

子どもの心の対応マニュアル

目次

I. 子どもの災害時ストレス心身反応

II. 超急性期（災害発生から人命救助が落ち着くまで）

- a. 支援体制の確認
- b. 被災地への医師派遣の準備
- c. 情報収集

III. 急性期

- a. 支援の実際
 - 1) 避難所での支援
 - 2) 園・学校での支援
 - 3) 近親者を亡くした子どもへの支援
 - 4) 障害のある子どもへの支援
 - 5) 疎開した子どもへの支援
- b. 環境変化に対する支援
 - 1) 被災地の環境問題
 - 2) 仮設住宅における環境問題
 - 3) メディア対策
 - 4) 家族関係・役割の変化
 - 5) 対人関係の変化
- c. 役割分担
 - 1) 小児科医の役割
 - 2) 子どもの心の専門医の役割

IV. 中・長期の対応について

- a. 被災地の環境問題の変化
 - 1) 仮設住宅における環境問題
 - 2) 衣食住の制限
 - 3) 遊び場の制限
 - 4) 学習環境の問題
 - 5) 支援の出入りによる混乱
- b. 子どもへの支援の実際
 - 1) 一般小児科診療で行える子どもの心の支援の概要
 - 2) 近親者を亡くした子どもへの支援
 - 3) 障害のある子どもへの支援
 - 4) 疎開した子どもへの支援

c. 保護者への対応

- 1) 対応に際して理解すべき背景
- 2) 保護者自身が抱える心理状態
- 3) ストレス反応への上手な対処法

資料1：不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト（乳児から使える処方、学童期以降錠剤が服用できる場合に使える処方、漢方薬がのめるお子さんの処方）

資料2：災害時の子どものメンタルヘルス対応のために（保護者・支援者向け）

資料3：災害対策の基礎知識（医師向け）

参考文献

I. 子どもの災害時ストレス心身反応

子どもは心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多くなる。年齢により反応も異なり、乳幼児では、災害の正体もわからず、不安が強くなり、学齢以上でははっきりとした身体症状や精神症状も認められるようになる（表 1）。

表 1. 災害後にみられる子どもの反応

- ① 表情が少なく、ボーッとしていることが多い
- ② 食欲がなく、何もする気が起こらなくなる
- ③ 感情的に高揚する
- ④ 災害に関連するものを避けようとする
- ⑤ 災害遊びや悪夢などで災害時の体験を思い出して不安になる
- ⑥ 不眠・夜泣き・頻尿・頭痛・腹痛・全身倦怠・落ちつかない・いらいらする・小さな物音に驚くなど過度の覚醒、などの心身反応
- ⑦ 甘えがひどくなったり、遺尿などの退行（赤ちゃん返り）をするようになる
- ⑧ 登園しぶり・後追いなどの分離不安を示す

これらの反応は通常は最初の数週間で軽快するといわれているが、1 か月以上持続したり、数か月の潜伏期を経て現れたり、長期的な問題をひき起こしてくることもある。

生命に危険を感じるような体験（トラウマ体験）をした後、その体験を思い出して恐くなったり、そのような状況をさけようとしたり、反応が乏しくなったり、緊張状態が強くなるということは、大人だけではなく、子どもにとっても当然のことである。しかし、約 1 か月以上経過してもなおかつ、それらの症状が強すぎたり、長引きすぎたりして、日常生活の支障となる状態にまでひどくなると、心の援助が必要とる。この場合、心的外傷後ストレス障害（PTSD）と呼ばれる。このような状態になるのは災害の程度・種類にもよるが、子どもでは数～数十％程度と考えられている。しかしながら、危機的な体験がすべてトラウマとして認識されるわけではなく、危機的な状況にあっても、保護的な環境下にあり、安全感がある程度得られていれば、トラウマ体験は必ずしも重篤化せずに、症状発現の程度も軽減していく。

したがって小児科医は初期段階から災害地域の子ども達にアプローチして、ストレス反応が増悪しないように、適切な医療行動を行う必要がある。以下に超急性期～急性期～中長期において日本小児科学会として行動指針を示した。

II. 超急性期（災害発生から人命救助が落ち着くまで）

災害発生から人命救助が落ち着くまでの超急性期では、被災地の小児科医は被災者の身体疾患を中心に診療することになる。子どもの心の面についても当然配慮する必要があるが、それは超急性期に特別な対応というものはない。心へのケアが重要視されるのは急性期～中長期であり、日本小児科学会はそのための支援体制づくりに向けて具体的準備を行う必要がある。以下のその要領を示す。

a. 支援体制の確認

日本小児科学会は被災地における小児科医、ならびに子どもの心に対応できる診療医（心 DR と略す）を確保する必要がある。それに応えるために日本小児学会分科会である日本小児心身医学会、日本小児精神神経学会の 2 学会は災害対策委員会を設置し他の関連学会と連携し必要に応じて心 DR を被災地に派遣するなどの支援体制が整備されていることから、平素から 2 学会と連携をとり支援体制を確認しておくことが望ましい。

災害発生時には、日本小児科学会は 2 学会に支援要請を行った後、2 学会が支援を開始する。2 学会の連絡先は以下の通りである。

日本小児心身医学会事務局 075-771-1373（理事長 村上佳津美、近畿大学）

日本小児精神神経学会事務局 03-6272-6516（理事長 宮本 信也、筑波大学）

なお、日本小児心身医学会では全国に地方会が設置されている。地域の小児科医が心 DR と連携を希望する場合には各地方会が役立つと考えられる。以下の URL には、各地方会代表者の一覧表と連絡先が記載されているので確認されたい。

<http://www.jisinsin.jp/local/index.html>

b. 被災地への医師派遣の準備

被災地行政機関が日本小児科学会に心 DR の現地派遣要請を行った場合、日本小児科学会は上記 2 学会に支援要請を行い、同時に心 DR 派遣等の支援に関する実務的な準備（以下の①～③）を 2 学会と協議する（なお、日本小児心身医学会では現時点で約 60 名が派遣可能医師として登録されている）。

①医師の身分保障、宿泊場所、交通・宿泊費の調達

②派遣医師の支援活動形態の決定（避難所での子どもへの診療、避難所からの紹介患者に対する二次診療、被災地に子どもの心の診療室を開設等）、および派遣医師の所属機関に対して派遣許可依頼を日本小児科学会会長名で送付する。

③活動に関するマニュアル、リーフレット等の被災地への配布（資料 1、2）。資料 1 は、「不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト」であり、小児科医が処方しやすく比較的即効性が期待できる薬剤の処方例も記載されている。資料 2「災害時の子どものメンタルヘルス対応のために」は、災害後の子どもへの対応の原則が簡潔にまとめられており、医師だけでなく、保護者、保健師、保育士、教員など、子どもに日常的に接している大人に必須の情報が記載されている。これらを超急性期に被災地に配布することで、心 DR が被災地に到着する以前から子どもの心身症状の安定化に役立つと言われている（後述）。

c. 情報収集

災害直後は被災地においても情報が錯綜し、混乱していることが多いため、被災地医師等への直接の連絡は慎重に行い、電子メール等による時間が限定されない方法で行うことを考慮する。大規模災害時には厚生労働省、被災地市町村行政機関に情報が集約されることから日本小児科学会はこれら行政機関との連携を緊密に行う必要がある。

Ⅲ. 急性期

被災地の人命救助がピークを過ぎる数日～1週間後あたりに、表1、あるいは表2の心身症状が持続、あるいは新たに出現してくる場合がある。

心のケアの取組みの前提として見落とされがちなものに、衣食住の生活環境の確保がある。黒木は、広島原爆被爆者の心理研究等でも著名な精神科医のロバート・リフトン

(Robert Jay Lifton) 博士が阪神・淡路大震災後に来日して行った講演のなかで訴えたことを紹介し、「災害被災者に必要な心のケアとは、とくに被災後間もない時期には、専門家が特殊な心理療法やカウンセリングを行うことではなくて、温かい食事や柔らかな寝具、あるいは静かで落ち着ける居場所を提供するといった常識的な援助である」という点を指摘している。「安全・安心な生活は最優先」であり、「衣食住が整わなかったら、心のケアどころではない」と認識すべきである。また、心のケアには、その前提となる条件とともに、心のケアについての基本的な考え方が求められる。本間^{1, 2)}は、災害時の子どもの心のケアの基本的な考え方として、①生活面への適切な配慮が心のケアの第一歩となる、②ケアを提供する支援者との良い関係性を軸にして心のケアを図ることが大切である、③子どもから発せられるSOSに耳を傾け、SOSを発しやすくなる関係や環境を意識してつくる、などの点を挙げている。そして、「子どもの心のケアについては、初期の段階にあたる子どもから発せられるSOSにどのようなアンテナを張り、どのように受け止めるか、といった対応を講じなくてはならない」と指摘している。また、子どもの心のケアへのアプローチの基本となる考え方として、「子どもの力を把握すること、子どもの対処能力とその発揮の程度を知ること」を挙げている。

以下に実際に活動する場所別に、急性期における小児科医の対応、心の専門医の対応を記載したが、最初に知っておくべきことは、支援をする場所においてはさまざまな背景を持つ子どもがいるという事実である。すなわち、すでに急性期症状を起こしている子ども、近親者を亡くした子ども、障害を持つ子ども、疎開してきた子どもがおり、それぞれについて小児科医として予備知識を持っておく必要もある。またすぐに実践可能な対応方法を本マニュアルで習熟することが望まれる。

a. 支援の実際

1) 避難所での支援

避難所は多数の収容が必要となるため、学校の体育館など地域の広く安全なスペースが利用されることが多い。プライバシーが確保された環境が提供されることは少なく、各家庭との境界が薄くなり、子どもにとって入り込む情報量が過多となる。また、周囲の大人も災害体験により精神状態が変容し、全般的に気分が高揚している。子どもは自分の体験への反応、周囲の環境の影響を受けて様々な症状(表2)を呈することがある。心DRだけでなく小児科医も予備知識として事前に学習しておく必要がある^{3, 4)}。

表2 災害時の子どものよくある急性期症状

① 身体症状

胸の内を言葉で表現することが難しい年代では、その葛藤が様々な身体症状として出現することがある²⁾。頻度の多い症状としては、睡眠に関すること（夜泣き、夜驚）、排泄に関すること（夜尿、頻尿）、消化器症状（下痢、腹痛、吐き気）等がある。また、気管支喘息やアトピー性皮膚炎などの既往症が悪化することもある。

② 退行

退行とはいわば赤ちゃん返りであり、子どもの臨床でもよくみられ、怖い・辛い体験をした子どもが成長過程を後戻りする現象である。赤ちゃん言葉になる、保護者に抱っこをせがむ、暗いところを嫌がる、一人でいることができない等がある。通常は一時的な反応であるため、保護者が動揺せずに見守る姿勢が大切である。

③ 気分の高揚

災害直後には気分が高揚し、はしゃいだように振る舞う子どもが観察されることがある。声や動作が大きく、怒りっぽく、周囲の刺激に敏感になり、不眠になることもある。自分の身を守るために神経を高ぶらせて不測の事態に備えるための正常な反応と考えることができる。危機が過ぎ去ったあとも長く続く場合は生活面にも大きな支障を来すようになる。

保護者や支援者へのアドバイスとして、基本はノーマライゼーションであり、こうした恐怖体験をした子どもにとっては当然の行動であり、「異常な反応ではなく、異常な出来事に対する正常な反応である」という説明で経過観察をする。この時期に丁寧な心理療法を提供することは難しく、最低限の情報を保護者等へ提供し、必要な機関へ繋ぐことが大切である。子どもの症状とその対応を示した資料1⁵⁾、資料2の簡単なリーフレット⁶⁾を配布し、相談機関の連絡先を伝え、丁寧に巡回を行うことが大切である。

【心の対応リーフレット活用の利点】

子どもの心の安定化には周囲の大人の適切な対応が最も重要である。そのためには保護者や一般支援者などの身近な人がすぐに実践できるリーフレットを活用する。子どもに何が起きているか分かり、それに従うと対応が平易にできる。子どものみでなく、大人にも活用できるため、同じ被災者でもある大人自身も自分に起きていることが自覚でき、ありのままを認めることができる。用途別に配布が可能であり、インターネットで簡単にダウンロードし、配布可能であり、情報が混乱しているときに活用しやすい（資料2）。

リーフレットを保護者に手渡す際には、以下のような説明を付け加えるとよい。

◎子どもへの対応では、まず、恐かったことや、悲しかったことをゆっくり聞いてあげてください。「もう、大丈夫」、「お父さんや、お母さんがしっかり守ってあげるからね」、「心配なことがあったらなんでもいってね」、「あなたはちっとも悪くないんだから」、「〇〇ができなくなっても恥ずかしくないんだよ」、これらの言葉は、何度繰り返してもかまいません。

◎痛いところがあったらさすってあげましょう。

◎できるだけお子さんを一人にしないであげてください。

こういった対応は、少なくとも2・3か月間から半年間、また必要に応じて、それ以降も絶えず繰り返して下され。なお、ふつうの時でもこのような大人の態度は子育てに必要な望ましい態度です。

2) 園・学校での支援

被災後に再開した保育園・幼稚園と学校は、子どもの心のケア活動にとって支援の重要な場所となる⁷⁾。園医・学校医となっている医師は普段から定期的に園・学校に出入りして、園・学校から気軽に相談できる関係性を構築しておくようにする。災害後は、何かをしようとするよりも、定期的に見回りに来ているということで、園・学校に安心感と安全感を提供できるように心がける。

①子どもと保護者との出会いの場：災害後に再開した保育園・幼稚園や学校は、多くの子どもと保護者に会うことのできる重要な場となる。また、子どもや保護者に関する多くの情報を保育士や教員がもっていることも多く、効率的に子どもや保護者の状況を把握することができる重要な場所でもある。これまでの災害でも、園や学校を巡回して受けた心のケア相談件数が多い⁸⁾。

②ソーシャルサポートとしての場：周囲の人々からの支え（ソーシャルサポート）が被災者の精神的な安定と回復に影響することが分かっており⁶⁾、子どもにとっては保護者・家庭以外では、保育園・幼稚園および学校が友達や保育士、教員からのソーシャルサポートを得られる重要な場である。多くの子どもが園や学校が再開すると心身ともに回復し元気になっていくことが観察されてきた。そのような場が安定して機能するように支援することが大切である。

③保育士・教員のストレスへの理解：支援者は支援に際して、予め保育士や教員のストレスを理解しておくことが望ましい。教員はふだんから高いストレスレベルにあることが分かっており、その上、被災後は個人的な被災状況を犠牲にして、園や学校の復興再建という重責を担わされるほかに、園や学校が避難所になっていることも多く、避難所管理業務までも担わされがちである⁹⁾。

④園・学校での心のケア：児童生徒の健康管理は、学校保健安全法の定めるところにより、児童生徒の健康管理は学校長の権限下において学校医の果たす役割は大きい。学校側からは中心的役割を期待されている。したがって心のケアに関しても、心の支援者は学校長と学校医と支援計画を作成し、さらには都道府県や市町村教育委員会と連携を緊密に行うことが望まれる。実際の子どもへの対応は、普段子どもに接している教員やスクールカウンセラーが直接に対応することが子どもへの警戒心を少なくする上で重要であり、外部支援者はその教員やスクールカウンセラーと連携して必要な支援を提供する。

⑤心理教育の提供と個別の相談・助言：子どもの心のケアの重要性が認識されてきた昨今、園・学校関係者から被災後のストレス反応、トラウマ反応、喪失反応などの説明と対処法に関する研修会を希望されることが多い。現地の小児科医が困難な場合には心DRを派遣してもらうようにする。園や学校は、子どもの心のケアに関して相談できる医療機関や相談機関の情報に乏しい傾向にあるので、具体的な情報提供をする。

⑥保育士・教員に対する精神的サポート：子どもだけでなく、保育士や教員への精神的なサポートも重要である。保護者・家族以外に子どもと最も長く接する大人であり、平常時の安定した関係性を有している大人でもある保育士・教員が精神的に安定して子どもと接することが子どもの回復にとって重要である。小児科医として、彼らに健康状況を確認するだけでも心が安定する効果がある。

3) 近親者を亡くした子どもへの支援¹⁰⁾

近親者を亡くすことは子どもにとって重大なストレスとなる。特に親を亡くすことは重大な危機状態といえる。自分の一部のように感じている親を亡くすことは自分を失うような衝撃である。ここでは近親者の中でも重要な親に関して中心に述べる。

親を失った子どもに最も重要なのは、子どもが安心して依存できる人との関係性を構築することである。安心できれば、自分の不安も表現することができる。それを導くための子どもが信頼できる大人の支えが欠かせない。孤児になっても、できるだけ、見知った人々や場、つまりそれまで暮らしていた地域の力で支えられることは大きな意味がある。しかし、事情によっては、全く異なる環境に移らなければならなくなり、住み慣れた土地、学校、友達、近所の人々などとも別れなければならなくなることもある。それは子どもにとって重なる喪失となり、最も支援が必要な子どもである。被災地に小児科医が出向していれば、どのように支援すべきかと医師としての意見を求められるであろう。是非、参考にされたい。ここでは当該事項における急性期について述べる。

①近親者の死の伝え方

死が明らかになったら、あまり遅れずに子どもに伝える方がよい。「遠くにお仕事に行っている」などのあいまいな表現を長く続けることはよい結果とならない。子どもが信頼できる人がしっかりと向き合って伝えなければならない。伝える人への支援も必要である。

伝えるときには子どもの目線に立って、向き合い、子どもに分かりやすい言葉で亡くなったことを説明する。しかし、「死」を理解することは難しい（後述）。子どもに質問の機会を与える必要がある。子どもの発達段階に応じた話し方をアドバイスしたり、答えの内容より子どもに向き合うことの重要性を伝えて、伝える人を力づける支援が求められる。「〇〇の分も生きなさい」などの大人目線の言葉は必ずしも子どもにとって温かい言葉ではない。泣くことは重要である。しかし、泣けない子どももいる。すべての子どもの表現を受け入れて寄り添う必要がある。

②行方不明の場合

行方不明の場合には、死かどうか分からない状況が続くあいまいな喪失となる。死を受け入れる機会がなくなり、不安の持続が長くなる。「行方不明」という事実も子どもに伝えるべきであるが、その言葉を子どもがどのように理解をしているのかを、語り合う大人が必要となる。

③一般的なケア

子どもには親の機能を果たす人が必要である。しかし、その役割をとる人も大変な生活であり、トラウマを受け、喪失を体験している。その方と子どもを含めて支援することが重要である。子どもが近親者の死を受け入れるまでには時間がかかる。寄り添う人は焦らずに、必要な時に声をかけ、守る人がそばにいることを伝える。

お葬式には、できれば参加させた方がよい。しかし、子どもが怖がったり嫌がる時には無理強いする必要はない。参加できない時は特に、写真や残された品を飾る、お線香を立て、祈るなどのセレモニーが必要である。子どもがそれを拒否した時には、周囲の大人だけでも祈ることを続けることで、いずれ子どもも参加しやすくなる。

絵を描く、話をする、遊びなど、子どもが表現する場が与えられる必要がある。親の絵を描いて塗りつぶすなど大人が心を痛める表現もある。しかし、止めさせることは子どもの表現を妨げることになる。寄り添う姿勢が必要である。ただし、一人で極端に没頭しているのは症状の一つで、声をかけて相手をしてあげる方がよい。

子どもの亡くなった方との思い出を共有することはその後の喪のプロセスに非常に重要である。ただし、子どもの準備状態ができるまで、焦らずにタイミングを計ることも必要となる。

④子どもの「死」の理解

子どもの「死」の理解は発達段階と周囲の死の体験によって異なる。一般に4歳以降には「死」をある程度理解するが、幼児期には不可逆性が理解できずに、会いにいけると信じたり、自己中心性から「自分のせい」と思い込むこともある。小学生年代になると、死の普遍性を理解できるようになる、そのため、親の死が不安になったりする。中学生年代以降には、たいていの子どもは大人と同じように、「死」は生物体として永久に生命活動を失うことであると理解するが、少数の子どもでは、まだ十分に理解できていない場合もある。

子どもが「死」に関して質問してきたら、子どものわかる言葉で説明する。大人も「死」を語ることは避けたいものである。しかし、大人が避ければ、子どもは表現する機会を失う。ごまかさずに、誠実に向き合って答える必要がある。

⑤初期にみられる子どもの反応とそれへの対応

(1)混乱

自我の処理能力を超え、混乱することはよくある。叱るのではなく、「どうしていいかわからなくなるよね」などの声かけで、子どもの感情にフレームを与えるのもよい。

(2)怒り

「何故自分が？」や「何故私を捨てていったの？」と怒りが強くなる。当然の感情であることを告げて、子どもが罪悪感をもつことを防ぐことが必要である。

(3)強い悲しみ・落ち込み・引きこもり

親が亡くなった時には強い悲しみと同時に、自分の存在が失われるような強い喪失感が出現する。そのために、落ち込んだり、引きこもったりすることがある。初期には当然なこととして受け入れてよい。ただし、小さな子どもで強い食事の拒否がある時などは専門家と相談する必要がある。

(4)否認

一方、親の死を否認して、何もなかったように、あるいは亡くなった人が生きているように振る舞うことも多い。無理に認めさせる必要はないが、徐々に受け入れられるような支援が必要となる。

(5)退行や分離不安

ストレスがかかった時に愛着対象を求めて退行（赤ちゃん返り）したり、分離不安（保護者と異常に離れたがらない）になることは当然である。受け入れて安心感を育てることが対応となる。

(6)自分のせいにする

子どもは自己中心性のため、「死」を自分のせいと思いがちである。例えば、「怒られた時に『死ねばいい』と思ったから死んでしまった」と思う子どもは少なくない。表現できずに苛立ち、引きこもり、自暴自棄などに繋がったり、中には自傷に至ることすらある。大切な人の「死」はあなたのせいではないことを予め伝えておくことは必要なことである。

(7)その他の罪悪感

自分だけ助かったこと、自分が親を守れなかったことなどから、罪悪感を抱くことは多い。「あなたは悪くない」というメッセージが役に立つこともある。

(8)過剰適応（必要以上に周囲の期待に合致した言動をとろうとすること）

よい子に振る舞うことも少なくない。褒めることは大切だが、時々、肩の力を抜く場を作る必要がある。そして、本来のあなたで十分であることを伝える。

(9)自分を亡くなった人に重ねる

亡くなった母親のように振る舞ってケアをしようとしたり、亡くなった人の声色を使うなど、亡くなった人のように行動する子どももいる。「亡くなった人」の話をして、客観視できるように支援する。

(10)亡くなった人の声を聞く

亡くなった人の声を聞くことは少なくない正常な反応である。否定するのではなく、聞こえるのは不思議ではないが、現実には声はしていないことを確認するとよい。それでも現実に聞こえると言い張ることが長期化していたり、その声に従おうとしたりする時には専門家に相談することを勧める必要がある。

(11)希死念慮

うつ状態が悪化して希死念慮（自殺したいと考えること）に至ることもあるが、子どもの中には後追いで自殺企図もある。死を受け入れられない場合が多い。思い出を共有するなどして、現実感を育てる。しかし、亡くなった方に会うと言い張ったり、死にたいと訴える時には早期に専門家への相談を勧める必要がある。

4) 障害のある子どもへの支援^{1 1), 1 2)}

①基本対応（表 3）

障害のありなしに関係なく、どのような状況であっても、被災した全ての子どもの心の安定のために行うとよい対応である。

表3 基本対応

- 安心感の保障
 - － 子どもの感情は受け入れる
 - ・ 共感(感情の言語化)、共感的理解(感情と行動の言語化)
 - － 安心させる言葉かけ: ゆっくり穏やかな口調で
 - － あなたが悪かったことではないと話す
 - － 手を握る・抱きしめるなどのスキンシップ
 - － 就寝時は寄り添い、手を握る・パッティングなど
 - － 子どもに分かる言葉で状況の説明を繰り返す
 - － 子どもが話すことを、子どもの気持ちを言語化しながら聞いてあげる
- 現実感の回復
 - － 日中、身体を動かす遊びを一緒に行う(年少児の場合)
 - － 災害前の活動と同じ活動ができるような工夫

②障害ごとの配慮

(1)知的発達障害・自閉症スペクトラム障害 (ASD)

- ・ 主語と目的語を付け、具体的な表現で省略をしない完全な文章で話す。
- ・ 代名詞は指示する名詞と一緒に使う。
- ・ 「だめ」「おかしい」「違う」「間違ってる」「変だ」などの否定的表現を使わず、できるだけ肯定的表現を用いる。
- ・ 命令形や大声はできるだけ使わない。

(2)聴覚障害

- ・ 情報は紙に書いて渡す。
- ・ 書く内容は、要点を絞って短く箇条書きにする。
- ・ 夜間の停電用に懐中電灯など小型の電灯と多めの電池を用意してあげる。
(夜間、停電時、手話が見えずコミュニケーションができなくなる。)

(3)視覚障害

- ・ 情報は、言葉で伝える。
- ・ 伝えた情報は、その場でどのように理解したかを確認する。
- ・ 避難所や周囲の状況をその都度言葉で説明する。

③身体面の問題 (表 4、表 5)

表4 急性期の身体面の問題

- 発熱
 - － 背景:環境変化などによる体調不良や感染など
 - － 対応:他の身体症状がある場合、なくても1日で治まらない場合は医療機関へ
- 嘔吐
 - － 背景:体調不良、慣れない食事、不安など
 - － 対応:水分を少量・頻回摂取。食べ慣れた食品・食形態の工夫。家族だけで食べる環境の工夫。持続するときは医療機関へ。
- けいれん(てんかんが元々ある場合)
 - － 背景:体調不良、不規則な服薬など
 - － 対応:医療機関へ
- 食欲低下・摂食量低下
 - － 背景:体調不良、慣れない食事、食品・食品形態への固執、不安など
 - － 対応:食べられる食品・食形態の工夫。家族だけで食べる環境の工夫。可能ならときに外食。
- 「めまい」
 - － 背景:体調不良、慣れない環境、頻回の余震の影響(?)など
 - － 対応:静かな環境で横にする。持続するときは医療機関へ。
- ありふれた病気の遷延化・重症化
 - － 背景:ストレスや体調不良による身体抵抗力の低下、不衛生な環境、乏しい医療環境など
 - － 対応:軽症のうちに医療機関へ。環境衛生に努める。

表5 急性期の心身反応としての身体面の問題

- 不定愁訴的な身体症状の訴え(急性ストレス反応)
 - － 腹痛、頭痛
 - － 気分不快、嘔気・嘔吐、食欲不振
 - － めまい
 - － かゆみ
 - － 睡眠障害:入眠不良、途中覚醒、夜驚、悪夢
 - － 排泄障害:夜尿、頻尿
- 対応
 - － 訴えには共感(感情の言語化)と対症的な処置を
 - － 安心させる言葉かけ + 訴えの部位を擦る・パッティング
 - － 就寝時は寄り添い、手を握る・パッティングなど
 - － 子どもに分かることばで状況の説明を繰り返す
 - － 日中、身体を動かす遊びを一緒に行う(年少児の場合)
 - － 災害前の活動と同じ活動ができるような工夫

身体症状は、急性ストレス反応の自律神経症状として出現することもあるが、感染症が背景にあることも少なくない。複数の身体症状がみられる場合や1日経過しても改善しない場合は医療機関を受診するのが原則である。

認められやすいのは、発熱と嘔吐である。こうした症状が出やすいことを保護者に説明しておき、症状が出たら早めに医療機関を受診するように話しておくといよい。

④心理・行動面の問題

(1)大震災時、障害のある子どもにみられた心理・行動面の問題

阪神・淡路大震災時に障害のある子ども達にみられた問題を表6に示す。全体としては、ASD児で行動面の問題が多い傾向がある。

表6 大災害時に障害のある子どもに見られた行動・精神問題

知的発達障害	興奮・パニック・奇声・自傷・多動・集中力低下
ASD	自発性・活動性の低下・徘徊 幻覚・妄想着想様言動 排泄障害・摂食量低下・過食 恐怖感情・落ち着かない
肢体不自由	依頼行動増加
聴覚障害	多動・失声 恐怖感情・落ち着かない
視覚障害	音に対する過敏反応・退行 自傷(重複障害児) 恐怖感情・落ち着かない

※ASD: 自閉症スペクトラム障害

(2)対応

発達障害児にみられる主な行動問題への対応を表7～11に示す。いずれも、災害のない日常生活においてもみられることのある問題であるが、災害時には頻度、程度とも増加しやすくなる。

(3)薬物

心理・行動面の問題のいずれも、周囲からの対応ではなかなか治まらず、避難所生活に支障をきたすような場合には、薬物の使用も考えることになる。ただし、薬物療法は対症療法であり、状態が落ち着いたら終了するのが基本となる。子どもの心の診療を行っている医療機関への受診が適切であるが、ない場合には精神科の医師への相談を行う。

表7 災害時の発達障害児の普通の反応行動

- 定型発達児と同じ反応性の行動問題（急性ストレス反応・急性ストレス障害）
- 知能障害のないASDやADHD
- 情緒的に安定している知的障害・受動型のASD
 - － 一過性の不安・恐怖反応
 - ・ 怖がる、ビクツとする、一人でいられない、落ち着かない、寝付けない、夜うなされる、など
 - － 安心させる言葉かけや説明で短時間でその場は落ち着くのが特徴
 - － 持続はほとんどが数週間
- 対応
 - － 基本対応を繰り返す

表8 行動問題への対応1

- 生活リズムの乱れ
 - － 背景：災害による日常生活と集団生活の破綻による
 - － 対応
 - ・ 生活の日課の作成
 - ・ 毎日、決まった活動の設定
 - ・ 大人の作業・家事の手伝いへの勧誘
 - ・ 集団生活への復帰の促進
- 夜寝ない・騒ぐ
 - － 背景：慣れない生活環境や不安、生活リズムの乱れなど
 - － 対応
 - ・ 生活の日課をつくり、規則的な生活リズムに
 - ・ 日中、身体を動かす活動を意識的に多くする
 - ・ 一人でいて危なくない場所に移し、落ち着くまでそっとしておく
 - ・ 毎晩、持続する場合は眠剤などを医療機関と相談
- 依頼行動の増加
 - － 背景：周囲の人やボランティアによる過度の世話、不安による退行など
 - － 対応
 - ・ 子どもができることを励ましと賞賛で促す
 - ・ 手伝いながら最後のステップで一人でやらせ、次第に手を離すところを早めていく
 - ・ 普段やっていないができそうな作業、あるいは、子どもが関心を持っている作業を逆に依頼する

表9 行動問題への対応2

- **落ち着きがない・興奮**
 - － 背景:被災のストレスと状況理解不良から生じる不安など
 - － 対応
 - 会話ができる場合
 - － 共感的理解(感情と行動の言語化)
 - － 場の移動(落ち着ける場を普段から探しておく)
 - － ゆっくり散歩、屈伸、深呼吸など一緒に軽い身体運動を
 - － 運動にのらない場合は、その場で少し離れて落ち着くまで見守る
 - － 落ち着いたら共感と賞賛
 - 会話ができない場合
 - － 感情の言語化と安心させる言葉かけを穏やかにゆっくりと
 - － 場の移動
 - － その場で少し離れて落ち着くまで見守る
 - － 落ち着いたら共感と賞賛
- **イライラ・かんしゃく**
 - － 背景:生活状況が思うようにならないことへの苛立ちや不安など
 - － 対応
 - 共感的理解
 - － 「イライラしちゃうよね。だから、怒っちゃうんだ」など
 - 常識の提示
 - － 「あの地震だから片付くまで時間がかかるんだよ、これはしょうがないよね」など
 - 代替行動の提案
 - － 「イライラしそうなら、散歩してみるか」など
- **活動性低下・無気力**
 - － 背景:強いストレスへの急性反応や不安とうつ感情、あるいは何もできないことへの無力感など
 - － 対応
 - 子どもの気持ちの受け入れ(共感)
 - 常識の提示
 - 子どもが関心をもてそうな活動への少しずつの誘いかけと一緒の活動
 - 軽い運動、単純な作業などの身体活動

表10 行動問題への対応3

- 奇声・独り言
 - － 背景：不安や緊張の持続、「一人遊び」のような気分発散など
 - － 対応
 - 奇声・独り言自体
 - － 自宅：原則、何も言わない。
 - － 自宅外：軽い注意。指を口に当てて「ここは、シーツ」など。可能なら、放置できる場所に移動。
 - 一人で話していても迷惑がかからない場所を探して提供。話してよい場所とよくない場所の区別を作る。
 - 声を小さくするサインを作り、普段練習、自宅外で使用。
- 徘徊
 - － 背景：不安・緊張感や手持ちぶさたなど
 - － 対応
 - 周囲に迷惑を及ぼさず（一定のルートで一定の時間で戻ってくる）、危険がなければ、徘徊自体を抑制する必要はない。
 - 運動や作業で日中の活動性を高める。
 - 頻回のことばかけやスキンシップ
- 聴覚過敏
 - － 背景：ASDの固執性と情動コントロールの不良、不快体験と感覚の結びつき体験（レスポナント条件づけ）など
 - － 対応
 - 共感と場の移動
 - 音源あるいは音の意味の説明と安心させる言葉かけ
 - 音が聞こえにくい状況を作る
 - － 耳栓・ノイズキャンセリングヘッドフォンの活用
 - － 厚手のタオル・毛布を頭からかぶらせる
 - 別の音を聞かせる
 - － 落ち着いた音楽・音をヘッドフォンで聴かせる

表 11 行動問題への対応4

- **パニック**
 - － 背景: 災害のストレスと状況理解不良から生じる強い不安など
 - － 対応
 - 会話ができる場合
 - － 共感的理解(感情と行動の言語化)
 - － 場の移動(落ち着ける場を普段から探しておく)
 - － ゆっくり散歩、屈伸、深呼吸など一緒に軽い身体運動を
 - － 運動にのらない場合は、その場で少し離れて落ち着くまで見守る
 - － 落ち着いたら共感と賞賛
 - 会話ができない場合
 - － 感情の言語化と安心させる言葉かけを穏やかにゆっくりと
 - － 場の移動
 - － その場で少し離れて落ち着くまで見守る
 - － 落ち着いたら共感と賞賛
 - パニックになりそうなとき
 - － 感情の言語化と場の移動
 - － 落ち着いたら共感と賞賛
- **こだわり増強**
 - － 背景: ASD特性、不安や緊張感など
 - － 対応
 - 説得、注意、叱責は無効
 - 日常生活の支障なし
 - － こだわりに介入する必要はない。
 - － 基本的対応で可
 - 日常生活に支障あり(強迫症状)
 - － 気になる気持ちとつらさの受け入れ
 - － 常識的対応の繰り返し
 - » 「気になるね、早く気にならなくなるといいね、それまでは、まあ、しょうがないか」など
 - － 確認行動には、こちらも同じ返答を淡々と繰り返す
 - － 本人の生活行動が破綻しそうなほどのときは医療機関へ
- **行動停止(フリーズ、カタトニア)**
 - － 背景: ASD + 強いストレス・混乱状況
 - － 対応
 - 待てる範囲では様子を見る。
 - ことばかけ+軽い身体接触(肩たたき、押すなど)で行動を促す

(4) 周囲の理解を求める

多くの人が不便さや不快感を耐えている避難所生活の中で、障害のある子どもの特性を理解してもらうことは、実際には困難なことが多い。それでも、その子どもの周囲にいる人達には、保護者の了解の下、可能な範囲でその子どもの特性を説明し、理解を求める働きかけは大切である。そうした対応で、一人でもその子どもと家族の理解者ができれば、それだけ家族の心理的負担を軽くすることができる。

⑤ 学校の重要性

障害のある子どもに限らず、子ども達にとって学校のもつ重要性はいくら強調してもし過ぎることはない。学校が再開できる物理的条件が整うまでは、教員による家庭訪問での子どもへの対応、避難所周辺での出張授業などを可能な範囲で行うようにするとよい。

⑥保護者への支援

障害のある子どもを抱えての避難生活は、自分達の生活の大変さの他に、子どもが起こす様々な問題行動で周囲へ迷惑をかけているという心理的負担感もあり、保護者のストレスはかなりのものがある。そうした保護者の心情を理解し、物理的および心理的支援を考えるとよい。

(1)物理的支援

障害児がいると、その世話や目が離せないということもあり、保護者が食料をもらいに行ったり、自宅の片づけに行ったりすることができにくいことがある。一定時間、障害児をみてあげる、家族の代わりに支援物質を取りに行く、などの支援を考えるとよい。

(2)心理的支援

保護者の思いをとにかく聞いてあげ、その大変さへの共感性を示すことである。定期的に、できれば同じ人が話を聞くために訪問するのもよい。

5) 疎開した子どもへの支援

ここでは「疎開」を「災害によって困難になった生活を維持するため、一時的に（地域の避難所とは別の遠隔地に）転居する事」として扱う。

地域の避難所ではなく疎開を選択する要因^{13,14}の一つには親戚や知人の強い勧めがあり、また発達障害児をもつ保護者への調査¹⁵では「我慢できない・静かにできないため、避難所で周りに迷惑をかけてしまうのが困った」「集団生活ができないため避難所は利用しなかった」という記載がある。発達障害の有無にかかわらず子どもは環境の影響をより大きく受けるし、乳幼児をもつ家庭なら発達障害児の保護者と同じような理由で避難所を敬遠する事は想像に難くない。これらから、疎開を選ぶ要因として「人的・物理的サポートを受け入れてくれる、親戚・知人などの個人的な繋がり」と、「家庭と大きく環境の異なる避難所での集団生活への適応の不安」が挙げられる。しかし疎開先では地域の避難所と同じような公的支援を受けることは逆に難しいかも知れない。

疎開先でも継続した医療が必要な慢性疾患のある子どもは転居先でも受診に繋がるだろうし、突然の疎開で紹介状などの医療情報がなくとも、保護者がその情報（処方履歴・診断書など）をある程度もっていることが多い。また災害そのものに関連して新たな症状が出ている場合も、保護者が医療福祉のサポートを求めて何らかの行動を起こすであろう。しかしメンタルヘルスの問題は疎開した子どもすべてに時間が経過してからも同じように起こりうる一方で、急性期に災害から離れた地域で医師が疎開した子どもを対象に組織的・系統的に支援することは現実的には考えにくい。そのため、急性期には以下のような支援が考えられる。

①学校などを通じた支援：すべての学校には学校医が配属されているので、転入した子どもの中で上記の「疎開」に該当する者がいれば、養護教諭などを通じてメンタルヘルスの問題の有無を確認してもらい、必要な情報や医療の提供を行う。また今後そうした問題が起こった場合の情報提供も行う。

②勤務先医療機関を通じた支援:疎開した子どもが風邪症状などで機会受診した場合には、ねぎらいの言葉と共に、医療福祉領域で対応できるようなメンタルヘルスに関する心配事の有無を確認する。何か具体的な心配がある場合はその地域の実情に合わせて、自らフォローするという選択肢も含めて必要な情報提供や紹介を行う。

また、支援の必要度は個々のケースで大きく異なる。特にメンタルヘルスに関する問題は、被災者側が支援を求めない/拒否する場合も少なくない。被災者・支援者のミスマッチや支援の押し付けを極力減らすために、被災者の目線に立ち柔軟な支援を行う「サイコロジカル・ファーストエイド」の考え方⁶を把握している事が望ましい。

b. 環境変化に対する支援

1) 被災地の環境問題^{16, 17)}

避難所および避難所から仮設住宅へ移行する時期であり、居住する地域に災害の形跡が残っている場合、子ども達は全般的に安全感が得ることが難しい。

①コミュニティー全般の変化:瓦礫などが完全に撤去されていない時期には、大型トラックなどの工事業者の出入りが頻繁になり、町全体は騒々しい雰囲気になる。また、夜になると空き巣などの犯罪を未然に防ぐために自警団などが組織され、ものものしい雰囲気になることがある。物理的に安心感を得ることが難しい。

②学習環境の問題:学習環境への配慮も必要である。被害が大きい学校では、被害の少ない学校の空いている教室を間借りして学習をする。普段は教室として使用していなかった部屋に、適合しない人数の子ども達が肩身を狭くして使用することがある。元々の在籍校の子ども達との体験の格差もあり、自然にお互いが溶け込めない場合がある。

③支援の出入り:ひとたび交通網が回復すると、多くの支援者と支援物資が流入する。物が枯渇した状態から、一転して溢れる状態になる。芸能人やスポーツ選手の訪問もあり、子ども達にとっては非日常が継続される。物を大切にする気持ちや支援に感謝する気持ちを維持するために、こうした刺激をコントロールすることも周囲の支援者の役割として重要である。

2) 仮設住宅における環境問題

災害の規模によって異なるが、多くの場合は半年程度で避難所から二次的避難場所への移行は完了する。二次的避難場所は、緊急的に建設された「応急仮設住宅」、民間の賃貸住宅を借り上げた「みなし仮設住宅」、既存の公営住宅や知人宅などの「その他の仮住まい」に分類される。ここでは「応急仮設住宅」と「みなし仮設住宅」の環境問題について述べる。

①応急仮設住宅:昨今では木造や鋼製コンテナなどの形態が増えたものの、従来のプレハブ型が大半を占める。居住者が入居したい応急仮設を選ぶことは難しく、居住環境面での差異が生じることがある。今までの居住空間に比べて狭くなり、家族同士の距離が近くなることが多い。また、隣接する家庭との距離も近くなり、騒音問題になったり、迷惑をかけないように気遣うストレスも生じる。音などの刺激が多いため、中高生にとっては自主学習に集中することが難しい。年少児にとっては騒音を気遣うために思う存分に遊ぶことができないことがある。防犯などの灯りが乏しい仮設もあり、保護者も自由に子どもを遊

ばせることが難しくなる。総じて、子ども達は窮屈な生活を強いられることになる。一方で、仮設内でのイベントなどに参加しやすく、共同生活の中で役割を与えられやすい。

②みなし仮設住宅：マンションやアパート形式の賃貸住宅、空き家などが活用されることが多い。応急仮設よりも居住環境面では恵まれているが、既存のコミュニティーから切り離され、他の被災者との交流の機会が少ない。孤立しやすく、支援物資やサービスの情報が得にくいなどの問題も生じやすい。避難所などの非日常から現実に戻りやすい一方で、自分の身に生じた事実を認知するのも早く、症状も呈しやすい。既存のコミュニティーから離れていることが多く、転校もしくは遠距離を保護者に送迎してもらうことが多い。

3) メディア対策

ここでは、日本小児精神医学研究会マスメディア取材への対応マニュアル (http://homepage2.nifty.com/jspp/jspp_website/JSPPMasumedia_dui_ying.html) について紹介する。

『災害など、心が傷ついた出来事を語ることは、強い苦痛を引き起こす可能性があるため、報道取材を受けるにあたっては、お子さんに十分な配慮が必要です。しかし大人も動揺しているときには、十分な気遣いができないかもしれません。子どもも、大人に気に入られようと無理をしたり、取材後に気持ちが不安定になったりすることがあるため、次の点に注意して下さい。』とリーフレットで具体的に示している。

また、取材後の子どもの様子での気になる症状をいくつか挙げ、『症状があるときには、災害で被災したあと、それに関する報道取材を受けたことによって、心に二次的なダメージが生じている可能性があります。自分が取材を受け、それがマスコミに報道される様子に触れることは、子どもに強いインパクトを与えます。その体験を消化しきれず、心が混乱している状態です。その対応の基本は「免責・平穏・安心感」です。こういう場合には、お子さんに次のように接してください。』と具体的な対応を列記している。

4) 家族関係・役割の変化

家族は、災害が起きた時に、まずはライフラインの復旧や自宅の修理、生活の場の確保にほとんどの精力が傾けられる。家族全員が被災者の場合、家族の中に、急性ストレス障害（ASD）を起こしている人はいても、気づかれない。ましてや、表現力の比較的乏しい幼児や年少児、そして周囲の人でも被災者であるためにその症状に気づくことは稀である。結果として、子どもの心の専門家に相談したり、専門医療機関に診察にきたりする例は稀である。むしろ、身近な家族や学校の教員、かかりつけ医がケアの主体となる必要がある。身近な人がケアを有効に果たすために、トラウマケアリーフレット¹⁸等が有効に活用するとよい。

①家族を失っていない場合の子どもの心のケアの主体

家族がいる場合、家族（保護者）が心のケアの主体になる。但し、家族自身が心身に大きなストレスを抱え、そのダメージが大きかったり、精神疾患などを基盤に抱えていたり、以前に同様の災害に見舞われ、PTSDを発症している場合などは、心のケアの主体となることも難しいと考えられ、保育園・幼稚園、こども園、学校などが心のケアの主体となったり、かかりつけ医がそれを補佐する役割を果たす必要がある場合もある。

②家族を失った場合の子どもの心のケアの主体

家族の一員が、不幸にも亡くなったり、重傷を負ったりしている場合は、家族は悲嘆やその看護に心を奪われており、小児科医やかかりつけ医が心のケアに中心的にかわることは困難である。この場合、保育園・幼稚園、こども園、学校、避難先のスタッフ・親戚などが心のケアの主体となり、医師はそれを補佐する役割を果たすことが望ましい。

③急性ストレス障害（ASD）発症の可能性のある人

災害で被災した方やその家族、過去の災害の経験者、被災地に救援に行き悲惨な状況を体験・見聞きされた方、くり返す被災地報道などに暴露された方などには可能性があり、実際に被災していない方にも症状が現れることに注意が必要である。

5) 対人関係の変化^{1 9)}

災害により対人関係にも経時的な変化が生じる。以下に挙げるリスクの高い人々に配慮することが重要である。

- ・子ども 特に次のような子ども
 - 親（保護者）と離ればなれになっている子ども
 - 親（保護者）、家族、友達を亡くした子ども
 - 親（保護者）が重傷を負った、あるいは行方不明になっている子ども
 - 里親や児童養護施設によって養育されている子ども
- ・けがをしている人
- ・何度も移住、強制退去をさせられた経験をもつ人
- ・病弱な子ども、大人
- ・重い精神疾患を抱えている人
- ・身体障害あるいは身体的な病気を抱えている人
- ・危険なことをやりたがる思春期の人
- ・薬物乱用の問題を抱えた思春期の人、大人
- ・妊娠している女性
- ・乳幼児をつれていて母親
- ・災害救援者
- ・大切なものを失った人（家、ペット、家族の思い出の品など）
- ・グロテスクな光景、あるいは極度の危機的状況にいきなりさらされた人

c. 役割分担

子どもの心の支援には、保護者、保育士、園・学校教員、保健師、医師（一般医、子どもの心の専門医）、福祉行政職員などの職種が関わり、それぞれに役割分担がある。この項では、医師（小児科医、子どもの心の専門医）の役割分担について述べるが、小児科医の役割の範囲が明確化するため、専門医がどのような対応を行うのかについても記述した。

1) 小児科医の役割

急性期の心のケアの基本は、まずは身近な人との間で行われることが重要であり、子どもの場合は保護者の心身の安定と家庭の安定が大切である。そのために、通常の一般診療の場を通して保護者と接するので、その際に親への安心感や安全感の提供と簡潔な医療情報と心理教育を心がけるようにしたい。また、被災後に心のケアを求めて医療機関や相談機関を受診する子どもや保護者は少ない。心のケア活動をどのように実践していくかは工夫が必要であるが、一般小児科診療は支援の場として重要な場所である^{2 0)}。

①通常診療の再開：できるだけ速やかに通常の診療を再開することによって、地域の安心感・安全感の回復に貢献する。また、現実的な問題の解決の手助けが急性期の最も重要な心のケア活動の一つとされており、小児科診療の再開は一般小児科医の子どもの心のケアにおける重要な役割である。

②避難所への一般診療の提供：地元医師会が中心となる避難所への医療提供に積極的に参加し、子どもの健康面のあらゆる相談にのることを通して、子どもや親の不安や緊張の軽

減を図る。また、予防接種を積極的に実施するなどの感染症対策、アレルギー対策など被災者のニーズに柔軟に対応する²¹⁾。

③学校医としての活動：再開した学校へ頻回に訪問し相談にのる。

・学校医の役割のポイント

(1)子どもの健康相談や保健指導などを通して医療的な見地から学校を支援する。

(2)学校と地域の専門医療機関等とのつなぎ役になる。

(3)災害後の学校環境衛生の維持管理を行う。

④心のケアのアウトリーチ的活動：被災者との関係づくりに最も有効な方法は現実的な支援とされており²²⁾、医療の提供は医師の取り得る最も有効な関係づくりでもある。急性期から、被災地では感冒症状などの一般的な受診理由で小児科外来を受診する子どもや保護者の多くが災害によって心身に様々な変調を抱えている。また、災害の影響は子どもの場合は身体症状や行動上の変化に現れることも多く、そのため小児科を受診することも多い。簡単な災害関連の間診票を用いたり、災害後の心のケアに関するパンフレットを置いておくことや、診察の合間に災害のことにさりげなく触れることなどにより、子どもや保護者の心身の影響をある程度明らかにして受け止めるようにする。その上で、必要に応じて医学的な情報と心理教育の提供を図る。情報は簡潔さが重要である。量の多い情報は余裕のない被災者には利用されない。提供する内容としては、「相談窓口」、「講演会等の案内」、「災害時のメンタルヘルス問題が特別なものではないということ（異常な事態に対して通常みられる反応である）」などである。基本的には、子どもや保護者の訴えを病理化しないこと。症状と呼ばずに反応というようにする。

⑤心のケアチームや相談機関への紹介：子どもや保護者の心身の状態に応じて、重症と考えられるケースは専門機関に紹介する。

2) 子どもの心の専門医の役割

①原則

(1)甚大な災害に被災した子ども達にとって最優先されるべきは「安心感と安全感の確保」である²³⁾。

(2)「子どもの心の専門医」として支援を行う者は子ども達に「安全と安心」を与えるために、災害が子どもの心身に及ぼす影響について正しい知識を持つ必要がある。

(3)外部からの支援者は、公認された災害救援システムの中核の中で支援活動を行うべきである。（現地スタッフの指揮下に入り、現地スタッフの指示や許可のもとに活動する。）

(4)外部からの支援者は、被災者のニーズに沿って行動する。「子どもの心の専門医」として派遣されていても、「子どもの心」だけを診にいくのではなく、専門外であっても要請されればできることは何でも行う必要がある（成人、小児に関わらず身体症状も含めて）。被災直後の急性期には心理的ケアのニーズは（潜在的にはあるのかもしれないが、）実際は少なく、身体ケアを優先させるべきである。聴診器、体温計、血圧計、簡易 SpO₂ モニターなど身体診察に必要な医療機器の持参は有用であるかもしれない。

(5)自分が一時的な支援者であることを自覚し、責任をもてる範囲内で支援する。

(6)災害にあった人すべてがトラウマを受けているとは考えない。すべての被災者が話をしたがっている、あるいは話をする必要があると考えない。被災者は心を病んだ人ではない²⁴⁾。被災者を弱者とみなし、恩着せがましい態度をとらない。

②支援の方法

(1)まず現場の観察と情報収集を行い評価する

1. 生活環境：住居、避難所の様子（避難者の概要、インフラ整備、必要物資の供給状況、プライベートスペースの確保の有無、遊びの場の確保、入っている支援者など）
2. 子どもの情報：主訴、家族構成、被災の状況、生活の様子（食事、睡眠、遊びなど）、生活上のストレスなど
3. 元々医療機関を受診していた子どもの情報：内科的な慢性疾患や発達障害・知的障害・精神疾患など、災害前から治療を行っていた疾患とその治療内容、および災害後に必要な治療を継続できているかの確認
4. 現場で可能な支援の範囲：利用できる社会資源、後方支援機関など

(2)話を聞く

1. いきなり介入するのではなく、まずは様子を見守る。
2. 被災者が話し始めたら聞く。被災時の話題には決して支援者の側からは触れないことが原則である。アクティブ・リスニングの基本に則って聞く²⁵⁾。
3. 被災者が抱える問題に対して具体的な援助を提供し、現実的な苦痛を減らすことが目的である。
4. 災害での外傷体験や喪失に関する詳細を聞き出すことが目的ではない。
5. 目線を合わせ、共感を持って傾聴する。
6. 思春期の人に対しては、大人同士として、敬意をもって接する。
7. 話すときにはゆっくりと、わかりやすい言葉を用いて穏やかに話すようにする。専門用語は用いない。
8. 調査や研究目的の問診や検査を行わない。

※ アクティブ・リスニング：相手の話を自然に引き出す「聞き方の技術」であり、デビッド・ロモは被災体験を聞くにはこの方法が適していると述べている。基本は、まず「聞き役」に徹すること。話の主導権を取らずに相手のペースにゆだねること。話を途中で妨げないこと。相槌をうったり、質問を向けたりすること。善悪の判断や、批評はしないこと。相手の感情を理解し、共感すること。相手のニーズを読み取り、確認すること。安心させ、サポートを行うこと。

(3)心理社会的なサポート

1. どのような支援ができるのかを確認できるまでは、具体的な助言は行わない。
2. 憶測で話したり、不正確な情報を提供したりしない。
3. 現実的に可能なアドバイスや支援を行う（リラックス法、遊び場の提供、相談相手の紹介など）。
4. 元々心身症、発達障害、精神疾患等で治療を受けていた子どもについて、災害後に治療をどのように継続できるかについてソーシャルワークを行う。

5. 災害時心理教育は重要である。安全な枠組みの中で、「起きた災害についての事実」と「それによる心身の反応」と「その対処法（リラクゼーションなど）」についての正確な知識を、子どもの発達段階に合わせて伝えることにより、子どもの不安を和らげることができる。
 6. 病理化しない。ほとんどの急性反応は了解可能で予想範囲内のものである。「反応」を「症状」と呼ばない。
 7. 家族支援は重要である。親が子どもに十分な情緒的な支えを提供できるように、親の機能を補強し、支える。
 8. 支援者間で相談ケースの情報を適切に紹介し、引継ぎを行う。
 9. 切迫した精神医学的な症状がある場合など専門的な治療が必要であると判断した場合には、後方機関への紹介を行う。
- (4)環境調整のための助言を行う
1. 食事・睡眠のリズムを崩さないようにする。「いつもどおり」の規則正しい生活を心がける。
 2. 遊び場の確保と枠づくり（安全性の確保、できるだけ大人の見守りが必要、ブースごとにパーティションで仕切るなど）を行う。
 3. さらにトラウマ体験や、トラウマを思い出すきっかけとなるものから身を守る。災害の映像を繰り返し流すマスコミ報道を視聴できる環境では、子どもが報道に触れすぎないような配慮が必要である。そのためには周囲の大人の理解が必要である。また、記者などのマスコミ関係者、野次馬などから子どものプライバシーを保護する必要がある。
 4. 発達障害やその他の障害のある子どもとその保護者にとって、できるだけ安心できる場所の確保を行う。
- ③保護者や教員などの支援者に対するアドバイスを行う
- (1)子どもの保護者や教員などの支援者もまた被災者であり、支援が必要な人達である可能性があることを忘れないで接する。
 - (2)「心の専門家」が何をできるかを保護者や教員などの大人に伝える。
「精神保健の専門家は困っている人を援助するように訓練されています。彼らは子どもたちの深刻な問題を理解したり、手助けをしたりすることができるのです」²⁶⁾
 - (3)トラウマが子どもに与える影響についての正確な知識を伝える²⁷⁾。
 1. 感情面への影響：安全感、信頼感の喪失と怒りや抑うつなどの様々な感情
 2. 認知面への影響：不当で理不尽な出来事がなぜ起こったのかという疑問と非機能的な信念、自尊感情の低下と自責感、無力感と意欲の低下
 3. 行動面への影響：過覚醒状態、退行、多動・注意集中の困難・衝動性の亢進、反抗・癇癪・攻撃的な行動、自傷行為、物質乱用、反社会的行動などこれらのトラウマによる影響は、保護者の心理社会的な安定が得られた後、子どもが保護者を「頼ってもいい状態」になってから出現する場合もあるので注意深く経過をみていく必要がある。
 - (4)どのような状態が、災害に対する子どもの一般的な反応＝「異常な事態に対する正常な反応」であるのかを伝える。

(5)どのような状態が、子どもの心に恐れや不安が強く残っていて「保護」を求めている SOS のサインなのかを伝える。

(6)どのような状態の時に、専門的な援助が必要であるのかを伝える²⁸⁾

(7)保護者ができる、「子どもにとって安心な対応」をアドバイスする

1. できるだけ子どもを一人にしないで、保護者が子どものそばについていてあげる。

2. 十分暖かくして、栄養を摂らせる。

3. 食事や睡眠などの生活リズムを一定にする。

4. 子どもが恐がった時は「一緒にいるから。大丈夫。」といって抱いたり触れたりして、繰り返し安心させてあげる。

5. 子どもの話をよく聞く。

6. 甘えや乱暴などの問題行動があっても、むやみに叱ったりせずに、まず受け止める。

7. 幼い子どもは自分中心の世界をもっており、何か悪いことが起きると、「自分が悪い子だから、こんなひどいことになってしまったのだ」という考え方をしがちである。災害後に親が子どもの問題行動を叱ったり責めたりしたときに、子どものこういった考え方を強めてしまうことがあるので、「あなたは悪くない」と納得させる。

8. スキンシップを増やす。退行を受け止める。

9. 気を遣うがんばり屋さんの子（過剰適応タイプ）は、負担が大きくなり過ぎないように気をつけて見守る。

10. 子どもの年齢に応じて、生活の立て直しのための役割を分担させる。子どもが責任をもって役割を果たした場合には、心からほめてあげることによって子どもは自信をもち、心の傷からの回復を早める。

④支援者のメンタルヘルス向上のために

支援を行おうとする者は、支援に先立って「サイコロジカル・ファーストエイドを提供する人のケア」²²⁾に目を通しておくといよい。

(1)支援者自身の安全を確保する。

(2)一人で抱え込まないようにする。多職種でのチームの一員として問題を共有する。

(3)外部からの支援者が、現地の支援者をまず支えなければならない。急性期（英雄期→ハネムーン期）は、現地で支援を行う支援者自身が過緊張、過覚醒、過活動になりやすい。被災者でもある現地の支援者のメンタルヘルスのために、派遣された支援者が可能な仕事（一般小児科診療や当直業務など）を肩代わりして、休憩時間や休息を確保できるようにすることは真に有用な支援かもしれない。

IV. 中・長期の対応について

この時期には急性期の恐怖体験が軽減してくるが、新たに加わってくる慢性的な心理的・物理的ストレスによってさまざまな心身反応が現れる。1 か月以上を経過したのちに、症状が顕在化し、遷延している場合、外傷後ストレス障害（PTSD）を含めてのケアが必要となる。それは子ども、保護者、さらには支援者も例外ではない。対応に当たる小児科医は、被災地状況が変化するなかで、子どもだけでなく保護者や周囲の支援者への観察と配慮が必要となる。

a. 被災地の環境問題の変化

この時期では、多くの場合瓦礫は撤去されて、何もない更地だけが残る。居住する地域に危険を感じる形跡はなくなるが、全般的な空虚感が漂う。

1) 仮設住宅における環境問題

応急仮設では、空いた部屋に新しい家族が入居したり、逆に空き家が増える場合もある。地域によっては仮設住宅の集約化のために、応急仮設内での移動を求められることもある。子どもにとっては自分の居住するコミュニティの変化に適応する必要がある。災害の規模によって異なるが、多くの場合は2～3年程度で仮設住宅から恒久住宅への移行は完了する。家を再建する家族や復興住宅への入居を決める家族がいる一方で、様々な理由から仮設住宅に残らざるを得ない家族もいる。また、元々のコミュニティを離れて生活をしてきた家族にとって、戻るかどうかの葛藤が重なる時期ともなる。仮のコミュニティへの喪失感、新しいコミュニティ構築への徒労感を伴う。

2) 衣食住の制限

災害の規模にもよるが、長期にわたり衣食住が制限されることがある。衣服が限られ、衛生面が保てないこともある。支援物資が流入するまでは、食事が不足する場合もある。避難所や仮設住宅の中で睡眠が不足し、日中の集中困難やイライラを伴うことがある。

3) 遊び場の制限

子ども達は安心して外遊びをすることができず、保護者も自由に遊ばせることに不安を感じる。今までの遊び場や学校の校庭に仮設住宅が建設されることもある。自ずと子どもの行動範囲は狭まり、今までと同じような遊びを展開することができない。例えば、東日本大震災における福島県のように放射能の不安から、被曝量を減らすために外遊びが制限されていた地域もある。

4) 学習環境の問題

被害が甚大だった学校では再建を断念し、統廃合の計画が決まる時期でもある。子ども達にとっては自分の学校の寿命を告げられ、終息に向けた活動を行うことになる。統廃合後の子ども達は新しいコミュニティを作るため、支援者としては丁寧な関わりを要する。復興住宅が建設される学区の学校では、多くの転入生を受け入れることになり、同様の配慮が必要となる。

5) 支援の出入りによる混乱

この時期になると様々な支援団体が撤退することがある。災害後から多くの外部支援者により行われていたイベントが減少していく。一時的に作られた復興商店街なども活気が減少し、閉鎖となることもある。残る住人は空虚感や怒りなどを抱くこともある。

b. 子どもへの支援の実際

1) 一般小児科診療で行える子どもの心の支援の概要

心のケアを求めて医療機関を自ら受診する子どもや保護者は少ない。心のケア活動をどのようにニーズのある子どもや保護者に提供していくかは工夫が必要であるが、一般小児科診療は支援の場として重要な場所である。

①心理社会的サポート：災害後の大多数の子ども達や保護者には様々な心理社会的サポートが必要とされており、それらへのサポートが被災者の精神的な安定と回復に影響する。保健医療分野においては小児科医が中心的な担い手である。一般診療や乳幼児健診、予防接種、校医、医師会、小児科医会などの活動を通して、子どもや保護者の健康面の現実的な問題や不安の解決を助けるようにする。

②身体面のケアと理解：災害によるストレスにより、身体健康面にも様々な影響を受け、身体的自覚症状の訴えが増加する。夜泣き、眠れない、夜尿、頻尿、食欲低下、下痢、腹痛、便秘、吐き気、頭痛、息苦しさなどの身体化症状が増える。身体面での一般小児科診療の対応のほかに、こういった症状を訴えて受診した子どもに、災害によるストレス反応、トラウマ反応が潜んでいるかもしれないという理解をもって診療を行う。

③心のケアに対するアウトリーチ的活動：被災者との関係づくりに最も有効な方法は現実的な支援とされており²⁹⁾、医療の提供は医師の取り得る最も有効な関係づくりの方法である。そして、感冒症状などの一般的な受診理由で医療機関を受診する子どもや保護者の多くが災害後1年過ぎても災害による様々な心身の変調を抱えている。また、災害の影響は子どもの場合は身体症状や行動上の変化に現れることも多く、そのため小児科を受診することも多い。簡単な災害関連の問診票を用いたり、パンフレットを置いておくことや、診察の合間に災害のことにさりげなく触れることなどにより、子どもや保護者の心身の影響を明らかにして受け止めるようにする。災害時のことや現在のことについての振り返りの機会を提供する。ただパンフレットを掲示するだけでは余裕のない保護者には情報が伝わらないこともあるので、口頭で簡潔に伝えるなどのような情報の提供方法や伝達に工夫が必要である。提供する内容としては、「相談窓口」、「講演会等の案内」、「災害時のメンタルヘルス問題が特別なものではないということ（異常な事態に対して通常みられる反応である）」などがある。基本的には子どもや保護者の訴えを病理化しない、症状と称呼しない。反応と言うようにする。このような心理教育は、中・長期においても必要である。

④不定愁訴や不適應症状を訴える子どもへの留意点：中・長期における被災地の小児科外来において、頭痛や腹痛、疲れやすい、眠れない、集中できない、イライラする、学校に行けないなどの不定愁訴や不適應症状を訴えて受診する子どもの背景に、災害によるトラウマ反応が潜んでいる可能性がある。災害時にどこでどうしていたか、その時やその後にどんな様子だったかなどをさりげなく聞いたりして、どの程度の衝撃的な体験であったか、どの程度の反応を引きずっているのかなどをチェックする。かなりの体験と反応が感じられた場合は Impact of Event Scale Revised (IES-R) 等を用いて評価するなどしてトラウマ体験に焦点を合わせて聞き出すことが時に必要となる。

⑤心のケアチームや相談機関への紹介：子どもや保護者の心身の状態に応じて、重症と考えられるケースは専門機関に紹介する。

2) 近親者を亡くした子どもへの支援

近親者、特に親を亡くした子どもへの中・長期的支援は、子どもの喪の作業を支援することである。喪の作業とは、亡くなったという現実を受け入れて、新しい環境に適応していく過程である。そのためには亡くなった方にしがみつ়くエネルギーを新しい人間関係に向け、亡くなった方が過去の思い出の一部となる必要がある。初期にはうつうつとして、亡くなった方のことばかりを考えていたり、現実と直面しようとする強い怒りやうつが生じるなどのことがある。しかし、徐々に新しい環境に適応して活動が開始される。ただ、その過程は一方向ではない、少し進んではまた戻る状況が繰り返される。そのため、落ち込みや怒りが繰り返し生じることがある。その感情の表現が安全に表現でき、受け止められる環境が提供されれば、徐々に新しい状況に適応していく。ただ、3か月以上経っても極端なうつ状態であったり、初期にみられる混乱や同一化などの非現実的な反応が続くときには、それ自体が悪循環を招く危険があるため、専門的な支援を得た方がよい。

Bowlby は親を亡くした子どもの喪の作業は大人の病的な喪にあたるとしている。心の痛みを耐えながら、自分の一部であり自分を支えている大地であった親の不存在を認めて整理し、新たな環境に適応していくのが子どもには難しい作業だからである。親が亡くなったことを否認して認めなければ、新しい愛着対象を見出すことが困難になる。親代わりを認めることにより親の不存在を受け入れざるを得なくなるからである。親に対する罪悪感も生じ、新しい愛着対象を築くことを拒否する場合もある。

親の思い出を他者と共有し、過去の思い出のストーリーとすることで、新しい人間関係を受容できるようになる。しかし、その過程は単純なものではなく、行きつ戻りつである。焦らずに長期にわたって支援していく必要がある。

子ども達は発達に伴って死の意味も異なってくるために、親の死を認識しなおしていくことになる。そのために、突然親のことを聞いてきたり、死について聞いてきたりする。それに対して逃げずに答えることができれば、子どもは大人を信頼して喪の作業はより進むことになる。

特に記念日にはセレモニーを行って、思い出を表現して共有する機会を作ることが重要である。記念日近くなると様々な反応が出ることもある。記念日反応もしくは命日反応(anniversary reaction)と呼ばれる。うつ状態になったり、死者を見たり声を聞いたりしたり、中には混乱する場合もある。一過性のもので徐々におさまることが多いが、死者を求める気持ちの強さと考えられる。

災害による場合は、近親者の死がトラウマ性の死であることが多い。トラウマと喪失が重なっており、その衝撃は非常に強い。トラウマを表出して回復に向かうためには、守ってくれる安心できる場が必要である。親を亡くした子どもの場合は、新しい愛着対象との間に信頼関係を構築して安心できる場とならないとトラウマの回復も困難となる。まず、喪の作業の支援を行い、新たな愛着関係形成により守られている安心感を育てて、トラウマの処理を行うことが重要である。

3) 障害のある子どもへの支援³⁰⁾

この時期は、身体面では災害による外傷等よりも元々ある疾患の悪化への注意・対応が中心となるが、精神面の問題への注意や対応の重要性が増してくる時期といえる。

①身体面の問題

災害から1か月前後し、日常生活状況がある程度落ち着いた頃から半年間ほど、特に数か月間の間にみられやすい身体面の問題と対応の概要を表12に示す。

表12 急性期以降の身体面の問題

- **体重減少**
 - － 背景: 食欲低下・摂食量低下など
 - － 対応: 食べられる食品・食形態の工夫。家族だけで食べる環境の工夫。可能ならときに外食。元の体重の10%以上の減少がある場合は医療機関へ。
- **体重増加**
 - － 背景: 避難生活での自由な摂食・間食状況と活動量低下、ときにストレスによる過食など
 - － 対応: 日常生活活動の予定作成による規則化、室外での遊びの促進
- **外傷の増加**
 - － 背景: 避難生活による運動機会の減少や活動量の低下による運動能力の低下など
 - － 対応: 運動前の準備体操やストレッチの励行、強度の強い運動や競う運動・格闘技をいきなりやらないように配慮
- **ありふれた病気の遷延化・重症化**
 - － 背景: ストレスや体調不良による身体抵抗力の低下など
 - － 対応: 軽症のうちに、あるいは「長引いている」と感じたらすぐに医療機関へ。

②心理・行動面の問題

(1)学校での行動問題

中・長期では、避難所生活であっても、日常生活の不自由さはある程度解消され、学校も転校も含め再開されているのが普通である。阪神・淡路大震災後、学校再開後に障害のある子どもで認められた問題とその対応の概要を表13に示す。

表13 再開後の学校で障害のある子どもで認められやすい行動問題

- 授業中の落ち着きのなさ
 - － 背景：学校が始まったことのうれしさ、非日常が続いていることの落ち着きのなさや一種の高揚感など
 - － 対応：一時的なことがほとんど。授業内容や要求水準を変更し、短時間で授業内容の切り替えを行う、身体を動かす課題を増やすなどして対応。
- 指示待ち行動増加・次の行動に移れない
 - － 背景：避難生活での放置・受動的な活動状況
 - － 対応：前に一人でできていたことでも、ある程度手を出してあげ、少しずつ本人にやらせるようにしていく。
- 給食を食べない
 - － 背景：避難生活における自由で好き勝手の食事体験
 - － 対応：無理強いせず、励ましながら少しずつ食べるように促す

(2)心の問題

中期以降に認められることのある心理的問題としては、無力感、無気力、抑うつ状態、適応障害、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、解離などがある。いずれも、障害の有無は特に関係せず、その子どもが受けた被害の質と量の方が関係する。例えば、災害によりその子以外の家族全員が亡くなってしまった場合、受ける影響に障害による違いがないことは容易に理解できることと思われる。対応に際して、障害に応じた配慮が必要となるが、それは障害のある子どもに災害前から行われていた通常の配慮と同じになる。

(3)発達障害児における問題

災害前まで大きな問題を生じていなかった、あるいは、未診断だった発達障害児が、災害後、様々な行動問題を示し、相談に挙がってくることは少なくない。その背景としては、それまでその地域にあった子どもを支える体制の破綻や、転居・転校による支援体制の喪失あるいは不適応状況の増強などが考えられる。

対応については、発達障害児への通常の対応と同じになる。具体的には、周囲の理解を求め、適切な対応方法の助言などを行いながらその時点で可能な療育・教育体制につなげていくなどである。転校した場合の対応の概要について表14に示す。なお、子どもの行動や心理状況によっては、薬物療法を行うこともあるが、それも、発達障害児に対する薬物療法の通常の方法で行ってかまわない。

表14 転校した発達障害児への学校における支援

- 保護者から障害について学校に伝えられている場合
 - － 保護者、担任・特別支援教育コーディネーター・SC・管理職で面談
 - － 校内・学区内の特別支援教育体制・利用方法の説明
 - － 前籍校での対応・保護者の要望の聴取
 - ・ サポートブックがあれば見せてもらう
 - － 「困難」発生時の対処手順の確認
- 保護者から障害について学校に伝えられていない場合
 - － 前籍校・センターなどからの通知
 - ・ 保護者が通知されることを知っている
 - － 通知があったことを伝え、「伝えられたとき」の対応を
 - ・ 保護者が通知されることを知らない
 - － 以下の「気づき」と同様の対応を
 - － 通知なし・学校内での「気づき」の場合
 - ・ 校内で対応方針・方策を検討、決定、実施
 - ・ 学期末に「気になっていること」を保護者に伝え、相談
 - － 「認めさせる」ことに拘泥しない・校内でできることを続けていく

4) 疎開した子どもへの支援^{3 5)}

疎開もまた本来は一時的なものであり、疎開先での「一時避難」のまま中・長期的に暮らす事は考えにくい。ここでは「疎開したが元の生活圏に戻れず、新たな場所で生活再建をするケース」を想定して述べる。

災害が発生した元の生活圏での生活再建は物理的な困難が多い一方で、災害体験を地域で共有しているため「自分も周囲のみんなも、同じように大変」という感覚が得られやすく、心理的な孤立感は少ないであろう。しかし周囲が災害体験を受けていない中での生活再建は、物理的には元の生活圏より恵まれているとしても、「周りは被害を受けていないのに自分だけが大変な状況」という心理的な孤立感を得やすい。また、転居当初は被災への同情を得やすくとも、時間の経過と共に理解を得られず、周囲の悪気ない言動によって傷つく事も危惧される。またトラウマ関連の症状が長期的に続く場合などは、理解がより得られにくい可能性もある。トラウマ関連の症状がなく、新たな場所での生活に適応しているケースであれば特別な支援は不要と考えるが、不適応を起こすケースについては個別の支援が必要である。

こうしたケースが自発的に医療機関・相談機関にアクセスできればよいのだが、新たな生活圏では情報が十分に得られないかも知れない。そのためにも、転居手続きを受ける段階で各地方自治体がこうした被災状況を確認し、必要な情報提供や保健師の訪問などのアウトリーチができる体制を普段から整えていく事が望まれる。

支援の上では、被災者という側面だけにとらわれる事のないように注意したい。どこでも起こりうる友達とのトラブルがたまたま転居先の学校で起こった・打ち込んでいた部活動が継続できなくなった・元々あった学業成績の遅れがあり、転校のためこれまでのサポートを受けられなくなったなど被災とは直接的な関連のない困難が、転居をきっかけに表面化・事例化する事は十分に考えられる。そのため丁寧な状況確認・十分な情報収集が必要なのはいうまでもない。

c. 保護者への対応

1) 対応に際して理解すべき背景

- (1)保護者は、被災した子どもの保護者であると同時に、自身も被災者であり、トラウマ体験を負っている可能性がある。
- (2)中・長期になると、被災者であると同時に復興の当事者でもある。
- (3)子どもの安心のためには、大人が安心してることが必要である。
- (4)子どもは、大人がある程度落ち着いた頃になって、心的外傷の反応をみせることがある。
(遅れて芽を出す子どものトラウマ)
- (5)自己効力感を持って生活する大人たちの姿を見ることが、子どもの情緒面の強い支えとなり、安心感につながる。(大人は子どものモデルとなる)
- (6)中・長期になると、仮設住宅で生活する住民の中で「二極化」という現象が起きる。生活再建を進めて仮設住宅を退去する住民がいる一方で、将来の見通しが立たずに仮設住宅に「取り残されてしまう」住民がいる³¹⁾。
- (7)鉢状格差(はさみじょうかくさ、きょうじょうかくさ)：被害の程度や経済状況、心理状況、受けている支援などにより、大きな痛みから徐々に抜け出せる人が多くいる一方、日常を取り戻せず益々深い悲しみの連鎖に引きずりこまれていく人も多くいる³²⁾。
- (8)仮設住宅での生活の不満や行政への不満、やり場のない怒り、被災者同士の意見の対立などから地域の連帯感が失われるような場合もある。

2) 保護者自身が抱える心理状態

・急性期には復興に向かって積極的に立ち向かい自己犠牲的・献身的行動をとり(英雄期)、続いて被災者同士が連帯感で結ばれて助け合うことで気分が高揚し過活動になっている間(ハネムーン期)は元気でも、急性期を過ぎると急に疲労や無力感にさいなまれる場合がある(高揚感→疲労→抑うつ)。

(1)親自身のトラウマ症状

1. 身体症状：消化器症状(食欲不振、腹痛、下痢、吐き気)、頭痛、めまい、不眠、全身倦怠感、息苦しさ、皮膚症状(皮膚のかゆみや湿疹)など。心身症として出現することもある。
2. PTSD：再体験症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状
3. 情緒の変化
 - ・悲嘆反応
 - ・サバイバーズギルト(生存者の罪悪感)
 - ・抑うつ
 - ・記念日現象による症状の出現

(2)生活環境の変化が及ぼすストレス

- ・居住地の移動や転居に伴い、家族構成が変化することに伴うストレス：子どもだけを親戚宅に預ける、一家で被災地からしばらく避難する、一家で移住する、父親以外の家族が転居するなど。

- ・転居先での新生活に伴うストレス：住み慣れた土地から慣れない土地への転居、転居に伴う転居先での家族の孤立、一から始める近所付き合い、近所の人と震災体験を共有できないこと、子どもの転校など。

- ・仮設住宅の住環境によるストレス：夏は暑く冬は寒い室内環境、低い防音性など。

- ・仕事のストレス：転職、単身赴任、生計の不安定など。

- ・転居・転職に伴う経済的な負担の増加：失職、引っ越し費用、二重ローンなど。

- ・アルコール・薬物依存のリスクが高い。

(3)子どもの保護者として抱える心理状態

加藤²⁴⁾は阪神・淡路大震災後の調査で、「保護者の不安が高いほど子ども達の不安が高い」ことを明らかにした。この結果は、被災したことによる被害や生活再建の難しさの中で、親がきちんと乗り越えている姿をみせていると、子どもも安定していけるということを示している。子どもにとって「親が安心できる存在」になれるために、保護者の心理状態を理解し、保護者の不安を少しでも解決できるための支援を考えて行くという姿勢が必要である。中長期の時期に保護者が抱く子どもに対する不安には以下のものがある。

- ・遅れて芽を出す子どものトラウマ：ぐずり、わがまま、赤ちゃん返り、怒り・かんしゃく、乱暴、反抗、試し行動、種々の身体症状、不登校、集中困難、多動・衝動性の亢進、自傷行動、罪悪感、抑うつなど。

- ・親として「心配な遊び」：ポスト・トラウマティック・プレイ（災害をテーマに繰り返される遊び「地震ごっこ」「津波ごっこ」など）

- ・転居に伴う環境の変化：転校先での孤立やいじめ、風評被害など

3) ストレス反応への上手な対処法^{26, 33)}

- ・被災体験を誰かに話し、自分も聞く。話すときには「できごと」「考え」「気持ち」の順にすると語りやすい。

- ・感情は押さえない。吐き出すことで整理されていく。

- ・自分を責めない。つらさを一人で抱え込まずに相談する、助けを求める。（仲間同士、上司、カウンセラー、医師など）

- ・深呼吸をする、リラックスする。

- ・運動をして身体をほぐす。楽しみをみつけ、気分転換をする¹⁹⁾。（余暇活動は不謹慎ではない）

- ・酒で紛らわせない。栄養のバランスをとる。

- ・自分にストレス症状があることを認める。

- ・身体の不調のサインを無視しないで、自分の身体を気遣うようにする。

- ・休日や休憩時間を必ず確保するようにする。

<小児科医から保護者へのアドバイスの例>

- ・保護者自身が休息を取り、余裕をもって子どもに接することができる時間を作りましょう。
- ・子どもを肯定的に受け入れることが大切です。子どもが怖がっているときにはそばにいてあげるだけでよいです。小さい子が怖がっているときは抱きしめてあげましょう。「自分は守られている」と子どもに感じてもらうことが大切です。
- ・年少の子が、以前にできていたことをしてほしがった時には、受け入れて応じてあげましょう。子どもがかまってほしがる分、可能な範囲でかまってあげましょう。
- ・子どもが話すまで待ち、話し始めたら耳を傾けて聞くようにしましょう。
- ・ポスト・トラウマティック・プレイは、子どもがこのような遊びを通して不安や恐怖を表現しているものであり、不安や恐怖が改善すれば自然に消失するものであると考えられます。「不謹慎」と禁止せずに見守るのが原則ですが、不安がますます高まって子どもだけでは止められないようであれば、支援者が入ってハッピーエンドになるような手助けを行いましょう。

<執筆者一覧>

北山真次,奥山眞紀子,河野政樹,小林穂高,洲浜裕典,田中篤,福地成,藤田之彦,宮本信也,渡部泰弘,田中英高(順不同)

不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト

乳児から使える処方

症状	薬品名	剤形	処方例	禁忌・注意事項	その他特長
不安・不眠・夜泣き	ペリアクテン	錠剤 4mg 散 1% (1g 中 10mg) シロップ 0.04% (1ml 中 0.4mg)	シロップの場合の 1 回量 () 内は成分量 2-3 歳 3mL (1.2mg) 4-6 歳 4mL (1.6mg) 7-9 歳 5mL (2.0mg) 10-12 歳 6.5mL (2.6mg) * 1 日 1~3 回 散剤 0.25mg/kg/日 分 3	禁忌：新生児、気管支喘息発作時 * 注意：てんかん、けいれんを悪化させることがあります。 * 長期投与、連用はさけましょう。 * 感冒やアレルギーで使用中には不安や不眠への追加投与はできません。	* 乳児から使用できます。 * 抗アレルギー作用があります。
不安・不眠・夜泣き	アタラックス P	カプセル 25mg、50mg 錠剤 10mg、25mg 散 10% (1g 中 100mg) シロップ 0.5% (1g 中 5mg) ドライシロップ 2.5% (1g 中 25mg)	散、ドライシロップの場合の処方量 1mg/kg/日 分 2 シロップの場合の処方量 0.2ml/kg/日 分 2 錠剤の目安 1 歳 10-12kg の児で 10mg 1 錠を 1 回 1/2 錠 1 日 2 回 カプセルの目安 20kg 以上で 25mg カプセルを 1 回 1/2、1 日 2 回	* 注意：てんかん、けいれんを悪化させることがあります。 * 感冒やアレルギーで使用中には不安や不眠への追加投与はできません。	* 乳児から使用できます。 * 抗アレルギー作用があります。
不安・不眠・夜泣き	ウインタミン	散・顆粒・細粒 10% (1g 中 100mg) 錠剤 12.5mg、25mg、50mg、100mg	1 回量 0.5-1mg/kg 年齢別処方量 1-2 歳 10mg 3-6 歳 20mg 7 歳以上 30mg または錠剤	* メトクロプラミド（プリンペラン）との併用は注意が必要です。	

学童期以降錠剤が服用できる場合に使える処方

注：誤嚥による窒息を防ぐために、錠剤をのみこめない子どもにはすすめないようにしましょう。

症状	薬品名	剤形	処方例	禁忌・注意事項	その他特長
不安・不眠・自律神経症状	セディール	錠剤 5mg、10mg、20mg	1 回量 5mg 1 錠 1 日 3 回まで		* 依存性がない。
不安・不眠	ソラナックス、コンスタン	錠剤 0.4mg、0.8mg	1 回量 0.4mg を 1/2~1 錠、1 日 3 回まで		* ふらつきは少ない。
不眠・不安・緊張	ベンザリン、ネルボン	錠剤 2mg、5mg、10mg 細粒・散 1% (1g 中 10mg)	1 回 2mg 1 錠 1 日 3 回まで	* シメチジン（ガスター）と相互作用により血中濃度が上昇する。	
不安・緊張・易刺激性	リスパダール	錠剤 0.5mg、1mg、2mg 細粒 1% (1g 中 10mg) 内用液 (1mg/mL)	細粒・内用液 初回量 0.25mg/日で 0.25~2mg/日 分 2-3 錠剤 初回量 0.5mg 錠 1 日 1/2 錠から開始、1mg 錠 1 日 2 錠 分 2 まで増量	禁忌：エビネフリン	* 自閉症の興奮時に有効

漢方薬がのめるお子さんの処方

症状	薬品名	剤形	処方例	注意事項・特長
不安・不眠・夜泣き	甘麦大棗湯	1 包 2.5g	小児 0.1g~/kg/日 分 3 投与量の目安 2 歳まで 1 包 分 2~3 3-6 歳 1.5 包 分 2~3 7 歳以上 2 包 分 2~3	効能効果 夜泣き、ひきつけ
不安・不眠・夜泣き	抑肝散	1 包 2.5g	小児 0.1g~/kg/日 分 3 投与量の目安 2 歳まで 1 包 分 2~3 3-6 歳 1.5 包 分 2~3 7 歳以上 2 包 分 2~3	効能効果 神経症、不眠症、小児夜泣き、小児かん症

ご使用・お問い合わせは日本小児心身医学会事務局（TEL：075-771-1373、FAX：075-771-1510、E-mail：shounisinsin@chijin.co.jp）にご連絡ください。
 作成 日本小児心身医学会薬事委員会（石崎優子 深井 善光 永井 章）
 関西医科大学小児科学講座心身症グループ（石崎優子 内田祐子 小林穂高 中村美奈子 藤井由里）

災害時の子どものメンタルヘルス対応のために

1. 災害時の子どもの心の反応

子どもは心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多くなります。年齢により反応も異なり、乳幼児では、災害の正体もわからず、不安が強くなり、学齢以上でははっきりとした身体症状や精神症状も認められるようになります。(表 1)

表 1. 災害後にみられる子どもの反応

- ① 表情が少なく、ボーッとしていることが多い。
- ② 食欲がなく、何もする気が起こらなくなる。
- ③ 感情的に高揚する。
- ④ 災害に関連するものを避けようとする。
- ⑤ 災害遊びや悪夢などで災害時の体験を思い出して不安になる。
- ⑥ 不眠・夜泣き・落ちつかない・いらいらする・小さな物音に驚くなど過度に覚醒する。
- ⑦ 甘えがひどくなったり、遺尿などの退行(赤ちゃん返り)をするようになる。
- ⑧ 登園しぶり・後追いなどの分離不安を示す。

災害時に子どもたちが受ける心理的ストレスには、①恐怖体験によるもの、②喪失体験によるもの、③罪悪感によるもの、④生活の変化によるもの、⑤家族の変化によるもの、⑥友人関係の変化によるものなどがあげられます。また、子どもは死の概念が曖昧なために、喪失を自分のまわりの環境に生じた変化で判断し、時として自分が原因と考えることがあり、注意が必要です。

これらの反応は通常は最初の数週間で軽快するといわれていますが、1 カ月以上持続したり、数カ月の潜伏期を経て表れたり、長期的な問題をひき起こしてくることもあります。

2. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)について

生命に危険を感じるような体験(トラウマ体験)をした後に、その体験を思い出して恐くなったり、そのような状況をさけようしたり、反応が乏しくなったり、緊張状態が強くなるということは、大人だけではなく、子どもにとっても当然のことです。しかし、それらが強すぎたり、長引きすぎたりして、日常生活の支障となる状態にまでひどくなると、援助が必要となります。このような状態になるのは災害の程度・種類にもよりますが、子どもでは数～数 10%程度と考えられています。危機的な体験がすべてトラウマとして認識されるわけではなく、危機的な状況にあっても、保護的な環境下にあり、安全感がある程度得られていれば、トラウマ体験は必ずしもトラウマとして子どものこころに残ってくるわけではないといえます。PTSD の症状として特徴的なものとしては、

- ① 悪夢・フラッシュバックなどトラウマの持続的な再体験
- ② トラウマを連想させる状況からの持続的な回避と無感情など反応性の鈍麻
- ③ 不眠・易刺激性・集中困難・過度の警戒などの覚醒の亢進

の3つが挙げられ、DSM-IVではそれらすべてが1 カ月以上持続し、臨床的に著しい苦痛または社会的な機能の障害を引き起こしていることが条件になっています。子どもの場合は、①については、その災害に関する遊びに没頭するとかその災害に関する話ばかりするなど、②についてはその災害に関することを聞くのを嫌がるとか友達と遊ばなくなるなど、③についてはけんかばかりするとか小さな物音にも驚くなどの行動の変化として認められます。

年少児のPTSDについては明確でない点が多いのですが、年少児では嘔吐・腹痛・夜尿などの身体症状や保護者との分離不安、退行などが目立つことが多く、これらの症状も参考となります。

3. 災害後の子ども対応の原則(表2)

子どもがこれまでと違った行動をしても異常なこととはとらえず、通常ではない体験に対する当り前の反応であるということを、まず保護者に理解してもらうことが大切です。子どもは不安な気持ちを遊びの中で表現したり、絵に描いたり、話をしたりすることで整理し、保護者や周囲の大人たちにしっかりと受け入れてもらっていると感ずることで通常ではない体験を過去の記憶として処理していきます。身体的な接触を十分に行ない、安心して表現できる場を多くし、無理に表現させるのではなく、表現しやすい状況を整えることが必要です。身体症状は不安や怒りや罪悪感などから自分を守るための反応であり、退行や分離不安は子どもが基本的信頼を確認し安心感を得るためにとった反応なのです。身体症状を認め、痛みなどに共感し、退行や分離不安を十分に受けいれてあげることが重要です。むやみに励ますことは逆効果になります。また、恐ろしい体験をした後には時間の概念が曖昧となりやすいため、「恐ろしい体験は過去のものであり、今は安全である。」ということを十分に認識させることが大切です。乳幼児の場合には、保護者や周囲の大人たちに子どもをしっかり抱きしめて、出来るだけ一緒にいてあげるように指導していきます。また、保護者自身も被災者である場合が多く、保護者の悩みに耳を傾けることも大切で、保護者を支えることが子どものこころを癒すことにつながります。子どものこころの回復には子どもが安心することのできる環境が不可欠です。それにはまわりの大人たちの安定がまず必要で、子どもをもつ家族全体を多面的に支援する必要があります。

表2. 災害後の子ども対応の原則

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 保護者に安心感を与える。② 子どもが表現しやすい状況を整える。③ 子どもの身体症状を認める。④ 子どもの退行・分離不安を受け入れる。⑤ 子どもに安全感を与える。⑥ 家族(コミュニティ)全体を支援する。 |
|---|

4. 専門機関への紹介

抑うつ状態が著明で自傷行為がある時や暴力的になり他害の危険性がある時、夜泣き・夜驚・悪夢などを繰り返して睡眠が十分にとれていない時、足が動かない・食事を全く摂らないなどの身体症状が強い時、あるいは保護者の不安が強く家族機能が低下している時などは、子どもの心の問題を専門に扱う小児科医か児童精神科医がいる専門機関への紹介が必要となる場合があります。

5. まとめ

大切なのはいかに子どもに安全感をもたせることができるかです。災害体験については無理に話すことを促さないようにして、「みんなで守っていくからね。」「今はもう大丈夫だよ。」など安心させることに配慮した言葉かけをしていきます。身体診察(ボディータッチ)もとても大切であり、身体症状については丁寧に扱うようにこころがけます。また、家族あるいはコミュニティ全体を支援していく視点をもって対応し、子どもが独りにならないようにしましょう。

参考文献: 北山真次. 災害時の心のケア. 子どもの心身症ガイドブック. 東京: 中央法規出版株式会社. 小林陽之助編: 209-213, 2004.

日本小児心身医学会事務局(TEL:075-771-1373、FAX:075-771-1510)

日本小児心身医学会災害対策委員会 作成 2011.4.

日本小児心身医学会災害対策委員会: 田中英高(委員長) 塩川宏郷(副委員長) 氏家武 藤田之彦 石崎優子 北山真次

資料 3 災害対策の基礎知識

a. 災害後の心の反応

1) 災害時の体験

①災害の影響

災害が子どもの心に与える影響を考えると、子どもは以下の事で大人と異なる場合がある¹⁴⁾。

(1)子どもは環境の影響を受けやすい。

(2)子どもは災害の正体がわからない（年齢や個々の発達状況における認知や理解の程度が大人と比べて劣ることや、客観的な情報収集能力が大人と比べて劣るため）。

(3)子どもは生活の大部分を大人に依存する存在であることから、自分で行動できる範囲が限られており、対処できる範囲も限られている。また、災害によって保護者の自己効力感が低下しているときには、頼るべき存在に頼ることができないために、不安な状態になりやすい。

(4)子どもは心身が未分化であり「心と身体が密接に繋がっている」ため、大人と比べて、ストレスが身体の不調や行動上の問題として表れやすい傾向がある³⁴⁾。そのため、子どもの身体症状が、トラウマが原因で生じていることに気づかれにくい場合がある。

(5)子どもは自分が受けた心の傷を表現するのが難しい。何でもないように振る舞っていても、心の傷が無意識の奥底に残ることがある。

②災害時のストレス¹⁴⁾

(1)災害そのものの衝撃によるストレス

災害の恐ろしい記憶に悩まされることが特徴である。被災した人にとって個々に被災体験は異なる。災害後もテレビの映像や余震、大きな物音などの刺激が災害の視覚的な記憶、聴覚的な記憶、嗅覚的な記憶を呼び起こす。災害を思いだしておびえる子どもの気持ちを優しく受け止めて「大丈夫、一緒にいるよ」と安心させてあげることが子どもにとっての手助けになる。

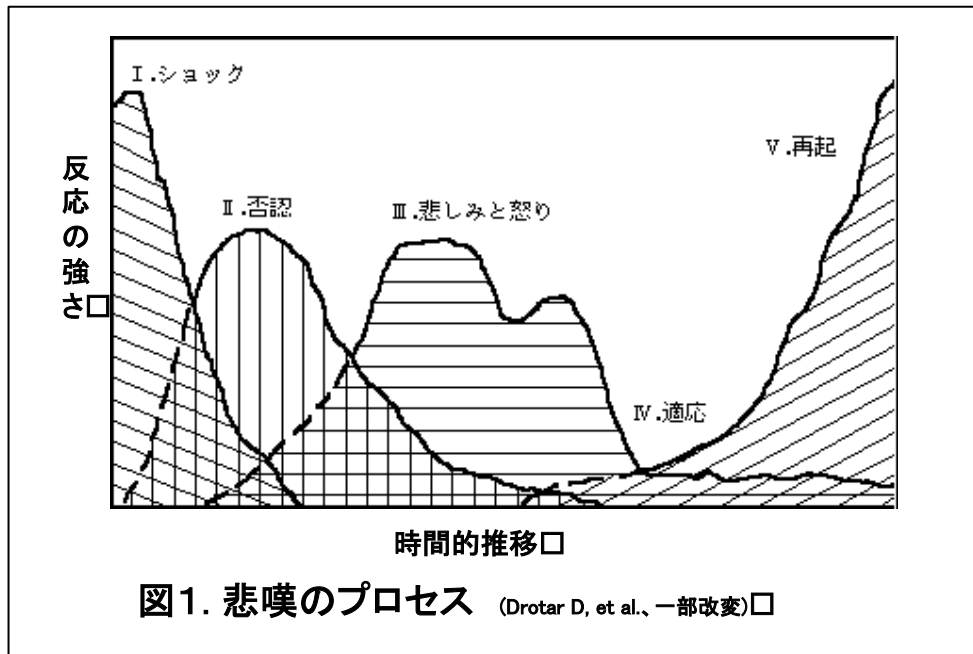
(2)災害後の生活変化によるストレス

住環境の変化（自宅から避難所、避難所から疎開先など）、家族関係の変化、食事や睡眠環境など衣食住の変化、人間関係の変化など、生活環境が大きく変化する。特に避難所ではプライバシーが失われ、生活習慣（食事、洗面、入浴、排便、遊びなど）も大きく変化し、子どもの日常生活のリズムが大きく変化する。子どもの行動が制限されたり、大きな声を出したり、走り回ったりすると叱られてしまったりするため、ストレスがたまりやすい。保護者は家族を守ろうとする責任感、将来への不安、喪失感など大きなストレスを抱えやすく、子どもを支える余裕をもてなくなることもあり得る。

2) 悲嘆のプロセス

喪失体験をした人に起こる心理的反応のひとつとして“悲嘆”がある。悲嘆は狭義には「家族や愛する人との死別に対する深い悲しみ」であるが、広義には「喪失に対する悲しみ」という意味で使われる。愛着の対象を失った心理的な苦痛に対処しながら、新たな現

実に対応し、新たな愛着関係を作っていく過程は“悲嘆のプロセス”とも呼ばれている(図 1⁴²⁾)。



「ショック」の段階は、不安・パニック・無気力の状態で、理解や判断が難しくなっており、わかりやすい説明や安心感が得られるような対応が大切となる。「否認」の段階は、現実認識を避けることで、自己を防衛し、エネルギーを貯めている状態と捉えられ、そばに寄り添うような対応が適切である。「悲しみと怒り」の段階は、現実を吟味・受容していく時期であり、ゆらぎが大きくなり、時には他者との関係性にまで影響を及ぼすことがあるが、この時にはゆらがない態度で接することが重要となる。「適応」・「再起」の段階は、危機的状況に建設的に対処しようとする時期であり、いろいろな支援システムなどを紹介していくとよい。

悲嘆のプロセスは通常 4～6 週間である程度は進行するといわれているが、進行のペースは様々であり、苦痛や自責感、孤独感が強くなりすぎると複雑化・遷延化するため、注意が必要である。子どもの場合には、安心できる守られた環境が大切である。

3) 喪のプロセス

喪のプロセスは、愛着関係にある大切な人を失った人がとる精神過程、つまり新たな状態への適応の過程であると定義することができる³⁵⁾。大切な人を失った状態を指す死別やそれによって生じた深い悲しみや痛みといった感情を指す悲嘆とは区別される。子どもでは、小児期に親の死を経験することが、将来の精神障害の発生頻度に影響するとの報告があるため、特に重要である³⁶⁾。

一般成人での予期しない死に関する喪のプロセスは、まずショックであり信じられない状態（否認）となる。次に、次第に現実を受容出来るようになり、grieving（大切な人の喪失によって生じた深い悲しみや痛みといった感情）としての痛みの感情が表現されるよ

うになる。喪のプロセスは、喪失した object representation（対象心象）からの距離を置くことにより心象が一連の記憶となり、その結果別の人への愛着関係を形成することに精神的エネルギーを使えるようになり、精神が現実を反映できるような新たな状態となることである。このプロセスには心の痛みに直面しながら現実検討を繰り返す自我の強さが要求される。

子どもの喪の問題への対応は、子どもの自己評価の低下に注意しながら本人の自我を支持して喪の過程を促進することである。本人だけでなく家族の喪の過程を促進することが子どもの治療にも有効である。個人療法、集団療法、親やその代わりの者へのガイダンスなどの治療目的で行われている。また、医療職（医師、看護師、心理士など）だけでなく子どもを支える人々（教員、保育士、家族）が、喪失体験をした子どもの精神的危険性を認識することが大切である。

b. 災害時に留意する事

1) アウトリーチ活動

アウトリーチ活動とは、手を差し伸べるという英語の reach out に由来する言葉で、災害支援においては、自ら支援を求めようとしない被災者のところへ支援者自らが出向いて支援を提供することをいう。これまでの災害後の様々な調査から、ケアを必要とする多くの被災者が積極的に医療機関や相談機関に自ら出向いて治療やケアを受けようとしないことが分かっており³⁷⁾、災害後の子どもの心のケア活動においても例外でもなく、アウトリーチ活動が非常に重要となる。これまでの活動においても、開設した相談所に出向いて相談を受ける人は少数であったので、どのようにして、支援を必要としている子どもと保護者のところに出向いて相談を受けるかが重要となる。すなわち、子どもと保護者に出会える場所に行くことが必要である。避難所では日中、一般的に子どもは外で遊んでいたり、保護者は家の後片付けで不在のことが多い。したがって、再開した園や学校、乳幼児健診の場は、効率的にアウトリーチ活動ができる重要な場所となる。また、被災地の小児科診療の場も子どもと保護者に対してアウトリーチ的活動を行い得る場所である。

さらに、支援を必要としている地域や自治体、学校なども、被災の程度が大きいほど支援を適切に要請できない傾向がある³⁸⁾。わが国の災害後の心のケアに関する支援活動は災害を重ねる度に年々組織的になってきているが、支援者はアウトリーチ的に支援を必要としている地域や自治体、園・学校に支援を提供しようと申し出る姿勢を心がけたい。ただし、外部支援にあたっては、被災地の行政の許可を得て支援にあたり、地元の精神保健・医療との連携のもとに支援を提供することが原則である。

2) 支援者の心理・ケア³⁹⁾

支援者も、非日常的な災害後の被災地における支援活動を通して様々な影響を心身に受け、独特の状態となり得ることを知っておく必要がある。

①惨事ストレス：災害直後の非日常的で悲惨な現場の支援活動はそれ自体が支援者の心身に深く影響を与える。外傷後ストレス反応とも呼ばれているが、長期化すると、PTSD やうつ病、アルコール依存症、恐怖症などの精神障害に進展することがある。実際の被災地で

は思ったようには支援ができないことも多く自己不全感を抱いたり、自分たちの活動に対して批判や非難を受けたりすると、惨事ストレスを引き起こしやすくなる。

②代理外傷（二次受傷、二次的外傷性ストレス）：中・長期的な支援活動の中で問題となってくことで、被災者や遺族から災害に関する大変な話を聞いたり、トラウマに関して深く考えたりすることにより、間接的にトラウマ反応を引き起こしてしまう。また、被災者の語る恐怖体験や悲嘆に共感し続けることで精神的に消耗し疲れ果て、感情の麻痺や意欲の喪失、あきらめなどが起こってしまうことがある（共感疲労、燃え尽き）。

③支援競争：誰もができるだけの支援をしたいと願うが、ともすると支援者間でどれだけの支援をしたかということによって争ってしまうことがある。また、どれだけひどい状況のところをみてきたか、どれほどつらい話を被災者から聞き出したかと無意識に競争してしまうこともある。

④救援者役割と被災者役割⁴⁰⁾：支援者は被災者に対して過剰な使命感や罪悪感をもちがちのため、支援活動において被災地の自治体の本部や支援者間で支援方針をめぐる感情的对立しやすくなる。過剰な使命感は自らを救援者役割に、被災者を被災者役割にはめ込んでいってしまう。心のケアの本質は、被災者自らが傷ついた心を自分が主体的になってケアできるように、支援者がサポートすることである。子どものケアに関しても、最も身近な親・家族や保育士、教員が主体的にケアできるようにサポートすることが基本である。

⑤困難な被災者の体験の本質の評価⁴¹⁾：一般的には直接的な体験のない外部からの支援者は過小評価しがちである。または逆にむしろ過大評価したりするなど、客観的な評価は容易ではない。

- ・支援者にあらわれる注意信号

- 身体がだるく、重い

- 睡眠の問題、熟睡感がない、あるいは日中の強い眠気

- 食欲不振

- 物事に集中するのが難しい

- リラックスできず常にピリピリしていて、こらえ性がなくなった

- 親しい人や家族であっても話すのが億劫になった（あるいは無口になった）

- （仕事の一環としてでも）支援活動を行うことに家族が不満を持っている

- 家族や友人と過ごす時間が極端に減った（あるいはそのような時間をもつことに罪悪感を抱く）

- ・セルフケア

- 適度な運動、栄養、休養をとる

- 休むことに罪悪感をもたないように心がける

- 家族や友人と時間を過ごす

- ニーズとできることの限界を常に意識しておく

- 自分のできる範囲内のことをする

- 自分の日常と支援のバランスを意識する

- 一人で抱え込まず、同僚や家族と自分の気持ちを分かち合うようにする

すべてを変えることはできないことを受け入れる

c. トラウマ反応について^{4 2, 4 3, 4 4}

自然災害（地震・火災・台風・洪水・津波・火山の噴火など）、社会的不安（戦争・紛争・テロなど）、生命の危機に関する体験（暴力・事故・犯罪・性的被害など）、喪失体験（家族・友人の死、大切なものの喪失など）などの生命に危険を感じるような体験（トラウマ体験）をした後に起こる、その外傷体験による精神的変調をトラウマ反応と呼ぶ。トラウマ反応の多くは一過性に経過し、症状が軽く済む人も多いが、一部 PTSD（Post Traumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害）と呼ばれる精神的後遺症を発症する者もいる。なお、外傷的出来事を体験して4週以内にトラウマ反応が起こり、最低2日間、最大で4週間まで持続する場合を「ASD（急性ストレス障害）」とし、それ以上の期間トラウマ反応が持続する場合を PTSD として区別している。

子どものトラウマ反応は、子どもは成人と比べ感情を言語で表現する能力が十分でないため、以下のような身体症状や行動として表現する。

- ① 身体症状：手足が動かない。意識を失い倒れる。頭痛・腹痛・四肢痛などの痛み、嘔気、眩暈、過呼吸、夜尿、頻尿、吃音、食欲不振・過食などを起こしやすい。
- ② 過緊張・過覚醒：眠れない、些細な物音での驚愕、常に存在する過緊張状態を呈する。
- ③ 再体験：怖い体験を思い出して再体験する
 - (1)突然興奮したり、過度の不安状態になる。
 - (2)突然人が変わったようになる。
 - (3)突然現実でないことをいい出す。
 - (4)恐ろしい夢を繰り返し見る。
 - (5)体験を思い出す遊びや話を繰り返す、興奮したり、落ち着かなくなる。
- ④ 感情の鈍麻（解離状態）
 - (1)表情が乏しく、ボーッとしている。
 - (2)泣くことが出来ない。
 - (3)体験を思い出すことを避けようとする。
 - (4)生き生きした現実感が得られなくなる。
- ⑤ 精神的混乱：行動や思考にまとまりがなくなり、現実の出来事とそうでない出来事との区別がつきにくくなる。
- ⑥ 喪失や体験の否定
 - (1)家族が死ななかったかのように行動し、現実への適応を拒否する。
 - (2)亡くなった人の声を聞く。
- ⑦ 過度の無力感
 - (1)生活全体の活動性が著しく低下する。
 - (2)乳児や幼児の場合、食事などを摂らなくなる。
 - (3)自信がなくなり、引っ込み思案になる。話をしなくなる。
- ⑧ 強い罪悪感
 - (1)出来事のあらゆることに関して自分の行動を責め、過度の罪悪感が生じる。
 - (2)自分の身体をたたく、傷つけるなどの自傷行為が出ることもある。
- ⑨ 激しい怒り：暴力を振るう。他者を傷つける。物を壊す。

⑩ 著しい退行現象：幼児語の使用、赤ちゃん返り、わがままなど。

PTSDの症状として特徴的なものは、①悪夢・フラッシュバックなどトラウマの持続的な再体験、②トラウマを連想させる状況からの持続的な回避と無感情など反応性の鈍麻、③不眠・易刺激性・集中困難・過度の警戒などの覚醒の亢進の3つが挙げられ、DSM-IVではそれら全てが1カ月以上持続し、臨床的に著しい苦痛または社会的な機能の障害を引き起こしていることが条件になっている。子どもの場合は、①では、その災害に関する遊びに没頭したりその災害に関する話ばかりするなど、②ではその災害に関することを聞くのを嫌がったり友達と遊ばなくなるなど、③ではけんかばかりしたり小さな物音にも驚くなどの行動の変化として認められる。

年少児のPTSDに関しては明確でない点が多く、年少児では嘔吐・腹痛・夜尿などの身体症状や保護者との分離不安、退行などが目立つことが多く、これらの症状も参考となる⁵¹⁾。

d. 子どもの面談と評価

子どもとの面談は保護者やそれに代わる者から十分に情報収集し、その後に行う。面談も状況に応じて別々に行ったり、一緒に行ったり様々である。トラウマ体験を負った子どもに対しては、面談者の言動は大きな影響を与え、その後の治療へも影響するため細心の注意が必要である。聴取内容は、①トラウマ体験についての記憶、②体験後に起こった反応、③PTSD 症状やその他の症状の有無、④トラウマをどのように捉えているか、⑤トラウマ体験後の周囲の反応などである。また、面談で子ども自身から得た内容は、子どもの評価ばかりでなく、治療などへの大切な資料となる。面談時の注意点を表 15 に示す。

表 15：面談時の注意点

- ① 子どもが理解しやすいことばを使う。
- ② 子どもが安心できる場を提供し、支持的に接する。
- ③ 自発的な語りを尊重し、子ども自身が表現した言葉を使う。
- ④ 開放系の質問を用いて非誘導的な質問をする。
- ⑤ 細部を確認するため、具体的質問をする。
- ⑥ 子どもの感情表出を促し、共感的に応じる。
- ⑦ 批評や批判は厳に慎む。

面談では子どものペースを尊重して子どものトラウマ体験について聴取する。話を聞いた後には、「辛いのに話してくれて有り難う」「勇気を出して話せてすごいね」などと必ずねぎらいの言葉を忘れない。子どもがトラウマ体験について話したがりなくとも無理をせず、「あなたの体験したことを話したくなったら話してね」と自発的に話すまで待つ姿勢が重要である。またトラウマについての一般的な心理教育や、人に話すことが回復に繋がるということも穏やかに説明しておくことも大切である。

e. トラウマに関連する症状への治療²⁸⁾

トラウマ治療の第一段階は、子どもと家族への心理教育である。まず、PTSD の症状について説明する。これにより、自分の症状に対して、ある程度理解することが出来る。これ

には怒りの向きの説明なども含まれる。トラウマを体験した子どもは、あまりにも大きなショックのために内面の大きな混乱を経験する。また、認知面においても様々な変化が認められる。まずは、自分自身に起こっている反応や症状について知ること、そして、その反応が当然の妥当なものであることを理解する必要がある。心理教育はこの過程を推進する。適切な心理教育をすることで、症状が軽減される場合も少なくない。心理教育は、「トラウマ焦点化認知行動療法」においても、重要な要素に位置づけられている。

①認知行動療法（イメージ曝露法、実生活内曝露、認知法＝認知再構成）

欧米で子どものPTSD 症状、うつ症状、不安症状、問題行動などに最も有効性が実証されているのは、トラウマ焦点化認知行動療法Trauma focused CBT（TF-CBT）である。トラウマを処理するには、繰り返し語り、安全な環境の中で再体験し、記憶の再統合すること、「外傷性記憶」を「語りの記憶」に変換し、認知体系に再組込し、自分自身の記憶に組み込んでいくことである。また、自責感を軽減し正常であることを保障すること、自己統御感(self-control)や自己尊重感(self-esteem)の回復が重要なことである。

②薬物療法（表16）

現段階で子どものPTSD に適応が認可されている薬物はない。しかし、薬物療法はトラウマを体験後、子どもの反応や症状がひどい場合や長引く場合、生活改善や自己コントロールのために実施することもある。PTSD 症状が重篤なために心理療法に導入することができない場合、あるいは、トラウマ焦点化認知行動療法にアクセスが困難な場合は、薬物療法が第一選択と成り得る。通常の臨床と同様に、現在認められる症状を同定し、症状に対応した薬物を選択する。ただし、薬物療法開始前には、十分な心理教育を行うことが必要である。トラウマを体験した子どもや保護者は、服薬に抵抗感をもつ場合も少なくない。自責感や回避麻痺症状が認められる場合などは特に注意を要する。このような場合は、同意を得るためにできる限りの説明を尽くし、子どもと家族の安心感を守ることが重要である。

最も薬物療法に反応しやすい症状は、過覚醒症状であるといわれている。また、不安症状・気分障害・再体験症状など広範囲な症状を示す子どもに対しては、SSRI が推奨されている。

表16トラウマ関連症状への治療薬

- ①セロトニン系薬剤:SSRI は再体験症状・不安・抑うつ気分・強迫症状・衝動的な怒りなどに効果が報告されている。トラゾドンやシプロヘプタジンは、単独もしくはSSRIと併用して、特にPTSDの子どもの睡眠障害や悪夢に対して使用されている。
- ②アドレナリン系薬剤: α 2アゴニスト(クロニジン)、 β アンタゴニスト(プロプラノロール)は、過覚醒・衝動性・過活動・睡眠障害・悪夢を軽減すると報告されている。
- ③ドーパミン系薬剤(第2世代抗精神病薬):難治性のPTSD・妄想性の行動・幻覚様の現象・強いフラッシュバック・自己破壊的行動・爆発的怒り・精神病的症状などに有効であるとされている。リスペリドン・クエチアピン・クロザピンなどで報告がある。
- ④三環系抗うつ剤:副作用の面から子どもの精神医学の中でもほとんど使用されていないが、低用量のイミプラミンが火傷を負った子どもの睡眠時のフラッシュバックや不眠に効果があったという報告がある。
- ⑤感情調整薬:カルバマゼピンがPTSD 症状の軽減に有効だったと報告されている。
- ⑥ベンゾジアゼピン系薬剤:PTSD 症状への効果は実証されていない。

参考文献：

- 1 本間博彰：子どもたちの心のケア対策について．子どもと福祉 4：95-7，2011
- 2 本間博彰：被災した子どもの発する SOS について．子どもと福祉 4：100，2011
- 3 福地成、林みづ穂：被災地の子ども達の心の現状．小児の精神と神経 51:126-32，2011
- 4 福地成：災害時の心の反応とその対応．小児内科 45：1438-41，2013
- 5 日本小児心身医学会薬事委員会 「不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト」
<http://www.jisinsin/>
- 6 JSPP 災害共有ファイルホームページ
(http://homepage2.nifty.com/jspp/jspp_website/JSPP_zai_hai_yong_gong_youfairu.html)
- 7 山村淳一、野村和代、原田新、鈴木勝昭、辻井正次、杉山登志郎：福島における学校を核とした子どもの心のケア支援．臨床精神医学 41：1163-6，2012
- 8 宇佐美政英他：新潟県中越地震後における子どもの心のケア活動．児童青年精神医学とその近接領域 49:361，2008
- 9 公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構：生活復興のための 15 章～「東日本大震災生活復興プロジェクト」報告～．2014
- 10 奥山眞紀子：親の死に対する子どもの mourning．小児の精神と神経 31：39-45，1991
- 11 Shinya Miyamoto: Brief Manual for the care of disabled children after disasters. Brain & Development 35:195-200，2013
- 12 宮本信也：災害時の障害児に生じる問題とその対応に関する研究－阪神・淡路大震災下の特殊学校における状況の検討から－．安田生命社会事業団研究助成論文集 31(1):114-21，1996
- 13 神戸大学小児科編：災害時における家族支援の手引き．1998
(<http://www.edu.kobe-u.ac.jp/fhs-renkei/images2/support.pdf>)
- 14 発達障害情報・支援センター：発達障害児・者のニーズを踏まえた障害福祉サービス等の利用支援に関する調査．2012
- 15 (http://www.rehab.go.jp/ddis/災害時の発達障害児・者支援について/?action=common_download_main&upload_id=737)
- 16 福地成：震災が養育環境に与えたもの．子どもの虐待とネグレクト 14:14-9，2012
- 17 福地成：震災と子どものそだち．そだちの科学 18:74-8，2012
- 18 日本小児心身医学会中国四国地方会編：子どもの心のケアリーフレット．1999
- 19 マイケル・ラター、エリック・テイラー編、日本小児精神医学研究会訳、長尾圭造・宮本信也監訳：児童青年精神医学．明石書店，2007
- 20 五十嵐幸絵、中村久乃、田中 篤、内山 聖：新潟県中越大震災後の子どもの心のケアに対する小児科医の役割に関する検討．小児科臨床 62：321-8，2009
- 21 一般社団法人日本小児科医会：東日本大震災 - 小児科医の足跡 - ．日本小児医事出版社，2013
- 22 アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク アメリカ国立 PTSD センター：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施の手引き 原書第 2 版．医学書院，2011
- 23 清水將之、柳田邦男、井出浩、田中究：災害と子どもの心．集英社新書，2012
- 24 加藤寛、最相葉月：心のケア 阪神・淡路大震災から東北へ．講談社現代新書，2011

-
- ²⁵ デビッロ・ロモ：ハンドブック 災害と心のケア．（株）アスク・ヒューマンケア，2011
- ²⁶ 藤森立男、藤森和美：教職員と保護者が知っておきたい災害を体験した子どもたちの心のケア．福村出版，2011
- ²⁷ 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金：子どものトラウマ診療ガイドライン．2011
(http://www.j-hits.org/child/pdf/guideline_ver2.pdf#zoom=100)
- ²⁸ 日本児童青年精神医学会 災害対策委員会
(<http://child-adolesc.jp/messages/saigai.html>)
- ²⁹ 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害精神保健医療マニュアル：東北関東大震災対応版 エキスパートからの提言 臨床家調査の結果から
(http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_manual.pdf)
- ³⁰ 石隈利紀：避難児童生徒（転校生）を迎える 10 のポイント～チーム援助で
(<http://schoolcounseling.cocolog-nifty.com/tjsc/files/2011051732.pdf>)
- ³¹ 長谷川啓三、若島孔文：震災心理社会支援ガイドブック 東日本大震災における現地基幹大学を中心にした実践から学ぶ．金子書房，2013
- ³² 日本児童青年精神医学会災害対策委員会：被災した子どもを支援する方々へ～中長期の心理サポートについて～．
(http://child-adolesc.jp/pdf/tebiki_chuuchouki.pdf#search='%E9%8B%8F%E7%8A%B6%E6%A0%BC%E5%B7%AE')
- ³³ 日本児童青年精神医学会災害対策委員会：災害時の子どもの心のケア～中長期のケアを中心に～（学会派遣医師のための「災害時の子どものメンタルヘルス研修会」資料）
(<http://www.cao.go.jp/shien/1-hisaisha/pdf/5-hikaku.pdf>)
- ³¹ 内閣府・被災者生活支援チーム：避難所生活者の推移 東日本大震災、阪神・淡路大震災及び中越地震の比較について．2012
- ³⁴ 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金：心とからだのケア～心が傷ついたときのために～．2011 (<http://www.j-hits.org/child/pdf/kokorotokarada.pdf#zoom=100>)
- ³⁵ Pllock GH: Mourning and adaptation. International J Psycho-Anal 42:341-61, 1961
- ³⁶ Rutter M: 分離・喪失・過程関係．最新児童精神医学（高木隆郎監訳）．ルガール社，1982
- ³⁷ 中根 允文 飛鳥井 望（責任編集）：臨床精神医学講座 S6 巻 外傷後ストレス障害（PTSD）．中山書店，2000
- ³⁸ 田中篤：災害報告 - 地元の小児科医として．厚生労働科学研究費補助金特別研究事業新潟中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究 平成 16 年度報告書：160 - 7，2005
- ³⁹ 宮路尚子：震災ストレスと復興ストレス．岩波書店，2011
- ⁴⁰ 野田正彰：災害支援．岩波書店，2004
- ⁴¹ 藤森和美、前田正治編：大災害と子どものストレス - 子どもの心のケアに向けて．誠信書房，2011
- ⁴² 文部科学省：在外教育施設安全対策資料【心のケア編】
(http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/003/010.htm)
- ⁴³ 部科学省：平成 24 年度非常災害時の子どもの心のケアに関する調査報告書
(http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1337762.htm)

⁴⁴ 北山真次：災害時の心のケア．子どもの心身症ガイドブック．中央法規出版株式会社、
小林陽之助編：209-13， 2004