

磯島 そうですね。

キクチ つまり、この分け方でいいますと、沿岸部にいた人が、例えば会津に行った人も、会津の中に入っちゃってるってことになりますか。

磯島 そうですね、一部ちょっと入ってしまっていると。

キクチ ですね。そうすると、かなりエリアが大き過ぎちゃって、同じ中通りでも、北と南では全く影響が変わってくると思うので、すいません、私、福島にいる人間としては、ちょっと難しい検討なのかな、というのは正直思いました。

あともう一つは、今回、さっきの先生がたの皆さん、保育園のデータを使ってらっしゃいますけれども、幼稚園の子と保育園の子、やっぱりちょっと状況が違うと思うんです。それは何かっていいいますと、震災以降、福島県郡山市で、保育所は大体10日後ぐらいに再開になってたんですけども、幼稚園はそこから約1カ月ぐらいなかったんです。つまり再開できなかった。つまり、その1カ月間の間に、幼稚園に通ってる子は、全く保育所の子とは違う生活を送っていたという背景がありますので、その間に避難をすとかしないとか、そういったこともかなり影響してくるので、保育園のデータはこれでいいと思うんですけども、未就学児って全部くくっちゃうと、ちょっと言い過ぎちゃう部分があるのかなっていうことを懸念しましたので、一言だけ挙げさせていただきたいと。

磯島 ありがとうございます。

## 東日本大震災後の子どもの健康状態について

東北大学災害科学国際研究所 災害公衆衛生学分野 栗山 進一 先生

栗山 よろしくお願いいたします。東北大学の栗山でございます。本日は、このような機会を与えていただきました呉先生始め、関係各位に感謝申し上げます。

今まで肥満について3題ご報告していただきました東京の先生、あるいは関東の先生がたには非常に精力的に研究していただいております。もちろん私も、地元の大学といたしましても、大きな懸念を持っております。震災後すぐには様々なことが起こる、これは分かっておりますが、中長期的に子どもたちの健康状態がどうなっているかは、分かっておりません。私からは、子どもたちが病気をどれぐらい持っているかということについて報告をさせていただきます。

保育所調査を実施いたしました。既存の身体データですが、平成16年と、在園中に被災をした平成18年の子どものデータを使わせていただきました。厚生労働省にご協力いただきデータを収集いたしました。これが調査票の一つです。Aという調査票になりますが、ここでは保育所自体が、どういうふうに、全壊、半壊したのか、津波、あるいは火災、保育所の移転とか、こういったところをお伺いしております。

平成16年度生まれのお子さんについての調査票です。保育所にいる間に被災していないお子さんになりますが、いわゆるコントロールといいますが、対照群として調べさせていただきました。

病気のありなしを聞いてございます。身長、体重に影響を与えるかどうかということと、実際に病気が増えていないのかどうかということを確認するために聞いております。

平成 18 年度生まれのお子さんの調査票です。平成 23 年、ここですね、ここで震災を経験しています。同じように病気について聞かせていただいております。ご承知のとおり、保育所の保育さんというのは非常に精緻に、身長、体重を記録しておられますし、また、病気のありなしについても、保育上非常に重要なデータですので、きっちりと保護者の皆さまから聞いていただいて、それを転記しておられます。

もう一度繰り返しますが、平成 18 年度お生まれのお子さんというのは、在園中に被災しています。平成 16 年度のお子さんは、卒園されてから被災されたということになります。有病率という、病気のありなしを見るに当たっては、この平成 18 年度のお子さんをメインに見させていただいておりますが、確認のために平成 16 年度でも調べさせていただいたということになります。

保育所調査では、日本全国の保育所に調査への協力をお願いしたいと申しあげましたところ、3495 の保育所の皆さまから回答いただきました。当初、西日本の方がたにとりましては、東日本大震災は、東日本のことですからあまり関係ないとお思いなのではとか、回答いただけないのではないかと感じておりました。全くそんなことはありませんでした。たくさん保育所から回答いただきました。一つには、被災 3 県、東日本から避難、あるいは移動したお子さんがたくさんいらっしゃるということへの関心で、もう一つは、そういったものを通り越して、大変な災害があったということに対して、その調査へのご理解をいただいたというふうに思っております。岩手県、宮城県、福島県からの回答はもちろんですが、この色をご覧くださいと、ほぼ日本中からご回答いただいております。稀有なデータというふうに思っていただければと思います。また、避難されていったお子さんについても、ここにずっとお住まいのお子さんについてもある程度は調べることができました。

概要です。保育所についての記載は、このように、保育所自体が被災したとのお答えが 98 ございました。これはフリーの回答で、『震災前後で子どもの発育に影響があると思いますか』と聞きましたところ、25.2 パーセントの保育所の先生が『影響あり』と答えられました。これは、捉え方によると思います。ご自分が受け持っている園児に影響があるのかないのか、というふうに捉えた方と、震災そのものが子どもの発育に影響があるのかないのか、それはあるでしょ、という方のお答えが混ざっておりますので、この解釈は非常に難しいとは思いますが。

少なくとも、身長、体重に大きな影響を与えそうなもの、アトピー性皮膚炎や気管支ぜんそく、腎臓病と心臓病、その他の疾患について、最低でもお子さんがどういう状態だったかを聞くべきであろうと考えました。

結果です。アトピー性皮膚炎は、被災経験ありなしで、ありの場合に 3.4 パーセントから 4.8 パーセントに増えていました。オッズ比という倍率を計算しますと 1.67 倍でした。これは、被災経験のないお子さんの有病率を 1 とした場合に、被災経験のあるお子さんの間では 1.67 倍であるというふうに解釈します。気管支ぜんそくにおきまして 2.11 倍で、2 倍以上ということになります。P というのは、統計学的に有意差があるかないかで、この値が 0.05 未満であれば、統計学的

に有意であるという言い方をします。

要因を分析してみますと、例えばアトピー性皮膚炎であれば、家の全壊、半壊が非常に影響があり、津波の経験、これは見たのか水に浸かったのかは分かりませんが、津波の経験があると答えになった方もやはり影響がある。転居の影響はそれほどではなくて、避難所の生活はかなり影響していたようです。家族の死亡、これも数が少ないので、有意差云々ということは言えませんでした。

これを詳細に分析したものをお示しします。疾患のありなし、これは大まかに疾患があるかないかで、こちらは病気を分けたものになります。家の全壊、半壊、性別のみを考慮しますと影響はあるのですが、プラス転居、ここを見ていただきますと、転居された場合には0.97でそうでもないというふうな解釈になります。ところが、家が全壊、半壊されて、避難所生活をされた場合には1.94倍になるという結果が出ました。これが大きな特徴かと思えます。

津波、これも経験した、あるいは水に浸かった、見た、どちらも含んでいますが、転居だとそうでもありません。ところが、避難所生活で特にアトピー性皮膚炎に影響が大きいということになります。

英語で申し訳ないのですが、男の子と女の子を分けた結果です。縦が被災の経験で、横が病気のありなしです。病気もさらにアトピー性皮膚炎、気管支ぜんそく、その他と分けて、被災の要因も分けて書いております。赤い数字で書かれた、統計学的に意味がありそうだ、どうも影響しているようだということをご覧いただきますと、アトピー性皮膚炎が、男の子では非常に多いです。ところが、女の子は、アトピー性皮膚炎はそうでもなくて、気管支ぜんそくに大きな影響が出ていて、しかも2.5倍とか3.3倍とか、恐ろしい倍率になっているということが分かりました。

結果を要約しますと、家屋の半壊、全壊を経験している場合や、転居した場合はそうでもないようですが、避難所生活をした場合は、非常に大きく有病率が上がっていました。津波を経験した児でも同様でした。それと、男女差がありました。避難所生活は、その後の仮設住宅にもつながります。

今回、日本保育協会始め、たくさんのご協力をいただきまして、もちろん、地元の宮城県、岩手県、福島県の自治体の皆さまからも大変大きなご協力をいただきまして乳幼児健診調査も並行して実施いたしました。またこういった周知もしていただきまして、感謝申し上げます。読売新聞には、一昨年のことになりますが、取り上げていただきました。NHKでも、非常に懸念はされるということで報道されました。

被災地のお子さんに、ひょっとすると大変なことが起こっているのではないかとということで、それではどうするのか？幾つか解決しなければならないことがあると思っています。まず、現在でも高い有病率が継続しているのかどうかです。今回の調査対象であった子どもたちは、小学校から一部、中学生になっています。その子どもたちにずっと同じ症状が見られるのかどうか分かりません。大きな懸念です。もう1つは、現在、保育所、あるいは幼稚園も含めた未就学の子どもたちに同じような現象が続いているのかも分かりません。

ある程度続いている、続いていないにしても、ある期間は、子どもたちは苦しめられていました。また、気管支ぜんそくやアトピー性皮膚炎は慢性疾患ですので、一度発症すればすぐに治るといわけではないという前提に立てば、原因は何かということをお必ず精査しなければなりません。心理的な要因が体に影響する、これは絶対あるだろうと思います。東日本大震災は、恐らく1000年に1度の出来事だと思われまますので、心理的なダメージは想像を絶するものだったはずで。子どもたちは、特に地元の先生がたや自治体の方がたはよくご存じかと思いますが、子どもたちは、言わないです。震災直後は、何にも言わないです。けろっとした顔をしています。え？と思うぐらい、けろっとしています。ところが、ある音を聞いた途端、急に泣き出したりとか震え出したりとか。今までそんなことなかった子どもが急にけんかを始めたりとか、いじめたりいじめられたり、不登校になったりしました。どれぐらい影響があるかというのは、計っても計り知れないほどです。ちなみに、アトピー性皮膚炎は非常に心理的な影響を受けやすいという他の研究結果があります。先ほどの、男の子はアトピー性皮膚炎、女の子は気管支ぜんそくという結果については、男の子のほうが心理的な影響を受けやすいのかなという解釈もできなくもありません。

それからもう一つ、仮設住宅と避難所、災害公営住宅も含めて、居住環境がどうであったのか、検証しなければなりません。これは改善できることです。さらに、今後想定される災害に対して、今、何を備えるべきか考えなければなりません。例えば、宮城県沖地震は、ここ数年で起こるはずで。東日本大震災の時には、非常に低周波で揺れましたので、建物の被害は比較的少なかったのですが、宮城県沖の地震が起これば、非常に高周波の地震になりますので、建物の被害は甚大になるはずで。それに備えておく必要があると思います。日本全体でいえば、東南海地震、あるいは首都直下型地震で想定されることに対して、今から何をしておくべきか、子どもたちの病気が増えることに対して何をしておくべきかなど課題はたくさん残されていると思います。

少なくとも仮設住宅については、このようにかび発生被害が報告されています。仮設住宅に行かれた方、もちろんお住まいの方はお分かりだとは思いますが、非常に気密性が高く、換気性が悪いです。気温が比較的一定で、ずっと暖かいといひますか、要は、換気が悪い、かつ湿度が高いです。こんな状態ですので、仮設住宅で布団を剥がしたら、避難所でもそうですが、ものすごくいかびです。たたみの裏にもかびです。

一部ですが、私どもで、国立食品医薬品研究所と相模原病院の先生がたと一緒に調査を実施しています。居住環境のかび、ダニ等の濃度とぜんそく症状との関連も調べています。現時点で分かっていることは、真菌またはダニ暴露でアレルギー疾患発生のリスクが高まっているということです。少なくとも大人では確認されています。子どもについては、今調査をしているところで。す。

それではどうすればよいのか？行政の皆さん、あるいは研究者として、仮設住宅を建てるに当たっての建て方についての対策もあるかもしれませんが、もう一つはやはり、住人の方も、どういふうな掃除の仕方をして、どういふ換気の仕方をしてよいかなど、お互いに協力し合っ、て、住人の皆さんと行政研究機関とタッグを組んで、コストを抑えながら、かび、ダニ等が発生

しない仮設住宅を造っていくということになります。これは一つの例です。

現在でも高い有病率が継続しているか、これは分かりませんが、どうするべきかということは、当然今後の課題であります。高い有病率の原因は何か。一部、仮設住宅の影響であることは間違いないであろうということで、災害公営住宅でも、同じことが懸念されます。現在、災害公営住宅へ移っていただいておりますけれども、本当に大丈夫なのかということで、今年の4月以降に、仮設住宅、災害公営住宅、それから、1階まで水に浸かった家屋などいろいろな所で、かび、ダニ、住人のぜんそく症状等を調べさせていただく予定です。

今後は多角的な調査が必要です。今回は保育所の調査でしたが、乳幼児健診のデータとか、学校保健等のデータとか、新たな調査をするとか、あるいは、こういう大規模な災害が想定されている場所では、今から健康状態を調査しておいて、課題を抽出し、それに対する対策を立てなければいけません。東日本大震災で被災した地域では、みんなで助け合って、助けられて、ここまでやってきました。今後もそれは続くであろうというのが一つの結論です。大きな災害が起こるとされている地域の皆さまに、今度は、われわれがご恩返しできるようなことがないのかについて、何か考えていかなければならないだろうなというふうに思っているところでございます。ご清聴ありがとうございました。以上でございます。

## 被災後の子どものメンタルヘルス

### ～経時的変化に関するコホート研究を中心に～

国立成育医療研究センター ころの診療部 奥山眞紀子 先生

奥山 ご紹介ありがとうございました。この4年間、この研究班全体を率いてくださった呉先生始めとする、東北大の先生がた、そしてご協力いただいた皆さまに感謝をしたいと思います。もう5年といわれますけれども、まだまだだなと思っています。つい数カ月前ですけれども、福島のある都市で講演をしてくださいと、「何をやるんですか」と言ったら、発達障害についてと言われて、発達障害とアタッチメントの講演をさせていただいたんですけど、保育園の方が、「どうも今年の年中さんに行動の問題が多いのです。震災の影響があるのでしょうか？」というご質問でした。年中さんっていうと、ちょうど震災年に生まれたかたがたなんです。いろいろお話聞いてみると、やはり関係がないとはいえないという結論となりました。それは臨床的なお話ですけれども、そんなことも含めて、いろいろなお話を伺っていると、やはりこれは決して終わってない。昨年は終戦後70周年で戦後は終わった、終わらないの話ありましたけれども、被災後は決して終わっていないという気がしております。その現場のご報告は、この後、増子先生と八木先生のほうからいただくこととして、私のほうは、この4年間、研究をしてまいりましたことの全体像の中からメインの部分をご紹介させていただければというふうに思います。実は、私たちのチームの疫学担当者がきょうどうしても参加できず、あまり細かい、疫学のご質問をいただいてもお答えできないので、申し訳ありません、臨床家の私がしゃべることになってるので、臨床的なご質問をいただけるとありがたいかなというふうに思います。

まず、研究チームですけれども、普通はこういう所に研究者のお名前を書くのが通常ですが、書けないのです。160人も関係してくださっていたんだということが分かりました。それぞれの、岩手、宮城、福島、それから成育、そして三重県がコントロールで協力してくださいましたので、それぞれのリーダーになってる先生がた他何名、という形で書かせていただいております。これだけのかたがたが研究班として研究協力してくださったということになります。

ここからが内容ですけれども、これだけの災害と、子どものメンタルヘルスに関する研究というのは、阪神淡路大震災もごさいますし、トルコ、スマトラ、ハリケーン、いろんな所で研究が出ております。ニューヨークのワールドトレードセンターの自爆テロの後の研究なんか非常に大きかったというふうに思います。他にもいろいろあるのですけれども、未就学児の被災の後の研究というのが少ないということが一つと、もう一つは、長期の追跡研究が少ない。この阪神淡路大震災の北山先生たちの報告は長期に見ていますが、それは、各年に、1年後、3年後、9年後っていう形で、その方たちに調査をして、結果だけ出しているという形で、コホート研究ではないので、1人の方がどう変わっていくのかということが見れていないのです。今回は、私たちとしてはできるだけそういうかたがたをきちんとフォローさせていただいて、どんなふうに状態が変わっていくのかを明らかにしたいと考えました。このスライドはある意味モデル的に、私たちの研究班の本間先生が作ってくださった、震災による子どもの問題の推移です。直後には PTSD の問題が多くみられるでしょうけれども、その後から問題の内容が変わってくるのではないかなというように、今までの研究を基に作られたのを、お借りしてきました。それらを含めて長期に追跡をするということで始めました。リサーチクエスションとしては、①震災による、幼児期の子もたちの行動はどんな問題があるのか、そして、②その行動や抵抗力は、経時的にどのように変わっていくのか。ここで抵抗力というのはレジリエンスといわれていますけど、トラウマがあったときの柔軟な抵抗性の問題です。それから、③その問題や変化に影響する因子は何だろうか、そして、④被災後の環境とか親の養育がどのぐらい、その変化に影響をするのだろうか。⑤それを基にして、どういう支援をしたらいいということがいえるのだろうか、ということを考えていると思って研究をしてみました。

研究ですけれども、まず、保育園で被災した子どもたちを対象としました。なぜ保育園を選んだかっていうと、保育園のほうが、私たちとしてアクセスがしやすかったというのが一つありますけれども、もう一つは時間なんです。阪神淡路大震災は明け方だったのですけれども、東日本大震災は14時46分頃です。その時間に、保育園の子どもたちは保育園にいたのです。ですから、保育園の先生たちに伺えば、被災時にどんな状況だったかっていうことが分かるだろうということがありまして、保育園のお子さんを対象にして調査を開始し、ここまで毎年フォローしてきました。けれども、ここまで来ると、研究費がなかなか付かないという問題があって、今後どこまで続けるか、本当に危機状態という形です。数年間はお手紙ぐらいで何とかつないで、また研究費を極力取るように頑張ったいというふうに思ってるんですけど、ちょっと今、危機状態というところにごさいます。

研究方法として、暴露因子としては、東日本大震災での被災体験です。そして交絡因子を色々

考えながら研究をしてきました。例えば、東日本大震災がありました、そして、ここの被災関連トラウマがあった、つまり被災地のかたがた、そして三重のかたがた、それに対して、震災前のトラウマ体験がどう影響したのか、あるいは震災後の養育態度、あるいはコミュニティの状態がどういうふうに影響しているのか、というようなことについて見てきました。

岩手、宮城、福島で協力の得られた保育園で、3、4、5歳児クラスに在籍していた子どもたちといっても、震災が起きたのが3月なので、ほとんどが4、5、6歳になっていたということだろうと思います。その方たちが、この研究が始まったのが2年目ですので、2年目以降のメンタルヘルスについて検討してまいりました。これが、ご協力いただいた保育園の、ある所です。実をいいますと、宮城に関しましては気仙沼だけでやりました。1カ所の保育園と1カ所の幼稚園ですけれども、比較的長く見る幼稚園でしたので、そこをお願いしてやっていますし、岩手県はこれだけの地域、そして福島はこれだけの地域で行っています。研究方法ですけれども、各県で決定した調査会場に担当チームが行って、いろいろな、もともと質問書を先にお送りして、送り返していただいておいて、それと面接調査、そして、今回ご発表させていただかないのですけど、生体資料などもときどき加えながらやってきました。

恐らく被災地で質問調査っていうのはいっぱいあったと思うんですけど、今回、私たちが面接調査にこだわった理由っていうのは、このスライドの通りです。質問紙でトラウマ関連のことを聞くと、質問紙で聞かれて反応を起こしたら、どうにも支援のしようがないのですので、被災体験のことは面接で聞きました。また、ナラティブ、つまり心的なストーリーに接近するためには、質問紙だけでは得られないということがありました。それから、通常ではない状態の調査ですから、今までのトラウマ症状で作られた質問紙では限界があると考えました。新たな状態に対しては、こちらでお話を伺った中で、何が問題なのか、何が重要なのかっていうのをもう一回考え直さなきゃいけないかな、というのが一つあります。そしてもう一つ、質問紙でいろんな問題が、誤解があったりするところを面接で補強できるということもありますし、もう一つは、コホート研究っていうのはやはり信頼感が非常に重要ですから、顔を見ながら毎年、「去年どうでした」というお話ができるということがあります。ただし、何より私たちが重要と思ったのは、面接を行うことによって相談に乗れるということです。医者と心理士が、面接の会場には必ず行くようにしました。医者抜きで面接をすることはしないということにして、子どもの心の問題を専門としている医者が行って面接をする、ということをやってまいりました。今でも、本当に3年、4年たっても、そのお子さんのことじゃない相談も含めて、きょうだいのこととかいろんなことでご相談をいただくことが結構あります。ですので、やはりこういうことは重要だと思っています。質問紙調査は、子どもの行動やメンタルヘルスを見るSDQとかCBCLとか、先ほど言いました、子どものレジリエンスということに対する質問紙であるとか、あと、絵を描いてもらったこともありますし、それから遊びの状況もあります。

養育態度についても、この親御さん自身のメンタルヘルスの問題、PTSDの問題、うつの問題、K6というのは、ほとんどうつのことを聞くもんですけれども、あとペアレンティングの問題ですね、養育態度の問題、それからコーピングスタイルであるとか、いろんなことを少し聞かせてい

ただいております。

やはりこういう調査をする上で、質問紙やなんかの調査をするときは、標準化ができてる質問紙ということで、これだけいろんな、選んで使わせていただいております。あと、子ども自身に、もうだんだん大きくなりましたから、小学校に上がってきたお子さんに関しては、お子さん自身に質問紙を付けてもらう。STAI という不安特性尺度であるとか、うつの尺度であるとか自尊感情の問題とかトラウマのチェックリストとか、こういうものも、2年目、3年目には加えるという形でやってまいりました。

面接調査は、初年度は、先ほど言いましたように、被災のことをきちんと聞く、本人にも聞くということをやりましたので、それである意味、精いっぱいでした。2年目は、実は研究の1年目、被災後2年目なんですけれども、その頃、海外のかたがたとシンポジウムを持つ機会がありまして、海外のメンタルヘルスの専門家の方たちが、やはりきちっとした診断をやったほうがいいんじゃないかということのご示唆をいただきました。そこで、2年目はその面接の中で、MINI という構造化面接をさせていただきました。構造化面接の子ども用、MINI-KID と、それから親御さんには MINI をさせていただきました。これは、何回か、日本版の MINI-KID と MINI を開発してくださった先生に来ていただいて、トレーニングを受けて面接をするという形で行っております。3年目は、もう一度、PTSD の評価を、UPID というのを使ってきちっとやるとか、いろんな他のものも組み合わせさせていただきました。後でちょっとお話しします、社会的なつながり、ソーシャルキャピタルということについても調査をさせていただいております。

これまでの調査結果ですけど、これは当然のことなんですけれども、被災によるトラウマ体験ということに関しては、これだけの大きな体験をしたお子さんたちであったということです。津波の目撃だけじゃなくて、津波で流される人を目撃したのかどうか、火災を目撃したのかどうか、ご遺体を目撃したのかどうかということについても聞かせていただいております。

震災2年目における、子どもの CBCL で見た問題行動の割合というのは、やはりかなり高いという結果でした。これはいろんな所で発表もしてきました。このスライドのような形で論文にもさせていただきました。ただ、ではそれが、どんな要因があるのかということを見るときに、震災前のトラウマ体験がどのぐらい影響しているかということで、震災前のトラウマ体験も聞いております。約半数の子どもたちが、ある程度のトラウマ体験といえるもの、身近な人が亡くなったとか、あるいは重大な病気になったとかそういうことを含めて、別れて暮らすことになったとか、含めてそういう体験をしておられるお子さんがおられました。

震災前のトラウマ体験と子どもの問題行動を比較してみますと、震災前のトラウマ体験がない群に対して、2倍から3倍、そのメンタルヘルスの問題が見られる、CBCL で、内面的、外交的、総合の行動問題があるということになりました。つまり、震災前にトラウマがあった場合には、震災があった後、気を付けなければいけないということになるのだらうと思います。これ見ていただければ分かるように、対象児では、この前のトラウマがあったかどうかというのは、子どものメンタルヘルスに大きな影響はないのですけれども、トラウマがあったお子さんが、震災という新たなトラウマを体験したときにいろいろな問題が起きてくるということになるのだらうと思



います。結論としては、震災2年後には子どものメンタルヘルスの問題が有意に多くて、過去のトラウマ体験というのが大きく影響をしていたということがありました。

そして、問題行動の経年変化です。大体、追跡率が、70パーセントぐらいの追跡ということなんですけれども、その中で、震災2年目には大きかったものが、当然、震災3年目には、だんだん問題行動は落ち着いてくるということになります。依然、通常の1.3から1.5倍ぐらいのお子さんたちが問題を呈していたということになります。では、持続すること何が影響しているのかというのを見てみると、先ほどの、やはり震災前のトラウマ体験というのが一番大きな影響があります。でも、それに加えて、津波で流されている人を目撃したとか、そういうトラウマ体験も多少、影響があったように、結果としては出てきておりました。

構造化面接の結果です。先ほど言いましたように、MINI-KIDを用いて、例えば子どものうつですと、こういうことがありましたかって、全員に同じように聞いていって、あった人にはこう聞く、とかっていう形で聞いていくわけです。もう一つ、自殺の危険性というのは、今までにこういうことがありましたかと聞いて、一つでも「はい」があった場合には、「死んでしまいたいなんて思ったことありますか」というようなことを聞きます。ここに書いてありますように、危険度では、今回、幸いなことに、危険度が中等度、高度の方はおられません。おられたら介入しなきゃいけないんですけれども、死んでしまいたいと思いましたがという程度でした。お子さんでも「死んでしまいたいと思うことがある」、お子さんが一般より多く見られました。うつもちょっと多かったです。CBCLでも自殺のことは聞いています。ただ、CBCLというのは、親御さんが付けてますから、やはり、実際お子さんに聞くよりは少ないと思いますけれども、自分を傷付けたか自殺について話すというのはどのぐらいかというのを見てみると、なぜか分からないんですけど、研究の2年目のほうが多くなっています。これは、有意差はないんですけれども、やはりちょっと多くなってきているということは、要注意で見ていかなきゃいけないのかなというふうには思っています。死のことを考えてしまう子どもにどのような子どもが多いのかというと、やはり震災前のトラウマ体験が影響しているという形になっていました。

私自身、先ほど言いましたように臨床家ですので、「なぜ？」だ、と思うわけです。1、2、3年生ぐらいで、死という概念がどう認知される時期なんだろうということを考えてみる必要があるんじゃないかと思いました。死という概念を分かるためには、死の終焉性、非可逆性、普遍性、そして、誰かが悪くて亡くなっちゃうんじゃなくて、物理的な因果関係で亡くなるとか、こういう認知ができるようにならないと、本当に死ということが理解はできないんです。一般的にいわれているのは、10歳、11歳ぐらいになると、大人の死の認知になるだろうと考えられています。小学校の低学年の頃というのは、徐々に変化してくる時期です。幼児期には割と、亡くなった人に会いに行ったら戻って来れると思ってる子が多いんですけれども、学童期に入ると徐々にいろんなことが分かってくるんです。だから普通のお子さんでも、中には、お母さん死んじゃうのではないかって急に気付いて、「死なないでね」とか言い出す子どもも結構いるんです。そういう時期に当たるんです。そういう時期に当たるお子さんが、今の現代の社会の中では、死というのは病院で起こるもので、自分たちの生活とは無関係で、周りに死ぬ方はほとんどいないっていう生活

がなされている子どもたちが、突然この東日本大震災で、知り合いで亡くなった人がいるとか、あるいはもう身近で本当に亡くなったかたがたがいっぱいいた、というようなことが体験されてしまった。ここにも少し書いてありますように、今までの調査研究においても、やはり一般のお子さんと、死を体験したお子さんたち、例えば昔の研究ですので、白血病の病棟にいて、割合にお友達が亡くなっていくのを体験したお子さんたちでは、やっぱり死の概念の捉え方が違うということが分かっているんです。そういうことを考えると、そういう体験をしてしまった方がそういう時期に当たって、死というものがかなり身近になのではないかと思います。

これは今後への、私のクエスチョンなんですけど、どうなっていくんだろうかと。つまり、ある意味、被災地じゃない所で暮らしている私たちとしては、死は遠いものなわけです。それが、多分、恐らく100年ぐらい前はもっと身近だったんでしょうけど、それと同じように身近になったお子さんたちがどんなふうに育っていくのかっていうことを見ていかなければいけないんだろうなと思うのです。もしかしたらそれが、いい方向に出るのかもしれない。全然関係ないものと思っていた死というものが、そうではなくなる体験があり、でもそれを乗り越えてきて、こういうもんなだと自分の中でできてくるのが、ある種、Post Disaster Growthにつながってってはいくれないか、ということが私の期待です。そんなことも考えながら、このデータを見ていました。

親御さんの精神疾患ですけれども、これに関しても、やはりうつはどうしても多くなります。自殺の危険も多いのですが、3年目の福島は特徴的です。アゴラフォビアといわれる、広場恐怖が多いのです。やはり、核災害の問題であったということが、どこか影響してるのではないかなというふうに思います。広場恐怖っていうのは、人混みが多い所とか、電車とかデパートとかそういう所に行くと、パニックになってしまうような、そういう障害なんですけれども、そういうことが多く見られていたということになります。全体としては、親御さんの精神疾患と子どもの問題行動というのは明らかに関係があったということになります。

そして、では一体、何をすればいいのかということに繋がる研究をご紹介します。まず一つ目が、ソーシャルキャピタルの問題です。すいません、これ、私、新幹線の中でスライドを調整していたのですが、日本語にならなくて、ここだけ英語で申し訳ないんですけど、Social CapitalとしてSocial Trust(社会的な信頼)、Mutual Aid(相互扶助)、それからCommunity participation(コミュニティーの活動への参加)に関して聞いています。Exposed Areaというのは被災地です。Control Areaというのは三重県です。三重県はほとんど変わらないわけなんですけれども、被災地では、社会的な信頼や相互扶助は干下がっています。ただ、有意ではありませんけど、若干下がりが見られたということがあります。子どものメンタルヘルス、CBCLに何が関係あるかということ、震災前のSocial Capitalはあんまり関係がありません。ところが、震災後の地域との関係性を見てみると、社会的な信頼感、つまりコミュニティーのかたがたに対する信頼感があるときのほうが、CBCLで問題行動が少ないのです。つまり、被災地では、信頼感の問題によって問題行動はかなり大きく影響される。被災地じゃない所はあまり影響ないんです。

もう一つは、相互扶助はCBCLの、これは内向尺度、外交尺度ともに影響があって、被災地だと、

そういう内向尺度、外向尺度、ともに関係があるんです。被災地でない所では関係がない。ですから、被災した所ほど、地域との関係性というのをしっかりと観察し、作っていかなければならないということになるんだろうと思います。

Social Capital として、今言いましたように、被災地では、被災後のコミュニティーへの信頼や相互扶助を重視する必要があるだろうと思います。活動への参加は余り大きな影響はありませんでした。被災後の人間関係の信頼感の醸成とかコミュニティーの早期の回復ということが、やはり重要なのではないかというふうに思われました。

次に、親の関わりと問題行動です。アラバマのスケールで、親御さんの養育の問題が、積極的な関わりがあるとか肯定的な養育があるか、子どもの状況をどのぐらい把握しているか、一貫的ではないしつけがないか、あるいは体罰がないかというようなことを聞いています。そのことを聞いた、次の年のお子さんの CBCL がどう変わったかということで見ていきました。そうすると、CBCL の総スケールに影響するのは体罰だったのです。体罰以外はあまり大きく関係していませんでした。つまり、体罰があるほど子どもの問題行動が大きくなっていました。モデル 2 というのは、もともと問題があったとかそういうものを全部、調整した結果になります。体罰というのはこの年齢では大きいのではないかなと思いました。もっと小さい、乳児さんあたりだと、関係性とかアタッチメント、つまり守られるとか、そういうことのほうが影響するんだろうと思うんですけど、幼児期から学童初期だと、体罰なのかなというふうに思います。体罰ってというのは非常に大きな問題だというのは、国際的にいわれていて、実は日本は、国連から日本は体罰を容認しているだろうと指摘され続けています。体罰禁止で成功した国は結構あるのです。CBCL の外向尺度にも、体罰の問題が大きく影響していました。やっぱり被災後、親御さんもイライラします。いろんな意味でイライラする中で、体罰ということを避けるような支援をしていくっていうことは、大切なことだと思いました。

次はレジリエンスです。子どもたちの抵抗力を高めるのに、親の養育がどのぐらい影響するかということについて見てみました。2012 年、被災 2 年目の親御さんの養育態度が、その次の年、そして、その次の年の子どもの抵抗力の醸成にどのぐらい関わっているかということで見ました。このスライドは、養育が 1 単位悪くなると、どのぐらいレジリエンスが醸成されることに影響するかというのを見ているのですけれども、全ていろいろと関係はしてきます。これ、次の年です。25 年、26 年を見てみると、のイメージなので、統計学的にいうとどうなのか分かんないんですけど、この色が被災地です、青が三重です。被災地のほうが残っているように見えます。全体に。体罰にしても何にしても、被災を受けた所で、そういう養育の態度の問題がより影響をしてくる可能性があると思います。ですので、総スコアが高いほどレジリエンスが低かったということと、被災地での体罰、一貫しないしつけ、そういった養育の問題が高いほど、レジリエンスのスコアが有意に低かったということになります。被災地でもそうじゃない所でも見られたのですが、どうも 2 年目、3 年目ってだんだん見ていくと、被災地のほうが、その影響が残っていくのではないかと示唆されてるのかなと思います。今後見ていかないと、これは分からないところだと思います。

次に、親御さんのメンタルヘルスとレジリエンスについて見てみました。2012年の親御さんのメンタルヘルスが、次の年のお子さんのレジリエンスにどういうふうに関係してきたのかを見ています。そうすると、コントロール対象のほうではそうでもないのですが、被災地では親御さんのPTSD症状が、お子さんのレジリエンスを高めることに負の影響がありました。親御さんにPTSD症状が続いてるときに、子どものレジリエンスが有意に低いということが分かってきました。ですので、やはり親御さんへのケアというのは本当に欠かせないものだと思います。

まとめると、震災から数年たっても一定の割合で、メンタルヘルスの問題があると思われる子どもがいて、そして過去のトラウマ体験が、少なくとも震災後2年、3年、4年のあたりでは影響していて、しかも、お子さんの症状の持続に影響するということが分かってきました。そして、縦断的に追跡してみると、親御さんの養育態度とかソーシャルキャピタルの問題、そして親御さんのメンタルヘルスの問題というのが、お子さんの問題行動やレジリエンスに関わっているということが分かってきました。こういうことを生かして、今後の支援につなげていければと考えています。

最後に、面接をしてきたことで、会場まで足を運んでくださったお子さん、ご家族、そして保育園の先生がた、あるいは関わっていただいた保健師さん、その他、全てご協力いただいた方に深く感謝したいと思います。どうもありがとうございました。そして、また今後とも関わりは続けていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。ありがとうございました。ご清聴ありがとうございました。

## 福島県の報告 こどもの心の健康

福島県総合療育センター・福島県発達障がい者支援センター 増子 博文 先生

増子 発表の機会を与えていただきました、呉先生、奥山先生にお礼申し上げます。私は、福島県の報告ということで、今回の班研究で、三重県のコホートを長尾先生に作っていただきましたけれども、それは半構造化面接をされて、非常にきちんとしたコホートを4年間にわたって作っていただきまして、福島県の県民健康管理調査と比較する上で、非常に貴重な対照群を与えていただきましたので、そのお礼を述べるとともに、福島県で行われました、県民健康調査の結果と、今回の呉班のコントロールの結果を比べるという見地からご報告させていただきます。併せて、私どもの日常臨床の中で、疫学的なものではなくてナラティブな面で、どのように日々の臨床実感を持っているかというところを、多少お話しさせていただきたいと思います。

県民健康調査ですけれども、これは、避難を余儀なくされた全住民を対象として現在も行われている、福島県が行っている県民健康調査。これは身体、大人、子ども、含めて六つくらいの分野に分かれまして、総合的な健康調査を行っておりますけれども、今回はそのごく一部の、心の健康度の、さらに子どもの部分を、今回得られました対照群とコントロールと比べるということでお話しさせていただきます。全避難住民は21万1891名、これは大人と子どもを含んだ、当初の放射能被害による避難者の総数でございます。そのうち、中学生以下の子どもの合計は、2万

9585名であります。これが、福島県で現在も行っております、心の健康度生活習慣に関する調査の、子どもの分の母集団でございます。質問紙を送付いたしまして、質問紙はSDQという、ご承知の方、多いと思いますけれども、質問紙を送付いたします。さらに、生活習慣についての質問項目、および自由記載をしていただきます。支援基準は、SDQの得点が16点以上、または自由記載を、全部の文面を読みまして、緊急性ありと判断した対象者に電話支援を行います。電話支援で、さらに直接の面接を必要とするか否かを、専属の臨床心理士、保健師、看護師が判断いたしまして、面接が必要であると判断された場合に、登録された医師が面接を行うという、そういう流れであります。最終的に、より専門的な治療が必要であると判断された場合には、福島医大の、こどもの心診療センターを紹介すると、そういう支援付きの調査という位置付けであります。

SDQについては、今ほど奥山先生からお話ありました、CBCLはSDQと強い相関を持っておりますけれども、SDQのほうが、より簡便な、質問項目が少ないもので、より多数者に対してSDQを送付したという次第であります。SDQは、厚労省のホームページからダウンロード、自由にする事が許されておりまして、研究調査でもダウンロードして使ってよいという文言がホームページに記載されてございます。

ここに、SDQの全ての項目が書かれてありますが、ホームページご覧になりますと、同じものが出てまいります。特徴は、上の25の項目からなっておりますけど、上の5項目だけを抜き出しますと、一番上は、他人の気持ちをよりよく気遣うという、子どもの強みを聞く項目と、落ち着きがなく長い間じっとしてられないという、弱い項目と、強さと弱さを両方聞くという形態になっておりまして、強さと困難さアンケートというふうに訳されております。

標準化の問題であります、わが国におきます、標準的な研究は、これまでマツイン先生の研究が、一つだけしか、私ども探せなかったんですが、4歳から12歳までの2899名で行われています。16点以上あると支援が必要であるという形で、従来、9.5パーセントがカットオフとされておりましたが、今回の研究班では、保育園児、3歳から5歳児のみを対象にして行いましたところ、全て母児面接を行いまして、MINIによる半構造化面接を行い、精神医学的な健康を児童精神科医が保証したという、そういう対照群が得られました。82名の対象児で、16点以上の割合は6パーセントでありました。この6パーセントを、今回の県民健康調査に当てはめると、これが結論であります。福島県の2011年の、支援を要する子どものSDQ16点以上で見た割合は、21.1パーセントでありました。実際にはこの他に、ナラティブな側面で支援を要するという方がこの他にありますので、これはあくまでもSDQだけで見たときの要支援児ですけども、21.2パーセントが支援を要する子どもであったと。これは、三重県のコントロールに比べまして、3倍を超える数字でありました。1年後に行った、同様の結果では、母集団は大変減っていますが、15.3パーセントと、なお2倍を超える要支援児がおりました。

性別について解析しますと、2011年では、男児と女児を比べますと、有意に男児が多い結果が得られました。これ、栗山先生の、先ほどのアトピー性皮膚炎のご発表で、男児が多いという結果と、ある程度関連性があるのではないかと、私は個人的には伺っておりました。2012年も同様に、男児のほうが多い傾向であります。

年齢別に見てまいりますと、未就学のほうが支援を要する割合が高くて、中学生になるに従って減っていくという傾向が、2011年、2012年ともに認められております。従いまして、今まで考えられていたよりも、SDQのコントロールの値は、未就学ではより低いはずなんですけれども、本調査ではもっと高い、県民健康調査では高い値が出てきたというわけでありまして。

まとめますと、PTSDは本来、時間経過とともに解約するということがいわれておりまして、SDQの結果は回復傾向を示しておりますけれども、それでもなお、今回の班研究で得られたコントロールの2倍以上の要支援児を2年目でも示していたと。ここでお示しませんが、3年目では、中学生においてリバウンドが見られまして、悪化傾向を認めております。遅発性の例が存在するのではないかと、今、懸念していただいております。

県民健康調査では、初年度調査では、被災してない地域の2倍以上の要支援児があった。次年度には減少傾向を示しましたが、なお高値に留まっております。思春期に近づくほど、支援を要する割合が、SDQで見れば減少してまいりました。

これはちょっと余談で大変恐縮ですけど、毎年出ささせていただいてるので、今年も出させていただきます。これ、私の、うちの猫なんですけれども、平成23年6月7日誕生という、震災から3カ月目くらいに生まれた猫なんですけれども、無事に生まれるかどうか、私、個人的には心配してたんですが、幸い、非常に元気な猫が生まれて、私はほっとした次第であります。あまり上品な猫ではなくて、外を自由に歩き回って、雨水を飲んだり土足で地面を歩いてるので、比較的、放射線量の高い環境にばく露されてたはずなんですけれども、元気に生まれました。この猫の妊娠期間は一般的に2カ月だそうで、4月7日くらいに受胎してますので、全ての妊娠期間を震災後に過ごしたんですけども、元気だったということで、これがG1でございます。G2です。G2は25年の6月に生まれまして、元気に生まれたということです。G2が母になって、孫のG3が生まれました。今、G3はうんと大きくなっていて、これはG1ですけども、このくらい大きくなってます。5年たちませんが、G1はすでにおじいちゃんになっています。

自験症例の提示を若干させていただきます。これは2歳の女兒で、幼児のPTSDを観察するときに、母の観察力が問題ではないかということをお考えさせられた例であります。先ほどのご発表で、言葉として不安を訴えることが子どもさんに少ないというご経験が紹介されたと思っておりますけれども、私も全く同感して聞いておりました。2歳の女兒でありますけれども、震災後、怖がるようになって、怖がるのが1年以上続いていると。例えば、カーテンが風で揺れると怖がって、母の手を強く握り締めるようになった。しかし言葉での表現はないということで、それ以外の日常生活に変化はありません。ここでのポイントは、言葉で不安は決して訴えないけれども、観察力のあるお母さんは、震災の後から、風が吹くと手を握り締めるようになったという、行動のレベルでは変化があるということで、非言語的な不安の表出ということで、強く印象に残った例であります。

次は、身体化の例でありますけれども、6歳の女兒で、心身症の円形脱毛ですが、震災後3日目に、眉毛が塊状に脱落いたしました。これは放射能の影響ではなくて、屋内でちゃんと保護された環境で、被ばくしない環境にいた子どもさんでありますけれども、この方も、言語での不安表出は認められませんでした。この3日間、お母さんが職業上の理由で児と分離しているとい

う、わずか3日間の分離なんですけれども、3日だけでも円形脱毛が起きるんだなという、こういう急性発症を身体症状として表現した例を経験いたしました。

3例目は男児同胞例（小学生）ですが、元来、健康な母児だったんですけれども、同胞2人ともに爪かみとイライラが出てきたと。この方は原発から数キロで、避難1カ月後にお母さんがうつ病を発症して、現在も治療中であります。もともと発達障害もなく社会適応は良好だったんですけれども、お母さんのうつ症状と子どもの習癖異常とイライラが、関連がある可能性がある。入眠時の恐怖体験と入眠困難があるんですけれども、特徴的なのは、この体験をお母さんに言えないということが非常に印象的でありまして、自分自身が悩んでいる、あるいは恐怖体験を、お母さんがうつ病なのでお母さんにしゃべれないという、そういう、言語を封じられた状態で行動化が起きているという、そういう症例を経験いたしました。

これも似たような症例であります。13歳の女兒であります。避難を余儀なくされて、現在、3カ所目の避難所であります。お父さん、お母さんが別居されまして、お父さんが離職いたしまして、不登校で1日中、布団に入っている。声が気になるという、こういう形の、暴力とかそういう問題行動ではなくて、引きこもりの形の、少し目立たない形の問題行動が目立つような印象を持っています。

最後のまとめであります。最近の臨床像の特徴、単なる印象でありますけれども、SDQが全体としては減っている。しかし、SDQに反映されにくいような状態は減っていない印象があると。特に、多動、暴力、暴言のような目立つ症状よりも、目立たない症状、解離、抑圧、身体化、引きこもり等が影像化しているかもしれないと、これは今後の検討が必要かと思われます。

最後に描画の問題、これも今後の課題と思っておりますけれども、思春期にいたりまして、お母さんから問題の訴えがない例で、この子は何も問題がないとお母さんが訴えられるお子さんの中で、描画の大きさが極端に小さい傾向が見られ始めた。これは連続3症例くらい、絵が小さい人ばかりが続いたということがありまして、注目いたしましたけれども、もしかすると、こういう症状評価尺度では捉えられない部分が、描画ないしナラティブの調査によって明らかになる可能性があるかもしれないというふうに考えております。以上です。

## 被災後の子どものメンタルヘルス～岩手県調査といわてこどもケアセンター診療実績から～

岩手医科大学神経精神科学講座・いわてこどもケアセンター 八木 淳子 先生

八木 岩手医大精神科の八木と申します。呉先生、奥山先生、このような機会を与您いただきまして、ありがとうございます。私のほうからは、奥山先生から、岩手の調査と、それから臨床的なお話をとということでご指示がありましたので、少し臨床的なことが中心になる部分もありますが、お伝えしたいと思います。初めに、私が子どもたちのケアをやっている、いわてこどもケアセンターについて少しご紹介した後で、岩手県の調査の結果などもお伝えしたいと思います。いわてこどもケアセンターというのは、震災後に心のケアを行う、岩手県内のハブ施設として、岩手県からの委託事業ということで、岩手医科大学が運営しているものです。岩手県は、児童精

神科医療の人材が非常に不足している、全国的に不足している中でもさらに不足している県でありまして、そういった中に、こころのケアを担う施設をということで、県からの委託事業で震災から2年目に開設された、県内では初の児童精神科専門の医療施設ということになります。

われわれ、ケアセンターがどんなことをしているかということ、われわれの取り組みとしては、東日本大震災後の子どもの心のケアをするわけですが、やはり医療機関としての機能として、診療、そしてTF-CBT（トラウマフォーカスト認知行動療法）などの、トラウマ専門療法なども行って、いわゆる「要治療」の子どもたちに対応するということです。それから、市町村や児相など、相談機関と協同しまして、コンサルテーションや機関連携を進めていく、いわゆる「要支援」、患者さんというレベルにはならないかもしれないけれども、支援を要する子どもたちに対応していく。そして、学校や地域と連携をしながら、啓発活動や支援者支援を進めていく。その中で、大学の組織でもありますので、研究活動を進めていくという中に、今回のコホート調査なども含まれています。全ての子どもたちを見守っていこうというのが、われわれのミッションというふうに考えてやってきました。スタッフの配置はこのような形で、多職種のチームを編成できるようにしています。

センターの一つの特徴として、震災以前は岩手県の沿岸地域には、子どもの心のケアを担う、いわゆる専門機関というのはなかったわけですが、われわれの中央センターから週1回の巡回診療を行っています。中央センターに全県の診療予約の受け付けを集約するという形で、沿岸地域に専門のスタッフがチームを編成して週1回出掛けていくという形で、沿岸地域の、県立の基幹病院の中に、ブランチを置かせていただき、各地域の担当医師は原則として変わらないという形で続けています。必要に応じて、先ほどご紹介したような専門療法を中央センターでやっていくという形にしています。

さらに、大学と県立病院を、こういったテレビ会議システムで結ぶと、これも別の研究の一環で設置されたものですが、その中で、現地の小児科医の先生方と診療協力をしながら、われわれが週1回しか行けない間の残りの6日間を、小児科医の先生がたに補完をしていただくという形でケアを進めてきました。

こんな形で多機関連携を進めながら、ケアの体制づくりということを進めてきたわけです。

これまでの診療実績ですが、2011年6月から、県が設置した、いわゆる、子どもの心のケアセンター、沿岸地域に設置したケアセンターで見られていた、相談のあった件数と、それから25年の5月にわれわれのセンターが開設されてからの患者さんの数というのは、明らかに増える一方なわけですが、左側の、述べ受診件数の年齢別の区分を見ていただくと、震災のあった年、そして次の年というのは、未就学児、そして小学生が非常に多かったわけですが、われわれのセンターが立ち上がって、それから3年目、4年目と経るに従って、中学生、高校生の受診者の割合が多くなっていったというのも一つの特徴です。あくまでも、われわれのセンター、それから、子どもの心のケアセンターを引き継いでの傾向に過ぎませんので、限られた部分かもしれませんが、全県を網羅しているという点では、一つの意味のある結果なのかなと思います。この辺が、先ほど奥山先生も増子先生もおっしゃっていましたが、年齢によって震災をどう



受け取るかということと関係してるのではないかなというふうに、われわれの臨床的な実感としては、考えています。この、震災から3年目、4年目に中学生、高校生となった子どもたちというのは、震災当時、小学校高学年、例えば5年生、6年生ぐらいだったわけで、起こった出来事はほぼ大人のように理解、認知はするけれども、それがどういうことなのかということ、彼らの価値観をもってどう理解したかということは、大人とはまた違っていたんだなあということ、あらためて感じるケースとの出会いが最近も続いています。「頑張ろう〇〇町」といったものを、心底真に受けて一生懸命頑張ってきた子どもたちが、3年たっても4年たっても何も変わらないじゃないか、というような思いから症状化しているケースが非常に目立っているというのが、われわれの印象です。

いわてこどもケアセンター設立1年目、2年目の、震災後3年目、4年目の新規患者さんの診断分類を、ICD-10で見てもみますと、やはり平成25年、震災から3年目というのは、まだまだこのF4という、右のほうに診断分類、書いておきましたけれども、いわゆる神経症圏ですね、PTSDやストレス反応などのストレス関連障害を含むF4の患者さんが、まだまだ非常に多いという状況でした。それから次の年、26年度になっても、まだまだF4圏の患者さんがたくさん、多いという結果ですが、それに加えてF9、F8、F7の、いわゆる発達障害圏の患者さんが増えてきているということも、一つの特徴だと思います。

この2年間の患者さんのことを、沿岸と、それから非沿岸被災地群というふうに分けて比較してみました。19歳以上の患者さんは除外して、こどもケアセンターを受診した、ちょうど500例の18歳以下の患者さんで見ました。沿岸被災地の定義としましては、発災時に津波被害のあった沿岸被災地に住んでいた症例を、沿岸被災地群とすることにして分けてみると、こんなふうになりました。性別は、沿岸被災地群も、それから非沿岸被災地群、内陸部からの患者さんも男子が多いので、ほぼ変わらなかったのですけれども、年齢は若干、被災地の人たちのほうが有意差をもって高かったという結果が出ています。

それから、地域別に被災地と非被災地ということで見てもみますと、やはり沿岸被災地群でF4が、いわゆるストレス反応やPTSDを含むF4圏が明らかに多いという形になっています。非沿岸被災地群では、自閉症やADHDなどの発達障害がやはり非常に多い。われわれの施設は一般の児童精神科クリニックとしての性質も持ちますので、どうしても内陸部の患者さんはそういった方が多くなるという形でした。

発達障害にひとつ注目して見てもみますと、500例のうち、主診断もしくは従診断で発達障害とついた症例259例を、沿岸と、それから非沿岸に分けて見てもみますと、こんなふうになっています。沿岸被災地群では、圧倒的に自閉スペクトラム症が多いという結果になっていて、このほとんどが、いわゆるDSM-4でいえば、PDD-NOSで、いわゆる高機能群でした。いわゆる自閉症の中核群がすごく多いということではなくて、むしろ、いわゆるアスペルガーだとか高機能自閉症、非定型といわれるレベルの人たちの顕在化というのが目立つ形になっていました。

ここまでを一度まとめますと、震災後3年目、それから4年目の診療から見えるものとしては、震災後数年を経て、沿岸被災地での中学生、高校生の受診が増える傾向にありました。被災地で

は依然としてストレス関連障害の割合は高い。それは今年（5年目）も臨床的な実感としてはそういうふうになっています。それから、年を追うごとにストレス関連障害の割合は確かに減っています。対照的に、発達障害の割合が増加していて、震災によるストレス反応そのものよりも、本来の発達特性の問題ですとか家庭の問題ですとか、そういったことを反映した、日常的な問題が主となる兆しが、4年目、5年目では出てきたなあというのが、われわれの実感ではあります。

沿岸被災地においては自閉スペクトラム症の割合が、発達障害の中で比べますと、その割合が非常に高く、それらの多くは高機能群でした。復興の遅れ、ストレス状況下での生活の遷延というものが、やはり脆弱性を持つ子どもに影響を及ぼしている可能性、その一側面を表しているのかなあというふうに考えています。時間がたつにつれて不適応が顕在化して来るケースの中に、やっぱり発達障害が絡んでいたのだなあということを実感させられるケースが、3年目、4年目で、臨床の現場では確かに多くなっているなというふうな印象です。

ここからは、岩手県のコホート調査の結果から、お伝えしたいと思います。主に全体の結果のことは奥山先生がお話くださったので、われわれは、子育て相談から見えるコホート調査の心のケア機能ということに焦点を当ててみたいと思います。まず、これは奥山先生も出してくださったソーシャルキャピタルに関することですが、いずれもさまざまな評価尺度を用いて算出した結果なんですけれども、奥山先生がおっしゃっていたように、「地域への信頼」という、お母さんがその地域に信頼を寄せているかどうかということが、お母さんのメンタルヘルスにはいい影響を与える、メンタルヘルスを良くするというほうに働くわけですし、その他のさまざまな要素は、結果的には、お母さんのメンタルヘルスの問題があれば、子どものPTSD症状やそういったものを介して、子どもの問題行動を悪化させるという結果だったわけで、地域の人々のつながりと信頼関係が、母親を支え、子どもを支えるんだということを実感させられる結果だったわけです。有意な関連性がなかったのでこの中には載せてはいないのですが、「(母親が)実際に地域の何かに参加したかどうか」ということは母親のメンタルヘルスには関連がなく、「地域を信頼している」ということが、こういうことに関係しているということが分かったんです。お母さんたちが地域の何かに実際に参加しているかどうかということは、この構図方程式モデルの中には、関係性としては出てこなかったということで、いかに「心理的な信頼感」というものこそが大事かということがわかります。

それを踏まえて、われわれの、岩手県での調査のフローですけれども、保護者、そして子どもに調査をするという流れの中で、親御さんに対しては、2年目からは子育て相談という枠を別に設けて、調査とはちょっと別に、面接調査の中で相談したいということが出てきたお子さん、あるいは親御さんに関しては、児童精神科医が子育て相談に応じますよということで、やってきました。この子育て相談の中で、明らかに支援が必要そうだなというお子さんの場合には、いわてこどもケアセンターの精神保健福祉士が電話でフォローアップをするというシステムです。そして、もうその時点で何らかの相談機関や医療機関につながったほうがいいなというケースは紹介する、という仕組みを取りました。

そういった子育て相談の枠組みの中で、まず、相談したいという希望者の割合ですけれども、

ちょっと母数が減っているのも何とも小さい数ではありますが、調査2年目は、91組の親子のうち23件が相談したいという申し出がありました。24年（震災から2年目）がベースラインなのですが、調査3年目は大体30パーセントぐらいの親御さんが相談したいということがありました。今年、まだNが49ということで（ちょっと今年は、本来ですと今頃はまだ調査をしてる時期だったんですけど）、現時点では49という中では、33パーセントが相談したいということで、有意差が出てるわけではないんですけども、相談したいという人は決して減っていない、むしろ増えてるのかなあというような印象です。

25年の段階でどんな相談が多かったかということ、子どもさんの症状に関していうと、指しゃぶり、爪かみですとか、落ち着きがないとかかんしゃく、身体症状、やる気が出ない、といった、いわゆるストレス反応の子どもの出方ということで納得できるかなという症状が多くて、お母さんのほうも、情緒不安定だとか抑うつが強いということ（一般的なストレス反応）で相談されていたと。こういったケースが要フォローアップとされた例です。

本年度（27年度）ということで見えますと、要フォローアップとされたレベルでの相談ですと、言葉の遅れですとか、それから多動、チック、あとは集団になじめないといった、いわゆる発達の遅れに関する気付き、悩みということが多くなってきたなあ、相談の場でもやはりそういうふうな、日常的な問題にシフトしてきたのかなという印象はやはりあります。それから、もともとの持病のことを相談したい、心配している、というようなこともありました。お母さんのほうの、保護者のほうの問題としても、やはりもともとの精神疾患が増悪したことだとか、あるいはきょうだいの養育、あるいは家族の問題について相談したいというようなことが増えてきて、お母さんのストレス反応そのものを相談するというよりも、やはり日常的なものに移ってきたという印象があります。ですけれども、やはり先ほどの、沿岸被災地群というふうに厳密に考えてみますと（われわれのコホート調査の中では、内陸部で調査している群と、それから、本当に厳密な沿岸被災地群に分けられるのですが）、やはり沿岸被災地群での根強い養育不安がより多いという結果でした。

ここでちょっと事例を紹介します。被災当時、保育園の年中の終わりの5歳だった男の子です。2歳の弟と共に保育園で被災をして、地震で園舎の一部が損壊しました。園舎の間際まで津波が到達して、高台に避難しました。両親とは連絡が取れず、いつも送り迎えをしていた、母方の祖母の家も被災して、地域の主要道路が分断されて迎えに来られなかったという状況でした。父方の祖父母が急きょ迎えに来て、父方の実家で生活するようになります。母親の安否は分からないまま2カ月が経過した。発災から3カ月目に、この子が、あの辺にお母さんがいるんじゃないかと予測したとおりの場所からお母さんの遺体が本当に見つかる、というような経験をしている子どもです。ちょっと詳細は省きますが、コホート調査の1年目に、この子はずっと、父方のおばあちゃんになかなかなじめなくて、お母さんのことを口にすることも泣くこともなく、淡々と過ごしていたというお子さんでした。それを、調査の会場で会った、保育園の園長先生やスタッフが心配して、面接調査の場でわれわれに相談をしてくれた。当時の「子どもの心のケアセンター」に相談なされて、非常に過剰適応気味であるし、解離症状も見られるということでフォローアッ

ブされたケースです。

この子、Kくんに対しては、調査においては同じ面接担当者が4年間とも担当しました。調査2年目では、面接の場で、「お父さんが帰ってこなくなるかもしれないから心配」っていうことをこの子が訴えまして、どういったことだったかといえますと、父が職場を出る、5時から夜7時までの間に、数十回にわたりお父さんの携帯電話に電話をかけ続けて、無事かどうか、必ず帰ってくるかを毎日尋ねていると。この症状が2カ月にわたって続いているということで、母方のおばあちゃんのほうが心配して、子育て相談を希望されて、その場で子育て相談をしました。それで、われわれのケアセンター受診という形につながったケースです。そこでフォローアップ（診療）をされて、症状は軽快していきました。

同じ調査3年目の面接では、友達のことや学校のことに加えて、お母さんがいなくなって寂しいと感じることを、この場で初めてこの子は自分の口で語りました。それから、「お父さんが帰ってこないかも、とは思わなくなった」と、自分では言っています。母方祖母からの子育て相談の希望がありまして、「以前ほど父親には電話をかけなくなった。それから、（母方の）おばあちゃんに電話をかける回数も減った。学校の友達とは遊びたがらないことがある」というようなことが相談されて、われわれからは対応についてアドバイスしたりしました。

4年目、今年ですけれども、お母さんの遺体発見時のこと、そして、震災当時のことなどを取り乱すことなく振り返って語ることができました。これまでに聞いたことがないような、詳細な、こんなことがあったんだよということをお話ししていました。子育て相談では、お母さんのお骨のことですけれども、『お母さん、おうちに帰ってきたでしょう』ということ、この頃言うようになったんだよね」ということを祖母から伺いました。だいぶ落ち着いてきているけれども、父親の帰宅時間は実はやっぱり気にしている。それから、叱られるとすぐ泣くことが増えてるような気がする、ということが話されました。また、この子には弟がいるんですけれども、弟はこの頃になってようやく、というか初めて、「僕にはママがいない」ということを口にするようになったということを相談していかれました。

このコホート調査をしている意味ということを考えてみますと、先ほど面接をする意味ということをお山先生のほうからお話がありましたけれども、非日常が日常になりつつある被災地において、地域全体を、不安や疲労感、それから、心理的なストレスが高い状況というのが常態化している中で、潜在するメンタルヘルスの問題、先ほど増子先生もおっしゃっていましたが、目立たない症状の子ども、人に迷惑を掛けない子どもの症状というものが見逃されている可能性が、やはりあるなあというふうに感じます。

それから被災当時、その発達レベルの限界から言語化できなかった思いを、数年を経た今になって、先ほどの弟さんの例もそうですけれども、言葉にし始めた子どもたちが見られる、これはもう臨床的な実感として確かなものです。それから、震災に関連する苦悩について、聞かれれば話すことができるまでに、全体として安定してきたなというふうに思う反面、やはり聞かれなければ自分からは話さないですので、このコホート調査の機能としては、コホート調査の面接の場こそが、「震災について話してもよい」というきっかけを子どもたちに与えて、あるいは保護者に