

### Ⅲ. 今後起こりうる大規模災害における被災者支援策の提言

#### ～東日本大震災 10 年間の教訓～

東北大学大学院医学研究科公衆衛生学分野・教授

東北大学地域保健支援センター・センター長

辻 一郎

本研究では、宮城県内の東日本大震災被災者を対象に健康調査を定期的を実施して、被災者の健康問題を検討してきた。それを通じて様々な教訓を得ることができたので、今後このような大規模災害が発生した際にどのような被災者支援が望まれるかについて、提言を行うものである。

#### 1. 災害後の転居について

[提言]

- ・ 災害後の転居は、できるだけ少ない回数（できれば1回）で、できるだけ近く of 場所に、コミュニティまるごとで行うべきである。
- ・ 地震後に津波の襲来が想定される地区などでは、あらかじめ高台の安全な場所に避難拠点を確保（造営）し、災害後に移転してコミュニティを作ることが望ましい。

[本調査研究により明らかとなった問題]

- (1) プレハブ仮設居住者より民間賃貸住宅みなし仮設居住者の方が抑うつ・睡眠障害の頻度は高く、しかも重症であった。
- (2) 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になった。
- (3) 転居の回数が多い者ほど抑うつ状態が顕著になった。
- (4) 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。

[上記の問題に関する考察]

- (1) に対して：プレハブ仮設住宅では被災者どうしの交流（励まし合い・情報交換など）が活発で、支援者も入りやすかったのに対して、民間賃貸住宅みなし仮設の居住者にはそのような機会が少なかった。そのなかで孤立を深め、こころの健康が蝕まれていったものと考えられる。
- (2) に対して：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・不確定な期間が長く続くことは、将来への不安をもたらす。一方、自宅を再建して仮設住宅を退去する人たちを見るにつけ、復興が進まない自分が「取り残された」と感じてしまいがちである。
- (3) と (4) に対して：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る。転居によって生活環境が変わったり、友人との関係が疎遠になったりする。転居を繰り返すごとに、取り残される人も出てくる。それらによるストレスがこころの健康に悪影響を及ぼす。この問題は特に高齢者で著しい。

#### [提言の補足]

- ・ 東日本大震災で甚大な津波被害を受けた地域では、安全な高台に住宅地・商業施設を移転しようとした。しかし、山間地を切り開いてフラットな地面を確保するのに相当な時間がかかったため、その間に多くの住民が地域外へ転居してしまった。その結果、高台でのコミュニティ形成は進まず、住民たちはバラバラになった。
- ・ 災害が発生する前に山間地を切り開いてフラットな地面（避難拠点）を確保できれば、その問題の多くは回避できるであろう。ただし、災害前に避難拠点へ住居を移転することは、住民の経済的負担を考慮すれば、現実的でない。むしろ、一部の公共施設を移転させて、コミュニティ形成に備えておくことが現実的であろう。たとえば高知県四万十町興津地区では高台に避難拠点を設け、そこに保育園とデイケアセンターを移転させた。そして、住民ぐるみの避難訓練を定期的に行っている。
- ・ このような高台の避難拠点を活用し、災害直後は既存の施設（保育園、デイケアセンターなど）にコミュニティまるごとで避難し、落ち着いたら拠点内の空き地（グラウンドなど）に恒久住宅を建設する。これにより、リロケーションダメージは最小限にとどまり、コミュニティも保全されるであろう。しかも避難拠点は災害前の居住地に近いので、生業の維持・再生も容易である。

## 2. ソーシャルキャピタルの醸成について

#### [提言]

- ・ ソーシャルキャピタルの醸成が最優先課題であり、復興期間中は被災地や避難場所におけるソーシャルキャピタルの状況を定期的にモニタリングするべきである。
- ・ ソーシャルキャピタルの醸成は、被災者自身がコミュニティの担い手となることから始まる。担い手となるためのスキル習得に向けた支援が不可欠である。

#### [本調査研究により明らかとなった問題]

- (1) 被災者の抑うつ・不眠は、被災による喪失体験、失職などによる経済的困窮、ソーシャルキャピタルの不足と有意に関連した。
- (2) ソーシャルキャピタルに乏しかった高齢者では、その後、要介護認定の発生率が有意に増加した。
- (3) 震災後直後から2014年までの間で、社会的孤立が改善した者では抑うつ・不安も軽減し、社会的孤立が悪化した者では抑うつ・不安も強まるなど、社会的孤立の推移は抑うつ・不安の推移に関連があった。
- (4) プレハブ仮設住宅から恒久住宅に転居した後に孤立が深まっており、抑うつ・不安や不眠の訴えも増していた。

#### [上記の問題に関する考察]

- (1) に対して：被災者の抑うつ・不眠の要因は多様であり、ソーシャルキャピタル不足もその一因である。被災による家族・友人の喪失、転居、職業の変化（失業を含む）が、ソーシャルキャピタルの不足を招いている。
- (2) に対して：ソーシャルキャピタルの不足は、要介護発生リスクを高めた。ソーシャルキャピタルの不足が続くと、外出機会が減って閉じこもりがちとなったり、運動不足になったり、抑うつ傾向になる。これらが要介護発生リスクを高める。
- (3) に対して：本研究では Lubben ソーシャルネットワーク・スケール（家族や友人と話す回数・親密

さを調査)で社会的孤立の程度を評価した。その改善・悪化は抑うつ・不安(K6得点)の推移にも大きな影響を及ぼしていた。

(4)に対して:恒久住宅に転居することにより、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、さまざまな事情で社会的孤立を深めた被災者は少なくない。そこで公営住宅での茶話会など、近隣住民との交流会など、さまざまな行事が開催されているが、参加者の固定化などの問題が顕在化している。

#### [提言の補足]

- ・マズローの「欲求五段階説」という文脈でこれまでの被災者支援を振り返ると、生理的欲求と安全欲求を満たすための支援は手厚く行われ、大きな成果をあげてきた。しかし、社会的欲求や承認欲求、自己実現欲求を満たすための支援は不十分であったと言わざるを得ない。それがソーシャルキャピタルの不足やこころの健康の悪化と関連している。
- ・人がコミュニティで「役割」を担い、周囲から認められ感謝されることで、社会的欲求や承認欲求は満たされる。それが満たされると、人は自信と生きがいを取り戻す。それがこころの復興ではなかるうか。
- ・災害後の急性期では、生理的欲求と安全欲求を満たすための支援は不可欠である。しかし、急性期から慢性期に移行する(仮設住宅へ転居する)頃には、むしろ社会的欲求や承認欲求を満たすための支援、すなわち被災者の自立支援(コミュニティにおける役割の獲得、再就職に向けたスキルアップなど)にシフトすべきである。
- ・復興公営住宅に暮らす被災者が地域の中で役割を担うことの例としては、公営住宅の空き地で菜園を作って地域住民にも開放したり、児童の通学路の美化・交通安全運動に参加したり、放課後の学童クラブに参加したりなど、さまざま考えられる。
- ・このような活動を通じて、被災者自身が復興の担い手として「役割」を担うことが重要である。そのため、被災者を助ける(援助する)支援から、被災者が自立するためのスキルと機会を提供する支援へ、支援活動のパラダイムを変えるべきである。

### 3. 高齢者における介護予防について

#### [提言]

- ・被災高齢者全員を対象に要介護リスクを評価する必要がある。さらに、地域で高齢者が役割と居場所を確保できるための支援、さらに社会的処方推進を行うべきである。

#### [本調査研究により明らかとなった問題]

- (1) 介護保険の要介護認定率は、被災地で有意に増加した。震災3年後の要介護認定率は、「被災3県の沿岸部」で14.7%増加したのに対して、「被災3県の内陸部」で10.0%増加、「被災3県以外」で6.2%増加と、被災3県の特に沿岸部で著しく増加した。
- (2) 抑うつ・不安のある高齢者で要介護発生リスクは増加した。抑うつ・不安の調査票であるK6の得点が9点以下の者に比べて、要介護発生リスクは10~12点の者で1.70倍、13点では2.65倍に有意に増加した。
- (3) 震災後に社会的孤立があった高齢者では、そうでなかった高齢者に比べて、震災後8年間の要介護発生リスクが1.41倍と有意に増加した。

#### [上記の問題に関する考察]

- (1)に対して:被災地で要介護認定率が増加した要因は、第1に被災地の高齢者は、避難生活を強いられたこと、生業が失われたことなどにより、身体を動かす機会が減り廃用症候群となるものが増えたことである。第2に震災後数年間は要支援レベルの軽度者の増加が目立っていたが、家族介護者が(震災により・震災後の生活変化により)いなくなったことも要因の一つと考えられる。
- (2)と(3)に対して:すでに述べたように、社会的孤立のある者では抑うつ・不安になりやすい。抑うつ・不安と要介護発生リスクとの関連には2つの要因が関係している。第1に、抑うつ・不安を抱えるものは不活発な生活(運動不足など)になりがちであり、それが(廃用により)要介護発生リスクを高めると考えられている。第2に、抑うつ・不安のある者では腰や肩・下肢の疼痛を起こしやすく、それも要介護発生リスクを高める。

#### [提言の補足]

- ・厚生労働省「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」などにより、地域の高齢者に対する要介護リスクのチェックと早期対応が行われるようになった。そのため、高齢者を対象とする健診や通いの場を活用して要介護リスクのチェックが行われている。しかし、抑うつ・不安のある高齢者や閉じこもり高齢者がそのような場に自ら参加することは少ない。また、介護予防のためのプログラム(茶話会・通いの場・運動訓練など)にも、抑うつ・不安のある高齢者や閉じこもり高齢者が自ら参加することは少ない。しかも、そのような高齢者こそが要介護のハイリスク高齢者なのである。そこで、高齢者全員が要介護リスクのチェックを受けて適切なサービスが受けられるように、医療機関などとの連携に加えて、把握が困難な高齢者には実際に訪問する(アウトリーチ)も必要である。これにより、「地域の誰も取り残さない」体制を作ることが必要である。
- ・地域で高齢者が役割と居場所を確保できるための支援についてはすでに述べたので、ここでは省略する。
- ・抑うつ・不安のある高齢者や閉じこもり高齢者は地域のなかで孤立しがちであり、自分の抱える問題を解決するための公的な支援サービスや民間の支援ネットワークがあることも知らず、実際に利用しない場合が少なくない。そこで、社会的処方(個々人が抱える問題を解決するための社会的資源に橋渡しする手法)の制度化が検討されている。被災高齢者には社会的処方のニーズが非常に強いので、被災地で重点的に社会的処方を行っていただきたい。

#### 4. これからの支援について

##### [提言]

- ・10年が経過しても、復興は未だ途上である。これからも被災者の自立支援に向けた取組を続けなければならない。
- ・被災地の現状は「2040年問題」を先取りしている。「2040年問題」を克服するためのテストケースとして、被災地が抱える諸問題の解決に注力しなければならない。

##### [提言の補足]

- ・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月末日現在・石巻市建設部住宅課の調べ)。一方、日本全体においても、生産年齢人口の減少が顕著となっており、2040年には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）。すなわち、被災地の人口と世帯の現状は、2040年の全国のなかでも最先端の状況を先取りしている。

すでに述べたように、被災地ではソーシャルキャピタルの低下、そして高齢者の社会的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社会的孤立が顕在化する一方と思われる。

- その結果、日本全体で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予想される。しかも互助（他族・住民などの助け合い）が先細るなか、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は対応できるのであるだろうか？
- いま被災地が抱えている問題を、遠く離れた過疎地の問題と捉えるべきではない。これこそ、20年後の日本の姿と捉えるべきである。被災地の問題を解決することは、2040年問題に立ち向かうノウハウ・教訓の蓄積にもつながるであろう。