



[実践報告]

東日本大震災における 若年被災者をもつ親への電話支援について —福島県「県民健康調査」から—

及川 祐一*¹・前田 正治*^{1, 2}・高橋 紀子*³・柏崎 佑哉*¹・上田 由桂*¹・
久田 満*⁴・中山 洋子*⁵・増子 博文*⁶・矢部 博興*^{1, 7}・安村 誠司*^{1, 8}

今回の東日本大震災による複合的災害で多大な影響を受けた福島県において、沿岸部に在住する住民約21万人に対して質問紙調査を行い、あわせて電話や文書による支援を行った。その中でも子どもを持つ親に対して行った支援について、親から語られた困難さと、電話支援の有用性と限界について論じた。電話支援内容から、多くの母親が不安や困難を抱き子どもとの間で相互的な影響を及ぼしていることが明らかとなった。またこのような架電サービスは、今般の災害のように大量の被災者が広域に散在した場合には、きわめて有効な支援となり得る一方で、直接的な、あるいは継続的な支援ができない等の限界もあった。地域の支援ネットワークといかに有機的に連携を図るかが、このような架電サービスの成功の鍵を握ると考えられた。

Key Words 大規模災害, PTSD, 電話支援

はじめに

平成23年3月11日に起きた東日本大震災は、岩手県、宮城県、福島県を初めとする多くの地域に甚大な被害をもたらした。そして、福島県においては、東京電力福島第一原子力発電所の事故により、放射線被ばくの問題から多くの住民が避難を余儀なくされている。そのうち、平成26年10月時点で市町村が把握している子どもの避難者数は、福島県全体で24,873人にのぼる。

人が大災害等で、極度の恐怖感や無力感を伴う

出来事を体験した場合、その体験はトラウマ（心的外傷）となることがある⁹⁾。そして、このようなトラウマを経験すると、さまざまなストレス反応を生じる。ただし、亀岡ら⁶⁾によると、子どもの場合は成人に比べ、ストレスが身体の不調や行動上の問題として現れやすい傾向があり、子どもは、成人と異なったストレスへの反応を示すとされ、子どもの年齢・発達段階・経験などによっても異なるとされている。

このような状況の中、東日本大震災とそれに伴う原発事故で生じた、県民の放射線による健康被害への不安に対し、安心と安全を提供するため、福島県は「県民健康調査」を行うこととし、その実施を福島県立医科大学に委託した。これまで Yasumura¹¹⁾ は「県民健康調査」の全体のプロトコルについて報告し、Yabe¹⁰⁾ は「県民健康調査」の中の「こころ健康度・生活習慣に関する調査」について検討している。県民健康調査は、福島県

*1 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター
〒960-1250 福島県福島市光が丘1番地
*2 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座
*3 福島大学 子どものメンタルヘルス事業推進室 特任准教授
*4 上智大学総合人間学部
*5 高知県立大学大学院看護学研究科
*6 福島県発達障がい者支援センター
*7 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座
*8 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座

立医科大学が福島県の委託を受け、平成23年度より実施している。この県民健康調査は、基本調査と詳細調査からなる¹⁾。そして、詳細調査の1つである、こころの健康度・生活習慣に関する調査は、平成23年度より年に1回行われている。本邦において、このような大規模で継続的な被災地での調査は初めてのことである。

本報告では、「こころの健康度・生活習慣に関する調査」における電話支援の意義と役割を確認するために、「こころの健康度・生活習慣に関する調査」の子どもへの質問紙の回答者のうち、支援を行うための選定基準を満たした対象者に対して、震災約1年後に行った電話支援について、被災者の感じる生活してゆく上でのさまざまな困難に焦点を当て、後方視的に検討した。その際、特に子どもを持つ親によって語られた、被災者の感じる困難を子どもの年代区分ごとに具体的に明らかにし、対象者のおかれている状態も考慮して、以下にその結果の概要を述べ、若干の考察を加えた。

対象と方法

1. 子どもの「こころの健康度・生活習慣に関する調査」対象

調査対象は、国が指定した避難区域(13市町村)等の住民、210,189名である。このうち、生年月日が平成7年4月1日以前に生まれた180,604名を「一般」の対象者とし、生年月日が平成7年4月2日から平成23年3月10日までに生まれた29,585名を子どもの対象者とした。さらに、子どもの対象者を、年齢ごとに3つの区分に分け、質問紙調査を行った(調査実施時期:平成24年1月~平成24年10月)。3つの区分とは、未就学児(平成16年4月2日から平成23年3月10日生まれ)、小学生(平成10年4月2日から平成16年3月10日生まれ)、中学生(平成7年4月2日から平成10年3月10日生まれ)である。未就学児、小学生は保護者(親、祖父母など)が回答し、中学生は一部(主観的健康感、自覚症状、運動習慣、睡眠状況、食習慣)本人が回答する部分があるが、それ以外は保護者が回答する。本報告では、こころの健康度・生活習慣に関する調査のうち、特に子どもを持つ親に対する電話支援について取り上げる。電話支援は子

どもについて親(主に母親)から聞き取りを行った。

2. 調査項目

子どもの対象者への調査における質問項目の構成は、主観的健康感、自覚症状、既往歴、生活習慣(運動習慣、睡眠状況、食習慣)、そして、Robert Goodman⁴⁾によって作成された、子どもの強さと困難さアンケート(Strengths and Difficulties Questionnaire:SDQ)からなる。主観的健康感については、「きわめて良い」「良い」「普通」「悪い」「きわめて悪い」の5つの評価尺度をおいた。SDQは、各5項目から構成される5つの下位尺度(情緒不安定、問題行動、多動・不注意、友人関係問題、向社会的行動)の合計25の質問項目からなり、そのうち向社会的行動以外の4つの下位尺度20項目の合計点が困難性総合得点となる。そして、困難性総合得点は得点が高いほど適応が悪いことを意味する(最高得点は40点)。

これらの対象者に対し、質問紙を送付し、返信内容から支援が必要と判断された者を「支援対象者」とし、電話支援、文書支援を行った。

3. 支援対象者選定基準

当センターからの架電による電話支援が必要とされる、対象者の選定基準は、調査票回答者のうち、主観的健康感を「普通」「悪い」「きわめて悪い」のいずれかを回答し、かつSDQの困難性総合得点が16点以上になった者とした。SDQの困難性総合得点16点以上は、Goodman⁴⁾が設定したカットオフ値であり、このカットオフ値を上回るものは、支援が必要とされている。

4. 電話支援の実際

支援対象者のうち、当センターから架電を行うことができた者を「支援実施者」とした。この支援実施者を分析の対象とした。支援対象者となっても、電話番号の記載のなかった者、SDQが16点以上19点以下の対象者のうち、当センターからの架電を希望しない者は分析対象から除外された。対象者のフローは図1の通りである。

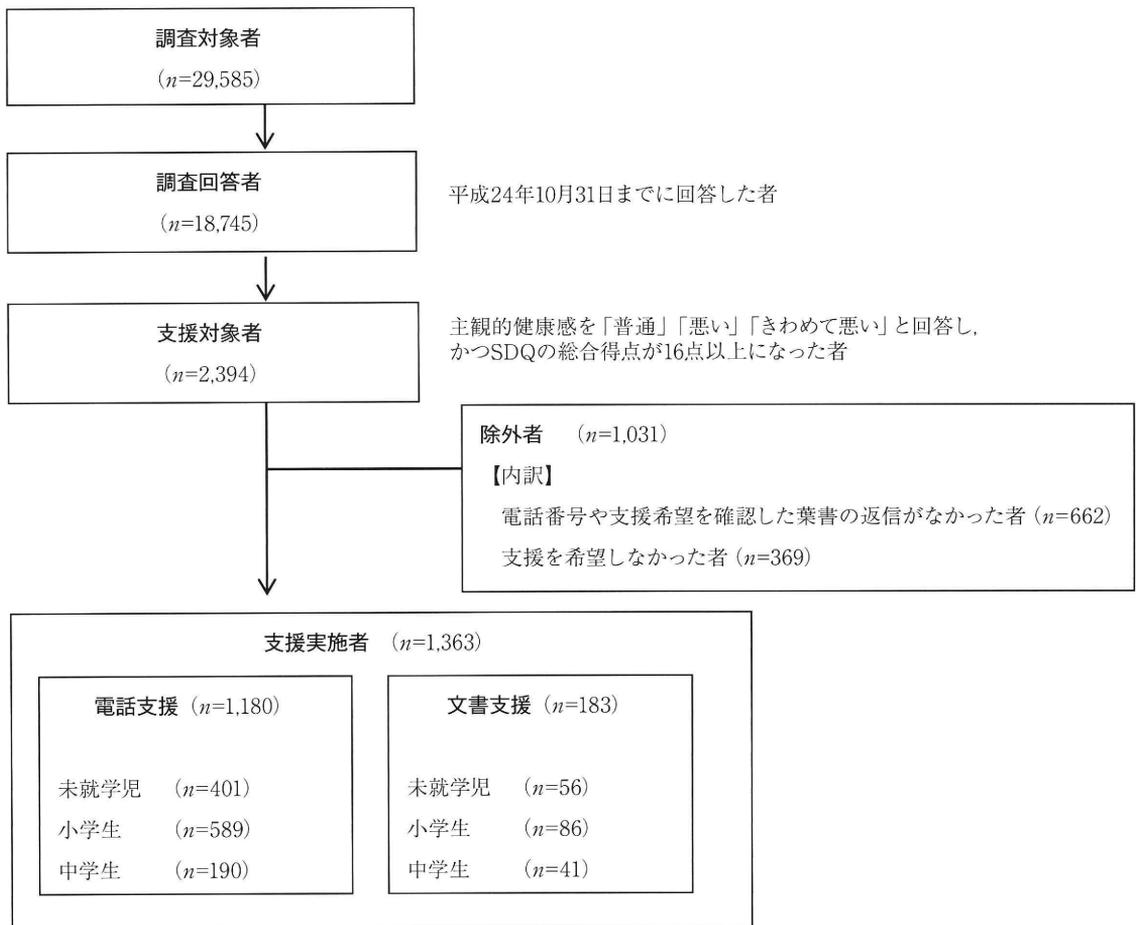


図1 こころの健康度・生活習慣に関する調査子ども対象者のフロー

5. 内容の分析

電話支援は、臨床心理士、保健師等の対人援助職で構成されるチームにより、回答内容を上記の選定基準により確認し、対象者へ架電した。そして、電話支援で得られた情報に関して、電話支援を行った者が指定の記録用紙にまとめた。そして、その記録用紙を4名の臨床心理士と1名の看護師が解析して、3件以上みられたものを専らまとめあげた。

6. 倫理的配慮

本調査は、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

結果

1. 電話支援実施状況

調査対象者29,585名中、18,745名(63.4%)から回答があり、上記の選定基準を満たす2,394名が支援対象者となった。そして支援対象者の子どもの親に対して電話をかけた。電話支援で確認した内容は、現在の子どもの体調や学校での状況、地震や放射線への反応について、そして、親自身の悩みや放射線への不安についてなどを聞くとともに、医療機関の受診状況の確認を行った。その中で、医療機関への受診を考えている対象者に対しては、紹介状や県内外の医療機関の情報を提供した。

電話支援を実施した者のうち、留守等の理由で不在が続き電話支援ができなかった方に対しては、

表1 「子どもの問題」における区分ごとの困難な点

	未就学児	小学生	中学生
①身体的な不調	頭痛・腹痛・嘔気 風邪をひきやすい 喘息・蕁麻疹・過呼吸	頭痛・腹痛・嘔気 風邪をひきやすい 下痢・過敏性腸症候群	頭痛・腹痛・嘔気 生理不順・胃腸炎 下痢・蕁麻疹・過呼吸
②学校生活への影響	登園しぶり・なじめない	登校しぶり・なじめない 不登校・孤立・いじめ 忘れ物が多くなった 学校が怖いと言う	登校しぶり・なじめない 不登校・孤立・いじめ 受験のストレス 進路選択
③イライラ・暴力	きょうだいに手を出す 乱暴になった 癇癢を起す	きょうだいに手を出す 乱暴になった 反抗的・怒りっぽい	きょうだいに手をだす 乱暴になった 反抗的・怒りっぽい
④不安・抑うつ	赤ちゃん返り 暗い所を怖がる 吃音・爪かみ・指しゃぶり 母親が傍にいないと不安 夜、トイレに1人で行けない 1人で眠れない	赤ちゃん返り 暗い所を怖がる 笑わなくなった 外に出なくなった 夜、トイレに1人で行けない 1人で風呂に入れない	泣くことが多くなった 口数が少なくなった 笑わなくなった 外に出なくなった
⑤地震・放射線への反応	地震を怖がる 大きな音に過敏に反応する 「食べていい?」「触っていい?」と聞く	地震を怖がる 大きな音に過敏に反応する 「放射能ついてない?」と聞く 避難訓練でパニックになる 震災の話題を避ける 海や水を怖がる	地震を怖がる 「私は、子どもを産めるの?」と聞く 常にマスクをつけている
⑥食行動の変化	過食・食欲低下	過食・食欲低下 隠れて物を食べる	過食・食欲低下 隠れて物を食べる
⑦睡眠の乱れ	寝付けない・中途覚醒 夜泣き・夜尿症	寝付けない・中途覚醒 夜泣き・夜尿症 睡眠不足	寝付けない・中途覚醒 夜遅くまでゲームをする 睡眠不足

災害後のストレスマネジメント等に関するリーフレットを送付するとともに、相談窓口として、「こころの健康度・生活習慣に関する調査」専用ダイヤルを案内した。また、支援対象者のうち、電話支援が実施できなかった方（電話番号の未記載や電話相談を希望しない等）に対しては、文書の配布（文書支援）を実施した。

実施状況については、支援対象者2,349名中1,363名（58.0%）に支援を行うことができた。うち男児が757名（55.5%）、女児が606名（44.5%）であった。そして、電話による支援を実施できた者が1,180名（86.6%）、文書による支援を実施できた者が183名（13.4%）であった。

2. 年代別の分析

子どもの電話支援の内容について、対象者が語った相談内容を、未就学、小学生、中学生という

異なる年代区分ごとに、表1に示すように7つのカテゴリーにまとめ、それぞれの年代区分の共通点や特徴的な困難さについて質的に検討した。

すなわち、身体的な不調、学校生活への影響、イライラ・暴力、不安・抑うつ、地震・放射線への反応、食行動の変化、睡眠の乱れの7つのカテゴリーに分類された。その結果、①身体的な不調については、頭痛、腹痛、嘔気が全ての年代区分に共通して見られた。また、未就学児と小学生では、風邪をひきやすいという点が共通して見られた。中学生になると、生理不順がみられるようになった。②学校生活への影響については、登校（園）しぶり、なじめないが全ての年代区分に共通して見られた。小学生、中学生では、保健室登校や不登校が共通して見られた。また、中学生に特徴的なものは、進路選択についての悩みである。避難先に進学するか、地元に戻るかという問題がみら

れた。③イライラ・暴力については、きょうだいに手を出す、乱暴になったという点が全ての年代区分に共通してみられた。④不安・抑うつについては、未就学、小学生に共通してみられたものは、赤ちゃん返りや暗い所を怖がるというものや、トイレ、入浴、睡眠などの日常生活の一部が1人でできなくなるというものであった。小学生、中学生に共通してみられたものは、笑わなくなった、外に出なくなったというものであった。未就学児に特徴的なものとして、チック症状の出現があった。⑤地震・放射線への反応については、内容は少し異なるが、どの区分でも、子ども自身の口から放射線の不安が語られていたことがわかった。それぞれの一例をあげると、未就学児であれば「食べていい？ 触っていい？」というものであり、小学生であれば「放射能ついてない？」というものであり、中学生であれば「私は、子どもを産めるの？」というものである。また、地震や大きな音に敏感であるという点が全ての年代区分で共通してみられた。⑥食行動の変化については、食べ過ぎてしまう、食欲が低下するという両極端な反応が全ての年代区分でみられた。⑦睡眠の乱れについては、寝付けない、中途覚醒というものが共通して見られた。また、未就学児と小学生では、夜泣きや夜尿症が共通してみられた。

考 察

1. 今回の災害における対象者の状況

本調査は、震災から約1年後に行われたものである。

福地²⁾は、災害から半年以上経つと、少しずつ居住地域の復興が始まり、周囲の大人も落ち着きを取り戻す時期であるとしている。本調査の回答者18,745人のうち、こちらの設定した選定基準を満たし、支援の対象となった者は2,394人であり、多くの子ども達は支援を必要としない状態であった。しかし、電話支援を実施できた対象者の中には、いつ地元に戻ることができるのかわからない状況において、将来の見通しが立たないまま日々の生活を送っている者が少なくなかった。そのような状況にある子ども達の中には、先述した困難さを抱えながら、なかなか回復につながっていか

ない子ども達がいることもわかった。震災から約半年後の状態について、奥山⁸⁾によると、無力感や先がみえない苛立ちより、うつになることがあるとしており、また、この時期には回復の早い家族とそうでない家族の差が出てくる時期であるとしている。被害程度、もとの経済状況、受けられる支援の多寡などによって、災害を乗り越えていける者と、そうではない者との差が、時間がたてばたつほど広がっていく、**缺状較差³⁾**であると考えられる。

また、この年代ごとの困難さについては、福地²⁾がまとめた、発達年齢ごとの災害時に示す子どもの反応と概ね一致した結果となった。例えば、一般的には乳幼児は環境の変化に敏感に反応し、泣きやすい、眠らないなどの症状をきたすことがあるが、一方思春期に入ると、自分の身に起きている事柄を正確に認知する能力が備わってきて、成人に準じた反応を示す⁸⁾と指摘した。さらに福地²⁾は、この乳幼児期と思春期の中間の時期である小学生の年代が多様な反応をきたすという指摘も同時にしている。本調査の結果(表1)をみると、この福地らの指摘と同様のことが起こっていると考えられる。

それに加え、今回の電話支援の中で語られた、対象者が感じる困難さの中に、特に未就学児であれば、赤ちゃん返りなどの退行として現れ、小学生においては、これまで1人でできていた日常生活の一部ができなくなったという形で現れるものがあった。そして、小学生、中学生が、避難に伴う転校によって、新しい学校になじめない、さらにはいじめにつながるという困難さが語られていた。前田によると、このような子どもに出現するPTSD症状による多彩な反応は、親を戸惑わせ、不安を与え、同様に親もまた被災者であることを考えると、このような子どもの反応は、親にとって一層深刻なものと映るだろうと指摘している⁷⁾。親自身も生活環境の変化(なじみのない土地、住環境の変化、職場の変化など)による親のストレスや放射線への不安がある中で、このような子どもの状況がさらに親のストレスになってしまうのではないか。過去の災害についても、2004年に起こった新潟県中越地震で被災した子どもについて、遠

藤らは、約4割の子どもに外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) に関連する症状や行動変化が現れ、そのような行動変化には親の精神状態が影響を与えていたと報告¹⁾している。今回の災害においても、上述した子どもたちの状況がさらに親のストレスとなる、親子の交互作用が生じていると考えられる。

2. 電話相談について

福島県内では、NPO法人ハートフルハート未来を育む会 (<http://heartfulheart.com/>) が主催する、「親子遊びと親ミーティング」のようなグループ活動を通して、県内の母子に対してサポートを行っている。このような親自身が参加する形のアプローチは有効ではあるが、このような場所に足を運ぶことに躊躇する母親も少なくない。そこで本調査・支援のような、多くの親に対する架電サービスは、支援を申し出ることができない親の支援においては非常に有益であるだろう。

また、澁木は、面接相談と比較した電話相談の特性として、「即応性」「非対面性」「匿名性」「一回性」「無構造化」の5つをあげている⁹⁾。「即応性」には、即時性、随時性、親和性、経済性、広域性が含まれ、電話相談の最大の利点であると指摘した。実際に、こころの健康度・生活習慣に関する調査における電話支援では、支援対象者1,363名のうち、1,180名(86.6%)に電話支援を行うことができた。たとえば県外の遠方へ避難している対象者にさえ、電話支援は行い得た。これは通常のアウトリーチ型の訪問支援では到底行うことができないものであった。

また、本調査における電話支援は、いのちの電話などの受電型の相談と異なり、支援者側から対象者に電話を架けて行うものである。このような架電による電話支援であっても、多くの対象者は、自分たちの状況を率直に語ってくれたと感じられた。前述の澁木は、電話相談の「非対面性」は聴覚情報に限られた対話であるからこそ、率直な要求や感情の表現を容易にするなど、心理的距離を縮めることができると指摘した⁹⁾。実際に、被災者が現在抱えている困難さについて相談員に率直にさまざまな問題を語ったことについては、この

「非対面性」という電話相談の特性が活かされているのかもしれない。

一般に災害時においては、訪問型のアウトリーチが精神保健上のサービスとして有効である。しかし、今般の震災のように数十万単位の被災者が発生した場合は、アウトリーチを行うのは極めて困難である。そこで、今回我々が試みた架電サービスやインターネットを利用したサービスなどは、よりfeasibleな技法として考慮すべきである。従来被災者への精神的な支援として、訪問面接の重要性が語られた一方で、架電サービスについてはほとんど論じられなかった。今後こうした大規模災害時には、架電サービスは簡便かつ一定の有効性をもつ技法として評価されてもよいだろう。

ただし、このような架電サービスにはもちろん限界がある。第一に、訪問面接のような直接的な支援ができないこと。第二に継続的な支援が行いにくいこと。第三に架電する側すなわち支援者に特有な心的負担が生じること等がある。このような電話支援の限界性を考えれば、とりわけ直接的な支援ができないことを勘案すると、他支援機関との連携が重要である。たとえば市町村の担当保健師との情報共有や、こころのケアセンターとの連携である。また、電話支援時に必要であれば医療機関等の他の支援機関への紹介も積極的に行った。こうした地域資源との連携は、電話支援の不足を補い、その効果を一層上げるためにはきわめて重要であった。すなわち、支援のためのネットワークを地域と作るができるかが電話支援を成功に導く鍵となる。

献辞 本調査、電話支援において、重要な役割を果たした、福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター電話相談支援チームの皆様には深く感謝いたします。

文献

- 1) 遠藤太郎, 塩入俊樹, 鳥谷部真一ほか: 新潟県中越地震が子どもの行動に与えた影響. 精神医学, 49: 837-843, 2007.
- 2) 福地成: 災害時の心の反応とその対応. 小児内科, 45: 1438-1441, 2013.
- 3) 外傷ストレス関連障害に関する研究会(金吉晴編): 心的トラウマの理解とケア 第2版. じほう, 東京, 2006.

- 4) Goodman, R.: The Strengths and Difficulties Questionnaire; a research note. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 38; 581-586, 1997.
- 5) 原田新：大災害時における子どもの心の支援の考え方. *小児科臨床*, 65 ; 2113-2117, 2012.
- 6) 亀岡智美, 野坂祐子, 元村直靖ほか：子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 奥山眞紀子(代表)：子どもの心の診療に関する診療体制確保, 専門的人材育成に関する研究(厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)平成20-22年度総合研究報告書), 437-474, 2011.
- 7) 前田正治：子どもと災害 親子にみられる情緒的相互作用. *教育と医学*, 59 ; 986-995, 2011.
- 8) 奥山眞紀子：子どもにみられる災害ストレス反応の特徴と対応方法. *Pharma Medica*, 30 ; 19-23, 2012.
- 9) 澁木牧：電話相談研究の概観 電話相談員の困難体験と訓練に焦点をあてて. *臨床心理学研究*, 30 ; 411-420, 2012.
- 10) Yabe, H., Suzuki, Y., Mashiko, H., et al.: Mental Health Issues identified by the Fukushima Health Management Survey after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident. *Fukushima J. Med. Sci.*, 60; 1-11, 2014.
- 11) Yasumura, S., Hosoya, M., Yamashita, S., et al.: Study protocol for the Fukushima Health Management Survey. *J. Epidemiol.*, 22; 375-383, 2012.