

大災害発生時における小児科医の役割

(分担研究名： 我が国の小児保健医療体制の在り方に関する研究)

中 村 肇*

要約：平成7年1月17日の阪神・淡路大震災の経験をもとに、小児保健医療活動における危機対応システム(Crisis management system)の確立を如何に図るかについて、災害発生後の時間的経過によりフェーズI、フェーズII、フェーズIIIに分けて、小児保健医療体制の在り方について述べた。小児科医師としての危機対応の条件は、他の社会システムと同様に、的確で迅速な意志決定と行動ができるシステムでなければならない。災害発生時に速やかな対応をするには、災害発生前からそれぞれの分野で危機管理システムを構築し、シミュレーションを行っておくことが大切である。

「こどものこころのケア」の重要性が指摘され、小児科医としても大きな関わりをもった。今日なお、被災地では仮設生活者が2万5千所帯あり、各種調査で「こころのケア」を要する児の存在が明らかにされている。とくに肉親を喪失した児への支援が強く求められている。小児科医として、今後とも慢性期のこころの問題に関わりをもたねばならない。

見出し語：小児保健、災害、震災、PTSD

研究目的：平成7年1月の阪神・淡路大震災の経験をもとに、大災害発生時における小児科医の果たすべき役割についてまとめ、小児保健医療活動における危機管理のあり方について提言する。

緒言：ここでいう災害とは、「一時に数十人の死傷者が発生し、通常の対応能力を超える大災害」をいう。小児科医師としての危機対応の条件は、他の社会システムと同様に、的確で迅速な意志決定と行動ができるシステムでなければならない。

小児科医師として、医療行為の適切な遂行を図る上で、所属する施設の患者の安全の確保・避難誘導・治療継続、医療設備の機能の確保とともに、危機対応には、現地災害対策本部と非被災地の災害対策本部間での情報ホットラインをできるだけ速やかに構築し、両対策本部ではそれぞれに十分な情報を収集し、相互間の連携を密にして行動する。

* 神戸大学医学部小児科

Department of Pediatrics, Kobe University School of Medicine

I. 危機対応システム (Crisis management system) の確立

A. 災害の原因と危機の区分

災害の原因としては、地震（津波を含む）、風水害（地崩れ、高潮を含む）、火災（爆発を含む）、輸送・交通機関の事故、ビルの崩壊、都市型テロなどが考えられる。地域や時期によっては、火山噴火、雪崩、ダム崩壊、核事故、宇宙落下物なども考えられよう。

危機の区分としては、これら災害の原因によって異なるのは勿論、自らの医療機関が被災しているか否か、ライフラインが確保されているか否か、小児が含まれているか否かによっても小児科医師としての危機対応は異なってくる。

B. 災害への対応 危機対応システム (Crisis management system)

小児科医師としての危機対応の条件は、他の社会システムと同様に、的確で迅速な意志決定と行動ができるシステムでなければならない。災害発生時に速やかな対応をするには、災害発生前からそれぞれの分野で危機管理システムを構築し、シミュレーションを行っておくことが大切である。危機対応には、被災地の現地災害対策本部と非被災地の災害対策本部（予め決定されている学会事務局および地区評議員会事務局）間での情報ホットラインをできるだけ速やかに構築する。

両対策本部ではそれぞれに十分な情報を収集し、相互間での連携を密にして行動する。

神戸大学医学部小児科では、A. 非被災時（日常）の備えと防災対策、B. 被災緊急時の対策の2部に分けて、「NICU 防災対策マニュアル」を作成した。

II. 災害時における小児保健医療活動

災害発生後の時間の経過によりその対応は異

なる。

A. フェーズ I 期（災害発生直後から 48 時間まで）

1) 入院患者の安全の確保・避難誘導・治療継続、医療設備の機能の確保とともに、医療行為の適切な遂行を図ることになる。

2) この間、ライフライン（電気・水道・ガス）の確認と二次災害の防止に努めるとともに、小児用医薬品、小児用食料、育児用品の確保を図る。

3) 搬入される患者の人命救助活動への参加。災害の種類によって異なるが、小児科医師としてだけでなく、初期には外科的治療への参加が主要な業務となる。

4) 病院外にいる職員は家族の安全確保の上、直ちに出勤する。

5) 情報の収集と発信。他の医療機関との連絡を密にする。小児医療の情報センター基地を、被災地内および非被災地に設置し、情報の集中を図る。

6) 被災医療機関では災害対策本部が設置されるので、医師として本部長の指揮下で行動する。他の医療機関との連絡を密にし、被災状況の確認と協力体制の確保を図る。

B. フェーズ II 期（災害対策本部の統括による災害医療体制が発足する時期）からフェーズ III 期（災害医療体制から通常医療業務への移行時期）

1) 小児救急救命医療活動

a) 災害の状況に応じて、待ちの医療だけでなく、現地へ出ていく医療も必要となり、新たな状況に応じたシステムづくりを図る。

b) 時間の経過とともに、要医療者の内容が変化してくる。初期の外科的治療から、内科的治療へ、また精神保健活動が必要となってくる。

c) 医療援助者としても、初期には自己完結的医

師としての活動が求められるが、次第にチーム医療として、ついには平時の専門的医療へと移行させていく。

2) 小児保健医療活動

a) 感染症対策・予防. 冬季にはインフルエンザ、夏季には下痢症、食中毒がといった感染症が我が国では問題となろう。避難所での共同生活を余儀なくされる場合には、小児を結核などの感染症から守るうえで平時からの予防接種の徹底、臨時接種の実施等を考慮する。

b) 在宅障害児への対応. 療育施設、養護学校への通園、通学中の障害児の多くは、地震などの災害時にパニック状態に陥りやすい。また、避難所での共同生活が困難であるケースが多く、療育施設、養護学校を障害児専用の避難所とする支援体制を図る。

c) 慢性疾患患児への対応. 人工換気中の新生児呼吸障害児、透析患児、在宅酸素療法中の患児では、できるだけ速やかに治療可能な施設の情報を収集し、患児の転院を図る。また、てんかん、糖尿病などの各種代謝疾患を有し服薬中の患児については、日頃から服薬している処方内容を正確にメモしておき、避難先の医療機関でも処方して貰えるようにしておく。

d) 要医療児の早期発見. 避難所を中心に身体的、精神的要医療児を早期に発見し、適切な処置をとる。

3) 小児精神保健活動

a) 被災児やその周辺への心理的安定に対する情報の提供. マスメディア、インターネット・ホームページ、電話相談を通じて、災害時のメンタルヘルスについての正しい理解を深めるために情報を提供する。今回の阪神淡路大震災では、日本小児精神医学研究会編「災害時のメンタルヘルス」(1995.2.発行)の一部抜粋したもの(資料

参照)を、日本小児精神医学研究会代表長尾大先生の了解のもと、県下の小児科医師全員に配付し、大変役立ったとの回答を得ている。多くの被災地の小児科医は、PTSD症状を訴える患児の診療を経験しており、本マニュアルに基づき指導を行っていた。

b) リスク児の早期発見、早期の積極的介入(集団・個人)

日本小児精神医学研究会編「災害時のメンタルヘルス」には、教諭、養護教員、保健婦など子供と関わりを持つ職種の人々への指導マニュアルもあり、リスク児の早期発見、早期の積極的介入に役立つものである。また、PTSDを示す小児の治療にあたる小児科専門医のリストも掲載されている。

まとめ：

平成7年1月の阪神・淡路大震災の経験をもとに、小児保健医療活動における危機対応システム(Crisis management system)の確立を如何に図るかについて述べた。

大災害時におけるPTSD、「こどものこころのケア」の重要性が指摘され、小児科医としても大きな関わりをもった。今日なお、被災地では仮設生活者が2万5千所帯あり、各種調査で「こころのケア」を要する児の存在が明らかにされている。とくに肉親を喪失した児への支援が強く求められている。小児科医として、今後とも慢性期のこころの問題に関わりをもたねばならない。

資料：

災害時の子供への精神的援助 急性期編
(医療・保健関係者及び心理士向け)
奥山真紀子著

はじめに

災害にあたって、恐怖の体験をしたとき、肉親や親しい人(子供にとってはペットや人形も含まれる)、あるいは住み慣れた家などを失った時、避難生活などのストレスの多い状態に置かれた時、人々には多くの精神的困難が生じます。精神的に未熟な子供達はさらに深刻な状況になる傾向があります。その精神的困難は個人差の大きいものですが、ある共通の傾向も認められます。以下に述べるのは急性期(災害体験から1~2ヵ月)の子供の精神的困難の症状、面接の際の注意点、評価、対応に仕方などを述べたものです。

目次

- A. 子供によく見られるPTSD(心的外傷後ストレス障害)の症状
- B. 子供の喪失体験(愛情の対象を失う体験—家族や知人の死や家や大切なものを失う)による症状—PTSDと重なる症状も多い
- C. 長期の異常な生活環境によるストレスからくる症状
- D. 災害時の子供への面接や援助の注意点
- E. 評価

注1.小児の場合は、精神機能(自我機能)が未発達のため、基本的な信頼関係に支えられた環境がないと大人以上に問題をもちやすいことに注意すべきである。(子供はいつでも適応しやすいというのは神話である。)

注2.以下の症状や問題はある程度は正常で起こる。その程度がひどく現実適応出来ない時や、長

期化し過ぎる時が問題で、援助が必要となる。

注3.子供の発達段階によっても症状に差がある。その点で疑問のときには小児精神や発達心理の専門家にコンサルトすることが望ましい。

注4.ここでは、初期の問題を取り上げたが、初期には比較的適応がよく見えても、長期的に問題をもつこともある。

A.子供によく見られるPTSD(心的外傷ストレス障害)の症状

PTSD(Post Traumatic Stress Disorder)とは、非常に強い恐怖を伴う体験をした後におこる特徴的な障害である。

1.怖い体験を思い起こして再体験する。—その個人が現在の自己を離れて怖い体験の時の自己に戻ってしまう(フラッシュバック)。恐怖体験を思いおこさせる刺激(余震、火など)が引き金になることが多い。

(1) 突然興奮したり、過度の不安状態(パニック)になる。

(2) 突然人が変わったようになる。

(3) 突然現実でないことを言い出す。

(4) 怖い体験の夢を繰り返し見る。

(5) 繰り返しその体験を思わせる遊びや話をし、異常に没頭したり興奮したりする。

2. 外界に対する反応性の低下—感情の麻痺、精神活動全体の麻痺

(1) 表情が少なくなり、ぼーっとしている。

(2) 話をしなくなったり引っ込みじあんになる。

(3) 全体の活動性の低下、顕著だと食事などといった基本的行動も取れなくなる。

(4) 記憶の低下、集中力の低下。

3. 覚醒レベルの上昇

(1) 不眠

(2) 必要以上に常に怯えている。

(3) 少しの刺激でも過度に激しく反応する。

(4) そわそわして落ち着きがなくなる。

4. その他

(1) 過度の罪悪感や無力感を持ち、抑鬱となる。自傷行為が出ることもある。

(2) 著しい退行（赤ちゃん返り）をする。

(3) 身体症状

- 1) いわゆるヒステリー症状：手や足などが動かなくなる。意識消失して倒れる。
- 2) その他の心身症の症状：吐き気、腹痛、頭痛、めまい、過呼吸、頻尿、夜尿

B. 子供の喪失体験（愛着の対象を失う体験—家族や知人の死や家や大切なものを失う）による症状—PTSDと重なる症状も多い

1. 精神的混乱（自己が崩れるような感覚）—行動や思考に統合が取れない。

現実とそうでないこととの間に混乱を来す。

2. 喪失の否定

(1) 喪失がなかったことのように行動し、現実への適応を拒否する。（非難への激しい拒否や死者のいないところでの食事の拒否など）

(2) 亡くなった人の声を聞く。著しいときには聞いた声の命令に従う。

(3) その他、喪失がなかったような行動をとる。

3. 感情の切り離し

(1) 無表情になる。

(2) 泣くことができない—長期的に問題を起こす可能性が高い。

(3) 喪失を思い起こさせるようなことを避ける。

4. 過度の無力感

(1) 活動性が著しく低下する—6 ヶ月以上の乳児や幼児の場合、著名な時は生命維持のために必要な行動（食事をするなど）も取らなくなる。

（依存性抑鬱）

(2) 何をするにも自身をなくす。

5. 強い罪悪感

(1) 喪失を自分のせいだと思いつぶることが多い—例えば、前日にけんかしたから兄がなくなっ

てしまったのだなどといったこともある。

(2) ひどい場合には自傷行為も出現する。

6. 激しい怒り

(1) 激しい苛立ち

(2) 暴力

C. 長期の異常な生活環境によるストレスからくる症状

1. 覚醒状態の亢進

(1) 常に周囲を見張っているような行動を取る。

(2) 不眠

(3) 気を抜くことが出来ない。

(4) ささいなことで激しく驚く

(5) 苛立ちが激しい

(6) 集中力がない

2. 周囲からの引きこもり

3. 拘禁性のパニック

フラッシュバックによるものとは異なり、恐怖体験時の自分に戻ってしまうことではなく、緊張が途切れることによる。しかし、子供の場合にはこの違いがわかり難いことも多い。

4. 身体症状

症状はPTSDの身体症状と同じであるが、恐怖体験の再体験とは無関係であり、ストレスの中で適応しようとして、自己の欲求を押さえ込むことによる。しかしこの場合も子供では区別が困難なことも多い。

D. 災害時の子供への面接や援助の注意点

1. 通常以上に不安を与えない配慮が必要である。

- 面接の場所や設定から――不安が強い時には親と子供を離さずに面接する。白衣をさけるなど。
- 2.親と子供から災害時のストーリーを含めて十分に話を聞く。幼児や低学年の学童の場合は、絵を描かせたり、簡単な遊びが表現になることが多い。
 - 3.子供の精神的な問題を把握すると同時にその子供のサポートシステムと生活環境を把握して総合的に今後の援助のあり方を検討する。
 - 4.親の精神状態にも十分な配慮をする。
 - 5.親を責めない（特に子供の前で）――不安な子供にとって親は唯一の頼みである。
 - 6.親かその代替者に子供の精神的状態と子供にとって必要なことを十分に説明する。
 - 7.現在の生活の中で具体的にできることをともに考える――具体的性を持つことが大切である。
 - 8.多機関（医療、保健、福祉、教育）での連携を強化して、できるだけ多角的に援助ができるように勤める。
 - 9.中・長期的問題を抱える可能性もあるので、一時的に適応が良くなっても、問題をもったときに再び相談できるような状況を作る。

E. 評価

<子供の精神的問題の評価>

- (1) 症状――主訴のみでなく、上記のような症状の有無と程度を把握する。
- (2) 精神機能――現実検討識（現実と非現実を分ける力）がどの程度であるか、感情に障害（感情の麻痺など）はどの程度であるかなどを考えながら、現実への適応能力を評価する（簡単には、現在の状態に耐えられるかどうかを評価する）
- (3) 基礎にある精神的機能推定――元々精神的機能に問題を持つ子供ほど災害や喪失による障害を受けやすい。

- (4) 症状や問題が恐怖体験による不安症状が強いのか、喪失体験による抑鬱感情が強いのか、現実の環境からのストレスのよるものが強いのか大まかに把握する。

<環境とサポートシステムの評価>

- (1) 家族機能――親やそれに替わる保護者がしっかりしているか。親が子供に目を向けているか、家族の喧嘩が激しくはないか。家族の精神的機能はどのような状態か。
- (2) 子供の喪失体験の把握――家族や知っている人の死や不明、住み慣れた家の消失、ペットの死や喪失、大切なものの消失
- (3) 家族の喪失体験の把握――子供が直接知らなくても家族に影響している可能性
- (4) 現実の生活状況の把握――家族生活、集団生活、音、周囲の喧嘩、友達の有無
- (5) 家族を取り巻く環境の把握――地域集団、避難所の状況など
- (6) 専門的なサポートシステムの把握――学校でどのような援助が可能か、保健や福祉での援助の可能性



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:平成7年1月17日の阪神・淡路大震災の経験をもとに、小児保健医療活動における危機対応システム(Crisis management system)の確立を如何に図るかについて、災害発生後の時間的経過によりフェーズ、フェーズ、フェーズに分けて、小児保健医療体制の在り方について述べた。小児科医師としての危機対応の条件は、他の社会システムと同様に、的確で迅速な意志決定と行動ができるシステムでなければならない。災害発生時に速やかな対応をするには、災害発生前からそれぞれの分野で危機管理システムを構築し、シミュレーションを行っておくことが大切である。

「こどものこころのケア」の重要性が指摘され、小児科医としても大きな関わりをもった。今日なお、被災地では仮設生活者が2万5千所帯あり、各種調査で「こころのケア」を要する児の存在が明らかにされている。とくに肉親を喪失した児への支援が強く求められている。小児科医として、今後とも慢性期のこころの問題に関わりをもたねばならない。