の東日本大震災へと引きつながることとなった。しかしながら、子どもが災害により心の外傷を被ることについては十分な理解が得られていたわけではなく、子どものトラウマ（Trauma：心的外傷）やPTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）に対する専門的な見解は、いまだに十分なレベルには達していない。

災害時の子どもの精神面の研究が活発になされるようになったのは、米国の経済発展のシンボルでもあった世界貿易センターを襲った2001年（平成13年）9月11日のテロ事件の後であった。子どもの心のケアの重要性が声高に叫ばれ、いくつかの心理治療が登場してきた。しかし、子どもが被る精神医学的問題、復興が長期にわたった場合の子どもの問題とその経過の全体的な理解、さらにはケアとしての介入方法や実際的なケアの方法など多くの課題が依然として残されている。

さて、この度の東日本大震災は、千年に一度の震災と言われるような、歴史に深く刻まれる災害であった。また、先進国日本ゆえに、鮮明にかつ詳しく記録された映像が世界中を駆け巡り、諸外国から物資の支援はもとより、多くのメンタルヘルス専門家が駆けつけることとなり、まさに歴史的な災害となった。

東日本大震災では、今までの災害では気づかなかった問題や、新たな視点で取り組まなければならない問題が次々と登場してきた。大災害ゆえに、我々の知らなかったこと、知らなければならない課題が次々と現れてきた。また、著しい復興の遅れも加わって、災害後期は、今までの災害では目立たなかったような問題が、子ども及び支援者を悩ませている。

後期のもう一つの課題は、子どもの心のケアのあり方や方法の検証となる。東日本大震災は、大災害であったゆえに、これから遭遇する中規模や大規模の災害に対応をする上で重要な知見や教訓を示してくれるはずである。

2 災害による心のダメージ

(1) 災害とは

災害はどのように位置づけられているのか、また、どのように理解したらいいのか。災害対策基本法（1961年制定：昭和36年11月15日法律第223号）では、災害とは「暴風、豪雨、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう」と定義されている。人間に視点をおいた定義では、Anthony H. Speierが、「災害は、愛する人たちを悲惨な形で喪失させ、財産を破壊し、経済の安定性を崩壊させること、もしくは多くの生存者にとって精神的な健康状態を喪失させることで、無数の人々と共同体に影響を与える複雑な出来事である」と述べている。また、地域社会的な視点から「災害のもたらす“トラウマ”を、突然に、しかも効果的な対応ができないほどの力をもって、個人の防御態勢を打破してしまう精神的打撃」と規定し、また「社会的連帯を損ないかねない集団的なトラウマ (Collective Trauma) を、人間同士を結びつけている絆を断つほどの社会的な生活組織への打撃」と定義づけている医学者もいる (Raphael B, 1988)。阪神・淡路大震災の復興に関わった室崎益輝は、「災害はその時代の社会の歪みや矛盾を、時代を先取りする形で顕在させ、人間の愚かさや慢心を気づかせる」と述べている (室崎、2015)。

本書で5年近く子どもの心のケアに従事した経験から付け加えたいことは次の点である。災害は災害以前からの問題や課題を浮き彫りにする。これらは災害以前には放置されたもの、あるいは未解決のままにしてきたものである。そのため、災害の後に取り組むべきことは新たに発生した問題のみならず、以前から引きずってきた問題の解決や整備もこの中に含まれることになるのである。

(2) 災害の直撃による心のダメージ

大地震、津波、豪雨による大地の崩落などの猛威は、人々に驚愕や恐怖心さらには強烈な無力感をもたらし、これが心的機能に影響を及ぼし、精神障害に至ることがある。こうした精神障害が、短期間で終息する場合と長期的に続く場合がある。その程度も様々で、日常生活に軽微な支障を来すものから、通常の日常生活が困難になるほどの重度のものにまで及ぶ。また、子どもの場合、保育所や学校に行っている間は症状が現れないが、家に帰ってからの時間や、一人になった時、睡眠中など、学校生活以外の時間帯に症状が現れるなど、心の問題の発現は生活場面に大きく左右される。

災害は、直接的にせよ間接的にせよ、巻き込まれた全ての人々に影響を与える。激しい大地の揺れや津波、火災などを心的外傷性出来事 (Traumatic event) と言うが、これらの出来事をどれくらいの距離で経験したか、その出来事にどのように遭遇したのか、子どもであれば、親や保育士、教員など身近な大人がどのような対応をしてくれたのかによって、心に受ける影響に違いが出てくる。また、子ども自身の危機的な事態に対処する能力の違いによっても影響は異なってくる。これらの違いが、PTSDなどの心的外傷性精神障害の受傷を左右することになる。

東日本大震災においては、津波による被災地域が沿岸部数百キロメートルという広域に及んだ。道路の寸断、ライフラインの停止、外部からの救助が困難を極めたこと、などにより、多くの被災者が生死の境をさまよい、強烈な無力感を感じたことと想像される。また、津波被害の際立つ特徴として、津波の達した地域では家が流されるな

どのすさまじい喪失を経験したが、その一方、津波が達しなかった地域では被害の程度が軽微である場合が多く、同じ地区に住んでいながら極端なまでの被災の違いに複雑な想いを抱いた被災者が少なくなかったと想像される。

加えて、津波が侵入した海に近い住宅地の多くは、災害危険区域とされ、自宅の再建ができなくなっただけではなく、被災地に住むにしても新たな住宅地の造成を待たなくてはならず、出口の見えない苦境に立たされることとなった。平地の少ない沿岸部の被災者は、遠く離れた他の市町に設けられた仮設住宅に住まわざるを得ず、加えて復旧復興の遅れも重なって、その多くが長期にわたって住み慣れた地域を離れざるを得なかった。個々人の苦境や心のダメージに加えて、コミュニティーの物理的かつ心理的な分断が著しかったのも、今回の大震災の特徴であった。

(3) 災害後の心のダメージ

子どもの心のケアに取り組むためには、災害の直撃による心の問題のみならず、災害後の問題にも関心を向けることが重要な課題となる。災害は、規模が大きければ大きいほど被災者の生活に影響を与える。被災した親や家族の中には、子どもの世話をする時間を失う、あるいは親自身が精神状態を悪化させるケースが多いのである。後期になると、両親それぞれのダメージの違いや復興に向けた取り組み方の違いが、その関係に影を落とす場合がある。被災地では、災害発生から時間が経つにつれ、離婚やDV（Domestic Violence：家庭内暴力）、さらには子どものネグレクトや虐待が増加する事態が発生している。

また、災害からの回復の道のが長くなるため、その間に、家族の関係が変化したり家族が遭遇する問題が子どもに負担として上乘せされたりするなど様々な困難な事態が発生し、子どもの健全な育ちを歪める場合も少なくない。心のケアに従事する専門職は、このことを肝に銘じておく必要がある。子どもは自分自身の困難性と親の困難性が加わった複合的な負担の中で災害後生きなくてはならないのである。

(4) 災害からの回復の四つのステージ

心のケアの観点から、災害からの時間経過は大きく四つに区分され、それぞれのステージごとの問題や課題がある（Stoddard Jr. F J, Pandya A, Katz C L, 2011）。災害からの時間経過は、災害以前の時期（Pre-disaster）、災害急性期（Acute disaster）、中期（Post-acute disaster）、及び後期（Post disaster）と四つに区分され、ステージごとの心の問題と課題には特徴があり、対応も異なる。よって四つのステージとそれぞれのステージの課題を明示し、ケアの全体像を描く必要がある。地域全体が被災地となった地区と一部が被災地になった地区ではステージの推移に差が生じ、前者では復旧が遅れることから急性期や中期が長引く可能性がある。

この度の震災では、子ども総合センターはケアをしつつ、時期ごとに出現してくる心の問題を検討し、ケアの全体像を明らかにすることにも取り組んだ。災害からの回復のステージについては後段で詳しく述べることとする。

(5) 災害と地域文化

東日本大震災は、心のケアが注目されることとなった阪神・淡路大震災の経験を受けて、多くの専門家が心のケアに参画した。しかしながら、この度の被災地の大半が、

東日本の太平洋沿岸の広域な地域にまたがっていたこと、後方支援の得られにくい遠隔地であったこと、さらには、文化的に差異の大きい地区であったことから、県外から派遣された心のケア担当者の中には困惑された方も少なくなかったようである。この度の災害の主たる被災地は、もともと自助共助の精神性の強い土地柄であったこと、都市と比して多様な方言が使われ気質にも違いがあることから、支援がスムーズに受け入れてもらえないといった想いを抱き、大都市に発生した災害と地方の遠隔地に発生した災害の違いに気づかされた支援者も多かったのではないだろうか。

長期化するような災害では、特に被災地との文化的差異を踏まえた上で関わるのが大事であることは言うまでもない。支援の大原則である「被災者に寄り添う」という姿勢には、土地柄や地域の文化にも関心を向けることが必要になる。災害支援では、支援を提供することと、その地域を知ることの両方が課題となろう。

同様に、子どもの支援では、外部の支援者は保育所や学校の地域における役割や、保育士や教員の働き方にも関心を向けなければならない。外部の支援者が、準備なく保育所や学校に関わろうとしても、力を出せないままに終わりがねない。子ども総合センターの職員は保健福祉分野の専門職であったので、学校の仕組みや教員の取り組み方についてはほとんど知らなかった。そのためあっても学校支援に関わるために学校定点観測という方法をとった。この方法によって、学校に介入することの難しさ、連携のポイント、学校支援の方法などについて多くの知見を得たが、これらは支援者として現場に入る前のオリエンテーションとして知っておきたい内容でもある（本間、2015）。

3 災害と子どもの特性

子どもも大人と同様に、災害によって心にダメージを受ける。また、子どもは危機に対する対処能力が大人と比べて十分には育っていない。特に年齢が低い子どもでは体験を言語で表象し、表現する能力が十分には獲得できていないことから、心の問題があっても見落とされることが少なくない。以下に配慮すべき子どもの特性について述べる。

(1) 災害弱者としての子ども

子どもは災害弱者に位置づけられる。特に乳幼児や知的障害、さらには発達障害などの問題を抱える子どもは災害の影響を受けやすいことが指摘されている（Stoddard Jr. F J, 2011）。以前には子どもは影響を受けても PTSD にはならない、ひどい影響は受けないだろうという考えもあった。その理由としては、子どもは大人の PTSD の診断基準を満たすほどの症状を出さない、あるいは子どものそばにいる支援者が、子どもが発する様々な行動や態度を症状として把握できていない、という問題点が挙げられていた。被災地に入った専門家の中には、子どもの相談が少なかったことに驚いたといった声が聞かれていた。国際的にも災害と子どもの心の問題については、まだまだ研究成果が少ない。災害と子どもの心の問題に本格的に取り組まれるようになったのは、2001年の米国同時テロ事件の後で、これ以降に多くの研究報告が出るようになった。以下に注目すべき点を述べる。

① 子どもの年齢

震災を経験した時の年齢によって震災の影響が異なる。幼い子どもでは、不安や

恐怖が強まった時に愛着メカニズムが作動する。年齢が幼いほど賦活された愛着行動が親への接近の後押しをする。幼い子どもにとっては、このメカニズムが危機に対処する上で重要な役割を果たす。後段で触れるが、年齢の小さな子どもは、生理的にも病理的にも意識狭窄や解離を来しやすい。このような症状を出している子どもを親や養育者が見過ごすことが多く、適切な対応ができずに長期に放置されると、トラウマの病理が複雑化する危険性がある。こうした問題に付けられる **Developmental PTSD**（発達性 PTSD）や **Complex Trauma**（複雑型トラウマ）といった診断名が徐々に浸透してきており、併せて子どもは災害後に家族や環境の影響を強く受けることが明らかにされてきた（Van der Kolk, 2005）。

② 子どもの言葉の力

言語には様々な力があり、その一つに日々の体験を言語で概念化し、自らに説明できるものにする事で、その体験を自らがコントロールできるものにして記憶の中に納める機能がある。そのため、災害に直撃された時点で子どもが持ち合わせている言葉の力が震災の影響を左右する可能性がある。記憶の取り出し（想起）には大きく二通りあり、言葉で想起する場合と無意識に態度や行動で表出する場合がある。言葉の記憶（**Verbal memory**）としてその体験を概念化できない場合、態度や行動の記憶（**Behavioral memory**）として残され、**Reminder**（災害の恐怖心などを思い出させる出来事）によってこの両者が引き出されるが、後者はトラウマ記憶が意識を経ないで自動的に出現しやすい。

被災時点において言語を使える年齢に達していた子どもと言語を使えない年齢の子どもでは、災害によって被る影響が異なるものと考えておく必要がある。言語の力が育っていない乳幼児や、発達障害に見られるような制限のある言語能力の子どもでは、驚愕や恐怖を抱くような体験の処理に限界が出てくる。言いようのない恐怖感や不安に翻弄されることになるだけでなく、いつまでもこの状態が続きかねない。言語は、日々の生活の中で入りこんでくる刺激に対する自分自身の反応を無視し、弱める力となり得る。この力を獲得していない年齢の子どもは、刺激に対して無防備となり、精神的に傷つきやすくなる。もちろん養育という親の行為が、子どもに加わる刺激を和らげたり、時には強めたりして調整するのであるが、言葉が十分に発達していない年齢の子どもは、災害の弱者でもあり、災害後にも不安や恐怖の感情を抱きやすくなると考えておく必要がある。

③ 発達とレジリエンス（Resilience）

子どもによってストレスに対する対処能力に違いがあり、震災の影響にも差が出てくる。自然の猛威に強い抵抗力を持つ子どもと脆弱な子どもが認められた。また、ダメージからの回復の早い子どももいた。こうした困難な環境を生き延びる適応的な能力はレジリエンス（庄司、2009）と呼ばれている。近年は個人の能力だけではなく個人がこうした能力を発揮できる環境もこの中に含める傾向がある。

通常の学校生活は、子どもにとって安心感のもと身体を使った様々な活動を楽しむことのできる空間であり、レジリエンスを養う場である。教員が常に気を配り、何か不安が発生した時は寄り添ってくれる関係を提供してくれる。学校は被災地の中では最も安全で安心のできる場であった。そして教職員は必死に子どもを守り、

通常の学校生活が可能になるように尽力した。このことが子どもの心のケアとして大きな力となっていたように思われた。

(2) 災害時の子どもの行動と症状

子どもたちにも危機の中を生き残る力が不十分ながら育っている。以下に東日本大震災の際に精神的な影響を受けた子どもが示した行動や症状をもとに、危機的事態に遭遇した際の子どもの表してくる子どもの力とその制限について述べる。

① 急激なストレスに対する反応

子どもは緊急時に様々な行動や症状を表すが、これは救助を求める信号でもある。しかし信号としての、あるいは症状や行動に込められた意味を、周囲の大人が読み取れるほどには明瞭には伝えてこないことが多い。年齢が低いほど急性ストレス反応が優勢になり、子どもは自分の心身に発現したこの反応に振り回されることになる。急性ストレス反応の中心をなすのは交感神経系の興奮で、この結果、汗だくになったり、心悸亢進に苦しんだり、心身の興奮により、不眠や夜驚症などのためにますます落ち着きを欠いた状態になる。さらに、混乱を起こすほどの強いストレス状況では、子どもは意識狭窄や解離を容易に起こす。実際、急性期には避難所でも学校でもボーっとしている子どもが多数目撃されていた。こうした行動や身体的変化でニーズを発する子どもは、親やケアに当たる職員が心を落ち着けていないとこのサインを見落としてしまう。

② 子どもの対処行動

災害のストレスの中を子どもが心の苦痛を減らすために無意識に取り組んでいる行動や態度が多々ある。年齢の幼い子どもでは、**Post traumatic play**と言われる「地震ごっこ」、「津波ごっこ」が頻繁に目撃されたが、これは子どもが自分の心の動揺や驚きに対処しようとしての行動であった。子どもは地震や津波の恐怖体験や驚愕体験を遊びにすることで、自分の無力感から立ち直ろうとしていた。これは、こうした体験を自分でコントロールのできる出来事としてとらえ直そうとしている子ども自身の取組である。

また、必死に復旧に取り組む親の姿を見て、負担をかけまいとしてじっと我慢している子どももいた。年齢の大きい子どもの中には、避難所で食事の配給を手伝う、避難者を元気づけるなどの活動をする者もいた。子どもも危機への対処や復旧のために積極的に関わろうとしていたのである。危機の中であって、これを大人と一緒に乗り越えようとする逞しさだけでなく、困っている人の手助けをしたいという、愛他性と言われる本能の発現を見るのである。人間は困っている人を助けたいという本能があり、幼い子どもの時代でさえも、目の前の困っている親に対して手助け反応を示すことが知られている (Tomasello, 2009)。

③ 災害時の子どもの行動や症状による対処

災害急性期、保育所や学校などの子どもの生活場面では、意識の狭窄や解離などの心理機制が子どもに頻繁に出現していたようである。学校や保育所では、再開後3か月から4か月の間は多くの子どもたちは大人しく指示に従う態度を示していた

という。その後時間がたつにつれて落ち着きをなくし、手のかかる状態に移行したと多くの教員や保育士が振り返っていた。子ども総合センター子どもの心のケアチームによる相談活動でも、誰の目にも止まる明瞭な急性ストレス反応や退行症状を呈する子どもに隠されるように、反応の乏しい子どもや活動性の低下した子どもが少なからず存在していた。

子どもにとっては言葉以上に態度行動が心の中を語ることがある。また、態度行動が不安や恐怖、困惑などの精神的苦痛に対処する方法となっていることがある。心を落ち着けるために指をしゃぶるとか、赤ちゃん言葉に戻って赤ちゃんになることで、不安や苦痛を親に和らげてもらおうとする。もちろん退行だけでは苦痛はおさまらない。大人による退行の受け止め方によっては、苦痛や不安を強めてしまうこともある。例えば、お漏らしも退行の現れの一つであるが、親から叱られるだけでは不安や混乱を強めてしまう。退行や解離は、子どもから出された救助のニーズの表出であるとともに、不安や苦痛から一時的に心を和らげてくれる役割もする。例えば、コンピュータが入力がある量を超えるとフリーズするように、脳も苦痛を強める刺激が多くなると意識を分断して刺激の侵入を防ぐ。こうした心の機序を解離という。幼い子どもではこの症状が多く現れる。子どもと関わる大人はこのような症状をわかっている必要がある。

以上のように、子どもの行動や症状は、子どもが無意識に発する救助を求める信号としての意味を持ち、同時に自分を護ろうとする心の機序が現れたものである。

(3) 災害後期の子どもの問題

子どもは災害急性期のみならず、災害後の家族や成育環境の影響も受ける。災害急性期は、自然の驚異による心の外傷を主にした精神障害が発生するが、中期や後期になると PTSD 等の精神障害を患う親、家庭内暴力や児童虐待に陥る親、離婚など家庭崩壊に至る親も出現し、こうした問題に巻き込まれる子どもが多くなる。災害後期には成育環境の悪化により、複雑な精神病理を抱える子どもが出現する。このため、3年を過ぎた時点で被災地では不登校や発達障害を疑われるような多動や衝動的な問題を呈する子どもが増加している。これらの問題の中には **Developmental PTSD** あるいは **Complex Trauma** が含まれ、後期はこうした病理が進行しているものと考えられる。

4 心のケアについて

(1) ケアとしての介入

災害時の心のケアは、本人の訴えのみならず、支援者側の気づきや意向をもとにして介入がなされる。特に子どもの場合では、親、保育士、保健師、教員など、周囲の大人がケアの必要性に気づき、同時に、支援を提供する最前線の人となることから、彼らは **First provider** (保育士や教員など子どものもっとも身近な支援者) と呼ばれる。

前述したように、子どもから発せられる訴えは小さいが、態度や行動の変化が小さな信号となって、大人にケアや支援のニーズを伝えることになる。**First provider** は、災害の際に、子どもがどのようなニーズを持ち、どのような態度や行動でこれを表すのかわかっていないと見過ごすことになる。また、**First provider** が精神的に落ち着いた状態でないと、その信号を感受できない。東日本大震災では、心のケアに入った専

門家が、相談ケースが少ないと失望がらみの声をあげていたが、災害時に子どもが示す行動や態度について十分な知識や情報を持っていなかった可能性もある。

(2) 心のケアの方法

災害対策の最も進んだ米国では、被災地に入る前に数日間の研修をする。この研修では、Psychological First Aid (PFA : 心理面の救急法、National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006) を学び、被災地の状況を教えられ、これをもとに支援に従事する。東日本大震災でも PFA の考え方が導入されたが、PFA は生かされるほどには普及しておらず、震災後に研修会で取り上げられるようになったのが実態である。子どもに特化した Psychological First Aid for Children (Schreiber M, Gurwitsch R, Wong M, Schonfeld D, 2006) も作成されているが、子どもに視点を置いた災害時のメンタルヘルス対策の標準化がこれからの課題となろう。

東日本大震災において、心のケアは、県精神保健福祉センターと障害福祉課がコントロールタワーの役割を担い、被災地のニーズを把握した上で県外から派遣されたチームの配置を調整していた。子どもの分野では、こうした調整機能を担う部署がなかった。教育分野ではスクールカウンセラーを中心にした取組がなされ、児童福祉の分野では児童相談所や臨床心理関係の支援活動がなされ、これらの連携・協働は決して良好とは言えなかった。コントロールタワーのあり方や連携については多くの課題を残した。

東日本大震災の反省もあってか、2014年(平成26年)8月20日に発生した広島市北部の土砂災害では大人の心のケア対策は広島市精神保健福祉センターを中心に DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team : 災害派遣精神医療チーム) が編成され、専門的支援に取り組んだ。子どもの心のケアは広島県の調整のもとで取り組まれたということである。

5 東日本大震災の教訓

我が国は地震や津波をはじめとして自然災害に見舞われることが多い国であることから、これからもなお一層災害時の子どもの心のケアを、より適切かつ確実に行うことが求められる。歴史的な震災と言われるこの度の震災から学んだ教訓について述べる。

- ① 子どもは周囲の大人がわかるようには自分の心の傷を表さないことが多い。また大人の頑張りを見てじっと我慢するが、我慢ができなくなる数か月後に、言葉のみならず行動や態度で心の問題を表すようになる。このため、子どもの心の問題は見過ごされる可能性が高い。
- ② 災害が子どもに深刻な精神的影響を与えることについては理解が進み、心のケアを目的とした多くの支援が提供された。また、災害のステージによって現れる心の問題があることと、支援のテーマが変化することが明らかとなった。この度の災害はあまりにも広範囲に及び、かつ被害の規模も大きかったために、支援の全体的計画や供給は被害の実態に必ずしも合致したものではなかった。
- ③ 子どもの心のケアは医療関係者による支援と、児童福祉領域の支援、臨床心理士

による支援、教育分野のスクールカウンセラーを主とした支援が提供されたが、情報の共有や協働作業については連携が決して十分ではなかった。大人の領域では、県の精神保健福祉センターや障害福祉課が情報収集と他職種間の調整を司っていたが、子どもの分野においては大人の領域以上に多くの職種が関わるので情報交換や調整を目的としたコントロールタワーが一層必要になる。

- ④ 子どもの領域では支援者としての保育士や教員などに対する支援が必要である。この内容は大人の支援者と共通する部分も多いが、子どもの支援者として独自になすべき支援もあり、この点の検討が必要である。この度の震災では、子どもの領域の支援者の精神的な緊張や負担は大きかった。身を挺して子どもを守り続け、長く続くケアに疲れ果てる支援者も少なくなかった。どのような支援が支援者に対する支援となるのか、今後の検討が望まれる。
- ⑤ 学校や保育所は、災害の際に子どもを守り得る能力とケアのための可能性を多く秘めている。災害後も、子どもにとって重要な日常性をいち早く提供し、安全安心の日常生活を通じて心の問題を軽減し得る重要な場所である。



【各論】

- Ⅱ 子どもの被災の実態について
- Ⅲ 被災した子どもの心の問題について
- Ⅳ 特別な配慮を要する
子どもの心のケアをめぐる課題
- Ⅴ 宮城県における子どもの心のケアに
関する庁内連携
- Ⅵ 東日本大震災における
子ども総合センターの取組

II 子どもの被災の実態について【各論 1】

1 東日本大震災による急性期の子どもの被災の実態

(1) 子どもの犠牲者

東日本大震災による宮城県内の犠牲者の総数は、平成 27 年 11 月 30 日時点では、関連死を含んだ犠牲者数は 10,549 人、行方不明者数は 1,239 人であった。18 歳以下の子どもたちにも多くの犠牲者が発生し、宮城県、岩手県、福島県を合わせて 800 人以上が犠牲になった。そのうち宮城県では、保育所等の児童母子福祉施設で 71 人、幼稚園・小中学校等の教育機関では 430 人、合わせて 501 人の子どもが犠牲になっており、全体の 6 割以上を占める。501 人中、小学校の児童が占める割合が最も高く、37% (186 人) となっている。

犠牲となった 501 人の子どもについて、校種別に内訳を示したものが表 1 である。表 1 によると、小学生は 37% (3 年で分けると 18.5%)、中学生は 15%、そして高校生は 18% を占める。震災の発生時刻は、小学生は、学校で過ごす子ども、すでに下校途中の子ども、家にいる子どもと、様々な状況に置かれていた。一方、中学校では 3 月 11 日、又は 12 日が卒業式であったため、卒業式の準備や謝恩会などのために多くの生徒が学校にいたようである。公立高校では、卒業式が終わり次年度の準備の時期にあたり、部活動のために登校していた生徒を除くと多くの高校生は学校外で過ごしていたと考えられる。このため、十分な避難行動がとれず、犠牲者数が高値となった可能性がある。校種別の犠牲者の割合と児童生徒がその時間に滞在していた場所を考慮に入れると、発災時に学校内で過ごしていた児童生徒は教員による避難指導が功を奏して命を落とすリスクが少なかったと考えられる。こうした被災時点の子どもの居場所や、年齢による避難行動の違いが、生死を左右するほどに大きな要素となることに注目したい。

表 1 宮城県の校種別の子どもの犠牲者数 (H24.8.21 現在/仙台市含む/単位: 人)

区分	幼稚園	小学校	中学校	高校	特別支援	中等教育	計
死者	69	167	68	84	5	1	394
安否不明	1	19	7	9	0	0	36
合計	70	186	75	93	5	1	430
割合(%)	14.0	37.1	15.0	18.6	1.0	0.2	85.8

※「割合(%)」は、教育機関 430 人に児童母子福祉施設 71 人を加えた合計 501 人の犠牲者に対する数値。
(出典) 宮城県教育委員会ホームページ「平成 23 年度東日本大震災における学校等の対応等に関する調査」

子どもの犠牲者が多いということは、クラスメイトを失った子どもが多いということでもある。親しい仲間を失う悲しみや驚きは子どもの心に大きな衝撃を与えるが、子どもはこの衝撃にどのように対応していたのであろうか。同級生を亡くした小学校の子どもは、学校の再開後に遊びの場で仲間と輪を作って、あたかも友人がよみがえったかのようにしてその輪の中に友人を登場させて遊ぶことをしていたという。また、仲間を失った幼稚園の 4 歳児はお葬式ごっこをし、菓を作って亡くなった子どもを生き返らせようとしていた。被災地では First provider (保育士や教員など子どものもと身近な支援者) が遊びの中で喪に服する行為をする子どもたちを目撃していた。

友人を失うことがどれほど子どもの心に衝撃を与えたのか、このことを覚えておく必要がある。

(2) 親を失った子ども

親を失った子どもも驚異的な数に上った。18歳未満の子どもに限ると、全国で1,778人、そのうち孤児となった子どもは241人であった(表2)。阪神・淡路大震災では、親を失った子どもの数は573人で、これをはるかに超える数となった。

宮城県では、孤児については、「東日本大震災みやぎこども育英基金支援金・奨学金」を活用した孤児(保護者が震災関連死した場合及び震災時18歳以上だった高校生を含む。)139人のうち、「ひとり親家庭でその親が死亡」又は「ひとり親家庭でその親が行方不明」と確認できたのは83人で、その割合は59.7%を占めていた。ひとり親家庭が多くなった現代の社会状況を考えると、大災害の際には孤児が発生する可能性が高くなることを念頭においた支援活動が必要になる。

表2 東日本大震災で親を亡くした子ども (H27.3 現在/厚生労働省調べ/単位:人)

区分	遺児	孤児	計
宮城県	882	126	1,008
岩手県	489	94	583
福島県	166	21	187
計	1,537	241	1,778

孤児に対する対応は急を要するため、児童相談所が直ちに実態把握と支援に向けて取り組んだ。宮城県では、震災直後から管内市町村の被害状況調査と並行して要保護児童の把握をすべく、児童相談所職員が厚生労働省による自治体等の派遣職員の協力を得ながら、避難所及び保育所等を巡回訪問した。併せて、市町村及び学校等との連携も行い、その把握に努めた。避難所等の巡回訪問により把握した要保護児童の中には、保護者の入院などの理由により、一時保護を実施した児童もいた。震災孤児を引き取った親族に対しては、親族里親制度の周知を図るとともに、併せて未成年後見人の申立てを勧めた。また、里親認定・登録後は児童福祉司及び児童心理司等による継続的な訪問指導を行い、親族里親に委託した児童と里親家庭の適合状態を把握するとともに、未成年後見人制度の家庭裁判所への申立て状況の把握や発達段階に合わせた養育上の助言と震災による心のケアを行った。

親のみならず、同胞や祖父母など家族の誰かを失う子どもが大勢いた。また、大事にしていたペットや宝物のような所有物を津波にさらわれた子どももおり、多くの子どもたちは喪失という大きなダメージを受けた。

(3) 自宅や故郷を失った子ども

東日本大震災は津波による被害が甚大であった。津波により自宅を流され、多くの子どもたちは長期にわたって仮設住宅での生活を強いられた。2年の耐用年限の仮設住宅が、期間延長により、復興の遅れた被災地の重要な生活の場となっている。自宅を失うことによる心のダメージの深刻さは、2005年8月末に米国南東部を襲ったハリケーンカテリーナの被災地でも指摘されている(Osofsky J, 2011)。

津波は自宅のみならず住み慣れた故郷も奪うこととなった。津波に家屋を流され、その後の措置で災害危険区域と指定され、自宅を新築することができなくなった被災者が多く出現した。そのため新たな住宅地を造成するために近隣の山が崩され、地域が様変わりした。また、平野部は数メートルの高さまで盛り土がなされ、震災前の景色は見る影もなくなったところも多くある。

(4) 学校を失った子ども

被災地の沿岸部の学校の多くが津波の被害を受けた。校舎の2階あるいは3階まで津波が襲った学校もあり、他の学校の一部を間借りしながら再開した学校も少なくない。震災の後、統廃合により学び舎を失った子どもたちは膨大な数に及ぶ。学校を失った子どもは、しばらくの期間日常性を失うだけでなく、思い出の拠り所も失うこととなったのである。また、被災者が他市町村へ移住したことにより、子どもの減少に拍車がかかり、学校の統廃合が進んだのも今回の災害の特徴である。

(5) 転校を余儀なくされた子ども

東日本大震災の特筆すべき被害は、多くの子どもたちが転校を余儀なくされたことである。突然に、震災という外力によって、知らない土地に押しやられる如くに転居し、極度の緊張の中で自分の悲惨さとは無縁の子どもたちの中に混じらなければならなかった。また、避難所から仮設住宅の生活に移る際に、転校せざるを得なかった子どもも少なくなかった。転校の実態について震災1年目の動向を表3に示す。

表3 転校した児童生徒の数 (H23年10月13日現在/文部科学省ホームページより)

転校した児童生徒の総数 25,751 人	
幼稚園：	4,466 人
小学生：	14,071 人
中学生：	4,760 人
高校生：	2,307 人
その他：	147 人
福島県が約7割を占め、18,368人。5月時と比して3,982人増加。	

(6) 災害急性期のカオスのような避難状況

この度の震災では、地震発生から約1時間後には、沿岸部の被災者は津波による想像を絶する災禍の中に投げ込まれた。震災当日は、多くの被災者は所定の避難所への避難を果たす時間もなく、発生から3日間ほどを海水に囲まれた家、壊れた家、学校などの急場の避難場所であらうじて生き延びた。この間の状況を反映するように、3月11日の避難者数は41,213人、4日後の14日は約8倍に当たる320,885人に膨れ上がっていた。避難所の数は、3月11日は199か所だったが、3月15日には1,183か所に増設され、最大1,527か所となった。震災発生から数日を経て、ようやく飲食と毛布にありつけた被災者もいた。避難所は建物の玄関先まで人であふれ、立錫の余地のないところもあり、カオスのような状況であった。

仮設住宅には、プレハブ仮設住宅と民間賃貸借上住宅(みなし仮設住宅)があるが、プレハブ仮設住宅は震災の1か月17日後の4月28日に第一次分が完成し、甚大な被

害を受けた石巻市、気仙沼市、女川町、南三陸町を除いた市町では、平成23年8月前半には必要戸数分が完成した。その後、石巻市は10月11日、南三陸町は10月20日、女川町は11月9日、気仙沼市は12月30日に、全ての被災者が何とか避難所から仮設住宅に移れたのである（宮城県、2015）。

2 東日本大震災による後期の子ども被災の実態

東日本大震災では、復興の遅れによって子どもは大きな影響を受けた。復興の遅れ（Slow recovery）による災害後期のステージが長期にわたり、今後もこの問題が続くことが案じられる（災害後のステージについては後述する）。震災から4年半たった平成27年10月31日の時点で、プレハブ仮設住宅には26,800人が入居しており、今なお入居率は57.3%である（宮城県、2015）。みなし仮設住宅においても22,850人が入居しており、合計49,650人が自宅を失ったままの避難生活を送っているのである。そのため、生活環境が整わないことが心の回復の遅れや新たな心の問題の発生につながる可能性がある。

また、仮設住宅での生活による活動の制限と不自由により、子どもたちの心身にもいろいろな変化が起こっている。具体的には、知的活動の制限（ゲーム嗜癖）、食生活の乱れ、体力の低下、健康問題（う歯、肥満など）である。これらは無気力、不活発、引きこもりの前駆的問題となっていることが考えられる。

後期になり、被災地各地で子どもの肥満や運動能力低下が大きな問題となったが、最近視力低下が懸念される地区もある。被災地の子どもの視力低下は県平均より著しい。長く続く仮設住宅での生活で子どもはゲームやテレビを見る時間が長くなっているが、この影響が出ている可能性が考えられる。

Ⅲ 被災した子どもの心の問題について【各論2】

災害からの時間経過によって出現する問題を理解し、その対策を考えるためには、時間経過に沿って、急性期 (Acute disaster)、中期 (Post-acute disaster)、後期 (Post disaster)、及び災害前 (Pre-disaster) の四つのステージに分けることが实际的である。以下に、このステージごとの概要と対応すべき心の問題などについて述べる。

1 災害急性期の衝撃と心の問題

災害発生から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、子どもたちも様々なストレス反応を呈する。一時的なストレス反応状態から、日常生活に支障を来すストレス障害に至るまで、様々な症状が出現する。その代表的なものは急性ストレス障害 (ASD: Acute stress disorder) であるが、急性期はほとんど全ての人々が、大なり小なり災害の影響を受けているものと考えられるべきである。こうした影響について注目すべきは、災害の規模及び地域と個々人の対処能力である。対処能力の中には言うまでもなく災害以前になされるべき災害への準備や避難訓練も含まれる。

また、急性期は皆が同じ立場の被災者であることから、辛苦の時期ではあるが、この同一感がお互いに助け合うといった共助の精神性を引き出すようである。

(1) 災害急性期の衝撃

災害が心に与える衝撃は、一時的なものから長期的に持続するものまで様々である。急性期においては、地震による激しい揺れ、続いて襲いかかる津波、時には津波火災、さらには緊急避難時の混乱的状況などによる極度のストレスに耐えなければならない。こうした心に大きな傷を及ぼす出来事を **Trauma event** (心的外傷性出来事) と言い、**Trauma event** の威力や **Trauma event** とどのくらいの距離で被災したかによって、心は衝撃を受ける。

子どもについては、これらの衝撃に加えて、次のような問題に関心を向けておく必要がある。どのような状況で **Trauma event** に曝露されたか、その際の親や保育士あるいは教員などの身近な大人の対処の内容、被災以前の親と子どもとの関係などである。こうした問題が、心の衝撃の程度に影響し、心的外傷の受傷やその後の経過を左右すると考えられている (Raphael B, 1986)。さらに看過してはならないこととして、災害以前の既往歴、例えば、災害以前の心身の疾患や過去の被災体験の有無などが挙げられる。

子どもの年齢と発達の様子は、急性期のストレスに対する反応に影響し、トラウマ (**Trauma**: 心的外傷) に対する脆弱性の要因となる。言葉の能力はトラウマからの回復に大きな力となるが、言葉の力が十分に育っていない年齢の子どもでは、言葉の力による対処能力が劣る。幼い子どもでは、トラウマを受傷した場合、年齢の大きな子どもと比べ言葉が使えない分、トラウマの症状が態度や行動で現れると考えられている (Perry B, 2006)。

(2) 災害急性期の子どもの心の問題

災害からの回復のステージとともに、子どもの問題が変化するが、事例をもとにそ

それぞれのステージに特徴的な心の問題を概観する。

① 症状の概要

災害時における自然の猛威は、まさに強烈なストレスそのものであり、被災直後はこのストレスに対して心身が反応し、様々な身体症状が発せられる。症状の中心は急性ストレス症状で、緊張、驚愕、恐怖、不安、これらに呼応する落ち着きの欠如と多動、身体的な訴え及び睡眠障害などからなる。このような状態に陥った子どもの多くは退行し、愛着行動が賦活される。年齢の小さな子どもでは、彼らの呈する身体症状が親や保育士との関わりを持つための、同時にケアを行うための大事な窓口となる。身体症状は実に様々で、汗だくになる子ども、心臓が激しく鼓動する子ども（心悸亢進）、口内炎を患う子ども、声が出なくなった子ども（失声）、脱毛や抜毛など頭髪の異常を示す子どもなどが出現した。

② 急性期の事例

急性期は急性ストレス反応や急性ストレス障害が多く出現する時期である。この時期に出現する事例を紹介する。

【事例1】 1歳女兒

災害後に、水を怖がること、眠れないことで相談となった事例。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、母は本児を抱き抱えて、何とか車の窓から脱出した。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日過ごした。母親の実家に身を寄せてから間もなく洗顔や洗髪を怖がる、不眠、過食などの症状が出現。被災時には母は車から脱出する際に海水に胸までつきながら本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ようである。

睡眠障害については、なかなか入眠できない、入眠しても直ぐに目覚めてしまう状態を呈していた。愛着欲求が賦活され、本児は自宅に戻ってから母にまとわりつき、母の足下におもちゃをもってきて、母のいることを確認して遊ぶようになった。母が便所に行く際には、本児は自分も便所に入れることを求めている。

【事例2】 3歳女兒

3月11日の地震の際には保育所におり、窓ガラスが割れるなどの被災を経験。迎えに来た父とともに大混乱の中を避難所で一夜を明かした。翌日、母と弟と合流し、仙台市内の父方実家に身を寄せた。災害直後から、要求を受け入れてもらえないと自分の頭を叩いたり、弟の授乳の際に自分にもオッパイを飲ませろと要求したりした。赤ちゃん返りの強い状態、つまり退行症状を示していた。退行状態と愛着欲求のすさまじさに親が困惑し、相談となったケースであった。

また、過覚醒状態（交感神経系亢進状態）にあり、この時期は頻繁に余震が出現していた時期で、本児は余震の揺れを異常に怖がっていた。ダッコすると心臓が激しく脈打つのがわかるほど心悸亢進状態を呈していた。また、睡眠障害を示し、入眠後直ぐに目覚めその後は眠れなくなる、あるいは朝早くに目覚めるなどの行動を示していた。

本児の注意すべき成育史として、母が弟の在胎3か月で切迫流産となったことで、パパっ子として育ったことが挙げられる。弟が生まれてからは、やきもちを

焼くこともなく母親のように弟の世話をした。幼稚園でも他の子どもの世話をし、かわいそうなくらいに気を遣う子どもとなっていた。

③ 解離症状について

解離症状は心理的に大きな負荷が加わった時に生じる症状であるが、急性期の大混乱の中で見逃されていた可能性のある症状でもある。相談時の保育士たちの報告によると、避難所でボーっとしていた幼児、反応が失われた幼児、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ということである。子どもたちの心の負担をつかむ上では重要な症状である。

2 災害中期の衝撃と心の問題

災害中期は急性期に引き続く時期で、発生から1年までがこの時期とされている。心の問題は、ASDに代わってPTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）が中心を占めるが、遅発タイプのPTSD及びPTSD以外の様々な精神疾患が出現する。また、ASDはPTSDを早期発見に資するために設けられた診断分類で、ASDの診断に相当する被災者は注意して経過をみていかなければならない。

中期は生活の立て直しやインフラ等の復旧や復興をめぐる環境的な影響が加わり始める時期にあたる。家の崩壊や津波による流失により、住居を失った被災者は避難所から仮設住宅に移るが、喪失に加え新たな住環境や人間関係への適応を強いられることに対する負担から、心の問題は次第に複雑さを増していく。この頃から、心の内部に押し込められていた不安や苦悩が処理できなくなり、震災以前から抱えていた精神疾患が露わになってくることもある。

中期は被災者の心の中に新たな変化が加わる時期でもある。生き延びることに必死に取り組んだ急性期は、多くの被災者は注意や意識が向く領域が狭まる。被災者の中には意識が狭窄し、行動が自動的になっている人も少なくなかったであろう。そのことが結果的に心の破綻を防ぐ役割を担っていた。中期に入ると、多くの被災者の意識には被災の現実と向かい合う時間が増え、結果として様々な問題が心の中に入り込んでくる。自分の現実がより明瞭に見えてくるだけでなく、様々な事柄に目が向くようになり、心の中に刺激があふれてくる。また生き残ったものの、この先を生きていく上での不安や困難に苦悩し、生き残ったことを申し訳ないなどといった自責感情（Survivor's Guilt）に悩む被災者も出てくる。中期は急性期と後期の間に位置していることから、意識される心理的負担は一樣ではなく、人によって様々な違いがあったはずである。この時期の主題は次のようになると考えられる。

（1）災害中期の衝撃

災害中期になると、急性期のストレスは減少し、代わって、生活再建などの現実的な課題が親や地域の子どもの支援者に重い負担としてのしかかってくる。多くの被災者が災害のために家屋などの財産や職を失い、これが災害後の余波となって精神的健康を損なう親は少なくない。

家族の受けたダメージがDV（Domestic Violence：家庭内暴力）や離婚として目立ってくるのもこの時期である。夫婦間でも立ち直りの違いが出て、その違いが両者を引き裂くことにもなる。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、それによって目の前の現実が入り込んでくる。急性期の緊迫した状況の中では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。

復興は個人でそのテンポが異なるが、復興のスピードの違いにより、急性期を生き抜く際に発動されていた強い仲間意識による共助の力が弱り始め、徐々に個人的な問題や課題に戻らざるを得なくなる。その結果、中期に至って改めて災害のもたらした現実と直面する大人も少なくないであろう。

子どもは急性期に抱いていた不安な気持ちや甘えたい気持ち、そして理不尽な自然災害に対する怒りなどの感情を我慢できなくなって表し始める。また、アルコール問題やうつ病など、メンタルヘルスを崩す親も現れ、親の精神的な問題が子どもに影響を及ぼすのもこの時期である。頼るべき親が頼りにならないことを気づかされ、失望感や絶望感を抱く子どもも出現する。

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、阪神・淡路大震災の教訓の一つ、学校再開の重要性を受けて、多くの学校が震災から1か月半ほどの4月20日頃に再開した。深刻な状況におかれていた子どもたちは、学校の再開により被災地においては最も安全安心な環境と大切な日常性を提供されることになった。学校では給食や活動の場が得られる。その一方で、多くの学校が津波の被害を受けたことから、一つの学校に複数の学校が同居するなど、子どもたちは今まで経験したことのない大きな変化の中で後期のステージを生きることになった。また、居住地内外の学校への転校を強いられ、喪失感や新たな負担を背負う子どもも少なくなかった。このような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、災害中期の学校生活がスタートを切った。

中期は急性期に問題を出さなかった子どもが問題を出し始めた。その理由は二つ考えられる。一つは、それまでじっと耐えてきた子どもが耐え切れなくなってきたためである。子どもも急性期には必死に耐えようとするし、大人が必死に復旧に取り組む姿に強く影響され、意識的にも無意識的にも復旧に参加する。しかし、時間が経つにつれ、忍耐の限界を超えるのであろう。心の中に抑え込んできた不安や苦痛が頭をもたげ、落ち着きを欠いた行動、他児との諍い、集中力を欠いた授業態度として子どもが受けた心の問題の深刻さが現れてくる。もう一つは、急性期の強度のストレスに対して、脳は意識を狭窄させ、解離を起こすなどの心理機制によって心の混乱にブレーキをかけて対応するためである。この心理機制は時間の経過とともに鎮まり、周囲の出来事に関心が向くようになり、次第に外部の刺激が脳に入り込んでくる。しかし、まだ刺激に対応できる状態にない場合には、心身が過剰に反応することになり、そのために落ち着きを欠く、集中力を欠く、衝動的になる等の行動が出現していたものと考えられた。

(2) 災害中期の子どもの心の問題

① 症状の概要

災害中期はトラウマによる症状が出始める時期である。一般的には、PTSDを主に様々な心の問題が出現してくる。急性期を代表するASDは時間の経過とともに減少し、中期に入ってもこの症状が持続する場合、PTSDと診断される。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、早期介入する目的で設けら

れた診断名であり、実際、こうした経過をと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の生活に復するにつれ、新たな刺激が加わることで PTSD が誘発されることが多くなる。海から潮の匂いを運んでくる風にパニックを来す、つまり恐怖感がよみがえ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を繰り返す子どもなどが出現していた。

子どもが表す症状は年齢によっても異なる。年齢の小さな子どもたちの場合では落ち着きが欠け、多動、ボーとした様子、保育士を独占しようとする態度が目立っていた。Post traumatic play と言われる津波遊び、地震遊び、お葬式ごっこなどの遊びに興じる子どもたちがこの時期に多く見られた。幼い年齢の子どもたちは、震災による受け入れがたい衝撃を遊びの中で表していた。

また、この時期においても、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。身体をいたわることが心のケアに不可欠であり、特に幼い子どもは身体の症状が心の状態を表しているからである。小中学校の不登校は、急性期から中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や、家で大人しくしてはられないような状況であったことも不登校が減少した要因だったと考えられる。

② 中期の事例

【事例3】 4歳男児

中期に Post traumatic play を示した男児である。幼児は精神的苦痛を言語で語る事が難しく、心の中で納まりのつかなかった体験や苦痛が遊びや行動によって外に現われてくる。遊びの場合、これを Post traumatic play と称する。本児は津波に直撃され、被災した保育所で他の園児たちと一晩を過ごした。約4か月後に保育所が再開し、この頃の自由遊びの時間に「葬式ごっこ」をしていた。家人には犠牲者はいないが、親族犠牲者の確認のために遺体安置所や葬儀に何度も連れて歩かれたようである。本児は、他児と声を上げて遊んでいた職員に「先生、お葬式をしているので静かにしてくれない！」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。本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」と語った。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本児のところへ注文を取りに来ると、本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。職員はお供えの注文を提案した。本児は「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、本児は「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」と言った。コンビニが近くにはないということになり、「津波で店がない」と怒り出した。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。

【事例4】 6歳男児

震災から3か月後に行われた運動会の後、突然に恐怖感に襲われ、学校に行けなくなった。夜になると怖い気持ちが強まり、また地震が来るのではないかと、不安にとらわれるようになった。朝食になると吐き気がし、時に嘔吐することもあった。

診察では、本児がか細い声で応えるので、その声にあわせて小さな声で対応をすると次第に受け応えが多くなった。「怖い気持ちに困っている」と言い、それは、「余震の度に怖くなる、地震を思い出して怖くなる」という内容であった。さらには2年生になって担任が女性から男性に替わったが、この先生が怖くて学校に行けない、と不安が拡大していたことをうかがわせた。母から離れられなくなり、母の同行により何とか登校する日もあった。

震災の際、本児は炬燵布団から頭を出して母を呼んだ。本児の様子には特に変化は見られなかった。診察で当時のことを振り返られるようになると、本児は「地震で自分が怖かったけれど、母のことが心配だった」と語った。本児の陳述を聞いていた母は、本児の不安の内容に自分のことが関わっていることに気づき、涙を流した。母は出産後からめまいなどの症状があり、精神科通院していたことを語った。

その後の面接で、本児に“お母さんのことを心配しなくても良いと思う、お母さんのことはお父さんが心配してくれているし、お母さん自身が自分のことを心配することで良いのだと思うよ”と伝えた。この対応で気持ちが楽になったようで、終了後に受付で支払いをしている母から、「児は自分をおいて一人で便所に行った、いつもは離れないのに」と報告を受けた。怖かった記憶を語れるようになり、数回の診察ののち学校に復帰した。

3 災害後期の衝撃と心の問題

震災発生から1年を過ぎると災害後期といわれる時期に入る。この度のような大災害では、後期のステージは長期に及ぶことが想定されるが、どれくらい続くかは、災害の規模や復旧のスピード及び提供される支援などの外的な要素のみならず、コミュニティーの回復具合や被災者個々の事情にも左右される。また、数万に及ぶ住民が他市町村や県外に移動し、災害以前の時代から始まっていた過疎化に拍車がかかり、住民の3割近くが離散した市町もある。転居という選択をした被災者は、子育て世代の親や若者が多く、残された被災地の高齢化率は一挙に上昇した。新たな土地に移った被災者が組みまなくてはならない課題は一層重く、残された被災者もまた複雑な喪失体験を強いられることになる。

後期は仮設住宅から復興住宅に移る時期でもある。平屋の家か二階建ての家が当たり前であった東北の沿岸部の被災地に、大都市を象徴する高層ビルが出現し、これまでとは全く異なった生活が開始された。コンクリートの壁や鉄の扉で隔てられ、気楽に立ち寄れた生活からブザーを押して隣人と接する生活が変わる。

復興格差という表現があるが、後期は個々人の復興のスピードに差が出てくる。復興格差が被災者のメンタルヘルスに大きな影響を与える。復興の格差は住宅再建に最も顕著に現れる。自治体間にも復興格差が生じている。震災以前に住居のあった土地が災害危険区域に指定され住宅再建に要する土地を失った町の復興は大きく遅れ、他の市町村

に転居する住民が多くなる。その自治体に残るにしても他市町村に転居するにしても、復興の格差はついて回る。缺状格差といわれるように、右肩上がりに生活再建に取り組む被災者と、悲嘆の中であって生活苦や精神的な不具合などに悩む被災者が出てくる。親の生活再建は子どもの生活に大きく関わることになる。

大規模災害の場合は、急性期の避難生活は住民のつながりを分断する。その後の仮設住宅での生活では、かつてのコミュニティーのつながりを保つことは容易でなく個々人が生きるためのコミュニティーの機能は大きく損傷してしまう。後期の被災地の課題はコミュニティーの再生にあり、転居した被災者も新たなコミュニティーにどのように参画していくかといった課題に取り組まなければならない。

(1) 災害後期の衝撃

後期になると急性期とは様相が変わり、明瞭な症状は後退し、代わってそれまで目立たなかった問題や環境の変化によって形成された問題が加わる。災害余波と言われる家や財産の流出そして失職などによる生活困窮、親の不和や離婚などの家族の危機、親の精神的な問題、地域の問題などの問題や出来事が、子どもたちに新たな負荷となって子どもの心に影響を与えていた。このように子どもは災害時のみならず災害後にも様々な影響を受けるため、子どもの表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係のない個人固有の問題か、判断に迷うことが多くなる。

この時期に忘れてはならない問題として、急性期や中期に見過ごされた子どもが心の問題を出してくることが挙げられる。また、震災当時年齢の幼い子どもが後期になって問題を出してくる可能性が高い。乳幼児ではトラウマの影響は様々な領域に及び、発達が順調に進まない場合があり得る。被災地では多くの保育士や教員から子どもの発達がおかしいといった発言が聞かれた。実際、被災地の小学校では、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目立ち始め、後期の特徴の一つとなっている。

震災発生時から時間が経つにつれ、トラウマの現れ方も変化してくる。見逃してしまいがちな“回避症状”や見極めの難しい“トラウマの再演”などの症状がじわじわと出現してくる。後期に子どもが表す症状の特徴を知っていないと、また症状を見分ける力を持っていないと、ケアが必要な子どもを放置してしまうことになる。

再演とは心的外傷が問題行動として繰り返し出現してくる現象で、他者への暴力という形で怒りを向けたり、自傷などにより心の苦痛を再現したりするのである (Van der Kolk, 1998)。

(2) 災害後期の症状の特徴

① 問題が複雑化する時期

震災直後の恐怖感や驚愕による心の問題の多くは、時間の経過とともに消褪する。急性期や中期は子どもの発する症状や問題がわかりやすい時期であったが、後期は子どもの心が見えにくくなる。また、日々の生活の中に潜む **Reminder** (災害の恐怖心などを思い出させる出来事) によって、トラウマが引き出されてくる場合もある。わかりやすい PTSD からわかりにくい複雑な PTSD に変わっていく。

親の精神的不調や夫婦間の問題が、子どもの心の回復に影響を及ぼすことや新たな問題を生む場合もある。個々の家庭の復興のスピードの違いが、子どもにも影を

落とす。災害後期は、子どもの示す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。“災害による子どもの心のケア”という相談を利用できるのか迷う学校も少なくない。

② 外在化する問題が目立つ時期

災害後期は心の中に残存する恐怖感や無力感を問題行動で再現するような出来事が多くなる。「311」の恐怖感や圧倒された感情を破壊的な行動で再現する（再演）子どもも少なくない。恐怖感や怒りの感情が、他児との衝突やけんか、教員に対する反抗的な態度に反映することもある。不安や恐怖感を引き出すような場面から逃避、回避するような態度で対応することもある。こうした心の内には留めることができず、外側に向けて押し出されてくる問題が後期の特徴ともなる。

③ 保育士や教員などの支援者の心の問題

災害は保育士や教員の心にも影響を与える。子どもと大人との関係にも影響を与える。後期は、子ども自身の問題と支援者の問題が絡み合うために、心の問題の発見に支障が出たり、ケアが進まないといったことが起きたりする。深刻なダメージを受けた支援者が、その傷をケアする機会や時間も持てないままに子どものケアや教育に従事する場合も少なくない。支援者の傷つきや疲弊は、子どもの問題を見る目や対応に影を落とす。支援者が感情麻痺（Numbing）の状態にあって、子どもの問題が自分たちの苦痛や古傷に触れるような場合、回避や否認の心理機制が働いてしまうことがある。また、親を亡くした子どもに対して、支援者は自らの抱く痛々しさの感情のために心理的な距離をとることもあるようである。

④ 学校が抱える課題

後期は、学校は通常の学校生活を大事にしたいという気持ちが強く働いてくる。その気持ちが強く働くと、震災は済んだこと、終わったこととして、心のケア対策の姿勢が弱まる学校もある。震災の衝撃が大きく、復興が思うように進まなければ、多くの人は起こった惨事を無意識のレベルで忘れようとすることも起こり得る。「なかったこと」、「早く忘れること」で元気を取り戻そうとする。こうした傾向は耐えがたい苦痛な経験に対応する心の機序で、「否認」とか「回避」と称されている。苦痛な経験を思い出さないようにする心の働きである（鱸（たたら） 幹八郎：不測の衝撃、金剛出版、訳書の序文として）。

学校の取組は様々である。校長が積極的に子どもに関わろうとしている学校や、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は多い。問題を抱えた子どもがいるにもかかわらず、相談に供される子どもがほとんどない学校もある。

保健室は子どもが心身に何か苦痛や問題を感じた時に訪れる場所である。震災後の利用者の数は増加の一途をたどっていた。不安や混乱を呈したために心を落ち着け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。些細な傷や身長測定、体重測定を理由にしてちょっとだけ立ち寄る子どもが大勢おり、「ちょこっと利用」と表現する養護教諭もいた。身体に関わることを引き合いにして「かまってもらう」、「話を聞いて

もらう」、「集団の緊張生活から息抜きをする」などの目的で、震災後の保健室は子どもの心のケアの大切な場となっていた。

(3) 災害後期の事例

【事例5】 小学1年生の女兒、被災時3歳

震災から4年経った小学1年の2学期終了間際に「学校が嫌だ」と堰を切ったように泣き出し、食事もとれなくなった。泣き疲れて寝入るも、睡眠から覚めるとまた泣き出す状態。心の中に溜めに溜めた何かがあるかのように泣いた。こうした状態が数日続いた。3学期に入ると、再び同様の状態を示し、加えて前腕と脇腹に蕁麻疹が出現した。そして「自分は何で生きているんだ？」(死にたいという感情を背景にした訴えであろう)、「転校したい」と口にするようになった。1学期の終わり頃にも「学校嫌だなー」と言うこともあった。

本児は3歳の幼稚園入園の直前に震災に遭遇。津波の迫った家に祖母と一緒にいたところを駆けつけた父に屋根に押し上げてもらい救われた。祖母の背中に背負われて津波の中を救出され、震災後は避難所を半年間転々とした。仮設住宅の生活が始まってから、父母ともに精神的に不調となり、父は不眠に加え、津波に襲われる夢に悩まされた。母は布団の襟が口に触れると津波に襲われるような恐怖感を抱き、飲酒して酔わないと眠れなくなり、夫からアル中と言われるほどだった。

本児は、幼稚園生活が始まると園では良い子として頑張った。幼稚園からのお便りでは、先生から頼られるくらいすごくしっかりしていた。友達の喧嘩を仲直りさせることもあった。無理をして良い子の役割を担っていた。一方、家では度々痛癢を起し、泣いて姉を叩くこともあった。元気がなく、家では自分一人でやることを怖がる、さらには「お母さん、自分のこと好き？」と確認するような聞き方をしていた。こうした本児の行動に対して母は震災の影響か、それとももともと性格によるものか、苦慮していた。

本児はPTSDの診断が該当するが、PTSDが明瞭に出現したのは小学校に進んでからであった。ランドセルを乱暴に扱う男児や、「死ねとか、ぶっ殺す」といった乱暴な言い方をする男児の声を聞くと怖い、などと言いだし、学校生活のいろいろな場面で落ち着かなくなっていた。

5歳の時に他県に転居していた祖母が本児たちのもとに立ち寄った時に、本児はPTSDの症状を示したことがある。祖母が、どれくらい大きくなったかとおんぶしたところ、本児は怖がって泣き出すことがあった。おんぶが被災の怖い記憶をよみがえらせたようである。

4 災害後の心の問題の推移

災害発生時点から災害後期に至る時間経過の中で、子どもに認められたASDやPTSDなどを主にした心の問題と推移を表したのが図1である。

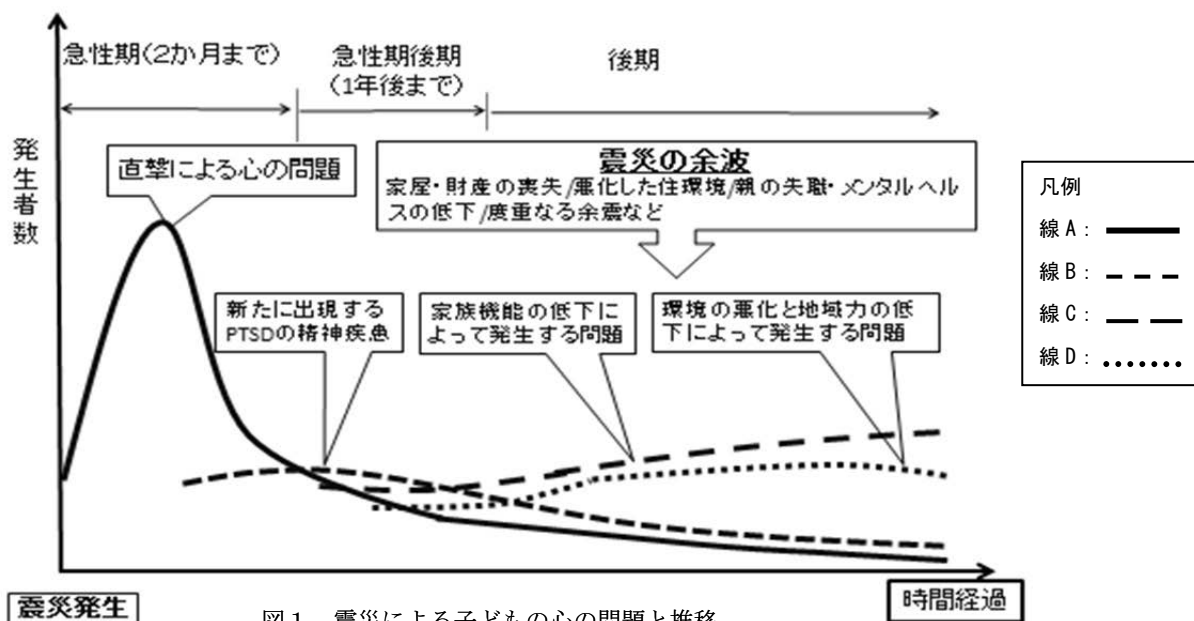


図1 震災による子どもの心の問題と推移

図1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の直撃により多くのASDが発生し、一か月後には診断基準により症状が続いているASDはPTSDに移行する。ASDが先行したPTSDは時間の経過とともに減少する。これを線Aで示した。線Bは日常生活の中に存在するReminderにより誘発されるPTSDの経過を示した。線C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線Dで示した。

災害後期は、復興をめぐる持続的なストレス状況、生活の変化などによる震災余波の影響、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によって心の問題は複雑になる。この時期に明らかに増加している不登校では、これらの問題が背景にあり、震災以前の不登校とは背景が異なるかも知れず、子どもの内面をもっと丁寧に把握しなければならない。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対応が求められ、震災の影響を考慮した対応が必要になる。

5 記念日とその対応

震災を経験した人々には、東日本大震災の発生した「3月11日」という日は特別の日となる。被災地では亡くなった犠牲者を弔うための行事を執り行い、学校の多くも3月11日を忘れないように改めて災害に備える意識を高める。3月11日は、喪に服するためにも、震災を忘れないためにも、重要な日である。その一方で、毎年3月11日前後は震災にまつわる様々な不安、恐怖、怒りなどの辛苦の感情が発生する日でもある。これを記念日反応(Anniversary Reaction)と言い、3月11日の記憶が容易に想起される。学校関係者は、子どものPTSD再発や精神的に不安定になる子どもの出現に気を遣う。実

際、過去4回の記念日には子どもたちの間ではPTSDや不安障害などが発生している。

(1) 記念日としての3月11日

記念日の3月11日は、被災者にとって重大な日であり、多くの被災者は災害の記憶がよみがえってくる。あの日の世界に引き戻される。緊迫感のみならず、恐怖感や無力感などの強烈な感情が再現し、PTSDに苦しむ人も出現する。被災地では3月11日には様々な行事が催され、緊張感や緊迫感に覆われる日である。学校も授業を短縮し、震災に関連した行事を組む。否が応でもあの日に引き戻されるのである。

(2) 子どもの日常生活はReminderだらけ

被災地の子どもの日常生活の中には、たくさんのReminderが潜む。記念日はこうしたReminderの中で最も影響力の大きなものである。東日本大震災の被災地では、工事車両がたてる振動、TVが伝えるどこかの地震や災害のニュース、激しい降雨、親のちょっとした叱責、運動会のピストルの音など、多くのReminderがある。また、何がReminderになるか一人一人の子どもで違ってくる。

(3) 記念日反応は心の状態のバロメーター

記念日の反応は、子どもの心の処理能力の力やトラウマからの回復の程度を表す。ちょっとした緊張で済むか、パニックまで進行するのか、立ち直りまでの時間が短くて済むか等、子どもの発現する症状の全体像を把握することで、心の状態を把握できるかもしれない。よって反応の内容や程度はケアの必要度を検討する材料にもなる。

(4) 記念日反応にどのように臨むか

記念日は心の回復のプロセスがもう一步進む機会となるであろう。多少ストレスのかかる記念日を送ることにより、震災の時の記憶やその後の記憶につながるのがある道筋ができる機会になるかもしれない。それまで震災に関わりのある事柄を回避した子どもであれば、あるいは心を麻痺させて今日に至った子どもであれば、記念日はあの日の出来事をもう一度思い出して、その後の人生に影響を及ぼしてきた事柄の意味を確認することが可能になるかもしれない。トラウマ記憶は特殊な記憶であるが、この記憶に治療的に接近することが可能になるかもしれない。

記念日反応を起こした時の子どもの周囲の大人の対応は重要である。大人が落ち着いて穏やかな対応ができれば、子どもが安心感を抱き、今まで抱え込んできたトラウマによる無力感やコントロールできない不安が和らぐことになるであろう。こうしたケアがトラウマから解放される契機となる。記念日反応の正体は言い換えれば、心の中に消えずに貯蔵されているあの日の恐怖や不安の再現である。周囲の大人による第一義的な対応は、この恐怖や不安を和らげることである。適切な対応は、その子どもの他者との信頼的な関係の再構築につながるかもしれない。他者を信頼し、必要に応じて他者にヘルプを求める新たな自分を見出すかもしれない。

記念日反応を起こす子どもに対して、大人は震災当時十分な対応ができなかったかもしれないが、目前にしている記念日では、子どもたちの行動や態度の変化に多少は予測が付き、それに基づいた対応ができる。子どもたちに寄り添い、安心感を提供できるかもしれない。記念日には災害当時の恐怖や無力感が再来するが、この度はそば

にいる大人がそれらを一緒に受け止めてくれる。押し殺してきた不安や恐怖感をコントロールする能力を育てる新たな機会でもある。これこそが心のケアの原点である。

6 災害前の対策

災害の準備として災害前の対策が重要である。東日本大震災後の被災地の学校では、防災訓練や防災教育がごく当たり前のように行われるようになった。毎月のように避難訓練を行い、年に数回の救助活動を実施している学校もある。児童生徒が本部長を務め、炊き出しなども訓練メニューに加えて、より臨場感を持たせているところもあった。こうした訓練は、東日本大震災で被災者となった児童生徒にとっての心のケアとしての意味もあるように思われる。

防災訓練と並んで災害によって被る心の問題やケアのあり方についても、災害前の対策として準備をしておかなくてはならない。Psychological First Aids (PFA: 心理面の救急法、National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006) はずいぶんと知られるようになったが、Psychological First Aids for Children (Schreiber M, Gurwitch R, Wong M, Schonfeld D, 2006) という子どもを対象とした心理面の救急法も参考になる。

災害前の対策として防災訓練をするのは、災害という事態によって自分たちに何が起こり得るのか、危機にどのように対応すればいいのか、その後どんな課題が待ち受けているのか、こうしたことに対する予測能力を高めるためである。心に深手を負うのは、不意打ちを食らうことや、突然に深刻な事態に巻き込まれて圧倒されてしまうことによる。危機を予測し、少しでも準備するという対応が、心の深手、トラウマを受傷することを防ぐ手立てとなるのである。

IV 特別な配慮を要する子どもの心のケアをめぐる課題【各論3】

～災害弱者としての幼児や発達に問題のある子どもについて～

子ども総合センターは、被災した市町の保健センターと連携して、母子保健システムに軸足をおいた支援を展開したことから、急性期と中期には年齢の小さな子どもの利用が多かった。また、震災前から県内4か所（名取市、大崎市、石巻市、気仙沼市）で児童精神科医療を行い、震災後には沿岸部に位置する3か所の診療所を拠点に子どもの心の医療を提供したことから、小中学生についても精神医学的な心のケアを必要とする相談が多く持ち込まれた。この中には知的発達の遅れた子どもや明らかに発達障害と診断される子どもが多数含まれていた。これらの子どもを対象に災害弱者とされる幼児や発達障害の子どもが震災から受ける影響とケアについて検討した。

1 災害の影響を受けた幼児の実態

(1) 子ども総合センター子どもの心のケアチームと幼児の支援

図2は震災1年目に子ども総合センターが介入した子どもの年齢別の利用者数である。年齢を3年で分け、年齢ごとの利用者数を表した。この表から当センターが関わった子どもは就学前の年齢の子どもが多いこと、次に小学校低学年の子どもが多いことがわかる。震災ではあまり関心を向けられないことのない年齢の小さな子どものケアに関わることになった。親や地域の First provider としての役割を持つ保健師や保育士の支援活動を支えることを課題にした活動の成果を反映している。県行政あるいは県の医療機関の役割が鮮明に発揮されたと考えられる。

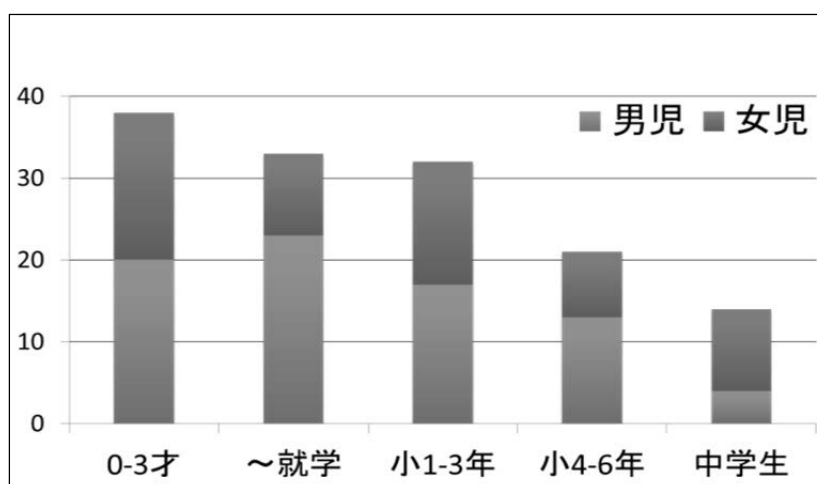


図2 H23年度対応ケースの年齢構成別利用者数（単位：人）

表4は災害急性期と中期に、当センターの子どもの心のケアチーム（以下、ケアチームという。）が関わった幼児の症状をまとめたものである。急性期に関わった幼児が示した症状を①から⑧に、中期から後期に関わった幼児の症状を⑨から⑭に示した。急性期の症状は急激なストレスに対する症状である。日常生活に支障が出る場合にはASDと診断される。急性期の症状が災害中期や後期においても症状を持続させている場合はPTSDなどの診断に変更される。

表4 子どもが示した症状や行動の変化

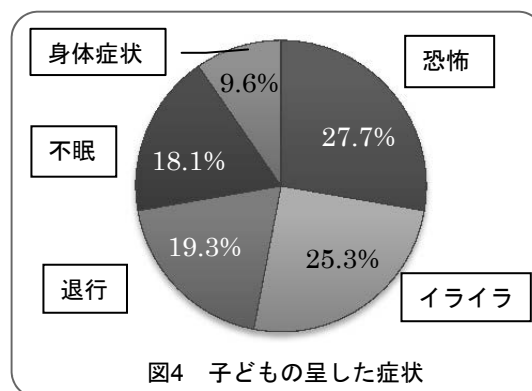
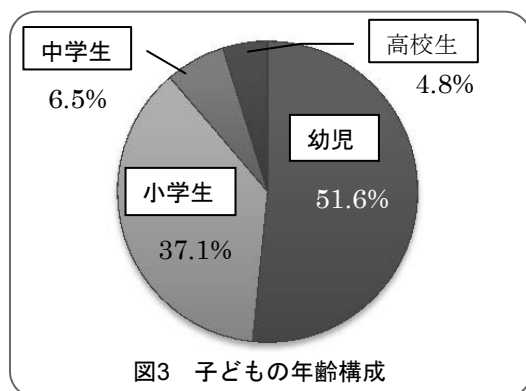
急性期に認められた症状	中期から後期に認められた症状
① 津波・地震遊び (Post Traumatic Play)	⑨ 外的な刺激への過度な警戒心と不安 (地震や激しい降雨への過度な不安)
② 退行 (おもらし、着替えを嫌がる)	⑩ 乱暴になる
③ 睡眠障害 (日中もちよとした音などの刺激で目を覚ます)	⑪ トイレを怖がる
④ ポーとしている (解離、回避、没入)	⑫ 風呂、洗髪を極度に嫌がる (+津波への恐怖感の表れ)
⑤ 発汗、心臓の拍動の激しさ	⑬ 外出を嫌がる (外の世界が怖くなった、安心できない)
⑥ 不機嫌 (イライラ)	⑭ 悪夢 (夜驚症)
⑦ 落ち着かず、多動	
⑧ 失声や吃音	

急性期に精神的な影響を受けている子どもを早期に見つけ出すことが PTSD の発見のみならず、ASD が悪化しないための予防的な対応にもなる。災害中期に入ると、⑨から⑭で示したような症状が出現したが、これらは PTSD の主要な3つの症状カテゴリーの、回避症状、再体験症状、過覚醒症状である。また、遊びを通して心の問題を発現していた。中期には地震遊び、津波遊びなどが頻繁に認められていた。これは Post Traumatic Play (心の外傷を反映した遊び) と言われている。この遊びは子どもの受けた衝撃の大きさを物語るが、同時に子どもなりに心の修復に取り組んでいることを意味するのである。

(2) 北海道医療チームによる幼児の医療的支援

図3と図4は震災直後から1か月過ぎまでの急性期に、気仙沼地区を中心に子どもに特化した心のケアを実施した北海道医療チームが関わった子どもの年齢構成と症状の概要を比率で表したものである(笹川、2011)。年齢からみると、幼児、小学生、中学生、高校生の順で医療チームの支援を受けていた。我々子ども総合センターのケアチームと同じような結果でもある。子どもたちが発現した症状を、恐怖、イライラ、退行、不眠、身体症状のカテゴリーでまとめたものが図4である。これは急性ストレス反応あるいは急性ストレス障害の症状であるが、子どもは多彩な症状を呈し、特に身体的な症状を発現するので、親や支援者から医療チームにつながれやすかったと考えられる。

子どもに及ぼす災害の影響は、子どもの年齢とその子どもの知的な発達レベルによっても違いがあるようである。災害への対処は、その出来事を言語で振り返る能力がどれくらい備わっているか、そして自分の体験を他者と相互的に交換できるような能力を有しているかによって異なると考えられる。当然のことであるが、年齢の小さな子どもは言語の力が十分に備わっていないために、災害の衝撃とその反応は子どもの示す行動や態度に反映される。したがって低年齢の子どもは言葉を用いて心的外傷の存在を示すような表現ができないためケアが必要であっても見落とされる子どもは少なくないものと考えられる。



2 乳幼児期のトラウマについて

乳幼児期は脳の発達の著しい時期ゆえに影響も大きいと考えられる。表5は虐待などの心的外傷を与える衝撃が及ぼす脳の主要な機能について述べたものである。乳幼児期から長期間に虐待やネグレクトに曝露した子どもでは、発達を司る脳の主要な領域に様々な問題が発生することが知られている（The National Child Traumatic Stress Network, 2010）。

表5 長期的なトラウマに晒されて影響を受ける脳の機能

- | |
|------------------------------------|
| ① Attachment（愛着や対人関係に現れる問題） |
| ② Biology（身体機能に現れる問題） |
| ③ Affect Regulation（感情の統制の問題） |
| ④ Dissociation（意識の連続性の問題、解離など） |
| ⑤ Behavioral Control（行動のコントロールの問題） |
| ⑥ Cognition（認知と言葉の領域） |
| ⑦ Self-Concept（自我のまとまりの悪さ） |

子どものトラウマとその経過については、米国のACE研究が参考になる（米国疾病対策センター、1998）。1998年、米国疾病対策センターは、その類では最大規模の研究、ACE研究を行った。ACE（Adverse Childhood Experience）とは、悲惨な子ども時代の体験、トラウマをもたらすような体験を指し、これが図5にあるような様々な疾病の成立に関わると結論づけた。この研究は、何百万人ものアメリカ人が子ども時代に1回以上のACEを体験していることを実証し、その体験の結果として、多くの人たちは社交性や情緒に障害を持つようになり、後に孤独感や心の痛みを軽減しようとして、自分の健康を損なう行動（薬物乱用、飲酒、喫煙等々）に走る人たちがおり、これが疾病や障害につながり、さらにその結果として早すぎる死に至る人たちがいることが明らかにされた。ACE研究から、災害により傷ついた子どもたちは適切なケアを受けないと、将来に様々な問題や病気に陥る可能性が高いことが懸念される。

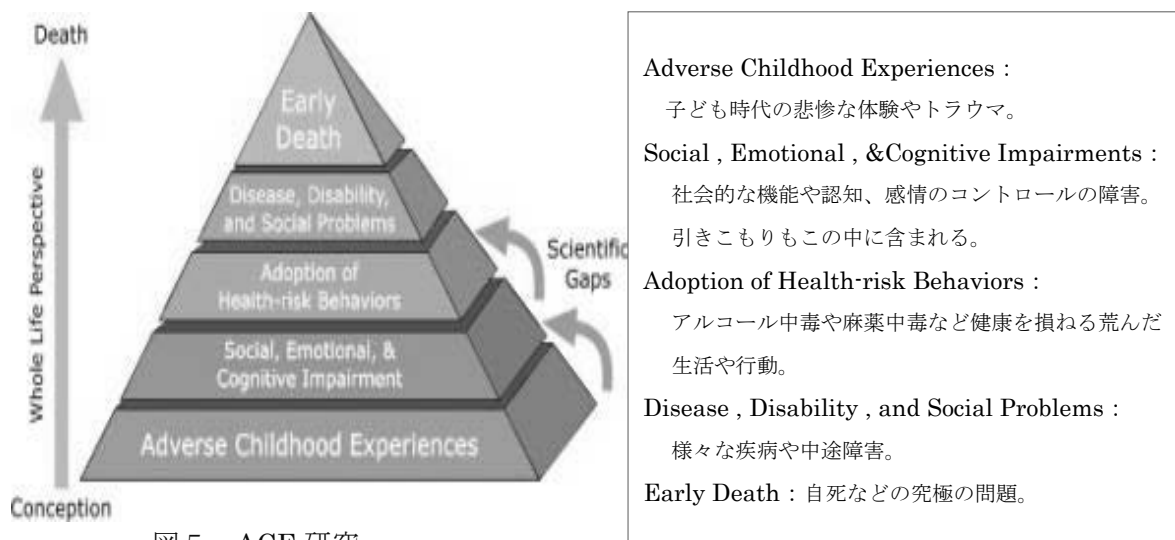


図5 ACE 研究

子ども時代の悲惨な体験（ACE）は、①繰り返し心理的又は身体的な暴力を受けていたこと、②性的虐待、③親の片方あるいは両方がいない、④家族にアルコール中毒や薬物乱用者がいる、⑤家族に精神疾患の患者がいる、⑥家族の誰かが服役により家を一定期間不在にしたことがある、⑦家庭内暴力、⑧心身のネグレクト、などである。ACE の数が四つを超えると疾患のリスクが急増するとされている。震災によるトラウマも ACE の一つであることを忘れてはならない。

3 発達障害の子どもの実態について

周知のように、障害のある子どもは災害の弱者である。障害のある子どもは自分を護るすべを十分に持っていないからでもある。知的障害や見た目には分かりにくい障害を有する発達障害の子どもたちは災害からどのような影響を受けるのか、そしてどのように心の問題を発現するのかについてはまだよくわかっていない。

この中の一つである自閉症の子どもに対しては、今までの災害対応の経験から、彼らが避難所の生活が送りにくいことが知られており、様々な配慮や工夫がなされるようになってはいる。親は子どもがパニックなどの問題を起こしやすい避難所の生活を避け、自家用車や壊れた自宅で耐えたという事例もある。また、この度の震災でも避難所で混乱やパニックを起こしていた子どもも少なくなかった。大勢の被災者がごった返す避難所で彼らが発する奇声や、パニックを起こす、落ち着きを失う、動き回る等の行動や態度から改めて自閉症や近縁の発達障害を抱えていることが気づかれた子どももいる。

急性期や中期には心の問題が気づかれず、後期になって心の問題を抱えていることに気づかれた発達障害の子どももいる（笹川ら、2012）。災害後期の2、3年目になって保育所や学校に進み集団生活を始めた頃から衝動性の亢進、集中力の低下、多動などの症状を発し、発達障害を疑われる子どもが大勢出現した。強烈な自然の驚異は発達障害の傾向を有する程度の子どものさえも障害レベルの状態にまで至らせてしまった。

被災地では時間が経つにつれ、発達障害を疑われる子どもが増加している。平時であれば目立たないで生活できていたと考えられる子どもが、災害の様々な影響を受けて学校生活に支障を来すほどにパニックや混乱を呈していた。

(1) 災害急性期の発達障害の子ども

災害急性期に保健師や保育士から精神医学的な関わりを求められた子どもたちの事例を記す。

【事例6】 被災時6歳の男児

震災直後に自宅の近くの小学校に避難した。避難所は大変な混雑で、寝返りも打てない状態に子どもが耐えられなくなったため、家族は自動車の中で2日間にわたって寝泊まりした。3日目に家に戻ったが、軽度の発達の遅れのある本児はその後落ち着かず、余震の度に怖がり、卒園式の頃から始まった口内炎が悪化した。さらには不眠も加わり、母親はこの状態を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た。本児はよく遊べた日は睡眠もとれ、落ち着きを取り戻していた。本児は、地震の揺れよりは津波で海が迫ってきた様子や、魚が津波に運ばれてくる光景に驚愕し、怖かったと言葉で述べた。また、震災時には津波火災が発生したが、炎の燃え上がる様子に驚愕していたということであった。

【事例7】 被災時5歳の男児

この男児は被災前に広汎性発達障害の診断を受けていたが、震災の時は保育所で震度6を超える地震に遭遇し、その後は保育所に行くのを嫌がった。また、震災の翌日に同居していた祖父が低体温に陥り、脳卒中を来して死去した。震災で火葬ができず、しばらくの間家で遺体を保管していたが、本児はその様子を一部始終見ていた。間もなく本児は、死に関心を示し、「自分が死ぬのではないか、いつ死ぬのか」と母にしつこく聞くようになった。四六時中不安と興奮状態を示し母から離れられなくなった。この頃はテレビが終日犠牲者の報道をしていた時期でもあった。

【事例8】 被災時6歳の男児

PDD（広汎性発達障害）に軽度知的発達の遅れを併存していた男児で、震災時には大津波や津波火災に直撃された。被災時には驚愕による怯えと解離の状態を呈していた。震災後1年以上にわたって人前で高揚した感情状態を示し、おどけたパフォーマンスを繰り返していた。保育所の日中の時間は頻回にぴよんぴよん跳ねるとかスキップや遊戯を披露して周囲の笑いを誘うなどの症状を発現させていた。1年半過ぎにようやくおどけるような行動や態度をしなくなり、落ち着いたまどまりのある行動に戻った。

(2) 災害後期の発達障害の子ども

この時期に学校で発達障害と見間違ふような問題を発現する子どもが目立っている。妙な、変な発達をしている子どもが増えたという印象を述べる学校関係者も少なくなかった。子どもたちの問題としては、授業に集中できず、いたずらをする、隣の席の子どもとちょっかいを出し合う、席を立って移動する、教室から出てしまう、癩癩を起こす、ちょっとしたことで喧嘩になるなどの行動が目立つようになった。学級崩壊に近い状態の学級も見られた。さらにはPDDの傾向がある子どもで、従来では問題にならないような子どもがPDDの問題行動を悪化させる場合もあった。

震災後期にあたる2年目に入った頃から、学校から「震災と関係がなさそうです

が…。』と遠慮がちの相談を受けることが多くなった。災害後の心のケアは、子どもの問題行動に災害の影響が明らかな場合に提供されるものと考えている教員が少なくない。心のケアが強調されすぎると、現場では心の外傷による症状や問題に目が奪われ、子どもの心の問題を見る視点が狭まるようである。発達障害の子どもが発現する問題は震災による心のケアの対象にはならないのではと、遠慮がちに相談を出す学校関係者もいた。

災害後期は発達障害の子どもが震災の体験によって心の中に抱えていた問題が表に現れてくることがある。発達障害の二次障害として対応してきた子どもが「311」の恐怖体験を語る場合もある。学校関係者の中には、発達障害に目を奪われ、彼らの「311」の被害状況や体験を聞いていないことがしばしばあるようである。

注意すべき課題として、乳幼児期に被災の経験を持ち、小学校入学後に発達上の問題が目立つ子どもがいることに関心を向けたい。教員たちからは、“ちゃんとした発達をしていない”、“落ち着かない”、“かまってほしがる”といった未発達さのみならず、コントロールできない衝動性や注意集中力の低下、コミュニケーションの相互性の稚拙さなど、発達障害に特徴的な行動や問題を示す子どもの存在が心配されている。

【事例9】 後期の5年目に多彩な症状を発現した中学2年生の男児

中学1年の3学期頃から引きこもり傾向が見られ、2年生になると不登校状態になり、次第に多彩な症状を発現するようになった男児である。症状は、不安増大、不眠、悪夢を見る、幻聴のような声が聞こえる、混乱、などであった。

特異的な発達経過を示し、級友の会話の中に入っていけない、級友の態度に被害的になる、聴覚過敏、などを抱えている。

震災の影響が明らかに始めたのは、引きこもり傾向が認められた中学1年の3学期である。被災地では防災教育の一環として「地震のしくみ」を教えるが、その際に小学3年生の時の震災の体験が突然に侵襲的に思い出された。逃げる人々、避難した学校の屋上から目撃した津波火災、校庭が海水であふれていた光景が侵襲的によみがえり、一気に身体が硬くなった。冷や汗をかいた、怖くて震えた、泣き叫んでしまったと語る。今現在でも余震の際にはこの記憶がよみがえってくるという。

【事例10】 後期の5年目にフラッシュバックが出現した小学4年生の男児

2歳過ぎからPDDとして専門機関が関わっていた男児で、保育所の年中児の時に被災した。保育所の園庭まで津波が押し寄せ、その夜は避難した山の民家で過ごした。直後のサイレンの音やヘリコプターの騒音を経験して、翌日に家族と合流した。保育所年長児の時代は集団に馴染めない、課題を設けられた折などはじっとしていられないといった問題が指摘されていた。小学1年生の12月頃までは特段問題もなく過ごしていたが、12月から不登校状態になった。2年生からは他の教員が常時そばについて学習指導や生活支援をして、3年生からは登校できるようになった。子ども総合センターに通院するまでは学校訪問により支援を続けていた。

本児は発達障害由来の問題行動が目立ち、震災の影響は表立つことはなかったが、多少の落ち着きが得られた4年生になり、震災の恐怖感などを言葉にできるようになった。本児の受けた精神的影響は、怖い感情をめぐる出来事を通して表出されていた。例えば、震災の後からは危険生物に関心を寄せるようになった。保育所時代

は目の前でハチを見て怖い思いをして、それ以来母から離れられなくなった。4年生になると、震災のことを思い出して怖いと思うようになった。消防車を見てドキドキした（「311」の震災時も消防車を見ている）。最近も災害に関するニュースやテレビ番組、危険なもの、事件などに関心を向ける。茨城県常総市の洪水による災害ニュースも興味津々で見ている。そして今でも自分の心の中に怖い気持ちが残っていると言う。被災体験を言葉で語る事がなかなかできないが、最近になり、それまでコントロールできなかった恐怖感情がやっとエピソードで表現できるようになってきた。

発達障害の子どもは、震災の影響を周囲の支援者がわかるようには表出しない。発達障害の子どもが震災の影響を受けるということをわかっていることが大事であり、心の問題は一般的な子どもよりも複雑な現れ方をし、それを把握するためには彼らの示す行動や態度をしっかりと観察してはならない。特に災害の影響が減ったように思われる災害の後期は、発達障害の子どもの二次障害の中に震災による影響が加わっている可能性があることを肝に銘じておきたいものである。

(3) Developmental PTSD

Developmental PTSDはまだ公式の日本語訳はないが、一部の臨床家は発達性PTSDと呼んでいる。

大規模な災害では家族の復興が大きく遅れる。失った物事が大きければ大きいほど家族の復興は遅れる。地域の復興が遅れるような事態となれば家族の復興はさらに遅れる。この度の災害はこの事態が際立つ。その影響は家族の養育機能に大きく影響し、十分なケアを受けられない子どもばかりか、DVや虐待に晒される子どもが出現している。年齢の小さな子どもは重層的な心の外傷を受け、心身の発達に大きなダメージを受けるリスクが高くなる。こうした問題により、Developmental PTSD や Complex Trauma（複雑型トラウマ）という状態に至る子どもがいる。

災害弱者である幼い子どもは、心の問題を受けやすいのみならず、その後の発達にも問題を抱えることにもなりやすいという意味で注意を怠ってはならない。

V 宮城県における子どもの心のケアに関する庁内連携【各論4】

子どもの心のケアは、未就学児に対しては保健福祉部門、就学児に対しては教育部門が主として行っていたが、未就学児がいずれ就学した後も支援が必要であること、震災による被害が広域にわたることから、それぞれの取組について情報を共有し、懸念される事項に対して方向性を明示する必要があった。

1 子どもの心のケア対策庁内連絡会議の開催

保健福祉部門と教育部門とが心のケアの取組について情報を共有し、懸念される事項に対して方向性を明示するため、県庁内に子どもの心のケア対策庁内連絡会議を設置した。教育庁からは教育次長、教職員課、義務教育課、特別支援教育室、高校教育課、スポーツ健康課、保健福祉部からは次長、子ども総合センター所長、子育て支援課、障害福祉課が参加した。

会議の資料としてそれぞれの事業をまとめたロードマップを作成し、事業がいつまで継続する予定となっているか、どの程度の予算規模となっているかなどを整理した。これにより、他課室の取組を横断的に理解することができた。また、毎回、子ども総合センターから被災地の子どもの現状を報告し、中長期的な子どもの心のケアの事業の企画及び実施に反映させた。

この会議は平成23年12月から平成27年12月までの間に8回開催された。

2 子どもの心のケア対策地域連絡会議の開催

子どもの心のケアについての関係機関の連携は、本庁各課室の連携による事業体系の整理はもとより、実際に支援に当たる現場での連携が重要である。そのため、庁内会議を軸として、各児童相談所及び支所の主催により、その管轄地域ごとに子どもの心のケア対策地域連絡会議を開催している。参加団体は、児童相談所を事務局として、教育事務所、保健福祉事務所（宮城県では、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第14条第1項に規定する「福祉に関する事務所」をこう称している。）、子ども総合センター、管内市町村の児童福祉担当課、保健福祉担当課、教育委員会、小中学校教職員等である。

平成25年度からは、総合教育センターも参加し、さらなる連携を図った。事務局は、子どもを取り巻く環境の変化や支援者の要望等を常に把握するよう努めながら、支援者からの現状報告、情報共有、事例検討など、それぞれの地域ごとに工夫しながら、定期的に会議を開催している。

3 今後の取組

平成29年4月には、震災前に生まれた子どもが全て就学することになることから、今後、保健福祉部門と教育部門との連携がさらに重要になる。また、将来的に地域における支援体制を確立するためには、市町村の教育委員会や保健福祉部門との連携が欠かせない。今どのような情報の共有が必要か、共有すべき課題は何かなど常に問題意識を持ちながら引き続き会議を開催していく必要があると考える。

VI 東日本大震災における子ども総合センターの取組【各論5】

日本は世界の中でも自然災害の頻発する国である。20年前の日本の大都市を襲った阪神・淡路大震災の経験から、災害と心の問題に対する取組はずいぶんと進み、今では日本の災害時のメンタルヘルス対策は世界でもトップレベルにある。災害発生時には直ちに全国からメンタルヘルスのチームが被災地に派遣されるようになった。DMAT (Disaster Medical Assistance Team : 災害派遣医療チーム) の活躍ぶりは被災地の人々のみならず、全国で固唾を飲んで被災地を見守ってきた国民に大きな希望を与えた。2014年(平成26年)夏に発生した広島市北部の土砂災害では、このDMATに倣い、急性期の心のケアを担当するDPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team : 災害派遣精神医療チーム) が初めて登場した。

災害では、大人に限らず子どもも心の外傷を被ることが、ようやく当たり前の認識を得るようになった。しかしながら、子どもを対象にした心のケアはまだ緒に就いたばかりである。災害時の子どもの心的外傷に対して、本格的な研究が行われたのは、2001年9月11日に発生した米国同時多発テロ事件の後と言われている。

1 子どもの心のケアと支援の課題について

子どもの心のケア対策には、保育所や学校現場の職員によって取り組むべきケアや支援と、外部の専門職が提供する支援とがある。子どものケアは身近な存在である親、保育士、教員によって提供されるものが最も効果がある。外部の支援者は、子どもの身近にいる大人がケアのための力を発揮できるように支援することがその役割となろう。そのためにコンサルテーションや事例検討を通して、子どもの理解を図り、それまでの対応の後押しをしてサポートをすることが求められる。子どもの身近にいる大人では対応が難しい子どもについては、診察をして心の外傷や付随する問題を把握し、必要であれば専門的な治療の道を開くことになろう。

規模の大きな災害では、ケアの対象となる子どもはどれくらい存在するのかわからない。汎用されているチェックリストを使用すれば、少なくとも子どもの20%以上は心に大きな影響を受けていることから、ケアを提供しなければならない子どもは、膨大な数に上るであろう(Osofsky J, 2011)。そうした子どもを見つけ出して個別的にケアすることは、広域にまたがる被災地では不可能に近い。急性期や中期のケアは、症状や問題行動を発現してケアを必死に求める子どもや、親や**First provider**がケアに困難を感じている子どもから開始することになるが、災害により深手を負いながらも気づかれにくい子どもを発見することも重要な課題であり、このことを忘れてはならない。災害急性期は心の問題は堰を切ったように出てくるが、中期や後期になると見過ごされていた子どもや、この頃になって問題を出しやすくなる子どもが現れてくる。ケアの体制が整い大人が心の落ち着きを取り戻し始める頃になると、子どもたちの問題が見え始める。体制が整うのに呼应しながら心の問題が表に現れてくるため、心のケアは長丁場になる。

震災発生直後、被災地の市町では、保健センターが行政窓口を設けて親と子どものケアや支援の対応をしていたことから、子ども総合センターでは、ケアチームのコーディネーターを務めていた保健師が市町保健センターとホットラインを設け、市町の保健師を後方支援しながら彼らが難儀している子どものケアを始めた。同時に見過ごしている子どもに目が向くように、どんな問題でも相談するように求めつつ、こうした子どもに

気づくための知識を持ってもらおうと何度も研修を提供した。市町の保健師は、幼児のみならず学齢児の親への支援もしていることから、彼らが関わっている小学生や中学生もケアチームに紹介されることになり、必然的に学校とは様々な関わりが生じてきた。ケアチームが提供した支援は以下になる。

- ① 保育所・学校コンサルテーション
- ② 子どもの行動観察と親との面談
- ③ 学びの機会（様々な形の研修提供）
- ④ 子どもの診察

2 災害急性期におけるケアチームによる支援活動

(1) ケアチームの初期の活動

宮城県の全ての沿岸部の市町が甚大な被害を受けたため、被災地を図6に示すように四つに区分して巡回相談を行った。

気仙沼地区（気仙沼市、南三陸町）、石巻地区（石巻市、東松島市、女川町）、仙塩地区（塩釜市、多賀城市、利府町、松島町、七ヶ浜町）、県南地区（名取市、岩沼市、亘理町、山元町）を、児童精神科医と保健師及び心理士を中心にしながら、必要に応じて保育士や教員を加え、ケアチームによる相談と診療活動を展開した。

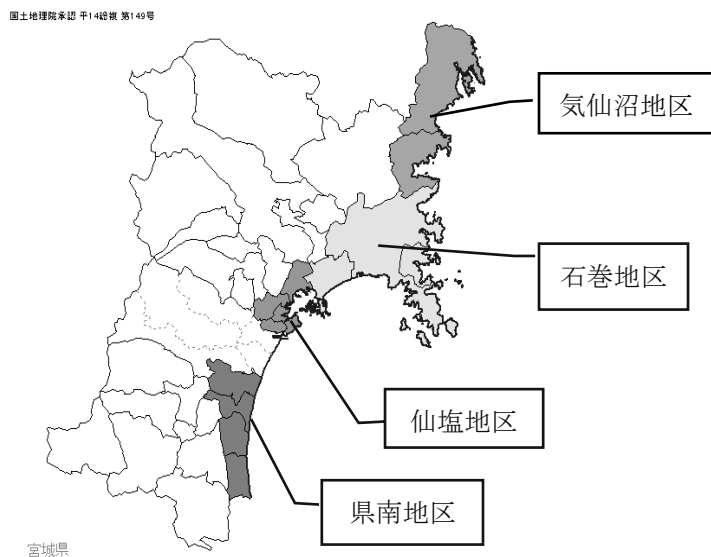


図6 宮城県子ども総合センターによる子どもの心のケアチーム活動地区

(2) 宮城県子どものこころのケアチーム巡回相談実施要領について

このような非常時においても活動の実施要領を作成し、活動の趣旨や範囲を関係者に知ってもらうことは欠かせない。そのため「宮城県子どものこころのケアチーム巡回相談実施要領」を作成し、市町の関係機関に広報するとともに、利用できる内容を記載した「こころのケアチーム巡回相談受付票」を作成し、利用を広げる対応と関係機関との連携に道を開く体制を整えた。ケアチームは平成23年3月17日から活動を開始したが、同年7月からは4チームから6チームに増強して被害の大きい地区や相談が増えた地区の巡回を拡充した。

以下に巡回相談実施要領（抜粋）とこころのケアチーム巡回相談受付票を示す。

宮城県子どものこころのケアチーム巡回相談実施要領

(事業概要)

このたびの東北・関東大震災では、宮城県では特に沿岸部を中心に甚大な被害が出ており、子どもたちも震災により様々な体験をしており、今後こうした子どもたちのこころのケアは中長期的に行っていく必要があるものと思われます。そこで、宮城県子ども総合センターでは、子どものこころのケアについて中長期的な支援をするため、沿岸部に位置する市町村を以下の4つのグループに分け、児童精神科医療班(子どものこころのケアチームと称する)を派遣し、巡回相談を行います。この巡回相談は、市町村、保健福祉事務所等の関係機関と連携の下、子ども・保護者からの相談のほか、子どもに関わる教員・保育士・保健師等からの相談を実施し、相談の結果、必要に応じてクリニックの診療につなげていくこととします。

(実施期間)

平成23年4月から6月末までの3ヶ月間(7月からの派遣については、経過をみながら検討します)

(日程等)

(相談の申込等について)

相談を希望する市町村は、保健福祉事務所と調整の上、別紙1の依頼票により相談日の前日までに子ども総合センターあてにFAXまたは電話で申し込んでください。至急の場合は、直接子ども総合センターあてご連絡ください。

こころのケアチーム巡回相談受付票

1. 受付日 平成 年 月 日

2. 受付者 _____

3. 連絡してきた方 市町村名: _____ 市町 職・氏名 _____

4. 希望する支援内容

①子ども・親からの個別相談

子どもの氏名: _____ 年齢: _____ 歳(保育所、幼稚園、小・中 年生)

(相談内容)

②関係者からの個別相談(コンサルテーション)

③関係者に対する講話・研修

④保護者に対する講話等

⑤その他

5. 活動する場所

・避難所(名称: _____)

・保健センター、役場・市役所、保健福祉事務所等(名称: _____)

・保育所、幼稚園、学校等(名称: _____)

・自宅、仮設住宅

・その他(_____)

6. 希望する日時

平成23年 月 日() 午前・午後 時頃

7. 支援予定日

平成23年 月 日() 午前・午後 時から 時まで

(3) ケアチームの中期の活動

当センターは、震災前から児童相談所の協力を得て県内3か所に診療室を運営していたため、被災後はこれら診療所を拠点にして精神科診療を必要とする子どもの診療をしてきた。そのうちの一つの石巻診療室が津波で水没し使えなくなったことから、石巻市役所の一室を借りて診療の拠点とした。1年目はケアチームがアウトリーチによる支援活動を行った。2年目は医療主体の活動のほかに臨床心理士と保健師による子育て相談チームを被災地に派遣した。

(4) ケアチームの後期の活動

2年目に入ると、緊急を要する医療的なケアの依頼は減少したため、これまでに見過ごされてきた子どもや、地域の混沌とした状況の中に隠されてきた子どもを探しだし、ケアや支援を提供する体制を加えた。子育て相談という相談の窓口を設けることで、こうした子どもたちの救済の道を広げることを狙った。また、学校への介入も重要な課題となり、学校との連携の機会を探った。

3 災害後期における支援活動としての学校定点観測

震災後は、保育所や幼稚園の子どもは次々と学校に進学していくことから、幼い子どもの心のケアの場も時間とともに学校に移っていった。学校は文部科学省によるスクールカウンセラーの緊急派遣事業により心のケアを実施してきたが、スクールカウンセラーだけでは対応できないケースも多く、医療や保健さらには児童福祉との連携・協働によるケアや支援が求められるようになった。また、急性期に我々ケアチームのケアを受けている学齢期の子どもも大勢いた。中度若しくは重度の心の問題を持った子どもは、教育、医療、福祉の領域をまたぐことになり、災害から時間が経つにつれ連携や協力が不可欠になっていった。

しかしながら、それぞれの領域は専門職種の違いや組織の仕組みの違い、そして固有の考えや指導方針を持っており、急性期から相互に調整することなく活動していた。問題を抱える子どもの一部が複数の領域にまたがってケアを受けていたのが実情である。

こうした違いは時にバリアーと化し、真の心の復興を妨げかねず、何らかの連携体制を作る必要に駆られた。この体制を構築するために「学校定点観測」という関わりを模索した。以下に学校定点観測と名付けた取組を述べる。

(1) 学校定点観測とは何か

学校は津波による大規模な被害を受け、宮城県の小中学校だけでも仮設校舎への移転若しくは他校に間借りした学校が50校に上っていた。津波の被害を免れた学校も避難所となり、震災の影響を受けた学校は膨大な数に上っていた。急性期には全国からの心のケアに関わる専門家がひしめき合うような地区や学校もあり、児童生徒の心のケア対策は混沌とした状態にあった。心のケアに関する情報の集約や検討の場もなく、多くの学校は疲弊に加え、外からの支援に負担を抱くところもあった。

子ども総合センターのケアチームは、精神科医療的な介入の必要のある児童生徒の実態把握と支援を目的に学校訪問をしてきたが、学校との連携や協働体制を作ることは難しかった。そこで、被災した学校の中で、支援供給の中心地である仙台市から遠く離れた地域で、甚大な被災に遭いつつ継続した介入を受け入れてくれた学校に対し

て、継続的に訪問して学校のニーズに沿うような支援を提供し、その結果についてもフォローした。この取組を「学校定点観測」と称した。

(2) なぜ学校定点観測という方法が必要だったのか

この度の震災では、津波が想像の及ばない災禍をもたらしたことや、子どもの心の問題への対応の難しさ、そしてケアや支援の対象者があまりにも広範に及んだことに、多くの専門職が困惑した。児童生徒のメンタルヘルス対策が長期に及ぶことは一目瞭然であった。そのため、学校をベースにして、児童生徒のメンタルヘルスの実態や学校が必要とする支援を把握すること、そして社会資源の不足した沿岸部の学校において効果的な支援のあり方を検討することが最も重要な課題と考え、学校に定点観測の協力を求めた。また、メンタルヘルスの専門家の一員である我々にとっても、これほどの規模の災害に対するメンタルヘルス活動の知識や対応方法を持ち合わせておらず、未知の領域に関わるためには確かな足場と、子どもに関する災害メンタルヘルスについてのさらなる研鑽が必要であった。

(3) 学校定点観測の方法

学校定点観測といった方法を取り入れたのは、震災の3年目からで、7つの小学校を月一回の頻度で訪問し、メンタルヘルスに問題のありそうな児童生徒についての概況を聴取することから始めた。震災の影響が懸念される場合には、子どもが示した行動や症状を包括的に理解できるように児童精神科コンサルテーションを提供し、学校の取組のサポートをした。難しい事例については、時には授業参観により当該の子どもの行動と態度の観察や、他の子どもとの関係の持ち方を把握した上で、対応及び支援を検討した。また、学校に親との橋渡しをしてもらい子どもやその親と個別の面談をして、より包括的な対応を試みた事例もあった。

継続的に関わることで、それぞれの学校に相談者としての意識、言い換えればクライアントとしての意識を持ってもらった。クライアントとしてコンサルテーションに臨んでもらい、学校が直面している問題、解決したい問題を自らが提示することで、それを一緒に考えていくという相談の場とした。

約3年間の学校定点観測を振り返ると、学校が相談の場を活かす何通りかのスタイルが出来上がってきた。一つは、校長のリーダーシップの下に複数の学年の教員とのカンファランスを持ち、各学年に見られる子どもの問題を検討し合うものであった。もう一つは、児童生徒について、校長が司会者になり、担任、養護教諭、主任教員などと共に個々の問題や今後の支援について検討するものであった。入学してくる新入生の中で震災関連のリスクを抱え注意を要する子どもについてリストを作成し、その子どもにしっかりと関心を向ける取組をしている学校もあった。また、災害後の4年間でカウンセラーの相談を受けた子どもをリストアップし、これら児童生徒を継続して見守るという方法をとっている学校もあった。定点観測による学校コンサルテーションを重ねることにより、学校全体で、気になる児童生徒に対してより意識して、さらには学校関係者以外の視点を入れて、子どもの呈する問題の理解を深め、学校ができることを実施するという体制がとられるようになった。

4 子ども総合センター心のケア推進班による取組

災害後期の平成26年4月から、ケアチームの活動を引き継ぐ形で、子どものメンタルヘルスに関わる支援者の対応力向上と、それに関係する機関の有機的な連携と協働体制の強化を図ることを目的として、心のケア推進班が設置された。

班の構成メンバーは、教員2人、養護教諭1人、保健師1人、事務職1人、児童精神科医（県精神保健福祉センター兼務）1人の計6人で、事業内容は大きく次の三つである。

一つ目は、子どもの心のケアチーム事業としての関係機関への巡回訪問である。母子保健関係では、被災沿岸部の市町・保育所・幼稚園等を訪問し、心理士によるコンサルテーションや児童精神科医による事例検討を行ってきた。また、学校保健関係では、被災沿岸部を管轄する教育事務所及び市町教育委員会と連携・協働のもと小・中学校を訪問し、児童生徒の心の問題に関する実態把握と助言等を行った。

二つ目は、子どもの心のケア推進事業としての研修会等の開催である。保育士、教員等子どものメンタルヘルスに関わる機関の支援者を対象に、被災沿岸地域において、子どもの心のケアに関する研修会を実施した。

三つ目は、子どもの心のケアマニュアル等作成事業としての、子どもの心のケアに関する検討会議の開催と子どもの心のケアに関するリーフレットの作成である。検討会議では、阪神・淡路大震災において子どもの心のケアに携わった神戸市の大学教授や養護教諭、被災地の養護教諭及び県の福祉・教育関係機関の職員等を構成員として、震災後中期から後期に想定される子どもの心のケアのあり方について検討した。また、その検討会議での議論を踏まえながら、震災後の長期的支援を視野に入れた子どもの心のケアのあり方についてまとめたリーフレットを作成し、県内の小中学校教員に配布した。

心のケア推進班は、教員や保健師など医療・教育・保健等の専門職種により構成されており、現場の実情を理解している専門職が事業のコーディネート役を担っている。

特に、班員の半数は教員及び養護教諭で構成されており、子どもの心のケアの主体となる「学校」に対する事業を積極的に展開しているところである。班設置後、2年近くが経過したが、これまで、コンサルテーションや各種研修など、支援者の対応力向上を図る事業をアウトリーチにより実施してきた。今後は、関係機関の連携・協働体制の強化を図る事業をさらに充実させ、「地域において、子どもの心のケアに適切に対応できる体制づくり」に向けた支援を引き続き行っていきたい。

5 学校関係者のメンタルヘルス支援に向けた取組

児童生徒と同様に、教員も災害によって大きな影響を受ける。心の影響を受けた教員が多ければ、学校そのものも大きなダメージを受け、学校は集合的なトラウマ（Collective Trauma）状態に陥る。急性期には支援者のメンタルヘルスという形で、教員に対するケアや支援がなされた。しかし、先に示したように、災害からの回復過程にはステージがあり、ステージごとに出現する問題や課題がある。また、学校や教員にも同様にステージごとの課題が待ち受けている。教員のメンタルヘルス対策を抜きにして、児童生徒のメンタルヘルス対策は展開しない。以下にこの課題について検討する。

(1) 急性期の学校及び教員のメンタルヘルス

発災時から急性期には、学校は児童生徒のメンタルヘルスにとってめざましい貢献

をした。学校の避難誘導の下で犠牲になった児童生徒は極めて少ない。犠牲になった児童生徒の多くは学校以外の場にいた。下校間もない児童生徒に対しては学校に連れ帰り、津波をできるだけ目撃しないように教室の中央に集め、心的外傷体験の曝露から防いだ。被災後に早々に学校を再開したことも児童生徒のメンタルヘルスに大きな貢献をした。被災の激しかった地域では学校は最も安全な場としての役割を果たしてきた。学校では、急性期は安全な飲食が摂れ、その後は身体的な活動や知的な活動の機会が与えられ、子どもを必死に守ろうとした教員の目が注がれていた。教員が災害時の児童生徒のメンタルヘルスに適切な知識を持っていれば、その関わりはトラウマを受傷する子どもの割合をさらに減らす力となるであろう。ともかく教員によるこうした環境がメンタルヘルスを保つ上で大きな役割を果たした。災害の渦中、教員と児童生徒の間に何が起こっていたのか。その答えの一つは、災害は人間の持っている愛他性を引き出すということである。児童生徒は学校や教員に支えられていたからこそ、この愛他性が引き出され、自発的に困っている避難者の手助けをしたのであろう。

(2) 教員の疲弊と心の傷について

児童生徒のメンタルヘルスには教員の心の状態が大きく影響する。教員も災害からの時間経過の中で、疲弊が加わりメンタルヘルスの低下が起こる。津波による自宅の流出や家族を失った教員も大勢いる。中期から後期においても気が付かないところでメンタルヘルスの低下がじわりじわり進んでいく。その徴候として、イライラ感、思考の低下、意欲の低下、抑うつ感などに加え、感情の鈍磨によって児童生徒の発する感情に感度が鈍くなるということも起こり得る。

心の問題は相互に影響しあう。児童生徒の感情も、教員の感情も、相手に伝わる。この度の震災では、親を失った子どもの数は 1,700 人を超える。今現在でも各学校に数人の遺児や孤児が在籍している。親を失った児童生徒を前にして、多くの教員は彼らの痛々しさを感じている。この痛々しさが教員に無力感を抱かせることがある。このような問題を持つ児童生徒に対する経験が少ないこともあろうが、痛々しさに耐えきれないために表面的な関わりで終始してしまう教員も少なくないのが実情である。

急性期には支援者のメンタルヘルス対策の一環として研修や支援がなされていたが、長期に及ぶような危機的事態では、後期にも支援者のメンタルヘルス対策が必要である。災害後の様々な負担や困難に対して教員の誰しもが崩れそうになるが、教員の崩れる姿を見ることになれば児童生徒は自らの困難性を重く受け止めて、メンタルヘルスを低下させる可能性が高くなる。危機的事態における教員自身のメンタルヘルスの大事さはここにある。



【提言】

VII 次の災害に向けた子どもの メンタルヘルス対策について

Ⅶ 次の災害に向けた子どものメンタルヘルス対策について【提言】

～次の大災害に備える子どもの心のケア～

災害時の子どもの心のケアの必要性は誰もが認識している。そして被災地の医療、保健福祉、教育の関係者は、懸命に子どもを守り、心の傷つきを減らす努力をしている。津波が迫っている保育所や学校では、子どもに津波を見せまいとして、部屋の中央に子どもを集める工夫やカーテンで津波の光景を遮る努力をしてきたという。全国から専門家が子どもの心のケアに駆けつけましたし、国や県は専門家を派遣し、総力を挙げて心のケアに取り組んだ。しかしながら、支援を受ける被災者側のニーズと提供する側とでは、支援の内容や支援のステージごとの内容に多少の齟齬もあった。心の復興に長期を要するような規模の災害では、どのような戦略を持って臨むか、どんな内容の支援を行うことが望まれるのか、復興の各ステージでポイントを置く課題は何か、こうしたことにある程度の見通しを持っていなくてはならない。ここでは5年間の活動を通して、改めて気づかされた問題や課題をもとに、災害のステージとそれぞれのステージにおける取組を考察する。

1 子どもの心のケアの全体像

巻末に掲載した表10は、子どもの心のケアの全体像をまとめたものである。東日本大震災は歴史的な大災害ゆえに、小規模、中規模の災害では見落としやすい問題や課題が明瞭に現れてきたといえる。また、規模が大きく対応に困難を極めたことから、災害対策先進国の取組から学ばざるを得なかった。この経験をもとに作成したものである。

災害のステージを、Pre-disaster（災害前）、Acute disaster（急性期）、Post-acute disaster（急性期後期：災害中期）、Post disaster（災害後期）と分けた（Stoddard Jr. F J, Pandya A, Katz C L edited, 2011）。急性期は発災から2か月程度の期間、中期は急性期の次の時期で発災から1年まで、後期は1年後からその先までを表す。

子どものメンタルヘルス対策、親・家族の問題の理解と支援、保育士・教員等（First provider）への支援、県の保健福祉機関による対応の四つに分けて述べる。

2 災害への備えの時期（Pre-disaster）における対応と課題

現代社会は何時どこで災害が発生するかわからない。いつ災害に巻き込まれてもおかしくない時代である。子どもの保健福祉教育に関わる職に携わる人は、災害への備えの一環として災害時のメンタルヘルスに関する基本的な知識や考え方を身につけておく必要がある。子どものメンタルヘルス対策として学んでおきたい課題を記す。

表6 災害への備えの時期（Pre-disaster）における対応と課題

災害のステージ 取組の課題	Pre-disaster 災害への備えの段階 （災害以前）
1. 子どものメンタルヘルス対策の視点	1. 災害時のメンタルヘルスに関する基本の研修 (1)子どものストレスに対する反応の理解 (2)子どものResiliency*1とVulnerability*2の理解 (3)子どものトラウマ*3とPTSD*4の理解 (4)子どものためのPsychological First Aids*5の研修 (5)災害弱者としての乳幼児や障害児の理解 2. ACE*6概念の理解
2. 親・家族の問題の理解と支援	1. 災害が親子関係に与える影響の理解 (1)震災のために不適切な育児に陥る可能性 (2)親のメンタルヘルスの低下とその影響 (3)父母の災害に対する取組の違いとリスク
3. 保育士・教員等への支援	1. 危機における自分自身の変化の理解 2. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方 3. Psychological First Aidsの研修
4. 県の保健福祉機関による対応 (1)児童相談所による介入と支援 (2)子どもの心の医療による介入と支援 (3)市町村との連携による支援 (4)教育機関との連携による支援	1. 災害時対応の検討 (1)要保護児童対策地域協議会の活用 (2)児童施設入所中の子どもへの安否確認&対策 (3)里親や施設に対する支援 (4)災害対策マニュアル整備 1. 危機的事態に対するメンタルヘルス対策 (事件や事故などへの対応) 1. 要保護児童対策地域協議会の積極活用 2. 母子保健福祉との連携 1. 平時の連携・協働の実践 (1)医療を要する児童生徒の理解と連携

(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点

表6は表10の心のケアの全体像から、Pre-disaster（災害前）の課題を抜きだしたものである。災害前に学んでおきたい子どものケアに関する課題は、自然の猛威の大きなストレスに対して子どもはどのような反応を呈するのか、レジリエンスとストレスに対する脆弱性（Vulnerability）の理解、乳幼児や障害を持つ子どもは災害弱者であること、こうしたことが挙げられる。

前述したとおり、米国では人生を通して陥る健康問題を調査研究したACE研究がある。この研究によって、思春期や成人の社会的問題の背景に子ども時代の悲惨な体験（Adverse Childhood Experience：ACE）が大きく影響していることが明らかにされた。災害でトラウマを受けながらも放置され、さらに深刻な負荷が加わる子どもが必ずや存在する。そうした子どもの将来は、悲惨なものになる可能性が高い。そうしたことがないように、心のケアを適切に実施しなければならないのである。

(2) 親・家族の問題の理解と支援

親や家族の陥りやすい問題の一つとして、災害の後に不適切な育児が発生しやすいことが挙げられる。また、震災によって親が精神的障害に至ることがあり、育児に大きな支障が生じることがある。さらには、父母の間でも災害に対する取組に違いが出ることもあり、この違いが親の不和や離婚につながることもある。子どもの心のケアに当たる場合でも、親や家族が災害によって大きな影響を受け、それが子どもに影響するということを知っておく必要がある。

(3) 保育士・教員等への支援

親と並んで、子どものケアに当たる保育士や教員に対する支援が重要な課題となる。彼らは子どものFirst providerとして子どもの日常生活を支え、子どもの心のケアの中心的役割を果たす。災害は個々人に強烈な緊張や疲労、さらには動揺や恐怖感を与えるので、誰しも自分自身のメンタルヘルスを崩す可能性が高い。子どもの支援に当たる可能性のある職種の人たちは「危機における自分自身の変化の理解」、「支援者としてのメンタルヘルスの保ち方」を知っておく必要がある。また、支援に関わる際にはPsychological First Aids（PFA）の手引書（兵庫県こころのケアセンター、2011）があるので、支援に関わる可能性の高い職種の方はPFAについて学んでおきたいところである。名前だけでも知っておくと災害の時に思い出して役に立つ。

(4) 県の保健福祉機関による対応

被災地自治体を支援する立場にある国や県の機関は、様々な支援活動に取り組むことになる。子どもの領域の行政機関である児童相談所は、児童福祉行政権限を発動する機関であることから危機対応の役割は大きい。

平成16年度改正の児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づき、各市町村は要保護児童対策地域協議会を設置している。要保護児童対策地域協議会では、虐待を受けている子どもを始めとする要保護児童の早期発見や適切な保護など、子どもの問題対応や支援について関係機関と連携・協働を図っている。要保護児童対策地域協議会の対象児童は、「要保護児童（保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童）」であり、虐待を受けた子どもに限らず、非行児童なども含

む（厚生労働省、2015）。教育関係者はこの協議会を知っておく必要がある。

児童相談所は、災害時には要保護児童措置中の子どもの安否確認と施設の被害状況の把握はもとより、児童のメンタルヘルス危機介入の中心機関となることから、平時より要保護児童対策地域協議会との連携を図り、災害対策マニュアルを整備するなどしておくことが求められる。

一方、この度の震災では、日本小児科学会や日本児童青年精神医学会が作成した災害対策の資料が役立った。各県の小児医療関係者もまた子どものメンタルヘルス対策を準備し、献身的な貢献をしていた。それでも災害の規模や内容によっては新たな課題が発生するので、心の医療的なケアや支援をする組織の準備及び取り組むべき内容についてさらに検討しておく必要がある。宮城県では、精神科医療と研修などの支援を子ども総合センターが長らく務めてきたことから、東日本大震災では当センターが児童のメンタルヘルス危機介入の中心的役割を担うこととなった。

市町村との連携については、災害発生時から市町村の母子保健及び児童福祉関係部署と連絡を取り、子どものケアに取り組むための県の組織体制を明確にしておく必要がある。この度の震災では、子ども総合センターは図らずもこの役割を担うこととなったが、県と市町村との質の高い連携が子ども対策の最も重要な軸となることを痛感させられた。

教育機関との連携については、常日頃からの連携・協働を意識しておく必要がある。教育の分野は学校ごとに防災訓練や教育が行われ、災害のみならず危機的事態の対策を持っているが、学校が提供できるケアや支援も時には限界があり、医療や保健福祉など他機関との連携を図らなければならないことも多い。連携については効果的な連携の基本を理解しておく必要がある（本間、2008）。

3 災害急性期（Acute disaster）における対応と課題

発生から2か月が急性期とされるが、子どものみならず、大人においても突然の極度のストレスにどのように取り組むかが最も大きな課題となる。表7は表10から急性期の対応と課題を抜き出したものであり、これに沿って説明する。

(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点

災害急性期の主たる課題は、災害による極度のストレスに晒され様々な症状や行動を発現してくる子どもの保護とケアにある。子どもは急性ストレス反応や急性ストレス障害を発し、発生直後からこれらの問題を抱えた子どもが急激に増加する。

この時期の心のケアは、災害救急医療でトリアージといわれる対応と同じように、ケアや治療の優先度を意識した対応をすることになる。心の問題の重症度を把握して医療的な関わりを優先するか、継続的な医療が必要か、保育所や学校の見守りで対応するのかをアセスメントすることが重要なステップとなる。

この時期は、災害弱者とされる幼い子どもや障害を有する子どもが災害の影響を受けやすい。幼い子どもは解離を起こしやすく、一見大人しく何の影響も受けていないように見えるが、しっかりと様子を観察することが大切である。次のステージに出現してくるPTSDやうつ病などの精神疾患に備えることも課題となる。

正常のストレス反応を発現する子どもが多い時期であるが、彼らも依然として災害の直撃による不安や緊張を抱えている。親や保育士などの First Provider が落ち着いた

た対応をすることや、子どもが求める愛着を意識した対応が不可欠である。正常のストレス反応レベルの子どもでも、子育て環境が悪化すればストレス障害に増悪することになりかねない。

(2) 親・家族の問題の理解と支援

急性期は、親は緊張と多忙の毎日を送る。親のこの状態に対して子どもは様々な態度を取る。じっと我慢する子ども、親に手をかけてもらいたがる子ども、親の緊張や不安に巻き込まれる子どもなどが出現する。

親の中には子どもの発達が心配といった内容の訴えをする親がいる。そのなかには自分の不安を訴えるのではなく、子どもが心配と言って結果的に自分のケアを求めてくる親もいる。親が安心を少しでも得ることによって、子どもへの対応が良くなることから、親に対する丁寧な対応が望まれる。

(3) 保育士・教員等への支援

急性期の子どものケア対策は、子どもの日常性の回復が最も重要な課題となる。保育所や学校が再開し、保育士や教員そして仲間との再会や身体的活動によってメンタルヘルスは良い方向に向かうが、心の問題を発現する子どもも少なくない。また中には、心の回復に向けて症状や問題行動を出す子どももいる。症状や問題行動にはいろいろな意味が含まれ、保育士や教員に向けてケアを求めるといった意味や活動性が高まっていることを示すといった意味もある。この時期には大人が子どもの発する症状や行動に困惑や不安を抱くことも多い。このため、子どもの理解を助け、安心して子どもに関われるような支援が必要になる。こうした課題に対して、子ども総合センターでは“アウトリーチによる児童精神科コンサルテーション”、“保育士や教員のニーズに対応した研修”の提供によって対応した。

また、休みなく支援活動をしてきた保育士や教員たちの精神的疲労への対応も必要になる。彼らは被災者でありながら、自分の生活の立て直しや心のケアを後回しにせざるを得ないことが多かった。子どものケアは、彼らの痛々しさや大変さに接する保育士や教員の心に大きな負担や苦悩を生むことになる。支援者としてのメンタルヘルスの保ち方を教える支援も必要になる。

(4) 県の保健福祉機関による対応

災害急性期は、県の第一線の保健福祉機関は特に大きな役割を担うことになるので詳しく述べる。

① 児童相談所による介入と支援

児童相談所は地域の中で最も専門的で行政的な機能を有する機関であることから、子どもの心のケアに対しても中心的な役割を求められる。急性期は、特に、児童福祉施設入所中の措置児童及び里親委託中の児童の安否確認と必要なケアの提供、孤児及び要保護性の強まった遺児の実態把握と支援、市町村の保健福祉行政との連携といった対応が求められる。

② 子ども心の医療機関による介入と支援

宮城県では行政による児童相談業務を児童相談所と児童精神科医療機能を有する

子ども総合センターと一緒に担っていたことから、医療的な介入は子ども総合センターが担当した。この経験をもとに児童精神科医療として提供すべき急性期の課題について述べる。

○トリアージによる対応と避難所訪問

災害の規模が大きい場合は、ケアや医療を必要とする子どもが大勢出現する。効率的にケアや支援を行う必要があり、医療によるケアが必要か、薬物療法が望まれるのか、経過観察で対応していいのか、そうした判断をすることが必要となる。こうした対応は身体医療で行われるトリアージと同様の目的を持つ。

○医療と保健福祉の協働

混沌とした状態にある急性期の被災地では、被災した子どもに最も近い位置にいるのが保健福祉従事者であることから、実際的な子どもの心のケアの展開は彼らと医療との連携が不可欠になる。

○保育所・学校コンサルテーションの随時の提供

子どもの心のケアの最前線は保育所や学校であり、同時に、保育士や教員が必死に子どものケアをし、少しでも安全な日常生活ができるように目を配っている場である。子どもの問題が彼らの目に止まることがケアや支援のスタートになる。このために随時保育所・学校コンサルテーションを提供することによって、この最前線の機能を高めることが必要となる。

③ 市町村との連携による支援

親を亡くした子どもが膨大な数に上った今回の災害では、孤児・遺児の対策が大きな課題になった。児童相談所と並んで市町村はこの課題に対応することになるが、要保護児童対策地域協議会活用もその方法となる。また市町村の保健師との連携によって保育所などの取組をサポートすることや、これら職員に対する研修、そしてケースのコンサルテーションが重要な支援となる。

④ 教育機関との連携による支援

○学校コンサルテーション

Pre-disaster（災害への備え）の時期で述べたように、学校はスクールカウンセラーなどの専門職との協働により、学校のケア体制の充実を図っている。しかしながら、この体制が全てうまく機能しているとも言えない実態がある。組織的な力を有する県の機関との連携も必要である。児童相談所や子ども総合センターはこうした機関であり、これらの連携をもとにして学校のケア体制の充実、発達障害などの災害弱者へのケアが図られる。

表7 災害急性期（Acute disaster）における対応と課題

取組の課題 \ 災害のステージ	Acute disaster 災害急性期の段階 （発生から2か月頃まで）
1. 子どものメンタルヘルス対策の視点	1. 児童精神科トリアージ* （被災地の関係者からの依頼ケースへの対応） 2. 次のステージ（急性期中期）の心の問題に対する準備 不安障害・適応障害・うつ病 行為障害（窃盗・暴力・いじめ）などへの対応 3. 「正常反応」の長期化と精神疾患への悪化防止
2. 親・家族の問題の理解と支援	1. 親のダメージ（驚愕、緊張）と子どもの反応 2. 親子の突然の分離と子どもの反応 3. 親の不安と子どもへの心配
3. 保育士・教員等への支援	1. アウトリーチによる児童精神科コンサルテーション 2. 保育士や教員のニーズに対応した研修 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方
4. 県の保健福祉機関による対応 （1）児童相談所による介入と支援 （2）子どもの心の医療による介入と支援 （3）市町村との連携による支援 （4）教育機関との連携による支援	1. アウトリーチによる介入と支援の実施 （1）孤児・遺児など要保護児童への対応 （2）市町村の福祉・保健行政との連携による全般的な支援 （3）里親や施設への安否確認の実施と支援 1. アウトリーチによる児童精神科医療の介入 （1）トリアージと避難所訪問（心のケアチーム編成による） （2）医療と保健福祉の協働 （3）保育所・学校コンサルテーションの随時の提供 1. 要保護児童対策地域協議会の積極活用 2. 母子保健福祉の連携協働 保健師や保育士などの取り組みをサポートする 学校など関係機関と職員に対する研修を通しての支援 ケースのコンサルテーションを通じた支援 1. 学校コンサルテーション 学校の持つケアの可能性を最大に引き出す体制作り 災害弱者への配慮

4 災害中期（Post-acute disaster）における対応と課題

発生から2か月間の急性期に続き、発生から1年間の期間は災害中期と位置づけられている。急性期の極度の緊張が減り、心身のダメージや疲弊に意識が向き始める時期でもある。以下にこの時期の問題と課題について述べる。

（1）子どものメンタルヘルス対策の視点

災害中期は、急性期の心の問題の中心を占めていた急性ストレス障害は、PTSDへと病態が変化する。PTSD以外にも、落ち着きの欠けた子ども、衝動性の高まった子ども、不安の強い子ども、抜毛する子ども、抑うつ的な子ども、ちょっとした刺激に興奮する子どもなどの精神障害が出現する。このため依然として危機介入的な対応が必要になる。

子どもの領域にはDevelopmental PTSDやComplex Traumaという疾患名で表わされる病態がある。特に年齢の小さな子どもの場合、適切なケアを受けずに放置され、ネグレクトや虐待が加わると、トラウマによる脳のダメージは進行する。こうした問題を予防する視点が必要になる時期でもある。親へのケアや支援、さらには保育所や学校でのケアを充実させる取組が必要になる。次のステージとなる災害後期に起こる問題や取り組むべき課題について準備することもこの時期の課題である。

（2）親・家族の問題の理解と支援

災害の衝撃により多くの親が心にダメージを受ける。不眠のためにアルコールに頼る、子どもの育児に時間を当てられない、抑うつ状態に陥る、など親の負担や苦痛が目立ち始める。子どものことが心配、うまく育つのだろうかといった相談をしてくる親が目立つ時期でもある。子どもに対する心配のみならず、子どもへの心配を語ることで、自分の不安を表出していることがよくある。親の話をしっかりと聞くことで、親自身の不安に応える必要がある。愛着欲求は子どもの専売特許だけではなく、大人も不安なときには愛着を求める。子どもであれば愛着欲求に応える方法として抱っこや触れることをするが、大人の場合は、これに代わる対応としてその人の話をしっかりと聴くということになるのである。

親の受けた心のダメージは、我が子に対するネグレクトや虐待という問題に発展する可能性が高い。災害後期になると児童相談所の虐待通告は驚異的に増加しているが、この事態を反映しているものと考えられる。

（3）保育士・教員等への支援

災害中期は急性期に準じた支援が望まれる。

表8 災害中期 (Post-acute disaster) における対応と課題

取組の課題 災害のステージ	Post acute disaster 災害中期の段階 (2か月以後)
1. 子どものメンタルヘルス対策の視点	1. 非常時のメンタルヘルス危機介入 (1)さまざまな精神障害&問題行動の対応 PTSD・心身症・解離性障害への対応 無気力・注意集中力低下・学力低下・不登校などへの対応 (2)Developmental PTSD*8の予防 2. 次のステージ(後期)の心の問題に対する準備 不安障害・適応障害・うつ病・トラウマの悪化への予防 破壊的問題行動(窃盗・暴力・いじめ)・自殺企図 3. 大人に心配をかけまいとする「良い子」への配慮 親や保育士・教員に気を遣い、自分の欲求を抑え込んでしまう
2. 親・家族の問題の理解と支援	1. 親の精神的問題への対応 不適切な育児やネグレクトが発生する可能性が高くなる時期 子どもへの心配という形で表される親自身の不安への対応 2. 親の養育機能の低下への配慮 親の生活の変化(立ち直りの格差など)と親の精神的落ち込み 親の不和・DV・離婚・自殺への対応/若い母親の産後うつ
3. 保育士・教員等への支援	1. アウトリーチによる児童精神科コンサルテーション 2. 保育士や教員のニーズに対応した研修 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方
4. 県の保健福祉機関による対応 (1)児童相談所による介入と支援 (2)子どもの心の医療による介入と支援 (3)市町村との連携による支援 (4)教育機関との連携による支援	1. アウトリーチによる介入と支援の実施 (1)孤児・遺児など要保護児童への対応 (2)市町村の福祉・保健行政との連携による全般的な支援 (3)里親や施設へのニーズの把握と支援 1. アウトリーチによる児童精神科医療の介入 (1)アウトリーチによる避難所や保育所などの訪問診療 (2)診療所での診療拡充(附属診療所を基地にした) (3)保育所・学校コンサルテーションの随時の提供 1. 要保護児童対策地域協議会の積極活用 2. 母子保健福祉の連携協働 保健師や保育士などによる子どもや親への支援のサポート 関係機関の職員の対応技術の向上(事例検討と研修を通して) ケースのコンサルテーションを通じた支援 1. 学校コンサルテーション 学校の持つケアの可能性を最大に引き出す体制作り 災害弱者への特段の配慮

(4) 県の保健福祉機関による対応

災害中期においても、被災の規模によっては急性期の状態のままの被災地もあり、心のケアも被災地の実情に合わせた対応が必要となる。市町村の基礎的な力の違い、保持している社会資源の違い、復旧復興の違いなどを考慮し、アウトリーチによる支援の回数を多くするなどの配慮が必要になる。

また、被災の深刻な地域ほどケアや支援を求める声が出てこないため、緊張感や無力感を和らげるような関わり方をするなど、介入方法の検討が必要になる。宮城県では、子ども総合センターが県内の各児童相談所に診療施設を配備していたことから、この診療所をベースにしてその地域の子どもの精神科医療に力を入れることとなった。

市町村との連携による支援は、急性期と同様に、要保護児童対策地域協議会の積極的な活用、母子保健福祉との連携が軸となる。具体的には、保健師や保育士などが行う子どもや親への支援のサポートや、関係機関の職員の対応能力の向上を目的とした事例検討と研修の提供、そしてケースのコンサルテーションを通じた支援などが望まれる。教育機関との連携による支援については、急性期と同様の取組が望まれる。

5 災害後期 (Post disaster) における対応と課題

災害後期は外部からの支援が減り始め、特に医療分野の支援は大きく減少する。また、後期は心の問題の現れ方が変化し、理解や対応が難しくなることから、メンタルヘルス全般にわたった問題と課題にもっと注意を払う必要がある。なお、後期がいつまで続くのかについては、被災地の対応能力や被災の程度によって考慮すべきと考える。国の補助金により運営されている災害時の心のケアセンターは10年間を存続期間としている。阪神・淡路大震災で子どもの心のケアに取り組んだ兵庫県や神戸市は20年間にわたって経過をフォローしたと言われている。東日本大震災では、後期は今現在進行中であるが、現在までの経験をもとに後期に取り組むべき課題について述べることにする。

(1) 子どものメンタルヘルス対策の視点

① 平時の体制に向けた準備

後期は急性期に見られたような、明らかな症状を呈する PTSD などはほとんど見られなくなり、代わって、発達の歪みやトラウマを背景にした問題行動が関係者を悩ませている。被災地では、心の問題が複雑になる、わかりにくくなる、それまで隠れていた問題が露わになる、などといった声が聞かれるように、様々な精神障害や問題行動が出現している。災害分野のメンタルヘルスの経験と介入戦略を持っていないと、対応に行き詰りかねない。被災地の子どものケアに携わる関係者の対応力を高めることが、長丁場となる後期の子どものメンタルヘルス対策の中心になると考えられる。

後期に取り組むべき具体的な課題としては、一つには、様々な精神障害や問題行動への対応が挙げられる。特に PTSD に併発する心の問題として、破壊的な攻撃性や自傷行為などに注意を要し、より丁寧な対応が求められる。二つ目は、災害の影響を受けた発達障害の子どもへのケアと支援である。後期に、学校生活に行き詰る発達障害の子ども、あるいは軽い発達障害の傾向のある子どもの対応に苦慮している学校が多いのである。三つ目は、Developmental PTSD のような状態に至る子どもへの対応と予防である。四つ目は、幼児期に災害の影響を受けた子どもへの対応

である。こうした子どもが小学校入学後の集団場面で、落ち着きや注意集中力に欠け、教員が対応に苦慮している。発達障害を疑われる子どもも少なくない。

② 復興の遅れなど災害余波による問題への理解と対策

この度の災害では復興の遅れが被災者の心の復興に大きな影を落としている。今なお多くの被災者が仮設住宅暮らしであり、地元で仮設住宅を建てる土地がなく、遠くの市町に設けられた仮設住宅に暮らす住民が多い。市町は、盛り土という土地のかさ上げのために多くの工事車両が行き交い、荒涼とした世界が続いている。生活の糧となる産業の復興も決して順調とは言えない状況が続く。「災害は、その時代の地域の抱えていた弱点や放置してきた課題を、時代を先取りする形で顕在させる」（室崎、2015）という指摘があるように、大都市から遠く離れた地方ゆえに、それまでに抱えていた問題が震災によって顕在化させられた面もある。

災害弱者はこうした復興の遅れ（Slow Recovery）がもたらす問題や課題に巻き込まれる。災害弱者と位置づけられる状態にある子どもも大きな影響を受けることになる。しかも発達のスピードが速い幼児期及び児童期にある子どもが受ける影響は深刻と考えられる。また、学校の校庭が仮設住宅で占められ、長い期間にわたって日常の身体的活動が制限されている子どもにとっては心身の発達への影響が懸念される。

③ 児童虐待など要保護児童対策

災害後期は、災害によって分断されたコミュニティの子どもに対する保護機能が著しく低下しており、これを立て直す意味もあって要保護児童対策地域協議会が子どものケアや保護に重要な役割を果たすものと期待される。要保護、要支援の状態にある子どものケアや支援について、教育、保健、福祉に従事する被災地の関係者が積極的に協働する場となる。

④ 健全育成に軸足を置いた支援にシフト

子どものメンタルヘルス対策は、子どもが健全に育つ環境づくりが根底になければならない。通常の家生活や学校生活を通して、子どもは高いレジリエンスを獲得していく。生きる力を確実に身につけていく健全育成へとシフトし、通常の学校生活を送れるような対応が望まれる。

(2) 親・家族の問題の理解と支援

災害後期は親の養育機能の低下への配慮が一層必要になる。親の不和、DV、離婚、自死などが発生し、要保護性の高い子どもが出現する。また、震災から1年ほど経過した被災地では産後うつが多発しているという報道があった（河北新報平成24年4月15日）。生活苦のみならず、心の問題のために育児に支障を来す親が少なくないのである。親に求めてもできない育児という課題もあり、そうした親をどのように支援するか。ACE研究の結果と同じ事態が後期には起こっている可能性が考えられる。

(3) 保育士・教員等への支援

子どものメンタルヘルス対策の視点で述べた問題が保育所や学校でも認められ、子

子どもの発達を心配する保育士や教員が少なくない。問題を持つ子どもの多い保育所への支援、ケアを要する児童生徒の多い学校への支援は欠かせない。同時に、後期は保育士や教員は子どもの支援者として重要な役割を果たすことになるが、そのためにもコンサルテーションや研修を提供することにより、自分自身のメンタルヘルスの保ち方等について支援が必要になる。

(4) 県の保健福祉機関による対応

① 児童相談所による介入と支援

災害後期になり、児童相談所では児童虐待の通告が増加し、多忙を極めている。DVの増加など複雑化する家族問題への対応が求められ、本来的な相談業務とはいえ、業務量が増す一方である。子どもを守り育むようなコミュニティーの力が再生するまでは、多くの親と子どもは児童相談所の支援を必要とする。

② 子どもの心の医療による介入と支援

災害後期は、遷延化した心の問題を持つ子どもと親がいるにも関わらず、心の医療による支援は減る。しかも被災地では子どもの精神科医療従事者は限られており、アウトリーチによる支援は困難で、そのため被災地ではメンタルヘルスに取り組む人材の育成と関係機関の連携が一層必要になる。学校保健活動の充実を急ぐとともに、少ない医療従事者との連携を図るための仕組みを整備しなければならない。

後期の医療的支援について児童精神医学的な視点から検討すると三つ挙げられる。第一には、災害によって発達が複雑化した子どもへの対応である。第二には、発達障害の子どもで今なお災害の影響が及んでいる子どもの理解と対応である。第三は、必要な時に保育所や学校にコンサルテーションを提供することである。

後期には、それまで隠れていた問題が出現することがある。保育所や学校の生活の中には「311」の恐怖を思い出させる **Reminder** がたくさん潜んでいる。保育所や学校は被災地において重要なケアの場であり、職員の対応が子どもの心の回復や成長を左右するため、学校は自分たちの後ろ盾を持ち、かつ職員が支えられていることが決定的に重要である。

③ 市町村との連携による支援

先に触れたように、後期は深刻な親の問題が出現することと、養育機能が低下しこれが子どもに様々な影響を及ぼす時期であることから、行政的に介入を要する子どもについては要保護児童対策地域協議会を積極的に活用することが重要になる。また、これらの活動を通して子どもを守り育てるコミュニティーの復興という課題に取り組むことにもなる。次いで保健師や保育士などによる子どもや親への支援のサポート、幼い子どもと親への支援を課題にした母子保健福祉の連携と協働という課題に取り組むことになる。

④ 教育機関との連携による支援

学校コンサルテーションが重要な支援方法となる。前述したように、我々は学校定点観測という方法により学校との強い連携・協働を図った。後期の、多彩で複雑な心の問題に対応するためには学校の力や担任教員の力が不可欠になる。また、子

どもの発する問題は状況に左右されるため、子どもの詳しい観察が必要になる。子ども総合センターは学校の観察所見に加えて直接の授業参観により子どもの診立てをしてこの課題に対応したが、子どもの問題が複雑な場合はこうした連携は大変役立つ。

後期は平時に移行する時期でもあることから、学校保健の取組に期待がかかる。教員のメンタルヘルス対策は言うには易しいが行うに困難である。常に子どものそばにいないてはならない職業であることから、教員は休暇や時間休をとりにくく、心身を休めることは難しい。学校に長く介入した結果、彼らが一生懸命取り組んでいるケアや支援を、少しでも効果ある結果に近づけるよう支援をすることが、教員のメンタルヘルスに役立つことであると考えようになった。そのために、子どもの症状や問題を一緒に検討して理解を深めることと、教員の取組が現実的であればそれを支持するようなコンサルテーションが求められる。また、現場の希望に沿うような研修により、役立ちそうな知識や考え方を提供することも必要である。

表9 災害後期（Post disaster）における対応と課題

取組の課題 災害のステージ	Post disaster 災害後期の段階 （2年目以降）
1. 子どものメンタルヘルス対策の視点	1. 平時の体制移行に向けた準備 (1) 様々な精神障害&問題行動への対応 PTSDに併発する心の問題 (2) 災害の影響を受けた発達障害の子どもへのケアと支援 (3) Developmental PTSDの予防 2. 復興の遅れなど災害余波による問題への理解と対策 3. 児童虐待など要保護児童対策 要保護児童対策地域協議会などを軸にした地域の連携 協働体制の強化 4. 健全育成に軸足を置いた支援にシフト レジリエンス、通常の生活の重要性の認識
2. 親・家族の問題の理解と支援	1. 親の精神的問題への対応 アルコール問題/うつ状態などが子どもに影響を与える 2. 親の養育機能の低下への配慮 (1) 親の生活苦(立ち直りの格差など)と精神的落ち込み (2) 親の不和・DV・離婚・自死への対応/若い母親の産後うつ (3) 家庭内暴力・児童虐待・非行等
3. 保育士・教員等への支援	1. 問題を持つ子どもの多い保育所への支援 2. ケアを要する児童生徒の多い学校への支援 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方
4. 県の保健福祉機関による対応 (1) 児童相談所による介入と支援 (2) 子どもの心の医療による介入と支援 (3) 市町村との連携による支援 (4) 教育機関との連携による支援	1. 被災以前の体制に移行 (1) 要保護児童化した児童への対応 (2) 児童福祉施設や里親(親族含む)への支援 (3) 特別な配慮(問題行動と心的外傷の関与)を要する子どもへの支援 1. 震災以前の体制へ復帰+随時アウトリーチによる支援 (1) 診療機能の拡充(複雑なトラウマを持った子どもへの対応) (2) 保育所・学校コンサルテーションの随時の提供 1. 要保護児童対策地域協議会の積極活用 2. 母子保健福祉の連携協働 保健師や保育士などによる子どもや親への支援のサポート 関係機関の職員の対応技術の向上(事例検討と研修を通して) ケースのコンサルテーションを通じた支援 1. 学校コンサルテーション 通常の学校保健への支援 様々な精神疾患へのコンサルテーション 教職員のメンタルヘルス支援(研修&相談)

6 実践的な心のケアと支援について

心のケアについては近年様々なトラウマの治療方法が登場してきた。認知行動療法（CBT：Cognitive Behavior Therapy）、EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）、曝露療法などの様々な技法が用いられている。こうした専門的な治療は実施のためにいくつかの条件を整える必要があることと、資格を持った技術者が施行することになっているために、災害現場では使えないことが多い。災害現場では子どものケアに関わっている職種の日々の活動を主にして、ケアや支援を行うのが現実的である。子どもの最も身近な存在である保育士や教員などが重要な担い手であることは誰も疑わない。

実践的なケアは、子どもの問題に気づくこと、見逃がさないことから始まる。日々一緒に過ごし、気に留めてくれる保育士や教員は、子どもにとって不安を和らげてくれる大事な愛着対象でもある。しかも、保育所や学校は安心して様々な身体的活動ができる場であることから、保育所や学校で過ごす時間は精神的安定が保てる。このため、この時間帯は心の問題が出にくい。しかし、家に戻って一人になった時間や睡眠中に心の問題が現れてきて、苦しむ子どもがいるため、子どものケアにおいては心の問題の有無に注意をし、見つけることが欠かせない。以下に子どもの日常につき合う保育士や教員が理解しておく役立つ考え方を示す。

（1）子どもの心の状態と問題行動

保育所や学校以外の場にも関心を持つこと。学校では明るく問題なく過ごしていても、家で過ごす時、一人になる睡眠中などに心の問題が現れていることがある。

① ト라우マは以下のような症状で現れることがある。

○再体験症状の現れとして

不眠（遅くまで寝付けない）、怖い夢を見る、家人への暴力、親に過度にくっつきたがる、イライラなど。

○回避（麻痺）症状の現れとして

活動低下、引きこもり傾向、無気力、ゲーム・TVに没頭する。

○解離症状の現れとして

ボーとしている、反応が鈍い、ぶつぶつ独り言を言う。

② ト라우マを抱えているために以下のような問題として現れることもある。

○授業に集中できない、飽きてしまう、注意集中力低下

○不登校傾向

嫌な場面や苦手な場面を避けるという意味の回避（麻痺）や、エネルギーが不足して対人関係に疲れてしまった結果として家に引きこもる可能性が高い。

○身体的な不調傾向

頭痛や腹痛などの身体愁訴、怪我をしやすい。

ここに述べた問題行動や態度をとる子どもはトラウマを抱えている可能性が高いので、毎日の生活においても注意や関心を向ける必要がある。

専門家の支援にも限界がある。専門家による外部からの支援は、同じ人物が担当してもつながりの薄い関わりになり、子どもの日常性を支えることは難しい。よって子ども

の心を支え育むためのプラットフォームのような保育士や教員をどのように支援し、彼らの持ち合わせる力を発揮してもらうかが重要な視点となる。我々は心のケアの戦略として以下のような考えを基本にした。

(2) 心のケアの基本的な考え方

災害によるトラウマとは、様々な「つながり」を失った状態と考えることができる。このように考えることにより、心のケアの道が開ける。

① 自分の記憶のつながりを失う

トラウマにより、被災時の経験を思い出せない、思い出したくないのにつながりがないばらばらな記憶で思い出される、恐怖の記憶とその時の感情が突然侵入的に出現してくる、というように記憶のつながりが失われることが多い。

② 行動と感情が分断される

トラウマがあるから、トラウマを思い出すような何かの刺激で興奮し感情的になり、自分では抑えのきかない行動をしてしまうことがある。恐怖や怒りの感情が呼び起こされ、その感情に振り回されて問題行動をしてしまう。

③ 人とのつながりを失う

日常生活の中にはトラウマを呼び起こす出来事や活動が数多く存在する。トラウマは、こうした日常の出来事や活動を回避させるが、回避によって他者とのつながりを失い、孤立することになってしまう。また、トラウマを抱えているために日常の生活で味わう軋轢や葛藤に取り組むだけのエネルギーが失われており、そのため他者との関わりから遠ざかり、孤立した状態に至ってしまう。

心のケアの基本は、「つながり」をつけることである。

④ 記憶を連続性のある記憶としてつなげること

子どもは特に安心できる大人に話をする機会、聴いてもらう機会が増えると、トラウマに関わる記憶を言葉で表出できるようになる。このことにより、記憶を連続性のある記憶、つながりのある記憶にすることができるようになる。これがトラウマからの解放や解消につながると考えられる。

⑤ 感情と行動をつなげること（感情に向き合うこと）

怒っていること、悲しんでいること、不満を抱いていること、悔しいこと、こうした感情に気づけるようになると、衝動的に発する行動をコントロールできるようになる。子どもが問題行動を起こした時は、理由を聞くよりも「今どんな気持ち？」、「けんかした時はどんな気持ちだったの？」といったように、接する大人が穏やかな態度で子どもの気持ちを一緒に探すことが問題行動をコントロールする方法になる。そして「その時どうすればよかったと思う？」と、子どもの対処方法を一緒に考えること。忍耐のある大人から暖かく寄り添ってもらうこと、話を聴いてもらうことが多くなれば、子どもは自分の感情を気づけるようになり、自分の行動の意味がわかるようになる。こうして自分の行動には恐怖や辛い感情などがあったことを

理解し、やがては行動がコントロールできるようになる。

上記の④と⑤を通して、外傷記憶となった感情の記憶や断片化した記憶を言語に置き換え（言語で表現し）、心的外傷によって分断された記憶に筋道をつけることがトラウマからの回復の方法となる。言語化が進むと恐怖感や不安が出てくるが、この感情のコントロールのお手伝いをしつつ、体験をまとまりのある記憶にしていくプロセスが治療ということになる。怖かったのは過去のことで、今は大丈夫らしいという感情や意思にたどり着く。言語はこうしたプロセスを進める上で道具でもあり力でもある。言葉の発達が十分でない子どもはこのプロセスにどうしても時間がかかるのである。

⑥ 人々のしっかりとしたつながりができること

子どもの周囲の大人が気に留めてくれること、声をかけてくれることが、つながりを作ることになる。そうすると、日常生活の当り前のことが、子どもに安心感を与え、自分は無視されていない、一人ぼっちではないと感じる。まずは保育士や教員とつながり、次に他児にも安心感を抱き人間関係が広がっていく。

子どもの心のケアではなおさらであるが、適切な日常生活には自分自身を支え、健康さを育むような力がある。通常の保育所生活や学校生活を送ること、大人との人間関係において質の適切なこと、そして十分な量の関係性が提供されていることが、心に問題を抱えた子どものケアに大きな効力を発揮する。トラウマの被害に遭った子どもへの最も効果的な治療についての研究成果をまとめると、何よりも効果のあるのは、子どもの日々の人間関係の量と質を上げることだという指摘もある（Perry B,2010）。

心のケアにとって重要な要素は安全・安心感である。子どもたちに最も安心感を与えたのは、子どもたちを尊重し、その弱さや傷つきやすさを温かく受入れ、新しいことをゆっくり覚えていくのを辛抱強く見守ってくれた人たちであった。その一方、あらゆる不幸な出来事において最大のトラウマにつながる部分は、人間関係の崩壊である。だからこそ、どんな災害であっても最も気を付けなくてはならないことは、地域の人間関係、家族の人間関係を維持し守ることとなる。

(3) 外部の介入と支援について

質の高い日常性を復興させるためには、子どもに関わるコミュニティーを形成する学校や保育所を支援する必要があるが、以下の内容は3年目以降に我々が取り組んだ内容である。

① 保育所や学校に対する定期的で継続的な訪問支援

非常事態の続く被災地では、関係者は当然不安な状態にあり、子どもに対する対応に迷うことが多い。関係者自身が他者（同僚や上司及び外部の専門家）によって支えられているという感覚を持ち子どもに臨むことが大事である。子どもは保育士や教員を頼りにしながら自分の現実に取り組むので、こうした大人は自分をコントロールできているかどうかが重要になる。また、子どもの日常の行動で気になることは、子どもの内面を知る上で重要な窓口となる。このために提供した支援は以下のようなになる。

第一は、担当者が抱えている様々な不安や疑問を聴きながら一緒に考えるというコンサルテーションを提供することである。学校定点観測はその場を設けてもらうことであった。第二は、担当者がケアに苦慮している子どもについて事例検討のような場を設けるといったスーパービジョンの提供である。トラウマや PTSD など担当者が十分な知識を持っていない場合は、ミニレクチャーをすることもあった。第三は、理解の難しい子どもの授業参観をさせてもらい、子どもの授業態度やクラスメイトとのやり取りなど日常生活能力の観察をし、それをもとにケース検討をする時間を提供したことである。

② 愛着志向的な関係づくりと絆の構築のための集団活動

子どもは、日常的に賦活されているはずの愛着欲求をスムーズに出せることが重要である。適切な愛着行動を出すことによって、不安をコントロールできるのである。また、身体を使った楽しい活動、笑いの出る活動などが心のケアには効果がある。こうしたことを目的に行った支援活動が **Playmaker Projects** という「遊び」を使ったケア活動である。

遊びは、子ども自らが遊びを通して受け入れがたい体験を処理する機会や場となる。理解の及ばない体験をしたとき、遊びを通してその体験の意味を探る。答えが出るまで何度も繰り返す。年齢が小さい幼い子どもにとっては、彼らが用いる遊びは言葉と同じで、その遊びは心の中を無意識に映し出す。遊びに適切に付き合うことは、子どもの心に傾聴することと同じ意味になる。遊びを通して子どもに共感できるし、遊びにつき合うことで共感していることを伝えられる。遊びを通して、子どもは他者とコミュニケーションし、自分の心の中の内なる自分と会話をしていることになる。

Playmaker Projects は大人がリードし、子どもの心の回復に働きかける「遊び」である。大人のリードによって安心・安全が保障された中で行われる遊びは、子どもたちの恐怖をやわらげ、歓びを生みだし、トラウマからの回復を助けるとされる。この遊びを通して目指すものは、心身の統合、社会的つながり、積極的に参加すること、笑うこと、参加の選択に自由があること、心から楽しめることである (**Life is Good, 2015**)。

もう一つが集団のレクリエーション活動である。この活動により、災害のもう一つのダメージである「分断されたつながり」の修復を図った。そのために、特に被災の酷かった保育所と幼稚園を対象に「卒園の会」という、保育所を卒園した子どもと父母のためのレクリエーションを開催した。

③ 保育所や学校支援のための研修

災害の時期ごとに学ぶべき研修テーマは異なる。初期の頃はストレスや PTSD 関連の知識や対応が中心であったが、後期になると、家族機能の低下による問題や災害によって破壊されたコミュニティの影響、さらには不登校や発達障害などと後期に出現する心の問題への対応に向けた研修が必要になる。また日中の研修は、対象となる教員が子どものケアや対応に忙しい時間帯にあたり、出席者が限られる。しかも被災のひどいところほど研修の出席が難しい。このために地域ごとの研修に加えて、授業の終了後の時間を研修にあてる学校別研修を提供した。研修内容にお

いても外部の専門家が必要と考える知識のみならず、教員たちが求める知識や考え方を取り入れた。例えば、不登校、発達障害、愛着というテーマが選ばれた。この理由は、災害後期にはこうした問題が関係者を悩ませていたからであった。

(4) レジリエンスを高めることによるケア

レジリエンスとは困難な環境を生き延びる適応的な能力を言う(庄司、2009)。災害のみならず、様々な事件や事故による心のダメージを減らすために、災害以前のステージの課題としてレジリエンスを高めるような取組が必要である。また災害後の心のケアを推進する上でも、レジリエンスに着目して日常の生活に工夫をしたい。レジリエンスの要素は以下ようになる。

- ① 賢いということ。知的能力が高いということ、そして他者と柔軟に関われること。
- ② 身体を使った楽しい遊びがあること。笑いは心の回復に大きく役立つ。
- ③ 気にかけてくれる大人がいること。
- ④ 健康な日常生活。平凡ではあるが、日常生活の中には、レジリエンスを高める要素がたくさん詰まっている。こうした日常生活の持つ力を Masten Ann は **Ordinary Magic** (日常の魔法) (Masten A S, 2001) と呼んでいた。
- ⑤ 震災時に信頼できる親や保育士・教員がいたこと。大人の不安に直撃されなかったこと。そうした大人を信頼できる心理状態にあること。
- ⑥ 多くの学校は必死で児童生徒を守った、早々に学校を再開した。こうした学校環境もレジリエンスの構成要素であろう。
- ⑦ 災害対応の準備と訓練について教えられていたこと。

心に大きな影響を受けながらも、症状を出さない子どもや症状が隠れてしまう子どもが少なくないが、日常性を大事にすることやレジリエンスを高める活動は、自然に心の健康を回復していく方策となる。

7 あとがき

災害と子どものメンタルヘルス対策について提言的にまとめた。先にも述べたように、この度の大災害は地域を破壊しつくし、子どもたちの被害も過去に例のない規模と内容である。心の問題についても、今までの知見を超えるような問題を発現させた。我々子ども総合センターも組織を挙げ、通常業務を担いながら一組織としては長期にわたる5年間の取組をして対応してきた。こうした取組によって得た知見と考察をもとに、心のケアのあり方と対応方法をまとめた。決して十分な内容ではないが、本書が、被災地において長期に及ぶ子どもの心のケアを検討するためのものとして、そして次の大災害時への備えとして参考になれば幸いである。

【提言】 次の災害に向けた子どものメンタルヘルス対策について

表10 大災害と子どもの心のケアの全体像（心の問題対応の流れ）

取組の課題	Pre-disaster 災害への備えの段階 (災害以前)	Acute disaster 災害急性期の段階 (発生から2か月頃まで)	Post acute disaster 災害中期の段階 (2か月以後)	Post disaster 災害後期の段階 (2年目以降)
災害のステージ 1. 子どものメンタルヘルス対策の視点	1. 災害時のメンタルヘルスに関する基本の研修 (1) 子どものストレスに対する反応の理解 (2) 子どものResiliencyとVulnerabilityの理解 (3) 子どもへのトラウマとPTSDの理解 (4) 子どもへのためのPsychological First Aidersの研修 (5) 災害弱者としての乳幼児や障害児の理解 2. ACEs概念の理解	1. 児童精神科トリアージ (被災地の関係者からの依頼ケースへの対応) 2. 次のステージ(急性期)の心の問題に対する準備 不安障害・適応障害・うつ病 行為障害(怒怒・暴力・いじめ)などへの対応 3. 「正常反応」の長期化と精神疾患への悪化防止	1. 非構造的メンタルヘルス支援介入 (1) さまざまな精神障害の問題行動への対応 PTSD・心身症・解離性障害への対応 無気力・注意集中力低下・学力低下・不登校などへの対応 (2) Developmental PTSDへの対応 2. 次のステージ(後期)の心の問題に対する準備 不安障害・適応障害・うつ病・トラウマの悪化への予防 破壊的問題行動(怒怒・暴力・いじめ)・自殺企図 3. 大人に心配をかけまいとする「風い子」への配慮 親や保育士・教員に気を遣い、自分の欲求を抑え込まず	1. 平時の体制移行に向けた準備 (1) 様々な精神障害の問題行動への対応 PTSDに併発する心の問題 (2) 災害の影響を受けた発達障害の子どものケアと支援 (3) Developmental PTSDの予防 2. 復興の遅れなど災害余波による問題への臨機と対策 3. 児童虐待など要保護児童対策 要保護児童対策地域協議会などを軸とした地域の連携 協働体制の強化 4. 健全育成に軸足を置いた支援にシフト レジリエンス、通常の生活の重要性の認識
2. 親・家族の問題の理解と支援	1. 災害が親子関係に与える影響の理解 (1) 震災のために不適切な育児に関する可能性 (2) 親のメンタルヘルスの低下とその影響 (3) 父親の災害に対する取組の違いとリスク	1. 親のダメージ(喪失、葛藤)と子どもの反応 2. 親子の突然の分離と子どもの反応 3. 親の不安と子どもへの心配	1. 親の精神的問題への対応 不適切な育児やネグレクトが発生する可能性が高くなる時期 子どもへの心配という形で表される親自身の不安への対応 2. 親の養育機能の低下への配慮 親の生活の変化(立ち直りの格差など)と精神的落ち込み 親の生活の変化(立ち直りの格差など)と親の養育機能の低下 親の不和・DV・離婚・自殺への対応、若い母親の産後うつ	1. 親の精神的問題への対応 アルコール問題やうつ状態などが子どもに影響を与える 2. 親の養育機能の低下への配慮 (1) 親の生活者(立ち直りの格差など)と精神的落ち込み (2) 親の不和・DV・離婚・自殺への対応、若い母親の産後うつ (3) 家庭内暴力・児童虐待・非行等
3. 保育士・教員等への支援	1. 危機における自分自身の変化の理解 2. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方 3. Psychological First Aidersの研修	1. アウトリーチによる児童精神科コンサルテーション 2. 保育士や教員のニーズに対応した研修 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方	1. アウトリーチによる児童精神科コンサルテーション 2. 保育士や教員のニーズに対応した研修 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方	1. 児童精神科への移行 (1) 児童精神科への移行 (2) ケアを要する児童生徒の多い学校への支援 3. 支援者としてのメンタルヘルスの保ち方
4. 県の保健福祉機関による対応 (1) 児童相談所による介入と支援 (2) 子ども心の医療による介入と支援 (3) 教育機関との連携による支援 (4) 教育機関との連携による支援	1. 災害時対応の検討 (1) 要保護児童や児童虐待地域協議会の活用 (2) 児童相談所の中の子どもの安全確認と対策 (3) 児童虐待相談に対する支援 (4) 災害対策マニュアル整備 1. 危機的事態に対するメンタルヘルス対策 (事件や事故などへの対応)	1. アウトリーチによる介入と支援の実施 (1) 加配・連携など要保護児童への対応 (2) 市町村の福祉・保健行政との連携による全体的な支援 (3) 車載や施設への緊急確認の実施と支援 1. アウトリーチによる児童精神科医療の介入 (1) トリアージと選別訪問(心のケアチーム編成による) (2) 医療と保健福祉の連携 (3) 療養所・学校コンサルテーションの同時の提供	1. アウトリーチによる介入と支援の実施 (1) 加配・連携など要保護児童への対応 (2) 市町村の福祉・保健行政との連携による全体的な支援 (3) 車載や施設への緊急確認の実施と支援 1. アウトリーチによる児童精神科医療の介入 (1) アウトリーチによる選別訪問(心のケアチーム編成による) (2) 医療と保健福祉の連携 (3) 療養所・学校コンサルテーションの同時の提供	1. 児童相談所・児童虐待地域協議会との連携活用 2. 母子保護福祉との連携 児童相談所や児童福祉センターなどにより子どもや親への支援のサポート 学校など関係機関と職員に対する研修を通じた支援 ケースのコンサルテーションを通じた支援 1. 学校コンサルテーション 学校の持つケアの可能性を最大に引き出す体制作り 災害弱者への配慮

【注釈】 *1 Resilience…困難な環境を生き延びる適応的な能力
 *2 Vulnerability…脆弱性
 *3 トライアージ(Triage)…優先順位
 *4 PTSD (Posttraumatic Stress Disorder)…心的外傷後ストレス障害
 *5 Psychological First Aiders (PFA)…心理的救済法
 *6 Child Behavior Checklist for Adults (ACE)…小児期の悲惨な体験
 *7 リアレーション…治療の効果を決定して選別を行うこと
 *8 Developmental PTSD…発達性PTSD

参考文献

- CDC ; Centers for Disease Control and Prevention (1998) : ACE study.
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>
- 本間博彰 (2008) : 第 6 章 子どもの医療・保健・福祉の中でのコンサルテーション. (中根晃、牛島定信、村瀬嘉代子編 (2008) : 詳解 子どもと思春期の精神医学. 金剛出版)
- 本間博彰 (2015) : 児童生徒のメンタルヘルス、一被災地の学校保健活動と学校定点観測から－. 82-86. (平成 27 年度版 学校保健の動向. 公益財団法人日本学校保健会)
- 厚生労働省 (2005) : 要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について (平成 17 年 2 月 25 日雇児発第 0225001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv03/01.html>
- Life is Good (2015) : <http://content.lifeisgood.com/playmakers-in-haiti/>
- Masten A S (2001): Ordinary Magic ; Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56. 227-238.
- 宮城県 (2015) : 東日本大震災－宮城県の発災後 1 年間の災害対応の記録とその検証－.
 宮城県教育委員会 (2012) : 平成 23 年度東日本大震災における学校等の対応等に関する調査.
 東日本大震災に係る教育関連記録集 (宮城県ホームページ).
<http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kyou-soumu/top2.html>
- 宮城県震災援護室公表資料 (2015) : 応急仮設住宅の入居状況 (平成 27 年 10 月 31 日時点 ; 宮城県ホームページ) .
<http://www.pref.miyagi.jp/site/ej-earthquake/nyukyo-jokyo.html>
- 室崎益輝 (2015) : 第 111 回日本精神神経学会総会シンポジウム ; 阪神・淡路大震災を忘れない、一復興と心の回復の 20 年.
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006) : Psychological First Aids ; Field Operation Guide, 2nd edition. (兵庫県こころのケアセンター訳 (2011) : 災害時のこころのケア、サイコロジカル・ファーストエイド実践の手引、医学書院)
- Osofsky J (2011): Clinical Work with Traumatized Young Children. The Guilford Press.
- Perry B, Szalavitz M (2006) : The boy who was raised as a Dog. Basic Books. (ブルース・ペリー、マイア・サラヴィッツ (2010) : 犬として育てられた少年. 紀伊国屋書店)
- Raphael B (1986): When disaster strikes ; How individuals and communities cope with catastrophe. Basic Books. (石丸正 訳 (1988) : 災害の襲うとき、カタストロフィの精神医学. みすず書房)
- Ritchie E C, Watson P J, Friedman M J (2006): Interventions Following Mass Violence and Disaster, Strategies for Mental Health Practice. (計見一雄、鈴木充監訳 (2013) : 巨大惨禍への精神医学的介入. 弘文堂)
- 笹川嘉久、河合健彦その他 (2011) : 東日本大震災の被災地におけるこどもの心のケア、－2011 年 3 月 26 日から 4 月 25 日までの気仙沼市での活動－. 市立札幌病院医誌 71、35－41.
- Scheeringa M S and Zeanah C H (2008): Reconsideration of Harm's Way ; Onsets and Comorbidity pattern of disorders in Preschool Children and Their Caregivers Following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 37

- 庄司順一 (2009) : レジリエンスについて. 人間福祉学研究、2. 35-47.
- Schreiber M, Gurwitch R, Wong M, Schonfeld D. (2006) : Listen, Protect, Connect.
- Stoddard Jr. F J, Pandya A, Katz C L edited (2011) : Disaster Psychiatry, Readiness, Evaluation and Treatment. American Psychiatric Publishing, Inc..
- 社団法人日本自閉症協会 : 自閉症の人たちのための行動防災・支援のハンドブック、支援する方へ&自閉症のあなたと家族の方へ. 平成 24 年 3 月.
- Terr L (1991) : Childhood Traumas: An Outline and Overview. Am J Psychiatry 148, 10-20.
- The National Child Traumatic Stress Network (2010) : Early Childhood Trauma.
(<http://www.nctsn.org/trauma-types/early-childhood-trauma>)
- Tomasello M. (2009) : Why we cooperate. A Boston Review Book.
- Van der Kolk (1998) : The compulsion to repeat the trauma ; Reenactment, revictimization, and masochism. Psychiatric Clinics of North America, 12, 389-411.
(市田勝 訳 (1998) : 心的外傷の反復強迫、一再演、再犠牲化、そしてマゾヒズムー. 思春期青年期精神医学、8. 159-177)
- Van der Kolk (2005): Developmental Trauma Disorder, toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric annals, 35.