

## 原発事故による県外避難者の生活状況と主観的健康観及びメンタルヘルスとの関連

## —2019年度首都圏避難者への実態調査—

Relationship between Living Conditions, Subjective Views on Health, and Mental Health of Evacuees  
Outside the Prefecture due to the Nuclear Accident

## — Fact-Finding Survey for Evacuees in the Tokyo Metropolitan Area 2019 —

岩垣 穂大\*1

Takahiro IWAGAKI

東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所の事故から2020年3月で9年が経過した。本研究では、避難者の生活の現状や健康状態における課題を明らかにし、県外での避難を継続させるためにどのような支援をするべきか考察することを目的としたアンケート調査を行った。対象者は福島県から首都圏に避難を継続中の方とした。各自治体の協力を得て4,255部配布し、476部回収した。生活状況について、経済的に困っていると回答した人が44.2%、仕事に対して不満を感じている人が38.0%、家族関係を不満に感じている人が23.6%、現在居住する地域での友人関係を持たない人が38.3%、避難していることで嫌な経験をした人が45.7%であった。また、生活状況や他者との関りが主観的健康感やメンタルヘルスに影響を及ぼしていることが明らかとなった。今後、メンタルヘルスの悪化がみられるハイリスク群には、個別具体的な支援を継続させていくことが重要である。さらに避難先において「相談相手がない」、「地域から孤立している」と回答した避難者には、社会参加を行うきっかけとなる支援が必要である。

キーワード: 福島原子力発電所事故, 県外避難者, 主観的健康感, メンタルヘルス, 地域からの孤立

Keywords: Fukushima Nuclear Power Plant Accident, Evacuees Outside the Prefecture, Subjective Health, Mental Health, Isolation from the Community

## 1. はじめに

東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所の事故発生から2020年3月で9年をむかえた。復興庁の統計によると2019年7月現在でも福島県外に31,608人が避難を続けている<sup>1)</sup>。福島県が2016年に行った帰還意向調査では、県外に避難している3,457世帯のうち、約70%が「今後も避難先での生活を継続する」と回答したと報告されている<sup>2)</sup>。避難生活を継続する方への支援について、これまで段階的に様々な経済的支援が打ち切られてきた。そして発災から10年目の2021年3月末には「賠償請求権」が時効をむかえる<sup>3)</sup>。

避難者支援の打ち切りにより、避難先での生活が経済的にも心理的にも苦しい状況に置かれていることが先行研究でも指摘されている<sup>4)</sup>。特に避難指示区域外からの避難者、および指示が解除された区域からの避難者は、支援の対象から外れることによって避難生活の継続が困難になっている。

また、避難者であることによって様々な嫌がらせや心無い発言を受けることがあり、避難者であるこ

とを隠して生活する現状がこれまでの調査で確認されている<sup>5)</sup>。特に高齢者においては、避難先の地域コミュニティから孤立することで、生活に必要な介護保険や障害福祉サービス、生活困窮者支援などの公的支援につながっていない可能性も課題として挙げられている。

これまで、復興庁や福島県をはじめ、様々な健康調査や住民意向調査が行われてきた。しかし、区域外避難者も含め県外への避難者について、生活状況や心身の健康状態を詳細に調査し、その要因を検討する研究はあまり見られない。そこで本研究では、避難者の生活の現状や健康状態における課題を明らかにし、県外での避難を継続させるために、どのような支援をするべきか考察することを目的とした。

## 2. 対象と方法

### 2.1 対象

福島県内の市町村に調査依頼を行い、協力が得られた双葉町、大熊町、富岡町、いわき市、川内村、福島市、郡山市から一都六県（東京都、埼玉県、神

\*1 日本女子大学 人間社会学部 助教・博士（人間科学）

Faculty of Integrated Arts and Social Sciences, Japan Women's University, Ph.D.(Human Sciences)

奈川県、千葉県、栃木県、群馬県、茨城県)に避難を継続中の方を対象とした。各市町村の避難者支援窓口の協力を得て、自記式質問紙を広報誌に同封し、双葉町900部、大熊町940部、富岡町1450部、いわき市400部、川内村220部、福島市170部、郡山市175部、合計4,255部を配布した。なお、世帯別の同居人数を正確に把握することが困難であったため、回答は世帯の中で代表者1名とした。調査期間は2019年10月から2020年3月であった。

## 2. 2 項目

生活状況を把握する項目として、生活費の悩み(「とても困っている」から「まったく困っていない」までの4件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、仕事に対する満足度(「満足している」から「満足していない」までの3件法で回答、「満足している」「不満である」の2群に分類)、住宅環境の満足度(「大変満足」から「非常に不満」までの4件法で回答、「満足している」「不満である」の2群に分類)、家族関係の満足度(「大変満足」から「非常に不満」までの4件法で回答、「満足している」「不満である」の2群に分類)、補償賠償問題に関する心配(「ある」「ない」の2件法)、困りごとの相談相手の有無(「いる」「いない」の2件法)、を質問した。また、現在居住する地域の方とのつきあい、(「よくある」から「滅多にない」の5件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、避難前の地域の方との付き合い(「よくある」から「滅多にない」の5件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、避難者であることによって受けた嫌な経験(「よくある」から「全くない」までの4件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、避難していることを他者へ話すことへの抵抗(「抵抗はない」から「抵抗がある」までの4件法で回答、「抵抗なし」「抵抗あり」の2群に分類)、地域からの孤立感(「とてもそう思う」から「全くそう思わない」までの5件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、避難指示解除後の世帯方針(「帰還する」「避難を継続する」「移住する」「決めていない」の4件法で回答、「困っている」「困っていない」の2群に分類)、帰還に関する気持ち(「絶対に帰りたい」「帰りたい」「どちらとも言えない」「帰りたくない」「絶対に帰りたくない」5件法で回答、「帰りたい」「どちらとも言えない」「帰りたくない」の3群に分類)の回答を依頼した。その他、基本情報として性別、年齢、避

難元の現在の区域区分等について質問した。

主観的健康観は、「あなたは、ご自身の健康状態をどのように感じていますか」との質問に対し、「とても良い」から「とても悪い」までの5段階で尋ねた。主観的健康観は心身の健康だけでなく経済状況や生活環境などの要因によっても規定される総合的な健康指標である<sup>6)</sup>。臨床医が検査等を行い客観的に判断する健康ではなく、個々人の主観的な判断に基づいて自己評価を行うものである。我が国では1986年以降の国民健康基礎調査において用いられており、健康を評価する重要な指標の一つとされ、様々な疫学研究に用いられている<sup>7)8)</sup>。医学的な健康と、個人が感じる社会的要素を含めた健康には隔たりがあり、本研究では人々が主観的に感じる健康が重要と捉え、主観的健康観を採用した。

メンタルヘルス測定には、気分・不安障害調査票(以下、K6)とIES-Rを用いた。K6は、米国のKesslerによって、うつ病や気分・不安障害、などの精神疾患をスクリーニングすること目的として開発された質問票である。この尺度は、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている<sup>9)</sup>。過去30日間の抑うつ・不安の頻度について問う6項目の質問に対し、それぞれ5段階(0-4点)での回答を求め、合計得点(0-24点)を計算する。この合計得点が高いほど気分・不安障害の可能性が高いことを示す。一般集団に対するカットオフ値に関しては、5点以上(心理的ストレス反応相当)、9点以上(気分・不安障害相当)13点以上(重症精神障害:社会機能障害がおきる気分・不安・物質使用障害相当)が提案されている<sup>10)</sup>。本研究ではカットオフ値を13点とし、「13点以上」を「抑うつ・不安状態」群、「12点以下」を「抑うつ・不安状態なし」群とした。また、県民健康調査で福島県立医大が支援を要すると判断する基準である17点以上の割合も求めた<sup>11)</sup>。

出来事インパクト指数改訂版(以下、IES-R)は、トラウマ体験に対するストレス反応の程度を集団被害から個別被害まで幅広く測定する尺度であり22項目から構成されている<sup>12)</sup>。尺度の得点が高いほどストレス反応が強いことが示され、PTSDのスクリーニング目的、症状経過観察など実用的な質問紙として国際的に使用されている。日本語版IES-R24)においては、スクリーニングの目安となるカットオフ値は24/25とされ、25点以上ではPTSDである可能性が高くなるとされている。ただし、IES-Rはあ

くまでも自己記入式の質問紙であり、PTS症状の強さを表すものであり、PTSDを臨床的に診断することはできない。

### 2. 3 解析方法

まず、測定した項目の単純集計を記述した。次に、主観的健康観（「良好」群と「不良」群）、K6（「抑うつ・不安状態」群と「抑うつ・不安状態なし」群）で、各調査項目におけるそれぞれの回答者の割合を $\chi^2$ 検定によって比較し有意差を求めた。最後に、各調査項目における主観的健康観「不良」、及び「うつ・不安状態」の発生リスクを明らかにするため多重ロジスティックモデルによる分析を行った。分析にはHALBAU7（株式会社ハルボウ研究所）を用いた。なお、本研究は早稲田大学災害復興医療人類学研究所と震災支援ネットワーク埼玉（SSN）が合同で行った。倫理的配慮として、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」の承認を得た（承認番号2013-131）。

## 3. 結果

配布した4,255部のうち2020年3月末までに回答が得られた476部を分析の対象とした。回収率は11.2%であった。

### 3. 1 単純集計

回答者の性別は、男性が48.8%、女性が51.2%であった。年齢は59歳以下26.0%、60歳代31.1%、70歳代29.3%、80歳以上13.5%であった。回答者の避難元の区域区分は、帰還困難区域が52.1%、居住制限区域が3.6%、避難指示解除準備区域が3.3%、避難指示が解除された区域が29.0%、もともと避難区域外が8.5%、わからないが3.6%であった。

生活状況について、経済的に困っていると回答した人が44.2%、仕事に対して不満を感じている人が38.0%、住宅環境に不満を感じている人が31.4%、家族関係を不満に感じている人が23.6%、補償賠償に不安を感じている人が62.8%、困ったときに相談相手がない人が44.3%、現在居住する地域での友人関係を持たない人が38.3%、避難前の地元の方との交流を持たない方が51.2%、避難者であることによって嫌な経験をした人が45.7%、避難していることを話すことに対し抵抗を感じている人57.4%、自分の家庭が近所から孤立していると感じている人23.2%、避難区域解除後の世帯方針について帰還す

るが4.3%、当面は避難を続けるが37.4%、移住するが35.1%、決めていないが23.2%、帰還に対する気持ちについて、帰りたいが17.5%、どちらとも言えないが46.9%、帰りたくないが35.6%であった。

主観的健康感について、「不良」と感じている人は40.3%であった。メンタルヘルスについて、社会機能障害がおきる気分・不安・物質使用障害相当とされるK6得点13点以上の方の割合は17.8%であった。また、福島県が行う「こころの健康度・生活習慣に関する調査」において医師が支援を行う基準として設定されているカットオフ値17点の方の割合は9.4%であった。IES-Rについて、PTSDである可能性が高くなるとされている25点以上の割合は、39.2%であった。

### 3. 2 生活状況と主観的健康感及びK6との関連

生活状況と主観的健康感及びK6と関連について、 $\chi^2$ 検定を行った。主観的健康感と有意に関連していたのは年齢、経済状況、仕事の満足度、住宅環境の満足度、家族関係の満足度、補償賠償に関する心配、相談相手の有無、現在居住する地域の方との付き合い、地域からの孤立であった。

また、K6得点と有意に関連していたのは経済状況、仕事の満足度、住宅環境の満足度、家族関係の満足度、補償賠償に関する心配、相談相手の有無、現在居住する地域の方との付き合い、避難者であることで受けた嫌な経験、地域からの孤立であった。

### 3. 3 ロジスティック回帰分析の結果

主観的健康感を目的変数、他者との関りを説明変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。性、年齢を調整した場合、現在居住する地域の方との関り「あり」と回答した群に対し、「なし」と回答した群の主観的健康感「不良」のオッズ比（95%信頼区間）は2.03（1.33-3.11）と統計学的に有意な関連が認められた。また、避難前の地元の友人との付き合い「あり」と回答した群に対し、「なし」と回答した群の主観的健康感「不良」のオッズ比（95%信頼区間）は2.17（1.42-3.33）、地域からの孤立感「あり」と回答した群に対し、「なし」と回答した群の主観的健康感「不良」のオッズ比（95%信頼区間）は2.04（1.25-3.31）であった。

表 1. 年代別単純集計

項目	区分	59歳以下	60歳代	70歳代	80歳以上	合計
性別	男性	60 (58.8)	78 (63.9)	80 (69.6)	20 (37.7)	238 (60.7)
	女性	42 (41.2)	44 (36.1)	35 (30.4)	33 (62.3)	154 (39.3)
避難区域	避難指定区域内	51 (51.5)	74 (62.7)	73 (65.2)	32 (68.1)	230 (61.2)
	避難指定区域外	48 (48.5)	44 (37.3)	39 (34.8)	15 (31.9)	146 (38.8)
主観的健康観	良好	67 (65.7)	73 (59.8)	72 (63.2)	21 (40.4)	233 (59.7)
	不良	35 (34.3)	49 (40.2)	42 (36.8)	31 (59.6)	157 (40.3)
K6	12点以下	78 (76.5)	107 (87.7)	95 (81.9)	43 (81.1)	323 (82.2)
	13点以上	24 (23.5)	15 (12.3)	21 (18.1)	10 (18.9)	70 (17.8)
IES-R	24点以下	58 (56.9)	79 (64.8)	74 (63.8)	28 (52.8)	239 (60.8)
	25点以上	44 (43.1)	43 (35.2)	42 (36.2)	25 (47.2)	154 (39.2)
経済状況	困っていない	57 (56.4)	63 (52.9)	68 (59.1)	27 (54.0)	215 (55.8)
	困っている	44 (43.6)	56 (47.1)	47 (40.9)	23 (46.0)	170 (44.2)
仕事への満足度	満足している	40 (58.0)	23 (67.6)	12 (70.6)	0 (0.00)	75 (62.0)
	不満である	29 (42.0)	11 (32.4)	5 (29.4)	0 (0.00)	46 (38.0)
住宅環境の満足度	満足している	70 (69.3)	84 (70.6)	79 (69.3)	25 (59.5)	258 (68.6)
	不満である	31 (30.7)	35 (29.4)	35 (30.7)	17 (40.5)	118 (31.4)
家族関係の満足度	満足している	69 (68.3)	96 (82.8)	86 (81.1)	27 (65.9)	278 (76.4)
	不満である	32 (31.7)	20 (17.2)	20 (18.9)	14 (34.1)	86 (23.6)
補償賠償に関する心配	なし	39 (38.6)	45 (38.1)	44 (39.6)	12 (26.1)	140 (37.2)
	あり	62 (61.4)	73 (61.9)	67 (60.4)	34 (73.9)	236 (62.8)
相談相手の有無	あり	62 (60.8)	60 (50.0)	63 (55.8)	29 (59.2)	214 (55.7)
	なし	40 (39.2)	60 (50.0)	50 (44.2)	20 (40.8)	170 (44.3)
現在居住する地域の方との付き合い	あり	53 (52.0)	71 (58.7)	83 (72.8)	33 (63.5)	240 (61.7)
	なし	49 (48.0)	50 (41.3)	31 (27.2)	19 (36.5)	149 (38.3)
避難前の地元の方との付き合い	あり	31 (30.7)	64 (52.9)	71 (62.8)	23 (44.2)	189 (48.8)
	なし	70 (69.3)	57 (47.1)	42 (37.2)	29 (55.8)	198 (51.2)
避難者であることで受けた嫌な経験	なし	54 (52.9)	64 (52.9)	62 (54.4)	30 (60.0)	210 (54.3)
	あり	48 (47.1)	57 (47.1)	52 (45.6)	20 (40.0)	177 (45.7)
避難していることを他者に話す抵抗	なし	33 (32.4)	46 (37.7)	54 (48.2)	31 (63.3)	164 (42.6)
	あり	69 (67.6)	76 (62.3)	58 (51.8)	18 (36.7)	221 (57.4)
地域からの孤立感	感じない	52 (51.0)	59 (48.8)	55 (49.1)	23 (47.9)	189 (49.3)
	感じる	50 (49.0)	62 (51.2)	57 (50.1)	25 (52.1)	194 (50.7)
避難指定解除後の世帯方針	帰還する	2 (2.2)	2 (1.8)	7 (6.7)	4 (9.8)	15 (4.3)
	避難を続ける	34 (38.2)	31 (28.2)	44 (41.9)	20 (48.8)	129 (37.4)
	移住する	31 (34.8)	47 (42.7)	38 (36.2)	5 (12.2)	121 (35.1)
	決めていない	22 (24.7)	30 (27.3)	16 (15.2)	12 (29.3)	80 (23.2)
帰還に関する気持ち	帰りたい	10 (9.8)	19 (16.1)	18 (15.8)	20 (41.7)	67 (17.5)
	どちらとも言えない	57 (55.9)	57 (48.3)	49 (43.0)	16 (33.3)	179 (46.9)
	帰りたくない	35 (34.3)	42 (35.6)	47 (41.2)	12 (25.0)	136 (35.6)

表2. 生活状況と主観的健康感及びK6との関連

項目		主観的健康観		p値	有意差	K6得点		p値	有意差
		良好	不良			12点以下	13点以上		
性別	男性	141 (60.0)	95 (60.1)	0.980		195 (60.0)	44 (62.0)	0.758	
	女性	94 (40.0)	63 (39.9)			130 (40.0)	27 (38.0)		
年齢	59歳以下	67 (28.8)	35 (22.3)	0.017	*	78 (24.1)	24 (34.3)	0.182	
	60歳代	73 (31.3)	49 (31.2)			107 (33.1)	15 (21.4)		
	70歳代	72 (30.9)	42 (26.8)			95 (29.4)	21 (30.0)		
	80歳以上	21 (9.0)	31 (19.7)			43 (13.3)	10 (14.3)		
経済状況	困っていない	158 (66.7)	60 (39.5)	0.000	*	197 (61.0)	23 (33.3)	0.000	*
	困っている	79 (33.3)	92 (60.5)			126 (39.0)	46 (66.7)		
仕事の満足度	満足している	69 (82.1)	22 (55.0)	0.001	*	82 (81.2)	9 (39.1)	0.000	*
	不満である	15 (17.9)	18 (45.0)			19 (18.8)	14 (60.9)		
住宅環境の満足度	満足している	176 (76.5)	84 (55.6)	0.000	*	223 (71.2)	38 (54.3)	0.006	*
	不満である	54 (23.5)	67 (44.4)			90 (28.8)	32 (45.7)		
家族関係の満足度	満足している	183 (81.7)	98 (68.1)	0.002	*	242 (79.3)	41 (63.1)	0.005	*
	不満である	41 (18.3)	46 (31.9)			63 (20.7)	24 (36.9)		
補償賠償に関する心配	なし	103 (45.4)	37 (24.3)	0.000	*	133 (42.5)	9 (13.0)	0.000	*
	あり	124 (54.6)	115 (75.7)			180 (57.5)	60 (87.0)		
相談相手の有無	あり	146 (61.9)	71 (46.1)	0.002	*	194 (60.4)	24 (34.3)	0.000	*
	なし	90 (38.1)	83 (53.9)			127 (39.6)	46 (65.7)		
現在居住する地域の方との付き合い	ある	162 (68.1)	83 (52.9)	0.002	*	218 (66.9)	28 (40.0)	0.000	*
	ない	76 (31.9)	74 (47.1)			108 (33.1)	42 (60.0)		
避難者であることで受けた嫌な経験	ない	137 (57.3)	75 (49.0)	0.107		198 (60.7)	15 (22.1)	0.000	*
	ある	102 (42.7)	78 (51.0)			128 (39.3)	53 (77.9)		
地域からの孤立	感じない	129 (54.7)	62 (40.8)	0.007	*	177 (55.1)	16 (23.2)	0.000	*
	感じる	107 (45.3)	90 (59.2)			144 (44.9)	53 (76.8)		

\* :  $p < 0.05$

表 3. 主観的健康感とK6（13点以上）を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果

社会経済文化的要因		主観的健康観			K6		
		OR	(95%CI)	有意差	OR	(95%CI)	有意差
経済状況	困っていない	1.00			1.00		
	困っている	3.16	(2.06-4.86)	*	2.82	(1.36-5.86)	*
仕事の満足感	満足している	1.00			1.00		
	不満である	3.74	(1.60-8.75)	*	7.11	(2.59-19.50)	*
住宅の満足感	満足している	1.00			1.00		
	不満である	1.14	(0.63-2.06)		2.09	(1.22-3.58)	*
家族関係の満足感	満足している	1.00			1.00		
	不満である	2.14	(1.30-3.51)	*	2.25	(1.26-4.01)	*
補償への心配	なし	1.00			1.00		
	あり	2.52	(1.60-4.00)	*	4.92	(2.35-10.31)	*
相談相手の有無	あり	1.00			1.00		
	なし	1.81	(1.19-2.75)	*	2.94	(1.69-5.11)	*
近所付き合い	あり	1.00			1.00		
	なし	2.03	(1.33-3.11)	*	3.12	(1.82-5.34)	*
地元のつきあい	あり	1.00			1.00		
	なし	2.17	(1.42-3.33)	*	1.74	(1.01-3.00)	*
地域からの孤立感	なし	1.00			1.00		
	あり	2.04	(1.25-3.31)	*	3.03	(1.72-5.32)	*
いやな思い	なし	1.00			1.00		
	あり	1.40	(0.92-2.11)		5.38	(2.90-9.99)	*

OR : オッズ比, 95%CI : 95%信頼区間

\* 年齢, 性別で調整

## 4. 考察

### 4. 1 主観的健康感およびメンタルヘルス

震災から9年をむかえ、避難者の生活様式は多様化している。そのため、客観的な医学的知見のみでは心身の健康状態を正確に把握することが不十分である。経済状況や住宅環境など生活の質に着目し、総合的に生活環境を整えることが必要であり、その際に個人レベルで健康を評価する主観的健康感、あるいは生活の満足度を測る指標が重視されている<sup>13)</sup>。主観的健康感とは国民生活基礎調査の項目にもなっており、健康寿命を決める際の副指標とされている。また、医学的な評価が困難な場合に、比較的容易に調査が可能であるため、アンケート等の社会調査では頻繁に用いられている<sup>14) 15)</sup>。先行研究においてもその信頼性妥当性は認められており、死亡リスクや生命予後の評価に高い有用性を示している。加えて、地域活動やボランティア活動への参加が主観的健康感の向上に寄与していることも明らかになっている<sup>16)</sup>。楽しみや生きがいといった生活の豊かさが健康にあたる影響についても指摘されており、震災避難者支援を考える上でもこの点を考慮しなければならない。

本調査でも主観的健康感「不良」と様々な生活指標との間で関連が明らかになった。特に、「近隣住民との付き合い（ほとんどない）」、「地域からの孤立（そう思う）」、「相談相手の有無（なし）」との関連が統計学的に有意に認められたことから、これらの環境の改善を行う必要性が示唆された。先行研究において、中尾らは「近所づきあいの満足度」が主観的健康観に有意な関連性を示したことを報告している<sup>17)</sup>。また、石らは、社会参加をすることで地域での自分の役割を果たすことができ、それによって自分の価値や生きがいを感じる事が主観的健康観の向上につながると述べている<sup>18)</sup>。さらに松本らは、近いところに相談者がいると身体面のこともすぐに相談にのってもらえるため、自分の健康に関する自信が高まると述べている<sup>19)</sup>。よって、今後も移住先、避難先での地域において、社会参加を促すことに加え他者に気軽に相談できる環境を整えていくことが重要である。

メンタルヘルスに関して、本調査ではうつの傾向が疑われるK6得点13点以上の方の割合が17.8%、県民健康調査で福島県立医大が支援を要すると判断する基準である17点以上の割合が9.4%であった。また、PTSDが疑われる基準であるIES-R得点25点以上の割合が39.2%であった。ハイリスクな対象者に

は、十分な休息をとることや仕事の環境を変えることだけではなく、専門家による心理カウンセリング等のアプローチを行う必要がある。同時に経済状況や住宅環境、他者との関わりなどの社会的要因の改善が不可欠である。PTSDについては、時間の経過とともに割合が減少していくのが通常であるが、9年目でも高い割合が続いていた。長期間強いストレス状態に置かれることで発症する反復・慢性型PTSD、あるいは大きなトラウマと慢性的なストレス両方で発症している状態が考えられる。蟻塚らは、2019年に浪江町津島地区の住民504名に行ったアンケート調査において、48.4%の住民がPTSDのハイリスク状態にあったと報告している<sup>20)</sup>。原発事故から8年経過しても低下せずむしろ上昇している要因について、避難生活の長期化や東電との補償交渉の不成立、先の見えない不安などの要因を挙げている。今回の調査からもそれらの要因が未だに解決されず、メンタルヘルスの悪化につながっている様子がうかがえる。

経済的に困窮し、補償賠償も十分に行われず、家族・近隣関係も崩れるなど、メンタルヘルスの悪化には様々な因子が交絡している。裁判などを含めて必要な権利を主張し、安心した生活ができる環境が保証されなければ改善は困難である。今後も個別・具体的な支援が重要となっており、自治体の支援窓口や復興支援員、NPOなど多職種が連携しながら今後も支援を継続していく必要がある。

### 4. 2 経済的・仕事・補償賠償に関する課題

経済状況について、半数近くの44.2%の方が「困っている」と回答していた。経済的な困窮は、60歳未満の世代においては、就労の状況と大きく関連していることが考えられる。今回の調査でも、60歳未満で現在の仕事に満足していない方が42%見られた。その原因として、自営業を再開できない状況が考えられる。たとえ同じ業種、職種の自営業でも、避難先では客や仕入れ先などが違うため、福島の頃の水準に戻すことは困難である。今回のアンケートの回答者は、双葉町、富岡町、大熊町など浜通りで海に面した地域の方が多く、水産業あるいは水産加工業に従事されていた方もいたと推測される。自営業の未再開、あるいは違う土地での再開という状況は、仕事の満足度や生きがいに影響している可能性がある。一方、自営業の再開を断念し、新たな業種に転職しようとしたところ思い通りにいかないケースもある。特別な資格等がある場合を除き、正社員

になることは容易ではなく、非正規雇用で収入が不安定になっていることも考えられる。生活費の支出の中で最も大きな割合を占めるのが家賃であり、補助がなくなることによって支払いが困難になる。これらの支払いを含め、経済的に生活が成り立たない状況であれば、生活困窮者支援制度の利用や生活保護等の利用について検討していく必要がある。

補償賠償に関する心配では62.8%の方が、不安があると回答していた。一括請求で既に大枠の請求は完了している世帯が多いものの、地元に残してきた家や土地の税金関係の悩みや墓地をどうするか判断がつかない状況が想定される。今後も請求が可能な項目に関しては、何をいつまでにどうやって請求できるのか、改めて整理して分かりやすく情報提供する必要がある。また、医療費の補償については「生命・身体的損害に係る補償」の中で行われているが、医師の診断書を添付し避難との因果関係を証明しなければならないため。現在はほとんど認められていない。しかし、疾患そのものだけを診察し、避難しなかった場合には起こり得ないとの因果関係を証明することは容易ではない。高齢者の健康に起因するのは食事、運動、社会参加であり、それらの生活環境がどのように避難によって奪われ、高齢者に特有の疾患が引き起こされているかで補償が行われるべきである。

住宅についても、農村部の広い戸建てに居住していた方が、避難先のアパートの小さな部屋での生活を余儀なくされることで過度なストレスがかかる。本調査では、31.4%の方が避難先の住宅及びその周辺環境に不満があると回答している。畑仕事もなくなり、運動不足や引きこもりになるだけでなく、自治会・町内会など地域の集まりや神社の祭典など、社会参加の機会も奪われたことは、高齢者の健康において大きなリスクであったと考えられる。

さらに震災関連死の認定について、自治体毎に基準が曖昧で避難生活との関連を証明することが難しく、認定されにくい状況にある。しかし、災害弔慰金の額は決して少なくなく、弔慰金を確実に受け取ることで生活を再建できる避難者もいるのではない。賠償金を受け取る事で生じる葛藤や申請手続きの煩雑さが原因で請求を躊躇する方もおり、原発事故から9年目をむかえる今日、改めて経済的な状況について支援を呼び掛ける必要がある。

#### 4. 3 地域・家族に関する課題

本調査では、「現在居住する地域の方とのつなが

り」、「避難前の知人友人との付き合い」、「地域からの孤立感」が主観的健康感やメンタルヘルスに影響を与えることが明らかになった。また、避難者であることによって嫌な経験をしたと回答した人が45.7%、避難していることを話すことに抵抗があるかとの問いには、半数以上の57.4%の人が、抵抗があると回答していた。

蟻塚は、「今住んでいる家はいくらしたんだ?」「東電からいっぱいもらったんだろう?」と揶揄された避難者の事例について紹介し、避難先地域との関わりを持つことの難しさを指摘している<sup>20)</sup>。また「今いる土地が、自分が本来いるべき場所ではない」と感じる人や「避難先の老人クラブに参加しても共感できる話題がなく話に入っていけない」といった苦悩をかかえる人もおり、避難者が生きる価値を失っているケースもあると指摘している。

地域から孤立をすると、特に高齢者において“支援が必要なとき”に発見が遅れる場合がある。毎年全国で孤立死が報告されているが、地域とつながっていればそのような状況に陥る前に、地域住民から連絡が入り、公的機関の職員が訪問することができる。しかし、高齢になってから自治会・町内会に入り、近隣で友人をつくることは容易ではない。そのような場合は介護保険サービスを利用したり、日常生活に密接している新聞・牛乳・弁当などの宅配業者に見守りを依頼したりし、何かあれば支援機関に連絡がいく体制を構築することが必要であると考えられる。復興支援員が配置されている市町村もあるが、年々規模は縮小されており、全ての避難者の状況を把握することは困難である。蟻塚は、「人は他人との肯定的な関りを持つことによって自分の生きる価値を感じるができる」と述べている<sup>20)</sup>。県外避難者の支援においても、他者との関りによって自尊心を回復させることが重要であり、自尊心の回復が生活状況やメンタルヘルスの根本的な解決に必要であると考えられる。

また、避難による家族の分断についてもこれまで課題とされてきた。本調査でも家族関係に不満を持っている方の割合は23.6%であった。その中で意見の相違によるすれ違いやうつ、アルコール依存などの精神疾患を発症したことがきっかけで離婚に至るケースもある。母子だけの避難継続は経済的負担も大きく、困窮状態に陥るリスクも高い<sup>21)</sup>。母子での避難者には、特に手厚い経済的支援が求められる。

#### 4. 4 帰還に関する課題



本調査では避難指示解除後の世帯方針について、年代によって大きく異なっていた。「帰還する」と回答した人は80歳以上で9.8%であったが、59歳以下では2.2%であった。帰還したい気持ちについても、「帰りたい」と回答した人が80歳以上で41.7%であるのに対し、59歳以下では9.8%であった。年齢が高い住民の方が土地や地域コミュニティへの愛着が強く、帰還への気持ちが強くなる傾向があるのではないかと、しかしながら国の政策は全て帰還が前提となっており、県外避難者への支援策を次々に打ち切るなど、その乖離が大きな問題とされている。

国は避難者に対し、地元に残してきた家を解体する場合、指定された期間内であれば無料で行える制度を設けている。しかし、自分の生きてきた証といえる家を解体することに対し、決心がつかないまま選択を迫られる避難者も多くいる。避難指示解除についても、解除後に帰還するかどうか「自己責任」で判断するように迫られている。一人ひとり考え方や選択が異なるため、これまで避難の辛さを共有できていた福島同士のつながりの方とも、相談や情報共有ができなくなっている。そのような問題に対しては、相手のペースに沿った支援が求められ、“人生を選択しなければならないことによる痛み”を取り除くことが重要である。

愛甲らは、県外避難者に対する調査の中で「あいまいな喪失」という言葉を指摘している<sup>22)</sup>。「あの浪江はもう私が住んでいた浪江ではない。帰るって言われても、あのふるさとではないから、帰れるわけがない。」との避難者の語りから、ふるさととは存在しているが、家が壊され、様々な手が加えられていく様子は、自分のふるさとを失ったように感じられ、そのような状況を「あいまいな喪失」と表現している。これまで、様々な支援団体が避難者の交流会を開催しているが、ニーズは年々個別化している。今後、細分化された個別具体的ニーズに対応できる交流会の形式を検討していくことが重要であると考えられる。

## 5. おわりに

本研究では、アンケートの回収率が11.2%であり、避難者全体の現状を反映しているとは言い難い。回収率が11.2%に留まった理由としては、避難者を対象とした調査が国や県のみならず市町村ごとでも行われており、被災者がアンケートへの回答に過度な負担を強いられている可能性が考えられる。また、調査時期も他の機関と重ならないように配慮したが、

同時期に行われるものも少なからずある。しかし、4255世帯に質問紙の配布を行い、476部のデータを取得しており、統計解析に必要な量のデータを得られている。したがって、回収できたデータは支援の方向性を定めるための重要なものであると考えている。今後、質問紙の内容や分量、郵送時期など考慮しながら回収率を高め、より多くの方の声を反映させた研究を行っていきたい。

## 謝辞

本研究に協力いただいた早稲田大学災害復興医療人類学研究所および震災支援ネットワーク埼玉(SSN)の皆様がこの場を借りて心より感謝申し上げます。

## 参考文献

- 1) 福島県(2019), 県外への避難者数の状況, <https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/335168.pdf> (2020-03-23).
- 2) 復興庁(2019), 令和元年度原子力被災自治体における住民意向調査調査結果(概要), [https://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat1/sub-cat1-4/ikoucyousa/200319\\_ikouchousa\\_zentai\\_gaiyou-2.pdf](https://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat1/sub-cat1-4/ikoucyousa/200319_ikouchousa_zentai_gaiyou-2.pdf) (2020-03-23).
- 3) 文部科学省(2020), 東電福島原発事故に関する消滅時効について, [https://www.mext.go.jp/a\\_menu/genshi\\_baisho/jiko\\_baisho/detail/1335890.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/genshi_baisho/jiko_baisho/detail/1335890.htm) (2020-03-23).
- 4) 津久井 進(2018), 避難者の実質的生活補償へ, 戸田典樹(編著): 福島原発事故 取り残される避難者—直面する生活問題の現状とこれからの支援課題, 208-221, 明石書店.
- 5) 辻内琢也, 増田和高(2019). 福島の医療人類学. pp.192-206. 遠見書房.
- 6) 岡戸順一, 星日一, 長谷川明弘, 他(2000), 主観的健康感の医学的意義と健康支援活動, 総合都市研究 73, pp.125-133.
- 7) 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他(2002), 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌 49(5), pp.409-416.
- 8) 高 燕, 星 旦二, 高橋俊彦(2008), 都市部在宅前期高齢者における就労状態別にみた主観的健康感の関連要因, 医学と生物学 152(10), pp.434-442.
- 9) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al.(2002), Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(6), pp.769-776.

- cal distress, *Psychol Med* 32 (6), pp.959-976.
- 10) Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, et al.(2003), The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in Australian National Survey of Mental Health and Well-being, *Psychol Med* 33 (2), pp.357-362.
  - 11) 丹羽真一(2014), 大震災・原発事故からの復興と福島健の精神保健, *昭和学会誌* 74(1), pp.43-50.
  - 12) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al(2002), 60,000 disaster victims speak : Part 1. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 65, pp.207-239.
  - 13) 柳澤節子, 小林千世, 山口大輔, 他(2013), 主観的健康感とその要因についての検討ー生活形態と健康維持への意識との関連, *信州公衆衛生雑誌* 12(2), pp.107-113.
  - 14) 芳賀博, 柴田博, 上野満雄, 他(1991): 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後, *日本公衆衛生雑誌* 38(10), pp.783-789.
  - 15) 五十嵐久人, 飯島純夫(2006), 主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因, *山梨大学看護学会誌* 4(2), pp.19-24.
  - 16) 柴田陽介, 早坂信哉, 野田龍也, 他(2011), する・見る・支えるスポーツ活動と主観的健康感の関連, *運動疫学研究* 13(1).pp.44-50.
  - 17) 中尾寛子, 平松正臣(2006), 訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康感に影響する社会関係要因とその独居年数による相違, *厚生指標*, 53(13), pp.20-27.
  - 18) 石 岩, 谷村厚子, 品川俊一郎, 他(2013), 在宅高齢者の主観的健康感に関連する要因の文献的研究, *日保学誌* 16(2), pp.82-89.
  - 19) 松本清子, 東候光雄(2001), 一人暮らし高齢者へのソーシャルサポートと精神的健康の 関連性. *日本保健福祉学会誌*, 7(2), pp.81-89.
  - 20) 蟻塚亮二(2020), 原発事故避難者の PTSD, *世界*, pp.43-53. 岩波書店.
  - 21) 吉田千亜(2018), その後の福島ー原発事故後を生きる人々, 人文書院.
  - 22) 愛甲裕 (2020) , 2019年度 首都圏避難者状況調査報告