

東日本大震災の長期的影響と臨床心理学的支援に関する研究Ⅱ

—復興プロセスの中でメンタルヘルスに影響する要因の検討—

奇 恵 英

Research on long-lasting effects of The Great East Japan Earthquake
and disaster relief using clinical psychological method II
—Factors affecting mental health in the reconstruction process—

Hyeyoung Ki

問題と目的

本研究は、未曾有の東日本大震災がメンタルヘルスに及ぼす長期的影響を調査し、その臨床心理学的支援の効果と課題を検証するにあたって、メンタルヘルスの長期的影響の背景についてその要因を検討するためのものである。

大震災によるメンタルヘルス上の問題は災害後長期及び多岐に渡って深化する恐れがあることはすでに周知のものになっている。阪神・淡路震災後6年経過時に身体的・精神的健康問題で通院する者が増加していること(財兵庫県長寿社会研究機構こころのケア研究所, 2001)、東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野の下川宏明教授らの研究グループが、東日本大震災後3年の時点で精神的ストレスが増大し、経年的に増加していることを明らかにしたことがその例である(東北大学, 2014)。

奇(2017)は東日本大震災の被災地である岩手県宮古市の被災者を対象に長期に渡る継続支援活動とともに、メンタルヘルスに関する調査を行い、震災後6年が経過した時点でPTSDハイリスク27.27%、うつ状態ハイリスク20.13%と、阪神・淡路震災と同様の様相がみられたことを明らかにし、長期的視点での心理的支援が必要であることを示唆した。

一方、被災の程度が大きい場合も現在の生活を受け入れる人と受け入れがたい人が混在し、PTSD得点やうつ状態得点において被災の少ない人が被災の大きい人より高かったことから、災害後のメンタルヘルスに影響する要因の個別性や多面性について検討が必要であることがうかがわれた。

そこで、本稿では、宮古市の復興計画(2011)による災害公営住宅の整備がおおよそ完成し、多くの被災者がこれからの生活の場を定めた2018年に調査を行い、2017年までの調査と合わせてメンタルヘルスの経年比較を行うとともに、メンタルヘルスに影響する要因の分析を試みることによって心理的支援の視点を得ることを目的とする。

倫理的配慮

調査は支援活動期間中に自発的に参加した住民に面接調査を行う方法によって行われた。実施の際には、研究協力への同意を確認、了解を得たものを対象にした。回答は自由意思によるものであり、回答を拒否しても不利益はないこと、答えたくない質問には答えなくてよいこと、プライバシーの保護、学会等での発表の可能性があることを協力者に説明し了解を得た。

方法

1. 対象：東日本大震災の被災地である岩手県の宮古市在住の住民68名。
2. 調査実施時期：2018年8月
3. 調査方法：継続支援活動期間中、活動に訪れた地域住民に対して、面接方式で質問紙調査を行い、面接中の自由口述の内容を採集した。

4. 調査内容

1) 質問紙

①基本事項：東日本大震災の長期的影響の経過をみるため、奇(同上)と同様のものを設定した。年齢、性別、住居形態、同居者の有無(同居者あり・同居者なし)、被災の程度、持病の有無(震災後)、現在の生活の受容の質問項目で構成。住居形態については、災害公営住宅整備により仮設住宅から移転した被災者中心の集合住宅または一軒家を表す「復興住宅」、住宅が全壊または半壊したものの自分が選択した地域に自力で新築した被災者と従来からの自宅住まいの人が混在している「自力住宅」に区分した。「被災の程度」については、物理的な被害の程度より、被災者の心理面を重視し、主観的評価を求め、「被災の程度が甚大」(以下、被災大)、「被災の程度が大きい方」(以下、被災中)、「被災の程度が少ない」(以下、被災小)、「被災をしていない」(以下、被災なし)の4つに区分した。特に、「被害の程度が甚大」の場合、物理的被害が大きい、またはそれに加え、身近な家族の

喪失,あるいは両方が含まれる。「持病」については、間接的調査であることからプライバシーを尊重し、震災後新たな持病を発症しているかについて有無のみの回答を求め、「疾病あり」「疾病なし」で分類した。さらに、現在の生活の受容については、現在の生活状況を受け入れる、受け入れがたいという評価に従って、「受容」「非受容」に区分した。

② SQD (Screening Questionnaire for Disaster Mental Health ; 災害精神保健に関するスクリーニング質問票) : 川上 (2015) によると、阪神・淡路大震災から作成されたころの健康問題に関する12問のスクリーニング尺度で、PTSDと抑うつを同時に評価できる。「PTSD」ハイリスクと評価するためには、質問項目3, 4, 6, 7-12のうち5個以上「はい」が存在し、4, 9, 11のどれか1つは必ず含まれる。「うつ状態」ハイリスクと評価するためには、質問項目1-3, 5, 6, 10のうち4個以上「はい」が存在し、5, 10のどちらか一方は必ず含まれる (Table1)。経年比較のため、2016年及び2017年に実施したものと同様のものを採用した。

2) 自由口述

被災体験、被災後の生活歴、現在の心境などについて対象者が自由に語る内容を逐語記録した。

結果

1. 対象者の基本調査内容

今回の調査対象者の特徴を2017年度の調査 (奇, 2017) と比較すると、女性が男性に比べ多く、70代以上の高齢者が70%以上を占めることを始め、同居者の有無の割合や震災後の持病の有無の割合、現在の生活受容の度合いなどにおいて同じ傾向を示している。一方、被災が大きく、自宅を再築する余力がなかったため、災害公営住宅 (集合住宅) に入居した人や被災の程度が大きいと感じる人の割合が前年度の調査より著しく増えてお

り、本調査と並行して行われた支援活動への積極的参加がうかがえることから、被災から長い時間が経ってなお支援のニーズが高い人たちが多いことがうかがえた。(Table2)

2. SQDの結果

1) PTSD得点の結果と経年比較

PTSD得点で最も高い割合を示したのはハイリスク群であった。奇 (2017) の結果と照らし合わせて経年比較を行うと、0点群は増加、1点及び2点の低得点群は増加、4点群は増減を繰り返していることに比べ、ハイリスク群は震災後5年で減少したものの、その後2年間一定の比率を保っている特徴がみられた (Table3)。

2) うつ傾向得点の結果と経年比較

うつ得点で最も高い割合を示したのはハイリスク群であった。奇 (2017) の調査と照らし合わせて経年比較を行うと、0点及び1点・2点の低得点群は増加、3点群は増減を繰り返していることに比べ、ハイリスク群は震災後5年で減少したものの、再び増加する傾向がみられた (Table4)。

3. 対象者の属性によるSQD得点の特徴

1) 被災の程度の主観的評価におけるSQD得点の特徴

① PTSD得点

被災大群のPTSD得点平均が最も高く、ハイリスクと判断される得点に近い。被災の大きさにより被災の記憶が強く残り、反芻しやすいことが推察される。(Fig.1)

さらに、被災の程度によるPTSD得点の割合 (Table5) をみると、被災大群の3割強がハイリスクに晒されており、他の群に比べ占める割合がもっとも大きい。一方、被災が少ない、または被災していない場合、0点が半数を占めている様子がみられ、被災の程度の大きさはPTSD得点に影響することが考えられた。

Table1 SQD (Screening Questionnaire for Disaster Mental Health) 項目

1	食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。
2	いつも疲れやすく、身体がだるいですか。
3	睡眠はどうですか。寝つけないこと、途中で目が覚めることが多いですか。
4	災害に関する不快な夢を見ることがありますか。
5	ゆううつで、気分が沈みがちですか。
6	イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。
7	些細な音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。
8	災害を思い出させるような場所や人、話題などを避けてしまうことはありますか。
9	思い出したくないのに災害のことを思い出すことはありますか。
10	以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。
11	何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。
12	災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。

Table2 調査対象の基本調査（2017年との比較）

	2017年11月		2018年8月	
	N	%	N	%
性別				
男性	32	20.8%	14	20.6%
女性	122	79.2%	54	79.4%
構成年齢				
80代以上	66	42.9%	16	26.5%
70代	45	29.2%	33	48.5%
60代	24	15.6%	11	16.2%
50代以下	19	12.3%	8	11.8%
住居形態				
復興住宅	27	17.5%	28	41.2%
自立住宅(一軒家)	125	81.2%	40	58.8%
その他(仮設等)	2	1.3%	0	0.0%
同居の有無				
あり	128	83.1%	54	79.4%
なし	26	16.9%	14	20.6%
震災後持病の有無				
あり	78	50.6%	29	42.6%
なし	74	48.1%	39	57.4%
被災の程度				
被災大	50	32.5%	32	47.1%
被災中	16	10.4%	7	10.3%
被災小	17	11.0%	11	16.2%
被災なし	71	46.1%	18	26.4%
現在の生活受容				
受け入れている	135	87.7%	60	88.2%
受け入れがたい	19	12.3%	8	11.8%

Table3 SQD（PTSD得点）の経年比較

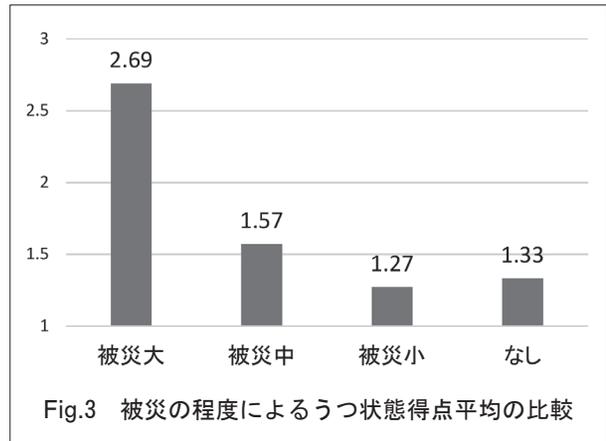
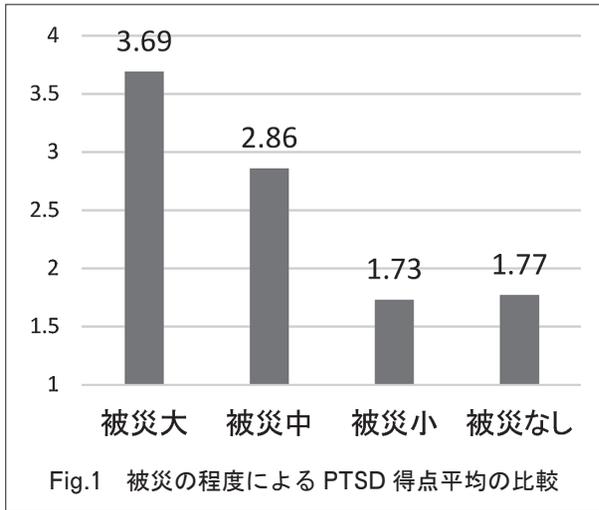
PTSD得点	時期A (2016年8月)		時期B (2017年3月)		時期C (2017年11月)		時期D (2018年8月)	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
ハイリスク	59	74.68%	22	27.50%	42	27.27%	18	26.47%
4点	5	6.33%	10	12.50%	13	8.44%	7	10.29%
3点	7	8.86%	15	18.75%	15	9.74%	6	8.82%
2点	5	6.33%	18	22.50%	28	18.18%	13	19.12%
1点	2	2.53%	10	12.50%	29	18.83%	8	11.76%
0点	1	1.27%	5	6.25%	27	17.53%	16	23.53%
合計	79	100.00%	80	100.00%	154	100.0%	68	100.00%

Table4 SQD（うつ状態得点）の経年比較

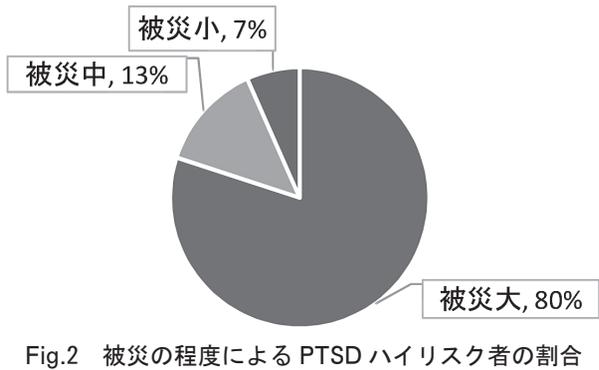
うつ状態得点	時期A (2016年8月)		時期B (2017年3月)		時期C (2017年12月)		時期D (2018年8月)	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
ハイリスク	50	63.29%	25	31.25%	31	20.13%	20	29.41%
3点	8	10.13%	15	18.75%	23	14.94%	7	10.29%
2点	12	15.19%	13	16.25%	22	14.29%	5	7.35%
1点	7	8.87%	17	21.25%	38	24.68%	17	25.00%
0点	2	2.53%	10	12.50%	40	25.97%	19	27.94%
合計	79	100.00%	80	100%	154	100.0%	68	100.0%

Table5 被災の程度によるSQD (PTSD) 得点の割合

PTSD得点	被災大		被災中		被災小		被災なし	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
ハイリスク	12	37.50%	2	28.57%	1	9.09%	3	16.67%
4点	5	15.63%	0	0.00%	1	9.09%	0	0.00%
3点	3	9.38%	1	14.29%	1	9.09%	1	5.56%
2点	6	18.75%	2	28.57%	2	18.18%	4	22.22%
1点	4	12.50%	1	14.29%	1	9.09%	2	11.11%
0点	2	6.25%	1	14.29%	5	45.45%	8	44.44%
合計	32	100.00%	7	100.00%	11	100.00%	18	100.00%

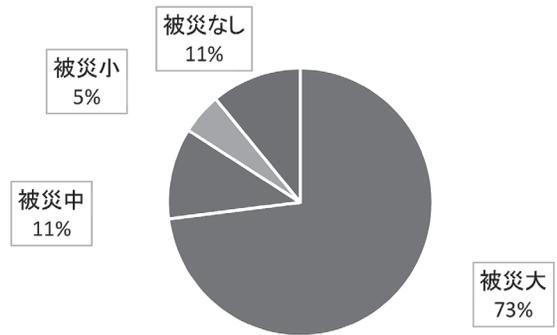


一方、ハイリスク群において被災の程度の割合は、被災大群>被災中群>被災なし群>被災小群の順になっており、ハイリスク者18名(全体の26.5%)のうち、被災大群が12名(67%)、被災中群が2名(11%)、被災小群が1名(5%)、被災なし群が3名(17%)となっている。さらに、被災がなくてもPTSD得点の高い者がみられる反面、被災が大きいと捉えていても低得点の者がいることから、災害後の長期的メンタルヘルスにおいて個人差がみられることを示している (Fig.2)。



しかし、被災の程度によるうつ状態得点の割合をみたところ、被災大群の中で半数近い人がハイリスク群であること、その他の群すべてにおいて、それぞれ0点が半数近くを占めていることから、うつ状態においては格差が広がっていることがうかがえた。(Table6)

一方、ハイリスク群において被災の程度の割合は、被災大群>被災中群=被災なし群>被災小群の順になっており、ハイリスク者19名(全体の27.9%)のうち、被災大群が14名(73%)、被災中群が2名(11%)、被災小群が1名(5%)、被災なし群が2名(11%)となっている。PTSDと同じく、基本的に被災の大きさはうつリスクの高さと関連すると思われるが、被災大群の低得点者が半数近くいること、その他の各群にハイリスク及び3点の人が20%前後で一定数いることから、災害後の長期的メンタルヘルスにおいて個人差がみられることを示している (Fig.4)。



②うつ傾向得点

PTSD得点と同様の傾向で被災大群のうつ状態得点平均が最も高く、ハイリスクと判断される得点からはいづらか離れている。(Fig.3)

Table6 被災の程度によるSQD（うつ状態）得点の割合

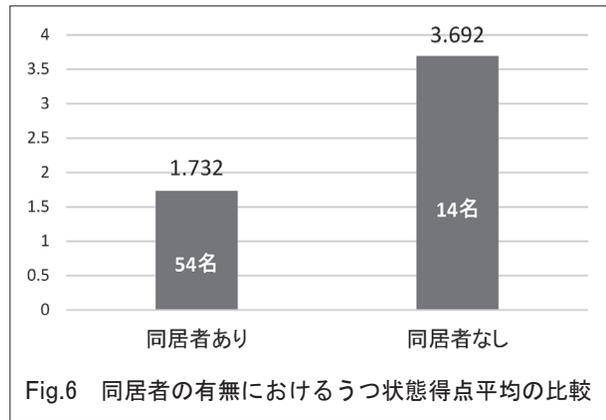
うつ状態得点	被災大		被災中		被災小		被災なし	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
ハイリスク	14	43.75%	2	28.57%	1	9.09%	2	11.11%
3点	4	12.50%	0	0.00%	1	9.09%	2	11.11%
2点	2	6.25%	1	14.29%	0	0.00%	3	16.67%
1点	7	21.88%	1	14.29%	4	36.36%	3	16.67%
0点	5	15.63%	3	42.86%	5	45.45%	8	44.44%
合計	32	100.00%	7	100.00%	11	100.00%	18	100.00%

2) 同居者の有無によるSQD得点の特徴

同居者の有無によって対象者を被災の程度と合わせて分類したところ、全体の約2割が一人暮らしであり、被災大群では一人暮らしの人の割合（32%）がもっとも高く、同居者なし群全体の半数以上を占めていた。（Table7）

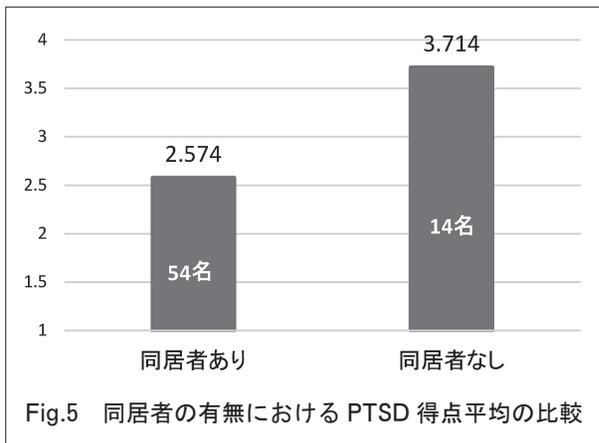
Table7 同居者の有無における被災の程度

	被災大	被災中	被災小	被災なし	計(人)
同居者あり	25	5	8	16	54
同居者なし	8	2	1	3	14
					68



① PTSD 得点

同居者がいない場合、同居者がいる群より PTSD 得点平均が高い。（Fig.5）



②うつ傾向得点

同居者がいない場合、同居者がいる群よりうつ状態得点平均が高く、PTSD 得点に比べ両群間により差があり、ハイリスクに近い得点を占めている。（Fig.6）

3) 震災後持病有無によるSQD得点の特徴

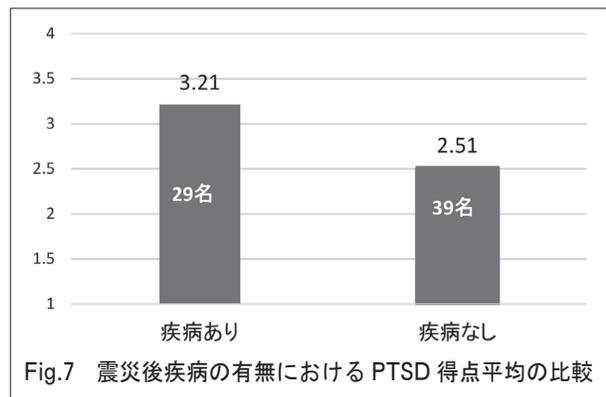
震災後新たに持病を発症しているか否かによって、対象者を被災の程度と合わせて分類したところ、全体の約4割強が震災後疾病を有していた。（Table8）震災後新たに持病を持つようになった29名のうち、被災大群が55%を占めていた。（Table8）

Table8 震災後の疾病の有無における被災の程度

	被災大	被災中	被災小	被災なし	計(人)
疾病あり	16	5	2	6	29
疾病なし	17	2	7	13	39
					68

① PTSD 得点

震災後「疾病あり」の場合、「疾病なし」群に比べ、いくらか PTSD 得点平均が高かった。（Fig.7）



②うつ状態得点

震災後「疾病あり」群と「疾病なし」群の平均得点は

あまり差がみられなかった。(Fig.8)

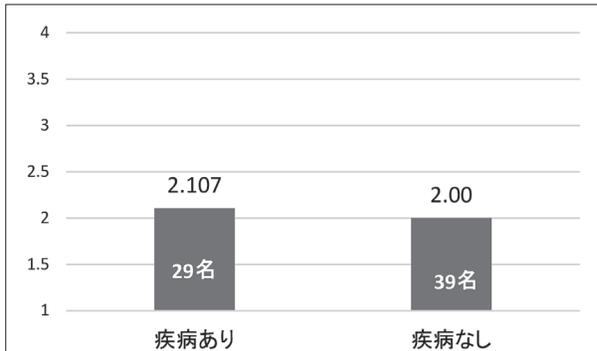


Fig.8 震災後疾病の有無におけるうつ状態得点平均の比較

4) 居住形態による SQD 得点の特徴

居住形態によって対象者を被災の程度と合わせて分類したところ、全体の約4割強が復興住宅に暮らしであり、復興住宅者は被災大群が大半を占めていた。(Table9)

Table9 住居形態における被災の程度

	被災大	被災中	被災小	被災なし	計(人)
自立住宅	8	6	8	18	40
復興住宅	26	1	1	0	28
					68

① PTSD 得点

復興住宅群が自立住宅群より PTSD 得点平均が著しく高い上に、ハイリスクに近い得点を示した。被災大群の中には自力住宅者、すなわち、自分が選んだ地域に自分の資産を基盤に自宅を建てた人たちも含まれており、被災の程度が甚大でもその後の生活形態に PTSD 得点の差がみられると考えられる。(Fig.9)

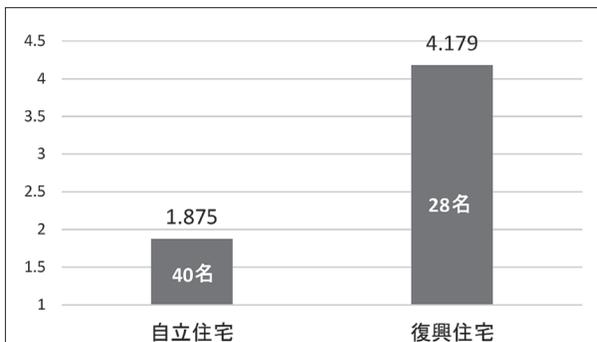


Fig.9 住居形態における PTSD 得点平均の比較

②うつ状態得点

復興住宅群が自立住宅群よりうつ状態得点平均が高かった。(Fig.10)

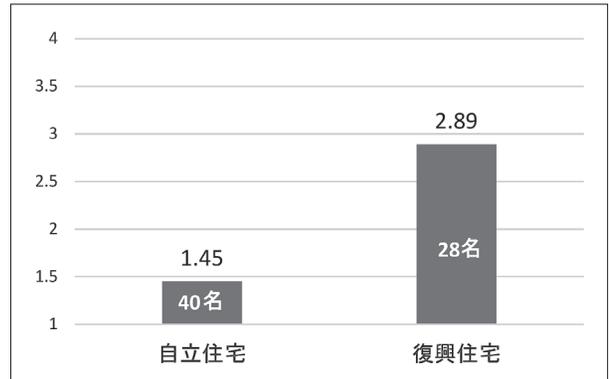


Fig.10 住居形態におけるうつ状態得点平均の比較

5) 現状受容の可否による SQD 得点の特徴

現在の生活状況を受容しているか、受容しがたいかという現状受容の可否によって対象者を被災の程度と合わせて分類したところ、全体の12%が受け入れがたいと考えていた。さらに、そのうち6割強が非受容群であった。(Table10)

Table10 現状受容の可否における被災の程度

	被災大	被災中	被災小	被災なし	計(人)
受容	28	6	8	18	60
非受容	5	1	1	1	8
					68

① PTSD 得点

現状に対して受容群に比べ非受容群の方が著しく PTSD 得点が高く、その上、ハイリスクの得点を示した。(Fig.11)

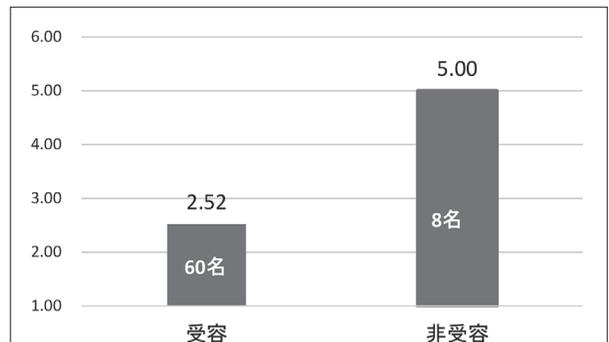
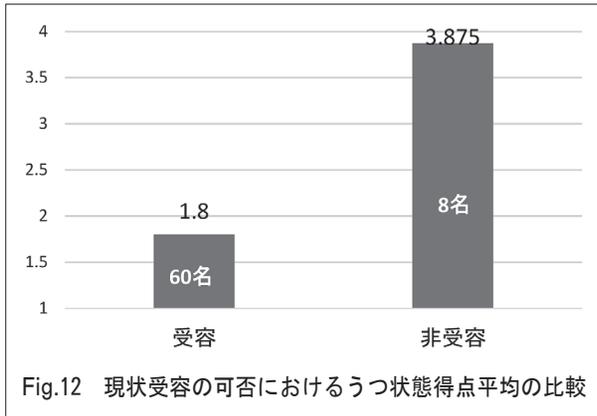


Fig.11 現状受容の可否における PTSD 得点平均の比較

②うつ状態得点

現状に対して受容群に比べ非受容群のうつ状態得点平均が高く、ハイリスクに近い得点を示した。(Fig.12)



4. 自由口述

被災体験と現在の心境について、SQDの面接調査の際、質問項目から連想し、自発的に語った内容を逐語記録し、「被災あり」と「被災なし」に区別しまとめた。(table11)

“仮設住宅から復興住宅に入った。今の方が寂しい。話す人がいない。”“体育館や仮設では人々の交流があった。でもここ（復興住宅地）ではない。”“話し相手がほしい”“周りの支え”“人”が支えである”『家』があるかより、話せる『人』がいるかが大事。”など、災害後の心身の回復には「人」が重要な要因であることが語られた。さらに、復興住宅の整備によりこれから安定した

Table11 被災体験と現在の心境に関する語り

被災あり	仮設住宅から復興住宅に入った。今の方が寂しい。話す人がいない。
	夢は怖い夢を見る。震災の夢も。
	辛いことは年月が流れ、5、6年経ってもまだまだ。一人暮らしなので弟夫婦が近くにいるのが心強い。
	復興住宅(集合住宅)に来て2年経ってもあまり落ち着かない。震災からずっと眠れなかった。
	仮設住宅時代がよかった。周りの人が変わった。すぐドアを開けて顔を合わせたり、声を掛けたりできなくなった。
	みんな同じだと自分が思っているだけで、相手はそうかわからない。心がもよもよする、人間関係のもよもや、やりづらさがある。知らないところに引っ越した感じ。
	毎日一歩前進。沈む日があれば、楽しい日も作れる。『家』があるかより、話せる『人』がいるかが大事。
	痛みは目に見えないものもある。気持ちも同じでは？
	今日はこれでもいいかな感。手抜き感を覚えることができた。
	この場所に慣れたい。楽しいことの工夫。野菜や花いじり。おいしいものを食べる。
	仮設住宅にいるとき出会ったボランティアと今もお付き合い。「人」が支えである。
	津波の直後も今も夢みたいに感じる。今も津波の映像をみても何も感じない。
	津波の映像がメディアや役所で流れることがあるとき、見ないようにしている。
	心のケア大事。体育館や仮設では人々の交流があった。でもここ(復興住宅地)ではない。外を歩いている人がいない。みんな家の中。だから進んでこのようなイベントに参加している。
	復興住宅に入居してこれから良くなっていくかな？と思ったけど、体調ついていけない。そうじゃなかった。診療所でうつと診断され、服薬中。
被災なし	ゆううつで悩みもあるけど、いいように考えている。起きたことだから当たり前、震災の話は嫌だと思わない。仮設5年間、元気に過ごした。幸せだな、自分の家で好きに過ごせる。あつという間にみんな津波に持って行かれた。自分の家にいつ戻れるのか？という人もいる。震災大変だね。
	命があることが一番。話し相手がほしい。
	3年前からストレスなのか、どこもなんともないのに何もできない、動悸がする、眠れない。精神安定剤と抗うつ薬を服用中。
	津波も乗り越えたのに大変なことないと思うけど毎日がストレス。夫が認知症。
	今も地震が来ると怖い。どう思っても災害のことを考えてしまう。
	震災直後の気持ちは大変、心配が多かったけど、今は気持ちが落ち着いた。
	震災の時は一人暮らしで、お向かいのお友達に声をかけながら過ごしていた。怖かった。震災後に体調を崩し、お腹、肩、左ひざの手術をした。直接被害に合っていないので、代わりに身体が悪くなったのかな・・・
	自宅が高台のため、直接被害に会わなかった。震災が起きたときにはどうしようもない無力感と唖然として放心状態だった。お向かいの友人と話したりして気持ちが楽になった。
	津波のことは小さいころから聞いていたから、すぐ気持ちを切り替えて支援にあたった。地元の団結力が支えだった。
	支えは家族、安心できた。震災を機に疎遠だったおばあちゃんと同居するようになったので気を遣う。
津波に遭った人も大変だし、高台にいる人たちも大変。揺れている時間も長く、地震が何回もきたから。	
周りの支えがあつて集まりができてそれが元気の源。今も新聞に震災の写真が載ると胸が苦しくなる。	
時間が経って震災のことを自然に聞けるようになった。直後は嫌だった。地震がもうあつてほしくない。自然だから仕方ない。高台だから被災はなかったけど、知り合いが大丈夫かどうか考える、忘れられない、次何が起こるかかわからない。	

生活を送る見通しができたにもかかわらず、“復興住宅（集合住宅）に来て2年経ってもあまり落ち着かない”“仮設住宅時代がよかった。周りの人が変わった。すぐドアを開けて顔を合わせたり、声を掛けたりできなくなった。”“心がもやもやする、人間関係のもやもや、やりづらさがある。知らないところに引っ越した感じ。”など、同じ境遇という仲間意識のもと、人との交流が容易であった仮設住宅時代の方を懐かしみ、現在の生活への適応の難しさがうかがえた。一方、“毎日一歩前進。沈む日があれば、楽しい日も作れる”“この場所に慣れたい。楽しいことの工夫。野菜や花いじり。おいしいものを食べる。”など、同じく被災体験をし、復興住宅で生活していても自分なりの工夫と前向きな姿勢で適応に向かう様子もみられた。

震災の記憶については、“夢は怖い夢を見る。震災の夢も。”“津波の直後も今も夢みたいに感じる”“5、6年経ってもまだまだ”“津波の映像がメディアや役所で流れることがあるとき、見ないようにしている。”“今も地震が来ると怖い。どう思っても災害のことを考えてしまう。”“今も新聞に震災の写真が載ると胸が苦しくなる。”など、被災の有無にかかわらず今も生々しく想起し、動揺を感じる人がいる反面、“いいように考えている・・・震災の話は嫌だと思わない。”“今は気持ちが落ち着いた”“時間が経って震災のことを自然に聞けるようになった”など、気持ちが安定した人たちもみられ、その多くはやはり被災なし群に多いことがみられた。

さらに、“復興住宅に入居してこれから良くなっていくかな？と思ったけど、体調ついていけない。そうじゃなかった。”ため、災害後7年以上経った今うつ症状と診断されたり、震災から6年経ったごろに“3年前からストレスなのか、どこもなんともないのに何もできない、動悸がする、眠れない”ために服薬を始めたなど、本人の思いと違い体調を崩す事例もみられた。

考察

調査対象地域となった宮古市では平成28（2016）年度までを「再生期」として設定、2017年3月までに災害公営住宅を100%整備し、水産加工施設再開や漁港の復旧をほぼ100%完成している（宮古市、2017）。このような物理的変化は、2016年の調査と2017年の調査において、SQDのPTSD及びうつ状態のハイリスクの割合が劇的に減少することに大きく貢献したと思われる。しかし、その後2年間の調査において2割から3割といった決して少なくない一定のハイリスク群が減少せず存在することから、大災害が人の心に残す傷痕の大きさを改めて実感するとともに、物理的復旧だけでは震災後のメンタルヘルスへの十分な対応は難しいことが考えられた。

一方、震災後のメンタルヘルスには基本的に被災の大きさが重要な影響要因であることが示唆されたが、被災

が大きい中でも個々人の置かれた生活体験によって個人差が生じることが考えられた。その要因の一つに同居家族の有無が挙げられる。同居家族がいる場合と一人暮らしの場合にはPTSD及びうつ状態得点に差があり、特にうつ状態得点においてその差が大きくみられた。自由口述で“家族が支え”“話す人がいない”“家より人”と述べられているように、震災後の生活において「人」「人間関係」は震災後のメンタルヘルスに重要な要因であると思われる。中にはドアを開けるとすぐ顔を合わせることができ、毎日声を掛け合うコミュニティが形成されていた仮設住宅時代が（自分の家がある）今よりよかったという感想があり、災害後の復興の過程で繰り返し再生、解体されるコミュニティの問題が示された。

このような問題は、住居形態によってSQD得点に差がみられるところにも関連していると思われる。住む地域を主体的に選び、自力で再建を成した「自立住宅群」と公的支援に頼り、災害公営住宅に入居せざるを得なかった「復興住宅群」を比較すると、「自立住宅群」は被災の大きかった人を2割含んでいても「復興住宅群」よりPTSD及びうつ状態得点が低かったことから、主体的に新しいコミュニティに入る人と震災後のコミュニティを再解体され、“知らないところに引っ越した感じ”で不安を抱く人との間には復興の過程においてもメンタルヘルスのあり方に違いがあることが考えられた。なお、そもそも地域の高齢化が進んでいるところで災害が起き、調査対象の75%が70代以上という現状から、震災後の疾病発症は必ずしも災害の後遺症によるものとは言えず、実際メンタルヘルスの得点においても大きな差をみせなかったため、メンタルヘルスへの影響要因として考慮しにくいと思われた。

さらに、本研究では被災体験に対する主観的評価を重視し、現在の状況の受け止め方に注目しているが、やはり現在の状況を受容する群と受容しがたい群の間にはPTSD得点及びうつ状態得点において大きな差があり、特に「非受容群」のPTSD得点は「受容群」より高く、ハイリスク得点を示していた。非受容群は全体の12%と少ないが、時が経って“起きたことだから当たり前”“自然だから仕方ない”と受け止めざるを得ないという諦念的受容も多いことが推察される中、受け入れがたさを強くもっていることは、被災体験に複合的要因が関連していると思われる一方、生活が安定した今なお心のあり方がメンタルヘルスに大きく影響することが考えられ、長期的視点での心理的支援の重要性が示唆された。

【謝辞】

研究に協力してくださった岩手県宮古市住民のみなさま、宮古市社会福祉協議会（田老福祉センター）職員のみなさまに深く感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS 科研費 JP16K12388の助成を受けたものです。

【参考・引用文献】

- 川上憲人（2015） 災害精神保健に関するスクリーニング調査手法 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究」分担研究
- 奇 惠英（2017） 東日本大震災の長期的影響と臨床心理学的支援に関する研究Ⅰ—SQD（Screening Questionnaire for Disaster Mental Health）からみる長期的影響— 福岡女学院大学大学院紀要臨床心理学 15, 1-8.
- 宮古市（2011） 宮古市東日本大震災復興計画【基本計画】
- 宮古市（2017） 東日本大震災からの復興—これまでの6年間と今後の取り組み—
- （財）兵庫県長寿社会研究機構こころのケア研究所（2001） PTSD 遷延化に関する調査研究報告書—阪神・淡路大地震の長期的影響— 平成 13 年 3 月
- 東北大学（2014） 「プレスリリース：東日本大震災後の被災地の心臓病患者における精神的ストレスの増加」 2014 年 2 月 24 日
<https://www.tohoku.ac.jp/japanese/newimg/pressimg/tohokuuniv-press_20140224_02.pdf>（2019 年 11 月 30 日）

