

I. 東日本大震災から学ぶ災害時の母子の保健と福祉

災害時の小児の救急とその課題

日本小児心身医学会の取り組み

日本小児心身医学会災害対策委員会 たなか ひで たか しお かわ ひろ さと うじ いえ たけし
田中 英 高、塩 川 宏 郷、氏 家 武
ふじ た ゆき ひこ いし ぎき ゆう こ きた やま しん じ なが い あきら
藤田 之彦、石 崎 優 子、北 山 真 次、永 井 章

キーワード 被災地医師派遣、ストレス関連障害、メール相談、乳幼児健診

はじめに

東日本大震災によって多くの犠牲者が出た。数多くの子ども達がさまざまな被害に会った。そこで日本小児心身医学会は理事会決議によって2011年3月15日、災害対策委員会同委員会を発足した。本学会会員には16年前の阪神・淡路大震災で被害を直接に受けた者も多く、自身が被災者でありながら被災者支援を行い、あるいは被災者の視線で被災児の心の研究を継続的に実施して

いる会員も少なくない。その経験と反省を生かし、同月11日から役員メーリングリストで活発な議論を交わし、できる限り被災者の視点から迅速な救援を行うこと、ニーズに応えながらも押し付けにならない支援を行うことを大前提にしよう、との合意をみて同委員会を発足したのである。具体的な支援方針は表1に示した。支援活動で特に重要な点は、必要とされている箇所に有用な物資や人材を送ることであり、本学会は関連学会と協力して効果的な支援を行うために、親学会である日

表1. 日本小児心身医学会災害対策委員会 活動方針

- 1) 子どもへの直接サポート
 - ① 被災地における二次診療
 - ② 被災地への医師派遣 (資料1、日本小児心身医学会災害対策委員会 被災地への医師派遣事業 (案) 2011/03/31)
本災害によって死亡・行方不明の児童・生徒は650名以上にのぼる。また被災孤児が約200名とされており、被災地の子どもへの心の支援が長期的に必要とされる。派遣登録医師数は現在で約60名。
- 2) 子どもへの間接的サポート
 - ① 被災地で診療するプライマリ・ケア医や保育士・教師等へのサポート
 - ② 被災地のプライマリ・ケア医への遠隔アドバイス
 - ③ 被災地の子どもの入院受け入れ体制病院リストの作成、および待機の依頼
 - ④ 特定医療機関による処方円滑化
 - ⑤ ウェブサイトによる情報提供：こどもの心の診療マニュアル (震災版)
不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト
- 3) 日本小児心身医学会『東日本大震災による被災地の子どもへの心サポート基金』設立、および寄付金募集 (口座開設：2011年4月11日)
- 4) 講演会・研修会の開催や講師の派遣
派遣医師、および被災児の入院受け入れ病院等を対象に適切な支援を行うための講演会を開催する。
 - ① 本学会主催『被災地における子どものメンタルサポート研修会』開催 (4月16日)

本小児科学会との連携・指示のもとに活動することとなった。本稿では、災害対策委員会の取り組みを概括し、支援のためのプロダクトを掲載した。

1. 支援のための学会プロダクト

1) 子どもの心身専門医派遣について

本災害によって死亡・行方不明の児童・生徒は650名以上にのぼる。また被災孤児が約200名とされており、被災地の子どもへの心の支援が長期的に必要とされることは明らかで本学会も被災地への専門医派遣を当初から計画した。派遣登録医師数は現在で約60名となった。しかし、被災地は混乱状態にあり他地域から丸腰の医師を派遣しても現地に迷惑をかけかねない。DMAT（災害派遣医療チーム：Disaster Medical Assistance Team）、JMAT（日本医師会災害医療チーム：Japan Medical Association Team）などの派遣隊はその懸念がないように、いわゆる自己完結型で現地入りした。本学会でも自己完結型で医師派遣が可能となるように会員から寄付を募り「東日本大震災による被災地の子どもの心サポート基金」を設立した。これによって自己完結型、長期的継続的支援活動の準備が整った。派遣依頼については、本学会および日本小児科学会事務局に連絡を頂きたい。

2) 派遣専門医への研修会開催

本学会の会員は、子どもの心の診療医のなかで「子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医」および「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」（厚生労働省による）に該当する。昨年から本学会は学会認定医制度を発足し暫定指導医を含め、現在50名以上の認定医がいる。しかしながら、被災地支援に関しては未経験者が多いことから、これに特化した研修会を開催した（表2）。今後、研修会記録映像を希望する会員に配布する計画である。

3) 子どもの心の診療マニュアル（震災版）の配布

本委員会が作成した「災害時の子どものメンタルヘルス対応のために」（表3）は誰でも日本小児心身医学会ホームページ（HP）からダウンロードし使用できる¹⁾。

4) 震災のため、不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト

震災後にプライマリケアを受診する子どものなかで、不安のために不眠・夜泣きを訴えるケースが少なくない。多くのケースは急性ストレス反応であり、健常児にもみられるものであり、表3.2に提示したような対応を行うことで、約1か月で徐々に症状は軽減する。しかしながら夜泣きなど

表2. 被災地における子どものメンタルサポート研修会プログラム

開催日時：2011年4月16日15時～18時
開催場所：ザ・プリンスさくらタワー東京
司会：氏家武（北海道こども心療内科氏家医院）
1) 開催趣旨説明（15:00～15:05） 災害対策委員長：田中英高（大阪医科大学小児科・発達小児科）
2) 日本児童青年精神医学会災害対策委員会の被災地活動の仕組み（15:05～15:40） 原田謙（信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部）
3) 日本児童青年精神医学会災害対策委員会の被災地活動の現状（15:40～16:15） 田中究（神戸大学医学部附属病院精神科）
4) 家族など大切な方を失った子どものサポートのあり方（16:15～16:45） 奥山真紀子（国立成育医療研究センターこころの診療部）
5) 日本小児心身医学会災害対策委員会の専門医派遣事業計画（16:45～17:10） 災害対策委員会副委員長：塩川宏郷（東京少年鑑別所）
6) 日本小児心身医学会災害対策委員会作成資料の説明（17:10～17:30） 石崎優子（関西医科大学医学部小児科学講座） 北山真次（神戸大学医学部附属病院親と子の心療部）
7) 質疑応答（17:30～18:00）

表3. 災害時の子どものメンタルヘルス対応のために

1. 災害時の子どもの心の反応

子どもは心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多くなります。年齢により反応も異なり、乳幼児では、災害の正体もわからず、不安が強くなり、学齢以上でははっきりとした身体症状や精神症状も認められるようになります。(表3.1)

表3.1 災害後にみられる子どもの反応

- ① 表情が少なく、ボーッとしていることが多い。
- ② 食欲がなく、何もする気が起こらなくなる。
- ③ 感情的に高揚する。
- ④ 災害に関連するものを避けようとする。
- ⑤ 災害遊びや悪夢などで災害時の体験を思い出して不安になる。
- ⑥ 不眠・夜泣き・落ちつかない・いらいらする・小さな物音に驚くなど過度に覚醒する。
- ⑦ 甘えがひどくなったり、遺尿などの退行(赤ちゃん返り)をするようになる。
- ⑧ 登園しぶり・後追いなどの分離不安を示す。

災害時に子どもたちが受ける心理的ストレスには、①恐怖体験によるもの、②喪失体験によるもの、③罪悪感によるもの、④生活の変化によるもの、⑤家族の変化によるもの、⑥友人関係の変化によるものなどがあげられます。また、子どもは死の概念が曖昧なために、喪失を自分のまわりの環境に生じた変化で判断し、時として自分が原因と考えることがあり、注意が必要です。

これらの反応は通常は最初の数週間で軽快するといわれていますが、1カ月以上持続したり、数カ月の潜伏期を経て表れたり、長期的な問題をひき起こしてくることもあります。

2. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)について

生命に危険を感じるような体験(トラウマ体験)をした後に、その体験を思い出して恐ろしくなったり、そのような状況をさげよとしたり、反応が乏しくなったり、緊張状態が強くなるということは、大人だけではなく、子どもにとっても当然のことです。しかし、それらが強すぎたり、長引きすぎたりして、日常生活の支障となる状態にまでひどくなると、援助が必要となります。このような状態になるのは災害の程度・種類にもよりますが、子どもでは数～数10%程度と考えられています。危機的な体験がすべてトラウマとして認識されるわけではなく、危機的な状況にあっても、保護的な環境下であり、安全感がある程度得られていれば、トラウマ体験は必ずしもトラウマとして子どものこころに残っていくわけではないといえます。PTSDの症状として特徴的なものとしては、

- ① 悪夢・フラッシュバックなどトラウマの持続的な再体験
- ② トラウマを連想させる状況からの持続的な回避と無感情など反応性の鈍麻
- ③ 不眠・易刺激性・集中困難・過度の警戒などの覚醒の亢進

の3つが挙げられ、DSM-IVではそれらすべてが1カ月以上持続し、臨床的に著しい苦痛または社会的な機能の障害を引き起こしていることが条件になっています。子どもの場合は、①については、その災害に関する遊びに没頭するとかその災害に関する話ばかりするなど、②についてはその災害に関する話を聞くと嫌がるとか友達と遊ばなくなるなど、③についてはけんかばかりするとか小さな物音にも驚くなどの行動の変化として認められます。

年少児のPTSDについては明確でない点が多いのですが、年少児では嘔吐・腹痛・夜尿などの身体症状や保護者との分離不安、退行などが目立つことが多く、これらの症状も参考となります。

3. 災害後の子ども対応の原則(表3.2)

子どもがこれまで違った行動をして異様なこととはとらえず、通常ではない体験に対する当り前の反応であるということを、まず保護者に理解してもらうことが大切です。子どもは不安な気持ちを遊びの中で表現したり、絵に描いたり、話をしたりすることで整理し、保護者や周囲の大人たちにしっかりと受け入れてもらっていると感じることで通常ではない体験を過去の記憶として処理していきます。身体的な接触を十分に行ない、安心して表現できる場を多くし、無理に表現させるのではなく、表現しやすい状況を整えることが必要です。身体症状は不安や怒りや罪悪感などから自分を守るための反応であり、退行や分離不安は子どもが基本的信頼を確認し安心感を得るためにとった反応なのです。身体症状を認め、痛みなどに共感し、退行や分離不安を十分に受け入れてあげることが重要です。むやみに励ますことは逆効果になります。また、恐ろしい体験をした後には時間の概念が曖昧となりやすいため、「恐ろしい体験は過去のものであり、今は安全である。」ということを十分に認識させることが大切です。乳幼児の場合には、保護者や周囲の大人たちに子どもをしっかりと抱きしめて、出来るだけ一緒にいてあげるように指導していきます。また、保護者自身も被災者である場合が多く、保護者の悩みに耳を傾けることも大切で、保護者を支えることが子どものこころを癒すことにつながります。子どものおこころの回復には子どもが安心して過ごせる環境が不可欠です。それにはまわりの大人たちの安定がまず必要で、子どもをもつ家族全体を多面的に支援する必要があります。

表 3.2 災害後の子ども対応の原則

- ① 保護者に安心感を与える。
- ② 子どもが表現しやすい状況を整える。
- ③ 子どもの身体症状を認める。
- ④ 子どもの退行・分離不安を受け入れる。
- ⑤ 子どもに安全感を与える。
- ⑥ 家族（コミュニティ）全体を支援する。

4. 専門機関への紹介

抑うつ状態が著明で自傷行為がある時や暴力的になり他害の危険性がある時、夜泣き・夜驚・悪夢などを繰り返していて睡眠が十分にとれていない時、足が動かない・食事を全く摂らないなどの身体症状が強い時、あるいは保護者の不安が強く家族機能が低下している時などは、子どもの心の問題を専門に扱う小児科医か児童精神科医がいる専門機関への紹介が必要となる場合があります。

5. まとめ

大切なのはいかに子どもに安全感をもたせることができるかです。災害体験については無理に話すことを促さないようにして、「みんなで守っていくからね。」「今はもう大丈夫だよ。」など安心させることに配慮した言葉かけをします。身体の診察（ボディータッチ）もとても大切であり、身体症状については丁寧に扱うようにこころがけます。また、家族あるいはコミュニティ全体を支援していく視点をもって対応し、子どもが独りにならないようにしましょう。

参考文献：北山真次. 災害時の心のケア. 子どもの心身症ガイドブック. 東京：中央法規出版株式会社、小林陽之助編：209-213, 2004.

日本小児心身医学会事務局 (TEL:075-771-1373, FAX:075-771-1510)

日本小児心身医学会災害対策委員会作成 (2011.4.)

日本小児心身医学会災害対策委員会：田中英高 (委員長) 塩川宏郷 (副委員長) 氏家武 藤田之彦 石崎優子 北山真次

は保護者への心理的肉体的ストレスになり、それがまた養育不安を増強させて子どもの症状が悪化することがあり、急性期から適切な対応が望まれる。表4に示した薬物はプライマリケア医が日常診療で使用するものも含まれており、禁忌・注意事項を参考にすれば処方しやすいと思われる。本学会HPからダウンロードできる²⁾。

2. 被災地における子どもの心の診療の実際

被災地では子どもの心の診療医の数は少なく、プライマリケア医が対応する機会が多くなることも考えられる。そこで、子どもの心の診療にたずさわる際の基本的な知識について述べる。

1) 災害時の子どもにおける特有の症状と非特異的症状

災害発生直後には多くの子どもに急性ストレス反応が表れる(図1)。頭痛、腹痛、嘔気嘔吐など心身症として様々な身体症状を起こしてくる。また、表3.1に示したように、表情が少なくボーッとしていることが多い、食欲がない、感情が高ぶるなどがみられる。また睡眠障害、不安障害、分離不安障害が多い。このような急性期にみられる

特有の症状は約1か月で終息するが、その後も症状を引きずったり新たに症状が現れる場合がある。とくに心的外傷後ストレス障害(PTSD)に注意が必要で、表4に示すような特有の症状をとまなう。

さらに災害時にはこのような特有の症状だけでなく、ストレス反応として非特異的な症状を表すことが少なくない。とくに災害後数か月～数年間には、災害から引き起こされる様々な二次的な環境変化が子どもにとってストレス因子となる。住居がなくなる、経済的困窮、家庭内問題の増幅による顕在化、友人関係の変化など、日常生活の様々なシーンでストレス因子が積み重なり、そしてこれらへストレス対処(コーピング)能力が追いつかなくなれば、心因反応が表れる(図2)³⁾。心因反応には、自律神経系を中心とした身体症状(心身症)や行動上の問題などがあるが、その表れ方は個人の体質や性格傾向によって個人差があり非特異的である。このような子どもへの対応は、急性ストレス反応と異なり、身体-心理-家族-学校の子どもの関係するすべての因子を含めた全人的対応が必要となる(表5)。

表 4. 不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤 (簡易版)

乳児から使える処方

症状	薬品名	剤形	処方例	禁忌・注意事項	その他特長
不安・不眠・夜泣き	ペリアクチン	錠剤 4 mg 散 1% (1 g 中 10 mg) シロップ 0.04% (1ml 中 0.4 mg)	シロップの場合の 1 回量 () 内は成分量 2～3 歳 3mL (1.2 mg) 4～6 歳 4mL (1.6 mg) 7～9 歳 5mL (2.0 mg) 10～12 歳 6.5mL (2.6 mg) * 1 日 1～3 回 散剤 0.25 mg / kg / 日 分 3	禁忌：新生児、気管支喘息発作時 * 長期投与は避け 2 週間以内にとどめましょう。 * 感冒やアレルギーで使用される場合は、不安や不眠に追加投与してはいけません。	* 乳児から使用できます。 * 抗アレルギー作用があります。
不安・不眠・夜泣き	アタラックス P	カプセル 25 mg、50 mg 錠剤 10 mg、25 mg 散 10% (1 g 中 100 mg) シロップ 0.5%(1g 中 5 mg) ドライシロップ 2.5% (1 g 中 25 mg)	散、ドライシロップの場合の処方量 1 mg / kg / 日 分 2 シロップの場合の処方量 0.2ml / kg / 日 分 2 錠剤の目安 1 歳 10～12 kg の児で 10 mg 1 錠を 1 回 1/2 錠 1 日 2 回 カプセルの目安 20 kg 以上で 25 mg カプセルを 1 回 1/2、1 日 2 回	* アレルギーで使用される場合は、不安や不眠に追加投与してはいけません。	* 乳児から使用できます。 * 抗アレルギー作用があります。
不安・不眠・夜泣き	ウイタミン	散・顆粒・細粒 10% (1 g 中 100 mg) 錠剤 12.5 mg、25 mg、50 mg、100 mg	1 回量 0.5～1 mg / kg 処方量 1～2 歳 10 mg 3～6 歳 20 mg 7 歳以上 30 mg または錠剤	* メトクロプラミド (プリンペラン) との併用は注意が必要です。	

学童期以降錠剤が服用できる場合に使える処方

注：誤嚥による窒息を防ぐために、錠剤をのみこめない子どもにはすすめないようにしましょう。

症状	薬品名	剤形	処方例	禁忌・注意事項	その他特長
不安・不眠・自律神経症状	セディール	錠剤 5 mg、10 mg、20 mg	1 回量 5 mg 1 錠 1 日 3 回まで		* 依存性がない。
不安・不眠	ソラナックス、コンスタン	錠剤 0.4 mg、0.8 mg	1 回量 0.4 mg を 1/2～1 錠、1 日 3 回まで		* ふらつきは少ない。
不眠・不安・緊張	ベンザリン、ネルボン	錠剤 2 mg、5 mg、10 mg 細粒・散 1% (1 g 中 10 mg)	1 回 2 mg 1 錠 1 日 3 回まで	* シメチジン (ガスター) と相互作用により血中濃度が上昇する。	
不安・緊張・易刺激性	リスバダール	錠剤 0.5 mg、1 mg、2 mg 細粒 1% (1 g 中 10 mg) 内用液 (1 mg / mL)	細粒・内用液 初回量 0.25 mg / 日で 0.25～2 mg / 日分 2～3 錠剤 初回量 0.5 mg 錠 1 日 1/2 錠から開始、 1 mg 錠 1 日 2 錠分 2 まで増量	禁忌：エビネフリン	* 自閉症の興奮時に有効

漢方薬がのめるお子さんに使える処方

症状	薬品名	剤形	処方例	注意事項・特長
不安・不眠・夜泣き	甘麦大棗湯	1 包 2.5 g	小児 0.1 g ～ / kg / 日 分 3 投与量の目安 2 歳まで 1 包 分 2～3 3～6 歳 1.5 包 分 2～3 7 歳以上 2 包 分 2～3	効能効果 夜泣き、ひきつけ
不安・不眠・夜泣き	抑肝散	1 包 2.5 g	小児 0.1 g ～ / kg / 日 分 3 投与量の目安 2 歳まで 1 包 分 2～3 3～6 歳 1.5 包 分 2～3 7 歳以上 2 包 分 2～3	効能効果 神経症、不眠症、小児夜泣き、小児かん症

図1. 震災などの精神的ストレスによる心身への影響

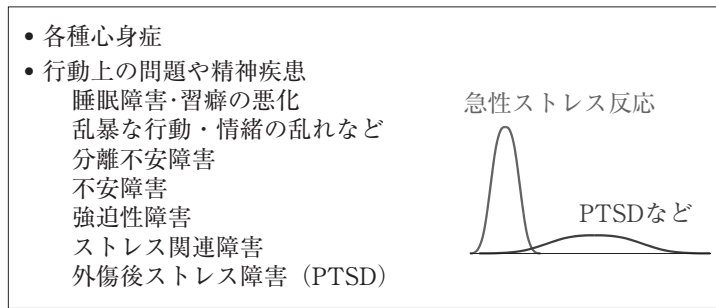


図2. 子どもの心の問題の現れ方

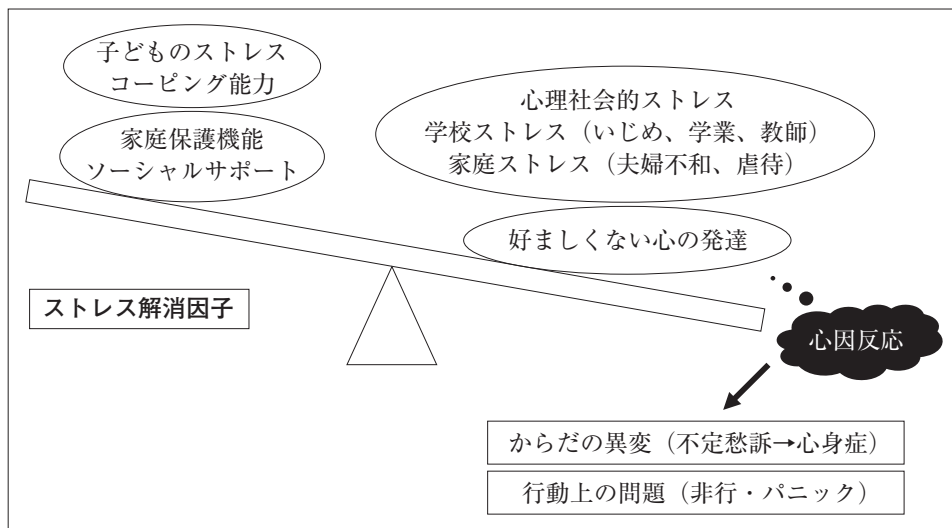


表5. 各発達段階の気になる症状（心身症や行動上の異常）とそれを起こしやすい精神発達・心理社会的背景

発達段階	心身症	行動上の異常	精神発達・心理社会的背景
幼児期	反復性腹痛 自家中毒症、周期性嘔吐 心因性頻尿	落ち着きのなさ 退行（赤ちゃん返り） 指しゃぶりパニック	養育上の問題、虐待、同胞葛藤 欠損家庭 集団生活への不適応、発達障害
学童期	反復性腹痛 慢性頭痛 関節痛、吃音、チック 気管支喘息	落ち着きのなさ 衝動性、乱暴、 パニック、抜毛 不登校、不眠	集団生活への不適応、発達障害 友人関係（いじめ） 学習困難、教師の不適切な対応 養育上の問題、夫婦不和、虐待
思春期以後	起立性調節障害 過敏性腸症候群 頭痛、過換気症候群 摂食障害（神経性無食欲症、 大食症）	不登校、ひきこもり よくうつ状態、不眠 パニック リストカット 非行、乱暴	友人関係（いじめ） 学力問題、教師の不適切な対応 養育上の問題、夫婦不和 親との価値観の相違 発達障害

2) 心に問題のある子どもをどのようにして見つけるか

心の問題を心配して医療機関を受診するケース以外の子どもの発見する方法は、乳幼児健診と学校健診の場が考えられる。前者では、(1) 保護者は問題にせず(気付いていない)保健師が面接で疑う、(2) 保護者からの相談、(3) 健診医が発見、がある。とくに(3)では、発達面では保健師による面接内容を医師診察前に確認し、成長面では成長曲線による身長・体重の伸びをチェック(failure to thrive、ネグレクトなど)、身体診察では皮膚の清潔、打撲痕などのあざ、皮膚炎を含めて全身のチェックと同時に、親子間の情緒的交流を短時間では難しいが評価する。見逃してはならないことは、未受診者の確認とその後の対応があげられる。

学校健診は学校医が子どもの心の問題に介入しやすい機会である。小中学生が心の問題を持っている場合、身体症状を訴えることが多い(心身症状)。養護教諭から事前に気になる子どもを抽出してもらっておく。疑わしい子どもの健診では通常身体診察で終わることなく、診察時に、頭痛、腹痛、夜の寝つき、朝起き不良、立ちくらみ、イライラ感、心配事がないかを問診し、スクールカウンセラーに繋いだり、医療機関を受診するようにアドバイスするなど、継続受診へ繋ぐように心がける。

3) ストレス反応と思われる子どもが一般外来に初診した場合、どうすればよいか

心の問題においては、長時間の面接を必要とするが、プライマリケア医ではそれは困難である。後日に改めて面接時間を設定する旨を伝えたいので、初回は簡単な面接を行う。子どもの症状(主症状、随伴症状、行動面の問題、発症時期など)、保護者が困っていることを聴取する。保護者と別に子ども(小学生以上であれば)にも負担にならない程度の短時間の面接を行う⁴⁾。身体症状や日常生活状況(起床時間、就寝時間、食欲など)を一つずつ聞く方が、子どもは答えやすい。答えにくい時には三択の質問にする(朝起きるのは、8時まで? 10時頃? お昼頃? など)。あまり心理面

の追求をしない(なぜ、学校に行けないの? はダメ)。解答・解決を与えることにこだわらない(早く寝れば早く起きれるよ、はダメ)。第一目標は、現状維持(悪化させないことを第一に)。患児の話す内容を、一度は受け入れる。受け入れにくい内容の話も取りあえず、聞いておいて後で、少しだけ、患児に切り返す(例: リスカしたくなる→ そうかあ、でも出血多量で点滴何本もする羽目になるよ)。短時間の診察でも構わない、「すぐには治らないけど、少しずつ楽になる方法を考えようね」と細く長くフォローすることがポイント。通院期間は、原則的に本人の希望で週1回～月1回と適宜決めておく方が継続受診しやすい。

4) 専門医への紹介ルートをシステム化しておく

軽症例では、子どもの意志を尊重しながら一般外来を継続受診するように導くが、重症例では専門医に紹介する。近隣の専門医と顔見知りであれば紹介が容易であり、それが子どもや保護者にとっても安心につながる。紹介先に心当たりがない場合、日本小児科学会会員HPに掲載されている心の診療医リスト⁵⁾から該当する医師とコンタクトを取り、紹介を日常システムにしておくことが望ましい。ケースによっては専門医のアドバイスが必要となる可能性もあり、日本小児心身医学会ではメール相談等の体制整備を行っている。

文献

1. 日本小児心身医学会ホームページ「災害時の子どものメンタルヘルス対応のために」
<http://www.jisinsin.jp/documents/mentalhealth.pdf>
2. 日本小児心身医学会ホームページ「震災のため、不安・不眠・夜泣きを訴える子どもへの薬剤リスト」
<http://www.jisinsin.jp/documents/yakuzai-list.pdf>
3. 田中英高「心身症」、『小児科学第3版』大関武彦、内山聖編/医学書院、1728-1733、2008
4. 宮本信也「心身症」、『小児科学第2版』白木和夫、前川喜平監修/医学書院、1554-1559、2002
5. 日本小児科学会ホームページ会員専用ページ「子どもの心の二次診療医リスト」
<http://www.jpeds.or.jp/members/kodomo/form.php>