

ふくしま

心の健康

〈第14回心うつくしまふくしまフォーラム〉

「ふくしまの心は今」～新たな視点で復興を考える

〈第15回心うつくしまふくしまフォーラム〉

「福島県内における自殺の現状と防止対策について」

No. **50**
2015

一般社団法人 福島県精神保健福祉協会

目 次

○巻頭言 一般社団法人福島県精神保健福祉協会 会長 矢部 博興	1
○特集 ふくしま心の健康、発刊50号に寄せて “心うつくしま ふくしま”を創ろう 福島県病院局 病院事業管理者 丹羽 真一 氏	3
○第14回心うつくしまふくしまフォーラム 「ふくしまの心は今」～新たな視点で復興を考える～ I 基調講演	5
II シンポジウム	14
○第15回心うつくしまふくしまフォーラム 「福島県内における自殺の現状と防止対策について」 I 基調講演	39
II シンポジウム	48
○平成27年度精神保健福祉功労者表彰受賞者の声	69
○ふくしま心のケアセンターの活動状況	71
○平成27年度協会ニュース	74

巻 頭 言



一般社団法人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主任教授

福島県精神保健福祉協会が、平成 26 年 4 月 1 日に一般社団法人化されてから、はや 2 年が経とうとしております。社団法人化の作業は産みの苦しみを伴い、多くの時間を要しましたが、最後は全会一致で船出を致しました。その後は皆さまのご理解とご協力の下で、協会自体は順調な運航を行っているように思われます。心より感謝申し上げます。

一方、協会の傘下にある大組織の心のケアセンターは、その担っている役割の深刻さからも大変な運営を余儀なくされております。平成 27 年 1 月 1 日現在のデータでは、非常勤を含む約 60 人の職員（常勤約 40 人）がセンターに属しており、活動の 7 割が訪問支援にあてられておりますが、市町村の支援者やスタッフ自身の疲弊が深刻で、いわゆる支援者支援が喫緊の課題となっております。退職率も、今年は例年よりは低いものの、非常に高い水準のままです。元々の予算が復興予算による当協会への委託事業でありますので、雇用が単年度契約であることもスタッフの心を悩ませるものであると考えられましたので、複数年での雇用の申し入れを国や県にお願いしておりますが、なかなか難しい問題があるようで実現しておりません。

さて、東日本大震災から早や 5 年になろうとしております。福島県民は、未だに、むしろ一層、放射能汚染の心理社会的問題やスティグマに直面しているように見えます。国が多くの避難区域の制限解除に踏み切ったことで、放射能不安の問題が鮮明になってきているようにも思われます。ご存知のように、平成 26 年 9 月 11 日に「放射線と健康リスクを超えて」という国際専門家会議が福島で開催され、世界保健機関（WHO）、原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）、国際放射線防護委員会（ICRP）、国際原子力機関（IAEA）などの著名な国際機関が分析報告をおこない、安倍総理に「全ての報告において、チェルノブイリと違って、原発事故による被曝レベルは放射線による影響が見られない程に低く、また将来的にもその可能性は低いということをデータが示しているという点で一致した」という提言を行いました。それによって放射能不安が払拭される事は

ありませんでした。そこでは、今後の福島の問題が放射能不安を中心とするメンタルヘルスに集中することが確認されました。当時の記者会見で私が述べましたように「(重点的な)心のケアは最低30年(必要)」という考えに変わりはありません。

さて先日の新聞報道でご存知の方もいらっしゃると思いますが、医療関係、保健・福祉関係、警察・司法関係、教育機関の代表者が一堂に会し、2015年12月3日に福島県の「精神保健医療福祉の充実に向けた有識者懇談会」が発足いたしました。ここで1年間に渡り、精神医療の提供体制、触法精神障がい者への医療提供体制、精神保健医療の相談体制、自殺対策、精神障がい者の地域生活移行、子どもの心のケア、被災者の心のケア対策などを話し合い、1年後に提言をまとめることになっております。私は、日本で最も精神保健福祉の充実が望まれている福島県における重要な会議と考えております。多くの協会会員の皆さまにもこの作業に加わって頂く予定ですので、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

最後に、最も注目される福島県の精神保健福祉を精力的に支えて行かれる協会の皆さまに、感謝とともに一層のご協力をお願い申し上げます。今後どうぞよろしくお願い申し上げます。





“心うつくしま ふくしま” を創ろう

福島県病院局

病院事業管理者 丹羽 真一

「ふくしま心の健康」の50号の発刊、おめでとうございます。私は平成6年の29号から24年の47号までの19号分の「心の健康」の発行に携わることができましたが、その間に発行元の福島県精神保健協会が平成9年に福島県精神保健福祉協会と名称変更になったり、「心の健康」に広告を掲載してよいこととし発行経費の負担を軽減したりなど、いくつかの変化を体験しました。年に1号で50号ですから、もう50年以上前に創刊されたわけです。福島医大・神経精神医学講座の初代教授である丸井琢次郎先生が協会会長（当時の協会名称は福島県精神衛生協会）を務めておられた昭和38年に創刊されましたから、正確には今年（平成28年）で53周年を迎えることとなります。半世紀以上の風雪に耐えて刊行され続けてきた間に、本誌は「ふくしま心の衛生」から「ふくしま心の健康」へと当時の熊代永会長（福島医大神経精神医学講座第二代教授）により昭和62年に名称を変更しましたし、発行元である本協会も福島県精神衛生協会から福島県精神保健協会へと昭和61年に名称が変更されました。この50年の間、変わらぬものもあれば、変化したものもあります。というわけで、50号発刊のお祝いのこの拙文は、変化をテーマにしてみたいと思います。

拙文のタイトルは「心うつくしまふくしまを創ろう」です。「心うつくしまふくしま」は本協会が毎年秋に各方部を回って開催していますフォーラムの名前である「心うつくしまふくしまフォーラム」からとりました。このフォーラムも名称が変化しています。フォーラムの前身が昭和39年に始まった時は「福島県精神衛生研究協議会」でしたが、昭和61年に「福島県精神保健研究協議会」と変わり、平成13年から現在の「心うつくしまふくしまフォーラム」になりました。強面（こわもて）の名称からソフトな名称へと変化したわけです。平成13年という年は福島で未来博覧会が開催された年でした。その未来博の名称が「うつくしま未来博」と決まったのが平成7年でした。以来、福島の良さをアピールするために「うつくしま、ふくしま」という語呂もよく響きの良いキャッチフレーズが使われるようになりました。本協会も「研究協議会」という強面（こわもて）の名称を一新して、親しまれやすく、参加したいと思われるような名称に変えようということになり、県全体のキャッチフレーズを借りて「うつくしい心」をイメージできる「心うつくしまふくしまフォーラム」となった次第です。

さて、名称を変えてソフトになったわけですが、それはどういう目的からであったかが問題です。その答えは、会が多く の県民に親しまれやすく、その会に参加してみたいと受け止めてもらえるように、という目的からであることは上に述べたとおりです。ぜひ、フォーラムに今後も多くの県民が参加され、県民のメンタルヘルス向上という目的が首尾よく達成されるように期待しています。

「メンタルヘルス向上という目的が首尾よく達成されるように」と書いたのですが、それは福島に限らず日本全体が国民のメンタルヘルスに大きな問題を抱えていることがはっきりとしているからです。御承知のように平成 23 年に、それまで克服すべき国民病として糖尿病、がん、脳血管疾患、虚血性心疾患の 4 疾病が指定されていましたが、それに精神疾患が追加されました。従来の 4 疾病による受診者よりも、うつ病や認知症など種々の精神疾患の治療のために医療機関を受診する人がはるかに多いという現実を踏まえての措置です。福島県でも国民健康保険を使用して入院治療を受けている患者さんのうち一番数の多い疾患は精神疾患です。平成 10 年から毎年全国で 3 万人以上の人が自殺によりなくなっていることが問題となってきましたが、福島県でも毎年 500 人以上の人が自殺によりなくなっていました。全国と同じ傾向です。

メンタルヘルスの問題は、年齢層や性別や主な生活場所による違いを超えて、あらゆる年齢層、あらゆる場所で人々の健康を損ねています。子どもについていえば虐待、不登校、非行、発達障害など、成人について言えばうつ病、アルコールや薬物依存、高齢者についていえば認知症、孤立などです。

福島では、くわえて、東日本大震災と福島第一原発事故の後の震災関連死や震災関連自殺、子どもの問題行動の増加、避難生活のなかでの児童虐待や家庭崩壊という特別な問題がおきています。

福島県はこうした健康問題、メンタルヘルスの問題を克服して、福島が全国で一番住みやすい県、一番長生きできる県になるようにと努力しています。そのために必要なこと、それは笑顔です。まさに福島の復興は笑顔から、です。笑顔があつてこそ元気、勇気が湧いてきます。メンタルヘルスの問題を抱えていては笑顔は生まれません。今、福島に一番必要なもの、それはメンタルヘルスの向上です。「心うつくしま、ふくしま」を創る精神保健福祉協会の活躍が今一番求められています。

精神保健福祉協会の活躍で「心うつくしま、ふくしま」を創りましょう。精神保健福祉協会の活躍で、笑顔の溢れる福島を創りましょう。精神保健福祉協会の活躍で一番住みやすい県、一番長生きできる県を創りましょう。「ふくしま心の健康」がこれからもみんなの笑顔をつなぐ力を発揮し続けることを期待しています。

は現在も閉鎖ということになったわけです。雲雀ヶ丘病院は6月から外来を再開していて、おとしの1月には病棟が60床再開したということであります。高野病院も、おとしの7月から再開しております。残念ながら20キロ圏内の3つの病院に関しては閉鎖されたままという現状です。ですから、相双地区の皆さん方が通われるところ、あるいは入院される場所というのが非常に制限された状態になっているという問題があります。

県産農林水産物のモニタリング等状況

生活の基盤といったことについてお話をしますと、風評被害の問題がありますので、県ではいろいろなモニタリングを徹底して行っています。一番調べているのはお米の全袋検査で、玄米の25年4月から26年3月のデータで、ごくわずか超過しているものがあります。だけれども、野菜・畜産物に関してはこのように基準超はないです。ただ、キノコや水産物に関しては残念ながら検出があるということですが、少なくとも検査で引っかかったものについては徹底的にコントロールされているわけですが、全国の方からするとなかなか不安が払拭できないという問題があります。

福島県の農業産出額等の推移

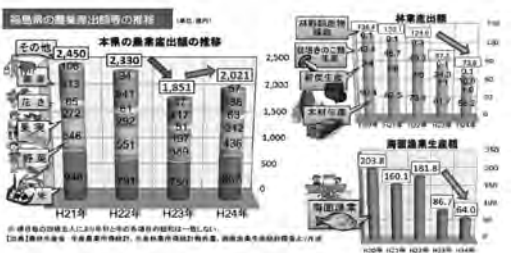
実際、被害がどんな状況かということで産出額を見ますと、24年までの推移ですが、農業は震災の年にいったん落ちた後、その後少しずつ増えています。林業・水産業に関しては、落ちたままという残念な状況であります。こういったことが心の問題に影響を与えてくる材料ということになるわけです。

避難者の推移

避難されている方々の現状ですが、避難者数は、3月の時点で13万4,000、今は1万人減って12万4,000ぐらいで、なお県外にも多くの人が避難しておられます。うち、子どもの状況を見ますと、25年の時点と24年の時点で比較すると、18歳未満の避難者数は3万人が2万7,000人となり、県外については3,700人減少した状況のようです。

緊急時避難準備区域の人口の変化

こちらが30キロ圏の中で、当時の自治体の総人口が約11万7,000、避難されたときが約5万8,000人になりました。その後、解除に伴って人口が増えてくるわけなのですけれども、2年たった昨年10月時点で、約3万6,000



人で、62%まで戻ったという数になっていますが、解除したことによって少しずつ増えていますが、なかなか戻らない状況であります。

福島県の人口の推移

県全体では、人口が今年の3月の時点で約8万人減少していて、その中で、年少者、14歳までの方が約3万人、生産年齢人口が7万5,000人減少しているということで、高齢化に少し拍車がかかるといったような数になっています。

避難されている方の意識調査を県が行っておりますけれども、約12万人中、回答を寄せられた方が約2万人、その中で避難指示区域に住んでおられた方が約1万7,000、避難指示区域以外のところで約3,700という内訳です。

福島県の人びと

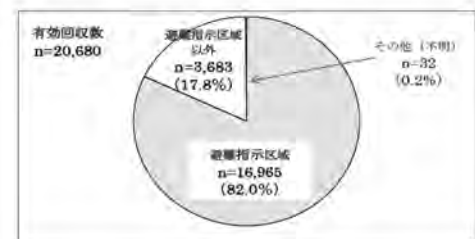
福島県人口の推移

項目	世帯数	人口	年齢別人口				高齢者人口	高齢率
			年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	高齢人口 (65歳以上)	高齢率		
県民の総人口	781,635	2,024,461	774,322	1,235,873	502,199	24.84%	248,445	12.0%
市内人口	752,716	1,942,418	744,212	1,198,259	526,059	26.82%	282,107	12.0%
市外人口	28,919	82,043	30,110	74,175	23,140	24.59%	8,505	12.0%

（単位：人）
（出典：福島県統計年報「福島県人口動態調査」）

現在の避難状況

この方たちの生活の状況がどうなっているかですが、全体で見ると約82%の方は世帯全員が避難している。それを内外で分けてみると、やはり、どうしても県外のほうは一部残っておられる、お父さんが残っていらっしゃるといったパターンになっているということなのですけれども、このような家族の状況です。分散状況というのは、要するに1カ所です。まとまっているか、2カ所に分かれているか、3カ所になっているかということで、全体では約45%の方は1カ所にまとまっているけれども、33%の方は2カ所に分かれている、12%の方は3カ所になっておられるということで、2カ所、3カ所を合わせるとこれを上回り、やはり分散しておられるという様子がわかりますし、県内外で分けてもその形はあまり変わりません。

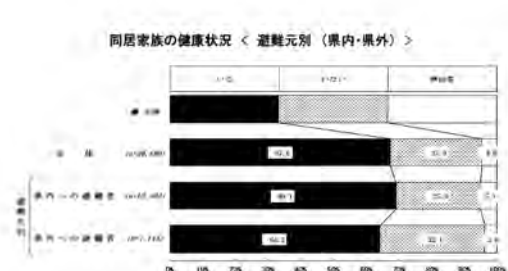
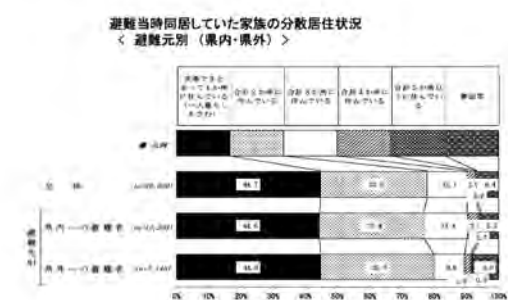
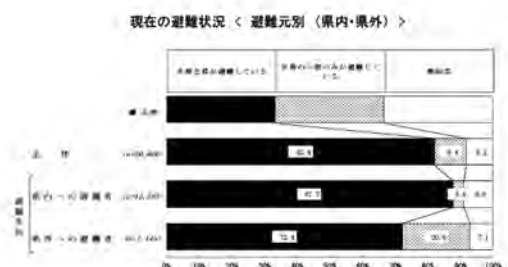


同居家族の健康状況

それから、健康状況について、問題のある方がいるかいないかということで分けると、県内の避難者の中で聞くと、約70%が「いる」と答えていらっしゃる。県外への避難者の方は、問題を抱えた方が6割以上ということです。非常に大変な状況であります。

不調の内容

どういう不調を訴えているかというと、楽しめないが57%、眠れないが57%、イライラするが48%、憂うつが47%、疲れやすいが47%ということで、この5つをとってみますと、ほぼ半数あるいはそれを上回る方がそのよう



に訴えているわけです。

5つというのは、うつ病のときに診断の根拠となる症状になっておりまして、このことで「いる」と書かれている人が全部うつ病といっているわけではないのですが、うつ病を発症するようなりリスクを抱えていらっしゃる方がおられるという答えになっています。

現在の生活で不安なこと・困っていること

不安なこと、困っていることも見ていきますと、住まいのことが63%、からだの健康のことが63%。心の健康が48%、それから、生活資金が45%、放射能の話が44%ぐらいで、仕事、健康、生活資金、放射線のことといったものが上位を占めており、この放射線は、先ほど見たように、いわゆる空間放射線量というのは低減しているけれども、人の心の中ではなかなか不安がぬぐいきれないということになります。

市町村除染地域における除染実施状況

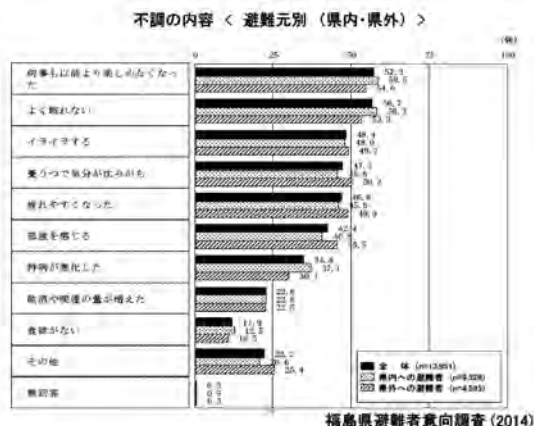
26年2月末の時点の数字ですけれども、進捗状況は、住宅は4割、公共施設は8割、道路については3割、農地に関しては7割方が一応できている。そういうふうに進んではいるのですが、住宅については遅れがちというところがあります。また、国が行う避難地域の除染に関してはなかなか進んでいないという問題がありますから、戻る上での条件がまだ全部について十分とはいえない状況になっているかと思います。

観光客中心の宿泊施設における実宿泊者数の推移

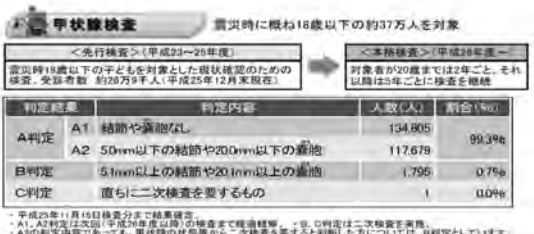
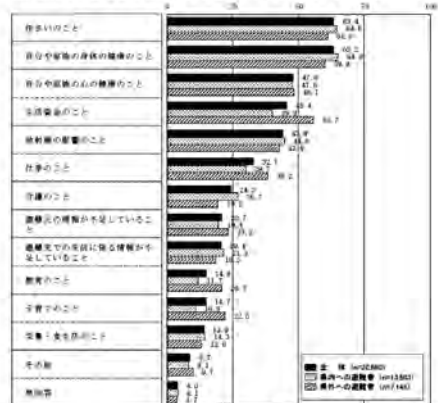
震災により観光業へのダメージもとても大きく落ち込みました。それが少しずつ回復はしているということで、福島県と全国を比較してあるのですが、だいたい平行線なのですが、県についてはまだマイナス6.4%。これが25年9月の時点で、「八重の桜」の効果があって上がってはきていますが、全国のプラス4%に比べると差は依然としてあるわけですが、地域によってはかなり回復しつつあるということです。

甲状腺検査

健康調査ですが、23年から25年の甲状腺検査で、約27万人が受診をされました。そのうちの「問題なし」という方が99%。「要注意」という方が0.7%。直ち



現在の生活で不安なこと・困っていること < 避難元別 (県内・県外) >



方が多くなっています。そういう意味で対応しきれないという部分もありますので、あるところから点数を少し高く設定してやって、対応が可能な範囲になっていくということではあります。どの程度の方が平時の基準ということで高危険に該当するかという、だいたい2割ぐらいの方が該当するという話を聞いています。これは福島に限らず、震災で被災した地域ですと点数が上がるという話を聞いています。

母親のメンタルヘルス

これは、産婦人科の藤森先生らが行われた妊産婦の方のメンタルヘルスの調査結果です。23、24年度にうつ傾向を評価する質問紙を、震災当時、あるいは、それからしばらくしたときに妊婦になられた方を対象にして調査をするということで、実数は23年度は約8,000人、24年度は約7,000人の方を対象に行いました。2つの質問項目があって、「いずれかが『はい』』というもの、「両方が『はい』』というものと分けて書かれています。それによりますと「両方はい」の方と「片方はい」の方を合わせると23年度で約27%、24年度は約26%の方がうつ傾向と判断されました。うつの症状を評価するときに5つ程の症状を診るのですが、その中の2つを取り出して見ると、世間一般でこういう調査をやった場合に引かかる率というのは、一般的にいうと10%に満たないということになると思います。それに比べると妊婦さんにおける傾向は高いといえるけれども、地域差があって、会津地方では相対的に低いけれども相双では高い、また県北・県中でも高いといったようなことになっています。

子どものストレス

福島大学で筒井先生たちが、子どものストレス状況を経時的に評価するということをやっておられるのですが、これは、24年と25年の結果で、子どもとその親御さんにアンケートに答えていただいているのですが、上に行くほどストレス得点が高い。最大は3点なのですが、これで見ますと、1年たつと減少する地域が多くなっています。それから、地域によって差があって、県北・相双が高く、幸い県南のほうは相対的には低い、そういうストレス度だそうなんです。これは3歳児の結果なのですが、これも全体としては同じような傾向になっています。

母親のメンタルヘルス
うつ傾向：両方「はい」 いずれかが「はい」 両方「いいえ」の回答者数

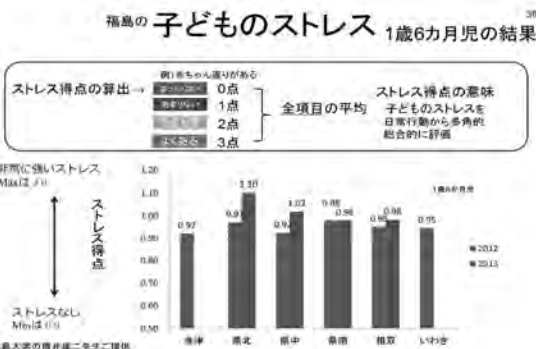
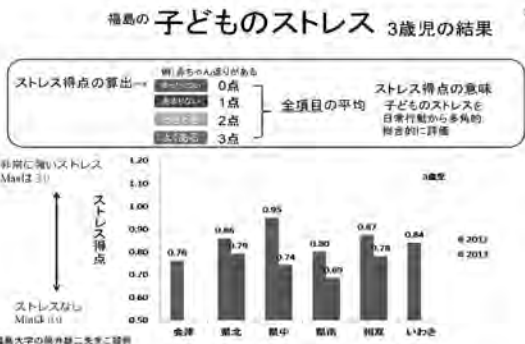
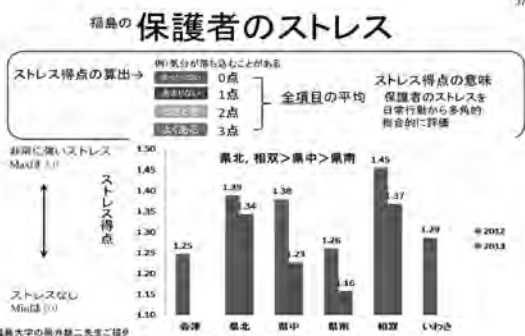
地域	両方はい	片方はい	両方いいえ	無効回答	合計
県北	276(13.4)	539(16.2)	1,462(48.2)	43(2.0)	2,340
県中	146(12.7)	278(18.0)	1,072(79.3)	5(0.2)	1,499
県南	77(12.8)	83(13.4)	426(73.0)	1(0.1)	600
相双	148(18.2)	1,06(14.7)	346(44.0)	29(3.2)	913
いわき	175(12.1)	176(12.4)	1,040(71.8)	25(1.8)	1,423
会津	26(8.2)	12(13.3)	696(71.6)	3(1.0)	347
計	16(1.2)	46(8.8)	708(80.2)	2(2.5)	894
合計	502(5.9)	801(14.2)	5,044(79.7)	106(1.1)	6,454

※うつ傾向 23.3% (「片方はい」 1,611名・「両方はい」 1,231名) / 合計 6,812名

地域	両方はい	片方はい	両方いいえ	無効回答	合計
県北	161(10.2)	284(16.0)	1,584(73.6)	2(0.1)	1,931
県中	214(10.9)	303(15.2)	1,468(71.2)	1(0.2)	1,995
県南	44(10.1)	24(12.8)	409(75.1)	3(0.6)	540
相双	89(14.1)	86(17.8)	329(67.5)	0(0.0)	485
いわき	197(9.4)	192(13.3)	892(77.2)	2(0.2)	1,183
会津	30(11.6)	140(18.0)	574(74.2)	2(0.3)	746
計	517(8.9)	617(11.9)	4,571(80.8)	8(0.1)	5,713
合計	729(10.5)	1,042(15.2)	5,181(74.2)	13(0.2)	6,975

※うつ傾向 23.0% (「片方はい」 1,201名・「両方はい」 1,042名) / 合計 6,576名

福島医大・産婦人科講座・母産科教授 謝提供



ところが、1歳半の人を対象にしますと、25年のほうが、県北・県中においては高くなっており、どうも年齢によって出方が違うということがあられるようです。

保護者・子どものストレス（まとめ）

保護者のストレスというのも評価していて、県北・相双で高い。1年前に比べると全体としては低下傾向だけれども、一部では上昇している。それが長期化による影響なのではないかとまとめられています。子どもに関していえば、保護者の方の不安というのが影響しているのではないかとまとめておられます。

児童虐待相談

虐待の件数ということも一つのメンタルヘルスの指標になっているのですけれども、21～24年の調査結果ですが、全国で見ても4万4,000件が約6万件になるということで、この2年間で相当数が増えています。県内では200が260ということですので、この増加割合というのはだいたい全国と似たようなものです。ですから、福島だけが aumentando ということではないと思います。

内容的には身体的な虐待というのが一番多くて、性的虐待、それから心理的虐待、ネグレクト、この2つはかなり似たようなものかとは思いますが、割合としては身体、心理的、無視、そういうのが多いようです。もう一つは、地域によって差があって、一番多いのはこの21～24年の時点では4割方が浜、その次が中央児相、県中といったような順番になって、地域による違いがあるといわれています。

私が調べたところではそういう話だったのですが、今年の7月の時点で新聞に出ていたものを見ますと、浜のほうが増えているということは、確認したとおりなのですが、県中の件数ということも2013年度の数字で見ると高くなっているということで、避難者の多いところが件数としては増えているのかなと思われます。やはり避難生活ということと虐待ということとの間には関連がありそうだと思います。

震災関連死福島県内で直接死上回る

震災関連死に関しては、25年9月の新聞では、震災関連死と認定された方が約1,600人、津波あるいは地震による直接死者の方は約1,600人ということです。この時点で迫ったとなっていますけれども、現時点では既に上回ったとなっています。ただ、この震災関連死の定義というのが自治体ごとに多少違いがあって、その自治体が判断しているため、統

保護者のストレス（まとめ）

1. 保護者ストレスには、地域差がある。県北、相双で高い。
2. 1年前に比べ、全体的に低下傾向（他県に比べれば依然、高い）。
3. 一部のストレス反応は上昇。長期化による影響か。

子どものストレス（まとめ）

1. 3歳児：地域差がある。県北、相双で高い。
 2. 3歳児：1年前と比べ、低下傾向。
 3. 1歳6ヶ月児：地域差が現れた。県北で高い。
 4. 1歳6ヶ月児：1年前と比べ、上昇した地域あり。
- 保護者の不安と関係か？

福島大学の精神保健二生による提供

児童虐待相談（平成21～24年度）

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
相談対応件数(全国)	44211	56808	59919	未公表
相談対応件数(福島)	200	224	259	311

平成24年度 虐待の内訳

	身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	ネグレクト	合計	%
中央児童相談所	16	5	36	21	78	25.1
県中児童相談所	21	2	17	27	67	21.5
会津児童相談所	15	4	6	21	46	14.9
浜児童相談所	82	2	16	20	120	36.8
合計	134	13	75	89	311	100
%	43.1	4.2	24.1	28.6	100	

震災関連死：福島県内で直接死上回る 避難生活疲れで

2013年9月08日 毎日新聞

福島県内自治体が「震災関連死」と認定した死者数が8月末現在で1539人に上り、地震や津波による直接死者数1606人に迫った。
（関連死の審査会を設置しているが、今年3月末までに関連死を認定したケースがある福島県内25市町村を調べた結果）
復興庁が公表した3月末の関連死者1383人から5カ月で156人が新たに増えた。

宮城県では今年8月末現在で869人、岩手県は413人。

南相馬市 431人、浪江町291人、富岡町190人の順。

一した基準に基づいているわけではないということです。しかし、宮城では約 870 人、岩手は約 410 人ということで、これに比べれば 1,600 人近いというのは非常に多いといわれていて、やっぱりこれは避難生活の長期化といったことと関連があるのだらうといわれています。

県内自殺者年々増加

自殺の問題というのなかなか深刻です。これは 26 年 3 月の福島民報の記事ですけれども、県内の原発事故が原因とみられる自殺をされた方というのは、昨年末で 46 人で震災以降の年間の自殺者は増えています。被災 3 県のうち福島は多い。例えば、23 年 6 月以降、本県は 23 年が 10 人、24 年が 13 人、25 年が 23 人ということで、増加傾向にあるというのが問題です。ただ、全体としての自殺で亡くなられる方の数というのは少しずつ減っています。ご承知のように年間 3 万人を超えたというのが 10 年以上続いたというのはよく出されていますけれども、その数が去年、おととしと減ってきていて、3 万人を割っているという状況でして、福島県でも自殺により亡くなられた方の数というのは全体として減っています。しかし、いわゆる震災関連自殺といわれる方の数は増えています。

平成 24 年における都道府県別の年間自殺死亡率及び 23 年との比較

これは、全国の 23 年と 24 年を比較した自殺で亡くなられた方の数、率に変換されているわけですが、福島は 23 年、24 年と比べると減っているということなのですが、残念ながら東北地方は全体として高い数字です。ここで群を抜いて高いのは山梨です。東北の特に北東北地域も高いのですが、ただ、その高い北東北でも実は減っているというわけです。

東日本大震災に関連する都道府県別自殺者数の月次推移

内閣府が発表したものですが、福島を見ますと、23 年 6 月、7 月は多かったわけです。ところが、全体として減少しているのですが、福島は、全体としてこの 24 年以降を取ってみても減っていないというのが問題ということです。

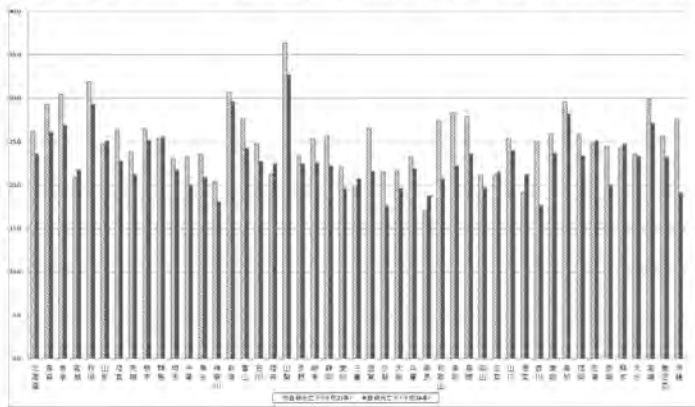
ということで、やはり福島における自殺の問題というのは、他の県とは違う問題があり、メンタルヘルスの一つの特徴を示していると思います。

県内自殺者年々増加 原発事故関連死 昨年 23 人、前年比 10 人増
(2014 年 3 月 14 日 福島民報)

東日本大震災や東京電力福島第一原発事故が原因とみられる県内の自殺者数は昨年末現在、46 人に上っている。さらに、震災以降の年間自殺者が毎年増え続けている。13 日、内閣府のまとめで分かった。被災 3 県のうち岩手、宮城と比べて突出している。専門家は自殺を食い止めるため、「さらに踏み込んだ対策が必要」と指摘している。震災以降、被災 3 県の震災関係の自殺者数の推移は、統計を取り始めた平成 23 年 6 月以降、本県は 23 年が 10 人、24 年が 13 人、25 年が 23 人と増加の一途をたどっている。

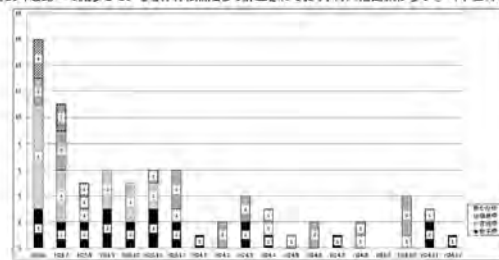
平成 24 年における都道府県別の年間自殺死亡率及び 23 年との比較

○京都府、香川県、神奈川県、奈良県などが低い。
○ほとんどの都道府県で減少しており、沖縄県、香川県、和歌山県などでは大きく減少している。



東日本大震災に関連する都道府県別自殺者数の月次推移

○23 年と比べて減少しているものの依然として計上されており、特に福島県が多い。(単位: 人)



資料: 内閣府「東日本大震災に関連する自殺者数(平成 24 年)」

心の問題での長期休職者の数

支援者のメンタルヘルスについては、被災自治体の職員の中でうつ傾向が増えているという問題があります。

福島県の再生とメンタルヘルス

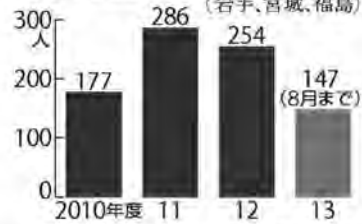
メンタルヘルスの問題というのは、福島の復興・再生という上ではとても重要で、県民が明るい未来に進むためには、元気、希望、笑顔が必要です。メンタルヘルスの回復が復興の力になります。このメンタルヘルスの問題は、メンタルヘルスの問題としてだけ考えていると片手落ちで、生活のバックグラウンド、基盤というものの復興があって、それで心の問題も改善してくるので、メンタルヘルスの問題をメンタルヘルスの専門家だけが考えているというのでは具合が悪くて、ぜひ県民全体で考えていく必要があるだろうと思います。

メンタルヘルスの回復と増進には

こころのケアセンターの事業、それから県民健康調査の事業などがあります。それから、相双の5つの病院に入院しておられた方が転院を余儀なくされ、その方々の数はトータルでいくと約900名で、その方々が希望に応じて福島に戻ってきてもらうという、マッチング事業の事務局が矢吹病院に置かれています。相双地区のサービスの回復、それから、子どもの健康をはぐくむ事業によって母と子どもの安全・安心を強めることや、高齢者の方の避難生活に伴う体力・気力の衰えを防止し、増進するということが必要です。また、特に浜通りでは高齢者の認知症の問題行動というのがあるわけですが、そこに対して介護の手が十分行き届かないということで、家族の方が大変困っていらっしゃるという問題もあります。それを何とか支えるマンパワーを確保・増進していくということが必要になっています。

メンタルヘルスの問題には生活基盤の回復と整備が不可欠で、除染の進行と住宅の確保、そのほか生活の上でのいろいろなインフラ整備が望まれ、それではなしにメンタルヘルスの問題だけを考えるというわけにはいかないと思います。

心の問題での長期休職者の数
(岩手、宮城、福島)



平成25年9月30日 読売新聞

心の病・・・被災自治体職員、5か月で147人体験

平成25年度4月～8月の5か月間
震災後の延べ休職者数は、宮城461人、福島180人、岩手46人
福島県内ではいわき市が101人と仙台市の207人について多い



福島の再生とメンタルヘルス

福島県民が明るい未来へ進むことができるためには、元気、希望、笑顔が必要

元気、希望、笑顔がもてるようにメンタルヘルス回復と増進が大切

メンタルヘルスの回復と増進には...

- ・ふくしま心のケアセンターの事業により、県内外の避難者を中心に、広く支える
- ・県民健康管理センターの事業により、心に問題を抱える避難者を支える
- ・避難のために転院を余儀なくされた精神科入院患者さんの希望による帰還(マッチング事業)
- ・精神科医療保健福祉サービスが重大な打撃を受けた相双地区のサービス回復
- ・子どもの健康を育む事業による母と子どもの安全・安心を強める
- ・高齢者の体力と健康を回復・増進する事業により生活不活発病を減らす
- ・介護サービスの向上により認知症患者さんの周辺症状(BPSD)を

メンタルヘルスの回復と増進には...

もうひとつ、
生活の基盤回復と整備が不可欠

- ・除染作業の進行促進
- ・住居の確保、損害賠償
- ・インフラ整備

Ⅱ．シンポジウム

「たゆまなき復興のために ～新たに見えてきた課題～」

座 長： 丹 羽 真 一 氏（公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座特任教授）

シンポジスト：

①「福島の子どもの現状から」

内 山 登紀夫 氏（福島大学大学院人間発達文化研究科教授）

②「福島における職域の問題を考える～とくに自治体職員の危機について」

前 田 正 治 氏（福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座教授）

③「相双地区の現状から」

大 川 貴 子 氏（福島県立医科大学看護学部家族看護学部門准教授）

④「いわきにて：様々な葛藤から被災地支援を考える」

植 田 由紀子 氏（ふくしま心のケアセンターいわき方部センター）

※おことわり

所属・職名・資料・講演内容は講演当時（平成26年11月21日）のものです

福島の子どもの現状から

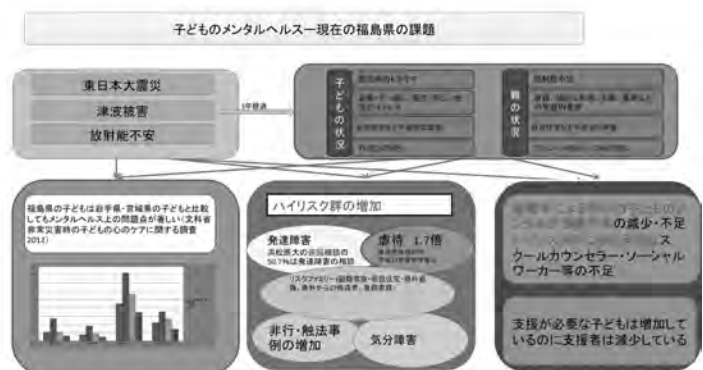
福島大学大学院人間発達文化研究科 学校臨床心理専攻
子どもメンタルヘルス支援事業推進室 内山 登紀夫

今日お話ししたいことは、福島のある地区の乳幼児健診の結果から見えるもの、子育て、あるいは子ども・親の状況の変化、それから、小学校・中学校の支援活動からうかがえることと、私は発達障害を専門としている児童精神科医ですので、特に発達障害の子どものニーズ、今後に向けてどういうことをしているかということ、また、福島大学の子どものメンタルヘルス支援事業推進室で仕事をしていますので、そこのお話をしたいと思います。

大震災から3年が経過していますが、福島県は、津波、放射能不安、風評被害などがあって、基本的には放射能はあまり変化していないわけです。子どもの状況としては、被災3県に共通する被災時や罹災時のトラウマがあるのに加えて、避難、引っ越し、転校、新しい地域に適應するためのストレスと、仮設住宅などの不適切な環境で子どもが暮らしている、また、放射能汚染の不安などによる外遊びが減少していることなどがあります。

子どものメンタルヘルス

震災後2012年に行った文科省の調査を見ると、被災3県で子どもの心のケアの状況を調べたところ、うつ、イライラなどは、福島の子どもの突出していました。いわゆる子どものハイリスク群です。また、発達障害の子どもの相談が増えていますが、子どもの発達障害が増



えているかどうかはまだわかりませんが、そういう相談が増えていて、震災後に浜松医大が各学校で巡回相談したときに相談に上がってくる子どもの半分以上が発達障害だったということです。一部の地区では、特に思春期の女子の気分障害が、増えている可能性があります。避難家族とか仮設住宅に住んでいる、あるいは県外・県内の避難から帰ってくる、あと、里親家庭のような、いわゆるリスクファミリーもいます。

子どものメンタルヘルス支援事業推進室

避難によって専門家も減っていて、もともと少なかったカウンセラーやソーシャルワーカーがさらに不足しており、支援が必要な子どもは増加しているけれども支援者は減少しているという状況があります。それで、私たちは福島大学の中に支援者を支援する場所をつくろうということで、このメンタルヘルス支援事業推進室をつくったわけです。これから直接支援、支援者の養成、支援者の支援ということを考えていこうとしているところです。

3歳児乳幼児健康診査実施状況

震災前後の乳幼児健診の結果から子どもたちの変化の有無についてお話をします。

日本は、乳幼児健診、1歳半健診、福島では3歳半健診ですが、1歳半と3歳半健診は、多くの地区でも90%以上の子どもでされています。こういう国はあまりないのです。検診では問診票に記入してもらったり、小児科医や心理士、あるいは保健師が子どもの状態を詳しくチェックしたりしています。震災前後の結果を見て子どもたちの変化について調査しました。

これは某地区の結果です。震災が平成22年度の3月に起きていますから、22年度と23年度にそれぞれ健診を受けた子どもを比較しました。23年度は震災後に、子どもの多くは避難しているので受診者も減っています。受診者は減っているのだけれども、受診率はあまり変わっていません。

震災前の出産時の状態をみると、22年と23年で変化はありません。震災後の1歳半健診で、出生時体重を見てもほとんど変化はありませんでしたので、震災後に未熟児が増えたとか、奇形児が増えたとか、週刊誌などではそういうことが書いてあるのですが、それは全くのうそです。それはまたおいおいデータ解析して発表していきたいと思いますが、出生時体重、今までに



結果1

3歳児乳幼児健康診査実施状況 (平成22・23年度)

年度	健診対象数	受診者数 (%)	分析対象 N(男児(%):女児(%))	月齢 [※] : Mean(SD)
H22	586	562 (95.9)	555 [296 (53.3): 259 (46.7)]	41.95 (0.81)
H23	224	209 (93.3)	207 [120 (58.0): 87 (42.0)]	43.47 (1.17)

※ t=16.84, p<.000, df=275

H26年8月 福島県児童家庭課資料より一部抜粋

結果2: こどもの健康状態

項目	H22年度	H23年度	t	p-value	df
妊娠・出産・出生時の異常 ^{※1}	48 (8.7)	35 (7.5)	.314	.576	1
在胎週数 ^{※2}	38.8 (3.43)	38.7 (3.63)	1.02	.305	748
出生体重(kg) ^{※3}	3077 (445.8)	3064 (429.8)	-1.03	.304	748
今までにかかった病気など ^{※4}	189 (25.6%)	97 (23.0%)	5.88	.463	1
今までにひきつけを起こしたことはあるか ^{※5}	37 (6.7%)	35 (7.7%)	.080	.778	
今までの検診で何か心配なことはあったか ^{※6}	25 (4.6%)	16 (8.0%)	3.238	.072	1
カウプ指数 ^{※7}	15.72 (1.24)	15.94 (1.33)	-2.08	.038*	759
歯科診察指示事項 (所見あり・未治療) ^{※8}	214 (38.4)	119 (58.0)	28.835	.000**	2

* p<.05, ** p<.01

かかった病気、ひきつけ、心配なところも変化はありませんでした。特に病気が増えているわけでもありません。

ただ、結構上がったのはカウプ指数です。カウプ指数というのは肥満度を表す指数なのですが、明らかに肥満の子が増えています。また、歯科健診で所見があったという子も 38.5%から 58.6%と急に増えています。

子どもの行動

震災後には発達障害が増えているのではないかとよくいわれるのですが、自閉症の指標であるごっこ遊びのパーセンテージは減っていません。友達と遊びたがる子は減っています。これはおそらく外遊びができないなどが関係していると思います。ただ、情緒的問題、夜泣きが少し増えています。食項目では、好き嫌いが多く、遊び食いがある、食べるのに時間がかかる、小食など食事場面の指標が軒並み上がっています。お母さんが食事場面でイライラしてしまう、子どもがちゃんと食べてくれないということが増えています。

結果4は保健師さんが実際の健診場面で書いている指標です。視線が合うとか、名前を呼ぶと振り向くとか、名前が言えるとか、これは変わってないです。ただ、保健師さんのチェックだと、多動・不注意は若干増えています。

子育て環境等

主な保育者は、昼間が母親というケースが増えています。大きな変化ではないですが、これは、たぶんお母さんが仕事を辞めて一緒にいるということが関係していると思います。起床時間は少し寝坊になっています。ただ、テレビの視聴時間は減っています。それからここが大きく変わったところですが、ジュースを飲む子が 1.3%から 83.9%と、ものすごく増えています。逆に牛乳を飲む子は減っている。これはおそらく放射能への不安があるのだろうと思います。

歯磨きに関しては、子ども自身で行うのもお母さんが仕上げをするのも増えています。虫歯は増えています。なかなか難しいです。

結果3:子どもの行動(保護者記入)

項目	H22年度	H23年度	χ^2	p-value	df
ごっこ遊び (N%)	534 (96.4)	495 (94.7)	1.148	.284	1
友だちと遊びたがる (N%)	525 (95.5)	485 (89.8)	8.368	.004**	1
視線が合いにくい (N%)	3 (0.5)	3 (1.5)	1.658	.198	1
日中のおむつがとれた (N%)	464 (83.8)	464 (79.2)	2.142	.143	1
夜泣き (N%)	3 (0.5)	9 (4.5)	14.434	.000**	1
食事場面:好き嫌いが多い (N%)	81 (14.9)	59 (28.6)	18.610	.000**	1
遊び食い (N%)	24 (4.4)	49 (23.8)	64.000	.000**	1
食べるのに時間がかかる (N%)	10 (1.8)	53 (25.7)	110.831	.000**	1
小食 (N%)	28 (5.1)	33 (11.2)	8.580	.003**	1

** p<.01

結果4:子どもの行動(保健師記入)

項目	H22年度	H23年度	χ^2	p-value	df
自分のなまえ (N%)	519 (93.5)	485 (89.4)	3.672	.055	1
視線が合う (N%)	507 (91.4)	482 (87.9)	2.046	.153	1
多動・不注意あり (N%)	59 (10.6)	35 (16.9)	5.494	.019*	1

結果5:子育て環境等

項目	H22年度	H23年度	χ^2	p-value	df
主な保育者(昼間):主に母親 (N%)	215 (36.7)	401 (68.8)	17.488	.002**	4
(夜間):主に母親 (N%)	326 (59.3)	93 (49.2)	8.608	.032*	4
生活時間:睡眠(h) Mean(SD)	9.56(0.78)	9.62(0.94)	-1.05	.295	760
起床 Mean(SD)	6:49 (0:36)	6:58 (0:41)	-3.04	.002**	760
テレビやビデオの視聴(h) Mean(SD)	2.7(1.5)	2.5 (1.4)	2.25	.025*	739
よく摂取する飲み物:牛乳 (N%)	349(63.8)	301(49.3)	13.108	.000**	1
ジュース等 (N%)	77(14)	411(69.9)	313.342	.000**	1
歯磨き:子どもが自身で行う (N%)	270(49.9)	201(38.5)	150.617	.000**	1
大人が仕上げ (N%)	500(92.4)	202(98.5)	10.016	.002**	1

* p<.05, ** p<.01

保護者の状態

からだや気持ちの状態がいいというお母さんは減っています。それから、子どもと遊びをとおして触れ合う時間はお父さんもお母さんも増えています。これは失業が関係しているかもしれません。毎日が楽しいと思っているお母さんは減っています。イライラするのも減っているんですね。子どもの発達面の心配はあまり変わっていないようです。ということで、この辺について現場の保健師さんたちと話をすると、兄弟まで気が回らないのではないかと、イライラするよりも少し元気がないと思っているのではないかといいことを言っていました。

ここでは支援がないわけではなくて、たくさんの支援がされています。実際、私たちは、医療支援、乳幼児健診の派遣やいろいろなプログラムを行っています。ただ、お母さんたちの状態はそんなにまだいいとはいえないということです。やはり、今後も安心できる子育て環境とか保護者支援は必要だろうと思いました。

食構造の変化が大きいということだったのですけれども、健康面では肥満や虫歯の問題が気になるところです。子どもの行動に関していうと、保健師さんの観察によると多動・不注意が増えています。1歳半健診についていうと、お母さんが子どもさんを多動と評価するのはすごく減っています。3歳はあまり変わっていません。これも保健師さんたちがお母さんと話すと、多動まで気が回らないのではないかといいことでした。

考察

それで、明らかに、食事の困難さ、夜泣き、友達と遊びたがらないというのが増えています。この辺の増え方は、発達障害というよりは、むしろ情緒的な不安定さです。環境が合っていない、それで子どもが少し不安定になっているということが現時点では疑われます。

保護者の環境について言うと、昼間はお母さんが保育していることが増えています。親子の触れ合う時間も増えています。これはもしかしたらいい効果があるのかもしれませんが。仕上げ磨きをしているお母さんも増えている。お母さんたちは、イライラはしていないけれども毎日は楽しくなく、体や気持ちが良い状態ではないということです。あと、ジュースを飲む子どもが非常に増えていると、こういった環境の変化がわかります。

結果6: 保護者の状態

項目	H22年度	H23年度	t	p-value	変化
からだや気持ちの状態はよい (H%)	母親 510 (92.9)	166 (83.4)	15.089	.000**	↓
父親 496 (95.3)	181 (94.3)	1.432	.231		
子どもと遊びを通してふれあう時間がとれている (H%)	母親 445 (80.5)	183 (89.3)	10.244	.006**	↑
父親 379 (73.3)	163 (82.1)	8.821	.012*		
毎日が楽しい (H%)	119 (24.8)	44 (21.6)	12.215	.000**	↓
負担が増えたが育児は楽しい (H%)	317 (57.2)	115 (56.4)	.044	.834	
よくイライラする (H%)	179 (30.7)	40 (21.0)	4.845	.028*	↓
きょうだいへの対応に悩む (H%)	148 (26.4)	38 (18.6)	4.842	.028*	↓
子どもの発達面が心配 (H%)	19 (3.6)	11 (5.3)	.008	.603	
育児について相談できる人はいるか (H%)	519 (98.0)	197 (97.5)	1.60	.089	

* p<.05, ** p<.01

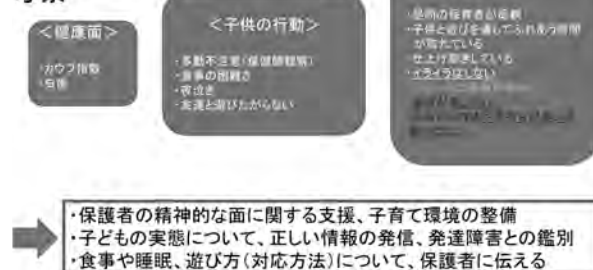
A市に対する震災後の支援について

- ＜発達障害児に関連する＞
 - ・医療的支援（児童精神科医、小児科医）
 - ・乳幼児健診時の専門職（心理士、作業療法士）の派遣
 - ・ペアレントプログラム（保護者支援）
 - ・専門職の研修会

- ＜一般の児童に対して＞
 - ・スクールカウンセラーの派遣
 - ・屋内外合わせた遊び場の設置
 - ・心のケア事業（遊びの教室）
 - ・その他、様々な支援活動が行われている。

安心できる子育て環境と保護者支援が
今後も継続的に必要

考察



子育て環境の整備をしていかなければいけないとか、あるいは、例えば子どもがイライラしたり、多動があったらすぐ発達障害ということではなくて、もう少し様子を見ないとわからないと。また、睡眠や食事の問題、これについても対応しなければいけないということだと思います。

次が小学校・中学校の子どもの状況です。最初は、震災直後から浜松医大がやっているんですけども、緊急スクールカウンセラーの派遣事業を文科省とやっていて、その一部を福島大学が引き継いで、浜松医大と弘前大学と一緒にやっています。

こういったスクールカウンセラー事業が、震災後3年を経て減るかと思ったら、そんなに減っていないのです。多くの派遣依頼が今もたくさんあります。実際に行ってみて相談を受けてみると、発達障害の子どもが多いという状況は変わっていないです。

心の教育プログラムでは、例えば、子どもたちが自分の性格を肯定的に評価できるような方法を伝えていく、そういった事業なのですが、実際にこれが効果があるかないかは子どもたちのアンケートをとっているわけではないのでわからないのですが、教師の指導の下での効果は高く、先生がこれをやると元気になるということで、この依頼もまだまだ続いています。子どもたちや保護者の巡回相談もやっていて、このニーズもまだまだあります。

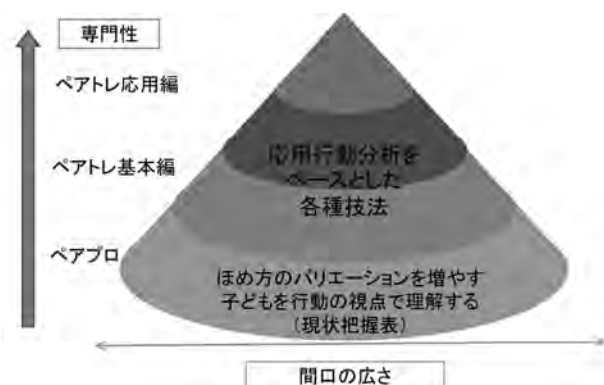
ペアレントプログラム

これは発達障害の子どもを想定した子育てのやり方を教えるプログラムなのですが、これを福島県各地でやっています。これも依頼が多いのです。

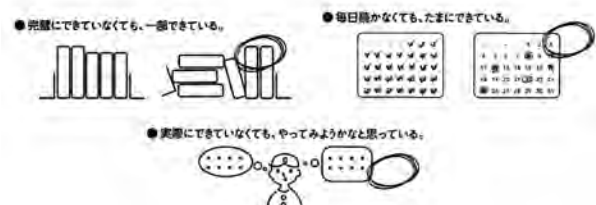
簡単にペアレントプログラムの紹介をすると、基本的に福島でやっているのは一番ベーシックなところなのですが、お母さんが子どもの褒め方のバリエーションを増やす。子どもから親がどういうふうに見えるかをお話したり、勉強していくプログラムです。具体的には、例えば、実際にできていなくてもやってみようかなと思っている、毎日続かなくてもたまにできていればOK、片づけも完璧にできていなくても一部だけでもできていればOKなど子どもが努力しているところを見つけて褒めてみよう、そういった方法を伝えていきます。これは自分たちでやるとすごくいいんです。僕もだいたい全部当てはまるので、これでOKですと自己肯定的になれます。こういった普及活動を福島でも継続的にやっていこうと思っているところです。

発達障害の子どもとその家族のニーズ調査

震災の年の7月か8月頃から医療支援事業を



子どもの努力しているところを見つけてほめてみよう！



発達障害の子どもとその家族のニーズ調査

- ・被災した障がい児に対する医療支援事業
- ・背景
 - ・震災前から発達障害の専門家が少ない
 - ・震災後に児童精神科医師による診察のニーズが高まった
- ・支援対象
 - ・保護者あるいは地域の保健師などにより発達障害が疑われ、医療チームによる診断・評価・アドバイスを希望した親子
- ・医療チーム
 - ・児童精神科医(ほとんどが県外から参加)、心理士、ケースワーカー、保健師など

県と一緒にやっています。これは、震災後に発達障害の診断とか支援を受けたいのになかなかそれができないということがあったからです。もともと福島は、震災前から専門家が少ないのですけれども、震災後はさらに少なくなって、児童精神科医師による診察ニーズが高まっているといった状況もありました。支援対象はお母さんであり、地域の保健師さんなどにより発達障害が疑われた子どもたちです。チームは児童精神科医、心理士とケースワーカー、保健師です。

調査結果1

震災後にこういった支援を受けた人たちに、3年たってアンケートを取りました。転居や避難を経験した親子は90%以上でした。3回以上経験している親子が65%ということで、発達障害の子どもは変化に非常に弱いので、こういう子どもたちが複数回避難するのは、結構大変な状況だと思います。震災前一緒に住んでいた家族と別れる、要するに家族構成が変わった親子も74%もいてお父さんだけ単身赴任するといった状況です。

福島の子どもたちは、東京から見るとすごく広い家に住んでいるのですけれども、その人たちが急に仮設住宅などに移るわけです。その住居の変化を聞くと、震災後に家が狭くなったと答えた人が46%、遊びの空間も狭くなったと答えた人が50%いました。そして、子どもへの接し方、外遊びをさせないとか、ほかの子と遊ぶ時間が減ったと言っている親御さんが多かったです。

調査結果2

親のメンタルヘルスについて聞いてみました。「アルコールの摂取量が増えた」、これは50名中8名、「震災前に従事していた仕事を退職した」が32名、「外出が嫌になった」「けんかが増えた」「暴力が増えた」、こういったことを自覚している親御さんが結構増えていると思います。

自分をどう評価するかというアンケートでは、「意味があるものと感じている」「活力がある」といったことを答えた人は有意に低かったですね。だから、ちょっと元気のない親御さんが多いのかなと思います。

子どもメンタルヘルス支援事業推進室

専門家が少ないということで、精神科医1名、臨床心理士3名の専任スタッフを4名を置いています。文科省の交付金で行っている事業です。県内の子どものメンタルヘルスに関することで、県や市町村などを通じて依頼してもらえれば、支援を継続していきたいと思っています。5年間の事業なので、どんどん活用していただければありがたいです。ただ、医療機関ではないので、医学的な診断や薬物療法はできません。ここがネックなので、今いろいろ考えているところです。他機関との連携や施設を充実させたいと思っています。

調査結果 1

- ・ 支援開始後3年後に保護者50名を対象にアンケート調査等
- ・ 避難・転居を経験した親子は90%
 - ・ 転居回数 1回6名、2回6名、3回7名、4回以上19名
 - ・ 3回以上の避難・転居を経験している親子が65%
- ・ 震災後に震災前の家族と離れた生活したことがあった親子
 - ・ 37名(74%)
- ・ 居住空間
 - ・ 震災前より狭くなった23名(46%)
 - ・ 子供の遊ぶ空間が狭くなった25名(50%)
- ・ 子供への接し方の変化
 - ・ 外遊びをさせない、子供と一緒に遊ぶことが減った等 32名(64%)

調査結果 2

- ・ 親のメンタルヘルスや就労状況
 - ・ アルコールの摂取量が増えた→8名
 - ・ 震災前に従事していた仕事を退職した→32名
 - ・ 外出が嫌になった→9名
 - ・ ケンカが増えた→13名
 - ・ 暴力発言が増えた→8名
- ・ WHO-QOL26(WHO)で下記が有意に低値
 - ・ 「自分の生活をどのくらい意味のあるものと感じていますか」
 - ・ 「毎日の生活を送るための活力はありますか」

子どものメンタルヘルス支援事業推進室

- ・専任スタッフ 4名
 - ・児童精神科医 1
 - ・臨床心理士 3
- ・予算
 - ・運営交付金-文科省
 - ・緊急SC事業事業
 - ・自由度が高いのが問題

子どものメンタルヘルス支援事業推進室

- ・支援対象
 - ・福島県内の子どものメンタルヘルス全般に関する相談・支援
 - ・県、市町村などの依頼による
- ・現在の問題点
 - ・医療機関ではないので医学的診断・薬物療法などはできない
 - ・推進室内に相談室がない＝個別相談は現状では不可能
- ・今後に向けて
 - ・他機関との連携
 - ・施設・人員の充実
 - ・運営の柔軟化

福島県の子どものメンタルヘルス対策

最後に、福島県の子どものメンタルヘルス対策ですが、肥満、食習慣の変化などに伴う健康面のことが、今後おそらく関係してくるだろうと思っています。

現場に行くと、メンタルケアスキルが地域によってかなりばらつきがあり、専門家の養成もしなければなりません。また、子どものメンタルだけではできないので、親のメンタルヘルスの維持と改善についても大人を支援をする方たち、先生たちと連携していかないといけないと思います。

ただ、実際に小さい子のお母さんを見ると、元気がない、だけどイライラしませんと。イライラするほどの元気もないのかなというお母さんが多くて、この辺がちょっと気になるところです。

福島県の子どものメンタルヘルス対策

- ・肥満、食習慣の変化、う歯などへの対応
- ・医療・福祉・教育スタッフなどの専門家のメンタルケアスキルの向上
- ・親のメンタルヘルスの維持と改善
 - ・「元気がない」、「イライラはしない」の意味は？
- ・外部からの支援者と県内の支援者の支援方針の調整



福島における職域の問題を考える～とくに自治体職員の危機について

福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座

ふくしま心のケアセンター

前田 正治

3年目になって「新たに見えてきた課題」というテーマをいただきましたので、ある程度見えたかどうかはわからないのですけれども、改めて気がついたということで、支援者の中でも特に自治体職員のことについてお話ししたいと思います。

放射線被害の特徴

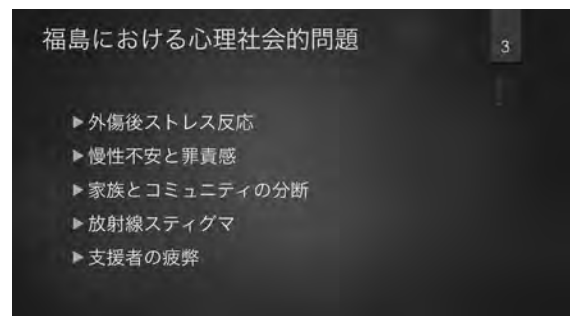
福島においては、他県と違って原発災害がございまして、いろいろな原発災害特有の問題が起こっているところがございます。一般的に外傷性ストレス反応、慢性不安、コミュニティの分断、それからスティグマの問題、支援者の問題、こういった問題が重層的に絡み合って、今、福島で起きているのだと思うと思います。



福島のメンタルヘルスの状況

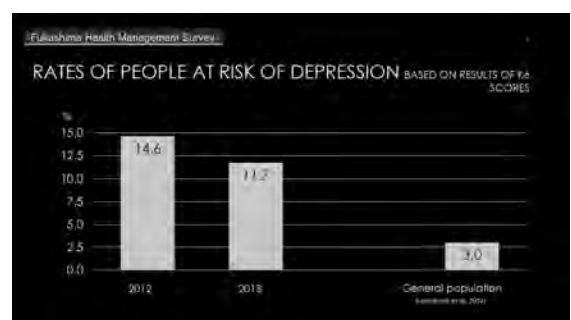
私は、県民健康管理センターのメンタルヘルスに関する調査も持っていますので、一つそちらのお話をしたいと思います。

我々のセンターの調査の対象者は、被災 13 市町村です。強制的に避難を余儀なくされた 13 市町村の 21 万人の方です。本当は、福島県民 200 万人全部を対象にしなければいけないのですけれども、マンパワーの問題もあって、この 21 万人が手いっぱいでした。



この方たちに質問紙を送付しまして、それを解析して、同時にケアの介入を行いました。電話や文書による限られた介入ではありますが、それを行うということをやっております。今3年目に入って、大幅にいろいろなことがわかってきていて、見直しも始まっているところなののですけれども、その結果を少し見てみたいと思います。全般的な状況をまず知っていただきたいと思います。

これはK6といって、うつ病をはじめとした何らかの精神的に問題を持っている方々、リスクを持った方々のスクリーニングのテストなののですけれども、日本でも世界でもよく使われている質問紙です。結果を見ますと、被災地でないところは3%の方々が悪い、うつ病の可能性があると評価されるのですけれども、福島において、先ほどの 13 市町村においては 14% と非常に高い値です。他県とだいたい同じです。宮城県のデータでは 14%。ちょっと下がって 11% で、今年は 10% を切りそうなんですね。だんだん、だんだん下がっていいことなののですけれども、やはり高い状態で歩留まりしています。



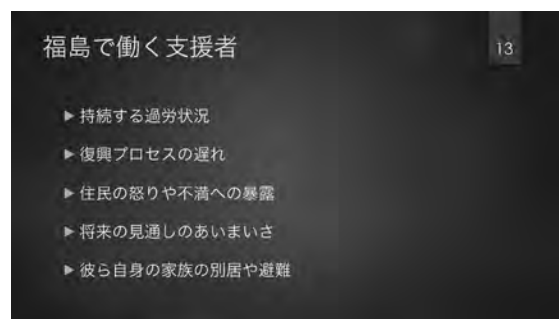
子どもに関しての調査ですが、これは、SDQというスケールを用いています。親御さんが、子どもさんがどのくらい悪いかということをつけていくのですけれども、それを見ても、被災地でないところは9.5%なのですけれども、被災地はだいたい点数が高い。これは何らかの疾患を見るのではなくて、何か問題を持っている子どもさんの割合ですけれども、ただ一つ、やはりこれも年を経るごとによくなっていまして、その点は非常によかったなと思います。



特徴は、小さい子どもさんのほうが悪いということです。おそらく小さい子どもさんを持っている親御さんの悪さを反映しているのではないだろうかと思います。

福島で働く人々の苦悩

こういった状況の中で心理士の方々が一生懸命働かれているということでございます。福島の心理士の方は非常に過労が続いておりますし、丹羽先生も強調しておられたように、復興が実は非常に遅れております。まだまだ12万人を超える避難者の方がおられます。福島の方々とお話していてよく思うのは、怒りに触れる機会が非常に多いということです。もちろん石巻や気仙沼でもこういうことはあるらしいのですけれども、福島は本当にこれが大きいのです。ここが人為災害の特徴だろうと思いますが、加えて復興が遅れていますから、将来の見通しもあいまいであります。それから、自分自身が被災されている率が、福島は圧倒的に多いと思います。あとで私たちの調査をお示ししますが、それはもう職員のほとんどの方が被災者であるということでございます。



ここで働かれているスタッフの方々の言葉を少し紹介しています。これは、私が支援に行った沿岸部のある病院の看護スタッフの言葉ですけれども、原発が爆発したときに逃げてしまった。実際は避難したんですけれども、この方は逃げてしまったと感じています。

ある方は、婚約者のところに避難したと。これは当然のことなのですけれども、責められるべきことではないのだけれども逃げてしまったと。避難ということが逃げたということにその人の中で文脈が大きくなってしまいうんですね。当然これは罪責感を生むわけですが、こういったことがあるわけですね。これは3年たってもいろいろな人の心の中のトラウマになっていると思われます。

これはある保健師さんの言葉なのですけれども、この方は、自分も被災されて他県に避難をしていて、そこで避難住民のケアを行ったという非常に頑張られた方なのですけれども、何カ月かたって戻ってみると、自分は原発事故のときに職場にいなかった、最も大変なときに逃げ出してしまったと、同じですね、避難したと言わず逃げたというわけですね。

こういった葛藤、当時、なぜ逃げてしまったか、これはある種、踏み絵を踏まされたような状況だったのだと思いますけれども、今にして思えば、私なんかは当時九州にいた者からいえば当然ではないかと思うことでも、ものすごく自分を責めているということがございます。多くの方が、被災者と

いう役割をとるべきか、支援者の役割をとるべきかということに被災当時直面したわけです。

これは、そのあと1年間持続してケアをしていた保健師さんの言葉なのですが、自分はもう限界だと。保健師さんは本当によく頑張ったんですね。保健師さんたちというのは、辞めてもどこでも就職ができます。ですけれども、やはりこの町のために残るのだという、本当にすごいのですが、しかし限界を感じているとか、それから、もし自分がいないとチームのほかの人に迷惑をかけてしまう。多くの方はこれが一番大事で残っていられたい方が多いのだと思います。

これはドクターですけれども、この方は、自分は福島にとどまって頑張るつもりだけでも妻が限界だと。この方は1年間頑張られたんですね。しかし、子どもも小さいということで、やはり奥さんのほうにご主人も移っていかれたということで、涙を流しながらこの先生はお話をされていました。一方で、仕事を選び残った方は、家族に申し訳ないという気持ちがあるということです。

それから、住民からの怒り、住民の方が持たれている不安感とか怒りに曝露されてしまうことがあります。ある役所の方ですけれども、住民の方がるとき刃物を持ってきて、それから不安だということ。しかし、この方、完全にPTSDでその後病気になるようになってお休みになりました。他にも、住民からさんざん責められ、いくら説明しても納得してもらえなかったということもあります。

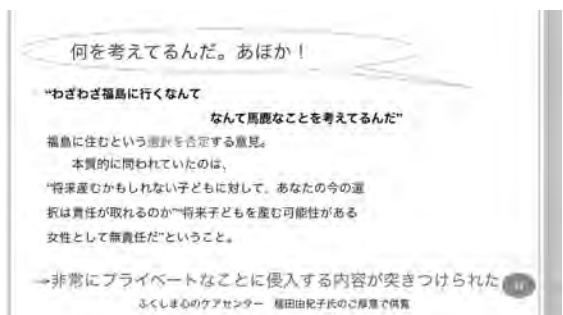
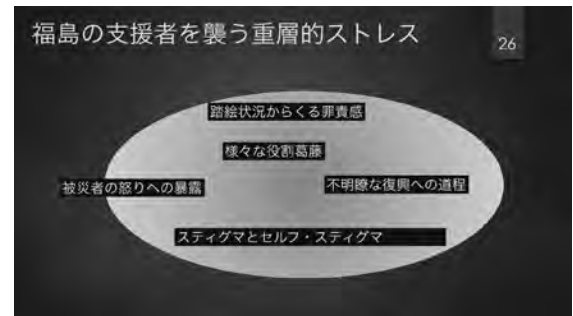
これは、住民の方を責めるわけではないのです。住民の方も不安で不安でたまらないわけでございまして、要するに、やり場のない怒りを身近な支援者に向けてしまうということになるわけで、支援者のほうは、要はサンドバッグのようになってしまうということでございます。そういった状況が続きますと、だんだん無力感というのが押し寄せてくるようでして、いつまでこのような状況が続くか見えてこないということです。

この方もそうですね。なにか、自分が申し訳ないんですね。ずっと責められ続けると、あたかも自分が悪者に思えてしまうというのがありますけれども、この方なんかはそんな感じなのかもしれません。

いろいろ頑張っても頑張っても先が見えてこない、褒められるどころか責められてしまうような状況が続きますと、一番心配されるのはバーンアウト、燃え尽きでございます。多くはそういった状況にかなり陥っているのではないだろうかと思います。

これは、心のケアセンターの先生からいただいたスライドですけれども、この方は、関西から来ている心理士さんです。お若いですかね、年はちょっと言いませんけれども、「福島に行く」と関西で言いますと、出身は神戸なのですから、「大丈夫なの?」と言われる。人によっては、「何を考えているんだ、おまえ。アホちゃうか」と言われたりとか、これは非常に傷つく。

もし彼女が気仙沼に行くというと、もっと違った言い方をされていたかもしれませんけれども、さらには、「親御さんは何て言っているの?」と。これは彼女の言葉で言うと、責任を問われている感じがす



るというんですね。あなたは、あなたが今後もしかして子どもを持ったときに責任が取れるか、みたいなことを責められているというようなことを言われたということです。

男性の方はこうではないと思いますけれども、こういった複雑な、これはまさにスティグマですけれども、女性の場合はこういった問題を抱えているということがあります。

研究背景と目的 28

- ▶ 被災地においては、様々な支援者が精神的負担を招きやすいことはよく知られているが、今般の震災においても自治体職員の精神保健上の問題が報告されている（阿部ら2012、新藤ら2013）。とくに福島では、多くの行政職員は自らも家族が離散しているなど被災者性が高く、復興の行方が香としてわからない不安定な過重な就労を長期にわたって強いられている。しかし、福島県においては、未だ系統的な自治体職員に対する調査報告はない。
- ▶ 福島県立医科大学医学部災害と心のケアセンターとくしま心のケアセンターいわき方面との合同調査で、避難を余儀なくされた福島県A町役場職員全員に対し、質問紙調査に加え、精神疾患簡易検出面接を実施し、精神疾患有病率およびその特徴を調査した。

方法 29

- ▶ 対象者：（避難地域に指定された）福島県A町行政職員の全員（N=92）
- ▶ 調査期間：平成26年1月20日～平成26年1月24日
- ▶ 調査者：臨床経験が豊富な精神科医1名・臨床心理士1名のペアで行った
- ▶ 調査内容
 - ▶ 質問紙調査：① K6 (Kessler-6) ② CES-8 (Impact of Event Scale Revised Version)
 - ▶ 面接調査：精神症状簡易化面接法（MINI）を用いて、以下の疾患について診断を実施した。「大うつ病性障害」、「双極性障害」、「パニック障害」、「広場恐怖」、「PTSD」、「DSM-IV」
 - ▶ その他ストレス状況（家族分離、避難状況（平均避難期間）、飢餓、睡眠、凍結、身体疾患の有無等）を聴取
- ▶ 面接法（面接）：本研究は、福島県立医科大学後援委員会に承認を得た。調査に当たっては対象者に文書による説明同意を得た上で行われた。

被災自治体職員の実態と支援

こうしてきますと、自治体職員の方は踏み絵的な状況、怒りの曝露、さらにはスティグマとか、あるいはセルフスティグマという問題もあるということでございまして、こういった重層的なストレスの中で働いているということです。

私が講座のほうに赴任をしましたのが去年の今ごろだったのですけれども、最初に倫理委員会を通してやった調査について報告したいと思います。

私が最も心配したのは被災地の自治体の職員のことでございまして、心のケアセンターのいわき方部の方々と合同調査をやらせていただきました。

細かいことは省きますけれども、先ほど用いたK6であるとか、PTSDのスケールであるHDS-Rとかということも測っていますけれども、一番の特徴は、こういった調査は他の被災県でもやられていて、質問紙を郵送してそれを回収する方法でやっていたようですが、私どもは、面接調査をしようということで、半構造化的な面接を行いまして、うつ病、パニック障害、PTSD、そしてまた自殺の危険についても評価をすることにしました。

そのために精神科医に他県から来ていただきまして、5名の精神科医のチームをつくって、そこに心のケアセンターの主任が1人ずつ入りペアを組んで行いました。

対象者は、92名。これは13市町村のうちの1つの自治体です。平均年齢40歳、男性70名近く、

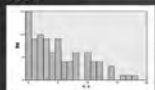
結果 30

- ▶ 属性

対象者数	92
平均年齢	41.4 (SD: 12.6)
男女別	男性69 (平均42.1 SD: 12.1) 女性23 (平均39.1 SD: 14.1)
平均勤続年数(年)	14.61 (SD: 12.4)

質問紙に関する結果(n=92) 31

- ▶ K6に関して



平均: 5.11 (SD: 4.6)
Cut-offを超えた者: 4名 (4.5%)

- ▶ IESRに関して



平均: 13.0 (SD: 13.5)
Cut-offを超えた者: 28名 (30.4%)

面接法 (MINI) の結果(n=92) 32

- ▶ Current Prevalence

疾患	人数 (%)
大うつ病エピソード	14 (15.2)
パニック障害	2 (2.2)
PTSD	0 (0)
自殺の危険	8 (8.7)

* K6による大うつ病スクリーニング：感度33.7%、特異度98.7%、陽性的中率は83.3%、陰性的中率は99.5%
※ バイリス試験には、質問紙及び面接結果を伝え、リーフレットを用いた簡単な心理教育を行った。14名に関しては受診勧奨をし、6名が応諾、その場で紹介状を手交した。

結果は、K6に関して、平均は5点でした。Cut-offを超えた人は6%です。先ほどの表で十数%あったということを勧案しますとかなり低いですね。ですから、データ上、これだけで見たら大したことないなと思わず思ってしまうのですけれども、しかし結果を見ると、なんと92名中16名の割合、15%ぐらいがうつ病だったということでございます。

これは、大変もちろん驚くべきデータ結果なのですが、
けれども、これは、状況からいくと、この町が特別
に悪い状況ではありませんでした。比較的復興が進
んでいる町の一つだったのですけれども、こういう状況

ただ、面接をしましてすごく感じたことは、お一人あたりかなり時間をとって、何があったのか、どんなふうな体験をされたかということで詳しく聞いていますけれども、ほとんどの方が、住民の怒りに曝露されたということが非常につらかったということをお話しされていました。

[illegible]

▶ 今回の調査対象者は、大うつ病性障害の現在有病率が15%という非常に高い数値を示していた。原因としては大まかに以下の3点が考えられる。

① 主たる職目は長期化する原発事故の影響により、終りの見えない悲劇的状況が続いている。

② 職業上より以上にたまたまに起因する強迫的な苦しみがありはたなく、住民の感情態度に悪影響されたことも大きな一因である。世帯主や、原発事故の被害者でもある。こうした事象体験のほつたトラウマティック記憶と感情に結び付けられた。

③ また、そもそも多くの職業員自身も被曝や盛り上げに生じ、あるいは家族と差別していたなど被害者である。

- ▶ **大うつ病と睡眠との関係**
 - ▶ 大うつ病性障害患者には「入眠障害」、「無熟睡眠」、「覚醒不固」が見られる。さらに、うつ病の予後悪化要因が睡眠問題に対し、大うつ病性障害前には約5時間だけの睡眠差が見られる。
- ▶ 行政機関としての警察から自身の心身の健康を顧みることなく職務に邁進しているが、睡眠不足の警察官は慢性的に日中のパフォーマンスにも影響を与える（加藤、井上、2011）ことである。睡眠時間短縮の負の連鎖がメンタルヘルスの向上だけでなく、多大な業務量に利用するためにも有害であると考えられる。
- ▶ **PSDについて**
 - ▶ 多くの睡眠導入薬は入眠には有効ではいたが、その多くが起床からの覚醒への影響を与えるもので、総務省入眠薬使用には留意しなくてはならないと考えられる。

責められることが切なかったということです。もちろん、ほとんどの方が、ご自身も離散しているとか、借上に住まわれているとか、仮設に住まわれているといった被災者の方でございました。

実は、先ほどの調査は今年の1月にやったのですけれども、あの町は特別だったのかということもありましたので、もう一つ違うB町をこの10月に、いわき方部の方と一緒に調査をしました。その結果がこれです。もっと悪かったですね。うつ病がなんと21%でございました。ここはちょっと先ほどのA町よりも状況は悪い町でした。それから、自殺のおそれがある方がもっと多くて、1割近くおられたということでございます。

少なくとも、この2つの町がこれだけ高いということを考えますと、少なくともA町、B町が特別に悪い町だったというふうにはとても思えないのです。おそらくこういったことがほかの町でもあると、つまり、こういった町が代表的なサンプルなのだというふうに思っても全然おかしくないということでございます。

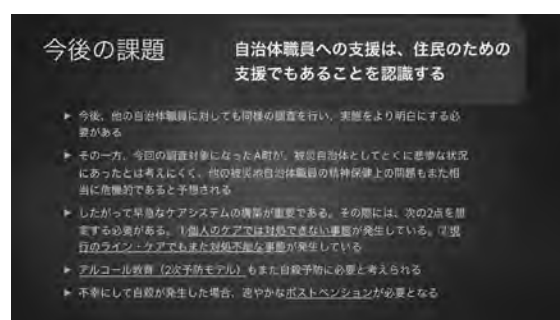
ということは、13市町村のうち、私たちはまだ2つしか見てないですけれども、13市町村以外の市町村にもこういった方がおられるのではないだろうかというふうに考えますと、やはりこれをどうするかということを本気で考えないといけなと思います。

こういう調査をしますと、よく公務員は安定しているからいいだろうといわれるのですけれども、今般の震災では自衛隊もすごく賞賛されました。でも、自衛隊は公務員なんですね。しかしながら、今は復興の先兵といえるのは自治体職員たちだと思います。

一つ、メディアの人にもよく言っているのは、この自治体職員への支援というのは、自治体職員のための支援だけではなくて住民のための支援なのということです。自治体職員がつぶれてしまうと復興も何もないんですね。ですから、自治体職員をきちんと支援をしていこうと思っております。

また、国のほうでは、こうした自治体職員に対してはメンタル総合対策事業をやっています。これは、総務省の管轄している地方公務員災害補償基金のほうでやっている事業です。スクリーニングのほか年に何回かの介入でカウンセリングやセミナーをすることでございまして、先ほどの2つの市町村、どちらもこれを受けているんですね。受けていますけれどもあのような状況だということでございます。

そして、心のケアセンターがこうした職員をケアできるかという、心のケアセンタースタッフも本当に疲弊している状況です。ですから、今、厚労省の研究班などで提言しているのは、専属の臨床心理士やソーシャルワーカーでチームをつくり、職員のケアセンターをつくってほしい、そういう専従のセンターをつくらないと難しいのではなかろうかと思っています。それを心のケアセンターとリンクさせて、被災自治体の職員のケアを行うということをしてほしいということをお願いしているところでございます。



相双地区の現状から

福島県立医科大学看護学部

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 大川 貴子

私は、相双地区の現状について報告するようにということでございますので、その点に絞ってお話をさせていただきたいと思います。

相双の現状

相双地区と申しまして、私が支援に入らせていただいているのは、原発よりも北側で人が居住できる区域です。南相馬市、相馬市、新地町の3つの市町を対象にさせていただいております。

この3つの市町は状況が大きく違っております。南相馬市は、まだ人は住めない地域と、そして既に住んでいる地域が両方あります。そして、南相馬市の北側に相馬市と新地町があります。こちらは津波の被害を受けて仮設に避難されている地域ということになります。ですので、相馬市、新地町につきましては、現在、仮設住宅の退去率が約50%、半数の方が仮設を出ている状況になっています。

その中で起こってきていることは、転居できる方とまだまだ残っていてなかなか今後どうするかというめどが立ってない方、出ていく方と止まる方の間に何となく格差が出ています。そして、新しいところに移ると、そこで新しいコミュニティを構築していくことになるわけですが、それがなかなか難しく、その中でどういうふうにお互い知り合っていくかということが、あまり積極的につながっていないという感じにならないという声が聞こえています。

一方、南相馬市に関しては仮設住宅が2,800戸あって、退去率5%程度ということになっています。それはもちろん津波の問題に加えて原発の問題があるからということになるかと思います。

先ほど来ずっと話題になっておりますが、やはり避難生活が長期化してきていることに伴ってのストレスの増大という問題や、子どもさんの発達の問題、健診などで保健師側が要フォローとする子どもさんの数が増えているという状況があります。

共通する問題としては、どこの地域でも長期の避難生活をされている方の不眠などの問題が出てきたり、あとは、生活習慣病の悪化、子どもさんの肥満の問題、それは大人でも同じようなことで、糖尿病の悪化などが見られたりしています。

また、高齢者の方の認知機能の低下があります。もともと軽度の認知症があった方がより重度化していくといった問題も起こっています。それから、アルコール関連問題が表面化してきて、いろいろなところで「アルコールがね」という声を聞きます。

あともう一点、最初に丹羽先生のお話の中で、5つの精神科の病床のある病院が全部閉じられることになったという話がありましたが、そこに通院していらした方などは、どこに通ったらいいのか最初はわからなかったり、さまざまな要因があって地域での生活が安定しにくい精神障害者の方が見受けられたりして、そこへのフォローということも大切な課題になってきています。

私どもは、「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」というNPO法人を立ち上



げました。これは、震災のあった年の6月には設立準備会を行い、11月に認可をいただきました。そしてこの法人で相馬広域こころのケアセンターなごみ、訪問看護ステーションなごみを開設して、精神障害者の方たちの訪問でフォローするということを強化していく体制をとりました。

現在は私が理事長をさせていただいていますが、立ち上げのときは、丹羽先生が理事長をされていました。こころのケアセンターの相馬事務所と南相馬事務所、そして訪問看護ステーションにもスタッフがあり、現在、事務職や非常勤を加えますと18名のスタッフが仕事をしております。

相馬広域こころのケアセンター相馬事務所での訪問ケース

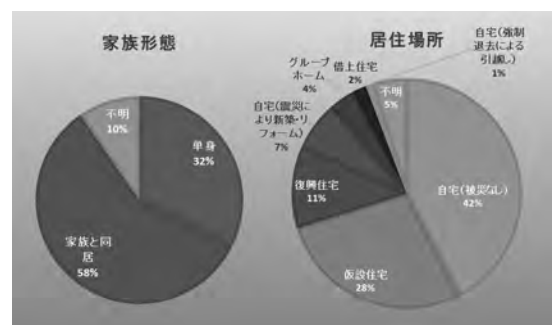
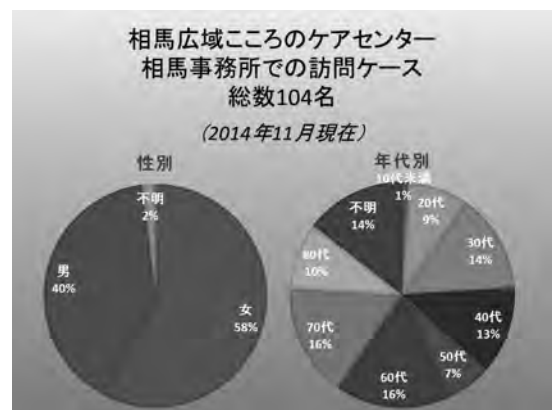
本日ご報告させていただくのは、相馬広域こころのケアセンターの相馬事務所が訪問しているケース、現在104名の方が訪問対象になっているのですが、そちらをご紹介します。女性が約6割で、若い世代から高齢者までさまざまな年齢層の方が訪問の対象になっています。

家族形態は、約3割の方が単身生活です。居住場所は、ご自宅が約4割で、他に仮設や復興住宅に入っています。7%の方がご自宅を新築したりリフォームしたりして、そちらに移っているというような状況です。

相談の背景ですけれども、精神疾患の症状に伴うことが3割、身体症状があってそのことに付随して他問題で訪問させていただいている方、家族問題、アルコール問題と続いています。それ以外のところでは、人間関係、近隣のトラブル、津波による近親者の喪失などというものも一部相談の背景として上がってきております。

今ご紹介しました方たちのうち、既に受診をされていて、精神疾患の診断名がついている方が52名いましたが、統合失調症の方がかなり多くて、うつ病、気分障害、外傷後ストレス障害の方もいます。こころのケアセンターとして訪問している方の中でも、もともと精神疾患、統合失調症を持っている方が対象になっている部分が大きくなってきているという感じがします。

昨年、私たちの支援の対象者についてまとめたところでは、アルコール関連の問題のある方が13名いました。ほとんどが男性、1人だけ女性です。同居の方もいますが、単身者の方もいます。皆さん仕事をしていないという状態です。既に身体の方の診断がついている方が多く、そして注目していただきたいのが、私たちがフォローさせていただいている間に身体の問題でお亡くなりになってしまっている方がいらっしゃるということです。昨年の11月にまとめた時点で2名いらっしゃ

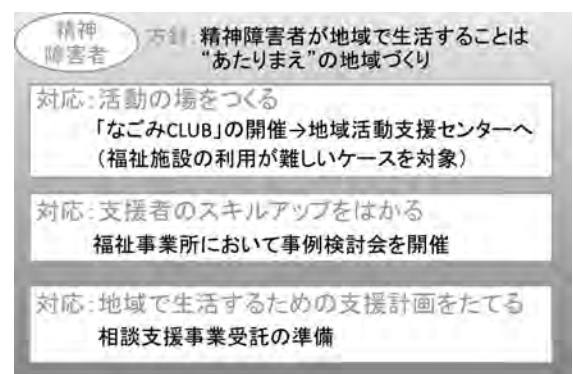


いましたが、そのあとも何名かの方がお亡くなりになっています。数日前も私になごみに行ったら、「実は、ちょっとお悔やみに行ってきたいと思う」とスタッフが言っていて、どうしたのかと聞いたら、その方は自転車で転倒して、そのあと翌日にお亡くなりになったということなのですけれども、なんで転倒したのかというところまでは定かではないのですが、もともとアルコールの問題もあってフォローしていた方だったという話でした。飲酒の状態は、震災前から増加しているという方が多いのですけれども、震災を契機に量が増えたり飲酒を始めたりした方もいます。

NPOとしての今後の活動の方向性ですが、クリニックが併設していますので、そちらと連携しながら、さまざまな対処や課題に向けて、地域のニーズに応じたサービスを提供するということを第一に考えていきたいと思っています。

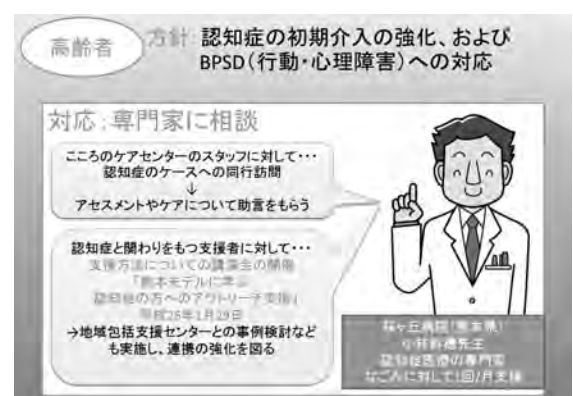
精神障がい者

精神障がい者に関しては、精神障がい者の方が地域で生活するのが当たり前という地域づくりをしていくということが一番大きな目的になるかと思っています。その意味では、日中の活動の場をつくるということで、「なごみクラブ」をずっとしてきたのですが、これは、今、地域活動支援センターにできないかということで申請をしています。また、支援計画をきちんと立てていくということで、相談支援事業の受託の準備なども進めているところです。



高齢者

高齢者の方に関しては、特に私たちのところではBPSDへの対応を重点的にしていきたいと思っています。小林先生は震災の年の4月からずっと入ってくださっていて、今も熊本から月に1回来てくださっていますけれども、認知症のことをかなり詳しくやっていらっしゃる先生なので、来ていただいたときに同行訪問して、ケアなどの助言をいただいたり、認知症のアウトリーチ支援についてお話をいただいたりもしています。



アルコール

アルコールに関しては、もともと漁師町だったこともありアルコールに親和性の高い文化的な背景があるので、地域ぐるみでアルコールの問題に取り組んでいく基盤をつくる必要があるだろうと思っています。昨年の秋ぐらいに、前田先生を中心に私たちや心のケアセンターと県障がい福祉課と、何かモデル的な事業ができないかという話をしました。



ふくしま心のケアセンター「地域アルコール対応力強化事業」の趣旨

今年度に関しては、ふくしま心のケアセンターが福島県の委託を受けて、地域アルコール対応力強化事業の展開を始めました。アルコールの問題は震災後とても重要です。問題飲酒がその後孤独死につながっていくことがあるということが阪神・淡路大震災後にいわれておりました。また、自殺率も高くなります。そういったことからアルコールに重点的に取り組んでいこうということになりました。

現在は、専門職のスキルアップに向けての研修や市民公開講座をさせていただいたりしています。

相双地域におけるモデル事業

被災地での支援活動としてモデル事業の展開を行い始めていまして、いわきと相双でやっています。

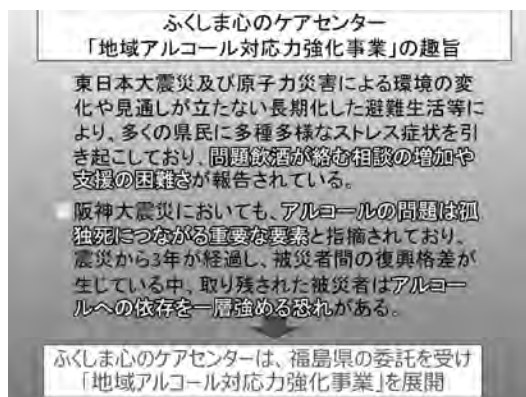
相双では、健康の維持増進と早期発見・早期治療の部分、そして、リハビリテーション部分という形で、全てにアプローチしていきたいと思っています。その中でも、健康の維持増進というところが重要になってくるかなと思っていますので、高校生にもお酒をまだ飲んではいけないうちから、どういうふうアルコールと付き合っていくことが大事なのかということを知ってもらうような機会をつくっていききたいと思っています。また、消防署の方はアルコールの問題のある方と日ごろ接する機会も多くなっていますので、アルコールの問題についても知っていただこうと思っています。それから、雲雀ヶ丘病院には入院が必要な場合に受け入れていただくことになるので、こちらのスタッフのアルコール対応力を強化していくということを一緒に取り組ませていただいているところです。

それぞれに今年度の目標を立てながら、次年度以降にやっていこうということになっています。例えば消防署員の啓発活動ですと、今年度は飲酒状況の把握をするためのスクリーニングをして、そこで酒量の高い方に少し意識を高めていただくような講習会をやって、その後、飲酒に対する行動変容があるかどうかということを見るような調査もしようと考えています。

自殺対策

自殺に関しては、昨年は少し相馬市が高い状況でした。特に夏前に自殺者数が上がっていたので、何とか対策を立てなければいけないと考えました。

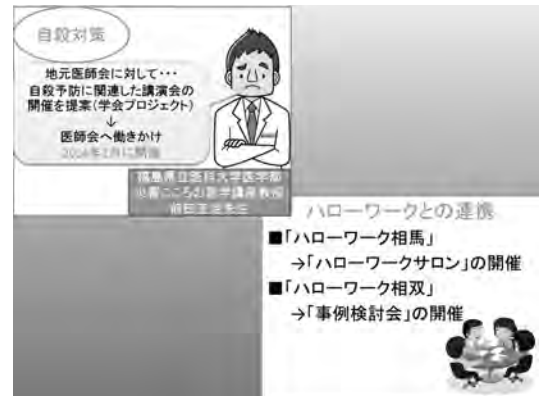
相馬市の場合は70～80歳台の方が多く亡くなっています。南相馬市ですと50歳台からの中高年の自殺率が高くなっています。同居の有無については、同居ありの方が多いです。仕事の有無で見ると、お勤めさ



れている方もあれば、無職の方もおります。

自殺の原因別に見ますと、相馬市の場合には健康問題、経済生活問題というのが多くなっています。南相馬市は、健康問題が3割ぐらゐを占めている状態で、健康上の問題が何らかの引き金になっているということがうかがえます。

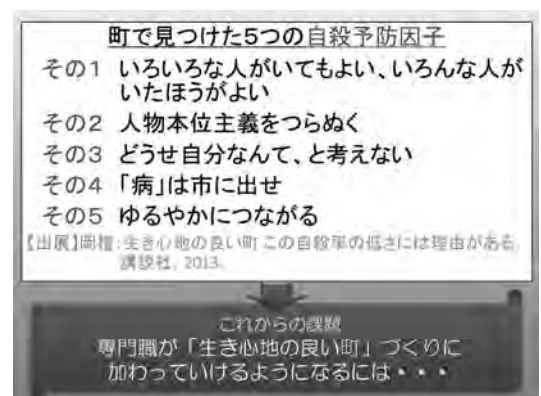
昨年相馬市が少し高くなっていたので前田先生にご相談させていただいて、トラウマティックストレス学会のプロジェクトの活動の一環として、自殺予防に関連した講演会を医師会のほうに働きかけて、実施しています。失業というところではハローワークとの連携をしていきたいと思っています。これは、白河市が先駆的に心のケアセンターと組む形で展開をされているところだと思います。



今後の対策として、老老介護が自殺のリスクファクターの一つになっているということも出てきましたので、認知症対策の強化を図りながら、新たなコミュニティで孤立しないような取り組みも考えていかなければいけないと思っています。

町で見つけた5つの自殺予防因子

最後に、これは岡檀さんが最近出した『生き心地の良い町』という本です。自殺率が非常に低い町でどういことが起こっているのかを自殺予防因子として挙げられました。「いろいろな人がいてもよい」「人物本位主義を貫く」「どうせ自分なんて、と考えない」「『病』は市に出せ」、これは実際に住民の方がおっしゃった言葉だそうですけれども、隠さないということなんですね。「ゆるやかにつながる」どうもここがキーワードのようです。



私たち専門職が生き心地のよいまちづくりに加わっていく、主体は住民の方なので、私たちが側面的にどういうふうにしたらそういう生き心地のよいまちをつくれるか、それに加え、私たちはどういう形でお手伝いさせていただくことができるかを模索していく、それが私たちの大きな課題と思っています。



いわきにて：様々な葛藤から被災地支援を考える

ふくしま心のケアセンター いわき方部センター

臨床心理士 植田 由紀子

前田先生にご紹介いただいたスライドは、何年か前につくったものなのですが、私は、震災後1年たったところにこちらに参りまして、そのころに周りにいろいろなことを言われたということを表した表でした。「あなた、結婚するときどうするの」「心配している親に悪いのでは」などの声を受け、私は単純に仕事で福島に来るということを選択したわけですが、いきなりいろいろな葛藤に巻き込まれたということがあったんです。1年後にこちらに来る私でさえそうだったので、発災当初は本当に大変だっただろうなということを想像してスライドをつくりました。

さて、今日私が発表させていただく内容ですが、タイトルは「さまざまな葛藤から支援を考える」にしました。私は今いわきにおりまして、いわきの状況がどんなものなのかということを考えてまとめております。

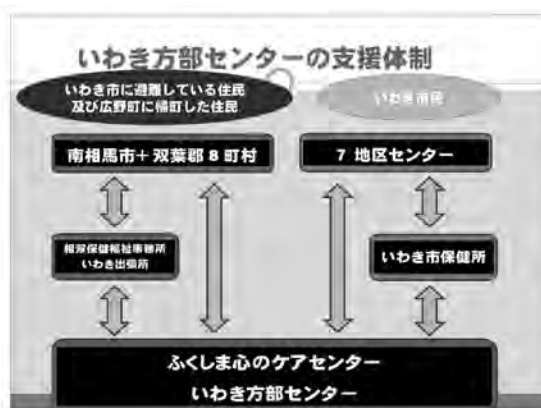
いわき市について

こちらに来て私はまだ3年目ですので、私がいわきのことや福島のことを語るというのは大変恐縮するところではあるのですが、いわきの中に入ると、実際何が起きているのかよくわからなくなるということがありまして、せっかくこの機会をいただいたので、今何が起きているのか、何が必要なのかということを考える機会にしたいと思っております。ですから私どもの活動紹介というよりは、いわき地域の状況を中心にお話をしたいと思います。

いわきの場所は、皆さんご存じだと思いますけれども、茨城との県境で福島県の一番南にあるところ。人口 32 万人ほどで、ハワイアンズが有名です。いわき市の一部は、第一原発から 30 キロ圏に入りましたが、大部分は強制避難を免れた地域です。また、温暖で比較的放射線量も低いということがありまして、避難者は県内でもっとも多く、今現在 2 万 4,000 人いらっしゃいます。

いわき方部センターの支援体制

避難されているのは住民の方だけではなく、役場も避難している状況です。たくさんの町役場がいわきに居を置いています。いわき市という1つの行政圏域に他市町村の行政機関が避難し、仮役場



を置いている。それが今も続いているという非常に複雑で、非常に特殊な状況です。

私たちは、そこにいわき方部センターを置いておりまして、住民さんの心のケアをさせていただいておりますが、私たちだけで何かできるということはありません。地域の中でネットワークをつくっていくということが大事です。しかし、いわき市には、原発事故から逃れて避難されている双葉郡の方やいわき市において被災された方など様々いらっしゃいます。いわきにお住まいだから、ということでひとくくりにして支援をするということとはできません。それぞれの町や住民の方々の状況に合わせて支援するということが必要になってきます。そうすると、例えば、南相馬市プラス8町村ですとこれだけで9市町村です。それから、いわき市もありますので、10以上の窓口とそれぞれ丁寧に関係をつくりながらやっていかないといけないということがあるわけです。

被災地支援というと、皆さんで手をつないでとか、連携が大事ですとか必ず言われます。本当にその通りだと思います。一つの機関だけが頑張ってもどうにもなりません。しかし、実は連携すること自体がなかなか難しい。そこに非常に力を注いで、苦勞してやってきたというのがいわき方部のこの数年だったと振り返ることができます。

住民間の軋轢

いわきといえばということで、これを出すのも忍びないのですけれども、ある新聞記事に、「原発事故で受け入れた避難者と市民との間に軋轢が生じている」ということが書かれていました。私も一いわき市民として胸が痛む思いであります。

他の災害においては…

例えばハリケーン・カトリナ のときには、「浸水は1カ月に及び、住民の避難は3カ月たっても続き、家屋に許可なくして入れない状態が続き、住民の避難は拡大している。避難が長くなるにつれて、多数の避難民が暮らす町でも養育や医療、生活の場で地元民の間に軋轢が生じている」との報告がありました。いわきだけではなく、地元民と避難者間の軋轢は、ほかの災害でも起きていたということです。非常に多くの避難者を受け入れる、また避難が長くなってくると、こういった現象が目立ってくるということがわかります。

ところで…

そもそも私たちは、人それぞれ違う生活をしている、違う考えを持っている、人って複雑なものだということは実はわかっているんです。でも、それがなぜ震災後、こうも取り立てて住民間の軋轢までも生んでいるのかと非常に疑問に思いまして、今日はこのことを考

住民間の軋轢

○

記者の目:いわき市、避難者と市民の溝=町田徳丈(特別報道グループ)

毎日新聞 2013年05月30日 東京朝刊

◇いひの実態直視、糸口に

東日本大震災で大規模な津波被害を受けた福島県いわき市では、東日本大震災1周年を 맞아受け入れた約2万4000人の避難者と市民との間に溝が生じている。被災者同士の溝がなぜできてしまうのか。

いわき市民から漏れ出す苦情はきりがなかった。賠償金の差から始まり、人口増加に伴う混雑、住宅不足、ごみ出しや交通マナーの問題。震災後のマイナスの現象が避難者流入と結び付けられていた。正直、胸が痛んだ。

他の災害においては…

○

浸水は1ヶ月に及び、住民の避難は3ヶ月たっても続き、家屋に許可なくして入れない状態が続き、住民の被害は拡大している。また、失業者は60万人に達している。

ニューオリンズではアパートが不足し、賃貸価格が上昇している。

避難が長くなるにつれて、多数の避難民が暮らす町でも、教育や医療、生活の場で、地元民との間に軋轢が生じている。

(防災科学技術研究所:ハリケーン・カトリナ災害現地調査報告)

ところで…

○

人はそれぞれの生活、違う考えを持っていて(個性)、複雑なものだ、ということは、皆知っていること

→ **疑問**

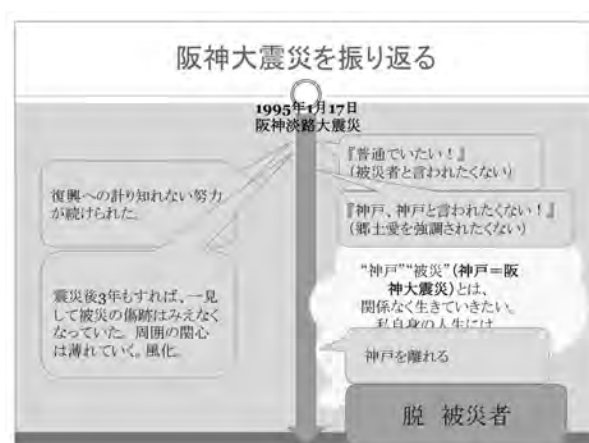
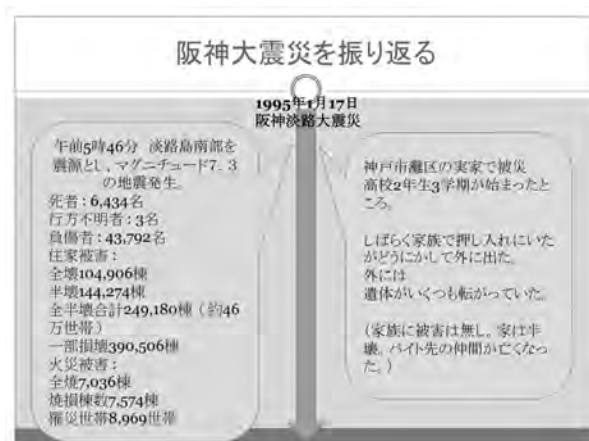
『なぜ震災後、それが取り立てて表れ、住民間の軋轢までも生んでいるのか』

えていきたいと思っています。

阪神大震災を振り返る

このことを考えていくにあたっては、客観的に別の災害を見ていったほうがいいのかという思いもありまして、私自身、神戸出身ですので、阪神大震災を振り返って考えていきたいと思っています。

阪神大震災は、1995年1月17日午前5時46分発災しました。



私は、当時高校2年生の3学期で、神戸市の灘区にある実家で被災をしました。実家は、阪神高速と阪神電車のちょうど間に位置するところにあり、地域としては被害がかなり大きかった場所です。私は8階建てのマンションの8階に住んでいました。かなりの揺れを感じてしばらくは家の中で家族と一緒にいましたけれども、落ち着いてからやっと外に出ることができました。どうやって、どんなふうにして外に出たかは覚えていません。外に出てみると、遺体がいくつも転がっていました。遺体が転がっていたという表現は非常に不謹慎だと思うのですが、私の記憶を表現するようになります。

私のそのときに見た風景をご説明します。マンションの前に広い道があるのですが、そこに畳が1枚置いてあって、そこに人が寝ていました。私は外に出たばかりで状況がわからなかったので、「人が寝ている」と思って見に行くと、そこで気づきます。「ああ、この人死んでる」と。そんな風景がいくつもありました。

阪神大震災のときに亡くなった方は、ほとんどの方が圧死でした。私の住んでいた地域も住宅の密集地でしたのでかなりの被害がありました。近所の方々が協力して壊れた家屋から人を引き張り出し、蘇生できない方を畳に寝かせていた、そんな状況だったようです。

私と家族に怪我などの被害はありませんでした。家は半壊でしたけれども、修繕して神戸の家族は今もそこに住んでいます。喪失体験としては、アルバイト先の仲間が亡くなったということがありました。亡くなったのは私と同じ高校生、未だ若い死でした。

私は近くの小学校に避難しましたが、ライフラインが復旧するに従って自宅に戻ることができました。ほどなくして、生活自体は震災前とあまり変わらなく過ごせるようになりました。しかしこの頃、小さい頃に住んでいた場所、思い出の場所はどうなったんだろうと思ってふと行ってみる、そうしたことが自然と起こりました。今考えますと、自分のふるさとがどうなったのか確かめたかったのだろうと思いますが、そのころ私は被災者でした。

地域に目を向けますと、その後、どんどん復興への取り組みが始まりまして、「We love KOBE 元気復興委員会」ができたり、歌手の平松愛理さんが「美し都～がんばろや We love KOBE」という歌を歌ったり、「がんばろう KOBE」のワッペンを着けて戦っていたオリックスがこの年優勝したりということがありました。「神戸は立ち直ろうとしています」、これは震災翌日の新聞らしいのですがまだ被災状況も十分にわからなかっただろうに、と思うのですけれども、こういう新聞が発刊されたりしました。冬にはルミネリエも開催されました。

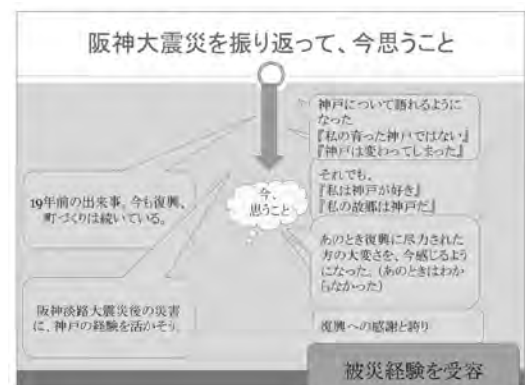
復興への計り知れない努力はずっと続けられておりまして、3年もすれば街並みはきれいになっていました。しかし、阪神大震災のときも3年後から自殺が増えてきたということもありまして、実態はそんなによくなかったのです。一方で、周囲の関心はどんどん薄れていきます。私はといいますと、だんだん被災者といわれたくないという気持ちが強くなってきました。「私、もう普通でいたい」、「神戸、神戸と言われたくない」そんな気持ちが非常に強くなってきました。私の中では神戸という町そのものが阪神大震災で彩られてしまったのです。それで、私は震災とは関係なく生きていきたい、関係ない生活をしたい、そんな気持ちで頭がいっぱいになってしまいました。そのような気持ちが強くなって行って、実際に私は神戸を離れることになりました。脱被災者を目指した過程といえます。

私は、神戸を離れて以降、積極的に神戸を思い出すということはありませんでした。神戸と震災の記憶がひっついていたので、思い出したくなかったのです。しかし、時間を経てやっと語れるようになってきました。

あれから19年経ちました。神戸は復興を成し遂げたといわれていますけれども、今でも復興の歩みは終わりにくく続いていますし、今後は、その経験を生かそうという動きもあるわけです。

阪神大震災を振り返って、今思うこと

私の経験したことを聞いていただきましたが、今、私が神戸に対して語れることは、「神戸は変わってしまった」ということです。これは、町全体が復興に向けて進んでいるときは言えなかったことです。ですから私は、「神戸が変わっていく様を見ているのは実は寂しいんだよね」と言えなくて、ずっと胸にしまっていました。



ども、今は言えます。やっぱり町は変わってしまいました。

でも、それでも私は神戸を愛していますし、私のふるさとは神戸だと言えます。再びそう思えるようになってから、あのとき復興に尽力された方の大変さを本当に感じるようになりました。それがまちの誇りになっていると思います。この誇りというのは、復興を成し遂げたから誇りに思っているということではなくて、私はあのとき神戸から離れたのですけれども、でも、あのときとどまって神戸でやっていらした方がいるということがまちの誇りだというふうに思うようになりました。こうして、時間がかかりましたが、私はあの当時の記憶を自分のアルバムに収めていくというような作業ができてきました。

簡単に、震災の経験を受け入れる過程をまとめますと、まず、発災によって自分の意思とは関係なく被災者になり、それにあらがうべく脱被災者を目指し、これは非常に大変なのでもがくということがありますし、徐々に被災経験の受容ができてきた、この過程があったわけです。ここに非常に大きな葛藤があると思います。被災者でありながら被災者でありたくない、この大きな葛藤を考えていきたいと思っています。



災害はさまざまなものがありますし、恐怖も与えますけれども、また意味づけも与えます。私が思ったのは、「今まで築いてきたもの、人生は当たり前には続かない」ということでした。「ある日突然、昨日と今日の世界が違ってしまうことがある」そういった信念を植えつけられるわけです。そうすると、もう二度と失いたくないので、一方では執着する、家や家族や土地、物とかお金とかもあるかもしれません。もう一方では、今までのことはなかったことにする、回避・放棄するという行動です。こうした両極端の感情が自分の中に芽生えますので、それが非常に大きな揺れとなって、葛藤として心の中に抱えることとなります。



この両極な気持ちを持っているのは非常にしんどいことです。どちらか一方に立つということになると、これはコミュニティの中にも葛藤が起きてきます。例えば、執着側に立った方からは、「割り切るなんて白状だ」、「故郷を捨てるのか」という言葉が相手に向けられます。しかし、回避側に立った方からす



ると、「いつまで執着しているんだ」、「もう新たな一歩を踏み出すしかないだろう」「いつまで被災者やっているんだ」そんな感じでしょうか。こうした葛藤がコミュニティでも起きてくるということです。

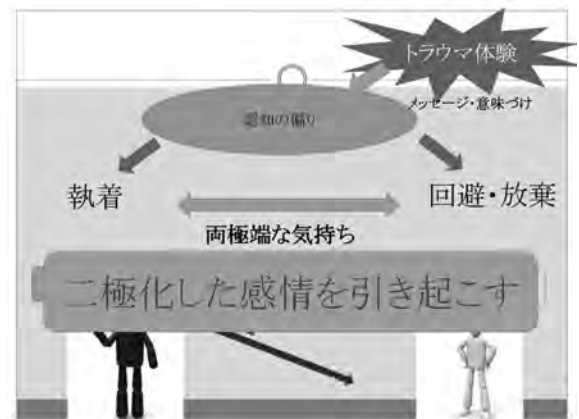
災害（トラウマ体験）によって

トラウマ体験は、恐怖も与えますけれども、認知の偏りや歪みを生じさせ、そのことで生活に支障を来すということがわかっています。トラウマ体験により二極化した感情を引き起こすということもあります。つまり、相手との考えの違いが軋轢をもたらしているのではなくて、トラウマティックな体験そのものが、二分した状況を引き起こしやすいということなのです。

災害は認知の偏りを生んで、それが両極端な感情、揺れ動く葛藤状態を引き起こします。葛藤を持続することは非常にしんどいので、どちらかの立場に立つと、違う立場に対して排除する考えが芽生えることがあります。これが今ご説明したものです。葛藤状態は非常にしんどいのですが、しかし次の歩みのために非常に大切な過程でもあります。この葛藤状態を越えるには時間がかかるということもあります。私の場合、10年～15年かかりました。

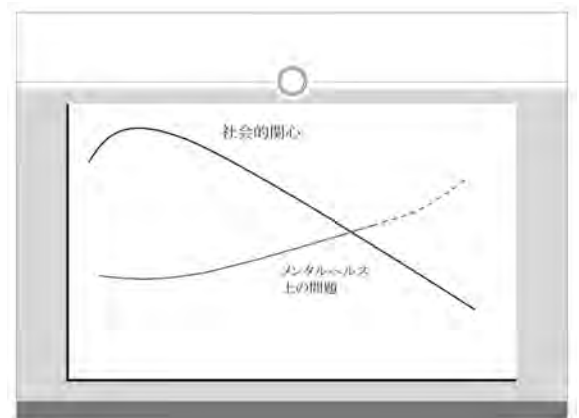
これは、社会的関心を時間経過で示したものです。3年もたつとどんどん社会的関心が薄れて、県外ではあまり関心がなくなるでしょう。県内でも、もうやめたい、いつまでもやっていたくない、私は普通に生きていきたい、そんな気持ちが非常に強い流れとして生まれてきます。社会的関心は、発災後一旦上昇するもののその後はどんどん落ちていくということを表しています。

しかし、メンタルヘルス上の問題、自殺の問題、それから支援者の問題などはだんだん増えていくということがあります。今、おそらく社会的関心は薄れているけれど、問題は深刻化しているという非常に苦しい時期に入ってきているのではないかと思います。こうなってくると、「私、しんどいです」となかなか言えなくなってくるんですね。今この時期をどんなふう乗り越えていくか、それを考えていかなければならないと思います。



災害(トラウマ体験)によって

- ・ 認知の偏りが生まれる
- ・ 両極端の感情を揺れ動く葛藤状態
- ・ 葛藤を持続することは非常にしんどいこと
- ・ どちらかの立場に立つと、違う立場に対して排除する感情も芽生えることがある
- ・ 次の歩みのための大切な過程(葛藤)
- ・ この葛藤状態を越えるには時間がかかる



復興とは…

復興とは、言わずもがなですけれども、非常に大変な作業で、その大変さは、近くにいても見えにくいし、見えないこともあります。私も神戸にいた当時はほとんど見えませんでした。新たな町づくりで町は様変わりしていきますし、10年経っても20年経っても続いていきます。神戸でもそうなので、福島はもっとそうだと思います。

その間に離れる人もいます。これは、復興が進まないから離れるということではなくて、ご自身のためにいったん離れるという選択をされる方もいるということです。復興を成すことが誇りになるのではなくて、このために踏ん張っている人がいる、これもずっといないといけないうことではなくて、一定期間でもいる、関わるということが誇りになるんだと思っています。そして、それぞれの故郷を再び語れるようになることが、私たち支援者が目指すところだろうと考えています。

私たちにできること

今は復興期である以上、葛藤があって、地域にストレスがかかっているということをまず知っておくということが大事だろうと思っています。それは、一般の住民の方も知っておく必要があるのではないかと思います。

それから、特に支援者に関しては、連携が非常に必要な時期ではあるのですが、トラウマティックな出来事のあとは、分裂状態を起こしやすいことをあらかじめ理解しておくことは重要です。それを前提に、どんなふうに連携をとっていくかとか、どんなふうに自分の健康を保っていくかということを考える必要があるだろうと思っています。

これらのことはすべて長く活動をするためと言えます。復興は長い道のりですし、また被災された方が「それぞれの故郷を再び語れるようになる」にも長い時間がかかるでしょう。復興への取り組みを続けていくためには、内部の人だけでは疲れていくということがありますので、外から人を入れながら、循環してどんどん人が入ってくるような仕組みも必要だろうと考えています。出たり入ったりも良いかも知れません。あまり「こうしなければ」「こうでないと」と思いすぎず、葛藤を抱えつつも、少し休憩したり、時には距離を置いたりしながら、長い道のりを歩んでいくことができればと願っています。

復興とは…

- ・非常に大変な作業
- ・でも大変さは近くに居ても見えにくい。見えない。
- ・新たな町づくりで、町は様変わりする
- ・10年経っても、20年経っても続いていく
- ・その間に離れる人もいます
- ・復興を成すことが誇りになるのではなく、復興のために踏ん張っている人がいる、ということが誇りとなる

→ それぞれの故郷を語れるように

私たちにできること

- ・復興期である以上、葛藤があり、地域にストレスがかかっているということを知ること(一般向けの健康教育)
- ・トラウマ治療においては分裂状況が引き起こされやすいことを理解する
- ・長く活動が続けられる工夫が必要
- ・支援活動が続けるために、外部からの支援者を受け入れる



第 15 回 心うつくしまふくしまフォーラム

日時：平成 27 年 10 月 10 日（土）13 時～ 16 時

場所：福島県文化センター

I．基調講演

「被災者・避難者の自殺防止対策について」

講 師 前田 正治 氏 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座教授

震災・災害と心の問題、そして自殺の問題は、いつも言われていることでございます。日本においては震災前から自殺の問題は非常に大きかったわけございまして、今日のような非常に天気のいい、こういった日にはあまりふさわしくない重たいテーマなのですけれども、皆様方と一緒に考えていける時間を持てればと思っております。

私からは、日本や福島県における自殺の現状、そしてまた、今どんなことが行われているかということをお話したいと思っております。

したがって、統計的データが少し多うございまして、ちょっとわかりづらかったり読みづらかったりするかもしれませんが、なるべくわかりやすくお話ししたいと思いますので、その点、ご了承いただければと思います。

自殺の統計を見ますと、実数としても心配のあるところですが、実際は自殺の統計の見方というのはかなり複雑でございまして、警察庁と厚労省の2つの統計がございます。今日お話しするのはほとんどが警察庁の統計です。

自殺者数でございますが、対人口 10 万人のうちの何人亡くなったかということで、自殺率がわかりますけれども、さらに加えて、年齢調整した死亡率、これは、自殺に限らず、体の病気や老化がかなり影響しております。そういった年齢の影響を排除した場合どうなのかをお話しします。それから標準化死亡比、これは、年齢調整した上に、さらに地域比較ができるというもので、こういった指標を用いてある程度わかりやすくお話ししていきたいと思っております。

本邦の自殺の状況

まず、自殺者数の推移でございます。平成9年頃から一気に3万人に突入していったというものです。女性はそんなに増えていませんけれども、男性が一気に増えてしまって、男性が増えた分だけが増加しているような形になっております。しかし、ここ数年は3万人を切ったということで、少しほっとしております。

しかし、自殺は増えたといわれるのですけれども、実はこの間、少子高齢化が進んでおりまして、その影響もかなりあります。なぜ3万人の方が自殺するようになったのか？とよく聞かれるのですが、殊に高齢化の影響というのは無視できないわけでございます。

次に、自殺者数を年齢別に見たものでございます。一見してわかるとおり、高齢者の自殺が増

えております。したがって、これを見る限り、高齢化社会が来たということは自殺が増えた大きな原因ではないかというのが容易に想像つくわけでございます。

高齢の影響を排除して、昭和 30 年から現在まで同じ年齢分布をとったとしたらどうなるかを見てみると、例えば増え続けていると思われている脳血管性疾患というのは、実際は高齢の影響で増えているわけです。一方、悪性新生物、がんは、年齢の影響とは無関係に増え続けています。特に肺がんや大腸がんが増えています。自殺はどうかというと、年齢の影響を排除しますと、実はそんなに増えているように見えません。

これをもう少し詳しく見ていきたいと思えます。これは、男女別に表しています。一番上が年齢調整した男性でございまして、その下が普通の自殺率、男性の自殺率で、この一番下が年齢調整した女性でありまして、上が通常の死亡率です。女性はいずれにしても下がっています。ずっと緩やかに下がっている傾向でございまして。ただ、男性のほうは、年齢調整しますといろいろな傾向が見えてきます。例えばこれは、昭和 22 年敗戦後の大混乱期でございましてけれども、非常に自殺率が高いのです。対人口 10 万比で 30 人となっております。このころはもちろん今ほどの高齢化社会ではなかったわけでございましてけれども、その後、いわゆる朝鮮戦争を契機としまして好景気が訪れます。そして、いざなぎ景気と、非常に長い好景気の時期が続きます。それで男性のほうは一気に自殺率が下がっていきます。

さらにオイルショックがございまして、ここでいったん自殺率が少し上がっておりますが、失われた 20 年間といわれる平成バブルがやってきて、また自殺率が上がってまいります。そして、プラザ合意の後のバブル崩壊によって一気にまたどんどん上がってきまして、この平成の大不況によって自殺者は 3 万人となりました。ただ、年齢調整した自殺率は、それほど高くなっていません。したがって、景気がいいので自殺が抑え込まれていて、その後景気が悪くなって自殺が多くなり、だから、3 万人を超えたと言っても自殺が極端に増えたわけではないと言われる方もおります。こうして、年齢の影響を排除してみますと、景気との循環、景気との関連は非常にクリアに見えてきます。

WHO のデータを見ると、北朝鮮や韓国の自殺率は高くなっています。年齢調整した自殺率では、日本は上から 9 番目ですが、世界的に見れば、自殺率の極めて高い国であるということがいえると思います。

これも WHO のデータで、先ほどの自殺率をグラフにしたものですが、日本も朝鮮半島も入っております。イスラム教の国、あるいはキリスト教の国というのは自殺が少ないといわれておりますけれども、確かにこれを見るとそんな感じはありますね。ただ、ヒンズー教のインドなどは高くなっております。

西欧諸国のカソリックの国では、実は明らかな自殺という形をとらなくても、例えば無謀な運転をして壁に衝突するなど準自殺的な出来事も結構多いらしくて、そこら辺は統計に出てこないという話があります。いずれにしても、日本は世界の中でも非常に自殺が多い国だということはおわかりいただけるかと思えます。

次に自殺要因を見てみました。20 歳未満は、学校問題の死因が 1 位、22% を占めています。いじめの問題などでございまして、これは非常に深刻です。やはり学校でのアプローチは重要になってきます。20 代を過ぎますと、自殺要因の 1 位は健康問題です。特に、統合失調症の方の自殺率は健常人の 20 倍といわれています。40 代～ 60 代になりますと、自殺要因の 1 位は経済的な

問題です。先ほどの景気との関係性がこの年代を中心にあるわけでございます。ですから、この年代になりますと、社会経済的な問題を解決しないと自殺の予防は難しいということがわかります。

また、60代以降は、仕事を離れている方が多いこともありまして、自殺要因の1位は健康問題が多くなっていきます。

健康問題について、うつ病と自殺との関係を見てみます。1996年～2011年はうつ病がひたすら増えております。特に女性が増えていきます。年齢別に見ても女性が多くなっていきます。世界で見ても、やはり女性が多うございます。だいたい男性の2倍～4倍、女性が多いですね。しかしながら自殺になりますとこれは逆転します。どの国をとってみても、男性が2倍以上といわれております。

ここで気をつけなければいけないのは、うつ病は女性が多いけれども、自殺するのは男性が多くて、これらを勘案すると、男性は単にうつ病だけではなくて、更に男性特有の問題があるのだらうと思います。例えばアルコールの問題があって衝動的な行為として自殺してしまうなどがあるかと思えます。

年代ごとに死因を見ていきますと、40代は、死因の第1位は自殺でございますし、50代においても自殺は2位に入っています。ここら辺が、自殺対策が非常に重要だということの大きなエビデンスになっているのだと思います。

先ほど景気の循環と自殺のことを少しお話ししましたが、これは、自殺の要因の中でも経済的な問題によって自殺をされたという方を示していますが、これと完全失業率が、きれいに合っています。これに乗ってくるのは男性でございます。男性はこのように景気の循環とほぼ軌道を一つにして自殺が増えている傾向にあることから、自殺予防は、やはり経済的な問題の解決抜きには語れないということでございます。

さて、多くの年代で健康問題が自殺の原因となっていますので、健康問題についてもう少し詳しく見ていきたいと思えます。健康問題は自殺の原因の6割を占めています。その中の1位はうつ病で約4割を占めています。統合失調症やアルコールの方もおられますけれども、圧倒的に多いのがうつ病でございます。このうつ病の方々への対応をきちんとすることによって、自殺の予防がかなりできるのだらうと思えます。

それから、自殺された方々の精神疾患はどうかを見ると、これは都精研の飛鳥井先生がされた研究でございまして、救命センターに運び込まれたかなり危険な自殺企図を行ったケースを見ますと、約75%に精神障害があったということでございます。

精神障がいを持つ方々の約半数はうつ病であります。アルコールも2割～3割おられます。

それから、これは海外の研究です。自殺に行き着いた方々から詳しく聴き取りして精神疾患を診断したのですが、やはりこれもうつ病は半数近くおられます。そして、アルコールとあわせると6割ぐらいの方がおられます。ですから、うつ病とアルコールの2つが、健康問題の一つの大きな予防のターゲットになるのだらうということが明らかになっています。ちなみに、こういう方はほとんどの方が精神疾患に入ってしまいます。

それから、アルコールに関しては、これは日本の研究でございましてけれども、時々飲む方々を標準とし1としますと、3合以上飲む方の自殺が2倍になっていて、やはり飲酒と自殺の関係が高くなっています。

それからもう一つ、アルコールとうつ病と自殺の架け橋になるものが睡眠です。自殺者の8割に睡眠障害があります。睡眠障害がある場合、自殺の相対リスクは28倍に増えます。ほとんどの方が眠れなくて、眠れない日々を過ごした後に自殺をしてしまうということでございます。また、眠れないのでアルコールをたくさん飲んでしまうという、先ほどのアルコール飲酒による自殺が高まるということとここら辺がかぶっているということでございます。

自殺をテーマに一般の方々にお話をしても、話として聞きづらいこともございますので、私はよく睡眠の話をします。睡眠とうつ病はとても関係しており、不眠はうつ病の重大な症状といわれています。しかし、うつ病は、自分で自覚しづらいものです。これはなぜかといいますと、うつ病というのは急激に激しく起こってくるわけではなくて、徐々に徐々に抑うつ症状が強くなっていきますので、その人にとってみたら、ちょうどお風呂の温度がゆっくりゆっくり熱くなっていくようなものでなかなか気づきにくいものでございます。

うつ病となりますと、精神力の問題と勘違いされる方もおられますけれども、昨日眠れていない、おととい眠れていないといった睡眠の問題は、精神力の問題であるとか根性の問題とはなりませんので、これは答えやすいと思います。

したがいまして、睡眠・不眠をキーワードとして自殺予防できないかということです。研究によりますと、1～4週間不眠が続けばうつ病のおそれがあるという、またそれが自殺にもつながるといわれています。ここら辺をキーワードにして厚労省も内閣府のほうも、「お父さん眠れてる?」キャンペーンをやってきたわけです。これに関しては、こんな簡単なものではないだろうというご批判もあったでしょうけれども、被災地では、私はほとんどこれでやっております。眠れないということで話題に入っていくほうが、お酒の問題も言いやすいですし、うつのこと、自殺のことに関してもここから入っていくほうが入りやすいのではないかと思います。

ライフリンクという有名なNPOがございまして、自死遺族の方々にいろいろ聞き取り調査をして、その実態をつまびらかにしたものがございます。自殺には、過労や事業不振、職場環境の変化といった問題・要素があるわけですがけれども、1つの要素で人は自殺に追い込まれることはありません。体を壊して職場の人間関係が怖くなるとか、失業して家族も不安になっていって借金がいっぱいあるのに返済できなくてなど、いろいろな要因が重なってうつ病になって自殺に追い込まれてしまう。したがって、どこかでブレーキをかければ、またこれで立ち戻っていく人ももちろん多いわけでございます。私もそういう立ち直った方をたくさん見てまいりましたので、どこかで予防できないだろうかというところを今、模索しているところでございます。

福島県における自殺の現状

さて、ここから本県についてのお話をしたいと思います。私どもの大学で毎年行っている調査をもとに特に2011年の震災・原発事故以降のデータを見ながら考えていきたいと思います。

よくいわれるように東北地方は自殺率が高くなっています。私がいた九州も比較的高いところが多いのですが、東京や大阪などは低くなっています。これもしかし、先ほど言いましたように高齢化の影響というのはぬぐえなくて、単に自殺が多いという中には、高齢化というのを念頭に置かなくてはいけない、東北の諸県では高齢化が顕著なので、その影響が及ぶ可能性があるということです。

さて、震災がありまして非常に耳目を引くようなニュースがたくさん出てまいりました。最近では特

に自殺をめぐる損害賠償請求をすることがございまして民事訴訟にもなっております。訴訟のほとんどが原告勝訴という形になっておりますが、こういったことがたくさんございます。

こういった大規模な災害があると、実際のところ、自殺はどうかという、あまり詳しいデータはございません。これは阪神・淡路大震災のときのデータでございます。これは唯一、自殺率を調べたものです。上が1988年から、横軸は99年まででして、一番上は、日本の平均の自殺率です。下が神戸です。1995年地震が起こりまして、一回自殺率が下がります。3年下がりますが、その後上がっています。ですから、震災があって自殺率が下がっているというのは、これではっきりしたわけでありましたが、そのあとは上がっていったということです。5倍くらい上がっていきます。ただ、上がっていったときは、実は日本全国で自殺が増えた時期にもあたりますので、これは震災の影響かどうかよくわからないのです。ただ、いったん自殺率が下がるというのは他にも見られます。実は、戦争があると自殺率は下がっていくという報告はいくつかございます。戦争があると国民が一致団結するので、おそらくそれで自殺率は下がっていくのではないかと報告があります。反論する論文もあるのですが、震災があって自殺率が下がるというのは、そういった知見から考えると考えられなくもないですね。

福島の場合は、岩手・宮城と同様に津波の被害もありましたが、一番は原発災害でございます。よくいわれることはあいまいなストレス状況でございます。南相馬市の小高区を例にすると、ある家は地震で全壊しています。ある家は非常にきれいで、きれいなだけでもここに住めないと。住めないけれどもいずれは住めるだろう。いずれは住めるけれどもその住める時期がわからないという、非常にあいまいなストレス状況に置かれているところでございます。

その中で、例えば、ご主人さんが仕事のために残って、奥さんと子どもさんが避難されているというような家族間のあつれきが生じてきます。特に最近では、例えばいわき市のように、2万人を超すような避難者の方々を抱えているところでは、早く出てほしいといった被災者に対する非常に複雑な感情を持たれている住民の方も多くなっております。こういうさまざまなあつれきが起こってきておりまして、こういったことがコミュニティーのレジリエンスを下げてしまうかもしれません。先ほど自殺率が下がっているという話をしましたが、これはコミュニティーの結束が一つの大きな理由かもしれません。しかし、それが弱まる、原発災害というのはそういったことをもたらすこともあるかもしれないと思われまます。

そもそも、なぜこんないろいろなあつれきが起こりだすのかというと、非常に大きな原因の一つは、放射線のリスクに対する認知が人それぞれで違うということです。これは、国立精神・神経医療研究センターの鈴木先生に私たちのデータをまとめていただいたものでございます。これを簡単に説明しますと、要は、放射線の急性期の影響を心配される方は割と少ないですけれども、晩発影響を心配されている方はかなり多くて、また、その方々というのは精神的に具合が悪いということです。

すなわち、放射線のリスクの認知というのは健康度を悪化させるということです。あるいは、健康度の悪い方がリスクの認知も悪くなるといった傾向があるということがわかります。

浜通りを中心として強制避難を余儀なくされた13市町村の方々20万人に対して毎年健康調査を行っております。K6といううつ病や不安障害を測るチェックリストの結果をみると、非常に高い数

値になっていましたが、年々明らかに下がってきております。初年度は14.6%がうつ病の可能性があると考えられたのが、今は9.7%まで下がっております。ただ、日本の平均が3%ぐらいですから、まだ3倍近くうつ病のリスクがあるということです。

福島・岩手・宮城の被災3県を比較したものでございます。一番上は自殺者数で、一番下は、標準化死亡比で年齢調整した上に、日本のその年の平均を100とした場合にどれぐらいあるかを見たものです。

もともと震災前は、福島は108ありました。経年変化を見てみますと、震災が2011年にございまして、12年、13年といったん下がりました。阪神・淡路とまったく一緒です。ところが、昨年からはまた上昇に転じておりまして、福島県は126、岩手県138、宮城県は119と増えています。これは年齢の影響を排除したものでございますので、高齢化の影響以外のものを考えないといけないのですが、まずU字型をたどるというのは先ほどの話と同じでございまして、私たちトラウマを専門としている者からいうと、「震災後3年説」はあながち間違いではないと思います。福島は宮城よりずっと多いような感じがしますので、やはり今後も気をつけなければならないという警鐘を与えてくれるデータだと思います。震災関連死が直接死を上回っている唯一の県は福島でありますし、とりわけ自殺者は多いほうです。これは、私どもの健康管理センター、健康管理調査のほうの結果の経年変化を見たものでございます。国のデータと並べて見ております。K6が13点以上の方というのは、男性・女性ともに高いですけれどもだんだん下がっていることは間違いありません。それから、PTSDのチェックリストを見ても、ゆっくりとは下がっております。

ところが、2年目からはCAGEといって、アルコールのハイリスク者を注意する質問を行っておりますが、これで見ると、2013年17%、2014年が19.8%と上がっておりますし、女性も、2013年は5%、2014年になると8.7%と、むしろアルコールの問題に関しては増えている、ハイリスク者が増えているという状況があり、これは気をつけなければいけないと思います。自殺ともかなり密接な関連がありますので、アルコール対策は重要になってきます。

それから、K6が13点以上のうつ病の可能性が高い人たちと、そうでない人たちの、お酒の飲み方の違いや飲み方の変化を見たものです。

これを見ますと、最も悪いのは、全く飲まなかった人が大量飲酒を始めたことです。数としては50と非常に少ないですけれども、こういった方々のうち4割がうつ病あるいはうつ病の可能性が高いということでございます。それから、飲んでいなかったけれども適量飲酒を始めたという方も少しあります。もともと飲んでいた方は、適当に飲む方が11%、たくさん飲むが13%、飲まなくなってしまう方が20%となっています。

これは簡単には言えないのですが、経済的な問題、体の問題や様々な要因があるのではないかと思います。注意すべきはやはり飲まなかった人が大量に飲むようになったということです。ですから、現在の飲酒量の問題よりも、震災前の飲酒のパターンをよく聞いておくというのは重要だと思います。

こちらは、飲酒行為も含めてどういったことが精神的不調に関連したかということを2012年に調べたものです。そうしますと、震災前から精神疾患があったという方は高いのですけれども、同時に、お酒を飲まなかった人が大量飲酒をするようになった方は非常に高くなっております。実は、原発

事故を体験したとか、近親者の死別を体験したという人よりも高いのです。ですから、飲まなかった人が飲み始めたというのは非常に重大な指標になるのではないだろうかと思います。

さて、もう一つ、福島で気をつけなければいけないのは支援者の問題がございます。福島の支援者は過労状況が続いておりますし、サポートも遅れています。また、岩手県・宮城県に比べると住民が不安にさらされていることが非常に多いです。そして、なんといっても支援者自身が被災者であり、家族と別居したり、避難生活を送ったりしている方が非常に多いわけです。

そもそも宮城県や岩手県でも、支援者が一般住民よりはるかに悪いというデータが出ておりましたので、私が福島に来て、最初に倫理委員会を通してやった調査というのは支援者への調査でございます。

少し紹介しますと、沿岸部のある町、これは帰還を果たしている町ですけれども、その職員さん 92 名に対して面接調査をしました。これは町のたつての要望で、全員診察をしてほしい、診断面接をしてほしいというふうに言われてまして、日本全国から精神科医に来てもらって、心のケアセンターのスタッフと一緒に調査をしました。1人1時間ぐらい面接をして、そこで簡単な診療もしましたが、結果は非常に悪かったですね。うつ病の方が約 15%もおられました。

これは、ある手順に従って診断面接した結果ですから、非常に正確な診断だったと思います。これはそのときにうつ病だったという時点有病率です。さらに、自殺のリスクがあるという判断をした方が8%おられました。これはいったいどういう集団なのかと本当に驚きました。

92 名のうち 15 名に対して受診勧奨をしました。私も何枚か診断書を書きまして、説得して6名の方に紹介状をもって近くのクリニックや病院に行っていただきました。このような調査は今まで何度かしたことがあるのですけれども、こんなにうつ病の方がおられたのは初めてでございます。とても驚きました。

ただ、たまたまだったのではないかと思います。次にB町について調べてみました。これは、現在避難中の町でございます。職員 76 名にA町と同じ形で面接したら、うつ病の方が5分の1おり、A町よりもっと悪い状況でした。実は、4分の1が辞表を出しておりました。地方自治体は非常に深刻な状態に立ち入っていて、自殺未遂者もおられたということとでございます。

さすがに2つの町が同じような傾向を示していますので、これはおそらく沿岸部の強く被災した自治体の皆さんはこんなふうになっているのではないかとすることは類推できます。ですから、彼らに対する支援、職員に対する支援をやっていかないといけないと思います。

それから、自治体職員以外で重要になるのは相談員といわれている方々です。震災前はいなかったのですけれども、震災後にいろいろな相談員制度ができて、例えば、社会福祉協議会がやっています生活支援員の方々が福島に 200 名おられますけれども、非常に過酷な状況の中で様々な支援を行っております。見守りという言葉はいいのですけれども、実際は大変な仕事をされているわけです。こういった相談員の方々のケアをやっていかなければならないということとでございます。つまり、自殺のゲートキーパーとなる見守り役の方々の研修やケアをやっていかなければいけないということとでございます。

自殺予防とポストベンション

最後の時間を使いまして、私に関わっているものについてご紹介したいと思います。

まずは国です。国がどう考えているか、これもご存じの方もたくさんおられると思いますが、国がやっているのは内閣府が中心になって行っておりますけれども、自殺総合対策会議という非常に重要な会議を日本の国を挙げてやろうとしています。それで、自殺総合対策大綱というのができまして、現状としては非常に深刻な状態だということです。先ほどから言いっておりますように、自殺は追い込まれた末の死ということです。すぐに自殺するわけではないということです。したがって、自殺は制御ができるのではないかとということです。それから、総合的に取り組む。これは自殺の要因が非常に多岐にわたることを考えますと当然ということです。精神状態だけではないわけです。

厚労省のほうの自殺対策の基本ですけれども、だいたい3つの柱がいわれております。まず第一に普及啓発活動です。それから、なんといっても見守り支援です。ゲートキーパー機能を充実させるということです。それから、先ほど見ましたように中高年男性、特に職域での自殺が非常に増えているということから、職域の全体に対する対策が必要です。今度12月にはストレスチェック事業が義務づけられますけれども、そういった対策です。それからアウトリーチ、そして医療改革を行うとなっております。

とりわけ、福島ではこの2番が非常に重要であると思います。福島は決してもともと震災前から専門職は多くなかったものですから、こういった見守り支援を行う方々というのは震災後たくさんやってきました。先ほど言った社協もありますし、環境省の相談員制度もございます。ところが、相談員の方々、もちろん研修は受けていらっしゃるのですが、非常に重要な役割があるにもかかわらず、疲弊した状況が続いております。つい最近も、ある仮設住宅の中の公園で避難者の方が縊死自殺をされて、その町の支援を行っていたのは社協の生活支援員の方々でしたけれども、本当にショックを受けていらっしゃいました。相談員の方々自体が被災者の方も少なからずおられますので、自分の家族を守りながらもそういった見守り支援をやっていくということで、非常に過酷な仕事をやっておられます。こういった方々が倒れないようにしなければいけないですね。非常に重要なことだと思います。

それから、不幸にして職場で亡くなった方がおられたときに、その職場への支援であるポストベンションも非常に重要でございます。

県立医大の中に、私どもの講座がございます。矢部先生率いる精神科の講座でございまして、ただ、私どもの講座で一番重要なのは、放射線県民健康管理センターということと、それから、学外にあってはふくしま心のケアセンター、それから、大川先生が代表をされております「なごみ」、こういったところとの連携が重要でございます。

本日は2つをご紹介したいと思っております。まず、心のケアセンターです。基幹センターと方部センター5カ所に分かれています。今年度、県南方部は県中に統合されました。県北、会津、相馬の「なごみ」、いわきと、こういったところで活動していますが、被災者の方が沿岸部に帰っておりますので、これからは浜通りが重要になってくると思います。つい最近檜葉町が帰還し、来年3月は小高、そのあとは富岡とか浪江とか、どんどん人口の多いところが帰還してきます。こういった帰還者の支援を避難者の支援と同様にやらなければいけないことだと思います。

心のケアセンターは、看護師・ソーシャルワーカー・臨床心理士など多職種でやっておりますが、単年度契約で行っておりますので、非常に不安定な中で仕事をしています。そしてまた、仕事も毎日ハードですので、彼らのメンタルヘルスも重要です。やることはたくさんあるのですが、とにかくスタッフのマンパワー不足、これを何とかしなければいけないので、そのことを厚労省にもお願いしております。新規の募集をかけてもらったところです。

最後に、健康調査についてですが、これは単に調査をするだけではございませんで、調査結果に基づいて電話支援等を行って、心のケアセンターや市町村と連携を密にして支援を行うことをしております。

20万人の方々を対象にしていますが、現在、約5万人の方々から返信がございまして、そのうちの約1割、4,000人の方々に電話支援を行っております。4,000人に電話をすると、4ヶ月～半年ぐらいかかります。だいたい15名のチームで、心理士、ソーシャルワーカー、保健師、看護師など多職種でやっておりますが、やはり、ファーストタッチを急がなければいけません。平均すると12～13分ぐらいの時間しか取れないのですけれども、そんな中で皆頑張っております。

電話支援の結果、一部の方々がケアセンターや市町村に申し送られてきます。私どものサポートチームも、地域に直接行こうということで地域チームをつくりまして、今までは電話支援が中心だったのですけれども、心のケアセンターを中心に、支援ネットワークをより充実させようということを今年度から始めたところでございます。

それから、楡葉町には全く医療機関がございませんので、楡葉町・広野町・川内村の3町村を念頭に置いて、県立大野病院附属ふたば復興診療所が来年2月にオープンする予定です。内科・整形外科で県立医科大学からドクターが日帰り診療をします。更に楡葉町からは、ここにぜひともメンタルヘルスの専門職を置いてくれという要望がありましたので、なるべく4月をめどに心の相談室を設けまして医療のお手伝いをしていこうと思っています。

自治体職員のケアについては、メンタルヘルス総合対策事業、これは総務省がやっている事業ですけれども、そこが管轄してやることになっています。先ほどご紹介した2つの町も実はこのメンタルヘルス総合対策事業というのを受けていまして、受けていてもあのような状態です。加えて、このメンタルヘルス総合対策事業自体が今年度で終わるということもございまして、いったい来年度は、深刻な状況にある自治体職員をどうするのかということがございます。私としては、地元で自治体職員のケアセンターのような組織を置いて、一つずつの自治体が小さいですから、その自治体の方々を統括して見られるようなセンターをつくって、そこを心のケアセンターがバックアップしようという対策をとれないだろうかと思っております。こういうケアをするということは今まで本格的にはなかったもので、暗中模索でやっているところでございますが、これが喫緊の課題でございます。



Ⅱ．シンポジウム

「福島県内における自殺の現状と防止対策について」

コーディネーター：前 田 正 治 氏（福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座教授）

シンポジスト：

①「自殺を減らすためにできること～統計から見えてくること」

畑 哲 信 氏（福島県精神保健福祉センター所長）

②「電話相談から見えてきたもの」

田 中 照 子 氏（社会福祉法人福島いのちの電話）

③「相双地区の現状と課題について」

大 川 貴 子 氏（福島県立医科大学看護学部准教授）

④「自死遺族支援の立場から」

金 子 久美子 氏（自死遺族支援グループ福島れんげの会代表）

自殺を減らすためにできること～統計から見えてくること～

福島県精神保健福祉センター 畑 哲信

先ほど前田先生から包括的に統計の話をしていただきましたので、残りの統計のところを踏まえて、特に対策についての示唆というところでお話しをしていきたいと思います。

まず全国と福島県の自殺率の年次推移を見えます。震災のあった年を境に全国的にも福島県も下がってきていますけれども、ここ2～3年、福島県は横ばい状態になっています。

市町村ごとの自殺率

これは震災前の平成22年の自殺率を推計していますけれども、震災前は、浜通りのほうで若干自殺率が高い市町村がありました。23年以降は中通りの一部で少し高いところがありました。24年になると、今度は会津のほうも少し高いところが出てきたり、25年は、会津で少し高いところがあったりという形で、浜通りの住民票を持っていらっしゃる方の自殺率は自殺の統計上はそれほど高くはなっていないようです。26年をみると田村が入ってきていますので、その辺はもしかすると震災との関連があるかなという



ところは気になるところではあります。

市町村ごとの自殺率(H23人口動態統計)

■ 多い傾向
■ 有意に多い
■ 少ない傾向
(全国との比較
二項検定)



5

市町村ごとの自殺率(H24人口動態統計)

■ 多い傾向
■ 有意に多い
■ 少ない傾向
(全国との比較
二項検定)



6

市町村ごとの自殺率(H25人口動態統計)

■ 多い傾向
■ 有意に多い
■ 少ない傾向
(全国との比較
二項検定)



7

市町村ごとの自殺率(H26人口動態統計)

■ 多い傾向
■ 有意に多い
■ 少ない傾向
(全国との比較
二項検定)



8

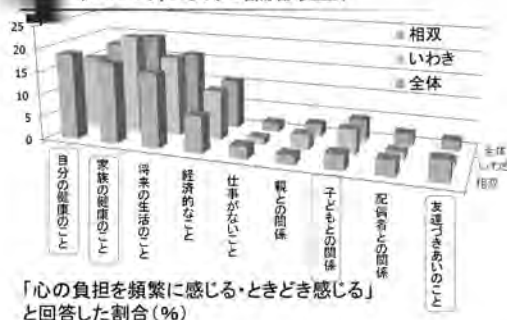
心の負担に感じること

これは県政世論調査で県民のストレス状況を測定したものです。それぞれの項目について心の負担を感じる人の割合を出しています。一番奥は県全体、真ん中はいわき方部、一番手前が相双方部のストレスの状況ですけれども、若干浜通りのほうで高くなっている項目がありました。相双では自分の健康のこと、いわきでは家族の健康のことが高く、これはやはり放射線関係のストレスが大きいのかなという気がします。

それから、いわきでは子どもとの関係、これもやはりお子さんに対する健康の不安などというのがあるのかなと思いますし、特に若い方だと思いますけれども、友達付き合いのこととなると相双で県全体よりも高くなっていて、いろいろな意味でのストレスが浜通りの方にかかっているのかなと思います。ただ、経済的なところを見ると、県全体でそれほど変わりません。この辺はもしかすると、自殺する数というところにはあまり大きく出ないというところと関係しているかもしれません。

震災前から自殺は全国的にも県内でも減少しつつあって、特定の地域で一貫してどうかというのは、大ざっぱに見た限りではありません。ただし、浜通りでは、健康や友人、子どもとの関係での

心の負担に感じること
(H25県政世論調査)



「心の負担を頻繁に感じる・ときどき感じる」と回答した割合(%)

9

ストレスがやや多くなっています。ただし経済的な面でのストレスは全県と比べてそれほど変わらないということがありました。

被災地域特有の増加が見られないのはなぜかということになると、対策が心のケアセンター中心になされているという効果もあるかもしれませんし、また、震災需要・復興需要といった経済的な改善もあるかもしれません。それから、災害があると一時的に自殺の数が減るという一つの要因として挙げられるのは、お互いの絆が深まるということがありますので、そういったこともあるかもしれません。

いずれにせよ、自殺というのは一言で何が原因かはなかなか言いづらくて、自殺を増やしてしまうストレス要因と、逆に、絆とか支援といった予防要因、その両方が合わさったもので出ているのかなということは踏まえておいていただいているいいかと思います。

年代別の自殺背景

生活の変化、心の面でどのような自殺の背景があるかを見ていただきたいと思います。これは警察の統計です。左が男性、右が女性、震災前の平成15年の統計ですけれども、自殺の原因・動機が何だったかということです。特に、30～60代の男性の自殺が経済的な原因で多かったということがわかります。

平成15年と平成24年を比較すると、男性の経済生活問題を背景とした自殺が平成24年は大きく減っています。全体的に見ると、経済的な要因というのはある程度の影響があるだろうと自殺の推移と有効求人倍率

福島県と全国の自殺未遂に有効求人倍率を重ねてみると、福島県の有効求人倍率は、震災前0.4前後だったものが、最近1.4ぐらいで全国の有効求人倍率と比較して非常に上がってきています。そういったところは影響があるのではないかと思います。最近のニュースでは

- 震災前から自殺はやや減少しつつある
- 特定の地域で一貫した増加はない

- 浜通りでは健康や友人・子どもとの関係でのストレスがやや多いが、経済面への影響は少ない
- 自殺率の増加が見られないのは…
 - ・対策の効果？
 - ・経済的な改善？
 - ・災害できずなが深まった？
 - ・災害後の心のケアの効果？

自殺には、促進する要因(ストレスなど)と
予防する要因(きずなや支援)がある

10

年代別の自殺背景(H15)(福島県)

—経済問題を背景とする中高年男性の自殺—



- ・男女ともに高齢者は健康問題を背景とする自殺が多い
- ・中高年男性は経済生活問題を背景とする自殺が多い

12

年代別の自殺背景(H24)(福島県)

—中高年男性の経済問題を背景とする自殺が減った—



13

自殺率の推移(人口動態統計) と 有効求人倍率



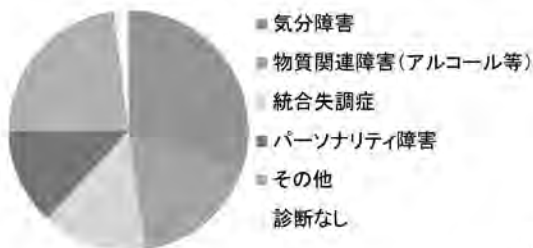
14

そろそろ頭打ち、踊り場に差しかったといわれていますので、自殺率のほうも少し予断を許さない状況になっているかと思います。

もう一つは90%以上の方が精神疾患の状態にあって自殺に至ったと考えられるという話です。生活か心の問題かどちらかというのは、もちろん両方の問題があるわけで、生活のストレスがあって追い込まれた状態、かなり精神疾患に近い状態になって自殺するということです。

自殺者の多くが精神疾患の状態にあったと考えられる(90%以上)

自殺と精神疾患(WHOの報告)



15

自殺には生活と心の問題が関連



16

精神科に受診しないままに自殺

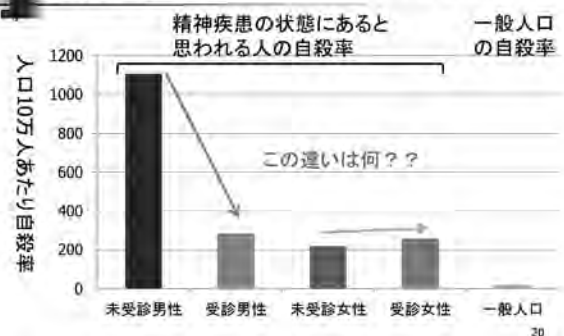
福島県内自殺者の受診状況推計(H23.2調査) (精神医学,2014)



19

精神科受診の有無別の自殺率の推計

(精神医学,2014)



20

これを踏まえて、もうちょっと予防というところの話をしたいと思います。精神疾患の状態になって自殺に至るということだと、精神科にかかればいいのかという話になるのですが、本当にそうなのかということで、いろいろな調査データを駆使して、23年の2月、ちょうど震災の直前、県内の自殺者の受診状況について調査をし、そのときの警察統計などとあわせてみてみました。男性と女性を比較すると、男性は未受診で自殺された方が多く、女性は、受診されているけれども自殺されている方もいるということになります。

これに有病率などをあわせて、精神疾患の状態にあると思われる人の自殺率を推計してみました。本当はうつ状態なのだけでも未受診の方、男性は、10万人当たり1,000人を超えるという非常に高い自殺率を示して、それが受診している男性では200人あたりということで急に少なくなっています。これを見ると、確かに受診すれば自殺率は低くなるのだと思いますが、ちょっと引っかかることがあります。女性のほうです。女性は、精神疾患の状態にあると思われる方の受診の有無を比較すると、ほとんど変わりません。これは、精神科医療が本当に効果があるのだろうか

ということを改めて考えさせられたデータです。

男女の違いから考える自殺予防効果

受診による効果に男女で違いがあるのはなぜかを見ていきます。様々な文献をみると、受診してお薬を出しました、それで自殺はある程度下がりますけれども、薬の効果にはほとんど男女差はありませんでした。では、なぜ男女差が出てくるかという、おそらく男性は自分から相談するということは苦手なんだけれども、受診をきっかけに相談することができた、それで男性の自殺予防効果が大きかったということが一つ考えられます。

それからもう一つは、受診時の生活上の背景です。男性と女性を比較すると男性は正社員が多くて、うつ病になってしまったら病休をとって休む、そうやって療養の環境を整えることができます。それに対して、女性は非常勤や主婦が多く、主婦の方が例えばうつ病になって休みましょうといわれても、休める環境はそう簡単にはつくれないですね。むしろ、家庭に帰って、早くよくなれよというプレッシャーを感じてしまって、かえって休まる環境がとれないというところもあるのではないかなと思います。ですから、単に受診すればいいというわけではなしに、その上でどのような策をとるかということが大切ではないかと思います。私たちは精神保健をやっている上で、なるべくうつの人を見つけて受診につなげましょうということを主に考えていましたけれども、どうもそれだけではなしに、しっかりと生活の面をサポートするということが必要なのだらうと思います。

例えば、これはAさんの例ですが、管理職である課長に昇進後、うつの状態になって妻に会社を辞めたいと相談したのだけれども、経済的な問題があってなかなかそれがうまくいかない。上司に相談したら、死ぬ気になればどんなことでも頑張れると励まされてしまいます。その数日後、排ガスで自殺未遂を図り、一命は取り留めて精神科を受診して、うつ病という診断で治療が始まり、病休を勧められたのですが、精神疾患で休むとなんとなく自分のその後のキャリアに差し支えがあるのではないかと心配をして、なんとか頑張って勤務を継続しました。4カ月も続けたのですが、また同じように排ガスによって自殺未遂をしているという形です。この方は、せっかく受診したのだけれども、療養環境をうまく整えることができなかったということが自殺未遂の原因にあるのではないかなと思います。

男女の違いから考える自殺予防効果

受診による効果に男女の違いがあるのはなぜ？

- ☐ 薬の効果にはさほど男女差はない
- ☐ 男性は相談力が弱い、受診で孤立解消される
- ☐ 男性は正社員が多く病休によるメリットを受けやすい
- ☐ 女性は非常勤や主婦が多く病休によるメリットを受けにくい

受診すればいいというわけではなく、
どのようなサポートを受けるかが大切

21

Aさん：管理職の男性(46歳)

- 課長昇進後仕事に悩み、妻に「会社を辞めたい」と相談するも、妻は勤務継続を懇願(脳梗塞の父親を抱えている。娘が嫁入り前。家のローンが残っている)。4日間の休暇後、「上司に会社を辞めたい。」と相談するも「死ぬ気になればどんなことでも頑張れる。」と励まされてしまい、数日後、排ガスで自殺未遂を図る。その後精神科を受診し「うつ状態」の診断のもと休養を勧められた(自殺未遂については伝えなかった)。上司と相談するが、精神疾患での病休をためらい勤務を継続した。なんとか4ヶ月間勤務を続けたが、転勤の内示が出された4日後、排ガスにより再度自殺未遂。

(内容は改変しております)

22

「受診・薬」だけでは不十分

全ての方がこれに当てはまるというわけではないのですが、受診や薬だけでは不十分な場合があります。まずは病気を受容してもらう、そういう辛い気持ちを支えるということが必要です。また、家族に理解してもらうだけでなく、経済的な支援なども考えながら、その方を支える方への支援が必要だと思います。やはり自殺するのではないかとこのところの安全管理も医療の中で求められるのだと思います。

倒産に瀕する中小企業経営者支援の現場から

秋田県では、自殺が大きく減っています。秋田県で倒産に瀕する中小企業経営者の支援をしていらっしゃる方について紹介します。

企業を経営していらっしゃる方は、自分の生活もさることながら、従業員の生活も預かる身であって、なんとしても資金繰りをして倒産させたくないと思うわけです。けれども、結局それも行き詰まって、この方のところに相談にいらっやいます。そういったときに、最初に何をするかというと、その方たちの思いを時間をかけてとことん聴く、これが一番大事だとおっしゃっています。もちろん、資金繰りは難しいという事実にはいずれ直面しなければいけないですが、それにきっちり直面できるためには、そういった思いを受容するための時間が欠かせないということなんです。

もちろん、それと併せて、例えば生命保険をかけているときは解約させるとか、そういった危機管理のところも考えていく必要もあるし、精神科で診てもらって、その上で診療を勧めていくことも必要だということです。

ゲートキーパー

こういった役割を担う方をゲートキーパーと呼びます。自殺の危険が高まっている人に、精神科の受診を勧めるというような生活の支援をしていく方です。今回の震災でも、市町村の職員であるとか、訴訟の問題と絡んで司法書士であるとか弁護士の方々、そういう方たちはかなりゲートキーパー的な役割を求められたと思います。実際、うちのセンターでこういった方たちに

「受診・薬」だけでは不十分 ⇒薬以外の支援が大事

- 病気を受容する気持ちを支え、療養への不安を受け止め、療養に向かわせる **気持ちを受容する**
- 療養できる環境を整える（経済的な問題、キャリアへの影響など） **生活支援／連携**
- 家族や職場の理解、孤立の解消 家族への支援 **支援者の教育／支援**
- 安全の確保（入院など） **危機管理**

23

倒産に瀕する中小企業経営者 支援の現場から

- 企業の経営者としては自分の生活もさることながら、従業員の生活も預かる身であり、何とんでも資金繰りをつけて、倒産させたくないと思うものですが、それも行き詰って相談に来るわけです。
- まず最初にするのは、そういう思いを、時間をかけてとことんまで聞くことです。資金繰りは難しいという事実には直面するためには欠かせません。
- 自殺させないことは最優先です。本人に生命保険をかけているときは解約させます。危ないと思ったときは、まず精神科で診てもらうこと、その上で支援を進めるようにします。

受容
危機管理
連携

25

ゲートキーパー

- 自殺の危険性が高まっている人は、精神疾患に近い状態に陥っていると考えられます。しかし、そういう人が精神科に受診するとは限りません。むしろ、悩みのもととなっている生活の相談に訪れます。



26

研修を行ったのですけれども、例えば司法書士の方で研修をしようとして、きちんと話を聴くような研修をしましょうと言ったところ、いや、まず私たちも結構疲れているので、自分たちの心のストレスを解消する方法を教えてください、と言われたことがありました。そういったことも含めてゲートキーパーの方たちの研修が必要なのだろうと思います。

悩みの相談相手

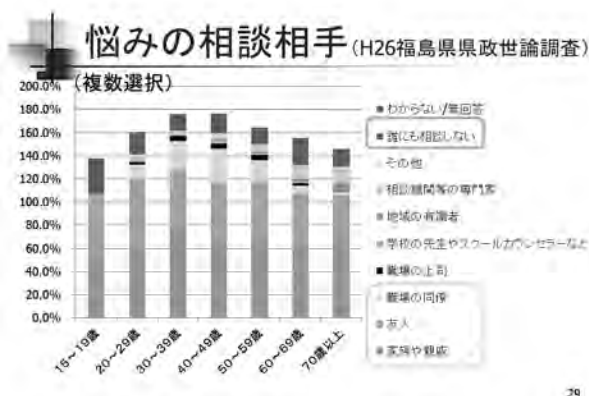
さらに、一般の住民の方の役割もあります。これは、県政世論調査の中で、悩みがあったときに誰に相談するかというのを聞いたものです。一番が家族や親戚、二番目が友人、三番目が職場の同僚です。この3つで9割ぐらゐを占めています。中には誰にも相談しないという方もいらっしゃるのですけれども、やはり、専門職というよりは、身近な方がまず相談相手になるということが非常に大切だろうと思います。

気持ちを受け止める

これは今年からある大学で始めた大学生を対象にした研修の中で使っているスライドですけれども、友達が元気がないときに、声をかけて、気持ちを受容して、必要なときには相談を勧める、そういったことが大切なのだろうと思います。

援助希求

特に男性に多いと思いますけれども、迷惑をかけたくないから我慢する、そういった文化、価値観というのはあると思います。それはある意味で自殺対策にはマイナスになります。1人で取り組むよりも協力したほうが物事は解決しやすい、上手にものを頼むことは、生きる力のひとつであると、そういった価値観の転換というの也需要で、こういったところは教育の分野とも連携しながら積極的に取り組む必要があるのかなと思います。



29

気持ちを受け止める

「元気がないみたいだけどどうしたの？」
「そうか、大変なんだね。」
「疲れちゃったんだね？」

気持ちの受容

- そばにいて気持ちに耳を傾ける(傾聴)
- 本人の気持ちを理解しようとする
- 本人の気持ちや努力に敬意を持ち尊重する(安易な慰めや説得は不要)

つなぎ

相談や受診を勧める

悲観・不眠
落ち込み

30

援助希求 ～価値観の問題

- 「迷惑をかけたくないから我慢する」???



- 一人で取り組むよりも協力したほうが物事は解決しやすい。
- 上手にものを頼むことは生きる力のひとつ。



電話相談から見えてきたもの

社会福祉法人福島いのちの電話 田中 照子

本日は、東日本大震災と原発事故等に関して『福島いのちの電話』で受けてきた電話相談の概要と、自殺予防のために私たちにできることがあるとしたらということをお話したいと思います。

『いのちの電話』というと、時々宗教団体と間違えられることもありまして、どのようなものかを簡単にご説明します。1953年少女の自殺がきっかけとなって、イギリスで始まった市民による、自殺予防を目的とした世界的なボランティア運動です。現在40カ国以上で組織されていて、日本では1971年に東京を最初に全国各都市に広がっています。

『福島いのちの電話』は

1997年9月1日、全国で43番目、東北では5番目に誕生いたしました。毎日午前10時から午後10時まで、毎月第3土曜日は24時間、毎月10日は、自殺予防フリーダイヤルということで24時間、年中無休で電話相談を受けています。今、この時間も仲間たちが電話を受けています。

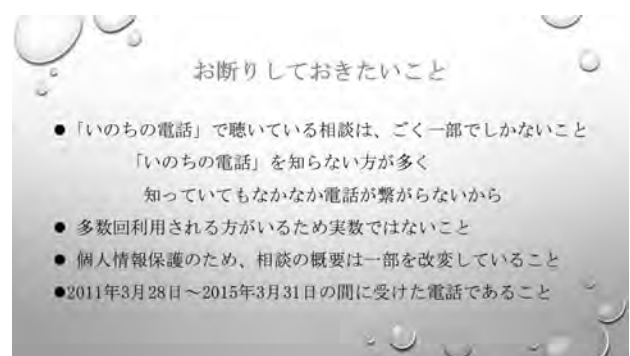
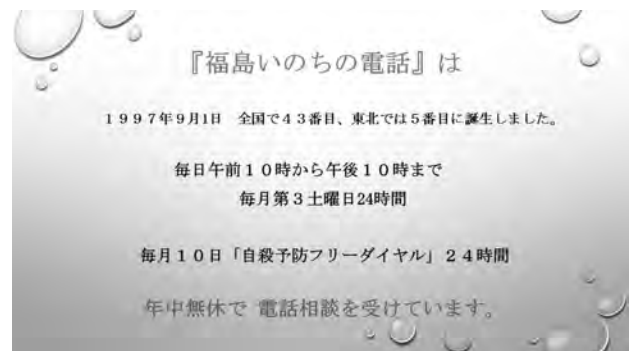
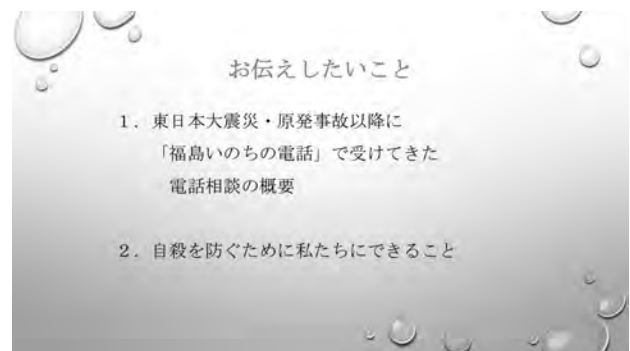
お断りしておきたいこと

最初にお断りしておきます。いのちの電話には、毎日たくさんの方が電話をかけてこられるので大変つながりにくくなっており、私たちは、その電話の3%ぐらいしか受けることができません。ですから、私たちが受けている電話相談は、相談のごく一部でしかありません。しかも、多数回、何度も同じことで相談される方がいらっしゃるので、これからお示しする数字は実数ではありません。また、個人情報保護のため相談の概要は一部改変してお話しさせていただきます。

震災関連主訴分類表

『いのちの電話』では、電話を受けたときに、相談内容ごとに主訴を分類し統計をとっており、ホームページでは、どんな電話相談があったかということをご覧になれます。

私たちは、震災直後の2011年3月28日から13日間、震災フリーダイヤルということで電話を受けましたけれども、放射能や震災に関することの相談を受けた際に、既存の分類表のどこに入れ



たらしいのかとても悩みました。

そこで、『福島いのちの電話』では、独自に震災関連の主訴分類表を作成しました。これは、統計的な手続をとってつくったものです。『家族、生計、生活に関すること』、『原発事故への怒りと影響への不安』、『住環境への不満と望郷の思い』など、震災のことがわかりやすいように8項目に分けました。

震災関連主訴分類表

	大分類	小分類	
1	家族・生計・生活	1. 喪失 2. 離散 3. 失業・家業不振・経済的困難 4. 生活 5. 人間関係(家族・近所・友人) 6. その他	人生 思想・人権
2	原発事故への怒りと影響への不安	1. 東電への怒り 2. 補償 3. 除染・収束 4. 健康被害(衣食住) 5. 子どもへの影響(転校・外で遊べない等) 6. その他	職業 経済
3	住環境への不満と望郷の思い	1. 損壊・流失 2. 仮住まいの不満 3. 今後の住まい 4. 残してきた家・墓 5. 望郷の思い 6. その他	家族 教育
4	心理的不安・心身の病	1. 心が不安定 2. 心の病気や障害の発症・悪化 * 3. PTSD症状 4. 身体の病気や障害の発症・悪化 5. その他	対人 男女
5	生きがい・人生観・社会観	1. 肯定的に変化 2. 悲観的に変化 3. 孤独 4. 喪失感 5. 罪悪感・自責の念 6. 自殺念慮 7. その他	夫婦 身体疾患
6	福島に対する差別・偏見	1. 風評被害 2. 自分・子・孫への差別 3. その他	情報 その他
7	行政への不信・不満	1. 不満 2. 不信 3. 怒り 4. その他	
8	その他	(津波・地震等) 1. 自然災害の不安 2. ペット・家畜 3. 励まし・感謝 4. マスメディアへの不満 5. その他	

震災・原発事故以降に受けた相談電話

相談内容は、震災に関連が「ある」のか、「ない」のか、またどのような内容なのかを、電話を受けた相談員がこの表に沿って分類し統計をとっていきました。

全体で毎年約 15,000 件～ 18,000 件の電話を受けているのですが、震災に関連「あり」は、11 年度は 1,068 件、12 年度は 826 件となっています。件数、パーセンテージとも年々減少しており、14 年度ではだいぶ件数も減ってきています。

相談時間の変化

震災に関連する電話の相談時間については、11 年度は平均時間が 27.5 分、14 年度は 34.6 分になっています。全体が平均 18.3 分で終わっているのに比べると、圧倒的に時間が長

震災・原発事故以降に受けた相談電話

		震災関連有無			合計件数
		あり	なし	不明	
受信年度	2011年度	件数 1068	13285	424	14777
		% 7.2%	89.9%	2.9%	100.0%
	2012年度	件数 826	15968	1302	18096
		% 4.6%	88.2%	7.2%	100.0%
2013年度	件数	593	16692	804	18089
	%	3.3%	92.4%	4.5%	100.0%
2014年度	件数	393	16181	966	17540
	%	2.2%	90.8%	5.0%	100.0%
合計		件数 2680	62126	3396	68102
		% 3.9%	91.1%	5.0%	100.0%

相談時間の変化(平均)

受信年度	関連あり(分)	その他(分)	全体(分)	原発関係(分)
2011年度	27.5	18.7	19.3	29.1
2012年度	29.0	17.4	18.0	48.0
2013年度	28.0	18.0	18.4	33.3
2014年度	34.6	19.2	19.4	41.8
合計	28.6	18.3	18.3	37.5

くなっていることがわかります。さらに、原発関係の相談時間は、14年度は41.8分と13年度より長くなっています。相談件数自体は減少してきているのですが、相談内容はより深刻になっているということもいえるのではないかと思います。

震災・原発事故関連の相談内容の変化

震災直後は、余震の不安やこれからの生活はどうなるのだろうかといった先行きの心配もありましたが、人とのつながりを実感して絆を感じたとか、命は大事だとか比較的肯定的な電話も多く、また、福島に対する激励の電話もたくさんいただきました。

ところが12年度になりますと、相談内容が変化してきます。原発に関する相談は12.6%から18.0%と増えていますが、これは被災した方や避難した方々からの電話というよりも、他県の方々からの福島に対する批判の電話が多くなりました。「福島は、原発を引き受けたのだから自分たちにも責任があるのではないか」とか、政府の原発政策が出ると「福島県民はどう思っているのか」といったような、原発全体に関する、怒り、批判の電話が増えました。ですが、最近はそういった電話はかなり減ってきています。

それから、『家族・生計・生活に関する問題』が増えてきています。仮設住宅に入るまでは、「生活が大変だ」というような相談だったのですが、仮設に住むようになってから家族との関係、近隣の人たちとの関係といった人間関係に関する相談が増えてきています。

ずっと変わっていないのは、自然災害への不安です。例えば大きな地震があったりすると、心の病にかかっている方は不安になって、「今、地震がありましたね、怖いんですけど」と電話をかけてくるので、「心配でしたね」と少しお話をしているうちに安心して電話を切られるというようなことがあります。また、大雨が降ったとき、「津波の状況を思い出して苦しくなりました」というような電話もあります。自然災害に対する不安は、未だに何かあるたびに電話がかかってきます。

『生き方・人生観・社会観』の変化

最初の年は考え方が肯定的に変化したとか、プラスのものが多かったのですが、2年目あたりから「価値観が悲観的に変化した」、「絆とかといってもそういったものは意味がない」とか、「人はやっぱり信じられない」といったような否定的な内容に変わってきています。

住環境については、「壁が薄い」、「隣の部屋音が漏れる」、「狭い」、「荷物を置くところがない」といったような仮設住宅への不満が多かったのですが、3年目ぐらいから徐々に「これからどこに住もうか」、「避難しているけれども福島に帰ろうかどうしようか」といったことで家族と意見が一致しなくて困っている」という相談も聞かれるようになりました。

震災・原発事故関連の相談内容の変化

年度	件数	%	相談内容の内訳							合計
			家族・生計・生活	原発事故への怒りや被害への不安	自然災害への不安	心理的不安・心身の健康	生きがい・人生観・社会観	福島に対する差別・偏見	行状への不満	
2011年度	260	12.6%	120	53	205	140	13	57	205	1000
2012年度	267	18.0%	140	44	126	144	17	85	79	829
2013年度	158	12.1%	18	5	15	17	2	1	8	100
2014年度	134	12.1%	21	5	14	12	7	6	10	100
合計	794	12.6%	277	107	466	384	40	157	382	3029

『生き方・人生観・社会観』の変化

	生きがい・人生観・社会観に分類された相談の内訳							合計件数
	肯定的に 変化	悲観的に 変化	孤独	喪失感	罪悪感・ 自責の念	自殺念慮	その他	
2011年度	36	21	26	16	13	13	15	140
2012年度	5	14	40	38	10	23	7	142
2013年度	3	6	24	23	6	4	7	73
2014年度	1	3	4	5	3	1	2	27
合計	45	44	94	82	32	54	31	382

東日本大震災に関連する自殺者数

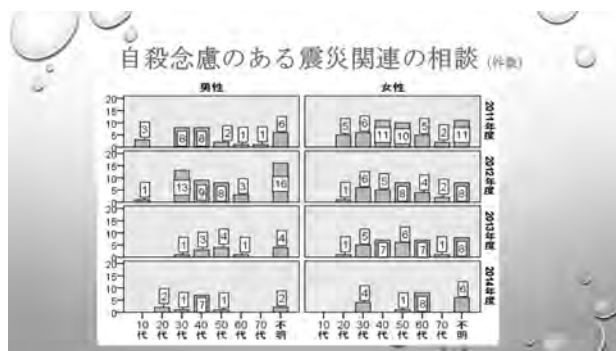
福島県は、今年度の8月までで既に13人、去年は全体で15でしたので、残念ながら、今年は昨年を超えてしまうのではないかと推測されます。

自殺念慮のある震災関連の相談

震災関連の電話の中から、さらに自殺念慮があったと判断された電話の推移を見たものです。「死にたい」という言葉があったりすると、自殺念慮に分類されているんですけれども、その中でも特に自殺念慮が強いと思われる電話は、この4年間で54件ほど受けてきています。どんな内容であったかを少しお話ししたいと思います。

- ・原発関係の仕事をしていたが派遣先に解雇された。今は除染の仕事をしているけれども、住民の反対でなかなか仕事ができずお金がない。家のローンが払えない。死ぬことを考えてしまう。
- ・津波で両足を切断した。足にギプスを着けることもできない。死にたい。
- ・津波で生徒を亡くしてしまった。そのことを考えると生きていたくない。罪悪感、自責の念などで死にたくなる。
- ・仮設に暮らしているが今年いっぱい仮設から出なくてはいけない。復興住宅の抽選に当たらなかった。居心地が悪くなってきている。死にたい。
- ・原発関係の作業で、自分の部下に当たる者が死んだ。自分が責任者であるので「彼を殺したのは自分です」という始末書を書いた。その人がとてもいい人で優しい人だったので、そのことを思うとつらくてたまらない。死にたい。
- ・津波で家が流出した。体が不自由な両親を連れてバスで避難所を点々としてきた。今は借上住宅に住んでいる。兄弟はばらばらに住んでいるので自分一人で両親の介護をしている。2人とも体が不自由なので両親の食事の世話で一日が終わってしまう。最近自分も体が悪くなって大きな手術を受けた。もう何もかも嫌だ。人生を終わりにしたい。この電話を最後にして死にたい。
- ・浜通りから他県に避難している。自分の居場所が見つからない。うつが治らない。ふるさとの夢をよく見る。4年間自分の時間は動いていない。自殺未遂をした。でも死ねないんだと思った。他県に避難することを自分が希望したので今さら帰りたいとは言えない。家族は新しい土地になじんでいて私に対して関心がない。ふるさとの友達と連絡がとれない。被災者のサークルに出て自分と同じような人と出会っても共感できる部分がない。周りの人はどうやって折り合いをつけて生きているんだろう。死にたい。

こういった深刻な電話がたくさん寄せられています。



相談できる人がいると

電話を受けている中で、そういった死にたいという気持ちの人をどうしたら食い止めることができるのだろうということで、昨年 11 月に行ったアンケート調査についてお話したいと思います。ご存知かも知れませんが、日本の若者の自殺率は世界で1位です。そこで、若者の相談傾向を知るために、福島市内の若者約 700 名にアンケート調査をしました。それと対照させるために、35 歳以上の方のデータも 150 弱集めました。比較をした中の一部をご紹介します。

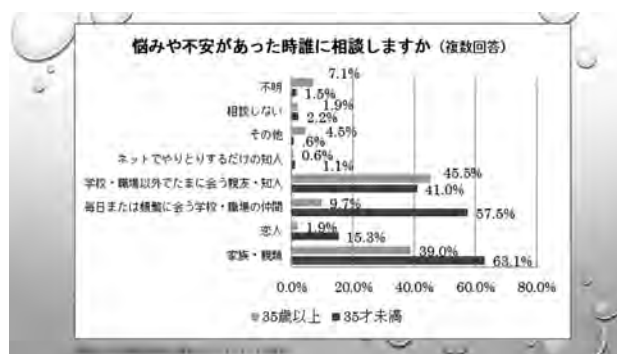
これは、相談できる人が「いる」場合と「いない」場合で、死にたいと考えることがあったかどうかというのをクロスさせたものです。死にたいと思ったことが、「全くなかった」1点、「あまりなかった」2点、「たまにあった」3点、「よくあった」4点として平均点を出しました。そうすると、相談する相手が「いる」人たちは 2.07 点、「いない」人たちは 2.72 点でした。この差の検定を行ったところ、この 2.07 と 2.72 という数字には有意差があり、「いない」人のほうが死にたいと思うことがよくあったということがわかりました。この結果から見て、私たちにできることは、まずは、相談できる人のひとりであること、そして、身近な人の話を聴いたり、電話をされてきた方の話を聴いたりして相談相手になれることが死にたいという気持ちの人を食い止めることに役立てるのではないかと考えています。

悩みや不安があった時誰に相談しますか

悩んだり困ったりしたときに誰に相談するかというと、35 歳未満は 63% が家族・親類ですが、35 歳以上になると 39% しか家族には相談していません。また、35 歳未満は、毎日頻繁に会う学校とか職場の仲間に相談することも多いのですけれども、35 歳以上の場合には、そういう方よりもむしろ、学校や職場以外でたまに会う親友や知人という方が多いようです。たまに会う親友、知人であっても相談は聴ける、むしろそういった人に相談したいという人もいますということです。ですから、私たちの電話相談も少しお役に立てるのではないかと考えています。

まとめにかえて

これまでお話したことをまとめますと、震災や原発事故に関する相談は年々減少してきていますが、相談時間は短くなっていません。相談内容は、人間関係を含む『家族、生計、生活に関する相談』の割合が高くなっています。付け加えますと、例えば震災の直後ですと、原発の避難のために家族がばらばらに暮らしているという家族離散が問題だったのですが、年数がたつにつれて、他県に母子避難している妻の浮気に関する相談など、家族が離れて暮らしていると、今までの形をとどめていられないで壊れてしまうのかなというような相談も増えています。話をよく聴いて



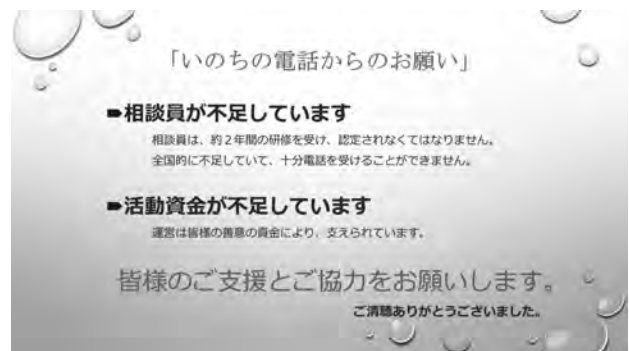
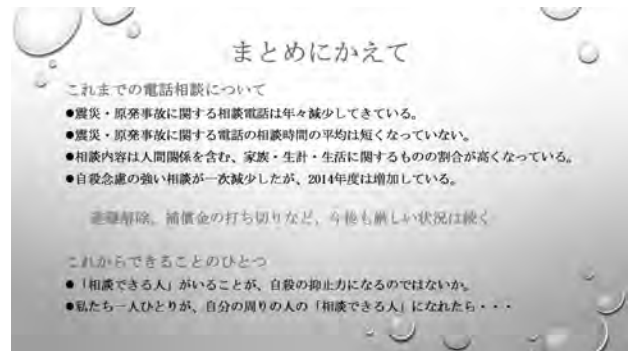
いかないと、根っこに震災が関連しているかどうか、そういったこともだんだんわかりにくくなってきているのではないかと思います。また、自殺念慮の強い相談が一時期減少しましたが、14年は増加しています。今年度が終わったときにどうなっているのだろうかということを継続して見ていきたいと思っています。

それから、「今、補償金を受けているので自分は働いていない、働いていないことで妻とけんかになる、この先、補償金を打ち切られたらどうなるだろう」、「ほかの地域からいわきに行ったときに、街中に平日の日中、30代、40代の若い男性が仕事をしていないでうろろしている。お金があるから働かないでいいだろうけれども、震災というのは普通の生活を壊してしまうものなのではないか」というような、補償に関することでも多くの相談が来ています。補償が打ち切られたとき、避難解除になって家に戻らなければならなくなったとき、そういったところで大きな変化が起きるのではないかと思います。

また、私たちがこれからできることの一つとして、相談できる人がいることが自殺の抑止力になるのではないかと、そうであるならば、私たち一人一人が自分の周りの人の相談できる人になればというのだろうかということも提案したいと思っています。

『いのちの電話からのお願い』

最後にいのちの電話からのお願いです。私たちは24時間でやりたいのですが、相談員が足りないために、午前10時から午後10時までしか電話を受けられない状態です。相談員は約2年間の研修を受けて認定されなければなりません。相談員は全国的に不足していて十分電話を受けることができない状態です。ですから、もしお心がある方がいらっしゃいましたら、一緒に相談員として活動していただけたらと思います。また、いのちの電話はボランティア活動ですので、活動資金も皆様の支援によって支えられています。その活動資金も不足していますのでご協力いただけたらありがたいと思います。



相双地区の現状と課題について

福島県立医科大学看護学部

NPO 法人相双に新しい精神科医療保険福祉システムをつくる会 大川 貴子

本日は、相双地区の現状と課題についてということで、主にこちらのNPOの活動についてお話をさせていただきたいと思います。

震災の年の11月に認可を受けたNPOですが、現在、相馬市に相馬広域こころのケアセンターなごみの事務所と、訪問看護ステーションなごみの事務所を置きまして、地域活動支援センターなごみ CLUB というのをやっております。また、南相馬市のほうでも心のケアセンターの南相馬事務所を置いて活動しております。

震災の翌年の1月に心のケアセンターを立ち上げましたが、精神疾患のある方の定期的な安定した訪問活動を行うためには訪問看護ステーションがあったほうがいいのかということで、今年の4月に訪問看護ステーションを立ち上げました。そして、障害のある方は、訪問だけではサポートしきれず日中活動できる場というものが必要であるということが歴然としてきましたので、今年の4月から「地域活動支援センターなごみ CLUB」という形で日中の活動の場を作りました。

相双地区は、一時、精神科の医療機関がほとんどない状態となりました。現在は、原発の北側では、雲雀ヶ丘病院が開いておりますが、一時は病院が全部閉鎖になりました。そのようなこともあって心のケアセンター開設と同時に「メンタルクリニックなごみ」を開設しました。

私たちは、地域のニーズに応じたサービスを提供するということを目指し、「なごみができてよかったね」「なごみがあったからよかったね」と言われる、そういう団体になりたいと活動しているところでございます。

新地町・相馬市・南相馬市の自殺の現状

内閣府が出している平成26年の居住地別のデータを見ますと、南相馬市は高い値となっています。今年の1月から8月の自殺者数を拾いましたところ、相馬市の場合は昨年を既に超えており、南相馬市は、昨年よりは低い数になっていますが、今後どういう推移をしていくか気にか



新地町・相馬市・南相馬市の自殺の現状			
	平成26年 自殺者数	平成26年自殺率 人口10万対 (全国19.53)	平成27年 1～8月の 自殺者数
新地町 (約6,000人)	1	12.57	1
相馬市 (約30,000人)	5	13.81	6
南相馬市 (約60,000人)	18	27.72	9

年齢	～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～
H26	2	4	1	2	5	4	5	1
H27 8月まで	2	1	1	0	2	5	4	1

けているところです。

年齢別で見ると、高齢者のほうが高くなっています。実態はすべて把握しているわけではありませんが、老老介護で介護している側の方が自殺をされたこともありますし、仮設の中でお知り合いの方が自殺されて、そのあと自分もこんな状態で生きてどうなるという思いもあって亡くなられたという方もいらっしゃると思います。

一方で、私が気にしているのは若年層の方の自殺で、19歳以下も既に今年は2人亡くなっていますので目を向けていかなければいけないと考えているところです。

アルコール健康障害対策基本法

昨年の6月、「アルコール健康障害対策基本法」が施行されたのをご存じでしょうか。その基本法のことを知っていただくために内閣府や厚生労働省などの関係諸機関が国民向けにつくったパンフレットなんですけれども、そこにアルコール・うつ・自殺は「死のトライアングル」と書かれています。それから、自殺の2割以上、中年男性うつ病の3割以上に飲酒問題が存在しているところのリーフレットには書かれています。私が今まで活動した中で、アルコールの問題がいろいろな形で出ているということも実感しまして、アルコールの問題を中心に取り組みたいと思っています。

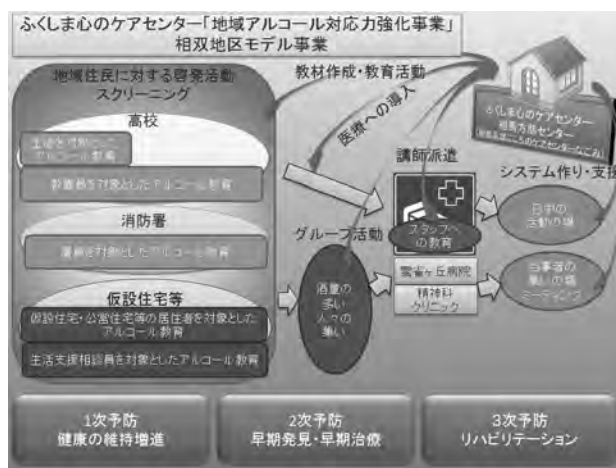
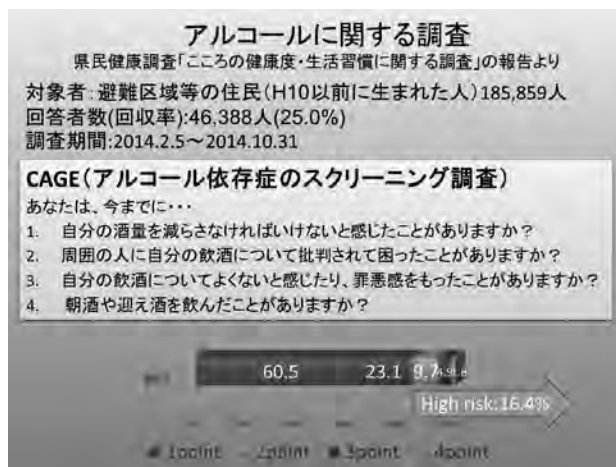
アルコールに関する調査

県民健康調査の中のアルコールに関する調査です。「あなたは今までに」というところで、4項目の質問に答えていただいて、イエスなら1点というふうにカウントします。2点以上がハイリスクとなるのですが、男女合わせて16.4%の方がアルコール依存症の可能性がかなりある、ハイリスクの予防をしなければいけない値となっていますので、きちんと取り組んでいかなければいけない課題だと考えているところです。

ふくしま心のケアセンター「地域アルコール対応力強化事業」

相双地区でもモデル事業をということで、なごみが中心になってやらせていただいています。

予防の部分と、リスクがある方の早期発見や早期治療に導入していく部分と、実際に依存症になられた方のリハビリテーション、それぞれに介入していく必要があるという考えで、モデルを



つくりながら今実践をしているところです。

高校生を対象としたアルコール教育

相馬高校3年生を対象に福島県の断酒会の会長さんをずっとやっていらした当事者の方にお話しいただきました。その方は、高校生のときからお酒を飲み始め、40代のときにはかなり危機的な状態になって、もう俺はあの世に行くしかないと思われたことも何回もあるということを高校生にお話されました。また、私からは、アルコールは体や精神にどんな影響を及ぼすのかということをお話しさせていただきました。

これは、アルコール健康問題についての知識提供の場としたいということではあるんですが、同時に、「なごみ」という場があるんだよということをお伝えしたり、断酒会のパンフレットを配ったりしています。

話を聞かれた生徒さんの中には、ご家族にアルコールの問題を持っている方もおり、家族にこの話を伝えたいと言う生徒さんもあり、うまくつながっていってくれればいいなと思っています。

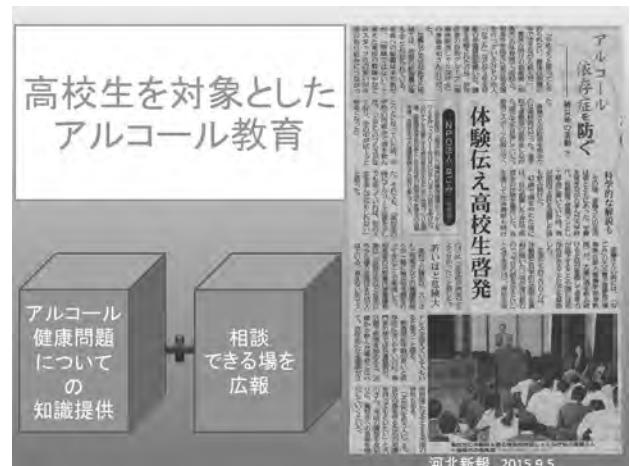
それから、男性の集える場づくりとして、訪問で支援している方々の中で、あまり人との関わりを持っていない方に集ってもらってアイデアを出してもらって、それを定期的に行なっていきたいと思っています。

酒量の多い人々へのアプローチ

宮城県の「からころステーション」がやっている「おじころ」というのがあります。「おじころってなんだ?」という感じですが、おじさんたちを対象にということで、独居男性の仲間づくりという形で、お料理をつくったり、その中でアルコールのことを知ってもらうためのカルタをみんなでやったりという活動をしています。そのようなことをして、おじころのプログラムなどを参考にさせていただきながら、こういう機会をつくっていくことを現在進行形でやっています。

保健・医療・福祉の連携

重要なところでは、保健・医療・福祉の連携ということで、雲雀ヶ丘病院をお借りしてアルコール依存症の勉強会、事例検討会をやっております。ここは、東京から駒木野病院アルコール医療総合センターの方に来ていただいたりしているのですが、総合病院の看護師さんにもぜひ来



ていただきたいと思ってお声かけをしているところです。関係者会議も年に2回開催しています。このような活動の中で、病院と地域の間にも壁があり、また、身体科と精神科の間にも壁があり、ここがうまく連携して認識を共にしていけないと、治療やリハビリテーションはなかなか難しいということが浮き彫りになっていきました。

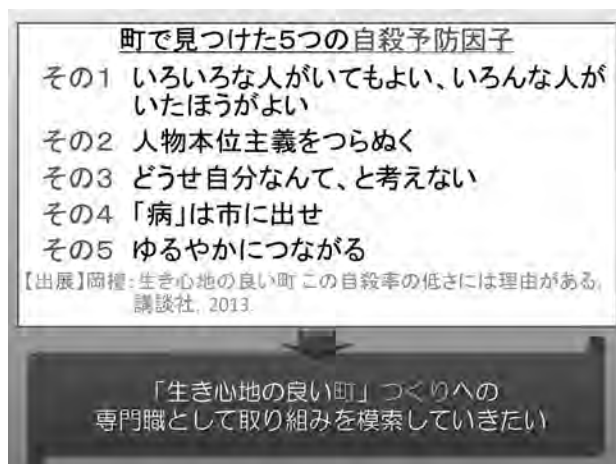
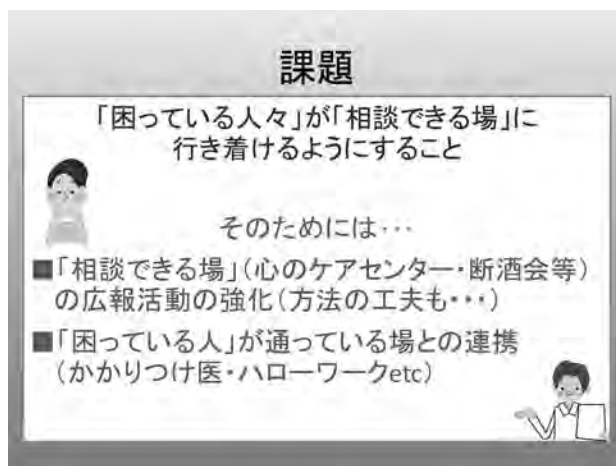
また、実際に困っていらっしゃる家族に支援が届いていないという現実もあり、例えば一般のクリニックの方が来てくださって、「家族は患者さんのお酒の量が増えていてどうしていいかわからなくて困っている」とか、「そういう家には全然訪問なんかできていないわよね」というような声が出てきていますので、一般科の医療職の方々とうまく連携しながら、どうしていったらいいかということを探求していきたいと思っています。

課題

困っている人が相談できる場に行き着けるようにする。そのためには、広報活動の強化や工夫も必要ですし、また、困っている人が通っている場所との連携、ハローワークと連携させていただいていますけれども、やはりかかりつけ医さんとの連携をうまくしていくことはすごく重要なことだと思っています。

町で見つけた5つの自殺予防因子

ということが自殺抑制になっているのかということの調査を岡先生がされたものがあって、自殺抑制因子として5つ挙がっています。この中で、「『病』は市に出せ」というのがありますが、この病というのは別に病気だけではなくて、困り事、経済的な問題であったりとか、家族関係であったり、そういうことを全部含めてだと書いてあって、「『病』は市に出せ」、自分だけで抱えないで、それをもっといろいろな人に相談したり、いろいろな人にサポートしてもらえるようにする、そういうことで、これは「住みよい町」というふうに名づけられていたわけですが、このことに専門職として取り組んでいけることは何なんだろうかということを考えていけたらいいなと今思っているところです。



遺族の方々が教えてくれたこと

グリーフケア&ピアサポート 福島れんげの会 金子 久美子

私がいただいたお題は、「自死遺族支援の立場から」ということだったのですけれども、よくよく考えてみると、支援というよりは、遺族の方々に教えられることがとても多かったような気がします。

福島れんげの会

『福島れんげの会』の名前は、「あなたと一緒に苦痛が和らぐ」という花言葉からつけました。2004年に設立して11年目を迎えています。自死で大切な人を亡くした方々へのサポートを第一の目的として活動しております。

活動の基本は、遺族のつどいといって、自死遺族の方々が自分の思いをそれぞれに語る場（『れんげのつどい』）の運営です。

それに加え今年は若者のグリーフサポート事業ということで、福島市の補助金を受けワークショップやグリーフケア研修会、ミニライブなどの企画・運営をしています。

れんげの会のねがい

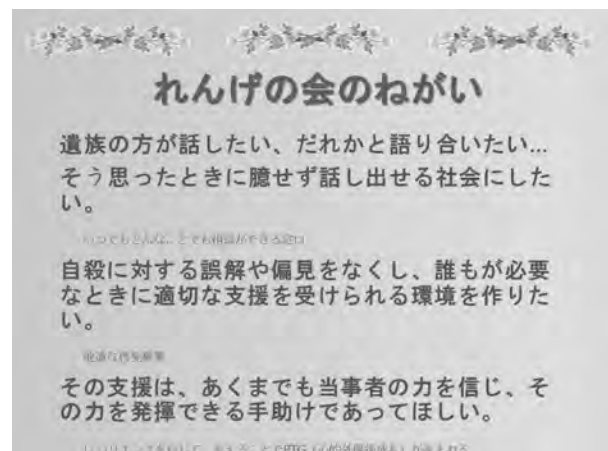
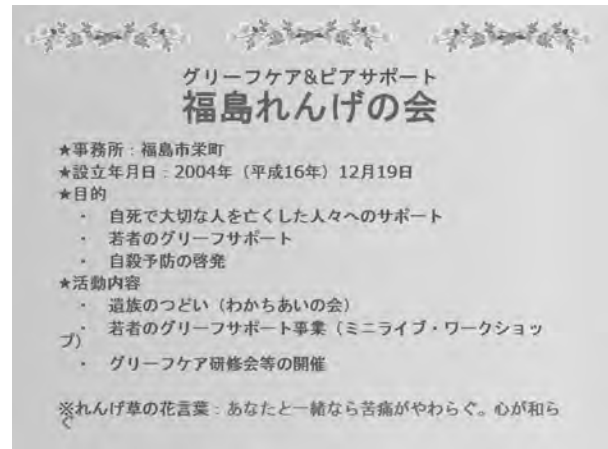
『れんげの会』の願いは、誰かと語り合いたい、そう思ったときに臆せず話し出せる社会にしたい。そのためには自殺に対する誤解や偏見をなくし、誰もが必要なときに適切な支援を受けられる環境を作ることが必要です。また、活動する上で一番大事にしているのは、あくまでも当事者（自死遺族ご本人）の力を信じて、その力を発揮できるお手助けをしていくのが私たちの役目だと思っています。

震災後の活動

1つめは、死別離別の悲しみ相談ダイヤルで、これはフリーダイヤルの電話相談でしたが、4年目を迎えたところで終了いたしました。

2つめは、南相馬市の遺族のつどい、これは南相馬の保健師さんたちと一緒にしてきましたが、今年からは地元の方だけで続けてくださっています。

3つめとして、県内各地で遺族のつどいを開催しましたが、これは事業の見直しということで今は休止しております。



グリーフケアって？

「グリーフケア」って何ですか？ とよく聞かれるので、ご紹介させていただきます。「グリーフ」とは、大切なものを失ったことによる悲嘆感情。つまり大切な人、場所、大切にしてきたこと、これらを失ったときにわき起こる感情をいいます。その感情に向き合うことで、起きてしまったこと、現実を理解し、気持ちが安定して日常生活が少し楽に営めるようになります。そうできるように互いに見守りあい、寄り添う、これがれんげの会のグリーフケアの考え方です。喪失の原因は様々ですが『れんげの会』では死別に伴うグリーフを中心に活動をしています。

ピアサポートって？

「ピア」は仲間、同胞という意味を持っています。ピアサポートは、仲間同士で互いに思いやり支え合うことによって、悲しみや苦しみを和らげようということです。私たちの活動は、専門家が何かをアドバイスしたりカウンセリングしたりということではありません。お互いに思いや状況を話し・話され、聴き・聴いてもらうことの中から、自分で自分の生きる道、生きやすい道を探し出すというのが私たちの活動の柱になります。

自死遺族の実情

先ほど若者のアンケートで、若い人たちは身近な友達に相談するとありましたけれども、もしその友達が自殺をしたり、自殺未遂を図ったりということになると、周りの方たちのショックはすごく大きいのではないかなと思いついていました。自殺は周りの親しかった人への影響がとても大きいのですが、そのことをなかなか外に言えないということもあります。それは、誤解や偏見がまだまだ根深く残っているということもありますし、自殺が起こったということに対して自責の念が強く、誰かに苦しんでいることも、つらいということも言えずにいる人がとても多いのです。

福島の子殺者数は、四百七十何人というのが

グリーフケア って？

グリーフ：喪失による悲嘆感情

大切な人、大切な場所、大切にしてきたこと...

これらを失ったときに沸き起こる感情を「グリーフ」といいます。

この感情（グリーフ）に向き合い、起きてしまったこと（現実）を理解することで気持ちが安定し、日常生活が営めるようになります。

そうできるように、互いに見守り、寄り添うことが、れんげの会の「グリーフケア」の考え方です。

※れんげの会は、主に「死別のグリーフ」を活動の柱としています。

ピアサポート って？

ピアは、「仲間」「同朋」を意味します。

ピアサポートは、仲間同士で互いに思いやり、支えあうことで、悲しみや、苦しみを和らげることです。

- ・ 誰もが成長する力を持っている
- ・ 誰もが自分の中に解決する力を持っている
- ・ 誰かをささえることで、その人自身も成長する

れんげの会では、この3つの考え方を大事にし

自死遺族の実情

自殺は、周りの親しかった人への影響が大きい。どうして彼（彼女）の苦しみに気が付かなかったのか、自分がきっかけを作ってしまったのでは...そんな苦しみを胸に秘めている。

それだけでなく、身近な人からの心ない一言で、傷つき、いためられていることも少なくない。

福島では、昨年だけでも推定2300人超が自死遺族となっており、今も苦しんでいるかもしれない

れんげのつどい（わかちあい）

★偶数月の第3土曜日に開催

★自死で、大切な人を亡くした方のみ

★わかちあいの約束

- ・ 語られたことは外では話さない
- ・ 話は最後まで聴く（途中でさえぎらない）
- ・ アドバイスやジャッジ（評価）、他者との比較、は控える
- ・ 自分のことを話す
- ・ 話したくない時は、黙っていてもいい
- ・ 自分のペースを大事に（無理をしない）

出ていましたけれども、それを考えると、昨年だけでも推定 2,300 人が自死遺族という立場になっていて、今も苦しんでおられるのではないかと思います。

れんげのつどい

『れんげのつどい』は、自死遺族のわかちあいの会です。自死で大切な人を亡くした方だけが参加できます。わかちあいは、語られたことは外で話さない、話は最後まで聴く、アドバイスや評価、ジャッジはしない、自分のペースを大事に過ごすという約束の上で進められています。

わかちあいを経るごとに…

『わかちあいの会』に初めておいでになられたほとんどの方が、まさか自分の身にこんなことが起きるなんて思わなかったと、そして、自分も死んでしまいたい、生きている意味がなくなってしまった、もうどうやって生きていけばいいかわからないとおっしゃいます。それが、わかちあいの会に何回か参加して、他者と関わりをもったり、本を読んだり、映画を見たり、音楽を聴いたり…。そういうことを経ていくうちに、故人の分まで頑張って生きなければとか、供養してあげられるのは自分だけだからしっかりしようとか、故人に恥じないように生きることが今の私の務めだというふうに変えていきます。人間って素晴らしいなと思います。このようにわかちあいで皆さんがどういうふうに変わっていったかを少しご紹介します。

例えば、直後は責任を求めて他者を責めていた人が、誰かを責めていて私は幸せになれるのだろうかという気づきを得て、そこから立ち直っていく。また、自責の念を持っていた方が、過去を悔やんでも何も変わらない、自分にも限界があったのだ。これからは自分ができなかったことを誰かのために役立てよう…。というように考え方が変わっていきます。他にいくつかの「わかちあいを経るごとに…」のスライドで紹介しているのでご覧ください。

わかちあいを経るごとに…

自分も死んでしまいたい。
生きていく意味がなくなってしまった。
どう生きていけばいいかわからない。
(希死念慮)

↓

故人の分まで生きなければ…
供養してあげられるのは自分
故人に恥じないようにしっかり生き抜く

わかちあいを経るごとに…

誰々（伴侶・上司・医者・教師etc...）が悪い
なぜ？どうして？〇〇してくれていれば…

(外罰的・他責的 怒り・憤り)

↓

私は、こうして誰かを責めて生きていていいの
だろうか？自分が嫌な人間になるだけ

わかちあいを経るごとに…

誰にも知られたくない。スティグマを背負ってしまった
この苦しみは誰にも分らない
自分がこの世で一番の不幸
(恥辱感・孤独感・孤立感・排他的)

↓

故人は悪いことをしたわけではない
人それぞれ、苦しみを抱えている（自分だけじゃない）
ひとりで頑張らなくていい（仲間がいる）

わかちあいを経るごとに...

どうして気づいてあげられなかったのか
助ける方法もあったかも
自分が死なせてしまった...
(自責の念)

過去を悔やんでも何も変わらない
人には、限界がある
自分ができなかったことを誰かのために

わかちあいを経るごとに...

うまくいかない原因は、すべて『家族が自死したから』
立ち直れないほど苦しいのは、大切な人が「自死」したから
※故人に対しての許せない思い、怒り、腹立たしさ...

すべてを肉親の自死のせいにして、自分の現実を見てこなかった。
私は、私の人生がある。

活動を通じて教えられたこと

最後に、私がこの活動を通じて教えられたことは、人生には予期せぬ「まさか」が起きるものなんだということです。だからこそ、今を大切にしようと思えます。そして、「まさか」が起きて、現実に向き合ったとき、人は強くなやかになるんだと実感をしています。例えどんなに辛い体験でも、その人が困難に立ち向かい、葛藤することで心がしなやかになり、現実を受け入れていくという力、そういう力は誰もが持っているのではないかと思います。

活動を通じて教えられたこと

- ★人生には、予期せぬ「まさか」が起きる
- ★その「まさか」の現実に向き合ったとき、人は強く(しなやかに)なる。
- ★その力(レジリエンス)を誰もが持っている。

もし、あなたのそばに...

もし、あなたのそばに、大切な人を亡くした後わかってくれる人などいるはずないと話すこともあきらめて、苦しみやつらさにじっと耐えている人がいるとしたら、『れんげの会』でわかちあいをやっていること、綴り箱というメールのあて先があることを伝えて欲しいのです。

心のどこかで誰かに話を聞いてほしいと、思えるようになったら、ほんの少し勇気を出してつながってほしいと思います。

もし、あなたのそばに...

わかってくれる人などいるはずない...と
話すことをあきらめ、苦しみや辛さにじっと耐えている人がいるなら...
でも、心のどこかに誰かに聞いてもらいたいという思いがあるなら...

ほんの少し勇気を出して、つながってほしい。

よく見てみると世の中には、
いろんな旗が立っているから...

わかちあいのほかに...

手紙やメールで気持ちを綴る「綴り箱」もあります。
○手紙のあて先
960-0199 福島東郵便局私書箱14号
○メールアドレス
tuduribako@kokorosasae.jp

綴り箱の目的を鑑み、通常、綴り箱からのお返事はしておりません。
必要な場合はその旨お知らせいただくと幸いです。

○自死遺族相談ダイヤル
(東京のグリーフサポートリンクで行っています)
毎週木曜日 11:00-19:00
電話番号 03-3261-4350

平成27年度精神保健福祉功労者表彰受賞者の声



厚生労働大臣表彰を受賞して

星総合病院 星ヶ丘病院
心理室係長 安藤 ヒロ子

平成 27 年 10 月 30 日に甲府市で催されました、第 63 回精神保健福祉全国大会に於いて、厚生労働大臣賞を受賞いたしました事は、大変光栄なことで、関係者の皆様には深く感謝を申し上げます。

40 年以上を精神科の病院で心理職として働いていた日々を振り返ってみると、種々の思いが頭を巡ります。また、定年を過ぎた今も、現職で働く場を与えてくれる病院への感謝と幸せをしみじみと感じております。

当初、心理検査のテスターとして始まった仕事が、その後の精神医療の変化、発展とともに、心理職に求められることは多岐にわたるようになりました。入職した当時は、福島県内では、精神科に数人しかいなかった心理士が、今では、医療現場はもちろん教育現場や保健、産業などあらゆる分野で 100 人以上が活躍するようになりました。本当に嬉しいことです。

私自身は、心（脳?）を病む人に少しでも役に立ちたいという思いで、貪欲にひたすら仕事をさせていただいたという気がします。好きな言葉に「継続は力なり」というのがありますが、一つの病院で、この仕事を続けられたこと、沢山の人達（もちろん患者さんにも）に学び、助けられたことが今日の自分につながったと思います。今回の受賞が、後に続く人達にとって、少しでも励みになればと切に願っております。

（平成27年10月30日 第63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

両沼精神保健福祉ボランティアサークル
ビオラの会 代表 千葉 親子

山梨県甲府市コラニー文化ホールで開催されました第 63 回精神保健福祉全国大会におきまして、日本精神保健福祉連盟会長表彰を受賞いたしました事は、まことに身に余る光栄であります。

今日まで多くの関係機関の皆様のご指導とご鞭撻の賜物と、ボランティア活動を継続してきた会員皆様のご努力と思い、深く感謝と御礼を申し上げます。

福島県においては4年 10 ヶ月前の3. 11 東日本大震災に伴う原発事故の影響等による心の問題、自死者の増加など、多様化する社会情勢の中ますます心の病を抱える方との係わりが大事になっていることを実感するこの頃です。

ビオラの会も 18 年目を迎えました。障がいをもたれた方の居場所づくりからスタートしたビオラの会は、ビオラの楽器の4本の弦（メンバーさん、行政、家族会、ボランティア）を想像して名づけ

られました。

一緒にお昼を食べよう「味噌汁の会」などの活動を通し、共同作業所ゆうゆうハウスの開所に係わり、日曜日には、メンバーさんと一緒に調理をし、一緒に昼食を食べる「サロン」や各種行事、研修会などに参加してきました。

2013年には「就労継続支援B型事業所ゆうゆうハウス」となり、リニューアルオープンし活動内容も自主製品の製作など事業所支援とメンバーさんとの交流が主になっています。「サロン」は再び昼食味噌汁会となり、メンバーさんの生活訓練の場にもなっています。

ビオラの会会員一同、この度頂いた栄えある賞に恥じないよう、これからも研鑽しつつ、会員の親睦を深め、4本の弦を響かせながら楽しく活動を行って行かれるように努めたいと思います。

(平成27年10月30日 第63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

針生ヶ丘病院
ソーシャルワーカー 松本 マチ子
(精神保健福祉士)

第55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賞を受賞いたしましたことは、身に余る光栄であり、厚く御礼申し上げます。

26年に渡り、精神科病院のソーシャルワーカーとして従事し、精神疾患を持つ方の自立した生活に向けて支援をしてまいりました。

その間、長期入院になっている方の「退院したい。」という声に耳を傾け、多くの方の退院を支援し、地域の事業所と連携しながら地域生活を支えてきています。また、グループホームの立ち上げや運営の協力、院内の家族会の事務局として、家族の皆さまと共に作業所を作るために奔走したこともありました。精神保健福祉士が国家資格化されてからは、福島県精神保健福祉士会の立ち上げに携わり、現在は副会長として研修企画を担当し、会員同士の交流や学ぶ機会を作っています。昨年は、全国大会の事務局を受けて、6月にビッグパレットに於いて盛大に開催することが出来ました。

これまで、私がソーシャルワーカー(精神保健福祉士)として、業務を続けてこれたのは、ひとえに当事者・家族の皆さま・医療機関・地域の事業所等、多くの方々のご協力があったからこそと感謝いたしております。これからも、微力ながら精神障害者の社会復帰・地域移行支援のために尽力していきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。

(平成27年10月2日 第55回精神保健福祉東北大会)

✧一般社団法人福島県精神保健福祉協会会長表彰✧

山本 俊昭 氏 (県北、医師)

若松 幸枝 氏 (いわき市、看護師)

中島 茂基 氏 (いわき市、医師)

(平成27年10月14日 健康ふくしま21推進県民表彰式)

ふくしま心のケアセンターの活動状況

ふくしま心のケアセンター基幹センター

はじめに

2014 年（平成 26 年）度の活動については、必要な被災者に対する支援が定着し、支援者支援に対しても積極的に対応するようになってきている。

1. 活動状況

当センターの活動は訪問中心である。相談支援人数は 6,164 名と前年度と比較し 598 名増加している。サロン参加者数は 7,799 名であり、前年度より 2,835 名減少している。

相談の背景として健康上の問題、居住環境の変化、家族・家庭問題、人間関係、失業・就労問題の順に多い。

相談における症状も身体症状（高血圧、四肢の震え、腰痛、関節痛など）、気分・情動に関する症状（抑うつ気分、意欲減退、イライラなど）、睡眠の問題（入眠困難、中途覚醒など）、不安症状（パニック、全般性不安、対人不安、予期不安など）の訴えが依然として続いている。

基幹センターの活動としては、方部センターのバックアップとして職員研修会の開催（16 回）、研修会企画の協力（7 回）、顧問の派遣（12 回）、ホームページ作成及び電話相談（ふくこライン）を行った。

なお、2014 年度から研修部門を設置し、職員を含めた地域精神保健福祉関係者に対して計画的な研修を実施し、資質の向上を図った。

また、アルコール問題へ対応するために重点事業として「地域アルコール対応力強化事業」に取り組んだ。^{（注 1）}

方部別の活動に目を向けると、県北方部は 6 名の職員で活動した。県北方部の特徴として、福島市内に避難している住民に対し福島市社会福祉協議会と協力し実施した「ホッとサロンでとて」と浪江町社会福祉協議会主催茶話会への協力があげられる。

県中方部は 12 名の職員で活動した。活動も多岐にわたり、訪問活動から、サロン活動（ひとやすみの会・ひだまりの会・茶話カフェろここ・みんなこらんしょ広場など）、支援者支援、親子ふれあい教室、広報誌の発行と幅広く活動している。

県南方部は職員 4 名で活動し、2014 年 4 月に白河駅前に事務所を構え、来所相談に力を入れた。2014 年度の特徴的な活動は語らいの場（サロン）の運営及び被災者自助グループの育成である。さらにハローワーク白河と協力し、「健康チェック&ほっとひといき相談室」の開催と避難先から戻ってきた親子支援ままカフェを開催した。

会津方部は 5 名の職員で活動し、「ぐっちー café」（支援者支援）、「そうそう絆サロン」（避難者健康相談会）、「ちよいのびしタイム」（大熊町支援者支援事業）、「大熊町ふら～っとルーム」、「檜葉町ふら～っとルーム」等の市町村支援に力を入れた。

相馬方部は、浜通りの北部を中心に活動している。被災者支援については、全体の 44.2% を占め当センターの活動をリードしている。集団活動も「いつもここで一休みの会」、「ちょっとここで

一息の会」、「いち・にの・さ〜んぽ」、「かしまで集まっ会」として活動し充実している。

いわき方部は10名で活動した。いわき方部の特徴は、被災したいわき市民はもとより、原発事故で被災した浜通りの住民がいわき市での生活を求めて避難しており、個別訪問、自治体の職員のケアを中心に活動している。

南相馬市駐在は2名でスタートした。活動内容は、相馬方部の活動に繰り入れられたが、前年度と同様に南相馬市の被災者支援が主である。

加須市駐在は、1名で埼玉県内に避難している双葉町民の相談支援を主に行っているが、相談支援人数159名と前年度と比較し11名増加している。これは双葉町及び双葉町社会福祉協議会と密接な連携が保たれているためと考えられる。

また、双葉町以外の住民（いわき市、楡葉町）に対しても支援を行っている。

以上、各方部の活動を簡単に紹介した。

2. 2014年（平成26年）度の活動

1) 普及啓発資料の作成・配付

種 類	テーマ	規格；作成部数	備考
パンフレット	うつ病・自殺予防パンフレット	1,600	
	うつ病・うつ状態について	1,000	
	からだところの状態にすこし目をむけてみませんか？	215,000	
	緊急事態から「脳・こころ・身体」が回復するしくみ	1,000	
	被災者相談ダイヤル（増刷）	A4判：600	
	認知症を支える家族へ	500	県中
機関誌発行	ふくここ（5月、7月、9月、11月、1月、3月）	各月70～100	県中

2) ホームページの運営

センター活動の紹介、啓発用パンフの掲載、研修会等周知等、被災者や支援者に役立つ情報の発信に努めた。セッション（訪問者）数は14,178件（38.8件/日）。

3) 個別支援活動

6,164名の個別支援（ふくしま心のケアセンター相談等の件数及びその分析参照）を行った。

4) サロン活動

753回開催し、7,799名参加。特に相馬方部センター・県北方部センター・県中方部センターあわせて542カ所（相馬227、県北160、県中155）で開催し、全体の72.0%を占めている。

5) 電話相談

ふくしま心のケアセンター全体で768件である。基幹センターで行っている「ふくしま心のケアセンター被災者相談ダイヤル：愛称ふくここライン」の相談件数は156件で、月平均13件にのぼっている。

6) 普及啓発

被災者に対しての講演会等の活動を50回開催し、1,849名参加した。

7) 支援者支援

避難元市町村の職員や生活支援相談員等を対象とした研修会や、個別相談会等を実施した。

①関係機関の教育研修	141 回	3,012 名
②市町村への業務支援	823 回	9,414 名
③関係機関との打ち合わせ	147 回	2,101 名

8) 運営委員会

年2回開催し、委員から貴重な意見を頂いた。

9) 方部連絡調整会議

全体的な関係機関の連携を図るために方部センターで年1回開催した。177 名出席した。

10) 職員定例研修

各種研修を7回、イベントを21回、顧問による方部巡回を中心とした研修を17回実施した。

11) マスコミを通したPR

新聞、ラジオ、テレビ、雑誌等からの取材に23回対応し、センター活動への理解を深めて頂いた。

12) 心のケア相談会の開催

県中、いわき方部センターで15回、64名に対して実施した。

13) その他

専門誌に論文を2回、各種雑誌に活動報告等を5回寄稿した。

3. 今後の課題

復興庁、福島県、市町村が共同で実施した「平成26年度原子力被災自治体における住民意向調査」^(注2)の結果によれば、災害公営住宅への入居意向のある世帯は11.0～24.8%と低く、入居を希望しない世帯が46.3～61.6%と割合が高い。また、避難解除後戻らないと決めている人の割合が帰還困難区域ほど高い。

今後の活動については被災者の自立を支えながら、ニーズに沿った援助が必要である。災害公営住宅の入居にともない孤立させないような取り組みが求められる。

2015年（平成27年）4月に発表された「福島県避難者意向調査」^(注3)の調査結果によると、心身の不調を訴える人がいる家族は、昨年度に引き続き7割弱になり、「よく眠れない」、「何事も以前より楽しめなくなった」、「疲れやすくなった」など、依然として多くの県民は多種多様のストレス要因を抱え、多彩なストレス症状を引き起こしている。

被災された方個人が感じる喪失感、悲嘆はひとつとして同じではない。それだけにひとりひとりの状況に応じて、気持ちに寄り添った丁寧な対応が一層求められている。

また、避難生活が長期化する中で、自身も被災者である自治体職員や生活支援相談員など支援者の疲弊感は強まっており、心身両面の健康を損なうことのないよう、サポート体制づくりが喫緊の課題となっている。

参考資料・参考文献

（注1）ふくしま心のケアセンター地域アルコール対応力強化事業（アルコールプロジェクト）平成26年度 報告書
http://kokoro-fukushima.org/wp/wp-content/uploads/2015/05/alcoholproject_h26.pdf (2015. 9. 30アクセス)

（注2）平成26年度原子力被災自治体における住民意向調査結果：平成27年3月（復興庁・福島県・市町村）

（注3）平成26年度福島県避難者意向調査 調査結果：平成27年4月27日（福島県避難者支援課）

◇ 平成 27 年度協会ニュース ◇

(平成 28 年 1 月 31 日現在)

1 第 1 回常任理事会の開催

開催日 平成27年5月26日 (火)
場 所 福島県精神保健福祉センター デイルーム

2 第 1 回通常理事会の開催

開催日 平成27年5月26日 (火)
場 所 福島県精神保健福祉センター デイルーム

3 第 1 回定時社員総会

開催日 平成27年6月24日 (水)
場 所 福島県文化センター 視聴覚室

4 常任理事会

開催日 平成27年10月 (書面表決)

5 臨時理事会

開催日 平成27年11月 (書面表決)

6 常任理事会、理事会の開催 (平成 28 年 3 月開催予定)

7 第 15 回心うつくしまふくしまフォーラムの開催

開催日 平成27年10月10日 (土)
場 所 福島県文化センター 小ホール
テーマ 福島県内における自殺の現状と防止対策について
○基調講演 「被災者・避難者の自殺防止対策について」
講 師 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座
教授 前田 正治 氏

○シンポジウム

テーマ 福島県内における自殺の現状と防止対策について

コーディネーター

前田 正治 氏 (福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座)

シンポジスト

畑 哲信 氏 (福島県精神保健福祉センター所長)

田中 照子 氏 (社会福祉法人福島いのちの電話)

大川 貴子 氏 (福島県立医科大学看護学部准教授)

金子久美子 氏 (自死遺族支援グループ 福島れんげの会)

8 精神保健福祉大会への参加

(1) 第63回精神保健福祉全国大会

開 催 日 平成27年10月30日（金）
 開 催 県 山梨県
 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 安藤 ヒロ子 様（臨床心理士、星ヶ丘病院）
 ○（社）日本精神保健福祉連盟会長表彰
 受賞者 両沼精神保健福祉ボランティアサークル「ビオラの会」様

(2) 東北精神保健福祉連絡協議会定期理事会及び第55回精神保健福祉東北大会

開 催 日 平成27年10月1日（木）（理事会）、2日（金）（大会）
 開 催 県 新潟県
 内 容 大会式典（表彰等）、記念講演
 表 彰 精神保健福祉功労者表彰
 受賞者 松本 マチ子 様（医療ソーシャルワーカー、針生ヶ丘病院）

9 健康ふくしま 21 推進県民表彰式への参加

開 催 日 平成27年10月14日（水）
 開催場所 杉妻会館（福島市）
 内 容 知事感謝状、公衆衛生事業功労者表彰等
 表 彰 福島県精神保健福祉協会会長表彰
 受賞者 山本 俊昭 様（医師、福島市）
 若松 幸枝 様（看護師、いわき市）
 中島 茂基 様（医師、いわき市）

10 機関誌の発行

「ふくしま心の健康」No. 50、1,300 部発行

11 支部担当者会議の開催

開 催 日 平成27年12月14日（月）
 開催場所 福島県精神保健福祉センターデイルーム

12 他団体事業の後援等

命のために、
できること
すべてを。

限界という
スタートラインに立て。

昨日の自分より、1ミリでも前へ。

その常識は、誰かが作った言い訳だ。

考えて、考えて、考えて、
想像以上の答えを見つけ出せ。

命のために、
できることすべてを。

10th
Anniversary



大日本住友製薬

Innovation today, healthier tomorrows

一緒に歩こう、笑顔へ続く道。

All for your
smile

統合失調症・双極性障害
(躁うつ病)・うつ病の患者さん、
ご家族、そして支援する
みなさまの笑顔のために。
大塚製薬は、これからも
精神医療に貢献していきます。



こころの健康情報局
「すまいるナビゲーター」

は、患者さんやご家族を対象に、
統合失調症・双極性障害・うつ病
の病気や治療、社会参加のために
役立つ制度のことなど、知っていると
役に立つ情報を発信するサイトです。

すまいるナビゲーター

検索

<http://www.smilenavigator.jp/>

All for your
smile



Otsuka 大塚製薬株式会社

Otsuka-people creating new products for better health worldwide

THE KAITEKI COMPANY
三菱クミカルホールディングスグループ

精神科医療の 真のパートナーを 目指して

 田辺三菱製薬グループ



吉富薬品株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10
<http://www.yoshitomi.jp/>

協和発酵キリン株式会社
<http://www.kyowa-kirin.co.jp>



Commitment to Life

救うこと。治すこと。そして笑顔をつくること。
わたしたちにできることは無限にある。
だからこそ、この瞬間にも病と闘っている人のために。
この地上でもっとも大切な「いのち」のために。
抗体医薬のリーディング・カンパニーとして、
新薬の開発と、まっすぐ向き合っています。

グローバル・スペシャリティファーマ。
抗体医薬をリードする、協和発酵キリンです。

KYOWA KIRIN



様々な病気に打ち勝つため、
ファイザーは世界中で
新薬の研究開発に取り組んでいます。
画期的な新薬の創出に加え、
特許が切れた後も大切に
長く使われている
エスタブリッシュ医薬品を
医療の現場にお届けしています。



Working together for a healthier world™
より健康な世界の実現のために

ファイザー株式会社 www.pfizer.co.jp



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

www.daiichisankyo.co.jp

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。

明日をもっとすこやかに

meiji



ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤
劇薬、処方箋医薬品^(※)

薬価基準収載

リフレックス[®]錠15mg

REFLEX[®] TABLETS 15mg

ミルタザピン錠



選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)

日本薬局方 フルボキサミンマレイン酸塩錠

薬価基準収載

処方箋医薬品^(※)

デプロメール[®]錠²⁵/₅₀/₇₅

DEPROMEL[®] TABLETS²⁵/₅₀/₇₅

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

※ 効能・効果、用法・用量、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

Meiji Seika ファルマ株式会社

東京都中央区京橋 2-4-16

<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

〈資料請求先〉

Meiji Seika ファルマ株式会社 くすり相談室

〒104-8002 東京都中央区京橋 2-4-16

電話(0120)093-396、(03)3273-3539

作成：2016.1

ふくしま心の健康 第 50 号

平成 28 年 3 月

発 行 一般社団法人 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



本紙は、皆様からお寄せいただいた赤い羽根
共同募金が活用されています。