

東日本大震災が子どものメンタルヘルスに与えた影響

—宮城県における取り組みの検討—

吉田弘和¹⁾・本間博彰¹⁾・小野寺滋実¹⁾・高田美和子¹⁾

¹⁾ 宮城県子ども総合センター

<要 旨>

本研究の目的は、東日本大震災後編成された宮城県子どものこころのケアチームの活動のうち、子どものこころの個別相談の詳細な検討を行いその特徴や動向を明らかにすることで、東日本大震災が子どものメンタルヘルスに与えた影響を調べることである。子どものこころの個別相談を利用した子どもは、未就学年代の子どもが多かった。主訴は退行・分離不安が多く、男児では攻撃的言動、女児では恐怖、身体化症状が多いという男女差が見られ、こころの反応の出し方に男女の差があることが示唆された。震災後の半年に比べ、震災後半年から1年間の相談では、相談数は減っているものの、症状による生活への影響が大きく、継続した介入の必要性も高かった。多くの子どもは時間の経過とともに新しい生活への適応していっていると考えられる一方で、適切な介入が必要なこころの問題を持つ子どもが一定数いることが明らかとなり、今後も被災地での子どものメンタルヘルスを支える体制が必須であると考えられた。

<キーワード>

子どものメンタルヘルス・災害精神医学・東日本大震災

【はじめに】

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、M9.0の大地震と大津波によって東日本太平洋沿岸に甚大な被害を与えると同時に、東京電力福島原子力発電所の事故を引き起こし、日本のみならず全世界へ影響を及ぼし続けている。2011年9月11日時点での警察庁発表によると死者・行方不明者数は全国で19,868名にのぼる。宮城県では、沿岸部の津波による被害が甚大で、死者・行方不明者が11,606名と最も多くの犠牲者が発生した。

この大災害によって、多くの人が生命を脅かされる体験や家族や友人との離別などトラウマティックな出来事を経験している。これらの経験によって、大人のみならず子どものメンタルヘルスが深刻な影響を受けると考えられ、震

災直後から“子どものこころのケア”が求められていた。

宮城県子ども総合センターは子どものメンタルヘルス対策を推進する宮城県立の機関であり、2001年から県内4か所に児童精神科クリニックを展開してきた。宮城県内にも甚大な被害をもたらした東日本大震災の発生を受けて、“宮城県子どものこころのケアチーム”を編成し、2011年4月から宮城県沿岸部の市町村で活動を行っている。チームは、児童精神科医、臨床心理士、保健師、教員、保育士から成る多職種チームで、直接的な介入としての“子どものこころの個別相談”と間接的な介入としての“大人の支援活動”を2本柱として活動を行っている。“子どものこころの個別相談”は、主に児童精神科医が中心となり、こころの反応

を呈している子どもの相談、診療を家庭訪問や学校、保健センターへの巡回で行うものである。

“大人の支援活動”は、子どもに関わる保護者や教員などが安心して関われるようにするため、講話を通じた情報提供や個別のスーパーバイズの活動を行うものである。

本研究では、“宮城県子どものこころのケアチーム”の1年間の活動のうち、“子どものこころの個別相談”を詳細に検討することで、東日本大震災が子どものこころにどのような影響を与え、時間経過によりどのように推移しているのかを明らかにする。

【方法・対象】

2011年4月から2012年3月の間に“子どもの個別相談”活動を利用した138名の子どもを対象とした。彼らの性差、相談時期、年齢、被災状況、震災前後の生活リスク、主訴、精神医学的診断、こころの問題の重症度を検討した。

本研究ではこころの問題の重症度を、主訴による生活への影響度と初回相談後の方針によって評価した。主訴による生活への影響度は、子どもの全般的評価尺度（CGAS）を震災前後でそれぞれ評価しどの程度減少したかによって、軽度（10未満）、中度（10以上30未満）、重度（30以上）の3つに区分した。初回相談後の方針は、初回相談での助言で終了したもの、ケアチームでの相談は初回で終了したがフォローを地域の教員や保健師に依頼したもの、継続相談としたもの、カルテを作成し子ども総合センター附属クリニックで通院治療としたものに区分し、カルテを作成したケースについては薬物療法の有無についても区分した。

【結果】

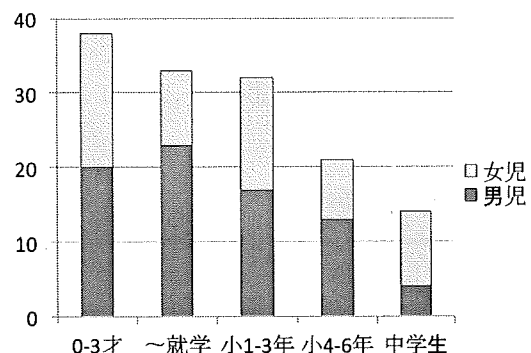
1) 性差、相談時期

対象138名のうち、男児が77名、女児が66名であった。2011年4月から9月までの上半期の相談が99名、2011年10月から2012年3月までの下半期の相談が39名で、震災後時間の経過とともに相談者数は減少している。

2) 年齢

図1に男女別の年齢を示している。就学前の子どもは71名で全体の51%を占めている。小中学生年代では高学年になるに従い相談数は少なくなっている。母子保健領域の保健師との関わりをきっかけに相談に訪れる子どもが多く、中には健診場で「兄弟の方が心配」ということで相談に繋がる子どももいた。

図1 年齢



3) 被災状況

自宅が全壊または半壊の被害にあった子どもは81名で、全体の59%であった。

離別体験をした子どもは34名で、全体の25%であった。離別体験の内訳としては、家族を失った子ども22名、友人を失った子ども10名、ペットを失った子ども3名であった。

4) 震災前後の生活リスク

震災前後の生活リスクを表1、2に示している。震災前の生活にリスクがあった子どもは全体の38%、震災後現在の生活にリスクがある子どもは全体の69%であった。震災後現在の生活にリスクのある子どもの比率が高く、親が精神的に不安定であったり、家庭不和があったり、生活環境が脆弱であると考えられるケースが多くあった。

表1 震災前の生活リスク

無し	85名
有り	53名
内訳（重複あり）	
発達障害	18名
精神遅滞	5名
広汎性発達障害	7名
ADHD	6名
精神症状の既往	5名
家族の精神疾患	11名
虐待	7名
家庭不和	18名

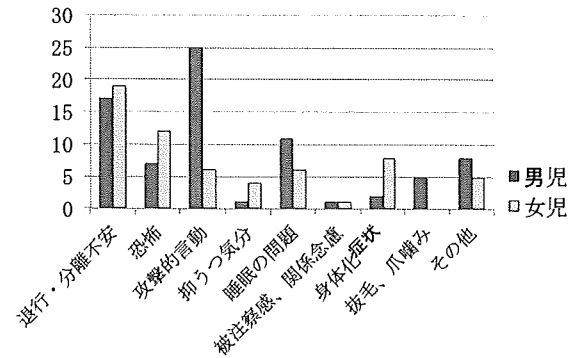
表2 震災後現在の生活リスク

無し	43名
有り	95名
内訳（重複あり）	
親が精神的に不安定	31名
家庭不和	13名
家族構成の変化 （別居・同居・転居）	38名
転校	19名
親の失業	11名

5) 主訴

子どもの個別相談では、多様な症状や行動像を心配され、子どもは相談に来る。複数ある心配事のうち、最も心配している（されている）訴えを主訴としてまとめたものが図2である。

図2 主訴



男児女児ともに、退行・分離不安を訴える子どもが多く、36名（全体の26%）であった。

男児では攻撃的言動が25名と最も多く、夜驚など睡眠の問題が多かった。また、抜毛、爪噛みは男児にのみ見られた。

女児では、恐怖や身体化症状が多く見られた。

6) 精神医学的診断

世界保健機関（WHO）の定める国際疾病分類第10版（ICD-10）に基づいて精神医学的診断を分類した。図3は男女別の診断区分を示している。男児女児ともに、急性ストレス障害（F43.0）が圧倒的に多く、全体で53名だった。次いでF9（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）が多く、全体で35名だった。F9の内訳としては、多動性障害（ADHD）が男児で6名おり、それ以外は行為および情緒の混合性障害や小児期に特異的に発症する情緒障害であった。急性ストレス障害以外のF4では、外傷後ストレス障害（F43.1）が10名、適応障害（F43.2）が8名、その他のF4

が19名であった。

F9は多動性障害の男児が6名おり男女差を認めるが、それ以外の診断名についての男女差は明らかとならなかった。

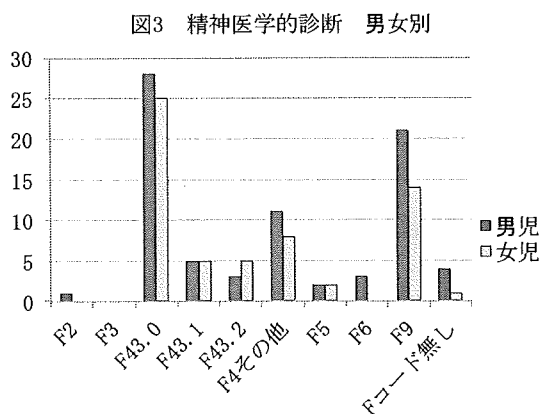
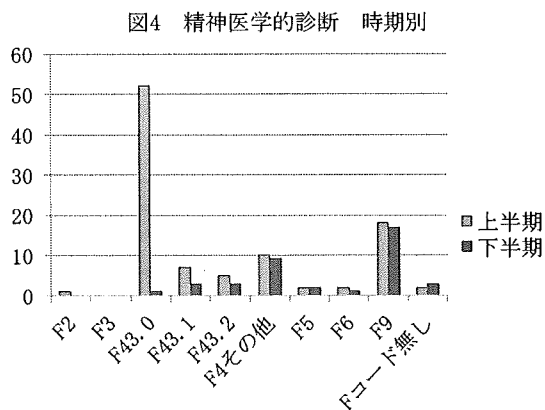


図4は、精神医学的診断を相談来所時期によって、上半期と下半期に分けて示したものである。上半期では、圧倒的に急性ストレス障害(F43.0)が多く、その他の診断については時期による変化は認められなかった。

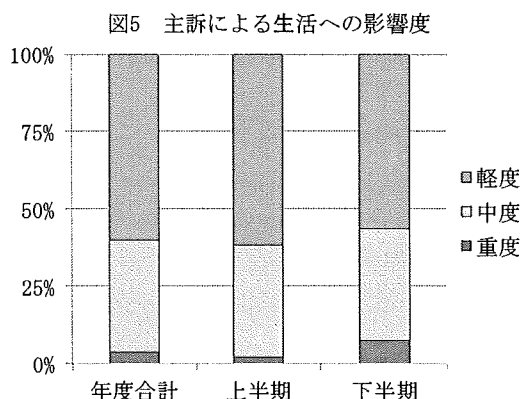


7) 主訴による生活への影響度

図5は、主訴による生活への影響度を相談時期によって別々に示したものである。1年間全体で見ると、主訴による生活への影響度が軽度であった子どもが60.1%、中度の子どもが36.2%、重度の子どもが3.6%であった。

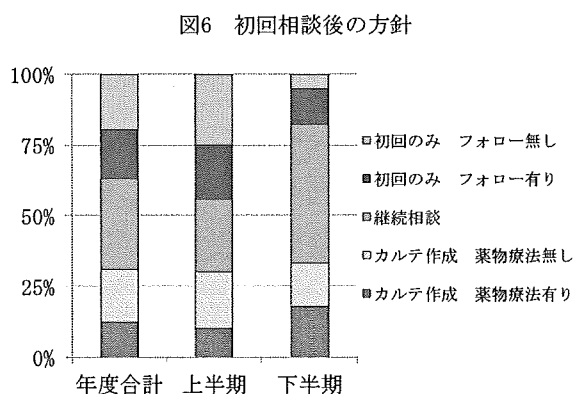
上半期と下半期の相談を比較すると、軽度の子ども割合が上半期61.6%から下半期

56.4%と低下し、重度の子どもの割合が上半期2.0%から7.7%と増加している。



8) 初回相談後の方針

図6は、初回相談後の方針を相談来所時期によって、別々に示したものである。1年間全体で見ると、初回相談のみでフォローを依頼していないケースが17.4%、初回相談のみでフォローを依頼したケースが19.6%、継続相談となったケースが31.9%、カルテを作成しクリニック通院となったが薬物療法を行っていないケースが18.8%、カルテを作成し薬物療法を行ったケースが12.3%であった。



上半期と下半期を比較すると、初回相談のみで終了しフォローを依頼しなかったケースの割合は、上半期19.2%から下半期12.8%と低下している。継続的な介入が必要となったケース(継続相談またはカルテ作成しクリニック通

院を開始したケース)の割合は上半期では55.6%だったが下半期では82.0%と増加している。また、薬物療法を必要とした子どもの割合は、上半期10.1%から下半期17.9%と増加している。

【考察】

宮城県沿岸部を中心に活動を行っている“宮城県子どものこころのケアチーム”の巡回活動では、すべての沿岸部の市町村から“子どものこころの個別相談”があり、どの地域においても子どものメンタルヘルスケアに対するニーズが存在した。

こどものこころの個別相談では全138名のうち、上半期の相談者が99名、下半期の相談者が39名であった。災害から間もない時期は、多くの子どもがこころの反応を呈して不安定となるが、時間の経過とともに少しずつ安定を取り戻していると考えられる。しかし、下半期に相談にきた子どもは、震災直後からこころの反応が継続している場合と、震災直後何も問題なく過ごしていたがしばらく時間が経過してからこころの反応を呈してくる場合がある。震災後1年の経過の中で、多くの子どものメンタルヘルスは安定していると考えられるが、こころの問題が持続したり、遅れて現れる子どもが一定数いるものと考えられる。

年代別では、未就学年代の子どもが全体の51.4%で約半数を占めた。これは低年齢の子どもに問題が起きやすいということでは決してなく、元来宮城県子ども総合センターの活動が母子保健領域と強い結びつきを持ち、未就学年代の子どもが紹介されやすい体制であったためと考えられる。小学生や中学生の相談では、

乳幼児健診の場面で同胞(兄や姉)の相談としてケアチームに繋がったケースが多かった。義務教育年代でもメンタルヘルスの問題を抱えている子どもがたくさんいると考えられる。彼らは、文部科学省から派遣されたスクールカウンセラーや在籍校の養護教諭など、よりアクセスしやすい場所で相談にかかっている可能性がある。

子どもの被災状況では、自宅の被災が59%、離別体験が25%とともに多い。同じ沿岸部の市町村の子ども全体に関して、自宅の被災や離別体験の割合は、現時点で明らかとなっていない。今後、子どものこころの相談にきた子どもが優位に被災の程度が大きいのかは検討が必要と考えられる。

こころの問題を呈した子どもの震災前後の生活リスクを見ると、震災前の生活リスクありが38%で、元来の生活に困難を抱えている子どもが一定数いた。発達障害や精神疾患の既往という子ども自身のリスクのみならず、家族の精神疾患や虐待、家庭不和など家庭の支持機能が不十分と考えられる子どももおり、これらが、震災やその後の変化というストレスに対する子ども自身のレジリエンスに影響していると思われる。

一方、震災後の生活リスクありが69%であり、こころの問題を呈する子どもの多くが現在の生活に困難を抱えていることが明らかとなった。特に、家族の精神状態や家族関係が不和である状態が多く、家庭という環境が子どものこころに大きく影響をしていた。特に就学前や小学校低学年の子どもが周囲の環境を理解し、それに適応することは困難であると考えられ、子どもを養育する保護者や家族を安定化させ

る支援が、子ども自身への介入と同様に重要だと思われる。

相談の主訴については、退行または分離不安が最も多く、これは未就学の子どもの相談が多かったことによるものと考えられた。その他に、男児では攻撃的言動、睡眠の問題、女児では、恐怖、身体化症状が多く見られた。退行または分離不安を除くと、男女に主訴の差があるが、精神医学的診断に関しての男女差は見られなかった。こころの反応を、男児は攻撃的な言動のように外へ向かって出しているのに対し、女児は身体化症状など内に向かって出しているのではないかと考えられた。

精神医学的診断については、圧倒的に急性ストレス障害が多く、他の診断としてはF9の小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害が多かった。これは対象となる子どもの多くが就学前年代か小学校低学年であり、言語的な認知や表出がまだ出来ないことに起因すると考えられる。

上半期と下半期を比較すると、相談件数は減少している。しかし、こころの問題の重症度の評価のため調査した、主訴による生活への影響度と、初回相談後の方針の両方で、下半期の方が深刻な問題を持つ子どもの割合が多いことが分かった。主訴による生活への影響度では、特に重度の影響を受けている子どもの割合が2.0%から7.7%と増加しており、今後生活機能が低下した子どもが一定数出現することが懸念される。初回相談後の方針では、継続的な介入が必要と判断される子どもの割合は上半期の55.6%から下半期の82.0%まで増加している。このことは、地域の中で継続して子どもの担当することができるメンタルヘルスサー

ビス提供者のマンパワーが必要であることを示している。

東日本大震災が発生してから1年以上が経過しているが宮城県内における復旧の進み方は市町村によりまちまちであり、未だにこころの問題へ目を向ける余裕を持っていない市町村もある。また今後、失業給付の切れた世帯の増加、経済的な困窮による家庭環境の悪化など多くの問題が発生することが予想される。

かつて阪神大震災後の復興の過程について、中井は“鋏状格差”という言葉で2極化していく様子を表現した。この2極化は大人集団にのみ当てはまるものではないと思われる。本研究では子どものこころの個別相談の1年間の活動を検討することを通して、多くの子ども達が新しい日常に適応している一方で、こころの問題が継続し深刻化する子どもやこころの問題が遅れて出現する子どももいることを明らかにした。

震災というトラウマによるメンタルヘルスの問題を引き続き抱えることになる彼らを支えるためには、彼らの訴えや症状を見つけ適切なメンタルヘルスサービスに繋げていくメンタルヘルスシステムを構築することが重要であろう。また、地域の中で継続的に彼らと関わることのできるメンタルヘルスサービス提供者のマンパワーの確保が必須である。

【参考文献】

Peek, L. (2008). Children and Disasters: Understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience.

Children, Youth and Environments, 18 (1),
1-29.

Peek, L., & Stough, L. M. (2010). Children
With Disabilities in the Context of
Disaster: A Social Vulnerability
Perspective. *Child Development*, 81 (4),
1260-1270.

Stoddard, F. J., Pandya, A., Katz, C.L.
(2011). *Disaster Psychiatry: Readiness,
Evaluation, and Treatment*. Amer
Psychiatric Pub.

Ursano, R. J., Fullerton, C.S., Weisaeth, L.,
Rapaël, B. (2007). *Textbook of Disaster
Psychiatry*. New York, NY: Cambridge
University Press.

岩井圭司(2002):災害と精神医療- 災害前と災
害後の精神保健活動. 最新精神医学 36,
319-327.

警察庁緊急災害警備本部(2011):平成23年東
北地方太平洋沖地震の被害状況と警察措置
([http://www.npa.go.jp/archive/keibi/b
iki/higaijokyo.pdf](http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/higaijokyo.pdf))

中井久夫(1996):阪神・淡路大震災のわが精神
医学に対する衝迫について. 精神科治療学
11, 309-315.

中井久夫(1997):巻頭言 鉄状格差から曖昧模
糊へ- - しかし問題は残っている. 精神医
療 12, 2-5.

研 究 助 成

社会学・社会福祉学的研究

