

## 特集 東日本大震災の復興計画と中長期的支援

東日本大震災と精神保健医療福祉の中長期計画  
——宮城県の場合——

松岡 洋夫

東日本大震災での死亡者と行方不明者は約2万人で、宮城県はその約60%を占める。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、特に精神保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被災状況は一律ではない。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期計画において最も重要な要件となる。また、今回の被災によって医療過疎や未分化な地域医療などの問題を抱えた本邦の精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。東北大学は被災地の大学として様々な視点で復興支援に取り組んでいるが、精神保健医療福祉領域に関してはこころのケアセンターを中心に、地域によって異なる需要を考慮した復旧・復興を包括的に行っていくことが重要である。

<索引用語：地域格差，東日本大震災，精神保健医療福祉，復興計画，東北大学>

## 1. はじめに

東日本大震災は、平成23年3月11日に発生したマグニチュード9という未曾有の東北地方太平洋沖地震とその直後の大津波、さらに4月7日の強い余震などによる広域の大規模災害であり、死亡者と行方不明者は約2万人で宮城県はその約60%を占める（表1）。宮城県の被災地は沿岸部全域にわたるが、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、精神科関連に限っても保健医療福祉の被害は地域差が大きく（“まだら状格差”）、被害内容も一律ではない<sup>1)</sup>。この地域差の問題は急性期の支援のみならず、今後の中長期復興計画にも複雑な影響を及ぼしている。かつての阪神・淡路大震災や新潟県中越え大震災での経験は重要な情報をもたらしたが、復旧・復興に地域差の大きい今回の広域災害にはそれらの経験がそのまま適用できないという問題がある。さらに政局の混乱も相まって、復興基本法制定やこころのケアセンター設置などは阪神・淡路大震災のときと比べて数ヶ月の遅れがあり、その他の領域での復旧・復

興も大幅に遅れている。本稿では、精神保健医療福祉に関わる東日本大震災の特性とそこから見えてくる今後の復興計画のあり方を中心に述べる。

## 2. 東日本大震災の特徴——まだら状格差——

マグニチュード9という東北地方太平洋沖地震によって最大震度7を記録した宮城県栗原市（宮城県内陸部）では死者がいなかったことに象徴されるように、人的被害に関しては死者と行方不明者の大半が地震直後に発生した大津波による沿岸部の被害に集中している。1995年に発生した直下型の阪神・淡路大震災（マグニチュード7.3）の比較的均質で局所的な被災状況と比べ、今回の震災は津波による広域災害であり被災状況は質も程度も地域によって多様であった。さらに、福島県では東京電力福島第一原子力発電所の事故も加わり被災状況は複雑化した。

例えば、東日本大震災と阪神・淡路大震災を比較してみると、死者・行方不明者は前者が2万人弱で、後者（6千5百人弱）の約3倍である。被

表1 宮城県の死者・行方不明者と避難所避難者数の推移

	震災前 人口 (人)	2011.10.14での 死者・行方不明 者数 (人口比)	避難所避難者数			
			2011年 4月 (人)	6月 (人)	8月 (人)	10月 (人)
仙台市	104.7万	730 (0.07%)	2,774	1,220	0	0
石巻市	16.1万	3,881 (2.4%)	13,817	6,030	2,395	0
気仙沼市	7.3万	1,402 (1.9%)	6,745	2,812	1,094	94
名取市	7.3万	980 (1.3%)	1,338	19	0	0
多賀城市	6.3万	189 (0.3%)	995	519	72	0
東松島市	4.3万	1,138 (2.6%)	3,641	1,550	188	0
亘理町	3.5万	270 (0.8%)	1,508	254	0	0
山元町	1.7万	690 (4.1%)	1,845	399	9	0
南三陸町	1.7万	902 (5.2%)	6,687	2,891	1,827	3
女川町	1.0万	980 (9.8%)	2,078	1,224	351	208
宮城県	234.7万	11,507 (0.5%)	45,884	19,828	7,007	332

宮城県調査

害総額でみると前者は広域ではあるものの大都市が含まれていないために後者の2~2.5倍程度である一方、一次産業被害は逆に100倍単位の大規模な被害となった。こうした被害の質的相違は、後述するように精神保健医療福祉の被害とそこからの復旧にも影響し、阪神・淡路大震災や新潟県中越大地震のさいの経験から得られた復旧・復興計画がそのまま今回の大震災に適用できないという難しさがある。さらに、宮城県の被災地は沿岸部全域にわたり、被害の程度や質は地域によって大きく異なり、津波被害は精神保健医療福祉にも“まだら状格差”ともいべき地域差を引き起こした。このため急性期は各被災地固有の状況と復旧ニーズをいかに正確に把握できるかが大きな課題であったが、さらに今後の中長期の復興計画にもこの地域差の視点が極めて重要となっている。

被災の地域差に関わる要因は多様で、それは①行政・精神保健医療福祉レベル（役所や保健所などの行政機能、訪問や保健相談などの活動状況と、それに伴う医療との連携による事例トリアージュ機能）、②医療レベル（精神と一般の医療機関・施設との相互補完能力）、③産業や住居レベル（地域の産業特性、避難所・仮設住宅・半壊住宅・転居などの居住環境）、④養育・学校レベル

（託児所、保育所、学校の機能）、⑤地域コミュニティレベル（自治会など）、⑥個人レベル（個人の回復力と脆弱性、文化的背景）などの要因が複雑に絡み、地域固有の被災状況を呈しており、しかも復旧の時間経過もそうした地域特性で規定されるために時々刻々と変化する。以下にこうした要因に関するいくつかの例を挙げる。

震災直後には急性発症の精神疾患が多く見られたが、それには医療の供給状況や居住環境の影響が主に関連していた。既存の医療資源では対応が困難で、全国からのこのころのケアチームの活動でかなり充足されたが、一律に充足されていた訳ではない。また、当然のことながら避難所での被災者の適応能力や互助機能がメンタルヘルスに大きく影響した。避難所避難者の解消の時間的推移にも地域差があり、それは人的被害や住宅被害の程度のみならず、支援の質・量、支援を行う地域から被災地までの距離などの要因が大きく関与していたと思われる（表1）。現在、避難所は解消され、それに代わり応急仮設住宅が宮城県では約400団地（約2万戸）設置されたが、被災地域単位での移動が少なかった宮城県では、団地での自治体組織率が平均で50%程度と低く（福島県は90%程度）、特に都市部での組織率が極端に低く、

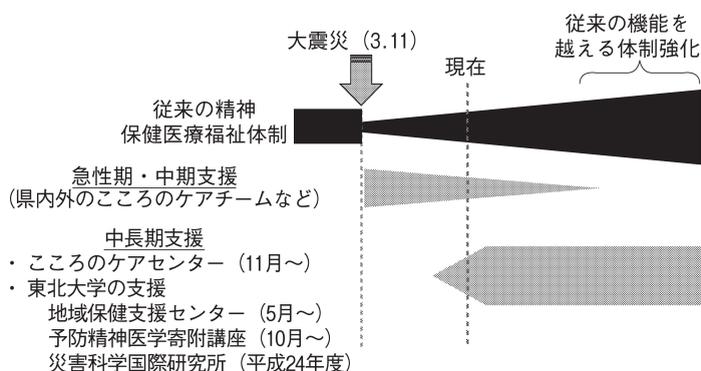


図1 精神保健医療福祉の復旧・復興に向けての中長期計画  
(東北大学を中心に)

県内の地域によって3倍程度の格差が生じた。この格差は互助機能に大きく影響し、阪神・淡路大震災のときに問題となった孤独死などが懸念されている。また、沿岸部の漁村では昔から“結い(ゆい)”というコミュニティの固い結束が知られているが、逆に過剰に適応、忍耐することでメンタルヘルスの問題が見えにくくなるという問題もある。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害等支援研究室の鈴木は、こうした東北地方の特有の気質(文化)を“gaman”として米国精神医学会のニュースで紹介した<sup>1)</sup>。

### 3. 精神保健医療福祉における 復興計画の方向性(図1)

現在、被災地域での精神保健医療福祉をどう再構築するかが課題となっている。急性期は全国からのこころのケアチームの介入によって支えられてきたが、こうしたチームの需要は徐々に少なくなり、こころのケアセンターなどの新たな設置とともに震災後1年程度で大半の被災地域からこころのケアチームは撤退することになる。行政レベルでの動きとしては、病院自体の復旧に対して“災害復旧費補助金”が全半壊病院再建費用の一部として支給されている。また、地域のコミュニティ復旧には、“地域支え合い体制づくり事業”が打ち出され地域サポートセンターなどの充実に

役立てられている。さらに、“精神障害者アウトリーチ推進事業”が進んでおり、一部の病院ではこれを取り入れて病院機能が復旧するまでの間の補完的なものとして機能している。このアウトリーチ事業は、今後、本邦で積極的に取り入れていくべき新たな地域医療のモデルとしても期待される。しかし、未曾有の災害であったことや政局の混乱も相まって、復興基本法は阪神・淡路大震災では発生後1ヶ月で成立したが、東日本大震災では3ヶ月以上経過してようやく成立し、こころのケアセンターの設置も数ヶ月以上遅れており、さらに震災後1年になろうとしている現時点でも復興庁の全貌が見えておらず、復旧すら見通しが立っていない中で復興はほど遠いと指摘するものもある。

平成23年11月21日に国会において3次補正予算がようやく成立したが、こうした復旧・復興の遅れに対して宮城県は独自に“東日本大震災復興基金”を8月上旬に設けて、その中で“みやぎ心のケアセンター”を設置することを決定し、同年11月には準備室が開設され12月には稼働を開始した。それでも神戸こころのケアセンター開所から比べて4ヶ月の遅れがあった。こころのケアセンターは、神戸や新潟のこころのケアセンターを参考に、宮城県精神保健福祉協会に設置され、“基幹センター”は仙台市内に12月に開設され、

平成24年4月には宮城県北部で深刻な被害を受けた気仙沼と石巻とに“地域センター”の開設が予定されている。

こころのケアセンターでは、精神保健医療福祉全般にわたる総合的コーディネート（急性期の活動の発展・吸収と新たな事業の統合、既存の関係機関・施設との役割分担、地域のニーズ調査に基づいた将来計画の立案と推進）、支援のための人材育成と人材派遣、精神疾患の予防に向けた啓発活動（被災者、支援者、一般医、精神保健医療福祉専門家などを対象）、震災関連の精神疾患に関する相談や仮設住宅などの巡回相談、民間団体やボランティアなどの育成と活動支援などが主な業務となる。スタッフは精神科医、精神科ソーシャルワーカー、心理士、保健師、事務員などで構成され、基幹センターには20名程度、地域センターには2ヶ所合わせて10数名程度を予定している。

#### 4. 東北大学の復興支援

東北大学病院精神科は被災地の大学として支援を積極的に行い、震災直後の急性期は週あたりのべ約50名、半年以上経過した時点でも週あたりのべ10名程度の精神科医、看護師、臨床心理士などが被災地への支援活動を継続してきた。急性期を過ぎた現在、被災者間に生活、職業、学校など様々な場面での“はさみ状格差”<sup>2)</sup>が生じており、アルコール問題、うつ病、自殺、PTSDなどの重篤な事例化も目立ってきた。さらに、日本精神神経学会声明<sup>3)</sup>が出されたように行政職員などの“支援者”のメンタルヘルス問題も深刻化しており、被災地の行政職員の病休者が例年をはるかに上回っていることが新聞報道されている。

前述のように宮城県はいち早く“みやぎ心のケアセンター”を開設したが、それに先立ち、こころのケアセンターを後方支援するために東北大学に県からの寄附講座として“予防精神医学寄附講

座”（准教授1名、助手2名の常勤者を配置）が平成23年10月に設置され活動を開始した。寄附講座では主に、人的資源不足の解消、支援専門家の育成、メンタルヘルスの啓発、それらに関わる調査・研究から将来の精神保健医療福祉体制の研究を重点的に行う。また、東北大学の公衆衛生学分野が中心となり“東北大学地域保健支援センター”（センター長 辻一郎教授）が平成23年5月に開設され9つプロジェクトを擁し、石巻市、仙台市の被災地を中心に被災者健康診査を行いすでに中間報告がなされている（<http://www.ch-center.med.tohoku.ac.jp/>）。さらに平成24年度には東北大学の全学的取り組みとして“東北大学災害科学国際研究所”の設置が決定された。

#### 5. おわりに

今回の被災では、人的資源に関して特に東北地方での医療過疎や医師不足の問題、さらに精神医療に関しては欧米先進国での取り組みから遅れを取っている未分化な地域精神医療の問題など、本邦が抱える精神保健医療福祉の脆さが露呈したともいえる。復旧すらままならない状況ではあるが、精神疾患が5大疾患としてようやく認識された矢先でもあり、こころの健康政策構想実現会議が請願している“こころの健康を守り推進する基本法”にあるような精神保健医療福祉全体の向上を視野に入れた復興が必要であろう。

#### 文 献

1) Aaron Levin (American Psychiatric Association): Japan's resilience erases impact of natural disaster. *Psychiatric News* 46 (11), June 3, 2011

2) 岩井圭司: 自然災害（中長期）. 心的トラウマの理解とケア, 第2版（金 吉晴編）. じほう, 東京, p. 85-95, 2006

3) 日本精神神経学会理事会・東日本大震災対策本部: 被災自治体（県, 市町村）職員の健康に関する緊急要請, 2011年7月25日

## **The Great East Japan Earthquake and Mid- and Long-term Prospect for Mental Health and Welfare in Miyagi Prefecture**

Hiroo MATSUOKA

*Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

About twenty-thousand persons were deceased or missing in the Great East Japan Earthquake on March 11, 2011. More than half of them belonged to Miyagi Prefecture. The entire coastal areas in Miyagi Prefecture fell victim to the disaster owing to tsunami damage. The damage in mental health system varied in areas both qualitatively and quantitatively (“patchy disparity”), to which uniform support cannot be applied. Such a disparity should be considered in the mid- and long-term prospect for mental health and welfare. The disaster exposed the fragility of the mental health and welfare in Japan as symbolized by ‘depopulated’ and ‘immature’ medical care system. The Tohoku University in the disaster area is actively engaged in the assistance for the various aspects of reconstruction.

<Author’s abstract>

---