

被災地の子ども達のこころの現状

福 地 成^{*1,2} 林 みづ穂^{*3}

I. はじめに

どんな状況下に置かれても、泣き言を言わずに耐え忍ぶことが美德とされる風土が東北地方には強いと感じる。それぞれ地域性はあるものの、「こころのケア」を毛嫌いする風潮があることは否定できず、支援する側としても対応に難渋することが度々ある。一般的にトラウマケアにおいては、自分の記憶や感情を何らかの方法で表出し、整理していくことが原則とされるが、今回の災害では地域住民に根気強く寄り添う活動を継続し、風土に即したトラウマケアを実行していく必要がある。

今回の未曾有の大災害において、筆者も紛れもなく被災者であり、こうして現地報告をまとめること自体が自身のトラウマワークになると感じる。このたび、こうした紙面を割き、筆者の体験を記す機会を与えて頂いた当学会には深く感謝する。

II. 筆者の被災時の状況

当院は比較的地盤の固い仙台市青葉区の高台に立地しており、開設から3年目という新しい精神科単科病院である。それほど頑強な場所に

いても、瞬間にただ事ではないことを察知することができた。院内は悲鳴と怒号が響き渡り、床にしゃがみ込む利用者と職員がいた。診察を即座に中止して部屋を出ると、すべての防災扉が閉まり、停電のためエレベーターは停止していた。すぐさま4階にある児童病棟へ駆け上がると、病棟前のエレベーターホールの天井が抜け、水道管が破裂し水浸しになっていた。子ども達の反応はさまざまだったが、意外にも取り乱す子どもはほとんどいなかった。

普段は高台の最上階の病棟なので、仙台市街が一望できる。晴天の夜の星空観察や、夏場の花火大会などは絶好のポジションである。しかし、あの夜は異様な風景が広がっていた。街明かりはすべて消え、所々に赤い非常灯が点滅していた。海岸の方向には煙が立ち上がり、救急車のサイレンが鳴り響いた。プレイルームに使用するマットを病棟ホールに敷き詰め、その上に布団を敷き、懐中電灯を片手に子どもも職員も雑魚寝をして一夜を過ごした。震災後の過覚醒と非日常への高揚感もあいまって、おかしいテンションのまま数日を過ごした。

筆者自身も家族との連絡がつかず、不安なま

Naru FUKUCHI et al: Children's Actual Mental Condition in the Disaster Area

*¹ 東北福祉大学せんだんホスピタル児童精神科 [〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6-65-8]

*² 東北大学大学院医学系研究科 社会医学講座公衆衛生学分野, *³ 仙台市精神保健福祉総合センター・はあとぽーと

小児の精神と神経 51 (2): 126-132, 2011

ま数日を過ごした。子ども達は何か大変なことが起こったことを察知した様子であり、病棟担当医である筆者の顔色を見ているのが手に取るように分かった。筆者自身の家族の安否が心配でならない一方で、子ども達を心配させまいとやせ我慢をして平静なふりを続けるのがたまらなく辛かった。後に知ったことではあるが、この心境は病棟スタッフも同様であり、激甚被災地に実家がある職員はこそこそとトイレに行っては携帯電話をかけ続けていた。

Ⅲ. 児童病棟内の子ども達

数日間は停電のためテレビを見ることができず、入院中の子ども達には外部からの情報は閉ざされたままだった。そのため、子ども達の動揺は思いの外少なく、家族からの安否の問い合わせの電話には淡々と応じている姿が見られた。筆者はこっそりと携帯電話のワンセグで視聴し、前代未聞の未曾有の災害であることを知った。数日後に停電が復旧しても、「節電」であると嘘をついて、子ども達にはテレビを見せないようにしていた。テレビでは黒ずんだ濁流に自分達の住み慣れた街が飲み込まれる映像や、家族を失った人々が涙ながらにインタビューに応じる映像ばかりが流れていた。それらを目にした子ども達の心情を考えると、病棟のテレビは何故壊れてしまわなかったのかと憤りを感じ、その場で壊してしまいたい衝動に駆られた。

宮城県は沿岸部に精神科単科病院が立地しており、複数の病院が津波により甚大な被害を受けた。利用者も職員も命を落とし、限られた医療資源を最大限に活用し、命を繋ぎ止めるために奮闘する人達がいた。もはや使い物にならなくなった病院に留まることは無謀であり、被害の少ない当院への転院要請が相次いだ。わが児童病棟はもはや守られた環境ではなく、津波被害からの成人サバイバー達が入院する混合病棟

と化すのは容易に想像できた。そうなれば、地域の被害を知ることは時間の問題であり、当然テレビや新聞などの情報に暴露されることが想定された。

事実を子ども達に隠し通すことは難しい状態となり、複数の知人に協力をいただき、即席の「災害時心理教育」を病棟の子ども達を対象に実施した。詳しくは何かの折に報告させていただきたい。当時、停電こそ解消されたものの、ガスの復旧が遅れたために暖房を使うことができず、皆が厚着をして防寒対策をしていた。病棟のホールに筆者の自宅から持ち出したホットカーペットを敷き、その中に子ども達とスタッフが肩を寄せ合って座り、パワーポイントを使用して1時間程度のレクチャーを行った。「事実を伝える」、「気持ちの成り立ち」、「リラクゼーション」の3部構成とし(子どもの心拠点病院機構推進事業ホームページ)、自己記入式のシートを配布して所々に認知行動療法の要素を散りばめた。災害の事実については包み隠さず説明し、今後起こり得ることを伝え、「どんなことがあってもあなた達を守る」というメッセージをきちんと添えた。子ども達の反応は思いのほか良好で、活発な意見交換が行われた。終了後は自発的に片付けを手伝い、お互いに食べ残しをしないようになった。この試みは子ども達だけではなく、病棟スタッフにも安堵の雰囲気が生じ、皆が落ち着いた雰囲気です仕事ができるようになったと感じた。

Ⅳ. 避難所で出会う子ども達

筆者は震災直後より、仙台市精神保健福祉センター(はあとぽーと)の「こころのケアチーム」の一員として避難所を巡回することになった。若林区には徳島県チーム、宮城野区には兵庫県チームが早期から支援に入って頂いた。地震から3週目より、「子どものこころのケアチーム」

として独立し、保健師・看護師・心理士とチームを組んで、仙台市内の被害が大きかった地域（若林区、宮城野区の沿岸部）を中心に巡回を続けた。巡回の当初は自ら相談を申し出る人はおらず、子ども達がいる区画を中心に声かけを繰り返した。

1. 急性ストレス障害の子ども達

初期に相談に繋がるのは典型的な「急性ストレス障害、ASD」の子どもが多かった。地震の直後から母親から離れない、一人で眠れない、暗闇を怖がる、夜尿や夜驚、些細な音にも過敏になるなどの症状が見られた。保護者へのアドバイスとしては、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当然の行動であり、「みんな同じなんですよ」、「2～3カ月で元に戻りますよ」という説明で経過観察をした。こうしたケースは子どもが退行できる環境にいることを示しており、周囲の大人も子どもの変化を察知する余裕があるという証しでもある。こうしたケースに対しては丁寧に巡回し、避難所や自宅訪問を続けたが、時間の経過とともに収束することが多かった。

2. 過覚醒の子ども達

常時気分が高揚し、周囲にいる大人に誰彼かまわずベタベタする子ども達もいた。大規模な避難所では、学生ボランティアによる急造託児所が設置され、毎日子どもの面倒を見てくれていた。子ども達の行動は傍若無人であり、学生さんにあれこれと指示をして、思い通りに操り、意にそぐわないと手の平を返したように無視をする。そうかと思えば、数分後には寄り寄ってきて肩車を求めるなど、いわゆる「反応性愛着障害、RAD」のような症状を示す子ども達が大量観察された。学生ボランティアグループの代表とコンタクトを取り、簡単に子ども達の症状を説明する機会を持ち、災害後の子どもの心理状態について簡単にレクチャーする機会を設

けた。広いスペースを区切り、遊ぶ時間やルールの再設定を行うなどの工夫を重ね、子ども達は少しずつ落ち着きを取り戻していった。

3. ゲームに没頭する子ども達

前述のタイプとは異なり、避難所のコンセンを占領し、一日中ポータブルゲームに没頭する子ども達も大勢いた。近寄って話しかけてみるものの、視線を向けることはなく、素気ない返事を繰り返した。ゲームの内容はほとんどバトル系のものであり、興奮して声をあげることではなく、ただ黙々と戦っていた。何度か巡回し、繰り返し声をかけていると、「もう、仕方ないな」という態度で応じてくれるようになった。よくよく話を聞くと、家族は津波で浸水した家の片付けに奔走し、罹災証明などの公的な手続きのために外出しているとのことだった。彼らは、守られるためにしがみつく対象がないのでASDになることもできず、ゲームの世界に回避し、擬態化したモンスターと必死で戦っているように見えた。

4. 早期に避難所を出た子ども達

多くの避難所にはあらゆる年齢の人々が混在し、それぞれが混乱状態の中で必死に過ごしていた。せん妄となり徘徊する高齢者、アルコールを持ち込み夜な夜な酒盛りをする中年男性など。当初はテンション高く騒ぎまわる子ども達も少なからず観察されたのだが、震災から数日経つと、賑やかな彼らは一気に減少した。家族が周囲に迷惑をかけまいと自宅へ帰ったのである。津波により自宅の1階は浸水したけれども、2階は辛うじて住むことができる家であれば、ライフラインが通じていなくても我慢をして帰宅した。こうした家族の実情も前述の例と大きく変わらず、保護者は各種手続きや瓦礫撤去作業に必死であることは容易に想像できた。津波に流されて九死に一生を得て、避難所へ辿りついたものの、過覚醒のために大人しくすること

ができず、1階が浸水した家に無理をして戻り、家の周囲は瓦礫の山や遺体搬送の景色が広がり、家族は各種手続きのために不在になり、やはり子どもは自室でゲームに没頭していた。このような子どもが最もハイリスクであるように感じた。

5. 児童館が併設されている市民センターの子ども達

児童館を併設した市民センターが数多くあり、その中の幾つかは避難所に指定された。元々は健康増進の目的の市民講座などを実施しており、職員もそれに準じた知識を有しており、何より地域住民と顔見知りであった。そこに集まる子ども達は非常に落ち着いて見え、震災直後から細かい工作作業などに取り組むことができていた。大人が生きるのに精一杯であるのは変わらないが、顔見知りの大人や仲間と児童館で過ごし、安心感を取り戻したに違いない。急時の中で辛うじて保つことができた些細な日常が子どものところに落ち着きを取り戻したと感じた。

V. 外来の子ども達の状況

当院の児童思春期外来は年齢制限が18歳までであり、震災前は新患の待機期間は平均2カ月程度だった。震災直後は交通の遮断とガソリン不足のため、外来予約は軒並みキャンセルとなった。急性ストレス障害による子どもの新規受診・入院も想定されたが、新潟中越地震の事例(藤田 基, 2006)と同様に、実際には全くなかった。入院の既往がある子どもの中で、過酷な避難所生活に耐えられず、自ら入院を希望してくる子どもは数人いた。震災から数週間経ち、児童思春期外来の新患問い合わせはほとんどなくなり、遂に予約待機期間が1カ月を切った。恐らくは、種々の問題を抱える子どもの数は震災の前後で変化はないものの、配慮する大

人側の余裕がなく、受診に結び付かないことが想像された。教育サイドはさらに深刻で、避難所となった学校の先生方は避難所の管理と学校の再開に必死であり、その心労は想像をはるかに超えていた。根気強く避難所の巡回を続け、筆者の署名入りのリーフレット(JSPP災害共有ファイルホームページ)や名刺を配るうちに、震災から2カ月を過ぎた頃から新患の予約が増えてきた。

1. 被災地を見せられた子ども達

今回の災害では宮城県のはほぼ全域が停電・断水となり、戦前のように不便な生活を余儀なくされた。家族全体が団結せざるを得ない状態であり、子ども達も水汲みや買い出しに駆り出された。しかし、大人達のこうした期待を裏切るように、いわゆる「お手伝い」を拒否した子ども達がいた。多くは、不安定な養育環境で育ち、家庭内で家族に対する暴言・暴力を繰り返し、筆者と関わりを持つようになった子ども達である。「お手伝い」をしないことは、家族としては「反抗」であると捉えられたようだった。「こんな非常事態なのに、この子は現実が分かっていない。」と感じた保護者は、嫌がる彼らを無理やり連れ出し、激甚被災地を見に行き、「あなたの住んでいる世界はこうなったんだよ。」と知らしめようとした。恐らく、彼らは家族に「反抗」していたのではなく、現実を受け止めきれず、自分に何ができるのか戸惑い、安心していただけではないかと想像する。強制的に直面化された彼らに現実を受容する余裕はもはやなく、余計に「反抗」し、更にひきこもることを選んだように見えた。

2. 神経症圏が回復する??

震災の以前より神経症圏として治療をしていた子ども達の中に、一過性に軽快傾向を見せた子どもがいた。その心理メカニズムは各々であろうが、突然の非日常による過覚醒と過剰適応

が大きく関与していたように感じた。交通事故後のPTSDのために道路が渡れず、車に乗ることができなかった子どもが、一変して普通に生活をするようになった。不潔恐怖が強く、日常生活でも度々フリーズしていた強迫性障害の子どもは、否応なく仮設トイレを使うようになり、断水のため毎日のシャワー浴や頻回な手洗いも許されなくなった。どれも強制的なエクスポージャーであり、彼らに抵抗する余地は与えられなかったと想像された。しかし、時間の経過と共に生活が平時に戻るにつれて、子ども達の症状は元に戻っていくことが多かった。

3. 逃げなかった子ども、あぶり出された子ども

長期のひきこもりのために保護者のみで相談を継続していたケースも少なくなかった。通常、診療のスタンスとしては長期戦覚悟であり、保護者のみの面接を続け、地域の保健師と連携をとり、時折家庭訪問をしていた。強い社会不安障害や統合失調症の初期と思われる子どももいた。その中でも、津波に襲われた地域で生活していた子どもの多くは、緊急の避難勧告が出されても部屋から出ることを拒み、命を落とした。仮にも主治医であった筆者にとって痛感の極みであり、早期に介入し、医療として守ることができなかったかと悔まれ、罪責感と無力感にさいなまれる。

一方で、今までは医療とは関わっていなかったものの、過酷な避難所生活のために既存の障害が明らかになるケースも少なくなかった。地域では「個性的な子ども」として受け入れられて、それなりに生活をしていたが、震災により地域の保護機能自体が破綻してしまったことから、周辺の大人からは「うるさい」、「どうにかしてほしい」と非難され相談へ繋がることもあった。

4. 不登校が治る??

阪神淡路大震災でも観察されたことだが(日本小児精神医学研究会(JSPP)編, 1995), 不登校の子ども達が新学年から登校するケースが少なくなかった。自宅が被害を受け、近所の避難所を利用する場合、ほとんどは同じ学区内の子ども達が集まる。皆、同じように辛い体験をしており、その中に差別など存在しない。「お前、元気だったか」、「無事でよかったな」という健全な分かち合いや連帯感が自然と生まれた。避難所の多くは簡単な段ボールの仕切りであり、ひきこもることは許されない。保護者達は生活再建で手一杯の中、子ども達は団結せざるを得ず、不登校だった子どもも炊き出しの手伝いをした。そうした中で、人との健全な関わりを取り戻し、集団の中で自分が役に立つことを自覚し、自尊心を回復した子どももいたのではないか。当然ではあるが、過剰適応の要素も多分にあり、仮設住宅などへ移住した後に同じ状態を維持できるかどうかは、今後の経過を見守る必要があるだろう。

5. 震災同居の影響

激甚被災地の住居は軒並み津波で流され、避難所を利用せずに被害の少ない親戚宅を頼りに身を寄せる家族も多かった。こころの準備が不十分な中で、否応なく同居がはじまり、当初は仕方なく団結して生活をしていた。しかし、時間を経る毎に、今までは距離を取ることで均衡を保ってきた家族内の不和が浮上してくることもあったようだ。子どもにとって、今までは長期の休みの時に時々会う程度の「おじさん」、「おばさん」達が、急に同居をするようになり、しかも自分の家族とギスギスした雰囲気になる訳である。子どもは戸惑い、大人の顔色を伺い、挙句は腹痛や頭痛などの身体症状を呈することになり、救急病院に搬送され、精査の結果「こころの問題」として対処されることになった。

Ⅵ. 今後必要となる活動

1. 子どもの治療

生活再建の目途が立ち、「もの」が充足するようになって初めて大人のトラウマ反応が出るのではない。今回の災害では、トラウマ反応は一定の安心感・充足感が生まれ、自分の置かれている現状を認識できるようになって初めて出現するのではない。大人のトラウマが軽減し、子どもがしがみつくことができる環境になって、やっと退行できるようになるのではない。大人の余裕ができて、子どもの行動の異変に気付くのではない。つまり、「東北の復興」が実感できるであろう2～3年後に子どもの傷は表面化し、保護者や教育サイドの指摘によって専門機関への受診に至るのではなかろうか。

それでは、「親切の押し売り」は良くないとして引き下がり、家族に連れられて子どもが受診をするまで待っているのが専門医として最善の策であるのか。潜伏するトラウマ反応を緩和するためには、子ども達に予防として介入する必要があるだろうか。そのためには、教育と医療の協働が不可欠である。スクールカウンセラーの増員に留まらず、各校に常勤を配置するべきではないか。被害が甚大だった教育機関には、重点的支援校として心理職や医療職の人員を加配するべきではないか。数少ない医療資源を効率的に活用し、予防と支援を実行するには、ハイリスク群の同定が欠かせない。疫学の専門家を中心とする大きな組織のバックアップの下で、教育機関でスクリーニングを行い、地域で根付いて活動する関係者が長期的にフォローするようなデザインが必要である。新潟中越地震の際に行われた乳幼児健診における「こころの相談事業」（田中 篤，2006）では、地域の小児科医と

児童青年精神医学会の派遣医師が協働して支援を行い、こうした前例がモデルとなるのではない。

2. 心理教育の重要性

被災地の地域性が大きく関与するが、自ら「こころのケア」を求めてくることを潔しとしないこともある。当初、われわれのチームは周知しやすいようにお揃いのピンクのパーカーを着て巡回していた。しかし、思惑とは裏腹に避難所によっては、「ピンクの人と話をしているのは心が弱い人だ。」といった風潮もあった。避難所内に入る際に、パーカーを脱ぐことを強要されることもあった。言うまでもなく、ピンクを着たのは初回の巡回のみ、その後は普通のジャージで歩き回った。

こうした急時における「こころのケア」で大切なのは、アウトリーチとノーマライゼーションである。つくづく感じる。自ら病院へ受診することは稀であり、避難所近辺に診療拠点を構えても本当に必要としている人が来ることはない。PTSDを初めとするトラウマ反応の啓発をしても、いたずらに不安を煽るだけであり、地域の混乱を招きかねない。自分達に起きている心身の変化に気づいていただき、その反応は「異常」ではなく、むしろ「正常」であることを伝え、今後起こり得る変化を説明し備えて頂くことが有用ではないか。こうした対応は被災地で働くスタッフにも該当し、自らをきちんとモニターしてオーバーワークを予防することも大切である。各種教育機関で災害後の子どもの心理状態について講演を行う機会が増えた。実際には「子ども達にどのように対応したらよいのか教えて欲しい」と言うよりも、「自分達の体験を聞いて欲しい」という雰囲気になることが多い。皆が「自分は最善を尽くし、命を守ることができたのだろうか」と常に自問自答しているのである。地域の支援者自身も紛れもなく「被災者」であり、

被災者が被災者を支援している構図を自覚することが必要である。

V. おわりに

筆者は仙台市で活動する児童精神科医であるが、より被害の大きい沿岸部では元来より医師自体が不足している。ましてや児童精神科医など皆無の地域である。復興への道のりが深遠であることは容易に想像され、地域の子どものところを守るためにはわれわれの力だけでは遠く及ばない。地域内のあらゆる職種が団結・連携し、他県からの支援者の長期にわたる助けが必要である。息の長いフォローは地域の医師が担当し、単発・短期で可能な役割を他県からの支援者にお願いするスタンスが必要であると感ずる。

最後にこの紙面を通じて、改めてみなさまの末永い支援を心から要望する。

文 献

- 子どもの心拠点病院機構推進事業ホームページ
(http://kokoro.ncchd.go.jp/saigai_senmonka.html)
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)
藤田 基 (2006) : 地元児童精神科医療からみた新潟中越地震。トラウマティック・ストレス4 (2) : 127-134
日本小児精神医学研究会 (JSPP) 編 (1995) : 災害時のメンタルヘルス－兵庫県南部地震 (阪神大震災) における小児メンタルヘルスへの対応マニュアルを中心として－
田中 篤 (2006) : 新潟中越地震にみる災害と小児医療－災害時の対応－。小児科47 (2) : 249-255

* * *