

総 説

災害時の子どもの心のケア
—熊本地震の経験から—

田中 恭子

I. はじめに

2024年元日、能登半島地震が発生した。通常ならば多くの人々が集まり祝う日であるが、突然の災害によって被災地はもとより日本中が哀しみに包まれた。さらに同年9月には、豪雨によって甚大な被害がもたらされた。立ち直ろうとしていた矢先に再び被災し「心が折れた」と表現する者もあり、メンタルヘルスへの影響が懸念される。

我が国は災害が多く、残念ながら毎年のように全国各地で被害が出ている。その都度、支援についてのノウハウは蓄積されているはずである。しかしながら、実際には想定外のことが起こるのが災害であり、いざ自分がその立場にならなければ分からないことも多いと感じる。

筆者は2016年熊本地震の際、熊本大学神経精神科に勤務しており、子どもの心のケアに関わる経験をした。自分自身も被災し、被災者として支援も受けた。それらの経験の中では、それまでに持っていた知識とは異なることが多々あった。教科書的な知識だけでは対応できないことが、災害時には起こるのである。本稿では筆者の実際の経験や反省を記すことで、災害が起こった時、支援をする人・支援を受ける人はどうすればいいのかを考えるきっかけになればと思う。

II. 熊本地震の概要

熊本地震は、2016年4月14日から16日の二晩続けて同一地域で震度7を経験するという観測史上初の震災であった。特に余震の多さは記録的で、発災からの16日間の震度1以上の余震は3,024回（震度5以上22回含む）で、阪神淡路大震災の230回、新潟県中越地震の680回と比べても異常であったことが分かる。余震は長い期間、止む気配がなく「次はもっと大きな地震がくるかもしれない」と不安になる者が多数いた。避難所への避難者は最大18万人（県民の10人に1人）に及んだが、夜に発生した前震・本震のために「夜寝るのが怖い」「寝ている間に建物が壊れるかもしれない」との恐怖感から車中泊をする者も多く、その数は避難所利用者よりも多かったと報告されている¹⁾。

III. 熊本地震における子どもの心のケアに関する状況

熊本地震の際にはさまざまな分野で多数の物資や人的支援が提供された。ここでは、子どもの心のケアに関する部分だけを取りあげ、領域別にどのような取り組みが行われたかについてまとめる。

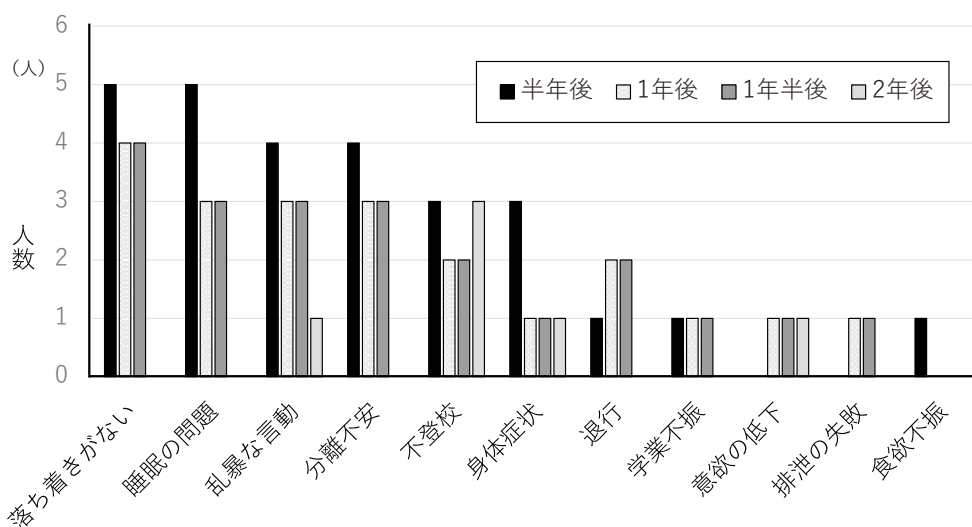


図 1 震災関連と考えられる 18 歳以下患者の受診時の主訴（重複あり）

1. 医療領域における支援

i. 小児科の状況

発災直後～1 週間程度は心の問題で小児科を受診する子どもは少なかったが、急性期（発災～1 か月頃）になると、身体的な症状や行動面の問題として表す子どもがみられ始めた。「家の中に入るのが怖い」と訴える子どもが多数いたため、手作りの絵本を用いて子どもに説明するなどの支援も行われた（現在は多言語に翻訳されている）²⁾。ファーストタッチとして子どもと家族の心のケアにあたるのは、普段からかかりつけとして診療に携わっている小児科の医療スタッフであることが多い。子どもが普段と異なる様子を示すと保護者も不安になる。災害という非常事態における自然な反応であり、注意深く経過を見守っていけば大丈夫と伝えることで、多くのケースは落ち着いていったようである。

ii. 精神科の状況

急性期には子どもの心の問題での初診相談や通常の外来受診者は少なかった。以前より発達の問題などで通院していた子どもにおいて、強迫や分離不安などの症状が一時的に悪化するケースもあったが、心理教育や薬物療法で多くのケースは落ち着いていった。

精神科への相談が増えたのは中長期（数か月～数年）の時期であった。県内の児童精神科診療を行っている医療機関への調査によれば、震災から半年後には約 3 割の医療機関で「震災関連症状で 18 歳以下の患者が受診した」と報告があった³⁾。受診者数は時間の経過とともに減少したが、数年経った後に初診した心的外傷後ストレス障害のケースもあった。受診時の主訴（重

複あり）では、急性期は「落ち着きがない」「寝つきが悪い」などが多いが、時間が経つごとに「不登校、意欲低下」などに変わっていった（図 1）。中長期には転居や家族構成の変化、学校などの環境変化などの二次的な要因による適応障害の状態を示す子どもの受診が増えた印象である⁴⁾。

子どもの心のケアに関しては、小児科・精神科のどちらも既存のグループメールが役立った。また、筆者は小児科にも精神科にも所属している立場であったため、両者の間で得られる情報を双方に共有したり、他方に案内したりした。地域によって実情が異なると思うが、両科のキーパーソンが連絡を取り合い、情報共有や役割分担を行うような仕組みを普段から構築しておくで非常時に役立つ。

iii. 災害派遣精神医療チームによる支援

熊本地震は被災地以外の都道府県から災害派遣精神医療チーム（disaster psychiatric assistance team, 以下 DPAT）が派遣された初めての大規模災害となった。DPAT は被災した精神科病院の入院患者搬送や避難所の精神保健医療活動に携わった。DPAT 統括本部が熊本県精神保健センターに置かれ、内外の連絡調整が行われた⁵⁾。

当時の状況を振り返ると、現地の医療従事者と DPAT などの外部からの支援者との連携には課題があったと思われる。DPAT の活動は子どもに特化したものではなく、情報は一般には公開されていない。そのため、DPAT が把握している情報を現地の医療従事者は知ることが難しかった。個人的な伝手を頼りに、避難所の子ども達の状況や支援活動について現地

の医療従事者に共有された。今後の課題としては、DPATに現地の子どもの心のケア担当者が参加したり、現地医療従事者との情報共有が円滑になされる体制が作られることが望ましいと考える。

iv. 支援者への支援

医療機関において子どもに直接支援できることは限られている。筆者が力を入れたのは支援者への支援である。被災した子どもは、大人の様子を敏感に察知する。関わる大人が落ち着いた態度で臨み、安心・安全感をもたらすことが、子どもの心の安定には不可欠である。被災した子どもと関わることに不安を感じ、自身も被災によるストレスを抱えている支援者をエンパワーメントする機会の提供に努めた。震災から半年の間に、保護者、保育士、教師、保健師などを対象とした研修会を各地で開催し、のべ700人ほどの参加があった。当時はオンライン研修が普及しておらず、被災地の保育園や学校などに赴くこともあった。対面で実施する研修は知識の習得という意味合いだけではなく、他の支援者と顔を合わせ安堵したり、互いに労い合い情報交換する機会ともなり、心理的なサポートの一面もあったと考えている⁶⁾。

2. 教育領域における支援

熊本県内の公立学校の65.4%が被災し、57.2%が避難所となるなど、学校は大きな被害を受けた⁷⁾。教職員の疲労は著しく、被災した生徒や教員への対応、建物やライフラインの復旧、避難所の運営など多忙を極めた。

子どもの心のケアに関しては、熊本県・熊本市教育委員会はスクールカウンセラー（以下、SC）の重点配置を行うこととし、県外からもSC派遣が行われた。また、心のサポート授業が行われ、生徒自身が防災の意識とストレスへの対処スキルを高める取り組みが行われた。2016年8月には、県内外の専門家（筆者含む）からなる「心のケアサポート会議」が始まり、定期的な会議の中で生徒の状況の把握や対応などについて継続的に話し合いが行われた。この会議は2023年9月まで7年間にわたって続けられた。

県内の公立学校（特別支援学校含む）の生徒約17万人に対して、心身の状態を把握するアンケート調査（心と体の振り返りシート）が行われた。アンケート調査は単にデータの収集を目的としたものではなく、記載内容等から教師が子どもの状況にいち早く気づき、

カウンセリングなどの支援につなぐためのツールとして用いられた。

SCによる心のケアが必要と判断された生徒数（新規・継続相談の合計）、および、被害の大きかった上益城・阿蘇地域と全県の全生徒数に占める生徒数の割合の推移を図2に示す。この結果は、災害後の経時的な心理変化のモデル⁸⁾（図3）とよく合致していると思われる。発災直後は全県にわたって心のケアが必要な生徒数が多く、特に上益城地域（震度7を2度経験した地域）では全生徒の10人に1人以上という高い割合を示した（茫然自失期）。その後の半年間は人々が気分的に高揚し結束力を高める時期である（ハネムーン期）。対象生徒数は減少を続け、そのまま収束するかに思えた。しかし、その後一転して対象生徒数は増加を続け、発災から2年後の2018年5月には上益城地域で全生徒数に占める割合が12.4%と発災直後の値を上回った（幻滅期）。この時期、被害の大きかった上益城地域とそれ以外の地域の差は開き、銚状格差（はさみじょうかくさ）の状態を呈した。この回復の二極化は、回復に時間がかかる者にとっては取り残され感や孤立感をもたらすことがあるため、注意深く見守った。その後緩やかに対象生徒数は減少を続け、2023年6月の調査終了時点では全県の全生徒に占める割合・人数はいずれも調査開始以降最少となった（再建期）。しかしながら、回復に時間のかかる子ども、非典型的な経過をたどる子どももいることが報告されており³⁾、時間が経っても災害の影響は長期的に継続することを忘れてはいけないと考えている。

筆者は、教育委員会が主催する心のケア会議に参加する機会を得たが、重要な点は教育機関の方針ややり方を尊重することであると感じた。異なる視点からの提言が医療職に求められる役割ではあるが、文化や仕組みの違いを理解し、支援を押し付けるのではなく支援を受ける側に合わせることに注意が必要であった。また、筆者は初期の頃、介入を急ぐよう教育機関に対して求めたことがあった。しかし、教育側も被災した学校への対応に追われて余裕がなく、体制を整える時間が必要であったことが後に理解できた。災害時に限らず、普段から顔の分かる関係を作っておき、必要時に速やかに連絡が取れる状況を作っておくことを強く勧める。

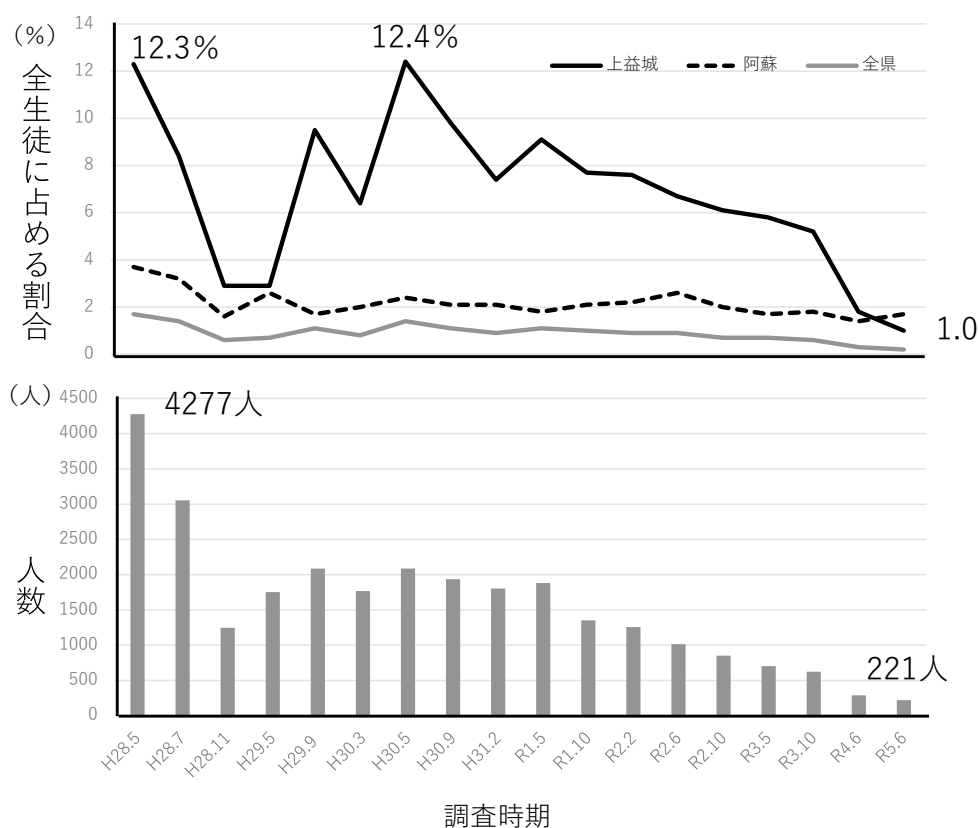


図2 スクールカウンセラーによる心のケアが必要と判断された生徒数（新規・継続相談の合計）と地域別の全生徒に占める割合（熊本県教育庁発表の報道資料（2023）をもとに筆者が作成）

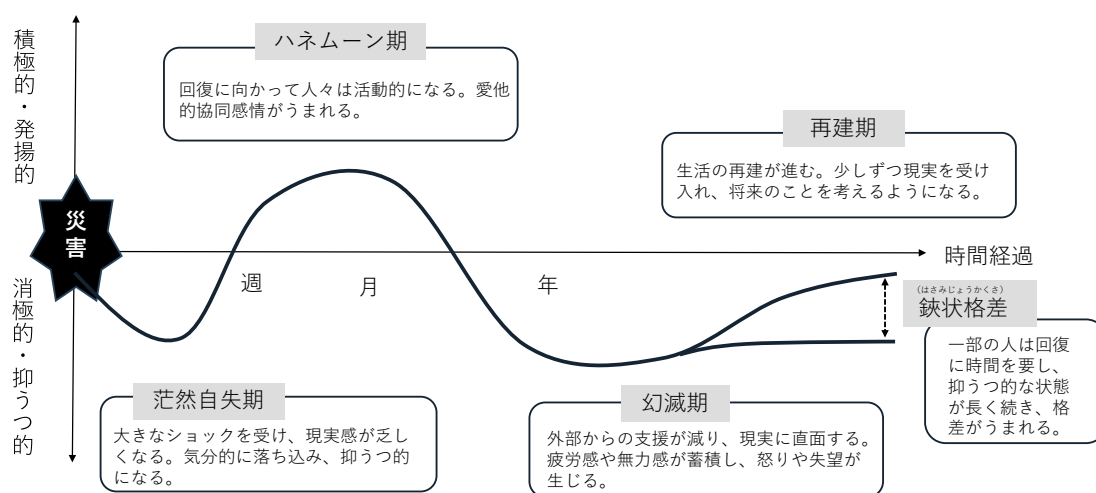


図3 被災による継時的な心理変化（「心的トラウマの理解とケア（第2版）」を筆者が一部改変）

3. 母子保健領域における支援

幼児健診は子どもと保護者の状態を直接確認ができ、支援を提供する好機である。東日本大震災の時の支援⁹⁾を参考にして、熊本県・熊本市は「こころとからだの問診票（1歳半用・3歳用）」を作成し、保護者の問診の際に活用した。計21市町村において約2年間継続

して行われた。質問は子どもには6つ、保護者には9つあり、あてはまるようならば○、少しあてはまるようならば△で回答を得た。「困っていることはありませんか」など漠然と尋ねるより、具体的な症状の有無を尋ねる方が症状に気づくきっかけになったようである。また、△の選択肢があることで、遠慮がちな気持ちも

表1 幼児健診での「こころとからだの問診票」調査結果

時期	健診	立場	多かった症状 (%)
2016 年度	1 歳半	子ども	夜泣き・寝つきが悪い (11.0%), 必要以上におびえる・小さな物音に驚く (10.4%), すぐに泣く・興奮しやすい (5.4%)
		保護者	物音やゆれに驚く (20.5%), 不安 (8.8%), 不眠 (6.3%)
	3 歳	子ども	しがみついたり後追い (23.6%), 必要以上におびえる・小さな物音に驚く (17.3%), 暗いところや特定の場所を怖がる (16.6%)
		保護者	物音やゆれに驚く (19.6%), 不安 (13.0%), イライラ・怒りっぽい (11.9%)
2017 年度	1 歳半	子ども	夜泣き・寝つきが悪い (7.7%), すぐに泣く・興奮しやすい (6.0%), 食欲低下 (2.8%)
		保護者	物音やゆれに驚く (13%), イライラ・怒りっぽい (12.5%), 不安 (9.7%)
	3 歳	子ども	しがみついたり後追い (14.3%), 暗いところや特定の場所を怖がる (10.0%), 必要以上におびえる・小さな物音に驚く (7.3%)
		保護者	イライラ・怒りっぽい (16.5%), 物音やゆれに驚く (13.4%), 不安 (11.0%)

表明しやすくなったと思われる。

質問内容の例としては、子どもには「すぐ泣いたり興奮しやすくなった」、「必要以上におびえたり、小さな物音にびっくりしたりする」、保護者には「あまり眠れない」、「いらいらしたり、怒りっぽくなった」など、災害時に起こりやすい心身の状態である。事前に記入された問診票をもとに、保健師が保護者と子どもの様子を見ながら、聴き取りが行われた。

調査の結果を表1に示す。子ども（1歳半健診）は「夜泣き・寝つきが悪い」、子ども（3歳健診）は「しがみついたり後追い」が、二年間通じて最多の症状であった。1歳半ではまだ地震を理解することが難しいが、環境の変化などによって睡眠リズムの乱れや過敏性の亢進として現れるようであった。3歳になると地震や大人の様子などを察知できるようになり、分離不安や音・場所を怖がる様子などが多く、1歳半の子どもよりも症状の出現頻度は多かった。保護者については、2016年度は1歳半・3歳健診のいずれもで「物音やゆれに驚く」が最多だが、2017年度の3歳健診では「イライラ・怒りっぽい」が最多となった。3歳の方が子どもも保護者も症状を呈しやすい傾向があったが、いずれもゆるやかにその数は減っていく傾向がみられた³⁾。

筆者は被害の大きかった地域の幼児健診に一時期医療相談として参加したが、「こころとからだの問診票」を使った面談を行うこと自体が治療的であると感じた。時には面談をきっかけに他の家族や震災以前からある問題の相談につながることもあった。幼い子どものいる家族は不安や負担を抱えやすく、災害中は孤立しやすい。受容的、支持的に子どもと保護者を支援する場として役割を果たしたと考えられる。

IV. 災害時の支援に関する諸問題

被災者のニーズにあった支援を行うことが重要だが、実際には被災者はさまざまな要望や思いがあったとしても表明しづらく、ミスマッチが起こりやすい。被災者は心身ともに疲弊しており、深く思考したり、他者と交渉するためのエネルギーが不足している。また、提供される支援に対して嫌と言いつづかったり、断ることに罪悪感が生じたりする。筆者の経験から被災者側からは伝えづらい、いくつかの事柄について、あえて提言してみたい。

1. 所属の明確化や役割分担

大災害が起こると、国・民間の支援団体、NPOから派遣される者、個人参加のボランティアなど、多数の人的支援が提供される。マンパワー不足を補い、支援に参加する者が多数いることは大変ありがたいことである。

一方、熊本地震の際、被災地に大挙する支援者の様子を見ると、圧倒される気持ちになった。外部からの支援者が多すぎて現地の支援者が入る余地がなかったくらいである。被災者は不安や緊張が高い状態であるため、見知らぬ人の接近や大勢の人が往来する様子は時に侵襲的にもなる。被災側の状況を顧みない支援活動は、時として第二の災害とも言われる¹⁰⁾。

これらの問題を解決するためには、一つには支援者が自治体主催のボランティア団体や学会等に所属し、立場を明らかにした上で支援に関わることである。二つ目には、支援者同士が横の連携を図り、役割の分担や集約を図ることである。多数の支援者の存在は心強い反面、役割が重複したり不明確になったりする。被

災地として希望するのは、各支援団体や支援者のコーディネートを行う機関の存在である。例えば、全ての支援者・団体の情報を把握し、現地の担当者との協働によってニーズを把握した上で、適切に配分できるような機関が将来整備されることを期待する。

2. 受援を想定した支援

熊本地震の時には、プッシュ型支援が初めて実施された。プッシュ型支援とは「被災直後において国が被災自治体からの具体的な要請を待たずに必要不可欠と見込まれる支援物資を調達して輸送する方法」である¹¹⁾。迅速に支援物資が提供されるというメリットの反面、物資が山積みとなり、その対応のために被災地が圧迫されるという皮肉な状況もうまれた。この時の反省から、国は受援を想定した体制整備について検討を行い、「地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン」¹²⁾が作られることとなった。

子どもの心のケアについても類似した状況があったかもしれない。熊本地震の時には、発災直後から多くの支援者が来県した。もちろん実際に助けられた子どもも数多くいたと思われる。しかし中には、突然始まり終わるような支援活動があったり、やり方は正しくとも支援を受ける側の準備が整っていないこともあったように思う。

被災して実感したことは、支援を受けるには時間とエネルギーを要するということである。災害が起こると人は不安が惹起され、衝動的に行動を起こしたくなる。しかし、現地の状況やニーズを確認したり、指示があってから動くなど規律を守った支援活動は重要である。子どもの心のケアは早ければ早いほど良いとは限らず、子どもの発達やタイミングを待たねばならないこともある。災害時においても迅速な支援の提供は重要だが、受援側のニーズにあっているか、受援体制が整っているかを確認してから提供することが望ましい。災害に関しては支援力の強化が強調されがちだが、その支援が有効に活用されるためにも受援力を高めておかねばならず、支援と受援は表裏一体の関係である。

3. 災害時の調査・研究活動

災害が発生した時のメンタルヘルスについては関心が高く、さまざまな未解明な事柄もあるため、調査や研究は重要である。しかし、東日本大震災の時には多数の調査・研究が集中し、ある被災者からは「俺ら実

験台か？」という言葉が投げられたという¹³⁾。複数の調査が繰り返し行われることは、被災者にとって精神的負担となる。類似した調査に辟易し、調査の対象とみなされることに嫌悪感を抱くことも自然な心情であろう。これらの状況に対して、日本精神神経学会は「緊急声明文」をいち早く表明し、災害時の倫理的配慮に欠けた調査・研究活動に対して警鐘を鳴らした¹⁴⁾。文部科学省・厚生労働省からも、倫理指針に従うこと、重複を避け必要以上の詳細な調査研究を行わないことなどの事務連絡が出されている¹⁵⁾。熊本地震の時も、例えば、医療・教育・福祉・母子保健などさまざまな領域から、多数のアンケート調査や面接調査などが行われた。筆者もその一人ではあるが、対象者の負担になっていないか、いつも以上に慎重に実施した。

研究者は我が身のことだけを考えず、被災者支援ファーストの視点を忘れずにいたい。特に、子どもの場合は保護者による同意になる場合もあり、本人の意思を真に反映したものか、慎重にみきわめねばならない。また、支援と同時に調査も行うなどの行為は紛らわしく、被災者を混乱させる。調査や研究の目的に関わる場合には、災害支援チームとは独立した立場であることを明確にして実施すべきである。

4. 報道への対応

災害の現状を報道することはマスメディアの使命である。しかしながら、報道のあり方によっては不安があおられたり、センセーショナル・ドラマチックなストーリーが強調されると正しい判断がしづらくなったりする。災害時にはさまざまな情報が錯綜し、近年ではSNSを通して被災者自らが情報を発信できるようにもなり、役立つこともある反面、フェイクニュースが拡散されるなどの問題も生じている。情報の受け手側は公的機関が発信する情報を選択するなど、メディア・リテラシーを高める努力が必要である。

また、報道に関しては子どもへのインタビューや調査が問題になることもある。例えば、大切な存在を亡くした子どもに対してインタビューする報道を目にすることがあった。説明や同意を得た上で行われたとしても、心理的に守られていない状況の中で話を聞き出すなどの行為は二次的なトラウマにつながる危険がある。報道関係者に対して、子どもの心のケアに携わる者として啓発を行っていくことが重要である。可能であれば普段から、地域のテレビ局や新聞社などと子

ものメンタルヘルスに関して共に考える機会を設けたり、担当者とつながりをもつなどしておくと思われる。

V. 今後の課題と展望

1. 新たな支援への期待

2020年以降、新型コロナウイルス感染症への対策としてweb研修や会議などのオンラインの活用が一気に広がり、災害支援領域にも応用されるようになった。熊本地震の時にはそれらの技術がまだ一般に普及していなかったため、多大な時間と労力を費やした。対面のメリットもあるが、時間の都合や心身の疲労から現地参加したくても出来なかった者も数多くいた。能登半島地震の際には現地での支援活動に加え、オンラインによる研修や会議、専門家による助言など、遠隔的にも支援が行われた。今後、さらにオンライン技術を活用した災害支援が発展し、支援の選択肢や幅が広がることが期待される。

2. 長期的な心の問題

東日本大震災の追跡調査によれば、震災後に生まれた子どもの認知・語彙の発達や行動・情緒に課題がみられ、母親の精神状態との関連が示唆されている¹⁶⁾。阪神・淡路大震災の時の調査においても、心の健康について教育的配慮が必要な小中学生数は3年後がピークで、はっきりと減少に転じるのに5年を要したという¹⁷⁾。災害による心の傷が癒えるには相当の長い年月が必要である。熊本地震からは8年が経過し、震災後に生まれた子どもが小学校に入学し、当時の中学生だった子どもは大人になっている。一見、震災から回復し、何事もなかったかのようにも見えるが、人々の心の奥底には災害の爪痕が残っているように感じている。もちろん、災害によってより遅しく、プラスの成長に変えることが出来た子どももいたと思われる。しかし、長期的には災害によるトラウマ体験がある群では精神疾患の生涯有病率が高いなどの報告^{18, 19)}もあり、今後も長期的な視野で子どもたちの状態を見守っていく必要があると思っている。

VI. おわりに

今後も、残念ながら我が国は災害を免れることはできないであろう。筆者も自分がまさか被災者と呼ばれる立場になり、災害支援に関わるとはその時まで想像

もしていなかった。誰しも、どこに住んでいても、突然災害に遭遇する可能性があるのである。災害の多い我が国であるからこそ、過去の教訓を未来へと受け継ぎ、より良い支援を提供ができるはずである。一人一人が、もしも被災してしまったら…、支援に参加する時には…と想像をふくらませ、物心両面で備えておくことが重要である。

文 献

- 1) 熊本県 知事公室危機管理防災課. “平成28年熊本地震に関する県民アンケート調査結果報告書”. 熊本県ホームページ. <https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/4/5178.html> (参照 2024.08.11)
- 2) 熊本市子ども発達支援センター. “やっぱりおうちがいいな”. 熊本市ホームページ. https://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=12678&e_id=21 (参照 2024.08.11)
- 3) 田中恭子, 松尾由美, 大平洋明, 他. 熊本地震における子どもの心のケア—被災した子どもの診療経験と医療・教育・母子保健領域における支援活動—, 児童青年精神医学とその近接領域 2022; 63: 715-727.
- 4) 田中恭子. 自然災害後の適応障害, 児童青年精神医学とその近接領域 2022; 63: 119-126.
- 5) 渡 路子. “DPATの現状および課題について”, 平成29年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「災害派遣精神医療チーム(DPAT)の機能強化に関する研究」, www.mhlw.go.jp/content/10802000/000328602.pdf (参照 2024.08.11)
- 6) 田中恭子. 指定発言 熊本地震における子どもの心のケアの現状と課題, 児童青年精神医学とその近接領域 2017; 58: 102-106.
- 7) 熊本県教育庁. “熊本地震の対応に関する検証報告”, 熊本県教育委員会. <https://www.pref.kumamoto.jp/site/kyouiku/9189.html> (参照 2024.08.11)
- 8) 金 吉晴. 心的トラウマの理解とケア. 第2版. 東京: じほう, 2006.
- 9) 仙台市 子供未来局子供育成部子育て支援課. “震災後の子供のこころのケア実施報告書”. 仙台市ホームページ. <https://www.city.sendai.jp/kodomo-chiiki/kuurashi/kenkotofukushi/kosodate/shisaku/hokokusho/documents/kodomonokoronokeahoukokusyo.pdf> (参照 2024.08.12)
- 10) 山口喜久雄. 熊本地震の特徴—被災者の避難行動から見えるもの—, トラウマティック・ストレス 2018;

- 16: 69-77.
- 11) 農林水産省 大臣官房広報評価課広報室. “避難所と支援物資”. 農林水産省ホームページ. https://www.maff.go.jp/j/pr/aff/1909/spe1_04.html (参照 2024.08.04)
 - 12) 内閣府 (防災担当). “地方公共団体のための 災害時受援体制に関するガイドライン”. 内閣府防災情報のページ. https://www.bousai.go.jp/kaigirep/tiho_juen/pdf/jyuen_guidelines.pdf (参照 2024.08.12)
 - 13) 栗原千絵子. 大規模災害と医学研究の倫理. 臨床評価 2011; 39: 194-197.
 - 14) 日本精神神経学会. “東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文”. 日本精神神経学会ホームページ. http://www.jsnp.or.jp/info/2011_03_11info/info/2011_04_20jspnkinkyuuseimei.pdf (参照 2024.08.14)
 - 15) 文部科学省 研究振興局ライフサイエンス課. 厚生労働省大臣官房厚生科学科. 被災地で実施される調査・研究について. 平成 23 (2011) 年 5 月 16 日. 事務連絡. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/hisaichi/jimurenraku.html> (参照 2024.08.14)
 - 16) 八木淳子, 榊屋二郎, 福地 成, 他. 東日本大震災後に誕生した子どもとその家庭への縦断的支援研究－ベースライン調査, 第 1 回・第 2 回追跡調査の結果から－. 精神神経学雑誌 2022; 124(1): 36-46.
 - 17) 兵庫県教育委員会. “災害を受けた子どもたちの心の理解とケア研究資料”. 兵庫県教育委員会. <https://www2.hyogo-c.ed.jp/hpe/kikaku/project/saigaikea> (参照 2024.08.15)
 - 18) Yule W, Bolton D, Udwin O, et al. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: the incidence and course of PTSD. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41: 503-511.
 - 19) Bolton D, O'ryan D, Udwin O, et al. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: general psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41: 513-523.