

ふくしま

心の健康

〈第12回心うつくしまふくしまフォーラム

「震災からの復興と子どもの心」～震災後の子ども達への支援～〉

No. **48**
2013

福島県精神保健福祉協会

目 次

○巻頭言	福島県精神保健福祉協会 会長 矢部 博興	1
○第12回心うつくしまふくしまフォーラム		
「震災からの復興と子どもの心」～震災後の子ども達への支援～		
I. 特別講演 「放射線と健康リスク」～原発事故後の現況と取り組み～		3
講師 大津留 晶 氏	福島県立医科大学医学部放射線健康管理学講座教授	
II. シンポジウム		22
コーディネーター・司会		
昼田源四郎 氏	ふくしま心のケアセンター所長	
成井 香苗 氏	福島県臨床心理士会副会長	
指定討論者		
内山登紀夫 氏	福島大学人間発達文化学類教授	
シンポジスト		
三浦 光子 氏	岩手県教育委員会こころのサポートチーム	
本間 博彰 氏	宮城県子ども総合センター所長	
酒井 和枝 氏	福島県大熊町教育委員会総括主任	
○平成25年度精神保健福祉功労者表彰受賞者の声		50
○平成24年度ふくしま心のケアセンター活動報告		52
○会員の声 相双支部の活動 相双支部事務局		55
○平成25年度協会ニュース		57

*おことわり

所属、職名は平成24年10月5日現在のものです

巻 頭 言

福島県のメンタルヘルスケアの新しい道



福島県精神保健福祉協会

会 長 矢 部 博 興

福島県立医科大学医学部神経精神医学講座教授

ふくしま心のケアセンター顧問

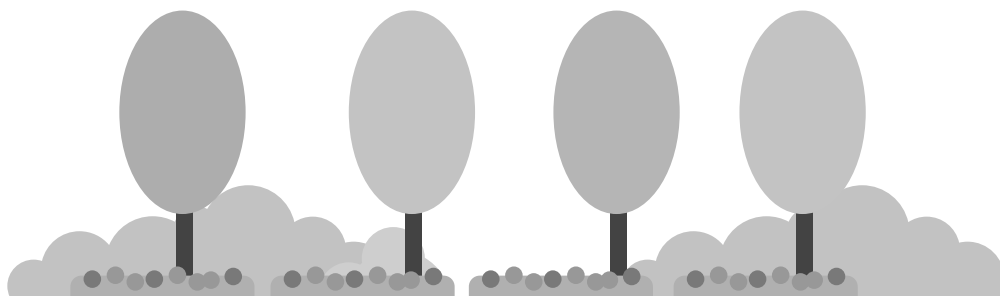
放射線医学県民健康管理センター心の健康度・生活習慣調査部門長

2011年3月11日の東日本大震災と大津波によって生じた放射能汚染の問題は、避難区域の住民のみならず、物理的汚染のレベルを超えて、福島全県民を、行政、司法、経済、家族心理、科学的論争の混沌の中に巻き込みました。今もなお、物理科学的な尺度では測れない、放射能不安が多くの人々の心と日常を蝕んでいます。避難当初のタクシー乗車や宿泊の拒否、避難先で「放射能が感染する」と言われて不登校となった子供達、このような放射能スティグマの問題は解消されたのではなく深く沈潜しているように思われます。また、従来住民とは伝統や生活習慣の異なる避難住民の皆さまの苦悩も続いています。その他、心的外傷後ストレス障害やアルコール依存の増加、仮設住宅や借り上げ住宅に住む高齢者の認知機能の低下、長期化する避難生活における児童のこころの問題、放射能汚染に対する不安・恐怖に関わる問題など、福島県のメンタルヘルスの問題は多種多様です。

このように不確実な状況下にある福島県民に提供されるメンタルヘルスケアには、破壊された平穏な日常から未来の安寧に向かう確実な道標が求められております。但し、それは再生を目指すものではなく新たに生まれ変わる道です。例えば、相双地域においては、震災直後に世界に前例のない精神医療の空白地帯が生じました。その結果、先進的な欧米型の新しいメンタルヘルス・アウトリーチの導入しか、地域精神医療の崩壊に対処する答えが無くなりました。恐らく震災以前には最も導入が困難だった地域に、むしろ新しい精神医療が根を下ろしつつあるのです。「NPO法人 相馬広域こころのケアセンター：なごみ」、「メンタルクリニックなごみ」の開設には、米国9・11同時多発テロ事件の復興支援で積極的に活動したマウントサイナイ大学とコロンビア大学から多大な支援を受けました。これに引き続き、全県的な長期に渡るメンタルケアに対応すべく、福島県こころのケアセンターが発足しました。平成24年2月にこころのケアセンターの基幹センター、同年4月に6つの方部センターが開設されたのです。一方、福島県立医

科大学においても災害こころの医学講座が10月に新設され、災害直後から心のケアの活動に積極的に関わって頂いていた前田正治先生が主任教授となられ、既設の神経精神医学講座と連携して、こころのケアセンターに対する人的ならびに教育的サポートや、疲弊した支援者への支援などに効果的な対応が大きく期待できることになりました。

福島県の精神医療関係者には、未曾有の大震災と放射能汚染によって壊滅的な打撃を受けた県民の数十年に渡るメンタルヘルスケアのシステムを構築し後世に恥じない活動を続けるという重い責任と使命が課せられております。しかし、それにたじろぐことなく、歴史の評価と県民の皆さまの笑顔を糧として、風評に惑わされず毅然として献身的に責務を果たすことが必要と考えます。



第12回 心うつくしまふくしまフォーラム

「震災からの復興と子どもの心」 ～震災後の子ども達への支援～

■日時 平成24年10月5日(金) 12時30分～16時55分

■場所 会津若松市文化センター

■主催 東北精神保健福祉連絡協議会

福島県精神保健福祉協会

ふくしま心のケアセンター

I. 特別講演

「放射線と健康リスク」～原発事故後の現況と取組み～

講 師 大津留 晶 氏 福島県立医科大学医学部放射線健康管理学講座教授

座 長 丹羽 真一 氏 福島県精神保健福祉協会会長（現 顧問）

皆様、こんにちは。福島県立医大の大津留と申します。私は内科医として長崎で30年近く働いてきましたけれども、長崎という土地柄、原爆被爆者の方もたくさんおられて、病気になられて大学病院に来て我々が診療していると、やはり自分の病気は原爆の放射線のせいではないかと思われる方もいらっしゃるって、そういうご心配をもたれる方々と日常診察の中でずっとつき合っていました。

2011年の原子力災害というのは、我々自身も初めての経験であり、こういう災害時にどうすべきか考えさせられることはたくさんあるのですが、今日は、心の健康というテーマになるべく沿った形で、後半のシンポジウムで、実際の心の問題をたくさん討議していただけるので、本講演では、討議の基礎となる健康リスクの科学的な視点のほうを中心にお話し申し上げようと思います。

最初に、我々はこういうご質問を受けるのですが、皆様も受けられるのではないかと思います。紹介します。

例えば、「近所の公園の芝生の放射線が高いそう。そこで去年、うちの子どもたちを遊ばせていました。母親失格ですよ。」とか、また、「先月、県外に引っ越した友達のお母さんから電話があって、どうして引っ越さないの、どんなに無理しても子どもの健康を考えるなら引っ越すべきでしょうと言われました。でも、うちの状況では転校など無理なので、親の都合で子どもを犠牲にしているのではと心配になります」というような声も聞いたりします。「甲状腺検査の結果がようやく来て、A2判定でがっかりです。原発事故のせいで異常が出てしまったのではないかと心配です。事故直後に外出していたから、放射性ヨウ素を吸い込んでしまったのですよね」というご質問もあります。あるいは、「乳幼児の離乳食やミルクの水とか、流通している食品に

ついてセシウムは基準値以下で安全ですといわれています。頭でわかっている、やはり内部被ばくがとても心配です」、「東日本大震災の直後、小さい子どものことを考え、窓を開けることができません」、「ガラスバッジの結果、子どもの3カ月の線量が0.4ミリシーベルトでした。1年にすると 0.4×4 だから1.6ミリシーベルトになります。1ミリシーベルトを超える結果が出てどんな影響があるのかとても心配です」等々のご質問を受けることがないでしょうか。おそらく似たような問い合わせをたくさん受けられているのではないかと思います。

こういうことにお答えしていくには、心の問題もとても重要ですし、科学的な、医学的な考え方というのも重要だと思います。どちらも重要なのですが、私の話は科学的、医学的などを中心にお話しさせていただきたいと思います。

医療被ばくと原発事故

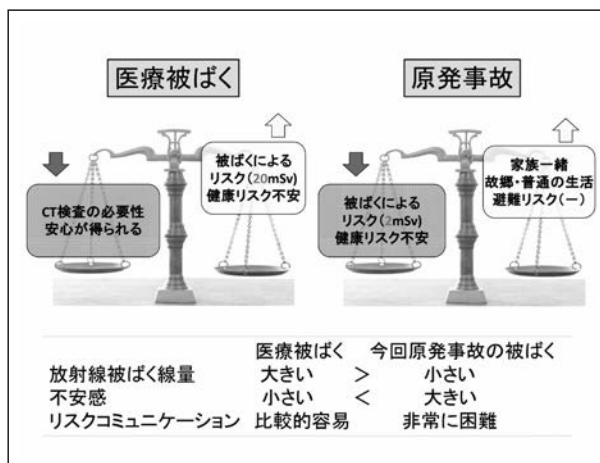
当直で救急をしていると、お子さんが階段の2、3段目から落ちて、ちょっと擦り傷があるといってやって来られる方もよくあります。たとえ、明らかな医学的所見がなくても頭の中とか内臓とかに損傷があるのではないかと、お父さんやお母さんはとても心配されます。CTが出てからは、CTを撮ってくださいと言われることもよくあります。「全身CTを撮るとある程度の被ばくを受けます（例えば約20ミリシーベルト）。」というお話しはしますが、「いや、ぜひ撮ってください」といわれて撮って、脳の中もおなかの中も大丈夫でしたと言うとすごく安心されて帰っていかれます。

一方、原発事故のときは、環境からの追加被ばく線量が2ミリシーベルトありましたという話になると、そこで暮らすことでコミュニティーが維持できますし、家族の団らんもあるし、普通の生活が続けられるというように、メリットはたくさんあったとしても、とても追加被ばくは許容できないと思われる方がおられるのもやむを得ないという状況になっているわけです。線量的には、医療被ばくの方が10倍多くても、逆に10分の1以下の事故に伴う環境放射線被ばくの方がすごく心理的に重くなる場合があります。そのあたりは何故かを少しずつ考えていきたいと思います。

本日お話しする内容

今日お話しするポイントは3点あります。

1つは、低線量の健康リスクを理解する物差しということをお話ししたいと思います。これはどういうことかという、今、我々が日常生活を送って普通に受けている放射線量は1ミリ、2ミリシーベルト、人によっては10ミリシーベルトというレベルですが、急性被ばくで健康影響がもしかしたら少し検出されるかもしれないという100ミリシーベルトから200ミリシーベルトというレベルには、10倍から200倍ぐらいいか差がないですね。それが10万倍とか1億倍の差があれば追加被ばくがわずかにプラスされたとしても誰も心配しないように思われます。



放射線のリスクは化学物質などのリスクの範囲と比べると狭い領域にあるので、そのあたりをどう考えるべきかということが問題になります。小さいころから科学的な態度を身につけて、専門家ではなくても、このあたりが妥当な線ではないかなということが実感としてわかってゆけば良いのではないかと思います。そういう意味で科学的な物差しを考えていきたいと思います。

物差しとして身の回りの放射線・放射能ということと、放射線健康影響でわかっていること、2点に分けてお話ししたいと思います。

2番目に、事故の経過と現況、3番目に、県民健康管理調査について簡単にご紹介したいと思います。

身の回りの放射線・放射能

我々は身の回りに放射線がある環境で昔から暮らしているのですが、それはどのくらいかというと、世界平均では年間2.4ミリシーベルトです。日本の平均では1.5から2ミリシーベルトといわれています。これは医療被ばくを除くので、医療被ばくを入れた平均は日本では年間5ミリシーベルトとか6ミリシーベルトの被ばく線量といわれています。

これらは外部被ばくと内部被ばく両方を含む値ですが、内部被ばくの代表的な放射性核種に放射性カリウム40というのがあります。それは、成人で大体4,000ベクレルぐらいが体の中に入っていて、それによって年間約0.2ミリシーベルトの内部被ばくをするという天然の放射性物質です。

それから、人工的な放射性物質による内部被ばくに関しては、代表的なのは、1950年代から1970年代に行われた大気圏核実験によるセシウム137で、世界平均で、1人当たりピークの時期は0.11ミリシーベルトぐらいになる被ばくをしていたということがわかっています。それが大気圏核実験をやめて最近では0.005ミリシーベルトぐらいまで下がったと言われております。

生活の中の放射線被ばく量線量率

天然の放射線で2.4ミリシーベルトとお話ししましたが、その内訳は、大地からの放射線以外に、宇宙から飛んでくる宇宙線、あるいは大気中にあるラドンやラジウム、あるいは食事中的カリウム40など、そういったものを合わせて2.4ミリシーベルトということになります。そうすると、1時間当たり0.27マイクロシーベルトぐらいの被ばく線量と計算されます。

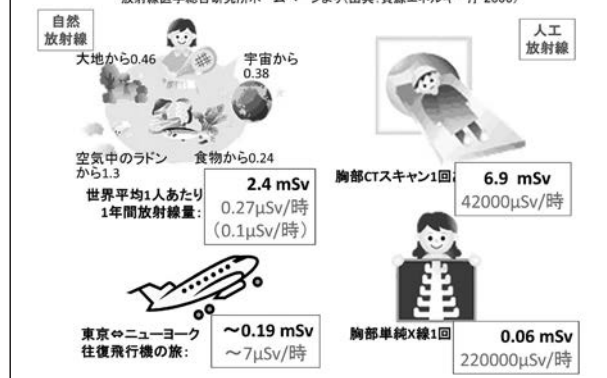
宇宙から飛んでくる宇宙線があるということは、上空に行けば行くほど放射線を浴びるということになります。ですから、例えば飛

1-① 身の回りの放射線・放射能

1. 年間積算被ばく線量
世界平均 2.4 mSv(ミリ・シーベルト)
日本平均 1.5 - 2.0 mSv(医療被ばくなどを除く)
2. 放射性カリウムによる内部被ばく
成人では約4000Bq(ベクレル)、年間～0.2mSv
3. 大気圏核実験時代(1950年～70年)
1963年の一人あたりの追加被ばく線量0.11mSv
→0.005mSv(2000年)
(UNSCEAR2008年報告 Annex B, paragraph 418より)

生活の中の放射線被ばく量線量率は？

放射線医学総合研究所ホームページより(出典:資源エネルギー庁 2000)

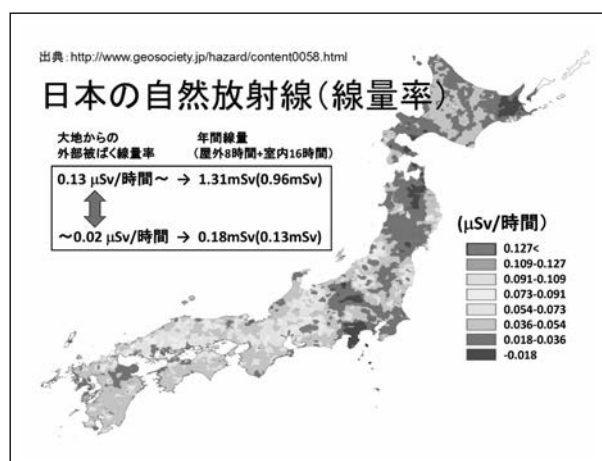


行機で1万メートルを超えるような上空を飛行していると、地面にいるときの数十倍の放射線を浴びるということになります。それで1時間、2時間、あるいは海外旅行に行くと、10時間とか15時間、相対的に高い放射線を浴びていても、それは気にするレベルではないことは経験的に皆様ご存知です。

あるいは、CTスキャンを撮ると、CTスキャン自身は、胸のCTスキャンはかつて7ミリシーベルトぐらいの被ばくと言われていました。例えば10分間で撮ったら4万2,000マイクロシーベルト／時間ぐらいの被ばく線量になる計算になります。ごく短時間ではありますが、普通の数十万倍の被ばく線量をその10分間受けているわけです。それによって何か被ばくの急性の症状がでるわけではありません。不必要な検査は当然避けるべきですが、CT診断によるメリットの大きさに比べ、リスクはきわめて小さいことは経験的に皆さんわかられていると思います。また、胸のレントゲンの被ばく線量は約0.06ミリシーベルトです。

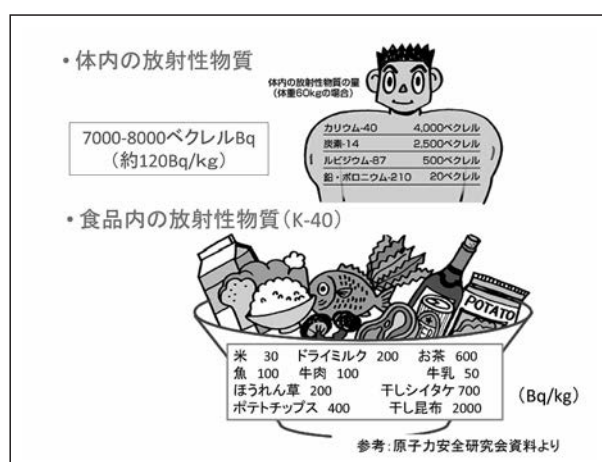
日本の自然放射線（線量率）

地面から飛んでくるガンマ線もあるというお話をしましたけれども、天然の放射性物質の含有量の多い花崗岩が豊富なところとそうではないところでは空間線量率が違います。数字が大きいほど地面から飛んでくる放射線が高くなっています。高いところは0.15マイクロシーベルト／時間ぐらいになりますし、低いところは0.02マイクロシーベルト／時間以下です。そうすると、例えば高いところですずっと外にいれば1年間で1.3ミリシーベルト以上になりますし、低いところにいると0.18ミリシーベルト以下になるということです。これはあくまでも計算上のことですが、土地によって空間線量は全然違います。



体内の放射性物質

内部被ばくですが、カリウム40以外にも、ポロニウムや炭素14などがあって、通常人間の体の中には7,000~8,000ベクレルの放射性物質があるといわれています。それを体重当たりに直すと120ベクレルぐらいになります。例えばカリウム40のデータでみると、食品の中に数十ベクレルから数千ベクレルの放射性物質がもともと普通の状態であって、それを食べて体の中に日常的に放射性物質が入ってきているわけです。



食品中のポロニウムによる内部被ばくの地域差

ポロニウムという放射性物質は、土地によってかなり違います。土地の食材に含まれている量が違うのですが、これはデータがまだ十分ではありませんが、国立保健医療科学院のデータによれば、例えば高知市だと1年間に0.8ミリシーベルトぐらいの内部被ばくをポロニウムによって受けるといわれています。福岡市だと0.15ミリシーベルトぐらいということですから、1年間で0.65ミリシーベルトぐらい土地によって違います。調べた

ところだけで比べてもこれだけ違うのですから、内部被ばくでも1ミリシーベルトぐらい地域によって違うし、個人個人で見れば、もっと大きな差があることは普通だということになります。

もちろんこれは外部被ばく、内部被ばく、どちらも日本の国内だけで比較しましたが、世界的に比較するともっとはるかに大きな違いがある中で我々は生活しているわけです。

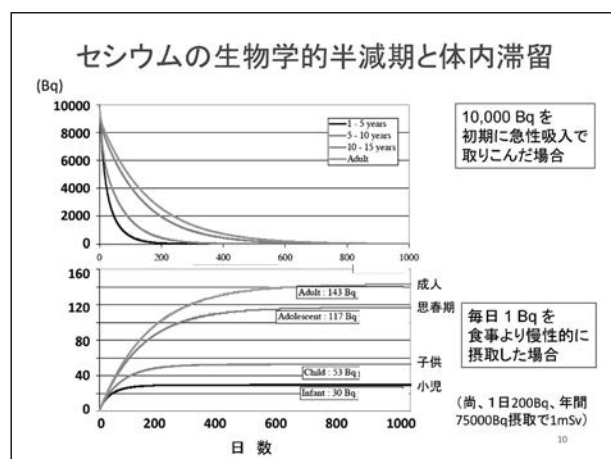
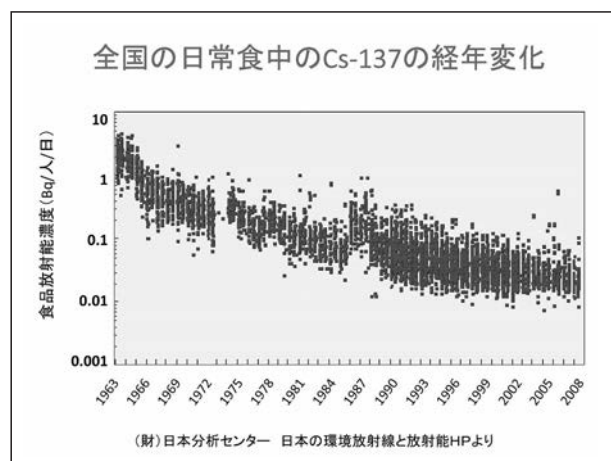
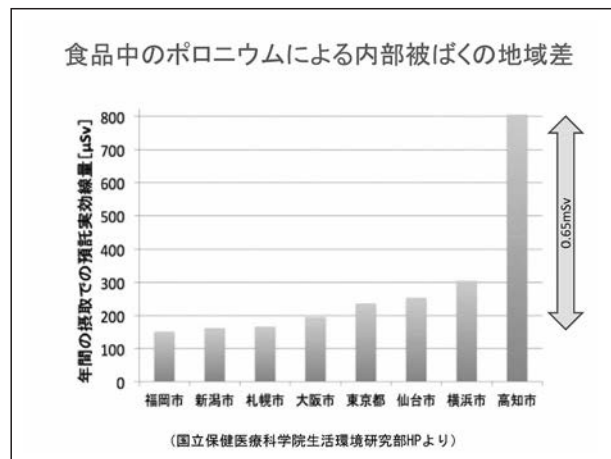
全国の日常食中のCs-137の経年変化

1950年代から1970年代に大気圏核実験がありましたけれども、では、そのときに日本ではどうだったのかということですが、日本人が食べていた食事の中に含まれる放射性セシウムのうちの1つ、放射性セシウム137がどのぐらい入っていたかというデータが、日本分析センターのデータにあります。それを見ると、1960年代は、1日に大体数ベクレルぐらいの放射性セシウムを食べていたと。その後、徐々に下がってきて、2000年代になると1日0.1ベクレルを切るぐらいになってきたということがわかっています。原発事故以前から放射性セシウムを我々は食事より摂取していたわけです。

セシウムの生物学的半減期と体内滞留

では、この数ベクレル慢性的に食べていた場合体内の放射性セシウムの蓄積量がどのくらいになるかを見たものが右図です。上半分は、急性に放射性セシウムを吸い込んだときの急性被ばくのデータです。下図は慢性的に食事で食べた場合どうなるかというデータです。

横軸は日数ですが、大体、放射性セ

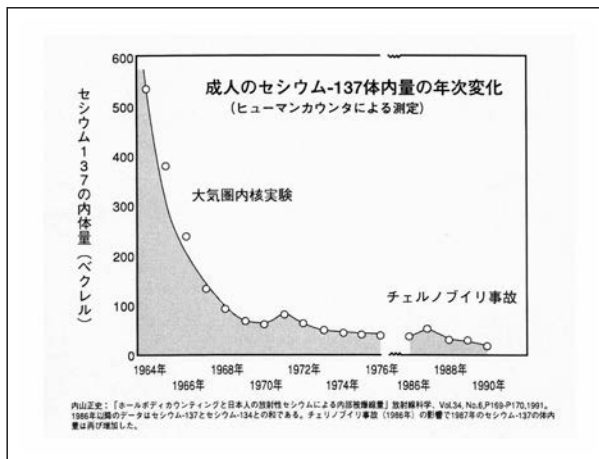


シウムが体に全く入っていない人が、毎日1ベクレルの放射性セシウムを食べるようになったら除々に体内の放射性セシウムが上がっていき、1年ぐらいたつと、成人で大体150ベクレルぐらいになるといわれています。そこで出ていくものと入ってくるものの平衡がとれるという状況です。ということは、先ほどお話ししたように、1950年～1960年代日本では毎日数ベクレル食べていたということは、数百ベクレルとか数千ベクレル、体の中に放射性セシウムがあった人がたくさんいたはずということになると思います。

成人のセシウム-137体内量の年次変化

千葉県にある放医研では日本人のホールボディカウンターを経年変化を見ていたのですけれども、それによると、1960年代は平均で数百ベクレルの放射性セシウムが体の中にありその後下がってきて1990年以降は、検出限界外になったということです。

ちょっと蛇足かもしれませんが、放射性セシウムを毎日200ベクレル食べ続けると、ホールボディカウンターで2万～3万カウントで平衡となり、年間約1ミリシーベルトの内部被ばくになります。



放射線の健康影響

放射線の長期の健康影響についてわかっていることは何かということですけれども、子どもの影響ということに絞ってお話したいと思います。

放射線の低線量長期影響となると、まずはやはりがんのことを考えなければいけないということになると思います。

がんの影響が本当にあるかないかを見ると、いうことは、発がんというのは、いろいろな研究の結果、普通は、6つも7つも8つもあるいはそれ以上の原因があって、そして、通常は30年、40年かかって発がんしてくるということがよくわかっています。年齢が50歳、60歳ぐらいからがんが多くなるわけですが、放射線の影響で発がんのことを考えたら、やはり30～40年以上は見えていないとわからないということになるかと思います。しかも医療上の診断がしっかりしているとなると、日本の被爆者のデータが最も信頼できるデータだということになります。

放射線健康影響で分かっていること

図は被ばく線量を年齢とがんの相対的な発生率を見たものです。図の右側に書いてあるミリシーベルト（mSv）で表している数字は、原爆のときに被爆した初期の急性被爆の線量です。図の下

原爆被爆者における甲状腺がん				
甲状腺線量 (mSv)	平均線量 (mSv)	対象	患者	ORR
<5 mSv		755	33	1
5-100 mSv	32	936	36	0.85
100-500 mSv	241	445	22	1.12
500< mSv	1237	236	15	1.44

Y. Hayashi et.al. *Cancer* 116(7): 1646-1655, 2010.

の数字は、被爆時の年齢を表しています。一方、縦軸の1というのは、がんの発がん率が1倍ですから、通常の発生率と変化がない場合です。2は2倍、3は3倍、4は4倍ということです。がんの相対リスクになります。

1,000ミリシーベルトから4,000ミリシーベルト被爆された方々は、男女共、やはり若いほうがリスクは高くなっています。大人が2倍ぐらいのリスクなのに、お子さんは4倍ぐらいですね。0から9歳は、成人と比較すると発がんリスクということで、2倍ぐらい上がっているということがよくわかっています。

それから、500ミリシーベルトとか1,000ミリシーベルト被爆された方は、これは男女で違うのですけれども、男性は、20代ぐらいが一番ピークですが、女性は、0から9歳が、3倍ぐらい高いということで、やはり小さなお子さんにリスクが高いということがわかります。

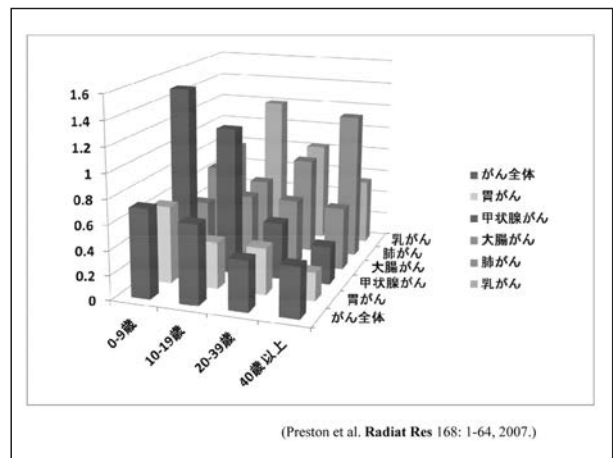
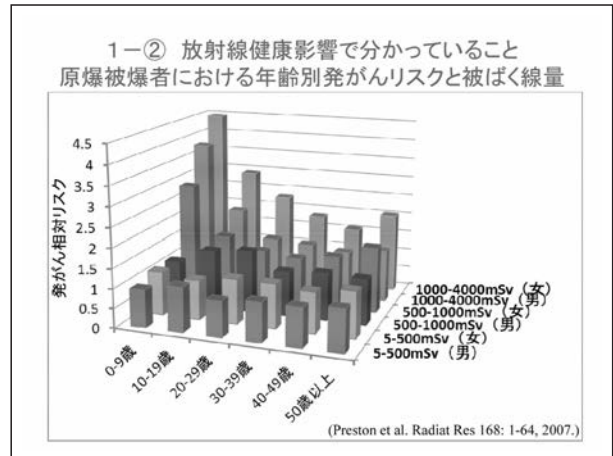
一方、500ミリシーベルト以下の被爆された方の場合、500ミリシーベルト以下ですので、がんの過剰リスクは非常に少ないのですけれども、小さいお子さんであっても500ミリシーベルト以下だと過剰リスクが有意に上がるということはないということがわかっております。

では、線量の高い人たちを含めてどういうがんでは子どもの被爆者のリスクが上がっているかということを見たのがこの図で、これは系統軸が過剰絶対リスクで、手前が年齢です。甲状腺がんは、子どもで非常にリスクが上がっているということが一目瞭然です。大腸がんは、年齢で全然差がありません。肺がんは、むしろ大人のほうでリスクが高くなっています。乳がんは、10代で一番ピークがあります。

では、今、甲状腺がんがお子さんで非常にリスクが高くなっているということですが、直径10mm以下の甲状腺微小がんにと絞って線量との関係はどうかということを見たのがこの表です。5ミリシーベルト以下の被爆をした方のリスクを1としたときに、5から100ミリシーベルトは0.85と、少し15%ぐらい少ないという結果が出ています。100から500ミリシーベルトは1.12と、12%ぐらい高いという結果が出ています。500ミリシーベルト以上の被爆をした方は、1.44という数字で、リスクが高いことがわかっております。

原爆被爆者における妊娠終結異常

がん以外のデータも1つだけご紹介しますが、これは出産のときの死産とか奇形、その後の何かの障害、2週間以内に亡くなるような障害ということで、これは1940年代から1953年ま



での昔のデータで、原爆直後のことを調べたのです。もともと出産に伴うリスクが5%ぐらいあるという時代に調べたわけですが、それで見ると、お父さん、お母さんの線量が500ミリシーベルト以下だと、出産に伴うリスクは特別上がっていないということがよくわかります。ただ、ご両親とも500ミリシーベルトを超える被爆をした場合は有意ではありませんが8%ぐらいになっています。

次に、原発事故ということで、チェルノブイリのことを簡単にご紹介しますが、チェルノブイリの原発事故は世界最大の原発事故でしたが、1986年の4月26日に旧ソ連のチェルノブイリ原発の4号機の格納容器に相当するものが破壊されて、中にある放射性物質が数十%環境中に漏れるという、しかも核分裂しながら燃えてしまうという、大事故が起こったわけです。

こういう大事故が起こったので、いろいろな健康調査が続けられてきたわけですが、今のところ、明らかに増えた疾患というのは、心の健康の問題以外に、子どもの甲状腺がんが増えたというのが明確にわかっています。それ以外は、高線量被ばくした方々を除けば、通常の住民では、白血病やその他の疾患が増えているということは明らかではありません。

チェルノブイリ事故後のベラルーシにおける小児～若年成人の甲状腺がん発生頻度

甲状腺がんはどういうふう to 増えたかということですが、2006年までのデータですが、14歳以下のお子さんたちは、事故後、5年たったときから急に、もともと10万人に対して0.1人ぐらいしかいなかった甲状腺がんが、4人、5人と、40倍、50倍と増える状況になりましたが、その後、減ってきました。現在でも10倍前後高いのは、ずっと健診をやり続けていって、健診効果で早く見つかった方がいらっしゃるということで少し高いのですが、この1990年～2001年までの時代は明かに増えています。15歳から19歳は、2002年がピークになっていますし、20歳から24歳は、2006年がピークになって、その後下がってきているということがわかっています。

甲状腺がんの発症患者のチェルノブイリ原発事故時年齢

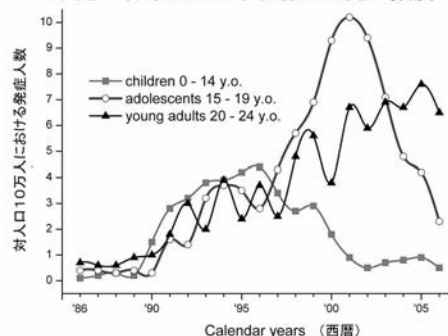
どうしてこんなふう to シフトしているのかというと、その理由は、甲状腺がんになった事故当時の年齢で見ると、0から4歳の方が8割近く、5から9歳が2割、10歳から14歳が3%と、それ以上はほとんどもとのパーセントとあまり変わらないということで、原発事故発生当時0から4歳の年齢の方たちに特異的にリスクが高く、その子供達が大きくなるにつれて甲状

表1. 原爆被爆者における妊娠終結異常
(死産、奇形、出生後2週間以内の死亡)のまとめ
(親の放射線量別、症例数/調査された子供の数、1948-1953年)

母親の重み付けした線量 (mSv)	父親の重み付けした線量 (mSv)		
	<10	10-499	≥500
<10	2,257/45,234 (5.0%)	81/1,614 (5.0%)	29/506 (5.7%)
10-499	260/5,445 (4.8%)	54/1,171 (4.6%)	6/133 (4.5%)
≥500	63/1,039 (6.1%)	3/73 (4.1%)	7/88 (8.0%)

放射線影響研究所報告HPより

チェルノブイリ事故後のベラルーシにおける
小児～若年成人の甲状腺がん発生頻度



Source: Demidchik YuE, Saenko VA, Yamashita S, Arq Bras Endocrinol Metab 2007

腺がんのピークがシフトしているということだと思われます。

甲状腺がんとヨウ素131による被ばく線量の線量効果関係

では、どういう方がチェルノブイリの事故で甲状腺がんが出たかということですが、いろいろな要素はあるのですが、このとき一番重要だった要素は放射性ヨウ素による内部被ばくとの関係です。この図はちょっとわかりにくいかもしれませんが。こちらが甲状腺の内部被ばくした量で、これは内部被ばくした量を推計したもので、かなり誤差がある可能性はありますが、内部被ばくのほとんどが放射性のヨウ素で汚染されたミルクを飲んだ、それを何カ月も飲み続けたということで起こったということがわかっており、それによって大体このぐらいの線量だろうと推測すると、5,000ミリシーベルトぐらい被ばくした方たちは、8倍ぐらい甲状腺がんの発がんが多いということです。1,000ミリ、

2,000ミリだと2～3倍多いということがわかります。100ミリシーベルト以下の発生率は原爆のデータと同様にはっきりしていません。すなわち、甲状腺等価線量で何千ミリシーベルト被ばくされた子供達の中から甲状腺がんが何倍も高く発生したということがわかったわけです。

甲状腺の初期被ばく線量推定

では、今回の福島の子どもたちの放射性ヨウ素による内部被ばくはどのくらいだろうかということは当然問題になります。もちろん、チェルノブイリの経験があったので、汚染されている可能性がある原乳は飲まないようにという指示は非常に早期に出されました。それは検査の体制が確立するまで時間がかかるので、検査しなくても廃棄という指示が出されたのですが、もちろん、それがうまく伝わっていないところもあるかもしれませんが、多くの方は飲まれていないということは間違いのないと思います。

となると、80%、90%、あるいはそれ以上、内部被ばくは抑えられているはずですが、空中に漂ってきたものを吸ってしまった人もいないという心配があります。2011年の3月中旬になってSPEEDIのデータが出て、ずっと外にいたなら、1歳のお子さんで100ミリシーベルト、甲状腺の内部被ばくが100ミリシーベルトを超える地域が示されました。本来SPEEDIは、100ミリシーベルトを超える可能性がある場合を事前に予測し避難や安定ヨウ素剤服用の目安にすべきものです。今回は残念ながら事後的に一応このぐらいではないかという予想が出たわけです。100ミリシーベルトを超えるかもしれないという地域のお子さんたちを対象に、原子力安全

甲状腺がん発症患者の チェルノブイリ原発事故時年齢

Mean	2.9 ± 1.9
0-4 years old	882 (76.6%)
5-9 years old	232 (20.1%)
10-14 years old	33 (2.9%)
15+	5 (0.4%)

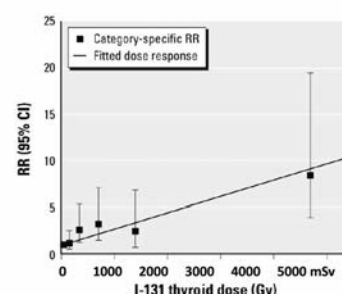


図 甲状腺がんとヨウ素 131 による被ばく線量の線量効果関係
(ウクライナにおけるチェルノブイルのコホート研究により推定)

(Brenner et.al. Environ Health Perspect 2011)

委員会が2011年の3月24～25日に、まだ余震も頻繁に起きている時期でもあり、簡易法でできるだけ正確に測るという方法で検査しています。保守的に見積もってはいるのですけれども、それでも一番最高の方で38ミリシーベルト程度推測（正確な推定ではありません）されました。半分以下の方は検出限界以下ということでした。チェルノブイリでは数千ミリシーベルトの等価線量がたくさんいたということを比較すると、ひとまず幸いな結果だったと思われます。

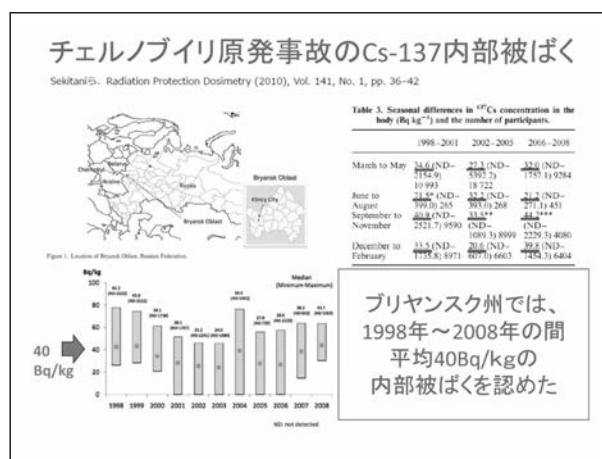
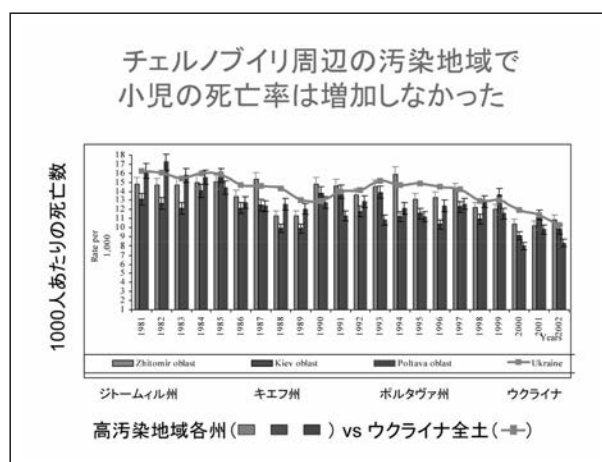
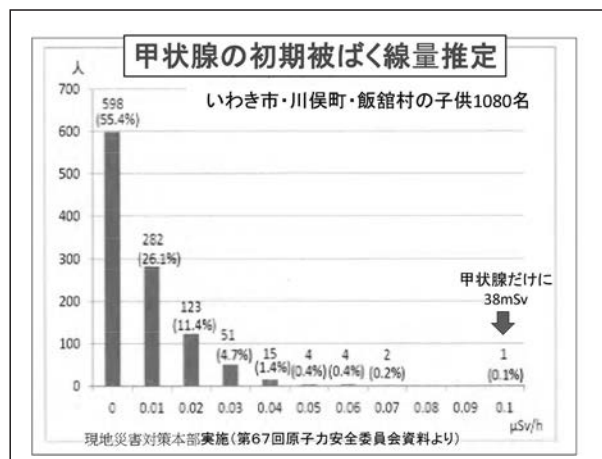
このデータ以外にもいくつかの大学で調べた結果でも、このレベルの甲状腺等価線量を超えるような方はおられなかったということが報告されています。

チェルノブイリ周辺の汚染地域で小児の死亡率は増加しなかった

次に、チェルノブイリの事故でヨウ素に関しては今お話ししたとおりなのですが、セシウムの汚染があって、それによる慢性的な外部被ばく、慢性的な内部被ばくで何か病気が起こるのではないかという心配があるかもしれません。実際にこの地域では土壌放射線汚染と内部被ばくレベルが比例していることも報告されていました。そこで、この地域の子供達の奇形とか重大な病気やがん等で亡くなる死亡率を見たものがこの図です。棒グラフのデータが高濃度汚染地域と思われるジトミール州、キエフ州、ポルタバ州というウクライナの州です。それらの地域と、折線グラフはそれ以外の地域のウクライナとを比較したものです。1980年から2002年までのデータですが、大体変わらない状況が続いているということが報告されております。この線量は放射線の環境汚染レベルと小児の死亡率は関連していませんでした。

チェルノブイリ原発事故のCs-137内部被ばく

では、このチェルノブイリで内部被ばくがどのくらいあったのかということですが、こちらは長崎大学のグループが調べたベラルーシのブリャンスク州という、チェルノブイリの中で相対的に高濃度汚染地域の州のデータです。初期の汚染が最も高い時期のデータはわかっていないのですが、1998年



から2008年の11年間のデータの報告があります。それによると、この州は、体重当たり平均40ベクレルの放射性セシウムの内部被ばくが、続いているということが報告されています。

これは先ほど話したように、内部被ばくは天然のものが体重当たり120ベクレルあるということですから、その3分の1ぐらいの量の放射性セシウムの内部被ばくがあるという状況だと思われれます。この地域は規制をヨーロッパやアメリカより厳しくしているのは、こういう状況があるからかもしれません。このぐらいに内部被ばくを低減できれば安心ではないかということで皆さん生活されているということのようです。

では、福島の子セシウムによって食品からの内部被ばくはどのくらいかということですが、ホームページで公開されている南相馬市立総合病院でのホールボディカウンターの2011年の9月26日から2012年3月31日までの中学生以下の子どもたち、約1,700人のデータによれば、チェルノブイリの平均40ベクレル／キログラムを超えた人は一人もいなかったということです。20ベクレル／キログラムを超えるのが0.24%、85.2%は検出限界以下という状況が報告されています。

ホームページはもっと詳細に解説されていますけれども、事故初期に、洋服等を着替えて検査していなかったもので、洋服等についているものを測ってしまっているデータが含まれているということが解説されていて、脱衣して測定してみると、非常に陽性率が下がっているということが報告されています。

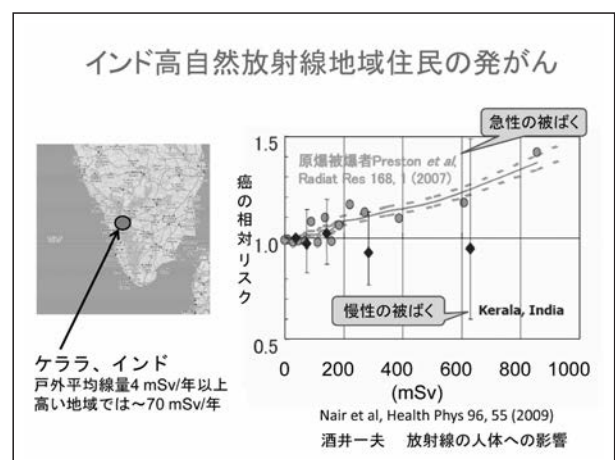
また、福島県平田村にあるひらた中央病院が公表した2,000人のデータによると、18歳以下2,000人の98.8%が検出限界とされています。もちろん20ベクレル／キログラムを超える人も一人もないということが報告されています。

チェルノブイリと比較すると、少なくとも福島は、事故後半年から1年以内でも内部被ばくレベルが極めて低く抑えられているということが現時点でわかるのかなと思います。ただ、これはお子さんたちの検査の結果なので、おじいちゃんやおばあちゃん、検査を受けていない山菜やキノコとかイノシシの肉とかを普通に食べられている方はこの限りではないと思います。ここでの線量はある程度ご両親が内部被ばくに気をつけられていたり、あるいは、普通の流通品しか食べていないという子どもたちの結果がこういう結果だということです。

インド高自然放射線地域住民の発がん

では、次にセシウムの問題に関しては、慢性的な外部被ばく、内部被ばくがあると。それで、最初に話したように、がんのことは数十年たないとわからないとなると、チェルノブイリはまだ26年しかたっていないくてデータが不十分かもしれないという面もあると思います。天然の放射性物質でかなり外部被ばくも内部被ばくもするという地域があります。そういう地域の人たちのがんの発症率はどう

なっているかが慢性低線量被ばくを考える参考になると思われます。この図は、インドのケララという地域です。この方は、年間に何十ミリシーベルト被ばくする人もいて、何十年かたつと



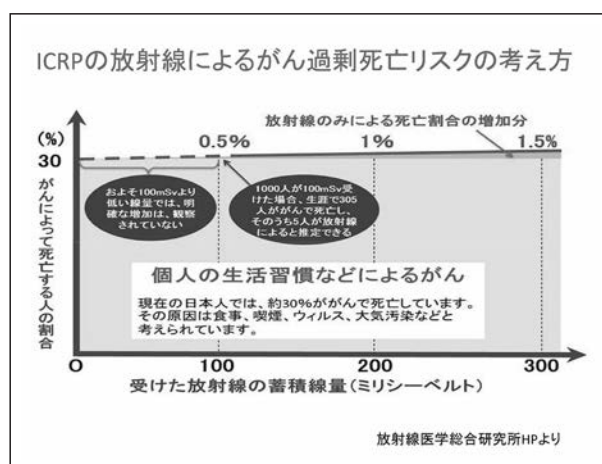
何百ミリシーベルトの被ばくをするという人たちがたくさんいる地域です。そこのがんの発症率と被ばく線量の関係を見た図です。この○印でプロットしているのは原爆被ばく者のデータで、原爆のときに急性被ばくした量と発がんの関係を見えています。そうすると、200ミリシーベルト以下ぐらいから少しずつがんの相対リスクが増えてきて線量が増えるごとに比例してリスクも増加するということがわかっています。

一方、ケララの人たちは、このダイヤモンドで示したプロットですけれども、600ミリシーベルトを超えるぐらいのところまで慢性被ばくのがんのリスクは上がっていないということが示されています。この地域以外の慢性被ばくをするところでは、どこでも同様なデータが出ていることがわかっています。

ICRPの放射線によるがん過剰死亡リスクの考え方

となると、慢性の外部・内部被ばくは、600ミリシーベルトぐらいまではリスクがほとんどないと考えていいのかという問題、本当にそうかという疑問が出てくるかと思えます。しかし、それは疫学的な調査ではこれ以上はわかっていないということで、安全管理上どうしていくべきかということを考える必要がでてきます。そこで、ICRPが提唱している考え方が右図となります。これはよく目にするグラフかもしれませんが、30%ぐらいの方ががんで亡くなると。原爆の被ばく者のデータの半分ぐらいの比率で慢性被ばく型リスクがあるというふうに見積もれば、保守的に見積もっているだろうと考えて、100ミリシーベルトで0.5%、200ミリシーベルトで1%、300ミリシーベルトで1.5%ぐらいがんで亡くなる方が増えるのではないかなという仮説をとって安全管理をしましょうという考え方であり、方針です。もちろん、これは本当にこんなふうになるかどうかはわかっていないわけですが、一応、そのように仮定して安全に気をつけましょうと、放射線の健康リスクに気をつけましょうという考え方です。

我々はこれに従っていろいろと対策をとっているわけですが、この仮説を線量被ばくのように延長して考えて、仮説で本当かどうかかわからないけれども、この仮説に従えば、100ミリシーベルトで0.5%増えると。では、10ミリシーベルトだと0.05%、1ミリシーベルトだと0.005%のがんで亡くなる確率が増えてくる。がんで亡くなる確率が増えるといつて、大したことではないと思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、これはとん



100mSv	死亡率が	0.5%	増加
10mSv	"	0.05%	増加
1mSv	"	0.005%	増加

↑ ↓

交通事故死亡率	年間0.0067%
"	80年間0.54%

新生児マススクリーニング	
クレチン病	0.03%
フェニルケトン尿症	0.0013%

DPTワクチン死亡率	0.00012%
MMRワクチン死亡率	0.00016%

でもなく大きいと思われる方もいらっしゃる。とんでもなく大きいと言われる方に、どうしてそんなふうに考えられるのですかと聞いてみると、例えば、交通事故で亡くなる人は、年間で0.0067%、それと0.005%はあまり差がないではないかと。ということは、1ミリシーベルトだってすぐリスクは高いですよというふうに言われたりします。これは、一生でがんで亡くなる確率が0.005%増えるから、交通事故を一生に換算したらどうなりますかということ、0.5%ぐらいになる、それでも100ミリシーベルトと同じだというふうな考え方になったりするかもしれません。

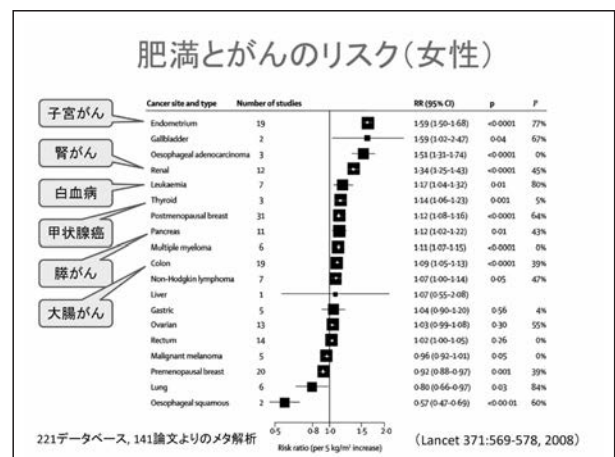
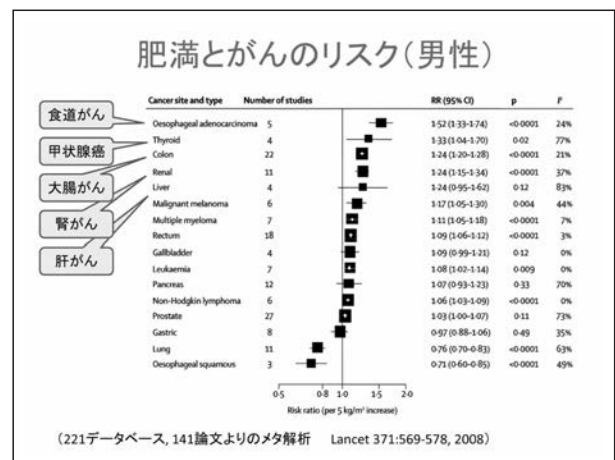
あるいは、お母さんたちは、赤ちゃんが生まれたときに新生児マススクリーニングというのを受けています。13ぐらいの疾患のスクリーニングを受けているわけですが、例えば、一番頻度が高いクレチン病というのは0.03%です。0.03%でもスクリーニングをするのに、0.05%が低いといえるのですかという考え方もあるかもしれません。あるいは、ワクチンで、DPTとかMMRワクチンというのは非常にすばらしいワクチンなのですが、このワクチンの死亡率が、ほかのワクチンよりもちょっとだけ高い。それで問題になったりすることもありますけれども、その死亡率というのは、0.00012%とか0.00016%ということが問題になったりするのに、この0.05%はどうなのでしょうという考え方、そういう印象を持たれるという場合もあります。

科学的な視点に立ってみれば、交通事故などは原因と結果が1対1で、すぐ結果がわかります。一方、この発がんという問題を考えると、最初にお話ししたように、6つも7つも8つも原因がある中の1つにあるかもしれないし、ないかもしれないという確率で、しかも普通だったら30年、40年たって結果がわかるというものと、パーセントだけで同率に比較するというのは比較の対象としては科学的ではないのではないのでしょうか。

肥満とがんのリスク

では、同じような物差しで比較できるものは何かということになります。そうすると発がんの原因になる要因ということになるかと思うのですが、例えば肥満とがんのリスクを見ると、食道がんとか甲状腺がん、大腸がん、腎がんというのは、発がんのリスクが1.2倍から1.5倍ぐらいあるということがわかっていますし、今も多くのがんは数十%リスクが高くなるということがわかっています。女性の場合だと子宮がんや腎がん等が上位にきています。白血病も上位にきています。

そうすると当然、糖尿病になれば、さらにがんのリスクがもっと上がって、糖尿病と肝がんということになると3.6倍ぐらいのリスクがあり、子宮がんだと3.4倍ぐらいリスクが高くなるということがいろいろな研究でわ



かっています。

では、運動すればがんのリスクは下がるのかということになります。確かに、多くのデータでは運動をするとリスクは下がるということが報告されています。運動時間が増えたとリスクは下がっていくということも報告されています。例えば大腸がんは、70%から10%の範囲で運動によってリスクが下がるとか、乳がんだと平均30%ぐらい、26の研究を合わせると下がるということがわかっています。

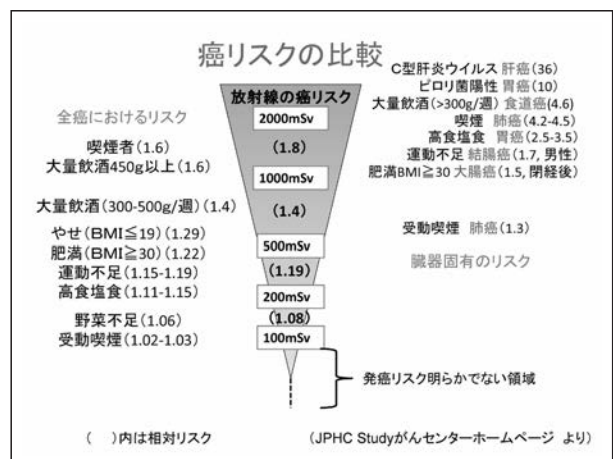
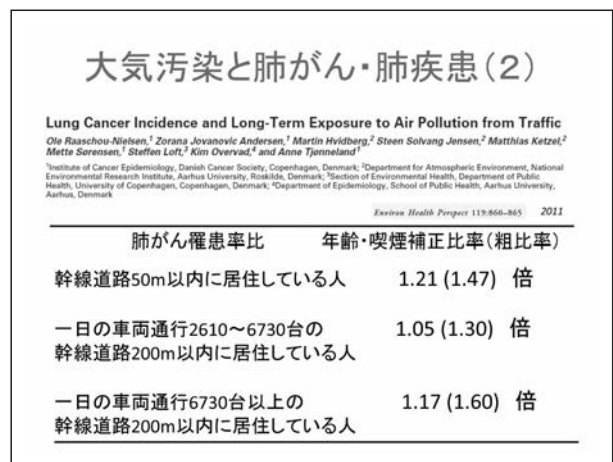
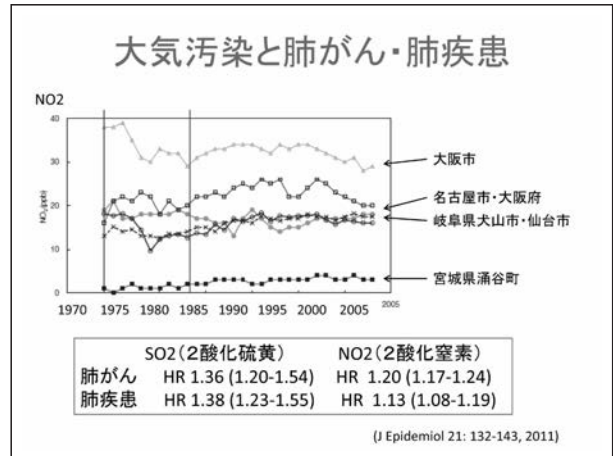
大気汚染と肺がん・肺疾患

それから、例えば大気汚染というのもよく話題になりますけれども、例えば宮城県の涌谷町というところと、大阪や東京と比べると、窒素酸化物もかなり違うということはわかっています。それで、この肺がんや肺疾患のリスクが何十%か高くなるということもよくわかっています。

例えばこの研究によると、1日に6,700台以上通る幹線道路の200メートル以内に住んでいたら、大体、1.6倍ぐらい肺がんが増えるということがわかっています。もちろん、先ほどの放射線だと100ミリシーベルトで0.5%ですから、100ミリシーベルトでも1.005倍と、そこでも大問題になっているなら、これは1.6倍ですから、幹線道路の200メートル以内に住んでいるお子さんは全員田舎に疎開させないといけないと言う方はもちろんいないと思います。工場の大気の基準を少し下げていこうとか、車も排ガス規制を厳しくしていったってクリーンな車に乗りましょうということで少しずつ対応しようというのが世の中の一般的な考え方ではないかなと思います。受動喫煙も、曝露が明確な方たちで受動的に喫煙にさらされると2倍ぐらい肺がんが多いということがよくわかっています。

癌リスクの比較

がんセンターのホームページのデータがよく紹介されていますが、いろいろマルチプルに、6つも7つも要因があるがんのリスクの中で、明確な要因になっているファクターの



中で、例えば放射線の慢性被ばくの、先ほどのICRPの仮説に立ったリスクをここに並べると、肥満等のリスクと全般的に見れば、500ミリシーベルトぐらいが相当するとか、運動不足もそうですし、あるいは100ミリシーベルトだと、受動喫煙の関係が薄い受動喫煙を含めるとこのあたりになるとか、そういうことになる。もちろん、それ以下の領域は、なかなか明らかではないですけれども、もちろんここも、こういう事故が起こった以上は非常に考えて、さらに低くなるようにいろいろな取り組みをしないといけないという問題が放射線に関してもあるべきですけれども、もちろんがんを下げるという意味では、放射線以外の要因の予防のほうもちゃんとやらないといけないということは言わずもがなということだと思います。

福島県内の原発事故後の空間線量率経過

次に、原発の事故の話にいきいたいと思います。これは福島県内の線量を見たものですが、2011年の3月12日に南相馬市で通常の200倍以上の線量があると、20マイクロシーベルト／時間です。ずっと下がっていますが、それでも通常より高い。いわき市は3月15日の夜中、未明ですね、14日の夜中から未明にかけて、上がってずっと下がっていますし、福島市では3月15日の夜から16日の朝にかけて上がって、こちらはずっと落ちずにだだだだ落ちるという状況になっています。飯館村はもっと高かったということがわかっています。



福島第1原発事故の住民退避

これは、このときの住民の方々の避難状況ですけれども、3月11日の地震から2時間後に原災法15条通報というのが出されて、夜の9時に半径3キロ圏内の避難指示、翌朝の5時に半径10キロ圏内の避難指示が出されています。12日の3時に1号機の水素爆発が起こって、18時に半径20キロ圏内からの避難指示が出されています。14日には3号機の水素爆発、15日は2号機で水素爆発が起こって、半径30キロ圏内の屋内退避ということになりましたけれども、多くの方は避難されたという状況になったということです。

福島第1原発事故の住民退避

- 3/11 16:45 原災法第15条事象通報
21:23 半径3km圏避難指示
- 3/12 5:44(13H後) 半径10km圏避難指示
15:36 1号機水素爆発
18:25(26H後) 半径20km圏避難指示
- 3/14 11:01 3号機水素爆発
- 3/15 2号機、4号機で水素爆発
11:00(4日後) 半径30km圏屋内退避指示

航空機によるモニタリング

これは、2011年の11月に航空機モニタリングによるデータですけれども、こちらがセシウムの汚染状況を見たものですけれども、原発から北西方向に汚染の強いところがあって、それからちょっと中通りの方向、宮城と岩手の境界も若干高いところがあるということがわかっています。

こちらは空間線量率で見たものですけれども、セシウムの汚染と一致したように、空間線量率

が高いということがわかっています。

こちらは、日本全体が色で染まっているのですけれども、天然の放射性物質もあるので、こういう色に染まっているということになります。

こういう事故があったときにどうすべきかということですが、まず、慢性期の問題は、慢性的な外部被ばくがある程度高い場合は除染をするしかないというふうに思います。それから、食品に放射性物質が入って内部被ばくをするということを抑えるためには、食品の検査・規制をするということが必要なのかと思います。

これは学校の簡易線量計で、学校での被ばく線量を2011年6月からずっと現在も福島県内の900以上の学校で測られていますけれども、2011年の6月から3月までの平均は、学校に8時間いて、0.2ミリシーベルト、年間の被ばく線量は、時間当たりは0.1マイクロシーベルトということで、学校のほうが除染等を行ってかなり外部被ばくの状況は下がっているということがわかっています。

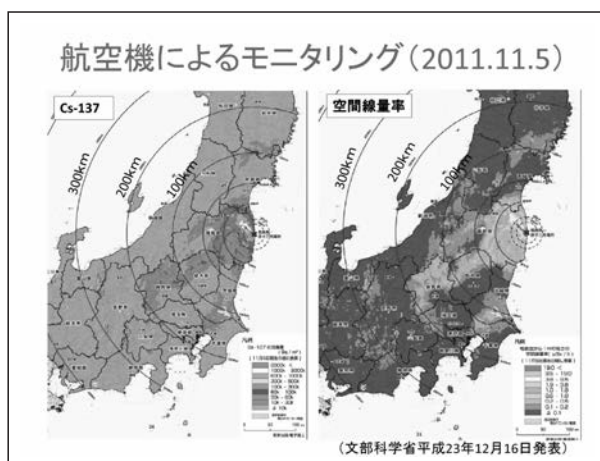
では、家のほうはまだ除染が済んでいないけれども、ということになるかと思うのですが、2011年の10月、11月、2012年の1月の郡山市のデータを見ると、線量がだんだん下がってきています。年間線量換算で見ると、2011年の10月は年間換算で1.33ミリシーベルトぐらい、2012年の1月になると0.93ミリシーベルトに下がってきています。

内部被ばくのほうですけれども、これも2011年は100ベクレルを超える食品はごく一部しかないのですけれども、事故の当初は、比較すると多くありましたけれども、2012年は、ほとんど野菜や果実は出ないか、出てもごくわずかということがわかってきています。

農林水産省、厚生労働省が出しているデータを見ると、流通品に関してはほとんどの食材が0%です。キノコとか山菜は15%で、水産物は9%です。出たものは出荷停止になっていますので出回っているわけではないのですけれども、事前の検査で出て出荷停止になっているのがこのぐらいになっているということで、平均だと1.6%が500ベクレルを超えるものです。

流通品に関して、500ベクレルという少し高く汚染しているものは0.25%以下で、もちろん、それは出回っていないわけですし、あくまで全部を直前に測っているわけではないので、中には食べたものの中にセシウムが基準値より高いものがあるかもしれませんけれども、このぐらいの割合で、しかも、超えたものは出ていないということを考えると、そういう可能性は非常に少ないと考えられるし、たまたま基準値を少し超えたのを食べたからといって、問題は全くないと考えられます。

では、どういうものが検出されているかというと、川魚やイノシシなどの野生の動物の肉、タケノコや山菜などです。あとは、原発に近い海や、阿武隈川の河口周辺の底に住んでいる魚は、検出されやすいようです。



2011年の最初の時期は高かったのではないかとということで、2011年6月に調べた厚生労働省のデータを見ると、流通品はほとんどないということがわかっていたので、流通品ではないものを食べたと仮定して、それをずっと全部食べたと仮定すると、カリウム40の10分の1ぐらいのセシウムが宮城も福島も出てくる。あえて流通品でないものを食べているとするとそのぐらい2011年の状況ではあるかもしれないということです。

コープふくしまが、普通の地域の流通品を食べている家族で見たらどうかということを調べたものは、1キログラムあたり1ベクレルを超えた家族は10家族しかありませんでしたということなので、やはり普通の食事をしている人たちは非常にセシウムが少ないということがわかっています。

今回の福島原発事故の特徴

まとめですが、緊急炉心停止には原発は成功したのですけれども、メルトダウン、水素爆発によって環境中に多量の放射性物質が漏れる大事故になったわけです。この中で今回、健康リスクとして考えないといけない核種は、放射性ヨウ素とセシウムということになるかと思います。それ以外の核種は、一部検出されたりしていますけれども、非常に低いレベルで、健康リスクという意味では問題ないレベルです。

今回の福島原発事故の特徴

- 緊急炉心停止には成功したが、メルトダウンと水素爆発により、レベル7の重大事故。
- 健康リスク環境汚染核種は、I-131, Cs-134, 137が主体、Sr, Puは非常に低いレベル。
- 食品・水の汚染検査、出荷制限などにより、内部被ばくは十分低減されている（現在、空気や水は心配いらない、I-131も検出せず）。
- 事故前と比べると空間線量率の高い地域はあり、外部+内部被ばく線量が1mSvを超えることはあるが、大多数ではよく低減されている。

食品、水などは検査が比較的早期に確立したので内部被ばくは十分低減されていると考えられています。もちろん、現在は水や空気は全く心配ありません。

事故前と比べると、空間線量率の高い地区は当然あって、外部被ばく・内部被ばくで残念ながら追加被ばく線量が1ミリシーベルトを超えるということはあるのですけれども、かなり大多数では非常によく低減されていると思われます。

時間の関係で県民健康調査の内容は簡単にさせていただきますけれども、基本調査で線量を見えていますけれども、線量は健康リスクの要因の一つですけれども、高いと思われる地域、1万5,000人の方でも最高が25ミリシーベルトで、80%ぐらいの方は2ミリシーベルト以下ということがわかってきました。

こころの健康調査

調査の中で従来の調査と比較可能なスコアが出ているものが、成人のPTSD症状は、PCLというスコアです。一方、全身健康全般はK6というスコアで見えています。子どもたちは、行動から精神状況を見るというSDQというのを用いています。その基準値を超える方々は、PCLは今年の6月段階で21%、K6で14.8%、子どもさんはSDQで21.5%でした。こ

こころの健康調査

【調査項目】 1. 現在のこころとからだの健康状態について、2. 放射線関連、3. 生活習慣、4. 最近半年の行動について、5. 東日本大震災の体験

	基準点数	%カットオフ超過 (先行研究にて)	本調査開始時の 2011年12月	2012年 6月現在
成人 トラウマ症状 (PCL)	44点以上	20.1% ¹⁾	約30% ⁵⁾	21.3%
成人 精神健康全般 (K6)	13点以上	3.0% ²⁾ 6.9%(岩手), 7.3%(宮城)		14.8%
子ども 行動(SDQ)	16点以上	9.5% ⁴⁾	約30%	21.5%

1) T. Matsushima et al. Brain Dev 30:410-5, 2008. 2) JM. Stellman et al. Environ Health Perspect 116:1248-1253, 2008. 3) 今回の震災後の岩手県報告 K6 6.9% (坂田清美 週刊医学会新聞)、宮城県報告 K6 7.3% (佐一郎 医事新報4569) 4) 川上恵人 平成18年度厚労科研報告書より 5) K6, PCL いずれかのカットオフを上回ったもの

れは、対照のほかの研究と比較しても非常に高いということがいえます。岩手・宮城で同じ災害に遭われた方のK6が、大体7%ぐらいなのが福島では14.8%になっているということでもわかるように、やはり心の問題は極めて重要だと思います。

リスク認知のパターン

最後に、今日お話ししたいろいろな健康リスクに関して皆さんがどう認知するかということですが、科学的なお話はしましたけれども、普通、我々、リスクを認識するときに科学的・論理的な認識よりも、直感的・情緒的に認識すると思います。安全かどうか、恐ろしいかどうか、未知性にあふれているかということで直感的に認識していると思います。それは当然のことなのですが、そうすると、これはどうしても事故があると、直感的なほうの情緒的な認識がどんどん大きくなるということはやむを得ないかと思います。それをいかに地域のコミュニティーなどで支えていくかということが非常に重要で、このバランスをとっていろいろなリスクを判断できればということを望んでいます。

まとめにかえて

いろいろなサポートをされている皆様に向けてまとめを言わせていただくと、不安を有する住民に対して正しい情報を提供して、自らが考えて自立的にいろいろなことを決断するというのを援助したいと考えています。

今日は一般的なお話をしましたけれども、できるだけ個々のあなたの問題を考えて支援できればと考えています。当然、低線量ですから低リスクですけれども、その安全性を押しつけたり、逆に、根拠もないのに危険かも

しれないと言うことは非常によくないことですから、やはりそれぞれの個人の生き方を尊重することが一番重要で、大学だけではなくて、行政、医療関係、保健関係者が一致して、皆さんの長期的な健康管理をサポートするということが非常に重要ではないかと思っています。

今後も皆様と一緒に復興に向け協力していければと思います。どうもありがとうございました。

リスク認知のパターン		
	情緒的・情動的	科学的・論理的
判断	「安全か否か」	「リスクに対して如何に介入するか？」
思考過程	二者択一 (定性的)	順位づけ・重みづけ (定量的)
因子	恐ろしさ(重大性) ・未知性	知識・経験・社会性
認知方法	直観的 (100%の安心を求める)	論理的 (ゼロリスクはない)

まとめにかえて
・ 不安を有する住民に正しい情報を提供し、自ら考えて、自律的に決断できるよう援助する。 ・ 「一般的な話」よりも「あなたの問題」への支援。 ・ 低リスクでも、「低線量の安全性を押しつけ」たり、逆に「危険」かもしれないなどとせず、個人の生き方を応援する。 ・ 地域の行政・医療・病院・保健関係者が一致して住民の健康管理を長期的にサポートする。 ・ 放射線は環境要因の一つであり、健康課題や生活習慣の問題に、包括的に取り組む。

○丹 羽： 大津留先生、どうもありがとうございました。

今のお話を聞かれまして、いろいろな放射線についての実際、それから、どういう知識を持っているということが重要か、そして、最後にお話しいただきましたけれども、特定の考え方を押し付けるということではなくて、それぞれの皆さん方のご判断が進むようにサポートするといったようなことが、大津留先生の立場からしてのお仕事ということになるというわけです。

実際、避難しておられる方々の中でいろいろな不安をお持ちの方がおられると思います。特に会津地方では、浜通りのほうから大勢の方が来ております。そういう方々に今日のお話を伝えて、これからの皆さん方の生活ということを考えていっていただく上での参考にしていただくということは必要なのではないかと思います。

いろいろなお質問もあろうかと思いますけれども、残念ながら時間になっておりますので、恐れ入りますが、このあたりで大津留先生のお話は終了させていただきたいと思います。皆さん、もう一度、大津留先生に拍手で御礼申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

※おことわり

資料、講演内容は、講演時（平成24年10月5日現在）のものです



Ⅱ. シンポジウム

コーディネーター・司会	昼田源四郎 氏 (ふくしま心のケアセンター所長)
	成井 香苗 氏 (福島県臨床心理士会副会長)
指定討論者	内山登紀夫 氏 (福島大学人間発達文化学類教授)
シンポジスト	三浦 光子 氏 (岩手県教育委員会こころのサポートチーム)
	本間 博彰 氏 (宮城県子ども総合センター所長)
	酒井 和枝 氏 (福島県大熊町教育委員会総括主任)

※おことわり

所属・職名・資料・講演内容は講演当時（平成24年10月5日現在）のものです

いわて子どものこころのサポート

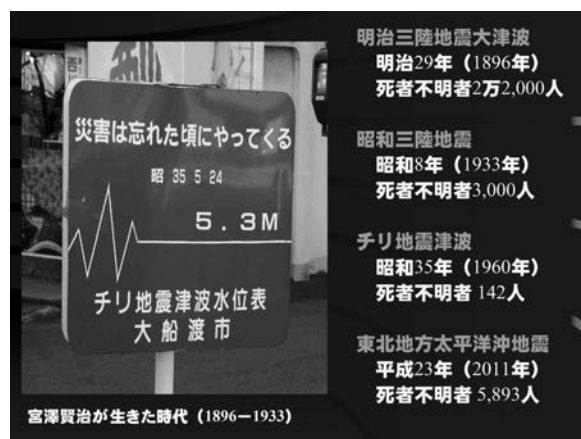
一東日本大震災における岩手県教育委員会の取り組み一

三浦 光子 氏

皆さん、こんにちは。岩手県教育委員会に所属しておりますスクールカウンセラーの三浦光子と申します。今日はお招きいただきましてありがとうございます。私の報告は、岩手県の教育委員会が取り組んでおります子どもの心のサポートに関する報告です。

この写真は岩手県大船渡市内にある看板です。ご存じのように三陸沿岸は、過去に何度も津波に襲われた経験があります。岩手県は災害が多いため、もともと防災意識が高く、地域のつながりも強いところです。

これは岩手県の市町村を表した地図です。岩手県は面積が広く、県央の盛岡市から沿岸市町村へは、どこに行くにも車で片道2時間以上かかります。冬になると道路が凍結し危険が伴います。この薄いグレーの色がついた部分が津波の被害があった市町村ですが、内陸からこの地域に頻繁に支援に行くことは困難です。また、沿岸部はもともと過疎が進んでおり、専門機関、専門家が極めて少ない地域でもあります。例えば平成23年度に県教委が派遣したスクールカウンセラーの配置を見ても、



臨床心理士の資格を有するスクールカウンセラーはわずか29人しかおりませんでした。そのうち21名が盛岡市に住み、1名のみが沿岸に住んでいるという状況でした。

沿岸の被災校は、小中県立学校を合わせて107校。県央からの距離や地域の専門機関の少なさを考えたとき、子どもたちを支援するためにはどうしたらいいかを考えまして、子どもたちの心の回復には学校が、つまり教員が中心に、最低限の心のケアをしなければならないということを決断し、いわて子どものこころのサポートプログラムが始まりました。

東日本大震災による学校等における死者・行方不明者数

岩手県における学校等の死者・行方不明の合計は133人です。三陸沿岸は津波の被害を経験しておりますので、学校では避難訓練を徹底して行っております。そのため3月11日は、学校に登校していた生徒のほとんどは避難することができました。その日に学校が休みだった高校生などが亡くなりました。

震災孤児・震災遺児

震災孤児、つまり両親が死亡か行方不明は92人、震災遺児、つまり片親が死亡か行方不明者は481人です。この中には兄弟が亡くなった子どもは含まれておりませんし、祖父母が亡くなった子どもも含まれておりません。最も被害が大きかった陸前高田市では市民の7人に1人が亡くなっておりますから、被災地のこれからの大きな問題として喪失が考えられます。

また、津波の目撃、家などが流されたり、火事、爆発の場面を見ている子どもたちもおりまして、その衝撃も非常に多く残っていると考えられます。今のところはまだPTSDを発症した子どもは多くはありませんが、トラウマの問題が、潜在化している可能性があり、さまざまな症状の発症から、回復まで長期間見守る必要があると考えています。

少しずつ見られるようになってきた子ども達の反応

長い目で子どもたちの状況を見ていく必要はありますが、最近も子どもたちには、さまざまな不調が見られます。ここに書いてある反応は小学校の低学年に多いものです。身体反応としては、頭痛、腹痛、だるさなど。悪夢を見る、自分は津波に流されていないのだけれども流された夢を見てしまうという子どももいます。行動上の問題としては、いらする、かっとなる、集中困難、感情がないように見える、津波の話を避ける、泣きだす、経験していないことを話す、大人びている、幼くなる、親の心配をしている、お化けが出るという、亡くなった友達のことを話し出すと止まらないなどが、学校の

県名	死亡						行方不明
	園児	児童	生徒	学生	教職員	計	
岩手県	10	17	62	10	8	107	26
宮城県	65	166	152	39	23	445	56
福島県	4	24	50	6	3	87	10
東京都	0	0	0	0	2	2	0
計	79	207	264	55	36	641	92

(出典) 文部科学省「東日本大震災による被害情報について(第179報)」2012.1.26, p.4

少しずつ見られるようになってきた子ども達の反応

1. 身体反応(頭痛・腹痛・だるさなど)
2. 悪夢をみる
3. イライラ、カッとなる、集中困難
4. 感情がないようにみえる
5. 津波の話を避ける、泣きだす、経験していないことを話す
6. 大人びている、幼くなる
7. 親の心配をしている
8. お化けが出るという
9. 亡くなった友達のことを話し出すと止まらない

中で、見られます。

保護者もさまざまなストレスを抱えております。震災のショックから抑うつを抱えている親もたくさんおりますし、生活ストレスが大きいためにいらいらしたり、身体症状が出てきたりして、子どもの世話がなかなかできない家庭も見られるようになってきました。

震災直後の岩手県教育委員会の動き

さて、ここからは岩手県教育委員会いわて子どものこころのサポートプログラムについての説明をいたします。平成23年3月18日、震災の7日後、県教委は平成24年度4月の学校再開に向けて「学校再開プロジェクト」をスタートさせました。平成24年4月1日からは、学校教育復興に向けた取り組みをスタートさせました。この中に児童生徒の心のケアが加えられ、最重要課題とされました。

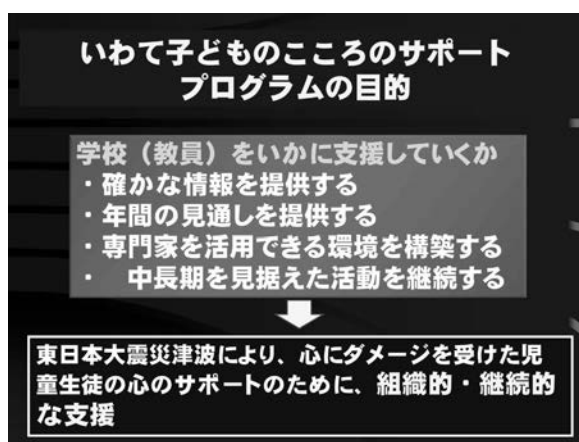
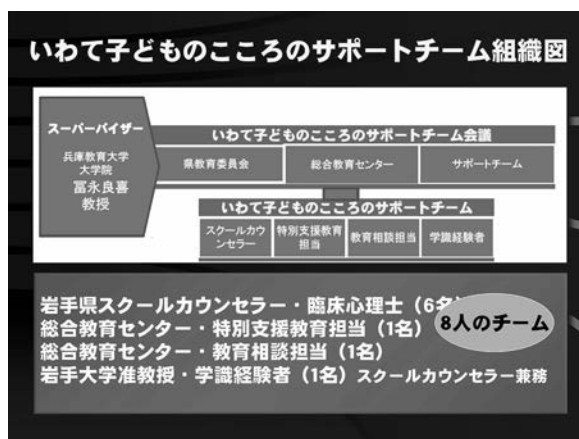
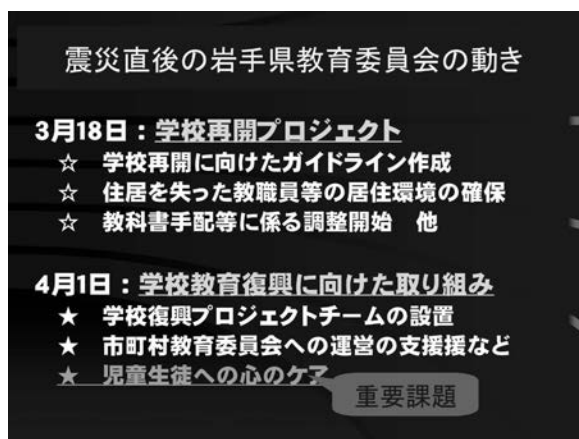
いわて子どものこころのサポートチーム組織図

県教委は、このプログラムを進めるためにこのような組織をつくりました。いわて子どものこころのサポートチームと言います。臨床心理士の資格を持つスクールカウンセラーと教育センターの指導主事、大学教員の8人で構成されています。どのようなことを進めるかはチーム会議で決定され、こころのサポートチームは、作業チームとして活動しました。具体的には、研修会を行ったり、これからご紹介しますが「心とからだの健康観察」と「心のサポート授業」を作成してきました。

いわて子どものこころのサポートプログラムの目的

こころのサポートチームと会議によって取り組んだいわて子どものこころのサポートプログラムは教員を支援することを目的としました。それは、子どもたちの心のケアに関して不安になっている教員に、確かな情報を提

供すること、年間の見通しを提供すること、専門家を活用できる環境を構築すること、中長期を見据えた活動を継続することを目標にいたしました。これは、専門家が少ないという地域だからこそ、子どもたちに日々接している教員がしっかりと知識を持ってケアを行うということ



基本にしたプログラムです。

平成23年度と平成24年度こころのサポートプログラムの3本柱

心のケアという言葉は、教員は、教育の専門家としてできることを行い、学校で治療するものではないという考えから、「心のサポート」という言葉に言い換えました。

さて、具体的な活動ですが、平成23年度と24年度は、3本の柱で進めました。1つ目の柱は職員研修です。平成23年度の学校再開前こころのサポートチームは沿岸地域で研修会を始めました。夏休みにもう一回研修会を行い、さらに、12月、1月は、3月11日のアニ

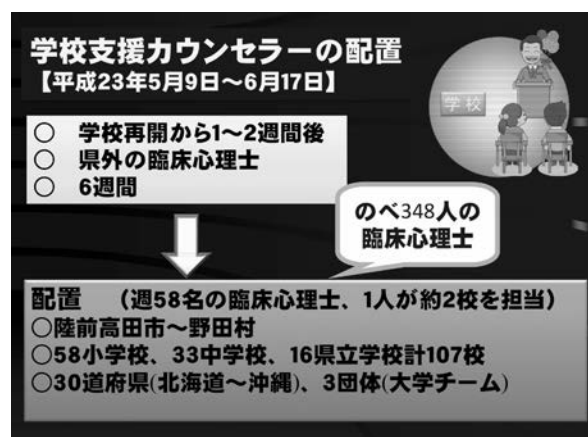
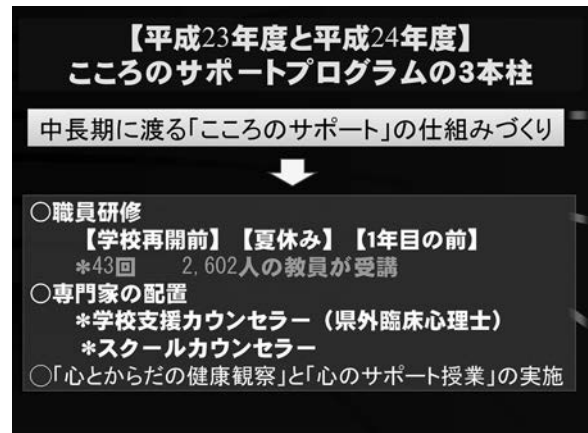
バーサリー反応への対応という内容で3回目の研修会を行いました。平成23年度は全県で43回、2,602人の教員が受講しました。2つ目の柱である専門家の配置として、学校支援カウンセラーという名称で県外の臨床心理士を沿岸小・中・高等学校に派遣しました。平成23年9月からは巡回型のスクールカウンセラーを配置しました。そして、3つ目の柱として「心とからだの健康観察」と「こころのサポート授業」を全県で年1回実施しております。

研修会について具体的に説明します。平成23年4月、5月は、学校再開前に教員が少しでも落ち着いて、子どもたちを迎えられるように、ストレスマネジメントを中心とした研修会を行いました。この頃は、教員の不安がピークになっておりましたので、教員の緊張を和らげるため、リラクゼーションの実習も研修会の中に入れました。

夏休みの研修会は、一学期の間に子どもたちがいろいろな表現をするようになってきましたので、それにどのように対応するかという内容にしました。例えば、祖父を亡くした子どもが、家庭学習のノートにおじいちゃんの思い出を書くなど感情が表現される時期でした。教員がそれをどのように受け止めたらいいかという迷いも出てきました。そこで、夏休みの研修会では、ロールプレーなども取り入れて、教員としてどう受け止めるかということを研修しました。カウンセリングではなく、「うんうん、よく頑張ってるよ」「いいんだよ」「あなたは悪くないよ」と、そういう言葉を練習いたしました。

学校支援カウンセラーの配置

2本目の柱の学校支援カウンセラーは、平成23年5月9日から6月17日まで被災校107校に延べ348人の臨床心理士が派遣されました。1週ごとに交代でしたので、学校は毎週新しいカウンセラーが来るということでも負担だったのですが、カウンセラーは各県でまとまって連携をしてもらいました。



こころのサポート授業

そのとき学校支援カウンセラーにはこころのサポート授業1というプログラムを行ってもらいました。学校は普段から、おなかが痛いのですかとか、元気ですかというような健康観察等をしていますからそこにプラスして、心理教育とストレスマネジメント、ピアカウンセリングの要素を取り入れました。例えば、今日はこういうことをするよと子どもたちに伝えて、みんなの体調はどうかという5項目のチェック表をつけて、じゃあ、みんなで少しリラックスしようという実習をして、心配な子は担任やスクールカウンセラーの個別面談を実施しました。

学校支援カウンセラーがどういうことをしたのかは、県教委によると主にこころのサポート授業のサポートと、児童生徒の相談でしたが、一番多かったのは、教員のサポートです。被災地の小学校では5、6月にこころのサポート授業1を81%の学校が実施しました。中学は約70%、高校は約40%でした。

これを受けて平成23年9月に心の健康観察19項目版（小学校）と31項目版（中・高等学校）を実施しました。健康状態だけではなく過覚醒や、再体験、回避、マイナス思考、誰もわかってくれない、話してもむだ、自分はどうせだめだと思う、という自責項目を入れました。

得点が高い子が要観察の対象になります。子どもたちにはチェックだけでなく、「ここが高い人はね、リラックスするんだよ」と心理教育をしていきます。「ここがあるときはね、怖がらなくていいよ。話せる人に話してね」「これはね、自然なことだよ。でもね、ちょっとずつチャレンジしようね」というようにです。これを「こころのサポート授業」といいます。「心とからだの健康観察」と「こころのサポート授業」は、分割してもいいというふうになりました。心配な子どもたちは後から個人面接をするようにしています。

心とからだの健康観察【個人票】

「心とからだの健康観察」の結果は個票にしています。これによって、子どもたちの経年変化を見ていきます。阪神淡路大震災では3年後に学校での不適応・問題行動がピークになりました。東日本大震災の規模の大きさを考えると、本当に長期に渡る支援が必要になります。そのためのプログラムです。

平成23年度の結果は、9月の段階ですが、身体の反応が出ている子が、小学校の低学年と中学年に多く、小学校の高学年以上になると、自分が悪いとかわかってくれないというようなマイナ

【平成23年5月～6月実施】
こころのサポート授業1

心理教育
ストレスマネジメント
ピアカウンセリング

睡眠・食欲などの健康について考え、良い対処をだしあう友だち・先生との絆を深める。

沿岸部の学校は、学校支援カウンセラーと協同実施

導入（ねらいを伝える）
健康に係る5項目に回答
体験活動
リラクゼーション、ストレスマネジメント
担任、SC等による個別面談

【平成23年度～実施】
こころのサポート授業2

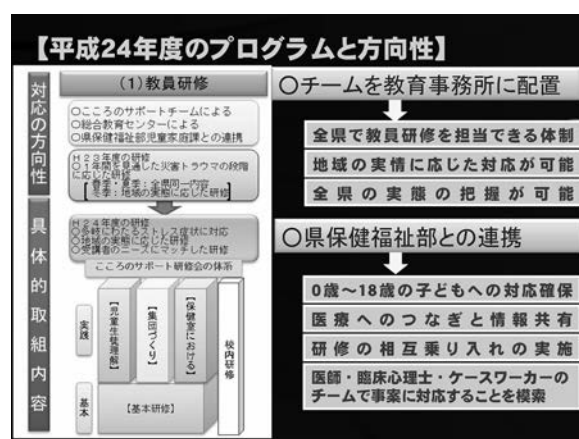
【県内全公立学校に依頼】

導入（ねらいを伝える）
心とからだの健康観察に回答
体験活動
リラクゼーション、絆のワーク等
担任、SC等による個別面談

日常生活の観察
＋
健康観察の活用

学校教育は、いろいろな活動、遊び、友達、先生との触れ合いなど総合的な成長の場です。そういう場で過ごすことで子どもたちの心は回復していくと思います。けれども、回復が進んでいるのか、それとも元気なふりをしているのか、すごく悩んでいるのではないか、そういうところを細かく見ていく必要があります。今心配に思っていることは継続ですが、不登校、生徒指導も含めて教育相談の力を高めるといところでつなげていきたいと考えています。

平成24年度は、医療・福祉との連携を考えています。岩手県は、保健福祉部を事務局として子どもの心のケアに関する会議を立ち上げました。0歳から18歳の子どもの対応をどうするか、医療のつながりをどうするか、研修会が相互乗り入れできるようなかたちが可能か、医師、臨床心理士、ケースワーカーがチームで事案に対応することができないかなどを検討しています。要保護児童対策協議会を機能させる話も出ています。以上が岩手県の教育委員会がすすめるころのサポートです。



最後に、9月21日に岩手日報に載った記事をご紹介します。福島から転校してきた一條寛人（いちじょう ひろと）君中3が、「わたしの主張」の岩手県大会に出場しました。盛岡市の代表でした。この弁論は、新聞で大きく取り上げられました。優勝者ではなかったのですが、全文が掲載されました。非常にいい文章で、読んでいて涙が出るようでした。

1971 12月 20日(土) 21日(日) 22日(月) 23日(火) 24日(水) 25日(木) 26日(金) 27日(土) 28日(日) 29日(月) 30日(火) 31日(水)

新たな親友 温かく

「福島の転校生 一条寛人くん(中3)」

「私」の主張 岩手県大会出場

「クラスメート2人が一緒に帰ろうと誘ってくれたのが本当によれしかった。」

「古里貞献」 将来へ誓い

「福島の転校生 一条寛人くん(中3)」

「私」の主張 岩手県大会出場

「クラスメート2人が一緒に帰ろうと誘ってくれたのが本当によれしかった。」

言っています。泣かないで感情を抑え込むのではなくて、泣いて、そして気持ちを楽しんで前に進もうと言っています。私たちも時々泣きながら仕事をしております。被災地は、どこも皆同じだと思います。

被災のかたちは違って、福島も同じ被災県として手を携えて一緒にやっていければいいと私は思います。そういう気持ちで今日は来させていただきました。

ご清聴、ありがとうございます。



東日本大震災における子どもの心のケア ―宮城県の取り組み―

本間 博彰 氏

宮城県子ども総合センターで精神科の医者をしております本間といいます。どうぞよろしくお願い申し上げます。私のほうからは宮城県の取り組みについてお話をしたいと思います。

宮城県沿岸部の犠牲者数

まず、宮城県が今回、震災によってどのくらいの犠牲者を出したのかというところをここで示します。宮城県は、気仙沼地区、その次に石巻地区、その下に仙塩地区、そして、福島県に接しております県南地区と、4つに大きく分けて我々は仕事をしていましたが、例えば気仙沼地区は死者と行方不明者が1,243名、石巻地区は5,774名、仙台に近いところは3,344名、県南部のほうは2,108名ということで、今回の震災の被災で亡くなられた方の6割近くが宮城県で大きな被害を受けたということです。

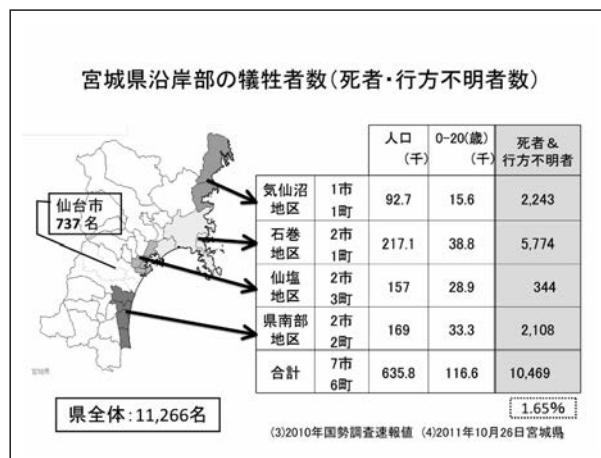
震災による宮城の子どもの被害状況

次に、今回の震災によって亡くなった子どももたくさんいるのですが、親を亡くした子どもも結構おまして、震災孤児と呼ばれている、お父さんお母さんがいなくなってしまった子どもが大体126名います。そのうち、石巻地区が49名、名取が21名と、かなりの子どもたちが両親を失った状況です。2番目に震災遺児です。どちらかの親が亡くなった子どもの数、この数も、この数値を見ますと960名、すさまじい数の子どもが親を失ったという状況です。

よく比較される阪神・神戸と比べると、阪神・神戸は遺児・孤児を合わせますと573名であったのです。宮城県だけでもその倍くらいの規模で子どもが大変な状況に陥っているというのがわかりかと思います。

宮城県子ども総合センターのケアチームの活動

我々宮城県は、実は子ども総合センターというのは仙台に本拠地があるのですが、そのほか、古川というところに大崎の診療室、子ども総合センターの診療室があって、石巻にも石巻診療室があります。それから、気仙沼にも気仙沼診療所というのがあって、これが震災以前から医者たちがこの4カ所の診療を担当しておりました。そういうこともあって、今回、子ども総合セン



震災による宮城の子どもの被害状況

1. 震災孤児

126名 (全国では240名; 10月20日現在)

児童養護施設入所は2名

(石巻市49名、名取市21名、気仙沼市17名、
女川町10名、南三陸町10名)

2. 震災遺児 (18歳未満: 2月29日のあしなが育英会の報告)

960名 (全国では1698名)

(神戸災害時は遺児と孤児で573名)

ターが、言うなれば一つ大きなケアチームをつかって活動したのですが、一番北の部分が気仙沼地区で、石巻地区、仙台周辺、利府町とか塩竈があります。それから、山元町、亶理町、そして岩沼、名取とあるのですが、これらに対して、例えば石巻は月に4日間、心のケアチームがここで巡回をしておりました。石巻は週2日、ですから月に直すと8日間ぐらいですね。それから、塩竈には週2日出ておりました。初期のころです。県南の部分は週1日でした。このような日数で活動しておりました。

精神科の医療的な介入の必要のある子どもの把握と、そのケアをしましようというのが一つめの大きな目的で、2番目に、地域の方々、保育士さんとか学校の先生とか、そういう方々に対してガイダンスをしたり、講習をベースにした視点、親、保育士、教師の支援をしましようということが目的だったわけです。

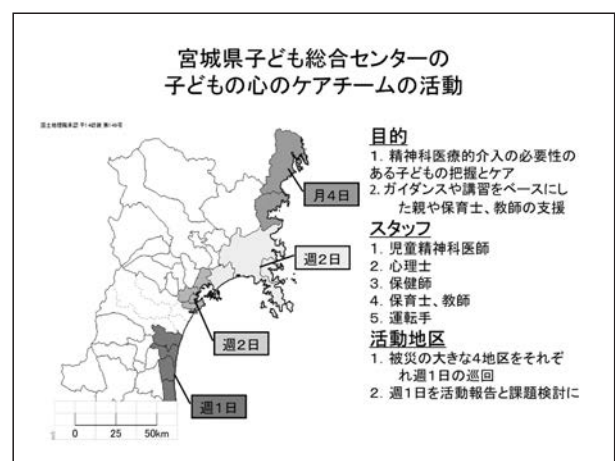
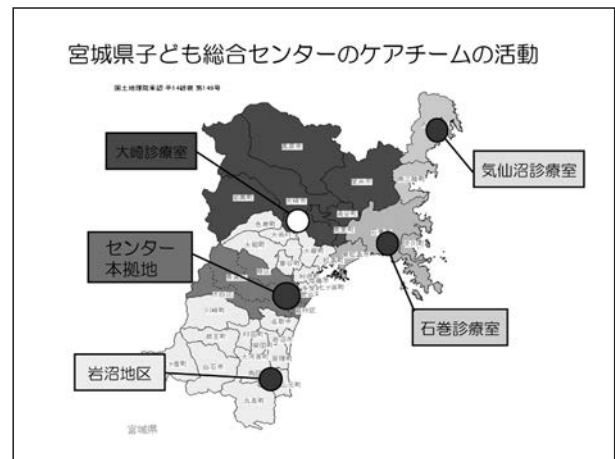
スタッフは、児童精神科の医者、我々のところに4名の児童精神科の医者がおりまして、そのほか非常勤で2名の方にお手伝いをいただきました。6名がスタッフとして活動しておりました。さらに2番目には心理の方、それから、子ども総合センターには保健師が2人おりましたので、この保健師もチームに加わり、そして4番目に保育士と教師、我々のところにも教師が3名おりまして、その教師もこのケアチームのメンバーを組んでおりました。

そして、意外と大事なのは運転手さんなのです。路地が悪いと全然仕事にならないものですから、たまたま我々のところには常勤の運転手が1人と非常勤の運転手が1人いまして、その2人がケアチームの5チーム、ないしは6チームの運転手をしてくれました。

活動地区は大きく4地区に分けました。そして、やはり我々のところはお役所なものですから、お役所がこういう仕事をするためにはどうしても実施要項というのが必要で、実施要項をつくらないと活動できないのです。4月6日には実施要項をつかって活動しました。そして、7月からは多分もっと大変になるのだからということで実施期間を変えていきました。こういうことが役所の仕事としてすごく大事なことです。

子どもの被災状況

さて、今回は子どもたちがさまざまな被災を受けたのですが、意外と我々が見落としているのは転校した子どもなのです。子どもたちにとって転居し転校するということは、まさしく自分たちの足元を根こそぎ取られるような感じで、本当に失うものが大きいわけです。宮城県もたくさ



んの子どもが県外に転校しました。小学生が820名、中学生が320名、高校生が161名、これは、今年の5月1日の日本経済新聞に出ていた文科省のデータをとったものです。

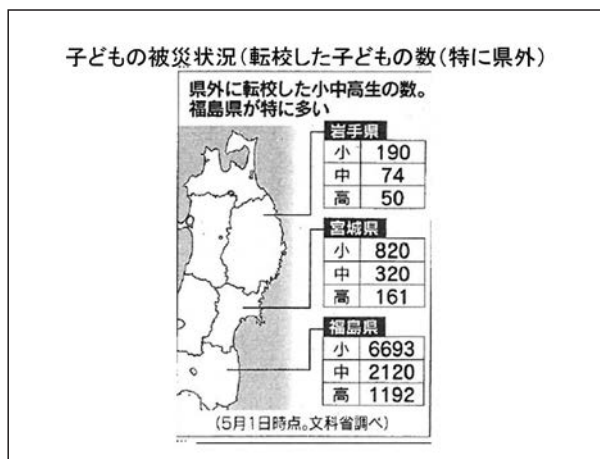
そして、我々がどのような活動をしたかということですが、具体的には、例えば山元町のすっかり流されて大変な被害を受けたある幼稚園です。何とかこの幼稚園を再開しようということで、山奥の昔廃校だった、被災した時点では地域の公民館ですが、そこを借りて再出発しておりました。そういうところに訪問活動をしたり、いろいろな困りごとを聞いて歩いておりました。

それから別な保育所では、いくつもの保育所が被災しておりますので、1つの保育所に子どもたちがいっぱい集まります。そうすると、子どもたちの部屋がない、職員も部屋がないのです。ですから、保育所を訪問して、物置部屋でちょっと午睡の時間に手の空いた保育士さんたちに集まってもらってお話を聞くようなことをしていました。

実際問題として、こういう状況なのでケースが挙がりにくいのです。つまり、職員が本当にへろへろの状態です仕事をしておりますし、毎日かなり忙しくて、子どもの心の状態にまで目が向かない。こういうふうに訪問してお話を聞き始めると、誰かが口火を切って次々と問題が出てくるのです。だから、丁寧に歩きますとどんどんケースが挙がってくるというような感じでした。

何重にも及ぶ外傷体験をした子どもの避難した公民館

この写真もまた大変な災害を受けた気仙沼の保育所のすぐ近くにある公民館です。これは一景島保育所といって、かなりドラマチックな救出劇をしたところなのです。このすぐ裏にその保育所があるのですが、保育所は、地震とともにすぐに避難をしなければならないということで、この2階に避難しました。そして間もなく6メートルの津波が来るという情報が入り、2階の上の屋上に上りました。子どもたちを全部上げて、そうしたら、さらにもっとすごい大きな津波が来るということで、今度は右端の鉄塔がちょっと見えるところ、あ



その上に子どもたち71名を上げて避難させました。実は、間もなくこの近隣の住民も避難してきまして、全部で四百何十名の大人と子どもがこの屋根の上で一命を取りとめたという状況だったのです。それから間もなく気仙沼は火が上がりました。職員たちは必死の思いで子どもたちの頭の上からカーテンをかけて子どもたちを守ったと言っていました。

そして、この子どもたちが、今度は2日間、ここで全く水もなく食べ物もない中で飢えをしのぎながら踏ん張って、そして救出されたというその舞台なのです。多分、激震、津波、大火災、数日間の親との急激な分離というものは、子どもの心にかなりのダメージを与えているというふうに思っていました。

これは今年の3月、当時年長だった、今年3月に卒園した子どもたちが元気に歌を歌っているところに訪問したときの写真です（写真省略）。子どもたちはこんなに明るく元気にやっているのです。ですから、人前ではないところでは子どもたちはどのくらい大変な思いをしていて、その思いを出しているかということなのです。

ですから、大人たちは子どもの頑張りに応えられるような支援体制を目指さなければならないのですが、どうも子どものことは後回しにし、なかなかか子どもの支援体制というのを目指さないというのが我が国の現状だというふうに思っていました。

子ども達が経験した心の外傷的出来事

さて、子ども達が経験した心に外傷を与える出来事というのは何だろうかというのを少し整理したものがこれです。災害時、発災のときの外傷的な体験というのがあります。地震の揺れ、襲いかかってくる津波、火災にさらされたこと、そして周囲の混乱。それから、急性期というのは、例えば3月12日から数カ月、2カ月ぐらいうるのですが、親との急激な分離をした子もいますし、おうちが壊され、学校が壊され、地域もぐちゃぐちゃになった、そしてまた遺体を目撃している子、津波に流されている人を目撃した子どもたちもいるのです。また、津波の中を親と一緒に必死にもがいて生き残った、そういう子もいます。そういう恐怖感が残っている子、そして、急性期後期に入ると転校・転居というようなことで故郷の喪失というのが起こってきます。

子ども達が経験した心の外傷的出来事

(1)災害時の外傷関連体験

①地震の揺れに驚き、②襲いかかってくる津波の異常な光景を目撃して、③火災に晒されて、④親や周囲の混乱や緊張感を感じ取って

(2)急性期の外傷関連体験

①親との強烈的な分離(恐怖の中を親と離れての寝泊まり)
②地震や津波に破壊された自宅や学校
③大混乱をきたした「安全であったはずの地域」
④親や家族の喪失とその遺体の目撃
⑤津波にさらわれその中をもがいて生き残った恐怖感

(3)急性期後期の外傷関連体験

①転居・転校により、故郷の喪失や孤立
②新たな環境でのチャレンジ(負担の多い再スタート)

12

震災による子どもの心の問題と各ステージの問題

さて、我々はどんなことをしたかということ、やはり心のケアというのはステージがあるのです。ステージをどのように通過していくか。特に我々は、急性期のことにはすごく関心がいくのです。急性期を、簡単に言ってしまうと心的外傷によるトラウマをしているのです。我々は精神科のチームとして回りましたけれども、そこに挙がってくる子どもというのは、学校や保健師、保育士から、この子が大変だから診てくださいという形で選ばれて来るわけです。一番重篤度の高い、つまり、トラウマされた子どもたちを診ているわけです。その急性期の子どもたちの問題とい

うのはほとんどが急性ストレス障害です。

そして、その時期が過ぎて、急性期後期に入ってくると、いよいよトラブルのものが出てきます。あるいは親が子どもをうまくケアできない、つまり、極端なことを言ってしまうと虐待が発生してくるとか、あるいは発達障害児が不適応状態を来すとか、親や大人に変に気を使ってしまって妙なお利口さんが出てくるとか、そういう子どもたちが出てきます。そういう子どもたちは、多分、精神的な診断名をつけていきますと、PTSDであったり、うつ病であったり、拒食の子もいます、心身症の子もいます、非行とか暴力行為が出てくる子、そして不登校の子もいます。それから、注意集中力ががたっと下がってADHDという診断をされてしまう子もいたようです。

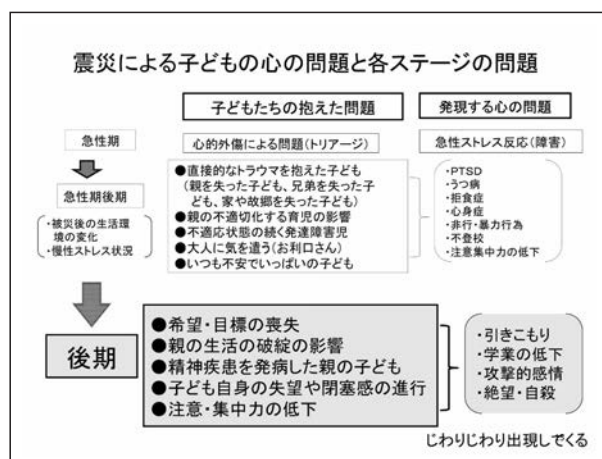
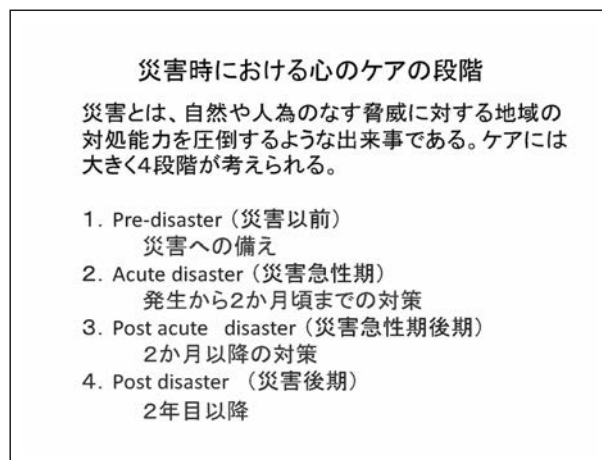
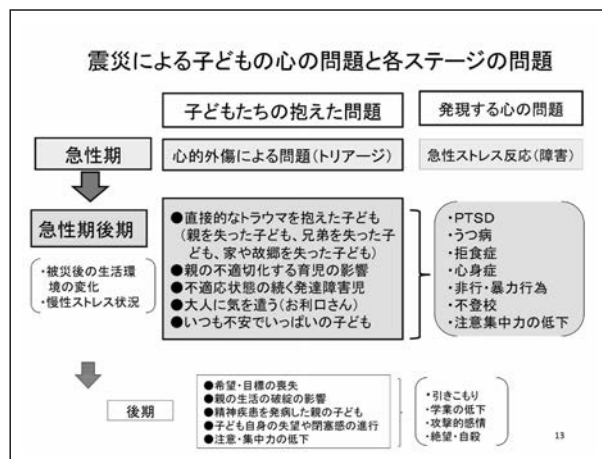
災害時における心のケアの段階

さて、災害時はこの1年半勉強したり、いろいろな現状を整理してみますと、どうしても災害にはステージがあるのだと、災害の心のケアにはステージがあるのだということを我々は頭の中に置いて、それをいわゆる見取り図のようにしていかなければならない、この先を進めなくてはいけないということになってきます。

まず最初のステージは災害以前、つまり災害への備えです。防災教育とか防災訓練とか、そういったことをきちっとする。

2番目に、災害時急性期というのがありまして、これは発生から2カ月ぐらいまでの対策です。そして、ポストアキュートといって災害急性期後期、この時期をどうするか。多分、2カ月以降から大体1年ぐらいは災害急性期といえるのです。今、我々は、ポストディザスター、災害後期にあるのです。災害後期を我々はどのように取り組むかというところに直面しているということになります。

先ほどの図の今度は後期のほうを少し強調しました。後期というのは何だろうか。後期というのは、多分、子どもたちの抱えている問題というのは、自分の希望を失う子どももいますし、目標を失う子もいるのです。そして親の生活が破綻していきます。アルコール

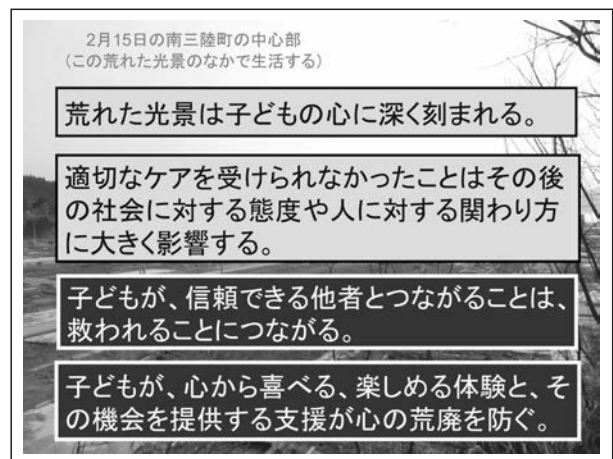


中毒とか親自身がパチンコ屋に行ってしまうとか、そういう親たちは、やはり親たち自身がトラウマを抱えているから、そういう破綻した生活のほうへ拍車がかかってしまうのです。精神疾患を発病する親も少なくありません。そして、子ども自身の失望、あるいは子ども自身が、この先、自分の人生はどうなるのだろうかという閉塞感が進行していきます。そして再度繰り返しているのが注意集中力の低下なのです。

そうした子どもたちの心の問題としてどんなことが発現してくるかというのと、やはり引きこもりや、学業の低下、あるいは非常にアグレッシブな行動をとる子どもたちが多くなってきました。中には絶望し自殺した子どももいるのです。新聞にも出ていました。そんなふうにして、後期の問題が、今、我々の大きなテーマになってきました。

気仙沼市：住宅地まで津波に押し流された漁船

これは、気仙沼の鹿折というところの住宅街です。これは漁船なのですが、こんなに大きな漁船が津波に押し流されてきたところの写真です。それから、これは南三陸の中心部です。かつて町があったところ、この町は消えてしまったのです。ほとんどすべてが消えてしまったのです。こういう荒れた光景の中で子どもたちはここをスクールバスで小学校に通います。ということはということかということ、荒れた光景というのは子どもの心に深く刻まれてしまうのです。そして、やはり適切なケアを受けられなかった子どももいます。実際、たくさんいると思います。そういうことが、その後の社会に対する子どもの態度や人に対する関わり方に大きく影響します。だから、子どもが信頼できる他者とつながるということが救われることにつながるので、どうしても子どもとつながっておくというスタンスが必要になります。また、子どもが心から喜べる、楽しめる体験とその機会を提供することが、子どもの心の荒廃を防ぐのだろうというふうに考えて仕事をしております。



災害後のPTSDの発症率

それで、実際、PTSDというのがどれくらい出るかということですが、このデータは、アメリカのハリケーン・カトリナの際のデータです。災害にさらされた住民は一番ダメージが大きいですが、30～40%がPTSDになっているとアメリカではいわれています。災害従事者も10～20%といわれています。

そうすると、多くの子どもたちが心の問題を抱えているにもかかわらず、見逃されている可能

性が実は高いのです。先々週、国立成育医療研究センターの方々と一緒に気仙沼の子どもの調査をしました。かなり詳細な調査をしたのですが、9人の子どもを診ました。4～5名はさまざまな問題を抱えていました。でも保育所では一生懸命やっているのです。ですから、子どもというのは人前、あるいは集団の中では結構頑張っていて、その姿を見ると大人たちは何でもないのだと思うのです。ところが、調べていくと大変な問題を抱えている

ということなのです。家の中ではいろいろな問題が出てきますし、このとき出会った子どもは、風が吹くとパニックになって耳を押さえて動かなくなってしまうという子がいました。それは、あの3月11日の公民館の上で、油のにおい、潮のにおい、あの体験があって、潮風とか魚のにおいがトリガーになってフラッシュバックを起こすと言っていました。

子どものケアや支援の壁となりうる問題点

さて、子どものケアの支援の壁となる問題、つまり、まだまだたくさんの子どもたちがうずもれている、ケアの必要な子どもたちがうずもれているのですけれども、その子どもたちのケアや支援の壁になる問題、私はこういう問題を意識しておかなければならないと思ってここに挙げました。

1 番目に、子どものケアに従事する市町村の専門職は自らが被災者である場合が多いのです。そのために被災者であることと自分が支援をしなくてはならない2つの役割のはざまで苦しんでいる人がすごく多いのです。

2 番目です。親たちは生き延びる事に必死で、子どもの心の問題に目を向ける余裕を失っています。

3 番目に、親たちの多くは、子どものケアとか健全な成長のために学校とか地域社会に期待しています。しかし、学校とか地域社会は災害によって大きなダメージを受けております。だから、親の期待にどういうふうに応えるかといのは大きな問題です。

4 番目には、子どもは大人がわかるように自分の問題を表さないことが多いので、大人はなかなか子どもの抱えている心の問題をきちんとと見ることができない状況が続いております。それは、やはり大人自身が相当なダメージを受けているからだと思っております。

Post disaster（災害後期）の課題

災害時、今は後期に入ったのですが、後期というのは、やはり子どもの心の健康を支援すべく関係者が連携協力する時期です。そして、各領域の関係者が体験した重要な知見や気づきを振り

災害後の PTSD の発症率

- 災害に晒された住民：30-40%
- 救助従事者：10-20%
- 被災地一般の住民：5-10%

多くの子どもたちが、心の問題を抱えているにもかかわらず見逃されている可能性が高い。

18

子どものケアや支援の壁となりうる問題点

1. 子どものケアに従事する市町村の専門職は、自らが被災者である場合が多く、そのため、被災者と支援者の二つのアイデンティティーの狭間で苦しんでいることが多い。
2. 親たちは生き延びることに必死で、子どもの心の問題に目を向ける余裕を失っている。
3. 親たちの多くは子どものケアや健全な成長のために学校や地域社会に期待している。しかし学校や地域は災害による大きなダメージを受けている。親の期待にどう応えるか。
4. 子どもは大人がわかるように自分の問題を表さないことが多い。

返りつつ、それを点検し、お互いにシェアリングする取り組みが必要であります。先ほどの岩手の報告にありましたように、教育サイドは、今度は保健福祉サイドとどのように連携するかということが大きなテーマとなっております。

また同時に、災害後期の具体的な課題としては、災害によって子どもたちが被った心の被害の有無、その程度をやはりきちんと評価をしなければならないということなのです。

その評価をどうやってこれからモニタリングしていくかということが多分テーマだと思います。

子どもの心の問題はあとまわし？

こんなことをあえて言わせてもらいます。子どもの心の問題は後回し。子どもは脅威に対する対処能力が十分に育っていないこと、いや、家族が受けた影響をそのまま受け止めるために心理的な影響を大人以上に受け止めることがあります。しかし、大人たちは、子どもの問題を軽視したり後回しにしてしまうことが多い。その理由は、大人が困惑し混乱しております。大人の知識不足、子どもの問題の現れ方は大人と異なる。大人は一方的に子どもを守ろうとし、子どもの心の訴えやいろいろなものを聞かないことが多いです。子どもより大人を援助することが優先されております。そして、また多くの人から子どもに問題は見られないという声が聞かれるのですが、本当だろうか、全く違います。必要な援助を子どもは受けたのだろうか、受けておりません。宮城県は一生懸命頑張ってきましたが、そういうふうに思っております。

心の外傷（トラウマ）

さて、心の外傷、要するにトラウマというのは簡単に言ってしまうとつながりを失うということなのです。自分の記憶のつながりを失ってしまう、ばらばらになってしまうと同時に、人とのつながりも失ってしまう。ですから、ケアの基本はつながりをつけることです。記憶を連続のある記憶にすることと同時に、一つのつながりをつくるということなのです。

Post disaster(災害後期)の課題

①子どもの心の健康を支援すべく、関係者が連携協力する時期。各領域の関係者が体験した重要な知見や気づきを振り返りつつ、点検し、お互いに提供する取り組みが重要になる。また、子どもは常に大人のとり行動をヒントにして自分の行動を作り上げるので、大人は意識を清明にして心の問題の対応を子どもにも学んでもらうような取り組みを心掛けたい。

②災害後期の具体的な課題としては、災害によって学校や子どもが被った心の被害の有無と程度を適切な方法で評価すること。親からは、学校は子どもの心のケアやより高い健康力を獲得する場として期待される。学校はより一層健康度の高い場となることが求められる。健康な人間は観察自我が発達しており、自分を内側からも外側からも観察できる。同じことが学校にも求められる。

子どもの心の問題はあとまわし？

子どもは、脅威に対する対処能力が十分に育っていないことや、家族が受けた影響をそのまま受け止めるために、心理的な影響を大人以上に受けることになる。しかし、大人たちは、子どもの問題を軽視したり、あとまわしにしてしまうことが多い。

その理由は、

1. 大人が困惑し混乱している
2. 大人の知識不足
3. 子どもの問題の表れ方は大人と異なる
4. 大人は一方的に子どもを守ろうとする
5. 子どもより大人を援助することが優先されがちである

多くの人々から、子どもに問題は見られないという声が聞かれるが本当だろうか？／必要な支援を受けたのだろうか？

22

心の外傷(トラウマ)

トラウマとは、つながりを失うこと

1. 自分の記憶のつながりを失う:
思い出せない／ばらばらに思い出される
2. 人とのつながりを失う

ケアの基本は、つながりをつけること

1. 記憶を連続のある記憶にすること
2. 人とのつながりを作ること

遊びの力

そして、私たちは今、遊びのことに関心を向けております。子どもの遊びというのは子どもの回復力を高めていきます。子どもの遊びというのは子ども自身の心の訴えであり症状そのものですので、遊びにつき合うということは子どもの心に傾聴するのと同じ意味なのです。そして、遊びは子どもにとっていろいろな子どもの心を癒す力を持っています。これは子どもの一人遊びもそうです。

もう一つ遊びがあって、よく配慮された遊びが子どもの回復に大きな力を発揮するということで、これはプレイメーカーキングというアメリカでやられている方法なのですが、それを今我々はやっております。よい感覚を持った思いやりのある大人のリードによって安心・安全が保証された中で行われる遊びは、子どもたちの恐怖心を和らげ、喜びを生み出し、トラウマの回復をさせると。その遊びをどのようにメーカーキングするか、その遊びを通して我々がメークするもの、目指すものは精神の

統合なのです。そして、社会的なつながり、積極的に自分が参加すること。先ほどの福島先生がおっしゃっていたように、自立性を養うということとも全く重なってきます。子どもは遊びの中で笑えること、遊びは選択の自由があること、心から楽しめるというようなことをプレイメーカーキングで目指します。

これは今年の5月の連休に気仙沼でやった子ども49名と大人たちでパラシュートを使ったプレイメーカーキングの一場面です（写真省略）。子どもたちはこうやってバルーンを上げた中でとても楽しめます。それから、これは子どもたちがメリーゴーラウンドをやる真ん中に子どもたちがいてこれをぐるぐる回すのですが、これは、子どもたちがすごくやってほしがる遊びです。これは気仙沼の子どもの発案で、色鬼というゲームがありますが、これはパラシュートの上で色鬼をやっています。多分、パラシュートの上で色鬼をやったのは日本でうちの県が初めてなのだろうと思います。これは子どもたちに大受けです。これは、子どもたちが空飛ぶじゅうたんをやっているところです。

子どものResilienceとVulnerabilityに注目した支援

我々は何を目指すかというと、最終的にどこかで通常の仕事と重なってくるのです。震災で心のケアをするというのは、我々が通常やっている仕事と重なってくるのです。そこは何かというと、子どものレジリエンシー（Resiliency）とバルネラビリティ（Vulnerability）に注目した支

遊びの力(その1)

1. 遊びは、幼い子どもにとっては、言葉と同じで、遊びは心の中を無意識に映し出す。
2. 遊びに適切につき合うことは、子どもの心に傾聴することと同じ意味になる。遊びを通して心の奥深い問題までもが子どもと交わされる。
3. 遊びを通して、子どもは他者とコミュニケーションしていることになる。自分の心の中の内なる自分と会話をしていることになる。
4. 理解の及ばない体験をしたとき、遊びを通してその体験の意味を探る。答えが出るまで何度も繰り返す。遊びに適切に対応することで、よき理解者、よき援助者になれる。

遊びの力(2)

—よく配慮された遊びが子どもの回復に大きな力を発揮する—

良い感覚を持った思いやりのある大人のリードによって安心・安全が保障された中で行われる遊びは、子ども達の恐怖をやわらげ、歓びを生みだし、トラウマからの回復を助ける。

遊びを通して目指すもの

- ①統合(Integration)
- ②社会的つながり(Social connection)
- ③積極的に参加すること(Engagement)
- ④笑うこと
- ⑤選択の自由があること
- ⑥心から楽しめること(Playfulness)

29

援をしなくてはならない。レジリエンシーというのはしなやかさとかたくましさとかいいます。バルネラビリティというのはぜい弱さとか傷つきやすさです。そういうものから考えていくと、我々がこれからやらなければならないのは、子どものレジリエンシーを高めるようなことをしなければならない。回復力と同時に、子どもが持っている力をもっと高めなければならない。

Resilienceを高める要素

それを高める要素というのは、ここに6つ書いてあります。1つは、身体を用いた活動です。例えば楽しく遊ぶことです。プレイメーカーキングということで示しました。それから、積極的に取り組めるようになること、希望を持った前向きなものの見方ができること、モラルに沿った理解ができること、社会的なサポートが得られること、柔軟な認知ができること、こういったものを目指すのですけれども、これはまさしく子どもとプレイメーカーキングすることと同じような意味だったと思いますし、多分、これから我々が被災者と一緒にやらなければならないだろうと思っています。

大災害から子どもを救う体制整備を！

まず、大災害から子どもを救う体制の整備をしなければならないと。今、被災3県の支援に対して司令塔の役割を果たす、そういうセットが必要なのです。3県がばらばらでやっているような状態で、共通する問題とそれぞれ違う問題がありながらも、3県が我々、お互いの経験とかそういったものをうまくまとめることができない。2番目に、子どものケアは何年にもわたるものであるから、長期にわたる支援のグランドデザインを策定し、その経過をモニターするシステムが必要です。3番目に、社会は、子どもにも大人に対する支援に匹敵する支援の量と質を講ずるべきであると。4番目に阪神・淡路大地震とは比較にならない大災害であることの認識を持って、子どもの心のケアについて災害の規模に見合う支援をすべきであると。このたびの災害から学び対応できなければ、次の災害にも我々是对応できないだろうというのが私の考えでございます。

子どものResilienceとVulnerabilityに 注目した支援

Resilience(レジリエンス):

突き抜けるようなたくましく成長発達する子どもがいる
ストレス耐性が高いこと、しなやかさ、高い回復力、復元
力といった力

Vulnerability(脆弱性)

子どもの持つ弱さ傷つきやすさ。
(知的能力、認知能力、生理的統制の問題、
アタッチメントの問題)
(親子関係、家族関係の問題を抱えた子ども)

Resilience を高める要素

1. 身体を用いた活動
2. 積極的に取り組むこと
3. 希望を持った前向きなものの見方をする
4. モラルに沿った理解ができる (e.g., spirituality)
5. 社会的なサポートが得られている
6. 柔軟な認知ができる

大災害から子どもを救う体制の整備を！！

1. 被災3県の支援に対して司令塔の役割を果たすセンターが必要だ。
 2. 子どものケアは何年にもわたるのであるから、長期にわたる支援のグランドデザインを策定し、その経過をモニターするシステムが必要だ。
 3. 社会は、子どもにも大人に対する支援に匹敵する支援の量と質を講ずるべきである。
 4. 阪神淡路大震災とは比較にならない大災害であることの認識を持ち、子どもの心のケアについて災害の規模に見合う支援をすべきである。
- この度の災害から学び、対応できなければ、次の災害にも対応できないであろう。

震災後の子ども達を取り巻く環境の変化 ー福島県大熊町ー

酒井 和枝 氏

大熊町教育委員会、酒井和枝と申します。私は心のケアと特別支援の担当をしております。ですが、私は専門的な立場にはありませんので、これからお伝えすることは、私が現実に見たこと、出会ったことをお伝えしたいと思います。

まず、震災から1年半が過ぎました。おかげさまで、お世話になっている地域の方々、また、全国・世界から寄せられている温かいご支援により、それぞれの生活の場で安心して過ごしています。しかし、避難生活が長期化していくことに伴い、家族が別々に生活しなければならない不便な生活を送っています。そして、私たちにとって大切な地域の人とのつながりを失っている状態です。度重なる親しい人との別れによって心に痛手を負っている大人や子どもは少なくありません。その結果、家族や親子間でのいさかいが多くなったり、学校や地域になじめずに不登校になっていたり、あるいは、自分の体を傷つけてまう現実があることを理解していただき、そんな環境にいる子どもたちの気持ちを代弁できたらと思っています。

大熊町は

大熊町について少しお話をさせてください。大熊町は1960年代ごろまでは、自然豊かな農業中心の町でした。しかし、秋になると多くの人が関東方面に出稼ぎに行くことが常でした。町の様子が変わっていったのは、1970年代ごろから始まった福島第一原子力発電所の建設を境に、出稼ぎに行く必要がなくなり、そして原発で働く人口が多くなった結果、町も人の生活も豊かになっていきました。

1960年代の人口は約7,000人であったのが、震災前の人口は約1万1,500人となっていました。町内には保育所、0歳から6歳まで138人、2カ所の幼稚園には334人、2校の小学校には726人、中学校には368人の子どもたちが在席していました。また0歳から15歳までの人口比率は、他の市町村と比べてかなり高い町となっていました。

大震災と原発事故から学校再開まで

ここからは、大震災と原発事故からの学校災害まで、震災後の子ども達を取り巻く生活環境の変化、避難後の子ども達の心を取り巻く環境の変化、そして地域の力や遊びを通して地域が育てる子どもの力という流れでお話しをしていきたいと思っています。

昨年、3月11日14時46分に東日本大震災があり、そのときの津波で大熊町では8名の方が犠牲となりました。その中には小学生が1名、幼稚園児が1名含まれていました。翌3月12日早朝、避難実施指示が出ましたという防災無線が何度も繰り返され、全町民への避難指示が出されました。町民皆誰もが、すぐに帰ってこられるだろうという考えで、手提げバッグ一つ、またはエプロンをしたまま、どこに行くかもわからないバスに乗って、またはそれぞれに車を走らせて、誘導されるままに約7,000人は中通りにある田村市、三春町、郡山市の体育館や公営施設に避難しました。約4,500人がその他の県内・県外に避難しました。それは、身近な人たちとの最初の別れになりました。

避難から数日が過ぎると同時に、大熊町として今後どうするかという検討が始まりました。教

育に関しては、未来ある子どもたちのために大熊町は学校ごと移転するという方針が打ち出され、学校を集団移転することを決定しました。早急に移転先の検討、県外に避難した子どもたちの安否確認、移転先への通学希望把握、教育施設の確保を進め、会津若松市に避難することが決まっ
てからは、学校移転と開校準備を会津若松市職員や地域住民の協力と応援を得て同時に進められ
ました。学校ごと移転するという情報は、今後の見通しが立たない親や子どもたちにとっては希
望が見えた瞬間だったと思います。

平成23年4月16日には入学式を実施することができました。子ども同士、子どもたちと教師た
ちが再会を喜び合うことができました。教職員の多くが避難者であり、最初から学校を立ち上げ
ることは心身共に激務でしたが、この時期に学校を立ち上げることができたのは、安否確認と連
絡が始まったことと、受け入れ先である会津若松市側の準備が早い段階で進められたことにあっ
たと思います。このときの幼稚園の園児数は135人、小学校353人、中学校が216人でした。また、
保育所の立ち上げは混乱を極め、現在は10名ほどの乳幼児が役場庁舎2階で託児室として機能し
ています。

また、養護学校については、児童生徒の学区が広域であることから安否確認に相当な時間がか
かりました。親御さんの中には今後どうなるのかという不安が増大し、入学や転入が遅れたこと
によって、うちの子どもの同じ大熊町の子なのという不満の念を抱かせてしまったことも事実
でした。両手を広げて待っていてくれる先生や仲間がいる学校は、自分を知ることができる場所
であると同時に、特に思春期の子どもたちは、友人を通して自分の存在を確かめることができ、
先生という信頼できる大人がいる安心・安全な場所です。そして、その学校と教職員は子どもの
よりどころとして大きな役割を果たしてきました。しかし、ふるさとを離れての学校立ち上げは、
今後、避難生活が長期化するということを決定づけることでもあり、学校移転を待たずに県内外
に生活の場を移す家庭や家族も多く、ここで再び、子どものよりどころとしての学校との別れや
友人との別れがありました。

震災後の子ども達を取り巻く生活環境の変化

学校移転とともに会津若松市に来た子どもたちのほとんどは、借上住宅やホテル、旅館に居住
し、町で準備した送迎バスでの登校となりました。学校立ち上げ後、全国から多くの生活物資や
さまざまなイベントなどの支援が寄せられ、また、ホテルや旅館では、遊びの時間や遊ぶ場が確
保できない子どもたちのために遊びのコーナーを設置したり、イベントを催したり、食事に気を
使ってくれるなど、子どもたちには楽しい毎日が続きました。

しかし、生活が落ち着くにつれて、学習面の遅れを心配する声が聞こえるようになりました。
また、長期化する避難生活の中で家族間でのいら立ちが高まったり、親子間での会話が少なくなっ
てきたり、ささいなことでも怒りを表すことが見られるようになっていきました。

子どもたちには、自分の家には帰らないのだという現実が重くのしかかってきていました。夏
休み中にはほとんどの家庭が仮設住宅や借上住宅に移動して、表面上の生活は落ち着きを見せま
しましたが、父親は仕事の都合で子どもたちとは別の生活、今まで同居していた家族が、住居の狭さ
ゆえ別々の場で生活をしなければならない現実、また逆に、今まで別居していた家族が狭い部屋
に同居を始めたことなど、今までの生活環境とは一変した生活となりました。

生活の場ができたからといって、すぐに安定につながるわけでもなく、地域コミュニティーに不安を抱え、外に出ないという家庭もありました。また、仮設住宅や借上住宅に入ってしまうと、その中で起こっていることが表に出てこなくなってしまう怖さもありました。

その後も、父親の仕事や兄弟姉妹の高校進学の関係で、いわき市にできた仮設住宅に転居する家庭が増えていきました。狭さゆえ仮設住宅から借上住宅に転居する家庭、いつまでもこの生活を続けてはられないとして県内外に生活の場を移動させた家庭など、いったん落ち着きを見せた生活の場が次々と変更されることにより、同じ学年・クラスから転校する友達がいることで、自分だけが取り残されているという不安を持つ子どもたちが増えていきました。ここでの友人との別れは心に大きな穴を開ける別れとなっていきました。

避難後の子ども達の心と取り巻く環境の変化

県内外で生活し、区域外就学をした子どもたちやその親は、身近に話を聞いてもらえる人や機関を知らないことが多くありました。転校先の学校から、どこから来たか言わないほうがいいよと言われたとか、親がいじめを心配して大熊町から転校してきたことを言わせないようにしている、あるいは、学校内で子どもがすれ違いざまに、「放射能」とか「かわいそう」「おまえは大熊から来たのか」などと言われたり、無視されたりすることがあっても、相談する場所や相談する人がわからないため、不登校やいじめ問題が深く潜行している状況でもあります。

原発事故が家族に与えた影響は大きく、避難所からしばらくの間は、どの家庭でも原発関連のニュースにくぎづけだったことや、親が話しているのを聞いているのか、「私はがんになる」「放射能に触ると死ぬんだ」「もううちには帰れない」「地下に潜っていいから出ていきたくない」などの言葉が子どもの口から聞かれるようなこともありました。

やはり親は、目の前にある危機的な出来事の対応に必死のために、親を求める子どもに対して子どもの思いに応えることができないということもありました。また、発達障害を持つ子どもたちの中には、状況をよく理解することができないために環境に適応できず、大きな声を上げたり自傷行為があったりするなど、家族は周りの人に気を使い、遠慮しながら生活しているという現実もありました。

家庭内の問題は、時には家族をばらばらにしてしまうこともありますが、逆に絆を強くした家族もあるということは、原発事故の中での小さな救いとなっています。

地域の力

第一次避難場所の田村市で生活していたころ、田村市教育委員会の方々から子どもたちに体育館の一室の提供がありました。教育・保育ボランティアの方々から学習面を支援してもらったり、また、小さい子どもの世話をしてもらったり、継続的に誰かがそばにいて声をかけてくれるなど、安心して過ごせる場と時間を確保してもらいました。

また、地域の方々が私にできることをとボランティアを申し出てくれたことをきっかけに、避難所内でも無理なく自分ができることをしようと、年齢を問わずボランティアの募集をしました。結果、小さな子どもがごみを集めたり、靴をそろえたり、大人は、お年寄りの入浴の際の介助をしたり、または順番での炊き出し、体育館内の掃除、みんなでラジオ体操をしたり歌を歌ったりするなど、小さなコミュニティーが動いたときもありました。誰かが自分を必要とし、自分に役

割があるということは、こんな状況であっても人をいきいきさせる力があるのだと感じた瞬間でした。地域が子どもを育てる力が大きく、このときの体験は、地域が子どもを育てていく新しいコミュニティーづくりを目指していかなければならないと感じた出発点でした。

自分としての役割

田村市の避難所にいたときから、私個人の携帯になのですが、かつての保護者から電話がかかってくるがありました。避難での苦労や相談の電話がかかってくるようになり、自分ではどうしようありませんでしたが、話を聞くだけでもとって話を聞いていたがありました。この田村市での地域の力の体験や、子どもや親たちの声を聞き、自分は何ができるかと考えたときに、子どもたちや親の心の声を聞くことができるのではないかと、昨年4月、現在の担当になると同時に、まずは主な生活の拠点となっている仮設住宅、それから借上住宅などを回って歩くことを開始しました。

ホテルや旅館、夏休み明けからは仮設住宅に行くと、親や子どもたちから声をかけてくれることがあり、知った顔に会えると安心するのか長時間話し込むことがありました。それは愚痴だったり、夫婦間のことだったり、子どものことだったり、いろいろさまざまな話でしたが、どのような話でも聞いてほしいすべてなのだろうとして、ただ聞いている毎日を過ごしていました。

遊びを通して地域が育てる子ども達の力

仮設住宅回りをしながら、子どもたちにとっての遊びを考えていく日が続きました。子どもたちの成長にとって遊びはとても重要です。楽しかったことやうれしかったことを再現することで十分に心を満たしたり、さらに新しい遊びを展開していく機能を果たしています。また、苦しかったこと、つらかったこと、不安なことを遊びという手段で心を解き放す機能もあります。

以前、支援環境での授業に参加した際、立体パネルを完成させては、地震だと揺らしては壊すということを繰り返していた子どもがいました。きっとこの遊びが心を解き放すということなのでしょう。この遊びをしたときに大人はどう寄り添えばいいのだろう、どうしてとやめさせてしまうかもしれません。つらかったんだねと共感するかもしれません。子どもたちは遊びを通して心の中にある不安やつらいことを表現し、解き放っていくことに、私たちが気づかなかったのか、気づいてもできなかったのか、子どもたちにそういった場を提供することができませんでした。

そんな中、昨年の7月にNPO法人さんから、その年齢にふさわしい新しい現実を受け入れながら、感情の理解や表現をして、安心感を持って生活しようということで、心のプログラムの提供がありました。実施にはファシリテーターと呼ばれる人が必要でした。募集すると15名のお母さんたちが養成講座に参加してくれて、3カ月の準備期間をおいて実施することになりました。

全員が原発の被災者で避難者でしたが、母親たちは大熊の子どもたちのために、子どもたちに楽しくて安心した時間、自分の気持ちを話せる場所と、毎回の打ち合わせに余念がありません。この活動の中で子どもたちは大きな声を出してふざけ合ったり、走り回ったり、大声で笑ったり、時には怒ったり、いろいろなことがあります。お父さんに会いたいけれども我慢している、こっちに来てから友達とけんかをするが多くなった、わからないけれどもいらいらしている、楽しいときもあるけれども悲しいときもある、会津に友達ができたんだよ、庭で穴を掘って遊びた

いと話したり、時には大熊町に帰りたい、原発のばかやろうなんて紙に書いていた子どももいました。

母親たちはどんな言葉にも耳を傾けて、思いを共有して、思いを共有してもらうことで子どもたちは安心して自分の気持ちを表現しています。でも、この活動の中で子どもたちは力強いエネルギーを持ってため込んでいるのだなということがわかりました。この母親たちが持っている力を広げていき、身近にいて何でも話せる大人が増えることを期待し、地域で子どもたちの力を育て、地域で子育てができるコミュニティを目指していくことがとても大切だなと思っています。

今後の課題

今後の課題として、心が折れてしまったときのケアがとても大切です。現在は、子どもたちは全国から支援をいただき、夏休み中も楽しいイベントがたくさんあって、忙しく夏休み中を過ごしてきました。これは、子どもたちにとって貴重な体験であり経験でもあります。しかし、これからの心の成長を考えたときにこの体験や経験を、よかった、うれしかった、楽しかったで終わらせていいのだろうか、この体験や経験を、これからどのように生かしていくのかということ考えたときに、子どもの心の琴線に触れた心の教育をしていく必要があると感じています。

また、災害の直後は、大人の誰もが自分たちの生活を確保することに必死で、子どもの心の変化に気づかなかったり、自分自身を混乱の雰囲気飲み込まれたりして、自分の心の痛手に気づかなかったのではないかと思います。しかし、今やっと生活も落ち着きはじめ、生活に見通しができていくことで、着々と生活設計を立てていく大人たちが既に元の生活に戻りつつあると見える家族を見て、一方では、心が癒されていない子どもたちが自分の気持ちや居場所を見失ってしまうのではないかとという危惧があります。今後、子どもたちの身の回りや心の中に起こり得るさまざまな出来事に対応できるよう、子どもの心に添う努力とその対策の体制を整えていかなければならないと思っています。

ご清聴、ありがとうございました。



指定討論

○内 山： 先生方、どうもありがとうございました。指定討論ということで、私の役割は、3人の先生に質問をして、フロアとの議論のきっかけをつくりたいと思っています。

1年半たったわけですが、3人の先生の話をついて、また改めて今回の災害の激しさを思っていました。3点、当然共通するのですが、圧倒的な喪失体験、親を亡くす、家族を亡くす、学校をなくす、友人を亡くす、それで、自分の故郷をなくす、転校でなくされる、もう帰れないと。それで、喪失体験にプラスして、自分自身が非常に危険な体験をする、非常に辛い経験をする、そういった3点、共通した辛い体験をした子どもたちが、今何とか頑張って生きようとしているわけです。

それを僕たち大人は、先ほどダンスしてくれた子どもがいましたけれども、ああいったかわいい子どもたちに、いい未来、明るい未来をつくってあげなければいけない、そういった義務を負っていると思います。でも、それぞれ皆さんの仕事の、自分の役割の中で頑張ってされていたことに本当に感動し、敬意を感じました。

それで、まず三浦先生、学校を中心に、混乱の中で、これだけシステマチックに、なおかつ大規模に支援のパッケージをつくっていったということに本当にすごいなと感動しながら聞いていました。先生の中で印象に残ったのは、PTSDの症状を含め、いろいろな調査をされているわけですが、それはスクリーニングではなくて、あくまでも経過モデル、変化モデルということで、1年半たったわけですが、先生が学校支援する中で感じていらっしゃる子どもたちの変化です。先生は当然、学校の先生を介してされているわけですが、臨床心理士も少ない中で先生方にいろいろ研修をされていて、その中で学校の先生の戸惑いとか、場合によっては普段そういった心のメンタルケアの専門というわけではない先生たちですから、ここを注意したほうがいいとか、何かそういう点があれば少し教えてほしいのと、あと、3人の先生方に共通していたかと思うのですが、子どもたちは結構我慢しているわけです。親にいい顔をして、自分の不安とかを出さないようにしているという面もあると思います。もちろん、そこを聞くことによるメリットもあると思うのですが、リスクも多少あるかなと思うのですが、そのあたりをどういうふうにつけていらっしゃるかお聞きしたいなと思います。

○三 浦： ありがとうございます。岩手県のプログラムは、心理臨床のプロではない教員がいかに自分の専門性の中で子どもたちを育てるか、子どもの元気を回復するかということを目指しています。

それで、気をつけていることはいくつかあります。一つは、教員が抱え込まないということです。学校の先生は子どもたちとの関係が近いので、子どもがいろいろなことを言うと教員がダメージを受けるのです。けれども、教員が正しい知識を持っていれば、ある程度、抱え込まなかったりダメージを受けないで、安定して子どもに接す

ることができる、それが一番重要だと思っているので、知識を与えるというのは、一つは安定、そして教員が抱え込まない。抱え込まないために、もう一つはスクールカウンセラーに相談できるような体制をとにかくつくっていく、例えば月1回でもスクールカウンセラーが回るようにするというようなことをしてきました。

それで、一番大変だったのは、トラウマとかストレスとかPTSDとかという言葉は教員に教え込むことでした。でも、わかってもらわないといけないと思って、研修会で繰り返し繰り返しお話をしてきたつもりです。教員に対してはそのようなことを注意しながら行っています。

それから、子どもたちの様子ですけれども、去年はずっと過覚醒の状態、一年中お祭りをしているような状態でした。ところが、1回目の3月11日を過ぎて今年になったら落ち着いてきたので、いよいよ自分の気持ちを感じられるようになってきました。それはどこの県も同じだと思います。涙が出るとか、思い出して怖くなるとか、そういうことが出てきています。それに触れないわけにいかないと私たちは考えています。一回お掃除してあげないとだめなのですね。

それで、よく話を聞くと間違って認知していることがあります。あのとき私があんなふうにしたからこんなことが起きたという間違った認知をしているので、子どもにきちんと向き合って、お話ししたいことをきちんと聞いて、それにはこっちの覚悟が要ります。支援者なので子どもが動揺していれば私も動揺するのですが、覚悟を決めてそこを聞いて、それで修正してあげて、あなたは悪くないよ、間違っていないよということを修正してあげる。すべての子どもというか、被災した子は、どこかの年齢で一回お掃除してあげないといけないなと思っています。ただ、そのタイミングは、子どもが反応を出したり、子どもがしゃべりたいと思うときであって、大人が無理やり引き出すと、それがまた二次的な外傷になると思っていますので、そういう意味で、子どもたちが話したときに受け止めていくという体制をつくれればいいなと思っています。

○内 山： ありがとうございます。

では、次に本間先生にご質問します。本間先生は、児童精神科医という立場でチームを組織されて巡回されたわけですけれども、先生が強調されたことの一つに遊びの重要性があると思います。これは酒井先生も三浦先生もお話しされていましたが、一般の人方のメンタルケアというと、すぐにカウンセリングとか、何か1対1の場面を思い出したりするかもしれないですけれども、先生がいろいろ実践されている遊びの場面を見て、子どもたちには本当にああいうことがとても必要なのだろうと思って聞いていました。

先生のもう一つの提案で同感したのは、やはり3県の専門家たち、行政も含めて、そんなに連携がまだできていないかもしれないですね。多分、世界的に見てこれだけ大きな災害というのはないのです。僕の専門の発達障害に関しては、今回の震災を受けたときにいろいろ海外の専門家に問い合わせ、どんな支援があるのかというこ

とを聞いたら、まず地震に関してはほとんどないと。データがないのです。実践もデータもないと。論文も本当にイタリアとカトリヌで一つずつくらいとすごく少なくて、それはもうおまえたち日本で作るしかない。だから、本当にこれから今度の災害は、我々3県の間が中心になってやらなければいけないと思うのですけれども、恐らく世界に類を見ない災害なので、我々が協力して何らかの支援対策をとるというのは、国内はもちろんですけれども、国際社会に対しても必要なことだと思うのです。

そういった3県の協力体制について、遊びの重要性と、先生のご意見をもう少し詳しくお願いします。

○本 問： 私もどちらかというと、3・11以前は、トラウマワークとかそんなことに興味を持って、実際に虐待を受けた子どもとか、あるいは虐待も含めてさまざまな心的外傷を持ったお母さんたちのカウンセリングをしてきたものがあつたのです。

今回の震災に関して言うと、あまりにも数が多いというか、構造化できません。そして、実際に仙台まで来てくれ、あるいはそれぞれのオフィスに来てくれといっても来られるわけがないですね。現場に行かなければアプローチできませんので、要するによくいうカウンセリングとかいろいろなワークなどやTF-CBTとか、あれはやはり条件の整った世界でしかできない話なのであって、条件の整わない世界ではもっといろいろな工夫をしなければならないし、そうすると、その子どもの持っている力というのに我々がもっと目を向けなければならないだろうという感じはずっとしていたのです。

このプレイサロン、プレイメーキングというのを習ったのが昨年12月でした。12月に実はボストンの小児病院のケースワーカーが心のケアチームの中で宮城県に支援に来てくれたのです。その方が、日本の心のケアというのはもう少し工夫が必要ではないのかということで私のところにいろいろ連絡をとってきて、その人が何とか日本人にもうちょっとアメリカの災害の本当にスタンダードなやり方というのを勉強してくださいということで、それで僕らは何人かで行って、そこでドラマの被災地で使うプレイメーキングプロジェクトというのを勉強したのです。それで、帰ってきて5月にその人たちを呼んで、そこで初めてこれが使えるかもしれないと思って、そして7月ごろから始めました。

そうすると、いろいろな問題を持った子どもたちは、そういうプレイメーキングをするとすぐに問題が出てきます。それと同時に、その子たちをケアしつつ、また、ほかの子どもたちもどんどんいろいろなアイデアを出してきて、子どもたちが積極的に遊びに関わってきます。遊びというのはなかなか組織した遊びですね。組織した遊びはとてもいけるなと思ったのです。もちろん、先ほどのお話でありますように、津波遊び、地震遊び、お葬式ごっことか、この1年間、子どもたちはさまざまな遊びをしました。それもよくよく見てみると、子ども自身が見つけ出して、自分のコントロール感を取り戻すような意味合いの遊びをずっとしていたのです。だから、僕らはよく、子どもの声にしっかり耳を傾けるといいますが、それと同じことなのですね。子ども

の遊びにつき合うとか、この遊びを止めないでしばらく子どもと一緒にその遊びを見守ってあげるというのは、まさしく子どもに耳を傾けるということと同じだということがいぶわかってきたものですから、遊びというのは、これはいけるかもしれないなど。

なおかつ、一緒にやってきた、例えば遊びに一緒に参加してくれた保育士さんたちも、こういう遊びというのは楽しいし、大人が楽しいし、こういう遊びであれば子どもたちもきっとというような反響も得られてきたので、これから少し遊びがいけるかなという感じを持っていました。

先生のもう一つの質問ですけれども、本来、これだけの規模の災害が起こればナショナルセンターを持つべきなのです。国はナショナルセンターを持たないですよ。ここが最大の間違いだと僕は思っています。だって、世界で今まで例を見ないような災害です。そして、この災害があと何年続くか。この災害対策というのは、神戸では18年やっていますが、全国に散り散りになっている人たちも含めて考えていくとそんなものではないです。また、規模そのものも神戸の数倍の規模です。これだけの大災害、まさしく石巻日赤の石井先生が国難と言ったのと同じくらいに、これは国難なのです。その国難に対して東京の方々などは半分ぐらい忘れているのです。これはとんでもない話であって、日本民族の存亡に関わる問題だと僕は思っています。

もし東北3県の被災地の子どもに対して国として、社会として、きちんとした対応ができないのであれば、我々の社会というのはもしかしたらとんでもないところに向かってしまうだろうというのがあって、そういう活動をしなければならないということで、私自身も東北3県の小児科の先生方に声をかけてみました。その結果として厚生省が出した一つの答えというのが、ある研究班を立ち上げたことなのです。その研究班も、どちらかというと、心のケアは何か遠くのほうにいつてしまっているような感じで、つまり、心のケアというのは、これだけみんなが実感として大事だということをわかっていながら、しかし、学問レベルになるとあまりやられていない。そして、なんか知らないけれども、災害医学とかそういうのが今回大学の中にずいぶん立ち上がっているのです。

ですから、ここははっきり言ってしまうかもしれませんが、もうちょっと被災者のためになるようなものをすべきであって、特定の組織のためにするような、そんな支援では困るというのが私の考えで、どこかでもう一遍きちんと現実に向かい合う、そういうものが必要なと思います。

○内 山： ありがとうございます。おっしゃるとおりで、ナショナルセンターは絶対に必要ですよ。復興予算が変なほうに使われているという報道がありましたけれども、とんでもないことで、特に子どもに関しては、これから日本の未来をつくっていくわけですから、ぜひ、我々で力を合わせてアピールしていきたいなと思います。

最後になりましたけれども、酒井先生。酒井先生は大熊町の行政の方で、ご自身が被災者でありながら、大変な思いをされて会津で支援されているということで、僕自

身、福島におりますので、自分が出会ったケースの子のことを思いながら聞いていました。

それで、先生はいくつかの点を強調されましたけれども、先生も遊びのこと、あとは学校ですね、大熊町が町ごと引っ越してきて、学校や保育園もそのまま引っ越してきたということは、いろいろな評価はあるのだろうと思いますけれども、多分、とても英断だったのではないかなと僕は思います。環境が変わる、会津と浜通りは気候も文化もかなり違うので、そういった中でも、学校の仲間がいて、あるいは父兄の仲間がいて、一応地域社会があるということは非常に大きかったのかなと思います。

これは先ほどの大津留先生のお話とも関係するのですけれども、福島の特异性は、やはり放射能の不安です。大津留先生からいただいたような科学的な話は当然必要だと思うのですけれども、それと同時に、僕らは現場でそういったサイエンスの、いわゆる科学の話をして、それだけでは納得できないというか、しっくりこないという形をたくさん相談受けるわけです。先生は、ご自身が熊町でこっちに越しているから、自分自身もおっしゃる不安をかなり実感されていると思うのですけれども、そういう中で放射能不安とかそういう相談に向き合う何かご示唆があったらいただきたいなと思います。

○酒 井： 放射能不安ということでは、自分ががんになるのではないかという心配をした子どもとか、放射能は色がついていない、無味無臭で、形として目に見えない不安ということから、もう地下に穴を掘って、ドアをつけて、鍵をつけて潜っていたいと言う子どもなどもいますし、あとは抜毛症というのでしょうか、その不安からくる抜毛、毛髪をむしってしまうという子どもなどもおりました。

ただ、親の対応というのがものすごくよかったという子どももおりまして、がんになると言った子どもについては不安を解消していきました。ただ、地下に潜って出ていきたくないと言う子どもについては、下の妹もちょっといろいろ学校で、転校していった子どもなのですけれども、今、中学生ですが、学校ですれ違うときに大きく避けて通られるとか、あとは同情的な目で見られてしまうというところが、多分相手の子どもはそうは思わなくて、大変だろうとか、かわいそうだなという気持ちで接してくれる場合もあるので、受け止め方によっては、自分がものすごく同情されていてかわいそうな人間になっているというふうに捉えてしまう場合もあるので、そういったときに相談できる場がなくて、電話が来るということもあります。

それで、ちょっと場所的には離れているのですけれども、こちらからそのお宅に伺うということもあります。ただ、今は区域外就学をしている子どもについては、やはり地域の学校や教育委員会にお任せしているので、なかなかそういったところの相談の連携がとれていないということも事実です。だから、今後、広域連携といった形でやっていく必要もあるのかなと思っています。

○内 山： ありがとうございます。

平成25年度精神保健福祉功労者表彰受賞者の声

社会福祉法人「こころん」と里山再生事業

酒造元・合名会社 大木代吉本店
代表社員 大木 代吉

第61回精神保健福祉全国大会で、厚生労働大臣表彰を賜りましたこと、誠に光栄と存じ心より感謝を申し上げます。

ご高承のとおり農業の現況は荒廃の一途をたどり、休耕田が増加しております。

2005年「こころん」と農業法人会社と共に、ギャバを多く含む酒造米を連携共働して栽培しようと、交流を深めつつ実行に移しました。ふるさとの原風景が甦る隈戸川の源流で、50アール程、田植え、草取り、刈り入れ等に首都圏からも応援にかけつけ100名位ではじまりました。利用者の方々も土と自然にふれる農業セラピーを実践しました。利用者の保護者等が真心こめた手弁当を風呂敷で包み畦道での食事は、広がる風景で開放感に浸るひとときでありました。照りつける真夏の草取りの後、山道の勾配を活かした「流しそうめん」には、里山に歓声がこだまし一体感と充実の刻を過ごしました。当事業で利用者3名が就業され、また東北経済産業局主催の農商工連携（六次化）に認定され地域経済活性化に貢献しました。

平成25年年末に、第14回ヤマト福祉財団、小倉昌男賞を「こころん」施設長熊田さんが受賞されました。健全な財務運営力や自立促進のために地域活動を積み重ねた成果が評価されたと思います。私の望外の表彰と二重の喜びに包まれ、人生の貴重な思い出深い年となりました。

現在障がい者雇用は1名ですが、将来は酒仕込みにも雇用の機会を拡大したいと願って結びといたします。ありがとうございました。

（平成25年10月25日 第61回精神保健福祉全国大会）



日本精神保健福祉連盟会長表彰を受賞して

社会医療法人一陽会 一陽会病院
事務部長 高橋 時雄

平成25年10月25日、青森市民ホールで開催されました第61回精神保健福祉全国大会の席上、日本精神保健福祉連盟会長表彰を受賞してまいりました。表彰の栄に浴したことは、誠に身に余る光栄であり、病院職員や関係者に厚く御礼申し上げます。

この受賞の感激を忘れず、またこの感激をバネとして、ますます心を引き締めて、医療人としての使命感・責任感をモットーに、心病む人々のために微力を捧げたいと思います。

昭和54年から、ひまわり会（患者家族会）や福島あすなろ会（退院患者会）の活動支援、共同住宅入居者支援、グループホームの開設、ひまわり会共同作業所の開設、大学では精神保健福祉

士養成講座などに関わって参りました。

大会主催者より、後輩の育成の話がございましたので、これからは、患者さんやご家族と病院職員や地域の関係者とのリエゾン（橋渡し役）のできる後輩のPSW（精神保健福祉士）の育成指導にも力を入れたいと思っております。

坂本龍馬の名言に『世に生を得るは事を為すにあり』があります。私も龍馬のように、当院の経営のみにとらわれることなく、広い視野で精神科医療をとらえて、少しでも患者さんの社会復帰・地域移行支援のために、微力ながら力を注いでいきたいと思いますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

（平成25年10月25日 第61回精神保健福祉全国大会）



「精神保健福祉功労者表彰」を受賞して

臨床心理士 西脇 陽子

第53回精神保健福祉東北大会において「精神保健福祉功労者表彰」を受賞させていただき、大変光栄に存じます。厚く御礼申し上げます。

思い起こせば、臨床心理士として福島県でお仕事をさせていただき30年以上がたちました。いわき市立常磐病院精神科に勤務しながら、児童相談所、保健所、子育てサポートセンター、教育センター等に嘱託としてお世話になり、不登校、ひきこもり等の対策委員などもさせていただきました。また、明星大学及び大学院では、将来臨床心理士を目指している学生たちの教鞭を執らせていただいております。

震災の3月に定年退職を迎えましたが、揺れ動く中、今まで臨床心理士として育ててくれた福島県に対し恩返しをしたいと、新たにスクールカウンセラーとして楢葉町南北小学校と平第三中学校の2校を担当させていただくことになりました。

楢葉南北小学校は仮設校舎での生活ですが、子供たちは毎日元気に明るく生活しております。しかし、仮設住宅での生活である為、どこかにストレスも抱えており、私のできる形で子供たちを支えてあげられたらなと思っております。

まだまだ震災は終わっていないと痛感する毎日でございます。

これからも福島県の子供たちの将来の為に、臨床心理士としてささやかながら力を尽くすことができたらと思っております。

（平成25年10月4日 第53回精神保健福祉東北大会）

福島県精神保健福祉協会会長表彰

大橋 喜七 氏 （NPO法人ひまわり会理事長）

（平成25年10月30日 健康ふくしま21推進県民表彰）

平成24年度ふくしま心のケアセンター活動報告

ふくしま心のケアセンター基幹センター

1 はじめに

福島県の震災の特徴としては地震、津波の他に原発事故があり、それに伴う心のケアが重要課題となっている。東日本大震災の被災者を精神的な側面から支援するため、平成24年2月に「ふくしま心のケアセンター」が設置され活動を展開してきた。

平成24年度の活動は、ふくしま心のケアセンター活動の1年目ということもあり手探りの面が大きかったが、そのような中でも各方部では、それぞれの地域の特性にあわせて活動を展開してきた。

2 活動状況

当センターの活動は、アウトリーチ中心に行っている。

被災者の**相談の主訴**は、身体症状（倦怠・頭痛など）、不眠、不安・恐怖、抑うつへの訴えが依然として続いている。

相談の背景としては、居住環境の変化、健康上の問題、家族・家庭問題、経済生活再建問題、失業・就労問題が多い。

相談支援人数は、9,740人にのぼっており岩手県こころのケアセンター7,444人、みやぎ心のケアセンター6,437人と比較しても相談支援人数が多い。

また、サロン参加者数は、15,439人であった。

3 基幹及び方部別活動について

基幹センターの活動は、方部センターのバックアップとして職員研修会の開催（12回延べ292名参加）、研修会企画の協力（7回、延べ459名参加）顧問の派遣（24回、218名参加）、ホームページ作成、被災者相談ダイヤル「ふくここライン」の開設（H24.11）及び電話相談対応、事務的な部分では予算の執行、方部センターの事務所や県外からの職員に対する住宅の借り上げ、共用サーバーの設定等を行った。

県北方部は、福島県県北保健福祉事務所の心のケアチームを引き継ぎ、4月から5名の職員で活動している。活動は、保健福祉事務所と協力して被災者の支援を行った。県北方部の特徴として、サロン活動を52カ所に展開し、延べ3,852人のケアを行った。

県中方部は、10名でスタートし、面積・人口とも一番広い地域をカバーしている。活動も多岐にわたり、アウトリーチ活動から、サロン活動（一休みの会）、支援者支援、親子ふれあい教室と幅広く行っている。

県南方部は、職員2名と白河厚生病院から派遣された臨床心理士でスタートした。県南方部の状況は、もともと居住している住民が地震の被害を受け、仮設住宅に入居している割合が高

いことや原発立地地域からの避難者がいるため、年度途中から県中方部センターと基幹センターが応援に入り、10月から2名増員し、最終的には、4名の職員で活動した。

会津方部は、5名の職員でスタートし、8月からは岡山県の社会福祉施設「日本原荘」の精神保健福祉士を加え、活動した。活動の特徴として、訪問活動の比率が高いこと、福島県会津保健福祉事務所から引き継いだ「男の料理教室（会津男めし）」サロン活動があげられる。

相馬方部は、2012年1月に発足したNPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会「相馬広域こころのケアセンターなごみ」に相馬方部センターの運営業務を委託する形で活動している。「相馬広域こころのケアセンターなごみ」は震災後の心のケアチームを引き継ぎアウトリーチを中心に活動しており、相馬方部センターとして位置づけられた。活動の特徴としては、一休みの会等の集団活動があげられる。

いわき方部は、8名でスタートし、年度末には10名の体制で事業を遂行した。

いわき市は、被災した市民や、原発事故で被災した浜通りの住民が避難しており、福島県相双保健福祉事務所いわき出張所と協力し、健康調査からサポートをはじめ、個別訪問・サロン活動に重点を置いて活動している。

南相馬市駐在は、2名でスタートし、5月から4名の職員を配置した。活動は、南相馬市にある仮設住宅等に居住している住民に対しての健康調査が主であり、ふくしま心のケアセンター全体の相談支援数の1/3を占めており、地域に密着した活動に取り組んでいる。その他、住民を対象としたメンタルヘルスの講話、母子健診等について協力を行った。

双葉町駐在（加須市）は、岡山県の旭川荘の協力を受け、2名で埼玉県内に避難している双葉町民の相談支援に当たっている。

福島県障がい福祉課駐在は、1名で本庁関係機関との連絡調整と、当センター活動統計に従事している。

4 2012年（平成24年）度の活動実績

1）福島県こころのケアの総合的なコーディネート

- ① 運営会議を年2回開催し、委員から真摯な意見をいただいた。
- ② 全体的な関係機関の連携を図るために基幹センターと方部センターで方部連絡調整会議を6方部で年2回開催した。延べ391人出席した。

2）人材育成・人材派遣

- ① 支援者支援として、避難元市町村の保健師や生活支援相談員等を対象とした研修会や個別相談会を実施した。また、講演会への講師派遣を行った。
- ② 関係機関の教育研修を67回実施し、2,534名が参加した。
- ③ 市町村への業務支援は513回、5,342名を援助した。
- ④ 関係機関との打ちはわせは304回開催され、1,690名参加した。
- ⑤ 職員定例研修ランチョンセミナーを13回、各種研修とイベントを7回、方部巡回を中心とした研修を24回実施した。

3) 心のケアに関する普及・啓発

- ① 普及啓発資料の作成・配付
ふくしま心のケアセンターご案内チラシ2,500部
電話相談チラシ及びカード各2,500部
うつ病チラシ「からだところらの状態にすこし目をむけてみませんか？」100,000部
こころのケアセンターなごみ紹介のパンフレット3,000部
こころのケアセンターなごみ紹介の会報、年5回発行各3,000部
- ② 被災者に対して普及啓発の講演会等の活動を67回開催し、2,429名が参加した。
- ③ 報道機関・取材への対応等のマスコミを通した普及啓発活動を29回行った。

4) 被災者・支援者相談支援

- ① 個別援助活動として、9,740人の支援を行った。また、各方部で計75名の事例検討を行った。
- ② サロン活動は、1,316回開催し、15,439人が参加した。特に県北方部センター・相馬方部センターでは、計68カ所（県北52、相馬16）で開催しており、全体の半分近くを占めている。
- ③ 電話相談は、基幹及び各方部あわせて547件であった。基幹センターの「ふくここライン」の相談件数は開設後約4ヶ月で59件あった。
- ④ 心のケア相談会は、県南・会津・相馬方部センターで計10回40名に対して実施した。

5) 災害時こころのケアに関する調査・研究・情報収集

加須市駐在では、全国に避難している双葉町民及び双葉町職員の健康調査を実施した。
また、福島県の心のケアに関する活動状況や今後の災害対応時の一助となるよう論文を各種雑誌に寄稿した。

5 今後の活動

2012年から集積してきた経験と知識を生かしながら、さらにきめ細かな被災者支援・支援者支援を中心に、県外避難者に対するサポートやアウトリーチ活動の充実を図るとともに、福島県・市町村・社会福祉協議会・医療関係者・専門職等と連携しながら、福島県民の心の復興のため尽力していきたい。

会員の声

相双支部の活動

相双支部事務局

福島県相双保健福祉事務所 主任保健技師 松田 幾久子

相双支部は、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村の12市町村が活動の地域となっています。

平成23年3月11日に発生した東日本大震災、そして東京電力福島第一原子力発電所の事故により、多くの会員が被災し県内外に避難せざるを得なくなりました。

この震災により、多くの会員と連絡が取れず、連絡の取れた会員からの退会申し出も少なくありませんでした。会員の多くは、住みなれた土地から離れることを余儀なくされ、避難した先での事業再開や生活再建に追われることになりました。

事務局担当者も保健福祉事務所の最優先業務（精神障がい者の医療確保や被災者の心のケア等）に追われる毎日となりました。

このような状況の中、相双支部の活動は困難となり、平成23年度、平成24年度は、支部総会を開催することができませんでした。

この間、本部総会への代議員出席、相双地域の精神障がい者地域家族会活動等への助成、福島県相双地区地域活動支援センター等連絡協議会「すみれ会」主催の「虹のつどい（相双地区精神保健福祉研修交流会）」の後援と、できる範囲内で活動が続けてきました。

平成25年度に入っても、会員の半数はいまだ避難中ですが、連絡が取れて会員の所在を確認できるようになりました。事務局が通常業務に戻った平成25年度から、支部活動を本格的に再開しました。

平成25年7月10日に理事会を、また9月11日に総会を開催しました。総会では20名の出席を得て、平成23、24年度の事業報告と決算報告を行い、平成25年度の事業計画及び予算の承認を得ました。震災後はじめて総会を開催し、多くの会員に出席してもらえたことが、事務局としては嬉しくて仕方がありませんでした。

総会終了後には特別講演も開催することができました。震災後、多くの機関で開催されてきた研修会では、PTSDや震災関連のテーマが多く、「古傷をいじられるようで辛い。」「ほっとできて、明るくなる話が聞きたい。」という声が理事会で聞かれましたので、「笑い」をテーマに特別講演を行いました。

特別講演は「笑ってストレス解消～心と体を癒す笑いの力～」と題して、福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター教授の大平哲也先生に講師をお願いしました。

大平先生の軽快な語り口あり、笑いヨガの体験ありと、笑いの絶えないアツという間の一時でした。

参加者のアンケートには、「笑うことの大切さがよくわかり、笑顔の人生を送りたい。」「10年

は長生きしそう。」「笑う環境を作っていきたい。」「何日かぶりに心の底から笑いました。」「笑いは心を和ませる。」「もっと多くの方々に聞いてほしい。」という感想が数多く寄せられました。

事務局担当者も久しぶりに大笑いしました。

参加申し込みが、事務局の予想をはるかに超え、参加をお断りする事態となりました。

「笑いたいから参加する。」という声が多く、人々が「笑い」を求めていることを痛感しました。

今後も地域の皆さんが元気になれる内容の特別講演を企画するなど、相双支部会員の皆さんと力を合わせて、誰もが安心して生活できる相双地区を目指して、少しずつでも前に進んでいきたいと思ひます。

これからも相双支部の活動が充実し継続していけますように、引き続き、皆様からのご理解とご協力をお願いします。

末永く、よろしくお祈ひします。

平成25年度特別講演

日常生活に笑いを増やしてみませんか？

当支部は、地域住民の心の健康の保持推進を図り、社会福祉に貢献することを目的とし、精神保健福祉に関する普及啓発等の事業を実施しています。

東日本大震災から2年半が経過しようとしています。避難生活が長期化し先の見えない中、多くの方が、大きなストレスを抱えながら生活を送っています。

講演 「笑ってストレス解消 ～心と体を癒す笑いの力～」

講師 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター 教授 大平 智也 先生

日 時 平成25年9月11日(水) 14時00分～15時30分
(受付13時45分～14時00分)

場 所 福島県相双保健福祉事務所 2階 大会議室

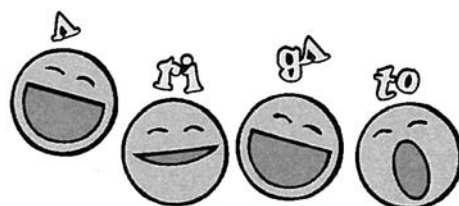
参加費 無 料

参加申込み方法
電話またはFAX(別紙参加申込書)により、9月10日(火)までに参加を申込みください。

参加申込み先・問い合わせ先
福島県相双保健福祉事務所 保健福祉課 障がい者支援チーム
電 話 0244-26-1132
FAX 0244-26-1139

主催 福島県精神保健福祉協会相双支部
共 催 福島相双保健福祉事務所

是非、ご参加してください



◇ 平成25年度協会ニュース ◇

1 常任理事会の開催

開催日 平成25年5月16日（木）

場 所 福島県精神保健福祉センター デイルーム

2 理事会・総会の開催

開催日 平成25年6月12日（水）

場 所 福島市・コラッセふくしま

特別講演 「福島県の復興・再生と福島県精神保健福祉協会」

講師 福島県精神保健福祉協会 丹羽 真一先生

3 第13回心うつくしまふくしまフォーラムの開催

開催日 平成25年11月25日（月）

場 所 いわき市総合保健福祉センター 多目的ホール

内 容

○テ ー マ 健康を支えるための家族の力 地域の力

～風のささやき 心のささやき 心の悩み ほどく ひとときを～

○基調講演 「被災生活が長引くに連れて生じる家族内の変化、新たなストレスへの対応」

講師 防衛医科大学校心理学科 准教授 佐野 信也先生

○シンポジウム

テーマ 「支援活動から見えてくる被災者や地域コミュニティの現状について」

コーディネーター

天野 宗和氏（福島県精神保健福祉協会いわき支部長）

シンポジスト

多田 芳江氏（福島県看護協会被災者健康サポート事業檜葉町支援保健師）

鎌田真理子氏（いわき明星大学人文学部現代社会学科教授）

渡辺 直樹氏（いわき中央警察署）

髪岩 弘起氏（ふくしま心のケアセンターいわき方部センター専門員）

参加者数 約180名

4 精神保健福祉大会への参加

(1) 全国精神保健福祉連絡協議会総会及び第61回精神保健福祉全国大会

開催日 平成25年10月24日（木）（総会）、25日（金）（大会）

開催県 青森県

内 容 大会式典（表彰等）、特別講演、シンポジウム

表 彰 ○厚生労働大臣表彰

受賞者 大木 代吉氏（合名会社大木代吉本店代表社員）

○日本精神保健福祉連盟会長表彰

受賞者 高橋 時雄氏（一陽会病院 事務部長）

(2) 東北精神保健福祉連絡協議会定期理事会及び第53回精神保健福祉東北大会

開 催 日 平成25年10月3日（木）（理事会）、4日（金）（大会）

開 催 県 秋田県

内 容 大会式典（表彰等）、特別講演、シンポジウム

表 彰 東北精神保健福祉連絡協議会長表彰

受賞者 西脇 陽子氏（臨床心理士）

5 健康ふくしま21推進県民表彰式への参加

開 催 日 平成25年10月30日（水）

開催場所 杉妻会館

内 容 県知事表彰等

表 彰 福島県精神保健福祉協会会長表彰

受賞者 大橋 喜七氏（NPO法人ひまわり会理事長）

6 機関誌の発行

「ふくしま心の健康」No.48、1,300部発行

7 臨時常任理事会の開催（2回開催）

8 臨時理事会・臨時総会の開催（各1回開催）

9 支部担当者会議の開催（2回開催）

10 他団体事業の後援等

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？

MSDは、医薬品やワクチンの提供を通じて、日本の、そして世界の医療ニーズにお応えしています。そこで思い描いているのは、皆さまのすこやかな未来。薬の力を未来の力につなげるために。これからもMSDは、時代を切りひらく革新性と科学への揺るぎない信念で、画期的な新薬やワクチンの開発に取り組んでいきます。

新薬で、未来をひらく。

MSD

MSD株式会社 東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア www.msd.co.jp



家族の気持ちに、
新しい薬でこたえたい。

あなたのからだを、気遣う。

あなたのこれからを、気遣う。

そんな家族の気持ちと同じ思いを胸に、

私たちは、新薬の研究に取り組んでいます。

必要な薬を、必要になるかもしれない薬を、

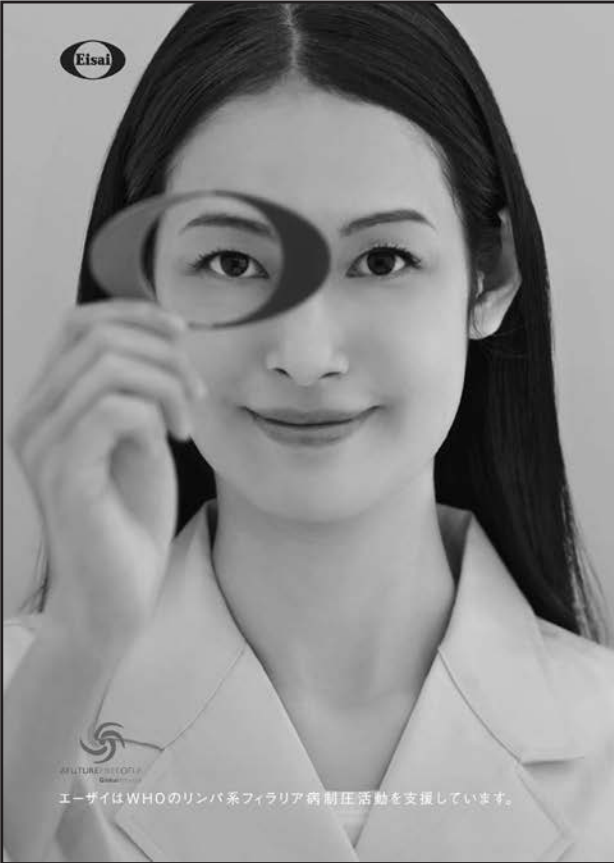
いち早く準備し、安心と共にお届けできること。

今も、ずっと先も、

あなたとあなたの家族を支える力になる。

それが私たちの薬づくりです。

 **大日本住友製薬**
www.ds-pharma.co.jp



患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。

病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。

私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、

そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。

治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。

病気を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。

「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ


EISEI
Eisai

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

精神科医療の 真のパートナーを 目指して

吉富薬品は田辺三菱製薬のグループ企業です



吉富薬品株式会社

大阪市中央区北浜 2-6-18
http://www.yoshitomi.jp/

第2類医薬品

痛くなったら、すぐセデス。

がまんできないつらい頭痛に
速く、よく効く



包装: 10錠・20錠・40錠



包装: 6包

頭痛・発熱・生理痛に
眠くなる成分無配合



包装: 20錠・40錠

頭痛・発熱・生理痛に
速く効く



包装: 20錠・40錠・60錠

これらの医薬品は「使用上の注意」をよく読んでお使いください。
アレルギー体質の方は、必ず薬剤師、登録販売者にご相談ください。

お問い合わせ先: シオノギ製薬医薬情報センター 大阪 06-6209-6948 東京 03-3406-8450
受付時間: 9時~17時(土・日・祝日除く) <http://www.shionogi.co.jp/wellness/medicine/>

登録商標 2013.7.A42



シオノギ製薬

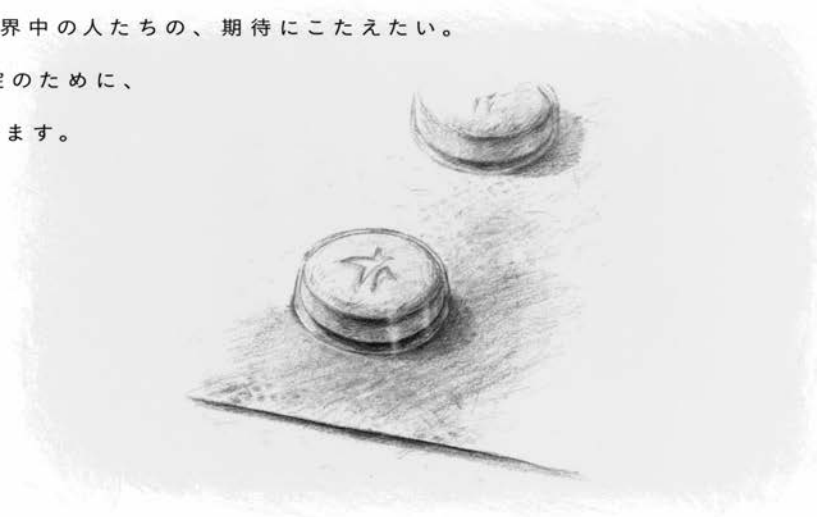
世界にまだないくすりのために。

まだ治せない病気とたたかう人たちの、支えになりたい。

まだないくすりを待つ世界中の人たちの、期待にこたえたい。

世界の明日を変える一錠のために、

わたしたちは挑戦を続けます。



www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。

 **astellas**
アステラス製薬

ふくしま心の健康 第48号

平成26年 3 月

発 行 福島県精神保健福祉協会

〒960-8012 福島市御山町 8－30

福島県精神保健福祉センター内

TEL (024) 535－3556