

# 精神保健福祉瓦版ニュース No. 182

2014. 夏号 福島県精神保健福祉センター

TEL 024-535-3556 / FAX 024-533-2408

こころの健康相談ダイヤル 0570-064-556 (全国統一ナビダイヤル)

URL <http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21840a/>

この「精神保健福祉瓦版ニュース」は、精神保健福祉についての情報及び市町村や社会復帰施設等の活動内容などを紹介するため、年4回発行しています。

## —— 今月の内容 ——

活動報告—ふくしま心のケアセンターの活動について

一般社団法人福島県精神保健福祉協会 ふくしま心のケアセンター

コラム—健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠 12 箇条～ について

福島県精神保健福祉センター 畑 哲信

疾患の基礎知識—統合失調症（その1） 原因、症状、経過

お知らせ—アルコール健康障害対策基本法、今後の研修会

## 活動報告

### ふくしま心のケアセンターの活動について

一般社団法人福島県精神保健福祉協会 ふくしま心のケアセンター

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、あまりにも多くのものを奪い去りました。福島県では3年が過ぎた今も、県外への避難者は45,854人（5月15日現在）、県内への避難者は83,607人（5月22日現在）と合わせて129,461人が仮設住宅などでの避難生活を余儀なくされています。

また、震災後の肉体・精神的疲労が原因で亡くなったり自殺に追い込まれたりした「震災関連死」は、本県では、津波や地震による「直接死」の1,607人を上回り、1,660人となっています。その内訳を見ると原発事故の避難指示区域がある11市町村の住民の関連死が県全体の8割を超え、高齢者を中心に、環境の変化による体調悪化と帰還の見通しが立たないストレスが影響していると分析されています。被害が長期化する原発事故の深刻さが浮き彫りになっているといえます。

「ふくしま心のケアセンター」は、福島県から事業委託を受けた福島県精神保健福祉協会が設置運営する機関で、震災から11ヶ月後の平成24年2月1日に、まず基幹センターが開設されました。4月からは県の保健福祉事務所の管轄とほぼ重なる6方部（県北・県中・県南・会津・相馬・いわき）3駐在（加須市・南相馬市・県庁）体制となりました。

所属の職員は、精神科医・保健師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士など精神保健福祉関係の専門職の他、事務職員で構成され、各方部で支援活動が開始されました。

センターの名称には「心のケア」という言葉が使われていますが、「からだ」・「こころ」・「暮らし」に関わる多職種によるチームアプローチで、多面的な視野のもとに協働して支援することをその本領としています。

設立当時は当センターが任意団体であったため、当初は県及び市町村職員との同行訪問を基本として活動しました。3年目となる現在では、センターの名前も徐々に知られるようになり、単独で活動することの方が多くなっています（約8割）。なお、母体である福島県精神保健福祉協会は、関係者のご尽力により今年4月に念願の一般社団法人となりました。

センターの活動内容は、1. 住民支援、2. 支援者支援、3. 普及・啓発、4. 人材育成・研修、5.

職員研修、6. 調査・研究、7. 会議・コーディネートに大別されます。

ここでは、平成25年度の統計（速報値）を元に、主に1. 住民支援、2. 支援者支援を中心に報告したいと思います。

まず住民支援についてですが、相談対応延べ人数は、6,216人でした。相談方法別では、1. 訪問（87%）、2. 電話（9%）、3. 来所（3%）となっています。昨年度に比べて、来所相談が増えてきています。相談場所も、1. 仮設住宅（38%）、2. 民間賃貸借上（20%）、3. 自宅（20%）の順となっています。昨年度に比べて、自宅訪問が多くなっています。

相談の背景別では、1. 健康上の問題（31%）、2. 居住環境の変化（27%）、3. 家族・家庭問題（12%）となり、長引く避難生活の中で、健康の維持が困難になっていることが窺えます。

相談の経路別では、1. 行政機関からの依頼（37%）、2. 健康調査・全戸訪問等によるピックアップ（23%）、3. 本人からの相談・依頼（18%）となっており、行政機関からの依頼と本人からの相談・依頼が増加傾向にあります。

症状別では、1. 身体症状（29%）、2. 気分・情動に関する症状（24%）、3. 睡眠の問題（15%）となり、昨年度に比べると気分・情動に関する症状が不眠、不安症状を上回る結果となりました。押さえてきたストレスが限界にきて日常的にイライラ感が高まっているものと思われます。

仮設住宅での集団活動はサロン活動とも呼ばれますが、避難生活を続ける住民を対象に交流の場を提供するもので、血圧測定などの体調チェックから始まり、軽体操や懇談の場を設けるなど、少しでも楽しんでいただけるメニューを設定して、籠もりがちな避難生活を予防する試みとしています。

原発事故の収束の見通しが立たない中、生活環境の変化や家族関係の変化、そこに損害賠償なども絡み、被災をされた方が抱く問題は、より個別化・多様化・複雑化・深刻化しています。そのニーズも身体的、心理・社会的レベルにとどまらず、生きる意味、生きがいなど被災者自身の文脈でいちばん深いレベルで考えるような、よりスピリチュアルな領域にまで及んでいるように思われます。それだけにひとりひとりの状況に応じて、気持ちを添わせ、きめ細やかで丁寧な対応が求められるようになっていきます。



仮設住宅での健康チェックの様子です。  
「待ってたよ」という言葉に、心が癒やされます。

訪問の様子です。  
慣れない地域、長期にわたる避難生活で、皆さんさまざまなストレスを抱えています。顔の見える関係づくり、身近に感じていただければ…。



（県北方部）

次いで、支援者支援については、当センターの立ち上げ当初から課題となるものでした。避難生活が長期化する中で、自身も被災者である自治体職員や生活支援相談員など支援者の疲弊感は強まるばかりです。

特に自治体職員は被災者の苦悩をまともに受けやすい立場にあるため、その対応で無力感や罪責感を抱き、心身両面の健康を損なうようなことも起きています。

支援者支援延べ件数は、701件で昨年度の1.5倍となっています。

支援対象別では、地方公共団体・警察・学校・医療機関・福祉施設等が543件（78%）を占め、支援内容別では、支援に関する指導・相談が97件507名、ケース会議が266件となっています。加えて支援者支援を目的とした講演会・研修会は53件1,209名で、具体的な内容としては、メンタルヘルスやストレスマネジメント、リラクゼーション、グループワークなどに関するものでした。事例検討会は39件を数えます。

方部ごとに行われている研修内容にも支援者のニーズに応じて、変化が見られ、ストレスとその対処方法などの心理教育にとどまらず、ピアサポートの場となるグループミーティング、セルフケア、スキルアップを目的に複数のコースから選べるスタイルへと移行しているところもあります。またアンケート結果などからは、所属・職種・研修経験など個別のニーズに対応した支援者支援が求められています。



（県中方部で開催された支援者向けの研修会の様子）

4月末日、県は「避難者意向調査」の結果を報告しました。避難後、心身の不調を訴えるようになった人がいる家族は7割弱にもなり、多くの県民は多種多様なストレス症状を引き起こしています。

阪神淡路大震災においては、3年目頃からストレスが原因とみられるアルコール依存の増加が報告されています。またアルコールの問題は、うつ状態の誘発やうつ病の悪化、さらには自殺リスクを高め、孤独死につながる重要な要素とも指摘されています。

そのため、今年度の重点事業として、当センター内にアルコール対策専門員を設置し、各関係機関との連携のもと、アルコール問題への対応力を強化する事業に着手することとしました。

具体的内容としては、アルコール対策地域リーダー育成及びアルコール依存症についての地域関係者の理解の促進、対応力の向上のための研修会実施や、事例検討会の開催、またモデル地区を設定しての医療を含めた地域で支える仕組みづくり等を目指しています。

未だ復旧・復興の道は険しく、厳しいものがあります。そうした中で、被災をされた方々が、生活の再建へ向けて、孤立することなく、元気を取り戻し、矜持を失うことなく、希望を捨てず、今日の一日を「生きられた時間」として過ごしていただけるよう、支援活動にあたりたいと考えています。

〔報告者：副所長（業務）内山 清一〕

---

ふくしま心のケアセンターではホームページを開設しており、各方部の取り組み様子を詳しく知ることができます。是非ご覧ください。

また、震災のストレスにより悩みを抱えている方々やその支援者からの相談を受ける被災者相談ダイヤルも開設しています。臨床心理士など専門の相談員が相談をお受けしています。どうぞご利用ください。

☆ふくしま心のケアセンターアドレス [http://kokoro-fukushima.org/center\\_guide/](http://kokoro-fukushima.org/center_guide/)

☆被災者相談ダイヤル【ふくここライン】 024-531-6522

（平日 9：00から12：00、13：00から17：00）

---

---

健康づくりのための睡眠指針は厚生労働省が心の健康の普及の一環として平成 15 年に作成したものでしたが、その後の様々な研究成果を受けて、今年、平成 26 年 3 月に改定されました。改定の方針は、

- ①科学的根拠に基づいた指針とする。
  - ②ライフステージ・ライフスタイル別に記載する。
  - ③生活習慣病・こころの健康に関する記載を充実する。
- ということです。

新しい 12 箇条は少々盛り沢山すぎる内容のように思いますが、睡眠、あるいは睡眠時間といったことだけにこだわりすぎず、日中の活動や睡眠前の環境づくりなど生活全体を見直すこと、そして、休養感や日中の眠気などの自分の感覚を大切にするなどが強調されており、健康についてのイメージがより自然な形でとらえられています。

今後、保健所や市町村などで睡眠についての健康教室を開く際には、次のようなプログラムが考えられます。

- (1) 睡眠の特徴、重要性と、年齢に応じた変化などの基礎知識
- (2) 自分の睡眠をチェックし、気になる点を列挙する
- (3) 生活習慣をチェックする（日中の活動や睡眠前の過ごし方など）
- (4) 睡眠改善のための工夫についての話し合い
- (5) 睡眠の異常と関連する疾患について留意点と相談の仕方  
（自分自身の睡眠および家族の睡眠について）

特に大切なのは、(3)の生活習慣の部分で、テレビやパソコン、ゲームなどに熱中して就寝時間が遅くなっていないかとか、寝酒が高じていないか、日中の活動が十分かなど、生活改善につながる部分です。また(2)(5)は重要な疾患の早期発見につながる部分で、健康教室としては欠かせません。後者については、12 箇条の 4、11、12 が関連する項目で、自殺対策においても役立てることができるでしょう。

なお、施策の数値目標としては、国のレベルでは、平成 24 年 7 月に策定され平成 25 年 4 月から適用されている健康日本 21（第二次）で、「睡眠による休養を十分とれていない者の減少」「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」が「休養」の指標として挙げられています。福島県では、第二次健康ふくしま 21 計画（平成 25 年 3 月）で、「自殺者数の減少」「睡眠時間『6 時間以下』の者の割合の減少」「疲労を感じている者の割合の減少」の 3 項目が「休養・こころの健康」の指標として挙げられています。

#### 【参考資料 1】健康づくりのための睡眠指針 2014（平成 26 年 3 月）～睡眠 12 箇条～

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042749.html>（厚生労働省のページ）

1. 良い睡眠で、からだもこころも健康に。  
良い睡眠で、からだの健康づくり  
良い睡眠で、こころの健康づくり  
良い睡眠で、事故防止
2. 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざめのメリハリを。  
定期的な運動や規則正しい食生活は良い睡眠をもたらす  
朝食はからだとこころのめざめに重要  
睡眠薬代わりの寝酒は睡眠を悪くする  
就寝前の喫煙やカフェイン摂取を避ける
3. 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。  
睡眠不足や不眠は生活習慣病の危険を高める  
睡眠時無呼吸は生活習慣病の原因になる

- 肥満は睡眠時無呼吸のもと
4. 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。  
眠れない、睡眠による休養感が得られない場合、こころの SOS の場合あり  
睡眠による休養感がなく、日中もつらい場合、うつ病の可能性も
  5. 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。  
必要な睡眠時間は人それぞれ  
睡眠時間は加齢で徐々に短縮  
年をとると朝型化 男性でより顕著  
日中の眠気で困らない程度の自然な睡眠が一番
  6. 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。  
自分にあったりリラックス法が眠りへの心身の準備となる  
自分の睡眠に適した環境づくり
  7. 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。  
子どもには規則正しい生活を  
休日に遅くまで寢床で過ごすを夜型化を促進  
朝目が覚めたら日光を取り入れる  
夜更かしは睡眠を悪くする
  8. 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。  
日中の眠気が睡眠不足のサイン  
睡眠不足は結果的に仕事の能率を低下させる  
睡眠不足が蓄積すると回復に時間がかかる  
午後の短い昼寝で眠気をやり過ぎし能率改善
  9. 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。  
寢床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る  
年齢にあった睡眠時間を大きく超えない習慣を  
適度な運動は睡眠を促進
  10. 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。  
眠たくなってから寢床に就く、就床時刻にこだわりすぎない  
眠ろうとする意気込みが頭を冴えさせ寝つきを悪くする  
眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
  11. いつもと違う睡眠には、要注意。  
睡眠中の激しいいびき・呼吸停止、手足のびくつき・むずむず感や歯ぎしりは要注意  
眠っても日中の眠気や居眠りで困っている場合は専門家に相談
  12. 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。  
専門家に相談することが第一歩  
薬剤は専門家の指示で使用

【参考資料 2】 健康日本 2 1（第二次）（厚生労働省のページ）

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html)

### iii. 現状と目標

#### (i) 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

目標項目	睡眠による休養を十分にとれていない者の減少
現状	18.4%（平成 21 年）
目標	15%（平成 34 年度）

データソース 厚生労働省「国民健康・栄養調査」（20 歳以上）

#### (ii) 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

目標項目	週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少
現状	9.3%（平成 23 年）
目標	5.0%（平成 32 年）

データソース 総務省「労働力調査」

【参考資料3】 第二次健康ふくしま21（第二次）

<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045a/21keikaku.html>（福島県のページ）

4 休養・こころの健康

数値目標

目標項目	基準値	目標値	備考
自殺者数の減少	502人 (平成23年人口動態統計)	410人以下 《平成28年》	※
睡眠時間「6時間以下」の者の割合の減少	45.1% (平成21年度県民健康調査)	34%以下	
疲労を感じている者の割合の減少	39.6% (平成21年度県民健康調査)	32%以下	

※第二次福島県自殺対策推進行動計画と整合性を図って目標値を設定。

疾患の基礎知識

統合失調症とは（その1）

【統合失調症とは】

統合失調症は、精神疾患の代表的なもののひとつです。およそ100人に1人がかかる、身近な病気です。多くは10代後半から30代頃に発病します。詳細はまだ不明ですが、脳の働きを調節する神経伝達物質の出方に異常があることがわかっており、脳の病気です。さまざまな心の症状に伴って「うまく社会に適応できなくなる」このことが一番の特徴です。

【統合失調症の原因】

統合失調症の原因には、本人の遺伝と環境の要因が関係しています。一卵性双生児は遺伝的には同じであるはずですが、一人が統合失調になった場合にもう一人も統合失調症を発症するのは50%とされています。また、統合失調症の母親から生まれた子どもが同じ病気を発症するのは約10%です。つまり遺伝の要因だけではなく、環境（胎児期の環境、生育時の環境、思春期のストレスなど）の要因が関係して発症することがわかります。

【統合失調の症状】

統合失調症で異常が指摘されている神経伝達物質は、脳全体に分布し脳全体の働きを調節しています。そのため、統合失調症では、思考、感情、意欲などさまざまな面で症状が出てきます。

〈幻覚・妄想〉

幻覚と妄想は、統合失調症の代表的な症状で、両者をまとめて「陽性症状」と呼ぶことがあります。幻覚や妄想が認められる精神疾患は他にもいくつかありますが、統合失調症の幻覚や妄想には一定の特徴があります。

（幻覚）

幻覚とは、実際にはないものが感覚として感じられることです。統合失調症で最も多いのは、「誰もいないのに人の声が聞こえてくる」「周囲の物音に混じって声が聞こえてくる」という幻聴です。「お前は馬鹿だ」などと本人を批判・批評する内容、「あっちへ行け」と命令する内容、「今お風呂に入りました」と本人を監視しているような内容が代表的です。普通の声のように耳に聞こえて、実際の声と区別できない場合、直接頭の中に聞こえる感じで、声そのものよりも不思議と内容ばかりがピンとわか

る場合などがあります。

周りの人からは、幻聴に聞き入ってニヤニヤ笑ったり（空笑）、幻聴との対話でブツブツ言ったりすること（独語）で気づかれることがあります。

#### 〈妄想〉

妄想とは、誤った考えを根拠もないのに信じてしまう症状です。無条件に確信してしまうことが特徴で、周りが訂正しようとしても受け入れられません。多く見られるのは、「街の雑踏に紛れて敵が自分を襲おうとしている」（迫害妄想）、「近所の人の咳払いが自分への警告だ」（関係妄想）、「道路を歩くと皆がチラチラと自分を見る」（注察妄想）、「警察が自分を尾行している」（追跡妄想）などの内容が妄想で、これらを総称して被害妄想と呼びます。時に「自分には世界を動かす力がある」といった誇大妄想を認める場合もあります。

妄想に近い症状として、「自分が考えていることが声となって聞こえてくる」（考想化声）、「自分の意思に反して誰かに考えや体を操られてしまう」（作為体験）、「自分の考えが世界中に知れわたっている」（考想伝播）など自分の考えや行動に関するものがあります。これらの症状は、思考や行動について、自分が行っているという感覚が損なわれたり、自分と他人の境界があいまいになってしまったりということが背景にあると考えられることから、自我障害と総称します。

#### 〈生活の障害〉

会話や行動、気持ちの交流、物事に取り組む意欲などが障害され、その結果、社会生活がうまく送れなくなります。これらの症状は、陰性症状とも呼ばれますが、幻覚や妄想に比べて病気による症状とはわかりにくい症状です。周囲からは、「社会性がない」「常識がない」「気配りに欠ける」「怠けている」などと性格や心がけの問題と誤解され、非難の対象となってしまうことがあります。そのため、自信を失い、「自分はやれている」といった自己効力感を損ないやすくなります。

#### 〈会話や行動の障害〉

社会生活において適切な会話や行動ができにくいという症状です。話のピントがずれる、話題が飛ぶ、作業のミスが多い、行動の能率が悪い、などの形で認められます。自分の会話や行動を適切に組み立てる能力、状況に合わせて会話を理解する能力、注意集中力などの障害が背景にあると考えられています。

#### 〈感情の障害〉

物事に適切な感情がわきにくい、状況にそぐわない感情が出てくる、表情が乏しく硬く不自然、不安や緊張が強く慣れにくい、などが見られます。また、他人の感情や表情を感じとったり読み取ったりすることが苦手になり、相手の気持ちに気づかなかったり、誤解したりすることが増えます。こうした感情の障害のために、対人関係において自分を理解してもらったり、相手と気持ちの交流をもったりすることが苦手となります。

#### 〈意欲の障害〉

物事を行うために必要な意欲が障害されます。仕事や勉強をしようとする意欲が出ずにゴロゴロばかりしてしまう（無為）、部屋が乱雑でも整理整頓する気になれない、入浴や洗面などの身の清潔にも構わない、という症状です。他人と交流をもったり、会話をしたりということが億劫になり、自分の殻に閉じこもってしまう場合もあります（自閉）。

#### 〈病識の障害〉

自分自身が病気であること、あるいは幻覚や妄想のような症状が病気による症状であることに自分で気づくことができないという症状です。自分自身の心の状態に気づく能力（モニタリング、自己認知）

の障害や、病気であることを否認しようとする気持ち（否認）などが背景にあると考えられています。

### 【統合失調症の経過】

病気の経過は、前兆期・急性期・休息期・回復期に分けられます。人によっては病気の進み方は異なりますが、例えば、不登校やひきこもりが1年くらい続いた後（前兆期）、幻聴や妄想が出てきて、医療機関受診（急性期）、数カ月の治療で症状がおさまったあと、不活発な時期が続き（休息期）、その後、社会復帰のリハビリテーションに取り組みアルバイトを始めることができるまでになった（回復期）という具合です。急性期の直後は特にそうですが、回復期でも、病気を誘発するようなストレスがかかると、再び急性期の症状が出てきて（再発）繰り返してしまうこともあります。

#### 〈前兆期〉

前兆期は、急性期に先だって、陰性症状や軽い陽性症状に似た症状が出てくる時期です。陰性症状に似た症状は、神経衰弱状態とも呼ばれ、抑うつ気分、思考力・集中力の低下、頭重、頭痛、倦怠感、易疲労感、不眠などを訴え、客観的にも口数が少なく行動が不活発になり、家に閉じこもりがちになります。陽性症状に似た症状としては、周りの様子が変わったように感じ、物音に敏感になったり、断片的な音や声などの幻聴が聞こえたり、超自然的な考えにとらわれたりします。

この時期に医療機関を受診しても、「神経衰弱状態」などとして、特に精神疾患と診断されないこともあります。しかし、それで全く安心という訳ではなく、発症のリスクが高い状態であることが少なくありません。（このような発症のリスクが高い状態を「発病危険状態（ARMS）」と呼びます。）統合失調症は早めに対応すれば、ある程度予防や重症化を防ぐことができると考えられています。社会への適応を悪化させないような支援や、時には少量の薬物療法など、医師に相談して進めていくようにします。

#### 〈急性期〉

幻覚や妄想などの、統合失調症に特徴的な症状が出現する時期です。この幻覚や妄想によって、例えば「近所から嫌がらせをされていると警察に相談に行く」「監視されていると隠しカメラを探し回る」「奇妙な儀式を始める」といった行動に及んだり、あるいは妄想の世界に浸りきったり、睡眠や食事などの日常生活のリズムが崩れて昼夜逆転の生活になったり、行動にまとまりを欠いたり、周囲とのコミュニケーションがうまくとれなくなったりなど、日常生活や対人関係に障害が出てきます。

この時期は、薬物療法と安静な環境が何よりも大切です。

#### 〈休息期〉

治療により急性期が徐々に治まっていく過程で、現実感を取り戻す時期でもあります。疲労感や意欲減退を覚えつつ、将来への不安と焦りを感じます。周囲からは結構よくなったように見えますが、本人としてはまだ元気が出ず、一日中寝たばかりといったこともあります。辛抱強く待つ姿勢がよい結果を生みます。

この時期の不活発な症状を薬の副作用と心配することがありますが、再発しやすい時期でもあるので、適切な服薬を継続することが重要です。

徐々に社会復帰のためのリハビリテーションに取り組む時期でもあります。自発性や意欲を高めるために手工芸や木工などの作業を行ったり、対人関係の練習のために、デイケア・作業所などに参加したりします。

#### 〈回復期〉

休息期を経て、安定を取り戻す時期です。すっかり病前の状態へと戻れる場合もありますし、幻覚・妄想の一部の症状や感情や意欲の障害が残ってしまう場合もあります。



薬物療法とリハビリテーションを継続することで日常生活を安定的に送れるよう回復し、デイケアや作業所へ通ったり、アルバイトを始めたり、職場や学校へ復帰したりします。

〈再発〉

統合失調症は再発しやすい病気です。再発の兆候（サイン）として「眠れなくなる」「イライラがひどくなる」「音に敏感になる」「焦りや不安の訴えが多くなる」などがあげられます。再発の兆候は、人それぞれ違いますが、患者さん一人に限って言えば、再発するときはずっと同じ兆候が出てくることが多いといわれています。本人や身近な人がその状態に気づき、医師と相談するなどして早めに対応することが再発予防につながります。

また、再発には、何らかのストレスが関わっていることが多いです。それぞれの患者さんには、再発に結びつきやすい苦手な状況があるとされており、そうした状況をうまく避けることも再発予防には大切です。

※次号では、治療、生活を支えるサービスや福祉制度の活用、家族支援について掲載いたします。

お知らせ

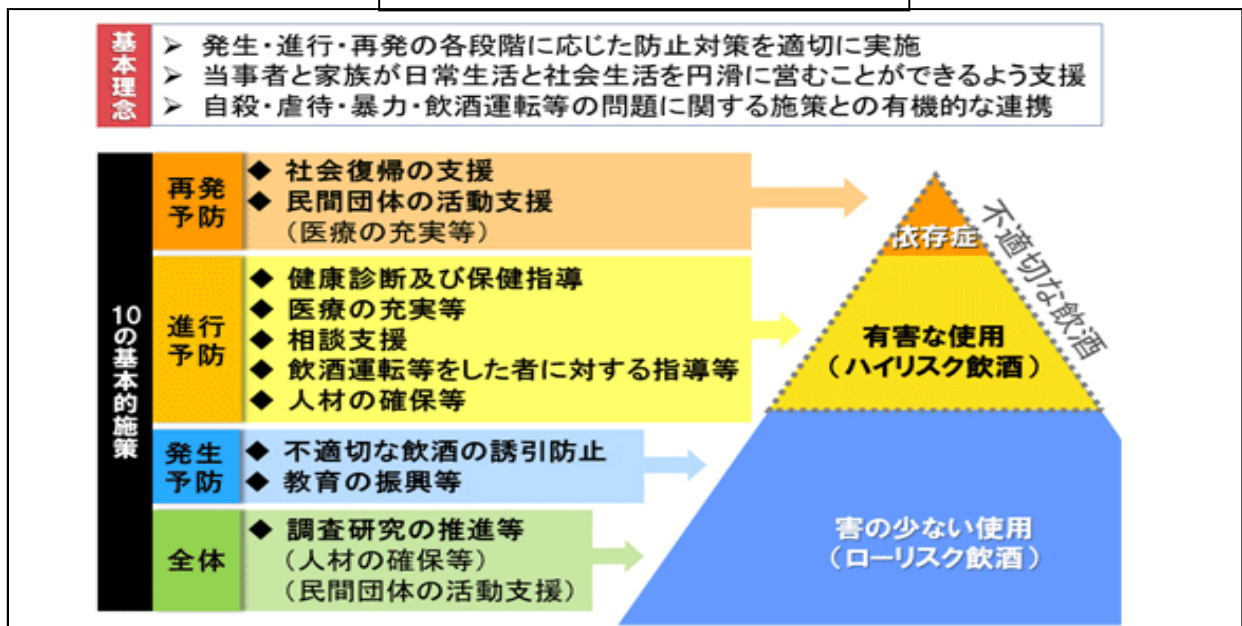
◆アルコール健康障害対策基本法◆

不適切な飲酒により引き起こされるさまざまな問題に対し総合的に取り組むための法律「アルコール健康障害対策基本法」（平成25年法律第109号）が、第185回国会において成立し、平成26年6月1日に施行されました。

この法律では、アルコール依存症、多量飲酒、未成年や妊婦の飲酒などの不適切な飲酒の影響による心身の障害を「アルコール健康障害」と定義しています。

法律の基本理念と基本的施策は図のとおりです。

法律の基本理念・10の基本的施策



国等の責務も明示されており、国に対しては、2年以内に「アルコール健康障害対策推進基本計画」を策定し、健康診断、保健指導、医療充実、飲酒運転者に対する指導や教育など必要な施策を講じることを義務づけました。都道府県は、実情に即したアルコール健康障害対策の推進計画を策定することになります。また、酒類製造・販売業者は、酒類の表示、広告、販売方法が不適切な飲酒を誘引しないよ

う、自主的に取り組むこととなります。加えて国民は「アルコール健康障害の予防に必要な注意を払うよう努めなければならない」とされています。

このほか、国民に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めてもらうため、毎年11月10日から16日を「アルコール関連問題啓発週間」と定めています。

今のところ、まだ具体的な施策は決まっていますが、この機会に飲酒に伴うさまざまな健康への影響について調べてみてください。内閣府には、「アルコール健康障害対策推進室」が発足し、ホームページ内に「アルコール健康障害対策ページ (<http://www8.cao.go.jp/alcohol/>)」が新設され、さまざまな情報が掲載されています。

また、この法律の経緯や詳しい内容については、アル法ネット（アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）のホームページ (<http://alhonet.jp/law.html>) で知ることができます。

## ◆今後の研修会◆

### 【精神保健福祉関係職員研修 基礎研修会】

○日時：1日目 平成26年7月18日（金）10：00～16：00

2日目 平成26年7月28日（月）10：00～16：00

○対象者：市町村・保健福祉事務所・相談支援事業所等の職員で従事して3年未満の者

○会場：郡山市総合福祉センター 5階集会室

○内容：

1日目 講義「精神保健福祉の課題」 講師 福島県精神保健福祉センター 所長 畑 哲信  
行政説明「福島県の精神保健福祉施策」 担当 県障がい福祉課 主任主査 菅野 孝 氏  
講義「精神疾患の理解と対応」

講師 こおりやまほっとクリニック 院長 白潟 光男 氏

2日目 講義「地域で生活を支えるために－社会資源の利用－」

講師 社会福祉法人郡山コスモス会 施設長（精神保健福祉士） 水野 博文 氏

体験発表 ピアサポーター

講義「精神保健福祉相談の基本」

講師 針生ヶ丘病院リハビリテーション課長 本間 真 氏

### 【精神障がい者地域移行・地域定着分野別研修会】

○日時：平成26年8月8日（金）14：00～16：30

○対象者：県内精神科病院・相談支援事業所・地域包括支援センター・市町村・県保健福祉事務所等の職員

○会場：郡山市総合福祉センター 5階会議室

○内容：行政説明「改正精神保健福祉法の概要について」

担当 福島県障がい福祉課 主査 武藤 節雄 氏

テーマ「改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携」

講義「退院後生活環境相談員について」

「医療保護入院者退院支援委員会について」

講師 針生ヶ丘病院 福祉課長（精神保健福祉士） 松本 マチ子 氏

講義「地域援助事業者について」

「医療と福祉の連携フローについて」

講師 障がい者相談支援事業所アガッセ 管理者（精神保健福祉士） 齋藤 研一 氏