

第 3 回 2024.03.02

「コロナ禍での子どものメンタルヘルスの問題を読み解く～トラウマインフォームドケアの視点から～」

八木 淳子 氏

岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授 / 岩手医科大学附属病院児童精神科 診療科部長 / いわてこどもケアセンター 副センター長

私の臨床の場は大学附属病院の児童精神科で、外来と入院治療に従事しています。岩手医大の児童精神科の特徴は、附属病院の本院に「子どものこころ病棟」という児童精神科専用の病棟を持っているところです。東日本大震災が起こった後、岩手県の子どものこころのケアをずっと続けてきて、現在も沿岸被災地での子どもの治療を続けています。それと同時に、被災地での2つのコホート調査を継続してやってきました。

今日は、子どものメンタルヘルスに焦点を当てて、「コロナ禍に何が起きたのか—子どものメンタルヘルスへの影響—」「“災禍”におけるメンタルヘルスの問題」「大災害後慢性期のケアの考え方—トラウマインフォームドケア」の順でお話をさせていただきます。

未知のウイルスが世界中に拡大したコロナ禍では、4年以上にわたってその影響が遷延（長期化）しました。そのため、CBRNE（Chemical、Biological、Radiological、Nuclear、Explosive を指す頭字語）災害の1つとみなされたりもしました。この感染拡大状況は、災害や災禍と考えてもよいと思います。未曾有の大災害が、人々の生活や心身の健康に多大な影響を及ぼし、不安を惹起させて、極端な心理的反応を引き起こしたのです。こうした時には、女性、子ども、障害を持つ人などの社会的弱者にしわ寄せがいきます。

このようなコロナ禍において、子どものこころの問題が顕在化し、増大してきました。もともとあった様々

な課題がまた大きくなって、子どものこころのケアや診療のニーズが増大しています。長引く非常事態で地域や家庭が疲弊し、サポート力が弱化したことも、この問題を大きくしていると思います。

児童相談所の虐待対応件数は、コロナ禍に入ってから毎年過去最多を更新し続けています。特に、最近では心理的虐待が全体の6割を占める状況が続いています。性的虐待は全体の1%くらいで推移しているのですが、虐待件数の増加に伴って性的虐待の件数も増え続けています。

コロナ禍においては、家族の時間が増えたことによる様々な影響もありました。家族の交流時間の増加で親子の絆が深まったり、これまで一緒にいらなかったメンバーと一緒にいられるようになったりと、新しい関係性の創出という光の側面もありました。その一方で、潜在的な家族内葛藤やDVの顕在化、養育困難の問題の増大・深刻化（特に発達障害児やケアを必要とする児を育てている養育者）、過剰に密になる関係性の息苦しさ、同じ空間にいるがゆえの疎外感や孤独感の増強、などの影の側面もありました。

その家族の平常時の均衡（それまでのやり方）が破綻してしまい、家族関係に変化が起きたのです。そして、「家庭」という居場所に質の変化が起こり、子どもたちにとっては「安心基地」の変容という形で、様々な影響を及ぼしています。一斉休校による教育環境の変化によって、友人などとのつながりが希薄になり、生活リズムが乱れたこともあったと思います。こうした非日常が不安やストレス反応を惹起し、その長期化

になんとか対応しようとした結果、不適切なコーピング（ストレスに対処するための行動）に結びついてしまったケースもみられました。

2022年のDV件数（対応件数）は8万4496件のぼり、DV防止法施行後の最多を更新しました。実際の潜在件数はもっと多いだろうと指摘されています。コロナ禍では家庭内の被害は不可視化され、児相や警察の介入が平常時よりも難しくなりました。非常時には、ストレスの発露としての暴力の矛先が弱者へ向かいます。コロナ禍以前からDVの徴候があった家庭は、より深刻な状況に陥った可能性があります。

DVや虐待の当事者は複雑な精神病理を内包しています。DVや虐待は職場などの公共の場では見えず、加害する者の“（本当の）人格”は家庭という密室で顕わになります。コロナ禍のステイホームによる閉鎖性が、病理を更に増幅させた可能性があったらうと思います。

コロナ禍においては、不登校の児童生徒数もグンと増えました（2022年の小中学生の不登校数は約29万9000人）。コロナ禍以前は、「ぎりぎり行けていた」とか「なんとかもっていた」という子どもたちが、限界に達して立ち上がれなくなりました。「〇〇ちゃんに会えるから学校に行ける」とか「習い事が楽しみだから行ける」とか、それまであった“セーフティネット”が機能不全に陥り、もともと余力のない子どもたちに大きな打撃があったのです。また、不登校を選べない子どもたち（「身を守るために逃げる」ことが出来ない子ども）に至っては、逃げ場を失って自殺に追い込まれる可能性もあるので、注意しなければなりません。

いじめも子どもの自殺も増加しています。これは社会問題と言ってよいと思います。2022年の小中高生の自殺者は514人で過去最多を記録し、特に高校生の自殺の増加が顕著です。少子化が進む中で実数が増えていることを考えると、現象としてはさらに深刻です。子どもたちの自殺の原因・動機は、多い順に、健康問題、家庭問題、学業不振、進路の悩み、学友との不和（いじめ以外）、入試の悩み、と多岐にわたります。

ちなみに米国疾病予防管理センター（CDC）のデー

タでも、若い女性（12歳から17歳）の自殺企図による救急受診や、若い男女（18歳から25歳）の自殺企図による救急受診数がコロナ禍で増えています。そのためコロナ禍においては、若い女性がより深刻な不安やメンタル不調を抱えた可能性があると言われます。

子どもの自殺には、高い衝動性、高い希死念慮、「生きる意味・価値がわからない」虚しさを常に抱く、大人からみると些細に思える動機、死への親近性、大人と異なる死生観、純粋さ・敏感さ・傷つきやすさ、影響されやすさ（自殺の連鎖＝群発自殺）、などの特徴があります。子どもの出生数は、2000年は約120万人でしたが、2023年には約76万人と、0.6倍に減っています。その一方で、子どもの自殺者数は同期間に287人から514人へと1.8倍になったので、子どもの自殺率は約3倍増加したことになります。子どもたちにとって、非常に厳しい状況になっているのです。

国立成育医療研究センターが、コロナ禍の2021年度にまとめた子どもの抑うつ調査では、小学5～6年生の9～13%、中学生の13～22%に、中等度以上の抑うつ症状（日本語版PHQ-A尺度）がみられました。その中でも、小学5～6年生の25～29%、中学生の35～51%が、自分がうつだと感じる状況に至っても「誰にも相談しないでもう少し自分で様子をみる」と回答しました。そして、重症度の高い抑うつ症状を呈する子どもほど、「すぐ誰かに相談する」という回答の割合が少なく、「誰にも相談しないでもう少し自分で様子をみる」という回答の割合が多くなっていました。周りの大人が忙しそうにしている、大変そうにしている、経済的に苦しそうにしている、という様子を子どもたちは見ているので、重症度の高い子どもほど、自分の苦しみを誰にも言えずにいるのです。

コロナ禍では、これまでのやり方が通用しないことが次々と起こり、不安や混乱を招きました。不確実性や先行き不透明感は、足元が揺らぐような体験だったと思います。極度の不安が高まったことで、リスクを過度に見積もったり、行動選択の判断基準の変化や矮小化が起きたり、SNSでの情報（真偽いずれも）に傾倒してしまったり、ということが起きました。また、

自身の感染への恐れ・不安が、些細な身体的変化への過敏性・心気的反応につながることもありました。大人たちがこのように動揺し、客観的視点やサポートが不在となる中で、子どもたちは個人の対処能力を超えた高ストレス・過緊張の中で過ごすことになり、「コロナうつ」のような状態に至った子どもが少なくなかったと思います。

人流抑制・外出抑制・自粛生活も、様々な弊害をもたらしました。DV や虐待が起こっている要支援家庭の孤立を更に招き、密室での子育てが女性を精神的に追い詰めました。抑うつ状態の深刻化や、ケアされない産後うつ病の潜在的な増加も指摘されました。養育困難の状況にある家庭が、ますます置き去りにされた可能性があります。

コロナ禍における子どもを取り巻く問題を、ここまで挙げてきました。もう一度まとめてみます。

- ◎子どものいる家庭の貧困格差の拡大
- ◎ソーシャルディスタンスや私語抑制による対人関係や所属感の希薄化
- ◎学習格差の増大
- ◎ネット・ゲーム時間の延長と睡眠リズムの乱れ
- ◎新型コロナへの漠然とした不安
- ◎逆境体験の増大（虐待、ネグレクト、DV 目撃…）
- ◎子どもらしさが奪われた抑うつ的な子どもたちの増加
- ◎登校しぶり、不登校の増加
- ◎子どもや女性の自殺の増加
- ◎保護者のメンタルヘルスの問題、うつの増加

ポストコロナのこれからの時期は、以上のような負の影響を長期的に引き受けていくことになります。

続いて、災害における子どものメンタルヘルスについてふれていきます。東日本大震災後の臨床と研究から、援用できるものをご紹介します。

コロナ禍が引き起こした心理的問題は、「実態の見えない脅威（変異を繰り返す新型コロナウイルス）への恐怖・不安」「これまでのやり方が通用しないことによる心理的な混乱・不安」「地域や社会全体が神経過敏・過警戒・過覚醒の状態」「集中困難、刺激の弁別能力の

低下、見通しの持てない不安の増大、様々な行動選択の誤り」「疑心暗鬼、対人不信、社会不信、視野狭窄」「無力感・虚無感を抱きやすいことによる自己肯定感・自尊感情の弱化」などが挙げられます。

これらは、東日本大震災後の被災地で、中長期（慢性期）に起こっていた問題と類似していると感じます。私自身は被災地で13年、診療や支援にあたってきたのですが、どこかで見たことがある感覚をコロナ禍で何度も感じました。被災地では非日常が常態化して、地域全体のデフォルトが「高緊張・高不安・過覚醒」になっていました。同時に、感情麻痺や回避による「現実の問題を軽視、直面化を避ける」といった、正常化バイアスががかかっているような態度もみられました。あるいは、馴化による警戒感の薄れや危機察知能力の低下が起こり、平常時から逆境的な環境にあった子どもたちへの更なる負担増がみられました。

災害に専門的なケアを要する子どもとは、どんな子どもなのでしょうか。被災した子ども＝「患者」ではありません。一時的な情緒反応は誰にでも起こります。これはコロナ禍も同様で、全員がトラウマティックな反応を示すわけではありません。大災害時に特別なこのころのケアを必要とする子どもは、心理的負担の大きい子どもです。外傷体験の影響が深刻な子ども、親や家族を失った子ども（震災遺児・孤児）、ハイリスク家庭の子ども、環境変化の大きかった子ども、もともと脆弱な要素を持っている子ども、などです。コロナ禍でも、この考え方を援用できるのではないかと思います。

災害時のストレスは、災害そのものの衝撃によるストレスだけでなく、災害後の環境や生活の変化によるストレスもあります。災害そのものの衝撃によるストレスには、未知のウイルスの脅威、重症者・死亡者数・医療逼迫のニュース、自分や近親者が感染することへの恐れ、などがあり、これらに晒され続けたことによる恐怖・不安・緊張があったと思います。状況を正しく知り、理解することが安心につながります。また、災害後の環境や生活の変化によるストレスによって、学校・家庭・地域での不適応反応などが起こり、子どもが子どもらしくいられない状況の遷延もみられました。大災害後の様々な研究によって、こうした長期的な問題の方が子どもの発達に大きく影響することが分

かってきました。

東日本大震災におけるトラウマ体験の長期的様相、ということ言うと、大地震や大津波による単回性のⅠ型トラウマとしての要素と、外的喪失や死別による外傷性（複雑性）悲嘆の問題があり、そこにコミュニティ崩壊・機能不全家族・不適切養育・虐待・DV・いじめなどの慢性複雑性Ⅱ型トラウマの問題が重なって、この3つが複雑に絡み合いながら問題が深くなる様相がみられました。これは、コロナ禍におけるトラウマ体験の長期的様相にもあてはめられます。未知のウイルスの脅威・恐怖による単回性Ⅰ型トラウマ、安心基地の喪失・死別による外傷性（複雑性）悲嘆、コミュニティ崩壊・機能不全家族・不適切養育・虐待・DV・いじめなどの慢性複雑性Ⅱ型トラウマ、という3つの複雑な絡み合いは、東日本大震災の状況にそっくりです。

コロナ禍は未知のウイルスによる未曾有の大災害で、それが長期化している状況です。ポストコロナの子どものメンタルヘルスカケアを考える時、本来であれば、要件定義、設計、開発、運用という一連の行程を順番に進めていく WATER-FALL 型の支援が必要ですが、未知で未曾有で今も続く、ということからすると、設計、開発、テスト、リリースの小さなサイクルを何度も繰り返す AGILE 型の支援を優先することになります。特に子どもは発達する存在なので、支援方法の開発に何年もかけることはできないのです。ですから、過去の近似的な事象の知見から経過を予測し、知見に基づく方法論から援用して、対策を計画・実行します。その間に継続的なモニタリングと柔軟な見直しを行い、即時対応していくことになります。

ここで、東日本大震災後の子どものメンタルヘルスコホート研究を2つご紹介します。1つは、発災当時3～5歳の子どもの保護者（330組）を追いかけた厚労科研の研究です。もう1つは、震災後1年間に誕生した子どもとその保護者（223組）を対象としたコホート調査（みちのくこどもコホート）です。これは科研費基盤Bでやらせていただき、今も続けています。

まず、1つ目の調査で得られたことを一部ご紹介します。数年後まで持続する総合的問題行動とトラウマ

体験との関連を調べると、相対リスクが一番高かったのは震災前のトラウマ体験でした。家の損壊や友人の喪失など様々な震災体験よりも、震災前にトラウマ体験があることが、問題行動の一番のリスクだったのです。それから、親の精神疾患と子どもの問題行動の関係をみると、何らかの精神疾患に該当する親御さんの子どもの方が、総合的な問題行動の比率が高いことがわかりました。また、地域のつながりと母親のメンタルヘルス及び子どもの問題行動の関連をみると、母親のメンタルヘルスの問題に対して子どもの問題行動が出てくるわけですが、こうした母親のメンタルヘルスの問題を支えるのは、母親が地域を信頼しているかどうかであり、ソーシャルキャピタルの大切さが数年間の調査で分かってきました。

続いて2つ目の調査をご紹介します。震災から5年ほど経ち、様々な影響が長期化する中で、震災を体験していない子どもたちの様子を心配する現場の声や、被災3県（岩手・宮城・福島）とも同じように上がってきました。落ち着きがなく、集団行動になじめない子どもが以前よりも目立ち、「保護者のメンタルヘルスも心配だ」という声もありました。激甚被災地であればあるほど、その傾向が顕著なことに被災3県の児童精神科医たちが気づき、そこから着想を得て研究が始まりました。

発災から5年目（2016年）の保護者（被災3県）を対象とした調査（ベースライン調査）では、MINI（精神疾患簡易構造化面接法）で何らかの精神疾患に該当した保護者の割合は、36%近くにのぼりました。そして、子どもの語彙発達をみてみると、何らかの精神疾患に該当するとされた親のお子さんの語彙発達は、明らかに遅れていました。だいたい6か月から7か月くらいの遅れがあったという結果が得られました。

子どもの知的・認知発達についても、絵画完成、積木模様、数唱、語の配列、手の動作など様々な項目でみたのですが、いずれの項目でもほぼ1標準偏差ほどの遅れが認められました。その後、追跡調査を続けていますが、1年ほど経った時点の調査（2017年）では、最初のベースライン調査（2016年）と比べて、子どもの知的発達の伸びが明らかに認められました。これは、発達障害や知的障害があると起こらないほど

の伸びであり、私たちも本当に驚きました。

以後も、長らく様々な調査でフォローしてきました。保護者の震災に関する PTSD 症状の変化の軌跡をみると、だいたい 10% くらいの保護者は、震災から 10 年以上経っても IES-R (出来事インパクト尺度) のスコアが臨床域 (治療が必要な状態) にありました。もちろん PTSD 症状が改善していく保護者も多いのですが、そうした人たちには友人のサポートやソーシャルキャピタルがレジリエントに作用していることが分かりました。また、傷つき後の成長を自覚できている人たちは、PTSD 症状が改善していることが分かりました。

保護者のメンタルヘルスと子どもの行動上の問題を縦断的にみていくと、震災から 5 年後の親の PTSD 症状が、次の年の子どもの行動上の問題に影響して、そのことがその次の年の、子どもの行動上の問題の教員評価に影響する流れが見えてきました。さらに、震災から 5 年目の子どもの行動上の問題が、翌年の親の抑うつや不安に影響して、それがまたその次の年の、親の震災に関する PTSD 症状に影響する流れも見えてきました。子どもの行動上の問題と親のメンタルヘルスの問題は相互に影響し合い、絡み合いながら変化していくのです。

また、親の幼少期逆境体験 (ACEscore) が、震災後の出産を経て産後うつスコア (EPDS) に関連し、それが約 9 年後 (2020 年) の子どもの全般性不安とも関連しそうだということなど、親と子の関係が様々な影響し合うことが分かってきました。更に、2020 年から 2021 年のコロナ禍で、2 時間以上ゲームに没頭した子どもたちは、分離不安の症状を自覚している割合が高いことが分かりました。この傾向は、被災した沿岸部において顕著にみられました。

以上のように、みちのくこどもコホートから多くのことが分かりました。大災害後は、母親のメンタルヘルスの問題と子どもの発達や行動上の問題が相互に影響し合い変化します。だからこそ、保護者や家族の支援が重要なのです。そして、災害を直接体験した子どもとその家族はもちろんのこと、災禍 / パンデミックの混乱期に誕生した子どもとその家族に対しても、幅広く長期的な見守りが必要です。過去のトラウマ体験

や逆境体験の存在は、現在の災厄・災禍におけるストレス脆弱性を高めるので、重点的にケアすべき子どもたちの見極めが大事になります。こうしたことを踏まえ、過去の大災害の知見や経験の蓄積から援用できるケアのあり方や、トラウマインフォームドアプローチによるケアが求められるのです。

東日本大震災後、岩手県では児童精神科の診療ニーズが増大する一方でした。大学病院の移転に伴って 2019 年に子どものこころ病棟が完成し、まもなくコロナ禍に入ったのですが、この間も診療ニーズは増え続けました。前述のコホート調査によって、受診が必要になる子どもというのは、家族や親族が亡くなったり、大切なものやペットをなくしたり、といった喪失体験をしていて、行動の問題が顕著だという特徴がみられることが分かりました。これに対して、震災時に親戚の家でしばらく生活した経験があるとか、同居の兄弟が多いという環境が、保護的に働くことが分かりました。

子どもの PTSD と居住地の関連をみてみますと、被災後に内陸部にすぐ引っ越した子どもの方が、被災地にずっと居続けた子どもよりも、PTSD と診断される割合が明らかに多いという結果になりました。経験を共有できない土地に住むということが、どれだけ子どもたちのメンタルヘルスに影響するかということ、つまり場の安全だけではなくて心理的な安心や安全がいかに大事か、ということを教えてくれたデータであると思います。

子どもの PTSD と発達障害の併存ということでみますと、PTSD と診断された被災地の子どもの 33% が、何らかの発達障害 (ASD / ADHD / LD / ID) を併存していました。被災地以外では 12% の併存ですから、明らかに違いがあります。被災地で PTSD、あるいは重度ストレス反応と診断 (F43) された子どもでみると、40% が何らかの発達障害を併存していて、被災地以外の 25% よりもかなり高い割合になりました。トラウマ関連症状の重症化の背景には、発達特性の問題も潜んでいることが分かりました。

発達障害診断時期 (震災前後) による子どもの FIQ の比較も行いました。震災前に発達障害の診断があり、その後に我々のセンターを受診したお子さんと、震災

後に初めて発達障害と診断された子どもたちを比べてみると、震災後に診断を受けた子どもたちの方が、明らかに平均IQが高く、IQが75あるいは80以上の子どもたちの割合が高いという結果になりました。震災後に発達障害が増えたのではないと言われるむきもありますが、私たちが研究と臨床で得られた現状から考えると、やはりサポート資源の量と質が大震災によって減ってしまい、地域での自然なサポート力でなんとか支えられていた子どもたちが、障害として顕在化してしまったという部分が大きいのかなと考えています。

COVID-19陽性であった妊婦さんの研究（米国の研究）では、陽性妊婦のほぼ50%が出産に反応して臨床レベルの急性外傷性ストレス症状を示したという報告がありました。COVID-19の影響を受けた妊婦の集団は、外傷性分娩のリスクが高く、精神医学的罹患の関連リスクも高くなるのです。また、COVID-19に曝露された地域の母親は、そうではない地域の母親よりも出産時の急性ストレス反応が高く、出産に関連したPTSD症状が多いことや、母乳育児の問題、乳児との絆が弱い問題などが、その後起こっていることが分かりました。そのため、パンデミック状況下での出産育児への臨時的配慮や支援が重要との指摘がありました。

大震災後の12年間、岩手県教委が岩手県内の全ての子どもたちに「心とからだの健康観察」アンケート調査を続けてきました。その結果、要サポートの子どもたちの割合は、沿岸部（被災地）の方が一貫して高くなっています。小学生も中学生も高校生も、ずっとそういう状況できています。さらにコロナ禍になって、子どもたちの要サポート率がますます高くなっています。ポストコロナの時代に入ってきた2023年（令和5年）には、沿岸部の小学生と高校生の要サポート率が特に増えてしまいました。東日本大震災の被災地に暮らす子どもたちは、ポストコロナでもより手厚いサポートが必要だということを、この結果は示しています。更にこの結果は、「日常的に高ストレス状況（機能不全家族・極度の貧困・いじめなど）にある子どもたち」に、ますますの配慮が必要だということを教えてくれているのかもしれませんが。

続いて、大災害後慢性期のケアの考え方についてお

話しします。ポストコロナ期において特にケアしなければならない子どもたちは、コロナ禍（特に再警戒期）に生まれた子ども、コロナ禍以前から家族機能が脆弱だった家庭の子ども（養育困難、マルトリートメント・虐待、ネグレクト）、喪失体験をした子ども、発達障害特性（診断閾値下も含め）を有する子ども、コロナ禍に新入学・転校が重なった子ども（体験や苦悩を共有できない環境におかれている）、家族がサポートの得られにくい環境に置かれている子ども、保護者のメンタルヘルスの状態がよくない家庭の子ども、COVID-19陽性妊婦として出産した母親の子ども、等ではないかと、東日本大震災の状況から援用して考えています。

トラウマを負うというのは、日常の連続性が断たれること、それまでのやり方が通用しなくなること、自分・身近な人・世界への信頼感を失うこと、自己肯定感が低くなりやすいこと、ということなので、コロナ禍によって人々のところに引き起こされた現象そのものだと思います。そのため、トラウマを負っていることを前提としたケアがこれから必要になると思います。

トラウマがあることを前提に、トラウマに通じた、あるいはトラウマを知った上で行うケアを、トラウマインフォームドケア（TIC）といいます。過去のどんなトラウマ体験が、どのようなトラウマ体験を引き起こしているのか、トラウマがその子の人生にどういった影響を及ぼしているのか、という視点で考えるケアです。

トラウマという言葉は当たり前のように使っていますが、ラージTのトラウマ（Trauma）と言われた時には、無力感や生命の危機（恐れ）を伴う出来事と心的状態、を意味します。これは心的外傷後ストレス障害（PTSD）を引き起こしうるレベルです。スモールtのトラウマ（trauma）と言う時には、個人の対処能力を超えた苦痛を伴う出来事と心的状態、になります。ラージTのトラウマほどではないですが、その人にとっては苦痛な状態です。それから、Adverse Childhood Experience（ACE）は、潜在的なトラウマとなるような出来事であり、子どもの安全、安定、絆の感覚を損なう可能性のある環境の側面も含みます。更に、周産期からアタッチメント形成の時期に受

けるストレスを意味する Early Life Stress (ELS) も関係してきます。トラウマインフォームドケアといった時にはラージTのトラウマだけでなく、スモールt、ACE、ELS までも対象領域として含むアプローチになります。

トラウマの理解と基本的対応を、全ての人に行っていくのがトラウマインフォームドケアであり、その上にトラウマに対応したケア（トラウマのリスクを抱える人が対象）、トラウマに特化したケア（トラウマの深刻な影響を受けている人が対象）があり、こうした3層構造でトラウマモデルは考えられています。

それでは、子どもは不安にどう対処するのでしょうか。生命を脅かす危険に対して、もともと不安の強い気質や発達の偏りのある子は混乱しやすいわけです。理解を超えた事態に遭遇した時、子どもは信頼する大人の様子をみて判断（ソーシャルリファレンス）します。つまり、アタッチメント対象に依存しています。コロナ禍のような状況で養育者が不安・混乱に陥ったり、周囲の大人が動揺していたりすると、そのこと自体が子どもの不安を増大させてしまいます。

子どものストレス反応は身体症状や行動にあらわれやすいことが知られています。親と離れることを極度に恐れる（分離不安）、それまで身に着けた習慣・知識や技術を忘れる、内容のはっきりしない悪夢や睡眠障害を訴える、トラウマとは直接関連しないものへ新しい恐怖心が生じる、しぐさや会話・遊びや絵などでトラウマを表現する、頭痛・腹痛・原因不明の体の痛みや苦痛（心の痛み）を訴える、イライラしたり攻撃的になったりする、などの変化が起こってきます。これらは、自分の心の状態を言葉で十分に理解したり、説明したりできない子どもの特性からくるものだと思います。私たちは、子どもの行動という目に見える現象や出来事に着目しがちですが、水面下にトラウマの影響はないか、傷つき体験によるものではないのか、という考え方をして、トラウマが見えるようにするための知識と理解が必要になります。これがトラウマインフォームドの考え方になるわけです。

子どもたちがトラウマティックな傷つきをして不安になっている時には、こころの安全安心を取り戻すための働きかけこそが大事になってきます。不安がいっ

ぱいで過覚醒の状態になっている時には、叱ったり行動を制止させようとしたりするよりも、リラクゼーション（深呼吸・筋弛緩法）といった過覚醒を鎮める方向に子どもたちを導く働きかけの方がずっと効果があります。そして、「眠れている？」「食事は摂れている？」「勉強はどう？」「好きな遊びはどう？」などの答えやすい声かけをすると、子どもの安心につながります。もし、トラウマティックな影響を受けて症状が遷延している場合には、ただ聞いているだけではダメですので、改善の兆しが2週間以上なければ専門の医療機関につなぐことを頭に置く必要があると思います。

症状が遷延する中で、親子関係に起こりやすい状態としては、母子密着（過度なしがみつきと分離不安）、放任やネグレクト（必要な世話やしつけの放棄）、過干渉（親自身の不安が根底にあり我が子をコントロールすることで安心したい）、攻撃（親自身の不安とそれによる情緒不安定が弱者へ向かう・家族システムの危機によるマルトリートメントや虐待やDV）などがあります。

子どもだけでなく、保護者も周囲の大人も余裕がない状況が長く続くと、子どものことは後回しになってしまいます。「それどころではない」という状況になりがちです。当たり前で養育をすることが困難になり、期せずしてネグレクトになることもあります。不適切養育が意図せず起こってしまうのです。子どものペースに付き合う余裕がなくなると、叱責や強圧的な育児になりがちです。そして、おとなしい子どもや手のかからない子どもほど放っておかれ、手のかかる子どもは叱られてばかりいる、という事態に陥りやすくなります。そうした中で、受け身型の子どもは回避症状や抑うつ症状を見逃されやすいことにも注意が必要です。

子どもは親の不安を引き受ける存在でもあります。母親（養育者）の情緒不安が長引けば、子どもを不安にして、その不安は深く潜行して、様々な症状が慢性化することが考えられます（2次的ストレス反応）。これを防ぐための保護因子と考えられるのは、母親へのサポート（夫・親戚・地域・専門機関・社会システム）、地域全体の強い絆（ソーシャルキャピタル）による養育者の不安軽減、孤独にならない環境（きょうだい・

親戚・地域参加)です。養育者が相互に苦痛や苦悩に共感し、支え合える場の設定も必要になってきます。

続いて、子どもに関する相談を受ける時の留意点をいくつか挙げます。子どもの行動の変化には、正常発達の過程も含まれます。自立の芽生えや反抗期などです。混乱している母親は、子どもの健康的な成長による変化にも戸惑い、「問題行動」と受け取ることがあります。子どもは心の悩みを上手く言語化できないので、行動上の問題や身体症状として表れやすいことにも注意が必要です。「子どものこころの問題」としての相談が、母親の不安や混乱を反映している場合もあり、それは相談窓口への“入場券”にもなることを支援者は知っておく必要があります。そして、家族葛藤や生活環境の変化を背景に、状況や場面によってみられる症状が異なることも多いので、状況依存性を見極めることも支援に関わる時には必要になってきます。

発災後中期以降のケアを行う場合にもいくつか留意点があります。急性期ストレス症状は減少しますが、遅れて出てくる子どもの相談では、症状の多様化、重症化、深刻化が生じて分かりにくくなります。親の側の慢性的なストレスや生活上の問題が、子どもに反映した結果としての症状(抑うつ状態・行動化・身体化)がみられることが多くなりますし、コロナ禍以前からの家族葛藤や、親の養育能力の問題も顕在化して増幅されます。こうしたことから、いわゆる自己組織化の障害が、子どもも親もジワジワと進行してきます。否定的自己感、対人不信、感情コントロール困難、などが複雑に頭をもたげてくるのです。

そして気をつけなければならないのは、長期的にはいわゆる典型的な PTSD 症状だけが続くのではなく、むしろ、私たちが日常診療で目にするようなコモンな症状(自傷を含む抑うつ症状・パニック症状・不安症状・恐怖症状・注意集中困難・多動・衝動性亢進・解離症状・退行・破壊的行動・物質乱用など)が、感情、行動、認知、学習といったあらゆる領域に及ぶことです。そして長期化すればするほど、トラウマ関連症状であることがわかりにくくなります。うつ病、不安症、解離症群、発達障害といった顔をして私たちの目の前にあらわれますが、背景にトラウマティックな傷つきがないかどうか、ということ一度考えてみる必要があります。

傷ついた子どもたちをケアするためには、地域全体で支えることが必要だと思います。支援としては、トラウマティックな傷つきが分かれば心理教育やリラクゼーション、感情認知と調整、認知的コーピングが役立つかもしれません。その時、トラウマインフォームドの視点で、何が子どもたちをこんなふうにさせているのかな、ということを考えてみると役に立つかもしれません。その際にはこころのケアだけでなく、からだや生活全般、そしてレジリエンスを引き出すような環境が大事だということを、考えて支援することが必要だと思います。

災禍における弱者へのまなざしを持って、社会全体がつながり続けることを意識して、ケアが進んで行くことが今後必要だと思います。最後にまとめますと、COVID-19 という“新たな”感染症による災禍は、世界的・歴史的・社会的かつ地域性を持ったトラウマ性の意味合いをもつ事象であると考えられます。子どものメンタルヘルス上の問題への対応においては、発達の視点から、on going の影響のみならず、中長期的な視野で直接・間接の影響を考慮し、即時的かつ柔軟で幅広い対応が求められます。

Q.

企業で産業衛生に関わっています。ほぼ全国民が被災したコロナ禍で、これからこうした経験を経た従業員を迎えることとなります。大震災の知見で、今後我々が留意すべき点がありましたらご教示ください

大事な視点で見てくださって本当に有難いと思います。大震災後の被災地では、みんながこういう目に遭ったんだから、という思いがどんな人にもあって、「私はあの人ほどではないから」「つらいのはみんな同じだから」「だから我慢して当然」などと考える人が多くいました。そのように耐え続けた人たちが、何年か後に症状化するということを私も沢山経験してきました。ですので、みんなも大変なのだからこれくらいは当たり前だよ、という考えが、その人を前に進めることもあると思うのですが、もともと何らかの脆弱性を持っている人、例えば母子家庭で子どもを育てているとか、経済的に厳しい状況で生きている人とか、そのような人たちが同じように耐えるのは難しいんだという視点を持って、みていくことが大事だと思います。その人の家庭状況や生活状況に、ほんの少しだけ関心を向けていただくことが、1つポイントになると思います。

Q.

スモールdのトラウマを見逃さないことが大事だというお話がありました。今まで私たち（医師）は、症状の有無をすごく意識してきましたが、小さなトラウマを抱えているかどうかはその場で症状として表れていないと、あまり深くは聞いてこなかったと思います。そういうトラウマをどんな風に聞いたらよいのでしょうか

まず、ありそうかどうかということをごちら側が少し探索的にみることは必要だと思います。非常にスタンダードでちゃんとした介入をしているのに、なかなか良くならないことがあった時に、発達やうつといった問題以外に、もっと何かあるかなと考えてみます。もしかしてトラウマの問題がありそうかも、と思った時には、根掘り葉掘り聞いても答えられるものではないので、一般化してお話しを始めてみるのが有効だと思います。

例えば、「こんな目に遭った人はよくこんなふうになるのですが、あなたの場合はどうでしょうね」という形で、良くあることなんだというふうに一般化した所から入ると、話しやすくなると思います。「トラウマはね」という形で最初から行ったら警戒されたり、恥の気持ちを惹起したりするかもしれません。一般化するには、こちら側が「もしかしたらあるかも」という気づきが先になりますので、先ほど述べたような視点で考えていくとよいと思います。