

福島の子どもたちの メンタルヘルス支援の これまでとこれから

子どものメンタルヘルス支援事業 活動中間報告書



平成29年3月

国立大学法人 福島大学
子どものメンタルヘルス支援事業推進室

福島の子どもたちの メンタルヘルス支援の これまでとこれから

子どものメンタルヘルス支援事業 活動中間報告書

目 次

■活動中間報告会	3 P
・主催者挨拶	4 P
中田スウラ	
・推進室の活動報告	5 P
高橋紀子	
中村志寿佳	
・パネルディスカッション	
内山登紀夫	11 P
黒田美保	17 P
内田千代子	24 P
榊屋二郎	32 P
・ディスカッション	38 P
■学会等掲載資料等	43 P
■業績リスト	71 P

ご挨拶



ただ今、ご紹介をいただきました、福島大学理事・副学長、子どものメンタルヘルス支援事業推進室長の中田でございます。

東日本大震災後、福島県では長期化した仮設住宅、避難生活の悪影響が依然として残り、発達障害、非行・触法事例、虐待、そして、いじめ・自殺などメンタル面でハイリスクな子どもと家庭の問題が顕在化しています。福島大学では、これら子どもと家庭、そして支援者を対象に、リスクの解決と軽減、二次的な問題を予防するための専門的な支援、支援方法の開発、調査・研究、支援者及びコーディネーターの人材育成を目的として、平成26年度から「子どものメンタルヘルス支援事業」を開始し、5年間のプロジェクトの3年目を終えようとしています。

現在、臨床心理を専門とする特任准教授と特任助教、児童精神医学、発達心理を専門とする客員教授、そして、兼任教授、研究員・事務職員も加えた計11名のスタッフにより福島県内の被災・避難地を中心に学校、家庭訪問、メンタルクリニックの支援、専門家研修を実施しています。

今回、本事業推進室の主催により、「福島の子どものメンタルヘルス支援のこれまでとこれから」と題して、活動中間報告会を開催するに当たり、一言ごあいさつを申し上げます。

東日本大震災・福島第一原子力発電所事故から6年目を迎えていますが、地元の国立大学としての社会貢献活動について、広くご理解とご協力をいただくことを目的に開催するものです。

繰り返しとなりますが、福島県等との連携により、東日本大震災と原発事故後のメンタル面で特別なリスクを抱える子どもたちと家庭を対象に専門的な支援を行うとともに、調査・研究による支援方法の開発、支援者や支援活動をコーディネートする能力を持つ人材の育成を行うことを目的として、具体的には次のような事業を行ってまいりました。

- ①ハイリスクの子どもと家庭への支援を行い、支援プログラムを検証し、効果的な支援プログラムを開発する。
- ②ハイリスクの子どもの支援に必要な研究・調査を行い、震災が子どものメンタルヘルスに与えた影響を検討し、ハイリスクの子どもと家庭の支援ガイドラインを作成する。
- ③子どものメンタルヘルス支援に関わる地域の支援者・専門家や一般に向けたアドバイス・研修会を開催する。
また、本大学院生に臨床・教育の両面で学習機会を提供し、専門家養成につなげる。

本日は、まず高橋特任准教授と中村特任助教より、活動概況の報告をさせていただきます。さらに、「これからの福島の子どものメンタルヘルス支援のあり方」と題して、生島副室長の司会進行により、内田兼任教授、内山・黒田・榎屋の各客員教授をパネラーとして、それぞれの専門領域の課題について報告し、被災地の支援者の参加者とのパネルディスカッションを行います。先ほど申し上げた事業目的・計画の遂行状況を検証し、今後の活動に反映させていく所存です。

結びに、このシンポジウム開催に当たり、本日ご多忙のなかご出席をいただきました皆様、特に日ごろから連携して活動をさせていただいている南相馬市・福島県こども未来局・福島県教育委員会・福島県臨床心理士会・弘前大学におかれましては深く感謝申し上げます。今後とも一層のご支援、ご協力をいただきますようお願いいたします。

『子どものメンタルヘルス支援事業推進室3年間の活動報告』



左：高橋紀子特任准教授 右：中村志寿佳特任助教

福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室は、平成26年4月に開設された。それまで活動していた浜松医科大学、弘前大学と連携し、福島での活動を引き継ぐ形でスタートを切っている。現在、専任スタッフ3名(臨床心理士2名、事務職1名)と兼任スタッフ(児童精神科医3名、臨床心理士3名)がいる。子どものメンタルヘルス全般に関する支援や、県、市町村、学校、支援団体などの依頼により、県内全域をまわっている。

主な支援には4つの柱がある。

まずは、①学校支援。学校をまわって、学校で個別の支援や心理教育プログラムの授業を行う。

②地域支援では、各地域で担当者と連携を図りながらペアレント・プログラムや要支援児の相談を行っている。③医療支援では特に沿岸部の地域において、医療機関での診療や巡回相談を行っている。④は支援者養成で、これまでに何度か研修会、養成プログラムを開催し、地域の支援者の養成をしている。

学校支援の主な業務として、心の教育プログラム、学校巡回相談を行っている。『心の教育プログラム(こころの授業)』は、問題が起こる前の予防的プログラムとして、心の回復力や現実の対処能力を上げ、安定を図る予防的プログラムである。対象は小学校1年生から高校3年生までである。県内全域の小学校、中学校、高校を訪問している。受講する子どもの年齢によって理解度が違うため、プリントなどの内容を変えながら授業形式で行う。内容はUnit 1からUnit 3までである。主に行っているのがUnit 1であり、『ストレスマネジメント』が主なテーマで、自己肯定感を高め、気持ちの切り替えについて伝えている。学校側から「次年度もまたお願いしたい」、「一度受けた生徒にもう一度受けさせたい」という要望がでたり、クラスで「特にこの分野に関する内容を希望したい」との話があるときは、先生と相談してUnitの内容を決めていく。

『心の教育プログラム』が教室に入ってクラス全体に授業を行うのに対し、『学校巡回相談』は個別の支援になる。特に気になる児童・生徒に関する相談を個別に受ける。対象は幼稚園から、小学校、中学校、高校、養護学校などで、県内各地域を訪問している。本人や保護者との面談もあるが、主に教職員の先生方と子どもや家族への対応に関してコンサルテーションを行うことが多くなってきている。その他、希望があれば心理検査を行い、今後の対応について検討することもある。

『医療支援』は、沿岸部・避難地域の主に幼児から中学生程度の子どもと家族が対象で、医師と心理士がペアで訪問している。医師が保護者面接、心理士が子どもの査定、検査などを並行して行う。その後、医師と心理士が合同で検査や行動観察の結果などをフィードバックしていく。この医療支援の大きな特徴は、各地域の保健師や学校、保育園、幼稚園と情報共有していくことにある。検査の結果が地域の支援者にとって有効なひとつの資源になるようにと心掛けている。

『ペアレント・プログラム』は保護者を対象としたグループ療法で、「子どもの行動に注目してほめる」ことが主な特徴である。ペアレント・プログラムはペアレント・トレーニングの基礎になる親

支援で、いずれも「行動で考える」、「できたことをほめて対応する」、そして「保護者の子育て仲間をみつける」ことを大事にしている。

続いて、当推進室が行ってきた研究や講演会、研修の一覧を「表1」に示す。年2回程度、シンポジウムや研修会を実施している。

続いて、活動件数等をもとに、学校支援を中心に過去3年間の傾向と支援に対するニーズについて報告する。

学校支援は、小学校から高校が対象。その他の欄には幼稚園や養護学校が含まれている。

青色が平成26年度、赤が平成27年度、グレーが平成28年度の件数である。なお、平成28年度は1月末までの数値を全ての表で掲載している。

(図1)学校支援で訪問した校種別の訪問件数、訪問学校数を見ると、最も多いのは小学校であった。平成26年度から平成28年度まで3年間で合計203校訪問していて、全体の54%を小学校が占めている。次いで高校が81校、中学校が49校、その他40校であった。これは、『心の教育プログラム(こころの授業)』と、巡回相談をすべて合計した数値である。

(図2)訪問校数を地区別に見ると、最も多いのが県南地区であった。平成26年度から28年度の1月末までで合計124校訪問し、全体の32%となった。次に県中地区75校、相双地区74校でそれぞれ22%であった。

年度毎の経過で見ると、平成26年度は県中地区が一番多くなっているが、平成27年以降は県南地区、相双地区への訪問が増えてきている。年度を経るごとに周知が広まり、連携ができたことによる効果であると見ている。

(図3)『こころの授業』の受講人数を比較する。校種別でみると3年間で最も受講者数が多いのは高校で、合計で4,732名の生徒が受講した。小学校が2,910名、中学校が1,672名と続く。授業は幼稚園ではやっていないので、「その他」は養護学校の数字になる。

受講者数では高校が多いが、訪問校数で一番多いのは小学校で、44校であった。全体の42%が小学校への訪問であった。次に高校39校、中学校が17校、その他が4校で続いた。

年度毎の経過をみると、高校では毎年一定して1,500名以上の生徒が受講した。ストレスマネジメントに対しては、高校の先生の興味も大変大きい。平成28年度は養護学校からも要望が増えている。

(図4)受講者数を地区別に見ると、最も多いのがいわき地区で3,052名、次に県中地区1,758名、県北地区1,671名、相双地区1,443名であった。

訪問校数は、いわきが23校で23%、県中地区も22校、県南20校、相双18校、県北16校で、実は各地域の差はほとんどみられなかった。いわき地区の高校からの依頼が多かったことから人数が増えている傾向にあるのだと推察される。

(図5)巡回相談、個別の相談で訪問した件数をあげる。最も多いのは小学校であった。3年間で430名のケースについて相談があった。次いで高校が195名、中学校が86名、その他84名になった。

(図6)地区別では、3年間の合計が最も多いのが県中地区で260名、続いて相双地区が248名、県南地区が236名となった。

年度毎の経過を見ると、平成26年から27年にかけて県中地区での相談が多く、初年度は相双地区の相談が少なかった。27年度、28年度で急に増えているので、当初、沿岸部には支援が入って相談先が数多くあったが、私たちの事業も利用する機会が増えてきたということだと推察される。また、医療との連携が図られたことも大きいと考えられる。

(図7)巡回相談の内容別内訳を示す。これは複数回答である。相談内容で一番多いのが「知的・発達障害に関する相談」であった。過去2年で511件で、全体の38%を占めている。

巡回相談で訪問するのは小学校が多く、小学校での相談がこの「知的・発達障害」に関することが多いのがその一因と思われる。次に「情緒、行動面に関する相談」が339件、「友人関係」151件、「家族関係」124件と続いた。

(図8)ペアレント・プログラムの受講者数を地区別に見ると、最も多いのが県中地区で、過去3年間で560名が受講した。

このプログラムは、支援者の養成も兼ねており、保護者だけではなく、地域の支援者も参加した。次に多いのがいわき地区で380名、県北地区362名、会津地区311名、相双地区307名であった。平成27年度から県の事業でペアレント・プログラムを行うようになり、私たちもそちらに関わっている。特に平成28年度は県の事業で依頼を受けた地域が多方面にわたっていたために、全体的にも受講者数が増加傾向になっている。

2017.2.23
 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 活動中間報告会
 ー福島の子どものメンタルヘルス支援のこれまでとこれからー

子どものメンタルヘルス支援事業推進室 3年間の活動報告

子どものメンタルヘルス支援事業推進室 特任准教授 高橋紀子
 特任助教 中村志寿佳

福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室

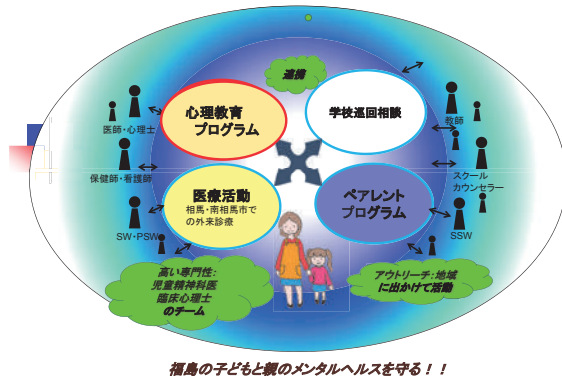


- ★開設 : 平成26年4月
- ★スタッフ : 専任スタッフ + 兼任スタッフ
 - ・児童精神科医 3名(兼任)
 - ・臨床心理士 5名(専任2名+兼任3名)
- ★支援対象
 - ・福島県内の子どものメンタルヘルス全般に関する支援
 - ・県、市町村、学校、支援団体などの依頼による

★支援の4本柱★

- ①学校支援(本人、家族、教職員へ) → 学校巡回、心理教育プログラム
 - ②地域支援(家族、保護者へ) → ペアレントプログラム、要支援児相談
 - ③医療支援(本人、保護者へ) → 地域医療機関での診療、巡回相談
 - ④支援者養成 → 支援者研修会の実施、養成プログラムの構築
- ↓
- これら事業を通じ、子どものメンタルヘルス支援と調査研究活動を実施

福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室の活動



当室の業務① 心の教育プログラム(こころの授業)

- ・問題が起きてから対処するのではなく、心の回復力や現実の対処能力を上げ、安定を図る予防的プログラム
- ・心の健康さ(精神的健康さ)を増進させ、対処能力を上げる
- ・小学1年～高校3年まで、クラス単位で授業形式で行う
- ・Unit1からUnit3まで定期的にステップアップした授業を行っていく

心の教育プログラムの内容

- ・Unit1: 自己肯定感を高める、気持ちの切り替え
 子どもたちの自己評価を上げる
 自分のできているところをしっかりと見ること
- ・Unit2: 怒りのコントロール、ネガティブ思考への対処法
 ネガティブな感情をポジティブな感情に切り替える
 楽しい体験を想起することで良い状態になることを知る
- ・Unit3: 考え方のクセ、考えの幅を広げる
 自分の考え方のクセを知る
 考えの幅を広げる体験をする

当室の業務② 学校巡回相談

- ・幼稚園、小学校、中学校、高校、養護学校等へ訪問し、気になる子どもについて相談を行う。
 - ①本人や保護者への面談
 - 不登校、発達障害、対人関係、その他問題行動など
 - ②教職員の生徒への対応に関する
 コンサルテーション・事例検討会
 - ③授業や自由時間の行動観察
 - ④心理検査(知能検査・簡易検査等)の実施

当室の業務③ 医療支援

- ・沿岸部・避難地域の家族を対象に、医師と心理士がペアで訪問し、医療支援を行っている
- ・各地域の保健師等(乳幼児健診のフォロー)や、学校・保育園・幼稚園等との情報共有を行う
- ・保護者が育児に関する相談を希望しているケースもいる

<内容>

- ・対象: 幼児～中学生程度の子ども
- ・医師による保護者面接
- ・心理士による子どもの査定
 心理検査(知能検査・発達検査)、行動観察

当室の業務④ ペアレント・プログラム

- ・心理などの専門家が少ない地域でも、子育てに悩む保護者が何らかの支援を受けられる目的で開発された、**保護者を対象としたグループ療法**(中京大学、辻井正次)
- ・福島県内の複数地域で実施
- ・保護者の子どもへの見方が変わることによって、子育てをポジティブに行うことが出来るようにと意図されたプログラム
- ・子どもの「行動」に注目してほめる
- ・ほめるポイントをグループで学びながらグループ内の繋がりがりも大切にして保護者を地域で支えることを目指す
- ・保護者支援と共に地域の支援者のスキルアップを目的とする
 ⇒将来的に地域の支援者が自主的に地域で本プログラムを継続できるように養成を行う

ペアレント・プログラム

ペアレント・トレーニング(ペアトレ)

応用行動分析(ABA)を基本に、目標行動の設定、行動の機能分析、環境調整や子どもへの肯定的な働きかけを習得していく支援技法。より高度で専門的な技法を学ぶ。

ペアレント・プログラム(ペアプロ)

ペアトレの入門編。「行動で考える/行動で見る」ことに特化し、保護者の認知的な枠組の修正を目指したプログラム。

ペアプロの三本柱

- 「行動」で考える
現状把握表(いいところ・努力しているところ・困ったところ)を利用し、行動を具体的に述べる
- できたことをほめて対応する
ほめることで、子どもの適応行動を強化する(苦手なところを叱っても効果なし)
- 保護者の子育て仲間を見つける
同じような悩みを持つ親同士のかかわり、ペアワークによる交流を通して、子育て仲間を見つける機会となる

表1 当室主催の研究・講演会

年度	日時	研修会題目	場所	参加人数
H28	2014.11.21	クリストファー・ギルバート教授講演会	福島学院大学 宮代キャンパス	50
H28	2015.1.10~11	福島の子どものメンタルヘルス支援の課題と展望	大ホール・中ホール	90
H27	2015.8.29	第2回福島の子どものメンタルヘルス支援の課題と展望 ー不登校とひきこもり支援ー	福島大学 L講義棟	158
H27	2016.1.29, 1.30, 2.9	ダグラス・ウオーカー先生講演会(福島)	福島大学M講義棟 コラッセふくしま	25
H27	2016.2.13~14	ダグラス・ウオーカー先生講演会(東京)	東京医科大学病院 教育研究棟3階 大教室	30
H28	2016.10.2	子どもの自殺防止シンポジウム ー子ども達が生きやすい社会をつくるー	コラッセふくしま 5階研修室	36
H28	2016.12.2~4	スキーマ療法ワークショップ ー子どもを気質と環境から理解するー	福島大学	18
H28	2017.2.23	活動中間報告会 ー福島の子どものメンタルヘルス支援のこれまでとこれからー	コラッセふくしま 302会議室	

図1 学校支援 支援件数(校種別)

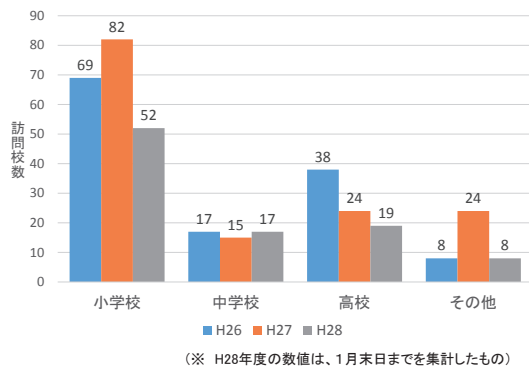


図2 学校支援 支援件数(地区別)

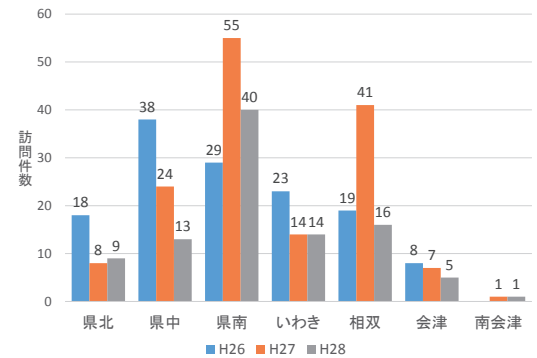


図3 こころの授業 受講者数(校種別)

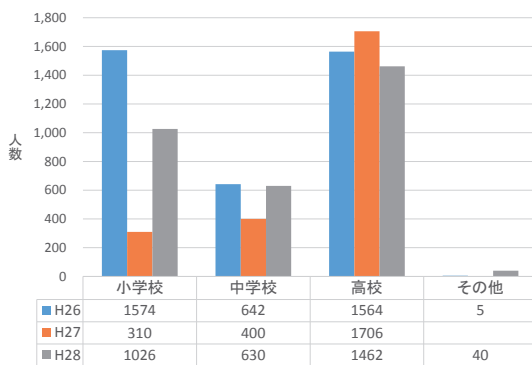


図4 こころの授業 受講者数(地区別)

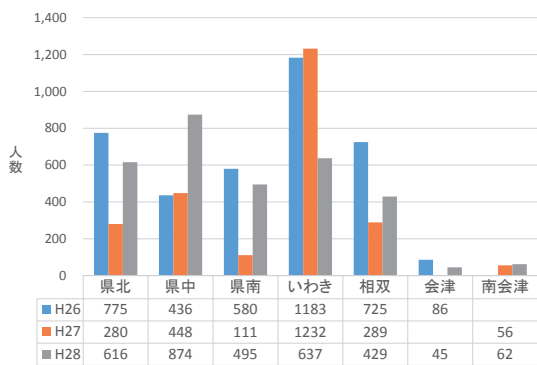


図5 巡回相談 件数(校種別)

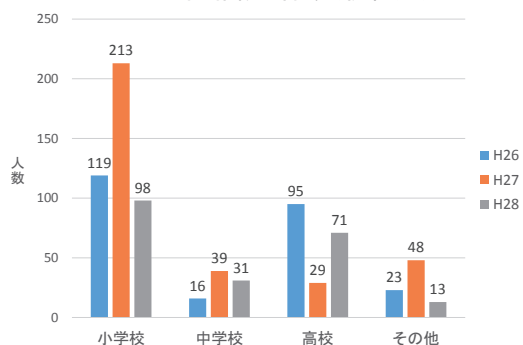


図6 巡回相談 件数(地区別)

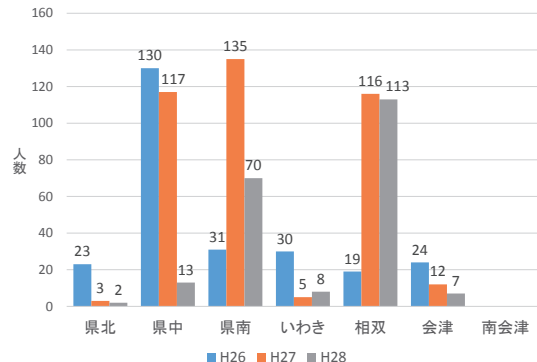


図7 巡回相談 内容別内訳

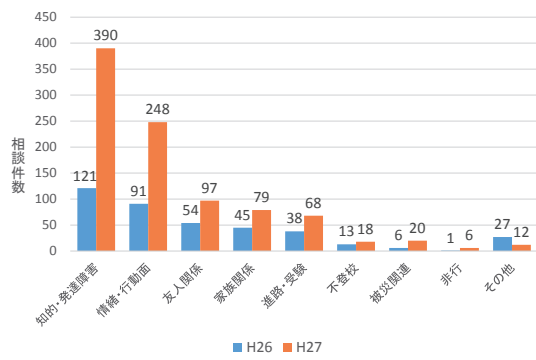
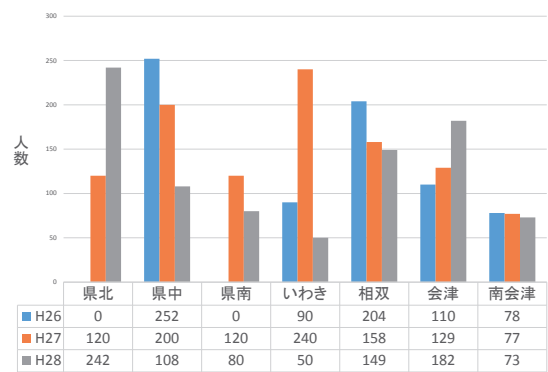


図8 ペアレント・プログラム受講者数(地区別)



これまで私が福島県で関わってきた活動には、『被災した障害児の医療支援事業』、『スキルアップ研修の講師』、『遊びの教室』、『心のケアセンターにおける相談』、『沿岸部地区の乳幼児健診での相談』があげられる。『沿岸部地区の乳幼児健診』は1～2年に限った活動だったが、それ以外は現在も継続している。さらに、福島県立医大の会津医療センターでの児童外来があり、現在も度々福島県には来ている。



『遊びの教室』は、主にいわき市の保健所で県の保健師と一緒に実施している。対象は、発達障害の可能性がある子どもとその保護者。そこに私も時々入って、子どもの相談をしたり母親の相談をしている。参加している子どもには、発達障害の診断がついているわけではない。「可能性がある」ということなので、医療支援や地元の医療機関につなげることも意図しているが、その前に一緒に遊びながら、子どもと親の観察をしつつ、親からの相談を受ける場になっている。とはいえ、実際には、発達障害特性、あるいは知的障害の特性が明らかにあるという子どもが多い。

いわきの人もいるが、中心は双葉郡の人たち。お母さん自身も問題を抱えていて、支援が必要な方もいらっしゃる。親子が直接、医療機関や保健所に行く前に、「ちょっと遊びに来ませんか？」と声をかけて『遊びの教室』を一つの段階にしていくと、次の支援に繋げやすくなる。例えば『遊びの教室』で相談を受けた子どもが、医療支援事業にも来て、次はいわきの心のケアセンターで相談を受けるようなこともある。

『被災した障害児の医療支援事業』は、東日本大震災が起きた年の秋から始めた。浜通り、あるいは原発事故によって避難した子どもたちの中に、発達障害の疑いのある子どもが結構いるということだったが、当時、浜通りには児童精神科医がほとんどいなかった。そこで、私をはじめ東京・名古屋・京都など日本中から集まったドクターが支援を始めた。福島県の発達障がい者支援センターの協力により調査した2015年のデータによると、この時点での診断が74ある。事業継続中なので、現在までの診断数を合わせると120くらいになる。その数は、これからまとめていく。

発達障害と診断された子どもの年齢は平均して5歳位で幼児が多い。両親の協力を得て「震災後の子どもたちの様子はどうでしたか？」とアンケートをした。震災後に悪くなるのではないかと予想したが、「変らなかった」が約半分、「よくなった」が33%。19%は「悪くなった」、「非常に悪くなった」という結果だった。「よくなった」というのは、子どもたちは年齢と共に発達していくために、発達していった結果だと思われる。

震災の年に、震災、災害、テロの時に「発達障害の子はどう変わるのか」を知りたいと思い、イギリスやアメリカの関係機関に問い合わせしたが、全くデータがなかった。唯一、2009年にイタリアで起きた地震で「少し子どもたちの状態が悪くなっているかもしれない」という話があった。

今回の震災で、「どう変わるのか」と思ったが、意外に全部悪くなるわけではないということが分かった。悪くなった場合「どんなことが悪くなりましたか？」と聞くと、こだわりとか自傷、他害、興奮

について、「悪くなった」子どもたちがいた。震災から2～3年経っている時点の調査なので、その状態が継続していることになる。「震災後、強くなったけれども、現在は改善している」状態が、「活動低下、無気力状態」。あとは生活の変化で、「余震が不安で日常生活が変化した」。これはアンケートにこういう項目があり、そこに○を付けた人が多かったということになる。

言葉の数は、「震災後から悪化して、そのまま悪化し続けている」という人は、いなかった。

もともと苦手な「人との関係」、「対人交流」は5%が震災後から悪化して、1～2年後、「ずっと悪化した状態が続いている」。11%が「悪化したのが戻った」。悪化したの5%が、1～2年以上続いているというのは心配。支援が必要な子どもたちなんだろうと思う。

自閉症に関してまとめると、「直後に悪化し、現在も悪化が続いている」のが、「人との関係」や「こだわり」、「感覚の過敏」「興奮」「多動」。悪化したまま、なかなか改善しない。

2～3年後のデータなので、もう少し教示的に追いかけていくと、「良くなっている」のか、「悪いまま」なのか。その辺りを検討していきたい。

「避難所を利用した人」が36%、「車内で避難生活をした人」が27%。先ほどのアンケートの中で、何か関係性が見いだせるかなと調査したところ、「車内で避難生活をした人」で「暴言・暴力が増えた」ということが、有意に相関していた。避難生活のストレスなのか、あるいは車内で避難生活をしなければならなかった環境の要因なのかは解らない。いずれにしても「車内での避難生活はできれば避けたい」と思う。このデータはいくつかのところで発表してきた。

医療支援事業を利用した保護者のQOL(生活の質)調査もした。多くは発達障害の子どもの親で、特に浜通り、原発事故による避難に関係した方が多かった。「生活の質をどう自己評価しますか」、それから「身体の領域」、そして「心的領域」について質問すると、結果に有意差が出たのがいくつかあった。環境が悪いことは予測されたが、複数の項目で、親御さんのQOLが日本人平均より悪いという結果が出た。これは「親御さんのケアが必要」かなということになる。親のケアと子どものケアは、行政的には部署が違う。これは国でも県でも違うし、多分市町村でも違う。ただ、実際に子どもを見ている臨床の視点からいうと「親子セット」ということが多い。事情があるのは分かるが、本当は親子セットでやった方がいいと思う。

「車の中で避難しない方がいい」と話していたら、去年の4月に熊本地震が起きた。

その後、熊本の自閉症協会から、「アンケートをとったが、どう分析すればいいのか分からない」と連絡が来た。このアンケートで「今一番困っていることは何ですか?」という質問には未回答が一番多かったが、回答のあった中で多かったのは「医療」だった。

熊本は福島と違い、児童精神科医が比較的多くいる。比較的被災した地域も限られていた。それでも、被災するとなかなか医療機関にかかれなくて、例えば「薬がない」と私宛にメールが来た。情報が錯綜してしまって、普段行っている病院が機能していないと親御さんがパニックになる。それを見て、子どもを見ている先生や保育士さんも焦ってしまう。熊本には、私が知っているドクターがいるので、「その病院に行けば薬がもらえるよ」とメールを返信して解決した。医療情報というのは、特に直後は非常に必要になると思う。

「避難所車中泊」は、26%いた。熊本の場合は、テレビ報道もされていたように、車中泊が多かった。数は多くないが、やはり自閉症の子もが車中泊で状態が悪くなったケースはあった。なんとかしなければならぬ。

まとめると、困っている内容は急性期の「医療」。それから「避難所車中泊」に関すること。

東北でもいわゆる福祉避難所が話題になった。熊本でも福祉避難所が出来たが、発達障害の子どもはほとんど利用していない。福島でもそうだった。福祉避難所が避難所で対応できた事例が非常に少ない。車中泊は状況によっては避けられないし、避難所では対応できないことが多いので、具体的な方略が必要である。東日本大震災の教訓が熊本では活かせていかなかった。国としても対策が必要なのではないか。日本では福祉避難所の話がでるが、アメリカではそういうものはない。ニューオリンズで調査した時は障害のある人はトレーラーハウスやキャンピングカーを使うことが多かった。アメリカでは、国としてキャンピングカーを何台か準備している。災害に備えてそういったことを、もっと議論しなければならない。

熊本でもそうだったが、東日本大震災の時にも、薬物療法中の人の薬がなくなってしまった。そこで、震災の後4月1日2日3日と県の障害福祉課と発達障がい者支援センターの担当者と一緒に福島県の浜通りに行った。「薬の処方をしてほしい」という依頼がメインだった。その時、福島では特別の処方箋を書けば薬を出してもらえた。薬局が開いていれば問題はなかったが、薬局が開いていない地区がまだあった。それから、処方内容を忘れてしまう人がとても多かった。特に浜通りは家が流されてしまった人が多く「何を飲んでいますか？」と聞くと「三角の赤い薬」とか「赤い丸いやつ」とか。それでは分からなくて、処方できない。だからWebとかに置いてもらえるといいかなと思う。

避難訓練をちゃんとやらなくてはいけない。多くの人が安否確認にもものすごく時間を使っている。これは熊本でもそうだった。安否確認のために学校の先生があちこち走り回ったりして、大変なご苦労をした方が多い。もっと効率的な方法があるはずなので、ネットなどを活用できると良いと思う。

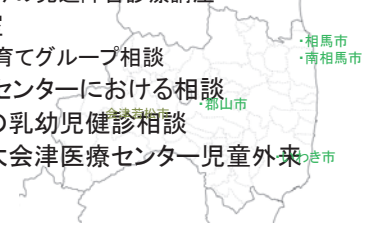
また、今回の熊本でもそうだったが、避難所で自閉症を理解した支援者がいないと、ちぐはぐなことが起こる。例えば避難所で、アスペルガーの子どもが一生懸命気持ちを落ち着かせようと辞典を読んでいると、近所のお年寄りに「この非常時になんでそんなものを読んでいるんだ！」と言われて不安定になってしまった。また、熊本では支援物資についでが結構あって、自閉の子をついでで困って少し楽になってもらおうとした。しかし、ある避難所の運営者が「うちは障害者だからって差別したくない」と。「こんなもので困って隔離するつもりはない。ノーマライゼーションですから」と言って、使えなかったこともあった。こういった理解を深めていくことが大事だと思う。

福島の子ども達のメンタルヘルス支援のこれまでとこれから

2017年2月23日
 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室中間報告会
 大正大学
 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室
 内山登紀夫

震災直後から現在まで行ってきた支援

- ・被災した障がい児の医療支援事業
- ・スキルアップ研修講師
 - 小児科医向けの発達障害診療講座
- ・あそびの教室
 - 沿岸部の子育てグループ相談
- ・こころのケアセンターにおける相談
- ・沿岸部地区の乳幼児健診相談
- ・福島県立医大会津医療センター児童外来



被災した障がい児の医療支援事業から

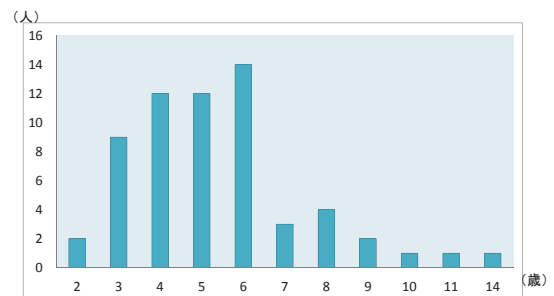
発達障害の診断

- ・自閉症スペクトラム 54例
- ・注意欠陥多動性障害 10例
- ・その他の神経発達障害 7例

・ 内山ら2015(厚労科 研金子班)

結果1-2: 基本属性 (年齢)

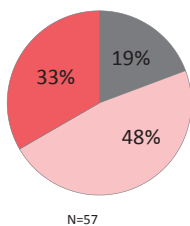
平均年齢 5.39歳(2歳から14歳まで)



結果4-1: 震災後の子どもの変化

1. 震災後の全般的な状態

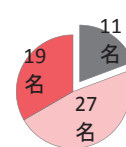
- 悪くなった・非常に悪くなった □ 変わらない
- 良くなった・非常に良くなった



結果4-1-3: 震災後の子どもの変化

・震災後の全般的な状態が「悪くなった、非常に悪くなった」について

- 悪くなった・非常に悪くなった
- 変わらない
- 良くなった・非常に良くなった



震災後の子どもの変化†:

- 震災後に強くなり、現在も続く
 - ・こだわり*
 - ・自傷他害**
 - ・興奮(パニック)やいらだち、多動*
- 震災後に強くなったが、現在は改善
 - ・活動低下・無気力状態**

生活の変化†:

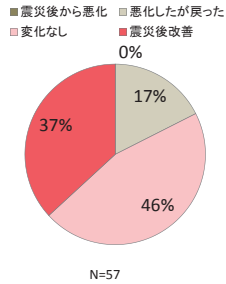
- ・余震が不安で日常生活が変化した**

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

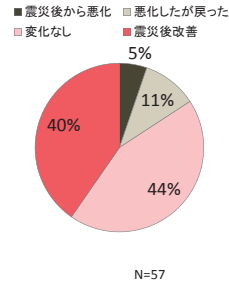
† χ^2 検定、††独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定

結果4-2: 震災後の子どもの変化

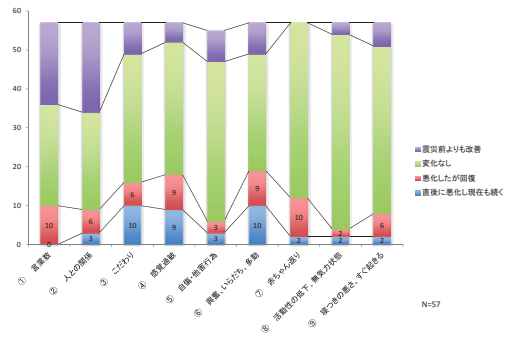
2. ことばの数



3. 人との関係

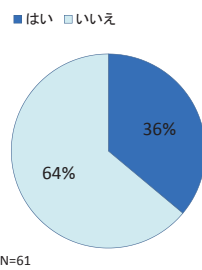


自閉症スペクトラムの子どもの変化

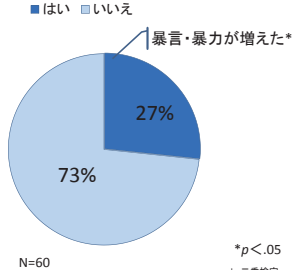


結果6-1: 震災後の生活の変化

1. 避難所を利用したか

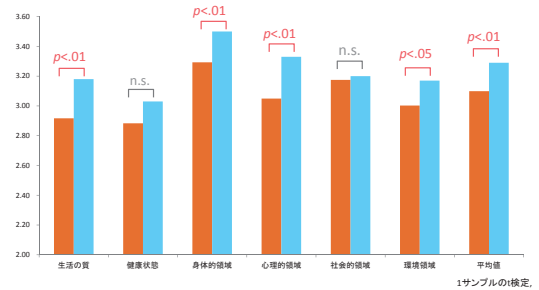


2. 車内で避難生活をしたか

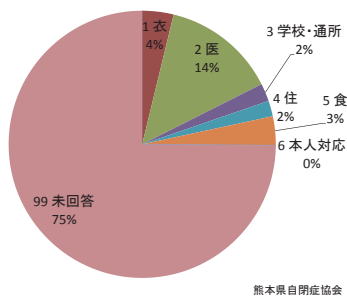


結果7-1: 保護者の健康関連QOL

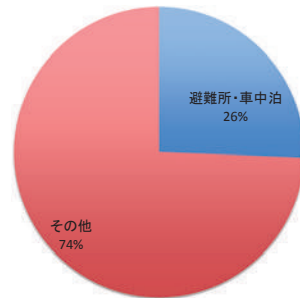
・医療支援事業利用保護者と日本人平均のQOL比較



熊本地震: 自閉症協会調査 困っていることの内容: 件数



熊本地震 自由記述欄の記載 熊本県自閉症協会



熊本地震

- ・ 困っていることの内容は
 - 医療
 - 避難所・車中泊に関すること
- ・ 避難所で対応できた事例は少ない
- ・ 車中泊・避難所への具体的方略が必要

災害に備えて

- ・ 薬物療法中の方は
 - 処方薬を余分に確保
 - 処方内容を複数の場所、Webなどに記録
- ・ 避難訓練
- ・ 安否確認の方法の共有
- ・ 自閉症を理解した支援者を

福島の経験から

- さまざまな「パスウェイ」が必要？
 - 県の事業
 - 医療支援事業
 - 「遊びの教室」
 - 保護者メンタルヘルス支援事業
 - こころのケアセンター
 - 市町村
 - 健診、健診後フォロー

県外からの支援による変化

- 異文化流入の側面
 - 文化入流
 - 今までの支援理念・方法への影響
 - 県内地域間の支援の相違が明らかに
 - 一部では地元支援者間の葛藤の表面化
- 地元の支援者との摩擦
 - 文化摩擦の側面
- 外部支援者の受け入れ・調整の負担が大きい

支援体制の問題

- 多様な支援体制と縦割り行政
- 「平常時支援」との差が不明確になっていく
 - 内部の支援者→平常時支援の強化
 - 外部の支援者→災害支援の強化

今後に向けて:レジリエンスの強化

- | 環境要因 | 個人内要因 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 安心して遊べる場所・機会 • 親支援 <ul style="list-style-type: none"> - レスパイト • 家庭外での情緒的サポート、適切な学校環境 • 適切な特別支援教育 • 児童精神医学的支援 • 専門家(教師、保育士、保健師、心理職など)の支援 | <ul style="list-style-type: none"> • 自己効力感を育む <ul style="list-style-type: none"> - 日々の達成感 - 乳幼児から成人期までのサポート • 支援組織の統括 <ul style="list-style-type: none"> - 行政、大学、支援機関、当事者団体などの連携 |

2017年の継続事業

- 子どもの心のケア相談事業→あそびの教室
 - 福島県保健福祉部子ども未来局児童家庭課
 - H24年度より継続して、震災や原発事故によって被災した乳幼児およびその家族の心の安定を図るために母子保健事業を活用して、市町村等の依頼に基づいて各分野の専門職の派遣を行う
 - ふくしま子ども支援センターからの依頼文

私からは福島で盛んに行われている『ペアレント・プログラム』(以下、ペアプロ)の話をしたい。ペアプロの対象は、ちょっと発達に気になるところがある、いわゆる「つまずきがある」と表現したりする子どもで、発達障害の診断がある子どもとは限らない。関わり方には色々あるが、中でも「家族への心理的介入」が非常に大事だと考えている。



大人になってから診断を受ける発達障害の方が増えている。もともと発達障害や発達障害的な特徴は、それほど社会に対して問題があるということにはならない。自分の興味に邁進したり、いいところもたくさんある。しかし障害理解がない環境で、支援を受けずに不適切な養育を受けると、いじめの対象になったり、ADHDのように多動な子どもの場合は虐待の対象になりやすい。

親御さんを中心に子育ての中で障害理解や、子どもへの理解がない中で育つと、自己評価が低くなったりする。最終的にはうつや不安障害になったりする。ペアプロの大きな目的は、「障害に理解のある環境を作っていくこと」。心理的介入が大事であり、家族からの関わりが適切であれば、お子さん自身も学習する機会や成長する機会が大きく保証される。

厚労省が進めている家族支援には、次の3つがある。

『ペアレント・メンター』は、多くの地域で実施されている親同士の支え合い組織。共感的に話を聞いたり、情報提供を行う。これは、実は福島にはあまりない。

『ペアレント・プログラム』は厚労省の推奨プログラム。厚労省関係の発達障害情報センターの方に詳しい説明が載っている。

『ペアレント・トレーニング』(以下ペাতレ)は、応用行動分析を基本にした目標行動の設定とか、行動の機能分析、環境調整、子どもへの働きかけなどが、いくらか高度になる。

ペアレント・メンターは、お母さんたちのグループ。

ペアプロとペাতレは、支援者がいて、お母様がいるというグループ活動。

ペアプロが基盤であり、お母様たちに子どもの「行動で見る」、「行動で考える」ことを促す。

お母様方は、「うちの子はだらしがない」とか「うちの子は頑固で」などイメージでとらえがち。例えば、「頑固」だと感じているのは「言い出したら一つのことをやり続ける」というようなことで、そういうように「行動で見る」のがペアプロ。

ペাতレは、問題行動の対処法などを厳しめにやる。さらに高度になると、強度行動障害のような問題が生じた時に行うペাতレ応用編みたいな形になっていく。

ペアプロはペাতレにつながる支援の土台。発達障害のお子さんを持つお母様に限らず、実際には、いろんな人に参加してもらっている。

ペアプロは「ほめ方のバリエーションを増やす」、「子どもを行動の視点で理解する」という基本編。専門性としてはそこまで高くないが、間口広く多くの人に使っていただくことができる。

ペアトレとペアプロの共通点もある。ある行動が起こったら、その結果として「ほめる」。応用行動分析のやり方であるABC分析を使っているという部分は実は同じ。

ペアプロは強化と言って「ほめる方だけ」を特化してやる。ひたすら適応的な行動をほめていく。

ペアトレは、お子さんのある問題行動を「無視してしまう」とか、指示をするなど、強化・弱体化・除去などの手法がある。

ペアプロを開発したアスペ・エルデの会では、健診や就園前支援でペアプロを利用し、だんだん子どもの問題が複雑化していく中で、ペアトレに移行していくことを想定してきた。

そのためペアプロは保健センター、子どもセンター、発達支援センター、学校、特別支援学校などで実施している。福島でも保健センター、発達障害者支援センターなどで実施している。

当初私たちが想定していたペアプロの主な対象は、小さな子どもを持つ母親。「乳幼児期の子育てのコツを学ぶ」というように、お子さんに上手く関わってもらうことを目指してきた。

ところが蓋を開けてみると参加者は中学生の親御さんが多かった。その年頃の子どもにも効果的なプログラムではある。何よりもペアプロでやるのは「行動で考える」ということ。「行動把握表」を使って、子どもを行動で見るという「認知の変更」を親にしてもらう。後は、「できたことをほめて対応する」ことで、適切な行動を身につける。

アメリカの研究者ホワイトによる2012年頃の発表では、子どもは「ダメ」と叱られても、その代りどう行動をすればいいのかわからないという。そこで、適切な行動をした時に「ほめる」。適切な行動をした時に、言語化してほめると非常に効果があるという。このことはペアプロにも反映されている。

そして、お母さん自身の子育て仲間を見つけて帰属集団をつくる。それから地域の専門家のスキルアップをペアプロは目指す。

対象は、発達障害の診断を受けたお子さんを育てている親、健診でフォローになっている子どもの親、虐待が疑われる子どもの親、子育てが苦手、不安が高い方など。

私自身、多地域でペアプロをやっている、明日もいわき市でペアプロをやる。いわきでは一般の幼稚園にも案内を配り、「子育てが少し苦手だな」と感じている母親なども参加している。相馬地域では、虐待系の母親にも入ってもらっている。

発達障害の子どもをもつ母親は、「いくら叱っても同じことを繰り返す」とか「うちの子はだらしない」というようにイメージでとらえている。そして気がつくとも怒っていて、自己嫌悪になりがちである。ペアプロに参加した前後でアンケートを取っているが、その結果を見ると気持ちに変化が見られる。

これは相馬市でペアプロをやっている写真。2015年位に、被災地支援と親支援ということで日本経済新聞が取り上げてくれた。支援者が減った地域でもできるプログラムという切り口で紹介されている。

ペアプロでは、親御さんには「現状把握表」に、「よいところ」、「努力しているところ」、「困ったところ」を書いてもらう。親と子ども両方のものを作ることで、親自身も自信を回復する。「自分にもよいところはたくさんあるんだ」と気づいてもらうことができる。自分自身やお子さんの「よいところ」を探すことで、親御さんも終わるとハッピーな感じになる。

ペアプロの効果は、今論文を投稿中なので、詳しいところは出せないという事情がある。

これは福島だけではなく日本全体で結果を出した保護者支援の効果。福島だけのデータもあるので、そちらもちゃんと解析しようと思っている。

日本全体で保護者の抑うつ傾向を調べてみると、日本版BDI-IIベックよくうつ質問表で調査したところ、抑うつ傾向が有意に統計的に意味がある位の低減を示している。ペアプロの6回が終わる3ヵ月後に、グループ始める前と後で非常に抑うつ傾向が下がることが分かった。

二番目は養育態度。養育スタイル尺度を前後に調査すると、「ほめる」という肯定的な養育スタイルが増加すると同時に、「怒る」というような否定的な養育スタイルが減少するということが有意になっている。

それから、支援者に対する効果も調べている。支援者の効果を調べる尺度はないので「子どもへのほめ方やほめるポイントが保護者に対して説明できる」、「支援者として、保護者に関わる自信がある」などからなる15項目の質問紙を作った。これについては、全ての項目で有意な変化があった。つまり、研修に参加した支援者が「保護者支援のためのプログラム内容を身につけた」、「自信がもてた」ということを示唆していると思われる。

福島でのペアプロの実施は年々増加している。毎年ずっと続けているところもある。

このメンタルヘルス支援事業推進室が出来た3年前から、私はずっとペアプロの支援をし続けてきた。1年目は福島県発達障がい者支援センターでもペアプロを実施した。次年度は支援センターでペアトレを実施した。それを支援センターの心理士さんが実施できるようになり、2016年度は支援センター独自でペアトレをしている。ペアプロで問題が解決できなかった子どもが、支援センターでペアトレを受けられる。そういう県全体のシステムが、きれいにできたかなと思う。

「福島における地域のペアプロの特徴」は、県の保健福祉部こども未来局、つまり行政が推進しているのが大きなポイントである。日本でもいろんなところでペアプロが行われるようになってきたが、やはり行政が入らないと全体に広がるのは難しい。福島では県の予算によって、多くの地域で実施ができるようになっている。


ペアプロが各地域でできるようになって、2015年からは、より高度な対応が必要な子どもについては、福島県発達障がい者支援センターでペアトレが受けられるようになった。南相馬市では、市の予算で保健師が実施している。これは全国的に見ても貴重なケースと言える。いわきではNPO法人がやっている。避難している方が多い、いわき・会津では支援の方を中心としたグループなども実施されている。

ペアプロは「地域の専門家のスキルアップ」が目標のひとつで、福島では着々と実現している。

当推進室から常にスタッフが行くのではなくて、実際にご自身でやっていただくのをねらっている。当支援室による実施から、地域の支援者自身の実施へとお願いしたいということである。

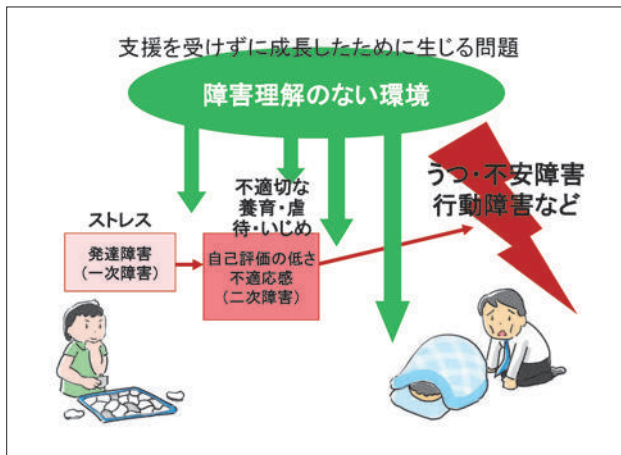
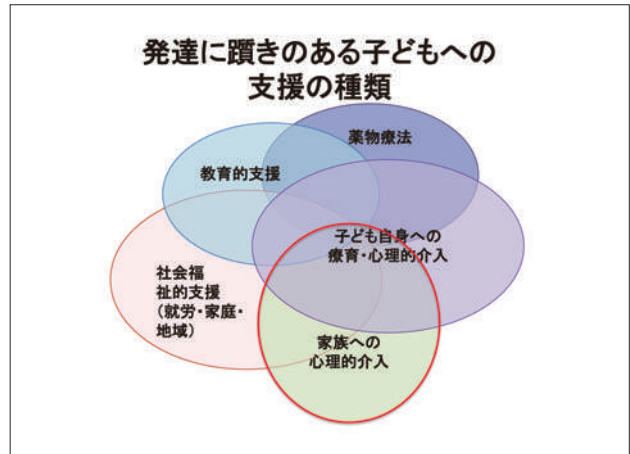
それから、ペアプロとペアトレがもっと連携できるように、ペアトレができる場所が増えてほしい。いわきの教育センターでも、ペアトレが受けられると聞いている。

今年度からペアプロの実施資格認証制度が始まった。福島には、この認証を受けられる先生方がたくさんいると思う。これを受けて、ご自身でぜひ地域でペアプロをやっていただきたい。


福島大学 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室活動中間発表会
 (February, 23, 2017)

親支援:ペアレント・プログラムの現状と今後の課題

福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室
 名古屋学芸大学ヒューマンケア学部
 黒田美保



家族への心理的介入の重要性

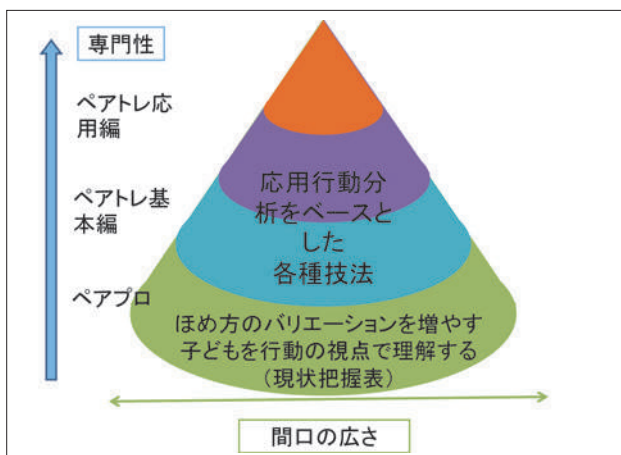
- ◆ **家族という存在の重要性:** 初期の発達・学習体験・対人関係(愛着など)に大きく影響
- ◆ **家族からの関わりが不適切であったり、支援を受けることに消極的である場合:** 子どもが健康的に成長する機会が阻害されるだけでなく、不適切な行動の学習や失敗の積み重ねによる二次障害にもつながりかねない

家族への支援

- ◆ **ペアレント・トレーニング:**
 応用行動分析(ABA)を基本に、目標行動の設定、行動の機能分析、環境調整や子どもへの肯定的な働きかけを習得していく支援技法
- ◆ **ペアレント・プログラム:**
 「行動で考える／行動で見る」ことに特化し、保護者の認知的な枠組の修正を目指したプログラム
- ◆ **ペアレント・メンター:**
 親同士の支え合いの組織で、共感的に話を聞いた情報提供を行う

ペアプロとペアトレの関係

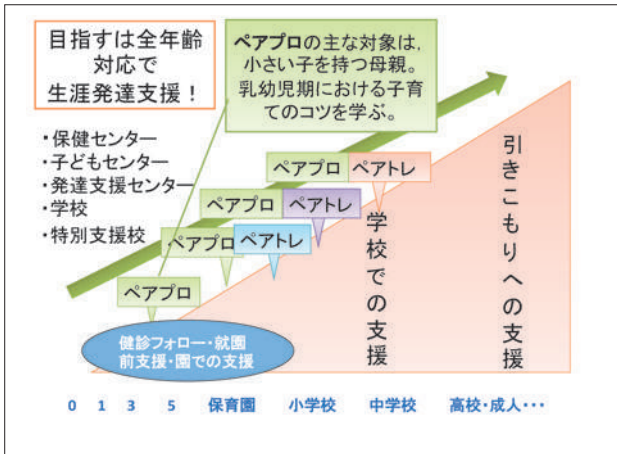
ペアプロはペアトレにつながる**支援の土台**



ペアトレとペアプロの共通点: ABC分析(行動随伴性の分析)

A:Antecedent (先行刺激・事象)
 B:Behavior (行動)
 C:Consequence (後続刺激・事象)

- ペアトレでは、強化・弱化・消去を用いて子どもの行動変容を促す
- ペアプロは、強化を中心とする



ペアレント・プログラムの3本+1本柱

1. 「行動」で考える
現状把握表の作成: 子どもを行動でみるという認知の変更
2. できたことをほめて対応する
叱って適切な行動を身につけるのは困難: ほめることで適切な行動を身に付けさせることを学ぶ、いろいろなほめ方の学ぶ
3. お母さんの子育て仲間をみつける
帰属集団を作り、母親自身が精神的に安定する
4. 地域の専門家のスキルアップ

対象

- 発達障害の診断の受けたお子さんの親
- 健診でフォローになっているお子さんの親
- 虐待が疑われるお子さんの親
- 子育てが苦手、不安が高い親 などなど

発達障害の子どもをもつ母親の気持ち ～参加者のインタビューから～

ペアレント・プログラムの様子

日本経済新聞社提供

ベアプロの構造: 1クール6回(1回1時間半、母親10名程度、支援者10名程度)

第1回	ガイダンス、現状把握表の書き方
第2回	行動で書く
第3回	行動のカテゴリーをみつける
第4回	ギリギリセーフ!をみつける
第5回	ギリギリセーフ!をきわめる
第6回	ベアプロでみつけたことを確認する

現状把握表

よいところ	努力しているところ	困ったところ
<ul style="list-style-type: none"> 朝は目覚まし時計で自分で起きてくる 着替え・トイレ・お風呂が自分でできる 学校で当番の仕事を決められたとおりにできる。 	<ul style="list-style-type: none"> イライラしたら深呼吸する 出されたメニューの中で、苦手なものがあるも、ひと口だけ食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> 声の大ききの調節ができないので大声になる。 ひとりごとを言う。 偏食。 乱れた気持ちの切りかえを早くする。

よいところ＝適応行動。日常生活のなかで、普通のこと、あたり前のことで、できていること

①具体的な行動で書いてみる
例: しっかりしている
⇒朝は目覚まし時計で自分で起きてくる

②よいところは他人より優れているところではない

③毎日できていることはよいところと認識していく

<書き方のポイント>
・X～ない → ○～する
・短い文章で簡潔に書く

現状把握表

よいところ	努力しているところ	困ったところ
<ul style="list-style-type: none"> 朝は目覚まし時計で自分で起きてくる 着替え・トイレ・お風呂が自分でできる 学校で当番の仕事を決められたとおりにできる。 	<ul style="list-style-type: none"> イライラしたら深呼吸する 出されたメニューの中で、苦手なものがあるも、ひと口だけ食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> 声の大ききの調節ができないので大声になる。 ひとりごとを言う。 偏食。 乱れた気持ちの切りかえを早くする。

努力しているところ

①継続できないけれど明らかに行動できるようになってきていること

②できていなくても続けてがんばろうと意識していること

<書き方のポイント>
・X～ない → ○～する
・短い文章で簡潔に書く

現状把握表

よいところ	努力しているところ	困ったところ
<ul style="list-style-type: none"> ○朝は目覚まし時計で自分で起きてくる ○着替え・トイレ・お風呂が自分でできる ○学校で当番の仕事を決められたとおりにできる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○イライラしたら深呼吸する ○出されたメニューの中で、苦手なものがあっても、ひと口だけ食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○声の大ききの調節ができないので大声になる。 ○ひとりごとを言う。 ○偏食。 ○乱れた気持ちの切りかえを早くする。

困ったところ

①緊急性・危険度が高いこと

②今すぐ取り組むことは無理なこと
(年齢的、または発達の順序的には難しい)

例) 外を歩く場面で、勝手にどこへでも歩いていってしまう。

<書き方のポイント>
・「～ない」でもOK。

いいところを探す！の例 (第2回行動で書く)


困ったところ・努力しているところからの移行

現状把握表【自分編】		
いいところ	努力しているところ	困ったところ
明るい →明るくあいさつする	早寝早起き →夜は日付が変わる前に寝るように気をつけている	子どもが言うことをきかないとイライラする
子どもが泣いても叩かない →子どもが泣いても怒らないように隣の部屋で深呼吸する	部屋が散らかっていたら片付けている	料理が苦手な時間がかかる
部屋が散らかっていたら片付けている	レシビを見ながら工夫して料理をつくる	お菓子を毎日食べる
時間はかかるが毎日食事を用意している		疲れると夫の話を聞かなくなる

発達障害の子をもつ母親の気持ち ～ペアプロ後～

いくら叱っても同じことをくりかえす。どうすれば伝わるの？どうすればわかってくれるの？→具体的によい行動をおしえればOK!

だらしがなくて嫌になる。…いくら言ってもおならない。→だらしないと思っていたのは、靴や圍服の脱ぎっぱだった。靴や圍服を置く場所をわかりやすくしてOK



他の子は、いろいろできるのに、うちの子は、なんにも一人ではできない。どうしたらできるようになるの？→現状把握表に整理してみると、できることのほうが多かった！OK これからもやさしく教えてあげよう！

気がつく&にっこりしている自分…子どもにっこり!!

ペアプロの効果: 1

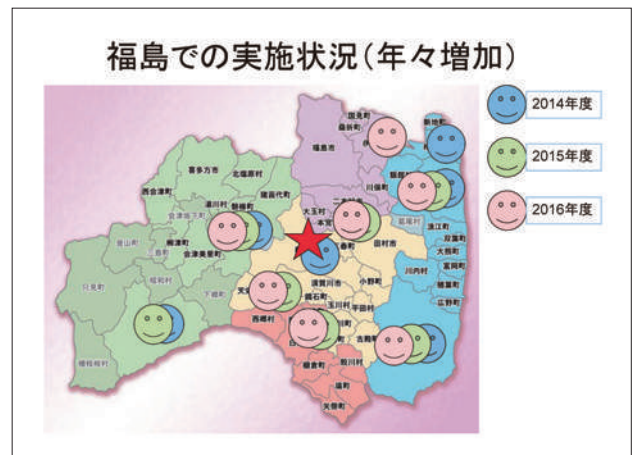
- ・プログラムの効果測定としては、保護者および研修参加の支援者に対して質問紙調査を実施している。(分析対象者: 保護者=184人、支援者=155人)(浜田ら、投稿中)。
- ・保護者支援の効果
 1. 保護者の抑うつ傾向の低減(日本語版BDI-II(ベック抑うつ質問票))
 2. 養育態度の改善: ほめるなどの肯定的養育スタイルの増加と怒るなどの否定的養育スタイルの減少(養育スタイル尺度(松岡ら、2011))

ペアプロの効果: 2

- ・支援者に対する効果

→プログラム内容の習得度や保護者支援における自信について測定するために独自に15項目の質問紙を作成(項目例「子どもへのほめ方やほめるポイントが、保護者に対して説明できる」「支援者として、保護者に関わる自信がある」など)。

1. すべての項目について有意な変化(得点の上昇)が見られ、研修に参加した支援者が、保護者支援のためのプログラム内容を身につけられたことが示唆された。



福島での親支援の発展

パARENT・トレーニング応用編
(障害特化型のプログラム)

県発達障がい者支援センター:
パARENT・トレーニング

各地域: パARENT・プログラム
(行動で見る/行動で考える)

ペアプロはパARENTにつながる支援の土台

福島における地域のペアプロの特色

- 行政による推進: 地域での実施の多くは県予算により実施
- 県発達障がい者支援センターでは、ペアレントプログラムの実施から、2015年度からペアレント・トレーニングに移行し、より高度な対応を目指す
- 南相馬市では、市の予算で、保健師が実施
- いわきでは、NPO職員による独自の実施や母親の様子を把握するためにもペアプロを利用
- いわき・会津では、震災避難の方を中心にしたグループの実施

今後の課題

- 福島大スタッフの実施から、地域の支援者自身の実施へ
- ペアプロとペアトレの連携
- 2008年にNPO法人アスペ・エルデの会によって開発の取り組みが始まる
- 2011年震災地域での実施が始まる
- 2014年に実施マニュアルの初版
- 2015年に改訂版が発行された
- 2016年には実施資格認証制度が開始された



ご清聴ありがとうございました



福島に関する話でいじめや自殺の話題は枚挙にいとまがない。最近も横浜市に自主避難していた中学1年生が、菌をつけて名前を呼ばれていた。しかも教師もそれに関わっていたということで問題になった。その子は不登校になっていて、そういったことが自殺に関係することもあると思う。これは差別とかその他諸々、無知ということなど、複合的に関係している。自殺は簡単に「いじめが理由だ」とか決めつけられるものではないが、少なくとも福島の場合には、いじめや自殺に関係するような要因があるので、注意していかなければならないと思う。



横浜市だけではなく他の地域でも、福島から避難した子どもへのいじめがあることが分かっている。国は、『いじめ対策』の基本方針改訂案を出して、東日本大震災で被災した児童・生徒に対するいじめの未然防止、早期発見に取り組むということを追加している。

『いじめ防止対策推進法』は2013年に成立した。これは、2011年に起きた中2のいじめ自殺で、いじめを学校が認識しなかった、そして適切な対応をしなかったことから法整備された。

法律では、いじめの定義を「他の児童生徒が行う心理的または物理的な影響を与える行為によって対象生徒が心身の苦痛を感じている」状態としている。心身の苦痛を感じていることを「いじめと定義する」ということ。これで教師も、いじめを認知しやすくなったと思う。

その法律の中で学校の対処方法も明確化された。道徳教育の充実、早期発見の措置、相談体制の整備であるとか、人材の確保などがあげられている。そして複数の教員や心理、福祉の専門家によって構成される組織を置くことになった。また個別のいじめに対して講ずべき措置をきちんとやりなさいということ。その中で、必要があれば、所管警察署との連携をなさいと。そして懲戒も場合によってはありうると。そしてまた重大事態への対処の指針というのも明確化されている。

こういうものができて、なかなかいじめの情報が共有されていない。学校の先生が「一人で抱えこんでいることが多い」というのが、第三者委員会から報告されている。このあと、抱え込んでいて問題を共有化していない場合には罰になるというようなことも言われている状況にある。

いじめの影響というのは、本当に苦しく、ひどい時には、PTSD、また自殺に至ることもある。そして非行に走るきっかけにもなる。私は非行少年の診療をしていたことがあるが、「いじめられたから、悪いことをしようと思った」と思う子どももいる。そして被害者だけではなく、加害者、傍観者も含めて不健康な状態に導いて不健康なコミュニティーを形成していくことになる。

いじめの背景には、日本的な管理教育、排他的なものに関係しているという意見もある。家族、その他、周りのサポートがないという孤独感。いじめられて一人なんだという孤独感が、自殺というものにもつながっていくのだと思う。

いじめに対する対策の基本は、まず「いじめの事実が大人が気づくこと」である。大人も、それから本人も「認めたくない」という否認機制があると思う。子どもも親に言いたくない、それを認めたくないというのがある。ともかくそれを認めましょう、気づいていこうと。そして、大人が介入しないといけない。子どもには任せておけない。本人自身が強くなるようにサポートしていくのも重要である。それは、自己価値を高めること、それから、いじめられない権利を意識してもらう。人権意識をもってもらおうということ。

そして自分が本当に大切な人間で、人からいじめられない権利があるんだということを知ってもらうことが重要。いじめを上手くかわしたり、いやなことを「いやだ」と言えるようになってもらう。さらに一人になることを怖がらないと。「一人じゃないんだよ」。必ずあなたを見守っている人がいると。もちろん両親も見守っている。

余談だが、海外で暮らしていた時に小学生の娘が、学校で親のボランティアグループが運営するキリスト教の講話を聞きに行った。特にキリスト教徒ではないが。最初の会で「何を学んできたの？」と聞いたところ、「自分の意見が一人だけみんなと違っていても、ゴッドがついているから、一人じゃないんだ、自分の意見を言っているんだ」という話を聞いてきた」とこたえた。それを聞いた時に、一人ではないという強さを与える点ではすばらしい教えと思った覚えがある。

そして、いじめの対策として、外部機関との協力、これは当たり前のこと。自分の主張として10年以上前から新聞の取材などがあると、「いじめ対策」についてこのような話をしてきた。今は法律的にもこういう方向にいつている。

さて、日本の自殺の現状についてみると、1998年以降3万人を越える自殺者が続き、2012年に2万人台になり自殺は減ってきたが、若者の自殺は、やや減ってきているけれども、他の年代に比べて減り方は少ない。そして15歳から24歳までの死因の1位になっている。10歳から14歳までは2位という状況である。自殺者の数は中高年に比べて圧倒的に少ないが、こういう状況は、やはり問題である。私が行った大学生の調査では、自殺が死因の一位という状況がある。また、19歳以下の自殺の理由は「学校問題」が多い。

中学生高校生の自殺者数と自殺率の推移を見てみる。1998年のころから数は増えていないようだが、子どもの数が減っていることもあり、自殺率は増えている。中学生高校生の自殺のピークがいくつか認められる。岡田有希子さんというアイドル歌手が亡くなった時、同じような方法での10代の自殺者が増えた。これはその新聞記事である。華厳の滝で1903年に旧制一高生の藤村操さんが「厳頭之感」という遺書を残して投身自殺をした。その後そこが自殺の名所になった。このように、群発自殺が若者の自殺の特徴の一つとしてあげられる。

そして青少年の自殺の危険因子には、いじめなどの状況・環境もあるが、その他諸々が関係してくる。特に、自殺企図歴が危険因子になる。それから精神障害を抱えていることは重要な危険因子である。うつ病や躁鬱病、アルコール・薬物乱用、不安障害やもちろん統合失調症も多い。その治療をしっかりするのが重要である。

本人の性格の問題、それから家族の問題、たとえば、性的な虐待は本当に大切な人から性的な虐待を受けると自分を大切にできないことにつながって自殺に導きやすくなる。その他の危険因子もこのようにいろいろとある。そして、そのような危険因子による準備状態になにか直接動機が加わることで、自殺が起こる。その直接動機一きっかけとして、いじめも多い。

フィンランド、オーストラリア、その他韓国などでも、いじめと自殺は関係がある。しかも被害者だけではなく加害者にも関係するといわれている。ネットと自殺も重要な問題になっている。

これはニューヨークタイムスに報道された「ひきこもり」の写真である。ひきこもりと自殺も関係が認められる。

アメリカでも不登校の時期に自殺が多かったというデータがある。私が取りまとめた調査からは、大学生でも留年休学などで不登校の時期に自殺することが多く、また診断や治療を受けずに自殺していくことが多いので、そこをなんとかできないかと思う。

2015年度文科省の問題行動調査によると、福島県のいじめ行為、不登校、暴力行為は増加している。ただし、千人あたりの件数、つまり割合では、いじめは全国で6番目に少ない。全国的にはどれも決して多いということではない。ただし増加しているのは事実である。福島県内だけではなく横浜市の中学生のように避難した先でのいじめもあるので、単純にものを言えないところがある。

福島の大学生に自殺の予防教育の経験について質問をしたところ、「中学生の頃に自殺予防教育を受けた」という大学生が多かった。「命の大切さを学んだ」という回答が一番多かった。その他「対処法」や「援助希求行動」について。大学で私は自殺予防教育を試みている。教育を受けた後で、「自殺の事実を知らなかった」「これほど多かったのか」と驚いたという意見が一番多い。もっと知りたい、と。そして「いつ頃自殺予防教育をしたらいいのか」という質問には、「小学校高学年から中学生」という意見が多い。

福島の風評被害がかなり問題になったことがあったが、それについて学生と調べたり、討論したりした。すると、調べたり討論したりする前より「放射能に対する不安はやや高まった」が、「放射能に関する事実や科学的知識をもっと知りたい」という意見が増えた。事実や問題点を知るとやや不安は高まるけれども、「もっと知りたい」という意欲が増す傾向にある。現在、高校生向けの自殺予防教育を企画しているが、「メンタルヘルスについてもっと知りたい」という意欲につながっていくのではないかと感じている。

また、大学生では、自殺予防教育を受ける前は、「友人の自殺を止めることが意味のあること」だとは思っても、「本当に自殺を止めることができるのかなと自信をもてない」学生が多く、受けた後には「自分にできるんじゃないか」となって、「話も聞けると思う」とか「そういうことで友人を救う可能性がある」とか「援助機関に相談を勧めることもできると思う」という意識に変っていくことが認められた。「自分が役に立てる」という、自分が役に立てるという自己効用感も増していく。学生が自殺念慮を抱いた時に最初に打ち明けるのが友人であることは、万国共通の現象である。学生が、精神障害の知識をもち、自分や友人の自殺の危険に気付いて、援助希求行動を起こすことが自殺予防につながると考えられる。

自殺直前のサインとして、中学生高校生では、普段の活動に関心がなくなる、成績が下がる、努力しなくなる、授業中の態度が悪い、無断欠席、さぼり、喫煙、飲酒、暴力的になるなどが学校で見られることがある。諸外国で行われている学校における自殺予防のプログラムには、校内スタッフを対象にした研修プログラム、生徒を対象にした意識向上プログラム、それから生徒をスクリーニングして自殺の危険のある人にアプローチしていくものがある。アメリカのコロンビア大学のシェイファー先生によると、ある地域の中学生のかなり多くが「死にたいと思ったことがある」という結果だったという。危険群を見出し適切な専門機関に紹介することで自殺を予防することができ

るという。ビデオを使って、自分の自殺の危険や友だちの自殺の危険に気づいていくプログラムを組んで効果を上げているSOS(Signs of Suicide)というプログラムもある。

Acknowledge危険に気づくこと、Careケア、関わること、Tell a trusted adult信頼できる大人につなげていくことを重要視している。

足立区では、保健師さんが小中学校で「自分を大切にしよう」という授業で自己肯定感をもてるように、援助希求行動ができるようにする活動をしている。心が苦しいときの様々な対処法、友だちが辛そうな時の具体的な対処法などを教えている。当室の心理士の高橋先生や中村先生らが行っている活動にかなりの共通点がある。それをもう少し膨らませて、自殺予防プログラムにつなげていきたいと思う。

最後に、自殺の危険を感じた時の対応法としてカナダの自殺予防専門家グループが提唱しているTALKの原則で締めくくります。Tell、心配していることを告げる。Ask、自殺について率直にたずねる。そして、Listen、傾聴する。Keep safe、一人にしないで、安全を確保する。こういうことを大切にして、「危ない時には精神科受診につなげるように」ということを原則として唱えています。大切なこととして忘れないようにしたいと思います。

2017年2月23日
**福島の子供達へのメンタルヘルス支援
 のこれまでとこれから**

いじめ・自殺

福島大学
 子供のメンタルヘルス支援事業推進室
 人間発達文化学類
 内田千代子

- ✖2011年、いじめを学校が認識せずに適切な対応をしなかったことで起きた中2いじめ自殺事件を機に
- ✖平成25（2013）年「いじめ防止対策推進法」が成立

いじめの定義

- ✖『他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為』により
- ✖『対象生徒が心身の苦痛を感じているもの』

学校の対処方法が明確化

- ✖道徳教育等の充実、早期発見のための措置、相談体制の整備、インターネットを通じて行われるいじめに対する対策の推進、いじめの防止等の対策に従事する人材の確保、調査研究や啓発活動の推進
- ✖複数の教職員、心理、福祉等の専門家により構成される組織を置く
- ✖個別のいじめに対して講ずべき措置、事実確認、支援、助言、指導、警察署との連携、懲戒、出席停止制度
- ✖重大事態への対処の指針

いじめ

【いじめ被害の影響】

- ・いじめを苦しめた小中学生による自殺→群発自殺の発生
- ・成長後も深い傷を負う（PTSDの発生）
- ・非行に走るきっかけとなりうる
- ・被害者だけでなく加害者、傍観者も含めて不健康な精神状態に導き、不健康なコミュニティを形成する

（内田千代子：児童・青年期の自殺、自殺予防の実際、高橋祥友、竹島正編集、永井書店、大阪、2009より）

いじめ

【いじめの背景】

- ・日本的な管理教育・過度な競争
- ・排他性（異質な存在の排除）
- ・家族や周囲のサポートがない**孤独感**

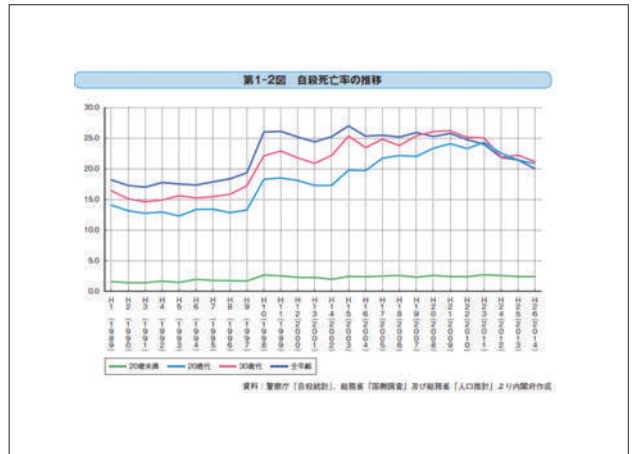
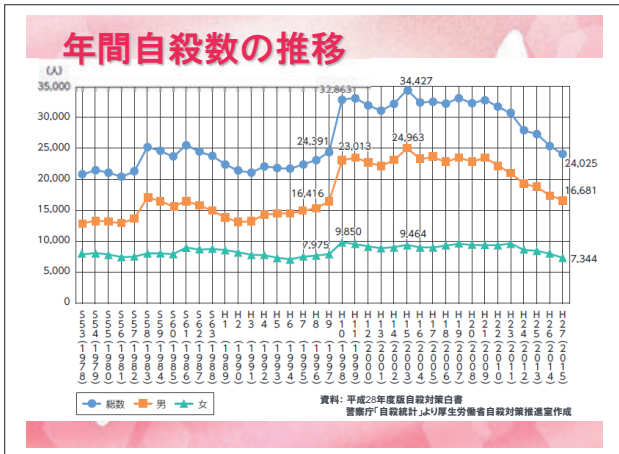
（内田千代子：児童・青年期の自殺、自殺予防の実際、高橋祥友、竹島正編集、永井書店、大阪、2009より）

いじめの対策

- ✖いじめの事実が大人が気づくこと
本人も大人もその事実を認めたくない傾向（否認機制）
- ✖大人が介入する
- ✖本人自身が強くなるようにサポート
 - ・自己価値を高める
 - ・いじめられない権利を意識、人権意識
 - ・うまくかわしたり、嫌なことを嫌といえるようになる
 - ・一人になることを怖がらない。一人ではない。
- ✖外部機関の協力

（内田千代子：児童・青年期の自殺、自殺予防の実際、高橋祥友、竹島正編集、永井書店、大阪、2009より）

自殺の現状



第1-3表 ピーク時からの自殺死亡率の減少率

	ピーク時の自殺死亡率	平成26年の自殺死亡率	ピーク時からの減少率
全年齢	27.0 (平成15年)	20.0	25.9%
20歳代	24.3 (平成23年)	20.8	14.4%
30歳代	26.2 (平成21年)	21.2	19.1%

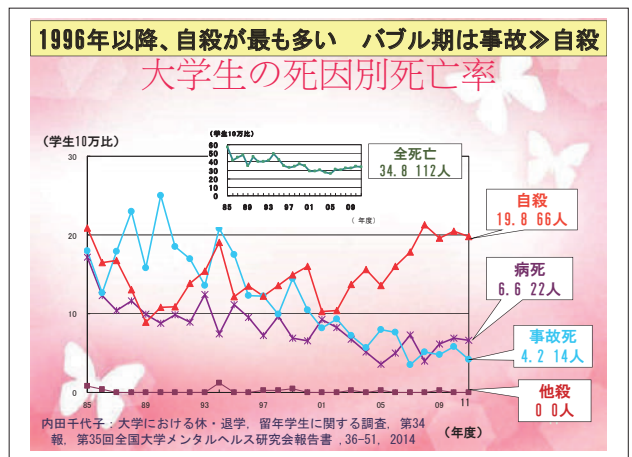
資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口統計」より内閣府作成



青少年の死因 (2014年)

	10~14歳	15~19歳	20~24歳
1位	悪性新生物	自殺	自殺
2位	自殺	不慮の事故	不慮の事故
3位	不慮の事故	悪性新生物	悪性新生物

出典：内閣府「平成28年度版自殺対策白書」



19歳以下の自殺の直接動機

警察庁・自殺統計 (2015年) によると

- 【1位】学校問題 (進路、学業不振、学友との不和)
- 【2位】健康問題 (うつ病、統合失調症、その他の精神疾患)
- 【3位】家庭問題 (親子関係の不和、家族からのしつけ、叱責)

自殺は直接動機だけでなく、背景因子の準備状態のうえに成り立つ



青少年の死の観念

- ・ 死の観念が不十分
- ・ 大人よりも死を衝動的に捉え、行動に移す
- ・ 非暗示性が強い（影響を受けやすい）
→ 群発自殺の発生

危険因子を知る

急性因子と慢性・背景因子 (直接動機と準備状態)

青少年の自殺の危険因子と危険状況

(WHOの手引きを参考)

- ✖ 文化的社会的因子
- ✖ 家庭の問題と幼少時のライフイベント（虐待など）
- ✖ 性格と考え方
- ✖ 精神障害
- ✖ 過去の自殺企図
- ✖ (対人関係要因 学校のいじめ被害など)
- ✖ 自殺行動の引き金となるようなライフイベント

参考: Department of Mental Health, WHO(2000) Preventing Suicide a resource for teachers and other school staff, 河西千秋, 平安良雄 監訳(2007)「自殺予防 教師と学校関係者のための手引き(日本語版第2版)」

自殺行動の引き金となるような ライフ・イベント(直接動機)が起こる

危険因子により 自殺の準備状態が形成され、
ストレス感受性の高い、ストレスへの対処が
困難な状態となっている。

- 新たなストレスフルな出来事ライフイベントの発生(直接動機)
- 自殺行動へ発展

いじめと自殺 諸外国の報告

- 【フィンランド】 Kaltiala-Heino, Rら (1999)
 - ・ いじめの被害者だけでなく加害者も、うつ状態や自殺関連行動のリスクが高い。
 - ・ 不安症状や心身症状が多く認められる。
- 【オーストラリア】 Forero, R (1999)
 - ・ 情緒不安定で身体の不調を訴える生徒は、いじめに関与している(被害者あるいは加害者)と考えるべきである。
- 【ノルウェー】 Olweus, D (1994)
 - ・ いじめ防止プログラム(1983~1985)により、加害者・被害者ともに50%減少
 - ベルギー、米国でも有効性が報告されている

内田千代子「児童・青年期の自殺」(高橋 祥友 竹島 正(編集)「自殺予防の実践」、永井書店、2009)

いじめと自殺 諸外国の報告

【韓国】 Kim Y. S (2005)

◆中学校におけるいじめと自殺の危険についての調査

いじめの加害者も被害者も

自殺念慮、自殺関連行動のリスク高群

内田千代子「児童・青年期の自殺」(高橋 祥友 竹島 正(編集)「自殺予防の実践」、永井書店、2009)

不登校、ひきこもりと自殺

【ひきこもり】

- ・ 日本で社会問題化
- ・ 「ひきこもり」やすい環境(日本の親子関係および学校教育のあり方)
- ・ 精神障害に罹患している可能性が高い
- 自殺行動に注意

【大学生のひきこもり】

- ・ 休学、留年生のひきこもり学生の自殺率が高い
- (内田千代子: ひきこもりカルテ, 法研, 2001 より)

大学生の自殺の特徴

- ・ 男子学生の方が多い。(他の年代と同様)
- ・ 休学、留年のひきこもり学生の自殺率が高い。
- ・ 保健管理センターの受診経験: 20%以下
- ・ 診断を受けている割合: 20%以下

相談もせず治療も受けずに自殺してしまう

(内田千代子「21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る—」、精神神経学雑誌、第112巻第6号、2010)

自殺のサインを知りサポートする

自殺予防教育について

- ✖ 福島の大学生に、自殺予防教育の経験について質問紙調査
中学生のころが多く、「命の大切さを学んだ」
対処法、援助希求行動
- ✖ 大学での自殺予防教育
事実を知らなかった。もっと知りたい。
- ✖ いつ頃自殺予防教育をするのが良いか？

諸外国の学校で行われている自殺予防プログラム

- ✖ 校内スタッフを対象にした研修プログラム
- ✖ 生徒を対象とした教育・意識向上プログラム
- ✖ 全校生徒対象のスクリーニングアプローチ
(自殺の危険や精神疾患の早期発見を目的とし、治療にもつなげていく)

TALKの原則 (カナダの自殺予防専門家グループ) 自殺の危険を感じた時の対応法

- ✖ Tell 心配していることを告げる。
- ✖ Ask 自殺について率直に尋ねる。
- ✖ Listen 傾聴する。
- ✖ Keep safe 一人にしないで安全を確保する
危ないときには外に援助を求める。
自殺をほのめかしたり、自殺未遂を示した
ときには精神科を受診。

参考文献

- ✖ 内田千代子：第3章V 思春期・青年期精神保健対策、第4章II 学校にける精神保健、精神保健福祉士養成セミナー2 第6版精神保健学—精神保健の課題と支援、へるす出版、2017
- ✖ King, S.A. : Teen Suicide Risk 高橋祥友監訳「十代の自殺の危険」金剛出版、2016
- ✖ 内田 千代子: 原発事故後の福島県の大学生の精神保健の実態調査および心理教育の効果、福島大学研究年報 第11号、2016
- ✖ 警察庁：自殺統計平成27年度
- ✖ 内閣府：平成28年度自殺対策白書
- ✖ 内田千代子：大学における休・退学、留年学生に関する調査、第34報、第35回全国大学メンタルヘルス研究会報告書、36-51、2014
- ✖ 内田千代子「21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る—」、精神神経学雑誌、第112巻第6号、2010
- ✖ 内田千代子「児童・青年期の自殺」（高橋 祥友 竹島 正（編集）「自殺予防の実際」より）、永井書店、2009
- ✖ 高橋祥友（編著）「新訂増補 青少年のための自殺予防マニュアル」、金剛出版、2008
- ✖ 内田千代子「ひきこもりカルテ—精神科医が語る回復のためのヒント」、法研、2001

現在、推進室が関わっている『医療支援』と『調査活動』についてお話ししたい。ペアレント・プログラムは地域支援でもあるが、当室の支援活動の大きな柱は学校支援活動であった。その理由の一つは、福祉や医療の地域資源が豊富ではない地域では、「学校は子どもたちを守るすごく大きな砦」になっているからである。そういった地域においては、学校の役割は非常に大きい。しかし、「いわゆる」支援が必要な子どもが増え、教職員の業務が増大していく中で、支援から取りこぼされる子どもが出て来ているというのが実際にある。そういう子たちを「どうつなげていくか」が、推進室の一つの大きなテーマでもある。



要支援の子どもとして不登校に注目すると、福島では震災後、実際に不登校が増えている。震災後においては、福島は「不登校の児童と生徒の増加率」が全国トップになっている。また高校生の不登校が増えたことも特徴である。統計上、高校生の不登校数が減っているのは、中退で高校を去ったことが主な原因である。高校生の不登校は在学中にきちんと支援につなげないと、長期的に社会的ひきこもりになっていく恐れがある。しかも不登校と自殺の問題は実はリンクをしていて、自分を守る手段として不登校を選べない子が自殺をしている現状がある。不必要に強い登校刺激を与えて無理に登校をさせることは自殺のリスクを増やす場合があることを支援者は忘れてはならない。

不登校以外にも福島の子どもたちは様々な不適応を起こしている。不適応を起こすことは、人間関係の中でいろんな問題を起こしていくこと。心理学の用語で言うと「愛着」の問題を抱えている子がたくさんいるわけであるが、その愛着の問題の裏側に、当然震災を含めたトラウマの問題を抱えている子もいる。一方で発達の問題を抱えている子どもたちもたくさんいて、実際に当室への支援の依頼も「発達の問題」が一番多い。トラウマと発達の問題を両方抱える子どももいるし、一方だけ出ている子もいる。現れ方としては「不適応」で起こっているのだから、実際にトラウマの問題だけなのか、発達の問題だけなのか、重なっているのか、を見極めていかないと本当は正しい支援につながっていかない。この見極めは学校だけとか、あるいは福祉だけとか、医療だけとか、心理だけで、といった単職種はできない。やはり多職種の連携チームが必要で、支援室も学校や福祉の皆さんと連携をしながら、正しくアセスメントと見立てをして、正しく支援につなげていくチームの一員になることが必要になってくる。そしてその中で医療が必要になってくるケースがどうしても出てくる。

東日本大震災で相双地区の精神科医療は崩壊した。第一原発から30キロ圏内には、病床のある精神科医療機関が5つあったが、すべてが一時閉鎖になり一時期900床減になった。今は再開している病院もあるが、震災前に比べて、相双地区では精神科の病床が700床強減少している。地域の精神科医療が崩壊し、もともと乏しかった児童精神科の医療については、より一層厳しさを増した。そういった中で不登校の問題や、沿岸部での児童虐待など、要支援ケースが増えた。児童虐待の問題については、仮設住宅や避難の問題が密接に絡んでいるのだが、これらのような複数の子どもメンタルヘルス関連の指標悪化が指摘されている。

子どものメンタルヘルス支援の多職種チームを作るには医療支援も必要だが、それが足りない。そのような中、平成26年8月に相馬地方市町村会から福島大学に「児童精神科医療を充実させるた

めに医者を派遣してほしい」という依頼があったことが当室の転機になった。それをきっかけに平成26年9月から相馬市のメンタルクリニックなごみの中に「福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室外来」を立ち上げ、現在も診療を続けている。そして翌年の4月からは南相馬市の雲雀ヶ丘病院の中にも2番目の大学外来を開設した。クリニック、病院の中での開設であるが、きちんと大学の外来であることを明示して診療を行っている。

もう一つ並行して行っている活動が、『医療巡回相談』である。南相馬市役所、心のケアセンター、あるいは発達障がい者支援センターからの依頼を受け、児童精神科医と臨床心理士が沿岸部を中心に訪問している。地域で発達あるいは行動で、課題や不安を抱えている子どもや保護者に面接や心理アセスメントを実施し、医療や福祉や療育など、必要な支援につなげる活動である。この活動を通して、家庭、学校、福祉、医療をつないでいる。医療支援が必要であれば、当室の外来につなげていく支援も実際に行っている。また、学校支援が必要と感じた場合は、当室の学校支援につなぐことも行っている。

次に当室の調査活動についてお話ししたい。現場で声を聞いたり支援をすると、沿岸部の子どもたちと保護者、養育者に震災の影響が今も残っているのは間違いないことであるが、その中で「震災後に生まれた子ども達も落ち着かない」という話が出てくる。これは、岩手・宮城・福島のどの県においても当てはまる状況である。そこで、岩手・宮城・福島の児童精神科医3人で話し合い、共通認識を持ちながら調査をしていこうということになった。震災関連の補助金や支援事業の予算が震災から時が経過するとともに縮小になったり打ち切りになっていく中で、震災後に生まれた子どもへの支援は行政になかなか震災と結びつけて考えてもらえない。このまま支援を打ち切っていくことが果たして正しいことなのか。そこを見ていこうというのが調査の背景である。

どのような調査かというと、対象は、震災後に生まれた、つまり震災の混乱期に乳児だった4歳の世代。平成27年に3歳児のクラスに在籍している子どもたちをしばらく追いかけていく、いわゆるコホート調査と呼ばれる縦断研究である。研究費がどれだけ持つかという状況なのではあるが、できればその子どもたちが中学を卒業するまで、追跡というか、保護者や関係者と一緒に子どもの成長発達の追いかけていって、支援も提供しながら、経時で調査の結果を世に出していきたい。

調査方法としては、保育所やこども園の先生方と親に同意を得て、子どもや保護者や担当の先生方の状況やメンタルヘルス様子や保護者のメンタルヘルス、あるいは先生方のメンタルヘルスの状態をアンケート調査している。そしてアンケート後に、子どもと母親に実際に来てもらって、子どもの心理のアセスメントと、母親の心理的な聞き取り、M.I.N.I.という構造化面接をやっている。全くまだパイロット調査として行った。N数でいうと各県30くらいでまとめた段階の結果をお話ししたい。N数については現在、増やしている最中である。

母親の構造化面接の精神医学的な評価をしていくと、岩手・宮城・福島でだいたい30%弱くらいのお母さんに、現在、メンタルヘルス支援が必要な何らかの精神疾患を有する可能性が示唆された。「何らかの精神疾患」とは、うつ、アルコール依存、PTSDなど全てを含んでいる。実際に、ベック抑うつ尺度とかIES-Rなど、うつや不安、トラウマなどの指標をアンケートで取ると、うつ、不安、トラウマティックストレスが臨床域にある、つまり治療が必要な可能性が有る保護者は、20%~40%位いらっしゃる。

子どもの認知検査の結果では、岩手と宮城において、沿岸部の子どもの認知発達が、他の地域に比べて遅れがある可能性が示唆された。福島も調査を続けているが、パイロット調査においては

それほど大きく出なかったが、その後の調査では発達面で気になる子ども達も発見されている。解析をしていくと親の環境、つまり保護者の置かれている状況が、子どものトラウマ後の成長、つまり震災を受けた後の成長と相関をしている。保護者の環境が悪くなると悪影響が出る。良くしていくと子どもに良い影響がでることが示唆される結果。母親の状態の影響が色濃く出て、結果的にいわゆる震災後に生まれた子どもたちの中に落ち着かない子どもがいる可能性があると思う。そういう視点では震災から5年6年経ったから支援を打ち切ったり、どんどん縮小していったらいい、というのでは違うという結果が示唆されている。

パイロット調査の結果をまとめると、長期的に子どもの心理的発達に震災が影響を及ぼしている可能性が示唆されている。SDQ調査では、多動など行動上の問題が出ている子どもたちが2割以上存在する可能性があることが分かった。そこでハイリスクの子どもを早期に発見し、早期の支援、早期の介入につなげる必要性がある。それからメンタルヘルスに問題を抱える母親、保護者の割合が3割に上るといふこと。現在のメンタルヘルスの問題とは直接的な関連は認めないけれども、QOL、置かれている環境が子どもの成長発達に影響を与えている可能性が充分あるので、「お母さんの支援」は欠かせないということ。直接被災した当事者への支援はもちろん、その後に生まれた子どもたちや、そのお母さんに対しても支援は届けられる必要があつて、それが子どもたちの成長とかレジリエンスの回復にもなっていく。

推進室としては、本人と家族を支えながら、同時に学校、幼稚園、保育園、こども園を支えていく。当室の少ないスタッフでは全てを支えることはできないので、多職種をつないでいく、つなぐ役割を果たす支援を模索して、連携の支援モデルを提案していければありがたいと思っている。学校の依頼で訪問し、依頼を受けた子ども以外の要支援児童が見つかって支援につなげたこともある。それから、関係が悪化していた学校と保護者の間に入って関係修復と適切な支援につなげていくということもある。また、意思疎通とか情報共有が十分にされていなかった学校と通院先医療機関の間に入っての調整、あるいは連携もやってきた。医療や福祉の支援に消極だった保護者に、専門家の立場からメリットをきちんと説明し、支援につなげたこともある。多職種で合同のケース検討会議を開催することで、連携支援モデルを立ち上げるということもやっている。そして医療支援として大学の外来を始めることによって、学校の訪問支援で見いだした医療支援が必要な子どもを大学の外来の方に誘導し、学校での支援と医療期間での支援を一元化して、なるべく学校と医療の支援というのをつないでいこうというのも行っている。一方で、それから大学の外来に通院している子どもが通う学校に「当推進室の支援を依頼してください」と依頼をかけて、実際にうちの支援チームが学校を訪問して支援し、学校と医療機関の支援を一元化することも実際に行ってきた。これにより支援の洗練や効率化を図っていくことができたと思う。

まとめとしては、東日本大震災後5年半が経過してもメンタルヘルス支援が必要な子どもと保護者は多く、支援の充実化や継続は必須である。地域資源の豊富でない地域においては、学校が子ども達を守り育む大きな砦とならざるをえない。学校の役割は非常に大きい。しかし、学校現場も人的・時間的余裕は乏しく、支援から漏れてしまう子どももいる。不適応を起こす子どもの心理の背景は多種かつ複雑で単一の職種や単一の機関のみで支援を行うことは困難かつ誤った支援を行うリスクがある。そのため他職種他機関の連携支援チームの構築が必要。連携をつなぐ役割を果たす人材の育成が、被災地の子どもと保護者のレジリエンスを高めることにつながっていく。様々な形での支援の充実化とか継続が必要であり、学校の支援は継続的にやっていきたい。もちろん、ペアレント・プログラムのような地域支援は、母親を支える、あるいは地域を支える、という意味でもとても大切であり、こちらも続けていきたい。地域と学校の支援については両方とも、当室の予算と時間が許す限り、引き続き行っていきたい。

平成29年2月23日 福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室 中間活動報告会

これからの福島子どもたちへの
メンタルヘルス支援のあり方
～当室の医療支援と調査活動～

福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室
東京医科大学茨城医療センター 精神科

榎屋 二郎

※本発表に關するべき利益相反状態は有りません

なぜ学校支援を連携の中心に据えるのか？

地域資源の豊富でない地域においては、
学校は子ども達を守り育む重要な砦！
学校の役割は非常に大きい！

- ★しかし現在、学校現場では問題行動や不適応を呈する子ども達が多い一方、教職員の業務は増加の一途を辿っており、教職員の対応困難や燃え尽きが問題ともなっている。
- ★このような中、要支援にもかかわらず、行動化言語化が乏しいために見逃されたり、行動化言語化の激しい子どもも対応で手いっぱいなため、支援につながらぬ子ども・・・。
- ★学校間で子どものメンタルヘルスへの意識差が大。
→閉鎖的で、子どもの問題性や要支援性を認めないケースも。

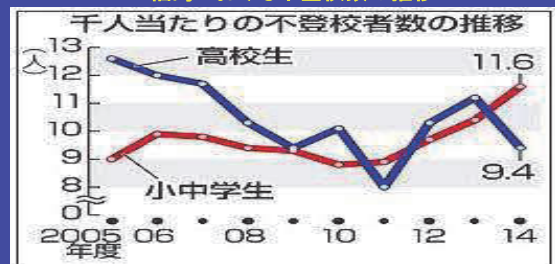
被災県、特に福島で不登校は増えているのか？

全国と被災3県の不登校児童・生徒の数（文部科学省調べ）

	2010年度	2014年度	増減率
全国	119891人	122897人	2.5%
福島	1575人	1785人	13.3%
宮城	2408人	2691人	11.7%
岩手	941人	940人	-0.1%

震災後という視点で見れば
福島は不登校児童・生徒の増加率が全国トップ

子どもを巡る各種指標の増加
～福島における不登校数の推移～

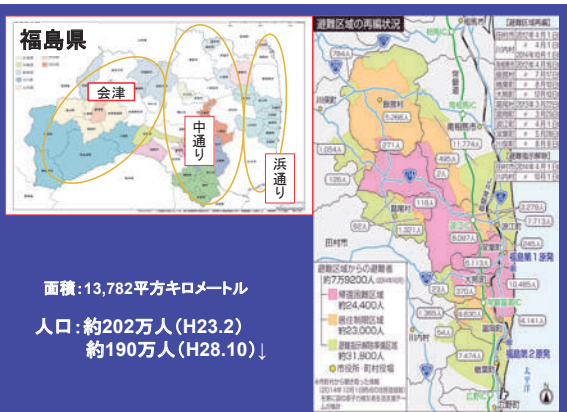


震災以降、全国平均を上回る増加。
高校生の不登校増加は重大な懸念⇒自殺の問題

なぜ連携か？
被災地における要支援の子ども達の実相



この判断と対応を単施設のみで行うのは困難
→多職種連携の支援チーム構築の重要性



東日本大震災による相双地区の精神科医療の崩壊

- ★第一原発から30km圏内の5つの精神科病床を持つ病院と3つの精神科クリニックが閉鎖
→精神科病床としては約900床減
→現在、クリニックは再開しているものの、精神科病院で再開したところは雲雀ヶ丘病院(南相馬市)、高野病院(広野町)のみ。病床としては震災前から約700床減が続いている。
- ★児童精神科に関しては震災前から医療資源が乏しかった地域
→震災で拍車がかかる

子どもを巡る各種指標の増加



虐待する親、虐待される子ども、双方に心理ケアは必要

医療支援について①
(福島民友 H26/8/8)



中井学長に感謝状
三浦学長に感謝状

児童精神科医療の充実へ医師派遣を福大に相馬地方市町村会相馬地方市町村会（会長・立倉秀清相馬市長）は、日、福島大に対し、相馬地方の児童精神科医療を充実させるため、同大の「子どもメンタルヘルス支援事業推進室」から児童精神科医を派遣するよう要望した。中井学長は「要望にこたえらるるような形で対応を検討していく」と述べた。要望では、震災と原発事故で相馬地方の医療機関の多くが閉鎖を余儀なくされ、精神科医療が十分に提供できていないことや、心のケアを必要とする子どもが増えている現状などを挙げて協力を求めた。立倉学長が同大を訪れ、中井学長に要望書を手渡し

医療支援について②



平成26年9月より相馬市、メンタルクリニックなごみ内に大学外来開設

医療支援について③

相馬市に続き、平成27年4月より南相馬市、雲雀ヶ丘病院内に2番目の大学外来開設



医療支援について④



岩手・宮城・福島における震災後生まれの子どもの調査から

☆研究組織（所属は発足当初のもの）

- ・岩手：岩手医科大学（八木淳子：研究代表者）
- ・宮城：みやぎ心のケアセンター（福地成）
- ・福島：福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室（樹屋）
 - 岩手・宮城・福島において被災地支援を継続してきた3人の児童精神科医の共通認識
- ・東京福祉大学・大学院（松浦直己）
 - 子どもの発達の問題と非行臨床関連領域における知見と震災後の状況に対する問題意識

本研究の背景（支援・臨床の場での実感）

平成23年3月11日に発生した東日本大震災では、多くの子どもたちとその養育者が大きな心理的なストレスを受け、その影響は遅延している。

多くの子どもや養育者の相談を受ける中で、震災後に誕生し、混乱期に乳児だった4歳の年代に「落ち着きがない」「集団行動に馴染めない」という主訴の相談が多い。

この傾向は震災被害が大きく、支援が現在も十分ではない沿岸地域に顕著である。

東北被災3県では、これらの問題に対処する専門職が慢性的に不足しており、現場の実務に精一杯であるため正確な現状把握と対応が難しい状態にある。

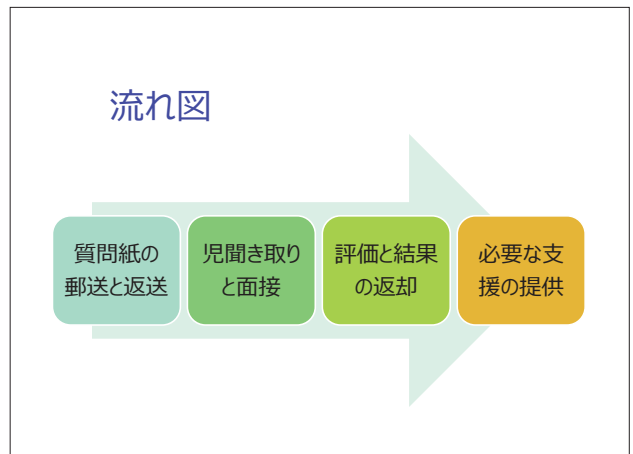
基盤研究（C）東日本大震災後に誕生した子どもとその家庭への縦断的支援研究
研究の概要

震災後に誕生し、**混乱期に乳児だった4歳の年代（平成27年度3歳児クラスに在籍）**の子どもたちの成長発達を長期的に追跡。

東北3県（岩手県、宮城県、福島県）の**甚大被害・被災地域を選択し、各県の状況を比較。**

保育所・子ども園をベースとして追跡調査と**必要な支援（子ども・保護者・保育士・教師）を継続。**

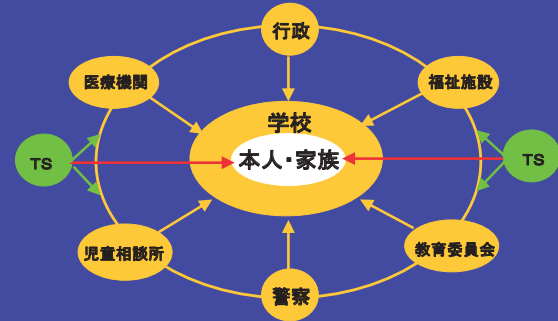
中学卒業まで追跡し（約12年間）、**子どもの成長発達の経過を確認。**



研究の意義

- 災害後に誕生した子どもたちの心理的発達の実態と取り巻く環境について把握し、必要な支援・介入とそのタイミングを見極めていく
- 3県の児童精神科関係者が共通の課題認識を持って、継続して子どもの支援に携わることが可能になる
- 自然災害の多い日本では欠かせない研究
- 研究知見は、このたびの九州・熊本地震（2016.4）後のケアも含め、今後活用されていくことが期待される

当室の模索する連携支援モデル



子どもを守る要である学校を支える連携をつなぐ！

当室で実施している連携支援モデルの活用例

- ① 学校依頼で訪問し、対象児童以外の要支援児童を見い出して、適切な支援策や支援機関につなげる
- ② 関係が悪化していた学校と保護者との間に入って、関係修復と適切な支援につなげる
- ③ 意思疎通と情報共有が十分にとれていなかった学校と通院先医療機関との間に入って連携強化
- ④ 医療や福祉支援に消極的だった保護者に支援の重要性を説明し、支援につなげる
- ⑤ 多職種・多機関による合同ケース検討会開催を主導

当室で実施している連携支援モデルの新しい試み

相馬市と南相馬市において、医療外来「福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室外来」を設置しているメリットを活かす

- ① 学校支援訪問で見出した医療支援が必要な子どもを大学外来に誘導し、学校での支援と医療機関での支援を一元化
- ② 大学外来に通院している児童の学校に当室支援依頼をかけていただき、当室チームでの学校訪問支援につなげ、学校での支援と医療機関での支援を一元化

↓
支援の洗練と効率化

まとめ

東日本大震災後5年半が経過してもメンタルヘルス支援が必要な子どもと保護者は多く、支援の充実化や継続は必須

地域資源の豊富でない地域においては、学校が子ども達を守り育む大きな砦とならざるをえない。学校の役割は非常に大。しかし学校現場も人的・時間的余裕は乏しく、支援から漏れてしまう子どもも居る

不適応を起こす子どもの心理の背景は多種かつ複雑で単一の職種や単一の機関のみで支援を行うことは困難かつ誤った支援を行うリスクがある。そのため多職種多機関の連携支援チームの構築が必要。連携をつなぐ役割を果たす人材の育成が、被災地の子どもと保護者のレジリエンスを高めていくことにつながっていく

皆様と共に、

福島の子ども達のために、
当室も引き続き頑張っていく所存です。
今後も御指導御協力を宜しくお願いします。

御清聴ありがとうございました。

ディスカッション

司会(生島浩先生)

子どものメンタルヘルス支援事業推進室の少ないメンバーだけで、福島県内全体のメンタルヘルスに関わることは不可能である。連携先の福島県や関係市町村のお力添えを受けることで、様々な活動をやらせていただいているところだ。今日は、それぞれの関係連携先の皆様に来ていただいている。それぞれの関係機関の方に、感想などをうかがいたい。また中間報告なので、連携した上で今後の注文があれば、ぜひお話ください。まずは南相馬市から来ていただいている方、お話しただけですか？

会場から①

南相馬市の山田(発達支援室男女共同こども課長)です。よろしくお願ひします。

推進室が行ってきたすべての事業で南相馬市は多大なる支援を受けていて、先生方には本当に感謝している。今日の報告を聞いて、私たちが目指しているベクトルが「間違っていなかった」と確認できたのが、大変よかったと思っている。

南相馬市は、市長をはじめ市議も市全体が「子どものメンタルヘルス」に高い関心をもっている。推進室は、私たちにとっての後ろ盾であり、本当に私たちの支えになってきた。

特に「保護者支援」に力を入れていこうということで、ペアレント・プログラムを続けている。

昨年度は黒田先生、中村先生、高橋先生に来ていただいた。先生方の神がかった技術を、私たちが目で見て盗んで行きたいと思っている。

ペアプロの現場でお母さんたちに接している私たちも、「状態が良くなってきた」のを肌で感じている。いろんな経過から、「うつ状態が良くなってきている」ことも分かっている。そのような中で「どこまでいい状態が続くのか」という心配があり、それを継続していくために、私たちはどのようにサポートしていけばいいのだろうかと思う。

黒田先生

継続的に地域でペアプロを実施してくれている南相馬市に感謝している。グループの前後でお母様方の抑うつ感が下がるのは確か。ただ、その後の継続については、実はあまり調べていない。というのは、ペアレント・プログラムも現在進行形で2~3年後がどうなるのかは分かっていない。確か南相馬市でもやっていたと思うが、2~3ヵ月後のフォローアップで、また効果が戻ってくる。参加した母親はグループの内容を思い出すことができるし、またグループで会うことで、帰属意識が蘇る。グループでのフォローアップを1年に1回位、できれば半年に1回位やれるといい。一つのグループだけではなく、合同でやるなど。そういった機会があると、ペアプロで学んだことと、ペアプロのメンタル面への効果が持続するのではないかと考えている。

司会(生島浩先生)

次に、ペアプロのコラボレーション先でもある福島県こども未来局から、注文や質問も含めてお話しいただきたい。

会場から②

児童家庭課の阿部です。ペアレント・プログラムでは黒田先生、中村先生、高橋先生と野村先生にもお世話になっている。ペアプロは、福島県発達障がい者支援センターで始まり、それが大変好評で、平成27年度については県内3カ所で実施した。今年度28年度はさらに拡大ということで7カ所で実施した。各地で大変好評と聞いている。今日実際に話を聞いて、自分たちの事業が役立

ていただけていること、先生方に多大なるご協力をいただいていることが改めて分かり、感謝の言葉しかない。

来年度も同じように、7カ所の各圏域でペアプロができるように予算を確保することができた。改めて色々ご相談したいと思う。内山先生にも、医療支援事業とスキルアップ事業等で大変お世話になっている。こちらについてもよろしくお願ひしたい。



司会(生島浩先生)

今日は県の教育委員会からもご参加いただいている。お話しいただけますか。

会場から③

今日は大変勉強になった。ペアレント・プログラムの考え方は、恥ずかしながら初めて勉強をさせていただきました。不登校を考えた時、「子どもの状態を良くするために、親の状態を良くすることが大切である」ということは充分理解できました。

過去の日本においては、不登校が大きな社会問題ではなかったのに、現在では、子どもの不登校やメンタルヘルスの問題を解決するためのものが必要になっています。「社会において何が変化したことによって、このような状況になったのか」と考えながら聞かせていただきました。

過日、不登校を減らすために、親さんの状態、家庭の状態を良くしなければならないという話を聞いたことがありました。もしかすると経済的な部分関わっているのではないかと考えました。いろいろと考えさせられながら、お話を聞かせていただきました。今後とも勉強していきたいと思ひます。

司会(生島浩先生)

ありがとうございます。今の質問にお答えできる先生はいますか？

内山先生

不登校は社会的な事象なので、例えば海外の一部の国では、不登校は余り問題にしない。「子どもが学校に行かない？それなら、仕事すれば？」というような国もあるのです。例えば、大学生の不登校なんかは、問題にしない。「なんでそれが問題なんだ。来なきゃいいだけ」と。しかし、わが国では、特に被災地では大きな支援の問題ですね。

司会(生島浩先生)

これらの事業は、浜松医大と弘前大学、そして福島大学との連携からスタートしている。今日は弘前大学からも来ていただいた。

会場から④

弘前大学子どもこのころの発達研究センターの安田(特任助手)です。学校支援で、小学校から高校まで「心の授業」で中村先生と一緒にまわってきた。福島で日々子どもたちと関わっておられる先生方と、弘前から呼ばれてポンと参加する私の立場では、子どもたちの様々な状況の見え方が大きく違うと強く思う。

私自身は、一人ひとりの児童・生徒さんから力に元気をもらって帰っていくことが多いというの

が、率直な感想だ。中には気になるクラスや学生がいて、それを学校の先生方と共有させていただくこともある。

今回改めて感じたのは、弘前大学を含めて、いろんな先生方とネットワークをつないでいくことがとても重要だということ。普段の活動を通して、多職種・多機関との連携でこちらが気をつけるべきこと、また、学校の先生方に「こういう部分をお願いしたい」と思っていることがあれば、教えていただきたい。

司会(生島浩先生)

心理士の立場から高橋さんがお話をされますか？

高橋先生

いまだ心理士に慣れていない学校がまだたくさんある。いきなり問題のことについて話をするのではなく、事前の打ち合わせであったり、最後のフォローアップのところが学校側にとっては新鮮な体験になって、より深い理解につながるんだと思う。それが医療機関とは違うところで、複数の先生方と一緒に打ち合わせすることが、特に支援の定着に結びつくのかなと思う。

司会(生島浩先生)

続けて医療支援という部分で、梶屋先生の方から補充していただければ。

梶屋先生

医療支援は、支援の中の一つの手立てでしかない。心理、福祉、教育、行政等の支援を全部パッケージにして、その子に適した形でやらないと「その子のための支援」につながっていかない。

医療につながりには壁も多い。医療につなぎたいんだけど、現場で苦労されている先生方もいらっしゃる。そういう時に、うちの医療支援を使っていただく。学校の先生に「病院に行け」と言われるのは保護者にはショックが大きく、ハードルが高いが、「お子さんのためにも、親御さんのためにも、医療につながることをこんなにもメリットがあるんですよ」という形でお話をすると、意外に円滑に支援につながるということもある。そういう意味でも当室を活用していただければありがたいなと思う。

司会(生島浩先生)

今回は予想以上に一般の方が参加してくださった。せっかくなので、「このことを言いに来た」という方がいらっしゃればどうぞ。また、ご質問、ご意見があれば、うかがいたい。

会場から⑤

私は、郡山市でスクールカウンセラーをしている。度々心理のことについては、研修を通していろいろな情報があるのだなということに気づいている。

私は定年退職前は小学校の教員をしていた。こういった先生方のお話を聞いて学校現場で活かす機会は、現場の先生は少ないように思う。福島大学に推進室があって県内でこういう動きをしているということさえ分からない先生方は多く、それが実態だと思う。

話を聞きながら、大人自身の閉塞感を大人自身が感じているのか。危機感として自覚しているのか、ということを感じるに至った。その閉塞感があらゆる問題を引き起こしているような気もする。それは震災であったり、放射線の問題だけではないように思う。先生方もおっしゃっているが、「それ以前からあるんだよ」ということだと思う。その辺のところを皆で合わせて考えていく。

合わせて「学校は最後の砦だよ」とおっしゃっていただいている。各学校の先生方が、危機感を

もっているのだろうか。「気づいていない」と先ほど言いました閉塞感がある。そういったものも空回り、こういった問題がなかなか解決できない状況にあるのではないかなと思う。

もっと心理の勉強ができる場をつくっていただきたい。私は福大の教育臨床研修講座を受けている。そして、家族支援は欠かせないと思っている。それをどこでどうやるか。それは先生だけでは難しいなど。家族支援をするにも、学校と医療関係との相互的な連携が必要ではないかと思って、私はある病院に入っている。いろんなお子さんが相談に来る。学校の状況を知った心理士も必要だと思っている。情報を共有しながら、そのお子さんに対して適切なアドバイスをしていく。そういう方法をどこにおいても確立しなければならないのだろうと、そうでないと、この閉塞感を打開するような糸口というのは見えてこないのではないかなと思う。

司会(生島浩先生)

まとめに代わるお話をいただいた。

一つは、私たちの推進室事業は3年を終えたところだが、まだ「この推進室があることが、県内にちっとも広まっていないぞ」というお話。それを踏まえて、今回の中間報告は、冊子にして、部数もたくさん刷って皆さんにお配りしたい。余分に欲しいということであればお送りできるくらいの部数を印刷する予定。一人が5人に配れば、5倍に広がることになる。

二点目は、「きちんと勉強できる場所を作ってほしい」ということ。

当推進室の事業は、4本柱ともう一つ、支援者支援・支援者養成がある。個々にはやっていたが、それがシステムティックにされていなかったという反省がある。今年度は10人とか20人位の人数で、継続研修をやりたい。現場で地域支援に尽力されている方をピックアップする。現任者なので、おそらく月2回位、夜間か土曜日の開催になる。しばらくしたら、ご案内を差し上げることができると思う。

それと共に、これまでやってきたことはきちんと継続していくということ。「継続は力なり」だと思っている。この事業は連携先の方々の支援でどうにか成り立っている。皆さんに、今日の『中間報告会』に来ていただいたことが、何より、私たちのエンパワーメントになった。パネラーの先生方を含めてこのスタッフ共々皆様方にお礼を申し上げ、この中間報告会を終わりたい。遅くまでありがとうございました。

学会等掲載資料等

生島 浩

「今、何が起きているか－福島から－」
(家族療法研究 第28巻第3号2011年12月)…………… P 44-46

生島 浩

「今、何を考えているのか－福島からの報告(2)－」
(家族療法研究 第29巻第3号2012年12月)…………… P 47-49

生島 浩

「東日本大震災への家族支援・支援者支援：
現状と課題－福島からの報告(3)－」
(家族療法研究 第31巻第1号2014年4月)…………… P 50-53

中村 志寿佳 / 生島 浩

福島大学「子どものメンタルヘルス支援事業推進室」の実践活動から
(家族療法研究 第33巻第3号2016年12月)…………… P 54-57

内山 登紀夫 / 川島 慶子 ほか1名

「東日本大震災後の福島県沿岸部における乳幼児と保護者に関する
メンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究
1歳6ヵ月児健診及び3歳6ヵ月児健診」
(第15回日本トラウマティック学会ポスター発表)…………… P 58-59

内山 登紀夫 / 川島 慶子 ほか1名

「福島の乳幼児のメンタルヘルス」
(発達障害医学の進歩27 診断と治療社 P 1-8 2015)…………… P 60-67

野村 昂樹

「子どものメンタルヘルス支援事業推進室」の活動から…………… P 68-69

■家族再生を支え合う実践

〈学会特別企画シンポジウム 東日本大震災への支援に向けて〉

今、何が起きているか

—— 福島から ——

生島 浩

I はじめに

本稿は、2011（平成23）年5月末時点での静岡大会における報告であるが、本稿を執筆している同年9月末までの状況を踏まえたものとなっている。

また、筆者の拠って立つ臨床領域が、家族臨床に加えて非行・犯罪者への立ち直り支援にあることが内容の偏りとなっている。さらには、被災地からの発信であるが、当日は岩手・宮城両県からのものがなく、地震・津波の震災被害に加えて、というより、深刻さはそれを何倍も上回っている放射能不安に曝される福島の「特殊事情」が色濃く反映した内容となっていることを理解いただきたい。

II 強い取り残され感・見捨てられ感

大会当日は、「他とは違う取り残され感」と題するスライドを掲げ、心理的支援としてPTSDへの対応が叫ばれているが、福島は決して「ポスト」ではない、「被災のまっただなかにある」と強調した発言から始めた。半年以上経過した現在、他県からは復興を伝えるニュースが溢れるなか、違和感・取り残され感がますます増幅していることは間違いない。転出者が転入者を上回る転出超過の数（7月末）が、宮城県：約1万人、岩手県：約4千人に比べ、福島県では2万2千人を超えた。さらに、宮城・岩手は歯止めがかかったが、福島だけは毎月2千人以上の転出超過が続いてい

るのである^{注1)}。放射能の影響を避けて立ち去った者の大半は、子どもを連れた母親であろうが、その中に教育、医療、福祉関係者などいわゆる「専門職」が多数含まれ、支援する側の逼迫ぶりは甚だしい。あれほど活発なボランティア活動も敬遠・素通りされているとの感が強く、岩手・宮城両県の被災地に設けられた大手報道機関の臨時支局さえできないという扱いに、「見捨てられている」との思いが募るばかりである。

III 被災地：福島における家族臨床の課題

第一に挙げたいのは、働き手の男親は福島に残り、「女子どもは疎開」という事態が、戦争とは無関係の状況で大量に出現するとは考えもしなかったことである。今回の疎開は、単身赴任と大きく変わらないのではないかと、という声も聞く。しかし、家族が一緒に住まないリスクは同じだが、勤務の都合による単身赴任は「仕方ない」と受け止められても、原発事故による「理不尽さ」は家族、特に父親に耐えがたいストレスを与えている。放射能不安で動揺する母親を目前にして父親はいかんともしがたく、不安感の両親・嫁姑間の違いから生じる家族間葛藤は、崩壊の段階に至ることもある。疎開する実家・身内を持たない親から、「福島県外の里親を探して欲しい」「外で子どもを遊ばせているのは虐待ではないかと言われる」と児童相談所に訴えがある笑えない話も耳に入る。

一方で、食料・水の配給に並び、ガソリン獲得に走り、避難所生活を送るなど被災への緊急対応

My Report on the Present State of the Fukushima Disaster
福島大学, Hiroshi Syojima : Fukushima University

2011年12月

は、ある時点までは、家族の凝集力を増して、機能回復につながる。たしかに無断外泊・徒遊する非行少年が目立たなくなって、家庭での居場所感を一時的にでも得た事例を見聞した。阪神・淡路大震災における非行少年（神戸少年鑑別所入所少年）の調査結果によれば、重大な体験をした者ほど「家族の大切さが分かった」と感じ、震災後時を経るほど「子どものことを考えてくれるようになった」と親の変化を認識している¹⁾。難しいのは、このような肯定的な反応をした少年であっても、少年鑑別所に収容されるような非行を行っているわけで、非行の抑止には必ずしも結びついていない事実である。東日本大震災においても、筆者の限られた臨床体験から推量すると、同様の調査結果が得られるのではないだろうか。

被災地における家族臨床の課題として、このような疎開家族、疎開できない諸事情を抱えた家族、そして、不登校や非行などの問題行動、心身疾患・精神障害、子ども・高齢者を抱える家族などが「リスク・ファミリー」として支援の対象になる³⁾。安全・安心を確保した上で、ストレス・マネジメント、心理教育、PTSDへの対応、喪の作業など家族臨床のもつアプローチが有用なことはいうまでもない。

IV 異相のリスク・ファミリーが出現

働けない・働かない親を狭い空間の避難所生活で長期間見続けた、補償金・義援金を飲酒・ギャンブルなどに費消している、仮設住宅に移ったら震災前のように子どもに朝食を作らなくなったといった、従来から指摘されている被災に伴う様相は、もちろん今回も見聞される。それとは異なる、リスク・ファミリーについて筆者は注目している。

福島では、「子どもの安全」を賭けて、親と学校が〈仁義なき戦い〉をしている。保護者の怒りの矛先は、東京電力や国よりも目前にいる教員に向かっている。子どもをコントロールしようとするのは、いつの時代も〈親心・教師の性〉である。かつては、良い学校に、安定した会社に入りたいと圧力をかけるときに、「子どもの幸せ」を錦の御旗にしてきたが、価値観の多様化ですっかり無

力となった。反作用・副作用としての1983（昭和58）年をピークに家庭内・校内暴力があり、それらが遷延化、あるいは、こじれたものが、ひきこもり問題などの形で顕在化していることは自明である。

ところが、放射能不安に対する「子どもの安全」という新たな錦の御旗を親が得ることになった。これは、数字で明らかとなるので、「子どもの幸せ」よりはずっと影響力・パワーがあり、親は子どもを守るという効力感、いや、高揚感さえ感じているように見える。遊びはもちろん常に親の目の届くところに子どもを置いてコントロールし、原発から離れた関東地方の母子に沖縄への移住を決断させるほどである^{注2)}。

阪神・淡路大震災の家庭裁判所調査官の報告によれば、家事調停事件という形で裁判所まで持ち込まれるような家族紛争は、1、2年の時間的経過が顕在化までに必要なことが明らかとなっている²⁾。保護者の「夫婦の危機」の影響を受ける非行事件も同様であるが、前述のリスク・ファミリーが家事事件・少年事件の当事者となるには、放射能同様リスクの蓄積が前提で、その前の介入が重要であることを再認識したい。

V 家族臨床の果たすべき役割

この厳しい現実に臨床家は有効な手立てを提供できるか。ホットスポットを探し求めて学校内に勝手に入り込み、刻々と変わる線量が気がかりでパソコン・携帯電話に24時間見入るばかりで子どもの顔さえ見る余裕がない親の体感不安への対処が、臨床の喫緊の課題である。放射能不安は、いたずらに共感すれば増幅され、エビデンスが売り物の認知行動療法にしても、自動思考を同定し、代替思考を案出するような事象ではないだろう。言葉・数字にしがみつき、絶対の安全（ゼロか百か）を執拗に要求し、振り回され・振り回す「強迫性」の強い人に、情報公開、説明責任の遂行というリスク・マネジメントの王道は、有効どころか、逆効果（副作用）さえ生じることは臨床の常識である。

本学会の果たすべき役割を列記すれば、あくまで福島を念頭にしているが、

- 1) 疲労困憊する支援者に対する家族臨床のアプローチの伝授であるが、これについては、すでに支援委員会が組織され（後藤雅博委員長）、「家族臨床に関わるケア・スタッフのための実践支援講座」が2011（平成23）年8月20日に福島市で開催された（本誌に別途掲載済み、p.318-325）
- 2) 新たな家庭内暴力・不登校・ひきこもりのリスクを抱えた子どもへの予防的介入
- 3) 高揚・混迷・振り回し・振り回される家族への鎮静への働きかけ
ということになるだろうか。

Ⅵ おわりに

福島が、いつのまにか「フクシマ」と表記されることに傷ついている。震災後間もない8月の国際犯罪学会（神戸）、9月の国際思春期青年期精神医学心理学会議（ベルリン）にあえて出席し、国際会議で身をもって実証したかったことは、「普

通に大学院教員として生活していること」である。わが国で、心の鎮静の専門家である「住職」という職名は、なるほどと思う。私も、福島に住み、そこで日常生活すること、それ自体が、地域生活支援者の基本だと肝に銘じている。

注

- 1) 朝日新聞、平成23年9月9日、9月30日付け。
- 2) 『AERA』、2011.9.5号、2011.10.3号、朝日新聞社。

文 献

- 1) 服部祥子、山田富雄編：阪神淡路大震災と子どもの心身：災害・トラウマ・ストレス。名古屋大学出版会、1999。
- 2) 廣井亮一：家族の紛争と震災。（日本家族研究・家族療法学会阪神・淡路大震災支援委員会編）喪失と家族のきずな、金剛出版、1998。
- 3) 生島浩：リスク・ファミリーの臨床。家族療法研究、27(3)；234-240、2010。

2012年12月

■家族の未来 支援者の現在
〈東日本大震災関連シンポジウム〉

今、何を考えているのか
— 福島からの報告 (2) —

生島 浩

I はじめに

本稿は、2012年6月の本学会山口大会における報告であるが、執筆時である同年8月末までの状況を踏まえたものとなっている。

また、その内容は、リスク・ファミリーと立ち直り支援の専門家として、地震・津波の震災被害以上に、放射能不安に翻弄される福島の特事情が色濃く反映されていることは、初回の報告と同様である。まずは、筆者の拠って立つ非行・犯罪臨床の報告から始める。

II 非行・犯罪リスクについて

福島第一原子力発電所事故（以下、原発事故）で原則立ち入り禁止となっている“無人”地域での窃盗（空き巣）が急増するのは致し方ないが、たとえば、福島県内の非行少年（刑法犯）は、2011年は前年に比べて3割減少している。警察力が震災対応に割かれて、取り締まりに手が回らない事情を考慮しても、犯罪の発生自体が減ったものと考えられる。被災地において、少年院や刑務所といった矯正施設、そこから釈放されたが引受人のいない者に住居と食事を提供し職業・生活指導を行う更生保護施設でも、スタッフの懸命な努力によって混乱は認められなかった。

避難生活のなかで、多くのリスクに直面化して家族の凝集力は一時的に高まり、「非行少年の居場所感」も向上したように見えたが、家庭裁判所

や少年鑑別所など非行臨床機関の聴き取りから、再犯リスクを低減させるまでにはなっていないようである。もっとも心配したのは、社会的混乱のなかでリスクへの不安が高まり、「水や食料を求める行列の中に犯罪者が混じっているのが危ない」といった〈社会的排除〉の強まりであった。しかしながら、筆者による福島・仙台市の更生保護施設入所者やスタッフへのインタビュー調査からは、顕在化した事実は認められなかった。

立ち直り支援の面からは、解体・がれき処理・除染作業などリスクある就労機会は増大しているものの、安定的な就職でないことは明らかである。補償金・賠償金など「カネ」をめぐる大人の高揚、混迷、そして争いの悪影響が深刻化している事実も否定しがたい。働けない・働かない父親、家事もできない・してこなかった母親の姿を長期間間近に見続けることが、子どもの問題行動につながるリスクは実証されているところだ。

III 子ども避難・母子疎開に伴うリスク

2012年4月現在、まず、県内への避難が約1万2千人といわれる。福島県に来られた人はすぐに分かるが、天気予報は「浜通り・中通り・会津」の3地方別、NHKのローカル番組名は「はま・なか・あいつ」である。津波・原発事故の被害のために「浜通り」から「会津」へと文化圏の異なる地域への転校は、不登校など不適応リスクを包含する。仮設別居や子どもの一部が祖父母のもとへとといったように、震災前からの家庭機能の不全が顕在化し、崩壊が表面化する事例が目立つ。避

難場所から仮設住宅に移ったのは「前進」だが、もとより勉強部屋は確保できず、多くはバス通学となって〈ブラブラする自由〉がなくなり、「たまり場・隠れ場」を失った子どものストレスは計り知れない。

次に、県外への避難は、18歳未満の子どもが約1万8千人、昨年の人口移動を転出超過でみると、0～14歳：9,040人、その親世代の25～44歳：11,142人であり、1万ケースを優に超える「母子疎開」が発生したと考えられる。県外避難者の大半は、人口の多い福島・郡山市からであって、被曝量の多寡には関係なく、除染など放射線対策を行っても戻ってくる可能性は限定的と思われる。

それでは、母子疎開のリスクはどのようなものがあるのか、臨床的観察から列記してみたい。

- ・ 休日に家族宅に帰宅しても「居場所感」の持てない父親
- ・ 疎開の長期化により母子だけの「生活安定化」
- ・ 疎開先の支援でエンパワーメントされる母子、被曝し単身生活で衰弱する父親
- ・ 疎開先である母親の実家は疲弊、父親の実家との葛藤が増大
- ・ 危機状況に家族全員で直面化して「きちんとガタガタできない」物理的距離と心理的乖離
- ・ 放射能への体感不安の「家族間差異」は拡大、再同居の可能性は遠のく一方

さらに、放射能不安に対する「子どもの安全」という新たな錦の御旗を親が得ることになった懸念がある。すなわち、遊びはもちろん、常に親の目が届くところに子どもを置いてコントロールすることの反作用・副作用としての家庭内暴力・不登校・ひきこもりのリスク増大については、前回報告のとおりである⁵⁾。

IV 原爆体験・被曝者医療から学ぶ

6,744人の原爆体験者の生活史調査を行った濱谷正晴一橋大学名誉教授について書きたい。筆者は、濱谷ゼミの第一期生であることを福島での被曝まですっかり忘れていた。故あって、ゼミの同窓会が本年結成されてその代表となり、「原爆と

人間アーカイブ」という生活史調査のデータベース化をお手伝いする機会に恵まれた。調査分析をまとめた『原爆体験』²⁾からわれわれ福島の被曝者が学ぶべきは、その被害の本質は、〈生きる支え・意欲の喪失〉であって、決して〈放射線被害〉に矮小化しない取り組みこそが、〈反原発〉の思想化につらなるという経験的事実である。

次に、広島で被曝者医療に長く携わり、チェルノブイリの子どものための診察に従事してきた経験を活かして、福島の原因事故後に対応している福島生協病院の齋藤紀医師との対話から学んだことを述べる。低線量被曝や晩発性障害といった福島で生活することのリスクを煽るだけの著作や講演ばかりが目立ち、その物言いに振り回され、自縛されて身動きが取れなくなっているのが現況である³⁾。しかし、われわれが学ぶべきは、広島・長崎で、そして、チェルノブイリで被曝しながらも、さまざまな創意工夫や社会的支援によって生きながらえてきた人々の〈経験〉であり、実証研究の成果であることを強調したい。

V Pouline Boss 博士の 〈あいまいさ〉への支援から学ぶ

「行方不明者家族」に限定されることなく、本震災に関連して、医療・保健・心理・福祉領域における支援の手立てとしてBoss博士の〈あいまいな喪失〉理論が注目を浴び、専門誌の特集が組まれている（『精神療法』、38（4）／『日本家族心理学年報』、30、ともに2012）。筆者も、田村が本誌で紹介するBoss博士の「何をやればよいかかわからないというあいまいさ・不確実さに慣れると、あいまいな喪失と共に生きる人へうまく支援できるようになる」というメッセージに共感する⁶⁾。

原発事故でふるさとを離れ、父親と別れて母子が疎開する状況は〈あいまいな喪失〉といえるであろう。さらに、目に見えない放射能不安、20、30年後という晩発性障害への不安は、まさに〈あいまいさ〉が本質であり、そこへの支援に携わる者として、「どう支援したらよいか明快な答えが存在しないことを理解する」ことの重要性を痛感している。

前報告で、強迫性を伴う体感不安への対処につ

2012年12月

いて述べたが、豊富で正確な情報と理詰めによるリスク管理は副作用も大きく、「体感と語り」重視の家族心理教育が求められている⁴⁾。安心を説得することではなく、不安を受け止めるという、心理臨床の原点に戻り、地域生活支援の観点から、住むのが仕事という〈住職〉の手法に魅力を感じている。リスクの〈受忍〉では決してないが、リスクある生活の〈耐容〉が肝心なのではないだろうか。奪われた生活のリカバリー支援を目的とする、統合失調症にかかわるものとは異なる新たな「生活臨床」を提唱したい。

まずは、家族生活臨床に携わる〈住職〉として、7月28日に福島市において、「子どもと家庭の危機管理」をテーマに、教職員、スクールカウンセラー、臨床心理士、児童福祉、精神保健に携わる者を対象に講演会を開催した。講師の一人は、Boss, P. 著『「さよなら」のない別れ、別れのない「さよなら」』¹⁾の翻訳者である南山浩二静岡大学教授である。〈あいまいな喪失〉研究の概要とその含意について、お話しいただき、理解を深めた。次に、筆者が、①予防的介入や継続的支援の必要性を勘案するアウトリーチによるアセスメント、②不安を抱える者の「強迫性」に配慮したリスク・コミュニケーションのあり方の提示、③〈きちんとガタガタする〉場としての家族合同面接を設定し、家族それぞれの諸事情を勘案し、折り合いをつけ、塩梅を図る介入、などを内容とする家族支援プログラムについて、ロールプレイをまじえて具体的に提示した。

VI おわりに

Boss 博士については、JDGS (Japan Disaster Grief Support) プロジェクトの主催、本学会などの共催により来日がかない、12月1日(土)に福島市において講演会、同月3日(月)には仙台市においてワークショップが実現の運びとなった。

前述の筆者なりの家族生活臨床プログラムについても、明治安田こころの健康財団や勤務大学の研究助成を得て、県内各地で展開すべく関係方面への働きかけに尽力しており、学会設立30周年記念大会での報告を次回としたい。

文 献

- 1) Boss, P. : Ambiguous Loss : Learning to live with unresolved grief, Harvard University Press. Cambridge, 2000. (南山浩二訳: 「さよなら」のない別れ 別れのない「さよなら」: あいまいな喪失. 学文社, 2005.)
- 2) 濱谷正晴: 原爆体験: 六七四四人・死と生の証言. 岩波書店, 2005.
- 3) 一ノ瀬正樹, 伊東乾, 影浦峽, 他: 低線量被曝のモラル. 河出書房新社, 2012.
- 4) 中谷内一也編: リスクの社会心理学: 人間の理解と信頼の構築に向けて. 有斐閣, 2012.
- 5) 生島浩: 今, 何が起きているか: 福島から. 家族療法研究, 28 (3); 52-54, 2011.
- 6) 田村毅: 大災害と家族支援. 家族療法研究, 29 (1); 73-78, 2012.

2014年4月

■特集 東日本大震災支援：JAFT 東日本大震災支援委員会

東日本大震災への家族支援・支援者支援：現状と課題 — 福島からの報告(3) —

生島 浩

I はじめに

本稿は、2013年6月の本学会東京大会における報告であるが、執筆時である2014年3月末、要するに大震災・原発事故後3年を経過した現況をふまえたものとなっている。また、その内容は、リスク・ファミリーと立ち直り支援の専門家として、地震・津波の震災被害以上に、放射能不安に翻弄される福島の特異事情が色濃く反映されていることは、これまでの2回の報告と同様である^{3,4)}。まずは、報告者の拠って立つ非行臨床の現況から始めたい。

II 非行などの問題行動のリスクについて

少年非行は、少年人口自体の減少もあって、この10年間減少を続けている。福島県内の非行少年(刑法犯)が、2011年は前年比3割減であるのは、警察力が震災・原発事故に関する対応に割かれたことから了解できる。しかし、2012年は全国が前年比15.8%減であるのに、福島県は23.9%の大幅な減少、2013年も全国が13.7%減の5万6,469人であるのに対して、福島県は18.8%減の723人とその減少率の大きさが目立っている。

このまま福島県もまた全国の動向に沿って、いや、それ以上に少年非行が減り続けていくのか？

県内から非行少年たちが消えてしまった結果ならば、それは望ましいことであろう。ここで、『非行の原因』で名高いアメリカの社会学者 Hirschi, T. の「社会的絆理論」を思い出す。彼によれば、社会的逸脱を抑止する要因として、愛着(attachment)、投資(commitment)、巻き込み(involvement)、規範観念(belief)の四つを挙げている⁵⁾。福島の現況をみると、放射能不安による父親を自宅に残しての〈母子疎開〉は家族の愛着を妨げ、放射能汚染による避難は投資対象であったふるさとを失わせてしまった。さらに、学校での部活動など熱中(巻き込み)していた時間を放射能汚染によって奪われ、安全・安心な生活を毎日続けられるという規範観念に近い基本的信頼感さえも揺らぐ事態となった²⁾。とりわけ、子どもを保護する機能を担う家庭・学校への不信感が増大した子どもも少なくないであろう。このような認識から、報告者は、総体として減少する少年非行のなかで、例外的に増加傾向にある家庭内暴力・校内暴力が、一層福島では深刻化するリスクはないか、懸念するものである(図1参照)。

ほかの問題行動、たとえば不登校は仮設住宅からはスクールバスで通学することが多いため〈不登校の自由〉さえも奪われ、通学・たまり場・隠れ場所を失った子どものストレスは高まっている。いじめの報告件数も増えているが、滋賀県大津市の自殺事件の影響で全国的に急増したものである。狭い仮設住宅で、夫婦げんかも子どもを大声で叱ることもはばかられ、近隣の目がかえって行き届くようになった影響か、DVや児童虐待の通報が

Family Support, Support of Supporters after the Great East Japan Earthquake : Report from Fukushima (3)
福島大学大学院人間発達文化研究科, Hiroshi Shojima ;
Graduate School of Human Development and Culture,
Fukushima University

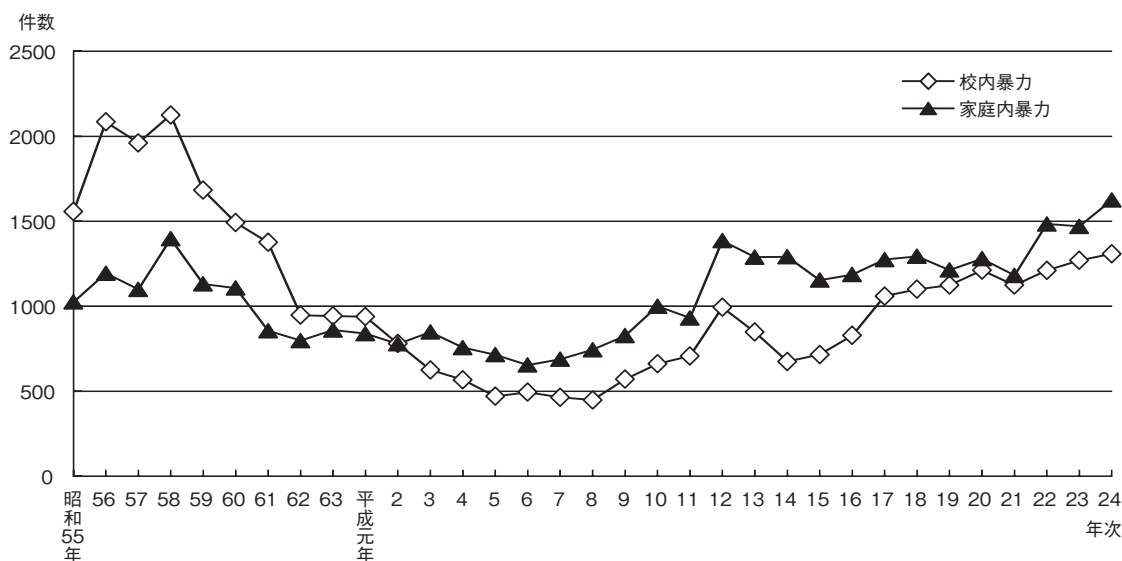


図1 校内暴力及び家庭内暴力事件の推移

増えているのも心配される事象である。

Ⅲ 大震災に関わるカウンセリング事例

報告者は、大学附属の臨床相談室、また、公立高校のスクールカウンセラーとして臨床に携わっている。秘密保持のため必要な改変を加えて、大震災・原発事故が今なお影響を与えている事例を紹介する。

1) 意欲低下を主訴に来談した男子高校生

中学3年生の3月に被災、原発避難地域から5カ所を転々とする。「温泉旅館に避難していたころから“何の意欲もわからない、食欲もない”、集中力もなくなり成績も大幅に低下」と担任が心配して本人を相談室に連れてくる。本人は、「家族に心配かけたくない」と抗弁するが、専門医を受診させるにしても保護者の了解が必要と判断し来談要請。母親は、「転校した中学から“何も手につかなくて、どうしたらいいかわからない”と泣いて電話してきたこともあった。昔からメンタル面で弱く、ゲームばかりの生活が続いているが震災を言い訳にしている」と述べた。本人とは面接を毎週続けるなかで、「本が好きで司書になりたい」と夢も語るが、「家族や級友に比べて震災・原発にこだわっている自分が気になる」と違和感・不具合感を言語化できるようになった。原発

反対運動に加わるのはいいが、心情面の不安定さを「利用」されないよう配慮が必要と、スクールカウンセラーは担任にも助言した。

2年生の秋になって、「自分はいなくてもよい、どうしたら生きようと思えるか」との訴えがあり、母親との面談で家庭での状況を聴取した上で、12月に精神科クリニックへの紹介状を持たせて受診にこぎ着けた。重度の抑うつ状態との診断を受け、服薬しながら、カウンセリングは継続することとした。沖縄への修学旅行も無事済んで安堵していたが、年が明けると、一家で隣県転居の話が持ち上がる。賠償・補償金で避難のためのアパート住まいから一軒家へ移れるという。本人は私立高校の通信課程に転学希望、中学3年生の妹は公立高校受験、両親ともに就労先を探している。1月末、本人が挨拶に来室、放射能不安から逃れられるためか表情は明るい。転学校でもスクールカウンセラーの面接、移転先の専門医受診を継続するよう強く促して「終結」するほかなかった。

2) 不登校からひきこもりに陥っている中学生男子の事例

小学4年生で大震災に遭い、大津波と放射能汚染で町自体の機能が崩壊したためいったんは県外へ避難したが、本人・高校生の姉は母親の職場が近い県内A市、父親は仕事の関係で県内のB市

2014年4月

に単身赴任，父方祖父母は県内C市の仮設住宅へとバラバラの生活に「収束」する。

本人は転校先の小学校で体調不良を理由に休むと，担任の執拗な家庭訪問や「そんな気持ちの弱いことでどうする」との“励まし”を母親とともに侵襲的と受け止め，「死にたい」と自殺企図も口にするようになった。大震災前に通学していた小学校が移設されたので転校したが，不登校は改善されず，放射能不安に耐えて地元中学へ進学しても，同級生は10人以下と大縮減されたにもかかわらず，LINEによる先輩からの恐喝まがいのいじめはひどく，ひきこもり状態に陥ってしまった。

母親は，震災後の「家庭の進路（これからどうするのか）」問題から父親と折り合い不良となり，暴力さえ受けるようになって心療内科に通院し，姉も不登校となったが通信制の高校に進んだ。本人は，「僕は馬鹿じゃない」と専門医の受診は拒絶，しかし，中学のスクールカウンセラーの紹介により，母親の努力で報告者のカウンセリングにつながる事ができた。本人および母親の個別面接，家族合同面接を組み合わせたアプローチを継続中である。

Ⅳ 子どものメンタルヘルス支援事業の創設

宮城，岩手の両県には当然設置されているが，福島県には「子どものメンタルヘルスセンター」の類が存在しない。一方，放射能不安に曝され，疾病・障害，不登校・非行問題のある子ども，それらを抱える家族，さらには，離婚・ひとり親・母子疎開の家庭など「ハイリスク」な状況にあるクライアントに対して専門的な支援が圧倒的に不足している。この3年間のメンタルヘルスをはじめとする社会的支援は，できるだけ「幅広く・もれなく」が第一であり，その方法もアンケート調査などの量的調査に基づくものが大半であった。しかしながら，リスク，すなわち，諸事情を抱えたクライアントへの確にアプローチするには，われわれが臨床に使用している面接，アセスメント，そして，専門機関へのリファー，連携・協働を含めた高度に専門的手法が不可欠であることはいうまでもない。

この1年余り，福島大学の同僚である内山登紀

夫教授と「子どものメンタルヘルス支援事業」を構築するべくまさに奔走してきた。児童精神科医である内山教授は，発達障害に焦点を当てた学校巡回相談，医師・保健師への専門研修，報告者は，子どもの問題行動と家族支援に焦点を当てた臨床実践，臨床心理士・スクールカウンセラーへの専門研修を中心に行うプロジェクトの創設である。この事業に専従する児童精神科医と発達臨床の特任教授各1名，発達障害と家族支援を専門とする特任助教各1名の計4名を雇い入れる人件費が2014年度新規に認められた。県内160校余りの小・中・高校・特別支援学校を回り，保護者相談，教職員研修などを行う運営経費も復興予算から獲得した。

報告者が責任者となる教員・臨床心理士・ソーシャルワーカー・児童家庭相談員等への研修パッケージについて，少し詳しく紹介したい。その特色は，次のとおりである（図2参照）。

- (1) 非行・犯罪臨床で活用されている「リスク・ニーズ・モデル」を援用して¹⁾，再発に関するリスクアセスメントを厳格に行い，ニーズ（問題性）に即した，そして，クライアントの特性や置かれた状況に合致した支援内容と方法が選択されるよう努める。
- (2) ハイリスクな子どもと家庭に対しては，特定の専門機関によるアプローチだけでは有効でないことから，多職種・多機関連携を基本とし，そのためのケース（ケア）マネジメント会議を円滑に実施するための演習を行う。
- (3) 母子疎開家族が典型だが，日々の課題に家族で対処する機会が物理的にも心理的にも持てない状況に焦点を当てる。安心・安全に多様なリスクに直面化できるよう仲介・通訳の機能を担う専門家が立ち会った「きちんとガタガタする」場の設定として家族合同面接を重用する。

Ⅴ おわりに

石井・瀬藤報告に譲るが，2013年10月には，福島大学において，「あいまいな喪失理論を理解するために」と題する研修会，そして，ボス博士によるスカイプを活用しての事例検討会を2日間

教員・臨床心理士・ソーシャルワーカー研修パッケージ例

概要：福島県内の専門職に対して、実習・事例検討会を含めた研修会を行い、その後の継続した相談により、リスクファミリーへのケアマネジメントを展開する。

背景：家庭内暴力、離婚危機を抱えた家庭の増加
 目的：リスクファミリーに対応可能な専門家養成
 対象：県内の教員・臨床心理・福祉等の専門職

Responsivity：認知行動療法を基本として、長所・能力・動機づけ等に応じて処遇の個別化を図ること

特徴：RNR（Risk-Need-Responsivity）モデルを活用したリスクマネジメント、ケア会議の演習、合同家族面接の実習

家族支援では、合同家族面接による「きちんとカタガタして折り合う」経験が重要

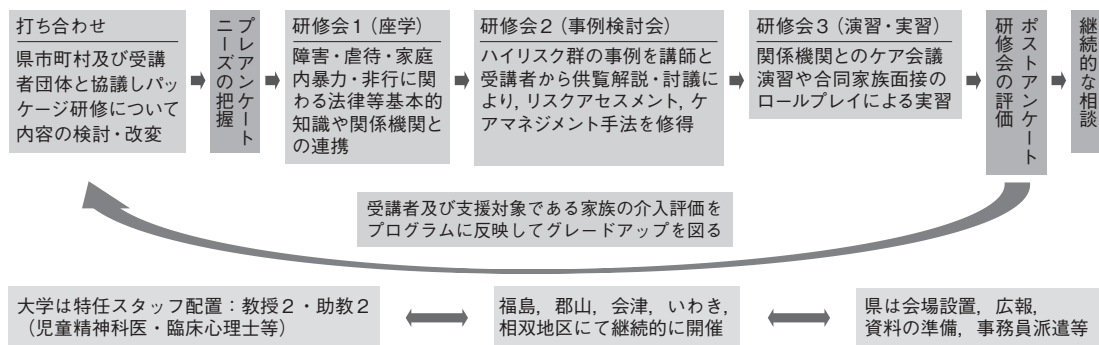


図2 福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業
 —ハイリスクな子どもと家庭への支援の在り方—

にわたって開催することができた。2014年度も継続できるよう準備が始まっている。

東京大会では、「家族臨床の基本ですが、親子共々思い通りになりません。フクシマから福島へ元には戻れない覚悟はできました。〈やりなおし・立ち直り〉に優しい街にしたいと思います」というメッセージで報告を終えた。3年目を迎え、新しいプロジェクトも始まり、これからが地域生活支援の本番である。

〈忘れないで欲しい〉、そのために本学会での報告を続けていきたい。

文 献

- 1) Bonta, J. : 日本の犯罪者の社会内処遇制度におけるRNRモデルの有効性. 更生保護学研究, 1 ; 29-56, 2012.
- 2) 花田百造：あいまいさと不公平：フクシマからの発言. 犯罪心理学研究, 51 (特別号) ; 219-220, 2013. ※非行・犯罪臨床家として報告者と同じの所見を述べている。
- 3) 生島浩：今、何が起きているか：福島から. 家族療法研究, 28 (3) ; 52-54, 2011.
- 4) 生島浩：今、何を考えているのか：福島からの報告 (2), 家族療法研究, 29 (3) ; 67-69, 2012.
- 5) 生島浩：非行臨床と家族. (清水新二編) 臨床家族社会学, pp.82-94, 放送大学教育振興会, 2014.

2016年12月

| 特集 東日本大震災支援——活動のまとめとして |

福島大学「子どものメンタルヘルス支援事業推進室」の 実践活動から

中村志寿佳 生島 浩

Practices from Child's Mental Health Support Project Promotion Office, Fukushima University

福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室, Shizuka Nakamura/Hiroshi Shojima:
Child's Mental Health Support Project Promotion Office, Fukushima University

I はじめに

東日本大震災以降さまざまな統計や研究報告で、福島県の子どものメンタルヘルス上の問題について指摘されている。特に虐待・発達障害・気分障害などのメンタル面でハイリスクな子どもが増えており、ハイリスクな子どもと家庭を対象にリスクの改善、問題の予防のために高度で専門的な対策が急務となっている¹⁾。

また、震災および福島第一原子力発電所の事故により、福島県内では現在も避難を余儀なくされている地域、帰還区域や避難者の受け入れ地域、その他の地域では抱えている課題も異なり、支援ニーズの多様化がみられることにも配慮が必要である。

そのような状況を受け、メンタル面でハイリスクな福島県の子どもと家庭を対象に、リスクの解決と軽減を図り、二次的な問題を予防するための専門的な支援、支援方法の開発、調査・研究、支援者およびコーディネーターの人材育成を目的とし、平成26(2014)年4月より福島大学に「子どものメンタルヘルス支援事業推進室」が設立された。報告者の中村は専任助教、生島は副室長(兼任教授)という立場で業務に従事している。他に、専任として高橋紀子(心理士)、野村昂樹(心理士)、川島慶子(心理士)、兼任として内田千代子(精神科医)、客員として内山登紀夫(児童精神科医)、榊屋二郎(児童精神科医)、黒田美保(心理士)ら10名のスタッフが所属し活動している。

II 活動内容

児童精神科医と報告者を含む臨床心理士の専門スタッフにより、福島県内の子どものメンタルヘルス全般に関して、各地域へのアウトリーチによる支援を行っている。主な内容は「学校支援」「地域支援」「医療支援」「支援者養成」「調査研究活動」である。

1. 学校支援

福島県内の小学校・中学校・高校へ訪問し、本人・家族・教職員を対象に「心理教育プログラム」や「学校巡回相談」を行っている。平成27(2015)年度における、学校巡回相談の訪問校別内訳を図1に示す。小学校58%、中学校10%、高校17%、その他(幼稚園・養護学校等)15%となっている。

1) 心理教育プログラム

震災による喪失体験や環境の変化が影響し、子どものストレスへつながる可能性は大きいですが、大抵は時間の経過とともに軽減していく。しかし、自身が持つ特性により苦手なことが多い子どもは、ストレスにうまく対処できずに学校不適應へとなつていく場合も少なくない。そのため、学校では、トラウマケアよりも、ストレス対処法を獲得させる働きかけが重要と考える。

そこで、問題が起こってから対処するのではなく、心の回復力や現実の対処能力を上げ、安定を図る予防的プログラムとして、「こころの授業」を行っている。これは、ストレスマネジメントの

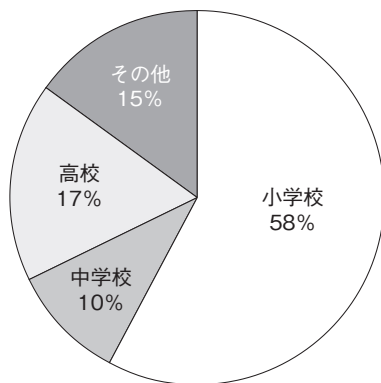


図1 平成27年度 訪問校別

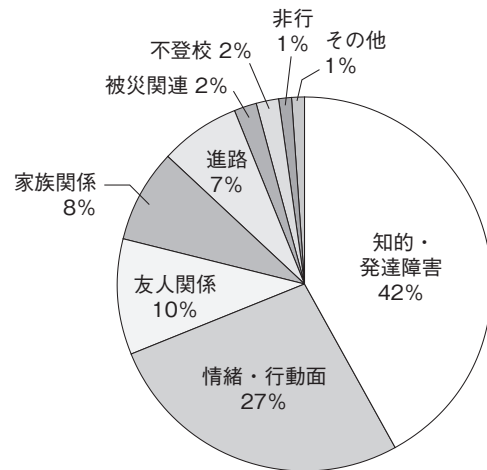


図2 平成27年度 相談内容内訳

観点から、児童生徒の自己評価を上げ、適応的な視点での自分の生活の立て直しを考えていくための取り組みである。授業では、自分ができていることを改めて確認し、ネガティブな感情を切り替える方法やリラクゼーション法などを具体的に体験してもらおう。また、自身で対処できない場合に周囲の大人に援助を求め、次の支援につながるように働きかけている。

2) 学校巡回相談

学校生活においてうまく適応できない子どもの個別支援を目的として、学校巡回相談を行っている。主な内容は次のとおりである。

- ①本人や保護者への面談
- ②教職員のコンサルテーション・事例検討会への出席
- ③授業や自由時間の行動観察
- ④心理検査（知能検査・簡易検査等）の実施

相談内訳を図2に示す（重複あり）。内容別に見ると、「知的・発達障害」に関する相談が42%と最も多く、次の「情緒面・行動面」27%と合わせると全体の半数以上を占める。次いで「友人関係」10%、「家族関係」8%、「進路」7%の順に多くなっている。被災関連を主訴とする相談は全体の2%と少ないが、行動面や対人関係の問題の背景には、震災による体験や環境の変化が影響して

いる場合も少なくない。家族の力や周囲の支援体制が保たれていれば、年月を経て回復する子どもも多いが、特に知的・発達面で特性のある子どもはレジリエンス（回復力）が乏しく、震災による環境変化等で不適応へつながるリスクも高いといえる。

ここで、巡回相談で話題に出た震災関連の状況について取り上げたい。福島第一原子力発電所の事故を受け、避難指示区域にある学校は他の地域への移転を余儀なくされた。仮設のプレハブ校舎や工場跡地で再開した学校もあり、温度調節や防音などの設備が不十分で、子どもの集中力に影響を与える要因にもなっている。また、交通手段が他になく長時間かけて臨時バスで登校する子どもは、部活動など放課後の余暇活動に参加できない。都市部の学校に転入した子どものうち、発達面の特性から新たな環境に適應できない子どもが不登校につながるリスクも高くなっている。

また、家庭においては、震災による引越し、別居、借上住宅・仮設住宅での生活など、家族の居住形態に変化が見られた。また、親の失職・再雇用、原発の補償問題などによる経済的な状況の変化もあり、時間の経過と共に生活水準の格差が生まれている。

原発事故収束への見通しが立たない中、将来の住居や就職への不安を抱えている家族も少なくない。子どもを取り巻く家族の置かれている環境や

2016年12月

不安定な状況に十分に配慮した支援が必要である。震災から数年が経過すると、当時の状況や避難経緯などの情報が途絶えてしまい、進学先の学校で十分な支援ができないことも少なくない。卒業後も継続的に関われるように情報共有や連携を行い、長期的な支援が必要と考える。

2. 地域支援

学校巡回相談において、「家族関係」についての相談は8%あり、家庭でも対応がうまくいかず悪循環となっている場合も少なくない。当室では、保護者を対象とした「ペアレント・プログラム」や、各地域の公共機関や事業所と連携し要支援児相談等を行っている。ペアレント・プログラムは応用行動分析（ABA）を基本に、目標行動の設定、行動の機能分析、環境調整や子どもへの肯定的な働きかけを習得していく支援技法であるペアレント・トレーニングを基にして、辻井（中京大学）らによって考案された保護者支援プログラムである^{2,3)}。ペアレント・トレーニングは、より高度で専門的な技法を学ぶ必要があるが、ペアレント・プログラムは「行動で考える・行動で見る」ことに特化し、保護者の認知的な枠組の修正を目指したプログラムとなっている。ペアレント・プログラムの三本柱として、次の三つが挙げられる。

- ①「行動」で考える
- ②子どもができていることをほめて対応する
- ③保護者の子育て仲間を見つける

また、各地域の保育士・福祉施設の職員・保健師・教員等の支援者がペアプロの指導者として実践できるよう研修も兼ねている。

3. 医療支援

相双・いわき地区を訪問し医療支援を行っている。児童精神科医による保護者への面談、心理士による子どもへの心理検査等を通して、地域の支援者や学校等と連携しながら家族支援を行う。また、相馬市と南相馬市の医療機関内に「福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室外来」を

開設し、児童精神科医による定期的な診療を行っている。

4. 支援者養成

子どものメンタルヘルス支援に関わる支援者の養成を目的とした研修会の実施、養成プログラムの構築を行っている。開設以来、国内外から発達障害やひきこもり、トラウマ支援等の専門家を講師として招き、講演を行った。

5. 報告者（中村）の支援事例

前述の活動の他に、報告者は震災による影響が大きい福島県沿岸部の中学校でスクールカウンセラーとして従事している。そこでの活動事例から、地域の状況や支援ニーズについて考えたい。

沿岸部の学校では、震災後に県内の内陸部や他県へ避難し、短期間のうちに居住地を転々とした家庭も少なくない。新しい環境に適応できずに不登校となり、それが長期化している事例もある。また、震災後の親の勤務形態の変化により、家族の生活スタイルやコミュニケーションにも変化が生じ、その結果として子どもが不適応となる事例も見られている。発達面の特性から学校不適応となる事例も多く、学校での工夫・対応以外にも、家族の理解や協力が必要である。これらから、子どものみでなく家族も視野に入れた支援が必要であるが、狭いコミュニティの中で「教師やスクールカウンセラー、地域の支援機関には相談しにくい」と考える親も多い。全県の医療や支援機関等の社会資源に精通した地域生活支援者による、他地域の支援機関との連携や情報共有、引継ぎ等の体制作りが喫緊の課題である。

Ⅲ 今後の課題

子どものメンタルヘルスに関わる問題の背景には、震災のトラウマによるもの、知的・発達面などの子ども自身の特性によるもの、家庭環境での愛着に関するもの等さまざまな要因が影響していると考えられる。それらをアセスメントした上で適切な対応を行っていくことが必要であるが、ひとつの機関だけでは十分な判断が難しい。そのため、教育、福祉、医療、行政等、多職種・多機

関の連携支援が欠かせない。しかし、先にも述べたように、地域によっては資源の少なさから、十分な連携を図ることが難しい場合も考えられる。

当室ではこれまでに、多職種連携の観点から次のような取り組みを行ってきた。

- ①学校巡回相談で訪問した際に、要支援の子どもへの適切な支援策をアセスメントし、配属のスクールカウンセラーや外部の支援機関につなげる。
- ②学校と子どもの通院先医療機関との間に入り、意思疎通と情報共有が十分にとれるように連携強化する。
- ③医療や福祉支援に消極的な保護者に支援の重要性を説明し、適切な支援につなげる。
- ④多職種・多機関による合同ケース検討会の開催を主導する。
- ⑤地域支援や医療支援で訪問した際に、保護者や地域の支援者等と連携し学校巡回相談での支援につなげ、情報共有を行う。

チーム支援により、子どもや家族にとっても解決に向けた専門的指示や手立て、選択肢がより多

くなる。また、スモール・ステップの支援計画により、子どもにとって負担が少ない場所・人・活動からチャレンジできる利点もある。当室の各地域へのアウトリーチによる支援体制を活かし、チームをつなぐ役割を担えるよう働きかけていくことが大切であり、その手法をシステムズ・アプローチとして集積・構築する「調査研究活動」を継続していきたい。

文 献

- 1) 生島浩により、本誌では、「今、何が起きているか：福島から」28(3)；52-54, 2011, 「今、何を考えているのか：福島からの報告(2)」29(3)；67-69, 2012, 「東日本大震災への家族支援・支援者支援：現状と課題：福島からの報告(3)」31(1)；97-100, 2014がある。さらに、「ハイリスクな子どもと家族の支援：東日本大震災への家族支援・福島からの報告」保健の科学, 57(6)；393-397, 2015を参照。
- 2) 杉山登志郎・辻井正次監修：発達障害のある子どもができることを伸ばす。幼児・学童・思春期編, 日東書院本社, 2011/2013.
- 3) 辻井正次監修：発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン。金子書房, 2014.

東日本大震災後の福島県沿岸部における乳幼児と保護者に関するメンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究 —1歳6か月児健診—

○ 川島慶子¹⁾ 鈴木さとみ²⁾ 内山登紀夫²⁾

1) 福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 2) 大正大学 心理社会学部

【背景・目的】

H23年の東日本大震災後、福島県の乳幼児と保護者のメンタルヘルスの実態を調査し、現場の支援に役立てることを目的に、福島県沿岸部A市の1歳6か月児乳幼児健診のデータを後方視的に調査している。今回はH21年～H24年度のデータを解析し、その変化について検討したので報告する。

【対象】

福島県A市のH21～H24年度の1歳6か月児乳幼児健康診査を受診した児童とその保護者の1439例である。

【方法】

問診票の年度間で共通する183項目それぞれについて、 χ^2 乗検定、一元配置の分散分析もしくはKruskal-Wallisの検定を行った。解析はSPSS statistics 23.0を用いた。

【結果】

① 健診受診時・出生児の状況

	H21	H22	H23	H24
健診受診児 N[%](M:F)	580 [306(52.8):274(47.2)]	539 [277(51.4):262(48.6)]	158 [77(48.7):81(51.3)]	162 [85(52.5):77(47.5)]
在胎週数 Mean(SD)Range	38.71(1.68)24-42	38.92(1.68)23-49	38.54(1.79)28-42	38.92(1.22)35-41
出生体重 Mean(SD)Range	3029.0(443.8) 742.0-5448.0	3014.6(421.1) 502.0-4464.0	2928.0(493.5) 629.0-3932.0	3029.6(375.4) 1912.0-4164.0
健診時月齢 Mean(SD)Range	19.07(.99)17-24	19.35(.90)18-25	20.24(1.43)18-30	19.79(1.08)19-29
カウプ指数 Mean(SD)Range	16.27(1.18)13.0-20.2	16.03(1.15)12.5-19.9	15.98(1.20)13.4-20.2	16.11(1.28)12.3-19.5

② 震災直後に増加(あるいは悪化)し、翌年は元の水準に戻る。

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
スプーンやフォークを使って自分で食べようとする(いいえ)	4(0.7)	15(2.8)	5(3.2)	4(2.5)	8.309	.017*	3
よく与える飲み物・ジュース等	369(63.5)	351(65.1)	117(75.0)	112(69.1)	8.130	.043	3

③ 震災後に増加(あるいは悪化)した状態が続いている。

発達の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
[CN]有意語	82(14.8)	70(13.4)	27(17.3)	40(24.7)	12.628	.006**	3
周囲の人や他の子どもに関心を示さない	0(0.0)	2(0.4)	1(0.6)	2(1.2)	6.093	.091*	3

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
夜泣き	22(3.8)	26(4.8)	14(9.0)	22(13.8)	26.419	.000**	3
食事を3回決まった時間に食べない	17(2.9)	15(2.8)	15(9.6)	12(7.4)	20.976	.000**	3
食事について困っていることがある	211(36.4)	209(38.9)	89(57.1)	91(56.5)	37.901	.000**	3
甘いお菓子をほぼ毎日食べる	138(23.8)	118(21.9)	58(37.4)	46(28.8)	17.164	.000**	3
[CN]助言指導(あり)	14(2.4)	100(18.6)	45(28.8)	33(24.1)	112.001	.000**	3
[CN]継続観察の必要性	75(12.9)	107(19.9)	64(41.0)	40(24.7)	9.425	.024*	3
心理相談の希望	100(18.4)	89(16.5)	35(22.6)	39(24.1)	6.304	.098	3
昼間の保育者:母のみ	217(37.5)	209(39.2)	81(51.9)	73(45.3)	69.343	.000**	15
:幼稚園・保育園	182(31.4)	139(26.1)	39(25.0)	65(40.4)			

保護者のメンタル、サービス供給量の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
保護者:負担は増えたが育児は楽しい(いいえ)	144(24.8)	143(26.5)	59(37.8)	49(30.2)	11.357	.010	3
保護者:育児について相談できる人はいない	9(1.6)	8(1.5)	8(5.1)	7(4.4)	11.966	.005**	3

④ 特に震災の影響がなかった項目

発達の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
目つきや目の動きが悪いという心配がある	9(1.5)	11(2.0)	1(0.6)	4(2.5)	2.107	.570*	3
鉛筆などでなぐり書き(しない)	3(0.5)	9(1.7)	3(1.9)	1(0.6)	4.678	.155*	3
ひしゃで上手に歩く(いいえ)	3(0.5)	8(1.5)	3(1.9)	3(1.9)	3.981	.143*	3
大人のまね(しない)	3(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.6)	3.793	.320*	3
大人の言う簡単なことば(分からない)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.6)	1(0.6)	3.865	.125*	3
相手になつて遊ぶと喜ぶ(いいえ)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	-	-	-
甘えてこない	4(0.7)	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	3.466	.559*	3

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
落ち着きがない・少しもじっとしてられない	52(9.0)	61(11.3)	22(14.1)	16(10.0)	4.060	.255	3
おとなしすぎる	1(0.2)	4(0.7)	1(0.6)	0(0.0)	3.076	.350*	3
指しゃぶり	84(14.5)	86(16.0)	26(16.7)	20(12.5)	1.638	.649	3
おもちゃなどでよく遊ぶ(いいえ)	2(0.3)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.6)	1.365	.679*	3
現在、哺乳瓶を使用している	144(24.8)	130(24.1)	39(25.0)	37(23.1)	.241	.969	3
現在、母乳を飲ませている	60(10.3)	62(11.5)	17(10.9)	17(10.6)	.412	.940	3
就寝時に授乳の習慣がある	147(25.3)	153(28.5)	45(29.0)	48(29.8)	2.231	.528	3
おしっこ、うんちのしつけを始めている	363(64.0)	350(65.5)	97(62.6)	110(68.3)	1.483	.686	3
起床時間*	6:48	6:47	6:51	6:45		.706	
就寝時間*	20:59	21:01	21:03	21:05		.200	
1日の睡眠時間(昼寝含む)*	11:50	11:43	11:41	11:37		.020*	
夜間の保育者:母のみ	288(51.6)	279(54.1)	84(56.4)	84(54.5)	9.795	.000**	12
:複数の家族	245(43.9)	214(41.5)	55(36.9)	62(40.3)			
歯の清掃:汚れている	259(44.6)	166(30.8)	40(26.3)	56(34.6)	38.848	.000**	6
むし歯の数*	10(68)10-10	08(59)9-9	10(51)0-4	19(97)0-8		.240	
処置費*	00(0)0-0	00(0)0-0	00(0)0-0	01(1)0-2		.294	

保護者のメンタル、サービス供給量の問題

項目	H21	H22	H23	H24	χ^2	p-value	df
保護者:負担が増え疲れる	73(12.6)	71(13.2)	21(13.5)	18(11.1)	5.67	.904	3
保護者:よくイライラする	104(17.9)	108(20.0)	32(20.5)	38(23.5)	2.741	.433	3
保護者:育児の方法が分からない	13(2.2)	12(2.2)	3(1.9)	3(1.9)	.142	1.000*	3
保護者:きょうだいへの対応に悩む	97(16.7)	91(16.9)	22(14.1)	32(19.8)	1.827	.609	3
保護者:家族間の育児方針の違いに悩む	30(5.2)	36(6.7)	7(4.5)	11(6.8)	1.958	.581	3
保護者:子どもの発達進捗が心配	40(6.9)	42(7.8)	13(8.3)	16(9.9)	1.713	.634	3

【考察】

本研究では、東日本大震災(H23)を含む4年間(H21～H24年)のA市の1歳6か月児健診問診票データの比較検討を行った。その結果、震災後、保護者が回答する項目では「夜泣き」と「食事の問題」、保健師評価では「言葉の遅れ」が有意に増加(悪化)し、翌年もその状態が続いていることが明らかとなった。

震災後の保護者では、「昼間の保育者が母親のみ」と「育児が楽しいと感じない」が共に有意に増加(悪化)傾向を示し、母親が子どもと一緒に過ごす時間はあっても、子育てを楽しむことが難しい状態にあることが推測された。メンタル面(心理相談等)に加えて、一時保育や子どもとの関わり方のサポート等も必要としており、支援ニーズの多様化がみられた。

今後は、1歳半健診で問題が指摘された児が、3歳半健診でどのような行動特性を示すか等、継続的に経過観察を行い、支援について検討する予定である。

出典：第15回日本トラウマティック・ストレス学会ポスター発表

東日本大震災後の福島県沿岸部における乳幼児と保護者に関するメンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究 —3歳6か月児健診—

○ 内山登紀夫¹⁾ 川島慶子²⁾ 鈴木さとみ¹⁾

1)大正大学 心理社会学部 2)福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室

【背景・目的】

東日本大震災後の福島県沿岸部において発達障害に類似した行動特徴を示す子どもが増えたという報告を受けた。そこで、福島県沿岸部A市における震災前後の3歳6か月児乳幼児健康診査票のデータを震災前後で比較したところ、震災後は多動や視線が合いにくい等の項目が統計的に有意に高く経過をフォローする必要性が伺われた。今回は震災後3年間のデータを解析し、震災1年後に顕著に増加した発達障害に類似した行動特性が震災後3年でどのように変化してきたのか検討したので報告する。

【対象】

福島県A市のH22～H25年度の3歳6か月児乳幼児健康診査を受診した児童とその保護者の1207例である。

【方法】

問診票の年度間で共通する222項目それぞれについて、 χ^2 乗検定、一元配置の分散分析もしくはKruskal-Wallisの検定を行った。解析はSPSS statistics 23を用いた。

【結果】

① 健診受診時・出生児の状況

	H22	H23	H24	H25
健診受診児 N(%) [M:F]	555 [297(53.5):258(46.5)]	207 [119(57.5):88(42.5)]	230 [112(48.7):118(51.3)]	215 [104(48.4):111(51.6)]
健診時月齢Mean(SD)Range	41.53(9.5)36-46	43.02(1.37)38-48	43.00(1.41)41-56	43.10(1.65)41-64
カウプ指数 Mean(SD)Range	15.73(1.24)12.24-20.71	15.97(1.30)12.39-22.70	15.69(1.33)11.79-21.41	15.71(1.15)11.77-18.91
妊娠・出産・出生時の異常あり	48(8.8)	17(8.4)	13(5.7)	11(5.2)
今までなかった病気	139(25.6)	50(20.4)	58(25.4)	49(23.3)
治療中の病気	92(16.6)	33(16.0)	39(17.2)	26(12.2)

Kruskal-Wallisの検定 *健診時月齢:pc.01 **カウプ指数:pc.05

② 震災後に増加(あるいは悪化)し、その後数年を経て元の水準に戻る

発達の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
[CN]視線が合わない※	22(4.0)	23(11.1) ↑	15(6.5)	11(5.1)	14.309	.003**	3

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
日中のオムツとれていない	92(16.6)	45(21.7) ↑	56(24.6) ↑	33(15.4)	9.425	.024*	3
起床時間 ^h	6:50	6:58 ↑	6:56 ↑	6:54 ↑		.020*	
就寝時間 ^h	21:13	21:20 ↑	21:22 ↑	21:04 ↓		.022*	
おやつ回数 ^h	1.68(.61)0-5	1.85(.55)0-3 ↑	1.82(.63)1-3 ↑	1.63(.60)0-3 ↓		.000**	
歯科でのフッ素塗布	213(38.4)	47(22.9) ↓	59(25.7) ↓	69(32.1)	22.297	.000**	3

保護者のメンタル、サービス供給量の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
育児で心配・相談したいことがある	124(22.3)	68(32.9) ↑	42(18.3)	48(22.3)	14.202	.003**	3
昼間の保育者:母のみ	125(22.5)	75(36.2) ↑	39(17.0) ↓	20(9.3) ↓			
:幼稚園・保育園	329(59.3)	89(43.0) ↓	176(76.9) ↓	189(87.9) ↓	152.082	.000**	15
夜間の保育者:母のみ	298(54.2)	82(43.4) ↓	74(37.4) ↓	66(33.8) ↓			
:複数の家族	82(43.4)	93(49.2) ↑	103(52.0) ↑	116(59.5) ↑	41.069	.000**	12

[CN]保護者評価項目 *Kruskal-Wallisの検定 **pc.05 ***pc.01

③ 震災後に増加(あるいは悪化)し、現在も高止まり

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
[CN]自分のなまえ(言えない)※	34(6.1)	23(11.1) ↑	32(14.8) ↑	33(15.3) ↑	21.439	.000**	3
[CN]多動・衝動性(あり)※	52(9.4)	34(16.4) ↑	43(18.7) ↑	41(19.1) ↑	19.951	.000**	3
[CN]不注意-集中短かい(あり)※	53(9.5)	29(14.0) ↑	29(12.6) ↓	29(13.5) ↑	4.424	.220	3
落ち着かない・少しもじっとしてられない	36(6.5)	47(22.7) ↑	64(27.8) ↑	45(20.9) ↓	72.454	.000	3
食事について困っていることがある	212(38.5)	134(64.7) ↑	162(70.4) ↑	143(66.5) ↓	101.653	.000	3
友だちと遊びたがる(いいえ)	25(4.5)	21(10.2) ↑	14(6.1) ↓	19(9.0) ↓	10.209	.016*	3
爪かみ	53(9.5)	24(11.6) ↑	32(13.9) ↑	30(14.0) ↓	4.658	.200	3
夜泣き	3(0.5)	9(4.4) ↑	6(2.6) ↓	5(2.3) ↓	13.093	.005**	3
[CN]助言指導(こぼし心理)あり	102(18.4)	50(24.2) ↑	18(7.8) ↓	66(30.7) ↑	40.359	.000	3
心理相談の希望	89(17.1)	44(23.4) ↑	51(23.2) ↑	57(27.7) ↑	11.295	.010	3

保護者のメンタル、サービス供給量の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
母:からだや気持ちの状態(よくない)	56(10.2)	35(17.4) ↑	41(17.9) ↑	29(13.6) ↓	11.630	.008**	3
保護者:毎日が楽しい(いいえ)	362(65.3)	166(80.2) ↑	197(85.7) ↑	169(78.6) ↓	44.440	.000**	3

[CN]保護者評価項目 *Kruskal-Wallisの検定 **pc.05 ***pc.01

④ 特に震災の影響がない

発達の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
ごっこ遊び(しない)	21(3.8)	11(5.3)	10(4.4)	12(5.6)	1.633	.661	3
ことばの相談の希望	80(14.4)	27(13.0)	33(14.3)	34(17.3)	1.536	.674	3

養育(しつけ)、発達、情緒の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
親から離れて遊ばない	15(2.7)	4(1.9)	7(3.1)	5(2.3)	.654	.899	3
指しゃぶり	53(9.5)	26(12.7)	35(15.2)	23(10.7)	5.651	1.30	3
睡眠時間 ^h	9:61(7.4)	9:64(7.2)	9:56(7.3)	9:62(6.7)		.902	
8:0-13:5	8:0-12:5	7:0-11:5	8:0-12:0				
むし歯予防で心がけていること:歯磨き	480(86.5)	171(82.6)	193(83.9)	184(85.6)	2.153	.544	3
歯や口の中で心配事がある	159(28.6)	65(31.4)	72(31.3)	57(26.5)	1.808	.610	3
むし歯の数 ^h	1.85(3.52)	1.77(3.38)	2.03(3.45)	1.79(3.25)		.827	
0-20	0-16	0-16	0-15				

保護者のメンタル、サービス供給量の問題

項目	H22	H23	H24	H25	χ^2	p-value	df
父:からだや気持ちの状態(よくない)	21(4.1)	13(6.9)	14(6.9)	11(5.6)	3.447	.327	3
保護者:負担が増えたが育児が楽しい(いいえ)	234(42.2)	93(44.9)	84(36.5)	85(39.5)	3.757	.289	3
保護者:負担が増え続ける	71(12.8)	19(9.2)	32(13.9)	17(7.9)	6.069	.108	3
保護者:育児の仕方が分からない	9(1.6)	2(1.0)	3(1.3)	4(1.9)	.709	.888	3
保護者:家族間の育児の方針の違いに悩む	34(6.1)	9(4.3)	7(3.0)	10(4.7)	3.681	.309	3
保護者:子どもの発達発達面が心配	56(10.1)	23(11.1)	18(7.8)	19(8.8)	1.684	.641	3
育児について相談できる人(いない)	12(2.2)	8(4.0)	8(3.5)	3(1.4)	3.821	.282	3

[CN]保護者評価項目 *Kruskal-Wallisの検定、Fischerの正確法 **pc.05 ***pc.01

【考察】

本研究では、乳幼児健診の問診項目について、震災の年を含む4年間(H22～H25)のデータに関して比較検討を行った。その結果、子どもの「多動」の問題と共に、「爪かみ」や「自分の名前が言えない」といった情緒面、コミュニケーション面の問題も震災後に悪化し高止まりしていることが明らかとなった。加えて、母親のメンタル面の悪化も震災直後から改善していない。しかしながら、子育てに関する悩みや心配は震災前と変わらない水準を保っており、子育てに積極的に取り組むことや子どもの問題への気づきが乏しい状態にあることも推測された。子どもへの支援だけでなく、保護者のメンタル面や子育てに関する支援も長期的に必要とされることが示唆された。今回の結果は短期的なフォローであり、大規模自然災害と原発事故による被災経験が乳幼児母集団に与える影響を中長期的にフォローした調査はこれまでにないことから、今後も彼らへの支援を継続するとともにデータを蓄積し経時的に追跡する予定である。

出典：第15回日本トラウマティック・ストレス学会ポスター発表

福島の乳幼児のメンタルヘルス

内山登紀夫^{*1}・川島慶子^{*2}・鈴木さとみ^{*3}

2011年3月11日14時46分、東北地方でマグニチュード9.0の日本国内観測史上最大であるとともに、世界的にみてもスマトラ島沖地震(2004年)以来の規模で、1990年以降では世界で4番目の規模となる大地震が発生した。

この地震によって、岩手県、宮城県、福島県を中心とした太平洋沿岸部の広範な地域で建築物の倒壊と大規模な津波が発生した。津波の高さは福島県相馬市で9.3m以上にのぼった。また、遡上高(陸地の斜面を駆け上った津波の高さ)では、国内観測史上最大となる40.5mが観測された。この地震による人的被害は、死者約1万6,000名、行方不明者約3,000名にのぼった。犠牲者の死因の90%以上が津波による水死である。

福島の特殊性

福島県は人口約200万人、東京から北に約200kmの位置にある。東日本大震災はその家屋の倒壊と津波の被害の甚大さに加えて、福島第一原子力発電所のメルトダウン事故が現在に至るまで深刻な影響を与えていることが特徴である。福島原発は津波によりすべての交流電源を失い炉心冷却が不可能になりメルトダウンが生じ、水素爆発により原子炉建屋が破壊され環

境に大量の放射性物質が放散され、国際原子力事象評価尺度7の旧ソ連チェルノブイリ事故に匹敵する大事故になった。3月12日夕刻には原発から20km圏内は避難措置、さらに同月15日には30km圏内まで屋内退避措置がとられた。その後は放射線測定値によって避難指示区域および警戒区域等についての見直しが随時行われ、被災した対象地域は避難指示解除準備区域、居住制限区域、帰還困難区域に指定されていくことになった。

メルトダウンの心理的影響

福島第一原発のメルトダウン事故は低線量放射能被爆への不安とどう対処するかという問題を引き起こした。そもそも原発は絶対安全と政府も電力会社もPRしていたし、津波の被害にあったあとも放射能が外部に漏れることはない多くの専門家がメディアで語っていた。テレビで原子力の権威の専門家が爆発などは起きないと言っていた矢先に水素爆発が生じた。市民は専門家や行政に不信感をもち、その後、政治家や中央官僚のみならず現場の行政職員である事務員や保健師、教師、医師などにも不満を訴える人が増えた。

行政は避難指示区域を指定したが、避難区域外でも福島から避難する家族が続出した。特に子どもをもつ家族は避難する傾向が強かった。さらに一部の医師や看護師などを含む専門家の

*1福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室

*2福島大学人間発達文化学類

*3国立障害者リハビリテーションセンター

なかには家族連れで県外に避難する例もみられ、住民の不安はさらに高まった。2011年4月の新学期開始、あるいは8月の夏休みを契機に避難地区には指定されていない原発の近くから県内外に疎開する家族が多くいた。彼らは自主避難を選択したとみなされ、強制避難した家族とは補償などで格差があった。また葛藤しつつ職場から避難した医療や福祉の専門家にはいまだに自責感で苦しんでいる人も少なくない。さらに最近では一時的に自主避難していた家族が元の住所に帰還することが増え、帰還者と避難をしなかった家族や子どもたちの間で葛藤も生じてきている。

低線量の放射線被曝について多くの医学者、原子力の専門家が様々な意見を述べた。ある者は全く安全だと言い、ある者は県内の子どもは県外に避難すべきだと言った。もともと原子力発電所は事故があっても何重ものフェイルセーフシステムがあり被爆することなどないと言われていた。そのため、人々は専門家にも行政にも不信感を持った。

行政が飲食可能と判断したものについても不安を感じる人が増えた。特に子どもをもつ保護者はミルクの水をペットボトルの水で溶いたり、母乳を与えることに不安を感じたりした。放射能汚染は福島県の主要な産業である農業、漁業、観光業に打撃を与え、県内産の農産物の出荷停止や価格の下落などの風評被害が発生した。さらに医療機関や障害児者のための福祉機関、特別支援学校や学級を含む教育機関に深刻な影響を与えた。

福島県から県外へ転校した子どもたちのなかには「放射能がうつる」などのいじめを受けた子どももいた。特に幼い子どもをもつ親に不安を与え、放射能不安を巡る家族間や保護者と教師を含む行政機関との葛藤を現在に至るまで生じさせている。典型的な家族間の葛藤は放射能の影響を親の一方が大丈夫と考え、もう一人の親

が不安と感じ、両親間で食べ物の選択や遠方への避難についての意見が食い違うことである。福島県の被害は地震被害、津波被害、原子力災害、風評被害の4被害に要約される。なお福島県の人的被害については死亡者約1,830名(関連死除く)であり国全体の被害の約10%であるが、県内外への避難者は15万人(2013年3月)にのぼり、避難者が非常に多いのが特徴である^{1,2)}。それと関連して注目されるのは震災関連死が多いことである。2014年発表の復興庁調査によると全国の震災関連死は3,194名であり、福島県は1,862名と全体の58%をしめている³⁾。その推定される原因は「避難所等における生活の肉体・精神的疲労」が1位(433名)、次いで「避難所等への移動中の肉体・精神的疲労」(380名)である。一方、岩手・宮城両県の原因は、総数664名中1位は「避難所等における生活の肉体・精神的疲労」(205名)と同様だが、2位が「地震・津波のストレスによる肉体・精神的負担」(112名)、「避難所等への移動中の肉体・精神的疲労」は21名で5位(その他、不明は除く)であり、ストレスの要因が宮城・岩手とは異なることが明らかである。

原発近辺の避難地区の住民の多くは一時的に帰宅が許可される。数か月に一度帰宅するたびに、家屋に雑草が生い茂ったり、住民のいない町並みが緩慢に破壊されている様に直面することになった。このような緩慢な喪失体験も福島特有の問題である(図1)。

震災から4年がたつ2015年になっても福島県内、特に沿岸部や放射能レベルの高い地区で暮らす子どもは、放射能汚染を巡る様々なストレスにさらされている大人の影響を直接・間接に受けている。震災直後からの数か月は大震災、継続する余震、津波などがストレス要因であったが、その後も地域単位での避難、親しい人との別離、長期間に及ぶ仮設住宅の生活などの被災地に共通したストレス要因は継続してい

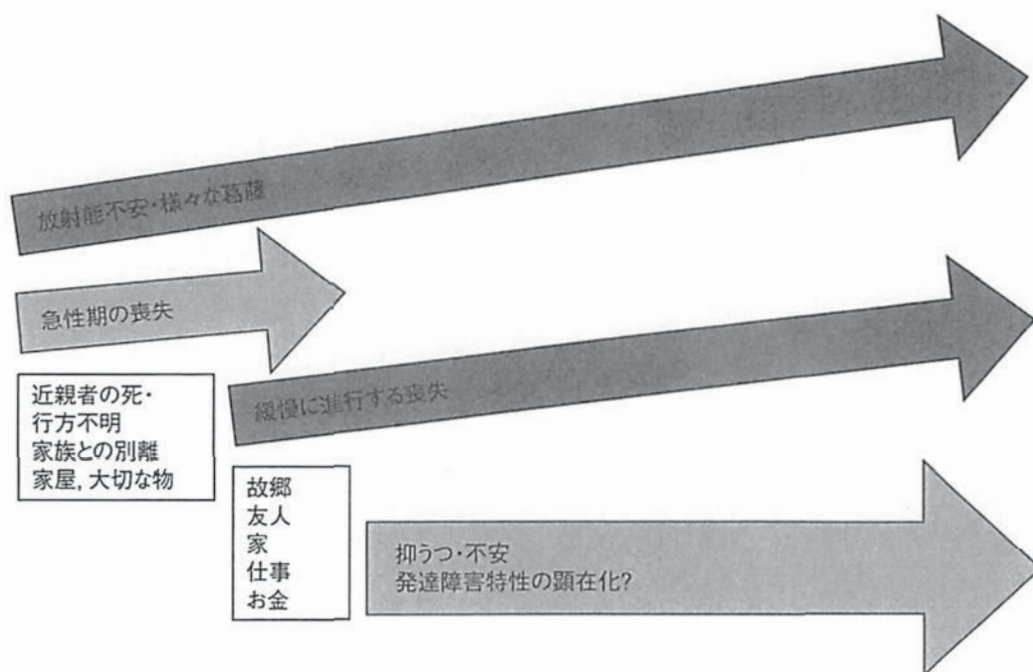


図1 重なりあい、進行する喪失体験・ストレス要因

る。また放射能汚染によって生じた外遊びの制限は、原発事故の直後と比較するとかなり目立たなくなったが現在も一部では継続している。

東日本大震災により大きな被害を受けた県は岩手県、宮城県、福島県の3県であるが、福島県の子どもは岩手県および宮城県の子どもと比較して、メンタルヘルス上の問題点が著しいことが明らかとなっている⁴⁾。それによると抑うつ状態が疑われる子どもは5.4%(宮城2.2%, 岩手1.2%)、過敏/焦燥感がみられる子どもは16.5%(宮城11.4%, 岩手6.9%)である。この調査は親に対するアンケートが情報源である。また沿岸部の県浜通児童相談所では平成23(2011)年度の虐待相談受付件数は22(2010)年度と比較して1.7倍(1,850件)にも達した。

このように福島は他の被災地と共通した特徴もあるが、放射能問題があるために福島特有の問題点が明らかにある。福島の子どもの支援をする際には、福島の乳幼児や発達障害の子どもの特徴について知っておく必要がある。

そのような観点から本項ではおもに震災後に福島の乳幼児とその保護者が置かれた状況について概観する。乳幼児健診からみる福島県沿岸部の幼児の状態の変化、発達障害の子どもの支援活動のなかで明らかになった震災後の発達障害の子どもの状況、学校への支援活動のなかで得られた知見について報告する。

A市の乳幼児健診の結果からみる子育ての状況と乳幼児の変化

A市は、福島県の沿岸部(浜通り)にあり、北から3区に分けられ、それぞれが原子力発電所から30km圏外、20~30km圏、20km圏内にほぼ相当する。そのため地域によって避難指示や補償の内容が異なり、多くの混乱をもたらした。震災直後には放射能汚染のため支援物資や支援者が入らず、孤立した状況におかれた。A市の人口は震災前には72,000人弱であったが、原発事故により子どもをもつ家族が多く避難し、急速に子どもが減少した。

筆者らは震災後の支援活動の経験や保健師や親などからの聞き取りで、震災後に多動や夜泣きなどの問題行動を呈する子どもや発達障害に類似した行動特徴を示す子どもが増えたという印象をもっていた。そこで東日本大震災前後において津波の被害に加えて、原発事故の影響の強い地区において子どもとその保護者にどのような変化があったかを調べるため、浜通りのA市において実施された乳幼児健康診の震災前後のデータを用いて検討した。

A市では毎年保健所に子どもと保護者が集合し、医師、保健師のチェックを受ける。健診に先立ち保健所から保護者に調査票が送付される。調査票は同市独自の様式で保護者が設問に「はい」、「いいえ」の二択で答える型式が中心であるが、保健師、医師、歯科医師が記入する部分もある。保護者のチェック項目である31項目は模倣能力、言語理解や表出、指さし、多動など発達障害に関連する項目、食事の習慣や甘い物を毎日食べるなどの生活習慣、歩行など運動項目、子育てが楽しいかなどの保護者のメンタル面に関する質問などがある。

健診当日には調査票に基づいて子どもの身長・体重・知的発達の程度・行動特徴などを保健師が観察し、小児科医は診察を行う。保護者の希望や保健師の依頼により心理職や言語聴覚士が相談にのることもある。健診記録は保護者への調査票と保健師、医師、歯科医師など専門職が記載する部分からなる。健診において、専門家が、何らかの異常があり経過観察が必要だと判断した場合に「要観察」とされ、保健師が電話をかけたたり自宅訪問して保護者の支援を行うことになる。

現在も調査と解析は続いているが現時点で得られた変化の要点を1歳半健診と3歳半健診に分けて以下に述べる。

1 歳半健診から

A市の1歳半健診の健康調査票の記載を震災前(平成22(2010)年度)と震災後(平成23(2011)年度)とで比較検討した。平成22年度の受診者は約550名であったが、平成23年度は震災の影響で約160名と激減した。そのなかで経過観察が必要な子どもの割合は36.4%から48.4%に増加した。

予想に反して多動や視線回避、他児への関心、コミュニケーション能力、夜泣きについては震災前後で変化はなく、落ち着きがないことを心配した親はむしろ震災後に減っていた。最も顕著な変化は食習慣の変化で規則正しい食事をする子どもが減少し、スポーツ飲料を飲む子どもが増え、お茶を飲む子どもが減少した。また歯科検診で異常がみられる子どもが増えた。

3 歳半健診から

3歳半健診における保護者記載の回答の結果からは以下の項目に変化がみられた。震災後に明らかに増加していたのは食事と睡眠、友人関係における母親の懸念である。具体的には「友達と遊びたがらない」、「夜泣きがひどい」、「好き嫌いが激しい」、「食事をとろうとしない」などであった。

保健師の観察では子どもの多動・不注意が顕著に増加しており、小児科医の診察記録によると震災後は子どもの栄養状態が有意に高かった。健診時の子どもの体重の平均は震災後に有意に増加していた。

1 平成22年度健診受診群と平成23年度健診受診群の比較

子どもの健康状態は、平成22年度健診受診群(平成22年群)に比べて平成23年度健診受診群(平成23年群)ではカウプ指数が有意に高く、よく摂取する飲み物としてジュースなどが増加していた。また、虫歯が未治療の状態の子ども

が増えていた。行動面では、平成23年群では「友達と遊びたがらない」、「夜泣きがひどい」、「食事場面での落ち着きのなさ」、「多動不注意」が有意に高かった。生活時間は平成23年群では起床時間などが遅くなっていたが、睡眠時間に有意差はなく、テレビ等の視聴時間は有意に低かった。保護者では、平成23年群は、父母ともに子どもと遊びを通してふれあう時間は有意に高く、昼間のおもな保育者は「母親のみ」が有意に高かった。母親の「身体や気持ちの状態」や「毎日が楽しい」などの項目は有意に低かった。一方、平成23年群では「イライラする」が有意に低く、「子どもの発育への心配」や育児相談については、有意差はなかった。

2 「多動不注意」と連関する項目について

保健師が記入した「多動不注意」は、平成22年群は10.6%であったが平成23年群は16.9%と有意に増加していた。また平成23年群においては「ごっこ遊びをしない」、「落ち着きがない」、「視線が合わない」、「言葉の相談の希望」などの発達障害と関連する項目と「多動不注意」に有意の相関があったが、平成22年群においては相関はなかった。

健診のまとめ

A市の乳幼児健診調査から震災後の変化として最も明らかな変化は食生活の変化であった。「よく摂取する飲み物」としてジュースなどが増加していたし、三度の食事を食べる子どもが減少し、食事の場面で落ち着きのない子どもが増加していた。また肥満の子どもや虫歯のある子どもが増加していた。1歳半健診では親が多動と感じる子どもは有意に減っていた。保健師による観察では1歳半では有意差はなかったが、3歳半健診では多動がチェックされている子どもは有意に増加していた。子どもの行動変化に関する3歳半健診の親評価では、震災後のほうが子育てがむずかしい行動特性を示す子どもが

増えていることがうかがえた。なお、震災後に肥満が増加していることは福島県内各地の小児・成人の調査で明らかになっており、当該市の乳幼児についても震災後の生活環境や養育環境の急激な変化が一因していると思われる。

1歳半健診、3歳半健診同様、保護者の変化については、母親に育児が集中する傾向が有意に増加していた。子どもとの接触時間は増えているものの、育児相談ができる人の不在や育児への負担感、身体や気持ちの状態がよくないといった母親のメンタル面の悪化が示唆された。

今後は、平成24、平成25年度受診者も対象に行い、震災後の変化を経年的にみていく。保健師の観察による多動不注意が増加していることは重要な知見であり、今後も同様の傾向が続くのかフォローアップして確認する必要がある。

ただし、A市では震災後に子どもの人数が約半数に減少しており、震災前後で母集団の属性が変化している可能性が高い。つまり震災後に自主避難した群とA市に留まった親子では親の考え方や子どもの状態に何らかの違いがある可能性が高く、単純な比較はできないことに注意すべきである。

発達障害の子どもの支援から

筆者らは震災後より福島県内で被災した発達障害が疑われる子どもの相談を県の依頼で行ってきた。対象は東日本大震災と原発事故により避難を余儀なくされた発達障害が疑われる子どもである。児童精神科医と心理職などからなる医療チームが親子の相談を行い、支援につなげることを目的とした。チームにより支援が必要と判断された事例については、県の委託先事業所で相談・援助支援がなされるようにした。震災前から福島県では発達障害の専門家が少なく、支援が不足しがちであった。震災後には放射能汚染の影響もあり、保育園などの福祉・教

育機関が一時的あるいは長期間にわたり閉鎖されたことや、震災後に県内の医師などの専門職が県外に職場を移し減少したことなどにより児童精神科医師による診察のニーズが高まったことが背景にある。医療チームは児童精神科医と心理士、ケースワーカー、保健師などにより構成され、子どもの観察・心理テスト、保護者からの発達歴の聞き取りなどにより、診断と接し方への助言や地元の保健師と連携して福祉サービスの紹介などを行った。

担当の医師のほとんどが県外からの応援医師であり、東京、名古屋、京都、大阪など各地から多忙なか長時間をかけて郡山、いわき、南相馬などの相談会に参加していただいた。心理士、ケースワーカーは県の職員が担当した。対象の多くが2歳～6歳の幼児であり、診断の多くが自閉症スペクトラム障害(Autistic Spectrum Disorders; ASD)であった。

震災より3年後に、本事業の支援を受けた児童の保護者60名を対象にアンケート調査、面接などを行い、福祉サービスの利用状況や家族の状況について調査を実施した。

震災による避難・転居を経験した親子は90%にのぼり、転居回数については3回以上の避難・転居を経験している親子が65%と非常に高率であったのが注目された。彼らは避難・転居に伴った転園や転校も繰り返しており、不安定な環境が継続している様子がうかがえた。震災後に震災前の家族と離れた生活をしたことがあった親子は74%にのぼった。これは震災と放射能被害を避けて母子が原発から遠い地域に避難し、父親が仕事のためにもとの地域で暮らすことが多かったためであろう。家族構成の変化について、「変化した」とした家族が約半数であり、居住している住宅についても調査した時点の2014年秋でも震災前と同じ住居で生活しているのは半数に満たなかった。居住空間について約半数が震災前より狭くなり、子どもの遊

ぶ空間も約半数が震災前より狭くなったことがわかった。「子どもへの接し方について変化した」(外遊びをさせない、子どもと一緒に遊ぶことが減ったなど)と回答したのは6割以上にのぼった。外遊びをさせると放射能汚染の可能性が高まると信じている保護者が多いからである。子供の飲み物(水など)を「震災前よりも気にする」、「食品を購入する際に産地を気にする」の質問については保護者の88%が「時々そうする」または「いつもそうする」と回答した。

子どもの障害特性と震災前後の行動や症状について検討したところ、子どもの自閉特性の強い群ほど「震災後の全般的な状態」と「自傷他害行為」が震災後に強くなる傾向があり、調査時(震災より3年後)も続く傾向があった。

両親のメンタルヘルスや就労状況については、「アルコールの摂取量が増えた」、「外出が嫌になった」、「ケンカが増えた」、「暴力暴言が増えた」とした親が多かった。震災前に従事していた仕事を退職した人が6割以上に上り、就労状況が不安定なことや住居環境の悪化が関係しているようであった。家庭の状態については、転居・転校、一時的な家族との別離を経験している親子が多く、避難に伴う“退職”が半数を超えていた。WHO-QOL26(WHO)を用いて保護者のQOLを調査したが「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」の項目が標準よりも有意に低かった。このようにアルコール摂取量の増加や、自分の生活に意味が感じられず、保護者が生きること無気力になりがち傾向があり、メンタルヘルスの専門家による支援や、保護者自身が目的や役割を持ち、生活に活力を与えるような環境を整えていくことも急務であると考えられた。

医療支援事業を利用した発達障害児の保護者の満足度は高く、相談会は一定の役割を果たしたと考えられる。今回の結果から、知的・発達

障害児とその家族における大規模自然災害と長期の放射線不安等による影響については、知的・発達障害児において、自閉特性が強い子どもほど、トラウマティックな出来事や急激な環境の変化、家族構成の変化に影響を受けやすく、回復が遅い傾向があることが示唆された。また、車内での避難生活の経験は、自閉症児や家族に長期的に強いストレスを与えると考えられた。特に、震災直後の避難方法については、できるかぎり自閉症児者とその家族がストレスのかからない居場所を準備することが求められる。本調査は、被災後に医療チームにより支援を受けた親子を対象にしているため、もともと支援ニーズが高い一群であることも考慮する必要がある。

成人のメンタルヘルスニーズの変化

福島県では原子力災害による放射線の影響を踏まえ、将来にわたり県民の健康を見守ることを目的として2011年6月より「甲状腺検査」、 「こころの健康度・生活習慣に関する調査(以下、こころ・生活習慣調査)」などを継続して行っている⁵⁾。「こころ・生活習慣調査」は県民のこころの健康度や生活習慣を把握し、適切なケアを提供するため、2011年3月11日時点で国が指定した避難区域等の13市町村の住民約21万人を対象とし、これまでに2回の調査とそれに基づく電話相談などの支援を実施している。

本調査では「全般的な精神健康状態」(以下、K6)という気分・不安障害のスクリーニング尺度を用いている。K6で13点以上をカットオフ値とすると、日本の地域住民の平常時で3.0%がこの基準に該当する。本調査では2011年度が14.6%、2012年度が11.9%と極めて高い割合であった。この2年で、K6のカットオフ値に該当する割合は低下した。また心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder; PTSD)チェックリストによる調査では2011年

度に21.6%が⁶⁾、2012年度には18.3%がカットオフポイントを超えていた。

放射線被ばくによる健康への影響の認識を問う項目については、可能性が「極めて低い」から「非常に高い」まで、それぞれ評価にばらつきが見られた。

「こころ・生活習慣調査」の支援チームには、臨床心理士、保健師などから構成される専門スタッフが質問紙調査の回答内容から、相談・支援の必要があると判断された方に、状況確認と医療機関につなぐことなどを目的に電話相談を行っており、年間約9,000名に電話支援を実施している。

保護者のメンタルヘルスは子どものメンタルヘルスに強い影響を与えることはいまでもない。子どもと関連した成人のメンタルヘルス対策としては、①震災・原発事故のために新たに発生する可能性のある親のうつ状態、PTSDなどのストレス反応、アルコール依存、不登校・引きこもりなどの予防と早期介入、②自殺の防止、③放射能汚染への不安から生じるこころの問題や家族間葛藤の対応が重要であろう。

おわりに

福島県浜通りのA市の乳幼児健診で明らかになった震災前後の親子の変化と震災後に避難を要した発達障害・知的障害の子どもの医療支援活動から明らかになった支援ニーズについて報告した。発達障害・知的障害をもつ子どものメンタルヘルス対策としては、

①放射能不安による子どもの外遊びの制限、食習慣の変化、仮設住宅などの劣悪な環境での生活が長期化するなかでの子ども・成人の不安や焦燥感、運動不足、肥満、生活習慣病、虫歯などへの対応

②医療・福祉・教育スタッフなどの専門家のメンタルケアのスキルの向上

③震災後、県外へ避難するなどして減少した

表1 福島県の児童・生徒平成24年度と平成25年度の比較

	在学者数(平成25年度)	前年比
幼稚園	25,283	-1,569
小学校	103,324	-5,104
中学校	58,026	-1,351
高校	57,344	-1,618
特別支援学校	2,214	69

発達障害・知的障害の子どもが、むしろ増えている。
[平成25年度福島県学校基本調査]

医療・福祉・教育スタッフを補充するための施策

④支援者のメンタルヘルスの維持と改善

⑤外部からの支援者と県内の支援者の支援方針の調整
などが必要であろう。

表1に示したように、福島県では震災直後の平成24(2012)年度に子どもの数は大幅に減少したが、特別支援学校の児童・生徒数のみが増え、平成26(2014)年度以降は減少に転じた。様々な要因が推定されるが、通常学級の生徒と比較して、震災の直後にはたとえ転居・転校したくても特別支援が必要な子どもがいると容易には転居・転校できないという事情があったようだ。転居できない、あるいはすぐには転居できなかったことによる保護者の葛藤が子どもに与える影響も無視できないだろう。

東日本大震災から4年余りがたつが、福島の乳幼児や発達障害の子どもには震災と原発事故の影響が続いている。今後も彼らがどのような支援を必要としているのかを把握し、ニーズにあった支援を継続することが大切である。

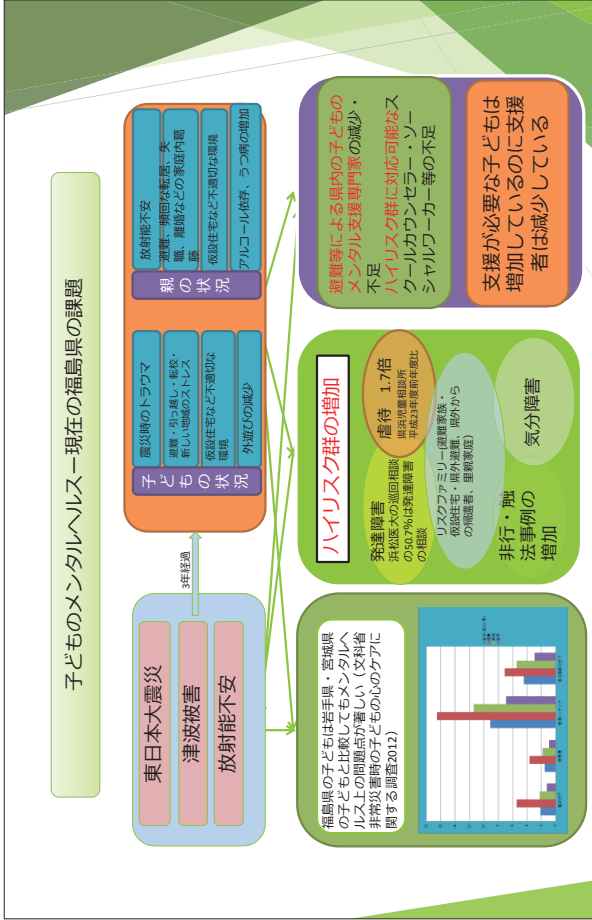
文献

- 1) 警視庁：警察庁緊急災害警備本部 平成27年2月10日広報資料：平成23年(2011年)東北地方太平洋沖地震の被害状況と警察措置
<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/higaijokyo.pdf>(2015/2/19 確認)
- 2) 福島県庁：平成23年東北地方太平洋沖地震による被害状況即報
<http://www.pref.fukushima.lg.jp/site/portal/shinsai-higaijokyo.html>(2015/2/19 確認)
- 3) 復興庁：復興庁 平成24年8月21日調査：東日本大震災における震災関連死に関する原因等(基礎的数値)について
http://www.reconstruction.go.jp/topics/3-2_siryoul.pdf(2015/1/30 確認)
- 4) 文部科学省：平成24年度非常災害時の子どもの心のケアに関する調査報告書
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1337762.htm(2015/1/30 確認)
- 5) 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター：平成26年5月資料：平成24年度県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣に関する調査」結果報告：4-55
<http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/65179.pdf>(2015/1/30 確認)

震災後の子どもの変化ー震災から4年を経てー

「子どものメンタルヘルス支援事業推進室」の活動から

福島大子どもメンタルヘルス支援事業推進室
野村昂樹



今後の課題 (心の教育プログラム)

- ▶ プログラム1回だけでは、効果が薄く、継続的にやっていく必要がある。
→ 教員、SCなどにプログラムの実施方法をいかに伝えるか。また、日常生活での活用方法を提示。
例) ・朝の読書の時間などに、深呼吸だけでも取り入れてみる。
・ 気になる児童生徒に対して、個別に行う。
・ 研修などの場で、予防プログラムとして紹介する。
- ▶ プログラムの効果測定をどのように行うか。
→ 子どもへの実施は難しいため、教員への実施か。

今後の課題（巡回相談）

- ▶ 震災の影響によるトラウマや不適応の相談が少ない
- ・子どもは自身の気持ちを言語化することが不十分なため、身体症状や行動化として表出されることも...
 - 主訴は発達課題や行動面の問題であっても、少なからず震災の影響を受けている場合が多い。
- ・単発の相談現場では話しにくい可能性...
- 継続的に関わる教員やスクールカウンセラーとの連携が必要。
- ・目立たない問題行動もある
 - 悪言悪行、離席などを主訴とした相談が多いが、学校を訪問すると編黙のように、行動が目立ちにくいケースが見られる。
- ・医療機関との連携（主に沿岸部）
 - 月に1回の制度で、児童精神科医1名および臨床心理士1名を派遣し、主に児童精神科の外来を担当している。学校との連携が必要なケースについては、巡回相談の依頼を主治医から学校側へ打診し、巡回相談として学校と対応について相談することもあった。今後も、医療と教育の両方に関わられる利点を活かし、浜通りにおける効果的な支援活動の模索を続ける。

今後の課題（ペアプロ）

- ・実施後の参加者へのフォロー
 - ペアプロ修了後に、フォローセッションという形で、参加者が集まれる場の設定が求められる。
- ・地域の支援者へのスーパーバイズ
 - 各地域の支援者がペアプロを見学後に、それぞれ自ら実施できるよう、その支援者たちが行うペアプロに複数回スーパーバイズとして参加し、支援者のフォローを行うことも必要である。
- ・ペアプロからペアトレ
 - ペアプロの後に次のステップとして、ペアトレへどのように繋げるのかも重要な課題である。

今後の課題（全体①）

- ▶ 心理教育によるストレスマネジメント
 - ・子どもたちの生活に汎化させるために...
 - 教員やスクールカウンセラーが引き継ぎ取り組める内容作り
- ▶ ニーズに応じた支援
 - ・地域の状況や学校が抱えている特有の問題を把握する
- ▶ チームによる継続的な支援
 - ・ケース会議等の働きかけ
 - ・地域の医療や福祉・サポートチームとの連携
 - ・各学校配属のスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーとの連携
 - ・県外避難の生徒への支援

今後の課題（全体②）

- ▶ チェルノブイリ原子力発電所事故についてのWHOの報告（2006年）より
 - ・精神的ストレス負っている住民への心のケアは現在もおお、重要な問題となり、事故から25年を経過しても非常に重要な問題として位置づけられている。
 - ・メンタルヘルスへの影響が事故により起こされた最大の公衆衛生問題であり、住民に精神的健康と幸福感に重大な影響を及ぼしたとも言われている。
 - 福島県が全く同じ状況とは言えないが、長期的な支援が必要と言える。
- ▶ 県外との関わり
 - 被災した他県との支援活動や、支援ニーズの比較。また、それ以外の県への福島の実情を伝えていくこと。

業績リスト

内山登紀夫(2014～2016年)

◆著書

(2016)

- ・福島の子どものメンタルヘルス 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ 福島の子どものメンタルヘルス 発達障害医学の進歩27 診断と治療社 査読なし p1-8 2015
- ・内山登紀夫 発達障害の診断とその障害特性 宮本信也(監修)生島浩(責任編集)保護観察のための発達障害処遇ハンドブック(共著、更生保護法人日本更生保護協会、8-22 2014)
- ・内山登紀夫 岩波講座コミュニケーションの認知科学5『自立と支援』片山容一編 4章 発達障害とは何か pp53-90(共著、岩波書店、2014)

◆論文/報告書

- ・学校における合理的配慮と精神医学(特集 学校と精神医学(1)) 内山 登紀夫 精神科治療学 31(4)、449-455 2016
- ・福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(いわき市、南相馬市) 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、本田秀夫 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野))発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価 総括・分担研究報告書 査読なし 2016
- ・小規模市の発達障害の発見と支援における人材育成に関する調査 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、本田秀夫 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野))発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価 総括・分担研究報告 査読なし 2016
- ・東日本大震災後の福島県において医療支援の対象になった発達障害・知的障害の子どもとその家族の支援ニーズ・支援評価・メンタルヘルスに関する調査 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、行廣隆次、筒井雄二、神尾陽子、金子健 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)総括・分担報告書 災害時における知的・発達障害を中心とした障害者の福祉サービス・障害福祉施設等の活用と役割に関する研究 査読なし p 84-108 2015
- ・小規模市の“発達障がいの気づきと支援”における人材の育成と供給について 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、本田秀夫 平成26年度厚生労働科学研究費補助金(障がい者対策総合研究事業)総括・分担報告書 発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価 p344-357 2015
- ・発達障害の子どもと家族に必要な支援-福島県の調査から- 内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、金子健 災害時における知的・発達障害者を中心とした障害者の福祉サービス・障害福祉施設等の活用と役割に関する研究報告 Japan Language on Developmental Disabilities NWES, No.101 p2-p3 2015
- ・福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究 内山登紀夫、川島慶子、本田秀夫 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障がい者対策総合研究事業)総括・分担報告書 発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価 p368-390 2014
- ・東日本大震災後の福島県において医療支援の対象になった発達障害・知的障害の子どもとその家族の支援ニーズ・支援評価・メンタルヘルスに関する調査 内山登紀夫、若松典子、山田祐子、筒井雄二、川島慶子、金子健 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)総括・分担報告書 災害時における知的・発達障害を中心とした障害者の福祉サービス・障害福祉施設等の活用と役割に関する研究 p7-12 2014
- ・Takei R, Matsuo J, Takahashi H, Uchiyama T, Kunugi H, Kamio Y. Verification of the utility of the social responsiveness scale for adults in non-clinical and clinical adult

populations in Japan. BMC Psychiatry. 2014 Nov 18 ; 14 : 302.

- ・内山登紀夫 ASDのライフサイクルに沿った治療・支援のあり方(特集 発達障害の臨床：子どもの心の診察として) — (治療・支援) 小児科診療 77(12)、1777-1782、2014-12 診断と治療社
- ・内山登紀夫 発達障害へのアプローチ 最新の知見から(第5回) 発達障害と療育 精神療法 40巻4号 pp.594-602 2014

◆学会発表、講演、会議等

(2016)

- ・トラウマティックストレス学会 ポスター発表 東日本大震災後の福島県沿岸部における乳幼児と保護者に関するメンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究-3歳6ヵ月児健診-内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ
- ・トラウマティックストレス学会 ポスター発表 — 東日本大震災後の福島県沿岸部における乳幼児と保護者に関するメンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究-1歳6ヵ月児健診 川島慶子、内山登紀夫、鈴木さとみ
- ・平成28年度 発達障がい児支援者スキルアップ研修 医師向け研修 【県内各圏域】

(2015)

- ・福島県立富岡養護学校特別支援研修会 講師 1月14日
- ・青年期・成人期発達障がいの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究
- ・『自閉症スペクトラム障害と触法をめぐる課題』リチャード・ミルズ(Richard Mills)氏 企画・司会 1月24日
- ・日本発達障害連盟 発達障害医学セミナー“震災後の子どもの変化—震災から4年を経て” 企画・講師 2月14、15日
- ・福島県教育庁主催 子どものこころのサポート会議出席 6月17日
- ・トラウマティックストレス学会 ポスター発表 東日本大震災後の乳幼児健康診査における子どもの変化の検討-3歳6ヵ月児- 鈴木さとみ、川島慶子、内山登紀夫 6月20日
- ・トラウマティックストレス学会 ポスター発表 東日本大震災後の乳幼児健康診査における子どもの変化の検討-1歳6ヵ月児- 川島慶子、鈴木さとみ、内山登紀夫 6月20日
- ・富岡養護学校 特別支援教育研修会講演 7月14日
- ・福島県自閉症協会主催 トレーニングセミナー 講師 7月8日
- ・児童青年精神医学会災害対策委員会出席 7月8日
- ・平成27年度 発達障がい児支援者スキルアップ研修 医師向け研修 【県内各圏域】
- ・福島県精神保健福祉センター 研修会 大人の発達障害 10月28日

(2014)

- ・平成26年度 発達障がい児支援者スキルアップ研修 医師向け研修 【県内各圏域】
- ・クリストファー・ギルバーク教授講演会 企画・運営・司会 神経発達障害の早期診断の方法 於福島学院大学11月21日
- ・福島子どものこころと未来を育む会 専門職研修会 子どもの問題行動や発達障害への対処スキルを学ぶ 南相馬市 12月5日

黒田美保 (2016年)

◆論文(総説論文、著書、翻訳、分担執筆、展望など)

- ・黒田美保 福島県におけるペアレント・プログラムの普及とその効果 臨床心理士会会報 2016

- ◆学会等発表(国際学会又は国内の全国規模学会での発表)
 - ・東北大学主催東日本大震災被災地域へのサイコロジカルエイド：福島における子どものメンタルヘルス支援の現状と課題について、2016.3.5
 - ・日本発達心理学会第27大会：福島におけるペアレント・プログラムの実践 2016.4.30
- ◆研修会
 - ・福島県主催福島県北部保健センター研修会：ペアレント・プログラム研修 2016.8.5
 - ・福島IEP研究会主催研修：発達障害のある方への理解と対応 2016.11.26

榊屋 二郎

- ◆著書
 - ・榊屋二郎 “震災と非行～発達障害を中心に～” 発達障害医学の進歩27 (監修)内山登紀夫 診断と治療社 2015 p9-16
 - ・榊屋二郎 ADHDと非行および少年犯罪 注意欠如・多動症～ADHD～の診断・治療ガイドライン 第4版 ADHDの診断・治療指針に関する研究会 齊藤万比古 編集 じほう 2016 p203-208
 - ・榊屋二郎 精神障害を抱えた非行少年の矯正～医療少年院の立場から 2015 青少年問題 第657号 p26-31
 - ・榊屋二郎 発達障害へのアプローチ 発達障害と司法 2015 精神療法第41巻第3号 p95-102
 - ・榊屋二郎 非行臨床と発達精神病理学 2015 こころの科学第181号 p49-53
 - ・榊屋二郎 精神医療から考える障害のある人の触法支援～発達障害を中心に③～ 2015 アスペハート 13(3) p122-126
 - ・榊屋二郎 非行臨床と発達精神病理学 2015 こころの科学 第181号 p49-53
 - ・榊屋二郎 発達障害へのアプローチ 発達障害と司法 2015 精神療法 41:95-102
 - ・榊屋二郎 精神障害を抱えた非行少年の矯正～医療少年院の立場から 2015 青少年問題 第657号 p26-31
 - ・榊屋二郎 福島県における東日本大震災後の子どもの心理教育～福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室の活動～ 2016 小児の精神と神経56(1)29-31
 - ・榊屋二郎 福島県における子どものメンタルヘルス 2016 一般社団法人日本臨床心理士会雑誌24(2)72-73
 - ・榊屋二郎 少年の問題行動を取り巻く制度・教育・治療～矯正教育と矯正医療の視点から～ 2016 司法精神医学11(1)120-125
 - ・榊屋二郎 発達障害の二次障害を防ぐために～非行・引きこもり等の外在化を中心に～ 2016 郡山精神医療30号1-24
- ◆助成金(2014)
 - ・厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 青年期・成人期発達障害の対応困難ケースへの危機介入研究 児童・思春期における発達障害を抱えた触法ケースに対する矯正医療の在り方についての研究 代表 内山登紀夫 分担 榊屋二郎

高橋紀子

◆論文

- ・ 柏崎佑哉・前田正治・八木亜紀子・藤井千太・高橋紀子・矢部博興・安村誠司・阿部正文
2016 福島県被災住民に対する架電型電話支援の試み／福島県「県民健康調査」、精神医学、433-442

◆学会発表

- ・ 及川祐一、前田正治、柏崎佑哉、上田由佳、高橋紀子、藤井千太、桃井真帆、安村誠司
2016 福島県県民健康調査 平成25年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」電話支援の実践、第35回日本社会精神医学会、於：岡山コンベンションセンター(ポスター発表)
- ・ 大川貴子・米倉一磨・高橋紀子・宮川明美 2016 被災地における高校生のアルコール関連問題に関する実態調査、第15回トラウマティック・ストレス学会、於：仙台国際センター(ポスター発表)
- ・ 及川祐一・前田正治・柏崎佑哉・上田由桂・高橋紀子・藤井千太・桃井真帆・安村誠司
2016 福島県県民健康調査 平成25年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」電話支援の実践、第15回トラウマティック・ストレス学会、於：仙台国際センター(ポスター発表)
- ・ 高橋紀子 2016 被災地における自殺対策の支援者研修のあり方と課題、第57回日本心身医学会、於：仙台国際センター(ポスター発表)
- ・ Noriko Takahashi 2016 Elements Need to be Included in Training Programs for Supporters for Suicide Prevention in the Affected Areas, World Association for Person-Centered & Experiential 12th Conference, July 20-24, 2016, Columbia University, New York City, NY, USA
- ・ Noriko Takahashi 2016 Facilitator Training for the Family Groups for Those who have Schizophrenia, Depression or Withdrawn People as their Family Members, ICP2016, Yokohama, Japan
- ・ Yuya Kashiwazaki, Masaharu Maeda, Noriko Takahashi et al 2016 Psychosocial Support by Telephone given to Evacuees in Fukushima Three Years after the 2011 Great East Japan Earthquake : The Fukushima Health Management Survey, ICP2016, Yokohama, Japan
- ・ Mayumi Harigane, Noriko Takahashi, Masaharu Maeda, Hirooki Yabe, Seiji Yasumura, and Tetsuya Ohira(2016)The Relationship between bereavement and psychological distress following the Nuclear Accident : The Fukushima Health Management Survey, IPC2016, Yokohama, Japan
- ・ 板東充彦・高橋紀子 2016 被災地におけるひきこもりの困難、日本人間性心理学会第35回大会、於：九州産業大学(ポスター発表)

◆外部資金研究

- ・ 被災地における高校生のアルコール関連問題の実態と介入方法の検討
基盤研究(C)
研究代表者 大川 貴子 福島県立医科大学、看護学部
研究分担者 高橋 紀子

◆講演・研修会講師

- ・ 2016/8/1 福島県保育協議会県中ブロック 保育研究大会講演会「保護者の方とのコミュニ

- ケーション」(福島県須賀川市)
- ・2016/8/29 学生のための福島災害医療セミナー「災害後の心のケア」於：福島県立医科大学(福島県福島市)
 - ・2016/10/28 福島県保育士協議会 主任保育士研修会「子どもと保育士のためのメンタルヘルス」於：二本松市安達公民館
 - ・2016/11/18 講演「ストレスとのつきあいかた」 於：喜多方東高等学校
 - ・2016/11/21 津田塾大学公開講座「被災者の困難と選択：あると嬉しい応援支援」 於：津田塾大学
 - ・2016/12/6 南相馬市健康普及サポーター養成講座 於：南相馬市保健センター
 - ・2017/1/26 第3回相馬市保健協力員研修会「ゲートキーパー研修会：身近な人の悩みに気づいてください」、於：相馬市保健センター
 - ・2017/1/26 第2回ゲートキーパー研修会「ゲートキーパーとしての心得、対応のヒント」於：小高保健福祉センター
 - ・2017/2/11 「発災6年からの家庭と地域の協同を考える：子どもの心とあゆみを支える」シンポジウム 話題提供 於：岩手県釜石地区合同庁舎
 - ・2017/2/26 平成28年度第3回被災者健康支援連絡会「こころのケアについて：被災者へのこころのケアと支援者自身のこころのケア」原町保健センター
 - ・2017/3/6 ゲートキーパーフォローアップ研修会「自殺の予防について、支え合うまちづくり：セルフケアを身につける」原町保健センター



子どものメンタルヘルス支援事業推進室

〒960-1296 福島県福島市金谷川1番地
TEL.024-504-2887 FAX.024-503-3414
<http://cmhc.net.fukushima-u.ac.jp>