

# 難民の子どものメンタルヘルスに関する研究の現状

—低・中所得国から高所得国への移住者を対象として—

岡本 みどり お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

高橋 哲 お茶の水女子大学大学院基幹研究院

## 要約

難民および難民認定申請中の子どもは、移住前後の様々な困難によりメンタルヘルスが悪化する可能性が高く、心理社会的に脆弱な立場にあるとされる。近年、日本における難民および難民認定申請の子どもの数は増加傾向にある一方、彼らのメンタルヘルスに関する研究は限られている。そこで、本レビューでは、難民の子どものメンタルヘルスを悪化させる要因であるリスク要因を検討するために、海外で研究された低・中所得国から高所得国に移住した難民の子どもにみられる精神症状や障害、メンタルヘルスのリスク要因を概観し整理した。その結果、リスク要因は、個人、家庭、コミュニティおよび社会・文化の各領域に分類された。考察では、日本の実情を踏まえ、難民の子どものメンタルヘルスに対する支援課題を検討した。

**キー・ワード**：難民の子ども、高所得国、メンタルヘルス、ウェルビーイング、PTSD

## I はじめに

United Nations High Commissioner for Refugees (以下、UNHCR) によると、世界ではおおよそ 8,420 万人が迫害や紛争、人権侵害などの理由により国籍国からの移動を強いられている (UNHCR, 2022a)。そのうち約 2,070 万人が難民、約 410 万人が難民認定申請者であるとされる。またその半数以上は 18 歳未満の子どもである (UNHCR, 2022b)。難民とは、1951 年の難民の地位に関する条約 (以下、難民条約) 上では、「人種、宗教、国籍、政治的意見または特定の社会集団に属するという理由で、自国にいと迫害を受けるおそれがあるために他国に逃れ、国際的保護を必要とする人々」(UNHCR 駐日事務所, 2018) を指す。この定義には、「国際的・国内的な武力紛争や戦争から他国に逃れてきている人々」(UNHCR 駐日事務所, 2018) も含まれる。難民は移民<sup>1)</sup>と

異なり、迫害や死といった直接的な脅威に晒される可能性が高い。このような背景から、難民や庇護希望者、難民認定申請者といった強制移住を経験した難民的背景を有する全ての人々 (以下、難民) は、心理社会的に脆弱な立場にあるとされる (Rostami et al., 2022)。特に、思春期の子どもにとって、強制的な移住体験やそれに伴う変化は心理的苦痛やストレスを招き、メンタルヘルスやウェルビーイング<sup>2)</sup>を悪化させ、精神症状・障害につながり得る要因 (リスク要因) となり、支援が必要であると考えられる (Hirani, Payne, Mutch, & Cherian, 2016)。また、思春期は子どもにとって発達に重要な時期であり、移住体験は難民の子どものライフコース、キャリアに影響を与えると考えられる (Sawyer et al., 2012)。

日本の難民認定者は、定住難民<sup>3)</sup>、条約難民<sup>4)</sup>を合計しても毎年 100 人を越えることはないが、難

民と認められない場合であっても庇護として人道的な配慮を理由に在留を許可される場合もあり、昭和53年以降、合計15,717人が難民および庇護の対象となっている(法務省, 2021a)。一方、法務省(2021b)によると、日本における難民認定を申請する者(難民認定申請者)は2016年以降、毎年1万人を超える。思春期にある子どもの数は、近年において難民認定申請者数が最大であった平成29年では、10歳から19歳は626人であり、全体の約3%であった(出入国在留管理庁, 2018)。

毎年日本に移住する難民の子どもがいる状況であるにもかかわらず、現状では日本において思春期にあたる難民のメンタルヘルスについて検討をした研究は限られている。

本レビューは、日本における難民の子どものメンタルヘルス悪化に影響すると考えられるリスク要因を検討することを目的とする。具体的には、海外で研究された低・中所得国から高所得国に移住した難民の子どもにみられる精神症状・障害とメンタルヘルスのリスク要因について、これまでの研究から明らかになっている知見を概観し、整理する。また、難民の子どもの置かれている環境を、移住前、出身国から定住先までの移動中、および受入国への移住後に分類し、その上で、個人、家庭、コミュニティおよび社会・文化の各領域における困難について検討した。

## II 方法

### 1. 検索方法

本レビューは、研究で得られた知見を整理し、概観することを目的とするスコーピングレビュー(友利・澤田・大野・高橋・沖田, 2020)による文献検索を行った。文献を網羅的かつ探索的に検索するためのフレームワークであるPCC(Patient, Concept, Context)(友利他, 2020)の内容は、Patient: 低・中所得国出身の難民および難民認定申請者の子ども(10歳から18歳)、Concept: メンタルヘルス・精神症状・障害、Context: 高所得国、とした。Patientに関して、子どもの年齢を1

0歳からとしたのは、World Health Organization(以下、WHO)の思春期(adolescent)の定義に依拠したためである(WHO, 2001)。また、同伴者がいない子どもを対象としている研究も含まれた。高所得国は、Organisation for Economic Co-operation and Development(以下、OECD)による『ODA(政府開発援助)受け取り国リスト』

(OECD, 2020)に記載のない欧米諸国(オーストラリアを含む)を対象地域に設定した。文献検索を行うデータベースは、Scopus, EBSCOhostを用いた。検索キーワードについて、難民はrefugee, asylum seekingの2種類、子どもはchildren, adolescents, youth, teenagerの4種類、メンタルヘルスおよび精神症状はmental health, mental illness, mental disordersの3種類であり、検索式は「(refugee OR “asylum seeking”) AND (children OR adolescents OR youth OR teenager) AND (“mental health” OR “mental disorders” OR “mental illness”)」とした。高所得国はデータベース上で研究対象・報告国を選択する形で設定した。

### 2. 選定条件

検索期間は、2022年8月5日から8月10日であった。対象文献の発行年は、世界的に難民数の増加がみられた2011年以降(UNHCR, 2021a)とした。また、対象言語は英語のみとし、査読付きの学術雑誌に掲載された論文のみを対象とした。検索結果のうち(a)研究対象者に難民の子ども(10歳から18歳)を含んでいないもの、(b)低・中所得国から高所得国へ移住した難民の子どもに焦点を当てていないもの、(c)メンタルヘルスまたは精神症状に焦点を当てていないもの、(d)レビュー論文および概説は除外した。分析対象となった文献からのデータの抽出および結果の確認は著者が行った。データは、(a)著者と発行年、(b)研究が実施された国・地域、(c)研究対象者の年齢、(d)研究で着目されている主要概念、(e)調

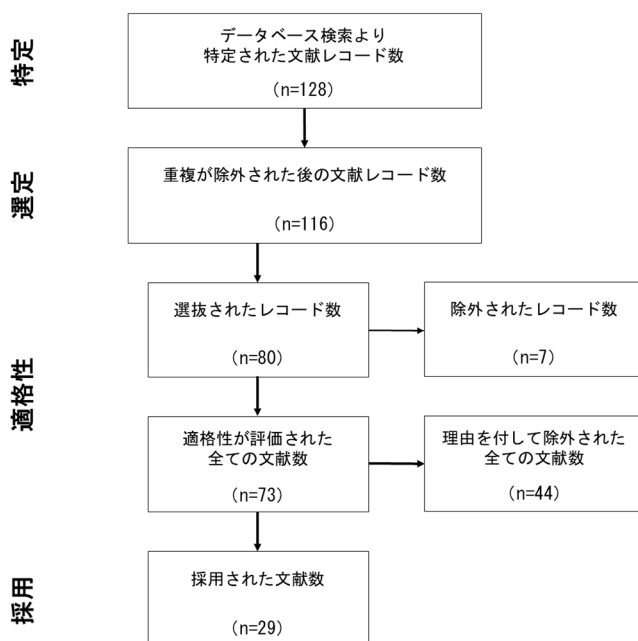


図1 PRISMA フローチャート

査が実施された場所, (f) 研究デザインの項目別にリスト化した。

### Ⅲ 結果

#### 1. 対象文献の概要

データベース検索による特定された文献は合計128件であった。重複した文献が削除された後、116件が選定された。ほとんどの文献は、研究対象者に10歳から18歳を含まないこと、移住後の国と地域が対象外であったこと、またレビュー論文であったため除外された。文献は最終的に29件に絞られた。文献選定のフローチャートは、スコーピングレビューのためのPRISMAフローチャート(友利他, 2020)に基づいて作成した(図1)。移住後の研究対象・報告国のうち、米国が8件、オーストラリアが5件、スウェーデンが4件、英国・ノルウェー・ドイツが各3件、ヨーロッパ諸国が2件、カナダが1件であった。

#### 2. 研究対象者の特徴

29件の文献のうち、23件は研究対象者の年齢が10歳以下、または18歳以上を含んだ研究であった。研究対象者の出身国は、主に中東、北アフリカ、南アジアや東南アジアに属する国々であった。

#### 3. 対象文献の分類

分析対象となった29件の文献は、(a) 精神症状の経験率(精神障害含む)、(b) 支援に関する研究、(c) 移住前、出身国から定住先までの移動中におけるリスク要因に関する研究、(d) 移住後の個人におけるリスク要因に関する研究、(e) 移住後の家庭内におけるリスク要因に関する研究、(f) 移住後のコミュニティおよび社会・文化におけるリスク要因に関する研究、(g) 移住後のメンタルヘルス保護要因に関する研究、に分類された。

## IV 文献の要約

### 1. 精神症状および精神障害の経験率

難民の子どもにみられる精神症状・障害に関する研究を要約した。まず、直接的な暴力にさらされたことによる心的外傷後ストレス障害（以下、PTSD）および心的外傷後ストレス症状（以下、PTSS）（Betancourt et al., 2017）がある。Spaas et al. (2022) は、ヨーロッパ5か国（フィンランド、スウェーデン、ベルギー、デンマーク、ノルウェー）にわたり調査を行った。その結果、難民の子どもは、移民などの非難民者に比べPTSSの臨床範囲内のスコアを獲得する確率が高かった。また、PTSSを経験する確率が移民の1.69倍であったと報告している。さらに、Betancourt et al. (2017) による米国で行われた研究では、米国出身の子どもや移民に比べ、難民の子どもは多くの種類の心的外傷体験をしていることが明らかになっている。心的外傷体験に起因するとされる症状として解離症状や心的外傷性悲嘆（Betancourt et al., 2017）、スウェーデンでは、社会から引きこもり自ら飲食や歩行しなくなったりトイレに行かなくなったりするといった生存放棄症候群（resignation syndrome）が報告されている（von Knorring & Hultcrantz, 2020）。

また、一般的な精神症状（common mental disorders：以下、CMD）といわれる、PTSDを含むうつ病や不安障害（Müller, Büter, Rosner, & Unterhitzberger, 2019a）があげられる。抑うつとしては、特に難民申請不受理に伴う抑うつ（Müller et al., 2019a）、不安障害に関連する症状としては、分離不安障害、社交不安障害が報告されている。不安障害について、Grasser et al. (2021) が米国で実施した6歳から17歳までの男女のイラク難民の若者を対象とした研究では、研究対象者の87.5%がスクリーニングの結果陽性であり、最も多くみられた精神障害であった。Jore, Oppedal, & Biele (2020) による研究では、特に同伴者のいない難民の子どもに社交不安障害の症状

として不登校や社会的引きこもり、新しい社会環境に対する敵意などがみられた。さらに、難民の子どもは心理的苦痛は、精神症状のように内在化されて現れるだけでなく、攻撃行動のような外在化された行動上の問題につながる可能性もあるとされる（Beiser & Hou, 2016）。

### 2. 個人レベルのリスク要因

#### 1) 心的外傷体験への曝露

移住前は心的外傷体験に遭遇しやすいとされる。Jore et al. (2020) による6歳から17歳までの男女のイラク難民の若者を対象とした研究では、研究対象者の79%が移住前に少なくとも一度は心的外傷体験をしていると報告している。具体的には、家族、病気、戦争体験および身体的暴力などである。また、Pfeiffer et al. (2022) は、身体的暴力の目撃も報告している。身体的暴力などの自らの道徳観に反する行為の目撃することで、道徳的負傷（moral injury）を抱えやすいとされる（McEwen, Alisic, & Jobson, 2022）。このような心的外傷体験はPTSDをはじめとする精神症状を引き起こす最大のリスクであると考えられている（Müller et al., 2019b）。移動中も移動前と同様に心的外傷体験に晒されるといふ。Pfeiffer et al. (2022) によると、受入国までに通過する国で身体的暴力の目撃が多いことが明らかになっている。さらに、移動中は生活が安定せず日々の変化が激しいためストレスが予測できない。そのためPTSSが悪化するとされる。

#### 2) 身体的健康問題

身体的健康問題もメンタルヘルス悪化要因となるとされる（Helgesson et al., 2022）。ドイツで実施された研究では、難民の子どもはドイツ出身の子どもと比較して身体疾患の罹患率が高いとされる（Costa, Biddle, & Bozorgmeh, 2021）。また、栄養失調に関わる身体症状もみられる（Harkensee & Andrew, 2021）。

### 3) 移住後の生活におけるリスク要因

他にも、個人が抱えるリスク要因として、移住前の家やコミュニティ、生活様式の喪失 (Groark, Sclare, & Raval, 2011), 民族アイデンティティを隠したり名前を変えたりすることによるアイデンティティの喪失 (Bryant et al., 2021), 言語の壁 (Ziaian, De anstiss, Puvimanasinghe, & Miller, 2018), 衣食住の不足, 安心感が得られないなどの日々のストレス (Spaas et al., 2022) などがあげられる。特に日々のストレスは移民よりも難民に多く、メンタルヘルス悪化につながるものが明らかになっている (Spaas et al., 2022)。また、これまでの研究から、このような移住に伴う変化や移住後の継続的なストレスの方が移住前や移動中の心的外傷体験よりもメンタルヘルスに強く影響するとことが明らかになっている (McCleary, Shannon, Wieling, & Becher, 2020)。

## 3. 家庭レベルのリスク要因

### 1) 家族との離別

移住前や移動中における家族成員や関係の大きな変化は子どものメンタルヘルス悪化に影響する (Pfeiffer et al., 2022)。移民などの非難民の子どもと比較した研究では、難民の子どもは家族との離別体験率が高く心的外傷後性悲嘆を発症しやすいとされる (Betancourt et al., 2017)。Spaas et al. (2022) の研究では、難民が移動中に家族と離ればなれになったと報告する確率は非難民移住者の 1.73 倍であった。また、家族との離別や死別により同伴者がいない子どもほど、戦争体験に関わらず事故や怪我を含む心的外傷体験の割合が高く、メンタルヘルス悪化のリスクが高い (Müller et al., 2019b)。

### 2) 安定しない生活状況

高所得国へ移住した後、特に両親が難民申請中の場合は、居住地や経済状況が安定しないことへの不安や出身国へ送還される恐怖が難民の子ども

のメンタルヘルス悪化に影響するとされる (Rostami et al., 2022)。

### 3) 家族のメンタルヘルス問題

家族に精神症状がある者がいることもリスク要因となる。Betancourt et al. (2017) による米国で実施された研究では、米国出身の子どもに比べ、難民の子どもは身内に身体・精神障害を持つ可能性が高いという。親の PTSD は子どものメンタルヘルス悪化に直接的に影響するような厳しすぎる養育につながる (Rostami et al., 2022)。また、Bryant et al. (2021) は、親の持続性複雑死別障害が子どものメンタルヘルスと関連があると報告している。さらに、母親が難民であり心的外傷体験を抱えている場合、親の心理的苦痛が子どものメンタルヘルスに影響を与えることが明らかになっている (Sangalang, Jager, & Harachi, 2017)。これはいわゆるトラウマの世代間伝達であり、親のトラウマが世代を超えて伝達する現象とされる (Daud, Skoglund, & Rydelius, 2005)。

### 4) 家族からの期待とプレッシャー

家族からの期待やプレッシャーによるストレスもリスク要因となる。McCleary et al. (2020) による、米国に移住してきたブータン人の難民の子どもを対象とした研究では、多くの研究協力者が、新天地で教育を受け、将来にわたり両親や故郷の親族を養うという親からのプレッシャーとストレスを感じていたという。同様に、Frounfelker, Assefa, Smith, Hussein, & Betancourt (2017) による米国に移住したソマリア人の難民の子どもを対象とした研究においても、家族に対する責任感が同年代の子どもよりも高いと報告されている。

### 5) 親との考え方の相違

親との考え方の違いやコミュニケーションにおける齟齬がストレスになる。McCleary et al. (2020) による研究では、ほとんどの研究協力者が親に自分の気持ちやストレス体験を話さなかったと報告している。この背景として、文化的背景や世代間の違いだけでなく、親がストレス体験に対す

る理解を示さないことを指摘している。例えば、Frounfelker et al. (2017) による調査では、宗教に関する差別やいじめに対し親はあまり理解を示さなかったという研究協力者の体験が述べられている。また、親世代が持つ心理的苦痛は他者に話すものではないというメンタルヘルスやスティグマに対する認識の違いもあるとされる。そのため、子どもが心理的苦痛を抱えていても援助希求できない、医療機関にアクセスできないという問題につながると考えられる。

#### 6) 親の適応問題

親が新しい文化へ適応しない、もしくは適応が遅いことが子どものストレス要因となる。例えば、Frounfelker et al. (2017) は家族内における文化への適応速度、適応方法の違いが家族内に軋轢を生むとした。また、Lincoln, Lazarevic, White, & Ellis (2016) は、親が米国の教育システム(学校文化、課題、中間試験など)を理解していないことに子どもはストレスを感じていると報告している。また、年少の弟妹がいる思春期の子どもは、文化変容<sup>5)</sup>に伴う自身のアイデンティティを確立するだけでなく、親が抱える文化的な溝を埋める役割を果たしており、負担が大きいと考えられる(Frounfelker et al., 2017)。

### 4. コミュニティおよび社会・文化レベルのリスク要因

#### 1) 文化変容

移住後に体験する文化変容は、難民の子どもにとって大きなストレスとなる(Betancourt et al., 2015)。文化変容に伴う日々のデイリーハズルズやストレスと抑うつとの関連(Keles, Idsøe, Friberg, Sirin, & Oppedal, 2017)、文化適応に関するストレスによるCMDの悪化(Lincoln et al., 2016)などが明らかになっている。

#### 2) 差別

差別体験も大きなリスク要因である。受入国で

の差別体験によるメンタルヘルスの悪化や幸福感の低下の関連が明らかになっている(Spaas et al., 2022)。カナダで行われた研究では、差別体験は攻撃行動や情緒の問題につながるとの報告もある(Beiser & Hou, 2016)。さらに、McEwen et al. (2022)の研究によると、道徳的負傷のある子どもにとって差別体験はメンタルヘルス悪化を助長する要因とされる。また、Jore et al. (2020)は、特に同伴者のいない難民の子どもは差別体験による社交不安障害の発症率が高いと報告している。

#### 3) 学校への適応

移住後、子どもにとって居場所のひとつと考えられる学校も困難が多い場所である。そのひとつとして、新しい学校システムへの適応問題がある。Ziaian et al. (2018)は、オーストラリアにおける難民の子どもが現地の学校で直面する困難として、言語の壁、新しい教育制度への不慣れ、言語や学業のサポート不足を報告している。また、オーストラリアでは、これまでの学歴、英語力、移住後の学習能力に関わらず、年齢に応じたクラスに子どもを編入させる。そのため、勉強についていくことが困難になる可能性がある。しかし、教師が難民の子どもの学業不振やコミュニケーション上での困難をメンタルヘルス問題に集約してしまっている可能性がある<sup>6)</sup>と指摘した。さらに、教師や仲間からの人種差別(Ziaian et al., 2018)、宗教に対する差別とそれに対するいじめ(Frounfelker et al., 2017)などが報告されている。先述の通り、被差別体験はメンタルヘルス悪化や幸福度の低下につながるとされる。

#### 4) 受入国の制度上の問題

受入国の社会制度が整っていないことが難民の子どもの心理的苦痛を強めること、またキャリアの選択肢を制限していることが明らかになっている。Müller et al. (2019b)は、受入国の社会支援をはじめとした支援制度が整っていないことと難民の子どもへの不安には関連があると述べている。

また、Betancourt et al. (2017) によると、米国では難民に対する再定住支援が限られているため、彼らは暴力の多い地域に再定住しており、暴力に晒される可能性が高いとしている。Oppedal, Guribye, & Kroger (2017) による、ノルウェーで実施された職業アイデンティティに関する研究では、同伴者のいない難民の子どもが職業選択をする際に、自身の願望をかなえるための長期的な進路を選ばず、生計を立てるために安定性のある職業を求める傾向があると報告している。その背景として、ノルウェーの教育制度上の問題や大人のキャリアに関する助言が、同伴者のいない難民の子どもの職業選択を制限していると指摘している。

#### 5) 医療サービスのアクセス制限

難民の子どもの医療ニーズと医療サービス利用率との間に大きな差があると考えられている (Costa et al., 2021)。低・中所得国から高所得国に移住した子どもは、精神科医療サービスを十分に活用できていないことが明らかになっている (Rostami et al., 2022)。いくつかの研究において、難民の子どもの CMD の罹患率が低いという報告があるが (Amin et al., 2020)、その要因として、医療サービスの構造や機能に関する知識不足、精神症状・精神障害に対する高レベルのスティグマ、医療者の知識不足などがあげられる (Amin et al., 2020)。また、医療従事者とのコミュニケーションをとる際の言語の壁も障害となる (McCleary et al., 2020)。Taipale et al. (2021) は、スウェーデンで実施された研究において、16歳から25歳の難民の若者の抑うつ薬の使用中断の可能性の高さを報告している。その背景には、薬物療法に対する誤った認識、ヘルスリテラシーの低さとがあるとしている。また、居住年数が短いほど中断リスクが高かった。これには医療従事者とコミュニケーションが十分に取れず、治療にまつわる重要な事項、例えば、治療継続のメリットや薬の副作用などについて正しく共有されていない可能

性を指摘している。他にも、受入国によっては、難民認定申請中の場合、医療サービスを受ける際にサポートワーカーを利用できないなど制度上の制限があるという (Harkensee & Andrew, 2021)。

### 5. メンタルヘルスの保護要因

最後に、文献を分類した結果、難民の子どものメンタルヘルスを維持、もしくは下支えするような要因が幾つか明らかになった。以下では、そのような保護要因について整理する。

#### 1) ヘルシー・マイグランド効果の可能性

これまでの研究では、受入国生まれの人に比べて、難民の自殺のリスクが低いという調査報告がある (Helgesson et al., 2022)。この要因として、Amin et al. (2021) のスウェーデンにおける16歳から65歳の難民を対象とした研究から、研究対象者が移住前や移住前後の困難を克服してきたことによる健康選択バイアスの影響などが考えられる。これは、移民だけでなく難民もヘルシー・マイグランド効果、すなわち、難民が移住先の国民より健康状態が良い可能性があることを示唆している (小堀・前田・山本, 2017)。この他に、研究対象者が難民申請が降り、スウェーデンに居住許可を得た者であったことも影響していると考えられている。また、研究対象者の85%がスウェーデンに5年以上居住していたため、異文化適応の困難を克服し、既にコミュニティに馴染んでいた可能性がある。さらに、自殺行動に対する認識や態度、アルコール摂取量といった宗教や文化的背景の違いも要因に含まれているとされる。

#### 2) 多様な個人資源

個人においては、資源を増やすことが重要であると考えられる。例えば、宗教的信仰はウェルビーイングを下支えし (Betancourt et al., 2015)、仲間の存在は不安を低減し、スポーツは外在化行動を低減するとされている (Müller et al., 2019)

b)。また、家族との健全なコミュニケーションがメンタルヘルスを維持する要因となる (Betancourt et al., 2015)。特に兄弟姉妹とのつながりはメンタルヘルスの促進効果があるという (Frounfelker et al., 2017)。また、親と協力的な関係であると子どもは、抑うつ症状が現れにくいという (Trentacosta, McLear, Ziadni, Lumley, & Arfken, 2016)。

### 3) 学校・ソーシャルサポート

学校はストレスフルな環境となり得る一方、メンタルヘルスを支える役割を果たすとされる。いくつかの研究では、移住後の学校における心理社会的介入の可能性が示されている。難民の子どもにとって、教師からの支援は重要な保護要因のひとつである。教師による共感やコミュニケーション、教師による子どもの異変への気づきは、子どもの援助希求や、医療サービスへのアクセスのきっかけになるという (Fazel, 2015)。Ziaian et al. (2018) の研究によると、教師は親よりも難民の子どものメンタルヘルス問題の割合が高いと認識していたという。また、学校とのつながり自体がうつ病や不安を低減するとの報告もある (Trentacosta et al., 2016)。また、学校に肯定的な印象を持っている場合、心的外傷後ストレスに伴う症状の出現率が低いという報告がある (Trentacosta et al., 2016)。さらに、学校は難民の子どもの資源を増やすことが可能である。Fazel (2015) の研究では、難民の子どもは、学校に対して語学クラスの提供、課外活動、生活に関する助言や難民認定申請の支援などを求めているという。これらは知識や情報の提供、仲間との出会いや新しい経験の機会となる。また、学校の他にも、受入国のソーシャルサポートが充実していると不安を低減するとされ、重要であると考えられる (Müller et al., 2019b)。

## V 考察

本レビューでは、海外で研究された低・中所得

国から高所得国に移住した難民の子どもにみられる精神症状・障害とメンタルヘルスを悪化させるリスク要因に関する研究を対象にスコopingレビューを行った。考察では、レビューをもとに日本の実情を踏まえて、日本における難民の子どもへのメンタルヘルスに関する以下の課題を検討する。第一に精神症状・障害の発現・発症にまつわる課題、第二に家庭内の課題、第三に社会・文化にまつわる課題、第四に医療アクセス率の低さ、の4つである。

第一に、難民の子どもにみられる精神症状・障害としては、心的外傷体験によるPTSSやPTSDが最たるものであるといえる。難民の子どもの場合、移住前の環境から心的外傷体験に遭遇する可能性が高いとされる (Jore et al., 2020)。心的外傷体験を基とした心的外傷性悲嘆 (Betancourt et al., 2017) や道徳的負傷 (moral injury) (McEwen et al., 2022) といった難民の子ども特有と思われる症状が報告されている。いくつかの文献では、CMDの有病率は、出身国や亡命プロセス、移住後の文化変容により差があるため、一般化は困難であることが述べられている (Amin et al., 2020; Grasser et al., 2021)。このような精神症状・障害は、日本に移住した難民の子どもにも同様に現れる可能性があると考えられる。また、行動上の問題とされるものの背景にはこのような精神症状・障害が関与している可能性があり (Beiser & Hou, 2016)、文化変容に伴う適応問題の観点のみから捉えると障害を見逃す可能性が高いため、留意が必要であると思われる。

第二の家庭内の課題について、先行研究で明らかになったメンタルヘルスのリスク要因には、移民の子どもに当てはまるものも多いと考えられるが、そのなかでも、親のPTSDと厳しすぎる養育の関連 (Rostami et al., 2022)、トラウマの世代間伝達 (Sangalang et al., 2017) などは難民の子ども特有のリスク要因であるだろう。日本では、五十嵐・小黒 (2014) による成人難民女性を対象



にした研究が行われており、特にシングルマザーにとって心の拠りどころは子どもであること、また難民であるがゆえに生きるための選択肢が少ないという現状を報告している。このような状況は、家庭内で子どもが様々なリスク要因に直面し得るのではないかという危惧を感じさせる一方で、日本で生活する親の孤独や社会適応の困難さに対する支援に目を向ける必要性に気づかせる。

第三の社会・文化にまつわる課題、例えば、言語の壁や移住先の文化への適応は、日本に移住した難民の子どもにとっても大きな課題であると考えられる。鶴木 (2017, pp. 37-39) は、難民の子どもの場合、移住の緊急度が高く渡航までの期間が限られていたりブローカーに手配を依頼した場合行き先を選べなかったりと、移住先の語学や文化に対する知識がないなかで生活を始めなければならないといった特有の背景があるとしている。さらに、子どもだけでなく親自身が移住先での環境適応等に精一杯であること (Frounfelker et al., 2017)、親が PTSD などの精神障害に罹患していることにより、親への援助希求が困難になると考えられる。この点に関しては日本での支援を考える際にも留意が必要であろう。日本の場合、特に難民認定申請者は社会保障や公的扶助を受けることができないなど生活上の困難を強いられる可能性が非常に高い (森田・金森・能智・近藤, 2021)。難民認定申請者に対する保障は、外務省からの保護費や家賃補助の支給、厚生労働省による自立支援医療制度 (精神科通院) などがあるものの、最低限の生活を送ることが困難な状況であるという (三木・白石, 2012)。Rostami et al. (2022) の研究からわかるように、親の居住地や経済状況が安定しないことへの不安は、子どものメンタルヘルスに影響するとされる。

第四の医療アクセス率の低さについては、先行研究と同様に、日本でも成人の難民認定申請者の医療アクセス率が低いことが明らかになっている (森田他, 2021)。難民認定申請者の受診抑制の要

因のひとつに健康保険未加入がある。その理由のひとつは「医療費が支払えない」ためであるという (森田他, 2021)。このような状況では、子どもが精神障害を抱えていたとしても、親が医療機関にアクセスしないと推測される。先行研究においても、難民に提供される医療の整備不足と改善の必要性が述べられている。例えば、ドイツでは急性疼痛、予防接種、妊娠出産に関するものなど特定のサービスのみ補償され、その他必須とされるサービスは自治体ごとに異なる状況であるという (Costa, 2021)。森田他 (2021) によると、日本の難民認定申請者の場合、医療費を NPO などの市民団体が拠金し受診するケースや、何らかの理由で直接受診が困難であったとしても、市民団体が提供する無料健康診断の機会を利用して、体調不安を解消している可能性があるという。支援者はこのような支援やサービスを知り、つなげる働きかけが必要であると考えられる。

先行研究では、難民の子どもの支援につなぐ役割として、NPO などのコミュニティの人々や教師が大きな役割を果たしていることも明らかになっている (Fazel, 2015)。今後の日本における難民の子どものメンタルヘルス支援では、学校のスクールカウンセラーや教師、医療機関、支援団体といった人々が果たす役割が大きいと考えられる。Taipale et al. (2021) は、難民の子どもの抗うつ薬中断率が高いなど高所得環境における難民の子どもの精神科医療サービスにおける格差解消のためには、彼らの薬使用に関する知識の向上だけでなく、難民の子どもも特有の文化的背景や年齢を理解したコミュニケーション方略、医療従事者の異文化間医療能力向上を目的としたプログラムが必要であるとしている。難民の子どもの支援にあたる者は、彼らの背景をより深く理解しながら心理社会的支援を提供する必要があるだろう。

#### <注>

1) UNHCR (2016) によると、移民とは、迫害や死と

いった直接的な脅威はなく、主に就労や教育など生活の質を改善するために移住を選択した者を指す。

2) ウェルビーイングとは、「個人の権利や自己実現が保障され、身体的、精神的、社会的に良好な状態にあることを意味する概念」(厚生労働省, 2019)である。ウェルビーイングであることは、良いメンタルヘルス状態であることを意味する (WHO, 2022)。

3) 定住難民とは、インドシナ難民 (1975年のベトナム戦争終結に前後したベトナム・ラオス・カンボジアにおける政治体制の変革等に伴い周辺地域へ逃れた者と日本への定住を認められた家族。), および第三国定住難民 (難民キャンプ等で一時的な保護を受けた難民が、新たに受け入れに合意した第三国が受け入れる制度。日本ではタイ・マレーシアから受け入れたミャンマー難民の受け入れを行ってきた。)を指す (外務省, 2020)。

4) 条約難民とは、難民条約に基づき、難民と判断された者。要件は以下の通りである。(1) 人種、宗教、国籍若しくは特定の社会的集団の構成員であること又は政治的意見を理由に、迫害を受けるおそれがあるという十分に理由のある恐怖を有すること、(2) 国籍国の外にいる者であること、(3) その国籍国の保護を受けることができない、又はそのような恐怖を有するためにその国籍国の保護を受けることを望まない者であること (外務省, 2020)。

5) 文化変容は、2つ以上の文化集団が接触することで生じる個人の文化および心理的变化のプロセス、新しい文化に適応するプロセスを指す (Berry, 2005)。

## 文献

- Amin, R., Rahman, S., Dorner, T. E., Björkenstam, E., Helgesson, M., Norredam, M. L., ...Mittendorfer-Rutz, E. (2020). Country of birth, time period of resettlement and subsequent treated common mental disorders in young refugees in Sweden, *European Journal of Public Health, 30*, 1169-1175.
- Beiser, M., & Hou, F. (2016). Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada. *Journal of Nervous and Mental Disease, 204*, 464-470.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations, 29*, 697-712.
- Betancourt, T. S., Abdi, S., Ito, B. S., Lilienthal, G. M., Agalab, N., & Ellis, H. (2015). We left one war and came to another: resource loss, acculturative stress, and caregiver-child relationships in Somali refugee families. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 21*, 114-125.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Birman, D., Lee, R., Ellis, B. H., & Layne, C. M. (2017). Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization Across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and U.S.-Origin Children. *Journal of Traumatic Stress, 30*, 209-218.
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., & Hazi-Pavlovic, D. (2021). Prolonged grief in refugees, parenting behaviour and children's mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 55*, 863-873.
- Costa, D., Biddle, L. & Bozorgmehr, K. (2021). Association between psychosocial functioning, health status and healthcare access of asylum seekers and refugee children: a population-based cross-sectional study in a German federal state. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15*, 59.
- Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P.-A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare, 14*, 23-32.
- Fazel, M. (2015). A moment of change: Facilitating refugee children's mental health in UK schools. *International Journal of Educational Development, 41*, 255-261.
- Frounfelker, R. L., Assefa, M. T., Smith, E., Hussain, A., & Betancourt, T. S. (2017). "We would never forget who we are": resettlement, cultural negotiation, and family relationships among Somali Bantu refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*, 1387-1400.
- 外務省 (2020). 国内における難民の受け入れ 外務省 Retrieved from <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/nanmin/main3.html> (2022年8月28日)
- Grasser, L. R., Haddad, L., Manji, S., Assari, S., Arfken, C., & Javanbakht, A. (2021). Trauma-Related Psychopathology in Iraqi Refugee You

- th Resettled in the United States, and Comparison With an Ethnically Similar Refugee Sample: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, *12*, 574368.
- Groark, C., Sclare, I., & Raval, H. (2011). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *16*, 421-442.
- Harkensee, C., & Andrew, R. (2021). Health needs of accompanied refugee and asylum-seeking children in a UK specialist clinic. *Acta Paediatrica*, *110*, 2396-2404.
- Helgesson, M., Björkenstam, E., Filatova, S., Rahman, S. G., Cullen, A., Dorner, T., & Mittendorf-Rutz, E. (2022). Mental and somatic disorders and the subsequent risk of all-cause and cause-specific mortality in refugees, non-refugee migrants and the Swedish-born youth: a population-based cohort study in Sweden. *BMJ Open*, *12*, e054351.
- Hirani, K., Payne, D., Mutch, R., & Cherian, S. (2016). Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of Disease in Childhood*, *101*, 670-676.
- 法務省 (2021a). 我が国における難民庇護の状況等 法務省 Retrieved from <https://www.moj.go.jp/isa/content/001372237.pdf> (2022年8月28日)
- 法務省 (2021b). 令和3年における難民認定者数等について 法務省 Retrieved from <https://www.moj.go.jp/isa/content/001372237.pdf> (2022年8月28日)
- 五十嵐 ゆかり・小黒 道子 (2014). 日本における難民女性のリプロダクティブヘルスの現状 日本助産学会誌, *28*, 250-259.
- Jore, T., Oppedal, B., & Biele, G. (2020). Social anxiety among unaccompanied minor refugees in Norway. The association with pre-migration trauma and post-migration acculturation related factors. *Journal of Psychosomatic Research*, *136*, 110175.
- Keles, S., Idsøe, T., Friborg, O., Sirin, S., & Oppedal, B. (2017). The Longitudinal Relation between Daily Hassles and Depressive Symptoms among Unaccompanied Refugees in Norway. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*, 1413-1427.
- 小堀 栄子・前田 祐子・山本 太郎 (2017). 日本在住外国人の死亡率—示唆されたヘルシー・マイグレーション効果— 日本公衆衛生雑誌, *64*(12), 707-717.
- 厚生労働省 (2019). 雇用政策研究会報告書 厚生労働省 Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204414\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204414_00003.html) (2022年8月28日)
- Lincoln, A. K., Lazarevic, V., White, M. T., & Ellis, B. H. (2016). The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *18*, 771-778.
- McCleary, J. S., Shannon, P. J., Wieling, E., & Beyer, E. (2020). Exploring intergenerational communication and stress in refugee families. *Child & Family Social Work*, *25*, 364-372.
- McEwen, C., Alisic, E., & Jobson, L. (2022). Moderating role of moral injury in the mental health of adolescent refugees. *Journal of Clinical Psychology*, *78*, 1478-1490.
- 三木 良子・白石 弘巳 (2021). 日本における難民の暮らしとメンタルヘルスの課題 ライフデザイン学研究, *7*, 273-289.
- 森田 直美・金森 万里子・能智 正博・近藤 尚己 (2021). 日本の在住外国人における医療アクセスが困難な人の特徴とアクセス抑制因子および効果的な支援策に関する混合研究 国際保険医療, *36*, 107-121.
- Müller, L. R., Gossmann, K., Hartmann, F., Büter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019a). 1-year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC Public Health*, *19*, 908.
- Müller, L., Büter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019b). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*, 8.
- Oppedal, B., Guribye, E., & Kroger, J. (2017). Vocational identity development among unaccompanied refugee minors. *International Journal of Intercultural Relations*, *60*, 145-159.
- OECD. (2020). DAC List of ODA Recipients. OECD. Retrieved from <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/dac-list.htm> (August 28, 2022)
- Pfeiffer, E., Behrendt, M., Adeyinka, S., Devlieger, I., Rota, L., Uzureau, O., ...Derluyn, I. (2022). Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: a longitudinal cross-country study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*, 6.
- Rostami, R., Wells, R., Solaimani, J., Berle, D., Hadzi-Pavlovic, D., Silove, D., ...Steel, Z. (2022). The mental health of Farsi-Dari speaking asylum-seeking children and parents facing insecure residency in Australia. *Lancet Regional Health-Western Pacific*, *27*, 100548.

- Sangalang, C. C., Jager, J., & Harachi, T. W. (2017). Effects of maternal traumatic distress on family functioning and child mental health: An examination of Southeast Asian refugee families in the U.S. *Social Science & Medicine*, *184*, 178-186.
- Sawyer, S. M., Affifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, *379*, 1630-1640.
- Spaas, C., Verelst, A., Devlieger, I., Aalto, S., Andersen, A. J., Durbeej, N., ...De Haene, L. (2022). Mental Health of Refugee and Non-refugee Migrant Young People in European Secondary Education: The Role of Family Separation, Daily Material Stress and Perceived Discrimination in Resettlement. *Journal of Youth and Adolescence*, *51*, 848-870.
- 出入国在留管理庁 (2018). 平成29年における難民認定者数等について 出入国在留管理庁 Retrieved from [https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/nyuukokukanri03\\_00600.html](https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/nyuukokukanri03_00600.html) (2022年8月28日)
- Taipale, H., Niederkrotenthaler, T., Tanskanen, A., Cullen, A. E., Helgesson, M., Berg, L., ...Mittendorfer-Rutz, E. (2021). Persistence of antidepressant use among refugee youth with common mental disorder. *Journal of Affective Disorders*, *294*, 831-837.
- 友利 幸之介・澤田 辰徳・大野 勘太・高橋 香代子・沖田 勇帆 (2020). スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版: PRISMA-ScR 日本臨床作業療法, *7*, 70-76.
- Tozer, M., Khawaja, N., & Schweitzer, R. (2018). Protective Factors Contributing to Wellbeing Among Refugee Youth in Australia. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, *28*, 66-83.
- Trentacosta, C. J., McLearn, C. M., Ziadni, M. S., Lumley, M. A., & Arfken, C. L. (2016). Potentially traumatic events and mental health problems among children of Iraqi refugees: The roles of relationships with parents and feelings about school. *American Journal of Orthopsychiatry*, *86*, 384-392.
- 鶴木 由美子 (2017). 難民の子どもへの支援 荒牧 重人・榎井 縁・江原 裕美・小島 祥美・志水 宏吉・南野 奈津子・宮島 喬・山野 良一 (編) 外国人の子ども白書—権利・貧困・教育・文化・国籍と共生の視点から— (pp. 37-39) 明石書店
- UNHCR. (2016). UNHCR viewpoint: 'Refugee' or 'migrant'—Which is right?. UNHCR. Retrieved from <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> (May 19, 2022)
- UNHCR. (2022a). Figures at glance. UNHCR. Retrieved from <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> (May 19, 2022)
- UNHCR. (2022b). Child and youth protection. UNHCR. Retrieved from <https://www.unhcr.org/child-and-youth-protection.html> (May 19, 2022)
- UNHCR 駐日事務所 (2018). 難民とは? UNHCR 駐日事務所 Retrieved from [https://www.unhcr.org/jp/what\\_is\\_refugee](https://www.unhcr.org/jp/what_is_refugee) (September 13, 2022)
- von Knorring, A. L., & Hultcrantz, E. (2020). Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*, 1103-1109.
- WHO. (2001). The Second decade: improving adolescent health and development. WHO. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64320> (August 28, 2022)
- WHO. (2022). Mental Health. WHO. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health> (August 28, 2022)
- Ziaian, T., De anstiss, H., Puvimanasinghe, T., & Miller, E. (2018). Refugee Students' Psychological Wellbeing and Experiences in the Australian Education System: A Mixed-methods Investigation. *Australian Psychologist*, *53*, 345-354.