

東日本大震災における喪失体験とレジリエンス

—— 平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査にもとづく2次分析 ——

Loss Experience and Resilience after the Great East Japan Earthquake: A Secondary Analysis on Miyagi Health Survey of Private Rental Housing 2012

高橋 征 仁*

TAKAHASHI Masahito

神 林 博 史**

KANBAYASHI Hiroshi

グッドウィン・ロビン***

GOODWIN Robin

孫 少 晶****

SUN Shaojing

ベン・エズラ メナケム*****

BEN-EZRA Menachem

(要旨)

巨大災害における喪失体験が、心的外傷後ストレス障害（PTSD）など心の問題を引き起こしやすいことは、よく知られている。しかし他方、喪失体験にもかかわらず、多くの人々が何とか心理的均衡を保ち、日常生活を維持している側面については、これまで関心が向けられてこなかった。G.ボナーノらは、このようなストレス下における心理的バランス機能を「レジリエンス」と呼んで、災害研究における新たな問題提起を行ってきた。

本稿では、このボナーノらの「レジリエンス」概念に依拠しながら、東日本大震災がもたらした心理的影響を経験的に明らかにすることを試みる。具体的には、平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査の2次分析にもとづいて、心理的抑うつ得点（K6）に影響を与える基本属性や被災体験、生活環境の諸変数の検討を行う。本稿での考察によれば、喪失体験は、地域コミュニティや家族、個人ごとに、様々な意味を帯びて生じ、その後の時間的プロセスも決して一通りではない。しかしながら、被災地の災害文化や被災者を取り巻く社会的ネットワークは、心理的抑うつを予防したり、軽減したりするレジリエンス因子として機能していると考えられる。

* 山口大学人文学部（Faculty of Humanities, Yamaguchi University, Yamaguchi, Japan）

** 東北学院大学教養学部（Faculty of Liberal Arts, Tohoku Gakuin University, Sendai, Japan）

*** ウォーリック大学心理学部（Department of Psychology, University of Warwick, Coventry, UK）

**** 復旦大学新聞学院（School of Journalism, Fudan University, Shanghai, China）

***** アリエル大学社会福祉学部（School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel）

1. 問題の所在—東日本大震災における喪失体験とレジリエンス

2011年3月11日に発生した東日本大震災から、すでに5年と6ヶ月以上が過ぎ去った。被災地や被災者にかんするマスコミ報道は急速に減少し、それに伴って人々の関心も大きく衰退しつつあるように思われる。しかしながら、死者15,894人、行方不明者2,562人、建物全壊120,204戸、ピーク時の避難者数47万人に及んだこの巨大災害の爪痕は、そう易々と消せるものではないだろう。たとえ被災地の住宅やインフラの整備を加速することができたとしても、親しい人を失った深い悲しみや新しい地域生活への違和感は、いったい、どうすれば癒すことができるのだろうか。

従来の災害心理学は、このような実践的関心に強くコミットしたがために、もっぱら被災者の心理的苦悩にだけ目を向け、その深刻さや全面的支援の必要性を強調してしまう傾向がみられた (Bonanno et al. 2010)。しかしながら、このような仕方では問題を強調することは、災害に直面した人間やコミュニティの逞しさを見逃したり、心理的メカニズムを過度に単純化したりする点で理論的に問題がある。実践面からみても、比較的健康な被災者にまでPTSD対策を実施したり、研究者自身の心理的健康が損なわれたりするなど、連鎖的に問題を拡大させる危険性がある (Haidt 2006)。M.セリゲマンが、1998年のアメリカ心理学会の会長講演において、「ポジティブ心理学」(positive psychology) を提唱したのも、このような理論的・実践的課題に応えるためであった。そこでは、DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) を基軸としたPTSD研究の問題点を踏まえて、パーソナリティやコミュニティの強みや長所に注目する新たな心理学が目指された。

G.A.ボナーノらもまた、巨大災害や喪失体験における個人や文化の柔軟性や免疫力に着目した経験的研究を展開してきた (Bonanno 2004, 2005, 2009)。ボナーノによれば、「レジリエンス」(resilience) は、困難や苦悩に直面した場合でも「安定した心理的均衡を維持する能力」として定義される (Bonanno 2004)。多くの人は喪失や悲嘆に直面しても、心のバランスを完全に失うことなく、日常的な課題に対処することができるという側面に、研究の焦点を合わせたしたのである。そして、このような観点から災害研究の調査結果を再検討することで、次のような5つの知見にまとめている (Bonanno et al. 2010)。

H1: 災害がPTSDなどの深刻な心理的問題を引き起こすケースは、全体からみれば比較的少なく、30%を超えることはない。

H2: 災害がもたらす心理的影響は様々であり、最も多いのが、限定的・一時的な抑うつにとどまる「レジリエンス型」である。このほか、1~2年かけて徐々に均衡を取り戻す「回復型」、逆に1年過ぎてから徐々に深刻さが増していく「遅延型」、災害後から深刻な抑うつ状態が継続する「慢性型」などに分類できる (表1)。

H3: 災害がもたらす心理的影響は、リスク因子とレジリエンス因子の組み合わせによって説明される。個別の因子の説明力は、比較的小さい。

H4: 災害によって、家族や近隣関係、コミュニティにリスクが生じる。対人関係やコミュニティ感覚が衰退することも少なくない。被災の程度とは無関係に、こうした災害

後の社会関係が、レジリエンスの重要な予測因子となる。

H5：災害が、被災地以外の地域にまで及ぼす遠隔的作用は、通常、限定的・一時的なものにとどまる。

このようなボナーノの研究が、従来の災害心理学を大きく転換するものであることは言うまでもないだろう。それは、著しい困難にもかかわらず、なんとか日常生活を維持している心理的メカニズムを主題に据えることで、巨大災害や深刻なライフイベントを乗り越えるための新しい処方箋を探し出そうとする試みとして理解できる。したがって、誤解のないように言い添えれば、レジリエンス研究は、被災地における心理的影響の深刻さを軽視しているわけでもなければ、被災者の心理的回復を加速させようとしたり、被災者に自己責任や自助努力を要求したりする研究ではない。むしろ逆に、被災者の心理的・社会的状況にかなするスクリーニングを適切に行い、それぞれの状況に応じたきめ細かい対応が不可欠であることを強調するスタンスをとっている (Bonanno et al. 2010)。

東日本大震災がもたらした影響について検討する際にも、このようなレジリエンスの視点は、重要な意義を持つと考えられる。被災地では、「あの日」から時間が止まったままのように感じている人々がいる一方で、悲しみや失意になんとか対処して、再度、人生を組み立て直している人々も少なくない。コ

ミュニティや市町村レベルでの違いも大きい。被災者のそうした回復ペースの多様性を生み出している心理的・社会的要因を正確に理解していくことが、適切な支援策につながると考えられる。

本稿では、日本においてこのようなレジリエンス研究を展開していくための最初のステップとして、被災者の喪失体験と心理的回復の関係について、基礎的な分析を行っておくことにしたい。

2. 方法—平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査と対象者の概要

2-1. 平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査

本稿で用いるデータは、平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査によるものである。東日本大震災では、膨大な住宅需要に対応するために、プレハブ住宅の建築に加えて、民間賃貸住宅を借り上げて被災者へ住宅提供を行う、いわゆる「みなし仮設」という方法が採用されてきた。しかしながら、避難生活の長期化に伴う健康状態の悪化が懸念される中で、みなし仮設の入居者は、市町村の枠を超えて各地に分散しているために、健康状態を把握しにくいという問題が生じていた。この問題に対応するために、宮城県は、県内の民間賃貸借上住宅入居者を対象とした健康調査を企画し、発災から10か月後に当た

表 1. ボナーノ (2005) による心理的機能障害の 4 類型

	イベント直後	1 年後	2 年度	人口比 (%)
レジリエンス型	軽度	問題なし	問題なし	35-55
回復型	中度	軽～中度	軽度～問題なし	15-35
遅延型	中度	中度	重度	5-10
慢性型	重度	重度	重度	10-30

Bonanno (2005) をもとに著者が作成

る2012年1月から3月にかけて、第1回目の調査を実施した（宮城県保健福祉部 2015）。

この調査の主たる目的は、民間賃貸借上住宅入居者の健康状態の把握であり、とりわけ医療や福祉、カウンセリングなどの対象者となる要支援者をスクリーニングすることにあった。そのため宮城県では、仙台市内を除く、県内すべての民間賃貸借上住宅入居者世帯（12,826世帯）を対象として調査票を郵送するとともに、未回収分については、戸別訪問などの方法で調査票を回収している。その結果、9,413世帯（世帯回収率73.4%）、26,626人分に及ぶ健康調査の回答が得られることになった。さらに、平成24年度以降は、仙台市も調査対象に加わるとともに、応急仮設住宅（プレハブ住宅）入居者への健康調査も並行して実施されることで、宮城県内の被災者の健康状態の推移を縦断的にも横断的にも検討できる調査データが構築されてきた。このような大規模データの収集・蓄積は、被災者での行政的支援を促進するうえでも、また民間支援の可能性を探ったり、新たな学術的研究を展開したりするうえでも、極めて重要なものであると考えられる。

筆者らは、学術的な観点から被災者支援のあり方について分析・提言を行う目的で、宮城県健康福祉部から、個人情報削除した調査データの貸与を受けてきた。このうち本稿では、20歳以上の回答者20,088ケース（年齢性別などの欠損ケースを除く）について、喪失体験とレジリエンスの関係について分析を進めていくことにしたい。

2-2. 従属変数—K6得点

平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査は、被災時の市町村や住民票登録、家族の喪失体験、今後の生活希望地など世帯レベルの調査項目と、年齢、性別、職業、既

往症、心の問題、睡眠・食欲・飲酒等の問題、日常的な運動の増減など個人レベルでの調査項目から、2つの水準で構成されている。このうち本稿での分析においては、個々人の心の問題を従属変数として取り上げ、それが基本属性や震災での喪失体験とどのように関連しているのかを検討していく。

この心の問題について設問は、Rケスラーらがうつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングするために作成した心理的抑うつ尺度の日本語版であり、以下のような6つの質問から構成されている（Kessler et al. 2002, Furukawa et al. 2008）。

「過去30日間に、どれくらいの頻度で次のことがありましたか。」

- ①神経過敏に感じる
- ②絶望的だと感じる
- ③そろそろ、落ち着かなく感じる
- ④気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れない感じがする
- ⑤何をするのも骨折りだと感じる
- ⑥自分は価値のない人間だと感じる

回答者はこれらの質問に対して、「全くない（0点）」、「少しだけある（1点）」、「時々ある（2点）」、「たいていある（3点）」、「いつもある（4点）」のいずれかを選択することになっている。そして、それらの回答を合計した得点（0～24点）がK6得点と呼ばれ、スクリーニングの指標とされている。K6得点が4点以下の場合ほとんど問題がないとされ、5点以上の場合が心理的ストレス相当、10点以上が気分・不安障害相当、13点以上が重症精神障害相当であるとされている。

先に取り上げたボナーノの4類型（表1）からみると、被災後10～12ヶ月の調査でK6得点が4点以下であれば「レジリエンス型」、逆に13点以上であるケースは「慢性型」に、おおむね相当するといえる。「回復型」や「遅

延型」の場合、被災1年後では軽度から中度の心理的問題が見られると想定されるためである。そこで本稿では、被災体験におけるレジリエンスのあり方に明らかにするために、重症ケース（慢性型）を従属変数とする通常のリスク分析とは逆に、4点以下のほぼ問題がないケースにも照準を合わせた分析を行っていく。レジリエンスという考え方からすれば、心の問題の重症化や深刻化にかかわるリスク因子と、心理的機能の維持にかかわっているレジリエンス因子は、必ずしも同じものではないと予測される。

2-3. 独立変数—基本属性と被災体験、生活環境

平成23年度の宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査では、対象者の基本属性や被災体験、生活構造について、必要最低限の項目が設定されている。それは、被災者が調査票に回答するにあたっての時間的・心理的負担をできるだけ軽減しようとする狙いからであり、A3サイズ1枚の裏表で、調査票が完結する形になっている（宮城県健康福祉部 2015, 参照）。したがって、通常の大規模社会調査とは異なり、多くの変数が用意されているわけではない。このうち、本稿では、回答者のK6得点に影響を与える独立変数として、基本属性（性別・年齢・職業）、被災体験（被災地域・住宅損壊・自治体間の住居移動・家族死別）、生活環境（世帯人数・震災後の体を動かす機会・相談相手の有無）を取り上げ、検討していくことにしたい。

表2では、それぞれの独立変数にかんする回答者の実数と構成比率、K6得点の平均点と標準偏差、レジリエンス型割合（K6が4点以下の%）と慢性型割合（K6が13点以上の%）が示されている。この表2によると、回答者の基本属性としては、女性や5～60歳代の者

が比較的多く、職業では無職が多い。また被災体験についてみると、被災時の住所が宮城県北部の沿岸市町であった者が多く、7割を超えている。仙台市以南や内陸部の回答者は比較的少ない。また住宅についても、およそ8割が全壊と回答している。震災前の市町村と異なる市町村で暮らしている者は35.1%、家族の死別を経験した者は約11.9%に上る。震災後の生活環境としては、4人以上の世帯で暮らしている割合が多く、約半数が日常の運動機会が減少したと回答している。そして、回答者の27.3%が「相談相手がいない」と回答している。

このような回答者の特性からすれば、かなり深刻な心理的影響が推測されるかもしれない。川上（2004）によると、平常時の日本の一般成人のK6得点は平均3.5点程度と考えられている。たしかに、それに比べると、表2の平均値（4.53～5.73）は高い数値になっている。しかしながら、回答者の半数程度は、ほとんど心理的問題を抱えていないレジリエンス型に相当し、深刻な問題を抱える慢性型に相当すると考えられるのは、1割前後にとどまっている。巨大災害のわずか1年後にこのような心理的均衡が生じているという点こそ、むしろ驚くべきことかもしれない。しかも、レジリエンス型と慢性型の構成比率は、およそボナーノの知見（H1、H2）どおりといえる。

表2では、回答者のそれぞれの特性のうち、K6平均点が最も低いグループにグレーの網掛けをしている。それによれば、若い男性であったり、家族との死別を経験していなかったり、大家族で相談相手がいて、既往症もないほうが、K6の平均得点も低く、レジリエンス型の割合も高い傾向にある。このような関連性は、通常の予測通りだろう。しかし、人的・物理的被害が最も深刻であった宮城県

表2. 回答者の基本属性・被災体験・生活環境の概要とK6得点

		実数	構成 比%	K6 平均点	SD	レジリエンス型 K6≤4の%	慢性型 K6≥13の%	
基本属性	性別	男性	9,285	46.2	4.53	4.93	59.3	7.2
		女性	10,803	53.8	5.73	5.38	49.3	11.1
	年代	20歳代	2,411	12.0	3.98	4.79	64.5	6.4
		30歳代	3,267	16.3	4.39	4.98	62.0	7.7
		40歳代	3,182	15.8	5.22	5.12	53.1	9.0
		50歳代	3,626	18.1	5.52	5.14	50.1	9.6
		60歳代	3,767	18.8	5.25	5.02	52.2	8.4
		70歳代	2,471	12.3	6.08	5.59	47.2	12.4
		80歳代以上	1,364	6.8	6.34	5.98	47.5	14.7
		職業	会社員	4,600	22.9	4.29	4.75	61.6
	公務員		642	3.2	4.72	4.77	59.5	7.5
	自営業		645	3.2	4.28	4.59	61.4	5.4
	パート・臨時		1,453	7.2	5.17	4.93	52.9	8.1
主婦	1,025		5.1	5.39	5.33	53.1	10.8	
学生	289		1.4	2.95	4.01	76.1	3.8	
無職	6,232		31.0	6.21	5.57	45.5	12.9	
その他・不明	5,202		25.9	4.96	5.16	55.6	8.8	
被災体験	被災地域	宮城県北部沿岸	14,706	73.6	5.05	5.16	55.1	8.9
		宮城県北部内陸	604	3.0	5.13	5.36	55.6	10.4
		宮城県南部(仙台以南)	3,733	18.7	5.56	5.36	50.7	10.5
		岩手県	36	0.2	5.22	5.64	61.1	8.3
		福島県	896	4.5	5.57	5.25	50.9	10.2
		住宅損壊	全壊	16,048	80.2	5.20	5.19	53.6
	大規模半壊	2,071	10.3	4.75	5.10	58.6	8.3	
	半壊以下	1,899	9.5	5.39	5.45	53.6	10.3	
自治体間の 住居移動	あり	7,013	35.1	5.43	5.27	51.9	10.1	
	なし	12,964	64.9	5.04	5.17	55.3	8.8	
家族死別	あり	2,381	11.9	5.75	5.38	49.6	11.6	
	なし	17,702	88.1	5.10	5.18	54.7	8.9	
生活環境	世帯人数	1人	1,515	7.5	5.80	5.44	49.3	11.5
		2人	4,865	24.2	5.62	5.30	50.2	10.7
		3人	4,864	24.2	5.15	5.16	54.5	8.8
		4人以上	8,844	44.0	4.84	5.12	56.8	8.4
震災後の体を動かす機会	とても少なくなった	3,896	20.4	8.05	6.00	32.6	20.8	
	少なくなった	5,781	30.3	5.69	4.94	47.4	9.1	
	変化なし(少ない)	4,258	22.3	4.21	4.66	61.6	6.0	
	変化なし(多い)	4,156	21.8	3.05	3.91	72.7	2.8	
	増えた	1,013	5.3	5.05	5.16	57.6	9.2	
相談相手	あり	14,607	72.7	4.63	4.76	57.7	6.9	
	なし	5,481	27.3	6.64	6.02	44.6	15.7	
既往症	あり	4,265	21.8	6.79	5.90	43.1	15.7	
	なし	15,293	78.2	4.70	4.90	57.4	7.4	
回答者全体		20,088	100.0	5.18	5.21	54.1	9.3	

北部沿岸地域でK6得点が比較的低かったり、住宅が大規模半壊や全壊の場合のほうが半壊以下の場合よりもK6が低かったりという点はどのように理解すればよいのだろうか。次節以降では、巨大災害における人的・物理的被害が必ずしも心理的影響と直接的に結びついていない点も含めて、検討を深めていくことにしたい。

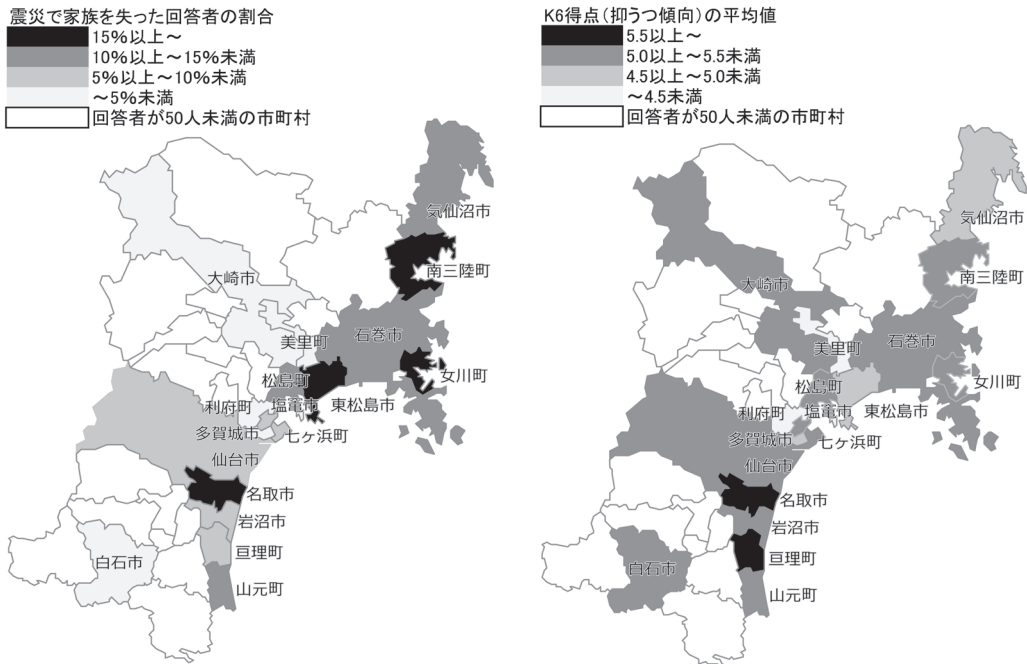
3. 分析結果—多項ロジスティック回帰分析によるレジリエンス因子とリスク因子の検討

図1に示したのは、市町村別にみた家族との死別経験の割合（左図）とK6得点の平均値（右図）である。一見してわかるように、両者は必ずしも連動していない。被災による家族との死別経験の割合（左図）は、女川町や東松島市、名取市、南三陸町などで比較的高く、16～20%にのぼる。全体としてみると、

宮城県北部沿岸の市町において、死別経験の割合が高い。これは、自宅の全壊比率などの点からみても同様であり、市町村レベルでの人的・物理的被害の程度とも、おおむね一致している。

これに対して、K6得点の平均値は、名取市や亶理町で比較的高く、それぞれ5.96、5.65のスコアとなっている。全体としてみると、仙台市以南の宮城県南部で高く、宮城県北部沿岸地域では比較的低くなっている。宮城県北部沿岸地域では、人的・物理的被害の大きさに比べると、心理的被害は比較的小さいということになる。こうした地域ごとの差異をもたらしている要因としては、①被災の影響力を緩和する災害文化の存在、②被災後のコミュニティの現状や支援のあり方、③福島原発事故による心理的影響などが考えられるだろう。いずれにせよ、災害による被害の大きさと心理的影響の間には、一定のギャップが存在していることがわかる。

図1. 市町村別にみた人的被害の大きさ（左）と心理的影響（右）



それでは、基本属性や被災体験、生活環境は、被災者の心理的問題にどのように影響しているのだろうか。ここでは、レジリエンス型と慢性型の規定因の違いを探るために、中間カテゴリ（5点から12点）を基準として、男女別の多項ロジスティック回帰分析を行った。その際、先の表2に示した独立変数について、議論の複雑化を避けるために、2値変数に変換しているものもある。職業は「無職」とそれ以外、住宅の損壊は「全壊」とそれ以外、震災後の体を動かす機会については「変化なし（多い）」と「増えた」を「運動機会継続」とし、それ以外のものに、それぞれ再カテゴ

リー化している。表3と表4は、その結果をまとめたものであり、統計的に有意な正の関連がみられる場合には濃いグレー、負の関連がみられる場合には薄いグレーで網掛けをしてある。

まず表3をみてみると、「レジリエンス型」の規定因と、「慢性型」の規定因が必ずしも一次元的ではないということがわかる。たとえば、男性では、年齢が「レジリエンス型」とも「慢性型」とも、弱い負の関連を示している。このことは、年齢が高いほど、「レジリエンス型」にも「慢性型」にもなりにくいということ、言い換えるならば、年齢が若い

表3. 精神的健康の規定因（男性：多項ロジット）

	レジリエンス型				慢性型			
	K6得点4点以下 (ref. 5点~12点)				K6得点13点以上 (ref. 5点~12点)			
	B	オッズ比	95%信頼区間		B	オッズ比	95%信頼区間	
基本属性 (切片)	.203				-.628			
年齢	-.006 **	.994	.991	.998	-.012 ***	.988	.982	.994
職業 (無職)	-.068	.934	.823	1.060	.354 **	1.425	1.149	1.766
被災体験 宮城県北部沿岸	.209 ***	1.232	1.103	1.376	-.049	.953	.780	1.164
自宅全壊	-.093	.912	.806	1.031	-.013	.987	.783	1.243
自治体間の住居移動	-.097	.908	.821	1.004	.029	1.029	.855	1.240
家族死別	-.244 ***	.784	.679	.904	.185	1.203	.941	1.539
生活環境 世帯人数	.063 *	1.065	1.015	1.117	-.036	.964	.883	1.053
運動機会の継続	.739 ***	2.095	1.880	2.334	-.401 **	.670	.522	.860
相談相手の有無	.406 ***	1.501	1.355	1.662	-.726 ***	.484	.405	.578
既往症の有無	-.269 ***	.764	.676	.864	.661 ***	1.936	1.581	2.371

方法：多項ロジスティック回帰モデル Cox & Snell R²=.090, Nagelkerke R²=.110, McFadden R²=.055, N=8,574

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

表4. 精神的健康の規定因（女性：多項ロジット）

	レジリエンス型				慢性型			
	K6得点4点以下 (ref. 5点~12点)				K6得点13点以上 (ref. 5点~12点)			
	B	オッズ比	95%信頼区間		B	オッズ比	95%信頼区間	
基本属性 (切片)	-.065				-.778 *			
年齢	-.001	.999	.996	1.001	-.001	.999	.995	1.004
職業 (無職)	-.173 ***	.841	.762	.927	.038	1.039	.893	1.208
被災体験 宮城県北部沿岸	.068	1.071	.966	1.187	-.039	.962	.821	1.127
自宅全壊	-.109	.896	.801	1.003	-.122	.885	.742	1.057
自治体間の住居移動	-.044	.957	.872	1.050	.161 *	1.175	1.018	1.356
家族死別	-.159 *	.853	.744	.978	.295 **	1.343	1.102	1.636
生活環境 世帯人数	.044	1.045	1.000	1.093	-.001	.999	.932	1.071
運動機会の継続	.631 ***	1.879	1.692	2.087	-.500 ***	.606	.490	.751
相談相手の有無	.352 ***	1.422	1.278	1.583	-.762 ***	.467	.405	.539
既往症の有無	-.296 ***	.744	.666	.831	.540 ***	1.717	1.472	2.002

方法：多項ロジスティック回帰モデル Cox & Snell R²=.075, Nagelkerke R²=.088, McFadden R²=.041, N=9,934

*** p<.001 ** p<.01

ほど両極端になりやすいことを意味している。ただし、年齢の影響は全体としてみればかなり小さい。また「無職」は、「慢性型」にかかわるリスク因子ではあるが、負のレジリエンス因子であるわけではない。反対に、「宮城県北部沿岸」地域で被災したことは、「レジリエンス型」になりやすい正のレジリエンス因子となっているが、「慢性型」との関連はみられない。「家族死別」や「世帯人数」も「レジリエンス型」の規定因であって、必ずしも「慢性型」の規定因ではない。すなわち、心の問題の発生や問題回避の局面には関係しているが、心の問題の深刻化の局面には無関係であると考えられる。

他方、「運動機会の継続」や「相談相手の有無」、「既往症の有無」は、レジリエンス因子としてもリスク因子としても比較的強い関連がみられ、それぞれで正負の符号が逆転している。すなわち、「運動機会」や「相談相手」がいるほど、また「既往症」がないほど「レジリエンス型」になりやすく、逆に「運動機会」や「相談相手」がないほど、また「既往症」があるほど「慢性型」になりやすいことを意味している。これらの生活環境にかかわる変数は、被災体験にかかわる変数よりも、心の問題に対してかなり強く、一貫した影響力を有していることがわかる。

表4の女性の場合でも、「運動機会の継続」や「相談相手の有無」、「既往症の有無」といった生活環境の変数は、心の問題に対して比較的強く一貫した影響力を有している。ただし女性の場合には、男性の場合と異なり、「家族死別」や「自治体間の住居移動」という被災体験も「慢性型」にかかわる正のリスク因子となっている。また女性の場合には、「無職」がリスク因子ではなく負のレジリエンス因子である点も特徴的である。「宮城県北部沿岸」地域で被災した影響は、男性にとっては正の

レジリエンス因子であったが、女性の場合にはそうした地域の効果はみられなかった。

4. 結論と課題

以上、本稿においては、平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査をもとに、東日本大震災における喪失体験と心の問題の関連について検討を行ってきた。本稿での検討によれば、発災から1年後の宮城県内みなし仮設入居者のうち、「レジリエンス型」に分類できる者は約半数、「慢性型」に相当する者は約1割と考えられる。これは、ほぼポナーノの指摘通りであり、従来の災害心理学のスタンスからすれば、かなり「意外な」結果であるといえる。

このような知見は、震災による家族や自宅、故郷などの喪失体験が、心の問題に直接的に大きな影響を直接及ぼしているわけではないことを示唆している。家族との死別による心理的影響はみられたが、それほど大きいものではない。たしかに男性でも女性でも心の問題を引き起こしやすい傾向はみられたが、「慢性型」のような心の問題の深刻化に影響しているのは女性においてだけであった。また、自治体間の住居移動の影響も女性だけにみられた。そして、自宅全壊についての影響は、ほとんどみられなかった。このような指摘は、喪失体験の重大性を過小評価しようとするものではない。そうではなく、喪失体験の影響やその意味は、個人やコミュニティの置かれた社会的・文化的文脈によって増減・変化するというところにほかならない。

このような知見は、近年、災害研究の文脈で強調されるようになってきた「社会的脆弱性」(Social Vulnerability)の考え方も符合している。そこでは、人間社会に被害をもたらす「災害」の大きさが、物理的現象とし

でのハザードの大きさによって直接規定されるわけではなく、むしろ社会的・文化的な脆弱性に沿って増幅するということが指摘されてきた (Hewitt 1983, Alexander 2012)。これに準えれば、喪失体験そのものによって心の問題が生じるのではなく、個人やコミュニティを取り巻く脆弱性によって、喪失体験の重大性が増減すると指摘できるだろう。

本稿での考察からすれば、運動機会の継続や相談相手の存在、身体的健康 (既往症なし) が、「レジリエンス型」と「慢性型」の両方にかかわる重要な変数であった。同時に本稿での考察から、「レジリエンス型」と「慢性型」という心の問題の2つの局面において、それぞれ異なった因子が関連していることも明らかになった。男性においては、「宮城県北部沿岸」という地域の効果や世帯人数の大きさによってレジリエンスが向上する一方、「無職」という職業的地位によって心の問題が深刻化しやすいことがわかった。他方、女性において「無職」はレジリエンスを低下させる因子ではあるが、問題の深刻化とは直接関連がなかった。むしろ、女性の場合には男性に比べ、「家族死別」や「自治体間の住居移動」という被災体験が心の問題の深刻化につながりやすいことが明らかになった。このように、本稿では、心の問題の2つの局面において関連する因子が異なり、また男女差がみられることも明らかになった。

しかしながら、ボナーノの第3の知見にあるように、それぞれの変数による心の問題の

説明力は比較的小さく、その組み合わせを考える必要がある。この点については、今回の研究では十分議論できなかつた。交互作用項を投入するなどして、具体的な心理的メカニズムを特定化する必要があるだろう。

また家族や近隣関係、コミュニティといった集団レベルでの影響力についても、今回の研究では十分考察できなかつた。とりわけ、宮城県北部沿岸地域の男性にみられるレジリエンスの高さが、災害文化や沿岸地域文化のどのような要素と結びついているのか、また、そうした要素は他の地域にも免疫力として移転できるのかといったテーマは、今後の防災・減災を考えるうえで、非常に重要であるように思われる。これらの点については、たんなる計量的な分析ではなく、質的なインタビューや歴史的資料なども踏まえながら、検討していく必要があるだろう。

謝辞

本稿で用いているデータは、平成23年度宮城県民間賃貸借上住宅入居者健康調査によって得られたものであり、宮城県保健福祉部より、個人情報情報を匿名化したデータについて、学術目的の利用許可を受けている。この健康調査に協力していただいた被災者の方々、調査実施にかかわった宮城県職員や市町村職員の方々に、あらためて感謝したい。なお、本研究は、科学研究費補助金 (16K12837) の助成を受けている。

引用文献

- Alexander D. 2012. Models of Social Vulnerability to Disasters. *RCCS Annual Review* 4, 1-15.
- Bonanno GA. 2004. Loss, Trauma, and Human resilience. *American Psychologist* 59: 20-28.
- Bonanno GA. 2005. Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science* 14-3: 135-138.
- Bonanno GA. 2009. *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York: Basic Books. (=高橋祥友訳2013『レジリエンス』金剛出版)
- Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, La Greca AM. 2010. Weighing the Costs of Disaster. *Psychological Science in the Public Interest* 11-1:1-49.
- Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. 2008. The performance of the Japanese Version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (3):152-8.
- Goodwin R., Takahashi M, Sun S, Ben-Ezra M. 2015. Psychological Distress among Tsunami Refugees from the Great East Japan Earthquake, *British Journal of Psychiatry Open* 1: 92-97. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.000422
- Haidt, J. 2006. *The Happiness Hypothesis*. Arrow Books. (=藤澤隆史・藤澤玲子訳2011『しあわせ仮説』新曜社)
- Hewitt, K. ed. 1983. *Interpretation of Calamity: From the Viewpoint of Human Ecology*. Boston, Allen.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. 2002. Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-specific *Psychological Distress*. *Psychol Med* 32 (6):959-76.
- 川上憲人, 2004, 「成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究」,平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金『自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究』報告書.
- 宮城県保健福祉部, 2015,『東日本大震災応急仮設住宅等入居者健康調査報告書（平成23年度～平成25年度）』宮城県保健福祉部.