

第6章 東日本大震災に伴う子どもの心の健康状態に関する 総括と心のケアについて (非常災害時の子どもの心のケア調査協力者会議まとめ)

子どもの心の健康状態

被災がもたらす心の健康問題の中でPTSDは子どもに最も深刻な影響を与えるものであるが、PTSDが疑われる症状4項目に1つでも該当する子どもは、全体の1割以上に達することが本調査より明らかになった。特に、被害の大きい地域ほどPTSDの可能性のある子どもの割合は高く、一方、年齢が低くなるほど、また障害等がある場合にその割合が増す傾向が見られた。PTSDが疑われる症状に加え、PTSDに付随して現れやすい症状、一般的なストレス症状を含め何らかの症状が見られた子どもの割合は全体の2割に達した。したがって、今回調査した子どもの心の健康状態は深刻な状況にあると考えられる。

教職員による子どもの心のケアへの取組の現状

教職員による取組については、心のケアの出発点となる健康観察は校種による差はあるものの、ある程度の割合で実施されていた。しかし、健康観察した内容を心のケアにつなげるための分析は十分ではなく、分析の土台となる知識・理解に不足が見られた。子どもの心のケアの実施に必要な組織体制づくりについては、校内連携体制が十分確立されておらず、保護者との連携及び地域の専門機関との連携にも課題が見られた。子どもの心のケアに当たり重要となる支援者自身のメンタルヘルスについては、子どもと同様に被災者である保護者、教職員ともに心の安定に関する取組が十分ではなかった。

教職員による今後の取組のあり方について

① 日常的な健康観察の徹底

まず、子どもの心の健康問題に気付くための出発点となる健康観察をこれまで以上に確実に実施する必要がある。また、学校よりも家庭で現れやすい異変や症状があることが言われており、保護者との情報交換は不可欠であり、緊密に連絡を取り合うことが大切である。特に、PTSDの麻痺症状（現実感が低下する）は家庭でも見過ごされやすいため、家庭での情報を得るだけでなく、PTSDに対する保護者の気付きを促すような情報を提供することも健康観察にとって重要であると考えられる。

PTSDに気付くための健康観察の留意点は、基本的には心の健康問題における一般的留意点と変わりなく、遅刻・欠席、学習態度、休み時間の様子、顔色、振る舞い、保健室利用の状況などであり、それらが以前の様子と違うかどうかのポイントとなる（健康観察の実施に関する基本的事項については「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応」文部科学省：平成21年3月参照）。特に、年齢の低い子どもや障害（知的障害、発達障害、視覚・聴覚障害など）のある子どもの場合、ストレスの影響を受けやすいため、わずかな異変にも注意を払うことが重要である。

② PTSDの基礎知識の修得

PTSDを発症している可能性のある子どもが多いことから、健康観察の実施に当たり、PTSDの主要症状（再体験症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状）及びPTSDに随伴しやすい症状（心理的退行など）を念頭に置く必要がある（「子どもの心のケアのために―災害や事件・事故発生時を中心に―」文部科学省：平成22年7月参照）。その際、中学・高等学校では、授業中、課外活動、その他の状況における子どもの様子を把握するため、健康観察においても校内の連携が不可欠である。

PTSDの主要症状のうち「麻痺症状」（現実感が低下する）やそれに近い「解離症状」（意識が目の前の現実から離れる等の症状）は目立ちにくいいため、単に“少し元気がない、ぼんやりしやすい”と受け取られたり、麻痺症状に気付いた場合でも“様子を見る”だけの対応にとどまりやすい。しかし実際には、麻痺症状は解離症状とともにPTSDの症状の中でも重症のサインであると考えられるため、なるべく早く専門機関につなぐことを心がけなければならない。

③年齢及び障害の影響を考慮した健康観察

PTSDの症状は年齢及び障害の有無によって現れ方が異なる点にも注意が必要である。被災時の年齢が低いほど上述の解離症状が出現しやすくなるため、年齢が低いほど解離症状がないかどうか慎重に観察する必要がある。特に「なんとなく元気がない」、「注意がしばらく途切れる」、「突然様子が変わる」などの異変が幼児に見られた場合、解離症状を疑うことが重要である。知的障害や発達障害のある子どもも解離症状を示しやすい。

再体験症状については、被災時の恐ろしい体験が突然ありありと想起されるというフラッシュバックの形を取るのが一般的である。障害のある子どもの場合、再体験症状が原因のよく分からない突発的な混乱や突然の興奮に見えることがあるため注意が必要である。一方、幼児から小学校低学年の場合、被災時の様子を「遊び」の中で表現（再現）する形で再体験症状を示しやすい（「トラウマ性再演」）。健康観察や情報収集に当たりこれらの点に注意が必要である。

一方、成人に近い高等学校の生徒の場合、PTSDの症状に苦しんでいても、学校ではそれを表に出さず、相談しないまま一人で抱え込んでいることがある。そのため、教職員による丁寧な聞き取りや、保護者からの情報収集が重要となる。

④専門機関への紹介について

PTSDは自然に完治することが少なく、長期にわたり生活に支障を及ぼし、放置すると別の症状を合併するなど二次障害につながることもある。そのため、学校でのケアにとどまらず専門機関の受診につなげる必要がある。しかし、東日本大災害の被災地は全体的に医療機関が少なく、アクセスも容易でないことが多い。また、我が国では児童精神科医及び子どものトラウマ治療の専門家の数が少ないことより、専門機関の受診をどうやって実現するかは大きな課題である。被災地域の支援体制を強化するほか、他地域から専門家を確保する等の対策が望まれる。

⑤教職員による子どもの心のケアについて

PTSDを発症している子どもを含め、被災した子どもへの心のケアは大変重要である。その際、学校が担うべきケアは当然ながら専門機関が行う治療とは目的や内容が異なることを理解した上で、学校の特性を生かした取組をすることが重要である。集団の力をうまく引き出しながら、種々のリラクゼーションやリハビリテーションの技法を活用した取組はその一例である。災害のうち津波で親族や友人を失った子どもは、トラウマの中で「喪失」の問題が大きな要素を占めやすい。そのような子どもの場合、「振り返り」や「語り」を用いた心のケアがPTSD症状を再燃させる可能性がある。そのため、児童精神科医をはじめとするトラウマ治療の専門家の助言のもと、子どもの回復状態や時期に十分注意した上で実施方法を慎重に選んでケアに取り組む必要がある。

保護者・教職員のメンタルヘルス

支援者自身の心の安定は子どもの心のケアに大きな影響を及ぼす要因であるため、保護者及び教職員のメンタルヘルスは重要な問題であるが、被災の影響によるストレスや不安を抱えている保護者及び教職員は少なくない。保護者については、学級担任、養護教諭、スクールカウンセラー等が子どもと家庭の状況の理解者となることで、ある程度の精神的支援を行うことができる。しかし、保護者の抱えるメンタルヘルスの問題が深刻な場合、教職員による支援には限界があるため、専門機関の紹介や保健所など保健福祉機関の活用が必要と考えられる。

教職員のメンタルヘルスに関しては、子どもの心のケアを担う組織体制（リーダーは校長）と学校管理者による適切な勤務管理が重要であると思われる。子どもの問題を学級担任等が一人で抱えるのではなく校内組織で取り組むことにより、子どもの抱える問題のみならず教職員の置かれている状況を関係教職員間で共有することができる。そのことにより、学級担任等が悩みを一人で抱え込むことなく、孤立感の軽減につながる。また、教職員が必要最小限の休養を確保できているかどうかを管理職がきめ細かく把握し、業務を調整することが大切である。

医療に期待することについて

本調査でPTSDの可能性が疑われた子どもは1割以上に達し、専門機関でPTSDの治療を受ける必要のある子どもは多数にのぼると推測されるが、ほとんどの被災地では専門機関及び児童精神科医が不足している状況であると考えられる。そのため、被災地以外から児童精神科医を確保するなどして、地元の医師と協力して子どもの診察するなどの活動をしている都道府県の民生部局と連携し、PTSDと診断された子どもの治療及びフォローアップを行っていくことが必要である。当然ながら両段階とも保護者及び学校と緊密な連携が求められる。

次に、福島県では症状の見られた子どもの割合が「PTSD が疑われる症状」、「PTSD に関連する症状等」、「一般的な心身不良の症状」のいずれも他地域より高かった。とりわけ調査時点において継続中のストレスを反映しやすい「一般的な心身不良の症状」が他地域よりも高かったことにより、地震と津波による災害に加え、放射線災害と関連する諸々のストレスが関与している可能性が考えられる。自然災害と異なり、目に見えない放射線災害の恐れと関連したストレスが子どもの心身の健康にどのような影響をもたらすかは知られておらず、学校は慎重な健康観察を続けながら、今後の医学的知見を待つ必要がある。