特集

中長期的視点から災害時保健活動を再考する 東日本大震災の健康への影響と保健活動の展開

災害の子どもへの影響と 中長期を見据えた心のケア

みやぎ心のケアセンター企画研究部 部長

福地 成

災害発生後には心のケアの重要性が強調されている。ここではその中でも東日本大震災後の子どもの心のケアに焦点を当て、中長期的な視点から見た影響と、時間の経過を踏まえた対応を解説する。さらに、コミュニティの変化や、支援者に必要な技術についても述べる。

はじめに

2011(平成 23)年 3 月 11 日に東北地方を襲った東日本大震災では、約 40 万人が避難所を利用し、その中には子どもをはじめ特別な配慮を要する人々が含まれていた。時間の経過とともに生活する場所は避難所から仮設住宅、災害復興住宅へ移り、混乱の中で子どもたちはさまざまな反応を示した。1995(平成 7)年に発生した阪神淡路大震災の経験や知見はあったものの、これほどの大規模な災害への備えは十分ではなく、現場では手探りの中で支援が行われた¹⁻³⁾。

今後、同規模の災害が生じた場合の混乱を最小限にするために、子どもを支援する保健師等の専門職に報告を残すことが本稿の目的である。

筆者の背景について

筆者は児童思春期を専門とする精神科医として活動している。震災前は地域の精神科単科の病院に勤務し、児童精神科病棟の担当医として臨床に携わっていた。その当時は、暴力や自傷などの問題のため身の安全を守る必要がある子どもたちを対象としていた。また、地域の保健センターや児童相談所の嘱託医、各地域の教育

委員会の委員も務めていたので、地域の専門職と仕事をする機会も多かった。大学院では公衆衛生学を専攻していたこともあり、日頃から、専門職が地域へ積極的に出ることにより児童精神科領域の疾患を予防することができないか常に考えていた。

東日本大震災が発生して 9 か月後の 2011 年 12 月に、宮城県精神保健福祉協会によりみやぎ心のケアセンター(以下、当センター)が開設され、筆者は設立当初からスタッフとして参画した。

現在、日本には 5 つの「心のケアセンター」(兵庫、宮城、岩手、福島、熊本)があり、大きな災害が発生した都道府県に 1 か所が設置される流れになっている⁴⁾。法的に定められた組織ではないので、活動母体や運営戦略はそれぞれのセンターで異なっている。当センターでは保健師のほか、医師、精神保健福祉士、心理士、看護師、作業療法士などの多職種でチームを組んで、地域精神保健の復興を支援している。

当センターの特色としては、①来所型の相談よりもアウトリーチに重点を置いていること、②原則的に市町村の精神保健担当部署にコミットして、その方針に従って支援を展開することが挙げられる。そのため、業務のほとんどは、

保健師を含めた地域支援者とともに、住民の家庭訪問をすることに費やされている。

筆者は当センターの精神科医であるため、支援チームへの助言や何らかの精神疾患を患っている住民への訪問が主な役割となっている。当然、年齢層は限定されず、乳幼児から高齢者まで全ての年代の心身の問題に対応している。以下では、その中でも子どもの心の問題に焦点化し、特に数年が経過した中長期の状況について論じる。

震災の子どもへの影響

予期せぬ大災害に翻弄された子どもたちと出会う場所は、急性期は避難所や仮設住宅であり、中長期に至ると学校や相談機関などへシフトした。総じて専門職として最も大切なことは、時間経過によって生じる子どもの成長発達や地域の変化を念頭に置くことにあると考えられた。

■現状を正確に知るタイミング

震災から1年が経過した2012(平成24)年の文部科学省による調査では、被災した地域から転居・転校した子どもの健康状態が芳しくないことが報告されている⁵⁾。人の出入りが少なく、なかなか情報が得られない地域で生活していると、自分の体験を客観視することが難しくなる。しかし、外部の支援者と接すること、もしくは被災地から離れることにより、自分の体験を他者と比較でき、現状を正確に認知することができるようになる。

例えば筆者が担当したケースで、沿岸部で被災し、安全な内陸部に転居した中学生がいた。転校した学校での授業中に余震があり、慌てて机の下にもぐるのは自分だけだったという体験をして、自分の体験が特別なものだったと気付いたのである。

転居せずに被害を受けた地域に残る場合は、

同じ体験をした子どもたちの間に団結心が生じ、彼らの心身を保護する作用をもたらすと感じることがあった。しかしこの中学生の場合、体験を分かち合う仲間や地域がなくなり、転校した学校の中に解け込めない感覚に陥ってしまった。こうした事例を踏まえ、子どもを支える専門職は、コミュニティーの団結や回復力から切り離された子どもたちには特別な配慮を要することを知っておく必要があるだろう。

■その場しのぎの行動

2~3年が経過した頃、保護者から「お小遣いが上手に使えなくなった」という相談を受けることが重なった。当初は心理的な問題であるのかどうか確信が持てなかったが、このような課題がある子どもと接するうちに1つの仮説を持つようになった。

例えば、震災前は計画的にお小遣いを貯め、「数か月後には数万円が貯まるから、欲しい自転車を買おう」と思って生活をしていた子どもがいたとする。しかし、震災が起きて、一瞬にしてコツコツ貯めていたお小遣いが津波に飲みこまれ、手元には一銭もなくなってしまった。このような体験をした子どもが、「いつなんどき同じような出来事が起きるか分からないから、お小遣いはもらったその時に欲しい物を買おう」と思うようになって何ら不思議ではない。

さらに、学校から「給食のときに食べ物が全員に行きわたらない」、保護者から「好きな食べ物を食べ過ぎてしまう」という相談を受けることもあり、現象のメカニズムとしては前例と同様と考えられた。安定した確固たる将来を感じることができなければ、子どもたちは計画的な行動をすることができず、その場しのぎの行動になると考えられた。

しかし、このような現象は長くは続かず、地域に安心感が広がるにつれて少しずつ消失した。専門職に限らず、地域で子どもを支える一

住民として、子どもが安心できる地域づくりをする責任がわれわれにはあると思われた。

■話し出す子どもたち

震災から 5~6 年が経過した頃、小学校の先生から「低学年の子どもたちの調子が良くない」という相談を受けることがあった。実際に某地域の教育委員会による調査でも同様の結果が得られた。しかしこれは先生方の所感により子どもたちの評価を行ったものであり、客観的な評価尺度などを用いた評価ではなかった。

詳しく状況を聴取すると、この年代の子どもの中に震災当時の体験を語り出すケースがあり、先生方としては「体験を思い出して話すので、いわゆるフラッシュバックを起こしているように感じる」と不安を抱いているようだった。

対象となった小学校低学年の子どもたちは、震災当時は 1~3 歳だった。当時は圧倒されるような危機的体験をしたものの、言葉で体験や気持ちを表現できるほどの言語能力を持ち合わせておらず、ただ泣き叫び、茫然とするしかなかった。5~6 年が経過してもおぼろげではあるが記憶は残っており、言葉で表現する能力を獲得したその時、自らの記憶を語り出したのである。

一見すると心身の不調を来しているように見えるが、体験や気持ちを語ることによって、記憶を整理する発達段階に到達したということである。支える専門職としてはこれに動じず、話してくれたことを肯定的に評価し、その当時の気持ちを丁寧に汲み取る準備と姿勢が必要である。

■養育環境の影響

同じく 5~6 年が経過した頃、沿岸地域の保健師から、乳幼児健診において「気になる子ども」が増えているという相談を受けることが重なった。評価尺度等を用いた発達の評価をしているわけではないので、あくまでも保健師の印象でしかなく、経年的な比較は実施できていな

かった。

詳しく聴取すると、明らかな発達の偏りはないのだが、落ち着きがなく、衝動のコントロールが効かない子どもが増えたという印象を持っているようだった。保育所の保育士も同様の印象を持っており、「虫歯が多い」「忘れ物が多い」という話も聞くことがあった。

こうした保育所の観察や、子どもと保護者の診察を重ねる中で、その背景には、災害から生活を再建する家庭環境の影響があるのではないかと考えるようになった。保護者が生活再建に専心しているため、子どもとの関わりに時間が十分に割けないことが想像された。震災を契機として AD/HD などの発達障害が増えたわけではなく、安定した養育環境が提供できず目が行きわたらないため、衝動性のコントロールが十分にできず、落ち着きのない子どもが見かけ上増えたのではないかと考えられた。

中長期に留意すべきこととして、子どもの成長発達の確認だけに留まらず、子どもを支える養育環境の影響も考慮する必要がある。

コミュニティーの変化

これまで被災地支援に従事する中で、いくつものコミュニティーの変化を目の当たりにし、この変化が子どもたちの心身の発達にも影響を及ぼすと考えるようになった。コミュニティーは子どもたちが育つ「器」の役割を果たす。子どもの育ちを支える専門職は、この変化を注意深く観察し、時機に沿った対応をする必要がある。ここではその変化について筆者の所感を記しておきたい。

■コミュニティーの扉の開閉

時間が経過するとともに、地域には外部からの支援受け入れ態勢に変化が生じ、その多くはコミュニティーとして固有の防衛機制と捉える

ことができた。発災直後にその扉は大きく開き、制限なく支援者を受け入れる傾向にあった。被災地は「猫の手も借りたい」状態にあり、流入する支援者は気分高揚状態にあった。被災地が求めている支援は泥かきなどの力仕事が多く、数日サイクルで支援者が入れ替わることに大きな支障はなかった。

ところが数か月が経過すると、際限なく支援者を受け入れることの弊害に気付きはじめ、扉は固く閉じるようになった。この時期に求めている支援はサロンの中での話し相手などコミュニケーション能力を要求される役割に変わり、信頼関係の構築や安心感の提供が大切となり、数か月サイクルで留まることが求められた。

さらに時間が経過すると警戒心が少しずつ解け、再び扉が開き、長期的なプランに沿った支援者を受け入れるようになった。

このように時間経過に沿ったコミュニティの扉の開閉が見られ、外部からの支援者はタイミングを見極めた支援を提供する必要があると考えられた。

■ 防衛機制としての警戒心

コミュニティを脅かす危機が生じた場合、同じ出来事が起きないように防御策を考えて、一時的に過剰な警戒に傾くことが多い。

例えば、プレハブ仮設住宅内で孤独死や自殺が生じた場合に、同じ事態が起きないようにお互いの変化に早めに気づこうという動きが強まった。電気メーターや郵便ポストをお互いに確認して、緊急事態を外部に知らせるための警報システムを全戸に設置することも観察された。障害児の家族は、避難所で理解を求めることの大変さを経験し、平時から地域住民に障害を理解してもらうために積極的に開示する行動が観察された⁶⁾。

一方で、スーパー堤防のように、地域住民が過剰な警戒に少しずつ違和感を抱くようにな

り、自分たちの地域に高い堤防は必要ないと感じ、反対運動に転じる地域も見られた。時間の経過とともに住民は違和感を抱き、警戒心は少しずつ通常に戻っていくと考えられた。

このように、コミュニティの存続を揺るがす刺激に対して、固有の防衛機制を発動し、時間経過とともに警戒心が強まったり、緩んだりを繰り返すと考えられた。

■ 集まりと自律性の回復

被災地ではいろいろな集まりが自然発生した。その多くはプレハブ仮設住宅を中心に起こり、危機状態を乗り越え地域を元気にするためのさまざまな工夫が凝らされた。単なるお茶飲み会から、何らかの創作活動まで、その形態はさまざまだった。

例えば、ひきこもりがちな男性を集めるために、日曜大工教室や料理教室、麻雀や釣りなどのイベントを計画する地域もあった。また、古くから地域に根付いている伝統的な「祭り」を足掛かりとして、住民それぞれに役割を与え、地域全体として決起する動きも観察された。多くの「祭り」は、感謝や祈り、慰霊のために神仏や祖先をまつる意味があり、住民がそれぞれの役割を果たすことで地域に根付いた自らの起源を確認することができたと考えられた。

このような事例から、危機状態では自分たちの地域の文化に即した内容で集まりを展開し、それぞれの役割を確認し合い、自分たちの起源を確かめ合うことで、圧倒的な外力により奪われてしまった自律性を少しずつ取り戻すことが分かる。特定の集団や地域が大きなトラウマを負ったとき、その独自文化をどのように活かせるかが、回復の糸口となると考えられた。

必要となる支援体制

ありがちではあるが、地域精神保健において

最も大事なことは「つながること」であると感じる。東日本大震災を経験して、具体的な備えを講じることも大切であるが、どんなことが起きても対応できるような人づくり・地域づくりを考えるべきである。

このような大規模の災害が生じると、コミュニティを管理する組織そのものが崩壊し、通常の機能を取り戻すまでつなぎの役割が必要になる。地域として育成するべきはカリスマ性のあるリーダーではなく、各種の関連機関を繋げるような「ハブ役」であると感じる。「ハブ役」は平時より自由度の高い活動を与えられ、地域へ出て各種機関へ顔売りをし、渡り歩いている必要がある。日ごろ連携していないのに、有事になって「連携しましょう」と声を上げて、そううまくはいかない。複数のネットワークが、生き物のようにその時々で有機的につながったり離れたりしていくのが理想と考える。

子どもの精神保健において、こうした役割を担い得るのは、保健師やスクールソーシャルワーカーであると思う。

わが国の精神保健は病院中心のシステムであり、「来る」人を専門職が「待つ」体制が根強く残っている。ゆえに、地域精神保健を支える公衆衛生としての精神医学が学問として十分に発達してこなかった経緯がある。ところが東日本大震災からは一転して、公費を投じた大規模なスクリーニングが実施され、専門職が地域へ出向く動きが強まった。一見すると疾患予防に重きを置く望ましい変化に見えるが、背景には支援者の強い警戒心があり、不安を払拭するための確認行為としての側面もあるのではないかと。当然、時間が経過するにつれて、スクリーニングの母数も回収率も下がり、抽出されるハイリスク者は減少することは目に見えている。

われわれは「見えるハイリスク」にのみ焦点化した健康づくりだけでなく、特定の集団や地域を対象としたポピュレーションアプローチ

をセットにした戦略を考える必要がある。そのためには、疫学の専門職と連携し理論に基づいた分析を重ね、公衆衛生としての精神保健を実践することが必須と考える。

最後に

現職の活動を通じて強く感じることは、個人の精神症状を見立てて、適切に支援・治療する技術よりも、地域を一単位として見立て、全体の健康づくりを考える技術を求められているということである。それは心理・精神療法や薬物療法のテクニックではなく、公衆衛生学的な考え方や集団をファシリテーションする力にあると感じる。

そして、これらよりもっと重要なことは、地域住民や、同じ支援を行う別組織と上手につながる技術であると思う。相手の気持ちを汲み取り、相手を敬い尊重し、批判せずに協調する姿勢である。いま一度、地域づくりに必要なものは何かを確認し、この大きな災害を精神保健の転換期と変えていくことができると強く願う。

●文献

- 1) 福地成, 林みづ穂: 被災地の子ども達のこころの現状、小児の精神と神経, 51(2): 126-132, 2011.
- 2) 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(1): 14-19, 2012.
- 3) 福地成: 震災と子どものそだち、そだちの科学, 18: 74-78, 2012.
- 4) 酒井明夫, ほか編: 災害時のメンタルヘルス, 医学書院, 2016.
- 5) 文部科学省: 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, 2012.
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1337762.htm [2018 年 1 月 10 日確認]
- 6) 福地成: 災害時の発達障害児への支援、古庄純一ほか編: 発達障害医学の進歩 25, 36-42, 診断と治療社, 2013.

福地 成 ●ふくち・なる

公益社団法人宮城県精神保健福祉協会みやぎ心のケアセンター
〒980-0014 宮城県仙台市青葉区本町 2-18-21 タケダ仙台ビル 3 階