

能登半島地震・水害後の中長期的な健康問題

金沢大学医薬保健研究域保健学系・能登里山里海未来創造センター

教授 田中浩二



1. はじめに

令和 6 年 1 月 1 日に発災した能登半島地震の人的被害は、死者 720 人（うち災害関連死 492 人）、重症負傷者 427 人、軽傷負傷者 980 人となった（内閣府，2026 年 3 月 31 日現在）。日本では、平成 7 年の阪神淡路大震災以降、防災・復興や災害後の中長期的な健康問題の重要性が着目されるようになった。内閣府の防災情報によると、阪神淡路大震災後、震災に伴う過労や環境悪化等による病死などの二次的犠牲者は約 900 人となったが、災害関連死の認定基準が明確ではなく、自治体独自の委員会で判定された。そのため、死亡統計の解析などからは、さらに多い可能性も指摘された。その後、平成 16 年の新潟県中越沖地震では、発災からの時間基準を設けて関連性の有無が検討されるようになり、6 カ月以上の死亡は災害関連死ではないと推定されるようになった。その後の災害でも、災害関連死認定における法律上の明確な基準はなく、各自治体に設置された災害弔慰金等支給審査委員会が医師や弁護士の意見を踏まえて個別に因果関係が判定されてきた（内閣府）。令和 6 年 3 月に策定された南相馬基準では、「震災から 1 カ月未満の死亡」を災害関連死であると推定し、「1 カ月以上 1 年 6 カ月未満の死亡」を関連死の可能性が高いとして審査されることになった（南相馬市，2024 年）。さらに、避難生活等の長期化によって環境の変化が継続していた場合は、震災との関連性について個別に判断する必要があることが明記された（南相馬市，2024 年）。このような経緯を経て、能登半島地震では、災害関連死を「当該災害による負傷の悪化又は避難生活等における身体的負担による疾病により死亡」と定義し、時間軸に関しては南相馬基準に準じ、発災から 6 カ月以

内の死亡に限定せず、避難生活等の長期化による環境の変化等を考慮して個別に判定されるようになった（内閣府，2026 年）。能登半島地震の災害関連死は、80 歳以上の高齢者が 8 割以上を占めること、約 94% が何らかの既往歴を有していたことが特徴であり（内閣府，2026 年）、災害や避難生活の健康問題への影響は甚大である。また震災後の令和 6 年 9 月には、能登豪雨が起り、豪雨災害による死者・負傷者、避難生活の再開が起こった。被災者は、生活の再建に向けて仮設住宅での生活を始めたことに豪雨災害が起り、住民は二重の災害に苦しんだ。

災害後の影響は、子どもや高齢者、障害者、慢性疾患をもつ人、少数民族など脆弱性を有する人に現れやすいことが特徴である（WHO, 2022）。そこで、金沢大学保健学系では、仮設住宅の集会所が開設された令和 6 年 8 月より輪島市と連携して、毎月仮設住宅の住民を中心とした市民を対象として健康相談、ヘルスチェック、フットケア、茶話会等を実施している。この活動は、「健康づくりのひろば」と称して実施しており、石川県立輪島高等学校の生徒のみなさんや各種団体等と協働しながら継続している。輪島市の公式 LINE で開催のアナウンスが掲載されるため、仮設住宅のみならず、市内全域から住民の皆様が来られている。本稿では、「健康づくりのひろば」を通して出会った人々とのかかわりを通して、能登半島地震後の中長期的な心身の健康問題について論述する。

2. 災害後の中長期的な健康問題

災害後の中長期的な健康問題は、高齢者や障害者などの脆弱性をもつ集団が不利益な健康の社会決定要因（Social Determinants of Health: SDH）に暴露

され続けることで顕在化しやすくなる。災害による住居や経済的基盤を喪失した人々は、仮設住宅や施設等での生活が長期化することによって、経済的困窮のみならず、社会的孤立やヘルスケアへのアクセス低下などが複合的に作用し、心身の健康問題が併発しやすくなる。輪島市は、令和5年4月時点で高齢化率47.6%、そのうち独居高齢者の割合が29.6%と震災前から高齢化率が高かった。震災後の仮設住宅の訪問や「健康づくりのひろば」では、独居の高齢者や高齢者のみの世帯の方とかかわる機会が多い。仮設住宅は、必ずしも震災前の生活地区毎に割り当てられていない。そのため高齢者からは、人との交流がないことの孤独や物忘れの自覚、活動圏の縮小による身体機能の低下などの相談が聞かれている。

孤独は、心身の健康やQOL、生存時間に深刻な影響を与える（WHO, 2025）。災害の被災者は、中長期的に閉じこもることによって、心身の機能低下、アルコール依存症や自殺などの健康問題が発生する（Terayama et al, 2021）。特に、高齢者や障害者など脆弱性を有する人々は、災害や心身の環境の変化の影響を受けて、様々な喪失体験や持病の慢性疾患の悪化、ヘルスケアへのアクセスの低下などが関連して、健康問題が悪化しやすい。人口の高齢化と医療の進歩によって慢性疾患をもつ人や障害者が増加し、災害時の医療中断や環境の変化による脳卒中による入院、うつ病、認知機能の低下、がん発生率の上昇など災害関連後遺症の対策と社会的支援制度の確立が課題となっている（Futagami et al, 2026）。孤独の健康への影響は、比喩的に1日15本の喫煙以上であると警鐘されている（WHO, 2025）。孤立・孤独によって、心血管系疾患、糖尿病、認知症、うつ病のリスクが高くなり、死亡リスクは喫煙・飲酒・肥満を上回る（WHO, 2025）。被災した施設入居中の高齢者は、元の施設からの最初の避難によって避難しなかった場合と比較して死亡リスクが3.37倍高くなることが報告されている（Nomura S, et al, 2016）。災害から死亡までの期間が長い高齢者や障害者では、うつ状態を経て長期的に衰弱し死

亡につながる可能性が高い（Yoshimura H, et al, 2024）。孤立は、全死因死亡リスクを32%、孤独は14%高める（Harris, 2023）。孤独を経験している人は、うつ病になる可能性が2倍高く、自傷行為や自殺念慮につながることもある（WHO, 2025）。災害によって、潜在的な健康問題や人間関係の問題、過疎化地域の課題などが顕在化しやすくなることはよく知られている。

心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder: PTSD）は、災害後フラッシュバックや悪夢などの侵入症状、トラウマを惹起する状況の回避行動、感情鈍麻などの麻痺症状が出現し、1か月以上持続する。トラウマのリマインダーに対して、人は闘争（Fighting）、逃避（Flight）、凍結（Freeze）反応を呈することでトラウマの影響に対処する。ある人は、戦うことで危険に対処し、ある人はトラウマを惹起する環境を回避することで安全を確保する。またある人は、恐怖によって凍結する。これらの反応はトラウマを受けた人々が、どのように対処してきたか、その経験に基づいてつくられる。例えば、虐待や家庭内暴力のサバイバー、戦争帰還兵など、戦うことで身を守ってきた経緯がある人達は、トラウマのリマインダーに対して衝動的な行動が現れやすくなる。震災後、イライラや易怒性、衝動性が高まっている場合、支援者はトラウマによる反応かもしれないと認識しておくことが重要である。凍結や回避のような目立たないトラウマ反応に気づき、ケアすることも重要であるが、闘争によって衝動性が高まっている場合は、家族や支援者からも理解されにくく、いずれにしても孤立しがちになる。仮設住宅の高齢者からは、「住処の問題が解決しないと前に進めない」「家のことはどうにもならない」「毎日雨ごいさえできればそれでよい」など現状を受け止めるしかないというような意味の言葉が聞かれる。PTSDの症状は、何年経過しても残り続ける可能性があり、仮設住宅から災害復興住宅や自宅などに転居し、生活が安定した後に出ることがある。心の回復は、日々の生活の緊張が緩和し、落ち着きを取

り戻したころに始まることがある。避難生活や仮設生活の長期化による疲労の蓄積が、震災後2-3年が経過し、日常生活を取り戻しつつある時期に心身の健康問題として顕在化しやすくなることがある。PTSD やアルコールの問題、自殺や孤独死などの中長期的な課題は、震災後中長期にわたって注意が必要である。

こうした被災者の心身の健康問題は見えにくい。PTSD などの心の問題は、災害後の復旧・復興に奔走している際には見えにくく、中長期的にも本人の中で蓋がされた状態で長時間経過することが多い。高齢者のフレイルや慢性疾患の悪化など身体の健康問題も同様である。「健康づくりのひろば」では、多くの参加者が高血圧や睡眠の問題をもっている。また、仮設住宅では多く的高齢者が閉じこもりがちな生活になっており、現地の看護職者は、高齢者の認知症の進行を実感している。震災後の生活の乱れや医療機関の診療機能の低下等によって、がんの発見が遅れ、治療ができない状態で発見され亡くなったご遺族やそのような人の最期の生活を調整する訪問看護師の話から、災害後の健康問題の深刻さが現れている。

災害関連の後遺症を防ぐために、災害後の心身の健康問題は、30 年程度続くことや世代を超えて継承される可能性があることを理解することが重要である。阪神淡路大震災から30年以上経過したが、現在でもPTSD の症状は残っているであろう。心的外傷の記憶は、薬で消せないところに人間の尊厳がある（中井，2004）。震災で大事な人を亡くしたことの痛みは、生涯残り続けるであろうが、複雑性悲嘆が予防できるように、グリーフケアの機会を提供することが重要である。また、災害後の中長期的な健康問題の知識を一般化することが求められる。災害関連後遺症は、2026 年に Disaster Medicine and Public Health Preparedness で、初めて報告された概念である（Futagami et al, 2026）。災害後の中長期的な健康問題の実態は、阪神淡路大震災後知見が蓄積されているが、実態に対しての対策や継続的なケアの仕組みは現在でも確立していない。災害後の見えにくい健康問題

に対して、ケアを保障していくためには、専門職によるサステナブルな災害後のケアシステムの開発と健康問題に関する市民の理解が重要となる。私たちは、見えないものに対処することは困難で、被災による健康問題をもちながらひとりでどうすることもできずに困っている人を発見することも難しい。社会全体が災害後の中長期的な健康問題に関する知識をもち、共助でき、専門職と行政・市民や各種団体が協働して、健康問題に向き合っていくことが重要である。そのために、学校教育や生涯教育の機会を通して、災害後の健康問題やケアの知識を普及することが効果的ではないだろうか。阪神淡路大震災や東日本大震災の後も、学校で児童・生徒たちへの心の健康問題に関する教育が実施されてきた。子どもたちは、災害時の弱者であり、子どものころとからだの健康に留意することが重要である。また、石川県立輪島高校の生徒のみなさんは、震災後体育館が避難所となり、運動のスペースがなくなり、運動したいという自分たちのニーズから高齢者や年少児の閉じこもり予防に関心をもち、仮設住宅の集会所等で居場所づくりや運動プログラムを実施している。学校教育の中で、防災・復興と災害時の健康問題の教育が普及することで、児童・生徒にとって自分たちを守る機会になるとともに、地域の健康を市民全体で考える機会にもなると考えられる。WHO などの保健機関から、グローバルヘルスの文脈で災害時の健康問題の対応に関する知識やシステムが提示されている中で、今後も起こりうる、また現在発生している災害の健康被害を最小限にするためのヘルスケアの仕組の発展が喫緊の課題である。

3. 能登半島地震を通して出会った人々

能登半島地震の支援を通して、現地の人々や災害支援に携わる人々に出会い、看護職者として重要なことを教えられた。「健康づくりのひろば」は、2 年間継続して開催しているが、継続することでの信頼が得られるようになり、現在では毎回40名以上の市民のみなさまが来られている。同じ仮設住宅に住んでいても、

普段は会話することがないと話される方も多いが、「健康づくりのひろば」では、茶話会等で交流を楽しまれている様子がある。しかし、語られている内容には、孤独や悲しみが現れている。ある人達は、被災後親戚や子どもの家に行ったが、物理的な居場所はあっても、所属感が感じられるような心理的な居場所がなく、ひとり暮らしであっても、仮設住宅が整備された後は輪島に戻ってきている。またある人達は、半壊の家でも仮設住宅や親類宅での居住を選択せず、2年以上半壊の家に住み続けている。「明日はどうなるかわからないが、家は（半壊でも）建っている限りは住める」とその地区に残り続けることを選択している。広域避難した高齢者は、自分で故郷に戻ることができる場合、輪島市に戻っているが、介護度が高くなり、搬送を依頼できる家族がいない場合は、故郷に戻りたくても戻れない場合が多い。

そのような中で、発災直後から現在でも支援を継続している現地や外部の支援者たちと出会うことで、みなさんの支援者としての情熱や倫理観の高さ、人間的な魅力に触発されて、私自身がヘルスケアの専門職としての視野が広がった。近代看護は、フローレンスナイチンゲールがクリミア戦争で負傷した兵士たちのケアを通して始まった。「看護とは、患者の生命力の消耗を最小限にし、回復過程が最もスムーズに行われるように生活環境を整えること」と定義され、新鮮な空気、光、適度な温かさ、清潔さ、食事、排泄など患者にとって最適な環境を整えることが重要である。このことは、災害後、中長期の支援のみならず、あらゆるケアの場でもっとも重要なことであるが、ナイチンゲール生誕から200年以上経過した現在でも、十分に保障されているとはいえないのではないだろうか。日本でも、看護職は災害の度に被災地のケアを支える中で、こうした基本的なケアと支援者の調整の重要性、そして中長期的ケアの重要性を認識してきた。能登半島地震を通して、出会った人たちとの絆を通して、被災地で看護を必要とする多くのみなさんにヘルスケアを届けることができるよう活動したいという思い

とヘルスケア改革への視点が持ち続けられていることに感謝している。ヘルスケアの課題が山積する中で、住民視点の中長期的な健康支援の体制を構築していきたい。

被災された人々の見えにくい心身の健康問題に対して、今後中長期的に影響が続くことが想定される中で、もっとも大事なことは、「その苦しみにかかに気づくことができるか」「社会の辺縁で声を発することができず苦しんでいる人の視点をいかにとらえることができるか」である。このことは、すべてのケアに共通している。阪神淡路大震災の後、心のケアに奔走されて、39歳の若さで亡くなられた安克昌先生（2000）の言葉を大事にし続けたいと思う。

——「なぜ他ならぬ私に震災が起こったのか」「なぜ私は生き残ったのか」「震災を生き延びた私はこの後どう生きるのか」という問いが、それぞれの被災者のなかに、解答の出ないまま、もやもやと渦巻いているのだ。この問いに関心を持たずして、心のケアなどありえないだろう。苦しみを癒すことよりも、それを理解することよりも前に、苦しみがそこにある、ということに、われわれは気づかななくてはならない。だが、この問いには声がない。それは発する場を持たない。それは、隣人としてその人の傍らに佇んだとき、はじめて感じられるものなのだ——

参考文献

- 1) 安 克昌（2000）. 栗原彬編. 臨床の語り/語り：つむぎだす. 東京大学出版会.
- 2) Futagami J et al (2026). Call for Clearly Defining Disaster-Related Sequelae, *Disaster Medical Public Health Preparedness* 24:20:e56. doi: 10.1017/dmp.2026.10310.
- 3) Harris E. (2023). Meta-Analysis: Social Isolation, Loneliness Tied to Higher Mortality, *JAMA*, 330;(3):211. doi:10.1001/jama.2023.11958.
- 4) 南相馬市(2024). 南相馬市東日本大震災における災害関連死認定基準, <https://www.city.minamisoma.lg.jp/material/files/group/16/ninteikijun2.pdf> (2026-07-13)
- 5) 内閣府(2026). 令和6年度能登半島地震による被害状況等について, <https://www.bousai.go.jp/updates/r60101notojishin/r60101notojishin/index.html> (2026-07-13)
- 6) 内閣府防災情報のページ,

- https://www.bousai.go.jp/kyoiku/kyokun/hanshin_awaji/data/detail/1-1-2.html (2026-07-13)
- 7) 厚生労働省 (2011), 災害関連死に対する災害弔慰金等の対応,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001b0qj-img/2r9852000001baag.pdf> (2026-07-13)
 - 8) 内閣府(2012), 災害関連死事例集作成の経緯、目的等,
https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/jirei_r5_05_01.pdf (2026-07-13)
 - 9) 内閣府 (2026) . 令和6年能登半島地震において災害関連死として認定された事例及び認定されなかった事例 (災害関連死事例集) ,
https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/jirei_r8.pdf (2026-07-13)
 - 10) 中井久夫 (2004). 徴候・記憶・外傷, みすず書房.
 - 11) Nomura et al (2016). Social determinants of mid- to long-term disaster impacts on health: A systematic review, *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 16, 53–67.
<https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2016.01.013>
 - 12) Terayama et al. (2021). Mental health consequences for survivors of the 2011 Fukushima nuclear disaster: a systematic review. Part 2: emotional and behavioral consequences, *CNS Spectrums*, 26(1), 30-42. doi: 10.1017/S1092852920000115
 - 13) 輪島市(2024). 第9期輪島市高齢者福祉計画・輪島市介護保険事業計画,
https://www.city.wajima.ishikawa.jp/docs/2013032500187/file_contents/dai9kikeikaku.pdf (2026-07-13)
 - 14) WHO (2022). 脆弱性と脆弱な人々コミュニティの災害危機管理,
<https://wkc.who.int/ja/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>. (2026-07-13)
 - 15) WHO (2025). From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies,
<https://www.who.int/publications/i/item/978240112360> (2026-07-13)
 - 16) Yoshimura et al (2024). Categorization of disaster-related deaths in Minamisoma city after the Fukushima nuclear disaster using clustering analysis, *Scientific Report*, 5;14(1):2946.
doi:10.1038/s41598-024-53165-2