

東日本大震災津波復興特別委員会会議記録

東日本大震災津波復興特別委員会委員長 佐々木 順一

- 1 日時
平成 28 年 4 月 15 日（金曜日）
午前 10 時 2 分開会、午前 12 時 2 分散会
- 2 場所
特別委員会室
- 3 出席委員
佐々木順一委員長、城内よしひこ副委員長、伊藤勢至委員、関根敏伸委員、高橋元委員、郷右近浩委員、小野共委員、高橋但馬委員、軽石義則委員、名須川晋委員、佐々木朋和委員、千葉進委員、佐藤ケイ子委員、阿部盛重委員、柳村一委員、菅野ひろのり委員、千葉伝委員、柳村岩見委員、工藤勝子委員、嵯峨耆朗委員、岩崎友一委員、高橋孝眞委員、佐々木茂光委員、福井せいじ委員、神崎浩之委員、川村伸浩委員、佐々木宣和委員、渡辺幸貫委員、飯澤匡委員、工藤勝博委員、佐々木努委員、ハクセル美穂子委員、千葉絢子委員、工藤大輔委員、五日市王委員、中平均委員、工藤誠委員、田村勝則委員、斉藤信委員、高田一郎委員、千田美津子委員、小西和子委員、木村幸弘委員、小野寺好委員、吉田敬子委員、白澤勉委員
- 4 欠席委員
樋下正信委員
- 5 事務局職員
熊谷事務局次長、菊池議事調査課総括課長、高橋政策調査課長、和川主任主査、中村主任主査、遠藤主任
- 6 説明のために出席した者
岩手県こころのケアセンター副センター長 大塚 耕太郎 氏
- 7 一般傍聴者
なし
- 8 会議に付した事件
 - (1) 被災地におけるこころのケアについて
 - (2) 現地調査の実施について
 - (3) その他
- 9 議事の内容

○佐々木順一委員長 ただいまから東日本大震災津波復興特別委員会を開会いたします。

開議に先立ち、昨夜発生した熊本地方を震源とする地震により被災された皆様方に心よりお見舞いを申し上げますとともに、犠牲になられた方々に深くお悔やみを申し上げます。

なお、樋下正信委員は欠席とのことですので、御了承願います。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付しております日程により会議を行います。

初めに、日程1、被災地におけるこころのケアについて調査を行います。

本日は、講師として岩手県こころのケアセンター副センター長の太塚耕太郎先生をお招きしておりますので、御紹介いたします。

太塚先生の御略歴につきましては、お手元に配付いたしております資料のとおりでございますが、太塚先生は精神科救急、自殺対策、災害精神医学等に関する研究とともに、新潟中越地震、岩手・宮城内陸地震では岩手医科大学こころのケアチームを担当され、東日本大震災津波以降は被災地でこころのケア活動に御尽力されております。

現在は、岩手県の委託事業として設置された岩手県こころのケアセンター副センター長として、被災者支援、地域保健活動への支援、従事者支援、自殺対策といった活動に献身的に取り組まれております。

太塚先生には、御多忙のところお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。これよりお話をいただくことといたしますが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、太塚先生、お願いいたします。

○太塚耕太郎参考人 それでは、高いところから失礼いたします。岩手医科大学の精神科の大塚と申します。このたびこのような機会を与えていただき、本当にありがとうございます。

私自身は、救急にしても、精神医療にしても、災害にしても、ほとんど現場のことしか知らずにずっとやってまいりました。東日本大震災の被災者の方々の御苦労については、先生方も御存知のことと存じますので、きょうの機会をいただきながら、こういう状態があるということを共有させていただく機会になればいいかなと思っております。

もう一つは、佐々木委員長からも話があったのですが、今回の熊本の災害は対岸の火事ではありません。熊本大学が、岩手医大のケアセンターの支援のために平成25年度に来ていただきました。大変なことがあったときに駆けつけるという、熊本はそういう地域でもありました。ですので、やはりこういう時期ではありますが、ぜひ災害ということをもた捉えていく機会になればいいかなと思っております。それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

こころのケアというのは、岩手県でも復興事業の一つとして当然位置づけられています。ですので、非常に重要度が高いということなのですが、今はどういう状況が起きているかというと、風化が起きています。大変なことがあるのだけれども、それがそうではないと

取り扱われることが風化ですので、大変な現状があり、それをどう支援していくかということが根本にあるわけですが、一方では、現場の中から風化を感じることもあるわけです。

これまで岩手県では、震災関連死の数は余り多くないのですね。自殺率も、実は減少傾向にあります。割といい対策も行われていることもあり、大きなことは何も起きていないように見えるのです。もちろん現場の中では大変なことがあり、支援をしながらも、住民に届かない支援もありますから、何も起きていないということはないわけです。ずっとそのまま今の過程にあるという中では、支援が支えているということがあるので、支援の支えがなくなってしまうと、つかえ棒がなくなって倒れてしまうということが今の現状です。いかに支援を続けていくかということが、実は物すごく重要なことになっています。

なぜ大事なのかということなのですが、こころの健康とか体の健康というのは、ストレスがあった直後に起きるものばかりではないのですね。大変なことが蓄積されて、例えば1年後とか5年後、10年後に病気が発症するということがあります。これは、災害とか、例えば紛争とか、そういうことを体験された方というのは、生涯にわたって健康問題を抱える可能性があるものですから、見かけがよくなった瞬間に支援をとめるということは、非常に気をつけなければいけないことでもあります。そういう意味では、復興でいろいろなインフラが整備され、それは住民の安心した生活に直結しているわけですが、対策というのはやはりこころの健康で、生死を分けてしまったりとか、安心して生きられるかどうかというところへの対策が最後の防潮堤というようなところがあります。ですから、これを外してしまうということは、やはり非常に危険度が高いということがあります。

では、いつになったら外せばいいのかということは、これはいろいろな議論があるところですが、少なくとも10年、20年のスパンで本来は考えなければいけないと、さまざまところで言われています。例えば新潟県では、10年目によくケアセンターが活動を終了するということでした。これは、災害規模がここまでは大きくなかったということもありますし、医療資源が整っているということがあります。阪神・淡路大震災、いまだケアが必要だということが叫ばれていて、こころのケアセンターの事業は継続しています。

実は、岩手県の場合は医療資源が乏しいわけですね、それらの地域よりも。ですから、圧倒的にその人たちの支援より厚く考えていかないと、住民の方が暴露する危険性というのは高くなっています。

もう一度、震災というのがどれくらいの被害であったのか、被災者とか被災がどのくらいの影響度にわたっているのかという話をしたいと思います。これは、先生方が御存じのようなことを並べているわけですが、やはり人的な被害から産業被害、土木被害、さまざまあるわけです。

例えば1人の方が自殺したときは、その影響は10人にわたると言われています。災害でもやはり同じくらい影響度が高いわけですね。生活を失うとか、居住スペースのほとんどが浸水してしまうというような現状、こういうストレスを災害のストレスとしたときには、ストレスとして命の危険というのが当然あるわけです。

これは、よくトラウマと横文字で言われるもので、PTSDと言われるのはこのトラウマから出てくるものなのですが、当然ながらこころの健康に影響するのは喪失体験やさまざまな生活の変化があります。しかも、岩手県の現状というのは、これが連鎖的に起きながら、長期化しているということが同時にあるわけです。

社会の中でこの健康問題をどう捉えていくか。これは、WHOのオタワ憲章で説明しているものなのですが、健康の前提条件が崩壊してしまう、例えば災害がそうですし、戦争とか、貧困的な社会とか、こういう中ではやはり健康の前提条件が失われていると。そういうところでは、健康の格差が生じてしまうということが言われているわけです。例えば、ある地域よりある地域の病気の発症率が高くなるとか、悩んでいる人がふえていくということがあります。社会の中で健康をどう捉えていくか、被災地の生活がどのくらい安定していくか、安定していった状態を保ったときに、初めて健康の格差がなくなっていくということもあるのですが、逆に言うとその間はそういう対策をとっていないと大変なことになるかもしれません。もちろん世代間でそういう格差が伝達されてしまうということもあり得るかもしれません。ですので、例えば所得が低い方の生活習慣病の発症率は高いとか、こういうことは疫学でもう既にわかっていることですので、格差にはさまざまな健康問題がはらんでいます。

そうすると、健康の格差は何なのかということなのですが、健康の格差というのは、ある病気、こころの健康を崩す方とか、いろんな病気の発生頻度が、災害のなかった人たちよりもふえるということです。

そのほかの格差というのは、やはり医療へのアクセスなり、支援へのアクセスがきちんとあるかどうか。沿岸は医療過疎なわけですね、もともと。ですから、その格差がある中で、医療資源も非常にダメージを受け、当然ながら発生頻度以外も格差があります。もちろん質の格差というのは、例えばこの検査は沿岸では受けられなくて内陸では受けられるとか、そういうのもあるかもしれません。ですので、さまざまこういう格差をなくしていく努力が必要なわけです。

そうしたときに、ではもともと災害後にメンタルヘルスに影響するものとしてどんなことが考えられるかということ、先ほどの災害のストレスというのは当然ながらあるわけですね。もちろん災害前に精神科の既往があると、そういうことも当然影響するのですが、先ほど挙げた喪失体験、生命の危険、さまざまな生活の変化、そのほかにも、例えば援助が少ないこととか、その後の仮設住宅での生活とか、二次的なストレスがあることがあります。

例えば、この研究によると、セントヘレナ火山の噴火で経済的な損失と家族の喪失ということの高い暴露があった集団と低暴露の集団、そして災害がなかった地域ではやはり格差があるわけです。

これは岩手医大でのコホート研究で、沿岸の3市町村のコホート研究でも、やはり居住環境によって、当然ながらメンタルヘルスを崩すという問題が、少なからずそうではない

ところよりも多くなっています。ただ、災害というのは住んでいるところだけではなくて、遺族になられた方、仕事を失われた方、さまざま影響しているところがありますが、全体的にメンタルヘルスが悪くなりやすいということは言うまでもありません。

もちろん遺族の方というのは、長期的にストレスを抱えて健康を崩したり、こころの問題を抱えていく、いろいろな社会的困難を抱えていくということもあります。遺族の複雑性悲嘆というのは、非常に悲嘆という悲しみの反応が長く続いていってしまうという状態なのですが、6年たっても多くの方がこういう状態を経験してしまうということもありますので、やはりこういう御遺族の方とか、それに影響されている周りの方も当然ケアをしていく必要があるのです。そう考えたときに、いろいろな大きな不安という中で、健康の問題、もちろん生活の問題、先行き、これは直結しております。全国のいろんな調査、総務省がやっている調査でも、悩みというのは、大抵は健康の悩み、そして先行きの老後の悩み、あとは経済的な問題、これが三つの主たる要因ということが明らかにされており、やはり震災ではこれらにダイレクトに直面していることがあります。

そのほかにも、例えば高齢者であると孤立とか、逆に援助があるということがその救いになるということもあります。もちろんこの間、被災者の方は5年間老化しているわけですね。医学的に病気が発症しやすくなりますから、支援のみが解決の手段であると言っていいわけです。ですから、何もしないでよくなるということはないのです。

そのほかにも、今言ったまとめになりますが、いろいろな生活状況の不安が出てきたり、財産の喪失体験が発症に寄与したりします。災害ではないのですが、紛争というのも社会的な困難を抱えるというのですが、やはり困難を抱えている中では、PTSDなどはかなり長期的に遷延するということが確認されておまして、災害でもこれは言うにも及ばないことで、長期的に出る可能性があるものだと想定していかなければいけません。先ほど言ったように、想定できるということは対策がとれるということにほかならないので、想定しながら防いでいかなければならないのです。

そう考えると、こころのケアの考え方なのですが、災害があった後、大変な人たちがいっぱい出てきます。今のハイリスク者を防ぐということだけが実は対策ではなくて、将来にわたって健康を崩す方たちを防ぐ予防ということが必要になるわけです。ですから、こころのケアは、今大変な人たちを対応しながらも、この先大変にならないように予防活動をしていくということが必要ですので、そのくらい広がりを持ってやらないと、なかなか対策がとれないということがあります。

では、こういうことが復興の何に寄与するのかということなのですが、WHOではセーフ・コミュニティという認証などもしているのですが、安全なまちとはどういうことなのかというときに、交通事故がない、暴力がない、虐待がない、防災がとれている、これは一つ安心なのですが、自殺予防ということも安全なまちづくりの一つとして考えられるわけです。ですので、こころの健康を通して人々のこころを守るということも、まちづくりにとって大事なことで、いろいろなインフラが整った後の問題として何が残るかという

と、住民のつながりやこころの健康、こころの復興感が十分ではないとか、そういうことが必ず出てくる問題としてあるわけです。ですので、岩手県では起きないということではないので、やはり対策をしていかなければいけないわけです。

こころの健康で私たちの目標というのは、そういうことを通して将来にわたっての健康格差がないようにしていきたいということが切なる思いです。こんな災害というのは、不幸にも体験してしまうことであって、望んで体験するわけでは当然ありません。不幸にもそういう体験、遭った人たちに対しても、そしてその周りの人たち、そして社会の中で捉えていったときに、格差がないようにしていくことが何よりも大事です。岩手県で、例えば災害を経験しないような他県と比べて、この格差が生じてしまうことがないようにしていくのが、最低限の県民に対する使命なのではないかなと、私が一生懸命やっているところでもあるわけです。

そう考えたときに、被災者がどのくらいいらっしゃるのかということをもう一回振り返ると、推定被災者は11万人と考えられていました。沿岸は25万人いるわけですから、40%が推定被災者だと、これはかなり多い数なのですよね。災害があった人とか、いろいろ話あるのですが、この沿岸の中で4割近い数までいくということは、もうほとんどの人がやはり打撃を受けているということですし、打撃を受けていない人もその人たちとの交流でいろいろ接しているんで、当然影響は受けているわけです。そして、もう一度まとめると、死者数は非常に多いということもありますし、家屋倒壊件数は2.6万棟ということで、やはりこれもかなり多いわけです。

罹災証明書の発行自体が6万人。岩手県は人口が少ないわけで、どうしても人口何万対という計算でははかれないところは、面積は広い中でこれだけ多くの人たちが、多くの割合の人たちが影響を受けてしまっているということをもう一度立ち戻っていく必要があるのかなと思っています。

倒壊数がこの程度あったところで、応急仮設住宅は1.7万戸が供与されたということで、中間地点としての仮設住居ということがこの程度整備されていったということも、当然ながら重要なことですが、先ほど言ったように転居もストレスになるわけで、何回も移動が行われることがあるわけです。

現状なのですが、先生方御存じのように、現在も2万人の方が応急仮設住宅で生活をしているのです。沿岸で二十数万人の人口と考えると、10分の1は仮設住宅だということになります。

逆に、移動されている方もいらっしゃるということがあります。ですので、再建率という、仮設住居から出て復興住宅へ行った方、また自力再建をされた方を含めた住宅再建率というのは、60%とありますので、今は移動している途中にあるわけですね。2万人が残っているものの、再建率が60%、半数が移動しているということで、かなり物すごい数が今いろいろ流動的に生活環境を変えていっている、社会も当然ながら変わっていったことになります。

当然ながら再建のスピードというのは、それぞれ違いはあるのですが、恐らくもともと想定されたよりは、どうしても延びざるを得ないのではないかと思います。建材が高くなったり、大工の方がなかなか見つからないとか、人件費が高騰したりとか、いろんなことも起きています。これは、一生懸命やっても、やはり災害規模が大きかったことから、どうしてもこれらの問題に直面しているわけです。

その中で、自力再建がどのくらいかというのは、ある程度、自力再建の加算金申請が大体自力再建に近い数なのかなということなのですが、半数弱というところで、逆に言うと半数は再建が困難だったというわけです。生活様式いろいろ失った形でのものなのですね。ですので、さまざま喪失をしている人たちの中で生活の御苦勞もあるわけですし、一方自力再建をされている方の御苦勞というのも当然あるわけです。

今そういうことで直面しているのは、仮設住居から移動していると。これは何回も移動するというのも、やはりストレスになるわけですが、例えば今後自己負担が出てくるといことが起きると、健康の問題には非常にダメージを受けやすいということも言うまでもないことです。

実は、沿岸では社保の比率というのは非常に少ないものですから、高齢化しているところでの国保というのは、大体7万プラスマイナスぐらいのところ1カ月生活するということですので、非常に大変なわけです。復興住宅へ行くと自己負担が出てきたり、ローンが再開されたりとか、支援がなくなって先細りしていくということもあるので、いろんな問題が重なって、かつ長期化しているということがあられるわけです。長く悩みが続いているというのは、それだけ精神を消耗させてしまうということもあります。

一方で、やはり勤労者のストレス加重というのもかなり大変なことです。これはやって当たり前と思われて、かなり燃え尽きとか、メンタルヘルスを崩すということも起きております。

世帯の収入が減り大変になるだけでなく、税金にも影響するので、行政のサービスにも当然ながら影響していくのだろうなと思っています。

また、ローンの返済猶予期間がそろそろ終了し、ローンを返し始めなければならない時期になってくるといこともあられるのです。ですから、二重ローンで払わなくてよかったと安心していたところなのですが、これからはやはり大変なこと、ますます直面していくといことがあられるので、実はこれはかなり深刻なことでもあります。

そういうことですので、生活基盤というところで非常に困難を抱えているということと、5年がたつということは当然ながら5年間の加齢ということもあるので、社会全体が高齢化に傾いているというところで、大変な人たちはどんどんふえているというところがあるわけです。例えば7万円で、ほかの収入もなければ、結構大変な中で生活したりとか、沿岸というのはかなり地縁社会なので、生活保護を使うという意識は難しいところが住民意識としてもありますので、本当に必要な方でも、なかなかそれを利用できないということもあると思います。非常に困難が生じていますし、あとは少しでもお金を残していたら、

当然生活保護はできないわけですね。ということは、自分の老後として、例えばお墓のお金だけは残しておこうとしても、それさえも残せないのが、生活保護の方、僕も携わる機会あるのですが、お葬式を出せるか出せないかというところまでかかっていく問題なのだと思って、相談を受けて、思わず絶句してしまうこともあるわけですね。

高齢化も徐々に進んでいるということがありますから、病気の発症という点では、その影響を受けていくということも当然ながらあるわけです。

では、一方この大変な住民を支える側がどうなのかということをもう一回振り返ると、保健師とか数がすごくふえているわけでは、実はないわけですね。これは、先ほど言ったように、やはり職員1人をふやすということのさまざまな困難というものもあると思います。少しずつふえてはいるのですが、この増大したニーズに対応することが大変。

もう一つは、岩手県なりの特色というのは、やはり面積が広いということなのです。医者配置の問題もそうなのですが、人口密度が高いところの考え方とちょっと違うところがあるわけです。1件訪問するにも半日かかりというのは当然あるわけですので、そういう広大なエリアの中での行政力とか、また医療基盤というのも非常に脆弱だということで、健康問題が増大しているのです。やはり支援なしでは非常に難しい中で、メンタルヘルス対策をどうやって長期的に続けていくかということが課題になっているわけです。

保健師1人当たりの担当面積は、岩手県は圧倒的に、当然ながら高いのですよね。ということは、コストでペイするとか、そういうことは余り考えられないわけです。医師数というのも、これは全国の中ではかなり少ないということなのですが、特に沿岸では非常に医師が少ない。また、沿岸ではもうほとんど精神保健指定医というのは十数名というような状態ですので、そう考えるとこの増大したところの健康に対応するところで、精いっぱいやっているということも当然あるわけです。

この資料は、勤労者のメンタルヘルスを抜き出したところなのですが、いずれの自治体もGHQの得点は、一般人口だと大体カットオフという6点以上になる割合というのは10%程度だと考えられているのですが、当然ながらいずれも高いということがあるわけです。

ということなのですが、こころのケアの実態からすると、私たちがさまざまな対応するところは、個別に相談室で対応したり、市町村と一緒に連携して訪問したりとか、いろんな健康教育の場で対応したりと、さまざまあるわけですが、ニーズが減っていくということは余りない状態なわけです。

では、どのくらいニーズがあるのかというと、本来はもっとやれる、例えば基盤があればもっとやることもできるけれども、今のところの限界いっぱいがこの数字だということなので、これ以上潜在的なニーズはもっとあると思うのです。ですが、今のところは私たちが活動して一生懸命やらせていただいて、ある一定のニーズ、ことしまたさらに個別対応はちょっとふえていたのですが、やはり県民の意識としても、きちんとこころのケアが大事だなど、誰しもの思うことなのだと思います。

ただ、現状では、岩手県の場合は、もう本当の幸いなことに、まだ医療の減免制度などが続いておりますけれども、先ほど言ったようなところでお金がないとか、非常に大変な御苦労の中で、普通に自己負担といったら3割負担とか、1割負担でも、大きな病気になったら大変な負担なわけですね。ですので、そうすると受診抑制などの問題も出てきたりとか、健康格差がさらに傾いてしまう可能性も潜在的にあるわけです。

こんな現状から、政治とかさまざまな場でもこころの健康というのがいろいろ叫ばれているということは、日本全体とか地域も巻き込んで、やはりこころの健康だねということになってきているわけです。

その中で、一つ見ていかなければいけないのは、例えば不幸にも亡くなってしまう自殺死亡というのは、一番最たる指数ではあります。ほかにもさまざまな問題がありますが、岩手県というのは自殺率は全国ナンバーワンだったと、これは後で話しますが、ことしは恐らく脱却します。これは、長年かけてきちんとやってきているので、1位でも下がってきたところでの1位だったのですが、これはただ先ほど言ったように対策をしているから下がっているということがあるわけです。ほかの精神疾患も巻き込んだ5大疾患なのですが、いろんな疾患が全国での死亡率が高いということがあるわけですね。これは、健康格差だということが一つ言えるわけですので、もともとこういう状態にある中で、対策をどうしていくのかということがあります。

一般的には、震災後は自殺率が高くなるという傾向がこれまでは指摘されてきました。日本では下がるという報告があったりなのですが、当然ながら自殺のリスクというのは高まっていくので、普通に何もしないで観察していると高くなっていくということが当然起きてしまいます。

では、この間どうだったのかということで、岩手県の自殺率、沿岸のほう、震災の後、上下しておりますが、ことしはまた警察統計で下がっております。内陸もそうなのですが、ある程度減少傾向にあるわけです。

これが、では安心だから対策を緩めていいのかというと、大変な人たちに大変な対策をしているので、このように本来は高まってしまうかもしれないことが下がっていく傾向にあるというだけで、対策をしなくていいというわけでは決してないのです。一方では対策の影響もあって、岩手県の場合もまだまだ亡くなっている方もいて、不幸は当然ながらあるわけですが、一生懸命その対策をやったの効果も出てきているわけです。ただ、当然ながら年度推移がありますから、平成26年度はやはりちょっと高まったというようなこともありました。

岩手県の中で自殺が集まりやすい地域ということと、何か社会指標は関連するのかというようなことで、これまでさまざまな取り組みがされてきました。いろんな検査で、これは2000年までの自殺対策をし始める前のベースデータだったわけですが、その中では、やはり人口密度が低くなるとか、分配所得が低下するとか、いずれもこの指数が低くなっている地域は、自殺の死亡率が高まっていくという傾向がありました。ただ、失業率が上がる

と、やはりそれが高まってしまうと。いずれも沿岸というのは、災害が起きてさらにこれを押し上げているので、自殺率は減っているのですが、自殺の危険性がある社会指標を見れば、そういう危険性が当然高まっていると考えなければいけません。

この資料は、震災前3年と後の3年の中での自殺の死亡率で、SMRというのは一般人口を100と、日本全体を100としたときに何倍かということを示し、これだと197で1.9倍ということになります。岩手県はいずれも全国平均より高いところではあるのですが、男女通じて震災前よりは震災後、二戸以外は下がったということが、実はこの3年ありました。

ですから、先ほど言ったように震災の後は下がっていたということがありますが、男女で細かく見ると、久慈では男性がちょっと上がって、ほかの地域は下がっていたのですが、これは恐らく沿岸の自殺が多かったわけではないので、沿岸に支援がとられて、内陸が手薄になってしまうとか、そういうことも多分反映されたのだと思います。

一方で、女性はどうかというと、女性は久慈はすごく下がっていると。これは対策の効果だと思うのですが、気仙でも女性が上がっているとか、男女でもちょっと違いがあるところですが、こういう中で総じて言うと、対策の効果で今は全体的に下がっていて、沿岸でもその効果は、平均で見れば社会指標が悪い中で落としていると。これは、やはり対策をしていなければなかなか下らないということがあるわけです。

いろいろな指標の中で、先ほどのSMRという自殺の率が何倍になるかというのに関係する要因をいろいろなファクターを入れて見ていくと、震災前は医師数が少ないところの男性、女性の自殺率は高くなりやすかったと。やはり医療基盤とか、そういう社会資源が乏しいところの指標が非常に低いところは自殺率がちょっと高い傾向にあったのですが、災害後はどうかということなのですが、災害復旧費がきちんと出ていると、自殺率は逆に低くなっていった、仮設住宅が高いと、やはり押し上げてしまうと。つまり仮設住宅があるところはリスクにはなるのですけれども、復旧費が高いとか、つまりそこは支援がいろいろ投じられているというところがあるので、支援が投じられているということ自体が自殺の抑止と関連しているということで、これをまとめると、震災前は医療の資源の乏しさが原因なのですが、震災後は直接的な被害が生じている状況、これがリスクファクターになっていると。ただ、一方で現実的な支援が提供されているということが防御因子になっている可能性があるので、そう考えるとやはりきちんと支援をしていることがあって、今抑えているということのあらわれだと思うので、これが除かれると、自殺率などの指標も変わってってしまうということもあるわけです。

では、もともとこころの健康で何を目標にしたらいいいのかということなのですが、こころの健康で最低限目指さなければいけないのは、プライマリーケアの治療、薬が入手可能だったり、ケアを地域で提供して、教育して、プログラムを確定させながら人材養成をしたり、いろいろなセクションでネットワークをつくったり、こういうことなのです。これは当たり前のことなのですが、災害では薬が手に入らない社会になってしまったり、ケア

が届かないということもあるので、当然ながらこういうことが目標にされているわけです。

予防をしていかなければならないという話をしたわけですが、住民全体から捉えると、悪い人たちにはケアが届かないといけないう。ですが、それ以外の人たちに何もしなくていいかと、そういうことではなくて、健康の境界レベルにある人たちは予防しなければいけない。既に健康にある方でも、将来にわたって健康が保持できるように、健康増進をしていかなければいけない。これは、被災によって疾患群や境界群が非常にふえていく中で、こころのケアの全体対策をしていかないと将来にわたっての予防ができないということになるわけです。

災害発生当初は、やはり専門的なケアの中で、保健活動を厚くしていきながら予防に切りかえていったり、予防も厚くしながら専門的なニーズが徐々に病院に反映されていくだろうと想定しながら、当初スタートしながら進めていったところがあります。

この資料は医療体制ですが、このように各圏で医療支援があるわけですね。必ずしも精神医療資源は、沿岸でもいっぱいあるわけではありません。医師が多いわけでもない中で、先ほど言ったように丁寧な話を聞いたり、遺族の悩みを聞いたり、いろいろな具体的な相談に乗ったり、訪問以外にもストレス相談室というものを沿岸7カ所に設置していました。当然ながら、精神科の救急も稼働させていました。

余談ですけれども、精神科の救急の予算は4割減っており、結構危機的な状況です。大学の精神科の救急現場でやっていて、国の予算が減ってきたのを非常に危惧しています。

こういう体制の中で、こころのケアセンターでは4カ所にまず地域センターを設置して、相談室を各市町村でやりながら、訪問に行ったり、健康教育をやったりというフィールドワーク中心でずっとやってきました。

予防的なものは、こころの健康づくりということで、地域のさまざまな事業をお手伝いしたり、普及啓発とかを一緒にやったり、人材養成事業の講師を努めて新しいプログラムで人を育てたり、自殺対策をしたりしています。先ほど言ったように、こころのケアというのは、個別なケアだけではなくて、総合的にやっていくということが重要になります。

どんなことを実際やっているのかということなのですが、病院よりもより話を丁寧に聞いたりしなければいけないということがあります。これは、やはり丁寧に、既にその人は患者という人たちもいるかもしれませんが、一般住民として悩みを話したいという方もいっぱいいらっしゃいます。もちろん最初から専門性の高いアプローチをするわけではなくて、生活面とか、身体面の相談に乗ったり、できるだけ専門性の高いアプローチにしないで、相談の敷居を下げて相談しやすくすると。もちろんプライマリーケアは提供しますが、さまざまな連携をしたり、個別のケースのマネジメントを地域の人たちと一緒にやったり、こういうことをしているのが実際の個別対応です。

その中で大事にしているのは、できるだけ臨床コミュニケーションとして大事な感情を共感的に、相手の感情を見きわめながら丁寧に話を聞くと、説明したり、相手を気遣ったり、こういうところがやはり大変苛酷な状況の中ではこころのケアとして大事ですので、

こういう基本を非常に大事にしながらやっています。悩みを抱えた人を10分間で、はい、わかりましたというふうにはいかないのですね。私自身もやっていますが、大体一、二時間は丁寧に話を聞いて、その人はこういう状態だったのだなというふうにやっていくものです。これは、私は病院でも働いていますが、病院ではなかなかできません。これを医者が丁寧にやっても、病院なんか潰れてしまいますし、患者さんがいっぱいいる状態なので、こういうところで丁寧に話を聞くということをしないと、では次は病院に行ってみようとならなかつたり、ではこうしていけば安心だねとならなかつたりもするわけです。

それは、悩みを抱えるというのは、さまざまなライフコースの末に起きることなので、こういうことは話を丁寧に聞いて、働きかけながら行う、ナラティブな語りを大切にするというアプローチがその人たちの支援には非常に大事なのです。

きょう皆さんの手元に、紙芝居のリーフレットをお配りしているのですが、これも、地域で読み聞かせをしたり、地域のサロンで使うことを想定してつくったものです。自殺対策で浅田次郎先生に、何か物語は書けないかと相談し書いていただいたもので、実際御自身のお話、「次郎物語」ということで話をつくってくれたと。うちのケアセンターの保健師が絵を描いてくれて、題字は浅田先生に実際入れていただいてつくられたものです。語りを大切にするということは、こころのケアの非常に大事なところですので、ボランティアも含めてそういう教育をしています。

この中では、少年次郎が生まれてから幸せに暮らしていたけれども、家族と離れ離れになって、不幸の連続で、その中で周りが支えをしながら、自分の人生は何だろうかといろいろな問を立てながらこころが成熟して行って、周りが大切だなということにも気づいていくという話なので、不幸な体験の連続があつて、その中で真の価値とはかけがえのない人生なのだということに至る過程が、短い中でいろいろなエッセンスが込められています。こういうものを紙芝居などで実際に読み聞かせをして、その後回想法という、みんなで輪になって話をしたりするというのを始めたりもしています。語りとは、こころのケアの常に大事な部分でもあるわけです。次郎物語は、いろいろなエッセンスが含まれているので、後でごらんになっていただけたらということでお配りしました。ぜひ御参考いただければと思います。

そういうことでやっているわけですが、私たちスタッフ、手前みそにはなってしまうのですが、実はメンタルヘルスに関する相談対応から普及啓発、従事者の教育、また産業メンタルヘルスまで、全てを自分たちのノウハウでやって、育成しながらやっています。これを全てやれる地域保健スタッフというのは、実はなかなかいません。これは、保健所とか、県の組織とか、市町村でもこれ全部できるという人はなかなかいないわけですね。これはやはり私たちが教育機関でもあるからこそできているところでもあるのですが、実際にその人たちも一生懸命やっただけでいるからこそこのこころのケアセンターの活動でもあります。

でも、実質は単年単年で契約しています。これほど優秀な人材だったり、一生懸命やっ

ていたり、得がたい方なのですが、やはり安定的な条件とは言えない。毎年予算が減っていくのではないかという不安もある中で、一生懸命やっていた。全国の中でもここまでできるスタッフをそろえるというのは、なかなか難しいものですから、こういう中で、スタッフも本当に一生懸命やっているということを、ぜひ私からも強調したいと思います。

実際の活動ですが、個別対応というのはそういうことですので、決して経年で言うが減ってきているわけではないということや、スーパーバイズというのは、このケースをこうしたらいいのではないかというような、保健師さんが持ち込んで一緒に相談しながら、専門家として検討していくということですが、やっぱりだんだん難しくなっているのです。支援の仕方とか、問題も深刻になっていったりということがあります。

また、健康教育や人材養成というのも、年間 300 程度、非常に多く行っています。この数は、かなり膨大な数なのですね。皆さんだと、ああ、そうなのかなと思うかもしれないのですが、専門家から見ると、1年間にこの数をずっとこなしているというのは非常に膨大な数で、大抵震災前は岩手全体で足して、多分この 10 分の 1 程度だったと思うのです。こころの健康づくりの活動は、10 分の 1 から 5 分の 1 にも満たないくらいだったので、圧倒的に今一生懸命支援をしているのですけれども、追いつかないと。

震災前ですが、健康教育を 1 年半くらいで、70 回やったところ、やっている地域がやっていない地域よりも住民の意識が高まっていくということがあるわけです。同じプログラムではないので単純に比較はできないのですが、年間 300 回をいろんな沿岸地域で、毎年毎年やり続けているということは、住民の意識を変えていくという点、予防活動としてもかなりの分量をやっていることになるわけです。

当然ながら、こういうことをやると意識が変わるということは、先行研究で既に確認されているところです。やっぱり効果はあります。こういうのをずっと長く続けても、実際には啓発効果というのはかなりあるのですが、ただ意識がまだ遠いという人たちがいるのも実際なのですね。ですので、こういうことはやり続けないと、もとに戻ってしまいかねないので、こういう支援は継続的に、長期的な計画でやっていかなければいけない、速効性ばかりは当てにできないということがあります。

実際に岩手県の医師数は少なく、沿岸は非常に少ないと。人口 10 万対で見ても少ない指標だと。精神科医数も、やはり沿岸では、これは内陸も含めて、非常に医師数が少ない中でやっているところで、ここに人口 10 万対だけでははかれない面積というところが加わってきますから、面積当たりの精神科医数というのは、北海道に次いで全国で下から 2 番目、3 番目ということになっております。

ですので、こころのケアからすると、実は私たちは大学病院の全国医学講座担当者会議という精神科の担当する全国 84 大学のネットワークがありまして、ここから毎週 24 大学のうち、2 大学がケアセンターの医師として活動していただくということをずっと継続しているわけです。

もう一つは、精神科救急学会という、こちらは私も担当理事をしているのですが、ここから毎週大槌町に医師を派遣対応いただき、岩手医大のケアセンターの非常勤医師として活動していただくということで、医者不足を補うべく活動しています。

実際の個別な悩みでは、それぞれ健康問題、遺族、住居、失業、家庭など、個々の問題がさまざま反映されています。

また、訴える一番多いもの、一番の主訴としては、やはり体調が悪いとか不眠、抑鬱、不安ということで、メンタルヘルスが落ちると体調不良の症状も出てきたり、もちろん健康問題があるからメンタルヘルスも悪いということも当然あるので、こういう悩みも多いということがあります。

このような中で、地域の人材養成事業ということや、地域でさまざま傾聴の研修をしたり、回想法という、輪になって話していくというサロン活動のノウハウなどの研修をしたりしています。こういう事業は市町村やさまざまな関係者と一緒に協働しながらやっているのでも、連絡調整を丁寧に行ったり、スーパーバイズでこういうふうにしていったらいいのではないかと助言をしていたりとかもしています。また検診などの場も住民と接触する重要なポイントですので、そういうところでの個別対応とか、相談対応をしたり、あと住民のこころの健康の意識を高めるようなブースをつくったり、勤労者のメンタルヘルス対策をしていたりということがあります。

被災地従事者のストレスというのは、資料にあるように、ストレス加重があって相談相手がいなかったりということがあります。非常に休職者がふえているという報道もありました。非常に深刻だということもあります。一方で、退職を余儀なくされるより休職でつないでいるというのも、メンタルヘルス対策をしていることがあるがゆえかなというところもあるので、大変な環境だということはあるのですが、市町村の方々も対策に苦慮しながらも、支援しているという現状があります。

派遣職員も採用しないと、現場ではなかなか事業が立ち行かないということが、さまざま報道されているとおりです。ですので、被災地勤労者のメンタルヘルスとして、こちらでも沿岸の幾つかの自治体の対策を手伝わせていただいているのですが、健康管理にのせてケアを連動させたり、敷居低く相談できるようにしたりしています。

もちろん、県の市町村課と一緒に派遣職員全職員に対して、年3回に分けて2日間にわたってメンタルヘルスケアの研修会で、こころの健康からそこに絡む生活習慣病とか、生活とか、リラクゼーションとか、運動とか、幾つかの要素を取り入れて、派遣職員の方への健康管理の研修をお手伝いさせていただいたりということもしております。

あとは、ボランティアの研修の中で、先ほど言ったように輪になって話して、人の語りを大切にするというような回想法ができるようにと、こんなことをさまざましています。

私たちは単独でやっている事業ではありませんので、地域の人たちと連携をとりながらやらせていただいているのですが、健康教育とか健康づくりというのは、集団でみんなに教えるという時代から、徐々にいろいろなリスクがわかってくると、そのリスクに合わせて一

一人一人が健康問題に取り組むということになっていくので、私たちとしても目指していくところは、やはり一人一人が健康づくりに取り組めて、一人一人が予防もできるようになることも視野に置きながら対策をとっています。

それだけではなくて、看護職の研修とか、今回の熊本の災害のように、いつも災害が起きる可能性があるので、訓練を徹底しているということもあります。

実際に私たち現場でも、津波警報が発令されたりすることもありますし、全国から来ていただいている方もいるので、災害発生の緊急対応もいつもしているところです。

そんな中で、熊本の災害もそうなのですが、今はこういう災害派遣精神医療チームを全県で整備していくことも求められています。岩手県でも今年度これを設置していくことになっています。今支援を受けているので、他県の支援までは手が回らなくても、県内で新たな災害が勃発しないとも限りません。ですので、こういう対策が必要なのです。

これも、県では予算を苦慮しているところだと思います。本当にお金がかかるのですね。例えば衛星電話をそろえるとか、そういうことを一つとっても、予算がないとできません。医療機関が自己負担をするというのは、なかなか大変です。今はDMATという体の医療チームと、DPATが並行して活動することが災害医療の中では求められる時代になってきているので、岩手県としてもやはりこれを整備していくということが今求められています。

ということで、少しまとめていくと、個別対応が必要だということ、こころのケアセンターの活動の中では、幾つかの骨子に従ってやっている中で、メンタルヘルス不調者の対応、早期介入、そして被災者への支援の教育、こういうことを通して私たちが言えることは、メンタルヘルスのニーズはやはり継続しています。当然ながら精神科医とか、専門家のニーズも潜在的にあるわけです。ですので、専門家スタッフへのスーパーバイズや同行訪問とか、さまざまな支援が協働で、ネットワークでやる体制の中で、困ったケースを対応したりしています。

実際にその対応の中では、身体症状や他の精神症状、不眠も多いのですが、これは基盤としてストレスが継続する中でこういう問題があるということで、ストレスが過重しているということが非常に影響しているケースがふえています。ですので、今御紹介させていただいているさまざまな地域事業と連携した活動をして、いろいろな調整をしながら地域の人たちと事業をつくっているということがあります。

一方、こどもケアセンターも沿岸に3カ所ランチをつくって、内陸の矢巾町で支援をしながらやっているのですが、子供も問題が深刻です。実際に設置されてからは、利用する患者さんが非常にふえているということがあります。ですので、子供のケアも大学でらせていただいています。これもやはりまだまだ手を緩められません。内陸の避難した子供さんもそうですし、沿岸の人たちも、お子さんもやはりサポートが必要だという現状があると。

お時間もうちちょっとだけ頂戴してお話を終わりたいと思うのですが、効果的な自殺対策

はどうかということです。実は、WHOでは自殺を予防するというレポートを初めて2014年に出しました。これは、私も策定に加わっているのですが、この中で取り上げられているのは、複合的な自殺対策、つまり二つ以上の予防戦略を含む対策は、非常に効果があると言われていました。これまで私たちが取り組んできたものは、複合的な対策をとることで、実際に自殺を減らすことができたというエビデンスを初めて示しました。これは世界の中で報告したりもしているのですが、この基盤となるのは、やはり精神保健サービスとか、自殺リスクを減少させるゲートキーパーという専門家ではない人たちの支援をふやす、そういう人たちを教育していくということにほかなりません。

ごらんになった方もいると思うのですが、内閣府のゲートキーパープログラムなどは、私がずっと監修してつくってきたのですが、これが非常に活用されています。

こういう中で、岩手県では、複合的な戦略として、幾つかの戦略を組み合わせる久慈モデルとして全県でエビデンスがある対策をずっととっています。ですので、これは岩手県の自殺率ですが、実際に今は久慈モデルをほとんどの市町村が導入しながらやっているということで、自殺率はかなり減少しています。去年自殺率1位だったということですが、減少しながらのこの数字でしたので、実は去年の段階での警察の統計では、減少率は、岩手県は全国で4位ということで、自殺率も5位くらいにはなっていたということがあります。ですので、かなり一生懸命岩手県では自殺対策を行い、これは成果としてもきちんと、最大期から45%減っていると、物すごい減少を来しています。

久慈モデルと言われるプログラムは、幾つかメニューがあるのですが、大体どこの地域もこの程度行われています。ケアセンターが手伝っている比重というものも、実施率というものも、かなり高いものですので、実際に沿岸の中ではケアセンターが一生懸命頑張っていると。また、市町村も含めて連動しながら、協力しながらやっているわけです。

最後にまとめになりますが、起きている現状の中でシビアなことというのは、農村、漁村の集落の中で、震災直後というのは、お互い見守り、支え合ってきた、長屋文化のように高い密度で住民が相互交流をしていたと。復興期はプライバシーは確保されていますが、お互いの息遣いまでは届かないと。密度が低くなった交流ですので、高密度な交流をどうしていくか、これは支えていく基盤の中で非常に重要になっていきます。

一方で、高い密度の交流という支援も必要なわけですが、仮設住宅数で、新規住宅、災害公営住宅と住宅数からいうと、どんどん支援のポイントがふえているという現状があるわけですね。仮設住宅から出た後、さようならねというわけではなく、新築に移行していくわけなので、そっちの見守りも、先ほど言ったように大事になっていく。

被災者の心理として、復興していく過程で最初落ち込んで、エネルギーを使って、その後疲れて、復興にいくに従って回復していくのですが、それぞれの期間が延びてしまうので、やはり困難が長期化して、メンタルヘルスの不調が深刻化しているということが今のモデルです。当然ながら当初考えていたモデルよりも、活動量の実数も、震災直後よりも多い支援を要しているということや、精神保健的な予防活動もかなり厚くしていると。こ

れは、期間がやはり延びてしまっていて、それだけ深刻な人がふえていたり、問題も深刻化しているというところがあるので、実際のこころのケアのモデルというのは、実はもっと厚くしなければならぬ状態になっています。

ですので、これをどう収束させていくかということもあるのですが、いましばらくはこの高い密度の支援というのを減らさないようにしていかなければいけないわけです。

そして、最後の話になりますが、予算と活動量からいうと、活動量はふえてきているという現状の中で、乖離が生じています。先ほど言ったように予防というのは、事業費をふやしていかないといけない中で、人件費さえ厳しくなっている現状があるということもあって、私はいつも夜眠れない毎日の中で、どういうふうに支援をしていくか、本当にスタッフを失業させてしまうのではと心配しながら、実際みんなはこれほどスーパーマンのような活動をしながら、献身的にやっつけていただいているのです。

復興の予算からすると、こころのケアの予算は 0.1%にも満たないのです。でも、本当に大事なところなわけですから。いろいろなこころの復興があって、初めて住民が安心して暮らせるものなので、こういう現状の中でやっているということで、先生方にもぜひ応援いただきたいというのが私の切なる思いです。

そして、1人の人が自殺したときには、1億円くらいのコストが社会的に失われるとも言われています。そのくらい深刻なものなのです。企業でかけるメンタルヘルスに対するコストよりも、得られるメリットはかなり高いわけです。これは、地域でのこころの健康の対策にしてもそういうことですので、こころ復興の中で、やや復興に対して立ちおくれしていく人々をキャッチしてすくい上げていかなければならないし、健康格差をなくしていかなければならないわけです。こころのケアというと、実はいろいろな総体でやっているのですが、県の事業としては岩手県のこころケアセンターの事業がほとんどの重要な事業といってもいいところですので、これが先細っていくということは、当然ながら被災者の対策が減るということを意味しています。

岩手県は、本当に精神医療資源が乏しい中で、私も含めて精神科医も少ないという中で一生懸命やっているところなのですが、ぜひこういう現状でやっているということもお知りおきいただきたいと思えますし、また被災者が置かれている、直面している状況というのは、楽観視できる状況ではなくて、本当に大変な御苦勞を背負っているということや、支えている方の御苦勞によって成り立っているということで、ぜひ岩手県の被災者の皆様には、本当に健康で安心できる生活を取り戻せるように、私たちも今後とも協力してまいりたいと思えますので、御指導、御鞭撻のほどよろしく願いいたします。

それでは、長くなりましたが、これでお話を終わりたいと思えます。どうもありがとうございました。

○佐々木順一委員長 大塚先生、御講演、大変ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまの御説明に関し質疑、御意見等がありましたら御発言を願います。

○福井せいじ委員 大塚先生、ありがとうございます。私は人材養成についてお聞きします。先生のお話の中で、個別対応、これからは集団ではなくて個別対応が求められると。あるいは、見守りポイントの増加、そしてまた対策が今後またふえていくということだったのですけれども、そうなるとやはり人材、それにかかわる人材を養成しなければいけないということになります。人材養成の対象となっている方々とか、あるいは今後どれくらいの方がこころのケアにかかわる人材として必要なのか、そしてまたこの人材をふやしていくためにはどのようなことが必要なのか、最後にお金のことはもちろんありましたけれども、そのほかにどんなことが必要なのかということをお聞かせいただきたいと思います。

○大塚耕太郎参考人 まず人材の対象は、医療職から、あとは福祉関係、これは高齢者対応とか、介護予防にかかわる人たちとかになります。あとは保健師さん、実際に保健師さんたちもやはり教育していかなければならないということもあります。ただ、日本の精神保健システムというのは、住民の見守りとか、民生委員の見守りから、もうその枠に入っているのです、当然ながら民生委員の方とか、保健推進員の方とか、そういう地域の人たちとか、もちろん地域のボランティアの方とか、さまざまな方が教育対象になっています。これは、こっちでターゲットを絞っていくというよりは、最初は地域のニーズを引き受けたいということもあるので、地域でこれをやってほしいとか、この人たちにやってほしいというのを聞きながらやっているのですが、やはりそこが一番多くなっています。

これは、地域のケアを考えていくときにも、つながれる人たちは、高齢者のところでは高齢者のサポートの人たちですし、何か精神の問題が勃発したときに、最初に気づくのは住民の見守りだったりもします。もちろん社協などの研修を頼まれるときもありますが、自殺対策では、地域の相談窓口の人とか、そういう広い社会的な相談とか、生活相談とか、そういうところまで含めて研修をするときもあります。

そういう方々が今後どのくらい必要なのかということなのですが、先ほど言ったように社会資源が沿岸というのは非常に少ないのですね。岩手県自体、内陸自体ももちろん少ないのですよね。そういうことを考えると、もともとの機関だけでは、圧倒的に足りない状況です。

あとは、そこまでつながるまでに、身近な家族などの支援というのも当然ながら必要なもので、今の岩手県の現状であれば、そういう家族とか身近な住民も含めて教育をしていかなければならないということもあるので、もう一つはボランティアなども大事な存在です。既存の社会資源では埋め切れないところを埋めていただいている方なので、そういう人たちが活動しているというのも、これは象徴的なことで、大事にしていかなければならないと思います。

そういう中で、もう一つ教育の仕方という、例えば傾聴を覚えていない人が、今度はソーシャルワークというふうには発展はできないので、地域の振興状況とか、その対象によって、最初ここまで学んでいたという土壌に合わせて教育をする必要があります。例えば地域の中で一律にできるかという、ここまで来た人にはこの教え方が必要ですし、全く

かかわっていない人には非常に基本的な対応が必要だという、プログラムが幾つかステップがあります。そう考えると地域の人を育てるというのは、ある程度計画的に事業を推進していく体制がないと、地域の人材を育てられないというのがあって、1回研修をすればいいかという、傾聴を教えても聞いてみたら難しかったと言って、今度はフォローが必要になったりということがありますので、ある程度何年か単位の計画性というのが大事になると。

そんな中で、予算以外に何が必要かという、風化という問題があります。被災者の人たちはやっぱり困っていて、そこに支援が必要なのだという、その根本的なスタートのところで、もう何年もたったのだからいいのではないかとかと言われたりとか、傷つけられたり、支援が先細っていくということがあります。支援はやっぱりまだ必要で、健康問題とかは長く続くので、長い目でこの健康問題をきちんと見ていかなければいけないという、そういう社会的なコンセンサスというのはどうしても必要なと思います。

○福井せいじ委員 ありがとうございます。いずれにしろ、さまざまな階層のサポートが必要になってくると。さまざまな人の参加がそれを厚くするという、わかりました。

それで最後に、先生方も一生懸命やっていたらと。先生方自身のメンタルヘルスというか、ケアという点についてはどうでしょうか。

○大塚耕太郎参考人 うちの精神科は、十一、二名という体制です。こころのケアもこどものケアもやりながら、精神科の救急をやっている大学病院というのは、全国で一、二病院くらいしかないものですから、圧倒的な受診数なので、ですから、メンタルヘルスがどうかという、やっぱりこれは大変だという、本当に大変だけれども、やらなければいけないという。最後のとりでだから、ここで落としたらもう大変なことになるという一存だけでやっているというところが実はあるわけですね。

でも、先ほど言ったこころのケアもそうなのですが、その現場を見ると、人がいたらやれるのになとか、それをやったらもっとやれるのになとか、救急の現場でももちろんそうなのですね。お金があつたらもっとスタッフが雇えるのになとか、やはり医師だけでやっているわけではなかったり、地域でもいろんなスタッフでやっているというところがあります。もちろんそれは最終的には悩む人たちに直結したところであるので、現場にいるからこそ大変な、やらなければいけないという使命感もあります。岩手県で精神科医はそんなにいないわけですし、住民の方は本当に大変な状況なので、もうこれはやらざるを得ない状況なのですが、やらざるを得ないとしたら、できるだけいい対策をしたいですし、やってだめだったらしようがないのですけれども、こうやったらいいなとわかっているのにやれなかったときの残念さというのは、非常にこれはないというところがあるわけです。

岩手県の先生方が、そこを非常にバックアップしてくれて、それが大事だという社会的な機運というのがあるって、自殺率がこれだけ下がってきたということもあるので、大変だけれどもやりがいになったり、それでやっぱり助かっている人がいるのだなという実感に

なるということがあります。

逆に言うと、被災地の自治体の人は、助かったよと言ってくれるメッセージが余りないものですから、役立っているかわからないというところが燃え尽きにつながっていたりということもあるので、そういう応援してくれるということは、お金だけではなくて、声とか、いいことをやっているねと言われることとか、それがやっぱり実務者の何よりも糧なのかと思っています。

○**福井せいじ委員** よくやっただいただいていると思います。本当にありがとうございます。

○**神崎浩之委員** 大塚先生には、大変お世話になっておりました。私は地元が一関市なのですけれども、東日本大震災の前の岩手・宮城の巖美の地震のときから、本寺地区のまきを配っていただきまして、本当にありがたいなと思っていました。今までの活動に対して敬意を表するという意味で二つ、予算のことと、それからマンパワーのことをお聞きしたいと思います。

先ほど見かけの復興ではなくて、ではいつまでやると。10年、20年のスパンだという中で、やはりお金の問題、それから人材が課題だと思っています。そこで、ちょうど岩手県は自殺率が高い中で、二戸、久慈モデルでようやく自殺対策が軌道に乗ったときに、あの東日本大震災で被災地になりました。

一つは予算の話なのですけれども、先ほど4割減ったということでした。先生の資料の中にも、安倍総理がこれからはこころのケアだと、知事もこころのケアに力入れるとあったわけなのですけれども、そういった一方で予算の4割が減っているということは、それは国の予算なのか、総額の中での振り分けの問題なのか、もう少しその辺についてお伺いをしたいというのが一つであります。

それから、もう一つは、人材。精神科医が少ないということなのですけれども、例えば今お医者さんになる方が、精神科医になる方がそもそも少ないとか、全国的には精神科の医師はどうか。その中で、岩手の医師の減少なり、医師の偏在化とかあるのですけれども、そういう関係はどうかということをお聞きしたいのと、精神科の医師が少ないのであれば、どうやってマンパワーで埋めていくのか。先ほど保健師さんであったりとか、あとは子供の関係でスクールソーシャルワーカーなり、スクールカウンセラーというものもあって、それも重要な対応だとありましたけれども、なかなか難しいということがあります。それから、ゲートキーパーなり、精神保健のボランティア、私も入っているのですけれども、そういう育成というのは最近なかなか県はやっていない感じがありまして、県としてやはり精神ボランティアの育成というのが足りないと思っているのですけれども、そういうことも含めて御示唆いただければと思います。

○**大塚耕太郎参考人** ありがとうございます。まずは、予算なのですが、少しずつ減っているのはこころのケアの予算で、4割減ったのは精神科の救急の予算なのです。どのくらいの数字かというのは定かではありませんが、実際こころのケアの予算は4割までは減っていない状況です。4割減ったら、もう多分僕は首をくくっているのではないかと思うの

で。ただ、先ほど言ったように少しずつ減ってきているところで、配分からしてももうぎりぎりの、事業費ももうおぼつかないというところで来ています。

これは、岩手県でも一生懸命交渉してくれているところで、最終的に国の予算で減ってしまうところがあるので、ぜひ先生方にも応援していただけたらと思います。県は多分何も言わないでじっと座っていると思うのですけれども、いつもそういう思いでいるのかなと思います。私たちとも一緒に苦労をともにして、やはりいつも予算出どころは苦心しています。

精神科の救急については、精神医療では地域ケアの導入と救急の対応がリンクして、初めて地域での生活が定着するというところがあります。安心を守るところなので、救急の予算は余り減らされていると大変なことになるのですが、これも全国でかなり大きく減らされたところで、県としてもそのまま10分10の予算でやっているのです、そのまま低くなってしまおうと。だから、空床を確保すると、病院とすると赤字になってしまうというところで、大学病院とすると救急をやめるということはやはりできませんので、その体制の中で苦慮しているというところなんです。

ですので、まず県のところの交渉をぜひ後押ししていただいたりすると、多分助かるのかなと思っていますし、もう一つは、認識の中で被災者が仮設から出るところが、もう支援のとまりなのだねという議論になってしまうといけないというところ。あとは何件だからどのくらいなのかと、これはどうしてもコスト換算になるのですが、多分神崎先生はわかっているように、こころのケアは、悩んでいる人、丁寧に聞くことが大切です。一、二時間丁寧に話を聞いて人の命を救うというのは、本当にかげがえのないことではあるのですが、これはやはり公的予算投入しないとなかなかでき得ない事業でもあって、病院の中でやるというのはなかなかできないところがあります。

もう一つは、育成のところですね。これは、全県的にこころの健康、被災地の健康を含めて、日本の医療のこころの健康をどうつくっていくか、一般の人たちも含めて知っていただく必要があります。自分自身がこころの健康を保持するにはどうするか、身近なところでどう保持するか、いろいろな機関の人たちもそれを理解していただくと、これが当然神崎先生が言ったようにまだ途中なわけですね。途中なのですから、一回やったから、ここでストップしたらいいかという、どんどん発展させていかないと実は未来はないわけなのです。ある程度やって歩みをやめてしまうと、すぐ逆戻りしてしまうと。これは、社会資源が乏しい岩手県だからこそ、その周りの環境をよくすることを特に力を入れていかなければいけないのです。これを、多分やれない現状は、今言ったように、一つはそれの事業化や予算化の大変さもあるのかもしれませんが、もう一つはその教育をする人たちが、ノウハウをどう持つかというところもあります。

今私たちが少しずつ取り組んでいるのは、メンタルヘルス・ファーストエイドというオーストラリアのプログラムです。これはこころの健康を統合失調症、鬱病、不安障害、薬物障害、この4疾患にまたがって、早期対応を習得するというプログラムです。今こころ

の健康はそういうことで、今後 10 年、20 年の中では、圧倒的に社会の中での重要問題になりますし、被災地では特にそれが際立って出てくると思います。私たちとしても何とかそういうプログラムを提供しながら、オーストラリアでは人口の 1% がそれを受けるとか、アメリカではオバマ大統領夫人が出てきて、300 万人にこれを受けさせるという話をしたりして、日本の代表は私なので、全然キャラクター的にも弱い感じなのですけれども、そういうのもあるということで、ぜひ応援していただけたらと思います。

○神崎浩之委員 きょうの資料は、いきなりこころのケアに入るのではなくて、いまだに仮設住宅に住んでいる、それから住宅の問題、それから二重ローンの問題という、復興局の職員のような説明から入っていらしゃる。恐らく先生はこういう状況であるということ全国に講演とかで使っていらしゃるのかなと思って、これからなのだよと、我々もこういう資料を、これからなのだということを使いながら、国にも働きかけてまいりたいなと思います。

○斉藤信委員 ありがとうございます。大変よく勉強になりました。

それで、一つはこころのケアの相談実績なのですが、平成 27 年度で 1 万 1,613 件ということで、毎年ふえ続けている。そこに深刻さもあると思うのですけれども、同時に相談に行けない方々というの私はかなりの規模あるのではないかと。だから、実態とすればもっと深刻なことなのかなと。それと、丸 5 年を迎えて、相談の中身に新しい特徴のようなものがあるのかというのが第 1 点です。

第 2 点は、スタッフが大変貴重だと。スーパーバイズの役割ということがありましたが、スタッフの規模というのはどういう規模なのか。私は、やっぱり長期的には取り組んだ方々が、今後の自殺対策にしても、こころのケアにしても、長期的に活用される方向が必要だと思います。あと、スーパーバイズの対応件数が 4,771 件ということですが、これは医療的ケアに結びつけるというのが主な中身なのか、ちょっとスーパーバイズの 4,700 件余というものの中身を教えてください。これが第 2 点です。

あと、第 3 点は、こどものこころのケアなのですが、これは先生の資料でいいますと、今年度 4,400 件ぐらい、これまた急増しているのですね。そして、こどものこころのケアの場合には受診ということになっていて、これは大人のケアとはまた違った中身になっているのではないかと。こどものこころのケアの受診という意味、そしてふえている中身は何なのかと。

あと、最後ですけれども、先生からも本当に支援が必要だと、特に医療費を大変心配されているということです。そういう意味でいくと、岩手の医療費の免除というのは、被災者は命綱だと言っているのです。私はせめて岩手の復興期間の 8 年間、さらにはもう 10 年ぐらいを見通して、これが継続されることが本当に増加しているこころの不安、ケアに対応することになるのではないかと思います。その点について教えてください。

○大塚耕太郎参考人 御質問いただきありがとうございます。まず、相談のところなのですが、その従事者が従事できる人数とか規模によって増減があります。沿岸では専門職

が大体6名から9名、10名くらいの規模でやっているところではあるのですが、当然ながら相談をしながら健康教育もやったり、調整もやったりということです。届かない人がいるというのは、それはもう本当にそのとおりで、どうしてもこころのケアのこの実績が、支援対象の上限なのかというそういうわけではなくて、当然届かない人とか、支援につながろうと思っているけれども、ちょっと待っている方、全然つながっていない方、さまざまいらっしゃる。個別対応というのは、どうしても人海戦術ではないのですが、当然漏れてしまうところもあるので、逆に言うと、相談室もつくって、来られる人は来て下さいねというも置いていなければいけない。もっとやればもっとできるのにといいいもあるので、潜在的にはまだまだ多い現状があります。

また、相談の内容から言うと、当然ながら今のほうがさまざまな生活の個別な問題が複雑に絡んでいます。自分たちの生活をどう再建するかとか、今後退職になるけれども、この金でどうやっていくかとか、そこを見ながらの相談になっていくので、当然ながら相談の中身は絡み合う問題がふえています。よく話を聞いてみないと。最初のスタートは同じでも、一人一人の出口や一人一人の悩むところがちょっと違っているということがあるかなと思っています。

2番目のスーパーバイズなのですが、必ずしも医療につなぐというところだけがゴールではなかったりします。保健師さんが定期的に見守る形でいいかなとか、逆に介護の人たちがこのくらいの頻度で行きながら、こっちもちょっと行ったりという形がいいかなとか、あとはこういう生活支援事業所があるから、こういうところに行ったらどうかとか、スーパーバイズとしては、病院につなぐというところがゴールではありません。どちらかという病院につなぐ人ばかりが多くはなくて、社会的な制度につないだりとか、地域で何の支援もないのだけれども、この先どうやって見守ったらいいだろうとか、あとは家にいない孤独を埋め合わせるために、例えば地域の行政連絡員の方にちょっと声かけてもらおうとか、そんなところまで入って来たりしますので、さまざまになります。

こどものケアのほうは、医療ということでやっているのですが、一つはもともと小児精神医療というのは岩手県では十分ではなかったということがあります。特に専門機関は、沿岸ではほとんどなかったですし、今だんだん医師不足にもなり、幾つかの病院で子供を診られないということが生じてきています。

もう一つは、今母子保健とか、虐待とか、さまざま地域の理解や学校の理解とかが深まっているので、いろいろな取り組みによってふえています。そういう中で、医療としているのは、小児精神医療がまだ十分ではないというところでは、子供の発達とか、子供を専門的にアセスメントすることが一つ重要になっていまして、例えば地域の児童相談所とか、学校とか、スクールカウンセラーとか、さまざまある中で、いろいろなスーパーバイズをしたり、児相とやりとりをしたりというのがあるのですが、まず一番に医学的なアセスメントもどうしても重要になっていくというところがあります。子供というのは、やはり今後の社会の希望なので、そういうところは継続していかなければならないということがあ

ります。

また、養育環境というのなかなか不安定ですので、当然ながらさまざま連携しながら支援をしていかなければなりません。どちらかという医療でアセスメントしながら、あとは地域と連携しながらサポートしていくというのが岩手県の体制になっています。

最後におっしゃっていたスパンについてですが、これは災害規模から言うと非常に大きいところがあります。特に社会資源が乏しい中で、もともと大変な生活環境の中で災害が起きてしまって、住民比率の中で多くの人たちが被災しているということがあるので、社会的な影響もはかり知れません。社会が回復しても、健康問題というのは長期間にわたって観察していかないと危険なところがあります。先生がおっしゃられたように、10年というのは、もう本当に最低限のところ、20年、30年と見ていないと難しく、例えば戦争とか、いろいろな公害でもそうなのですが、健康被害というのは後で出てきたときにはもう大変なことになっていることがあるので、そうならないよう不断の努力をして、地域の住民の人たちの健康を守っていかないと、起きたときにはそこに立ち戻るとというのが難しいものですから、長期的な設計をしていく必要があると思っています。

○千田美津子委員 大塚先生、きょうは本当にありがとうございました。私も2月に先生のお話をお聞きいたしました、きょうのお話もこころのケアの長いスパンでの取り組みが必要だということ、改めて痛感させられたところです。

きょういただいた資料の中で、どういうふうに理解していけばいいのかということで、1点だけですが、42ページに被災自治体勤労者のメンタルヘルスの経年変化という表がございました。A自治体、B自治体ということで、変化が書いているわけですが、A自治体のほうは経年、年たつにつれて減っているのがわかるのですが、B自治体は減るどころかちょっとふえたりしている。自治体によって相当な差があるということはそうなのですが、どのように読み取っておられるか、その点をお伺いいたします。

○大塚耕太郎参考人 やはり自治体のサイズとか、自治体がやっている業務内容の多さとかで、あとは派遣労働者の比重とか、そういうところによって、職場環境で変わってくることがあると思います。本当は、年度推移でだんだんよくなっていくものなのですが、ただ最近、自治体職員は通常でも一般人口よりストレスを抱えやすいところがあるので、A自治体とB自治体の違いは、多分業務量とか、環境要因が多少違うのと、支援の仕方が違うということがあります。基本的には対策をきちんとやっても減りづらい状況だということで、B自治体のようなことが今の現状の被災地自治体では多いという印象を持っています。

これは、派遣労働者が年度でどんどん変わっていますし、環境的にも通常業務だけではなくて、付加しているところが多いものですから、そういうところの影響も高かったり、働く環境、例えばもともと一つのワンフロアで役場がやっていたようなところが、仮設のプレハブとかで何個かに分かれて仕事をしていたりとかということもまだまだあつたりしますので、そういう大変な環境の中で業務をしているということも影響しています。ほ

とんどが波打つような形で高いままで推移して、仮に異動しても異動したところでもまた大変になってというところがあるので、どうしてもそれが変わらないままでいってしまうということが多いような気がします。

○吉田敬子委員 簡潔にお伺いしますが、震災直後のときはいろいろなボランティアさんが多数現地に入って、物理的な支援が多かったと思うのですがけれども、震災5年くらいがたつと、いろいろな状況が複雑化して、やっぱりプロの支援というのが大事になってくる中で、例えば医師だったり、保健師さん、精神の方々だけではない、ボランティアに近い身近な方々の人材育成という部分で、5年間の中で傾聴ボランティアが岩手県で実際ふえたのかを伺います。もう一つは、今年度DPATを岩手県で1チーム設置するということなのですがけれども、資料の中にも青森県と宮城県は1チームで、山形県が9チーム既にあるのですがけれども、実際県の中でどのくらいあると十分なのでしょう。本来はいっぱいあればいいことなのでしょうし、予算の関係もあるのですが、なぜ山形県は9チームあるのか、その背景があれば教えていただければと思います。

○大塚耕太郎参考人 まず、育成のところですが、正確な数字はわからないのですが、震災前よりはふえています。これは、私たち新規で傾聴ボランティアを養成したいということで養成の研修講師も手伝っていたので。傾聴ボランティアという名称はしていないけれども、地域の見守りのボランティアを養成したりということでふえている、あとは養成者がふえてきているというところは実際あると思います。

これは震災前から県で養成していたということが幸いしています。岩手県内で普通に沿岸で、被災地で定着したのは、やっぱりそういう途上にあったからだと思います。集会所でサロン活動をするとかというのは、割と自然なこととして取り組まれていたので、岩手県の場合はそういう事前にやっていたことが、やはり災害では奏功している面もあったと思っています。

DPATなのですが、どこも医者不足なのです。先ほどの医療のところでも話があったのですが、神崎先生から医者の養成をどうしていくかという質問があり、答え忘れてしまったのですが、大学で定期的に医者は養成しているのですが、やはり単科の精神病院とか、そういうところの医者数も少ないものですから、大学から出て行って地域へ行く。ただ、そこも少ないという状態がまずあるので、根本的に精神科医不足というのがあります。ですから、DPATを派遣するというときに、恐らく医者が自分の患者さんを、病院の機関を抜けてチームをつくっていくとすることができる病院とできない病院が存在するので、医者数の多さが一つは影響している可能性があります。その中で、まずは1チーム養成してみようというところは、それがある程度できる体制の病院で1チーム養成してみて、先遣隊として、例えば岩手県内の中で、どこかで不幸に災害が起きたときに、まず最初に出発して、その支援を決定するところを担えるようにしていく。岩手県というのは県土が広いので、どこで災害が起きるかわからないので、目指すところは敷居を低くして、どこの医療圏で災害が起きたとしても、そこの体制をカバーできるように、研修

はどこも受けていただいて、そのときの環境で出動できるチーム、できないチームというのは災害状況によっても変わるので、登録するチームは広くふやしていくということが目標です。ここら辺は日本精神病院協会とか、県とかとも今後は調整してやっていくところなのですが、協力し合っていこうという体制は、意識は整っているところです。

DPA Tというのは、精神病院が壊れてしまった場合には、そこに支援が入るということもあり、患者の移送なども加わってきますので、岩手県なりの少ない中でも登録して出動できる体制というのを整えていくことが必要です。どのくらい必要かという、やはり各医療圏で災害が勃発したときには、DMATとDPA Tが横並びで活動できる体制を初動から整えることができるということが最終的な目標になっていくかなど。今の災害対策というのは、基本的にそういう形で設計されるようになってきていますので、それに応えられるように岩手県でも頑張っていきたいところでもありますので、最終的には登録数はふやしていくということが目標になっています。

○佐々木順一委員長 ほかに質疑ありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木順一委員長 ほかにないようですので、被災地におけるこころのケアについてはこれをもって終了いたします。

大塚先生におかれましては、被災地におけるメンタルヘルス対策について貴重なお話をいただきましてありがとうございます。今後も被災地の復興とこころのケアのために御尽力賜りますようお願い申し上げたいと思っております。

本日は、お忙しいところまことにありがとうございました。

○大塚耕太郎参考人 今後とも御指導、御鞭撻のほどよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○佐々木順一委員長 次に、日程2、現地調査の実施についてであります。資料2のとおり6月7日と9日の2日間で被災市町村の復興に向けた取り組み状況等について現地調査を実施したいと思います。これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木順一委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

なお、詳細な日程については、後日事務局を通じて各委員に通知することといたしますので、御了承願います。

次に、その他であります。何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○佐々木順一委員長 なければ、以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。