

東日本大震災被災者の健康状態の推移とその要因

東北大学大学院 医学系研究科公衆衛生学分野
教授 辻 一郎

東日本大震災が発生して 10 年余りが経過した。この間、被災者の生活環境は、避難所から仮設住宅、そして恒久住宅(自宅、復興公営住宅、防災集団移転団地など)へと変化した。筆者らは、宮城県内の被災者約 7 千名を対象に、生活環境や健康状態などを 10 年間にわたって毎年調査した(被災者健康調査)ので、その概要を報告する。

1. 被災者健康調査の概要

震災直後に、厚生労働省は「東日本大震災被災者の健康状態等に関する調査」研究事業を企画した。それは、岩手・宮城・福島 3 県の被災者を対象に、生活環境や健康状態などを 10 年間調査して、震災が被災者の健康に及ぼす中長期的な影響を解明するというものであった(ただし福島県は全県民を対象とする健康調査を行うことになったので、この事業には参加しなかった)。

東北大学大学院医学系研究科は、その要請に応じて、震災 50 日後の 5 月 1 日に 8 研究分野(公衆衛生学、微生物学、精神神経学、産科婦人科学、運動学、国際看護管理学、地域保健学、歯学研究科)の共同により地域保健支援センターを設置し、被災者健康調査を行うとともに、被災者と被災自治体の支援活動を行ってきた。

調査対象は、宮城県内でも最も被害が甚大であった 3 自治体とした(図 1)。石巻市では雄勝・牡鹿・網地島の 3 地区に震災の前日に住民票を有する方全員を対象とし、4,234 名からご協力をいただいた。仙台市では若林区に設置された 8 ヶ所のプレハブ仮設住宅に居住する方を対象とし、1,009 名からご協力をいただいた。七ヶ浜町では大規模半壊以上の世帯居住者を対象とし、2,334 名からご協力をいただいた。

図 1 調査対象地区



調査は、(1) 自記式アンケート(平成 28 年までは年 2 回、それ以降は年 1 回)、(2) 健診(平成 23・24 年度は独自に実施、それ以降は自治体の特定健診データ)、(3) 医療費(国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者のみ)、(4) 介護保険認定情報の調査、で構成される。なお、第 2 項から第 4 項については、研究対象者ご本人の書面による同意に基づき、関係機関よりデータ提供を受けた。

アンケートでは、居住の種類・身体症状・睡眠状況(アテネ不眠尺度)・こころの健康(K6)生活不活発・地域とのつながり(ソーシャルキャピタル)などが調査された。

2. 避難所期におけるメンタルヘルス

石巻市での第 1 回調査は、平成 23 年の 7～8 月に行われた。その結果、42.6%の方で睡眠障害(アテネ不眠尺度 6 点以上)があった。これは全国値 28.5%よりはるかに高い。また、心理的苦痛(抑うつ・不安:K6で 10 点以上)の頻度は 16.6%で、全国値の約 2 倍であった。

被災者のメンタルヘルスには、以下の 3 つの要因が関係していた。第 1 に被災による心的外傷後ストレス反応(PTSR)、第 2 に失業や経済的な困窮、第 3 にソーシャルキャピタル(社会関係資本、人々の絆)であった。

ソーシャルキャピタルの強さを評価するために、以下の 4 問にそれぞれ 5 段階評価(強く思う・どちらかといえば思う・どちらともいえない・どちらかといえばそう思わない・全くそう思わない)で回答していただいた。

- ・まわりの人々はお互いに助け合っている。
- ・まわりの人々は信頼できる。
- ・まわりの人々はお互いにあいさつをして

いる。

・何か問題が生じた場合、まわりの人々は力を合わせて解決しようとする。

その結果、被災や経済的困窮が同じ程度に厳しい状況であっても、ソーシャルキャピタルをより強く感じている者ほど、睡眠障害や心理的苦痛を有する割合は有意に少なかった。10 年にわたって調査を続けている間に、ソーシャルキャピタルが改善した方ではメンタルヘルスも改善し、前者が悪化した方では後者も悪化するという、関連も観察された。まさに人との絆は、こころの復興をも助けてくれるのであった。しかし被災者の中には、大切な人の喪失、転居や失職などにより、ソーシャルキャピタルが低下した者も少なくない。

これに関して、筆者は拙著¹で以下のように述べた。

「被災者のメンタルヘルスを改善するには、精神的なサポートが重要であることはいまでもない。しかし、それだけでは十分でない。まず何よりも大事なことは、失業や経済上の困窮を解決することである。そして、経済支援・産業復興の展望(道筋)を示して、被災者に希望を与えることである。その意味では、経済政策も重要かつ有効なメンタルヘルス対策であり、公衆衛生の一つであるといっても過言ではない。・・・

(略)・・・もう一つのソーシャルキャピタルという問題で言えば、東日本大震災により 34 万人余が新しい場所に移って、新しい地域生活を始めることを重視すべきである。そこではコミュニティづくりに向けた手厚い支援が、行政からも民間からも、求められている。これも公衆衛生活動なのである。」

3. みなし仮設住宅入居者の健康問題

阪神・淡路大震災と東日本大震災とは、応急仮設住宅の確保策が大きく違っていた。国土交通省の報告によると、阪神・淡路大震災では応急仮設住宅 48,439 戸のほぼ全数 (48,300 戸) がプレハブ仮設住宅であった。東日本大震災では 121,850 戸のうち 53,516 戸に過ぎない。その差 68,334 戸 (全体の 56%) が民間賃貸住宅を仮設とみなす、いわゆる「みなし仮設住宅」であった。これは、全壊・半壊となった住宅が 38.5 万棟 (阪神・淡路大震災の 1.6 倍) に及び、被災地の多くが浸水被害で居住不可能となったことなどによる。

当時、プレハブ仮設は、狭くて使い勝手が悪い、隣人の生活音が聞こえるなど、さまざまな問題が指摘された。一方、みなし仮設は通常の賃貸住宅であり、問題ないと思われがちであった。しかし、筆者らの調査は、みなし仮設住宅入居者の健康問題を浮き彫りにする結果となった。

平成 25 年に石巻市で実施した調査では、心理的苦痛の頻度はみなし仮設入居者 16.7%、それ以外 (震災前と同じ住居、プレハブ仮設入居など) 11.6%、睡眠障害の頻度は各 56.1%、32.3%と、有意な差があった。メンタルヘルスの問題は、過量飲酒 (1日2合以上) をもたらしことが少なくない。実際、その頻度は各 16.7%、11.6%と、みなし仮設入居者で有意に高かった。それが長期に及ぶと、肝機能にも影響が及ぶ。実際に飲酒量と関連の強い γ -GTP の平均値 (IU/L) は、みなし仮設入居者 42.8 に対してそれ以外の者 29.4 と、有意な差があった (震災直後の健診では、各グループ間に有意差なし)²。みなし仮設住宅に住む高齢者では運動機能の低下も著しく、要介護発生リスクも増加した。

以上のように、みなし仮設住宅に住む者では、メンタルヘルス不良になる者が多く、生活習慣上の問題 (過量飲酒、運動不足) も強まり、その結果、肝機能障害や要介護リスクの増加といった事態に至っている。なぜなのだろうか。一つの仮説を述べたい。

プレハブ仮設は目に見えるので民間の支援者も来やすいのに対して、賃貸・みなし仮設はアパートなどに点在しているため支援者が対象者を把握しづらく、支援活動は困難である。周辺住民との関係で言うと、プレハブ仮設入居者どうしは似たような境遇にあるため交流も容易であるのに対して、みなし仮設入居者の隣人が被災者であることは少なく、人間関係を作ることは容易でない。その結果、閉じこもってしまい、生活が不活発になり、メンタルも不良になり、そして酒に頼ってしまう。また、高齢者が外出しないと、筋力や歩行能力は低下しがちで要介護状態のリスクも高まってくる。

4. リロケーションダメージ

仮設住宅から恒久住宅への転居が始まってから、復興状況 (就労や収入、住宅再建など) の格差が顕著となり、それに伴って新しい問題が見られるようになった。

第1に、プレハブ仮設住宅の居住期間が長い者ほど抑うつ状態が顕著であった³。仮設住宅に居住している間は復興の途上であり、その行き先は見通せない。そのような不確実・不安定な期間が続く程、将来への不安も増してくるであろう。第2に、転居の回数が多い者ほど抑うつ状態が顕著になった。第3に、被災地区より遠い所 (石巻市雄勝・牡鹿地区→同地区以外の石巻市内→石巻市外) へ転居した者ほど睡眠障害が増悪した⁴。

これらの問題は、リロケーションダメー

ジという文脈で考えることが可能であろう。リロケーションダメージとは、住み慣れたところから転居した後に、生活環境の変化や人間関係の希薄化のためにストレスを感じ、心身の健康に悪影響が生じることを言う。被災者は、大規模災害により突然転居を強いられた結果、大きなリロケーションダメージを経験している。

そこで、今後また大規模災害が発生した際には、リロケーションダメージを最小限に留める対策が必須となる。すなわち災害後の転居は、できるだけ少ない回数（できれば1回）で、できるだけ近い場所に、コミュニティまるごとで行うべきである。災害リスクが高い地域では、事前避難計画（避難先の選定、復興の道筋などを、災害の前に定めておくこと）の策定が望まれる。実際に高知県では、南海トラフ地震による津波に備えて、高台の安全な場所に避難拠点を確保（造営）し、コミュニティ形成まで準備している自治体もある。

5. 恒久住宅における健康課題

仙台市では平成28年に、石巻市では平成30年に、プレハブ仮設住宅から全員が退去した。令和2年6月時点で、石巻市における被災者健康調査回答者のうち、27.6%が震災前と同じ住宅で、32.8%が新居で、18.9%が復興公営住宅で、6.2%が防災集団移転団地で暮らしている。

仮設住宅から恒久住宅への転居をもって「復興」は終了したと考える方も少なくない。しかし、現実はその逆なのである。

恒久住宅に転居してから、これまでの人間関係が弱まったり、近隣住民との関係を築けなかったりなどにより、社会的孤立を深めた被災者も少なくない。そのような方々では不安や不眠の訴えも強まっている。

この問題は、特に新居や復興公営住宅・防災集団移転団地に暮らす者で著しい。また、家賃・住宅ローンが負担になっている者も少なくない。それがメンタルヘルスを悪化させている。

このように、全ての被災者が恒久住宅に住むようになっても、新たな健康課題が生じており、長期的な支援の継続が求められている。

6. 被災地の今は2040年の日本

以上、10年間にわたる被災者の健康課題の推移を紹介した。最後に強調したいことは、これは遠く離れた過疎地の問題ではない、ということである。なぜなら被災地の今は2040年の日本を先取りしていると言っても過言ではないからである。

被災地では、生産年齢人口の減少、高齢化率と独居率の増加が著しい。たとえば石巻市の復興公営住宅入居者7,669人における高齢化率は44.15%、独居者の割合は48.67%であった（令和2年3月末・石巻市建設部住宅課の調べ）。一方、2040年の日本全体の高齢化率は35.3%（最高＝秋田県43.8%）、単独世帯の割合は39.3%（最高＝東京都48.1%）に達する（国立社会保障・人口問題研究所の推計）。このように被災地の現状は、2040年の全国の中でも最先端の状況そのものである。

被災地ではソーシャルキャピタルの低下や高齢者の孤立といった問題が顕著である。一方、日本全体でも、生涯未婚率の増加、地縁・血縁の希薄化などにより、ソーシャルキャピタルの低下や高齢者の孤立はさらに進むであろう。その結果、膨大な数の高齢者が孤独に暮らし、閉じこもり、こころの健康を害し、要介護状態になることが危惧される。しかも互助（家族・住民などの

助け合い) が先細る中、要支援・要介護高齢者の共助・公助ニーズは増える一方であろう。この状況に、2040年の日本の社会経済や社会保障体制は対応できるのだろうか。

いま被災地が抱えている問題こそ、20年後の日本の姿なのである。したがって被災地の問題を解決することは、2040年問題を解決することに他ならない。そのような問題意識と戦略性のもとで、被災者と被災地の支援—特にソーシャルキャピタルの醸成、コミュニティの再生、そして全ての人々の自立と社会参加の促進—を継続・強化しなければならないと思うものである。

謝辞

調査地区の一つ、石巻市網地島に行くには石巻港から船で1時間余かかる。500人弱の住民のうち7割が65歳以上であるため、アンケート調査票の記入に助けを要する人も少なくない。そこで、新情報センターに網地島の調査をお願いした次第であった。新情報センターの方々は、船に載せたレンタカーで島内を縦横に駆け巡っては調査票を各戸に配布し、回答が難しい方々には聞き取りまでしてくださった。船は1日5便しかないので、島の民宿に何度泊まれたことであろうか。いま、網地島での暑かった日々を思い出しつつ、新情報センターの皆様に改めて御礼申し上げます。

【注】参考文献

- 1 辻 一郎:健康長寿社会を実現する. 大修館書店, 2015年.
- 2 Murakami A, et al: Soc Sci Med, 2017;189:76-85.
- 3 Tanji F, et al: BMJ Open, 2018;8:e018211.
- 4 菅原由美, 他: 厚生指標, 2019; 66(11):13-18.

筆者プロフィール

辻 一郎 (つじ いちろう)

1983年東北大学医学部卒業。リハビリテーション専門医を経て、1989年に東北大学医学部公衆衛生学講座助手。米国ジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生学部疫学科留学の後、2002年より東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授。

専門は、健康寿命の関連要因に関する疫学研究と健康寿命の延伸に向けた政策提言。東日本大震災後は、地域保健支援センターを設置して、被災者の健康管理にも尽力している。

厚生労働省・厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会長、同・健康日本21(第二次)推進専門委員長などを務める。

著書は「のぼそう健康寿命」(岩波アクティブ新書)、「病気になりやすい『性格』」(朝日新書)、「健康長寿社会を実現する」(大修館書店)など。